

## การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลบักได อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์

### Development of Integrated Healthcare Model for the Dependent Elderly in Areas, Bak Dai Subdistrict, Phanom Dong Rak District, Surin Province

(Received: December 25,2025 ; Revised: December 28,2025 ; Accepted: December 30,2025)

ญาณพัฒน์ ทรงเย็น<sup>1</sup>  
Yanapat Songyen<sup>1</sup>

#### บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ตำบลบักได อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์โดยประยุกต์ใช้วงจร PAOR กลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ภาควิชาเครือข่าย 35 คน 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 47 คน และ 3) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 82 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม แบบประเมินคุณภาพชีวิต และแนวทางการสนทนากลุ่ม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง ตุลาคม 2568 ซึ่งวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์เปรียบเทียบผลการพัฒนารูปแบบด้วยสถิติ Paired T-test โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีกระบวนการ 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การเตรียมการเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ 2) การดำเนินงานดูแลสุขภาพแบบบูรณาการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (การประเมินปัญหาความต้องการ, การประสานความร่วมมือ, การดูแลแบบครบวงจร) และ 3) การให้คำปรึกษาและติดตามประเมินผลเพื่อปรับปรุงพัฒนา ส่งผลให้คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และความรู้ในการดูแลและการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ )

**คำสำคัญ :** การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ, ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

#### Abstract

This action research aimed to study the development of integrated healthcare model for dependent elderly in area, Bak Dai subdistrict, Phanom Dong Rak district, Surin province. Based on PAOR cycle. The sample consisted of 3 groups: 1) 35 samples from network participants 2) 47 samples from caregivers and 3) 82 samples from dependent elderly. Quantitative data was collected by the questionnaire, WHOQOL-BREF-THAI. Qualitative data was collected by the focus group discussion guidelines. Data was collected between February to October 2025. Data analysis was performed by descriptive and comparative analysis was performed by paired t-test with a significance level of 0.05. Analysis qualitative data using content analysis.

The research findings the showed the integrated healthcare model for dependent elderly consisted of 3 main components: 1) preparation to promote integrated health care, 2) implementation of community-based integrated health care (needs and problem assessment, coordination and collaboration, and comprehensive care) and 3) consultation and monitoring with continuous evaluation for improvement and development. Implementation of the model resulted the overall quality of life of the dependent elderly, caregivers' knowledge and caregiving practices related to the care of dependent elderly showed a statistically significant improvement, as compared to the pre-intervention ( $p\text{-value}<0.001$ ).

**Keyword :** integrated health care model, dependent elderly

#### บทนำ

<sup>1</sup> โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอำปอ อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี 2548 โดยมีประชากรผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 10 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในการสำรวจปี 2567 พบว่ามีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.00<sup>1</sup> และคาดว่าจะเกินร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด ภายในปี 2576<sup>2</sup> ขณะเดียวกันสัดส่วนของประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับจำนวนผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อสภาพสังคม เศรษฐกิจ และความต้องการการบริการสุขภาพของประเทศ เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีปัญหาสุขภาพเจ็บป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลเฉพาะ สาเหตุจากความเสื่อมของร่างกายร่วมกับพฤติกรรมเสี่ยงในชีวิตประจำวัน รวมถึงสิ่งแวดล้อมที่คุกคามต่อสุขภาพกายและจิต<sup>3</sup> ในปี 2567 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ 13.45 ล้านคน ร้อยละ 20.70 ของประชากรทั้งหมด ซึ่งสะท้อนว่าประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์แล้ว ผลการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 96.88 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนบริการ ด้านสุขภาพและสังคม ร้อยละ 3.12<sup>4</sup>

ผู้สูงอายุมักเผชิญกับปัญหาสุขภาพเรื้อรังที่ซับซ้อน โดยเฉพาะโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) รวมถึงภาวะสมองเสื่อมและการเปราะบางทางร่างกาย ซึ่งทำให้มีภาวะพึ่งพิงและต้องการการช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การเดิน การอาบน้ำ และการรับประทานอาหาร ส่งผลให้ระบบสุขภาพและครอบครัวต้องปรับบทบาทในการดูแลและสนับสนุนการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทำให้ปัญหาด้านสุขภาพและการดูแลมีความรุนแรงมากขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และระบบบริการสาธารณสุข ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต้องเผชิญความเสี่ยงจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การพลัดตกหกล้ม แผลกดทับ ภาวะซึมเศร้า และการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีนโยบายสำคัญเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงด้าน

โครงสร้างประชากรเช่น แผนผู้สูงอายุแห่งชาติและแนวทางการดูแลระยะยาว (LTC) ซึ่งเน้นการบูรณาการระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง<sup>5</sup> มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมการบริการที่ต่อเนื่อง เชื่อมโยงข้อมูลบริการ การช่วยเหลือด้านกิจกรรมนอกสถานพยาบาล และการดูแลเชิงป้องกันอันจะลดภาระการรักษาเฉพาะหน้าอย่างเดียว

จังหวัดสุรินทร์ พบว่ามีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ และผู้สูงอายุในชนบทมักประสบข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพและสวัสดิการ ส่งผลให้ความต้องการบริการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน สำหรับตำบลบักได อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ พบว่าสัดส่วนประชากรก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว โดยมีสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุในช่วงปี พ.ศ. 2565 - 2567 ร้อยละ 14.53, 15.33 และ 16.13 และผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ในปี 2567 พบผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 8.20 และกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.72<sup>6</sup> ในการปฏิบัติงานพบข้อจำกัดในการประสานงานระหว่างภาคีเครือข่ายและชุมชนยังไม่ทั่วถึง ขาดทรัพยากรสำหรับการดูแลระยะยาว และบทบาทของภาคีเครือข่ายในชุมชนยังไม่เชื่อมโยงเป็นระบบ ส่งผลให้การดูแลยังเป็นลักษณะแยกส่วนและไม่ยั่งยืนในบางพื้นที่ทำให้บริการที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุไม่ต่อเนื่อง การวิจัยในครั้งนี้จึงมีความจำเป็นเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ โดยเฉพาะการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและการใช้ทรัพยากรในชุมชนอย่างเป็นระบบ และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไป

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาของการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะ

พึ่งพิงในพื้นที่ตำบลบักได อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลบักได อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์

### วิธีการศึกษา

การดำเนินการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการมีส่วนร่วมของ เคมมิส, และแมกทากาด<sup>7</sup> มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จำนวน 413 คน ประกอบด้วย 1) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) เจ้าหน้าที่กองสวัสดิการผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนตำบล 3) เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุของค์การบริหารส่วนตำบล 4) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาล 6) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 7) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) 8) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) 9) กำนัน ผู้ใหญ่ และ 10) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

#### กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่กองสวัสดิการผู้สูงอายุองค์การบริหารส่วนตำบล เจ้าหน้าที่กองสาธารณสุของค์การบริหารส่วนตำบล ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุโรงพยาบาล ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care manager) และ กำนัน ผู้ใหญ่ โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive

Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้การสนทนากลุ่ม จำนวน 35 คน

กลุ่มที่ 2 ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เพียงพอและเหมาะสมจึงเลือกศึกษา ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care giver) ทั้งหมด จำนวน 47 คน

กลุ่มที่ 3 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบักได อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ โดยใช้แบบประเมินคุณภาพชีวิต ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง<sup>8</sup> ใช้สำหรับกำหนดขนาดตัวอย่างจากประชากรทั้งหมด โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 82 คน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) แล้วทำการหาสัดส่วนขนาดตัวอย่างจากกลุ่มประชากรของแต่ละหมู่บ้าน จากนั้นทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จนครบตามจำนวนขนาดตัวอย่างของแต่ละหมู่บ้าน

#### เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่อาศัยอยู่ในตำบลบักได อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ 2) ยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัยหรือญาติยินดีและเต็มใจเข้าร่วมการวิจัย

#### เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1) ไม่สามารถติดตามเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลาการทำวิจัยได้ 2) มีความประสงค์ขอยกจากการวิจัยหลังจากที่เข้าร่วมกิจกรรมการวิจัยแล้ว

### เครื่องมือการวิจัย

**ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire)** มีทั้งหมด 3 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมคำลงในช่องว่างตามความเป็นจริง ประกอบด้วย 1) เพศ 2)

อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพ 6) รายได้ 7) ระยะเวลาการปฏิบัติในตำแหน่งปัจจุบัน และ 8) การได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบักได อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ โดยลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดให้เลือกตอบการแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ<sup>9</sup> ได้แก่ ความรู้ต่ำ (ร้อยละ 0-59) ความรู้ปานกลาง (ร้อยละ 60-79) ความรู้สูง (ร้อยละ 80-100)

ส่วนที่ 3 เป็นคำถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบักได อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ ประกอบด้วย 1) ด้านสุขภาพร่างกาย 2) ด้านสุขภาพจิตและอารมณ์ 3) ด้านสังคมและจิตวิญญาณ 4) ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย และ 5) ด้านการประสานงานและการดูแลต่อเนื่อง โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 3 ระดับ (3, 2, 1) การแปลผลแบ่งเป็น 3 ระดับ<sup>10</sup> ได้แก่ น้อย (1.00 - 1.66 คะแนน) ปานกลาง (1.67 - 2.33 คะแนน) มาก (2.34 - 3.00 คะแนน)

**ชุดที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง** มีทั้งหมด 2 ส่วน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบประเมินเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดให้เลือกตอบ และคำถามปลายเปิดให้เติมคำลงไปในช่วงว่างตามความเป็นจริง ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) อาชีพเดิม และ 6) ระยะเวลาที่เป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินคุณภาพชีวิต ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI<sup>11</sup> ฉบับภาษาไทย 0 มีองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม

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)

**ชุดที่ 3 แนวทางการสนทนากลุ่ม** เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่มเพื่อสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณในครั้งนี้ โดยเป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลบักได อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ คำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน พบว่าทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ผ่านการปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญและการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะและบริบทพื้นที่ใกล้เคียงกัน คือ ตำบลโคกกลาง อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 30 คน ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชของแบบสอบถาม 1) ด้านความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 0.93 และ 2) ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เท่ากับ 0.88 โดยภาพรวมของแบบสอบถามทั้งชุด เท่ากับ 0.95 และแบบประเมินคุณภาพชีวิต ใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ฉบับภาษาไทย<sup>11</sup> ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาชของเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ฉบับภาษาไทย เท่ากับ 0.84

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยโดยนักวิจัย ซึ่งมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์

2568 ถึงเดือนตุลาคม 2568 โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย การเตรียมการก่อนดำเนินการวิจัย วิเคราะห์บริบทชุมชน ศึกษาสถานการณ์ปัญหา สุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เตรียมชุมชน เตรียมแกนนำชุมชน และชี้แจงวัตถุประสงค์กับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมถึงทบทวนวรรณกรรม เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 1) ระยะเวลาเตรียมการก่อนการวิจัย

ศึกษาบริบทชุมชน ข้อมูลพื้นฐาน สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และปัญหาที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน รวมถึงการทบทวนเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จัดประชุมและประสานงานผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และนัดหมายการดำเนินกิจกรรม

2) ระยะเวลาดำเนินการวิจัย ในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน โดยดำเนินการ 1 วนรอบ ดังนี้

**ขั้นตอนที่ 1** การวางแผน (Plan) กิจกรรมที่ดำเนินการในขั้นตอนวางแผน ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

1) การศึกษาบริบทและประเมินสถานการณ์ (Situation analysis) โดยการศึกษาสภาพการณ์มีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ผลการดำเนินงานจากการสอบถามและการสัมภาษณ์ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในประเด็นรูปแบบเดิมการดำเนินการในชุมชน สรุปรายชื่อเพื่อพิจารณาความเหมาะสมของเนื้อหา และความเป็นไปได้ในการพัฒนารูปแบบ

2) กำหนดกิจกรรม และวิธีการพัฒนารูปแบบด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการและการสนทนากลุ่ม และวางแผนงานโครงการ รูปแบบที่พัฒนาจะเน้นการเปิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างคณะกรรมการตามโครงสร้าง นำปัญหา ความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวมาสร้างกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบทจริง

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

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

**ขั้นตอนที่ 4** การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) เป็นกิจกรรมประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Evaluation) รวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ สรุปลงและถอดบทเรียน เพื่อประเมินผลการดำเนินงานที่ได้ และคืนข้อมูลเพื่อปรับแผนหรือกระบวนการทำงานให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ในขั้นตอนนี้ได้ร่วมพิจารณาข้อสรุปและข้อเสนอแนะที่เป็นจุดอ่อนที่ต้องปรับปรุงแก้ไข และจุดแข็งที่ต้องเสริมพลังพัฒนาอย่างต่อเนื่องมา กำหนดทิศทางร่วมกัน และเป็นแนวทางในการปรับแผนใหม่ ใช้ระยะเวลา 2 เดือน

3) **หลังการดำเนินการวิจัย** เป็นขั้นตอนการประเมินผลการพัฒนารูปแบบ เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา และกำหนดรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้ระยะเวลา 1 เดือน

### การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative Data) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ระดับความรู้ ระดับการดูแล และระดับคุณภาพชีวิต 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) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และ 3) หลักยุติธรรม (Justice) โดยให้ข้อมูลและชี้แจงอาสาสมัคร ให้ความเป็นอิสระในการตัดสินใจ เก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับและจะเผยแพร่ข้อมูลในลักษณะภาพรวมไม่ระบุถึงตัวบุคคลหรือสถานที่ทำงาน โดยโครงการวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เมื่อวันที่ 15 มกราคม 2568 เลขที่ 126/2567 รับรองระหว่างวันที่ 15 มกราคม 2568 ถึงวันที่ 14 มกราคม 2569

### ผลการศึกษา

#### รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

จากการดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการ PAOR 1 วงรอบ สามารถสรุปเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งมีกระบวนการ 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ 1) การเตรียมการเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ โดยเตรียมความพร้อมของบุคลากรและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง กำหนดบทบาทและการพัฒนาศักยภาพผู้เกี่ยวข้อง 2) การดำเนินงานดูแลสุขภาพแบบบูรณาการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและการเชื่อมโยงการทำงานของภาคีเครือข่ายอย่างเป็นระบบ (การประเมินปัญหาความต้องการ, การประสานความร่วมมือ, การดูแลแบบครบวงจร) และ 3) การให้คำปรึกษาและติดตามประเมินผลเพื่อปรับปรุงพัฒนา โดยติดตามผลการดำเนินงานตามแผนการดูแลสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ

#### ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพบว่า หลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อนการพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value <0.001) ภาพรวมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลังการพัฒนาอยู่ในระดับปานกลาง ( $\bar{X}$  = 85.94, S.D.=0.42) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดบุรีรัมย์ (n=82)

คุณภาพชีวิต	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
สุขภาพกาย	14.93	0.25	ไม่ดี	23.40	0.21	ปานกลาง	7.69-9.25	21.709	<0.001*
จิตใจ	12.11	0.32	ไม่ดี	19.80	0.19	ปานกลาง	6.82-8.57	17.492	<0.001*
สัมพันธภาพทางสังคม	5.44	0.18	ไม่ดี	9.80	0.98	ปานกลาง	3.93-4.80	19.921	<0.001*
สิ่งแวดล้อม	25.68	0.39	ปานกลาง	26.37	0.20	ปานกลาง	9.78-11.57	23.769	
ภาพรวม	52.18	0.71	ไม่ดี	85.94	0.42	ปานกลาง	32.05-35.46	39.425	<0.001*

\*p-value<.05

การเปรียบเทียบความรู้ในการดูแล  
สุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่า หลังการ  
พัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้  
อยู่ในระดับ  
ปานกลาง ( $\bar{X}=7.85$  S.D.=1.45) การเปรียบเทียบ

ความแตกต่างของคะแนนความรู้ก่อนและหลังการ  
พัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้หลังการ  
พัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -  
value <.001) รายละเอียดดังตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** การเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนา (n=47)

ความรู้	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิง	7.38	1.58	ปานกลาง	7.85	1.45	ปานกลาง	0.09-0.84	2.501	0.008*

\*p-value<.05

การเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะ  
พึ่งพิง พบว่า หลังการพัฒนากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี  
ระดับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อยู่ใน  
ระดับมาก ( $\bar{X}=2.52$  S.D.=0.17) การเปรียบเทียบ  
ความแตกต่างของคะแนนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่ม  
ตัวอย่างมีคะแนนระดับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มี  
ภาวะพึ่งพิงหลังการพัฒนารูปแบบเพิ่มขึ้นอย่างมี  
นัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value<.001) รายละเอียด  
ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** การเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ก่อนและหลังการพัฒนา (n=47)

การดูแล	ก่อน			หลัง			95%CI	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล			
ด้านสุขภาพร่างกาย	1.61	0.31	น้อย	2.71	0.26	มาก	0.90-0.99	20.800	<0.001*
ด้านสุขภาพจิตและอารมณ์	1.48	0.26	น้อย	2.67	0.31	มาก	1.07-1.30	21.005	<0.001*
ด้านสังคมและจิตวิญญาณ	1.55	0.32	น้อย	2.20	0.15	ปานกลาง	0.54-0.75	12.573	<0.001*
ด้านสิ่งแวดล้อมและความ ปลอดภัย	1.75	0.30	น้อย	2.47	0.23	มาก	0.58-0.84	11.218	<0.001*
ด้านการประสานงานและ การดูแลต่อเนื่อง	1.58	0.27	น้อย	2.54	0.19	มาก	0.85-0.98	19.532	<0.001*
<b>ภาพรวม</b>	<b>1.59</b>	<b>0.12</b>	<b>น้อย</b>	<b>2.52</b>	<b>0.11</b>	<b>มาก</b>	<b>0.87-0.97</b>	<b>37.311</b>	<b>&lt;0.001*</b>

\*p-value<.05

### สรุปและอภิปรายผล

รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ  
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลบักได  
อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ ประกอบด้วย 1)  
การเตรียมการเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบ  
บูรณาการ 2) การดำเนินงานดูแลสุขภาพแบบ  
บูรณาการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน และ 3) การให้  
คำปรึกษาและติดตามประเมินผลเพื่อปรับปรุง

พัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของยุทธพล เด  
ชารัตนชาติ และยิ่งศักดิ์ คชโคตร ได้ศึกษาเรื่อง  
รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะ  
พึ่งพิง ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลระยะยาว  
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสม  
ประกอบด้วย 1) การกำหนดนโยบายในการดูแล  
ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับจังหวัด  
อำเภอ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) การ

บริหารจัดการโดยใช้ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นฐาน ภายใต้การสนับสนุนด้านวิชาการจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชนหรือหน่วยบริการ 3) การวิเคราะห์และสังเคราะห์ในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 4) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างยั่งยืน<sup>12</sup> และสอดคล้องกับผลการศึกษานันทิกานต์ หวังจิ และอมรรัตน์ แสงสุวรรณ ได้ศึกษาเรื่องพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการพัฒนา 5 ประเด็นดังนี้ 1) พัฒนาแบบฟอร์มการวางแผนจำหน่าย 2) พัฒนาสมุดคู่มือการดูแลตนเองที่บ้าน 3) เพิ่มช่องทางการเข้าถึงและเข้ารับบริการในโรงพยาบาล 4) ติดตามโทรศัพท์ 5) มีแนวปฏิบัติบูรณาการดูแลต่อเนื่องที่มสหาสาขาวิชาชีพ<sup>13</sup> และสอดคล้องกับผลการศึกษาของประเสริฐ เก็มประโคน, มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์ และวิไลพร คลิกร ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลระยะยาวและเข้าถึงบริการ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษา ระบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย (1) กระบวนการนำเข้า ระบบการเงิน การคลัง การบริหารทรัพยากร การบริหารจัดการ กำลังคน การบริหารจัดการ และระบบฐานข้อมูล (2) กระบวนการดำเนินงาน: กลไกการขับเคลื่อนของท้องถิ่น การจัดบริการในหน่วยบริการและในชุมชน และระบบพี่เลี้ยง (3) กระบวนการประเมินผล ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ 1) กลไกขับเคลื่อนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) 2) ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการดูแล 3) มีระบบพี่เลี้ยงในการให้คำปรึกษา และ 4) การติดตามเยี่ยมพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ดังนั้น การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จึงควรพัฒนาความร่วมมือทุกภาคส่วน และสนับสนุนกำลังคนในการดูแล เพื่อผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป<sup>14</sup> ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าการศึกษาวิจัยเรื่องการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุที่มี

ภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลบักโต อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ ในครั้งนี้ รูปแบบที่ได้ครอบคลุมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งมีความสอดคล้องด้านทั้งกระบวนการปฏิบัติการในระดับชุมชน ด้านการขับเคลื่อนและกลไกความยั่งยืน การได้รับการสนับสนุนผ่านการมีส่วนร่วมและการเสริมพลังแก่ทุกภาคส่วน ทั้งหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายชุมชน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ต่อไป สะท้อนถึงกระบวนการดูแลที่มีความเป็นระบบ ครอบคลุมตั้งแต่การค้นหาและเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การวางแผนการดูแลเฉพาะราย ไปจนถึงการติดตามผลและส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) ควรมีการกำหนดนโยบายส่งเสริมการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยบริการสุขภาพ หน่วยงานท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และครอบครัว โดยจัดทำระบบการดูแลแบบต่อเนื่องครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2) ควรมีการกำหนดนโยบายสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างต่อเนื่องทั้งด้านความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจ รวมถึงจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอ เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

#### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) หน่วยบริการสุขภาพและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรนำรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่พัฒนาขึ้นไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ

ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยบูรณาการการทำงานร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ

2) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำผลการวิจัยไปใช้เป็นข้อมูลในการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล การติดตามผล และการประเมินผลผลลัพธ์ด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อปรับปรุงการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ และเพิ่มประสิทธิภาพของระบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการอย่างยั่งยืน

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษากลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในหลายพื้นที่ ทั้งเขตเมืองและชนบท รวมถึงบริบททางสังคมและเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน เพื่อให้ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่มีความครอบคลุมและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริงในบริบทที่หลากหลาย

2) ควรมีการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการกับการดูแลตามปกติ โดยพิจารณาผลลัพธ์ด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

### เอกสารอ้างอิง

- 1.มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2566. กรุงเทพฯ: อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์;2567.
- 2.สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2563–2583. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2566.
- 3.เพ็ญภา มะหะหมัด. รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลสุไหงโกลอง จังหวัดนราธิวาส. วารสารมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. 2561;10(1):51-63.
- 4.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานการสร้างระบบหลักประกันสุขภาพ. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2567.
- 5.กรมกิจการผู้สูงอายุ. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ และการดูแลระยะยาว. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2566.
- 6.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอำปอ. สรุปผลการดำเนินงานผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอำปอ ปี 2567. สุรินทร์: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอำปอ; 2567.
- 7.Kemmis, S., & McTaggart, R. The action research planner (3rd ed.). Geelong,Victoria: Deakin University Press;1988.
- 8.Daniel, W. W. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences (9th ed.). Wiley; 2010.
- 9.Bloom BS. Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals. New York: David McKay; 1971.
10. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1977.
11. สุวัฒน์ มหัตถ์นรินทร์กุล และคณะ. เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลก ชุดย่อฉบับภาษาไทย. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง; 2545.
12. ยุทธพล เดชารัตนชาติ และยิ่งศักดิ์ คชโคตร. รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารวิชาการธรรมทรรศน์. 2565;22(3):63-80.
13. นันทิกานต์ หวังจิ และอมรรัตน์ แสงสุวรรณ. พัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยสูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2565;9(1):241-256.
14. ประเสริฐ เก็มประโคน, มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์ และวิไลพร คลีกร. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวและเข้าถึงบริการสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พื้นที่จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565; 16(1):140-155.