# การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน การจัดการรายกรณี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคน อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์

# The Development of a Long-Term Care Model for Dependent Elderly with Complex Conditions: A Case-Based Study case management at Kan Subdistrict Health Promoting Hospital, Sanom District, Surin Province.

(Received: May 1,2026 ; Revised: May 3,2026 ; Accepted: May 6,2026)

**มาลินี พริ้งเพราะ**[1]
**Malinee Pringproh**[1]

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน การจัดการรายกรณี กลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบเจาะจง Purposive Sampling จำนวน 2 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและปัญหาซับซ้อน จำนวน 4 ราย 2) ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง จำนวน 24 ราย กระบวนการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ ได้แก่ การเตรียมการ ศึกษาสถานการณ์และพัฒนารูปแบบ ทดลองใช้ และประเมินผล เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และวิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon matched pairs signed ranks test

ผลการวิจัยพบว่า ปัญหาสุขภาพที่พบในผู้ป่วย ได้แก่ อาการปวด ข้อติด แผลกดทับ ผู้ป่วยขาดคนดูแล การดูแลความสะอาด ค่าใช้จ่ายไม่เพียงพอ กิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน 1) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ นักจัดการสุขภาพ ในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ขยายผลสู่ชุมชน และได้ อสม. จิตอาสาดูแลผู้ป่วยในชุมชน 154 คน และ 2) โครงการคนตำบลแคนไม่ทอดทิ้งกัน มีการเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ โดยทีมหมอครอบครัว /อสม./จิตอาสา/ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น สัปดาห์ที่ 3 ของเดือน ปรึกษาแพทย์ทางไลน์ เป็นรายกรณี จัดตั้งกองทุนดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ด้วยเงินบริจาคจากคนในชุมชน จัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็นดูแลผู้ป่วย มีคณะกรรมการบริหารกองทุนเป็นคนในชุมชนเพื่อให้เกิดความเป็นเจ้าของ ภายหลังการใช้รูปแบบกลุ่มตัวอย่าง มีค่าเฉลี่ยคะแนน คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

**คำสำคัญ** : การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว, ภาวะพึ่งพิง, ปัญหาซับซ้อน, การจัดการรายกรณี, การมีส่วนร่วม

**ABSTRACT**

This Participatory Action Research (PAR) study aimed to develop a case management model for long-term care of dependent and complex elderly individuals. Purposive sampling was used to select two groups: 1) four dependent and complex elderly individuals, and 2) 24 relevant network partners. The research process was divided into four phases: preparation, situation study and model development, pilot testing, and evaluation. Quantitative and qualitative data were collected and analyzed using the Wilcoxon matched pairs signed ranks test.

The research findings indicated that health problems among the patients included pain, joint stiffness, pressure ulcers, lack of caregivers, inadequate hygiene, and insufficient funding. Community participation activities included: 1) a training workshop for health managers in caring for the elderly, disabled, and chronically ill patients, which was extended to the community, resulting in 154 volunteer community health workers caring for patients in the community; and 2) the "People of Tambon Kan Don't Abandon Each Other" project, which involved integrated home visits by a family doctor team. Community health volunteers,

[1] นักสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคน อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์, Corresponding author: Malinee Pringphra Email: linee007@hotmail.com

community leaders, and local officials participated in the program. During the third week of the month, case-by-case consultations with doctors via LINE were conducted. A fund for end-of-life care was established using donations from the community. Necessary equipment for patient care was procured, and a community-based management committee was formed to foster a sense of ownership. Following the implementation of the model, there was no statistically significant difference ($p>0.05$) in the average quality of life scores of the elderly before and after the intervention.

**Keywords** : Long-term elderly care, dependency, complex issues, case management, participation

**บทนำ**

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ซึ่งหมายความว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดเป็นผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดความท้าทายด้านการดูแลสุขภาพ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน ซึ่งต้องการการดูแลที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง ระบบบริการสุขภาพของประเทศไทยจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาเพื่อรองรับกลุ่มประชากรดังกล่าวอย่างมีประสิทธิภาพ [1] จากข้อมูลของกระทรวงสาธารณสุขพบว่าจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2565 ร้อยละ 19.5,ปี 2566 ร้อยละ 20.1, และปี 2567 ร้อยละ 20.7 ของประชากรทั้งหมด[2] ในกลุ่มนี้มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 10.2 ในปี 2565 ร้อยละ 10.3 ในปี 2566, และ ร้อยละ 10.4 ในปี 2567 และผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน ร้อยละ 4.1 ในปี 2565 ร้อยละ 4.2 ในปี 2566 และ ร้อยละ 4.3 ในปี 2567 [3,4] การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living - ADL) พบว่าในปี 2565- 2567 ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 65,63 และ 60 ตามลำดับ, ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 25, 26และ28 ตามลำดับ ,และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 10,11และ12 ตามลำดับ พบว่า แนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมิน ADL เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี สัดส่วนผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 10 ในปี 2565 เป็นร้อยละ 12 ในปี 2567 แนวโน้มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านเพิ่มขึ้น ขณะที่ผู้สูงอายุที่กลุ่มติดสังคมมีแนวโน้มลดลง จังหวัดสุรินทร์ พบผู้สูงอายุ ในปี 2565 ร้อยละ 19.5,ปี 2566 ร้อยละ 20.1 และปี 2567 ร้อยละ 20.7 ของประชากรทั้งหมด จากการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living - ADL) พบว่าในปี 2565- 2567 ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ 66 ร้อยละ 64 และ ร้อยละ 62 ตามลำดับ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 24 ร้อยละ 26 และร้อยละ27 ตามลำดับ และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 10 ร้อยละ 10 และร้อยละ 11 ตามลำดับซึ่งข้อมูลดังกล่าวพบว่าแนวโน้มผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง มีจำนวนเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับทั่วโลก [5,6,7,8]

อำเภอสนม เป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์มีประชากรในพื้นที่ตามทะเบียนราษฎร์ ในปี พ.ศ. 2565-2567 ทั้งหมด 43,403, 47,872 ,42,791 คนตามลำดับ มีผู้สูงอายุผู้สูงอายุ ปี 2565-2567 ตามทะเบียนราษฎร์ทั้งหมด จำนวน 8,682, 10,059 และ9,167 คน ตามลำดับ อาศัยอยู่จริง ร้อยละ 79.95 ร้อยละ 70.81 และร้อยละ 79.95 ของประชากรผู้สูงอายุตามทะเบียนราษฎรตามลำดับ ได้มีการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living - ADL) พบว่าในปี 2565- 2567 พบผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร้อยละ93.38 , 91.24 และ 90.87 ตามลำดับ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 5.37, 7.30 และ 7.67 ตามลำดับ และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ร้อยละ 1.23, 1.46 และ 1.45 ตามลำดับ ในระดับพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคนประชากรอาศัยอยู่จริง 3,313 คน มีผู้สูงอายุจำนวน 860 คน คิดเป็นร้อยละ 25.96 ของประชากรทั้งหมด และเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ และกำลังก้าวเข้าสู่ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ก่อนพื้นที่อื่นในอำเภอสนม การประเมินความสามารถในการทำ

กิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living - ADL) ในปี 2567 พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จำนวน 797 คน ร้อยละ 92.67 ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน 58 คน ร้อยละ 6.74 และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จำนวน 5 คน ร้อยละ 0.58 จากการสำรวจข้อมูลการขึ้นทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Dependent Elderly) หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living: ADL) และต้องได้รับการช่วยเหลือจากผู้อื่นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจเกิดจากภาวะทางร่างกาย จิตใจ หรือโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน[9]) จำนวน 66 คน (ร้อยละ 7.64) โดยแบ่งเป็น กลุ่ม1 เคลื่อนไหวได้บ้างและอาจมีปัญหาการกิน จำนวน 50 ราย (ร้อยละ 75.75) กลุ่ม 2 เหมือนกลุ่มที่ 1 แต่มีภาวะสับสนทางสมอง จำนวน 11 ราย (ร้อยละ 16.67) กลุ่มที่ 3 เคลื่อนไหวเองไม่ได้ มีปัญหาการกิน หรือเจ็บป่วยรุนแรง จำนวน 5 คน (ร้อยละ 7.57) จากจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดมีการเจ็บป่วยที่สำคัญ คือ เป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 107 คน ร้อยละ 12.44 โรคเบาหวาน จำนวน 94 คน ร้อยละ 10.93 และมีโรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อและการเคลื่อนไหว จำนวน 59 คน ร้อยละ 6.86 และในจำนวนนี้พบว่ามีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีปัญหาซับซ้อน ซึ่งไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง ต้องพึ่งพาการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น และมีภาวะสุขภาพที่ซับซ้อน เช่น โรคเรื้อรังที่ควบคุมได้ยาก ภาวะสมองเสื่อม หรือภาวะสุขภาพจิตที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะทาง [10] จำนวน 4 ราย (ร้อยละ 6.06) ซึ่งต้องได้รับการดูแลแตกต่างจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงธรรมดา และผู้สูงอายุทั่วไป ที่ใช้วิธีการดูแลระยะยาวตามปกติ เพราะสภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่ดังกล่าวนี้ ย่อมส่งผลต่อพลังสุขภาพของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนโดยตรง และมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการใช้ชีวิตประจำวัน

ผลกระทบจากแนวโน้ม การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่มีคะแนน ADL ลดลง ทำให้ภาระของระบบสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมากเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ความต้องการบริการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้น [11] ความต้องการด้านบุคลากรดูแลผู้สูงอายุ จำนวน Care Manager และ Care Giver ต้องเพิ่มขึ้นเพื่อรองรับกลุ่มพึ่งพิงปานกลางและกลุ่มพึ่งพิงมาก [12] ตลอดทั้งผลกระทบต่อครอบครัว ที่ต้องดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง ต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น และมีความจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนด้านสวัสดิการและเงินช่วยเหลือ [13] ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย การขยายสวัสดิการด้านสุขภาพและการเพิ่มเงินช่วยเหลือสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการดูแลได้โดยไม่เป็นภาระต่อครอบครัว ควรมีการจัดตั้ง ศูนย์ดูแลระยะยาวในทุกเขตพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุ[14] สามารถรับบริการดูแลใกล้บ้าน ลดภาระของครอบครัว [15] ควรสนับสนุนการใช้ เทคโนโลยี AI และระบบดูแลทางไกล (Telemedicine) ในการติดตามสุขภาพของผู้สูงอายุที่บ้าน [16]จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นร้อยละ 15 [17] อัตราความพึงพอใจของผู้สูงอายุและครอบครัวต่อบริการดูแลสุขภาพอยู่ที่ร้อยละ 82.5 ซึ่งแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพที่ดำเนินการมีประสิทธิภาพและสามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างดี [18] แต่ยังพบปัญหาและอุปสรรค ได้แก่ จำนวนแพทย์ พยาบาล และผู้ดูแลไม่เพียงพอสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่งผลให้การให้บริการดูแลสุขภาพไม่ทั่วถึง [19] งบประมาณไม่เพียงพอต่อการขยายบริการดูแล ทำให้ไม่สามารถพัฒนาศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ หรือเพิ่มอุปกรณ์และบุคลากรที่จำเป็นได้ [20] การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับท้องถิ่นยังไม่เข้มแข็งพอ ส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุขาดความต่อเนื่อง [21] ผลกระทบของโครงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามแนวทางใหม่ มีสุขภาพที่ดีขึ้นและสามารถ

ดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น [22] แนวโน้มเกิดภาวะซึมเศร้าลดลงและมีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัวและชุมชนมากขึ้น [23]หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิและภาคีเครือข่ายสามารถให้บริการผู้สูงอายุได้ครอบคลุมและทั่วถึงมากขึ้น [24] ผู้สูงอายุและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการดูแลที่ได้รับ เนื่องจากสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่ายขึ้น [25]

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคน อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ ได้นำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวมาขับเคลื่อน (Policy implementation) การดำเนินงานในพื้นที่ เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ในปี 2567 จากการดำเนินงานที่ผ่านมา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคน ได้ส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ จัดทำโครงการอบรมและอบรมฟื้นฟูผู้ดูแลสูงอายุ (Care giver) หลักสูตร 70 ชั่วโมง จัดทำโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณดำเนินงานจากกองทุนหลักประกันสุขภาพเทศบาลตำบลแคน ประสานงานกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุทั้งในระดับอำเภอ เช่นสาธารณสุขอำเภอสนม พัฒนาชุมชนตำบลแคน ระดับตำบลเช่น นายกเทศมนตรีตำบลแคน ผู้รับผิดชอบงานด้านสุขภาพของเทศบาลตำบลแคน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคน กำนันตำบลแคน ในระดับชุมชน เช่น ผู้นำหมู่บ้าน อสม. ครอบครัวผู้สูงอายุ และ ตัวผู้สูงอายุเอง เพื่อให้การดำเนินงานตามนโยบาย Long Term Care ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคนมีคุณภาพเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้รับบริการ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน ซึ่งมีจำนวนน้อย แต่ใช้องค์ความรู้ ทรัพยากร และภาคีเครือข่ายที่ต้องร่วมด้วยช่วยกันอย่างมาก แต่ยังพบปัญหาเช่นเดียวกับการศึกษาที่ผ่านๆมาทั้งในด้านบุคลากร ค่าใช้จ่าย ภาคีเครือข่าย และด้านอื่นๆ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน:การจัดการรายกรณีศึกษา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคน อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน ตลอดทั้ง ครอบครัวผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ caregivers ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า มีความสุขและได้รับความคุ้มครองจากสังคม ตลอดจนสามารถใช้เป็นแนวทางในการวางรูปแบบการพัฒนางานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวต่อไป

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน การจัดการรายกรณี

### วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและปัญหาซับซ้อนเป็นรายกรณี

2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลระยะยาวที่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและปัญหาซับซ้อนเป็นรายกรณี

3. เพื่อประเมินผลของรูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นในด้านการเพิ่มคุณภาพชีวิต ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) และการลดปัญหาซับซ้อนในผู้สูงอายุ

## วิธีการวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและปัญหาซับซ้อน โดยผสมผสานการวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ กลุ่มที่ 1 ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน (ADL ต่ำกว่า 12 คะแนน) จำนวน 4 คน เพื่อพัฒนารูปแบบ และกลุ่มที่ 2 ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน จำนวน 24 คน

กลุ่มตัวอย่างใช้การสุ่มแบบเจาะจง: Purposive Sampling จำนวน 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อนมีคะแนน ADL ต่ำกว่า 12 คะแนน และกลุ่มผู้ดูแลเป็นผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ภาคีเครือข่าย เป็นผู้ที่มีบทบาทในการจัดการหรือดูแลสุขภาพในชุมชน จำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 คือกลุ่มที่จะพัฒนารูปแบบ จำนวน 4 คนและกลุ่มที่ 2 คือ ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน จำนวน 24 คน ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุครอบครัวละ 1 คน จำนวน 4 คน สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 1 คน นายกเทศมนตรีตำบลแคน จำนวน 1 คน ผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุจากเทศบาลตำบลแคน จำนวน 2 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคน จำนวน 1 คน ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) จำนวน 5 คน ผู้นำชุมชนในหมู่บ้านที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อนอาศัยอยู่ จำนวน 3 คน ตัวแทน อสม.จำนวน 5 คน พัฒนาชุมชนตำบลแคน จำนวน 1 คน รวมกลุ่มเป้าหมาย ทั้งหมด 28 คน

**เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง**

คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 2 กลุ่ม โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

**เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)**

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน

(1) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน ADL ต่ำกว่า 12 คะแนน

(2) มีหลักฐานยืนยันการเจ็บป่วยและมีปัญหาซับซ้อนจริงโดยได้รับการวินิจฉัยแพทย์ได้แก่ โรคเรื้อรังที่ควบคุมได้ยาก ภาวะสมองเสื่อม หรือภาวะสุขภาพจิตที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะทาง

(3) อยู่ในพื้นที่มากกว่า 6 เดือน

(4) แพทย์ประจำตัวหรือญาติยินดีให้เข้าร่วมการศึกษา

กลุ่มที่ 2 ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน

(1) สมาชิกในครอบครัวที่ดูแลผู้สูงอายุครอบครัวละ 1 คน จำนวน 4 คน

(2) สาธารณสุขอำเภอ จำนวน 1 คน

(3) นายกเทศมนตรีตำบลแคน จำนวน 1 คน

(4) ผู้รับผิดชอบงานดูแลผู้สูงอายุจากเทศบาลตำบลแคน จำนวน 2 คน

(5) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคน จำนวน 1 คน

(6) ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน

(7) ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) จำนวน 5 คน

(8) ผู้นำชุมชนในหมู่บ้านที่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อนอาศัยอยู่ จำนวน 3 คน

(9) ตัวแทน อสม.จำนวน 5 คน

(10) พัฒนาชุมชนตำบลแคน จำนวน 1 คน

**เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)**

(1) ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ไม่สามารถสื่อสารหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย

(2) ไม่อยู่ในพื้นที่เกิน 1 สัปดาห์

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**

ได้แก่ แบบสอบถาม (Questionnaire) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) แบบสังเกต และ แบบสอบถามความพึงพอใจ

1) แบบสอบถาม (Questionnaire):ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากผู้สูงอายุและกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้

ส่วนที่ 2 แบบประเมิน ADL (Barthel Index)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามสำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แยกเป็นการประเมินคุณภาพชีวิต การประเมินมิติด้านสังคมและการช่วยเหลือ การประเมินด้านการสนับสนุนจากรัฐ การประเมินด้านสุขภาพจิต การประเมินด้านสิ่งแวดล้อม

ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ คำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการปรับปรุงระบบดูแลผู้สูงอายุ

2) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) แบบบันทึกและแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม (Focus group): ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้บริหาร ผู้ดูแล ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องและครอบครัวผู้สูงอายุ

3) แบบสังเกตเพื่อใช้ในการสังเกตพฤติกรรมและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลครอบครัวและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

4) แบบสอบถามความพึงพอใจ เพื่อศึกษาความพึงพอใจของผู้ดูแลผู้สูงอายุและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ในส่วนแบบสอบถามได้นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวงัว และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสองห้อง ตำบลหัวงัว อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 30 คน โดยแบบสอบถามส่วนที่ 3.1-3.5 มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา (Cronbach's Coefficient Alpha) >0.70 แก้ไขตามข้อเสนอแนะเพิ่มเติมภายใต้คำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา

**วิธีดำเนินการวิจัย (Procedure)**

การดำเนินการวิจัยนี้มีขั้นตอนที่ชัดเจนและครอบคลุมเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน การจัดการรายกรณี โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ระยะเตรียมการก่อนการวิจัย ระยะเวลา 3 เดือน ผู้วิจัยศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน ศึกษาทฤษฎีและกรอบแนวคิดที่เกี่ยวข้อง เช่น ADL, การดูแลแบบองค์รวม สังเคราะห์สถานการณ์ปัญหาด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่มีปัญหาซับซ้อนในพื้นที่ เพื่อนำเข้าในการดำเนินการวิจัย ชี้แจงกระบวนการวิจัยแก่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคน เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน ตลอดทั้งครอบครัว ผู้รับผิดชอบงานจากเทศบาลตำบลแคน ผู้นำชุมชน อสม. และพัฒนาชุมชนตำบลแคนเพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่กระบวนการวิจัย พัฒนาและตรวจสอบความเหมาะสมของเครื่องมือ เช่น แบบสอบถาม แบบสังเกตและแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ส่งเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และ ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (Ethics Approval)

2) ระยะดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยและอาสาสมัคร ทำการเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ประเมินสถานการณ์ปัจจุบันของผู้สูงอายุ เช่น คะแนน ADL, คุณภาพชีวิต และปัญหาที่เกี่ยวข้อง สัมภาษณ์ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ บุคลากรและภาคีเครือข่ายเพื่อวิเคราะห์ความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อน พัฒนาและออกแบบรูปแบบการดูแล (Development of the Care Model) จัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย (Case-Based Care Plans) แบบองค์รวม รวมถึงการใช้ทรัพยากรในชุมชนและการสนับสนุนจากหน่วยงาน จากนั้นทดลองใช้รูปแบบการดูแล

(Implementation of the Care Model) กับผู้สูงอายุและผู้ดูแลจากครอบครัวผู้สูงอายุ เป็นระยะเวลา 3 เดือน การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interviews) ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ภาคีเครือข่ายเกี่ยวกับประสบการณ์และผลลัพธ์ของการดูแล การวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์เชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา และระดับการปฏิบัติพฤติกรรมการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ซึ่งทั้งหมดเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการจดบันทึก และข้อมูลจากการบันทึกในการสนทนากลุ่ม ทำการแยกข้อมูลออกเป็นหมวดหมู่ และพิจารณาถึงความพอเพียงและความสมบูรณ์ของข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้มาสร้างเป็นข้อสรุป ผู้วิจัยใช้การตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) เพื่อความครบถ้วนครอบคลุมเนื้อหา ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบแหล่งข้อมูลที่ได้มาซึ่งประกอบด้วยแหล่งเวลา สถานที่ และบุคคล โดยจะดูว่าข้อมูลที่ได้มาจากจุดต่าง ๆ เป็นข้อมูลที่เหมือนกันหรือไม่ ถ้าหากว่าข้อมูลที่ได้มาเหมือนกันหรือซ้ำๆ กัน ผู้วิจัยถือว่าข้อมูลนั้นเชื่อถือได้ และเป็นข้อมูลจริงแล้วจึงจะถูกบันทึกข้อมูลได้

3) ระยะทดลองใช้รูปแบบ นำรูปแบบการดูแลไปใช้จริงในพื้นที่
ติดตามและปรับปรุงกระบวนการดูแล

4) ระยะประเมินผลและสรุปผล ประเมินผลหลังใช้รูปแบบในด้าน คะแนน ADL ของผู้สูงอายุ คุณภาพชีวิต (Quality of Life) ความพึงพอใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแลสรุปบทเรียนและจัดทำข้อเสนอเชิงพัฒนา

**การเก็บรวบรวมข้อมูล**

ดำเนินการเก็บข้อมูลภายหลังได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์แล้ว

1) การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยผู้วิจัยแจกจ่ายแบบสอบถามให้กับกลุ่มเป้าหมาย เช่น ผู้ดูแล: ประเมินความพึงพอใจในบทบาทการดูแล ความต้องการการสนับสนุน ครอบครัว: ความพึงพอใจและการมีส่วนร่วมในการดูแล ภาคีเครือข่าย: การประเมินการทำงานร่วมกันและการสนับสนุน

2) การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยผู้วิจัย การสัมภาษณ์เชิงลึก: ผู้สูงอายุ: ความต้องการที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน ปัญหาสุขภาพ ผู้ดูแล: ความท้าทายในการดูแล ความต้องการการสนับสนุนภาคีเครือข่าย: ประสบการณ์การทำงานร่วมกัน และข้อเสนอแนะในการพัฒนา การสนทนากลุ่ม (Focus Group): เชิญกลุ่มผู้ดูแลครอบครัว และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาร่วมอภิปราย เพื่อรวบรวมมุมมองและข้อเสนอแนะ การสังเกต: ใช้แบบฟอร์มการสังเกตเพื่อเก็บข้อมูลพฤติกรรมผู้สูงอายุ การปฏิบัติงานของผู้ดูแล และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ประเมิน ADL (Barthel Index) และระดับการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงแบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Wilcoxon matched pairs signed ranks test

**จริยธรรมในการวิจัย**

การวิจัยนี้ได้รับการพิจารณา และให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์แล้วและอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้บนพื้นฐานของโครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการได้รับและพิจารณา วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2568 เลขที่การรับรอง COA No.19/2568 ผู้วิจัยให้ความสำคัญ และตระหนัก

ถึงสิทธิ์ส่วนบุคคลของผู้ที่เข้าร่วมการวิจัย ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลการวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

**ผลการศึกษา**

**ส่วนที่ 1 การพัฒนารูปแบบ**

สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและปัญหาซับซ้อนเป็นรายกรณี พบว่า ปัญหาด้านสุขภาพที่พบในผู้ป่วย คือ อาการปวด ข้อติด แผลกดทับ ผู้ป่วยขาดคนดูแล การดูแลความสะอาดไม่ดีพอ ค่าใช้จ่ายในการดูแลไม่เพียงพอ กิจกรรมที่เกิดจากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ ด้านผู้นำดำเนินกิจกรรมเอง ได้แก่ 1) โครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ นักจัดการสุขภาพ ในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ขยายผลสู่ชุมชน พบว่า มีจิตอาสา/อสม.ที่ผ่านการอบรมตามโครงการหมู่บ้านละ 5 คน รวมกับต้นทุนเดิมของ อสม.เชี่ยวชาญที่ผ่านการอบรมคนสนมไม่ทอดทิ้งกันดูแลสัมพันธ์ต่อเนื่องโดยหมอครอบครัวหมู่บ้านละ 2 คน รวม 154 คน 2) โครงการคนตำบลแคนไม่ทอดทิ้งกัน เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (ติดเตียง) พบว่า มีการเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ โดยทีมหมอครอบครัว /อสม./จิตอาสาที่ผ่านการอบรม/ผู้นำชุมชน/ท้องถิ่น สัปดาห์ที่ 3 ของเดือน consult แพทย์ทางไลน์ coc หากพบผู้ป่วยมีปัญหาด้านสุขภาพ เช่น ข้อติด ปัญหาเรื่องยา แผลกดทับ จะประสานและส่งต่อผู้ป่วยที่โรงพยาบาลสนม คลินิกอุ่นใจทุกวันอังคาร บ่าย เป็นรายกรณี จากกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนทำให้เกิด อสม./จิตอาสา ผ่านการอบรม 154 คน ดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ รวมทั้งแจ้งข้อมูลผู้ป่วยที่ไม่ส่งผ่านโรงพยาบาลแม่ข่าย ผ่าน ไลน์ (Line) ผู้นำตำบลแคนจากความร่วมมือของภาคีเครือข่ายเกิดผลลัพธ์ในการดำเนินงาน คือ กองทุนดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตำบลแคน ซึ่งเกิดจากศรัทธาอาสาช่วยเหลือสังคมของคนตำบลแคน เงินบริจาคบุญประทายข้าวเปลือก มีอุปกรณ์ คือถังออกซิเจน เสาน้ำเกลือ แพมเพิส Walking ที่นอนลม ดึงชุมชนเข้ามาเป็นคณะกรรมการบริหารกองทุนเพื่อให้เกิดความเป็นเจ้าของ ในช่วงระยะเวลาดำเนินการวิจัยมีผู้ป่วยติดเตียงและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ที่ใช้บริการกองทุน 4 case ประกอบด้วย Case ที่ 1 ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมจากทีมหมอครอบครัวตำบลแคนหลังจากกลับจาก รพ.สุรินทร์ แพทย์ที่ รพ.สุรินทร์นัดติดตามต่อเนื่องเพื่อให้เคมีบำบัดครั้งที่ 2 ในวันที่ 1 ตุลาคม 2568 แต่ผู้ป่วยไม่ได้ไปตามนัดเนื่องจากผู้ป่วยมีอาการทรุดลง ญาติจึงไม่ได้พาไปรับการรักษาตามนัด ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่รพ.สต.แคน อย่างน้อย 2 ครั้ง/เดือน หลังจากออกจาก รพ.ผู้ป่วยก็ได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่จาก รพ.สต.แคน จากคลินิกอุ่นใจ รพ.สนม และกองทุนดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้สนับสนุนถังออกซิเจน และวันที่ 25 ตุลาคม 2568 ผู้ป่วยก็ได้เสียชีวิตจากโรคมะเร็งท่อน้ำดี case ที่ 2 ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต.แคน, อสม.ที่รับผิดชอบ, ทีมหมอครอบครัว อย่างน้อยเดือนละครั้ง และได้รับการสนับสนุนที่นอนลมจากกองทุนดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตำบลแคน เพื่อป้องกันแผลกดทับ ปัจจุบันผู้ป่วยมีอาการทรงตัว สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ ไม่มีแผลกดทับ ญาติมีความเข้าใจและดูแลผู้ป่วยได้ case ที่ 3 ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต.แคน ,อสม.ที่รับผิดชอบ, ทีมหมอครอบครัว และกองทุนดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายตำบลแคน อย่างน้อยเดือนละครั้ง ปัจจุบันผู้ป่วยมีอาการทรงตัว สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ ไม่มีแผลกดทับ พูดคุยรู้เรื่อง บอกความต้องการของตัวเองได้ แขนข้างที่ดี สามารถทำตามคำสั่งได้ ยกแขน ยกขาได้ ส่วนข้างที่อ่อนแรง หดเกร็งกล้ามเนื้อและยกแขน ขา ขึ้นได้เล็กน้อย ญาติมีความเข้าใจและดูแลผู้ป่วยได้ case ที่ 4 ผู้ป่วยได้รับการเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต.แคน , อสม.ทีมหมอครอบครัว อย่างน้อยเดือนละ 2 ครั้ง ผู้ป่วยได้รับเครื่องผลิตออกซิเจนจาก รพ.สนม มาใช้ที่บ้าน 1 วันก่อนผู้ป่วยเสียชีวิต ผู้ป่วยเริ่มมีอาการหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้นมีอาการปวดมากขึ้น นอนพักผ่อนไม่ได้ ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษา ผู้ป่วยอาการไม่ดีขึ้น และ

เสียชีวิตในวันที่ 15 มกราคม 2569 ด้วยโรคมะเร็งเต้านมระยะสุดท้าย

**ส่วนที่ 2 การใช้รูปแบบ**

**ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง** พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.7 อายุน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 37.5 อายุเฉลี่ย 61.67 ปี (SD = 18.23) อายุมากสุด 91 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 70.8 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 79.2 รายได้เฉลี่ย 4,941.67 บาท (SD = 1,838.45) ผู้ดูแลเป็นบุตรหลาน

**ข้อมูลประเมิน ADL (Barthel Index)** ก่อนใช้รูปแบบ พบว่า ด้านการรับประทานอาหาร (Feeding) ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ ร้อยละ 29.2 ด้าน Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด) ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้) ร้อยละ 100 ด้าน Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย ร้อยละ 12.5 ทำได้เอง ร้อยละ 29.2 ด้าน Toilet use (ใช้ห้องน้ำ) ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อย ร้อยละ 29.1 ด้าน Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย ร้อยละ 33.3 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง ร้อยละ 29.2 ด้าน Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิบ หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมได้) ร้อยละ 33.3 ด้าน Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) ไม่สามารถทำได้ ร้อยละ 12.5 ด้าน Bathing (การอาบน้ำ) อาบน้ำเองได้ ร้อยละ 95.8 ด้าน Bowels (การกลั้นการถ่ายอุจจาระ) กลั้นได้เป็นปกติ ร้อยละ 16.7 และด้าน Bladder (การกลั้นปัสสาวะ) กลั้นได้เป็นปกติ ร้อยละ 8.3

หลังใช้รูปแบบ พบว่า ด้านการรับประทานอาหาร (Feeding) ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ ร้อยละ 41.7 ด้าน Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด) ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้) ร้อยละ 100 ด้าน Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย ร้อยละ 45.8 ทำได้เอง ร้อยละ 16.7ด้าน Toilet use (ใช้ห้องน้ำ) ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อย ร้อยละ 16.7 ด้าน Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย ร้อยละ 54.2 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง ร้อยละ 16.7 ด้าน Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิบ หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมได้) ร้อยละ 16.7 ด้าน Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) ไม่สามารถทำได้ ร้อยละ 54.2 ด้าน Bathing (การอาบน้ำ) อาบน้ำเองได้ ร้อยละ 58.3 ด้าน Bowels (การกลั้นการถ่ายอุจจาระ) กลั้นได้เป็นปกติ ร้อยละ 25.0 และด้าน Bladder (การกลั้นปัสสาวะ) กลั้นได้เป็นปกติ ร้อยละ 12.5

การประเมิน ADL (Barthel Index) พบว่า ด้านที่ดีขึ้น คือ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการกลั้นอุจจาระ/ปัสสาวะ (เล็กน้อย) ด้านการเคลื่อนย้าย (ดีขึ้นในระดับลดการพึ่งพา)

ด้านที่คงที่ คือ ด้าน Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด)

ด้านที่ถดถอย (สำคัญ) คือ ด้าน Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) ด้าน Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) ด้าน Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) ด้านBathing (การอาบน้ำ) และด้านToilet use (ใช้ห้องน้ำ) เล็กน้อย

**การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ**

ด้านคุณภาพชีวิต ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 58.3 (19.13, SD = 3.57) หลัง

การทดลอง พบว่ามีคุณภาพชีวิต อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 75.0 (Mean = 19.21, SD = 3.02) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน พบว่า มีค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง (Mean Rank=11.95, Sum of Ranks=119.50) และเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน p-value > 0.05

ด้านสังคมและการช่วยเหลือ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีการช่วยเหลือทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.3 (Mean = 40.71, SD = 5.69) หลังการทดลอง พบว่ามีการช่วยเหลือทางสังคม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.5 (Mean = 42.54, SD = 5.87) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน พบว่า มีค่าเฉลี่ยมิติสังคมและการช่วยเหลือหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง (Mean Rank=11.36, Sum of Ranks=159.00) และเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนมิติสังคมและการช่วยเหลือ ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน p-value > 0.05

ด้านการสนับสนุนจากรัฐ ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีการสนับสนุนจากรัฐ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 70.8 (Mean = 20.08, SD = 21.45) หลังการทดลอง พบว่ามีการสนับสนุนจากรัฐ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 70.8 (Mean = 20.00, SD = 2.65) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน พบว่า มีค่าเฉลี่ยการสนับสนุนจากรัฐหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง (Mean Rank=11.22, Sum of Ranks=130.00) และเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการสนับสนุนจากรัฐ ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน p-value > 0.05

ด้านสุขภาพจิต ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีสุขภาพจิต อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 66.7 (Mean = 27.87, SD = 4.87) หลังการทดลอง พบว่ามีสุขภาพจิต อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 70.8 (Mean = 28.42, SD = 3.14) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน พบว่า มีค่าเฉลี่ยด้านสุขภาพจิตหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง (Mean Rank=14.44, Sum of Ranks=160.50) และเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาพจิต ก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน p-value > 0.05

ด้านสิ่งแวดล้อม ก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลองมีการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.3 (Mean = 27.87, SD = 4.87) หลังการทดลอง พบว่ามีการประเมินด้านสิ่งแวดล้อม อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 41.7 (Mean = 28.42, SD = 3.14) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนน พบว่า มีค่าเฉลี่ยด้านสิ่งแวดล้อมหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง (Mean Rank=15.05, Sum of Ranks=165.50) และเปรียบเทียบความแตกต่าง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนการประเมินด้านสิ่งแวดล้อมก่อนและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน p-value > 0.05

**สรุปและอภิปรายผล**

ส่วนที่ 1 การพัฒนารูปแบบ สถานการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและปัญหาซับซ้อนเป็นรายกรณี พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน เช่น อาการปวด ข้อติด แผลกดทับ การขาดผู้ดูแล และข้อจำกัดด้านเศรษฐกิจ ซึ่งสะท้อนลักษณะปัญหาแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย สังคม และสิ่งแวดล้อม การนำกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ โดยการพัฒนาศักยภาพ อสม. และจิตอาสาให้เป็น “นักจัดการสุขภาพ” ร่วมกับทีมหมอครอบครัว และการจัดระบบเยี่ยมบ้านแบบบูรณาการ ส่งผลให้เกิดระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน รวมทั้งการจัดตั้งกองทุนดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ซึ่งเป็นกลไกสำคัญในการสนับสนุนทรัพยากรในพื้นที่ ผลดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลระยะยาวแบบองค์รวม [26] และการศึกษาของ บุญเลิศ และคณะ [27] ที่พบว่า การมีส่วนร่วม

ของชุมชนและการพัฒนาศักยภาพ อสม. ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้ การใช้เทคโนโลยีสื่อสาร เช่น Line ในการประสานงานและปรึกษาแพทย์ ยังช่วยเพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล สอดคล้องกับ ศิริพร และคณะ [28]

ส่วนที่ 2 การใช้รูปแบบ พบว่า ความสามารถในการทำ ADL ของผู้สูงอายุมีทั้งด้านที่ดีขึ้น คงที่ และถดถอย โดยด้านที่ดีขึ้น ได้แก่ การรับประทานอาหาร การควบคุมการขับถ่าย และการเคลื่อนย้าย ในระดับลดการพึ่งพา สะท้อนว่ารูปแบบการดูแลสามารถส่งเสริมการพึ่งพาตนเองในกิจกรรมพื้นฐานได้ สอดคล้องกับทฤษฎีการดูแลตนเองของ Dorothea Orem (Orem, 2544) และการศึกษาของ พิมพ์ชนก และคณะ [29] ที่พบว่า การสนับสนุนและฝึกทักษะการดูแลตนเองช่วยเพิ่มความสามารถใน ADL

อย่างไรก็ตาม พบว่ากิจกรรมที่ต้องใช้สมรรถภาพทางกาย เช่น การเคลื่อนที่ การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ และการแต่งกาย มีแนวโน้มถดถอย ซึ่งสะท้อนข้อจำกัดของรูปแบบที่ยังไม่ครอบคลุมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายอย่างเข้มข้น สอดคล้องกับการศึกษาของ วิไลพร และคณะ [30] ที่ระบุว่า การขาดการออกกำลังกายหรือกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้สมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุลดลง รวมทั้งแนวคิดของ Sidney Katz (Katz, 2506) ที่อธิบายว่ากิจกรรมที่ซับซ้อนจะเสื่อมก่อนกิจกรรมพื้นฐาน

**การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ** ด้านคุณภาพชีวิต พบว่า คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมและรายด้านมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นหลังการใช้รูปแบบ แม้ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05) ซึ่งอาจเกิดจากข้อจำกัดด้านระยะเวลาและขนาดกลุ่มตัวอย่าง อย่างไรก็ตาม แนวโน้มที่ดีขึ้นในทุกมิติสะท้อนว่ารูปแบบการดูแลมีผลเชิงบวกต่อผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ และคณะ [31]

เมื่อพิจารณารายมิติ พบว่า ด้านสังคมและการช่วยเหลือมีแนวโน้มดีขึ้น สะท้อนบทบาทของเครือข่ายชุมชนและการมีส่วนร่วมของภาคีต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดทุนทางสังคม [32] และการศึกษาของ กัญญารัตน์ และคณะ [33] ด้านการสนับสนุนจากรัฐคงที่ในระดับสูง สะท้อนการเข้าถึงสิทธิพื้นฐานของผู้สูงอายุ [34] ขณะที่ด้านสุขภาพจิตและสิ่งแวดล้อมมีแนวโน้มดีขึ้นเล็กน้อย ซึ่งอาจต้องใช้ระยะเวลาในการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง [35, 36]

โดยภาพรวม ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดคุณภาพชีวิตของ World Health Organization ที่มองคุณภาพชีวิตเป็นผลลัพธ์จากหลายมิติที่เชื่อมโยงกัน ทั้งสุขภาพกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งต้องได้รับการพัฒนาอย่างบูรณาการ

ดังนั้น รูปแบบการดูแลที่พัฒนาขึ้นมีจุดเด่นในด้านการบูรณาการภาคีเครือข่าย การมีส่วนร่วมของชุมชน และการใช้ทรัพยากรในพื้นที่อย่างเหมาะสม ส่งผลให้เกิดการดูแลต่อเนื่องและช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในบางด้าน อย่างไรก็ตาม ยังมีข้อจำกัดในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย และการพัฒนาคุณภาพชีวิตในระยะสั้น ซึ่งควรมีการเสริมโปรแกรมออกกำลังกาย การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการติดตามผลในระยะยาวเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ชัดเจนและยั่งยืนมากยิ่งขึ้น

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1) ควรขยายผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงและมีปัญหาซับซ้อนการจัดการรายกรณี ในพื้นที่อื่น ๆ ที่มีบริบทคล้ายคลึงกัน ดำเนินการควบคู่กับการพัฒนาระบบบริการ บุคลากร และความร่วมมือในระดับพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพ และสอดคล้องกับบริบทของชุมชนอย่างยั่งยืน

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาติดตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้นอย่างต่อเนื่องและศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวนานขึ้น เพื่อประเมินความยั่งยืน ของรูปแบบ

**กิตติกรรมประกาศ**

ขอขอบพระคุณ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนและผู้ดูแล ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ที่ให้ความยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ดร.นพดล พิมพ์จันทร์ สาธารณสุขอำเภอสนม ที่ปรึกษาวิจัย คณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแคนที่ให้การสนับสนุน

ผู้วิจัยขอกล่าวขอบพระคุณผู้ที่เกี่ยวข้อง ที่ไม่ได้กล่าวถึง มา ณ ที่นี้ ที่มีส่วนสำคัญในการทำวิจัยครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย.(2567). แนวทางการพัฒนาศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระดับชุมชน. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข
2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ.(2567). รายงานประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2567. กรุงเทพฯ: สำนักสถิติแห่งชาติ
3. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. รายงานภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2567 กรุงเทพฯ: สปสช.
4. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2567). รายงานภาวะพึ่งพิงและปัญหาซับซ้อนของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์.(2567). รายงานการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ปี 2567. สุรินทร์: สสจ.สุรินทร์
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์.(2565). สถิติภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุในจังหวัดสุรินทร์ ปี 2565. สุรินทร์: สสจ. สุรินทร์; 2565.
7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์.(2566). รายงานผลการติดตามภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ปี 2566. สุรินทร์: สสจ. สุรินทร์
8. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์.(2565). รายงานสรุปภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ปี 2567. สุรินทร์: สสจ.สุรินทร์
9. กรมการแพทย์.(2567). นิยามและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปี 2567. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข;
10. กรมการแพทย์.(2567). นิยามและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและปัญหาซับซ้อน ปี 2567. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข
11. กรมอนามัย.(2567). รายงานผลการประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปี 2567. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข
12. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2566). แนวทางการพัฒนาระบบ Care Manager และ Care Giver เพื่อรองรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. กรุงเทพฯ: สปสช.
13. กรมกิจการผู้สูงอายุ.(2566). รายงานผลกระทบของภาวะพึ่งพิงต่อครอบครัวผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
14. สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง.(2567). ข้อเสนอเชิงนโยบายด้านเงินช่วยเหลือผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กระทรวงการคลัง
15. กรมอนามัย.(2567). แนวทางการพัฒนาศูนย์ดูแลผู้สูงอายุระดับชุมชน. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข
16. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(2567). การพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข
17. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2567). รายงานการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ปี 2567. กรุงเทพฯ: สปสช.
18. กรมสุขภาพจิต.(2567). รายงานผลการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุและครอบครัวต่อบริการดูแลสุขภาพ ปี 2567. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข
19. กรมการแพทย์.(2567). รายงานสถานการณ์บุคลากรทางการแพทย์ในระบบบริการสุขภาพ ปี 2567. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข

20. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ.(2567). งบประมาณด้านการดูแลผู้สูงอายุและข้อจำกัดเชิงโครงสร้าง. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข
21. กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ.(2567). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ: รายงานการศึกษา ปี 2567. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
22. กรมสุขภาพจิต.(2567). ผลกระทบของโครงการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวต่อคุณภาพชีวิต ปี 2567. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข
23. กรมการแพทย์.(2567). รายงานภาวะซึมเศร้าและความโดดเดี่ยวในผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล ปี 2567. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข
24. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.(2567). รายงานผลการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ปี 2567. กรุงเทพฯ: สปสช.
25. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2567). รายงานความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อระบบการดูแลสุขภาพ ปี 2567. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข
26. กรมอนามัย.(2564). แนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบองค์รวม. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2564.
27. บุญเลิศ ใจดี, และคณะ.(2565). การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุ. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2565;18(2):45-58.
28. ศิริพร ทองสุข, และคณะ.(2566). การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารวิจัยสุขภาพ. 2566;30(2):12-25.
29. พิมพ์ชนก ศรีสุข, และคณะ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อ ADL ผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2564;39(2):45-58.
30. วิไลพร แสงทอง, และคณะ.(2566). ผลของโปรแกรมออกกำลังกายต่อสมรรถภาพผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยสุขภาพ. 2566;30(3):67-80.
31. จิราภรณ์ ใจดี, และคณะ.(2565). โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2565;40(2):55-68.
32. ประเวศ วะสี.(2563). ทุนทางสังคมกับระบบสุขภาพชุมชน. กรุงเทพฯ: หมอชาวบ้าน; 2563.
33. กัญญารัตน์ ศรีสุข, และคณะ.(2564). การสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2564;18(1):34-46.
34. สุเมธ พงศ์สวัสดิ์, และคณะ.(2566). การเข้าถึงสิทธิสุขภาพกับคุณภาพชีวิต. วารสารวิจัยระบบสุขภาพ. 2566;17(2):89-102.
35. พัชรี อินทร์งาม, และคณะ.(2565). ปัจจัยด้านสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2565;29(3):120-134.
36. นฤมล บุญมี, และคณะ.(2564). สิ่งแวดล้อมกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลชุมชน. 2564;15(2):70-82.