การพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร

Development of a Community-Based Health System Model for Fall Prevention among the Elderly in Yasothon Province.

(Received: May 16,2026 ; Revised: May 24,2026 ; Accepted: May 27,2026)

สัญชาติ พลมีศักดิ์[1] นริศรา อารีรักษ์[2] ถนอม นามวงศ์[3]
Sunchart Phonmeesak[1] Narisara Arrirak[2] Thanom Namwong[3]

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร ดำเนินการวิจัยเดือนระหว่างเดือนมิถุนายน 2568–พฤษภาคม 2569 มี 4 ระยะ ได้แก่ 1) การศึกษาสภาพปัญหา 2) การพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพชุมชนต้นแบบ 3) ทดลองใช้รูปแบบระบบสุขภาพชุมชนที่พัฒนาขึ้นในตำบลนำร่อง และ 4) การพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ผู้สูงอายุ และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และการประชุมเชิงปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon signed-rank test และ McNemar test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า การดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุยังมีข้อจำกัดด้านการเชื่อมโยงข้อมูล การติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง และการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงาน ขณะที่ผู้สูงอายุมีปัจจัยเสี่ยงทั้งด้านสุขภาพ พฤติกรรม และสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ผู้วิจัยได้พัฒนาระบบสุขภาพชุมชนที่ประกอบด้วย 10 องค์ประกอบสำคัญ ต่อมาสังเคราะห์และปรับให้เหลือ 5 องค์ประกอบหลักเพื่อให้เหมาะสมต่อการขยายผลเชิงนโยบาย ผลการทดลองใช้พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้และพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม การจัดการสภาพแวดล้อมภายในบ้าน รู้จักและการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)

คำสำคัญ: ระบบสุขภาพชุมชน; การป้องกันการพลัดตกหกล้ม; ผู้สูงอายุ; การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

Abstract

This participatory action research (PAR) aimed to develop and evaluate a community-based health system model for falls prevention among the elderly in Yasothon Province, Thailand. The study was conducted from June 2025 to May 2026 using a four-phase research and development process: 1) problem situation analysis, 2) development of a prototype community health system, 3) pilot implementation in a selected subdistrict, and 4) refinement of the developed system. Participants included the elderly and community stakeholders. Data were collected through questionnaires, interviews, focus group discussions, and workshops. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, the Wilcoxon signed-rank test, and the McNemar test, while qualitative data were analyzed using content analysis.

The findings indicated that fall prevention efforts were constrained by limited data integration, discontinuity of care, and insufficient interagency collaboration. The elderly also faced health, behavioral, and home environmental risk factors. The developed community health system initially consisted of 10 components and was later synthesized into 5 core components to support policy-level expansion. After implementation, the elderly demonstrated significantly improved knowledge and preventive behaviors related to fall prevention, home

[1] นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
[2] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
[3] อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดอุบลราชธานี Corresponding author : Thanom Namwong, Email: thanom@scphub.ac.th

environmental management, and access to emergency medical services compared with before the intervention (p-value < 0.05).

Keywords: Community Health System; Fall Prevention; Elderly; Participatory Action Research

บทนำ

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” โดยในปี พ.ศ. 2568 มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 14.0–14.5 ล้านคน (ร้อยละ 21 - 22) และมีแนวโน้มเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” ในช่วงปี พ.ศ. 2578–2583 อันเป็นผลจากอัตราการเกิด ที่ลดลงต่อเนื่อง ผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 70 มีโรค ไม่ติดต่อเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และมีผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงประมาณ 1.4–1.6 ล้านคน (ร้อยละ 10–11) ซึ่งมักเกิดจากโรคเรื้อรังร่วม ความเสื่อมถอยตามวัย และการพลัดตกหกล้มที่นำไปสู่กระดูกสะโพกหัก [1,2] การพลัดตกหกล้มเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญในผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดการบาดเจ็บตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรง โดยเฉพาะภาวะกระดูกสะโพกหัก หากไม่ได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที อาจนำไปสู่การเสียชีวิตหรือสูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน นำไปสู่ภาวะพึ่งพิง และเกิดปัญหาทางจิตใจ อีกทั้งยังเพิ่มภาระต่อครอบครัว สังคม และระบบสุขภาพ[3]

จังหวัดยโสธรเป็นพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากสังคมสูงวัย โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ 10 ซึ่งประกอบด้วย 5 จังหวัด โดยสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 17.8 ในปี พ.ศ. 2563 เป็นร้อยละ 21.7 ในปี พ.ศ. 2568 ซึ่งมีผู้สูงอายุ 113,370 คน จากประชากรทั้งหมด 521,677 คน การคัดกรองพบความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในปี พ.ศ. 2566[4] พบร้อยละ 5.5 และเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2567[5] พบร้อยละ 10.6 ซึ่งการเกิดกระดูกสะโพกหักส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเสียชีวิตร้อยละ 14.9 - 23.2 และทำให้สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวร่างกาย[6] ปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มครอบคลุมทั้งด้านบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ประวัติหกล้ม ด้านสุขภาพ ได้แก่ การมองเห็น การทรงตัว การใช้ยา ด้านพฤติกรรม เช่น ขาดการออกกำลังกาย และด้านสิ่งแวดล้อมในบ้าน ได้แก่ แสงสว่าง ลักษณะพื้นบ้าน เป็นต้น[6,7,8,9]

ที่ผ่านมาจังหวัดยโสธร ได้ดำเนินการเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหาพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการดำเนินงานในภาพรวมมีแนวโน้มที่ดี ทั้งการเข้าถึงการคัดกรอง การได้รับความรู้ การส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม โดยผลการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2567 พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง ร้อยละ 95.5 มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มหรือกระดูกสะโพกหักในระดับมาก ร้อยละ 88.1 โดยพบผู้ป่วยรายใหม่ 88 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.15 การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วย ร้อยละ 63.6 การ admitted ในหอผู้ป่วย ภายใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 89.0 ได้รับการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมงหลัง admitted ร้อยละ 72.4[5] ผลการดำเนินงานดังกล่าวสะท้อนว่า ระบบบริการสุขภาพในภาพรวมสามารถดำเนินการได้ดี อย่างไรก็ตาม ยังพบจุดที่เป็นปัญหาหรือทำผลงานได้ไม่ดีนัก (Pain Point) ได้แก่ การที่ผู้สูงอายุกลุ่มป่วยฉุกเฉินเรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินค่อนข้างต่ำ รวมถึงข้อจำกัดของระบบสุขภาพชุมชนที่ยังขาดความต่อเนื่องและการบูรณาการเชิงระบบ ปัญหาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า “ระบบสุขภาพชุมชน” หรือระบบสุขภาพปฐมภูมิ (Primary care) ยังเป็นกลไกสำคัญที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการปรับปรุงรูปแบบการดำเนินงานให้มีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ มีความยืดหยุ่น และตอบสนองต่อปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ และนำแนวปฏิบัติที่ดีจากพื้นที่ต้นแบบไปขยายผลตำบลอื่น ๆ เพื่อเพิ่มความครอบคลุม ต่อเนื่อง และยั่งยืนในการดูแลผู้สูงอายุ[5]

ระบบสุขภาพชุมชนเป็นกลไกสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ โดยอาศัยความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน ภาครัฐ และภาคีเครือข่าย เพื่อส่งเสริมการคัดกรอง ป้องกัน ฟื้นฟู และดูแลต่อเนื่องอย่างบูรณาการ

เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับชุมชนถึงสถานบริการสุขภาพ รวมถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนในทุกขั้นตอน[5] อย่างไรก็ตาม รูปแบบการดำเนินงานเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ที่ผ่านมามีนโยบายหรือแนวทางการดำเนินงานที่หลากหลาย ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลรักษา และการดูแลมิติอื่น ๆ ซึ่งมีการบูรณาการดำเนินงานร่วมกันหลายหน่วยงาน เพื่อดูแลให้ครอบคลุมทุกมิติ แต่ยังขาดความต่อเนื่องและการบูรณาการร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม มีความพยายามส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดชุมชนจัดการตนเอง (Community-based managements) ซึ่งประสบความสำเร็จในระยะสั้นและในบางพื้นที่ แต่ยังขาดความยั่งยืนและการขยายผลในวงกว้าง[10,11,12]

ผลจากการดำเนินงานที่ผ่านมารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุคำตอบจึงอยู่ที่ระบบสุขภาพชุมชน เนื่องจากเครือข่ายในชุมชนนั้นมีความเข้าใจปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุและญาติผู้ดูแล มาตรการแก้ไขปัญหาที่มาจากฐานของชุมชนจะมีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชนนั้น ๆ ส่งผลให้ระบบบริการสุขภาพนั้นมีความยั่งยืน โดยผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และองค์กรของรัฐมีส่วนร่วม ในการดำเนินงานและรับผิดชอบร่วมกัน[11]

จากเหตุผลและความจำเป็นดังที่กล่าวถึงข้างต้น จึงได้พัฒนาโครงการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร ขึ้น เพื่อให้ได้รูปแบบการดำเนินงานที่มีความเหมาะสมและขยายผลในวงกว้าง ตั้งแต่การส่งเสริมและป้องกันในชุมชน และเชื่อมโยงระบบสุขภาพชุมชนกับระบบบริการสุขภาพเพื่อดูแลผู้ป่วยและนำส่งผู้ป่วยช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล การส่งต่อผู้ป่วยให้เข้าสู่การรักษาได้อย่างรวดเร็วตลอดจนรับกลับมาดูและรักษาต่อที่บ้านอย่างมีคุณภาพ ด้วยการมีส่วนร่วมและการบูรณาการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งระดับเชิงนโยบายและพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

1) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการดำเนินงานเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

2) เพื่อพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

3) เพื่อประเมินผลรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

4) เพื่อสังเคราะห์รูปแบบระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย ประยุกต์ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) มุ่งวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พื้นที่จังหวัดยโสธร

ขั้นตอนการวิจัย มีอยู่ 4 ระยะ เนื่องจากการวิจัยมีหลายขั้นตอน จึงขอนำเสนอประชากรและตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ ไปตามแต่ละขั้นตอนของการวิจัยรายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา ดำเนินการในเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2568 ใช้แบบแผนการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mixed methods) เพื่อให้ได้ข้อมูลนำเข้า ที่ครบถ้วนและรอบด้านของการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น โดยการทบทวนเอกสาร ฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง การสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อวิเคราะห์บริบทต้นทุน สภาพปัญหาการดำเนินงาน และความต้องการในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในพื้นที่จังหวัดยโสธร และศึกษาฐานข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุเพื่อศึกษาความชุก ปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนต้นแบบ ดำเนินการในเดือน สิงหาคม-กันยายน 2568 มีเป้าหมายเพื่อพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพชุมชนให้เป็นต้นแบบหรือกรอบการดำเนินงาน (blueprint) สำหรับขยายผลในพื้นที่นำร่อง โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียด้วยการประชุมเชิงปฏิบัติการ ร่วมกับการสังเคราะห์องค์

ความรู้จากระยะที่ 1 เพื่อออกแบบและตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ก่อนนำไปทดลองใช้

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบระบบสุขภาพชุมชนที่พัฒนาขึ้น ดำเนินการในเดือนตุลาคม 2568 - มีนาคม 2569 เป็นการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจากระยะที่ 2 ไปทดลองใช้ โดยใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง ดำเนินการใน 3 พื้นที่ (multi-site) ซึ่งเป็น 3 ตำบล นำร่อง ได้แก่ 1) ตำบลขุมเงิน อำเภอเมืองยโสธร 2) ตำบลบึงแก อำเภอมหาชนะชัย และ 3) ตำบลไผ่ อำเภอทรายมูล ซึ่งเป็นพื้นอำเภอขนาดใหญ่ ปานกลาง และเล็ก และเลือกตำบลที่ที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมการวิจัย แต่ละตำบลทำหน้าที่เป็นหน่วยของการทดลอง (cluster) และดำเนินการอย่างอิสระจากกัน ทั้งนี้มีการเก็บข้อมูลในระดับบุคคลก่อนและหลังการดำเนินงาน เพื่อประเมินผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

ประชากร คือ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกคนในพื้นที่ 3 ตำบลนำร่อง และผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทุกคนที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่นำร่อง 3 ตำบล 542 คน

ตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม ได้แก่

1) แกนนำผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ 3 ตำบลนำร่อง ซึ่งเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ตำบลละ 17 คน ซึ่งมีรายละเอียดเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 2) แกนนำผู้มีส่วนได้ส่วนเสียระดับพื้นที่ของระยะที่ 1

2) ผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการประเมินประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ขนาดตัวอย่างคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป G*power[13] โดยกำหนดกลุ่มของสถิติ (Test Family) เลือก t-test, Statistic test เลือก Mean: difference between two dependent means (matched pairs) กำหนดการทดสอบสมมุติฐาน 2 ทาง (2-tailed) ระบุค่าพารามิเตอร์ (Input Parameter) ได้แก่ ค่าอำนาจการทดสอบ (Power test) เท่ากับร้อยละ 90 หรือ 0.9 ค่าอัลฟา (Alpha; α) เท่ากับ 0.05 และขนาดอิทธิพล (Effect size) ซึ่งคาดว่า intervention มีผลพอสมควรแต่ไม่มาก จึงกำหนดที่ระดับปานกลางค่อนข้างต่ำ คือ เท่ากับ 0.4[14] ได้กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 54 ราย และเพิ่มขนาดตัวอย่างกรณีตัวอย่างขอถอนตัวหรือไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดโครงการอีกร้อยละ 30 หรือกลุ่มละ 16 ราย ขนาดตัวอย่างในขั้นตอนสุดท้าย คือ ตำบลละ 70 ราย

กลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยโปรแกรม Excel จากทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ กำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ขณะทำการวิจัย และ 2) สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และ 2) ต้องการออกจากการศึกษาด้วยเหตุผลใด ๆ

เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสอบถามการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ ประยุกต์ใช้จากงานวิจัยของเขตสุขภาพที่ 10[5] และจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมี 6 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป คำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ และเติมข้อมูล มี 13 ข้อ 2) โอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม คำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ มี 8 ข้อ 3) แบบวัดความรู้ คำตอบเป็นแบบถูก-ผิด และแบบให้เลือกตอบ มี 14 ข้อ 4) พฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม คำตอบเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า 3 อันดับ จาก 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ 2 หมายถึง ปฏิบัติบางครั้ง และ 3 หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำ มี 9 ข้อ 5)ประวัติการใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน คำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ มี 9 ข้อ และ 6) การได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง คำตอบเป็นแบบให้เลือกตอบ มี 2 ข้อ

ระยะที่ 4 การพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น ดำเนินการในเดือนเมษายน - พฤษภาคม 2569 โดยนำผลการดำเนินงานจากระยะก่อนหน้า ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ มาใช้ในการทบทวน วิเคราะห์ และปรับปรุงองค์ประกอบของรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนให้มีความเหมาะสมกับบริบท

พื้นที่มากยิ่งขึ้น การดำเนินงานประกอบด้วยการสรุปผลและถอดบทเรียนร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งในระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และระดับชุมชน เพื่อร่วมกันพิจารณาความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางปรับปรุงกิจกรรม กลไกการดำเนินงาน และกระบวนการประสานความร่วมมือ เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบฉบับปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์และสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทชุมชน

นอกจากนี้ ยังมีการคืนข้อมูลและรับรองรูปแบบร่วมกันผ่านเวทีประชุมคณะกรรมการวางแผนและประเมินผล (กวป.) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร พร้อมทั้งประกาศนโยบายเพื่อขยายผลระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทุกตำบลในจังหวัด

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และการประชุมเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการโดยนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ในการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุ และผ่านการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือ พร้อมกับจดบันทึกและบันทึกเทปอย่างละเอียด แบบสอบถามผู้สูงอายุดำเนินการโดยผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นแกนนำ อสม. ในชุมชน ที่ผ่านการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือ ใช้การสัมภาษณ์โดยตรงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม Excel

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก การประชุมเชิงปฏิบัติการ และเอกสารฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา แล้วสรุปเป็นประเด็นปัญหา ความต้องการพัฒนา และสรุปประเด็นจากการถอดบทเรียน ได้แก่ สิ่งที่ทำได้ดี ปัญหาและสิ่งท้าทาย และโอกาสพัฒนา

2) การสังเคราะห์รูปแบบระบบสุขภาพชุมชนต้นแบบ โดยนำข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณมาสังเคราะห์เป็นรูปแบบที่เหมาะสมต่อการนำไปสู่การปฏิบัติร่วมกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยดึงเอากิจกรรมหรือกลไกที่สำคัญ มาปรับให้สอดคล้องกับองค์ประกอบตามแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง และประเด็นที่ได้จากการถอดบทเรียน

3) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และอัตราความชุกของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม นิยามกลุ่มเสี่ยง หมายถึง มีความบกพร่องด้านการมองเห็น การเคลื่อนไหวร่างกาย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือการกลั้นปัสสาวะ อย่างน้อย 1 ด้าน และเปรียบสัดส่วนเทียบการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองด้วย McNemar's test เปรียบเทียบค่ามัธยฐานคะแนนความรู้อาการและสัญญาณเตือน พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้ม และคะแนนการจัดสภาพบ้านด้วยสถิติ Wilcoxon signed-rank test เนื่องจากผลการทดสอบการกระจายของข้อมูลดังกล่าวไม่เป็นโค้งปกติ (Kolmogorov–Smirnov test < 0.05) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ p-value 0.05

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เลขที่ HE 6866/2568 เมื่อวันที่ 24 มิถุนายน 2568

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหา ข้อมูลการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน จากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 มีผู้สูงอายุที่อยู่จริง 100,215 คน ได้รับการคัดกรอง 78,487 คน ร้อยละ 78.3 พบปัญหาหรือปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้มมากที่สุด คือ การมองเห็น รองลงมา คือ การเคลื่อนไหวของร่างกาย ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการกลั้นปัสสาวะ พบร้อยละ 21.1, 16.8, 9.3 และ 8.4 ตามลำดับ โดยในด้านการมองเห็น อำเภอมหาชนะชัย และอำเภอเมือง เป็นพื้นที่ที่พบปัญหามากที่สุด ร้อยละ 26.2 และ 23.6 ตามลำดับ ข้อมูลจาก HDC พบผู้สูงอายุเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญคือ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 43.0 และโรคเบาหวานร้อยละ 25.6 และจากการ

ทบทวนเอกสารการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร พบผู้สูงอายุมีกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มสูงถึงร้อยละ 21.1 มีความรอบรู้ด้านการป้องกันการพลัดตกหกล้มและกระดูกสะโพกหักในระดับมาก ร้อยละ 88.1 อย่างไรก็ตาม ยังพบช่องว่างด้านความรอบรู้รายด้าน โดยเฉพาะเรื่องการเลือกขนาดรองเท้าที่เหมาะสม ตอบถูกเพียง ร้อยละ 37.9 และพบว่ากลุ่มผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพียงร้อยละ 63.6 เนื่องจากข้อจำกัดในการเคลื่อนย้าย ผู้สูงอายุเกรงใจลูกหลานไม่อยากให้เป็นภาระ และการไม่ทราบอาการสัญญาณเตือนที่แน่ชัด

จากการสนทนากลุ่มกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับจังหวัดและในพื้นที่ สะท้อนให้เห็นว่า จังหวัดยโสธร กำลังเผชิญผลกระทบจากการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างชัดเจน โดยเป็นพื้นที่ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ 10 ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เห็นตรงกันว่า จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ปัญหาการพลัดตกหกล้มกลายเป็นประเด็นสำคัญของระบบสุขภาพชุมชน โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางหรือมีโรคเรื้อรังร่วม ผู้ให้ข้อมูลได้สะท้อนว่า แม้จังหวัดจะมีระบบคัดกรองและการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ยังคงพบข้อจำกัดด้านการป้องกันเชิงรุก การเฝ้าระวังต่อเนื่อง และการเชื่อมโยงการดูแลระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ ดังตัวอย่างผู้ให้ข้อมูลที่เป็นพยาบาลรายหนึ่งกล่าวว่า “ตอนนี้ผู้สูงอายุในชุมชนเพิ่มขึ้นมาก เห็นชัดว่าปัญหาหกล้มเกิดบ่อยขึ้น โดยเฉพาะคนที่อยู่ลำพังหรือเดินไม่ค่อยไหว” “บางพื้นที่เห็นข่าวว่าหกล้มแล้วเสียชีวิตในห้องน้ำ” ขณะที่ อสม. ในพื้นที่สะท้อนว่า “หลายครอบครัวยังคิดว่าการหกล้มเป็นเรื่องปกติของคนแก่ ทำให้ไม่ได้ปรับบ้านหรือป้องกันล่วงหน้า” นอกจากนี้ ยังพบว่าการเข้าถึงระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้สูงอายุยังอยู่ในระดับต่ำ โดยหน่วยกู้ชีพในระดับตำบลให้ข้อมูลระบุว่า “ผู้สูงอายุบางคนหกล้มแล้วไม่เรียกรถฉุกเฉิน เพราะเกรงใจลูกหลาน หรือคิดว่าเดี๋ยวก็หายเอง” อีกทั้งผู้ให้ข้อมูลที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอยังมองว่า ระบบสุขภาพชุมชนยังขาดความต่อเนื่องและการบูรณาการเชิงระบบ โดยเฉพาะการติดตามกลุ่มเสี่ยงหลังการคัดกรองและการเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ ซึ่งสะท้อนจากคำกล่าวว่า “เรามีการคัดกรองค่อนข้างดี แต่หลังจากนั้นการเอาผลการคัดกรองไปวางแผนแก้ไขปัญหา และการติดตามต่อเนื่องยังไม่เข้มแข็ง แต่ละหน่วยงานยังทำงานแยกส่วนกันอยู่”

ด้านความต้องการในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ต้องการให้มีระบบการดูแลที่เชื่อมโยงระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการดูแลเชิงรุก การเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยง และการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังต้องการให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการพลัดตกหกล้ม รวมถึงการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครและผู้ดูแลผู้สูงอายุให้สามารถดูแลได้อย่างเหมาะสม ผู้ให้ข้อมูลยังสะท้อนถึงความจำเป็นของการปรับสภาพแวดล้อมในบ้านให้ปลอดภัย และการมีระบบการดูแลต่อเนื่องหลังการคัดกรองหรือรักษา ตัวอย่างคำพูดผู้ให้ข้อมูล “อยากให้มีการติดตามผู้สูงอายุถึงบ้านอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่แค่คัดกรองแล้วจบ เพราะบางคนเสี่ยงแต่ไม่มีคนดูแล” “การดูแลผู้สูงอายุไม่ใช่หน้าที่ของ รพ.สต. อย่างเดียว ชุมชน ครอบครัว และ อสม. ต้องช่วยกันดูแลเป็นทีม”

จากข้อมูลข้างต้นสะท้อนว่า แม้ผลการคัดกรอง การให้ความรู้ และการรักษาที่มีแนวโน้มดีขึ้น แต่การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนยังคงเป็นกลไกสำคัญในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ต้องพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ มีความยืดหยุ่น เชื่อมโยงการทำงานแบบทีมสหวิชาชีพ และเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพชุมชนต้นแบบ โดยนำผลการศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการพัฒนา คืนข้อมูลแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องผ่านเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อร่วมวิเคราะห์ปัญหา หาแนวทางแก้ไข กำหนด

เป้าหมาย และออกแบบกิจกรรมร่วมกัน จนได้ 10 องค์ประกอบของรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุต้นแบบ (blueprint) ที่พัฒนาขึ้น มีกิจกรรมสำคัญและผลลัพธ์ที่คาดหวังในแต่ละองค์ประกอบ ครอบคลุมการบริหารจัดการ การพัฒนาศักยภาพ การจัดบริการ การจัดการสิ่งแวดล้อม ระบบข้อมูล ทรัพยากร และการติดตามประเมินผล เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและยั่งยืนในระดับชุมชน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 องค์ประกอบของรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

องค์ประกอบ	กิจกรรมสำคัญ	สภาพปัญหาจากระยะที่ 1	ผลลัพธ์ที่คาดหวัง
1.กลไกการบริหารจัดการและการมีส่วนร่วม	จัดตั้งคณะกรรมการระดับชุมชน/ตำบล กำหนดบทบาท กติกาชุมชน และการบูรณาการของ รพ.สต. อปท. อสม. และภาคีเครือข่ายภาคี	การดำเนินงานยังแยกส่วนและขาดการบูรณาการเชิงระบบ	เกิดกลไกขับเคลื่อนงานที่มีส่วนร่วม มีภาคีเครือข่ายเข้าร่วมทุกภาคส่วนและเชื่อมโยงกัน
2. การวิเคราะห์บริบทและการวางแผนโดยใช้ข้อมูล	วิเคราะห์ข้อมูลชุมชน ข้อมูลคัดกรอง 9 ด้าน ข้อมูล HDC และข้อมูลกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ เพื่อจัดทำรายตำบล	ผู้สูงอายุมีปัจจัยเสี่ยงด้านการมองเห็น การเคลื่อนไหว และโรคเรื้อรังสูง	มีแผนดำเนินงานที่ตรงกับปัญหาและบริบทพื้นที่
3. การพัฒนาศักยภาพบุคลากร	อบรม อสม. CG หน่วยกู้ชีพ และญาติผู้ดูแลเรื่องการป้องกันหกล้มและการดูแลเบื้องต้น การขอความช่วยเหลือฯ	ผู้ดูแลและครอบครัวยังขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ	บุคลากรและผู้ดูแล ได้รับความรู้และทักษะในการดูแล
4. การคัดกรองและประเมินความเสี่ยง	คัดกรองความเสี่ยง ประเมินบ้าน และติดตามกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง	การติดตามต่อเนื่องหลังคัดกรองยังไม่เข้มแข็ง	- ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง เพิ่มขึ้น - กลุ่มเสี่ยงได้รับการติดตามต่อเนื่อง
5. การจัดสิ่งแวดล้อม ที่ปลอดภัย	ปรับสภาพบ้าน เช่น ราวจับ แสงสว่าง พื้นลื่น และจุดเสี่ยงภายในบ้าน	ครอบครัวมองว่าการหกล้มเป็นเรื่องปกติ จึงไม่ปรับปรุงสภาพแวดล้อม	- บ้านกลุ่มเสี่ยงได้รับการปรับสภาพ
6. การส่งเสริมสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	จัดกิจกรรมออกกำลังกายตามความเหมาะสม กายบริหาร ฝึกการทรงตัว และให้ความรู้เรื่องปัจจัยเสี่ยง	ผู้สูงอายุบางส่วนยังมีพฤติกรรมเสี่ยงและขาดความตระหนักฯ	- ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงออกกำลังกายและมีการทรงตัวที่ดี เพิ่มขึ้น
7.ระบบดูแลเบื้องต้นและการส่งต่อ	พัฒนาระบบแจ้งเหตุฉุกเฉิน ฝึกทักษะปฐมพยาบาล และประสานหน่วยกู้ชีพ	พบการเข้าถึงระบบ 1669 ค่อนข้างต่ำ ไม่รู้ ไม่กล้าขอความช่วยเหลือ	- มีระบบดูแลเบื้องต้นและการส่งต่อ - ผู้สูงอายุและญาติรู้จักช่องทาง และเข้าถึง 1669 เพิ่มขึ้น
8. ระบบการดูแลต่อเนื่อง	จัดทำช่องทางการส่งต่อ และติดตามดูแลต่อเนื่องหลังออกจากโรงพยาบาล	ยังขาดการเชื่อมโยงข้อมูลและการดูแลต่อเนื่อง	- มีการเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่อง - ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง
9. ระบบข้อมูล เทคโนโลยี และการสื่อสาร	พัฒนาและใช้ประโยชน์จากฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยง ใช้ LINE กลุ่มหรือเทคโนโลยีสื่อสารในชุมชน	การใช้ข้อมูลเพื่อวางแผนและติดตามยังไม่เป็นระบบ	มีระบบข้อมูลสนับสนุนการตัดสินใจและการติดตาม
10. ติดตามประเมินผลอำเภอ/จังหวัดสนับสนุน	กำหนดตัวชี้วัดและการนิเทศ ติดตาม คืนข้อมูล สนับสนุนทรัพยากร และเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง	พื้นที่ต้องการการเสริมพลังและการกำกับติดตามจากหน่วยงานที่กำกับดูแล	ระบบมีความต่อเนื่อง สามารถพัฒนาและขยายผลได้อย่างยั่งยืน

ผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบระบบสุขภาพชุมชน โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่าในภาพรวมรูปแบบมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด (Mean 4.5, SD 0.4) โดยข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด

คือ รูปแบบช่วยส่งเสริมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (Mean 5.0, SD 0.0) รองลงมา คือ รูปแบบมีความเหมาะสมกับบริบทของชุมชน กิจกรรมมีความสอดคล้องกับปัญหาการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ และรูปแบบมีความเหมาะสมสำหรับการนำไปใช้ในชุมชน (Mean4.7, SD 0.6) ส่วนข้อที่เหลือมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.3–4.7 คะแนน

ระยะที่ 3 ทดลองใช้รูปแบบระบบสุขภาพชุมชนที่พัฒนาขึ้น เป็นการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในระยะที่ 2 ไปทดลองใช้ในพื้นที่ 3 ตำบลนำร่อง โดยได้จัดกิจกรรมถ่ายทอดองค์ความรู้เกี่ยวกับแนวทางการจัดการสุขภาพตามรูปแบบที่พัฒนาขึ้น จากนั้นเปิดโอกาสให้พื้นที่ได้ดำเนินการ โดยประยุกต์ให้เข้ากับบริบทในพื้นที่ ซึ่งมีการประเมินการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการนำรูปแบบไปทดลองใช้ การประชุมติดตามประเมินผลช่วงดำเนินงานและเมื่อสิ้นสุด

กระบวนการดำเนินงาน พบว่า ตำบลขุมเงินดำเนินงานภายใต้รูปแบบชุมชนจัดการตนเอง โดยมีการจัดทำ "ธรรมนูญสุขภาพตำบลขุมเงิน" เพื่อสร้างข้อตกลงร่วมในพื้นที่ ใช้กระบวนการคัดกรองเพื่อจำแนกกลุ่มเสี่ยงรายบุคคล การจัดประชาคมเพื่อร่วมลำดับความสำคัญในการดำเนินงาน และการส่งเสริมการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ตำบลบึงแกดำเนินงานภายใต้ "บึงแก Model" โดยใช้กระบวนการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้านเพื่อจำแนกกลุ่มเสี่ยงและจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล บูรณาการความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายเพื่อปรับปรุงแวดล้อมที่พักอาศัยให้ปลอดภัยควบคู่กับการเสริมสร้างความรอบรู้สุขภาพผ่านโรงเรียนผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังสร้างระบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และกลไกติดตามเยี่ยมบ้านโดย อสม. และทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ด้านตำบลไผ่ ขับเคลื่อนการดูแลผู้สูงอายุผ่านกระบวนการบูรณาการ 3 ระยะ (ป้องกัน ดูแล และสนับสนุน) โดยเน้นการคัดกรองเพื่อจำแนกกลุ่มเสี่ยงและจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลอย่างครอบคลุม การสำรวจความเสี่ยงและปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่พักอาศัย โดยบูรณาการงบประมาณจากภาคีเครือข่าย ควบคู่กับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านปัจจัยเสี่ยงและการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สร้างระบบเฝ้าระวังและดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดย อสม. และ CG ในพื้นที่

ผลการทดลองใช้รูปแบบระบบสุขภาพชุมชนที่พัฒนาขึ้น พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ทั้งหมด 191 ราย เป็นตำบลขุมเงิน 61 ราย ตำบลบึงแก 70 ราย และตำบลไผ่ 60 ราย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.3 อายุเฉลี่ย 72.9 สถานภาพสมรส ร้อยละ 59.2 การศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 84.3 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 55.0

การเข้าถึงบริการสุขภาพพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้ พฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการจัดการสภาพแวดล้อมหลังการทดลองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$ และ $p=0.001$ ตามลำดับ) ตารางที่ 2

ตาราง 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ พฤติกรรม และการจัดการสภาพแวดล้อมก่อนและหลังการทดลอง (n=191)

Variables	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง		Z*	p-value
	Median	IQR	Median	IQR		
คะแนนความรู้อาการและสัญญาณเตือน (เต็ม 13 คะแนน)	8.0	(3.0-10.0)	9.0	(7.0-10.0)	-5.1	<0.001
พฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม (เต็ม 27 คะแนน)	17.0	(15.0-18.0)	21.0	(20.0-23.0)	12.0	<0.001
คะแนนการจัดการสภาพแวดล้อม (เต็ม 6 คะแนน)	5.0	(5.0-6.0)	6.0	(5.0-6.0)	-3.2	0.001

*Wilcoxon signed-rank test

ด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุหลังการทดลอง พบว่ามีสัดส่วนการรู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 84.9 เป็น 92.7 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p=0.039) และในกลุ่มผู้ที่เจ็บป่วยมีสัดส่วนการเรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 34.5 เป็น 76.5 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001) ขณะที่การพลัดตกหกล้ม การเจ็บป่วยฉุกเฉินในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา และได้รับการดูแลต่อเนื่อง แม้มีแนวโน้มในทางที่ดีขึ้น แต่ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบประวัติการเจ็บป่วยและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ก่อนและหลังการทดลอง (n=191)

ประวัติการเจ็บป่วยและการเข้าถึงบริการสุขภาพ	n	%	Difference	95%CI	P-value*
รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669)					
ก่อนทดลอง	163	84.9			
หลังทดลอง	177	92.7	7.8	1.5, 14.1	0.009
พลัดตกหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา					
ก่อนทดลอง	34	17.7			
หลังทดลอง	26	13.5	4.2	-3.1, 11.4	0.258
เจ็บป่วยฉุกเฉินในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา					
ก่อนทดลอง	29	15.2			
หลังทดลอง	17	8.9	6.3	-0.2, 12.8	0.059
เรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเมื่อเจ็บป่วย					
ก่อนทดลอง (n=29)	10	34.5			
หลังทดลอง (n=17)	13	76.5	58.4	36.2, 80.6	<0.001
ได้รับการดูแลต่อเนื่อง					
ก่อนทดลอง (n=29)	21	72.4			
หลังทดลอง (n=17)	13	92.9	20.5	-0.9, 41.9	0.133

*McNemar's test, ข้อมูลก่อนการทดลอง คือ ระหว่างเดือนเมษายน-กันยายน 2568 ส่วนหลังทดลอง คือข้อมูลระหว่างเดือน ตุลาคม 2568 - มีนาคม 2569

ระยะที่ 4 การพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น

ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบในพื้นที่นำร่อง ได้มีการจัดเวทีถอดบทเรียนและรับฟังความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อศึกษาสิ่งที่ทำได้ดี ปัญหาอุปสรรค และโอกาสพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพชุมชนให้เหมาะสมยิ่งขึ้น รวมทั้งกำหนดแนวทางการขยายผลเชิงนโยบายระดับจังหวัด ดังนี้

4.1 สิ่งที่ทำได้ดี พื้นที่นำร่องสามารถพัฒนานวัตกรรมเชิงพื้นที่และใช้ต้นทุนทางสังคมของชุมชนในการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเกิดรูปแบบการจัดการตนเองที่โดดเด่น เช่น "บึงแก Model" ซึ่งเน้นการใช้ระบบเครือญาติและการสร้างจิตสำนึกรักบ้านเกิดในการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึง "ธรรมนูญสุขภาพตำบลขุมเงิน" ที่ใช้เป็นข้อตกลงร่วมของชุมชนในการดูแลและป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ยังมีการใช้ศูนย์มีสุขเป็นฐานปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อสนับสนุนการดูแลเชิงรุกในระดับพื้นที่ ส่วนตำบลไผ่มีการขับเคลื่อนงานผ่านกระบวนการบูรณาการ 3 ระยะหลัก ที่ชัดเจน ได้แก่ ระยะป้องกัน ระยะดูแล และระยะสนับสนุน ด้านการบริหารจัดการทรัพยากร พบว่ามีการบูรณาการงบประมาณจากหลายภาคส่วน ได้แก่ กองทุน LTC สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) และสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

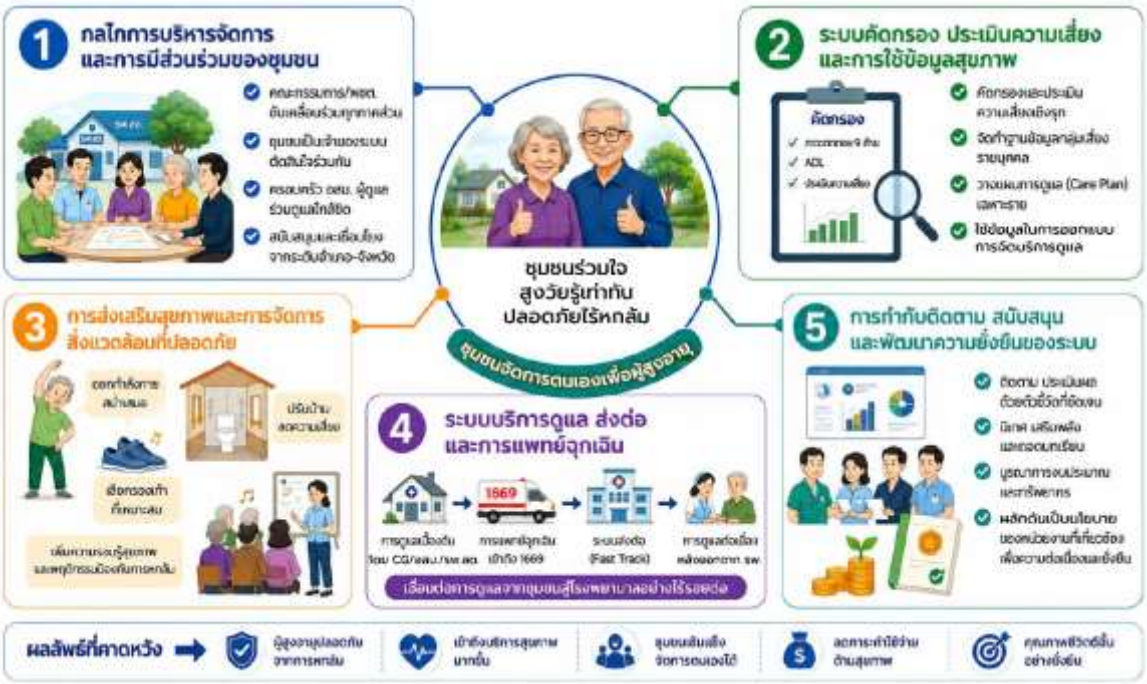
จังหวัด (พมจ.) เพื่อสนับสนุนการปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่พักอาศัย ให้มีความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม นอกจากนี้ การขับเคลื่อนงานผ่านกลไก พชอ. ร่วมกับความร่วมมือของผู้นำชุมชน วัด อสม. และ CG ส่งผลให้ระบบบริการมีความยืดหยุ่นและสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ สำหรับผลลัพธ์เชิงประจักษ์พบว่าการดำเนินงานตาม ส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มลดลงในช่วง 6 เดือนหลังเริ่มดำเนินโครงการ

4.2 ปัญหาและสิ่งท้าทาย การดำเนินงานยังเผชิญข้อจำกัดด้านความต่อเนื่องของนโยบายในระดับท้องถิ่น โดยเฉพาะในช่วงการเลือกตั้งหรือการหมดวาระขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งส่งผลต่อความต่อเนื่องของการสนับสนุนงบประมาณและทิศทางการขับเคลื่อนงานในพื้นที่ นอกจากนี้ ยังพบข้อจำกัดด้านงบประมาณและระยะเวลาในการดำเนินงาน เนื่องจากงบประมาณบางส่วนยังไม่เพียงพอต่อหรือครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด ขณะที่การดำเนินกิจกรรมในพื้นที่บางแห่งเกิดความล่าช้า อันเนื่องมาจากช่วงเวลาการดำเนินงานตรงกับประเพณีท้องถิ่น ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้อย่างครบถ้วน ด้านทัศนคติและความตระหนัก พบว่าผู้สูงอายุและครอบครัวบางส่วนยังมองว่าการหกล้มเป็นภาวะปกติของวัยสูงอายุ รวมทั้งการที่ผู้สูงอายุมีรายได้ค่อนข้างต่ำ ส่งผลให้บางส่วนยังขาดการปรับปรุงสภาพแวดล้อมภายในบ้านเพื่อป้องกันความเสี่ยง อีกทั้งการใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ยังอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากผู้สูงอายุบางส่วนมีความเกรงใจและไม่ต้องการสร้างภาระให้ครอบครัว

4.3 โอกาสพัฒนา ผลการถอดบทเรียนชี้ให้เห็นว่า ระบบข้อมูลสุขภาพและการติดตามกลุ่มเสี่ยงหลังการคัดกรองยังขาดการเชื่อมโยงระหว่างหน่วยงาน ส่งผลให้การติดตามดูแลต่อเนื่องยังไม่เป็นระบบ ดังนั้น จึงควรพัฒนาฐานข้อมูลกลางที่สามารถเชื่อมต่อข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและไร้รอยต่อ แม้ว่าภาพรวมด้านความรู้เกี่ยวกับอาการสัญญานเตือนรวมทั้งพฤติกรรมของผู้สูงอายุจะอยู่ในระดับดี แต่ยังพบประเด็นที่ควรเร่งพัฒนา โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับการเลือกขนาดรองเท้าที่เหมาะสม ซึ่งมีผู้ตอบถูกน้อยที่สุด สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการพัฒนากิจกรรมให้ความรู้เฉพาะด้านเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม นอกจากนี้ ควรมีการจัดทำแผนพัฒนาระยะยาวเพื่อสร้างความยั่งยืนของระบบ โดยกำหนดผู้รับผิดชอบและแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย ระหว่างชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลให้ชัดเจน รวมทั้งผลักดัน รูปแบบการดำเนินงานที่ประสบผลสำเร็จใน 3 ตำบล พัฒนาไปสู่นโยบายระดับจังหวัด ขยายผลให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

4.4 รูปแบบระบบสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (ฉบับปรับปรุง) จากผลการถอดบทเรียน ได้สังเคราะห์องค์ประกอบของรูปแบบระบบสุขภาพชุมชน โดยบูรณาการองค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์และสนับสนุนการดำเนินงานร่วมกัน จากเดิม 10 องค์ประกอบ ให้เหลือ 5 องค์ประกอบหลัก เพื่อให้รูปแบบมีความชัดเจน สามารถนำไปใช้ได้ง่าย และเหมาะสมต่อการขยายผลเชิงนโยบายและการปฏิบัติในระดับพื้นที่ ประกอบด้วย 1) กลไกการบริหารจัดการและการมีส่วนร่วมของชุมชน ครอบคลุมการจัดตั้งกลไกขับเคลื่อนระดับพื้นที่ การมีส่วนร่วมของ ชุมชน ครอบครัว อสม. CG และการสนับสนุนจากหน่วยงานระดับอำเภอและจังหวัด 2) ระบบคัดกรอง ประเมินความเสี่ยงและการใช้ข้อมูลสุขภาพ ครอบคลุมการคัดกรองภาวะเสี่ยง การประเมิน ADL และภาวะถดถอย 9 ด้าน จัดทำฐานข้อมูลกลุ่มเสี่ยง และใช้ข้อมูลเพื่อวางแผนการดูแลและติดตามดูแลต่อเนื่อง 3) การส่งเสริมสุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย ครอบคลุมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การออกกำลังกาย การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้าน 4) ระบบบริการดูแล ส่งต่อ และการแพทย์ฉุกเฉิน

ครอบคลุมการดูแลเบื้องต้น ระบบส่งต่อ การดูแลต่อเนื่องหลังจำหน่าย การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน และระบบ Fast Track ระหว่างชุมชนกับโรงพยาบาล และ 5) การกำกับติดตาม สนับสนุนและพัฒนาความยั่งยืนของระบบ ครอบคลุมการติดตามประเมินผล การนิเทศเสริมพลัง การบูรณาการงบประมาณ และการผลักดันเข้าสู่นโยบายหรืองานประจำขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รายละเอียดดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 รูปแบบระบบสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโดยกระบวนการมีส่วนร่วม (ฉบับปรับปรุง)

4.5 การกำหนดแนวทางการขยายผลเชิงนโยบายระดับจังหวัด ควรมุ่งพัฒนารูปแบบการดำเนินงานให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ เน้นการมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของร่วมกันของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน ควบคู่กับการบูรณาการงบประมาณ ทรัพยากร และระบบข้อมูลเพื่อดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งผลักดันให้งานดูแลผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งของภารกิจประจำขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อสร้างความยั่งยืน ทั้งนี้ การขับเคลื่อนควรยึด 5 องค์ประกอบสำคัญที่พัฒนาขึ้น และดำเนินงานผ่าน 2 กลยุทธ์หลัก ได้แก่ กำหนดนโยบายที่ยืดหยุ่นตามบริบทพื้นที่ และพัฒนากลไกการดำเนินงานที่บูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างแท้จริง

สรุปและอภิปรายผล

1) สภาพปัญหาการดำเนินงานเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า จังหวัดยโสธรกำลังเผชิญผลกระทบจากการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างชัดเจน โดยผู้สูงอายุมีปัจจัยเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มหลายด้าน ทั้งการมองเห็น การเคลื่อนไหวของร่างกาย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และสภาพแวดล้อมภายในบ้าน ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษา[6,8] ที่พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุเกี่ยวข้องทั้งด้านร่างกาย พฤติกรรม และสิ่งแวดล้อม และแม้พื้นที่จะมีระบบคัดกรองและการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น แต่ยังพบข้อจำกัดด้านการติดตามต่อเนื่อง การเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ และการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งสะท้อนถึงข้อจำกัดของระบบสุขภาพชุมชนในระดับปฐมภูมิ สอดคล้องกับแนวคิดของกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ[12] และสถาบันวิจัยและพัฒนา

ระบบสุขภาพชุมชน[11] ที่เสนอว่า การดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องอาศัยระบบสุขภาพชุมชนที่มีการบูรณาการและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน อีกทั้งผู้สูงอายุและครอบครัวบางส่วนยังมองว่าการหกล้มเป็นเรื่องปกติของวัยสูงอายุ และข้อจำกัดด้านรายได้ส่งผลให้ขาดการป้องกันเชิงรุก ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการลดความเสี่ยงการพลัดตกหกล้มในระยะยาว

2) การพัฒนารูปแบบระบบสุขภาพชุมชน การศึกษาครั้งนี้ ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยเปิดโอกาสให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียร่วมวิเคราะห์ปัญหา ออกแบบกิจกรรม และกำหนดแนวทางดำเนินงานร่วมกัน จนได้รูปแบบระบบสุขภาพชุมชนที่มี 10 องค์ประกอบ ครอบคลุมตั้งแต่กลไกการบริหารจัดการ การคัดกรอง การพัฒนาศักยภาพบุคลากร การจัดการสิ่งแวดล้อม การดูแลต่อเนื่อง และการติดตามประเมินผล ผลการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญพบว่ารูปแบบมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด สะท้อนว่ารูปแบบดังกล่าวมีความสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่และสามารถนำไปใช้ได้จริง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วม และแนวคิดชุมชนจัดการตนเอง[11] ที่ระบุว่า การพัฒนาระบบสุขภาพที่ยั่งยืนควรอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนและการใช้ทุนทางสังคมในพื้นที่ นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับแนวคิด Six Building Blocks Plus[15] ที่มุ่งพัฒนาระบบสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งด้านบุคลากร ระบบข้อมูล การบริการ อุปกรณ์ การอภิบาล และระบบสุขภาพชุมชน ส่งผลให้รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเชื่อมโยงการทำงานของภาคีเครือข่ายในชุมชนเป็นระบบมากขึ้น

3) ผลของรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนที่พัฒนาขึ้น พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ มีพฤติกรรมป้องกันการพลัดตกหกล้ม และการจัดการสภาพแวดล้อมภายในบ้านหลังการทดลองสูงขึ้น รวมทั้งรู้จักและเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น สะท้อนว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของหลาย ๆ การศึกษา[16,17,18,19] ที่พบว่าการป้องกันการพลัดตกหกล้มจำเป็นต้องดำเนินงานเชิงรุกทั้งการให้ความรู้ การจัดการสิ่งแวดล้อม และการดูแลต่อเนื่องในชุมชน นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของ อสม. CG ครอบครัว และภาคีเครือข่ายในชุมชน ยังช่วยให้การติดตามกลุ่มเสี่ยงและการดูแลมีความต่อเนื่องมากขึ้น ส่งผลให้ระบบบริการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ครอบคลุมและตอบสนองต่อปัญหาได้ตรงตามบริบทของพื้นที่

4) การสังเคราะห์รูปแบบระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ ผลการถอดบทเรียนพบว่า การดำเนินงานที่ประสบผลสำเร็จเกิดจากการบูรณาการความร่วมมือทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น ชุมชน ครอบครัว อสม. และ CG ในพื้นที่ โดยเฉพาะการใช้ทุนทางสังคมและกลไกชุมชนจัดการตนเอง ทั้งนี้ ได้สังเคราะห์รูปแบบให้เหลือ 5 องค์ประกอบ เพื่อให้รูปแบบมีความกระชับ ชัดเจน และเหมาะสมต่อการขยายผลเชิงนโยบายในระดับจังหวัด สอดคล้องกับแนวคิดของกองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ[12] ที่เสนอว่าระบบสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็งควรมีการอภิบาลที่ดี ชุมชนมีส่วนร่วม และระบบสนับสนุนจากระดับนโยบาย นอกจากนี้ ยังสะท้อนว่าความยั่งยืนของระบบสุขภาพชุมชนไม่ได้ขึ้นอยู่กับกิจกรรมด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยกลไกเชิงนโยบาย การสนับสนุน และการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถขยายผลและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน[19,20,21]

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการในจังหวัดยโสธร ซึ่งมีบริบทที่จำเพาะ อาจมีข้อจำกัดในการอ้างอิงผลไปยังพื้นที่อื่น และระยะเวลาการทดลองค่อนข้างสั้น ยังไม่สามารถประเมินผลด้านอุบัติการณ์พลัดตกหกล้มและความยั่งยืนได้อย่างชัดเจน

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

(1) กลไกการมีส่วนร่วมและการบูรณาการเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน ดังนั้น

ท้องถิ่น สสจ. และ พชอ. ควรกำหนดนโยบายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

(2) สสจ. ร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพ ควรพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางที่เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงาน เพื่อการดูแลอย่างไร้รอยต่อ

(3) อปท. และ พมจ. ในพื้นที่ ควรสนับสนุนงบประมาณด้านการปรับสภาพแวดล้อมที่พักอาศัยของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

2) ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

(1) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สามารถนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่

(2) อสม. CG และครอบครัว ควรมีบทบาทในการเฝ้าระวัง เยี่ยมบ้าน และติดตามกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการมีส่วนร่วมจะช่วยให้ระบบการดูแลมีความต่อเนื่องและเข้าถึงผู้สูงอายุได้มากขึ้น

(3) หน่วยงานสาธารณสุขและ อปท. ควรส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อมภายในบ้านอย่างต่อเนื่อง

3) ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

(1) ควรมีการศึกษาติดตามผลระยะยาว เพื่อประเมินผลต่ออุบัติการณ์การพลัดตกหกล้ม ความยั่งยืนของระบบ และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์

(2) ควรมีการยืนยันประสิทธิผลของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นนี้ในพื้นที่อื่นและมีบริบทแตกต่างกัน

เอกสารอ้างอิง

1.กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ กันยายน 2568 [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2578

2. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ในมิติความต่างเชิงพื้นที่ พ.ศ.2564. 2564;1–17.

3. ประกาศ ศรีแพงมล, ทิพรดา กลิ่นจันทร์, ทศพล แอนโก. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการพลัดตกหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกยาว อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. 2566;1–16.

4.เขตสุขภาพที่ 10. การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองอุดตัน (Stroke) โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) แบบบูรณาการในเขตสุขภาพที่ 10. อุบลราชธานี: กระทรวงสาธารณสุข; 2566.

5. เขตสุขภาพที่ 10. การพัฒนาต่อยอดเพื่อขยายผลรูปแบบระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่าง ไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ เชิงบูรณาการของเขตสุขภาพที่ 10. อุบลราชธานี: กระทรวงสาธารณสุข; 2567.

6.Delbari A, Azimi A, Najafi M, Saatchi M, Bidkhori M, Mousavi ME, et al. Prevalence, Complications, and Risk Factors of Falls and Fear of Falling Among Older Adults; Based on Ardakan Cohort Study on Aging (ACSA). Arch Acad Emerg Med. 2024;12(1):1–10.

7. Saunders S, D'Amore C, Hao Q, El-Moneim NA, Richardson J, Kuspinar A BM. Risk factors for falls in community-dwelling older adults: An umbrella review. JAMDA. 2025;26:1–26.

8. Saokhieo P, Pliannuom S, Vidhayakula N, Tavivadhanasubhakij I, Promprasit T, Dissai P, et al. Factors Associated with Falls in Older Adults: A Retrospective Hospital-Based Study Using Comprehensive Geriatric Assessment in Thailand (2020-2023). J Prim Care Community Health. 2025;16:1–8.

9. ถนอม นามวงศ์, นริศรา อารีรักษ์. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร. วารสารควบคุมโรค. 2566;49(1):158–66.

10. รมย์ธนิกา ฝ่ายหมื่นไวย์, นิภา กิมสูงเนิน, เขมศ์ณริณี รื่นฤดีภิรมณ์. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ : คำตอบอยู่ที่ระบบสุขภาพชุมชน. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2564;44(33):11–22.

11. สถาบันวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน(สพช.). ระบบสุขภาพชุมชนโดยชุมชนเพื่อชุมชน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: บริษัท บียอนด์ พับลิสชิ่ง จำกัด; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก:

https://resourcecenter.thaihealth.or.th/assets/mediadol/download_dol/b7ceec73-9de1-e911-80e8-00155d09b41f/downloaded_file_20250823010944.pdf

12. กองสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ. คู่มือการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 25 ตุลาคม 2568]. เข้าถึงได้จาก: https://divisionksn.moph.go.th/sam/wp-content/uploads/2024/12/คู่มือการดำเนินงานของหน่วยบริการปฐมภูมิ.pdf
13. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behav Res Methods. 2007;39(2):175–91.
14. Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. NJ: Erlbaum: Hillsdale; 1988.
15. World Health Organization. Monitoring the Building Blocks of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies. Geneva, Switzerland: WHO Document Production Services; 2010.
16. วศินี วีระไวทยะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่ายในอำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์. วารสารวิจัยเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิต. 2566;3(1):1–12.
17. มนชยา ทองดี, ถนอม นามวงศ์. การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม กรณีศึกษาตำบลดู่ทุ่ง อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566;32(1):73–83.
18. วราณี สัมฤทธิ์, ธิดารัตน์ สุภานันท์, นันทยา เสนีย์. ประสิทธิผลของโปรแกรมการป้องกันการหกล้มโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อพฤติกรรม การป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์. 2567;8(2):1–13.
19.ทิพย์รัตน์ ผลอินทร์, นารีรัตน์ จิตรมนตรี, วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ภาวะสุขภาพความกลัวการหกล้ม และพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2560;29(1):36–50.
20. ปฐมธิดา บัวสม, ยินดี พรหมศิริไพบูลย์, อติญาณ์ ศรเกษตริน. ผลของการใช้โปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูงในตำบลรมณีย์ อำเภอกะปง จังหวัดพังงา. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2560;5(4):549–67.
21. วิราพร สืบสุนทร, นงพิมล นิมิตอานันท์, กรรณิการ์ ฉัตรดอกไม้ไพร. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะของตนต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มและสมรรถนะทางกายของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารโรงพยาบาลชลบุรี. 2562;44(2). 120-8.