

ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านภายใต้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

Effect of Health Promotion Programe on Diabetes Prevevion Behaveiors For Risk Group of Hat Kruat Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Uttaradit Province

(Received: September 28, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

วาสนา บุญยmani¹ หทัยรัตน์ กระต่ายน้อย² ดวงดาว เทพทองคำ²

Wasana Bunyamanee¹ Hathairat Kratai Noi² Duangdao Thepthongkam²

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียง จำนวน 25 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากค่า G-Power ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ค่าอำนาจ ทดสอบที่ .80 และค่าอิทธิพลของตัวแปรที่ .05 ได้กลุ่มตัวอย่าง 25 ราย เครื่องมือ คือกิจกรรมดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน จำนวน 12 ครั้ง เป็นระยะเวลา 6 เดือน กระบวนการดูแลประกอบด้วยการมีส่วนร่วมในการคิด การตัดสินใจ การปฏิบัติงาน และการประเมินผลโดย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL และแบบวัดคุณภาพชีวิต WHOQOL-BREF-THAI ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.86 วิเคราะห์ข้อมูล โดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$

ผลการศึกษาพบว่าคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพที่บ้าน, ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง, เครือข่ายสุขภาพชุมชน, ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน, คุณภาพชีวิต

Abstract

This quasi-experimental study aimed to examine the effects of home healthcare provided through the participation of a community health network on activities of daily living and quality of life among home-bound and bed-bound older adults at Hat Kruat Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Uttaradit Province. The study compared the mean scores of activities of daily living and quality of life before and after participation in the intervention. The sample consisted of 25 home-bound and bed-bound older adults. Sample size was determined using G*Power with a significance level of .05, a statistical power of .80, and an effect size of .05. The participants received home healthcare through the participation of a community health network for 12 sessions over a period of 6 months. The intervention consisted of four stages of participation: participation in planning, decision-making, implementation, and evaluation. The research instruments included a general information questionnaire, the Barthel Activities of Daily Living

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

² คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี corresponding Author Email: duangdao@uru.ac.th :corresponding

Index (Barthel ADL), and the WHOQOL-BREF-THAI quality-of-life questionnaire. The reliability of the research instruments was assessed using Cronbach's alpha coefficient, yielding a reliability coefficient of 0.86. Data were analyzed using descriptive statistics and a paired *t*-test at a statistical significance level of $p < .05$.

The results showed that the mean scores for activities of daily living and quality of life among the older adults significantly increased after participation in the home healthcare program ($p < .001$).

Keywords: home healthcare, home-bound and bed-bound older adults, community health network, activities of daily living, quality of life

บทนำ

ประชากรทั่วโลกมีอายุขัยเฉลี่ยยืนยาวขึ้น คาดการณ์ว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า ประเทศไทยในอาเซียนจะเข้าสู่ สังคมสูงอายอย่าง สมบูรณ์¹ โดย สิงคโปร์และไทยจะกลายเป็น สังคม สูงอายุระดับ สุดยอด ในปี 2568 ประเทศไทยมี ประชากร ผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 19.60 ของ ประชากรทั้งหมด แบ่งเป็นชายร้อยละ 44.70 และ หญิงร้อยละ 55.30 เมื่อจำแนกตามช่วงวัย พบว่า ผู้สูงอายุวัยต้น (60-69 ปี) มีร้อยละ 57.20 วัย กลาง (70-79 ปี) ร้อยละ 29.50 และวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 13.30 โดยทุกช่วงวัยมีผู้สูงอายุ หญิงมากกว่า ชาย และ ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคม ผู้สูงอายุ โดยคาดว่า จะเข้าสู่สังคมสูงอายอย่าง สมบูรณ์ (มากกว่าร้อยละ 20) ภายในปี 2568² ทำให้เกิด ปัญหาด้านสุขภาพ เช่น เข้าเสื่อม ปวดตาม ข้อ และ โรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันใน เลือดสูง ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ เกิดภาวะทุพพลภาพได้³ โดยในชุมชนมีผู้สูงอายุ หลาก กลุ่มทั้งกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง โดยกลุ่มนี้ ต้องพึ่งการดูแลมากที่สุด ในปี พ.ศ. 2560 มี ผู้สูงอายุติดเตียง 136,677 คน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2570 จะเพิ่มเป็น 209,227 คน⁴ ซึ่ง ผู้สูงอายุติดเตียงมักจะ ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง มีปัญหา การเคลื่อนไหว และ ไม่ สามารถทำกิจวัตร ประจำวันด้วยตนเอง⁵

จังหวัดอุดรดิตถ์มีประชากรสูงอายุ จำนวน 106,443 คน คิดเป็น ร้อยละ 24.03 มี สัดส่วนผู้สูงอายุสูงเป็นลำดับที่ 9 ของประเทศ⁶ จากการคัดกรองความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุในจังหวัดอุดรดิตถ์ พบว่า มีผู้สูงอายุ

ติดสังคม (Barthel Activities of Daily Living มากกว่า 11) ร้อยละ 97.80 ติดบ้าน (Barthel Activities of Daily Living 5 - 11) ร้อยละ 1.65 และติดเตียง (Barthel Activities of Daily Living น้อยกว่า 5) ร้อยละ 0.55 และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หาดกรวด ตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรดิตถ์ มี จำนวนผู้สูงอายุทั้งสิ้นจำนวน 1,204 คน เป็น ผู้สูงอายุติดสังคม 996 คน ร้อยละ 82.72 กลุ่มติด บ้าน 200 คน ร้อยละ 16.61 และกลุ่มติดเตียง จำนวน 8 คนร้อยละ 0.67 จากกระบวนการดูแล ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า ข้อมูลของกลุ่มผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงจากกลุ่มติด บ้านเปลี่ยนเป็นติดสังคม และกลุ่มติดเตียง เปลี่ยนเป็นติดบ้านใน ระดับเขตสุขภาพ พบว่า เขต สุขภาพที่ 2 มีการเปลี่ยนกลุ่มดีขึ้นน้อยเป็นลำดับ ท้าย จากจำนวน 12 เขตสุขภาพ⁶ และโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล หาดกรวด มีการเปลี่ยน กลุ่มของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงในระดับที่ดีขึ้น ร้อยละ 10.55⁷ จากข้อมูลดังกล่าวผู้วิจัย จึงได้มี แนวคิดในการศึกษาการดูแลสุขภาพที่บ้านผู้สูงอายุ ติดบ้านติดเตียง ที่บ้านภายใต้การมีส่วนร่วมของ เครือข่ายสุขภาพชุมชนในชุมชนต่อคุณภาพชีวิตและ ความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ของ โรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพ ตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัด อุดรดิตถ์ เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตและระดับ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่มีการเปลี่ยนแปลงหลัง การได้รับดูแลสุขภาพจากการมีส่วนร่วมของ เครือข่ายสุขภาพชุมชน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงก่อนและหลังการได้รับการดูแลภายใต้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ก่อนและหลังการได้รับการดูแลภายใต้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

วิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนการและหลัง เพื่อศึกษาผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านภายใต้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ดำเนินการศึกษาวิจัยระหว่าง เดือน มีนาคม 2568 ถึง เดือน ธันวาคม 2568

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรสำหรับการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คือ ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงที่อาศัยอยู่ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด จำนวน 208 คน⁷ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงประเมินจากความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (ADL) ได้คะแนนน้อยกว่า 11 จาก 20 คะแนน โดยวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตาราง ประมาณค่าอำนาจการวิเคราะห์ ทางสถิติ G-Power โดยกำหนดค่า ความเชื่อมั่นที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ค่าอำนาจทดสอบที่ .80 และค่าอิทธิพลของตัวแปรที่ .05 ได้ขนาดได้ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 23 ราย⁸ เพื่อป้องกันการคลาดเคลื่อนและตกหล่นของข้อมูล จึงเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 25 ราย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามแนวทาง จนครบจำนวน 25 ราย กำหนดเกณฑ์คัดเข้าดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า

- 1.อายุ 60 ปีขึ้นไป
- 2.ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้ คะแนน 0-11 คะแนน
- 3.ยินดีเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 กิจกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนที่ประยุกต์ใช้ของ เกหลั่น ประเสริฐธิดิพงษ์⁹ ประกอบด้วย ขั้นตอนการมีส่วนร่วมทั้ง 4 ขั้นตอน คือการมีส่วนร่วมในการคิด การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงาน การมีส่วนร่วมในการประเมินผล โดยมีการดูแลสุขภาพที่บ้าน ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงจำนวน 6 ครั้ง ในระยะเวลา 6 เดือน

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และ ผู้ดูแล

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel's Activities of Daily Living: ADL) เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุใน 10 กิจกรรม กิจกรรมละ 1 ข้อ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด การเคลื่อนย้าย (ลุกนั่ง จากที่ นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การกลืน การถ่ายอุจจาระ การกลืนปัสสาวะ คะแนนเต็ม 20 คะแนน¹⁰ การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ คะแนน 0-4 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์หรือติดเตียง คะแนน 5-8 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพารุนแรงหรือติดเตียง

คะแนน 9-11 คะแนน หมายถึง มีภาวะพึ่งพาปานกลางหรือติดบ้าน และคะแนน 12-20 คะแนน หมายถึง ช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เป็น ภาวะพึ่งพา

ส่วนที่ 4 แบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามที่ดัดแปลงมาจากเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตของ องค์การอนามัยโลกชุดย่อฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI) ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับองค์ประกอบของ คุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีคะแนน ตั้งแต่ 26–130 คะแนน เปรียบเทียบกับเกณฑ์ ปกติที่กำหนด คือ คะแนน 26–60 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี คะแนน 61–95 คะแนน แสดงถึงการ มีคุณภาพชีวิตกลาง ๆ และคะแนน 96–130 คะแนน แสดงถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยมีค่าความเชื่อมั่น Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ .86 และค่าความเที่ยงตรง เท่ากับ .65

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือดังนี้

1. แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุและแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ นำไปใช้กับผู้สูงอายุไทยในหมู่บ้านบ้านท่า พบว่ามีความเหมาะสมในการประเมินระดับการพึ่งพิงในผู้สูงอายุไทย โดยได้ค่าความเชื่อมั่นจากการทดสอบเท่ากับ .79 และ 0.81

2. กิจกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน ผู้วิจัยนำไปเสนอผู้ทรงคุณวุฒิเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจำนวน 3 คนเป็นอาจารย์ด้านพยาบาลชุมชน นักวิชาการสาธารณสุข และพยาบาลชุมชน แล้วนำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงในหมู่บ้าน บ้านท่า โดยใช้ แล้วนำมาวิเคราะห์ ปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการดังนี้

1. เสนอโครงการวิจัยและเครื่องมือวิจัย ให้กรรมการจริยธรรมพิจารณา เพื่อออกเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

2. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ทีมงานผู้วิจัยมีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กับ กลุ่มตัวอย่าง ระยะเวลาของการดำเนินการเก็บ ข้อมูล ประโยชน์ที่ได้รับจากการรวมโครงการวิจัย

3. ดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน

3.1 ทีมผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ในชุมชน

3.2 ทีมงานผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กับ กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล ตามข้อมูลการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยปราศจากการขู่บังคับ ชักจูง

3.3 อาสาสมัครผู้ช่วยวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลบันทึกข้อมูลในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

3.4 อาสาสมัครผู้ช่วยวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามแบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุและแบบวัดคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยใช้เวลาในการทำแบบสอบถาม 30 นาที

3.5 อาสาสมัครผู้ช่วยวิจัย ชี้แจงรายละเอียดของกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน ให้แก่กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแล และเปิดโอกาสให้ซักถามกรณีไม่เข้าใจและนัดหมาย วันเวลา สถานที่ ในการเข้าร่วมกิจกรรม โดย นัดหมายทุกวันศุกร์เวลา 14.00-16.00 น.ที่บ้านกลุ่มตัวอย่าง

3.6 อาสาสมัครผู้ช่วยวิจัย ดำเนินการกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน

3.7 ระหว่างการเข้าร่วมงานวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างเกิดความไม่สะดวกใจ อึดอัดใจ ในการตอบ

แบบสอบถามหรือการเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มตัวอย่างสามารถ ยกเลิกการให้คำยินยอมและการ

ร่วมกิจกรรมได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อ
การเรียนรู้ และการใช้ชีวิตหรือผลกระทบด้านอื่น ๆ

3.8 อาสาสมัครผู้ช่วยวิจัย เฝ้าระวัง
และสังเกตพฤติกรรมหรือความผิดปกติความเสี่ยง
ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มตัวอย่างในระหว่างการทำ
การวิจัย เพื่อให้การพิทักษ์กลุ่มตัวอย่างโดยการ
ช่วยเหลือแก้ไขและให้สิทธิ์กลุ่มตัวอย่างในการ
ตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยต่อหรือถอนตัวหาก
มีความผิดปกติเกิดขึ้นเช่น พบ อาสาสมัคร วิดก
กังวลมาก ระหว่างวิจัย ทีมงานผู้วิจัยจะส่งต่อ
อาสาสมัครเข้ารับการดูแลอย่างทันที่ พร้อมทั้ง
รายงานเหตุการณ์ให้ผู้เกี่ยวข้องทราบเพื่อ
ดำเนินการแก้ไขตามแนวทางที่กำหนด

3.9 อาสาสมัครผู้ช่วยวิจัย เก็บ
รวบรวมข้อมูลหลังกิจกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้าน
โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน โดย
ใช้แบบสอบถามแบบประเมินความสามารถในการ
ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุและแบบวัด
คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่ม
ตัวอย่างใช้สถิติ เชิงพรรณนา คือ การแจกแจง
ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคุณภาพชีวิตของ
กลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการศึกษาด้วยสถิติ
paired t-test

3. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความสามารถในการ
ทำกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลัง
การศึกษาด้วยสถิติ Wilcoxon Signed-ranks
Test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$

ระยะเวลาการศึกษา

เดือน มีนาคม 2568 ถึง ธันวาคม 2568

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ ผ่านการพิจารณาจาก
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี กระทรวง
สาธารณสุข เลขที่ COA No. 029/2568 วันที่ 20
มิถุนายน 2568 การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง
ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์
และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความ
ร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความ
สมัครใจและมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัยได้ถ้า
ต้องการ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็น
ความลับและใช้ข้อมูลเฉพาะการศึกษานี้เท่านั้น
การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอโดยภาพรวม ซึ่ง
จะต้องได้รับความเห็นชอบจากกลุ่มตัวอย่าง การ
เข้าร่วมโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงนามใน
เอกสารยินยอมเข้าร่วม

ผลการวิจัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ
อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และ ผู้ดูแล
พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 25 คน เป็นเพศหญิง
16 คน ร้อยละ 64.00 อายุเฉลี่ย 72.84 ± 7.21 ปี
ส่วนใหญ่อายุ 70–79 ปี 11 คน ร้อยละ 44.00
ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา 15 คน
ร้อยละ 60.00 ไม่ได้เรียนหนังสือ 5 คน ร้อยละ
20.00 สถานภาพสมรส 13 คน ร้อยละ 52.00
สถานภาพหม้าย 8 คน ร้อยละ 32.00 ส่วนใหญ่มี
บุตร/หลานเป็นผู้ดูแลหลัก 17 คน ร้อยละ 68.00

ภายหลังได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านโดย
การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน ผู้สูงอายุ
มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแตกต่างจากก่อนเข้า
ร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$
ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้าน
ความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม โดย
ด้านร่างกายมีคะแนนเฉลี่ยจาก 2.95 ± 0.22 เป็น
 3.38 ± 0.31 คะแนน ($t = 9.487, p < .001$) ด้าน
จิตใจจาก 2.97 ± 0.40 เป็น 3.54 ± 0.48 คะแนน
($t = 14.283, p < .001$) ด้านความสัมพันธ์ทาง
สังคมจาก 2.67 ± 0.46 เป็น 3.59 ± 0.59 คะแนน
($t = 16.613, p < .001$) และด้านสิ่งแวดล้อมจาก
 2.93 ± 0.33 คะแนนเป็น 3.79 ± 0.46 คะแนน (t
 $= 19.506, p < .001$) โดย พบว่า ด้าน

ความสัมพันธ์ทางสังคมมีค่าเฉลี่ยความแตกต่าง
คะแนนสูงสุด 0.92 รองลงมาคือด้านสิ่งแวดล้อม

0.86 ด้านจิตใจ 0.57 และด้านร่างกาย 0.43 ดัง
แสดงตามตาราง ที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตแยกรายด้าน (n=25)

ด้าน	ก่อน Mean±SD	หลัง Mean±SD	df	t	P-value
ร่างกาย	2.95±0.22	3.38±0.31	0.43	9.487	<.001
จิตใจ	2.97±0.40	3.54±0.48	0.57	14.283	<.001
ความสัมพันธ์ทาง สังคม	2.67±0.46	3.59±0.59	0.92	16.613	<.001
สิ่งแวดล้อม	2.93±0.33	3.79±0.46	0.86	19.506	<.001

2. คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียงก่อนและหลังการได้รับการดูแลภายใต้ การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน

ภายหลังได้รับการดูแลสุขภาพภายใต้การมี
ส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน ที่บ้าน

ผู้สูงอายุมีคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่าก่อน
การศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$
แสดงตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการมี
ส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน (n=25)

คุณภาพชีวิต	Mean±SD	Mean±SD	df	t	P-value
ก่อน	75.52 ± 7.04		17.80	29.003	<.001
หลัง		93.32 ± 8.81			

3. คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวันของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ก่อนและ หลังการได้รับการดูแลภายใต้การมีส่วนร่วมของ เครือข่ายสุขภาพชุมชน

คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวันของผู้สูงอายุหลังได้รับการดูแลสุขภาพที่
บ้านเพิ่มขึ้นจากก่อนการศึกษา โดยผู้สูงอายุ

ทั้งหมดมีค่ามัธยฐานเพิ่มขึ้นจาก 10.00 คะแนน
เป็น 16.00 คะแนน และมีความแตกต่างอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.427, p < .001$) เมื่อ
จำแนกตามกลุ่ม พบว่าทั้งกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติด
เตียงมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร
ประจำวันเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p = .008$) แสดงตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังได้รับการ
ดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed-ranks Test

กลุ่มตัวอย่าง	Median (IQR)	Median (IQR)	Z	P-value
ก่อน	10.00 (3.00)		-4.427	<.001
หลัง		16.00 (3.00)		

สรุปและอภิปรายผล

1. ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

หลังได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านภายใต้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน ผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงจำนวน 25 คน มีคะแนนคุณภาพชีวิตเฉลี่ยเพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่า การดูแลสุขภาพที่บ้านภายใต้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ สืบเนื่องจากการดูแลครั้งนี้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน และประกอบด้วยกระบวนการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการคิด การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ทำให้การดูแลไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะบุคลากรด้านสุขภาพ แต่มีครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชนเข้ามาร่วมดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะการเยี่ยมบ้าน ทำให้เครือข่ายสามารถประเมินปัญหาของผู้สูงอายุจากสภาพจริง ร่วมวางแผนและแก้ไขปัญหาให้เหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคล รวมทั้งสามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง จึงอาจช่วยให้ผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการดำรงชีวิต ได้รับการสนับสนุนทางสังคม และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น¹² สอดคล้องกับการศึกษาของอมรรัตน์ ปะติเก และคณะ¹³ ศึกษาผลของการดูแลที่บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพในผู้สูงอายุติดบ้าน 18 ราย และติดเตียง 9 ราย โดยเยี่ยมบ้าน 3 ครั้งในระยะเวลา 6 เดือน พบว่า หลังดำเนินการ ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มติดบ้านเพิ่มขึ้น 0.08 คะแนน และกลุ่มติดเตียงเพิ่มขึ้น 0.05 คะแนน ($p < .001$) โดยผู้วิจัยเสนอว่าควรส่งเสริมการเยี่ยมบ้านและเพิ่มเครือข่ายความร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและ นวลจันทร์ แสนกอง¹⁴ ที่ศึกษาการประเมินผลการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัวตามนโยบายการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐม

ภูมิอำเภอเฝ้าระวังจังหวัดขอนแก่นพบว่า การเยี่ยมบ้าน การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล การมีผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แสดงถึงการบูรณาการภาคีเครือข่ายที่ดูแลผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิง สนับสนุนแนวคิด การดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่มีความต่อเนื่อง และใช้เครือข่ายชุมชนเป็นฐาน เมื่อแยกคุณภาพชีวิตรายด้านพบว่า ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม มีคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) โดยด้านความสัมพันธ์ทางสังคมมีค่าเฉลี่ยความแตกต่างสูงที่สุด รองลงมาคือด้านสิ่งแวดล้อม ด้านจิตใจ และด้านร่างกาย อธิบายได้ว่า รูปแบบการดูแลของการศึกษาครั้งนี้มีจุดเด่นที่การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน ซึ่งแตกต่างจากการดูแลที่เน้นบุคลากรสุขภาพเพียงฝ่ายเดียว โดยกิจกรรมเริ่มตั้งแต่การร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติ และร่วมประเมินผล ทำให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้รับการสนับสนุนจากหลายภาคส่วน ทั้งหน่วยบริการสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถาบันการศึกษา อสม. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และภาคีชุมชน สอดคล้องกับ สุรศักดิ์ ไชยสงค์ และคณะ¹¹ ที่พบว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแบบบูรณาการควรประกอบด้วยบริการดูแลที่บ้าน การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล ทีมหมอครอบครัว ผู้จัดการการดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน ซึ่งเป็นลักษณะการดูแลที่ใช้เครือข่ายและทรัพยากรของชุมชนร่วมกัน

2. ผลของการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

พบว่า หลังได้รับการดูแลสุขภาพที่บ้านภายใต้การมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชน ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงมีคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามแบบประเมิน Barthel ADL

เพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการดูแลสุขภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 6 เดือน สามารถส่งเสริมความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุได้ อธิบายได้ว่ากิจกรรมการดูแลไม่ได้มุ่งเน้นเฉพาะการรักษาปัญหาสุขภาพ แต่เป็นการดูแลที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนทั้ง 4 ขั้นตอน ได้แก่ การร่วมคิด การร่วมตัดสินใจ การร่วมปฏิบัติ และการร่วมประเมินผล ทำให้มีความต่อเนื่องและสอดคล้องกับปัญหาเฉพาะของผู้สูงอายุแต่ละราย โดยเฉพาะการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง สามารถติดตามการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุและปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับความสามารถของแต่ละบุคคลได้นอกจากนี้ การมีส่วนร่วมของ อสม. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ บุคลากรสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายอื่น ๆ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเป็นองค์รวม สอดคล้องกับการศึกษาของสุรศักดิ์ ไชยสงค์ และคณะ¹¹ ที่ศึกษาผลกระทบของโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัวในจังหวัดขอนแก่น พบว่า คะแนน Barthel ADL เพิ่มขึ้นจาก 6.78 ± 3.20 เป็น 10.68 ± 6.08 คะแนน และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) อาจเนื่องมาจากการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ทีมสุขภาพและเครือข่ายสามารถประเมินปัญหาและความสามารถของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามศักยภาพของตนเอง การมีส่วนร่วมของครอบครัว อสม. ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ และหน่วยงานในชุมชน การดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น และเมื่อทดสอบด้วย Wilcoxon Signed-ranks Test พบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.427, p < .001$) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดีขึ้นหลังได้รับการดูแลสุขภาพจากเครือข่ายสุขภาพชุมชนซึ่งเกิดจากการติดตามเยี่ยมที่บ้านและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจกรรม

ต่าง ๆ ด้วยตนเองตามศักยภาพ ไม่ว่าจะเป็นการรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหว การแต่งกาย การใช้ห้องน้ำ และกิจกรรมการดูแลตนเองอื่น ๆ การเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่องยังทำให้สามารถค้นหาอุปสรรคในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและร่วมกันปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมกับระดับความสามารถของแต่ละคน สอดคล้องกับการศึกษาของ เพ็ญภา บุญเสริมและคณะ¹⁵ ที่ศึกษาผลของการพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสำโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์ ซึ่งพบว่า Barthel Index ของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นหลังได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของสุรศักดิ์ ไชยสงค์ และคณะ¹¹ พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัวคะแนน Barthel ADL เพิ่มขึ้นจาก 6.78 ± 3.20 คะแนน เป็น 10.68 ± 6.08 คะแนน และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) โดยรูปแบบดังกล่าวมีทั้งการเยี่ยมบ้าน การจัดทำ care plan รายบุคคล และการทำงานร่วมกันของทีมสุขภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน¹⁶ อีกทั้งการศึกษาผลตอบแทนทางสังคมของการจัดบริการดูแลระยะยาวในตำบลสะอาด จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำนวน 37 คน มีคะแนน ADL เพิ่มขึ้นเฉลี่ย 3.9 ± 5.2 คะแนน ($p < .001$) และร้อยละ 73 มีอาการดีขึ้น โดยผลลัพธ์ที่พบรวมถึงการกลับมาเดินได้หรือช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น¹¹

โดยสรุป ผลการดูแลสุขภาพที่บ้านโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายสุขภาพชุมชนเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง โดยเฉพาะกิจกรรมการดูแลสุขภาพภายใต้ความร่วมมือของเครือข่ายสุขภาพชุมชนที่มีความต่อเนื่อง 6 เดือน และใช้กระบวนการมีส่วนร่วมครบ 4 ขั้นตอน ได้แก่ ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วม

ปฏิบัติ และร่วมประเมินผล สิ่งสำคัญคือไม่ได้ให้บุคลากรสุขภาพเป็นผู้รับผิดชอบการดูแลเพียงฝ่ายเดียว แต่ใช้ เครือข่ายสุขภาพชุมชนที่ประกอบด้วยภาคประชาชน องค์กร สถาบันการศึกษา

หน่วยงานต่างๆ เป็นกลไกในการร่วมรับผิดชอบและสนับสนุนดูแลผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง ครอบคลุมหลายมิติ และสอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุและครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 22 มิถุนายน 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/1/926>
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2563. นครปฐม:สถาบันวิจัย ประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2564
3. กุลธิดา กุลประทีปปัญญา, วิธดา อัครเมธากุล, ปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์, จามจุรี แซ่หลู่, เพ็ญญา พิสัยพันธุ์, และ อรัญญานามวงศ์. สถานการณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในสังคมไทย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัย การจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น. 2563;17(2):581-595.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. [สืบค้นเมื่อ 28 มี.ค. 2568]. จาก: http://www.nso.go.th/sites/2014en/Survey/social/domographic/OlderPersons/2021/fullreport_64.pdf
5. พิศสมัย บุญเลิศ, เทอดศักดิ์ พรหมอารักษ์, และศุภาวดี แถวเพี้ย. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่าง ต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอกะทู้ จังหวัดภูเก็ต. วารสารสำนักงานป้องกันโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น. 2559;23(2):79-87.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์. รายงานประจำปี 2567. อุดรดิตถ์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรดิตถ์; 2567
7. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด. สรุปรายงานประจำปีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดกรวด. 2567
8. Burns, N. and Grove, S. The practice of nursing research: Appraisal, synthesis and generation of evidence. 6th Edition, Saunders Elsevier, St. Louis. 2009
9. เกหลั่น ประเสริฐจิตติพงษ์. ผลของการเยี่ยมบ้านภายใต้ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อคุณภาพชีวิตและความสามารถในการกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ตำบลแม่กา อำเภอมือ จังหวัดพะเยา. วารสารวิจัยการพยาบาลและสุขภาพ. 2566;24(1):93-106
10. เพ็ญญา มะหะหมัด. รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพกลุ่มผู้ สูงอายุติดเตียงโดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชน ตำบลสุไหงโกลก จังหวัดนราธิวาส. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์. 2561;10(2):51-63.
11. สุรศักดิ์ ไชยสงค์และคณะ. ผลกระทบของโปรแกรมดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัวในอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส). 2568 [สืบค้นเมื่อ 28 มี.ค. 2568]. จาก: <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5309?locale-attribute=th>
12. สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, วิระวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล และ วนิตา พุ่มไพศาลชัย. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกทุก 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด, เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง. 2540
13. อมรัตน์ ปะติเก, ชนิดา พลอยล้อมแสง, จันทรีทิพย์ กาญจนศิลป์, และ ศิรินาถ ตงศิริ. (2562). ผลของการดูแลที่ บ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพต่อคุณภาพชีวิตของผู้ สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียง. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2562;11(4):860-868
14. นวลจันทร์ แสนกอง, สุรศักดิ์ไชยสงค์, กฤษณ์ สระมณี, รมะวัน กาลพัฒน์, พสิษฐ์ พัจนา. การประเมินผลการจัดการบริการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงโดยทีมหมอครอบครัวตามนโยบายการจัดกลุ่มหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิอำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2564;14(3):733-744
15. เพ็ญญา บุญเสริม, ธวัชชัย ยืนยาว. ผลของการพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอสาโรงทาบ จังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลอุดรธานี. 2568;33(3):450-463
16. ปาริษยาณัน วงษ์ไตรรักษ์. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุติดเตียงที่บ้านโดยครอบครัว. [วิทยานิพนธ์]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560