



วันที่รับบทความ : 01/10/2568
วันแก้ไขบทความ : 10/11/2568
วันตอบรับบทความ : 12/11/2568

วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อสุขภาวะที่ยั่งยืน: กรณีศึกษาจังหวัดสมุทรสงคราม

อุทิศ ดวงผาสุข^{1*}, อำนาจ ทวีชื่น², จิรัฐติกา สุตวนิชย์³, สฤกษ์ชัย ปรีดาวัลย์⁴

โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า¹

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลวัดบางขันแตก²

โรงพยาบาลอากาศอำนวย³

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดชลบุรี สถาบันพระบรมราชชนก⁴

E-mail: julonut@yahoo.com*

บทคัดย่อ

วิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสถานการณ์และความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงคราม (2) ศึกษาความพร้อมของชุมชนในการรองรับสังคมผู้สูงอายุ (3) วิเคราะห์รูปแบบการดูแลสุขภาพที่มีอยู่ (4) พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ฐานชุมชน และ (5) ประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง การวิจัยใช้ระเบียบวิธีแบบผสมผสาน (mixed methods research) แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และข้อมูลพื้นฐานจากผู้สูงอายุ 397 คน และผู้เกี่ยวข้อง 110 คน ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบด้วยเทคนิคเดลฟาย (Delphi) จากผู้เชี่ยวชาญ 17 คน และระยะที่ 3 ประเมินความเป็นไปได้จากผู้บริหารท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 110 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงครามมีสัดส่วนร้อยละ 27.3 สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ แม้ส่วนใหญ่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่ยังประสบปัญหาความเหงา การเข้าถึงบริการสุขภาพ และภาวะทางจิตใจ ขณะเดียวกัน ชุมชนมีศักยภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพและความสัมพันธ์ทางสังคม แต่ยังมีข้อจำกัดด้านสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ และเทคโนโลยี การสังเคราะห์ข้อมูลและความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญนำไปสู่การพัฒนารูปแบบ “การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน” ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) กลไกการบริหารจัดการ (2) ระบบบริการตามกลุ่มศักยภาพ (3) การพัฒนาศักยภาพและเครือข่าย (4) การปรับสภาพแวดล้อม และ (5) ระบบสารสนเทศและการสื่อสาร ผลการประเมินพบว่าผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นพ้องอยู่ในระดับสูงมาก (ค่าเฉลี่ย 4.40-4.64) และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง (ค่าเฉลี่ย 3.66-4.06) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบดังกล่าวมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริง โดยเน้นความร่วมมือทุกภาคส่วนเพื่อสร้างระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ยั่งยืน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วมของชุมชน, การดูแลสุขภาพระยะยาว, สมุทรสงคราม

* ผู้ประพันธ์บรรณกิจ



Development of a long-term elderly healthcare model through community participation for sustainable well-being:

A case study of Samut Songkhram Province

Uthid Duangphasuk^{1*}, Aumnat Thaweechuen²,

Jirattikal Suttawanit³, Saritchai Predawan⁴

Somdet Phra Phutthaloetla Hospital¹

Watbangkhunteak Subdistrict Health-Promoting Hospital²

Akatamnuay Hospital³

Sirindhorn College of Public Health, Chonburi⁴

E-mail: julonut@yahoo.com*

ABSTRACT

This research aimed to (1) examine the health situation and needs of older adults in Samut Songkhram Province, (2) assess community readiness for an aging society, (3) analyze existing elderly care systems, (4) develop a community-based elderly healthcare model, and (5) evaluate its feasibility for implementation. A mixed-methods research design was employed in three phases: Phase 1 analyzed the situation among 397 older adults and 110 stakeholders; Phase 2 developed the model through the Delphi technique with 17 experts; and Phase 3 assessed feasibility among 110 local administrators, community leaders, and public health officers. Results revealed that older adults accounted for 27.3% of the provincial population, exceeding the national average. Although most could live independently, they still faced loneliness, limited healthcare access, and psychological distress. The community showed strong potential in social relations and health promotion but had limitations in environmental, economic, and technological aspects. The synthesized data led to the development of a “Community-Based Elderly Healthcare Model” consisting of five components: (1) management mechanisms, (2) tiered service systems, (3) capacity building and networking, (4) environmental and social adaptation, and (5) information and communication systems. Expert consensus was rated very high (mean 4.40-4.64), and feasibility ranged from moderate to high (mean 3.66-4.06),



วารสารสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

Journal of Allied Health Sciences Suan Sunandha Rajabhat University

indicating that the model is both suitable and practical for implementation toward sustainable elderly care through community participation.

Keywords: Elderly, Community participation, Long-term care, Samut Songkhram

* Corresponding Author



บทนำ

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (aged society) โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 20 และคาดว่าในปี พ.ศ. 2574 จะก้าวสู่ “สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด” (super-aged society) ที่มีผู้สูงอายุเกินร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด^{1,2} การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลโดยตรงต่อระบบสุขภาพ เศรษฐกิจ และโครงสร้างทางสังคม โดยเฉพาะในจังหวัดสมุทรสงคราม ที่ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว โดยในปี พ.ศ. 2566 จำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 27.5 ของประชากรทั้งจังหวัด ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศอย่างมีนัยสำคัญ ลักษณะเฉพาะของจังหวัดที่มีขนาดเล็ก ความสัมพันธ์แบบเครือญาติ และระบบอาสาสมัครที่เข้มแข็ง ถือเป็นโอกาสสำคัญในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ใช้ชุมชนเป็นฐาน

แม้จังหวัดสมุทรสงครามจะมีทุนทางสังคมที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แต่จากการศึกษาพบว่าการจัดบริการด้านสุขภาพยังคงพึ่งพาภาครัฐเป็นหลัก โดยขาดการมีส่วนร่วมจากภาคประชาชน และท้องถิ่นอย่างเป็นระบบ นอกจากนี้ ประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง อัมพาต และภาวะสมองเสื่อม ซึ่งต้องการการดูแลต่อเนื่องในระยะยาว แต่ระบบบริการสุขภาพที่มุ่งเน้นการดูแลในสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอ ทั้งในด้านบุคลากร งบประมาณ และโครงสร้างพื้นฐาน อีกทั้ง

ครอบครัวมีแนวโน้มเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุจำนวนมากขาดผู้ดูแลใกล้ชิด เกิดภาวะเปราะบางทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ปัญหาเหล่านี้ทำให้เกิดความจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความยืดหยุ่นและเหมาะสมกับบริบทของชุมชน

แนวทางที่องค์การอนามัยโลก³ และจากแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2545-2564⁴ ที่มุ่งเน้นให้ เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (community participation) ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ประชาชนมีบทบาทในการดูแลสุขภาพตนเอง และผู้อื่นทั้งมิติร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ ทองใบ ไปโพธิ์⁵ พบว่าการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในชุมชนจะเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้สูงขึ้น และแนวคิดของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร⁶ ชี้ให้เห็นว่า นอกจากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ยังมีบุคคลอื่นในสังคมที่สามารถเป็นอาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ด้วยเช่นกัน โดยวิธีการขึ้นอยู่กับสภาพแวดล้อมในแต่ละพื้นที่ แต่ละชุมชน และความจำเป็นของผู้สูงอายุที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ กลไกดังกล่าวสามารถเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพาระงับประมาณ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้อย่างชัดเจน ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดกรอบแนวคิดบนฐานการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อสร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ครอบคลุมและยั่งยืน

ด้วยสถานการณ์และปัญหาที่กล่าวมา จังหวัดสมุทรสงครามจึงจำเป็นต้องพัฒนาองค์ความรู้และกลไกที่สามารถบูรณาการทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ



เอกชน ประชาสังคม และครอบครัวผู้สูงอายุ ให้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ โดยมีเป้าหมายเพื่อสร้างรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวที่ชุมชนมีความเป็นเจ้าของ สามารถนำไปปฏิบัติและขยายผลได้จริงในพื้นที่อื่นที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน ดังนั้น งานวิจัยนี้จึงมุ่งเน้น ศึกษาสถานการณ์ ปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงคราม ความพร้อมของชุมชนในการรองรับสังคมสูงวัย ศึกษากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีอยู่ในปัจจุบัน เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้มาพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้ฐานชุมชนนำไปเผยแพร่และสำรวจความเป็นไปได้และนำสู่การปฏิบัติเพื่อให้เกิดความยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์สภาพปัญหาและความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงคราม
2. เพื่อศึกษาความพร้อมของชุมชนในการรองรับสังคมผู้สูงอายุของจังหวัดสมุทรสงคราม
3. เพื่อศึกษารูปแบบและอุปสรรคการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอยู่ในปัจจุบันที่มีอยู่ในจังหวัดสมุทรสงคราม
4. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของจังหวัดสมุทรสงคราม
5. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบที่พบไปปฏิบัติจริงในชุมชน

ระเบียบวิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยโรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธเลิศหล้า กระทรวงสาธารณสุข (เลขที่ 011/2568 ลงวันที่ 25 เมษายน 2568) ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน (mixed methods research) เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยดำเนินการ 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงคราม กลุ่มประชากรทั้งหมด 50,394 คน คำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยสูตรของยามานะ⁷ ได้ 397 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบสะดวก (convenience sampling) ส่วนกลุ่มตัวอย่างเพื่อสำรวจความพร้อมของชุมชน จำนวน 122 คน ได้แก่ ผู้บริหารท้องถิ่น 36 คน ผู้นำชุมชน 36 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 50 คน ได้รับแบบสอบถามกลับคืน 110 ชุด (ร้อยละ 90.16) ซึ่งเกินเกณฑ์ร้อยละ 75 ตามเกณฑ์ของบุญธรรมจิตอนันต์⁸ ใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และมีผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (key informants) 6 คน ได้แก่ ผู้บริหารท้องถิ่นและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ศึกษา 3 แห่ง

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ โดยคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ 17 คนแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับกระทรวง เขต จังหวัด และตำบล 9 คน ผู้บริหารท้องถิ่น 3 คน ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในท้องถิ่น 3 คน และประธานชมรม



ผู้สูงอายุ 3 คน ใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) 3 รอบ เพื่อสร้างฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ

ระยะที่ 3 การประเมินความเป็นไปได้ของรูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง 122 คน ประกอบด้วยผู้บริหารท้องถิ่น 36 คน ผู้นำชุมชน 36 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 50 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง และสัมภาษณ์เชิงลึกแบบลูกโซ่ (snowball sampling) จนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว (data saturation)

เครื่องมือและการเก็บข้อมูลในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ ใช้เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลที่พัฒนาขึ้นตามวัตถุประสงค์ในแต่ละระยะของการศึกษา ดังนี้

ระยะที่ 1 ใช้แบบสอบถามจำนวน 2 ฉบับ ประกอบด้วย (1) แบบสอบถามสถานการณ์และบริบทแวดล้อมของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล สุขภาพกายและใจ การเข้าถึงบริการสุขภาพ สภาพสังคมรอบตัว ความต้องการในการดูแลสุขภาพและความพึงพอใจต่อระบบบริการ ใช้มาตรวัดประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert scale)⁹ 5 ระดับ จำนวน 31 ข้อ เกณฑ์การประเมินผล ระดับคะแนน 1.00–2.33 ประเมินผลในระดับต่ำ, ระดับคะแนน 2.34–3.67 ประเมินผลในระดับปานกลาง และระดับคะแนน 3.68 ขึ้นไป ประเมินผลในระดับสูง ตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha)¹⁰ ได้ค่าเท่ากับ 0.74 และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ

จำนวน 3 คน คำนวณดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุ ประสงค์ (index of item-objective congruence: IOC) เท่ากับ 0.93 (2) แบบสอบถามความพร้อมของชุมชน ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความตระหนักของชุมชน ความพร้อมด้านเศรษฐกิจ ความพร้อมด้านสังคมและครอบครัว ความพร้อมด้านกายภาพ ความพร้อมด้านการศึกษาและเทคโนโลยี และความพร้อมด้านนโยบายและการจัดการ ใช้มาตรวัดประมาณค่าแบบลิเคิร์ต⁹ 5 ระดับ จำนวน 25 ข้อ เกณฑ์การประเมินผล ระดับคะแนน 1.00–2.33 ประเมินผลในระดับต่ำ, ระดับคะแนน 2.34–3.67 ประเมินผลในระดับปานกลาง และระดับคะแนน 3.68 ขึ้นไป ประเมินผลในระดับสูง ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีครอนบาค¹⁰ เท่ากับ 0.97 และตรวจสอบค่า IOC เท่ากับ 0.76 นอกจากนี้ ยังมีการใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง (structured in-depth interview) ที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดทฤษฎีระบบ (systems theory) เพื่อเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

ระยะที่ 2 ใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นตามเทคนิคเดลฟาย (Delphi technique)¹¹ เพื่อรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 3 รอบ โดยรอบที่ 1 ผู้วิจัยสังเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาระยะที่ 1 เพื่อกำหนดประเด็นสำคัญในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 2 นำข้อสรุปจากการสัมภาษณ์มาพัฒนาเป็นแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินความสอดคล้องของแต่ละประเด็น โดยใช้เกณฑ์ค่ามัธยฐาน (median) ไม่น้อยกว่า 3.5 และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ (interquartile range: IQR) ไม่เกิน 1.5



เพื่อพิจารณาระดับความเห็นพ้อง รอบที่ 3 ผู้วิจัยนำผลการประเมินจากรอบที่ 2 มาวิเคราะห์และสังเคราะห์อีกครั้ง เพื่อจัดทำแบบสอบถามฉบับสุดท้ายให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินซ้ำ เพื่อยืนยันฉันทามติ

ระยะที่ 3 ใช้แบบสอบถามที่พัฒนาจากผลการศึกษาในระยะที่ 2 เพื่อตรวจสอบความเป็นไปได้ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล กลไกการบริหารจัดการระดับพื้นที่ ระบบบริการตามกลุ่มศักยภาพ การพัฒนาศักยภาพและเครือข่าย การปรับสภาพแวดล้อมกายภาพและสังคม และระบบสารสนเทศและการสื่อสาร ใช้มาตราวัดประมาณค่าแบบลิเคิร์ต⁹ 5 ระดับ จำนวน 41 ข้อ เกณฑ์การประเมินผล โดยมีระดับคะแนน 1.00-2.33 ประเมินผลในระดับต่ำ, ระดับคะแนน 2.34-3.67 ประเมินผลในระดับปานกลาง และระดับคะแนน 3.68 ขึ้นไป ประเมินผลในระดับสูง ในรูปแบบมาตราประมาณค่าแบบลิเคิร์ต⁹ 5 ระดับ จำนวน 25 ข้อ ตรวจสอบความเชื่อมั่นด้วยวิธีครอนบาค¹⁰ ได้ค่าเท่ากับ 0.94 และตรวจสอบค่า IOC ได้ 0.93

การวิเคราะห์ข้อมูล

(1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ (frequency) ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation [SD]) (2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) โดยใช้แนวทางของ ชาร์มาซ (Charmaz)¹² ในการจัดหมวดหมู่ สรุปประเด็น ใช้กระบวนการตีความแบบการตีความนิยม (interpretivism) และการ

สร้างสรรค์นิยม (constructivism) และแนวคิดของพิทักษ์ ศิริวงศ์¹³ ในการทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมและการอยู่ร่วมกันของมนุษย์ ต้องมีความเข้าใจในกระบวนการสร้างความหมายของสิ่งต่าง ๆ ของแต่ละบุคคล และ (3) การวิเคราะห์สังเคราะห์ข้อมูลจากเทคนิคเดลฟายเพื่อหาฉันทามติ

ผลการวิจัย

สถานการณ์และความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงคราม

สถานการณ์เชิงโครงสร้างของผู้สูงอายุของจังหวัดสมุทรสงคราม

ผู้วิจัยสำรวจข้อมูลทุติยภูมิจากสำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง (2568) พบว่าประชากรจังหวัดสมุทรสงคราม มีทั้งสิ้น 184,569 คน แบ่งเป็นชาย 87,880 คน และหญิง 96,689 คน มีผู้สูงอายุทั้งหมด 50,394 คน คิดเป็นร้อยละ 27.30 ของประชากรทั้งหมด ผู้สูงอายุเพศหญิงมีจำนวนมากกว่าผู้สูงอายุเพศชายอย่างชัดเจน (หญิง 29,359 คน ชาย 20,925 คน) โดยอำเภอเมืองสมุทรสงคราม มีประชากรรวมมากที่สุด 101,749 คน มีผู้สูงอายุ 25,587 คน คิดเป็น ร้อยละ 25.15 รองลงมา อำเภออัมพวา ประชากรรวม 52,875 คน มีผู้สูงอายุ 15,198 คน คิดเป็นร้อยละ 28.74 และอำเภอบางคนที มีประชากรรวม 29,945 คน มีผู้สูงอายุ 9,609 คน คิดเป็นร้อยละ 32.09 และมีผู้สูงอายุอายุ 100 ปีขึ้นไป ทั้งหมด 110 คน (ชาย 52 คน หญิง 58 คน)

รายงานจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด



สมุทรสงคราม ปี พ.ศ.2567 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม (ช่วยเหลือตนเองได้ดี) จำนวน 26,850 คน คิดเป็นร้อยละ 53.30 กลุ่มติดบ้าน (ต้องการความช่วยเหลือบ้าง) 560 คน คิดเป็นร้อยละ 1.10 และกลุ่มติดเตียง (ต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด) 238 คน คิดเป็นร้อยละ 0.50 และสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) พบว่า ผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงคราม (กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป) มีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญ ดังนี้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 22,574 ราย คิดเป็นร้อยละ 54.8 ของผู้สูงอายุทั้งหมดในจังหวัด ผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 9,086 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.0 ของผู้สูงอายุทั้งหมดในจังหวัด

โดยสรุป สัดส่วนผู้สูงอายุของจังหวัด คิดเป็นร้อยละ 27.30 สูงกว่าค่าเฉลี่ยประเทศที่อยู่ราวร้อยละ 20 แสดงถึงการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ อำเภอบางคนทีแม้มีประชากรรวมต่ำ แต่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงที่สุด ร้อยละ 32.09 อาจสะท้อนถึงการย้ายถิ่นของคนวัยทำงานออกไปและเหลือผู้สูงอายุในพื้นที่มาก ผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าชายในทุกอำเภอ สอดคล้องกับแนวโน้มอายุขัยเฉลี่ยของหญิงที่สูงกว่า การมีผู้สูงอายุอายุ 100 ปีขึ้นไปกว่า 100 คนในจังหวัดถือว่าสูงเมื่อเทียบกับขนาดประชากร อาจบ่งชี้ถึงคุณภาพชีวิตและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีอายุยืน สรุปได้ว่า จังหวัดสมุทรสงครามกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super aged society) มากกว่า ร้อยละ 28 ของประชากร โดยเฉพาะในอำเภอบางคนทีที่มีสัดส่วนสูงสุด ขณะเดียวกัน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังช่วยเหลือตนเองได้ แต่ก็มีสัดส่วนที่ต้องการการดูแลแบบติดบ้านและติดเตียง

แม้จะน้อย แต่เป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางสูง นอกจากนี้ยังพบ ภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในระดับสูง โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ซึ่งเป็นปัจจัยท้าทายสำคัญต่อระบบสุขภาพในอนาคต

สถานการณ์ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม การเข้าถึงบริการ และความต้องการด้านการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดสมุทรสงคราม

จากการสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม ประชากรผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.90 เป็นเพศชาย ร้อยละ 44.1 แสดงว่า ผู้หญิงมีแนวโน้มมีอายุยืนกว่า และอาจต้องการการดูแลระยะยาวมากกว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มอายุ 65-69 ปี ร้อยละ 31.20 และ 70-74 ปี ร้อยละ 27.70 เป็นสัดส่วนหลัก มีผู้สูงอายุเกิน 80 ปีขึ้นไปถึง ร้อยละ 7.80 ซึ่งต้องการการดูแลเฉพาะทางและความช่วยเหลือในชีวิตประจำวันมากขึ้น สถานภาพสมรส มีคู่ ร้อยละ 58.90 หม้าย ร้อยละ 28.20 และโสด ร้อยละ 10.60 รวมแล้วเกือบ ร้อยละ 40 อยู่โดยไม่มีคู่ครอง การอยู่อาศัย โดยอยู่กับบุตรหลาน ร้อยละ 29.70 และ อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 28.70 โดยมีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ถึง ร้อยละ 5.30 ซึ่งอาจเสี่ยงต่อภาวะโดดเดี่ยวและขาดการดูแล ระดับการศึกษาและอาชีพ ระดับประถมศึกษา มีจำนวนสูงสุด ร้อยละ 72.50 สะท้อนถึงกลุ่มที่มีความรู้พื้นฐานจำกัด ส่งผลต่อความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพหรือสิทธิประโยชน์จากรัฐ แต่อย่างน้อยสามารถอ่านออกเขียนได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ ถึงร้อยละ 59.70 แสดงถึงการพึ่งพารายได้จากครอบครัวหรือจากรัฐ ส่วนใหญ่ที่ยังทำงานมักอยู่ในภาคเกษตรและรับจ้าง รายได้และ



แหล่งรายได้ ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ระหว่าง 4,000-6,000 บาท ร้อยละ 49.40 และมีรายได้ระหว่าง 1,000-3,000 บาท ร้อยละ 31.7 และมีรายได้ไม่เพียงพอในการใช้จ่ายต้องเป็นหนี้ ถึง ร้อยละ 31.70 และมีผู้สูงอายุที่มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 44.10 แสดงถึงความเปราะบางทางการเงิน แหล่งรายได้ส่วนใหญ่ต้องพึ่งพาบุตรหลาน ญาติ ร้อยละ 46.10 และ ต้องพึ่งพาสวัสดิการจากรัฐ ร้อยละ 34.00 มีเพียง ร้อยละ 19.90 เท่านั้นที่หารายได้ด้วยตนเอง

สุขภาพและความสามารถ ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีโรคประจำตัว ถึงร้อยละ 79.30 มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ ร้อยละ 62.20 ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองเลยต้องการการดูแลใกล้ชิด ร้อยละ 5.30 ส่วนที่เหลือยังพอช่วยเหลือตนเองได้บ้าง โดยส่วนใหญ่ร้อยละ 85.40 เคยรับบริการสุขภาพใน 6 เดือนที่ผ่านมา เมื่อจำแนกสถานการณ์ของผู้สูงอายุ จำแนกรายด้านพบว่า

ด้านร่างกาย ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ก่อนไปทางสูง (mean = 2.88, SD = 0.391) แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีสุขภาพทางกายภาพที่ค่อนข้างดี แต่ยังไม่ถึงระดับดีมาก อาจสะท้อนถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ หรือกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ยังไม่ทั่วถึง

ด้านจิตใจ ค่าเฉลี่ยอยู่ในช่วงระดับปานกลางต่ำ ใกล้ระดับน้อย (mean = 2.31, SD = 0.735) แสดงถึงภาวะด้านจิตใจของผู้สูงอายุที่น่าเป็นห่วง เช่น ความเหงา วิตกกังวล หรือขาดแรงจูงใจ อาจเกิดจากการแยกตัวจากสังคม หรือไม่มีผู้ดูแลใกล้ชิด

ด้านการเข้าถึงบริการ อยู่ในระดับปานกลาง ก่อนไปทางต่ำ (mean = 2.58, SD = 0.520) แสดงถึงการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุที่ยังไม่เพียงพอหรือทั่วถึง เช่น อุปสรรคทางด้านระยะทาง เวลา หรือความรู้ความเข้าใจในสิทธิ์บริการ โดยมีถึง ร้อยละ 25.70 ที่มองว่าการเดินทางไปสถานบริการสุขภาพไม่สะดวก

ด้านสังคมเอื้ออาทร ค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำสุดเมื่อเทียบกับด้านอื่น และอยู่เกือบถึงระดับน้อย (mean = 2.06, SD = 0.549) สะท้อนปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุในด้านความสัมพันธ์ทางสังคม การมีส่วนร่วมในชุมชน หรือการได้รับความช่วยเหลือจากสังคมรอบข้าง

ความต้องการในการดูแลสุขภาพ แม้มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง แต่ใกล้ระดับดีที่สุด (mean = 3.60, SD = 0.570) แสดงว่าผู้สูงอายุมีความต้องการหลากหลาย และมีความคาดหวังต่อการดูแลในหลายด้าน ได้แก่ ด้านสุขภาพ บริการ หรือความเอาใจใส่จากครอบครัวและชุมชน

ความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.80 เห็นว่าการให้บริการของสถานพยาบาล "ดี" สะท้อนความเชื่อมั่นต่อระบบสาธารณสุขในพื้นที่ แต่ยังคงพัฒนาเรื่องการเข้าถึง เช่น การให้บริการเชิงรุกหรือการเยี่ยมบ้าน การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากบุตรหลานเป็นหลัก ร้อยละ 43.30 รองลงมาคือ คู่สมรส ร้อยละ 34.00 แต่เพื่อนบ้านหรืออาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีบทบาทเพียง ร้อยละ 8.30 เท่านั้น สะท้อนความสำคัญของครอบครัวในการเป็นหน่วยดูแลหลัก



แต่ก็เป็นช่องว่างในการพัฒนาการดูแลโดยชุมชนหรือภาคบริการ

ความพร้อมของชุมชนในการรองรับสังคมผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 48 คน คิดเป็นร้อยละ 43.60 ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) จำนวน 33 คน คิดเป็นร้อยละ 30.00 ผู้นำชุมชน จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 26.40 ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นตัวแทนอำเภอเมือง จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 33.60 อำเภออัมพวา จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 33.60 และอำเภอบางคนที จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 32.70 พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ย อยู่ระหว่าง 2.55-4.16 แสดงให้เห็นว่าบางด้านมีการพัฒนาค่อนข้างดี ขณะที่บางด้านยังอยู่ในระดับต่ำและต้องการการปรับปรุง ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ส่วนใหญ่ต่ำกว่า 1.0 สะท้อนว่าความคิดเห็นของผู้ตอบค่อนข้างไปในทิศทางเดียวกัน ยกเว้นด้านการศึกษาและเทคโนโลยีที่มีค่า SD สูง (1.43) แสดงถึงความแตกต่างของความคิดเห็นมากบางแห่งก็มีการส่งเสริมด้านนี้ดี บางแห่งอาจจะยังต่ำอยู่ โดยประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยสูง คือ ด้านส่งเสริมสุขภาพ (mean = 4.16, SD = 0.94) เป็นจุดแข็งสำคัญ แสดงว่าชุมชนมีความพร้อมในด้านการให้บริการและกิจกรรมสุขภาพ เช่น การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุ ด้านสังคมและครอบครัว (mean = 3.36, SD = 0.95) สะท้อนถึงความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชนที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุในระดับค่อนข้างดี และด้านนโยบายและการบริหารจัดการ (mean = 3.21, SD = 0.98) บ่งชี้ว่ามีการ

จัดการและนโยบายรองรับระดับปานกลาง อาจยังต้องพัฒนาให้มีความชัดเจนและบูรณาการมากขึ้น

ประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำ ดังนี้ ด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อม (mean = 2.55, SD = 0.906) เป็นคะแนนต่ำสุด แสดงว่าพื้นที่สาธารณะสิ่งอำนวยความสะดวกและสภาพแวดล้อมในชุมชนยังไม่เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านเศรษฐกิจ (mean = 2.74, SD = 0.863) บ่งชี้ว่าผู้สูงอายุจำนวนมากยังมีรายได้ไม่เพียงพอหรือขาดโอกาสสร้างรายได้หลังเกษียณ ด้านการศึกษาและเทคโนโลยี (mean = 3.08, SD = 1.430) อยู่ในระดับปานกลาง แต่มีความแตกต่างของความคิดเห็นสูง สะท้อนว่าบางพื้นที่มีการฝึกทักษะดิจิทัลและการใช้เทคโนโลยีอย่างต่อเนื่อง ขณะที่บางพื้นที่แทบไม่มี

โดยสรุปความพร้อมของชุมชนในจังหวัดสมุทรสงคราม เพื่อเตรียมการรองรับสังคมผู้สูงอายุ ชุมชนมีความพร้อมด้านบริการสุขภาพและภาคสังคมที่เอื้ออาทร แต่ยังพบปัญหาการจัดการสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ ขาดการส่งเสริมรายได้และการเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัล

รูปแบบและอุปสรรคการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบันของจังหวัดสมุทรสงคราม

ผู้วิจัยสัมภาษณ์สถานบริการที่มีผลงานในการดูแลผู้สูงอายุดีจนเป็นที่ประจักษ์ จากเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดสมุทรสงคราม ประกอบด้วย พื้นที่ตำบลวัดประดู่ บ้านตะวันจาก และ ตำบลจอมปลวก ร่วมกับการเก็บข้อมูลแบบบอลหิมะ (snowball) โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีระบบ (system theory) ได้ผลดังนี้



1) ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย

1.1) ปัจจัยด้านบุคลากร ประกอบด้วย

1.1.1) บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข มีบทบาทหน้าที่ ให้การรักษาพยาบาลเบื้องต้น (curative care) ให้การรักษาโรคทั่วไปและโรคเรื้อรังที่ควบคุมได้ในระดับปฐมภูมิ จัดการดูแลอาการเบื้องต้น และส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการซับซ้อนไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย ให้คำปรึกษาด้านการเฝ้าระวังและการติดตามผลการรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation) จัดกิจกรรมกายภาพบำบัดขั้นพื้นฐานสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว ส่งเสริมการทากิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง (ADL) เพื่อลดการพึ่งพิง ประสานงานกับครอบครัวและ อสม. เพื่อดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง และร่วมกันประสานงานหน่วยงานองค์การชุมชนที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง (continuity & holistic care)

1.1.2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีบทบาทหน้าที่ในการติดตามคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องเป็นประจำ เช่น ความดันโลหิต เบาหวาน ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม และการหกล้ม เยี่ยมดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการให้ความรู้ทางสุขภาพและส่งต่อโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลเมื่อสังเกตเห็นอาการผิดปกติ

1.1.3) ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) มีบทบาทหน้าที่ ในการดูแลด้านร่างกาย (physical care) ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน (ADL) เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร ขับถ่าย ดูแลการรับประทานยาให้ถูกต้อง ตามเวลา และตามแพทย์สั่ง

ช่วยเคลื่อนไหวร่างกาย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น แผลกดทับ ข้อติด สังเกตอาการผิดปกติทางร่างกาย เช่น ไข้สูง หายใจลำบาก อ่อนแรง และส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมื่อสังเกตเห็นอาการผิดปกติ นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ (psychological care) และด้านสังคม (social care) คอยพูดคุยให้กำลังใจ ลดความเหงา ความเครียด และความซึมเศร้า ให้เห็นถึงคุณค่าของตนเองและกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมในชุมชน ปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เช่น ทางเดิน แสงสว่าง ห้องน้ำ การสนับสนุนและเป็นผู้ช่วยบุคลากรหลักในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (rehabilitation support)

1.1.4) บุคลากรผู้รับผิดชอบในองค์การบริหารส่วนตำบล มีบทบาทหน้าที่ในการบริหารจัดการและนโยบาย จัดทำ แผนงาน/โครงการด้านผู้สูงอายุ เพื่อจัดสรรงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทุกกลุ่ม จัดสวัสดิการและสิทธิประโยชน์ เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ และสิทธิประโยชน์ตามกฎหมาย สนับสนุนการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ยากไร้ ขาดผู้อุปการะ หรือพิการ และเป็นหลักในการประสานงานหน่วยงานภายนอกที่เกี่ยวข้อง

1.1.5) บุคลากรจากหน่วยงานภายนอกอื่นๆ มีบทบาทในการจัดกิจกรรมทางสังคมเพื่อประโยชน์ของตัวผู้สูงอายุ เช่น พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) สวัสดิการ สังคม และการคุ้มครองสิทธิ พัฒนาชุมชนเน้นด้าน การพัฒนาอาชีพและเศรษฐกิจชุมชน ครูจากศูนย์การศึกษา นอกโรงเรียน เน้นด้าน การเรียนรู้และการพัฒนา



ศักยภาพผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ บุคลากรจากกระทรวงแรงงาน ส่งเสริมสิทธิแรงงานและส่งเสริมการประกอบอาชีพที่เหมาะสม หน่วยงานวัฒนธรรมและสำนักพุทธศาสนา จัดกิจกรรมทางศาสนา วัฒนธรรม และจิตใจ และหน่วยงานภาคเอกชน สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ต่าง ๆ

1.2) งบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ ประกอบด้วย

1.2.1) งบประมาณจาก องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) สนับสนุนงบประมาณสมทบตามเกณฑ์กองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น เพื่อใช้ในกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุ เช่น โครงการ long-term care (LTC) ค่าตอบแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ ค่าดำเนินโครงการเยี่ยมบ้าน งบจัดกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ งานวันผู้สูงอายุ รวมถึงวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ารรับส่งผู้สูงอายุที่มาร่วมกิจกรรม

1.2.2) งบประมาณจาก สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นงบประมาณที่จัดสรรตามหัวประชากรเข้ามาในกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น เพื่อใช้สนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคผู้สูงอายุ

1.2.3) งบประมาณจาก กระทรวง/หน่วยงานอื่น ๆ เช่น หน่วยงานในข้อ 1.1.5 ที่สนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมส่งเสริมการใช้ชีวิตในทุกมิติของผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ในเกือบทุกชุมชนในจังหวัดสมุทรสงครามจะมีวัดที่อยู่ในพื้นที่เป็นผู้อนุเคราะห์ทั้งงบประมาณและวัสดุสิ่งของ เช่น วัดประดู่พระอารามหลวง สมทบทุนในการสร้างศูนย์ชีวาภิบาล (palliative care center) เพื่อรองรับผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งไม่มีคนคอยดูแล

2) กระบวนการในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

2.1) ระบบการดูแลแบบแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุและจัดบริการแบบเฉพาะเจาะจง (tiered-care system) ใช้ข้อมูลการคัดกรอง (ติดเตียง, ติดบ้าน, ติดสังคม, ป่วย NCDs) มาออกแบบบริการที่ชัดเจน โดย

กลุ่มที่ 1 กลุ่มติดสังคม (socially active)

มีผู้รับผิดชอบหลัก ในชุมชน คือ ครู กศน., ชมรมผู้สูงอายุ, อบต. โดยมี กิจกรรม เน้นการส่งเสริมป้องกัน (promotion & prevention) เช่น กิจกรรมออกกำลังกาย, ส่งเสริมอาชีพ, กิจกรรมทางสังคม เพื่อลดซึมเศร้า, และให้ความรู้ด้านสุขภาพโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ข้อเสนอเพิ่มเติม การคัดกรองประเมินสุขภาพ 9 ด้านลงในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (bluebooks) และเน้นการประเมินความเสี่ยง NCDs ในกลุ่มนี้อย่างสม่ำเสมอ โดยจัดกิจกรรมเชิงรุกในพื้นที่และเชิงรับในสถานบริการ รวมถึงวันที่จัดกิจกรรมชมรม

กลุ่มที่ 2 กลุ่มติดบ้าน (homebound)

ผู้รับผิดชอบหลัก ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ อสม. กิจกรรมการฟื้นฟูสภาพและคงสภาพ (rehabilitation & maintenance) เช่น กายภาพบำบัดเบื้องต้น, กระตุ้นการรับรู้, เยี่ยมเยียนเพื่อลดความโดดเดี่ยว โดยมีการสนับสนุน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ รพ. (ผ่าน bluebooks) เป็นที่ปรึกษาและติดตามอาการ

กลุ่มที่ 3 กลุ่มติดเตียง (bedridden) ผู้รับผิดชอบหลัก ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กิจกรรม เน้นการดูแลประคับประคองและรักษาพยาบาล (palliative & medical care) เช่น การดูแลแผลกดทับ การให้อาหารทางสายยาง การจัดการความเจ็บปวด การสนับสนุนของโรงพยาบาลติดตาม



อาการและรับรองความพิการ โดย รพ.สต.วัดประดู่ มีศูนย์ชีวภิบาล อย่างเป็นรูปธรรม เป็นทางเลือก สำหรับการดูแลระยะท้ายหรือดูแลชั่วคราว (respite care) เพื่อแบ่งเบาภาระผู้ดูแล

กลุ่มที่ 4 กลุ่มป่วยด้วยโรค NCDs ซึ่งมี บางรายที่อาจซ้อนทับกับ 3 กลุ่มแรก ผู้รับผิดชอบหลัก คือ เจ้าหน้าที่ รพ. ดูแลในการติดต่อผ่านโทรเวชicine (telemedicine), เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กิจกรรม เน้นการจัดการโรค (disease management) ติดตามการใช้ยา ปรับพฤติกรรม ให้ความรู้เฉพาะโรคแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

2.2) ระบบการประสานงาน ปัจจุบันการประสานงานยังพึ่งพาอาสาสมัครสาธารณสุขเป็นหลัก และการโทรศัพท์หาเจ้าหน้าที่ทางตรงเป็นหลัก ซึ่งอาจเกิดภาวะคอขวดได้

2.3) ระบบการสื่อสารและส่งต่อ (communication & referral pathway) มีการกำหนดช่องทางที่เป็นระบบ เริ่ม จุดแรกรับ (first point of contact) กำหนดให้ อสม. หรือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุประจำตัวเป็นผู้รับเรื่องเบื้องต้น โดยมี ระบบส่งต่อ ดังนี้ เรื่องทั่วไป หรือ กิจกรรม ประสาน ชมรมผู้สูงอายุ, ครู กศน., ปัญหาสุขภาพไม่ซับซ้อน ประสานเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปัญหาสุขภาพซับซ้อน/ฉุกเฉิน ประสานโรงพยาบาล ผ่าน telemedicine หรือระบบส่งต่อฉุกเฉิน เมื่อต้องการการดูแลระยะท้ายหรือระยะพักฟื้น ประสานศูนย์ชีวภิบาลในกรณีที่ไม่มีญาติดูแล การใช้เทคโนโลยี โดยการสร้างกลุ่มไลน์ (LINE group) สำหรับคณะทำงาน

แกนนำ เพื่อการสื่อสารและส่งต่อเคสที่รวดเร็วและมีหลักฐาน

ปัญหาและอุปสรรคที่พบ

ด้านระบบข้อมูลพื้นฐาน ข้อมูลสุขภาพใน bluebooks ยังไม่ครบถ้วนหรือไม่ได้รับการบันทึกอย่างสม่ำเสมอ ทำให้การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุคลาดเคลื่อน มีการคัดกรองความเสี่ยง NCDs ยังไม่ต่อเนื่องทุกพื้นที่ ขาดการประเมินเชิงรุกที่สม่ำเสมอ ข้อมูลของผู้สูงอายุแต่ละหน่วยงานไม่เชื่อมโยงกัน ทำให้เกิดความซ้ำซ้อน

ด้านการดูแลตามกลุ่ม กลุ่มติดสังคมขาดกิจกรรมต่อเนื่องหรืองบประมาณสนับสนุน อาจทำให้ผู้สูงอายุถดถอยสู่ “ติดบ้าน” ได้ง่าย กลุ่มติดบ้าน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ อสม. มีภาระงานสูง ทำให้การฟื้นฟูและติดตามไม่ทั่วถึง กลุ่มติดเตียง การดูแลเชิงประคับประคอง (palliative care) ยังพึ่งพาโรงพยาบาลมากเกินไป อาจขาดบุคลากรหรืออุปกรณ์เพียงพอในครัวเรือนโดยเฉพาะ ในศูนย์ชีวภิบาลของ รพ.สต. วัดประดู่ ขาดบุคลากรในการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้น และกลุ่มผู้ป่วย NCDs ผู้สูงอายุ บางรายซ้อนทับหลายกลุ่ม ทำให้ระบบบริการไม่ชัดเจนว่าจะดูแลโดยใครเป็นหลัก

ด้านระบบการทำงาน การประสานงานยังต้องพึ่งพา อสม. และการติดต่อทางโทรศัพท์เป็นหลัก อาจเกิดภาวะคอขวด เมื่อเคสมีจำนวนมาก การกระจายภาระงานไม่สมดุล ระหว่าง อสม. ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ระบบการสื่อสารและส่งต่อ แม้จะมี Line group แต่ยังพึ่งพาเทคโนโลยี



ส่วนบุคคล หากสมาชิกบางรายไม่ใช้งานอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลอาจตกหล่น การส่งต่อผู้ป่วยระหว่าง รพ.สต. โรงพยาบาล และศูนย์ชีวาภิบาล ยังไม่มีระบบมาตรฐานชัดเจน บางกรณีอาจล่าช้าหรือเกิดความซ้ำซ้อน ปัญหาการเข้าถึง telemedicine สำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ขาดความรู้ เทคโนโลยีหรืออุปกรณ์ไม่พร้อม

ด้านปัจจัยสนับสนุนและบริบทชุมชน
ขาดงบประมาณและทรัพยากรบุคลากรในการทำกิจกรรมต่อเนื่อง ความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในบางพื้นที่ยังไม่สม่ำเสมอ ทำให้การดูแลขาดความต่อเนื่อง ครอบครัวผู้สูงอายุบางรายไม่สามารถมีส่วนร่วมได้เต็มที่ เนื่องจากภาระเศรษฐกิจหรือการทำงาน

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนผ่านกระบวนการมีส่วนร่วม

ผู้วิจัยนำข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่ได้ สัมภาษณ์ร่วมกับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 17 คน ที่ได้จากกระบวนการเดลไฟในรอบที่ 1 (Delphi technique) นำมาสร้างแบบสอบถามในรอบที่ 2 และ รอบที่ 3 เพื่อค้นหาประเด็นสำคัญความเห็นหลัก และข้อเสนอแนะจากภาคีในพื้นที่ แล้วนำมาสังเคราะห์ร่วมกันกับข้อมูลเชิงปริมาณอีกครั้งเพื่อตรวจทานข้อมูล ได้ผลการศึกษา “รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดสมุทรสงครามอย่างมีส่วนร่วม” ดังนี้

แนวคิด "ผู้สูงอายุสมุทรสงคราม สูงวัยอย่างมีศักดิ์ศรี มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถพึ่งพาตนเองได้ในถิ่นที่อยู่อาศัยเดิม ภายใต้ระบบการดูแลที่

เชื่อมโยงกันระหว่างครอบครัว ชุมชน และหน่วยบริการสุขภาพ"

หลักการสำคัญ

1) ยึดชุมชนเป็นฐาน (community-based) ใช้ศักยภาพ ทรัพยากร และกลไกในชุมชนเป็นหัวใจหลักในการขับเคลื่อน

2) การมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าของ (participation & ownership) ทุกภาคส่วนตั้งแต่ผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน อปท. และภาครัฐ ร่วมกันคิด วางแผน และลงมือทำ

3) การดูแลแบบองค์รวมและไร้รอยต่อ (holistic & seamless care) เชื่อมโยงการดูแลครบ 4 มิติ (กาย ใจ สังคม ปัญญา) และเชื่อมต่อบริการระหว่างบ้าน ชุมชน และสถานพยาบาล

4) ขับเคลื่อนด้วยข้อมูล (data-driven) ใช้ข้อมูลสถานการณ์และความต้องการของผู้สูงอายุรายบุคคลเป็นศูนย์กลางในการวางแผนการดูแล

5) สร้างความยั่งยืน (sustainability) โดยมุ่งเน้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งของชุมชนและระบบสวัสดิการในพื้นที่ เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดสมุทรสงคราม มี 5 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 กลไกการบริหารจัดการระดับพื้นที่ ใช้กระบวนการจัดตั้งคณะทำงานตำบล (อปท. รพ.สต. รพ.แม่ข่าย อสม. ผู้นำชุมชน ฯลฯ) เพื่อร่วมกันวางแผน บริหารทรัพยากร และติดตามผล



องค์ประกอบที่ 2 ระบบบริการตามกลุ่มศักยภาพ ประกอบด้วย (1) กลุ่มติดสังคม ใช้กระบวนการส่งเสริมสุขภาพและกิจกรรมทางสังคม (2) กลุ่มติดบ้าน ใช้กระบวนการ ติดตาม เยี่ยมบ้าน ฟันฟูสมรรถภาพ สร้างแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (3) กลุ่มติดเตียง ใช้กระบวนการดูแลระดับประคองและการแพทย์ และ (4) กลุ่ม NCDs ใช้กระบวนการ การติดตามรักษาโรคและป้องกันภาวะแทรกซ้อน

องค์ประกอบที่ 3 การพัฒนาศักยภาพและเครือข่าย กลยุทธ์พัฒนา อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ญาติ และผู้สูงอายุเอง ให้มีความรู้ ทักษะ และแรงจูงใจ พร้อมสร้างเครือข่ายแลกเปลี่ยนเรียนรู้

องค์ประกอบที่ 4 การปรับสภาพแวดล้อมกายภาพและสังคม พัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (ทางเท้า ห้องน้ำ รถรับ-ส่ง) ส่งเสริมกิจกรรมระหว่างวัย สนับสนุนอาชีพ และกองทุนชุมชน

องค์ประกอบที่ 5 ระบบสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อการดูแล จัดทำฐานข้อมูลกลาง เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพทุกแหล่ง ใช้แอป/LINE official เป็นศูนย์ประสานงาน และขยายบริการ telemedicine

ความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบที่พบไปใช้จริงในชุมชน

ตารางที่ 1 แสดงให้เห็นพ้องและความเป็นไปได้ในการนำรูปแบบที่ได้ลงมือปฏิบัติจริงในชุมชน

องค์ประกอบ	ความเห็นพ้อง		ความเป็นไปได้	
	Mean	SD	Mean	SD
1) กลไกการบริหารจัดการระดับพื้นที่	4.56	0.476	4.06	0.660
2) ระบบบริการตามกลุ่มศักยภาพ	4.52	0.461	3.92	0.739
3) การพัฒนาศักยภาพและเครือข่าย	4.64	0.397	3.78	0.763
4) การปรับสภาพแวดล้อมกายภาพและสังคม	4.40	0.567	3.75	0.799
5) ระบบสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อการดูแล	4.56	0.535	3.66	0.853

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่าทุกองค์ประกอบได้รับ ความเห็นพ้องในการนำรูปแบบสู่การปฏิบัติอยู่ในระดับสูงมาก (4.40-4.64) แต่มี ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในระดับที่ต่ำกว่า (3.66-4.06) โดยประเด็น การพัฒนาศักยภาพและ

เครือข่าย ได้คะแนนเห็นด้วยสูงสุด แต่ทำได้ยาก กลไกการบริหารจัดการระดับพื้นที่ ทั้งความเห็นพ้อง และความเป็นไปได้สูงสุด เหมาะเป็นจุดเริ่มต้น ระบบสารสนเทศและการสื่อสาร เป็นสิ่งที่เห็นว่าคุณค่า แต่มี ความเป็นไปได้ต่ำที่สุด ในรูปแบบนี้

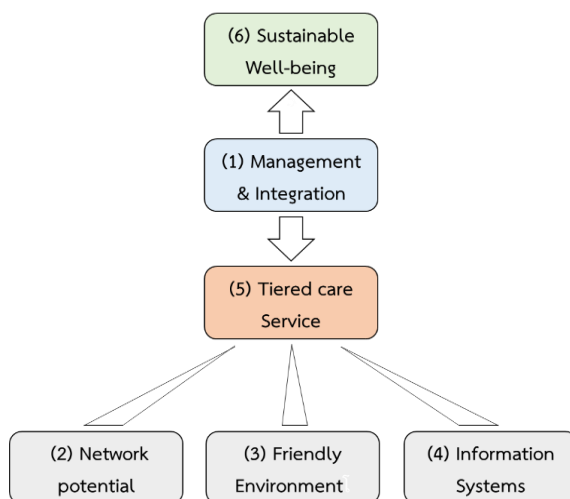


ผลการสัมภาษณ์เชิงลึก จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการพัฒนารูปแบบพบว่า ผู้บริหารท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการกำหนดนโยบายและสนับสนุนเชิงโครงสร้าง โดยเฉพาะการบูรณาการความร่วมมือกับทุกภาคส่วนและการจัดทำบันทึกข้อตกลง (MOU) เพื่อให้เกิดความรับผิดชอบร่วมกันอย่างเป็นรูปธรรม ด้านงบประมาณและทรัพยากรสนับสนุนควรจัดสรรให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ พร้อมพัฒนาทรัพยากรบุคคล อุปกรณ์ และระบบข้อมูลให้เพียงพอ ส่วนบุคลากรยังมีข้อจำกัดด้านจำนวนและศักยภาพ จำเป็นต้องได้รับการอบรมและเสริมความรู้แก่ผู้ดูแล (caregiver) และแกนนำชุมชนเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแล ด้านกลไกการประสานงานควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาครัฐ ท้องถิ่น ภาคสังคม และครอบครัว ผู้สูงอายุ เพื่อสร้างความเข้าใจและบทบาทที่ชัดเจนร่วมกัน ขณะที่ด้านระบบข้อมูลและการจัดการความรู้ยังมีข้อจำกัดจากฐานข้อมูลที่ไม่ทันสมัย เช่น HDC จึงควรพัฒนาฐานข้อมูลกลางที่เป็นปัจจุบัน เข้าถึงง่าย และใช้ร่วมกันได้ทุกหน่วยงาน เพื่อสนับสนุนการวางแผน ตัดสินใจ และติดตามผลอย่างมีประสิทธิภาพ

องค์ความรู้ที่ได้จากงานวิจัย

องค์ความรู้หลักจากการวิจัยชี้ว่า การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีและยั่งยืนต้องอาศัย “การมีส่วนร่วมของชุมชน” เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบ โดยบูรณาการ 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) กลไกการบริหารจัดการ และบูรณาการ (management & integration) เพื่อเชื่อมโยงหน่วยงานท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพ

และชุมชนในการบริหารทรัพยากรและนโยบายร่วมกัน (2) การพัฒนาศักยภาพและเครือข่าย (network potential) เพื่อเสริมทักษะของ อสม. ผู้ดูแล ครอบครัว และประชาชนให้มีส่วนร่วมดูแล ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (3) การปรับสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตร (friendly environment) เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมทางกายภาพ สังคม และเศรษฐกิจที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ (4) การพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการดูแล (information systems) เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลและการสื่อสารระหว่างภาคส่วน รวมถึงการใช้เทคโนโลยี telemedicine ในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และ (5) ระบบบริการตามกลุ่มศักยภาพ (tiered care service) เพื่อจัดบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับระดับความสามารถของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ซึ่งทั้งหมดสะท้อนให้เห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยความร่วมมือและพลังจากทุกภาคส่วนในชุมชนอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดสมุทรสงคราม

สรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ผู้สูงอายุของจังหวัดสมุทรสงคราม มีสัดส่วนผู้สูงอายุ ร้อยละ 27.30 สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ แสดงถึงการเข้าสู่ “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” ซึ่งสอดคล้องกับรายงานของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ¹ ที่ระบุว่าประเทศไทยมีแนวโน้มเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะพื้นที่ชนบทที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงจากการย้ายถิ่นของแรงงาน ผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าชายในทุกอำเภอ สอดคล้องกับ WHO³ ที่ชี้ว่าผู้หญิงมีอายุขัยยืนยาวกว่าผู้ชายและต้องการการดูแลระยะยาวมากกว่า ภาระโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงและเบาหวาน มีอัตราสูง ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจของ ทศนา บุญทองและคณะ¹⁴ พบว่าผู้สูงอายุไทยจะป่วยด้วย NCDs อย่างน้อย 1 โรค ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพด้านจิตใจและสังคมพบระดับการมีส่วนร่วมต่ำและ

ความเหลื่อมล้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Upasen et al.¹⁵ ชี้ว่าผู้สูงอายุไทยจำนวนมากเผชิญภาวะโดดเดี่ยวทางสังคม และต้องการการสนับสนุนจากชุมชนมากขึ้น

ความพร้อมของชุมชนในจังหวัดสมุทรสงครามมีความพร้อมสูงด้านการส่งเสริมสุขภาพและบทบาทครอบครัว แสดงให้เห็นถึงชุมชนมีความเข้าใจและยอมรับในการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกและการพึ่งพาครอบครัวเป็นฐานสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุไทย ด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมยังมีความไม่พร้อม ซึ่งชี้ให้เห็นว่าพื้นที่สาธารณะและสิ่งอำนวยความสะดวกที่ไม่เหมาะสมเป็นอุปสรรคต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้านเศรษฐกิจพบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากยังมีรายได้ไม่เพียงพอ ซึ่งสนับสนุนผลสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ¹ ที่ชี้ว่าผู้สูงอายุไทยเกินครึ่งยังพึ่งพาบุตรหลานและสวัสดิการรัฐเป็นหลัก ขณะที่



ด้านเทคโนโลยีมีความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่ สอดคล้องกับงานวิจัยของ พนม คลีฉายา¹⁶ พบว่า ผู้สูงอายุจำนวนมากยังขาดทักษะดิจิทัลและมีข้อจำกัดในการใช้ ทั้งเรื่องสายตา สัญญาณ ค่าใช้จ่าย ทำให้ขาดการเข้าถึงนวัตกรรมสุขภาพ

ความพร้อมของชุมชนในจังหวัดสมุทรสงคราม มีความพร้อมสูงด้านการส่งเสริมสุขภาพและบทบาท ครอบครัว แสดงให้เห็นถึงชุมชนมีความเข้าใจและยอมรับในการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกและการพึ่งพา ครอบครัวเป็นฐานสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุไทย ด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมยังมีความไม่พร้อม ชี้ให้เห็นว่าพื้นที่สาธารณะและสิ่งอำนวยความสะดวกที่ไม่เหมาะสมเป็นอุปสรรคต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ด้านเศรษฐกิจพบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากยังมีรายได้ไม่เพียงพอ ซึ่งสนับสนุนผลสำรวจของ สำนักงานสถิติแห่งชาติ¹ ที่ชี้ว่าผู้สูงอายุไทยเกินครึ่งยังพึ่งพาบุตร หลานและสวัสดิการรัฐเป็นหลัก ขณะที่ด้าน เทคโนโลยีมีความเหลื่อมล้ำระหว่างพื้นที่ สอดคล้องกับงานวิจัยของ พนม คลีฉายา¹⁶ พบว่าผู้สูงอายุจำนวนมากยังขาดทักษะดิจิทัลและมีข้อจำกัดในการใช้ ทั้งเรื่องสายตา สัญญาณ ค่าใช้จ่าย ทำให้ขาดการเข้าถึงนวัตกรรมสุขภาพ

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุของจังหวัดสมุทรสงครามมีความเข้มแข็งในด้านการจัดบริการ ตามกลุ่มสุขภาพ (ติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง และ NCDs) โดยอาศัยความร่วมมือระหว่าง รพ.สต. อสม. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ อปท. ซึ่งสอดคล้องกับ วัตถุประสงค์ในการดำเนินงาน ของสำนักอนามัย ผู้สูงอายุ¹⁷ ที่เน้นการใช้กลไกชุมชนและกองทุน สุขภาพท้องถิ่นเป็นฐานในการดูแลผู้สูงอายุอย่าง

ต่อเนื่องอย่างไรก็ตาม ยังพบอุปสรรคสำคัญ ได้แก่ ข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุที่ไม่ครบถ้วนและไม่เชื่อมโยงกัน การทำงานที่พึ่งพา อสม. และ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มากเกินไป รวมถึงข้อจำกัดด้านบุคลากร งบประมาณ และระบบการส่งต่อ ชี้ให้เห็นว่าการดูแลผู้สูงอายุไทย ยังประสบปัญหาความเหลื่อมล้ำของทรัพยากรและการประสานงานระหว่างหน่วยบริการนอกจากนี้ ปัญหาการเข้าถึง telemedicine และทักษะดิจิทัลของผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้สูงอายุยังเป็นข้อจำกัดที่ทำให้ระบบบริการไม่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับข้อค้นพบของ WHO³ ที่ระบุว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำเป็นต้องบูรณาการเทคโนโลยีควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและชุมชน

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดสมุทรสงคราม ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) กลไกการบริหารจัดการระดับพื้นที่ (2) ระบบบริการตามกลุ่มศักยภาพ (3) การพัฒนาศักยภาพและเครือข่าย (4) การปรับสภาพแวดล้อม และ (5) ระบบสารสนเทศและการสื่อสาร ซึ่งสะท้อนถึงการบูรณาการระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคชุมชน และครอบครัว องค์ประกอบที่ 1 และ 2 แสดงให้เห็นถึงการจัดระบบ บริการแบบจำแนกตามศักยภาพผู้สูงอายุที่คล้ายกับ แนวทางการจัดบริการ LTC สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ¹⁸ ที่มุ่งเน้นการบริการ เฉพาะกลุ่มเพื่อความเหมาะสมและคุ้มค่า ขณะที่ องค์ประกอบที่ 3 และ 4 เน้นการเสริมพลัง (empowerment) และการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้ชีวิต ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อารมณ ร่มเย็น¹⁹ ที่พบว่าการพัฒนาศักยภาพของ



แกนนำด้านสุขภาพ มีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ อย่างชัดเจนสุดท้าย องค์ประกอบที่ 5 ซึ่งเป็นการ พัฒนาระบบข้อมูลและการสื่อสาร ชี้ให้เห็น ความสำคัญของเทคโนโลยีดิจิทัล เช่น telemedicine และ LINE official ซึ่งช่วยลด ข้อจำกัดด้านบุคลากรและเพิ่มประสิทธิภาพการ ประสานงาน สอดคล้องกับรายงานของ บุญทิพย์ สิริรังศรี²⁰ ที่ระบุว่า การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศใน ระบบสุขภาพท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญต่อความ ต่อเนื่องของการดูแล

ผลการศึกษาการเห็นพ้องและความเป็นไป ได้ในการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวใช้จริง ในชุมชน พบว่าได้รับความเห็นพ้องอยู่ในระดับสูง มาก (ค่าเฉลี่ย = 4.40-4.64) แต่ความเป็นไปได้อยู่ใน ระดับปานกลางถึงสูง (ค่าเฉลี่ย = 3.66-4.06) โดย “กลไกการบริหารจัดการระดับพื้นที่” ได้ทั้ง ความเห็นพ้องและความเป็นไปได้สูงสุด เหมาะสม ต่อการเป็นจุดเริ่มต้น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ อะนุตย์ ปุริสังข์²¹ ที่พบว่านโยบายการดำเนินงานการ ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและ ศักยภาพของสถานบริการ ในการจัดบริการสุขภาพและศักยภาพของแกนนำ สุขภาพในการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุ เป็นปัจจัย สำคัญที่สามารถนำสู่การพัฒนาระบบบริการการดูแล ระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนให้มีประสิทธิภาพ มากขึ้น ในขณะที่ “การพัฒนาศักยภาพและ เครือข่าย” ยังมีข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคคล จำเป็นต้องมีการอบรมและเสริมสร้างสมรรถนะให้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ อสม. ด้าน “ระบบสารสนเทศ และการสื่อสาร” แม้จะถูกประเมินว่ามีความเป็นไปได้

ได้ต่ำสุด หากได้รับการออกแบบและพัฒนาอย่าง เหมาะสม ระบบสารสนเทศเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุสามารถใช้งานได้จริงและได้รับการยอมรับ จากผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่

ดังนั้นจากผลของการวิจัยแสดงให้เห็นว่า รูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมเชิงทฤษฎีและ ได้รับการยอมรับในระดับสูง แต่การนำไปปฏิบัติจริง จำเป็นต้องอาศัยการสนับสนุนเชิงนโยบาย งบประมาณ บุคลากร และการพัฒนาระบบข้อมูลที่มี ประสิทธิภาพพร้อมด้วย

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ตั้ง “ศูนย์กลาง ประสานงานและข้อมูล” และ “คณะทำงานดูแลผู้สูงอายุ ระดับตำบล” อย่างเป็นทางการ เพื่อวางแผนรายบุคคล บูรณาการข้อมูล และบริหารทรัพยากรอย่างมี ประสิทธิภาพ

2) ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ เน้นการดูแล แบบครอบครัวร่วมกับชุมชน เสริมบทบาท อสม. caregiver เพื่อนบ้าน และบริการสุขภาพเชิงรุก จัด สวัสดิการและเงินสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุ เพิ่มกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพจิต กิจกรรมทางสังคม พัฒนา สภาพแวดล้อมปลอดภัย และลดข้อจำกัดในการใช้งบ กองทุนสุขภาพ

3) ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

3.1) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมี ส่วนร่วม (participatory action research) ควร ดำเนินการเพื่อให้ชุมชนเป็นผู้ร่วมขับเคลื่อนจริง



สามารถสะท้อนปัญหาและวัดผลการเปลี่ยนแปลงด้วยตนเอง

3.2) การประเมินผลระยะยาว (longitudinal study) ควรติดตามผลการดำเนินงานของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นในช่วงเวลา 3-5 ปี เพื่อดูความยั่งยืนและผลลัพธ์ต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

3.3) การเปรียบเทียบพื้นที่ (comparative study) ศึกษาในพื้นที่จังหวัดอื่นที่มีบริบทแตกต่างกัน เช่น เมืองใหญ่กับชนบท เพื่อเปรียบเทียบความเหมาะสมและการปรับใช้โมเดล

3.4) การวิจัยเชิงคุณภาพเชิงลึก ควรศึกษา “ประสบการณ์ชีวิต” ของผู้สูงอายุผู้ดูแล และอาสาสมัคร เพื่อเข้าใจความต้องการเชิงลึกและความท้าทายจริง

3.5) การวิจัยเชิงนโยบาย (policy research) ศึกษากลไกทางกฎหมายและนโยบายที่สนับสนุนการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น เพื่อใช้ผลวิจัยเชื่อมโยงสู่การขับเคลื่อนเชิงนโยบาย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2567 ระดับจังหวัด. กรุงเทพฯ: กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม; 2567.
2. United Nations. World population prospects 2022. Department of Economic and Social Affairs, Population Division; 2023.
3. World Health Organization. World report on ageing and health. Geneva: WHO; 2015.
4. กรมกิจการผู้สูงอายุ. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 พ.ศ.2561. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามลดา; 2018.
5. ทองใบ ใบโพธิ์. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิชาการและวิจัยสหวิทยาการ. 2024;4(4):653-678.
6. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, ภาวนา พัฒนศรี, ธนิกันต์ ศักดาพร. ชุดความรู้การพัฒนาเป็นผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ โรงเรียนผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัทมาตา การพิมพ์ จำกัด; 2017.
7. Yamane T. Statistics: an introductory analysis. New York: Harper & Row; 1973.
8. บุญธรรม จิตต์อนันต์. การวิจัยทางสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2540.
9. Likert R. The method of constructing an attitude scale. In: Fishbein M, editor. Attitude theory and measurement. New York: Wiley & Son; 1967:90-95.
10. Cronbach L. Essentials of psychological testing. 3rd ed. New York: Harper and Row; 1970.



11. Murphy T, Terry R. Adoption of CALL technologies in education: A national Delphi. In: Proceedings of the Forty-Fourth Annual Southern Agricultural Education Research Meeting; 1998:112-123.
12. Charmaz K. Constructing grounded theory: A practical guide through qualitative analysis. London: SAGE; 2006.
13. พิทักษ์ ศิริวงศ์. ทฤษฎีฐานราก (Grounded Theory) วิธีวิทยาการวิจัยเพื่อสร้างทฤษฎีในการพัฒนาประเทศ. บรรณสาร มศกท. 2004;9(1):21-23.
14. ทศนา บุญทอง, อรพรรณ โตสิงห์, ประภา ยุทธไทรและคณะ. สถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังของผู้ใหญ่และผู้สูงอายุในชุมชนเมือง เขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสภาการพยาบาล. 2567;39(2):163-167.
15. Upasen R, Saengpanya W, Awae W, Prasitvej P. The influence of resilience and social support on mental health of older adults living in community: a cross-sectional study. *BMC Psychology*. 2024;12:397.
16. พนม คลีฉายา. การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลของผู้สูงอายุและข้อเสนอเพื่อการเสริมสร้างภาวะพลัดพลังและผลิตภาพของผู้สูงอายุไทย. วารสารนิเทศศาสตร์. 2564;39(2):56-78.
17. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver). นนทบุรี: สำนักอนามัยผู้สูงอายุ; 2567.
18. สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. Long Term Care การดูแลระยะยาว เพื่อพึ่งพิงอย่าง มีคุณภาพในสังคมไทย. นนทบุรี: สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ; 2563.
19. อารมณ ร่มเย็น. ผลของการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ จังหวัดชุมพร. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์. 2566;10(1):307-320.
20. บุญทิพย์ สิริธรรังศรี และชุตติวัฒน์ สุวัถพิพงศ์. ผู้สูงอายุในยุคดิจิทัล: ความท้าทายทางสุขภาพ. วารสารสุขภาพและอาหารเชิงสร้างสรรค์. 2566;1(1):51-63.
21. อนุตย์ ปุริสังข์, กำพร ดานา, พัชรมาศ คุณวงศ์, อนุชา ไทยวงศ์. การพัฒนาระบบบริการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ภายใต้บริบทของโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม. 2567;21(ฉบับพิเศษ):108-123.