

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพภายใต้ชีวิตวิถีถัดไป สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดตรัง

จิรากรณ์ ชูวงศ์*

นิตยา ชีพประสพ*

ดวงใจ สวัสดิ์*

ผู้รับผิดชอบบทความ: นิตยา ชีพประสพ

บทคัดย่อ

ภูมิหลังและเหตุผล: การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุโดยการส่งเสริมให้ทุกภาคส่วนในชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุเป็นหัวใจสำคัญในการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิด PARIHS (Promoting Action on Research Implementation in Health Services) ซึ่งเน้นการผสมผสานระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์ บริบทและการสนับสนุนการดำเนินงาน เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดตรัง เพื่อให้มีความสอดคล้องทั้งในด้านการใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์ สภาพแวดล้อม และการกลไกการสนับสนุนที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน

ระเบียบวิธีศึกษา: เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่ใช้กรอบแนวคิด PARIHS เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์สถานการณ์และสังเคราะห์แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยดำเนินการใน 3 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ การวินิจฉัยสถานการณ์ปัจจุบัน การออกแบบและทดลองใช้ระบบบริการสุขภาพ และการประเมินผลลัพธ์ กลุ่มตัวอย่างรวม 156 คน ประกอบด้วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3 คน พยาบาลวิชาชีพ 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 60 คน และผู้สูงอายุพร้อมผู้ดูแล 90 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบบันทึกการถอดบทเรียนและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ การอภิปรายกลุ่มและการศึกษาเอกสาร วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการวิเคราะห์แก่นสาระ

ผลการศึกษา: ข้อค้นพบสำคัญที่สนับสนุนการจัดระบบบริการสุขภาพในยุคชีวิตวิถีถัดไป ได้แก่ (1) การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อการติดตามและสื่อสารสถานะสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและมีความสะดวก (2) การดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เพื่อเสริมสร้างสุขภาวะที่ครบถ้วนของผู้สูงอายุ (3) การเสริมสร้างศักยภาพและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน (4) การสนับสนุนเชิงระบบที่ครอบคลุมตั้งแต่การให้บริการทางการแพทย์ การให้คำปรึกษาและการสร้างแรงจูงใจในทุกกระดับ และจากการสัมภาษณ์ติดตามผลการประเมินความพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพในยุคชีวิตวิถีถัดไป พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 100 มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการตอบแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับดี (mean = 117.52, SD = 4.58)

สรุปผลและข้อเสนอแนะ: การใช้กรอบแนวคิด PARIHS ช่วยให้เกิดความเข้าใจและพัฒนาปัจจัยสำคัญในการเข้าถึง

* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ตรัง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Received 20 April 2025; Revised 2 September 2025; Accepted 15 September 2025

Suggested citation: Choo Wong J, Cheepprasop N, Sawatdee D. Next normal of health service system among the elderly in Trang community. Journal of Health Systems Research 2025;19(3):294-311.

จิรากรณ์ ชูวงศ์, นิตยา ชีพประสพ, ดวงใจ สวัสดิ์. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพภายใต้ชีวิตวิถีถัดไปสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดตรัง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2568;19(3):294-311.

และจัดบริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในแง่ของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เหมาะสมกับบริบทชุมชน การพิจารณาสภาพแวดล้อมและความพร้อมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง รวมถึงการสนับสนุนต่อเนื่องที่เหมาะสมจากเครือข่ายชุมชน การบูรณาการการมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจึงเป็นกลไกที่สำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งและความยั่งยืนของระบบบริการสุขภาพระดับชุมชนท้องถิ่นในยุคชีวิตวิถีถัดไป

คำสำคัญ: ระบบบริการสุขภาพ, ชีวิตวิถีถัดไป, ผู้สูงอายุ, ชุมชน

Next Normal of Health Service System among the Elderly in Trang Community

Jiraporn Choowong^{*}, Nittaya Cheepprasop^{*}, Duangjai Sawatdee^{*}

^{*} Boromarajonani College of Nursing, Trang, Faculty of Nursing, Prabormarajchanok Institute, Ministry of Public Health

Corresponding author: Nittaya Cheepprasop, nittayac@bcnt.ac.th

Abstract

Background and Rationale: The development of health service systems that effectively address the specific needs and challenges of older adults, by fostering multisectoral community participation in elder care, is fundamental to enhancing their quality of life. This study employed the PARIHS (Promoting Action on Research Implementation in Health Services) framework, which integrated empirical evidence, contextual factors, and facilitation processes, as a guiding approach to develop a community-based health service system tailored for older adults in Trang province. The framework ensured alignment with evidence-based practices, local context, and appropriate facilitation mechanisms.

Methodology: This action research utilized the PARIHS framework to analyze the current situation, develop and implement the health service system, and evaluate its outcomes. The study involved 156 participants, including 3 sub-district health promoting hospital directors, 3 professional nurses, 60 village health volunteers, and 90 older adults with their caregivers. Data collection tools comprised demographic questionnaire, reflective journal, and health-related quality of life survey for older adults. Data were gathered through interviews, focus group discussions, and document reviews. Quantitative data were analyzed using frequency distribution, percentages, means, and standard deviations, while qualitative data underwent thematic content analysis.

Results: Key findings supporting the health service system's implementation in the next normal era included: (1) utilization of digital technology, such as the LINE application, for effective and convenient health status monitoring and communication; (2) provision of holistic care encompassing physical, psychological, and social dimensions to promote comprehensive well-being among older adults; (3) capacity building and active involvement of families and communities in sustainable elder care; and (4) systematic support ranging from medical services and counseling to motivation at all levels. Follow-up evaluations revealed 100% satisfaction among older adult participants, consistent with high overall health-related quality of life scores (mean = 117.52, SD = 4.58).

Conclusion and Recommendations: The PARIHS framework facilitated an in-depth understanding and enhancement of critical factors influencing access to and delivery of health services for older adults. Emphasizing evidence-based approaches within community contexts, consideration of environmental and stakeholder readiness, and continuous support from community networks strengthened the integration of community participation in elder care systems. This integration is vital for reinforcing the resilience and sustainability of local community-based healthcare services in the next normal era.

Keywords: health service system, next normal, older adults, community-based care

ภูมิหลังและเหตุผล

ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา โดยคาดว่าจะเป็สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) ซึ่งจะมีประชากรที่มีอายุ 60 ปี จำนวน 1 คนในประชากร 5 คนในปี พ.ศ. 2574 และจะเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (super-aged society) ภายในปี พ.ศ. 2578 แต่จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2562 พบว่า มีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว⁽¹⁾ ในอนาคตจะพบเห็นผู้สูงอายุนั่งรถเข็นและใช้เปเลนอนในโรงพยาบาลมากขึ้นและผู้สูงอายุมักประสบอุบัติเหตุภายในบ้านและสถานที่ที่ผู้สูงอายุไปทำกิจกรรมบ่อยๆ ดังนั้นเป้าหมายที่สำคัญของการจัดระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคก็คือ การชะลอความเสื่อมของสุขภาพตามวัยที่เพิ่มขึ้นทุกปี การป้องกันภาวะแทรกซ้อน/ภาวะทุพพลภาพ/ความพิการ และการเพิ่มศักยภาพในการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ

แนวคิดทั่วไปในการจัดระบบบริการสุขภาพมุ่งเน้น 3 เรื่องหลัก คือ 1) ส่งเสริมให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้/พึ่งตนเองได้ การจัดบริการสุขภาพของรัฐจึงต้องมุ่งเน้นให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานที่สามารถดูแลสุขภาพตนเอง โดยผู้จัดบริการต้องคำนึงถึงความแตกต่างทางสังคมวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของแต่ละชุมชน 2) การจัดการดูแลสุขภาพชุมชนโดยชุมชนเอง ภาครัฐเป็นผู้ให้การสนับสนุนและเป็นพี่ปรึกษา โดยรัฐต้องสนับสนุนให้ประชาชนในท้องถิ่นเกิดการดูแลสุขภาพของชุมชนเพื่อให้เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน และ 3) การจัดสถานบริการสุขภาพให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้⁽²⁾

สิ่งที่ต้องคำนึงถึงในการบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ คือ การจัดบริการให้ครอบคลุมทุกกลุ่มอย่างต่อเนื่อง ทั้งในกลุ่มที่มีภาวะสุขภาพดี เจ็บป่วยเฉียบพลันเรื้อรัง และระยะสุดท้าย ซึ่งเครือข่ายในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ 1) ภาาีเครือข่ายในชุมชน

ประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล และชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งกลุ่มหลังนี้ส่วนใหญ่เป็นการประสานความร่วมมือในการจัดกิจกรรมในชุมชน เช่น การสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุ การตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน การจัดหาอุปกรณ์และงบประมาณ 2) ภาาีเครือข่ายสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน เป็นการประสานเพื่อการรับส่งต่อเพื่อวินิจฉัยกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และรักษาในกลุ่มที่เกินขีดความสามารถของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เช่น กรณีผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลหรือความดันโลหิตไม่ได้ และ 3) หน่วยงานสนับสนุนอื่นๆ ได้แก่ สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ประสานข้อมูลด้านสารสนเทศและงบประมาณรวมทั้งการประสานบริการส่งต่อ⁽³⁾

แม้ว่าการดำเนินงานเพื่อรองรับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นจะมีอย่างต่อเนื่อง แต่จากการทบทวนวรรณกรรม⁽⁴⁾ นั้น พบว่า ความพร้อมของครอบครัวและชุมชนเพื่อรองรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนยังมีไม่เพียงพอ และการดำเนินงานในชุมชนยังเป็นลักษณะแยกส่วน ยังมองเห็นภาพความเชื่อมโยงของระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ไม่ชัดเจน รวมถึงความต้องการบริการและ/หรือสวัสดิการที่จำเป็นต้องดำเนินการให้กับผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่มีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพและมีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความต้องการการดูแลสุขภาพถึงที่บ้าน เพราะจะช่วยลดหรือยืดเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ และการเยี่ยมบ้านต่อเนื่องเป็นประจำจะทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจและการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคจะลดลง⁽⁵⁾ อย่างไรก็ตามในช่วงการแพร่ระบาดของ COVID-19 ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ และการดำเนินงานเรื่องผู้สูงอายุยังขาดการบูรณาการการทำงานระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ มีข้อจำกัดของการประสานงานระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

กับ รพ.สต. ในเรื่องข้อมูลซึ่งยังมีการทำงานแบบแยกส่วนทำให้เกิดความซ้ำซ้อน อีกทั้งการของบประมาณในการดำเนินงานขาดหน่วยงานหลักในการติดต่อประสานงานและเป็นการสื่อสารทางเดียว ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการติดตามประเมินผลการส่งต่อเมื่อพบภาวะผิดปกติ⁽⁶⁾

ปี พ.ศ. 2563 ประชากรของจังหวัดตรัง (ที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่) มีทั้งหมด 504,285 คน เป็นผู้สูงอายุ 95,591 คน คิดเป็นร้อยละ 19.0 ของประชากรทั้งหมด โดยเป็นเพศชาย 40,889 คน คิดเป็นร้อยละ 42.8 เป็นผู้หญิง 54,702 คน คิดเป็นร้อยละ 57.2 เป็นผู้สูงอายุติดสังคม 86,244 คน ผู้สูงอายุติดบ้าน 1,885 คน ผู้สูงอายุติดเตียง 688 คน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน สมอแสงเสื่อม เมื่อพิจารณาข้อมูลผู้สูงอายุในแต่ละอำเภอทั้ง 10 อำเภอ พบว่า อำเภอที่มีสัดส่วนของผู้สูงอายุมากที่สุดเมื่อเทียบกับประชากรทั้งหมดคืออำเภอเมืองตรัง มีร้อยละ 21.0 น้อยที่สุดคืออำเภอสีเกา มีร้อยละ 15.1⁽⁷⁾ และจากข้อมูลจำนวนประชากรจังหวัดตรังปี พ.ศ. 2564 พบว่า มีประชากรผู้สูงอายุจำนวน 102,558 คน (ชาย 44,323 คน หญิง 58,635 คน) คิดเป็นร้อยละ 15.9 จากจำนวนประชากรรวม 643,164 คน โดยพบว่าประชากรสูงอายุป่วยด้วยโรคเบาหวาน 22,855 คน เสียชีวิต 1,542 คนและป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง 59,237 คน เสียชีวิต 1,542 คน⁽⁸⁾ ดังนั้นอาจสรุปได้ว่าขณะนี้จังหวัดตรังได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และอำเภอเมืองได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้ว

จากสถิติกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยได้ประสบปัญหาการแพร่ระบาดของ COVID-19 เพิ่มขึ้น โดยมีผู้ป่วยติดเชื้อสะสม จำนวน 12,964 คน เสียชีวิตสะสม 60 คน ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุและเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง⁽⁹⁾ และกระจายไปยังพื้นที่ตามจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศ รวมทั้งจังหวัดตรังซึ่งถูกจัดอยู่ในกลุ่มพื้นที่ควบคุมสูงสุดหรือพื้นที่สีแดงด้วย⁽⁸⁾ ทำให้มีผลกระทบต่อการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับประชากรผู้สูงอายุใน

พื้นที่ เนื่องจากปัจจุบันผู้สูงอายุส่วนใหญ่เผชิญกับภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (noncommunicable diseases, NCDs) ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และโรคทางระบบประสาท ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและการพึ่งพิงบริการสุขภาพ นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและเทคโนโลยีในยุค next normal ยังสร้างความท้าทายใหม่ ๆ ในการจัดระบบบริการสุขภาพที่มีความยืดหยุ่น ครอบคลุมและสอดคล้องกับความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคต เพื่อให้เท่าทันกับบริบทที่เปลี่ยนแปลง เช่น การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองเพื่อลดการพบแพทย์ การศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนภายใต้ชีวิตวิถีถัดไปจะต้องเน้นการบูรณาการบริการทางการแพทย์ทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิต การสนับสนุนทางสังคมและการใช้เทคโนโลยีอย่างเหมาะสม⁽¹⁰⁾ เพื่อให้สามารถบริการได้อย่างครอบคลุมและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน

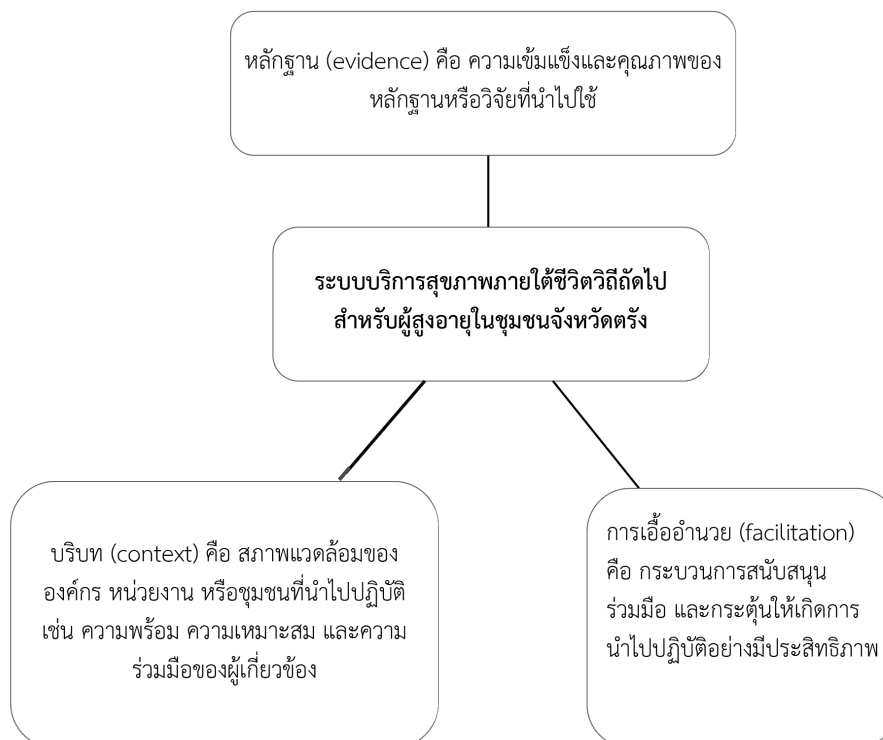
ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเป็นจุดเริ่มต้นและกลไกสำคัญที่มีความใกล้ชิดกับประชาชน โดยมีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพและสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะในยุค next normal ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและการให้บริการหลังวิกฤติโรคระบาด การปรับโครงสร้างและรูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิให้ตอบสนองความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เช่น การเน้นบริการสุขภาพที่เน้นการพัฒนาศักยภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชน การสร้างความรู้และทักษะด้านสุขภาพเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง และการวางแผนเพื่อความมั่นคงในชีวิต รวมถึงการสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต เพื่อเตรียมความพร้อมให้ผู้สูงอายุสามารถปรับตัวเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีสุขภาพดีและมีความมั่นคงในชีวิต ดังนั้นการศึกษาระบบปฐมภูมิกับผู้สูงอายุในวิถีชีวิตถัดไป จึงมีความสำคัญใน

การเตรียมความพร้อมและสร้างกลไกการดูแลสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุในสังคมสูงอายุที่กำลังขยายตัวนี้มีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทใหม่ของวิถีชีวิต โดยในการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินประสิทธิผลของระบบบริการสุขภาพภายใต้ชีวิตวิถีถัดไปสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดตรัง

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิด The Promoting Action of Research Implementation in Health Services (PARiHS)^(11,12) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ใช้ในงานวิจัยเพื่อสนับสนุนการนำนโยบายหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ไปสู่การปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพ โดยกรอบนี้เน้นความสัมพันธ์ระหว่าง 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ (1) หลักฐาน (evidence) เป็นข้อมูลวิชาการ งานวิจัย หรือข้อมูลจริงที่รองรับความน่าเชื่อถือของนโยบายหรือการปฏิบัติ

(2) บริบท (context) เป็นสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่นำนโยบายไปปฏิบัติ เช่น ความพร้อมขององค์กร ทรัพยากรความเป็นผู้นำ และวัฒนธรรมของชุมชนหรือระบบ และ (3) การเอื้ออำนวย (facilitation) เป็นกระบวนการสนับสนุนหรือส่งเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจริง เช่น บุคคลหรือกลไกที่ช่วยจัดการและขับเคลื่อนการนำไปใช้ในทางปฏิบัติ ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพกรอบ PARiHS นั้น มีการนำแนวคิดไปใช้ในการประเมินแต่ละปัจจัยเพื่อวางแผนและออกแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม เช่น วิเคราะห์หลักฐานที่มีเพื่อยืนยันความเหมาะสมและความน่าเชื่อถือของมาตรการหรือแนวทางใหม่ ประเมินบริบทของพื้นที่หรือชุมชนเป้าหมายเพื่อเข้าใจอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนในการนำนโยบายไปใช้ ซึ่งจะช่วยให้การนำนโยบายหรือการวิจัยไปสู่การปฏิบัติในระบบสุขภาพมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทจริง ส่งผลให้การเปลี่ยนแปลงมีความยั่งยืนและได้รับการยอมรับจากผู้เกี่ยวข้อง ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research)⁽¹³⁾ มี 4 ระยะ คือ 1. การวิเคราะห์สถานการณ์ ศึกษาบริบทชุมชน ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน 2. การสังเคราะห์แนวทางการดำเนินงานและการจัดทำกรอบแนวคิดและการออกแบบระบบบริการสุขภาพ 3. การนำระบบบริการสุขภาพไปทดลองใช้ และ 4. การประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน

สถานที่ ตัวอย่างและแหล่งข้อมูล

หน่วยการสุ่ม (sampling unit)

คือ อำเภอเมือง อำเภอย่านตาขาว และอำเภอรษฎา ในจังหวัดตรัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพในชุมชน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ รพ.สต. พยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว

กลุ่มตัวอย่าง/วิธีการสุ่มตัวอย่าง

มีจำนวน 3 ชุมชน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายชนิดไม่ใส่คืน

1. บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนประกอบด้วย

1.1 ผู้อำนวยการ รพ.สต. จำนวน 3 คน

1.2 พยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. จำนวน 3 คน

1.3 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานโดยสามารถให้ข้อมูลที่ครอบคลุมได้ตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป ชุมชนละ 20 คน รวมทั้งสิ้น 60 คน

2. ผู้สูงอายุ ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายชนิดไม่ใส่คืน

ประกอบด้วยผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้การประเมินจากความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน⁽¹⁴⁾ ที่มีค่าคะแนนระหว่าง 0-11 คะแนน ชุมชนละ 15 คน รวมทั้งสิ้น 45 คน

3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว ชุมชนละ 15 คน รวมทั้งสิ้น 45 คน

การดำเนินการวิจัย 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์

ผู้วิจัยประเมินบริบทของพื้นที่หรือชุมชนเป้าหมายเพื่อให้เข้าใจอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนในการนำนโยบายไปใช้ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับสถานการณ์ที่มีผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดตรัง ศึกษาสภาพปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน โดยใช้กรอบแนวคิดการดำเนินงานตาม PARiHS ในด้านบริบท ซึ่งเป็นสภาพแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่นำนโยบายไปปฏิบัติ ความพร้อมขององค์กร ทรัพยากร ความเป็นผู้นำและวัฒนธรรมของชุมชน รวมทั้งบุคคลหรือกลไกที่ช่วยในการเอื้ออำนวย/สนับสนุน/ส่งเสริมที่ช่วยจัดการและขับเคลื่อนการนำระบบบริการผู้สูงอายุในชุมชนไปใช้ในทางปฏิบัติ โดยสัมภาษณ์ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้อำนวยการ รพ.สต. พยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว และจัดประชุมถอดบทเรียนเพื่อสรุปประเด็นสิ่งที่ทำได้ดียอยู่แล้ว หรือมีปัจจัยเทคนิควิธีการทำได้ดี จุดที่อยากปรับปรุง เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้ทบทวนสิ่งที่ปฏิบัติไม่ได้ มีปัญหาอุปสรรคหรือจุดที่อยากปรับปรุงแก้ไขอย่างไร ข้อเสนอแนะเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้ทบทวนว่า จะมีข้อเสนอแนะในการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมอย่างไร

ระยะที่ 2 สังเคราะห์แนวทางการดำเนินงาน

ผู้วิจัยจัดประชุมระดมความคิด (brainstorming) โดยการนำข้อมูลหลักฐาน (evidence) ที่เป็นข้อมูลทางวิชาการ งานวิจัย หรือนโยบายที่ได้จากการทบทวนเอกสาร

และการถอดบทเรียนการดำเนินงานในระยะที่ 1 ประเมินบริบทของพื้นที่หรือชุมชนเป้าหมายเพื่อเข้าใจอุปสรรคและปัจจัยสนับสนุนในการนำนโยบายไปใช้ นำข้อมูลเหล่านี้มาสังเคราะห์แนวทาง วางแผนและจัดบุคลากรที่มีบทบาทในการเอื้ออำนวยกระบวนการเปลี่ยนแปลง จัดทำกรอบแนวคิดและออกแบบระบบบริการสุขภาพภายใต้ชีวิตวิถีถัดไปสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่เหมาะสม และนำร่างระบบบริการสุขภาพภายใต้ชีวิตวิถีถัดไปสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ได้แก่ ผู้ที่เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนระดับตำบล/อำเภอ/จังหวัด ตรวจสอบรูปแบบและให้ข้อคิดเห็น เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจสอบความเป็นไปได้ของระบบบริการ ซึ่งเป็นข้อคำถามตามมาตรฐานการประเมิน 3 ด้าน คือ 1) ด้านความสอดคล้อง 2) ด้านความเหมาะสม 3) ด้านความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติ ซึ่งคะแนนเฉลี่ยภาพรวมการประเมินของผู้ทรงคุณวุฒิ เท่ากับ 4.00 คะแนนจากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ซึ่งมีความเหมาะสมและเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้

ระยะที่ 3 นำระบบบริการสุขภาพภายใต้ชีวิตวิถีถัดไปสู่การปฏิบัติ

นำระบบบริการสุขภาพภายใต้ชีวิตวิถีถัดไปสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนไปทดลองใช้ในชุมชนทั้ง 3 ชุมชน เป็นระยะเวลา 6 เดือน รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วยการดำเนินการตามแนวคิดที่เป็นวงจรคุณภาพ คือ กำหนดผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินงานเพื่อทำหน้าที่ในการบริหารจัดการแผนงานให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนด จัดทำแผนงานโครงการและกิจกรรมตามเป้าหมายการพัฒนาที่กำหนด นำแผนงาน โครงการและกิจกรรมไปสู่การปฏิบัติ ติดตามการดำเนินงานตามแผนงานโครงการและกิจกรรมทุกเดือน เพื่อให้ทราบความก้าวหน้าในการดำเนินงาน ทราบปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานและแก้ไขปัญหาเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้ และนำผลการประเมินในรายไตรมาสและผลการประเมินแผนงานโครงการมาวิเคราะห์และใช้เป็นข้อมูลในการปรับแผนงาน

ในไตรมาสต่อไป

ระยะที่ 4 ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน

ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงาน โดยการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ความพึงพอใจต่อการจัดระบบบริการสุขภาพภายใต้ชีวิตวิถีถัดไปสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดตรัง และใช้แบบสอบถามคุณภาพชีวิต⁽¹⁵⁾ ของผู้สูงอายุในการถามผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 90 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การรับรู้สิทธิประโยชน์ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ
2. แบบบันทึกการถอดบทเรียน การสนทนากลุ่มในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับปัญหาระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดตรัง และความต้องการการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพภายใต้ชีวิตวิถีถัดไปสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยใช้แบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วยข้อคำถามคือ สิ่งที่ติดอยู่แล้ว เพื่อสรุปประเด็นสิ่งที่ทำได้ดี หรือมีปัจจัยเทคนิควิธีการทำได้ดี จุดที่ยากปรับปรุง เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลได้ทบทวนสิ่งที่ปฏิบัติไม่ได้ มีปัญหาอุปสรรคหรือจุดที่ยากปรับปรุงแก้ไขอย่างไร จะมีข้อเสนอแนะในการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมอย่างไร
3. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุนำมาจากแบบสอบถามการประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชื่อย่อฉบับภาษาไทย⁽¹⁴⁾ โดยสอบถามเกี่ยวกับความรู้สึกต่อข้อความที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม มีข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ แบ่งเป็นคุณภาพชีวิต 4 ด้านดังนี้
 - 1) ด้านสุขภาพร่างกาย ได้แก่ ข้อ 2, 3, 4, 10, 11, 12, 24
 - 2) ด้านจิตใจ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 23

3) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ได้แก่ ข้อ 13, 14, 25

4) ด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ข้อ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22

ส่วนข้อที่ 1 และ 26 เป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม

โดยมีข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) 5 ระดับ ให้ผู้ตอบเลือกตอบดังนี้

ไม่เลย หมายถึง ไม่มีความรู้สึกเช่นนั้นเลย รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อยหรือรู้สึกแย่มาก

เล็กน้อย หมายถึง รู้สึกเช่นนั้นนานๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึกไม่พอใจหรือรู้สึกแย่

ปานกลาง หมายถึง รู้สึกเช่นนั้นปานกลาง รู้สึกพอใจระดับกลางๆ หรือรู้สึกแยระดับปานกลาง

มาก หมายถึง รู้สึกเช่นนั้นบ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี

มากที่สุด หมายถึง รู้สึกเช่นนั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุดหรือรู้สึกสมบูรณ์

การให้คะแนนคุณภาพชีวิต ดังนี้

คำตอบ	ไม่เลย	เล็กน้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
คะแนนความหมายทางบวก	1	2	3	4	5
คะแนนความหมายทางลบ	5	4	3	2	1

การแปลผล

1. คะแนนคุณภาพชีวิตโดยรวมมีคะแนนตั้งแต่ 26-130 คะแนน โดยแบ่งได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

26-60 คะแนน แสดงถึง คุณภาพชีวิตไม่ดี

61-95 คะแนน แสดงถึง คุณภาพชีวิตปานกลาง

96-130 คะแนน แสดงถึง คุณภาพชีวิตดี

2. คุณภาพชีวิตแยกเป็นองค์ประกอบย่อยได้ ดังนี้

องค์ประกอบ	คุณภาพชีวิตไม่ดี	คุณภาพชีวิตปานกลาง	คุณภาพชีวิตดี
1. ด้านสุขภาพร่างกาย	7-16	17-26	27-35
2. ด้านจิตใจ	6-14	15-22	23-30
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	3-7	8-11	12-15
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	8-18	19-29	30-40

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสอบถามปรึกษาผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา (content validity index, CVI) ของ

แบบสอบถาม เท่ากับ 0.89

2. การหาความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (try out) กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย ซึ่งเป็นผู้สูงอายุในตำบลทับเที่ยง อำเภอเมืองจังหวัดตรัง ที่

มีระยะทางห่างจากพื้นที่ศึกษา 15 กิโลเมตร วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่า เท่ากับ 0.85

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการตีความข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่มด้วยวิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (thematic analysis) การตรวจสอบความถูกต้องของความเชื่อถือได้ของข้อมูลเป็นการยืนยันว่าข้อมูลและวิธีการได้มาซึ่งข้อมูลมีความเหมาะสมถูกต้องเป็นจริงและมีคุณภาพทั้งในประเด็นภายในของการวิจัย ได้แก่ นักวิจัย กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การตีความข้อมูล และประเด็นภายนอก ซึ่งเป็นการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่อผู้ให้ข้อมูล (member checking) และผู้ร่วมวิจัย รวมทั้งใช้วิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangulation)

การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการประเมินการพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครฯ เลขที่ 02/2567 หลังจากนั้นผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามขั้นตอนการพิทักษ์สิทธิอย่างเคร่งครัด โดยกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการแจ้งข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และการปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยจะเป็นไปตามความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง โดยปราศจากการล่อลวงล่อลึงและไม่ว่าให้เกิดอันตรายรวมถึงผลเสียใดๆ รวมถึงกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิในการออกจากกรวิจัยได้ทุกเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ส่วนข้อมูลที่ได้รับทั้งหมดจะถูกเก็บเป็นความลับและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาค้นคว้าเท่านั้น

ผลการศึกษา

สถานการณ์การจัดระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดตรัง

ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64) มีอายุเฉลี่ย 72 ปี ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 98) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 59) และส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสแล้ว (ร้อยละ 52.80) นอกจากนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ (ร้อยละ 73) รองลงมา ประกอบอาชีพเกษตรกรรม คิดเป็นร้อยละ 27 มีโรคประจำตัว 1-2 โรค โรคประจำตัวที่พบบ่อย 3 อันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด (ร้อยละ 55.2, 14 และ 10.8 ตามลำดับ) มีความจำบกพร่อง (ร้อยละ 75) มีการได้ยินไม่ชัดเจน (ร้อยละ 20.8) มีอาการปัสสาวะเล็ด (ร้อยละ 11.7) มีผู้ดูแลหลักเป็นสมาชิกในครอบครัว (ร้อยละ 75.2) เมื่อเจ็บป่วยจะรับบริการที่ รพ.สต. (ร้อยละ 75) และมีการรับรู้สิทธิประโยชน์ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ (ร้อยละ 32) ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์การจัดระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุภายในชุมชนจังหวัดตรัง โดยใช้กรอบแนวคิด PARiHS ดังนี้

หลักฐาน (evidence)

ผู้วิจัยได้รวบรวมและสังเคราะห์ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุตามนโยบายการดูแลปฐมภูมิและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับกรอบแนวคิด PARiHS ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พบว่า ประเทศไทยมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในหลายมิติเพื่อตอบสนองต่อสังคมสูงวัยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยเน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมครอบคลุมร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม และเน้นบริการในระดับปฐมภูมิ เช่น การดูแลที่บ้านและในชุมชน การสนับสนุนครอบครัวและผู้ดูแล⁽¹⁶⁾ มีการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ การกำหนดบทบาทเครือข่าย การพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

การพัฒนาบริการสุขภาพ และการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล ส่งผลให้ความรู้และการบริการทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ⁽¹⁷⁾ นอกจากนี้ยังมีนวัตกรรมระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม มีการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและการมีส่วนร่วมของชุมชน ช่วยส่งเสริมให้ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในบริบทที่หลากหลายอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การใช้ปัญญาประดิษฐ์ AI Chatbot ในการคัดกรองภาวะสุขภาพจิตเบื้องต้น⁽¹⁸⁾ รวมทั้งการมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืนในผู้สูงอายุ โดยการใช้เทคโนโลยีเพื่อดูแลสุขภาพทางไกล (telehealth) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการให้ความสำคัญกับสุขภาพจิตและสุขภาพกายอย่างสมดุล ซึ่งช่วยลดภาระการเดินทางและเพิ่มโอกาสการเข้าถึงบริการ⁽¹⁹⁾ สรุปโดยรวมระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุเน้นการบูรณาการการดูแลแบบองค์รวมในระดับปฐมภูมิ พร้อมกับใช้เทคโนโลยีและการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆ เพื่อสร้างระบบที่ยั่งยืนและเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในสังคมสูงวัยที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปัจจุบันและอนาคต^(20,21,22)

บริบท (context)

นโยบายการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยมุ่งเน้นการสร้างระบบบริการสุขภาพและสวัสดิการที่ครอบคลุม พัฒนาศักยภาพบุคลากร และเสริมสร้างชุมชนที่เข้มแข็งเพื่อรองรับสังคมสูงวัยในระยะยาวอย่างยั่งยืน ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพและผลิตบุคลากรดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง การขับเคลื่อนผ่านกระบวนการสมัชชาสุขภาพแห่งชาติเพื่อพัฒนานโยบายในมิติต่างๆ ได้แก่ มิติสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม การจัดสวัสดิการและสิทธิประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ บริการทางการแพทย์และฟื้นฟูสมรรถภาพ สิทธิในการรักษาพยาบาล และโครงการสนับสนุนการเรียนรู้และการทำงานของผู้สูงอายุ การสร้างเครือข่ายบริการสุขภาพ เช่น คลินิกบริการสุขภาพทุกช่วงวัย เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการและยกระดับ

คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในพื้นที่ต่างๆ และการส่งเสริมชุมชนและครอบครัวให้มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ สร้างสภาพแวดล้อมและชุมชนที่เอื้อต่อการอยู่ร่วมกันอย่างมีคุณภาพ ผลการวิจัย พบว่า ระบบบริการสุขภาพภายใต้ชีวิตวิถีถัดไปสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดตรัง สอดคล้องกับบริบทวัฒนธรรมของชุมชน ซึ่งได้รับการยอมรับและความร่วมมือจากชุมชนในการดำเนินการตามแนวปฏิบัติ คือ (1) สนับสนุนทางการแพทย์และการติดตามอาการ โดยผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีจะได้รับบริการเยี่ยมบ้านสัปดาห์ละครั้ง เพื่อส่งเสริมสุขภาพและคัดกรองภาวะสุขภาพเบื้องต้น เช่น แนะนำและชักชวนให้ไปออกกำลังกาย ตรวจวัดความดันโลหิต กรณีคัดกรองภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุเบื้องต้นแล้วพบว่ามีอาการผิดปกติ ก็จะมีการประสานความร่วมมือกับทีมผู้ให้บริการจาก รพ.สต. เพื่อติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่วนผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จะได้รับการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่องที่บ้านทุกสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง หรือทุกวันขึ้นอยู่กับอาการทางคลินิก บริบทของครอบครัวและบริบทภายในชุมชน เพื่อประเมินอาการ และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวแก่ผู้สูงอายุหรือสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สามารถดูแลตัวเองในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ลดโอกาสการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ในกรณีที่ผู้สูงอายุติดเตียงและต้องใส่อุปกรณ์ช่วยหายใจ ทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะมีการเยี่ยมบ้านเกือบทุกวัน เพื่อติดตามประเมินอาการ เช่น วัดความดันโลหิต ตรวจสอบระดับน้ำตาลในเลือด และอาการทางร่างกายอื่นๆ (2) ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพและให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุสุขภาพดีตามหลัก 3อ. 2ส. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย จัดการกับอารมณ์ ลด ละ เลิกสูบบุหรี่ และไม่ดื่มสุราหรือแอลกอฮอล์ (3) ใช้เทคโนโลยีในการติดตามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการใช้แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและทีมดูแลสามารถติดตามภาวะสุขภาพและให้คำแนะนำได้อย่างรวดเร็วเมื่อมีความเสี่ยง (4) ดูแลด้านจิตใจและการ

สร้างแรงจูงใจให้ผู้สูงอายุมีความเชื่อมั่นในการดูแลตัวเอง เช่น ในกรณีที่ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว ไม่มีบุตรหลานดูแลที่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะไปเยี่ยมบ้านเป็นทีม เพื่อพูดคุยให้กำลังใจและให้คำปรึกษาในด้านการใช้ชีวิตที่บ้าน (5) สร้างการมีส่วนร่วมของสมาชิกครอบครัว และชุมชนในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ

การเอื้ออำนวยให้เกิดการดำเนินงานตามแผน (facilitation)

ผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าผู้เอื้ออำนวยในการให้บริการในชุมชน ประกอบด้วย ผู้อำนวยความสะดวก รพ.สต. พยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 1 คน รับผิดชอบดูแล 10-15 ครอบครัว แต่ละเขตความรับผิดชอบจะมีผู้สูงอายุจำนวน 14-18 คน ทั้งติดบ้าน ติดสังคมและติดเตียง ในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุติดเตียงจำนวน 1-3 ราย ผู้ให้บริการมีความคุ้นเคยกับนโยบายการดูแลสุขภาพปฐมภูมิและการดูแลอย่างต่อเนื่องระยะยาว ผู้อำนวยความสะดวก รพ.สต. มีความมุ่งมั่นตั้งใจในการจัดระบบบริการสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเอง อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้รับการฝึกอบรมการดูแลสุขภาพในชุมชน ก่อนการปฏิบัติงานในหน้าที่ มีทัศนคติที่ดีและมีทักษะเบื้องต้นในการปฏิบัติงานในชุมชนตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย และพยายามที่จะทำให้ระบบบริการดีขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยการหาแนวทางการพัฒนาระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ มีการนัดประชุมผู้สูงอายุและผู้ดูแลในพื้นที่เดือนละ 1 ครั้ง เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุที่ว่า

“ผู้สูงอายุได้รับการบริการที่ดีจากเจ้าหน้าที่ รพ.สต. และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้ เมื่อมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไปเยี่ยมบ้านก็ดีใจ”

แต่ช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19 ทำให้มีข้อจำกัด

ในการเยี่ยมบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทำหน้าที่เพียงรับยาจากโรงพยาบาลมาส่งให้ผู้สูงอายุเท่านั้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีอาการของโรคมามากขึ้น

ผลกระทบต่อระบบบริการดูแลผู้สูงอายุหลังมีการระบาดของ COVID-19 มีดังนี้

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านต้องเยี่ยมบ้านบ่อยขึ้น แต่ยั้งขาดวัสดุ/อุปกรณ์ที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องเจาะน้ำตาลที่ปลายนิ้ว โปรท เครื่องวัดออกซิเจนที่ปลายนิ้ว หรือวัสดุที่เป็นอื่นๆ เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ดังคำกล่าวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ว่า

“ตอนนี้อุปกรณ์เยี่ยมบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต้องใช้ 2 คนต่อ 1 ชุด บางหมู่บ้านยังได้ไม่ครบ หากเป็นไปได้ต้องการอุปกรณ์สำรองเผื่อเครื่องเดิมชำรุดด้วย”

“อยากให้มีการจัดหารถเข็น แพนเพิร์ส ไม่คำยันเตียงผู้ป่วย ที่นอนลม ถังออกซิเจน แก้วน้ำถ่าย สำรองไว้เป็นส่วนกลางที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้”

2. กรณีที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยฉุกเฉินและต้องให้การช่วยเหลือที่บ้านหรือที่เกิดเหตุทันที แต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือผู้ดูแลบางคนยังมีความรู้น้อยในการช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ป่วยก่อนที่จะส่งต่อไปโรงพยาบาล ต้องติดต่อประสานงานกับพยาบาล รพ.สต. ในการให้การช่วยเหลือหรือนำส่ง รพ.ชุมชน อย่างเร่งด่วน และบางครั้งผู้ดูแลต้องนำผู้ป่วยมาส่งที่สถานบริการสุขภาพเอง เนื่องจากไม่มีรถรับส่ง ทำให้มีค่าใช้จ่ายเกิดขึ้น จุดที่ยากปรับปรุงแก้ไข คือ อยากให้มีรถรับส่งผู้ป่วยจากบ้านไป รพ.สต. หรือสถานบริการอื่นๆ กรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน ดังคำกล่าวที่ว่า

“อยากให้มียานรับส่งคนไข้จากบ้านไปโรงพยาบาลหรือสถานอนามัย สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีคนดูแลหรืออยู่คนเดียว”

ส่วนมากต้องเหมารถกันไปเอง”

3. ชุมชนที่มีโรงเรียนผู้สูงอายุ ต้องปิดบริการโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชนในช่วงที่มีการระบาดของ COVID-19 ซึ่งโรงเรียนผู้สูงอายุเป็นสถานที่ที่ผู้สูงอายุเคยได้พบปะสังสรรค์กัน มีการแลกเปลี่ยนความรู้ในการดูแลตัวเองและความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ผู้สูงอายุต้องการให้โรงเรียนเปิดบริการเช่นเดิม ดังคำกล่าวของผู้สูงอายุที่ว่า

“หากมีโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชนที่ได้พบปะกัน และจัดให้มีการให้ความรู้ในการดูแลตัวเอง และการรับประทานอาหารร่วมกัน เดือนละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง เหมือนเดิมจะดีมาก”

“อยากให้มิกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิต ชวนพูดชวนคุย”

4. การได้รับเบี้ยยังชีพอาจจะยังไม่เพียงพอสำหรับผู้สูงอายุบางราย ดังคำกล่าวอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ว่า

“อยากให้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติในด้านอาหารการกิน เนื่องจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่ได้รับอาจจะไม่เพียงพอสำหรับการดูแลตนเอง”

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพภายใต้ชีวิตวิถีถัดไปสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดตรัง

ผู้วิจัยวิเคราะห์สถานการณ์ตามกรอบแนวคิด PARiHS ในด้านนโยบายที่จะนำไปปฏิบัตินั้นมีงานวิจัยหรือหลักฐานรองรับที่ชัดเจนหรือไม่ สอดคล้องกับบริบทหรือไม่ ผู้ให้บริการมีความคุ้นเคยกับนโยบายหรือไม่ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ หากนโยบายมีงานวิจัยหรือหลักฐานที่เข้มแข็งรองรับ (evidence เป็น +) การนำนโยบายลงไปปฏิบัติในพื้นที่ที่เหมาะสมกับผู้มารับบริการและบริบทของชุมชน (context เป็น +) รวมทั้งมีผู้ปฏิบัติงานมีความมุ่งมั่นในการเอื้ออำนวยในการนำนโยบายไปปฏิบัติ (facilitation เป็น +) การจัดระบบบริการสุขภาพ

สำหรับผู้สูงอายุในชุมชนก็จะเกิดกระบวนการที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยได้จัดทำร่างระบบบริการสุขภาพภายใต้ชีวิตวิถีถัดไปสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีแนวปฏิบัติเพิ่มเติมจากข้อค้นพบที่สนับสนุนการจัดระบบบริการสุขภาพในยุคชีวิตวิถีถัดไป ดังนี้

1. การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อการติดตามและสื่อสารสถานะสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและสะดวกสบาย

2. การดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เพื่อเสริมสร้างสุขภาพที่ครบถ้วนของผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นเพิ่มเติม เช่น เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความดันโลหิต ผ้าอ้อมสำเร็จรูป และการเสนอและสนับสนุนให้มีการเปิดโรงเรียนผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อการพบปะของผู้สูงอายุ เพื่อให้การดำเนินงานของระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดตรังเป็นไปอย่างต่อเนื่อง

3. การเสริมสร้างศักยภาพและการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

4. การสนับสนุนเชิงระบบที่ครอบคลุมตั้งแต่การให้บริการทางการแพทย์ การให้คำปรึกษา และการสร้างแรงจูงใจในทุกระดับ โดยการพัฒนาศักยภาพ/ฟื้นฟูความรู้และทักษะการให้บริการผู้สูงอายุแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการให้ความรู้ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ รวมทั้งฟื้นฟูความรู้เรื่องการดูแลผู้สูงอายุที่มีการทั้งด้านการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ การประเมินปัญหาสุขภาพในวัยสูงอายุ หลักการดูแลผู้สูงอายุ การใช้ยาในผู้สูงอายุ การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ความผิดปกติที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้สูงอายุ

ประสิทธิผลของระบบบริการสุขภาพภายใต้ชีวิตวิถี ปกติสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดตรังหลังการ ระบาดของ COVID-19

ผู้วิจัยประสานงานกับผู้อำนวยการ รพ.สต. เพื่อนำระบบบริการสุขภาพภายใต้ชีวิตวิถีปกติสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ เป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยพยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุเป็นผู้ประสานงานกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลผู้สูงอายุในการใช้แอปพลิเคชันไลน์ เพื่อการติดตามและสื่อสารสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพ/ฟื้นฟูความรู้และทักษะการบริการผู้สูงอายุให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นเพิ่มเติม เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป โดยผู้วิจัยมีการติดตามประเมินผลในด้านกระบวนการและผลลัพธ์ของ

ระบบบริการสุขภาพทุกเดือน ซึ่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์และสนทนา พบว่า ผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุทุกคนมีความพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพ ร้อยละ 100 ดังคำกล่าวจากผู้อำนวยการ รพ.สต. ที่ว่า

“เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ดีทุกคน มีจิตบริการในการดูแลผู้สูงอายุซึ่งเป็นสังคมสูงวัย เป็นกันเอง บริการดี เข้าถึงง่าย ลงพื้นที่ ร่วมเยี่ยมบ้านกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้คำปรึกษาแนะนำดีมาก ช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้ ช่วยประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ เช่น พัฒนาสังคมและความมั่นคงของจังหวัด (พม.) เพื่อการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง”

โดยข้อมูลจากการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม สอดคล้องกับการให้คะแนนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่มีค่าเฉลี่ยรายด้านและภาพรวมเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับดี (mean = 117.52, SD = 4.58) ดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (n = 45)

รายด้าน	ก่อนการพัฒนาระบบ			หลังการพัฒนาระบบ		
	Mean	SD	ระดับ คุณภาพชีวิต	Mean	SD	ระดับ คุณภาพชีวิต
1. ด้านร่างกาย	30.17	2.20	ดี	30.78	2.45	ดี
2. ด้านจิตใจ	24.48	1.81	ดี	26.39	1.95	ดี
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	12.61	0.87	ดี	13.78	1.28	ดี
4. สิ่งแวดล้อม	33.74	2.19	ดี	36.56	1.24	ดี
ภาพรวม	111.00	2.69	ดี	117.52	4.58	ดี

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (n = 45)

รายด้าน	ก่อนการพัฒนาระบบ			หลังการพัฒนาระบบ		
	Mean	SD	ระดับ คุณภาพชีวิต	Mean	SD	ระดับ คุณภาพชีวิต
1. ด้านร่างกาย	30.86	2.36	ดี	31.65	1.55	ดี
2. ด้านจิตใจ	25.09	1.84	ดี	26	1.22	ดี
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	12.91	0.58	ดี	13.13	0.33	ดี
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	35.21	1.56	ดี	36.04	1.34	ดี
ภาพรวม	114.00	3.33	ดี	116.83	2.57	ดี

วิจารณ์และข้อยุติ

การจัดระบบการบริการสุขภาพภายใต้ชีวิตวิถีถัดไปสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนตามนโยบายการดูแลสุขภาพปทุม-ภูมิและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการและแบบองค์รวม โดยมีรูปแบบบริการที่สามารถเข้าถึงได้ ดูแลเป็นองค์รวมทั้งกาย จิตและสังคม มีการประสานกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง มีรูปแบบบริการทั้งการคัดกรอง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง การดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต โดยมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน^(23,24) มีการติดตามเยี่ยมบ้าน⁽²⁵⁾ (evidence เป็น +) และมีผู้ให้บริการในชุมชน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการ รพ.สต. พยาบาลวิชาชีพของ รพ.สต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ปฏิบัติตามหน้าที่ของตนเอง คือ การให้บริการสุขภาพ การจัดการและประสานงาน รวมทั้งการสนับสนุนและเสริมศักยภาพในการดูแลตนเองให้แก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งมีการเตรียมชุมชนให้เข้าใจและรู้ถึงคุณค่าของผู้สูงอายุ ให้การสนับสนุนช่วยเหลือ (facilitation เป็น +) นอกจากนี้ภายในชุมชนยังมีการสร้างแกนนำที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว รวมทั้งมีชมรมผู้สูงอายุประจำตำบลอีกด้วย (context เป็น +) ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวเอื้อต่อการส่งเสริมการเรียนรู้ในการปรับตัวของผู้สูงอายุ และทำให้ผู้สูงอายุมีชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีศักดิ์ศรี มีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับกรอบการทำงานโดยใช้แนวคิดของ PARIHS ที่กล่าวไว้ว่า การทำงานให้ประสบความสำเร็จโดยการส่งเสริมให้มีการนำงานวิจัยไปใช้นั้น สิ่งที่ต้องคำนึงถึง คือ นโยบายที่จะนำไปปฏิบัติในพื้นที่นั้นจะต้องมีหลักฐานรองรับที่ชัดเจน และสอดคล้องกับบริบทของผู้มารับบริการ ผู้นำมีความมุ่งมั่นที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง และมีผู้เอื้ออำนวยในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ก็จะทำให้เกิดการปฏิบัติงานตามแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽²⁶⁾ นอกจากนี้การพัฒนากระบวนการบริการสุขภาพครั้งนี้ยังสอดคล้องกับแนวคิด

การดูแลสุขภาพปทุมภูมิ 1A4C ประกอบด้วย การเข้าถึงบริการปทุมภูมิ (accessibility) ความต่อเนื่องของการดูแล (continuity) การดูแลอย่างเป็นองค์รวม (comprehensiveness) การประสานงานของทีมสหสาขาวิชาชีพสุขภาพ (coordination) และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน (community participation)⁽²⁷⁾ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และมีความพึงพอใจต่อบริการ

จากผลการวิจัยจึงสรุปได้ว่า การที่ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีความพึงพอใจนั้น อาจสะท้อนถึงการใช้อยู่อาศัยและหลักฐานที่เพียงพอและถูกต้องเพื่อพัฒนานโยบายและโปรแกรมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น งานวิจัยหรือข้อมูลทางวิชาการที่ชี้ชัดเกี่ยวกับวิธีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมในชุมชน มีงานศึกษาที่สนับสนุนวิธีการดูแลที่ตอบสนองต่อจิตวิญญาณและความต้องการเฉพาะของกลุ่มเป้าหมาย บริบทของชุมชนมีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานในพื้นที่ เช่น ความเข้มแข็งของชุมชน ความร่วมมือของสมาชิกในชุมชน มีเครือข่ายสังคมที่ดีที่สนับสนุนให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้และการช่วยเหลือกันอย่างต่อเนื่อง รวมถึงสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมที่ส่งเสริมสุขภาพจิตและสุขภาพกายของผู้สูงอายุ และบทบาทของผู้เอื้ออำนวย เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัคร ผู้นำชุมชนที่มีการสนับสนุนและกระตุ้นให้เกิดการนำความรู้ไปปฏิบัติจริง ช่วยลดอุปสรรคและส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือการให้บริการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งส่งผลต่อการยกระดับคุณภาพชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ การใช้กรอบ PARIHS นี้ช่วยให้เห็นทวิคูณและผู้กำหนดนโยบายมองเห็นว่า การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจะต้องคำนึงถึงทั้งหลักฐานของบริบทและกระบวนการสนับสนุนอย่างครบถ้วน จึงจะทำให้การแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติในพื้นที่สำเร็จได้อย่างแท้จริง⁽³⁾

ในปัจจุบันหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถจัดหาวัสดุและอุปกรณ์จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่บ้านได้อย่างครอบคลุม เช่น เครื่องวัดความดัน เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่อง

เจาะน้ำตาลที่ปลายนิ้ว เครื่องวัดออกซิเจนที่ปลายนิ้ว และ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ซึ่งตอบสนองความต้องการที่หลากหลายของชุมชนได้มากขึ้น การพัฒนาระบบฯ ครั้งนี้สอดคล้องกับหลักการสร้างความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการ 5 ประการ ได้แก่ การให้บริการอย่างเสมอภาค (equitable service) การให้บริการอย่างทันต่อเวลา (timely service) การให้บริการอย่างเพียงพอ (ample service) การให้บริการอย่างต่อเนื่อง (continuous service) การให้บริการอย่างก้าวหน้า (progressive service) โดยมีการปรับปรุงคุณภาพการปฏิบัติงานและเพิ่มประสิทธิภาพเดิม⁽²⁸⁾ และ ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ การกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดำเนินงานตามสถานการณ์ภายในจังหวัดของผู้ที่เกี่ยวข้อง กลุ่มเครือข่าย ร่วมกับการใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน (community participation) ทำให้ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นและตัดสินใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน และมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลรวมทั้งรับผลประโยชน์ที่เกิดจากการพัฒนานั้นๆ และสามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวที่เกิดขึ้นในชุมชนได้^(29,30) อย่างไรก็ตามปัญหาความต้องการระบบรับส่งผู้ป่วยจากบ้านไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือสถานบริการอื่นๆ ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน การบูรณาการนวัตกรรมเทคโนโลยีและการวางแผนระบบบริการสาธารณสุขในชุมชนจึงเป็นทิศทางที่จำเป็นในการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับยุควิถีถัดไปที่การเข้าถึงบริการสุขภาพที่บ้านและชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยลดภาระในการเดินทางและเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างยั่งยืน

สิ่งที่ประชาชนได้เรียนรู้จากสถานการณ์การระบาดของ COVID-19 ที่ผ่านมาก็คือ ระบบสุขภาพที่เน้นการสร้าง ความเข้มแข็งของประชาชนและชุมชนเป็นสำคัญ และการที่ประชาชนเปลี่ยนแปลงบทบาทจากผู้รับบริการมาเป็น ผู้ร่วมสร้างให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ สามารถส่งเสริมให้

ระบบสุขภาพยั่งยืนและตอบสนองความต้องการในอนาคต ได้ดียิ่งขึ้น ประชาชนมีความตระหนักรู้และรับผิดชอบต่อการป้องกันตนเองมากขึ้น ผ่านการปฏิบัติตามมาตรการสุขภาพอย่างถูกต้อง เช่น การสวมหน้ากากอนามัย การรักษาระยะห่างทางสังคม การล้างมืออย่างสม่ำเสมอ และการรับวัคซีน ทำให้ประชาชนเป็นแรงสำคัญในการลดการแพร่ระบาด โดยไม่พึ่งพิงเพียงหน่วยงานจัดบริการสุขภาพ อย่างเดียว การให้ความรู้และสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูล ที่ถูกต้องจึงเป็นกุญแจสำคัญ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง บทบาทของประชาชน โดยประชาชนไม่ได้รอคอยเพียง การขอให้หน่วยงานรัฐหรือสาธารณสุขจัดบริการเพิ่มขึ้น แต่กลับกลายเป็นผู้มีบทบาทเชิงรุกในการร่วมวางแผน ปรับปรุงและดำเนินการด้านสุขภาพในพื้นที่ของตนเอง เช่น การจัดตั้งกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรังดูแลกันเอง การเผยแพร่ข้อมูล ป้องกันโรคผ่านช่องทางดิจิทัล การใช้เทคโนโลยีสื่อสาร อย่างมีประสิทธิภาพในชุมชน การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลต่อการ พัฒนานโยบายที่มีการให้ความสำคัญกับการเสริมสร้าง ศักยภาพชุมชนมากกว่าการเพิ่มบริการจากภายนอก

การสร้างการมีส่วนร่วมในชุมชน

ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังและป้องกัน โรค การระดมทรัพยากรและแรงงานในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชน รวมถึงการสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างสมาชิกในชุมชน ทำให้เกิดการช่วยเหลือดูแล กันเอง ทั้งด้านการป้องกันโรคเบื้องต้นและการดูแลผู้ป่วย ในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ การเรียนรู้ร่วมกันและการ แบ่งปันความรู้ในชุมชนช่วยเพิ่มความเข้มแข็งของชุมชน และพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น การใช้หลักการ “สุขภาพดี โดยคนในชุมชน” (community empowerment) เป็น แนวทางหลักในการบริหารจัดการสุขภาพระดับท้องถิ่น จะต้องเน้นการศึกษาและฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างความรู้ และทักษะในการดูแลสุขภาพตนเองและชุมชน บูรณาการ เทคโนโลยีเพื่อสนับสนุนการสื่อสารและการให้ข้อมูล

อย่างรวดเร็วและถูกต้อง และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการตัดสินใจ จะช่วยป้องกันโรคในระดับท้องถิ่นได้อย่างต่อเนื่อง

หน่วยบริการปฐมภูมิในปัจจุบันรับภาระงานจำนวนมาก ทั้งงานให้บริการทางคลินิก การจัดการประชากรผู้ป่วยเรื้อรัง การดูแลสุขภาพจิต และงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ทำให้บุคลากรมีความเสี่ยงต่อภาวะทำงานหนัก ขาดแคลนเวลาในการพัฒนาคุณภาพบริการ และการสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ๆ นอกจากนี้ยังต้องรับมือกับความคาดหวังของผู้ใช้บริการที่เพิ่มขึ้นในยุคดิจิทัลที่เน้นบริการที่รวดเร็วและมีคุณภาพ

การพัฒนานโยบายในยุคดิจิทัลไป จำเป็นต้องมองเห็นข้อจำกัดและโอกาสของหน่วยบริการปฐมภูมิ ได้แก่ การนำเทคโนโลยีดิจิทัลและระบบ telehealth มาช่วยลดภาระงาน (เช่น การนัดหมายออนไลน์ การติดตามผู้ป่วยทางไกล) การจัดทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพ และลดความซ้ำซ้อนของงาน การกระจายภาระงานและอำนาจในการตัดสินใจให้เหมาะสม การส่งเสริมและสร้างความเข้มแข็งในบริบทของชุมชนและครอบครัวเพื่อเป็นฐานสนับสนุนสุขภาพและลดความต้องการการใช้บริการในระดับสูง

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การถ่ายโอนภารกิจบริการสุขภาพไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น มีจุดท้าทายสำคัญ เช่น ข้อจำกัดด้านศักยภาพ บุคลากร และเครื่องมือในการบริหารจัดการบริการที่ยังไม่เพียงพอขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้การถ่ายโอนบางประเด็นยังไม่ราบรื่น การประสานงานและความชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานระดับจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังมีช่องว่างและความซ้ำซ้อน ภาระงานของหน่วยบริการปฐมภูมียังจัดว่ามีมากอยู่ ทำให้บางครั้งไม่สามารถถ่ายโอนงานได้เต็มที่ ความต่างของบริบทและทรัพยากรในแต่ละพื้นที่ อาจทำให้การบริหารจัดการและคุณภาพบริการมีความไม่สม่ำเสมอ

ดังนั้นการถ่ายโอนงานสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำเป็นต้องพิจารณาถึงการสนับสนุนทางเทคนิค บุคลากร ระบบข้อมูลและการประสานงานที่มีประสิทธิภาพควบคู่กันไปด้วย เพื่อให้ระบบบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและท้องถิ่นสามารถรองรับความต้องการที่เพิ่มขึ้นในอนาคตได้อย่างยั่งยืน โดยการพัฒนาศักยภาพทั้งด้านบุคลากรและระบบข้อมูลให้พร้อมต่อการจัดการงานที่ถ่ายโอนได้อย่างมีประสิทธิภาพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องสร้างระบบและกลไกการประสานงานระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ชัดเจน เพื่อป้องกันความซ้ำซ้อนและหลีกเลี่ยงช่องว่างของการบริการ สนับสนุนและขยายการใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมในระดับปฐมภูมิเพื่อลดภาระงานและเพิ่มประสิทธิภาพ ส่งเสริมบทบาทของชุมชนและครอบครัวในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ติดตามและประเมินผลการถ่ายโอนอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำข้อมูลไปปรับปรุงนโยบายและแนวทางปฏิบัติต่อไป

ข้อยุติ

จากผลการวิจัยพบว่าการใช้กรอบแนวคิด PARiHS มีประโยชน์ในการพัฒนาปัจจัยในการเข้าถึงระบบบริการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับดี ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะให้พัฒนาระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยบูรณาการการจัดระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่งหากสมาชิกทุกฝ่ายในชุมชนเห็นถึงความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมตามบริบทของพื้นที่ จะสามารถเพิ่มคุณภาพบริการและส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนได้ในที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากงบประมาณสนับสนุนงานมูลฐาน ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2567 จากกองทุนส่งเสริมวิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

References

1. Office of the National Economic and Social Development Council. National strategy 20-year plan (2018-2037). 2nd ed. Bangkok: Secretariat of the National Strategy Committee, Office of the National Economic and Social Development Council; 2019. (in Thai)
2. Srivanichakorn S. NCDs management issue. PCFM [internet]. 2021 Aug 31 [cited 2025 Apr];4(2):4-7. Available from: <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/PCFM/article/view/254894>. (in Thai)
3. Sittipreechachan P, Priyatrak P, Chotkakam Y. Community participation in the process of care of elderly at Mabcare Sub-district. J Royal Thai Army Nurses. 2012;13(2):8-17. (in Thai)
4. Kumniyom N, Sritanyarat W. Needs of long-term care service package for frail older persons in community. J Natl Health. 2016;34(3):125-31. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/jnat-ned/article/view/69161>. (in Thai)
5. Sindhupakorn B, Numpaisal PO, Thienpratharn S, Jomkoh D. A home visit program versus a non-home visit program in total knee replacement patients: a randomized controlled trial. J Orthop Surg Res. 2019 Nov 29;14(1):405. doi: 10.1186/s13018-019-1412-6.
6. Buajaroen H, Poopitukkul J, Chankam W, Aungkaprasertkul N, Chayatab S. Development of strategies and system in providing health care services for elderly in community by Sub-District Administrative Organization. J Natl Health. 2015;33(1):97-107. (in Thai)
7. Governor's office of Trang Province. Demographic report. 2021. (in Thai)
8. Emergency Operation Center, Trang Provincial Public Health Office. COVID-19 situation daily report. 2021. (in Thai)
9. Wirojrat W, Amnat S, Sasat R, Malathum P, Narongsak J. Development of a healthcare service system for dependent elderly. J Thai Nurse Midwife Counc [internet]. 2014 Sep 22 [cited 2025 Sep 1];29(3):104-15. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/27082>. (in Thai)
10. World Health Organization. WHO coronavirus (COVID-19) dashboard [internet]. 2023 [cited 2025 Sep 1]. Available from: <https://data.who.int/dashboards/covid19/cases>.
11. Stetler CB, Damschroder LJ, Helfrich CD, Hagedorn HJ. A guide for applying a revised version of the PARIHS framework for implementation. Implementation Sci. 2011;6:99. doi: 10.1186/1748-5908-6-99.
12. Bergström A, Ehrenberg A, Eldh AC, Graham ID, Gustafsson K, Harvey G, et al. The use of the PARIHS framework in implementation research and practice - a citation analysis of the literature. Implementation Sci. 2020 Aug 27;15(1):68. doi: 10.1186/s13012-020-01003-0.
13. Kemmis S, McTaggart R. The action research planner. 3rd ed. Victoria: Deakin University Press; 1988.
14. Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. Maryland State Medical Journal. 1965;14:61-5.
15. Department of Mental Health. WHOQOL-BREF Thai version: World Health Organization quality of life assessment [internet]. Ministry of Public Health; 2002. Available from: <https://dmh.go.th/test/download/files/whoqol.pdf>. (in Thai)
16. Ministry of Public Health Thailand. Report on health care system for the elderly to support the aging society in Thailand [internet]. 2020 [cited 2025 Sep 1]. Available from: [https://www.senate.go.th/assets/portals/122/file-ups/276/files/%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%87%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%A2%E0%B8%89%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%AA%E0%B8%A1%E0%B8%9A%E0%B8%B9%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B9%8C\).pdf](https://www.senate.go.th/assets/portals/122/file-ups/276/files/%E0%B8%A3%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%87%E0%B8%B2%E0%B8%99%E0%B8%AA%E0%B8%B9%E0%B8%87%E0%B8%A7%E0%B8%B1%E0%B8%A2%E0%B8%89%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%AA%E0%B8%A1%E0%B8%9A%E0%B8%B9%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B9%8C).pdf). (in Thai)
17. Boonsong B. Development of long-term care system and health services for dependent elderly: Research report. J Health Sci Kalasin. 2025;1(2):25-30. (in Thai)
18. Thammasat University. Innovation of holistic elderly health care system to enhance health system [internet]. 2023 [cited 2025 Sep 1]. Available from: <https://tu.ac.th/thammasat-220868-elderly-health-care-system>. (in Thai)
19. Kasem S. Elderly health care trends 2025 for sustainable health. Modern Form Healthcare Magazine. 2025 Mar 20.
20. Office of the Elderly Health. Research and policy on primary care for elderly in Thailand [internet]. 2025 [cited 2025 Sep 1]. Available from: <https://eh.anamai.moph.go.th/th/>. (in Thai)
21. Kitson A, Harvey G, McCormack B. Enabling the implementation of evidence-based practice: a conceptual framework. Qual Health Care. 1998;7(3):149-58.
22. Rycroft-Malone J. The PARIHS framework—a framework for guiding the implementation of evidence-based practice. J Nurs Care Qual. 2004;19(4):297-304.
23. Kruschke C, Butcher HK. Evidence-based practice guideline: fall prevention for older adults. J Gerontol Nurs. 2017 Nov 1;43(11):15-21. doi: 10.3928/00989134-20171016-01.
24. Frieson CW, Tan MP, Ory MG, Smith ML. Evidence-based

- practices to reduce falls and fall related injuries among older adults. *Frontiers. Public Health* 2018;6:222. Available from: <https://www.frontiersin.org/research-topics/4231/evidence-based-practices-to-reduce-falls-and-fall-related-injuries-among-older-adults>.
25. Unwin BK, Jerant AF. The home visit. *Am Fam Physician*. 1999 Oct 1;60(5):1481-8.
 26. Kitson A, Harvey G, McCormack B. Enabling the implementation of evidence-based practice: a conceptual framework. *BMJ Quality & Safety*. 1998;7:149-58.
 27. Prates ML, Machado JC, Silva LSD, Avelar PS, Prates LL, Mendonca ET, et al. Performance of primary health care according to PCATool instrument: a systematic review. *Ciencia Saude Coletiva*. 2017;22:1881-93.
 28. Millet JD. *Management in the public service: The quest for effective performance*. New York: McGraw-Hill; 1954.
 29. Wongpathomtip K. The participation in the Zika virus disease prevention and control for health volunteers in Don Tum district, Nakhon Pathom province. *J Office DPC 7 Khon Kaen*. 2017;24(2):59-67. (in Thai)
 30. Opananant P, Ratanasuwan W, Punyawong S. Development of health service system for older adults in the community. *J Natl Health*. 2017;35(2):177-87. (in Thai)