

การพัฒนาแบบการจัดการระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วม
ของชุมชนบ้านแต ตำบลเชียงของ อำเภอนาน้อย จังหวัดน่าน*

DEVELOPMENT OF A COMMUNITY-BASED PARTICIPATORY HEALTH
CARE MANAGEMENT MODEL FOR THE ELDERLY IN BAN TAE, CHIANG
KHONG SUBDISTRICT, NA NOI DISTRICT, NAN PROVINCE

อภิชัย คุณีพงษ์¹, มาโนชญ์ ขายครอง² และ รุ่งทิวิห์ สุขารมย์³

Apichai Khuneepong¹, Manoch Chaikrong² and Rungtiwa Sukharom³

¹⁻³คณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งอโยธยา

¹⁻³Faculty of Public Health, Institute of Entrepreneurial Science Ayothaya, Thailand

Corresponding Author's Email: apichai.iesa@gmail.com

วันที่รับบทความ : 31 มีนาคม 2569; วันแก้ไขบทความ 11 เมษายน 2569; วันตอบรับบทความ : 13 เมษายน 2569

Received 31 March 2026; Revised 11 April 2026; Accepted 13 April 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ (1) ศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ (2) พัฒนารูปแบบการจัดการระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และ (3) ประเมินผลการใช้รูปแบบในพื้นที่บ้านแต ตำบลเชียงของ อำเภอนาน้อย จังหวัดน่าน ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ทำการศึกษาในผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข และผู้นำชุมชน กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพจำนวน 15 คน คัดเลือกแบบเจาะจงและกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณจำนวน 60 คน ได้มาจากการสุ่มอย่างง่าย เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแบบสอบถามมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งผ่านการตรวจสอบ

Citation:



* อภิชัย คุณีพงษ์, มาโนชญ์ ขายครอง และ รุ่งทิวิห์ สุขารมย์. (2569). การพัฒนาแบบการจัดการระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านแต ตำบลเชียงของ อำเภอนาน้อย จังหวัดน่าน.

วารสารสหศาสตร์การพัฒนาสังคม, 4(3), 798-814.

Apichai Khuneepong, Manoch Chaikrong and Rungtiwa Sukharom. (2026). Development Of A Community-Based Participatory Health Care Management Model For The Elderly In Ban Tae, Chiang Khong Subdistrict, Na Noi District, Nan Province. Journal of Interdisciplinary Social Development, 4(3), 798-814.;

DOI: <https://doi.org/10.>

Website: <https://so12.tci-thaijo.org/index.php/JISDIADP/>

คุณภาพแล้ว เก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ การศึกษาสถานการณ์ การพัฒนารูปแบบ และการทดลองใช้และประเมินผล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนาและการทดสอบค่าที (Paired t-test)

ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพจากโรคเรื้อรัง ข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ และขาดความต่อเนื่องในการดูแล รูปแบบที่พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การบริหารจัดการระบบ กระบวนการดูแลสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน และการสนับสนุนทรัพยากร ผลการประเมินพบว่า หลังการใช้รูปแบบ ผู้สูงอายุมีการเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น จากค่าเฉลี่ย 3.12 (S.D. = 0.54) เป็น 4.21 (S.D. = 0.48) ($t = 12.45, p < .001$) และมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจากค่าเฉลี่ย 3.25 (S.D. = 0.50) เป็น 4.30 (S.D. = 0.45) ($t = 13.02, p < .001$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.35, S.D. = 0.42) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบดังกล่าวมีประสิทธิภาพผลและสามารถนำไปใช้ได้จริงในชุมชน

คำสำคัญ: การดูแลผู้สูงอายุ, การมีส่วนร่วมของชุมชน, ระบบดูแลระยะยาว, คุณภาพชีวิต

Abstract

This research aimed to (1) examine the problems and needs in health care among older adults, (2) develop a community participation-based health care management model for older adults, and (3) evaluate the implementation of the model in Ban Tae, Chiang Khong Subdistrict, Na Noi District, Nan Province. The study population consisted of older adults, caregivers, village health volunteers, and community leaders. This research used a participatory action research design. The qualitative sample included 15 participants selected by purposive sampling, while the quantitative sample consisted of 60 participants selected by simple random sampling. The research instruments included a semi-structured interview and a 5-point rating scale questionnaire, both of which were tested for quality. Data collection was conducted in three phases: situational analysis, model development, and implementation and evaluation. Qualitative

data were analyzed using content analysis, while quantitative data were analyzed using descriptive statistics and paired t-test.

The results revealed that older adults experienced health problems related to chronic diseases, limitations in access to health services, and lack of continuity in care. The developed model consisted of four components: system management, health care processes, community participation, and resource support. The evaluation results showed that after implementation, access to health services significantly increased from a mean score of 3.12 (S.D. = 0.54) to 4.21 (S.D. = 0.48) ($t = 12.45, p < .001$), and quality of life significantly improved from a mean score of 3.25 (S.D. = 0.50) to 4.30 (S.D. = 0.45) ($t = 13.02, p < .001$). Additionally, overall satisfaction with the model was at a high level (Mean = 4.35, S.D. = 0.42). These findings indicate that the developed model is effective and applicable for use in the community.

Keywords: Elderly Care, Community Participation, Long-Term Care, Quality of Life

บทนำ

ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้โครงสร้างประชากรเปลี่ยนแปลงและเกิดความท้าทายต่อระบบสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและโรคเรื้อรัง “ระบบสุขภาพ” หมายถึง ระบบที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งต้องอาศัยการบูรณาการการทำงานของภาครัฐ เอกชน และชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ทั้งนี้ นโยบายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของประเทศไทย ได้เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนและครอบครัว เพื่อให้เกิดระบบการดูแลที่ยั่งยืนและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565)

สถานการณ์ปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุไทยส่วนใหญ่มิโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและภาระของระบบบริการสุขภาพและครอบครัว (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2564) นอกจากนี้ การศึกษาพบว่าระบบการดูแลผู้สูงอายุยังมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการ ความต่อเนื่องของการดูแล และการบูรณา

การระหว่างหน่วยงาน โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567) ขณะเดียวกันงานวิจัยในประเทศไทยยังชี้ให้เห็นว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยเสริมสร้างประสิทธิภาพของระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และช่วยให้เกิดความยั่งยืนในการดูแลระยะยาว (นงนุช โอปะ และคณะ, 2566)

สำหรับพื้นที่บ้านแต ตำบลเชียงของ อำเภอนาน้อย จังหวัดน่าน ซึ่งเป็นพื้นที่ชนบทพบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะโรคเรื้อรัง ภาวะพึ่งพิง และการขาดผู้ดูแลที่เหมาะสม จากรายงานสถานการณ์พื้นที่พบว่า การดูแลผู้สูงอายุยังคงพึ่งพาครอบครัวเป็นหลัก ขณะที่ระบบสนับสนุนจากชุมชนยังขาดความเป็นระบบและความต่อเนื่อง ส่งผลให้การดูแลสุขภาพยังไม่ครอบคลุมและไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ (สมัชชาสุขภาพจังหวัดน่าน, 2568)

ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการจัดการระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่บ้านแตจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อสร้างระบบการดูแลที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ เสริมสร้างศักยภาพของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นอย่างยั่งยืน อีกทั้งยังสามารถเป็นต้นแบบในการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทอื่นที่มีบริบทคล้ายคลึงกันต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุชุมชนบ้านแต ตำบลเชียงของ อำเภอนาน้อย จังหวัดน่าน
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านแต ตำบลเชียงของ อำเภอนาน้อย จังหวัดน่าน
3. เพื่อประเมินผลการใช้รูปแบบการจัดการระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านแต ตำบลเชียงของ อำเภอนาน้อย จังหวัดน่าน

การทบทวนวรรณกรรม

1. แนวคิดระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (Long-term Care: LTC) ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (Long-term Care: LTC) เป็นกลไกสำคัญในการรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทั้ง

ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ ตลอดจนการดูแลด้านจิตใจและสังคม แนวคิด LTC เน้นการจัดบริการแบบบูรณาการระหว่างระบบสุขภาพและระบบสังคม เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพและมีศักดิ์ศรี (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565) ในประเทศไทย ระบบ LTC เชื่อมโยงกับบริการปฐมภูมิ โดยมีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การประเมินภาวะพึ่งพิง การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล การดูแลที่บ้าน และการติดตามต่อเนื่อง โดยอาศัยความร่วมมือของทึมสหวิชาชีพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น อสม. และครอบครัว อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานยังมีข้อจำกัด เช่น ความไม่ต่อเนื่องของบริการและการบูรณาการที่ยังไม่เป็นระบบ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบ LTC ที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีในพื้นที่ จึงมีความจำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยนี้ที่มุ่งพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่บ้านแต่ให้มีความครอบคลุมและยั่งยืน

2. แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นแนวคิดสำคัญในการพัฒนาระบบสุขภาพ โดยเปิดโอกาสให้ประชาชนและภาคีเครือข่ายเข้ามามีบทบาทตั้งแต่การวิเคราะห์ปัญหา การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล ซึ่งช่วยให้การดำเนินงานสอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่และเกิดความยั่งยืน แนวคิดนี้สอดคล้องกับหลักสาธารณสุขมูลฐานที่เน้นการพึ่งตนเองและการใช้ทรัพยากรในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบท ชุมชนมีบทบาทสำคัญผ่านกลไกต่าง ๆ เช่น อสม. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายภาคประชาสังคม ซึ่งช่วยสนับสนุนการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัด เช่น การขาดทักษะ การสนับสนุนไม่เพียงพอ และการมีส่วนร่วมที่ไม่ต่อเนื่อง (ทองคำ ไบโพธิ์, 2567) ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมที่เป็นระบบและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่จึงมีความจำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยนี้ที่มุ่งสร้างรูปแบบการจัดการระบบดูแลผู้สูงอายุโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่บ้าน

3. สถานการณ์สุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยและจังหวัดน่าน ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้ความต้องการด้านสุขภาพและการดูแลระยะยาวเพิ่มสูงขึ้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรังและต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างครอบครัว ทำให้ศักยภาพในการดูแลลดลง จึงจำเป็นต้องพัฒนาระบบดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุม (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) ในจังหวัดน่าน พบว่ามีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงและเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีผู้สูงอายุมากกว่า 100,000 คน และส่วนใหญ่ได้รับ

เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังพบผู้สูงอายุที่อาศัยลำพังและมีภาวะพึ่งพิงจำนวนหนึ่ง รวมถึงปัญหาด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ

สรุปได้ว่า สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนถึงข้อจำกัดของระบบบริการในพื้นที่ชนบท ทั้งด้านทรัพยากรและการเข้าถึงบริการ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน จึงเป็นแนวทางสำคัญ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยนี้ที่มุ่งพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่บ้านแต่อย่างยั่งยืน

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยยึดแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) ซึ่งประกอบด้วย กระบวนการเป็นวงจร ได้แก่ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกขั้นตอนของการวิจัย การวิจัยมุ่งพัฒนารูปแบบการจัดการระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในพื้นที่บ้านแต่ ตำบลเชียงของ อำเภอนาน้อย จังหวัดน่าน ดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ได้แก่ (1) การศึกษาสถานการณ์และปัญหา (Planning) (2) การพัฒนารูปแบบ (Action and Observation) และ (3) การทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบ (Reflection) โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในทุกขั้นตอน

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุในพื้นที่บ้านแต่ จำนวน 107 คน รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) บุคลากรสาธารณสุข และผู้นำชุมชน กลุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 2.1 กลุ่มเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลัก เช่น ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล อสม. ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 15 คน และ 2.2 กลุ่มเชิงปริมาณ ได้แก่ ผู้สูงอายุในพื้นที่บ้านแต่ จำนวนประมาณ 60 คน คิดเป็นร้อยละ 56.07 ของประชากรทั้งหมด

3. วิธีการได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพใช้วิธีการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยพิจารณาจากบทบาทและประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเชิง

ปริมาณใช้วิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) จากทะเบียนรายชื่อผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของประชากร

4. การสร้างเครื่องมือและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมืออย่างเป็นระบบ ดังนี้

4.1 การสร้างเครื่องมือวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 2 ประเภท ได้แก่

1) แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ใช้สำหรับเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพเกี่ยวกับสภาพปัญหา ความต้องการ และแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการสร้างเครื่องมือดังนี้ ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลระยะยาว (LTC) และการมีส่วนร่วมของชุมชน กำหนดประเด็นคำถามให้ครอบคลุม 3 ด้าน ได้แก่ (1) สภาพปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (2) ความต้องการและแนวทางการพัฒนา (3) การมีส่วนร่วมของชุมชน ออกแบบคำถามลักษณะปลายเปิด เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ตรวจสอบความเหมาะสมของถ้อยคำ ความชัดเจน และลำดับคำถาม ตัวอย่างประเด็นคำถาม เช่น สภาพปัญหาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเป็นอย่างไร ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับระบบ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบัน แนวทางในการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุควรเป็นอย่างไร ชุมชนสามารถมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ในรูปแบบใด

2) แบบสอบถาม (Questionnaire) ใช้สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อประเมินผลลัพธ์ของรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยแบ่งออกเป็น 4 ตอน ได้แก่ ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ลักษณะเป็นคำถามปลายปิด เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ และสถานะสุขภาพ ตอนที่ 2 การเข้าถึงบริการสุขภาพ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Likert scale) ตั้งแต่ “น้อยที่สุด” ถึง “มากที่สุด” ครอบคลุมด้านการเข้าถึงบริการ ความสะดวก ความต่อเนื่อง และความครอบคลุมของบริการ จำนวน 20 ข้อ ตอนที่ 3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม จำนวน 20 ข้อ และ ตอนที่ 4 ความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพเป็นแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ครอบคลุมด้านความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ของรูปแบบ จำนวน 15 ข้อ

4.2 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นเสนอผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้าน

สาธารณสุข ผู้สูงอายุ และการวิจัย เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษา และความครอบคลุมของตัวแปรที่ศึกษา จากนั้นคำนวณค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) พบว่าแบบสอบถามมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67–1.00 ซึ่งเป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนด (≥ 0.50) และได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ และการทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.82 ซึ่งอยู่ในระดับดี และภายหลังการตรวจสอบความตรงและความเชื่อมั่น ผู้วิจัยได้ปรับปรุงเครื่องมือให้มีความชัดเจน เข้าใจง่าย และเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ก่อนนำไปใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการเป็น 3 ระยะ ได้แก่

5.1 ระยะศึกษาสถานการณ์ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และการสำรวจข้อมูลพื้นฐาน

5.2 ระยะพัฒนารูปแบบ ใช้กระบวนการมีส่วนร่วม เช่น การประชุมเชิงปฏิบัติการ (workshop) เพื่อร่วมกันออกแบบรูปแบบการดูแล

5.3 ระยะทดลองใช้และประเมินผล เก็บข้อมูลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ (pre-post test) และประเมินผลจากแบบสอบถามและการสะท้อนผลของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

6. การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสังเคราะห์ประเด็นสำคัญและพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแล ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ การทดสอบค่าที (Paired t-test) เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาสภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และจัดหมวดหมู่ประเด็นสำคัญ พบประเด็นหลักดังนี้

ประเด็นที่ 1 ปัญหาสุขภาพและภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง และมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน ส่งผลให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดูแล ดังคำกล่าวที่ว่า

“ตอนนี้เดินไม่ค่อยไหว ต้องให้ลูกหลานช่วยพาไปโรงพยาบาล บางทีก็ลำบากเพราะ เขาก็ต้องทำงาน” (ผู้สูงอายุ)

“ผู้สูงอายุหลายคนมีโรคประจำตัวหลายโรค ต้องกินยาหลายชนิด และบางคนดูแลตัวเองไม่ได้ ต้องมีคนคอยดูแลตลอด” (ผู้ดูแล)

ประเด็นที่ 2 ข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการ เช่น การเดินทาง ความไม่ต่อเนื่องของการดูแล และการประสานงาน ดังคำกล่าวที่ว่า

“โรงพยาบาลอยู่ไกล ไปแต่ละครั้งต้องรอคนพาไป บางครั้งก็ไม่ได้ไปตามนัด” (ผู้สูงอายุ)

“การติดตามผู้ป่วยยังไม่ต่อเนื่อง บางครั้งข้อมูลไม่เชื่อมกัน ทำให้ดูแลต่อเนื่องยาก” (ผู้ดูแล/อสม.)

ประเด็นที่ 3 ความต้องการระบบดูแลที่ต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความต้องการให้ระบบการดูแลที่เข้าถึงง่าย ต่อเนื่อง และมีชุมชนเข้ามามีบทบาท ดังคำกล่าวที่ว่า

“อยากให้มีคนมาเยี่ยมที่บ้านบ่อย ๆ จะได้ไม่ต้องเดินทางบ่อย และมีคนคอยแนะนำเรื่องสุขภาพ” (ผู้สูงอายุ)

“ถ้าชุมชนช่วยกันดูแล เช่น อสม. หรือเพื่อนบ้านมาช่วยดูบ้าง จะทำให้การดูแลผู้สูงอายุดีขึ้นมาก” (ผู้ดูแล)

ประเด็นที่ 4 บทบาทของครอบครัวและอาสาสมัคร ครอบครัวและอาสาสมัครเป็นกลไกสำคัญ แต่ยังขาดการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ดังคำกล่าวที่ว่า

“ลูกหลานก็อยากดูแล แต่บางทีไม่มีความรู้ว่าจะดูแลอย่างไร” (ผู้ดูแล)

“อสม. ก็ช่วยดูแลได้ระดับหนึ่ง แต่ถ้ามีการอบรมเพิ่มเติมก็น่าจะช่วยได้มากขึ้น” (ผู้เกี่ยวข้องในชุมชน)

สรุปผลการศึกษาพบว่า ปัญหาสำคัญประกอบด้วย 4 มิติ ได้แก่ สุขภาพร่างกาย การเข้าถึงบริการ ความต่อเนื่องของระบบ และการมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งสะท้อนถึงความจำเป็นในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บูรณาการทุกภาคส่วนและเหมาะสมกับบริบทพื้นที่

2. ผลการพัฒนารูปแบบการจัดการระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จากกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ผู้วิจัยร่วมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในชุมชนบ้านแต ได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบการจัดการระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีองค์ประกอบสำคัญ 4 ด้าน พร้อมกิจกรรมหลักดังนี้

2.1 องค์ประกอบด้านการบริหารจัดการระบบ (System Management) มุ่งเน้นการวางโครงสร้างและกลไกการดำเนินงานในระดับชุมชนอย่างเป็นระบบ โดยมีกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ (1) การจัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุระดับชุมชน ประกอบด้วยผู้นำชุมชน อสม. บุคลากรสาธารณสุข และตัวแทนครอบครัวผู้สูงอายุ (2) การประชุมวางแผนเชิงมีส่วนร่วม เพื่อกำหนดเป้าหมาย แผนงาน และบทบาทหน้าที่ของแต่ละภาคส่วน (3) การจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ (Elderly registry) จำแนกตามกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง (4) การกำหนดระบบการประสานงานระหว่างหน่วยงาน เช่น รพ.สต. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเครือข่ายชุมชน (5) การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเป็นระยะ (Monitoring & Evaluation)

2.2 องค์ประกอบด้านกระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (Care Process) เป็นกระบวนการดูแลที่ครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรองจนถึงการติดตามต่อเนื่อง โดยมีกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ (1) การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมินภาวะพึ่งพิง (ADL) และการประเมินสุขภาพพื้นฐาน (2) การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Individual Care Plan) โดยทีมสหวิชาชีพ (3) การให้บริการเยี่ยมบ้าน (Home visit) โดย อสม. และบุคลากรสาธารณสุข (4) การติดตามการใช้ยาและการดูแลโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง (5) การส่งต่อผู้ป่วยในกรณีจำเป็นไปยังหน่วยบริการระดับที่สูงขึ้น (6) การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น ออกกำลังกายผู้สูงอายุ และการให้ความรู้ด้านสุขภาพ

2.3 องค์ประกอบด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) เน้นการเสริมสร้างบทบาทของทุกภาคส่วนในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ (1) การจัดเวทีประชาคมเพื่อรับฟังความคิดเห็นและกำหนดแนวทางการดูแลร่วมกัน (2) การส่งเสริมบทบาทของ อสม. ในการติดตามและดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบ (3) การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เช่น กลุ่มจิตอาสา กลุ่มผู้ดูแล (4) การจัดกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน เช่น กิจกรรมเยี่ยมบ้าน กิจกรรมวันผู้สูงอายุ (5) การมี

ส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในชีวิตประจำวัน และ (6) การสร้างระบบเพื่อนช่วยเพื่อนในชุมชน (Buddy system)

2.4 องค์ประกอบด้านการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพ (Support and Capacity Building) มุ่งเน้นการเสริมสร้างความรู้ ทักษะ และทรัพยากรในการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ (1) การจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ดูแล อสม. และครอบครัว ในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุและโรคเรื้อรัง (2) การพัฒนาทักษะการดูแล เช่น การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การปฐมพยาบาลเบื้องต้น (3) การสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เตียงผู้ป่วย รถเข็น และอุปกรณ์ช่วยเดิน (4) การสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (5) การสร้างสื่อความรู้ เช่น คู่มือการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และ (6) การนิเทศและให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่องโดยบุคลากรสาธารณสุข

สรุปรูปแบบที่พัฒนา รูปแบบการจัดการระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้น มีลักษณะเป็นระบบบูรณาการ (Integrated Model) ที่เชื่อมโยงการทำงานระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ ในชุมชน โดยมีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ครอบคลุม และต่อเนื่อง ส่งผลให้สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ผลการประเมินการใช้รูปแบบการจัดการระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การประเมินผลการใช้รูปแบบฯ ผู้วิจัยได้ดำเนินการทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการใช้รูปแบบ พบว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังแสดงในตารางที่ 1 – 3

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบการเข้าถึงบริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา (n=60)

ตัวแปร	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		t	p-value
	mean	S.D.	mean	S.D.		
การเข้าถึงบริการสุขภาพ	3.12	0.54	4.21	0.48	12.45	<.001*
คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	3.25	0.50	4.30	0.45	13.02	<.001*

จากตารางที่ 1 พบว่า หลังการใช้รูปแบบ ผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นจาก 3.12 เป็น 4.21 และด้านคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจาก 3.25 เป็น 4.30 โดยทั้งสองตัวแปรมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่ารูปแบบการจัดการระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมีประสิทธิผลในการเพิ่มการเข้าถึงบริการและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่

ตารางที่ 2 ระดับความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

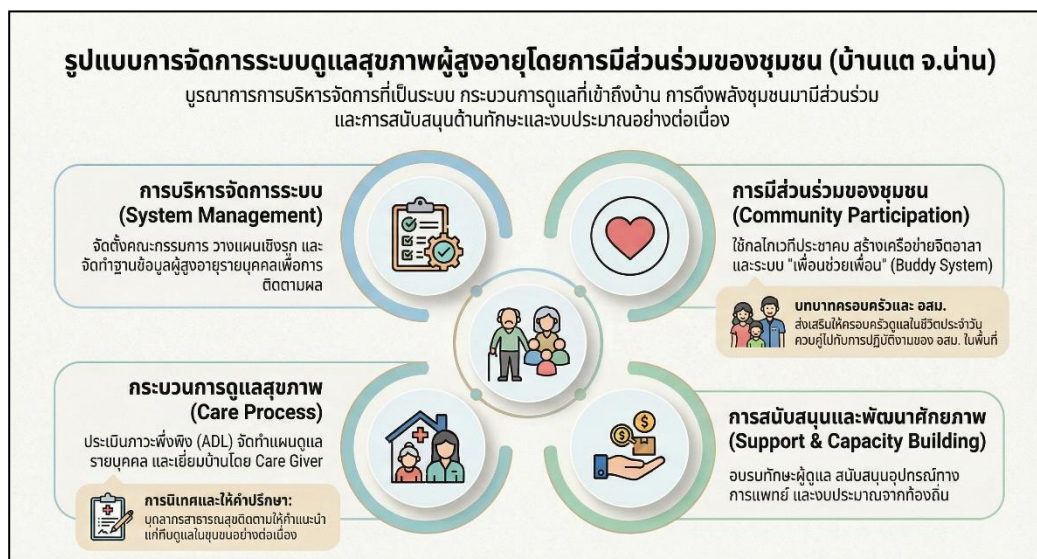
ตัวแปร	mean	S.D.	ระดับ
ความเหมาะสมของรูปแบบ	4.32	0.44	มาก
ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้	4.38	0.40	มาก
ประโยชน์ของรูปแบบ	4.36	0.42	มาก
ภาพรวม	4.35	0.42	มาก

จากตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับมาก (mean = 4.35, S.D. = 0.42) โดยทุกด้าน ได้แก่ ความเหมาะสม ความเป็นไปได้ และประโยชน์ของรูปแบบ อยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถตอบสนองความต้องการและสามารถนำไปใช้ได้จริงในชุมชน สอดคล้องกับผลการศึกษาจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง พบว่า ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องมากขึ้น การเยี่ยมบ้านช่วยลดภาระการเดินทางและเพิ่มความมั่นใจในการดูแลสุขภาพ ชุมชนมีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น และเกิดการประสานงานที่ดีระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ ดังคำกล่าวที่ว่า

“หลังจากมีโครงการนี้ มีคนมาเยี่ยมบ้านบ่อยขึ้น ทำให้รู้สึกอุ่นใจมากขึ้น” (ผู้สูงอายุ)

“การทำงานร่วมกันของชุมชนทำให้การดูแลผู้สูงอายุมีระบบมากขึ้น” (ผู้ดูแล)

สรุปผลการประเมิน รูปแบบการจัดการระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่พัฒนาขึ้น สามารถเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ ยกระดับคุณภาพชีวิต และสร้างความพึงพอใจในระดับสูง โดยมีประสิทธิผลทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ สามารถสรุปเป็นรูปแบบการจัดการระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านเตา ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการจัดการระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านแต

อภิปรายผล

1. สภาพปัญหาและความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในพื้นที่มีภาระโรคเรื้อรังสูง เข้าถึงบริการได้จำกัด และต้องการการดูแลต่อเนื่องในชุมชน สอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยที่ระบุว่าผู้สูงอายุมีแนวโน้มเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและต้องการบริการดูแลระยะยาวเพิ่มขึ้น (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2565) นอกจากนี้ ปัญหาการเข้าถึงบริการและความต่อเนื่องของการดูแลในพื้นที่ชนบทยังเป็นประเด็นสำคัญในระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิของไทย (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ผลดังกล่าวยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของจิรพันธ์ ศรีสุพรรณ และกัญญาภรณ์ มั่งประเสริฐ (2569) ที่พบว่า ปัจจัยด้านครอบครัว การเข้าถึงบริการ และการสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งสะท้อนว่าปัญหาที่พบในพื้นที่ศึกษาไม่ใช่กรณีเฉพาะ แต่เป็นลักษณะร่วมของผู้สูงอายุในบริบทชนบทไทย โดยเฉพาะพื้นที่ทางไกลที่ยังขาดระบบดูแลต่อเนื่องและการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน ดังนั้น ความต้องการระบบดูแลที่เชื่อมโยงบริการสุขภาพกับชุมชนจึงเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องพัฒนา

2. การพัฒนารูปแบบการจัดการระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเน้นการบูรณาการระบบบริการสุขภาพกับการมีส่วนร่วมของชุมชน สอดคล้องกับแนวคิด Long-

term Care (LTC) ของประเทศไทยที่มุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวมและต่อเนื่องในระดับพื้นที่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565) โดยองค์ประกอบของรูปแบบ เช่น การจัดการเชิงระบบ การดูแลรายบุคคล และการมีส่วนร่วมของ อสม. และครอบครัว สอดคล้องกับงานวิจัยของซัชซา บุญนิยมแต่ง และคณะ (2566) ที่ชี้ว่ารูปแบบดูแลผู้สูงอายุที่มีส่วนร่วมของชุมชนช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลและลดภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้ กระบวนการมีส่วนร่วม (PAR) ทำให้เกิดความเป็นเจ้าของร่วมของชุมชน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญของความยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งนภา เขียวชะอ้า และคณะ (2568) ที่พบว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนช่วยให้ระบบสุขภาพระดับพื้นที่สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับบริบท ดังนั้นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นจึงมีความสอดคล้องทั้งในเชิงนโยบายและหลักฐานเชิงประจักษ์ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ลักษณะใกล้เคียงได้

3. การประเมินผลการใช้รูปแบบ ผลการประเมินพบว่าผู้สูงอายุมีการเข้าถึงบริการสุขภาพและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และมีความพึงพอใจในระดับมาก สอดคล้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่แสดงว่าระบบ LTC ในชุมชนสามารถปรับปรุงผลลัพธ์สุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของจิรนนท์ ศรีสุพรรณ และกัญฐาภรณ์ มั่งประเสริฐ (2569) ที่พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมีประสิทธิภาพในการส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพ ช่วยลดระดับความรุนแรงของการพึ่งพิงได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามผลลัพธ์ที่ดีอาจขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่ เช่น ความเข้มแข็งของชุมชนและการสนับสนุนจากภาคีเครือข่าย ซึ่งสอดคล้องกับข้อค้นพบที่ว่าความสำเร็จของ LTC ขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการและทรัพยากรในระดับพื้นที่ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2565) ดังนั้น การขยายผลรูปแบบจำเป็นต้องคำนึงถึงบริบทพื้นที่และการเสริมศักยภาพเครือข่ายในชุมชนควบคู่กัน

องค์ความรู้ใหม่

งานวิจัยนี้ได้พัฒนาองค์ความรู้ใหม่ในรูปแบบ “BANTAE Model” ซึ่งเป็นรูปแบบการจัดการระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทพื้นที่ชนบท ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ (1) B: Building Network การสร้างเครือข่ายความร่วมมือระหว่างชุมชน หน่วยบริการ และองค์กรท้องถิ่น (2) A: Assessment การประเมินสุขภาพและความต้องการรายบุคคล (3) N: Network Participation การมีส่วนร่วมของ

ครอบครัว อสม. และภาคีชุมชน (4) T: Tailored Care การวางแผนดูแลเฉพาะรายอย่างเหมาะสม และ (5) AE: Active Evaluation การติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง โครงสร้างของโมเดลเป็นลักษณะวงจรเชื่อมโยง (cyclical process) ที่ทุกองค์ประกอบทำงานร่วมกันอย่างบูรณาการ ส่งผลให้เกิดระบบดูแลที่ต่อเนื่อง ครอบคลุม และยั่งยืน สามารถยกระดับการเข้าถึงบริการและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป/ข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้ สรุปได้ว่า ผู้สูงอายุในพื้นที่บ้านแต่มีปัญหาด้านสุขภาพจากโรคเรื้อรัง การเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำกัด และขาดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในระดับต่าง ๆ โดยความต้องการหลักคือระบบการดูแลที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง และมีชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ จากการพัฒนารูปแบบการจัดการระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่ารูปแบบที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ การบริหารจัดการระบบกระบวนการดูแลสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชน และการสนับสนุนทรัพยากร ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้จริงในบริบทพื้นที่ และผลการประเมินพบว่าช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพยกระดับคุณภาพชีวิต และสร้างความพึงพอใจของผู้สูงอายุในระดับมากอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนข้อเสนอแนะในการวิจัย ประกอบด้วย

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ ประกอบด้วย
 - 1.1 หน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรนำรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ โดยปรับให้สอดคล้องกับบริบทและทรัพยากรของแต่ละชุมชน
 - 1.2 ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน เช่น อสม. ครอบครัว และผู้นำชุมชน ให้เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง
 - 1.3 ควรสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและอาสาสมัคร รวมทั้งจัดสรรงบประมาณและทรัพยากรที่เพียงพอ เพื่อให้ระบบการดูแลผู้สูงอายุมีความยั่งยืน
2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ได้แก่
 1. ควรศึกษาผลลัพธ์ระยะยาวของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อประเมินความยั่งยืนและผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในระยะยาว
 2. ควรขยายการศึกษาไปยังหลายพื้นที่ที่มีบริบทแตกต่างกัน เพื่อเปรียบเทียบและพัฒนารูปแบบให้มีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น
 3. ควรพัฒนาและประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น ระบบติดตามสุขภาพหรือแอปพลิเคชัน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทุนสนับสนุนการดำเนินงานจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ (สสส.) ปีงบประมาณ 2567 โครงการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนบ้านแต ตำบลเชียงของ อำเภอนาน้อย จังหวัดน่าน (ข้อตกลงเลขที่ 67-00951 รหัสโครงการ 67-00094-18)

เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2567. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2565). แผนยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561–2580). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- จิรนนท์ ศรีสุพรรณ และกัญฐาภรณ์ มั่งประเสริฐ. (2566). ประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล อำเภอบ้านลาด จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ, 7(1), 170–183.
- ชัชชา บุญเนียมแดง, ชาญชัย จิตรเหล้าอาพร และจิตาภา ถิรศิริกุล. (2566). ปัจจัยที่มีผลต่อนโยบายการบริการผู้สูงอายุในระยะยาวของไทย. Journal of Roi Kaensarn Academi, 8(10), 70-83.
- ทองคำ ใบโพธิ์. (2567). การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการสร้างเสริมพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในอำเภอฮอด จังหวัดเชียงใหม่. Interdisciplinary Academic and Research Journal, 4(4), 653–677.
- นงนุช โอบะ, สุรีย์พร สีหอแก้ว และอารียา นาคศิริ. (2566). ความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและทักษะที่จำเป็นของผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาว. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก, 10(1), 41–52.
- รุ่งนภา เขียวชะอ้า และคณะ. (2568). สมรรถนะพยาบาลในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน: การวิจัยผสานวิธีแบบคู่ขนาน. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล, 31(2), 37-56.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2564). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2565). คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care). กรุงเทพมหานคร: สำนักงาน
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.