

## Original article

# Community empowerment in town municipality for the elderly health service system: a case study of Khukod Municipality, Pathumthani, Thailand

Pasitpon Vatcharavongvan<sup>1,\*</sup>, Viwat Puttawanchai<sup>1</sup>, Jeeraporn Kummabutr<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Department of Community Medicine and Family Medicine, Faculty of Medicine, Thammasat University, Pathumthani, Thailand

<sup>2</sup>Department of Community Health Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University, Pathumthani, Thailand

---

## Abstract

**Background:** The number of elderly people is increasing all over the world. The health service system should adapt to accommodate the growing number of elderly people.

**Objective:** This study aimed to develop a community health service system for the elderly in a town municipality using community empowerment to collaborated with the town municipality and community representatives in order to develop and implement a community health service system for the elderly.

**Methods:** The researchers conducted three-team meetings with the town municipality and community representatives. Then, the town municipality and community representatives implemented the developed system in four communities, chosen by the town representatives. The health teams discuss the finding with the town municipality and summerised team preparation and research approach in health service system for development and planning.

**Results:** Home visits should include guidelines for caregiver assessment, training to using 1669 services and using 1669 mobile applications, and the collaboration between the Division of Social Welfare and the Division of Public Health and Environment in the provision of medical equipment for elderly patients.

**Conclusion:** This study demonstrated the feasibility of using community empowerment to work with the town municipality and community members in order to develop a community health service system in urban areas, where a system is far more complicated than one in rural areas.

**Keywords:** Community empowerment, aging society, town municipality.

---

\*Correspondence to: Pasitpon Vatcharavongvan, Department of Community Medicine and Family Medicine, Faculty of Medicine Thammasat University, Pathumthani 12120, Thailand.

E-mail: pasitnat@gmail.com

Received: January 25, 2021

Revised: June 22, 2021

Accepted: July 2, 2021

## นิพนธ์ต้นฉบับ

# การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในเทศบาลเมือง เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับชุมชนสำหรับ สังคมสูงอายุ: กรณีเทศบาลเมืองคูคต จังหวัดปทุมธานี

พลิชฐ์พล วัชรวงษ์วาน<sup>1</sup>, วิวัฒน์ พุทธิวรรณไชย<sup>1</sup>, จีราภรณ์ กรรรมบุตร<sup>2</sup>

สถานเวชศาสตร์ชุมชนและเวชศาสตร์ครอบครัว คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

## บทคัดย่อ

**เหตุผลของการทำวิจัย:** ประชากรผู้สูงอายุมีมากขึ้นเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไป และระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ควรปรับตัวให้สอดคล้องรับกับจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น

**วัตถุประสงค์:** งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเมือง โดยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน อาศัยการทำงานร่วมกันระหว่างเทศบาลและชุมชน ในการพัฒนาระบบและนำระบบไปใช้

**วิธีการทำวิจัย:** โดยการประชุมทีมปฏิบัติการ การดำเนินงาน และการสรุปการดำเนินงาน ขั้นตอน: 1) การเตรียมทีมและแนวทางการวิจัย; 2) การประชุมเพื่อพัฒนาระบบบริการและวางแผนการดำเนินงาน ระบบบริการสุขภาพที่เทศบาลต้องการพัฒนา ได้แก่ การเยี่ยมบ้านในโครงการการดูแลระยะยาว ด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การบริการการแพทย์ฉุกเฉินและการจัดการวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

**ผลการศึกษา:** การศึกษานี้ได้กำหนดแนวทางการเยี่ยมบ้านร่วมกับแพทย์และการประเมินผู้ดูแลหลัก การอบรมให้ความรู้เรื่องขั้นตอนการใช้บริการ 1669 และการใช้ 1669 mobile application ให้กับผู้สูงอายุ 4 ชุมชน และการทำงานร่วมกันระหว่างกองสวัสดิการและกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมในการจัดวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์

**สรุป:** งานวิจัยนี้แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการใช้แนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการทำงานร่วมกับเทศบาลเขตเมืองและชุมชนเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับชุมชนในเทศบาลเขตเมืองที่มีความซับซ้อนต่างจากพื้นที่เขตชนบท

**คำสำคัญ:** การสร้างความเข้มแข็งของชุมชน, สังคมผู้สูงอายุ, เทศบาลเมือง.

ในปี พ.ศ. 2560 ประชากรผู้สูงอายุทั่วโลกที่อายุ 60 ปีขึ้นไปอยู่ที่ประมาณ 962 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 13 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2573 และพ.ศ. 2593 ประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 1.4 และ 2.1 พันล้านคน ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2593 ประชากรผู้สูงอายุในแต่ละทวีป ยกเว้น ทวีปแอฟริกา จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 25 ของประชากรในแต่ละทวีป การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุที่เร็วกว่าการเพิ่มขึ้นของประชากรวัยเด็กและวัยทำงาน ส่งผลให้อัตราพึ่งพิงผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 7.4 ในทวีปเอเชีย ในปี พ.ศ. 2593 อัตราพึ่งพิงผู้สูงอายุใน 7 ประเทศในทวีปเอเชีย อาจลดลงเหลือ 2.0<sup>(1)</sup> ซึ่งส่งผลกระทบต่อนโยบายและภาวะเศรษฐกิจในประเทศสำหรับประเทศไทยนั้น ประชากรผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2558 มีประมาณ 1.3 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 16 ของประชากรทั้งหมด ในปี พ.ศ. 2564 หรืออีก 2 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ กล่าวคือ มีสัดส่วนประชากรสูงวัยร้อยละ 20 และจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32 ในปีพ.ศ. 2583 หรือเรียกว่าสังคมสูงอายุระดับสุดยอด<sup>(2)</sup>

ประชากรโลกประมาณ 3.9 พันล้านคน หรือร้อยละ 54 อาศัยอยู่ในเขตเมือง ในปีพ.ศ. 2557 เพิ่มขึ้นจาก 746 ล้านคน หรือร้อยละ 30 ในปี พ.ศ. 2493 และจะเพิ่มขึ้นเป็น 6.4 พันล้านคนหรือร้อยละ 66 ในปี พ.ศ. 2593<sup>(3)</sup> การเพิ่มขึ้นของประชากรที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองร่วมกับการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุส่งผลให้ประชากรผู้สูงอายุในเขตเมืองมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อเทียบกับเขตชนบท<sup>(4)</sup> ในพื้นที่เขตเมือง ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นร้อยละ 68 ในระยะเวลา 15 ปี คือ ระหว่างปี พ.ศ. 2543 และ พ.ศ. 2558 ในปี พ.ศ. 2558 ประชากรสูงอายุอาศัยในพื้นที่เขตเมืองร้อยละ 58 และสูงขึ้นไปถึงร้อยละ 63 ในประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปสำหรับทวีปเอเชีย ประชากรผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในเขตเมืองร้อยละ 49 ในปี พ.ศ. 2558 และสูงถึงร้อยละ 53 สำหรับประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป สำหรับในประเทศไทย ประชากรสูงอายุในเขตเมืองเพิ่มขึ้นจาก 3.3 ล้านคน หรือร้อยละ 39.7 ในปี พ.ศ. 2553 เป็น 6.3 ล้านคนหรือร้อยละ 49.8 ในปี พ.ศ. 2563 และจะเพิ่มขึ้นเป็น 11.6 ล้านคน หรือร้อยละ 59.8 ในปี พ.ศ. 2583<sup>(5)</sup>

การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุในประเทศไทย ส่งผลต่อสภาพเศรษฐกิจ สังคมและสุขภาพ โดยเฉพาะเรื่องสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุมีสุขภาพเสื่อมถอยลงเมื่ออายุมากขึ้น<sup>(6, 7)</sup> เช่น ร้อยละ 45.9 มีปัญหาด้านการมองเห็น

ร้อยละ 14.8 มีปัญหาการได้ยิน ร้อยละ 11.6 เคยหกล้ม<sup>(6)</sup> และร้อยละ 12.7 ต้องการผู้ดูแลในบางกิจกรรมหรือต้องพึ่งพาทั้งหมด<sup>(7)</sup> ทั้งนี้สัดส่วนความต้องการผู้ดูแลเพิ่มขึ้นตามอายุของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ สัดส่วนของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังแบบไม่ติดต่อก็อยู่ในระดับสูงเมื่อเทียบกับประชากรกลุ่มอื่น ๆ<sup>(7)</sup> เช่น ร้อยละ 15.4 ของผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวาน เทียบกับร้อยละ 11.8 ของประชากรอายุระหว่าง 45 – 59 ปี และร้อยละ 4.8 ของผู้สูงอายุเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย เทียบกับร้อยละ 1.8 ของประชากรอายุระหว่าง 45 - 49 ปี เป็นต้น

ประชากรผู้สูงอายุในเขตเมืองมีความแตกต่างกับประชากรผู้สูงอายุในเขตชนบทที่เกี่ยวข้องกับการระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะสิทธิการรักษาพยาบาลและการเข้าถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากพื้นที่เขตเมืองโดยเฉพาะเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล มีสถานพยาบาลหลากหลาย ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ร่วมกับประชากรในพื้นที่ที่มีสิทธิการรักษาพยาบาลที่หลากหลาย ทำให้สามารถเลือกใช้บริการได้ตามสิทธิการรักษาพยาบาลหรือความต้องการของตนและครอบครัว ความสามารถในการเข้าถึงบริการสุขภาพที่หลากหลาย อาจทำให้เกิดความซ้ำซ้อนในการใช้บริการสุขภาพ ความเสี่ยงในการได้รับยาที่ซ้ำซ้อนหรือมีอันตรกิริยาต่อกันและการขาดความเชื่อมโยงในการรักษา ระหว่างสถานพยาบาลด้วยกันเอง และระหว่างสถานพยาบาลกับชุมชน ถึงแม้รัฐบาลมีนโยบายและโครงการที่หลากหลายเพื่อตอบสนองของความต้องการการใช้บริการสุขภาพของผู้สูงอายุ นโยบายและโครงการส่วนใหญ่มีจุดเริ่มมาจากพื้นที่ชนบทซึ่งมีบริบทที่แตกต่างกับพื้นที่เขตเมือง เช่น ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (long-term care หรือ LTC) เป็นต้น ทำให้เทศบาลเมืองไม่สามารถขับเคลื่อนนโยบายหรือดำเนินโครงการได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากผลการศึกษาเรื่อง คุณคิโมเดล: ผู้สูงวัยมีพลังและสุขภาพดีปีพ.ศ. 2558 ถึง พ.ศ. 2559<sup>(8)</sup> พบว่ามหาวิทยาลัยมีบทบาทที่สำคัญในการทำงานประสานกับชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานพยาบาล โดยเฉพาะการเสริมสร้างความเข้มแข็งผ่านการทำงานด้านวิชาการและเครือข่ายต่าง ๆ คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการในส่วนของการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่าการเสริมสร้างความเข้มแข็งในชุมชนเป็นสิ่งที่สามารถทำได้ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักในชุมชนประกอบไปด้วย องค์กรปกครอง

ส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสถานพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่และรอบเขตพื้นที่ แนวทางการเสริมสร้างของชุมชนที่มีประสิทธิภาพประกอบไปด้วยการแลกเปลี่ยนข้อมูลในชุมชน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันและการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายในชุมชน อย่างไรก็ตาม การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับชุมชนเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อเชื่อมโยงการบริการสุขภาพระหว่างสถานพยาบาลและภายในชุมชนที่จะช่วยให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและลดความซับซ้อนในการทำงานลงงานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับชุมชนเพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้แนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ผ่านการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และอาศัยการมีส่วนร่วมจาก องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสถานพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่และรอบเขตพื้นที่

**วิธีการศึกษา**

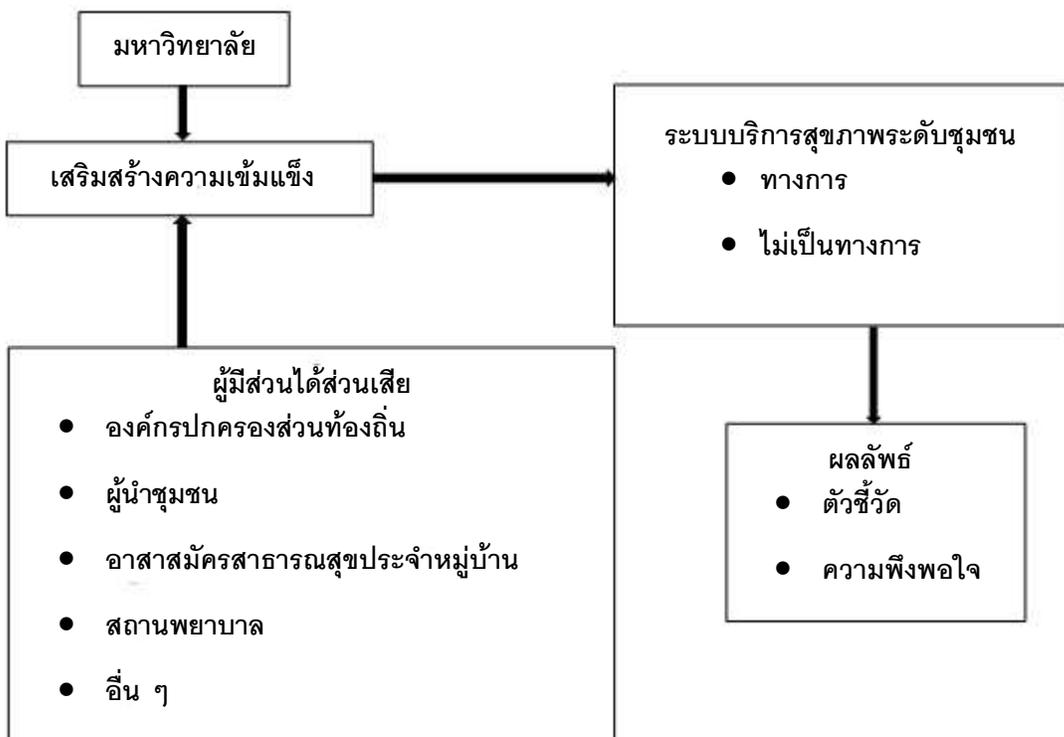
**สมมติฐาน กรอบแนวคิดและรูปแบบการวิจัย**

สมมติฐานของการวิจัยนี้ คือ การใช้แนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนสามารถทำให้ชุมชนสามารถพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับชุมชนที่เหมาะสมกับสังคมผู้สูงอายุในเทศบาลเขตเมือง

การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน คือ การเอื้อให้ชุมชนสามารถจัดการดูแลและพัฒนาสุขภาพของตนเองได้<sup>(9, 10)</sup> (รูปที่ 1) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนประกอบไปด้วยยุทธศาสตร์ที่หลากหลาย ในงานวิจัยนี้ใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนโดยให้ชุมชนเป็นผู้มีอำนาจในการตัดสินใจบนพื้นฐานข้อมูลของชุมชนองค์ความรู้และประสบการณ์ผ่านการเกื้อหนุนโดยทีมผู้วิจัยในฐานะของมหาวิทยาลัยทุนทางสังคมในชุมชนประกอบไปด้วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท) ผู้นำชุมชนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ชมรมผู้สูงอายุ ภาคีเครือข่ายต่าง ๆ กองทุนต่าง ๆ และสถานพยาบาล ช่องว่างของการพัฒนาคือการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียบนพื้นฐานข้อมูลของชุมชน การขาดความเชื่อมโยงการทำงานของภาคีเครือข่ายในชุมชนและระหว่างชุมชนกับหน่วยงานภายนอกและความครอบคลุมการให้บริการด้านสุขภาพผ่าน อสม.

**สถานที่ดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง และการเก็บข้อมูล**

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ตัวแทนจากชุมชนในเทศบาลเมืองคูคต 4 ชุมชน (ผู้นำชุมชน) ตัวแทนเทศบาลเมืองคูคต โดยดำเนินการวิจัยในเทศบาลเมืองคูคตและชุมชน 4 ชุมชน โดยกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย ตัวแทนเทศบาลเมืองคูคตผู้สูงอายุ 4 ชุมชน และผู้วิจัยติดเตียง 4 คน



รูปที่ 1. กรอบแนวคิดการวิจัย

การเก็บข้อมูลได้จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ และระหว่างการทำดำเนินโครงการ เช่น การรวบรวมข้อมูล การรับเรื่อง 1669 จากเทศบาลหลังจากการดำเนินโครงการ รวมทั้งการเก็บข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้าน

**แบบสอบถามภาระการดูแล (Zarit Burden Interview, ZBI)** เป็นแบบสอบถามที่ผู้เข้าร่วมการศึกษาตอบแบบสอบถามด้วยตนเองเกี่ยวกับการรับรู้ภาระการดูแลของผู้ดูแลในบุคคลที่ดูแลตัวเองได้น้อยหรือไม่ได้เลย แบบวัดนี้สร้างขึ้นโดยดัดแปลงและพัฒนาจากแบบสัมภาษณ์ภาระของผู้ดูแล (caregiver burden interview) ของ Zarit SH. และคณะ<sup>(11)</sup> 22 ข้อ ซึ่งแปลโดย อรวรรณ แผนคง<sup>(12)</sup> และนำไปตรวจสอบความเที่ยงกับกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมจำนวน 97 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.89 โดยแบ่งออกเป็น 5 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย (0 คะแนน) หมายถึงผู้ดูแลไม่เคยเกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระเลย จนถึงเป็นประจำ (4 คะแนน) หมายถึง ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกว่าเป็นภาระเป็นประจำ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์เชิงพรรณนาการประชุมและการดำเนินโครงการ ได้แก่ ผู้เข้าร่วมประชุม ผู้เข้าร่วมการดำเนินโครงการ การดำเนินโครงการ ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการ สำหรับการวิเคราะห์เชิงพรรณนาผลที่ได้จากแบบสอบถามภาระการดูแลฉบับภาษาไทย โดยคำนวณและแปลผลคะแนนจากการรวมคะแนนทั้งหมด ค่าคะแนนที่สูงแสดงให้เห็นว่าผู้ใช้แบบประเมินมีการรับรู้ว่าการดูแลผู้ปวยนั้น ๆ เป็นภาระมาก และค่าคะแนนที่ต่ำแสดงให้เห็นว่าผู้ใช้แบบประเมินจะมีการรับรู้ว่าการดูแลผู้ปวยนั้น ๆ เป็นภาระระดับต่ำ คะแนนรวม 21 คะแนนขึ้นไป ถือว่ามีภาระการดูแล<sup>(12)</sup> การแปลผลตามระดับภาระการดูแลมีดังนี้

- 0 - 20 คือ ไม่มีภาระการดูแล
- 21 - 40 คือ มีภาระการดูแลน้อยถึงปานกลาง
- 41 - 60 คือ มีภาระการดูแลปานกลางถึงรุนแรง
- 61 - 88 คือ มีภาระการดูแลรุนแรง

### ผลการศึกษา

#### ผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ

การทำ SWOT analysis เพื่อวิเคราะห์ จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และอุปสรรคของเทศบาล เมืองคูคตใน

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และนำผลมาวางแผนยุทธศาสตร์ กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัด โดยมีผลดังนี้

**จุดแข็ง** ได้แก่ เทศบาลเมืองคูคตมีศูนย์บริการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่พร้อมอุปกรณ์ทางการแพทย์และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เทศบาลเมืองคูคตมีผู้จัดการดูแล หรือ care manager (CM) และ Glas glow coma score (CGs) มีการดำเนินการเพื่อการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูและควบคุมโรคติดต่อครอบคลุมทุกพื้นที่ ชุมชนให้การสนับสนุน รวมถึงและดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ผู้บริหารให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนทุกกลุ่มวัย ผู้บริหารส่งเสริมและสนับสนุนอุปกรณ์ ลานออกกำลังกาย สวนสุขภาพ และสถานที่ให้ประชาชนได้ออกกำลังกาย

**จุดอ่อน** ได้แก่ สถานที่ในการทำกิจกรรมร่วมกันของประชาชนบางชุมชนยังไม่มีและอุปกรณ์บางส่วนชำรุดเสียหาย ไม่มีแหล่งเรียนรู้สำหรับประชาชนและเยาวชนภายในชุมชน เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานไม่เพียงพอต่อความต้องการของประชาชน **โอกาส** ได้แก่ มีโรงพยาบาลและสถานพยาบาลที่ได้มาตรฐานทั้งภาครัฐ และภาคเอกชนรองรับให้บริการในเขตเทศบาล มีหน่วยงานที่มีทรัพยากรและความพร้อมในการเข้ามาประสานงานร่วมกันในการดูแลพัฒนาคุณภาพชีวิตและสังคมของประชาชน กองทุนหลักประกันสุขภาพ พ.ศ. 2561 สนับสนุนหน่วยบริการสาธารณสุข กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ขององค์กรในชุมชน ศูนย์พัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ กองทุน LTC

**อุปสรรค** ได้แก่ ประชาชนบางส่วนยังขาดความสนใจที่เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนภาวะเศรษฐกิจที่ไม่ดี ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่

**ช่องว่างในการทำงานด้านผู้สูงอายุ** ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุ ถูกทอดทิ้ง ผู้ป่วยสูงอายุไม่สามารถเดินทางไปสถานพยาบาลเพื่อรับการรักษาต่อเนื่อง การเยี่ยมบ้านยังไม่มีความถี่พอ เทศบาลเมืองคูคตไม่มีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองคูคตมีการจัดการอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยแบบแยกส่วน โดยกองสวัสดิการเป็นผู้เก็บ กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมกับชุมชนเป็นผู้ขอเบิกหรือขอเยี่ยม อุปกรณ์มีระบบจัดเก็บข้อมูลแบบแยกส่วน ประชาชน ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขไม่เข้าใจระบบสวัสดิการหรือสิทธิต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุพึงมี

**เป้าหมาย** ได้แก่ สร้างแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงและผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง

**ตัวชี้วัดและเกณฑ์** ได้แก่ ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวนผู้สูงวัยที่ได้รับการอบรมเรื่อง 1669 และการใช้ 1669 mobile application ไม่มีเกณฑ์ชี้วัด จำนวนผู้สูงวัยที่มี 1669 mobile application ไม่มีเกณฑ์ชี้วัด การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถไปสถานพยาบาลเพื่อรับการรักษาต่อเนื่องระบบหรือแนวทางการช่วยเหลือผู้สูงอายุ เกณฑ์ชี้วัดคือการมีระบบหรือแนวทางการช่วยเหลือผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่อยู่ในโครงการ LTC ควรจะมีระบบการเยี่ยมบ้านแบบสหสาขาวิชาชีพ เกณฑ์ชี้วัดคือ การมีระบบการเยี่ยมบ้านแบบสหสาขาวิชาชีพ แนวทางการดูแลผู้ดูแลหลัก เกณฑ์ชี้วัดคือการมีแนวทางการดูแลผู้ดูแลหลัก ระบบการจัดวัสดุอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วย เกณฑ์ชี้วัด คือ การมีระบบการจัดวัสดุ อุปกรณ์สำหรับผู้ป่วย ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลและชุมชนมีความต้องการที่จะจัดกิจกรรมการเรียนรู้ให้กับผู้สูงอายุเรื่องการใช้ 1669 mobile application และการติดต่อ 1669 กรณีฉุกเฉิน การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถไปสถานพยาบาลเพื่อการรักษาต่อเนื่อง เทศบาลยังไม่มีแนวทางในการช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าว เพราะมีข้อจำกัดในหลายเรื่อง โดยเฉพาะเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการใช้รถฉุกเฉินในการรับส่งผู้ป่วย ซึ่งทางเทศบาลไม่มีความมั่นใจในการใช้รถของเทศบาลในการช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มนี้ว่าจะผิดระเบียบหรือไม่ จึงขอพักเรื่องแนวทางการช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มดังกล่าวไปก่อน ผู้เข้าร่วมประชุมบางส่วนได้เสนอว่าอาจให้มีการรับสมัครผู้ขับขีโมเตอร์ไซด์รับจ้างหรือผู้ขับขีรถแท็กซี่ เป็นจิตอาสาที่มีค่าตอบแทนบางส่วนให้เพื่อช่วยรับส่งผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เทศบาลขอรับไว้พิจารณาการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่อยู่ในโครงการ LTC ผู้เข้าร่วมประชุมที่เกี่ยวข้องกับโครงการ LTC และกลุ่มนักวิจัยได้ขอตั้งกลุ่มย่อย เพื่อพัฒนาแนวทางการเยี่ยมบ้านในการประชุมย่อยครั้งต่อไป ระบบการจัดวัสดุอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วย มีการประชุมร่วมกันเพื่อหาแนวทางการจัดวัสดุอุปกรณ์สำหรับผู้ป่วยระหว่างกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมกับกองสวัสดิการ

### การประชุมเพื่อพัฒนาระบบการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในโครงการ LTC

ผลการประชุมแบ่งระดับของการเยี่ยมบ้านเป็น 4 ระดับ

ระดับ 1 สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการ CG เท่านั้น

ระดับ 2 สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการ CG และพยาบาล

ระดับ 3 สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการ CG พยาบาลและวิชาชีพอื่น ๆ

ระดับ 4 สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการเยี่ยมบ้านที่มีลักษณะเฉพาะ

**ผู้ที่ทำหน้าที่เยี่ยมบ้าน** สามารถนำแนวทางการแบ่งระดับไปประยุกต์ใช้เพื่อระดับระดับของการเยี่ยมบ้านมาใช้ในการวางแผนเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่อยู่ในโครงการ LTC ทั้งนี้ จะนำแนวทางนี้ไปใช้และประสานกับผู้วิจัยที่เป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวนำร่องการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในโครงการ 4 คน และนำผลการเยี่ยมมาใช้ในการปรับปรุงระบบการเยี่ยมบ้านต่อไป

### ระบบการแพทย์ฉุกเฉินหรือ emergency medical service ที่ให้บริการโดยเทศบาล

ในรูปแบบเดิม ระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีความไม่เข้าใจเกี่ยวกับการให้บริการของ 1669 โดยเฉพาะเรื่องความจำเป็นในการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมของเจ้าหน้าที่ รวมถึงบทบาทหน้าที่ของหน่วยบริการฉุกเฉินเบื้องต้น ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างผู้แจ้งและเจ้าหน้าที่ ทั้งนี้ เจ้าหน้าที่คาดว่ามาจากขาดการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้คนในชุมชน จึงต้องการทำงานร่วมกับผู้นำชุมชนเพื่อประชาสัมพันธ์และให้ความรู้คนในชุมชน

สำหรับรูปแบบที่ได้รับการปรับปรุงและพัฒนา พบว่ามีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้สำหรับผู้สูงอายุเรื่องขั้นตอนการติดต่อ 1669 และการใช้ 1669 mobile application กิจกรรมดังกล่าวประกอบไปด้วย: 1) ขั้นตอนการติดต่อ 1669; 2) อาการฉุกเฉิน 6 อาการที่ต้องติดต่อ 1669; 3) การติดตั้ง 1669 mobile application; 4) การใช้ 1669 mobile application; และ 5) การสอบถามเพิ่มเติม

### ระบบการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยในโครงการ LTC

ในรูปแบบเดิม ระบบการเยี่ยมบ้านเป็นไปในลักษณะมีกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม เป็นผู้จัดทำหน้าที่ประเมินผู้ป่วย วางแผนการดูแลตามระดับความรุนแรง มอบหมาย CGs ประจำตัวผู้ป่วย จัดสรรทรัพยากร ติดตามอาการผู้ป่วยและติดตามการทำงานของ CGs ที่ได้รับมอบหมาย การเยี่ยมบ้านจะไม่มีทีมแพทย์หรือทีมสหสาขาวิชาชีพ

เมื่อประเมินแล้วว่าการดูแลผู้ป่วยอาจเกินศักยภาพของตน ก็จะแนะนำหรือส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยบริการที่มีแพทย์หรือสหสาขาวิชาชีพเพื่อประเมินและดูแลต่อไป จากการประชุม เสนอว่าการมีทีมแพทย์เป็นที่ปรึกษาหรือร่วม

ประเมิน จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ และอาจช่วยลดโอกาสการไปพบแพทย์ที่สถานพยาบาลโดยไม่จำเป็น สำหรับรูปแบบที่ได้รับการปรับปรุงและพัฒนา พบว่า แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเข้าร่วมประเมินผู้ป่วยใหม่ เพื่อประเมินตามหลักการเยี่ยมบ้านของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และใช้ INHOMESSS (Immobility, Nutrition, Housing, Other People, Medication, Examination, Services, Safety, Spirit) นอกจากนี้ ทีมเยี่ยมบ้านได้เพิ่ม การประเมินผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมิน caregiver burden หรือแบบประเมินภาระการดูแล ทีมได้เลือกผู้ป่วย 4 ราย และได้ทำการประเมินผู้ดูแล 4 รายเพื่อทดลองแนวทางการเยี่ยมบ้านที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมด้วย

### ระบบการจัดการวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์

ในรูปแบบเดิม กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม มีวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น เตียงและรถเข็น เป็นต้น สำหรับให้คนในชุมชนที่จำเป็นต้องใช้แต่ไม่สามารถจัดซื้อ จัดหาได้ ได้ยืมไปใช้และนำส่งคืนเมื่อไม่จำเป็นต้องใช้ วัสดุ อุปกรณ์เหล่านี้มีอยู่อย่างจำกัด และไม่มีช่างดูแลซ่อมแซม วัสดุอุปกรณ์เหล่านี้ นอกจากนี้ ชุมชนบางชุมชนมีการจัดหา วัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อให้คนในชุมชนได้ยืมใช้ ซึ่งเป็น ระบบที่ใช้กันเองในชุมชน แต่ในบางชุมชน จะให้กองสวัสดิการ ช่วยเป็นพยานรับรองการยืมและการคืนวัสดุอุปกรณ์ทาง การแพทย์

สำหรับรูปแบบที่ได้รับการปรับปรุงและพัฒนา ระบบ การจัดการวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ไม่ได้รับการปรับปรุง และพัฒนา อย่างไรก็ตาม ผลจากการประชุมทำให้กอง สาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมและกองสวัสดิการได้ทำงาน ประสานกันในการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับ

คนในชุมชน

### การประเมินการอบรมให้ความรู้การติดต่อ 1669 และการใช้ mobile application 1669

จากการศึกษาพบว่าผู้เข้าร่วมทั้ง 4 ชุมชน จำนวน รวม 179 คน ประกอบด้วยเพศชาย ประมาณร้อยละ 10 โดย มีอายุเฉลี่ยในตารางที่ 1

#### ผลการอบรม

การอบรมนี้ไม่มีการประเมินความรู้ แต่ได้ดำเนินการ ติดตั้ง 1669 mobile application ให้กับผู้เข้าร่วม การอบรมทุกราย และติดตามดูการให้บริการของระบบ การแพทย์ฉุกเฉิน เทศบาลเมืองคูคต ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2563 พบว่าไม่มีการแจ้งเหตุผ่าน 1669 mobile application จึงอาจเป็นไปได้ว่ากลุ่มผู้เข้าร่วมอบรมยังไม่ได้ ใช้บริการหรือใช้บริการผ่านช่องทางอื่น

#### ผลการประเมินภาระการดูแล

กลุ่มตัวอย่าง 4 คน มีผู้ดูแลหลักผู้ป่วยแต่ละคน เป็นเพศหญิง 2 คน เพศชาย 2 คน อายุ 61, 85, 86 และ 87 ปี (ตารางที่ 2) ได้คะแนนภาระการดูแล 2, 24, 7 และ 4 คะแนน ตามลำดับ แปลว่า ผู้ดูแลหลัก 1 คน มีภาระการดูแลน้อย ถึงปานกลาง และผู้ดูแลหลักอีก 3 คน ไม่มีภาระการดูแล ทั้งนี้ ผู้ดูแลหลักที่มีภาระการดูแลน้อยถึงปานกลาง ให้คะแนน ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับความเป็นส่วนตัวและการเข้าสังคม หรือติดต่อเพื่อนสูงสุด (4 คะแนนจากคะแนนเต็ม 4 คะแนน) แปลว่า ผู้ดูแลหลักคนนี้รู้สึกสูญเสียความเป็นส่วนตัวและความสามารถในการเข้าสังคมหรือติดต่อเพื่อนจากการทำ หน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก

ตารางที่ 1. ผู้เข้าร่วมการอบรมการให้ความรู้การติดต่อ 1669 และการใช้ mobile application 1669

| ชุมชน      | จำนวนผู้เข้าร่วม (คน) | เพศ (ร้อยละ) | อายุเฉลี่ย (ปี)    |
|------------|-----------------------|--------------|--------------------|
| ชุมชนที่ 1 | 61                    | ชาย (11.5)   | 62.8               |
| ชุมชนที่ 2 | 18                    | ชาย (5.6)    | ไม่ยินยอมให้ข้อมูล |
| ชุมชนที่ 3 | 51                    | ชาย (15.7)   | ไม่ยินยอมให้ข้อมูล |
| ชุมชนที่ 4 | 49                    | ชาย (10.3)   | 67.2               |

ตารางที่ 2. รายละเอียดผู้ป่วยที่ได้รับการเยี่ยมบ้าน

| ผู้ป่วยรายที่ | เพศ  | อายุ (ปี) | โรคที่เป็น/ปัญหาหรือความต้องการการช่วยเหลือ   |
|---------------|------|-----------|---|
| 1             | หญิง | 86        | โรคหลอดเลือดสมองแตกและโรคความดันโลหิตสูง เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง การช่วยเหลือตนเองไม่ได้และการไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ เป้าหมายการดูแลในระยะสั้นคือการไม่มีแผลกดทับและการได้รับความช่วยเหลืออุปกรณ์ทางการแพทย์ ทั้งนี้ ได้มีการพิจารณาการประสานการทำงานร่วมกับทีมแพทย์สำหรับการเยี่ยมบ้านในครั้งต่อไป  |
| 2             | ชาย  | 61        | โรคหลอดเลือดสมองและโรคความดันโลหิตสูง เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง การกลืนบัสสภาวะไม่ได้ การช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และการไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ เป้าหมายการดูแลในระยะสั้นคือ การไม่มีภาวะแทรกซ้อน การคงสภาพหรือการฟื้นฟูสภาพของกล้ามเนื้อและข้อ และการได้รับความช่วยเหลืออุปกรณ์ทางการแพทย์ ทั้งนี้ ได้มีการพิจารณาการประสานการทำงานร่วมกับทีมแพทย์สำหรับการเยี่ยมบ้านในครั้งต่อไป          |
| 3             | หญิง | 85        | โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง การกลืนบัสสภาวะไม่ได้ การช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และการไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ เป้าหมายการดูแลในระยะสั้น คือ การไม่มีภาวะแทรกซ้อน การคงสภาพหรือการฟื้นฟูสภาพของกล้ามเนื้อและข้อ และการได้รับความช่วยเหลืออุปกรณ์ทางการแพทย์ ทั้งนี้ ได้มีการพิจารณาการประสานการทำงานร่วมกับทีมแพทย์สำหรับการเยี่ยมบ้านในครั้งต่อไป |
| 4             | ชาย  | 87        | โรคหลอดเลือดสมอง โรคความดันโลหิตสูงและโรคต่อมลูกหมากโต เป็นผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน การไม่สามารถเข้าห้องน้ำได้ด้วยตัวเอง แขนขาอ่อนแรง สวมใส่เสื้อผ้าเองไม่ได้และไม่สามารถอาบน้ำเองได้ เป้าหมายการดูแลในระยะสั้น คือ การฟื้นฟูให้กลับมาช่วยเหลือตัวเองได้ภายใน 6 เดือนและการได้รับความช่วยเหลืออุปกรณ์ทางการแพทย์  |

**ผลสรุปการประชุมในเรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉิน**

ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้นที่ให้บริการโดยเทศบาลเมืองคูคตมีบริการที่ครอบคลุม และเพียงพอต่อการให้บริการประชาชนในพื้นที่ที่รับผิดชอบ เพื่อให้การบริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้ป่วยอายุการอบรมและให้ความรู้ในเรื่องขั้นตอนการติดต่อ 1669 ทำให้ผู้แจ้งได้ดำเนินการขั้นตอน ให้ข้อมูลที่ถูกต้องและอำนวยความสะดวกให้กับเจ้าหน้าที่ในการให้บริการ หากดำเนินการได้อย่างถูกต้องตามขั้นตอน จะช่วยลดเวลาในการติดต่อประสานงาน และทำให้เจ้าหน้าที่เข้าถึงผู้ป่วยได้รวดเร็วขึ้น การทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้นของเทศบาลเมืองคูคตกับชุมชนเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะช่วยให้การให้บริการเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินได้ทันที่

1669 mobile application เป็นอีกช่องทางแจ้งเหตุฉุกเฉิน อย่างไรก็ตาม ในช่วง 1 เดือน หลังดำเนินกิจกรรมยังไม่พบการแจ้งเหตุผ่าน 1669 mobile application อาจเป็นไปได้ว่ายังไม่มีเหตุจริง ๆ หรือมีเหตุแต่ใช้ช่องทางอื่นในการแจ้งเหตุ จากรายงานการให้บริการช่วงปีพ.ศ. 2562 พบว่าประชาชนนิยมแจ้งเหตุผ่าน 1669 มากที่สุด ที่ประชุมไม่มีข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้น

**ผลสรุปจากการประชุมในเรื่องระบบการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้ป่วยในโครงการ LTC**

ระบบการเยี่ยมบ้านที่เพิ่มเติม คือ การมีแพทย์ร่วมประเมินในการเยี่ยมผู้ป่วยครั้งแรกและการประเมินภาวะการดูแล โดยนำร่องเยี่ยมผู้ป่วย 4 ครอบครัว แสดงให้เห็นว่าการมีแพทย์ร่วมประเมินช่วยให้การประเมินถูกต้อง

มากขึ้น และสามารถให้การดูแลทางการแพทย์เบื้องต้นได้อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยส่วนมากต้องการการกายภาพบำบัด หากมีนักกายภาพบำบัดร่วมทีม จะช่วยให้การดูแลมีประสิทธิภาพมากขึ้น อาจช่วยให้ผู้ป่วยได้กลับมาช่วยเหลือตัวเองได้ หรือลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการนอนหรือไม่ค่อยได้เคลื่อนไหวร่างกาย นอกจากนี้ การระดมทีมสหสาขาวิชาชีพที่ต้องการสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายเพิ่มเติมใน care plan จะช่วยให้สามารถวางแผนการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้

หากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในโครงการ LTC มีทีมแพทย์ด้วย จะช่วยให้แพทย์สามารถให้บริการบางอย่างเพิ่มเติมได้ เช่น การรับรองความพิการและการให้วีลแชร์ใช้หัตถ์ใหญ่ เป็นต้น สำหรับการประเมินภาวะการดูแล พบว่าไม่จำเป็นต้องใช้แบบประเมิน แต่สามารถใช้การพูดคุยเพื่อสอบถามความเหนื่อยล้าจากการดูแลและความช่วยเหลือที่ต้องการ เพื่อนำมาเป็นส่วนหนึ่งของการวางแผนการดูแลได้

### ระบบการจัดการวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์

ระบบการจัดการวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์มี 2 ระบบ ระบบแรกดูแลโดยกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม ระบบที่สองดูแลกันเองโดยคนในชุมชน ทั้งนี้อาจมีการทำเอกสารการยืมคืนกับกองสวัสดิการสังคมของเทศบาลเมืองคูคต ถึงแม้จะไม่มีเปลี่ยนแปลง แต่เจ้าหน้าที่ของกองสวัสดิการและกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมสามารถทำงานประสานกันเพื่อจัดหาวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์และตอบสนองความต้องการของชุมชนได้

นอกจากนี้ ผู้เข้าร่วมประชุมมีความต้องการที่จะสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเดินทางไปยังสถานพยาบาลตามวันนัดได้ อย่างไรก็ตาม ด้วยระเบียบของเทศบาลและทางราชการและข้อจำกัดด้านทรัพยากรของเทศบาลจึงยังไม่สามารถจัดให้มีระบบนี้ได้

### อภิปรายผล

ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองคูคตมีทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เทศบาลเมืองคูคตและสถานพยาบาลในพื้นที่ ผู้สูงอายุในเทศบาลเมืองคูคตใช้บริการสถานพยาบาลสำหรับการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพ ตามสิทธิการรักษาตามเศรษฐฐานะและตามความรุนแรงหรือเร่งด่วนของโรค ผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองคูคตมีทางเลือกการรับบริการที่หลากหลาย ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล 2 แห่ง ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาลเมืองคูคต 1 แห่ง และศูนย์แพทย์ปฐมภูมิและแพทย์แผนไทยประยุกต์ (บริหารโดยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์) 1 แห่ง มีโรงพยาบาลใกล้เคียงได้แก่ โรงพยาบาลบีแคร์ โรงพยาบาลแพทย์รังสิต โรงพยาบาลสินแพทย์ โรงพยาบาลภูมิพลอดุลยเดช และคลินิกเอกชนกระจายอยู่หลายแห่งในชุมชน

เทศบาลเมืองคูคตมีบทบาทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งที่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ ต้องการความช่วยเหลือบางส่วนและต้องการความช่วยเหลือทั้งหมด กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม และกองสวัสดิการสังคมรับผิดชอบหลักในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เทศบาลเมืองคูคตมีเจ้าหน้าที่พยาบาลวิชาชีพ ระบบการแพทย์ฉุกเฉินเบื้องต้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน CGs และผู้นำชุมชนเป็นกำลังหลักในการให้บริการด้านสุขภาพ งานวิจัยนี้มุ่งเน้นการพัฒนา ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ระบบการเยี่ยมบ้านในโครงการ LTC ระบบการจัดการวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์และการขนส่งผู้ป่วยไปสถานพยาบาลตามนัด โดยการทำงานร่วมกันระหว่างเทศบาลเมืองคูคตและทีมวิจัย ผลที่เกิดขึ้น คือ การจัดการถ่ายถอดองค์ความรู้เรื่องการใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้แก่ผู้สูงอายุ การจัดระบบการเยี่ยมบ้านโดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวร่วมเยี่ยม และใช้หลักการเยี่ยมบ้านตามแนวทางการเยี่ยมบ้านของเวชศาสตร์ครอบครัว รวมถึงการประเมินผู้ดูแลหลัก การประสานการทำงานระหว่างกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมและกองสวัสดิการสังคมในการเยี่ยม/คืนอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุ และผู้ป่วยกลุ่มอื่นในชุมชนโครงการ LTC ควรมีการประสานการทำงานร่วมกับทีมเยี่ยมบ้านของสถานพยาบาลที่ดูแลรักษาผู้ป่วย โดยเฉพาะการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ

โครงการ LTC ควรประเมิน ดูแลและให้การช่วยเหลือผู้ดูแลหลักที่เป็นสมาชิกในครอบครัวด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ควรให้ความรู้ประชาชนอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอถึงขั้นตอนและแนวทางการใช้บริการ 1669 การจัดการวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ควรมีการจัดทำรายการวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ ควรมีการจัดระบบการยืมคืน ระบบการซ่อมแซม ระบบการจำหน่ายออกจากรายการวัสดุและการจัดหาอุปกรณ์เพิ่มเติมให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้สูงอายุในชุมชน การดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถไปสถานพยาบาลได้ ควรจัดให้มีการเยี่ยมบ้าน การเจาะเลือดที่บ้าน การให้ยาฉีดที่บ้าน การใช้ระบบบริการโทรเวช การส่งยาไปที่บ้านหรือการอนุญาตให้ผู้ดูแลไปสถานพยาบาลแทนผู้ป่วย

## สรุป

ระบบบริการสุขภาพในเทศบาลเขตเมืองมีความซับซ้อนกว่าเทศบาลเขตชนบท เพราะความหลากหลายของสถานพยาบาลสิทธิการรักษาและความต้องการของผู้สูงอายุ และจำนวนผู้สูงอายุที่มีอยู่เป็นจำนวนมาก ในขณะที่ทรัพยากรของเทศบาลมีอยู่อย่างจำกัด การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในเทศบาลเขตเมืองมีความสำคัญอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพของผู้สูงอายุ งานวิจัยชิ้นนี้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในเทศบาลเขตเมืองโดยใช้แนวคิดการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนนั้นเป็นไปได้และมีประโยชน์ต่อเทศบาลและผู้สูงอายุในชุมชน

## กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ที่ให้ทุนในการทำวิจัย เทศบาลเมืองคูคตและบุคลากรที่ช่วยดำเนินการและให้ความคิดเห็น ตลอดจนชุมชนในเขตเทศบาลเมืองคูคตที่ให้ความร่วมมือ

## เอกสารอ้างอิง

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population prospects: the 2017 revision, key findings and advance tables. New York: United Nations; 2017.
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. Situation of the Thai elderly 2015. Bangkok: Amarin Printing and Publishing; 2017.
3. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World urbanization prospects: the 2014 revision, highlights. New York: United Nations; 2014.
4. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population ageing 2015. New York: United Nations; 2015.
5. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา; 2556.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2557.
7. Aekplakorn W, Puckcharern H, Thaikla K, Satheannoppakao W. Thai national health examination survey, NHES V 2014. Nonthaburi: Health Systems Research Institute; 2016.
8. Vatcharavongvan P, Kummabutr J. Empowering village health volunteers in the Kukot Municipality, Pathum-Thani, Thailand: the application of the parallel track model. Thammasat Med J 2019;19: 474-83.
9. Tengland PA. Empowerment: A conceptual discussion. Health Care Anal 2008;16:77-96.
10. Labonte R, Woodard GB, Chad K, Laverack G. Community capacity building: a parallel track for health promotion programs. Can J Public Health 2002;93:181-2.
11. Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. Gerontologist 1980;20:649-55.
12. อรวรรณ แพนคง. ผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีภาระและความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2547.