

บทความวิจัย (Research article)

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทาง
สุขภาพวิถีใหม่ในบริบทชุมชนเมืองและกึ่งเมืองเขตสุขภาพที่ 5

Development of the Primary Health Care and Quality of Life Model for
Older Adults According to New Normal in Urban and Suburban Context,
Regional Health 5

ปริญญารณ ธนบุญปวง¹, เพ็ญจมาศ คำธนะ², สุภาพ ไทยแท้³,
จิรียา อินทนา^{4*}, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก⁴, ชลธิชา บุญศิริ¹, ทิวา มหาพรหม⁵
Parinyaporn Thanaboonpuang¹, Phenchamat Khamthana², Suparp Thaithae³,
Jiriya Intana^{4*}, Yaowaluck Meebunmak⁴, Chonticha Boonsiri¹, Tiwa Mahaprom⁵

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: jiriya@yahoo.com)

(Received: February 23, 2026; Revised: June 30, 2026; Accepted: July 1, 2026)

บทคัดย่อ

การวิจัยผสมผสานรูปแบบแผนคู่ขนานนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความต้องการจำเป็น ระบบ
บริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ และ 2)
พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ในบริบท
ชุมชนเมืองและกึ่งเมืองเขตสุขภาพที่ 5 กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ คือ
ผู้สูงอายุ 249 คน และผู้นำชุมชน 70 คน และกลุ่มที่ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 35 คน เก็บรวบรวมข้อมูล
โดยใช้แบบสอบถามความต้องการจำเป็น แบบสอบถามคุณภาพชีวิต แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และ

¹ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Ministry of Public Health

² ข้าราชการบำนาญ
Retired Government Official

³ รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
Associate Professor, Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University

⁴ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Assistant Professor, Prachomklao College of Nursing, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Ministry of Public Health

⁵ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Assistant Professor, Boromarajonani College of Nursing Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute,
Ministry of Public Health

ประเด็นสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็น และวิเคราะห์แก่นสาระ ผลการศึกษา พบว่า

1. ความต้องการจำเป็นที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างเร่งด่วน ได้แก่ ด้านสังคมและ ด้านจิตใจ ($PNI_{Modified} = .58$ และ $.53$) ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.93$, $SD = .56$)

2. รูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่บริบทชุมชนเมืองและกึ่งเมือง ได้แก่ 1) การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการจัดการข้อมูลในการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม และเชื่อมโยงข้อมูลทุกระดับ 2) การพัฒนาระบบและกลไกหลักในการดูแลสุขภาพ และ 3) การพัฒนาระบบสนับสนุนเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต

หน่วยงานสุขภาพปฐมภูมิ ควรนำรูปแบบการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้จริงในพื้นที่เพื่อประเมินประสิทธิผลและปรับปรุงข้อจำกัด เพื่อให้สามารถนำไปใช้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลสุขภาพ, สุขภาพปฐมภูมิ, ความต้องการจำเป็น, คุณภาพชีวิต, วิถีใหม่

Abstract

This mixed-method research, concurrent design aimed to 1) investigate the priority needs regarding the health service system, participation in health care, and quality of life among older adults based on the New Normal health approach; and 2) develop a primary health care and quality of life model for older adults in accordance with the new normal health approach within urban and semi-urban community contexts in Health Region 5, Thailand. The study participants were divided into two groups. The quantitative group consisted of 249 older adults and 70 community leaders, while the qualitative group comprised 35 key informants. The research instruments included a needs assessment questionnaire, a quality of life (QoL) questionnaire, semi-structured interview guides, and focus group discussion guidelines. Data were analyzed using descriptive statistics, the Modified Priority Needs Index ($PNI_{Modified}$), and thematic analysis. The findings revealed that:

1. The most urgent needs requiring development were social and psychological aspects, with $PNI_{Modified}$ values of $.58$ and $.53$, respectively. Overall QoL of older adults was at a moderate level ($M = 2.93$, $SD = .56$).

2. The developed primary health care and quality of life model for older adults under the new normal health approach in urban and semi-urban communities consisted of three major components: 1) the application of information technology and integrated health information management for comprehensive health service delivery with seamless data

linkage across all levels; 2) the development of core health care systems and mechanisms; and 3) the development of supportive systems to improve the quality of life of older adults.

Organizations responsible for primary health care services and quality of life promotion for older adults should implement and evaluate the developed model in real-world settings to assess its effectiveness and address potential limitations. Such efforts would contribute to more effective health care management and improved quality of life for older adults.

Keywords: Healthcare model, Primary care, Need, Quality of life, New normal

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยกำลังมีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรและก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจากการที่มีอัตราการเกิดและการตายต่ำ จากข้อมูลของกรมกิจการผู้สูงอายุ พบว่า ปี พ.ศ. 2566 มีผู้สูงอายุ จำนวน 13,602,188 คน คิดเป็นร้อยละ 20.94 ซึ่งแสดงว่าสังคมไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) (Department of Older Persons, 2022) โดยธรรมชาติของวัยสูงอายุมีความแตกต่างจากวัยอื่น เนื่องจากสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงจากความเสื่อมตามวัยและการดำเนินชีวิต ผู้สูงอายุจึงต้องการการดูแลสุขภาพมากกว่าวัยอื่น โดยมีกพบปัญหาการปฏิบัติตนไม่เหมาะสมกับโรคที่เป็น ขาดผู้ดูแล ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ และการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ (Sithon, 2023) ปัญหาเหล่านี้ ต้องได้รับการแก้ไขโดยอาศัยความเชื่อมโยงทั้งภาคประชาชน รัฐ และเอกชน เพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดูแลผู้สูงอายุให้มีความครอบคลุมแบบองค์รวม และสอดคล้องกับสถานการณ์การเจ็บป่วย รวมทั้ง บริบทในการดำเนินชีวิต โดยการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ ความร่วมมือกันระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ชุมชนและภาครัฐ ซึ่งแตกต่างจากการดูแลสุขภาพแบบเดิม ที่ผู้รับบริการคิดว่าเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ แต่ในความเป็นจริงเป็นหน้าที่ของทุกฝ่าย จึงจะสามารถส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน (Thavinpipatkul et al., 2019)

การดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ถือเป็นจุดเริ่มต้นและกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการและการปรับเปลี่ยนรูปแบบการดูแลให้สอดคล้องกับสถานการณ์การเจ็บป่วยและมีความทันสมัยจึงมีความสำคัญ จากสถานการณ์ของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาที่แพร่ระบาดไปทั่วโลก และผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงสูง เนื่องจากมีภูมิคุ้มกันต่ำและมีความเสื่อมของร่างกาย เมื่อมีการติดเชื้อจึงส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตหรือมีความรุนแรงจนพิการหรือเสียชีวิตได้ (LaFond et al., 2021) รัฐบาลจึงมีนโยบายส่งเสริมสุขภาพเพื่อปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตและดูแลสุขภาพที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อให้เกิดสุขภาพวิถีใหม่ในผู้ป่วยสูงอายุ เช่น รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน รูปแบบการบริหารและการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุระดับปฐมภูมิในสังคมปกติวิถีใหม่ (Sithon, 2023; Weerawittaya, 2023)

อย่างไรก็ตาม รูปแบบการดูแลสุขภาพตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ ยังไม่ครอบคลุมการยกระดับคุณภาพชีวิตและสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน เนื่องจากไม่มีการประเมินความต้องการจำเป็นของ

ชุมชน การจัดกิจกรรมในรูปแบบจึงไม่ได้รับความร่วมมือเท่าที่ควร และยังไม่สามารถแก้ไขปัญหของชุมชนได้อย่างตรงจุด โดยเฉพาะในบริบทชุมชนเมืองและกึ่งเมือง ถึงแม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขกำหนดนโยบาย “สุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย และวิถีเศรษฐกิจพอเพียง” และมีมาตรการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติด้านสังคมสูงวัย: 6 ยั่งยืน 4 เปลี่ยนแปลง (Department of Older Persons, 2020) แต่การนำไปใช้ยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เนื่องจากบุคลากรทางการแพทย์ยังขาดแนวทางการปฏิบัติ ส่วนผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และชุมชนยังขาดความตระหนักในการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามทึนโยบายกำหนด ดังนั้น ทุกภาคส่วนจึงต้องปรับตัวและร่วมมือกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่

เขตสุขภาพที่ 5 ประกอบด้วย 8 จังหวัด มีประชากรผู้สูงอายุทั้งสิ้น 855,315 คน คิดเป็นร้อยละ 20.92 (Department of Older Persons, 2022) ซึ่งเข้าสู่สังคมสูงอายุแบบสุดยอด (super aged society) แม้ว่า ในสถานการณ์ปัจจุบัน การติดเชื้อไวรัสโคโรนาถูกกำหนดเป็นโรคประจำถิ่น แม้ว่าจะมีการระบาดอยู่ แต่ไม่พบอาการรุนแรงเหมือนที่ผ่านมา อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุยังคงมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตหรือมีความรุนแรงจนเกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ ผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพดีวิถีใหม่ในชุมชนบริบทชุมชนเมืองและกึ่งเมืองเขตสุขภาพที่ 5 เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดบริการสุขภาพและยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป

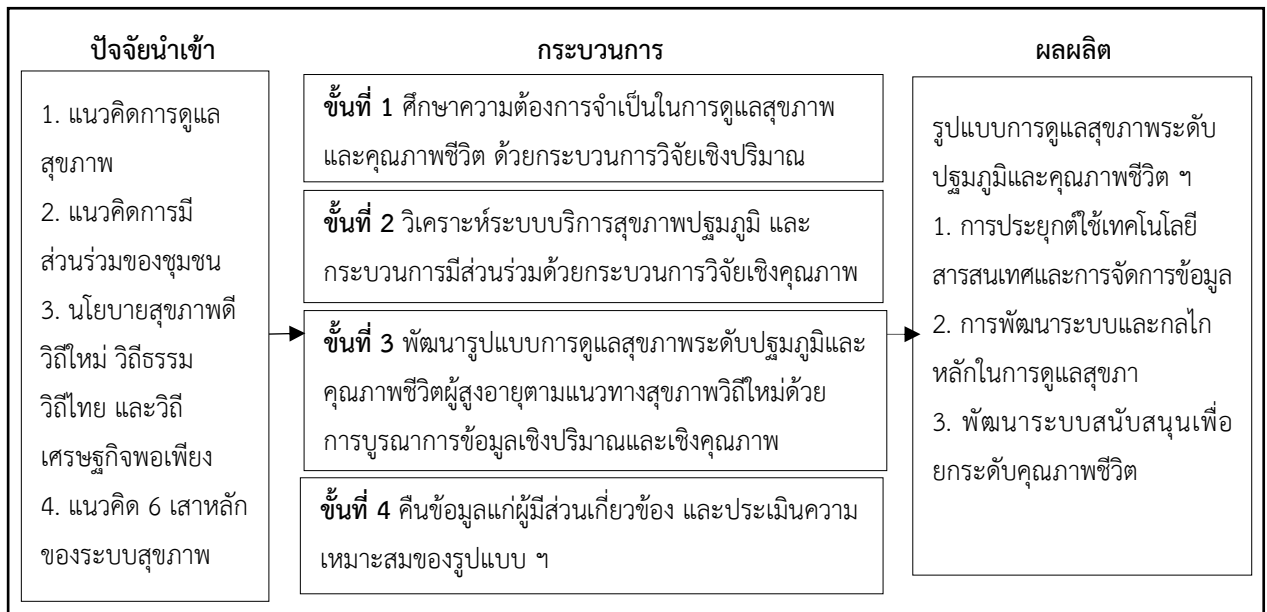
วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาความต้องการจำเป็น ระบบบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ในบริบทชุมชนเมืองและกึ่งเมืองเขตสุขภาพที่ 5
2. พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ในบริบทชุมชนเมืองและกึ่งเมืองเขตสุขภาพที่ 5

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ใช้ทฤษฎีระบบ (Von Bertalanffy, 1968) ด้านปัจจัยนำเข้า (input) ได้แก่ 1) การดูแลสุขภาพตามแนวคิดของ Kleinman (1980) ทั้งการดูแลสุขภาพภาคประชาชน การดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ และการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน 2) การวิเคราะห์ระบบดูแลสุขภาพปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวคิด 6 เสาหลัก ประกอบด้วย การจัดการบริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศ ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน เทคโนโลยีสุขภาพ การบริหารจัดการงบประมาณ และภาวะผู้นำ/ การอภิบาลระบบ (World Health Organization, 2010) 3) การมีส่วนร่วมของชุมชน (Cohen & Uphoff, 1980) ทั้งตัดสินใจ ปฏิบัติการ รับผลประโยชน์ ประเมินผล และ 4) นโยบายสุขภาพดีวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย และวิถีเศรษฐกิจพอเพียง ด้านกระบวนการ มี 4 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาความต้องการจำเป็นในการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิต 2) วิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และกระบวนการมีส่วนร่วม 3) พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพ

ชีวิตผู้สูงอายุ และ 4) ค้นข้อมูลแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ และด้านผลผลิต คือ รูปแบบการดูแลสุขภาพพระดัตปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ โดยมีกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระดัตปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ในบริบทชุมชนเมืองและกึ่งเมืองเขตสุขภาพที่ 5

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบผสมผสานรูปแบบแผนคู่ขนาน (mixed-method research: concurrent design) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (quantitative data) และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (qualitative data) ควบคู่กันไป ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม 2566 - มกราคม 2567 มี 2 ระยะ รายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาความต้องการจำเป็น ระบบบริการสุขภาพ และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ เป็นการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมีนาคม 2566 – เดือนสิงหาคม 2566 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) ศึกษาความต้องการจำเป็นในการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตด้วยวิจัยเชิงปริมาณ และ 2) วิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ แก่นนำชุมชนในเขตสุขภาพที่ 5 ผู้บริหารและบุคลากรที่ปฏิบัติงานและเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิ

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มที่ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 5 กำหนดขนาดตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ de Vaus (1990 อ้างถึงใน Wongwanich, 2019) กำหนดระดับความ

เชื่อมั่น 95% ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 377 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) อายุ 60 ปี ขึ้นไป 2) อาศัยในชุมชนเมืองและกึ่งเมืองในเขตสุขภาพที่ 5 ตั้งแต่ 5 ปี ขึ้นไป 3) เคยใช้บริการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของรัฐ ในเขตสุขภาพที่ 5 4) สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ดี และกำหนดเกณฑ์การคัดออก คือ 1) ย้ายภูมิลำเนาช่วงที่ต้องให้ข้อมูล 2) ย้ายสิทธิการรักษาออกนอกเขตสุขภาพที่ 5 และ 3) มีอาการเจ็บป่วยที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ข้อมูล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีสุ่มแบบหลายขั้นตอน ได้กลุ่มตัวอย่างจังหวัดนครปฐม 83 คน ราชบุรี 79 คน สมุทรสาคร 39 คน ประจวบคีรีขันธ์ 37 คน และสุพรรณบุรี 81 คน

2. ผู้ให้ข้อมูลหลักสำหรับเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 35 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้รับการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 20 คน ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ/ ผู้ดูแล 10 คน กลุ่มแกนนำชุมชน 5 คน กลุ่มผู้บริหารและบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน 5 คน และ 2) กลุ่มผู้ร่วมสนทนากลุ่ม 15 คน ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ/ ผู้ดูแล 5 คน กลุ่มผู้นำชุมชน 5 คน และกลุ่มผู้บริหารและบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน 5 คน คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีคุณสมบัติ คือ 1) อาศัยในชุมชนเขตสุขภาพที่ 5 ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป 2) มีประสบการณ์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัว/ ชุมชน หรือปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป 3) เคยใช้บริการหรือมีส่วนร่วมจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ฯ ในเขตสุขภาพที่ 5 ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป และ 4) สื่อสารภาษาไทยได้ดี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นแบบสอบถามความต้องการจำเป็นในการดูแลสุขภาพตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ แบ่งเป็น 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา จำนวนปีที่อยู่ อาศัย สมาชิกที่อยู่ร่วมกัน จำนวนโรคประจำตัว และช่องทางเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความต้องการจำเป็นในการดูแลสุขภาพตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการดูแลสุขภาพของ Kleinman (1980) จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนระหว่างน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน ถึงมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน เป็นการตอบสนองรายการคู่ (dual-response format) แบ่งเป็นสภาพที่คาดหวังกับสภาพที่เป็นจริงปัจจุบัน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต พัฒนาตามองค์ประกอบการวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1997) จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และสภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนต้องปรับปรุง เท่ากับ 1 คะแนน ถึงดีมาก เท่ากับ 5 คะแนน

2. เครื่องมือเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และประเด็นสนทนากลุ่มที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น จำนวน 3 ฉบับ สำหรับผู้สูงอายุ แกนนำชุมชน และบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ครอบคลุมแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (World Health Organization, 2010) และแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Cohen & Uphoff, 1980) แบ่งเป็น 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ สถานการณ์และระบบการดูแล

สุขภาพระดับปฐมภูมิ การมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แนวทางพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิ ตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน และแนวทางการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และประเด็นสนทนากลุ่มผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (index of item-objective congruence: IOC) ระหว่าง .67-1.00 นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ที่มีคุณลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน วิเคราะห์ความเที่ยงด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ของแบบสอบถามความต้องการจำเป็น เท่ากับ .82 และแบบสอบถามคุณภาพชีวิต เท่ากับ .84 ตามลำดับ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และประเด็นสนทนากลุ่มทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย นำมาปรับปรุงข้อคำถามย่อยให้เหมาะสม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยจะเข้าพบหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่ที่เป็นตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และการชี้แจงรายละเอียดของโครงการ
2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยเข้าพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อสร้างสัมพันธภาพ อธิบายและชี้แจงรายละเอียดของโครงการ ประกอบด้วย ความเป็นมา วัตถุประสงค์ ขั้นตอนดำเนินงาน ความเสี่ยงและประโยชน์ เมื่ออาสาสมัครยินดีเข้าร่วมโครงการจะให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการ
3. ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยการตอบแบบสอบถามใช้เวลา 30-40 นาที เมื่อได้แบบสอบถามกลับคืนผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของคำตอบและนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป โดยได้รับแบบสอบถามกลับคืนที่มีข้อมูลครบถ้วน จำนวน 319 ฉบับ คิดเป็น ร้อยละ 84.61
4. ดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการนำแบบสัมภาษณ์และประเด็นสนทนากลุ่มไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 35 คน ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30 นาที และสนทนากลุ่มประมาณ 50 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยการใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นด้วยการวิเคราะห์ Priority Needs Index แบบปรับปรุง Modified Priority Need Index (PNI_{Modified}) เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า .30 คือ ไม่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนา คะแนนเฉลี่ย .30-.49 คือ ควรได้รับการพัฒนา และคะแนนเฉลี่ยตั้งแต่ .50 ขึ้นไป คือ จำเป็นต้องพัฒนาอย่างเร่งด่วน (Wongwanich, 2019)
3. การวิเคราะห์ระดับคุณภาพชีวิต ด้วยการใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เกณฑ์การแปลผลคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ คือ คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ดีมาก คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง ดี คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ไม่ดี และคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง ต้องปรับปรุง (Srisa-ard, 2017)

4. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีวิเคราะห์แก่นสาร (thematic analysis) และการตรวจสอบข้อมูลสามเส้า (triangulation) แล้วจึงการบูรณาการข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพด้วยการใช้เทคนิค Joint display ในการนำเสนอข้อมูล

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ในบริบทชุมชนเมืองและกึ่งเมืองเขตสุขภาพที่ 5

ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนกันยายน 2566 – มกราคม 2567 ประกอบด้วย 2 ขั้นตอนหลัก ได้แก่ 1) พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ด้วยการบูรณาการข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากระยะที่ 1 และ 2) ค้นข้อมูลแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อรับฟังความคิดเห็นและสรุปรูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ และประเมินความเหมาะสมของรูปแบบซึ่งเป็นการวิจัยเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ แก่นนำชุมชนในเขตสุขภาพที่ 5 ผู้บริหารและผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มตัวอย่างสำหรับการค่นข้อมูล เป็นผู้สูงอายุ แก่นนำชุมชน ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 15 คน โดยมีคุณสมบัติเช่นกันกับในระยะเวลาที่ 1 และ 2) กลุ่มตัวอย่างสำหรับการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ เป็นผู้บริหารและผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เกณฑ์การคัดเลือก คือ 1) จบการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป และ 2) มีประสบการณ์บริหารหรือดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับปฐมภูมิ ตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

แบ่งเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สังกัด ประสบการณ์ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และตอนที่ 2 เป็นแบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบพัฒนาตามมาตรฐานการประเมิน Yarbrough et al. (2010) จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 ประเด็น ได้แก่ ความมีประโยชน์ ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และความถูกต้อง เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนนระหว่างต้องปรับปรุง เท่ากับ 1 คะแนน ถึงดีมาก เท่ากับ 5 คะแนน คัดคะแนนเฉลี่ยและจำแนกออกเป็น 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การแปลผล คือ คะแนนเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง ดีมาก คะแนนเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง ดี คะแนนเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง ไม่ดี และคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.50 หมายถึง ต้องปรับปรุง (Srisa-ard, 2017)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ แบบประเมินผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้อ (IOC) ระหว่าง .67-1.00 และทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย มีความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .85

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพพระดัตถ์ปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ ด้วยการบูรณาการข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากกระยะที่ 1 แล้วนำมาร่างเป็นร่างรูปแบบการดูแลสุขภาพพระดัตถ์ปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่
2. ผู้วิจัยดำเนินการคืนข้อมูลเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลสุขภาพพระดัตถ์ปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ที่พัฒนาขึ้นแก่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้สูงอายุ แกนนำชุมชน ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงาน จำนวน 15 คน เพื่อรับฟังความคิดเห็นแล้วสรุปเป็นรูปแบบ และเตรียมส่งประเมินความเหมาะสม
3. ผู้วิจัยส่งรูปแบบการดูแลสุขภาพพระดัตถ์ปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ ไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบแล้วปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และสรุปเป็นรูปแบบฉบับสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ สังกัด ประสพการณ์ดูแลผู้สูงอายุใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิเคราะห์ระดับความเหมาะสมของรูปแบบ ด้วยการใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี หมายเลขรับรองที่ BCNR-IRB2023-2 วันที่รับรอง 15 กุมภาพันธ์ 2566 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักการวิจัยทั่วไป (Belmont report) และพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลโดยชี้แจงรายละเอียดของโครงการ การรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูล การถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา การจัดเก็บข้อมูลอย่างปลอดภัยโดยจำกัดผู้ที่สามารถเข้าถึง และการทำลายข้อมูล

ผลการวิจัย

1. ความต้องการจำเป็นในการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่
 - 1.1 ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 319 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 214 คน (ร้อยละ 67.08) อายุเฉลี่ย 66.72 ปี ($SD = 10.51$) จบชั้นประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 203 คน (ร้อยละ 63.75) อาศัยอยู่ในชุมชนมากกว่า 10 ปี ขึ้นไป จำนวน 187 คน (ร้อยละ 58.52) อาศัยอยู่ร่วมกับบุตรหลาน จำนวน 243 คน (ร้อยละ 76.13) มีโรคประจำตัว 3 โรค มากที่สุด จำนวน 158 คน (ร้อยละ 49.44) และเข้าถึงข้อมูลข่าวสารผ่าน บุคคลมากที่สุด จำนวน 197 คน (ร้อยละ 61.88)

1.2 ความต้องการจำเป็นในการดูแลสุขภาพตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ พบว่า ด้านที่ต้องพัฒนาอย่างเร่งด่วน คือ ด้านสังคม และด้านจิตใจ ($PNI_{Modified} = .58$ และ $.53$) ตามลำดับ ด้านที่ควรพัฒนา คือ ด้านจิตวิญญาณ และด้านร่างกาย ($PNI_{Modified} = .45$ และ $.41$) ตามลำดับ ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 การวิเคราะห์ความต้องการจำเป็นในการดูแลสุขภาพตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ (n = 319)

ด้าน	$PNI_{Modified}$	การแปลผล	ลำดับ
ร่างกาย	.41	ควรได้รับการพัฒนา	4
จิตใจ	.53	ต้องพัฒนาอย่างเร่งด่วน	2
สังคม	.58	ต้องพัฒนาอย่างเร่งด่วน	1
จิตวิญญาณ	.45	ควรได้รับการพัฒนา	3

1.3 คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนเขตสุขภาพที่ 5 พบว่า คุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.93$, $SD = .56$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมากที่สุด คือ ด้านร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.36$, $SD = .52$) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม อยู่ในระดับไม่ดี ($M = 2.47$, $SD = .68$) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย (M) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในบริบทชุมชนเมืองและกึ่งเมืองเขตสุขภาพที่ 5 (n = 319)

ด้าน	M	SD	ระดับ
ร่างกาย	3.36	.52	ปานกลาง
จิตใจ	2.56	.44	ปานกลาง
ความสัมพันธ์ทางสังคม	2.47	.68	ไม่ดี
สภาพแวดล้อมในการดำรงชีวิต	3.31	.59	ปานกลาง
ภาพรวม	2.93	.56	ปานกลาง

2. การวิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และกระบวนการมีส่วนร่วม

2.1 สถานการณ์และระบบดูแลสุขภาพปฐมภูมิตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ สรุปได้ดังนี้

2.1.1 ผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพ การระบาดของโรคโควิด 19 ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสุขภาพ ซึ่งพบประเด็นหลัก คือ 1) รูปแบบการจัดบริการไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ ต้องปรับการทำงานเชิงรุกมากขึ้น เน้นการให้ความรู้ร่วมกับกระตุ้นผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชนดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่ร่วมกับปรับการจัดบริการโดยประยุกต์ใช้ระบบออนไลน์ในการสื่อสารข้อมูล การติดตามเยี่ยมบ้าน และการรักษาพยาบาลผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (telemedicine) และ 2) ความเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพพบความซ้ำซ้อน และมีข้อจำกัดด้านการประมวลผลข้อมูลแบบทันที ดังคำกล่าวที่ว่า

“การดูแลผู้สูงอายุช่วงโควิด 19 เน้นคัดกรอง วัคซีน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและครอบครัวทำตามหลัก Social Distancing ถ้ามี Case ถูกเฝ้าระวัง Consult ผ่าน Telemed แล้วส่งต่อ” บุคลากรทางการแพทย์ 2

“การ Key ข้อมูลบางที่เข้าซ้อน ไม่ Update Real-Time เรา Key วันนี้ไม่ได้ขึ้นเลยนะ รอนานกว่าจะขึ้น แล้วไม่ค่อยเชื่อมกับ รพช.ด้วย อยากดูข้อมูล Refer ก็ดูไม่ได้ ต้องโทรถาม” บุคลากรทางการแพทย์ 1

2.1.2 การบริหารจัดการกำลังคนและงบประมาณ พบปัญหาหลัก คือ 1) การขาดแคลนบุคลากรที่เป็นปัญหาเรื่องทำให้ภาระงานล้นมือ และขาดสมรรถนะจำเป็นทำให้เหนื่อยหน่ายกับงานและหมดกำลังใจทำงาน และ 2) การบริหารงบประมาณ พบว่า บางพื้นที่งบประมาณไม่เพียงพอในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพหรือจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ แก้ปัญหาโดยรับสนับสนุนงบประมาณและวัสดุทางการแพทย์จากหน่วยงานเอกชนและเครือข่ายในพื้นที่ ดังคำกล่าวที่ว่า

“ปัญหา Classic ก็เรื่องขาดคน เป็นมานานแล้ว ยิ่งช่วงโควิด ยิ่งมีปัญหาทางเพิ่มขึ้น แต่คนเท่าเดิมทำกันไม่ทันเลย แถมต้องไปอบรม IT โรคระบาด สุขภาพดิจิทัลกันอีก” บุคลากรทางการแพทย์ 3

“ถ้าให้พูดจริง ๆ งบประมาณที่จัดสรรให้ก็ไม่ค่อยพอหรอก โชคดีที่มีเอกชนช่วยสนับสนุนส่วนใหญ่ถ้าขอก็จะได้เป็นสิ่งที่เราต้องการ เช่น เตียงลม ออกซิเจน อาคารชมรมผู้สูงอายุ”. บุคลากรทางการแพทย์ 5

2.1.3 การบริหารจัดการระบบสุขภาพ พบว่า ผู้บริหารหน่วยงานระดับปทุมภูมิส่วนใหญ่มีความสามารถด้านการบริหาร และมีภาวะผู้นำจากการอบรมหลักสูตรต่าง ๆ ส่วนระดับผู้ปฏิบัติยังขาดสมรรถนะที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ส่วนใหญ่ ผอ.รพ.สต.จะรู้เรื่องบริหาร เพราะได้เรียนหลักสูตร ผบต. ผบก.มาแล้ว แต่น้องที่ปฏิบัติงานไม่ค่อยเข้าใจระเบียบเบิกจ่ายเงิน จัดซื้อจัดจ้าง ไม่ได้เรียนมา แต่ต้องทำมาด้วย” บุคลากรทางการแพทย์ 1

“ระดับปฏิบัติส่วนใหญ่ขาดความเข้าใจระเบียบเบิกจ่ายเงิน ภาวะผู้นำ ถ้าไม่มีเจ้าหน้าที่การเงินโดยตรง ควรส่งเสริมให้ได้ไปอบรมหรือไปเรียน เพื่อจะได้มาช่วยกันทำงานได้ถูกต้อง” บุคลากรทางการแพทย์ 4

2.2 การมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ สรุปได้ดังนี้

2.2.1 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนแบบครบวงจร การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ควรปรับจากที่ชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมแต่ไม่มีส่วนร่วมเป็นเจ้าของโครงการ ซึ่งทำให้ผลลัพธ์ไม่ต้องโทษและไม่ได้รับความร่วมมือเท่าที่ควร ดังนั้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมแบบครบวงจรควรเริ่มตั้งแต่วางแผนและตัดสินใจจนถึงการติดตามประเมินผล เพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวรู้สึกมีคุณค่าและเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน ดังคำกล่าวที่ว่า

“ถ้าจะสร้างการมีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุ ต้องให้เค้ารู้สึกว่สิ่งที่เราชวนทำเค้าเป็นเจ้าของ ต่อสุขภาพผู้สูงอายุแล้วเค้าก็มีสิทธิ์เลือกจะทำหรือไม่ทำ ช่วยคิดช่วยทำได้ตั้งแต่ต้นเลย” บุคลากรทางการแพทย์ 5

“เราต้องชวนผู้สูงอายุกับครอบครัวเค้ามาช่วยกันทำตั้งแต่ต้น เวลาจะเริ่มทำต้องเปิดโอกาสให้เค้ามาช่วยกันวางแผน ช่วยกันทำ ผลที่ได้ก็เป็นของเค้า ให้เค้ารู้ว่ามีดีหรือไม่ดียังไงแก้ไขกันได้ ” ผู้นำชุมชน 3

2.2.2 การสร้างภาคีเครือข่าย เน้นร่วมกันกำหนดเป้าหมายและขับเคลื่อนการดำเนินงานถือเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จ โดยเครือข่ายในพื้นที่ ประกอบด้วย 1) ภาครัฐ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล และองค์การบริหารส่วนจังหวัด เป็นต้น 2) องค์กรเอกชน ได้แก่ โรงไฟฟ้า ห้างร้าน สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และ 3) ชุมชนข้างเคียง ดังคำกล่าวที่ว่า

“องค์กรที่สนับสนุนถ้าเป็นของรัฐจะบริจาคเป็นของ เราไปขอสนับสนุน เช่น อบต. อบจ. ถ้าเอกชนบริจาคก็มีโรงไฟฟ้า ร้านค้าในพื้นที่เค้าก็บริจาคเงินกับของอุปกรณ์การแพทย์มา” บุคลากรทางการแพทย์ 1

“ถ้าเป็น อบต. อบจ. ขอสนับสนุนอะไรเค้าก็ส่งมาช่วย ขอคนของของมาช่วย ถ้าเอกชน ห้าง ร้านค้าในพื้นที่เค้าก็บริจาคเงินของตามที่เราขอสนับสนุน บางทีเราก็กต้องบอกเพราะเค้าไม่รู้” บุคลากรทางการแพทย์ 3

2.3 แนวทางพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพปฐมภูมิตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ สรุปได้ดังนี้

2.3.1 การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการจัดการข้อมูล การจัดบริการสุขภาพแบบองค์รวมครอบคลุมการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูที่ประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการดูแลสุขภาพ และการพัฒนาระบบการจัดการข้อมูล เพื่อเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิที่เป็นประโยชน์ในการรักษาพยาบาล ดังคำกล่าวที่ว่า

“อยากให้หมอสอนคนแก่กับ อสม. ด้วย ถ้าใช้ VDO call ตามเยี่ยมบ้านคนไข้ก็สะดวกดี บางทีไปหากี่ไม่อยู่ ใช้โทรศัพท์ได้ก็ไม่ต้องไปหลายครั้ง แล้วถ้าจองคิวตรวจอนามัยได้เหมือน รพ. ก็ดี” แกนนามุมชน 5

“ถ้าคิดว่าต้องพัฒนาอะไรมั่ง ผังคนไข้เราต้องให้ความรู้เรื่อง IT กับ Health Literacy ผังระบบต้องปรับแบบออนไลน์ส่วนใหญ่ ทั้งให้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ คัดกรอง เยี่ยมบ้าน รักษาที่ใช้ Telemedicine แล้วก็เชื่อมข้อมูลกันให้หมด จะได้เข้าใจตรงกัน เวลาส่งต่อจะง่ายขึ้น” บุคลากรทางการแพทย์ 3

2.3.2 การส่งเสริมศักยภาพและการมีส่วนร่วมแบบครบวงจร การส่งเสริมศักยภาพให้ครอบคลุมระดับบุคคล ชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ โดยระดับบุคคลและชุมชนเน้นส่งเสริมความเข้าใจด้านความเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ความรอบรู้ทางสุขภาพแบบดิจิทัล และทักษะที่จำเป็น ส่วนบุคลากรทางการแพทย์เน้นส่งเสริมภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลง และสมรรถนะด้านการวิจัยและนวัตกรรมสุขภาพ เป็นต้น รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากภาคีเครือข่าย ดังคำกล่าวที่ว่า

“อยากให้ชุมชนมีคนมีความรู้เรื่องผู้สูงอายุและเรื่องที่เป็นแบบการใช้ App ในโทรศัพท์ หาข้อมูลโรค การดูแลสุขภาพตัวเอง อยากให้สอนกรรมการกับชาวบ้านด้วยจะได้รู้เรื่องเหมือนกัน” แกนนามุมชน 2

“อยากให้คนในชุมชนช่วยกันดูแลผู้สูงอายุ ต้องช่วยให้ความรู้กับผู้สูงอายุ ครอบครั้ว ชุมชน ส่วน จนท.ต้องเน้นทักษะจำเป็นที่ใช้ปฏิบัติงาน ต้องร่วมมือกับเครือข่ายด้วย” บุคลากรทางการแพทย์ 2

2.4 การยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ สรุปได้ดังนี้

2.4.1 การดูแลเรื่องสิทธิและสวัสดิการ การดูแลสุขภาพความเป็นอยู่และการดำเนินชีวิตประจำวันเน้นดูแลตามความต้องการพื้นฐานที่ตอบสนองสิทธิ สวัสดิการ และความมั่นคงปลอดภัยในชีวิต จึงควรพัฒนาการดูแลช่วยเหลือแบบทันทีทันใดด้วยการสร้างระบบการแจ้งเตือน และจัดสถานที่ดูแลผู้สูงอายุแบบชั่วคราวในช่วงกลางวัน ยังใช้เป็นที่พักปะสังสรรค์ของผู้สูงอายุได้ ดังคำกล่าวที่ว่า

“อยากมีคนคอยดูแลผู้สูงอายุ หรือมีที่ดูแลเวลาลูกหลานไปทำงาน ถ้าปล่อยให้อยู่คนเดียว น่าจะแย่ คนแก่ลืมนง่าย ลืมทีก็เจ็บเป็นเดือน ต้องทำจริงให้ด้วยเผื่อคนช่วยจะดีมาก” แกนนามุมชน 4

“มีผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวแล้วลืมนบ่อย ถ้ามี Daycare ที่มีคนดูแลจะช่วยได้มากเลย อีกเรื่องต้องบอกลูกหลานและตัวคนไข้ให้รู้เรื่องสิทธิ สวัสดิการด้วยเพราะเป็นสิทธิพื้นฐานที่ควรได้” บุคลากรทางการแพทย์ 3

2.4.2 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การสร้างช่องทางสื่อสารทั้งแบบเผชิญหน้าและแบบออนไลน์ จิตอาสาช่วยดูแล ผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ การสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำรงชีวิตและตรวจรักษา การจัดกิจกรรมตามเทศกาลต่าง ๆ ดังคำกล่าวที่ว่า

“อยากให้มีที่ให้คนแก่เจอกันหรือช่องทางให้คุยกันสะดวกขึ้น แล้วอย่าลืมจัดงานเลี้ยงสังสรรค์ปีใหม่ หรืองานต่าง ๆ ด้วย อายุมากขึ้นออกไปเที่ยวไกลไม่ไหว ก็อยากคุยกันแถวบ้านนี่แหละ” แกนนำชุมชน 1

“อยากให้ลูกหลาน หรือเด็กในชุมชนผลักดันสอนผู้สูงอายุใช้ไลน์ เข้าอินเทอร์เน็ต ช่วยกันผลิตเวปเป็นจิตอาสาพามาตรวจรับยา ถ้าเราช่วยกันก็จะไม่เป็นภาระของคนใดคนหนึ่ง” บุคลากรทางการแพทย์ 3

3. รูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่
ในบริบทชุมชนเมืองและกึ่งเมืองเขตสุขภาพที่ 5 เน้นการประยุกต์ใช้ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและพัฒนาระบบสนับสนุนการดูแลสุขภาพตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่
1) การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการจัดการข้อมูลในการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม และเชื่อมโยงข้อมูลทุกระดับ ประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ 2) การพัฒนาระบบและกลไกหลักในการดูแลสุขภาพที่เน้นการจัดบริการ การจัดการข้อมูล การส่งเสริมศักยภาพ และการมีส่วนร่วมของชุมชน และ 3) การพัฒนาระบบสนับสนุนเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตที่เน้นการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน
รูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ ดังภาพ 2



ภาพ 2 รูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่

ผลการวิเคราะห์ความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพชีวิต พบว่า โดยภาพรวมรูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ที่พัฒนาขึ้น มีความเหมาะสม อยู่ในระดับมาก ($M = 4.49$, $SD = .59$) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ความมีประโยชน์อยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.61$, $SD = .46$) และด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ความเป็นไปได้ อยู่ในระดับมาก ($M = 4.36$, $SD = .61$)

การอภิปรายผล

1. ความต้องการจำเป็นในการดูแลสุขภาพตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ของผู้สูงอายุในบริบทชุมชนเมืองและกึ่งเมืองชุมชนเขตสุขภาพที่ 5 พบว่า ความต้องการจำเป็นที่ต้องพัฒนาอย่างเร่งด่วน คือ ด้านสังคม และด้านจิตใจ ($PNI_{Modified} = .58$ และ $.53$) ตามลำดับ สามารถอธิบายได้ว่า จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 จนถึงปัจจุบัน เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตเป็นแบบวิถีใหม่ ซึ่งประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการดูแลสุขภาพและดำเนินชีวิตประจำวัน รวมทั้ง การติดต่อสื่อสารหรือการสร้างสัมพันธ์ทางสังคมที่ปรับเปลี่ยนจากสังคมแบบเผชิญหน้า เป็นการสื่อสารผ่านสังคมออนไลน์ที่เชื่อมโยงให้บุคคลติดต่อสื่อสารกันอย่างไร้พรมแดน ซึ่งสามารถช่วยลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ (Bahramnezhad et al., 2017) แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีข้อจำกัดด้านทักษะการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศจึงสื่อสารผ่านสังคมออนไลน์ได้น้อย ร่วมกับข้อจำกัดด้านร่างกายที่ทำให้เดินทางไปพบปะสังสรรค์กับครอบครัวหรือเพื่อนฝูงได้น้อยลง ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการได้รับการพัฒนา ด้านสังคมอย่างเร่งด่วน ด้านที่มีความต้องการ รองลงมา ได้แก่ ด้านจิตใจ เนื่องจากเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย อาชีพ บทบาทหน้าที่ในสังคม ทำให้อาจรู้สึกท้อแท้และคุณค่าในตนเองลดลง รวมทั้งในปัจจุบันสังคมไทยแยกเป็นครอบครัวเดี่ยวมากขึ้น ผู้สูงอายุต้องอยู่กันตามลำพัง จึงทำให้ต้องการการดูแลด้านจิตใจ และกำลังใจตามความต้องการพื้นฐาน (Maslow, 1943) ซึ่งการพัฒนาทั้ง 2 ด้านนี้ จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจจากการได้สื่อสารพูดคุยกับผู้อื่นผ่านสังคมออนไลน์มากขึ้น (Sajkul et al., 2023) เพื่อตอบสนองด้านสังคมและด้านจิตใจอย่างเร่งด่วนและต่อเนื่อง

ด้านคุณภาพชีวิตโดยภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.93$, $SD = .56$) ร่วมกับข้อมูลเชิงคุณภาพระบุว่า ควรพัฒนาระบบดูแลช่วยเหลือและแจ้งเตือนแบบทันทีทันใด รวมทั้ง ควรจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุเพื่อแก้ปัญหาอุบัติเหตุและการส่งเสริมสุขภาพจิต อธิบายได้ว่า เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงจากความเสื่อมของร่างกาย และขาดการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยผู้สูงอายุจึงปรับตัวได้น้อย จะพบปัญหาที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิต เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตมากที่สุด คือ ร่างกาย อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 3.36$, $SD = .52$) อธิบายได้ว่า ปัจจุบันระบบบริการสุขภาพให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุเนื่องจากประเทศไทยเข้าสู่สังคม สูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้วจึงมีกองทุนให้การดูแล ทั้งเรื่องสิทธิการรักษา สวัสดิการทางสังคม และช่องทางด่วนอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุ ประกอบกับเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่เจริญก้าวหน้าทำให้คุณภาพชีวิตด้านร่างกายของผู้สูงอายุมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด

2. รูปแบบการดูแลสุขภาพปฐมนุณิและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ ซึ่งพัฒนาตามแนวคิดการดูแลสุขภาพ Kleinman (1980) ที่ครอบคลุมการดูแลสุขภาพภาคประชาชน การดูแลสุขภาพส่วนวิชาชีพ และการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้าน ร่วมกับนโยบายสุขภาพวิถีใหม่ วิถีธรรม วิถีไทย และวิถีเศรษฐกิจพอเพียงของกระทรวงสาธารณสุข โดยสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด19 ส่งผลกระทบต่อระบบบริการสุขภาพที่เป็นระบบเปิด ตามทฤษฎีระบบบุคคล ชุมชน ระบบบริการ และสิ่งแวดล้อมเป็นองค์ประกอบที่สัมพันธ์กัน จึงทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการในการดูแลสุขภาพที่

เปลี่ยนแปลงไปตามบริบทเช่นกัน (Von Bertalanffy, 1968) ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพพบข้อจำกัดสำคัญ คือ รูปแบบการจัดบริการไม่สอดคล้องกับบริบทสถานการณ์ปัจจุบัน การขาดแคลนบุคลากรและสมรรถนะจำเป็น และการบริหารจัดการระบบสุขภาพ ดังนั้นจึงนำไปสู่การพัฒนาารูปแบบ การดูแลสุขภาพปฐมภูมิและคุณภาพชีวิต แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ 1) การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการจัดการข้อมูลในการให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม และเชื่อมโยงข้อมูลทุกระดับ 2) การพัฒนาระบบและกลไกหลักในการดูแลสุขภาพที่เน้นการจัดบริการ และ 3) การพัฒนาระบบสนับสนุนเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต สอดคล้องกับแนวคิด 6 เสาหลักสุขภาพ (Six Building Blocks) ที่ชี้ให้เห็นว่าการจัดบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องพัฒนาหลายองค์ประกอบควบคู่กัน เช่น ระบบบริการ กำลังคน ระบบสารสนเทศ และการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นต้น เนื่องจากทุกองค์ประกอบมีความสัมพันธ์กันและเป็นกลไกของระบบบริการสุขภาพ (Cohen & Uphoff, 1980; World Health Organization, 2010) สอดคล้องกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนาศักยภาพ การดูแลสุขภาพเชิงรุก และการปรับสิ่งแวดล้อมให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าหลังการใช้รูปแบบพฤติกรรมดูแลสุขภาพตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ดีขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบ และการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุและครอบครัวดีขึ้นกว่าก่อนการใช้รูปแบบอย่างมีนัยสำคัญ (Sithon, 2023; Weerawittaya, 2023)

ข้อจำกัดของการวิจัย

ศึกษาเฉพาะบริบทในเขตสุขภาพที่ 5 แบบสอบถามเป็นรูปแบบประเมินตนเอง (self-report) และยังไม่ได้นำรูปแบบไปศึกษาประสิทธิผล ซึ่งควรดำเนินการต่อยอดเพื่อให้สามารถแก้ไขข้อบกพร่องและนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

นำรูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ไปใช้ประกอบการพิจารณากำหนดนโยบายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุตามแนวทางสุขภาพวิถีใหม่ในพื้นที่บริบทเขตสุขภาพที่ 5 และพื้นที่บริบทที่ใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมโดยนำรูปแบบการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิและคุณภาพชีวิตที่พัฒนาขึ้นไปใช้ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบและปรับปรุงให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ เพื่อติดตามผลลัพธ์ และนำไปใช้เป็นข้อเสนอเชิงนโยบายและประโยชน์ในการนำไปใช้ในการจัดบริการสุขภาพ
2. ควรศึกษาเพิ่มเติมโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ปัจจัยและเงื่อนไขของความสำเร็จในการประยุกต์ใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพดิจิทัลในการดูแลสุขภาพและยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนชนบท

รายการอ้างอิง

- Bahramnezhad, F., Chalik, R., Bastani, F., Taherpour, M., & Navab, E. (2017). The social network among the elderly and its relationship with quality of life. *Electronic Physician*, 9(5), 4306. <https://doi.org/10.19082/4306>
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). *Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity*. Cornell University, Rural Development Committee.
- Department of Older Persons. (2020). *Measures to drive the national agenda on aging society: 6 sustainability strategies and 4 transformative changes*. <https://www.dop.go.th/th/know/5/155> (in Thai)
- Department of Older Persons. (2022). *Statistics of older persons in Thailand 2022*. <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/335> (in Thai)
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry*. University of California Press.
- LaFond, E., Weidman, K., & Lief, L. (2021). Care of the postcoronavirus disease 2019 patient. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*, 27(3), 199-204. <https://doi.org/10.1097/MCP.0000000000000767>
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
- Sutjakul, B., Theswong, K., & Saenmontrikul, S. (2023). A social support approach to develop geriatric skills to use social media with media literacy. *PSDS Journal of Development Studies, Puey Ungphakorn School of Development Studies, Thammasat University*, 6(1), 95–140. (in Thai)
- Sithon, S. (2023). Development of the health care new normal model for elderly Muang Ubonratchathani District, Ubon Ratchathani Province. *Journal of Environmental Education Medical and Health*, 8(2), 18–31. (in Thai)
- Srisa-ard, B. (2017). *Introduction to research* (10th ed.). Suweeriyasarn. (in Thai)
- Thavinpipatkul, C., Ratana-Ubol, A., & Charungkaittikul, S. (2019). A transformative learning model to promoting integrated health of sustainable-practicing organizations in Thailand. *Journal of Education Studies*, 47(4), 37–55. (in Thai)
- Von Bertalanffy, L. (1968). *General system theory: Foundations, development, applications*. George Braziller.

- Weravaitaya, W. (2023). A development of health care model for older adult according to healthy in new normal by community and network participation in Sam Roi Yot District, Prachuap Khiri Khan Province. *Journal of Research for Health Improvement and Quality of Life*, 3(1), 1–12. (in Thai)
- Wongwanich, S. (2019). *Needs assessment research* (4th ed.). Chulalongkorn University Press. (in Thai)
- World Health Organization. (1997). *WHOQOL: Measuring quality of life*.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63482/1/WHO_MSA_MNH_PSF_97.4.pdf
- World Health Organization. (2010). *Monitoring the building blocks of health systems: A handbook of indicators and their measurement strategies*. World Health Organization.
- Yarbrough, D. B., Shulha, L. M., Hopson, R. K., & Caruthers, F. A. (2010). *The program evaluation standards: A guide for evaluators and evaluation users* (3rd ed.). Sage Publications.