



The Development Model of Health Service Delivery for Long-Term Care in Community by the Primary Health Care System and The Local Health Assurance Fund, Maha Sarakham Province

Rungreang Sankosa¹, Kwanchai Nuchklang² and Juraporn Krates³

Health Technical Office, Maha Sarakham Public Health Office, Thailand

E-mail: [rungleung_san@hotmail.com](mailto:rungreung_san@hotmail.com), ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0009-5686-0150>

Email: khunchai.nee@gmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0009-5600-3976>

E-mail: juraporn_krates@hotmail.com, ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4936-0181>

Received 12/12/2024

Revised 14/12/2024

Accepted 24/01/2025

Abstract

Background and Aims: Thailand is now seeing a full-blown aging population. Elderly people often have more chronic ailments, are largely dependent, and have limitations in their everyday activities. As a result, they need medical and public health care. The government has established policies to support and reform the aged health care system in terms of home/community care and self-care in the primary health care system with a variety of innovations, as the trend toward an older population and the need for health care without caregivers both grow. Therefore, a model for creating long-term healthcare services for the elderly in the community should exist to maximize the effectiveness and efficiency of public health services for the aged. This research aims to develop a model for the development of long-term health services for the elderly in the community through the primary health care system and the local or regional health insurance fund in Maha Sarakham Province.

Methodology: This study uses a combination of methodologies. Phase 1 is qualitative research in which the action research hypothesis is determined by applying the PDCA quality cycle concept to the 1,400-person target group. The population and a 400-person sample are being studied in phase two, which involves quantitative research. Phase 3 is qualitative research, which involves developing a development model and having 12 experts use the Delphi technique to evaluate and confirm (Expert Verify).

Results: (1) To create a model for delivering long-term health services for the elderly in the community through the primary health care system and the health insurance fund at the local or regional level, the pertinent target groups took part in each stage of the PDCA quality cycle process. With a mean value of 4.30 and a standard deviation of 0.51 for the sample group, the research findings indicated that the primary health care system and the health insurance fund at the local or regional level in Maha Sarakham Province were developing long-term health services for the elderly in the community at a good level overall. (2) The community's provision of long-term elderly health services was influenced by five factors: the transfer of sub-district health promotion hospitals to the provincial administrative organization (PAO); health communication with the community and society; management of the local administrative organization's sub-fund





(LTC); involvement of network partners in the community; and the needs and expectations of the benefits to be received. The five predictive factors had a statistically significant ($p < 0.05$) multiple regression value of 0.715, and taken together, they may predict a 63.70 percent increase in the community's long-term elderly health care ($R^2 = .637$, $F = 29.739$). (3) The primary health care system and the health insurance fund at the local or regional level, Maha Sarakham Province, then create a development model for long-term health services for the elderly in the community through the following two main components: 1) Development of long-term health services for the elderly in the community, which consists of five main components and 38 sub-components; and 2) Components of factors and conditions that influence the development of long-term health services for the elderly in the community, which consists of five main components and forty sub-components.

Conclusion: The primary health care system and the health insurance fund at the local or regional level, Maha Sarakham Province, have developed a model for long-term elderly health services in the community that has been effectively assessed and enhanced. This model has a high degree of appropriateness. Order to build a robust and creative primary healthcare system in Thailand may result in the creation of policy ideas to maximize the potential of the primary healthcare unit network by integrating with the health insurance fund locally for efficiency.

Keywords: Development Model; Health Service Delivery; Long-term Elderly in the Community; Primary Health Care System; Local or Regional Health Insurance Fund



รูปแบบการพัฒนาการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยระบบสุขภาพปฐมภูมิ และกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จังหวัดมหาสารคาม

รุ่งเรือง แสนโกษา, ขวัญชัย นุชกลาง และจุฬาร กระเทศ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
สำนักวิชาการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

ภูมิหลังและวัตถุประสงค์: ประเทศไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะประสบกับข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน เมื่อมีการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น และอยู่ในภาวะพึ่งพิงบางส่วนหรือทั้งหมด จำเป็นต้องการได้รับการดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุข ขณะที่แนวโน้มผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นและต้องการดูแลด้านสุขภาพแต่ไม่มีผู้ดูแลที่เพิ่มมากขึ้น ภาครัฐได้กำหนดนโยบายการส่งเสริมและปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุด้านการบริหารที่บ้าน/ชุมชน และการดูแลสุขภาพตนเองในระบบสุขภาพปฐมภูมิเชิงนวัตกรรมที่มีความหลากหลาย จึงควรมีรูปแบบการพัฒนาการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการบริการสาธารณสุขได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด การวิจัยครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยระบบสุขภาพปฐมภูมิและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จังหวัดมหาสารคาม

ระเบียบวิธีการวิจัย: การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) ระยะที่ 1 วิจัยเชิงคุณภาพ ประยุกต์ใช้แนวคิดวงจรคุณภาพ PDCA ในกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 1,400 คน เพื่อกำหนดสมมติฐานการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ระยะที่ 2 วิจัยเชิงปริมาณศึกษาในประชากรและกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน ระยะที่ 3 วิจัยเชิงคุณภาพ ประเมินยืนยัน (Expert Verify) โดยผู้เชี่ยวชาญ ใช้เทคนิคเดลฟาย จำนวน 12 คน และสร้างรูปแบบการพัฒนา

ผลลัพธ์: (1) กลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม ทุกขั้นตอนในกระบวนการวงจรคุณภาพ PDCA เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยระบบสุขภาพปฐมภูมิและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ผลวิจัยในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การพัฒนาการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ในชุมชน โดยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม โดยรวมอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) = 4.30 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) = 0.51 (2) ปัจจัยเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนฯ มี 5 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านผลกระทบจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ปัจจัยด้านการสื่อสารสุขภาพกับชุมชนและสังคม ปัจจัยด้านการบริหารจัดการกองทุนย่อย (LTC) ขององค์กรปกครองท้องถิ่น ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน และ ปัจจัยด้านความต้องการและคาดหวังในประโยชน์ที่จะได้รับ โดยตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 5 ตัวแปร มีค่าถดถอยพหุคูณ เท่ากับ .715 สามารถร่วมกันพยากรณ์การพัฒนาการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนฯ ได้ร้อยละ 63.70 ($R^2 = .637$, $F = 29.739$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (3) รูปแบบการพัฒนาการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก คือ 1) การพัฒนาการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนฯ มี 5 องค์ประกอบหลัก 38 องค์ประกอบย่อย และ 2) องค์ประกอบปัจจัยเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนฯ มี 5 องค์ประกอบหลัก 40 องค์ประกอบ

ย่อยแล้วสร้างเป็นรูปแบบการพัฒนาการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยระบบสุขภาพปฐมภูมิและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จังหวัดมหาสารคาม

สรุปผล: รูปแบบการพัฒนาการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยระบบสุขภาพปฐมภูมิและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จังหวัดมหาสารคามมีความเหมาะสมอยู่ในระดับสูงได้รับการประเมินและปรับปรุงสำเร็จ สามารถนำไปสู่การจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายพัฒนาศักยภาพเครือข่ายหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิโดยบูรณาการร่วมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นให้มีประสิทธิภาพ เพื่อสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพปฐมภูมิเชิงนวัตกรรมของประเทศไทย

คำสำคัญ: รูปแบบการพัฒนา; การให้บริการสุขภาพ; ผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน; ระบบสุขภาพปฐมภูมิ; กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

บทนำ

ทั่วโลกกำลังเผชิญกับสถานการณ์การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุ จาก รูปแบบโครงสร้างประชากรโลกที่มีการเปลี่ยนแปลงและประชากรไทยก็ประสบปัญหาลักษณะเดียวกัน ประเทศไทยได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุเต็มรูปแบบ โครงสร้างประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยจำแนกตามลักษณะการกระจายตัวด้านช่วงอายุ แบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม เนื่องจากมีวิธีการดูแลช่วยเหลือที่แตกต่างกันตามความเหมาะสมของสภาวะร่างกายจิตใจ และสภาวะพึ่งพิง กลุ่มผู้สูงอายุ วัยต้น (Young-old) อายุ 60 - 69 ปี มีสภาวะร่างกายที่ยังถือว่าแข็งแรง สุขภาพดียังสามารถดำรงชีวิตได้ตามลำพัง ช่วยเหลือตนเองได้ซึ่งช่วงอายุนี้ควรมีการจรรโลงสุขภาพที่ดีไว้ กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง (Medium-old) อายุ 70-79 ปี หากไม่มีโรคประจำตัวและดูแลสุขภาพดีก็ยังคงแข็งแรงอยู่แต่เริ่มจะต้องการการพึ่งพิง จากครอบครัวและสังคมบ้างแล้วและควรเฝ้าระวังทางสุขภาพ และผู้สูงอายุวัยปลาย (Old-old) อายุ 80 ปีขึ้นไป ต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในชีวิตประจำวันและควรได้รับการดูแลทางการแพทย์ตามสาเหตุซึ่งอาจจะเป็นที่บ้านหรือสถานพยาบาล (นริสา วงศ์พนารักษ์ และ สายสมร เฉลยกิตติ. 2557) และผู้สูงอายุเมื่อมีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มที่จะประสบกับข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน และการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น ซึ่งภาวะข้อจำกัดของการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และความยากลำบากในการดูแลตนเองจะเพิ่มขึ้นตามวัย ปัจจุบันผู้สูงอายุไทยประมาณร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุทั้งหมดอยู่ในภาวะพึ่งพิงบางส่วนหรือทั้งหมดและต้องการได้รับการดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุข ขณะที่แนวโน้มผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลด้านสุขภาพแต่ไม่มีผู้ดูแลที่เพิ่มมากขึ้น โดยผู้สูงอายุวัยปลายถึง 1 ใน 5 จำเป็นต้องมีผู้ดูแล แต่ปัญหาพบมากที่สุดจากข้อมูลสถิติศูนย์รับแจ้งเหตุ 1300 คือ การไม่มีผู้ดูแล ทั้งนี้ คาดการณ์ว่า ปี 2565 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 60 ปี) จำนวน 13.75 ล้านคน โดยร้อยละ 10 (1.375 ล้านคน) เป็นผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ร้อยละ 15 (ประมาณ 200,000 คน) ของผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เป็นผู้สูงอายุติดเตียง และ ร้อยละ 85 (1.175 ล้าน คน) จะเป็นผู้สูงอายุพึ่งพิงบางส่วน ซึ่งผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มจะมีความต้องการผู้บริบาลผู้สูงอายุแตกต่างกันตามภาวะสุขภาพ โดยอาจแบ่งได้เป็น 2 ระดับ ได้แก่ (1) ผู้บริบาลผู้สูงอายุระดับสูง ซึ่งจะดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะติดเตียงประมาณ 200,000 คน (ผู้บริบาล 1 คนดูแลผู้สูงอายุติดเตียง 4 คน จำนวนผู้บริบาลที่ต้องการประมาณ 50,000 คน) และ (2) ผู้บริบาลผู้สูงอายุระดับต้นจะดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงบางส่วน จำนวนประมาณ 1.175 ล้านคน (ผู้บริบาล 1 คน ดูแลผู้สูงอายุพึ่งพิงบางส่วน 15 คน จำนวนผู้บริบาลที่ต้องการ 78,000 คน หรือเป็นความต้องการเร่งด่วนประมาณ 70,000 คน (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการเสริมสร้างสุขภาพ, 2562)

ความสอดคล้องของการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขกับแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ได้หยิบยกและให้ความสำคัญประเด็นเรื่องการยกระดับการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพ เป็นกิจกรรมหลักสำคัญที่ต้องเร่งปฏิรูปตั้งแต่ ปี พ.ศ.2561 โดยประเด็นยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ ข้อ 4.2.4 ระบุว่า “ช่วงวัยผู้สูงอายุส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นพลังในการขับเคลื่อนประเทศ ส่งเสริม ให้มีการทำงานหลังเกษียณผ่านการเสริมทักษะการดำรงชีวิต ทักษะอาชีพในการหารายได้มีงานทำที่เหมาะสมกับศักยภาพ มีการสร้างเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสุขภาพ การป้องกันโรคให้แก่ผู้สูงอายุ พร้อมกับ จัดสภาพแวดล้อมให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและหลักประกันทางสังคมที่สอดคล้องกับความจำเป็นพื้นฐาน ในการดำรงชีวิต การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในสังคม” (ราชกิจจานุเบกษา. 2561 : 35-37) ประกอบกับ แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง) พ.ศ.2564 ได้กำหนดประเด็นการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต “ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความมั่นคงในชีวิต มีทักษะการดำรงชีวิต เรียนรู้ พัฒนาตลอดชีวิต มีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคม สร้างมูลค่าเพิ่มให้แก่สังคมยิ่งขึ้น” และกำหนดประเด็นการเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี ทั้งนี้ ได้กำหนดผลอันพึงประสงค์ หรือผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น โดยกำหนดค่าเป้าหมายและตัวชี้วัดที่สำคัญ คือ ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาวะ สามารถดูแลสุขภาพ มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และสามารถป้องกันและลดโรคที่สามารถป้องกันได้ เกิดเป็นสังคมบ่มเพาะจิตสำนึกการมีสุขภาพดีสูงขึ้น จำนวนชุมชนสุขภาพดีเพิ่มขึ้น มีระบบบริการสาธารณสุขที่ได้มาตรฐานที่ประชากรทุกระดับเข้าถึงได้ดีขึ้น การเข้าถึงบริการสาธารณสุขมีความเหลื่อมล้ำลดลง และ ประชาชนมีความรอบรู้สุขภาพ เรื่องโรคอุบัติซ้ำที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงภูมิอากาศมากขึ้น โดยกำหนดกิจกรรมปฏิรูปที่จะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อประชาชนอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะ กิจกรรมปฏิรูปที่ 3 การปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการบริหาร การรักษาพยาบาลที่บ้าน/ชุมชน และการดูแลสุขภาพตนเองในระบบสุขภาพปฐมภูมิเชิงนวัตกรรม (ราชกิจจานุเบกษา. 2564) เพื่อรองรับกับจำนวนผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นอย่างมากในอนาคต ประกอบกับปัจจุบันยังมีปัญหาความท้าทายที่ต้องเร่งแก้ไข ทั้งในมิติความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตัวเอง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการสร้างสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันการดูแลรักษาโรคไม่ติดต่อสำหรับประชาชนและผู้ป่วย รวมทั้งการจัดการให้มีผู้บริหารทั้งปริมาณและคุณภาพ ที่เพียงพอกับความ ต้องการเมื่อเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน - กระทรวงสาธารณสุข, 2564.)

จากภาวะการณเป็นสังคมสูงอายุ ภาครัฐได้กำหนดนโยบายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุมาระยะหนึ่ง ซึ่งมีแนวทางการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีความหลากหลาย มีการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยใช้ชุมชนเป็นฐานโดยมีอาสาสมัครเป็นผู้ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุระหว่างครอบครัว ชุมชน และศูนย์บริการ สาธารณสุขทำให้ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจ ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเข้าถึงบริการได้สูงขึ้น นอกจากนี้ยังเสนอแนะให้ระบบบริการสุขภาพที่พัฒนาขึ้นนี้มีประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากการร่วมคิดร่วมทำในกลุ่มที่มีส่วนเกี่ยวข้อง (วิราพรธรณ วิโรจน์รัตน์ และ คณะ, 2557) มีการเปลี่ยนไปมา ระหว่างระบบบริการสุขภาพทั้ง 3 ระบบ ได้แก่ ระบบบริการสุขภาพแบบสามัญ พื้นบ้านและวิชาชีพ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมแสวงหาบริการสุขภาพ การออกกำลังกาย การกินยาแก้ปวด การรับรู้ภาวะสุขภาพปัจจุบัน ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคม การปฏิบัติตามความเชื่อ ประเพณี และวัฒนธรรมด้านการดูแลสุขภาพ และความเชื่อมั่นของผู้สูงอายุต่อระบบบริการสุขภาพ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกัน การเจ็บป่วย การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพให้สอดคล้องกับวิถีชุมชนและเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (วิชชัย ยินยาว นริมาลย์ นีละไพจิตร และ จุฬารักษ์

กวีวิรัชชัย, 2561) ซึ่งระบบสุขภาพต้องรองรับการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งบทบาทของการสาธารณสุขในการดูแลผู้สูงอายุ ในศตวรรษที่ 21 จึงประกอบด้วย การจัดการรายกรณี การจัดรูปแบบบริการในการดูแลที่มีทั้งระยะต้น ระยะกลาง ระยะยาวและต่อเนื่อง การจัดบริการที่รวดเร็ว มีระบบช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ การเข้าถึงระบบสุขภาพกับการดูแลสุขภาพ การใช้แพทย์ทางเลือกใน การดูแลสุขภาพต้องมีความเข้าใจสภาพความสูงอายุ สิ่งแวดล้อม และแบบแผนการดำเนินชีวิตตามความเป็นจริง การดูแลสุขภาพให้พึ่งตนเองได้มากที่สุด การคิดบวก มีจิตกุศล การทำจิตใจให้สะอาด งดเว้นจากอกุศลกรรมเป็นแนวทางให้ผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี (จินตนา อาจสันเทียะ และ รัชณีย์ ป้อมทอง, 2561) นอกจากนี้ยังมีการนำเทคโนโลยีที่ทันสมัยมาประยุกต์ใช้กับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจะเป็นทิศทางในการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการบริหารจัดการสุขภาพได้เป็นอย่างดี ซึ่งพบว่าการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุผ่านระบบบริการทางไกล เป็นหนึ่งในนวัตกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่กลุ่มประเทศพัฒนาแล้วเลือกใช้ บุคคลากรทางการแพทย์และผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความจำเป็นที่ต้องมีความรู้ความสนใจในเรื่องราวของเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยเฉพาะเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น เทคโนโลยีการอำนวยความสะดวก การพัฒนาการทำงาน การจัดการระบบสุขภาพ การให้บริการโดยใช้เทคโนโลยีให้เหมาะสมและสามารถนำมาใช้เพื่อการจัดบริการการส่งเสริมสุขภาพให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด (บุรพา พันธุ์สวัสดิ์ และ คณะ, 2554) แต่ก็ยังปรากฏว่ามีข้อจำกัดของการเข้าถึงบริการสาธารณสุขของผู้สูงอายุ เช่น ข้อจำกัดของการเข้าถึงระดับปฐมภูมิ ปัญหาการขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพ ความไม่ครอบคลุมในการจัดบริการสุขภาพตามปัญหา และความต้องการ ผู้ให้บริการไม่เพียงพอ มีปัญหาการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ขาดความรู้การดูแลตนเอง การใช้จ่ายไม่ถูกต้อง ญาติผู้ดูแลขาดความรู้ในการประกอบอาหารให้กับผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ได้สะดวกเนื่องจากไม่มีญาติ พาไป ขาดคนดูแลในครัวเรือนและในชุมชน ต้องการองค์กรปกครองในท้องถิ่นให้มาเยี่ยมผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือพึ่งพาผู้อื่น อีกทั้งปัญหาภัยสุขภาพและภาระโรคของโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีคุณภาพตามเกณฑ์มาตรฐาน กระทรวงสาธารณสุข และได้รับสิทธิประโยชน์จากการจัดบริการด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่อย่างเท่าเทียม เป็นธรรมและ เสมอภาค (สุปราณี สิทธิกันต์ และ ดารุณี จงอุดมการณ์, 2563 ; วิไล ตาปะสี และคณะ, 2560; กองยุทธศาสตร์และแผนงาน - กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เป็นส่วนราชการในส่วนภูมิภาคสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และเป็นหน่วยหลักในพื้นที่ ในการขับเคลื่อนภารกิจด้านการจัดการความรู้และส่งเสริมให้เกิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานวิชาการ/วิจัยและนวัตกรรม เพื่อต่อยอดตามนโยบายและแผนปฏิรูปด้านสาธารณสุข และจังหวัดมหาสารคามได้รับเลือกเป็นพื้นที่ต้นแบบการศึกษาวิจัยและสร้างนวัตกรรมการเรียนรู้จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งเป็นพื้นที่จังหวัดที่มีประชากรผู้สูงอายุ จำนวน 151,911 คน ประชากรทั้งหมดของจังหวัด ปี 2563 จำนวน 953,660 คนคิดเป็นร้อยละ 15.93 จึงเป็นจังหวัดที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มรูปแบบ และสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเทียบกับประชากรทั้งหมด ใกล้เคียงการคาดประมาณสัดส่วนร้อยละที่เพิ่มขึ้นในปี พ.ศ.2565 - 2566 โดยเฉพาะเป็นจังหวัดที่มีระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและเครือข่ายหน่วยสุขภาพปฐมภูมิที่เข้มแข็งและมีความพร้อมในระดับต้นของประเทศ รวมทั้งสะดวกต่อการบริหารจัดการพื้นที่ศึกษาวิจัย ดังนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จึงมีความสนใจจัดทำโครงการวิจัย “รูปแบบการพัฒนาการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยระบบสุขภาพปฐมภูมิและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จังหวัดมหาสารคาม” เพื่อจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย การปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุด้านการบริหาร การ

ให้บริการสุขภาพที่บ้าน/ชุมชน และการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการในระบบสุขภาพปฐมภูมิ ร่วมกับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ซึ่งนวัตกรรมและเครือข่ายบริการสุขภาพในพื้นที่/ชุมชนให้มีความเข้มแข็ง ต่อเนื่องและยั่งยืน อันจะก่อให้เกิดการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนแบบบูรณาการ โดยตอบสนองความต้องการและความจำเป็นของผู้สูงอายุในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อรองรับสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์อย่างมีคุณภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสังเคราะห์ภาวะสุขภาพ ภาระโรค ความต้องการด้านบริการสุขภาพของผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และองค์ประกอบระบบการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อระบบการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม
3. เพื่อประเมินยืนยันและสร้างรูปแบบการพัฒนากระบวนการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ในชุมชน โดยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม

การทบทวนวรรณกรรม

1. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนา เดนิส กัวเล็ท (Denis Goulet, 1973) กล่าวว่า การพัฒนาเป็นรูปแบบอย่างหนึ่งของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม (Social change) สวนความทันสมัยก็เป็นกรณีเฉพาะอันหนึ่งของการพัฒนา สำหรับทางด้านการพัฒนาอุตสาหกรรม (Industrialization) เป็นมิติหนึ่งของการพัฒนา โดยหลักแล้วการพัฒนาเป็นลักษณะทางสังคมที่กำลังเปลี่ยนจากสิ่งที่เคยเป็นในอดีตไปสู่สิ่งที่ต้องการจะเป็นซึ่งขึ้นอยู่กับเป้าหมายของการพัฒนาของแต่ละสังคม
2. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งเป็นช่วงปัจฉิมวัยหรือวัยที่ปลดเกษียณจากการทำงาน โดยยึดตามเกณฑ์ปฏิทินที่องค์การระหว่างประเทศตกลงกัน จึงเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายไปในทางเสื่อมถอย ต้องพบกับความตามสังคม วัฒนธรรม และสภาพร่างกาย ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุประสบกับปัญหาในการดำรงชีวิต ไม่ว่าจะเป็นด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต รวมถึงด้านเศรษฐกิจ จึงมีความจำเป็นที่ต้องดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้มีความเป็นอยู่และสุขภาพที่ดีขึ้น
3. สถานการณ์ สิทธิและประโยชน์ของผู้สูงอายุไทย เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุทุกคนจะได้รับสิทธิผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มีเจตนารมณ์เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับสิทธิโดยได้กำหนดไว้อย่างชัดเจนในมาตรา 11 ทั้งนี้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ รัฐวิสาหกิจ ท้องถิ่น มีหน้าที่จัดบริการให้ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครองสิทธิตามกฎหมายฉบับนี้ มีรายละเอียดดังนี้ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสาร ด้านการประกอบอาชีพ ฝึกอาชีพที่เหมาะสม ด้านการพัฒนาตนเอง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม ด้านอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ ด้านการลดหย่อนค่าโดยสาร และอำนวยความสะดวกในการเดินทาง ด้านการยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ ด้านการช่วยเหลือผู้สูงอายุ การช่วยเหลือด้านที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มตามความจำเป็น ด้านการช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพ การสงเคราะห์ในการจัดศพตามประเพณีผู้สูงอายุมีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์

4. แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข บริบทตามข้อกำหนดของรัฐธรรมนูญ แห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 ที่เกี่ยวข้องกับสิทธิของประชาชนในการได้รับบริการสาธารณสุข หน้าที่ของรัฐ และการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพ มีข้อกำหนดที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข ดังนี้

4.1) หมวด 3 ว่าด้วยสิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย มาตรา 47 กำหนดให้บุคคลย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ บุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับบริการสาธารณสุขของรัฐ โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ตามที่กฎหมายบัญญัติและบุคคลย่อมมีสิทธิได้รับการป้องกันและขจัดโรคติดต่ออันตรายจากรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย มาตรา 48 สิทธิของมารดาในช่วงระหว่างก่อนและหลังการคลอดบุตรย่อมได้รับความคุ้มครองและช่วยเหลือ ตามที่กฎหมายบัญญัติและบุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีและไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ และบุคคล ผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติ

4.2) หมวด 4 หน้าที่ของปวงชนชาวไทย มาตรา 54 วรรคสอง รัฐต้องดำเนินการให้เด็กเล็กได้รับการดูแลและพัฒนา ก่อนเข้ารับการศึกษาเพื่อพัฒนาร่างกาย จิตใจ วินัย อารมณ์ สังคม และสติปัญญาให้สมกับวัย โดยส่งเสริมและสนับสนุนในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคเอกชน เข้ามีส่วนร่วมในการดำเนินการด้วย

4.3) หมวด 5 ว่าด้วยหน้าที่ของรัฐ มาตรา 55 กำหนดให้รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์ สูงสุด บริการสาธารณสุขต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพด้วย และ รัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง มาตรา 58 การดำเนินการใดของรัฐหรือที่รัฐจะอนุญาตให้ผู้ใดดำเนินการ ถ้าการนั้นอาจมีผลกระทบต่อทรัพยากรธรรมชาติ คุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพ อนามัย คุณภาพชีวิต หรือส่วนได้ส่วนเสียสำคัญอื่นใดของประชาชนหรือชุมชนหรือสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรง รัฐต้องดำเนินการให้มีการศึกษาและประเมินผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนหรือชุมชน และจัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้เสียและประชาชนและชุมชนที่เกี่ยวข้อง ก่อน เพื่อนำมาประกอบการพิจารณาดำเนินการหรืออนุญาตตามที่กฎหมายบัญญัติ และบุคคลและชุมชนย่อมมีสิทธิได้รับข้อมูลคำชี้แจง และเหตุผลจากหน่วยงานของรัฐก่อนการดำเนินการหรืออนุญาต และในการดำเนินการหรืออนุญาต รัฐต้องระมัดระวังให้เกิดผลกระทบต่อประชาชน ชุมชน สิ่งแวดล้อม และความหลากหลาย ทางชีวภาพน้อยที่สุด และต้องดำเนินการให้มีการเยียวยาความเดือดร้อนหรือเสียหายให้แก่ประชาชน หรือชุมชนที่ได้รับผลกระทบอย่างเป็นธรรมและไม่ชักช้า

4.4) หมวด 6 แนวนโยบายแห่งรัฐ มาตรา 71 รัฐพึงส่งเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว อันเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของสังคม จัดให้ประชาชนมีที่อยู่อาศัยอย่างเหมาะสม ส่งเสริม และพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรงและมีจิตใจเข้มแข็ง รวมตลอดทั้งส่งเสริมและพัฒนาการกีฬาให้ไปสู่ความเป็นเลิศและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน และรัฐพึงส่งเสริม และพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้เป็นพลเมืองที่ดีมีคุณภาพและความสามารถสูงขึ้น และรัฐพึงให้ความช่วยเหลือเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาส ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และคุ้มครองป้องกันมิให้บุคคลดังกล่าวถูกใช้ความรุนแรงหรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม รวมตลอดทั้งให้การบำบัดฟื้นฟูและเยียวยาผู้ถูกกระทำดังกล่าว และในการจัดสรรงบประมาณ รัฐพึงคำนึงถึงความจำเป็น และความต้องการที่แตกต่างกันของเพศ วัย และสภาพของบุคคล ทั้งนี้ เพื่อความเป็นธรรม

4.5) หมวด 16 ว่าด้วยการปฏิรูปประเทศ มาตรา 258 กำหนดให้ดำเนินการปฏิรูปประเทศ อย่างน้อยในด้านต่างๆ ให้เกิดผล ดังต่อไปนี้ โดย ช. ด้านอื่นๆ (4) ระบุให้ “ปรับระบบหลักประกันสุขภาพให้ประชาชนได้รับสิทธิและประโยชน์จากการบริหารจัดการและการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและสะดวกทัดเทียมกัน” และ (5) ให้มีระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชาชนในสัดส่วนที่เหมาะสม และมาตรา 259 ระบุให้การปฏิรูปประเทศเป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยแผนและขั้นตอนการดำเนินการปฏิรูปประเทศ ซึ่งต้องมียุทธศาสตร์ การจัดทำแผน การมีส่วนร่วมของประชาชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องๆ

5. แนวคิดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ “ระบบสุขภาพปฐมภูมิ” หมายความว่า กลไกและกระบวนการในการประสานความร่วมมือ เพื่อจัดบริการสุขภาพปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมระหว่างภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเอกชน และภาคประชาชน รวมทั้งการส่งต่อผู้รับบริการและการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วย บริการ ทั้งระดับ ปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิ

6. แนวคิดและหลักการของระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (The Community Health Security Fund) "กองทุนสุขภาพตำบล" นับเป็นนวัตกรรมทางสังคมที่สำคัญในระบบสุขภาพของประเทศไทย มุ่งเน้นการส่งเสริมการมีส่วนร่วมดูแลสุขภาพของประชาชนจากหลายภาคส่วนในสังคม โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกสำคัญในการประสานหน่วยงาน องค์กร และภาคีเครือข่ายในพื้นที่เข้ามาร่วมค้นหาปัญหาและความต้องการของประชาชน ร่วมวางแผน และส่งเสริมให้เกิดการร่วมดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพ สามารถติดตามประเมินผลการดำเนินงานให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมกับประชาชน

7. แนวคิดวงจรคุณภาพ (Deming Cycle – PDCA) เดมมิ่ง (Deming) (2004) กล่าวว่า การจัดการอย่างมีคุณภาพเป็นกระบวนการที่ดำเนินการ ต่อเนื่องเพื่อให้เกิดผลผลิตและบริการที่มีคุณภาพขึ้น โดยหลักการที่เรียกว่า วงจรคุณภาพ (PDCA) หรือวงจรเดม มิ่ง ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การตรวจสอบ และการปรับปรุงแก้ไข

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โพธิ์ศรี แก้วศรีงาม. (2564) ได้ทำการวิจัยเรื่อง ระบบการดูแลระยะยาวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร ผลการวิจัยพบว่า ระดับคุณภาพชีวิตโดยภาพรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง โดยด้านความสัมพันธ์ทางสังคมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ($\bar{X} = 3.37$, S.D. = 0.493) ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพ อาชีพเดิม/ปัจจุบัน สถานะรักษาพยาบาลต่างกันจะมีระดับคุณภาพชีวิตแตกต่างกัน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ อายุ การมีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ ความเพียงพอของรายได้ และเพศของผู้ดูแล ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ อายุ ($\beta = 0.103$) การมีโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ ($\beta = 0.010$) สถานะพยาบาลที่เข้ารับการรักษา ($\beta = 0.232$) และเพศของผู้ดูแล ($\beta = -0.174$) โดยสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 17.6 ($R^2 = 0.176$) แนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เหมาะสมและจะทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จมากยิ่งขึ้นได้นั้น นโยบายต้องมีความชัดเจน สื่อสารเข้าใจง่ายและปฏิบัติได้จริง โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) นำไปกำหนดประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมโดยเฉพาะบุคคลในครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการวางแผนและให้การดูแลผู้สูงอายุตาม Care Plan จากข้อค้นพบข้างต้น มีข้อเสนอแนะคือ ควร

ประสานความร่วมมือในส่วนกลางเพื่อสร้างความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม และควรทำการศึกษาาระดับคุณภาพชีวิตเชิงลึกของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในด้านต่างๆ ตลอดจนศึกษาผลกระทบและคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบ LTC

ธีรณีย์ คงสิทธิ์รัตนตระกูล และ กัมปนาท วงษ์วัฒน์พงษ์ (2565) ได้ศึกษาทิศทางของแผนการพัฒนา ระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ผลการศึกษาพบว่า ต้องการให้มีการจัดทำเป็นแผนยุทธศาสตร์ด้านการแพทย์ ฉุกเฉินฉบับเดียวของประเทศ เพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาโดยทุกภาคส่วนแบ่งหน้าที่ในการร่วมกันขับเคลื่อนให้ บรรลุเป้าหมายและสอดคล้องกับการปฏิรูปประเทศทิศทางการดำเนินงานในอนาคต องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะ ร่วมกับเครือข่ายในพื้นที่ และมีบทบาทเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ จึงจำเป็นต้องพัฒนาให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความพร้อมในการรับถ่ายโอนภารกิจ ในการเป็น ผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ให้ได้ตามมาตรฐาน ทั้งการจัดตั้ง ศูนย์รับแจ้งเหตุฉุกเฉิน (ทุกกรณี)/การอำนวยความสะดวกด้านการแพทย์ และการเพิ่มหน่วยปฏิบัติการให้ครอบคลุมพื้นที่ โดยการสนับสนุนของหน่วยงานทั้งส่วนกลาง/พื้นที่การประสานความร่วมมือและเป็นหุ้นส่วนในการพัฒนาระบบ การแพทย์ฉุกเฉินและสาธารณสุข ทั้งในพัฒนาหน่วยปฏิบัติการสถานพยาบาล การผลิตพัฒนาผู้ปฏิบัติการการ สื่อสารสาธารณะ รวมทั้งทบทวนบทบาทหน้าที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการอภิบาลระบบ เพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วย ฉุกเฉินให้ได้รับการปฏิบัติการฉุกเฉินที่ได้มาตรฐานอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม

রাพรพรรณ ศิริจันทน์ (2555) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตและการจัดสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุตำบลหนองผึ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 70-74 ปี มี สถานภาพสมรสและอยู่ด้วยกันกับคู่สมรส มีระดับการศึกษาประถมศึกษา มีรายได้ต่อเดือน 1,000 บาท และต่ำกว่า มีบทบาทในครอบครัวเป็นหัวหน้าครอบครัว และมีลักษณะครอบครัวเป็นครอบครัวเดี่ยว ทางด้านภาพรวม ของคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้านพบว่า อยู่ในระดับปานกลางแต่มีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจมากที่สุดอยู่ในระดับ มาก รองลงมาได้แก่ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมด้านร่างกาย และด้านสิ่งแวดล้อม มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปาน กลาง ส่วนภาพรวมของ การจัดสวัสดิการภาครัฐให้กับผู้สูงอายุพบว่า การจัดสวัสดิการภาครัฐให้กับผู้สูงอายุอยู่ ในระดับน้อย

ประไพพิศ สิงหเสม และคณะ (2563) ได้ศึกษาการวิจัยเชิงปฏิบัติการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง ผลการศึกษาพบว่า (1) ด้านการเข้าถึง ผู้สูงอายุสามารถ เข้าถึงข้อมูล 3 อ. จากการเข้าร่วมกิจกรรม แต่ยังเข้าถึงข้อมูลสุขภาพด้วยตนเองได้น้อย (2) ด้านความรู้ความเข้าใจ ผู้สูงอายุมีความรู้ 3 อ. เพิ่มขึ้นหลังร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 และ (3) ด้านการนำไปใช้ ผู้สูงอายุสามารถนำความรู้ไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และบอกต่อความรู้แก่บุคคลอื่น การวิจัยครั้งนี้สามารถสร้าง เสริมความ-รอบรู้ด้านสุขภาพให้ผู้สูงอายุได้บางส่วน ควรใช้กลวิธีเชิงรุกรายบุคคลกับผู้ที่มีการประเมินความรอบ รู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง/ไม่ดี เพื่อให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งหมด

เศรษฐวัฒน์ โชควรรกุล (2555 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษานโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น ในเขตจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการวิจัย พบว่า ประการแรก พบว่า การวิเคราะห์ ประเด็นเรื่องการก่อตัวของนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ ที่สามารถเข้าสู่วาระนโยบายขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นไปตามกรอบการวิเคราะห์ 3 กระแส ได้แก่ กระแสการเมือง กระแสตัวปัญหา กระแส นโยบาย และหน้าตางนโยบายตามตัวแบบ ของ Kingdon ประการที่สอง พบว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของ

การนำนโยบายการพัฒนา คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไปปฏิบัติ เรียงตามลำดับความสำคัญ ได้ดังนี้ คือ 1) ภาวะผู้นำ 2) ทฤษฎีการนโยบาย 3) การบริหารจัดการ 4) ความต้องการของผู้สูงอายุ 5) ความร่วมมือของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ประการที่สาม พบว่า ผลกระทบในด้านบวก คือ การนำนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไปปฏิบัติจะทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้น ทั้งทางสุขภาพร่างกายจิตใจ และรายได้ ผลกระทบในด้านลบ คือ ปัญหาด้านความจำกัดของ งบประมาณ การขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องผู้สูงอายุของบุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมทั้งการมีบุคลากรจำนวนน้อยไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ทั่วถึง ประการที่สี่ พบว่า องค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่นประสบความสำเร็จใน การนำนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไปปฏิบัติอยู่ใน ระดับปานกลาง และควรปรับปรุงการนำนโยบายไปปฏิบัติหลายด้าน ได้แก่ งานด้านงบประมาณ การบริหารบุคลากร การจัดทำฐานข้อมูลอย่างบูรณาการ และการจัดให้มีเครือข่ายความร่วมมือ ที่มีประสิทธิภาพ

นางสาวจันทร์ศิริ บัวดำ. (2561) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ใน รพ.สต. ขอนสมบูน อ.หนองม่วง จ.ลพบุรี ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตามความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบ รพ.สต.ขอนแก่น ต่อการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุในกลุ่มที่พึ่งพิงตนเองและกลุ่มที่อยู่ภาวะพึ่งพิง มีความต้องการบริการไปในทิศทางเดียวกัน โดยพบว่าผู้สูงอายุมีความต้องการดูแลระยะยาวด้านสุขภาพกายและใจมากที่สุด รองลงมาได้แก่ความต้องการในการจัดบริการหรือสวัสดิการสังคม ความต้องการบริการดูแลในชุมชน ความต้องการการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามลำดับ ในส่วนของการวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การจัดระบบดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้นำทฤษฎีระบบมาวิเคราะห์เพื่อนำไปสู่การจัดการระบบ การจัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

อรุณ บุญสร้าง, อารี บุตรสอน และกิตติ เหลาสภาพ. (2566) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์การบริหารส่วนตำบลเตย อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์เกี่ยวกับการบริหารจัดการกองทุนการดูแลระยะยาว (LTC) กองทุนยังไม่มีแผนการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล นักบริบาลยังไม่ได้ทำหน้าที่ตามบทบาทหน้าที่ของตนเอง กองทุนยังไม่มีงบเบิกจ่ายกองทุน ทำให้มีเงินคงค้างเท่าเดิม โดยไม่มีการเบิกจ่าย ขาดการประสานงานความร่วมมือระหว่างคณะอนุกรรมการกองทุน LTC กับภาคีเครือข่ายต่างๆ คณะกรรมการกองทุนยังไม่เข้าใจบทบาทหน้าที่ตนเอง และขาดทิศทางการพัฒนากองทุนที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการตั้งกองทุน สำหรับรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนที่พัฒนาขึ้นเรียกว่า CARE TOEI Model ประกอบด้วย การมีแผนงานร่วมกัน มีเป้าหมายที่ชัดเจน ผู้นำมีความรับผิดชอบ มีคณะกรรมการกองทุนที่ชัดเจน มีการติดตามและประเมินผล มีข้อมูลชัดเจน ทันสมัย ซึ่งเมื่อนำไปทดลองใช้แล้วพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับกองทุนอยู่ในระดับดี (ร้อยละ 87.50) และมีการปฏิบัติเกี่ยวกับการบริหารจัดการในภาพรวมอยู่ในระดับมาก รูปแบบมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ภายหลังการใช้รูปแบบการบริหารจัดการกองทุน LTC ที่พัฒนาขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนภาพรวมการบริหารจัดการกองทุน ($M = 159.07$, $SD = 16.82$) ซึ่งคะแนนเพิ่มขึ้น 27.00 คะแนน (95% CI = 17.33-36.66) ด้านผลการดำเนินงาน มีคะแนนเฉลี่ย ($M = 33.87$, $SD = 4.73$) ซึ่งถือว่ามีความเหมาะสมมากที่สุด มีคะแนนเพิ่มขึ้น 7.37 คะแนน (95% CI = 4.59 – 10.15) และด้านภาวะผู้นำองค์กร มีคะแนนเฉลี่ย ($M = 41.9$, $SD = 5.56$) มีคะแนนเพิ่มขึ้น 6.55 คะแนน (95% CI = 3.70 – 9.39) ตามลำดับ ผลการวิจัยนี้เป็นประโยชน์กับคณะกรรมการกองทุน ที่สามารถนำรูปแบบการบริหารจัดการกองทุนที่พัฒนาขึ้นไปประยุกต์ใช้ดำเนินการในพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

กรอบแนวคิดการวิจัย

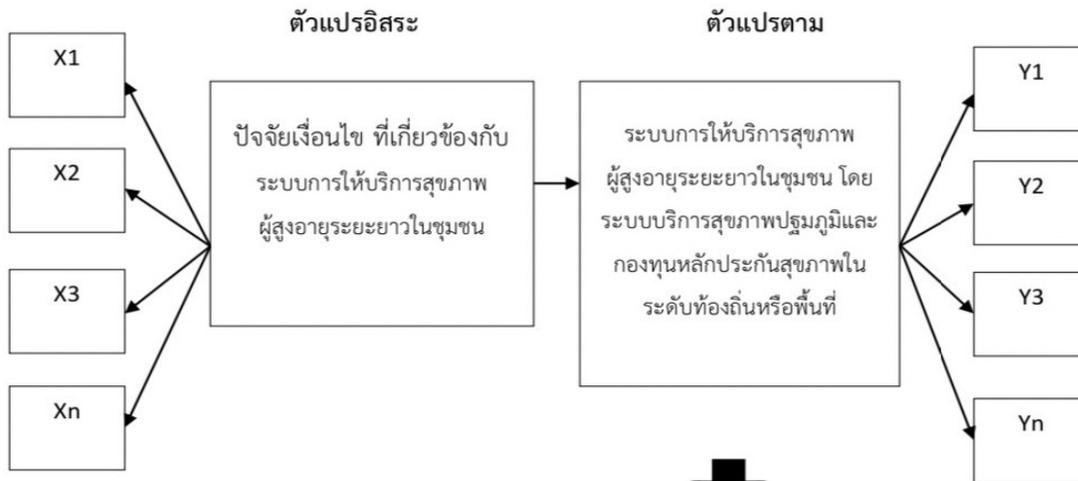
ระยะที่ 1 วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

สังเคราะห์ภาวะสุขภาพ ภาระโรค ความต้องการด้านบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน และองค์ประกอบระบบการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

1. พัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยประยุกต์ใช้วงจรคุณภาพ(Deming Cycle – PDCA)
2. กำหนดองค์ประกอบระบบการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนและปัจจัยเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับระบบการให้บริการสุขภาพ ฯ และ สร้างกรอบสมมติฐานการวิจัยเชิงปฏิบัติการ



ระยะที่ 2 วิธีวิจัยเชิงปริมาณ



ร่างรูปแบบระบบการพัฒนาการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่



ระยะที่ 3 วิธีวิจัยเชิงคุณภาพ

ประเมินยืนยันและสร้างรูปแบบการพัฒนาการให้บริการสุขภาพสูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จังหวัดมหาสารคาม

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

โครงการวิจัย เรื่อง รูปแบบการพัฒนาการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยระบบสุขภาพปฐมภูมิ และกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จังหวัดมหาสารคาม ครั้งนี้ เป็นวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed Methods Research) โดยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) และวิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) คณะผู้วิจัยได้กำหนดระเบียบวิธีดำเนินการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 เป็นวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

เพื่อสังเคราะห์ภาวะสุขภาพ ภาระโรค ความต้องการด้านบริการสุขภาพของผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และองค์ประกอบระบบการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม

ระยะที่ 2 วิธีวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research)

เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อระบบการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม

ระยะที่ 3 เป็นวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research)

เพื่อประเมินยืนยันและสร้างรูปแบบการพัฒนาการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม การวิจัยระยะที่ 3 นี้ ใช้กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ (Workshop) สัมมนาผู้เชี่ยวชาญ (Expert Verify) เพื่อประเมินตรวจสอบยืนยันความเหมาะสม ของร่างรูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดย ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จังหวัดมหาสารคาม

ผลการวิจัย

กลุ่มเป้าหมายที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วม ทุกขั้นตอนในกระบวนการวงจรคุณภาพ PDCA เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยระบบสุขภาพปฐมภูมิและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ผลวิจัยในกลุ่มตัวอย่าง พบว่า การพัฒนาการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม โดยรวมอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ย (\bar{x}) = 4.30 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) = 0.51

ปัจจัยเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนฯ มี 5 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านผลกระทบจากการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ปัจจัยด้านการสื่อสารสุขภาพกับชุมชนและสังคม ปัจจัยด้านการบริหารจัดการกองทุนย่อย (LTC) ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปัจจัยด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน และ ปัจจัยด้านความต้องการและคาดหวังในประโยชน์ที่จะได้รับ โดยตัวแปรพยากรณ์ทั้ง 5 ตัวแปร มีค่าถดถอยพหุคูณ เท่ากับ .715 สามารถร่วมกันพยากรณ์การพัฒนาการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนฯ ได้ร้อยละ 63.70 ($R^2 = .637, F = 29.739$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

รูปแบบการพัฒนาการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนฯ ที่เหมาะสม ที่ค้นพบจากการวิจัยประกอบด้วย 2 องค์ประกอบหลัก คือ 1) การพัฒนาการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนฯ มี 5 องค์ประกอบหลัก 38 องค์ประกอบย่อย และ 2) องค์ประกอบปัจจัยเงื่อนไขที่มีอิทธิพลต่อการพัฒนาการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนฯ มี 5 องค์ประกอบหลัก 40 องค์ประกอบย่อยแล้วสร้างเป็นรูปแบบการพัฒนาการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยระบบสุขภาพปฐมภูมิและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จังหวัดมหาสารคาม

อภิปรายผล

การพัฒนาบริการสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาวในชุมชนนั้นมีหลายแง่มุม โดยได้รับอิทธิพลจากปัจจัยสำคัญต่างๆ ที่สอดคล้องกันเพื่อสร้างแบบจำลองที่ครอบคลุมและยั่งยืน การโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบต.) ส่งผลกระทบอย่างมากต่อการให้บริการ การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างนี้ส่งผลต่อการอบการบริการและการดำเนินงาน ซึ่งต้องมีการปรับเปลี่ยนในการจัดสรรทรัพยากร การฝึกอบรมพนักงาน และการประสานงานระหว่างองค์กร การเปลี่ยนแปลงนี้เน้นย้ำถึงความจำเป็นในการมีระบบการจัดการที่แข็งแกร่งซึ่งรับรองความต่อเนื่องและคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่าปัจจัยนี้มีความสำคัญในการปรับเปลี่ยนวิธีการให้บริการสุขภาพในระดับชุมชน ซึ่งส่งผลต่อทั้งการเข้าถึงและประสิทธิภาพ

การสื่อสารด้านสุขภาพกับชุมชนและสังคมเป็นอีกปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ กลยุทธ์การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะส่งเสริมให้สมาชิกในชุมชนตระหนักรู้และเข้าใจเกี่ยวกับบริการที่มีอยู่และประโยชน์ของบริการเหล่านั้น กลยุทธ์เหล่านี้ควรคำนึงถึงความอ่อนไหวทางวัฒนธรรม ระดับการรู้หนังสือ และการเข้าถึงเทคโนโลยีเพื่อให้เข้าถึงได้อย่างสูงสุด บทบาทของการสื่อสารด้านสุขภาพไม่เพียงแต่ให้ข้อมูลเท่านั้น แต่ยังมีส่วนร่วมอีกด้วย โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการตอบรับจากชุมชน การศึกษาวิจัยแสดงให้เห็นว่าการสื่อสารเป็นรากฐานสำคัญในการสร้างความไว้วางใจและความร่วมมือ ซึ่งมีความสำคัญต่อความสำเร็จของโครงการด้านสุขภาพใดๆ (Hansen & Pedersen, 2020)

การจัดการกองทุนย่อยสำหรับการดูแลระยะยาว (LTC) โดยองค์กรของรัฐบาลท้องถิ่นถือเป็นตัวกำหนดทางการเงินที่สำคัญ การจัดสรรและการใช้เงินเหล่านี้ส่งผลโดยตรงต่อคุณภาพและขอบเขตของบริการที่ให้ การจัดการกองทุนอย่างเหมาะสมจะช่วยให้มั่นใจได้ว่าทรัพยากรได้รับการจัดสรรอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการที่เร่งด่วนที่สุดของประชากรสูงอายุ การกำกับดูแลกองทุนเหล่านี้อย่างโปร่งใสและรับผิดชอบช่วยส่งเสริมความไว้วางใจระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมถึงสมาชิกชุมชนและองค์กรพันธมิตร ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยอื่นๆ ที่เน้นย้ำถึงความสำคัญของการเงินในการให้บริการดูแลสุขภาพ (World Health Organization, 2019)

การมีส่วนร่วมของพันธมิตรเครือข่ายภายในชุมชนเน้นย้ำถึงความสำคัญของความร่วมมือในการให้บริการดูแลสุขภาพ พันธมิตรเครือข่าย รวมถึงองค์กรที่ไม่ใช่ภาครัฐ ภาคเอกชน และกลุ่มชุมชน นำความเชี่ยวชาญทรัพยากร และมุมมองที่หลากหลายมาซึ่งช่วยเพิ่มความครอบคลุมของบริการ การมีส่วนร่วมของพวกเขาช่วยลดช่องว่างที่หน่วยงานของรัฐเพียงอย่างเดียวอาจไม่สามารถแก้ไขได้ การศึกษานี้เน้นที่ปัจจัยนี้สอดคล้องกับวรรณกรรมที่กว้างขึ้นที่สนับสนุนการทำงานร่วมกันของหลายภาคส่วนเพื่อจัดการกับความท้าทายด้านสุขภาพที่ซับซ้อน (Rasanathan et al., 2017)

อย่างไรก็ตามความต้องการและความคาดหวังของประชากรสูงอายุเป็นแรงผลักดันความต้องการบริการด้านสุขภาพที่ปรับแต่งได้ การทำความเข้าใจความต้องการเหล่านี้ช่วยให้แน่ใจว่าบริการที่ให้บริการมีความเกี่ยวข้อง เป็นที่ยอมรับ และมีประสิทธิผล การศึกษาเผยให้เห็นว่าการตอบสนองความคาดหวังเหล่านี้มีความสำคัญอย่างมากต่อผลประโยชน์ที่รับรู้และความพึงพอใจโดยรวมของประชากรสูงอายุ แนวทางนี้มีความจำเป็นในการสร้างระบบการดูแลสุขภาพที่เน้นที่ประชาชนซึ่งให้ความสำคัญกับศักดิ์ศรีและความเคารพต่อผู้ใช้ โดยรวมแล้ว แบบจำลองการทำนายที่มีค่าการถดถอยพหุคูณที่ 0.715 และ R^2 ที่ 0.637 เน้นย้ำถึงความสำคัญทางสถิติของปัจจัยเหล่านี้ในการกำหนดบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวในชุมชน การวิจัยนี้ให้พื้นฐานแก่ผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงานในการออกแบบการแทรกแซงตามหลักฐานที่จัดการกับปัจจัยสำคัญเหล่านี้

นอกจากนี้รูปแบบการพัฒนาการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยระบบสุขภาพปฐมภูมิและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ จังหวัดมหาสารคามมีความเหมาะสมอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ เศรษฐวัฒน์ โชควรรกุล (2555) พบว่า การนำนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไปปฏิบัติจะทำให้คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุดีขึ้น ทั้งทางสุขภาพร่างกายจิตใจ และรายได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีกระบวนการถอดบทเรียนระบบการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และขยายผลให้หน่วยบริการสุขภาพอื่นที่ไม่ใช่พื้นที่ต้นแบบ ในจังหวัดได้เรียนรู้และสามารถนำข้อมูลไปประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่ของชุมชน/หมู่บ้าน อำเภอ และจังหวัด และควรมีการพัฒนากระบวนการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ให้มีความเหมาะสม และเกิดความต่อเนื่องในการทำงานในชุมชนมากขึ้น

2. ควรมีการสร้างข้อกำหนดที่เป็นเชิงนโยบายและข้อตกลงของระบบการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน มีกระบวนการ/กลไกขับเคลื่อนการดำเนินงาน และถอดบทเรียนเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การปฏิบัติงานในภาพทั้งระดับอำเภอ ระดับจังหวัดและเขตสุขภาพ รวมถึงขยายผลหรือนำไปใช้ในพื้นที่จังหวัดอื่นต่อไป ทั้งระดับเขตสุขภาพ และระดับประเทศ

3. ควรศึกษาประสิทธิผลและประสิทธิผลของการพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยระบบสุขภาพปฐมภูมิและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ หรือขยายขอบเขตการวิจัย หรือศึกษาประชากรหรือกลุ่มวัยอื่นๆ

4. ควรศึกษาพัฒนาต่อยอดการพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยระบบสุขภาพปฐมภูมิและกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ หรือระบบปฐมภูมิเชิงนวัตกรรมกับการสร้างอนาคตร่วมกัน เพื่อช่วยพัฒนางานบริการสุขภาพของหน่วยบริการและเครือข่ายบริการปฐมภูมิในด้านอื่นๆ หรือต่อยอดการพัฒนาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเชื่อมโยงกับระบบส่งต่อของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลศูนย์เพื่อเป็นเครื่องมือในการบริหารงานกองทุนและติดตาม กำกับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของหน่วยบริการสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน – กระทรวงสาธารณสุข. (2564). แผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุง), 2564. กรุงเทพฯ: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน – กระทรวงสาธารณสุข.
- จันทร์ศิริ บัวดำ และ Chansiri Buata (2561). *การจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (LTC) ในรพ.สต.ขอนแก่น*. หนองม่วง จ.ลพบุรี. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จินตนา อาจสันเทียะ และ รัชณีย์ ป้อมทอง. (2561). “แนวโน้มการดูแลผู้สูงอายุนในศตวรรษที่ 21: ความท้าทายในการพยาบาล”. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 19 (1), 39-46.
- ธวัชชัย ยืนยาว, นริมาลย์ นิละไพจิตร, & จุฬารักษ์ กวีวิรัชชัย. (2560). พฤติกรรมการแสวงหาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุชายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 27(3), 120-132.
- ธีรตนย์ คงสิทธิ์ตันตระกุล และ กัมปนาท วงษ์วัฒนะพงษ์. (2565). ทิศทางของแผนการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. *Journal of Roi Kaensan Academi*. 7(12), 412-424.
- นริสา วงศ์พนารักษ์, สายสมร เฉลยกิตติ. (2557). คุณภาพชีวิต: การ ศึกษาในผู้สูงอายุไทย. *วารสารพยาบาลทหารบก*. 15(3), 64-70.
- บุรพา พันธุ์สวัสดิ์ และ คณะ (2554). นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุผ่านระบบบริการทางไกล. *วารสารสภาการพยาบาล*. 26(s), 5-16. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/TJONC/article/view/2744>
- ประไพพิศ สิงหเสม, พอเพ็ญ ไกรนรา และวรารัตน์ ทิพย์รัตน์. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด จังหวัดตรัง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี้อุดรดิตถ์*, 11(1), 37 – 51.
- โพธิ์ศรี แก้วศรีงาม. (2564). ระบบการดูแลระยะยาวกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอำเภอคลองขลุง จังหวัดกำแพงเพชร. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*. 11(2), 1-26.

- ราชกิจจานุเบกษา. (2561). ประกาศ เรื่อง ยุทธศาสตร์ชาติ (พ.ศ. 2561-2580). เล่ม 135 ตอนที่ 82 ก : 13 ตุลาคม 2561
- ราชกิจจานุเบกษา. (2563). ประกาศสำนักทะเบียนกลาง เรื่อง จำนวนราษฎรทั่วราชอาณาจักร ตามหลักฐานการทะเบียนราษฎร ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2563 . เล่ม 138 ตอนพิเศษ 53 ง : 10 มีนาคม 2564
- ราชกิจจานุเบกษา. (2564). ประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง การประกาศแผนการปฏิรูปประเทศ (ฉบับปรับปรุง) (ฉบับปรับปรุง), 2564. 139-176.
- รำพรรณ ศิริจันทน์. (2555). คุณภาพชีวิตและการจัดสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ ตำบลหนองผึ้ง อำเภอสารภี จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารองค์การภาครัฐและเอกชน. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
- วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และ คณะ (2557). “การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น. วารสารสภาการพยาบาล, 29 (3), 104-115
- วีไล ตาปะสี ประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์ และสินวล รัตน์วิจิตร (2560). รูปแบบการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลวังตะกั่ว จังหวัดนครปฐม. วารสารเกื้อการุณย์. 24 (1), 42-54.
- เศรษฐวัฒน์ โชควรรกุล. (2555). นโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตร ดุษฎีบัณฑิต สาขารัฐประศาสนศาสตร์, มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์.
- สำนักงานกองทุนสนับสนุน การสร้างเสริมสุขภาพ. (2562). รายงานสุขภาพคนไทย 2562. Retrieved from: <https://www.thaihealth.or.th/รายงานสุขภาพคนไทย-ปี-2562/>
- สุปราณี สิทธิกันต์, และดารุณี จงอุดมการณ์. (2563). อุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของผู้มีรายได้น้อยในชุมชนเมือง: การศึกษาเชิงคุณภาพ. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 43(1), 19-29.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2547). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 12.กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 1
- อรุณ บุญสร้าง, อารี บุตรสอน และกิตติ เหลาสภาพ. (2566). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการกองทุนการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์การบริหารส่วนตำบลเตย อำเภอม่วงสามสิบ จังหวัดอุบลราชธานี. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 50(3). 130-148.
- Deming, W. E. (2004). *Out of the Crisis*. U.S.A.: MIT center for Advanced Engineering Study.
- Goulet, Denis. 1973. *The Cruel Choice: A New Concept in the Theory of Development*. Berlin: Center for the Study of Development and Social Change. [http://dx.doi.org/10.1016/0160-7383\(79\)90161-0](http://dx.doi.org/10.1016/0160-7383(79)90161-0)
- Hansen, A. T., & Pedersen, H. E. (2020). Effective community health communication strategies: Lessons from global health initiatives. *Journal of Community Health Communication*, 12(3), 201–218.
- Rasanathan, K., Bennett, S., Atkins, V., & Schneider, H. (2017). Multi-sectoral approaches to health: Synergies and challenges in addressing determinants of health. *Global Public Health*, 12(8), 993–1008.
- World Health Organization. (2019). *Sustainable health financing for universal health coverage: Principles, challenges, and opportunities*. Geneva: WHO Press.