

## การวิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพพระยะยาว และบริการทางสังคมระดับปฐมภูมิ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนตามวิถีปกติวิถีไปในเขตสุขภาพที่ 5

ปริญญารณ ณะบุญปวง, ค.ด.\* , เพ็ญจมาศ คำชนะ, พย.บ.\*

สุภาพ ไทยแท้, พร.ด.\*\* , จิรียา อินทนา, พย.บ.\*\*\*

ศิโรชัย เนตรทานนท์, ส.ม.\*\*\*\* , บรรณทวรรณ หิรัญเคราะห์, พร.ด.\*

ชลธิชา บุญศิริ, พย.บ.\* และทิวา มหาพรหม, พย.บ.\*\*\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพพระยะยาว บริการทางสังคมระดับปฐมภูมิ และการมีส่วนร่วมของชุมชน และ 2) ศึกษาปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการสุขภาพพระยะยาว และบริการทางสังคมระดับปฐมภูมิในชุมชนเขตสุขภาพที่ 5 กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น กลุ่มที่ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 20 คน กลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 10 คน และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 10 คน และกลุ่มที่ให้ข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 330 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 177 คน กลุ่มผู้นำชุมชน จำนวน 96 คน และกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 57 คน เครื่องมือวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้สถิติพรรณนา และการวิเคราะห์ถ้อยแถลง

ผลการศึกษา พบว่า การวิเคราะห์การจัดบริการสุขภาพพระยะยาวระดับปฐมภูมิ สรุปเป็น 3 แก่นเรื่อง ได้แก่ การจัดการบริการสุขภาพตามวิถีปกติวิถีไป การบริหารจัดการทรัพยากร และการอภิบาลระบบสุขภาพ ส่วนการจัดการบริการทางสังคมที่เป็นสิ่งจำเป็นในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการอยู่ร่วมกันในสังคม แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) การดูแลทางสังคมระดับปฐมภูมิตามวิถีปกติวิถีไป และ 2) การดูแลด้านสวัสดิการทางสังคม ด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพพระยะยาวในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ( $M=3.40$ ,  $SD=0.57$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ การมีส่วนร่วมวางแผนและตัดสินใจ อยู่ในระดับมาก ( $M=4.02$ ,  $SD=0.52$ ) และปัญหาอุปสรรคสำคัญในการดำเนินงาน แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการจัดการ พบปัญหาการบันทึกข้อมูลสุขภาพที่มีความซ้ำซ้อน การประมวลผลข้อมูลไม่เป็นแบบทันทีทันใด และความไม่พร้อมในการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการดำเนินงาน 2) ด้านการบริหารจัดการทรัพยากร พบปัญหาการขาดแคลนทั้งอัตรากำลังในการปฏิบัติงาน งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์

ดังนั้นแนวทางการจัดบริการสุขภาพพระยะยาวและบริการทางสังคมควรส่งเสริมการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ การบริหารจัดการทรัพยากรอย่างเหมาะสม การเชื่อมโยงข้อมูลให้ครอบคลุมทุกระดับ การส่งเสริมความเข้าใจเกี่ยวกับสิทธิสวัสดิการ และเน้นให้ชุมชนมีส่วนร่วมจัดการบริการเพื่อให้เกิดสุขภาวะชุมชนอย่างยั่งยืน

**คำสำคัญ:** ระบบบริการสุขภาพพระยะยาว, ปฐมภูมิ, การมีส่วนร่วมของชุมชน, วิถีปกติวิถีไป

\*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

\*\*คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช

\*\*\*วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

\*\*\*\*ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

\*\*\*\*\*วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี เชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

Corresponding E-mail: suparp\_thaithae@hotmail.com

(Received: September 28, 2025; Revised: June 10, 2026; Accepted: July 28, 2026)

## An Analysis of Long-Term Care and Primary Social Care Service Systems Through Community Participation in the Next Normal Era in Health Region 5

Parinyaporn Thanaboonpuang, Ph.D.<sup>\*</sup>, Phenchamat Khamtana, M.M.S.<sup>\*</sup>

Suparp Thaithae, Ph.D.<sup>\*\*</sup>, Jiriya Intana, M.M.S.<sup>\*\*\*</sup>

Sinchai Netthanon, M.P.H.<sup>\*\*\*\*</sup>, Buntawan Hirunkhro, Ph.D.<sup>\*</sup>

Chonthicha Boonsiri, M.M.S.<sup>\*</sup> & Tiwa Mahaprom, M.M.S.<sup>\*\*\*\*\*</sup>

### Abstract

This mixed-methods study aimed to: 1) analyze the long-term care system, primary social care services, and community participation; and 2) examine the barriers and challenges in the provision of long-term care and primary social care services in communities within Health Region 5, Thailand. The study sample consisted of two groups. The qualitative group comprised 40 participants and was divided into three subgroups: 20 dependent older adults, 10 community leaders, and 10 healthcare personnel. The quantitative group included 330 participants and was also divided into three subgroups: 177 dependent older adults, 96 community leaders, and 57 healthcare personnel. The research instruments consisted of semi-structured interview guides and questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics and thematic analysis. The findings revealed that:

The provision of primary long-term care services could be categorized into three major themes: 1) long-term care service delivery in the next normal era, 2) resource management, and 3) health system governance. Primary social care services, which are essential for promoting quality of life and social well-being, were classified into two categories: (1) primary social care in the next normal era and (2) social welfare services. Regarding community participation in long-term care service provision, the overall level of participation was moderate ( $M = 3.40$ ,  $SD = 0.57$ ). Among the dimensions assessed, participation in planning and decision-making demonstrated the highest mean score and was rated at a high level

( $M = 4.02$ ,  $SD = 0.52$ ). Major barriers to service implementation were identified in two areas. First, service delivery barriers included duplicated health information recording systems, delays in real-time data processing, and limited readiness for information technology adoption. Second, resource management barriers included shortages of healthcare workforce, insufficient budgets, and inadequate medical equipment.

Therefore, the development of long-term care and social care services should emphasize the integration of information technology, effective resource management, and comprehensive data linkage across all levels of care. In addition, efforts should focus on enhancing awareness of social welfare rights and promoting active community participation in service provision to achieve sustainable community well-being

**Keywords:** Long-term care systems, Primary, Community participation, Next normal era

---

<sup>\*</sup>Boromarajonani College of Nursing, Ratchaburi, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health      <sup>\*\*</sup>Kuakarun Faculty of Nursing, Navamindradhiraj University

<sup>\*\*\*</sup>Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health      <sup>\*\*\*\*</sup>Regional Health Promotion Center 5 Ratchaburi

<sup>\*\*\*\*\*</sup>Boromarajonani College of Nursing, Chiang Mai, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute, Ministry of Public Health

## บทนำ

ความเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรของสังคมไทยเกิดจากปัจจัยหลายด้านรวมทั้งเทคโนโลยีทางการแพทย์เจริญก้าวหน้า ประชาชนจึงมีอายุยืนยาวขึ้นทำให้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จากข้อมูลของกรมกิจการผู้สูงอายุ พบว่า ปี พ.ศ. 2563 มีผู้สูงอายุ จำนวน 11,627,130 คน ร้อยละ 17.57 และอีก 10 ปีข้างหน้าจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Completed Aged Society) ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 30 (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2563) จากวัยที่สูงขึ้นสภาพร่างกายมีความเสื่อมถอย การไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การเกิดภาวะซึมเศร้า สภาพแวดล้อมไม่เหมาะสม และปัญหาเศรษฐกิจ ฯลฯ ซึ่งกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและดูแลตนเองที่ลดลงส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพิงและต้องการความช่วยเหลือทางสังคมมากขึ้น โดยเฉพาะหลังสถานการณ์การระบาดของโรค Covid 19 การดำเนินชีวิตของผู้คนเปลี่ยนแปลงไปสู่ยุคปกติถัดไป “Next Normal” ที่เน้นเรื่องความปลอดภัยและสุขอนามัยเป็นสิ่งสำคัญ ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรมเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตเพื่อ “ลดการสัมผัสลดการแพร่เชื้อ” ระบบบริการสุขภาพจึงต้องได้รับการพัฒนาโดยเฉพาะระบบบริการสุขภาพระยะยาวและบริการทางสังคมที่ให้การดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งครอบครัวและสมาชิกในชุมชนเป็นกำลังสำคัญในการมีส่วนร่วมปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพระยะยาวและบริการทางสังคมระดับปฐมภูมิให้สอดคล้องกับบริบทการดำเนินชีวิตตามวิถีปกติถัดไป

ระบบบริการสุขภาพระยะยาวเป็นการให้บริการดูแลสุขภาพและสังคมอย่างต่อเนื่อง สำหรับบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง พิการ หรือมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวัน (World Health Organization, 2021) แบ่งเป็น 2 ส่วน ได้แก่ ระบบบริการในสถานบริการสุขภาพ และระบบบริการในชุมชนที่มีบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจนและสัมพันธ์กัน โดยปัญหาสำคัญที่พบในระบบบริการสุขภาพระยะยาว ได้แก่ ทรัพยากรที่ใช้ในการดูแลสุขภาพและการจัดบริการทางสังคมไม่เพียงพอเนื่องจากมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น การขาดแคลนบุคลากรและผู้ดูแลผู้สูงอายุ ความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการสุขภาพและการจัดบริการทางสังคม และการขาดความเชื่อมโยงของระบบบริการสุขภาพและบริการทางสังคม (National Health Security Office, 2024; World Health Organization, 2023; กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567) หน่วยงานภาครัฐจึงพยายามให้ความสำคัญในการทำงานเชิงรุกในระบบบริการระยะยาวเพื่อให้ครอบคลุมทุกกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดเตียง ติดบ้าน และติดสังคม โดยปัจจุบันประเทศไทยและนานาชาติประเทศปรับเปลี่ยนมาตรการทางสาธารณสุข โดยกำหนดให้โรค Covid 19 เป็นโรคประจำถิ่นแต่การป้องกันโรคยังจำเป็นต้องคงอยู่ เนื่องจากผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและอาการระยะหลังการติดเชื้อโรค Covid 19 ที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต (LaFond, Weidman & Lief, 2021) ดังนั้นระบบบริการสุขภาพระยะยาวและบริการทางสังคมระดับปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนเพื่อให้ทันสมัยสอดคล้องกับสถานการณ์วิถีปกติถัดไป (Next normal) ที่จะสามารถยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนได้

เขตสุขภาพที่ 5 มีประชากรทั้งสิ้น 4,087,150 คน เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 892,520 คน คิดเป็นร้อยละ 21.78 ซึ่งเข้าสู่สังคมสูงวัยแบบสมบูรณ์ (Complete Aged Society) ในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 17,284 คน ร้อยละ 1.93 และไม่ได้รับการคัดกรอง จำนวน 191,417 คน (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ, 2564) โดยการจัดบริการสุขภาพระยะยาวและการจัดบริการทางสังคมพบปัญหาหลัก คือ การขาดแคลนบุคลากรและผู้ดูแลผู้สูงอายุ การเข้าถึงบริการสุขภาพและการจัดบริการทางสังคม และการบูรณาการความเชื่อมโยงของระบบบริการสุขภาพและบริการทางสังคม และผู้สูงอายุอยู่โดดเดี่ยว (กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2567; กรมอนามัย, 2567; ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5, 2567; ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี, 2567) ซึ่งปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการจัดบริการสุขภาพระยะยาวและการจัดบริการทางสังคมในระดับปฐมภูมิที่จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาเพื่อประโยชน์ต่อผู้รับบริการ จากข้อมูลข้างต้นชี้ให้เห็นว่าแนวทางการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพระยะยาวและการจัดบริการทางสังคมต้องอาศัยความร่วมมือจากชุมชนเพื่อให้สอดคล้องกับ ความต้องการ

ทางสุขภาพและบริบทของชุมชน และจำเป็นต้องวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบันด้วยการวิเคราะห์ การจัดบริการสุขภาพระยะยาว บริการทางสังคม และการมีส่วนร่วมของชุมชนตามวิถีปกติถัดไป รวมทั้งศึกษาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนาการจัดบริการสุขภาพระยะยาวและบริการทางสังคมระดับปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์การจัดบริการสุขภาพระยะยาว บริการทางสังคมระดับปฐมภูมิ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตสุขภาพที่ 5

2. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการสุขภาพระยะยาว และบริการทางสังคมระดับปฐมภูมิในชุมชนเขตสุขภาพที่ 5

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ ผู้วิจัยวิเคราะห์การจัดบริการสุขภาพระยะยาว บริการทางสังคมระดับปฐมภูมิ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตสุขภาพที่ 5 ผู้วิจัยบูรณาการแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 1) แนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (Six Building Blocks of A Health System) ประกอบด้วย การจัดบริการ (Service Delivery) กำลังคนด้านสุขภาพ (Health Workforce) ระบบสารสนเทศ (Information System) ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ วัคซีน เทคโนโลยีด้านสุขภาพ (Medical Products, Vaccines & Technologies) การบริหารจัดการงบประมาณ/การเงินการคลัง (Financing) และภาวะผู้นำ/การอภิบาลระบบ (Leadership/ Governance) (World Health Organization, 2010) 2) แนวคิดการดูแลทางสังคมระดับปฐมภูมิ วิเคราะห์ตามลักษณะการดูแลที่จำเป็นและสอดคล้องกับบริบทการดำเนินชีวิตในยุคปกติถัดไป แบ่งเป็น 3 แบบ ได้แก่ 1) การดูแลทางสังคมแบบดั้งเดิม 2) การดูแลทางสังคมแบบสมัยใหม่ เป็นการดูแลทางสังคมที่เกิดขึ้นใหม่ให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และ 3) การดูแลด้านสวัสดิการทางสังคมต่างๆ ได้แก่ การประกันสังคม (Social Insurance) การช่วยเหลือสาธารณะ (Public Assistance) และการช่วยเหลือเกื้อกูลของภาคประชาชน (Rifkin, 2014; สุดารัตน์ สุดสมบูรณ์, 2557) และ 3) แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ การมีส่วนร่วมตัดสินใจ การมีส่วนร่วมปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมประเมินผล (Cohen & Uphoff, 1980)

### ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัยเรื่อง การพัฒนาระบบบริการสุขภาพระยะยาวและบริการทางสังคมระดับปฐมภูมิ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนตามวิถีปกติถัดไปในเขตสุขภาพที่ 5 ซึ่งใช้ระเบียบวิธีแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) รูปแบบเป็นแบบแผนคู่ขนาน (Concurrent or Simultaneous Design) เพื่อวิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพระยะยาว บริการทางสังคมระดับปฐมภูมิและการมีส่วนร่วมของชุมชนในเขตสุขภาพที่ 5

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** ประชากรที่ใช้ในระยนี้ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/ ผู้มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตสุขภาพที่ 5 2) กลุ่มแกนนำชุมชน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำด้านการศึกษา และผู้นำทางศาสนา และ 3) กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพระยะยาวในเขตสุขภาพที่ 5 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่าง มิถุนายน- ธันวาคม 2567

**กลุ่มตัวอย่าง** กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ ดังนี้

1. กลุ่มที่เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/ ผู้มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแล จำนวน 20 คน 2) กลุ่มผู้นำชุมชน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำด้านการศึกษา และผู้นำทางศาสนา จำนวน 10 คน และ 3) กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับระบบบริการ

สุขภาพพระยะยาว จำนวน 10 คน คัดเลือกเฉพาะผู้ที่เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant/ Information-Rich Case) โดยใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ประกอบด้วย

1.1 กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/ ผู้มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแลฯ เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/ ผู้มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแลที่อยู่ในชุมชนเขตสุขภาพที่ 5 ระยะเวลา 1 ปี ขึ้นไป 2) มีความสามารถในการสื่อสารข้อมูล 3) ยินดีเข้าร่วมในการให้ข้อมูลวิจัย เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ 1) ย้ายออกจากพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 2) ไม่สามารถให้ข้อมูลตามวันเวลาที่กำหนด และ 3) มีความต้องการถอนตัวจากโครงการวิจัย

1.2 กลุ่มผู้นำชุมชน เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) เป็นผู้นำชุมชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตสุขภาพที่ 5 เป็นระยะเวลา 2 ปี ขึ้นไป 2) มีส่วนร่วมในระบบบริการสุขภาพพระยะยาวและบริการทางสังคมในเขตสุขภาพที่ 5 3) มีความสามารถในการสื่อสารข้อมูล และ 4) ยินดีเข้าร่วมในการให้ข้อมูลวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ย้ายออกจากพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 2) ไม่สามารถให้ข้อมูลตามวันเวลาที่กำหนด 3) ต้องการถอนตัวจากโครงการวิจัย

1.3 กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ฯ เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ 1) บุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพพระยะยาวในเขตสุขภาพที่ 5 เป็นระยะเวลา 2 ปี ขึ้นไป 2) มีความสามารถในการสื่อสารข้อมูล 3) ยินดีเข้าร่วมในการให้ข้อมูลวิจัย เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ย้ายจากพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 2) ไม่สามารถให้ข้อมูลตามวันเวลาที่กำหนด และ 3) มีความต้องการถอนตัวจากโครงการวิจัย

2. กลุ่มที่เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ จำนวน 330 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Cochran สำหรับกรณีไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน กำหนดระดับความเชื่อมั่น 95% สัดส่วนประชากรเท่ากับ 0.50 และค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้เท่ากับ .05 (Cochran, 1977) แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/ ผู้มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแล จำนวน 177 คน 2) กลุ่มผู้นำชุมชน ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้นำด้านการศึกษา และผู้นำทางศาสนา จำนวน 96 คน และ 3) กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพพระยะยาว จำนวน 57 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Random Sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออก ดังนี้

#### เกณฑ์การคัดเข้า/ คัดออก

##### - กลุ่มผู้สูงอายุ

เกณฑ์การคัดเข้า ประกอบด้วย 1) เป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/ ผู้มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแลที่อยู่ในชุมชนเขตสุขภาพที่ 5 เป็นระยะเวลา 1 ปี ขึ้นไป 2) มีความสามารถในการสื่อสารข้อมูล และ 3) ยินดีเข้าร่วมในการให้ข้อมูลวิจัย และ เกณฑ์การคัดออก ประกอบด้วย 1) ย้ายออกจากพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 2) ไม่สามารถให้ข้อมูลตามวันเวลาที่กำหนด และ 3) มีความต้องการถอนตัวจากโครงการวิจัย

- กลุ่มแกนนำชุมชน เกณฑ์การคัดเข้า ประกอบด้วย 1) เป็นแกนนำชุมชนที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตสุขภาพที่ 5 เป็นระยะเวลา 2 ปี ขึ้นไป 2) มีส่วนร่วมในระบบบริการสุขภาพพระยะยาวและบริการทางสังคมในเขตสุขภาพที่ 5 3) มีความสามารถในการสื่อสารข้อมูล และ 4) ยินดีเข้าร่วมในการให้ข้อมูลวิจัย และ เกณฑ์การคัดออก ประกอบด้วย 1) ย้ายออกจากพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 2) ไม่สามารถให้ข้อมูลตามวันเวลาที่กำหนด และ 3) มีความต้องการถอนตัวจากโครงการวิจัย

- กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพพระยะยาว เกณฑ์การคัดเข้า ประกอบด้วย 1) เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพพระยะยาวในเขตสุขภาพที่ 5 เป็นระยะเวลา 2 ปี ขึ้นไป 2) มีความสามารถในการสื่อสารข้อมูล และ 3) ยินดีเข้าร่วมในการให้ข้อมูลวิจัย และ เกณฑ์การคัดออก ประกอบด้วย 1) ย้ายออกจากพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 2) ไม่สามารถให้ข้อมูลตามวันเวลาที่กำหนด และ 3) มีความต้องการถอนตัวจากโครงการวิจัย

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ราชบุรี คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข หมายเลขรับรองที่ BCNR-IRB2024-08 วันที่รับรอง 30 พฤษภาคม 2567 ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยตามหลักการวิจัยทั่วไป (Belmont Report) และพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลโดยชี้แจงรายละเอียดของโครงการ ได้แก่ วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย ระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูล โดยก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยจะสร้างสัมพันธภาพที่ดี และขออนุญาตเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยขออนุญาตบันทึกเสียงจากผู้ให้ข้อมูลหลักทุกครั้ง และแจ้งผู้ให้ข้อมูลหลักทุกครั้งว่ามีอิสระในการให้ข้อมูล

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่

### 1. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Indepth Interview) ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ การจัดบริการสุขภาพระยะยาวและบริการทางสังคมระดับปฐมภูมิด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตามวิถีปกติวิถีไปในเขตสุขภาพที่ 5 และ 2) ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

### 2. เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Cohen และ Uphoff (1980) จำนวน 15 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การมีส่วนร่วมตัดสินใจ การมีส่วนร่วมปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมรับผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมประเมินผล รูปแบบเป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ให้คะแนน 1 คะแนน เท่ากับ น้อยที่สุด 2 คะแนน เท่ากับ น้อย 3 คะแนน เท่ากับ ปานกลาง 4 คะแนน เท่ากับ มาก และ 5 คะแนน เท่ากับ มากที่สุด เกณฑ์การแปลผล แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง มากที่สุด 3.51 - 4.50 หมายถึง มาก 2.51 - 3.50 หมายถึง ปานกลาง 1.51 - 2.50 หมายถึง น้อย และ 1.00 - 1.50 หมายถึง น้อยที่สุด (บุญชม ศรีสะอาด, 2556)

### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยด้วยการนำแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างและแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 คน ค่า IOC ระหว่าง 0.80 -1.00 และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีคุณลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 คน แล้วปรับปรุงตามข้อเสนอแนะก่อนนำไปใช้จริง

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล รายละเอียดดังนี้

1. ผู้วิจัยเข้าพบหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับพื้นที่ที่เป็นตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของโครงการ ความเสี่ยง และประโยชน์ในการเข้าร่วมการวิจัย หากอาสาสมัครยินดีเข้าร่วมโครงการจะให้ลงนามเข้าร่วมโครงการ หลังจากนั้นจึงนัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ
3. ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยการใช้แบบสอบถาม ใช้เวลาตอบประมาณ 30 นาที แล้วจึงดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

## การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา จำนวนปีที่อยู่อาศัยสมาชิกที่อยู่ร่วมกัน จำนวนโรคประจำตัว และช่องทางเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ด้วยการใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การจัดการบริการสุขภาพระยะยาวและบริการทางสังคมระดับปฐมภูมิ ด้วยการมีส่วนร่วมของชุมชนตามวิถีปกติเข้าไปในเขตสุขภาพที่ 5 และ 2) ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis)

3. การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

## ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.50 อายุเฉลี่ย 61.13 ปี ( $SD = 7.57$ ) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 37.50 รองลงมา คือ อนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ 20.00 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชน 5-10 ปี มากที่สุด ร้อยละ 55.00 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.00

การวิเคราะห์การจัดการบริการสุขภาพระยะยาวตามแนวคิด 6 เสาหลักของระบบสุขภาพ (Six Building Blocks of A Health System) การบริการทางสังคมระดับปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 5 และปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ด้วยการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic analysis)

### 1.1 การวิเคราะห์การจัดการบริการสุขภาพระยะยาวระดับปฐมภูมิ

การวิเคราะห์การจัดการบริการสุขภาพระยะยาวระดับปฐมภูมิ สรุปเป็น 3 แก่นเรื่อง ได้แก่ การจัดการบริการสุขภาพตามวิถีปกติเข้าไป การบริหารจัดการทรัพยากร และการอภิบาลระบบสุขภาพ รายละเอียดดังนี้

#### แก่นเรื่องที่ 1 การจัดการบริการสุขภาพระยะยาวระดับปฐมภูมิตามวิถีปกติเข้าไป

การจัดการบริการสุขภาพระยะยาวระดับปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุหลังสถานการณ์การระบาดของโรค Covid-19 พบประเด็นที่มีความเปลี่ยนแปลงไปเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทการดำเนินชีวิต ตามวิถีปกติเข้าไป ได้แก่ 1) การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการรักษาพยาบาลผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) ระบบสาธารณสุขทางไกล (Telehealth) การปรึกษาและการติดตามเยี่ยมบ้านแบบออนไลน์ (Consult) แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ และพบปัญหาด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพและข้อมูลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังหรือขาดผู้ดูแลในช่วงเวลาที่บุตรหลานไปทำงาน 2) การจัดการข้อมูลสุขภาพที่ต้องบันทึกหลายโปรแกรม เช่น JHCIS, HOSxP, PCU, 3C (Care Manager) การใช้ Blue book และโปรแกรมอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการบริการสุขภาพระยะยาว บางส่วนมีความซ้ำซ้อนและมีข้อจำกัดด้านการประมวลผลข้อมูลแบบทันที (real-time) แนวทางการพัฒนาจัดการบริการสุขภาพระยะยาวระดับปฐมภูมิตามวิถีปกติเข้าไป ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดการบริการสุขภาพให้ครอบคลุม 2) การจัดการบริการสุขภาพทางเลือกผู้สูงวัย ในท้องถิ่น (Aging in Place) เช่น ศูนย์การดูแลแบบไปกลับ (Day-care centers) การดูแลที่บ้าน (Home care) เพื่อให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“การดูแล Long term care เดิมนั้นมีการใช้ IT มาช่วยในการทำงานตามดูแลคนไข้ ทำให้สะดวกมากขึ้น เราเยี่ยมพร้อมทีมจากโรงพยาบาลด้วย เราใช้ VDO Call เยี่ยมบ้านด้วย บางทีคนไข้ก็ไลน์มาถามเราว่าอาการอย่างนี้เป็นอะไร แต่ยังคงจุดที่ต้องพัฒนาต่อเพราะบางบ้านก็ยังใช้ online ไม่ได้ โดยเฉพาะบ้านที่มีแต่ผู้สูงอายุอยู่คนเดียว”

(PS\_3)

“เดี๋ยวนี้ดีขึ้นนะคะ หมอเยี่ยมบ้าน Online ได้ มีอะไรก็ไลน์ถามหมอได้ บางทีญาติก็ไม่มีเวลาดูคนป่วยต้องไปทำงานนอกบ้าน เลยอยากให้มีศูนย์ช่วยเหลือหรือมีคนมารับจ้างช่วยดูแลเราให้หน่อย ญาติเค้าเป็นห่วงกลัวเราลำบากถ้าต้องอยู่คนเดียว” (Ag\_3)

“ผู้สูงอายุเค้าสนใจสุขภาพตัวเองนะ แต่มีปัญหาไม่เก่ง it เลยเข้าไปดูอะไรไม่ได้ เล่นโทรศัพท์ก็ไม่ค่อยเป็น ขนาดเราเองเป็น อสม.ยังต้องค่อย ๆ หัดเลย แต่ถ้าถามว่าเค้าอยากทำได้ทำเป็นไหม ตอบแทนได้เลยว่าอยาก เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่สนใจตัวเอง แต่ต้องใช้เวลาค่อย ๆ สอนฝึกหัดกัน” (CL\_4)

“อยากให้มีโปรแกรมเดียวแล้ว key ที่เดียวลิงค์เชื่อมกันได้ทั้งหมด ดูข้อมูลของ รพ.สต. ก็ได้ ดูข้อมูลของ รพช.ก็ได้ หรือ รพ.ทั่วไปก็ได้ เราจะได้ทำงานกันสะดวกๆ หน่อย ไม่ต้อง Key หลายที ไปทำงานอื่นดีกว่าทำงานซ้ำซ้อน งานมีให้ทำอีกเยอะ” (PS\_2)

“เดี๋ยวนี้การ Key ข้อมูลในระบบบางทีมันซ้ำซ้อน แกรมไม่ update แบบ real-time key วันนี้ กว่าจะขึ้นก็พุงนี้แหละ รอนานนะกว่าจะขึ้น แล้วก็ไม่ค่อยเชื่อมกับโรงพยาบาลชุมชนด้วย ถ้าจะดูข้อมูลrefer ก็ดูไม่ได้ ยังไงก็ต้องใช้โทรถามอยู่ดี” (PS\_5)

## แก่นเรื่องที่ 2 การบริหารจัดการทรัพยากร

การบริหารจัดการทรัพยากรหลังสถานการณ์การระบาดของโรค Covid-19 พบประเด็นที่มีความเปลี่ยนแปลง คือ 1) ด้านบุคลากรพบปัญหาการขาดแคลนบุคลากรที่เป็นปัญหาเรื้อรังจากการลาออกการย้ายที่ทำงาน และการเกษียณอายุราชการ ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาพรวมของระบบบริการสุขภาพ และเรื่องทักษะที่จำเป็นในการจัดบริการสุขภาพระยะยาวระดับปฐมภูมิตามวิถีปกติถัดไป 2) ด้านงบประมาณในการจัดบริการพบยังไม่เพียงพอในการจัดซื้ออุปกรณ์การแพทย์ บางพื้นที่แก้ปัญหางบประมาณจัดทำโครงการไม่เพียงพอและการจัดทำธนาคารอุปกรณ์ทางการแพทย์ด้วยการขอรับทุนสนับสนุนการดำเนินงานจากภาคีเครือข่าย เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นต้น และ 3) ด้านวัสดุอุปกรณ์ ยังพบปัญหาอุปกรณ์การแพทย์ยังไม่เพียงพอในการจัดบริการสุขภาพระยะยาว แนวทางการบริหารจัดการ ประกอบด้วย 1) ด้านบุคลากร เน้นสร้างขวัญกำลังใจเพื่อการคงอยู่การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีช่วยในการปฏิบัติงาน และการส่งเสริมสมรรถนะและทักษะที่จำเป็น เช่น ทักษะด้านการจัดการภาวะวิกฤติ (Crisis management skills) สมรรถนะด้านการพัฒนางานวิจัยและนวัตกรรมสุขภาพ ทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ (Information, communication and technology literacy) และความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบดิจิทัล (Digital health literacy) เป็นต้น และการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีในการปฏิบัติงาน และ 2) ด้านงบประมาณและวัสดุอุปกรณ์ เน้นการบริหารจัดการงบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพร่วมกับขอรับทุนสนับสนุนการดำเนินงานจากภาคีเครือข่าย เช่น สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นต้น ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ถึงตอนนี้ ไม่มีปัญหาเรื่อง Covid-19 แล้ว แต่ปัญหาเรื่องขาดคนยังอยู่ ตัวชี้วัดก็เยอะ คนเท่าเดิม แกรมต้องไปอบรมเยอะแยะไปหมด ไม่อบรมก็ทำไม่ได้ทั้งสุขภาพดิจิทัล ความรอบรู้ด้านสุขภาพแบบดิจิทัล วิจัยและนวัตกรรมสุขภาพ มีประกวด R2R อีก ตัวเองยังเอาตัวไม่ค่อยรอดเลย (หัวเราะ)” (PS\_4)

“หมอทุกคนเค้าก็ทำงานเหนื่อย คนมันน้อย เลยทำงานเยอะ หมอบางคนอยู่ไม่นาน ก็ย้ายกลับมั่ง ลาออกมั่ง อยากช่วยเค้าให้ทำอะไรก็ได้ถ้าทำได้ก็จะช่วย งานหนักก็ไปตามดูคนไข้ ช่วยเยี่ยมบ้านไปแจกทรายขอให้บอกพี่เต็มที่” (CL\_5)

“เอาจริงๆ เห็นหม่อว้างประมาณที่ได้มาไม่ค่อยพอหรอก เพราะมีงานหลายอย่างที่ต้องใช้ในพื้นที่ อุปกรณ์ของใช้ รถเข็น เตียงลม ออกซิเจน อาคารชมรมผู้สูงอายุเราก็ขอเอกชนมานะ เงินราชการเค้าให้ใช้แบบประหยัดถ้าบริหารดีมันก็พอดี แต่จะซื้ออุปกรณ์การแพทย์ให้คนไข้มันไม่ไหว” (CL\_3)

“งบประมาณที่ให้มาดีมาก เรารู้กันทั้งนั้น เค้าให้งบตามประชากรที่รับผิดชอบด้วย ถ้าถามว่าพอไหม.... ตอบเลยว่าพอแหละ แต่ต้องบริหารจัดการให้ดีเลย ขาดเหลือค่อยหาคนบริจาค แต่ต้องมีหลักฐานทุกอย่างนะ ไม่งั้นจะมีปัญหากับตรวจสอบภายใน บางอย่างเราก็ไม่มีความรู้ ต้องคอยถามคนที่รู้จะได้ไม่ทำผิดไม่อย่างให้มีปัญหาภายหลัง” (PS\_2)

### แก่นเรื่องที่ 3 การอภิบาลระบบบริการสุขภาพ

การอภิบาลระบบบริการสุขภาพหลังสถานการณ์การระบาดของโรค Covid-19 พบว่าผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 มีความรู้ความสามารถและประสบการณ์ ในการด้านการบริหารจัดการและส่วนใหญ่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับต้น และหลักสูตรผู้บริหารการสาธารณสุขระดับกลาง แต่ผู้ปฏิบัติงานบางส่วนยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระเบียบการเงิน การคลัง และการจัดซื้อจัดจ้างวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ แต่ต้องปฏิบัติหน้าที่แทนเจ้าหน้าที่การเงิน เนื่องจากไม่มี นักบัญชีที่รับผิดชอบงานโดยตรง โดยมีการตรวจสอบระบบทั้งการตรวจสอบภายใน (Internal audit) จากบุคลากรในหน่วยงาน และการตรวจสอบจากหน่วยงานภายนอก (External audit) แนวทางการพัฒนา คือ ส่งบุคลากรไปอบรมเกี่ยวกับระเบียบการเงิน การคลัง และการจัดซื้อจัดจ้างวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ และจัดให้บุคลากรที่มีประสบการณ์เป็นพี่เลี้ยงเพื่อให้ปฏิบัติงานและอภิบาลระบบอย่างมีประสิทธิภาพ ดังกล่าวต่อไป

“ส่วนใหญ่ ผอ.รพ.สต.จะมีประสบการณ์และผ่านการหลักสูตร ผบต. ผบก.มาแล้ว เลย์รู้เรื่องการบริหารจัดการ แต่น้อง ๆ ที่เพิ่งมาทำงานบางคนยังไม่ค่อยเข้าใจเรื่องระเบียบการเบิกจ่ายเงิน การจัดซื้อจัดจ้าง และพัสดุ ไม่ได้เรียนมา บางทีก็ทำผิดพลาดไปมั่ง” (PS\_3)

“ช่วงแรก ๆ รพ.สต.ที่ถ่ายโอนไป อบจ.จะมีปัญหาเรื่องการเบิกจ่ายเงิน เนื่องจากไม่แน่ใจว่าจะใช้ระเบียบหรือข้อกำหนดการเบิกจ่ายเงินอันไหน การจัดซื้อจัดจ้างหรือจะใช้แบบกระทรวงสาธารณสุขหรือแบบมหาดไทย ช่วงแรก ๆ ยังขาดแนวทางการปฏิบัติแต่ตอนนี้ดีขึ้นเยอะ” (PS\_5)

### 1.2 การวิเคราะห์การจัดบริการทางสังคมระดับปฐมภูมิ

การวิเคราะห์การจัดบริการทางสังคมระดับปฐมภูมิเป็นสิ่งจำเป็นที่มุ่งเน้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการอยู่ร่วมกับสังคม รายละเอียดดังนี้

#### แก่นเรื่องที่ 1 การดูแลทางสังคมระดับปฐมภูมิตามวิถีปกติวิถีไป

การดูแลทางสังคมระดับปฐมภูมิมีความเปลี่ยนแปลงไปตามบริบทการดำเนินชีวิต ซึ่งหน่วยงานที่รับผิดชอบให้การสนับสนุนเพื่อประโยชน์ในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและการอยู่ร่วมกับสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ 1) การดูแลทางสังคมระดับปฐมภูมิแบบดั้งเดิม ได้แก่ บริการช่วยเหลือดูแลบ้าน จิตอาสาช่วยเหลือผู้สูงอายุ และการธนาคารอุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นต้น และ 2) การดูแลทางสังคมแบบสมัยใหม่เป็นการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของชุมชนให้สอดคล้องกับบริบทความเปลี่ยนแปลงของสังคมตามวิถีปกติวิถีไป ได้แก่ การพัฒนาทักษะที่จำเป็น เช่น ทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ความรอบรู้ทางสุขภาพดิจิทัล การวางแผนชีวิต และการจัดการกับความเครียด เป็นต้น ดังกล่าวต่อไป

“ชุมชนเราช่วยกันดูแลกัน อบต.เค้าก็มาช่วยซ่อมบ้าน บางทีก็มีจิตอาสามาช่วยดูแลเรา ช่วยจัดบ้าน บางวันก็มาอยู่เป็นเพื่อน แค่นี้คนแก่ก็ดีใจแล้ว มีคนห่วงใยช่วยดูแลกันเวลาที่ลูกหลานไปทำงาน”

(Ag\_6)

“พี่ก็เห็นหมอกับทาง อบต.เค้าช่วยกันมาดูแลคนแก่ คนพิการติดเตียง บางทีก็มาเยี่ยมดูอาการเจ็บป่วย บางวันก็มี อสม.ที่เค้ารับผิดชอบเขตเรามาช่วยดูคนแก่ ช่วยจัดบ้าน ช่วยบอกหมอหาที่นอนลมมาให้เค้าบอกกลัวคนไข้เป็นแผลกดทับ”

(CL\_3)

“เราก็อยากเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่หมอบอกได้ แต่ใช้ไม่เป็น ต้องค่อย ๆ ฝึกค่อย ๆ หัด แล้วก็มี อสม. กับลูกหลานช่วยสอนให้เราลองหัดใช้แอฟนี่ จะได้เข้าใจว่าเราต้องดูแลตัวเองยังไง”

(Ag\_6)

“พี่ก็เห็นหมอกับทาง อบต.เค้าเคยจัดกิจกรรมให้คนมาสอนเรื่องการวางแผนชีวิต การวางแผนใช้เงิน การเก็บเงิน การทำสมาธิเพื่อให้คลายเครียดเวลาที่ต้องอยู่คนเดียว”

(CL\_3)

“ทาง รพ.สต.ร่วมกับ อบต. พม. ช่วยกันจัดกิจกรรมส่งเสริมทักษะและความรู้ที่จำเป็น ทั้งให้วิทยากรมาสอนเรื่อง it สอนความรู้ด้านสุขภาพดิจิทัล และการวางแผนชีวิต แล้วช่วยกันติดตาม Coaching เป็นระยะ ๆ โดยให้ อสม. หรือต้นแบบในชุมชนช่วยกันติดตามสอนและติดตามผลกัน แต่คนแก่เค้าจะลืมง่ายนะ ต้องช่วยกระตุ้นกันบ่อย ๆ”

(PS\_3)

## แก่นเรื่องที่ 2 การดูแลด้านสวัสดิการทางสังคม

การดูแลด้านสวัสดิการทางสังคมเป็นการจัดบริการโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคุ้มครองทางสังคมและการสนับสนุนให้ได้รับสิทธิขั้นพื้นฐานที่ช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง ในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเขตสุขภาพที่ 5 ประกอบด้วย การดูแลเรื่องสิทธิด้านการรักษา สิทธิสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ การบริการสาธารณะ และการสนับสนุนจากจิตอาสา เป็นต้น ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“ที่แรกปากก็ไม่ค่อยเข้าใจเรื่องสวัสดิการ หมอเค้าก็ช่วยอธิบาย ช่วยบอกช่วยตามเรื่องให้ บ้างจนได้บัตรคนพิการและเบี้ยยังชีพด้วย ลูกหลานปากก็คอยตามเรื่องนะ แล้วก็มีหมอคอยแนะนำวิธีปฏิบัติตนและการรักษา สิทธิด้วย”

(Ag\_8)

“พี่เป็นจิตอาสาของชุมชน ชุมชนเราช่วยกันดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงแบบไปกลับ การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง เช่น การปรับพื้นที่ การจัดคิวตรวจ ที่นั่งในรถ ที่จอดรถสำหรับผู้สูงอายุ”

(CL\_4)

“รพ.สต.ร่วมกับผู้นำชุมชน และจิตอาสาในชุมชนช่วยกันจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมสิทธิสวัสดิการทางสังคมแก่ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยเน้นจัดบริการสาธารณะทั้งเรื่องคิวตรวจรักษาโรค จัดที่จอดรถสำหรับผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง ปรับพื้นที่ให้เรียบเพื่อป้องกันล้ม และติดกริ่งฉุกเฉินไว้ให้สำหรับร้องขอความช่วยเหลือครอบครัวและจิตอาสา”

(PS\_5)

### 1.3 ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน

ปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการสุขภาพระยะยาวระดับปฐมภูมิตามวิถีปกติไปสามารถสรุปได้ 2 ประเด็นหลัก คือ 1) ด้านการจัดบริการ พบปัญหาการบันทึกข้อมูลสุขภาพที่มีความซ้ำซ้อนและ การประมวลผลข้อมูลไม่ real-time และการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง 2) การบริหารจัดการทรัพยากร พบปัญหาการขาดแคลนอัตราากำลังในการปฏิบัติงาน และงบประมาณ รวมทั้งวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์สำหรับผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอ

#### 1.4 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพระยะยาว

การศึกษาระดับการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพระยะยาว พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพระยะยาวในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ( $M=3.40$ ,  $SD=0.57$ ) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพระยะยาวมากที่สุด คือ การมีส่วนร่วมวางแผนและตัดสินใจ อยู่ในระดับมาก ( $M=4.02$ ,  $SD=0.52$ ) รองลงมา คือ การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ อยู่ในระดับปานกลาง อยู่ในระดับมาก ( $M=3.69$ ,  $SD=0.60$ ) ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของชุมชนน้อยที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล อยู่ในระดับปานกลาง ( $M=2.58$ ,  $SD=0.56$ ) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพ ฯ ( $n=330$ )

| การมีส่วนร่วมของชุมชนรายด้าน        | M    | SD   | การแปลผล |
|-------------------------------------|------|------|----------|
| - การมีส่วนร่วมวางแผนและตัดสินใจ    | 4.02 | 0.52 | มาก      |
| - การมีส่วนร่วมปฏิบัติตามแผนงาน     | 3.31 | 0.58 | ปานกลาง  |
| - การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์   | 3.69 | 0.60 | มาก      |
| - การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล | 2.58 | 0.56 | ปานกลาง  |
| ภาพรวม                              | 3.40 | 0.57 | ปานกลาง  |

#### อภิปรายผล

การวิเคราะห์การจัดบริการสุขภาพระยะยาวและบริการทางสังคมระดับปฐมภูมิตามวิถีปกติถัดไป ในชุมชนเขตสุขภาพที่ 5 พบปัญหาสำคัญ 2 ด้าน คือ 1) ความครอบคลุมของการประยุกต์ใช้เทคโนโลยีและการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้รับบริการ เนื่องจากการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปตามวิถีปกติถัดไปที่ระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามามีบทบาทในการดำเนินชีวิต ดังนั้นการจัดบริการสุขภาพจึงต้องใช้กลยุทธ์เชิงการปรับตัวเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานด้วยการนำระบบเทคโนโลยีสารสนเทศมาประยุกต์ใช้ในการรักษาผ่านระบบการแพทย์ทางไกล ระบบสาธารณสุขทางไกล และการปรึกษาแบบออนไลน์ ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับแนวคิดการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพและเพื่อลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการสำหรับกลุ่มประชากรเปราะบาง (Cho et al., 2021) และสอดคล้องกับแนวโน้มระดับสากลที่ระบบสุขภาพปรับมาใช้ดิจิทัลเฮลท์ (Digital Health) เพิ่มประสิทธิภาพและความต่อเนื่องในการดูแลสุขภาพ (World Health Organization, 2020) แต่การประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ เนื่องจากข้อจำกัดด้านความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัลและความสามารถในการเข้าถึงเทคโนโลยีของผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็นประเด็นปัญหาสำคัญทั้งในระดับพื้นที่ ระดับประเทศไทย และระดับสากล (Fuji et al., 2023) และ 2) ด้านการจัดการข้อมูลสุขภาพพบว่าต้องบันทึกหลายโปรแกรม บางส่วนมีความซ้ำซ้อนและมีข้อจำกัดด้านการประมวลผลข้อมูลแบบทันที (real-time) ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการตัดสินใจเชิงนโยบายและการปฏิบัติการอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นประเด็นสำคัญของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระยะยาวระดับปฐมภูมิตามวิถีปกติถัดไป จึงควรบริหารจัดการกำลังและการจัดการข้อมูลสุขภาพให้เหมาะสม รวมทั้งลดความเหลื่อมล้ำทางดิจิทัล

การบริหารจัดการทรัพยากร พบปัญหาสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนการจัดบริการสุขภาพระยะยาว ซึ่งเกิดจากปัญหาภาระงานล้นมือ (Work overload) ทำให้บุคลากรเกิดความเหนื่อยล้าและเบื่อหน่ายกับงาน (burnout) จนหมดกำลังใจในการทำงาน นอกจากนี้ยังพบปัญหาการปรับตัวของบุคลากรเพื่อตอบสนองนโยบายและตัวชี้วัดที่มีจำนวนมาก รวมทั้งการขาดสมรรถนะจำเป็นที่สอดคล้องกับบริบทการจัดบริการสุขภาพตามวิถีปกติถัดไป (Next normal) ซึ่งบุคลากรต้องได้รับการเสริมสร้างสมรรถนะและทักษะที่จำเป็น ซึ่ง

การปรับตัวดังกล่าวอาจทำให้ผู้ปฏิบัติงานรู้สึกเครียด เหนื่อยหน่ายกับงานและหมดกำลังใจในการทำงาน สอดคล้องกับงานวิจัยของ อัญชลี แสงชาญชัย (2563) พบว่า การมีภาระงานมากเกินไป การขาดแคลนงบประมาณ ทำให้เกิดความกดดัน ความเบื่อหน่ายที่เกิดจากความไม่สมดุลในการทำงานจนเกิดปัญหาการขาดแคลนอัตรากำลังของบุคลากร 2) ด้านงบประมาณในการจัดบริการและซื้อวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ พบว่า บางพื้นที่งบประมาณไม่เพียงพอ ซึ่งเป็นอุปสรรคในการจัดซื้ออุปกรณ์การแพทย์ ซึ่งการขาดแคลนงบประมาณทำให้เกิดความกดดันและความเบื่อหน่ายในการทำงาน (อัญชลี แสงชาญชัย, 2563)

การอภิบาลระบบบริการสุขภาพ พบว่า การจัดบริการสุขภาพพระยาระดับปฐมภูมิตามวิถีปกติถัดไปมีแนวทางการอภิบาลระบบด้วยการตรวจสอบภายใน (Internal audit) จากบุคลากรในหน่วยงาน และการตรวจสอบจากหน่วยงานภายนอก (External audit) แม้จะมีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนตามระเบียบราชการ แต่การปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานบางส่วนยังไม่เป็นไปตามที่กำหนดไว้ เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในระเบียบปฏิบัติที่ซับซ้อน เช่น การจัดซื้อจัดจ้าง หรือการเบิกจ่ายการเดินทางไปราชการ ปัญหานี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่ระบุถึงความท้าทายในการถ่ายทอดความรู้เชิงระบบและการสร้างความเข้าใจแก่บุคลากรจากผู้บริหารและบุคลากรอาวุโสตั้งนั้นเพื่อให้เกิดการพัฒนาและการอภิบาลระบบอย่างเป็นทางการควรส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในระเบียบปฏิบัติที่เป็นข้อจำกัด

ส่วนบริการทางสังคมระดับปฐมภูมิ แบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่ การดูแลทางสังคมระดับปฐมภูมิตามวิถีปกติถัดไป และการดูแลด้านสวัสดิการทางสังคม ซึ่งการจัดบริการนี้จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องตามวิถีการดำรงชีวิต โดยการดูแลทางสังคมระดับปฐมภูมิแบบสมัยใหม่เป็นการให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของชุมชน เช่น การพัฒนาทักษะด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ ความรอบรู้ทางสุขภาพดิจิทัล และการจัดการกับความเครียด เป็นต้น ส่วนการดูแลด้านสวัสดิการทางสังคม เช่น การส่งเสริมให้เข้าถึงสิทธิด้านการรักษาสิทธิสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ และการสนับสนุนจากจิตอาสา สอดคล้องกับนโยบายสุขภาพในหลายประเทศที่กำลังเปลี่ยนจากการดูแลแบบรวมศูนย์ (Institutional Care) ไปสู่การดูแลในชุมชน (Community-based care) ที่จะนำไปสู่การบริการสุขภาพพระยาระดับปฐมภูมิและบริการทางสังคมที่มีประสิทธิภาพอย่างยั่งยืน (Gerritsen et al., 2021) ซึ่งบริการทางสังคมที่จัดขึ้น คือ การสนับสนุนให้ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (CM) ที่มีความเชี่ยวชาญและมีผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง (Caregivers) ที่มีสมรรถนะที่จำเป็นตามแนวทางวิถีปกติถัดไป ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยลดปัญหาการขาดแคลนบุคลากร และเพิ่มโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น (ดวงเนตร ธรรมกุล และคณะ, 2565)

การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดบริการสุขภาพพระยาระดับปฐมภูมิ พบว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนในภาพรวม อยู่ในระดับปานกลาง ( $M = 3.40$ ,  $SD = 0.57$ ) สะท้อนให้เห็นว่าชุมชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 มีบทบาทในการสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพพระยาระดับปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุแต่ยังไม่ครอบคลุมทุกมิติ เนื่องจากอาจมีข้อจำกัดทั้งด้านความรู้ในการจัดบริการและเวลา ซึ่งส่วนใหญ่สมาชิกในชุมชนที่อยู่ในวัยทำงานจะมีภาระหน้าที่ในการหารายได้ให้แก่ครอบครัว ส่วนกลุ่มผู้สูงอายุก็มีข้อจำกัดในการเดินทางจึงมีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพในบางขั้นตอน สอดคล้องกับแนวคิดของ World Health Organization (2021) ระบุว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบสุขภาพปฐมภูมิ แต่การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างยั่งยืนจำเป็นต้องจัดบริการเพื่อตอบสนองความต้องการจำเป็นเพื่อให้ชุมชนรู้สึกเป็นเจ้าของร่วมกับการส่งเสริมสมรรถนะที่จำเป็นของประชาชนและภาคีเครือข่ายอย่างต่อเนื่อง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การมีส่วนร่วมในการวางแผนและตัดสินใจมีค่าเฉลี่ยสูง อยู่ในระดับมาก แสดงให้เห็นว่าชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการจัดบริการหรือกิจกรรมด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นที่ชุมชนสนใจให้ความร่วมมือ สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen และ Uphoff (1980) อธิบายว่าการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นจุดเริ่มต้นสำคัญของการพัฒนาชุมชน เนื่องจากทำให้ประชาชนเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ (Ownership) และมีความรับผิดชอบต่อผลลัพธ์ของกิจกรรมที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับ

การศึกษาของ Nuntaboot et al. (2022) พบว่า ความเข้มแข็งของชุมชนและการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งผลให้การจัดการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน มีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผล อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากชุมชนมักขาดความรู้ความเข้าใจในการประเมินผล และเข้าใจว่าเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์จึงทำให้มีส่วนร่วมน้อย สอดคล้องกับการศึกษาของ Rifkin (2014) พบว่า ประชาชนมักมีส่วนร่วม ในการประเมินน้อยเนื่องจากไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการประเมินผลอย่างเพียงพอ ดังนั้นจึง ควรส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการประเมินผลเพื่อให้เกิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะ

#### ข้อเสนอแนะในการดำเนินงานวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่รับผิดชอบเกี่ยวกับการจัดการบริการสุขภาพระยะยาวและบริการทางสังคมสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็น ข้อมูลในการพัฒนาการจัดการบริการสุขภาพระยะยาวและบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุหรือใช้ประกอบการพิจารณากำหนด แนวทางการจัดการบริการสุขภาพระยะยาวและบริการทางสังคมระดับปฐมภูมิตามวิถีปกติถัดไปในชุมชน

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาเพิ่มเติมโดยใช้ระเบียบวิธีการวิจัยกึ่งทดลองโดยพัฒนาโปรแกรมการจัดการบริการสุขภาพระยะยาวและบริการ ทางสังคมระดับปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุตามวิถีปกติถัดไปในชุมชนเพื่อศึกษาประสิทธิผล จุดเด่นและข้อจำกัดที่จะนำไปสู่การ ปรับปรุงและนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### เอกสารอ้างอิง

- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2563). *มาตรการขับเคลื่อนวาระแห่งชาติด้านสังคมสูงวัย: 6 ยั่งยืน 4 เปลี่ยนแปลง*.  
[https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1615884037-1447\\_0.pdf](https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1615884037-1447_0.pdf)
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2567). *แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566–2580)*. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. <https://www.dop.go.th/th/laws/1/28/1158>
- กรมอนามัย. (2567). *รายงานผลการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-Term Care)*. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- ดวงเนตร ธรรมกุล เรณู ขวัญยืน อรณัฐ ชูศรี และณัฐรพี ใจงาม. (2565). ประสิทธิภาพการเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลในการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล*, 38(3), 105-116.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2556). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 9, ฉบับปรับปรุงใหม่). สุวีริยาสาส์น.
- เบญจพร สุธรรมชัย จิราพร เกศพิชญวัฒนา และนภัส แก้ววิเชียร. (2558). การสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*. 24,(6), 1018-29.
- ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ. (2564). *สถิติและข้อมูลผู้สูงอายุไทย*.  
<https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
- ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. (2567). *รายงานประจำปี 2567*. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- ศูนย์สุขภาพจิตที่ 5. (2567). *รายงานประจำปี 2567*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- สุภารัตน์ สุดสมบูรณ์. (2557). สวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารเทคโนโลยีภาคใต้*, 7(1), 73-82.
- อัญชลี แสงชาญชัย. (2563). การขาดแคลนพยาบาล: ปัญหาสาธารณสุขไทยและข้อเสนอเชิงนโยบาย. *วารสารบัณฑิตศึกษา วิชาการ*, 2(2), 26-36.

- Cho, J., Han, B., & Lee, H. (2021). The effects of COVID-19 pandemic on the elderly and the role of telehealth. *Journal of Gerontology and Social Welfare*, 15(2), 45-60.
- Cochran, W. G. (1977). *Sampling techniques* (3rd ed.). John Wiley & Sons.
- Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. *World Development*, 8(3), 213–235. [https://doi.org/10.1016/0305-750X\(80\)90011-X](https://doi.org/10.1016/0305-750X(80)90011-X)
- Fuji, K., Tanaka, S., & Sato, T. (2023). Digital divide and telehealth adoption among older adults: A qualitative study. *International Journal of Digital Health*, 8(4), 112-125.
- Gerritsen, J., Janssen, A., & Veenstra, G. (2021). From institutional to community care: A systematic review of long-term care reforms. *Health Policy and Planning*, 36(5), 721-735.
- Janssen, A., Veenstra, G., & Gerritsen, J. (2024). The role of transformational leadership in healthcare system adaptation and resilience. *International Journal of Health Leadership*, 10(2), 55-70.
- 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>
- National Health Security Office. (2024). *Long-term care system for dependent older persons under the universal coverage scheme*. National Health Security Office.
- Nuntaboot, K., Boonsawasdgulchai, P., & Bubpa, N. (2019). Roles of mutual help of local community networks in community health activities: Improvement for the quality of life of older people in Thailand. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(3), 266–271. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.04.001>
- Rifkin, S. B. (2014). Examining the links between community participation and health outcomes: A review of the literature. *Health Policy and Planning*, 29(Suppl. 2), ii98–ii106.
- World Health Organization. (2010). *Monitoring The Building Block of Health Systems: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies*. Geneva: The WHO Document Production Services.
- World Health Organization. (2020). *COVID-19 and health workforce preparedness: A framework for action*. WHO.
- World Health Organization. (2021). *Strengthening health innovation ecosystems: A framework for action*. WHO.
- World Health Organization. (2021). *Global strategy on integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*. World Health Organization. <https://www.who.int>
- World Health Organization. (2023). *Thailand's leadership and innovations towards healthy ageing*. World Health Organization Regional Office for South-East Asia.