

Received: 19 Sep 2025, Revised: 15 Oct 2025

Accepted: 21 Oct 2025

บทความวิจัย

การนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยใช้แนวคิดชุมชนจัดการตนเอง ไปสู่การปฏิบัติ จังหวัดอำนาจเจริญ

แคทรียา รัตนเทวะเนตร^{1*} ทศนีย์ ร่มเย็น² เอื้องอรุณ สมนึก³**บทคัดย่อ**

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยใช้แนวคิดชุมชนจัดการตนเองไปสู่การปฏิบัติ จังหวัดอำนาจเจริญ ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา ร่วมกับแนวคิด CFIR และ Proctor มี 4 ระยะ ได้แก่ 1) การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ 2) การพัฒนาและปรับปรุงนโยบาย 3) การนำนโยบายไปทดลองใช้ และ 4) การพัฒนาและปรับปรุงนโยบายให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น ตัวอย่างคือผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในระบบสุขภาพชุมชน และผู้สูงอายุ 370 ราย เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เชิงลึกและแนวคำถาม การสนทนากลุ่ม และแบบสอบถามผู้สูงอายุ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา z-test และ t-test ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบหรือนโยบายที่เหมาะสม มี 10 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) กลไกการมีส่วนร่วมในพื้นที่ 2) ระบบคัดกรองและป้องกันความเสี่ยง 3) การส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 4) การดูแลเบื้องต้น 5) ระบบส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง 6) กลไกสนับสนุนระดับจังหวัด 7) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแล 8) การสนับสนุนทางสังคมและชุมชน 9) การใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม และ 10) การกำกับติดตามและการประเมินผล ผลการนำรูปแบบหรือนโยบายที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านการจัดการบริการสุขภาพ โดยใช้แนวคิดชุมชนจัดการตนเองเพื่อผู้สูงอายุที่ครอบคลุมทุกมิติ ทั้งการเฝ้าระวัง การส่งเสริมสุขภาพ การดูแลเบื้องต้น การส่งต่อ และการดูแลต่อเนื่อง ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ พบว่าผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) กลยุทธ์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ มีอยู่ 2 องค์ประกอบหลัก คือ 1) องค์ประกอบของนโยบาย ซึ่งต้องมีประโยชน์และมีความชัดเจน โดยปรับให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก ความพร้อมของบุคลากรและทรัพยากรต่าง ๆ และ 2) กลไกการขับเคลื่อนนโยบาย ต้องแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้สอดคล้องกับบริบทต้นทุนของพื้นที่ ผ่านการจัดทำแผนโดยบูรณาการกับงานประจำ การมีส่วนร่วมของชุมชนและการขับเคลื่อนของคณะทำงานจากหลายภาคส่วน ทั้งนี้ ควรนำนโยบายนี้ ไปต่อยอดขยายผลให้ครอบคลุมทุกพื้นที่โดยประยุกต์ใช้กลยุทธ์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติอย่างเหมาะสม

คำสำคัญ: การนำนโยบายไปปฏิบัติ ชุมชนจัดการตนเอง การดูแลผู้สูงอายุ พลัตกทกลัม

¹นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

²นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

³นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ

*Corresponding author Email: catreeya333@gmail.com

*Original Article***Policy Implementation of Integrated Elderly Care with Community Base Managements in Amnatcharoen Province**Catreeya Ratanatewanet^{1*}Tussanee Romyen²Aungarun Somnuk³**Abstract**

This study examined the implementation of an integrated elderly care policy based on the self-managed community concept in Amnat Charoen Province. A research and development (R&D) design was applied, along with the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR) to analyze influencing factors to Implementation, and Proctor's framework to evaluate outcomes. The study comprised four phases: (1) analysis of factors affecting policy implementation, (2) policy development and refinement, (3) pilot implementation, and (4) further improvement. Participants included stakeholders in the community health system and 370 elderly individuals at risk of falls. Data were collected through in-depth interviews, focus groups, and a structured questionnaire. Qualitative data were analyzed using content analysis, while quantitative data were examined using descriptive statistics, z-test and t-test. The results indicated that the suitable model consisted of ten components: participatory mechanisms, risk screening and prevention, physical capacity enhancement, basic care, referral and continuity of care, provincial-level support, family and caregiver involvement, social and community support, technology and innovation, and monitoring and evaluation. The pilot implementation produced comprehensive health services covering surveillance, health promotion, first aid, referral, and continuity of care, resulting in a significant increase in elderly access to health services ($p < 0.05$). Implementation strategies comprised two elements: policy characteristics (clarity, usefulness, adaptability, and resource readiness) and policy driving mechanisms (translation into practice aligned with local context through integrated planning, community participation, and multi-sectoral collaboration). The integrated elderly care policy based on the self-managed community concept should therefore be expanded nationwide through the appropriate application of policy implementation strategies.

Keywords: Policy Implementation, Community Base Managements, Elderly Care, falls¹Plan and Policy Analyst, Senior Professional Level, Amnatcharoen Provincial Health Office²Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Amnatcharoen Provincial Health Office³Public Health Technical Officer, Professional Level, Amnatcharoen Provincial Health Office*Corresponding author Email: catreeya333@gmail.com

บทนำ

การพลัดตกหกล้มยังเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ ส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บตั้งแต่เล็กน้อยจนถึงรุนแรง และมีผลกระทบต่อสุขภาพผู้สูงอายุ ครอบครัว และสังคม รวมถึงเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ เมื่อพลัดตกหกล้มแล้วจะทำให้กระดูกสะโพกหักได้ง่าย ซึ่งการเกิดกระดูกสะโพกหักถือเป็นปัญหาเฉียบพลันและเป็นภาวะวิกฤตในผู้สูงอายุ มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ต้องให้ความสำคัญ หากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างทันท่วงทีและเหมาะสมจะส่งผลต่อชีวิตและความพิการในระยะยาว สถานการณ์ผู้สูงอายุทั่วโลกในปัจจุบัน มีสัดส่วนเพิ่มสูงขึ้นจนทั่วโลก ประเทศไทยในปี 2566 มีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 19.8 ของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งมีจำนวนรวมกว่า 13.06 ล้านคน ประชากรทั้งหมด 66.05 ล้านคน ทำให้มีการคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะเข้าสู่ "สังคมสูงอายุแบบสุดยอด" (Super Aged Society) โดยในปี พ.ศ. 2576 จะพบสัดส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2578 จะมีผู้สูงอายุ 1 ใน 3 ของประชากรทั้งหมด² จังหวัดอำนาจเจริญ ปี พ.ศ. 2566 มีประชากร 374,137 คน และวัยสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 70,508 คน คิดเป็นร้อยละ 18.8 การคัดกรองผู้สูงอายุ พบมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มร้อยละ 5.5 ปัจจัยเสี่ยงของการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุมีหลายปัจจัย เช่น เพศ อายุ ประวัติที่เคยพลัดตกหกล้ม ขาดการออกกำลังกาย การมองเห็นบกพร่อง การทรงตัวบกพร่อง การใช้ยาบางชนิด ตลอดจนสภาพแวดล้อมบริเวณที่อยู่อาศัยที่มีความเสี่ยง เช่น บ้านยกพื้นสูงที่ต้องขึ้นลงด้วยบันได ไม่มีแสงไฟส่องสว่างตอนกลางคืน พื้นบ้านหรือห้องน้ำที่ลื่นล้มได้ง่าย เป็นต้น³

ที่ผ่านมา จังหวัดอำนาจเจริญ ได้ดำเนินการเพื่อป้องกันแก้ไขปัญหาลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ มาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการดำเนินงานในภาพรวมมีแนวโน้มที่ดี ทั้งการเข้าถึงการคัดกรอง การได้รับความรู้การส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม โดยผลการดำเนินงานในปี พ.ศ. 2566 พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มหรือกระดูกสะโพกหัก ร้อยละ 85.4 โดยพบผู้ป่วยรายใหม่เพียง 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.1 การเข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วย ร้อยละ 49.4 การ admitted ในหอผู้ป่วย ภายใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 83.3 ได้รับการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมงหลัง admitted ร้อยละ 65.5 ผลการดำเนินงานดังกล่าวสะท้อนว่า ระบบบริการสุขภาพในภาพรวมสามารถทำได้ดี อย่างไรก็ตาม ยังพบจุดที่เป็นปัญหาหรือทำผลงานได้ไม่เต็มที่ (Pain Point) คือ ผู้สูงอายุกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินยังเรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉินค่อนข้างต่ำ จุดที่เป็นปัญหาดังกล่าวนี้นับชื่อว่า “ระบบสุขภาพชุมชน” หรือ ระบบสุขภาพในระดับปฐมนิยามยังเป็นจุดสำคัญที่สมควรได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง และนำบทเรียนที่ดีในบางพื้นที่ที่ดำเนินงานได้ดีและต่อเนื่องไปขยายผลในตำบลอื่น ๆ เพื่อให้เกิดความครอบคลุมและมีความต่อเนื่องในการดูแลผู้สูงอายุ³

ระบบสุขภาพชุมชนโดยใช้แนวคิดชุมชนเป็นฐานหรือชุมชนจัดการตนเอง (Community-based managements, CMB) แบบบูรณาการ หมายถึง การจัดการระบบเพื่อสร้างสุขภาวะชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ ที่ต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่าย ทั้งผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน ภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน ที่จะผลักดันให้เกิด “ชุมชนเข้มแข็ง” ให้ความเข้มแข็งสามารถจัดการหรือดูแลสุขภาพกันเองได้ภายในชุมชนเป็นการส่งเสริมการมีส่วนร่วม โดยประยุกต์ใช้แนวคิดระบบสุขภาพปฐมนิยาม ตั้งแต่การคัดกรองผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การส่งเสริมสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ การดูแลตนเอง หากเจ็บป่วยมีระบบการดูแลเบื้องต้น และการส่งต่อเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพ เมื่อออกจากโรงพยาบาลมีการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน ผลจากการดำเนินงานที่ผ่านมารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญคำตอบจึงอยู่ที่ระบบสุขภาพชุมชนโดยใช้แนวคิดชุมชนเป็นฐานหรือชุมชนจัดการตนเอง^{4,5}

อย่างไรก็ตาม ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ผ่านมามีนโยบายหรือแนวทางการดำเนินงานที่หลากหลาย ทั้ง การส่งเสริมสุขภาพ การดูแลรักษา และการดูแลมิติอื่น ๆ ซึ่งมีการบูรณาการดำเนินงานร่วมกันทั้งหน่วยงานสังกัด กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานอื่น เพื่อดูแลให้ครอบคลุมทุกมิติ แต่ยังคงขาดความต่อเนื่องและการบูรณาการร่วมกัน อย่างเป็นรูปธรรม มีความพยายามส่งเสริมหรือผลักดันให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิด CBM ซึ่งประสบความสำเร็จในระยะสั้นและในบางพื้นที่ แต่ยังคงขาดความยั่งยืนและการต่อยอดขยายผลในวงกว้าง(3) ทั้งนี้ การ นำนโยบายที่ประสบความสำเร็จในพื้นที่หนึ่งไปขยายผลหรือนำไปปฏิบัติในหลายพื้นที่มากขึ้นต้องอาศัยการศึกษา เพิ่มเติมเพื่อหารูปแบบหรือวิธีการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติที่ยังได้ผลดีตามความมุ่งหมายของนโยบาย จำเป็นจะต้อง อาศัยกระบวนการติดตาม และประเมินผลที่เป็นระบบแนวคิด The Consolidated Framework of Implementation Research (CFIR) ได้รับการพัฒนามาจาก Damschroder และคณะ⁶ เป็นแนวคิดที่ถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายในการวิจัย การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ⁷ มี 5 ส่วนประกอบหลัก ได้แก่ 1) คุณลักษณะของนโยบาย 2) สิ่งแวดล้อมภายนอก 3) สิ่งแวดล้อมภายใน 4) คุณลักษณะของบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และ 5) กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ นอกจากนี้ การประเมินผลเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญของงานวิจัยการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ Proctor และคณะ⁸ ได้เสนอ แนวคิดในการประเมินผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นหลังการปฏิบัติตามนโยบาย ได้แก่ ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน การจัดการบริการ และ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวนี้ จะถูกนำไปประยุกต์ใช้ในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติในงานวิจัยนี้

จากเหตุผลและความจำเป็นดังที่กล่าวถึงข้างต้น จึงได้พัฒนาโครงการวิจัยเรื่อง “การนำนโยบายการดูแล ผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยใช้แนวคิดชุมชนจัดการตนเองไปสู่การปฏิบัติ จังหวัดอำนาจเจริญ” ขึ้น ซึ่งเป็นการวิจัยเพื่อ พัฒนาระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน โดยการมีส่วนร่วมของภาคี เครือข่ายในชุมชน ด้วยการบูรณาการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งระดับเชิงนโยบายและระดับพื้นที่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยใช้แนวคิดชุมชนจัดการตนเองไปสู่การปฏิบัติ ในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

ประยุกต์ใช้รูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research & Development) เพื่อพัฒนาและปรับปรุงนโยบายการ ดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยใช้แนวคิดชุมชนจัดการตนเองให้เหมาะสม และนำแนวคิดการวิจัยนำนโยบายไปสู่การ ปฏิบัติ (implementation research: IR) โดยใช้กรอบแนวคิด CFIR เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยต่างๆ ในการนำนโยบายไปสู่การ ปฏิบัติในพื้นที่ และแนวคิดของ Proctor เพื่อประเมินผลของผลลัพธ์ของการดำเนินงาน

ขั้นตอนการวิจัย

มีอยู่ 4 ระยะ รายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปสู่ปฏิบัติ (Research1: R1) โดยใช้แบบแผนการ วิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ (Mix methods) เพื่อให้ได้ข้อมูลในการพัฒนาและปรับปรุงนโยบายให้มีความเหมาะสม ยิ่งขึ้น เป็นการดำเนินงานในภาพรวมระดับจังหวัด ดำเนินการในเดือน มกราคม 2567 ได้แก่ 1) จัดตั้งคณะทำงานแกน หลักระดับจังหวัดและระดับอำเภอ 2) วิเคราะห์ศักยภาพพื้นที่และทบทวนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ โดยการประชุม

ระดมสมองผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ทบทวนเอกสาร และฐานข้อมูลข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และ 3) ศึกษาสภาพปัญหา จากฐานข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ และการสนทนากลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย

ระยะที่ 2 การพัฒนาและปรับปรุงนโยบาย (Development1; D1) มีเป้าหมายในการพัฒนาและปรับปรุงนโยบายให้มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ เป็นการดำเนินงานในภาพรวมระดับจังหวัดร่วมกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนโดยการจัดประชุม ใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR 1 วงรอบ ของ Kemmis & Mc Taggart⁹ ดำเนินการในเดือน กุมภาพันธ์-มีนาคม 2567 ได้แก่

2.1 ขั้นวางแผน (Planning) โดยนำผลการวิเคราะห์ ในระยะที่ 1 มาพิจารณาร่วมกับแนวคิด ทฤษฎี เพื่อวางแผนในการสังเคราะห์เป็นรูปแบบหรือนโยบายการดำเนินงานให้มีความเหมาะสม

2.2 ขั้นปฏิบัติการ (Action) เป็นการดำเนินการตามแผนที่จัดทำขึ้นในขั้นที่ 2.1 โดยการปรับปรุงนโยบายหรือร่างรูปแบบการดำเนินงาน โดยใช้แนวคิดชุมชนจัดการตนเองต้องพิจารณาองค์ประกอบตามกรอบระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ (6 Building Blocks of A Health System) plus 2

2.3 ขั้นสังเกตการณ์ (Observing) ในขั้นตอนนี้จะเป็นการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนการที่กำหนดไว้ รวมทั้ง การสรุปประเด็นในการปรับปรุงแก้ไข

2.4 ขั้นสะท้อนผล (Reflecting) ในขั้นตอนนี้จะเป็นการสะท้อนผลการปรับปรุงนโยบายร่างสุดท้ายให้กับคณะทำงานแกนหลักและผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชนในที่ประชุม

ระยะที่ 3 การนำนโยบายไปทดลองใช้ (Research2; R2) โดยนำนโยบายที่ปรับปรุงจากระยะที่ 2 ไปทดลองใช้ในพื้นที่อำเภอหัวตะพาน ซึ่งเป็นพื้นที่ต้นแบบ ใช้แบบแผนการวิจัยกึ่งทดลองกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง ประเมินผลการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยการสำรวจด้วยแบบสอบถาม ดำเนินการในเดือน เมษายน - ตุลาคม 2567

ระยะที่ 4 การพัฒนาและปรับปรุงนโยบายให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น (Development; D2) โดยการสรุปผล และถอดบทเรียน และรับฟังความคิดเห็นของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และในระดับชุมชน ในการปรับปรุงนโยบายให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น สังเคราะห์กลยุทธ์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ แล้วประกาศนโยบายการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยใช้แนวคิดชุมชนจัดการตนเองสู่การขยายผลครอบคลุมทั้งจังหวัด ดำเนินการในเดือน พฤศจิกายน - ธันวาคม 2567

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ประชากร คือ ผู้สูงอายุ ตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ทุกคนที่อาศัยอยู่จริง ในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 44,962 คน และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียเกี่ยวกับระบบสุขภาพชุมชนทุกคน พื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการนำนโยบายไปสู่ปฏิบัติ มีอยู่ 2 กลุ่ม ได้แก่

1.1) การศึกษาเชิงปริมาณในประชากรผู้สูงอายุทุกคน ในฐานข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุทุกคนในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 44,962 คน จากฐานข้อมูลสุขภาพ (Health data center; HDC) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เกณฑ์คัดเข้า คือ อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ จังหวัดอำนาจเจริญ เกณฑ์คัดออก คือ ข้อมูลไม่สมบูรณ์ รวมทั้งศึกษาในเอกสารฐานข้อมูลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1.2) การศึกษาเชิงคุณภาพ กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย คือ คณะทำงานแกนหลักระดับจังหวัด อำเภอ และระดับชุมชน เพื่อประชุมระดมสมอง เลือกแบบจำเพาะเจาะจง 23 คน ประกอบด้วย (1) แกนนำผู้สูงอายุ 2 คน (2) ตัวแทนผู้นำชุมชน 2 คน (3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 2 คน (4) บุคลากรด้านสาธารณสุขใน รพ.

สส. หรือ Care Manager (CM) 2 คน (5) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver: CG) 2 คน (6) เจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2 คน (7) เจ้าหน้าที่หน่วยกู้ชีพ หรือหน่วยบริการแพทย์ฉุกเฉิน (1669) ประจำท้องถิ่น 2 คน (8) แพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญโรคกระดูกหักหรือการพลัดตกหกล้มประจำโรงพยาบาลในพื้นที่ 2 คน (9) บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) 2 คน (10) บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด(สสจ.) 2 คน (11) บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานนโยบายและแผน สสจ. 2 คน และ (12) ตัวแทนผู้บริหาร สสจ. 1 คน เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) ปฏิบัติงานหรือมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม 2) อาศัยอยู่จริงในพื้นที่อย่างน้อย 1 ปี และ 3) สนใจเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์คัดออก ได้แก่ 1) ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และ 2) ต้องการออกจากการศึกษาด้วยเหตุผลใดๆ

ระยะที่ 2 การพัฒนาและปรับปรุงนโยบาย กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มเดียวกันในระยะที่ 1 สำหรับประชุมระดมสมอง เพื่อพัฒนาและปรับปรุงนโยบายให้มีความเหมาะสม

ระยะที่ 3 การนำนโยบายไปทดลองใช้ เลือกพื้นที่อำเภอห้วยตะพาน ซึ่งเป็นพื้นที่ขนาดใหญ่ และมีผู้สูงอายุจำนวนมาก แล้วเลือก 2 ตำบลต้นแบบ เป็นตำบลขนาดใหญ่ 1 ตำบล คือ ตำบลสร้างถ่อน้อย และตำบลขนาดเล็ก 1 ตำบล คือ ตำบลรัตนวารี มีผู้สูงอายุรวม 2,429 ราย ซึ่งเป็นพื้นที่มีความพร้อมในการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยใช้แนวคิดชุมชนจัดการตนเองไปปฏิบัติ แบ่งเป็น 2 กลุ่มย่อย ได้แก่ (1) กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในพื้นที่ในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งเป็นกลุ่มเดียวกันในระยะที่ 1 มี 23 คน (2) กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุในการนำนโยบายไปทดลองใช้ ขนาดตัวอย่างได้มาด้วยการใช้สูตรการคำนวณสำหรับประมาณค่าสัดส่วนแบบทราบดีค่าประชากรด้วยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายของ Cochran¹⁰ กำหนดระดับความเชื่อมั่นในการประมาณค่าสถิติ 95% โดย $Z_{\alpha/2} = 1.96$ กำหนดสัดส่วนการพลัดตกหกล้มหรือกระดูกสะโพกหักเรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 49.4¹¹ ความคลาดเคลื่อนสัมพัทธ์ ร้อยละ 5 ได้ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ 352 และคำนวณเผื่อกรณีออกจากการศึกษาหรือไม่สามารถติดตามได้หลังการทดลอง ร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างสุดท้าย 388 ราย สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยโปรแกรม Excel ทั้งนี้ กำหนดเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ 1) อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ขณะทำการวิจัย และ 2) สนใจเข้าร่วมการศึกษา เกณฑ์การคัดออก ได้แก่ 1) ไม่สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย และ 2) ต้องการออกจากการศึกษาด้วยเหตุผลใดๆ

ระยะที่ 4 การพัฒนาและปรับปรุงนโยบายให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ตัวอย่างในการถอดบทเรียน รับฟังความคิดเห็น และสังเคราะห์กลยุทธ์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกลุ่มเดียวกันในระยะที่ 1 มี 23 คน 2) ตัวอย่างสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อศึกษาแนวคิดการจัดทำนโยบายและการนำนโยบายไปปฏิบัติ เลือกแบบเจาะจง เป็นตัวแทนผู้บริหารระดับจังหวัดและอำเภอ 5 คน ได้แก่ (1) ตัวแทนผู้บริหาร สสจ. 1 คน (2) บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ สสจ. 1 คน (3) บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานนโยบายและแผน สสจ. 1 คน (4) ตัวแทนผู้บริหาร สสจ.ห้วยตะพาน 1 คน และ (5) บุคลากรสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ สสจ.ห้วยตะพาน 1 คน และ 3) กลุ่มตัวอย่างสำหรับการสนทนากลุ่ม เพื่อศึกษากระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ เป็นตัวแทนผู้บริหารระดับตำบลและชุมชน 18 คน เลือกแบบเจาะจงจากทั้ง 2 ตำบลนำร่อง ได้แก่ (1) อสม. 4 คน (2) CM 4 คน (3) CG 4 คน (4) เจ้าหน้าที่หน่วยกู้ชีพประจำท้องถิ่น 4 คน (5) บุคลากรด้านสาธารณสุขใน รพ.สส. หรือ CM 2 คน (6) ผู้บริหารจาก อปท. 2 คน และ (7) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล 2 คน

เครื่องมือที่ใช้และการเก็บรวบรวม คุณสมบัติของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

1) แบบสอบถามผู้สูงอายุ ได้มาจากเขตสุขภาพที่ 10 มี 8 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ มี 7 ข้อ คำตอบเป็นแบบให้เลือกและเติมคำในช่องว่าง 2) แบบประเมินโอกาสเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม มี 5 ข้อ คำตอบเป็นแบบให้เลือก 3) การรับรู้ความรู้และการส่งเสริมสุขภาพ มี 3 ข้อ คำตอบเป็นแบบให้เลือก 4) แบบวัดความรู้ มี 13 ข้อ คำตอบเป็นแบบถูก-ผิด 5) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง มี 10 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราวัดอันดับ 5 อันดับ 6) ประวัติใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มี 3 ข้อ คำตอบเป็นแบบให้เลือก 7) การดูแลต่อเนื่องหลังจากออกจากโรงพยาบาล มี 2 ข้อ คำตอบเป็นแบบให้เลือก และ 8) ความพึงพอใจ มี 1 ข้อ เป็นการให้คะแนน เต็ม 10 คะแนน

2) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก มีแนวข้อคำถาม 3 ข้อหลัก ได้แก่ (1) นโยบายและแนวทางการจัดทำนโยบาย (2) การขับเคลื่อนผ่านกลไกคณะกรรมการดำเนินงานระดับเขตสุขภาพ และคณะทำงานแกนหลักระดับจังหวัดหรือระดับอื่นๆ และ (3) กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ

3) แนวคำถามการสนทนากลุ่ม มี 4 ข้อหลัก ได้แก่ (1) ความเข้าใจนโยบาย (2) กระบวนการนำนโยบาย ไปปฏิบัติ (3) ทรัพยากรและระบบสนับสนุน และ (4) การประเมินความเป็นไปได้ในการขยายผลหรือดำเนินการต่อไป

การทดสอบคุณสมบัติของเครื่องมือ

ประเมินความตรงเชิงเนื้อหาด้วยการหาค่า IOC (Item Objective Congruence) เครื่องมือในข้อที่1)–3) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 คน เลือกแบบเจาะจงซึ่งมีประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 3 ปี 1) ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุจากศูนย์ส่งเสริมสุขภาพที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี (2) ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุจาก สสจ.อำนาจเจริญ 1 คน และ (3) ผู้เชี่ยวชาญด้านนโยบายและแผนจาก สสจ.อำนาจเจริญ 1 คน ผลพบว่าเครื่องมือมีข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.67-1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามผู้สูงอายุไปทดลองเก็บข้อมูล กับกลุ่มผู้สูงอายุที่คล้ายกับตัวอย่าง 30 คน ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอำนาจเจริญ ผลการทดสอบความเที่ยงประเภทความสอดคล้องภายในแบบสอบถามในส่วน 4 แบบวัดความรู้ และส่วนที่ 5 การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.73 และ 0.79

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ดำเนินการโดยนักวิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ในการดำเนินการดูแลผู้สูงอายุ และผ่านการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือ พร้อมกับจดบันทึกและบันทึกเทปอย่างละเอียด แบบสอบถามผู้สูงอายุดำเนินการโดยผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นแกนนำ อสม. ในชุมชน ที่ผ่านการฝึกอบรมการใช้เครื่องมือ ใช้การสัมภาษณ์โดยตรงกับกลุ่มตัวอย่าง แล้งบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรม Excel

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์เชิงลึก และเอกสารฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา แล้วสรุปเป็นประเด็นปัญหา ความต้องการพัฒนาและปรับปรุงนโยบายให้เหมาะสม

2) การสังเคราะห์กลยุทธ์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ โดยนำข้อมูลเชิงคุณภาพและข้อมูลเชิงปริมาณมาสังเคราะห์เป็นกลยุทธ์ที่เหมาะสมต่อการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติร่วมกับผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยดึงเอากิจกรรมหรือกลไกที่สำคัญ มาปรับให้สอดคล้องกับองค์ประกอบตามแนวคิด ทฤษฎี หรือยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข

3) ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน เพื่อเปรียบเทียบการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการทดลองด้วย t-test และ Z-test โดยข้อมูลก่อนการทดลอง คือ ประวัติการเจ็บป่วย

และการเข้าถึงบริการสุขภาพ ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 - มีนาคม 2567 ส่วนหลังทดลอง คือ ข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน - กันยายน 2567 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ p -value 0.05

จริยธรรมวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมในการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอำนาจเจริญ เลขที่ 32/2566 เมื่อวันที่ 8 ธันวาคม 2566

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัญหา (R1) จากการศึกษาฐานข้อมูลการคัดกรองผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2566 พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรกรรม และมีรายได้ค่อนข้างต่ำ โรคประจำตัวที่สำคัญ คือ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะอ้วน ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง 9 ด้าน จากผู้สูงอายุทั้งหมด 64,021 ได้รับการคัดกรอง 56,887 คิดเป็นร้อยละ 88.9 ผลการคัดกรอง พบผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ มองเห็นบกพร่อง ร้อยละ 8.4 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 23.7 และ การเคลื่อนไหวร่างกายบกพร่อง ร้อยละ 9.0 พลัดตกหกล้ม ร้อยละ 20 จากรายงานผลการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยผู้ที่มีภาวะพลัดตกหกล้มใน ปี พ.ศ. 2566 ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 44,962 ราย พบว่าได้รับการคัดกรองความเสี่ยง ร้อยละ 89.1 และมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 5.9 ผลจากการดำเนินงานส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงและสัญญาณเตือนเกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มและกระดูกสะโพกหัก ระดับดี ร้อยละ 85.4 แต่ยังคงมีความรู้ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในบางประเด็น ได้แก่ คิดว่าอาการหรือสัญญาณเตือนกระดูกสะโพกหักคือมีเลือดไหลออกมาตรงบริเวณข้อสะโพกเท่านั้น ตอบถูก ร้อยละ 38.6 ด้านความเข้าใจต่อความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ได้แก่ เป็นตากุ้งยิง ตอบถูกร้อยละ 43.7 การสูบบุหรี่ ตอบถูกร้อยละ 53.3 ออกกำลังกายบ่อยๆ ตอบถูกร้อยละ 56.3 และขนาดของรองเท้าไม่เกี่ยวกับการล้ม ตอบถูกร้อยละ 57.6 ด้านอัตราป่วยพบผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักรายใหม่ ร้อยละ 0.1 แต่พบผู้ที่กลับมาป่วยซ้ำ ร้อยละ 3 โดยผู้ที่พลัดตกหกล้มหรือกระดูกสะโพกหักเรียกใช้ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ร้อยละ 49.4 และได้รับการ admitted ในหอผู้ป่วย ภายใน 24 ชั่วโมง ร้อยละ 83.3 ที่ได้รับการผ่าตัดภายใน 48 ชั่วโมงหลัง admitted ร้อยละ 72.7

ด้านการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าผู้บริหารระดับจังหวัดมีนโยบายที่ชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุ มีการแต่งตั้งเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงาน แต่ยังไม่มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่ชัดเจน การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุมีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ ทั้งการคัดกรอง การส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลเมื่อเจ็บป่วย การดำเนินงานในระดับพื้นที่หลายๆ ตำบลสามารถดำเนินงานได้ดี สามารถเป็นต้นแบบได้ แต่อาจมีบางพื้นที่ที่ดำเนินงานยังไม่เข้มแข็ง จุดที่สมควรได้รับการพัฒนา คือ ระบบสุขภาพชุมชน เนื่องจากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพลัดตกหกล้มยังเข้าสู่ระบบบริการค่อนข้างล่าช้า บางรายหกล้มไปแล้วหลายวันถึงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุหลายรายอยู่คนเดียวเมื่อเกิดเหตุไม่สามารถร้องขอความช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที จากนั้น ได้มีการทบทวนและแต่งตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนระดับจังหวัด และในระดับอำเภอ

ระยะที่ 2 การพัฒนาและปรับปรุงนโยบาย (D1) ใช้กระบวนการ PAOR พัฒนาและปรับปรุงนโยบายการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยใช้แนวคิดชุมชนจัดการตนเองให้มีความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ดังนี้

2.1 ขั้นวางแผน นำข้อมูลในระยะที่ 1 มาพิจารณาร่วมกับแนวคิด ทฤษฎี วางแผนการสังเคราะห์เป็นรูปแบบหรือนโยบายการดำเนินงานให้มีความเหมาะสม ได้รูปแบบคร่าว ๆ 6 องค์ประกอบ เพื่อนำไปดำเนินการในขั้นตอนต่อไป ได้แก่ 1) การพัฒนากลไกขับเคลื่อนและสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในชุมชน 2) การพัฒนาระบบป้องกันและคัดกรองความเสี่ยง 3) การเสริมสร้างสมรรถภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 4) การพัฒนาระบบการดูแลเบื้องต้นในชุมชน 5) การพัฒนาระบบการส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง และ 6) การพัฒนาระบบสนับสนุนในระดับจังหวัด

2.2 ขั้นปฏิบัติการ จากนั้นนำรูปแบบการดำเนินงานที่ได้จากการวางแผน 6 องค์ประกอบ นำไปสู่การลงมือปฏิบัติภายใต้การมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งในระดับจังหวัด และในระดับชุมชน

2.3 ขั้นสังเกตการณ์ ในขั้นตอนนี้จะเป็นการติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานตามแผนการที่กำหนดไว้ ผลจากการดำเนินงานตามแผนพบว่า ส่วนใหญ่สามารถดำเนินงานได้ตามแผนโดยมีการปรับปรุงนโยบายให้มีรายละเอียดที่ชัดเจน และมีความเหมาะสมยิ่งขึ้น กิจกรรมส่วนใหญ่มีการบูรณาการกับงานประจำ

2.4 ขั้นสะท้อนผล ผู้วิจัยได้สะท้อนผลการดำเนินการตามแผนร่วมกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ ผลการดำเนินงานได้รูปแบบการดำเนินงานหรือนโยบายที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยใช้แนวคิดชุมชนจัดการตนเอง เพื่อนำไปทดลองใช้ในการวิจัยระยะถัดไป ดังนี้

1) กลไกขับเคลื่อนและสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในชุมชน โดยจัดตั้งคณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุระดับตำบล ที่มีผู้แทนจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข อบต. อสม. รพ.สต. และตัวแทนชุมชน เพื่อวางแผนและขับเคลื่อนกิจกรรมเชิงรุกในระดับชุมชน

2) ระบบป้องกันและคัดกรองความเสี่ยง โดยใช้ฐานข้อมูลคัดกรอง 9 ด้าน เพื่อเฝ้าระวังผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงคัดกรองซ้ำประจำปี โดยเฉพาะด้านสายตา การเดิน การทำกิจวัตรประจำวัน การประเมินบ้าน และปรับปรุงสิ่งแวดล้อม เช่น รววจับ แสงสว่าง ผ่านกลไก อสม. ในการเยี่ยมบ้านและติดตามกลุ่มเสี่ยง

3) การส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยนำกลุ่มเสี่ยงมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือจัดการความเสี่ยงให้เหมาะสม เช่น กิจกรรมกายบริหาร ฝึกการทรงตัว ตามความเหมาะสม เช่น โยคะผู้สูงอายุ

4) ระบบการดูแลเบื้องต้นในชุมชน โดยการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ อสม. รวมทั้งหน่วยกู้ชีพประจำตำบล ให้มีทักษะในการช่วยเหลือเบื้องต้น การปฐมพยาบาล และป้องกันการหกล้ม พัฒนาระบบแจ้งเหตุฉุกเฉิน เช่น ปุ่มฉุกเฉิน LINE กลุ่มช่วยเหลือ สำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการฉุกเฉิน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ลำพัง

5) ระบบการส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง กำหนดช่องทางส่งต่อที่ชัดเจน ระหว่าง รพ.สต. กับ โรงพยาบาลกรณีหกล้ม ต้องมี fast track เพื่อลดความล่าช้าในการเข้ารับการรักษา การจัดอบรมพัฒนาศักยภาพหน่วยกู้ชีพระดับตำบลให้มีศักยภาพในการออกเหตุและการส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ

6) กลไกสนับสนุนในระดับจังหวัด โดยการแต่งตั้งคณะทำงานระดับจังหวัด ในการกำกับติดตาม และการเสริมพลังการขับเคลื่อนงานในชุมชน การพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และการสื่อสารประชาสัมพันธ์เพื่อสร้างการรับรู้และการมีส่วนร่วมในภาพกว้าง

ระยะที่ 3 การนำนโยบายไปทดลองใช้ (R2) ผลการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ไปทดลองใช้ในพื้นที่ต้นแบบ ด้านข้อมูลทั่วไปพบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.38 อายุเฉลี่ย 70 ปี (SD 7.1 ปี) ต่ำสุด 60 ปี สูงสุด 86 ปี ด้านประสิทธิผลของรูปแบบพบว่าผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) โดยได้รับและมีความรู้เกี่ยวกับการพลัดตกหกล้มเพิ่มขึ้น ได้รับการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น มีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงลดลง รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น ส่วนการเจ็บป่วยฉุกเฉินในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ยังไม่สามารถพิสูจน์ได้ว่าแตกต่างกัน

ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (P-value>0.05) แต่พบว่าหากเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลต่าง ๆ ได้ และได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง รวมทั้ง ความพึงพอใจของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น (P-value <0.05) รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้สูงอายุ (N=370)

ประวัติการเจ็บป่วยและการเข้าถึงบริการสุขภาพ* ได้รับความรู้ความรู้อย่างเกี่ยวข้องกับการพลัดตกหกล้ม	n	%	Difference	95%CI	P-value
ก่อนการทดลอง	322	87.0			
หลังทดลอง	368	99.5	12.4 ^a	8.9 to 15.9	<0.001 ^a
คะแนนความรู้					
ก่อนการทดลอง	7.2	3.1			
หลังทดลอง	9.8	2.8	2.6 ^b	2.2 to 3.0	<0.001 ^b
ได้รับการส่งเสริมสุขภาพ					
ก่อนการทดลอง	323	86.3			
หลังทดลอง	366	98.9	11.6 ^a	8.1 to 16.2	<0.001 ^a
คะแนนพฤติกรรมเสี่ยง (Mean, SD)					
ก่อนการทดลอง	28.0	5.7			
หลังทดลอง	36.0	6.2	8.0 ^b	7.2 to 8.9	<0.001 ^b
รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (1669)					
ก่อนการทดลอง	311	83.2			
หลังทดลอง	337	91.1	7.0 ^a	2.3 to 11.8	0.003 ^a
เจ็บป่วยฉุกเฉินในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา					
ก่อนการทดลอง	64	17.3			
หลังทดลอง	55	14.9	2.2 ^a	-2.9to 7.7	0.366 ^a
รู้จักและสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลต่าง ๆ					
เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน					
ก่อนการทดลอง (N=57)	42	73.7			
หลังทดลอง (N=55)	51	92.7	19.1 ^a	5.7 to 32.4	0.007 ^a
ได้รับการดูแลต่อเนื่อง					
ก่อนการทดลอง (N=57)	45	78.9			
หลังทดลอง (N=55)	51	92.7	13.8 ^a	1.2 to 26.4	0.037 ^a
ความพึงพอใจ (Mean, SD)					
ก่อนการทดลอง	7.4	0.8			
หลังทดลอง	9.3	0.9	1.9 ^b	1.7 to 2.0	<0.001 ^b

^a Proportion difference by Z-test, ^b Mean difference by t-test,

*ประวัติการเจ็บป่วยและการเข้าถึงบริการสุขภาพ ก่อนการทดลอง คือ ระหว่างเดือนตุลาคม 2566 -มีนาคม 2567 ส่วน หลังทดลอง คือข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน - กันยายน 2567

จากการสนทนากลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการขับเคลื่อนการดำเนินงานพบว่า การดำเนินงานในชุมชนมีการแปลงนโยบายที่ได้รับจากหน่วยงานระดับจังหวัด เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน และสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายต่างๆ การบูรณาการนโยบายนี้กับงานประจำ รวมทั้ง การกำกับติดตามการเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการดำเนินงานส่งผลให้กลุ่มผู้สูงอายุและญาติมีความพึงพอใจ และเกิดความตระหนักในการเฝ้าระวังป้องกันภาวะเสี่ยง และเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น

ระยะที่ 4 การพัฒนาและปรับปรุงนโยบายให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น การสรุปผลและถอดบทเรียน และรับฟังความคิดเห็นของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อการปรับปรุงนโยบายให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้น และการสังเคราะห์กลยุทธ์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้บริหาร ด้านมุมมองต่อนโยบาย ทุกคนเห็นสอดคล้องกันว่านโยบายนี้จะส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดสุขภาพที่ดีครอบคลุมผู้สูงอายุมากขึ้น การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติพบว่า มีการจัดประชุมเพื่อชี้แจงและถ่ายทอดนโยบายสู่ผู้ปฏิบัติในระดับอำเภอ เพื่อวางแผนแนวทางการดำเนินงาน มีระบบการกำกับติดตามผลการดำเนินงานเป็นระยะๆ โดยมีระบบข้อมูลสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นใช้ประกอบการนิเทศ ติดตาม มีการดึงการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) การขับเคลื่อนงานมีการคำนึงถึงบริบทที่แตกต่างกัน โดยต้องปรับไปตามสภาพหรือสถานการณ์ที่เป็นจริงของแต่ละพื้นที่ สำหรับปัญหาและความท้าทายที่ต้องพัฒนาต่อไป ได้แก่ การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาแนวทางการประสานงาน การสื่อสารเพื่อทำความเข้าใจร่วมกับผู้เกี่ยวข้องในทุกระดับให้มากที่สุด การถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ ต้องระบุผู้เกี่ยวข้อง ผู้รับผิดชอบให้ชัดเจน ตลอดจนคำนึงถึงศักยภาพและความพร้อมของแต่ละพื้นที่ ควรมีการบูรณาการความร่วมมือทุกภาคส่วน ร่วมกันระดมทุน แบ่งปันทรัพยากรและกระจายทรัพยากร ผลการสนทนากลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน พบว่ามีความเข้าใจนโยบายค่อนข้างดี ส่วนใหญ่มีมุมมองเชิงบวก โดยเห็นตรงกันว่านโยบายนี้จะส่งเสริมและสนับสนุนให้การจัดการสุขภาพชุมชนเป็นระบบและมีความคล่องตัวมากขึ้น ช่วยลดช่องว่างหรือปัญหาการให้บริการผู้สูงอายุ เป็นโครงการที่มีภาคส่วนต่าง ๆ บูรณาการทำงานร่วมกัน ส่วนใหญ่เห็นว่าคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ หรือ พชอ. สำนักงานคณะกรรมการประสานการพัฒนาสาธารณสุขระดับอำเภอ หรือ คปสอ. เป็นผู้ที่มีบทบาทเดิมในการสร้างสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชน และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) ทำหน้าที่เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนการดำเนินงานในชุมชน ภายหลังทำกิจกรรมในชุมชนมีหลายพื้นที่สะท้อนข้อมูลว่าระบบสุขภาพชุมชนมีความเป็นระบบ และเข้มแข็งขึ้น ได้แก่ มีการอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. หน่วยงานในพื้นที่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งญาติ ทำให้มีความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุในชุมชนหลายคนยังดำเนินชีวิตหรือมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ยังไม่ตระหนักต่อปัญหาและไม่ทราบสัญญาณเตือนซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องพยายามแก้ไขต่อไป ปัจจัยความสำเร็จของการพัฒนาระบบสุขภาพนี้ ได้แก่ การมีนโยบายที่ชัดเจน มีการแลกเปลี่ยน และคืนข้อมูลให้กับผู้เกี่ยวข้อง และพื้นที่เป็นประจำ การมีส่วนร่วมและให้ความสำคัญของทุกฝ่ายเครือข่ายสุขภาพที่เข้มแข็ง และพร้อมพัฒนาระบบ

รูปแบบหรือนโยบายในการดูแลและป้องกันการพลัดตกหกล้มผู้สูงอายุในชุมชน ที่ได้จากเวทีถอดบทเรียน เดิมจาก 6 องค์ประกอบ เพิ่มปรับเพิ่มเป็น 10 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) กลไกการมีส่วนร่วมในพื้นที่ 2) ระบบคัดกรองและป้องกันความเสี่ยง 3) การเสริมสร้างสมรรถภาพ 4) การดูแลเบื้องต้นและเหตุฉุกเฉิน 5) ระบบส่งต่อและการดูแลต่อเนื่อง 6) กลไกสนับสนุนระดับจังหวัด 7) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแล 8) การสนับสนุนทางสังคมและชุมชน 9) การใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม และ 10) การกำกับติดตามและการประเมินผล ทั้ง 10 องค์ประกอบนี้จะนำไปประกาศเป็นนโยบายเพื่อขยายผลให้ครอบคลุมทุกตำบล ในจังหวัดอำนาจเจริญ ในโอกาสต่อไป

ผลจากการสังเคราะห์กลยุทธ์การนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยใช้แนวคิดชุมชนจัดการตนเองไปสู่การปฏิบัติ จังหวัดอำนาจเจริญ มีอยู่ 2 องค์ประกอบหลัก คือ 1) องค์ประกอบของนโยบาย ซึ่งต้องมีประโยชน์และมี

ความชัดเจน โดยปรับให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก ความพร้อมของบุคลากรและทรัพยากรต่าง ๆ และ 2) กลไกการขับเคลื่อนนโยบาย ต้องแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้สอดคล้องกับบริบทต้นทุนของพื้นที่ ผ่านการจัดทำแผนโดยบูรณาการกับงานประจำ การมีส่วนร่วมของชุมชนและการขับเคลื่อนของคณะกรรมการจากหลายภาคส่วน สามารถสรุปได้ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กลยุทธการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยใช้แนวคิดชุมชนจัดการตนเองไปสู่การปฏิบัติ

สรุปและอภิปรายผล

การสรุปและอภิปรายผลการวิจัยครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ประเด็น ได้แก่ 1) การพัฒนาและปรับปรุงนโยบาย 2) การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ และ 3) ผลของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ รายละเอียดดังต่อไปนี้

1) การพัฒนาและปรับปรุงนโยบาย โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ พิจารณาร่วมกับแนวคิด ทฤษฎี เพื่อวางแผนในการสังเคราะห์เป็นรูปแบบหรือนโยบายการดำเนินงานให้มีความเหมาะสม ด้วยกระบวนการ PAOR ได้รูปแบบการดำเนินงานเบื้องต้น 6 องค์ประกอบ เพื่อนำไปทดลองใช้ ได้แก่ 1) การพัฒนา กลไกขับเคลื่อนและสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในพื้นที่ 2) การพัฒนาระบบป้องกันและคัดกรองความเสี่ยง 3) การส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 4) การพัฒนาระบบการดูแลเบื้องต้นในชุมชน 5) การพัฒนาระบบการส่งต่อและดูแลต่อเนื่อง และ 6) การพัฒนาระบบสนับสนุนในระดับจังหวัด อย่างไรก็ตาม ภายหลังการพัฒนาและปรับปรุง รูปแบบนี้ให้มีความเหมาะสมยิ่งขึ้นจากเวทีถอดบทเรียน ได้มีการปรับเปลี่ยนรูปแบบอีก 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 7) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแล 8) การสนับสนุนทางสังคมและชุมชน 9) การใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม และ 10) การกำกับติดตามและการประเมินผล รวม 10 องค์ประกอบ ทั้งนี้ รูปแบบที่พัฒนาและปรับปรุงขึ้นนี้ เป็นกระบวนการที่เน้น การมีส่วนร่วม และมีความต่อเนื่องตามแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(9) กระบวนการวางแผนและพัฒนาแบบคำนึงถึง องค์ประกอบตามกรอบระบบสุขภาพที่พึงประสงค์ (6 Building Blocks of A Health System) plus 2¹² รวมทั้งพัฒนาระบบสุขภาพให้มีความเชื่อมโยงกันของระบบสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เน้นการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และระดับทุติยภูมิโดยที่เน้นการพัฒนาระบบส่งต่อ โดยเชื่อมโยงทั้งระบบเข้าด้วยกันไม่ให้เกิดรอยต่อในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มป่วย¹³ และนำแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเข้ามาผสมผสาน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยหลายๆ ชิ้น ที่ได้นำเอา

กระบวนการการมีส่วนร่วมมาปรับใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความยั่งยืนในการดำเนินงาน¹⁴⁻¹⁶ รูปแบบที่พัฒนาและปรับปรุงขึ้นใหม่เป็นการให้บริการแบบครบวงจร สอดคล้องกับหลายๆ การศึกษา¹⁷⁻¹⁹ซึ่งเป็นไปตามแนวทางของการพัฒนาคุณภาพบริการด้านสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานเขตสุขภาพที่ 10 ในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ¹³ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของลักษณะ ชูติธรรมานันท์ และคณะ⁽²⁰⁾ ที่มีการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้สูงอายุกระดุกสะโพกหักอย่างครบวงจร ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุได้รับการที่ได้คุณภาพส่งผลดีต่อดูแลรักษา การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนมีการประยุกต์ใช้แนวคิด “ชุมชนจัดการตนเองเพื่อผู้สูงอายุ” เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนให้ชุมชนสามารถจัดการตนเองเพื่อผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งคนในชุมชน จะเข้าใจปัญหาและความต้องการของคนในชุมชนมากที่สุด เป็นเวทีระดมความคิดเห็นและระดมทรัพยากรภายใต้ต้นทุนและภูมิปัญญาของคนในชุมชนมาเพื่อแก้ไขปัญหาของคนในชุมชนเอง ซึ่งเป็นแนวทางพัฒนาชุมชนอย่างเข้มแข็งและยั่งยืน โดยหน่วยงานต่าง ๆ คอยสนับสนุนการดำเนินงาน^{5,21}เมื่อเชื่อมระบบสุขภาพชุมชนโดยใช้แนวคิดชุมชนจัดการตนเองและระบบบริการสุขภาพเข้าด้วยกันแล้ว ผู้สูงอายุในชุมชน จะได้รับการดูแลด้านสุขภาพอย่างมีคุณภาพระบบภายใต้สโลแกน “ผู้สูงอายุรู้เท่าทัน ไม่เจ็บ ไม่ไข้ เป็นแล้วเข้าถึงไว ปลอดภัยไร้แทรกซ้อน”²²

2) การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ความคิดเห็นต่อการดำเนินงาน ทุกคนเห็นสอดคล้องกันว่าโครงการนี้จะส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดสุขภาวะที่ดีครอบคลุมผู้สูงอายุมากขึ้น ในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติมีการจัดประชุมเพื่อชี้แจงและถ่ายทอดนโยบายสู่ผู้ปฏิบัติในระดับอำเภอ เพื่อวางแผนแนวทางการดำเนินงาน มีระบบการกำกับติดตามผล โดยมีระบบข้อมูลสารสนเทศที่พัฒนาขึ้นใช้ประกอบการนิเทศ ติดตาม การนำนโยบายสู่การปฏิบัติควรต้องวิเคราะห์ผู้เกี่ยวข้องและดึงการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน การคำนึงถึงบริบทที่แตกต่างกันของแต่ละจังหวัดและรายอำเภอ การดำเนินงานในชุมชนมีการแปลงนโยบายที่ได้รับจากหน่วยงานระดับจังหวัด เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของชุมชน และสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของภาคีเครือข่ายต่าง ๆ การบูรณาการนโยบายนี้กับงานประจำ รวมทั้งการกำกับติดตาม เสริมพลังอย่างต่อเนื่อง จากคณะทำงานระดับจังหวัด ทั้งนี้ กลยุทธ์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ มีองค์ประกอบอยู่ 2 ส่วนหลัก ๆ คือ 1) องค์ประกอบของนโยบาย ซึ่งนโยบายนี้มีประโยชน์และมีความชัดเจน การนำไปปฏิบัติมีการปรับให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก ตลอดจนคำนึงถึงความพร้อมของบุคลากรและทรัพยากรต่าง ๆ และ 2) กลไกการขับเคลื่อนนโยบาย มีการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ผ่านกระบวนการจัดทำแผนงานโครงการโดยบูรณาการกับงานประจำ ด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ภายใต้การขับเคลื่อนคณะทำงานทั้งที่ประกอบไปด้วยภายในและภายนอก ทั้งในระดับจังหวัดซึ่งเป็นผู้กำหนดนโยบาย และคณะทำงานในพื้นที่ในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ทั้งนี้ โดยการกำกับติดตาม ผ่านระบบข้อมูล และการเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัตินี้ ดำเนินการผ่านกลไกปกติของการปฏิบัติราชการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยงานอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ CFIR ที่คำนึงถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ได้แก่ 1) คุณลักษณะของนโยบาย 2) สิ่งแวดล้อมภายนอก 3) สิ่งแวดล้อมภายใน 4) คุณลักษณะของบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และ 5) กระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติ(7) และข้อเสนอของ สัญญา เคนาภูมิ⁽²³⁾ ที่เสนอแนะการนำนโยบายสาธารณสุขไปปฏิบัติควรประกอบด้วย 1) การแปลงนโยบายให้เป็นแผนงานและโครงการ 2) สร้างการยอมรับนโยบายของหน่วยงานทุกระดับ 3) การระดมพลังหรือสร้างการมีส่วนร่วม และ 4) การสร้างความเป็นปึกแผ่นหรือความต่อเนื่องและความสำเร็จและผลลัพธ์

3) ผลของการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ก่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านการจัดบริการสุขภาพ ได้แก่ 1) การพัฒนากลไกขับเคลื่อนและสร้างการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในชุมชน 2) การพัฒนาระบบป้องกันและคัดกรองความเสี่ยง 3) การส่งเสริมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 4) การพัฒนาระบบการดูแลเบื้องต้นในชุมชน 5) การพัฒนาระบบการส่ง

ต่อและดูแลต่อเนื่อง 6) การพัฒนาระบบสนับสนุนในระดับจังหวัด 7) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและผู้ดูแล 8) การสนับสนุนทางสังคมและชุมชน 9) การใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรม และ 10) การกำกับติดตามและการประเมินผลนโยบายด้านผลลัพธ์ด้านสุขภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) โดยได้รับและมีความรู้เกี่ยวกับการลดทอนความเสี่ยงเพิ่มขึ้น ได้รับการส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้น มีคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงลดลง รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น หากเจ็บป่วยฉุกเฉินสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลต่าง ๆ ได้ และได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง รวมทั้ง ความพึงพอใจของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ซึ่งสะท้อนว่าการนำรูปแบบหรือนโยบายดังกล่าวไปทดลองใช้ ส่งผลดีต่อผู้สูงอายุและระบบสุขภาพ บ่งชี้ว่ารูปแบบดังกล่าวที่พัฒนาขึ้นง่ายและสะดวกต่อการนำไปปฏิบัติ เป็นไปตามหลักการมีส่วนร่วม ทั้งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน ญาติที่ดูแลผู้สูงอายุ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน และบุคลากรสาธารณสุขในการดำเนินงานร่วมกัน ทั้งการเฝ้าระวัง การแจ้งขอความช่วยเหลือ การดูแลเบื้องต้น การส่งต่อเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล ตลอดจนการดูแลต่อเนื่องหลังกลับออกมารับการรักษาต่อที่บ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของลักษณะชุดธรรมและคณะ²⁰ ที่พัฒนารูปแบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้สูงอายุกระดุกสะโพกหัก ในพื้นที่จังหวัดแพร่ และการศึกษาของ ตติยา เฟิงชัย และคณะ²⁴ ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ และการศึกษาของวนิดา อินทราชา และคณะ²⁵ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม ซึ่งภายหลังได้รับโปรแกรมจะส่งผลดีต่อผู้สูงอายุในภาพรวม

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะเพื่อการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ ควรนำเอานโยบายการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยใช้แนวคิดชุมชนจัดการตนเองที่มี 10 องค์ประกอบ ไปต่อยอดขยายผลให้ครอบคลุมทุกพื้นที่โดยประยุกต์ใช้กลยุทธ์การนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ 2 องค์ประกอบ โดยเน้นการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้สอดคล้องกับความพร้อมและบริบทของพื้นที่ การสร้างกลไกการขับเคลื่อนนโยบายที่เหมาะสม การบูรณาการนโยบายกับงานประจำ โดยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน รวมทั้ง การกำกับติดตามโดยระบบข้อมูล และการเสริมพลังอย่างต่อเนื่อง

2) ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาในระยะยาว ในการติดตามผลการดำเนินงานตามนโยบายนี้ รวมทั้ง การขยายผลโดยการออกแบบงานวิจัยเพื่อนำนโยบายไปใช้ประโยชน์ (Research Utilization; RU) เพื่อให้มั่นใจว่านโยบายนี้เกิดประโยชน์จริงต่อการปฏิบัติ สามารถนำไปใช้ในวงกว้างและต่อเนื่องได้

เอกสารอ้างอิง

1. คุณาจุฑา วรรณจักร, พิมลพรรณ ทวีการ วรรณจักร. การหกล้มในผู้สูงอายุที่กระดุกพรุน:สาเหตุและการป้องกันด้วยการออกกำลังกาย. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. 2561;13(2):142–50.
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุไทย ปี 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [สืบค้นเมื่อ 24 พฤษภาคม 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1962>
3. เขตสุขภาพที่ 10. แนวทางจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip Fracture) ฉบับปรับปรุง ปี 2566. อุบลราชธานี: อัลทิเมท พรินติ้ง จำกัด; 2566.
4. Monnuanprang P, Vanpetch W, Sangngern S, Maneechote T, Chuaypanang K, Chodilok S. The

- Development of Elderly Care Management Model of Local Administration Organization in Nonthaburi, Thailand. SSRN Electron J. 2019;8(1):77–85.
5. สราวุธ ไพฑูรย์พงษ์. ระบบการดูแลผู้สูงอายุ ระดับชุมชนแบบบูรณาการ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://tdri.or.th/2018/06/integrated-approach-for-older-persons/>
 6. Damschroder LI, Aron DC, Keithl RE, Kirsh SR, Lowery JC, Alexander JA. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implement Sci. 2009;4(50):1–15.
 7. ศิรินาถ ตงศิริ, ศุภวิตา แสนศักดิ์, ชนัตถา พลอยล้อมแสง, วรพจน์ พรหมสัตยพรต, สุมัทนา กลางคาร. ทฤษฎีและกรอบแนวคิดของการวิจัยเพื่อนำนโยบายสาธารณสุขไปสู่การปฏิบัติ การวิจัยอย่างเป็นระบบเพื่อค้นหากลยุทธ์การปฏิบัติตามนโยบายที่มีประสิทธิภาพ. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 2561;12(1):7–26.
 8. Proctor E, Landsvert J. Implementation research in mental health services: an Emerging Science with Conceptual, Methodological, and Training challenges Enola. Adm Policy Ment Heal. 2008;23(1):1–7.
 9. Kemmis S, Mc Taggart R. The action research planner. Victoria: Deakin University press; 1990.
 10. Cochran WG. Sampling techniques. 3rd ed. New York: John Wiley & Son; 1977.
 11. เขตสุขภาพที่ 10. สรุปผลการดำเนินงานผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 10. อุบลราชธานี; 2567.
 12. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems : a handbook of indicators and their measurement strategies. [Internet]. 2010 [cited 2023 Jun 20] Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf>
 13. เขตสุขภาพที่ 10. แนวทางจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือด ชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (Hip fracture) ภายใต้โครงการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง Stroke, STEMI และ Hip fracture. อุบลราชธานี: อัลทีเมทพรินต์ติ้ง จำกัด; 2564.
 14. มนชยา ทองดี, ถนอม นามวงศ์. การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเพื่อการดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการลัดตกหกล้ม กรณีศึกษาตำบลคู่ง อำเภอมือง จังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2566;32(1):73–83.
 15. สุปราณี บุญมี, ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว, สุพิตรรา เศลัตนะกุล. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสมน จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2562;5(4):38–49.
 16. ทิพย์ภา ดาหาร, เจตสรียา ดาวราช. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบลหนองเหล็ก อำเภอกุสุมาลย์ จังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม. 2561;2(3):42–54.
 17. ณัฐธิดาภรณ์ เหง้ามูล, สงครามชัย ลีทองดีสกุล, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสมรรถนะทางกายในผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมของ ชุมชนตำบลท่าศาลา อำเภอกูเรือ จังหวัดเลย. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2568;11(2):62–76.
 18. สุกัญญา ปวงนิม, นงนภัทร รุ่งเนย, อุไรรัชต์ บุญแท. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ สำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่นำร่องต้นแบบ จังหวัดเพชรบุรี. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2562;38(3):178–95.

19. อัจฉรา ราชจันทิก. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลกุมภวาปี. มหาสารคาม; 2565.
20. ลักษณะ ชุตติธรรมนันท์, นิกร จันภิรม, ธนาวรรณ แสนปัญญา, สุวิชา จันทร์สุริยกุล. รูปแบบการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก จังหวัดแพร่ [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [สืบค้นเมื่อ 20 มิถุนายน 2566]
แหล่งข้อมูล:
https://www.niems.go.th/1/upload/migrate/file/256110291633286135_TNG6Yw4SrMPlixdP.pdf
21. มณฑา เก่งการพานิช, ธราดล เก่งการพานิช, ศรัณญา เบญจกุล, กรกนก ลัธธนันท์. บันทึกไว้เป็นบทเรียน การควบคุมบุหรื (มวนเองหรือยา) โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน. เจริญดีมั่นคงการพิมพ์. กรุงเทพฯ; 2557.
22. เขตสุขภาพที่ 10. แนวทางจัดระบบชุมชนจัดการตนเองเพื่อผู้สูงอายุ สำหรับโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ภาวะหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน ชนิด STEMI และกระดูกสะโพกหัก (ฉบับปรับปรุง ปี 2566). อุบลราชธานี: อัลทีเมทพรีนติ้ง จำกัด; 2566.
23. สัญญา เคนาภูมิ. กระบวนการนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติ. วารสารแสงอีสาน. 2562;16(1):243-60.
24. ตติยา เฟ่งชัย, สุรศักดิ์ เทียบฤทธิ์, สุมัทนา กลางคาร. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองศรีสะเกษ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2567;10(1):49-60.
25. วนิดา อินทราชา, พัชรนันท์ วิวรากานินท์, พัชรพล คำงาม, ตยารัตน์ พุทธิมณี. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2567;32(3):43-56.