



ปัญหาและแนวทางแก้ไขให้เกิดความพร้อมในการบริหารผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่วนตำบลบ้าน
แก่ง อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์

CHALLENGES AND STRATEGIC SOLUTIONS FOR ENHANCING READINESS IN
ELDERLY CARE AT BAN KAENG SUBDISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL,
CHALERM PHRA KHIAT DISTRICT, SARABURI PROVINCE

สุภาวรรณ คะเซ็นต์

ปัญหาและแนวทางแก้ไขให้เกิดความพร้อมในการบริหารผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่วนตำบลบ้าน
แก่ง อำเภอลำดวน จังหวัดสุรินทร์



การค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขานโยบายและการจัดการสาธารณะ
คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
ปีการศึกษา 2567
ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

CHALLENGES AND STRATEGIC SOLUTIONS FOR ENHANCING READINESS IN
ELDERLY CARE AT BAN KAENG SUBDISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL,
CHALERM PHRA KHIAT DISTRICT, SARABURI PROVINCE



An Independent Study Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of MASTER OF PUBLIC ADMINISTRATION
(Public Policy and Management)
Faculty of Social Sciences, Srinakharinwirot University
2024
Copyright of Srinakharinwirot University

การค้นคว้าอิสระ
เรื่อง
ปัญหาและแนวทางแก้ไขให้เกิดความพร้อมในการบริหารผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่วนตำบลบ้าน
แก้ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี
ของ
สุภาวรรณ คะเซ็นต์

ได้รับอนุมัติจากบัณฑิตวิทยาลัยให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขานโยบายและการจัดการสาธารณะ
ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ฉัตรชัย เอกปัญญากุล)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

คณะกรรมการสอบปากเปล่าการค้นคว้าอิสระ

..... อาจารย์ที่ปรึกษา	 ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุลศักดิ์ ชาญณรงค์)	(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุทินี อัดถากร)
	 กรรมการ
	(อาจารย์ ดร.กัลยา แซ่อึ้ง)

ชื่อเรื่อง	ปัญหาและแนวทางแก้ไขให้เกิดความพร้อมในการบริหาร ผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่วนตำบลบ้านแก้ง อำเภอเฉลิมพระ เกียรติ จังหวัดสระบุรี
ผู้วิจัย	สุภาวรรณ คะเซ็นต์
ปริญญา	รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต
ปีการศึกษา	2567
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จุลศักดิ์ ชาญณรงค์

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความพร้อมในการบริหารผู้สูงอายุของตำบลบ้านแก้ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี และศึกษาแนวทางการแก้ไขปัญหาในการบริหารผู้สูงอายุในพื้นที่ดังกล่าว โดยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 9 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข อสม. นักบริหารดูแลผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุในชุมชน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง และใช้การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า พื้นที่ตำบลบ้านแก้งมีระบบการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยความร่วมมือระหว่างหน่วยงานในชุมชน โดยมีการประเมินภาวะพึ่งพิงด้วยแบบประเมิน ADL และวางแผนการดูแลรายบุคคล ทั้งนี้ ผู้ดูแลในพื้นที่ส่วนใหญ่มีความรู้และผ่านการอบรมหลักสูตรนักบริหาร อย่างไรก็ตามยังพบข้อจำกัดหลายด้าน เช่น บุคลากรไม่เพียงพอ งบประมาณจำกัด อุปกรณ์สนับสนุนยังขาด และระบบข้อมูลที่ยังแยกส่วน ไม่สามารถใช้ติดตามผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้รูปแบบการดูแลยังคงเป็นเชิงรับมากกว่าการดูแลเชิงรุก สำหรับแนวทางการพัฒนาระบบบริหารผู้สูงอายุในพื้นที่ ผู้ให้ข้อมูลเสนอให้มีการอบรมผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง พัฒนาทักษะเฉพาะด้าน จัดสรรงบประมาณอย่างยืดหยุ่น สนับสนุนบทบาทของครอบครัวในการดูแล และสร้างระบบข้อมูลสุขภาพรายบุคคลที่เชื่อมโยงกับระบบบริการในพื้นที่อย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ, ความพร้อม, การบริหาร, และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

Title	CHALLENGES AND STRATEGIC SOLUTIONS FOR ENHANCING READINESS IN ELDERLY CARE AT BAN KAENG SUBDISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL, CHALERM PHRA KHIAT DISTRICT, SARABURI PROVINCE
Author	SUPAWAN KASEN
Degree	MASTER OF PUBLIC ADMINISTRATION
Academic Year	2024
Advisor	Assistant Professor Chulasak Channarong, Ph.D.

บทคัดย่อภาษาไทย

This qualitative research aimed to study the preparedness for elderly care in Ban Kaeng Subdistrict, Chalermphrakiat District, Saraburi Province, and explore possible solutions for improving the elderly care system in the area. Data were collected through in-depth interviews with 9 key informants, including the director of the Subdistrict Health Promoting Hospital, nurses, public health officers, village health volunteers (VHVs), community caregivers, and elderly representatives. A semi-structured interview guide was used as the research instrument, and the data were analyzed using content analysis. The findings revealed that the elderly care system in Ban Kaeng Subdistrict relied on collaboration among local agencies. Dependency levels were assessed using the Activities of Daily Living (ADL) scale, and individualized care plans were developed. Most caregivers had received formal training and possessed basic knowledge and communication skills. However, several limitations were identified, such as insufficient personnel, limited funding, lack of necessary equipment, and fragmented data systems that hinder effective monitoring. Additionally, the current care model remained reactive rather than proactive. As for development guidelines, informants suggested continuous training for caregivers, enhancement of specific caregiving skills, flexible budget allocation, promotion of family involvement in care, and the establishment of an integrated personal health information system linked to local services.

Keywords: Older persons, Readiness, Caregiving, and Village Health Volunteers (VHVs)

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้นคว้าอิสระฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความอนุเคราะห์และความเมตตาจากหลายท่าน ข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร.จุลศักดิ์ ชาญณรงค์ ผู้ให้คำแนะนำอย่างใกล้ชิดตลอดการดำเนินงานวิจัย ด้วยความเมตตา เอาใจใส่ และชี้แนะแนวทางด้วยความเข้าใจอันลึกซึ้ง และช่วยเหลือข้าพเจ้าจนงานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วง

ข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุธินี อัคราทร ประธานกรรมการสอบ ที่ได้กรุณาให้ข้อคิดเห็นที่ลึกซึ้ง รอบด้าน อีกทั้งอาจารย์ ดร.กัลยา แซ่อึ้ง ที่ได้เมตตา สละเวลาอันมีค่าเพื่อร่วมเป็นกรรมการสอบปากเปล่าการศึกษาค้นคว้าอิสระโดยให้คำแนะนำข้อคิดเห็นของท่านทั้งสองมีส่วนสำคัญยิ่งในการปรับปรุงงานและพัฒนางานวิจัยฉบับนี้ให้มีคุณภาพและความถูกต้องทางวิชาการมากยิ่งขึ้น

ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณอาจารย์ ผศ.ดร.ปรีชญานันท์ นักพ่อน ที่ช่วยเหลือนิสิตอย่างเต็มที่ในทุกกระบวนการ ตลอดระยะเวลาการศึกษา ด้วยความห่วงใยและสนับสนุนอย่างจริงใจและขอขอบคุณพี่โรส ที่ให้ความช่วยเหลือในการจัดทำเอกสารและงานสนับสนุนอื่น ๆ อย่างต่อเนื่อง ทำให้การดำเนินงานวิจัยเป็นไปอย่างราบรื่น

ข้าพเจ้าขอขอบพระคุณหน่วยงาน/ผู้ให้ข้อมูลทุกท่าน ที่สละเวลาให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ และขอขอบคุณเพื่อน ๆ น้อง ๆ ร่วมหลักสูตรที่ได้ร่วมแบ่งปันความช่วยเหลือซึ่งกันและกันในทุก ๆ ด้านไม่ว่าจะเป็นการช่วยตรวจสอบเนื้อหา เอกสาร ให้คำแนะนำในประเด็นต่าง ๆ รวมถึงการให้กำลังใจกันในวันที่เหนื่อยล้า การสนับสนุนและอยู่เคียงข้างของเพื่อน ๆ และน้อง ๆ มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ในที่สุด

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้าขอกราบขอบพระคุณครอบครัวทุกคนที่อยู่เคียงข้าง เป็นกำลังใจ และช่วยผลักดันให้ข้าพเจ้ามีกำลังใจเดินหน้าจนสามารถดำเนินงานวิจัยฉบับนี้จนแล้วเสร็จด้วยความรัก ความเข้าใจ และการสนับสนุนจากครอบครัวเป็นแรงผลักดันสำคัญที่ทำให้ข้าพเจ้าก้าวผ่านทุกอุปสรรคได้สำเร็จ

สุภาวรรณ คะเซ็นต์

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ	ฉ
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฌ
สารบัญรูปภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามวิจัย.....	4
1.3 วัตถุประสงค์การศึกษา	4
1.4 ขอบเขตการศึกษา.....	5
1.4.1 ขอบเขตเชิงเนื้อหา	5
1.4.2 ขอบเขตด้านพื้นที่	5
1.4.3 ขอบด้านประชากร.....	5
1.4.4 ขอบเขตด้านระยะเวลา.....	5
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	5
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ	6
บทที่ 2 ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	8
2.1 ทฤษฎีความสูงอายุ ปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ	8
2.2 ปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแบ่งเป็น 2 ประเด็น ได้แก่.....	8
2.3 รูปแบบการบริการดูแลผู้สูงอายุ	10
2.4 ข้อมูลทั่วไปของตำบลบ้านแก่ง จังหวัดสระบุรี	10
2.5 แนวคิดความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล.....	12
2.6 แนวคิดเกี่ยวกับวงจรเดมมิง (PDCA).....	16
2.7 ความเชื่อมโยงระหว่างความพร้อมของผู้ดูแลกับกระบวนการ PDCA	20

2.8 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	21
2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	22
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย.....	24
3.1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก (KEY INFORMANTS).....	24
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (RESEARCH INSTRUMENTS)	25
3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล (DATA COLLECTION)	25
3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล (DATA ANALYSIS).....	26
บทที่ 4 ผลการวิจัย	27
4.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ให้สัมภาษณ์.....	28
4.2 ความพร้อมในการบริหารผู้สูงอายุของตำบลบ้านแก่ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี ...	29
4.2.1 ปัจจุบันระบบการดูแลผู้สูงอายุในตำบลบ้านแก่งมีรูปแบบอย่างไร	29
4.2.2 ความพร้อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ ท่านคิดว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่มีความพร้อมเพียงพอหรือไม่ (ในด้านความรู้ ทักษะ หรืออารมณ์)	30
4.2.3 ปัญหาหลักที่พบในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่คืออะไร.....	31
4.3 แนวทางแก้ไขปัญหาการบริหารผู้สูงอายุของตำบลบ้านแก่ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี.....	32
4.3.1 ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไรในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	32
4.3.2 ท่านคิดว่าควรมีการสนับสนุนจากภาครัฐหรือท้องถิ่นเพิ่มเติมในด้านใด.....	33
บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	36
5.1 ผลการวิจัย	36
5.2 อภิปรายผลการวิจัย.....	38
5.3 ข้อเสนอแนะ	39
5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ	39
5.3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต	40
บรรณานุกรม	41

สารบัญตาราง

หน้า

ตาราง 1 ข้อมูลประชากรและจำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลต่าง ๆ ของอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี	12
ตาราง 2 ความเชื่อมโยงระหว่างขั้นตอน PDCA กับความพร้อมของผู้ดูแล	20
ตาราง 3 สรุปองค์ประกอบของกรอบแนวคิดในการวิจัย	23
ตาราง 4 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ให้สัมภาษณ์.....	28
ตาราง 5 การประยุกต์ใช้ PDCA กับการดูแลผู้สูงอายุ.....	34



สารบัญรูปภาพ

หน้า

ภาพประกอบ 1 แสดงกรอบแนวคิดวิจัยเชิงสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ.....	23
---	----



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) เป็นแนวโน้มที่ทุกชาติทั่วโลกหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยองค์การสหประชาชาติคาดการณ์ไว้ว่าทั่วโลกจะมีประชากรที่มีอายุมากกว่า 60 ปี ถึง 1,200 ล้านคนในปี พ.ศ. 2568 และ 2,000 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 หรือคิดเป็นร้อยละ 20 ของประชากรโลกทั้งหมด ในส่วนของประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aged Society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 จนถึงปี พ.ศ. 2564 สำหรับประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aged Society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา โดย 1 ใน 10 ของประชากรไทยเป็นประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และคาดว่าประเทศไทยจะเป็น “สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์” (Complete Aged Society) ในปี พ.ศ. 2564 คือ ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึง 1 ใน 5 และเป็น “สังคมสูงวัย ระดับสุดยอด” (Super Aged Society) ภายในปี พ.ศ. 2578 โดยประมาณการว่าจะมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 28 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (ทองทิพย์ เทียนสว่าง, 2567) ถือว่ามีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดเป็นประเทศที่ 2 ของประเทศในกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ต่อจากประเทศสิงคโปร์ จากสถานการณ์ดังกล่าวนี้ทำให้หลายหน่วยงานต่างตระหนักถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้และเริ่มมีการเตรียมความพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของสังคมไทยที่กำลังจะเกิดขึ้น ซึ่งประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรเช่นเดียวกับหลายประเทศทั่วโลก โดยมีอัตราการเกิดและการเสียชีวิตลดลงอย่างต่อเนื่อง ประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น ด้วยเหตุนี้จึงทำให้อัตราผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมาก (นิพัชชา โอทกานนท์, 2562) ซึ่งผลกระทบจากการเข้าสู่สังคมสูงวัย กระตุ้นต่อการพัฒนาประเทศและการเจริญเติบโต ทางเศรษฐกิจของประเทศไทยในระยะยาว ทั้งประเด็น งบประมาณ เศรษฐกิจและคุณภาพชีวิตของประชาชนโดยรวม ดังนั้นประเทศไทยต้องมีการเตรียมความพร้อมในการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพควบคู่ไปกับการพัฒนาประเทศด้านต่างๆ จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมตัวรองรับภาวะต่าง ๆ เหล่านี้โดยมีการจัดระบบและช่องทางพิเศษในการรับบริการทางสาธารณสุขให้แก่ผู้สูงอายุเหล่านี้ (กรมกิจการผู้สูงอายุ, กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2562, หน้า 8)

เมื่อเข้าสู่วัยชราผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาในเรื่องความเสื่อมของร่างกายบางส่วนต้องกินยาเป็น ประจำและมีโรคประจำตัวที่พบบ่อย จากการสำรวจของกรมอนามัยในปี 2567 พบว่าผู้สูงอายุในประเทศไทยมีแนวโน้มเผชิญกับโรคเรื้อรังหลายชนิด ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง (stroke), เบาหวาน (diabetes), ความดันโลหิตสูง (hypertension), ภาวะสมองเสื่อม (dementia) และการหกล้ม (falls) (กรมอนามัย, 2567) ทั้งนี้ผู้สูงอายุจะประสบภาวะพึ่งพิงหลายด้าน คือ 1) ภาวะพึ่งพิงด้านความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวัน 2) ภาวะพึ่งพิงด้านเศรษฐกิจ 3) ภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพ และ 4) ภาวะพึ่งพิงด้านสังคมและจิตใจ เนื่องจากผู้สูงอายุต้องพึ่งพิงอาศัยลูกหลานมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมปัจจุบันที่ครอบครัวไทยเป็นครอบครัวเดี่ยวครองตนเป็นโสดมากขึ้น และย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยเพื่อประกอบอาชีพ ก่อปรกับอายุขัยเฉลี่ยสูงขึ้น หรือได้รับการรักษาที่ยืดชีวิตให้อยู่ยาวนานขึ้นแต่กลับพ่วงความพิการมาด้วยจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสถูก

ทอดทั้งง่ายขึ้น (เกษณี โคกตาทอง และคณะ, 2556) โดยกลุ่มผู้สูงอายุสามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ทุกเรื่อง ผู้สูงอายุที่ติดบ้านที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในบางเรื่อง และผู้สูงอายุติดเตียงที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้เลยต้องพึ่งพาครอบครัว (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2540: 108-109) จากสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยที่เพิ่มจำนวนมากขึ้น การที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีมากกว่าร้อยละ 20 หรือมีผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14 (สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2558) จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทยในปี 2556 พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 1.50 อยู่ในสภาวะ “ติดเตียง” จากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ ความชราภาพ การเสื่อมถอย ของอวัยวะ การป่วยด้วยโรค หลอดเลือดสมอง การได้รับ อุบัติเหตุ (สำนักการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2556) และจาก ผลสำรวจในปี 2568 พบว่ามีผู้สูงอายุกว่า 1 ล้านคนที่สุขภาพไม่ดี นอนติดเตียง ต้องพึ่งคนอื่นดูแล เป็นเกือบร้อยละ 15 โดยมี ประมาณ 960,000 คน ที่ดูแลช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน อีกประมาณ 63,000 คน ไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองได้ ดังนั้นกลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้จึงมีความต้องการที่จะ ได้รับการตอบสนองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ กล่าวคือ ต้องการปัจจัย 4 และปัจจัยพื้นฐานที่ควร จะได้รับ รวมถึงความต้องการทางด้านสังคมในการพูดคุยและทำกิจกรรมร่วมกัน ได้รับการยอมรับ จากคนในครอบครัวและบุคคลรอบข้าง เป็นต้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุแล้วยังมีกลุ่มผู้สูงอายุที่ติด เตียง เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ต้องการความ ช่วยเหลือจากผู้อื่น ๆ ในเรื่องการเคลื่อนย้ายการปฏิบัติกิจวัตรพื้นฐานประจำวันอื่น ๆ มีโรค ประจำตัวหลายโรคทั้งที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ มีการเจ็บป่วยเรื้อรังมายาวนานและมี ภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ซึ่งมักอยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจน อาสาสมัครสาธารณสุข หรือบุคคลที่ถูกฝึกทักษะเฉพาะทางเพื่อให้การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุกลุ่มนี้ แต่ สุดท้ายผู้ที่อยู่กับผู้สูงอายุติดเตียงมากที่สุด คือ บุคคลในครอบครัว ดังนั้นข้อมูลพื้นฐานความ ต้องการการดูแล ผู้สูงอายุติดเตียงจึงเป็นสิ่งจำเป็นและท้าทายเพื่อพัฒนาระบบเพื่อจัดบริการ รองรับความต้องการการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวอย่างยั่งยืน เนื่องจากผู้สูงอายุนอนติดเตียงที่บ้าน เป็นกลุ่มที่ส่วนใหญ่มีความยากลำบากต่อการเข้าไปรับบริการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข ได้โดยตรง โดยอาจเกิดจากปัญหาด้านการเคลื่อนไหวและต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลา ครอบครัว จึงมีบทบาทที่สำคัญและมีความใกล้ชิดในการให้การช่วยเหลือเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิด กับสุขภาพผู้สูงอายุมากขึ้น

ดังนั้นชุมชนจึงมีความจำเป็นต้องเตรียมพร้อมรับมือกับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ ที่จะเกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมบนฐานการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชนต่อการแก้ไขปัญหา ของผู้สูงอายุทุกมิติที่จะเกิดขึ้น ซึ่งปัจจุบันองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการจัด สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ โดยอาศัยพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ ให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 หมวด 2 การกำหนดอำนาจและหน้าที่ในการ จัดระบบการบริการสาธารณะ โดยให้เทศบาล เมืองพัทยา และองค์การบริหารส่วนตำบลมีอำนาจ และหน้าที่ในการจัดระบบการบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง ในด้านสังคมสงเคราะห์ และการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชรา และผู้ด้อยโอกาส ตาม มาตรา 16 จะเห็นได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในภารกิจหลักขององค์การบริหารส่วน

ตำบลที่ต้องให้การดูแลและอำนวยความสะดวก เพื่อรองรับสภาพปัญหาและตอบสนองความต้องการตามสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุนี้นำผลกระทบต่อสวัสดิการที่รัฐควรจัดให้สำหรับผู้สูงอายุและการเตรียมตัวของผู้สูงอายุเพื่อเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงของสังคมที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ซึ่งแนวโน้มของปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต คุณภาพชีวิตของประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปของไทย พบว่า ส่วนใหญ่เกิดจากสมรรถนะของร่างกายถดถอยลงไป ภาวะทุพพลภาพ และภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยสถานการณ์นี้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในสังคมอย่างเลี่ยงไม่ได้ (สังวาล จ่างโพธิ์, 2564) ผู้สูงอายุเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลทั้งจากครอบครัว รวมไปถึงองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้การดูแลผู้สูงอายุแบบครอบคลุมทุกด้าน

รัฐบาลจึงจำเป็นต้องเพิ่มงบประมาณสำหรับการใช้จ่ายด้านสวัสดิการและการรักษาพยาบาลเพื่อดูแลและประคับประคองผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น เพราะผลการสำรวจจากสำนักงานสถิติแห่งชาติและหน่วยงานอื่น ๆ พบว่า ผู้สูงอายุจำนวนมากกว่า 80% มีรายได้ไม่เพียงพอสำหรับการดำรงชีวิตในวัยหลังเกษียณ แหล่งรายได้หลักของผู้สูงอายุคือการได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากบุตรหลาน ซึ่งมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยลดลงจาก 54.1% ของรายได้รวมในปี 2537 เหลือเพียง 40.1% ในปี 2554 สาเหตุส่วนหนึ่งมาจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม เนื่องจากในอดีตประเทศไทยมีรูปแบบครอบครัวขยายที่อยู่ร่วมกัน ซึ่งประกอบด้วย ปู่ ย่า ตา ยาย พ่อแม่ ลูกหลาน และมีการพึ่งพาอาศัยทางเศรษฐกิจจะหว่างกัน แต่ในปัจจุบัน ครอบครัวมีขนาดเล็กลง โดยทั่วไปจะประกอบด้วยพ่อแม่และลูก ซึ่งอาจแยกกันอยู่และมาพบปะพ่อแม่เป็นครั้งคราว ทำให้การพึ่งพิงทางการเงินจากลูกหลานลดลง ส่งผลให้เกิดปัญหาสังคม เช่น ผู้สูงอายุอาจถูกทอดทิ้ง ซึ่งอาจทำให้พวกเขาขาดความอบอุ่นทางจิตใจ นอกจากนี้ เมื่อผู้สูงอายุถึงวัยเกษียณและไม่ได้ทำงาน อาจทำให้รู้สึกเหงาและน้อยใจ เนื่องจากรู้สึกว่าเป็นภาระกับลูกหลาน จนอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมักมีสภาพร่างกายเสื่อมโทรมและอาจมีปัญหาสุขภาพ ต้องการการดูแลพิเศษและการรักษาพยาบาล ส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในขณะที่ขาดแคลนรายได้ (ชัยพัฒน์ พุ่มซ้อน และกันตพัฒน์ พรศิริวรสิน, 2561)

นโยบายการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยได้รับการพัฒนามาจากความต้องการในการจัดการสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ รวมทั้งสถานการณ์ที่สมาชิกในครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลได้ โดยนโยบายนี้ในยุคแรกเริ่มตั้งอยู่บนหลักการที่ว่า ครอบครัวมีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะเข้ามาดำเนินการในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่มีสมาชิกในครอบครัวดูแล โดยมีเป้าหมายไม่เพียงแต่ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีครอบครัวเท่านั้น แต่ยังรวมถึงผู้สูงอายุทุกคน และสร้างนโยบายที่ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น รวมถึงช่วยให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า หน่วยงานหลักที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนั้น กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นจึงได้กำหนดมาตรฐานในการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุจำนวน 6 ด้าน เพื่อเป็นกรอบในการดำเนินงาน ได้แก่ 1) มาตรฐานด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล 2) มาตรฐานด้านรายได้ 3) มาตรฐานด้านที่พักอาศัย 4) มาตรฐานด้านนันทนาการ

5) มาตรฐานด้านความมั่นคงทางสังคมและการคุ้มครองครอบครัวผู้ดูแล 6) มาตรฐานด้านการสร้างบริการทางสังคมและเครือข่ายการสนับสนุน (เพ็ญภา สวาทอง, 2565)

องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแก้งได้ให้ความสำคัญกับการดูแลผู้สูงอายุ โดยได้ร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก้ง ซึ่งมีภารกิจในการดูแลและจัดการบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง องค์การบริหารส่วนตำบลได้จัดสรรงบประมาณเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการจัดสวัสดิการต่าง ๆ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม แม้จะมีระบบการดูแลพื้นฐานเกิดขึ้นแล้ว แต่ยังคงขาดข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับระดับความพร้อมของผู้ดูแลในการให้บริการที่มีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง ทั้งในมิติด้านความรู้ ทักษะ เจตคติ ความพร้อมทางอารมณ์ ตลอดจนการสนับสนุนจากระบบแวดล้อม ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความพร้อมในการบริหารผู้สูงอายุของตำบลบ้านแก้ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี เพื่อประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งในระดับบุคคล (ผู้ดูแล) และระดับระบบ (องค์กรในพื้นที่) รวมถึงศึกษาปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการพัฒนาการบริหารให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยอาศัยแนวคิด “ความพร้อมของผู้ดูแล” ของ Archbold et al. (1990) เพื่อวิเคราะห์ระดับความสามารถของผู้ดูแลในแต่ละมิติ และใช้แนวคิดวงจรคุณภาพ “PDCA” ของ Deming (1986) เพื่อวิเคราะห์กระบวนการบริหารในระดับระบบบริการ ทั้งนี้ เพื่อให้ผลการศึกษานำไปใช้ในการวางแผนและพัฒนาโครงการที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืนภายใต้บริบทของชุมชน

1.2 คำถามวิจัย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก้ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี มีความพร้อมในการบริหารผู้สูงอายุเพียงใด และควรพัฒนาแนวทางการบริหารอย่างไรให้มีประสิทธิภาพ

1.3 วัตถุประสงค์การศึกษา

1.3.1 เพื่อศึกษาความพร้อมในการบริหารผู้สูงอายุของตำบลบ้านแก้ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี

1.3.2 เพื่อศึกษาแนวทางแก้ไขปัญหการบริหารผู้สูงอายุของตำบลบ้านแก้ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี

1.4 ขอบเขตการศึกษา

1.4.1 ขอบเขตเชิงเนื้อหา

(1) การศึกษาครั้งนี้มุ่งเน้นศึกษาความพร้อมในการบริหารผู้สูงอายุของตำบลบ้านแก่ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี โดยเน้นการประเมินความพร้อมของผู้ดูแลในชุมชน ทั้งในมิติของความรู้ ทักษะ เจตคติ ความพร้อมทางอารมณ์ และการได้รับการสนับสนุนจากระบบแวดล้อม ซึ่งล้วนมีผลต่อประสิทธิภาพของการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม

(2) วิเคราะห์กระบวนการบริหารที่ดำเนินการโดยหน่วยบริการในพื้นที่ โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก่ง ผ่านแนวคิดวงจรคุณภาพ PDCA (Plan-Do-Check-Act) เพื่อให้เข้าใจถึงรูปแบบ วิธีการทำงาน ปัญหา และแนวทางการพัฒนาในระดับระบบบริการชุมชน ทั้งนี้ การศึกษาไม่ครอบคลุมการวินิจฉัยทางการแพทย์ หรือแนวทางการรักษาโรคเฉพาะทางของผู้สูงอายุ

1.4.2 ขอบเขตด้านพื้นที่

พื้นที่ที่ใช้ดำเนินการค้นคว้าอิสระและจัดเก็บข้อมูล คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก่ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี

1.4.3 ขอบด้านประชากร

กลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก่ง, พยาบาล, นักวิชาการสาธารณสุข, แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือนักบริหาร และผู้สูงอายุในชุมชน

1.4.4 ขอบเขตด้านระยะเวลา

ผู้วิจัยศึกษาความพร้อมในการบริหารผู้สูงอายุของตำบลบ้านแก่ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี ช่วงระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนมกราคม 2568 – มิถุนายน 2568

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.5.1 ทราบความต้องการของผู้สูงอายุหรือนักบริหารที่ดูแลในส่วนของโรงพยาบาลส่วนตำบลบ้านแก่งเพื่อใช้ในการกำหนดแนวทางในการดูแลต่อไป

1.5.2 ทราบถึงสภาพของปัญหาของผู้สูงอายุที่ใช้บริการกับโรงพยาบาลส่วนตำบลบ้านแก่ง เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไข

1.5.3 เพื่อนำเสนอผลการศึกษาต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานด้านการบริหารกับผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

ความพร้อม หมายถึง ระดับของความรู้ ความเข้าใจ เจตคติ ความสามารถ และความมั่นใจของบุคลากรและระบบในการบริหารผู้สูงอายุ ทั้งในระดับรายบุคคลและระดับชุมชน โดยครอบคลุมโครงสร้างของระบบการดูแล การประสานงานระหว่างหน่วยงาน บุคลากรที่มีความรู้ และทักษะเพียงพอ การสนับสนุนจากครอบครัวและภาคีเครือข่าย ตลอดจนการมีเครื่องมือ อุปกรณ์ และทรัพยากรที่จำเป็นในการดูแลด้านกาย จิตใจ และสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง ทั้งนี้ องค์ประกอบของความพร้อมยังสัมพันธ์กับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และความเชื่อของชุมชน ซึ่งล้วนส่งผลต่อคุณภาพของการบริหารผู้สูงอายุในภาพรวม

การบริหารผู้สูงอายุ หมายถึง กระบวนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมถึงการประสานงานกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น ครอบครัว อสม. หน่วยบริการสุขภาพ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ลดภาวะแทรกซ้อน และตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะบุคคล ทั้งนี้ การบริหารที่มีประสิทธิภาพต้องอาศัยการสนับสนุนจากภาครัฐและท้องถิ่น การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล และการจัดสรรทรัพยากรอย่างเหมาะสม

ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักบริหาร อสม. หรือสมาชิกในครอบครัว ที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือด้านร่างกาย อารมณ์ และกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ตามเกณฑ์ที่กำหนดในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือมีโรคเรื้อรังที่ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

นักบริหารสุขภาพ หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานภาครัฐ เช่น กระทรวงสาธารณสุข หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และมีบทบาทในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ติดตามอาการ ให้คำแนะนำและดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิงในชุมชน

PDCA (Plan-Do-Check-Act) หมายถึง วงจรคุณภาพที่ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการบริหาร ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ การวางแผน (Plan) การดำเนินการ (Do) การตรวจสอบผลลัพธ์ (Check) และการปรับปรุงพัฒนา (Act) เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพและต่อเนื่อง

ภาวะพึ่งพิง หมายถึง สถานะของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน เช่น การเดิน การกินอาหาร การเข้าห้องน้ำ และต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากผู้อื่นอย่างใกล้ชิด โดยอาจจำแนกได้เป็นผู้สูงอายุติดบ้าน ผู้สูงอายุติดเตียง และผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังร่วม

ระบบ LTC (Long-Term Care) หมายถึง ระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยให้บริการด้านสุขภาพและสังคมอย่างต่อเนื่องในชุมชนหรือที่บ้าน โดยมีแหล่งงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนสุขภาพระดับท้องถิ่นและการบูรณาการภาคีเครือข่ายในพื้นที่

ADL (Activities of Daily Living) หมายถึง แบบประเมินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เพื่อวัดระดับภาวะพึ่งพิง เช่น ความสามารถในการกินอาหาร ลุกจากเตียง เดิน เข้าห้องน้ำ อาบน้ำ ฯลฯ ซึ่งใช้เป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการดูแลรายบุคคล



บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

2.1 ทฤษฎีความสูงอายุ ปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากความชราตามทฤษฎีความสูงอายุที่อธิบายตามกระบวนการ ความเสื่อมตามชีวภาพ ทางสังคม และทางจิตใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีลักษณะการเปลี่ยนแปลงตามวัยต่างกัน และมีปัญหา ความต้องการการดูแลที่แตกต่างจากวัยผู้ใหญ่ กระบวนการเสื่อมตามชีวภาพหรือทฤษฎีทางชีววิทยา (Biological theory) เกิดได้จากการเปลี่ยนแปลงระดับเซลล์ เนื้อเยื่อ อวัยวะในร่างกายหรือระบบ การทำงานของอวัยวะในร่างกาย จนทำให้ไม่สามารถคงไว้ซึ่งการทำงานตามปกติได้ โดยค่อย ๆ เสื่อมถอยลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น หรือได้รับความเสี่ยงจนทำให้เกิดความเสื่อมเร็วกว่าผู้สูงอายุในวัยเดียวกัน ความถดถอยทางสังคมหรือทฤษฎีทางสังคม (Sociological theory) ที่มีการเปลี่ยนแปลงด้านบทบาท หน้าที่ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวกับสังคมสูงอายุเพื่อให้สามารถคงไว้ซึ่งบทบาททางสังคมของตนเองได้ เช่น เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมที่ตนเองสนใจ หรือมีกลุ่มเพื่อนที่รู้จัก และมีความต่อเนื่องเพื่อลดความถดถอยทางสังคม กิจกรรมทางสังคมจะช่วยเติมเต็มความสมบูรณ์ทางจิตใจ มองเห็นคุณค่าและประโยชน์ในตนเอง การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจหรือทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theory) เป็นการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะรับรู้ความรู้สึกการสัมผัส การหลั่งสารเคมีต่าง ๆ จนเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึก ความรู้สึก การตอบสนองต่อสิ่งที่มากระตุ้นแตกต่างกันหรือเป็นการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรม บุคลิกภาพจากสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น เห็นเพื่อนในวัยเดียวกันจากไป เห็นคนที่รักจากไป ไม่สามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต ส่งผลให้เกิดความทุกข์ ไม่พึงพอใจในชีวิต มีภาวะซึมเศร้า แยกตัวจากสังคม จนถึงทำร้ายตนเอง ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจนเกิดความเสื่อมเกี่ยวข้องกับระบบการทำงานของอวัยวะสำคัญในร่างกาย มีความซับซ้อนและกระทบต่อการทำหน้าที่ต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการด้านสุขภาพและต้องการการดูแลช่วยเหลือแตกต่างกันไป (สภากาชาดไทย, 2565)

2.2 ปัญหาและความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุแบ่งเป็น 2 ประเด็น ได้แก่

2.2.1) ปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่แตกต่างจากวัยอื่น และควรให้ความสำคัญและเอาใจใส่เป็นพิเศษ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยแห่งความเสื่อมตามกระบวนการ aging process ตามการเปลี่ยนแปลงของระบบสรีรวิทยาของผู้สูงอายุตามวัยที่เพิ่มมากขึ้นทั้งด้านร่างกาย และจิตใจ และกระบวนการเสื่อมของร่างกายนี้เป็นปัจจัยเสริมส่งผลให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยด้วย โรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้นและมีโรคร่วมที่มีอาการและอาการแสดงที่อาจจะไม่ตรงไปตรงมาเหมือนกลุ่มผู้ป่วยทั่วไป มีลักษณะของกลุ่มอาการสูงอายุ geriatric syndrome ซึ่งอาจนำมาสู่ภาวะปัญหาสุขภาพหลักที่สำคัญของ ผู้สูงอายุได้ (Giant geriatric problem) ซึ่งประกอบด้วย 1. ภาวะหกล้ม (falling) 2. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (incontinence) 3. ภาวะสับสน (confusion) 4. ความผิดปกติจากการดูแลรักษา (iatrogenic

disorders) และ 5. ภาวะสมดุลบกพร่อง (impaired hemostasis) (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2559) ประกอบกับกระบวนการเสื่อมของร่างกายที่เกี่ยวข้องกับระบบต่างๆ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่อยู่ในวัยสูงอายุตอนปลายยิ่งมีความยุ่งยาก ซับซ้อนในการประเมินภาวะสุขภาพและมีความต้องการการดูแลสุขภาพที่จำเป็นมากกว่าผู้สูงอายุวัยต้น โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการได้ยิน ความคิด ความจำ การตัดสินใจลดลง และมีภาวะพึ่งพิงมาก ขึ้น พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้และทักษะในด้านศาสตร์ของผู้สูงอายุ การประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม และ เข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ การมี อาชีพ การมีรายได้จากการได้รับสวัสดิการของรัฐหรือไม่อย่างไร ปัญหาด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคร่วมอย่างน้อย 2 โรคขึ้นไป และยักรวมถึงมีสุขภาพอื่น ๆ ที่พบบ่อย เช่น มีอาการปวดหลัง ปวดเข่า เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะ โรคหัวใจ ตลอดจนทั้งปัญหาผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งขาดผู้ดูแล ผู้สูงอายุที่ต้องอยู่คนเดียว กล่าวคือผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพทั้ง 4 มิติ ได้แก่ สุขภาพทางกาย สุขภาพ ทางใจ สุขภาพทางสังคม และสุขภาพทางจิตวิญญาณ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความต้องการการดูแลสุขภาพ ค่อนข้างมากกว่าวัยอื่น ๆ และต้องการการดูแลสุขภาพอย่างองค์รวมครบทุกด้าน

2.2.2) ความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุนั้น สิ่งสำคัญที่สุดคือการใช้หลักของการประเมินผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม ทุกมิติ ที่สอดคล้องกับลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุ เป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุ ครอบคลุมด้านปัญหา สุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค แนวทางการคัดกรองและตรวจเช็คสุขภาพ และการ ประเมินผู้สูงอายุครบวงจร จึงเป็นวิธีการประเมินผู้สูงอายุแบบเบ็ดเสร็จ (Comprehensive Geriatric Assessment) ซึ่งมีความแตกต่างจากการประเมินสุขภาพบุคคลทั่วไป เพราะการจะให้การดูแล ส่งเสริม สุขภาพและป้องกันโรคผู้สูงอายุนั้น ควรดำเนินการที่สอดคล้องกับความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ และกระบวนการการประเมินผู้สูงอายุแบบเบ็ดเสร็จจึงเป็นขั้นตอนสำคัญที่จะนำมาซึ่งการประเมิน วินิจฉัย ปัญหา สุขภาพ และความต้องการการดูแลสุขภาพที่แท้จริงของผู้สูงอายุ โดยวิธีการประเมินผู้สูงอายุแบบเบ็ดเสร็จเป็นกระบวนการในการวินิจฉัยศักยภาพในหลายองค์ประกอบของผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านการทำหน้าที่ ของร่างกาย ด้านจิตสังคม และด้านสุขภาพ ที่กระทำโดยสหวิชาชีพ และบูรณาการเพื่อการวางแผนการดูแล และการติดตามระยะยาวโดยมุ่งเน้นคุณภาพชีวิตและการทำหน้าที่ การพยากรณ์และผลลัพธ์ที่คาดหวัง หัวใจ ของการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแบบเบ็ดเสร็จ จำเป็นต้องอาศัยทีมสหสาขาวิชาชีพและการใช้เครื่องมือ ประเมินที่เป็นมาตรฐาน เพื่อประเมินการทำหน้าที่และความบกพร่อง และการได้รับการสนับสนุนทางสังคม หรือแหล่งความช่วยเหลือของผู้สูงอายุ

2.3 รูปแบบการบริการดูแลผู้สูงอายุ

การเพิ่มของประชากรสูงอายุ ทำให้ทุกประเทศมีความตระหนักในการจัดบริการที่เหมาะสมให้กับ ผู้สูงอายุทั้งที่เจ็บป่วย และสุขภาพดี รูปแบบของการให้บริการมีลักษณะรูปแบบของการให้บริการที่แตกต่างกัน ได้แก่ สถานดูแลผู้สูงอายุแบบที่ที่พักค้างคืน (Residential aged care model) สถานดูแลผู้สูงอายุแบบ ไป-กลับ ไม่มีที่พักค้างคืน (Non-residential aged care model) และการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและ ชุมชน (Home and community based care model) การให้บริการดูแลแบบบูรณาการ (Integrated aged care model) รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ รูปแบบการดูแลโดยสถานดูแลผู้สูงอายุแบบที่ที่พักค้างคืน (Residential aged care model) รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบที่ที่พักค้างคืน มีวัตถุประสงค์ คือ การจัดที่พักและให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งด้านร่างกาย และสมอง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบค้างคืนซึ่งจัดสำหรับผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลหรือมีภาวะพึ่งพิงทางกายในระดับสูงหรือมีความเจ็บป่วย หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม รวมทั้งมีข้อจำกัดของการมีและอยู่ในที่พักอาศัยของตนเอง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลหรือมีภาวะพึ่งพิงทางกายในระดับสูง หรือมีความเจ็บป่วย เช่น Nursing home หรือ Long term care ลักษณะสำคัญของการดูแลในรูปแบบนี้ คือ มีการจัดที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย หรือมีภาวะพึ่งพิงในระดับต่าง ๆ โดยทั่วไปจะมีการประเมินระดับความพึ่งพิงหรือความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการ โดยบุคลากรที่มีสมรรถนะที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละประเภท มีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการดูแล ให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง โดยมีลักษณะคล้ายกับการดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาลต่าง ๆ มีการวางแผนการดูแลตามความต้องการของผู้สูงอายุรายบุคคล การสนับสนุนทางเลือกในวาระสุดท้ายของชีวิตสำหรับผู้ที่มีพึ่งพิงระดับสูง การดูแลจะเน้นในเรื่องของการให้การดูแลตามความต้องการและความเจ็บป่วย การจัดการอาการ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การได้รับสารน้ำ สารอาหาร การขับถ่าย ความสะอาดและสุขอนามัยทั่วไป รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือมีข้อจำกัดของการมีและอยู่ในที่พักอาศัยของตนเองเป็นรูปแบบใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบัน การดูแลเน้นในเรื่องของการจัดที่พักอาศัยที่มีความคล้ายกับการอยู่บ้าน มีการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุด้านร่างกายและสมอง สถานดูแลผู้สูงอายุมีรูปแบบที่หลากหลายมากขึ้น

2.4 ข้อมูลทั่วไปของตำบลบ้านแก่ง จังหวัดสระบุรี

2.4.1. ข้อมูลด้านพื้นที่

1) ที่ตั้ง

ตำบลบ้านแก่ง ตั้งอยู่ทางทิศใต้ของอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี

2) อาณาเขต

ทิศเหนือ ติดต่อกับ ตำบลเขาดินพัฒนา อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี

ทิศใต้ ติดต่อกับ ตำบลปากเพรียว อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี

ทิศตะวันออก ติดต่อกับ ตำบลเตาปูน อำเภอแก่งคอย จังหวัดสระบุรี

ทิศตะวันตก ติดต่อกับ ตำบลฝั่งหวง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี

ตำบลบ้านแก้ง มีพื้นที่ทั้งหมดประมาณ 10,587 ไร่ หรือประมาณ 16.94 ตารางกิโลเมตร แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 8 หมู่บ้าน ดังนี้

หมู่ที่ 1 บ้านซุง หมู่ที่ 2 บ้านโง้ง หมู่ที่ 3 บ้านแก้ง หมู่ที่ 4 บ้านสูงยาว หมู่ที่ 5 บ้านลาดเขาปูน หมู่ที่ 6 บ้านกอก หมู่ที่ 7 บ้านลาดเขาปูน และ หมู่ที่ 8 บ้านลาดเขาปูน

3) สภาพภูมิประเทศ

ลักษณะพื้นที่โดยทั่วไปเป็นที่ราบลุ่ม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของลุ่มแม่น้ำป่าสักตอนล่าง เกิดจาก การทับถมของตะกอนลำน้ำ ความลาดเททางตอนบนของตำบลจากทิศเหนือลงใต้ ส่วนทางตอนล่าง ของตำบลจากใต้ขึ้นบน บริเวณตอนกลางของตำบลเป็นที่ราบลุ่มต่ำ ทางตอนล่างของตำบลมีแม่น้ำป่าสักไหลผ่านตามแนวเขตของตำบล พื้นที่ลุ่มส่วนใหญ่มีความสูงจากระดับน้ำทะเล 14 – 24 เมตร เหนือระดับน้ำทะเลปานกลาง

2.4.2. องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแก้ง

ประวัติความเป็นมาของ อบต. บ้านแก้ง ตำบลบ้านแก้ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี สภาพเดิมตำบลบ้านแก้งเป็นแก่งดิน ยื่นลงไปแม่น้ำป่าสัก ทำให้การเดินทางไปมาทางน้ำไม่สะดวก เจ้าเมืองในสมัยนั้นได้ระดมประชาชนชุดเก่านั้นออกทำให้เรือเดินทางไปมาสะดวก ชาวบ้านจึงเรียกหมู่บ้านนั้นว่า "บ้านแก้ง" ตอนหลังเพี้ยนเป็นบ้านแก้ง และเรียกตำบลตามชื่อหมู่บ้าน หมู่ที่ 3 ว่า ตำบลบ้านแก้ง ต่อมารัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย ได้ออกราชกิจจานุเบกษา เล่ม 113 ตอนพิเศษ 52 ง วันที่ 24 ธันวาคม 2539 ประกาศกระทรวงมหาดไทย เรื่อง การจัดตั้งองค์การบริหารส่วนตำบล โดยที่มาตรา 40 และมาตรา 41 แห่งพระราชบัญญัติสภาตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล พ.ศ. 2537 บัญญัติให้จัดตั้งองค์การบริหารส่วนตำบล และให้โอนบรรดางบประมาณสินทรัพย์ สิทธิ สิทธิเรียกร้องหนี้ และเจ้าหน้าที่ของสภาตำบลไปเป็นขององค์การบริหารส่วนตำบล รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยจึงให้สภาตำบลจัดตั้งเป็นองค์การบริหารส่วนตำบล โดยให้มีชื่อตามตำบลที่องค์การบริหารส่วนตำบลนั้นตั้งอยู่ คือ สภาตำบลบ้านแก้ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี เป็นองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแก้ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี

2.4.3. รายงานด้านสาธารณสุขของอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี

ตาราง 1 ข้อมูลประชากรและจำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลต่าง ๆ ของอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี

ตำบล	ประชากรทั้งหมด	ข้อมูล 3 หมอ			ประชากรที่มีหมอมือ 3 คน	ข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุ				ร้อยละ (%)
		หมอประจำบ้าน	หมอสาธารณสุข	หมอครอบครัว		กลุ่มติดสังคม	กลุ่มติดบ้าน	กลุ่มติดเตียง	ไม่ระบุ	
เขาดินพัฒนา	3,208	67	2	2	906,598	522	56	5	8	46.79%
บ้านแก้ง	2,815	62	3	1	1,161	776	6	4	2	41.24%
ฝั่งรวง	2,361	63	3	1	502	490	8	2	0	58.58%
พุดแค	5,668	111	6	4	5,668	1,217	95	23	6	100.00%
ห้วยบง	4,131	81	4	1	906	860	14	2	6	59.50%
หน้าพระลาน	14,288	250	5	2	10,467	730	53	2	2,326	91.54%
รวม	32,471	634	23	11	19,302	4,389	232	34	2,384	59.44%

ที่มา: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2568

2.5 แนวคิดความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล

ความพร้อมของผู้ดูแลในการบริบาลผู้สูงอายุเป็นหัวใจสำคัญในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเปราะบางทั้งทางร่างกายและจิตใจ จึงต้องการได้รับการดูแลที่มีความเข้าใจ เห็นอกเห็นใจ และสามารถตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานได้อย่างเหมาะสม (ภูธรธรรม โลหะวณิชย์, 2549) ทั้งนี้ผู้ดูแลที่มีความพร้อมจะสามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลได้อย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งไม่เพียงช่วยลดความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพ แต่ยังช่วยเสริมสร้างสุขภาวะทางอารมณ์และสังคมของผู้สูงอายุได้อีกด้วย (จันทร์ธรม์ ไตรย์ปักษ์ และสมจิตร ตุลาทอง, 2551)

ความพร้อมในการดูแลมิได้หมายถึงเพียงแค่ความสามารถในการช่วยเหลือด้านกิจวัตรประจำวันเท่านั้น แต่ยังรวมถึงความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ และเจตคติที่ถูกต้องต่อการดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนการมีทักษะในการจัดการกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดูแล เช่น ภาวะเครียดของผู้ดูแล การสื่อสารกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรืออารมณ์แปรปรวน และการประสานงานกับหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่อย่างเหมาะสม ผู้ดูแลที่มีความพร้อมจะสามารถรับมือกับสถานการณ์เหล่านี้ได้ดี

ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสฟื้นตัวจากอาการเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น ลดภาวะแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างยั่งยืน (Archbold, Stewart, Greenlick, & Harvath, 1990)

2.5.1 ความหมายของความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล

คำว่า “พร้อม” ตามพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 หมายถึง การกระทำที่เกิดขึ้นในเวลาเดียวกันหรือกระทำร่วมกัน เช่น การร้องเพลงพร้อมกัน หรือไปถึงพร้อมกัน อีกทั้งยังหมายถึงความครบถ้วนหรือครบครัน เช่น งามพร้อม ดีพร้อม หรือในความหมายของการเตรียมตัวให้เสร็จสิ้น เช่น พร้อมแล้ว ซึ่งสามารถใช้เป็นได้ทั้งคำวิเศษณ์และคำกริยา โดยในบริบทของการวิจัยนี้ “ความพร้อม” หมายถึง ภาวะที่ผู้ดูแลมีคุณสมบัติครบถ้วนทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และการเตรียมตัว เพื่อให้สามารถปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

นันทนา รัตนกร (2536) ให้ความหมายของความพร้อมว่า เป็นสภาพที่ต้องมีการเตรียมการในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ให้สามารถสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยมีความตั้งใจและพึงพอใจที่จะทำกิจกรรมนั้น ๆ ด้วย

Good (1973 อ้างใน รุจิรา จงสกุลและคณะ, 2539) ให้ความหมายของความพร้อมว่า เป็นความสามารถตกลงใจ ความปรารถนา และความสามารถที่จะเข้าร่วมกิจกรรม ความพร้อม เกิดจากลักษณะทางคุณลักษณะ ประสบการณ์ของผู้เรียน ความพร้อมจึงเป็นการพัฒนาคนให้มีความสามารถที่จะเรียนหรือทำกิจกรรม

Archbold et al. (1990) “ความพร้อม” (Preparedness) หมายถึง การที่ผู้ดูแลมีความรู้ ความเข้าใจ และมั่นใจในความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วย ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และการประสานการดูแลในสถานการณ์ต่าง ๆ

กล่าวโดยสรุป ความพร้อม หมายถึง สภาพที่บุคคลหรือระบบมีองค์ประกอบครบถ้วนทั้งความรู้ ทักษะ จิตใจ และทรัพยากร เพื่อดำเนินการใด ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสม

ความหมายของผู้ดูแล

“ผู้ดูแล” หมายถึง บุคคลที่ให้การดูแล ช่วยเหลือ หรือสนับสนุนบุคคลอื่นที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเต็มที่ ซึ่งอาจเกิดจากภาวะเจ็บป่วย ความพิการ หรือวัยชรา โดยผู้ดูแลอาจเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติ หรือบุคคลอื่นที่มีบทบาทในการดูแลผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน

นงนุช เซาว์นศิลป์ (2566) ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีบทบาทในการช่วยเหลือด้านสุขภาพ การดำเนินชีวิตประจำวัน และการสนับสนุนด้านจิตใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

หัตยา รัตนานนท์ (2557) ผู้ช่วยพยาบาล เป็นผู้ที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยมักจะมองงานของตนเองว่าเป็นการอุทิศตัวและเสียสละ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด

Archbold et al. (1990) ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่มีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง โดยต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล

Kuzuya et al. (2023) ผู้ดูแล คือ บุคคลที่มีความมั่นใจในตนเองเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งรวมถึงความรู้ ทักษะ และความสามารถในการจัดการกับอารมณ์และสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล

กล่าวโดยสรุป ผู้ดูแล หมายถึง บุคคลที่มีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือ ดูแล และสนับสนุนบุคคลที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างเต็มที่ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผู้ดูแลอาจเป็นบุคคลในครอบครัว ญาติ หรือบุคคลภายนอกที่มีความสมัครใจหรือได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ดูแล ทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีศักดิ์ศรีและความปลอดภัย

ความหมายของความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล

Archbold et al. (1990) ความพร้อมของผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความสามารถของตนในการให้การดูแลในหลายด้าน เช่น การดูแลทางกายภาพ การสนับสนุนทางอารมณ์ การจัดบริการสนับสนุนที่บ้าน และการจัดการกับความเครียดจากบทบาทการดูแล

Kuzuya et al. (2023) ความพร้อมของผู้ดูแล หมายถึง ความมั่นใจในตนเองของผู้ดูแลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งรวมถึงความรู้ ทักษะ และความสามารถในการจัดการกับอารมณ์และสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างการดูแล

Huang et al. (2023) ความพร้อมของผู้ดูแล หมายถึง การรับรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการทางกายภาพและอารมณ์ของผู้สูงอายุ รวมถึงการจัดการกับสถานการณ์ฉุกเฉินและความเครียดที่เกิดจากบทบาทการดูแล

นิชาจารย์ พริยจรัสชัย และศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2561) “ความพร้อมของผู้ดูแล” หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยพิจารณาจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ความรู้ในการดูแล ทศนคติของผู้ดูแล ความเครียดในบทบาท และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งทั้งหมดนี้มีผลต่อความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

พฤกษาล เหล่าสกุลศิริ (2566) “ความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ” หมายถึง ความสามารถของครอบครัวในการจัดการและให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม ซึ่งรวมถึงความรู้ในการดูแล ทักษะการสื่อสาร และการสนับสนุนทางสังคม โดยพบว่าครอบครัวส่วนใหญ่มีความพร้อมในระดับต่ำ โดยเฉพาะด้านความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ

กล่าวโดยสรุป “ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแล” หมายถึง ภาวะที่ผู้ดูแลมีคุณสมบัติครบถ้วนทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจ ทักษะ เจตคติ และความมั่นใจในการให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมทั้งการดูแลด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ สังคม และการจัดการกับสถานการณ์เฉพาะหน้า ผู้ดูแลที่มีความพร้อมจะสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนการดูแลที่เหมาะสม และสามารถประสานงานกับบุคลากรสาธารณสุขหรือเครือข่าย

ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากการดูแลที่ไม่เหมาะสม

2.5.2 องค์ประกอบของความพร้อมของผู้ดูแลในการบริบาลผู้สูงอายุ

Archbold และคณะ (1990) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับ ความพร้อมของผู้ดูแล (Preparedness) โดยนิยามว่าเป็น “ระดับที่ผู้ดูแลรู้สึกว่าจะตนเองเตรียมตัวได้ดีเพียงใดสำหรับการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลบุคคลอันเป็นที่รักที่มีภาวะต้องพึ่งพา” (the perceived level of preparedness of the caregiver to provide physical, emotional, and practical care).

พวกเขาได้พัฒนาเครื่องมือชื่อ Preparedness for Caregiving Scale (PCS) ซึ่งแบ่งองค์ประกอบของความพร้อมออกเป็น 4 ด้านหลัก ดังนี้:

ด้านแรก Physical Care Preparedness หมายถึง ความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลด้านร่างกายของผู้ป่วย เช่น การช่วยอาบน้ำ บ้วนอาหาร เคลื่อนไหวร่างกาย ดูแลแผล หรือให้ยา ผู้ดูแลควรมีความรู้และทักษะเบื้องต้นในการปฏิบัติอย่างถูกต้องและปลอดภัย

ด้านที่สอง Emotional Support Preparedness หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลในการให้กำลังใจ ปลอบโยน และอยู่เคียงข้างผู้สูงอายุในด้านอารมณ์และจิตใจ โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ผู้สูงอายุรู้สึกท้อแท้ โดดเดี่ยว หรือสูญเสียการควบคุมบางอย่างในชีวิต

ด้านที่สาม Home Service Coordination Preparedness หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลในการติดต่อ ประสานงาน และจัดหาแหล่งสนับสนุนจากภายนอก เช่น หน่วยงานสุขภาพ อสม. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือศูนย์บริการผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม

ด้านที่สี่ Stress and Coping Management หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลในการจัดการกับความเครียด ความกดดัน และภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นจากบทบาทการดูแล เช่น ความเหนื่อยล้า ความวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้า รวมถึงการหาวิธีเยียวยาตนเองและขอรับการสนับสนุน

แนวคิดนี้ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวางและนำไปใช้ในการประเมินระดับความพร้อมของผู้ดูแลในหลายบริบท เนื่องจากครอบคลุมทั้งด้านทักษะที่จำเป็นและปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของผู้ดูแล (Archbold et al., 1990)

สำหรับบริบทในประเทศไทย มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะของนักบริบาลผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถนำมาใช้สนับสนุนแนวคิดเรื่องความพร้อมของผู้ดูแลได้อย่างชัดเจน โดยเฉพาะการศึกษาของ มนัสนันท์ ไกรพิทักษ์ และคณะ (2563) ที่ตีพิมพ์ในวารสารสภาการสาธารณสุขชุมชน ซึ่งได้เสนอองค์ประกอบของ สมรรถนะที่จำเป็นของนักบริบาลผู้สูงอายุ ไว้ 3 ด้านสำคัญ ได้แก่ สมรรถนะหลัก (Core Competency), สมรรถนะการจัดการ (Management Competency) และสมรรถนะหน้าที่ (Functional Competency)

สมรรถนะหลัก คือ ความสามารถพื้นฐานที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องมี เช่น การมีจริยธรรม ความเมตตา ความเข้าใจในความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ รวมถึงการเคารพศักดิ์ศรีและความเป็นปัจเจกของผู้สูงอายุในการดูแลแต่ละราย ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลแบบองค์รวมอย่างแท้จริง

สมรรถนะการจัดการ หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลในการวางแผนและจัดการสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การจัดพื้นที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม การประสานงานกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง รวมถึงการเตรียมอุปกรณ์หรือทรัพยากรที่จำเป็นต่อการดูแล

สมรรถนะหน้าที่ คือ ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุในชีวิตประจำวัน เช่น การช่วยทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลสุขภาพพื้นฐาน การให้ยาตามแผนรักษา รวมถึงการตอบสนองในสถานการณ์ฉุกเฉิน เช่น การช่วยเหลือเมื่อผู้สูงอายุหกล้ม หรือมีอาการทางสุขภาพเฉียบพลัน

แนวคิดนี้สะท้อนให้เห็นว่า “ความพร้อม” ของผู้ดูแลไม่ได้จำกัดอยู่ที่ความรู้หรือเจตคติเท่านั้น แต่รวมถึงความสามารถในการปฏิบัติจริงและการจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างเหมาะสม ซึ่งมีความสอดคล้องกับบริบทชุมชนในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่มีการใช้บุคลากรภาคประชาชน เช่น อสม. หรือนักบริหารชุมชน เข้ามามีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง (มนัสนันท์ ไกรพิทักษ์ และคณะ, 2563)

2.6 แนวคิดเกี่ยวกับวงจรเดมมิง (PDCA)

แนวคิดวงจรคุณภาพ PDCA (Plan-Do-Check-Act) หรือที่รู้จักกันในชื่อ “Deming Cycle” ได้รับการพัฒนาโดย W. Edwards Deming ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารคุณภาพชาวอเมริกัน โดยได้นำแนวทางจากการจัดการคุณภาพของ Walter A. Shewhart มาพัฒนาให้เกิดเป็นวงจรแห่งการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง (Continuous Improvement) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพของระบบงาน กระบวนการบริการ และการบริหารจัดการในทุกระดับขององค์กรอย่างเป็นระบบและยั่งยืน (Deming, 1986)

2.6.1 ความหมายและความสำคัญของวงจรเดมมิง (Deming Cycle)

วรภัทร์ ภูเจริญ (2542) วงจรคุณภาพของเดมมิง (PDCA) หมายถึง ระบบการบริหารงานที่มีคุณภาพ ประกอบด้วยขั้นตอนการวางแผน (Plan) การปฏิบัติตามแผน (Do) การตรวจสอบหรือประเมิน (Check) การนำผลการประเมินย้อนกลับไปปรับปรุงแก้ไขการทำงาน (Action) โดยระบบการบริหารต้องดำเนินการอย่างมีวินัยให้ครบวงจรหมุนเวียนไปไม่มีหยุดหย่อน ซึ่งวงจรคุณภาพนี้ได้พัฒนาขึ้นโดย ดร.วอลท์เตอร์ ชิวฮาร์ต ในปี ค.ศ. 1939 และต่อมา ดร.เอ็ดวาร์ด เดมมิง เป็นผู้นำมาเผยแพร่จนเป็นที่รู้จักในประเทศญี่ปุ่น ในปี ค.ศ. 1950 ทำให้นิยมเรียกววงจรคุณภาพ ในอีกชื่อหนึ่งว่าวงจรคุณภาพของเดมมิง (Deming Cycle) นอกจากนี้ ไนโรอะคิ คะโน ยังได้กล่าวถึงวงจรคุณภาพของเดมมิงว่า “PDCA ก็คือ วงจรการบริหาร”

ฮิโตชิ คูเม (อ้างใน สมศักดิ์ สินธุระเวชญ์, 2542) กล่าวว่า จุดมุ่งหมายที่แท้จริงของวงจรคุณภาพ (PDCA) มิใช่เพียงแค่การปรับแก้ผลลัพธ์ที่เบี่ยงเบนออกจากเกณฑ์มาตรฐานให้กลับมาอยู่ในเกณฑ์ที่ต้องการเท่านั้น แต่เพื่อก่อให้เกิดการปรับปรุงด้วยการป้องกันมิให้เกิดความผิดพลาดซ้ำซ้อน พร้อมกับการยกระดับมาตรฐานให้สูงขึ้นในแต่ละรอบของวงจรคุณภาพ (PDCA) อย่างต่อเนื่อง อย่างเป็นระบบ และอย่างมีการวางแผน วงจรคุณภาพ (PDCA) มิใช่เป็นแค่วงแหวนแบบราบ หากแต่เป็นขดลวดสปริงที่หมุนสูงขึ้นเรื่อยๆ

2.6.2 การบริหารงานตามวงจรเดมมิง (PDCA) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

เดมมิง (Deming, อ้างใน Mycoted, 2004 และ สมศักดิ์ สินธุระเวชญ์, 2542) กล่าวว่า การจัดการอย่างมีคุณภาพเป็นกระบวนการที่มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดผลผลิตและบริการที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น โดยมีหลักการที่เรียกว่า “วงจรเดมมิง” (Deming Cycle) หรือ “วงจรคุณภาพ (PDCA)” ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้:

1. **การวางแผน (Plan):** คือการกำหนดสาเหตุของปัญหา จากนั้นวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงหรือทดสอบเพื่อการปรับปรุงให้ดีขึ้น
2. **การปฏิบัติตามแผน (Do):** คือการปฏิบัติตามแผน หรือทดลองปฏิบัติ โดยมักจะเริ่มจากการนำร่องในส่วนของ
3. **การตรวจสอบ (Check):** คือการตรวจสอบเพื่อทราบว่าบรรลุผลตามแผนหรือไม่ หากมีสิ่งใดผิดพลาด หรือได้เรียนรู้อะไรมาบ้าง
4. **การปรับปรุงแก้ไข (Act):** คือการยอมรับการเปลี่ยนแปลง หากบรรลุผลเป็นที่น่าพอใจ หรือหากผลการปฏิบัติไม่เป็นไปตามแผน ให้ทำซ้ำวงจรโดยใช้การเรียนรู้จากการกระทำในรอบที่ได้ปฏิบัติไปแล้ว

อนุรักษ์ ทองสุขโขวงศ์ (2555) กล่าวว่า การบริหารงานตามวงจร PDCA นั้น มีเป้าหมายเพื่อบรรลุความสำเร็จ โดยเป้าหมายที่ดีต้องมีความชัดเจน (Specific) สามารถวัดและประเมินผลได้ (Measurable) และเป็นที่ยอมรับ (Acceptable) ของผู้ปฏิบัติ การดำเนินการตั้งอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงหรือมีความเป็นไปได้ (Realistic) มีการกำหนดกรอบเวลา (Time Frame) ในการดำเนินการ และมีความท้าทาย (Extending) เพื่อเพิ่มศักยภาพของผู้ปฏิบัติและมีผลตอบแทนที่คุ้มค่า (Rewarding) แก่ผู้ปฏิบัติ โดยวงจร PDCA ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังนี้:

1. **การวางแผน (Planning)** มี 2 ประเภท คือ การวางแผนเพื่ออนาคต: เป็นการเตรียมความพร้อมไว้ล่วงหน้าสำหรับสิ่งที่จะเกิดขึ้น และการวางแผนเพื่อเปลี่ยนแปลงสภาพที่เป็นอยู่: มุ่งเน้นการปรับปรุงหรือแก้ไขปัญหา รวมถึงการพัฒนาสิ่งใหม่ ๆ โดยอาศัยการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาวิเคราะห์และเลือกแนวทางที่เหมาะสมที่สุด ซึ่งจะช่วยลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น
2. **การปฏิบัติ (Doing)** คือการลงมือปฏิบัติตามแผน หรือดำเนินการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตามทางเลือกที่ได้วางไว้ โดยแผนงานที่ดีต้องมีความชัดเจน เพื่อให้การปฏิบัติเป็นไปอย่างถูกต้องและตรงตามวัตถุประสงค์ ระหว่างการปฏิบัติงานควรมีการตรวจสอบว่าดำเนินงานเป็นไปตามทิศทางหรือไม่ และควรมีการสื่อสารให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ
3. **การตรวจสอบ (Checking)** คือการประเมินผลที่ได้รับจากการปฏิบัติ เพื่อตรวจสอบว่าแผนงานสามารถบรรลุเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ตามที่กำหนดไว้หรือไม่ โดยข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนนี้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการดำเนินการในขั้นตอนต่อไป
4. **การดำเนินการ (Action)** การดำเนินการให้เหมาะสมจะขึ้นอยู่กับการพิจารณาผลจากขั้นตอนการตรวจสอบว่าเป็นไปตามแผนที่กำหนดไว้หรือไม่ หากเป็นไปตามแผน กระบวนการที่ใช้ในการปฏิบัติงานนั้นสามารถนำมาจัดทำเป็นแนวทางหรือมาตรฐาน พร้อมทั้งแสวงหาวิธีการปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งอาจส่งผลให้การดำเนินงานสามารถบรรลุเป้าหมายได้เร็วขึ้น

ลดค่าใช้จ่าย หรือช่วยยกระดับคุณภาพของผลลัพธ์ให้ดีขึ้น แต่ในกรณีที่ผลการดำเนินงานไม่เป็นไปตามแผน หรือไม่บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ข้อมูลที่ได้จากขั้นตอนการตรวจสอบจะถูกนำมาวิเคราะห์อีกครั้ง เพื่อพิจารณาแนวทางในการดำเนินการต่อไป

จากการศึกษาการบริหารงานตามวงจรเดมมิง (PDCA) สามารถสรุปได้ว่า วงจรเดมมิงเป็นระบบการบริหารจัดการที่เน้นคุณภาพ และสามารถตรวจสอบได้ในทุกขั้นตอนของกระบวนการทำงาน โดย PDCA ถูกนำไปประยุกต์ใช้ในหลายองค์กร เช่น สำนักงานการตรวจเงินแผ่นดิน เพื่อนำมาใช้ประเมินและควบคุมการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ให้ทราบถึงข้อบกพร่องของตนเอง และสามารถดำเนินการแก้ไข ปรับปรุง เพื่อให้กระบวนการทำงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์ และพัฒนาให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง

2.6.3. การนำ PDCA ไปใช้ในระบบสุขภาพ

แนวคิด PDCA ได้รับการนำมาใช้ในระบบสุขภาพเพื่อปรับปรุงคุณภาพของบริการ และกระบวนการต่างๆ เช่น การลดระยะเวลาการรอคอยของผู้ป่วย การเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการ และการปรับปรุงความปลอดภัยของผู้ป่วย ตัวอย่างเช่น การใช้ PDCA ในการปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยเริ่มจากการวางแผนการดูแลที่เหมาะสม ดำเนินการตามแผน ตรวจสอบผลลัพธ์ และปรับปรุงกระบวนการตามข้อมูลที่ได้รับ เช่นเดียวกับกรณีศึกษาของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งที่นำ PDCA ไปใช้พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันผลที่ตามมา โดยเริ่มจากการวางแผนเชิงระบบ (Plan) การลงมือดำเนินงาน (Do) การประเมินผลการดูแลเชิงคุณภาพ (Check) และการปรับแผนให้เหมาะสมกับรายบุคคล (Act) ซึ่งส่งผลให้สามารถลดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ (ถาวรรัตน์ สุกใส, 2560)

อีกหนึ่งกรณีที่แสดงถึงความยืดหยุ่นของแนวคิด PDCA คือ การจัดตั้งสถานที่กักกันโรคช่วง COVID-19 โดยกรมควบคุมโรค ซึ่งได้นำวงจรคุณภาพมาใช้เป็นแนวทางหลักในการออกแบบขั้นตอนการดำเนินงาน เริ่มจากการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานด้านพื้นที่และการบริการ วางแผนจัดทีมงาน ดำเนินงานจริง ตรวจสอบความพร้อมในแต่ละจุด และปรับปรุงตามสถานการณ์เฉพาะพื้นที่ (กรมควบคุมโรค, 2564)

ดังนั้น การประยุกต์ใช้ PDCA ในระบบสุขภาพจึงไม่ได้จำกัดเฉพาะในระดับโรงพยาบาลเท่านั้น หากแต่ยังสามารถปรับใช้ในงานบริหารสุขภาพชุมชนได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในระดับตำบลที่มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นหน่วยปฏิบัติการหลัก เช่น การดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่อย่างเป็นระบบต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับลักษณะของวงจร PDCA ที่มุ่งสู่การพัฒนาคุณภาพอย่างยั่งยืน

2.6.4 การประยุกต์ใช้ PDCA ในการบริหารผู้สูงอายุในชุมชน

ในการบริหารผู้สูงอายุในระดับชุมชน เช่น ตำบลบ้านแก่ง แนวคิด PDCA สามารถนำมาใช้เป็นโครงสร้างหลักในการวิเคราะห์กระบวนการทำงานของหน่วยบริการสุขภาพ โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่มีบทบาทในการวางแผนการดูแล เช่น การประเมินภาวะพึ่งพิงโดยใช้ TAI และ ADL, การจัดทีมสหวิชาชีพ, การบูรณาการงานกับ อสม. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การลงมือปฏิบัติ เช่น การเยี่ยมบ้าน ให้บริการพื้นฐาน การ

ตรวจสอบ เช่น การใช้แบบฟอร์มติดตามผลของ สปสช. และการปรับแผนเมื่อผู้สูงอายุมีภาวะเปลี่ยนแปลง เช่น กลายเป็นผู้ป่วยติดเตียง หรือเปลี่ยนผู้ดูแล

ในการบริหารผู้สูงอายุในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ทำหน้าที่เป็นหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถประยุกต์ใช้แนวคิดวงจรคุณภาพ PDCA (Plan-Do-Check-Act) เพื่อบริหารจัดการกระบวนการให้เป็นระบบและมีคุณภาพมากยิ่งขึ้น การประยุกต์ PDCA กับการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่สามารถอธิบายได้ตามลำดับ ดังนี้

1. Plan (การวางแผน) รพ.สต. จะเริ่มต้นด้วยการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุในพื้นที่ เช่น รายชื่อผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยติดบ้าน ติดเตียง และผู้ที่อยู่ในโครงการ Long Term Care (LTC) จากนั้นจะประเมินสภาพปัญหาและความจำเป็นในการดูแล เช่น การประเมิน ADL (กิจวัตรประจำวัน), TAI (แบบประเมินภาวะพึ่งพิง), และข้อมูลสุขภาพอื่น ๆ เพื่อจัดลำดับความสำคัญของกลุ่มเป้าหมาย ต่อจากนั้นทีมสหวิชาชีพจะร่วมกันวางแผนการดูแลรายบุคคล (care plan) กำหนดระยะเวลา และวางแผนแนวทางการประสานงานกับ อสม. อบต. และญาติผู้ดูแลในครอบครัว

2. Do (การดำเนินงาน) ขั้นตอนนี้เป็น การนำแผนไปสู่การปฏิบัติจริง เช่น การออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ การให้บริการสุขภาพเบื้องต้น เช่น การเจาะเลือด ตรวจวัดความดัน ฟันยา ทำแผล หรือให้คำแนะนำเรื่องโภชนาการและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ตลอดจนการจัดอบรมครอบครัวหรือผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชีวิตประจำวัน การดำเนินงานในขั้นตอนนี้อาจครอบคลุมถึงการเชื่อมโยงการส่งต่อในกรณีที่มีผู้ป่วยมีความเสี่ยงหรืออาการเปลี่ยนแปลงรุนแรง

3. Check (การตรวจสอบผล) เมื่อมีการดำเนินงานแล้ว รพ.สต. จะมีการติดตามผลการดูแล ในแต่ละรายอย่างสม่ำเสมอ เช่น การบันทึกผลในระบบ HOSxP หรือแบบฟอร์มติดตามของ สปสช. มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ ทบทวนเป้าหมายใน care plan ว่าบรรลุผลหรือไม่ รวมทั้งมีการประชุมทีมร่วมกับ อสม. หรือครอบครัวผู้ดูแล เพื่อรับฟังปัญหา และตรวจสอบอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่

4. Act (การปรับปรุง/พัฒนา) เมื่อพบว่า การดำเนินงานยังไม่บรรลุวัตถุประสงค์ เช่น ผู้สูงอายุเกิดแผลกดทับ หรือมีภาวะซึมเศร้าจากความโดดเดี่ยว ทีม รพ.สต. จะนำข้อมูลที่ได้ตรวจสอบได้กลับมาวิเคราะห์เพื่อปรับปรุงแผนการดูแล เช่น เปลี่ยนความถี่ในการเยี่ยมบ้าน เพิ่มกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ หรือพิจารณาจัดการอบรมผู้ดูแลใหม่ในกรณีที่ดูแลไม่ถูกต้อง หากการดำเนินงานเป็นไปตามแผนและมีผลลัพธ์ดี ก็จะได้จัดเก็บเป็นแนวทางมาตรฐานเพื่อใช้ต่อไปในกรณีอื่น ๆ การดำเนินงานในรอบถัดไปจะถูกปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของชุมชนมากยิ่งขึ้น

2.7 ความเชื่อมโยงระหว่างความพร้อมของผู้ดูแลกับกระบวนการ PDCA

ในการบริหารผู้สูงอายุในระดับชุมชน ความพร้อมของผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญที่ส่งผลโดยตรงต่อประสิทธิภาพของกระบวนการดำเนินงานตามแนวคิดวงจรคุณภาพ PDCA (Plan-Do-Check-Act) โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ซึ่งถือเป็นกลไกหลักในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2564)

แนวคิดความพร้อมของผู้ดูแลที่พัฒนาโดย Archbold et al. (1990) อธิบายว่า ความพร้อมในการดูแลประกอบด้วยองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ ความรู้ในการดูแลผู้ป่วย (knowledge), ความสามารถในการปฏิบัติงาน (skills), เจตคติที่เหมาะสม (attitude), การเตรียมตัวทางจิตใจ และอารมณ์ (emotional preparedness) รวมถึงการสนับสนุนจากระบบหรือบุคคลรอบข้าง ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้มีความเชื่อมโยงกับคุณภาพของการบริหารในแต่ละขั้นตอนของวงจร PDCA อย่างชัดเจน ตัวอย่างเช่น ผู้ดูแลที่มีความรู้ความเข้าใจในโรคของผู้สูงอายุ และมีทักษะในการประเมินภาวะพึ่งพิง จะสามารถ “วางแผน” การดูแลได้อย่างถูกต้อง (Plan) ผู้ที่มีทักษะในการสื่อสาร การทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ และการให้บริการในบ้านได้อย่างเหมาะสม จะสามารถ “ลงมือปฏิบัติ” ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Do) ขณะเดียวกัน หากผู้ดูแลมีเจตคติที่เปิดรับการเรียนรู้ และการปรับปรุง จะสามารถ “ตรวจสอบ” และ “ปรับแผนการดูแล” ได้อย่างตรงจุด (Check-Act) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Deming (1986) ที่เน้นว่าการพัฒนาคุณภาพต้องมีทั้งระบบการบริหารจัดการและบุคลากรที่พร้อมรองรับการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง

กล่าวได้ว่า ระดับความพร้อมของผู้ดูแลจึงเป็น “ปัจจัยเอื้อ” ที่มีผลต่อความสำเร็จในแต่ละขั้นตอนของ PDCA โดยเฉพาะในสถานการณ์จริงในชุมชนที่มีทรัพยากรจำกัด ความพร้อมของบุคลากรจึงไม่ใช่แค่ตัวเสริม แต่เป็น “กลไกหลัก” ที่กำหนดคุณภาพของการบริหารทั้งหมด

ตาราง 2 ความเชื่อมโยงระหว่างขั้นตอน PDCA กับความพร้อมของผู้ดูแล

ขั้นตอนของ PDCA	ความพร้อมของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้อง	ตัวอย่างใน รพ.สต.
Plan (วางแผน)	ความรู้ด้านสุขภาพ, ความเข้าใจภาวะพึ่งพิง, การวางแผน	ประเมิน ADL/TAI, วางแผนเยี่ยมบ้าน
Do (ปฏิบัติ)	ทักษะดูแลผู้สูงอายุ, ความมั่นใจ, การสื่อสาร	เยี่ยมบ้าน, ให้บริการ, สื่อสารกับญาติ
Check (ตรวจสอบ)	เจตคติในการประเมิน, การจดบันทึก, การใช้ข้อมูล	ติดตามผลผ่าน HOSxP, ประชุมทีม
Act (ปรับปรุง)	ทักษะวิเคราะห์, ความยืดหยุ่น, การเปิดรับการเปลี่ยนแปลง	ปรับแผนดูแล, เปลี่ยนผู้ดูแล

2.8 วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมของผู้ดูแล และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์ และคณะ (2566) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์ โดยใช้แนวคิด PDCA และระบบสุขภาพตามแนวทางของ WHO มาพัฒนาและทดลองใช้ในพื้นที่จริง ผลการศึกษาพบว่า เมื่อมีการพัฒนารูปแบบการดูแลที่ชัดเจน และมีการฝึกอบรมเครือข่ายผู้ดูแลในพื้นที่ตามวงจร PDCA ทั้ง 4 ขั้นตอน (วางแผน – ปฏิบัติ – ตรวจสอบ – ปรับปรุง) ทำให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจต่อบทบาทหน้าที่และสามารถปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยเฉพาะในด้านความรู้ ความเข้าใจในการจัดการสุขภาพ และการประสานงานร่วมกับหน่วยบริการสาธารณสุขในชุมชนอย่างเป็นระบบ (มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์ และคณะ, 2566)

ศิริภาณี ศรีหาคาศ และคณะ (2564) ได้ศึกษาสถานการณ์ปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนภายใต้ระบบกองทุน LTC จังหวัดขอนแก่น พบว่า แม้จะมีบุคลากรในชุมชนที่มีความตั้งใจและทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ แต่หากไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนที่เหมาะสม โดยเฉพาะงบประมาณที่สามารถปรับใช้ตามบริบทเฉพาะของพื้นที่ จะทำให้เกิดภาวะเหนื่อยล้าในการปฏิบัติงาน และเกิดความไม่ต่อเนื่องในการให้บริการ การออกแบบระบบการดูแลที่ไม่ยืดหยุ่นและไม่ฟังเสียงจากพื้นที่จริง อาจทำให้โครงการที่มีเจตนาดีไม่สามารถนำไปใช้ได้จริงในระดับชุมชน (ศิริภาณี ศรีหาคาศ และคณะ, 2564)

คณิต เรืองขจรชน (2559) ศึกษาเรื่องความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราแห่งหนึ่ง โดยศึกษาในกลุ่มผู้ดูแล 120 คน แบ่งเป็นเพศหญิง 78% อายุเฉลี่ย 38.6 ปี พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการวางแผนดูแลรายบุคคล ($r = .42, p < .05$) รวมถึงทัศนคติเชิงบวกต่อการเป็นผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับความพร้อมทางอารมณ์ ($r = .47, p < .01$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ งานวิจัยนี้ชี้ให้เห็นว่า ความรู้ ทัศนคติ และความพร้อมทางอารมณ์ เป็นองค์ประกอบสำคัญที่ควรคำนึงถึงในการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล (คณิต, 2559)

อรุณ วงศ์สุวรรณ และคณะ (2566) ทำการศึกษา “การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกาย จังหวัดสระบุรี” โดยศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ 150 คน ที่มีภาวะเปราะบางในพื้นที่ชนบทของอำเภอเฉลิมพระเกียรติ พบว่า การพัฒนาระบบการดูแลโดยใช้แบบประเมินภาวะพึ่งพิง (ADL/TAI) ร่วมกับการจัดทีมดูแลจาก รพ.สต. และ อสม. สามารถลดอัตราการถดถอยทางกายได้ในรอบ 3 เดือนหลังติดตาม ($p < .01$) และยังทำให้เกิดความเชื่อมั่นในระบบบริการของชุมชนมากขึ้น (อรุณ วงศ์สุวรรณ และคณะ, 2566)

จันจิรา อินทจิตร และฉัตรสุมน พงศ์ภิญาญ (2566) ได้ศึกษาแนวทางการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการในจังหวัดสระบุรี โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพ และครอบครัวของผู้สูงอายุ งานวิจัยเสนอให้มีการกำหนดบทบาทของเครือข่ายแต่ละฝ่ายอย่างชัดเจน การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในระดับหมู่บ้าน รวมถึงการพัฒนาทักษะและระบบสนับสนุนด้านงบประมาณเพื่อให้การ

ดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน (จันจิรา อินทจิตร และฉัตรสุนน พฤตภูมิญา, 2566)

วัชรพล ในอรุณ, ยอดชาย สุวรรณวงษ์ และสุรัส ดานะสีดา (2566) ได้พัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายในจังหวัดสระบุรี โดยเน้นการสร้างข้อตกลงร่วมระหว่าง 3 องค์หลักในพื้นที่ การกำหนดนโยบายสนับสนุนระดับท้องถิ่น และการบูรณาการทรัพยากรของชุมชนให้เหมาะสมกับบริบทจริง งานวิจัยชี้ว่าการออกแบบระบบดูแลที่มีความยืดหยุ่น และเปิดโอกาสให้ชุมชนมีบทบาทในทุกขั้นตอน จะส่งผลให้เกิดการดูแลสุขภาพแบบไร้รอยต่อและตอบโจทย์ผู้สูงอายุเฉพาะรายได้มากขึ้น (วัชรพล ในอรุณ, ยอดชาย สุวรรณวงษ์ และสุรัส ดานะสีดา, 2566)

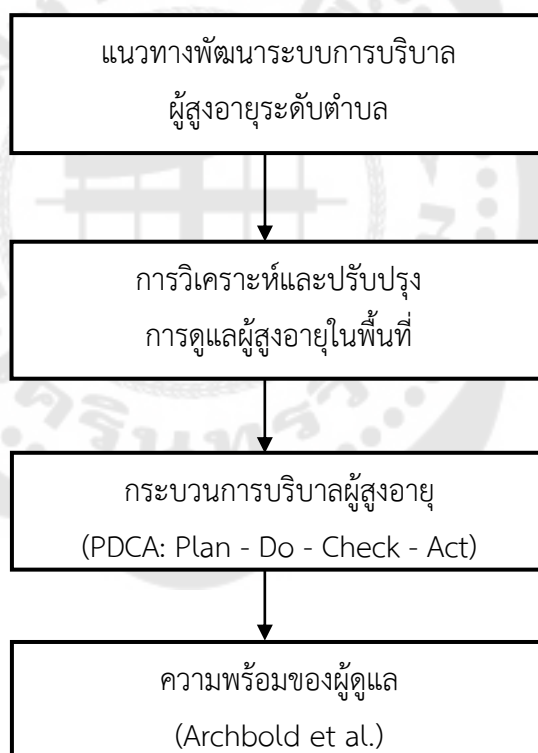
อัมมร บุญช่วย (2558) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไทรทอง จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนมีความสัมพันธ์กับความสำเร็จของการส่งเสริมสุขภาพในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง การสนับสนุนจากคนในครอบครัวมีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ และช่วยลดภาระของเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลในระบบบริการปฐมภูมิ นอกจากนี้ยังระบุว่าหากครอบครัวขาดความเข้าใจ หรือไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล จะส่งผลให้การบริบาลในระดับชุมชนไม่สามารถขับเคลื่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (อัมมร บุญช่วย, 2558)

2.9 กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาความพร้อมในการบริบาลผู้สูงอายุในระดับชุมชน โดยเฉพาะบริบทของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ ตลอดจนแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมของผู้ดูแล และการบริหารจัดการเชิงระบบในงานสุขภาพ ผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์เพื่อออกแบบเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งมี 2 ประเด็น (1) เพื่อศึกษาความพร้อมในการบริบาลผู้สูงอายุของตำบลบ้านแก่ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี และ (2) เพื่อศึกษาแนวทางการแก้ไขปัญหาการบริบาลผู้สูงอายุของตำบลบ้านแก่ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี โดยในการออกแบบกรอบแนวคิด ผู้วิจัยอ้างอิงแนวคิด “ความพร้อมของผู้ดูแล” (Preparedness for Caregiving) ของ Archbold et al. (1990) ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก ได้แก่ ความรู้ ทักษะ เจตคติ ความพร้อมทางอารมณ์ และระบบสนับสนุน อีกทั้งยังนำแนวคิด “วงจรคุณภาพ PDCA” ของ Deming (1986) ที่ประกอบด้วยการวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Do) การตรวจสอบ (Check) และการปรับปรุง (Act) มาผนวกใช้ในการวิเคราะห์กระบวนการบริบาลผู้สูงอายุของหน่วยงานและบุคคลในพื้นที่ ตำบลบ้านแก่ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี เพื่อให้สามารถสะท้อนให้เห็นถึงทั้งระดับความพร้อมของผู้ดูแล และกระบวนการดำเนินการในการดูแลผู้สูงอายุในบริบทของชุมชนอย่างรอบด้าน

ตาราง 3 สรุปองค์ประกอบของกรอบแนวคิดในการวิจัย

องค์ประกอบ	รายละเอียด	การเชื่อมโยงกับงานวิจัย
แนวคิดความพร้อมของผู้ดูแล (Archbold et al.)	ความรู้, ทักษะ, เจตคติ, ความพร้อมทางอารมณ์, การสนับสนุน	ใช้ในการศึกษาระดับความพร้อมของผู้ดูแลในชุมชน
แนวคิดวงจร PDCA (Deming)	Plan, Do, Check, Act	ใช้วิเคราะห์กระบวนการบริหารใน รพ.สต. และ อสม.
กลุ่มเป้าหมาย	ผอ.รพ.สต., พยาบาล, นักวิชาการสาธารณสุข, นักบริหารหรือ อสม. และผู้สูงอายุ	ผู้ให้ข้อมูลหลักในตำบลบ้านแก้ง
ผลลัพธ์การศึกษา	แนวทางการพัฒนา / แก้ไขการบริหารผู้สูงอายุของชุมชนบ้านแก้ง	ตอบวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 ของงานวิจัย



ภาพประกอบ 1 แสดงกรอบแนวคิดวิจัยเชิงสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบต่าง ๆ

จากตารางและแผนภาพข้างต้น แสดงให้เห็นว่าการศึกษานี้นำแนวคิดความพร้อมของผู้ดูแลมาเพื่อประเมินระดับการเตรียมตัว และแนวคิดวงจรคุณภาพ PDCA มาใช้วิเคราะห์กระบวนการบริหารอย่างเป็นระบบ เพื่อนำไปสู่แนวทางการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยใช้การวิเคราะห์เอกสารควบคู่กับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เพื่อศึกษาความพร้อมในการบริหารผู้สูงอายุของตำบลบ้านแก่งอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี และเพื่อค้นหาแนวทางในการพัฒนาระบบการบริหารที่เหมาะสมในบริบทของชุมชน โดยเน้นการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบจากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ อาทิ เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน ผู้นำท้องถิ่น นักบริหารอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และผู้สูงอายุในชุมชน กระบวนการวิจัยมุ่งเน้นการเก็บข้อมูลจากประสบการณ์จริงและความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลหลัก ผ่านแนวคำถามที่พัฒนาขึ้นจากกรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แนวคิดความพร้อมของผู้ดูแล (Archbold et al., 1990) และแนวคิดวงจรคุณภาพ PDCA (Deming, 1986) โดยรายละเอียดของระเบียบวิธีวิจัยสามารถแบ่งออกเป็นหัวข้อย่อย ดังนี้

- 3.1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก
- 3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
- 3.3 กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูล
- 3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants)

ผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการบริหารผู้สูงอายุในระดับชุมชนตำบลบ้านแก่ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี ซึ่งล้วนมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในพื้นที่ ทั้งในเชิงนโยบาย การให้บริการ และการดูแลเชิงปฏิบัติ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงหรือผู้ป่วยติดเตียง โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลักที่ได้รับการสัมภาษณ์เชิงลึกในครั้งนี้ ได้แก่

1. ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก่ง จำนวน 1 คน
2. พยาบาล จำนวน 1 คน
3. นักวิชาการสาธารณสุข 1 คน
4. นักบริหารหรือแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 3 คน
5. ผู้สูงอายุในชุมชนที่เข้ารับการบริการ จำนวน 3 คน

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Research Instruments)

เครื่องมือที่ใช้ในการจัดเก็บข้อมูลในงานวิจัยนี้คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ที่ออกแบบขึ้นโดยอิงจากแนวคิดความพร้อมของผู้ดูแลของ Archbold et al. (1990) และแนวคิดวงจรคุณภาพ PDCA ของ Deming (1986) โดยมีประเด็นคำถามที่ครอบคลุมทั้งด้านความรู้ ทักษะ เจตคติ ความรู้สึกของผู้ให้การดูแล ตลอดจนกระบวนการวางแผน ดำเนินการ ตรวจสอบ และปรับปรุงการดูแลผู้สูงอายุในบริบทชุมชน

แบบสัมภาษณ์ดังกล่าวใช้สำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลหลักในพื้นที่ โดยเนื้อหาของคำถามมุ่งเน้นไปที่การตรวจสอบระดับความพร้อม ปัญหาอุปสรรค รวมถึงแนวทางที่ผู้มีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุมองเห็นว่าจะสามารถพัฒนาหรือปรับปรุงได้ในระดับตำบล เพื่อให้การบริหารผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับบริบทของชุมชนอย่างแท้จริง

3.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ซึ่งออกแบบตามแนวคิดความพร้อมของผู้ดูแล (Archbold et al., 1990) และแนวคิดวงจรคุณภาพ PDCA ของ Deming (1986) เพื่อให้ครอบคลุมทั้งมิติด้านบุคคลและกระบวนการบริหารผู้สูงอายุในระดับชุมชน ก่อนการลงพื้นที่ ผู้วิจัยได้ดำเนินการขอหนังสืออนุญาตจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และแจ้งกำหนดการนัดหมายล่วงหน้ากับผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย รวมถึงอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัยอย่างชัดเจน พร้อมทั้งขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลก่อนการสัมภาษณ์ โดยยึดหลักความสมัครใจและจริยธรรมทางการวิจัย ในการดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 9 คน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก้ง 1 คน พยาบาล 1 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข 1 คน แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือนักบริหาร จำนวน 3 คน และผู้สูงอายุในชุมชนอีก 3 คน โดยการสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 15–20 นาทีต่อราย และดำเนินการในสถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวกและรู้สึกเป็นส่วนตัว เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีคุณภาพและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่อย่างแท้จริงในระหว่างการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ขออนุญาตจากผู้ให้ข้อมูลอย่างชัดเจนก่อนดำเนินการบันทึกเสียงการสนทนา และใช้การจดบันทึกประกอบเพื่อเก็บรายละเอียดเพิ่มเติม ภายหลังการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยได้ดำเนินการถอดเสียงและจัดทำเอกสารข้อมูลฉบับสมบูรณ์ พร้อมส่งให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง เพื่อยืนยันว่าเนื้อหาที่ให้ไว้สะท้อนข้อมูลจริง และสามารถนำไปใช้ในการวิเคราะห์อย่างมีความน่าเชื่อถือต่อไป

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ให้ข้อมูลสำคัญ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข นักบริหารดูแลผู้สูงอายุหรือแกนนำ อสม. และผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลบ้านแก่ง จังหวัดสระบุรี โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการบันทึกเสียงการสัมภาษณ์ด้วยความยินยอมของผู้ให้ข้อมูล และทำการถอดเสียง (Transcription) อย่างละเอียด เพื่อรักษาความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล หลังจากได้ข้อมูลในรูปแบบข้อความเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยจึงนำข้อมูลดังกล่าวมาวิเคราะห์โดยใช้วิธีการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยเน้นการสกัดประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผ่านการอ่านทบทวนข้อมูลหลายรอบ เพื่อทำความเข้าใจภาพรวมของเนื้อหา จากนั้นจำแนกหมวดหมู่ข้อมูลตามหัวข้อหลัก เช่น ความรู้ ความพร้อมทางอารมณ์ การสื่อสาร การวางแผนดูแล ตลอดจนข้อเสนอแนะแนวทางการบริหารในชุมชน การวิเคราะห์ข้อมูลในครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีแบบพรรณนา (Descriptive Method) เพื่ออธิบายประเด็นสำคัญที่ปรากฏจากข้อมูลเชิงคุณภาพอย่างชัดเจน และสะท้อนให้เห็นถึงความเข้าใจเชิงลึกเกี่ยวกับระบบการบริหารผู้สูงอายุในระดับตำบล

บทที่ 4

ผลการวิจัย

งานวิจัย “ปัญหาและแนวทางแก้ไขให้เกิดความพร้อมในการบริหารผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่วนตำบลบ้านแก่ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี” ที่มีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อศึกษาความพร้อมในการบริหารผู้สูงอายุของตำบลบ้านแก่ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี และ (2) เพื่อศึกษาแนวทางแก้ไขปัญหาการบริหารผู้สูงอายุของตำบลบ้านแก่ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี สำหรับบทนี้จะเป็นการนำเสนอผลการวิจัยซึ่งได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง แกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้สูงอายุที่เข้ารับการบริการ ในโรงพยาบาลส่วนตำบลบ้านแก่ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี โดยผู้วิจัยจำแนบผลการวิจัยออกเป็น 3 ประเด็น ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ให้สัมภาษณ์

- 1.1) บทบาทหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
- 1.2) ประสบการณ์ในการบริหารหรือเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

2) ความพร้อมในการบริหารผู้สูงอายุของตำบลบ้านแก่ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี

- 2.1) ปัจจุบันระบบการดูแลผู้สูงอายุในตำบลบ้านแก่งมีรูปแบบอย่างไร
- 2.2) ท่านคิดว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่มีความพร้อมเพียงพอหรือไม่ (ในด้านความรู้ ทักษะ หรืออารมณ์)
- 2.3) ปัญหาหลักที่พบในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่คืออะไร

3) แนวทางแก้ไขปัญหาการบริหารผู้สูงอายุของตำบลบ้านแก่ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี

- 3.1) ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไรในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน
- 3.2) ท่านคิดว่าควรมีการสนับสนุนจากภาครัฐหรือท้องถิ่นเพิ่มเติมในด้านใด

4.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ให้สัมภาษณ์

ตาราง 4 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ให้สัมภาษณ์

ผู้ให้ข้อมูลหลัก	ตำแหน่ง	ประสบการณ์ทำงาน
1	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก้ง	25 ปี
2	พยาบาล	28 ปี
3	นักวิชาการสาธารณสุข	11 ปี
4	นักบริบาลหรือ อสม. คนที่ 1	22 ปี
5	นักบริบาลหรือ อสม. คนที่ 2	22 ปี
6	นักบริบาลหรือ อสม. คนที่ 3	22 ปี

ผู้ให้ข้อมูลหลัก	ตำแหน่ง	ระยะเวลาที่เข้ารับบริการ
1	ผู้สูงอายุคนที่ 1	20 ปี
2	ผู้สูงอายุคนที่ 2	10 ปี
3	ผู้สูงอายุคนที่ 3	5 ปี

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรจากหลากหลายภาคส่วนในตำบลบ้านแก้ง พบว่า ทุกคนมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตามบทบาทหน้าที่ของตน โดยผู้ให้ข้อมูลกลุ่มเจ้าหน้าที่ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก้ง พยาบาล และนักวิชาการสาธารณสุข ซึ่งทำหน้าที่บริหารจัดการ แผนงานด้านสุขภาพ การประสานงานกับหน่วยงานภายนอก การลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน และการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโดยตรง ขณะที่กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หรือที่ได้รับการอบรมเป็นนักบริบาลสุขภาพ มีบทบาทในการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน ติดตามอาการผู้สูงอายุ ให้ความรู้ด้านสุขภาพเบื้องต้น และประสานความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเมื่อพบปัญหา โดยผู้ให้ข้อมูลกลุ่มนี้มีประสบการณ์ในการดูแลและทำงานกับผู้สูงอายุมายาวนาน โดยเฉลี่ยมากกว่า 20 ปีขึ้นไป ซึ่งสะท้อนถึงความต่อเนื่อง ความเข้าใจในบริบทของพื้นที่ และการมีประสบการณ์ในการบริหารที่สามารถนำมาใช้ในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.2 ความพร้อมในการบริหารผู้สูงอายุของตำบลบ้านแก้ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี

4.2.1 ปัจจุบันระบบการดูแลผู้สูงอายุในตำบลบ้านแก้งมีรูปแบบอย่างไร

จากการศึกษา พบว่า ระบบการดูแลผู้สูงอายุในตำบลบ้านแก้งมีการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างหลายภาคส่วน โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) เป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบด้านนโยบาย การจัดสรรงบประมาณ และการประสานงานในระดับตำบล ร่วมกับองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และภาคเอกชนในท้องถิ่น

ในระดับปฏิบัติการ รพ.สต. บ้านแก้ง ทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางการประสานงานด้านสุขภาพ มีการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุโดยใช้แบบประเมิน ADL (Activities of Daily Living) เพื่อจัดกลุ่มผู้สูงอายุตามระดับความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง จากนั้นเจ้าหน้าที่ร่วมกับ อสม. จะลงพื้นที่ติดตามผลอย่างสม่ำเสมอ โดย อสม. จะดำเนินงานเชิงรุก เช่น วัดความดัน ชักถามอาการเบื้องต้น ให้ข้อมูลด้านสุขภาพ และรายงานผลให้เจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. เพื่อใช้ประกอบการวางแผนการดูแลรายบุคคล

นอกจากนี้ รพ.สต. ยังเป็นผู้ประสานการดูแลเฉพาะทางในกรณีจำเป็น เช่น การจัดหาเตียงหรืออุปกรณ์กายภาพในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) และมีโครงการต้นแบบที่ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งจัดตั้งในหมู่ 6 ของตำบล โดยมุ่งเน้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเชิงรุกและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน

จากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักพบว่า การดูแลผู้สูงอายุมีการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ตัวอย่างเช่น ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 (ผู้อำนวยการ รพ.สต.) ให้ข้อมูลว่า “เรามี พชต. เป็นหน่วยงานหลักในการดูแลภาพรวม แล้วก็มีภาคเอกชนช่วยหาทุนด้วย รพ.สต. ทำหน้าที่หลักด้านสุขภาพ ใช้ ADL คัดกรองผู้สูงอายุ แล้ว อสม. ก็ลงพื้นที่ติดตามเป็นประจำ นำข้อมูลกลับมาหารือร่วมกัน” และในระดับชุมชน อสม. มีบทบาทในการเข้าถึงผู้สูงอายุ ทั้งในด้านการดูแลสุขภาพกายและจิตใจ เช่น ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 (อสม. หมู่ 8) กล่าวว่า “เราจะลงพื้นที่วัดความดันถามอาการ และพูดให้ผู้สูงอายุสบายใจ ใช้จิตวิทยาช่วยคุยให้เขารับข้อมูลได้ง่ายขึ้น ถ้าติดเตียงก็ต้องดูแลทั้งเปลี่ยนผ้าอ้อม เช็ดตัว”

นอกจากนี้ พยาบาลประจำ รพ.สต. ยังให้ข้อมูลว่า การทำงานในพื้นที่ส่วนใหญ่อาศัยความร่วมมือระหว่าง อสม. และเจ้าหน้าที่ โดยระบุว่า อสม. จะเป็นผู้เก็บข้อมูลเชิงรุก ส่วนเจ้าหน้าที่จะลงพื้นที่เมื่อพบปัญหาเฉพาะเคส และจะให้การดูแลตามอาการของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล เช่น การให้คำแนะนำญาติ การฝึกเคลื่อนไหว หรือการส่งต่อแพทย์เฉพาะทางตามความเหมาะสม

นอกจากนี้ จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุในพื้นที่ ยังสะท้อนให้เห็นถึงความต่อเนื่องของการดูแล โดยผู้สูงอายุหลายรายระบุว่า ได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอจากทั้งเจ้าหน้าที่และ อสม. ทั้งในด้านการแจ้งข้อมูล นัดหมาย หรือการนำไปให้ถึงบ้าน เช่น ผู้สูงอายุคนหนึ่งกล่าวว่า “คุณหมอและ อสม. เก่ง ดูแลคุณยายดีมาก มาดูแลถึงบ้าน เพราะยายเจ็บขาบางครั้งไป รพ. เอง

ลำบาก” ข้อความนี้แสดงให้เห็นถึงการทำงานร่วมกันของระบบที่สามารถตอบสนองต่อข้อจำกัดด้านร่างกายของผู้สูงอายุในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม

โดยสรุป ระบบการดูแลผู้สูงอายุในตำบลบ้านแก้งมีลักษณะของการทำงานร่วมกันระหว่างภาคส่วนต่าง ๆ อย่างเป็นระบบ ทั้งในเชิงนโยบายและปฏิบัติ มีการประเมิน แยกกลุ่ม และวางแผนการดูแลที่ชัดเจน รวมถึงการติดตามและปรับแผนให้เหมาะสมกับบริบทของแต่ละราย ทั้งนี้ ยังส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านบทบาทของ อสม. ที่เป็นกลไกสำคัญในพื้นที่

4.2.2 ความพร้อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ ท่านคิดว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่มีความพร้อมเพียงพอหรือไม่ (ในด้านความรู้ ทักษะ หรืออารมณ์)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ส่วนใหญ่ประกอบด้วย อสม. และนักบริหารสุขภาพที่ได้รับการอบรมอย่างต่อเนื่องในหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะหลักสูตรนักบริหาร 72 ชั่วโมง และการฝึกอบรมในระดับพื้นที่โดยเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. ซึ่งมีการสอนเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการดูแลเบื้องต้น เช่น การวัดความดัน การติดตามผลสุขภาพ และการให้คำแนะนำแก่ญาติผู้สูงอายุ

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 (ผู้อำนวยการ รพ.สต.) กล่าวว่า “นักบริหารที่เป็น อสม. ผ่านการอบรมแล้ว และทางเจ้าหน้าที่เองก็จะสอนเพิ่มเติมก่อนลงพื้นที่ เช่น สอนเรื่องการดูความดัน หรือการติดตามสุขภาพในระบบ COC” ซึ่งสะท้อนถึงการสนับสนุนด้านความรู้จากภาครัฐอย่างต่อเนื่อง

ในด้านทักษะการสื่อสารและการเข้าถึงผู้สูงอายุ อสม. มีความสามารถในการใช้จิตวิทยาเพื่อสร้างความเชื่อมั่นและความไว้วางใจจากผู้สูงอายุ เช่น ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 (อสม. หมู่ 8) กล่าวว่า “เราต้องใช้จิตวิทยาเยอะ ให้ผู้สูงอายุเขาไว้วางใจ แล้วค่อยให้คำแนะนำเรื่องอาหาร เรื่องออกกำลังกาย ถ้าเขาสบายใจ เขาจะรับฟังเราได้”

พยาบาลประจำ รพ.สต. ให้ข้อมูลว่า ความรู้ของ อสม. แม้จะยังไม่ครบถ้วนทุกด้าน แต่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุได้จริง โดยเน้นการทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ก่อนลงพื้นที่ทุกครั้ง เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างเหมาะสมกับแต่ละราย

นอกจากนี้ นักวิชาการสาธารณสุขยังเห็นว่า บุคลากรในพื้นที่ที่มีความพร้อมเนื่องจากได้รับการอบรมจากหน่วยงานต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง และมีแนวโน้มที่จะพัฒนาศักยภาพได้มากขึ้น หากได้รับการสนับสนุนด้านอุปกรณ์และการเรียนรู้เพิ่มเติม

โดยสรุปแล้ว ผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลบ้านแก้งมีความพร้อมในระดับพื้นฐานเพียงพอต่อการให้บริการด้านสุขภาพในชุมชน ทั้งในด้านความรู้ ความสามารถในการสื่อสาร และทักษะเชิงปฏิบัติ ซึ่งเป็นผลจากการอบรมอย่างต่อเนื่องและการสนับสนุนจากหน่วยงานในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลควรดำเนินการควบคู่กับการเสริมอุปกรณ์ที่จำเป็น และการวางระบบการเรียนรู้ระยะยาว เพื่อให้สามารถรองรับความซับซ้อนของการดูแลผู้สูงอายุในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

4.2.3 ปัญหาหลักที่พบในการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่คืออะไร

จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าการดูแลผู้สูงอายุในตำบลบ้านแก่งยังคงเผชิญกับปัญหาในหลายด้าน ทั้งในมิติของบุคลากร ระบบสนับสนุน และปัจจัยทางสังคม โดยเฉพาะการขาดแคลนบุคลากรที่เพียงพอ ความไม่พร้อมของญาติผู้สูงอายุในการมีส่วนร่วมดูแล การเข้าถึงพื้นที่บางแห่งที่มีข้อจำกัด เช่น หมู่บ้านจัดสรร รวมถึงความเชื่อแบบดั้งเดิมของผู้สูงอายุบางรายที่ยังไม่สอดคล้องกับแนวทางการแพทย์แผนปัจจุบัน ซึ่งส่งผลต่อการดูแลที่ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

ในประเด็นด้านบุคลากร ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 (ผู้อำนวยการ รพ.สต.) กล่าวว่า "นักบริบาลมีเพียง 6 คน ขณะที่ประชากรมีมากกว่า 4,000 คน และมีพยาบาลเพียง 1 คนต่อ 1,500 คน ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุทุกคนได้ทันที" สะท้อนให้เห็นถึงภาระงานที่เกินขีดความสามารถของบุคลากรในพื้นที่ โดยเฉพาะเมื่อมีกรณีเร่งด่วนหรือจำเป็นต้องลงพื้นที่ในทันที

ขณะเดียวกัน ปัญหาเรื่องการมีส่วนร่วมของครอบครัวก็เป็นอีกหนึ่งอุปสรรคสำคัญ โดยผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 (อสม. หมู่ 8) ให้ข้อมูลว่า "บางบ้านญาติไม่ดูแลเลย เราต้องเข้าไปบอຍ ทั้งเปลี่ยนผ้าอ้อม เอายาไปให้ หรือพาไปโรงพยาบาล" ซึ่งสะท้อนถึงภาระที่ตกอยู่กับ อสม. และเจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง

ในมิติด้านการเข้าถึงพื้นที่ พยาบาลให้ข้อมูลว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในหมู่บ้านจัดสรรหรือพื้นที่ปิดบางแห่ง เจ้าหน้าที่และ อสม. เข้าถึงได้ยาก ทำให้ไม่สามารถติดตามอาการหรือให้การดูแลอย่างใกล้ชิดได้ในบางราย อีกทั้งยังพบปัญหาเชิงวัฒนธรรมจากผู้สูงอายุบางรายที่ยังมีความเชื่อเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่น เช่น การใช้สมุนไพร หรือการรักษาโดยหมอชา ซึ่งอาจขัดกับแนวทางการแพทย์แผนปัจจุบันและส่งผลกระทบต่อความต่อเนื่องของการดูแลด้านสุขภาพ โดยผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 (นักวิชาการสาธารณสุข) กล่าวไว้ว่า "บางรายไม่เชื่อเรื่องการกินยาแผนปัจจุบัน ยังใช้วิธีทาแผลเองหรือหาหมอพื้นบ้านอยู่"

จากเสียงสะท้อนของผู้สูงอายุ ยังพบข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ เช่น ความลำบากในการเดินทางไปโรงพยาบาลด้วยตนเอง ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการรับบริการอย่างต่อเนื่อง หากขาดการติดตามจากเจ้าหน้าที่หรือ อสม. ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุคนหนึ่งกล่าวว่า "บางครั้งย้ายไป รพ. เองลำบาก ต้องให้คุณหมอกับ อสม. มาหาที่บ้าน" ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความจำเป็นของระบบสนับสนุนเชิงรุก โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว

แม้จะมีข้อจำกัดดังกล่าว แต่จากมุมมองของผู้ให้ข้อมูลบางรายยังเห็นว่า ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนตำบลบ้านแก่งสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องในระดับหนึ่ง เนื่องจากบุคลากรในพื้นที่มีความมุ่งมั่นในการปฏิบัติงาน และมีการประสานงานกันอย่างใกล้ชิดระหว่างเจ้าหน้าที่ อสม. และภาคีเครือข่ายในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม ปัญหาที่ปรากฏอย่างชัดเจน ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรที่เหมาะสมกับจำนวนประชากรสูงอายุ การมีส่วนร่วมของญาติที่ยังไม่เพียงพอ และข้อจำกัดในการเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุบางพื้นที่ โดยเฉพาะในพื้นที่ปิดหรือหมู่บ้านจัดสรร ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของการบริการ ทั้งในด้านความต่อเนื่อง ความครอบคลุม และคุณภาพของการบริการในระยะยาว ดังนั้น การวางแผนแก้ไขปัญหานี้อย่างรอบด้าน จึงควร

ดำเนินควบคู่ไปกับการพัฒนากลไกสนับสนุนจากชุมชนและภาครัฐ เพื่อให้เกิดระบบบริหารผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนในระดับท้องถิ่นอย่างแท้จริง

4.3 แนวทางแก้ไขปัญหการบริหารผู้สูงอายุของตำบลบ้านแก้ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี

4.3.1 ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไรในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า แนวทางการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ควรเน้นการเพิ่มพูนความรู้ ทักษะ และเครื่องมือที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรในพื้นที่จำนวนมากทำหน้าที่ทั้งในบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และนักบริบาลควบคู่กัน จึงจำเป็นต้องได้รับการส่งเสริมทั้งในด้านองค์ความรู้เชิงวิชาการและทักษะปฏิบัติที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 (ผู้อำนวยการ รพ.สต.) ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า “อยากให้มีการอบรมฟื้นฟูความรู้ให้กับบริบาลหรือ อสม. บ่อยขึ้น เพื่อฟื้นฟูความรู้อยู่ตลอด และอยากให้ญาติมีบทบาทในการดูแลช่วยเฝ้ามากขึ้นด้วย เนื่องจาก อบต.อาจจะมีการตัดงบประมาณของนักบริบาลในอนาคต” ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการจัดระบบการเรียนรู้ที่ต่อเนื่องสำหรับผู้ดูแล รวมถึงการสร้างการมีส่วนร่วมจากสมาชิกในครอบครัวเพื่อแบ่งเบาภาระของเจ้าหน้าที่ภาคสนาม

ในมุมมองของผู้ให้ข้อมูลคนที่ 2 (พยาบาล) ยังได้เสนอว่า “อยากได้ความช่วยเหลือของภาคีเครือข่าย เนื่องจากเจ้าหน้าที่ไม่เพียงพอและต้องการเพิ่มศักยภาพของ อสม. เช่น การอบรม เพื่อให้ผู้สูงอายุยอมรับและมั่นใจในตัว อสม.” ข้อเสนอแนะดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาศักยภาพของ อสม. ไม่ควรจำกัดเฉพาะในเชิงวิชาการเท่านั้น แต่ควรคำนึงถึงการสร้างภาพลักษณ์ที่น่าเชื่อถือ และการยอมรับจากผู้รับบริการด้วย

อสม. ในพื้นที่เองยังเสนอข้อคิดเห็นที่สอดคล้องกัน โดยผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 (อสม. หมู่ 8) กล่าวว่า “ทุกคนมีศักยภาพในการดูแล และมีความรู้เพียงพอ แต่ขาดอุปกรณ์ที่พร้อมในการลงพื้นที่ หากมีอุปกรณ์ที่พร้อมจะช่วยให้ทักษะในการดูแลเก่งขึ้นด้วย” ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อมโยงระหว่างศักยภาพกับความพร้อมของทรัพยากรในการทำงาน

โดยสรุป การพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลในชุมชนควรคำนึงถึงทั้งมิติขององค์ความรู้ ทักษะเชิงปฏิบัติ และปัจจัยสนับสนุนที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ การสร้างระบบการอบรมที่ต่อเนื่อง การจัดหาอุปกรณ์ที่จำเป็น และการส่งเสริมบทบาทของครอบครัวและภาคีเครือข่าย เป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยยกระดับคุณภาพการบริหารผู้สูงอายุในระยะยาว

4.3.2 ท่านคิดว่าควรมีการสนับสนุนจากภาครัฐหรือท้องถิ่นเพิ่มเติมในด้านใด

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลสะท้อนว่า การสนับสนุนจากภาครัฐและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำเนินงานด้านการบริหารผู้สูงอายุในชุมชน โดยเฉพาะในมิติของการจัดสรรงบประมาณ การสนับสนุนบุคลากร และการจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 1 (ผู้อำนวยการ รพ.สต.) กล่าวถึงข้อจำกัดด้านงบประมาณว่า “โดยรวมครอบคลุมทั้งหมดแล้ว แต่ยังมีการขาดจำนวนเจ้าหน้าที่ในการบริหารผู้สูงอายุในชุมชน ถ้าต้องมีบุคลากรเพิ่ม ทาง รพ.สต. ต้องทำการจัดจ้างเอง ซึ่งบในส่วนนี้ไม่เพียงพอและมีจำกัด” นอกจากนี้ยังเสนอว่า การอบรมญาติผู้สูงอายุให้มีความรู้เบื้องต้นในการดูแลเป็นสิ่งจำเป็น แต่ติดปัญหาว่ากลุ่มเป้าหมายไม่สามารถเข้าร่วมอบรมได้ ทำให้ต้องใช้ อสม. เป็นกำลังหลักแทน

ด้านพยาบาลให้ความเห็นว่า การได้รับงบประมาณจากท้องถิ่นยังต้องสอดคล้องกับแผนงานที่จัดทำร่วมกับ อบต. หากไม่มีการวางแผนล่วงหน้า ก็อาจไม่ได้รับการจัดสรรงบในรอบปีงบประมาณนั้น ๆ และแสดงความต้องการให้มีงบประมาณที่สนับสนุนอย่างครอบคลุมและยืดหยุ่นมากยิ่งขึ้น

ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 3 (นักวิชาการสาธารณสุข) ได้เสนอแนวทางเพิ่มเติมว่า ควรมีการสนับสนุนในด้านการอำนวยความสะดวก เช่น รถรับส่งผู้สูงอายุ เครื่องวัดความดัน และเครื่องมืออื่น ๆ ที่จำเป็นในการให้บริการเชิงรุกในชุมชน

สำหรับข้อเสนอจาก อสม. หลายรายให้ความเห็นตรงกัน โดยผู้ให้ข้อมูลคนที่ 4 (อสม. หมู่ 8) ระบุว่า “อยากให้มียุโรปกรณ์ที่พร้อมในการลงพื้นที่ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลผู้สูงอายุของญาติ และอยากให้ช่วยเหลือสวัสดิการค่าเดินทางหรือค่าอาหารสำหรับนักบริหารหรือ อสม.” ขณะที่ผู้ให้ข้อมูลคนที่ 5 (อสม. หมู่ 2) กล่าวว่า “อยากให้ท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณสำหรับเครื่องวัดความดัน และอุปกรณ์ของอสม. ที่ลงไปดูแลผู้สูงอายุให้มีความพร้อม”

จากข้อเสนอแนะดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าการสนับสนุนจากภาครัฐและท้องถิ่นไม่เพียงพอต่อโจทย์ด้านงบประมาณเท่านั้น แต่ยังควรครอบคลุมถึงการสนับสนุนทางกายภาพ การจัดระบบสวัสดิการสำหรับผู้ปฏิบัติงาน และการวางแผนร่วมกับภาคีเครือข่ายอย่างรอบด้าน เพื่อให้การบริหารผู้สูงอายุสามารถดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องและทั่วถึง

จากผลการศึกษาพบว่า การบริหารผู้สูงอายุในตำบลบ้านแก่ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี ดำเนินการภายใต้ความร่วมมือของหน่วยงานในพื้นที่ ได้แก่ รพ.สต. องค์การบริหารส่วนตำบล อสม. และภาคีเครือข่ายในชุมชน โดยมีรูปแบบการทำงานที่ครอบคลุมทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ อสม. มีบทบาทสำคัญในการเข้าถึงผู้สูงอายุในพื้นที่ผ่านการเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ และติดตามสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ขณะที่เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทำหน้าที่ประเมินสุขภาพ จัดกลุ่มผู้สูงอายุ และวางแผนการดูแลรายบุคคล นอกจากนี้ ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความพร้อมในระดับพื้นฐาน ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และการสื่อสารกับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะกลุ่ม อสม. ที่ผ่านการอบรมในหลักสูตรนักบริหารสุขภาพและได้รับการเสริมทักษะอย่างสม่ำเสมอ อย่างไรก็ตาม ยังพบปัญหาสำคัญ เช่น การขาดแคลนบุคลากร ความไม่พร้อมของญาติผู้สูงอายุในการมีส่วนร่วม การเข้าถึงพื้นที่บางแห่งที่มีข้อจำกัด และความเชื่อด้านสุขภาพที่ไม่สอดคล้องกับแนวทางทางการ

แพทย์ ซึ่งส่งผลต่อประสิทธิภาพของระบบการดูแลในภาพรวม ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลได้เสนอแนะแนวทางการพัฒนา ทั้งในด้านการเพิ่มพูนศักยภาพของผู้ดูแล การสนับสนุนอุปกรณ์ เครื่องมือ และงบประมาณ ตลอดจนการสร้างการมีส่วนร่วมจากครอบครัวและภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้ระบบการบริหารผู้สูงอายุสามารถดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม และยั่งยืนในระยะยาว

จากข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก สามารถสังเคราะห์ขั้นตอนการดำเนินงานของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก้งโดยประยุกต์ใช้แนวคิด PDCA กับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 5 การประยุกต์ใช้ PDCA กับการดูแลผู้สูงอายุ

วงจร PDCA	การประยุกต์ใช้ PDCA กับการดูแลผู้สูงอายุ	ผู้รับผิดชอบ
Plan (การวางแผน)	- รวบรวมรายชื่อผู้สูงอายุทั้งหมดในพื้นที่ โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง / ติดบ้าน / ติดเตียง - ประเมินความสามารถด้วยแบบประเมิน ADL และ TAI - แบ่งกลุ่มเป้าหมายตามระดับความเสี่ยง และวางแผนบริการให้เหมาะสม เช่น งานส่งเสริมสุขภาพ, งานฟื้นฟูสมรรถภาพ - ประชุมวางแผนร่วมกับ อสม., อปท., และญาติผู้ดูแล เพื่อกำหนดแนวทางการดูแลที่สอดคล้องกับบริบทครอบครัว	- รพ.สต. - อสม. - ครอบครัว
Do (การปฏิบัติ)	- ดำเนินการตามแผน เช่น ออกเยี่ยมบ้าน ให้บริการตรวจสุขภาพ คำแนะนำเรื่องอาหาร การเคลื่อนไหวน - กรณีจำเป็น เร่งส่งต่อสถานพยาบาล เช่น โรงพยาบาลอำเภอ - จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การทำอาหารเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ออกกำลังกาย - อบรมครอบครัว / ญาติ / ผู้ดูแล โดยเฉพาะที่อยู่กับผู้สูงอายุทุกวัน	- รพ.สต. - อสม. - เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง
Check (ตรวจสอบ)	- ติดตามผลการดูแลผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล - ประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุและครอบครัว - ทบทวนและอัปเดตข้อมูลใน Care Plan - ประชุมร่วมกับทีม อสม. และญาติ/ผู้ดูแล เพื่อสะท้อนปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน - ตรวจสอบระบบการประสานงานในพื้นที่ เช่น บทบาทของ อปท. / อสม. ที่ยังมีข้อจำกัด - การประเมินผลตามตัวชี้วัด	- รพ.สต. - อสม. - ญาติผู้ดูแล - เจ้าหน้าที่ผู้ประเมิน
Act (ปรับปรุง)	- นำผลการประเมินมาทบทวนและปรับแผนการดูแล - เสนอโครงการเพื่อของบประมาณเพิ่มเติมจาก อปท. หรือหน่วยงานอื่น	- รพ.สต. - อสม.

วงจร PDCA	การประยุกต์ใช้ PDCA กับการดูแลผู้สูงอายุ	ผู้รับผิดชอบ
	• วางแนวทางใหม่ เช่น การสร้างเครือข่ายดูแลเฉพาะกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ห่างไกล • จัดประชุมสรุปบทเรียนการทำงานและพัฒนาแนวทางให้ดีขึ้นในรอบถัดไป	• หน่วยงานสนับสนุนด้านงบประมาณ

จากตารางจะเห็นได้ว่าการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลบ้านแก่งมีการดำเนินการครบทั้ง 4 ขั้นตอนของวงจร PDCA โดยมีการประสานงานร่วมกันระหว่าง รพ.สต., อสม., ครอบครัว และหน่วยงานในพื้นที่อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งช่วยให้การบริหารผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งในมิติของการวางแผน การลงมือปฏิบัติ การตรวจสอบผล และการพัฒนาปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง



บทที่ 5 สรุป อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การสรุปและอภิปรายผลการวิจัยเรื่อง“ปัญหาและแนวทางแก้ไขให้เกิดความพร้อมในการบริหารผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่วนตำบลบ้านแก้ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี” ครอบคลุมเนื้อหาสาระ ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะการวิจัย ตามลำดับ ดังต่อไปนี้

งานวิจัยชิ้นนี้มีวัตถุประสงค์ 2 ประการ ประกอบด้วย (1) เพื่อศึกษาความพร้อมในการบริหารผู้สูงอายุของตำบลบ้านแก้ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี และ (2) เพื่อศึกษาแนวทางแก้ไขปัญหาการบริหารผู้สูงอายุของตำบลบ้านแก้ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี

สำหรับการดำเนินการวิจัยเพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) กับผู้ให้ข้อมูลหลักในพื้นที่จำนวน 9 คน ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทโดยตรงในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก้ง พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข แกนนำ อสม. หรือนักบริหารสุขภาพ และตัวแทนผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อตอบสนองวัตถุประสงค์ข้อแรก ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระดับความพร้อมของบุคลากรในพื้นที่ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ผ่านมุมมองด้านความรู้ ทักษะ เจตคติ และการได้รับการสนับสนุนจากระบบแวดล้อม โดยอ้างอิงกรอบแนวคิดของ Archbold et al. (1990) ขณะที่การตอบสนองวัตถุประสงค์ข้อที่สองมุ่งเน้นการรวบรวมข้อเสนอแนะเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาระบบการบริหารในระดับชุมชน โดยนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ควบคู่กับแนวคิดวงจรคุณภาพ PDCA ของ Deming (1986) เพื่อจัดหมวดหมู่แนวทางการพัฒนาเชิงระบบและเชิงพฤติกรรมของผู้ดูแลในพื้นที่อย่างครอบคลุม เนื้อหาในบทนี้จึงประกอบด้วยสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ การอภิปรายผล โดยเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงข้อเสนอแนะที่สามารถนำไปปรับใช้ในเชิงปฏิบัติและต่อยอดในการศึกษาครั้งต่อไป

5.1 ผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่อง “ปัญหาและแนวทางแก้ไขให้เกิดความพร้อมในการบริหารผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่วนตำบลบ้านแก้ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี” สามารถสรุปได้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา ดังนี้

(1) **ด้านความพร้อมในการบริหารผู้สูงอายุของตำบลบ้านแก้ง** จากการศึกษาพบว่า ตำบลบ้านแก้งมีระบบการดูแลผู้สูงอายุในลักษณะการบูรณาการระหว่างหลายภาคส่วน ทั้งระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ โดยมีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) และองค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแก้งทำหน้าที่สนับสนุนด้านนโยบายและงบประมาณ ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ที่เป็นหน่วยงานหลักในด้านการประเมินสุขภาพ การจัดกลุ่มผู้สูงอายุ และการวางแผนดูแลรายบุคคล ขณะที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และนักบริหารสุขภาพ มีบทบาทสำคัญในการเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำด้านสุขภาพ และ

ติดตามอาการของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ผู้ดูแลในพื้นที่ส่วนใหญ่มีความพร้อมในระดับพื้นฐาน ทั้งด้านความรู้ ทักษะในการดูแล และการสื่อสารกับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผลมาจากการอบรมหลักสูตรนักบริหารสุขภาพ รวมถึงการเสริมทักษะจากหน่วยงานในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม พบข้อจำกัดสำคัญ ได้แก่ จำนวนบุคลากรที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของชุมชน งบประมาณที่จำกัด และอุปกรณ์ที่ยังไม่ครอบคลุมการใช้งานในพื้นที่ทั้งหมด ภายใต้ข้อจำกัดดังกล่าว ระบบบริหารในบางกรณีจึงมีลักษณะของการดูแลแบบตั้งรับ กล่าวคือ หน่วยบริการสุขภาพและผู้ดูแลมักเข้าไปให้ความช่วยเหลือเมื่อได้รับการแจ้งปัญหา หรือเมื่อผู้สูงอายุแสดงอาการชัดเจน มากกว่าการดำเนินการเชิงรุกในเชิงระบบ ส่งผลให้การติดตามสุขภาพหรือการป้องกันโรคในบางรายอาจไม่ครอบคลุมหรือไม่ทันต่อสถานการณ์ โดยเฉพาะในกลุ่มที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ปิดหรือครอบครัวที่ไม่ให้ความร่วมมือ

(2) **ด้านแนวทางการพัฒนาและการแก้ไขปัญหา** จากผลการศึกษาพบว่า แนวทางในการพัฒนาระบบบริหารผู้สูงอายุในตำบลบ้านแก้งควรให้ความสำคัญกับการส่งเสริมศักยภาพของผู้ดูแลในพื้นที่ ทั้งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และนักบริหารสุขภาพ โดยเฉพาะในด้านองค์ความรู้ ทักษะการประเมินสุขภาพ และเครื่องมือสนับสนุนการดูแล เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลบางรายสะท้อนถึงภาระงานที่มีมาก และความจำเป็นในการได้รับการอบรมเพิ่มเติมอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมและตอบสนองต่อความต้องการที่หลากหลาย ขณะเดียวกัน ผู้ให้ข้อมูลยังกล่าวถึงบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุว่าเป็นส่วนสำคัญที่อาจช่วยแบ่งเบาภาระของเจ้าหน้าที่และทำให้การดูแลมีความต่อเนื่องมากขึ้น แม้ในบางกรณีจะพบว่าครอบครัวไม่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมได้อย่างเต็มที่ด้วยข้อจำกัดด้านเวลาและภาระส่วนตัว นอกจากนี้ ยังมีข้อเสนอเกี่ยวกับการสนับสนุนด้านงบประมาณที่จำเป็นในพื้นที่ เช่น การจัดหาอุปกรณ์สำหรับใช้ในการเยี่ยมบ้าน และค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลในระดับชุมชน ซึ่งหากได้รับการสนับสนุนอย่างเหมาะสม จะช่วยให้เจ้าหน้าที่สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องยิ่งขึ้น

ในส่วนของการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงาน แม้จะไม่มีข้อเสนออย่างชัดเจนในเรื่องรูปแบบการทำงานเป็นทีม แต่จากบทบาทของ รพ.สต. อสม. และ อบต. ที่ปรากฏในการดำเนินงานบริหารผู้สูงอายุ สะท้อนให้เห็นถึงความเกี่ยวข้องกันของแต่ละภาคส่วน ซึ่งหากมีการสนับสนุนให้เกิดความร่วมมืออย่างเป็นระบบมากยิ่งขึ้น อาจเอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มเปราะบางให้ทั่วถึงมากขึ้นในอนาคต

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

การอภิปรายผลการวิจัยนี้จัดเรียงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิเคราะห์ ได้แก่ แนวคิดความพร้อมของผู้ดูแล (Archbold et al., 1990) และแนวคิดวงจรคุณภาพ PDCA (Deming, 1986) ตลอดจนเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อสะท้อนให้เห็นถึงความเชื่อมโยงกับบริบทในพื้นที่ตำบลบ้านแก่ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี

(1) ด้านความพร้อมในการบริหารผู้สูงอายุของตำบลบ้านแก่ง พบว่า ระบบการบริหารในพื้นที่ที่มีลักษณะการทำงานแบบบูรณาการระหว่างภาคส่วน ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และนักบริหารสุขภาพในพื้นที่ โดยแต่ละภาคส่วนมีบทบาททั้งในเชิงนโยบาย การบริหารจัดการ และการลงพื้นที่ปฏิบัติงานโดยตรง อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาตามแนวคิดของ Archbold et al. (1990) ซึ่งชี้ว่าความพร้อมของผู้ดูแลประกอบด้วยองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ความรู้ ทักษะ เจตคติ และการสนับสนุนจากระบบแวดล้อม จะพบว่าผู้ดูแลในพื้นที่แม้มีทักษะพื้นฐานและเจตคติที่ดี แต่ยังประสบปัญหาในการสนับสนุน โดยเฉพาะกำลังคนที่ไม่เพียงพอ อุปสรรคที่มีจำนวนจำกัด และงบประมาณที่ต้องขอจากองค์กรท้องถิ่นเป็นรายกรณี ส่งผลให้รูปแบบการดูแลส่วนใหญ่ยังต้องอาศัยการ “ตั้งรับ” โดยเฉพาะในกรณีที่ครอบครัวของผู้สูงอายุไม่สามารถหรือไม่ยินดีเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ทำให้ภาระส่วนใหญ่ตกอยู่กับเจ้าหน้าที่ภาครัฐและอาสาสมัครในพื้นที่

ผลดังกล่าวสอดคล้องกับงานวิจัยของ ศิริภาณี ศรีหาภาค และคณะ (2564) ที่พบว่า การขาดงบประมาณที่ยืดหยุ่นและการสนับสนุนอย่างเหมาะสมส่งผลให้ผู้ดูแลในชุมชนเกิดภาวะเหนื่อยล้าและไม่สามารถให้บริการได้อย่างทั่วถึง ขณะที่งานวิจัยของ อัมมร บุญช่วย (2558) ระบุว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวมีผลต่อความสำเร็จของการดูแลผู้สูงอายุโดยตรง หากขาดการสนับสนุนจากครอบครัว เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครจะต้องรับภาระหนักมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ของตำบลบ้านแก่งที่ผู้ให้ข้อมูลบางรายกล่าวว่า “เหนื่อยแต่ต้องทำ เพราะไม่มีใครช่วย”

(2) ด้านแนวทางแก้ไขปัญหาและการพัฒนา ข้อเสนอจากผู้ให้ข้อมูลสะท้อนถึงการมองภาพรวมของระบบบริหารในระดับตำบลอย่างรอบด้าน โดยเสนอให้มีการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลผู้สูงอายุระดับตำบล เพื่อเป็นฐานข้อมูลกลางที่ใช้ในการวางแผนดูแลรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งเสนอให้มีการอบรมและพัฒนาศักยภาพของนักบริหารสุขภาพ ผู้ดูแล และ อสม. อย่างสม่ำเสมอ ทั้งในด้านความรู้เฉพาะทาง เช่น การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และด้านทักษะเชิงปฏิบัติ เช่น การเคลื่อนย้าย การประเมินภาวะเสี่ยง ตลอดจนเสนอให้มีระบบงบประมาณที่ยืดหยุ่นสามารถใช้ในกรณีเร่งด่วนหรือการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์จำเป็นได้โดยไม่ต้องพึ่งพางบประมาณรายปีเพียงอย่างเดียว

เมื่อนำข้อเสนอเหล่านี้มาวิเคราะห์ผ่านแนวคิดวงจรคุณภาพ PDCA ของ Deming (1986) จะพบว่าแต่ละข้อเสนอสามารถจัดวางไว้ในขั้นตอนของวงจรได้อย่างเป็นระบบ กล่าวคือ การจัดตั้งศูนย์ข้อมูลและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสามารถจัดอยู่ในขั้นตอน Plan (วางแผน) และ Do (ดำเนินการ) ส่วนการใช้ข้อมูลเพื่อติดตามคุณภาพการดูแลและประเมินผลลัพธ์ของการปฏิบัติงาน

อยู่ในขั้นตอน Check (ตรวจสอบ) และการนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแผนดูแลหรือกระบวนการทำงานต่อเนื่องอยู่ในขั้น Act (ปรับปรุง) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Deming ที่เน้นการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในระบบที่ต้องตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของกลุ่มเป้าหมาย เช่น ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีความหลากหลายด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม

แนวทางดังกล่าวยังสอดคล้องกับข้อค้นพบของ ศิราณี ศรีหาภาค และคณะ (2564) ที่เสนอให้มีการบริหารจัดการงบประมาณและบุคลากรอย่างเหมาะสมในระบบ LTC เพื่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุที่ต่อเนื่องและมีคุณภาพ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ จันจิรา อินทจิตร และฉัตรสุมน พุฒิภิญโญ (2566) ที่พัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการผ่านการกำหนดบทบาท เครือข่าย การสนับสนุนการจัดตั้งชมรม และการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในระยะฟุ้งฟิง ทั้งในด้าน โครงสร้างและการจัดการงบประมาณ รวมถึงสอดคล้องกับแนวทางในงานของวัชรพล ในอรุณ, ยอดชาย สุวรรณวงศ์ และสุรัส ดานะสีดา (2566) ที่เสนอให้มีการเชื่อมโยงภารกิจของภาคี เครือข่ายและบูรณาการทรัพยากรในชุมชน เพื่อสร้างรูปแบบการบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ตอบโจทย์บริบทเฉพาะพื้นที่

ทั้งนี้ ผู้ให้ข้อมูลยังเสนอว่าควรมีเวทีประชาคมระดับตำบลที่เปิดโอกาสให้ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ และครอบครัวได้สะท้อนปัญหาและความต้องการร่วมกันอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การวางแผนในระดับนโยบายและงบประมาณสามารถตอบสนองต่อสถานการณ์จริงในชุมชนได้อย่างตรงจุดและมีประสิทธิภาพ

โดยสรุป การอภิปรายผลการวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่าระบบการบริหารผู้สูงอายุในตำบลบ้านแก้งแม้จะมีโครงสร้างพื้นฐานที่ชัดเจน แต่ยังต้องการการสนับสนุนที่ครอบคลุมและต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น ทั้งในมิติของกำลังคน งบประมาณ ระบบข้อมูล และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน หากสามารถปรับปรุงตามแนวทางที่เสนอ ย่อมส่งผลให้ระบบบริหารผู้สูงอายุในตำบลบ้านแก้งมีความเข้มแข็งในเชิงโครงสร้าง มีความยั่งยืนในเชิงปฏิบัติ และสามารถเป็นต้นแบบการจัดการระดับตำบลในพื้นที่ลักษณะคล้ายคลึงได้อย่างแท้จริง

5.3 ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาและแนวทางแก้ไขให้เกิดความพร้อมในการบริหารผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก้ง อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสระบุรี สามารถสังเคราะห์ข้อเสนอแนะได้ 3 ด้านหลัก ดังนี้

5.3.1 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

ควรมีการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลผู้สูงอายุระดับตำบล โดยให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านแก้ง (รพ.สต.) ทำหน้าที่หลักในการรวบรวมและจัดเก็บข้อมูลด้านสุขภาพ ภาวะฟุ้งฟิง และข้อมูลทางสังคมของผู้สูงอายุแต่ละราย พร้อมทั้งประสานความร่วมมือกับองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ในการจัดตั้งระบบฐานข้อมูลและสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น ทั้งนี้เพื่อให้สามารถวางแผนดูแลผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถติดตามความเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพได้อย่างต่อเนื่อง

ควรมีการจัดอบรมและพัฒนาศักยภาพของนักบริหารสุขภาพ อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง โดยควรอยู่ภายใต้ ความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระบุรี (สสจ.) ร่วมกับ รพ.สต.บ้านแก่ง และ องค์การบริหารส่วนตำบลบ้านแก่ง ในการกำหนดหลักสูตรที่เหมาะสม เช่น การดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ การประเมินภาวะพึ่งพิง การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการส่งเสริมการดูแลแบบองค์ รวม ทั้งนี้ควรมีระบบติดตามผลการอบรมและกลไกสนับสนุนแรงจูงใจสำหรับผู้ปฏิบัติงานที่มีความ รับผิดชอบสูงและมีผลงานเป็นที่ประจักษ์

ควรมีการจัดให้มีระบบงบประมาณแบบยืดหยุ่น โดยองค์การบริหารส่วนตำบลบ้าน แก่งควรพิจารณาจัดตั้งงบประมาณเฉพาะกิจที่สามารถนำมาใช้ในงานบริหารสุขภาพผู้สูงอายุได้ อย่างทันต่อสถานการณ์ เช่น การจัดซื้ออุปกรณ์ที่จำเป็น การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การ ให้บริการเชิงรุก หรือการรองรับกรณีฉุกเฉิน ทั้งนี้เพื่อลดข้อจำกัดที่เกิดจากกระบวนการอนุมัติ งบประมาณตามวงรอบประจำปี และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานของทีมดูแลผู้สูงอายุ ในพื้นที่

5.3.2 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

ควรมีการศึกษามุมมองของครอบครัวผู้สูงอายุเพิ่มเติม เพื่อสะท้อนถึงบทบาทและ ความคาดหวังของผู้มีส่วนร่วมในการดูแลที่อยู่นอกภาคสุขภาพ และเพื่อให้การออกแบบระบบการ บริบาลมีความครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

ควรใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods) เพื่อให้ได้ข้อมูลทั้งเชิงลึกจากการ สัมภาษณ์ และเชิงปริมาณจากแบบประเมิน เช่น ADL หรือแบบสอบถามคุณภาพชีวิต ซึ่งจะช่วยให้ ได้ภาพรวมที่ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

บรรณานุกรม

- Archbold, P. G., Stewart, B. J., Greenlick, M. R., & Harvath, T. (1990). Mutuality and preparedness as predictors of caregiver role strain. *Research in Nursing & Health*, 13(6), 375–384.
- Archbold, P. G., Stewart, B. J., Greenlick, M. R., & Harvath, T. (1990). The preparedness for caregiving scale. *Research in Nursing & Health*, 13(6), 347–354.
- Deming, W. E. (1986). Out of the crisis. Cambridge, [MA Massachusetts Institute of Technology], Center for Advanced Engineering Study.
- Mycoted. (2004). *Deming cycle*. Retrieved June 28, 2025, from http://www.mycoted.com/Deming_Cycle
- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานการพยาบาล. (2556). *การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Ward)*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- เกษณี โคกตาทอง, วิยดา มาโนช และจรรยา สืบนุช. (2556). *พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน จังหวัดเพชรบุรี*. สืบค้นเมื่อ 28 มิถุนายน 2568, จาก https://www.ar.or.th/ImageData/Magazine/6/DL_125.pdf
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่สอง (พ.ศ. 2566–2580)*. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สืบค้นเมื่อ 28 มิถุนายน 2568, จาก https://www.dop.go.th/download/laws/th1643088696-841_0.pdf
- กรมควบคุมโรค. (2564). *คู่มือการจัดตั้งสถานที่กักกันโรคในชุมชน*. สืบค้นเมื่อ 28 มิถุนายน 2568, จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1169720210818072955.pdf>
- กรมอนามัย. (2567). *อนามัยพยากรณ์: แนวโน้มภาวะสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2567*. สืบค้นเมื่อ 28 มิถุนายน 2568, จาก <https://hfd.anamai.moph.go.th/th/news-anamai-3/229198>
- คณิต เรืองขจรชน. (2559). *ความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ กรณีศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณโพธิ์กลาง และ สถานสงเคราะห์คนชราบ้านธรรมปกรณวัดม่วงจังหวัดนครราชสีมา*. สืบค้นเมื่อ 28 มิถุนายน 2568, จาก <https://e-research.siam.edu/wp-content/uploads/2021/03/MBA-2016-Articles-Knowledge-and-Attitude-of-the-Elderly-Caregivers.pdf>
- จันจิรา อินทจิตร, & ฉัตรสุนน พฤตมิญญ. (2568). *การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบบูรณาการ จังหวัดสระบุรี*. วารสารการแพทย์เพื่อสาธารณสุขสมิต, 8(2), 80–91. สืบค้นเมื่อ 28 มิถุนายน 2568, จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/MNSTMedJ/article/view/276283>
- จันทร์ศรี ไตรย์ปักษ์ และ สมจิตร ตูลาทอง. (2551). *ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจังหวัดพัทลุง [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการระบบสุขภาพ]*. บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยทักษิณ.

- ชัยพัฒน์ พุฒซ้อน และกันตพัฒน์ พรศิริวัชรสิน. (2561). แนวทางการแก้ไขปัญหาสังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย. *วารสารเครือข่ายส่งเสริมการวิจัยทางมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 1(1). สืบค้นเมื่อ 28 มิถุนายน 2568, จาก <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hsrnj/article/view/252466/170433>
- ทองทิพย์ เทียนสว่าง. (2567). การศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางหญ้าแพรก อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร. *วารสารวิชาการบริการสุขภาพ เขต 6*, 38(3), 38–49. สืบค้นเมื่อ 28 มิถุนายน 2568, จาก <https://he05.tci-thaijo.org/index.php/Hss6/article/view/3997/3723>
- อุทุมพร โลหะวนิชย์. (2549). การเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 16(2), 45–52.
- ธารัตน์ สุกใส. (2560). การพัฒนารูปแบบการป้องกันแผลที่เท้าในผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้วงจร PDCA. *วารสารพยาบาลชุมชน*.
- นิพัชชา โอทกานนท์. (2562). คุณค่าร่วมอย่างยั่งยืนของสังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย. *วารสารวิชาการสถาบันพัฒนาพระวิทยากร*, 2(2), 56–66.
- เพ็ญภา สวนทอง. (2565). แนวทางการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: กรณีศึกษาเทศบาลตำบลจังหวัดสุราษฎร์ธานี. *สุราษฎร์ธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี*.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2559). *การประเมินภาวะสุขภาพผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ: การประยุกต์ใช้ในการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: เอ็นพีเพรส.
- มนัสนันท์ ไกรพิทักษ์ และคณะ. (2563). สมรรถนะที่จำเป็นของนักบริหารผู้สูงอายุ. *วารสารสภาสาธารณสุขชุมชน*, 2(2), 37–48.
- มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์, ชลลดา ชุ่มสุวรรณ, และธิดิยา บุญอ่อน. (2566). การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 9*, 7(1), 1–13. สืบค้น จาก <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/260691>
- วัชรพล ในอรุณ, ยอดชาย สุวรรณวงษ์, และสุรัสดา นະสีดา. (2566). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายของจังหวัดสระบุรี. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(4), 755–785. สืบค้นเมื่อ 28 มิถุนายน 2568, จาก <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/269422>
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2540). *สถาบันครอบครัวมุมมองของนักสวัสดิการสังคม*. กรุงเทพมหานคร: เจริญ.
- ศิริภาณี ศรีหามาศ, วรวิ อมรโรจน์วรวุฒิ, ณรงค์ คำอ่อน, พัฒน์ ศรีโษษฐ์, พลอยลดา ศรีหานู, และทิพวรรณ

- ทับซ้าย. (2564). สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนภายใต้
กองทุนระบบการดูแลระยะยาว จังหวัดขอนแก่น. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 15(36), 44–
62.
- สภาการพยาบาล. (2565). *คู่มือการพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: สภาการพยาบาล.
- สังวาล จ่างโพธิ์. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยชุมชนมีส่วนร่วม ตำบล
บ้านโพธิ์ อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. *วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา*, 7(2)). สืบค้นเมื่อ 28 มิถุนายน 2568,
จาก [https://he02.tci-
thaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/254335/174237](https://he02.tci-thaijo.org/index.php/journalkorat/article/view/254335/174237)
- สมศักดิ์ สีนธุระเวช. (2542). *การบริหารคุณภาพโดยรวม: TQM และการบริหารยุค
ใหม่*. กรุงเทพมหานคร: เอ็กซเปอร์เน็ท.
- สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2558). *ความมั่นคงของ
มนุษย์ประเทศไทย ปี 2557*. สืบค้นเมื่อ 28 มิถุนายน 2568, จาก [https://ebooks.m-
society.go.th/ebooks/view/183](https://ebooks.m-society.go.th/ebooks/view/183)
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2568). *ระบบรายงานข้อมูลสุขภาพระดับตำบล
(3Doctor)*. สืบค้นเมื่อ 28 มิถุนายน 2568,
จาก [https://3doctor.hss.moph.go.th/main/rp_tambon?region=4&prov=MTk=&a
mpid=1913](https://3doctor.hss.moph.go.th/main/rp_tambon?region=4&prov=MTk=&am pid=1913)
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2567). *ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้
สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long-term care)*. สืบค้นเมื่อ 28 มิถุนายน 2568, จาก
[https://khonkaen.nhso.go.th/files/Content/670000006/133440813425394948_4_
LTC_%E0%B8%8B%E0%B8%B1%E0%B8%81%E0%B8%8B%E0%B9%89%E
0%B8%AD%E0%B8%A1%20%E0%B8%81%E0%B8%9B%E0%B8%97%20256
7.pdf](https://khonkaen.nhso.go.th/files/Content/670000006/133440813425394948_4_LTC_%E0%B8%8B%E0%B8%B1%E0%B8%81%E0%B8%8B%E0%B9%89%E0%B8%AD%E0%B8%A1%20%E0%B8%81%E0%B8%9B%E0%B8%97%202567.pdf)
- อรุณ วงศ์สุวรรณ, นิตยา พิมพ์รัตน์, และภัทรสุดา จันทน์แจ่ม. (2566). การพัฒนารูปแบบการ
บริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกาย จังหวัด
สระบุรี. *วารสารสุขภาพและการศึกษาเพื่อชุมชน*, 9(1), 33–45. สืบค้นเมื่อ 28 มิถุนายน
2568, จาก <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/hej/article/view/269422>
- อัมมร บุญช่วย. (2558). ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโรคความดันโลหิต
สูง กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไทรทอง อำเภอชัยบุรี จังหวัดสุราษฎร์
ธานี. *วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 3, 231–244

