

การบูรณาการความร่วมมือเชิงเครือข่ายในการจัดการสุขภาพเชิงรุกสำหรับผู้สูงอายุ : กรณีศึกษาเทศบาลเจ้าพระยาและเครือข่ายสุขภาพชุมชน ตำบลสรรพพยา จังหวัดชัยนาท

อัจฉรพรรณ เล้าเฮงเจริญ^{1*}, กำไลทิพย์ สุขสำราญ¹, ณัฏชา มากสิงห์¹,
วิลาสินี ชูทอง¹ และ ศาสวัต เพ็งแพ¹

¹สาขารัฐประศาสนศาสตร์ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏจันทรเกษม

*autcharapunraowhengjarearn@gmail.com

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ ส่งผลให้การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุในระดับพื้นที่กลายเป็นภารกิจยุทธศาสตร์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานสาธารณสุข งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษารูปแบบการบริหารจัดการสุขภาพเชิงรุกสำหรับผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ตำบลสรรพพยา อำเภอสรรพพยา จังหวัดชัยนาท 2) วิเคราะห์บทบาทและการขับเคลื่อนของเครือข่ายความร่วมมือระหว่างเทศบาลตำบลเจ้าพระยา รพ.สต.บ้านวัดกำแพง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ 3) เสนอแนวทางการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุเชิงบูรณาการที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนตำบลสรรพพยา จังหวัดชัยนาท

ระเบียบวิธีวิจัยใช้การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ในรูปแบบเชิงลำดับแบบอธิบาย (Sequential Explanatory Design) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจำนวน 120 คน ด้วยแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ (IOC = 0.67–1.00) และมีค่าความเที่ยงโดยรวม (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.85 ควบคู่กับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้ให้ข้อมูลหลักจำนวน 20 คน ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค (ร้อยละ 94.2) โดยโรคที่พบบ่อยที่สุดคือความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 75.0) รองลงมาคือโรคหัวใจหรือหลอดเลือด (ร้อยละ 73.3) และเบาหวาน (ร้อยละ 53.3) การจัดการสุขภาพเชิงรุกในพื้นที่มีรูปแบบเป็นระบบสามชั้นที่เชื่อมโยงระดับครัวเรือน หมู่บ้าน และตำบลเข้าด้วยกัน โดยภาพรวมการเข้าถึงบริการสุขภาพเชิงรุกอยู่ในระดับมาก (Mean = 3.87, SD = 1.28) และการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบของเทศบาล รพ.สต. และ อสม. มีค่าเฉลี่ยสูงสุด (Mean = 4.57, SD = 0.86) ด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุโดยรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.06, SD = 0.97) โดยด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีคะแนนสูงสุด (Mean = 4.20, SD = 0.71) สะท้อนความเข้มแข็งของเครือข่ายชุมชน ขณะที่ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านสุขภาพกายมีคะแนนต่ำกว่าด้านอื่น ป่งชี้ช่องว่างในการสนับสนุนด้านนี้ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมนพบว่า บทบาทเครือข่ายสุขภาพชุมชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Spearman's rho = 0.201, p = .029) โดยเฉพาะการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบของเทศบาล รพ.สต. และ อสม. (Spearman's rho = 0.371, p < .001) อย่างไรก็ตาม ยังพบข้อจำกัดด้านการแบ่งปันข้อมูลข้ามหน่วยงานและการะงานของ อสม. ที่ไม่สอดคล้องกับแรงจูงใจที่ได้รับ

คำสำคัญ: การจัดการสุขภาพเชิงรุก ผู้สูงอายุ การบูรณาการเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สุขภาพชุมชน



Network Collaboration Integration in Proactive Health Management for Older Adults: A Case Study of Chaophraya Municipality and the Community Health Network, Sapphaya Subdistrict, Chainat Province

Autcharapun Raowhengjarearn^{1*}, Kamlaithip Suksamran¹, Natcha Maksing¹,
Wilasinee Chuthong¹, and Sasawat Phengphae¹

¹Program in Public Administration, Faculty of Humanities and Social Sciences, Chandrakasem
Rajabhat University, Bangkok, Thailand
*autcharapunraowhengjarearn@gmail.com

Abstract

As Thailand transitions into an aged society, localized health management for older adults has become a strategic priority for Local Administrative Organizations (LAOs) and public health agencies. This study aimed to 1) examine the proactive health management model for older adults in Sapphaya Subdistrict, Chainat Province; 2) analyze the collaborative roles of Chaophraya Municipality, Ban Wat Kamphaeng Health Promoting Hospital, and Village Health Volunteers (VHVs); and 3) propose integrated development guidelines for an elderly health management system.

A sequential explanatory mixed-methods design was employed. Quantitative data were collected from 120 older adults using a validated questionnaire (IOC = 0.67–1.00; Cronbach's Alpha = 0.85), while qualitative data were obtained from 20 key informants through in-depth interviews and focus group discussions.

The findings revealed that 94.2% of participants had at least one chronic disease, with hypertension (75.0%), cardiovascular disease (73.3%), and diabetes (53.3%) being the most prevalent. Proactive health management operated through a three-tier network linking households, villages, and the subdistrict. Access to proactive health services was rated high (Mean = 3.87, SD = 1.28), with collaboration among the municipality, health promoting hospital, and VHVs receiving the highest rating (Mean = 4.57, SD = 0.86). Older adults also reported a high overall quality of life (Mean = 4.06, SD = 0.97), particularly in social relationships (Mean = 4.20, SD = 0.71), while physical health and environmental domains scored relatively lower. Spearman's rank correlation indicated a positive relationship between community health network performance and quality of life ($\rho = 0.201, p = .029$), especially systematic collaboration among the three organizations ($\rho = 0.371, p < .001$). Key challenges included limited inter-agency data sharing and workload–incentive mismatches among VHVs.

Keywords: Proactive Health Management, The Elderly, Network Integration, Local Administrative Organization, Community Health

1. บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยกำลังเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร โดยสัดส่วนผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และกำลังมุ่งสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ องค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2573 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุ 17.6 ล้านคน หรือร้อยละ 26.3 ของประชากรทั้งหมด และจะเพิ่มขึ้นเป็น 20.5 ล้านคน หรือร้อยละ 32.1 ในปี พ.ศ. 2583 [1] แนวโน้มดังกล่าวส่งผลให้ระบบสุขภาพ ระบบสวัสดิการ และการบริหารจัดการในระดับท้องถิ่นต้องเร่งปรับตัวเพื่อรองรับความต้องการของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น

การเข้าสู่สังคมสูงวัยส่งผลให้โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs) เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคหัวใจและหลอดเลือด พบมากขึ้นในผู้สูงอายุ ประกอบกับภาวะพึ่งพิงและข้อจำกัดในการดำรงชีวิต ทำให้การดูแลสุขภาพไม่อาจอาศัยเพียงระบบบริการเชิงรับ (Reactive Care) แต่ต้องมุ่งสู่การจัดการสุขภาพเชิงรุก (Proactive Health Management) ที่เน้นการคัดกรอง เฝ้าระวัง เยี่ยมบ้าน ติดตามกลุ่มเสี่ยง ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และการส่งต่ออย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่เน้นการดูแลระดับปฐมภูมิและการเชื่อมโยงบริการสุขภาพกับระบบสนับสนุนทางสังคม [2, 3–5]

การจัดการสุขภาพผู้สูงอายุเชิงรุกจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ผู้นำชุมชน ครอบครัว และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งทำหน้าที่เชื่อมโยงบริการสุขภาพกับประชาชนผ่านการเยี่ยมบ้าน ติดตามสุขภาพ และประสานการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง งานวิจัยหลายฉบับชี้ว่าศักยภาพของ อสม. การสื่อสารด้านสุขภาพ และความร่วมมือของเครือข่ายในชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ [6–8]

ตำบลสรรพยา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท เป็นพื้นที่ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงและมีภาระโรคเรื้อรังค่อนข้างมาก โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงต้องอาศัยการบูรณาการความร่วมมือระหว่างเทศบาลตำบลเจ้าพระยา รพ.สต.บ้านวัดก้ำแพง อสม. และภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้การจัดการสุขภาพเชิงรุกครอบคลุม เข้าถึง ผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง และตอบสนองต่อความต้องการของพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

1.2 วัตถุประสงค์การวิจัย

1.2.1 เพื่อศึกษารูปแบบการบริหารจัดการสุขภาพเชิงรุกสำหรับผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ตำบลสรรพยา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

1.2.2 เพื่อวิเคราะห์บทบาทและการขับเคลื่อนของเครือข่ายความร่วมมือระหว่างเทศบาลตำบลเจ้าพระยา รพ.สต.บ้านวัดก้ำแพง และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

1.2.3 เพื่อเสนอแนวทางการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุเชิงบูรณาการที่สอดคล้องกับบริบทชุมชนตำบลสรรพยา จังหวัดชัยนาท

1.3 คำถามวิจัย

1.3.1 รูปแบบการบริหารจัดการสุขภาพเชิงรุกสำหรับผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลสรรพยามีลักษณะอย่างไร และมีปัจจัยใดที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการจัดการดังกล่าว

1.3.2 เครือข่ายความร่วมมือระหว่างเทศบาลตำบลเจ้าพระยา รพ.สต.บ้านวัดก้ำแพง และ อสม. มีรูปแบบการทำงานร่วมกันอย่างไร และบทบาทของแต่ละภาคีส่งผลต่อคุณภาพการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับใด

1.3.3 แนวทางการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุเชิงบูรณาการที่เหมาะสมกับบริบทชุมชนตำบลสรรพยาควรมีองค์ประกอบสำคัญอะไรบ้าง

1.4 ขอบเขตการวิจัย

ด้านเนื้อหา การวิจัยนี้มุ่งศึกษาและวิเคราะห์รูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงรุกสำหรับผู้สูงอายุ โดยเน้นกระบวนการบูรณาการความร่วมมือระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับเครือข่ายสาธารณสุขชุมชน ครอบคลุมประเด็นการเข้าถึงบริการสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน การคัดกรองและเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านสุขภาพ การติดตามผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ การให้คำแนะนำ การประสานการส่งต่อ และการสร้างระบบสนับสนุนทางสังคม โดยไม่ครอบคลุมการศึกษากระบวนการบริการสุขภาพในระดับโรงพยาบาลทั่วไปหรือระดับตติยภูมิ

ด้านพื้นที่ การวิจัยดำเนินการในพื้นที่ตำบลสรรพยา อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ภายใต้ความรับผิดชอบของเทศบาลตำบลเจ้าพระยา และ รพ.สต.บ้านวัดกำแพง ซึ่งครอบคลุมหมู่บ้านทุกหมู่ในตำบลสรรพยา

ด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรในการวิจัย ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในตำบลสรรพยา รวมถึงบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้บริหารท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) จากทะเบียนผู้สูงอายุของเทศบาล ส่วนกลุ่มตัวอย่างเชิงคุณภาพคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงกับระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่

ด้านระยะเวลา ดำเนินการวิจัยในช่วงเดือนเมษายนถึงมิถุนายน พ.ศ. 2569

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.5.1 ผลการวิจัยนี้จะช่วยเพิ่มองค์ความรู้ด้านการจัดการสุขภาพเชิงรุกในบริบทของชุมชนชนบทไทย และสามารถนำไปเป็นกรอบทฤษฎีในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

1.5.2 เทศบาลตำบลเจ้าพระยาและ รพ.สต.บ้านวัดกำแพง สามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ปรับปรุงระบบการทำงานของ อสม. และออกแบบโครงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ตอบสนองต่อความต้องการของชุมชนได้อย่างแม่นยำ

1.5.3 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่ได้จากการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานระดับจังหวัดและกระทรวงสาธารณสุขในการกำหนดทิศทางการพัฒนาระบบสุขภาพผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่นที่ยั่งยืน

2. แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดการกำกับดูแลเชิงเครือข่ายความร่วมมือ (Collaborative Network Governance)

Rhodes [9] เสนอแนวคิด **Network Governance** ว่าเป็นรูปแบบการจัดการสาธารณะที่อาศัยความร่วมมือระหว่างองค์กรที่พึ่งพาทรัพยากรซึ่งกันและกัน มีปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องภายใต้กฎกติกาและเป้าหมายร่วม มากกว่าการควบคุมโดยรัฐหรือกลไกตลาด โดยมีองค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) การพึ่งพาอาศัยกันระหว่างองค์กร 2) การปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง 3) ความไว้วางใจและการกำกับตนเอง 4) ความเป็นอิสระของเครือข่าย และ 5) การจัดสรรทรัพยากรผ่านเครือข่าย

ในการศึกษานี้ แนวคิดดังกล่าวใช้วิเคราะห์ความร่วมมือระหว่างเทศบาลตำบลเจ้าพระยา รพ.สต.บ้านวัดกำแพง และ อสม. ซึ่งต่างมีบทบาทและทรัพยากรที่เกื้อหนุนกันในการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งนี้ Ansell and Gash [10] และ Emerson, Nabatchi, and Balogh [11] ยังชี้ว่าการแก้ไขปัญหาสาธารณะที่ซับซ้อนจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือ การแลกเปลี่ยนทรัพยากร และความไว้วางใจระหว่างภาคีเครือข่าย

2.2 แนวคิดการจัดการสุขภาพเชิงรุก (Proactive Health Management)

การจัดการสุขภาพเชิงรุกเป็นแนวทางที่มุ่งเน้นการป้องกัน คัดกรอง ติดตาม และส่งเสริมสุขภาพก่อนเกิดการเจ็บป่วย โดยมีพื้นฐานจากแนวคิด Preventive Medicine และ Primary Health Care ตามปฏิญญา Alma-Ata ของ WHO [12]

องค์ประกอบสำคัญ ได้แก่ 1) การคัดกรองความเสี่ยง 2) การติดตามสุขภาพอย่างต่อเนื่อง 3) การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ 4) การจัดการโรคเรื้อรัง และ 5) การป้องกันภาวะพึ่งพิง แนวคิดนี้สอดคล้องกับกรอบ ICOPE ของ WHO [13, 3] ที่เน้นการประเมิน วางแผน และติดตามการดูแลผู้สูงอายุแบบต่อเนื่องในระดับปฐมภูมิ โดยมี อสม. เป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงบริการสุขภาพกับชุมชน [14, 15]

2.3 แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation) และบันไดการมีส่วนร่วมของ Arnstein

Arnstein [16] อธิบายการมีส่วนร่วมของประชาชนผ่าน บันไดการมีส่วนร่วม (Ladder of Citizen Participation) จำนวน 8 ขั้น แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ การไม่มีส่วนร่วม การมีส่วนร่วมแบบสัญลักษณ์ และอำนาจของพลเมือง การศึกษานี้ใช้กรอบแนวคิดดังกล่าวประเมินระดับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และ อสม. ในการจัดการสุขภาพเชิงรุก เพื่อวิเคราะห์ระดับการมีส่วนร่วมและระบุแนวทางพัฒนาไปสู่การมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงที่สนับสนุนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Jessadalak and Peanwimangsa [17] ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในหมู่บ้านดอนเซ่ง ตำบลบางแพ อำเภอบางแพ จังหวัดราชบุรี โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุในชุมชนชนบทมีคุณภาพชีวิตที่ดีใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความสุขสบาย ด้านสัมพันธภาพ ด้านกิจกรรมในสังคมและชุมชน และด้านนันทนาการ โดยเครือข่ายทางสังคมในชุมชนและการสนับสนุนจากภาครัฐมีส่วนสำคัญต่อสุขภาวะผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิด Network Governance ที่เน้นความสัมพันธ์เชิงพึ่งพิงระหว่างภาคีในพื้นที่

Singern [18] ศึกษาชุมชนการปฏิบัติของผู้สูงอายุกับการส่งเสริมสุขภาพ พบว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางศาสนาและชุมชนมีบทบาทสำคัญต่อสุขภาพจิตและความสุขของผู้สูงอายุ และการสนับสนุนจากองค์กรท้องถิ่นในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตได้อย่างมีนัยสำคัญ

World Health Organization [19] ได้เสนอกรอบแนวคิด Active Aging ที่เน้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี มีความมั่นคง และมีส่วนร่วมในสังคม กรอบแนวคิดนี้สอดคล้องกับทั้งแนวคิดการจัดการสุขภาพเชิงรุกและหลักการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเน้นการใช้ทุนทางสังคมที่มีอยู่เป็นฐานในการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีทรัพยากรจำกัด

2.5 กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดการวิจัยนี้บูรณาการจาก 3 แนวคิดหลัก ได้แก่ 1) แนวคิดการกำกับดูแลเชิงเครือข่าย (Network Governance) ของ Rhodes [9] เพื่ออธิบายความร่วมมือระหว่างเทศบาล รพ.สต. และ อสม. 2) แนวคิดการจัดการสุขภาพเชิงรุก (Proactive Health Management) ตามแนวทาง Preventive Medicine, Primary Health Care, ICOPE และ Active Aging ของ WHO [12, 13, 19, 3] และ 3) แนวคิดบันไดการมีส่วนร่วมของพลเมือง (Ladder of Citizen Participation) ของ Arnstein [16] เพื่อประเมินระดับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และ อสม.

ตัวแปรอิสระ ประกอบด้วย 3 มิติ ได้แก่ (1) การกำกับดูแลเชิงเครือข่ายความร่วมมือ ครอบคลุมโครงสร้างเครือข่าย การประสานงาน การแลกเปลี่ยนทรัพยากร และความไว้วางใจระหว่างเทศบาล รพ.สต. และ อสม. (2) การจัดการสุขภาพเชิงรุก ได้แก่ การคัดกรองและเฝ้าระวังสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน การส่งเสริมสุขภาพ การจัดการโรคเรื้อรัง และการติดตามดูแลต่อเนื่อง และ (3) การมีส่วนร่วมของชุมชน ได้แก่ การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้นำชุมชน ภาคประชาสังคม และบทบาทของ อสม. ในการเชื่อมโยงชุมชนกับระบบสุขภาพ

ตัวแปรตาม คือ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลสรรพยา ตามกรอบ WHOQOL-BREF [22] ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพจิต สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม

กรอบแนวคิดนี้อธิบายว่า ความร่วมมือของเครือข่าย การจัดการสุขภาพเชิงรุก และการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มีระบบสนับสนุนทางสังคมที่เข้มแข็ง และนำไปสู่การยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในระดับชุมชน

ตัวแปรอิสระ (Independent Variables)

มิติที่ 1 การกำกับดูแลเชิงเครือข่ายความร่วมมือ (อิงแนวคิด Rhodes)

- โครงสร้างและรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างเทศบาล รพ.สต. และ อสม.
- การพึ่งพาและแลกเปลี่ยนทรัพยากรระหว่างภาคีเครือข่าย
- กลไกการสื่อสารและการประสานงานระหว่างหน่วยงาน
- ความไว้วางใจและการควบคุมกันเองภายในเครือข่าย

Rhodes (1997)

มิติที่ 2 การจัดการสุขภาพเชิงรุก (Proactive Health Management)

- การคัดกรองและเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านสุขภาพ
- ความครอบคลุมและความสม่ำเสมอของการเยี่ยมบ้าน
- การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการโรคเรื้อรัง
- ประสิทธิภาพของระบบส่งต่อและการติดตามดูแลต่อเนื่อง

World Health Organization (1978)

มิติที่ 3 การมีส่วนร่วมของชุมชน (อิงแนวคิด Arnstein)

- ระดับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและครอบครัวในกระบวนการดูแลสุขภาพ
- การมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและภาคประชาสังคม
- บทบาทของ อสม. ในฐานะตัวเชื่อมการมีส่วนร่วมระหว่างชุมชนและระบบสุขภาพ
- กระบวนการรับฟังความต้องการและการนำข้อมูลชุมชนไปใช้ในการตัดสินใจ

Arnstein (1969)

ตัวแปรตาม (Dependent)

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในตำบลสรรพยา วัดใน 4 ด้าน

- ด้านสุขภาพกาย (Physical Domain)
- ด้านสุขภาพจิต (Psychological Domain)
- ด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Social Relationships Domain)
- ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment Domain)

WHOQOL-BREF (2002)

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

3. ระเบียบวิธีวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้รูปแบบการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) โดยบูรณาการวิธีการวิจัยเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพเข้าด้วยกันในรูปแบบเชิงลำดับแบบอธิบาย (Sequential Explanatory Design) กล่าวคือ เริ่มต้นด้วยการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเป็นลำดับแรก จากนั้นจึงนำผลการวิเคราะห์ที่ได้มาใช้เป็นแนวทางในการกำหนดประเด็นสำหรับการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในลำดับต่อมา เพื่อให้ได้ความเข้าใจที่ครอบคลุมและลึกซึ้งยิ่งขึ้น

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่ยื่นทะเบียนกับเทศบาลตำบลเจ้าพระยาในตำบลสรรพยา จำนวน 171 คน กลุ่มตัวอย่างคำนวณด้วยสูตร Taro Yamane ที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ($e = 0.05$) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 120 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบจากทะเบียนผู้สูงอายุของเทศบาล

ผู้ให้ข้อมูลหลักคัดเลือกแบบเจาะจง จำนวน 20 คน ได้แก่ ผู้บริหารเทศบาลตำบลเจ้าพระยา 3 คน เจ้าหน้าที่รพ.สต.บ้านวัดกำแพง 4 คน ประธานและตัวแทน อสม. 6 คน ผู้นำชุมชน 3 คน และผู้สูงอายุที่เป็นตัวแทน 4 คน

3.3 เครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและปรับจากเครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกฉบับย่อ (WHOQOL-BREF) แบ่งเป็น 3 ส่วน รวม 32 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา โรคประจำตัว ลักษณะการอยู่อาศัย และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน เป็นคำถามปลายปิดแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับการได้รับบริการสุขภาพเชิงรุกและบทบาทของเครือข่ายสุขภาพชุมชน จำนวน 9 ข้อ ครอบคลุมการเยี่ยมบ้านของ อสม. การเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้สิทธิประโยชน์ ความพึงพอใจต่อบริการ และการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ใช้มาตรวัดลิเคิร์ต 5 ระดับและคำถามแบบเลือกตอบ

ส่วนที่ 3 การประเมินคุณภาพชีวิต จำนวน 16 ข้อ ครอบคลุม 4 ด้าน ได้แก่ สุขภาพกาย สุขภาพจิต สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ใช้มาตรวัดลิเคิร์ต 5 ระดับ ตั้งแต่ 1 = น้อยที่สุด ถึง 5 = มากที่สุด

ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ระหว่าง 0.67–1.00 และทดลองใช้แบบสอบถามกับผู้สูงอายุในพื้นที่จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความเที่ยง พบว่าค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha) เท่ากับ 0.85 แสดงว่าเครื่องมือมีคุณภาพและสามารถนำไปใช้ในการวิจัยได้

สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้แนวคำถามกึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview Guide) สำหรับผู้บริหารเทศบาล เจ้าหน้าที่ รพ.สต. อสม. ผู้นำชุมชน และผู้สูงอายุ ครอบคลุมประเด็นรูปแบบการจัดการสุขภาพเชิงรุก บทบาทเครือข่าย กลไกการประสานงาน ปัญหา อุปสรรค และแนวทางพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุ โดยผ่านการตรวจสอบความเหมาะสมของข้อคำถามจากผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้จริง

3.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณดำเนินการโดยผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยวิจัยลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ประกอบการกรอกแบบสอบถามเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการอ่านสามารถตอบแบบสอบถามได้อย่างครบถ้วน การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพดำเนินการภายหลังการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณเบื้องต้น ผ่านการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) และการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) โดยได้รับการยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลทุกรายและดำเนินการตามจรรยาบรรณการวิจัย

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation: SD) เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างและระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในแต่ละด้าน

สำหรับสถิติอนุมาน ใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman's Rank Correlation Coefficient) เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทเครือข่ายสุขภาพชุมชนกับระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยถอดเทปคำสัมภาษณ์ จัดหมวดหมู่ประเด็น (Coding) และตีความเชื่อมโยงกับกรอบแนวคิดการวิจัย ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลด้วยการตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) ทั้งด้านแหล่งข้อมูล (ผู้ให้ข้อมูลต่างกลุ่ม) วิธีการเก็บข้อมูล (สัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่ม) และการเปรียบเทียบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลายกลุ่ม



4. ผลการวิจัย

4.1 รูปแบบการบริหารจัดการสุขภาพเชิงรุกสำหรับผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยเริ่มจากการพิจารณาลักษณะทั่วไปและบริบทสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปและบริบทสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะทั่วไปและบริบทสุขภาพ	รายการที่พบมาก	จำนวน	ร้อยละ
เพศ	หญิง	55	45.8
อายุ	70–79 ปี	41	34.2
สถานภาพสมรส	สมรส	54	45.0
รายได้ต่อเดือน	5,001–10,000 บาท	64	53.3
ลักษณะการอยู่อาศัย	อยู่กับคู่สมรส	72	60.0
โรคประจำตัว	มีโรคประจำตัว	113	94.2
ความถี่ในการเข้ารับบริการสุขภาพ	เดือนละ 1 ครั้ง	62	51.7

ที่มา: [ผู้วิจัย]

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้สูงอายุกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวและเข้ารับบริการสุขภาพอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง โดยโรคที่พบบ่อยที่สุดคือความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 75.0) รองลงมาคือโรคหัวใจหรือหลอดเลือด (ร้อยละ 73.3) และเบาหวาน (ร้อยละ 53.3) ลักษณะดังกล่าวสะท้อนว่าพื้นที่ศึกษามีผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

4.2 บทบาทและกลไกการทำงานร่วมกันของเครือข่ายความร่วมมือ

การวิจัยวิเคราะห์บทบาทของเครือข่ายสุขภาพชุมชนทั้งในเชิงระดับการรับรู้และความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเริ่มจากผลการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุจำแนกตาม 4 ด้าน

ด้านคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	Mean	S.D.	ระดับ	ลำดับ
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	4.20	0.71	มาก	1
ด้านสุขภาพจิต	4.13	0.73	มาก	2
ด้านสุขภาพกาย	3.99	1.06	มาก	3
ด้านสิ่งแวดล้อม	3.93	1.24	มาก	4
ภาพรวมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	4.06	0.97	มาก	

ที่มา: [ผู้วิจัย]

จากตารางที่ 2 พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (Mean = 4.06) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่าด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด (Mean = 4.20) รองลงมาคือด้านสุขภาพจิต (Mean = 4.13) ด้านสุขภาพกาย (Mean = 3.99) และด้านสิ่งแวดล้อม (Mean = 3.93) ตามลำดับ ข้อค้นพบนี้สะท้อนว่าผู้สูงอายุในพื้นที่ยังมีทุนทางสังคมและความสัมพันธ์ในชุมชนค่อนข้างเข้มแข็ง ซึ่งเป็นฐานสำคัญของการดูแลสุขภาพเชิงรุกในระดับครัวเรือนและชุมชน ขณะเดียวกัน ค่าเฉลี่ยด้านสิ่งแวดล้อมและสุขภาพกายที่ต่ำกว่าด้านอื่นสะท้อนว่าระบบการดูแลควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาสภาพแวดล้อม การป้องกันภาวะเสี่ยง และการติดตามสุขภาพกายของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง



เพื่อพิสูจน์ว่าบทบาทของเครือข่ายสุขภาพชุมชนมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหรือไม่ ผู้วิจัยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างบทบาทเครือข่ายสุขภาพชุมชนกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

ตัวแปรบทบาทเครือข่าย	Spearman's rho	p-value	การแปลผล
ภาพรวมบทบาทเครือข่ายสุขภาพชุมชน	0.201	.029	ระดับต่ำ
เทศบาล/รพ.สต./อสม. ทำงานร่วมกันเป็นระบบ	0.371	< .001	ปานกลาง
การสื่อสาร ประสานงาน และสนับสนุนทรัพยากร	0.178	.054	เชิงบวก
การคัดกรอง เฝ้าระวัง และดูแลสุขภาพต่อเนื่อง	0.084	.364	ไม่พบความสัมพันธ์
การส่งเสริมสุขภาพ คำแนะนำ และการส่งต่อ	0.170	.065	เชิงบวก
การมีส่วนร่วมของครอบครัว ผู้นำชุมชน และภาคประชาชน	0.115	.215	ไม่พบความสัมพันธ์
การเปิดโอกาสให้ชุมชนสะท้อนปัญหาและร่วมพัฒนาระบบ	-0.046	.622	ไม่พบความสัมพันธ์

ที่มา: [ผู้วิจัย]

จากตารางที่ 3 พบว่าภาพรวมบทบาทเครือข่ายสุขภาพชุมชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Spearman's rho = 0.201, p = .029) แม้ความสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ แต่สะท้อนว่าเมื่อผู้สูงอายุรับรู้ถึงบทบาทของเครือข่ายสุขภาพชุมชนมากขึ้น คุณภาพชีวิตโดยรวมมีแนวโน้มสูงขึ้นตามไปด้วย โดยเฉพาะประเด็นการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบของเทศบาล รพ.สต. และ อสม. ซึ่งมีความสัมพันธ์เชิงบวกระดับปานกลางกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Spearman's rho = 0.371, p < .001)

ตารางที่ 4 บทบาทและกลไกการทำงานของเครือข่ายสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่

ภาคีเครือข่าย	บทบาทหลัก	กลไกการทำงาน	ความหมายเชิงข้อค้นพบ
เทศบาลตำบล เจ้าพระยา	สนับสนุนงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ยานพาหนะ กิจกรรมผู้สูงอายุ และ โครงสร้างพื้นฐาน	แผนงานท้องถิ่น โครงการส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมผู้สูงอายุ และการประสานกับ หน่วยบริการสุขภาพ	เป็นฐานสนับสนุนเชิงทรัพยากรและ นโยบาย ทำให้การดูแลผู้สูงอายุมีความ ต่อเนื่องในระดับพื้นที่
รพ.สต.	คัดกรองสุขภาพ ติดตามโรคเรื้อรัง ให้ คำแนะนำด้านสุขภาพ และประสาน การส่งต่อ	คลินิกผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้าน การอบรม อสม. และระบบข้อมูลสุขภาพปฐมภูมิ	เป็นแกนกลางด้านวิชาชีพสุขภาพและ ข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ
อสม.	เยี่ยมบ้าน เฝ้าระวังอาการผิดปกติ บันทึกข้อมูลเบื้องต้น แจกเหตุ และ เชื่อมครัวเรือนกับ รพ.สต.	การเยี่ยมบ้านประจำ การสื่อสารกับ ผู้สูงอายุและครอบครัว การรายงานข้อมูล ต่อ รพ.สต.	เป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมระบบบริการ สุขภาพกับชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ
ครอบครัว ผู้นำ ชุมชน และภาคี ชุมชน	สนับสนุนการดูแลประจำวัน การเข้า ร่วมกิจกรรม และการสะท้อนปัญหา ในพื้นที่	การประชุมหมู่บ้าน การแจ้งข้อมูลแก่ อสม. ม. การช่วยเหลือในระดับครัวเรือน และ การชักชวนเข้าร่วมกิจกรรม	เป็นระบบสนับสนุนทางสังคมที่ช่วยลด ช่องว่างระหว่างบริการทางการกับความ ต้องการจริงของผู้สูงอายุ

ที่มา: [ผู้วิจัย]

กลไกหลักในการประสานงานระหว่างสามภาคี ได้แก่ 1) การประชุมร่วมเดือนละ 1 ครั้งเพื่อรายงานสถานการณ์และวางแผนร่วมกัน 2) การใช้แพลตฟอร์มสื่อสารออนไลน์รายงานข้อมูลสุขภาพระหว่างรอบเยี่ยมบ้าน 3) การจัดทำแผนดูแลสุขภาพรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และ 4) การจัดอบรมฟื้นฟูศักยภาพ อสม. ทุก 3 เดือน อย่างไรก็ตาม ผู้ให้ข้อมูลหลักส่วนหนึ่งระบุถึงอุปสรรคของกลไกนี้ โดย อสม. ท่านหนึ่งกล่าวว่า "ข้อมูลที่เราส่งไป บางทีเทศบาลกับ รพ.สต. เขาก็เก็บคนละระบบ ไม่ได้เชื่อมกัน เราต้องกรอกซ้ำสองที่" ซึ่งสะท้อนข้อจำกัดด้านการแบ่งปันข้อมูลระหว่างหน่วยงานและความไม่ต่อเนื่องของการสนับสนุนงบประมาณในช่วง

กล่าวโดยสรุป บทบาทและกลไกการทำงานร่วมกันของเครือข่ายความร่วมมือในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเชิงรุกมีน้ำหนักทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กล่าวคือ ผลสถิติแสดงให้เห็นว่าบทบาทเครือข่ายสุขภาพชุมชนมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบของเทศบาล รพ.สต. และ อสม. ขณะที่ข้อมูลสัมภาษณ์ช่วยอธิบายกลไกเบื้องหลังว่าความสัมพันธ์ดังกล่าวเกิดจากการเชื่อมโยงทรัพยากร ความรู้ด้านสุขภาพ การประสานงาน และความใกล้ชิดระดับครัวเรือนเข้าด้วยกัน

4.3 แนวทางการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุเชิงบูรณาการ

การเสนอแนวทางการพัฒนาระบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุเชิงบูรณาการพิจารณาจากข้อค้นพบเชิงปริมาณร่วมกับข้อมูลสัมภาษณ์ ดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 สรุปข้อค้นพบเชิงปริมาณและแนวทางการพัฒนาจากข้อมูลสัมภาษณ์

ประเด็น	ผลการวิจัย	แนวทางพัฒนา
ความร่วมมือของเทศบาล รพ.สต. และ อสม.	Mean = 4.57, $p = 0.371$, $p < .001$ (จุดแข็งของระบบ)	รักษากลไกการประสานงานและกำหนดบทบาทร่วม
การสื่อสารและการใช้ข้อมูลร่วม	Mean = 3.91	พัฒนาฐานข้อมูลสุขภาพและระบบแลกเปลี่ยนข้อมูล
การดูแลสุขภาพเชิงรุก	Mean = 3.91	จัดกลุ่มเสี่ยงและวางแผนเยี่ยมบ้านรายบุคคล
การส่งเสริมสุขภาพและการส่งต่อ	Mean = 3.49 (ต่ำสุด)	พัฒนาระบบส่งต่อและติดตามต่อเนื่อง
การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน	Mean = 3.77	ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการวางแผนและดูแลผู้สูงอายุ
คุณภาพชีวิตด้านสิ่งแวดล้อม	Mean = 3.93	ปรับปรุงสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ

ที่มา: [ผู้วิจัย]

จากตารางที่ 5 พบว่า ข้อค้นพบสามารถสรุปเป็นแนวทางพัฒนา 4 ด้าน ได้แก่ 1) พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพดิจิทัลที่เชื่อมโยงทั้งสามภาคี 2) พัฒนาศักยภาพ อสม. อย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง การประเมินสุขภาพเบื้องต้น และการประสานส่งต่อ 3) ขยายโครงการโรงเรียนผู้สูงอายุและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเชิงรุกให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน และ 4) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยพัฒนาความรู้ของผู้ดูแลหลัก (Caregiver) เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

5. การอภิปรายผลและเสนอแนะ

5.1 การอภิปรายผล

ผลการวิจัยที่พบว่าการจัดการสุขภาพเชิงรุกในตำบลสรรพาดำเนินงานในลักษณะระบบสามชั้นที่เชื่อมโยง บ้าน ชุมชน รพ.สต. และเทศบาล สอดคล้องกับแนวคิด **Network Governance** ของ Rhodes [9] ในด้านการพึ่งพา ทรัพยากรระหว่างภาคี (Interdependence) กล่าวคือ เทศบาลมีบทบาทด้านงบประมาณ รพ.สต. มีความเชี่ยวชาญทาง วิชาชีพ และ อสม. มีความใกล้ชิดกับชุมชน จึงต้องอาศัยความร่วมมือกันในการดูแลผู้สูงอายุ ความเป็นเชิงรุกของ ระบบที่ ประกอบด้วย การคัดกรอง เยี่ยมบ้าน ติดตามกลุ่มเสี่ยง และการประสานส่งต่อ ยังสอดคล้องกับแนวคิด ICOPE ของ World Health Organization [13, 3] และงานของ Tavassoli et al. [14] และ Ma et al. [15] ที่เน้นการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณา การและต่อเนื่อง

อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษานี้แตกต่างจาก Jessadalak and Peanwimangsa [17] ที่เน้นบทบาทของ หน่วยงานภาครัฐส่วนกลาง โดยกรณีตำบลสรรพาดำเนินการปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนทรัพยากร และประสานความร่วมมือในพื้นที่

การทำงานร่วมกันของเทศบาล รพ.สต. และ อสม. มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับแนวคิดของ Ansell and Gash [10] และ Emerson, Nabatchi, and Balogh [11] ที่ชี้ว่า การจัดการปัญหาสาธารณะที่ซับซ้อนต้องอาศัยความร่วมมือ ความไว้วางใจ และการแลกเปลี่ยนทรัพยากรระหว่างหลายภาคี โดยเฉพาะบทบาทของ อสม. ในการเยี่ยมบ้าน ติดตามสุขภาพ และประสานส่งต่อ ซึ่งสอดคล้องกับ Pitchalard, Seeherunwong, and Moonpanane [20], Chananin [6] และ Theeranut, Subindee, and Kittiwatanapaisan [21]

ผลการศึกษาที่พบว่าด้านสัมพันธภาพทางสังคมมีคะแนนสูงสุด สอดคล้องกับแนวคิดของ Flanagan [23] และ งานของ Singern [18] ที่ชี้ว่าการมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชนช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ขณะที่ คะแนนด้านสุขภาพกายและสิ่งแวดล้อมที่ต่ำกว่า สะท้อนว่ายังมีข้อจำกัดในการบรรลุเป้าหมายตามแนวคิด **Active Aging** ของ World Health Organization [19]

นอกจากนี้ ยังพบข้อจำกัดด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานและภาระงานของ อสม. ที่ไม่สอดคล้อง กับแรงจูงใจ ซึ่งไม่สอดคล้องกับเงื่อนไขความสำเร็จของ **Network Governance** ที่เน้นการแลกเปลี่ยนทรัพยากรและการ ประสานงานอย่างต่อเนื่อง ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับ Nak-Ai [7] ที่เสนอให้พัฒนาระบบข้อมูลและเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพการติดตามสุขภาพในชุมชน

เมื่อพิจารณาการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและครอบครัว พบว่ายังอยู่ในระดับ **Tokenism** ตามแนวคิดของ Arnstein [16] กล่าวคือ มีบทบาทเป็นผู้รับข้อมูลและบริการมากกว่าผู้ร่วมตัดสินใจ ดังนั้น การพัฒนาระบบในอนาคตควรมุ่ง ยกระดับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและครอบครัว ควบคู่กับการใช้ข้อมูลสุขภาพร่วมกัน การวางแผนดูแลรายบุคคล และการ ติดตามอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการจัดการสุขภาพเชิงรุกในระดับชุมชน

5.2 ข้อเสนอแนะ

5.2.1 กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันกำหนดแนวปฏิบัติและ พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพดิจิทัลที่เชื่อมโยงระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับหน่วยบริการสาธารณสุข เพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพการดูแลและติดตามผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

5.2.2 เทศบาลตำบลเจ้าพระยาและ รพ.สต.บ้านวัดกำแพง ควรร่วมพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพเชิงรุก โดยเสริมศักยภาพและสนับสนุนการปฏิบัติงานของ อสม. พร้อมทั้งจัดระบบเยี่ยมบ้านและติดตามผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอย่างเป็น มาตรฐาน

5.2.3 ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ผ่านการพัฒนาความรู้ของผู้ดูแล การขยายโครงการ โรงเรียนผู้สูงอายุ และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

6. บทสรุป

การจัดการสุขภาพเชิงรุกสำหรับผู้สูงอายุในตำบลสรพยาประสบความสำเร็จจากการบูรณาการความร่วมมือระหว่าง เทศบาล รพ.สต. และ อสม. ซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเฉพาะด้านสัมพันธภาพทางสังคม อย่างไรก็ตาม ยังควรพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพ การสนับสนุนศักยภาพของ อสม. และการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุและเป็นต้นแบบสำหรับพื้นที่ที่มีบริบท ใกล้เคียงกัน

7. เอกสารอ้างอิง (References)

- [1] United Nations. (2019). *World population ageing 2019: Highlights*. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. ST/ESA/SER.A/430.
- [2] Khunphiluek, S. (2023). Integrated care models for the aging population in rural Thailand. *Thai Journal of Public Health*, 53(1), 45–59.
- [3] World Health Organization. (2022). *World health statistics 2022: Monitoring health for the SDGs*. World Health Organization.
- [4] World Health Organization. (2023). *Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework*. World Health Organization.
- [5] World Health Organization. (2024). *Global status report on physical activity and ageing*. World Health Organization.
- [6] Chananin, P. (2024). Competencies of village health volunteers in proactive elderly care. *Journal of Community Health Nursing*, 41(2), 120–135.
- [7] Nak-Ai, W. (2026). Digital health communication tools and competencies of village health volunteers in elderly care. *Journal of Health and Digital Innovation*, 12(1), 88–102.
- [8] Wangpitpanit, S., Phongphiwat, T., & Srisuphan, W. (2024). Competencies and challenges of village health volunteers in the era of an aging society. *Journal of Nursing Science*, 42(2), 55–69.
- [9] Rhodes, R. A. W. (1997). *Understanding governance: Policy networks, governance, reflexivity and accountability*. Open University Press.
- [10] Ansell, C., & Gash, A. (2008). Collaborative governance in theory and practice. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 18(4), 543–571. <https://doi.org/10.1093/jopart/mum032>



- [11] Emerson, K., Nabatchi, T., & Balogh, S. (2012). An integrative framework for collaborative governance. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 22(1), 1–29. <https://doi.org/10.1093/jopart/mur011>
- [12] World Health Organization. (1978). *Declaration of Alma-Ata: International Conference on Primary Health Care*. World Health Organization.
- [13] World Health Organization. (2017). *Integrated care for older people (ICOPE): Guidelines for community-level interventions in primary health care*. World Health Organization.
- [14] Tavassoli, N., de Souto Barreto, P., & Vellas, B. (2022). Implementing the WHO ICOPE program in community settings: Lessons learned. *The Journal of Frailty & Aging*, 11(2), 135–142. <https://doi.org/10.14283/jfa.2022.10>
- [15] Ma, X., Wang, Y., & Li, L. (2024). Integrated care for older adults: Post-screening follow-up and local coordination. *International Journal of Integrated Care*, 24(1), 15–28. <https://doi.org/10.5334/ijic.7000>
- [16] Arnstein, S. R. (1969). A ladder of citizen participation. *Journal of the American Institute of Planners*, 35(4), 216–224. <https://doi.org/10.1080/01944366908977225>
- [17] Jessadalak, W., & Peanwimangsa, S. (2018). Quality of life of the elderly in Don Seng Village, Bang Phae Subdistrict, Bang Phae District, Ratchaburi Province. *Veridian E-Journal, Silpakorn University*, 11(1), 3144–3156.
- [18] Singern, C. (2004). *Communities of practice of the elderly and health promotion* [Master's thesis, Chiang Mai University].
- [19] World Health Organization. (2002). *Active ageing: A policy framework* (WHO/NMH/NPH/02.8). World Health Organization.
- [20] Pitchalard, K., Seeherunwong, A., & Moonpanane, K. (2022). The role of village health volunteers in managing chronic diseases among older adults. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, 32(3), 67–80.
- [21] Theeranut, A., Subindee, S., & Kittiwatanapaisan, W. (2024). Community-based integrated care network for dependent elderly in Thailand. *Primary Health Care Research & Development*, 25, e14. <https://doi.org/10.1017/S146342362400012X>
- [22] World Health Organization. (2002). *WHOQOL-BREF: Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment*. World Health Organization.
- [23] Flanagan, J. C. (1978). A research approach to improving our quality of life. *American Psychologist*, 33(2), 138–147.