



การประเมินผลโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อเขตสุขภาพที่ 4

อังศุมาลิน มั่งคั่ง^{1*}, ทศนีย์ สอนคำ¹, จุฬาลักษณ์ บุญมีรัตนโยธิน¹, บังอร อินทรี¹ และจุไรรัตน์ ทนเสถียร¹

¹สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก

(วันที่รับบทความ: 8 พฤษภาคม 2567; วันที่แก้ไข: 13 กรกฎาคม 2567; วันที่ตอบรับ: 26 กรกฎาคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน ผลผลิตของโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ เขตสุขภาพที่ 4 โดยเน้นการป้องกันภาวะถดถอย 2) ศึกษาปัจจัยความสำเร็จและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ และ 3) เพื่อประเมินผลลัพธ์ ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะจากการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างการวิจัยเชิงปริมาณคือคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับเขตและบุคลากรที่ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 280 คน กลุ่มเป้าหมายการวิจัยเชิงคุณภาพ เลือกแบบจัดโควตา จำนวน 48 คน ในการพัฒนารูปแบบด้วยการสนทนากลุ่ม และเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 20 คน ในการประเมินผลลัพธ์ด้วยการสัมภาษณ์ เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถาม แนวทางสนทนากลุ่ม และสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษาพบว่าผลการประเมินโครงการทุกด้านมีค่าเฉลี่ยโดยรวมระดับมาก ด้านบริบทมีค่าเฉลี่ย ระดับมาก ($\bar{X}=3.95$, $S.D.=0.04$) ปัจจัยความสำเร็จ คือบุคลากรมีทัศนคติที่ดี ผู้บริหารและทีมงานสนับสนุน รูปแบบการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ เขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย (1) ด้านบริบท ควรประกาศนโยบายที่ชัดเจนสอดคล้องกับบริบท (2) ด้านปัจจัยนำเข้าควรจัดกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อจัดระบบการดูแลที่เหมาะสม พัฒนาศักยภาพหมอครอบครัว จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุและพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร พร้อมทั้งสร้างการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน (3) ด้านกระบวนการ ประกอบด้วยกิจกรรมคัดกรองภาวะถดถอย ดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ จัดทำแผนดูแลสุขภาพระยะยาวในชุมชน และบูรณาการทุกภาคส่วนเพื่อสร้างความรอบรู้ให้กับครอบครัว ชุมชน พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) และพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ (4) ด้านผลลัพธ์ ควรกำหนดเป้าหมายที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ผลการใช้รูปแบบที่พัฒนามีความเหมาะสม พบว่าผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองภาวะถดถอยร้อยละ 68.59 กลุ่มเสี่ยงที่พบได้รับการส่งเสริมสุขภาพ รวม 3 ด้าน ร้อยละ 68.54 ติดตามประเมินซ้ำพบผู้สูงอายุมีภาวะถดถอยดีขึ้น ร้อยละ 60.81 ปัญหา/อุปสรรค คือ ศักยภาพและอัตรากำลังของบุคลากรไม่เพียงพอ ขาดการบูรณาการ ข้อเสนอแนะ พบว่าควรกำหนดแนวทางที่ชัดเจน เพิ่ม และพัฒนาบุคลากรขับเคลื่อนการจัดบริการคัดกรองภาวะถดถอยและส่งเสริมสุขภาพเป็นชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คำสำคัญ: การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ, การประเมินผล, การคัดกรองภาวะถดถอย, เขตสุขภาพที่ 4, แผนส่งเสริมสุขภาพ

*ผู้รับผิดชอบบทความ: อังศุมาลิน มั่งคั่ง; anntpmk@gmail.com



The Evaluation of the Development Project for Seamless Care System for Elderly in Community Health Region 4

Aungsumalin Mungkung^{1*}, Tasanee Sonkhum¹, Julaluk Boonmeerattanayothin¹,

Bungon Inthree¹ and Jurairat Thonsathien¹

¹Nakhon Nayok Provincial Public Health Office

(Received: 8 May 2024; Revised: 13 July 2024; Accepted: 26 July 2024)

Abstract

This mixed methods research aimed to 1) evaluate the context, input, process, and product of the project, 2) study key success factors and develop a seamless community care system for the elderly, and 3) evaluate the results, problems, and suggestions from the implemented the model. The sample group were 280 people of subcommittee and personnel working to care for the elderly in Health Region 4. There were 48 people to develop the model with group discussion. Of 20 people were selected to evaluate the results through interviews. Data were analyzed using descriptive statistics and content analysis for analysis qualitative data. The results of the study showed that all aspects of the research evaluation had a high overall average, and the context was the high level ($\bar{X}=3.95$, S.D.=0.04). Key success factors were good attitude personnel, executives and team's support. The operating model consisted of 4 domains including: (1) the context: clear policies, (2) the input: the elderly should be grouped to deliver a suitable care system, improve the potential of family doctors and establishing a clinic for the elderly, (3) Process: community screening, care in the elderly clinic, long-term health care plan and create health literacy for families, improving caregivers and developing Age-Friendly City, and (4) Product: should set the goal in good health for the elderly. The results of the use of the developed model were appropriate. It was found that 68.59% of the elderly were community screened for decline, 68.54% of the risk groups were received health promotion services in 3 areas and re-assessment found the elderly had an improved decline 60.81%. The problem/obstacles were the insufficient potential and manpower ratio of personnel and lack of integration. The suggestions were determined guideline, increase and develop personnel to drive the provision of recession screening and health promotion services as a set of benefits in the National Health Insurance System.

Keyword: seamless care system for elderly, evaluation, community screening, health region 4, health promotion plan

***Corresponding author:** Aungsumalin Mungkung; anntpmk@gmail.com



บทนำ

ประเทศไทยกำลังอยู่ในช่วงการเปลี่ยนผ่านเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aging Society) ปี 2565 ประเทศไทย มีผู้สูงอายุจำนวน 9,154,254 คน คิดเป็นร้อยละ 13.90 โดยเขตสุขภาพที่ 4 มีประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 20.50 นับว่าเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ จังหวัดที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุ สูงสุด 3 อันดับ ได้แก่ จังหวัดสิงห์บุรี อ่างทอง และ นครนายก คิดเป็นร้อยละ 26.87, 24.12 และ 23.34 ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 4 มีผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมร้อยละ 96.76 ติดบ้านร้อยละ 2.43 และติดเตียงร้อยละ 0.81 (สาธารณสุขจังหวัดนครนายก, 2565)

เมื่อมนุษย์มีอายุเพิ่มขึ้น การทำงานของร่างกายในระบบต่างๆจะเสื่อมถอยลง รวมทั้งการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง จนเกิดผลกระทบต่อการดำรงชีวิต และอาจทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงในที่สุด ดังนั้น การป้องกันการเกิด ภาวะเสื่อมของร่างกายในผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและสามารถช่วยเหลือและพึ่งพาตนเองให้ ได้มากที่สุด (กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ, 2562) เขตสุขภาพที่ 4 ได้มีการดำเนินการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ ผู้สูงอายุ โดยอาศัยแนวคิดการจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการโดยมีผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางและมีเป้าหมายหลักตาม แนวคิดขององค์การอนามัยโลก โดยการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ (Functional Ability) ของ ผู้สูงอายุแต่ละราย ตามระดับของศักยภาพภายในตนเอง (Intrinsic capacity) โดยมุ่งเน้นการจัดบริการในระดับชุมชน และสามารถส่งต่อเข้าสู่สถานบริการในระดับต่างๆได้อย่างสะดวกในทุกพื้นที่ (World Health Organization, 2019) ภายใต้โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ปี 2565-2566 เน้นการ ป้องกันภาวะถดถอยในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยใช้แบบคัดกรองความถดถอยของร่างกายของผู้สูงอายุ 9 ด้าน (Community screening) และกำหนดแนวทางการดูแลส่งเสริมสุขภาพ (Intervention) (สันติ ลาภเบญจกุล, 2560) ติดตามประเมิน ผลลัพธ์ ใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการเคลื่อนไหว ด้านทันตสุขภาพ และด้านโภชนาการ การดำเนินงานโครงการใน ปีงบประมาณ 2565 มีการจัดประชุมคณะกรรมการเพื่อชี้แจงแนวทางการดำเนินงาน ติดตามผลการดำเนินงาน ปัญหา อุปสรรค และบูรณาการขับเคลื่อนเมืองที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2566 ลดขั้นตอนบริการลงให้เหมาะสม กับบริบทของแต่ละจังหวัด โดยมีกระบวนการ การคัดกรอง 9 ด้าน การจัดทำแผนส่งเสริมสุขภาพและจัดบริการตามแผน ติดตามประเมินซ้ำควบคู่กับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข (หมอกรอบครัว 3 หมอ) พัฒนาระบบการบันทึก ข้อมูลทุกระดับ และพัฒนาศูนย์สูงอายुरองรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย ในขณะเดียวกันมีการบริหารจัดการปัจจัยต่างๆที่ เกี่ยวข้อง ควบคู่ไปด้วย เช่น การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ พัฒนาระบบการเบิกจ่ายงบประมาณ และ พัฒนาเครื่องมือสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน รวมถึงการประสานความร่วมมือทุกภาคส่วนในการพัฒนาเมืองที่ เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ (เลขานุการคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปเขตสุขภาพที่ 4, 2566)

จากการปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุภายใต้โครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ปี 2565-2566 ที่ผ่านมา ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะประเมินผลสัมฤทธิ์ของโครงการพัฒนาระบบ ดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ ศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนารูปแบบ การดูแล ผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ โดยใช้แนวคิดการประเมินผล CIPP Model ของ Stufflebeam โดยผลจากการประเมินที่ได้จะ

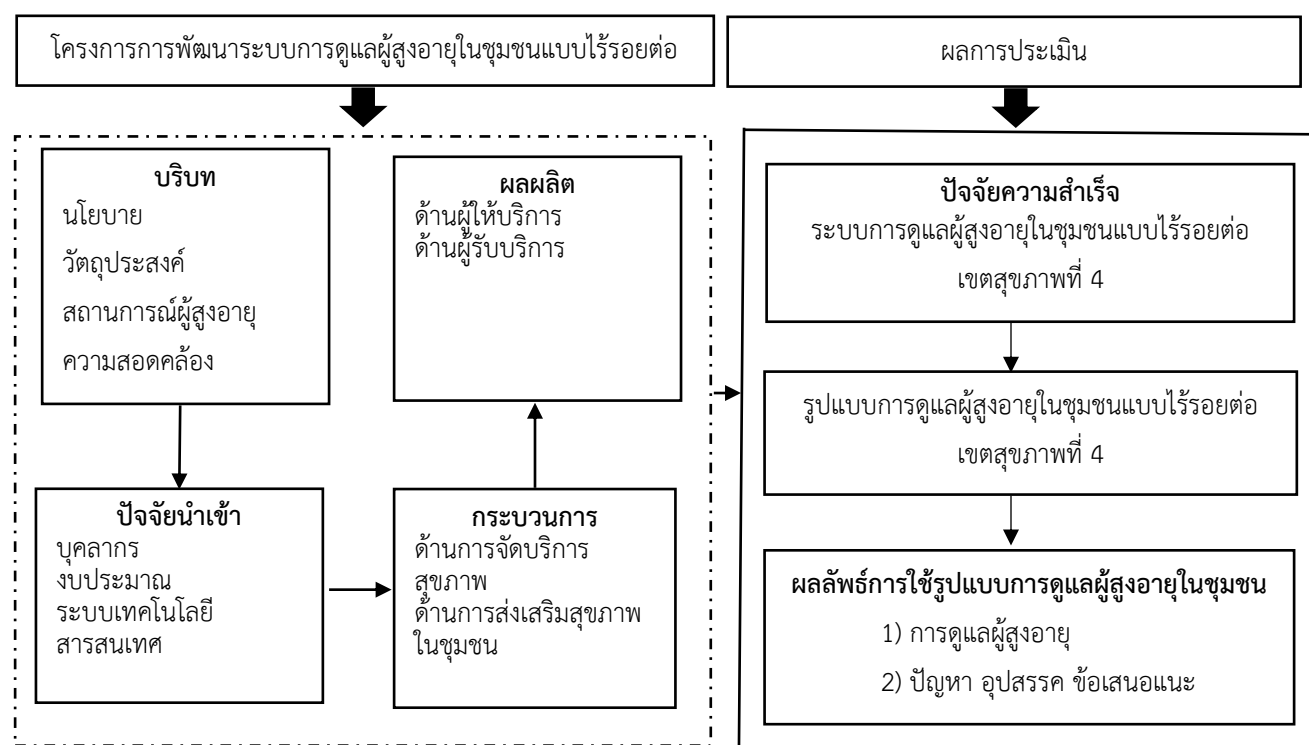


สามารถเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาตัดสินใจ และข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ในการขยายผลโครงการพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ และโครงการในลักษณะเดียวกัน ให้สามารถตอบสนองภารกิจของเขตสุขภาพที่ 4 ตามนโยบายปฏิรูปการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์ของงานวิจัย

1. เพื่อประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน ผลผลิต ของโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อเขตสุขภาพที่ 4
2. เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จ และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอแนะ ในการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ระเบียบวิธีวิจัย

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed method) ในการประเมินผลโครงการตามแนวคิด CIPP Model ด้วยวิธีศึกษาเชิงปริมาณและการศึกษาเชิงคุณภาพ ทำการศึกษา 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาเชิงปริมาณ (Survey research) ศึกษาบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิต โดยใช้แบบสอบถามข้อคิดเห็นของคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับเขตและบุคลากรสาธารณสุขทุกวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในหน่วยงานสาธารณสุข ของเขตสุขภาพที่ 4 ทั้ง 8 จังหวัด จำนวน 280 คน 2) การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study) เป็นการศึกษา ปัจจัยความสำเร็จ และพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ ด้วยการจัดเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการ บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในหน่วยงานสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 4 เลือกแบบกำหนดโควตาในทุกจังหวัด จำนวน 48 คน แบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็น 6 กลุ่มๆ ละ 8 คน สนทนากลุ่ม (Focus group) ในประเด็นที่กำหนด 3) ประเมินผลลัพธ์ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการใช้รูปแบบด้วยการสัมภาษณ์คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับเขต จำนวนทั้งสิ้น 20 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive selection)

ประชากร คือ คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับเขตและบุคลากรสาธารณสุขทุกวิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในหน่วยงานสาธารณสุขของเขตสุขภาพที่ 4 ทั้ง 8 จังหวัด ได้แก่ สระบุรี นนทบุรี ลพบุรี อ่างทอง นครนายก สิงห์บุรี พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี ทุกหน่วยบริการ หน่วยละ 1 คน จำนวนทั้งหมด 932 คน

เกณฑ์คัดเข้า มีดังนี้

- 1) ผู้ที่เป็นคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับเขตที่ร่วมโครงการ และยินดีให้ข้อมูล
- 2) ผู้ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 4 ในจังหวัด สระบุรี ลพบุรี นครนายก และปทุมธานี ที่ร่วมโครงการ และยินดีให้ข้อมูล

เกณฑ์คัดออก มีดังนี้

- 1) ผู้ที่เป็นคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับเขต ที่ไม่สามารถให้ข้อมูลได้
- 2) บุคลากรที่ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 4 ในจังหวัดอ่างทอง สิงห์บุรี พระนครศรีอยุธยา นนทบุรี

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงปริมาณ คำนวณโดยใช้สูตรของทาโร่ ยามานะ (Yamane, 1973) $n = N / (1 + Ne^2)$ เมื่อ n เท่ากับ กลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้ N เท่ากับ จำนวนประชากรทั้งหมด e เท่ากับ ความคลาดเคลื่อนที่จะยอมรับได้ 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 280 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างจากการเลือกจังหวัดและอำเภอแบบสุ่ม 3 ขั้นตอน (Three-stage random sampling scheme) โดยมีขั้นตอนดังนี้



1) นำรายชื่อจังหวัดทั้งหมดในเขตสุขภาพที่ 4 ทั้งหมด 8 จังหวัด มาเป็นกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 50 โดยวิธีการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling) ได้จังหวัดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดลพบุรี จังหวัดปทุมธานี จังหวัดนครนายก และจังหวัดสระบุรี

2) จากรายชื่อจังหวัดที่ได้ในข้อที่ 1 ทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ร้อยละ 30 ของอำเภอในแต่ละจังหวัด ได้อำเภอที่เป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 11 อำเภอ ดังนี้ จังหวัดลพบุรี 3 อำเภอ ประกอบด้วย อำเภอลำทะเมนชัย อำเภอเทพารักษ์ อำเภอโคกสำโรง จังหวัดสระบุรี 4 อำเภอ ได้แก่ ดอนพุด วิหารแดง แก่งคอย บ้านหม้อ จังหวัดปทุมธานี 3 อำเภอ ได้แก่ ลาดหลุมแก้ว สามโคก ธัญบุรี และจังหวัดนครนายก ได้แก่ อำเภอเมืองนครนายก

3) นำรายชื่ออำเภอที่ได้ในข้อ 2 กำหนดกลุ่มตัวอย่างบุคลากรทุกวิชาชีพตามจำนวนหน่วยบริการของแต่ละอำเภอที่สุ่มได้ แบบกำหนดโควตาอำเภอละ 20-30 คน ตามจำนวนหน่วยบริการให้ได้ขนาดตัวอย่างตามที่กำหนด 280 คน กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงคุณภาพ เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบจัดสรรตามโควตา จังหวัดละ 5 คน ร่วมกับศูนย์วิชาการที่เกี่ยวข้อง หน่วยงานละ 2 คน รวมทั้งสิ้น 48 คน ในการสนทนากลุ่มเพื่อพัฒนารูปแบบ และเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive selection) จากคณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับเขต เพื่อสัมภาษณ์ จำนวน 20 คน

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณ คือแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามงานวิจัยเรื่องการประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร (บรรจบ แสนสุข, จินตนา พลมีศักดิ์, นริศรา อารีรักษ์ และคณะ, 2566) ซึ่งประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ การศึกษาสูงสุด ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน จังหวัดที่ปฏิบัติงาน

ส่วนที่ 2 แบบประเมินบริบท จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินปัจจัยนำเข้า จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินกระบวนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินผลผลิต จำนวน 9 ข้อ

แบบสอบถามส่วนที่ 2 3 4 และ 5 เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งเป็น 5 ระดับ มีการแปลความหมายตามเกณฑ์ 5 ระดับช่วงคะแนน ดังนี้ 1 หมายถึงระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด 2 หมายถึง ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย 3 หมายถึง ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง 4 หมายถึง ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก 5 หมายถึง ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีการแปลความหมายตามเกณฑ์ 5 ระดับ (ชูศรี วงศ์รัตน์, 2553) ดังนี้

ช่วงคะแนน 1.00–1.49 หมายถึง ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อยที่สุด



ช่วงคะแนน 1.50–2.49 หมายถึง ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับน้อย

ช่วงคะแนน 2.50–3.49 หมายถึง ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับปานกลาง

ช่วงคะแนน 3.50–4.49 หมายถึง ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมาก

ช่วงคะแนน 4.50–5.00 หมายถึง ระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากที่สุด

2. เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่

1) แนวทางการสนทนากลุ่ม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นคำถามปลายเปิดแบบมีโครงสร้าง โดยมีประเด็นคำถาม คือ แนวทาง/ขั้นตอนการดำเนินโครงการ และความสมบูรณ์ของนวัตกรรมของโครงการ (Innovation characteristics) ประเมินปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะด้านบริบทภายนอก (Outer setting) ด้านบริบทภายใน (Inner setting) บุคลากร (Individuals) กระบวนการปฏิบัติการ (Implementation process) ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ

2) แบบสัมภาษณ์ถึงผลลัพธ์ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และความสอดคล้องตามกรอบแนวคิดในการวิจัย แบบสอบถามใช้เกณฑ์ในการคัดเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป ผลจากการวิเคราะห์ค่า IOC ของแบบสอบถามมีค่าระหว่าง 0.66 ถึง 1.00 หลังปรับปรุงแบบสอบถามนำไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดอ่างทอง จำนวน 30 คน เพื่อหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถาม โดยวิธี Cronbach's alpha Coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณในระหว่างเดือน พฤษภาคม ถึง เดือนสิงหาคม 2566 ผู้วิจัยจัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากสาธารณสุขจังหวัดที่ถูกสุ่มเป็นพื้นที่เก็บข้อมูล โดยได้แบบสอบถามตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างไปพร้อมด้วย ติดตาม และรวบรวมแบบสอบถาม จากผู้ประสานงานวิจัยในแต่ละจังหวัดได้รับคืนรวม 280 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100 แล้วนำมาตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องเพื่อเตรียมนำไปวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

ขั้นตอนที่ 2) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566 ด้วยการจัดเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการแบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็น 6 กลุ่ม แต่ละกลุ่มประกอบด้วยสมาชิกจาก 8 จังหวัด โดยทีมผู้วิจัยใช้แนวทางสนทนากลุ่มนำสนทนากลุ่มในประเด็นที่กำหนด ใช้เวลารวม 2 ชั่วโมง 30 นาที

ขั้นตอนที่ 3) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์คณะอนุกรรมการฯ ในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2566



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิจัยเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา ด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. การวิจัยเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content analysis) ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) วิเคราะห์เนื้อหาเพื่อจัดหมวดหมู่ (Category) นำมาสังเคราะห์เป็นประเด็นร่วม หรือประเด็นหลัก แล้วอธิบายเนื้อหา สรุปผลเพื่อยกร่างรูปแบบฯ ตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ด้วยเทคนิคการสรุปอุปนัย

จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับเอกสารรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก เลขที่ 6/2566 ลงวันที่ 16 มีนาคม 2566 คณะผู้วิจัยดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยทุกขั้นตอน พร้อมทั้งให้ความมั่นใจกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อปกป้องสิทธิของกลุ่มตัวอย่างไม่ให้ได้รับผลกระทบ

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับเขตและบุคลากรที่ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 280 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.90 เพศชาย ร้อยละ 9.10 ช่วงอายุที่พบบ่อยที่สุดคือ ช่วงอายุ 45-50 ร้อยละ 23.40 และช่วงอายุระหว่าง 50-55 ร้อยละ 17.02 ตามลำดับ ระดับการศึกษาที่พบบ่อยที่สุดคือ ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 85.40 และระดับที่สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 7.90 ตามลำดับ สถานภาพสมรสที่พบบ่อยที่สุดคือ สมรส ร้อยละ 53.80 และโสด ร้อยละ 38.90 ตามลำดับ วิชาชีพที่พบบ่อยที่สุดคือ พยาบาล ร้อยละ 54.10 และ นักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 31.00 ตามลำดับ สถานที่ปฏิบัติงานที่พบบ่อยที่สุดคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สธ.) ร้อยละ 73.60 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ร้อยละ 7.60 มีประสบการณ์การทำงานที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุมากที่สุด 38 ปี และน้อยที่สุด 4 เดือน

ส่วนที่ 2 ผลการประเมินโครงการด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการและผลผลิต

การประเมินด้านบริบท ภาพรวมทั้ง 5 ประเด็นระดับมาก ($\bar{X}=3.95$, S.D.=0.04) การประเมินปัจจัยนำเข้า ภาพรวมทั้ง 6 ประเด็นระดับมาก ($\bar{X}=3.51$, S.D.=0.09) การประเมินด้านกระบวนการภาพรวมทั้ง 10 ประเด็นระดับมาก ($\bar{X}=3.69$, S.D.=0.04) และการประเมินด้านผลผลิตภาพรวมทั้ง 9 ประเด็นระดับมาก ($\bar{X}=3.70$, S.D.=0.05) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของโครงการ (n=280)

ปัจจัย	ประเด็นสำคัญ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านบริบท	การดำเนินโครงการมีความจำเป็นในการสร้างเสริมสุขภาพและดูแล	4.02	0.69	มาก
	ผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ			
	ค่าเฉลี่ย 5 ประเด็น	3.95	0.04	มาก

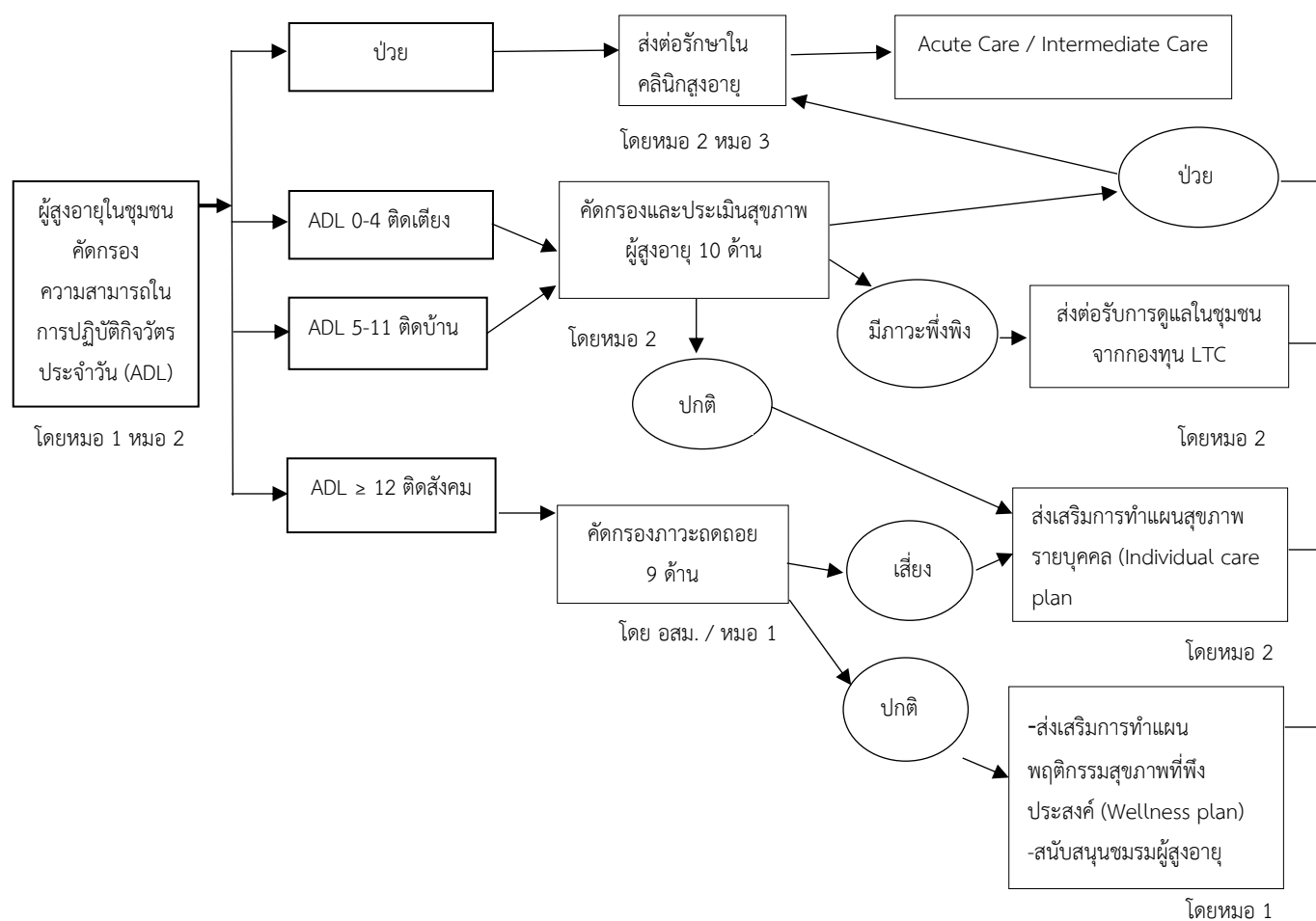


ตารางที่ 1 การประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของโครงการ (ต่อ)

ปัจจัย	ประเด็นสำคัญ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ด้านปัจจัยนำเข้า	คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบฯมาจากหลายภาคส่วน มีความรู้ ความสามารถ	3.86	0.73	มาก
	ค่าเฉลี่ย 6 ประเด็น	3.51	0.09	มาก
ด้านกระบวนการ	การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะถดถอยมีความเหมาะสม	3.76	0.75	มาก
	ค่าเฉลี่ย 10 ประเด็น	3.69	0.04	มาก
ด้านผลผลิต	ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพตามวัตถุประสงค์โครงการ	3.81	0.73	มาก
	ค่าเฉลี่ย 9 ประเด็น	3.70	0.05	มาก

ส่วนที่ 3 ผลการศึกษาปัจจัยความสำเร็จ และการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ (n=48)

จากข้อมูลกิจกรรมสนทนากลุ่ม ศึกษาเอกสาร ทบทวนวรรณกรรม มีแนวทางการดำเนินดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อเขตสุขภาพที่ 4 ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ เขตสุขภาพที่ 4



ผลการวิเคราะห์การดำเนินงานจากแนวทางที่มี และจากผลการทำ Focus group พบปัจจัยความสำเร็จ และนำมาพัฒนาเป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ ของเขตสุขภาพที่ 4 ดังนี้

1. ปัจจัยความสำเร็จ ประกอบด้วย บุคลากรที่มีทัศนคติที่ดี มีแรงจูงใจในการทำงาน ผู้บริหารให้ความสำคัญ ทีมงานทุกระดับสนับสนุนการมีหลักการดำเนินงานที่ชัดเจน มีนวัตกรรมที่มีความน่าเชื่อถือและมีประโยชน์ ความร่วมมือจากเครือข่ายหน่วยงานภายนอก ความสนใจและมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและญาติ

2. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อเขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย

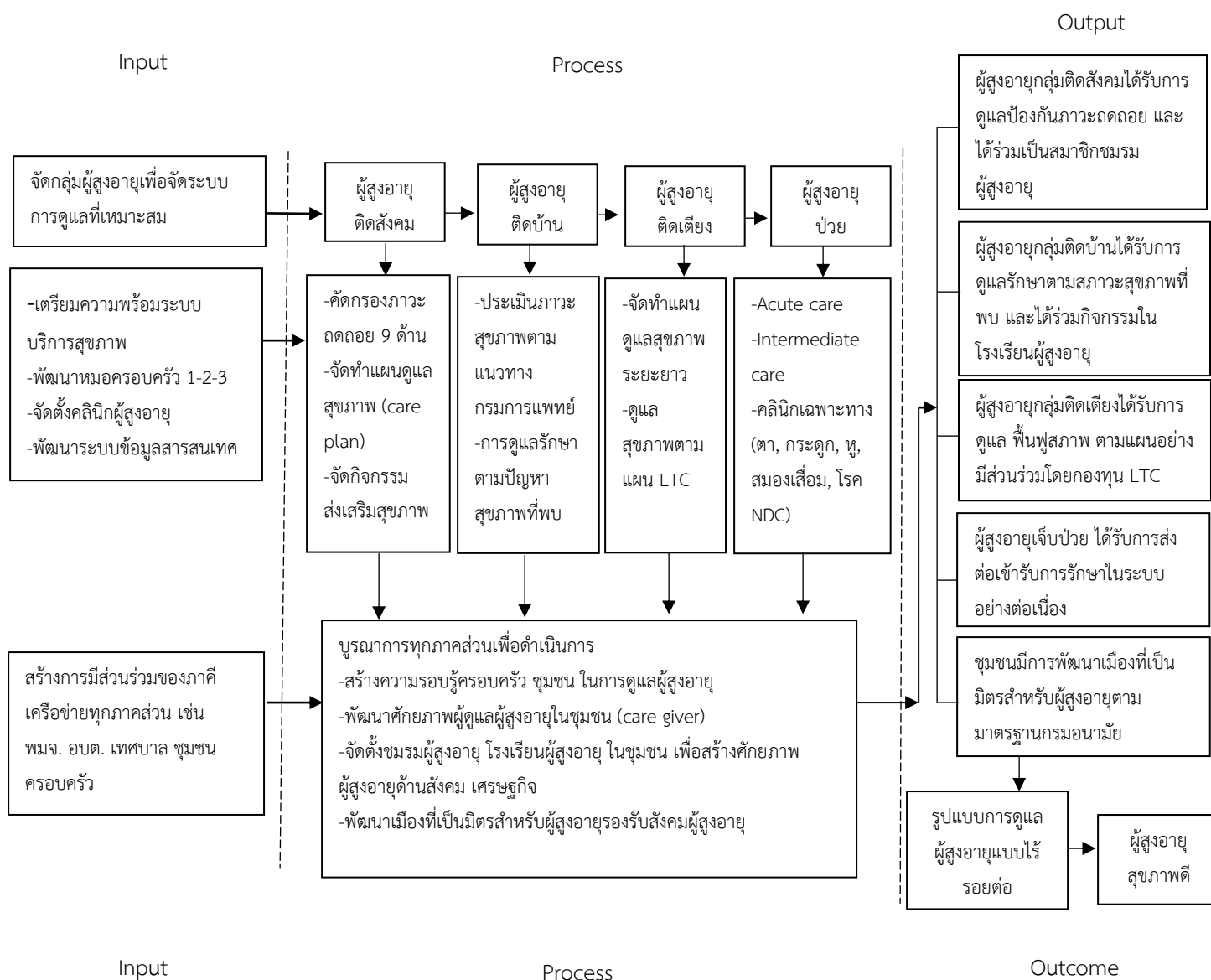
1) ด้านบริบท เขตสุขภาพที่ 4 กำหนดนโยบายการปฏิรูประบบสาธารณสุข (Big Rock) 5 ด้าน และจัดตั้งคณะกรรมการด้านต่างๆ เพื่อสนับสนุนการปฏิรูป (Sand Box) ในแต่ละด้าน โดยด้านที่ 3 คือประเด็นผู้สูงอายุโดยพัฒนาควบคู่กับการขับเคลื่อนเมืองสุขภาพดี (Healthy City) ขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

2) ด้านปัจจัยนำเข้า มีการจัดกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อจัดระบบการดูแลที่เหมาะสม จัดตั้งคณะกรรมการเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงาน มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร มีการสนับสนุนงบประมาณสนับสนุนให้ทุกจังหวัดและบริหารจัดการในภาพเขต จัดทำแบบคัดกรอง และอุปกรณ์ต่างๆในการดำเนินงาน เตรียมความพร้อมระบบบริการ เชื่อมโยงระบบบริการ และการเบิกจ่ายค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ Care-Code-Claim

3) ด้านกระบวนการ กำหนดการดูแลตามกลุ่มเป้าหมาย เป็น 4 กลุ่ม กลุ่มติดสังคม (Healthy elderly) ดูแลด้วยการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล และส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะถดถอย กลุ่มติดบ้าน ดูแลด้วยการคัดกรองภาวะสุขภาพ จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล และส่งเข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุหากมีภาวะเจ็บป่วย กลุ่มติดเตียงมีภาวะพึ่งพิง (Dependent elderly) จะได้รับการดูแลระยะยาว (Long term care) ในชุมชนด้วยความร่วมมือของกองทุนการดูแลระยะยาวในองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วย (Illness elderly) จะได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ ทั้งระยะวิกฤต (Acute/Emergency care) และการดูแลระยะกลาง (Intermediate care)

4) ด้านผลลัพธ์ กำหนดเป้าหมายที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี จำแนกตามประเภทของผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมได้รับการดูแลป้องกันภาวะถดถอย และได้ร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านได้รับการดูแลรักษาตามสภาวะสุขภาพที่พบ และได้ร่วมกิจกรรมในโรงเรียนผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงได้รับการดูแลฟื้นฟูสภาพตามแผนอย่างมีส่วนร่วมโดยกองทุน LTC ในชุมชน ในขณะที่ชุมชนมีการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุตามมาตรฐานกรมอนามัยผู้สูงอายุเจ็บป่วย ได้รับการส่งต่อเข้ารับการรักษาในระบบอย่างต่อเนื่อง

สรุปการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ เขตสุขภาพที่ 4 ได้ดัดแปลงภูมิที่ 2



แผนภูมิที่ 2 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ เขตสุขภาพที่ 4

ส่วนที่ 4 การประเมินผลลัพธ์ / ปัญหา/อุปสรรค/ข้อเสนอแนะ ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ

4.1 ด้านผลลัพธ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างยืนยันรูปแบบที่พัฒนาและดำเนินการตามแนวทางในรูปแบบ พบว่า ประชากรผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 851,725 คน ได้รับการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน ร้อยละ 68.59 พบความเสี่ยง ด้านการเคลื่อนไหว ร้อยละ 7.10 ด้านสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 8.39 และด้านขาดสารอาหาร ร้อยละ 1.73 กลุ่ม



เสี่ยงที่พบได้รับการส่งเสริมสุขภาพ (Intervention) รวม 3 ด้าน ร้อยละ 68.54 ติดตามประเมินซ้ำพบผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยน้อยลง พบค่าคะแนนคัดกรองแล้วพบภาวะถดถอยดีขึ้น (Reverse) ร้อยละ 60.82

4.2 ปัญหา/อุปสรรค 1) ด้านบุคลากร พบว่าศักยภาพและอัตราการกำลังของบุคลากรที่ไม่เพียงพอ การแบ่งบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบใน รพ.สต. ที่ถ่ายโอน ไม่ชัดเจน บทบาทคณะทำงานทับซ้อนกัน 2) ด้านเครื่องมือ การใช้เครื่องมือหลากหลายรูปแบบจากหลายหน่วยงาน อุปกรณ์มีไม่เพียงพอ 3) ด้านบริบท สถานการณ์ที่ควบคุมไม่ได้ด้วยโรคระบาด อุทกภัย และความเชื่อของผู้สูงอายุ ขาดความร่วมมือจากท้องถิ่น ผู้สูงอายุได้รับการดูแลไม่ครบถ้วนตามชุดสิทธิประโยชน์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และระบบการดูแลที่ไม่ต่อเนื่องระหว่างการดูแลแต่ละระดับ 4) ด้านงบประมาณ ระเบียบทางด้านการเงินการพัสดุที่ไม่เอื้ออำนวย การจัดสรรงบประมาณล่าช้า 5) ด้านกระบวนการ การถ่ายทอดข้อมูลแนวทางการดำเนินโครงการและการคืนข้อมูลที่ไม่ชัดเจน ระบบการรายงานผลหลากหลาย แอปพลิเคชันฐานข้อมูลมีความหลากหลายและไม่เชื่อมโยง

4.3. ข้อเสนอแนะ มีดังนี้ 1) ควรกำหนดแนวทางหรือตัวชี้วัดที่ชัดเจนและชี้แจงอย่างทั่วถึงและปรับเปลี่ยนประเมินให้ง่ายขึ้นและกระชับ 2) สนับสนุนงบประมาณต่อเนื่อง และควรประสานแหล่งงบประมาณอื่นๆเพิ่มเติม 3) บูรณาการความร่วมมือภาคส่วนต่างๆ ในการพัฒนาผ่านการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย 4) เพิ่มอัตราการกำลังบุคลากร (หมอ 2/3) รองรับภาระงานที่เพิ่มขึ้นและสร้างทีมงาน 5) พัฒนาบุคลากรในด้านความรู้และประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ 6) ควรบูรณาการเครื่องมือการบันทึกข้อมูล การรายงานร่วมกันระหว่างกรมต่างๆ 7) ขับเคลื่อนการจัดบริการคัดกรอง-ส่งเสริมสุขภาพ เป็นชุดสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

อภิปรายผล

การประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตของโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อโดยเน้นการป้องกันภาวะถดถอย พบว่า 1) การประเมินด้านบริบท พบปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่สำคัญและเร่งด่วน นโยบายเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น จึงได้มีการกำหนดกิจกรรมบริการคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน และให้บริการส่งเสริมสุขภาพในด้านการเคลื่อนไหว ด้านสุขภาพช่องปากและด้านโภชนาการที่เพิ่มขึ้น เพื่อดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่เริ่มมีภาวะถดถอย โดยเฉพาะด้านการเคลื่อนไหว ด้านสุขภาพช่องปาก และด้านโภชนาการที่พบว่ามีความเสี่ยงมากที่สุด 3 ลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบรรจบ แสนสุข และคณะ (2566) ที่ประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการพัฒนาสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร พบว่าปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ถูกกำหนดให้เป็นวาระสำคัญและเร่งด่วน และมีการนำนโยบายการดูแลผู้สูงอายุมาขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง 2) การประเมินปัจจัยนำเข้า พบว่าคณะอนุกรรมการฯ เป็นผู้ที่มีความรู้ มีความสามารถ แสดงบทบาทหน้าที่ตามความรับผิดชอบระดับมาก มีระบบดำเนินงาน กำกับติดตามชัดเจน ระบบข้อมูลผู้สูงอายุเพียงพอในการวางแผน โดยมีบุคลากรที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ทำหน้าที่ ติดตามรายงานในระดับมาก นับว่าปัจจัยนำเข้า



ด้านบุคลากรมีความพร้อม มีการกำหนดหน้าที่รับผิดชอบที่ชัดเจน ส่งผลให้การดำเนินโครงการเป็นไปตามวัตถุประสงค์ ถึงแม้จะพบว่าการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ อยู่ในระดับกลาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนภัก นิธิวิจิตร (2562) ที่ศึกษาการประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม เขตสุขภาพที่ 9 พบว่าการดำเนินงานการประเมินด้านปัจจัยนำเข้า มีความพร้อมด้านบุคลากร แต่ยังขาดความพร้อมด้านทรัพยากร งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ และสถานที่ 3) การประเมินด้านกระบวนการ พบว่า การดำเนินกิจกรรมโครงการ 4 ขั้นตอน มีความเหมาะสมต่อผู้สูงอายุหรือกลุ่มเป้าหมายในชุมชน มีการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะถดถอยเข้ารับการรักษอย่างต่อเนื่อง มีการสรุปและประเมินผลการดำเนินงาน ติดตามกำกับ ให้ข้อมูลสะท้อนกลับแก่ผู้ให้บริการ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างไร้รอยต่อตามวัตถุประสงค์ของโครงการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบรรจบ แสนสุข และคณะ (2566) ที่พบว่ามีการเชื่อมโยงดูแลไร้รอยต่อและการส่งต่อข้อมูลในการดูแลผู้สูงอายุในช่องทางอื่น มีการประชุมเพื่อติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง 4) การประเมินด้านผลผลิต พบว่าบุคลากรมีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดำเนินงานในภาพรวม ผู้สูงอายุในชุมชนที่มีภาวะถดถอยมีสุขภาพดีขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนาศักยภาพบุคลากร หมอ 1 หมอ 2 ในการดูแลผู้สูงอายุตามแนวทางการดูแลที่พัฒนาขึ้น ทำให้ผู้สูงได้รับบริการทั่วถึง ส่งผลให้มีสุขภาพดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิราภรณ์ ณรงค์ราช และคณะ (2566) ที่ศึกษาประสิทธิผลของการพัฒนาระบบบริการแบบไร้รอยต่อในการบริบาลฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลาง เครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าบุคลากรทีมสหวิชาชีพพึงพอใจต่อการพัฒนาและผู้ป่วยมีสภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น

ปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความสำเร็จในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อ ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ 1) ด้านบริบท ได้แก่ ความร่วมมือจากเครือข่ายหน่วยงานภายนอก ความสนใจและมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุและญาติ 2) ด้านปัจจัยนำเข้า คือบุคลากรต้องมีทัศนคติที่ดีจึงก่อให้เกิดความมุ่งมั่น แรงจูงใจในการทำงาน บุคลากรมีศักยภาพ โดยมีผู้บริหารให้ความสำคัญและทีมงานทุกระดับสนับสนุน และ 3) ด้านกระบวนการ พบว่าการมีหลักการการทำงานที่ชัดเจน มีนวัตกรรมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่น่าเชื่อถือมีประโยชน์ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงกับผู้สูงอายุในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันภาวะถดถอย สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจพร สุธรรมชัย และคณะ (2558) ศึกษาการสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการพบว่าผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุทุกฝ่ายมีเจตคติที่ดีต่อการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ความมุ่งมั่นของบุคลากร รวมทั้งการจัดระบบความสัมพันธ์ของผู้เกี่ยวข้องในรูปของภาคี-เครือข่าย การสร้างความร่วมมือ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้เกิดความสำเร็จ และการศึกษาของวัชรพล ในอรุณ และคณะ (2566) ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายของจังหวัดสระบุรีพบว่าผู้บริหารระดับเขต/จังหวัดให้ความสำคัญ บุคลากรมีศักยภาพเป็นจุดแข็งที่ทำให้การพัฒนารูปแบบประสบความสำเร็จ

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ เขตสุขภาพที่ 4 ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้ 1) ด้านบริบท คือต้องมีนโยบายชัดเจนสอดคล้องกับสถานการณ์ผู้สูงอายุ 2) ด้านปัจจัยนำเข้า ควรคัดกรองจัดกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อจัดระบบการดูแลที่เหมาะสม เตรียมความพร้อมของระบบบริการสุขภาพด้วยการพัฒนาศักยภาพหมอบรรดาคือ จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน 3) ด้านกระบวนการ ประกอบด้วยกิจกรรม



คัดกรองภาวะถดถอย กลุ่มติดสังคม ประเมินภาวะสุขภาพกลุ่มติดบ้าน ดูแลรักษา ส่งเสริม ตามปัญหาที่พบ กลุ่มติดเตียง จัดทำแผนดูแลสุขภาพระยะยาวในชุมชน ดูแลรักษา ผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยในระยะเฉียบพลัน ระยะกึ่งเฉียบพลัน และดูแลเฉพาะทางในคลินิกผู้สูงอายุ ควรบูรณาการทุกภาคส่วนเพื่อสร้างความรอบรู้ให้กับครอบครัว ชุมชน พัฒนาศักยภาพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) และพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ 4) ด้านผลลัพธ์ ควรกำหนดเป้าหมายที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ในผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบรรจบ แสนสุขและคณะ (2566) ที่พบว่ารูปแบบ การดำเนินงานซึ่งมีอยู่ 5 องค์ประกอบที่สอดคล้องกัน ได้แก่ การมีนโยบายที่ชัดเจน ความพร้อมด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ และการจัดการที่ดี มีการดำเนินงานที่เข้มข้น การคัดกรองและส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง ระบบการส่งต่อ ผู้ป่วย การดูแลรักษาเฉพาะทาง การดูแลที่ต่อเนื่อง การดำเนินงานภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมและการบูรณาการของ ภาคีเครือข่าย และยังสอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญจันทร์ แสนประสาน และคณะ (2560) ศึกษาปัจจัยสนับสนุนระบบ การดูแลแบบไร้รอยต่อของเครือข่ายการพยาบาลโรคหัวใจ ที่พบว่า การดูแลผู้ป่วยอย่างไร้รอยต่อ จะต้องมียุทธศาสตร์ที่ ชัดเจน มีส่วนร่วมของทีม เครือข่ายมีความเข้มแข็ง

ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะจากการใช้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ พบประเด็นต่างๆ ดังนี้ 1) ด้านบริบท พบ อุปสรรคที่สำคัญ คือ ความเชื่อของผู้สูงอายุที่ไม่เห็นความสำคัญของการคัดกรองภาวะถดถอย โดยเชื่อว่าภาวะถดถอยเป็น เรื่องของธรรมชาติ สังคมของมนุษย์จึงไม่เข้ารับการคัดกรอง และมีปัญหาอุทกภัยในพื้นที่จังหวัดสิงห์บุรี พระนครศรีอยุธยา ปทุมธานี และนนทบุรี ส่งผลกระทบต่อการดำเนินงาน ในด้านคมนาคม ด้านสังคม และการมีส่วนร่วม ของชุมชนในการดำเนินการคัดกรองและให้บริการส่งเสริมสุขภาพ จะเห็นได้จากผลการดำเนินงานของจังหวัดดังกล่าวต่ำกว่าจังหวัดอื่นๆ สอดคล้องกับการศึกษาของสมิตานันท์ ไชยคำ และคณะ (2566) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการ จัดการปัญหาอุทกภัย หมู่ที่ 2 บ้านโรงวัว ในเขตเทศบาลตำบลหนองหอย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าปัญหา อุทกภัยของชุมชนส่งผลกระทบทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม การคมนาคม สิ่งแวดล้อม และระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน 2) ด้านกระบวนการ พบอุปสรรคที่สำคัญคือฐานข้อมูลไม่ครอบคลุมและไม่เชื่อมโยงกัน ขาดความร่วมมือจากท้องถิ่น เนื่องจากไม่เข้าใจ ผู้สูงอายุได้รับการดูแลไม่ต่อเนื่องระหว่าง การดูแลแต่ละระดับซึ่งไม่ชัดเจน จะเห็นได้ว่าการที่ กระบวนการจะสำเร็จได้และส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลนั้น ฐานข้อมูลต้องครอบคลุมทุกระดับและมีการเชื่อมโยง บูรณาการกัน และกำหนดแนวทางที่ชัดเจนพร้อมทั้งประชาสัมพันธ์สร้างความเข้าใจให้กับภาคีเครือข่ายในส่วนท้องถิ่นที่ รับถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของวิราภรณ์ ณรงค์ราช และคณะ (2565) ที่ศึกษาประสิทธิภาพ ของการพัฒนาแบบบริการแบบไร้รอยต่อในการบริหารฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วยระยะกลางเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าไม่มี ระบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ชัดเจน เจ้าหน้าที่ขาดข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายจากการส่งต่อข้อมูลไม่ต่อเนื่องถึงผู้ที่ เกี่ยวข้อง และบุคลากรส่วนท้องถิ่นขาดความเข้าใจและประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ การออกให้บริการไม่เป็นไปตาม แผนการรักษาที่วางแผนไว้ และสอดคล้องกับสุพัตรา ศรีวิชชากร และคณะ (2556) ที่วิจัยบูรณาการเพื่อพัฒนารูปแบบ การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมพบว่า เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ขาดความรู้ความเข้าใจในการทำงาน ด้านผู้สูงอายุ ไม่มีข้อมูลผู้สูงอายุที่ครอบคลุมและทั่วถึง และปัญหาการบริหารจัดการงบประมาณ



ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่าผลการดำเนินโครงการมีความเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่ พบปัญหาอุปสรรคบ้างในส่วนของการดำเนินงานรูปแบบใหม่ที่ต้องพัฒนาระบบฐานข้อมูล ระบบบริการควบคู่กัน ประกอบกับการขาดแคลนบุคลากรที่มีความรู้เฉพาะทางในการดูแลผู้สูงอายุ แต่ด้วยปัจจัยความสำเร็จ ที่พบว่าผู้บริหารให้ความสำคัญ บุคลากรที่มีทัศนคติที่ดี มีแรงจูงใจในการทำงานจึงทำให้ดำเนินการโครงการได้บรรลุวัตถุประสงค์ ภายใต้อุปสรรคด้านบริบทที่ไม่สามารถแก้ไขได้ และเกิดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ 4 องค์ประกอบ ที่จัดบริการเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มเป้าหมายแต่ละประเภท ออกแบบให้มีความเชื่อมโยงอย่างไร้รอยต่อ เน้นการมีส่วนร่วมและบูรณาการดำเนินงานร่วมกัน การนำนวัตกรรมหรือการบริการสร้างเสริมสุขภาพ (Intervention) เข้ามาเชื่อมรอยต่อระหว่างระบบสุขภาพ และพัฒนากลไกการขับเคลื่อนระบบการดูแลสุขภาพที่เป็นรูปธรรมชัดเจนทั้งในระดับจังหวัดและในระดับชุมชนทั้งนี้การนำเอารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุนี้ไปประยุกต์ใช้จะส่งผลให้ผู้สูงอายุทุกกลุ่มได้รับการดูแลแบบไร้รอยต่อ อย่างเหมาะสมโดยคำนึงถึงความแตกต่างด้านบริบทและความต้องการของผู้สูงอายุในพื้นที่

การนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. สามารถจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 4 ให้มีความเหมาะสมกับบริบทและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และประยุกต์ใช้ในพื้นที่อื่นๆได้
2. รู้แนวทางการบริหารและการพัฒนาในการขับเคลื่อนการเตรียมความพร้อมของชุมชนรองรับสังคมผู้สูงอายุ เต็มรูปแบบ (Aging Society) เช่น เครื่องมือ บุคลากร และการเสนอนโยบาย
3. ใช้เป็นแนวทางการบูรณาการความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆในการขับเคลื่อนเชิงนโยบาย ในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ รองรับสังคมผู้สูงอายุ
4. เสนอข้อมูลให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อผลักดันชุดสิทธิประโยชน์กลุ่มผู้สูงอายุ ให้ครอบคลุมกิจกรรมบริการที่เกิดขึ้นใหม่ เช่น การคัดกรองภาวะถดถอย 9 ด้าน การส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันภาวะถดถอยในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเพิ่มกลุ่มประชากรผู้สูงอายุในการศึกษาให้การประเมินสะท้อนถึงสถานการณ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 มากยิ่งขึ้น
2. ควรนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อเขตสุขภาพที่ 4 ที่ได้ไปทดลองใช้ในพื้นที่อื่น และทำการประเมินรูปแบบ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลให้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนแบบไร้รอยต่อในพื้นที่เขตสุขภาพมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชัยวุฒิ เทโพธิ์ ผู้ช่วยอธิการบดีมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ในพระบรมราชูปถัมภ์ สระแก้ว แพทย์หญิงอรรรัตน์ จันทรเพ็ญ นายแพทย์สาธารณสุข



จังหวัดนครนายก แพทย์หญิงมัลลิกา ชวนเสงี่ยม อาจารย์คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ จังหวัดปทุมธานี นายแพทย์สันติ ลาภเบญจกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าวัง จังหวัดลพบุรี ที่สนับสนุนและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้บริหารทุกท่าน คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับเขต และบุคลากรผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 4 ทั้ง 8 จังหวัด ที่ได้กรุณาสับสนุนให้เกิงานวิจัยในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

- กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ. (2562). รายการข้อมูลสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุ. สืบค้นจาก <https://dopah.anamai.moph.go.th/25640112111.PDF>
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. (2553). เทคนิคการเขียนเค้าโครงการวิจัย : แนวทางสู่ความสำเร็จ (พิมพ์ครั้งที่ 2). นนทบุรี : บริษัท ไทเนรมิตกิจ อินเตอร์ โพรเกรสซิฟ จำกัด
- นภัก นิธิวิธธร. (2562). การประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*, 13(31), 105-118.
- เบญจพร สุธรรมชัย, จิราพร เกศพิชญวัฒนา และนภัส แก้ววิเชียร. (2558). การสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(6), 1018-1029.
- บรรจบ แสนสุข, จินตนา พลมีศักดิ์, นริศรา อารีรักษ์ และถนอม นามวงษ์. (2566). การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชนสู่บริหารสุขภาพอย่างไร้รอยต่อ จังหวัดยโสธร. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*, 9(3), 179-190.
- เพ็ญจันทร์ แสนประสาน, ดวงกมล วัตราดุล, ลัดดาวัลย์ เตชะกุง และนวลโย พิศชาติ. (2560). ปัจจัยสนับสนุนระบบการดูแลแบบไร้รอยต่อของเครือข่ายการพยาบาลโรคหัวใจ. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 28(2), 154-167.
- เลขานุการคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปเขตสุขภาพที่ 4. (2566). *แนวทางการดำเนินงานพัฒนาระบบดูแลผู้สูงอายุไร้รอยต่อในเขตสุขภาพที่ 4 ปี 2566*. โรงพิมพ์สระบุรี.
- วัชรพล ในอรุณ, ยอดชาย สุวรรณวงษ์ และสุรัสดา นະสีดา. (2566). การพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการระบบดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อภาวะถดถอยทางกายของจังหวัดสระบุรี. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(4), 755-785.
- วิราภรณ์ ณรงค์ราช และมะลิวรรณ อังคณิตย์. (2565). ประสิทธิภาพของการพัฒนาระบบบริการแบบไร้รอยต่อในการบริหารฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยระยะกลางเครือข่ายจังหวัดร้อยเอ็ด. *ศรีนครินทร์เวชสาร* 2565, 37(6).



เอกสารอ้างอิง

- สันติ ลาภเบญจกุล. (2560). *ทิศทางความต้องการด้านการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ: ลำสนธิโมเดล* [เอกสารนำเสนอประกอบการประชุม]. ประชุมวิชาการนานาชาติรางวัลสมเด็จเจ้าฟ้ามหิดล ประจำปี 2560, สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สมิตตานันท์ ไชยคำ, กฤตบุญ คำทิพย์โพธิ์ทอง, ชินวุฒิ รัตนพัวพันธ์ และรุ่งนภา อุดมมะธานี. (2566). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการปัญหาอุทกภัย หมู่ที่ 2 บ้านโรงวัว ในเขตเทศบาลตำบลหนองหอย อำเภอเมือง*.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก. (2565). *ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์ (HDC)*. สืบค้นจาก <https://noph.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php>
- สุภัตรา ศรีวณิชชากร. (2556). *โครงการวิจัยบูรณาการเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม*. รายงานการวิจัย. นครปฐม: สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน.
- Yamane, T. (1973). *Statistics: an introductory analysis*. New York: New York: Harper & Row.
- World Health Organization. (2019). *Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework: Guidance for systems and services*. World Health Organization. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789241515993>