

การศึกษารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส

พิรพรรณ ชีวียะ ส.ม.* ยามีละ มุขอ ส.ม.**

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาองค์ประกอบและรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาส 2) ประเมินความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของรูปแบบฯ และ 3) ศึกษาปัจจัยขับเคลื่อนในการดำเนินงานรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 การทบทวน-วิเคราะห์เอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบและรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนที่ 2 วิจัยเชิงปริมาณ ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบฯ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 178 คน โดยวิธีการสุ่มแบบบังเอิญ เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามสำรวจความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่อระดับความเหมาะสมของรูปแบบฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่านได้ค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (index of item objective congruence: IOC) ระหว่าง 0.67-1.00 และตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ ส่วนที่ 3 การสนทนากลุ่มศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพถึงปัจจัยขับเคลื่อนการดำเนินงานรูปแบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 170 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบบันทึกสรุปประเด็น ตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ วิเคราะห์ข้อมูลหาความถูกต้องและความเกี่ยวข้องของเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ขับเคลื่อนภายใต้นโยบายชาธิวาส ประกอบด้วย การคัดกรองสุขภาพแบบบูรณาการ 9 ด้าน ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ คลินิกผู้สูงอายุสะดวก คลินิกชาธิวาสเคลื่อนที่ การใช้ digital health และ telemedicine การส่งต่อแบบไร้รอยต่อ การดูแลผู้ป่วยระยะกลาง การเชื่อมโยงบริการปฐมภูมิ ด้วย 3 หมอ การส่งเสริมพฤติกรรมพึงประสงค์ให้แก่ผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการสูงอายุระดับจังหวัด บันทึกความเข้าใจ (memorandum of understanding: MOU) ของภาคีเครือข่าย 7 กระทรวง และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับอำเภอ

ผลการประเมินแบบฯ พบว่า รูปมีความเหมาะสมในภาพรวม ระดับมาก ($\bar{x}=3.89$, $SD=0.81$) โดยด้านที่มีระดับความเหมาะสมสูงสุด คือ ด้านการอำนวยความสะดวก ($\bar{x}=4.01$, $SD=0.79$) และ ด้านระบบบริการ ($\bar{x}=4.01$, $SD=0.78$) รองลงมา คือ ทีมงานที่มีประสิทธิภาพ ($\bar{x}=3.99$, $S.D=0.79$) และด้านการจัดองค์กร ($\bar{x}=3.96$, $SD=0.81$) ตามลำดับ ปัจจัยขับเคลื่อนการดำเนินงานรูปแบบที่สำคัญ คือ นโยบายที่ชัดเจน การกำหนดทิศทางเป็นไปในแนวทางเดียวกัน กระบวนการติดตามงานที่เป็นรูปธรรม การจัดบริการสุขภาพที่มีมาตรฐานแบบบูรณาการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัลในระบบรายงาน การตรวจรักษาด้วย telemedicine ระบบการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ การมี MOU ของภาคีเครือข่าย 7 กระทรวง และการจัดมหกรรมชาธิวาสอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ รูปแบบ

วันที่รับบทความ 28 ธันวาคม 2566 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 13 กุมภาพันธ์ 2567 วันที่ตอบรับบทความ 14 กุมภาพันธ์ 2567

*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ

อีเมล peewanc@gmail.com

**นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส

The study of older adult healthcare model in Narathiwat Province

Peerawan Cheewaiya M.P.H.* Yameilah Musor M.P.H.**

Abstract

This descriptive research aimed to 1) study the components and patterns of older adult healthcare model in Narathiwat Province, 2) access opinions on the appropriateness of the model, and 3) examine driving factors in the implementation of older adult healthcare model. It was divided into three parts. Part I Review and analyze of documents and relevant literature regarding components and patterns of older adult healthcare model. Part II Quantitative research: The appropriateness of older adult healthcare models was evaluated. Random accidental sampling was used to recruit 178 individuals. A questionnaire was utilized to gauge opinions of public health officers on the appropriateness of the model that was developed by the researchers. The content validity of the questionnaires was verified by three experts, yielding values for index of item objective congruence (IOC) ranging from 0.67-1.00. The reliability test of the questionnaire obtained Cronbach's alpha coefficient of 0.98. Data were analyzed using descriptive statistics, including mean and standard deviation. Part III Qualitative focus group discussion: The driving factors in implementing older adult healthcare model were studied by gathering opinions from a specific sample of 170 individuals through summary record forms. The qualitative data were validated by experts. Data analysis was carried out for content accuracy and relevance.

The findings revealed that the older adult healthcare model operated under the Charathiwat Policy; incorporating comprehensive 9 aspects of health screening, both proactive and reactive screening, convenient older adult clinic, Charathiwat Mobile Clinic, digital health and telemedicine, seamless referrals and Intermediate care, linking primary care services with 3 doctors, promotion of desirable behaviors for older adults, active involvement of provincial-level older adult health committee, memorandum of understanding (MOU) of network partners from seven ministries, and district-level quality of life development committee.

The model evaluation indicated an overall high appropriateness ($\bar{x}=3.89$, $SD=0.81$) with the highest appropriateness observed in administration ($\bar{x}=4.01$, $SD=0.79$) and service system ($\bar{x}=4.01$, $SD=0.78$), following closely were efficient teams ($\bar{x}=3.99$, $SD=0.79$) and organizational management ($\bar{x}=3.96$, $SD=0.81$) respectively. Key factors driving the model included clear policy; same direction setting; concrete work tracking process; standardized, integrated health services by a multidisciplinary team, digital or technology usage in the reporting system, telemedicine usage for diagnosis and treatment, seamless referral system, MOUs of 7 ministries network, and regular Charathiwat events.

keywords: healthcare; older adult; model

Received 28 December 2023 Revised 13 February 2024 Accepted 14 February 2024

* Public health technical officer, Senior professional level, Public Health Office Narathiwat Province,
Corresponding author, E-mail: peewanc@gmail.com

**Public health technical officer, Professional level, Public Health Office Narathiwat Province

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้สูงอายุ ร้อยละ 17.5 ซึ่งเป็นประเทศที่มีผู้สูงอายุ อันดับ 2 ในแถบอาเซียน คาดว่าใน ปี พ.ศ.2574 จะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ร้อยละ 28 เป็นสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (super-aged society)¹ จะทำให้พบภาวะผิดปกติด้านกลุ่มอาการจำเพาะในผู้สูงอายุ (geriatric syndromes) มากขึ้นและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ² จึงจำเป็นต้องเตรียมความพร้อมผู้มีส่วนได้เสียทุกฝ่าย เพื่อรับมือกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ทั้งการยกระดับความเข้าใจ เสริมสร้างขีดความสามารถทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับชาติ และพัฒนาการปฏิรูปทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองที่จำเป็นต่อการปรับเปลี่ยนสังคมให้สอดคล้องกับโลกของผู้สูงอายุ³ องค์การอนามัยโลก ได้ทบทวนการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนและมีความจำเป็นต้องพิจารณาและดำเนินการดูแลสุขภาพหลายระดับ ด้วยการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (ICOPE)⁴ การจัดระบบบริการสุขภาพในผู้สูงอายุต้องเหมาะสม ปลอดภัย มีการประเมินภาวะหกล้ม การคัดกรองสายตา การฝึกสมอง การประเมินภาวะซึมเศร้า⁵ ภายใต้แนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ที่กรมอนามัยใช้ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระดับบุคคล ให้สามารถคงสุขภาพได้ยาวนานยิ่งขึ้น ป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง และการส่งเสริมการได้รับสารอาหารที่เหมาะสม เพื่อรักษาความแข็งแรงของผู้สูงอายุ ลดการเกิดโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้สูงอายุดำเนินกิจกรรมได้ตามปกติ ปัญหาภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่ไม่เหมาะสม ส่งผลให้สุขภาพเสื่อมลง⁶ ซึ่งจะก่อให้เกิดโรคในผู้สูงอายุตามมาทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โรค เช่น ความดันโลหิตสูง ปัญหาอ้วนลงพุง โรคอ้วน ข้อเข่าเสื่อม และปัญหาสุขภาพอื่น ๆ อาทิ ไขมันในเลือดสูง เบาหวาน ซึมเศร้า เกาต์ กล้ามเนื้อหัวใจ ขาดเลือด และหลอดเลือดสมอง⁷

การที่รัฐบาลได้กำหนดให้วาระผู้สูงอายุเป็นวาระแห่งชาติ และปี พ.ศ.2565 จังหวัดนราธิวาส ได้เข้าสู่สังคมสูงวัย (aged society) โดยมีจำนวนผู้สูงอายุ 77,355 คน คิดเป็น ร้อยละ 12.27 ของประชากรทั้งหมด จากการทบทวนผลการดำเนินงานผู้สูงอายุของจังหวัดนราธิวาส ที่ผ่านมา พบว่างานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไม่ถูกให้ความสำคัญ ไม่มีแนวทางหรือระบบการทำงานที่ชัดเจน ทำงานคนเดียว ไม่มีเครือข่าย ไม่มีเทคโนโลยีมาช่วยในการจัดทำรายงาน รายงานถูกส่งให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอส่งต่อไปสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยไม่รู้ว่าข้อมูลนำไปใช้ต่ออย่างไร ไม่มีการติดตามงานอย่างต่อเนื่อง ผลงานไม่ถูกนำไปใช้ในการประเมินที่ชัดเจน ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ไม่มีใครอยากรับงานนี้ ส่งผลให้มีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงานบ่อย ทำให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการคัดกรองสุขภาพไม่ครอบคลุม ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพได้น้อย ซึ่งผลการดำเนินงานคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุที่ผ่านมา พบว่าผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองการมองเห็น การได้ยิน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความคิดความจำ ภาวะซึมเศร้า (2Q) การเคลื่อนไหว สุขภาพช่องปาก ภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 63.02, 2.59, 89.22, 70.88, 87.99, 88.49, 86.29, 0.34, ตามลำดับ⁸ จะเห็นได้ว่าการเข้าถึงบริการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุยังอยู่ในระดับต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด จึงจำเป็นต้องผลักดันให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการคัดกรองทั้งเชิงรุกและเชิงรับให้ครอบคลุมเพิ่มขึ้น ต้องกำหนดรูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุทั้งระบบที่เหมาะสม ผลักดันการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพในทุกพื้นที่ สร้างปัจจัยเสริมพลังขับเคลื่อนแก่ผู้รับผิดชอบและผู้เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมปลอดภัย

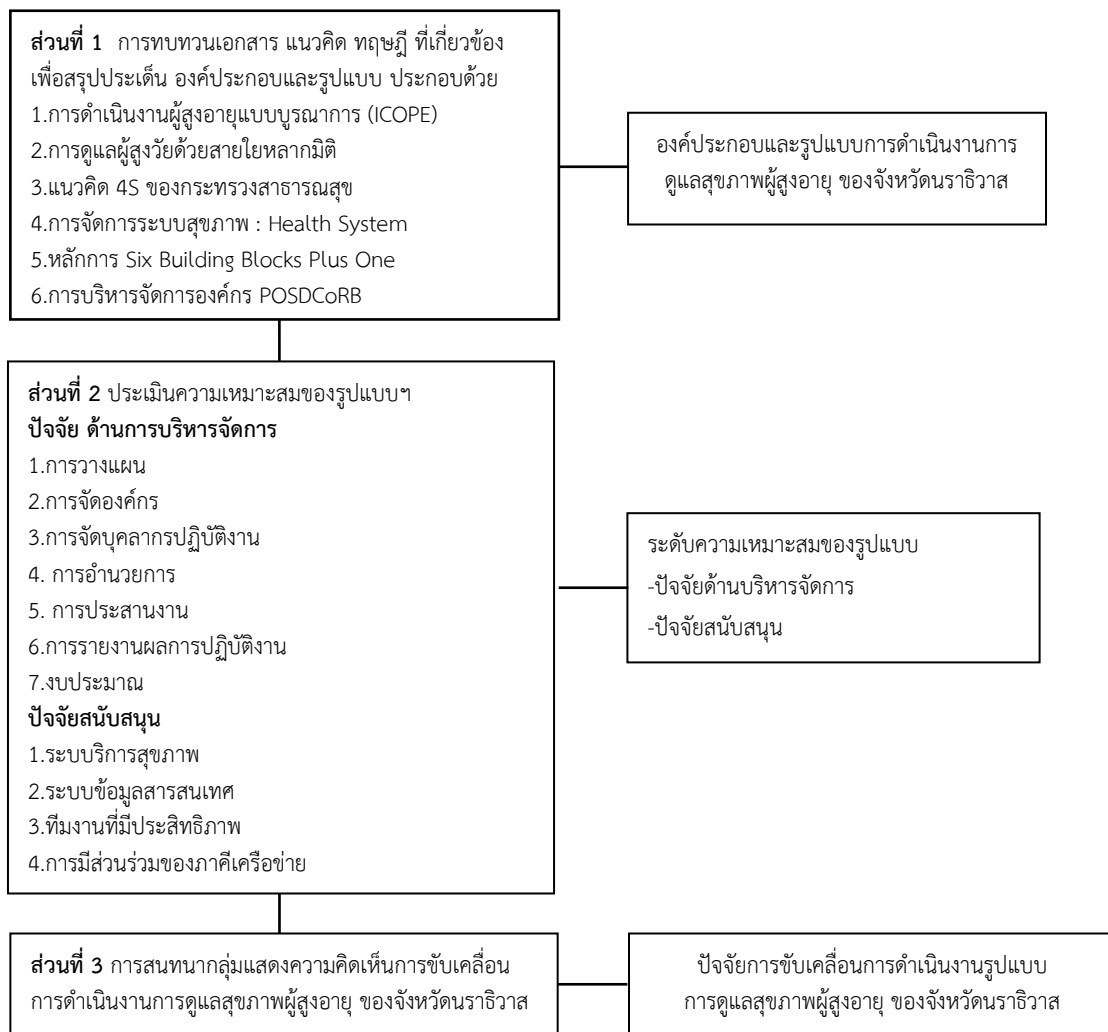
ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาระดับความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส และปัจจัยการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในพื้นที่ เพื่อมาพัฒนาต่อยอดการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบและรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดนราธิวาส
2. เพื่อประเมินความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดนราธิวาส
3. เพื่อศึกษาความคิดเห็นปัจจัยขับเคลื่อนการดำเนินงานรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดนราธิวาส

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ วรรณกรรม และแนวคิด การดำเนินงานผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (ICOPE)⁴ การดูแลผู้สูงวัยด้วยสายใยหลาภกมิตี⁹ แนวคิด 4S ของกระทรวงสาธารณสุข¹⁰ องค์ประกอบในการบริหารจัดการองค์กร และการจัดระบบสุขภาพ ประกอบด้วย หลักการแนวคิดการจัดการระบบสุขภาพ: health system¹¹ หลักการ six building blocks plus one¹² และแนวคิดการบริหารจัดการองค์กร POSDCoRB¹³ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ การศึกษาองค์ประกอบและรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การประเมินความคิดเห็นต่อความเหมาะสมของรูปแบบ และการสนทนากลุ่มปัจจัยขับเคลื่อนดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) ระยะเวลาดำเนินการ ตั้งแต่วันที่ 11 เดือนกันยายน-ธันวาคม พ.ศ. 2566 ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 การทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบและรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และสรุปผลเป็นข้อมูลนำเข้าสู่การศึกษาในขั้นต่อมา แบ่งเป็น 2 ประเด็น

ประเด็นที่ 1 การทบทวน-วิเคราะห์เอกสารและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบของรูปแบบฯ เก็บข้อมูลโดยทีมวิจัยศึกษาเอกสารทั่วไปที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการบริหารจัดการองค์กร POSDCoRB¹³ และการจัดระบบสุขภาพ: health system¹¹ และ six building blocks plus one¹²

ประเด็น 2 การทบทวน รูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส โดยทีมวิจัย ทบทวนเอกสารรายงาน ข้อมูลการดำเนินงานผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องของจังหวัดนราธิวาส และเอกสารการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยสายใยหลากมิติ⁹ ของกระทรวงสาธารณสุข

ส่วนที่ 2 การวิจัยเชิงปริมาณ สำนวจความคิดเห็นประเมินความเหมาะสมของรูปแบบฯ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุใน รพ.สต. 111 แห่ง ศสม. 5 แห่ง ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของโรงพยาบาล 13 แห่ง ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ แพทย์แผนไทย นักกายภาพบำบัด พยาบาลจิตเวช พยาบาลในคลินิกผู้สูงอายุ และหัวหน้ากลุ่มงานปฐมนิเทศและองค์กรรวม ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ care manager เลขาฯการ พขอ. จาก 13 อำเภอ และคณะกรรมการ aging health สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส รวมทั้งสิ้น จำนวน 279 คน

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เทียบเคียงจากตารางสำเร็จรูป ในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan¹⁴ กำหนดสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ 5% ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% จากตารางสำเร็จรูป¹⁵ ที่ขนาดประชากร 280 คน ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 162 คน เพื่อความครอบคลุมของกลุ่มตัวอย่าง จึงกำหนดสัดส่วนผู้ตอบแบบสอบถาม จาก 13 อำเภอ ๆ ละ 13 คน ซึ่งเป็นตัวแทนประชากรที่ร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดนราธิวาส จำนวน 169 คน ผู้วิจัยจึงต้องกำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่ม 10% จาก 162 คน โดยใช้สูตรคำนวณ

$$(162 \times 10) / 100 = 16.2$$

$$162 + 16.2 = 178.2$$

ผู้วิจัยจึงกำหนดใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 178 คน ทำการสุ่มแบบบังเอิญ (accidental sampling)

เกณฑ์การคัดเข้า เป็นเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบหรือเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสุขภาพผู้สูงอายุ 13 อำเภอ ในสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ที่ปฏิบัติงาน ในระหว่างปี พ.ศ.2565-2566 และสมัครใจตอบแบบสอบถาม

เกณฑ์การคัดออก คือ เจ้าหน้าที่ที่ไม่ประสงค์ให้ข้อมูล หรือผู้ให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์

ส่วนที่ 3 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสนทนาแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุที่ผ่านมา ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างวันที่ 20-21 กันยายน พ.ศ.2566 ผู้ให้ข้อมูลเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จาก 13 อำเภอ ตามคำสั่งจังหวัดนราธิวาส ที่ 99/2566 ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุใน ระดับโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ รพ.สต. และผู้รับผิดชอบงาน พขอ. แบ่งเป็น 2 รุ่น จำนวน 170 คน โดยทีมวิทยากรนักวิชาการอิสระ จัดกระบวนการสนทนากลุ่ม

(group discussion) ด้วยคำถามชวนคิด ทบทวนการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุที่ผ่านมา โดยผู้วิจัยได้ประชุมชี้แจงสร้างความเข้าใจ ในวัตถุประสงค์ของการจัดกิจกรรม แก่ทีมวิทยากรและผู้ช่วยวิจัย ประกอบด้วย นักวิชาการอิสระ เป็นวิทยากรหลัก 1 คน และช่วยบันทึกข้อมูล 2 คน ผู้ร่วมกระบวนการกลุ่มหรือวิทยากรกลุ่ม 5 คน คือ แพทย์ประธาน โซนขับเคลื่อนชราธิวาส จังหวัดนราธิวาส จำนวน 3 คน วิทยากรรับเชิญ เป็นแพทย์และนักวิชาการ ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ จังหวัดปัตตานี จำนวน 2 คน ผู้ช่วยวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนราธิวาส จำนวน 5 คน ทีมวิจัย 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ใช้แบบบันทึกการสรุปประเด็น

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยร่วมกันทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องนำมาสรุปประเด็นกรอบเนื้อหา เพื่อให้ได้มาซึ่งองค์ประกอบและรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ แล้วให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) และผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถาม เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส ที่มีโครงสร้างตามองค์ประกอบการบริหารจัดการ และปัจจัยสนับสนุน จากส่วนที่ 1 ที่ประยุกต์จากการทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง มี 3 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง คือ ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน และวุฒิการศึกษา

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความเหมาะสมต่อแนวคิดการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่พัฒนาขึ้นรวม 7 ด้าน 36 ข้อย่อย ประกอบด้วย 1) ด้านการวางแผน จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านการจัดองค์กร จำนวน 6 ข้อ 3) ด้านการจัดบุคลากรปฏิบัติงาน จำนวน 5 ข้อ 4) ด้านการอำนวยการ จำนวน 5 ข้อ 5) ด้านการประสานงาน จำนวน 5 ข้อ 6) ด้านการรายงานผลการปฏิบัติงาน จำนวน 5 ข้อ และ 7) ความเหมาะสมในด้านงบประมาณ จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยที่สนับสนุนความสำเร็จในการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ รวม 21 ข้อ ประกอบด้วยปัจจัย 4 ดังนี้ 1) ด้านระบบบริการ จำนวน 5 ข้อ 2) ด้านระบบข้อมูลสารสนเทศ จำนวน 5 ข้อ 3) ด้านทีมงานที่มีประสิทธิภาพ จำนวน 6 ข้อ และ 4) ด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย จำนวน 5 ข้อ

แบบสอบถาม ตอนที่ 2 และ 3 เป็นแบบสอบถามให้เลือกตอบ 5 ระดับคะแนน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

5 หมายถึง ระดับความคิดเห็น มีความเหมาะสมในระดับ มากที่สุด

4 หมายถึง ระดับความคิดเห็น มีความเหมาะสมในระดับ มาก

3 หมายถึง ระดับความคิดเห็น มีความเหมาะสมในระดับ ปานกลาง

2 หมายถึง ระดับความคิดเห็น มีความเหมาะสมในระดับ น้อย

1 หมายถึง ระดับความคิดเห็น มีความเหมาะสมในระดับ น้อยที่สุด

ตอนที่ 4 ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมเป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 1 ข้อ

ส่วนที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม ทบทวนการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุที่ผ่านมาและการดำเนินงานตามรูปแบบฯ บันทึกประเด็นข้อคิดเห็นของนักวิชาการอิสระ และจากผู้ช่วยวิจัยเป็นเอกสารบันทึก และไฟล์เอกสาร การสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการบันทึกภาพนิ่ง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพ แบบสอบถาม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) ของแบบสอบถาม ตอนที่ 2 ความคิดเห็นต่อแนวคิดการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดนราธิวาส และตอนที่ 3 ปัจจัยที่สนับสนุนในการจัดบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดนราธิวาส ค่า IOC เท่ากับ 0.67-1 และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับเจ้าหน้าที่กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข และตัวแทนโรงพยาบาลทั่วไปที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 30 คน นำมาหาความเชื่อมั่นด้วยสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม ตอนที่ 2 เท่ากับ 0.98 ตอนที่ 3 เท่ากับ 0.97 และภาพรวม เท่ากับ 0.98

การตรวจสอบคุณภาพข้อมูล จากบันทึกสรุปประเด็น ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมารวบรวมกันวิเคราะห์ จัดกลุ่มเนื้อหาตามองค์ประกอบ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบคุณภาพข้อมูลเชิงเนื้อหา และให้ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุข ตรวจสอบอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้ค่าเฉลี่ยแปลความหมายเกณฑ์ บุญชม ศรีสะอาด¹⁶ ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.21–5.00 หมายถึง มีความเหมาะสมมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.41–4.20 หมายถึง เหมาะสมมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.61–3.40 หมายถึง เหมาะสม ปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.81–2.60 หมายถึง เหมาะสมน้อย

คะแนนเฉลี่ย 1.00–1.80 หมายถึง ความเหมาะสมน้อยที่สุด

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบผลการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ และให้ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตรวจสอบข้อมูลอีกครั้ง

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนราธิวาส ได้รับหนังสือรับรองผ่านการพิจารณา เลขที่ 21/2566 วันที่ 4 กันยายน 2566 โดยผู้วิจัยได้จัดทำเอกสารพิทักษ์สิทธิให้กลุ่มตัวอย่างอ่านก่อนเข้าร่วมทำวิจัย ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิยุติการให้ข้อมูลได้ หรือสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ซึ่งข้อมูลที่ได้รับจากกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับ จะทำการทำลายเอกสารหลังจากนำมาใช้สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ และมีการนำเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม เท่านั้น

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การทบทวน-วิเคราะห์วรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับองค์ประกอบและรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส พบว่า

1.1 องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จากการทบทวนเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย แนวคิดการจัดการและการพัฒนาระบบสุขภาพ¹¹⁻¹² คือ 1) ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ (leadership and governance) 2) ระบบบริการสุขภาพ (service delivery system) 3) กำลังคนด้านสุขภาพ (health workforce) 4) ระบบข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพ (health information system) 5) การเข้าถึงยาและ

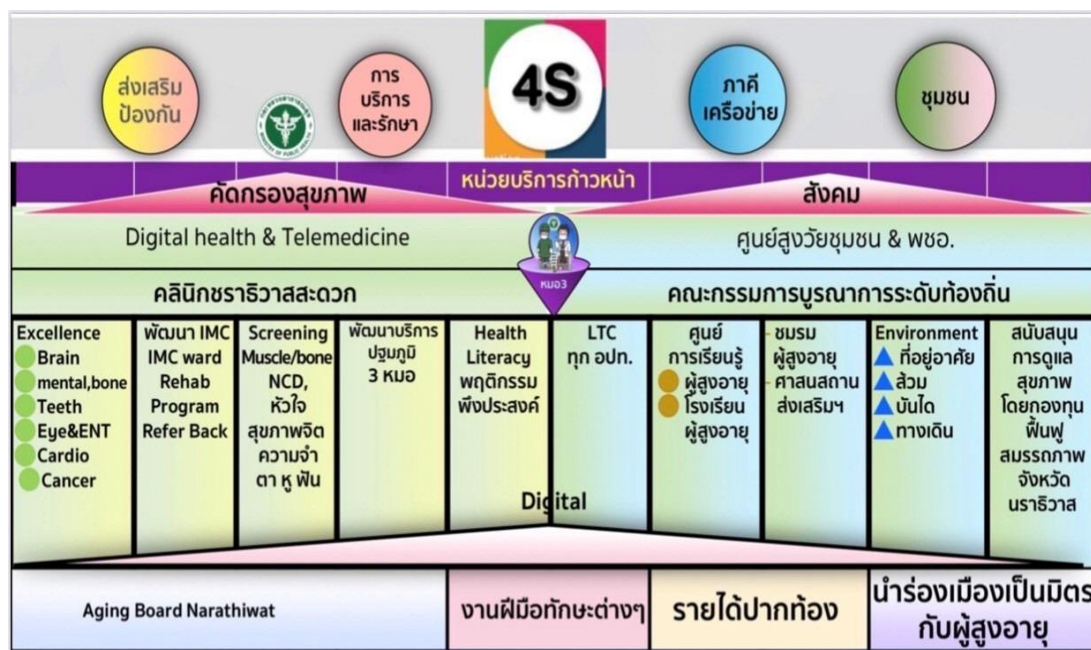
เทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น (access to essential medicines and health technology) 6) การเงินการคลัง และการแบ่งปันทรัพยากร (financing system) 7) ระบบสุขภาพชุมชน (community health system) และแนวคิดการบริหารจัดการองค์กร POSDCoRB¹³ คือ การวางแผน (planning: P) การจัดการองค์กร (organizing: O) การจัดการด้านบุคลากร (staffing: S) การควบคุมสั่งการ (directing: D) การประสานงาน (coordinating: Co) การรายงาน (report: R) และการจัดการงบประมาณ (budgeting: B) พบว่า องค์ประกอบของรูปแบบฯ ที่ศึกษาประยุกต์ใช้แนวคิดการบริหารจัดการองค์กร POSDCoRB เป็นฐานขององค์ประกอบของรูปแบบฯ ประกอบด้วย การวางแผน การจัดการองค์กร การจัดการบุคลากรปฏิบัติงาน การอำนวยการ การประสานงาน การรายงานผลการปฏิบัติงาน และงบประมาณ และประยุกต์แนวคิดการจัดระบบสุขภาพ six building blocks plus one เป็นปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน คือ การจัดระบบบริการที่มีคุณภาพแบบบูรณาการของสหสาขาในหลากหลายมิติ อาศัยทีมงานที่มีประสิทธิภาพ คือ Aging Board Narathiwat และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โดยมีประเด็นการใช้เทคโนโลยีในการจัดระบบข้อมูลสารสนเทศ (digital health) และบริการโทรเวช (telemedicine) เป็นประเด็นร่วมขององค์ประกอบ ดังแสดงในรูปที่ 2



รูปที่ 2 องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส

1.2 รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดนราธิวาส ขับเคลื่อนด้วย นโยบายชาธาธิวาส ประกอบด้วย การจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการของสหสาขาวิชาชีพ ครอบคลุม 9 ด้าน (brain – mental – muscle & bone – teeth - eye & ENT – cardio – cancer) การใช้ digital health และ telemedicine การคัดกรองสุขภาพเชิงรุกและเชิงรับ คลินิกชาธาธิวาสเคลื่อนที่ คลินิกผู้สูงอายุสะดวก บริการดูแลผู้ป่วยระยะยั้งฟู (intermediate care: IMC) การฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย (rehabilitation program) และการ refer back เชื่อมโยงบริการปฐมภูมิ ด้วย 3 หมอ การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ให้แก่ผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมในการจัดการ long term care ของ อปท. การขับเคลื่อนชมรมผู้สูงอายุคุณภาพทุกตำบล สร้าง MOU คณะกรรมการผู้สูงอายุระดับจังหวัด 7 กระทรวง พชอ.ผู้สูงอายุในทุกอำเภอ และ

สร้างต้นแบบเมืองเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมาย 4S ของกระทรวงสาธารณสุข คือ 1) ส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง (strong health) 2) ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคม (social participation) 3) ส่งเสริมความมั่นคงปลอดภัย (social security) และ 4) ส่งเสริมเทคโนโลยีดิจิทัลและนวัตกรรม (smart digital and innovation) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างเป็นองค์รวม ดังรูปที่ 3



รูปที่ 3 กรอบแนวคิด รูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส ด้วยนโยบายธาริชาส

ส่วนที่ 2 การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบฯ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจตอบแบบสอบถาม จำนวน 178 คน ส่วนมากเป็นพยาบาลวิชาชีพ ร้อยละ 42.14 รองลงมาเป็นนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 28.65 และร้อยละ 41.57 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล รองลงมาปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ร้อยละ 32.58 ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการประเมินระดับความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดนราธิวาส (n=178)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
ตำแหน่งปัจจุบัน		
1) ทันตแพทย์	12	6.74
2) พยาบาลวิชาชีพ	75	42.14
3) นักวิชาการสาธารณสุข	51	28.65
4) นักกายภาพบำบัด	22	12.35
5) แพทย์แผนไทย	7	3.93
6) นักจิตวิทยา	2	1.13
7) เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข	7	3.93
8) แพทย์	2	1.13

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการประเมินระดับความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดนราธิวาส (n=178) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ (%)
สถานที่ปฏิบัติงาน		
1) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด	4	2.25
2) สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ	32	17.98
3) โรงพยาบาลทั่วไป	8	4.49
4) โรงพยาบาลชุมชน	58	32.58
5) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	74	41.57
6) ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง	2	1.13

พบว่า รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส ในภาพรวม มีความเหมาะสม ระดับมาก ($\bar{x}=3.89$, $SD=0.81$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส ในภาพรวม (n=178)

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	ระดับการประเมิน		แปลผล
	$\bar{x}$	SD	
1. การบริหารจัดการ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	3.87	0.81	มาก
2. ปัจจัยสนับสนุน การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	3.90	0.81	มาก
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	3.89	0.81	เหมาะสมมาก

เมื่อแยกพิจารณารายองค์ประกอบ ระดับความเหมาะสมด้านการบริหารจัดการรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดนราธิวาส พบว่า ในภาพรวมมีความเหมาะสมระดับมาก ($\bar{x}=3.87$, $SD=0.81$) โดยค่าเฉลี่ยที่มีความเหมาะสมสูงสุด คือ ด้านการอำนวยการ (directing) ($\bar{x}=4.01$, $SD=0.79$) รองลงมา คือ ด้านการจัดองค์กร (organizing) ($\bar{x}=3.96$, $SD=0.81$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความคิดเห็นต่อแนวทางการบริหารจัดการรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดนราธิวาส (n=178)

แนวทางการบริหารจัดการ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	ระดับการประเมิน		แปลผล
	$\bar{x}$	SD	
1. ด้านการวางแผน (planning)	3.93	0.84	มาก
2. ด้านการจัดองค์กร (organizing)	3.96	0.81	มาก
3. ด้านการจัดบุคลากรปฏิบัติงาน (staffing)	3.90	0.77	มาก
4. ด้านการอำนวยการ (directing)	4.01	0.79	มาก
5. ด้านการประสานงาน (coordinating)	3.92	0.77	มาก
6. ด้านการรายงานผลปฏิบัติงาน (reporting)	3.87	0.79	มาก
7. ด้านงบประมาณ (budgeting)	3.52	0.87	มาก
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	3.87	0.81	เหมาะสมมาก

พบว่า ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดนราธิวาส มีระดับความเหมาะสมในภาพรวม ระดับมาก ($\bar{x}=3.90$, $SD=0.81$) โดยค่าเฉลี่ยที่มีความเหมาะสมสูงสุด คือ ด้านระบบบริการ ($\bar{x}=4.01$, $SD=0.78$) รองลงมา คือ ทีมงานที่มีประสิทธิภาพ ($\bar{x}=3.99$, $SD=0.79$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ความเหมาะสมของปัจจัยสนับสนุนรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส (n=178)

ความเหมาะสมของปัจจัยที่สนับสนุนการดำเนินงาน	ระดับการประเมิน		แปลผล
	$\bar{x}$	SD	
1. ด้านระบบบริการ	4.01	0.78	มาก
2. ด้านระบบข้อมูลสารสนเทศ	3.72	0.82	มาก
3. ด้านทีมงานที่มีประสิทธิภาพ	3.99	0.79	มาก
4. ด้านการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย	3.87	0.83	มาก
ค่าเฉลี่ยโดยรวม	3.90	0.81	เหมาะสมมาก

ส่วนที่ 3 ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มแสดงความคิดเห็นการขับเคลื่อนการดำเนินงานผู้สูงอายุ

3.1 ความคิดเห็น รุ่นที่ 1 วันที่ 20 กันยายน พ.ศ. 2566 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลจาก 5 อำเภอ จำนวน 65 คน ดังนี้ “...ภาพการทำงานผู้สูงอายุในช่วง 10 ปีก่อนที่จะมีนโยบายชราธิวาส คือ ไม่มีระบบการทำงานที่ชัดเจน ไม่มีการประเมินติดตามอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้บุคลากรและผู้เกี่ยวข้องไม่เห็นความสำคัญของงาน และยังทำให้งานผู้สูงอายุถูกมองเป็นภาระที่เพิ่มขึ้น การมอบหมายงานผู้สูงอายุให้กับบุคลากรที่ยังไม่มีประสบการณ์ เพราะไม่มีกลไกที่ชัดเจน เป็นงานที่ไม่อยู่ในตัวชี้วัดประเมินผลงาน จึงไม่มีแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากร อีกทั้ง ไม่มีเครือข่ายที่ชัดเจนในการทำงานร่วมกัน หลังจากนั้น ในปี พ.ศ. 2565-2566 มีนโยบายชราธิวาส จากผู้บริหารที่ชัดเจน มีการกำหนดทิศทางให้ทุกโรงพยาบาลเปิดบริการคลินิกชราธิวาส สะดวก มีกระบวนการติดตามงานอย่างต่อเนื่อง ผ่านการประชุม ผ่านการส่งรายงานให้กรมการแพทย์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง มีการทำงานคัดกรองร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ มี platform google sheets และ application เป็นเครื่องมือในการทำงาน และรับส่งรายงานผ่านลิงค์ (URL) ทำให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถดูข้อมูล ตรวจสอบ และนำข้อมูลไปใช้ได้ ตั้งแต่ระดับแพทย์ เจ้าหน้าที่ ถึง อสม. อย่างทันสถานการณ์ มีการวินิจฉัยและรักษา ผ่าน telemedicine ส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการตรวจคัดกรอง กว่าร้อยละ 90 และสามารถแยกกลุ่มเสี่ยงส่งต่อไปโรงพยาบาลได้อย่างสะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น

ปัจจุบันเกิดภาคีเครือข่าย ในการทำงานร่วมกัน เช่น กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และมีผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมการจัดระบบคัดกรอง เช่น นักโภชนาการ นักกายภาพ ทำให้แนวทางในการดูแลผู้ป่วยชัดเจนขึ้น รวมถึงมีการกระตุ้นให้เกิดนวัตกรรม มหกรรม โมบายคลินิก เคลื่อนที่ไปสู่ชุมชน ส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าสู่การรับบริการได้ง่าย มีกระบวนการดูแลตั้งแต่บ้าน ชุมชน เครือข่าย โดยมีรูปแบบการทำงานง่ายขึ้นจากการทำ MOU ของ 7 กระทรวง”

“... นโยบายชราธิวาส ทำให้เกิดการสร้างความเข้าใจแก่ผู้ขับเคลื่อนงาน ด้านการดูแลผู้สูงอายุในจังหวัดนราธิวาสในพื้นที่มากขึ้น” (ประธานโซน)

3.2 สรุปความคิดเห็น รุ่นที่ 2 วันที่ 21 กันยายน พ.ศ. 2566 กลุ่มผู้ให้ข้อมูลจาก 8 อำเภอ จำนวน 105 คน ดังนี้

“เส้นทางขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุ ในช่วง 10 ปีก่อนที่จะมีนโยบายชราวิาส ระบบการทำงานไม่ชัดเจน ไม่มีตัวชี้วัดที่ชัดเจน งานสูงอายุไม่ได้รับความสำคัญ ไม่มีเทคโนโลยีมาช่วยในการทำงาน เป็นการทำงานผ่านเอกสารเป็นหลัก ไม่มีการสร้างสรรค์นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุ ไม่มีจุดร่วมของการทำข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ หลังดำเนินงานนโยบายชราวิาสโมเดล ปี 2565-2566 เริ่มมีนวัตกรรมในการทำงาน มีโรงเรียนผู้สูงอายุเกิดขึ้นในทุกอำเภอ มีกิจกรรมชราวิาสต่อเนื่อง มีเวทีแลกเปลี่ยนแนวทางการทำงาน มีโปรแกรมจัดเก็บข้อมูล จากแต่ละหน่วยงานที่เข้ามามีบทบาทในการทำงาน

การทำงาน 1 ปี ในช่วงมีนโยบายชราวิาส ทำให้งานผู้สูงอายุได้รับความสำคัญ มีภาคีเครือข่ายการทำงานที่ชัดเจน ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ มีเครื่องมือสนับสนุนการทำงานที่ดีขึ้น มีแนวทางการทำงานไปในทิศทางเดียวกันทั้งจังหวัด มีคลินิกชราวิาส one stop service ทำให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมกิจกรรมต่างๆ มากขึ้น”

“...นโยบายชราวิาสทำให้เกิดแนวทางการทำงาน การดูแล การจัดบริการ ที่สนับสนุนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงสิทธิของตนเอง และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม” (ตัวแทนจากพื้นที่)

สรุปประเด็นความการสนทนากลุ่มตามองค์ประกอบของรูปแบบฯ พบว่า ปัจจัยขับเคลื่อนในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านการบริหารจัดการ คือ นโยบายชราวิาส จากผู้บริหารที่ชัดเจน ถ่ายทอดลงสู่ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ มีการกำหนดกรอบทิศทางในการดำเนินงานของทุกโรงพยาบาลไปในทิศทางเดียว ทำให้ทุกพื้นที่ตื่นตัวในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ มีกระบวนการติดตามผลการปฏิบัติงานที่เป็นรูปธรรมอย่างต่อเนื่อง กำหนดระยะเวลารายงานผลที่ชัดเจน และนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างทันสถานการณ์ ส่วนปัจจัยขับเคลื่อนในการดำเนินงาน ด้านปัจจัยสนับสนุน คือ การใช้เทคโนโลยีในการจัดการข้อมูล และการวินิจฉัยตรวจรักษาด้วย telemedicine การจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยชัดเจนขึ้น การมีระบบบริการที่สะดวก มีระบบส่งต่อไปที่สะดวกรวดเร็ว ไร้รอยต่อการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และการทำ MOU ของหน่วยงาน 7 กระทรวง ทำให้การประสานงานง่าย สะดวกและรวดเร็ว

อภิปรายผลการวิจัย

รูปแบบการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส ขับเคลื่อนด้วยนโยบายชราวิาส เป็นการจัดการบริการสุขภาพร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพและเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในทุกระดับ สอดคล้องกับแนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ใช้ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชาชน¹⁷ และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในทุกระดับ เป็นการพัฒนาเครือข่ายทางสังคมที่มีประโยชน์ในการดูแลผู้สูงอายุ¹⁵

รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดนราธิวาส มีความเหมาะสมมาก ($\bar{X}=3.89$, $SD=0.81$) เพราะเป็นรูปแบบที่มีการบริหารจัดการองค์กรที่เชื่อมโยงกันในทุกระดับ มีคณะกรรมการผู้สูงอายุระดับจังหวัด (Aging Board Narathiwat) กลไก พชอ. ระดับอำเภอ ตำบล ภาคีเครือข่ายในระดับท้องถิ่นและชุมชน มีทีมงานสหสาขาวิชาชีพร่วมจัดบริการสุขภาพทั้งเชิงรุกและเชิงรับ และ MOU สร้างความร่วมมือของ 7 กระทรวง สอดคล้องกับการบูรณาการความร่วมมือการพัฒนาผู้สูงอายุ ตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) ที่มีเป้าหมายสำคัญเพื่อพัฒนาคนในทุกมิติและทุกช่วงวัย¹⁰ และการศึกษาของเปรมวดี สาริชีวิน และยอดชาย สุวรรณวงศ์¹⁸ ที่พบว่า องค์ประกอบส่วนหนึ่งของแนวทางการส่งเสริมป้องกันภาวะ

ถดถอยของผู้สูงอายุ คือ ชุมชนหรือสังคมสนับสนุนทรัพยากรและส่งเสริมให้มีกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ มีการตรวจคัดกรอง จัดระบบบริการสุขภาพแบบผสมผสาน และจัดระบบการส่งต่อแบบไร้รอยต่อ สอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา ปัญญาธร และชลการ ทรงศรี¹⁹ ที่พบว่า ผู้สูงอายุต้องการ การดูแลและการช่วยเหลือด้านต่าง ๆ จากบุคลากรสุขภาพ บุตรหลาน และเพื่อนบ้าน สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและให้การดูแลความปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุ ทำนองเดียวกันกับข้อเสนอแนะของสุนีย์ เครานวล และคณะ²⁰ ที่พบว่า หน่วยงานเทศบาลตำบล เทศบาลเมือง หน่วยงานกระทรวงสาธารณสุข องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ควรบูรณาการส่งเสริมการฝึกอาชีพ การสนับสนุนสวัสดิการด้านรายได้ต่อเนื่อง มีเครือข่ายการดูแล การเยี่ยมบ้านของผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า และควรจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมได้อย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง ทั้งนี้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส ได้จัดบริการดูแลสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจอย่างเป็นองค์รวม เพราะหนึ่งในปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขของผู้สูงอายุ คือ ปัจจัยสมรรถภาพทางจิตใจ²¹

การที่รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดนราธิวาส มีความเหมาะสมในภาพรวม ระดับมากในทุกด้านนั้น ย่อมมีแนวโน้มให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จได้ เพราะกระบวนการจัดการที่ประกอบด้วย การวางแผน การจัดการองค์การ การจัดคนทำงาน การอำนาจการหรือสั่งการ การประสานงาน การรายงาน และงบประมาณ มีอิทธิพลต่อความมีประสิทธิภาพขององค์การโดยภาพรวม²² การมีปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน ทั้งการจัดระบบบริการที่มีคุณภาพตามมาตรฐาน บูรณาการด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ และทีมงานที่มีประสิทธิภาพ การใช้เทคโนโลยีในการจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศ และ telemedicine ตลอดจนภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วม จะส่งผลให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการได้เพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของดิลก อ่อนลา²³ ที่ศึกษารูปแบบการบริหารจัดการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวของอำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ พบว่า ปัจจัยด้านการบริหารจัดการมีความเหมาะสมมากในทุกด้าน ที่ค่าเฉลี่ย 3.67 คะแนน (SD=0.70) ทั้งการวางแผนทรัพยากรกับการดำเนินงาน การจัดโครงสร้างองค์การ การคัดเลือกบุคคลที่เสียสละ การอำนาจและการร่วมกันแก้ไขปัญหา กระบวนการตรวจสอบ ควบคุมกำกับและระบบการประเมินผลให้เป็นไปตามแผนงานที่กำหนดไว้ ปัจจัยด้านการบริหารบุคลากร ค่าเฉลี่ย 4.07 คะแนน (SD=0.78) คือ การวางแผนจัดกำลังคนที่เหมาะสม เพียงพอ ด้านงบประมาณ ค่าเฉลี่ย 4.26 คะแนน (SD=0.69) คือ การจัดหาทรัพยากรที่เพียงพอในการดำเนินงาน จะช่วยสร้างขวัญกำลังใจแก่คนทำงานให้เกิดประสิทธิภาพ สอดคล้องกับกชกร วัชรสุนทรกิจ และสุภาณี แก้วพินิจ²⁴ พบว่า มาตรฐานบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต้องมีความพร้อมในด้านปัจจัยนำเข้า ได้แก่ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานมีองค์ความรู้ ทีมสหวิชาชีพ/ชมรมผู้สูงอายุ/อสม./เครือข่ายจากทุกภาคส่วน มีส่วนร่วมในดำเนินงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ความพร้อมด้านงบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ด้านปัจจัยกระบวนการ คือ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวตามมาตรฐาน นำระบบ care management มาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ การเชื่อมโยงข้อมูล และมีระบบส่งต่อที่เชื่อมโยงตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล

ปัจจัยการขับเคลื่อนการดำเนินงานรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส ประกอบด้วย นโยบายที่ชัดเจน การติดตามผลการปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง การรายงานผลการดำเนินงานที่สะดวก การจัดบริการสุขภาพแบบบูรณาการของทีมสหสาขาวิชาชีพ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกระดับ และการสร้างกระแสอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับวรมน เหลืองสังวาล²⁵ ที่พบว่า ส่วนหนึ่งของปัจจัยความสำเร็จของโรงเรียนผู้สูงอายุ ตำบลบางระกำ คือ การกำหนดเป้าหมายในการทำงานไว้อย่างชัดเจน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของหน่วยงานภายใน ภายนอก มีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง และมีการจัดกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับภณติชา เจนพานิช และคณะ²⁶ ที่พบว่า รูปแบบการจัดบริการที่พัฒนาขึ้น เรียกว่า “buriram elderly seamless care model” ในผู้สูงอายุ มีปัจจัยความสำเร็จ ได้แก่ เครือข่ายท้องถิ่นที่เข้มแข็ง และระบบกำกับ

ติดตามเป็นระยะ สอดคล้องกับ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านโนนเปือย อำเภอสนม จังหวัดสุรินทร์²⁷ พบว่าในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีปัจจัยความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายสุขภาพ การมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้สูงอายุ ความต่อเนื่องในการดำเนินงานและการดูแลผู้สูงอายุ เช่นเดียวกับการพัฒนารูปแบบการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ จังหวัดขอนแก่น²⁸ พบว่า องค์ประกอบของการขับเคลื่อนโรงเรียนผู้สูงอายุต้นแบบ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ 1) โครงสร้างรูปแบบการดูแล 2) การพัฒนาสมรรถนะเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ 3) กระบวนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และ 4) การติดตามและประเมินผล

สรุป รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดนราธิวาส เป็นรูปแบบที่มีความเหมาะสมมาก ด้วยปัจจัยขับเคลื่อนที่สำคัญ คือ นโยบายการขับเคลื่อนภายใต้ “ชราธิวาส” การจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุตามมาตรฐานที่ครอบคลุมหลากหลายมิติ ทั้งการส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ อย่างเป็นองค์รวมของทีมสหสาขาวิชาชีพ มีระบบส่งต่อที่เชื่อมโยงอย่างไร้รอยต่อ การใช้เทคโนโลยีสนับสนุนบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและชุมชนสร้าง MOU ของ 7 กระทรวง และการสร้างกระแสอย่างต่อเนื่อง นับเป็นรูปแบบที่มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในภาพรวม ช่วยให้ผู้สูงอายุจังหวัดนราธิวาส เข้าถึงบริการสุขภาพได้เพิ่มขึ้น ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี และมีชีวิตยืนยาวต่อไป

ข้อจำกัดในงานวิจัย

เนื่องจากข้อจำกัดด้านเวลาและงบประมาณ ทำให้การเลือกกลุ่มตัวอย่างไม่ได้เป็นตัวแทนประชากรทั้งหมด ขาดการสำรวจข้อมูลจากภาคีเครือข่ายอื่น ๆ อาจทำให้ผลการศึกษา ไม่ครบถ้วน สมบูรณ์ ควรเพิ่มการจัดเก็บข้อมูล ภาคีเครือข่ายทุกระดับ และควรศึกษาความคิดเห็นของผู้สูงอายุและครอบครัวด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรติดตามหรือศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อรองรับสังคมสูงวัยในอนาคต
2. ควรพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ของ 3 หมอ ร่วมกับครอบครัวผู้สูงอายุ
3. ศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดนราธิวาส

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ชัยวัฒน์ พัฒนาพิศาลศักดิ์ ที่ให้คำปรึกษาแนะนำในงานศึกษานี้ ขอบพระคุณผู้บริหาร 7 กระทรวง และผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุที่ร่วมขับเคลื่อน นโยบายชราธิวาส และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดนราธิวาส ทุกคน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและให้ข้อมูลตลอดการศึกษานี้

References

1. Department of Elderly Affairs Ministry of Social Development and Human Security. Measures to drive the national agenda about the elderly society (revised edition) [Internet]. Bangkok: Department of Elderly Affairs Ministry of Social Development and

- Human Security; 2019 [updated 2024; cited 2023 Sep 20]. Available from: <https://www.dop.go.th/download/knowledge /th1551432930-155> (in Thai)
2. Department of Elderly Affairs Ministry of Social Development and Human Security. Statistics on the elderly in Thailand, 77 provinces as of December 31 [Internet]. Bangkok: Department of Elderly Affairs Ministry of Social Development and Human Security; 2021 [updated 2024; cited 2023 Sep 20]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/side> (in Thai)
 3. United Nations Population Fund (UNFPA). Aging in the 21st century: Celebrations and challenges executive summary [Internet]. Bangkok: UNFPA; 2017 [updated 2024; cited 2023 Nov 22]. Available from: <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Thai%20> (in Thai)
 4. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework guidance for systems and services [Internet]. Geneva: WHO; 2017 [updated 2024; cited 2023 Nov 22]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/>
 5. Kittipibul W, Boontanoon N. The development of elderly health screening and elderly health promotion program for preventive long-term care, based on the concept: “do not fall, do not forget, do not depress and good eats”. RHPC9Journal 2020;14(34):158-71. (in Thai)
 6. Huanbutta T, Addjanagitti P, Sangnim T, Huanbutt K. Medical food for older adults: diseases concerning malnutrition. EAU Heritage Journal Science and Technology 2023;17(1):1-14. (in Thai)
 7. Institute for Population and Social Research Mahidol University. Thai people's health project: Thai people's health [Internet]. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research Mahidol University; 2019 [updated 2024; cited 2023 Sep 22]. Available from: <https://dol.thaihealth.or.th/Media/Index/7cb6243e-7370-e911-80e6-> (in Thai)
 8. Ministry of Health. HDC Dashboard [Internet]. Nontaburi: Ministry of Health; 2023 [updated 2024; cited 2023 Nov 12]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php> (in Thai)
 9. Ministry of Public Health, Rattanaapruek Group. Caring for the elderly with multidimensional connections: Report on training courses for senior executives Ministry of Public Health 2022. Nontaburi: Ministry of Public Health; 1-35. (in Thai)
 10. Ministry of Public Health. Integrating cooperation among 7 ministries to develop people throughout their lifespan (elderly group) 2022–2026 [Internet]. Nontaburi: Ministry of Health; 2022 [updated 2024; cited 2023 Nov 15]. Available from: <https://hpc9.anamai.moph.go.th/th/elderly-doc/download?id> (in Thai)
 11. World Health Organization. Health systems resilience toolkit: a WHO global public health good to support building and strengthening of sustainable health systems resilience in countries with various contexts [Internet]. Geneva: WHO; 2022 [updated 2024; cited 2023

- Oct 15]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/354177/9789240048751-eng.pdf>
12. Sirilak S. Knowledge management of desirable health systems using the principle of six building blocks plus one [Internet]. Phitsanulok: Faculty of Medicine Naresuan University; 2020 [updated 2024; cited 2023 Oct 15]. Available from: <https://med.nu.ac.th/home/DHS/eBooks/files/DHS-KnowledgeManagement.pdf> (in Thai)
 13. Kabbuasri T. Process and technique of POSDCoRB. JAPDEAT 2019;1(3):15-22. (in Thai)
 14. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas 1970;30:607-10.
 15. Rodjarkpai Y, Rojpaisarnkit K. Social network development for the elderly care. JPNC 2022;33(2):113-28. (in Thai)
 16. Srisa-ard B. Preliminary research. 10th ed. Bangkok: Suweeriyasarn; 2017. (in Thai)
 17. Department of Health, Ministry of Public Health. A guide to promoting the health of the elderly and preventing dementia for the public: "don't fall, don't forget, don't get depressed, eat delicious food". Nonthaburi: Department of Health, Ministry of Public Health; 2018. (in Thai)
 18. Sarisheewin P, Suwannawong Y. Study of health situation and readiness preparation to prevent a deconditioning in social bound elderly in Saraburi province. Institute for urban disease control and prevention Journal 2021;5(2):129-51. (in Thai)
 19. Panyathorn K, Trongsi C. Healthcare and related factors of the elderly living alone in Bantad, Mueang District, Udonthani Province. APHEIT Journal of Nursing and Health 2020;2(2):41-52. (in Thai)
 20. Kraonual S, Prasitpattaravej A, Phibal A, Matha A, Khlaichim R, Kraonual J. et al. Model older adults care by integration in the community under multicultural society in Yupo Sub-district Municipality Organization, Muang district, Yala Province. Yala: Institution Yala Rajabhat University, Thaksin University; 2020. (in Thai)
 21. Soonthorn S, Sutthisai W, Simmonds P. Happiness development pattern of the elderly in Maha-Sarakam province. J YRU 2020;15(2):153-61. (in Thai)
 22. Saisorn K. Management process affecting organization effectiveness of residential construction business Bangkok. Siam academic review 2018;19(2):79-95. (in Thai)
 23. Dilok O. The management model of the elderly long-term health care in Mueang district, Phetchabun province. Health Center 2, Phitsanulok. Journal of Disease Prevention and Control: DPC. 2 Phitsanulok 2020;7(2):54-67. (in Thai)
 24. Watcharasuntarakit K, Kaewpinit S. The standard of health promotion services for elderly in community hospital and Tambon health promotion hospital case study: District of Laplae Uttaradit [Internet]. Nontaburi: Ministry of Public Health; 2020 [updated 2024; cited 2023 Oct 10]. Available from: <https://hpc2service.anamai.moph.go.th> (in Thai)

25. Lhungsangwang W. The implementation guidelines that affect to success of Bang Rakam senior school, Bang Len district Nakhon Pathom province [dissertation]. Bangkok: Silpakorn university; 2018. (in Thai)
26. Chenphanitsub M, Kaewampai N, Kleekorn W. Development of a healthcare service model for the elderly, Buriram Province. *RHPC9Journal* 2023;17(1):255-71. (in Thai)
27. Boonmee S, Bourneow C, Selavattanakul S. Development of an elderly care model with participation of community network in Ban Nonphuey tambol health promoting hospital, Sanom district, Surin province. *AJCPH* 2020;5(4):38-49. (in Thai)
28. Sirisoongnarn J, Ayuwat D, Enyong T. Development model for driving of aging school in Khon Kaen province. *rdhsj* 2019;12(1):84-92. (in Thai)