

รูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1-12 ในบริบทประเทศไทย: การวิจัยแบบผสานวิธีเชิงลำดับ*

บุษกร โลหารขุน ประ.ด.** อรรวรรณ์ คูหา วท.ม.*** ขวัญฤดี มีผิว วท.บ.****
พิบูลวงศ์ โพธิ์วงศ์ วท.บ.**** ณัฐพล ใหม่เพย วท.บ.**** อีราพร อุ่นบาง วท.บ.*****
ปณิตา มุ่งกลาง พย.บ.***** พันณชิตา แก้วกุลเศรษฐี วท.บ.***** นัตดา คำนิยม ประ.ด.*****

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสานวิธีเชิงลำดับนี้ เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการทุกระดับ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1-12 ในบริบทประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ เป็นกลุ่มผู้รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ กลุ่มตัวอย่างศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพเป็นผู้บริหาร/ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ และผู้รับบริการ พื้นที่ศึกษาคัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นตามสัดส่วนการผ่านเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุที่ร้อยละ 50 และสัดส่วนของสถานบริการแต่ละระดับ รวม 450 แห่ง เป็นสถานบริการ 1) ระดับ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (A, S) จำนวน 45 แห่ง 2) ระดับ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก และโรงพยาบาลชุมชน (M1, M2) จำนวน 66 แห่ง; และ 3) ระดับ โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง และโรงพยาบาลขนาดเล็ก (F1, F2, F3) จำนวน 339 แห่ง เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์ แบบมีโครงสร้างและการสนทนากลุ่มด้วยแนวคำถามแบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหาตามประเด็นการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า สถานบริการสุขภาพให้ข้อมูลผ่านการตอบแบบสอบถาม จำนวน 397 แห่ง ได้แก่ สถานบริการสุขภาพระดับ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ (A, S) จำนวน 55 แห่ง ระดับ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก และโรงพยาบาลชุมชน (M1, M2) จำนวน 63 แห่ง และระดับโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง และโรงพยาบาลขนาดเล็ก (F1, F2, F3) จำนวน 279 แห่ง มีการดำเนินงานจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 99.5 รูปแบบการจัดบริการในคลินิกผู้สูงอายุอย่างเดียว มีร้อยละ 59 จัดบริการร่วมกับงานคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 2.62 และจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ไปในชุมชน ร้อยละ 17.04

ผู้รับบริการสะท้อนว่าพึงพอใจต่อการบริการโดยเฉพาะการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจากทีมสหวิชาชีพและต้องการเข้ามาใช้บริการมากขึ้น ส่วนผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุที่มารับบริการ โดยดูแลผู้สูงอายุเสมือนดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวของตนเอง และผู้เกี่ยวข้องกับนโยบายนี้เห็นว่าควรขับเคลื่อนนโยบายอย่างต่อเนื่อง และควรเพิ่มมาตรฐานการจัดบริการให้มีคุณภาพ ถือเป็นงานสำคัญและขานรับนโยบายขับเคลื่อนบริการในระดับพื้นที่อย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษาสามารถนำไปสู่การขับเคลื่อนนโยบายการดำเนินงานและจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ สามารถนำไปปรับใช้ดำเนินการได้ในทุกระดับสถานบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นช่องทางให้บริการที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้อย่างเป็นระบบและทั่วถึงเพื่อสุขภาวะที่ดีของผู้สูงอายุไทย

คำสำคัญ: คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุเฉพาะทาง คลินิกผู้สูงอายุเคลื่อนที่ มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ

เลขที่จริยธรรมการวิจัย 1/2566 ผ่านการตรวจไม่คัดลอกผลงาน พิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

วันที่รับบทความ 25 พฤศจิกายน 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 21 กรกฎาคม 2568 วันที่ตอบรับบทความ 29 สิงหาคม 2568

*สนับสนุนงบประมาณจากกองทุนวิชาการ (ด้านวิจัย) กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

**ผู้อำนวยการ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

***นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

****นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

*****นักจิตวิทยาคลินิกปฏิบัติการ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

*****นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

*****นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ องค์การบริหารส่วนจังหวัดเพชรบุรี

*****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้ประสานงาน ntda@kku.ac.th

Operational model of geriatric clinic in health facilities under the 1st to 12th health zones, Ministry of Public Health in the Thai context: A sequential mixed-method study*

Bootsakorn Loharjun Ph.D.** Orawan Kuha M.Sc.*** Khuanruedee Meepeiw B.Sc.****
 Piboolwong Plongwong B.Sc.**** Natthapon Maifeoi B.Sc.**** Thilaphon Unbang B.Sc.*****
 Panita Mungklang B.N.S.***** Panchita Kaewkunset B.Sc.***** Nutda Kumniyom Ph.D.*****

Abstract

This mixed-methods based on sequential approach aimed to explore the operational model of geriatric clinics across healthcare facilities at all levels under the Ministry of Public Health, within the 1st to 12th health zones of Thailand. The sample for the quantitative research consisted of those responsible for geriatric clinics, service providers, and clients. The sample for the qualitative research includes administrators/policy makers, geriatric clinic staff, and clients. The study area was selected using stratified random sampling based on the proportion of geriatric clinics meeting the standard criteria (50%) and the distribution of healthcare facilities across different levels, totaling 450 facilities. These included 1) 45 facilities at Levels A and S, 2) 66 facilities at Levels M1 and M2, and 3) 339 facilities at Levels F1, F2, and F3. Data were collected using questionnaires, structured interviews, and focus group discussions with structured question guides. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, and mean; while qualitative data were analyzed through content analysis based on the research themes.

The study found that 397 healthcare facilities responded to the questionnaire. These included 55 facilities categorized as A and S levels, 63 facilities categorized as M1 and M2 levels, and 279 facilities categorized as F1, F2, and F3 levels. Of these, 99.5% had established elderly care clinics. Service models showed that 59% operated stand-alone elderly care clinics, 2.62% combined elderly care with non-communicable diseases clinics, and 17.04% provided mobile elderly care clinics within the community. Clients expressed satisfaction with the care, particularly the health consultation provided by multidisciplinary teams, and indicated a desire to utilize the services more frequently. Service providers demonstrated a positive attitude toward older clients, taking care for older clients as they would care for older persons in their own families. Persons relevant to this policy emphasized the need for implementing this policy continuously and enhancing the standards to ensure the quality of services. They also perceive these services as a critical policy and be responsible for implementing in the community continuously.

The findings could be used to drive policy initiatives and to launch the geriatric clinics. These insights could also be adapted and applied across all levels of healthcare facilities continuously. This would improve the accessibility to the healthcare services for the older persons to get the comprehensive care systematically and thoroughly, contributing to the well-being of the Thai aging population.

keywords: geriatric clinic; specialized geriatric clinic; mobile geriatric clinic; geriatric clinic standards

Ethical approval: 1/2566, Plagiarism checked, 3 Reviewers.

Received 25 November 2025, Revised 21 July 2025, Accepted 29 August 2025

*Funding was supported by the Academic Fund (Research) of the Department of Medical Services, Ministry of Public Health

**Director of the Somdej Phra Sangkharat Yanasangworn Institute of Geriatric Medicine

***Public health technical officer, A senior professional level, The Somdej Phra Sangkharat Yanasangworn Institute of Geriatric Medicine

****Public health technical officer, A practitioner level, The Somdej Phra Sangkharat Yanasangworn Institute of Geriatric Medicine

*****Clinical psychologist, A practitioner level, The Somdej Phra Sangkharat Yanasangworn Institute of Geriatric Medicine

*****Public health technical officer, A professional level, The Somdej Phra Sangkharat Yanasangworn Institute of Geriatric Medicine

*****Public health technical officer, A practitioner level, Phetchabun Provincial Administrative Organization

*****Assistant professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author, E-mail nutda@kku.ac.th

บทนำ

ประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนประชากรวัยสูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด¹ และกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ในปี พ.ศ. 2565² ปัจจุบันปี พ.ศ. 2566 แนวโน้มประชากรสูงอายุเพิ่มจำนวนเป็น ร้อยละ 20.08 ของประชากรทั้งหมด³ การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อรองรับการเพิ่มจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น จึงเป็นประเด็นสำคัญของประเทศ ปี พ.ศ. 2566 รัฐบาลประกาศให้เป็นปีแห่งสุขภาพผู้สูงวัยไทย กระทรวงสาธารณสุขฯ รับนโยบาย โดยกำหนดนโยบายการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุที่มุ่งเน้นประเด็นสำคัญ 5 ประการ⁴ ได้แก่ 1) การเข้าถึงบริการสุขภาพ เชื่อมโยงบริการสุขภาพทุกระดับแบบไร้รอยต่อ เน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม 2) การยกระดับการสร้างเสริมสุขภาพ 3) นำสุขภาพขับเคลื่อนเศรษฐกิจ 4) ฐานข้อมูลด้านสุขภาพและประเด็นสำคัญ 5) ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง ส่งเสริมให้สูงวัยอย่างแข็งแรง โดยการสนับสนุนของครอบครัวและชุมชน บูรณาการดูแลผู้สูงอายุทั้งร่างกายจิตใจ และภาวะสมองเสื่อมได้รับการคัดกรองสุขภาพ ประเมินความเสี่ยงของโรค การป้องกันปัญหาสุขภาพ ตลอดจนการดูแลระยะยาว (long term care) ได้รับการสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ที่จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต อีกทั้ง สนับสนุนให้โรงพยาบาลทุกระดับจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มช่องทางเข้าถึงบริการได้อย่างสะดวกมากยิ่งขึ้น⁴ ในประเด็นการตรวจรักษาและฟื้นฟูผู้สูงอายุ เพื่อเป้าหมายให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีเข้าถึงระบบบริการ มีชีวิตยืนยาวด้วยคุณภาพชีวิตที่ดี⁴ สำหรับการเข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ภายหลังผู้สูงอายุได้รับการประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพ 9 ด้าน กรณีที่พบความผิดปกติจะได้รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในเรื่องภาวะสมองเสื่อมและภาวะหกล้ม ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขกำหนดเป็นตัวชี้วัด เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานระบบบริการ คือ กำหนดให้โรงพยาบาลที่มีคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 100⁵

ภายใต้แผนยุทธศาสตร์กรมการแพทย์ แผนปฏิบัติการราชการกรมการแพทย์ ระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570)⁴ ในยุทธศาสตร์ที่ 1 เป็นศูนย์การบริการวิชาการและงานวิจัยทางการแพทย์เฉพาะทาง (DMS academic hub) มุ่งเน้นการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม (healthy ageing) มีประเด็นที่เกี่ยวข้อง คือ การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับ จัดทำมาตรฐานการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล การถ่ายทอดองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ให้แก่ แพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ ต้นแบบคลินิกผู้สูงอายุ และนวัตกรรมด้านการดูแลผู้สูงอายุ

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ได้จัดทำ (1) แนวทางการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ^{4,6} และ (2) กำหนดมาตรฐานการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ⁷ ประกอบด้วย 1) การมีระบบบริการที่ครอบคลุมการประเมิน (comprehensive geriatric assessment) และการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ 2) มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขประจำคลินิก 3) มีการวินิจฉัยและการวางแผนการดูแล และ 4) มีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงสนับสนุนการรับ-ส่งต่อ ทั้งในและนอกโรงพยาบาล⁷ ด้วยการแบ่งระดับการจัดบริการคลินิกตามระดับโรงพยาบาลเป็น 3 ระดับ⁷ ได้แก่ 1) ระดับ F1-F3, M1-M2, S-A คือ โรงพยาบาลระดับ F (first-level hospital) แบ่งย่อยเป็น F3-F1 คือ ระดับ F1 โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ขนาด 60-120 เตียง ระดับ F2 โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง ขนาด 30-90 เตียง และระดับ F3 โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ขนาด 30 เตียง ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติ 2) โรงพยาบาลระดับ M (middle-level hospital) แบ่งย่อยเป็น M2-M1 คือ ระดับ M1 (middle-level hospital) โรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญ และระดับ M2 (middle-level hospital) โรงพยาบาลชุมชน ขนาด 120 เตียงขึ้นไป ที่มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3-5 คน และแพทย์เฉพาะทางครบ ทั้ง 6 สาขาหลัก อย่างน้อยสาขาละ 2 คน และ 3) โรงพยาบาลระดับ S (standard-level hospital) โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ โรงพยาบาลที่มี

ขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญเฉพาะ และ 4) โรงพยาบาลระดับ A (advance-level hospital) โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลที่มีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ยุ่ยากซับซ้อนระดับเชี่ยวชาญและเทคโนโลยีขั้นสูงและมีราคาแพงและ โรงพยาบาลระดับ S-A และสนับสนุนการดำเนินงานโดยจัดการอบรมหลักสูตรคลินิกผู้สูงอายุ สำหรับบุคลากรประจำคลินิกผู้สูงอายุผ่านระบบออนไลน์ (online meeting)^{4,7} กลุ่มเป้าหมายในการเข้ารับบริการ มีทั้งผู้สูงอายุที่ส่งต่อมาจากการคัดกรองในชุมชน ผู้สูงอายุที่รับ-ส่งต่อมาจากสถานบริการ ภายในจังหวัด ระหว่างจังหวัด ระหว่างเขตบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลในสังกัดกรมการแพทย์และผู้สูงอายุที่ต้องการมารับบริการเอง^{6,7} อีกทั้งยังกำหนดตัวชี้วัดมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ⁷ (standard 1-4) แบ่งเป็น 4 องค์ประกอบ 1) ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม (structure: S1) 2) ด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิก (staff: S2) เป็นบุคลากรการแพทย์และสาธารณสุขประจำคลินิกผู้สูงอายุ 3) ด้านรูปแบบและการจัดบริการ (service: S3) มีบริการที่ครอบคลุม มีบริการการวินิจฉัย และการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุ การประเมินและการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ และ 4) ด้านการบริหารจัดการคลินิก (service management: S4) มีระบบข้อมูล/เชื่อมโยงข้อมูลสนับสนุนการรับ-ส่งต่อ ทั้งในและนอกโรงพยาบาล⁸ และมีผังไหลการดำเนินงานของคลินิกผู้สูงอายุ ตามระดับสถานบริการสุขภาพ ตามจากนโยบายและแผนงานของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขที่จะรองรับการจัดบริการผู้สูงอายุในรูปแบบคลินิกผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ และผู้สูงอายุเข้าถึงระบบบริการได้อย่างทั่วถึง

ทางคณะผู้วิจัย นำโดยสถาบันเวชศาสตร์ฯ มีบทบาทหน้าที่ด้านวิชาการและการวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ ได้จัดทำมาตรฐานและขับเคลื่อนการดำเนินงานเขตบริการสุขภาพ⁶ เพื่อสนับสนุนให้เกิดการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุให้ครอบคลุมทั่วประเทศ สอดคล้องตามนโยบาย ซึ่งปัจจุบันใน 12 เขตสุขภาพ มีหน่วยบริการที่ดำเนินการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ มีบริการที่หลากหลายและแตกต่างกันไปตามหน่วยสถานบริการแต่ละระดับ ทางคณะผู้วิจัย จึงสนใจศึกษาถึงรูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุในหน่วยสถานบริการแต่ละระดับ เพื่อหาผลลัพธ์การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในรวมภาพของประเทศ และรูปแบบของคลินิกผู้สูงอายุและการจัดกิจกรรมบริการ เพื่อให้สามารถขยายผลและนำสู่การกำหนด/ปรับปรุงมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุที่เหมาะสมในหน่วยบริการแต่ละระดับได้ ทั้งรูปแบบที่จัดตั้งในสถานบริการและชุมชน เพื่อการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เกิดความยั่งยืนและบูรณาการเกิดเป็นงานประจำที่มีคุณภาพ ด้านการบริการสุขภาพผู้สูงอายุทุกระดับหน่วยบริการ สอดคล้องตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ขับเคลื่อนและมุ่งเน้นการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการบริการและทั่วถึงต่อไป⁸

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการทุกระดับ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1-12 ในบริบทประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์ย่อย คือ 1) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการทุกระดับ สังกัด กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1-12 และ 2) เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของสถานบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ สังกัด กระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1-12⁸

วิธีการวิจัย

การวิจัยแบบผสมวิธี (mixed methods) ใช้วิธีการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยมีการวิจัย ดังนี้ 1) การวิจัยเชิงปริมาณ ศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการทุกระดับ สังกัด ใช้กรอบแนวคิดตามมาตรฐานการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุครบวงจรใน 4 องค์ประกอบ/ด้าน คือ

ด้านโครงสร้าง ด้านบุคลากร ด้านการจัดบริการ และ ด้านการบริหารจัดการ (structure/staff/services/service management) พัฒนาโดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์⁴ โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากการติดตามผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 1-12 หลังจากนั้น ก็นำข้อมูลเชิงปริมาณมาคัดสรรโรงพยาบาลตามเกณฑ์คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพดี ใช้ในการวิจัยเชิงคุณภาพ เพื่อหารูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการแต่ละระดับ ในเขตสุขภาพที่ 1-12 2) การวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการระดับต่าง ๆ ที่คัดสรร สังกัด กระทรวงสาธารณสุข ใช้กรอบแนวคิดการจัดระบบบริการสุขภาพขององค์การอนามัยโลก (health service system framework)⁹ ใน 6 องค์ประกอบ (6 building blocks: 6BB) ประกอบด้วย 1) การให้บริการสุขภาพ 2) กำลังคนด้านสุขภาพ 3) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ 4) การเข้าถึงยาที่จำเป็น 5) การเงินการคลัง และ 6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล รวมถึงองค์ประกอบอื่น ๆ ด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการผลลัพธ์และผลกระทบของระบบบริการสุขภาพด้วย และ 3) สรุปผลการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ และการวิจัยเชิงคุณภาพ และข้อเสนอแนะการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการ ทุกระดับ สังกัด กระทรวงสาธารณสุขที่พึงประสงค์ health

การวิจัยแบบผสมวิธี (mixed methods) แบบ sequential design โดยการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ ด้วยการวิจัยเชิงพรรณนา (quantitative descriptive research) เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ในสถานบริการทุกระดับ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1-12 แล้วจึงทำการศึกษา โดยใช้วิธีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ แบบพรรณนา (qualitative descriptive research) เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ จากกรณีศึกษาคลินิกผู้สูงอายุที่คัดสรร จากสถานบริการระดับต่าง ๆ⁸ เพื่อให้ทราบ สถานการณ์และรูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ และจากการสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน และผู้สูงอายุและครอบครัวที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ เพื่อขยายผลและสนับสนุนผลลัพธ์การดำเนินงาน คลินิกผู้สูงอายุ หลังจากมีนโยบายขับเคลื่อนคลินิกผู้สูงอายุทุกระดับสถานบริการสุขภาพ

ทั้งนี้ ในการดำเนินการตามวิธีการวิจัยแบบผสมวิธี (mixed methods) แบบ sequential design นั้น เป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่างคณะผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยทุกท่าน ในการดำเนินการวางแผนการศึกษาวิจัย การทบทวนวรรณกรรม การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ การสรุปวิเคราะห์ข้อมูล พิจารณาตรวจสอบผลการวิเคราะห์ข้อมูล กรณีที่พบความไม่สมบูรณ์ดำเนินการเก็บข้อมูลเพิ่มเติม และจัดทำ สรุปรายงาน ผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 1-12 ในบริบทประเทศไทย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ กำหนดลักษณะประชากร กลุ่มตัวอย่างและพื้นที่ดำเนินการวิจัย เป็น 2 รูปแบบ ตามวิธีการวิจัย⁸ ดังนี้

การวิจัยเชิงปริมาณ (quantitative research)

ประชากรที่ศึกษา เป็นกลุ่มผู้ใช้บริการ กลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากคลินิกผู้สูงอายุ จากสถานบริการ ทั้ง 3 ระดับ ตามเกณฑ์ การเลือกพื้นที่ ประกอบด้วย (1) กลุ่มผู้รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุ (ผู้บริหาร/ผู้กำหนดนโยบาย) จำนวนรวม ทั้งสิ้น 450 คน (2) กลุ่มผู้รับบริการ เป็นผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล จำนวน 2 คนต่อสถานบริการ 450 แห่ง และ (3) กลุ่มผู้ให้บริการ เป็นผู้ปฏิบัติงานประจำในคลินิกผู้สูงอายุ จำนวนแต่ละ 1-3 คนต่อสถานบริการ 450 แห่ง

พื้นที่ในการศึกษา^๕ คัดเลือกจากคลินิกผู้สูงอายุของสถานบริการทุกระดับใน 12 เขตสุขภาพที่มีการขับเคลื่อนนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุมาแล้ว เป็นระยะเวลา 1 ปีขึ้นไป ประกอบด้วย โรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง ระดับ (A, S, M1, M2, F1, F2, F3) จำนวนรวม 901 แห่ง เกณฑ์การเลือกพื้นที่ศึกษาใช้วิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้น (multi-stage sampling) จากสถานบริการทั้ง 3 ระดับ คือ 1) ระดับ A,S ; 2) ระดับ M1,M2; และ 3) ระดับ F1, F2, F3 โดยพิจารณาตามสัดส่วนของสถานบริการแต่ละระดับ ทั้ง 3 ระดับ และพิจารณาตามสัดส่วนของการผ่านเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ ด้านสถานที่ สิ่งแวดล้อม บุคลากร รูปแบบการจัดบริการและการบริหารจัดการที่สัดส่วน ร้อยละ 50 จึงได้กลุ่มตัวอย่าง คือ โรงพยาบาลที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ (คัดสรรโรงพยาบาลจากการติดตามผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ระหว่างเดือน พฤษภาคม - กรกฎาคม พ.ศ.2566) โดยมีคลินิกผู้สูงอายุ ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ มีจำนวน 773 แห่ง และไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ มีจำนวน 128 แห่ง โดยคิดเป็นสัดส่วน ร้อยละ 50 ทั้งสถานบริการที่ผ่านเกณฑ์และไม่ผ่านเกณฑ์ ได้จำนวนพื้นที่ศึกษา รวมทั้งสิ้น 450 แห่ง

การวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง^๖

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลจากพื้นที่กรณีตัวอย่างคลินิกผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ จากสถานบริการระดับต่าง ๆ ใน 3 ระดับ และเป็นกรณีตัวอย่างของการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุที่ดี (best practice) จำนวน 6-12 กรณีตัวอย่าง และคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง ใน 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้รับบริการ (ผู้สูงอายุและครอบครัว) แห่งละ 1-2 คน 2) กลุ่มผู้ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และสหวิชาชีพที่ได้รับมอบหมาย 3) ผู้รับผิดชอบในคลินิกผู้สูงอายุ คือ ผู้รับผิดชอบหลักที่มีอำนาจตัดสินใจหรือมีคำสั่งแต่งตั้ง/มอบหมายให้ดูแลงานคลินิกผู้สูงอายุ คัดสรรตามระดับสถานบริการสุขภาพ (A-F) จำนวน 7 แห่ง โดยพิจารณาจากข้อมูลเชิงปริมาณ และทำการเลือกเพื่อเป็นตัวแทนในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของแต่ละระดับสถานบริการสุขภาพ กรณีตัวอย่าง (แห่งละ 1-2 คน) รวมเป็นผู้ให้ข้อมูลประมาณ 7-14 คน รวมถึง ผู้บริหารที่รับผิดชอบงานคลินิกผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุฯ จำนวน 1-2 คน

พื้นที่ในการศึกษา คัดเลือกพื้นที่ในการศึกษาจากสถานบริการสุขภาพทุกระดับในเขตสุขภาพที่ 1-12 ที่มีจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุและผ่านเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการ หลังจากมีการขับเคลื่อนนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ มาแล้วเป็นระยะเวลา 1 ปี และคัดเลือกเป็นกรณีตัวอย่างของการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุที่ดี (best practice) จำนวน 1 พื้นที่ ต่อระดับสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับ ตามเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ประกอบด้วย สถานบริการทุกระดับที่ผ่านมาตรฐานจากรายงานผลการติดตามการดำเนินงานของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุฯ มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุที่เชื่อมโยงระบบการรับ-ส่งต่อในทุกระดับ (A-F) หรือเป็นแม่ข่ายเดียวกันและมีการจัดบริการภาวะสมองเสื่อมและหรือภาวะหกล้ม ตามนโยบายมุ่งเน้นในคลินิกผู้สูงอายุ^{6,8}

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเชิงปริมาณและวิจัยเชิงคุณภาพ พัฒนาขึ้นโดยทีมผู้วิจัยจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ^๕ แบ่งเป็น 2 ส่วนตามวิธีการวิจัย ประกอบด้วย

1) การวิจัยเชิงบรรยาย เป็นชุดแบบสอบถาม จำนวน 3 ชุด ประกอบด้วย ชุดที่ 1 แบบสอบถามการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข สำหรับผู้บริหาร/ผู้กำหนดนโยบาย ชุดที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อบริการคลินิกผู้สูงอายุของกลุ่มผู้รับบริการ (ผู้สูงอายุและครอบครัว) ชุดที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติและสมรรถนะการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ปัญหา-อุปสรรคและความต้องการ การพัฒนาบริการคลินิกผู้สูงอายุ สำหรับผู้ปฏิบัติงานประจำในคลินิกผู้สูงอายุ

2) การวิจัยเชิงคุณภาพ เป็นแบบสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม กำหนดแนวคำถามในการสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างและการสนทนากลุ่มด้วยแนวคำถามแบบ มีโครงสร้าง จำนวน 3 ชุด ตามมุมมองของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ชุดที่ 1 แนวคำถามการสัมภาษณ์/การสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ในมุมมองของ ผู้รับบริการ (ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล) ชุดที่ 2 แนวคำถามการสัมภาษณ์/การสนทนากลุ่ม ทั้งรูปแบบ online และ onsite เกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ในมุมมองสำหรับผู้ปฏิบัติงานประจำในคลินิกผู้สูงอายุ และชุดที่ 3 แนวคำถามการสัมภาษณ์/การสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับรูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในมุมมองของผู้รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุและผู้บริหาร/ผู้กำหนดนโยบายคลินิกผู้สูงอายุ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือการวิจัยทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพที่พัฒนาขึ้นโดยคณะผู้วิจัย ได้ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย⁷⁻⁸ จากผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญทั้งด้านนโยบายคลินิกผู้สูงอายุ ด้านวิชาการผู้สูงอายุ ด้านโรคสมองเสื่อม จำนวน 3 ท่าน โดยเฉพาะเครื่องมือการวิจัยเชิงคุณภาพและนำข้อเสนอแนะที่ได้มาปรับปรุงเนื้อหา เพื่อให้สอดคล้องตามวัตถุประสงค์การวิจัย ก่อนนำไปใช้จริง ส่วนเครื่องมือการวิจัยเชิงปริมาณ คำนวณหาค่าความเชื่อมั่น ใช้วิธีของแอลฟาครอนบาค (cronbach 's alpha reliability) ได้ค่าความเชื่อมั่นในแต่ละชุด คือ ชุดที่ 1 แบบสอบถามการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สำหรับผู้รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุ) เท่ากับ 0.799 ชุดที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อบริการคลินิกผู้สูงอายุของผู้รับบริการ (สำหรับผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล) เท่ากับ 0.761 และ ชุดที่ 3 แบบสอบถามทัศนคติและสมรรถนะการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ปัญหา-อุปสรรค และความต้องการการพัฒนาบริการคลินิกผู้สูงอายุของผู้ให้บริการ/ผู้ปฏิบัติงาน เท่ากับ 0.943⁸

การศึกษาวิจัย⁸ เริ่มดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากมีการขับเคลื่อนนโยบายการจัดตั้งและดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ มาแล้วเป็นระยะเวลา 1 ปี เริ่มทำการเก็บข้อมูลในช่วงระยะเวลา 3 เดือน ระหว่างเดือนตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2566 และระยะเวลา 2 เดือน ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ - มีนาคม พ.ศ. 2567 โดยมีขั้นตอนดำเนินการ⁹ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมการ

1. การจัดประชุมคณะผู้วิจัย เพื่อกำหนดแผนงาน เครื่องมือเก็บข้อมูล และแนวทางการรวบรวมข้อมูลจากแบบรายงานผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุสำหรับโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ติดตามผ่านonline จำนวน 901 แห่ง

2. การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ชี้แจงโครงการและแนวทางการจัดเก็บข้อมูลร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เขตบริการสุขภาพทั้ง 12 เขต ที่มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ การจัดบริการและดูแลผู้สูงอายุ 9 ด้าน (เน้นกลุ่มภาวะสมองเสื่อมและภาวะหกล้ม)

ขั้นตอนที่ 2 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. การจัดเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในคลินิกผู้สูงอายุ สถานบริการทุกระดับ ระหว่างเดือน ตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2566 โดยการส่งแบบสอบถาม ทั้ง 3 ชุด ให้กับทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แต่ละจังหวัดแจกจ่ายให้กับสถานบริการที่ได้รับการคุ้มครองการเรียนรู้

2. การจัดเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ หลังจากวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณแล้ว ทำให้ได้ข้อมูล สถานการณ์การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ทั้ง 12 เขตสุขภาพ แล้วคัดสรรสถานบริการที่มีการดำเนินงานคลินิก ผู้สูงอายุคุณภาพดี เพื่อเป็นตัวแทนของสถานบริการสุขภาพในแต่ละระดับ ใน 12 เขตสุขภาพ โดยเลือก 1 สถาน บริการสุขภาพต่อระดับสถานบริการสุขภาพ (A-F3) เพื่อดำเนินการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ ผู้ดำเนินงานคลินิก ทั้งในรูปแบบ online และ onsite และมีการโทรสอบถาม และสอบถามซ้ำ กรณีได้ข้อมูล ไม่ชัดเจน/ไม่ครบถ้วน รวมทั้งติดตามในประเด็นคำถามที่ต้องการสอบถามเพิ่มเติมในแต่ละแบบสอบถาม ระหว่างเดือน กุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ. 2567

ขั้นตอน 3 การสรุป วิเคราะห์ และอภิปรายผล

1. ข้อมูลที่ได้ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ จะถูกตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ โดยทีมวิจัย และที่ปรึกษาโครงการ ตลอดระยะเวลาเก็บรวบรวมข้อมูลในแต่ละช่วง หากพบข้อมูลไม่ครบถ้วน สมบูรณ์หรือพบประเด็นที่น่าสนใจที่ต้องการคำอธิบายเพิ่มเติม ก็ดำเนินการเก็บข้อมูลซ้ำอีกครั้ง โดยทีมวิจัย จะสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานคลินิกผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุและครอบครัว ในรูปแบบ online และ onsite (เชิงคุณภาพ) รวบรวมข้อมูลและสรุปประเด็นจากการสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์ จนได้ข้อมูลที่ไม่แตกต่างไปจากเดิม นำมา วิเคราะห์รวมกับข้อมูลแบบสอบถาม (เชิงปริมาณ)

2. รวบรวมข้อมูลมาสรุปวิเคราะห์ จัดกลุ่มเนื้อหา กำหนดหมวดหมู่/จัดกลุ่ม และขยายความผลลัพธ์ ข้อมูลจากขั้นตอนแรก (เชิงปริมาณ) ตามประเด็นและวัตถุประสงค์การวิจัยกำหนด จากนั้นจัดการประชุม เชิงปฏิบัติการระหว่างคณะผู้วิจัย ร่วมกับผู้ทรงคุณวุฒิและผู้เชี่ยวชาญทั้งด้านนโยบายคลินิกผู้สูงอายุ ด้านวิชาการผู้สูงอายุ เพื่อคืน/สะท้อนข้อมูลกลับ พิจารณาให้ข้อเสนอแนะ ซึ่งข้อเสนอแนะที่ได้จะนำมาสรุป ผลการศึกษา และจัดทำสรุปรายงานการวิจัย ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ^๑ เป็นการศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ในสถานบริการทุกระดับ ออกแบบคำถามและนำไปใช้ในการติดตามการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของสถาบัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย นำเสนอผลด้วยแผนภูมิ ตาราง

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ^๑ เป็นการศึกษารูปแบบการดำเนินงานคลินิกคุณภาพดี หลังจาก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณแล้วได้ข้อมูลสถานการณ์การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุใน 12 เขตสุขภาพ แล้ว คัดสรรพื้นที่ที่มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพดี สอดคล้องตามมาตรฐานที่กำหนด วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ข้อมูลได้จากการสัมภาษณ์ ทำวิเคราะห์ข้อมูลกำหนด หมวดหมู่/จัดกลุ่มและตีความหมาย ตามประเด็นและวัตถุประสงค์การวิจัยกำหนด จนสามารถสรุป ผลการวิเคราะห์และนำเสนอในรูปแบบที่เข้าใจง่าย

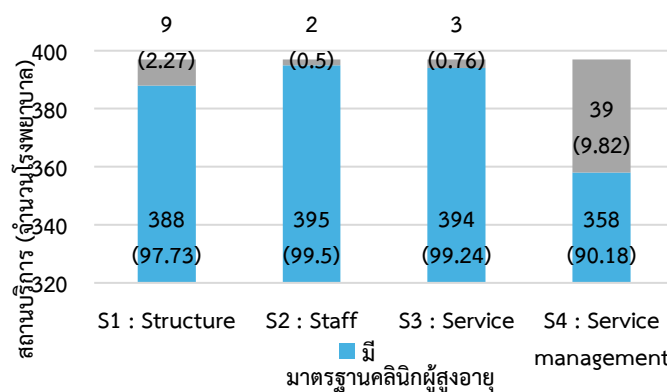
จริยธรรมวิจัย

โครงการวิจัยการศึกษารูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการทุกระดับ สังกัด กระทรวงสาธารณสุข ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยสถาบันเวชศาสตร์

สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 1/2566 เมื่อวันที่ 8 พฤษภาคม พ.ศ. 2566⁸

ผลการวิจัย

สถานการณ์การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการทุกระดับ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข หลังจากมีผ่านการขับเคลื่อนนโยบายผ่านมา เป็นระยะเวลา 1 ปี (ตุลาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2566) สถานบริการสุขภาพที่ให้ข้อมูลผ่านการตอบแบบสอบถาม จำนวนทั้งหมด 397 แห่ง ประกอบด้วย สถานบริการสุขภาพระดับ A,S จำนวน 55 แห่ง ระดับ M1, M2 จำนวน 63 แห่ง และ ระดับ F1, F2, F3 จำนวน 279 แห่ง ผลลัพธ์การดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุในทุกระดับสถานบริการสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 99.5 มีการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุและ ร้อยละ 0.50 ที่ยังไม่มีการจัดตั้ง



แผนภูมิที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละการผ่านตามมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุในการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ⁷⁻⁸

เมื่อพิจารณาตามมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ⁷ พบว่า มีสถานบริการที่ผ่านตามาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ 4 ด้าน (S1-S4) ส่วนใหญ่ผ่านมาตรฐานด้านบุคลากร (S2) และด้านรูปแบบการจัดบริการ (S3) สูงสุด ร้อยละ 99.50 และร้อยละ 99.24 ตามลำดับ มีเพียงไม่ถึงร้อยละ 1 ที่ยังไม่สามารถดำเนินการได้ ส่วนด้านสถานที่สิ่งแวดล้อม ดำเนินการได้ ร้อยละ 97.73 ที่ยังดำเนินการไม่ชัดเจน มีเพียงร้อยละ 2.27 และด้านการบริหารจัดการคลินิก พบว่า ยังมีการดำเนินการได้น้อยเมื่อเทียบกับมาตรฐานคลินิก อีก 3 ด้าน (ร้อยละ 90.18) ดังแสดงในแผนภูมิที่ 1

คลินิกผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการใช้พื้นที่ร่วมกับคลินิกอื่น ๆ เช่น คลินิกประคับประคอง คลินิกเด็กดี คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ คลินิกหมอครอบครัว คลินิกจิตเวชและยาเสพติด คลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก และคลินิกกายภาพ รองลงมา คือ คลินิกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 23.68 คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (non-communicable diseases; NCDs) ร้อยละ 15.87 ในขณะที่ในบางพื้นที่ได้ดำเนินการแยกออกมาเป็นคลินิกผู้สูงอายุเฉพาะ ร้อยละ 13.35 สอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ที่พบว่า มีสถานบริการสุขภาพที่จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุรวมอยู่ในศูนย์ชีวิภิบาล และจัดบริการในผู้สูงอายุด้านอื่นร่วมด้วย เช่น การดูแลประคับประคอง การดูแลระยะยาว เป็นต้น

เมื่อวิเคราะห์ตามกรอบงาน (six building block) ของการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ พบว่า

(1) ด้านกำลังคนสุขภาพ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ มีจำนวน 4-6 สาขา ร้อยละ 41.65 ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร แพทย์แผนไทย นักกายภาพ นักโภชนาการ และทันตแพทย์ โดยมีแพทย์เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ

และร้อยละ 88.16 มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำคลินิกผู้สูงอายุ สอดคล้องกับบทสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ ที่พบว่า มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำคลินิกและมีทีมสหวิชาชีพ เป็นหลักในการร่วมดูแลและให้บริการ

(2) ด้านการให้บริการสุขภาพ พบว่า มีการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง โดยแพทย์และทีมผู้ให้บริการ ร้อยละ 89.42 มีการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบถ้วน ร้อยละ 83.63 และมีบริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 82.12 ตามลำดับ สอดคล้องกับบทสัมภาษณ์ของผู้รับบริการที่สะท้อนว่า ได้รับการบริการที่สะดวก รวดเร็ว ขั้นตอนไม่เยิ่นเย้อเกินไป และตอบสนองความต้องการของ ผู้สูงอายุอย่างตรงประเด็น ส่วนของรูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 59 มีการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุโดยเฉพาะ รองลงมา คือ คลินิกเฉพาะทาง เช่น คลินิกความจำ คลินิกโปรแกรมกระตุ้นสมอง/ฝึกสมอง คลินิกป้องกันการหกล้ม ร้อยละ 19.55 คลินิกเคลื่อนที่ในชุมชน ร้อยละ 17.04 การจัดบริการ/บูรณาการร่วมกับงานคลินิก NCDs ร้อยละ 2.62 และการจัดบริการ/บูรณาการร่วมกับคลินิกผู้ป่วยนอก (out-patient department; OPD) ร้อยละ 0.83 ตามลำดับ

(3) ด้านระบบบันทึกข้อมูลใช้ในคลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งรูปแบบการบันทึกข้อมูลที่ใช้มากที่สุด คือ การบันทึกลงในระบบฐานข้อมูล HOSXP (ซอฟต์แวร์แอปพลิเคชัน สำหรับสถานพยาบาล สถานือนามัย และโรงพยาบาล เพื่อเก็บข้อมูลผู้ป่วยและช่วยบุคลากรในการให้บริการทางการแพทย์ผู้ป่วย) ของโรงพยาบาล ร้อยละ 40.66 และข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบเพิ่มเติมว่ามีการใช้แบบบันทึกข้อมูลที่พัฒนาขึ้นมาเอง ควบคู่กับการบันทึกข้อมูลในระบบฐานข้อมูลของสถานบริการสุขภาพนั้น ๆ เช่น ระบบบันทึกข้อมูลที่สามารถรองรับแบบประเมินการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม (comprehensive geriatric assessment; CGA) การเชื่อมกับข้อมูลการ คัดกรอง เป็นต้น

(4) ด้านการเข้าถึงยา พบว่า สามารถเข้าถึงยาที่จำเป็นตามสิทธิ์สำหรับผู้สูงอายุได้ และยาในกลุ่มภาวะสมองเสื่อม ต้องเบิกจ่ายในระดับแพทย์เฉพาะทาง ทำให้ผู้สูงอายุบางกลุ่มไม่สามารถเข้าถึงยาได้

(5) ด้านการเงินการคลัง พบว่า ผู้ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ สามารถเบิกจ่ายตรง และตามสิทธิ์ครอบคลุมสุขภาพแห่งชาติ (universal coverage; UC) และสำหรับสถานบริการจะมีการพัฒนา/แนวทางการเชื่อมรหัสการจัดบริการในสถานบริการสุขภาพกับรูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่คลินิก และสามารถศักยภาพเบิกจ่ายค่าบริการสุขภาพ ในระบบได้

(6) ด้านภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล พบว่า ผู้บริหารเห็นชอบและให้การสนับสนุน รวมทั้งให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรที่ดำเนินงานในคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อนำความรู้และทักษะมาปรับใช้ในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ

จากข้อมูลเชิงปริมาณ สถานการณ์การดำเนินงานและจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ตามการขับเคลื่อนนโยบายด้านผู้สูงอายุ และบทสัมภาษณ์การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในทุกระดับสถานบริการสุขภาพ สรุปได้ว่า คลินิกผู้สูงอายุ มีรูปแบบการจัดบริการ ดังแสดงในตารางที่ 1 โดยมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ แพทย์แผนไทย และสหวิชาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง จัดบริการทั้งเชิงรับในที่ตั้ง และเชิงรุกส่งออกไปที่ชุมชน และข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว เพราะเป็นบริการเฉพาะสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ และพึงพอใจในบริการที่ได้รับ เช่น บริการแบบเบ็ดเสร็จในจุดเดียว ให้คำแนะนำอย่างครบถ้วน ไม่รีบเร่ง เป็นต้น สรุปได้ว่า คลินิกผู้สูงอายุ เป็นรูปแบบการจัดบริการอย่างหนึ่ง ที่ให้การดูแลแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละรูปแบบและการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุจำแนกตามระดับสถานบริการสุขภาพ⁸

รูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ	ระดับสถานบริการสุขภาพ			รวมทั้งหมด
	รพศ. (A, S)	รพท. (M1, M2)	รพช. (F1, F2, F3)	
- คลินิกผู้สูงอายุอย่างเดียว	75 (62.50)	95 (62.50)	325 (57.32)	495 (59.00)
- คลินิกเฉพาะทาง เช่น คลินิกความจำ คลินิกโปรแกรมกระตุ้นสมอง/ฝึกสมอง คลินิกป้องกันการหกล้ม	22 (18.33)	30 (19.74)	112 (19.75)	164 (19.55)
- คลินิกเคลื่อนที่ในชุมชน	21 (17.50)	20 (13.16)	105 (18.52)	146 (17.40)
- จัดบริการ/บูรณาการร่วมกับ NCD	2 (1.67)	5 (3.29)	15 (2.65)	22 (2.62)
- จัดบริการ/บูรณาการร่วมกับ คลินิก OPD	-	-	7 (1.23)	7 (0.83)
- คลินิกผู้สูงอายุ ในเรือนจำ/เคลื่อนที่ในเรือนจำ	-	2 (1.32)	1 (0.18)	3 (0.36)
- คลินิก NCD สัญจร	-	-	2 (0.35)	2 (0.24)

ส่วนการดำเนินงานด้านนโยบายที่เน้นการดูแลในกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อมและหกล้มจากการคัดกรองพบความเสี่ยงเกิดภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ ทั้งรูปแบบการจัดบริการแบบเชิงรับและเชิงรุกในเขตสุขภาพที่ 1-12 ทุกระดับสถานบริการสุขภาพ มีจำนวนภาวะสมองเสื่อม เฉลี่ย 26 คนต่อเดือน และพบความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลในคลินิกผู้สูงอายุ ใน 12 เขตสุขภาพ จำนวนเฉลี่ย 17 รายต่อเดือน ส่วนการคัดกรองและมีความเสี่ยงเกิดภาวะหกล้มในคลินิกผู้สูงอายุ พบจำนวนเฉลี่ย 44 รายต่อเดือน และได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ใน 12 เขตสุขภาพ มีจำนวนเฉลี่ย 29 รายต่อเดือน ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผลการดำเนินงานการให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ ด้านภาวะสมองเสื่อมและภาวะหกล้ม จำแนกตามระดับสถานบริการสุขภาพ⁸

ผลการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ (รายคน/เดือน)	ระดับโรงพยาบาล (จำนวนและร้อยละ)			
	รพศ. (A, S)	รพท. (M1, M2)	รพช. (F1, F2, F3)	รวม
1. จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับการคัดกรองและมีความเสี่ยงเกิดภาวะสมองเสื่อมในคลินิก (รับ refer และ walk in)	3,854 (70.07)	1,763 (27.98)	4,483 (16.07)	10,100 (25.57)
2. จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแล	2,556 (46.47)	1,523 (24.17)	2,526 (9.05)	6,603 (16.72)
3. จำนวนผู้สูงอายุทั้งหมดที่ได้รับ การคัดกรองและมีความเสี่ยงเกิดภาวะหกล้มในคลินิกผู้สูงอายุ (รับ refer และ walk in)	5,644 (102.62)	3,059 (48.56)	8,862 (31.76)	17,565 (44.36)
4. จำนวนผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มได้รับการดูแลรักษาหรือส่งต่อ	3,152 (57.31)	2,657 (42.17)	5,732 (20.54)	11,541 (29.07)

รูปแบบการดำเนินงานในคลินิกผู้สูงอายุ จากบทสัมภาษณ์ทั้งผู้ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ และครอบครัว ที่มารับบริการคลินิกผู้สูงอายุ พบว่า มีการดำเนินงานที่เป็นระบบชัดเจน ช่วยลดความแออัดในด้านบริการของสถานบริการสุขภาพขนาดใหญ่ เช่น ระดับ A, S ทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่เร็วขึ้น และ

เป็นประโยชน์ที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ ดังเสียงสะท้อนของผู้ปฏิบัติงาน ที่กล่าวว่า “การให้บริการผู้สูงอายุเหมือนผู้ใหญ่ในบ้าน เช่น การให้คำแนะนำ พูดคุย ด้วยความนุ่มนวล และเป็นกันเอง” และ “การดูแลด้วยความใส่ใจ ชักถามพูดคุย ไม่เร่งรีบ” “...มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำคลินิก และทีมสหวิชาชีพร่วมดูแลร่วมให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ...” และ “...มีการดำเนินงานที่เป็นระบบชัดเจนภายในคลินิกผู้สูงอายุ...”

ส่วนผู้มาใช้บริการคลินิกผู้สูงอายุ มากกว่าร้อยละ 95 ของในทุกระดับสถานบริการ ได้สะท้อนความคิดเห็นว่า คลินิกผู้สูงอายุมีความสำคัญและจำเป็นต่อการจัดบริการผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ดูแลดี เอาใจใส่ มีขั้นตอนการบริการที่ชัดเจน ดังเสียงสะท้อนของผู้มาใช้บริการที่กล่าวว่า “...เจ้าหน้าที่ดูแลดี เอาใจใส่ มีขั้นตอนการบริการที่ชัดเจน...” “...ได้รับการบริการที่สะดวก รวดเร็ว ขั้นตอนไม่เยอะเก้นไป...” และ “...ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุอย่างตรงประเด็น...” ส่วนความคาดหวังและความต้องการของผู้มาใช้บริการสะท้อนว่า “ต้องการสถานที่คลินิกผู้สูงอายุที่แยกออกมา มีบุคลากรให้การดูแลครบและเฉพาะด้าน อยากให้เพิ่มการเปิดบริการมากกว่าที่มีการดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน และอยากให้บริการแบบนี้ออกไปให้บริการในชุมชน จะได้มารับบริการได้สะดวก และผู้สูงอายุที่มาไม่ได้ จะได้รับบริการด้วย”

สรุปได้ว่า รูปแบบคลินิกผู้สูงอายุที่มีการดำเนินการในปัจจุบัน แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ 1) รูปแบบบริการเชิงตั้งรับ จัดบริการในที่ตั้ง คลินิกผู้สูงอายุอย่างเดียว บูรณาการร่วมกับคลินิกอื่น เช่น NCDs OPD และ 2) รูปแบบบริการเชิงรุก เป็นการจัดการบริการส่งออกไปที่ชุมชนมุ่งเน้นการดูแลแบบองค์รวม โดยดำเนินงานเป็นทีมสหวิชาชีพ (multi-disciplinary team) ส่วนการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในมุมมองของ ผู้รับบริการ สะท้อนถึงความพึงพอใจในการจัดบริการ ทั้งขั้นตอนการให้บริการ บุคลากรและความต้องการให้ขยายบริการในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุทุกกลุ่มสามารถเข้าถึงบริการ ขณะที่มุมมองของผู้รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุและผู้บริหาร/ผู้กำหนดนโยบายคลินิกผู้สูงอายุสะท้อนถึงความพึงพอใจต่อแนวทางการดำเนินงานที่เป็นระบบชัดเจน ช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่รวดเร็ว มีทีมสหวิชาชีพร่วมดูแลร่วมให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุและสะท้อนถึงทัศนคติที่ดีในการให้บริการที่เปรียบเทียบกับเหมือนการดูแลผู้สูงอายุในบ้าน

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิจัย ผลลัพธ์การดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุในทุกระดับสถานบริการสุขภาพ โดยพบว่า ร้อยละ 99.5 มีการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ หลังขับเคลื่อนนโยบายมาแล้ว 1 ปี และยังไม่มี การจัดตั้งอีกเพียง ร้อยละ 0.50 กลุ่มงานที่รับผิดชอบในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุมากที่สุด คือ กลุ่มงานการพยาบาล ร้อยละ 30.48 รองลงมา คือ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม ร้อยละ 27.96 กลุ่มงานผู้ป่วยนอก ร้อยละ 18.14 และ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม ร้อยละ 6.30 นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มอื่น ๆ ที่รับผิดชอบในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ได้แก่ กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู กลุ่มงานสุขภาพจิตและยาเสพติด กลุ่มงานโรคเรื้อรัง กลุ่มงานอายุกรรม เป็นต้น ในส่วนของผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ คือ พยาบาลวิชาชีพ มากที่สุด ร้อยละ 80.10 รองลงมาคือ แพทย์ ร้อยละ 12.85 และนักวิชาการสาธารณสุข ร้อยละ 3.53 ตามลำดับ และพบว่า มีผู้รับผิดชอบหลักอื่น ๆ ได้รับมอบหมายให้ดำเนินงานตามนโยบาย เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาล รองผู้อำนวยการฝ่ายปฐมภูมิ เป็นต้น โดยเฉพาะในสถานบริการสุขภาพระดับโรงพยาบาลชุมชน (F) ซึ่งมีข้อจำกัดด้านบุคลากร ตามวัตถุประสงค์หลักในการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และผู้สูงอายุกลุ่มที่มีความเสี่ยง/ปัญหาสุขภาพได้รับบริการที่รวดเร็วและทั่วถึง (จากการรายงานข้อมูล ณ วันที่ 31 สิงหาคม 2566) สอดคล้องกับผลการวิจัยของ พัชรียา ไชยลังกา และคณะ ที่ศึกษาการพัฒนาแบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน¹⁰ ผลการวิจัยพบว่า การดูแลแบบผสมผสานจากสหวิชาชีพ สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ

และสมาชิกในครอบครัว ผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการมีความพึงพอใจในการให้บริการอยู่ในระดับมากที่สุด และเห็นว่าการจัดบริการที่ได้รับตรงกับความต้องการและเป็นประโยชน์กับสุขภาพผู้สูงอายุ

เมื่อพิจารณาตามมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ (S1-S4) ในแต่ละด้าน พบว่า

(1) ด้านสถานที่/สิ่งแวดล้อม (S1) การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ พบว่า มากกว่าร้อยละ 80 ใน 12 เขตสุขภาพ มีการดำเนินงานในทุกระดับสถานบริการสุขภาพ โดยมีป้ายและสถานที่การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุชัดเจน ร้อยละ 93.95 มีเพียงร้อยละ 6.05 ที่ยังดำเนินการไม่ชัดเจน และส่วนใหญ่มีการใช้พื้นที่ร่วมกับคลินิกอื่น ๆ เช่น คลินิกประคับประคอง คลินิก เด็กดี คลินิกกระตุ้นพัฒนาการ คลินิกหมอครอบครัว คลินิกจิตเวชและยาเสพติด คลินิกแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก และคลินิกกายภาพ รองลงมา คือ ใช้พื้นที่ร่วมกับคลินิกผู้ป่วยนอก ร้อยละ 23.68 ใช้พื้นที่ร่วมกับคลินิกโรคเรื้อรัง ร้อยละ 15.87 ในขณะที่บางพื้นที่ได้ดำเนินการแยกออกมาเป็นคลินิกผู้สูงอายุเฉพาะ ร้อยละ 13.35 สอดคล้องกับข้อมูลจากผู้รับผิดชอบหลักคลินิกผู้สูงอายุ^๑ เกี่ยวกับการดำเนินการจัดตั้ง/บริการคลินิกผู้สูงอายุตามมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุด้านสถานที่สิ่งแวดล้อม (S1) ทั้งสถานบริการสุขภาพระดับ A-F ส่วนใหญ่มีคลินิกผู้สูงอายุเป็นสัดส่วน มีป้ายชัดเจน และแยกออกจากคลินิกอื่น ๆ แต่มีการใช้พื้นที่ร่วมหรือตั้งอยู่ใกล้กับคลินิกอื่น ๆ และต้องการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุให้แยกออกจากคลินิกอื่น ๆ ให้ชัดเจน และแบ่งเป็นสัดส่วน รวมทั้งการจัดสิ่งอำนวยความสะดวก สำหรับผู้สูงอายุ เช่น ห้องน้ำ ราวจับ เป็นต้น

(2) ด้านบุคลากร (S2) พบว่า ใน 12 เขตสุขภาพ ทุกระดับสถานบริการสุขภาพ ร้อยละ 96.22 มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานประจำคลินิกผู้สูงอายุ และมีการปฏิบัติงานเป็นสหวิชาชีพ อย่างน้อย 2 สาขา รองลงมา คือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้รับมอบหมายปฏิบัติงานในคลินิก ร้อยละ 91.69 ในขณะที่พบว่า ร้อยละ 88.16 มีแพทย์ปฏิบัติงานประจำคลินิกผู้สูงอายุ โดยบุคลากรปฏิบัติงานในคลินิกจบการศึกษาหรือได้รับการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ร้อยละ 61.71 และผลการศึกษาวิจัย พบว่าการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุเป็นรูปแบบทีมสหวิชาชีพ โดยมีผู้รับผิดชอบหลักประจำคลินิกที่ส่วนใหญ่เป็นพยาบาลวิชาชีพ และทีมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ พบว่ามีจำนวน 4-6 สาขา (ร้อยละ 41.65) มากกว่าหรือเท่ากับ 7 สาขา ร้อยละ 39.58 และน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 สาขา ร้อยละ 18.77 ตามลำดับ จากข้อมูลนี้อาจจะสรุปได้ว่า ในทุกระดับสถานบริการสุขภาพ ถ้ามีทีมสหวิชาชีพ อย่างน้อย 4-6 ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ เภสัชกร แพทย์แผนไทย นักกายภาพ นักโภชนาการและทันตแพทย์ ก็สามารถดำเนินการจัดตั้งและให้บริการคลินิกผู้สูงอายุได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของงานเมตเร เอี่ยมนาคะ ที่ศึกษามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาล พบว่า การมีทีมสหวิชาชีพ ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพองค์รวมที่มีมาตรฐานสูงในโรงพยาบาลตั้งแต่แรกรับในทุกระยะไปจนถึงการจำหน่ายออก และกลับไปอยู่ที่บ้านและในชุมชน¹¹

(3) ด้านรูปแบบและการจัดบริการ (S3) พบว่า ใน 12 เขตสุขภาพ ทุกระดับสถานบริการสุขภาพ มีการจัดบริการการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง โดยทีมสหวิชาชีพ (ร้อยละ 90.68) สอดคล้องกับมาตรฐานด้านบุคลากร (S2) ที่มีการดำเนินการและร่วมปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ เป็นทีมสหวิชาชีพ (multi-disciplinary team) การวางแผนการดูแลต่อเนื่อง โดยแพทย์และทีม ร้อยละ 89.42 การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบถ้วน ร้อยละ 83.63 และการบริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ ร้อยละ 82.12 การบริการให้วัคซีนประจำปี ร้อยละ 74.06 และการตรวจสุขภาพประจำปี ร้อยละ 73.05 ตามลำดับ จากข้อมูลรูปแบบการบริการในคลินิกผู้สูงอายุ สามารถบูรณาการร่วมกับงานประจำได้ และเพิ่มแนวความคิดการดูแลแบบองค์รวม ในการให้บริการและดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับบทสัมภาษณ์ของผู้ปฏิบัติงานในคลินิกที่สะท้อนว่า “การให้บริการผู้สูงอายุเหมือนผู้ใหญ่ในบ้าน เช่น การให้คำแนะนำ พูดคุย ด้วยความนุ่มนวล และ

เป็นกันเอง” และ “การดูแลด้วยความใส่ใจ ชักถามพูดคุย ไม่เร่งรีบ” ความคาดหวังและความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัว ที่มาใช้บริการคลินิกผู้สูงอายุ ที่สะท้อนว่า “ต้องการสถานที่คลินิกผู้สูงอายุที่แยกออกมา มีบุคลากรให้การดูแลและเฉพาะด้าน อยากให้เพิ่มการเปิดบริการมากกว่าที่มีการดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน และอยากให้บริการแบบนี้ออกไปให้บริการในชุมชน จะได้มารับบริการได้สะดวก และผู้สูงอายุที่ไม่ได้ จะได้รับบริการด้วย” ซึ่งสอดคล้องกับของเบญพร สุธรรมชัย และคณะ ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการสังเคราะห์ รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ พบว่า รูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ คือ การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ เชื่อมต่อสู่ชุมชน เป็นการจัดบริการที่เน้นการดูแล ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย หรือการให้บริการดูแล เมื่อผู้สูงอายุต้องการ ความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพหรือ บุคลากรทางสาธารณสุข¹²

(4) ด้านบริหารจัดการบริการ (S4) พบว่าทั้ง 12 เขตสุขภาพ ในทุกระดับสถานบริการสุขภาพ มีระบบ ข้อมูล ผู้มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 85.14 และ ร้อยละ 14.86 ยังไม่มีการจัดการระบบข้อมูลผู้มารับ บริการชัดเจน พบว่า ส่วนใหญ่ใช้ระบบ application: line ในการประสานและติดตามงานในคลินิกผู้สูงอายุ และรูปแบบการจัดบริการที่คลินิกผู้สูงอายุเพิ่มเติม เช่น การเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 48.83 มีบริการ ระบบบริการ การแพทย์ทางไกล (tele medicine) ร้อยละ 27.34 เป็นต้น รวมถึงการดำเนินการพัฒนาเครือข่ายการรับ-ส่ง ต่อผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบในระดับพื้นที่ จังหวัดและเขตสุขภาพ ร้อยละ 72.29 ซึ่งยังพบอีกว่า ด้านบริหาร จัดบริการยังมีดำเนินการค่อนข้างน้อยเมื่อเทียบกับมาตรฐานคลินิก อีก 3 ด้าน ร้อยละ 90.18 ซึ่งผลการศึกษา นี้ทำให้ได้ข้อเสนอแนะทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มสมรรถภาพในการบริหารจัดการบริการ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น รวมทั้งการพัฒนานวัตกรรมและนำเทคโนโลยีมาใช้ในการบริหารจัดการข้อมูลและ บริการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับบทสัมภาษณ์ของผู้รับผิดชอบหลักในคลินิก⁸ “ต้องการพัฒนาระบบบริการ ที่ครบวงจรมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะการดูแลในชุมชน ที่จะเป็นแผนพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุต่อไป” และการสะท้อน จากผู้รับบริการ คือ ผู้สูงอายุ และครอบครัว ที่เห็นควรให้มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ เพราะเป็น การให้บริการที่เฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ พอใจที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ เพราะให้การดูแลที่อบอุ่น เหมือนคนในครอบครัว รวมทั้งการให้คำแนะนำ ความรู้ ที่นุ่มนวลไม่เร่งรีบ

จากผลการศึกษาการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุตามระดับสถานบริการสุขภาพ หลังจากการขับเคลื่อน นโยบายไปแล้ว 1 ปี ในช่วงระยะเวลา ปี พ.ศ. 2566 - 2567 พบว่า มีการกำหนดวัตถุประสงค์การดำเนินการ และรูปแบบการจัดบริการที่ชัดเจนขึ้น คือ (1) การบริการคัดกรองและค้นหาปัญหาสุขภาพ (2) การให้ คำแนะนำในการดูแลและส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นมิตร (age-friendly geriatric clinic) และมีความ ละเอียดย่อนในการพูดคุยต่อผู้สูงอายุ (3) ปัญหาที่มีความซับซ้อนในกลุ่มอาการ/โรคผู้สูงอายุ จะถูกส่งต่อไป พบแพทย์เฉพาะทาง/เชี่ยวชาญทั้งในโรงพยาบาล โรงพยาบาลแม่ข่าย และระดับที่สูงกว่า เพื่อให้การดูแลรักษา (4) การจัดการระบบข้อมูลผู้สูงอายุที่มารับบริการ เพื่อติดตามต่อเนื่องร่วมกับทีมอื่น ๆ เช่น พัฒนาแนวทาง การดูแลต่อเนื่องจากคลินิกผู้สูงอายุแบบครบวงจรเพื่อติดตามการรักษา เช่น รูปแบบการประสานงาน-การส่ง ต่อ-ทำงานร่วมกัน-การลงเยี่ยมบ้าน ร่วมกับทีมการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน/ทีมท้องถิ่น/ทีมชุมชน จากนั้นนโยบายสู่ การดำเนินงานของโรงพยาบาลแต่ละระดับ ในการขับเคลื่อนระบบการดูแลผู้สูงอายุ โดยคลินิกผู้สูงอายุเป็นการ จัดบริการที่มุ่งเน้นให้กับผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและเป็นระบบ จากผลการศึกษา จึงสามารถสรุปรูปแบบการจัดบริการในคลินิกผู้สูงอายุได้ว่า มีรูปแบบการบริการที่เน้นความเป็นแบบองค์รวม ดำเนินการร่วมกันแบบทีมสหวิชาชีพ (multi-disciplinary team) แพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว และ พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้รับผิดชอบหลัก และประจำที่คลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งถือเป็นปัจจัยความสำเร็จของ การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ

โดยสรุปจากข้อค้นพบจากผลการศึกษา สามารถจัดทำข้อเสนอในเชิงนโยบายการดำเนินงานและจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อเป็นช่องทางให้บริการที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงอย่างเป็นระบบและทั่วถึง ทั้งในรูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุในที่ตั้ง คลินิกผู้สูงอายุสัญจร และหรือเคลื่อนที่ในชุมชน รวมทั้งการบูรณาการคลินิกผู้สูงอายุกับคลินิกโรคเรื้อรัง OPD เป็นต้น ซึ่งสามารถดำเนินการให้ต่อเนื่องได้ โดยต้องมีการขับเคลื่อนนโยบายอย่างต่อเนื่อง และเพิ่มมาตรฐานการจัดบริการให้มีคุณภาพ ร่วมกับผู้บริหารในระดับพื้นที่ ที่เล็งเห็นเป็นงานสำคัญและขานรับนโยบายขับเคลื่อนในระดับพื้นที่ เป้าหมายเพื่อสภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุไทย รวมทั้งต้องมีนโยบายคู่ขนานเกี่ยวกับการพัฒนาและเพิ่มศักยภาพของทีมงานบุคลากรสุขภาพและเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุตามมาตรฐานวิชาชีพ

บทสรุป

นโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข เป็นปัจจัยสนับสนุนการพัฒนาและขับเคลื่อนการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ และผู้บริหารระดับองค์กรสุขภาพ เล็งเห็นความสำคัญและสนับสนุนให้มีการดำเนินการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ เน้นการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ดูแลผู้สูงอายุทุกกลุ่ม (กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ จึงถือเป็นช่องทางการจัดบริการที่ผู้ใช้บริการ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ สามารถเข้าถึงระบบบริการได้อย่างทั่วถึง และตอบโจทย์ปัญหา ความต้องการบริการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัวได้ อีกทั้ง คลินิกผู้สูงอายุที่จัดตั้งขึ้น ยังสามารถพัฒนาบริการและนวัตกรรมบริการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้ในสถานบริการทุกระดับ และต่อยอดเป็น best practice ภายใต้งานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

โครงการวิจัยการศึกษารูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการทุกระดับ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข สามารถดำเนินการสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์จากที่ปรึกษาโครงการวิจัย นพ.ไพโรจน์ สุรัตนวนิช รศ.ดร.วรรณภา ศรีธัญรัตน์ และผู้ทรงคุณวุฒิด้านผู้สูงอายุ/ด้านคลินิกผู้สูงอายุ ในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย นายแพทย์พงษ์ศักดิ์ นิตการุญ นายแพทย์สุกิจ พรหมรับ นางนิตกุล ทองน่วม รวมทั้งผู้อำนวยการโรงพยาบาล บุคลากรโรงพยาบาลทุกระดับ รพศ. (A, S) รพท. (M1, M2) รพช. (F1, F2, F3) รวมถึงผู้สูงอายุและครอบครัวทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนการดำเนินงานวิจัยครั้งนี้ ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี และการสนับสนุนทุนวิจัย จากงบประมาณกองทุนสนับสนุนงานวิชาการ กรมการแพทย์ ทำให้คณะผู้วิจัยดำเนินงานวิจัยได้เสร็จสมบูรณ์

References

1. Foundation of Thai Gerontology Research and Development institute (TGRI). Situation of the Thai older persons 2021. Nakhon Pathom: Institute for Population and Social Research, Mahidol University;(n.d.). (in Thai)
2. The Board of Investment of Thailand. General demographic information [Internet]. Bangkok: Thailand board of investment; 2025[updated 2025 Jul 1; cited 2023 Jan 27]. Available from: <https://www.boi.go.th/index.php?page=demographic> (in Thai)

3. Department of Older Persons (DOP). Elderly statistics 2023 [Internet]. Bangkok: Department of Older Persons, Ministry of Social Development and Human Security; [n.d.] [updated 2025; cited 2024 Nov 18]. Available from: https://www.dop.go.th/en/statistics_page?cat=1&id=2 (in Thai)
4. Health Administration Division. Action plan for integrated plan for elderly health development (2023-2027). Nonthaburi: Public Health Administration Division, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Ministry of Public Health, Thailand;2023. (in Thai)
5. Inspection Division, Office of Permanent Secretary Ministry of public health Permanent Secretary Ministry of public health. Inspection plan of the Ministry of Public Health 2023. Nonthaburi: Office of Permanent Secretary Ministry of public health, Thailand;2023. (in Thai)
6. Institute of geriatric medicine, department of medical services. Guidelines for quality geriatric clinic operations and key issues in geriatric medicine in outpatient departments. Nonthaburi: Institute of geriatric medicine, department of medical services, Thailand;2021. (in Thai)
7. Institute of geriatric medicine, department of medical services. Geriatric clinic standards [Internet]. Nonthaburi: Institute of geriatric medicine, department of medical services, Thailand; 2023[cited 2024 Nov 18]. Available from: http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2023/01/file_agingreport_01-1.pdf (in Thai)
8. Institute of geriatric medicine, department of medical services. A study of Geriatric Clinic in each level of service facilities under the Ministry of Public Health. Nonthaburi: Institute of geriatric medicine, department of medical services. Thailand;2024. (in Thai)
9. World Health Organization (WHO). Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies [Internet]. Geneva: WHO; 2010[cited Mar 24, 2025]. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/258734/9789241564052-eng.pdf>
10. Chaiyalangka P, Taboonpong S, Petchratchat U, Saijew A, Thaniwattananon P, Thammachart S, et al. Development of health service model for the elderly in the community hospital [Internet]. Songkla: Faculty of nursing, Prince of Songkla university;2010[cited 2024 Nov 18]. Available from: <https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2010/9509/1/370165.pdf> (in Thai)
11. Eiamnakha N. Elder care hospitalization standards. Journal of Health Science 2022;31(1):124-32. (in Thai)
12. Suthamchai B, Keskpichayawattana J, Kaeowichian N. A synthesis of integrated care service model for Thai elderly. Journal of Health Science 2015;24(6):1017-29. (in Thai)