



ความต้องการและรูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ จังหวัดเชียงราย
THE NEEDS AND QUALITY OF ELDERLY CARE CLINIC SERVICE MODEL,
CHIANG RAI PROVINCE

ณัฐทรี สุภาวงศ์

สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการจัดการสุขภาพชายแดน

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

2567

©ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ความต้องการและรูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ จังหวัดเชียงราย
THE NEEDS AND QUALITY OF ELDERLY CARE CLINIC SERVICE MODEL,
CHIANG RAI PROVINCE

ณัฐทรี สุภาวงศ์

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการจัดการสุขภาพชายแดน

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

2567

©ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง



หน้าอนุมัติวิทยานิพนธ์

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพชายแดน

วิทยานิพนธ์เรื่อง ความต้องการและรูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ จังหวัดเชียงราย

The Needs And Quality Of Elderly Care Clinic Service Model,
Chiang Rai Province

ผู้ประพันธ์ ญัฐรี สุภาวงศ์

คณะกรรมการสอบ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทรพล มากมี

ประธานกรรมการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิลาสินี วงษ์หนูช

กรรมการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิษณุรักษ์ กันทวิ

กรรมการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศิวรักษ์ กิจชนะไพบูลย์

กรรมการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิลาสินี วงษ์หนูช)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิษณุรักษ์ กันทวิ)

คณบดี

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภ สุธนนะ)

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ด้วยความช่วยเหลือของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิลาสินี วงษ์นุช และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชญ์รักษ์ กันทวิ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำ และข้อคิดเห็นต่าง ๆ เป็นผู้ให้คำแนะนำ อุทิศเวลา และให้ความช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้อย่างเต็มที่ ด้วยความรู้ ความสามารถ และความเมตตา ทำให้ข้าพเจ้าสามารถดำเนินการวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จลุล่วงทุกขั้นตอน ตลอดจนให้กำลังใจ เป็นผลทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้อย่างสมบูรณ์ ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณเป็นอย่างยิ่ง ไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลแม่ลาว โรงพยาบาลป่าแดด โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง โรงพยาบาลพญาเม็งราย จังหวัดเชียงรายทุกท่าน ให้ความร่วมมือ ความกรุณาที่เสียสละเวลาตอบแบบสอบถามทำให้ได้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับวิทยานิพนธ์นี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้ ทำให้ประสบความสำเร็จในการศึกษา และขอขอบพระคุณ พนักงานเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ในสำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ที่ได้เป็นส่วนหนึ่งในการช่วยเหลือ แนะนำ อำนวยความสะดวกในการดำเนินการทุกขั้นตอนกระบวนการเรียนให้เป็นไปได้อย่างราบรื่น และประสบความสำเร็จ

ขอขอบพระคุณทุนสนับสนุนเพื่อทำวิทยานิพนธ์จากมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

สุดท้ายนี้ ขอขอบพระคุณ ครอบครัวของข้าพเจ้า ซึ่งเปิดโอกาสให้ได้รับการศึกษาเล่าเรียน และเป็นกำลังใจสำคัญต่อความสำเร็จในครั้งนี้ คุณประโยชน์อันใดที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์นี้ ผู้ศึกษาขอมอบให้กับบิดา มารดา ครอบครัว คณาจารย์ และทุกท่านที่เกี่ยวข้องกับความสำเร็จในครั้งนี้

ณัฐทรี สุภาวงศ์

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์	ความต้องการและรูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ จังหวัดเชียงราย
ผู้ประพันธ์	ณัฐรี สุภาวงศ์
หลักสูตร	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการสุขภาพชายแดน)
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิลาสินี วงษ์นุช
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิษณุรักษ์ กันทวิ

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยใช้รูปแบบวิธีวิจัยแบบผสมผสาน โดยเป็นการเก็บข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพและปริมาณในเวลาเดียวกัน วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการของผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการ ต่อการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ รวมถึงศึกษาขั้นตอนและรูปแบบการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานสามารถจัดบริการ กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ (1) ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 5 คน (2) กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับคลินิกผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน (3) ผู้สูงอายุที่ใช้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย จำนวน 312 คน เก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม การวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพโดยการวิเคราะห์หาแก่นของเรื่อง ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อนำมาอธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

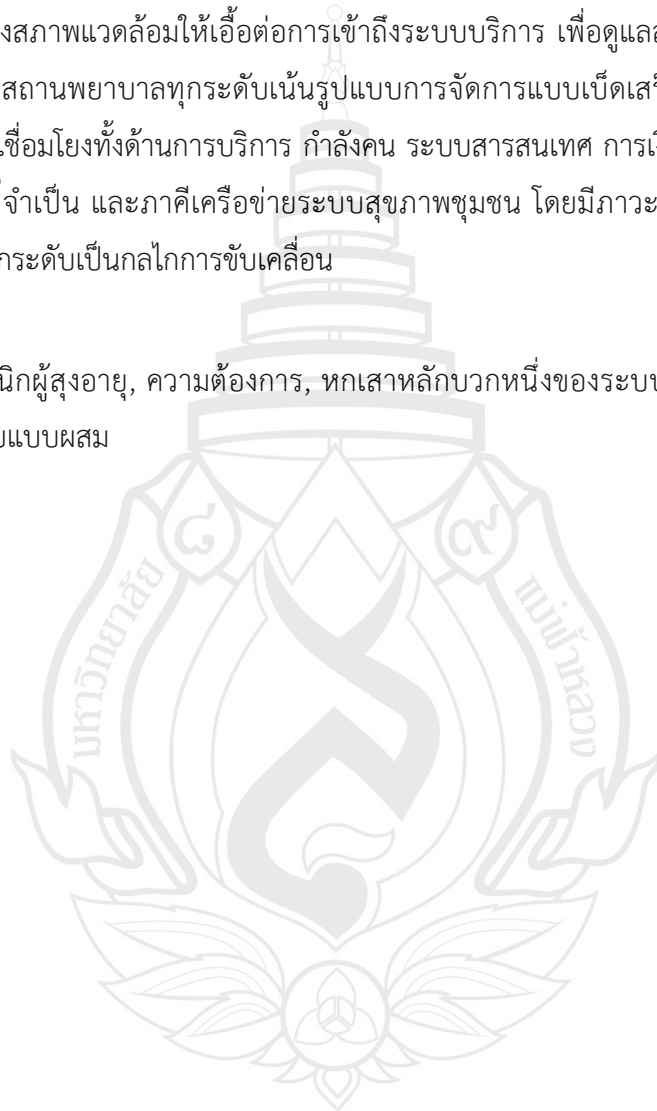
ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุความต้องการ ระดับมากใน 6 องค์ประกอบ คือ ด้านการบริการสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ด้านการเงินการคลังสาธารณสุข ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพชุมชน และองค์ประกอบด้านระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ มีความต้องการปานกลาง โดยความต้องการของผู้สูงอายุ การลดเวลารอคอยในการรักษา มีหมอเฉพาะทาง มีการดำเนินกิจกรรมการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างรพพบแพทย์ มีเทคโนโลยีอำนวยความสะดวกที่ใช่ง่ายมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับคลินิกผู้สูงอายุ ความหวังในเครือข่ายทั้งภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นช่วยสนับสนุนช่วยเหลือระบบการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านงบประมาณและกิจกรรม

ความต้องการของกลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุข ในด้านองค์ประกอบ การบริการสุขภาพ มีระดับความต้องการมากที่สุด องค์ประกอบด้าน กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพชุมชน มีระดับความต้องการมาก และด้านองค์ประกอบด้าน การเงินการคลังสาธารณสุข มีระดับ

ความต้องการปานกลาง โดยความต้องการของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ ต้องการการจัดบริการสุขภาพ
ลดระยะเวลารอคอย ต้องการอัตรากำลังวิชาชีพแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ต้องการระบบสารสนเทศใน
การจัดการฐานข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์นโยบายและจัดทำแผนงานโครงการ

ขั้นตอนและรูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย มุ่งเน้นให้โรงพยาบาล
ทุกระดับมีคลินิกผู้สูงอายุที่เป็นมิตร Age friendly hospital (AFH) เป็นคลินิกผู้สูงอายุที่มีแนวทาง
ชัดเจน ปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการเข้าถึงระบบบริการ เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความ
ซับซ้อน โดยในสถานพยาบาลทุกระดับเน้นรูปแบบการจัดการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว ไร้รอยต่อ
มีความต่อเนื่องเชื่อมโยงทั้งด้านการบริการ กำลังคน ระบบสารสนเทศ การเงินการคลัง การจัดสรรยา
และเวชภัณฑ์ที่จำเป็น และภาคีเครือข่ายระบบสุขภาพชุมชน โดยมีภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลใน
ระบบสุขภาพทุกระดับเป็นกลไกการขับเคลื่อน

คำสำคัญ: คลินิกผู้สูงอายุ, ความต้องการ, หกเสาหลักบวกหนึ่งของระบบสุขภาพ, ระบบสุขภาพ,
วิจัยแบบผสม



Thesis Title	The Needs and Quality of Elderly Care Clinic Service Model, Chiang Rai Province
Author	Nattaree Supawong
Degree	Master of Public Health (Border Health Management)
Advisor	Assistant Professor Pilasinee Wongnuch, Ph. D.
Co-Advisor	Assistant Professor Phitsanuruk Kanthawee, Ph. D.

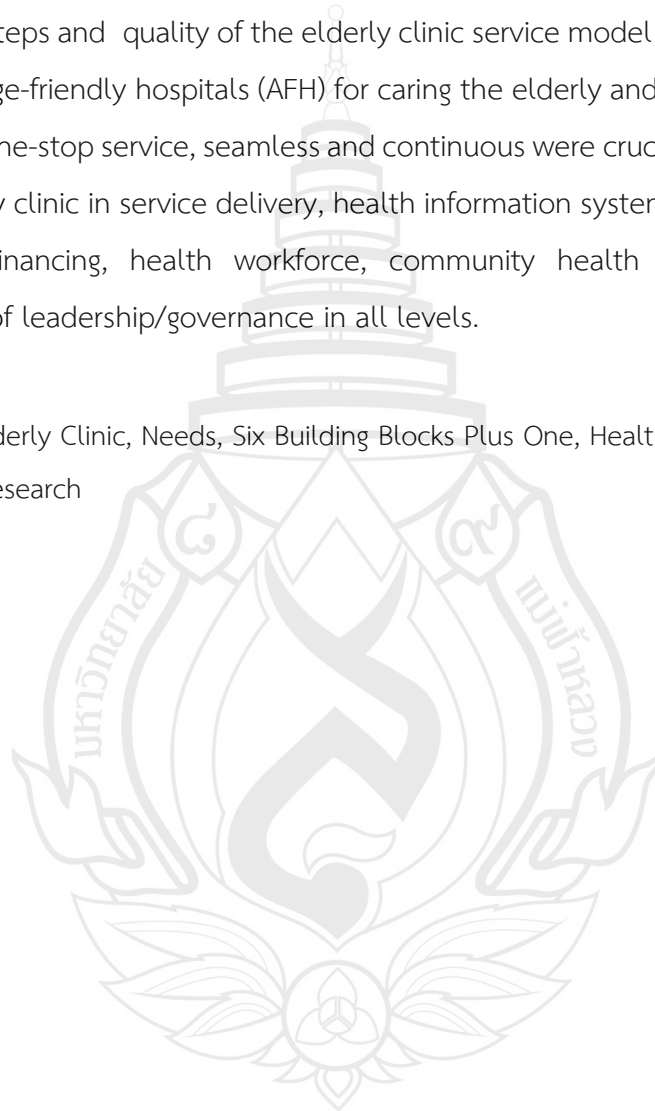
ABSTRACT

A concurrent mixed method research design was conducted to study the expectations and needs of policy administrators, healthcare providers, and elderly people toward the quality of elderly care clinic service, as well as to study the steps and model of quality health services in the elderly clinic providing that pass the national standard criteria. The participants in the study were divided into three groups: (1) five policy administrators of the Chiang Rai Provincial Public Health Office and directors from community hospitals, (2) 20 healthcare providers who were involved in the elderly clinic, and (3) 312 elderly people who attended in the elderly clinic, Chiang Rai Province. In-depth interviews were used to collect data, as well as focus group discussions and questionnaires. Qualitative data were analyzed by thematic analysis. Descriptive statistics were used to describe the characteristics of the sample group, including frequency, percentage, mean and standard deviation. The study found that elderly people have high needs in six components: service delivery, health workforce, access to essential medicines, finance leadership/Governance and community health systems. The needs for health information systems was at a medium level. The needs of the elderly included waiting time improvement, specialist, activities during waiting time, convenient technology, and public relations about the elderly clinic. Collaboration and engagement in financing and health promotion activities were needed from public and local administrative organizations. The needs of policy administrators and healthcare providers have the highest level in health workforce and high levels of needs in five components: service delivery, health

information systems, access to essential medicines, leadership/governance and community health systems. The need for financing was at a medium level. The needs of policy administrators and healthcare providers included improving waiting time, specialists, professional nurses, as well as health information systems for served database management, policies recommendation, and intervention plans.

The steps and quality of the elderly clinic service model in Chiang Rai Province emphasize age-friendly hospitals (AFH) for caring the elderly and their complex health issues. The One-stop service, seamless and continuous were crucial roles of every level of the elderly clinic in service delivery, health information systems, access to essential medicines, financing, health workforce, community health system through the mechanism of leadership/governance in all levels.

Keywords: Elderly Clinic, Needs, Six Building Blocks Plus One, Health System, Mix Methods Research



สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์	3
1.3 ขอบเขตของงานวิจัย	3
1.4 นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ	4
1.6 กรอบแนวคิดงานวิจัย	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	7
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	8
2.2 แนวคิดการขับเคลื่อนบริการสุขภาพผู้สูงอายุ	11
2.3 แนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ	17
2.4 แนวคิดเกี่ยวกับคลินิกผู้สูงอายุ	24
2.5 แนวคิดความต้องการ	28
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	32
3 ระเบียบวิธีวิจัย	38
3.1 รูปแบบวิธีวิจัย	38
3.2 พื้นที่การศึกษา	39
3.3 ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย	39
3.4 กลุ่มประชากรศึกษา	39
3.5 กลุ่มตัวอย่าง	39
3.6 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	41
3.7 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและการพัฒนาเครื่องมือ	43
3.8 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	46
3.9 ขั้นตอนการเตรียมการและดำเนินการวิจัย	47
3.10 การวิเคราะห์ข้อมูล	48
3.11 จริยธรรมการวิจัย	48

สารบัญ

บทที่	หน้า
4 ผลงานวิจัย	49
4.1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง	49
4.2 ขั้นตอนการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพในจังหวัดเชียงราย	56
4.3 ความต้องการการจัดบริการด้านการบริการคลินิกผู้สูงอายุ	91
4.4 รูปแบบการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพในจังหวัดเชียงราย	120
4.5 รูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย	128
5 อภิปรายและสรุปผล	131
5.1 อภิปรายผลการศึกษา	131
5.2 สรุปผลการศึกษา	138
5.3 ข้อจำกัดในการวิจัย	140
5.4 ข้อเสนอแนะ	141
รายการอ้างอิง	143
ภาคผนวก	153
ภาคผนวก ก หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์	153
ภาคผนวก ข ความเที่ยงตรง (VALIDITY)	154
ภาคผนวก ค ความเชื่อมั่น (RELIABILITY)	164
ภาคผนวก ง เครื่องมือการวิจัย	165
ประวัติผู้ประพันธ์	166

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม (n=312)	49
4.2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (n=40)	52
4.3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บริหารโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม (n=40)	53
4.4 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บริหารโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึก (n=25)	55
4.5 แสดงจำนวนและร้อยละของการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย องค์ประกอบที่ 1 การจัดบริการ ของกลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขที่เข้าร่วมการตอบแบบสอบถาม (n=40)	62
4.6 แสดงจำนวนและร้อยละของการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย องค์ประกอบที่ 1 การจัดบริการ ของกลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม (n=312)	64
4.7 แสดงอัตรากำลังของโรงพยาบาลชุมชน (Standard Hospital)	65
4.8 แสดงอัตรากำลังตามรายวิชาชีพ และบทบาทหน้าที่ในคลินิกผู้สูงอายุ	66
4.9 แสดงจำนวนและร้อยละของการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย องค์ประกอบที่ 2 ด้านการจัดการและการพัฒนากำลังคนสุขภาพ ของกลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขที่เข้าร่วมการตอบแบบสอบถาม (n=40)	68
4.10 แสดงจำนวนและร้อยละของการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย องค์ประกอบที่ 3 ด้านการจัดการและการพัฒนากำลังคนสุขภาพ ของกลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม (n=312)	69
4.11 แสดงจำนวนและร้อยละของการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย องค์ประกอบที่ 2 ระบบสารสนเทศสาธารณสุข ของกลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขที่เข้าร่วมการตอบแบบสอบถาม (n=40)	75
4.12 แสดงจำนวนและร้อยละของการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย องค์ประกอบที่ 2 ระบบสารสนเทศสาธารณสุข ของกลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม (n=312)	76

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.13 แสดงจำนวนและร้อยละของการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุในจังหวัด เชียงราย องค์ประกอบที่ 4 ด้านการเงินการคลังสาธารณสุข ของกลุ่มผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขที่เข้าร่วมการตอบแบบสอบถาม (n=40)	78
4.14 แสดงจำนวนและร้อยละของการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุในจังหวัด เชียงราย องค์ประกอบที่ 4 ด้านการเงินการคลังสาธารณสุข ของกลุ่มผู้สูงอายุที่ ตอบแบบสอบถาม (n=312)	79
4.15 แสดงจำนวนและร้อยละของการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุในจังหวัด เชียงราย องค์ประกอบที่ 5 ด้านการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ จำเป็น ของกลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขที่เข้าร่วมการ ตอบแบบสอบถาม (n=40)	83
4.16 แสดงจำนวนและร้อยละของการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุในจังหวัด เชียงราย องค์ประกอบที่ 5 ด้านการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ จำเป็น ของกลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม (n=312)	84
4.17 แสดงจำนวนและร้อยละของการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุในจังหวัด เชียงราย องค์ประกอบที่ 6 ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ ของกลุ่ม ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขที่เข้าร่วมการตอบแบบสอบถาม (n=40)	86
4.18 แสดงจำนวนและร้อยละของการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุในจังหวัด เชียงราย องค์ประกอบที่ 6 ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ ของกลุ่ม ผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม (n=312)	87
4.19 แสดงจำนวนและร้อยละของการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุในจังหวัด เชียงราย องค์ประกอบที่ 7 ด้านระบบสุขภาพชุมชน ของกลุ่มผู้บริหารและ เจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขที่เข้าร่วมการตอบแบบสอบถาม (n=40)	89
4.20 แสดงจำนวนและร้อยละของการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุในจังหวัด เชียงราย องค์ประกอบที่ 7 ด้านระบบสุขภาพชุมชน ของกลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบ แบบสอบถาม (n=312)	90

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.21 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการองค์ประกอบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ด้านการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุสุขที่ตอบแบบสอบถาม (n=312)	91
4.22 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ องค์ประกอบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ด้านส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุข และผู้บริหารที่ตอบแบบสอบถาม (n=40)	92
4.23 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ องค์ประกอบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ด้านการป้องกันโรคของกลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม (n=312)	93
4.24 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ องค์ประกอบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ด้านป้องกันโรคของกลุ่มเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุข และผู้บริหารที่ตอบแบบสอบถาม (n=40)	94
4.25 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ องค์ประกอบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ด้านการบำบัดรักษา ของกลุ่มผู้สูงอายุแบบสอบถาม (n=312)	95
4.26 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ องค์ประกอบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ด้านการบำบัดรักษาของกลุ่มเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุข และผู้บริหารที่ตอบแบบสอบถาม (n=40)	96
4.27 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ องค์ประกอบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ของกลุ่มเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุข และผู้บริหารที่ตอบแบบสอบถาม (n=40)	98
4.28 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการองค์ประกอบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ด้านการส่งต่อ ของกลุ่มเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุข และผู้บริหารที่ตอบแบบสอบถาม (n=40)	99
4.29 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ องค์ประกอบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ด้านการติดตาม ของกลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม (n=312)	100

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.30 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ องค์ประกอบการ จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ด้านการติดตาม ของกลุ่มเจ้าหน้าที่บุคลากรทาง สาธารณสุข และผู้บริหารที่ตอบแบบสอบถาม (n=40)	101
4.31 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการองค์ประกอบการ จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ด้านการประสานบริการ ของผู้สูงอายุ ที่ตอบ แบบสอบถาม (n=312)	102
4.32 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ องค์ประกอบการ จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ด้านการด้านการประสานบริการ ของกลุ่มเจ้าหน้าที่ บุคลากรทางสาธารณสุข และผู้บริหารที่ตอบแบบสอบถาม (n=40)	103
4.33 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ ด้านระบบ สารสนเทศสาธารณสุขคลินิกผู้สูงอายุของผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม (n=312)	104
4.34 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ องค์ประกอบด้าน ระบบสารสนเทศสาธารณสุข คลินิกผู้สูงอายุของของกลุ่มผู้บริหารและ เจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขที่ตอบแบบสอบถาม (n=40)	105
4.35 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ การจัดการด้าน กำลังคน คลินิกผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ ที่ตอบแบบสอบถาม (n=312)	108
4.36 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ จัดบริการด้าน กำลังคนด้านสุขภาพ คลินิกผู้สูงอายุของของกลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่บุคลากร ทางสาธารณสุขที่ตอบแบบสอบถาม (n=40)	109
4.37 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ การจัดการด้าน การเงินการคลังสาธารณสุข คลินิกผู้สูงอายุ ของกลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบ แบบสอบถาม (n=312)	110
4.38 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการการจัดการด้าน การเงินการคลังสาธารณสุข คลินิกผู้สูงอายุของของกลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ บุคลากรทางสาธารณสุขที่ตอบแบบสอบถาม (n=40)	111

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.39 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการการจัดบริการด้านการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น คลินิกผู้สูงอายุของของกลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม (n=312)	112
4.40 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ การจัดบริการด้านการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น คลินิกผู้สูงอายุของของกลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขที่ตอบแบบสอบถาม (n=40)	114
4.41 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการและการจัดบริการด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ คลินิกผู้สูงอายุของของกลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม (n=312)	115
4.42 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการและการจัดบริการด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ คลินิกผู้สูงอายุของของกลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขที่ตอบแบบสอบถาม (n=40)	116
4.43 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ การจัดบริการด้านระบบสุขภาพชุมชน คลินิกผู้สูงอายุของของกลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม (n=312)	117
4.44 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ การจัดบริการด้านระบบสุขภาพชุมชน คลินิกผู้สูงอายุของของกลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขที่ตอบแบบสอบถาม (n=40)	118

สารบัญภาพ

ภาพ	หน้า
1.1 กรอบแนวคิดงานวิจัย	6
2.1 ผังแสดงความเชื่อมโยงของแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3	15
2.2 กรอบแนวคิดระบบบริการสาธารณสุข	19
2.2 กรอบแนวคิดระบบบริการสาธารณสุข	20
2.4 การจัดระบบบริการสุขภาพ	24
2.5 พีระมิดลำดับชั้นความต้องการของมนุษย์ (Hierarchy of Needs)	31
3.1 วิจัยแบบผสมวิธีแบบเกิดขึ้นพร้อมกัน	38
4.1 ระบบบันทึกรวบรวมข้อมูลการรักษาและวินิจฉัยของคลินิกผู้สูงอายุ ผ่านโปรแกรม HOSxP	71
4.2 โปรแกรม ThaiRefer โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อช่วยในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล	72
4.3 โปรแกรม Smart COC	72
4.4 โปรแกรม Google Sheets	73
4.5 โปรแกรม Line application	74
4.1 ขั้นตอนการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพในจังหวัดเชียงรายด้านบริการ	121
4.2 ขั้นตอนด้านการจัดการและการพัฒนากำลังคนสุขภาพในคลินิกผู้สูงอายุ	122
4.3 ขั้นตอนการดำเนินการด้านการจัดการสารสนเทศของคลินิกผู้สูงอายุ	123
4.4 ขั้นตอนการดำเนินการด้านการเงินการคลังสาธารณสุขของคลินิกผู้สูงอายุ	124
4.5 ขั้นตอนการดำเนินการด้านยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ในคลินิกผู้สูงอายุ	125
4.6 ระบบคลังยา	125
4.7 ขั้นตอนการดำเนินการด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบในคลินิกผู้สูงอายุ	126
4.8 ขั้นตอนการดำเนินการด้านระบบสุขภาพชุมชนที่เกี่ยวข้องกับคลินิกผู้สูงอายุ	127
4.9 รูปแบบการจัดบริการในคลินิกผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย	128

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ที่มาและความสำคัญของปัญหา

ข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) คาดการณ์ว่าประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ในปี พ.ศ. 2573 จะมี จำนวนประชากรสูงอายุมากถึงประมาณ 1.4 พันล้านคน¹ ปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วโลกที่ทุกประเทศกำลังให้ความสนใจจำนวนประชากรวัยเด็กกำลังลดลง ในขณะที่จำนวนสัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุกลับเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี พ.ศ. 2565 ทั่วทั้งโลกมีประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) มากถึง 1,109 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรโลก 8,000 ล้านคน²

ในปี พ.ศ. 2565 ทวีปเอเชียมีประชากรทั้งหมด 4,723 ล้านคน ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 649 ล้านคน โดยมีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี จำนวนทั้งสิ้น 469 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 56 ของประชากรสูงอายุทั่วโลก โดยประเทศในเอเชียจำนวนสองประเทศ มีสถิติเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่โดดเด่นคือสาธารณรัฐประชาชนจีนที่มีจำนวนผู้สูงอายุเป็นจำนวนมากที่สุดในโลก คือมีจำนวนผู้อายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 190 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 13.15 และประเทศญี่ปุ่น มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 35.81 ของประชากรทั้งหมดจำนวน 124 ล้านคน³

ในขณะที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) คาดว่าในปี พ.ศ. 2574 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) คือมีประชากรผู้สูงอายุร้อยละ 28⁴ จากหลักฐานทางทะเบียนราษฎรของกระทรวงมหาดไทย ในปี พ.ศ. 2565 ประเทศไทยมีจำนวนประชากรทั้งหมด 66 ล้านคน ในจำนวนนี้มีประชากรสูงอายุที่อายุ 60 ปีขึ้นไป 13 ล้านคนหรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด⁵

สำหรับสถานการณ์ผู้สูงอายุภาคเหนือตอนบนเขตสุขภาพที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 – 2566 พบว่า ภาคเหนือตอนบนมีจำนวนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 เป็นต้นมา⁶ แนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 1 ที่มีแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย และลำปาง จากรายงานสถิติ จังหวัดเชียงราย มีประชากรผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2564 - 2565 ร้อยละ 28.76, 37.87 และ 37.71⁷

จากสถานการณ์การก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยในระดับประเทศ กระทรวงสาธารณสุขจึงเห็นความสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ การพัฒนาการบริการดูแลรักษาผู้สูงอายุ

คลินิกผู้สูงอายุจึงมีบทบาทสำคัญ ผู้สูงอายุมักมีปัญหาสุขภาพหลายด้านพร้อมกัน ไม่สามารถที่จะแก้ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุได้ครบทุกมิติ จึงต้องอาศัยการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาครบทุกมิติสุขภาพ

สำหรับให้บริการดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม มีบุคลากรที่มีความรู้ ความชำนาญ และทักษะจากสหสาขาวิชาชีพ เนื่องด้วยผู้สูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงเสื่อมถอยของกายวิภาคและสรีรวิทยา การเกิดพยาธิสภาพหลายชนิด และหลายระบบในเวลาเดียวกัน รวมถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่าหนึ่งโรค ได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน⁸ จึงเข้ารับบริการคลินิกหลายคลินิกทำให้เกิดความยุ่งยากซับซ้อน ส่งผลกระทบต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ การขาดนัดการสูญเสียไม่สามารถติดตามได้⁹ ให้ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งคลินิกผู้สูงอายุเป็นคลินิกที่ให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุตามหลักเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เพื่อจัดการปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุม โดยนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายให้สถานบริการสุขภาพสามารถจัดบริการสุขภาพให้ตอบสนองปัญหาและความต้องการกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถกลับมาใช้ชีวิตที่บ้านได้อย่างมีศักยภาพ โดยประเทศไทยได้เริ่มดำเนินการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549¹⁰

จากข้อมูลสถิติการจัดคลินิกผู้สูงอายุในภาคเหนือตอนบนเขตสุขภาพที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 จากจำนวนโรงพยาบาล ทั้งหมด 103 แห่ง มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุแล้ว 62 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 60.19 ซึ่งน้อยกว่าค่าเฉลี่ยประเทศ จากจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด 901 แห่ง มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ 651 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 72.25¹¹ สำหรับจังหวัดเชียงราย มีโรงพยาบาล จำนวนทั้งสิ้น 18 แห่งมีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุและผ่านเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ คลินิก 7 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 38.98¹² แบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบ ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม ด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิก ด้านรูปแบบและการจัดบริการ และด้านบริหารและจัดการ ในขณะที่โรงพยาบาลอีก 11 แห่ง ยังไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ โดยไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานทั้ง 4 ด้าน คิดเป็นร้อยละ 61.11 ไม่ผ่านเกณฑ์ในด้านบุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิก และพบรูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุแทรกอยู่ใน คลินิกโรคเรื้อรัง แผนการรักษาผู้ป่วยนอก หรือคลินิกอื่น ๆ ตามที่ผู้รับผิดชอบงานหลักเป็นผู้ดูแลอยู่ อีกทั้งได้ รับการถ่ายทอดนโยบายและแนวทางการดำเนินงานเป็นที่เรียบร้อย มีการประเมินตนเองโดยส่วนใหญ่อยู่ในขั้นตอนการดำเนินการพัฒนาปรับปรุงในส่วนขาด¹³ ทั้งนี้ ในภาพรวมคลินิกบริการสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย ได้ดำเนินงานคัดกรองภาวะถดถอยของผู้สูงอายุ 9 ด้านจำนวน 178,820 คน พบความเสี่ยงจากการคัดกรองแต่ละด้าน ดังนี้ ด้านสุขภาพจิตพบโรคซึมเศร้าร้อยละ 4.18 ด้าน ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ร้อยละ 6.32 ด้านการกลืนปัสสาวะ ร้อยละ 6.90 ด้านภาวะขาดสารอาหาร ร้อยละ 11.17 ด้านการได้ยิน ร้อยละ 11.50 ด้านสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 15.14 ด้านการมองเห็น ร้อยละ 22.12 และพบความเสี่ยงต่อ

การเกิดภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 66.48 และเสี่ยงภาวะพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 67.69 จากคัดกรองภาวะถดถอยของผู้สูงอายุ 9 ด้าน ¹⁴ และข้อมูลสถิติ ปี พ.ศ. 2566 การวินิจฉัยโรคผู้มารับบริการในโรงพยาบาลจังหวัดเชียงราย กลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) ที่ปัญหาสุขภาพที่ไม่จำเพาะเจาะจงกับระบบอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งและยังเป็นภาวะที่ซับซ้อนเกิดจากหลายพยาธิสภาพ ซึ่งประกอบด้วย ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Incontinence) ร้อยละ 4.16 ภาวะขาดสารอาหาร (Inanition) ร้อยละ 4.29 ภาวะเปราะบางและความบกพร่องทางการได้ยิน ร้อยละ 8 ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Frailty and Sarcopenia) ร้อยละ 32.2 โรคที่ภาวะนอนไม่หลับ (Insomnia) ร้อยละ 22.70 ภาวะซึมเศร้าและสับสนและภาวะสมองเสื่อม (Delirium and Dementia) ร้อยละ 40.77 การใช้ยาหลายขนาน ร้อยละ 50.17 ภาวะหกล้ม (Fall) ร้อยละ 64.34 โรคเกี่ยวกับกลุ่มอาการจิตเวช ร้อยละ 66.27 ความบกพร่องทางการมองเห็น ร้อยละ 96.63 ¹⁵

ด้วยเหตุนี้ เพื่อส่งเสริมให้สถานบริการสามารถจัดบริการได้ตรงตามความต้องการของกลุ่มวัยผู้สูงอายุและมีประสิทธิภาพ ความทั่วถึงด้านการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาได้รับการดูแลรักษา ตลอดจนช่วยชะลอการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงและให้ผู้สูงอายุคงศักยภาพในการดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ จึงมีความจำเป็นในการศึกษาความคาดหวังและรูปแบบจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ จังหวัดเชียงราย เพื่อให้ได้ประเด็นสำคัญในเชิงรูปแบบการขับเคลื่อนและการดำเนินการที่นำไปสู่การปฏิบัติได้จริง เหมาะสมกับบริบท เป็นรูปแบบการบริหารจัดการแนวทางดำเนินงานที่ดีผ่านการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน และเป็นประโยชน์กับพื้นที่เครือข่ายต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์

- 1.2.1 เพื่อศึกษาขั้นตอนการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพในจังหวัดเชียงราย
- 1.2.2 เพื่อศึกษา ความต้องการ ในการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพในจังหวัดเชียงราย
- 1.2.3 เพื่อศึกษารูปแบบการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพในจังหวัดเชียงราย

1.3 ขอบเขตของงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้จะใช้ระเบียบวิธี วิจัยแบบผสมผสาน (Mixed-Methods) โดยเป็นการเก็บข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพและปริมาณในเวลาเดียวกันเพื่อให้ทราบถึงความคาดหวัง ความต้องการของ

ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการ ต่อการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ จังหวัดเชียงราย รวมถึงศึกษาขั้นตอนและรูปแบบการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน สามารถจัดบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) การสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม ทำการศึกษาในกลุ่มผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับคลินิกผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง โรงพยาบาลพญาเม็งราย โรงพยาบาลป่าแดด และโรงพยาบาลแม่ลาว

1.4 นิยามศัพท์เชิงปฏิบัติการ

1.4.1 ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลซึ่งมีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย และอาศัยอยู่ในอำเภอเวียงเชียงรุ้ง อำเภอพญาเม็งราย อำเภอป่าแดด และอำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

1.4.2 ความต้องการ หมายถึง ความปรารถนา หรือสิ่งที่บุคคลหนึ่งอยากได้ อยากมี เพื่อสนองความรู้สึก ความจำเป็น ที่เป็นไปได้ต่อการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพในโรงพยาบาลในระดับทุติยภูมิจังหวัดเชียงราย เป็นปรารถนาของผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้ให้บริการ

1.4.3 ขั้นตอนการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง ขั้นตอนการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ 7 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ขั้นตอนการให้บริการ ขั้นตอนการจัดการและการพัฒนากำลังคน ขั้นตอนการดำเนินงานและการจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยี/ผลิตภัณฑ์การแพทย์ ขั้นตอนการบริหารจัดการงบประมาณ/การเงินการคลัง ขั้นตอนการนำ/การอภิบาลระบบ ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยประยุกต์ใช้ตามกรอบแนวคิดของ Health system framework ขององค์การอนามัยโลก

1.4.4 ขั้นตอนการให้บริการ หมายถึง ขั้นตอนการจัดบริการด้านสุขภาพ กิจกรรม และการให้บริการทางการแพทย์ต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อรักษาดูแลความถดถอย 9 ด้าน คือด้านความคิดความจำ ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ด้านขาดสารอาหาร ด้านการมองเห็น ด้านการได้ยิน ด้านภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ด้านการกลืนปัสสาวะ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านสุขภาพช่องปาก

1.4.5 ขั้นตอนการจัดการและการพัฒนากำลังคน หมายถึง ขั้นตอนการบริหารจัดการให้มีผู้รับผิดชอบ/ทีมดูแลที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพเพื่อรองรับการให้บริการดูแลผู้สูงอายุอัตราส่วนบุคลากร ความสมดุลและการกระจายบุคลากรการได้รับการฝึกอบรมยกระดับทักษะการจ่ายคำตอบแทนพิเศษสำหรับบริการจำเพาะแผนพัฒนากำลังคน

1.4.6 ขั้นตอนการดำเนินงานและการจัดการสารสนเทศ หมายถึง ขั้นตอนในการจัดการข้อมูลสารสนเทศสำหรับใช้ในการตัดสินใจสำหรับการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ การรวบรวมข้อมูล การนำเสนอข้อมูลข่าวสาร ช่องทางการกระจายข่าวสารด้านสุขภาพ

1.4.7 เทคโนโลยี/ผลิตภัณฑ์การแพทย์ หมายถึง เทคโนโลยีพร้อมใช้สำหรับคัดกรองให้คำปรึกษา บำบัด รักษาฟื้นฟู ติดตามผล การส่งต่อ การรายงานเคส การเฝ้าระวังสำหรับการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ การบริหารจัดการยา เวชภัณฑ์ ภัยอุปกรณ์ที่จำเป็น ความพอเพียง คุณภาพของยา ราคา และการกระจายหรือช่องทางในการเข้าถึงยา ความสามารถในการจ่ายของประชาชน การสนับสนุนการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลและมีประสิทธิภาพ

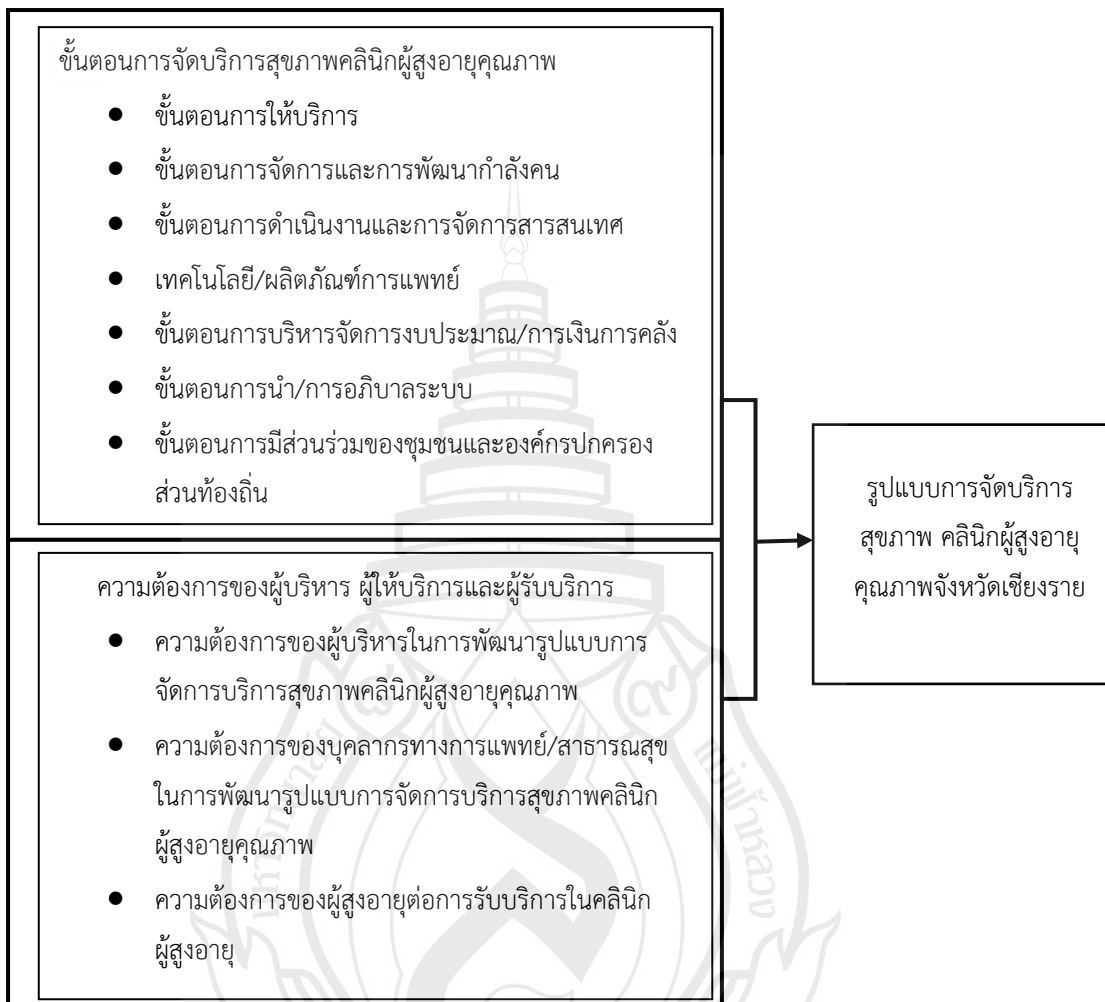
1.4.8 ขั้นตอนการบริหารจัดการงบประมาณ/การเงินการคลัง หมายถึง การวางแผน การจัดสรรงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการดำเนินงานด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ การจัดสรรและการกระจายงบประมาณในการบำบัดรักษา ค่ายา ค่าวัสดุ และค่าบริการทางการแพทย์ งบประมาณการส่งต่อ งบประมาณพัฒนาหน่วยบริการ งบประมาณด้านบุคลากร สัดส่วน UC coverage สัดส่วน out of pocket ในกลุ่มผู้สูงอายุ

1.4.9 ขั้นตอนการนำ/การอภิบาลระบบ หมายถึง การจัดทำนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แผนกลยุทธ์ ระบบกลไกการกำกับติดตามงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ กำลังคน ทรัพยากรสิ่งสนับสนุน ยา และเทคโนโลยี ที่ตรงกับความต้องการและมีประสิทธิภาพ การบูรณาการการทำงานร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การจัดการความเป็นเจ้าของ

1.4.10 ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หมายถึง รูปแบบการเข้ามีส่วนร่วมของประชาชน เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแล ป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง การฟื้นฟู การติดตาม การส่งต่อภาคประชาชนในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

1.4.11 คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ หมายถึง การจัดระบบบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิตามมาตรฐานที่กรมการแพทย์กำหนด

1.6 กรอบแนวคิดงานวิจัย



ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดงานวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาคาดหวังและรูปแบบการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพจังหวัด เชียงราย ผู้ศึกษาได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมและรวบรวมแนวคิดที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็น แนวทางในการศึกษา ดังต่อไปนี้

- 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
 - 2.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 2.1.2 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ
 - 2.1.3 ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ
- 2.2 แนวคิดการขับเคลื่อนบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
 - 2.2.1 ยุทธศาสตร์ผู้สูงอายุ
- 2.3 แนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ
 - 2.3.1 ความหมายของระบบบริการสุขภาพ
 - 2.3.2 ประเภทของระบบบริการสุขภาพ
- 2.4 แนวคิดเกี่ยวกับคลินิกผู้สูงอายุ
 - 2.4.1 ความหมายของคลินิกผู้สูงอายุ
 - 2.4.2 องค์ประกอบของคลินิกผู้สูงอายุ
 - 2.4.3 องค์ประกอบของคลินิกผู้สูงอายุ
 - 2.4.4 รูปแบบและลักษณะของคลินิกผู้สูงอายุ
 - 2.4.5 นโยบายคลินิกผู้สูงอายุ
- 2.5 แนวคิดความต้องการ
 - 2.5.1 ความหมายของความต้องการ
 - 2.5.2 ลำดับชั้นความต้องการของมาสโลว์
- 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2.1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ

ประวัติความเป็นมาของคำว่า "ผู้สูงอายุ" นั้น เริ่มใช้ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2512 เป็นต้นมา ซึ่งเป็นผลจากการประชุมของคณะผู้อาวุโส โดยมี พลตำรวจตรีนายกองใหญ่ อรรถสิทธิ์ สิทธิสุนทร (หลวงอรรถสิทธิ์สิทธิสุนทร) เป็นประธาน ได้มีมติกำหนดให้ใช้คำว่า "ผู้สูงอายุ" แทนคำว่า "ชรา" เนื่องจากคำว่า "ชรา" หมายถึง แก่ด้วยอายุ ชำรุด ทрудโทรม ซึ่งก่อให้เกิดความรู้สึกหดหู่ใจ และความถดถอยสิ้นหวัง แต่คำว่า "ผู้สูงอายุ" นั้น หมายถึง ผู้ที่สูงทั้งวัยวุฒิ คุณวุฒิ และประสบการณ์ ซึ่งให้ความหมายในเชิงการยกย่องให้เกียรติแก่ผู้ที่ชราภาพ¹⁶

องค์การอนามัยโลก ให้ความหมายของผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปี หรือมากกว่าเมื่อนับตามวัย หรือหมายถึงผู้ที่เกษียณอายุจากการทำงานเมื่อนับตามสภาพเศรษฐกิจ หรือหมายถึงผู้ที่สังคมยอมรับว่าสูงอายุจากการกำหนดของสังคม วัฒนธรรม หรือ และเป็นขบวนการต่อเนื่องไปตลอดช่วงชีวิต เมื่อนับตามชีววิทยา¹⁷

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ¹⁸ ให้ความหมายผู้สูงอายุ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย การให้คำนิยาม "ผู้สูงอายุ" หมายถึง บุคคลที่เป็นผู้สูงอายุได้ตามกฎหมายของประเทศไทย และได้รับสิทธิตามพระราชบัญญัติฯ ฉบับนี้ต้องเป็นบุคคลที่มีอายุหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และต้องเป็นสัญชาติไทยเท่านั้น นั้นหมายถึง ผู้ที่เดินทางเข้ามาทำงานหรืออพยพพลัดถิ่นเข้ามาในประเทศไทย ไม่สามารถมีสิทธิได้รับสวัสดิการและการช่วยเหลือใดจากรัฐ แม้ว่าจะเป็นผู้ที่เสียภาษีอากรให้แก่รัฐ

องค์การสหประชาชาติ¹⁹ ให้ความหมายว่า "ผู้สูงอายุ" คือ ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป โดยเป็นการนิยามนับตั้งแต่อายุเกิด

กรมกิจการผู้สูงอายุ²⁰ ให้ความหมายว่า "ผู้สูงอายุ" คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. การแพทย์สาธารณสุข
2. ด้านการศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสาร
3. ด้านการประกอบอาชีพ ฝึกอาชีพที่เหมาะสม
4. ด้านการพัฒนาตนเอง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่าย ชุมชน
5. ด้านการอำนวยความสะดวก และความปลอดภัยในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ บริการสาธารณะ

6. ด้านการลดหย่อนค่าโดยสารและการอำนวยความสะดวกในการเดินทางการรถไฟแห่งประเทศไทย

7. ด้านการยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ

8. ด้านการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง

9. การให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี และในทางการแก้ไข ปัญหาครอบครัว

10. ด้านการช่วยเหลือด้านที่พักอาศัย อาหาร และเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง

11. ด้านการช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพ

12. การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี

13. การจัดบริการสถานที่ท่องเที่ยว การจัดกิจกรรมกีฬา และนันทนาการตามที่ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติประกาศกำหนด

14. การจัดบริการเพื่ออำนวยความสะดวกด้านพิพิธภัณฑ์ โบราณสถาน หอจดหมายเหตุ แห่งชาติ และการจัดกิจกรรมด้านศาสนา ศิลปะ และวัฒนธรรม ตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุ แห่งชาติประกาศกำหนด

15. ด้านการลดหย่อนภาษีเงินได้ และการลดหย่อนภาษีให้แก่ผู้บริจาคทรัพย์สิน เงิน ให้แก่กองทุนผู้สูงอายุ

16. ด้านกองทุนผู้สูงอายุ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ²¹ ให้ความหมายของผู้สูงอายุ หมายถึง มีอายุมาก หรือ อยู่ในวัยชรา แก่ด้วยอายุ

2.1.2 การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุเป็นช่วงรอยต่อของชีวิตซึ่งเปลี่ยนจากวัยกลางคนเข้าสู่วัยสูงอายุทำให้เปลี่ยนแปลง หลายด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นไปในลักษณะเสื่อมและ ถดถอย มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตใจที่อาจส่งผลกระทบต่อ สุขภาพกายและการดำเนิน ²² กระบวนการของความชราหรือความแก่ (aging process) คือ กระบวนการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกาย เปลี่ยนแปลงไปตามแต่ละช่วงวัย เซลล์ในร่างกายเปลี่ยนแปลงในทางเสริมสร้างมากกว่าการเสื่อมสภาพเมื่อพ้นวัยผู้ใหญ่เริ่มเข้าสู่วัย ผู้สูงอายุ เซลล์ในร่างกายจะเริ่มมีการสลายของเซลล์มากกว่าการเสริมสร้าง ซึ่งทำให้สมรรถภาพการ ทำงานของอวัยวะ ลดลง การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ²³ ซึ่งนอกจากจะ

มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาด้านร่างกายแล้วยังมีการเปลี่ยนแปลงในด้านอื่นร่วมด้วย เช่น ด้านสังคมและจิตใจ โดยการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุประกอบด้วย ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบต่าง ๆ ในร่างกาย ได้แก่ ระบบผิวหนัง ระบบประสาทรับสัมผัส ตามองเห็นไม่ดีปฏิกิริยาของม่านตาต่อแสงลดลง ประสาทรับเสียงเสื่อมลง ประสาทรับกลิ่นการรับรู้รสน้อยลง ระบบประสาท เซลล์สมองและเซลล์ประสาทมีจำนวนลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชื่องช้า ความจำเสื่อม ความไวและความรู้สึกตอบสนองต่อปฏิกิริยาลดลง ระบบทางเดินอาหาร ต่อม น้ำลายขับ น้ำลายออกมาน้อย เหงือกและฟันของผู้สูงอายุไม่แข็งแรง รับประทานอาหารมีความยากลำบาก ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกเปราะ และขนาดเส้นใยกล้ามเนื้อลดลง ระบบทางเดินหายใจปอดยุบและการขยายตัวไม่ดี กล้ามเนื้อทรวงอกเสื่อม รวมถึงระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบทางเดินปัสสาวะ²⁴

2. การเปลี่ยนแปลงทางจิตใจและอารมณ์ อาจพบปัญหาทางอารมณ์และจิตใจในที่ไม่วิทยาลัยรับการเปลี่ยนแปลงในชีวิตที่เกิดขึ้น จากการเกิดโรคภัยไข้เจ็บ มีความเสื่อมโทรมของร่างกาย การเกิดภาวะทุพพลภาพหรืออยู่ในภาวะพึ่งพิง การถูกลดบทบาทในสังคม ทำให้กระทบต่ออารมณ์และจิตใจของผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุมีการปรับตัวในชีวิตได้แตกต่างกัน บางคนอาจหงุดหงิดง่าย เกิดภาวะซึมเศร้า ความเครียด ความกลัว หรืออาจแสดงออกโดยอาการทางร่างกาย เช่น ปวดท้อง ท้องอืด นอนไม่หลับ²⁵

3. การเปลี่ยนแปลงทางสังคม ปัจจุบันประเทศไทยได้รับอิทธิพลจากตะวันตกมากขึ้น ทำให้เกิดผลต่อผู้สูงอายุตามมา เช่น การขยายตัวหรือเติบโตของชุมชนเมือง (urbanization) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถประกอบอาชีพได้หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มักจะถูกทอดทิ้ง นำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิต ซึ่งอิทธิพลของความเจริญแต่เพียงวัตถุในสังคมมีส่วนทำให้วัฒนธรรมที่ดีงามในอดีตเริ่มเสื่อมถอยไป เช่น ในสมัยก่อนผู้สูงอายุได้รับการเคารพนับถือเป็นผู้อาวุโส แต่ปัจจุบัน ผู้สูงอายุอาจถูกมองเป็นคนที่ไม่ทันต่อเหตุการณ์ (behind the time) ถูกลดบทบาทความสำคัญ เป็นเพียงผู้พึ่งพิงอาศัย ผู้สูงอายุควรอยู่ส่วนผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยขึ้น²⁶

2.1.3 ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ

ผลจากความเสื่อมของร่างกายในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับปัญหาสุขภาพ โดยปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัญหาเกี่ยวกับระบบประสาท ระบบประสาทสัมผัส ระบบกระดูกและข้อ ระบบทางเดินอาหาร ระบบไหลเวียนเลือด ระบบการกลืนปัสสาวะ และปัญหาโรคเรื้อรังซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพหลักของผู้สูงอายุ²⁷ จากปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับบริการที่เหมาะสมในการดูแล ไม่ใช่เพียงแต่ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุเท่านั้นที่ต้องการดูแล แต่ในการดูแลผู้สูงอายุนั้นจำเป็นต้องดูแลในด้านอื่น ๆ ร่วมด้วย การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวสามารถทำได้ในรูปแบบต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับบริบท ความเหมาะสม ศักยภาพของผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัว ญาติ

หรือชุมชน หรือขึ้นอยู่กับ การได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากภาครัฐ²⁸ จากสถิติการการวินิจฉัยโรคตามกลุ่มสาเหตุการป่วย กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป ปี พ.ศ. 2566 ผู้สูงอายุไทยเป็นโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น และมีการวินิจฉัยโรค กระดูกหักสาเหตุพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 95.41 ความดันโลหิตสูงที่ไม่มีสาเหตุนำ ร้อยละ 93.33 เบาหวาน ร้อยละ 77.02 สมองเสื่อม ร้อยละ 71.66 โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 14.79 โรคจิตเวช ร้อยละ 9.94 ตาต้อกระจก ร้อยละ 9.74 ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ ร้อยละ 7.66 โรคไตวาย 6.49 ระบบทางเดินหายใจ 2.52 และโรคระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 1.78 ซึ่งโรคดังกล่าวสามารถนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นภาวะที่บั่นทอนสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ต้องได้รับการดูแล ใกล้เคียงจากบุคคลในครอบครัว จากสถิติการคัดกรอง ADL - Activities of Daily Living หรือการ ดำเนินกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ แสดงสัญญาณลักษณะที่บ่งชี้ถึงสภาพร่างกาย และระดับ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่นการขับถ่าย การกิน และการอาบน้ำ ซึ่งเป็น ผู้สูงอายุที่มีคะแนนระดับติดสังคม ร้อยละ 92.80 และเป็นผู้มีภาวะพึ่งพิง ติดบ้าน ร้อยละ 6.20 และ ติดเตียง ร้อยละ 0.44 และภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สำหรับสุขภาพทางจิตนั้นเป็นสิ่งที่สังเกตได้ยาก กว่าและมีความสำคัญต่อสุขภาพกาย การที่ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีย่อมส่งผลดีต่อร่างกายเสริมให้ กังวล เบื่อหน่าย ท้อแท้ ย่อมส่งผลให้ร่างกาย และโรคทางสมอง โรคระบบทางเดินปัสสาวะ²⁹

กล่าวโดยสรุป ผู้สูงอายุ คือ บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในหลายด้าน วัยสูงอายุเป็นช่วงรอยต่อของชีวิตซึ่งเปลี่ยนจากวัย กลางคนเข้าสู่วัยสูงอายุทำให้เปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งการ เปลี่ยนแปลงเหล่านี้เป็นไปในลักษณะเสื่อมและถดถอย มีข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของร่างกาย ทำให้ เกิดปัญหาทางด้านจิตใจที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพกายและการดำเนินชีวิต

2.2 แนวคิดการขับเคลื่อนบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

2.2.1 ยุทธศาสตร์ผู้สูงอายุ

เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals - MDGs) จะ สิ้นสุดระยะเป้าหมายตามที่กำหนดในปี พ.ศ. 2558 ด้วยเหตุนี้ องค์การสหประชาชาติ ได้มีการ เตรียมการ และจัดประชุมล่วงหน้าในหลากหลายระดับเพื่อกำหนดกรอบในการเสริมสร้างมาตรฐาน ชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชนทั่วโลกจึง จัดทำเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals-SDGs) ซึ่งประกอบด้วย 17 เป้าหมาย โดยเป้าหมายในข้อที่ 3 Good Health and well-being รับรองการมีสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของทุกคนทุกช่วงอายุ³² องค์การ

สหประชาชาติ (United Nations) ได้จัดให้มีการจัดการประชุมสมัชชาระดับโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ ครั้งที่ 2 ณ กรุงมาดริดประเทศสเปน พ.ศ. 2545 ผลจากการประชุมครั้งก่อนก่อให้เกิดพันธกรณีระหว่างประเทศในเรื่องของผู้สูงอายุที่เรียกว่า แผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ ได้กำหนดเป้าหมายหลักของการพัฒนาผู้สูงอายุใน 3 ประเด็นต่อไปนี้ คือ

1. ผู้สูงอายุกับการพัฒนา
2. สุขวัยอย่างสุขภาพดีและมีสุขภาวะ
3. การสร้างความมั่นใจว่าจะมีสภาพแวดล้อมที่เกื้อหนุนและเหมาะสม

เป็นพันธกรณีที่ประเทศภาคีองค์การสหประชาชาติจะต้องร่วมยึดถือเป็นเป้าหมายการดำเนินงานผู้สูงอายุ และร่วมกำหนดทิศทางกลยุทธ์ของการพัฒนาเพื่อมุ่งไปสู่เป้าหมาย³³

ในขณะที่ประเทศในกลุ่มอาเซียน ได้ดำเนินการทำข้อตกลงความร่วมมือด้านผู้สูงอายุในกรอบอาเซียน มีจำนวน 2 ฉบับ ได้แก่

1. ปฏิญญากัวลาลัมเปอร์ว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ: การเพิ่มขีดความสามารถของผู้สูงอายุในอาเซียน (Kuala Lumpur Declaration on Ageing: Empowering Older Persons in ASEAN) ซึ่งเป็นผลจากการประชุมเจ้าหน้าที่อาวุโสด้านสวัสดิการสังคมและการพัฒนา ครั้งที่ 11 (11th SOMSWD) ณ กรุงกัวลาลัมเปอร์ ประเทศมาเลเซีย และได้รับการรับรองจากผู้นำอาเซียน ในการประชุมสุดยอดอาเซียน ครั้งที่ 27 ในปี พ.ศ. 2558 มีสาระดังนี้³⁴

- 1) ส่งเสริมให้มีแนวปฏิบัติที่รับผิดชอบร่วมกันในการเตรียมการเพื่อให้ผู้สูงวัยมีสุขภาพดี แข็งแรง ทรงคุณค่า สนับสนุนครอบครัว ผู้ทำหน้าที่ดูแล เสริมสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนมีบริการดูแลผู้สูงอายุ

- 2) ส่งเสริมความเป็นปึกแผ่นของคณะระหว่างวัยเพื่อนำไปสู่สังคมของคนทุกช่วงวัย โดยสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของสิทธิ ประเด็นและความท้าทายของความสูงอายุและการก้าวเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

- 3) ส่งเสริมการทำงานฐานสิทธิ/ความต้องการจำเป็นตลอดทุกช่วงวัย และจัดการกระทำหรือการละเว้น การกระทำด้วยประการใด ๆ ทุกรูปแบบ บนพื้นฐานของอายุและเพศ โดยให้ผู้สูงอายุได้รับโอกาสเข้าถึงบริการสาธารณะ การเสริมสร้างรายได้ บริการสุขภาพ และสารสนเทศที่จำเป็น มาตรการป้องกัน การคุ้มครองทางกฎหมาย

- 4) บูรณาการเรื่องประชากรสูงอายุในนโยบายสาธารณะและแผนการพัฒนา ระดับชาติ รวมถึงแผนงานและนโยบายการจ้างงานที่ยืดหยุ่น

- 5) ส่งเสริมการพัฒนาทุนมนุษย์และความเชี่ยวชาญในด้านพฤกษวิทยา เวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ บุคลากรมืออาชีพและกึ่งมืออาชีพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการ

6) ส่งเสริมการพัฒนาสารสนเทศที่เชื่อถือได้ ข้อมูลเชิงประจักษ์และแยกประเภทตามเพศเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ซึ่งรวมถึงขีดความสามารถที่เพิ่มมากขึ้นเพื่อลดช่องว่างในด้านนโยบายการวิจัย และการปฏิบัติ

7) พัฒนาขีดความสามารถของหน่วยงานภาครัฐ องค์กรนิติบุคคล องค์กรภาคประชาสังคม ซึ่งรวมทั้งองค์กรสวัสดิการภาคสมัครใจ ชุมชน และผู้มีส่วนได้เสียอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการประสานงานและประสิทธิผลที่ดีขึ้นในการจัดบริการที่มีคุณภาพสำหรับผู้สูงอายุในระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับภูมิภาค

8) สนับสนุนการพัฒนาสมาคมผู้สูงอายุ หรือรูปแบบอื่น ๆ ของการเป็นเครือข่าย ซึ่งรวมถึงชมรมผู้สูงอายุ และเครือข่ายอาสาสมัครในทุกประเทศสมาชิกอาเซียน ความสามารถและเปิดโอกาสให้มีเวทีการหารือแลกเปลี่ยนในลักษณะพหุสาขากับรัฐบาลในประเทศของผู้สูงอายุ

9) ส่งเสริมชุมชนและเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในภูมิภาคโดยการจัดให้มีระบบโครงสร้างพื้นฐานที่ยั่งยืน เข้าถึง และใช้ประโยชน์ได้

10) สร้างและพัฒนาเครือข่ายและหุ้นส่วนความร่วมมือภายในและระหว่างประเทศสมาชิกอาเซียน

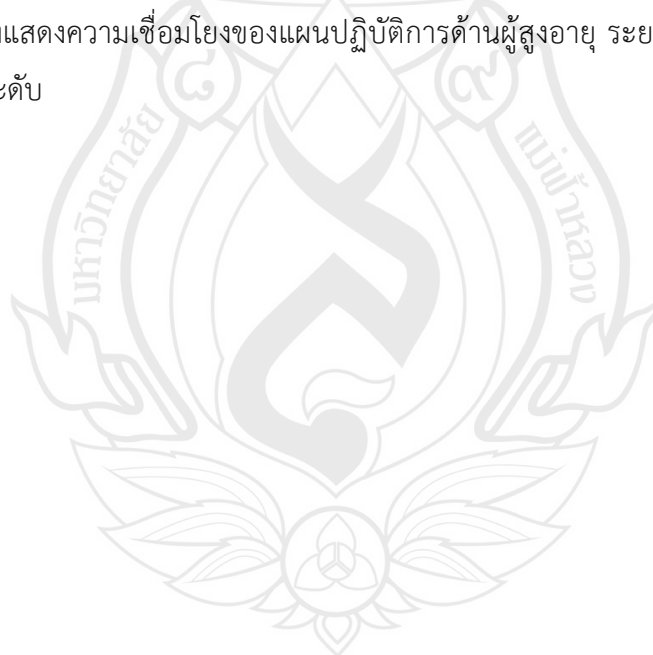
2. ปฏิญญาบรูไนดารุสซาลามว่าด้วยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว: การดูแลผู้สูงอายุ (Brunei Darussalam Declaration on Strengthening Family Institution: Caring for Elderly) ซึ่งเป็นผลจากการประชุมรัฐมนตรีอาเซียนว่าด้วยงานสวัสดิการสังคมและการพัฒนา ครั้งที่ 7 (7th AMMSWD) ณ ประเทศกัมพูชา และได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 25 พฤศจิกายน พ.ศ. 2553 ณ กรุงบันดาร์เสรีเบกาวัน ประเทศบรูไนดารุสซาลาม มีสาระดังนี้

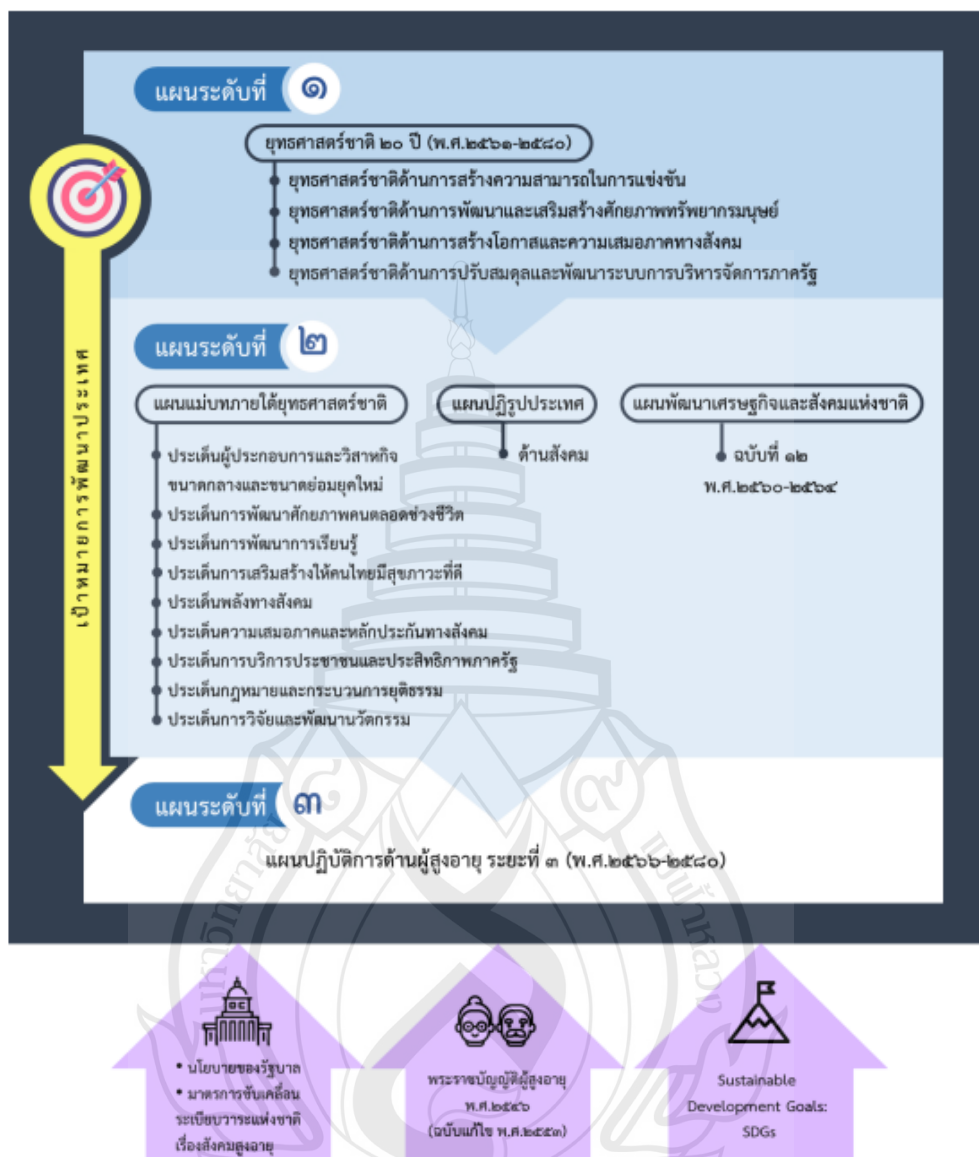
ปฏิญญาบรูไนดารุสซาลาม : ว่าด้วยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุ พ.ศ. 2553 มีสาระสำคัญในการเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศในการให้การดูแล สนับสนุนผู้สูงอายุในรูปแบบที่เหมาะสมโดยเน้นบทบาทของครอบครัวและชุมชน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสในการพัฒนาตนเอง และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ³⁵

ประเทศไทยในฐานะที่เป็นประเทศสมาชิกองค์การสหประชาชาติ ได้จัดทำรายงานผลการดำเนินงานผู้สูงอายุภายใต้พันธกรณีสหประชาชาติโดยเป็นการประมวลดำเนินงานหลักที่สอดคล้อง และตอบสนองต่อเป้าหมายของการพัฒนาผู้สูงอายุ ภายใต้แผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ (the Madrid International Plan of Action on Ageing) ความร่วมมือเป็นอย่างดีจากหน่วยงานที่มีการกิจเกี่ยวข้องกับงานผู้สูงอายุทั้งส่วนราชการและภาคเอกชน โดยเฉพาะหน่วยงานภาครัฐที่มีหน้าที่เป็นกลไกร่วมรับผิดชอบงานผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ภายใต้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ³⁶ โดยยุทธศาสตร์ชาติประเทศไทย กำหนดเป้าหมายการพัฒนาของประเทศอย่างยั่งยืนและใช้เป็นกรอบในการจัดทำแผนต่าง ๆ ให้

สอดคล้องและเชื่อมโยงกันอย่างมีบูรณาการ เพื่อให้เกิดเป็นพลังในการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และแผนต่าง ๆ โดยมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ. 2560 ได้มีการจัดระดับของแผนเป็น แผนระดับที่ 1 ยุทธศาสตร์ชาติ เป็นเป้าหมายหลักของการพัฒนาระยะยาว 20 ปี ต้องมุ่งดำเนินการให้บรรลุเป้าหมายตามที่ยุทธศาสตร์ชาติกำหนด แผนระดับที่ 2 แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ กำหนดเป็นประเด็นหลัก แนวทางการพัฒนาเป้าหมายที่ต้องการบรรลุ และตัวชี้วัด แผนระดับที่ 3 เป็นแผนในเชิงปฏิบัติที่สอดคล้องกับแผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประเด็นด้านผู้สูงอายุและสังคมสูงวัยได้รับการจัดลำดับให้เป็น 1 ใน 23 ประเด็นที่ท้าทายต่อการพัฒนาประเทศทั้งในยุทธศาสตร์ชาติและแผนแม่บท ปี พ.ศ.2561- 2580 ³⁷ ยุทธศาสตร์ชาติวัยสูงอายุ จะได้รับการดูแลทั้งด้านสุขภาพ การดำรงชีวิตที่เหมาะสมกับแต่ละช่วงวัยของผู้สูงอายุ ทั้งผู้สูงอายุวัยต้น ผู้สูงอายุวัยกลางอายุ และผู้สูงอายุวัยปลาย ที่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพและมีคุณภาพ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรและเอื้ออำนวยต่อการดำเนินชีวิต ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีส่วนร่วมทางสังคม มีสุขภาพกายและใจที่ดี และเป็นแรงพลังในการช่วยขับเคลื่อนและพัฒนาประเทศ ³⁸

ผังแสดงความเชื่อมโยงของแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580) กับแผนแต่ละระดับ





ภาพที่ 2.1 ฟังแสดงความเชื่อมโยงของแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3

วัตถุประสงค์ของแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580) มีรายละเอียด ดังนี้

- 1) เพื่อให้มีกรอบและแนวทางปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติและแผนแม่บท อันจะก่อให้เกิดการบูรณาการแผนในทุกระดับ และนำไปสู่การขับเคลื่อนงานด้านผู้สูงอายุและการรองรับสังคมสูงวัยของหน่วยงานต่าง ๆ อย่างมีบูรณาการ
- 2) เพื่อเพิ่มคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุด้วยการส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เพิ่มพูนศักยภาพของตนเองอย่างเต็มกำลังความสามารถ

3) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีในทุกมิติ ไม่ว่าจะเป็นด้านเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ สภาพแวดล้อม การเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีและนวัตกรรมอย่างทั่วถึง เท่าเทียม และเป็นธรรม อันจะทำให้ดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า พึ่งพาตนเองได้ มีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์สังคม และมีหลักประกันที่ มั่นคงไปจนบั้นปลายของชีวิต

4) เพื่อรองรับสังคมสูงวัยเชิงรุกด้วยการส่งเสริมให้ประชากรที่จะเป็นผู้สูงอายุในอนาคต โดยเฉพาะกลุ่มผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 25-59 ปีในปัจจุบัน ซึ่งจะเป็นผู้สูงอายุในอีก 1-35 ปีข้างหน้า ตระหนักและเตรียมการให้พร้อมเพื่อให้มีชีวิตที่ดีในยามสูงอายุ พร้อมทั้งจะยอมรับและร่วมมือกับ ผู้สูงอายุในการเป็นพลังขับเคลื่อนสังคม หรือให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุในยามที่จำเป็น³⁹

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2 พ.ศ. 2561 ได้ปรับปรุงแนวคิดพื้นฐานผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุไม่ใช่บุคคลผู้ด้อยโอกาสหรือเป็นภาระต่อสังคม แต่สามารถมีส่วนร่วมเป็นพลังพัฒนาสังคม จึงควรได้รับการส่งเสริมและเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน สำหรับการดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีให้นานที่สุด ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาทุกซีก ต้องได้รับการเกื้อกูลจากครอบครัว ชุมชน สังคม และรัฐอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม การสร้างหลักประกันในวัยสูงอายุเป็นกระบวนการสร้างความมั่นคงให้แก่สังคม โดยการมีส่วนร่วมจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาคส่วน โดย แผนผู้สูงอายุฯ ฉบับปรับปรุงนี้ ได้แบ่ง ยุทธศาสตร์ออก 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้⁴⁰

- 1) ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ
- 2) ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ
- 3) ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ
- 4) ด้านการบริหารจัดการเพื่อพัฒนางานด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ ระดับชาติ และพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ
- 5) ด้านการประมวลผล พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินการ

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแนวทางและแผนบูรณาการขับเคลื่อนระบบสุขภาพรองรับสังคมสูงอายุ พ.ศ. 2563-2565 โดยเป็นแนวทางการดำเนินงานทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ได้ใช้เป็นแผนบูรณาการที่เป็นรูปธรรมนำไปสู่การปฏิบัติร่วมกัน ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อความสำเร็จในการกำหนดทิศทางการดำเนินงานด้านระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ อันจะนำไปสู่การขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพประชากรผู้สูงอายุที่กำลังจะเพิ่มมากขึ้นในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมุ่งเน้นประชาชนเป็นเป้าหมายหลักในการดำเนินงาน มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมบูรณาการภายในกระทรวง ตามบทบาทและพันธกิจ กลไกเชื่อมโยงการบูรณาการ โดยแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.

2545 - 2564) ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุเป็นหลักแผนของประเทศ โดยกำหนดไว้ในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 หมวด 6 แนวนโยบายแห่งรัฐ มาตรา 65 ว่าให้มีการจัดทำ ⁴¹

กล่าวได้ว่าการขับเคลื่อนบริการสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อเตรียมสังคมให้พร้อมสู่การก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยถูกกำหนดมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 ผ่านองค์การระหว่างประเทศ จนถึงการกำหนดเป็นนโยบายสุขภาพระดับประเทศ เพื่อวางพื้นฐานการมีสุขภาพที่ดีและมีคุณค่าของประชาชนตั้งแต่ช่วงต้นของชีวิต วัยรุ่น วัยทำงาน จนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับระบบสุขภาพ

2.3.1 ความหมายของระบบบริการสุขภาพ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization :WHO) ได้ให้ความหมายของสุขภาพไว้ในธรรมนูญขององค์การอนามัยโลก เมื่อปี ค.ศ. 1948 (พ.ศ. 2491) ดังนี้ "สุขภาพ หมายถึง สภาวะแห่งความสมบูรณ์ของร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข และมีได้หมายความว่าเฉพาะเพียงแต่การปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น" ⁴² พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 (ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 124 ตอนที่ 16 ก. ลงวันที่ 19 มีนาคม พ.ศ. 2550) ได้มีการกำหนดนิยามของสุขภาพไว้ว่า "สุขภาพ หมายถึง สุขภาพ คือ "สภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ครอบคลุมถึงการดำเนิน ชีวิตที่ยืนยาวและมีความสุขของทุกคน ไม่ใช่เฉพาะเรื่องของความเจ็บป่วยเท่านั้น" ⁴³ ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในสังคม (All for Health) เพื่อสุขภาพของคนทั้งมวล และเป็นที่ยอมรับว่า การอภิบาลระบบสุขภาพ (Health System Governance) เป็นองค์ประกอบสำคัญ ที่ทำหน้าที่ในการกำหนดทิศทางและกำกับดูแลให้ระบบสุขภาพเคลื่อนตัวไปตามทิศทางที่กำหนด ระบบสุขภาพ (Health System) ในเรื่องของสุขภาพตามแนวคิดหลัก ปรัชญาและยังมีความหมายถึง ภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางจิต ทางกาย ทางเศรษฐกิจ ทางจิตวิญญาณ และทางสังคม อย่างครบองค์รวม อันเป็นความถูกต้องสมบูรณ์ทั้งหมดอย่างสมดุลเป็นหนึ่งเดียวกัน โดยสุขภาพจะสมบูรณ์ถูกต้องขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เป็นองค์ประกอบเชื่อมโยงกันเป็นระบบ ซึ่งได้แก่ บุคคล จิตใจ ครอบครัว ชุมชนเศรษฐกิจ วัฒนธรรม การเมือง การศึกษา สิ่งแวดล้อม ⁴⁴

ระบบสุขภาพ (Health System) ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ มีความหมายครอบคลุมตั้งแต่สุขภาพเฉพาะบุคคล สุขภาพที่ดำเนินนอกตัวบุคคลกิจกรรมต่าง ๆ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพ และกิจกรรมใดก็ตามที่ส่งผลต่อสุขภาพ กล่าวได้ว่าระบบสุขภาพอาจนิยาม บทบาทหน้าที่การมีกลไกกระบวนการ ความเชื่อมโยงขององค์ประกอบ ระบบการจัดการที่ส่งผลกระทบต่อ

สุขภาพ ที่ซ้อนทับกับเรื่องของชีวิต สังคม ที่เกี่ยวข้องกับทุกคนมีส่วนร่วมเป็นเจ้าของร่วมกัน อาจหมายถึง สุขภาวะทางกาย ทางใจ ทางสังคมและทางปัญญา การจัดบริการเป็นส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพ⁴⁵

ระบบบริการสุขภาพ หมายถึง ระบบดูแลสุขภาพที่มีการจัดบริการที่ส่งเสริม ป้องกัน รักษา พัฒนาสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุขให้ความสำคัญต่อการสร้างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่เข้มแข็ง มีระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพจากหน่วยบริการที่อยู่สูงขึ้นไป ควรสอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการและชุมชนระบบบริการสุขภาพเป็น 1 ใน 6 องค์ประกอบของกรอบแนวคิดระบบสุขภาพ⁴⁶

องค์การอนามัยโลก (พ.ศ. 2550) กำหนดว่าระบบสุขภาพจะต้องมีเป้าหมายวัตถุประสงค์พื้นฐาน 4 ประการคือ

1. ช่วยให้สุขภาพของประชาชนดีขึ้น
2. ตอบสนองความคาดหวังของประชาชน
3. การปกป้องประชาชนจากปัญหาค่าใช้จ่ายที่เกิดจากความเจ็บป่วย
4. ความมีประสิทธิภาพ⁴⁷

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกรอบแนวคิดของระบบสุขภาพ (Health Systems Framework) ที่เรียกว่า The Six Building Blocks (WHO, 2010) เพื่อกำกับการดำเนินการของระบบสุขภาพให้บรรลุเป้าหมายในการพัฒนาสุขภาพประชาชนและใช้เป็นกรอบในการจัดตั้งองค์กรในระบบสาธารณสุขโดยรวมซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 6 ส่วน ได้แก่ การให้บริการ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ การจัดระบบการเงิน และภาวะผู้นำการอภิบาลระบบ และได้เพิ่มเติมองค์ประกอบที่ 7 คือ ระบบสุขภาพชุมชน ซึ่งความคาดหวังต่อการดำเนินงานตามแนวทางของ The Six Building Blocks คือ การบรรลุผลลัพธ์โดยเฉียบพลัน ในเรื่องการเข้าถึง ความครอบคลุม คุณภาพ และความปลอดภัย โดยจุดมุ่งหมายและคุณลักษณะที่พึงประสงค์ของระบบสุขภาพทั้ง 4 ประการ เพื่อให้ประชาชนที่สุขภาพดีขึ้น⁴⁸

การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยได้ใช้แนวคิดขององค์การอนามัยโลกในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยโดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ระบบบริการ หมายถึง บริการที่ส่งเสริม ป้องกัน รักษา พัฒนาสุขภาพอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย ได้มาตรฐาน ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้ความสำคัญต่อการสร้างหน่วยบริการระดับปฐมภูมิที่เข้มแข็ง มีระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพจากหน่วยบริการ
2. ระบบผู้ให้บริการ หมายถึง กำลังคนที่เพียงพอ มีความรู้ มีสัดส่วนของความชำนาญที่เหมาะสม ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนอย่างเท่าเทียมและครอบคลุม

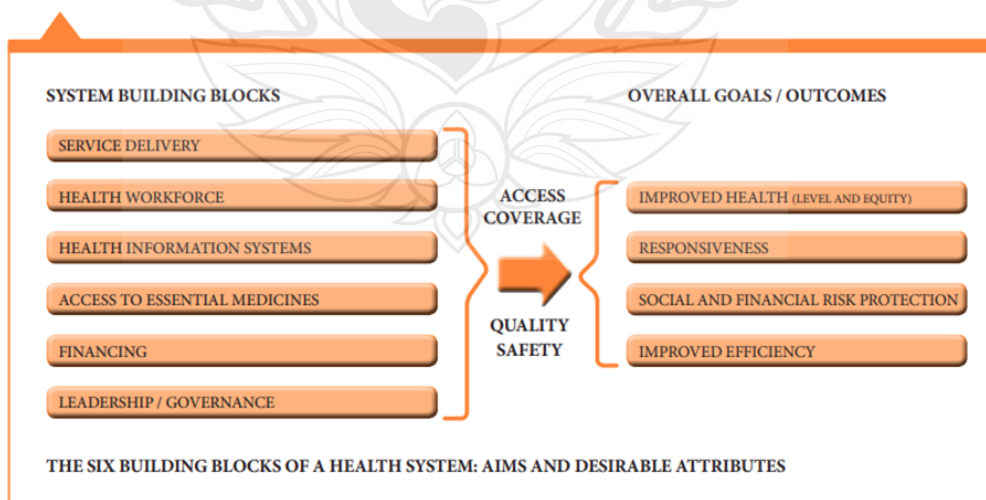
3. ระบบผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ หมายถึง เวชภัณฑ์ วัคซีน อุปกรณ์การวินิจฉัย และเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่มีมาตรฐาน คุณภาพ ความปลอดภัย มีระบบการขนส่งที่ดี มีข้อบ่งชี้ในการใช้

4. ระบบการเงินการคลัง หมายถึง ระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุม ลดภาระการใช้จ่ายของภาครัฐและส่วนบุคคล การระดมเงินทุน จัดสรร และบริหารงบประมาณที่เป็นธรรมและมีประสิทธิภาพการบริหารจัดการงบประมาณ/การเงินการคลัง หรือนำไปซื้อยาและเวชภัณฑ์ให้ครอบคลุมงานบริการสุขภาพที่จำเป็นเพื่อให้ภาพรวมของระบบสุขภาพมีความพร้อมให้บริการประชาชนเข้าถึงได้ตลอดเวลาและสถานที่

5. ระบบสารสนเทศ หมายถึง ความพร้อมและการแบ่งปันข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาความต้องการทางการแพทย์และสาธารณสุข และการบรรลุตัวชี้วัดในการจัดบริการที่มีคุณภาพ ทั้งถึงเป็นธรรม

6. ระบบอภิบาล หมายถึง การกำกับดูแลให้องค์สุขภาพดำเนินการกิจอย่างเป็นธรรม โปร่งใส ตรวจสอบได้ เป็นไปตามนโยบาย ยุทธศาสตร์ การอภิบาลระบบ ซึ่งประกอบด้วย 6 เรื่อง ได้แก่

- 1) การสังเคราะห์ความรู้เพื่อให้เห็นภาพรวมแบบชาวนาตลาด
- 2) การขึ้นนโยบาย
- 3) การออกแบบระบบ
- 4) การประสานงานและสร้างเอกภาพให้ระบบ
- 5) การกำกับติดตาม
- 6) ความรับผิดชอบ ⁴⁹



ภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดระบบบริการสาธารณสุข

การพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยได้ใช้แนวคิดขององค์การอนามัยโลกในการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทย โดย ควรเติมองค์ประกอบที่เจาะจงกับบริบททางประเทศเพื่อให้การวางแผนมีประสิทธิภาพมากขึ้น การเพิ่ม “ระบบสุขภาพชุมชน” เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมของประชากร และการตระหนัก ผ่านการขยายแนวคิด building blocks ไปยังชุมชน เป็นหลักประกันสู่ความยั่งยืน ใช้การพัฒนาอย่างมีขั้นตอนโดยมีเป้าหมายคือ สุขภาวะของประชาชนซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ข้อ ได้ผนวกความสำคัญของระบบสุขภาพชุมชนไว้ เป็นอีกหนึ่ง 1 ข้อ รวม 7 ข้อ เรียกว่า Six Building Blocks Plus One องค์การอนามัยโลก ได้เสนอกรอบแนวคิดของระบบสุขภาพ ซึ่งถือว่าเป็นแนวทางในการดำเนินงานของระบบสุขภาพอำเภอโดยทั่วไปในปัจจุบัน โดยมุ่งหวังให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น ครอบคลุมทั่วถึง รวมถึงเป็นการให้บริการที่มีคุณภาพและมีความปลอดภัย



ภาพที่ 2.2 กรอบแนวคิดระบบบริการสาธารณสุข

โดยผลลัพธ์ทั้ง 4 ด้าน จากการ 6 Building Block plus one ได้แก่

1. Improve Health (Level and Equity) คือ ยกระดับสุขภาพรวมถึงความเท่าเทียมด้วย
2. Responsive การตอบสนองความต้องการให้ผู้รับบริการ
3. Social and Financial Risk Protection คือการป้องกันความเสี่ยงจากการล้มละลายที่เกิดจาก ค่าใช้จ่ายจากการรับบริการ
4. Improved efficiency ปรับปรุงประสิทธิภาพของระบบ ⁵⁰

ระบบสาธารณสุขมีความหมายเกี่ยวกับการจัดการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ⁵¹ และระบบบริการสาธารณสุข

มีความหมายว่า การบริการต่าง ๆ อันเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การตรวจวินิจฉัยและบำบัดสภาวะความเจ็บป่วยและการฟื้นฟูสมรรถภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน สรุปลั้วระบบสุขภาพแห่งชาติ จึงหมายถึงระบบต่าง ๆ ที่ครอบคลุมการดำเนินงานด้านสุขภาพในทุกมิติ ส่วนระบบสาธารณสุขและระบบบริการสาธารณสุข เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพแห่งชาติ ⁵²

สวัสดิการประกันและคำรักษาพยาบาล ระบบบริการสุขภาพ หมายถึง ระบบสุขภาพมุ่งหวังให้ประชาชนมีสุขภาพกายและจิตที่ดี ผ่านกระบวนการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรคฟื้นฟูการทำงานของร่างกาย และกระบวนการสร้างความแข็งแกร่งและความพร้อมของสาธารณสุขในการรับมือโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ และภัยพิบัติระบบสุขภาพที่ดีควรเห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์ของทุกคน ยึดมั่นในหลักศีลธรรม คุณณธรรม จริยธรรมในการดำเนินการ และให้ความเท่าเทียมด้านสิทธิประโยชน์แก่ชนทุกกลุ่มอย่างเหมาะสม ⁵³

นายแพทย์จรัส สุวรรณเวลา ให้นิยามระบบบริการสุขภาพ หมายถึง ครอบคลุมตั้งแต่บริการเพื่อการใช้ชีวิต การร่วมกันสร้างสิ่งแวดล้อมที่สร้างเสริมสุขภาพ รวมถึงการสุขภาพ การมีอาหาร น้ำและอากาศที่ปลอดภัย อาจรวมไปถึงการมีเศรษฐกิจ ระบบการปกครอง ระบบการค้า ระบบการประกอบอาชีพที่ช่วยแก้ไขปัญหาคาความยากจน ซึ่งส่งผลให้ช่วยเหลือตนเองในการดูแลสุขภาพได้ การได้รับการศึกษาและข้อมูลเพื่อให้รู้เท่าทันโดยใช้ชีวิตอย่างเหมาะสมและรักษาสุขภาพที่ดีไว้ได้ ระบบป้องกันโรคที่ป้องกันได้ เมื่อเกิดโรคขึ้นก็มีระบบบริการรักษาโรค ซึ่งมีรูปแบบและระบบความซับซ้อนจากการใช้เทคโนโลยีต่าง ๆ มากมาย เมื่อพิการก็มีเทคโนโลยีในการลดความพิการและเพิ่มความสามารถในการดำรงชีวิต รวมไปถึงการปรับสภาพสังคมทั้งด้านกายภาพ กฎเกณฑ์สังคม และค่านิยม เพื่อให้ผู้พิการทางกาย จิต ได้มีสุขภาพที่ดีที่สุดในที่พึงจะมีได้ ⁵⁴

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน ให้นิยามระบบบริการสุขภาพ หมายถึง กลุ่มของสิ่งซึ่งมีลักษณะประสานเข้าเป็นสิ่งเดียวกันตามหลักแห่งความสัมพันธ์ที่สอดคล้องกันปฏิบัติรับใช้ ให้ความสะดวกต่าง ๆ ให้เกิดภาวะที่ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ⁵⁵

2.3.2 ประเภทของระบบบริการสุขภาพ

Roemer (1993) ได้จัดประเภทของระบบบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวอย่างที่ค่อนข้างเป็นรูปแบบเชิงเศรษฐกิจที่ออกแบบระบบสุขภาพของประเทศต่าง ๆ ตามชนิดหรือระดับทางเศรษฐกิจและอุดมการณ์ทางการเมือง นอกจากนั้นยังจำแนกตามระดับของการตลาดที่รัฐเปิดโอกาสให้เข้าไปเกี่ยวข้องมากน้อย การจัดรูปแบบระบบสุขภาพจึงอยู่ระหว่างสองขั้วคือ จัดแบบบริการสาธารณะหรือจัดแบบบริการภาคเอกชน ซึ่งได้จำแนกระบบสุขภาพเป็น ⁵⁶

Roemer (1993) วิเคราะห์ระบบบริการสุขภาพพื้นฐานขององค์ประกอบต่าง ๆ ของระบบใน 165 ประเทศ ได้จัดประเภทระบบบริการสุขภาพทั่วโลกเป็นประเภทระบบสุขภาพเชิงธุรกิจ โดย

ช่องทางที่ใหญ่ที่สุดของการจัดบริการสุขภาพอยู่ในมือของตลาดภาคธุรกิจ และระบบสุขภาพที่เน้นสวัสดิการ แบ่งออกเป็น 4 ประเภทย่อยดังนี้

1. ระบบบริการสุขภาพแบบเสรีนิยม ระบบบริการสุขภาพแบบเสรีนิยม หมายถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ของระบบบริการสุขภาพจัดในรูปแบบเอกชนที่แข่งขันภายใต้ตลาดเสรีเป็นส่วนใหญ่ รัฐมีส่วนเข้าไปแทรกแซงกลไกตลาดน้อย ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพส่วนใหญ่มาจากเอกชน หน่วยบริการส่วนใหญ่เป็นของเอกชน โดยเป็นความรับผิดชอบของบุคคลที่จะดูแลตนเองให้เข้าถึงบริการสุขภาพ ประเทศที่มีระบบบริการสุขภาพแบบเสรีนิยม ได้แก่ประเทศ สหรัฐอเมริกา ฟิลิปปินส์

2. ระบบบริการสุขภาพแบบสวัสดิการ คือ รัฐได้เข้าแทรกแซงกลไกตลาดในการจัดบริการสุขภาพหลาย ๆ ทาง อาทิเช่น ด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รัฐได้จัดสร้างและกระจายสถานบริการขนาดเล็กในเขตชนบท รัฐเป็นผู้รับจัดบริการพื้นฐานการสุขภาพสิ่งแวดล้อม การให้การรักษาพยาบาลที่จำเป็น ประเทศที่มีระบบบริการสุขภาพแบบสวัสดิการได้แก่ประเทศเยอรมัน แคนาดา ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น ลัตเวีย อินเดีย มาเลเซีย ไทย

3. ระบบบริการสุขภาพแบบครอบคลุม คือ รัฐมีบทบาทในระบบบริการสุขภาพมาก เพื่อให้ประชากรทุกคนได้รับบริการสุขภาพอย่างครอบคลุมทัดเทียมกันภายใต้เงื่อนไขระดับเศรษฐกิจของประเทศ ให้ความสำคัญต่อการจัดระบบบริการสุขภาพแก่ประชาชน ประชาชนสามารถรับบริการสุขภาพโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายด้วยตนเองโดยรัฐเป็นผู้จัดสรรภาษีเป็นค่าใช้จ่ายทั้งหมด สถานพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ในการควบคุมของรัฐโดยตรง ประเทศที่มีระบบบริการสุขภาพแบบครอบคลุมได้แก่ประเทศ อังกฤษ สแกนดิเนเวีย อิตาลี เยอรมัน สเปน คอสตาริกา ศรีลังกา

4. ระบบบริการสุขภาพแบบสังคมนิยม คือ รัฐได้เข้าไปจัดการบริการสุขภาพอย่างสิ้นเชิง ไม่อนุญาตให้มีกลไกตลาดเอกชนใด ๆ ใช้วิธีวางแผนจัดการจากส่วนกลาง ทรัพยากรสาธารณสุขต่าง ๆ ภายใต้การควบคุมของรัฐ ประชาชนทุกคนจะได้รับบริการจากรัฐ ประเทศที่มีระบบบริการสุขภาพแบบสังคมนิยมได้แก่ประเทศ รัสเซีย คูบา⁵⁷

การจัดบริการของภาครัฐในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชน โดยจัดระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุม ทั้งการส่งเสริมการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงแบ่งระบบบริการสุขภาพออกเป็นระดับ มีการจัดระบบบริการสุขภาพออกเป็นหลายระดับ การกำหนดโครงสร้างระบบสุขภาพ จึงแยกบทบาทภารกิจไว้อย่างชัดเจนเพื่อให้การจัดบริการครอบคลุมได้อย่างทั่วถึง การบริหารจัดการและกลไกการคลังเพื่อสุขภาพชัดเจนยิ่งขึ้น โดยจัดการบริการสุขภาพแบ่งออกเป็น 5 ประเภท

1. การบริการสุขภาพปฐมภูมิ
2. การบริการสุขภาพทุติยภูมิ
3. การบริการสุขภาพตติยภูมิ

4. การบริการฉุกเฉินทางการแพทย์

5. การบริการสุขภาพทางเลือกแบบต่าง ๆ ⁵⁸

ระดับการให้บริการ (Level of Care) มี 5 ระดับ คือ

1. การดูแลสุขภาพด้วยตนเองในระดับครอบครัว หมายถึง การพัฒนาศักยภาพให้ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ซึ่งการดูแลสุขภาพด้วยตนเองของประชาชนเป็นมาตรการเสริมการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน

2. การบริการสาธารณสุขมูลฐาน หมายถึง บริการสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยประชาชนด้วยตนเองและสามารถจัดทำได้ในระดับชุมชน งานสาธารณสุขแบบผสมผสานการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ผู้ให้บริการคือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) มีความเชื่อมโยงกับระบบบริการสาธารณสุข

3. การจัดบริการสาธารณสุขระดับต้น การจัดบริการสาธารณสุขระดับต้นเป็นการจัดการบริการด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่

4. การจัดบริการสาธารณสุขในระดับกลาง บริการระดับทุติยภูมิ ซึ่งเป็นการบริการในระดับโรงพยาบาลเป้าหมาย คือ เน้นการรักษา ดูแลต่อเนื่อง ปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วย ส่งเสริมการสร้าง ความสามารถในการดูแลรักษาตนเอง เป็นบริการที่ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์การบริการรักษาพยาบาลโรคที่ยาก ซับซ้อนมากขึ้น

5. การจัดบริการสาธารณสุขระดับสูง โรงพยาบาลทั่วไปบางแห่ง โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลที่เป็นโรงเรียนแพทย์ โรงพยาบาลเฉพาะทาง หรือหน่วยบริการอื่นๆ ทั้งหน่วยบริการของภาครัฐและเอกชน ซึ่งภารกิจของหน่วยบริการระดับนี้จะขยายขอบเขตการรักษาพยาบาลที่จำเป็นต้องใช้แพทย์เฉพาะทางสาขาต่อยอด ⁵⁹

การจัดระบบบริการสุขภาพ

สรุปได้ว่า การจัดบริการของภาครัฐในระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขมีหน้าที่รับผิดชอบดูแลสุขภาพประชาชน โดยจัดระบบบริการสุขภาพที่ครอบคลุม ทั้งการส่งเสริม การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสมรรถภาพ การเกิดสุขภาพดีจึงไม่ได้มีปัจจัยเป็นเรื่องของระบบบริการสาธารณสุข ระบบสุขภาพ เป็นระบบความสัมพันธ์ทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยมีระบบการบริการสาธารณสุขเป็นส่วนหนึ่ง ระบบสุขภาพยังเป็นส่วนหนึ่งของระบบสังคมและระบบความมั่นคงของประเทศ การกำหนดนโยบายสาธารณะต่าง ๆ จึงต้องให้ความสำคัญกับมิติทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องหรือได้รับผลกระทบด้วย และประกอบด้วยระบบปฏิกิริยาเชื่อมโยงกันอย่างถูกต้องสมดุล และเป็นหนึ่งเดียวกัน ปรัชญาและกระบวนทัศน์ใหม่ไม่ใช่เรื่องของระบบบริการสุขภาพหรือบริการสาธารณสุขหรือโรงพยาบาล คลินิก สถานีนอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข ฯลฯ หรือเป็นเรื่องของกระทรวงสาธารณสุขฝ่ายเดียว เช่น กรณีโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ระบาด หรือเกิดขึ้นมีผลกระทบและเกี่ยวข้องกับหลายภาคส่วนในระบบสุขภาพทั้งในประเทศและระดับนานาชาติ



ภาพที่ 2.4 การจักระบบบริการสุขภาพ

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับคลินิกผู้สูงอายุ

2.4.1 ความหมายของคลินิกผู้สูงอายุ

คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง การจักระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุต้องเน้นการเชื่อมต่อของการป้องกัน วินิจฉัย ดูแลฟื้นฟู จัดรูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อ (seamless care) มีการเชื่อมโยงระบบสารสนเทศสุขภาพ บูรณาการข้อมูลสุขภาพจักระบบบริการสำหรับทุกช่วงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามช่วงอายุและลักษณะสุขภาพ (health status) ดังนี้

1. ก่อนวัยสูงอายุ เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค
2. กลุ่มสูงอายุสุขภาพดี เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นในชุมชน โดยคัดกรองปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ การได้ยินการมองเห็น สุขภาพช่องปาก การเคลื่อนไหว โภชนาการ การกลั่นปัสสาวะ ภาวะซึมเศร้าและการทำกิจวัตรประจำวัน (ADLS)

3. กลุ่มเจ็บป่วยเฉียบพลัน การดูแลระยะวิกฤต การดูแลระยะกลาง โดยสหสาขาวิชาชีพ เพื่อฟื้นฟูสภาพ ในปัจจุบันยังครอบคลุมเพียงบางปัญหา ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุที่สมอง และกระดูกข้อสะโพกหัก

4. กลุ่มเจ็บป่วยเรื้อรังและภาวะพึ่งพิง เน้นการดูแลต่อเนื่องและการดูแลระยะยาว (long term care) เพื่อป้องกันการถดถอยและการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่ป้องกันได้ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล

5. กลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย เน้นการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะท้าย ตลอดจนการทำ advance care plan ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน ⁶⁰

2.4.2 องค์ประกอบของคลินิกผู้สูงอายุ

องค์ประกอบของคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

1. การประเมินสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุแบบองค์รวมที่ครอบคลุม (CGA) ประกอบด้วย 4 ด้าน

- 1) การประเมินทางกายภาพ
- 2) การประเมินทางสุขภาพจิต
- 3) การประเมินด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม
- 4) การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ⁶¹

2. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในผู้สูงอายุ 4 ด้าน

- 1) การคัดกรอง
- 2) การให้ยาป้องกันโรคแบบปฐมภูมิสำหรับผู้ป่วยที่ังไม่เป็นโรค แต่เสี่ยงสูง
- 3) การให้วัคซีนป้องกันโรคสำคัญ
- 4) การให้สุศึกษาและคำแนะนำ

3. การทำงานประสานกันแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยบทบาทของแต่ละวิชาชีพ มีดังนี้ [62]

- 1) แพทย์ที่ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
- 2) แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว
- 3) พยาบาลที่มีความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุ หรือพยาบาลที่ได้รับการพัฒนา

ทักษะด้วยการอบรม หลักสูตรระยะสั้นต่าง ๆ

- 4) นักจิตวิทยาคลินิกทำหน้าที่ประเมินการรู้คิด
- 5) เกสเซอร์
- 6) ทันตภิบาลหรือทันตแพทย์
- 7) นักโภชนาการ
- 8) นักสังคมสงเคราะห์

9) เจ้าหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ

2.4.3 รูปแบบและลักษณะของคลินิกผู้สูงอายุ

การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอกในปีพ.ศ. 2564 มีแนวคิดในการพัฒนาบริการ 2 แบบดังนี้⁶³

1. คลินิกผู้สูงอายุแบบครบวงจร ที่มีครบ 3 องค์ประกอบ คือ

1) การประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแบบครบวงจร มีการประเมินทั้งด้าน ทางกายภาพ ทางจิตใจ ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม

2) การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค มีการดำเนินการด้านการคัดกรอง การฉีดวัคซีนป้องกันเคมีบำบัด และแนะนำการดูแล

3) สหสาขาวิชาชีพที่ดูแล มีสหสาขาวิชาชีพและผ่านตามเกณฑ์ประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

2. คลินิกที่ให้บริการผู้สูงอายุในคลินิกอื่น ๆ เช่น คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและมีประเด็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่ แบ่งออกเป็น 2 แบบ

1) คลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐานเป็นการจัดบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกที่ครอบคลุม ประเด็น 5 ดังนี้

ก. มีการคัดกรองหรือรับส่งต่อจากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุระดับชุมชน (community screening)

ข. มีการประเมิน วินิจฉัยกลุ่มอาการหรือปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุอย่างน้อย 2 ด้าน

ค. มีระบบการดูแลรักษากลุ่มอาการหรือปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุอย่างน้อย 2 ด้าน

ง. มีคู่มือการดูแลรักษากลุ่มอาการหรือปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุที่พร้อมใช้อ้างอิงในแผนกผู้ป่วยนอก

จ. มีผู้รับผิดชอบในการประสานงานส่งต่อและติดตามให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม

2) คลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ เป็นการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่ครอบคลุม ตั้งแต่การคัดกรองประเมิน ดูแลรักษาส่งต่อการติดตามประเมินผลโดยมีมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุกำกับซึ่งเกณฑ์มาตรฐานประกอบด้วย

ก. มาตรฐานด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม คือ ต้องมีสถานที่ที่ชัดเจน มีทรัพยากรทางกายภาพที่เหมาะสมเอื้ออำนวยกับผู้สูงอายุ (Elderly friendly environment)

ข. มาตรฐานด้านบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรงและบุคลากรร่วมปฏิบัติงานเน้นการมีผู้รับผิดชอบงานนี้โดยตรง และทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งบุคลากรต้องมีความรู้ความชำนาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและได้รับการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

ค. มาตรฐานกระบวนการประเมินผลและติดตาม (outcome indicator) มีการกำหนดกระบวนการประเมินผลและติดตาม โดยกำหนดเป้าหมาย ความสำเร็จของการประเมิน ⁶³

2.4.4 นโยบายคลินิกผู้สูงอายุ

ประเทศไทยมีนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดการบริการคลินิกผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ มาตรการที่ 4 ระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน ข้อ 4.7 จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป และยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ⁶⁴

2. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 11 ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครองการส่งเสริมและสนับสนุนในด้านต่าง ๆ การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้ โดยให้ความสะดวกเป็นกรณี และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 โดยให้หน่วยบริการระดับโรงพยาบาลของรัฐให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุ จัดให้มีช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ แยกจากผู้รับบริการทั่วไปในแผนกผู้ป่วยนอก ⁶⁵

3. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) ของกระทรวงสาธารณสุขประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ที่มีความเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้แก่ ⁶⁶

1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence)

2) บริการเป็นเลิศ (Service Excellence)

3) บุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence)

4) ด้านบริหารจัดการ (Governance Excellence) ครอบคลุม 16 แผนงาน 48 โครงการ ⁶⁶

สรุปได้ว่า กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายสาธารณสุข ที่สอดคล้องแนวนโยบายของสถานการณ์สุขภาพในประเทศไทยกำลังจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ในทางกลับกันสังคมไทยยังขาดคุณภาพในทุก ๆ ด้านรวมถึงด้านสาธารณสุข การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ตระหนักถึงการวางแผนในระยะยาวเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นและกำลังจะเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในระยะยาว โดยในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ได้วางกรอบแนวคิดโดยให้สอดคล้องกับ

แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ มีนโยบายเกี่ยวกับการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ การให้บริการในโรงพยาบาลมืองค์ประกอบต่าง ๆ ในการดำเนินการ มีการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจร และให้การดูแลบำบัดรักษาในกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ รวมทั้งการเชื่อมโยงการบริการอย่างชัดเจน ทันสถานการณ์ และไร้รอยต่อ และรองรับการส่งต่อ เพื่อการดูแลบำบัดรักษาจากการคัดกรองสุขภาพในชุมชนการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ สามารถดำเนินการจัดบริการได้ครบวงจร ตั้งแต่การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยเพื่อบำบัดรักษา การวินิจฉัย การจัดทำแผนการดูแลต่อเนื่อง ระบบข้อมูลการประสานการส่งต่อในปัญหาเฉพาะทางของผู้สูงอายุ และส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชนการดำเนินงานสถานบริการแต่ละระดับจะมีการบูรณาการ การจัดการบริการเข้าทำงานประจำที่มีการดำเนินการอยู่อย่างต่อเนื่อง รวมถึงการจัดบริการเชิงรุก

2.5 แนวคิดและทฤษฎีความต้องการ

2.5.1 ความหมายของความต้องการ

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 (หน้า 323) กล่าวถึง “ความต้องการ” ว่า หมายถึง ความอยากได้ ใครได้หรือประสงค์จะได้ และเมื่อเกิดความรู้สึกดังกล่าวจะทำให้ร่างกายเกิดการความขาดสมดุลเนื่องมาจากมีสิ่งเร้ามากระตุ้น มีแรงขับภายในเกิดขึ้น ให้ร่างกายไม่อาจอยู่นิ่งต้องพยายามดิ้นรน และแสวงหาเพื่อตอบสนองความต้องการนั้น ๆ เมื่อ ร่างกายได้รับตอบสนองแล้ว ร่างกายมนุษย์ก็กลับสู่ภาวะสมดุลอีกครั้งหนึ่ง และก็จะเกิดความ ต้องการใหม่ ๆ เกิดขึ้นมา ทดแทนวนเวียนอยู่ไม่มีที่สิ้นสุด ⁶⁷

Oxford Advanced Learner's Dictionary ได้ให้ความหมายของความต้องการ “ความจำเป็น” หรือ “สถานการณ์ที่สิ่งใดสิ่งหนึ่งเป็นสิ่งที่ขาดไม่ได้และจำต้องทำ” ⁶⁸

ความต้องการของมนุษย์ ได้รับการศึกษาจากนักปราชญ์ โดยพยายามที่จะทำความเข้าใจว่าทำไมคนจึงประพฤติปฏิบัติเช่นนี้ แนวคิดที่จะอธิบายถึงความต้องการของมนุษย์ ได้แก่ มนุษย์หลีกเลี่ยงความเจ็บปวด และแสวงหาความสุขสบาย อย่างไรก็ตามข้อสังเกตในการหลีกเลี่ยงความเจ็บปวด และการแสวงหาความสุขสบาย จากการสังเกตจากสิ่งที่คนนั้นเลือกกระทำหรือหลีกเลี่ยงการกระทำซึ่งแต่ละคนก็ไม่เหมือนกัน ความเจ็บปวดสำหรับคนหนึ่งอาจเป็นความสุขสบายของอีกคนหนึ่งก็ได้จากปัจจัยใจเดียวกัน ความต้องการจำเป็น แต่ก็ไม่สามารถอธิบายความต้องการของมนุษย์ได้ครอบคลุมอย่างไรก็ตามความเข้าใจในเรื่องความต้องการของมนุษย์เป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะเข้าใจพฤติกรรมของมนุษย์ในองค์กร เพราะความต้องการของมนุษย์เป็นแรงผลักดันให้คนทำงานหรือทำให้มีกำลังใจในการทำงาน

ความต้องการของมนุษย์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1. ความต้องการทางกายภาพ เป็นแรงผลักดันที่เกิดขึ้นพร้อมกับความต้องการมีชีวิต การดำรงชีวิต เกิดขึ้นจากความต้องการทางร่างกายเป็นสำคัญ เป็นแรงขับเบื้องต้นที่ร่างกายถูกกระตุ้นให้เกิดความว่องไว กระฉับกระเฉง มีชีวิตชีวาที่จะต้องสนองต่อสิ่งเร้า เกิดขึ้นจากสภาวะทางอารมณ์ สิ่งกระตุ้นทั้งภายนอกและภายใน

2. ความต้องการทางด้านจิตใจและสังคม ความต้องการประเภทนี้ค่อนข้างสลับซับซ้อน และเกิดขึ้นจากสภาพสังคม วัฒนธรรม การเรียนรู้และประสบการณ์ที่มนุษย์นั้นได้รับ ความต้องการทางจิตใจและสังคมแตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคล แต่ละสังคมและฐานะทางสังคมของบุคคล รวมทั้งเวลาและโอกาสที่แตกต่างออกไปด้วย ลักษณะสำคัญของความต้องการทางจิตใจและสังคม ⁶⁹

บุญเลิศ บุญชัยสุข ได้กล่าวถึงความหมายของความต้องการ เป็นแรงจูงใจภายในที่ทำให้มนุษย์แสดงพฤติกรรม แบ่งเป็น 2 ประเภทหลัก ความต้องการทางชีวภาพ เช่น อาหาร น้ำ ความอบอุ่นความต้องการทางจิตใจ สังคม ⁷⁰

เทียม โชควัฒนา กล่าวว่า มองว่าความต้องการคือสิ่งที่ ผลักดันให้คนแสวงหา “ความหมาย” ในชีวิต กล่าวถึงว่า “มนุษย์ไม่ได้อยากอยู่เพียงเพื่อกินอยู่ แต่เพื่อรู้สึกว่ามีชีวิตมีค่า มีเป้าหมาย” ⁷¹

อมรรัตน์ ปักโคทานัง ได้กล่าวถึงความหมายของความต้องการ ความต้องการทางสรีระ ความต้องการทางความปลอดภัย ความต้องการทางความรักและเป็นส่วนหนึ่ง และความต้องการที่จะรู้สึกว่าตนเอง มีค่าและเป็นที่ยอมรับนับถือของผู้อื่นจนเป็นหลักการพื้นฐานในการปฏิบัติของมนุษย์ เพื่อให้ได้ในสิ่งที่ตนเองต้องการ ⁷²

วิจิตร อวະกุล กล่าวว่าความต้องการ คือ สภาวะที่บุคคลยังขาดหรือยังไม่มีสิ่งใดสิ่งหนึ่ง จนกว่าจะได้รับสิ่งที่ตนปรารถนาตามความต้องการแบ่งออกได้เป็น 2 ลักษณะ ดังนี้ คือ

1. ความต้องการในสิ่งที่ใช้ในการดำรงชีวิต หรือความต้องการทางร่างกาย เช่น ต้องการอากาศหายใจ ต้องการน้ำดื่ม เป็นต้น

2. ความต้องการในสิ่งจรรโลง ⁷³

ศศิณา ปาละสิงห์ ความต้องการเป็นแรงจูงใจอย่างหนึ่งของมนุษย์ที่กระตุ้นให้เกิดการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และความต้องการของมนุษย์นี้เองที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ⁷⁴

เกศรินทร์ วิริยะอาภรณ์ ได้กล่าวว่า ความต้องการ ไม่ว่าจะความต้องการจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมที่แสวงหาสิ่งต่าง ๆ ซึ่งพฤติกรรมของมนุษย์ที่เกิดขึ้นเพราะมีความต้องการเป็นแรงขับผลักดัน ความต้องการทางกายภาพ เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์จะสนองความต้องการของตน ความต้องการด้านจิตใจจะมีส่วนร่วมให้เกิดแรงขับในการพัฒนาศักยภาพตนเองด้วย ⁷⁵

มณฑิรา สุวรรณณิรัตน์ ได้กล่าวว่า ความต้องการ หมายถึง ความต้องการ อยากได้ หรือประสงค์จะได้ และแสวงหาเพื่อตอบสนองความต้องการนั้น ๆ ⁷⁶

สรุปได้ว่า ความต้องการจะเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมที่แสวงหาสิ่งต่าง ๆ เพื่อสนองความต้องการของตนที่เกิดขึ้นอย่างมีขั้นตอน และต่อเนื่อง เมื่อความต้องการใดได้รับการตอบสนอง ความต้องการนั้นขั้นต้นแล้ว ความต้องการขั้นถัดไปก็เกิดตามมาไม่มีวันสิ้นสุด เพื่อให้ตนเองสมปรารถนาตามที่ตนต้องการ นั่นคือ ความต้องการทางด้านสรีระ ความต้องการทางด้านความปลอดภัย ความต้องการทางด้านความรัก ความต้องการที่จะรู้สึกว่าคุณค่าและเป็นที่ยอมรับนับถือของผู้อื่น จึงเป็นหลักการพื้นฐานในการปฏิบัติของมนุษย์ เพื่อให้ได้ในสิ่งที่ตนเองต้องการ

2.5.2 ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's Hierarchy of Needs)

แนวคิดทางจิตวิทยาที่เสนอว่า มนุษย์จะถูกกระตุ้นให้เติมเต็มความต้องการขั้นพื้นฐานในลำดับต้นก่อนที่จะมีพัฒนาความต้องการ ซึ่งคือความต้องการ 5 ขั้น ดังนี้

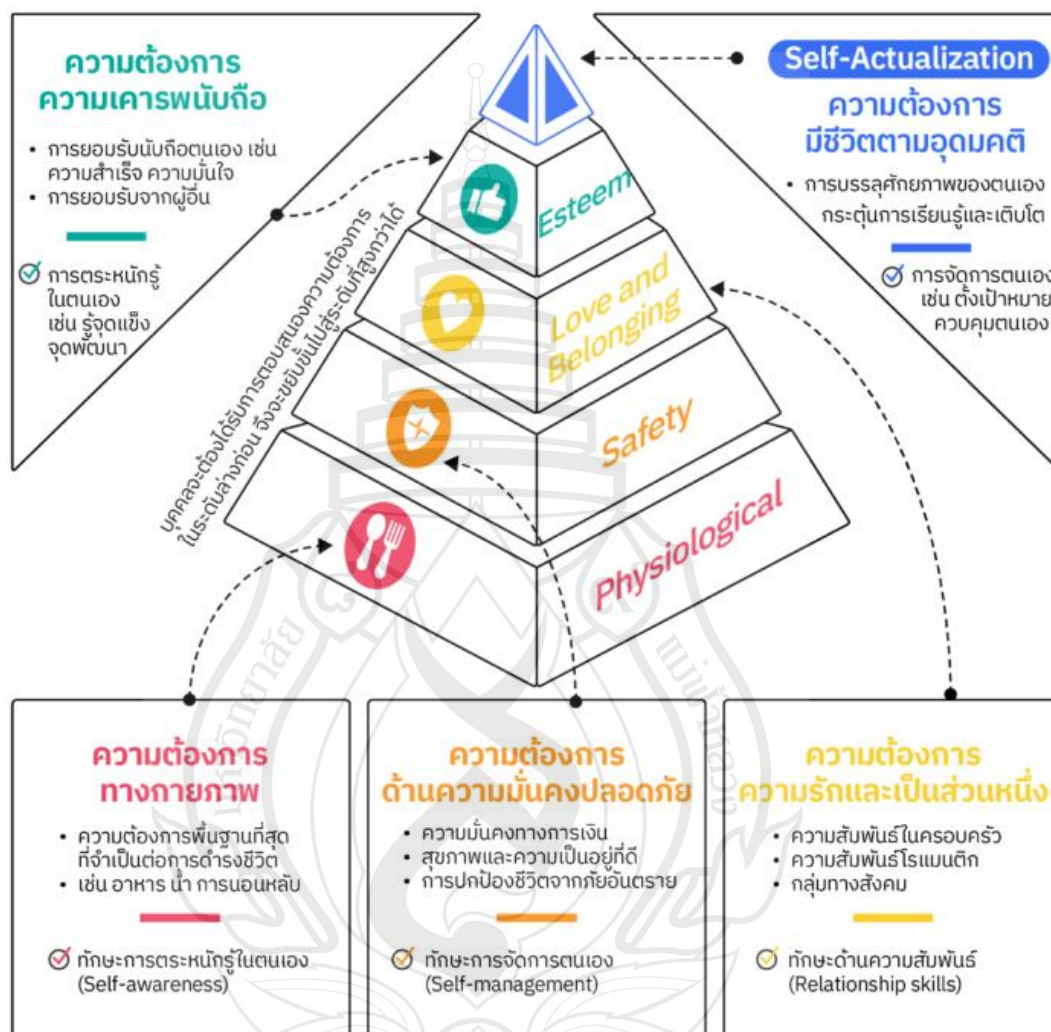
1. กายภาพ (Physiological)
2. ความปลอดภัย ความมั่นคง (Safety, Security)
3. ความรัก หรือการเป็นเจ้าของ (Love, Sense of Belongings)
4. ความเคารพ (Esteem)
5. การบรรลุความหมายหรือความสมบูรณ์ของชีวิต (Self-actualization)

โดยเขียนเป็นรูป พีระมิตแห่งความต้องการไว้ แสดงความต้องการขั้นมูลฐานของมนุษย์ (Basic needs) กำหนดหลักการว่าบุคคลพยายามสนองความต้องการของ ตนเพื่อความอยู่รอดและความสำเร็จของชีวิต

ทฤษฎีความต้องการตามลำดับขั้นของมนุษย์ (Hierarchy of Needs) แบ่งความต้องการของมนุษย์ออกเป็น 5 ระดับ เรียงลำดับขั้นจากต่ำไปสูง ดังนี้

1. ความต้องการพื้นฐานทางสรีระ (Basic physiological needs or Biological Needs, Physical Needs) คือ ความต้องการบำบัดความหิวกระหาย ต้องการพักผ่อน ต้องการเรื่องกามารมณ์ ต้องการบำบัดความเจ็บปวดและความไม่สมดุลทางร่างกายต่าง ๆ
2. ความต้องการความปลอดภัย (Safety Needs and security) คือ ต้องการความมั่นคง ต้องการการป้องกัน อันตราย ต้องการระเบียบ ต้องการทำนายอนาคต
3. ความต้องการความรักและความเป็นเจ้าของ (Love and Belonging Needs or Social Need) คือ ต้องการเพื่อน ต้องการผู้ร่วมงาน ต้องการครอบครัว ต้องการเป็นที่ยอมรับของกลุ่ม ต้องการใกล้ชิดกับเพศตรงข้าม
4. ความต้องการเกียรติยศชื่อเสียง (Esteem Needs, Self-Esteem Needs) คือ ต้องการความนับถือ ต้องการความมั่นคงซึ่งอยู่บนพื้นฐานของความเห็นของคนโดยทั่วไป ต้องการความพอใจ ชมเชย นิยม ต้องการความมั่นใจในตนเอง ต้องการคุณค่าในตนเอง ต้องการยอมรับตนเอง

5. ความต้องการความสมหวังในชีวิต (Self-Actualization Needs, Self-realization, Self-fulfilment Needs) คือ ต้องการไปให้ถึงความสามารถสูงสุดของตนเอง ต้องการที่จะพัฒนาศักยภาพของตน ต้องการทำสิ่งที่เหมาะสมที่สุด ต้องการความงอกงามและขยายความต้องการให้ถึงที่สุด⁷⁷



ภาพที่ 2.5 พีระมิดลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ (Hierarchy of Needs)

สรุปแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความต้องการของทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมาสโลว์ (Maslow's hierarchy of needs) ใช้เป็นกรอบในการทำความเข้าใจแรงจูงใจ ความต้องการ และพฤติกรรมของบุคคลช่วยอธิบายว่าทำไมผู้คนจึงมีแรงจูงใจต่อเป้าหมายบางอย่าง ช่วยอธิบายความขัดแย้งและพฤติกรรมที่ปรากฏได้

2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุนนทิพย์ ไพรสุวรรณ และคณะ⁷⁸ ได้ทำการศึกษา ประเมินคลินิกประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยเปรียบเทียบความพึงพอใจต่อบุคลากร การบริการ เวลา และสถานที่ของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมและคลินิกผู้สูงอายุทั่วไป ในแผนกผู้ป่วยนอกภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลรามารัตน์ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 73.40 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุแบบทั่วไป (ร้อยละ 63.3) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 78.0) มีบ้านที่อยู่อาศัยและที่ดินเป็นของตนเอง สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 44.7) จำนวนบุตรมากกว่า 2 คน (ร้อยละ 48.7) ประมาณ 1 ใน 4 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 26.7) ระดับความพึงพอใจของผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุแบบทั่วไป และผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ด้านบุคลากร บริการ เวลา และสถานที่ อยู่ในระดับมาก ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมมีระดับความพึงพอใจด้านการบริการและเวลามากกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุแบบทั่วไป

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข⁷⁹ ศึกษาความสำเร็จในการแปลงนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขกรณีศึกษาคลินิกผู้สูงอายุ จากการศึกษาพบว่า ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุของโรงพยาบาลแต่ละระดับ ส่วนใหญ่รับรู้นโยบายเกี่ยวกับคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ได้ตรงตามเกณฑ์ที่ส่วนกลางกำหนด และพบช่องว่างของนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่มีข้อสรุปเชิงนโยบายสำหรับผู้บริหารกระบวนการนำนโยบายการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุจากนโยบายสาธารณะไปสู่การปฏิบัติมีผู้ร่วมตัดสินใจไม่มากพอ และมีการสื่อสารนโยบายและการสนับสนุนเป็นไปในลักษณะสื่อสารทางเดียว สนับสนุนทางเดียว ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรและการสนับสนุนยังไม่ได้มุ่งพัฒนาขีดความสามารถและศักยภาพของบุคลากรเพื่อรองรับนโยบาย การกำกับติดตามชัดเจนแต่ควรพัฒนาระบบในการติดตามให้ง่ายและรวดเร็ว และเรียนรู้สถานการณ์ไม่อิงแต่ข้อมูลส่วนกลาง มีการแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติได้ตรงตามที่กระทรวงสาธารณสุขพยายามสื่อสารปรับให้เหมาะสมกับข้อจำกัดของพื้นที่

วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์ และคณะ⁸⁰ ดำเนินการศึกษาการพัฒนารูปแบบบริการสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาโดยการมีส่วนร่วม ระหว่าง ครอบครัว ชุมชน และองค์กรรัฐผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นโดยใช้ชุมชนเป็นฐานโดยมีอาสาสมัครเป็นผู้ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่าง ครอบครัว ชุมชน และศูนย์บริการสาธารณสุขไปทดลองใช้

พบว่าผู้สูงอายุมีความพึงพอใจสูงกว่าก่อนให้บริการอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.05$) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเข้าถึงบริการได้สูงขึ้นให้บริการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อย่างไรก็ตามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุและความพึงพอใจในบริการของผู้ดูแลไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เบญจพร สุธรรมชัย⁸¹ ศึกษารูปแบบระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ และปัจจัยนำเข้าในการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ข้อเสนอเชิงนโยบายยุทธศาสตร์ในการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการของประเทศไทย มีสองรูปแบบ คือ การจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการจัดบริการที่เน้นเรื่องการดูแลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยหรือการให้บริการดูแลเมื่อผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพหรือบุคลากรทางสาธารณสุข และการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เป็นรูปแบบการจัดกิจกรรมที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันปัญหาสุขภาพ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เพื่อสร้างคุณค่าให้ผู้สูงอายุ ส่วนปัจจัยนำเข้าในการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการประกอบด้วย องค์ประกอบสำคัญ 4 ปัจจัย คือ นโยบาย คน ระบบ และชุมชน

ฉัตรชัย อุคชธรรม⁸² ดำเนินการศึกษาการดำเนินงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการดำเนินงานสุขภาพของผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอผักไห่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา โดยใช้กรอบแนวคิดขององค์การอนามัยโลก "6 เสาหลักของระบบสุขภาพ" ผลการศึกษาพบว่าโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลให้บริการสุขภาพที่เป็นชุดบริการสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียงอยู่ในเกณฑ์ดี ร้อยละ 40.0 33.3 และ 46.7 ตามลำดับ ส่วนผลการดำเนินงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม และกลุ่มติดเตียงอยู่ในเกณฑ์ต้องปรับปรุงร้อยละ 46.7 และ 20.0 ตามลำดับ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 4 แห่ง ไม่มีพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติงานประจำจึงไม่สามารถเปิดบริการคลินิกโรคเรื้อรังได้ ปัจจัยด้านบริการสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ มีความจำเป็นต้องได้รับการปรับเปลี่ยนเพื่อการดำเนินงานที่มีคุณภาพ ดังนั้นควรมีการบริหารจัดการบุคลากรให้มีการหมุนเวียนการดำเนินงาน หรือ การกระจายบุคลากรเพื่อให้เกิดการบริการคลินิกโรคเรื้อรังหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีผลงานอยู่ในเกณฑ์ดีมีการให้คำปรึกษา แนะนำในการดำเนินงานสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีผลงานอยู่ในเกณฑ์ปรับปรุง

สมจินต์ โฉมวัฒนะชัย และคณะ⁸³ ดำเนินการถอดบทเรียนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ โดยคัดเลือกจังหวัดที่มีการทำงานที่ดี (best practice) ภาคละ 1 จังหวัดที่ประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุตามเกณฑ์ประเมินการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการศึกษาระดับปฐมภูมิ คัดกรองสุขภาพและกลุ่มอาการสูงอายุในผู้ป่วยสูงอายุในชุมชนประเมินกลุ่มอาการ

สูงอายุในผู้สูงอายุที่ผลการคัดกรองผิดปกติโดยครอบคลุม 4 มิติ ส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ให้ความรู้การดูแลสุขภาพ โภชนาการ การใช้ยา พัฒนानวัตกรรม

ดูแลสุขภาพ สนับสนุนการออกกำลังกาย ระดับทุติยภูมิ การบริการสุขภาพผู้สูงอายุในระดับนี้มุ่งให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่สามารถดูแลรักษาในระดับปฐมภูมิ โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันและดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุระดับทุติยภูมิ รวมถึงผู้สูงอายุในชุมชนที่รับผิดชอบ ดูแลรักษาระดับทุติยภูมิเพื่อป้องกันไม่ให้พยาธิสภาพของโรคลุกลามโดยการตรวจหาเป็นระยะและเชื่อมโยงการดูแลรักษาใน IPD ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนและมารับบริการที่คลินิก ติดตาม เยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับชุมชน อปท. จัดบริการเช่นเดียวกับ รพ.สต. เพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่รับผิดชอบ การบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับตติยภูมิการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในระดับนี้มุ่งให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่สามารถดูแลรักษาในระดับทุติยภูมิ โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันและดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุระดับตติยภูมิ รวมถึงผู้สูงอายุในชุมชนที่รับผิดชอบ

ธานี ขามชัย⁸⁴ ศึกษากระบวนการบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐ โดยศึกษาปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานด้านระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐ และเสนอแนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐที่ตอบสนองต่อความมั่นคงทางสุขภาพของประชาชนผลการวิจัยพบว่า ระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐเป็นการบริการทางการแพทย์ที่มีกระบวนการสำคัญ 4 มิติ ได้แก่ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ มุ่งเน้นการปฏิบัติงานเชิงรุกแบบมีส่วนร่วมกับภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างไม่เป็นอุปสรรคและครอบคลุมทุกกลุ่มวัย ปัญหาและข้อจำกัดในการดำเนินงานด้านระบบบริการสุขภาพประชาชนของโรงพยาบาลรัฐในเครือข่ายบริการสุขภาพจังหวัดชลบุรี

จิราพร ทองดี⁸⁵ ทำการศึกษาระบบการบริการสุขภาพผู้สูงอายุกับ “โมเดลประเทศไทย 4.0” นโยบายโมเดลประเทศไทย 4.0 ถือเป็นโอกาสสำคัญที่ช่วยพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากขึ้น โดยการนำเทคโนโลยี นวัตกรรมมาใช้เพื่อพัฒนาระบบการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ให้สามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ลดความเหลื่อมล้ำ และสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการ และได้รับบริการสุขภาพที่เป็นธรรม มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ

ทศวรรณ เจริญวงศ์⁸⁶ ได้ศึกษาการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนักบริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอนหลัก คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตผล (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการพัฒนาค้างนี้ มี 8 ขั้นตอน ได้แก่ (1) การศึกษาบริบท/ข้อมูลพื้นฐาน (2)

การแต่งตั้งคณะทำงาน (3) การวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกัน (4) การวางแผนดำเนินงาน (5) อบรมฟื้นฟูนักบริหารผู้สูงอายุ (6) ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ (7) การสังเกต ติดตาม (8) ประเมินผล และถอดบทเรียน ภายหลังการพัฒนา รูปแบบ พบว่า กลุ่มภาคีเครือข่าย และบุคลากรสาธารณสุข มีการเปลี่ยนแปลงความรู้ การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจในรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ดูแล พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงความรู้ พฤติกรรมและความพึงพอใจต่อรูปแบบดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา รูปแบบสรุปได้ว่า ปัจจัยด้านความสำเร็จที่สำคัญประกอบด้วย (1) การมีนโยบายและแนวปฏิบัติที่ชัดเจน (2) การพัฒนาศักยภาพของนักบริหารผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (3) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (4) งบประมาณสนับสนุนเพียงพอ

บรรจบ แสนสุข และคณะ⁸⁷ ทำการศึกษาเพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการพัฒนา ระบบสุขภาพชุมชน สู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไว้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร ด้วยชิปปีโมเดล 4 ด้าน ได้แก่ บริบท ปัจจัยนำเข้า พบว่าทั้งบริบท ปัจจัยนำเข้ากระบวนการ และผลผลิต ส่วนใหญ่มีความเหมาะสมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.0 48.4 58.9 และ 49.5 ตามลำดับ ผู้สูงอายุกลุ่มป่วยได้รับการคัดกรอง และได้รับยาละลายลิ่มเลือดภายใน 60 นาทีเพิ่มขึ้น ($p\text{-value} < 0.05$ ส่วนการได้รับความรู้ การเรียกใช้การแพทย์ฉุกเฉิน และการได้รับการดูแลต่อเนื่องไม่มีความแตกต่างกัน ($P\text{-value} > 0.05$) ทั้งผู้มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ทั้งบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ มีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับผลผลิต ($p\text{-value} < 0.05$) ต่อเนื่อง และ (5) ดำเนินงานภายใต้กระบวนการมีส่วนร่วมและการบูรณาการ ควรขยายผลนโยบายนี้ และนำรูปแบบการดำเนินงานไป

นวรรตน์ บุญนาน และคณะ⁸⁸ ทำการศึกษาพัฒนาและศึกษาผลรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเครือข่ายสุขภาพอำเภอแกลง ผลการศึกษาพบว่า จากการศึกษาสถานการณ์อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง บทบาทหน้าที่ผู้รับผิดชอบยังไม่ชัดเจน ตามรูปแบบการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแกลง ประกอบด้วย (1) มีคณะกรรมการดำเนินงานระดับอำเภอระดับตำบล (2) มีผู้ประสานงาน/ผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงระดับอำเภอ (3) มีแนวทางการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงชุมชน (4) มีผู้รับผิดชอบงานแต่ละพื้นที่มีคู่มือ Care giver ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิง (5) Care giver ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมงของ หลังการฝึกอบรมพบว่า กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงสูงกว่า ($x = 26.02$, $S.D=1.559$) ก่อนการฝึกอบรม ($\bar{x} = 22.42$, $S.D=2.388$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < 0.001$)

วรารัณดา ศรีภูวงษ์ และคณะ⁸⁹ ศึกษาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม ผลการศึกษาพบว่า

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะสุขภาพดีขึ้นทั้งร่างกาย จิตใจและสังคม มีความพึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด และภาคีเครือข่ายชุมชนมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด การศึกษาชี้ให้เห็นรูปแบบที่พัฒนาขึ้นสามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การมีส่วนร่วมที่เข้มแข็งของเครือข่ายชุมชน การมีศูนย์บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การประชุมหารือกันของเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ และการสนับสนุนจากภาคีที่เกี่ยวข้อง

พิชญพร พิศพันธุ์ ⁹⁰ ดำเนินการวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคในการบริการสุขภาพ และสำรวจแนวทางการบริการสุขภาพที่เหมาะสมภายใต้บริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งที่มีผลต่อความพึงพอใจของประชาชน และวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อแนวทางการบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับประชาชนภายใต้บริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผลการศึกษาว่า ปัญหาและอุปสรรคในการบริการสุขภาพ สำหรับองค์ประกอบด้านโครงสร้าง ได้แก่ด้านสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก พบว่าจุดให้บริการบางจุดยังไม่เอื้อต่อการให้บริการ และยังไม่เป็นสัดส่วนเพียงพอ ด้านบุคลากร/เจ้าหน้าที่ พบว่าแพทย์และพยาบาลไม่เพียงพอ องค์ประกอบด้านกระบวนการในด้านขั้นตอนการให้บริการรักษาพยาบาล พบว่าระบบการเชื่อมต่อกับบริการสุขภาพอื่น ๆ ยังไม่เป็นรูปธรรมด้านการสื่อสารและให้ข้อมูล พบว่าขาดจุดให้บริการความรู้ ข่าวสาร และด้านการให้บริการในชุมชน พบว่าขาดการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ป่วย และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนท้องถิ่นยังไม่เป็นรูปธรรมเท่าที่ควร

ณัฐวิภา ทองรุ่ง ⁹¹ ดำเนินประเมินประสิทธิผลรูปแบบบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการประเมินการใช้รูปแบบจำลอง CIPP MODEL และเพื่อศึกษาปัญหา และอุปสรรคในการดำเนินโครงการบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ผลการศึกษาพบว่า ความคิดเห็นของบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการบริการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยภาพรวมอยู่ระดับมาก และความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ คือ ความเข้าใจคลาดเคลื่อนเรื่องของกองทุนเป็นเรื่องของท้องถิ่น เรื่องของการจัดบริการสาธารณสุขเป็นเรื่องของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้เกิดความล่าช้าในการดูแลกลุ่มเป้าหมายซึ่งส่งผลเสียต่อระบบสุขภาพ

จันทนา วัจนะออม ⁹² ดำเนินการสังเคราะห์รูปแบบการจัดระบบบริการ สุขภาพผู้สูงอายุของคลินิกหมอครอบครัวในเขตสุขภาพที่ 6 โดยศึกษาเป็น 2 ระยะ การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน เป็นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับระบบบริการผู้สูงอายุ จากตัวแทนคลินิกหมอครอบครัวที่สุ่มแบบสัดส่วนจำนวน 134 คน และ การสังเคราะห์รูปแบบการจัดระบบ ผลการศึกษา พบว่า องค์ประกอบและกลไกขับเคลื่อนสำคัญคือ บุคลากรในทีมและระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย การประสานงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐและการสื่อสาร จัดบริการ 13 บริการหลัก และส่วนการ

สังเคราะห์รูปแบบการจัดบริการสุขภาพ ประกอบกลไกการขับเคลื่อนด้วยการวางแผนงาน ดำเนินการ นำไปสู่ผลลัพธ์ของการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

ชมพูนุช อินทศรี⁹³ ศึกษาระดับความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้รับบริการ เพื่อเปรียบเทียบความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้รับบริการและเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย มีจำนวน 400 คน ผลการวิจัยพบว่า เพศ สถานภาพสมรส ประสบการณ์ในการมารับบริการ ระยะเวลาในการเดินทาง จากที่พักอาศัยมายังโรงพยาบาลที่แตกต่างกันมีความคาดหวังและความพึงพอใจต่อระบบการให้บริการผู้ป่วยนอกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญสถิติที่ปัจจัยเพศและระยะเวลาในการเดินทางจากที่พักอาศัยมายังโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับปัจจัยทรัพยากรในการให้บริการ ด้านบุคลากร ด้านเทคโนโลยีการสื่อสาร ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก และภาพรวมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน เท่ากับ 0.451

มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์⁹⁴ ศึกษาแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการศึกษา รูปแบบการจัดบริการที่พัฒนาขึ้น เรียกว่า "Buriram Elderly Seamless Care Model" ในผู้สูงอายุ 4 กลุ่ม คือ กลุ่มก่อนวัย กลุ่มผู้สูงอายุสุขภาพดี กลุ่มผู้สูงอายุเจ็บป่วย เพิ่มการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ เชื่อมโยงกับระบบฟื้นฟู ผู้ป่วยระยะกลาง และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพิ่มความร่วมมือกับท้องถิ่นในการจัดบริการดูแลระยะยาว และการส่งเสริมศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุมในพื้นที่ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการเพิ่มขึ้น ทั้งการคัดกรองสุขภาพที่สำคัญ (ร้อยละ 83.84) คัดกรองพฤติกรรมที่พึงประสงค์ (ร้อยละ 65.52) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (6,019 ราย) มีกองทุนดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ครอบคลุม 207 จากทั้งหมด 208 อปท. (ร้อยละ 99.5) มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ 5 แห่ง ปัจจัยสำเร็จ

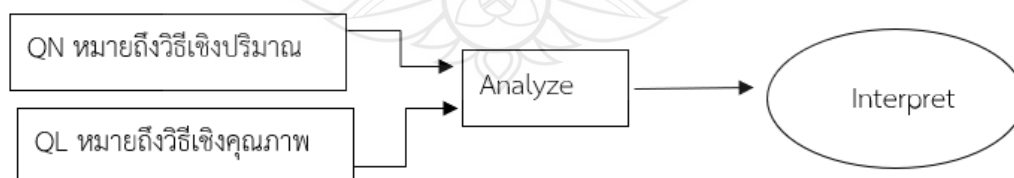
บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธี วิจัยแบบผสมวิธีแบบเกิดขึ้นพร้อมกัน (Concurrent Mixed-Methods) เป็นการเก็บข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพและปริมาณในเวลาเดียวกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคาดหวัง ความต้องการของผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการ ต่อการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ จังหวัดเชียงราย รวมถึงศึกษาขั้นตอนการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) การสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม ทำการศึกษาในกลุ่มผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย กลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับคลินิกผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเวียงเชียงราย โรงพยาบาลพญาเม็งราย โรงพยาบาลป่าแดด และโรงพยาบาลแม่ลาว โดยผู้วิจัยได้วางแผนการดำเนินการวิจัยตามลำดับโดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 รูปแบบวิธีวิจัย

รูปแบบการศึกษาครั้งนี้จะใช้ศึกษาแบบวิจัยระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธีแบบเกิดขึ้นพร้อมกัน โดยเป็นการเก็บข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพและปริมาณในเวลาเดียวกันเพื่อให้ทราบถึงของรูปแบบการบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุในมุมมองผู้ให้บริการและผู้รับบริการและความคาดหวังของผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการระบบบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุจังหวัดเชียงรายโดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกการสนทนากลุ่มและแบบสอบถาม



ภาพที่ 3.1 วิจัยแบบผสมวิธีแบบเกิดขึ้นพร้อมกัน

3.2 พื้นที่การศึกษา

ผู้วิจัยกำหนดพื้นที่การศึกษาในการดำเนินการวิจัย คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลชุมชน อำเภอยางชุมน้อย อำเภอภูเวียง อำเภอปทุมธานี อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนระดับ F2 โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง มีขนาดเตียง 30 –90

3.3 ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เริ่มต้นตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2566 ถึง กรกฎาคม 2567 เป็นระยะเวลาทั้งสิ้น 12 เดือน

3.4 กลุ่มประชากรศึกษา

กลุ่มประชากรศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับคลินิกผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุที่ใช้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชุมชน อำเภอยางชุมน้อย อำเภอภูเวียง อำเภอปทุมธานี อำเภอแม่ลาว จังหวัดเชียงราย

3.5 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานี้ คือ ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับคลินิกผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่ใช้บริการในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลยางชุมน้อย โรงพยาบาลภูเวียง อำเภอปทุมธานี อำเภอแม่ลาว และโรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย โดยมีคุณสมบัติ ดังนี้

3.5.1 ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

3.5.1.1 เกณฑ์คัดเข้า

1. ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ที่รับผิดชอบนโยบายและแผนการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า 6 เดือน
2. ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

3.5.1.2 เกณฑ์คัดออก

1. เสียชีวิต
2. โยกย้ายตำแหน่งการปฏิบัติหน้าที่

3.5.2 ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน

3.5.2.1 เกณฑ์คัดเข้า

1. ผู้บริหารโรงพยาบาลเวียงเชียงราย โรงพยาบาลพญาเม็งราย โรงพยาบาลป่าแดด และโรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ที่รับผิดชอบนโยบายและแผนการดำเนินงาน ไม่น้อยกว่า 6 เดือน

2. ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

3.5.2.2 เกณฑ์คัดออก

1. เสียชีวิต
2. โยกย้ายตำแหน่งการปฏิบัติหน้าที่

3.5.3 บุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับคลินิก

3.5.3.1 เกณฑ์คัดเข้า

1. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลเวียงเชียงราย โรงพยาบาลพญาเม็งราย โรงพยาบาลป่าแดด และโรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ที่รับผิดชอบงานคลินิกผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า 6 เดือน

2. ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

3.5.3.2 เกณฑ์คัดออก

1. เสียชีวิต
2. โยกย้ายตำแหน่งการปฏิบัติหน้าที่

3.5.4 ผู้สูงอายุที่ใช้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ

3.5.4.1 เกณฑ์คัดเข้า

1. ผู้สูงอายุที่มีประวัติการรับบริการคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลเวียงเชียงราย โรงพยาบาลพญาเม็งราย โรงพยาบาลป่าแดด และโรงพยาบาลแม่ลาว จังหวัดเชียงราย ไม่น้อยกว่า 6 เดือน

2. ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

3.5.4.2 เกณฑ์คัดออก

1. มีความบกพร่องทางสมอง
2. ไม่สามารถตอบแบบสอบถามตามกำหนด
3. ขอลอนตัวออกจากงานวิจัย

3.6 จำนวนกลุ่มตัวอย่าง

3.6.1 วิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเชิงคุณภาพ

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงคุณภาพครั้งนี้ เป็นกลุ่มผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เชียงราย และกลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนและกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง กับคลินิกผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่ง รวมถึงผู้สูงอายุที่ใช้บริการในคลินิกผู้สูงอายุของ โรงพยาบาล ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้าที่ กำหนด ใช้หลักความอิ่มตัวของข้อมูล (Glaser and Strauss, 1999) เป็นตัวกำหนดขนาดกลุ่ม ตัวอย่าง ⁹⁵ และหลักการ Information power โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การวิจัยแบบกรณีศึกษา (Case study) Marshall และคณะ (2013) กล่าวว่ากลุ่ม ตัวอย่างที่เหมาะสมสำหรับการศึกษาแบบกรณีศึกษา คือ 15-30 คน ⁹⁶

2. การวิจัยแบบฐานราก (Grounded theory) Creswell (1998) กล่าวว่ากลุ่มตัวอย่าง ที่เหมาะสมสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้รูปแบบการวิจัยแบบฐานรากเพื่อสร้างทฤษฎี กลุ่มตัวอย่าง ที่เพียงพอต่อความอิ่มตัวของข้อมูลคือ ประมาณ 20-30 คน ⁹⁷ Marshall และคณะ กล่าวว่ากลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 20 คน น้อยเกินไปสำหรับรูปแบบการวิจัยแบบฐานราก ในขณะที่ 40 คน เป็นจำนวน ที่มากเกินไปสำหรับการศึกษาที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะแบบเดียวกัน ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ที่เหมาะสมสำหรับรูปแบบการวิจัยฐานราก คือ ประมาณ 20-30 คน ⁹⁸ Morse (1994) แนะนำกลุ่ม ตัวอย่างประมาณ 30-50 คน

3. การวิจัยแบบชาติพันธุ์วรรณา (Ethnography) Morse (1994) แนะนำให้สัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างประมาณ 30-50 คน ในขณะที่ ¹⁰³ Bernard (2000) กล่าวว่าการศึกษาวิจัยแบบชาติ พันธุ์วรรณาโดยส่วนมากจะดำเนินการสัมภาษณ์กับกลุ่มตัวอย่างประมาณ 30-60 คน ⁹⁹

4. การวิจัยแบบปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) Creswell (1998) กล่าวว่า กลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมคือ 5-25 คน Morse (1994) แนะนำกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำ 6 คน ¹⁰⁰

5. การวิจัยแบบสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) Morgan (1996) กล่าวว่า จำนวนกลุ่มที่เหมาะสมสำหรับการสนทนากลุ่ม คือ 4-6 กลุ่ม ในขณะที่ Stewart et al. (2007) กล่าว ว่าจำนวนสองกลุ่มต่อหนึ่งพื้นที่การศึกษาจะช่วยลดความลำเอียงที่อาจเกิดขึ้นในงานวิจัยได้ ¹⁰¹

ด้วยเหตุนี้จากการทบทวนวรรณกรรมเรื่องขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ ซึ่ง การวิจัยครั้งนี้ใช้การศึกษาเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษาในโรงพยาบาลชุมชน 4 แห่งจึงกำหนดจำนวน กลุ่มตัวอย่างผู้บริหาร จำนวน 5 คน กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับคลินิก ผู้สูงอายุ 20 คน รวมทั้งสิ้น 25 คน รวมถึงแบบสนทนากลุ่มในผู้สูงอายุผู้สูงอายุที่ใช้บริการในคลินิก

ผู้สูงอายุของโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 4 แห่ง แห่งละ 2 กลุ่มแบ่งเพศชาย/หญิง กลุ่มละ 5 คน รวมเป็นทั้งสิ้น 40 คน

3.6.2 วิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณ

กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณในการวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้บริการในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลชุมชนจำนวน 4 แห่ง การคำนวณกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้จะใช้สูตรการคำนวณตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \frac{Z^2(PQ)}{E^2}$$

n = ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

Z = ค่าสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.96

P = สัดส่วนตัวอย่าง เท่ากับ 0.27

$Q = 1-P$ มีค่าเท่ากับ 0.73

E = ค่าความ คลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 ดังนั้นจะได้ค่า $E = 0.05$)

จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง จะต้องเก็บจำนวนกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 288 ราย เพิ่มความผิดพลาดที่อาจจะเกิดขึ้นจากกระบวนการวิจัย 10 % นั้น ต้องเก็บตัวอย่างทั้งหมด 316 คน

การได้มาซึ่งกลุ่มตัวอย่าง

ขั้นตอนที่ 1 การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรคำนวณ โดยใช้การแทนค่า ซึ่งกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ที่ $e = 0.05$ ร่วมกับการเพิ่มจำนวนของกลุ่มตัวอย่างเพื่อลดความคลาดเคลื่อนของข้อมูล ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 316 คน

ขั้นตอนที่ 2 เมื่อคำนวณได้รับกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มผู้สูงอายุที่รับบริการที่เข้าตามเกณฑ์แล้ว นำมาคิดตามสัดส่วนของผู้สูงอายุที่รับบริการ (Proportionate stratified random sampling) เพื่อกระจายกลุ่มเป้าหมายให้มีโอกาสถูกเลือกเท่า ๆ กันพร้อมดำเนินการลงเก็บข้อมูล

ตารางที่ 3.1 จำนวนประชากรและประชากรกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของคลินิกผู้สูงอายุ

หน่วยบริการ	จำนวนผู้รับบริการคลินิกผู้สูงอายุ	สัดส่วนร้อยละ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
เวียงเชียงรุ้ง	90	26	82
ป่าแดด	100	28	85
พญาเม็งราย	80	23	73
แม่ลาว	80	23	72
รวม	350	100	312

3.7 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาและการพัฒนาเครื่องมือ

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลใช้ศึกษาแบบวิจัยระเบียบวิธีวิจัยแบบผสมวิธีแบบเกิดขึ้นพร้อมกันผสมผสาน (Concurrent mixed methods) โดยเป็นการเก็บข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพและปริมาณในเวลาเดียวกัน โดยเครื่องมือที่ใช้มีรายละเอียด ดังนี้

3.7.1 การวิจัยเชิงปริมาณ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับผู้บริหาร และบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับคลินิกผู้สูงอายุ มี 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของคลินิกผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินการตาม องค์ประกอบ Six Building Blocks Plus One (6BB+1)

ส่วนที่ 4 ความต้องการ ในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ตามรูปแบบของลิเคอร์ท (Likert scale) คือ ไม่ต้องการ ต้องการน้อยที่สุด ต้องการน้อย ต้องการมาก และต้องการมากที่สุด และมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

คะแนน	แปลผล
1	ไม่ต้องการ
2	ต้องการน้อยที่สุด
3	ต้องการน้อย
4	ต้องการมาก
5	ต้องการมากที่สุด

เพื่อการแปลผลระดับความต้องการในการความต้องการ การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของผู้รับบริการละ ในการคำนวณอันดับภาคชั้นในการกำหนดช่วงชั้น โดยการอธิบายสำหรับแต่ละช่วงชั้น และสูตรคำนวณดังนี้

$$\text{อันดับภาคชั้น} = \frac{\text{ค่าสูงสุด} - \text{ค่าต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

ค่าเฉลี่ย 4.24 – 5.00 หมายถึง ระดับความต้องการมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.43 – 4.23 หมายถึง ระดับความต้องการมาก

ค่าเฉลี่ย 2.62 – 3.42 หมายถึง ระดับความต้องการปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.61 หมายถึง ระดับความต้องการน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง ระดับความต้องการน้อยที่สุด

ชุดที่ 2 แบบสอบถามผู้สูงอายุที่รับบริการ ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถาม ความต้องการ การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ตามรูปแบบของ ลิเคอร์ท (Likert scale) คือ ไม่ต้องการ ต้องการน้อยที่สุด ต้องการน้อย ต้องการมาก และต้องการมากที่สุด และมีเกณฑ์ในการให้คะแนนดังนี้

คะแนน	แปลผล
1	ไม่ต้องการ
2	ต้องการน้อยที่สุด
3	ต้องการน้อย
4	ต้องการมาก
5	ต้องการมากที่สุด

เพื่อการแปลผลระดับความต้องการในการความต้องการ การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของผู้รับบริการละ ในการคำนวณอันดับภาคชั้นในการกำหนดช่วงชั้น โดยการอธิบายสำหรับแต่ละช่วงชั้น และสูตรคำนวณดังนี้

$$\text{อันดับภาคชั้น} = \frac{\text{ค่าสูงสุด} - \text{ค่าต่ำสุด}}{\text{จำนวนชั้น}}$$

ค่าเฉลี่ย 4.24 – 5.00 หมายถึง ระดับความต้องการมากที่สุด

ค่าเฉลี่ย 3.43 – 4.23 หมายถึง ระดับความต้องการมาก

ค่าเฉลี่ย 2.62 – 3.42 หมายถึง ระดับความต้องการปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.81 – 2.61 หมายถึง ระดับความต้องการน้อย

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.80 หมายถึง ระดับความต้องการน้อยที่สุด

3.7.2 การวิจัยเชิงคุณภาพประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 โครงร่างคำถามสัมภาษณ์เชิงลึก สำหรับผู้บริหารและบุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับคลินิกผู้สูงอายุเป็นโครงร่างคำถามสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง โดยผู้วิจัยได้พัฒนาข้อคำถามขึ้นเอง เพื่อสัมภาษณ์กลุ่มผู้บริหารและบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับคลินิกผู้สูงอายุถึงความคาดหวังและความต้องการของการพัฒนาขั้นตอนและรูปแบบการบริการ สุขภาพผู้สูงอายุคุณภาพ ที่ประกอบด้วย 8 ส่วน

ส่วนที่ 1 ขั้นตอนบริการ กิจกรรม และการให้บริการทางการแพทย์ต่าง ๆ ในการดูแล ผู้สูงอายุเพื่อรักษาดูแลความถดถอย 9 ด้าน คือด้านความคิดความจำ ด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ด้านขาดสารอาหาร ด้านการมองเห็น ด้านการได้ยิน ด้านภาวะซึมเศร้าและ ความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ด้านการกลืนปัสสาวะ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านสุขภาพช่องปาก

ส่วนที่ 2 ขั้นตอนการจัดการ และพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพผู้รับผิดชอบ/ทีมดูแลที่ผ่านการพัฒนาศักยภาพเพื่อรองรับการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ อัตราส่วนบุคลากร ความสมดุลและการกระจายบุคลากร การได้รับการฝึกอบรมยกระดับทักษะ การจ่ายค่าตอบแทนพิเศษสำหรับบริการจำเพาะ และแผนพัฒนากำลังคน

ส่วนที่ 3 ขั้นตอนการดำเนินงานและการจัดการสารสนเทศ รูปแบบในการจัดการข้อมูลสารสนเทศสำหรับใช้ในการตัดสินใจสำหรับการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ การรวบรวมข้อมูล การนำเสนอข้อมูลข่าวสารและช่องทางการกระจายข่าวสารด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 4 เทคโนโลยี/ผลิตภัณฑ์การแพทย์ เทคโนโลยีพร้อมใช้สำหรับคัดกรอง ให้คำปรึกษา บำบัด รักษา ฟื้นฟู ติดตามผล การส่งต่อ การรายงานเคส การเฝ้าระวังสำหรับการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ การบริหารจัดการยา เวชภัณฑ์ กายอุปกรณ์ที่จำเป็น ความพอเพียง คุณภาพของยา ราคา และการกระจายหรือช่องทางในการเข้าถึงยา ความสามารถในการจ่ายของประชาชน การสนับสนุนการใช้อย่างสมเหตุสมผลและมีประสิทธิภาพ

ส่วนที่ 5 ขั้นตอนการบริหารจัดการงบประมาณ/การเงินการคลัง การวางแผน การจัดสรรงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการดำเนินงานด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ การจัดสรรและการกระจายงบประมาณในการบำบัดรักษา ค่ายา ค่าวัสดุ และค่าบริการทางการแพทย์ งบประมาณการส่งต่อ งบประมาณพัฒนาหน่วยบริการ งบประมาณด้านบุคลากร สัดส่วน UC coverage สัดส่วน out of pocket ในกลุ่มผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 6 ขั้นตอนการนำ/การอภิบาลระบบ การจัดทำนโยบาย แผนยุทธศาสตร์ แผนกลยุทธ์ ระบบกลไกการกำกับติดตามงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุ กำลังคน ทรัพยากรสิ่งสนับสนุน และเทคโนโลยี ที่ตรงกับความต้องการและมีประสิทธิภาพ การบูรณาการการทำงานร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การจัดการความเป็นเจ้าของ

ส่วนที่ 7 ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รูปแบบการเข้ามีส่วนร่วมของประชาชน เครือข่ายสุขภาพภาคประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดูแลป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง การฟื้นฟู การติดตาม การส่งต่อภาคประชาชน ในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 8 ความคาดหวังและความต้องการของบุคลากรทางการแพทย์/สาธารณสุขในการพัฒนาขั้นตอนและรูปแบบการบริการสุขภาพผู้สูงอายุคุณภาพ

ชุดที่ 2 คู่มือการสนทนากลุ่ม สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ ที่รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ

โดยใช้คู่มือการสนทนากลุ่ม ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ใช้บริการคลินิกผู้สูงอายุ ที่ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมสนทนากลุ่ม

ส่วนที่ 2 ประสิทธิภาพการเข้ารับบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 ความคาดหวังและความต้องการในการรับบริการ

3.8 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาวิจัยได้ทำการพัฒนาแบบสอบถาม โครงร่างสัมภาษณ์เชิงลึก และคู่มือการสนทนากลุ่ม เพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยเรื่องความคาดหวังและรูปแบบการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุ คุณภาพ จังหวัดเชียงราย จากการศึกษาบทความเอกสารทางวิชาการ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากนั้นจึงนำมาประยุกต์ให้เข้ากับคำถามงานวิจัยที่ผู้ศึกษาวิจัยต้องการที่จะศึกษา โดยมีขั้นตอน การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

3.8.1 การหาความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

เป็นการหาค่าความเที่ยงตรงที่ให้ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อพิจารณาว่าข้อคำถามแต่ละข้อวัดได้ตรงตามสิ่งที่ต้องการวัดเนื้อหาหรือวัดคุณสมบัติมากน้อยเพียงใด โดยใช้เกณฑ์การประเมินดังนี้

คะแนน +1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามสามารถวัดจุดประสงค์/เนื้อหานั้น

คะแนน 0 หมายถึง ไม่แน่ใจว่าข้อคำถามสามารถวัดจุดประสงค์/เนื้อหานั้น

คะแนน -1 หมายถึง แน่ใจว่าข้อคำถามสามารถไม่วัดจุดประสงค์/เนื้อหานั้น

ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือทั้งหมดไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา มีการคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามแต่ละข้อกับวัตถุประสงค์ (Index of Congruence: IOC) โดยข้อคำถามแต่ละข้อที่ใช้ในการเก็บข้อมูลจะต้องมีค่า IOC อยู่ที่ 0.5 ขึ้นไป ⁸⁶

รายนามกรรมการผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยดังนี้

1. อาจารย์ ผศ.ดร.ภัทรพล มากมร
2. นายแพทย์คงศักดิ์ ชัยชนะ นายแพทย์เชี่ยวชาญ (เวชกรรมป้องกัน)
3. นางอุไรวรรณ ชัยมินทร์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเพื่อตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ความครอบคลุมของของคำถาม สำนวนภาษา รวมไปถึงความเหมาะสมผลการตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลภาพรวม ดังนี้

ผลคะแนน IOC ของเครื่องมือการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เท่ากับ 0.95

ผลคะแนน IOC ของเครื่องมือการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล ผู้สูงอายุที่รับบริการ เท่ากับ 0.95

3.8.2 การหาความเชื่อมั่น (Reliability)

เป็นการตรวจสอบความคงเส้นคงวา หรือ ความคงที่ของผลการวัด ผลของการวัดอาจจะเป็น คะแนนหรืออันดับที่ก็ตาม เมื่อวัดได้ผลออกมาแล้วสามารถเชื่อถือได้ในระดับสูงจนสามารถประกันได้ว่า ถ้าตรวจสอบผลซ้ำอีกก็ครั้งก็จะได้ผลใกล้เคียงและสอดคล้องกับผลการวัดเดิม⁸⁷ โดยใช้ค่า Cronbach's Coefficient Alpha α ไม่ต่ำกว่า 0.7⁸⁸

โดยในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจะนำเครื่องมือไปทดสอบกับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย แล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient Alpha) ของแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูลและดูความเข้าใจและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้

การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยการทดลองใช้ (ในกลุ่มประชากรที่มีลักษณะ ทางประชากรใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำผลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น โดยใช้ค่า Cronbach's α coefficient

เครื่องมือการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ
ผลที่ได้ $\alpha = 0.862$

เครื่องมือการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล ผู้สูงอายุที่รับบริการผลที่ได้ $\alpha = 0.926$

3.9 ขั้นตอนการเตรียมการและดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยมีขั้นตอนดังนี้

3.9.1 เตรียมความพร้อมโดยการศึกษาเนื้อหา ทบทวนเอกสารงานวิจัยเพิ่มเติมและระเบียบวิธีวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินการวิจัยให้ครอบคลุมเป็นไปตามวัตถุประสงค์

3.9.2 พัฒนาแบบสอบถาม โครงร่างสัมภาษณ์เชิงลึก และคู่มือการสนทนากลุ่ม สำหรับใช้ในการเก็บการข้อมูล มีการทดสอบคุณภาพแบบสอบถามด้านความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน และทดสอบคุณภาพแบบสอบถามด้านความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้ค่า Cronbach's Alpha ไม่ต่ำกว่า 0.7 หลังจากนั้น นำเครื่องมือแบบสอบถามไปทดสอบกับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งมีการแก้ไขเนื้อหาของแนวคำถาม หลังจากการทดสอบเครื่องมือเสร็จสิ้น

3.9.3 ดำเนินการขอจริยธรรม จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง และจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

3.9.4 จัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ต่าง ๆ ในการดำเนินการวิจัย

3.9.5 ดำเนินการประชุมชี้แจงเกี่ยวกับงานวิจัยและวัตถุประสงค์ในพื้นที่

3.9.6 ดำเนินการเก็บข้อมูล จะทำการเก็บข้อมูลโดยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านและตอบเองตามความเหมาะสม โดยจะนำแบบสอบถามใส่ซองกระดาษที่มีผนึกทึบ หลังจากกลุ่มตัวอย่างได้ทำการตอบแบบสัมภาษณ์แล้วนั้น ให้กลุ่มตัวอย่างใส่แบบสอบถามคืนในซองแล้วปิดผนึกทึบให้แน่น สถานที่ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจะขึ้นอยู่กับความสะดวกของกลุ่มตัวอย่าง

3.9.7 การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้บริหารเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก แบบกึ่งโครงสร้าง และกลุ่มผู้รับบริการ ดำเนินการเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม

3.9.8 วิเคราะห์ข้อมูลโดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและปริมาณแยกกัน แต่การแปลผลจะเป็นการแปลผลแบบรวม โดยคัดเลือกกรณีเนื้อหาที่เหมือนกัน และเปรียบเทียบเนื้อหาที่ต่างกัน

3.9.9 สรุปผลงานวิจัย และเผยแพร่ผลงาน

3.10 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.10.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจะใช้วิธีการวิเคราะห์หาแก่นของเรื่อง (Thematic Analysis)

3.10.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อนำมาอธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เช่น จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.11 จริยธรรมการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจะดำเนินการขอพิจารณาและอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เลขที่ COA104/2024 ลงวันที่ 18 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 และขออนุญาตผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย และผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 4 แห่ง เก็บข้อมูลโดยมีเอกสารชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัย วัตถุประสงค์และขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล พร้อมชี้แจงรายละเอียดของการวิจัยให้กับกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเปราะบาง โดยจะแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างมั่นใจว่าในแบบสอบถามไม่มีการระบุชื่อและนามสกุล ข้อมูลที่ได้จะเก็บไว้เป็นความลับ และจะทำลายข้อมูลเมื่อมีการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยแล้ว

บทที่ 4

ผลงานวิจัย

การศึกษาความต้องการและรูปแบบการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพจังหวัด เชียงราย มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาขั้นตอนการจัดบริการสุขภาพ ศึกษารูปแบบการจัดบริการ สุขภาพ ความต้องการ ในการจัดบริการสุขภาพ คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพในจังหวัดเชียงราย นำเสนอ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและปริมาณไปพร้อมกันทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

- 4.1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง
- 4.2 ขั้นตอนการจัดบริการด้านการบริการคลินิกผู้สูงอายุ
- 4.3 ความต้องการและความหวังการจัดบริการด้านการบริการคลินิกผู้สูงอายุ
- 4.4 รูปแบบการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพในจังหวัดเชียงราย

4.1 ลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม (n=312)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	176	64.4
ชาย	136	43.6
สถานภาพสมรส		
สมรส (คู่)	211	67.6
หม้าย/หย่าร้าง	91	29.2
โสด	10	3.2
อายุ		
60 – 69 ปี	124	39.70
70 ปีขึ้นไป	188	60.30
อายุเฉลี่ย 72 ปี SD ± 7.81 อายุน้อยที่สุด 60 ปี อายุมากที่สุด 99 ปี		

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
การพักอาศัย		
อยู่กับครอบครัว	299	95.38
อยู่ลำพัง	13	4.20
อาชีพ		
เกษตรกร	149	47.7
ไม่ประกอบอาชีพ	142	45.5
ค้าขาย	16	5.1
ข้าราชการบำนาญ	2	0.6
การศึกษา		
มัธยมศึกษา	154	49.4
ประถมศึกษา	71	22.8
ไม่ได้ศึกษา	67	21.5
อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	18	5.8
ปริญญาตรีขึ้นไป	2	0.6
สิทธิในการรักษาพยาบาล		
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	286	91.7
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	26	8.3
ค่าใช้จ่ายการรับบริการตรวจและรักษา		
ไม่มีค่าใช้จ่ายเลย	277	88.7
ค่าเดินทางมารับบริการ	33	10.6
ค่าบริการตรวจและรักษาพยาบาล	2	0.2
การรับบริการคลินิกผู้สูงอายุครั้งแรก		
ส่งต่อมาจากการคัดกรองในชุมชน	194	62.2
ส่งต่อมาจากแผนกอื่นในโรงพยาบาล	65	20.8
เข้ามารับบริการเอง	53	17.0
การเดินทางมารับบริการ		
รถส่วนตัว (รถจักรยาน/รถจักรยานยนต์/รถยนต์)	299	95.8

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รถรับจ้าง	7	2.2
รถโดยสารประจำทาง	4	1.3
รถรับส่งของชุมชน/เทศบาล/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	2	0.6
ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาล		
1 – 10 กิโลเมตร	220	70.5
11 – 20 กิโลเมตร	57	18.3
21 กิโลเมตรขึ้นไป	35	11.2
ระยะทางเฉลี่ย 8.66 กิโลเมตร SD ระยะทางน้อยที่สุด 1 กิโลเมตร ระยะทางมากที่สุด 39 กิโลเมตร		

ผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม จำนวนทั้งสิ้น 312 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาวิจัยครั้งนี้ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 176 คน คิดเป็นร้อยละ 64.4 สถานภาพสมรสจำนวน 211คน คิดเป็นร้อยละ 67.6 อายุเฉลี่ย 72 ปี โดยส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 70 ปีขึ้นไป จำนวน 188 คน คิดเป็นร้อยละ 60.30 พักอาศัยอยู่กับครอบครัวจำนวน 299 คน คิดเป็นร้อยละ 95.8 ประกอบอาชีพเกษตรกรรมจำนวน 149 คน คิดเป็นร้อยละ 47.7 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับมัธยมศึกษาจำนวน 154 คน ร้อยละ 49.4 สิทธิการส่วนใหญ่มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจำนวน 286 คน คิดเป็นร้อยละ 91.70 เมื่อมารับบริการตรวจรักษา ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มีค่าใช้จ่ายจำนวน 277 คน คิดเป็นร้อยละ 88.7 การรับบริการคลินิกผู้สูงอายุครั้งแรก ส่วนใหญ่ถูกส่งต่อมาจากการคัดกรองในชุมชนจำนวน 197คน คิดเป็นร้อยละ 62.20 ส่วนใหญ่เดินทางมารับบริการโดยรถส่วนตัว (รถจักรยาน/รถจักรยานยนต์/รถยนต์) จำนวน 299 คน คิดเป็นร้อยละ 95.80 ระยะทางจากบ้านมาโรงพยาบาลระหว่าง 1 ถึง10 กิโลเมตร จำนวน 220 คน คิดเป็นร้อยละ 70.50 (ตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม (n=40)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	20	50.0
หญิง	20	50.0
อายุ		
60 – 69 ปี	35	87.5
70 ปีขึ้นไป	5	12.5
อายุเฉลี่ย 72 ปี SD ± 7.81 อายุน้อยที่สุด 60 ปี อายุมากที่สุด 99 ปี		
โรคประจำตัว		
โรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคไขมันในเลือดสูง	17	42.5
โรคเบาหวานร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง	13	32.5
โรคเบาหวาน	10	25.0
เข้ารับบริการที่โรงพยาบาล		
โรงพยาบาลแม่ลาว	10	25.0
โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง	10	25.0
โรงพยาบาลพญาเม็งราย	10	25.0
โรงพยาบาลป่าแดด	10	25.0

จากการสนทนากลุ่มผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ 40 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 50 และเป็นเพศชายจำนวน 10 คน คิดเป็นคิดเป็นร้อยละ 50 พบว่ามีอายุเฉลี่ย 72 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 60- 69 ปี จำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 87.5 และพบว่ามีโรคประจำตัว เป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมกับโรคไขมันในเลือดสูงจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 42.50 เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลแม่ลาว โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง โรงพยาบาลพญาเม็งราย และโรงพยาบาลป่าแดด แ่งละ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 25 (ตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บริหารโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ให้บริการ
ในคลินิกผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม (n=40)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	35	87.5
ชาย	5	12.5
สถานภาพสมรส		
สมรส (คู่)	26	65.0
โสด	10	25.0
หม้าย/หย่าร้าง	4	10.0
อายุ		
25 - 42 ปี	23	57.5
43 ปีขึ้นไป	17	42.5
อายุเฉลี่ย 42 ปี SD ± 9.27 อายุน้อยที่สุด 25 ปี อายุมากที่สุด 57 ปี		
ตำแหน่ง		
พยาบาลวิชาชีพ	15	37.5
แพทย์	6	15.0
กายภาพบำบัด	6	15.0
นักสาธารณสุข/นักวิชาการสาธารณสุข	5	12.5
นักโภชนาการ	4	10.0
แพทย์แผนไทย	3	7.5
นักจิตวิทยา	1	2.5
ระยะเวลาการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ		
1 ปี	20	50.0
มากกว่า 2 ปี	20	50.0
ค่าเฉลี่ย 1.5 ปี SD ± 0.50 ระยะเวลาจัดตั้งน้อยที่สุด 1 ปี ระยะเวลาจัดตั้งมากที่สุด 3 ปี		
รูปแบบการจัดตั้ง		
จัดตั้งแยกเป็นคลินิกผู้สูงอายุ	40	100

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รูปแบบรับบริการครั้งแรกของผู้สูงอายุ		
ผู้สูงอายุเข้ารับบริการในโรงพยาบาลครั้งแรกจากการส่งต่อมาจากการคัดกรองในชุมชน		
ใช่	40	100
ไม่ใช่		
ผู้สูงอายุเข้ารับบริการในโรงพยาบาลครั้งแรกจากการส่งต่อมาจากแผนกอื่นในโรงพยาบาล (OPD/IPD)		
ใช่	23	57.5
ไม่ใช่	17	42.5
ผู้สูงอายุเข้ารับบริการในโรงพยาบาลครั้งแรกจากการเข้ามารับบริการเอง (Walk In)		
ไม่ใช่	29	72.5
ใช่	11	27.5

ผู้บริหารโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามจำนวนทั้งสิ้น 40 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 87.5 สถานภาพสมรสจำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 65.0 อายุเฉลี่ย 42 ปี ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 25 - 42 ปี จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 57.5 พยาบาลวิชาชีพจำนวน 15 คน ร้อยละ 37.5 แพทย์จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 15.0 กายภาพบำบัดจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 15 นักสาธารณสุข/นักวิชาการสาธารณสุขจำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5 นักโภชนาการจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 10 แพทย์แผนไทยจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 7.5 นักจิตวิทยาจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 2.5 ตามลำดับ ระยะเวลาจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ 1 ปี ร้อยละ 50 มีค่าเฉลี่ย 1.5 ปี รูปแบบการจัดตั้งจัดตั้งแยกเป็นคลินิกผู้สูงอายุจำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้สูงอายุเข้ารับบริการครั้งแรกจากการส่งต่อมาจากการคัดกรองในชุมชนจำนวน 40 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้สูงอายุเข้ารับบริการครั้งแรกจากการส่งต่อมาจากแผนกอื่นในโรงพยาบาล (OPD/IPD) จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 57.5 และผู้สูงอายุเข้ารับบริการครั้งแรกจากการเข้ามารับบริการเอง (Walk In) จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 27.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.4 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้บริหารโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ผู้ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุที่เข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึก (n=25)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
สถานบริการสุขภาพ		
โรงพยาบาลป่าแดด	6	24
โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้ง	6	24
โรงพยาบาลพญาเม็งราย	6	24
โรงพยาบาลแม่ลาว	6	24
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย	1	4
เพศ		
หญิง	16	64
ชาย	9	36
ตำแหน่ง		
พยาบาลวิชาชีพ	10	40
แพทย์	5	20
กายภาพบำบัด	2	8
นักสาธารณสุข/นักวิชาการสาธารณสุข	2	8
นักโภชนาการ	2	8
แพทย์แผนไทย	2	8
นักจิตวิทยา	2	8

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารสถานบริการสุขภาพและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการคลินิกผู้สูงอายุ จำนวนทั้งสิ้น 25 คน เป็นบุคลากรจากโรงพยาบาลป่าแดดจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 24 โรงพยาบาลเวียงเชียงรุ้งจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 24 โรงพยาบาลพญาเม็งรายจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 24 และโรงพยาบาลแม่ลาวจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 24 เป็นบุคลากรจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย จำนวน 1 ท่าน คิดเป็นร้อยละ 4 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงจำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 64 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 40 แพทย์จำนวน 5 คน คิดเป็นร้อยละ 20 กายภาพบำบัดจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8 นักสาธารณสุข/นักวิชาการสาธารณสุขจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8 นักโภชนาการจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8 แพทย์แผนไทยจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8 นักจิตวิทยาจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 8 ตามลำดับ

4.2 ขั้นตอนการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพในจังหวัดเชียงราย

ในการจัดตั้งและให้บริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงรายได้เริ่มต้นดำเนินการ โดยการแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษา คณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและคลินิกผู้สูงอายุ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ และคณะทำงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ โดยมีองค์ประกอบของคณะกรรมการและการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละคณะกรรมการ ดังนี้

1. คณะกรรมการที่ปรึกษา ขับเคลื่อนนโยบาย และกำกับติดตามระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	ประธาน
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	รองประธาน
สาธารณสุขอำเภอ	กรรมการ
หัวหน้ากลุ่มงานทุกกลุ่มงานในโรงพยาบาล	กรรมการ
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลชุมชนทุกแห่ง	กรรมการ
หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล	เลขานุการ
บทบาทหน้าที่	

1) กำหนดทิศทาง นโยบายการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านการแพทย์และสาธารณสุข

2) อำนวยการและให้การสนับสนุนการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้านการแพทย์และสาธารณสุข อัตรากำลัง งบประมาณ จัดซื้อจัดจ้าง แก่คณะทำงานฯ ติดตาม กำกับสนับสนุน และให้ข้อชี้แนะในการดำเนินงานแก่คณะทำงานฯ

3) วิเคราะห์สถานการณ์และแนวโน้มด้านสุขภาพผู้สูงอายุ วางแผนยุทธศาสตร์ในการทำงาน โดยมีการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี ที่สอดคล้องกับสถานการณ์และนโยบายสำคัญของจังหวัด เขตสุขภาพ และกระทรวงสาธารณสุข

4) ดำเนินงาน กำกับติดตามการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการ ภายใต้ประเด็นยุทธศาสตร์ที่กำหนด สรุปปัญหา ข้อเสนอแนะ

2. คณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและคลินิกผู้สูงอายุ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ

แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	ประธาน
หัวหน้ากลุ่มงานทันตกรรม	รองประธาน

หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรม	กรรมการ
หัวหน้ากลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู	กรรมการ
หัวหน้างานผู้ป่วยนอก	กรรมการ
หัวหน้างานผู้ป่วยใน	กรรมการ
หัวหน้ากลุ่มงานแพทย์แผนไทย	กรรมการ
หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม	กรรมการ
หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล	เลขานุการ
ผู้รับผิดชอบงานคลินิกผู้สูงอายุ	ผู้ช่วยเลขานุการ
บทบาทหน้าที่	

1) วิเคราะห์สถานการณ์ และประเมินแนวโน้มสภาพปัญหาด้านสุขภาพผู้สูงอายุ
อำเภอ ภายหลังที่มีการประเมินสุขภาพตามระบบ เสนอผู้บริหารเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ

2) จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุและทำแนวทางการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุในสถานพยาบาล
ตามแผน service plan

3) ส่งเสริมพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านบริการผู้สูงอายุของ
สถานพยาบาล

4) พัฒนาระบบบริการสุขภาพด้าน Geriatric syndrome ที่เชื่อมโยงกับการส่งเสริม
สุขภาพและป้องกัน ปัจจัยเสี่ยงของผู้สูงอายุระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

5) สนับสนุนวิชาการแก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงานผู้สูงอายุทุกระดับของอำเภอ

3. คณะทำงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ การดูแลผู้สูงอายุ เครือข่ายบริการสุขภาพ
อำเภอ

หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม	ประธาน
สาธารณสุขอำเภอ	รองประธาน
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพทุกแห่ง	กรรมการ
ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ รพ	กรรมการ
ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ สสอ	กรรมการ
ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ รพ.สต. ทุกแห่ง	กรรมการ
หัวหน้ากลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม	กรรมการ
ผู้รับผิดชอบงานคลินิกผู้สูงอายุ	เลขานุการ
บทบาทหน้าที่	

1) พัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ที่เป็น
ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่

2) กำหนดแนวทางการตรวจประเมินภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ที่สำคัญของ ผู้สูงอายุ

3) กำหนดแนวทางและรูปแบบการจัดเก็บข้อมูล และการบันทึกข้อมูล จากการตรวจประเมินภาวะเสี่ยงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

4) ส่งเสริม พัฒนาการดำเนินงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ตำบล Long term care ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุระดับตำบล และเชื่อมโยงกับกองทุนฟื้นฟูฯ จังหวัด

5) ส่งเสริม พัฒนาแนวทางการจัดตั้งชมรม หรือโรงเรียนผู้สูงอายุ

6) จัดทำแนวทางในการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการวางแผนใช้งบประมาณ จากกองทุนต่าง ๆ ในการดำเนินการเกี่ยวกับสุขภาพผู้สูงอายุ

7) กำกับ ติดตาม ผลจากการดำเนินงาน ประเมินภาวะเสี่ยง การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการ ฟื้นฟูสภาพ

8) จัดทำแนวทางประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ร่วมดำเนินการในการประเมินภาวะเสี่ยง การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ตามแนวทางที่คณะทำงานได้จัดทำ

นอกจากนี้ ยังสามารถจำแนกขั้นตอนการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุ ตามแนวคิดของ องค์การอนามัยโลก 7 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ ขั้นตอนการให้บริการ ขั้นตอนการจัดการและการพัฒนากำลังคน ขั้นตอนการดำเนินงานและการจัดการสารสนเทศ เทคโนโลยี/ผลิตภัณฑ์การแพทย์ ขั้นตอนการบริหารจัดการงบประมาณ/การเงินการคลัง ขั้นตอนการนำ/การอภิบาลระบบ ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยแต่ละองค์ประกอบมีรายละเอียดดังนี้

4.2.1 ขั้นตอนการให้บริการของคลินิกผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย

ในการจัดตั้งและให้บริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย ตามองค์ประกอบที่ 1 การให้บริการ โดยยึดหลักการจัดการ 3 หลัก คือ

1. One Stop Service
2. Fast
3. Seamless

“ระบบบริการคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลเรา มีการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครบวงจร และบำบัดรักษาในกลุ่มอาการและปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุการเชื่อมโยงการบริการอย่างชัดเจนไร้รอยต่อ (seamless) และรองรับการส่งต่อเพื่อการดูแลบำบัดรักษา”

(ผู้บริหาร ระดับจังหวัด, สัมภาษณ์เชิงลึก)

ในด้านการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุ สถานพยาบาลจะเน้นการจัดบริการแบบครบวงจร จุดเดียว เข้าถึงสะดวก มีช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ มีเจ้าหน้าที่คอยแนะนำประจำจุด เพื่ออำนวยความสะดวกต่อผู้สูงอายุ และการบริการของเจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล มีการแนะนำเกี่ยวกับโรคและการรักษาและการนัดในครั้งต่อไป การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนโภชนาการ และยา รวมถึงแจ้งการนัดหมายสำหรับการรับบริการครั้งต่อไป

“เราใช้คลินิกผู้สูงอายุเป็นจุดหมุน แยกประเภท เป็นจุดตัด ว่าคนไข้เป็นการรักษาแบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) หรือ ระบบการดูแลระยะยาว (Long-term care) และการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care)”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 4, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“คนเฒ่า มีเจ้าหน้าที่ใส่ใจแนะนำทุกอย่างตั้งแต่นัดจนถึงกินยา มากี่มาที่คลินิกผู้สูงอายุเลยบ่ ต้องไปรวมกับตรวจทั่วไปบ่อยากไปหลายห้องหลายที่ มาจุดเดียว ”

(ผู้สูงอายุชาย รพ. ที่ 3, สันทนากลุ่ม)

“มาจุดเดียวบ่หลง แต่ต้องมาช่วงเช้าคลินิกมีวันเดียวห้องน้ำใกล้บ่ได้ขึ้นลงบันได เจ้าหน้าที่อุ้มว่น”

(ผู้สูงอายุหญิง รพ. ที่ 2, สันทนากลุ่ม)

“แยกมาอยู่กำคนเฒ่า บ่ต้องรอเมีน ตะก่อนรอเมีน บ่ไปหลายห้อง พอตรวจแล้ว จะมีใบช่องทางด่วนรับยาไวหรือให้ลูกหลานไปรับแทน”

(ผู้สูงอายุหญิง รพ. ที่ 1, สันทนากลุ่ม)

“สถานที่แยกออกมา มาห้องเดียว สะดวกบ่ง หมออธิบายละเอียด ใจเย็นอุ้มว่น หลังหาหมอแล้ว พยาบาลจะอธิบายวันนัด”

(ผู้สูงอายุชาย รพ. ที่ 4, สันทนากลุ่ม)

ทั้งนี้ สามารถแบ่งประเภทการจัดบริการออกเป็น 6 ด้าน คือ การบริการส่งเสริมสุขภาพ การบริการการป้องกันโรค การบริการบำบัดรักษา การบริการฟื้นฟูสุขภาพ การบริการติดตาม และการประสานงานการบริการกับเครือข่าย โดยแต่ละด้านมีขั้นตอนรายละเอียดในการดำเนินการดังนี้

การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพของคลินิกผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงรายมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการเคลื่อนไหวป้องกันการพลัดตกหกล้มและข้อเข่าเสื่อม
2. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพการทำหน้าที่ด้านร่างกายและสติปัญญาและสมองเสื่อม

3. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการและการใช้ยาอย่างปลอดภัย

4. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านสุขภาพช่องปาก

การจัดบริการป้องกันโรคของคลินิกผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงรายมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1. จัดบริการคัดกรองการมองเห็น
2. จัดบริการคัดกรองการกลืนปัสสาวะ
3. จัดบริการคัดกรองสมองเสื่อม
4. จัดบริการคัดกรองการเคลื่อนไหว/พลัดตกหกล้ม/ข้อเข่าเสื่อม
5. จัดบริการคัดกรองภาวะกระดูกพรุน (OSTA)
6. จัดบริการคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด: Thai CVD risk
7. จัดบริการคัดกรองการใช้ยา Poly Pharmacy
8. จัดบริการคัดกรองช่องปาก
9. จัดบริการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย
10. จัดบริการคัดกรองการนอนหลับ
11. จัดบริการคัดกรองการโภชนาการ/ภาวะขาดสารอาหาร
12. จัดบริการคัดกรองประเมินกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL)
13. จัดบริการคัดกรองภาวะเปราะบางด้วย *FRAIL* questionnaire หรือ *Clinical Frailty Scale* (CFS)

“คลินิกเราเป็นคลินิกผู้สูงอายุ *One stop service* โดยมีเน้นกิจกรรมการส่งเสริมป้องกันสมองเสื่อมและพลัดตกหกล้ม เป็นประเด็นที่เรามุ่งเน้น”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 2, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“เราเริ่มต้นจากการคัดกรองในชุมชนจากความถดถอย 9 ด้าน ผิดปกติ รพ.สต. จะส่งประเมินซ้ำโดยเจ้าหน้าที่ รพ.ชุมชน คลินิกผู้สูงอายุ หากเกินศักยภาพจะประสานโรงพยาบาลศูนย์เชียงราย”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 3, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“คัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ *CGA* จากงาน *OPD NCD* โดยสหสาขาวิชาชีพพยาบาลผู้ประสานงาน ข้อมูลให้คลินิกผู้สูงอายุทุกสัปดาห์”

(ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพ รพ. ที่ 1, สัมภาษณ์เชิงลึก)

การจัดบริการบำบัดรักษาของคลินิกผู้สูงอายุจังหวัดเชียงรายมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1. จัดระบบแนวทางหลังคัดกรองพบความเสี่ยง เพื่อการรักษาเฉพาะทางตามกลุ่มอาการ Geriatric syndromes
2. จัดระบบแนวทางรักษาภายในโรงพยาบาลระหว่างแผนก
3. จัดระบบแนวทางรักษาภายนอกโรงพยาบาล (โรงพยาบาลในเครือข่าย)
4. จัดช่องทางบริการผู้สูงอายุแบบ One Stop Service สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน/ช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ
5. จัดเกณฑ์การประเมินประเภผู้ป่วย IMC LTC หรือ palliative care เพื่อเชื่อมโยงไปยังสถานชีวิภิบาล

6. จัดบริการการส่งต่อปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโดย Telemedicine ในโรงพยาบาลเครือข่าย /โรงพยาบาลระดับ (ตติยภูมิ) หรือ โรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาโรค

การบริการฟื้นฟูสุขภาพของคลินิกผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงรายมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1. จัดบริการฟื้นฟูสุขภาพตามพยาธิสภาพของกลุ่มอาการ Geriatric syndrome
2. จัดกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพการเคลื่อนไหวป้องกันการพลัดตกหกล้มและข้อเข่าเสื่อม และการเอื้อไปถึงการปรับปรุงสภาพบ้าน
3. จัดกิจกรรมฟื้นฟูการทำหน้าที่ด้านร่างกายและสติปัญญา ป้องกันสมองเสื่อม

การจัดบริการส่งต่อติดตามของคลินิกผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงรายมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1. กำหนดระบบการส่งต่อผู้สูงอายุระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับหน่วยบริการทุติยภูมิ โดยการส่งต่อจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมายังโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลทั่วไป ใช้ใบสื่อสารการส่งต่อ ใบช่องทางพิเศษ และใบ refer ร่วมกับโปรแกรมที่สามารถอัปเดตข้อมูลแบบเรียลไทม์ทั้งการรักษาและการวินิจฉัย และบุคลากรในเครือข่ายสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ เช่น google sheets รวมถึงการใช้แอปพลิเคชัน Line group เพื่อสื่อสารกันภายใน

2. กำหนดระบบการส่งต่อระหว่างหน่วยบริการทุติยภูมิกับหน่วยบริการตติยภูมิ ผ่านโปรแกรม Thai Refer ซึ่งเป็นโปรแกรมการส่งต่อที่ใช้ออนไลน์ผ่านอินเทอร์เน็ต และระบบนัดหมายออนไลน์ในการส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทาง ขณะเดียวกันในการติดตามผู้สูงอายุ ใช้ระบบประสานข้อมูลเยี่ยมบ้านจากโปรแกรม Smart COC และเอกสารใบส่งตัวกลับรักษาให้โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป

3. กำหนดระบบส่งต่อและติดตามผู้สูงอายุระหว่างแผนกในโรงพยาบาล โดยโปรแกรม HOSxP และระบบนัดผู้รับบริการ

4. กำหนดระบบการติดตามผู้สูงอายุผ่านภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อให้ผู้มารับบริการมาตามนัด โดยใช้แอปพลิเคชัน Line group ระหว่างเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข และแกนนำสุขภาพ แจกเตือนเมื่อใกล้ถึงวันนัดหมายพบแพทย์ ติดตามผู้สูงอายุที่ไม่มาตามนัดให้พบแพทย์และรับยา รวมถึงการตอบข้อสงสัยต่าง ๆ

การประสานงานการบริการของคลินิกผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงรายมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1. กำหนดระบบศูนย์ประสานข้อมูลและพัฒนาระบบต่อเนื่องแบบไร้รอยต่อ ในระหว่างแผนกของโรงพยาบาล และระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิกับหน่วยบริการทุติยภูมิ ตามบริบทของพื้นที่ โดยยึดหลักการการให้บริการแบบองค์รวมและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในทุกระดับ

2. ในสถานบริการจัดให้มีจุดประชาสัมพันธ์เพื่อแนะนำและช่วยเหลือผู้สูงอายุ รวมถึงจัดเจ้าหน้าที่ประจำจุดบริการสำหรับผู้สูงอายุเพื่ออำนวยความสะดวกในการบริการ

3. มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อสะท้อนการบริการจากผู้รับบริการ

ตารางที่ 4.5 แสดงจำนวนและร้อยละของการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย องค์ประกอบที่ 1 การจัดบริการ ของกลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขที่เข้าร่วมการตอบแบบสอบถาม (n=40)

บริการในคลินิกผู้สูงอายุ	การจัดบริการ	
	ไม่มีบริการ n(%)	มีบริการ n(%)
ด้านส่งเสริมสุขภาพ		
มีโปรแกรม/กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ	0 (0)	40 (100)
มีโปรแกรม/กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพการทำหน้าที่ด้านร่างกายและสติปัญญา	0 (0)	40 (100)
มีโปรแกรม/กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพการใช้ยาอย่างปลอดภัย	0 (0)	40 (100)
มีโปรแกรม/กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพการเคลื่อนไหวป้องกันการพลัดตกหกล้มและข้อเข่าเสื่อม	0 (0)	40 (100)
มีโปรแกรม/กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก	0 (0)	40 (100)
ด้านการป้องกันโรค		
มีบริการคัดกรองการมองเห็น	0 (0)	40 (100)
มีบริการคัดกรองการกลืนปัสสาวะ	0 (0)	40 (100)
มีบริการคัดกรองสมองเสื่อม	0 (0)	40 (100)
มีบริการคัดกรองการเคลื่อนไหว/พลัดตกหกล้ม/ข้อเข่าเสื่อม	0 (0)	40 (100)
มีบริการคัดกรองความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด: Thai CVD risk	0 (0)	40 (100)

ตารางที่ 4.5 (ต่อ)

บริการในคลินิกผู้สูงอายุ	การจัดบริการ	
	ไม่มีบริการ n(%)	มีบริการ n(%)
มีบริการคัดกรองช่องปากและฟัน	0 (0)	40 (100)
มีบริการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย	0 (0)	40 (100)
มีบริการคัดกรองการโภชนาการ/ภาวะขาดสารอาหาร	0 (0)	40 (100)
มีบริการคัดกรองประเมินกิจวัตรประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel Activities of Daily Living : ADL)	0 (0)	40 (100)
มีบริการคัดกรองการนอนหลับ	10 (25.0)	30 (75.0)
มีบริการคัดกรองการใช้ยา Poly Pharmacy	10 (25.0)	30 (75.0)
มีบริการคัดกรอง Osteoporosis Self-Assessment Tool for Asians	10 (25.0)	30 (75.0)
มีบริการคัดกรองภาวะเปราะบางด้วย <i>FRAIL</i> questionnaire หรือ <i>Clinical Frailty Scale</i> (CFS)	29 (79.5)	11 (27.5)

ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขที่เข้าร่วมการตอบแบบสอบถาม จำนวนทั้งสิ้น 40 คน รายงานว่าด้านส่งเสริมสุขภาพ มีการจัดบริการกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ การทำหน้าที่ยาและสติปัญญา การเคลื่อนไหวป้องกันการพลัดตกหกล้มและข้อเข่าเสื่อม และกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก มีการจัดบริการร้อยละ 100 ด้านการป้องกันโรค มีการจัดบริการคัดกรองการมองเห็น คัดกรองการกั้นปัสสาวะ คัดกรองสมองเสื่อม คัดกรองการเคลื่อนไหว พลัดตกหกล้ม ข้อเข่าเสื่อม การคัดกรองเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด คัดกรองช่องปากและฟัน คัดกรองภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย คัดกรองการโภชนาการและภาวะขาดสารอาหาร คัดกรองประเมินกิจวัตรประจำวัน มีการจัดบริการร้อยละ 100 การคัดกรองภาวะกระดูกพรุนและมวลกระดูก คัดกรองการใช้ยา Poly Pharmacy คัดกรองการนอนหลับ การจัดบริการร้อยละ 75 และบริการคัดกรองภาวะเปราะบางด้วย *FRAIL* questionnaire หรือ *Clinical Frailty Scale* (CFS) มีการจัดบริการร้อยละ 27.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.6 แสดงจำนวนและร้อยละของการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย
องค์ประกอบที่ 1 การจัดบริการ ของกลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม (n=312)

บริการในคลินิกผู้สูงอายุ	การจัดบริการ	
	ไม่มีบริการ n (%)	มีบริการ n (%)
เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการรักษาและการนัดในครั้งต่อไป	0 (0)	312 (100)
เจ้าหน้าที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน เช่น โภชนาการอาหาร การออกกำลังกาย	0 (0)	312 (100)
เจ้าหน้าที่ยิ้มแย้ม แสดงกิริยาที่สุภาพนอบน้อม วาจาไพเราะขณะติดต่อ รักษา และดูแล	0 (0)	312 (100)
รูปแบบการจัดบริการที่หลากหลาย สำหรับผู้สูงอายุ	0 (0)	312 (100)
การจัดสภาพแวดล้อม/อุปกรณ์ สถานที่บริการเอื้อต่อผู้สูงอายุ	4 (1.3)	308 (98.7)
เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทานยา สรรพคุณของยา	5 (1.6)	307 (98.4)
เจ้าหน้าที่คอยแนะนำประจำจุด	7 (2.2)	305 (97.8)
การเยี่ยมบ้าน	17 (5.4)	295 (94.5)
การแจ้งให้ทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล เช่น เจาะเลือด ฉีดยา เป็นต้น	34 (10.9)	278 (91.1)
เจ้าหน้าที่แจ้งขั้นตอนและเงื่อนไขการให้บริการชัดเจน	50 (16.0)	262 (84.0)
การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ	63 (20.2)	249 (79.8)
จุด/ช่องให้บริการมีความเหมาะสมและเข้าถึงได้สะดวก	71 (22.8)	241 (77.2)
สถานบริการมีช่องทางบริการผู้สูงอายุแบบจุดเดียวครบวงจร ไม่ต้องไปหลายแผนก/ช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ	97 (31.10)	215 (68.9)
คลินิกเชิงรุกให้บริการในชุมชน/คลินิกเคลื่อนที่	235 (75.3)	77 (24.7)
การส่ง/รับยาทางไปรษณีย์	246 (78.8)	66 (21.2)
มีนวัตกรรมช่วยผู้สูงอายุ เช่น ช่วยไม่ให้ลืมนัดหมาย ลืมทานยา	286 (91.7)	26 (8.3)

ผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม จำนวนทั้งสิ้น 312 คน รายงานว่า มีการบริการรูปแบบการจัดบริการที่หลากหลาย สำหรับผู้สูงอายุเจ้าหน้าที่ยิ้มแย้ม แสดงกิริยาที่สุภาพนอบน้อม วาจาไพเราะขณะติดต่อ รักษา และดูแล เจ้าหน้าที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการรักษาและการนัดในครั้งต่อไป มีการจัดบริการร้อยละ 100 มีการจัดสภาพแวดล้อม/อุปกรณ์

สถานที่บริการเฝ้าต่อผู้สูงอายุ ร้อยละ 98.7 เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำ เกี่ยวกับการทานยา สรรพคุณของยา ร้อยละ 98.4 มีเจ้าหน้าที่คอยแนะนำประจำจุด ร้อยละ 98.8 มีการเยี่ยมบ้าน ร้อยละ 94.5 มีการการแจ้งให้ทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล 91.1 มีการแจ้งขั้นตอนและเงื่อนไขการให้บริการชัดเจน ร้อยละ 84.0 มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ 78.9 มีจุดและช่องให้บริการมีความเหมาะสมและเข้าถึงได้สะดวก ร้อยละ 77.2 สถานบริการมีช่องทางบริการผู้สูงอายุแบบจุดเดียวครบวงจร ร้อยละ 68.9 มีคลินิกเชิงรุกให้บริการในชุมชนและคลินิกเคลื่อนที่ ร้อยละ 24.7 มีการส่งรับยาทางไปรษณีย์ ร้อยละ 21.2 รับยาที่ รพ.สต. และอสม ร้อยละ 12.5 และมีนวัตกรรมช่วยผู้สูงอายุ ร้อยละ 8.3 ตามลำดับ

4.2.2 ขั้นตอนด้านการจัดการและการพัฒนากำลังคนสุขภาพในคลินิกผู้สูงอายุ ดังนี้

1. แต่งตั้งคณะกรรมการและจัดประชุมเพื่อวิเคราะห์อัตรากำลัง การสรรหา และการคัดเลือกพนักงานในกรณีอัตรากำลังไม่เพียงพอ โดยจะทำการประชุมปีละ 2 ครั้ง คือ ต้นปีงบประมาณ และปลายปีงบประมาณ ทั้งนี้ หากมีความจำเป็นเร่งด่วน โรงพยาบาลสามารถดำเนินการประสานงานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเพื่อสรรหาบุคลากรดังกล่าวภายใต้ตำแหน่งลูกจ้างเหมาบริการ

2. กำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาอัตรากำลัง โดยการวิเคราะห์ความต้องการอัตรากำลังจากการใช้บริการสุขภาพของประชาชน (Health Demand or Health utilization Method) หน่วยงานความต้องการกำลังคน นับเป็น FTE (Full Time Equivalent) ตามขนาดของโรงพยาบาลชุมชน (Standard Hospital) : S ร่วมกับการใช้แบบบันทึกปริมาณภาระงานประจำทุกเดือนของหน่วยงานผู้ป่วยนอก นอกจากนี้ยังใช้เกณฑ์การบริการพื้นฐานที่จำเป็นเพื่อรองรับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุตามบริบทพื้นที่ เช่น อายุรกรรม รวมถึงการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน และสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ

ตารางที่ 4.7 แสดงอัตรากำลังของโรงพยาบาลชุมชน (Standard Hospital)

ตำแหน่ง	จำนวน
แพทย์ทั้งหมด	5 คนขึ้นไป
สาขาแพทย์บริการหลัก (first line)	แพทย์ ประจำอย่างน้อย 1 วัน/
(ศัลยกรรมทั่วไป อายุรกรรม ออร์โธปิดิกส์ จิต	(สัปดาห์) 1 สาขา ขึ้นไป
เวช วิทยาศาสตร์ แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน และ	
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว)	
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	1 คน ขึ้นไป
ทันตแพทย์	2 คนขึ้นไป
เภสัชกร	2 คนขึ้นไป
พยาบาล	24 คนขึ้นไป

3. กำหนดบทบาทหน้าที่ในคลินิกผู้สูงอายุ กำหนด project manager หรือ Aging Coordinator จัดแบ่งงาน (Work specialization) ตามขอบเขตหน้าที่และความรับผิดชอบตามตำแหน่งงานวิชาชีพ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 4.8 แสดงอัตรากำลังตามรายวิชาชีพ และบทบาทหน้าที่ในคลินิกผู้สูงอายุ

วิชาชีพ	บทบาทในคลินิกผู้สูงอายุ	จำนวน
แพทย์	ตรวจ วินิจฉัย บำบัดรักษา	อย่างน้อย 1 ท่าน
ทันตแพทย์ (ทันตกรรมทั่วไป / ทันตกรรมประดิษฐ์)	ตรวจ วินิจฉัย บำบัดรักษา หัตถการใน ช่องปาก การทำฟันเทียม รากฟันเทียม ติดตามเย็บบ้าน	อย่างน้อย 1 ท่าน
เภสัชกร	ประเมินการใช้ยาหลายชนิด การจ่ายยาการให้คำปรึกษาและแนะนำ การใช้ยา การติดตามการแก้ปัญหาการใช้ ยาในผู้ป่วย	อย่างน้อย 1 ท่าน
พยาบาลวิชาชีพ	ซักประวัติและหลังพบแพทย์ การคัดกรอง CGA ซ้ำ เป็น project manager ติดตาม เย็บบ้าน	อย่างน้อย 1 ท่าน
นักวิชาการสาธารณสุข	ซักประวัติ การคัดกรอง CGA ซ้ำ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ระบบติดตามการนัดหมาย ประสานงานระบบข้อมูล	อย่างน้อย 1 ท่าน
นักกายภาพบำบัด	บริการฟื้นฟูบำบัด การพิจารณากาย อุปกรณ์ ติดตามเย็บบ้าน	อย่างน้อย 1 ท่าน
แพทย์แผนไทย	การแพทย์ทางเลือก หัตถการ นวด ประคบเข้า ตา พอกเข้า อบสมุนไพร และ การใช้ยาสมุนไพร	อย่างน้อย 1 ท่าน
นักจิตวิทยา/พยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต	ประเมินสมองเสื่อม ตรวจวินิจฉัยทาง จิตวิทยา ให้คำปรึกษา	อย่างน้อย 1 ท่าน
นักโภชนาการ	ประเมินภาวะโภชนาการ แนะนำ โภชนาการ	อย่างน้อย 1 ท่าน

4. จัดทำแผนพัฒนาทักษะบุคลากรสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็น 3 แผน ได้แก่

1) แผนพัฒนาบุคลากรตามสมรรถนะหลัก (Core-competency) ทั้ง 5 ด้าน การมุ่งผลสัมฤทธิ์บริการที่ดี การส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ การยึดมั่นในความถูกต้องชอบธรรมและจริยธรรม และการทำงานเป็นทีม ซึ่งประกอบด้วยสมรรถนะหลักที่ กพ. กำหนด 5 ด้าน

2) แผนพัฒนาบุคลากรตามสมรรถนะการปฏิบัติงาน (Functional competency) เป็นการพัฒนาสมรรถนะตามคุณลักษณะของบุคคลในการปฏิบัติงานตามตำแหน่งหน้าที่หนึ่ง ๆ ซึ่งสมรรถนะเฉพาะตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ ตามกรอบของ ก.พ. ประกอบด้วย 16 ด้าน

3) แผนพัฒนาบุคลากรด้านอื่น ๆ ที่รองรับตามบทบาทภารกิจขององค์กร เช่น อบรมข้าราชการใหม่ มีการพิจารณาจากการยื่นความประสงค์ และเพื่อการมุ่งผลสัมฤทธิ์ บริการที่ดี การส่งเสริมความเชี่ยวชาญในงานอาชีพ

5. ดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติงานโดย มีหลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการปฏิบัติราชการของข้าราชการพลเรือนสามัญและพนักงานราชการในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รอบการประเมิน ให้ประเมินปีละ 2 รอบ ตามปีงบประมาณ รอบที่ 1 เป็นการประเมินผลการปฏิบัติงานราชการระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม ถึงวันที่ 31 มีนาคม ของปีถัดไป รอบที่ 2 เป็นการประเมินผลการปฏิบัติงานราชการ ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง วันที่ 30 กันยายนของปีเดียวกัน

“รพท และ รพช กลุ่มบุคลากรแพทย์จะมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว /แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป มีแผนที่จะผลิตและพัฒนา มีหลักสูตร ระยะสั้นในการเพิ่มทักษะทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ “

(ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพ รพ. ที่ 1, สัมภาษณ์)

“พยาบาลจะเป็น project manager เป็นหลักในการขับเคลื่อนในคลินิกผู้สูงอายุ มีการวิเคราะห์อัตราากำลังจะใช้การวิเคราะห์ภาพรวม”

(ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพ รพ. ที่ 2, สัมภาษณ์)

“โรงพยาบาลการจัดตั้งคณะกรรมการคลินิก และพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุในทุกด้านตามเกณฑ์มาตรฐาน”

(ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพ รพ. ที่ 3, สัมภาษณ์)

“ในการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุเรา มีสหวิชาชีพมาช่วยกันครบ”

(ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพ รพ. ที่ 4, สัมภาษณ์)

“หมอใส่ใจ พุดจาไผเราะ เจ้าหน้าที่เพียงพอ คอยแนะนำตั้งแต่มาขึ้นบัตร”

(ผู้สูงอายุหญิง รพ. ที่ 1, สันทนาการ)

“หมอแต่ละห้องจะมารวมจุดเดียว มันก็เพียงพอ แต่จะให้ให้มีเฉพาะทางคงไม่มี”

(ผู้สูงอายุชาย รพ. ที่ 3, สทนากลุ่ม)

“บุคลากรเพียงพอวันที่หมอนัด หมอจะช่วยกันนัก จะมารวมกันจุดเดียวกัน”

(ผู้สูงอายุชาย รพ. ที่ 2, สทนากลุ่ม)

“เพียงพอตามบริบทบ้านเรา สำหรับคนเฒ่า แต่นัดไหนหมอนัดมาบ่นัก ก็ไม่ได้รอนาน”

(ผู้สูงอายุหญิง รพ. ที่ 4, สทนากลุ่ม)

ตารางที่ 4.9 แสดงจำนวนและร้อยละของการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย องค์ประกอบที่ 2 ด้านการจัดการและการพัฒนากำลังคนสุขภาพ ของกลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขที่เข้าร่วมการตอบแบบสอบถาม (n=40)

การจัดการและการพัฒนากำลังคนสุขภาพในคลินิกผู้สูงอายุ	การจัดบริการ	
	ไม่มีบริการ n(%)	มีบริการ n(%)
มีคณะกรรมการที่ทำหน้าที่พัฒนา จัดสรร ฝึกอบรมบุคลากร	0 (0)	40 (100)
มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ /แพทย์เฉพาะทาง	0 (0)	40 (100)
สหสาขาวิชาชีพอื่นๆ (นักสาธารณสุข/กายภาพบำบัด/นักโภชนาการ/ทันตภิบาล/เภสัชกร/แพทย์แผนไทย/นักจิตวิทยา)	0 (0)	40 (100)
ผู้จัดการประสานงานคลินิกผู้สูงอายุ (Aging Coordinator)	0 (0)	40 (100)
ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพคลินิกผู้สูงอายุร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ		
มีการจัดทำแผนพัฒนาทักษะบุคลากรสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ	9 (17.5)	33 (82.5)
มีการกำหนดสมรรถนะบุคลากรในการปฏิบัติงานคลินิกผู้สูงอายุ	9 (17.5)	33 (82.5)
มีการวิเคราะห์ อัตรากำลัง และจัดสรรอัตรากำลังในคลินิกผู้สูงอายุ	18 (45)	22 (55.0)
มีการประชุมวิเคราะห์ ทบทวน วางแผนพัฒนากำลังคนอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	19 (47.5)	21 (52.2)
มีพยาบาลวิชาชีพ/ พยาบาลวิชาชีพผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ อย่างน้อย 4 เดือนขึ้นไป หรือปริญญาโท (ด้านผู้สูงอายุ)	33 (82.5)	7 (17.5)
มีการสร้างขบวนการเรียนรู้โดยใช้ KM ระหว่าง รพ รพ.สต และชุมชน	40 (100)	0 (0)

ผู้บริหารโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม จำนวนทั้งสิ้น 40 คน รายงานว่า มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว สหสาขาวิชาชีพ (นักสาธารณสุข/กายภาพบำบัด/นักโภชนาการ/ทันตภิบาล/เภสัชกร/แพทย์แผนไทย/นักจิตวิทยา) มีผู้จัดการประสานงานคลินิกผู้สูงอายุ คณะกรรมการที่ทำหน้าที่พัฒนา จัดสรร ฝึกอบรมบุคลากร ร้อยละ 100 การจัดทำแผนพัฒนาทักษะบุคลากร การกำหนดสมรรถนะบุคลากรในการปฏิบัติงาน ร้อยละ 82.5 การวิเคราะห์ อัตรากำลัง และจัดสรรอัตรากำลัง ร้อยละ 55 การประชุมวิเคราะห์ ทบทวน วางแผนพัฒนากำลังคนอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 52.2 มีพยาบาลวิชาชีพผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ อย่างน้อย 4 เดือนขึ้นไป หรือปริญญาโทด้านผู้สูงอายุ ร้อยละ 7 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.10 แสดงจำนวนและร้อยละของการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย องค์ประกอบที่ 3 ด้านการจัดการและการพัฒนากำลังคนสุขภาพ ของกลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม (n=312)

การจัดการและการพัฒนากำลังคนสุขภาพของคลินิกผู้สูงอายุ	การจัดบริการ	
	ไม่มีบริการ n(%)	มีบริการ n(%)
นักกายภาพบำบัดสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ	0 (0)	312 (100)
พยาบาลสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ	7 (2.2)	305 (97.8)
เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ	10 (3.2)	302 (96.8)
แพทย์แผนไทยสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ	11 (3.5)	301 (96.5)
แพทย์สำหรับคลินิกผู้สูงอายุ	24 (7.7)	288 (92.3)
บุคลากรมีความเพียงพอในการให้บริการ	56 (17.9)	256 (82.1)
นักจิตวิทยาสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ	91 (29.2)	221 (70.8)

ผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม จำนวนทั้งสิ้น 312 คน รายงานว่า มีนักกายภาพบำบัดสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 100 มีพยาบาลสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 97.8 มีเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 96.8 มีแพทย์แผนไทยสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 96.5 มีแพทย์สำหรับคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 92.3 มีบุคลากรเพียงพอในการให้บริการในภาพรวม ร้อยละ 82.1 มีนักจิตวิทยาสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 70.8

4.2.3 ขั้นตอนการดำเนินการด้านการจัดการสารสนเทศของคลินิกผู้สูงอายุ ดังนี้

1. แต่งตั้งคณะกรรมการในการดูแลระบบข้อมูลสารสนเทศสำหรับใช้ในการตัดสินใจเพื่อจัดทำแผนการพัฒนาระบบสารสนเทศ กำกับ ติดตาม และประเมินการดำเนินงานตามแผนการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุ และ Cyber Security ในโรงพยาบาล
2. ดำเนินการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับคลินิกผู้สูงอายุผ่านเวทีการประชุมร่วมกับภาคีเครือข่ายชุมชน
3. ใช้ระบบบัตรคิวอัตโนมัติผ่านตู้ Kiosk เพื่อช่วยในงานบริการผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพลดการรอคอย โดยระบบบัตรคิวดังกล่าวสามารถดึงข้อมูลส่วนตัวของผู้ป่วยจาก Hospital Number หรือใช้หมายเลขบัตรประจำตัวประชาชน โดยสามารถเชื่อมโยงเข้ากับข้อมูลในทะเบียนราษฎร์ ทำให้สามารถตรวจสอบสิทธิการรักษาของผู้ป่วยได้ บัตรคิวอัตโนมัติ เป็นการยืนยันตัวตน เพื่อเข้ารับการรักษ บัตรคิวจะมี (ใบนำทาง) ข้อมูลของผู้รับบริการ คือ หมายเลขประจำตัวผู้ป่วย ชื่อ-นามสกุล สิทธิการรักษา ห้องตรวจ จุด หรือคลินิก ที่จะต้องไปติดต่อ รายละเอียดของการนัดหมาย วันที่นัดหมาย เวลาที่นัดหมาย คลินิกหรือหน่วยงานที่นัดหมาย และสถานที่ที่นัดหมาย
4. กำหนดระบบบันทึกรวบรวมข้อมูลการรักษาและวินิจฉัยของคลินิกผู้สูงอายุ ผ่านโปรแกรม HOSxP เพื่อบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในการวินิจฉัยและให้การรักษาตามโครงสร้างมาตรฐานทางการแพทย์ มีลักษณะเป็น Hospital Information System ใช้ในทุกคลินิกของโรงพยาบาล ร่วมกับโปรแกรม Google Sheets เพื่อแบ่งปันข้อมูลกับหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการทุติยภูมิให้สามารถเข้าถึงได้
5. กำหนดระบบบันทึกข้อมูล ส่งต่อ ส่งกลับ และติดตามของคลินิกผู้สูงอายุ ผ่านโปรแกรม HOSxP โปรแกรม Google Sheets โปรแกรม ThaiRefer ในการส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทาง โปรแกรม Smart COC ในการติดตามระบบประสานข้อมูลเยี่ยมบ้าน โดยโปรแกรมเน้นรูปแบบการแสดงผลให้เห็นทั้งหน่วยบริการปฐมภูมิ หน่วยบริการทุติยภูมิ และหน่วยบริการตติยภูมิ เชื่อมโยงจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เป็นหน่วยบริการลูกข่ายไปยังโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย
6. ดำเนินการกระจายข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพในคลินิกผู้สูงอายุระหว่างรอฟบแพทย์ โดยมีการให้ความรู้จากสหวิชาชีพ การแจ้งเตือนภัยสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งสื่อสารข่าวสารสุขภาพผ่านเสียงประชาสัมพันธ์ของโรงพยาบาล
7. ดำเนินการสื่อสารโต้ตอบกับผู้สูงอายุแบบสองทาง ผ่านโปรแกรม Line application โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแจ้งเตือนเมื่อใกล้ถึงวันนัดพบแพทย์ วันรับยา ขอเลื่อนนัดกรณีมีเหตุที่ไม่ได้ การติดตามผู้สูงอายุที่ไม่มาตามนัด การแจ้งวันนัดใหม่ และการขอรับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรทางการแพทย์

ข้อมูลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ข้อมูลทั่วไป

คำนำหน้า นาม - ชื่อ

นามสกุล น

เพศ ชาย

วันเกิด

อายุ 72 ปี 2 เดือน 7 วัน

หมู่เลือด

บัตรประชาชน

แพทย์ PMH โรงพยาบาลเจ้าพระยา

HT_Gout_BPH.CKD Stage 3b

โรคเรื้อรัง

โรงพยาบาลศูนย์โรคไต

HN

โทรศัพท์

มือถือ 0814730203

อีเมล

บ้านเลขที่ 79 หมู่ที่ 5 ถนน

ตำบล

แขวงเมืองราช

สิทฺธชาติ ไทย

ลิงค์ค

พจน ไม่ระบุฝ่าย

ลิทธิ

ผู้สูงอายุ

Finger : 0

Video Call

PHR

นัดครั้งหน้า [3 วัน] 29 ตุลาคม 2567 08

ข้อมูลการขึ้นทะเบียน

ข้อมูลเฉพาะโรค

การขึ้นทะเบียน

ข้อมูลการขึ้นทะเบียนโรคเรื้อรัง

คลินิก คลินิกผู้สูงอายุ

เลขทะเบียนกลาง

ขึ้นทะเบียน เลขทะเบียน รพ.

ออกเลขใบไป

ประเภทโรค

วันที่เริ่มเป็น 26/7/2566

วันที่ขึ้นทะเบียน 2/10/2566

วันที่วินิจฉัย 26/7/2566

สถานพยาบาลที่วินิจฉัย

สถานะปัจจุบัน อังจักราอยู่

แพทย์ผู้ดูแล

ค้น

SCT ID

ค้นพบ

Clear

ค้น

☐ Pre register

ค้นหา 0

วัน

☐ เป็นประจำทุกวัน

Pregnancy

☐ จำหน่ายผู้ย้ายออกจากทะเบียน

รับส่งต่อขึ้นทะเบียนจาก

ค้น

หน่วยขึ้นทะเบียน

หมายเลข H91

NAP No.

จัดตั้งเมื่อ (พ.ศ.) 2566

การประเมินภาวะของโรค

AMS

Application

OPD Registry

Refer Registry

PCU

Physic Registry

IPD Registry

Nurse

Doctor

Psychiatric

ER

Dispens

HOSxPLoginWelcomeHTMLForm

DoctorWorkBenchQueueForm

PatientVCDRegisterListForm X

ทะเบียนผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ค้นหา

คลินิก คลินิกผู้สูงอายุ

แสดงข้อมูล HN

ค้นหา

Refresh

ลงทะเบียนผู้ป่วยใหม่

☐ กรองวันที่ขึ้นทะเบียน

ถึงวันที่

Drag a column header here to group by that column

ลำดับ	hn	ชื่อ	หน่วยให้บริการ	เลขทะเบียนกลาง	เลขที่ขึ้นทะเบียน	วันที่ขึ้นทะเบียน	รายใหม่	จำหน่าย	โรคเรื้อรัง
1					1	2/10/2566			คลินิกผู้สูง
2					2	2/10/2566			คลินิกผู้สูง
3					3	2/10/2566			คลินิกผู้สูง
4					4	2/10/2566			คลินิกผู้สูง
5					5	2/10/2566			คลินิกผู้สูง
6					6	2/10/2566			คลินิกผู้สูง
7					7	2/10/2566			คลินิกผู้สูง

ภาพที่ 4.1 ระบบบันทึกรวบรวมข้อมูลการรักษาและวินิจฉัยของคลินิกผู้สูงอายุ ผ่านโปรแกรม HOSxP



ภาพที่ 4.2 โปรแกรม ThaiRefer โปรแกรมที่พัฒนาขึ้นเพื่อช่วยในการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล

โปรแกรม Smart COC: โปรแกรม Smart COC (Smart Continuum of Care) เป็นระบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อประสานงานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องระหว่างโรงพยาบาลและสถานบริการชุมชน



ภาพที่ 4.3 โปรแกรม Smart COC

รายชื่อผู้สูงอายุที่ส่งมอบบริการมาบดสีดินกัญชา

รหัส แก้ไข ดู แยก รูปแบบ ข้อมูล เครื่องมือ ส่วนรวม ความช่วยเหลือ

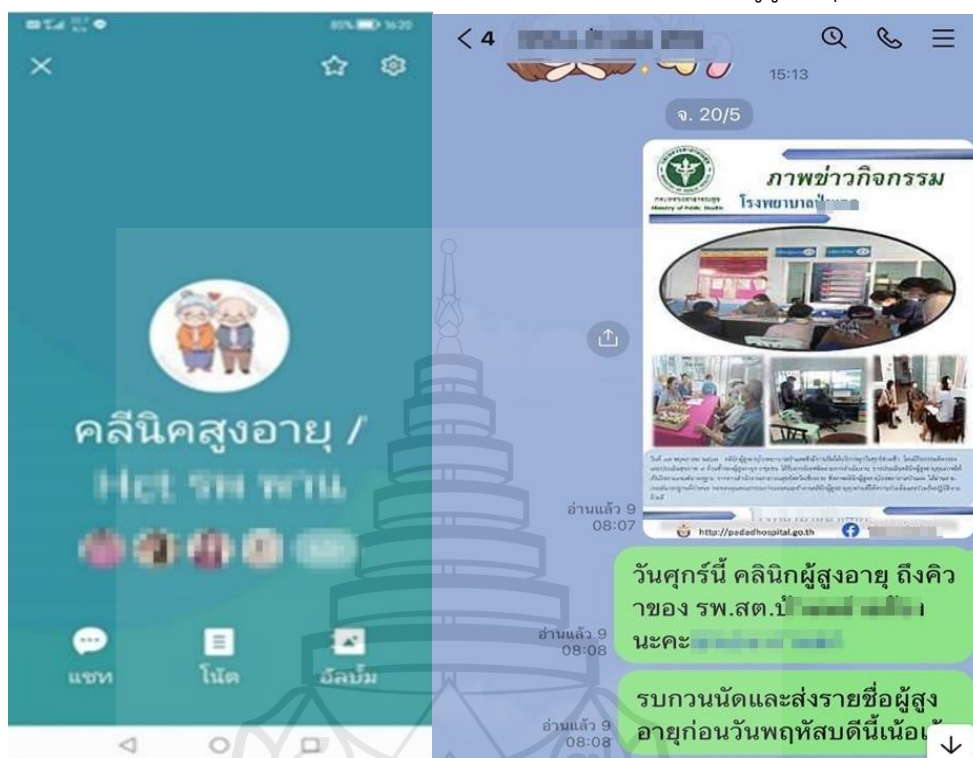
เมนู

B229

ลำดับ	ประเภทพื้นที่	ชื่อแบบทดสอบ	อายุ	ที่อยู่	เบอร์โทร	การประเมิน	ส่งตรวจ	วันที่รับ (ปี/เดือน/วัน)	ผลการวินิจฉัย	หมายเหตุ
1	นาง					การลงพื้นที่		18/12/2566	น้ำหนัก	คัดกรอง
2	นาง					ประเมินตนเอง		18/12/2566	น้ำหนัก	คัดกรอง
3	นาง					การลงพื้นที่		18/12/2566	น้ำหนัก	คัดกรอง
4	นาง					ประเมินตนเอง		18/12/2566	น้ำหนัก	คัดกรอง
5	นาง					การลงพื้นที่		18/12/2566	น้ำหนัก	คัดกรอง
6	นาง					ประเมินตนเอง		18/12/2566	น้ำหนัก	คัดกรอง
7	นาง					การลงพื้นที่		18/12/2566	น้ำหนัก	คัดกรอง
8	นาง					ประเมินตนเอง		18/12/2566	น้ำหนัก	คัดกรอง
9	นาง					การลงพื้นที่ (ปกติ)		22/1/2567	น้ำหนัก	คัดกรอง
10	นาง					การลงพื้นที่ (ปกติ)		22/1/2567	น้ำหนัก	คัดกรอง
11	นาง					การลงพื้นที่ (ปกติ)		22/1/2567	น้ำหนัก	คัดกรอง
12	นาง					การลงพื้นที่ (ปกติ)		22/1/2567	น้ำหนัก	คัดกรอง
13	นาง					การลงพื้นที่ (ปกติ)		22/1/2567	น้ำหนัก	คัดกรอง
14	นาง					การลงพื้นที่ (ปกติ)		22/1/2567	น้ำหนัก	คัดกรอง
15	นาง					การลงพื้นที่ (ปกติ)		22/1/2567	น้ำหนัก	คัดกรอง
16	นาง					การลงพื้นที่ (ปกติ)		22/1/2567	น้ำหนัก	คัดกรอง
17	นาง					การลงพื้นที่ (ปกติ)		22/1/2567	น้ำหนัก	คัดกรอง
18	นาง					การลงพื้นที่ (ปกติ)		22/1/2567	น้ำหนัก	คัดกรอง
19	นาง					การลงพื้นที่ (ปกติ)		22/1/2567	น้ำหนัก	คัดกรอง
20	นาง					การลงพื้นที่ (ปกติ)		22/1/2567	น้ำหนัก	คัดกรอง
21	นาง					การลงพื้นที่ (ปกติ)		22/1/2567	น้ำหนัก	คัดกรอง
22	นาง					การลงพื้นที่ (ปกติ)		22/1/2567	น้ำหนัก	คัดกรอง
23	นาง					การลงพื้นที่ (ปกติ)		22/1/2567	น้ำหนัก	คัดกรอง
24	นาง					การลงพื้นที่ (ปกติ)		22/1/2567	น้ำหนัก	คัดกรอง
25	นาง					การลงพื้นที่ (ปกติ)		22/1/2567	น้ำหนัก	คัดกรอง
26	นาง					การลงพื้นที่ (ปกติ)		22/1/2567	น้ำหนัก	คัดกรอง
27	นาง					การลงพื้นที่ (ปกติ)		22/1/2567	น้ำหนัก	คัดกรอง
28	นาง					การลงพื้นที่ (ปกติ)		22/1/2567	น้ำหนัก	คัดกรอง

ภาพที่ 4.4 โปรแกรม Google Sheets

โปรแกรม Line application ในการดำเนินการสื่อสารได้ตอบกับผู้สูงอายุแบบสองทาง



ภาพที่ 4.5 โปรแกรม Line application

“โรงพยาบาลเรามีระบบการ ป้องกัน Cyber Security ในโรงพยาบาลตามแบบของกระทรวงสาธารณสุข และมีการวางระบบที่ใช้ร่วมกันทุกคลินิก มีแนวทาง”

(ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพ รพ. ที่ 4, สัมภาษณ์)

“การจะเข้าถึงข้อมูล คนใช้ตั้งแต่ก่อนการคัดกรอง จะมีระบบ การใช้งาน ระบบ Smart Card เพื่อดึงข้อมูล Data Exchange จาก HDC”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 1, สัมภาษณ์)

“มีการบันทึกข้อมูลลงในHosXpa และใช้ Thai refer ในการส่งต่อข้อมูลระหว่างสถานพยาบาลการติดตามและ refer back ใช้ระบบ Smart COC”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 2, สัมภาษณ์)

“จะมีการนิเทศติดตามของโรงพยาบาลเราเองและกลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มงานสุขภาพดิจิทัล สจร ในระบบข้อมูลทั้งหมด และมีการประชุมทบทวนแนวทาง”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 3, สัมภาษณ์)

“ระบบข้อมูลจากส่วนกลางเลย ไม่มีที่จะสามารถแชร์ข้อมูลจาก รพ.สต refer มา รพช หรือ รพช refer กลับ รพ.สต. จะมี ใน Google Sheets ที่สามารถทำให้เห็นข้อมูลกันได้”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 4, สัมภาษณ์)

“มีแพทย์แผนไทยสอนท่ากายบริหารพยาบาลสอนเรื่องอาหาร ระหว่างที่รอปะหมอต่าทำง่าย ๆ”

(ผู้สูงอายุชาย รพ. ที่ 1, สันทนากลุ่ม)

“มีเจ้าหน้าที่ห้องกายภาพ สอนการทำบริหารป้องกันผลัดตกหกล้ม ท่าจำง่าย มีใบหิ้วไปผ่อบที่บ้าน และคลินิกผู้สูงอายุ จะมี line กลุ่ม”

(ผู้สูงอายุหญิง รพ. ที่ 4, สันทนากลุ่ม)

“แรก ๆ ก็บ่หู้ว่ามีคลินิกนี้ อสม มาวัดความดันบอก กับ หมอที่อนามัยบอก เป็ลจะประชาสัมพันธ์ออกเลยตามสาย”

(ผู้สูงอายุหญิง รพ. ที่ 3, สันทนากลุ่ม)

“มีเจ้าหน้าที่ประจำตำบลทำบัตรกดตู้หื้อ จะมีคิว และการแนะนำเหมือนใบนำทาง บ่ต้องเอาบัตรคิวรอกันเหมือนเมื่อก่อนได้ ต้องเอาบัตรประชาชนมาเสียบ”

(ผู้สูงอายุชาย รพ. ที่ 1, สันทนากลุ่ม)

ตารางที่ 4.11 แสดงจำนวนและร้อยละของการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย องค์ประกอบที่ 2 ระบบสารสนเทศสาธารณสุข ของกลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขที่เข้าร่วมการตอบแบบสอบถาม (n=40)

ระบบสารสนเทศสาธารณสุขในคลินิกผู้สูงอายุ	การจัดบริการ	
	ไม่มีบริการ n (%)	มีบริการ n (%)
มีการวางระบบการเชื่อมโยงข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต	0 (0)	40 (100)
มีการวิเคราะห์ข้อมูล คืบข้อมูลให้เครือข่าย	0 (0)	40 (100)
มีการประชุมพัฒนาระบบข้อมูล	0 (0)	40 (100)
มีระบบป้องกัน Cyber Security ใน รพ.	0 (0)	40 (100)
มีระบบหรือโปรแกรมสำหรับบันทึกข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล	0 (0)	40 (100)
ในระบบอิเล็กทรอนิกส์ภายใน รพ.		
มีการบันทึกข้อมูล (ICD9/ICD10)	0 (0)	40 (100)

ตารางที่ 4.11 (ต่อ)

ระบบสารสนเทศสาธารณสุขในคลินิกผู้สูงอายุ	การจัดบริการ	
	ไม่มีบริการ n (%)	มีบริการ n (%)
มีการส่งต่อข้อมูลการรักษา-ส่งต่อ	0 (0)	40 (100)
มีช่องทางติดต่อและแพร่กระจายข่าวสารทางสุขภาพสำหรับคลินิก	0 (0)	40 (100)
มีระบบฐานข้อมูลการติดตามนัด	0 (0)	40 (100)
มีระบบหรือโปรแกรมในการรับส่งต่อข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ	3 (7.5)	37 (92.5)
รายบุคคล เชื่อมโยงจาก รพ.สต. ลูกข่าย ไปยัง โรงพยาบาลแม่ข่าย		
มีคณะกรรมการดูแลระบบข้อมูล	9 (22.5)	31 (77.5)
มีเจ้าหน้าที่จัดทำระบบข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา	9 (22.5)	31 (77.5)
มีการนิเทศติดตามระบบข้อมูล	9 (22.5)	31 (77.5)

ผู้บริหารโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม จำนวนทั้งสิ้น 40 คน รายงานว่า มีการวิเคราะห์ข้อมูล ค้นข้อมูลให้เครือข่าย การวางระบบการเชื่อมโยงข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต การประชุมพัฒนาระบบข้อมูล มีระบบป้องกัน Cyber Security ใน รพ. มีระบบหรือโปรแกรมสำหรับบันทึกข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคลในระบบอิเล็กทรอนิกส์ภายใน รพ. มีการบันทึกข้อมูล (ICD9/ICD10) การส่งต่อข้อมูลการรักษา-ส่งต่อช่องทางติดต่อและแพร่กระจายข่าวสารทางสุขภาพสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ มีระบบฐานข้อมูลการติดตามนัด ร้อยละ 100 มีระบบหรือโปรแกรมในการรับส่งต่อข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล เชื่อมโยงจาก รพ.สต. ลูกข่าย ไปยัง โรงพยาบาลแม่ข่าย ร้อยละ 92.5 มีคณะกรรมการดูแลระบบข้อมูลเจ้าหน้าที่จัดทำระบบข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา มีการนิเทศติดตามระบบข้อมูล ร้อยละ 77.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.12 แสดงจำนวนและร้อยละของการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย องค์ประกอบที่ 2 ระบบสารสนเทศสาธารณสุข ของกลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม (n=312)

ระบบสารสนเทศสาธารณสุขในคลินิกผู้สูงอายุ	การจัดบริการ	
	ไม่มีบริการ n (%)	มีบริการ n (%)
มีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ให้บริการ เช่น ตู้กดบัตรคิว มีปุ่มกดและตัวอักษรขนาดใหญ่ เป็นคำแนะนำที่เข้าใจง่าย	0 (0)	312 (100)

ตารางที่ 4.12 (ต่อ)

ระบบสารสนเทศสาธารณสุขในคลินิกผู้สูงอายุ	การจัดบริการ	
	ไม่มีบริการ n (%)	มีบริการ n (%)
การประชาสัมพันธ์คลินิกผู้สูงอายุ	58 (18.6)	254 (81.4)
สื่อให้ความรู้ระหว่างรอพบแพทย์ ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่น่าสนใจ และการแจ้งเตือนภัยสำหรับผู้สูงอายุ	151 (48.8)	161 (51.6)
มีการจัดทำสื่อสิ่งพิมพ์ที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ เข้าใจง่าย ชัดเจน	151 (48.8)	161 (51.6)

ผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามด้านระบบสารสนเทศสาธารณสุข จำนวนทั้งสิ้น 312 คน รายงานว่า มีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ให้บริการ เช่น ตู้กดบัตรคิว มีปุ่มกดและตัวอักษรขนาดใหญ่ เป็นคำแนะนำที่เข้าใจง่าย ร้อยละ 100 การประชาสัมพันธ์คลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 81.4 มีการจัดทำสื่อสิ่งพิมพ์ที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่เข้าใจง่ายชัดเจน และมีสื่อระหว่างรอพบแพทย์ ร้อยละ 51.6 ตามลำดับ

4.2.4 ขั้นตอนการดำเนินการด้านการเงินการคลังสาธารณสุขของคลินิกผู้สูงอายุ ดังนี้

1. ดำเนินการประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ และการประชุมแนวทางสิทธิการรักษาพยาบาลของประชาชนตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องและทันสมัย เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการรักษาพยาบาลตามสิทธิที่พึงมี และรักษาผลประโยชน์ของหน่วยงานที่พึงได้
2. กำหนดแหล่งการเงินการคลังสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วยงบประมาณจากสำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ และงบประมาณดำเนินงานส่วนภูมิภาค
3. จัดสรรงบประมาณสำหรับ preventive care จากงบค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แบ่งเป็นบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรบริหารส่วนจังหวัด และบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หรือ เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ งบค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กองทุนสุขภาพตำบล
4. จัดสรรงบประมาณด้านเวชภัณฑ์ กำหนดราคาและคุณลักษณะ ดำเนินการในภาพรวมของโรงพยาบาล โดยอิงตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2560 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ทั้งนี้ กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ ของโรงพยาบาล เป็นผู้ทำหน้าที่บริหารเวชภัณฑ์ ดำเนินการจัดซื้อ จัดหา โดยมีการประชุมติดตามทุกไตรมาส ไตรมาสละ 1 ครั้ง

“คนไข้เราจะให้ตามสิทธิตัวเองร้อยละ 90 เป็น uc จะไม่มีค่ารักษา”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 2, สัมภาษณ์)

“งบประมาณจัดสรรค เพื่อบูรณาการการจัดระบบทั้ง โรงพยาบาลไม่มีการแยกสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 4, สัมภาษณ์)

“เรามี คณะกรรมการจัดซื้อด้านเวชภัณฑ์และกำหนดราคา คุณลักษณะ และกายอุปกรณ์ ตามตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (HA)”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 2, สัมภาษณ์)

“บ่เสียค่าใช้จ่าย ยาฟรีใช้สิทธิ 30 บาท บัตรประชาชนไป ไม่เสียค่าอะไร”

(ผู้สูงอายุหญิง รพ. ที่ 4, สันทนาการ)

“บ่มีค่ารักษา เรื่องการเดินทางหมอ รพ ไปรับมาเลยบ่มีค่าน้ำมัน”

(ผู้สูงอายุชาย รพ. ที่ 3, สันทนาการ)

ตารางที่ 4.13 แสดงจำนวนและร้อยละของการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย องค์ประกอบที่ 4 ด้านการเงินการคลังสาธารณสุข ของกลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขที่เข้าร่วมการตอบแบบสอบถาม (n=40)

การดำเนินการด้านการเงินการคลังสาธารณสุขในคลินิกผู้สูงอายุ	การจัดบริการ	
	ไม่มีบริการ	มีบริการ
	n (%)	n (%)
มีคณะกรรมการจัดซื้อด้านเวชภัณฑ์	0 (0)	40 (100)
มีคณะกรรมการกำหนดคุณลักษณะ กำหนดราคา	0 (0)	40 (100)
มีการประชุมติดตามงบประมาณ ทบทวนกฎระเบียบ สํารวจและจัดทำบัญชีสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ	0 (0)	40 (100)
มีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน โดยผู้สูงอายุไม่ต้องจ่ายเงินเอง	0 (0)	40 (100)
มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ เช่น ค่ายา ค่าวัสดุ		
ค่าบริการทางการแพทย์ งบประมาณการส่งต่อ งบประมาณการ	21 (52.2)	19 (47.5)
พัฒนาหน่วยบริการ งบประมาณด้านบุคลากร		

ผู้บริหารโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม จำนวนทั้งสิ้น 40 คน รายงานว่า มีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน โดยผู้สูงอายุไม่ต้องจ่ายเงินเอง และมีคณะกรรมการจัดซื้อด้านเวชภัณฑ์ มีคณะกรรมการจัดซื้อด้านเวชภัณฑ์ มีคณะกรรมการกำหนดคุณลักษณะ กำหนดราคา ร้อยละ 100 ในขณะที่ มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ เช่น ค่ายา ค่าวัสดุ ค่าบริการทางการแพทย์ งบประมาณการส่งต่อ งบประมาณการพัฒนาหน่วยบริการ งบประมาณด้านบุคลากรร้อยละ 47.5

ตารางที่ 4.14 แสดงจำนวนและร้อยละของการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย องค์ประกอบที่ 4 ด้านการเงินการคลังสาธารณสุข ของกลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม (n=312)

การเงินการคลังของคลินิกผู้สูงอายุ	การจัดบริการ	
	ไม่มีบริการ	มีบริการ
	n (%)	n (%)
มีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน โดยผู้สูงอายุไม่ต้องจ่ายเงินเอง	0 (0)	312 (100)

ผู้สูงอายุผู้รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม จำนวนทั้งสิ้น 312 คน รายงานว่า มีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน โดยผู้สูงอายุไม่ต้องจ่ายเงินเอง ร้อยละ 100

4.2.5 ขั้นตอนการดำเนินการด้านยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ในคลินิกผู้สูงอายุ ดังนี้

ในการดำเนินงานด้านยา เวชภัณฑ์ และกายอุปกรณ์ในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด (Pharmaceutical Therapeutic Committee, PTC) โดยมีองค์ประกอบของคณะกรรมการและอำนาจหน้าที่ ดังนี้

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล	ประธาน
รองผู้อำนวยการ	รองประธาน
แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว	กรรมการ
หัวหน้างานทุกกลุ่มงานในโรงพยาบาล	กรรมการ
หัวหน้ากลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค	เลขานุการ
บทบาทหน้าที่	

1. กำเนินการจัดการบัญชียาที่ทันต่อเหตุการณ์ในปัจจุบัน โดยควบคุมให้มีบัญชียาเท่าที่จำเป็น และเผยแพร่ข้อมูลต่อบุคลากรทางการแพทย์

2. สนับสนุนข้อมูลวิชาการเกี่ยวกับการใช้ยา การทบทวนการใช้ยา เพื่อประกอบการพิจารณาเข้าออกของโรงพยาบาล และเป็นข้อมูลนำไปสู่การศึกษาเชิงคุณภาพต่อไป เช่น การประเมินการสั่งใช้ยา และการติดตามการใช้ยา

3. ส่งเสริมให้มีการพบพหุวิเคราะห์ปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ทำให้ไม่เป็นไปตามตัวชี้วัดของระบบยา ได้แก่ ความคลาดเคลื่อนทางยา (ME) อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ADR) และยาที่มีความเสี่ยงสูง (HAD) การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (RDU) การป้องกันและควบคุมการดื้อยาต้านจุลชีพ (AMR) และการประเมินการใช้ยา (DUE) ประกอบกับการจัดทำแนวทาง และมาตรฐานทางคลินิกที่เกี่ยวข้อง

4. การส่งเสริมให้เกิดการกำกับดูแลและติดตามผลของการใช้ยา
ระบบจัดการยาในคลินิกผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย มีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1. จัดตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดเพื่อจัดทำบัญชียาบำบัด (Pharmaceutical Therapeutic Committee, PTC) ตามมาตรฐาน HA ของโรงพยาบาล เพื่อจำกัดให้มีรายการยาทุกประเภทในโรงพยาบาลเท่าที่จำเป็น มีการทบทวนบัญชียาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดยนำข้อมูลความปลอดภัยด้านยาและความคุ้มค่ามาพิจารณานำเข้าบัญชียา กระจายยา ลดความเหลื่อมล้ำการใช้ยา โดยยาทุกรายการได้รับการเก็บสำรองอย่างเหมาะสมและปลอดภัย เพื่อให้ความมั่นใจในด้านความเพียงพอ ตามมาตรฐาน HA

2. กำหนดระบบการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลด้านยาโดยส่งจ่ายยาผ่านโปรแกรม HOSxP ที่เป็นข้อมูลปัจจุบันของผู้สูงอายุแต่ละราย โดยใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งแพทย์ผู้รักษาดำเนินการบันทึกรายการยาของผู้สูงอายุที่มารับบริการ และเภสัชกรของโรงพยาบาลเป็นผู้จ่ายยาตามคำสั่งแพทย์ โดยโปรแกรม HOSxP ช่วยลดความเสี่ยงต่อความผิดพลาดในการจ่ายยา

3. กำหนดระบบจัดซื้อและบริหารคลังเวชภัณฑ์ยาโดยโปรแกรม INVC ซึ่งโปรแกรมทำหน้าที่บริหารจัดการงานจัดซื้อและคลังเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาล โดยพัฒนาต่อยอดจากโปรแกรม INV DOS และระบบจัดซื้อของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ โดยโปรแกรม INVC เป็นระบบที่พัฒนาขึ้นเพื่อบริหารจัดการการจัดซื้อและคลังเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาล โปรแกรมดังกล่าวแบ่งฟังก์ชันการทำงานเป็น ระบบการรับยาเข้าคลัง รองรับการรับยาแบบมีและไม่มีใบสั่งซื้อ โดยสามารถบันทึก lot number และวันหมดอายุของยาได้ พร้อมระบบเตือนเมื่อรับยาอายุสั้นกว่าที่กำหนด ระบบการจ่ายยาออกจากคลัง: ใช้หลักการ First Expire First Out (FEFO) ในการจ่ายยา สามารถเลือก lot ที่จะจ่ายและปรับหน่วยเบิกได้ ระบบคลังยาย่อย เพิ่มรายการยาในคลังยาย่อยอัตโนมัติจากการเบิกยาปกติจากคลังใหญ่ กำหนดระยะเวลาย้อนหลังในการคำนวณอัตราการใช้ต่อวัน และมี stock card ควบคุมจำนวนนับคงคลัง มูลค่า lot number และวันหมดอายุ ระบบรายงาน การประมวลผล และการจัดทำแผน: รองรับการสร้างรายงานในหลายรูปแบบ เช่น Document, Datasheet, Pivot table

และ Pivot chart เพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ และระบบช่วยตัดสินใจเพื่อการสั่งซื้อและบริหารเวชภัณฑ์ เพื่อการบริหารงบประมาณ และการบริหารแผนจัดซื้อการออกไปสั่งซื้อ การยกเลิกใบสั่งซื้อ

การฟื้นฟูสภาพและสมรรถภาพ (Rehabilitation Services) และกายอุปกรณ์ในคลินิก ผู้สูงอายุจังหวัดเชียงรายมีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1. กำหนดเกณฑ์ในการเบิกกายอุปกรณ์ โดยการเบิกกายอุปกรณ์ในโรงพยาบาล จะใช้เกณฑ์จากประเภทของการรักษา และประเภทของสิทธิการรักษาพยาบาลที่ผู้ป่วยมี ซึ่งอุปกรณ์ที่สามารถเบิกได้จะเป็นไปตามข้อกำหนดของหน่วยงานที่ให้บริการ รวมถึงประเภทของการรักษาและสวัสดิการต่าง ๆ เช่น สิทธิการรักษาผู้ประกันตน สิทธิข้าราชการ หรือสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (30 บาทรักษาทุกโรค) โดยอุปกรณ์ที่สามารถเบิกได้ส่วนใหญ่จะต้องมีความจำเป็นตามการรักษาพยาบาลที่แพทย์ประเมินไว้ ทั้งนี้ กายอุปกรณ์ที่สามารถเบิกได้ มีดังนี้

1) วอล์กเกอร์ (Walker) ไม่เท้า ไม่เท้า 3 ขา ไม่เท้าก้านร่ม ใช้สำหรับผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินได้ดีเพื่อช่วยในการเดิน

2) อุปกรณ์พยุงเข่า (Knee Brace หรือ Knee Support)

3) อุปกรณ์พยุงเอว (Lumbar Support หรือ Back Brace)

4) อุปกรณ์พยุงแขน (Arm Brace หรือ Arm Support)

2. กำหนดระบบการบริหารจัดการคลังกายอุปกรณ์โดยโปรแกรม HOSxP ในโปรแกรม HOSxP จะมีการตั้งรหัสเฉพาะสำหรับแต่ละประเภทของเวชภัณฑ์ เป็นระบบที่ใช้ในการจัดการคลังเวชภัณฑ์และวัสดุทางการแพทย์ที่ไม่ใช่ยาและกายอุปกรณ์ ในโรงพยาบาลระบบนี้ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการจัดการระบบคลังของเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยาและกายอุปกรณ์ จะเชื่อมต่อกับระบบอื่น ๆ ภายในโรงพยาบาล เช่น ระบบการจัดการข้อมูลผู้ป่วย เพื่อให้การจัดการและการให้บริการมีความแม่นยำและรวดเร็วลดปัญหาการขาดแคลนหรือเกินสต็อก และช่วยให้การเบิกจ่ายวัสดุเป็นไปอย่างมีระเบียบและโปร่งใส โปรแกรมดังกล่าวแบ่งฟังก์ชันการทำงานเป็น ระบบการบันทึกข้อมูลเวชภัณฑ์ ระบบจะช่วยบันทึกข้อมูลของเวชภัณฑ์ที่มีใช้ยา เช่น อุปกรณ์การแพทย์ เครื่องมือทางการแพทย์ ผ้าพันแผล กายอุปกรณ์ และวัสดุทางการแพทย์อื่น ๆ ที่ใช้ในโรงพยาบาล ตามรหัส ระบบการจัดการคลังสินค้า ระบบช่วยในการจัดการคลังสินค้าโดยสามารถติดตามสถานะการคงคลัง การแจ้งเตือนเมื่อสินค้าหมด หรือใกล้หมด และการสั่งซื้อใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ระบบการจัดการการเบิกจ่าย ระบบช่วยติดตามการเบิกจ่ายวัสดุและอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้กับแผนกหรือผู้ป่วย เช่น การเบิกอุปกรณ์การแพทย์ตามคำขอของแพทย์หรือพยาบาล

การแพทย์ทางไกล (Tele-Medicine) ในคลินิกผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย มีขั้นตอนดำเนินการ ดังนี้

1. กำหนดแนวทางปฏิบัติการให้บริการแบบ Telemedicine ร่วมกับโรงพยาบาล เชียงรายประชานุเคราะห์ ผ่านการติดตั้งแอปพลิเคชัน “DMS Telemedicine สำหรับให้บริการ ผู้ป่วยที่ต้องการรับการรักษาทางไกล ร่วมกับการใช้โปรแกรม Line แอปพลิเคชัน

2. กำหนดหลักเกณฑ์ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลโดยการแพทย์ทางไกล โดยเป็นหลักเกณฑ์ ของกระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับการพิจารณาของคณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และคลินิกผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย ตามบริบทของพื้นที่ เช่น ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ผู้ป่วยสูงอายุใน ภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วย ตัดบ้าน รหัส 1B1281 ผู้ป่วยติดเตียง รหัส 1B1282 จากฐานข้อมูลการคัดกรอง ผู้สูงอายุ และผู้ป่วยโรคเบาหวาน รหัส E10-E14 โรคความดันโลหิตสูง I10-I15 จากระหัส ICD-10 กลุ่ม โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases : NCD) เพื่อเข้ารับบริการและได้รับข้อมูล เกี่ยวกับวิธีการดูแลและข้อจำกัด

3. กำหนดโครงการนำร่องในการดำเนินการระบบการแพทย์ทางไกล โดยจังหวัด เชียงรายกำหนดประเด็นผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม

4. โรงพยาบาลชุมชนดำเนินการระบบการแพทย์ทางไกลสำหรับคลินิกผู้สูงอายุในห้อง ตรวจแพทย์ โดยมีการนัดหมายวันและเวลาเดียวกัน ระหว่างแพทย์เฉพาะทางจากโรงพยาบาล เชียงรายประชานุเคราะห์ ผู้สูงอายุ ร่วมกับแพทย์หรือพยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุ

“ค่อนข้างเพียงพอและพร้อมรองรับ ผู้ป่วยหากไม่ใช่ โรคเฉพาะทางที่เชี่ยวชาญ หรือยาใน การสั่งเฉพาะโดยแพทย์เฉพาะทาง”

(ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพ รพ. ที่ 1, สัมภาษณ์)

“ยาเวชภัณฑ์เพียงพอไม่ปัญหาและเวชภัณฑ์มีตามรายการที่เป็นแผน ของ รพช เรื่อง กายอุปกรณ์ เรามีทาง อปท เข้ามามีส่วนร่วมด้วย”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 2, สัมภาษณ์)

“การออกเชิงรุกของเจ้าหน้าที่กายภาพบำบัด เป็นจุดเด่นของเราอย่างหนึ่ง ทำให้ประชากร เข้าถึงการบริการกรณีผู้สูงอายุไม่สามารถเดินทางมาได้”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 3, สัมภาษณ์)

“เรามี Telemedicine สมองเสื่อมกับหมอเฉพาะทาง ที่ รพช หรือปรึกษาก่อนที่จะส่งต่อ คนไข้”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 4, สัมภาษณ์)

“หมอเอาใจใส่มีถามอาการนอกเหนือจากป่วย บໍชี้จียา เอายาหมองยาทา ยาต้ม จะเชิญชวน หรือนัดหมอแผนไทยประคบเข้า”

(ผู้สูงอายุหญิง รพ. ที่ 1, สนทนากลุ่ม)

“ยาได้ครบถ้วน ตอนแม่ล้ม มีไม้เท้า รถเข็นให้ยืม ไปถามอิมที่อนามัยได้ มีสมุดเขียนชื่อยืม หายแล้วเอามาคืนเปิ้ล”

(ผู้สูงอายุหญิง รพ. ที่ 4, สนทนากลุ่ม)

“เครื่องมือเครื่องมือของ รพ มีมากขึ้นกว่าตะกอน ยกตัวอย่างห้องทำฟัน ทำให้การรักษา ทำให้ได้ผลการวินิจฉัยโรคมา แพทย์จึงจะสามารถวางแผนการรักษาที่เหมาะสมต่อไปได้”

(ผู้สูงอายุหญิง รพ. ที่ 3, สนทนากลุ่ม)

“เมื่อก่อนยาที่ใช้รักษาโรคที่เป็น รพ เขาบໍมี ต้องถูกส่งตัวไปรับยาที่ รพ ไทย แต่ตอนนี้มารับ ที่ รพ บ้านเราได้ 3ปีละ รพ.ไทย ส่งยามา รพ บ้านเขาเลย ง่ายบໍต้องไปบໍมีได้ไปส่ง”

(ผู้สูงอายุชาย รพ. ที่ 2, สนทนากลุ่ม)

ตารางที่ 4.15 แสดงจำนวนและร้อยละของการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย องค์ประกอบที่ 5 ด้านการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น ของกลุ่ม ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขที่เข้าร่วมการตอบแบบสอบถาม (n=40)

การเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น	การจัดบริการ	
	ไม่มีบริการ n (%)	มีบริการ n (%)
มีการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่อง	0 (0)	40 (100)
มีคณะกรรมการจัดทำบัญชียาอุปกรณ์ และการกระจายอย่าง เพียงพอ	0 (0)	40 (100)
มีคณะกรรมการจัดทำบัญชียา พิจารณานำเข้าบัญชียา กระจายยา ลด ความเหลื่อมล้ำการใช้ยา	12 (30)	28 (70)
ให้บริการแบบ Teleconsultation หรือTelemedicine	21 (52.2)	19 (47.5)
มีระบบสนับสนุนการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ในกรณีและผู้สูงอายุไม่ สามารถเดินทางมาที่โรงพยาบาลได้	30 (75.0)	10 (25)

ผู้บริหารโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามจำนวนทั้งสิ้น 40 คน รายงานว่า มีการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่อง คณะกรรมการจัดทำบัญชีกายอุปกรณ์ และการกระจายอย่างเพียงพอ ร้อยละ 100 มีคณะกรรมการจัดทำบัญชียา พิจารณานำเข้าบัญชียา กระจายยา ลดความเหลื่อมล้ำการใช้ยา ร้อยละ 70 มีการให้บริการแบบ Teleconsultation หรือ Telemedicine ร้อยละ 47.5 มีระบบสนับสนุนการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ในกรณีผู้สูงอายุไม่สามารถเดินทางมาที่โรงพยาบาลได้ ร้อยละ 25 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.16 แสดงจำนวนและร้อยละของการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย องค์ประกอบที่ 5 ด้านการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น ของกลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม (n=312)

การเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น ของคลินิกผู้สูงอายุ	การจัดบริการ	
	ไม่มีบริการ n (%)	มีบริการ n (%)
เวชภัณฑ์ ยา เครื่องมือสำหรับบริการ เพียงพอในการให้บริการ	4 (1.3)	308 (98.7)
กายอุปกรณ์เพียงพอ/การยืมกายอุปกรณ์	26 (8.3)	286 (91.7)
ระบบสนับสนุนการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ในกรณีผู้สูงอายุไม่สามารถเดินทางมาที่โรงพยาบาลได้	163 (52.2)	149 (47.8)
การให้บริการผ่านระบบออนไลน์โดยไม่ต้องมาโรงพยาบาล	301 (96.5)	11 (3.5)

ผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม จำนวนทั้งสิ้น 312 คน รายงานว่า มีเวชภัณฑ์ ยา เครื่องมือสำหรับบริการ เพียงพอในการให้บริการ ร้อยละ 98.7 มีกายอุปกรณ์เพียงพอและการยืมกายอุปกรณ์ ร้อยละ 91.7 มีระบบสนับสนุนการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ในกรณีผู้สูงอายุไม่สามารถเดินทางมาที่โรงพยาบาลได้ร้อยละ 47.8 มีการให้บริการผ่านระบบออนไลน์โดยไม่ต้องมาโรงพยาบาล ร้อยละ 3.5 ตามลำดับ

4.2.6 ขั้นตอนการดำเนินการด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบในคลินิกผู้สูงอายุ ดังนี้

1. ดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับจังหวัด
2. ดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการในแต่ละพื้นที่ โดยแบ่งเป็น คณะกรรมการปรึกษาและขับเคลื่อนนโยบายและกำกับติดตาม ระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับอำเภอ คณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและคลินิกผู้สูงอายุ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ และคณะทำงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ พร้อมกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละคณะทำงาน

3. ดำเนินการประชุมแนวทางนโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุ โดยตั้งเป็นนโยบายสำคัญ ดำเนินการวิเคราะห์ทิศทาง นโยบาย กำหนดวิสัยทัศน์สำหรับคลินิกผู้สูงอายุ

4. ดำเนินการนิเทศตรวจราชการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เพื่อเป็นการ กำกับติดตามการดำเนินงานสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ พร้อมกันนี้ ผู้รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุดำเนินการ จัดทำรายงานประจำปี โดยการนิเทศตรวจราชการในกรณีปกติจะดำเนินการปีละ 2 รอบ คือ รอบที่ 1 (ไตรมาส 1-2) เดือนมกราคม-มีนาคม รอบที่ 2 (ไตรมาส 3-4) เดือนพฤษภาคม - สิงหาคม โดย ประเด็นการตรวจราชการหลักของคลินิกผู้สูงอายุ คือ ประเด็นที่ 6 จัดระบบบริการสุขภาพเพื่อกลุ่ม เปราะบางและพื้นที่พิเศษ อันประกอบด้วย 2 ตัวชี้วัด คือ ร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้าน ความคิดความจำได้รับการดูแลรักษา และร้อยละ 40 ของผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหว ร่างกายได้รับการดูแลรักษา

5. สร้างขวัญกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน โดยการการจัดเวทีวิชาการเพื่อยกย่องเชิดชู เกียรติ ผลงานการทำงาน การพิจารณาผลงาน R2R เพื่อเลื่อนวิทยฐานะ

“เราให้ความสำคัญกับนโยบายและระบบการดูแลผู้สูงอายุ เชียงรายเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบ สมบูรณ์แบบ ถ่ายทอดนโยบายไปสู่ รพท รพช ทุกแห่งในการดำเนินการ”

(ผู้บริหาร ระดับจังหวัด, สัมภาษณ์)

“ผู้บริหารสนับสนุนในงานสอดคล้องกับนโยบาย มีประชุม หรืออบรมพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้อง กับงานผู้สูงอายุ ถือเป็นแรงขับเคลื่อนงานอีกทาง”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 1, สัมภาษณ์)

“เราจะมีเวทีวิชาการประจำปี จะผลักดันผลงานที่ดีของ คลินิกนำเสนอใน R2R ก็เป็นการยก ย่องเชิดชูคนทำงาน หรือ เราจะพัฒนางานประจำสู่วิจัยเพื่อการเลื่อนวิทยฐานะ”

(ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพ รพ. ที่ 4, สัมภาษณ์)

“เราจะประชุมคณะกรรมการทุก 3 6 และ 9 เดือน เพื่อเป็นการนิเทศติดตามหรือมีปัญหา หน่วยงานจะสะท้อนปัญหาที่เกิดในกลุ่ม line คณะกรรมการ”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 3, สัมภาษณ์)

“สนใจผู้สูงอายุมีช่องทางผู้สูงอายุ มีแยกห้องตรวจเพื่อผู้สูงอายุ ทำให้ลดคนแออัด รอบเมิน ตะกอนรอนานจนความดันขึ้น คนนั้ก”

(ผู้สูงอายุหญิง รพ. ที่ 4, สันทนาการ)

“สนใจผู้สูงอายุและเห็นความสำคัญ ใส่ใจดีบางครั้งมีรถไปรับมาตามนัด”

(ผู้สูงอายุชาย รพ. ที่ 3, สนนากลุ่ม)

“ดีเจ้า มีคลินิกแยกหื้อเห็นใจคนเฒ่าบ่ต้องรอนานในการมาหาหมอตามนัด บางครั้งอดข้าวมาเจาะเลือดรอครึ่งเช้ากว่าจะได้เจาะ แต่ตอนนี้ปัญหาแบบนี้ไม่มีแล้ว เร็วรอบนาน”

(ผู้สูงอายุหญิง รพ. ที่ 2, สนนากลุ่ม)

“เห็นความสำคัญในวัยคนเฒ่า มีคลินิกเฉพาะให้ มีที่นั่งรอรับยาเฉพาะคนเฒ่า หรือมีช่องทางด่วน มีใบสีแดงเขียนติดเลย พอห้องยาเห็นจัดยาให้ก่อน ญาติหรือ อสม ไปรับแทนก็ได้”

(ผู้สูงอายุหญิง รพ. ที่ 1, สนนากลุ่ม)

ตารางที่ 4.17 แสดงจำนวนและร้อยละของการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย องค์ประกอบที่ 6 ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ ของกลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขที่เข้าร่วมการตอบแบบสอบถาม (n=40)

ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ	การจัดบริการ	
	ไม่มี	มี
	n (%)	n (%)
1. มีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับโรงพยาบาลดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ	0 (0)	40 (100)
2. มีนโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุเป็นนโยบายสำคัญ แผนงานโครงการสอดคล้องกับนโยบาย	0 (0)	40 (100)
3. มีการวิเคราะห์ทิศทาง นโยบายหรือกำหนดวิสัยทัศน์สำหรับคลินิกผู้สูงอายุ	0 (0)	40 (100)
4. มีการกำกับติดตามการดำเนินงานสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ	0 (0)	40 (100)
5. มีการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากร	2 (5.0)	38 (95.0)
6. มีการทบทวนการดำเนินงานและจัดทำรายงานประจำปี	7 (17.5)	33 (82.5)

ผู้บริหารโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม จำนวนทั้งสิ้น 40 คน รายงานว่า มีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับโรงพยาบาลดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ มีการดำเนินงานผู้สูงอายุเป็นนโยบายสำคัญ มีแผนงานโครงการสอดคล้องกับนโยบาย มีการวิเคราะห์ทิศทางนโยบายหรือกำหนดวิสัยทัศน์สำหรับคลินิกผู้สูงอายุ มีการกำกับติดตามการ

ดำเนินงานสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 100 มีการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากร ร้อยละ 95 มีการทบทวนการดำเนินงานและจัดทำรายงานประจำปี ร้อยละ 82.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.18 แสดงจำนวนและร้อยละของการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย องค์ประกอบที่ 6 ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ ของกลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม (n=312)

ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบของคลินิกผู้สูงอายุ	การจัดบริการ	
	ไม่มีบริการ n (%)	มีบริการ n (%)
ผู้บริหารโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญกับคลินิกผู้สูงอายุ	9 (2.9)	303 (97.1)

ผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม จำนวนทั้งสิ้น 312 คน รายงานว่า ผู้บริหารโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญกับคลินิกผู้สูงอายุ ร้อยละ 97.1

4.2.7 ขั้นตอนการดำเนินการด้านระบบสุขภาพชุมชนที่เกี่ยวข้องกับคลินิกผู้สูงอายุ ดังนี้

1. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งเสริมให้เข้าถึงการประเมินและคัดกรองสุขภาพ ความถดถอย 9 ด้านเพื่อคัดกรองความเสี่ยง การให้ความรอบรู้ การเพิ่มความความรู้ แรงจูงใจ และความสามารถของประชาชนในการเข้าถึง เข้าใจ ในการคัดกรองความถดถอย 9 ด้าน ประโยชน์ในการคัดกรอง
2. กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณเกี่ยวกับการดำเนินงานผู้สูงอายุ เช่น การได้รับสนับสนุนเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพท้องถิ่น เพื่อสร้างสรรค์โครงการกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้ประชาชนในพื้นที่ท้องถิ่น
3. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมโครงการ LTC และมีกองทุนที่ดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) บริการดูแลด้านสุขภาพต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์
4. องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจัดบริการขนส่งสาธารณะอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุ
5. ภาครัฐเครือข่ายภาคประชาชน อสม ผู้ช่วยดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver; CG) และอาสาบริบาลท้องถิ่น เป็นอีกหนึ่งกำลังในการติดตาม ฟื้นฟูสุขภาพ และดูแลต่อเนื่อง

6. โรงเรียนผู้สูงอายุและมีกิจกรรมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับสุขภาพ และแพทย์ทางเลือก และมีกิจกรรมเยี่ยมบ้าน นำของหรือร่วมเยี่ยมบ้าน

“ระบบจะดีไม่ใช่แค่สาสุข รพ/รพ.สต แต่ชุมชนก็สำคัญเพื่อช่วยกันขับเคลื่อนจะยั่งยืน”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 1, สัมภาษณ์)

“โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคือต้นน้ำที่ดี เพื่อให้เราทราบถึงกลุ่มเสี่ยงความถดถอย 9 ด้านค้นหาความเสี่ยง”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 2, สัมภาษณ์)

“อปท เป็นแหล่งงบประมาณที่คอยสนับสนุนงานทั้งด้านส่งเสริม ด้านป้องกัน จากกองทุนตำบลและกองทุน LTC”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 3, สัมภาษณ์)

“แรงขับเคลื่อนในการเยี่ยมบ้าน ติดตามคือ อสม และ CG เป็นแรงสำคัญ”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 4, สัมภาษณ์)

“ไปโรงเรียนผู้สูงอายุก็จะมีหมอมาทือความรู้สุขภาพ จะมีชั่วโมงเรียนสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พลัดเปลี่ยนกันไปทือความรู้”

(ผู้สูงอายุหญิง รพ. ที่ 4, สันทนาการ)

“การไปโรงเรียนผู้สูงอายุจะมีการออกเยี่ยมบ้าน เพื่อนเยี่ยมเพื่อน ไปเยี่ยมคนไข้ติดบ้านติดเตียง ก็จะมีหมอ อสม CG นักเรียนโรงเรียนผู้สูงอายุ พ่อหลวง เจ้าอาวาส ไปกันเป็นหมู่”

(ผู้สูงอายุหญิง รพ. ที่ 1, สันทนาการ)

“อสม จะช่วยตามหรือกระจายข่าวเมื่อใกล้ถึงนัด หรือมีข่าวสารจาก รพ หรืออนามัยก่อนจะคัดกรองในหมู่บ้าน อสม จะมา ช่างน้ำหนักวัดความดันแจกใบคัดกรอง”

(ผู้สูงอายุชาย รพ. ที่ 2, สันทนาการ)

“บ่มี อสม ก่ออดิหนา ช่วยได้หลายอย่าง”

(ผู้สูงอายุหญิง รพ. ที่ 3, สันทนาการ)

ตารางที่ 4.19 แสดงจำนวนและร้อยละของการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย
องค์ประกอบที่ 7 ด้านระบบสุขภาพชุมชน ของกลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่บุคลากร
ทางสาธารณสุขที่เข้าร่วมการตอบแบบสอบถาม (n=40)

ด้านระบบสุขภาพชุมชนที่เกี่ยวข้องกับคลินิกผู้สูงอายุ	การจัดบริการ	
	ไม่มี n (%)	มี n (%)
มี รพ.สต.ร่วมส่งเสริมให้เข้าถึงการประเมินและคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน เพื่อทราบถึงความเสี่ยง	0 (0)	40 (100)
มีภาคีเครือข่ายภาคประชาชนในการดูแลรักษาฟื้นฟูสุขภาพและดูแลต่อเนื่องผู้สูงอายุที่บ้าน (อสม /ครอบครัว /CG)	0 (0)	40 (100)
มีความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบริการ ให้บริการและอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุได้ เมื่อไปรักษา หรือ มีเหตุฉุกเฉิน	0 (0)	40 (100)
มีกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือ สนับสนุนงบประมาณเกี่ยวกับการดำเนินงานผู้สูงอายุ	7 (15.7)	33 (82.5)
มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมโครงการ LTC	9 (22.5)	31 (77.5)

ผู้บริหารโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม จำนวนทั้งสิ้น 40 คน รายงานว่า มี รพ.สต. ร่วมส่งเสริมให้เข้าถึงการประเมินและคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน เพื่อทราบถึงความเสี่ยง มีภาคีเครือข่ายภาคประชาชนในการดูแลรักษาฟื้นฟูสุขภาพและดูแลต่อเนื่อง มีภาคีเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบริการ ให้บริการและอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุได้ ร้อยละ 100 มีกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือสนับสนุนงบประมาณเกี่ยวกับการดำเนินงานผู้สูงอายุ ร้อยละ 82.5 และมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมโครงการ LTC ร้อยละ 77.5 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.20 แสดงจำนวนและร้อยละของการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงราย
องค์ประกอบที่ 7 ด้านระบบสุขภาพชุมชน ของกลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม
(n=312)

ระบบสุขภาพชุมชนที่เกี่ยวข้องกับคลินิกผู้สูงอายุ	การจัดบริการ	
	ไม่มีบริการ n (%)	มีบริการ n (%)
ชุมชนมีส่วนร่วมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการประเมินและคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน	28 (9.0)	284 (91.1)
ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา พื้นฟูสุขภาพและดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้สูงอายุ	35 (11.2)	277 (88.8)
ชุมชนมีการรณรงค์ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ	56 (17.9)	256 (82.1)
ชุมชนมีโรงเรียนผู้สูงอายุและมีกิจกรรม ที่ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมได้	79 (25.3)	233 (74.7)
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดบริการขนส่งสาธารณะอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุ	174 (55.8)	138 (44.2)
ชุมชนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่แยกตัว กลุ่มคนที่เสี่ยงต่อการอยู่อย่างโดดเดี่ยว อยู่คนเดียวออกมาร่วมกิจกรรมในชุมชน	243 (77.9)	69 (22.1)

ผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม จำนวนทั้งสิ้น 312 คน รายงานว่า ชุมชนมีส่วนร่วมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการประเมินและคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน ร้อยละ 91.1 ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา พื้นฟูสุขภาพและดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ 88.8 ชุมชนมีการรณรงค์ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ร้อยละ 82.1 ชุมชนมีโรงเรียนผู้สูงอายุและมีกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมได้ ร้อยละ 74.1 ชุมชนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่แยกตัว กลุ่มคนที่เสี่ยงต่อการอยู่อย่างโดดเดี่ยว อยู่คนเดียวออกมาร่วมกิจกรรมในชุมชน ร้อยละ 22.1 ตามลำดับ

4.3 ความต้องการการให้บริการด้านการบริการคลินิกผู้สูงอายุ

4.3.1 ความต้องการ องค์ประกอบที่ 1 การจัดการบริการคลินิกผู้สูงอายุ ของผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุข และกลุ่มผู้บริหารทั้ง 7 ด้าน ดังนี้

1. ความต้องการด้านการส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุจังหวัดเชียงรายมีความต้องการและให้มีคลินิกผู้สูงอายุที่สามารถลดระยะเวลารอคอย มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างรอพบแพทย์ เช่น กิจกรรมแนะนำการปฏิบัติตัว โภชนาการ กิจกรรมกายบริหารและออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ หรือ กิจกรรมแลกเปลี่ยนความรู้จากผู้สูงอายุต้นแบบที่ดูแลสุขภาพดี

“มีกิจกรรมแลกเปลี่ยนการอาหารการกิน การนอน การออกกำลังกาย เคล็ดลับกินข้าว ลำ ก่าหมุ่นเผาที่มามีหม้อ กี่ดีหยา แบ่งปันความรู้ และหม้อจะได้บอกว่าเป็นสิ่งถูกต้องก่อ”

(ผู้สูงอายุชาย รพ. ที่ 3, สันทนาการ)

“อยากให้อมีกิจกรรมระหว่างรอผลเลือด หลักสูตรระยะสั้น, Short Course 1 วัน เสริมจากที่หม้อให้ความรู้ ก่อนเข้าปะหม้อเวลามันสั้นไปหน่อย”

(ผู้สูงอายุหญิง รพ. ที่ 4, สันทนาการ)

ตารางที่ 4.21 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการองค์ประกอบการจัดบริการบริคลินิผู้สูงอายุ ด้านการส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มผู้สูงอายุสุขที่ตอบแบบสอบถาม (n=312)

การจัดการบริการในคลินิกผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	SD	ระดับความต้องการ
ด้านการส่งเสริมสุขภาพ			
เจ้าหน้าที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน เช่น โภชนาการ อาหาร การออกกำลังกาย	3.79	0.635	มาก
เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทานยา สรรพคุณของยา	3.69	0.653	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.21 กลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามมีความต้องการต่อองค์ประกอบการจัดบริการบริคลินิผู้สูงอายุด้านส่งเสริมสุขภาพในระดับมาก คือ เจ้าหน้าที่ให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตน เช่น โภชนาการอาหาร การออกกำลังกาย (ค่าเฉลี่ย = 3.79 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.635)

และเจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการทานยา สรรพคุณของยา (ค่าเฉลี่ย = 3.69 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.653) ตามลำดับ

ในขณะที่เจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขผู้ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้บริหารมีความต้องการให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม และภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

“ความเสี่ยงบางประเด็นถ้าส่งเสริมสุขภาพ ดี เร็ว ก็ลดการเกิดโรคได้ เช่น พลัดตกหกล้ม และสมองเสื่อม”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 3, สัมภาษณ์)

ตารางที่ 4.22 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ องค์ประกอบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ด้านส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุข และผู้บริหารที่ตอบแบบสอบถาม (n=40)

การจัดบริการในคลินิกผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	SD	ระดับความต้องการ
ด้านส่งเสริมสุขภาพ			
มีโปรแกรม/กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ	4.78	0.780	มากที่สุด
มีโปรแกรม/กิจกรรมส่งเสริมป้องกันการพลัดตกหกล้ม	4.63	0.628	มากที่สุด
มีโปรแกรม/กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพการทำหน้าที่ด้านร่างกายและสติปัญญา	4.51	0.776	มากที่สุด
มีโปรแกรม/กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพการใช้ยาอย่างปลอดภัย	4.42	0.903	มาก
มีโปรแกรม/กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก	4.03	0.891	มาก

จากตารางที่ 4.23 กลุ่มเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุข และผู้บริหารที่ตอบแบบสอบถามมีความต้องการองค์ประกอบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุด้านส่งเสริมสุขภาพ มากที่สุด คือ โปรแกรม/กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการ (ค่าเฉลี่ย = 4.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.780) โปรแกรม/กิจกรรมส่งเสริมป้องกันการพลัดตกหกล้ม (ค่าเฉลี่ย = 4.63 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.628) โปรแกรม/กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพการทำหน้าที่ด้านร่างกายและสติปัญญา (ค่าเฉลี่ย = 4.51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.776) รองลงมาในระดับมากคือ โปรแกรม/กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพการใช้ยาอย่างปลอดภัย (ค่าเฉลี่ย = 4.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.903) และ

โปรแกรม/กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก (ค่าเฉลี่ย = 4.03 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.891) ตามลำดับ

2. ความต้องการด้านการป้องกันโรค

ผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุจังหวัดเชียงรายมีความต้องการให้มีการตรวจคัดกรองป้องกันโรคที่หรือค้นหาความเสี่ยงในการเกิดโรคในผู้สูงอายุ เช่น ตรวจคัดกรองการมองเห็น ข้อเข่าเสื่อม พลัดตกหกล้ม เพื่อให้ทราบและนำไปสู่การรักษาได้ทันเวลา ไม่เกิดเป็นปัญหาสุขภาพต่อไปในอนาคต

“การคัดกรองเป็นสิ่งที่ดี ช่วยป้องกันโรค เพื่อให้ได้รับการรักษาต่อไป”

(ผู้สูงอายุหญิง รพ. ที่ 4, สันทนากลุ่ม)

ตารางที่ 4.23 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ องค์ประกอบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ด้านการป้องกันโรคของกลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม (n=312)

การจัดบริการในคลินิกผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	SD	ระดับความต้องการ
ด้านการป้องกันโรค			
คลินิกเชิงรุกบริการ คัดกรองในชุมชน	3.14	0.793	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.23 กลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามมีความต้องการ องค์ประกอบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุด้านป้องกัน ในระดับปานกลาง คือ คลินิกเชิงรุกบริการ คัดกรองในชุมชน (ค่าเฉลี่ย = 3.14 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.793) ตามลำดับ

ในขณะที่เจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขผู้ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุและกลุ่มผู้บริหารมีความต้องการ ให้มีบริการคัดกรองการมองเห็นมากที่สุด

“ตั้งแต่มีคัดกรอง 9 ด้าน การมองเห็นเป็นเรื่องที่พบความเสี่ยงมาก กลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 4, สัมภาษณ์)

ตารางที่ 4.24 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ องค์ประกอบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ด้านป้องกันโรคของกลุ่มเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุข และผู้บริหารที่ตอบแบบสอบถาม (n=40)

การจัดบริการในคลินิกผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	SD	ระดับความต้องการ
ด้านการป้องกันโรค			
บริการคัดกรอง(Barthel Activities of Daily Living : ADL)	4.65	0.652	มากที่สุด
บริการคัดกรองความดันโลหิต และระดับน้ำตาล (FBS)	3.95	0.221	มาก
บริการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย	3.78	0.423	มาก
บริการคัดกรองภาวะเปราะบางด้วย <i>FRAIL</i> questionnaire หรือ <i>Clinical Frailty Scale</i> (CFS)	3.75	0.439	มาก
บริการคัดกรองการนอนหลับ	3.60	0.591	มาก
บริการคัดกรองการโภชนาการ/ภาวะขาดสารอาหาร	3.50	0.639	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.24 กลุ่มเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุข และผู้บริหารที่ตอบแบบสอบถามมีความต้องการ องค์ประกอบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุด้านป้องกันโรค ในระดับมากที่สุด คือ บริการคัดกรอง(Barthel Activities of Daily Living : ADL) (ค่าเฉลี่ย = 4.65 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.652) ในระดับมาก คือ มีบริการคัดกรองความดันโลหิต และระดับน้ำตาล (ค่าเฉลี่ย = 3.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.221) บริการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย(ค่าเฉลี่ย = 3.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.423) บริการคัดกรองการนอนหลับ (ค่าเฉลี่ย = 3.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.591) และระดับปานกลาง คือ บริการคัดกรองการโภชนาการ/ภาวะขาดสารอาหาร (ค่าเฉลี่ย = 3.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.639)

3. ความต้องการด้านการบำบัดรักษา

ผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุจังหวัดเชียงรายมีความต้องการ ให้มีการบริการผู้สูงอายุแบบ One Stop Service เจ้าหน้าที่สหวิชาชีพให้บริการในพื้นที่เดียวกัน เพื่อความรวดเร็ว ลดเวลารอคอยของผู้สูงอายุ

“ไปจุดเดียว ดำเนินการรักษาปะหมอ ได้กลับบ้านไวรอบ่นาน คือสิ่งที่ผู้สูงอายุปรารถนา”

(ผู้สูงอายุหญิง รพ. ที่ 2, สันทนากลุ่ม)

ตารางที่ 4.25 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ องค์ประกอบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ด้านการบำบัดรักษา ของกลุ่มผู้สูงอายุแบบสอบถาม (n=312)

การจัดบริการในคลินิกผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	SD	ระดับความต้องการ
ด้านการบำบัดรักษา			
จุด/ช่องให้บริการมีความเหมาะสมและเข้าถึงได้สะดวก	4.26	0.696	มาก
สถานบริการมีช่องทางบริการผู้สูงอายุแบบจุดเดียวครบวงจรไม่ต้องไปหลายแผนก/ช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ	4.15	0.680	มาก
การแจ้งให้ทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล เช่น เจาะเลือด ฉีดยา เป็นต้น	4.06	0.710	มาก
เจ้าหน้าที่แจ้งขั้นตอนและเงื่อนไขการให้บริการชัดเจน	3.85	0.409	มาก
เจ้าหน้าที่ยิ้มแย้ม แสดงกิริยาที่สุภาพนอบน้อม วาจาไพเราะขณะติดต่อรักษา และดูแล	3.80	0.519	มาก
รูปแบบการจัดบริการที่หลากหลาย	3.78	0.527	มาก
เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการรักษาและการนัดในครั้งต่อไป	3.74	0.593	มาก
รับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ / อสม	3.56	1.009	มาก
การส่ง/รับยาทางไปรษณีย์	2.80	1.347	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.25 กลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามมีความต้องการ องค์ประกอบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุด้านบำบัดรักษา ในระดับมาก คือ จุดและช่องให้บริการมีความเหมาะสมและเข้าถึงได้สะดวก (ค่าเฉลี่ย = 4.26 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.696) สถานบริการมีช่องทางบริการผู้สูงอายุแบบจุดเดียวครบวงจรไม่ต้องไปหลายแผนก/ช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย = 4.15 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.680) การแจ้งให้ทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล เช่น เจาะเลือด ฉีดยา เป็นต้น (ค่าเฉลี่ย = 4.06 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.710) เจ้าหน้าที่แจ้งขั้นตอนและเงื่อนไขการให้บริการชัดเจน (ค่าเฉลี่ย = 3.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.409) เจ้าหน้าที่ยิ้มแย้ม แสดงกิริยาที่สุภาพนอบน้อม วาจาไพเราะขณะติดต่อ รักษา และดูแล (ค่าเฉลี่ย = 3.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.519) รูปแบบการจัดบริการที่หลากหลาย (ค่าเฉลี่ย = 3.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.527) เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการรักษาและการนัดในครั้งต่อไป (ค่าเฉลี่ย = 3.74 ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน = 0.593) ในระดับปานกลาง คือ การส่ง/รับยาทางไปรษณีย์ (ค่าเฉลี่ย = 2.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.347)

ในขณะที่เจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขผู้ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุและกลุ่มผู้บริหารมีความต้องการ ให้มีระบบแนวทางรักษาภายในและภายนอกโรงพยาบาล บริการผู้สูงอายุแบบ One Stop Service เกณฑ์การประเมินประเภผู้ป่วย IMC LTC หรือ palliative care เพื่อเชื่อมโยงไปยังสถานชีวาภิบาลและการส่งรับยาทางไปรษณีย์เพื่อลดระยะเวลารอคอยและความแออัดในโรงพยาบาล

“การมีระบบ หรือแนวทาง CPG สำหรับการรักษาในโรคต่าง ๆ เกณฑ์ต่าง ๆ ทั้งระหว่างแผนกในโรงพยาบาล หรือ ต่างหน่วยงาน จะทำให้การทำงานไปในทิศทางเดียวกัน ลดความผิดพลาด”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 1, สัมภาษณ์)

“โรงพยาบาลเรามีบริการส่งยาที่บ้านเลย ตรวจเสร็จกลับบ้านได้ไม่ต้องรอลยา เป็นความต้องการและหวัง เรามองว่าลดความแออัด ลดการรอคอย แต่อาจจะไม่ตรงใจผู้สูงอายุ”

(ผู้บริหาร รพ. ที่ 2, สัมภาษณ์)

ตารางที่ 4.26 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ องค์ประกอบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ด้านการบำบัดรักษาของกลุ่มเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุข และผู้บริหารที่ตอบแบบสอบถาม (n=40)

การจัดบริการในคลินิกผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	SD	ระดับความต้องการ
ด้านการบำบัดรักษา			
มีระบบแนวทางรักษาภายใน โรงพยาบาลระหว่างแผนก	3.88	0.335	มาก
มีระบบแนวทางรักษาภายนอก โรงพยาบาล (โรงพยาบาลในเครือข่าย)	3.82	0.385	มาก
สถานบริการมีช่องทางบริการผู้สูงอายุแบบ One Stop Service สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน/ช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ	3.82	0.385	มาก
มีเกณฑ์การประเมินประเภผู้ป่วย IMC LTC หรือ palliative care เพื่อเชื่อมโยงไปยังสถานชีวาภิบาล	3.62	0.628	มาก
การส่งรับยาทางไปรษณีย์เพื่อลดระยะเวลารอคอยและความแออัดใน	3.50	0.751	ปานกลาง
รูปแบบการจัดบริการที่หลากหลาย การออกให้บริการเคลื่อนที่	2.50	0.764	น้อย

จากตารางที่ 4.26 กลุ่มเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุข และผู้บริหารที่ตอบแบบสอบถามมีความต้องการ องค์ประกอบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุด้านบำบัดรักษา ในระดับมาก คือ ระบบแนวทางรักษาภายใน โรงพยาบาลระหว่างแผนก (ค่าเฉลี่ย = 3.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.355) ระบบแนวทางรักษาภายนอก โรงพยาบาล โรงพยาบาลในเครือข่าย (ค่าเฉลี่ย = 3.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.385) สถานบริการมีช่องทางบริการผู้สูงอายุแบบ One Stop Service สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน/ช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย = 3.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.385) เกณฑ์การประเมินประเภทผู้ป่วย IMC LTC หรือ palliative care เพื่อเชื่อมโยงไปยังสถานชีวาภิบาล (ค่าเฉลี่ย = 3.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.628) ในระดับปานกลาง คือ การส่งรับยาทางไปรษณีย์เพื่อลดระยะเวลารอคอยและความแออัดใน (ค่าเฉลี่ย = 3.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.464) ในระดับน้อย คือ รูปแบบการจัดบริการที่หลากหลาย การออกให้บริการเคลื่อนที่ (ค่าเฉลี่ย = 2.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.764) ตามลำดับ

4. ความต้องการฟื้นฟูสุขภาพ

ผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุจังหวัดเชียงรายมีความต้องการ ให้มีการฟื้นฟูสุขภาพ ในปัญหาสุขภาพที่อาจส่งผลให้เกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยการดูแลและการฟื้นฟูมีความจำเป็น เพื่อช่วยในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น

“ทำบริหารเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ มีส่วนช่วยไม่ให้ล้มได้ หมอเปิ้ลสอนท่าง่าย ๆ นั่งดูทีวีก็ทำได้ ไม่มีอุปสรรค”

(ผู้สูงอายุชาย รพ. ที่ 2, สันทนากลุ่ม)

ในขณะที่เจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขผู้ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุและกลุ่มผู้บริหารมีความต้องการ ให้มีกิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพป้องกันการพลัดตกหกล้ม และสมองเสื่อม

“สมองเสื่อมและป้องกันการพลัดตกหกล้ม เป็นประเด็นหลักเป็นธงในการดำเนินงาน เป็นตัวชี้วัด กิจกรรมฟื้นฟูจึงเน้นย้ำในสองประเด็นนี้”

(ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพ รพ. ที่ 3, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“เราสอดแทรกทั้งการให้ความรู้และทักษะหรือวิธีการฟื้นฟูสมองเสื่อมตั้งแต่ใน รร ผู้สูงอายุ”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 4, สัมภาษณ์เชิงลึก)

ตารางที่ 4.27 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ องค์ประกอบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ของกลุ่มเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุข และผู้บริหารที่ตอบแบบสอบถาม (n=40)

การจัดบริการในคลินิกผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	SD	ระดับความต้องการ
ด้านการฟื้นฟูสุขภาพ			
มีโปรแกรม/กิจกรรมฟื้นฟู ป้องกันสมองเสื่อม	3.70	0.464	มาก
มีโปรแกรม/กิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพป้องกันการพลัดตกหกล้มและข้อเข่าเสื่อม	3.65	0.580	มาก

จากตารางที่ 4.27 กลุ่มเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุข และผู้บริหารที่ตอบแบบสอบถามมีความต้องการ การองค์ประกอบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุด้านบำบัดรักษา ในระดับมาก คือ โปรแกรม/กิจกรรมฟื้นฟู ป้องกันสมองเสื่อม (ค่าเฉลี่ย = 3.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.464) และโปรแกรม/กิจกรรมฟื้นฟูสุขภาพป้องกันการพลัดตกหกล้มและข้อเข่าเสื่อม (ค่าเฉลี่ย = 3.65 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.580) ตามลำดับ

5. ความต้องการด้านการส่งต่อ

ผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุจังหวัดเชียงรายมีความต้องการให้มีการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพจากการคัดกรอง หรือเจ็บป่วย เข้ารับการรักษา เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการบำบัดรักษา ฟื้นฟูสุขภาพตามแนวทางการรักษาในกรณีที่เกิดศัลยกรรม

“ในบางโรคที่เป็น เช่น ตาต้อ โรงพยาบาลบ้านเราไม่มีหมอตา การส่งตัวไป โรงพยาบาลเชียงรายจึงสำคัญ จะได้แก้ไขปัญหาลุขภาพ”

(ผู้สูงอายุชาย รพ. ที่ 3, สันทนากลุ่ม)

ในขณะที่เจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขผู้ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุและกลุ่มผู้บริหารมีความต้องการ ให้มีระบบแนวทางการส่งต่อภายในและนอกโรงพยาบาล การส่งต่อปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโดย Telemedicine ในโรงพยาบาลแม่ข่าย

“ต้องการระบบการส่งต่อ และติดตาม ระหว่าง ปฐมภูมิ ทุติย ตติ ที่เฝ้าต่อคนทำงาน ไม่ซ้ำซ้อน สามารถนำข้อมูลมาใช้ได้ ลดภาระหน้างาน”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 4, สัมภาษณ์)

“รพศ มีการ Telemedicine ให้ปรึกษาเคสผู้สูงอายุสงสัยโรคสมองเสื่อมก่อนส่งตัวไปรักษา และติดตามการรักษา”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 2, สัมภาษณ์)

ตารางที่ 4.28 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการองค์ประกอบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ด้านการส่งต่อ ของกลุ่มเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุข และผู้บริหารที่ตอบแบบสอบถาม (n=40)

การจัดบริการในคลินิกผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	SD	ระดับความต้องการ
ด้านการการส่งต่อ			
มีระบบแนวทางการส่งต่อภายในโรงพยาบาลระหว่างแผนก	3.85	0.362	มาก
มีแบบฟอร์มการส่งต่อ	3.82	0.385	มาก
มีระบบแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยกลับเพื่อรักษาในระบบปฐมภูมิ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ)	3.82	0.385	มาก
มีระบบแนวทางข้อมูลทะเบียนการส่งต่อ	3.80	0.405	มาก
มีระบบแนวทางการส่งต่อภายนอก ในโรงพยาบาลเครือข่าย /ระดับ (ตติยภูมิ) หรือ โรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาโรค	3.78	0.423	มาก
การส่งต่อปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโดย Telemedicine ในโรงพยาบาลเครือข่าย /โรงพยาบาลระดับ (ตติยภูมิ) หรือ โรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาโรค	3.75	0.439	มาก

จากตารางที่ 4.28 กลุ่มเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุข และผู้บริหารที่ตอบแบบสอบถามมีความต้องการ องค์ประกอบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุด้านส่งต่อ ในระดับมาก คือ ระบบแนวทางการส่งต่อภายในโรงพยาบาลระหว่างแผนก (ค่าเฉลี่ย = 3.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.362) แบบฟอร์มการส่งต่อ (ค่าเฉลี่ย = 3.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.385) ระบบแนวทางการส่งต่อผู้ป่วยกลับเพื่อรักษาในระบบปฐมภูมิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (ค่าเฉลี่ย = 3.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.385) ระบบแนวทางข้อมูลทะเบียนการส่งต่อ (ค่าเฉลี่ย = 3.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.405) ระบบแนวทางการส่งต่อภายนอก ในโรงพยาบาลเครือข่าย /ระดับ (ตติยภูมิ) หรือ โรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาโรค (ค่าเฉลี่ย = 3.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.423) การส่งต่อปรึกษาแพทย์เฉพาะทางโดย Telemedicine ในโรงพยาบาลเครือข่าย /โรงพยาบาลระดับ (ตติยภูมิ) หรือ โรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาโรค (ค่าเฉลี่ย = 3.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.439)

ภูมิ) หรือ โรงพยาบาลที่มีศักยภาพในการรักษาโรค (ค่าเฉลี่ย = 3.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.439)

5. ความต้องการด้านการติดตาม

ผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุจังหวัดเชียงรายมีความต้องการ ให้มีการติดตาม หลังการรักษา ตามติดตามในการนัดหมายมาพบแพทย์ การรับยาในนัดถัดไป และการติดตามเยี่ยม บ้าน

“คนเฒ่าบางทีลืมวันนั้น การแจ้งก่อนวันนั้น หรือการติดตามเน้นย้ำมีประโยชน์ต่อการมา รักษา ผิดนัดบ่หายสักเตื่อ หรืออาจมีผลเสีย”

(ผู้สูงอายุชาย รพ. ที่ 1, สันทนากลุ่ม)

“ต้องการอยู่นะที่หมอมายเยี่ยม จะได้เจอแนะนําคณดูแล ดูสภาพแวดล้อมบ้าน”

(ผู้สูงอายุหญิง รพ. ที่ 4, สันทนากลุ่ม)

ตารางที่ 4.29 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ องค์ประกอบการ จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ด้านการติดตาม ของกลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม (n=312)

การจัดบริการในคลินิกผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	SD	ระดับความ ต้องการ
ด้านการติดตาม			
การเยี่ยมบ้าน	3.64	0.764	มาก
นวัตกรรมช่วยผู้สูงอายุ เช่น ช่วยไม่ให้ลืมนัดหมาย	3.30	0.744	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.29 กลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามมีความต้องการ องค์ประกอบการ จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุด้านติดตาม ในระดับมาก คือ การเยี่ยมบ้าน (ค่าเฉลี่ย = 3.64 ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน = 0.764) ในระดับปานกลาง คือ นวัตกรรมช่วยผู้สูงอายุ เช่น ช่วยไม่ให้ลืมนัดหมาย (ค่าเฉลี่ย = 3.30 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.744) ตามลำดับ

ในขณะที่เจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขผู้ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุและกลุ่ม ผู้บริหารมีความต้องการ ให้มีการติดตามการนัดหมายและติดตามผู้ป่วยมาตามนัด ผู้รับบริการให้ม การรักษาต่อเนื่องเพื่อประโยชน์และประสิทธิภาพในการรักษา รวมถึงการปรับเปลี่ยนรูปแบบการ ติดตามเป็นแบบเชิงรุก

“ติดตามผู้ป่วยการที่ผู้ป่วยผิวดิน มีสาเหตุต่าง ๆ เราอาจเปลี่ยนมุมมองเป็นเชิงรุกมากขึ้น เพื่อ คนไข้ไม่ขาดการรักษา”

(ผู้บริหารสถานบริการ รพ. ที่ 1, สัมภาษณ์)

ตารางที่ 4.30 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ องค์ประกอบการ จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ด้านการติดตาม ของกลุ่มเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุข และผู้บริหารที่ตอบแบบสอบถาม (n=40)

การจัดบริการในคลินิกผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	SD	ระดับความต้องการ
ด้านการติดตาม			
มีระบบการติดตามเมื่อผู้ป่วยไม่มาตามนัดหมายการรักษา	3.80	0.405	มาก
มีเจ้าหน้าที่สหวิชาชีพร่วมเยี่ยมบ้าน	3.77	0.698	มาก
มีระบบการติดตามการนัดหมายผู้ป่วย	3.72	0.452	มาก
มีเอกสารการนัดหมายที่ชัดเจน ผู้ป่วยเข้าใจง่าย	3.72	0.452	มาก
มีระบบข้อมูลการติดตามนัดหมายผู้ป่วย	3.67	0.474	มาก
มีระบบแนวทางการเยี่ยมบ้าน	3.50	1.150	ปานกลาง
การติดตาม ด้วย Telemedicine	2.50	0.920	น้อย

จากตารางที่ 4.30 กลุ่มเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุข และผู้บริหารที่ตอบแบบสอบถามมีความต้องการ องค์ประกอบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุด้านส่งติดตาม ในระดับมาก คือ มีระบบการติดตามเมื่อผู้ป่วยไม่มาตามนัดหมายการรักษา (ค่าเฉลี่ย = 3.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.405) เจ้าหน้าที่สหวิชาชีพร่วมเยี่ยมบ้าน (ค่าเฉลี่ย = 3.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.698) ระบบการติดตามการนัดหมายผู้ป่วย (ค่าเฉลี่ย = 3.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.452) มีเอกสารการนัดหมายที่ชัดเจน ผู้ป่วยเข้าใจง่าย (ค่าเฉลี่ย = 3.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.452) ระบบข้อมูลการติดตามนัดหมายผู้ป่วย (ค่าเฉลี่ย = 3.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.474) ในระดับปานกลาง ระบบแนวทางการเยี่ยมบ้าน (ค่าเฉลี่ย = 3.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.150) ในระดับน้อย การติดตาม ด้วย Telemedicine (ค่าเฉลี่ย = 2.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.920)

6. ความต้องการด้านการประสานการบริการ

ผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุจังหวัดเชียงรายมีความต้องการ ให้สถานบริการมีช่องทางบริการผู้สูงอายุแบบจุดเดียวครบวงจรเหมาะสม สะดวก สถานที่เอื้อต่อการมารับบริการ เจ้าหน้าที่อำนวยความสะดวกตั้งแต่กักบัตรคิว จนเข้าสู่การรับบริการ

“สำหรับคนเฒ่าป๋อนานก็คือความต้องการ บางครั้งอดข้าวมาโดย”

(ผู้สูงอายุชาย รพ. ที่ 1, สนนากลุ่ม)

“อยากหื้อมีคลินิกแบบนี้ บ่ได้ไปรับยาไกลบ้าน ก็ดีละ ไปยาก บ่มีไฟไปส่ง”

(ผู้สูงอายุหญิง รพ. ที่ 2, สนนากลุ่ม)

“ต้องการการมาหาหมอแบบนี้ละ มาห้องเดียว บ่ได้ขึ้นบันได เข้าง่ายออกง่าย กว้าง ต้องการคนอุ้มวัน เนะนำ”

(ผู้สูงอายุชาย รพ. ที่ 3, สนนากลุ่ม)

“พ่อเขาเฒ่าแล้ว จะกระฉับกระเฉงเหมือนวัยรุ่นเป็นไปไม่ได้ กดบัตรระยะบ่เป็น หมอแนะนำและกดหื้อ ไปโฮงยาไทยกะเหมือนกัน หมอพยาบาลแนะนำดี”

(ผู้สูงอายุชาย รพ. ที่ 2, สนนากลุ่ม)

ตารางที่ 4.31 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการองค์ประกอบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ด้านการประสานบริการ ของผู้สูงอายุ ที่ตอบแบบสอบถาม (n=312)

การจัดบริการในคลินิกผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	SD	ระดับความต้องการ
ด้านการประสานบริการ			
การจัดสภาพแวดล้อม/อุปกรณ์ สถานที่บริการเอื้อต่อผู้สูงอายุ	3.99	0.621	มาก
มีเจ้าหน้าที่คอยแนะนำประจำจุด	3.91	0.601	มาก
การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ	2.78	1.147	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.31 กลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามมีความต้องการองค์ประกอบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุด้านติดตาม ในระดับมาก คือ การจัดสภาพแวดล้อม/อุปกรณ์ สถานที่บริการเอื้อต่อผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย = 3.99 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.621) เจ้าหน้าที่คอยแนะนำประจำจุด (ค่าเฉลี่ย = 3.91 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.601) ในระดับปานกลาง คือ การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย = 2.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.147)

ในขณะที่เจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขผู้ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุและกลุ่มผู้บริหารมีความต้องการให้มีระบบเชื่อมโยงไร้รอยต่อ การเข้าถึงบริการการสุขภาพ การจัดสภาพแวดล้อมสถานที่บริการเอื้อต่อผู้สูงอายุ

“จุดสำคัญการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุจังหวัดเชียงรายลดระยะเวลารอคอย และผู้สูงอายุได้รับการแก้ไขปัญหาด้านความเสี่ยง คัด แล้วไม่กอง”

(ผู้บริหาร ระดับจังหวัด, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“Outcome หรือผลลัพธ์ ที่เราต้องการคือ ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการ”

(ผู้บริหาร รพ. ที่ 4, สัมภาษณ์)

ตารางที่ 4.32 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ องค์ประกอบการ จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ด้านการดำเนินการประสานบริการ ของกลุ่มเจ้าหน้าที่บุคลากร ทางสาธารณสุข และผู้บริหารที่ตอบแบบสอบถาม (n=40)

การจัดบริการในคลินิกผู้สูงอายุ	$\bar{X}$	SD	ระดับความ ต้องการ
ด้านการประสานบริการ			
สถานบริการมีความเชื่อมโยงระบบบริการระดับปฐมภูมิในการให้บริการในชุมชน/ การดูแลตนเอง ตามคุณลักษณะของการ ให้บริการที่เป็นองค์รวม อย่างมีส่วนร่วมในทุกระดับ	3.82	0.385	มาก
การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ	3.82	0.385	มาก
มีจุดประชาสัมพันธ์เพื่อนำผู้ป่วย	3.82	0.385	มาก
การจัดสภาพแวดล้อม/อุปกรณ์ สถานที่บริการเอื้อต่อผู้สูงอายุ	3.72	0.425	มาก

จากตารางที่ 4.32 กลุ่มเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุข และผู้บริหารที่ตอบแบบสอบถามมีความต้องการ การองค์ประกอบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุด้านส่งติดตาม ในระดับมาก คือ สถานบริการมีความเชื่อมโยงระบบบริการระดับปฐมภูมิในการให้บริการในชุมชน/ การดูแลตนเอง ตามคุณลักษณะของการให้บริการที่เป็นองค์รวม อย่างมีส่วนร่วมในทุกระดับ (ค่าเฉลี่ย = 3.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.385) การประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ระดับ (ค่าเฉลี่ย = 3.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.385) มีจุดประชาสัมพันธ์เพื่อนำผู้ป่วย (ค่าเฉลี่ย = 3.82 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.385) การจัดสภาพแวดล้อม/อุปกรณ์ สถานที่บริการเอื้อต่อผู้สูงอายุ ผู้ป่วย (ค่าเฉลี่ย = 3.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.425)

4.3.2 ความต้องการด้านระบบสารสนเทศสาธารณสุข

ความต้องการ องค์ประกอบที่ 2 ด้านระบบสารสนเทศสาธารณสุขของผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่ บุคลากรทางสาธารณสุข และกลุ่มผู้บริหาร ดังนี้

ผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุจังหวัดเชียงรายมีความต้องการให้มีอุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ให้บริการที่มีอักษรตัวใหญ่ชัดเจนมีวิธีใช้ที่ง่าย มีการประชาสัมพันธ์คลินิกผู้สูงอายุ มีสื่อให้ความรู้และแจ้งข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่น่าสนใจระหว่างรอพบแพทย์

“ความคาดหวังของคนแก่ในการใช้เทคโนโลยี คือ ใช้งานง่ายและเข้าใจง่าย และต้องการให้ประชาสัมพันธ์คลินิก ให้เยอะ ๆ ขึ้น”

(ผู้สูงอายุหญิง รพ. ที่ 2, สันทนากลุ่ม)

“สื่อ หรือชุดความรู้ ให้ความรู้ก่อนพบแพทย์ถือเป็นการเสริมความรู้”

(ผู้สูงอายุชาย รพ. ที่ 1, สันทนากลุ่ม)

ตารางที่ 4.33 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ ด้านระบบสารสนเทศ สาธารณสุขคลินิกผู้สูงอายุของผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม (n=312)

ระบบสารสนเทศสาธารณสุข	$\bar{X}$	SD	ระดับความต้องการ
อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ให้บริการ เช่น ตู้กดบัตรคิว มีปุ่มกดและตัวอักษรขนาดใหญ่ เป็นคำแนะนำที่เข้าใจง่าย	3.96	0.889	มาก
การประชาสัมพันธ์คลินิกผู้สูงอายุ	3.72	0.714	มาก
สื่อให้ความรู้ระหว่างรอพบแพทย์ ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่น่าสนใจ และการแจ้งเตือนภัยสำหรับผู้สูงอายุ	3.64	0.708	มาก
มีการจัดทำสื่อสิ่งพิมพ์ที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ เข้าใจง่าย ชัดเจน	3.55	0.828	มาก

จากตารางที่ 4.33 กลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามมีความต้องการองค์ประกอบ ด้านระบบสารสนเทศสาธารณสุข ในระดับมาก คือ อุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ที่ให้บริการ เช่น ตู้กดบัตรคิว มีปุ่มกดและตัวอักษรขนาดใหญ่ เป็นคำแนะนำที่เข้าใจง่าย (ค่าเฉลี่ย = 3.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.889) การประชาสัมพันธ์คลินิกผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย = 3.72 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.714) สื่อให้ความรู้ระหว่างรอพบแพทย์ ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่น่าสนใจ และการแจ้งเตือนภัยสำหรับผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย = 3.64 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.708) และมีการจัดทำสื่อสิ่งพิมพ์ที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ เข้าใจง่าย ชัดเจน (ค่าเฉลี่ย = 3.55 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.828) ตามลำดับ

ในขณะที่เจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขผู้ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุและกลุ่มผู้บริหารมีความต้องการ ต่อระบบฐานข้อมูลคลินิกผู้สูงอายุที่ช่วยในการจัดเก็บ การเชื่อมโยง การส่งต่อ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อช่วยในการวางแผนและตัดสินใจเชิงนโยบาย

“อยากได้ระบบเก็บข้อมูลดี แต่แรกการนิเทศติดตามผลงานก็จะง่าย”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 1, สัมภาษณ์)

“ต้องการในการพัฒนา เพราะฐานข้อมูลคือใจกลางหลักเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อขับเคลื่อน นโยบายไปได้”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 2, สัมภาษณ์)

“ต้องการในระบบไอทีช่วยลดภาระงาน การจัดเก็บข้อมูล”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 3, สัมภาษณ์)

“ต้องการระบบส่งต่อข้อมูลการรักษา-ส่งต่อ ที่เชื่อมโยง ระหว่างปฐมภูมิและทุติยภูมิ ต้องพัฒนาอีก

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 4, สัมภาษณ์)

ตารางที่ 4.34 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ องค์ประกอบด้านระบบสารสนเทศสาธารณสุข คลินิกผู้สูงอายุของของกลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขที่ตอบแบบสอบถาม (n=40)

ด้านระบบสารสนเทศสาธารณสุข	$\bar{X}$	SD	ระดับความต้องการ
มีการประชุมพัฒนาระบบข้อมูล	4.51	0.548	มากที่สุด
มีระบบหรือโปรแกรมในการรับส่งต่อข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ	3.92	0.267	มาก
รายบุคคล เชื่อมโยงจาก โรงพยาบาลสต ลูกข่าย ไปยัง โรงพยาบาลแม่ข่าย			
มีการบันทึกข้อมูล (ICD9/ICD10)	3.92	0.267	มาก
มีการส่งต่อข้อมูลการรักษา-ส่งต่อ	3.92	0.267	มาก
มีช่องทางติดต่อและแพร่กระจายข่าวสารทางสุขภาพสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ	3.92	0.267	มาก
มีการวางระบบการเชื่อมโยงข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต	3.92	0.267	มาก
มีการนิเทศติดตามระบบข้อมูล	3.83	0.385	มาก

ตารางที่ 4.34 (ต่อ)

ด้านระบบสารสนเทศสาธารณสุข	$\bar{X}$	SD	ระดับความ ต้องการ
มีระบบป้องกัน Cyber Security ใน โรงพยาบาล	3.83	0.385	มาก
มีระบบหรือโปรแกรมสำหรับบันทึกข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ	3.83	0.385	มาก
รายบุคคลในระบบอิเล็กทรอนิกส์ภายใน โรงพยาบาล			
มีคณะกรรมการดูแลระบบข้อมูล	3.82	0.385	มาก
มีระบบฐานข้อมูลการติดตามนัด	3.82	0.385	มาก
มีเจ้าหน้าที่จัดทำระบบข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา	3.68	0.474	มาก
มีการวิเคราะห์ข้อมูล ค้นข้อมูลให้เครือข่าย	3.68	0.474	มาก

จากตารางที่ 4.34 กลุ่มเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุข และผู้บริหารที่ตอบแบบสอบถาม มีความต้องการองค์ประกอบด้านระบบสารสนเทศสาธารณสุข ในระดับมากที่สุด คือ การประชุม พัฒนาระบบข้อมูล (ค่าเฉลี่ย = 4.51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.548) ในระดับปานกลาง คือ มีระบบ หรือโปรแกรมในการรับส่งต่อข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคล เชื่อมโยงจาก โรงพยาบาลลูกข่าย ไปยังโรงพยาบาลแม่ข่าย (ค่าเฉลี่ย = 3.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.267) มีการบันทึกข้อมูล (ICD9/ICD10) (ค่าเฉลี่ย = 3.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.267) มีการส่งต่อข้อมูลการรักษา-ส่งต่อ (ค่าเฉลี่ย = 3.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.267) มีช่องทางติดต่อและแพร่กระจายข่าวสารทาง สุขภาพสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย = 3.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.267) การวางระบบการ เชื่อมโยงข้อมูลทางอินเทอร์เน็ต (ค่าเฉลี่ย = 3.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.267) การนิเทศติดตาม ระบบข้อมูล (ค่าเฉลี่ย = 3.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.385) ระบบป้องกัน Cyber Security ใน โรงพยาบาล (ค่าเฉลี่ย = 3.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.385) ระบบหรือโปรแกรมสำหรับบันทึก ข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุรายบุคคลในระบบอิเล็กทรอนิกส์ภายใน โรงพยาบาล (ค่าเฉลี่ย = 3.83 ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.385) คณะกรรมการดูแลระบบข้อมูล โรงพยาบาล (ค่าเฉลี่ย = 3.82 ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.384) มีระบบฐานข้อมูลการติดตามนัด (ค่าเฉลี่ย = 3.82 ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน = 0.384) เจ้าหน้าที่จัดทำระบบข้อมูลให้ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา (ค่าเฉลี่ย = 3.68 ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.474) การวิเคราะห์ข้อมูล ค้นข้อมูลให้เครือข่าย (ค่าเฉลี่ย = 3.68 ส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.474) ตามลำดับ

4.3.3 ความต้องการด้านกำลังคนด้านสุขภาพ

ความต้องการ องค์ประกอบที่ 3 ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุข และกลุ่มผู้บริหาร ดังนี้

ผู้สูงอายุรับบริการในคลินิกผู้สูงอายุจังหวัดเชียงรายมีความต้องการ มีแพทย์สำหรับคลินิกผู้สูงอายุ นักจิตวิทยาสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ และบุคลากรสหวิชาชีพที่เพียงพอในการให้บริการ

“ความต้องการของคนเฒ่าคงไม่หนีไปจากคำว่ารอนาน แต่ โรงพยาบาล บ้านเราก็ดำเนินการเราต้องการหมอ”

(ผู้สูงอายุหญิง รพ. ที่ 1, สนนากลุ่ม)

“ต้องการและหวังว่าจะมีหมอตาหมอเฉพาะทางมาออกหน่วย หรือมาประจำอยู่ โรงพยาบาลนาน ๆ”

(ผู้สูงอายุชาย รพ. ที่ 2, สนนากลุ่ม)

“หวังความเพียงพอเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการไม่รอนาน งานหมอไม่หนัก บางทีข้าวก็ไม่ได้กิน.

(ผู้สูงอายุชาย รพ. ที่ 4, สนนากลุ่ม)

ตารางที่ 4.35 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ การจัดบริการด้านกำลังคน คลินิกผู้สูงอายุของผู้สูงอายุ ที่ตอบแบบสอบถาม (n=312)

ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับความต้องการ
แพทย์สำหรับคลินิกผู้สูงอายุ	4.59	0.552	มากที่สุด
นักจิตวิทยาสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ	4.58	0.572	มากที่สุด
เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ	4.25	0.672	มาก
นักกายภาพบำบัดสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ	4.21	0.496	มาก
พยาบาลสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ	4.00	0.461	มาก
บุคลากรมีความเพียงพอในการให้บริการ	3.98	0.434	มาก
แพทย์แผนไทยสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ	3.91	0.506	มาก

จากตารางที่ 4.35 กลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามมีความต้องการ องค์ประกอบด้านกำลังคนด้านสุขภาพ ในระดับมากที่สุด คือ แพทย์สำหรับคลินิกผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย = 4.59 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.552) นักจิตวิทยาสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย = 4.58 ส่วนเบี่ยงเบน

มาตรฐาน = 0.572) ในระดับมาก คือ เจ้าหน้าที่ช่วยเหลือสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย = 4.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.672) นักกายภาพบำบัดสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย = 4.21 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.496) พยาบาลสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย = 4.00 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.461) และแพทย์แผนไทยสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย = 3.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.506) ตามลำดับ

ในขณะที่เจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขผู้ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุและกลุ่มผู้บริหารมีความต้องการให้มีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านการดูแลผู้สูงอายุ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และพยาบาลผู้สูงอายุ ทั้งนี้ จำเป็นต้องมีการวางแผนอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ให้เพียงพอ เพื่อแก้ไขปัญหาการคงอยู่หรือลาออกของบุคลากรทางการแพทย์ รวมถึงแผนพัฒนาสมรรถนะวิชาชีพของบุคลากร

“นโยบาย เน้นนำ ผู้บริหารรับทราบถึงอัตรากำลัง และวางแผนเสมอ”

(ผู้บริหารสถานบริการสุขภาพ รพ. ที่ 1, สัมภาษณ์)

“มีความต้องการในอัตรากำลังที่เพิ่มขึ้น ขาดแคลนพยาบาล”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 2, สัมภาษณ์)

“ต้องการหมอเวชศาสตร์ครอบครัว หรือแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 3, สัมภาษณ์)

“การคงอยู่หรือลาออกจากระบบสุขภาพภาครัฐของแพทย์จบใหม่ แพทย์มีภาระงานที่หนัก และทำงานติดต่อกันหลายชั่วโมง ความคาดหวังในอัตรากำลังแพทย์”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 4, สัมภาษณ์)

“การถ่ายโอนภารกิจทำให้มีการโยกย้ายเจ้าหน้าที่ เจ้าหน้าที่ใหม่ ต้องการมีกระบวนการ KM ร่วมกันบ่อยขึ้น การประชุมเครือข่าย”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 3, สัมภาษณ์)

“การที่ผู้บริหารอนุญาตให้ไปประชุมพัฒนาศักยภาพ เรียน เป็นการพัฒนา ทบทวนทักษะ”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 2, สัมภาษณ์)

ตารางที่ 4.36 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ จัดบริการด้านกำลังคน ด้านสุขภาพ คลินิกผู้สูงอายุของของของกลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่บุคลากรทาง สาธารณสุขที่ตอบแบบสอบถาม (n=40)

ด้านกำลังคนด้านสุขภาพ	$\bar{X}$	SD	ระดับความ ต้องการ
ผู้จัดการประสานงานคลินิกผู้สูงอายุ (Aging Coordinator) ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพคลินิกผู้สูงอายุร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ	4.58	0.549	มากที่สุด
มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ /แพทย์เฉพาะทาง	4.51	0.747	มากที่สุด
มีพยาบาลวิชาชีพ/ พยาบาลวิชาชีพผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ อย่างน้อย 4 เดือนขึ้นไป หรือปริญญาโท (ด้านผู้สูงอายุ)	4.23	0.530	มาก
มีการวิเคราะห์ อัตรากำลัง และจัดสรรอัตรากำลังในคลินิกผู้สูงอายุ	3.90	0.304	มาก
มีคณะกรรมการที่ทำหน้าที่พัฒนา จัดสรร ฝึกอบรมบุคลากรสหสาขาวิชาชีพอื่นๆ (นักสาธารณสุข/กายภาพบำบัด/นักโภชนาการ/ทันตภิบาล/เภสัชกร/แพทย์แผนไทย/นักจิตวิทยา	3.82	0.385	มาก
มีการสร้างขบวนการเรียนรู้โดยใช้ KM ระหว่างโรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และชุมชน	3.75	0.840	มาก
มีการกำหนดสมรรถนะบุคลากรในการปฏิบัติงานคลินิกผู้สูงอายุ	3.70	0.516	มาก
มีการประชุมวิเคราะห์ ทบทวน วางแผนพัฒนากำลังคนอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง	3.68	0.572	มาก
มีการจัดทำแผนพัฒนาทักษะบุคลากรสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ	3.68	0.572	มาก
มีการจัดทำแผนพัฒนาทักษะบุคลากรสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ	3.51	0.648	มาก

จากตารางที่ 4.36 กลุ่มเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุข และผู้บริหารที่ตอบแบบสอบถาม มีความต้องการขององค์ประกอบด้านกำลังคนด้านสุขภาพ ในระดับมากที่สุด คือ มีผู้จัดการประสานงานคลินิกผู้สูงอายุ (Aging Coordinator) ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพคลินิกผู้สูงอายุร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (ค่าเฉลี่ย = 4.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.549) และมีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ /แพทย์เฉพาะทาง (ค่าเฉลี่ย = 4.51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.747) ในระดับมาก คือ มีพยาบาลวิชาชีพ/ พยาบาลวิชาชีพผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ อย่างน้อย 4 เดือนขึ้นไป หรือปริญญาโท (ด้านผู้สูงอายุ) (ค่าเฉลี่ย = 4.23

ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.530) ในระดับปานกลาง คือ มีการวิเคราะห์ อัตรากำลัง และจัดสรร อัตรากำลังในคลินิกผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย = 3.90 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.304) มีคณะกรรมการที่ทำหน้าที่พัฒนา จัดสรร ฝึกอบรมบุคลากร (ค่าเฉลี่ย = 3.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.385) มีสหสาขาวิชาชีพอื่น ๆ (นักสาธารณสุข/กายภาพบำบัด/นักโภชนาการ/ทันตภิบาล/เภสัชกร/แพทย์แผนไทย/นักจิตวิทยา (ค่าเฉลี่ย = 3.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.840) มีการสร้างขบวนการเรียนรู้โดยใช้ KM ระหว่าง โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และชุมชน (ค่าเฉลี่ย = 3.70 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.516) มีการกำหนดสมรรถนะบุคลากรในการปฏิบัติงานคลินิกผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย = 3.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.572) มีการประชุมวิเคราะห์ ทบทวน วางแผนพัฒนากำลังคนอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (ค่าเฉลี่ย = 3.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.572) ตามลำดับ

4.3.4 ความต้องการด้านการเงินการคลังสาธารณสุข

ความต้องการ องค์ประกอบที่ 4 ด้านการเงินการคลังสาธารณสุข ของผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุข และกลุ่มผู้บริหาร ดังนี้

ผู้สูงอายุรับบริการในคลินิกผู้สูงอายุจังหวัดเชียงรายมีความต้องการ ให้มีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน โดยไม่ต้องจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม

“ความคาดหวังที่ระบบสุขภาพไทย ระบบ 30 บาท ไม่เปลี่ยนเงื่อนไข เพราะดีครอบคลุม บ่ได้จ่ายตั้ง”

(ผู้สูงอายุหญิง รพ. ที่ 3, สันทนากลุ่ม)

“ระบบสุขภาพบ้านเรา ดี ฟรี ต้องการหือเป็นแบบนี้ เทียบกะเมืองนอกจะปะหมอได้”

(ผู้สูงอายุหญิง รพ. ที่ 3, สันทนากลุ่ม)

ตารางที่ 4.37 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ การจัดการบริการด้านการเงินการคลังสาธารณสุข คลินิกผู้สูงอายุ ของกลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม (n=312)

ด้านการเงินการคลังสาธารณสุข	$\bar{X}$	SD	ระดับความต้องการ
ระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน โดยผู้สูงอายุไม่ต้องจ่ายเงินเอง	3.84	0.677	มาก

จากตารางที่ 4.37 กลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามมีความต้องการองค์ประกอบด้านการเงิน การคลังสาธารณสุข ในระดับมาก คือ ระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน โดยผู้สูงอายุ ไม่ต้องจ่ายเงินเอง (ค่าเฉลี่ย = 3.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.677)

ในขณะที่เจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขผู้ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุและกลุ่มผู้บริหารมีความต้องการให้มีระบบประกันสุขภาพแก่ผู้สูงอายุทุกคน รวมถึงผู้ที่มีปัญหาเรื่องสิทธิ และการจัดสรรงบประมาณสำหรับคลินิกผู้สูงอายุอย่างพอเพียง

“ความคาดหวังด้านระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคนที่มีปัญหาทางสถานะ สิทธิ”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 2, สัมภาษณ์)

“จัดสรรงบประมาณสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ ความต้องการในการเขียนโครงการของบ เพียงพอ”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 2, สัมภาษณ์)

ตารางที่ 4.38 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการการจัดบริการด้านการเงินการคลังสาธารณสุข คลินิกผู้สูงอายุของของกลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ บุคลากรทางสาธารณสุขที่ตอบแบบสอบถาม (n=40)

ด้านการเงินการคลังสาธารณสุข	$\bar{X}$	SD	ระดับความต้องการ
มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ เช่น ค่ายา ค่าวัสดุ ค่าบริการทางการแพทย์ งบประมาณการส่งต่อ งบประมาณการพัฒนาหน่วยบริการ งบประมาณด้านบุคลากร	3.62	0.540	มาก
มีการประชุมติดตามงบประมาณ ทบทวนกฎระเบียบ สรรวจและจัดทำบัญชีสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ	3.53	0.506	มาก
มีคณะกรรมการกำหนดคุณลักษณะ กำหนดราคา	3.35	0.533	ปานกลาง
มีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน โดยผู้สูงอายุไม่ต้องจ่ายเงินเอง	3.25	0.707	ปานกลาง
มีคณะกรรมการจัดซื้อด้านเวชภัณฑ์	3.18	0.549	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.38 กลุ่มเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุข และผู้บริหารที่ตอบแบบสอบถาม มีความต้องการ ต่อองค์ประกอบด้านการเงินการคลังสาธารณสุข ในระดับมาก คือ มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ เช่น ค่ายา ค่าวัสดุ ค่าบริการทางการแพทย์ งบประมาณการส่งต่อ งบประมาณการพัฒนาหน่วยบริการ งบประมาณด้านบุคลากร (ค่าเฉลี่ย = 3.84 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.677) มีการประชุมติดตามงบประมาณ ทบทวนกฎระเบียบ สรรวจและจัดทำบัญชียา สำหรับคลินิกผู้สูงอายุ บุคลากร (ค่าเฉลี่ย = 3.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.506) ระดับปานกลาง คือ มีคณะกรรมการกำหนดคุณลักษณะ กำหนดราคา (ค่าเฉลี่ย = 3.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.533) มีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคนโดยผู้สูงอายุไม่ต้องจ่ายเงินเอง (ค่าเฉลี่ย = 3.25 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.707) และมีคณะกรรมการจัดซื้อด้านเวชภัณฑ์ (ค่าเฉลี่ย = 3.18 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.549) ตามลำดับ

4.3.5 ความต้องการด้านการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น

ความต้องการ องค์ประกอบที่ 5 ด้านเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็นของผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุข และกลุ่มผู้บริหาร ดังนี้

ผู้สูงอายุรับบริการในคลินิกผู้สูงอายุจังหวัดเชียงรายมีความต้องการ ให้มีเวชภัณฑ์ ยาแผนปัจจุบัน ยาแพทย์ทางเลือก เครื่องมือสำหรับบริการเพียงพอในการให้บริการ และการมีศูนย์กายอุปกรณ์เพื่อการยืมกายอุปกรณ์

“กายอุปกรณ์เพียงพอและการยืมกายอุปกรณ์ หมอโรงพยาบาล โทรประสานบอกหมออนามัยยืมให้ในศูนย์กายอุปกรณ์หรือบางอย่างเบิกจากโรงพยาบาล ได้เขาก็ให้เลย”

(ผู้สูงอายุหญิง รพ. ที่ 4, สนนากลุ่ม)

“ศูนย์กายอุปกรณ์ในอนามัยมีการเขียนใบยืม การค่ามัดจำ เมื่อคืนเราจะได้เงินคืน หวังให้ทุกคนรักษาของเพราะใช้ส่วนรวม”

(ผู้สูงอายุชาย รพ. ที่ 1, สนนากลุ่ม)

ตารางที่ 4.39 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการการจัดบริการด้านการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น คลินิกผู้สูงอายุของของกลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม (n=312)

ด้านการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น	$\bar{X}$	SD	ระดับความต้องการ
กายอุปกรณ์เพียงพอ/การยืมกายอุปกรณ์	3.71	0.625	มาก
เวชภัณฑ์ ยา เครื่องมือสำหรับบริการ เพียงพอในการให้บริการ	3.83	0.669	มาก

ตารางที่ 4.39 (ต่อ)

ด้านการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น	$\bar{X}$	SD	ระดับความต้องการ
ระบบสนับสนุนการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ในกรณีที่สูงอายุไม่สามารถเดินทางมาที่โรงพยาบาลได้	3.54	0.870	มาก
การให้บริการผ่านระบบออนไลน์โดยไม่ต้องมาโรงพยาบาล	1.85	1.206	น้อย

จากตารางที่ 4.39 กลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามมีความต้องการ ต่อองค์ประกอบด้านการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็นในระดับมาก คือ มีเวชภัณฑ์ ยา เครื่องมือสำหรับบริการ เพียงพอในการให้บริการ (ค่าเฉลี่ย = 3.83 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.669) มีกายอุปกรณ์เพียงพอ/การยืมกายอุปกรณ์ (ค่าเฉลี่ย = 3.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.625) มีระบบสนับสนุนการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ในกรณีที่สูงอายุไม่สามารถเดินทางมาที่โรงพยาบาลได้ (ค่าเฉลี่ย = 3.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.870) ระดับน้อย คือ การให้บริการผ่านระบบออนไลน์โดยไม่ต้องมาโรงพยาบาล (ค่าเฉลี่ย = 1.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.206) ตามลำดับ

ในขณะที่เจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขผู้ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุและกลุ่มผู้บริหารมีความต้องการ ในพัฒนารูปแบบหรือระบบสนับสนุนการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ รวมถึงมีคณะกรรมการเภสัชกรรมในการบริหารจัดการ

“ต้องการพัฒนารูปแบบหรือระบบสนับสนุนการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ในกรณีที่สูงอายุไม่สามารถเดินทางมาที่โรงพยาบาลได้ คนแก่ไม่มีใครมาส่งหรือมายากมีเยอะขึ้น”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 4, สัมภาษณ์)

“Pharmacy and Therapeutic Committee, PTC สำคัญ และจำเป็นด้านการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 1, สัมภาษณ์)

ตารางที่ 4.40 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ การจัดบริการด้านการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น คลินิกผู้สูงอายุของของของกลุ่มผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขที่ตอบแบบสอบถาม (n=40)

ด้านการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น	$\bar{X}$	SD	ระดับความต้องการ
มีคณะกรรมการจัดทำบัญชีกายอุปกรณ์ และการกระจายอย่างเพียงพอ	3.85	0.362	มาก
มีการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่อง	3.75	0.494	มาก
มีระบบสนับสนุนการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ในกรณีที่สูงอายุไม่สามารถเดินทางมาที่โรงพยาบาลได้	3.58	0.501	มาก
มีคณะกรรมการจัดทำบัญชียา พิจารณานำเข้าบัญชียา กระจายยา ลดความเหลื่อมล้ำการใช้ยา	3.51	0.751	มาก
ให้บริการแบบ Teleconsultation หรือ Telemedicine	3.38	0.868	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.40 กลุ่มเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุข และผู้บริหารที่ตอบแบบสอบถามมีความต้องการ ต่อองค์ประกอบด้านการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น ในระดับมาก คือ มีคณะกรรมการจัดทำบัญชีกายอุปกรณ์ และการกระจายอย่างเพียงพอ (ค่าเฉลี่ย = 3.85 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.362) มีการประชุมคณะกรรมการเภสัชกรรมอย่างต่อเนื่อง (ค่าเฉลี่ย = 3.75 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.494) มีระบบสนับสนุนการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ในกรณีที่สูงอายุไม่สามารถเดินทางมาที่โรงพยาบาลได้ (ค่าเฉลี่ย = 3.58 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.501) มีคณะกรรมการจัดทำบัญชียา พิจารณานำเข้าบัญชียา กระจายยา ลดความเหลื่อมล้ำการใช้ยา (ค่าเฉลี่ย = 3.51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.751) ในระดับปานกลาง คือ มีการให้บริการแบบ Teleconsultation หรือ Telemedicine (ค่าเฉลี่ย = 3.38 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.868) ตามลำดับ

4.3.6 ความต้องการด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ

ความต้องการ องค์ประกอบที่ 6 ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ ของผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุข และกลุ่มผู้บริหาร ดังนี้

ผู้สูงอายุรับบริการในคลินิกผู้สูงอายุจังหวัดเชียงรายมีความต้องการ ให้ผู้บริหารโรงพยาบาล และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้ความสำคัญกับคลินิกผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และพัฒนาคุณภาพการของคลินิกต่อไป

“การจัดตั้ง คลินิกแยก ห้องแยก ที่นั่งรอสำหรับ คนเฒ่า ช่างรับยาด่วนหรือญาติรับแทน แสดงให้เห็นถึงการให้ความสำคัญ”

(ผู้สูงอายุชาย รพ. ที่ 2, สันทนากลุ่ม)

“เจ้าหน้าที่ ทั้งโรงพยาบาล อนามัย คอนเตียนย่าเมื่อใกล้นัด ใส่ใจ ติดตามให้ความสำคัญ คนแก่แล้วไปได้ไม่กี่ที่ วัด โรงพยาบาล เราจึงต้องการความใส่ใจเมื่อเจ็บป่วย”

(ผู้สูงอายุชาย รพ. ที่ 1, สันทนากลุ่ม)

ตารางที่ 4.41 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการและการจัดบริการด้าน ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ คลินิกผู้สูงอายุของของของกลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบ แบบสอบถาม (n=312)

ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ	$\bar{X}$	SD	ระดับความต้องการ
องค์ประกอบด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ			
ผู้บริหารโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญกับคลินิกผู้สูงอายุ	3.86	0.581	มาก

จากตารางที่ 4.41 กลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามมีความต้องการ องค์ประกอบด้านการเงินการคลังสาธารณสุข ในระดับมาก คือ มีผู้บริหารโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่ให้ความสำคัญกับคลินิกผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย = 3.86 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.581)

ในขณะที่เจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขผู้ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุและกลุ่มผู้บริหารมีความต้องการ ให้มีการดำเนินงานตามนโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุ มีแผนงานโครงการสอดคล้องกับนโยบาย มีการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากร และมีการผลักดันนโยบายการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุให้มีการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุข

“นโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุซึ่งมีแผนงานโครงการสอดคล้องกับนโยบาย มีงบประมาณ จัดสรรจากกรมกองส่วนกลางเพื่อสนับสนุนในการทำงาน”

(ผู้บริหาร ระดับจังหวัด, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“คาดหวังการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากรที่ใช้เวททำงานวิชาการ และการประเมินเงินเดือนเป็นสิ่งที่ทำให้บุคลากรมีกำลังใจ”

(ผู้บริหาร รพ. ที่ 3, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“ต้องการการประชุมการทบทวนการดำเนินงาน การถอดบทเรียน และจัดทำรายงานประจำปีในทุกไตรมาส และต้องมีการทบทวนคำสั่งคณะทำงานทุกปีงบประมาณ”

(ผู้บริหาร รพ. ที่ 2, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“อยากผลักดันนโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุ การคัดกรอง 9 ด้านให้มีการ ขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารณสุข”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 3, สัมภาษณ์เชิงลึก)

ตารางที่ 4.42 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการและการจัดบริการด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ คลินิกผู้สูงอายุของของกลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขที่ตอบแบบสอบถาม (n=40)

ด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ	$\bar{X}$	SD	ระดับความต้องการ
มีนโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุ แผนงานโครงการสอดคล้องกับนโยบาย	3.80	0.385	มาก
มีการทบทวนการดำเนินงานและจัดทำรายงานประจำปี	3.62	1.005	มาก
มีการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากร	3.54	1.037	มาก
มีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับโรงพยาบาลดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ	3.53	0.640	มาก
มีการวิเคราะห์ทิศทาง นโยบายหรือกำหนดวิสัยทัศน์สำหรับคลินิกผู้สูงอายุ	3.43	0.712	ปานกลาง
มีการกำกับติดตามการดำเนินงานสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ	3.33	0.764	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.42 กลุ่มเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุข และผู้บริหารที่ตอบแบบสอบถามมีความต้องการ ต่อองค์ประกอบด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ อยู่ในระดับมาก คือ มีนโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุแผนงานโครงการสอดคล้องกับนโยบาย (ค่าเฉลี่ย = 3.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.385) มีการทบทวนการดำเนินงานและจัดทำรายงานประจำปี (ค่าเฉลี่ย = 3.62 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.005) มีการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากร (ค่าเฉลี่ย = 3.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.037) มีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับโรงพยาบาลดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย = 3.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.640) ระดับปานกลาง คือ มีการวิเคราะห์ทิศทางนโยบายหรือกำหนดวิสัยทัศน์สำหรับคลินิกผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย = 3.43 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน =

0.712) มีการกำกับติดตามการดำเนินงานสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย = 3.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.764) ตามลำดับ

4.3.7 ความต้องการด้านระบบสุขภาพชุมชน

ความต้องการและ องค์ประกอบที่ 7 ด้านระบบสุขภาพชุมชน ของผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุข และกลุ่มผู้บริหาร ดังนี้

ผู้สูงอายุรับบริการในคลินิกผู้สูงอายุจังหวัดเชียงรายมีความต้องการ ให้มีความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเพื่อความยั่งยืน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเป็นเครือข่ายสำคัญ

“ต้องการให้ทุกภาคีเครือข่ายมาช่วยกันทำงานเพื่อความยั่งยืน บ้านเราเป็นสังคม ผู้สูงอายุแล้ว”

(ผู้สูงอายุหญิง รพ. ที่ 1, สันทนากลุ่ม)

“อบต เทศบาล มีความสำคัญและเป็นอีกความคาดหวังที่จะดูแลความเป็นอยู่คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ”

(ผู้สูงอายุหญิง รพ. ที่ 4, สันทนากลุ่ม)

“โรงเรียนผู้สูงอายุ/ชมรมผู้สูงอายุ เป็นความต้องการหนึ่งในการทำให้ ผู้สูงอายุเห็นคุณค่าตัวเองเป็นพื้นที่เรียนรู้และแสดงศักยภาพ ป้องกันซึมเศร้า สมองเสื่อม พบปะเพื่อเก่า”

(ผู้สูงอายุหญิง รพ. ที่ 3, สันทนากลุ่ม)

“คนละด้านจนเจอกันไป ชุมชน อบต เทศบาลเป็นแหล่งทุนที่สนับสนุนสาธุได้”

(ผู้สูงอายุหญิง รพ. ที่ 2, สันทนากลุ่ม)

ตารางที่ 4.43 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ การจัดบริการด้านระบบสุขภาพชุมชน คลินิกผู้สูงอายุของของกลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถาม (n=312)

ด้านระบบสุขภาพชุมชน	$\bar{X}$	SD	ระดับความต้องการ
ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาฟื้นฟูสุขภาพและดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้สูงอายุ	3.95	0.862	มาก
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดบริการขนส่งสาธารณะอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุ	3.80	0.455	มาก
ชุมชนมีการรณรงค์ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ	3.69	0.619	มาก

ตารางที่ 4.43 (ต่อ)

ด้านระบบสุขภาพชุมชน	$\bar{X}$	SD	ระดับความต้องการ
ชุมชนมีส่วนร่วมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการประเมินและคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน	3.61	0.672	มาก
ชุมชนมีโรงเรียนผู้สูงอายุและมีกิจกรรม ที่ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมได้	3.50	0.942	ปานกลาง
ชุมชนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่แยกตัว กลุ่มคนที่เสี่ยงต่อการอยู่อย่างโดดเดี่ยว อยู่คนเดียวออกมาร่วมกิจกรรมในชุมชน	3.29	0.864	ปานกลาง

จากตารางที่ 4.43 กลุ่มผู้สูงอายุที่ตอบแบบสอบถามมีความต้องการ องค์ประกอบด้านระบบสุขภาพชุมชน อยู่ในระดับมาก คือ ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา พื้นฟูสุขภาพและดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย = 3.95 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.862) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จัดบริการขนส่งสาธารณะอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย = 3.80 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.455) ชุมชนมีการรณรงค์ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย = 3.69 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.619) ชุมชนมีส่วนร่วมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเข้าถึงการประเมินและคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน (ค่าเฉลี่ย = 3.61 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.672) ระดับปานกลาง คือ ชุมชนมีโรงเรียนผู้สูงอายุและมีกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมได้ (ค่าเฉลี่ย = 3.50 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.942) ชุมชนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่แยกตัว กลุ่มคนที่เสี่ยงต่อการอยู่อย่างโดดเดี่ยว อยู่คนเดียวออกมาร่วมกิจกรรมในชุมชน (ค่าเฉลี่ย = 3.29 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.684) ตามลำดับ

ในขณะที่เจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขผู้ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุและกลุ่มผู้บริหารมีความต้องการ ในความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคประชาชนในชุมชน ในการส่งเสริมป้องกันโรค การดูแลรักษา การฟื้นฟูสุขภาพ การดูแลต่อเนื่องผู้สูงอายุที่บ้าน และการร่วมสนับสนุนงบประมาณ

“งานผู้สูงอายุ มี 3 กองทุนหลักที่ช่วย ภาคีเครือข่าย กองทุนตำบล กองทุน LTC และกองทุนฟื้นฟู หวังว่าทุกแหล่งสนับสนุนจะช่วยขับเคลื่อนงาน ยกตัวอย่างเช่น กองทุนฟื้นฟูช่วยในเรื่องกายอุปกรณ์ ศูนย์ซ่อมสร้างเครื่องมือกายอุปกรณ์”

(ผู้บริหาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“ภาคีเครือข่ายภาคประชาชนในการดูแลรักษา พื้นฟูสุขภาพและดูแลต่อเนื่อง CG อสม คือ บุคลากรที่เราต้องการ”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 2, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“ความคาดหวังในการร่วมดำเนินงานของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในการคัดกรอง 9 ด้าน เพราะการคัดกรองนั้นเคลมเงินขอรับค่าใช้จ่ายค่าบริการสาธารณสุขไม่ได้”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 3, สัมภาษณ์เชิงลึก)

“ภาคีเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังเป็นเครือข่ายสำคัญที่เป็นส่วนหนึ่งในการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุ”

(เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ รพ. ที่ 4, สัมภาษณ์เชิงลึก)

ตารางที่ 4.44 แสดงค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความต้องการ การจัดบริการด้านระบบสุขภาพชุมชน คลินิกผู้สูงอายุของของกลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขที่ตอบแบบสอบถาม (n=40)

ด้านระบบสุขภาพชุมชน	$\bar{X}$	SD	ระดับความต้องการ
องค์ประกอบด้านระบบสุขภาพชุมชน			
มีความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบริการ ให้บริการและอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุได้ เมื่อไปรักษา หรือมีเหตุฉุกเฉิน	3.89	0.158	มาก
มีภาคีเครือข่ายภาคประชาชนในการดูแลรักษา พื้นฟูสุขภาพและดูแลต่อเนื่องผู้สูงอายุที่บ้าน (อสม /ครอบครัว /CG)	3.88	0.335	มาก
มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมโครงการ LTC	3.78	0.423	มาก
มีกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือ สนับสนุนงบประมาณเกี่ยวกับการดำเนินงานผู้สูงอายุ	3.74	0.640	มาก
มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพร่วมส่งเสริมให้เข้าถึงการประเมินและคัดกรองสุขภาพ 9 ด้าน เพื่อทราบถึงความเสี่ยง	3.62	1.005	มาก

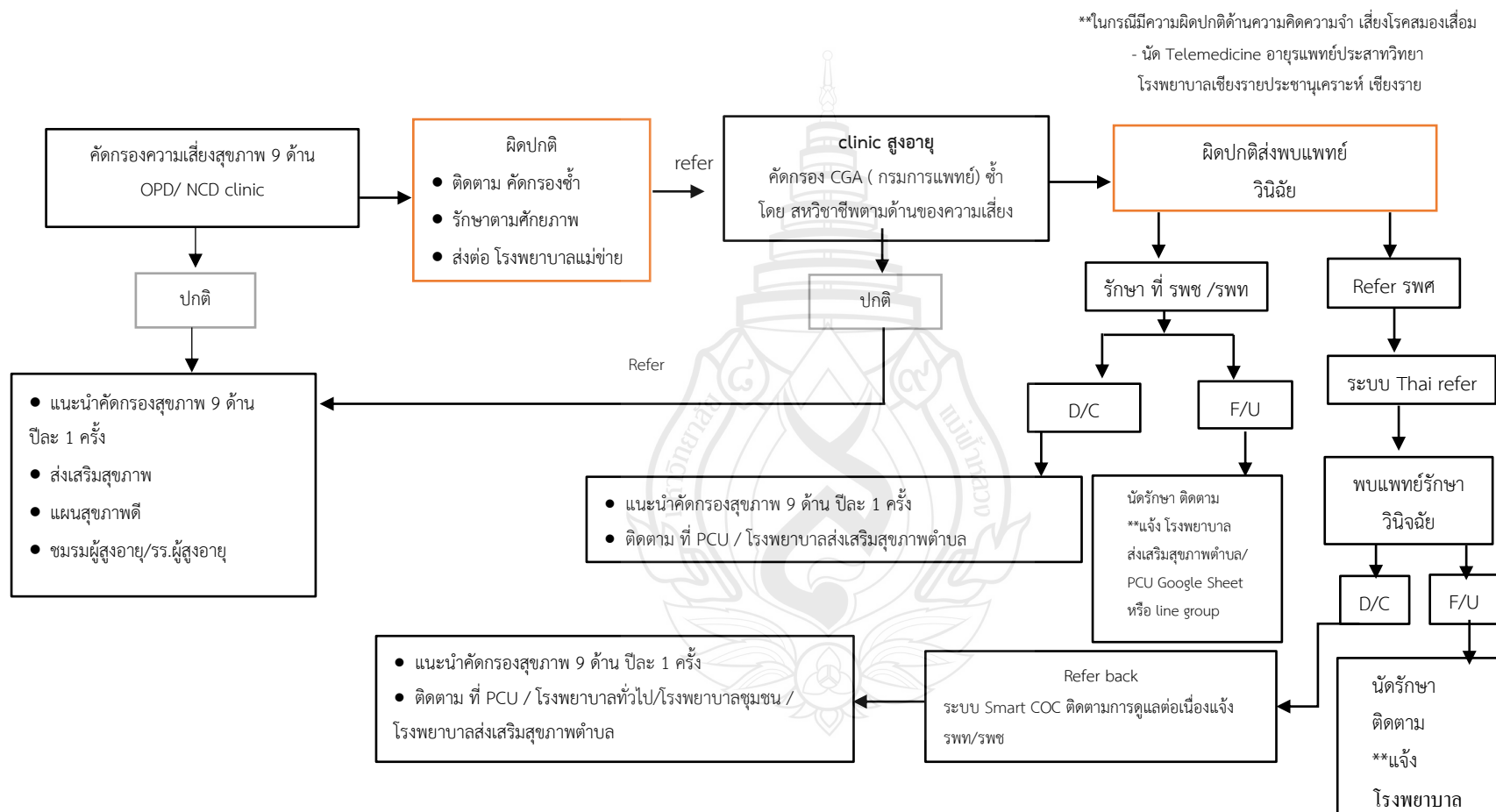
จากตารางที่ 4.44 กลุ่มเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุข และผู้บริหารที่ตอบแบบสอบถาม มีความต้องการ องค์ประกอบด้านระบบสุขภาพชุมชน อยู่ในระดับมาก คือ ความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบริการ ให้บริการและอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุได้ เมื่อ

ไปรักษา หรือมีเหตุฉุกเฉิน (ค่าเฉลี่ย = 3.89 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.158) มีภาคีเครือข่ายภาคประชาชนในการดูแลรักษา พื้นฟูสุขภาพและดูแลต่อเนื่องผู้สูงอายุที่บ้าน (ค่าเฉลี่ย = 3.88 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.335) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้าร่วมโครงการ LTC (ค่าเฉลี่ย = 3.78 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.423) มีกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือ สนับสนุนงบประมาณเกี่ยวกับการดำเนินงานผู้สูงอายุ (ค่าเฉลี่ย = 3.74 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.640) ตามลำดับ

4.4 รูปแบบการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพในจังหวัดเชียงราย

การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย มีกลไกการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับเป็น Age friendly hospital (AFH) โรงพยาบาลทุกระดับมีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุที่มีแนวทางชัดเจน และมีการปรับสิ่งแวดล้อม ปรับรูปแบบบริการ ที่เอื้อต่อการเข้าถึงระบบบริการ เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ซับซ้อน ต่อเนื่อง ระบบการส่งต่อแบบไร้รอยต่อเชื่อมโยงในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ มีระบบบริการที่ครอบคลุมการประเมินและการดูแล พื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ (Comprehensive Geriatric Assessment and Rehabilitation Care) ในองค์ประกอบด้านการบริการ การให้บริการ โดยยึดหลักการจัดการ 3 หลัก คือ One Stop Service Fast Seamless การทำงานแบบภาคีเครือข่าย การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมุ่งเน้นการป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การวินิจฉัยเพื่อบำบัดรักษา การจัดทำแผนการดูแลต่อเนื่อง ระบบข้อมูลการประสานการส่งต่อในปัญหาเฉพาะทางด้านของผู้สูงอายุ และส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องในชุมชนการดำเนินงานสถานบริการแต่ละระดับการบูรณาการ

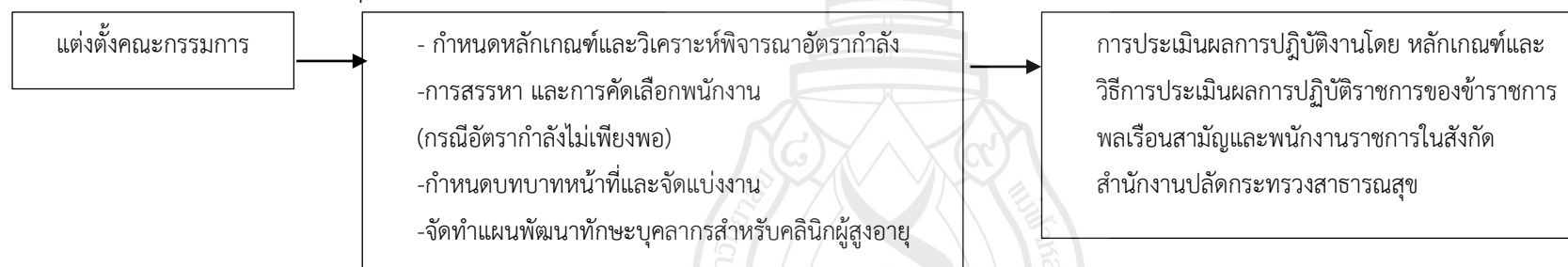
4.1.1 ขั้นตอนการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพในจังหวัดเชียงรายด้านบริการ



ภาพที่ 4.1 ขั้นตอนการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพในจังหวัดเชียงรายด้านบริการ

4.4.2 ขั้นตอนด้านการจัดการและการพัฒนากำลังคนสุขภาพในคลินิกผู้สูงอายุ

ขั้นตอนด้านการจัดการและการพัฒนากำลังคนสุขภาพในคลินิกผู้สูงอายุแต่งตั้งคณะกรรมการและจัดประชุมเพื่อวิเคราะห์อัตราากำลัง การสรรหา และการคัดเลือกพนักงานในกรณีอัตรากำลังไม่เพียงพอ กำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาอัตรากำลัง กำหนดบทบาทหน้าที่ในคลินิกผู้สูงอายุ กำหนด project manager หรือ Aging Coordinator จัดแบ่งงาน (Work specialization) ดำเนินงานโดยทีมสหวิชาชีพ และมีการจัดทำแผนพัฒนาทักษะบุคลากรสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ มีการประเมินประเมินผลการปฏิบัติงานโดย หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการปฏิบัติราชการของข้าราชการพลเรือนสามัญและพนักงานราชการในสังกัด สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

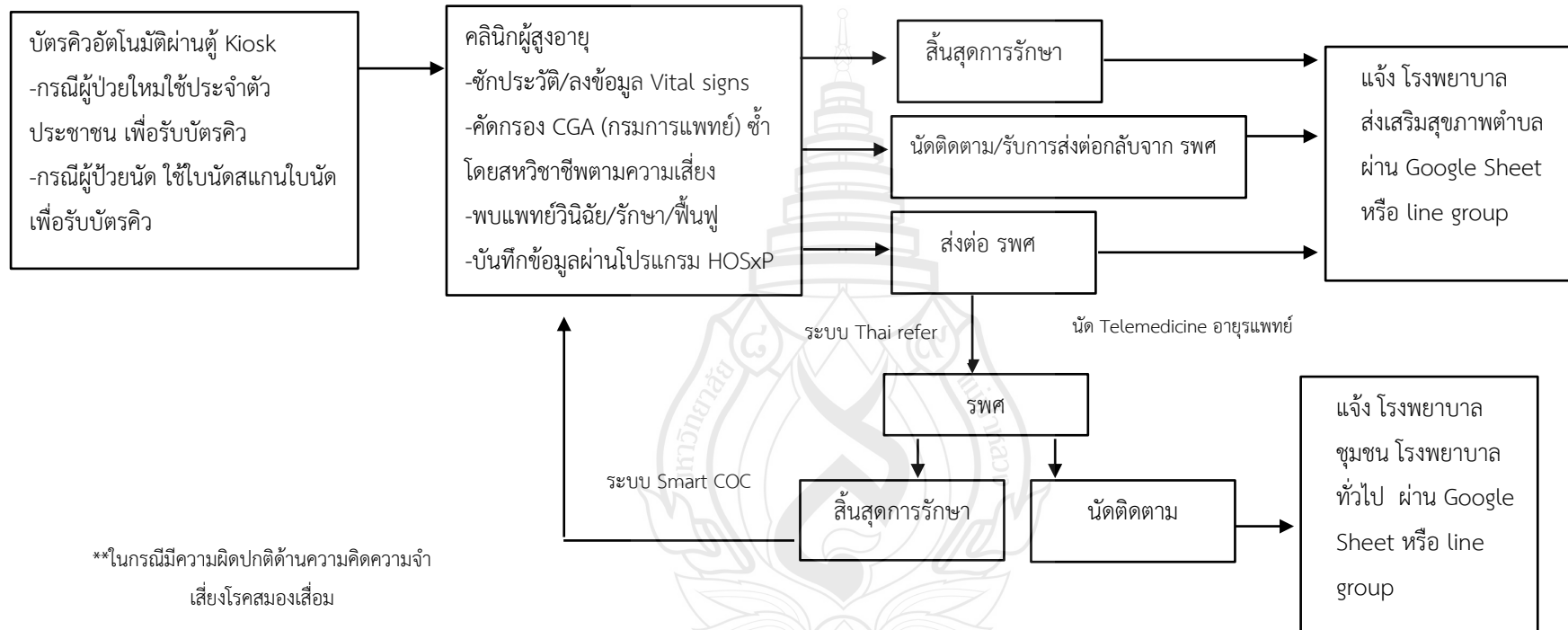


ภาพที่ 4.2 ขั้นตอนด้านการจัดการและการพัฒนากำลังคนสุขภาพในคลินิกผู้สูงอายุ

4.4.3 ขั้นตอนการดำเนินการด้านการจัดการสารสนเทศของคลินิกผู้สูงอายุ

แต่งตั้งคณะกรรมการในการดูแลระบบข้อมูลสารสนเทศ จัดทำแผนการพัฒนาระบบสารสนเทศ กำกับ ติดตาม และประเมินการดำเนินงานตามแผนการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุ และ Cyber Security ในโรงพยาบาล ใช้ระบบบัตรคิวอัตโนมัติผ่านตู้ Kiosk เพื่อช่วยในงานบริการผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ ลดการเวลารอคอย ระบบบันทึกรวบรวมข้อมูลการรักษาและวินิจฉัยของคลินิกผู้สูงอายุ ผ่านโปรแกรม HOSxP เพื่อบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในการวินิจฉัยและให้การรักษามาตรฐานทางการแพทย์ มีลักษณะเป็น Hospital Information System ใช้ในทุกคลินิกของโรงพยาบาล ร่วมกับโปรแกรม Google Sheets เพื่อแบ่งปันข้อมูลกับหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการทุติยภูมิให้สามารถเข้าถึงได้ ระบบบันทึกข้อมูล ส่งต่อ

ส่งกลับ และติดตามของคลินิกผู้สูงอายุ ผ่านโปรแกรม HOSxP โปรแกรม Google Sheets แอปพลิเคชัน line โปรแกรม ThaiRefer ในการส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทาง โปรแกรม Smart COC ในการติดตามระบบประสานข้อมูลเยี่ยมบ้าน



ภาพที่ 4.3 ขั้นตอนการดำเนินการด้านการจัดการสารสนเทศของคลินิกผู้สูงอายุ

4.4.4 ขั้นตอนการดำเนินการด้านการเงินการคลังสาธารณสุขของคลินิกผู้สูงอายุ

ประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ และการประชุมแนวทางสิทธิการรักษาพยาบาลของประชาชนตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องและทันสมัย เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการรักษาพยาบาลตามสิทธิที่พึงมี และรักษามูลประโยชน์ของหน่วยงานที่พึงได้ แหล่งการเงินการคลังสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วยงบประมาณจาก สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ และงบประมาณดำเนินงานส่วนภูมิภาค จัดสรรงบประมาณสำหรับ preventive care จากงบค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แบ่งเป็นบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรบริหารส่วนจังหวัด และบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หรือ เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ งบค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค กองทุนสุขภาพตำบลจัดสรรงบประมาณด้านเวชภัณฑ์ กำหนดราคาและคุณลักษณะดำเนินการในภาพรวมของโรงพยาบาล

สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ	งบประมาณดำเนินงานส่วนภูมิภาค
1. บริการทางการแพทย์เหมาจ่ายรายหัว "บัตรประชาชนใบเดียวรักษาได้ทุกที่" 2. ค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการสำหรับ preventive care -บริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน 3. งบค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ในการสำหรับ health promotion	จัดสรรให้ ไตรมาสละ 1 ครั้ง ให้ดำเนินการ preventive care เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการในส่วนภูมิภาคพัฒนากลไกการให้บริการ กลไกการเฝ้าระวังดูแลผู้สูงอายุ ที่รองรับสังคมผู้สูงอายุอย่างยั่งยืนเพื่อยกระดับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ภาพที่ 4.4 ขั้นตอนการดำเนินการด้านการเงินการคลังสาธารณสุขของคลินิกผู้สูงอายุ

4.2.5 ขั้นตอนการดำเนินการด้านยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ในคลินิกผู้สูงอายุ

กรรมการเภสัชกรรมและการบำบัดเพื่อจัดทำบัญชียาบำบัด (Pharmaceutical Therapeutic Committee, PTC) การทบทวนบัญชียานำข้อมูลความปลอดภัยด้านยาและความคุ้มค่ามาพิจารณานำเข้าบัญชียา กระจายยา ลดความเหลื่อมล้ำการใช้ยา โดยยาทุกรายการได้รับการเก็บสำรองอย่างเหมาะสมและปลอดภัย ใช้ยาอย่างสมเหตุผล ผล ระบบการจัดเก็บและบันทึกข้อมูลด้านยาโดสจ่ายยาผ่านโปรแกรม HOSxP ที่เป็นข้อมูลปัจจุบันของผู้สูงอายุแต่ละราย โดยใช้มาตรฐานเดียวกันทั้งแพทย์ผู้รักษาดำเนินการบันทึกการจ่ายยาของผู้สูงอายุที่มารับบริการ และเภสัชกรของโรงพยาบาลเป็นผู้จ่ายยาตามคำสั่งแพทย์ โดยโปรแกรม HOSxP ช่วยลดความเสี่ยงต่อความผิดพลาดในการจ่ายยา ระบบจัดซื้อและบริหารคลังเวชภัณฑ์ยาโดยโปรแกรม INVC ซึ่งโปรแกรม

4.4.6 ขั้นตอนการดำเนินการด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบในคลินิกผู้สูงอายุ

นโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุ โดยตั้งเป็นนโยบายสำคัญ ดำเนินการวิเคราะห์ศึกษา นโยบาย กำหนดวิสัยทัศน์สำหรับคลินิกผู้สูงอายุ มีคณะกรรมการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ระดับจังหวัด และคณะกรรมการในแต่ละพื้นที่ โดยแบ่งเป็น คณะกรรมการปรึกษาและขับเคลื่อน นโยบายและกำกับติดตาม ระบบการดูแลผู้สูงอายุระดับอำเภอ คณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและคลินิกผู้สูงอายุ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ และคณะทำงานพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ การดูแลผู้สูงอายุเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ พร้อมกำหนดบทบาทหน้าที่ของ แต่ละคณะทำงาน มีนิเทศตรวจราชการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เพื่อเป็นการกำกับ ติดตามการดำเนินงานสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ โดยประเด็นการตรวจราชการหลักของคลินิกผู้สูงอายุ คือ ประเด็นที่ 6 จัดระบบบริการสุขภาพเพื่อกลุ่มเปราะบางและพื้นที่พิเศษ สร้างขวัญกำลังใจให้แก่ ผู้ปฏิบัติงาน



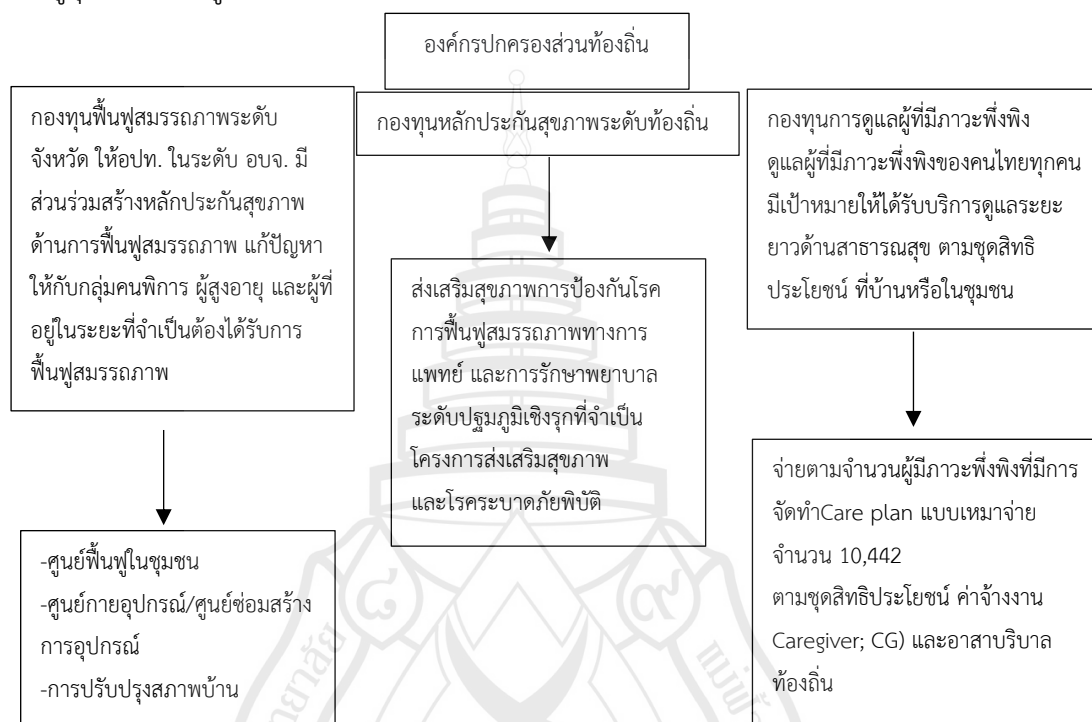
ภาพที่ 4.7 ขั้นตอนการดำเนินการด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบในคลินิกผู้สูงอายุ

4.4.7 ขั้นตอนการดำเนินการด้านระบบสุขภาพชุมชนที่เกี่ยวข้องกับคลินิกผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งเสริมให้เข้าถึงการประเมินและคัดกรองสุขภาพความ
ถดถอย 9 ด้านเพื่อคัดกรองความเสี่ยง

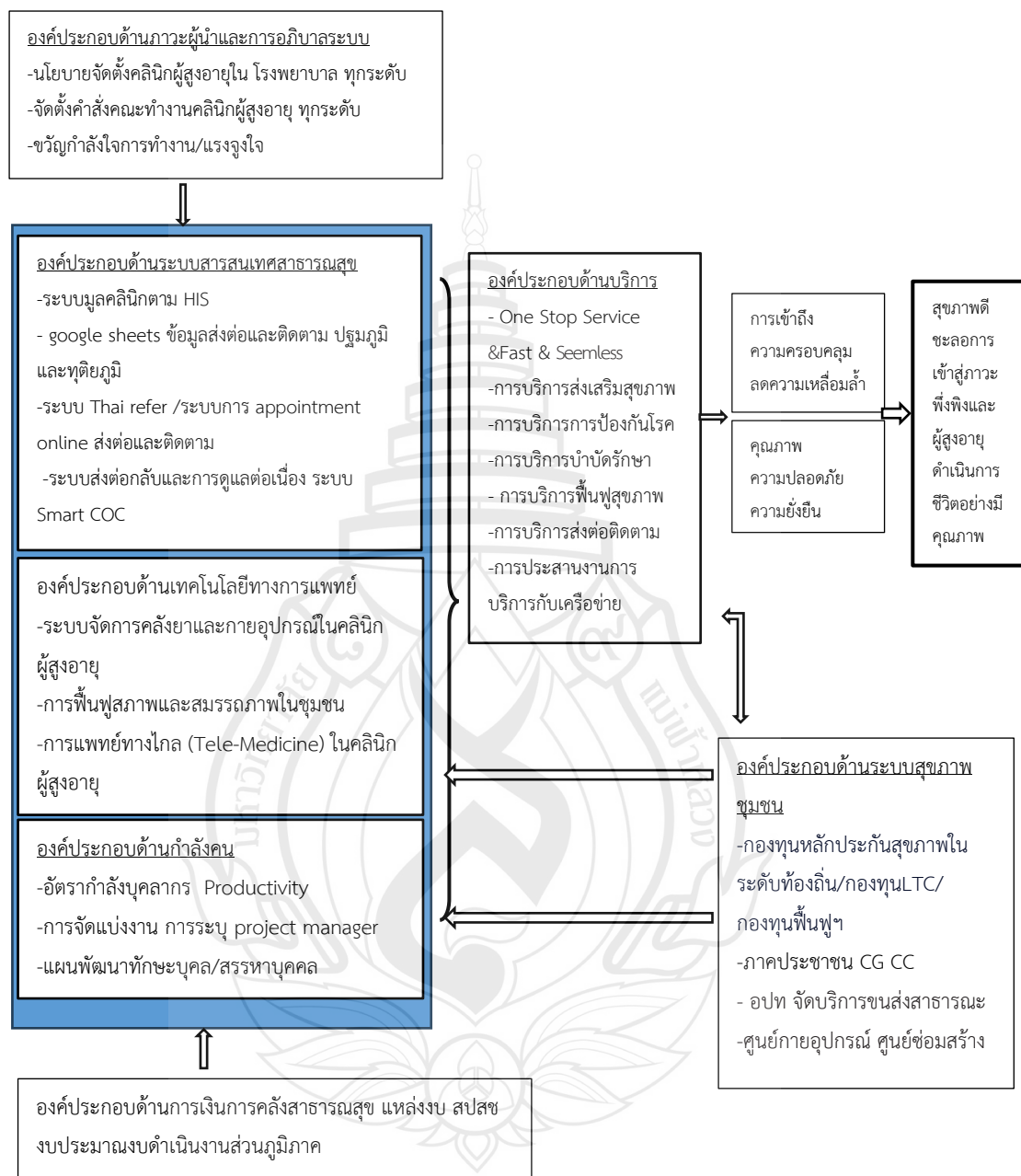
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณเกี่ยวกับการดำเนินงานผู้สูงอายุ กองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพ และกองทุนที่ดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) ผู้พิการ

บริการดูแลด้านสุขภาพต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ จัดบริการขนส่งสาธารณะอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุ ภาควิเคราะห์สุขภาพประชาชน อสม ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver; CG) และอาสาบริบาลท้องถิ่น เป็นอีกหนึ่งกำลังในการติดตามฟื้นฟูสุขภาพ และดูแลต่อเนื่อง



ภาพที่ 4.8 ขั้นตอนการดำเนินการด้านระบบสุขภาพชุมชนที่เกี่ยวข้องกับคลินิกผู้สูงอายุ

4.5 รูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย



ภาพที่ 4.9 รูปแบบการจัดบริการในคลินิกผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย

การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ มีกลไกการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับเป็น Age friendly hospital (AFH) โรงพยาบาลทุกระดับมีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุที่มีแนวทางชัดเจน โดยยึดหลักการจัดการ 3 หลัก คือ One Stop Service Fast Seamless ส่งเสริม ป้องกัน

โรค บำบัดรักษา การบริการฟื้นฟูสุขภาพการบริการส่งต่อติดตามการประสานงานการบริการกับเครือข่าย

รูปแบบการจัดการและการพัฒนากำลังคนสุขภาพในคลินิกผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย การดำเนินงานด้านกำลังคนด้านสุขภาพมีคณะกรรมการและจัดประชุมเพื่อวิเคราะห์อัตราค่าจ้าง การสรรหา และการคัดเลือกพนักงานในกรณีอัตราค่าจ้างไม่เพียงพอ กำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาอัตราค่าจ้าง มีแผนการพัฒนาศักยภาพ กำหนดบทบาทหน้าที่ในคลินิกผู้สูงอายุมีการดำเนินงานร่วมกันโดยทีมสหวิชาชีพรูปแบบการดำเนินการด้านการจัดการสารสนเทศของคลินิกผู้สูงอายุ

ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุใช้ระบบบัตรคิวอัตโนมัติผ่านตู้Kioskเพื่อช่วยในงานบริการผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ และ Cyber Security ในโรงพยาบาลโปรแกรม HOSxP เป็น Hospital Information System มีการใช้ Google Sheets ช่วยในการส่งต่อข้อมูล

รูปแบบการดำเนินการด้านการเงินการคลังสาธารณสุขของคลินิกผู้สูงอายุ จังหวัดเชียงราย งบประมาณจาก สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ

งบประมาณดำเนินงานส่วนภูมิภาค จัดสรรงบประมาณสำหรับ preventive care จากงบค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แบ่งเป็นบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรบริหารส่วนจังหวัด และบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หรือ เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ งบค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กองทุนสุขภาพตำบล จัดสรรงบประมาณด้านเวชภัณฑ์ กำหนดราคาและคุณลักษณะ ดำเนินการในภาพรวมของโรงพยาบาล รูปแบบการดำเนินการด้านยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ในคลินิกผู้สูงอายุ ระบบการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น การด้านยา เวชภัณฑ์ กายอุปกรณ์ในคลินิกผู้สูงอายุ การแพทย์ทางไกล (Tele-Medicine) มีระบบจัดการรายการสั่งซื้อและบริหารเวชภัณฑ์ เพื่อการใช้อย่างสมเหตุสมผล และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา กายอุปกรณ์ โดยคณะกรรมการ

รูปแบบการดำเนินการด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบในคลินิกผู้สูงอายุ

คณะกรรมการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับจังหวัดและคณะกรรมการในแต่ละพื้นที่ พร้อมกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละคณะทำงาน แนวทางนโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุ โดยตั้งเป็นนโยบายสำคัญ มีการติดตามนิเทศตรวจราชการเพื่อเป็นการกำกับติดตามการดำเนินงานสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ สร้างขวัญกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน รูปแบบการดำเนินการด้านระบบสุขภาพชุมชนที่เกี่ยวข้องกับคลินิกผู้สูงอายุ มีการบูรณาการมีภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วนทั้ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท)เป็นภาคีเครือข่ายการดำเนินงานและแหล่งงบประมาณสนับสนุนภาคประชาชนภาคีที่สำคัญในการติดตาม ฟื้นฟูสุขภาพ และดูแลต่อเนื่อง ที่บ้านและชุมชน

จากรูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุจังหวัดเชียงรายการเข้าถึง ความครอบคลุม ลดความเหลื่อมล้ำ ตามเกณฑ์คุณภาพมาตรฐานของการจัดบริการ ปลอดภัย ผู้สูงอายุสุขภาพดีผู้สูงอายุมี

สิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ชะลอการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงและ
ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ



บทที่ 5

อภิปรายและสรุปผล

การศึกษาความต้องการและรูปแบบการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพจังหวัด เชียงราย มีวัตถุประสงค์เพื่อเพื่อศึกษาขั้นตอนการจัดบริการสุขภาพ ศึกษาแบบการจัดบริการ สุขภาพ ความต้องการ ในการจัดบริการสุขภาพ คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพในจังหวัดเชียงราย ใช้ระเบียบ วิธีวิจัยแบบ การวิจัยแบบผสานวิธี เป็นกระบวนการเก็บข้อมูลวิจัยเชิงคุณภาพและปริมาณในเวลา เดียวกัน เพื่อให้ทราบถึงความต้องการของผู้บริหาร ผู้ให้บริการ และผู้ใช้บริการ ต่อการจัดบริการ สุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ จังหวัดเชียงราย รวมถึงศึกษาขั้นตอนและรูปแบบการจัดบริการ สุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

5.1 อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ทำการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามและดำเนินการเก็บข้อมูล

เชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนา ของผู้บริหารผู้ให้บริการ และ ผู้ใช้บริการซึ่งการอภิปรายผลแบ่งออกเป็น 7 ด้าน เพื่อให้ได้ข้อมูล ความต้องการของ ต่อการ จัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพจังหวัดเชียงราย รวมถึงศึกษาขั้นตอนและรูปแบบการ จัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ซึ่งการอภิปรายผลแบ่งออกเป็น 7 ด้าน ดังนี้

1. การบริการสุขภาพ ขั้นตอนการจัดตั้งและให้บริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุในจังหวัด เชียงรายได้เริ่มต้นดำเนินการ โดยการแต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษา คณะทำงานพัฒนาระบบการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและคลินิกผู้สูงอายุ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ และคณะทำงานพัฒนาระบบ บริการปฐมภูมิ การดูแลผู้สูงอายุ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ โดยมีองค์ประกอบของ คณะกรรมการ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาใด

ในด้านการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุ สถานพยาบาลจะเน้นการจัดบริการแบบครบ วงจร จุดเดียวรูปแบบการจัดบริการแบบ one stop services มีช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วยสหวิชาชีพสะดวกต่อผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์¹⁰² พบว่ารูปแบบการจัดบริการที่เป็นจุดเด่นของ คลินิกผู้สูงอายุทั้งในสถานบริการระดับ A -F คือ รูปแบบการจัดบริการแบบ one stop services

การบริการของเจ้าหน้าที่แจ้งให้ทราบทุกครั้งก่อนให้การพยาบาล มีการแนะนำเกี่ยวกับโรคและการรักษาและการนัดในครั้งต่อไป การให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนโภชนาการและยา รวมถึงแจ้งการนัดหมายสำหรับการรับบริการครั้งต่อไป ไม่สอดคล้องกับการศึกษาใด

ผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุจังหวัดเชียงรายมีความต้องการ ให้มีคลินิกผู้สูงอายุที่สามารถลดระยะเวลาารอคอย สอดคล้องกับการศึกษาของ คัทลียา วสุธาดา¹⁰³ พบว่า ความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ก่อนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลาารอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับโดยรวมในระดับมาก($X = 3.57, SD = 76$) และมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพระหว่างรอพบแพทย์ หรือกิจกรรมแลกเปลี่ยนความรู้จากผู้สูงอายุต้นแบบที่ดูแลสุขภาพดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สายนที เฉินบำรุงและคณะ¹⁰⁴ พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านร่างกาย ได้แก่ ด้านการดูแลรักษาสุขภาพ ความต้องการทางด้านสังคมได้แก่ความต้องการใช้เวลาอยู่กับเพื่อน

ที่เจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขผู้ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้บริหารมีความต้องการให้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม และภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาใด

2. กำลังคนด้านสุขภาพ ขั้นตอนการจัดตั้งและให้บริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุแต่งตั้งคณะกรรมการและจัดประชุมเพื่อวิเคราะห์อัตรากำลัง การสรรหา และการคัดเลือกพนักงานในกรณีอัตรากำลังไม่เพียงพอ กำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาอัตรากำลัง กำหนดบทบาทหน้าที่ในคลินิกผู้สูงอายุ กำหนด project manager หรือ Aging Coordinator จัดแบ่งงาน (Work specialization) ดำเนินงานโดยทีมสหวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษา ของ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ พบว่า ทุกระดับสถานบริการสุขภาพ มีการจัดบริการการวางแผนการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหวิชาชีพสอดคล้องกับมาตรฐานด้านด้านบุคลากร (S2) ที่มีการดำเนินการและร่วมปฏิบัติงานในคลินิกเป็นทีมสหวิชาชีพ (Multi-disciplinary team)¹⁰³

ผู้สูงอายุรับบริการในคลินิกผู้สูงอายุจังหวัดเชียงรายมีความต้องการ มีแพทย์สำหรับคลินิกผู้สูงอายุ และบุคลากรสหวิชาชีพที่เพียงพอในการให้บริการ สอดคล้องกับการศึกษา ของ นิสิต บุญอะริย์ และคณะ พบว่า จากการการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลโดยทีมสหวิชาชีพสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพจาก¹⁰⁵ ผู้สูงอายุต้องการนักจิตวิทยาสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษา ของ ลดาวัลย์ โอวาท¹⁰⁶ พบว่าความต้องการการพยาบาล และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการแผนผู้ป่วยในโรงพยาบาลมาบอำมฤต กลุ่มตัวอย่างมีความต้องการพยาบาลด้านจิตใจมากที่สุดในระดับมาก

3. ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ

แต่งตั้งคณะกรรมการในการดูแลระบบข้อมูลสารสนเทศสำหรับใช้ในการตัดสินใจ เพื่อจัดทำแผนการพัฒนาระบบสารสนเทศ กำกับ ติดตาม และประเมินการดำเนินงานตามแผนการพัฒนา ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุ และ Cyber Security ในโรงพยาบาล ดำเนินการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับคลินิกผู้สูงอายุผ่านเวทีการประชุมร่วมกับภาคีเครือข่ายชุมชน ไม่สอดคล้องกับการศึกษาใด

ใช้ระบบบัตรคิวอัตโนมัติผ่านตู้ Kiosk เพื่อช่วยในงานบริการผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษา ของ วิไลวรรณ ถนอมแก้ว และคณะ ¹⁰⁷ พบว่า ทดสอบแสดงให้เห็นว่าระบบตู้ ให้บริการลงทะเบียนผู้ป่วยนัด (Kiosk) มีประสิทธิภาพที่ดีและลดการแออัดของผู้ป่วยและเพิ่มความเร็วในการลงทะเบียนผู้ป่วยนัดเพิ่มความสะดวกรวดเร็วในการให้บริการ

กำหนดระบบบันทึกรวบรวมข้อมูลการรักษาและวินิจฉัยของคลินิกผู้สูงอายุ และติดตาม ของคลินิกผู้สูงอายุ ผ่านโปรแกรม HOSxP เป็น Hospital Information System ใช้ในทุกคลินิกของ โรงพยาบาล ร่วมกับโปรแกรม Google Sheets เพื่อแบ่งปันข้อมูลกับหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วย บริการทุติยภูมิให้สามารถเข้าถึงได้ระบบบันทึกข้อมูล ส่งต่อ ส่งกลับ และติดตามของคลินิกผู้สูงอายุ ผ่านโปรแกรม HOSxP โปรแกรม Google Sheets สอดคล้องกับการศึกษาของ สถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ¹⁰³ พบว่า มีการบันทึกระบบข้อมูลใช้ใน คลินิก ผู้สูงอายุ มีการบันทึกลงใน HOSxP ของ โรงพยาบาลร้อยละ 40.66 และการบันทึกแบบบันทึก ที่ทำขึ้นโปรแกรม Google Sheets เพื่อประสานส่งข้อมูล

โปรแกรม Thai Refer ในการส่งต่อพบแพทย์เฉพาะทาง โปรแกรม Smart COC ในการ ติดตามระบบประสานข้อมูลเยี่ยมบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิษฐา แก้วกัลยา และคณะ ¹⁰⁸ ผลการวิจัย พบว่า แนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงพึ่งพิง ประกอบด้วย 9 ขั้นตอนมี ขั้นตอนบันทึกข้อมูลโปรแกรม Smart COC ที่เป็นโปรแกรมเครือข่ายการดูแลต่อเนื่องของ โรงพยาบาลติดตามข้อมูลการดูแลต่อเนื่องที่บ้านจากโปรแกรม รายงานผลต่อคณะกรรมการพัฒนา คุณภาพของโรงพยาบาลการประเมินความเหมาะสมของแนวทางการดูแลต่อเนื่องเหมาะสมมาก ที่สุด ($\bar{x} = 4.79, 5.D = 0.22$)

ผู้สูงอายุที่รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุจังหวัดเชียงรายมีความต้องการ ให้มี อุปกรณ์ อิเล็กทรอนิกส์ที่ให้บริการที่มีอักษรตัวใหญ่ชัดเจนมีวิธีใช้ที่ง่าย มีการประชาสัมพันธ์คลินิกผู้สูงอายุ มี สื่อให้ความรู้และแจ้งข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพที่น่าสนใจระหว่างรอพบแพทย์ สอดคล้องกับ การศึกษาของ สายนที เฉินบำรุง และคณะ ¹⁰⁴ พบว่า ผู้สูงอายุความต้องการทางด้านเทคโนโลยี ได้แก่ ความต้องการใช้อุปกรณ์ทางเทคโนโลยี และความต้องการผู้ช่วยเหลือด้านการใช้เทคโนโลยี

เจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขผู้ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุและกลุ่มผู้บริหารมีความต้องการ ให้มีระบบเชื่อมโยงไร้รอยต่อ การเข้าถึงบริการการสุขภาพ การจัดสภาพแวดล้อมสถานที่บริการเอื้อต่อผู้สูงอายุ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาใด

4. การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น

ในการดำเนินงานด้านยา เวชภัณฑ์ และกายอุปกรณ์ในคลินิกผู้สูงอายุ การแพทย์ทางไกล (Tele-Medicine) โรงพยาบาลดำเนินการแต่งตั้งคณะกรรมการเภสัชกรรมและการบำบัด มีระบบจัดการยาการสั่งซื้อและบริหารเวชภัณฑ์ เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ไม่สอดคล้องกับการศึกษาใด

ผู้สูงอายุรับบริการในคลินิกผู้สูงอายุจังหวัดเชียงรายมีความต้องการ ให้มีเวชภัณฑ์ ยาแผนปัจจุบัน ยาแพทย์ทางเลือก เครื่องมือสำหรับบริการเพียงพอในการให้บริการ และการมีศูนย์กายอุปกรณ์เพื่อการยืมกายอุปกรณ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ จิรายุ สุวรรณศรี¹⁰⁹ พบว่า ผู้สูงอายุในพื้นที่ชนบทมีความต้องการบริการทางการแพทย์ที่ครอบคลุม รวมถึงการเข้าถึงเวชภัณฑ์และยาแผนปัจจุบันอย่างเพียงพอ

เจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขผู้ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุและกลุ่มผู้บริหารมีความต้องการ ในพัฒนารูปแบบหรือระบบสนับสนุนการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ รวมถึงมีคณะกรรมการเภสัชกรรมในการบริหารจัดการ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาใด

5. ด้านการเงินการคลังสาธารณสุข

ดำเนินการประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพ และการประชุมแนวทางสิทธิการรักษาพยาบาลของประชาชนตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า สิทธิประโยชน์ในการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องและทันสมัย เพื่อให้ประชาชนได้รับบริการรักษาพยาบาลตามสิทธิที่พึงมี และรักษาผลประโยชน์ของหน่วยงานที่พึงได้ แหล่งการเงินการคลังสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วยงบประมาณจาก สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ และงบประมาณดำเนินงานส่วนภูมิภาค จัดสรรงบประมาณสำหรับ preventive care จากงบค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Akihito Watabe¹¹⁰ โดยวิเคราะห์ระบบการเงินของประเทศไทยสำหรับการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพ และประเมินทางเลือกนโยบายสำหรับการปฏิรูปการเงินด้านสุขภาพ ในประเทศไทย หน่วยงานทั้ง 3 แห่งเป็นแหล่งงบประมาณ รัฐบาลท้องถิ่น มีบทบาทสำคัญร่วมกันในการจัดหาเงินทุนสำหรับบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ และกองทุนประกันสุขภาพตำบล ค่าใช้จ่ายทั้งหมดสำหรับการป้องกันและสาธารณสุข บูรณาการแหล่งหลายแหล่ง องค์กรบริหารส่วนจังหวัด และบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หรือ เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ งบค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน

โรค กองทุนสุขภาพตำบล จัดสรรงบประมาณด้านเวชภัณฑ์ กำหนดราคาและคุณลักษณะ ดำเนินการในภาพรวมของโรงพยาบาล โดยอิงตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัสดุ พ.ศ. 2560 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ทั้งนี้ กลุ่มงานเภสัชกรรมฯ ของโรงพยาบาล เป็นผู้ทำหน้าที่บริหารเวชภัณฑ์ ดำเนินการจัดซื้อ จัดหา โดยมีการประชุมติดตามทุกไตรมาส ไตรมาสละ 1 ครั้ง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาใด

ผู้สูงอายุรับบริการในคลินิกผู้สูงอายุจังหวัดเชียงรายมีความต้องการ ให้มีระบบประกันสุขภาพที่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกคน โดยไม่ต้องจ่ายค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม สอดคล้องกับการศึกษาของหอมหวน บัวระภา¹¹¹ พบว่า ผู้สูงอายุต้องการได้รับบริการรักษาพยาบาลแบบให้เปล่าจากรัฐ ในระดับมากที่สุดร้อยละ 76

เจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขผู้ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุและกลุ่มผู้บริหารมีความต้องการ ให้มีระบบประกันสุขภาพแก่ผู้สูงอายุทุกคน รวมถึงผู้ที่มีปัญหาเรื่องสิทธิ และการจัดสรรงบประมาณสำหรับคลินิกผู้สูงอายุอย่างพอเพียง ไม่สอดคล้องกับการศึกษาใด

6. ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

ดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับจังหวัดและการจัดตั้งคณะกรรมการในแต่ละพื้นที่ พร้อมกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละคณะทำงาน แนวทางนโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุ โดยตั้งเป็นนโยบายสำคัญ ดำเนินการวิเคราะห์ทิศทาง นโยบายกำหนดวิสัยทัศน์สำหรับคลินิกผู้สูงอายุ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาใด

นิเทศตรวจราชการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เพื่อเป็นการกำกับติดตามการดำเนินงานสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ สร้างขวัญกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ยกย่องเชิดชูเกียรติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Willis-Shattuck¹¹² พบว่า ทบทวนบทความหลายประเทศพบว่า “Recognition or appreciation” เป็นปัจจัยที่พบบ่อยในการจูงใจบุคลากรสุขภาพ (70%) การให้ประกาศนียบัตรหรือเชิดชูเกียรติสาธารณะสามารถเสริมแรงจูงใจได้ดี

ผู้สูงอายุรับบริการในคลินิกผู้สูงอายุจังหวัดเชียงรายมีความต้องการ ให้ผู้บริหารโรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขให้ความสำคัญกับคลินิกผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและพัฒนาคุณภาพการของคลินิกต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์¹⁰³ พบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการให้จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุต่อไป

เจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขผู้ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุและกลุ่มผู้บริหารมีความต้องการ ให้มีการดำเนินงานตามนโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุ มีแผนงานโครงการสอดคล้องกับนโยบาย มีการสร้างขวัญและกำลังใจให้กับบุคลากร ความยอมรับนับถือจากผู้ร่วมงานและผู้บริหาร โอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน สอดคล้องกับการศึกษาของ

ยุพิน ปานเดช ¹¹³ พบว่า การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของข้าราชการสำนักงานเขตคลองเตย โดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ร่วมงานอยู่ในระดับมาก รองลงมาคือ ด้านลักษณะงาน ด้านโอกาสก้าวหน้าในหน้าที่การงาน ด้านสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติงาน และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านค่าตอบแทนและสวัสดิการ ผลการเปรียบเทียบลักษณะส่วนบุคคลกับการมีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของข้าราชการสำนักงานเขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคลพบว่า เพศ อายุ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน มีผลต่อขวัญและกำลังใจในการ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาดา นาทันคิด และคณะ ¹¹⁴ พบว่า ศึกษาแรงจูงใจและความพึงพอใจในการทำงาน ความพึงพอใจในการทำงาน จำแนกรายด้านพบว่า แรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรสูงที่สุด คือ ด้านความยอมรับนับถือจากผู้ร่วมงาน/ผู้บริหารและด้านการบริหารงานที่เป็นธรรม (ค่าเฉลี่ย 2.56) รองลงมาคือ ด้านภาระงานที่เหมาะสม (ค่าเฉลี่ย 2.54) ตามลำดับ สำหรับระดับความพึงพอใจในการทำงานในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.31) เมื่อจำแนกรายด้านพบว่า ความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรสูงที่สุด คือ ด้านความสำเร็จในงานที่ปฏิบัติ (ค่าเฉลี่ย 2.62) รองลงมาคือ ด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ (ค่าเฉลี่ย 2.55) ด้านนโยบายการพัฒนาบุคลากรงาน และด้านการบริหารงานที่เป็นธรรม (ค่าเฉลี่ย 2.49) ตามลำดับ และมีการผลักดันนโยบายการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุให้มีการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุข ไม่สอดคล้องกับการศึกษาใด

7. ระบบสุขภาพชุมชน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่งเสริมให้เข้าถึงการประเมินและคัดกรองสุขภาพความถดถอย 9 ด้านเพื่อคัดกรองความเสี่ยง การให้ความรอบรู้ การเพิ่มความรู้

กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น สนับสนุนงบประมาณเกี่ยวกับการดำเนินงานผู้สูงอายุ เพื่อสร้างสรรค์โครงการกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพ กองทุนที่ดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงและบุคคลที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) บริการดูแลด้านสุขภาพต่อเนื่องและสม่ำเสมอตามปัญหาสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจัดบริการขนส่งสาธารณะอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ และมีกิจกรรมสร้างความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ

ภาคีเครือข่ายภาคประชาชน อสม ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver; CG) และอาสาสมัครท้องถิ่น เป็นอีกหนึ่งกำลังในการติดตาม ฟื้นฟูสุขภาพ และดูแลต่อเนื่อง

ผู้สูงอายุรับบริการในคลินิกผู้สูงอายุจังหวัดเชียงรายมีความต้องการ ให้ความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเพื่อความยั่งยืน องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเป็นเครือข่ายสำคัญ

สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริประภา หล้าสิงห์¹¹⁵ พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ที่มีการประสานแผนพัฒนาและการบูรณาการงบประมาณร่วมกันจน ภาควิชาเครือข่ายเข้มแข็ง

เจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขผู้ให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุและกลุ่มผู้บริหารมีความต้องการ ในความร่วมมือจากภาควิชาเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาควิชาชุมชนในชุมชน ในการส่งเสริมป้องกันโรค การดูแลรักษา การฟื้นฟูสุขภาพ การดูแลต่อเนื่องผู้สูงอายุที่บ้าน และการร่วมสนับสนุนงบประมาณ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริประภา หล้าสิงห์ [115] พบว่ามี ปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ การดำเนินงานของหน่วยงานสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ในพื้นที่ที่มีการประสานแผนพัฒนาและการบูรณาการงบประมาณร่วมกันจน ภาควิชาเครือข่ายเข้มแข็ง ชีวิตผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน

รูปแบบการจัดบริการสุขภาพ

รูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย มีกลไกการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับเป็น Age friendly hospital (AFH) โรงพยาบาลทุกระดับมีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุที่มีแนวทางชัดเจน และมีการปรับสิ่งแวดล้อม ปรับรูปแบบบริการ ที่เอื้อต่อการเข้าถึงระบบบริการ เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ซับซ้อน ต่อเนื่อง ระบบการส่งต่อแบบไร้รอยต่อเชื่อมโยงลดการเจ็บป่วยและลดความแออัดของผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาล เริ่มในสถานบริการระดับปฐมภูมิมีบทบาทสำคัญบริการสุขภาพด้านแรกค้นหาความเสี่ยง คัดกรอง ที่ก่อให้เกิดโรคเบื้องต้น ดูแลส่งเสริมสุขภาพป้องกันไม่ให้คนเป็นโรค ใกล้ชิดชุมชน ทูตสุขภาพ ตติยภูมิ มีระบบบริการที่ครอบคลุมการประเมินและการดูแล ฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ (Comprehensive Geriatric Assessment and Rehabilitation Care) ในองค์ประกอบด้านการบริการ การให้บริการ โดยยึดหลักการจัดการ 3 หลัก คือ One Stop Service Fast Seamless การทำงานแบบภาควิชาเครือข่ายติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับชุมชน เครือข่ายภาคประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และ อปท. สอดคล้องกับการศึกษาของ สมจินต์ โฉมวัฒนะชัย และคณะ ดำเนินการถอดบทเรียนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ โดยคัดเลือกจังหวัดที่มีการทำงานที่ดี (best practice) ภาคละ 1 จังหวัด ระดับปฐมภูมิ คัดกรองสุขภาพและกลุ่มอาการสูงอายุในผู้ป่วยสูงอายุในชุมชนประเมินกลุ่มอาการสูงอายุในผู้สูงอายุที่ผลการคัดกรองผิดปกติระดับตติยภูมิ การบริการสุขภาพผู้สูงอายุในระดับนี้มุ่งให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่สามารถดูแลรักษาในระดับปฐมภูมิ การดูแลรักษาระดับตติยภูมิเพื่อป้องกันไม่ให้พยาธิสภาพของโรคลุกลามโดยการตรวจหาเป็นระยะและเชื่อมโยงการดูแลรักษาใน IPD ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน

การดำเนินงานด้านกำลังคนด้านสุขภาพมีคณะกรรมการและจัดประชุมเพื่อวิเคราะห์อัตรากำลัง การสรรหา และการคัดเลือกพนักงานในกรณีอัตรากำลังไม่เพียงพอ กำหนดหลักเกณฑ์ใน

การพิจารณาอัตรากำลัง กำหนดบทบาทหน้าที่ในคลินิกผู้สูงอายุ กำหนด project manager หรือ Aging Coordinator จัดแบ่งงาน (Work specialization) มีการดำเนินงานร่วมกันโดยทีมสหวิชาชีพ ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุใช้ระบบบัตรคิวอัตโนมัติผ่านตู้ Kiosk เพื่อช่วยในงานบริการผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ และ Cyber Security ในโรงพยาบาล โปรแกรม HOSxP เป็น Hospital Information System ใช้ในทุกคลินิกของโรงพยาบาล ร่วมกับโปรแกรม Google Sheets เพื่อแบ่งปันข้อมูลกับหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการทุติยภูมิให้สามารถเข้าถึงได้ระบบบันทึกข้อมูล ส่งต่อ ส่งกลับ และติดตามของคลินิกผู้สูงอายุในการให้บริการสุขภาพ

ระบบการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น การด้านยา เวชภัณฑ์ กายอุปกรณ์ในคลินิกผู้สูงอายุ การแพทย์ทางไกล (Tele-Medicine) มีระบบจัดการยาการสั่งซื้อและบริหารเวชภัณฑ์ เพื่อการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล และเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยา กายอุปกรณ์ โดยคณะกรรมการ

การดำเนินงานการเงินการคลังสำหรับคลินิกผู้สูงอายุแหล่งงบประมาณจาก สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ และงบประมาณดำเนินงานส่วนภูมิภาค จัดสรรงบประมาณสำหรับ preventive care จากงบค่าบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แบ่งเป็นบริการสาธารณสุขร่วมกับองค์กรบริหารส่วนจังหวัด และบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน หรือ เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ งบค่าบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค กองทุนสุขภาพตำบล จัดสรรงบประมาณด้านเวชภัณฑ์ กำหนดราคาและคุณลักษณะ ดำเนินการในภาพรวมของโรงพยาบาล

ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล มีคณะกรรมการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับจังหวัดและคณะกรรมการในแต่ละพื้นที่ พร้อมกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละคณะทำงาน แนวทางนโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุ โดยตั้งเป็นนโยบายสำคัญ มีการติดตามนิเทศตรวจราชการเพื่อเป็นการกำกับติดตามการดำเนินงานสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ สร้างขวัญกำลังใจให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน

ระบบสุขภาพชุมชน มีการบูรณาการมีภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วนทั้ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท) สนับสนุนงบประมาณส่งเสริมป้องกันโรค การสร้างความรอบรู้สุขภาพ ภาคีเครือข่ายภาคประชาชนภาคีที่สำคัญในการติดตาม ฟื้นฟูสุขภาพ และดูแลต่อเนื่อง ที่บ้านและชุมชน

5.2 สรุปผลการศึกษา

ความต้องการของผู้สูงอายุใน 7 องค์ประกอบของระบบสุขภาพ (1) การบริการสุขภาพ (2) กำลังคนด้านสุขภาพ (3) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (4) การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (5) ด้านการเงินการคลังสาธารณสุข (6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (7) ระบบสุขภาพชุมชน ผู้สูงอายุ

ความต้องการของผู้สูงอายุ ระดับมากใน 6 องค์ประกอบด้าน การบริการสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ด้านการเงินการคลังสาธารณสุข ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพชุมชนและองค์ประกอบด้านระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ มีความต้องการปานกลาง ความต้องการของผู้สูงอายุ การลดเวลารอคอยในการรักษา มีหมอเฉพาะทางและมีการดำเนิน กิจกรรมการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างรพพบแพทย์ มีเทคโนโลยีอำนวยความสะดวกที่ใช้ง่ายมีการ ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับคลินิกผู้สูงอายุให้เพิ่มมากขึ้นมีการมีศูนย์การอุปกรณ์ที่อำนวยความสะดวกดัง ปัจจุบันสืบเนื่องต่อไป ความหวังในเครือข่ายทั้งภาคประชาชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นช่วย สนับสนุนช่วยเหลือระบบการดูแลผู้สูงอายุทั้งด้านงบประมาณ

ความต้องการของกลุ่มผู้บริหารและเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสาธารณสุขใน 7 องค์ประกอบของ ระบบสุขภาพ (1) การบริการสุขภาพ (2) กำลังคนด้านสุขภาพ (3) ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (4) การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น (5) ด้านการเงินการคลังสาธารณสุข (6) ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล (7) ระบบสุขภาพชุมชน ในด้านองค์ประกอบ การบริการสุขภาพ มีระดับความต้องการมากที่สุด ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล ระบบสุขภาพชุมชน มีระดับความต้องการมาก และด้านองค์ประกอบด้านการเงินการคลังสาธารณสุข มีระดับความต้องการปานกลาง ความต้องการของเจ้าหน้าที่ ในการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุ ลดระยะเวลาการรอคอย การเข้าถึงบริการสุขภาพการได้รับการแก้ไขปัญหสุขภาพอย่างทั่วถึง มีระบบ สารสนเทศการจัดการฐานข้อมูลเป็นปัจจัยหนึ่งในการพัฒนารูปแบบการให้บริการลดภาระการทำงาน พร้อมให้บริการประชาชน และข้อมูลสามารถนำไปวิเคราะห์นโยบายการดำเนินงานโครงการยัง สนับสนุนให้หน่วยบริการใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดภาระค่าใช้จ่าย ลดระยะเวลาการรอ คอย และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการคาดหวังในเรื่องอัตรากำลังแพทย์ พยาบาลวิชาชีพที่ขาดแคลน ภาระ งานดูแลหลายคลินิก การพัฒนาศักยภาพการลาศึกษาต่อ หรือทุนการศึกษา เพื่อเป็นการสร้างขวัญกำลังใจให้กับบุคลากรในการปฏิบัติงาน นอกจากการเชิดชูเกียรติจัดเวทีวิชาการ และมีความ ต้องการ ให้ผลักดันนโยบายการดำเนินผู้สูงอายุขอรับค่าบริการสาธารณสุขผ่านระบบป่านระบบการ e-calami ในด้านระบบสุขภาพชุมชนคาดหวังการทำงานอย่างเป็นเครือข่ายแม้อยู่ต่างสังกัด เพื่อ ประโยชน์และสุขภาพของประชาชนตามชุดสิทธิประโยชน์ สปสช ที่ประชาชนทุกคนพึงได้รับ การ ทำงานแบบภาคีเครือข่ายและชุมชนช่วยกันขับเคลื่อนจะนำไปสู่ความยั่งยืน

รูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุจังหวัดเชียงราย มีกลไกการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุใน โรงพยาบาลทุกระดับเป็น Age friendly hospital (AFH) โรงพยาบาลทุกระดับมีการดำเนินงาน คลินิกผู้สูงอายุที่มีแนวทางชัดเจน และมีการปรับสิ่งแวดล้อม ปรับรูปแบบบริการ ที่เอื้อต่อการเข้าถึง ระบบบริการ เพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ซับซ้อน ต่อเนื่อง ระบบการส่งต่อแบบไร้รอยต่อเชื่อมโยง ลด การเจ็บป่วยและลดความแออัดของผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาล เริ่มในสถานบริการระดับ

ปฐมภูมิมีบทบาทสำคัญบริการสุขภาพด้านแรกค้นหาความเสี่ยง คัดกรอง ที่ก่อให้เกิดโรคเบื้องต้น ดูแลส่งเสริมสุขภาพป้องกันไม่ให้คนเป็นโรค โกลีซิดชุมชน ทูตสุขภาพ ติดยภูมิ มีระบบบริการที่ครอบคลุมการประเมินและการดูแลฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ (Comprehensive Geriatric Assessment and Rehabilitation Care) ในองค์ประกอบด้านการบริการ การให้บริการ โดยยึดหลักการจัดการ 3 หลัก คือ One Stop Service Fast Seamless การทำงานแบบภาคีเครือข่าย ติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับชุมชน เครือข่ายภาคประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และ อปท การดำเนินงานด้านกำลังคนด้านสุขภาพมีคณะกรรมการกำกับดูแลอัตรากำลังในคลินิกผู้สูงอายุมีการดำเนินงานร่วมกันโดยทีมสหวิชาชีพ

ระบบสารสนเทศเพื่อการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุใช้ระบบบัตรคิวอัตโนมัติ โปรแกรม HOSxP เป็น Hospital Information System ใช้ในทุกคลินิกของโรงพยาบาล ร่วมกับโปรแกรม Google Sheets เพื่อแบ่งปันข้อมูลกับหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการทุติยภูมิเพื่อกำกับติดตามการรักษา

ระบบการเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น การด้านยา เวชภัณฑ์ ภายอุปกรณ์ในคลินิกผู้สูงอายุ และการให้บริการการแพทย์ทางไกล (Tele-Medicine) มีระบบจัดการยาการสั่งซื้อและบริหารเวชภัณฑ์ เพื่อการใช้อย่างสมเหตุสมผล การเงินการคลังสำหรับคลินิกผู้สูงอายุแหล่งงบประมาณจาก สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ และงบประมาณดำเนินงานส่วนภูมิภาคช่วยสนับสนุนทั้งด้านการ

ส่งเสริม รักษา ป้องกัน ฟื้นฟู สุขภาพ จัดสรรงบประมาณด้านเวชภัณฑ์ กำหนดราคาและคุณลักษณะ ดำเนินการในภาพรวมของโรงพยาบาล ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล มีคณะกรรมการขับเคลื่อนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระดับจังหวัดและคณะกรรมการในแต่ละพื้นที่ พร้อมกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละคณะทำงาน แนวทางนโยบายการดำเนินงานผู้สูงอายุ โดยตั้งเป็นนโยบายสำคัญ

ระบบสุขภาพการบูรณาการมีภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้านส่งเสริมสุขภาพและสวัสดิการผู้สูงอายุเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

5.3 ข้อจำกัดในการวิจัย

ข้อจำกัดด้านบริบท (Contextual Limitations) การเลือกพื้นที่ที่ "ผ่านเกณฑ์คุณภาพ" อาจทำให้ข้อมูลที่ได้มีแนวโน้ม แสดงผลเชิงบวกเกินจริง (Positive Outcome Bias) เพราะมาจากคลินิกที่มีระบบบริการที่เข้มแข็งและพร้อม

ข้อจำกัดด้านกลุ่มตัวอย่าง (Sampling Limitation) และ ความสามารถในการแทนกลุ่มประชากรเป้าหมาย ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการคลินิกผู้สูงอายุได้ อาจจะเป็นกลุ่มที่ ใสใจสุขภาพ, เข้าถึงข้อมูลข่าวสาร, หรือมีญาติพาไป ซึ่งแตกต่างจากกลุ่มที่ไม่ได้มารับบริการ เช่น ผู้สูงอายุที่ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจ การเก็บข้อมูลจากกลุ่มนี้เพียงกลุ่มเดียว อาจทำให้ไม่สะท้อนปัญหา ความต้องการ หรืออุปสรรคของกลุ่มผู้สูงอายุอื่นๆ ที่ เข้าไม่ถึงระบบบริการ

5.4 ข้อเสนอแนะ

5.4.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

5.4.1.1 ควรผลักดันนโยบายสนับสนุนคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับให้เป็นคลินิกที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (Age-Friendly Hospital) พร้อมจัดสรรงบประมาณจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเพิ่มความยั่งยืนในการดำเนินงาน

5.4.1.2 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม ทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ เพื่อให้สามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

5.4.1.3 ควรผลักดันให้มีระบบการเบิกจ่ายค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ (e-Claim) อย่างทั่วถึง เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการบริหารจัดการ

5.4.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

5.4.2.1 ควรเพิ่มจำนวนและศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยเฉพาะแพทย์เฉพาะทาง พยาบาลวิชาชีพ และทีมสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งสนับสนุนโอกาสในการศึกษาต่อ การอบรม และการพัฒนาทางวิชาชีพ

5.4.2.2 ควรพัฒนาระบบบริการให้เอื้อต่อการเข้าถึงของผู้สูงอายุ โดยเน้นรูปแบบบริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One Stop Service) ลดระยะเวลาการรอคอย และจัดให้มีกิจกรรมเสริมระหว่างรอรับบริการ เช่น การให้ความรู้ด้านสุขภาพ

5.4.2.3 ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีและพัฒนาระบบสารสนเทศในการบริการสุขภาพ ระบบคิวอัตโนมัติ การวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อวางแผนการดำเนินงาน

5.4.2.4 ควรประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบริการคลินิกผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง

5.4.2.5 ควรสนับสนุนการทำงานแบบบูรณาการระหว่างภาคีเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดระบบดูแลผู้สูงอายุที่เข้มแข็งและยั่งยืนในระดับชุมชน

5.4.3 ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

5.4.3.1 ควรมีการศึกษาความต้องการของกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ หรือผู้ที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล เพื่อให้เกิดความครอบคลุมและลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ

5.4.3.2 ควรศึกษารูปแบบการบริหารจัดการด้านบุคลากรและงบประมาณที่มีประสิทธิภาพ สำหรับนำไปใช้ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทที่แตกต่างกัน

5.4.3.3 ควรมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของคลินิกผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านผลลัพธ์ทางสุขภาพ และความพึงพอใจของผู้รับบริการ เพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการพัฒนานโยบายและการวางแผนในอนาคตพัฒนารูปแบบการให้บริการที่เหมาะสมกับผู้รับบริการและผู้ให้บริการ ผลักดันนโยบายในการดูแลพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุ ตามความต้องการและคาดหวังเพื่อให้ได้ประเด็นสำคัญในเชิงรูปแบบการขับเคลื่อนและการดำเนินการที่นำไปสู่การปฏิบัติได้จริง เหมาะสมกับบริบท เป็นรูปแบบการบริหารจัดการแนวทางดำเนินงานที่ดีผ่านการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ และเป็นประโยชน์กับบริบทของพื้นที่เครือข่ายต่อไป

รายการอ้างอิง

1. World Health Organization. Ageing and health [internet]. WHO; 2022. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. บัญชีกระแสการโอนประชาชาติ (National Transfer Accounts: NTA) กับการจัดสวัสดิการสังคมของประเทศไทย. เอกสารสัมมนาวิชาการสายงานสังคมประจำปี 2566. สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2566.
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน); 2566.
4. กรมกิจการผู้สูงอายุ. คลังปัญญา, สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย [internet]. กรมกิจการผู้สูงอายุ; ม.ป.ป. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กันยายน 2566 จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/15/926>
5. สำนักบริหารการทะเบียน. สถิติจำนวนประชากรแยกอายุ พ.ศ. 2564 และ 2565 [internet]. สำนักบริหารการทะเบียน; 2564. สืบค้นเมื่อวันที่ 5 สิงหาคม 2566 จาก: <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statyear/#/FilterPa>
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2565.
7. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) [internet]. กระทรวงสาธารณสุข; ม.ป.ป. สืบค้นเมื่อ 6 สิงหาคม 2566 จาก: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php>
8. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. พิมพ์ครั้งที่ 10. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2565.
9. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ. บริษัทซีจีที; 2564.
10. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. การจัดตั้งองค์ประกอบที่สำคัญและการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุ. ห้างหุ้นส่วนจำกัดการพิมพ์; 2560.
11. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระอริยวงศราชญาณลักรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสรุปผลข้อมูลตัวชี้วัด. กระทรวงสาธารณสุข; ม.ป.ป. สืบค้นเมื่อ 6 สิงหาคม 2566 จาก: <http://agingthai.dms.go.th/agingthai/personnel/%e0%b8%a3%e0%b8%b2%e0>

%b8%a2%e0%b8%87%e0%b8%b2%e0%b8%99%e0%b8%aa%e0%b8%a3%e0%b8%b8%e0%b8%9b%e0%b8%9c%e0%b8%a5%e0%b8%82%e0%b9%89%e0%b8%ad%e0%b8%a1%e0%b8%b9%e0%b8%a5%e0%b8%95%e0%b8%b1%e0%b8%a7%e0%b8%8a/

12. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย. รายงานการประเมินเกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุรายโรงพยาบาล [internet]. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย; ม.ป.ป. สืบค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 2566 จาก:
https://docs.google.com/spreadsheets/d/1sjLkd_si6UC9z1_NPjuqw23QXlc2VAXeTrigBgQeFdM/edit#gid=939069487
13. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ เกณฑ์มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ พ.ศ.2565 [internet]. กระทรวงสาธารณสุข; 2565. สืบค้นเมื่อ 2 สิงหาคม 2566 จาก: <http://agingthai.dms.go.th/agingthai/manual-guideline/manual-guideline>
14. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC). กระทรวงสาธารณสุข; ม.ป.ป. สืบค้นเมื่อ 10 สิงหาคม 2566 จาก:
https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=aa86b13e8cb60cae6c3216b7e3e5f151
15. กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC). กระทรวงสาธารณสุข; ม.ป.ป. สืบค้นเมื่อ 30 กันยายน 2566 จาก:
https://cri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48&id=aa86b13e8cb60cae6c3216b7e3e5f151
16. กุลยา ตันติผลาชีวะ. การดูแลตนเองในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลสาธารณสุข. 2551; 10(1):13-14
17. กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (United Nations Population Fund: UNFPA) และ องค์การเฮลป์เอจ อินเตอร์เนชั่นแนล (HelpAge International). รายงาน "สูงวัยในศตวรรษที่ 21: การเฉลิมฉลองและความท้าทาย (Ageing in the Twenty-First Century: A Celebration and A Challenge)". UNFPA & HelpAge International; ม.ป.ป.
18. กรมกิจการผู้สูงอายุ. แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566 - 2580). กรุงเทพฯ:กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; ม.ป.ป.

19. ฉัฐพร โยเหลา. สังคมผู้สูงอายุและโอกาสทางธุรกิจในประเทศไทย [internet]. อุตสาหกรรมสาร; 2560. สืบค้นเมื่อ 2 ตุลาคม 2566 จาก: <http://e-journal.dip.go.th/LinkClick.aspx?fileticket=lzOhz270bfU%3D&tabid=36>
20. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุ [internet]. กรมกิจการผู้สูงอายุ; ม.ป.ป. สืบค้นเมื่อ 2 ตุลาคม 2566 จาก: <https://www.dop.go.th/th/benefits/3/765>
21. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. ผู้สูงอายุ [internet]. ราชบัณฑิตยสถาน; ม.ป.ป. สืบค้นเมื่อ 2 ตุลาคม 2566 จาก: <https://dictionary.orst.go.th/>
22. คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. คู่มือเรียนรู้เข้าใจวัยสูงอายุ. บริษัทนัยนงการพิมพ์; 2561.
23. วิจิตร บุญยะโทตระ. ศาสตร์ชะลอวัย. กรุงเทพฯ: สถาพรบุ๊คส์; 2553.
24. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี. ผลงานอาจารย์ภาณุ อดกลั่น ทฤษฎีการสูงอายุ [internet]. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี; 2566. สืบค้นจาก : <http://WWW.bcnu.ac.th>
25. สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 6. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2556.
26. สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 6. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2556.
27. สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ. โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ สสส [internet]. สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ; 2566. สืบค้นเมื่อ 24 กันยายน 2566 จาก: <https://www.thaihealth.or.th/content/>
28. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก. บริษัท ซีจีทูล จำกัด; ม.ป.ป.
29. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก. บริษัท ซีจีทูล จำกัด; ม.ป.ป.
30. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ : บริษัท อมรินทร์ คอร์เปอเรชั่นส์ จำกัด (มหาชน); 2565.

31. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ลูกจำแม่กลัวถูกทอดทิ้ง [internet]. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; ม.ป.ป. สืบค้นเมื่อ 2 ตุลาคม 2566 จาก : <https://www.thaihealth.or.th/%E0%B8%A5%E0%B8%B9%E0%B8%81%E0%B8%88%E0%B9%8B%E0%B8%B2%E0%B9%81%E0%B8%A1%E0%B9%88%E0%B8%81%E0%B9%87%E0%B8%81%E0>
32. ณิชฎา คงศรี. จาก MDGs สู่ SDGs เป้าหมายการพัฒนาที่เปลี่ยนไปเพื่อความยั่งยืน [internet]. SDG; ม.ป.ป. สืบค้นเมื่อ 2 ตุลาคม 2566 จาก: <https://www.sdgmove.com/2017/08/13/mdgstosdgs>
33. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทยตามแผนปฏิบัติการระหว่างประเทศมาดริดว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ. บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด; ม.ป.ป.
34. กรมกิจการผู้สูงอายุ. แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580). กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2565.
35. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. เอกสารชุดความรู้ ปฏิญญาอาเซียนด้านประชาสังคมและวัฒนธรรมอาเซียน. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2558.
36. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิชย์; 2546.
37. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ยุทธศาสตร์กรมกิจการผู้สูงอายุ 20 ปี ประจำปี พ.ศ. 2561 – 2580. โรงพิมพ์สามลดา; ม.ป.ป.
38. กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ยุทธศาสตร์กรมกิจการผู้สูงอายุ 20 ปี ประจำปี พ.ศ. 2561 – 2580. โรงพิมพ์สามลดา; ม.ป.ป.
39. กรมกิจการผู้สูงอายุ. แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580). กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2565.
40. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม) คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545- 2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 พ.ศ.2561 .โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิชย์; 2561.
41. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพเพื่อรองรับ สังคมสูงอายุ แนวคิด "สุขเพียงพอ ชะลอชรา ชีวียืนยาว" ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด(มหาชน); 2563.

42. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย 2559-2560. ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์; 2560.
43. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 [internet]. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2550. สืบค้นเมื่อ 2 ตุลาคม 2566 จาก: https://infocenter.nationalhealth.or.th/?lsvr_kba
44. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ปรับ เปลี่ยน เรียนรู้ การปฏิรูประบบสุขภาพ. บริษัท พรอสเพอริสฟัสส์ จำกัด; ม.ป.ป.
45. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 [internet]. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2550. สืบค้นเมื่อ 2 ตุลาคม 2566 จาก: https://infocenter.nationalhealth.or.th/?lsvr_kba
46. กล้าณรงค์ วงศ์พิทักษ์. ระบบบริการสาธารณสุขของประเทศไทย. วิทยาลัยสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์; 2561.
47. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย 2559-2560. ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์; 2560.
48. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: WHO document production services; 2010.
49. รจิต สุนทรธรรม และคณะ บรรณาธิการ. ระบบหลักประกันสุขภาพ กรุงเทพฯ:สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2555.
50. มานพ คณะโต. Evaluation as a management tool [internet]. Gotoknow; 2555. สืบค้นเมื่อ 12 กันยายน 2566 จาก: <http://www.gotoknow.org/posts/514904>
51. พัฒน์ สุจำนงค์. สารานุกรมสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: แพรวพิทยา; 2531.
52. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การสาธารณสุขไทย 2559-2560. ห้างหุ้นส่วนจำกัด แสงจันทร์การพิมพ์; 2560.
53. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.). ระบบสุขภาพ [internet]. สวรส; ม.ป.ป. สืบค้นเมื่อ 12 กันยายน 2566 จาก: <https://www.hsri.or.th/researcher/classroom/detail/4741>.
54. จรัส สุวรรณเวลา. สุขภาพพอเพียง ระบบสุขภาพที่พึงประสงค์. บริษัท ดีไซน์ จำกัด; 2544.
55. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. ผู้สูงอายุ [internet]. ราชบัณฑิตยสถาน; ม.ป.ป. สืบค้นเมื่อ 2 ตุลาคม 2566 จาก: <https://dictionary.orst.go.th/>
56. World Health Organization. The World Health Report 2000: 'Health System: Improving Performance' Geneva: WHO; 2000.

57. สุวจิ กู๊ด. โครงการวิจัยการทบทวนความหมายของคำและนิยามทางวิชาการและในภาคปฏิบัติ
การของกลุ่มคำที่ใช้ในการร่างหลักการของ ร่าง พรบ. สุขภาพแห่งชาติ. จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย; ม.ป.ป.
58. สุพิชชา แสงโชติ. ระบบบริการสุขภาพ กองทัพเรือ. กรมแพทย์ทหารเรือ กองสวัสดิการสุขภาพ;
2560.
59. กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์มาตรฐานระบบบริการของสถานบริการและหน่วยงานสาธารณสุข :
งานพัฒนาบริการขั้นสูงสาธารณสุข (พบส.) พิมพ์ครั้งที่ 3. ม.ป.ท; 2539.
60. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวง
สาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและประเด็นสำคัญด้านเวช
ศาสตร์ผู้สูงอายุในแผนผู้ป่วยนอก. บริษัท ซีจีที จํากัด; ม.ป.ป.
61. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวง
สาธารณสุข. แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ (Comprehensive Geriatric Clinic).
บริษัท ซีจีที จํากัด; ม.ป.ป.
62. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. การจัดตั้งองค์ประกอบที่สำคัญและการพัฒนาคุณภาพคลินิกผู้สูงอายุ
(Geriatric clinic: development, key components and quality improvement).
กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์; 2560.
63. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวง
สาธารณสุข. แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ (Comprehensive Geriatric Clinic).
บริษัท ซีจีที จํากัด; ม.ป.ป.
64. กรมกิจการผู้สูงอายุ. แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580). กรมกิจการ
ผู้สูงอายุ; 2565.
65. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550
[internet]. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ; 2550. สืบค้นเมื่อ 2 ตุลาคม 2566
จาก: https://infocenter.nationalhealth.or.th/?lsr_kba
66. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ
20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 2. สืบค้นเมื่อ 12 ตุลาคม 2566 จาก:
http://www.stopcorruption.moph.go.th/index.php/main/p_detail/page/60
67. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน. ผู้สูงอายุ [internet]. ราชบัณฑิตยสภา; ม.ป.ป. สืบค้นเมื่อ
2 ตุลาคม 2566 จาก: <https://dictionary.orst.go.th/>
68. Oxford dictionary. สืบค้นเมื่อ 23 ตุลาคม 2566 จาก:
<https://www.oxfordlearnersdictionaries.com/>

69. ปรียาพร วงศ์อนุตรโรจน์. จิตวิทยาการบริหารงานบุคคล. กรุงเทพฯ: ศูนย์ส่งเสริมกรุงเทพ; 2547.
70. บุญเลิศ บุญชัยสุข. แรงจูงใจ: พลังผลักดันสู่ความสำเร็จ. *Journal of Humanities and Social Sciences Surin Rajabhat University*. 2554;19(2):138–174.
71. เทียม โชควัฒนา. ปรัชญาการทำงานและการดำเนินชีวิต ดร. เทียม โชควัฒนา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์สุขภาพใจ; 2547.
72. อมรัตน์ ปักโคทานัง. ศึกษาความต้องการพัฒนาตนเองของบุคลากรสายสนับสนุน วิชาการ มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตศาลายา. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2548.
73. วิจิตร อาวะกุล. เทคนิคมนุษย์สัมพันธ์. กรุงเทพฯ: เอ เอส พรินติ้งเฮาส์; 2540.
74. ศศิณา ปาละสิงห์. ความต้องการในการพัฒนาตนเองของข้าราชการพลเรือน สายสามัญ สังกัด ศูนย์กลางสถาบันเทคโนโลยีราชมงคล ตำบลคลองหก อำเภอคลองหลวง จังหวัดปทุมธานี. มหาวิทยาลัยบูรพา; 2547.
75. เกศรินทร์ วิริยะอาภรณ์. ความต้องการในการพัฒนาตนเองของข้าราชการกรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ. มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2545.
76. มณฑิรา สุวรรณมณีรัตน์. ความต้องการพัฒนาตนเองของบุคลากรเทศบาลตำบลแหลมฉบัง อำเภอแหลมฉบัง จังหวัดตราด. มหาวิทยาลัยบูรพา; 2553.
77. Maslow A.H. A theory of human motivation. *Psychological Review*. 1943; 50(4):370–396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
78. สุนันทิพย์ ไพรสวรรณา และคณะ. การประเมินโครงการ "คลินิกประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม". วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางการแพทย์; ม.ป.ป.
79. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การศึกษาความสำเร็จในการเปลี่ยนนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กรณีศึกษาศูนย์ผู้สูงอายุ. กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
80. วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์, ขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ, ศิริพันธ์ สาสัตย์, พรทิพย์ มาลาธรรม และจิณณ์ สิธา ณรงค์ศักดิ์. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น. *The Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council*. 2557; 29(3):104–115. <https://he02.tcithaijo.org/index.php/TJONC/article/view/27082>
81. เบญจพร สุธรรมชัย และคณะ. การสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2558; 24(6).

82. ฉัตรชัย อุคซธรรม. การดำเนินงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอดักไถ่ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.
83. สมจินต์ โฉมวิฒนะชัย และคณะ. รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ บทเรียนจากพื้นที่ต้นแบบ คลินิกผู้สูงอายุ. บริษัท อีส ออกัส จำกัด; 2560
84. ธานี ขามชัย. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาลรัฐเพื่อความมั่นคงทางสุขภาพบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์และความมั่นคง. มหาวิทยาลัยบูรพา; 2560.
85. จีราพร ทองดี. ระบบการบริการสุขภาพผู้สูงอายุกับ “โมเดลประเทศไทย 4.0. วารสารพยาบาล สาร. 2560; 44.
86. ทศวรรณ เจริญวงศ์. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านในชุมชนโดยแนวทางนัก บริบาลผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก. มหาวิทยาลัยมหาสาร กราม; 2560.
87. บรรจบ แสนสุข และคณะ. การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการพัฒนาระบบสุขภาพ ชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการ สาธารณสุขชุมชน. 2563; 9(3).
88. นวรัตน์ บุญนาน และมาวิน ทับแสง. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มพึ่งพิงเครือข่าย บริการสุขภาพอำเภอแคว้น จังหวัดมหาสารคาม. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม; 2563.
89. วรางคณา ศรีภูวงษ์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มที่มี ภาวะพึ่งพิง ตำบลท่าขอนยาง อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม.วารสารสาธารณสุข ชุมชน; 2563.
90. พิษญาพร พืชรพันธ์ุ และประสพชัย พสุนนท์. ปัจจัยที่ส่งผลต่อแนวทางการบริการสุขภาพที่ เหมาะสมสำหรับประชาชนภายใต้บริบท โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง. วารสาร การจัดการและการพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี; 2564.
91. ญัฐวิภา ทองรุ่ง และกัมปนาท วงษ์วัฒนพงษ์. การประเมินโครงการบริการดูแลระยะยาวสำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงกรณีศึกษา อำเภอหล่มเก่า จังหวัดเพชรบูรณ์.วารสาร มจร พุทธ ปัญญาปริทรรศน์. 2564; 6(2).
92. จันทนา วงศ์ออม. การสังเคราะห์การจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุของคลินิกหมอครอบครัว ในเขตสุขภาพที่ 6. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา; 2564.
93. ชมพูนุช อินทศรี. ความคาดหวังและความพึงพอใจของผู้รับบริการที่มีต่อระบบการให้บริการ ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลของรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา. มหาวิทยาลัยบูรพา; 2565.

94. มณฑิชา เจนพานิชทรัพย์ และคณะ. การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารศูนย์อนามัย. 2565; 9(17).
95. ประไพพิมพ์ สุธีวสินนนท์. กลยุทธ์การเลือกตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ. มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2560.
96. ชาย โพธิสิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์ พับลิชชิ่งจำกัด (มหาชน); 2550.
97. Patton M.Q. Designing qualitative studies. Qualitative research and evaluation methods. Newbury Park, CA: Sage. Publications, Inc.; 2002.
98. Suri H. Purposeful sampling in qualitative research synthesis. Qualitative Research Journal. 2011; 11(2): 63-75.
99. Flick U. An introduction to qualitative research: Theory, method and applications. London: Sage; 1998.
100. Creswell J.W. Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches: Sage. Publications, Inc.; 2012.
101. Guest G. Namey E.E. Mitchell M.L. Collecting qualitative data: A field manual for applied research. Newbury Park, CA:Sage Publications, Inc.; 2012.
102. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. รายงานผลการศึกษารูปแบบการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการทุกระดับสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. กรมการแพทย์; 2567.
103. คัทลียา วสุธาดา. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานเพื่อลดระยะเวลารอคอยการรับบริการในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองท่าจังหวัดจันทบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2560; 28(1):80-89.
104. สายนที เฉินบำรุง, พัทธา ตันติประภา, ศรัญญา กันตะบุตร, และวรรณัย สายประเสริฐ. ความต้องการของผู้สูงอายุในอำเภอเมืองเชียงใหม่ [Aging generation's needs in Amphor Mueang Chiang Mai]. วารสารวิจัยรำไพพรรณี; 2566; 17(2):51-57.
105. นิสิต บุญอะรุณ และกองทิพย์ ปิ่นกะโน. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่มีคุณภาพ อำเภอปทุมรัตน์ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2567; 17(3):73-86.
106. ลดาวัลย์ โอวาท .ความต้องการด้านการพยาบาลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุที่รับบริการในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลมาบอำมฤต จังหวัดชุมพร. วารสารการพยาบาลผู้สูงอายุและการวิจัย. 2567; 14(27):145-159.

107. วิไลวรรณ ถนนแก้ว และคณะ. ศึกษาความพึงพอใจจากการพัฒนาตู้ให้บริการลงทะเบียนผู้ป่วย (Kiosk): กรณีศึกษาโรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ. วารสารวิชาการเฉลิมกาญจนา. 2566; 10(2):138–143.
108. ชนิษฐา แก้วกัลยา และคณะ. การพัฒนาแนวทางการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจาก โรงพยาบาลถึงบ้านโรงพยาบาลค่ายประจักษ์ศิลปาคม. วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา. 2566; 6(1):55–64.
109. จิรายุ สุวรรณศรี. การศึกษาความต้องการบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขของผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี. มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น; ม.ป.ป.
110. Watabe A. Wongwatanakul W. Thamarangsi T. Prakongsai P. Yuasa M. Analysis of health promotion and prevention financing mechanisms in Thailand. Health Promotion International. 2017; 32(4):702–710.
<https://doi.org/10.1093/heapro/daw010>
111. หอมหวล บัวระภา. ความต้องการของผู้สูงอายุและความพร้อมของสถาบันที่ให้บริการผู้สูงอายุ. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ. 2565;7(มิถุนายน):84-97.
112. วิภาดา นาทันคิต, อรพิน ปิยะสกุลเกียรติ และวิชัย โสสุวรรณจินดา. ปัจจัยที่ส่งผลต่อขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานของข้าราชการ สำนักงานเขตคลองเตย กรุงเทพมหานคร. วารสารมหาจุฬาลงกรณ. 2563;11(2):128–140. <https://so06.tci-thaijo.org/index.php/gajasara/article/view/252775/170629>
113. Willis-Shattuck M. Bidwell P. Thomas S. Wyness L. Blaauw D. Ditlopo P. Motivation and retention of health workers in developing countries: A systematic review. BMC Health Services Research. 2008; 8:247.
<https://doi.org/10.1186/1472-6963-8-247>
114. ยุพิน ปานเดช. แรงจูงใจและความพึงพอใจในการทำงานของข้าราชการ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสิงห์บุรี. วารสารโรงพยาบาลสิงห์บุรี (Singburi Hospital Journal). 2560; 25(2).
<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/shj/issue/view/17397>
115. ศิรประภา หล้าสิงห์. การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน. วารสารวิชาการ. 2563; 6(2).

ภาคผนวก ก

หนังสือรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

 The Mae Fah Luang University Ethics Committee on Human Research 333 Moo 1, Thasud, Muang, Chiangrai 57100 Tel: (053) 917-170 to 71 Fax: (053) 917-170 E-mail: rechuman@mfa.ac.th	
หนังสือรับรองด้านจริยธรรมการวิจัย	
COA: 104/2024	รหัสโครงการวิจัย: EC 24049-18
ชื่อโครงการวิจัย :	ความคาดหวังและรูปแบบการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ จังหวัด เชียงราย
ชื่อผู้วิจัยหลัก:	นางณัฐพร สุภาวงศ์
สำนักวิชา:	วิทยาศาสตร์สุขภาพ
ผู้สนับสนุนการวิจัย:	สำนักงานบัณฑิตศึกษา
การรับรอง :	
(1) โครงการวิจัย	ฉบับที่ 2 วันที่ 7 พฤษภาคม 2567
(2) เอกสารข้อมูลและขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย	ฉบับที่ 2 วันที่ 7 พฤษภาคม 2567
(3) แบบสนทนากลุ่ม	ฉบับที่ 2 วันที่ 7 พฤษภาคม 2567
(4) แบบสอบถาม	ฉบับที่ 1 วันที่ 6 มีนาคม 2567
(5) แบบสัมภาษณ์	ฉบับที่ 1 วันที่ 6 มีนาคม 2567
(6) ข้อมูลประชากรสัมพันธ์รับสมัครผู้เข้าร่วมวิจัย	ฉบับที่ 2 วันที่ 7 พฤษภาคม 2567
(7) ผู้วิจัย และผู้วิจัยร่วม	
- นางณัฐพร สุภาวงศ์	- อาจารย์ ดร.พิลาสินี วงษ์นุช
	- อาจารย์ ดร.พิษณุรักษ์ กันทวี
ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้นได้ผ่านการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ว่าสอดคล้องกับแนวทางจริยธรรมสากล ได้แก่ ปฏิญญาเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) รายงานเบลมอนต์ (Belmont Report) แนวทางจริยธรรมสากลสำหรับการวิจัยในมนุษย์ของสภาองค์การสากลด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ (CIOMS) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยที่ดี (ICH-GCP)	
วันที่รับรองด้านจริยธรรมของโครงการวิจัย:	18 พฤษภาคม 2567
วันสิ้นสุดการรับรอง:	17 พฤษภาคม 2568
ความถี่ของการส่งรายงานความก้าวหน้าของการวิจัย:	1 ปี
ลงนาม (รองศาสตราจารย์ พลตรีหญิง แพทย์หญิง แสงแข ขำนาญวานกิจ) ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง	
AL 02_1/2024 Certificate of Approval	หน้า 1 จาก 4

ภาคผนวก ข

ความเที่ยงตรง (VALIDITY)

สรุปผลการตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ของผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามกรรมการผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยดังนี้

1. อาจารย์ ผศ.ดร.ภัทรพล มากมร

อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาวิทยาลัยนเรศวร

2. นายแพทย์คงศักดิ์ ชัยชนะ

นายแพทย์เชี่ยวชาญ (เวชกรรมป้องกัน) รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

3. นางอุไรวรรณ ชัยมินทร์

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

แนวคำถามประกอบการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสังเกต การสนทนากลุ่ม ซึ่งคำถามได้ครอบคลุมขอบเขตของเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ ผู้วิจัยได้พัฒนาแนวคำถามจากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำแนวคำถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาเพื่อตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา ความครอบคลุมของข้อคำถาม สำนวนภาษา รวมไปถึงความเหมาะสมจำนวน 3 ท่าน ผลการตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลภาพรวม ดังนี้

ผลคะแนน IOC ของเครื่องมือการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เท่ากับ 0.95

ผลคะแนน IOC ของเครื่องมือการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล ผู้สูงอายุที่รับบริการเท่ากับ 0.95

1. แบบสอบถามการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล ผู้บริหาร /เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญท่านที่ 1			ผู้เชี่ยวชาญท่านที่ 2			ผู้เชี่ยวชาญท่านที่ 3			คะแนนรวม	ค่า IOC	แปรผล
	1-	0	1+	1-	0	1+	1-	0	1+			
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม												
1			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
2			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
3			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
4			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
5			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
6			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
7			✓		✓				✓	2	0.67	นำไปใช้ได้
8			✓		✓				✓	2	0.67	นำไปใช้ได้
ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของคลินิกผู้สูงอายุ												
9			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
10			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
11			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
12			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
ส่วนที่ 3 การดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและความต้องการใน 7 องค์ประกอบ (Six Building Blocks plus one)												
องค์ประกอบด้านบริการ (Service Delivery)												
13			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
14			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
15			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
16			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
17			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
18			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
19			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
20			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
21			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
22			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
23			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
24			✓			✓		✓		2	0.67	นำไปใช้ได้
25			✓			✓		✓		2	0.67	นำไปใช้ได้
26			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
27			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
28			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้

1. แบบสอบถามการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล ผู้บริหาร /เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญท่านที่ 1			ผู้เชี่ยวชาญท่านที่ 2			ผู้เชี่ยวชาญท่านที่ 3			คะแนนรวม	ค่า IOC	แปรผล
	1-	0	1+	1-	0	1+	1-	0	1+			
องค์ประกอบด้านบริการ												
29			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
30			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
31			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
32			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
33			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
34			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
35			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
36			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
37			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
38			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
39			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
40			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
41			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
42			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
43			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
44		✓				✓			✓	2	0.67	นำไปใช้ได้
45			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
46			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
47			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
48			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
49			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
50			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
51			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
52			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
53			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
54			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
55			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
56			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้

1. แบบสอบถามการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล ผู้บริหาร /เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญท่านที่ 1			ผู้เชี่ยวชาญท่านที่ 2			ผู้เชี่ยวชาญท่านที่ 3			คะแนนรวม	ค่า IOC	แปรมผล
	1-	0	1+	1-	0	1+	1-	0	1+			
องค์ประกอบด้านระบบสารสนเทศสาธารณสุข												
57			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
58			✓			✓		✓		2	0.67	นำไปใช้ได้
59		✓				✓			✓	2	0.67	นำไปใช้ได้
60			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
61			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
62			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
63			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
64			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
65			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
66			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
67			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
68			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
69			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
องค์ประกอบด้านกำลังคนด้านสุขภาพ												
70			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
71			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
72			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
73			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
74			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
75			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
76			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
77			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
78			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
79			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
องค์ประกอบการเงินการคลังสาธารณสุข												
80			✓			✓		✓		2	0.67	นำไปใช้ได้
81			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
82			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
83			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
84												นำไปใช้ได้
องค์ประกอบเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น												
85			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
86			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
87			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
88			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้

89			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
องค์ประกอบภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ												
90			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
91			✓		✓				✓	2	0.67	
92			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
93			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
94			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
องค์ประกอบระบบสุขภาพชุมชน												
95			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
96			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
97			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
98			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
99			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้

$$IOC = \frac{95.03}{99} = 0.959898 \approx 0.95$$

$$IOC = 0.95$$

หมายเหตุ

ข้อที่ 7 ,8 ,24 ,25, 44 ,58, 59 ,80, 91 ได้ปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาข้อความตามข้อเสนอของ

ผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว

2. แบบสอบถามการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล ผู้สูงอายุที่รับบริการ

ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญท่านที่ 1			ผู้เชี่ยวชาญท่านที่ 2			ผู้เชี่ยวชาญท่านที่ 3			คะแนนรวม	ค่า IOC	แปลผล
	1-	0	1+	1-	0	1+	1-	0	1+			
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม												
1			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
2			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
3			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
4			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
5			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
6			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
7			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
8			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
9			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
10			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
11			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
12			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
13			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
ส่วนที่ 2 การดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและความต้องการใน 7 องค์ประกอบ (Six Building Blocks plus one)												
องค์ประกอบด้านบริการ												
14			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
15			✓		✓				✓	2	0.67	นำไปใช้ได้
16			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
17			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
18			✓			✓		✓		2	0.67	นำไปใช้ได้
19			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
20			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
21			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
22			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
23			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
24			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
25			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
26			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
27			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้

2. แบบสอบถามการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล ผู้สูงอายุที่รับบริการ

ข้อที่	ผู้เชี่ยวชาญท่านที่ 1			ผู้เชี่ยวชาญท่านที่ 2			ผู้เชี่ยวชาญท่านที่ 3			คะแนนรวม	ค่า IOC	แปรผล
	1-	0	1+	1-	0	1+	1-	0	1+			
ส่วนที่2 การดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและความต้องการใน 7 องค์ประกอบ (Six Building Blocks plus one)												
องค์ประกอบด้านบริการ												
28			✓			✓		✓		2	0.67	นำไปใช้ได้
29			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
30			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
องค์ประกอบด้านระบบสารสนเทศสาธารณสุข												
31			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
32			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
33			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
34		✓				✓			✓	2	1	นำไปใช้ได้
องค์ประกอบด้านกำลังคนด้านสุขภาพ												
35			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
36			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
37			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
38			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
39			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
40			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
41			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
องค์ประกอบการเงินการคลังสาธารณสุข												
42			✓		✓				✓		0.67	นำไปใช้ได้
องค์ประกอบบริการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น												
43			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
44			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
45			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
46			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
องค์ประกอบภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ												
47			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
องค์ประกอบระบบสุขภาพชุมชน												
49			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
50			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
51			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
52			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
53			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้
54			✓			✓			✓	3	1	นำไปใช้ได้

$$IOC = \frac{51.68}{54} = 0.957037 \approx 0.95$$

IOC = 0.95

หมายเหตุ

ข้อที่ 15 ,18 ,28, 42 ได้ปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาข้อความตามข้อเสนอของผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว



แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบไปด้วย 3 กลุ่ม ดังนี้

ผู้บริหารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน ,กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับคลินิกผู้สูงอายุ, ผู้สูงอายุที่ใช้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ โดยการใช้แบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-structure Interview) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมี

ลักษณะคำถามแบ่งออกเป็นแต่ละด้านหลัก ๆ 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ความคาดหวังและรูปแบบการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพจังหวัดเชียงราย องค์ประกอบด้านบริการ

ส่วนที่ 2 ความคาดหวังและรูปแบบการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพจังหวัดเชียงราย องค์ประกอบด้านกำลังคนด้านสุขภาพ

ส่วนที่ 3 ความคาดหวังและรูปแบบการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพจังหวัดเชียงราย องค์ประกอบด้านระบบข้อมูลข่าวสาร สารสนเทศสาธารณสุข

ส่วนที่ 4 ความคาดหวังและรูปแบบการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพจังหวัดเชียงราย องค์ประกอบด้านการเงินการคลังสาธารณสุข

ส่วนที่ 5 ความคาดหวังและรูปแบบการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพจังหวัดเชียงราย องค์ประกอบด้านการเข้าถึงยาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่จำเป็น

ส่วนที่ 6 ความคาดหวังและรูปแบบการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพจังหวัดเชียงราย องค์ประกอบด้านภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ

ส่วนที่ 7 ความคาดหวังและรูปแบบการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพจังหวัดเชียงราย องค์ประกอบด้านระบบสุขภาพชุมชน

โดยสรุป ข้อคำถามในแต่ละด้านที่ผู้วิจัยได้กล่าวมาข้างต้น ได้รับการตรวจสอบและพิจารณาประเด็นคำถามและตรวจสอบด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านเรียบร้อยแล้ว และหลังจากให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ทางผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้ได้มีการนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Try out) ในแต่ละกลุ่มประชากรที่มีความคล้ายคลึงกันกับทั้ง 3 กลุ่มเป้าหมาย และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์และเหมาะสมก่อนที่ผู้วิจัยจะได้นำไปใช้จริง

แบบประเด็นการสนทนากลุ่ม

ผลการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยมี มีวัตถุประสงค์ประเด็นการสนทนากลุ่ม คำชี้แจงการดำเนินการสนทนากลุ่ม

การสนทนากลุ่ม (Focus Group) เป็นการรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในประเด็นปัญหาที่เฉพาะเจาะจง โดยมีผู้ดำเนินการสนทนา (Moderator) เป็นผู้สนับสนุนประเด็นในการสนทนาเพื่อให้กลุ่มเกิดการแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นหรือแนวทางการสนทนาอย่างกว้างขวาง โดยข้อมูลที่ได้จากการสนทนาครั้งนี้ถือเป็นข้อมูลส่วนบุคคล จะไม่มีการนำไปเปิดเผยหรือนำไปใช้ในทางอื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการวิจัย โดยประเด็นคำถามในการสนทนากลุ่มในครั้งนี้แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมสนทนากลุ่ม

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การเข้ารับบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 ความคาดหวังและความต้องการในการรับบริการ

โดยสรุป ข้อคำถามในแต่ละด้านที่ผู้วิจัยได้กล่าวมาข้างต้น ได้รับการตรวจสอบและพิจารณา

ประเด็นคำถามและตรวจสอบด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่านเรียบร้อยแล้ว และหลังจากให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ทางผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้ได้มีการนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองใช้ (Try out) ในแต่ละกลุ่มประชากรที่มีความคล้ายคลึงกันกับทั้ง 3 กลุ่มเป้าหมาย และนำมาปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์และเหมาะสมก่อนที่ผู้วิจัยจะได้นำไปใช้จริง

ภาคผนวก ค

ความเชื่อมั่น (RELIABILITY))

สรุปผลการตรวจสอบความความเชื่อมั่น (Reliability) โดยการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์
แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของเครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลเชิง
ปริมาณ ดังนี้

เครื่องมือการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล ผู้บริหาร และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ
เท่ากับ 0.862

เครื่องมือการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล ผู้สูงอายุที่รับบริการเท่ากับ 0.926



ภาคผนวก ง

เครื่องมือการวิจัย

ชุดที่1 แบบสอบถามการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล ผู้บริหาร /เจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการ คำชี้แจง

โปรดตอบแบบสำรวจให้ครบทุกข้อโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องหรือตารางที่ตรงกับความจริงมากที่สุด ข้อมูลนี้จะถือเป็นความลับไม่มีผลเกี่ยวกับการปฏิบัติงานของท่านหรือก่อให้เกิดความเสียหายประการใด แต่จะเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา เรื่อง ความคาดหวังและรูปแบบการจัดบริการสุขภาพคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพจังหวัดเชียงราย เพื่อให้ได้ประเด็นสำคัญในเชิงรูปแบบการขับเคลื่อนและการดำเนินการที่นำไปสู่การปฏิบัติได้จริง เหมาะสมกับบริบท เป็นรูปแบบการบริหารจัดการแนวทางดำเนินงานที่ดีผ่านการประเมินตามเกณฑ์มาตรฐาน และเป็นประโยชน์กับพื้นที่เครือข่ายต่อไป

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของคลินิกผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 การดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพและความต้องการ-ใน 7 องค์ประกอบ (Six Building Blocks plus one)

ประวัติผู้ประพันธ์

ชื่อ

ณัฐทรี สุภาวงศ์

ประวัติการศึกษา

2559

ปริญญาตรี สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต
สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ประวัติการทำงาน

2563 - ปัจจุบัน

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

2560 - 2563

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติ
สาธารณสุขอำเภอแม่สรวย
(โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีถ้อย)

