

Received: 26/09/65 Revised: 26/09/65 Accepted: 08/12/65

**การสังเคราะห์การจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุของคลินิกหมอครอบครัว ในเขตสุขภาพที่ 6**  
**The Synthesis of Management System for the Elderly Health in the Primary Care Cluster**  
**in the 6th regional Health Area**

จันทนา วัจนอม

สำนักงานสาารณสุภษาจังหวัดชลบุรี

ผู้รับผิชอบบทความ (Email: w.juntana08@gmail.com)

Juntana Wangkaom

Chonburi Province Public Health Office

Corresponding author (Email: w.juntana08@gmail.com)

**บทคัดย่อ**

การศึกษาในครั้งนี้เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุของคลินิกหมอครอบครัวในเขตสุขภาพที่ 6 โดยศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจุบัน เป็นการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ จากตัวแทนคลินิกหมอครอบครัวที่สุ่มแบบสัดส่วนจำนวน 134 คน และระยะที่ 2 การสังเคราะห์รูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเก็บรวบรวมทั้งผู้ให้บริการและผู้สูงอายุที่รับบริการจากคลินิกหมอครอบครัวที่มีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีภายในเขตสุขภาพที่ 6 ซึ่งสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 7 แห่ง ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงกันยายน พ.ศ. 2565 โดยใช้เครื่องมือที่สร้างตามแนวคิดการพัฒนาาระบบสุขภาพ และแนวคิด 3S วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและวิเคราะห์เชิงแก่นสาระ ผลการศึกษา พบว่า องค์ประกอบและกลไกขับเคลื่อนสำคัญคือ บุคลากรในทีมและระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย การประสานงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐและการสื่อสาร จัดบริการ 13 บริการหลัก และผลลัพธ์สำคัญคือผู้สูงอายุเป็นสมาชิกชมรม ส่วนการสังเคราะห์รูปแบบการจัดบริการสุขภาพ ประกอบกลไกการขับเคลื่อนด้วยการวางแผนงาน ดำเนินการ ประสานงานและประเมินผลบริการทั้ง 13 บริการ จนนำไปสู่ผลลัพธ์ของการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ และมีข้อเสนอแนะประเด็นการขับเคลื่อนคลินิกหมอครอบครัวให้เป็นแนวนโยบายที่สำคัญของเขตสุขภาพ มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ระดับพื้นที่ควรมีแผนการจัดบริการสุขภาพของผู้สูงอายุของคลินิกหมอครอบครัวเข้าไปสู่แผนพัฒนาท้องถิ่นและเน้นการใช้งบประมาณอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดการทำงานผ่านภาคีเครือข่ายที่มีศักยภาพในชุมชนต่อไป

**คำสำคัญ:** การสังเคราะห์, คลินิกหมอครอบครัว, ระบบบริการ, ผู้สูงอายุ, เขตสุขภาพที่ 6

**Abstract**

This mix method study was conducted to synthesis the model of health care service management for elderly by the primary care cluster (PCC) in the 6th regional health area. This study was divided into 2 phases: phase 1, the current situation analysis by collecting the quantitative data from the randomly representatives of 134 PCCs, together with the second phase was a synthesis of the elderly health service system management model by collecting both service providers and elderly people who

received their service from 7 highest health outcome PCCs during June and September 2022. Research tools were created based on the concept of health system development and the 3S concept, analyzing quantitative data. The descriptive statistics was used to describe the quantitative data. The content and thematic analysis were used for qualitative data analyzing. The results shown that the service network partners and the managerial resources such as personnel, health database, medicine and medical supplies, finance through the management process as planning, operation, cooperation, and evaluation with the 13 health care services were the crucial components of PCC health care service management for elderly in community. According to the results, there were several problems and obstacles to manage the health care service for the elderly. Therefore, policy issuing to drive PCC health care service management for elderly in the regional level would be recommended by providing of the service plan, organizing of the learning forum to make a knowledge management. For the operation level, the elderly health care plan should be apply with the local development plan. In addition, the efficient budget management for the synergize working with the potential network partners in the community should be focused.

**Keywords:** Synthesis, Family doctor clinic, Health care service system, Aging, The 6<sup>th</sup> regional health area

## บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุชี้ชัดว่าไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ.2566-2580) ที่เป็นช่วงของการที่ประชากรส่วนใหญ่เคลื่อนเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอีกเท่าตัวจากประมาณ 11.70 ล้านคนในปี พ.ศ. 2558 และ 22.40 ล้านคนในปีพ.ศ.2583<sup>1</sup> โดยในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุ คิด 1 ใน 10 ของประเทศที่มีสัดส่วนประชากรสูงอายุสูงสุดในภูมิภาคเอเชีย ในปีพ.ศ. 2564 ที่ผ่านมานั้น สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (สศช.) รายงานว่าประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุแล้ว ทำให้ประเด็นเรื่องการยกระดับการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพ ถือเป็นกิจกรรมสำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการ ทั้งในมิติด้านปริมาณที่ไม่เพียงพอกับความต้องการที่มีเพิ่มมากขึ้น และปัญหาในมิติคุณภาพของผู้ดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ ซึ่งก็สอดคล้องกับประเด็นการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข<sup>2</sup>

การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งถือเป็นภารกิจสำคัญตามนโยบายคลินิกหมอครอบครัว(PCC: Primary Care Cluster) ตามพระราชบัญญัติระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ.2562 มีเป้าหมายสำคัญคือเพิ่มการเข้าถึงบริการ ดูแลประชาชนให้ครอบคลุมในพื้นที่ จัดบริการอย่างต่อเนื่อง และใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ และสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคเอกชนเพื่อดูแลผู้สูงอายุและกลุ่มคนเปราะบาง ที่ต้องการดูแลระยะยาว (Long Term Care) หรือการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เน้นดูแลร่วมกับผู้ป่วยและญาติ ที่บ้านได้อย่างดีที่สุด<sup>3</sup>

จากข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) ของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2564 หน่วยบริการทั้งระดับปฐมภูมิและโรงพยาบาลในสังกัด ได้รายงานผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 841,907 คน จากประชากรทั้งสิ้นจำนวน 9,160,046 คน (คิดเป็นร้อยละ 8.46) และจำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน จำนวน 682,039 คน (ร้อยละ 81.01) โดยพบว่าแบ่งเป็นกลุ่มติดสังคม จำนวน 663,925 คน (ร้อยละ 97.34) กลุ่มติดบ้าน 14,086 คน (ร้อยละ 2.06) และกลุ่มติดเตียง จำนวน 4,028 คน (ร้อยละ 0.59) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พบปัญหาสุขภาพเรื่องโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 15,297 คน (ร้อยละ 3.64) มีภาวะเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด จำนวน 30,925 คน (ร้อยละ 11.92) จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุกลุ่มใหญ่เป็นกลุ่มติดสังคมที่ช่วยเหลือตัวเองได้ แต่มีแนวโน้มเกิดโรคเรื้อรังในอนาคต<sup>4</sup>

ทั้งนี้ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 เป็นเขตพัฒนาพิเศษภาคตะวันออก (EEC) ที่ในลักษณะพื้นที่อุตสาหกรรมและบริการ มีบริบทพื้นที่และสังคมเปลี่ยนแปลงเป็นเขตเมืองและกึ่งเมือง มีการขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัวในปี 2565 จำนวนทั้งสิ้น 236 ทีม เป็นทีมหมอครอบครัวของโรงพยาบาลจำนวน 71 แห่ง คลินิกหมอครอบครัวโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 160 แห่ง คลินิกหมอครอบครัวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 5 แห่งและของหน่วยงานอื่นอีก 1 แห่ง<sup>6</sup> ดังนั้นการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุต้องสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ โดยยึดประชากรเป็นศูนย์กลาง มีเป้าหมายสำคัญ คือ การดูแลผู้สูงอายุจึงถือว่ากลุ่มที่ต้องการการดูแลตามบทบาทของคลินิกหมอครอบครัวซึ่งเป็นกำลังสำคัญในระบบบริการปฐมภูมิ<sup>6</sup> ที่ผ่านมายังไม่มีการกำหนดระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างชัดเจน ผู้วิจัยให้ความสนใจการประเมินรูปแบบบริหารจัดการบริการผู้สูงอายุในคลินิกหมอครอบครัว ในเขตสุขภาพที่ 6 อันจะนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพบริการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุของไทยต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อวิเคราะห์องค์ประกอบและกลไกในระบบจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุของคลินิกหมอครอบครัว และ
2. สังเคราะห์รูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุของคลินิกหมอครอบครัวเขตสุขภาพที่ 6 โดยใช้แนวคิดการพัฒนาาระบบสุขภาพ Six Building Blocks of A Health System<sup>7</sup> และ แนวคิด 3S (System/ Structure/ Staff)

### กรอบแนวคิด

ใช้แนวคิดการพัฒนาาระบบสุขภาพ Six Building Blocks of A Health System แนวคิด 3S ( System/ Structure/ Staff) ของหลักเกณฑ์การขึ้นทะเบียนคลินิกหมอครอบครัว และแนวทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข<sup>2</sup> เป็นกรอบแนวคิดเพื่อสังเคราะห์การจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุของคลินิกหมอครอบครัวภายในเขตสุขภาพที่ 6

### วิธีการศึกษา

วิธีการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบผสมผสาน (Mix Method) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ระหว่างเดือนมิถุนายน-กันยายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. ผู้แทนผู้ให้บริการของคลินิกหมอครอบครัว (PCC) ที่ขึ้นทะเบียนกับกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 6 ในปี 2565 มีจำนวนทั้งหมด 210 แห่ง กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้บริการ คำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามตาราง Krejcie & Morgan<sup>8</sup> ได้ผู้แทนจาก 134 คลินิกหมอครอบครัว และโดยสุ่มตัวอย่างแบบสัดส่วน (Proportion Sampling) โดยใช้เครื่องมือชุดที่ 1 เพื่อเก็บข้อมูลด้านความคิดเห็นต่อการจัดบริการฯ และผลลัพธ์

2. ผู้แทนจากผู้ให้บริการของคลินิกหมอครอบครัว สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คลินิกที่มีผลลัพธ์การจัดบริการสูงที่สุด ได้แก่กลุ่มคลินิกหมอครอบครัว(PCC)ที่จัดบริการโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล PCC ที่จัดโดยโรงพยาบาลศูนย์ที่เป็นและไม่เป็นศูนย์ผลิตแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และPCC ที่จัดบริการโดยโรงพยาบาลชุมชน เขตเมืองและเขตชนบท PCC ที่จัดบริการโดยเทศบาล และPCC ที่จัดโดยหน่วยงานนอกสังกัด รวม 7 แห่งสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้บริการโดยเครื่องมือชุดที่ 3

3. ส่วนกลุ่มผู้รับบริการ คือ ผู้สูงอายุที่รับบริการจากคลินิกหมอครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง 7 แห่งๆละ 30คนสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้สูงอายุที่ติดบ้าน ติดเตียงและติดสังคมและยินดีเข้าร่วม มีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้แทนผู้สูงอายุที่มารับบริการของคลินิกหมอครอบครัว รวมจำนวน 202 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ มี 4 ส่วน ได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว อาจารย์มหาวิทยาลัย และนักวิชาการของกรมอนามัย ผ่านการวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) และการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยค่าสถิติครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) กำหนดค่า  $IOC \geq 0.50$  ขึ้นไป และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค  $\geq 0.70$  ขึ้นไปตามเกณฑ์ของงานวิจัยเชิงสังคม<sup>9</sup> คือ

(1) แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุของคลินิกหมอครอบครัว แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไปของคลินิก จำนวน 11 ข้อและข้อมูลความคิดเห็นต่อการจัดบริการสุขภาพของคลินิก จำนวน 40 ข้อ เพื่อให้ความคิดเห็น 5 ระดับ ได้แก่ ควรปรับปรุงอย่างยิ่ง ควรปรับปรุง เหมาะสมปานกลาง เหมาะสมมาก และเหมาะสมมากที่สุด ค่า IOC เท่ากับ 0.88 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาคได้ 0.98

(2) แบบรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์การจัดบริการผู้สูงอายุของคลินิกหมอครอบครัว จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) กระทรวงสาธารณสุข

(3) แบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้บริการ เป็นแนวคำถามเชิงโครงสร้าง เพื่อประเมินการบริหารจัดการบริการสุขภาพผู้สูงอายุของคลินิกหมอครอบครัว ประกอบด้วย บริบทของชุมชน ระบบบริการสุขภาพ และปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะ มีค่า IOC เท่ากับ 1.00

(4) แบบสอบถามผู้สูงอายุที่รับบริการ แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป จำนวน 10 ข้อและข้อมูลความคิดเห็นต่อการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุของคลินิกหมอครอบครัว มีค่า IOC เท่ากับ 0.87 และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค 0.83

#### การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลดำเนินการหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี เลขที่ 003/2565 โดยขอความยินยอมจากผู้ให้ข้อมูลก่อนเก็บข้อมูล โดยเก็บข้อมูล 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การจัดระบบบริการสุขภาพและผลลัพธ์บริการชมรม การดูแล LTC ผู้สูงอายุจากผู้แทน PCC ในเขตสุขภาพจาก PCC 134 แห่ง ตามแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพและ 3S และผลการคัดกรองสุขภาพจากระบบคลังข้อมูลสุขภาพ (HDC) ของ PCC 134 แห่ง

ระยะที่ 2 ศึกษากลไกและการขับเคลื่อนการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพ ตามแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพและ 3S จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้แทน PCC 7 แห่ง ที่มีผลบริการในระดับดีของกลุ่มรพสต., รพ. และนอกสังกัด และเก็บข้อมูลความคิดเห็นต่อการบริการของผู้สูงอายุที่เลือกอย่างเจาะจงของ PCC 7 แห่งๆ ละ 30 คน กลุ่มติดบ้าน ติดเตียง และติดสังคม จำนวน 202 ราย และสรุปผลการสังเคราะห์ร่วมกับตัวแทนของคลินิกหมอครอบครัวด้วยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ข้อเสนอการสรุปรูปแบบ นำมาปรับปรุงเป็นรูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 6

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลขึ้นอยู่กับลักษณะของข้อมูลที่ได้เก็บรวบรวมมา โดยวิเคราะห์เชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ข้อมูลคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงแก่นสาระ (Thematic Analysis) เพื่อจัดหมวดหมู่ ตีความและตรวจสอบความหมายของข้อมูล รวมถึงสังเคราะห์ข้อสรุปจากข้อมูลเชิงคุณภาพ<sup>10</sup> เกี่ยวกับการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุของคลินิกหมอครอบครัวตามแนวคิดการพัฒนาระบบสุขภาพและ 3S

## ผลการศึกษา

จากการสำรวจข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ พบประเด็นที่น่าสนใจจึงนำเสนอผลการศึกษา มีรายละเอียด ดังนี้

### 1.ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบและกลไกการขับเคลื่อนการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุของคลินิก หมอครอบครัว

1.1 ผลการศึกษาศถานการณ์การจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุจากคลินิกหมอครอบครัว 134 แห่ง พบว่า รูปแบบของคลินิกหมอครอบครัวส่วนใหญ่จัดบริการโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมากที่สุด ร้อยละ 70.90 ผลลัพธ์ที่สำคัญประกอบด้วย 1) ความครอบคลุมของการคัดกรองผู้สูงอายุ พบว่าคลินิกหมอครอบครัวได้รายงานผลการคัดกรองผู้สูงอายุผ่านระบบ HDC Dashboard พบว่าคลินิกหมอครอบครัวที่จัดบริการโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีการคัดกรองผู้สูงอายุมากที่สุดร้อยละ 73.40 2) จำนวนของชมรมผู้สูงอายุที่มีการดำเนินงาน ซึ่งเป็นผลลัพธ์สำคัญในกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดสังคม จากการสอบถามการดำเนินงานของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า คลินิก 107 แห่ง มีชมรมผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 79.85 และ 3) จำนวนการเข้าถึงบริการดูแลระยะยาว (Long term care) ซึ่งเป็นผลลัพธ์สำคัญในสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียง พบว่า มีจำนวนเฉลี่ยของการที่ผู้สูงอายุเข้าถึงระบบ LTC คิดเป็นร้อยละ 66.12 และผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง เข้าระบบการดูแลแบบ LTC มากที่สุดในคลินิกหมอครอบครัวนอกสังกัด ร้อยละ 77.95

1.2 ผลการสัมภาษณ์เชิงลึกองค์ประกอบและกลไกการขับเคลื่อนบริการสุขภาพของผู้สูงอายุจากผู้แทนคลินิกหมอครอบครัว 7 แห่งตามแนวคิด พบว่า องค์ประกอบที่สำคัญ

1) บุคลากรของคลินิกหมอครอบครัวที่ดำเนินการตามนโยบายสามหมอ คือ หมอครอบครัว(แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว) หมอสาธารณสุข (ทีมสหสาขาวิชาชีพ) หมอประจำบ้าน (อสม., ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (CG)) “ทีมหมอครอบครัวเรา ใช้ระบบ 3 หมอ โดยให้หมอกคนที่ 1 ที่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขเป็น first contact ทำหน้าที่คัดกรองผู้สูงอายุทั้ง 9 ด้าน หมอกคนที่ 2 ช่วยเป็นที่ปรึกษา ใช้ Line และ Blue Book app จะเป็นพี่พยาบาลที่ช่วยทำ Service basic เราใช้ Wellness plan หมอกคนที่ 3 มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวคอยกำกับดูแลอีกที” ผู้ให้ข้อมูลรหัส PCC04

2) ทรัพยากรที่ใช้ในคลินิกหมอครอบครัว ซึ่งประกอบด้วย การเงินการคลัง อุปกรณ์และเทคโนโลยีทางการแพทย์ ระบบข้อมูลสารสนเทศ และระบบคัดกรองผู้สูงอายุ โดยทรัพยากรทั้งหมดของคลินิกหมอครอบครัวจะใช้ทรัพยากรร่วมกับของหน่วยงานแม่ข่าย “การสนับสนุนจากเครือข่าย เรามีช่องทางด่วน เป็นช่องทางที่เราปรึกษาแพทย์ หมอจะส่งการรักษา คนไข้ตรงไปที่ รพ. ได้เลย เรารับคำตอบแทน ทุกอย่างเราเบิกจากรพ. วัสดุงบประมาณ ค่าเสื่อมอยู่ในแผนของรพ. เป็นแผนของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม” ผู้ให้ข้อมูลรหัส PCC03

“ทำข้อตกลงปี 2545 กับโรงพยาบาลแม่ข่าย เราส่งเบิกทุกเดือน 2-3 แสน และเบิกเป็นค่ายาและค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการแบบรายบุคคล เป็นข้อตกลงกับรพ.ตั้งแต่แรกที่เป็นPCU” ผู้ให้ข้อมูลรหัส PCC07

3) โครงสร้างสถานที่ และสิ่งอำนวยความสะดวก โดยส่วนใหญ่แล้วโครงสร้างสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกในคลินิกหมอครอบครัวมุ่งหมายที่จะให้บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ดังนั้นจึงต้องจัดตั้งศูนย์บริการด้านการแพทย์และการสาธารณสุขเพื่อให้บริการผู้รับบริการแบบไป-กลับในลักษณะ Extended OPD “เป็นอาคารและมีสิ่งอำนวยความสะดวกพร้อม ผ่านประเมิน 3S พร้อมให้บริการ เปิด OPD จันทร์ถึงศุกร์ ไม่มีวันหยุด” ผู้ให้ข้อมูลรหัส PCC05

4) บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ข้อมูลการให้บริการผู้สูงอายุที่ประมวลมาจากข้อมูลจากผู้รับผิดชอบคลินิกหมอครอบครัว อธิบายได้ใน 13 บริการ ดังนี้ 1)การให้บริการตรวจรักษาโรคและการส่งต่อผู้ป่วย 2) การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค 3) การให้บริการด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ 4) การประเมินและคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ 5) การเยี่ยมบ้านและ

ทำหัตถการให้แก่ผู้สูงอายุ 6) การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน 7) การให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ/ญาติ/ผู้ดูแล 8) การดูแลด้วยการแพทย์ทางเลือก 9) การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุและเสริมสร้างคุณค่าสำหรับ Active aging 10) การพัฒนาทักษะผู้ดูแล (CG/ Care giver) 11) การสนับสนุน/จัดหาอุปกรณ์ฟื้นฟูสภาพแก่ผู้สูงอายุในชุมชน 12) การประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดตั้งศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ 13) การสนับสนุนกิจกรรมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ เช่น โรงเรียนผู้สูงอายุ เป็นต้น

จากองค์ประกอบต่าง ๆ เหล่านี้ กลไกสำคัญที่ทำให้เกิดกระบวนการใช้องค์ประกอบหรือทรัพยากรของคลินิกหมอครอบครัวทั้งหมดมาทำให้เกิดบริการสุขภาพ ประกอบด้วย

1) ภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบ ที่กำหนดให้เริ่มกระบวนการจัดการ คือตั้งแต่การวางแผนงาน การดำเนินการ การประสานงาน และการประเมินผล มุ่งเน้นการบริหารจัดการภายใต้ข้อมูลสถานการณ์จริง

“ทีมวางแผนและควบคุมคุณภาพ ทำงานและประเมินทีมเยี่ยมบ้าน โดยส่งให้เจ้าของทีมดูแลต่อ แต่พอถึงรอบ เราประเมินเองทั้งหมด และเทศบาลได้รางวัลด้านการดูแลผู้สูงอายุ” ผู้ให้ข้อมูลรหัส PCC01

2) ระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย ที่มีวิสัยทัศน์และพันธกิจที่ชัดเจน เน้นการกำหนดให้ใช้ระบบการเงินการคลัง ระบบบริหารยาและเวชภัณฑ์ ระบบข้อมูลและเทคโนโลยีสารสนเทศซึ่งเป็นไปตามแนวทางเดียวกับโรงพยาบาลแม่ข่าย ประกอบกับการสนับสนุนองค์ความรู้ การฝึกอบรมและพัฒนาทักษะ ของทีมสหวิชาชีพ รวมถึงระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่เชื่อมโยงไปยังโรงพยาบาลหรือหน่วยงานแม่ข่าย

“เราทำงานเป็นส่วนหนึ่งของรพ.กลุ่มเวชกรรมสังคมการสนับสนุนจากแม่ข่าย รับการสนับสนุนด้านยาและเวชภัณฑ์ การจัดการทุกอย่าง รวมถึงค่าน้ำค่าไฟ ค่ายา รายได้ถ้ารวมกับ UC ไม่ขาดทุน เราไม่มีเบิกตรง รับเงินสด ออกใบเสร็จ” ผู้ให้ข้อมูลรหัส PCC02 เช่นเดียวกับผู้ให้ข้อมูลรหัส PCC06 ที่กล่าวว่า “โรงพยาบาลจัดบุคลากรจากกลุ่มเวชกรรมสังคมมาประจำ เบิกจ่ายยาจากโรงพยาบาลทั้งหมด”

3) การประสานงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐทั้งในและภาคสุขภาพ ได้แก่ การประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผ่านชมรมผู้สูงอายุเพื่อจัดทำกิจกรรมในชุมชน การขอรับการสนับสนุนยานพาหนะเพื่อดำเนินการตามระบบส่งต่อผู้ป่วย การจัดตั้งหน่วยงานเฉพาะเพื่อบริการหมุนเวียนการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการประสานงานกับเครือข่ายบริการขององค์กรที่เป็นทางการและเครือข่ายอาสาสมัครเพื่อติดตามดูแลผู้สูงอายุ

“ใคร ๆ ก็รักที่นี่ ชมรมผู้สูงอายุ เราก็ก่อตั้งเอง จัดประชุมแล้วก็หาผู้นำ ประธานเปลี่ยนมาหลายรุ่น คัดเลือกกันเอง ปัจจุบันขึ้นได้ด้วยตนเอง” ผู้ให้ข้อมูลรหัส PCC05

“เข้าร่วมระบบ LTC และขึ้นทะเบียนกับ สปสช. และสร้างการมีส่วนร่วมกับภาคเอกชนในการสนับสนุนคุณภาพชีวิตของประชาชนในพื้นที่” ผู้ให้ข้อมูลรหัส PCC06

4) การสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชน ผ่านระบบการสื่อสารกับผู้สูงอายุ โดยใช้ Line application และสื่อบุคคล

“การสื่อสาร รายงานสถานการณ์ในกลุ่ม line palliative ทีมสหสาขาอยู่” ผู้ให้ข้อมูลรหัส PCC03

“ช่วงระยะที่มีการระบาดของโควิด กิจกรรมชมรมเราต้องหยุดไป ผู้สูงอายุเราดูแลแก่ลงมากมาย กิจกรรมเยี่ยมบ้านก็หายไป คัดกรองผ่านอสม. ต้องเปลี่ยนมาสื่อสารผ่านไลน์กับผู้ดูแล” ผู้ให้ข้อมูลรหัส PCC01-07

### 1.3 ปัจจัยความสำเร็จในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุของคลินิกหมอครอบครัว

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ชี้ชัดให้เห็นว่าปัจจัยที่ทำให้คลินิกหมอครอบครัวสามารถจัดบริการสุขภาพที่มีคุณภาพให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วยปัจจัยสำคัญ 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านระบบการจัดการของคลินิกหมอครอบครัว และปัจจัยด้านระบบการสนับสนุนของเครือข่าย

1) ปัจจัยด้านระบบการจัดการของคลินิกหมอครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยภายในของทีมหมอครอบครัว ที่ผู้รับผิดชอบต้องแสดงออกซึ่งภาวะผู้นำ ที่เน้นการทำงานเป็นทีมร่วมกับเครือข่ายที่มีศักยภาพในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มอาสาสมัคร การวางแผนงานและตัดสินใจเพื่อจัดบริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน การดำเนินการของเครือข่าย ผ่านการระดมและจัดสรรทรัพยากรร่วมกัน การประสานงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และการประเมินผล

“เราจะเป็นคนก่อตั้งทีม HHC ออกเยี่ยมบ้าน และส่งข้อมูลสื่อสารทางไลน์กลุ่ม เราก็ก่อนโควิด HHC ออกสัปดาห์ละครั้ง ก่อนโควิด เราเยี่ยมเป็นทีม มีบริการอื่น ๆ เช่น ทันตกรรมและกายภาพบำบัด” ผู้ให้ข้อมูลรหัส PCC02

2) ปัจจัยด้านระบบการสนับสนุนจากเครือข่าย ซึ่งถือว่าเป็นปัจจัยภายนอก ได้แก่ ระบบสนับสนุนจากเครือข่ายบริการสุขภาพ เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายการพัฒนาชุมชนและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) และเครือข่ายประชาชน โดยสนับสนุนตามศักยภาพของเครือข่าย ได้แก่ ระบบข้อมูลสารสนเทศสุขภาพ ระบบบุคลากร ระบบการสื่อสาร ระบบยาและเวชภัณฑ์ ระบบส่งต่อ ระบบการเงินการคลัง ระบบการหมุนเวียนวัสดุ/อุปกรณ์ทางการแพทย์ในชุมชน โครงสร้างและสิ่งอำนวยความสะดวก

“เราทำงานด้วยกันกับเทศบาล คัดกรองด้วยกัน เยี่ยมบ้านด้วยกัน เทศบาลจัดตั้งศูนย์ LTC เรามีคลินิกอบอุ่น เราจะส่งเบิกไปที่เทศบาล มีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อเชื่อมโยงกัน” ผู้ให้ข้อมูลรหัส PCC03

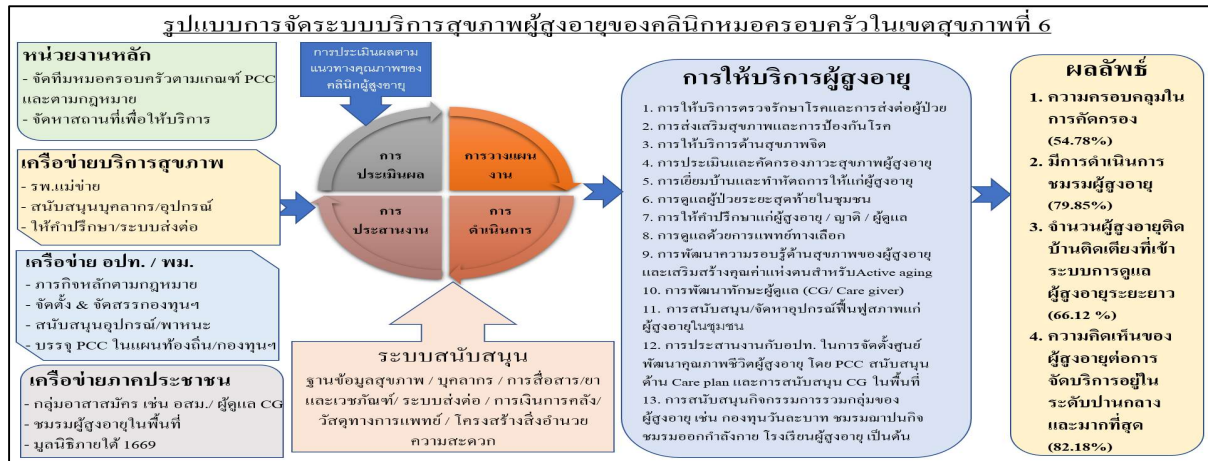
#### 1.4 ความคิดเห็นของผู้สูงอายุที่มีต่อการจัดบริการของคลินิกหมอครอบครัว

จากการสำรวจระดับความคิดเห็นของผู้สูงอายุ จำนวน 202 คนที่ได้รับบริการจากคลินิกหมอครอบครัวกลุ่มตัวอย่าง 7 แห่ง พบว่า ผู้สูงอายุมีระดับความคิดเห็นในทุกประเด็นต่อการจัดบริการในระดับปานกลาง ( $\bar{X} = 3.86 \pm 0.55$ ) และผู้สูงอายุมีระดับความคิดเห็นต่อประเด็นในการจัดบริการในระดับที่เหมาะสมมากและเหมาะสมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 17.82 ระดับปานกลาง ร้อยละ 64.36 ดังนั้นความคิดเห็นระดับปานกลางถึงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 82.18 โดยประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ บุคลากรมีความเป็นกันเอง ( $\bar{X} = 4.17 \pm 0.74$ )

#### 2. ผลการสังเคราะห์รูปแบบของการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุของคลินิกหมอครอบครัว

ผู้วิจัยสังเคราะห์รูปแบบการบริหารการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุของคลินิกหมอครอบครัวในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่าเป็นไปตามแนวคิดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและองค์ประกอบ 3S (System/ Structure/ Staff) โดยองค์ประกอบสำคัญและกลไกสำคัญคือการมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุมีหลากหลายหน่วยงาน ได้แก่ ทีมหมอครอบครัว โรงพยาบาลแม่ข่าย เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและพัฒนาสังคมและความมั่นคงในมนุษย์ และเครือข่ายภาคประชาชน มีระบบสนับสนุนในการวางแผนงาน การประสานงาน และการประเมินผล มีกลไกการขับเคลื่อนการจัดบริการผู้สูงอายุ 13 บริการครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม ติดบ้านและติดเตียง และเกิดผลลัพธ์หลักคือการคัดกรองสุขภาพ และผลลัพธ์ในการจัดบริการตามการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุจากการคัดกรองสุขภาพ ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 ที่แสดงรูปแบบทั้งองค์ประกอบ กลไกการดำเนินการและผลลัพธ์ของการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ



## อภิปรายผล

รูปแบบของการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่ประกอบด้วยองค์ประกอบและกลไกต่างๆ ซึ่งสามารถนำไปใช้และขยายผลให้เกิดการพัฒนาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุจากคลินิกหมอครอบครัว สรุปและอภิปรายผลได้ว่า

1) ผลลัพธ์ของการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุของคลินิกหมอครอบครัวในเขตสุขภาพที่ 6 ที่ได้มาจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลาย แสดงให้เห็นว่าผลลัพธ์ของการให้บริการ ทั้งด้านการคัดกรองผู้สูงอายุ (ร้อยละ 54.78) และการดูแลผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ผ่านชมรมผู้สูงอายุ ร้อยละ 79.85 ผู้ให้บริการยังสะท้อนว่าช่วงระบาคโควิด ต้องหยุดกิจกรรมต่างๆ ที่นัดพบกันของผู้สูงอายุและการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (การเข้าถึงระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ร้อยละ 66.12) พบว่าต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนดให้คัดกรองร้อยละ 90 อาจเกิดจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ทำให้บุคลากรในคลินิกมีภาระงานเพิ่มมากขึ้น โดยการศึกษากระบวนการปฐมนิเทศในการดูแลผู้สูงอายุในประเทศอังกฤษชี้ให้เห็นว่าการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 นั้นส่งผลกระทบต่อการจัดบริการและสุขภาพของผู้สูงอายุ<sup>11</sup> สอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบของโควิด-19 ต่อผู้สูงอายุในประเทศไทย<sup>12</sup> ศึกษาผู้สูงอายุ 1270 รายพบว่าประเด็นที่วิตกกังวลมากที่สุด 3 อันดับแรกคือสุขภาพที่แย่ลงเนื่องจากโรคภัยไข้เจ็บ และอาการที่พบคือเหงาร้อยละ 25 ผู้สูงอายุได้รับผลกระทบมากในการเดินทางไปยังสถานที่ต่าง ๆ การเข้ารับบริการทางการแพทย์ และการดูแลตนเองเช่นการออกกำลังกาย แต่อย่างไรก็ตามพบว่า การจัดคลินิกหมอครอบครัว ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่พึงพอใจต่อการจัดบริการในระดับปานกลางและระดับมากที่สุด (ร้อยละ 82.18) เนื่องมาจากการขับเคลื่อนทีมหมอครอบครัวตามนโยบายสามหมอ ทำให้มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุได้มากขึ้น ทั้งในคลินิกและในชุมชน

2) องค์ประกอบและกลไกในการขับเคลื่อนการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย องค์ประกอบสำคัญ แนวคิดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพและองค์ประกอบ 3S (staff/ structure/ system) คือ บุคลากรในทีม ถือว่าเป็นองค์ประกอบร่วมของ 2 แนวคิดที่มีความสำคัญในการจัดบริการ การบริหารทรัพยากรที่ใช้ ร่วมกับการปรับสถานที่โครงสร้างสิ่งอำนวยความสะดวก ตามระบบ 3 S เพื่อขับเคลื่อนบริการสุขภาพทั้ง 13 บริการที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุทั้งในสถานบริการและในชุมชน ซึ่งเชื่อมด้วยกลไกจากผู้รับผิดชอบคลินิกที่แสดงออกภาวะผู้นำ ระบบสนับสนุนจากโรงพยาบาลแม่ข่าย การประสานงานระหว่างหน่วยงานภาครัฐและการสื่อสารเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมกับชุมชน กลไกดังกล่าวจึงเป็นการสร้างสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกของคลินิกหมอครอบครัว เนื่องมาจากการทำงานของคลินิกหมอครอบครัว มีวัตถุประสงค์เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลและเพิ่มการเข้าถึงบริการ ดังนั้น โรงพยาบาลหรือหน่วยงานแม่ข่ายจึงสนับสนุนการดำเนินการทั้งการสนับสนุนบุคลากร ในขณะที่ทีมหมอครอบครัวมีประสบการณ์ในการทำงานในชุมชนทำให้

สามารถประสานงานกับหน่วยงานอื่น ๆ ในชุมชนที่มีศักยภาพ เช่น วัด โรงเรียน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและมูลนิธิ หนุนเสริมเพื่อร่วมกันทำงานและจัดกิจกรรมในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับแนวทางของการดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการปฐมภูมิของประเทศแคนาดา ที่ยึดแนวทางขององค์การอนามัยโลกในการสร้างมาตรการเพื่อพัฒนาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนที่เน้นสร้างหน่วยงานหรือศูนย์ที่มีโครงสร้างองค์กรที่สนับสนุนให้เกิดการสร้างบริการที่ดูแลทั้งสุขภาพกายและสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุโดยคำนึงถึงการจิตสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุ<sup>13</sup>

3) ปัจจัยความสำเร็จของการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุของคลินิกหมอครอบครัว เกิดจากการพัฒนาปัจจัยภายในคลินิกหมอครอบครัวและปัจจัยภายนอกในลักษณะของเครือข่ายบริการ โดยปัจจัยภายในคลินิกหมอครอบครัว คือ ระบบการบริหารจัดการในทีมหมอครอบครัว ได้แก่การทำงานเป็นทีม กลุ่มอาสาสมัคร การวางแผนงานและตัดสินใจเพื่อจัดบริการที่ตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน การดำเนินการของเครือข่าย ผ่านการระดม ประสานงานและจัดสรรทรัพยากรร่วมกัน และการประเมินผลตามแนวทางคุณภาพของคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งเป็นกลไกสำคัญในระบบบริการปฐมภูมิ และปัจจัยภายนอก ที่สำคัญจากภาคีเครือข่าย เนื่องจากสภาพสังคมโดยทั่วไปในทุกพื้นที่กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุ การจัดบริการสาธารณะโดยเฉพาะเรื่องสุขภาพจึงถือเป็นวาระที่ทุกหน่วยงานมีจุดมุ่งหมายเดียวกัน ดังนั้นการทำงานให้ประสบความสำเร็จจึงต้องการความร่วมมือร่วมใจของทุกเครือข่ายในชุมชน สอดคล้องการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจในการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุของ Elliott และคณะ ซึ่งพบว่า การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในมุมมองของผู้ให้บริการ พบว่า การจัดบริการดังกล่าวจำเป็นต้องสร้างการมีส่วนร่วมกับผู้สูงอายุในชุมชน การสร้างความรับผิดชอบในบทบาทหน้าที่ของผู้ให้บริการสุขภาพ การสนับสนุนด้านระบบข้อมูลสารสนเทศ การพัฒนาระบบส่งต่อบริการที่เชื่อมโยงชุมชนและสถานบริการสุขภาพผ่านภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในชุมชน<sup>14</sup>

4) รูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุของคลินิกหมอครอบครัวในเขตสุขภาพที่ 6 พบว่า 1) องค์ประกอบที่สำคัญ ประกอบด้วย ภาคีเครือข่ายได้แก่ทีมหมอครอบครัว ร่วมกับการสนับสนุนของโรงพยาบาลแม่ข่าย เครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและพัฒนาระบบบริการสุขภาพและองค์ประกอบ 3S (System/ Structure/ Staff) สนับสนุนทีมหมอครอบครัว และสนับสนุนให้มีโครงสร้างและสิ่งอำนวยความสะดวกในการจัดบริการ ได้แก่ยาและเวชภัณฑ์ ฐานข้อมูลสุขภาพ การเงินการคลัง ร่วมกันตามภารกิจของหน่วยงาน 2) กลไกสำคัญคือ การมีส่วนร่วมในการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุมีหลากหลายหน่วยงาน โดยใช้กลไกการขับเคลื่อนการร่วมมือระบบสนับสนุน ได้แก่การวางแผนงาน การประสานงาน และการประเมินผล 3) ให้เกิดกระบวนการจัดบริการผู้สูงอายุ 13 บริการครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง 4) ให้เกิดผลลัพธ์หลักคือการคัดกรองสุขภาพ และผลลัพธ์ในการจัดบริการตามการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุจากการคัดกรองสุขภาพ เนื่องมาจากบริบทในพื้นที่ และการทำงานของบุคลากรภายใต้ พรบ.ระบบสุขภาพปฐมภูมิ พ.ศ. 2562 ด้วยระบบจิตอาสาที่สานพลังของภาคีเครือข่ายในพื้นที่เพื่อร่วมดูแลกลุ่มผู้สูงอายุในชุมชนโดยประยุกต์ใช้จุดแข็งของภาคีเครือข่ายมาสร้างนวัตกรรมในชุมชนเพื่อให้เกิดบริการที่ตามความจำเป็นของผู้สูงอายุในชุมชน เป็นไปในแนวทางเดียวกับการพัฒนาศูนย์ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศมาเลเซียที่เน้นให้บทบาทของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุต้องสร้างสมดุลระหว่างบริการสุขภาพที่มีคุณภาพในสถานบริการสุขภาพและสร้างสภาพแวดล้อมในชุมชนที่เอื้อต่อสุขภาพดี อันจะนำไปสู่สุขภาพและความสุขของผู้สูงอายุในชุมชน<sup>15</sup>

### ข้อเสนอแนะ

ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญ คือ ระบบสนับสนุนบริการเพื่อให้เกิดการจัดการภายใต้ข้อมูลสถานการณ์จริง (Management by fact) ดังนั้นหากต้องการพัฒนาการให้บริการของคลินิกหมอบรรว จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องดำเนินการทั้งในระดับเขตสุขภาพ ระดับพื้นที่และระดับการปฏิบัติงาน

#### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับเขตสุขภาพ

1. กำหนดนโยบายการขับเคลื่อนคลินิกหมอบรรวในการดูแลผู้สูงอายุให้เป็นวาระหรือแนวนโยบายที่สำคัญของเขตสุขภาพที่ 6 และเป็นเจ้าภาพหลักในการจัดทำแผนพัฒนาบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน โดยการบูรณาการจุดเด่นของหน่วยงานที่ให้บริการ

2. พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศหนึ่งเดียวที่สามารถรองรับบริการของคลินิกหมอบรรว และสนับสนุนความรู้ความเข้าใจและทักษะการใช้งานของระบบข้อมูลสารสนเทศดังกล่าว

#### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายระดับพื้นที่

เป็นแกนหลักในการพัฒนาการให้บริการสุขภาพของคลินิกหมอบรรว ได้แก่ หมอบรรว หมอสาธารณสุข และหมอประจำบ้าน ควรมีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารคลินิก และมีกิจกรรมพัฒนาผู้บริหารคลินิกหมอบรรวในด้านทักษะภาวะผู้นำและการอภิบาลระบบดังกล่าวถือเป็นเรื่องที่ควรนำมาพิจารณาดำเนินการเป็นอย่างยิ่ง และจัดกิจกรรมพัฒนาสมรรถนะสำหรับกลุ่มก่อนวัยผู้สูงอายุ (Pre aging group)

#### ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการเพื่อการจัดระบบบริการสุขภาพ

ผู้บริหารคลินิกหมอบรรว จึงควรเพิ่มช่องทางและวิธีการสื่อสารกับกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Stakeholders) กับการจัดการสุขภาพตลอดจนกระบวนการดำเนินงาน นำข้อมูลสารสนเทศที่ได้จากการคัดกรองสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนมาเป็นข้อมูลสำคัญในการออกแบบบริการสุขภาพของคลินิก และ การประเมินแบบเสริมพลัง เพื่อให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำและให้กำลังใจกับทีมคลินิกหมอบรรว ติดตามและส่งเสริมให้มีการดำเนินการอย่างมีเป้าหมายและทิศทางเดียวกัน

#### ข้อเสนอในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนาเรื่องระบบสารสนเทศเพื่อจัดการ (Management information system) ที่เป็นระบบเดียวในการสนับสนุนการดำเนินงานเพื่อการขับเคลื่อนที่ต่อเนื่องได้ต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณความร่วมมือจากผู้รับผิดชอบคลินิกหมอบรรวในเขตสุขภาพที่ 6 ผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือเก็บข้อมูลงานวิจัย ประกอบด้วย พญ.โสธยา วงศ์วิไล แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว โรงพยาบาลชลบุรี อาจารย์ทิพย์วรรณ จุมแพง นักวิชาการสุนชนามัยที่ 6 และศศ.ดร. พัทธนา เอ็งบริบูรณ์พงศ์ ใจดี มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ปรึกษางานวิจัย

## เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566-2580). เอกสารอัดสำเนา; 2565.
2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการขับเคลื่อนระบบสุขภาพเพื่อรองรับ สังคมสูงอายุ ภายใต้ แนวคิด “สุขเพียงพอ ละครชา ซื่อซื่อซื่อ” ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563-2565. กรุงเทพฯ: บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2563.
3. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2559.
4. กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center : HDC) เขตสุขภาพที่ 6. [เข้าถึงเมื่อ 2564 มิถุนายน 25]. เข้าถึงได้จาก: [https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat\\_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48](https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6966b0664b89805a484d7ac96c6edc48)
5. สำนักสนับสนุนระบบสุขภาพปฐมภูมิ กระทรวงสาธารณสุข. (2565) เอกสารแนบท้ายประกาศเรื่องประกาศการขึ้นทะเบียนหน่วยบริการปฐมภูมิ ประจำปีงบประมาณ 2565. [เข้าถึงเมื่อ 2565 พฤษภาคม 15]. เข้าถึงได้จาก: <https://sites.google.com/site/primarycarecluster2017/home>.
6. Liffé S. Family medicine in an aging society. Canadian Family physician 2009; May: 463-464.
7. World Health Organization. Monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. Geneva: WHO document production services; 2010.
8. Krejcie RV, Morgan D.W. Determining sample size for research activity. Educational and Psychological Measurement; 1970(30): 607-610.
9. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2560.
10. Teddie C., Tashakkori A. Foundations of mixed methods research: integrating quantitative and qualitative approaches in the social and behavioral science. Los Angeles: Sage publishing; 2007.
11. Alboksmaty A., Kumar S., Parekh R., Aylin P. Management and patient safety of complex elderly patients in primary care during the COVID-19 pandemic in the UK-Qualitative assessment. PLoS ONE 2021 [cited 2022 Sep 22]; 16(3): e0248387. Available form: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8006979/>
12. UNFPA Thailand. (2563) บทสรุปผู้บริหาร ผลกระทบ โควิด-19 ต่อผู้สูงอายุ. เข้าถึงได้จาก <https://thailand.unfpa.org/th/covid-op> เมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2565
13. Frank CC., Feldman S., Wyman R. Caring for older patients in primary care: Wisdom and innovation from Canadian family physicians. Canadian Family physician 2018; June:416-418.
14. Elliott J, Stolee P., Boscart V., Giangregorio L., Heckman G. Coordinating care for older adults in primary care settings: understanding the current context. BMC Family Practice 2018; 19:137-146.
15. Noor S., Isa FM., Hossain MS., Shafiq A. Ageing care center: Mediating role of quality care and proactive environment. Journal of population and social studies 2020; 28(4):324-347.