

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

ประเมินการนำนโยบายการจัดระบบบริการ ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในเขตสุขภาพ: กรณีศึกษาโรงพยาบาลศูนย์และ โรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ในเขตสุขภาพที่ 7

วรรณช นาคแก้ว วท.บ. (สาธารณสุขศาสตร์)*

สุคนธา คงศีล Ph.D. (Health Economics and Policy Analysis)**

สุขุม เจียมตน พ.บ., Ph.D. (Clinical Research)***

สถิตย์ นิรมิตมหาปัญญา พ.บ., ว.ว. (อายุรศาสตร์)****

ธนรัักษ์ ผลิตพันธ์ พ.บ., Ph.D. (Epidemiology)*****

* หลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ภาควิชาตจวิทยา คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

**** สถาบันวิจัยและประเมินผลเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์

***** สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ติดต่อผู้เขียน: สุคนธา คงศีล Email: skongsin@gmail.com, sukontha.kon@mahidol.edu

วันรับ:	21 ส.ค. 2568
วันแก้ไข:	7 ก.พ. 2569
วันตอบรับ:	21 ก.พ. 2569

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาประเมินผลการนำนโยบายการจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ในเขตสุขภาพที่ 7 เฉพาะการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ตามนโยบายของกรมการแพทย์ในปีงบประมาณ 2566 การวิจัยใช้รูปแบบ Context, Input, Process and Product Model (CIPP Model) ในการประเมินผล เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และแบบสอบถาม ได้จากกลุ่มตัวอย่าง 347 คน ประกอบด้วย ผู้บริหาร 3 คน ผู้ปฏิบัติงาน 31 คน และผู้รับบริการ 313 คน ผลการศึกษาพบว่า วัตถุประสงค์ของนโยบายมีความชัดเจนและสอดคล้องกับนโยบายระดับชาติและพระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2564 และตอบสนองต่อความท้าทายจากสังคมผู้สูงอายุ ผู้ปฏิบัติงานประเมินบริบทของนโยบายอยู่ในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 4.06, SD = 0.40) ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า ทรัพยากรมีข้อจำกัด โดยผู้ปฏิบัติงานประเมินความพร้อมของทรัพยากรในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 3.33, SD = 0.64) ถึงแม้ว่าความสามารถในการดำเนินงานในเขตสุขภาพได้รับการประเมินในระดับสูง (ค่าเฉลี่ย = 3.55, SD = 0.88) การนำนโยบายไปปฏิบัติได้ดำเนินการผ่านคณะกรรมการอำนวยการขับเคลื่อนนโยบายภายใต้กระทรวงสาธารณสุข โดยมีการตรวจสอบและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง และการเชื่อมโยงระบบการจัดการข้อมูลผ่าน Department of Medical Services Care Tool (DMS Care Tool) ได้รับการประเมินในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย = 2.94, SD = 1.03) ในด้านผลลัพธ์ การคัดกรองและบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ โดยความพึงพอใจของผู้รับบริการได้รับการประเมินในระดับ

สูงสุด (ค่าเฉลี่ย = 4.69, SD = 0.43) แม้ว่าจะมีผลลัพธ์เชิงบวก ยังพบปัญหาการบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ข้อเสนอแนะคือ การยกระดับประเด็นการจัดบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุให้เป็นวาระระดับชาติ ส่งเสริมการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน การกระจายอำนาจให้กับเขตสุขภาพ และการจัดตั้งบริการคลินิกเคลื่อนที่ในชุมชน เพื่อลดปัญหาการเดินทางไกลของผู้รับบริการ

คำสำคัญ: การประเมินผล; การนำนโยบายไปปฏิบัติ; ระบบบริการสุขภาพ; ผู้สูงอายุ; โรงพยาบาล

บทนำ

การจัดระบบบริการด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยได้รับการปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไปตามเวลา โดยมีการดำเนินงานร่วมกันจากหลายหน่วยงาน เริ่มจากการกำหนดนโยบายไปจนถึงการปฏิบัติการ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ สะดวก และทั่วถึง การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีหลายระยะ ตั้งแต่การค้นหา ป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงก่อนเกิดโรค การวินิจฉัยโรค การดูแลรักษาและฟื้นฟู ไปจนถึงการป้องกันการสูญเสียหรือพิการ เพื่อดูแลผู้สูงอายุอย่างครบวงจรตลอดช่วงชีวิต⁽¹⁾ สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกที่ได้กำหนดแนวทางระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ เพื่อจัดบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะบุคคล และการบูรณาการบริการอย่างไร้รอยต่อระหว่างสถานพยาบาลและชุมชน⁽²⁾

การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ได้รับการขับเคลื่อนครอบคลุมทุกเขตสุขภาพตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561⁽³⁾ โดยให้บริการในรูปแบบผู้ป่วยนอกตามมาตรฐานที่กรมการแพทย์กำหนด⁽⁴⁾ และในปี พ.ศ. 2566 ซึ่งเป็นปีแห่งสุขภาพสูงวัยไทย กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับเป็นนโยบายหลัก พร้อมกับการกำหนดตัวชี้วัดการตรวจราชการและนิเทศงาน ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและหกล้ม⁽¹⁾ มุ่งเน้นให้ได้รับการรักษาที่คลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ ซึ่งมีขีดความสามารถรองรับผู้ป่วยที่ต้องการการรักษาที่ซับซ้อน โดยมีแพทย์เฉพาะทางในคลินิกผู้สูง-

อายุ⁽⁴⁾ ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการและรองรับการส่งต่อผู้ป่วยจากโรงพยาบาลอื่น ๆ ได้มากขึ้น

นโยบายผู้สูงอายุของกรมการแพทย์ มีการกำหนดแนวทางและมาตรการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยมีหลักการและนโยบายหลักที่สำคัญคือ การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลทุกระดับเพื่อให้บริการทางการแพทย์ที่ครบวงจร การดูแลสุขภาพในรูปแบบการป้องกันโรคและส่งเสริมให้ความรู้ด้านสุขภาพ การรักษาผู้สูงอายุที่มีโรคซับซ้อนเพื่อให้การดูแลรักษามีคุณภาพและครอบคลุม พร้อมทั้งพัฒนาระบบบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพอย่างมีมาตรฐานผ่านเครื่องมือ Department of Medical Services Care Tool (DMS Care Tool) ซึ่งเป็นระบบที่ใช้บันทึก ติดตาม และเชื่อมโยงข้อมูลผู้สูงอายุรายบุคคลเมื่อเข้าสู่ระบบบริการและมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่องเพื่อปรับปรุงบริการให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น⁽⁵⁾

ข้อมูลจากการตรวจราชการและนิเทศงานระบุถึงข้อควรพัฒนาจากการดำเนินงาน โดยพบว่า เขตสุขภาพที่ 7 มีผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพสูงที่สุดของประเทศ⁽⁶⁾ และมีโรงพยาบาลระดับตติยภูมิบางแห่งเท่านั้นที่สามารถจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนด⁽⁷⁾ อนึ่งการศึกษาความสำเร็จในการเปลี่ยนนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุไปสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข⁽⁸⁾ ยังไม่พบรายงานการประเมินผลอย่างเป็นระบบและครอบคลุมในประเด็นการวางแผนภายในองค์กร การจัดการทรัพยากร การประเมินผล รวมถึงการตอบสนองต่อปัญหาที่พบจากการปฏิบัติ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การศึกษาที่ผ่านมามักมุ่งเน้นไปที่การพัฒนาแบบการจัดการดูแล

ผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ชุมชนเพื่อแก้ปัญหาเฉพาะจุด เช่น การจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยญาติและผู้ดูแลในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁹⁾ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาครั้งนี้ที่มุ่งประเมินการนำนโยบายไปปฏิบัติเชิงระบบในระดับเขตสุขภาพ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาประเมินผลการนำนโยบายการจักระบบบริการด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ในเขตสุขภาพที่ 7 โดยใช้รูปแบบการประเมิน CIPP Model (Context, Input, Process, Product)⁽¹⁰⁾ เพื่อให้การประเมินผลดำเนินการอย่างครบวงจรและเป็นระบบ และเป็นการตรวจสอบประสิทธิผลของการดำเนินงาน โดยการเก็บข้อมูลสถานการณ์ ปัญหาที่เกิดขึ้น และการวิเคราะห์ผลข้อมูลเพื่อให้สามารถนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสม โดยผลการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลสำคัญในการปรับปรุงหรือพัฒนานโยบาย เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดีและสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพได้ในอนาคต

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (evaluation research) ประชากรคือ บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายฯ ไปปฏิบัติ ประกอบด้วยผู้บริหาร 4 คน ผู้ปฏิบัติงาน 6,848 คน และผู้รับบริการ 1,170 คน รวมทั้งสิ้น 10,163 คน หน่วยการวิเคราะห์คือบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่กำหนดคือ ผู้บริหาร 4 คน ผู้ปฏิบัติงาน 31 คน และผู้รับบริการ 325 คน รวมทั้งสิ้น 360 คน ใช้การเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควตา (quota sampling) เพื่อลดอคติและทำให้ได้ตัวแทนที่เหมาะสม ในกลุ่มผู้บริหารที่เป็นผู้กำหนดนโยบาย ได้แก่ ประธานคณะกรรมการขับเคลื่อนนโยบายด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขเขตสุขภาพที่ 7 รองอธิบดีกรมการแพทย์ และผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณ-

สังวรเพื่อผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับการจักระบบบริการด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 7 ตามการตรวจราชการและนิเทศงาน ได้แก่ เจ้าหน้าที่จากสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ สำนักนิตยระบบการแพทย์สำนักงานการแพทย์เขตสุขภาพที่ 7 กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ในเขตสุขภาพที่ 7 ส่วนกลุ่มผู้รับบริการใช้สูตร Krejcie และ Morgan⁽¹¹⁾ คำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง ตามสูตรดังนี้

$$n = \frac{X^2 Np(1-p)}{e^2(N-1) + X^2 p(1-p)}$$

เมื่อ

n = จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

N = จำนวนประชากรที่ใช้ในการศึกษา

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.05

X² = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% (X² = 3.841)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (p=0.5)

คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 290 คน เพื่อให้จำนวนแบบสอบถามที่ได้กลับคืนมาเพียงพอจึงเพิ่มจำนวนอีกร้อยละ 10 เท่ากับ 323 คน กำหนดโควตาของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปขนาดใหญ่ในเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลขอนแก่น โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ โรงพยาบาลชุมแพ และโรงพยาบาลมหาสารคาม แห่งละ 65 คน ได้กลุ่มตัวอย่างผู้รับบริการจำนวนรวมทั้งสิ้น 325 คน และใช้การสุ่มตัวอย่างแบบต่อเนื่อง (consecutive sampling) จนกว่าจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามที่ต้องการ

เกณฑ์คัดเข้ากลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยบุคคลเป็นเพศชายหรือหญิง โดยผู้บริหารต้องมีอายุ 37 ปีขึ้นไป และเป็นแพทย์ ส่วนผู้ปฏิบัติงานต้องมีอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นพยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าพนักงาน

สาธารณสุข หรือนักวิเคราะห์นโยบายและแผน ทั้งผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานต้องมีประสบการณ์ทำงาน ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ อย่างน้อย 6 เดือน ในปีงบประมาณ 2566 สำหรับผู้รับบริการต้องมีอายุ 18 ปี ขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุ ญาติ หรือผู้ดูแล ที่มารับบริการใน คลินิกผู้สูงอายุ และสามารถอ่านออกและตอบคำถามได้ ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดต้องสมัครใจและลงนามยินยอม เข้าร่วมวิจัย ส่วนเกณฑ์คัดออกคือ การไม่สามารถเข้าร่วม วิจัยในช่วงเวลาเก็บข้อมูลไม่ว่ากรณีใดๆ หรือมีปัญหา สุขภาพเฉียบพลัน หรือเสียชีวิตระหว่างการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์ผู้บริหารและแบบ- สอบถามผู้ปฏิบัติงานที่สร้างจากแนวคิดรูปแบบ CIPP Model⁽¹⁰⁾ ส่วนแบบสอบถามผู้รับบริการ สร้างจากการ ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแบบ- สอบถามผู้ปฏิบัติงานและผู้รับบริการที่เป็นข้อมูลทั่วไป เป็นแบบเลือกตอบและเติมข้อมูล ส่วนความคิดเห็นต่อ การนำนโยบายไปปฏิบัติของผู้ปฏิบัติงานและความพึง- พอใจของผู้รับบริการมีลักษณะเป็น Likert's Rating Scale ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) ทั้ง 3 ฉบับ เท่ากับ 0.89, 0.96 และ 1.00 ตามลำดับ สำหรับ ผลการทดสอบความเชื่อมั่นแบบสอบถามผู้ปฏิบัติงาน และแบบสอบถามผู้รับบริการ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค เท่ากับ 0.84 และ 0.79 ตามลำดับ เก็บ รวบรวมข้อมูลโดยผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ผู้บริหารและ สอบถามผู้ปฏิบัติงานด้วยตนเอง ส่วนในโรงพยาบาลมี ผู้ประสานงานสอบถามข้อมูลจากผู้สูงอายุ ญาติ หรือ ผู้ดูแลที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์แบบสอบถามโดย คำนวณหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วน- เบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด ส่วนแบบ- สัมภาษณ์ใช้การสรุปความเหมือนและความแตกต่าง และ สรุปข้อคิดเห็นแบบสอบถามปลายเปิด

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA.No.MUPH 2024-054 เมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม พ.ศ. 2567 จากโรงพยาบาลขอนแก่น เลขที่ KEXP67047 เมื่อวันที่ 21 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 จากโรงพยาบาล กาศสินธุ์ เลขที่ COA.No.032-2024 เมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2567 จากโรงพยาบาลมหาสารคาม ได้รับอนุมัติ เลขที่ COA.No.67/056 เมื่อวันที่ 6 สิงหาคม พ.ศ. 2567 และจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ได้รับอนุมัติ เลขที่ RE122/2567 เมื่อวันที่ 26 สิงหาคม พ.ศ. 2567

ผลการศึกษา

จำนวนผู้ตอบกลับการสัมภาษณ์และแบบสอบถาม รวมทั้งสิ้น 347 คน แบ่งเป็นผู้บริหาร 3 คน ผู้ปฏิบัติงาน 31 คน และผู้รับบริการ 313 คน ผู้บริหารมีระยะเวลา การปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2-4 ปี ส่วนผู้ปฏิบัติงานเป็นข้าราชการทั้งหมด ส่วนใหญ่ เป็นนักวิชาการสาธารณสุขในระดับชำนาญการ และมี ระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เฉลี่ย 3 ปี สำหรับผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ มีอายุเฉลี่ย 70.66 ปี และร้อยละ 15.02 เป็นผู้สูงอายุ ที่มีญาติหรือผู้ดูแลพามารับบริการ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มีสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4 คน ส่วนใหญ่จบประถม- ศึกษาและไม่ได้ทำงาน สำหรับผู้ที่ยังทำงาน ประกอบ อาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 25.24 ใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 73.61 สำหรับญาติ หรือผู้ดูแลที่พาผู้สูงอายุมารับบริการมีอายุเฉลี่ย 47.70 ปี เป็นบุตรของผู้สูงอายุ ร้อยละ 76.60 ส่วนใหญ่จบ ประถมศึกษาและประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ตารางที่ 1)

บริบทของนโยบายการจัดระบบบริการด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของกรมการแพทย์มีวัตถุประสงค์ชัดเจน คือเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพอย่างเป็นระบบ สะดวก และทั่วถึง (Mean = 3.87, SD = 0.50) และได้ กำหนดบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่าง-

ประเมินการนำนโยบายการจัดระบบบริการด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในเขตสุขภาพ

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ณ กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 31 ตุลาคม 2567

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง		จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ผู้บริหาร (n=3)			
อายุ (ปี) Mean = 53.00, SD = 5.29, Min = 47, Max = 57			
ระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (ปี) Mean = 2.67, SD = 1.15, Min = 2, Max = 4			
2. ผู้ปฏิบัติงาน (n = 31) อายุ (ปี) Mean = 42.42, SD = 11.24, Min = 23, Max = 59			
ประเภทวิชาชีพ	นักวิชาการสาธารณสุข	17	54.84
	นักวิเคราะห์นโยบายและแผน	3	9.68
	พยาบาล	9	29.03
	นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา	2	6.45
ระดับทางวิชาการ	ปฏิบัติการ	11	35.48
	ชำนาญการ	16	51.61
	ชำนาญการพิเศษ	4	12.90
ระยะเวลาการปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (ปี) Mean = 3.19, SD = 0.91, Min = 2, Max = 4			
3. ผู้สูงอายุ (n = 313)			
เพศ	ชาย	100	31.95
	หญิง	213	68.05
อายุ (ปี)	60 - 69	145	46.33
	70 - 79	132	42.17
	≥80	36	11.50
Mean = 70.66, SD = 6.80, Min = 60, Max = 94			
การอยู่อาศัย	อยู่ลำพังคนเดียว	12	3.83
	อยู่กับครอบครัว	301	96.17
จำนวนสมาชิกในครอบครัว Mean = 3.73, SD = 1.614, Min = 1, Max = 9			
ระดับการศึกษาสูงสุด	ประถมศึกษา	229	73.16
	มัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3)	22	7.03
	มัธยมศึกษาตอนปลาย (ม.6)	22	7.03
	ปวช. สายอาชีพ	2	0.64
	อนุปริญญาหรือเทียบเท่า (ปวส.)	6	1.92
	ปริญญาตรี	26	8.31
	สูงกว่าปริญญาตรี	6	1.92
อาชีพหรืองานปัจจุบัน	ไม่ได้ทำงาน	173	55.27
	ทำงาน		
	ด้านเกษตรกรรม	79	25.24
	ด้านธุรกิจ เช่น เจ้าของธุรกิจส่วนตัว แม่ค้า	30	9.58
	แม่บ้าน	23	7.35
	รับจ้างทั่วไป	7	2.24
	รับราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	1	0.32
สิทธิการรักษาพยาบาล	ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	229	73.16
	ข้าราชการหรือรัฐวิสาหกิจ	84	26.84

ชัดเจน (Mean = 3.77, SD = 0.72) และมีนโยบายที่สอดคล้องกับนโยบายระดับชาติ และพระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2564 (Mean = 4.03, SD = 0.66) พบว่า การเมือง เศรษฐกิจ และการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเป็นปัจจัยสนับสนุนให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถตอบสนองต่อความต้องการของพื้นที่ได้ดี (Mean = 3.94, SD = 0.73) จึงมีผลการประเมินบริบทของนโยบายอยู่ในระดับสูง (Mean = 4.06, SD = 0.40) (ตารางที่ 2)

ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า มีบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รวมทั้งงบประมาณ เครื่องมือและอุปกรณ์ที่ไม่เพียงพอ สำหรับการบริบาล พบว่า การจัดการยังขาดประสิทธิภาพ ส่วนการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากองค์กรความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น (Japan International Cooperation Agency: JICA) ในส่วนของผู้ปฏิบัติงานได้ประเมินผลความเพียงพอและความพร้อมของทรัพยากรในระดับปานกลาง (Mean = 3.33, SD = 0.64) สำหรับการนำนโยบายไปปฏิบัติได้ดำเนินการโดยคณะกรรมการอำนวยการขับเคลื่อนนโยบายกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับการตรวจราชการและนิเทศงาน โดยที่ความสามารถในการดำเนินงานในเขตสุขภาพได้รับการประเมินในระดับสูง

(Mean = 3.55, SD = 0.89) อย่างไรก็ตามยังคงพบปัญหาจากการทำงานแบบแยกส่วนของหน่วยงานและความไม่ต่อเนื่องของนโยบาย (ตารางที่ 3)

ด้านกระบวนการ มีกลไกการตรวจสอบและประเมินผลที่เป็นระบบและสม่ำเสมอ แนวทางการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมีความยืดหยุ่น และมีตัวชี้วัดชัดเจนทำให้เกิดรูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โดยผู้ปฏิบัติงานประเมินกระบวนการของนโยบายอยู่ในระดับสูง (Mean = 3.75, SD = 0.50) อย่างไรก็ตาม การเชื่อมโยงฐานข้อมูลการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อบริหารจัดการของระบบ DMS Care Tool ได้รับการประเมินในระดับปานกลาง (Mean = 2.94, SD = 1.03) รวมกับพบปัญหาการบันทึกและติดตามข้อมูลมีหลายระบบทำให้การวางแผนและพัฒนางานขาดความต่อเนื่อง (ตารางที่ 4)

ผลการดำเนินงาน ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 7 ได้รับการคัดกรองสุขภาพในชุมชนเพิ่มมากขึ้น⁽¹²⁾ พร้อมกับการประเมินซ้ำโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและหกล้มได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น⁽¹³⁾ อย่างไรก็ตามยังคงพบว่า ผู้สูงอายุที่มารับบริการ ร้อยละ 45.05 ไม่เคยได้รับการคัดกรอง

ตารางที่ 2 การประเมินบริบทของผู้ปฏิบัติงาน ในภาพรวมและรายข้อ ณ วันที่ 31 ตุลาคม 2567 (n = 31)

บริบท	ระดับการประเมิน					Mean	SD	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			
- ความสำคัญของการจัดระบบบริการด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	22 (70.97)	9 (29.03)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.71 (0.00)	0.46	มากที่สุด
- ความสอดคล้องของนโยบาย และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ	7 (22.58)	18 (58.06)	6 (19.35)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.03 (0.00)	0.66	มาก
- ความสอดคล้องของสภาพแวดล้อมทางการเมือง เศรษฐกิจ และลักษณะของประชากรกลุ่มผู้สูงอายุกับการนำนโยบายไปปฏิบัติ	6 (19.35)	18 (58.06)	6 (19.35)	1 (3.23)	0 (0.00)	3.94 (0.00)	0.73	มาก
- ความชัดเจนของวัตถุประสงค์การนำนโยบายไปปฏิบัติ	2 (6.45)	23 (74.19)	6 (19.35)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.87 (0.00)	0.5	มาก
- ความชัดเจนของหน้าที่รับผิดชอบของหน่วยงานเกี่ยวกับงานด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพ	3 (9.86)	20 (64.52)	6 (19.35)	2 (6.45)	0 (0.00)	3.77 (0.00)	0.72	มาก
รวม						4.06	0.4	มาก

ประเมินการนำนโยบายการจัดระบบบริการด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในเขตสุขภาพ

ตารางที่ 3 การประเมินปัจจัยนำเข้าของผู้ปฏิบัติงาน ในภาพรวมและรายข้อ วันที่ 31 ตุลาคม 2567 (n = 31)

ปัจจัยนำเข้า	ระดับการประเมิน					Mean	SD	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			
- ความชัดเจนของการกำหนดรูปแบบและการบริการจัดการ เกี่ยวกับการดำเนินงานตามนโยบายภายในหน่วยงาน	4 (12.9)	15 (48.39)	9 (29.03)	3 (9.68)	0 (0.00)	3.65	0.84	มาก
- ความเป็นรูปธรรมที่สามารถปฏิบัติงานได้จริงตามแนวทางการ- ดำเนินงานของตัวชี้วัดการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล	4 (12.9)	13 (41.94)	10 (22.39)	4 (32.26)	0 (0.00)	3.55	0.89	มาก
- ความเพียงพอของการได้รับการจัดสรรงบประมาณต่อ การดำเนินงานตามนโยบาย	0 (0.00)	13 (41.94)	14 (45.16)	4 (12.9)	0 (0.00)	3.29	0.69	ปานกลาง
- ความเพียงพอของการได้รับการจัดสรรเครื่องมือและ อุปกรณ์ต่อการดำเนินงานตามนโยบาย	2 (6.45)	8 (25.81)	16 (51.61)	4 (12.9)	1 (3.23)	3.19	0.87	ปานกลาง
- ความพร้อมต่อการดำเนินงานและการได้รับการพัฒนา ศักยภาพของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อ การจัดระบบบริการด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตสุขภาพ	3 (9.68)	10 (36.26)	7 (22.58)	11 (35.48)	0 (0.00)	3.16	1.04	ปานกลาง
- ความเพียงพอของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขต่อ การจัดระบบบริการด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตสุขภาพ	3 (9.68)	5 (16.13)	16 (51.61)	7 (22.58)	0 (0.00)	3.13	0.88	ปานกลาง
รวม						3.33	0.64	ปานกลาง

ตารางที่ 4 ประเมินกระบวนการของผู้ปฏิบัติงาน ในภาพรวมและรายข้อ วันที่ 31 ตุลาคม 2567 (n = 31)

กระบวนการ	ระดับการประเมิน					Mean	SD	แปลผล
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด			
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)			
- ความพร้อมต่อการดำเนินงานตามแนวทางปฏิบัติ และแนวทาง การดำเนินงานตามตัวชี้วัดการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุของ โรงพยาบาล	16 (51.61)	11 (35.48)	4 (12.9)	0 (0.00)	0 (0.00)	4.39	0.72	มากที่สุด
- ความชัดเจนและความเหมาะสมของตัวชี้วัดการจัดตั้ง คลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล	6 (19.35)	16 (51.61)	9 (29.03)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.90	0.70	มาก
- การได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการดำเนินงานตามนโยบาย	4 (12.9)	18 (58.06)	8 (25.81)	1 (3.23)	0 (0.00)	3.81	0.70	มาก
- ความเหมาะสมของระบบรายงานและช่วงการเก็บรวบรวม ข้อมูลผลการดำเนินการตัวชี้วัดตามการตรวจราชการ และนิเทศงาน กระทรวงสาธารณสุข	4 (12.9)	19 (61.29)	5 (16.13)	3 (9.68)	0 (0.00)	3.77	0.80	มาก
- ความเหมาะสมกับบริบท และความสามารถในการยืดหยุ่น ของรูปแบบการดำเนินงานของนโยบายตามสถานการณ์ ภายในเขตสุขภาพ	3 (9.68)	15 (48.39)	13 (41.94)	0 (0.00)	0 (0.00)	3.68	0.65	มาก
- ความสามารถในการเชื่อมโยงฐานข้อมูลอย่างเป็นระบบ ของระบบ DMS Care Tool	2 (6.45)	8 (25.81)	8 (25.81)	12 (38.71)	1 (3.23)	2.94	1.03	ปานกลาง
รวม						3.75	0.50	มาก

สุขภาพมาก่อน โดยผู้รับบริการประเมินความพึงพอใจในระดับสูงสุด (ค่าเฉลี่ย = 4.69, SD = 0.43) พร้อมทั้งระบุว่ากรมมีแพทย์เฉพาะทางและการได้รับการดูแลที่ครบวงจรเป็นเหตุผลสำคัญในการมารับบริการ

วิจารณ์

บริบทของนโยบายมีวัตถุประสงค์และหน่วยงานที่รับผิดชอบชัดเจน เป็นนโยบายที่สอดคล้องกับนโยบายระดับชาติ การเมือง เศรษฐกิจ และลักษณะประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Van Meter และ Van Horn⁽¹⁴⁾ ที่กล่าวว่าผู้เกี่ยวข้องต้องดำเนินงานร่วมกันเพื่อให้นโยบายบรรลุวัตถุประสงค์ และงานวิจัยของผดุงศิษฏ์ ชำนาญบริรักษ์ และคณะ⁽¹⁵⁾ ปิยะนุช เรืองโพธิ์ และคณะ⁽¹⁶⁾ ณัฐนันท์ สุตะวงศ์⁽¹⁷⁾ ที่ระบุว่านโยบายที่ชัดเจนสอดคล้องกับกฎหมายและมาตรการระดับชาติจะทำให้การนำนโยบายไปปฏิบัติมีความเชื่อมโยงกับเครือข่ายต่างๆ ได้อย่างเป็นรูปธรรม และการเมืองมีบทบาทในการควบคุม กำกับ และปรับปรุงนโยบาย

การขาดแคลนทรัพยากร มีความสอดคล้องกับแนวคิดของ Parasuraman และคณะ⁽¹⁸⁾ ที่อธิบายว่าคุณภาพการให้บริการขึ้นอยู่กับความต่างระหว่างสิ่งที่ผู้ป่วยคาดหวังกับสิ่งที่ได้รับจริง และงานวิจัยของนภค นิธิวิธรร⁽¹⁹⁾ ที่พบว่า ทรัพยากรยังไม่เพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม อธิบายได้ว่ากำลังคนและวัสดุอุปกรณ์ที่ไม่เพียงพออาจทำให้ผู้สูงอายุได้รับการที่ล่าช้า งบประมาณที่ไม่เพียงพอและการบริหารจัดการที่ไม่มีประสิทธิภาพอาจทำให้ไม่สามารถจัดบริการที่จำเป็นได้อย่างครอบคลุมและสะท้อนให้เห็นถึงระดับมาตรฐานการให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุ สำหรับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก JICA สอดคล้องกับราณี วงศ์คงเดช และคณะ⁽²⁰⁾ ที่ระบุว่านโยบายดูแลสุขภาพระยะยาวในผู้สูงอายุจังหวัดขอนแก่นได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก JICA เช่นเดียวกัน

การบริหารจัดการข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุของนโยบายโดยใช้ระบบ DMS Care Tool ได้รับการประเมินอยู่ใน

ระดับปานกลาง สอดคล้องกับงานวิจัยของบรรจบ แสนสุข และคณะ⁽²¹⁾ ที่พบว่า ข้อมูลสารสนเทศผู้สูงอายุของนโยบายการพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อยังขาดการเชื่อมโยงการใช้งานร่วมกัน อธิบายได้ว่าข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุถูกจัดเก็บในหลายระบบและหน่วยงาน ส่งผลให้เกิดความซ้ำซ้อน ขาดความปลอดภัย และขาดมาตรฐาน การบูรณาการข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลระดับต่างๆ ยังมีข้อจำกัดด้านเทคโนโลยีและบุคลากร ส่งผลให้ภาระงานสูงและบันทึกข้อมูลไม่ครบถ้วน

ผลลัพธ์ของนโยบายทำให้ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 7 ได้รับการคัดกรองและได้รับการดูแลรักษาสุขภาพเพิ่มมากขึ้น⁽¹²⁾ แต่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุกลับไม่เคยได้รับการคัดกรองสุขภาพมาก่อน อาจเนื่องมาจากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนยังไม่ครอบคลุมโดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกล ซึ่งการจัดบริการคลินิกเคลื่อนที่ในชุมชนจะช่วยลดปัญหาการเดินทางไกลของผู้รับบริการ โดยงานวิจัยของปานใจ ถิ่นนัยธรและคณะ⁽⁹⁾ ที่พบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยญาติและผู้ดูแลในพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชนช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงถึงความสำคัญของการพัฒนาระบบคัดกรองและการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชน เพื่อเพิ่มความครอบคลุม ความต่อเนื่อง และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ดังนั้น นโยบายการจัดระบบบริการด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงบรรลุวัตถุประสงค์ โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวกับการสร้างระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีคุณภาพและการพัฒนาให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในแต่ละพื้นที่

ข้อจำกัดของการศึกษา

การวิจัยนี้มีผลการประเมินในบางมิติเป็นข้อมูลเชิงปริมาณที่มาจากการสำรวจความพึงพอใจและระดับความคิดเห็น ซึ่งอาจมีข้อจำกัดในการอธิบายความสัมพันธ์เชิงสาเหตุหรือเหตุผลเชิงลึกของปัญหาอุปสรรคในทางปฏิบัติ และมีขอบเขตการศึกษาในเขตสุขภาพที่ 7

ผลการวิจัยอาจไม่สามารถสะท้อนภาพรวมของจัดระบบบริการด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตสุขภาพอื่นของประเทศ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติ

ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ควรเร่งพัฒนาฐานข้อมูลกลางที่เชื่อมโยงข้อมูลระหว่างหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้สามารถนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

2.1 กระทรวงสาธารณสุขควรพิจารณากำหนดนโยบายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยผลักดันให้เป็นนโยบายระดับชาติ มุ่งเน้นอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 5 ปี ให้มีความสอดคล้องกับระยะเวลาของแผนปฏิบัติราชการกระทรวงสาธารณสุข และส่งเสริมให้มีการบูรณาการระหว่างหน่วยงาน เพื่อให้หน่วยงานต่างๆ สามารถขับเคลื่อนการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่องและบรรลุเป้าหมายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

2.2 กระทรวงสาธารณสุขควรพิจารณาเพิ่มการจัดตั้งบริการคลินิกเคลื่อนที่ในชุมชนเพื่อลดปัญหาการเดินทางไกลของผู้รับบริการ โดยมีกรมต่างๆ สนับสนุนด้านวิชาการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งถัดไป

1. ควรพิจารณาทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และผู้รับบริการ เพื่อหาความสัมพันธ์ที่มีผลต่อนโยบายการจัดระบบบริการด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2. ควรพิจารณาทำการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมในกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน และผู้รับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ เนื่องจากการวิจัยเชิงปริมาณมีข้อจำกัดในการตอบคำถามและการแสดงความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งอาจทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่เพียงพอสำหรับสรุปผลและ

อ้างอิงกลับไปยังหน่วยงาน

3. ควรพิจารณาทำการศึกษาในประชากรหรือกลุ่มตัวอย่างในเขตสุขภาพอื่นๆ เพื่อให้ทราบถึงข้อเหมือนหรือข้อแตกต่างของผลการศึกษาที่สามารถนำไปปรับใช้ได้ในพื้นที่ และเพื่อเป็นการลดข้อจำกัดด้านบริบทของพื้นที่เมื่อนำไปอ้างอิง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ตรวจราชการเขตสุขภาพที่ 7 รองอธิบดีกรมการแพทย์ ผู้ประสานงาน และผู้เข้าร่วมวิจัยทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์และความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้ และขอขอบคุณคณาจารย์ทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัยนี้จนสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. บุษกร โลหารชุน. แนวทางการตรวจราชการและนิเทศงานกรมการแพทย์ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ประเด็น function based: ประเด็นกลุ่มวัย. การประชุมเตรียมความพร้อมการตรวจราชการและนิเทศงาน ประจำปีงบประมาณ 2566; 18 ธ.ค. 2566; โรงแรมแกรนด์ริชมอนด์, นนทบุรี. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2566. หน้า 1-19.
2. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: World Health Organization; 2019.
3. สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์. สรุปผลการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์ ประจำปีงบประมาณ 2561. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2561.
4. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ (comprehensive geriatric clinic). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ซีจีทีเอส; 2564.
5. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กรมการแพทย์. นโยบายมุ่งเน้นกรมการแพทย์ ประจำปีงบประมาณ 2566. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2566.

6. สำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ 7. บทสรุปสำหรับผู้บริหาร ปีงบประมาณ 2566 รอบที่ 2 เขตสุขภาพที่ 7 ประเด็นที่ 3: สุขภาพกลุ่มวัยและการยกระดับบริการผู้สูงอายุ. ขอนแก่น: สำนักการแพทย์เขตสุขภาพที่ 7; 2566.
7. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. รายงานผลการตรวจราชการและนิเทศงาน กรมการแพทย์ ไตรมาสที่ 3 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ประเด็น Function based: ประเด็นกลุ่มวัย. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2566.
8. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. การศึกษาความสำเร็จในการแปลงนโยบาย ด้านสุขภาพผู้สูงอายุสู่การปฏิบัติของโรงพยาบาลในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข: กรณีศึกษาคลินิกผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2566.
9. ปานใจ ถิ่นนัยธร, จิราภรณ์ เสนีย์, สุกัญญา จิตรแก้ว, เบญจารักษานาม. การพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงพื้นที่ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลกันตัง จังหวัดตรัง. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการศึกษา 2568;5(1):119-32.
10. Stufflebeam DL, Shinkfield AJ. Stufflebeam's improvement-oriented evaluation. In: Stufflebeam DL, Shinkfield AJ, editors. Systematic evaluation: a self-instructional guide to theory and practice. Dordrecht: Springer Netherlands; 1985. p. 151-207.
11. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educ Psychol Meas 1970;30(3):607-10.
12. กระทรวงสาธารณสุข. Health Data Center (HDC) [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 17 พ.ย. 2566]. แหล่งข้อมูล: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>
13. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. ผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรอง พบว่า เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมและหกล้มได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ ปี 2565-2566. นนทบุรี: กรมการแพทย์; 2566.
14. Van Meter DS, Van Horn CE. The policy implementation process: a conceptual framework. Admin Soc 1975;6(4): 445-88.
15. ผดุงศิษฐ์ ชำนาญบริรักษ์, บั้วพรรณ มณีรัตน์, วรวรรณ แสงสี. การประเมินผลโครงการพัฒนาเครือข่ายพยาบาล-ชุมชนในการขับเคลื่อนอำเภอจัดการสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 7. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา 2564;28(3):16-26.
16. ปิยะนุช เรืองโพน, ธัญญลักษณ์ สารศร, ฐิตาภรณ์ ดาหาญ. การขับเคลื่อนนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุไปสู่การปฏิบัติในเขตเทศบาลนครสกลนคร. วารสารมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์มหาวิทยาลัยนครพนม 2564;11(1):129-43.
17. ณัฐนันท์ สุตะวงศ์. การพัฒนาข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อการใช้นวัตกรรมจัดการบริการสุขภาพในการยกระดับคุณภาพการดำเนินงานของเขตสุขภาพที่ 8. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2567;33(4):745-66.
18. Parasuraman A, Zeithaml VA, Berry LL. A conceptual model of service quality and its implications for future research. J Mark 1985;49(4):41-50.
19. นกัศ นิธิชิตธร. การประเมินผลระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม เขตสุขภาพที่ 9. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2562;13(31): 105-18.
20. ราณี วงศ์คงเดช, ดรุณี พ่วงพรพิทักษ์, อติศร วงศ์คงเดช. บทเรียนการดำเนินงานตามนโยบายดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว เขตสุขภาพที่ 7. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 2564;10(1):142-54.
21. บรรจบ แสนสุข, มนตรี นามสาร, ทวีศักดิ์ วิริยะเกียรติศิริ. การประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายการพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อสำหรับผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2566;9(3):116-29.

An Evaluation of the Implementation of Health Service Provision Policies for the Elderly in Health Region 7: a Case Study of Regional and General Hospitals

Woranut Nakthae, B.Sc. (Public Health)*; Sukhontha Kongsin, Ph.D. (Health Economics and Policy Analysis)**; Sukhum Jiamton, M.D., Ph.D. (Clinical Research)***; Sathit Niramitmahapanya, Dip., (Thai Board of Internal Medicine)****; Tanarak Plipat, M.D., Ph.D. (Epidemiology)*****

* Master of Science (Public Health Administration), Faculty of Public Health, Mahidol University;

** Department of Biostatistics, Faculty of Public Health, Mahidol University; *** Department of

Dermatology, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University; **** Institute of Medical

Research & Technology Assessment, Department of Medical Service; ***** Office of the Permanent

Secretary, Ministry of Public Health, Thailand

Journal of Health Science of Thailand 2026;35(2):301-11.

Corresponding author: Sukhontha Kongsin, Email: skongsin@gmail.com, sukhontha.kon@mahidol.ed

Abstract: This research is an evaluation study aimed at assessing the implementation of healthcare service provision policies for the elderly in regional and general hospitals, Health Region 7. Specifically, it examines the establishment of geriatric clinics in hospitals as developed by the Department of Medical Services for the fiscal year 2023, using the Context, Input, Process and Product Model (CIPP Model). Data were collected through interviews and questionnaires among 347 participants, including 3 executives, 31 operators, and 313 service recipients, collected. The results showed that the policy objective was clear and aligned with national policies, including the National Elderly Act of 2021, and addressed the challenges posed by an aging society. Operators rated the policy context at high level (Mean = 4.06, SD = 0.40). In terms of input, resources were limited, with operators rating the adequacy and readiness of resources at a moderate level (Mean = 3.33, SD = 0.64), although operational capabilities in the region were rated highly (Mean = 3.55, SD = 0.88). The policy was implemented through a steering committee under the Ministry of Public Health, with monitoring through inspections and evaluations, and the integration of data management systems through the Department of Medical Services Care Tool (DMS Care Tool) was rated moderately (Mean = 2.94, SD = 1.03). Regarding the product, the efficiency of elderly screening and healthcare services significantly improved, with service recipient satisfaction rated at the highest level (Mean = 4.69, SD = 0.43). Despite these positive results, challenges in integration were noted. Recommendations include elevating the issue to a national agenda, enhancing inter-agency integration, decentralizing authority to health regions, and establishing mobile service clinics in communities to reduce travel burdens for the elderly.

Keywords: evaluation; policy implementation; health services; elderly; hospitals