

# การประเมินผลการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ ในเขตสุขภาพที่ 1

นิธิรัตน์ บุญตานนท์\*

อังศุมาลิน บัวแก้ว

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่



วันรับ 20 มกราคม 2569



วันแก้ไข 23 มีนาคม 2569



วันตอบรับ 31 มีนาคม 2569

## บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทยไปปฏิบัติในเขตสุขภาพที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เอกสารและการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงจนข้อมูลอิ่มตัว จำนวนรวม 40 คน ประกอบด้วยผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ 24 คน จากทุกระดับบริการและหลากหลายบริบทพื้นที่ และผู้สูงอายุที่ได้รับการตามนโยบาย 16 คน ซึ่งผ่านการคัดเลือกให้ครอบคลุมทั้งผู้สูงอายุติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง ในจังหวัดทั้ง 8 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 1 ข้อมูลถูกวิเคราะห์ด้วยวิธีการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่า ประสิทธิภาพการนำนโยบายไปปฏิบัติยังคงมีช่องว่างในบางตัวชี้วัดที่ไม่บรรลุเป้าหมายผลผลิตและผลลัพธ์ โดยเฉพาะการคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ และการจัดบริการดูแลแบบผู้ป่วยในที่บ้าน ปัจจัยสนับสนุนสำคัญมาจากการสนับสนุนเชิงบริหาร เครือข่ายสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็ง และความตระหนักรู้ของประชาชน ขณะที่อุปสรรคหลัก ได้แก่ ข้อจำกัดด้านทรัพยากร ความไม่ต่อเนื่องของการบริการ ช่องว่างในการประสานงานระหว่างหน่วยงานระดับพื้นที่ ความครอบคลุมของการคัดกรองในพื้นที่ห่างไกลที่ยังไม่เพียงพอ และการขาดระบบติดตามตรวจสอบผลการดำเนินงานที่เป็นระบบ ข้อเสนอแนะแนวทางเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารจัดการนโยบาย ได้แก่ การจัดสรรทรัพยากรอย่างเพียงพอและยั่งยืน การสร้างกลไกการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ชัดเจน การพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลที่เข้มแข็ง และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการออกแบบระบบบริการ

**คำสำคัญ :** ประสิทธิภาพ การนำนโยบายไปปฏิบัติ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เขตสุขภาพที่ 1

\*ผู้รับผิดชอบหลัก, ✉ : drnest@hotmail.com

# Evaluation of Elderly Health Care Policy Implementation in Health Region 1

Nithirat Boontanon\*

Angsumalin Buakaew

Regional Health Promotion Center 1 Chiang Mai

## Abstract

This qualitative research aimed to evaluate the effectiveness of Thailand's elderly health care policy implementation in Health Region 1 during the 2025 fiscal year. Data were collected through document analysis and interviews with key informants selected by purposive sampling until data saturation, totaling 40 participants. These consisted of 24 administrators and health professionals involved in elderly health care implementation across all levels of health services and diverse local contexts, and 16 older adults who had received services under the policy, selected to represent community-dwelling, homebound, and bedridden older persons in all eight provinces of Health Region 1. Data were analyzed using content analysis. The findings revealed that the effectiveness of policy implementation still exhibited gaps in several indicators that did not achieve the intended outputs and outcomes, particularly geriatric syndrome screening and home-based inpatient care (Home Ward). Key facilitating factors included strong administrative support, robust community health networks, and increased public awareness. Major barriers comprised resource constraints, discontinuity of service delivery, coordination gaps among local-level agencies, insufficient coverage of screening in remote areas, and the absence of a systematic monitoring and evaluation system. Recommended strategies to enhance policy management effectiveness include ensuring adequate and sustainable resource allocation, establishing clear inter-agency coordination mechanisms, strengthening monitoring and evaluation systems, and promoting meaningful stakeholder participation in the design of service delivery systems.

**Keywords** : Effectiveness, Policy Implementation, Elderly health care, Health Region 1

\*Corresponding Author,  : drnest@hotmail.com

## บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมสูงวัย (Aging Society) เป็นปรากฏการณ์ระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ องค์การสหประชาชาติได้ประกาศทศวรรษแห่งการสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (UN Decade of Healthy Ageing 2021–2030) เพื่อผลักดันให้ประเทศต่าง ๆ ปรับระบบบริการสุขภาพจากการเน้นการรักษาไปสู่การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแบบบูรณาการ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างต่อเนื่อง<sup>(1)</sup>

ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) แล้ว โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 13 ล้านคน<sup>(2)</sup> คิดเป็นเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นประมาณร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2583<sup>(3)</sup> สถานการณ์ดังกล่าวสร้างภาระต่อระบบสุขภาพและการดูแลระยะยาวของประเทศอย่างต่อเนื่อง

เขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งครอบคลุม 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน มีสัดส่วนผู้สูงอายุ ร้อยละ 24.54 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศ<sup>(2)</sup> โดยเฉพาะในบางอำเภอและชุมชนที่มีการกระจุกตัวของผู้สูงอายุในระดับสูงมากเมื่อเทียบกับประชากรรวมในพื้นที่ ประกอบกับลักษณะภูมิประเทศที่หลากหลายทั้งพื้นที่เมือง ชนบท พื้นที่สูง และพื้นที่ห่างไกล ทำให้ภาระด้านการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุมีความซับซ้อนกว่าพื้นที่อื่นตามไปด้วย นอกจากนี้ ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 1 ยังมีความหลากหลายด้านสถานะสุขภาพและความสามารถในการดำเนินชีวิต โดยสามารถจำแนกเป็นผู้สูงอายุติดสังคมที่ยังทำกิจกรรมในชุมชนได้ ร้อยละ 97.30 ผู้สูงอายุติดบ้านที่ออกนอกบ้านได้จำกัด ร้อยละ 2.10 และผู้สูงอายุติดเตียง ร้อยละ 0.60 ที่มีภาวะพึ่งพิงสูงและต้องได้รับการดูแลระยะยาวอย่างใกล้ชิด<sup>(4)</sup> ความแตกต่างเหล่านี้สะท้อนว่าการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีรูปแบบบริการที่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของแต่ละกลุ่ม และต้องคำนึงถึงข้อจำกัดเชิงบริบทของแต่ละพื้นที่ควบคู่กันไป

เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ดังกล่าว รัฐบาลไทยได้กำหนดกรอบกฎหมายและนโยบายด้านผู้สูงอายุหลายประการ เช่น พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546<sup>(5)</sup> และแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566–2580) ที่มุ่งยกระดับคุณภาพชีวิตและปฏิรูประบบบริหารจัดการรองรับสังคมสูงวัย<sup>(6)</sup> โดยในระดับปฏิบัติการ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นประเด็นมุ่งเน้นสำคัญในการตรวจราชการปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ผ่านตัวชี้วัดที่ครอบคลุมทั้ง (1) การจัดตั้งสถานชีวาภิบาล (2) การจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning: ACP) สำหรับผู้ป่วยระดับประคองอย่างมีคุณภาพ (3) การจัดบริการผู้ป่วยในที่บ้าน (Home ward) สำหรับผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต (4) การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำและการเคลื่อนไหว และ (5) การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver: CG) รายใหม่ รวมถึงการคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) 9 ด้านอย่างครอบคลุม<sup>(7)</sup> ซึ่งล้วนมีเป้าหมายครอบคลุมทั้งผู้สูงอายุติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียงในบริบทที่แตกต่าง

อย่างไรก็ดี แม้นโยบายและตัวชี้วัดจะถูกกำหนดอย่างชัดเจน แต่การนำนโยบายไปปฏิบัติในพื้นที่จริงของเขตสุขภาพที่ 1 ยังเผชิญช่องว่างหลายประการ ทั้งในมิติของการบริหารจัดการ ทรัพยากร และบริบทพื้นที่ งานวิจัยจำนวนมากยังมุ่งประเมินในระดับประเทศ<sup>(8-9)</sup> หรือเน้นเฉพาะผลลัพธ์ทางสุขภาพ มากกว่าการทำความเข้าใจบริบท ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการนำนโยบายไปปฏิบัติในพื้นที่ที่มีลักษณะเฉพาะ เช่น ภาคเหนือตอนบนที่มีสัดส่วนและการกระจุกตัวของผู้สูงอายุสูงที่สุดแห่งหนึ่งของประเทศนั้น

ดังนั้น การประเมินผลการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในเขตสุขภาพที่ 1 จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อจะได้ข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับประสิทธิผลของการดำเนินงาน ปัจจัยที่ส่งเสริมและ

อุปสรรคที่ขัดขวางการบรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบาย ตลอดจนช่องทางที่ควรได้รับการปรับปรุงเชิงนโยบาย ซึ่งจะนำไปสู่ข้อเสนอแนะในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ

ผู้สูงอายุให้เหมาะสมกับบริบทพื้นที่และสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุที่หลากหลาย และสามารถใช้เป็นต้นแบบสำหรับการขยายผลไปยังเขตสุขภาพอื่น ๆ ได้อย่างยั่งยืน

## วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อประเมินประสิทธิผลของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในเขตสุขภาพที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

2. เพื่อวิเคราะห์เงื่อนไขที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในเขตสุขภาพที่ 1

3. เพื่อเสนอข้อเสนอแนะแนวทางในการเพิ่มประสิทธิผลของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ

## นิยามศัพท์ปฏิบัติการ

**ประสิทธิผลของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ** หมายถึง ระดับการบรรลุเป้าหมายของตัวชี้วัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดสำหรับปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ทั้งในด้านผลผลิต (การจัดตั้งสถานชิวาภิบาล การจัดบริการ Home Ward และการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุรายใหม่) และด้านผลลัพธ์ (การคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน การจัดทำ ACP และการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำและการเคลื่อนไหว)

**นโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ** หมายถึง นโยบาย มาตรการ และแนวทางปฏิบัติที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระบบ

บริการสุขภาพ โดยเฉพาะกรอบการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการดูแลระยะยาวที่เกี่ยวข้องกับตัวชี้วัดการตรวจราชการปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ในเขตสุขภาพที่ 1

**เงื่อนไขที่ส่งผลต่อประสิทธิผล** หมายถึง ปัจจัยด้านบริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) และกระบวนการดำเนินงาน (Process) ตามกรอบ CIPP Model ที่เอื้อต่อหรือเป็นอุปสรรคต่อการบรรลุเป้าหมายของนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น ลักษณะพื้นที่และโครงสร้างประชากร ระบบทรัพยากรบุคคล งบประมาณ โครงสร้างบริการสุขภาพ กลไกการบริหารจัดการ และการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในระดับพื้นที่

## ขอบเขตการศึกษา

**ขอบเขตด้านเนื้อหา** : การศึกษามุ่งประเมินผลของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในเขตสุขภาพที่ 1 โดยใช้ตัวชี้วัดการตรวจราชการปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดตั้งสถานชิวาภิบาล การจัดบริการ Home Ward การพัฒนาศักยภาพ CG รายใหม่ การคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9

ด้าน การจัดทำ ACP และการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำและการเคลื่อนไหว

**ขอบเขตด้านพื้นที่** : การศึกษาครอบคลุมเขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งประกอบด้วย 8 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ได้แก่ เชียงใหม่ ลำพูน แม่ฮ่องสอน เชียงราย แพร่ น่าน พะเยา และลำปาง

**ขอบเขตด้านเวลา :** การศึกษาครอบคลุมข้อมูลและการดำเนินงานตามนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 และเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามระหว่าง เดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน พ.ศ. 2568

**ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง :** ประชากรและผู้ให้ข้อมูลสำคัญประกอบด้วย 2 กลุ่มหลัก ได้แก่ (1) ผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับ

การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในระดับเขต จังหวัด อำเภอล และหน่วยบริการปฐมภูมิในเขตสุขภาพที่ 1 และ (2) ผู้สูงอายุที่ได้รับบริการตามนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 1 โดยคัดเลือกให้ครอบคลุมสถานะสุขภาพที่หลากหลาย (ติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง) และบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกัน

## วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluative Research) เชิงคุณภาพ (Qualitative Research) มุ่งประเมินประสิทธิผลของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในเขตสุขภาพที่ 1 ครอบคลุม 8 จังหวัด ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ร่วมกับการวิเคราะห์เอกสาร (document analysis) เพื่อให้ได้ข้อมูลจากมุมมองของผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และผู้รับบริการในระบบสุขภาพผู้สูงอายุ

• **กรอบแนวคิดการวิจัย** ประยุกต์ใช้ CIPP Model (Context, Input, Process, Product) ตามหลักการประเมินนโยบายสาธารณะร่วมกับแนวคิดว่าด้วยปัจจัยความสำเร็จและอุปสรรคของการดำเนินนโยบาย<sup>(10-11)</sup> โดยแปลงกรอบดังกล่าวเป็นประเด็นคำถามสัมภาษณ์และเกณฑ์การวิเคราะห์เอกสาร ครอบคลุม 3 มิติหลัก ได้แก่ ได้แก่ (1) ปัจจัยนำเข้า (Input) สรรพคุณเพียงพอของทรัพยากรระบบสนับสนุน โครงสร้างบริการ และศักยภาพทีมสหสาขาวิชาชีพ (2) กระบวนการ (Process) ศึกษากลไกการบริหารจัดการ การจัดระบบบริการและการดูแลต่อเนื่อง การประสานงานระหว่างหน่วยงาน และการดำเนินงานด้านการจัดตั้งสถานชีวาภิบาล การจัดทำ ACP การจัดการบริการ Home ward การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงการพัฒนา CG รายใหม่ และการคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน ในบริบทที่ต่างกัน และ (3) ผลผลิต/ผลลัพธ์ (Product/Output & Outcome) ประเมินระดับการบรรลุตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ความครอบคลุมการ

เข้าถึงบริการ และประสบการณ์ของผู้สูงอายุและผู้ดูแลต่อการรับบริการตามนโยบาย

• **เครื่องมือที่ใช้** คือ แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ที่ออกแบบตามกรอบ CIPP Model และที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อให้ครอบคลุมตัวแปรและมิติการประเมินที่กำหนด

• **กลุ่มเป้าหมายและการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ** ใช้การคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยคำนึงถึงความเป็นตัวแทนของบริบทพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 1 และเก็บข้อมูลจนถึงจุดอิ่มตัว (Data saturation) รวมผู้ให้ข้อมูล 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

**กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ภาครัฐ** จำนวน 24 คน กำหนดเกณฑ์การคัดเลือกจากตัวแทนจังหวัดละ 3 คน ในทั้ง 8 จังหวัด ประกอบด้วย (1) ผู้บริหารระดับจังหวัดหรืออำเภอที่มีบทบาทกำหนดทิศทางและสนับสนุนการดำเนินนโยบายด้านผู้สูงอายุ (2) ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ หรือโรงพยาบาลชุมชนที่ให้บริการผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และ (3) ผู้ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ศูนย์สุขภาพชุมชน เป็นต้น ซึ่งดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่เมือง ชนบท พื้นที่สูง พื้นที่ห่างไกล และพื้นที่ที่มีการถ่ายโอนหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) โดยทุกคนต้องปฏิบัติงานในหน้าที่อย่างน้อย 1 ปี โดยการเลือกบุคลากรสาธารณสุขมุ่งสะท้อนมุมมองของผู้ที่มีบทบาทโดยตรงในการนำนโยบายไปปฏิบัติในระบบ

บริการสุขภาพ ในขณะที่บทบาทของภาคการศึกษาและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ถูกรวบรวมผ่านเอกสารนโยบายและข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

**กลุ่มที่ 2 ผู้สูงอายุที่ได้รับบริการ** จำนวน 16 คน จากตัวแทนจังหวัดละ 2 คน โดยกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกดังนี้ (1) อายุ 60 ปีขึ้นไป และอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดนั้นมาไม่น้อยกว่า 1 ปี (2) เคยรับบริการตามนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างน้อย 2 ประเภท จากรายการต่อไปนี้ ได้แก่ การคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน การรับบริการ Home Ward การจัดทำ ACP และการได้รับการดูแลจาก CG ในชุมชน โดยการคัดเลือกกลุ่มผู้สูงอายุมีการคัดเลือกให้ครอบคลุมสถานะสุขภาพที่หลากหลาย ทั้งผู้สูงอายุติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง ตามความเป็นจริงของพื้นที่ และในแต่ละจังหวัด ผู้วิจัยประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่เพื่อช่วยเสนอรายชื่อผู้สูงอายุที่เข้าเกณฑ์ และเลือกผู้ให้ข้อมูลที่สามารถสะท้อนทั้งประสบการณ์การเข้าถึงบริการ และปัญหาอุปสรรคในการนำนโยบายไปปฏิบัติในบริบทพื้นที่ของตน การกำหนดเกณฑ์ดังกล่าวมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุทำหน้าที่เป็นตัวแทนกลุ่มเป้าหมายของนโยบายจริง ลดอคติจากการรับรู้เฉพาะกลุ่มที่เข้าถึงบริการได้มากกว่า และสะท้อนภาพการนำนโยบายไปปฏิบัติในบริบทพื้นที่ที่แตกต่างกันของเขตสุขภาพที่ 1

• **การเก็บรวบรวมข้อมูล** ดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2568 โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลตามระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพที่อาศัยวิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม และการวิเคราะห์เอกสาร โดยมีขั้นตอนดังนี้

## ผลการศึกษา

จากการศึกษา พบว่า

1. **ประสิทธิผลของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในเขตสุขภาพที่ 1** การศึกษาพบว่าการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในเขต

(1) เตรียมการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเตรียมความพร้อม ทบทวนประเด็นคำถาม และทำการประสานงานกับหน่วยงานและผู้ให้ข้อมูลสำคัญเพื่อนัดหมายวันเวลา

(2) ขั้นตอนระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกตามประเด็นที่ศึกษาร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมและบริบทแวดล้อม พร้อมทั้งจัดบันทึกภาคสนาม การเก็บข้อมูลดำเนินไปอย่างต่อเนื่องจนข้อมูลมีความอิ่มตัว (Data saturation) โดยในกลุ่มผู้บริหารและบุคลากรสาธารณสุขพบว่า จุดอิ่มตัวของข้อมูลเกิดขึ้นก่อนสัมภาษณ์ครบ 24 คน และในกลุ่มผู้สูงอายุเกิดขึ้นก่อนสัมภาษณ์ครบ 16 คน แต่ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ต่อให้ครบตามจำนวนตัวอย่างที่กำหนดไว้แต่ต้น

(3) ขั้นตอนหลังเก็บรวบรวมข้อมูล ตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ การสังเกต และวิเคราะห์เอกสาร ได้แก่ รายงานผลการดำเนินงาน ตัวชี้วัดนโยบาย และแผนปฏิบัติการประจำปี แล้วดำเนินการจัดระบบข้อมูลและหมวดหมู่เพื่อเตรียมนำไปวิเคราะห์

• **การวิเคราะห์ข้อมูล** การวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis) โดยจำแนกข้อมูล 3 ส่วน ได้แก่ (1) ประสิทธิภาพของการนำนโยบายไปปฏิบัติ (2) เงื่อนไขที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการนำนโยบายไปปฏิบัติ และข้อเสนอแนะแนวทาง พร้อมทั้งสรุป อภิปรายผล และนำเสนอข้อมูลในรูปแบบการพรรณนาความ

• **การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง** งานวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ รหัสโครงการวิจัย 27/2568 วันที่เริ่มรับรอง 14 กรกฎาคม 2568

สุขภาพที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 ได้บรรลุวัตถุประสงค์ และค่าเป้าหมายหลายประการ ซึ่งผ่านการวิเคราะห์ผลผลิตและผลลัพธ์อย่างเป็นระบบ ดังนี้

## 1.1 ผลผลิต (Output)

(1) การจัดตั้งสถานชีวาภิบาล ผลการศึกษาจากการทบทวนรายงานของเขตสุขภาพที่ 1 พบว่า มีการจัดตั้งสถานชีวาภิบาลทั้งสิ้น 31 แห่ง โดยทั้ง 8 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 1 มีการจัดตั้งสถานชีวาภิบาลอย่างน้อย 2 แห่งตามค่าเป้าหมายที่กำหนด โดยจังหวัดเชียงใหม่มีจำนวนมากที่สุด จำนวน 8 แห่ง ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการจัดตั้งสถานชีวาภิบาลนั้นได้รับการขับเคลื่อนอย่างจริงจังจากผู้บริหารที่ให้ความสำคัญกับการบรรลุเป้าหมายอย่างสูงสุด

(2) การจัดบริการ Home Ward สำหรับผู้ป่วยระยะประคับประคองที่เข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต จากการวิเคราะห์เอกสารและการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ของรัฐจากทั้ง 8 จังหวัด พบว่า มีการจัดบริการ Home ward จำนวน 60 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 59.40 ของจำนวนโรงพยาบาลที่มีการจัดการบริการ Home ward ทั้งหมดของเขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งยังต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 75 การสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานพบว่า การจัดบริการ Home ward เป็นบริการใหม่ที่ต้องการการปรับเปลี่ยนทัศนคติ และทักษะของบุคลากรอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ยังมีอุปสรรคในด้านทรัพยากรบุคลากร วิธีการเบิกจ่าย และการกำหนดกลุ่มโรคที่มีสิทธิได้รับการ ในมิติของบริบท (Context) พื้นที่ที่สามารถจัดบริการ Home Ward ได้ต่อเนื่องมักเป็นอำเภอการเดินทางสะดวก และมีจำนวนผู้สูงอายุที่ต้องการบริการอยู่ในระดับที่จัดการได้ ในขณะที่พื้นที่สูงและพื้นที่ห่างไกลต้องใช้เวลานาน ทำให้ต้นทุนต่อครั้งของการให้บริการสูงกว่า ด้านปัจจัยนำเข้า (Input) พื้นที่ที่ทำได้ใกล้เคียงเป้าหมายมักมีทีมสหสาขาวิชาชีพด้านผู้ป่วยระยะประคับประคองที่ค่อนข้างพร้อม ทั้งแพทย์ พยาบาล CM และ CG ขณะที่โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งยังขาดแพทย์ที่ได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านผู้ป่วยระยะท้าย และในด้านกระบวนการดำเนินงาน (Process) พื้นที่ที่ทำได้ดีมักมีการวางระบบคัดกรองผู้ป่วยระยะท้ายอย่างชัดเจน การวางแผนการจำหน่ายร่วมกับครอบครัว และกำหนดตารางเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการจัดการด้านเอกสารการเบิกจ่ายค่าชดเชยที่มี

ประสิทธิภาพ ในทางตรงกันข้าม พื้นที่ที่ยังไม่สามารถให้บริการได้ตามเป้าหมายสะท้อนปัญหาการบริหารจัดการงบประมาณและกลไกการเบิกจ่ายที่ซับซ้อน รวมถึงความไม่แน่นอนของงบประมาณทำให้ไม่สามารถวางแผนบริการระยะยาวได้ ภาพรวมดังกล่าวทำให้เห็นว่าความไม่เท่าเทียมกันด้านบริบทพื้นที่และทรัพยากร เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผลการดำเนินงาน Home Ward ในเขตสุขภาพที่ 1 ยังต่ำกว่าเป้าหมาย แม้ว่าบางพื้นที่จะสามารถจัดบริการได้อย่างมีคุณภาพก็ตาม

(3) การพัฒนาศักยภาพ CG รายใหม่ จากการรวบรวมข้อมูลพบว่า มีการพัฒนาศักยภาพ CG รายใหม่ จำนวนทั้งสิ้น 3,366 คน ซึ่งเกินกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ 923 คน โดยคิดเป็นประมาณ 3.6 เท่าของค่าเป้าหมาย การสัมภาษณ์กับผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานพบว่า เนื้อหาของโปรแกรมการอบรมผู้ดูแลนั้นได้รับการออกแบบให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนและบริบทพื้นที่ โดยการอบรมนำมาซึ่งผลการดำเนินงานที่ดีขึ้น เนื่องจากเพิ่มพูนศักยภาพของผู้ดูแลให้สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงได้ดีขึ้นเช่นกัน

## 1.2 ผลลัพธ์ (Outcome)

(1) การคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) 9 ด้าน พบว่า ผู้สูงอายุในเขตสุขภาพที่ 1 ได้รับการคัดกรองความเสี่ยง 9 ด้าน ได้แก่ ความคิดความจำ การเคลื่อนไหวร่างกาย การขาดสารอาหาร การมองเห็น การได้ยิน ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย การกลืนปัสสาวะ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และสุขภาพช่องปาก จำนวน 820,130 คน คิดเป็นร้อยละ 64.77 ของผู้สูงอายุทั้งหมดในเขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งยังต่ำกว่าเป้าหมาย ร้อยละ 80 ในมิติของบริบท (Context) เขตสุขภาพที่ 1 มีลักษณะภูมิประเทศที่เป็นพื้นที่สูงและห่างไกลในหลายจังหวัด อีกทั้งอยู่ในช่วงเปลี่ยนผ่านของการถ่ายโอนภารกิจหน่วยบริการปฐมภูมิไปยัง อบจ. ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสม่ำเสมอในการจัดบริการคัดกรอง โดยเฉพาะในพื้นที่เปราะบางที่การเข้าถึงบริการพื้นฐานยังไม่สามารถดำเนินการได้เต็มที่ ในมิติของปัจจัยนำเข้า (Input) แม้จะมีกลไกขับเคลื่อนหลัก

ผ่านอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และบุคลากรสาธารณสุขในหน่วยบริการปฐมภูมิ แต่จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบข้อจำกัดสำคัญด้านบุคลากรที่ต้องรับผิดชอบงานหลายด้านพร้อมกัน และความไม่ชัดเจนของบทบาทหลังการถ่ายโอนหน่วยบริการ และในมิติของกระบวนการ (Process) พบว่า พื้นที่ที่มีผลการดำเนินงานน้อยกว่าเป้าหมายมักขาดการจัดระบบการคัดกรองที่เป็นรูปธรรมและการติดตามผลการคัดกรองอย่างต่อเนื่อง

(2) การจัดทำ ACP จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยระดับประคองได้รับการจัดทำ ACP จำนวน 3,199 คน คิดเป็น ร้อยละ 78.89 ของผู้ป่วยระดับประคองทั้งเขตสุขภาพ ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ที่ร้อยละ 75 การสัมภาษณ์เชิงลึกกับบุคลากรสาธารณสุขพบว่า การจัดทำ ACP นั้นบรรลุผลสำเร็จ เนื่องจากมีการจัดการประชุมครอบครัว (Family Meeting) ที่มีคุณภาพ มีการอธิบายสถานะผู้ป่วยอย่างชัดเจนให้แก่ครอบครัว และครอบครัวเข้าใจถึงความจำเป็นในการเตรียมตัวสำหรับช่วงสุดท้ายของชีวิต โดยบางอำเภอสามารถจัดทำ ACP ให้กับผู้ป่วยระดับประคองได้ทุกราย

(3) การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำและการเคลื่อนไหว จากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำได้รับการดูแลรักษา ร้อยละ 88.28 และผู้สูง

อายุที่มีความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ได้รับการดูแล ร้อยละ 76.80 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายร้อยละ 40 ทั้งสองตัวชี้วัด โดยพบว่า ในมิติของบริบท (Context) เขตสุขภาพที่ 1 มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงและมีการตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง รวมทั้งมีแนวทางการคัดกรองและส่งต่อที่เริ่มพัฒนามาต่อเนื่อง ในมิติของปัจจัยนำเข้า (Input) พบว่า หลายพื้นที่ที่มีทีมสหสาขาวิชาชีพที่ครบถ้วนมากขึ้น เช่น แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งทำให้สามารถออกแบบแผนการดูแลเฉพาะรายได้เหมาะสม และในมิติของกระบวนการ (Process) พื้นที่ที่มีผลการดำเนินงานสูงมักมีการจัดระบบส่งต่อที่ชัดเจนเมื่อพบความเสี่ยง จากหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล การนัดหมายตรวจซ้ำ และการให้คำแนะนำแก่ครอบครัวเกี่ยวกับการปรับสภาพบ้านและการป้องกันการหกล้ม อย่างไรก็ตาม แม้จะบรรลุเป้าหมายในภาพรวม แต่การสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า การส่งต่อในบางพื้นที่โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลที่ยังไม่เป็นรูปธรรม ขาดบุคลากรสหวิชาชีพในการร่วมจัดบริการในคลินิกผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุบางรายได้รับการคัดกรองความเสี่ยงแต่ไม่สามารถเข้าถึงการดูแลรักษาต่อเนื่องได้ ช่องว่างนี้แสดงให้เห็นว่าการบรรลุผลลัพธ์ในระดับเขตเกิดจากความเข้มแข็งของบางพื้นที่ ขณะที่บางพื้นที่ยังมีข้อจำกัดด้านบุคลากร และระบบบริการ

ตารางที่ 1 ผลผลิตและผลลัพธ์ของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในเขตสุขภาพที่ 1 เทียบกับเป้าหมาย

ตัวชี้วัด (Indicator)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลการดำเนินงาน (Result)	หมายเหตุ
<b>ผลผลิต</b>			
การจัดตั้งสถานชีวาภิบาล	จังหวัดละ 2 แห่ง รวม 18 แห่ง	ไม่ต่ำกว่าจังหวัดละ 2 แห่ง รวม 31 แห่ง	สูงกว่าเป้าหมาย
การจัดบริการ Home Ward สำหรับผู้ป่วยระยะ ประคองที่เข้าสู่ระยะ ท้ายของชีวิต	ร้อยละ 75	ร้อยละ 59.40	ต่ำกว่าเป้าหมาย
<b>การพัฒนาศักยภาพ CG รายใหม่</b>			
การพัฒนาศักยภาพ CG รายใหม่	923 คน	3,366 คน	สูงกว่าเป้าหมาย

ตารางที่ 1 ผลผลิตและผลลัพธ์ของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในเขตสุขภาพที่ 1 เทียบกับเป้าหมาย (ต่อ)

ตัวชี้วัด (Indicator)	ค่าเป้าหมาย (Target)	ผลการดำเนินงาน (Result)	หมายเหตุ
<b>ผลลัพธ์</b>			
การคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน	ร้อยละ 80	ร้อยละ 64.77	ต่ำกว่าเป้าหมาย
การจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า (ACP)	ร้อยละ 75	ร้อยละ 78.89	สูงกว่าเป้าหมาย
การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิด	ร้อยละ 40	ร้อยละ 88.28	สูงกว่าเป้าหมาย
การดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหว	ร้อยละ 40	ร้อยละ 76.80	สูงกว่าเป้าหมาย

2. เจ็อนไขที่ส่งผลต่อประสิทธิผลของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในเขตสุขภาพที่ 1 แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

2.1 ปัจจัยสนับสนุน (Facilitating Factors)

- การสนับสนุนจากผู้บริหารระดับนโยบายและการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้บริหารในเขตสุขภาพที่ 1 พบว่า ปัจจัยสำคัญประการแรกนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายของนโยบาย คือ การสนับสนุนอย่างจริงจังจากผู้บริหารระดับสูง ทั้งในด้านการถ่ายทอดนโยบาย และการสร้างความเข้าใจให้กับทีมปฏิบัติงาน ผู้บริหารส่วนใหญ่ได้แสดงความตระหนักรู้ต่อความสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีการกำหนดให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นประเด็นมุ่งเน้นในแผนปฏิบัติการประจำปี นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาแนวทางที่ชัดเจน เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

- การมีเครือข่ายสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็งและหลากหลาย ผลการศึกษาพบว่า การมีเครือข่ายสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็งนั้นเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นไปได้โดยไม่สม่ำเสมอและครอบคลุม เครือข่ายนี้ประกอบด้วย สถานชิวาภิบาลในรูปแบบต่าง ๆ ได้แก่ สถานชิวาภิบาลในโรงพยาบาล สถานชิวาภิบาลใน

หน่วยบริการปฐมภูมิ และกฐิชีวาภิบาลในวัด นอกจากนี้ ยังมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน และองค์กรภาคประชาสังคมต่าง ๆ ที่เข้ามามีบทบาทในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม ความหลากหลายของเครือข่ายนี้ช่วยให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสามารถเข้าไปยังในชุมชน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลอำเภอ

- การตระหนักรู้ของชุมชนและครอบครัวต่อปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ ผลการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ พบว่า การตระหนักรู้ของชุมชนต่อความสำคัญของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะหลังจากการมีการประชุมครอบครัว (Family Meeting) ในผู้ป่วยระดับประคอง ชุมชนและครอบครัวเข้าใจถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่ปล่อยให้กลายเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

2.2 ปัญหาและอุปสรรค (Barriers)

- ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและการบริหารจัดการงบประมาณ โดยเฉพาะบุคลากรและงบประมาณ ผลการสัมภาษณ์ พบว่า ข้อจำกัดด้านทรัพยากรบุคลากรและงบประมาณเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการนำนโยบายไปปฏิบัติ โดยเฉพาะจำนวนบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญด้าน

ผู้สูงอายุยังไม่เพียงพอ ทั้งแพทย์ที่มีสมรรถนะด้านผู้สูงอายุ และผู้ป่วยระดับประคอง พยาบาลวิชาชีพ รวมถึงผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager: CM) บุคลากรเหล่านี้มีจำนวนน้อยในโรงพยาบาลชุมชน และพื้นที่ห่างไกล ข้อจำกัดนี้ยังเป็นปัจจัยหนึ่งส่งผลให้การจัดบริการ Home Ward อยู่ในระดับที่ต่ำกว่าค่าเป้าหมาย เนื่องจากโรงพยาบาลยังขาดบุคลากรในการประเมินและวางแผนการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ผลการศึกษาพบว่า กลไกทางการเงินเป็นอุปสรรคเชิงโครงสร้างที่สำคัญ โดยเฉพาะประเด็นกับดักค่าชดเชยบริการ กล่าวคือ อัตราการจ่ายชดเชยค่าบริการจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ยังไม่สะท้อนต้นทุนที่แท้จริงของการจัดบริการในบริบทพื้นที่ภาคเหนือ จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า โรงพยาบาลชุมชนต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายส่วนเกินใน 2 ประเด็นหลัก คือ (1) ต้นทุนแฝงในการเยี่ยมบ้าน โดยการให้บริการ Home Ward ในพื้นที่ห่างไกลและที่สูง มีต้นทุนค่าเดินทางและค่าสีกรอพาทนะสูงกว่าพื้นที่ราบหลายเท่า ซึ่งอัตราเหมาจ่ายรายหัวไม่ครอบคลุมส่วนนี้ และ (2) ความซับซ้อนของการเบิกจ่าย ระบบบันทึกข้อมูลเพื่อขอรับค่าชดเชยมีความซับซ้อนและไม่สอดคล้องกับหน้างานจริง ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องใช้เวลามากในการลงข้อมูล และบ่อยครั้งที่ข้อมูลไม่สมบูรณ์จนไม่สามารถเบิกจ่ายได้ ส่งผลให้หน่วยบริการได้รับค่าบริการไม่ตรงตามที่จัดบริการจริงและขาดแรงจูงใจในการขยายบริการ Home Ward ให้ครอบคลุมตามเป้าหมาย

- ความไม่ต่อเนื่องของการจัดบริการ ระหว่างหน่วยบริการต่างระดับและในชุมชน จากการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ พบว่า ระบบการส่งต่อผู้ป่วยระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิยังไม่เป็นระบบที่เห็นได้ชัด คุณภาพและมาตรฐานการดูแลยังไม่สม่ำเสมอระหว่างหน่วยบริการ โดยเฉพาะการส่งต่อผู้สูงอายุเข้ารับการดูแลรักษาเมื่อคัดกรองพบความเสี่ยงด้านความคิดความจำและพลัดตกหกล้มจากหน่วยบริการปฐมภูมิไปยังคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ยังขาดการประสานงานและอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ นอกจาก

นั้น การส่งต่อผู้ป่วยระดับประคองที่ต้องกลับไปดูแลแบบ Home Ward ยังไม่มีการติดตามความก้าวหน้าของการดูแลหลังการส่งต่ออย่างครบถ้วน

- ช่องว่างในการประสานงานระหว่างหน่วยบริการและภาคส่วนต่าง ๆ ผลการศึกษา พบว่า การประสานงานระหว่างหน่วยงานยังขาดความชัดเจนในด้านบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบ ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงทางสังคมและเศรษฐกิจยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้เต็มที่ เนื่องจากขาดสิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ระบบขนส่งสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ รถรับ - ส่งผู้ป่วยระยะยาว และการจัดสถานที่ให้บริการที่รองรับเก้าอี้เข็นหรือเตียงเคลื่อนย้ายได้สะดวก รวมถึงยังไม่ได้รับการสนับสนุนเชิงรูปธรรมจากภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น อปท. ที่ยังไม่ได้จัดงบประมาณสนับสนุนค่าพาหนะหรือการปรับสภาพบ้านสำหรับผู้สูงอายุ และยังไม่มีการอำนวยความสะดวกเฉพาะผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกล นอกจากนี้ การรับทราบและปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้สูงอายุของหน่วยงานนอกสังกัด สธ. เช่น อปท. หรือกระทรวงอื่น ๆ ยังอาศัยความสัมพันธ์ส่วนบุคคลมากกว่าการมีระบบที่เป็นรูปธรรมและมีมาตรการที่ชัดเจน

- ความครอบคลุมของการคัดกรองและการบริการที่ยังไม่ทั่วถึง จากการวิเคราะห์ข้อมูลและการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่า การคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุยังครอบคลุมเพียง ร้อยละ 64.77 ของผู้สูงอายุทั้งหมด เนื่องจากในพื้นที่เมืองมีหน่วยบริการและบุคลากรเพียงพอในการจัดบริการคัดกรองสุขภาพ ขณะที่ในพื้นที่ชนบทพื้นที่สูง และพื้นที่ที่มีการถ่ายโอนหน่วยบริการไปยัง อปท. บุคลากรสาธารณสุขต้องรับผิดชอบงานหลายด้าน ทำให้ไม่สามารถจัดกิจกรรมคัดกรองได้อย่างครอบคลุม ไม่มีกิจกรรมคัดกรองเชิงรุกถึงบ้าน และในบางพื้นที่ยังไม่มีภารกิจกำหนดบทบาทร่วมกันที่ชัดเจนระหว่างหน่วยบริการสังกัด สธ. และหน่วยบริการที่ถ่ายโอนแล้ว

- ระบบติดตามและประเมินผลที่ยังไม่เป็นระบบ ผลการสัมภาษณ์ พบว่า การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานนโยบายในบางจังหวัดยังไม่เป็นระบบที่มีการดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ การติดตามผลการดำเนิน

งานมักจำกัดอยู่เพียงช่วงเวลาของการนิเทศประจำปี ซึ่งมีเพียง 1-2 ครั้งต่อปี ไม่มีการให้ข้อมูลย้อนกลับที่เป็นระบบ เพื่อให้เกิดการปรับปรุงและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง หลายหน่วยบริการไม่เห็นความต่อเนื่องของปัญหาและการพัฒนา

**3. ข้อเสนอแนะแนวทางเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ** บนพื้นฐานของผลการศึกษา ปัญหา อุปสรรค และปัจจัยสนับสนุน ข้อเสนอแนะแนวทางเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติ มีดังนี้

3.1 การจัดสรรทรัพยากรอย่างเพียงพอและยั่งยืน

ด้านทรัพยากรบุคคล สธ. และสำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 ควรกำหนดแผนกำลังคนด้านผู้สูงอายุรายจังหวัดอย่างชัดเจน ระบุจำนวนแพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา และ CM ที่จำเป็นต่อการดำเนินงาน Home Ward และคลินิกผู้สูงอายุ นอกจากนั้น สสจ. ร่วมกับโรงพยาบาลควรจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากร เช่น จัดอบรมระยะสั้นเรื่องการดูแลผู้ป่วยประคับประคอง การประเมินกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน และการจัดการดูแลระยะยาว โดยอาศัยความร่วมมือกับสถาบันการศึกษาในพื้นที่ (คณะแพทยศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยสาธารณสุขฯ) และศูนย์อนามัยที่ 1 ทำหน้าที่เป็นหน่วยกลางพัฒนากำกับมาตรฐานการอบรม CG รายใหม่ และจัดอบรมอย่างต่อเนื่องทุกปี ร่วมกับ อปท. เพื่อให้มี CG ครอบคลุมทุกตำบล โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกลและพื้นที่สูง

ด้านงบประมาณ สธ. และ สปสช. ควรจัดสรรงบประมาณประจำปีแยกอย่างชัดเจนเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ครอบคลุมค่าใช้จ่ายในการจัดตั้งและบำรุงรักษาสถานชีวาภิบาล การจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสม การจัดบริการดูแลระยะยาว รวมถึงการส่งเสริมการดูแลในชุมชน นอกจากนี้ สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 และ สสจ. ควรจัดสรรงบประมาณแบบมุ่งเป้าให้กับพื้นที่ที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูง พื้นที่ห่างไกล และพื้นที่สูง โดยใช้ข้อมูลภาระงานและผลการดำเนินงานของตัวชี้วัดเป็นฐาน

ในการจัดสรร และ อปท. ควรบูรณาการงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับท้องถิ่นและแหล่งทุนอื่น เพื่อสนับสนุนค่าพาหนะเยี่ยมบ้าน การปรับสภาพแวดล้อมบ้าน และการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

ด้านสิ่งอำนวยความสะดวก สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 ร่วมกับโรงพยาบาล ควรจัดให้มีเครื่องมือ อุปกรณ์สารสนเทศ และเทคโนโลยีสุขภาพที่เหมาะสม เช่น ระบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยทางอิเล็กทรอนิกส์ ระบบการส่งต่อผู้ป่วยทางอิเล็กทรอนิกส์ แอปพลิเคชันสำหรับการดูแลติดตามผู้สูงอายุทางไกล เพื่อให้การบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพและสามารถเข้าถึงผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกลได้อย่างทั่วถึง นอกจากนี้ ควรพัฒนาการเชื่อมโยงระบบบริการสุขภาพตั้งแต่การส่งต่อจากหน่วยบริการปฐมภูมิไปสู่การดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุในสถานพยาบาลระดับทุติยภูมิ และตติยภูมิ โดยจัดทำแนวทางการดูแลและการบันทึกโรคที่ชัดเจน และสอดคล้องกับเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินของ สปสช.

3.2 การสร้างกลไกการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ชัดเจน

ในระดับเขตสุขภาพ การนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติต้องมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่มีบทบาทต่างกัน ดังนั้น สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 ควรจัดสร้างกลไกการประสานงานที่ชัดเจน มีการกำหนดบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของแต่ละหน่วยงาน ควรมีการสร้างเครือข่ายสหวิชาชีพด้านผู้สูงอายุในระดับเขตสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล วิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ และผู้เชี่ยวชาญด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีบทบาทในการให้คำปรึกษาทางวิชาการ การให้การฝึกอบรมบุคลากร และการติดตามการปฏิบัติตามนโยบายหรือแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ส่วนในระดับจังหวัด หรืออำเภอ สสจ. และโรงพยาบาลจังหวัด ควรจัดตั้งศูนย์ประสานงานด้านผู้สูงอายุ ที่ทำหน้าที่เป็นศูนย์รวมข้อมูล จัดเก็บเอกสาร เชื่อมโยงการติดต่อสื่อสารระหว่างหน่วยบริการ และสนับสนุนในการจัดการและส่งต่อผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ควรจัดให้มีการบริการการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

แบบเชิงรุก โดยการประสานความร่วมมือกับ รพ.สต. เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องการเดินทางได้รับการดูแลตามแนวทาง

และในระดับชุมชน อปท. โรงพยาบาลชุมชน และ รพ.สต. ควรสร้างโครงสร้างการประสานงานที่รวมผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้แทนผู้สูงอายุ องค์กรชุมชน และผู้แทนครอบครัว เพื่อให้ข้อมูลผู้สูงอายุและการดูแลของตนเอง เพื่อให้เกิดการตระหนักถึงการดูแลสุขภาพ และความจำเป็นเมื่อผู้สูงอายุต้องถูกส่งต่อในระบบปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

3.3 การพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลที่รูปธรรม เนื่องจากระบบติดตามและประเมินผลเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้ทราบว่าการนำนโยบายไปปฏิบัติเป็นไปในทิศทางที่ถูกต้อง และบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนด ดังนั้นควรพัฒนาระบบติดตามและประเมินผลที่เป็นรูปธรรม คือ

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 ร่วมกับ สสจ. และหน่วยบริการ การกำหนดตัวชี้วัดที่ครอบคลุมทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยตัวชี้วัดเชิงปริมาณ เช่น จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองร้อยละของผู้ป่วยระดับประจักษ์ที่ได้จัดทำ ACP จำนวนบริการ Home Ward เป็นต้น ส่วนตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ เช่น ระดับความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อบริการ คุณภาพการจัดบริการของเครือข่ายการดูแล การยอมรับนโยบายจากชุมชน เป็นต้น พร้อมกำหนดเป้าหมายและกรอบเวลาในการประเมินอย่างชัดเจน

หน่วยบริการทุกระดับควรใช้ระบบรายงานข้อมูลด้านผู้สูงอายุที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในเขตสุขภาพ ลดความซ้ำซ้อนของแบบฟอร์มและขั้นตอนการบันทึก โดยสำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 ควรสนับสนุนระบบรายงานออนไลน์ที่สามารถสรุปผลรายงานให้ผู้บริหารทุกระดับเข้าถึงได้ เพื่อใช้ข้อมูลในการตัดสินใจและจัดสรรทรัพยากร

สสจ. และโรงพยาบาล การวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบและสม่ำเสมอ เช่น ประเมินรายเดือน รายไตรมาส หรือรายปี โดยเปรียบเทียบกับเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผลการวิเคราะห์ควรถูกแสดงออกมาในรูปแบบที่เข้าใจง่าย เช่น แผนภูมิ ตารางสรุปผล และควรมีการจัดเตรียมรายงานประจำปีที่สรุปผลการดำเนินงาน บทเรียน และ

ข้อเสนอแนะสำหรับการปรับปรุงการปฏิบัติงาน นอกจากนี้ควรจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบต่อเนื่องสำหรับแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อนำเสนอรูปแบบการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข ซึ่งจะช่วยให้หน่วยงานต่าง ๆ สามารถนำทริคไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง

3.4 การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการออกแบบระบบบริการ เนื่องจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุประกอบด้วยหลากหลายกลุ่ม การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของกลุ่มเหล่านี้จึงมีความสำคัญ เพราะจะเพิ่มความหลากหลายของมุมมองและทำให้นโยบายและระบบบริการที่ออกแบบได้มีความสอดคล้องกับบริบทและความต้องการที่แท้จริง

สำนักงานเขตสุขภาพที่ 1 ควรส่งเสริมให้แต่ละจังหวัดจัดตั้งคณะทำงานขับเคลื่อนนโยบายผู้สูงอายุระดับจังหวัดที่มีผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนและทบทวนระบบบริการ ส่วนในระดับชุมชน อปท. และ รพ.สต. ควรจัดการประชุมอย่างสม่ำเสมอ และให้ทุกกลุ่มมีโอกาสแสดงความคิดเห็นได้อย่างเท่าเทียมกัน นอกจากนี้ ควรจัดให้มีการสื่อสารกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เพื่อให้เข้าใจในวัตถุประสงค์ของนโยบายเกณฑ์ในการดำเนินงาน ตัวชี้วัดความสำเร็จ และบทบาทของตนเองในการส่งเสริมการดำเนินงาน

หน่วยบริการและ อปท. ควรมีกลไกการรับฟังข้อเสนอแนะ ข้อคิดเห็น หรือข้อร้องเรียนจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และมีการตอบสนองต่อข้อเสนอแนะเหล่านั้น ในระยะเวลาที่เหมาะสม นอกจากนี้ ควรมีการจัดทำเอกสารสรุปผลการรับฟังและการตอบสนอง เพื่อให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียรู้ว่าข้อเสนอแนะของตนได้รับการพิจารณาและนำไปใช้อย่างไร

ควรให้การมีส่วนร่วมเกิดขึ้นจริง เช่น ให้มีสิทธิในการตัดสินใจ การวางแผน และการประเมินผล นอกจากนั้น ควรให้ความสำคัญกับการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุเอง โดยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เป็นหุ้นส่วนในการออกแบบและดำเนินงาน รวมทั้งในการแสดงบทบาทการเป็นผู้ให้คำแนะนำ ไม่ใช่เป็นแต่เพียงผู้รับบริการเท่านั้น

## อภิปรายผล

การศึกษาในครั้งนี้สะท้อนให้เห็นทั้งความสำเร็จและช่องว่างของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในเขตสุขภาพที่ 1 เมื่อพิจารณาตามกรอบ CIPP (Context, Input, Process, Product) พบประเด็นสำคัญ ดังนี้

### 1. ประสิทธิภาพของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติตามกรอบ Product เชื่อมโยงกับ Context-Input-Process

ด้านผลผลิต การพัฒนาศักยภาพ CG ที่เกินค่าเป้าหมายถึง 3.6 เท่า และการจัดตั้งสถานชีวาภิบาลครบทุกจังหวัด สะท้อนให้เห็นความพร้อมด้านบริบททางสังคมและชุมชนของเขตสุขภาพที่ 1 ที่มีต้นทุนทางสังคม (Social capital) และวัฒนธรรมการเกื้อกูลสูง ดังเช่นการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในภาคเหนือที่พบว่า วัฒนธรรมการเกื้อกูลและระบบเครือญาติในภาคเหนือเป็นฐานรากที่แข็งแกร่ง ที่ทำให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนทำได้ง่ายกว่าพื้นที่เมืองใหญ่<sup>(12)</sup> และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บูรณาการในชุมชนที่มีทุนทางสังคม ช่วยสนับสนุนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวโดยครอบครัวในบริบทของสังคมไทย<sup>(13)</sup> ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลให้เมื่อมีการจัดสรรงบประมาณและเครื่องมือสนับสนุน (Input) ที่เหมาะสม จึงสามารถขยายเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งการมีทรัพยากรที่เหมาะสมโดยเฉพาะบุคลากรนั้น สอดคล้องกับการศึกษาในภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิกที่พบว่า การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเป็นกุญแจในการปรับเปลี่ยนระบบบริการ<sup>(14)</sup> และเป็นการตอบสนองต่อความเปราะบางของระบบดูแลระยะยาวในภูมิภาค

ในทางกลับกัน การจัดการบริการ Home Ward ที่ยังต่ำกว่าเป้าหมาย แม้ในบางอำเภอจะดำเนินการได้อย่างมีคุณภาพ สะท้อนความเหลื่อมล้ำเชิงบริบท ระหว่างพื้นที่เมือง-ชนบท-พื้นที่สูง-พื้นที่ห่างไกล พื้นที่ที่มีระบบคมนาคมดี มีทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อม และมีระบบคัดกรองและวางแผนจำหน่ายที่ชัดเจน สามารถพัฒนา Home Ward ได้ต่อเนื่อง ขณะที่พื้นที่สูงและพื้นที่ที่มี

การถ่ายโอนหน่วยบริการต้องเผชิญปัญหาต้นทุนการเดินทางสูง บุคลากรไม่เพียงพอ และกลไกเบิกจ่ายค่าชดเชยที่ไม่สอดคล้องกับหน่วยงาน ช่องว่างนี้ชี้ให้เห็นว่าการออกแบบตัวชี้วัดและระบบการเงินการคลังที่ไม่คำนึงถึงความแตกต่างเชิงบริบท อาจกลายเป็นอุปสรรคเชิงโครงสร้างต่อการนำไปปฏิบัติ<sup>(10)</sup>

ด้านผลลัพธ์ การบรรลุเป้าหมายในตัวชี้วัดด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงด้านความคิดความจำและการเคลื่อนไหว เป็นตัวอย่างของการที่บริบทของเขตสุขภาพที่มีการตั้งคลินิกผู้สูงอายุและทีมสหสาขาวิชาชีพในหลายระดับ (Context-Input) ถูกแปลงไปเป็นกระบวนการดูแลที่เป็นระบบ เช่น การคัดกรองในปฐมภูมิ การส่งต่อเข้าคลินิกผู้สูงอายุ การติดตามต่อเนื่อง (Process) จนนำไปสู่ผลลัพธ์ที่ดีในระดับผลลัพธ์ (Product) ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอของ Inouye และคณะ ที่ชี้ว่าการจัดการกลุ่มอาการผู้สูงอายุจำเป็นต้องพึ่งพาทีมสหวิชาชีพและกระบวนการดูแลต่อเนื่อง<sup>(15)</sup> อย่างไรก็ตาม การที่ยังพบความไม่ต่อเนื่องของการส่งต่อในบางพื้นที่ แสดงให้เห็นว่าความสำเร็จในระดับเขตเกิดจากจุดแข็งของบางพื้นที่ ขณะที่พื้นที่ที่ขาดทีมสหสาขาหรือระบบส่งต่อที่ชัดเจนยังไม่สามารถแปลงบริบทและทรัพยากรที่มีอยู่ไปสู่ผลลัพธ์ที่เท่าเทียมกันได้

สำหรับการคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้าน แม้มีการดำเนินงานครอบคลุมผู้สูงอายุจำนวนมาก แต่การที่ยังมีผู้สูงอายุจำนวนมากที่ไม่ถึงสะท้อนช่องว่างในกระบวนการ (Process) โดยเฉพาะในพื้นที่ห่างไกลและพื้นที่ที่มีการถ่ายโอนหน่วยบริการ ซึ่งบุคลากรต้องทำงานหลายบทบาทและยังไม่มีระบบติดตามหลังคัดกรองที่ชัดเจน ตามทฤษฎีการประเมินนโยบาย เครื่องมือและแนวทางปฏิบัติที่ออกแบบไว้อย่างดีในระดับนโยบายจะไม่ก่อให้เกิดผลลัพธ์ หากไม่สอดคล้องกับขีดความสามารถเชิงปฏิบัติการของพื้นที่และภาระงานของบุคลากรด้านหน้า<sup>(10)</sup>

การจัดทำ ACP ที่เกินค่าเป้าหมายในหลายพื้นที่ แสดงให้เห็นผลเชิงบวกของการพัฒนากระบวนการ Family meeting และทักษะการสื่อสารภาวะเจ็บป่วยระยะท้ายของทีมสุขภาพ ซึ่งช่วยลดอุปสรรคทางวัฒนธรรมในเรื่อง การพูดคุยเกี่ยวกับความตายที่เคยถูกระงับในงานวิจัยในอดีต<sup>(16)</sup> แต่การที่ยังมีผู้ป่วยบางส่วนไม่ได้รับการจัดทำ ACP ก็สะท้อนว่าในบางบริบท ทีมสุขภาพอาจยังไม่มั่นใจ ในการสื่อสารประเด็นอ่อนไหว หรือยังไม่มีเวลามากพอในการจัดประชุมครอบครัวอย่างมีคุณภาพ

## 2. เจือปนขันสนุนและอุปสรรคที่ส่งผลต่อ ประสิทธิภาพของการนำนโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ไปปฏิบัติตามกรอบ Context-Input-Process

**ด้านปัจจัยสนับสนุน** พบว่า การสนับสนุนเชิง นโยบายและการจัดการจากผู้บริหารระดับเขตและจังหวัด ร่วมกับเครือข่ายสุขภาพชุมชนที่เข้มแข็งและความตระหนักรู้ของครอบครัว เป็น Context และ Input เชิงบวก ที่ช่วยให้หลายพื้นที่สามารถนำนโยบายไปปฏิบัติ ได้อย่างเห็นผลรูปธรรม การมีสถานชีวาภิบาลหลายรูปแบบ อสม. และผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง ทำให้แนวคิด Aging in place ถูกแปลงเป็นการปฏิบัติจริงมากขึ้น สอดคล้องกับกรอบขององค์การอนามัยโลกที่เน้นบทบาทของชุมชน และครอบครัวเป็นองค์ประกอบสำคัญในความสำเร็จของระบบดูแลระยะยาวในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้<sup>(17)</sup>

**ด้านปัญหาอุปสรรค** พบว่า การขาดแคลนกำลังคน ที่มีทักษะเฉพาะด้านผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะท้าย โดยเฉพาะในโรงพยาบาลชุมชนและพื้นที่ห่างไกล เป็นข้อจำกัดเชิง Input ที่ส่งผลโดยตรงต่อความสามารถในการ จัดบริการ Home Ward การคัดกรองสุขภาพ และการ ติดตามต่อเนื่อง ขณะเดียวกัน ความไม่ชัดเจนของกลไก การประสานงานระหว่างหน่วยบริการแต่ละระดับกับ

อปท. ทำให้กระบวนการส่งต่อ (Process) ขาดความ ต่อเนื่อง ผู้สูงอายุจึงอาจผ่านการคัดกรองสุขภาพแต่ไม่สามารถเข้าสู่กระบวนการดูแลรักษาเต็มรูปแบบ ช่องว่างนี้สอดคล้องกับข้อค้นพบในงานวิจัยด้านการเปลี่ยนผ่าน การดูแลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ที่เน้นบทบาทของการ สื่อสาร การนิยามบทบาท และการมีส่วนร่วมของ ครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญของความสำเร็จ<sup>(18)</sup>

นอกจากนี้ การมีระบบติดตามและประเมินผลที่ยัง ไม่เป็นระบบและไม่ต่อเนื่อง เป็นช่องว่างเชิง Process ที่ ทำให้ผู้กำหนดนโยบายและผู้บริหารพื้นที่ไม่สามารถเห็น ภาพรวมของปัญหาและความก้าวหน้าได้อย่างทันทั่วทั้ง ที่ซึ่งสอดคล้องกับรายงานในระดับนานาชาติที่ชี้ว่าการขาด ระบบติดตามประเมินผลที่แข็งแกร่ง เป็นหนึ่งในสาเหตุ สำคัญของช่องว่างระหว่างนโยบายและการปฏิบัติในระบบ ดูแลระยะยาว<sup>(11, 17)</sup>

## 3. ข้อจำกัดของการศึกษา

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการที่ควรคำนึงถึงใน การตีความผลลัพธ์ คือ 1) การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลด้วยวิธี แบบเจาะจงในกลุ่มผู้บริหาร บุคลากรสาธารณสุข และผู้ สูงอายุที่เคยรับบริการ ทำให้ผลการศึกษานี้ไม่สามารถ สะท้อนมุมมองของผู้สูงอายุทุกกลุ่ม โดยเฉพาะผู้ที่ยังไม่ เคยเข้าถึงบริการตามนโยบาย 2) การใช้ข้อมูลตัวชี้วัดจาก ปีงบประมาณเดียวจำกัดความสามารถในการวิเคราะห์ แนวโน้มการดำเนินงานในระยะยาว และอาจได้รับอิทธิพล จากบริบทเฉพาะในปีนั้น และ 3) ข้อมูลเชิงปริมาณที่ใช้ใน การวิเคราะห์ผลผลิตและผลลัพธ์มาจากรายงานของหน่วย งาน ซึ่งอาจมีข้อจำกัดด้านความครบถ้วนและความ สอดคล้องของการบันทึกระหว่างพื้นที่ แม้ว่าผู้วิจัยจะใช้ การตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้าเพื่อลดอคติแล้วก็ตาม

## สรุปผล

การศึกษานี้มุ่งประเมินประสิทธิผลของการนำ นโยบายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไปปฏิบัติในเขตสุขภาพ ที่ 1 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568 โดยใช้กรอบ CIPP พบว่า

นโยบายดังกล่าวมีความก้าวหน้าอย่างชัดเจนในด้านการ สร้างโครงสร้างบริการและการพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยเฉพาะการจัดตั้งสถานชีวาภิบาล การพัฒนา CG และ

การพัฒนาทีมสหสาขาวิชาชีพและคลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งช่วยให้ตัวชี้วัดบางด้านบรรลุเป้าหมายที่กำหนด

อย่างไรก็ตาม การวิเคราะห์เชิงบริบท ทรัพยากร และกระบวนการชี้ให้เห็นช่องว่างสำคัญในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ได้แก่ 1) ช่องว่างด้านความครอบคลุมของบริการ โดยเฉพาะการคัดกรองกลุ่มอาการผู้สูงอายุ 9 ด้านและบริการ Home Ward ที่ยังเข้าถึงผู้สูงอายุในพื้นที่ห่างไกล พื้นที่สูง และพื้นที่ที่มีการถ่ายโอนหน่วยบริการได้ไม่ทั่วถึง 2) ช่องว่างด้านทรัพยากรบุคคลและระบบการเงินการคลัง โดยเฉพาะการขาดแพทย์และบุคลากรที่มีทักษะเฉพาะด้านผู้สูงอายุ และกลไกค่าชดเชยที่ไม่สอดคล้องกับต้นทุนการให้บริการ 3) ช่องว่างด้านกระบวนการประสานงานและการส่งต่อ ระหว่างหน่วยบริการแต่ละระดับกับอปท. ทำให้ผู้สูงอายุบางกลุ่มหยุดอยู่เพียงขั้นตอนการ

คัดกรองหรือการจำหน่ายจากโรงพยาบาล โดยไม่เชื่อมต่อสู่การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน และ 4) ช่องว่างด้านระบบติดตามและประเมินผล ที่ยังไม่สามารถประมวลผลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อใช้ในการปรับปรุงการดำเนินงานเชิงระบบช่องว่างและอุปสรรคเชิงรูปธรรมเหล่านี้เชื่อมโยงโดยตรงกับข้อเสนอแนะแนวทางที่ศึกษาได้เสนอไว้ ทั้งในด้านการจัดสรรทรัพยากร การสร้างกลไกการประสานงาน การพัฒนาระบบติดตามประเมินผล และการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย หากสามารถนำแนวทางดังกล่าวไปปฏิบัติอย่างจริงจังและต่อเนื่อง จะช่วยให้เขตสุขภาพที่ 1 เปลี่ยนแปลงจากการบรรลุตัวชี้วัดตามนโยบายไปสู่การลดช่องว่างการเข้าถึงบริการ และเข้าใกล้เป้าหมายการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะที่ทั่วถึงและเป็นธรรมมากยิ่งขึ้นต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

### • ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ในการกำหนดนโยบายหรือมาตรการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ควรให้ความสำคัญกับการออกแบบมาตรการสนับสนุนด้านทรัพยากรและสวัสดิการอย่างเพียงพอ เช่น การจัดสรรงบประมาณเฉพาะด้านการดูแลผู้สูงอายุ การสนับสนุนค่าใช้จ่ายด้านการดูแลระยะยาวที่เหมาะสมตามต้นทุนบริการ หรือมาตรการลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและการดูแลรายวันสำหรับครอบครัวที่มีผู้สูงอายุในความดูแล

2. ควรมีกลไกพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการนำนโยบายผู้สูงอายุไปปฏิบัติ ทั้งในระดับผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน และผู้นำชุมชน เช่น การอบรมทักษะภาวะผู้นำ การบริหารจัดการเชิงบูรณาการ การสื่อสารกับผู้สูงอายุและครอบครัว รวมทั้งการเสริมสร้างความเข้าใจในแนวคิดการสูงวัยอย่างมีสุขภาวะ เพื่อให้การขับเคลื่อนนโยบายมีทิศทางเดียวกันและมีความต่อเนื่อง

3. ควรมีการกำหนดบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับนโยบายผู้สูงอายุให้ชัดเจน พร้อมทั้งสร้างกลไกการบูรณาการระหว่าง สธ. อปท. หน่วยงานด้านสังคม และภาคประชาสังคม เพื่อ

ให้การนำนโยบายไปปฏิบัติมีความสอดคล้องและลดความซ้ำซ้อนของงาน นอกจากนี้ อบจ. ซึ่งรับถ่ายโอนหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิไปแล้วนั้น ควรประสานบทบาทหน้าที่ร่วมกับ สธ. ในพื้นที่ เพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเป็นไปอย่างมีคุณภาพ ไร้รอยต่อ

### • ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. ควรมีการทบทวนและประเมินประสิทธิผลของการนำนโยบายผู้สูงอายุไปปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ เช่น การทบทวนแผนงานประจำปี การประเมินผลลัพธ์เชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพื่อนำไปใช้ปรับปรุงระเบียบ ข้อบังคับ แนวทางปฏิบัติ หรือขั้นตอนงานที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานในพื้นที่

2. ควรพัฒนาเครื่องมือหรือระบบสนับสนุนการประสานงานระหว่างหน่วยงานด้านสาธารณสุข อปท. หน่วยบริการในชุมชน และเครือข่ายอาสาสมัคร เช่น ระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุร่วมกัน ช่องทางสื่อสารออนไลน์ สำหรับทีมสหวิชาชีพ และคู่มือปฏิบัติงานร่วม เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นทีมและการส่งต่อบริการมีความต่อเนื่องและมีเอกภาพ

3. ควรจัดให้มีเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่

เพื่อนำเสนอรูปแบบการดำเนินงานที่ประสบความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข ซึ่งจะช่วยให้หน่วยงานต่าง ๆ สามารถนำบทเรียนไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของตนเอง

#### • ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลการนำนโยบายผู้สูงอายุไปปฏิบัติระหว่างพื้นที่ที่มีลักษณะต่างกัน เช่น พื้นที่เมือง-ชนบท พื้นที่ราบ-ภูเขา หรือพื้นที่ที่มีโครงสร้างด้านผู้สูงอายุที่แตกต่างกัน เพื่อให้เห็นปัจจัยเชิงบริบทที่มีอิทธิพลต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน และสามารถออกแบบนโยบายแบบจำเพาะพื้นที่ได้ดียิ่งขึ้น

2. ควรมีการศึกษาบทบาทของภาคประชาสังคมและภาคเอกชนในการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ เช่น องค์กร

ชุมชน มูลนิธิ กลุ่มจิตอาสา หรือผู้ประกอบการด้านบริการ ผู้สูงอายุ ในมิติของการมีส่วนร่วมเชิงนโยบาย การร่วมจัดบริการ และการร่วมลงทุนด้านโครงสร้างพื้นฐาน เพื่อสอดคล้องกับแนวคิดการบริหารจัดการภาครัฐสมัยใหม่ที่เน้นการมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน

3. ควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการร่วมกับชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่ เพื่อทดลองรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่หลากหลาย เช่น การดูแลที่บ้าน การดูแลระยะยาวในชุมชน หรือการดูแลแบบผสมผสาน และประเมินผลในเชิงประสิทธิผล ประสิทธิภาพ และความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์สุขภาพ ก่อนขยายผลในระดับนโยบาย

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. UN Decade of Healthy Ageing: baseline report. Geneva: WHO; 2021.
2. กรมการปกครอง. สถิติประชากรรายเดือน [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/mainpage>
3. United Nations Department of Economic and Social Affairs. World population ageing 2023. New York: UN; 2023.
4. กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนผู้สูงอายุในเขตพื้นที่รับผิดชอบ จำแนกตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน [อินเทอร์เน็ต]. 2568 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิ.ย. 2568]. เข้าถึงได้จาก: <https://hdc.moph.go.th/center/public/standard-report-detail/953a2fc648be8ce76a8115fbb955bb51>
5. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 120 ตอนที่ 130 ก (ลงวันที่ 29 ธันวาคม 2546).
6. กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. แผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุ ระยะที่ 3 (พ.ศ. 2566–2580). กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2566.
7. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2568. นนทบุรี: กองตรวจราชการ; 2567.
8. ฉัตรสุมน พดุมิถิญาญ. การทบทวนกฎหมายและนโยบายด้านผู้สูงอายุสู่การจัดการสุขภาพ. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข 2558;1(2):149-63.
9. Suriyanrattakorn S, Phibunyapong N, Kanjanapong S. Long-term care (LTC) policy in Thailand on the homebound and bedridden elderly's overall happiness. Healthcare (Basel) 2021;9(2):233.
10. Stufflebeam DL, Shinkfield AJ. Evaluation theory, models, and applications. San Francisco (CA): Jossey-Bass; 2007.

11. Creswell JW, Poth CN. Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches. 4th ed. Thousand Oaks (CA): Sage Publications; 2018.
12. Chotibang J, Jintrawet U. Social Capital and Potential Enhancement of Community for Caring the Early Childhood in the Northern Part of Thailand. *SWTU* 2019;27(1):71-90.
13. Aung TNN, Lorga T, Moolphate S, Koyanagi Y, Angkurawaranon C, Supakankunti S, et al. Towards Cultural Adequacy of Experience-Based Design: A Qualitative Evaluation of Community-Integrated Intermediary Care to Enhance the Family-Based Long-Term Care for Thai Older Adults. *Healthcare (Basel)* 2023;11(15):2217.
14. Asian Development Bank. Better long-term care in Asia and the Pacific [Internet]. 2023 [cited 2025 Jun 15]. Available from: <https://www.adb.org/sites/default/files/publication/797321/better-long-term-care-asia-pacific.pdf>
15. Inouye SK, Studenski S, Tinetti ME, Kuchel GA, Lipsitz LA, Jensen GL, et al. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc* 2007;55(5):780-91.
16. Anantapong K, Angsuwatthachai T, Moungmee P, et al. Understanding attitudes and preferences towards advance care planning among older Thai adults in primary care settings: a cross-sectional study. *PLoS One* 2025;12(12):e12743807.
17. World Health Organization. Long-term care systems in the WHO South-East Asia Region: meeting people's needs. New Delhi: WHO SEARO; 2022.
18. Sehatkarlangrodi S, Heidarnia A, Yekaninejad MS, et al. Shaping older adults' care policy: a scoping review of key determinants of care transitions in the hospital to home settings. *Front Public Health* 2025;13:1584990.