

การวิจัยและพัฒนากลไกการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุขเพื่อรองรับสังคมสูงวัย จังหวัดสงขลา Research and Development of a Health Personnel Management Mechanism to Support the Aging Society in Songkhla Province

(Received: September 27, 2026; Revised: September 29, 2026 ; Accepted: September 30, 2026)

สุเมธ อุ่นเสียม¹
Sumet Ounsiem¹

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิจัยและพัฒนากลไกการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุขเพื่อรองรับสังคมสูงวัย จังหวัดสงขลา ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสาน ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 ระยะที่ 1 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านใน 5 อำเภอสำรวจ จำนวน 335 คน ซึ่งได้จากการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก 35 คน และการสนทนากลุ่ม 4 กลุ่ม ระยะที่ 2 พัฒนา (ร่าง) กลไกและตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ 17 คน ระยะที่ 3 ทดลองใช้ในอำเภอรโนด 16 สัปดาห์ ด้วยแบบแผนกึ่งทดลองแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง ผู้เข้าร่วม 453 คน และระยะที่ 4 ประเมินผลตามกรอบของเคิร์กแพทริก ร่วมกับแนวคิดการประเมินเชิงสังขนิยม เครื่องมือทุกชุดผ่านเกณฑ์ $IOC \geq 0.50$ และมีค่าความเชื่อมั่นทั้งฉบับเท่ากับ .962 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา การทดสอบค่าที การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว ขนาดอิทธิพลของโคเฮน และการวิเคราะห์เชิงประเด็น

ผลการวิจัยพบว่า สภาพปัจจุบันของการบริหารจัดการบุคลากรอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.99$, $SD = 0.47$) โดยด้านปัจจัยนำเข้าต่ำที่สุด ปัญหาและอุปสรรคอยู่ในระดับมาก ($M = 3.84$) ความต้องการพัฒนาอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.57$) และสมรรถนะของบุคลากรอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.92$) โดยด้านทักษะต่ำที่สุด บุคลากรต่างสังกัดมีสมรรถนะแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 17.502$, $p < .001$) กลไกที่พัฒนาขึ้นเรียกว่า “กลไก SONGKHLA” มี 8 องค์ประกอบ ผู้เชี่ยวชาญประเมินอยู่ในระดับมาก ($M = 4.44$) หลังการใช้กลไก สมรรถนะของบุคลากรเพิ่มจาก 3.05 เป็น 4.11 ($t = 18.613$, $p < .001$, $d = 1.91$) สมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแกนนำเพิ่มเป็น 3.96 ($d = 1.76$) คุณภาพบริการเพิ่มเป็น 4.18 ($d = 2.06$) และความพึงพอใจเพิ่มเป็น 4.24 ($d = 1.52$) ความครอบคลุมการคัดกรองตามกรอบ ICOPE เพิ่มจากร้อยละ 21.4 เป็นร้อยละ 80.3 โดยอัตราการล้มไม่เพิ่มขึ้น กลไกฉบับสมบูรณ์มี 9 องค์ประกอบ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประเมินอยู่ในระดับมาก ($M = 4.49$)

คำสำคัญ: กลไกการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข; สังคมสูงวัย; การวิจัยและพัฒนา; การวางแผนกำลังคนด้านสุขภาพ; จังหวัดสงขลา

Abstract

This study aimed to develop a health personnel management mechanism to support the aging society in Songkhla Province. A four-phase action research with a mixed-methods approach was conducted from December 2024 to November 2025. Phase 1 surveyed 335 health personnel and village health volunteers across five pilot districts using stratified random sampling, with 35 in-depth interviews and four focus groups. Phase 2 developed a draft mechanism validated by 17 experts. Phase 3 implemented it in Ranot District for 16 weeks using a one-group pretest-posttest design with 453 participants. Phase 4 evaluated the mechanism using Kirkpatrick's Four Levels together with a realist evaluation approach. All instruments met the $IOC \geq 0.50$ criterion, with an overall Cronbach's alpha of .962.

Results showed that the current state of personnel management was moderate ($M = 2.99$, $SD = 0.47$), lowest on the input dimension; problems were high ($M = 3.84$); development needs were highest ($M = 4.57$);

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

and competency was moderate ($M = 2.92$), lowest on skills. Competency differed significantly across service levels ($F = 17.502$, $p < .001$). The resulting SONGKHLA mechanism comprised eight components and was rated high by experts ($M = 4.44$). After implementation, personnel competency rose from 3.05 to 4.11 ($t = 18.613$, $p < .001$, $d = 1.91$); volunteer competency to 3.96 ($d = 1.76$); service quality to 4.18 ($d = 2.06$); and client satisfaction to 4.24 ($d = 1.52$). ICOPE screening coverage rose from 21.4% to 80.3% without additional staffing. The complete nine-component mechanism was rated high by stakeholders ($M = 4.49$).

Keywords: health personnel management mechanism; aging society; research and development; health workforce planning; Songkhla Province

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์แล้ว และกำลังเคลื่อนเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอดในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า การเปลี่ยนแปลงเชิงโครงสร้างประชากรนี้ไม่ได้ส่งผลเพียงต่อจำนวนผู้รับบริการ แต่เปลี่ยนลักษณะของงานที่ระบบบริการสุขภาพต้องทำอย่างมีนัยสำคัญ ผู้สูงอายุจำนวนมากมีโรคเรื้อรังหลายโรคพร้อมกัน มีภาวะพึ่งพิงในระดับต่าง ๆ และต้องการการดูแลที่ต่อเนื่องในชุมชนมากกว่าการรักษาเป็นครั้งคราวในสถานพยาบาล ภาระงานลักษณะนี้ใช้เวลาของบุคลากรมากกว่างานบริการผู้ป่วยทั่วไปหลายเท่า และต้องอาศัยการทำงานเป็นทีมข้ามวิชาชีพซึ่งไม่ใช่รูปแบบการทำงานที่ระบบบริการปฐมภูมิของไทยถูกออกแบบไว้แต่เดิม^{1,2}

องค์การอนามัยโลกเสนอกรอบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ (Integrated Care for Older People: ICOPE) ซึ่งเปลี่ยนจุดตั้งต้นของการดูแลจากการวินิจฉัยโรคมาเป็นการประเมินความสามารถภายในของผู้สูงอายุ แล้วออกแบบแผนการดูแลรายบุคคลจากผลการประเมินนั้น³ กรอบดังกล่าวมีหลักฐานสนับสนุนว่าช่วยชะลอการเสื่อมถอยของความสามารถเชิงหน้าที่ได้⁴ แต่การนำไปใช้จริงในระดับพื้นที่ต้องอาศัยบุคลากรที่มีสมรรถนะเฉพาะทาง มีเวลาเพียงพอ และมีระบบสนับสนุนที่ทำให้การประเมินและการวางแผนการดูแลกลายเป็นงานประจำ ไม่ใช่กิจกรรมพิเศษที่ทำเป็นครั้งคราวตามโครงการ

ในด้านกำลังคนสุขภาพ องค์การอนามัยโลกประมาณการว่าโลกจะขาดแคลนบุคลากรสุขภาพ

ราว 10 ล้านคนภายในปี ค.ศ. 2030 โดยกระจุกตัวในประเทศรายได้ต่ำและปานกลาง⁵ สำหรับประเทศไทย การกระจายกำลังคนที่ไม่สมดุลระหว่างเขตเมืองและชนบทยังคงเป็นปัญหาเชิงโครงสร้าง และการถ่ายโอนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลไปยังองค์การบริหารส่วนจังหวัดได้เพิ่มความซับซ้อนของการบริหารกำลังคนในระดับพื้นที่อีกชั้นหนึ่ง⁶

เครื่องมือที่องค์การอนามัยโลกเสนอให้ใช้วางแผนอัตรากำลังตามภาระงานจริงคือวิธีตัวชี้วัดภาระงานเพื่อความต้องการกำลังคน (Workload Indicators of Staffing Need: WISN) อย่างไรก็ตาม การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบอุปสรรคสำคัญ 3 ประการ ได้แก่ ลักษณะงานที่ปฏิบัติต้องทำหลายหน้าที่พร้อมกัน คุณภาพและความพร้อมของข้อมูลภาระงาน และความซับซ้อนเชิงเทคนิคของวิธีการเอง⁷ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ แม้ทุกประเทศจะดำเนินการประเมินได้ แต่มีเพียงส่วนน้อยที่นำผลไปเปลี่ยนกรอบอัตรากำลังจริง⁸ ปัญหาจึงไม่ได้อยู่ที่การขาดเครื่องมือ แต่อยู่ที่การขาดกลไกที่เชื่อมผลการวิเคราะห์เข้ากับการตัดสินใจเชิงบริหาร ในทำนองเดียวกัน ประสบการณ์ของญี่ปุ่นชี้ว่าความสำเร็จของการดูแลแบบบูรณาการระดับชุมชนขึ้นอยู่กับว่ามีผู้ทำหน้าที่จัดการการดูแลอย่างชัดเจน⁹ ขณะที่เกาหลีใต้ชี้ว่าการขยายสิทธิประโยชน์โดยไม่เตรียมกำลังคนรองรับจะสร้างแรงกดดันต่อคุณภาพบริการในระยะยาว¹⁰

จังหวัดสงขลามีความหลากหลายของบริบทอยู่ในจังหวัดเดียว ทั้งเขตเมืองที่มีโรงพยาบาลศูนย์

อำเภอรอบนอกที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงและประชากรวัยแรงงานย้ายออก และพื้นที่ชายแดนที่มีบริบทเฉพาะ อำเภอในคาบสมุทรสทิงพระมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงกว่าค่าเฉลี่ยของจังหวัดอย่างชัดเจน ขณะที่หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่เหล่านี้มีกำลังคนจำกัด¹¹ เงื่อนไขดังกล่าวทำให้สงขลาเหมาะกับการพัฒนากลไกที่ต้องทำงานได้จริงภายใต้ข้อจำกัดของทรัพยากร มากกว่าการออกแบบกลไกในอุดมคติ

การทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยด้านการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยส่วนใหญ่มุ่งไปที่การพัฒนาแบบบริการหรือการพัฒนาศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นรายโครงการ¹² ขณะที่งานที่ศึกษากลไกการบริหารจัดการบุคลากรอย่างเป็นระบบ ครอบคลุมตั้งแต่การวางแผนอัตรากำลังไปจนถึงการกำกับติดตามและผ่านการทดลองใช้จริงพร้อมวัดผลลัพธ์ ยังมีอยู่จำกัด ช่องว่างนี้เป็นที่มาของการวิจัยครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการในการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุขเพื่อรองรับสังคมสูงวัย จังหวัดสงขลา
- 2) เพื่อพัฒนาและตรวจสอบความเหมาะสมของ (ร่าง) กลไกการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุขเพื่อรองรับสังคมสูงวัย
- 3) เพื่อทดลองใช้กลไกในพื้นที่นำร่องและศึกษาประสิทธิภาพของกลไก
- 4) เพื่อประเมินผลและปรับปรุงกลไกให้เป็นฉบับสมบูรณ์พร้อมข้อเสนอเชิงนโยบาย

สมมติฐานการวิจัย

- 1) ภายหลังการใช้กลไก บุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการใช้กลไก
- 2) ภายหลังการใช้กลไก คุณภาพการให้บริการดูแลผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนการใช้กลไก

3) ภายหลังการใช้กลไก ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อบริการสูงกว่าก่อนการใช้กลไก

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Actio Research) ภายใต้วิธีวิเคราะห์ข้อมูลแบบผสมผสานชนิดเชิงอธิบายเป็นลำดับ (Explanatory Sequential Design) ตามแนวคิดของ Creswell และ Plano Clark¹³ ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 ถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2568 รวม 12 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ประชากรคือบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุใน 5 อำเภอนำร่องของจังหวัดสงขลา ได้แก่ ระโนด สทิงพระ สิงหนคร กระแสสินธุ์ และจะนะ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 335 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรของ ทาโร ยามาเน ที่ระดับความคลาดเคลื่อน .05 และสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิตามระดับหน่วยบริการ ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพจำนวน 35 คน เลือกแบบเจาะจงประกอบด้วยผู้บริหารระดับนโยบาย 10 คน และผู้ปฏิบัติงานหลัก 25 คน ร่วมกับการสนทนากลุ่ม 4 กลุ่ม รวมผู้เข้าร่วม 28 คน

ระยะที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญในการสนทนากลุ่มรอบที่ 1 จำนวน 9 คน และผู้เชี่ยวชาญประเมินความเหมาะสมของร่างกลไกในรอบที่ 2 จำนวน 17 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติครอบคลุมด้านการบริหารกำลังคนด้านสุขภาพ เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ การพยาบาลชุมชน และการบริหารระบบบริการปฐมภูมิ ระยะที่ 3 พื้นที่ทดลองใช้คืออำเภอระโนดซึ่งมีสัดส่วนผู้สูงอายุสูงที่สุดในจังหวัดและมีโครงสร้างหน่วยบริการครบทุกระดับ ผู้เข้าร่วมรวม 453 คน ประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุข 95 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแกนนำ 100 คน ผู้สูงอายุและผู้ดูแล 250 คน และผู้บริหารระดับ

อำเภอ 8 คน ระยะที่ 4 ผู้ประเมินผลตามกรอบของเคิร์กแพทริกจำนวน 195 คน และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่ประเมินกลไกแบบสมบูรณ์จำนวน 120 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการตรวจสอบคุณภาพ

เครื่องมือประกอบด้วย 4 ชุดหลัก ได้แก่ (1) แบบสอบถามสภาพปัจจุบัน ปัญหา ความต้องการ และสมรรถนะ จำนวน 120 ข้อ เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (2) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม (3) แบบประเมินความเหมาะสมของร่างกลไกสำหรับผู้เชี่ยวชาญ ครอบคลุมความเหมาะสม ความเป็นไปได้ ความมีประโยชน์ และความถูกต้อง และ (4) ชุดเครื่องมือประเมินประสิทธิผล ได้แก่ แบบวัดสมรรถนะบุคลากร 60 ข้อ แบบวัดสมรรถนะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 30 ข้อ แบบประเมินคุณภาพบริการ 25 ข้อ และแบบสอบถามความพึงพอใจ 20 ข้อ เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 5 คน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องอยู่ระหว่าง 0.68 ถึง 1.00 (ค่าเฉลี่ย 0.90) ผ่านเกณฑ์ทุกข้อ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคทั้งฉบับเท่ากับ .962

จริยธรรมการวิจัย

การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณดำเนินการผ่านผู้ประสานงานระดับอำเภอ ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพเก็บโดยผู้วิจัยด้วยตนเอง บันทึกเสียงเมื่อได้รับอนุญาต และถอดความแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าทีแบบสองกลุ่มอิสระและแบบจับคู่ การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียวและการทดสอบรายคู่ด้วยวิธีของเซฟเฟสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และขนาดอิทธิพลของโคเฮน กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงประเด็นตามขั้นตอนของ Braun และ Clarke¹⁴ ร่วมกับการ

ตรวจสอบสามมิติและการคืนข้อมูลให้ผู้ให้ข้อมูล ยืนยันความถูกต้องของการตีความ การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา เลขที่ 112/2567 และ เลขที่ 5/2568 ผู้เข้าร่วมทุกคนได้รับคำชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน และสิทธิในการถอนตัวได้ตลอดเวลา และลงนามยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร ข้อมูลทั้งหมดนำเสนอในภาพรวมโดยไม่ระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูล

ผลการวิจัย

1. สภาพปัจจุบัน ปัญหา และความต้องการในการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข (ระยะที่ 1)

กลุ่มตัวอย่าง 335 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 257 คน (ร้อยละ 76.7) มีอายุ 40-49 ปีมากที่สุด 112 คน (ร้อยละ 33.4) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี 221 คน (ร้อยละ 66.0) และมีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี 181 คน (ร้อยละ 54.0) ที่นำสังเกตคือมีเพียง 129 คน (ร้อยละ 38.5) ที่เคยผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ รายละเอียดแสดงใน

ผลการวิเคราะห์สภาพปัจจุบัน ปัญหาและอุปสรรค และความต้องการในการพัฒนา แสดงในตารางที่ 2 ภาพรวมของสภาพปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.99$, $SD = 0.47$) ปัญหาและอุปสรรคอยู่ในระดับมาก ($M = 3.84$, $SD = 0.27$) และความต้องการพัฒนาอยู่ในระดับมากที่สุด ($M = 4.57$, $SD = 0.16$) จุดที่ควรพิจารณาเป็นพิเศษคือรูปแบบของคะแนนที่กลับด้านกับความคาดหวัง กล่าวคือ ด้านผลผลิตและผลลัพธ์ได้คะแนนสูงกว่าด้านปัจจัยนำเข้าและกระบวนการอย่างชัดเจน ขณะที่ปัญหากลักรุนแรงที่สุดในด้านปัจจัยนำเข้า ($M = 4.07$)

เมื่อพิจารณารายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดของสภาพปัจจุบันคือการวางแผนอัตรากำลังโดยใช้ข้อมูลภาระงานจริงตามวิธี WISN ($M = 2.41$, $SD = 0.83$) ปัญหาที่รุนแรงที่สุดคืออัตรากำลังไม่

สอดคล้องกับการะงานการดูแลผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น ($M = 4.38$, $SD = 0.68$) และความต้องการที่สูงที่สุดคือหลักสูตรอบรมเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุที่ต่อเนื่อง ($M = 4.81$, $SD = 0.41$)

ผลการประเมินสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุแสดงในตารางที่ 3 ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.92$, $SD = 0.51$) โดยด้านเจตคติสูงที่สุด ($M = 3.06$) ขณะที่ด้านทักษะต่ำที่สุด ($M = 2.77$) ช่องว่างระหว่างเจตคติกับทักษะเท่ากับ 0.29 คะแนน สะท้อนว่าบุคลากรมีความตั้งใจที่จะดูแลผู้สูงอายุ แต่ยังขาดทักษะเชิงปฏิบัติ สมรรถนะรายข้อที่ต่ำที่สุดคือการคัดกรองความสามารถภายในตามกรอบ ICOPE ($M = 2.29$) และการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบครอบคลุม ($M = 2.34$) ซึ่งเป็นทักษะแกนกลางของการดูแลผู้สูงอายุโดยตรง

การเปรียบเทียบสมรรถนะจำแนกตามสังกัดหน่วยบริการด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F = 17.502$, $df = 3, 331$, $p < .001$) ดังตารางที่ 4 การทดสอบรายคู่ด้วยวิธีของเชฟเฟพบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ 5 คู่ จาก 6 คู่ โดยบุคลากรในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปมีสมรรถนะสูงกว่ากลุ่มอื่นทุกกลุ่ม ขณะที่บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.526$) ข้อค้นพบนี้ชี้ว่ายิ่งหน่วยบริการอยู่ใกล้ชุมชนและใกล้ตัวผู้สูงอายุมากเท่าใดสมรรถนะเฉพาะทางกลับยิ่งต่ำลงเท่านั้น นอกจากนี้ บุคลากรที่มีประสบการณ์มากกว่า 10 ปี มีสมรรถนะสูงกว่ากลุ่มที่มีประสบการณ์ไม่เกิน 10 ปี อย่างมีนัยสำคัญ ($t = 3.960$, $df = 333$, $p < .001$) และการรับรู้ต่อคุณภาพการบริหารจัดการบุคลากรมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ ($r = 0.548$, $p < .001$)

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มให้ประเด็นหลัก 5 ประเด็น

ได้แก่ อัตรากำลังที่ตั้งไว้ไม่สอดคล้องกับการะงานที่เปลี่ยนไป การอบรมที่ไม่ต่อเนื่องและไม่เชื่อมกับหน้างาน ระบบข้อมูลที่แยกส่วนและซ้ำซ้อน การทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพที่ยังไม่เป็นรูปธรรม และการขาดเส้นทางความก้าวหน้าในสายงานผู้สูงอายุ ประเด็นแรกถูกกล่าวถึงมากที่สุด โดยผู้ให้ข้อมูลสะท้อนตรงกันว่ากรอบอัตรากำลังของหน่วยบริการปฐมภูมิหลายแห่งถูกกำหนดไว้ก่อนที่สัดส่วนผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึงระดับปัจจุบัน และไม่เคยได้รับการทบทวนอีกเลย ดังคำให้สัมภาษณ์ที่ว่า “กรอบที่เราให้มาคิดจากจำนวนประชากรทั้งหมด แต่ผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงหนึ่งคนใช้เวลาของเรามากกว่าคนทั่วไปหลายเท่า พอเอาสองอย่างนี้มาหารเฉลี่ยกัน ตัวเลขมันเลยดูเหมือนพอ ทั้งที่หน้างานไม่พอเลย” (ผู้บริหารระดับนโยบาย รหัส A3)

2. การพัฒนาและตรวจสอบความเหมาะสมของ (ร่าง) กลไก (ระยะที่ 2)

ผู้วิจัยยกร่างกลไกโดยอาศัยข้อมูล 3 แหล่ง ได้แก่ ผลการวิจัยในระยะที่ 1 การสังเคราะห์เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และบทเรียนจากต่างประเทศ โดยเฉพาะระบบการดูแลแบบบูรณาการในระดับชุมชนของญี่ปุ่นและระบบประกันการดูแลระยะยาวของเกาหลีใต้ กลไกที่พัฒนาขึ้นเรียกว่า “กลไก SONGKHLA” ประกอบด้วยกลไกย่อย 8 องค์ประกอบ ซึ่งจัดวางอยู่ในผังปัจจัยนำเข้าและกระบวนการของแบบจำลองระบบ ส่วนผลผลิตและผลลัพธ์เป็นสิ่งที่กลไกมุ่งให้เกิดขึ้น และถูกวัดด้วยเครื่องมือประเมินในระยะที่ 3

การสนทนากลุ่มผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 1 ให้ข้อเสนอแนะรวม 24 ประเด็น ซึ่งสังเคราะห์เป็นข้อปรับปรุงสำคัญ 6 ข้อที่มีนัยต่อความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ ได้แก่ การลดจำนวนตัวชี้วัดจาก 18 ตัวเหลือ 10 ตัวโดยเลือกเฉพาะตัวที่ดึงจากฐานข้อมูลเดิมได้ การกำหนดขอบเขตบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ชัดเจน การปรับรอบประชุมทีมสหวิชาชีพจากทุกสัปดาห์เป็นทุก 2 สัปดาห์ การผูกการทบทวนผลเข้ากับเวทีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

ที่มีอยู่แล้ว การเพิ่มเกณฑ์ผ่านที่วัดได้ในหลักสูตรพัฒนาสมรรถนะ และการออกแบบระบบสารสนเทศให้ดึงข้อมูลจากฐานเดิมโดยไม่สร้างระบบบันทึกซ้ำ

ร่างกลไกฉบับปรับปรุงได้รับการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญ 17 คน ผลการประเมินโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.44$, $SD = 0.27$) ผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้ทุกประเด็น (ค่าเฉลี่ย ≥ 4.00 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ≤ 0.75)

กลไกย่อยที่ได้คะแนนต่ำที่สุดคือด้านความก้าวหน้าในอาชีพและแรงจูงใจ ($M = 4.18$) ซึ่งยังผ่านเกณฑ์แต่ห่างจากกลุ่มอื่นพอสมควร

ผู้เชี่ยวชาญให้เหตุผลตรงกันว่าเรื่องความก้าวหน้าในสายอาชีพเป็นอำนาจของส่วนกลาง ระดับอำเภอดำเนินการได้เพียงบางส่วน ผู้วิจัยจึงปรับคำอธิบายของกลไกย่อยนี้ให้แยกชัดเจนระหว่างสิ่งที่พื้นที่ทำได้เองกับสิ่งที่ต้องเสนอเป็นข้อเสนอเชิงนโยบาย

3. ผลการทดลองใช้กลไกและประสิทธิผลของกลไก (ระยะที่ 3)

การทดลองใช้ดำเนินการในอำเภอระโนดระหว่างเดือนเมษายนถึงกรกฎาคม พ.ศ. 2568 รวม 16 สัปดาห์ ผลการเปรียบเทียบสมรรถนะก่อนและหลังการใช้กลไกแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้กลไก

กลุ่ม/ด้าน	ก่อน M (SD)	หลัง M (SD)	ผลต่าง	t	d
บุคลากรสาธารณสุข (n = 95)					
ด้านความรู้	3.06 (0.47)	4.14 (0.77)	1.08	15.672*	1.61
ด้านทักษะ	2.78 (0.55)	4.01 (0.78)	1.23	18.378*	1.89
ด้านเจตคติ	3.31 (0.40)	4.16 (0.68)	0.85	13.945*	1.43
ภาพรวม	3.05 (0.27)	4.11 (0.56)	1.06	18.613*	1.91
อสม. แกนนํา (n = 100)					
ด้านความรู้	2.77 (0.53)	3.96 (0.72)	1.19	18.630*	1.86
ด้านทักษะ	2.56 (0.56)	3.84 (0.84)	1.28	19.270*	1.93
ด้านเจตคติ	3.37 (0.47)	4.08 (0.74)	0.71	10.323*	1.03
ภาพรวม	2.90 (0.31)	3.96 (0.62)	1.06	17.605*	1.76

หมายเหตุ: * $p < .001$ (การทดสอบค่าทีแบบจับคู่); d = ขนาดอิทธิพลของโคเฮน

สมรรถนะของบุคลากรสาธารณสุขในภาพรวมเพิ่มจาก 3.05 เป็น 4.11 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 18.613$, $df = 94$, $p < .001$) โดยมีขนาดอิทธิพลระดับสูงมาก ($d = 1.91$) ด้านที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือด้านทักษะ ซึ่งเป็นด้านที่ต่ำที่สุดในระยะที่ 1 พอดี สมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านแกนนำเพิ่มจาก 2.90 เป็น 3.96 ($t = 17.605$, $p < .001$, $d = 1.76$) ผลการวิเคราะห์นี้สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1

ผลการเปรียบเทียบคุณภาพบริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการแสดงในตารางที่ 7 คุณภาพบริการในภาพรวมเพิ่มจาก 3.05 เป็น 4.18 ($t = 20.040$, $p < .001$, $d = 2.06$) และความพึงพอใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแลเพิ่มจาก 3.42 เป็น 4.24 ($t = 23.986$, $p < .001$, $d = 1.52$) สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 และ 3 ตามลำดับ นอกจากนี้ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจหลังการใช้กลไกยังสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 3.51 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 20.178$, $df = 249$, $p < .001$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคุณภาพการให้บริการและความพึงพอใจของผู้รับบริการ ก่อนและหลังการใช้กลไก

กลุ่ม/ด้าน	ก่อน M (SD)	หลัง M (SD)	ผลต่าง	t	d
คุณภาพการให้บริการ (n = 95)					
การประเมินสุขภาพแบบครอบคลุม	3.10 (0.49)	4.24 (0.70)	1.14	17.600*	1.81
การใช้แผนการดูแลรายบุคคล	2.93 (0.56)	4.15 (0.81)	1.22	17.531*	1.80
การประสานงานและการส่งต่อ	3.27 (0.44)	4.22 (0.74)	0.95	13.186*	1.35
ความต่อเนื่องของการดูแลในชุมชน	3.13 (0.61)	4.21 (0.76)	1.08	16.171*	1.66
การใช้ข้อมูลและระบบสารสนเทศ	2.80 (0.59)	4.09 (0.85)	1.29	19.159*	1.97
ภาพรวม	3.05 (0.24)	4.18 (0.59)	1.13	20.040*	2.06
ความพึงพอใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแล (n = 250)					
การเข้าถึงบริการ	3.38 (0.58)	4.24 (0.72)	0.86	21.228*	1.34
คุณภาพและความต่อเนื่องของการดูแล	3.30 (0.56)	4.24 (0.76)	0.94	23.618*	1.49
การสื่อสารและการให้ข้อมูล	3.50 (0.55)	4.25 (0.79)	0.75	17.868*	1.13
การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน	3.48 (0.52)	4.20 (0.73)	0.72	18.458*	1.17
ภาพรวม	3.42 (0.28)	4.24 (0.57)	0.82	23.986*	1.52

หมายเหตุ: * $p < .001$ (การทดสอบค่าทีแบบจับคู่)

ผลลัพธ์ที่เป็นรูปธรรมที่สุดปรากฏในตัวชี้วัดการให้บริการที่เก็บจากระบบข้อมูลของอำเภอ ดังตารางที่ 3 การเปลี่ยนแปลงทั้งหมดนี้เกิดขึ้นโดยที่

อัตรากำลังของอำเภอไม่ได้เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญของการวิจัยครั้งนี้

ตารางที่ 3 ตัวชี้วัดการให้บริการดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังการใช้กลไก อำเภอระโนด

ตัวชี้วัด	ก่อน	หลัง	เปลี่ยนแปลง
ร้อยละของผู้สูงอายุเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรอง	21.4	80.3	+58.9
ร้อยละของผู้สูงอายุติดบ้าน/ติดเตียงที่มีแผนการดูแลรายบุคคล	62.3	96.8	+34.5
ร้อยละของการเยี่ยมบ้านตามแผนที่ดำเนินการได้จริง	58.1	93.4	+35.3
จำนวนรายที่ได้รับการจัดการรายกรณี (Case Management)	148	612	+464
ระยะเวลาเฉลี่ยรอคอยการส่งต่อเข้าสู่บริการเฉพาะทาง (วัน)	14.2	5.6	-8.6
ร้อยละการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน	12.8	7.9	-4.9
ร้อยละของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านที่คะแนน ADL ดีขึ้น	18.6	44.7	+26.1
อัตราส่วนภาระงานต่ออัตรากำลังตาม WISN (WISN ratio)	0.6	0.9	+0.2

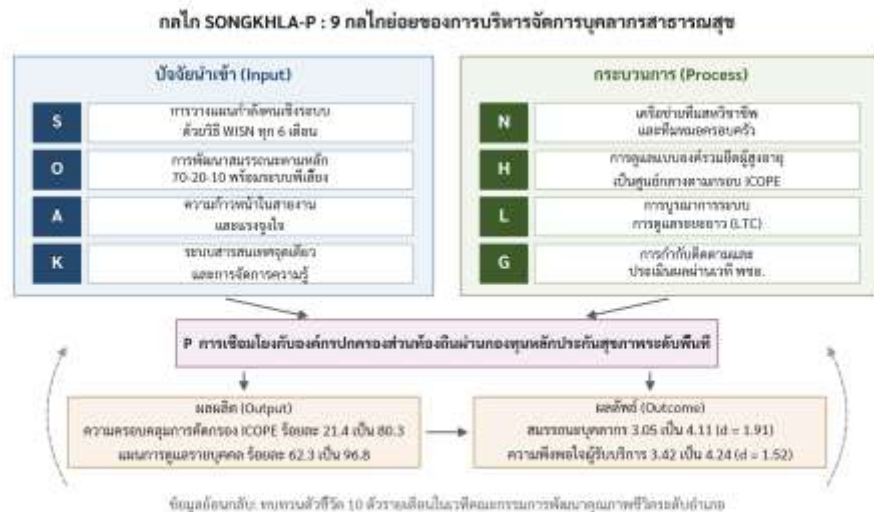
4. การประเมินผลและกลไกฉบับสมบูรณ์ (ระยะที่ 4)

การประเมินผลตามกรอบของเคิร์กแพทริกกับผู้เข้าร่วม 195 คน พบว่าอยู่ในระดับมากทั้ง 4 ระดับ (ภาพรวม $M = 4.28$, $SD = 0.26$) โดยระดับ

ปฏิริยาสูงที่สุด ($M = 4.48$) และระดับผลลัพธ์ต่ำที่สุด ($M = 4.16$) สะท้อนว่าผลลัพธ์ระดับระบบต้องใช้เวลามากกว่า 16 สัปดาห์จึงจะปรากฏเต็มที่ การถอดบทเรียนตามแนวคิดการประเมินเชิงสังคมนิยมชี้ว่ากลไกทำงานได้ดีในเงื่อนไข 3 ประการ

ได้แก่ การมีผู้จัดการการดูแลที่ระบุตัวบุคคลได้ชัดเจน การมีเวทีทบทวนผลที่ผูกกับโครงสร้างเดิมของพื้นที่ และการมีข้อมูลชุดเดียวที่ทุกฝ่ายใช้ร่วมกัน ขณะเดียวกันยังพบข้อจำกัดที่กลไกระดับอำเภอแก้ไขเองไม่ได้ โดยเฉพาะการเชื่อมโยงกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยังขึ้นกับ

ความสัมพันธ์ส่วนบุคคลมากกว่าระบบ ผู้วิจัยจึงเพิ่มกลไกย่อยที่ 9 ด้านการเชื่อมโยงกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่ ทำให้กลไกฉบับสมบูรณ์เรียกว่า “กลไก SONGKHLA-P” ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กลไกการบริหารจัดการบุคลากรสาธารณสุข SONGKHLA-P ฉบับสมบูรณ์

กลไกฉบับสมบูรณ์ได้รับการประเมินโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 120 คน ผลการประเมินโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($M = 4.49$, $SD = 0.19$) โดยด้านที่ได้คะแนนต่ำที่สุดคือด้านความยั่งยืนและศักยภาพในการขยายผล ($M = 4.25$) ซึ่งสอดคล้องกับข้อกังวลของผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ระยะที่ 2 ว่ากลไกจะดำรงอยู่ได้เพียงใดเมื่อโครงการวิจัยสิ้นสุดลง

สรุปและอภิปรายผล

1. ปัญหาการบริหารกำลังคนอยู่ที่ต้นน้ำ ไม่ใช่ที่ปลายทาง

ข้อค้นพบที่ชัดที่สุดจากระยะที่ 1 คือรูปแบบคะแนนที่กลับด้านกับความคาดหวัง ด้านผลผลิตและผลลัพธ์ได้คะแนนสูงกว่าด้านปัจจัยนำเข้าและกระบวนการอย่างเห็นได้ชัด นั่นหมายความว่าระบบยังส่งมอบบริการได้ทั้งที่ฐานรากยังไม่พร้อมซึ่งเป็นภาพของระบบที่ขับเคลื่อนด้วยความทุ่มเท

ของบุคคลมากกว่าด้วยระบบ และเป็นสภาพที่ไม่อาจดำรงอยู่ได้นานเมื่อภาระโรคของผู้สูงอายุยังเพิ่มขึ้นทุกปี ข้อค้นพบนี้สอดคล้องกับ Thongngun และ Tiraphat¹⁵ ที่พบว่าแรงจูงใจและการบริหารจัดการเชิงบริหารเป็นตัวทำนายการดำเนินงานการดูแลระยะยาวอย่างมีนัยสำคัญ ($aOR = 7.94$ และ 5.19 ตามลำดับ) กล่าวคือความสำเร็จของการดูแลผู้สูงอายุในระบบที่มีทรัพยากรจำกัดขึ้นอยู่กับสมรรถนะเชิงบริหารและสมรรถนะของคน มากกว่าการขยายทรัพยากรทางวัตถุเพียงอย่างเดียว ในประเด็นเครื่องมือวางแผนกำลังคน ข้อค้นพบว่าการวางแผนอัตรากำลังโดยใช้ภาระงานจริงได้คะแนนต่ำที่สุด ($M = 2.41$) สอดคล้องกับอุปสรรคของวิธี WISN ที่ Asres และ Gessesse⁷ ระบุไว้ และกับ Mabunda และคณะ⁸ ที่พบว่าการประเมินภาระงานมักไม่ถูกแปลงเป็นการเปลี่ยนกรอบอัตรากำลังจริง ผู้วิจัยจึงออกแบบ

กลไวย่อย S ให้มีรอบเวลาการทบทวนที่ชัดเจนทุก 6 เดือน และผูกเข้ากับเวทีตัดสินใจที่มีอำนาจจริงในพื้นที่

2. ช่องว่างระหว่างเจตคติกับทักษะ และความเหลื่อมล้ำของสมรรถนะตามระดับหน่วยบริการ

ผลการวิจัยพบว่าเจตคติของบุคลากรสูงกว่าทักษะอย่างชัดเจน โดยมีช่องว่างเท่ากับ 0.29 คะแนน ข้อค้นพบนี้มีนัยเชิงนโยบายสำคัญ เพราะเจตคติเป็นสิ่งที่สร้างได้ยากที่สุดแต่กลับมีอยู่แล้ว ขณะที่ทักษะเป็นสิ่งที่สร้างได้ด้วยการฝึกอบรมที่ออกแบบดีแต่กลับเป็นสิ่งที่ขาด การลงทุนพัฒนาสมรรถนะจึงมีโอกาสนำให้ผลตอบแทนสูง สอดคล้องกับ Dimitriadou และคณะ¹⁶ ที่พบว่าหลักสูตรที่ผสมการเรียนรู้ในห้องเรียนกับการฝึกปฏิบัติหน้างานให้ผลดีกว่าการอบรมแบบบรรยายอย่างเดียว ส่วนความเหลื่อมล้ำของสมรรถนะตามระดับหน่วยบริการ ($F = 17.502, p < .001$) สะท้อนว่าหน่วยบริการที่อยู่ใกล้ชุมชนที่สุดกลับมีสมรรถนะเฉพาะทางต่ำที่สุด ทั้งที่เป็นด้านหน้าในการคัดกรองและติดตามผู้สูงอายุ สอดคล้องกับ Khanthavudh และคณะ¹⁷ ที่พบว่าศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านถูกใช้ไม่เต็มที่เนื่องจากขาดระบบสนับสนุนและการนิเทศที่ต่อเนื่อง การพัฒนาสมรรถนะจึงควรทุ่มเทน้ำหนักลงที่ระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นลำดับแรก

3. ประสิทธิผลของกลไกและเงื่อนไขที่ทำให้กลไกทำงาน

ขนาดอิทธิพลที่พบในการวิจัยครั้งนี้อยู่ในระดับสูงมากทุกตัวแปร ($d = 1.91$ ถึง 2.06) ซึ่งต้องตีความอย่างระมัดระวัง เนื่องจากใช้แบบแผนกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังโดยไม่มีกลุ่มควบคุม ค่าที่ได้จึงรวมผลของกลไกเข้ากับผลของการได้รับความสนใจเป็นพิเศษระหว่างการวิจัยไว้ด้วยกัน อย่างไรก็ตาม การที่ตัวชี้วัดเชิงระบบซึ่งเก็บจากฐานข้อมูลของอำเภอเปลี่ยนแปลงไปในทิศทางเดียวกันกับคะแนนจากแบบสอบถาม เช่น ความ

ครอบคลุมการคัดกรองที่เพิ่มจากร้อยละ 21.4 เป็นร้อยละ 80.3 และระยะเวลารอคอยการส่งต่อที่ลดจาก 14.2 เหลือ 5.6 วัน ช่วยเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อสรุป เพราะตัวชี้วัดเหล่านี้ไม่ได้อาศัยการรายงานตนเองของผู้เข้าร่วม ประเด็นที่สำคัญที่สุดคือ ผลลัพธ์ทั้งหมดเกิดขึ้นโดยที่อัตรากำลังของอำเภอไม่ได้เพิ่มขึ้นแม้แต่ตำแหน่งเดียว สิ่งที่เกิดขึ้นไปคือวิธีจัดสรรเวลาของคนที่มียู่ การกระจายงานบางส่วนไปยังอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายใต้ขอบเขตบทบาทที่ชัดเจนและการลดงานที่ซ้ำซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับหลักฐานระดับสากลว่าการกระจายภารกิจอย่างเป็นระบบช่วยเพิ่มความครอบคลุมของบริการได้โดยไม่ลดคุณภาพ และสอดคล้องกับ Sano และคณะ⁹ ที่ชี้ว่าความสำเร็จของระบบการดูแลแบบบูรณาการระดับชุมชนขึ้นอยู่กับการณ์ผู้ทำหน้าที่ประสานงานที่ชัดเจนมากกว่าการเพิ่มจำนวนบุคลากร

4. เพดานของกลไกระดับพื้นที่

แม้ผลการวิจัยจะเป็นบวกในภาพรวม แต่มีสองจุดที่ได้คะแนนต่ำกว่าจุดอื่นอย่างสม่ำเสมอ คือกลไวย่อยด้านความก้าวหน้าในอาชีพและแรงจูงใจ ($M = 4.18$) และด้านความยั่งยืนและศักยภาพในการขยายผล ($M = 4.25$) ทั้งสองเรื่องมีลักษณะร่วมกันคือเป็นสิ่งที่อยู่นอกอำนาจตัดสินใจของระดับอำเภอ การกำหนดเส้นทางความก้าวหน้าในสายงานและตำแหน่งผู้จัดการการดูแลที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาเป็นเรื่องของส่วนกลาง ขณะที่ความยั่งยืนขึ้นอยู่กับการเมืองประมาณประจำที่ไม่ผูกกับโครงการ สอดคล้องกับ Chon และคณะ¹⁰ ที่ชี้ว่าการขยายสิทธิประโยชน์ด้านการดูแลระยะยาวโดยไม่เตรียมโครงสร้างกำลังคนรองรับจะสร้างแรงกดดันต่อคุณภาพบริการในระยะยาว กลไกระดับพื้นที่จึงมีเพดานของตัวเอง และการขยายผลจำเป็นต้องมีการตัดสินใจเชิงนโยบายจากส่วนกลางควบคู่ไปด้วย

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) กระทรวงสาธารณสุขควรกำหนดเส้นทางความก้าวหน้าในสายงานการดูแลผู้สูงอายุที่ชัดเจน และกำหนดตำแหน่งผู้จัดการการดูแลที่ปฏิบัติงานเต็มเวลาในระดับตำบล เพื่อไม่ให้เกิดการลงทุนพัฒนาสมรรถนะเร็วไหลไปพร้อมกับการย้ายงานของบุคลากร

2) ควรกำหนดให้การทบทวนกรอบอัตรากำลังของหน่วยบริการปฐมภูมิใช้ข้อมูลภาระงานจริงตามวิธี WISN ร่วมกับสัดส่วนผู้สูงอายุรายตำบล และกำหนดรอบการทบทวนเป็นวาระประจำ

3) ควรสนับสนุนงบประมาณประจำสำหรับการพัฒนาสมรรถนะด้านผู้สูงอายุที่ไม่ผูกกับโครงการ และปรับปรุงระบบข้อมูลผู้สูงอายุให้เชื่อมโยงเป็นชุดเดียวกันในระดับอำเภอ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติสำหรับหน่วยบริการในพื้นที่

1) ควรนำกลไก SONGKHLA-P ไปใช้โดยเริ่มจากกลไกย่อยที่ใช้ทรัพยากรน้อยแต่ให้ผลเร็ว ได้แก่ การกำหนดรอบประชุมทีมสหวิชาชีพ การใช้แบบแผนการดูแลรายบุคคลชุดเดียวกัน และการทบทวนตัวชี้วัดในเวทีคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ

2) ควรออกแบบการพัฒนาสมรรถนะตามหลัก 70-20-10 โดยให้น้ำหนักกับการฝึกปฏิบัติหน้างานและระบบที่เลี้ยงมากกว่าการอบรม

ภาคทฤษฎี พร้อมกำหนดเกณฑ์ผ่านที่วัดได้จากการสังเกตหน้างาน และกำหนดขอบเขตบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ชัดเจน

3) ควรประสานแผนและงบประมาณกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นผ่านกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับพื้นที่อย่างเป็นระบบ ไม่พึ่งพาความสัมพันธ์ส่วนบุคคล

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทดสอบกลไกด้วยแบบแผนที่มีกลุ่มเปรียบเทียบ เช่น การวิจัยแบบสุ่มระดับกลุ่ม เพื่อแยกผลของกลไกออกจากผลของการได้รับความสนใจเป็นพิเศษ ควรติดตามผลระยะยาวอย่างน้อย 12-24 เดือนเพื่อประเมินความยั่งยืนของกลไกภายหลังโครงการวิจัยสิ้นสุดลง และควรศึกษาความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์ของกลไกเพื่อสนับสนุนการตัดสินใจเชิงนโยบายในการขยายผลระดับจังหวัดและระดับเขตสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และหน่วยบริการทุกระดับในพื้นที่ศึกษา ผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะ ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุ และผู้ดูแลทุกท่านที่สละเวลาให้ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2566). รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2565. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. <https://thaitgri.org/?p=40208>
2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2568). หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า: ความยั่งยืนทางการเงินการคลัง [เอกสารเชิงนโยบาย]. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. https://www.hsri.or.th/policy_brief/711
3. World Health Organization. (2025). Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care (2nd ed.). WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240103726>
4. Polidori, M. C., Religa, D., Gasowski, J., Jämsen, E., & Martin, F. C. (2026). Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework, 2nd edition: Getting closer to the medicine of the twenty-first century. *European Geriatric Medicine*, 17(2), 457–460. <https://doi.org/10.1007/s41999-026-01420-2>

5. Boniol, M., Kunjumen, T., Nair, T. S., Siyam, A., Campbell, J., & Diallo, K. (2022). The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: A threat to equity and 'universal' health coverage? *BMJ Global Health*, 7(6), Article e009316. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009316>
6. จุฑามาศ สีนประจักษ์ผล และรุสนา จิตกาหลง. (2568). ประสิทธิภาพการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภายหลังจากถ่ายโอนภารกิจให้แก่องค์การบริหารส่วนจังหวัดปัตตานี. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา*, 18(2), e274679. <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JNAE/article/view/274679>
7. Asres, G. D., & Gessesse, Y. K. (2024). Workload Indicators of Staffing Need (WISN) method for health workforce planning at health facility: A scoping review. *Human Factors in Healthcare*, 6, Article 100078. <https://doi.org/10.1016/j.hfh.2024.100078>
8. Mabunda, S. A., Gupta, M., Sampath, R., & Joshi, R. (2025). The implementation of the Workforce Indicators of Staffing Needs (WISN) method to improve access to health workforce in selected South-East Asian countries. *PLOS Global Public Health*, 5(6), Article e0004727. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0004727>
9. Sano, J., Hirazawa, Y., Komamura, K., & Okamoto, S. (2023). An overview of systems for providing integrated and comprehensive care for older people in Japan. *Archives of Public Health*, 81, Article 81. <https://doi.org/10.1186/s13690-023-01076-5>
10. Chon, Y., Lee, S.-H., & Kim, Y.-Y. (2024). Long-term care insurance for older adults in terms of community care in South Korea: Using the framework method. *Healthcare*, 12(13), Article 1238. <https://doi.org/10.3390/healthcare12131238>
11. กรมการปกครอง. (2568). สถิติจำนวนประชากรแยกอายุ พ.ศ. 2567 จังหวัดสงขลา. ระบบสถิติทางการทะเบียน สำนักบริหารการทะเบียน. สืบค้น 16 สิงหาคม 2568, จาก https://stat.bora.dopa.go.th/new_stat/webPage/statByProvince.php
12. ดวงเนตร ธรรมกุล, เรณู ขวัญเย็น, และอรนุช ชูศรี. (2568). การพัฒนาความรู้ ทักษะความสามารถของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี*, 8(1), 157–169. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/SNC/article/view/274996>
13. Creswell, J. W., & Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3rd ed.). SAGE Publications.
14. Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE Publications.
15. Thongngun, T., & Tiraphat, S. (2026). Provincial lessons on long-term care implementation in Thailand: Motivation and managerial capacities within a decentralized health system in a middle-income country. *BMC Health Services Research*, 26, Article 778. <https://doi.org/10.1186/s12913-026-14571-6>
16. Dimitriadou, I., Eloranta, S., Šteinmiller, J., Saridi, M., Lundberg, A., Häger, M., Hjaltadottir, I., Skuladottir, S. S., Korsström, N., Mört, S., Tuori, H., & Fradelos, E. C. (2025). Comprehensive geriatric health assessment core competencies and skills for primary care nurses: A scoping review. *Geriatrics*, 10(2), Article 48. <https://doi.org/10.3390/geriatrics10020048>
17. Khanthavudh, C., Grealish, A., Tzouvara, V., & Leamy, M. (2025). Supporting healthcare in rural communities in Thailand: An exploratory qualitative study to understand the role and current mental health practices of village health volunteers. *PLOS ONE*, 20(3), Article e0320559. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0320559>