

การศึกษาลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2561

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A STUDY OF THE AGE-FRIENDLY SERVICE CHARACTERISTICS



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2018

Copyright of Chulalongkorn University

ปภาวรินทร์ รัฐวิชัยโสภณ : การศึกษาลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับ
ผู้สูงอายุ. (A STUDY OF THE AGE-FRIENDLY SERVICE CHARACTERISTICS) อ.ที่
ปรึกษาหลัก : รศ. ดร.กัญญาดา ประจุกติลป

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับ
ผู้สูงอายุ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 19 คน ประกอบด้วย ผู้บริหาร
โรงพยาบาลที่รับผิดชอบกำหนดนโยบายการบริหารในโรงพยาบาล จำนวน 2 คน ผู้บริหารฝ่ายการ
พยาบาล จำนวน 5 คน ผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นและระดับกลาง จำนวน 5 คน พยาบาล
วิชาชีพระดับปฏิบัติการ จำนวน 5 คน และสถานิกที่ทำงานในบริษัทหรือองค์การที่เกี่ยวข้องกับ
การออกแบบสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน วิธีการดำเนินการวิจัย
ประกอบด้วย 3 รอบ คือ รอบที่ 1 สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่
เป็นมิตรกับผู้สูงอายุรอบที่ 2 นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เนื้อหาและสร้างเป็น
แบบสอบถามเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับระดับความสำคัญแต่ละข้อรายการ และ
รอบที่ 3 นำข้อมูลที่ได้จากรอบที่ 2 มาคำนวณค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และส่ง
แบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิมยืนยันคำตอบ จากนั้นจึงนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่ามัธยฐาน
และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์อีกครั้ง เพื่อสรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัย พบว่า ลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3
ด้าน ดังนี้ 1) ด้านการจัดบริการผู้สูงอายุ จำนวน 24 ข้อ 2) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ
จำนวน 22 ข้อ และ 3) ด้านพัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุ จำนวน 17 ข้อ

CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา 2561

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5977312836 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: AGE-FRIENDLY, SERVICE CHARACTERISTICS

Paparvarin Rattthavitsophon : A STUDY OF THE AGE-FRIENDLY SERVICE CHARACTERISTICS. Advisor: Assoc. Prof. GUNYADAR PRACHUSILPA, Ph.D.

The purpose of this research was to study the age-friendly service characteristics. The Delphi Technique was used in this study. Participants were 19 experts including 2 hospital directors involved in setting up management policies within the hospitals, 5 directors of nursing or deputy directors of nursing, 5 nursing managers, 5 registered nurses at practitioner level, and 2 architects in the field of environmental design for the elderly. The Delphi technique consists of three steps. Step one: All experts were asked to describe the age-friendly service characteristics. Step two: The data were analyzed using content analysis to develop a rating scale questionnaire. All items in the questionnaire were ranked for the level of characteristics by a prior panel of experts. Step three: The items were analyzed by using the median and interquartile range to develop a new version of questionnaire. The new questionnaire was sent to previous experts for confirmation. Data were analyzed again by median and interquartile again to summarize the age-friendly service characteristics.

The results of study were presented that the age-friendly service characteristics consisted of 3 components as follows: 1) the elderly services consisted of 24 items 2) the gerontological nursing practice consisted of 22 items and 3) the development of service quality consisted of 17 items.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2018

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญดา ประจุกสิลา ผู้ซึ่งเสียสละเวลาอันมีค่าในการให้คำปรึกษา แนะนำ และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ ห่วงใย และให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยตลอดมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่อาจารย์ได้มอบให้ตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์เป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณอาจารย์เป็นอย่างสูง

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุนันท์ ศลโกสม กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์และทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่คอยชี้แนะแนวทาง ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ ประสบการณ์ที่ทรงคุณค่าแก่ผู้วิจัย ตลอดระยะเวลาที่ได้เข้ารับการศึกษ ณ สถาบันแห่งนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่กรุณาเสียสละเวลาให้ข้อมูล คำแนะนำ ข้อเสนอแนะอันทรงคุณค่า และให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณผู้บังคับบัญชา คุณกฤษณา สุเทพากุล และผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์ ที่เห็นความสำคัญในการศึกษาเพื่อเพิ่มศักยภาพให้กับผู้วิจัย โดยการสนับสนุนช่วยเหลือในการปฏิบัติงาน อีกทั้งยังคอยให้กำลังใจตลอดระยะเวลาการศึกษา

ท้ายที่สุด ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณบิดา มารดา และครอบครัว คุณสัพพชัย อยู่เย็น ที่เป็นแรงผลักดัน รวมทั้งคอยห่วงใย ช่วยเหลือสนับสนุนแก่ผู้วิจัยตลอดมา คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา และทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องสนับสนุนให้งานวิจัยนี้สำเร็จลงด้วยดี

ปภาวรินทร์ รัฐวิชญ์โสภณ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... ง	ง
กิตติกรรมประกาศ..... จ	จ
สารบัญ..... ฉ	ฉ
สารบัญตาราง..... ฅ	ฅ
บทที่ 1 บทนำ..... 1	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1	1
คำถามการวิจัย..... 5	5
วัตถุประสงค์ของการวิจัย..... 5	5
ขอบเขตของการวิจัย..... 5	5
แนวเหตุผลและกรอบแนวคิดการวิจัย..... 5	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 6	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ..... 6	6
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 7	7
1. แนวคิดเกี่ยวกับการเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly) 8	8
2. แนวคิดโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly hospital)..... 13	13
3. นโยบายการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย..... 19	19
4. การพยาบาลผู้สูงอายุในประเทศไทย..... 24	24
5. แนวคิดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ..... 32	32
6. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ..... 33	33
7. การศึกษาวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย 37	37

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	41
9. กรอบแนวคิดการวิจัย.....	46
บทที่ 3 การดำเนินการวิจัย.....	47
กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ.....	47
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	48
การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	49
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	50
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	51
การเก็บรวบรวมข้อมูล	51
การวิเคราะห์ข้อมูล	53
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	69
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	86
สรุปและอภิปรายผลการวิจัย	87
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	91
ข้อเสนอแนะของการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	91
บรรณานุกรม	92
ภาคผนวก	102
ภาคผนวก ก รายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญ.....	103
ภาคผนวก ข ตัวอย่างหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ.....	117
ภาคผนวก ค เอกสารพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย เอกสารสำหรับข้อมูลกลุ่มประชากรตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และหนังสือยินยอมเข้าร่วมวิจัย.....	122
ภาคผนวก ง ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	131
ภาคผนวก จ ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลการทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญรอบแรก และการสร้างแบบสอบถาม	148

ภาคผนวก ฉ ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ	171
ภาคผนวก ช ตารางแสดงการเปลี่ยนคำตอบของผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 3	176
ประวัติผู้เขียน	178



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1	จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ.....	36
ตารางที่ 2	ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ด้านการจัดบริการผู้สูงอายุ จำแนกรายชื่อ	55
ตารางที่ 3	ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ จำแนกรายชื่อ	59
ตารางที่ 4	ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ด้านพัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุ จำแนกรายชื่อ	64
ตารางที่ 5	ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ด้านการจัดบริการผู้สูงอายุ รอบที่ 3.....	70
ตารางที่ 6	ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ รอบที่ 3.....	76
ตารางที่ 7	ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ด้านพัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุ รอบที่ 3.....	82

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในหลายประเทศทั่วโลกอันเนื่องมาจากอัตราเกิดของประชากรทั่วโลกได้ลดต่ำลง ในขณะที่ผู้คนมีอายุยืนยาวขึ้นจากความก้าวหน้าของเทคโนโลยีทางการแพทย์และบริการสาธารณสุข โดยในปี พ.ศ. 2559 ประชากรโลกมีจำนวนทั้งสิ้น 7,433 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปประมาณ 929 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.5 ของประชากรทั้งหมด เช่นเดียวกับประชากรในภูมิภาคอาเซียน จากสถิติประชากรในปี พ.ศ. 2559 ประเทศที่เข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุแล้ว ได้แก่ ประเทศสิงคโปร์ ไทย และเวียดนาม (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2560) นอกจากนี้ องค์การสหประชาชาติยังคาดการณ์ว่า ในปี พ.ศ. 2583 ประเทศไทยจะกลายเป็นผู้นำสังคมสูงวัยลำดับที่ 1 ของอาเซียน คือ มีประชากรสูงอายุถึงร้อยละ 33.5 โดยมีสิงคโปร์เป็นลำดับที่ 2 และเวียดนามเป็นลำดับที่ 3 ตามลำดับ (องค์การสหประชาชาติ, 2012)

ประเทศไทย ได้ก้าวสู่สังคมสูงอายุ (Aged society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 คือ มีสัดส่วนของประชากรอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด โดยสัดส่วนของประชากรสูงอายุมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลสถิติประชากร ปี พ.ศ. 2560 พบว่า มีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวนเท่ากับ 11,313,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 17 ของประชากรทั้งประเทศ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2560) ซึ่งมีการคาดประมาณของสำนักคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (2556) ว่าในปี พ.ศ. 2564 หรือในอีก 2 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์ (Complete aged society) คือมีประชากรสูงอายุถึงร้อยละ 20 หรือ 1 ใน 5 ของประชากรทั้งหมด และในปี พ.ศ. 2578 ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) คือมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2558) ซึ่งจากข้อมูลจะเห็นได้ว่าประเทศไทยมีการเตรียมความพร้อมน้อยมากในการก้าวจากสังคมสูงอายุไปสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ ต่างจากประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ประเทศออสเตรเลีย และประเทศสหรัฐอเมริกาที่ใช้ระยะเวลาเตรียมตัวมาอย่างต่อเนื่อง

สถานการณ์ทางสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองลดลง (วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2560) ด้านร่างกาย จากผลการสำรวจภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุปี 2558 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 50 จะมีโรคเรื้อรังอย่างน้อยหนึ่งโรค หรือมีความพร้อมในการทำหน้าที่ สอดคล้องกับการศึกษาสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (มยุรี ลีทองอิน, 2559) พบว่า มีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว 3 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคข้อเสื่อม โดยปัญหาเนื่องมาจากความเสื่อมถอยของร่างกายที่

สำคัญ ได้แก่ การมองเห็น การสูญเสียความจำ การรับประทานอาหาร การนอนหลับ อาการกลืน ปัสสาวะไม่อยู่ และมากกว่าร้อยละ 59.1 มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม ส่วนปัญหาด้านจิตใจ จากการศึกษาของวลัยพร นันทศุภวัฒน์ และคณะ (2552) พบว่า ผู้สูงอายุมีโอกาสหรือน่าจะมีภาวะ ซึมเศร้า ร้อยละ 72.3 มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 15.6 ขณะเดียวกัน จากผลการสำรวจสุขภาพจิตใน ผู้สูงอายุ (กรมอนามัย, 2556) พบว่า ผลคะแนนเฉลี่ยของผู้สูงอายุต่ำกว่าคนทั่วไป โดยประมาณ 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีความเปราะบางทางจิตใจ โดยปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ ความวิตกกังวล โรคซึมเศร้า นอนไม่หลับ ภาวะสมองเสื่อม และปัญหาเรื่องเพศ ส่วนปัญหาด้านสังคม (สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2560) พบว่า ผู้สูงอายุไม่ได้รับการยกย่องจาก สังคมเหมือนเดิม โดยเฉพาะเมื่อเกษียณอายุราชการ ทำให้รู้สึกสูญเสียสถานภาพและบทบาททาง สังคม ขาดความเคารพนับถือและขาดความสนใจจากครอบครัว รวมถึงค่านิยมต่อผู้สูงอายุใน สังคมไทยที่เปลี่ยนแปลงไป คนรุ่นหลังมีเจตคติไม่ดีต่อผู้สูงอายุ เช่น ไม่เห็นคุณค่า ความสามารถลดลง และลำสมัย เป็นต้น

การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเข้ารับบริการในโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน (สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2556) ผู้สูงอายุมีแนวโน้มจะเป็นกลุ่มหลัก ที่มารับบริการในโรงพยาบาลสูงกว่าทุกกลุ่มวัย ทั้งอัตราการใช้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โดย จากสถิติปี 2550 พบว่า ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มผู้ใช้บริการโรงพยาบาลสูงที่สุดถึงร้อยละ 12.2 นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังมีอัตราการครองเตียงเฉลี่ยยาวนานกว่าผู้ที่มีอายุน้อย (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550) โดยมีอัตราการนอนพักรักษาในสถานพยาบาลอยู่ที่ร้อยละ 16.4 และ มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีสาเหตุจากโรคเรื้อรังหรือโรค ประจำตัว โดยมีจำนวนวันนอนเฉลี่ยเท่ากับ 5.98 วันต่อคน ซึ่งสูงกว่าทุกช่วงอายุและมีค่าใช้จ่ายที่สูง กว่ากลุ่มอื่นๆ (การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ, 2558; คุณากร เอี้ยวสุวรรณ และคณะ, 2560; สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2558) โดยพบปัญหาในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล (วิศิษฐ์ กุลอริยทรัพย์, 2555; สอาด พิมพ์ปติมา และคณะ, 2548; อัมพรพรรณ ธีรานูตร และคณะ, 2552) ดังนี้ 1) ด้านสถานพยาบาล พบสภาพแวดล้อมไม่ได้มาตรฐาน สถานที่ไม่เอื้ออำนวย ทำให้ เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ความแออัด ขาดแคลนสิ่งอำนวยความสะดวกตามความจำเป็นสำหรับ ผู้สูงอายุ 2) ด้านความปลอดภัย พบอุบัติเหตุในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ได้แก่ การพลัดตก หกล้มในขณะที่เข้ารับการรักษาซึ่งมีอัตราสูงกว่าทุกช่วงวัย 3) ด้านคุณภาพการบริการ พบปัญหาการ วางแผนจำหน่าย และการส่งต่อการดูแลจากโรงพยาบาลไปชุมชน นอกจากนี้ การดูแลผู้สูงอายุใน โรงพยาบาลยังไม่สามารถตอบสนองความต้องการและสอดคล้องกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ โดย จากสถิติการคัดกรองโรคและปัญหาสำคัญ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิต ไขมัน สายตาของผู้สูงอายุ ทั้งประเทศในทุกเขตสุขภาพเท่ากับร้อยละ 40.22 และได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) เพียงร้อยละ 26.87 และผลการศึกษาภาพรวมการดำเนินงานตามแผนงาน ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2556 (สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ, 2558; สำนักตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข, 2559) พบว่า การดำเนินงานยังไม่ถึงเป้าหมายตามตัวชี้วัด ขณะที่กระทรวง สาธารณสุข (2557) รายงานว่า การดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลในประเทศไทยยังไม่แตกต่างจากกลุ่ม อายุอื่น คือมุ่งเน้นการรักษาโรคมกกว่าการรักษาและการดูแลผู้ป่วยรายบุคคล โรงพยาบาลส่วนใหญ่

ยังไม่สามารถจัดบริการให้กับผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ มีความยุ่งยากซับซ้อนในระบบบริการ ระยะเวลาในการรอพบแพทย์ รวมถึงมีอัตราการครองเตียงและจำนวนวันนอนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น การจัดการบริการคลินิกผู้สูงอายุและบริการทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุยังมีน้อย ไม่ครอบคลุมทุกหน่วยบริการ โดยการบริการสำหรับผู้สูงอายุนั้นขึ้นอยู่กับศักยภาพของแต่ละโรงพยาบาล และส่วนใหญ่พบว่ายังไม่มีการกำหนดมาตรฐานการบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่ชัดเจน ผู้สูงอายุแต่ละรายมีความเสี่ยงที่ไม่เหมือนกันแต่ยังคงได้รับการบริการที่ไม่แตกต่างกัน ผู้สูงอายุที่เปราะบางและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉินยังต้องรอรับบริการร่วมกับผู้ป่วยอื่นๆ นอกจากนี้ ยังขาดแคลนบุคลากรที่มีความชำนาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ อีกทั้งยังพบปัญหาด้านบุคลากร ได้แก่ จิตบริการของบุคลากรด้านสุขภาพ อัตราส่วนของพยาบาลต่อจำนวนผู้รับบริการในการดูแลผู้สูงอายุ ด้านความรู้ของบุคลากรด้านสุขภาพ ในการดูแลผู้สูงอายุ บทบาทและสมรรถนะของผู้ให้บริการในการดูแลผู้สูงอายุตามมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ (ศิริพันธุ์ สาสัตรู และเตื่อนใจ ภักดีพรม, 2552; ศิริรัตน์ ปานอุทัย และลินจง โปธิบาล, 2552)

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบแนวคิด Age-friendly ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย หมายถึง เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เริ่มจากองค์การอนามัยโลก (WHO, 2004) เห็นถึงความสำคัญของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้น และได้ทำการศึกษาบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้สูงอายุและผู้ให้บริการในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งผลการศึกษาทำให้ทราบถึงปัญหาในระบบบริการที่ยังไม่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุทั้งหมด 11 ประการ ได้แก่ 1) ด้านทัศนคติของผู้ให้บริการ 2) การขาดความรู้และทักษะ 3) ขาดการคำนึงถึงความแตกต่างในเรื่องเพศ 4) ด้านภาษาที่เป็นอุปสรรคในการสื่อสาร 5) ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ 6) ค่าใช้จ่ายที่สูงเกินความจำเป็น 7) ระยะเวลาในการรอคอยนาน และไม่มีช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุ 8) ขาดบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสมกับจำนวนผู้เข้ารับบริการ 9) ขาดความต่อเนื่องของการให้บริการ 10) ไม่มีคลินิกเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ 11) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ไม่เอื้อต่อผู้สูงอายุ เช่น เติงตรวจสูงทำให้ขึ้นลงลำบาก ทางเข้าหรือประตูแคบทำให้รถเข็นไม่สามารถเข้าได้ จึงนำมาซึ่งการเสนอหลักการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly principle) และแนวทางการจัดบริการในระดับปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Towards age-friendly primary health care) ขึ้น มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ความรู้แก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพเกี่ยวกับความต้องการที่เฉพาะและปัญหาของผู้รับบริการในกลุ่มผู้สูงอายุ และเป็นกรอบแนวทางในการดูแล ทำให้เกิดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม ตระหนักในคุณค่าของผู้สูงอายุ รองรับสังคมผู้สูงอายุที่เกิดขึ้น โดยหลักการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly principles) นั้น แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการให้ข้อมูล ความรู้ทักษะ และการฝึกอบรมบุคลากร 2) ด้านระบบการจัดการดูแลสุขภาพ และ 3) ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวได้รับความสนใจและถูกนำไปใช้ในการพัฒนาบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในหลายประเทศ โดยหลักการของ Age-friendly principle นอกจากจะถูกออกแบบมาสำหรับหน่วยงานในระดับปฐมภูมิและคลินิกแล้ว ยังสามารถนำไปปรับใช้ได้ทั้งกับบริการของหน่วยงานผู้ป่วยนอกและบริการในโรงพยาบาล (Chiou, 2009) และยังพบการนำหลักการไปบูรณาการจนเกิดเป็นกรอบแนวคิดโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในประเทศไต้หวัน (Taiwan's framework of age-friendly hospitals and health services) (Chiou and Chen, 2009) เพื่อเป็นแนวทางในการ

ดำเนินงานที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ประกอบด้วยการดำเนินงานในด้านต่างๆ ดังนี้
 1) วิสัยทัศน์ 2) ค่านิยมองค์กร 3) พันธกิจ และ 4) กลยุทธ์ ใน 4 มิติ ได้แก่ นโยบายด้านการจัดการ การสื่อสารและการบริการ กระบวนการดูแล และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

นอกจากนี้ ยังพบแนวคิดหลักการและแนวปฏิบัติที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly principles and practices) ของ AHMAC (2004) ที่พัฒนาขึ้นในนามของ Australian Health Ministers' Advisory Council (AHMAC) โดยกลุ่มที่ทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในประเทศ ออสเตรเลียและได้รับการรับรองโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย 7 หลักการ ได้แก่ 1) การใช้ความรู้ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) การตระหนัก และรับรู้ถึงสภาพและร่างกายของผู้สูงอายุ 3) การรักษาและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยความเคารพ ยอมรับในความแตกต่างและความต้องการเฉพาะราย 4) การประสานการดูแลรักษาในสถานบริการ ทางสุขภาพได้อย่างทันท่วงที หรือในเวลาที่เหมาะสม 5) การหลีกเลี่ยงการรับผู้สูงอายุเข้ารักษาตัวใน โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น และหลีกเลี่ยงการขยายระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลของผู้สูงอายุที่มี ภาวะเปราะบาง 6) การให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นเป้าหมายหลักในการ ให้บริการสุขภาพ และ 7) การดูแลสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของผู้สูงอายุ

สำหรับในประเทศไทย พบว่าในปัจจุบันมีโรงพยาบาลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นทั้งในภาครัฐและ เอกชน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการทางการแพทย์ ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและ ควบคุม รวมถึงการบำบัดรักษาแก่ผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น โรงพยาบาลผู้สูงอายุ บางขุนเทียน โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท 2 โรงพยาบาลโกลเด้นเวิลด์ เป็นต้น รวมถึงโรงพยาบาลหลาย แห่ง ก็ได้ตระหนักและให้ความสำคัญกับการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเป็นนโยบายหนึ่งของโรงพยาบาล (กระทรวงสาธารณสุข, 2556) เช่น มีการดำเนินในรูปแบบของคลินิกผู้สูงอายุ และการบริการแบบ สหสาขาวิชาชีพเพื่อให้เกิดการบริการผู้สูงอายุแบบองค์รวม แต่ในขณะเดียวกัน จากจำนวน ผู้รับบริการที่เพิ่มมากขึ้นจากการเป็นสังคมผู้สูงอายุ ทำให้การเข้ารับบริการของผู้สูงอายุไม่ได้จำกัดอยู่ เพียงคลินิกผู้สูงอายุ หรือในโรงพยาบาลผู้สูงอายุเท่านั้น รวมถึงการดูแลผู้สูงอายุมีความซับซ้อนและ แตกต่างจากการดูแลในวัยอื่น จึงต้องอาศัยการทำงานร่วมกันเป็นสหสาขาวิชาชีพและมีการเชื่อมโยง กันในทุกหน่วยงานเพื่อให้เกิดการดูแลอย่างมีคุณภาพ โดยพยาบาลวิชาชีพถือเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาล ทั้งในด้านการปฏิบัติการ ด้านการวางแผนและการ บริหาร ด้านการประสานงาน และด้านการบริการ (กองการพยาบาล, 2544) นอกจากนี้ การบริหาร การพยาบาลนับเป็นหน้าที่และบทบาทสำคัญอย่างหนึ่ง ซึ่งการให้บริการพยาบาลที่มีคุณภาพและได้ มาตรฐานนั้นขึ้นอยู่กับการบริหารงานเป็นสำคัญ อีกทั้งการบริหารการพยาบาลต้องมีการดำเนินงานที่ สอดคล้องกับความต้องการทางสุขภาพและสอดคล้องกับแนวทางการบริหารของโรงพยาบาล ซึ่งจาก สถานการณ์แนวโน้มประชากรสังคมผู้สูงอายุทำให้ความต้องการบริการสุขภาพในโรงพยาบาล เปลี่ยนแปลงไป จึงมีความจำเป็นที่ผู้บริหารทางการแพทย์ต้องเตรียมความพร้อมและวางแผนใน การจัดระบบการบริการให้รับกับสภาพการเปลี่ยนแปลง เพื่อสร้างความต่อเนื่องในการให้บริการ พยาบาล ทั้งด้านการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล การจัดระบบงาน กระบวนการให้บริการการ พยาบาล และระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลในโรงพยาบาล ให้สอดคล้องและรองรับกับการ เปลี่ยนแปลงของสังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย

จากเหตุผลดังกล่าว จึงได้นำแนวคิดเรื่องหลักการและแนวปฏิบัติที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของประเทศออสเตรเลีย (AHMAC, 2004) ซึ่งเป็นแนวคิดในการดูแลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ มาบูรณาการร่วมกับแนวคิดโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของประเทศไต้หวัน (Chiou and Chen, 2009) ซึ่งเป็นแนวคิดในดำเนินงานที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในบริบทของโรงพยาบาล ประกอบด้วย การกำหนดวิสัยทัศน์ ค่านิยมองค์กร พันธกิจ และกลยุทธ์ในการดำเนินงาน ที่ครอบคลุมด้านนโยบายการบริหาร ด้านการสื่อสารและบริการ ด้านกระบวนการดูแล และด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากฉันทามติหรือข้อคิดเห็นร่วมกันของผู้เชี่ยวชาญ มาสรุปเป็นแนวทางในการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้บริหารทางการแพทย์นำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนดำเนินงานด้านการให้บริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ซึ่งจะก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ รองรับสังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคตของประเทศไทย

คำถามการวิจัย

การจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ มีลักษณะเป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

ขอบเขตของการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi technique)
2. ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 19 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติ ประกอบด้วย
 - 1) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาล ที่รับผิดชอบกำหนดนโยบายการบริหารในโรงพยาบาล จำนวน 2 คน
 - 2) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้บริการฝ่ายการพยาบาล จำนวน 5 คน
 - 3) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นและระดับกลาง จำนวน 5 คน
 - 4) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ จำนวน 5 คน
 - 5) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มสถาปนิก ที่ทำงานในบริษัทหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน
3. ตัวแปรที่ศึกษา คือ ลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

แนวเหตุผลและกรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยได้บูรณาการตามแนวคิดหลักการและแนวปฏิบัติที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly principle and practices) ของ AHMAC (2004) และโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของประเทศไต้หวัน (Taiwan's framework of Age-friendly hospital and health service) ของ Chiou and Chen (2009) ซึ่งประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) ด้านนโยบายบริหาร 2) ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ 3) ด้านสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก และ 4) ด้านคุณภาพการให้บริการ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly service characteristics) หมายถึง การจัดบริการพยาบาล ที่มีนโยบายการบริหารที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ มีการพัฒนาบุคลากรทั้งด้านพฤติกรรมบริการและความสามารถในการปฏิบัติงาน จัดสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และพัฒนาคุณภาพการให้บริการผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองความต้องการทั้งด้านมาตรฐานที่กำหนด และตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการที่เป็นผู้สูงอายุ ญาติ และผู้ดูแล

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลนำไปใช้ในการวางแผนดำเนินงานด้านการจัดบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาล
2. เป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการพัฒนาการดูแลและการให้บริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ



บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เป็นวิธีการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ผู้วิจัยได้ศึกษา ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาใช้กำหนดแนวคิดในการศึกษา โดยสรุปสาระสำคัญตามลำดับเนื้อหา ดังต่อไปนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับการเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly)

1.1 หลักการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก (Age-friendly principle) (WHO, 2004)

1.2 หลักการและแนวปฏิบัติที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly principles and practices) ของ AHMAC (2004)

2. แนวคิดโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly hospital)

2.1 แนวคิดโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของประเทศไต้หวัน (Taiwan's framework of age-friendly hospital and health service) (Chiou and Chen, 2009)

2.2 การพัฒนากรอบแนวคิดโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของประเทศเกาหลี (Development of the Korean framework for senior-friendly hospitals) (Kim, Y.S. et al, 2017)

3. นโยบายการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย

3.1 กฎกระทรวงกำหนดลักษณะและการให้บริการของสถานพยาบาล

3.2 นโยบายผู้สูงอายุในประเทศไทยและแนวโน้มการจัดระบบบริการแก่ผู้สูงอายุ

3.3 มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

4. การพยาบาลผู้สูงอายุในประเทศไทย

4.1 การบริหารองค์การบริหารพยาบาล

4.2 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุ

4.3 หลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลผู้สูงอายุ

4.4 สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ

4.5 จริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550

4.6 การพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุ

5. แนวคิดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

6. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ

7. การศึกษาวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

9. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. แนวคิดเกี่ยวกับการเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly)

1.1 หลักการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก (Age-friendly principle) (WHO, 2004)

องค์การอนามัยโลกได้ให้ความสำคัญกับประชากรสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น จึงได้เริ่มทำการศึกษากิจการบริการปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้สูงอายุและผู้ให้บริการในประเทศที่พัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา จำนวน 5 ประเทศ ได้แก่ ประเทศออสเตรเลีย แคนาดา ญี่ปุ่น มาเลเซีย และฟิลิปปินส์ ผลจากการศึกษาทำให้ทราบถึงปัญหาในระบบบริการระดับปฐมภูมิที่ยังไม่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ และนำมาซึ่งการเสนอหลักการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly principle) และแนวทางเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพขั้นปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Towards age-friendly primary health care) ขึ้นในปี ค.ศ. 2004 โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ความสำคัญและให้ความรู้แก่ผู้ให้บริการทางสุขภาพในหน่วยบริการปฐมภูมิเกี่ยวกับความต้องการเฉพาะของผู้รับบริการในกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งนี้ หลักการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly principle) นั้น สามารถนำไปปรับใช้ในการบริหารจัดการและบริการทางคลินิก การฝึกอบรมบุคลากร และการปรับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยมีหลักการดำเนินงานใน 3 ด้าน (WHO, 2004) ได้แก่

1) ด้านการให้ข้อมูล ความรู้ทักษะ และการฝึกอบรมบุคลากร (Information, education and training) ประกอบด้วย 1) บุคลากรในหน่วยบริการสุขภาพทุกคนควรได้รับการฝึกอบรมขั้นพื้นฐานในเรื่องที่เกี่ยวกับอายุ เพศ ความแตกต่างทางด้านวัฒนธรรม ความรู้ ทักษะ และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 2) บุคลากรสุขภาพควรได้รับการฝึกขั้นพื้นฐานด้านสมรรถนะหลักในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 3) ควรมีการจัดบริการที่เหมาะสมกับอายุ เพศ และวัฒนธรรม มีการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพ การจัดการเกี่ยวกับโรค และการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ 4) บุคลากรสุขภาพควรมีการทบทวนการใช้ยาทุกชนิดของผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ รวมไปถึงการรักษาการแพทย์ทางเลือก หรือการแพทย์แผนโบราณ

2) ด้านระบบการจัดการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (Healthcare management systems) ประกอบด้วย 1) หน่วยบริการสุขภาพควรปรับระบบการบริหารให้จำเพาะกับความต้องการการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ครอบคลุมถึงผู้สูงอายุที่มีการศึกษาน้อย และผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องของสมรรถภาพสมอง 2) ควรจัดให้ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย หรือมีปัญหาทางเศรษฐกิจได้รับการบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่จำเป็น 3) ควรมีระบบบริการที่มีความต่อเนื่อง เชื่อมโยงการดูแลในระดับชุมชน หรือระหว่างชุมชนกับหน่วยบริการระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ 4) ควรมีการวางแผนเพื่ออำนวยความสะดวกในการประสานงานให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการทางสังคม และบริการเยี่ยมบ้าน 5) ควรมีระบบการบันทึกที่สนับสนุนให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งการบันทึกการดูแลในระดับชุมชน ระดับทุติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ตลอดจนการจัดหาบริการทางสังคมให้แก่ผู้สูงอายุ 6) ผู้มีส่วนได้เสีย รวมถึงผู้สูงอายุ ควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนของตนเอง 7) ควรมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริการของหน่วยบริการสุขภาพ เช่น เวลาเปิดให้บริการ ตารางค่าธรรมเนียม ค่ายา และค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัย รวมถึงมีขั้นตอนในการลงทะเบียนที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

3) ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ (Physical environment) ประกอบด้วย 1) ควรออกแบบสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ โดยใช้แนวคิดอารยสถาปัตย์ (Universal design) โดยพิจารณาถึงความเป็นไปได้ และสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง 2) ควรจัดบริการขนส่งที่สะดวกและปลอดภัยสำหรับทุกคนรวมถึงผู้สูงอายุ มีการใช้แหล่งทรัพยากรในชุมชน รวมถึงการใช้อาสาสมัคร เป็นต้น 3) หน่วยบริการสุขภาพ ควรมีป้ายหรือสัญลักษณ์ต่างๆ เช่น ป้ายบอกทาง ที่สามารถอ่านและเข้าใจได้ง่าย 4) บุคลากรสุขภาพ ควรติดป้ายชื่อและมีรายชื่อบนบอร์ดที่ผู้สูงอายุสามารถมองเห็นและบ่งชี้ผู้ให้บริการได้ 5) ควรติดตั้งแสงสว่างที่เพียงพอ พื้นทางเดินไม่ลื่น จัดวางอุปกรณ์และเฟอร์นิเจอร์ต่างๆ อย่างมั่นคง ปลอดภัย รวมถึงไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน 6) ดูแลพื้นที่ภายในหน่วยบริการและบริเวณที่นั้ร่อให้สะอาดและสะดวกสบาย

สรุปได้ว่า แนวคิดหลักการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก (Age-friendly principle) (WHO, 2004) เป็นหลักในการดำเนินงานที่มุ่งเน้นการจัดการที่ตอบสนองความต้องการที่เฉพาะของผู้รับบริการในกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งพยาบาลสามารถนำไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดการบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) การให้ข้อมูล ความรู้ทักษะ และการฝึกอบรมพยาบาล เพื่อให้พยาบาลมีความรู้ความสามารถและมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงมีการจัดการที่เหมาะสมกับเพศและวัฒนธรรม 2) ระบบการจัดการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยจัดระบบในการบริหารที่จำเพาะกับความต้องการและครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่ม ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็น เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล มีการให้บริการที่ต่อเนื่องเชื่อมโยงกับชุมชนและหน่วยบริการสุขภาพทุกระดับ รวมถึงมีระบบการบันทึกและส่งต่อข้อมูลการดูแลและแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ และ 3) การจัดสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ผู้บริหารทางการพยาบาล ถือเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนให้เกิดการจัดการบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุตามแนวทางที่องค์การอนามัยโลกได้กล่าวไว้

1.2 หลักการและแนวปฏิบัติที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly principles and practices) ของ AHMAC (2004)

หลักการและแนวปฏิบัติที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ของประเทศออสเตรเลีย (Age-friendly principles and practices) เป็นแนวคิดด้านการดูแลผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพ หรือในการจัดบริการผู้สูงอายุภายในโรงพยาบาล ซึ่งถูกพัฒนาขึ้นในนามของ Australian Health Ministers' Advisory Council หรือ AHMAC โดยกลุ่มที่ทำงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในประเทศ และได้รับการรับรองโดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขของประเทศออสเตรเลียเมื่อเดือนกรกฎาคม ค.ศ. 2004 และมีการเผยแพร่โดย Victoria Government Department of Human Services เมื่อเดือนเมษายน ค.ศ. 2005 โดย Age-friendly principles and practices เป็นหลักการและแนวคิดที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมและป้องกันการเสื่อมลงของการทำหน้าที่ของร่างกาย รวมถึงคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยหลักการ 7 ประการ ได้แก่

1) การใช้ความรู้ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเอง ป้องกันการเสื่อมลงของภาวะสุขภาพ และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิต โดยมีแนวทางในการปฏิบัติ ได้แก่

1.1) การดูแลแบบองค์รวม โดยคำนึงถึงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม แม้ว่าผู้สูงอายุจะมาด้วยอาการและอาการแสดงจากภาวะฉุกเฉิน

1.2) บุคลากรที่ให้การดูแลมีการนำหลักฐานเชิงประจักษ์มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถด้านการเคลื่อนไหว ได้แก่ การป้องกันการหกล้ม การป้องกันการบาดเจ็บของผิวหนัง การส่งเสริมด้านโภชนาการ การดูแลเรื่องภาวะสับสนและภาวะสมองเสื่อม การดูแลเรื่องภาวะซึมเศร้าและการแยกตัวจากสังคม การส่งเสริมการจัดการเรื่องยา การดูแลจัดการเรื่องภาวะกลั้นปัสสาวะ/อุจจาระไม่ได้ การส่งเสริมการพึ่งพาและการจัดการตนเอง

2) การตระหนักและรับรู้ถึงสภาพและร่างกายของผู้สูงอายุ โดยมีแนวทางในการปฏิบัติ ได้แก่

2.1) มีการคัดกรองที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ สามารถคัดแยกผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพได้

2.2) ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพ ควรได้รับการประเมินจากทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบคลุมทั้งในเรื่องของ ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต ความพร้อมของผู้ดูแลหรือการบริการ และสิ่งแวดล้อมทางสังคม

2.3) ผู้สูงอายุที่คัดกรองแล้วพบว่ามีความเสี่ยงทางสุขภาพ ควรได้รับการวางแผนการดูแลอย่างรวดเร็วโดยทีมสหสาขาวิชาชีพตั้งแต่วันแรกที่นอนโรงพยาบาล โดยคำนึงถึงภาวะสุขภาพก่อนที่จะเจ็บป่วยมาโรงพยาบาล การวางแผนการดูแล และแหล่งบริการสุขภาพในชุมชนที่ให้การสนับสนุนดูแลผู้สูงอายุ

2.4) พัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชาชีพ และเป็นไปตามหลักฐานเชิงประจักษ์

2.5) การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชาชีพ โดยมีการเชื่อมโยงข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพ บุคลากรในหน่วยบริการปฐมภูมิ ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลหรือครอบครัว และแหล่งสนับสนุนในชุมชน

2.6) ให้การดูแลรักษาแก่ผู้สูงอายุ โดยเชื่อมโยงกับแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชาชีพ และการดูแลแต่เดิมที่ผู้สูงอายุเคยได้รับ

3) การรักษาและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยความเคารพ ยอมรับในความแตกต่างและความต้องการเฉพาะรายของผู้สูงอายุ เช่น ความแตกต่างทางวัฒนธรรม ศาสนา และเพศ เป็นต้น โดยมีแนวทางในการปฏิบัติ ได้แก่

3.1) ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลและแผนการรักษา

3.2) จัดบริการสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ รวมถึงความหลากหลายในเรื่องของภาษาและวัฒนธรรม รวมถึงผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชนบทห่างไกล และผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อย ซึ่งอาจรวมถึง

3.2.1) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับที่พักและบริการช่วยเหลือต่างๆ สำหรับผู้ดูแลและครอบครัว

3.2.2) ให้สิทธิแก่ผู้สูงอายุในการเข้าถึงบริการล่ามหรือผู้แปลภาษา

3.2.3) คำนึงถึงความต้องการทางด้านโภชนาการ ความเชื่อทางศาสนา และขนบธรรมเนียมประเพณี

3.3) ผู้สูงอายุที่มีภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค รวมถึงผู้ดูแล และครอบครัว ได้รับการอธิบายเกี่ยวกับอาการ แผนการรักษา ให้มีความเข้าใจที่ตรงกัน

3.4) ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล ควรมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมาย และพัฒนาแผนในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมการจัดการตนเองและทำให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3.5) สถานบริการทางสุขภาพต้องรับรู้ถึงความต้องการ และความสามารถของครอบครัว และผู้ดูแล

4) การประสานการดูแลรักษาในสถานบริการทางสุขภาพได้อย่างทันที่หรือในเวลาที่เหมาะสม โดยมีแนวทางในการปฏิบัติ ได้แก่

4.1) การประสานงานครอบคลุมทุกหน่วยงาน ทั้งแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก และอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุที่เข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและจำหน่ายกลับสู่ชุมชนที่ผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ ซึ่งรวมถึง

4.1.1) มีการเชื่อมโยงข้อมูลทางสุขภาพและการจัดการเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องในวัยสูงอายุ กับหน่วยบริการปฐมภูมิและหน่วยบริการในชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ เพื่อหลีกเลี่ยงการประเมินซ้ำและเกิดช่องว่างในการดูแล เช่น พดติกรรมแยกตัวจากสังคม การใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ การใช้ความรุนแรงในครอบครัว การทารุณกรรมผู้สูงอายุ การออกกกำลังกาย ภาวะโภชนาการ และการจัดการโรคเรื้อรังด้วยตนเอง เป็นต้น

4.1.2) การวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุตั้งแต่แรกรับ เพื่อป้องกันและลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ

4.1.3) การให้หน่วยบริการปฐมภูมิเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการจำหน่ายผู้สูงอายุ

4.1.4) การเชื่อมโยงกับหน่วยบริการปฐมภูมิที่ให้การดูแลผู้สูงอายุอยู่เดิม รวมถึงตระหนักถึงความพร้อมของบริการสนับสนุนต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

4.1.5) การประเมินความต้องการและความสามารถของผู้ดูแล ในการวางแผนระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน

4.2) การดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาและบริการทางการแพทย์เฉพาะทางอย่างรวดเร็ว ทั้งหน่วยบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

4.3) มีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติร่วมกันระหว่างหน่วยบริการปฐมภูมิและชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ชุมชน

4.4) ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีการดูแลรักษาที่ซับซ้อน ควรมีหน่วยงานหลักทำหน้าที่ในการประสานงานการดูแลรักษา

5) การหลีกเลี่ยงการรับผู้สูงอายุเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น และหลีกเลี่ยงการขยายระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลของผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง โดยมีแนวทางในการปฏิบัติ ได้แก่

5.1) หน่วยบริการปฐมภูมิ มีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

5.1.1) จัดหน่วยบริการผู้ป่วยนอกสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน หรือสถานดูแลผู้สูงอายุ และการวางแผนจำหน่ายให้เร็วที่สุด

5.1.2) พัฒนาแนวปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิและผู้ดูแลสามารถให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง

5.2) หน่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน มีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้

5.2.1) มีเครื่องมือและบุคลากรที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ โดยรวมถึง

5.2.1.1) แบบประเมินความเสี่ยงในผู้สูงอายุ เพื่อเป็นเครื่องมือในการประเมินโรคร่วมและอาการแสดงที่ไม่เฉพาะเจาะจง

5.2.1.2) คำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับอาการ ภาวะต่างๆ ของผู้สูงอายุ

5.2.1.3) การจัดพื้นที่เป็นสัดส่วนภายในห้องฉุกเฉิน โดยมีแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่คอยดูแลความปลอดภัยและความสุขสบายแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแล และเพื่อความสะดวกในการให้การรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ

5.2.2) มีช่องทางให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสมยิ่งขึ้น และหลีกเลี่ยงการรับผู้สูงอายุเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ซึ่งอาจรวมถึงการจัดหอผู้ป่วยระยะสั้นเพื่อสังเกตอาการ การส่งผู้สูงอายุกลับไปรักษาต่อที่หน่วยบริการในชุมชนที่ผู้สูงอายุรับการรักษาอยู่เดิม

6) การให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นเป้าหมายหลักในการให้บริการสุขภาพ โดยมีแนวทางในการปฏิบัติ ได้แก่

6.1) การออกแบบสภาพแวดล้อมทางกายภาพ โดยคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ ได้แก่ ความบกพร่องของสมรรถนะทางสมอง การสูญเสียการได้ยิน การมองเห็น ปัญหาการเคลื่อนไหว การเสื่อมสมรรถภาพทางกาย ภาวะโภชนาการ รวมไปถึงการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ เช่น พื้นไม่ลื่น ไข่เต๋ยที่มีระดับต่ำหรือสามารถปรับระดับความสูงได้ มีห้องน้ำที่สามารถเปิดประตูใช้งานได้ง่าย มีสถานที่ที่เงียบสงบในการประเมินผู้สูงอายุ และจัดหอผู้ป่วยที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุที่มีอาการสับสนเฉียบพลัน หรือผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรม เป็นต้น

6.2) การวางแผนให้บริการ หรือการพัฒนานโยบายและขั้นตอนต่างๆ ของสถานบริการสุขภาพ ควรคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุรวมถึงมีแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม เช่น ส่งเสริมความเป็นอิสระ ให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมต่างๆ หลีกเลี่ยงการผูกมัดผู้สูงอายุทั้งโดยการใช้ยาและการใช้อุปกรณ์ผูกยึด เป็นต้น

6.3) บุคลากรในทีมสุขภาพมีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงให้การรักษาด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีแม้ว่าผู้สูงอายุอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถตัดสินใจได้

6.4) แผนกผู้ป่วยในมีแนวทางในการจัดการ เพื่อเพิ่มอิสระและความเป็นส่วนตัวแก่ผู้สูงอายุให้มากที่สุด ซึ่งรวมถึงการส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การแต่งตัว การรับประทานอาหาร เป็นต้น

6.5) มีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ

6.6) สร้างความตระหนักในการดูแล และตระหนักถึงความต้องการของผู้สูงอายุ
แก่บุคลากรทุกระดับ

6.7) ส่งเสริมการพัฒนาความรู้ ทักษะ และความเชี่ยวชาญ แก่บุคลากรทางสุขภาพ
เพื่อให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้

7. การดูแลสุขภาพที่ตอบสนองความต้องการและความพึงพอใจของผู้สูงอายุ โดยมีแนวทาง
ในการปฏิบัติ ได้แก่

7.1) มีการขยายหน่วยบริการผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่สอดคล้องกับ
ความต้องการ และถูกรบกวนน้อยที่สุด

7.2) มีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติเกี่ยวกับสิทธิในการแสดงเจตจำนงล่วงหน้าในการ
รักษาสุขภาพของผู้สูงอายุภายใต้ข้อกำหนดทางกฎหมาย

7.3) ในวาระสุดท้ายของชีวิต ผู้สูงอายุควรได้รับการดูแลรักษาด้วยความเคารพ และการ
ตระหนักถึงความต้องการในวาระสุดท้ายภายใต้ข้อกำหนดทางกฎหมาย

สรุปได้ว่า แนวคิดหลักการและแนวปฏิบัติที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ (Age-friendly principles and practices) ของ AHMAC (2004) เป็นแนวความคิดการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล มีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริม ป้องกันการทำหน้าที่ของร่างกายเสื่อมถอยลง และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยหลักการ 7 ประการ ซึ่งพยาบาลสามารถใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการดูแลและจัดบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ได้แก่ การใช้ความรู้ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาลผู้สูงอายุ การตระหนักและรับรู้ถึงสภาพและร่างกายของผู้สูงอายุ ให้การพยาบาลและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยความเคารพ ยอมรับในความแตกต่างและความต้องการเฉพาะราย มีการประสานการดูแลรักษาในสถานบริการทางสุขภาพอย่างทันที่หรือในเวลาที่เหมาะสม หลีกเลี่ยงให้ผู้สูงอายุอยู่โรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น ให้มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ทั้งด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ขั้นตอนการบริการ บุคลากรพยาบาล และให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและประโยชน์สูงสุด ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจกับบริการพยาบาลที่ได้รับ นอกจากนี้ ผู้บริหารการพยาบาลสามารถนำหลักการและแนวปฏิบัติดังกล่าวไปใช้ในการพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาล และพัฒนาการจัดบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

2. แนวคิดโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly hospital)

2.1 แนวคิดโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของประเทศไต้หวัน (Taiwan's framework of age-friendly hospital and health service) (Chiou and Chen, 2009)

ประเทศไต้หวัน ได้มีการพัฒนากรอบการส่งเสริมสุขภาพที่ดีในผู้สูงอายุขึ้น หรือ "Taiwan's Framework of age-friendly hospital and health service" โดยแนวคิดโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเริ่มขึ้นในปี คศ. 2009 โดย Chiou, Shu-Ti และ Chen, Liang-Kung ซึ่งแนวความคิดการเป็นโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของประเทศไต้หวัน (Chiou and Chen, 2015) ประกอบด้วย

1. วิสัยทัศน์ ได้แก่ โรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ คือโรงพยาบาลที่ให้การส่งเสริมสุขภาพ ความมีศักดิ์ศรี และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ

2. ค่านิยมองค์การ ได้แก่ สุขภาพ มนุษยชาติ และสิทธิมนุษยชน

3. พันธกิจ ได้แก่ 1) เพื่อสร้างความเป็นมิตร การสนับสนุน การเคารพ การเข้าถึง สภาพแวดล้อมสถานพยาบาลที่เอื้อต่อการเยียวยาและเหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุ 2) เพื่อสร้างความปลอดภัย การส่งเสริมสุขภาพ ความมีประสิทธิภาพ เป็นองค์กรรวม ยึดผู้ป่วยเป็น ศูนย์กลาง และประสานการดูแลโดยการวางแผนร่วมกับผู้สูงอายุ 3) เพื่อเสริมสร้างพลังอำนาจในการ ดูแลสุขภาพและการดูแลตนเองของผู้สูงอายุและครอบครัว

4. กลยุทธ์ โดยกลยุทธ์ในการดำเนินงานของโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ได้แก่

4.1 นโยบายการบริหาร ประกอบด้วย

1) การพัฒนานโยบายที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ได้แก่ มีแผนคุณภาพ หรือแผนทางธุรกิจ ของโรงพยาบาลที่ระบุถึงประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ มีการเขียนนโยบายที่เป็น ลายลักษณ์อักษร โดยให้คุณค่า ส่งเสริมสุขภาพ ความมีศักดิ์ศรี และการมีส่วนร่วมในการดูแลของ ผู้สูงอายุ มีการระบุถึงหน้าที่ในการประสานงานและดำเนินการด้านนโยบายที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

2) การสนับสนุนจากองค์กร ได้แก่ การจัดงบประมาณสำหรับการจัดบริการที่เป็น มิตรกับผู้สูงอายุ การปรับปรุงระบบเทคโนโลยีสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน การ ประเมินผลนโยบายที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ การรับสมัครบุคลากรที่มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุและ ครอบครัว การฝึกอบรมบุคลากรในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับอายุ เพศ และการปฏิบัติที่ละเอียดอ่อนทาง วัฒนธรรม เพื่อเพิ่มความรู้ ทักษะ และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ และบุคลากรทางการแพทย์ควร ได้รับการฝึกสมรรถนะหลักด้านการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ ควรสนับสนุนให้บุคลากรมีส่วนร่วมใน การกำหนด ตรวจสอบ และทบทวนนโยบายที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ รวมไปถึงการที่โรงพยาบาลได้รับ รางวัลในด้านการดำเนินงานหรือการปฏิบัติที่เป็นเลิศ และมีนวัตกรรมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

3) การติดตามและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ การนำข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ มา วิเคราะห์ข้อมูลด้านคุณภาพ ความปลอดภัย และความพึงพอใจของผู้รับบริการ มีการประเมิน คุณภาพนโยบายที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ รวมถึงกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมถึงการพัฒนา วัฒนธรรมองค์การทั้งมุมมองของผู้สูงอายุและผู้ให้บริการ ตลอดจนการพัฒนาทรัพยากร ประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน และผลการดูแลรักษา

4.2 การสื่อสารและบริการ ประกอบด้วย

1) การสื่อสาร ได้แก่ บุคลากรมีการสื่อสารกับผู้สูงอายุด้วยความเคารพ ใช้ภาษาและ คำพูดที่เข้าใจง่าย มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานของโรงพยาบาล เช่น เวลาเปิดให้บริการ อัตราค่าบริการ ค่าตรวจวินิจฉัย และมีขั้นตอนการลงทะเบียนที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ มีเอกสาร และสื่อการสอนที่ได้รับการออกแบบให้เหมาะสมกับวัย มีการให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวใน ทุกขั้นตอนการดูแล เคารพในความสามารถและสิทธิในการตัดสินใจของผู้สูงอายุ 2) การบริการ ได้แก่ ปรับกระบวนการบริหารให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ครอบคลุมถึงผู้สูงอายุที่มี การศึกษาน้อย หรือมีภาวะพร่องของสมรรถภาพสมอง มีการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางการเงิน ให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม มีโครงการอาสาสมัครช่วยเหลือผู้ป่วย เช่น ช่วยต้อนรับ นำทาง ช่วย ในการอ่านหนังสือ อยู่เป็นเพื่อน หรือการช่วยเหลืออื่นๆ ตามความเหมาะสม รวมถึงส่งเสริมให้ ผู้สูงอายุในชุมชน ผู้ป่วย และครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการเป็นอาสาสมัครเพื่อให้บริการผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาล

4.3 กระบวนการดูแล ประกอบด้วย

1) การประเมินผู้ป่วย ได้แก่ มีหลักเกณฑ์และแนวทางที่เหมาะสมในการประเมินความต้องการและการตรวจคัดกรองความเสี่ยงสำหรับผู้สูงอายุ การทบทวนการใช้ยาเมื่อผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือทุกครั้งที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก การประเมินความต้องการของผู้ป่วยในครั้งแรกที่เข้ารับการรักษา มีการเก็บรักษาข้อมูลและทบทวนปรับเปลี่ยนตามความต้องการ หรือตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ และการบันทึกข้อมูลการรักษาพยาบาลลงในเวชระเบียน

2) วิธีปฏิบัติและการจัดการ ได้แก่ การให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล ถึงปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพ แผนการรักษา การปฏิบัติตัว ผลลัพธ์ที่คาดหวัง และบันทึกข้อมูลลงในเวชระเบียน การให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยง และอาการต่างๆ ของผู้สูงอายุให้แก่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล รวมทั้งหน่วยงานต่างๆ ควรมีการรวบรวมข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการบริหารความเสี่ยงไว้ในแนวทางการดูแลหรือแนวปฏิบัติ นอกจากนี้ ในการตรวจวินิจฉัยและทำหัตถการต่างๆ ควรคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ มีแนวทางในการประเมินผู้สูงอายุโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ และแนวปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูง มีระยะเวลาที่เหมาะสมในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลและการวางแผนจำหน่ายให้เร็วที่สุด

3) ความร่วมมือของชุมชนและความต่อเนื่องในการดูแล ได้แก่ มีรายชื่อหน่วยงานหรือองค์กรที่ให้บริการทางสุขภาพ และหน่วยงานทางสังคมที่ทำงานร่วมกับโรงพยาบาล มีการเขียนแผนความร่วมมือในการดูแลเป็นลายลักษณ์อักษร ผู้สูงอายุและครอบครัวได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการนัดติดตามอาการ การส่งต่อ และการจำหน่ายจากโรงพยาบาล มีการส่งต่อข้อมูลการดูแลรักษา ระหว่างหน่วยบริการอย่างทันทั่วถึง รวมถึงมีแผนในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุบันทึกไว้ในเวชระเบียน

4) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ได้แก่ การใช้แนวคิดอารยสถาปัตย์ในการออกแบบสิ่งแวดล้อมในกรณีที่สามารถทำได้ อำนวยความสะดวกในการนำส่งผู้สูงอายุไปยังสถานที่ต่างๆ ภายในโรงพยาบาล มีป้ายต่างๆ ที่สามารถอ่านและเข้าใจได้ง่าย สามารถระบุถึงบุคลากรที่ให้การดูแล เช่น การใช้ป้ายชื่อ รวมถึงมีสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ มีแสงสว่างที่เพียงพอ ใช้เฟอร์นิเจอร์ที่มั่นคง การจัดทางเดินให้โล่ง บริเวณนั่งรอสะอาด มีราวจับบริเวณทางเดิน ใช้เตียงที่มีระดับความสูงเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เป็นต้น

สรุปได้ว่า แนวคิดโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของประเทศได้วันนี้ เป็นแนวคิดในการดำเนินงานและจัดบริการแก่ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ซึ่งพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีแนวทางการจัดบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุนั้น ลักษณะของกระบวนการดูแลของพยาบาลจะประกอบด้วย 1) การประเมินผู้สูงอายุ โดยใช้แนวทางที่เหมาะสมในการประเมินและคัดกรองผู้สูงอายุ การทบทวนรายการยาที่ผู้สูงอายุใช้ การประเมินความต้องการตั้งแต่ครั้งแรกและปรับเปลี่ยนตามอาการเปลี่ยนแปลงหรือตามความต้องการ รวมถึงการบันทึกทางการแพทย์พยาบาลลงในเวชระเบียนเพื่อเป็นข้อมูลสื่อสารในทีม 2) วิธีปฏิบัติและการจัดการ โดยพยาบาลควรมีการให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล ครอบครัวภาวะสุขภาพ แผนการรักษาพยาบาล ผลลัพธ์ การลงบันทึกข้อมูล

ในเวชระเบียน รวมถึงการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลผู้สูงอายุแก่บุคลากรในโรงพยาบาล มีการรวบรวมข้อมูลการดำเนินงานเพื่อเป็นแนวทางการดูแลหรือแนวปฏิบัติ การประเมินผู้สูงอายุ ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุให้เร็วที่สุด 3) มีการประสานความร่วมมือกับชุมชนที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ส่งต่อข้อมูลการรักษาพยาบาลอย่างทันท่วงที ให้คำแนะนำการนัดติดตามอาการ การส่งต่อ และการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว 4) การจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การจัดแสงสว่างที่เพียงพอ จัดทางเดินในหอผู้ป่วยให้โล่ง ไม่มีสิ่งกีดขวาง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเคลื่อนไหวได้อย่างสะดวก ไม่เสี่ยงต่อการหกล้ม เป็นต้น นอกจากนี้ ผู้บริหารทางการแพทย์สามารถใช้เป็นแนวทางในการสนับสนุนให้เกิดการจัดบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ทั้งการกำหนดวิสัยทัศน์ ค่านิยมองค์กร พันธกิจ และนำไปพัฒนาบุคลากรทางพยาบาล ทั้งในด้านนโยบายการบริหาร การสื่อสารและบริการ กระบวนการดูแล และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

2.2 การพัฒนากรอบแนวคิดโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของประเทศเกาหลี (Development of the Korean framework for senior-friendly hospitals) (Kim, Y.S. et al, 2017)

ในประเทศเกาหลี คิมและคณะ (Kim et al., 2017) ได้ศึกษาการพัฒนากรอบแนวคิดในการเป็นโรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุขึ้น โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) กลุ่มตัวอย่างคือ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในการตรวจและรับรองมาตรฐานทางการแพทย์ จำนวน 15 คน ผลการวิจัย พบว่า กรอบแนวคิดในการทำงานสำหรับโรงพยาบาลผู้สูงอายุในประเทศเกาหลี ประกอบไปด้วย 4 ส่วนที่สำคัญ แบ่งออกเป็น 11 หมวดย่อย และ 67 มาตรฐาน ได้แก่

1. นโยบายการบริหาร ประกอบด้วย

1) การพัฒนาโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ได้แก่ มีนโยบาย ขั้นตอนการดำเนินงาน พัฒนานโยบายที่เป็นมิตรกับอายุเป็นลายลักษณ์อักษร โดยให้ความสำคัญด้านการส่งเสริมสุขภาพ ศักดิ์ศรี และการมีส่วนร่วมในการดูแลของผู้สูงอายุ แผนคุณภาพและแผนธุรกิจในปัจจุบันขององค์กรระบุถึงการดูแลสุขภาพและความเป็นมิตรกับผู้สูงอายุเป็นหนึ่งในประเด็นที่มีความสำคัญ มีหน่วยงานบริหารทำหน้าที่ในการประสานงานและดำเนินการตามนโยบายที่เป็นมิตรกับอายุ

2) การสนับสนุนจากองค์กร ได้แก่ มีงบประมาณสำหรับการจัดบริการที่เป็นมิตรกับอายุ และสำหรับจัดซื้ออุปกรณ์ต่างๆ ปรับปรุงระบบสารสนเทศเพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน การประสานงาน และการประเมินผลนโยบายที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ มีเจ้าหน้าที่มีคุณสมบัติในการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัว พนักงานทุกคนได้รับการฝึกขั้นพื้นฐานในเรื่องของอายุ เพศ และการปฏิบัติที่มีความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรม ความรู้ ทักษะ และทักษะ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานทางคลินิกที่ให้การดูแลผู้สูงอายุทุกคนได้รับการฝึกขั้นพื้นฐานด้านสมรรถนะหลักในการดูแลผู้สูงอายุ ส่งเสริมให้มีแนวปฏิบัติที่ดีที่สุด และมีนวัตกรรมบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ พนักงานมีส่วนร่วมในการ กำหนด ตรวจสอบ และทบทวนนโยบายที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

3) การติดตามและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ มีแผนพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ มีการจัดทำแนวทางสำหรับการประเมินคุณภาพของนโยบายและกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยเน้นการพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรทั้งมุมมองของผู้สูงอายุและผู้ให้บริการ ตลอดจนการพัฒนา

ทรัพยากร คุณภาพในการปฏิบัติงาน และผลลัพธ์ของการดูแล ให้การสนับสนุนด้านทรัพยากรที่จำเป็นสำหรับการปรับปรุงคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย มีการนำข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ มาทำการวิเคราะห์ในการประเมินคุณภาพ ความปลอดภัย และความพึงพอใจของผู้ป่วยตามความเหมาะสม มีการประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของผู้ป่วยและครอบครัว และการจัดการเกี่ยวกับความพึงพอใจของผู้สูงอายุ รวมถึงรายงานผลคะแนนความพึงพอใจให้แก่ผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องทราบ

2. กระบวนการดูแล ประกอบด้วย

1) การประเมินผู้ป่วย ได้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ ตั้งแต่แรกเริ่ม เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ครอบคลุมถึงวิถีชีวิต ภาวะโภชนาการ การป้องกันการหกล้ม เป็นต้น มีการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่วันแรกที่เข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล มีแนวทางในการประเมินความต้องการการดูแลสุขภาพ การจัดการเกี่ยวกับโรค การฟื้นฟูสุขภาพ และลงบันทึกข้อมูลในเวชระเบียน มีแนวทางในการคัดกรองความเสี่ยงสูงสำหรับผู้สูงอายุ แพทย์มีการลงบันทึกข้อมูลการประเมินผู้สูงอายุที่มาตรวจครั้งแรกที่แผนกผู้ป่วยนอก มีการทบทวนรายการยาที่ผู้สูงอายุใช้เมื่อเข้านอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือทุกครั้งที่มาตรวจในแผนกผู้ป่วยนอก มีการประเมินความต้องการของผู้สูงอายุตั้งแต่ครั้งแรกที่เข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาล และมีการทบทวนปรับเปลี่ยนตามความต้องการ หรือตามอาการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

2) การจัดการและการดูแล ได้แก่ แพทย์มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ผู้ดูแล เกี่ยวกับภาวะสุขภาพ รวมถึงเปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล มีการทบทวนแผนการดูแลรักษาตามอาการเปลี่ยนแปลง ลงบันทึกการรักษา ผลที่คาดว่าจะได้รับ และการประเมินผลการรักษาลงในแฟ้มเวชระเบียน มีข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและข้อมูลความเสี่ยงทางสุขภาพสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว และเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล บันทึกข้อมูลที่ให้กับผู้ป่วยและผู้ดูแลลงในแฟ้มเวชระเบียน มีการรวมข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการบริหารความเสี่ยงไว้ในแนวปฏิบัติหรือแนวทางการดูแลตามความเหมาะสม ในการตรวจวินิจฉัยและการทำหัตถการควรคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกี่ยวข้องกับอายุ ความอดทน ความสามารถของผู้สูงอายุ และให้การดูแลรักษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

3) ความร่วมมือกับชุมชนและการดูแลอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ มีรายชื่อหน่วยบริการทางสุขภาพและองค์กรทางสังคมที่ทำงานร่วมกับโรงพยาบาล ให้ข้อมูลผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับหน่วยบริการทางสุขภาพและบริการทางสังคมอื่น ๆ ในกรณีการส่งต่อการรักษา เจ้าหน้าที่ที่ให้การดูแลต้องมีคุณสมบัติในการส่งต่อผู้ป่วย รวมถึงโรงพยาบาลมีกระบวนการในการดำเนินงาน มีการเขียนแผนความร่วมมือกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีข้อตกลงเกี่ยวกับการแลกเปลี่ยนข้อมูลผู้ป่วยระหว่างสถานพยาบาล มีการให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย ครอบครัว หรือผู้ดูแลเกี่ยวกับการนัดหมายติดตามอาการ การส่งต่อการรักษา หรือการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการสรุปข้อมูลการรักษาพยาบาลเพื่อส่งไปยังสถานพยาบาลที่รับตัวผู้สูงอายุไปรักษาต่ออย่างทันท่วงที นอกจากนี้ อาจมีแผนในการฟื้นฟูสุขภาพบันทึกไว้ในเวชระเบียน และการให้บริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

4) การจัดการทางจริยธรรม ได้แก่ มีแนวทางเกี่ยวกับคำสั่งปฏิเสธการกู้ชีพที่ผู้ป่วยหรือผู้มีอำนาจแทนผู้ป่วยได้ทำไว้กับโรงพยาบาลหรือผู้ให้การรักษา กระบวนการจัดการหรือรับมือกับปัญหาเมื่อพบการทารุณกรรมในผู้สูงอายุ

3. การสื่อสารและการบริการ ประกอบด้วย

1) การสื่อสาร ได้แก่ การพูดคุยกับผู้สูงอายุด้วยความเคารพ ใช้ภาษาและคำพูดที่เข้าใจง่าย มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงาน เช่น เวลาเปิดให้บริการ อัตราค่าใช้จ่าย จัดขั้นตอนการลงทะเบียนให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น จัดสื่อการสอนที่ออกแบบมาสำหรับผู้สูงอายุ เช่น การใช้รูปภาพ รวมถึงมีการให้ข้อมูลอย่างเพียงพอแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในทุกขั้นตอนการดูแลเคารพความสามารถและสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาของผู้สูงอายุ

2) การบริการ ได้แก่ ปรับแนวทางในการบริหารให้สอดคล้องกับความต้องการที่เฉพาะของผู้สูงอายุ ครอบคลุมถึงผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาน้อย หรือมีภาวะพร่องของสมรรถภาพสมอง ให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการเงินให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม มีโครงการอาสาสมัครเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ที่มาติดต่อ เช่น ช่วยต้อนรับ นำทาง นำส่ง ช่วยในการอ่านและเขียนหนังสือ อยู่เป็นเพื่อน หรือให้ความช่วยเหลืออื่นๆ ตามความเหมาะสมทั้งในแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีโครงการอาสาสมัครที่เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุในชุมชน ผู้ป่วย และครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม

4. สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ประกอบด้วย

1) สิ่งแวดล้อมทั่วไปและอุปกรณ์ต่างๆ ได้แก่ มีนโยบายเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวกที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เช่น ใช้แนวทางอารยสถาปัตย์หรือการออกแบบเพื่อทุกคนในการจัดสิ่งแวดลอมสำหรับผู้สูงอายุ มีสิ่งอำนวยความสะดวกซึ่งรวมไปถึงพื้นที่นั่งรอที่สะอาดและสะดวกสบาย จัดให้มีแสงสว่างที่เพียงพอ พื้นกันลื่น เฟอร์นิเจอร์ที่มั่นคง และการจัดทางเดินให้โล่ง ไม่มีสิ่งกีดขวาง มีห้องน้ำและสิ่งอำนวยความสะดวกในห้องอาบน้ำสำหรับผู้สูงอายุ เตียงมีระบบเตือนภัยฉุกเฉิน มีราวจับทางเดิน ความสูงของเตียงเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

2) การขนส่ง ได้แก่ มีการเชื่อมต่อการขนส่งที่สะดวกไปยังสถานพยาบาล บริเวณประตูทางเข้าโรงพยาบาลมีพื้นที่สำหรับการรับส่งผู้สูงอายุและจัดพนักงานคอยให้ความช่วยเหลือ จัดพื้นที่สำหรับขึ้นและลงรถสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพอย่างเพียงพอ รวมถึงมีอุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนย้าย เช่น รถนั่ง เป็นต้น

3) ป้ายบอกทางและการบ่งชี้ ได้แก่ มีป้ายที่อ่านได้ง่าย เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถทราบถึงบริการต่างๆ รวมถึงการใช้สัญลักษณ์บอกทิศทางที่ผู้สูงอายุเข้าใจได้ง่าย บุคลากรมีการติดป้ายชื่อเพื่อให้สามารถบ่งชี้เจ้าหน้าที่ได้

สรุปได้ว่า กรอบแนวคิดในการทำงานสำหรับโรงพยาบาลผู้สูงอายุในประเทศเกาหลี เป็นแนวคิดในการดำเนินงานและจัดบริการแก่ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ซึ่งพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลที่มีแนวทางการจัดบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุสามารถนำไปเป็นแนวทางในการดำเนินงานและจัดบริการ ทั้งในด้านกระบวนการ ซึ่งครอบคลุมถึงการประเมินผู้สูงอายุ การจัดการและการดูแล ความร่วมมือกับชุมชนและการดูแลอย่างต่อเนื่อง และการจัดการทางจริยธรรม นอกจากนี้ ยังสามารถใช้เป็นแนวทางพัฒนาด้านการสื่อสารและการบริการ รวมถึงการจัดสิ่งแวดลอมทางกายภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

3. นโยบายการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย

3.1 กฎกระทรวงกำหนดลักษณะและการให้บริการของสถานพยาบาล

จากกฎกระทรวง กำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล พ.ศ. 2558 ในกฎกระทรวงนี้ “สถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน” หมายความว่า สถานพยาบาลประเภทโรงพยาบาล ซึ่งโรงพยาบาลผู้สูงอายุจัดเป็น “โรงพยาบาลเฉพาะประเภทผู้ป่วย” หมายความว่า โรงพยาบาลที่จัดให้มีการประกอบวิชาชีพ ตามลักษณะเฉพาะประเภทผู้ป่วย ซึ่งดำเนินการโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม

ในหมวด 2 ได้กำหนดลักษณะโดยทั่วไปและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน ดังนี้

ข้อ 6 โรงพยาบาลต้องมีลักษณะโดยทั่วไป ดังต่อไปนี้ 1) ตั้งอยู่ในทำเลที่สะดวก ปลอดภัย และไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ 2) โครงสร้างของอาคารต้องไม่ติดกับอาคารหรือสิ่งปลูกสร้างอื่น 3) อาคารที่ให้บริการผู้ป่วยตั้งแต่สามชั้นขึ้นไป จะต้องมิลิฟท์บรรทุกเตียงผู้ป่วยอย่างน้อยหนึ่งตัว และเพิ่มขึ้นตามความเหมาะสมของจำนวนเตียง หรือมีทางลาดเอียงเพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย 4) ทางสัญจรร่วมในส่วนที่ให้บริการผู้ป่วย ซึ่งต้องมีการขนส่งผู้ป่วยโดยเตียงเข็น ต้องกว้างไม่น้อยกว่าสองเมตร ถ้ามีระดับพื้นสูงต่ำไม่เท่ากัน ต้องมีทางลาดเอียงซึ่งมีความชันไม่เกินสิบห้าองศา 5) ต้องจัดสถานที่และอุปกรณ์อำนวยความสะดวกที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและผู้พิการ แต่ละประเภท โดยอย่างน้อยต้องมีทางลาดเอียง ราวเกาะ และห้องน้ำสำหรับผู้พิการ และ 6) กรณีที่มีการจัดสถานที่เพื่อกิจการอื่นซึ่งเป็นการอำนวยความสะดวกแก่ผู้มาใช้บริการ เช่น ร้านอาหาร ร้านขายของ ให้กระทำได้โดยอยู่ในขอบเขตที่เหมาะสมและเพียงพอสำหรับการให้บริการที่จำเป็นแก่ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ และผู้มาใช้บริการของโรงพยาบาลนั้นๆ ทั้งนี้ การจัดบริการอื่นดังกล่าวจะต้องไม่อยู่ในบริเวณแผนกผู้ป่วยในและแยกเป็นสัดส่วนโดยไม่ปะปนกับการให้บริการในบริเวณ แผนกผู้ป่วยนอก

ข้อ 7 โรงพยาบาลต้องมีลักษณะการให้บริการ ดังต่อไปนี้ 1) มีความปลอดภัย มีความสะดวก และเหมาะสมต่อผู้ให้บริการและผู้รับบริการในการประกอบวิชาชีพตามประเภทและสาขานั้น 2) ได้มาตรฐานการประกอบวิชาชีพที่สภาวิชาชีพหรือคณะกรรมการวิชาชีพประกาศกำหนดแล้วแต่กรณี 3) ได้รับอนุญาตเป็นอาคารสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยควบคุมอาคาร 4) มีลักษณะถูกสุขลักษณะตามกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข 5) มีลักษณะเป็นไปตามกฎหมายว่าด้วยการผังเมือง และ 6) มีรายงานการวิเคราะห์ผลกระทบสิ่งแวดล้อมที่ได้รับความเห็นชอบตามกฎหมายว่าด้วยการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม

ข้อ 14 โรงพยาบาลเฉพาะประเภทผู้ป่วย ต้องประกอบด้วยหน่วยบริการและระบบสนับสนุนการให้บริการ ดังต่อไปนี้ 1) แผนกเวชระเบียน 2) แผนกผู้ป่วยนอก 3) แผนกผู้ป่วยใน 4) แผนกผู้ป่วยฉุกเฉิน 5) แผนกเภสัชกรรม 6) แผนกเทคนิคการแพทย์ 7) แผนกรังสีวิทยา 8) ระบบรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน 9) ระบบควบคุมการติดเชื้อ 10) ระบบไฟฟ้าสำรอง 11) ระบบน้ำสำรอง และ 12) หน่วยบริการหรือระบบสนับสนุนการให้บริการอื่นตามที่แจ้งไว้ในการขออนุญาต โดยโรงพยาบาลเฉพาะประเภทผู้ป่วยขนาดเล็กอาจไม่มีหน่วยบริการตามข้อที่ 6) หรือ 7) แต่จะต้องจัดให้มีบริการเท่าที่จำเป็นได้

สรุปได้ว่า จากกฎกระทรวง กำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาลในปัจจุบัน เป็นการกำหนดลักษณะโดยทั่วไปและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาลประเภทที่รับผู้ป่วยไว้ค้างคืน โดยยังไม่ได้มีการกำหนดของโรงพยาบาลเฉพาะประเภทผู้ป่วย หรือโรงพยาบาลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ

3.2 นโยบายผู้สูงอายุในประเทศไทยและแนวโน้มการจัดระบบบริการผู้สูงอายุ

ประเทศไทยให้ความสำคัญและพัฒนาการทำงานด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ภายหลังจากการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุองค์การสหประชาชาติที่กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ในปี พ.ศ. 2525 โดยในปี พ.ศ. 2542 ได้มีการจัดทำปฏิญญาผู้สูงอายุไทยขึ้น ซึ่งถือเป็นการยอมรับในข้อพึงปฏิบัติสำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ์ ต่อมาได้มีการจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2525-2544) และร่างพระราชบัญญัติผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2546 มีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2551 และแก้ไขเพิ่มเติมเป็นพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2553) ปัจจุบัน ภายใต้ร่างพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ ฉบับที่ 3 (พ.ศ. 2560) ได้มีการกำหนดสิทธิทางด้านสุขภาพไว้ดังนี้

1) พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 (ฉบับแก้ไข พ.ศ. 2560) โดยมีมาตราหลักที่ผู้สูงอายุ ซึ่งหมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมีสัญชาติไทยจะได้รับสิทธิทางสุขภาพ ดังนี้

มาตรา 11 ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนด้านต่างๆ ดังนี้ (1) การบริการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขที่จัดไว้ให้โดยความสะดวกและรวดเร็ว เป็นกรณีพิเศษ

ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการประกาศกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรองรับมาตราดังกล่าว และมีผลบังคับใช้มาตั้งแต่วันที่ 7 กรกฎาคม พ.ศ. 2548 โดยให้หน่วยบริการสุขภาพระดับโรงพยาบาลรัฐจัดช่องทางพิเศษสำหรับผู้สูงอายุที่แผนกผู้ป่วยนอก เพื่อให้ได้รับบริการที่สะดวกและรวดเร็ว

2) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552

ในแผนฉบับนี้มีวิสัยทัศน์ว่า ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ต่อสังคมและสมควรส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด แต่ในกรณีที่ตกอยู่ในภาวะต้องพึ่งพิงผู้อื่น ครอบครัวและชุมชนต้องเป็นด่านแรกในการเกื้อกูล เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ โดยมีสวัสดิการจากรัฐเป็นระบบเสริมเพื่อให้เกิดหลักประกันในวัยสูงอายุและความมั่นคงของสังคม

วัตถุประสงค์

(1) เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ด้วยการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า มีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ และมีหลักประกันที่มั่นคง

(2) เพื่อสร้างจิตสำนึกให้สังคมไทยตระหนักถึงผู้สูงอายุในฐานะบุคคลที่มีประโยชน์ต่อส่วนรวม และส่งเสริมให้คงคุณค่าไว้ให้นานที่สุด

(3) เพื่อให้ประชากรทุกคนตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมการ และมีการเตรียมความพร้อมเพื่อการเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

(4) เพื่อให้ประชาชนครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น องค์กรภาครัฐ และเอกชน ตระหนักและมีส่วนร่วมในการกิจด้านผู้สูงอายุ

(5) เพื่อให้มีกรอบและแนวทางการปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุสำหรับทุกภาคส่วน ที่เกี่ยวข้อง อันจะนำไปสู่การบูรณาการงานด้านผู้สูงอายุ

โดยแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ แบ่งออกเป็น 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัย สูงอายุที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยุทธศาสตร์ด้านการส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ โดยมี มาตรการหลักประกันด้านสุขภาพ ได้แก่ ส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางสุขภาพและการตรวจสุขภาพ ประจำป้อย่างทั่วถึง การให้วัคซีนที่จำเป็นตามมาตรฐาน การป้องกันและส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ และมาตรการระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน ได้แก่ ส่งเสริมให้โรงพยาบาลของรัฐและเอกชน มีบริการแพทย์ทางเลือก การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ยุทธศาสตร์ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาผู้สูงอายุ อย่างบูรณาการระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ โดยมีมาตรการส่งเสริมและสนับสนุน การพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ ให้มีการผลิตหรือฝึกอบรมบุคลากรด้านผู้สูงอายุทั้งในระดับวิชาชีพ และผู้ดูแลทั่วไปเพื่อให้เพียงพอและมีมาตรฐาน รวมถึงมีการกำหนดแผนในการผลิตบุคลากรด้าน ผู้สูงอายุให้เหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของประเทศและดำเนินการติดตามอย่างต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ยุทธศาสตร์ด้านการประมวล พัฒนา และเผยแพร่องค์ความรู้ ด้านผู้สูงอายุ และการติดตามประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

3) พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550

มาตรา 3 ในพระราชบัญญัตินี้ “สุขภาพ” หมายความว่า ภาวะของมนุษย์ที่ สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

มาตรา 6 ได้กล่าวถึงภาวะสุขภาพของสุขภาพของเด็ก คนพิการ คนสูงอายุ คนด้อยโอกาสในสังคมและกลุ่มคนต่าง ๆ ที่มีความจำเป็นในเรื่องสุขภาพต้องได้รับการสร้างเสริม และคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสม

มาตรา 47 ธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ มีสาระสำคัญเกี่ยวกับการ สร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ การบริการสาธารณสุขและ การควบคุมคุณภาพ การส่งเสริม สนับสนุน การใช้และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทย การแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ การสร้างและเผยแพร่องค์ความรู้ ด้านสุขภาพ การผลิตและการพัฒนาบุคลากรด้านสาธารณสุข

จากพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และแผนผู้สูงอายุฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับ ปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 สะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ รวมถึงสิทธิของผู้สูงอายุ ในด้านระบบบริการสาธารณสุข ดังนั้น การจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุจึงต้องสอดคล้องกับปัญหา และคำนึงถึงความต้องการของกลุ่มผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุ รวมถึงมีการวางแผนผลิตและพัฒนา

บุคลากรด้านสุขภาพให้มีความรู้ความเชี่ยวชาญ มีการให้บริการที่มีคุณภาพและมาตรฐาน โดยเป้าหมายสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ คือการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ สามารถพึ่งพาตนเองได้ และครอบครัว ชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล รวมถึงมีการสนับสนุนจากภาครัฐ เพื่อให้เกิดความมั่นคงของสังคมผู้สูงอายุในประเทศไทย

4) แนวโน้มการจัดระบบบริการผู้สูงอายุ

ประเทศไทยได้นำระบบการดูแลผู้สูงอายุในระดับชุมชนมาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 โดยระบุไว้ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (2545-2564) ยุทธศาสตร์ที่ 3 ระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีมาตรการด้านครอบครัวผู้ดูแลและการคุ้มครอง การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวให้นานที่สุด ส่งเสริมค่านิยมในการอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุ ส่งเสริมศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุของสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแล และมาตรการระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน โดยการจัดตั้งและพัฒนาบริการทางสุขภาพและทางสังคม รวมทั้งระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว ในชุมชนที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุ โดยเน้นบริการถึงบ้านและมีการสอดประสานกันระหว่างบริการทางสุขภาพและทางสังคม ครอบคลุมบริการสนับสนุนการดูแลระยะยาว ระบบประกันสังคม การดูแลโรคเรื้อรังที่สำคัญ มีอาสาสมัครในชุมชน และการสนับสนุนให้ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ

ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุข (2548) ได้พัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุ โดยมีมาตรการที่สำคัญ ได้แก่ การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ หอผู้ป่วยสูงอายุ และสถานบริการสุขภาพเรื้อรังสำหรับผู้สูงอายุ (Long term care) ให้เพียงพอและรองรับปัญหาในผู้สูงอายุ มีการจัดบริการแพทย์ทางเลือก สนับสนุนให้เอกชนจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ รวมถึงจัดทำมาตรฐานและรับรองสถานบริการผู้สูงอายุ จัดตั้งอำนวยการความสะดวกในสถานบริการสุขภาพ นอกจากนี้ ยังมุ่งเน้นการพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุผ่านกลไกการส่งเสริมระบบบริการปฐมภูมิ

ปัจจุบัน รูปแบบการบริการผู้สูงอายุมีหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับระดับความต้องการช่วยเหลือของผู้สูงอายุและลักษณะของสถานบริการ โดยมีผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชน (ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ และคณะ, 2552) ได้แก่ 1) สถานพยาบาลหรือสถานบริบาล 2) บ้านพักคนชรา 3) สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต 4) สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 5) ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ 6) สถานดูแลชั่วคราว 7) สถานที่ให้บริการผู้สูงอายุที่เกษียณจากงาน 8) ครอบครัวทดแทนชั่วคราว 9) การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน 10) บริการโดยชุมชน และ 10) โรงพยาบาล ซึ่งเป็นสถานที่ให้บริการรักษาทางการแพทย์ที่อาจมีทั้งคลินิกผู้สูงอายุ และหอผู้ป่วยผู้สูงอายุ โดยในปัจจุบัน พบว่า โรงพยาบาลภาครัฐและเอกชนหลายแห่งมีการดำเนินการให้บริการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เช่น โรงพยาบาลกล้วยน้ำไท 2 เป็นโรงพยาบาลผู้สูงอายุที่บริการดูแลผู้สูงอายุระยะสั้นและระยะยาว ที่ได้รับการรับรองมาตรฐานในระดับโลก (JCI) แห่งแรกของประเทศไทยและอาเซียน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีการก่อตั้งศูนย์ความเป็นเลิศทางการแพทย์ด้านการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเป็นศูนย์การแพทย์ต้นแบบของสังคมไทยในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการครบวงจรและรองรับสังคมผู้สูงอายุ เป็นต้น

3.3 มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2556)

ในสถานพยาบาล ประเทศไทยมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ โดยการพัฒนาบุคลากรและระบบการดูแลสุขภาพ คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพถือเป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญในการ

พัฒนาปรับเปลี่ยนการบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาล เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและอนาคต โดยเริ่มต้นที่แผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งจากเดิมการดูแลรักษาเป็นรายโรค (Disease management) นั้น ไม่สามารถที่จะแก้ปัญหาผู้สูงอายุได้ครบทุกมิติ จึงต้องอาศัยการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม (Comprehensive geriatric assessment) เพื่อให้บริการดูแลผู้สูงอายุตามภาวะสุขภาพและครบทุกมิติ สอดคล้องกับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 ที่มีมาตรการการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไป และสอดคล้องกับนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขที่ให้มีคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 70

ภายใต้แผนงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ได้มีการจัดทำมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพขึ้น โดยมีเป้าเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีคุณภาพในโรงพยาบาล และเพิ่มศักยภาพในการคัดกรองโรคเรื้อรังต่างๆ ในระยะเริ่มแรก ทำให้การป้องกัน รักษา และส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง รวมถึงการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ประกอบด้วย

1) มาตรฐานด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สถานที่ให้บริการควรมีความเป็นสัดส่วน มีการประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุทราบถึงสถานที่และการให้บริการ เช่น วันเวลาที่เปิด ขั้นตอนในการบริการ ส่วนในด้านสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ควรมีโครงสร้างที่เอื้ออำนวยความสะดวกต่อผู้สูงอายุ (Elderly friendly environment) เช่น มีป้ายบ่งชี้หน่วยบริการที่ชัดเจน มีทางลาดที่ได้มาตรฐาน หียงน้ำสำหรับผู้สูงอายุ ราวจับทางเดิน เป็นต้น

2) มาตรฐานด้านบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรงและบุคลากรร่วมปฏิบัติงาน ได้แก่ สถานที่ให้บริการควรมีแพทย์หรือพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบประจำ และอาจมีวิชาชีพอื่นๆ ร่วมเป็นทีมดำเนินงาน ซึ่งบุคลากรที่ทำหน้าที่รับผิดชอบควรมีองค์ความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และหน่วยงานให้การสนับสนุนเพิ่มพูนความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแก่บุคลากรอย่างสม่ำเสมอ

3) มาตรฐานกระบวนการดำเนินงานโดยคลินิกผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การกำหนดข้อบ่งชี้และเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้สูงอายุ การบันทึกข้อมูลผู้สูงอายุควรมีแบบฟอร์มการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ การประเมินกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) โดยใช้แบบประเมินที่เป็นมาตรฐาน รวมถึงมีระบบในการส่งต่อข้อมูลไปยังหน่วยบริการอื่น และมีการสรุปผลการดำเนินงานของคลินิก โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นประจำทุกเดือน

4) มาตรฐานกระบวนการประเมินผลและติดตาม ได้แก่ ควรมีการติดตามประเมินผลการรักษาผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ โดยเฉพาะกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง รวมถึงมีการประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป และมีการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ เพื่อนำไปปรับปรุงการจัดการให้ดียิ่งขึ้น

สรุปได้ว่า แนวคิดมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2556) เป็นแนวคิดการให้บริการดูแลผู้สูงอายุตามภาวะสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลครบทุกมิติ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวมีลักษณะการให้บริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยเป็นการจัดบริการในแผนกผู้ป่วย

นอกหรือคลินิก ซึ่งมีการดำเนินงานใน 4 มาตรฐาน ได้แก่ ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม ด้านบุคลากร ที่รับผิดชอบโดยตรงและบุคลากรร่วมปฏิบัติงาน ด้านกระบวนการดำเนินงาน และด้านกระบวนการ ประเมินผลและติดตาม ซึ่งปัจจุบันพบว่ายังไม่ครอบคลุมการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

4. การพยาบาลผู้สูงอายุในประเทศไทย

4.1 การบริหารองค์กรพยาบาล

สภาการพยาบาล (2562) ได้กำหนดมาตรฐานการพยาบาลให้เป็นมาตรฐานหลักของบริการ การพยาบาลในสถานบริการด้านการสาธารณสุข เพื่อให้หน่วยงานนำไปใช้ในการสร้างมาตรฐานที่ เฉพาะเจาะจงสำหรับแต่ละหน่วยงาน และนำไปสู่การบริการการพยาบาลที่มีคุณภาพและมาตรฐาน โดยมาตรฐานการพยาบาล ประกอบด้วย 3 หมวด ได้แก่ 1) มาตรฐานเชิงโครงสร้าง หมวดที่ 1 การ บริหารองค์กรพยาบาล 2) มาตรฐานเชิงกระบวนการ หมวดที่ 2 การปฏิบัติการพยาบาล และ 3) มาตรฐานเชิงผลลัพธ์ หมวดที่ 3 ผลลัพธ์การพยาบาล

มาตรฐานการบริหารองค์กรพยาบาล เป็นแนวทางการกำหนดระบบการจัดองค์กรเพื่อการ บริหารองค์กรพยาบาล การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล การจัดระบบงาน และกระบวนการ ให้บริการการพยาบาลและระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ประกอบด้วยมาตรฐานย่อยจำนวน 4 มาตรฐาน มีรายละเอียดดังนี้

มาตรฐานที่ 1 องค์กรและการบริหารองค์กร ประกอบด้วย 1) มีองค์กรพยาบาลใน โครงสร้างการบริหารของสถานพยาบาลที่ขึ้นตรงต่อผู้บริหารสูงสุดของสถานพยาบาลเพื่อทำหน้าที่ บริหารจัดการงานการพยาบาล 2) มีองค์กรพยาบาลเพียงองค์กรเดียวในสถานพยาบาลและมีการ กำหนดโครงสร้างการบริหารงานองค์กรพยาบาลที่ชัดเจน 3) มีผู้บริหารสูงสุดขององค์กรเป็น ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง และมีหน้าที่ควบคุมกำกับพยาบาลและ บุคลากรทางการพยาบาลทุกระดับที่อยู่ในโครงสร้างองค์กรพยาบาล 4) มีการกำหนดบทบาทอำนาจ หน้าที่ของผู้บริหารการพยาบาลทุกระดับชัดเจน 5) มีปรัชญา พันธกิจ วิสัยทัศน์ นโยบายและ แผนงานด้านการพยาบาลที่ชัดเจนในการจัดและส่งเสริมคุณภาพบริการการพยาบาล 6) มี งบประมาณเพียงพอในการบริหารจัดการงานการพยาบาลและการพัฒนาบุคลากร 7) มีการกำหนด ระบบและกลไกการดำเนินงานที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรและการประสานความร่วมมือ ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และ 8) มีระบบการส่งเสริมเอกสิทธิ์ในการปฏิบัติการพยาบาล การ ค้ำครองและพิทักษ์สิทธิของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล

มาตรฐานที่ 2 ทรัพยากรและสิ่งสนับสนุน ประกอบด้วย 1) มีพยาบาลและบุคลากร ทางการพยาบาลที่เพียงพอทั้งจำนวน คุณสมบัติ และสมรรถนะเหมาะสมกับลักษณะงาน 2) มีการ กำหนดคุณสมบัติ บทบาทหน้าที่ และความรับผิดชอบของพยาบาลและบุคลากรทางการพยาบาลใน แต่ละตำแหน่ง 3) มีระบบและกลไกการคัดสรรและพัฒนาบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ 4) มีการบริหาร จัดการอัตรากำลังพยาบาลและบุคลากรทางการพยาบาลต่อผู้รับบริการ เป็นไปตามเกณฑ์ที่สภาการ พยาบาลกำหนด 5) มีการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรที่โปร่งใสและ เป็นธรรม 6) มีแผนการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับทิศทางและเป้าหมาย การพัฒนาขององค์กร 7) มีบรรยากาศและสิ่งแวดล้อมในการปฏิบัติงานที่เหมาะสมปลอดภัย ทั้งด้าน

ร่างกายและจิตใจของพยาบาลและบุคลากรทางการพยาบาล 8) มีสิ่งสนับสนุนการปฏิบัติงานของพยาบาลและบุคลากรทางการพยาบาลตามมาตรฐานวิชาชีพ 9) มีที่พักอาศัยสำหรับพยาบาลและบุคลากรทางการพยาบาลที่เหมาะสมและปลอดภัย และ 10) มีระบบและกลไกในการดำรงรักษาบุคลากร ได้แก่ แรงจูงใจ ความก้าวหน้าในงาน ค่าตอบแทนที่เป็นธรรม และชั่วโมงการปฏิบัติงานที่เหมาะสมตามเกณฑ์ของสภาการพยาบาล

มาตรฐานที่ 3 ระบบบริการการพยาบาล ประกอบด้วย 1) จัดระบบบริการการพยาบาลที่คำนึงถึงคุณภาพและความปลอดภัยของผู้รับบริการโดยใช้ทีมทักษะผสม (Skill mixed team) 2) มีพยาบาลวิชาชีพเป็นหัวหน้าทีมวางแผนให้บริการการพยาบาลที่อยู่ในความดูแล 3) มีการมอบหมายงานพยาบาลและบุคลากรทางการพยาบาลเป็นลายลักษณ์อักษร 4) มีระบบบริการการพยาบาลที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง 5) มีระบบและกลไกกำกับดูแลให้พยาบาลปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาล จริยธรรมและจรรยาบรรณวิชาชีพ และ 6) มีระบบการจัดการข้อมูลสารสนเทศในการบริหารการบริการและการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล

มาตรฐานที่ 4 ระบบการพัฒนาคูณภาพการพยาบาล ประกอบด้วย 1) มีนโยบายและแผนการจัดการคุณภาพการพยาบาลและการผดุงครรภ์กำหนดไว้ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร 2) มีระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัยของบริการการพยาบาล 3) มีระบบกำกับ ติดตาม ประเมินผลลัพธ์การพยาบาลและนำผลไปพัฒนาคูณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า การบริหารองค์กรบริการพยาบาลเพื่อนำไปสู่การบริการพยาบาลที่มีคุณภาพประกอบไปด้วยมาตรฐาน 4 ด้าน ตามข้อกำหนดของสภาการพยาบาล ได้แก่ การจัดการองค์กรและการบริหารองค์กร การจัดทรัพยากรและสิ่งสนับสนุน การจัดระบบบริการการพยาบาล และ การจัดระบบการพัฒนาคูณภาพการพยาบาล

4.2 บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุ

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร และจำนวนผู้รับบริการสูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นทั้งปริมาณและสัดส่วน จึงมีความจำเป็นที่ผู้บริหารทางการพยาบาลต้องให้ความสำคัญในบทบาทของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ และพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้สูงอายุ โดยจากแนวคิดบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุ (ปะราสี โอภาสนันท์, 2557; ศิริพันธ์ สาสตร์, 2549; ศิริรัตน์ ปานอุทัย, 2560) สามารถนำมาสรุปบทบาทได้ 8 ด้าน ดังนี้

1) บทบาทผู้ให้บริการการดูแล (Care provider) หรือบทบาทผู้ปฏิบัติ (Implementer) โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือ องค์ความรู้ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ตลอดจนทฤษฎี และผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมทุกขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

2) บทบาทผู้จัดการการดูแล/ผู้ประสานงาน (Care manager/Coordinator) ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานในทีมบุคลากรสุขภาพ เพื่อแก้ไขปัญหาและตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุ รวมถึงการประสานงานกับครอบครัว ชุมชน เพื่อให้ให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล

3) บทบาทผู้ให้คำแนะนำ หรือให้การศึกษ (Educator) โดยการให้คำแนะนำ ให้ความรู้ที่จำเป็นในการดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล หรือครอบครัว สามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ ทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ รวมถึงการให้ความรู้แก่พยาบาล หรือวิชาชีพอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

4) บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์ (Advocator) โดยการเป็นผู้พิทักษ์สิทธิ์และผลประโยชน์ต่างๆ แก่ผู้สูงอายุในการรับบริการทางสุขภาพ เพื่อให้ได้รับการรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ช่วยเหลือผู้สูงอายุและครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ

5) บทบาทผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) ทั้งการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วย ครอบครัว หรือบุคลากรทีมสุขภาพ โดยทำหน้าที่ในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ การนำนวัตกรรมใหม่ๆ มาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงในทีมสุขภาพ ด้านการดูแลผู้สูงอายุ

6) บทบาทนักวิจัย (Researcher) โดยการทำวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ และใช้ผลการวิจัยเพื่อปรับปรุงคุณภาพการดูแล

7) บทบาทเป็นผู้ให้คำปรึกษา (Consultant) พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุมีบทบาทในการให้คำปรึกษา ทั้งแก่ผู้ป่วย ครอบครัว เกี่ยวกับบริการด้านสุขภาพ และให้คำปรึกษาแก่บุคลากรทีมสุขภาพเกี่ยวกับแนวปฏิบัติ หรือหลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้สูงอายุ

8) บทบาทในการคิดค้นนวัตกรรม (Innovator) โดยการคิดค้นวิธีการดูแลผู้สูงอายุใหม่ๆ เพื่อแก้ปัญหาผู้ป่วย หรือคิดค้นรูปแบบ ระบบบริการด้านสุขภาพ สำหรับผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ

สรุปได้ว่า ในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพมีบทบาทในหลายด้าน ทั้งบทบาทผู้ให้บริการการดูแล ผู้ประสานงาน ผู้ให้คำแนะนำ ให้ความรู้ หรือให้คำปรึกษา ผู้พิทักษ์สิทธิ์และผลประโยชน์ต่างๆ ผู้นำการเปลี่ยนแปลง นักวิจัย รวมถึงการคิดค้นนวัตกรรม การดูแล หรือรูปแบบระบบบริการด้านสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ

4.3 หลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลผู้สูงอายุ

ในประเทศไทย มีหลักสูตรการพยาบาลผู้สูงอายุรวมอยู่ในหลักสูตรการศึกษาระดับปริญญาตรีสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สำหรับหลักสูตรในระดับบัณฑิตศึกษาด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ สภาการพยาบาล (2560) ได้รับรองหลักสูตรปริญญาโทสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุโดยมีระยะเวลาศึกษา 2 ปี เพื่อเตรียมพยาบาลผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ผู้วิจัยพัฒนาองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ และเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง

หลักสูตรฝึกอบรมวุฒิปัตริเฉพาะทางการพยาบาล สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ซึ่งเปิดโดยวิทยาลัยพยาบาลและการผดุงครรภ์ขั้นสูง ถือเป็นแผนพัฒนาบุคลากรพยาบาลซึ่งเป็นไปตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ตามมาตรการการผลิตและฝึกอบรมด้านผู้สูงอายุระดับวิชาชีพให้เพียงพอและได้มาตรฐาน ปัจจุบัน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุในประเทศไทย มีจำนวนทั้งหมด 114 คน (ประคอง อินทรสมบัติ, 2557) โดยมีขอบเขตและสมรรถนะปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงในผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและเฉียบพลัน โดยใช้ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูงในการจัดการรายกรณี หรือการจัดการให้มีระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ การให้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรมโดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่นๆ มุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งในระยะสั้นและระยะยาว พัฒนานวัตกรรมและกระบวนการดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยสูงอายุอย่างต่อเนื่อง เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ร่วมงานในการพัฒนาความรู้และทักษะงานเชิงวิชาชีพ ตลอดจนติดตามประเมินคุณภาพและจัดการผลลัพธ์โดยใช้กระบวนการวิจัย ประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุ (สภาการพยาบาล, 2552) ซึ่ง

ตำแหน่งผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงนั้นกระจายอยู่ในโรงพยาบาลทุกระดับทั่วทุกภูมิภาคของประเทศ และยังไม่เพียงพอต่อการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในระบบบริการ

นอกจากนี้ สภาการพยาบาล (2552) ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ จึงได้พัฒนาหลักสูตรการพยาบาลผู้สูงอายุในระยะสั้นที่ผ่านการรับรองจากสภาการพยาบาลแล้ว โดยการอบรมหลักสูตรการพยาบาลสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ระยะเวลา 16 สัปดาห์ มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาพยาบาลวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ให้มีขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะทางด้านคลินิก ดังนี้ 1) มีความรู้ และความสามารถในสามารถประเมินสุขภาพผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน วางแผนการพยาบาล มีความรู้เรื่องการรักษา ยาที่ใช้ในผู้สูงอายุ ประสานความร่วมมือกับครอบครัว และเป็นທີ່ปรึกษาให้ข้อมูลทางด้านสุขภาพได้ 2) มีความสามารถในการพัฒนาคุณภาพการรักษพยาบาลผู้สูงอายุโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ 3) มีความสามารถในการจัดการข้อมูลทางสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม โดยการจัดทำฐานข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์พัฒนาคุณภาพการพยาบาลได้ 4) มีทักษะพิเศษในการพยาบาลเฉพาะด้านทางคลินิกในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ เน้นการเลือกเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้ (สภาการพยาบาล, 2552) โดยสถาบันที่จัดการศึกษาต่อเนื่องหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ มีทั้งหมด 2 สถาบัน คือ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ส่วนคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น มีการเปิดหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ (สภาการพยาบาล, 2560)

สรุปได้ว่า เมื่อสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ พยาบาลวิชาชีพจะเป็นผู้ที่มีความรู้ ทักษะ ในการดูแลบุคคลทุกวัย ครอบครัว และชุมชน ซึ่งยังไม่มีการกำหนดสมรรถนะหรือบทบาทด้านการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ โดยพยาบาลวิชาชีพที่จะมีความรู้ความเชี่ยวชาญ รวมถึงมีสมรรถนะด้านการดูแลผู้สูงอายุ จะเป็นผู้ที่จบการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ หรือผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลผู้สูงอายุ และผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ที่มีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน รวมถึงสามารถพัฒนากระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งปัจจุบันพบว่ายังไม่เพียงพอต่อการตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในระบบบริการสุขภาพ

4.4 สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ

ในประเทศไทย ยังไม่มีการกำหนดสมรรถนะหรือบทบาทของพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จปริญญาตรีด้านการดูแลผู้สูงอายุที่เฉพาะจากสภาการพยาบาล มีเพียงสมรรถนะหลักทั่วไปของบัณฑิตที่จบปริญญาตรีเท่านั้น โดยพบการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้สูงอายุของรุ่งฟ้า อธิราชฤทธิ์ไพศาล และสุวิณี วิวัฒน์วานิช (2551) โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย ซึ่งผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุได้ให้ความเห็นสอดคล้องกัน โดยพบว่าสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ประกอบด้วยสมรรถนะ 8 ด้าน ดังนี้

1. สมรรถนะด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วย รายการสมรรถนะ 7 รายการ คือ 1) การให้เกียรติผู้สูงอายุ 2) เห็นคุณค่าผู้สูงอายุ 3) เข้าใจปัญหาที่เกิดจากกระบวนการสูงอายุหรือข้อจำกัดของผู้สูงอายุ 4) คำนึงถึงความแตกต่างรายบุคคล 5) มีความเห็นอกเห็นใจ

ผู้สูงอายุ 6) การให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล 7) เข้าใจถึงความเสื่อมถอยของผู้สูงอายุว่าสามารถฟื้นฟูหรือชะลอได้

2. สมรรถนะด้านการสื่อสารกับผู้ป่วยสูงอายุ ประกอบด้วย รายการสมรรถนะ 10 รายการ คือ 1) ทักษะการประเมินผู้ป่วยสูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร 2) การให้ความสำคัญของการสื่อสารกับผู้สูงอายุ 3) การสื่อสารด้วยความเห็นอกเห็นใจเข้าใจในความสูงอายุนุ่มนวล 4) ทักษะการสื่อสารเพื่อทราบถึงความต้องการของผู้สูงอายุ 5) การสื่อสารด้วยน้ำเสียงที่สุภาพนุ่มนวล 6) สื่อสารด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย 7) การสื่อสารให้ผู้สูงอายุรับรู้เข้าใจได้ 8) การสื่อสารด้วยระดับความดังและโทนเสียงที่สอดคล้องกับสภาพผู้สูงอายุแต่ละราย 9) การสื่อสารโดยคำนึงถึงข้อจำกัดในการเจ็บป่วย 10) การสื่อสารให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล

3. สมรรถนะด้านการประเมินผู้สูงอายุ ประกอบด้วย รายการสมรรถนะ 14 รายการ คือ 1) การประเมินภาวะสุขภาพ/ความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ 2) การประเมินการทำหน้าที่ในกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ 3) การประเมินความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม 4) การประเมินความเจ็บปวดในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดและสติปัญญา 5) การประเมินแยกแยะความผิดปกติออกจากการเปลี่ยนแปลงตามวัยได้ 6) การประเมินผิวหนังและการป้องกันการเกิดแผลกดทับ 7) การประเมินการกลืนอุจจาระ ปัสสาวะไม่ได้ในระยะเริ่มต้น 8) การประเมินภาวะพร่องสารน้ำและโภชนาการ 9) การประเมินความรู้/ทักษะ/ทัศนคติ ของผู้ดูแลและครอบครัวได้ 10) การประเมินด้านจิตสังคมจิตวิญญาณ 11) การประเมินภาวะซึมเศร้า ภาวะสับสนเฉียบพลัน และสมองเสื่อม 12) การประเมินความผิดปกติของช่องปากและฟัน 13) การประเมินค่านิยมความเชื่อของผู้สูงอายุ 14) การประเมินด้านเศรษฐกิจของครอบครัวผู้สูงอายุ

4. สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ประกอบด้วยรายการสมรรถนะ 7 รายการ คือ 1) การพยาบาลแบบองค์รวม 2) การประเมินผู้สูงอายุเฝ้าระวังผลข้างเคียงจากการใช้ยา 3) การดูแลการเคลื่อนไหว การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือต่างการ เช่น การใช้ไม้เท้า 4) ทักษะการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 5) การพิจารณาผูกมัด (Physical restrains) เพื่อความปลอดภัย และเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ 6) การดูแลการรับประทานอาหาร/การกลืน 7) การใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยฟัง (Hearing aids)

5. สมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันภาวะเสี่ยงในผู้ป่วยสูงอายุ ประกอบด้วยรายการสมรรถนะ 9 รายการ คือ 1) การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ 2) การส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยและวัยของผู้สูงอายุ 3) การจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการประกอบกิจวัตรประจำวัน 4) การส่งเสริมการออกกำลังกายตามความเหมาะสมตามความสามารถของผู้สูงอายุ 5) การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางสังคม 6) การส่งเสริมสุขภาพจิต/การจัดการความเครียด 7) การป้องกันโรค/ความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ 8) การพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในการดูแลตนเอง เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 9) การจัดการภาวะเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น เหล้า บุหรี่

6. สมรรถนะด้านการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยรายการสมรรถนะ 10 รายการ คือ 1) มีความรู้เกี่ยวกับกลุ่มอาการเฉพาะในผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) 2) การจัดการกับอาการนอนไม่หลับ 3) การให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน ภาวะ

ซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุ 4) การจัดการกับความเจ็บปวดทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังในผู้สูงอายุ 5) การจัดการกับอาการท้องผูก 6) การจัดการกับอาการไม่พึงประสงค์จากการได้รับยาหลายชนิด 7) การจัดการกับอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ 8) การจัดการกับแผลกดทับ 9) การจัดการกับการมองเห็นที่ผิดปกติ 10) การให้การพยาบาลทางเลือกในการจัดการกับอาการของผู้สูงอายุ

7. สมรรถนะด้านการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุ ประกอบด้วยรายการสมรรถนะ 6 รายการ คือ 1) การเตรียมการจำหน่ายผู้ป่วยโดยการให้ครอบครัวและญาติมีส่วนร่วม 2) การเตรียมความรู้/การฝึกปฏิบัติแก่ครอบครัว/ผู้ดูแล 3) การวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ป่วยสูงอายุและของครอบครัวเพื่อนำมาวางแผนการจำหน่าย 4) การให้ข้อมูล แหล่งประโยชน์แก่ครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ 5) การแนะนำการเตรียมสภาพแวดล้อมภายในบ้าน อุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็นให้สอดคล้องกับสภาพผู้ป่วยสูงอายุแต่ละราย 6) การวางแผนการส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่ใกล้บ้านและสะดวกต่อผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัว

8. สมรรถนะด้านการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วย รายการสมรรถนะ 3 รายการ คือ 1) การประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาเพื่อวางแผนให้การดูแลผู้สูงอายุ 2) การประสานความร่วมมือกับแหล่งประโยชน์ภายนอกเพื่อการดูแลต่อเนื่องแก่ผู้สูงอายุ 3) การติดตามความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ สภาการพยาบาล (2552) ได้มีการกำหนดขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ดังนี้

สมรรถนะที่ 1 มีความสามารถในการพัฒนา จัดการ และกำกับระบบการดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยสูงอายุ (Care management)

สมรรถนะที่ 2 มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (Direct care)

สมรรถนะที่ 3 มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration)

สมรรถนะที่ 4 มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Educating) การฝึก (Coaching) การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (Mentoring)

สมรรถนะที่ 5 มีความสามารถในการให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุ (Consultation)

สมรรถนะที่ 6 มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent)

สมรรถนะที่ 7 มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making)

สมรรถนะที่ 8 มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice)

สมรรถนะที่ 9 มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (Outcome management and evaluation)

สรุปได้ว่า สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ประกอบไปด้วย การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ สามารถสื่อสาร ประเมิน และปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่เป็นผู้สูงอายุ ครอบคลุมถึงการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเสี่ยง การจัดการกับความเจ็บป่วย การวางแผนการ

จำหน่าย และการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้ ในระดับของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ จะมีสมรรถนะที่ครอบคลุมในด้านการพัฒนาและจัดการระบบการดูแล ผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน การประสานงาน การเสริมสร้างพลังอำนาจ การสอน ฝึก และเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ รวมทั้งการให้คำปรึกษาทางคลินิก เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง สามารถให้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรม การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้สูงอายุ และสามารถจัดการและประเมินผลลัพธ์ได้

4.5 จริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550

ปัจจุบัน ยังไม่มีการกำหนดจริยธรรมในการพยาบาลผู้สูงอายุโดยเฉพาะจาก สภาการพยาบาล มีเพียงข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการรักษาจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2550 โดยในหมวด 2 การประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ส่วนที่ 1 การปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ มีดังนี้

ข้อ 7 ผู้ประกอบวิชาชีพต้องรักษามาตรฐานของวิชาชีพตามที่สภาการพยาบาลประกาศ กำหนด โดยไม่เรียกร้อยสิ่งจางรางวัลพิเศษนอกเหนือจากค่าบริการที่ควรได้รับตามปกติ

ข้อ 8 ผู้ประกอบวิชาชีพ ต้องไม่ลุ่มใจ หรือชักชวนผู้ใดให้มาใช้บริการการพยาบาล หรือ การผดุงครรภ์เพื่อผลประโยชน์ของตน

ข้อ 9 ผู้ประกอบวิชาชีพ ต้องไม่เรียกร้อยหรือรับผลประโยชน์เป็นค่าตอบแทนเนื่องจากการรับหรือส่งผู้ป่วย หรือผู้ใช้บริการเพื่อรับบริการทางการพยาบาลหรือการผดุงครรภ์

ข้อ 10 ผู้ประกอบวิชาชีพ ต้องปฏิบัติต่อผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการโดยสุภาพและปราศจากการบังคับขู่เข็ญ

ข้อ 11 ผู้ประกอบวิชาชีพ ต้องไม่หลอกลวงผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ ให้หลงเข้าใจผิดเพื่อประโยชน์ของตน

ข้อ 12 ผู้ประกอบวิชาชีพ ต้องไม่ประกอบวิชาชีพโดยไม่คำนึงถึงความปลอดภัย และความสิ้นเปลืองของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ

ข้อ 13 ผู้ประกอบวิชาชีพ ต้องไม่สั่งใช้หรือสนับสนุนการใช้ยาตำราลับ รวมทั้งใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์อันไม่เปิดเผยส่วนประกอบ

ข้อ 14 ผู้ประกอบวิชาชีพ ต้องไม่ออกใบรับรองอันเป็นเท็จโดยเจตนา หรือให้ความเห็นโดยไม่สุจริตในเรื่องใดๆ อันเกี่ยวกับวิชาชีพของตน

ข้อ 15 ผู้ประกอบวิชาชีพ ต้องไม่เปิดเผยความลับของผู้ป่วย หรือผู้ใช้บริการ ซึ่งตนทราบมาเนื่องจากการประกอบวิชาชีพเว้นแต่ด้วยความยินยอมของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ หรือเมื่อต้องปฏิบัติตามกฎหมายหรือตามหน้าที่

ข้อ 16 ผู้ประกอบวิชาชีพ ต้องไม่ปฏิเสธการช่วยเหลือผู้ที่อยู่ในระยะอันตรายจากการเจ็บป่วยเมื่อได้รับคำขอร้องและตนอยู่ในฐานะที่จะช่วยได้

ข้อ 17 ผู้ประกอบวิชาชีพ ต้องไม่ประกอบกิจการในทางสาธารณะ หรือสถานที่สาธารณะ เว้นแต่ในเหตุฉุกเฉินในการปฐมพยาบาล หรือในการปฏิบัติหน้าที่การงานของกระทรวง ทบวงกรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นตามที่รัฐมนตรีประกาศในราชกิจจานุเบกษาหรือสภากาชาดไทย

ข้อ 18 ผู้ประกอบวิชาชีพ ต้องไม่ใช้หรือสนับสนุนให้มีการประกอบวิชาชีพการพยาบาล และการผดุงครรภ์ การประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์ หรือการสาธารณสุขหรือการประกอบโรคศิลปะโดยผิดกฎหมาย

สรุปได้ว่า จริยธรรม เป็นการปฏิบัติที่มีศีลธรรมของพยาบาลวิชาชีพ จากหลักจริยธรรม แห่งวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ จริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุ จึงควรประกอบไปด้วย การรักษามาตรฐานของวิชาชีพในการให้การดูแลผู้สูงอายุ ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วยความสุภาพ ให้การดูแลช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วย โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ

4.6 การพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุ

ประเทศไทยมีการนำแนวคิดขององค์การอนามัยโลกมาใช้ในหลักสูตรการพยาบาลผู้สูงอายุ ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นเป็นครั้งแรก โดยมีการปรับคำว่า Age-friendly ซึ่งหมายถึง เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เป็นคำว่าเอื้ออาทรผู้สูงอายุ เพื่อให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมไทย โดยการพัฒนาร่วมกับโรงพยาบาลศรีนครินทร์ จนเกิดเป็นระบบบริการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุโมเดล มหาวิทยาลัยขอนแก่นขึ้น (Age-friendly Nursing Service System: KCU model) ซึ่งแนวคิดดังกล่าว ประกอบด้วยหลักการ 3 ประการ ได้แก่ 1) ผู้ให้บริการเอื้ออาทร (Age-friendly health care provider) ผู้ให้บริการต้องมีเจตคติที่ดี มีความรู้ และทักษะ ในการปฏิบัติการพยาบาลดูแลผู้สูงอายุ 2) ระบบบริการสุขภาพที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ (Age-friendly service system) ซึ่งระบบบริการต้องเป็นรูปธรรม มีการดำเนินงานเพื่อสร้างเสริมคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุ และ 3) สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ (Age-friendly environment) ซึ่งสิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้สูงอายุ ต้องสะดวก ปลอดภัย และเข้าถึงได้ง่าย (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2553)

นอกจากนี้ ยังพบการนำแนวคิดขององค์การอนามัยโลกมาทำการศึกษาเพื่อพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นมิตรของผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยรัฐแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น โดยการนำหลักการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นมิตรของผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลกมาใช้เป็นกรอบแนวคิดเชิงเนื้อหา ได้แก่ แนวคิดหลักการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ (Primary health care principle) ซึ่งประกอบด้วย 1) ความพร้อมในการให้บริการ (Availability) 2) การเข้าถึง (Accessibility) 3) ความครอบคลุม (Comprehensiveness) 4) คุณภาพ (Quality) 5) ความมีประสิทธิภาพ (Efficiency) 6) การไม่แบ่งแยก หรือเลือกปฏิบัติ (Non discrimination) และ 7) การคำนึงถึงเพศและอายุ และแนวคิดหลักการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly principle) ซึ่งประกอบด้วย 1) ด้านการให้ข้อมูล ความรู้ทักษะ และการฝึกอบรมบุคลากร 2) ด้านระบบการจัดการดูแลด้านสุขภาพปฐมภูมิ และ 3) การจัดการสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและการเข้าถึงบริการ ซึ่งต่อมาได้มีการศึกษาด้านบริการพยาบาลที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ทั้งการศึกษาในหอผู้ป่วย การพัฒนาแบบวัดการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และศึกษาการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยตามลำดับ

5. แนวคิดเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการแก้ปัญหาความเจ็บป่วย การบรรเทาอาการของโรค การลุกลามของโรค และการฟื้นฟูสภาพ ถือเป็นบทบาทหนึ่งของพยาบาล (พระราชบัญญัติสภาการพยาบาล, 2540) โดยแนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ มีดังนี้

5.1 กฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา ปี พ.ศ. 2548 กระทรวงมหาดไทย

ในกฎกระทรวง “สิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา” หมายความว่า ส่วนของอาคารที่สร้างขึ้นและอุปกรณ์อันเป็นส่วนประกอบของอาคารที่ติดหรือตั้งอยู่ภายในและภายนอกอาคาร เพื่ออำนวยความสะดวกในการใช้อาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา โดยกำหนดอาคารที่ต้องจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา ได้แก่ โรงพยาบาล สถานพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข สถานเอนกมัย อาคารที่ทำการของราชการ เป็นต้น โดยต้องมีสิ่งอำนวยความสะดวกตามมาตรฐานที่กำหนด เช่น ป้ายแสดงสิ่งอำนวยความสะดวก ทางลาดและลิฟท์ ประตู ห้องส้วม เป็นต้น โดยมีการกำหนดถึงลักษณะที่ได้มาตรฐานไว้อย่างชัดเจน ซึ่งการจัดสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุนี้ ยังได้รับความสนใจและนำไปปฏิบัติน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาคารที่สร้างก่อนปี พ.ศ. 2548 ซึ่งจากการประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545- พ.ศ. 2564) ของวิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ (2551) การศึกษาพบว่า มาตรการนี้ยังไม่ผ่านเกณฑ์การประเมิน

5.2 การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

การจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา รวมถึงมีความสามารถในการควบคุมสิ่งแวดล้อมต่างๆ ได้ลดลง (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2544) โดยไตรรัตน์ จารุทัศน์ (2548) ได้กล่าวถึงการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุควรเอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในสิ่งแวดล้อมทั้ง 3 ส่วน คือ

1) สิ่งแวดล้อมส่วนบุคคล (Individual environment) โดยการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ มากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภาวะเสื่อมถอย ความผิดปกติ และสภาพปัญหาที่ผู้สูงอายุประสบอยู่ เช่น ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางสายตาควรจัดให้มีแว่นตาช่วยในการมองเห็น หรือผู้ที่มีปัญหาในการทรงตัวควรจัดให้มีไม้เท้าช่วยในการทรงตัวและการเดิน นอกจากนี้ของตกแต่งบ้าน หรืออุปกรณ์ที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่สะดวกและอาจเกิดอันตรายได้ เช่น ประตูที่หนัก โตะที่ตั้งขวางทางเดิน การวางของไม่เป็นที่เป็นทาง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ควรได้รับการปรับปรุงให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

2) สิ่งแวดล้อมทางสังคม (Social environment) โดยการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรม หรือแม้แต่การพูดคุยเพื่อเสริมสร้างกำลังใจ เช่น กรณีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยไม่สามารถลุกนั่งได้ ควรจัดวางเก้าอี้ให้ผู้มาเยี่ยมนั่งเรียงกันด้านเดียวเพื่อให้ผู้สูงอายุหันหน้าพูดคุยได้สะดวก สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับทุกคน

3) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) โดยให้ความสำคัญกับความมั่นคงปลอดภัยของผู้สูงอายุ เช่น ราวจับทางเดิน หรือพื้นห้องน้ำที่ไม่ลื่น ทางลาดสำหรับรถเข็น หรือทางเดินมีแสงสว่างที่เพียงพอ เป็นต้น

สรุปได้ว่า สิ่งแวดล้อมถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุมากกว่าวัยอื่นๆ ดังนั้น การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุให้เหมาะสม จะช่วยป้องกันและลดปัญหาที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุได้ โดยสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุควรเอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุครอบคลุมทั้งสิ่งแวดล้อมส่วนบุคคล สิ่งแวดล้อมทางสังคม และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

6. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพการให้บริการ

เนื่องจากการบริการเป็นงานที่ไม่สามารถจับต้องได้ โดยนักวิชาการหลายท่านได้ให้คำนิยามและแนวทางในการประเมินคุณภาพของการให้บริการ ดังนี้

เรวดี ศิรินคร (2541) ให้ความหมายของคุณภาพการบริการ หมายถึงระดับความสามารถของการบริการในการบำบัดความต้องการของลูกค้า และระดับความพึงพอใจของลูกค้าหลังจากได้รับบริการไปแล้ว

วีระพงษ์ เฉลิมจิระรัตน์ (2542) กล่าวว่า คุณภาพของการให้บริการ หมายถึง ความสอดคล้องกับความต้องการลูกค้า ระดับของความสามารถของการบริการในการบำบัดความต้องการของลูกค้า และระดับความพึงพอใจของลูกค้าหลังจากได้รับบริการไปแล้ว

Donabedian (1980) กล่าวว่า การศึกษาเกี่ยวกับองค์ประกอบ และมิติคุณภาพบริการ ขึ้นอยู่กับมุมมองและความต้องการของผู้ที่จะศึกษาว่าต้องการศึกษาคุณภาพบริการในด้านใด การประเมินคุณภาพบริการ เป็นการประเมินความสัมพันธ์ของโครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น (Outcome) โดยการประเมินโครงสร้าง เป็นการประเมินที่เกี่ยวข้องกับองค์การที่มีอิทธิพลต่อกระบวนการให้บริการและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ให้บริการ ได้แก่ โครงสร้างการบริหารงานขององค์กร ทรัพยากรบุคคล และทรัพยากรด้านวัสดุอุปกรณ์ การประเมินกระบวนการ เป็นการประเมินกิจกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ใช้บริการและกิจกรรมการให้บริการของบุคลากรทางสุขภาพ และการประเมินผลลัพธ์ เป็นการประเมินผลที่เกิดขึ้นจากกระบวนการให้บริการ

Parasuraman (1985) กล่าวว่า คุณภาพบริการขึ้นอยู่กับช่องว่างระหว่างความคาดหวัง และการรับรู้ของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการที่ได้รับจริง ซึ่งความคาดหวังของผู้ใช้บริการเป็นผลมาจากคำบอกเล่าที่บอกต่อกันมา ความต้องการของผู้ใช้บริการเอง และประสบการณ์ในการรับรู้บริการที่ผ่านมา รวมถึงข่าวสารจากผู้ให้บริการทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ส่วนการรับรู้ของผู้ใช้บริการเป็นผลมาจากการใช้บริการและการสื่อสารจากผู้ให้บริการไปยังผู้ใช้บริการ ถ้าบริการที่ได้รับจริงดีกว่าหรือเท่ากับความคาดหวังถือว่าบริการนั้นมีคุณภาพ

Cronin and Taylor (1992) กล่าวว่า คุณภาพบริการ หมายถึง ความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ใช้บริการ และระดับของความสามารถของการบำบัดความต้องการของผู้ใช้บริการ และระดับความพึงพอใจของผู้ใช้บริการหลังจากได้รับบริการแล้ว โดยปกติคุณภาพการบริการมักถูกนิยามในลักษณะของทัศนคติโดยรวมที่มีต่อการตัดสินใจ ความดี หรือความเหนือกว่าของการบริการ ทำให้ยากที่จะเข้าใจเนื่องจากลักษณะของการบริการมีความเป็นนามธรรมสูง มีลักษณะคล้ายกับทัศนคติหรือเป็นลักษณะโดยรวมของทัศนคติ และเป็นการประเมินผลโดยรวมของการบริการ

Douglas (2007) กล่าวว่า คุณภาพของการให้บริการ หมายถึง ทัศนคติในระยะยาวเกี่ยวกับการประเมินผลการปฏิบัติงานทั้งหมด

สรุปได้ว่า คุณภาพการให้บริการ หมายถึง ความสามารถในการตอบสนองความต้องการของลูกค้า หรือผู้รับบริการ โดยการให้บริการที่ตรงกับความคาดหวัง ทำให้ผู้รับมีความพึงพอใจกับบริการที่ได้รับ

6.1 เครื่องมือการวัดคุณภาพการบริการ

เครื่องมือที่ใช้วัดคุณภาพการบริการที่ถูกนิยมนำมาประยุกต์ใช้อย่างแพร่หลายเป็นผลงานของพาราสุรามาน ซีแธมล์ และเบอร์รี่ (Parasuraman, Zeithaml and Berry) โดยมีการพัฒนาเครื่องมือ SERVQUAL (Zeithaml, Parasuraman and Berry, 1985; 1990) เพื่อใช้ในการประเมินคุณภาพบริการโดยอาศัยการประเมินจากการรับรู้ของผู้รับบริการหรือลูกค้า โดยได้กำหนดมิติที่ใช้วัดคุณภาพในการให้บริการไว้ 10 ด้าน (สมวงศ์ พงศ์สถาพร, 2550) ได้แก่

มิติที่ 1 ลักษณะของการบริการ (Appearance) หมายถึง สภาพที่ปรากฏให้เห็นหรือจับต้องได้ใน การให้บริการ

มิติที่ 2 ความไว้วางใจ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการนำเสนอผลิตภัณฑ์หรือการบริการที่เป็นไปตามคำมั่นสัญญาได้อย่างตรงไปตรงมาและถูกต้อง

มิติที่ 3 ความกระตือรือร้น (Responsiveness) หมายถึง การที่องค์การที่ให้บริการแสดงความเต็มใจที่จะช่วยเหลือและพร้อมที่จะให้บริการลูกค้าหรือผู้รับบริการอย่างเต็มที่ ทันทีทันใด

มิติที่ 4 สมรรถนะ (Competence) หมายถึง ความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานบริการที่รับผิดชอบอย่างมีประสิทธิภาพ

มิติที่ 5 ความมีไมตรีจิต (Courtesy) หมายถึง มีอัธยาศัยนอบน้อม มีไมตรีจิตที่เป็นกันเอง รู้จักให้เกียรติผู้อื่น จริงใจ มีน้ำใจ และมีความเป็นมิตรของผู้ให้บริการ

มิติที่ 6 ความน่าเชื่อถือ (Creditability) หมายถึง ความสามารถในการสร้างความเชื่อมั่นด้วยความซื่อตรงและสุจริตของผู้ให้บริการ

มิติที่ 7 ความปลอดภัย (Security) หมายถึง สภาพที่บริการปราศจากอันตราย ความเสี่ยง และปัญหาต่างๆ

มิติที่ 8 การเข้าถึงบริการ (Access) หมายถึง การติดต่อเข้ารับบริการเป็นไปด้วยความสะดวก ไม่ยุ่งยาก

มิติที่ 9 การติดต่อสื่อสาร (Communication) หมายถึง ความสามารถในการสร้างความสัมพันธ์และการสื่อความหมาย

มิติที่ 10 การเข้าใจลูกค้าหรือผู้รับบริการ (Understanding of customer) ในการค้นหาและทำความเข้าใจความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการ รวมทั้งให้ความสำคัญในการตอบสนองความต้องการของลูกค้าหรือผู้รับบริการ

โดยต่อมา (Zeithaml, Parasuraman and Berry, 1985) ได้มีการพัฒนาเครื่องมือสำหรับวัดการรับรู้คุณภาพในการบริการของผู้รับบริการ สามารถแบ่งมิติหลักที่ใช้วัดคุณภาพในการให้บริการได้เป็น 5 มิติ แต่ยังคงมีความสัมพันธ์กับมิติคุณภาพการให้บริการทั้ง 10 ประการ ประกอบด้วย

มิติที่ 1 ความเป็นรูปธรรมของบริการ (Tangibility) หมายถึง ลักษณะทางกายภาพที่ปรากฏให้เห็น ได้แก่ สถานที่ บุคลากร เครื่องมือ อุปกรณ์ เอกสารต่างๆ รวมถึงสภาพแวดล้อมที่ทำให้

ผู้รับบริการรู้สึกว่าได้รับการดูแลด้วยความตั้งใจและห่วงใย โดยบริการที่เป็นรูปธรรมจะทำให้ผู้รับบริการรับรู้ถึงการให้บริการนั้นๆ ได้อย่างชัดเจน

มิติที่ 2 ความเชื่อถือไว้วางใจได้ (Reliability) หมายถึง ความสามารถในการให้บริการตรงกับสัญญาที่ให้ไว้กับผู้รับบริการ มีความถูกต้อง เหมาะสม และได้ผลเช่นเดิมทุกครั้งที่มาใช้บริการ ซึ่งความสม่ำเสมอจะทำให้ผู้รับบริการรู้สึกว่าบริการที่ได้รับนั้นมีความน่าเชื่อถือและไว้วางใจได้

มิติที่ 3 การตอบสนองลูกค้า (Responsiveness) หมายถึง ความพร้อมและความเต็มใจให้บริการ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการได้อย่างทันท่วงที ผู้รับบริการสามารถเข้ารับบริการได้ง่าย ได้รับความสะดวก รวดเร็ว รวมทั้งมีการขยายการให้บริการอย่างทั่วถึง

มิติที่ 4 การให้ความเชื่อมั่นต่อลูกค้า (Assurance) หมายถึง ความสามารถในการสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้รับบริการ โดยผู้ให้บริการต้องแสดงถึงทักษะ ความรู้ ความสามารถในการให้บริการ มีการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการด้วยกิจกรรมารยาทที่ดี มีความสุภาพ นุ่มนวล ใช้การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ และให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการว่าจะได้รับบริการที่ดีที่สุด

มิติที่ 5 การรู้จักและเข้าใจลูกค้า (Empathy) หมายถึง ความสามารถในการดูแลเอาใจใส่ผู้รับบริการตามความต้องการที่แตกต่างกันของผู้รับบริการแต่ละราย

นอกจากนี้ Cronin and Taylor (1992) ได้ศึกษา พบว่า มาตรฐาน SERVQUAL เครื่องมือในการประเมินคุณภาพการบริการของ Parasuraman et al. (1988) มีการใช้คำที่มีความหมายแบบเดิมทำให้คะแนนความคาดหวังสูงเกินจริง ทำให้ยากต่อการวัดอันดับความสำคัญของปัจจัยที่มีความสำคัญในการส่งมอบการบริการที่มีคุณภาพที่ผู้ใช้บริการรับรู้ จึงได้ออกแบบเครื่องมือประเมินคุณภาพบริการที่เรียกว่า SERVPERF (Service performance) หรือ P-E Measurement ซึ่งเป็นการวัดคุณภาพบริการด้วยการเปรียบเทียบผลต่างระหว่างความคาดหวัง (Expectation) ของผู้ใช้บริการที่มีอยู่ก่อนใช้บริการ กับการรับรู้ (Perception) ที่มีต่อการบริการที่เกิดขึ้นจริง

สรุปได้ว่า การประเมินคุณภาพบริการ สามารถประเมินได้จากการรับรู้ของผู้รับบริการหรือลูกค้า การเปรียบเทียบผลต่างระหว่างความคาดหวังของผู้ใช้บริการที่มีอยู่ก่อนใช้บริการ กับการรับรู้ที่มีต่อการบริการที่เกิดขึ้นจริง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ของหลักการและแนวปฏิบัติที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly principles and practices) ของ AHMAC (2004) และแนวคิดโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของประเทศไต้หวัน (Taiwan's framework of age-friendly hospital and health service) ของ Chiou and Chen (2009) ผู้วิจัยได้นำมาบูรณาการและนำมากำหนดเป็นแนวคิดพื้นฐานในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งสรุปได้ดังตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

แนวคิดลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	หลักการและแนวปฏิบัติที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly principles and practices) AHMAC (2004)	โรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของประเทศไทย ไต้หวัน (Taiwan's framework of age-friendly hospital and health service) Chiou and Chen (2009)
1. ด้านนโยบายบริหาร		
<ul style="list-style-type: none"> - มีนโยบายการดำเนินงานที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ - มุ่งเน้นผู้รับบริการในกลุ่มผู้สูงอายุ - ส่งเสริมบุคลากรให้มีเจตคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ - พัฒนาบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง 	✓	✓
2. ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ		
<ul style="list-style-type: none"> - บุคลากรมีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ - บุคลากรมีความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ 	✓	✓
3. ด้านสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก		
<ul style="list-style-type: none"> - จัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ - จัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา 	✓	✓
4. ด้านคุณภาพการให้บริการ		
<ul style="list-style-type: none"> - ให้บริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ - ผู้รับบริการพึงพอใจ 	✓	✓

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จาก 2 แนวคิด คือ แนวคิดหลักการและแนวปฏิบัติที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และแนวคิดโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ผู้วิจัยวิเคราะห์และสังเคราะห์แล้ว เห็นว่าลักษณะของการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านนโยบายบริหาร 2) ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ 3) ด้านสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก และ 4) ด้านคุณภาพการให้บริการ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านนโยบายบริหาร (Policy) หมายถึง การกำหนดทิศทาง หรือเป้าหมายในการดำเนินงานซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จในการบริหารขององค์กร โดยมีการวางแผน จัดทำวิธีหรือแนวทางในการทำงาน วิธีการบริหารหรือกระบวนการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ด้านการจัดบริการพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ ครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล ด้วยวิธีปฏิบัติงานที่ถูกต้อง เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้ใช้บริการ

2. ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ (Service provider) หมายถึง ลักษณะของพฤติกรรมตอบสนองและความสามารถในการปฏิบัติงาน เจตคติ ความรู้ ทักษะ และความเชี่ยวชาญของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ หรืออำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ

3. ด้านสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก (Environment and facilities) หมายถึง การจัดสิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัวผู้สูงอายุให้เหมาะสมและเอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งสิ่งที่มองเห็นจับต้องได้และสิ่งที่มองไม่เห็น ครอบคลุมถึงสิ่งแวดล้อมส่วนบุคคล (Individual environment) โดยการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ ได้มากยิ่งขึ้น สิ่งแวดล้อมทางสังคม (Social environment) โดยการจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) โดยให้ความสำคัญกับความมั่นคง ปลอดภัย สำหรับผู้สูงอายุ

4. ด้านคุณภาพการให้บริการ (Service quality) หมายถึง ลักษณะของบริการพยาบาลที่มีความต่อเนื่อง มีระบบ แบบแผน เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานโรงพยาบาลตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการทุกระดับ ทั้งบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยที่คุณลักษณะของการบริการพยาบาลนั้น สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการที่เป็นผู้สูงอายุ ทั้งด้านมาตรฐานที่กำหนด และตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ โดยก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสถานะสุขภาพและคุณภาพชีวิต รวมทั้งเป็นที่พึงพอใจของผู้ใช้บริการที่เป็นผู้สูงอายุ ญาติ และผู้ดูแล

7. การศึกษาวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย

การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) เป็นเทคนิควิธีการวิจัยเชิงคุณภาพที่ใช้การศึกษาปัญหาพร้อมสมัยและปัญหาในอนาคตที่เน้นความคิดเห็นและการตัดสินใจของผู้เชี่ยวชาญเป็นหลัก เป็นวิธีการวินิจฉัยหรือตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ อย่างเป็นระบบ เพื่อทำนายเหตุการณ์ หรือความเป็นไปได้ในอนาคตโดยอาศัยฉันทามติ หรือ Consensus ซึ่งเป็นการระดมความคิดเห็นโดยที่ผู้เชี่ยวชาญไม่ต้องเผชิญหน้ากัน ทำให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนสามารถแสดงความคิดเห็นของตนเองได้อย่างเต็มที่และอิสระ เปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญได้กลั่นกรองความคิดเห็นของตนอย่างรอบคอบโดยไม่ต้องคำนึงถึงความคิดเห็นของผู้อื่น จึงปราศจากการชี้นำจากกลุ่ม และไม่ตกอยู่ภายใต้อิทธิพลทางความคิดของผู้อื่น ทำให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือและนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจในด้านต่างๆ

1) ประวัติความเป็นมาของการศึกษาวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย

เทคนิคเดลฟายพัฒนา เป็นครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. 1950 โดยโอลาฟ เฮลเมอร์ (Olaf Helmer) และนอร์แมน ซี ดาลกี (Norman C. Dalkey) ซึ่งเป็นนักวิจัยของบริษัทแรนด์ (Rand Corporation)

คำว่า RAND ย่อมาจาก Research and Development) โดยเทคนิคเดลฟายได้รับการเผยแพร่ตีพิมพ์ครั้งแรกในปี ค.ศ. 1963 ในช่วงแรกเทคนิคนี้ได้รับความสนใจอย่างมากในกลุ่มนักอนาคตวิทยาการ ทหาร และนักเทคโนโลยีต่างๆ ต่อมาภายหลังมีการใช้เทคนิคนี้ในสาขาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ และทางธุรกิจมากขึ้น ตลอดจนในสาขาการแพทย์และพยาบาล

2) กระบวนการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย

กระบวนการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย (ชนิตา รัชพลเมือง, 2551) ประกอบด้วยส่วนสำคัญดังต่อไปนี้

2.1 ลักษณะของปัญหา

ปัญหาที่จะศึกษาด้วยเทคนิคเดลฟาย เป็นปัญหาในเชิงคุณลักษณะซึ่งไม่อาจได้คำตอบโดยการศึกษาด้วยวิธีการเชิงสถิติ ควรเป็นประเด็นปัญหาอันจะนำไปสู่การวางแผนนโยบายหรือคาดการณ์อนาคต รวมทั้งการกำหนดทางเลือกต่างๆ หรือเป็นประเด็นปัญหาที่มุ่งหาความเห็นที่สอดคล้องกันเพื่อแก้ปัญหาที่มีความสลับซับซ้อนทั้งในเชิงโครงสร้างและการปฏิบัติงาน หรือเพื่อสรุปเป็นหลักการแนวคิดร่วมกัน ซึ่งเทคนิคเดลฟายสามารถนำมาประยุกต์ใช้ได้ในทุกวงการ ทั้งทางด้านการเมือง การศึกษา สังคม และเศรษฐกิจ

2.2 การเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

การเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ขั้นตอนนี้มีความสำคัญเนื่องจากผลการวิจัยน่าจะเชื่อถือหรือไม่ขึ้นอยู่กับว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เลือกสรรมานั้นสามารถให้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้เพียงใด ผู้เชี่ยวชาญจึงควรเชี่ยวชาญในสาขานั้นอย่างแท้จริง เป็นผู้รอบรู้ในประเด็นที่ศึกษา โดยอาจเป็นผู้ที่ศึกษาเรื่องดังกล่าวมาเป็นเวลานาน เป็นผู้มีตำแหน่งรับผิดชอบ หรือมีประสบการณ์โดยตรง โดยควรพิจารณาถึงสิ่งต่อไปนี้

1) กำหนดคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญเพื่อจัดสรรกลุ่มคนที่เข้าร่วมในการวิจัย หรืออาจอาศัยการสอบถามจากผู้ทรงคุณวุฒิในวงการนั้นๆ ให้เสนอรายชื่อบุคคลที่ควรได้รับการเลือกสรรให้เป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยต้องพิจารณาอย่างละเอียดรอบคอบ เมื่อคัดเลือกได้แล้ว ผู้วิจัยควรติดต่อขอความร่วมมือในการวิจัย การที่ผู้เชี่ยวชาญให้คำตอบอย่างเต็มใจและให้ความสำคัญแก่การวิจัยจะเป็นตัวแปรค่าตอบที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อมั่นของข้อมูลที่ได้รับ

2) จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในการวิจัย เนื่องจากเทคนิคเดลฟายมิได้มีการกำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในการวิจัยที่แน่นอน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของกลุ่มและประเด็นปัญหาที่ศึกษาเป็นสำคัญ หากผู้เชี่ยวชาญมีความเป็นเอกพันธ์ (Homogeneous group) จะใช้ผู้เชี่ยวชาญเพียง 10-15 คน ก็เพียงพอ แต่ถ้ากลุ่มมีความแตกต่างกันมีลักษณะเป็นเฮเทอโรเจนีอัส (Heterogeneous group) อาจต้องใช้กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นจำนวนมากขึ้น โดยโทมัส ที แมคคิลแลน (Macmillan, 1971) ได้ศึกษาและเสนอผลการวิจัยเกี่ยวกับจำนวนผู้เชี่ยวชาญในการวิจัยตามเทคนิคเดลฟาย พบว่าหากมีผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป อัตราการลดลงของความคลาดเคลื่อนจะมีน้อยมากและเริ่มคงที่คือ 0.02 ดังนั้น โดยทั่วไปแล้วจึงใช้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 17 คนขึ้นไป

2.3 ลักษณะแบบสอบถามของการวิจัย

แบบสอบถามเป็นสิ่งสำคัญของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย ซึ่งจำเป็นต้องมีหลายชุด เนื่องจากต้องใช้ความคิดเห็นที่มั่นใจแน่นอนของผู้เชี่ยวชาญ และมีการสอบถามซ้ำหลายครั้ง

โดยทั่วไปแบบสอบถามมี 2 ชนิด คือ แบบสอบถามปลายเปิด และแบบสอบถามปลายปิดแบบมาตรฐานส่วนประมาณค่า ซึ่งการตอบแบบสอบถามจำเป็นต้องตอบ 3 รอบ หรือมากกว่า เพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญได้ถกเถียงความคิดของตนอย่างละเอียดรอบคอบและมั่นใจในการตัดสินใจ โดยในแต่ละรอบมีลักษณะดังนี้

1) รอบที่ 1 ผู้วิจัยกำหนดกรอบ (Frame) ของการวิจัยเกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่ศึกษา ซึ่งเป็นเชิงคุณลักษณะซึ่งมีขอบข่ายกว้างขวาง เพื่อให้ให้เห็นภาพของการวิจัยได้ชัดเจนขึ้น ซึ่งอาจได้มาจากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง หรือจากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิบางท่าน เมื่อได้กรอบของการวิจัยแล้วจึงนำมาสร้างแบบสอบถามฉบับแรกซึ่งจะเป็นคำถามกว้างๆ เกี่ยวกับประเด็นปัญหาของการวิจัย คำถามรอบแรกนี้มักจะเป็นคำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมการวิจัยได้แสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวางภายในกรอบที่กำหนด โดยเลือกใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ หรือการส่งทางไปรษณีย์ การตอบของผู้เชี่ยวชาญอาจประกอบด้วยความคิดเห็น ข้อวิจารณ์ ข้อโต้แย้ง ข้อมูลที่ได้จากการสอบถามรอบแรกจะถูกนำมารวบรวมเป็นแบบสอบถามรอบที่สอง

2) รอบที่ 2 เป็นขั้นตอนที่สำคัญและยากมากที่สุดของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย ผู้วิจัยจะต้องนำข้อมูลที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญทุกคนในแบบสอบถามปลายเปิดรอบแรก รวมเข้าด้วยกัน ตัดทอนข้อความที่ซ้ำกัน หรือตัดส่วนที่เกินไปจากกรอบของการวิจัยที่กำหนดไว้ออกไป ผู้วิจัยอาจใช้ถ้อยคำที่ครอบคลุมข้อความทั้งหมดได้แต่ต้องคงความหมายเดิมของผู้เชี่ยวชาญไว้ จากนั้นข้อความที่รวบรวมจะถูกนำมาเป็นแบบสอบถามในลักษณะมาตรฐานส่วนประมาณค่า การประเมินค่าในแบบสอบถามรอบนี้จะเน้นการจัดลำดับความสำคัญหรือความเป็นไปได้ของเหตุการณ์ และในบางครั้งอาจให้กำหนดเวลาที่เหตุการณ์นั้นจะเกิดขึ้นในอนาคตด้วย ข้อความในแบบสอบถามรอบนี้จะต้องชัดเจนและผู้ตอบแต่ละคนจะต้องเข้าใจตรงกัน

3) รอบที่ 3 โดยปกติจะประกอบไปด้วยประโยคหรือข้อคำถาม เหมือนกับแบบสอบถามรอบที่ 2 แต่มีการเพิ่มเติมการรายงานให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบความคิดเห็นของกลุ่ม โดยแสดงตำแหน่งของฐานนิยม (Mode) หรือค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) ของแต่ละข้อคำถาม รวมทั้งตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญคนนั้นๆ ตอบในแบบสอบถามรอบที่ 2 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบความเหมือนหรือความแตกต่างของคำตอบของตนเมื่อเทียบกับคำตอบของกลุ่มและทบทวนคำตอบของตนในรอบที่ 3 โดยอาจเปลี่ยนคำตอบของตนให้เข้ามาอยู่ในพิสัยระหว่างควอไทล์ หรือยืนยันยืนยันคำตอบเดิม ในกรณีที่คำตอบไม่พ้องกันกับกลุ่มหรือคำตอบนั้นอยู่นอกพิสัยควอไทล์ ผู้เชี่ยวชาญจะต้องให้เหตุผลประกอบ

4) รอบที่ 4 มีลักษณะเดียวกับแบบสอบถามรอบที่ 3 ส่งกลับไปให้ผู้เชี่ยวชาญทบทวนคำตอบอีกครั้ง ซึ่งโดยปกติจะไม่ทำขั้นตอนนี้เพราะความคิดเห็นในรอบที่ 3 และรอบที่ 4 มีความแตกต่างกันน้อยมาก การกำหนดว่าควรจะมีแบบสอบถามรอบต่อไปนั้นควรพิจารณา ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ประกอบด้วย หากพบว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือมีการเปลี่ยนแปลงน้อย กล่าวคือพิสัยควอไทล์แคบมาก อาจยุติกระบวนการวิจัยลงได้ ซึ่ง Limestone (1978) ระบุว่าแบบสอบถามรอบถัดไปในการศึกษาแบบเดลฟายจะยุติการส่งแบบสอบถามได้เมื่อระดับฉันทามติเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าร้อยละ 15

2.4 การรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การรวบรวมข้อมูลเริ่มต้นตั้งแต่การติดต่อขอความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญให้เข้าร่วมวิจัย โดยต้องขอความร่วมมือให้ตอบแบบสอบถามทุกรอบ เนื่องจากการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟายต้องอาศัยการตอบแบบสอบถามซ้ำหลายรอบ การที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีจำนวนลดลงในการตอบแบบสอบถามแต่ละรอบและเว้นระยะการตอบนานเกินไป จนเกิดความไม่แน่นอนในคำตอบแต่ละครั้ง อาจส่งผลกระทบต่อวิเคราะห์ข้อมูลได้ ทั้งนี้เนื่องจากสถิติที่ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลจากคำตอบรอบที่สองและสาม คือ สถิติเกี่ยวกับการวัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง ได้แก่ ฐานนิยม (Mode) มัชฌิมฐาน (Median) หรือค่าเฉลี่ย (Mean) เพื่อแสดงตำแหน่งของความคิดเห็น หากจำนวนผู้ตอบในแต่ละรอบลดลงเป็นจำนวนมาก อาจทำให้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลมีความคลาดเคลื่อนได้ นอกจากนี้ยังใช้ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) เพื่อพิจารณาความกระจายของความคิดเห็น หากข้อความใดมีพิสัยกว้างแสดงว่าผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นต่างกันมาก ข้อความใดที่มีค่าพิสัยแคบแสดงถึงความสอดคล้องกันของความคิดเห็น ซึ่งอาจนำข้อความนั้นมาเป็นข้อสรุปของการวิจัยได้ แต่ผู้วิจัยไม่ควรละเลยข้อความที่มีพิสัยกว้างบางกรณีอาจเป็นข้อความที่มีประโยชน์ ทั้งนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลต้องพิจารณาถึงเหตุของคำตอบซึ่งผู้เชี่ยวชาญได้ระบุไว้ประกอบกันด้วย การวิเคราะห์ข้อมูลจึงควรแยกการวิเคราะห์ข้อมูลที่เป็นฉันทามติหรือข้อคิดเห็นร่วมกันของผู้เชี่ยวชาญ และข้อมูลที่ไม่เป็นฉันทามติ

2.5 ความตรงตามเนื้อหาและความเที่ยงของการวิจัยเทคนิคเดลฟาย

จุมพล พูลภัทรชีวิน (2550) ได้ให้ข้อคิดเห็นว่า ความตรงตามเนื้อหาของการวิจัยเทคนิคเดลฟายมีอยู่ในเครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลอยู่แล้ว เพราะเป็นการสอบถามความคิดเห็นมาจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในด้านนั้นๆ โดยตรง พร้อมทั้งมีการปรับแก้ไขสำนวน มีการปรับคำ หรือปรับข้อความที่ไม่ชัดเจน ประกอบกับจำนวนของผู้เชี่ยวชาญที่กำหนดไว้ ก็เป็นการช่วยลดความคลาดเคลื่อน ซึ่งถือได้ว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาแล้ว

ความเที่ยงของการวิจัยเทคนิคเดลฟาย ถือได้ว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจสอบความเที่ยงของการวิจัยด้วยแล้วเช่นกัน จากการที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้ยืนยันคำตอบของตนเองในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ของการตอบแบบสอบถาม เป็นการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของคำตอบในแต่ละรอบไปในตัว ถ้าคำตอบคงเดิมไม่มีการเปลี่ยนแปลงแสดงว่ามีความเที่ยงมาก การที่ผู้เชี่ยวชาญได้ไตร่ตรองตอบคำถามซ้ำทำให้ความเชื่อมั่นของคำตอบสูงขึ้น

3) ข้อดีของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย

3.1 สามารถรวบรวมข้อความคิดจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวนมากได้โดยไม่ต้องเสียเวลาการจัดการประชุม ดำเนินการได้ง่าย ผู้วิจัยสามารถรวบรวมหาความสอดคล้องของแนวคิดได้อย่างกว้างขวางและรวดเร็ว ผู้เชี่ยวชาญให้คำตอบได้อย่างอิสระไม่ถูกครอบงำความคิด ไม่ต้องเผชิญหน้ากับผู้ตอบจะทราบเพียงคำตอบของกลุ่มทั้งหมดโดยการแสดงด้วยสถิติเท่านั้น และไม่ทราบว่าใครเข้าร่วมอยู่ในการวิจัยบ้าง และใครให้คำตอบว่าอย่างไร

3.2 ผู้เชี่ยวชาญมีโอกาสแสดงความคิดเห็นได้อย่างเท่าเทียมกัน มีโอกาสรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นเท่าๆ กัน มีโอกาสปรับเปลี่ยนหรือยืนยันความคิดเห็นของตนจนเกิดความมั่นใจ และช่วยให้มีการพิจารณาปัญหาได้อย่างลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ยังผ่านการพิจารณาไตร่ตรองหลาย

ขั้นตอนในการตอบประเด็นปัญหาซ้ำหลายรอบ ความสอดคล้องกันของความคิดเห็นหรือฉันทามติจึงได้มาจากการพิจารณาร่วมกันอย่างละเอียดรอบคอบช่วยให้ความเชื่อมั่นของคำตอบที่ได้รับนั้นสูงขึ้น

4) ข้อพึงระวังของการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย

4.1 การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญและเกณฑ์การพิจารณาเลือกผู้เชี่ยวชาญให้ได้มาซึ่งผู้ที่มีความรู้ ความเต็มใจ และเห็นความสำคัญของการวิจัย เป็นส่วนสำคัญมากในด้านความน่าเชื่อถือของการวิจัย โดยผู้เชี่ยวชาญต้องเข้าใจประเด็นปัญหาโดยรวม และข้อความในแบบสอบถามแต่ละข้อตรงกัน เพื่อให้เกิดความสอดคล้องทางความคิดและไม่มีอคติ

4.2 การกำหนดให้ตอบแบบสอบถามซ้ำหลายรอบ อาจทำให้ผู้เชี่ยวชาญเกิดความเบื่อหน่าย หรือเกิดความรู้สึกว่าถูกรบกวนมากเกินไป จึงอาจทำให้ไม่ร่วมมือตอบแบบสอบถามรอบต่อไป นอกจากนี้ หากกำหนดให้ผู้เชี่ยวชาญทำนายเหตุการณ์ในระยะเวลาดำเนินการหรือไกลเกินไป อาจทำให้ผู้เชี่ยวชาญทำนายได้ด้วยความลำบากและเกิดความคลาดเคลื่อนได้

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Chiou, Shu-Ti and Chen, Liang-Kung (2009) ได้พัฒนากรอบแนวคิดสำหรับการส่งเสริมการสูงวัยอย่างมีสุขภาพในโรงพยาบาลในประเทศไทยได้หวั่น ซึ่งได้นำแนวคิดของ WHO Age-friendly principles (WHO, 2004) แนวคิดของ WHO HPH model (The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services, 2007) และแนวคิดของ Vancouver Island Health Authority's Elder-Friendly Hospital Initiative (Parke and Brand, 2004) นำมาพิจารณาร่วมกัน จนนำไปสู่กรอบแนวคิดการเป็นโรงพยาบาลที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุของประเทศไทยได้หวั่น ซึ่งประกอบด้วย 1) วิสัยทัศน์ ได้แก่ ให้การส่งเสริมด้านสุขภาพ ศักดิ์ศรี และการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ 2) ค่านิยมองค์การ ได้แก่ สุขภาพ มนุษยชาติ และสิทธิมนุษยชน 3) พันธกิจ ได้แก่ สร้างความเป็นมิตร ให้การสนับสนุน เคารพ และมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเฝ้าระวังและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ สร้างความปลอดภัย ส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง วางแผนการดูแลร่วมกับผู้สูงอายุ และเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวในการดูแลสุขภาพตนเอง 4) กลยุทธ์ในการดำเนินงาน ได้แก่ มีนโยบายในการบริหาร พัฒนานโยบายที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ มีการสนับสนุนจากองค์การ และมีการติดตามและปรับปรุงอย่างต่อเนื่อง กำหนดแนวทางในการสื่อสารและการบริการ แนวทางในการดูแล และการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

Huang, Larente and Morais (2011) ศึกษาการก้าวไปสู่โรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยการเปลี่ยนกระบวนทัศน์สำหรับการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล โดยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์แบบเมต้า เกี่ยวกับแนวคิดโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ซึ่งหลักเกณฑ์ที่ใช้ ได้แก่ 1) การมีสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ดี 2) องค์การไม่มีการเหยียดวัย 3) บุคลากรกระบวนกรและพัฒนาศักยภาพที่ครบวงจรโดยใช้แนวทางการดูแลผู้สูงอายุ 4) การให้ความช่วยเหลือในการตัดสินใจที่เหมาะสม 5) การเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลกับชุมชน ผลการวิจัยพบว่า แนวคิดโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ สามารถใช้เป็นแนวทางให้โรงพยาบาลเปลี่ยนแปลงระบบในการดูแลสุขภาพได้อย่างรวดเร็ว เพื่อให้การดูแลที่มีคุณภาพสูงโดยไม่ก่อให้เกิดผลกระทบใน

ด้านประโยชน์และความเสี่ยง การทำหน้าที่ และคุณภาพชีวิตที่สมดุลของผู้สูงอายุที่เปราะบาง อีกทั้งยังส่งผลต่อการสรรหาและการคงอยู่ในงานของผู้ที่มีทักษะและความเชี่ยวชาญจากการสร้างภาพลักษณ์ที่ดีของสถาบัน รวมถึงในด้านการจัดการการแข่งขันท่ามกลางสภาพแวดล้อมทางการเงินที่มีอย่างจำกัด ซึ่งการดำเนินงานเกี่ยวกับโปรแกรมการจัดการภาวะสับสนเฉียบพลันของโรงพยาบาลนับเป็นตัวอย่างของแนวปฏิบัติที่ได้รวบรวมหลักการหลายอย่างของแนวคิดโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเข้าไว้ด้วยกัน

Ahmadi, Seyedin and Fadaye-Vatan (2015) ศึกษาการก้าวไปสู่โรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในประเทศกำลังพัฒนา กรณีศึกษาในประเทศอิหร่าน กลุ่มตัวอย่างเป็นโรงพยาบาลจำนวน 26 แห่ง ในเมืองเตหะราน โดยเครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 50 ข้อรายการครอบคลุมใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการให้ข้อมูล และการฝึกอบรมบุคลากร 2) ด้านระบบการจัดการในหน่วยบริการสุขภาพ และ 3) ด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและการเข้าถึงบริการในโรงพยาบาล ผลการวิจัย พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่มีสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่ดี มีการเข้าถึงระบบขนส่งสาธารณะ แต่ยังคงขาดโปรแกรมการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ขาดหลักหรือแนวทางในการสอนผู้สูงอายุ รวมถึงขาดการมีปฏิสัมพันธ์ของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ แพทย์และพยาบาลกับผู้สูงอายุ อีกทั้งยังขาดระบบที่ให้ความสำคัญแก่ผู้สูงอายุ

ไตรรัตน์ จารุทัศน์, จิราพร เกศพิชญวัฒนา, กิตติอร ชาลปติ และศรัณยา หล่อมนีนพรัตน์ (2548) ศึกษามาตรฐานขั้นต่ำสำหรับที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ โดยเป็นการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับหลายสาขาวิชา ทั้งการออกแบบทางสถาปัตยกรรม การออกแบบภูมิสถาปัตยกรรม การออกแบบผลิตภัณฑ์อุปกรณ์ประกอบในที่พักอาศัย การสำรวจขนาดร่างกายของผู้สูงอายุ ตลอดจนการพยาบาลผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุจำนวน 404 ราย ผลการวิจัย พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นโรคเกี่ยวกับกระดูก/ข้อ/กล้ามเนื้อ/เอ็น ร้อยละ 39.9 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.2 และประสบปัญหาหนักที่สุดในเรื่องการมองเห็นคิดเป็นร้อยละ 40.1 อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาที่พบบ่อยที่สุดคือการหกล้ม คิดเป็นร้อยละ 20.8 ผลการสำรวจการใช้อุปกรณ์ต่างๆ สามารถสรุปได้ว่า สิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น บันได ความลาดชันของพื้นควรมีระดับที่เหมาะสม พื้นผิวทางเดินจะต้องไม่ลื่น สามารถเดินหรือเข็นรถเข็นได้สะดวก มีประตูแบบลูกบิดที่ใช้งานง่าย มีราวจับตามผนังทางเดิน และต้องการใช้อุปกรณ์ที่มีความปลอดภัยและไม่ยุ่งยากที่จะใช้งาน เป็นต้น

ดวงพร หุ่นตระกูล, วรรณภา ศรีธัญรัตน์, ขนิษฐา นันทบุตร และอมร เปรมกมล (2551) ศึกษาการพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุและครอบครัว บุคลากรของสุขภาพชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข กรรมการชุมชน และการศึกษาเอกสาร ผลการวิจัย พบว่า การบริการสุขภาพผู้สูงอายุของศูนย์สุขภาพชุมชนก่อนการพัฒนายึดหลักความเสมอภาค มีมาตรฐานเดียวกับทุกเพศและวัย เน้นการรักษาโรค ยังไม่ครอบคลุมปัญหาเฉพาะของผู้สูงอายุ ให้บริการตามนโยบาย การบริการยังไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุที่ให้ความหมายเกี่ยวกับบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุใน 6 ประเด็น คือ 1) การเคารพ 2) การบริการเชิงรุก 3) ความเสมอภาค/เท่าเทียมในกลุ่มผู้สูงอายุ 4) การตายอย่างสงบ 5) การดูแลทั้งครอบครัว 6) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพของศูนย์สุขภาพชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และบริการ

สุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของศูนย์สุขภาพชุมชนภายหลังการพัฒนา ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ คือ 1) พฤติกรรมการบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับสังคมวัฒนธรรมไทย 2) การบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และ 3) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

วรัญศิญา จิตต์เพียร (2552) ศึกษาการพัฒนาบริการพยาบาลที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ซึ่งปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยที่ศึกษา รวมทั้งหมดจำนวน 20 คน ผลการวิจัย พบว่า ในระยะที่ 1 จากการศึกษาสถานการณ์ ค้นหาปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ญาติและผู้ดูแล พบว่าบริการพยาบาลที่ผู้สูงอายุได้รับยังไม่มีคุณภาพเท่าที่ควร ไม่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงตามกระบวนการชราภาพ ไม่สามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ญาติ และผู้ดูแลได้ สำหรับปัญหาและความต้องการในมุมมองของผู้สูงอายุ ญาติ และผู้ดูแล คือ ต้องการให้ความเคารพในฐานะเป็นผู้อาวุโส ต้องการการบอกกล่าวและให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรักษา ต้องการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยและเหมาะสมกับวัยสูงอายุ ต้องการความเข้าใจและตระหนักในเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุ และต้องการให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล ส่วนในระยะที่ 3 ในการประเมินผลการศึกษา พบว่า แนวทางการปฏิบัติที่ได้จากการนำแนวคิดหลักการดูแลที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุขององค์การอนามัยโลก และหลักการปฏิบัติที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุของประเทศออสเตรเลีย มาใช้ในพัฒนาการบริการพยาบาลที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุในโรงพยาบาล มีความเหมาะสมกับบริบทที่ศึกษา สามารถช่วยให้เจ้าหน้าที่สุขภาพเข้าใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้สูงอายุ รวมถึงผู้สูงอายุ ญาติ และผู้ดูแล มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

บุญส่ง หาทวยการ, ผ่องพรรณ อรุณแสง และวิลาวรรณ พันธุ์พลกษ์ (2555) ศึกษาการพัฒนาแบบวัดการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีนครินทร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น จำนวน 300 คน ผลการวิจัย พบว่า แบบวัดการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ที่พัฒนาตามกรอบแนวคิดบริการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุ โมเดลมหาวิทยาลัยขอนแก่น ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 การพยาบาลและการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล โดยด้านการพยาบาล พบว่าพยาบาลต้องมีความรู้ และเข้าใจในปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ มีการติดตามอาการ และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ส่วนด้านสิ่งแวดล้อม พบว่า สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ คือการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ เช่น มีการติดตั้งแสงไฟให้สว่างเพียงพอ มีพื้นไม่ลื่น ไม่มีสิ่งกีดขวาง องค์ประกอบที่ 2 เจตคติและการสื่อสารของพยาบาล ได้แก่ การมีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ และต่อความสูงอายุ องค์ประกอบที่ 3 การจัดองค์กรเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ได้แก่ มีการสร้างระบบการดูแลที่จำเพาะกับผู้สูงอายุ องค์ประกอบที่ 4 การเคารพและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ ได้แก่ การมีผู้ให้บริการพยาบาลที่ให้ความเคารพ มีทัศนคติที่ดี มีความรู้เรื่องผู้สูงอายุ และมีบริการให้คำปรึกษา องค์ประกอบที่ 5 การสนับสนุนความเป็นเอกสิทธิ์ของผู้สูงอายุ ได้แก่ ส่งเสริมความเป็นอิสระและความเป็นส่วนตัว องค์ประกอบที่ 6 แหล่งสนับสนุนผู้สูงอายุและครอบครัวขณะอยู่ในโรงพยาบาล ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้สูงอายุกับ

ครอบครัว มีอิสระในการดูแลตนเอง และองค์ประกอบที่ 7 การส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาล ได้แก่ การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในด้านต่างๆ

พรรณมณฑล อธิโชคจารุพัชร และจิราพร เกศพิชญวัฒนา (2556) ศึกษาผลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเฝ้าอาหารต่อภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่เข้ารับการรักษาในห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ จำนวน 40 คน โดยการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเฝ้าอาหารต่อผู้สูงอายุ เป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 1) การคัดกรองผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินโดยใช้เกณฑ์การประเมินความเร่งด่วนและคัดกรองของเคนาดา 2) การประเมินปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาภายในห้องฉุกเฉินตามแนวคิดของการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน 3) การปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉินตามปัญหา หรืออาการที่นำผู้สูงอายุเข้ามารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินในแต่ละราย โดยยึดหลักการพยาบาลแบบเฝ้าอาหารสำหรับผู้สูงอายุ และ 4) การจัดสภาพแวดล้อมที่เฝ้าอาหารต่อผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน ตามหลักการพยาบาลแบบเฝ้าอาหารสำหรับผู้สูงอายุ ร่วมกับแนวคิดหลักการการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุภายในห้องฉุกเฉิน ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินหลังได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเฝ้าอาหารต่อผู้สูงอายุต่ำกว่าก่อนได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเฝ้าอาหารต่อผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และค่าเฉลี่ยระดับความวิตกกังวลของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินกลุ่มที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเฝ้าอาหารต่อผู้สูงอายุต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นิตยา จันทบุตร, อมรรัตน์ ถิ่นขาม, ปติตตา สิมานุรักษ์ และอรัญญ์การ์ สระบงกช (2559) ศึกษาการพยาบาลเฝ้าอาหารผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหอผู้ป่วยจักษุ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 316 คน ใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ผลการวิจัย พบว่า การพยาบาลเฝ้าอาหารผู้สูงอายุในโรงพยาบาลตามการรับรู้ของผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก พบว่า 6 ใน 7 ด้าน มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ได้แก่ 1) การพยาบาลและการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล 2) เจตคติและการสื่อสารของพยาบาล 3) การเคารพและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ 4) การสนับสนุนความเป็นเอกลักษณ์ของผู้สูงอายุ 5) แหล่งสนับสนุนผู้สูงอายุและครอบครัวขณะอยู่ในโรงพยาบาล และ 6) การส่งเสริมครอบครัวในการดูแลขณะอยู่ในโรงพยาบาล ส่วนด้านการจัดองค์กรเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง โดยพบว่าด้านการส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด รองลงมาคือ ด้านการเคารพและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ ด้านการพยาบาล และการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

สุนิสา ยุคะลิ่ง และประสพสุข ศรีแสนปาง (2560) ศึกษาการพัฒนาบริการสุขภาพที่เฝ้าอาหารต่อผู้สูงอายุในหน่วยงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลโพ้นทอง กลุ่มตัวอย่างเป็นแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล เภสัชกร ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ประชาสัมพันธ์ พนักงานแปล รวม 10 คน และผู้ให้

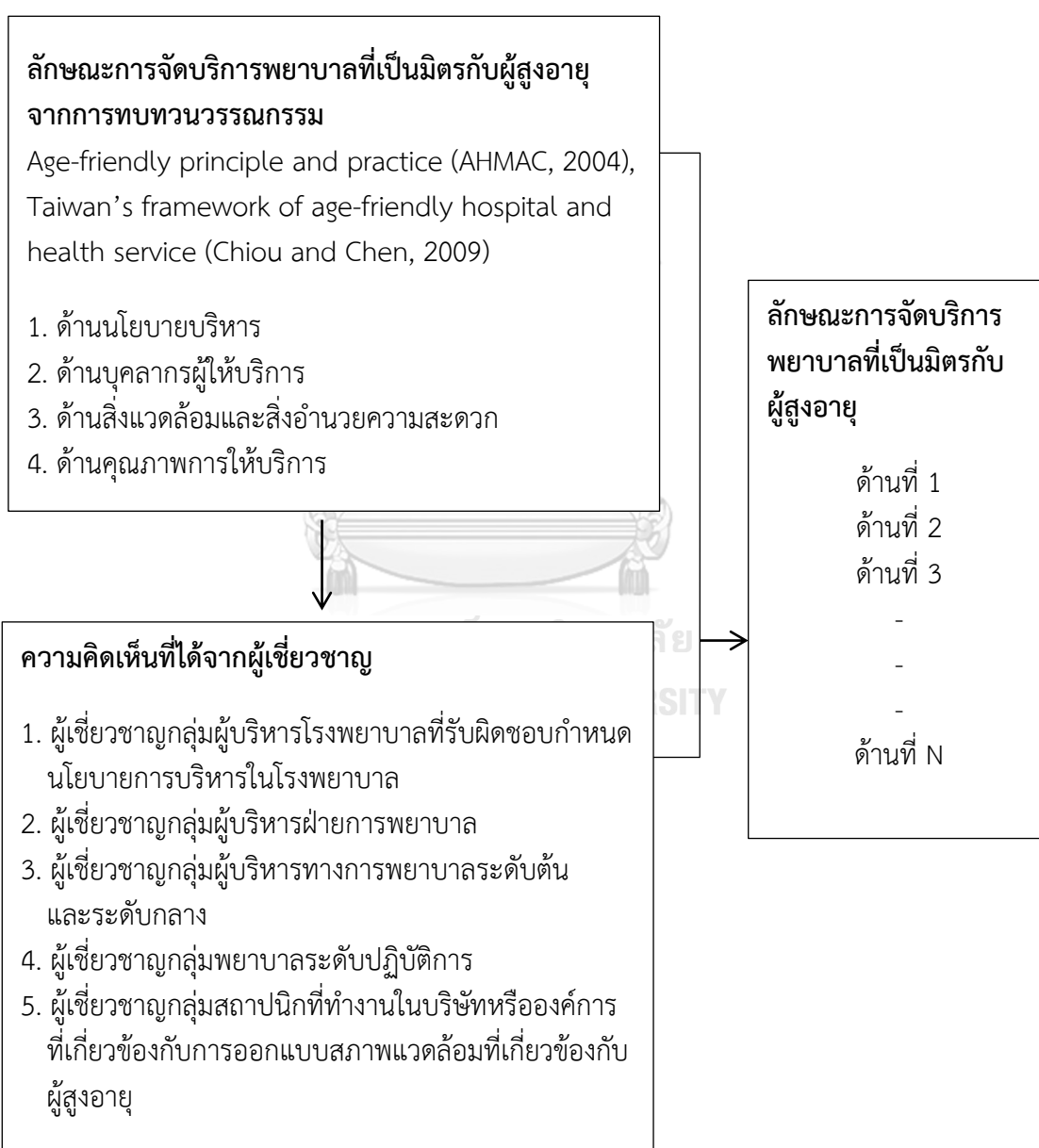
ข้อมูลหลัก 36 คน ประกอบด้วยผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และจิตอาสา ผลการวิจัย พบว่า การบริการสุขภาพที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุในหน่วยงานผู้ป่วยนอก มี 6 องค์ประกอบ คือ 1) การแสดงออกถึงความเคารพ ให้เกียรติ ห่วงใย และใส่ใจบริการ 2) ความเข้าใจและตระหนักในความสูงอายุ 3) ความรวดเร็วในการให้บริการ 4) การจัดบริการที่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ 5) การให้บริการใกล้บ้าน 6) สิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยเหมาะสมกับผู้สูงอายุ เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์การให้บริการของบุคลากรทีมสุขภาพ พบปัญหาในการให้บริการดังนี้ 1) บุคลากรบางส่วนยังไม่ได้รับการฝึกอบรมความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ 2) ภาระงานมาก มุ่งเน้นการให้การรักษาโรคเป็นสำคัญ ระบบบริการยังคงใช้มาตรฐานเดียวกันกับทุกวัย 3) ข้อจำกัดของสถานที่ทำให้ยังไม่สามารถจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุได้ และ 4) สิ่งแวดล้อมบางส่วนไม่เหมาะสมกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งข้อมูลที่ได้นำไปสู่กระบวนการพัฒนาก่อให้เกิดการบริการสุขภาพเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 1) การสร้างความตระหนักถึงการบริการสุขภาพที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ 2) การพัฒนาระบบบริการที่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ 3) การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

รุ่งทิภา ชื่นชอบ, ศิริพร มงคลถาวรชัย, บุญส่ง หาทวยการ, อุไรวรรณ ใจจิ้งหรีด, พัศดา ภัคดีกำจร และปณิตา ลิ้มปะวัฒน์นะ (2560) ศึกษาการพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในโครงการพัฒนาระบบบริการพยาบาลเอื้ออาทรกลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 337 คน ผลการวิจัย พบว่า การรับรู้การพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงทุกด้าน โดยเฉพาะในด้านการเคารพและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ และด้านเจตคติและการสื่อสารของพยาบาลมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูงมาก แสดงให้เห็นว่าพยาบาลวิชาชีพมีเจตคติที่ดีต่อการพยาบาลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสมรรถนะที่สำคัญของการพยาบาลด้านผู้สูงอายุ

การทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้วิจัยได้ทราบถึงการจัดการบริการพยาบาลในสถานพยาบาลที่ยังไม่สอดคล้องกับความต้องการ และบริการสุขภาพที่ยังไม่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เช่น ขาดการเคารพ ขาดความเข้าใจและตระหนักในความเปลี่ยนแปลงของวัยสูงอายุ ขาดการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา มุ่งเน้นการรักษาโรคเป็นสำคัญ บริการพยาบาลยังไม่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเท่าที่ควร ยังไม่สามารถตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ญาติ และผู้ดูแลได้ รวมถึงสิ่งแวดล้อมยังไม่ปลอดภัยและเหมาะสมกับผู้สูงอายุ และเมื่อได้ทบทวนถึงลักษณะการจัดการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ทำให้ทราบว่าโรงพยาบาลควรมีการดำเนินงาน หรือจัดบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ลักษณะอย่างไร ซึ่งในปัจจุบัน ประเทศไทยมีการกำหนดมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ โดยเป็นแนวคิดการให้บริการผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลครบทุกมิติ ซึ่งแนวคิดดังกล่าวเป็นลักษณะการจัดการบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยเป็นการจัดบริการในแผนกผู้ป่วยนอกหรือคลินิก ซึ่งปัจจุบันพบว่ายังไม่ครอบคลุมการจัดการบริการแก่ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาลักษณะการจัดการบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เพื่อนำไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนดำเนินงานด้านการจัดการบริการผู้สูงอายุ ซึ่งจะก่อให้เกิดการพัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาล และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้สูงอายุที่เข้ามารับบริการ

9. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยรวบรวมเนื้อหาจากแนวคิดหลักการและแนวปฏิบัติที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly principles and practices) ของ AHMAC (2004) และแนวคิดโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของประเทศไต้หวัน (Taiwan's framework of age-friendly hospital and health service) ของ Chiou and Chen (2009) นำข้อมูลและแนวคิดที่ได้มาบูรณาการแนวคิดเบื้องต้นประกอบการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ นำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดดังนี้



บทที่ 3

การดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

การเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในการทำวิจัย โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ดังนี้

1. ศึกษาจากประวัติความเชี่ยวชาญ ผลงานการวิจัย เอกสารเผยแพร่ทางวิชาการ ตลอดจนประสบการณ์ในการทำงานด้านบริหารและด้านผู้สูงอายุ โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในแต่ละกลุ่มเพื่อให้ได้ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์เกี่ยวข้องกับงานด้านผู้สูงอายุมากที่สุด

2. สอบถามผู้เชี่ยวชาญในวงกว้าง และให้ผู้เชี่ยวชาญเสนอผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มคนต่อไป (Snowball technique) เพราะการได้รับคำแนะนำ บอกต่อจากตัวผู้เชี่ยวชาญมีความน่าเชื่อถือ และมีผลในเรื่องการให้ความร่วมมือเข้าร่วมการวิจัยมากขึ้น (Burns and Grove, 2001)

3. ถามความสมัครใจในการเข้าร่วมเป็นผู้เชี่ยวชาญในงานวิจัย หากผู้เชี่ยวชาญไม่ประสงค์เข้าร่วมการวิจัย เช่น ไม่สะดวกในการให้ข้อมูล ไม่อยู่ในช่วงเวลาเก็บข้อมูล รวมถึงไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ดำเนินการสอบถามผู้เชี่ยวชาญคนอื่นที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดเพิ่มเติม

ผู้เชี่ยวชาญครั้งนี้ประกอบด้วย ผู้บริหารโรงพยาบาลที่รับผิดชอบกำหนดนโยบายการบริหารในโรงพยาบาล จำนวน 2 คน ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล จำนวน 5 คน ผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นและระดับกลาง จำนวน 5 คน พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ จำนวน 5 คน และสถานิกที่ทำงานในบริษัทหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน การวิจัยครั้งนี้ มีผู้เชี่ยวชาญจำนวน 19 คน ตามเกณฑ์การกำหนดจำนวนผู้เชี่ยวชาญของ Macmillan (1971) โดยมีความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.02

การศึกษาลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในครั้งนี้ มีกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ 5 กลุ่ม และมีคุณสมบัติ ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้บริหารโรงพยาบาล ที่รับผิดชอบกำหนดนโยบายการบริหารในโรงพยาบาล จำนวน 2 คน มีคุณสมบัติดังนี้

- 1) มีวุฒิทางการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาโทขึ้นไป
- 2) มีประสบการณ์ในการทำงานตำแหน่งผู้บริหารระดับผู้อำนวยการ/รองผู้อำนวยการ ที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายการบริหารของโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 3 ปี ในโรงพยาบาลของรัฐ ระดับตติยภูมิ หรือโรงพยาบาลศูนย์ หรือในโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ที่มีการจัดบริการเฉพาะผู้สูงอายุ หรือมีนโยบายที่เฉพาะเจาะจงกับการให้บริการผู้สูงอายุ

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล จำนวน 5 คน มีคุณสมบัติดังนี้

- 1) มีวุฒิทางการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาโทขึ้นไป

2) มีประสบการณ์ในการทำงานตำแหน่งผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล/ผู้จัดการฝ่ายการพยาบาล ไม่น้อยกว่า 3 ปี ในโรงพยาบาลของรัฐ ระดับตติยภูมิ หรือโรงพยาบาลศูนย์ หรือในโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ที่มีการจัดบริการเฉพาะผู้สูงอายุ หรือมีนโยบายที่เฉพาะเจาะจงกับการให้บริการผู้สูงอายุ

กลุ่มที่ 3 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นและระดับกลาง จำนวน 5 คน มีคุณสมบัติดังนี้

1) มีวุฒิทางการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาโทขึ้นไป

2) มีประสบการณ์ในการทำงานตำแหน่งหัวหน้าหอผู้ป่วย ไม่น้อยกว่า 3 ปี ในโรงพยาบาลของรัฐ ระดับตติยภูมิ หรือโรงพยาบาลศูนย์ หรือในโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ที่มีการจัดบริการเฉพาะผู้สูงอายุ หรือมีนโยบายที่เฉพาะเจาะจงกับการให้บริการผู้สูงอายุ

กลุ่มที่ 4 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ จำนวน 5 คน มีคุณสมบัติดังนี้

1) มีวุฒิทางการศึกษาทางการพยาบาลตั้งแต่ระดับปริญญาโทขึ้นไป หรือ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

2) มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลในหน่วยงานที่ดูแลผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า 3 ปี ในโรงพยาบาลของรัฐ ระดับตติยภูมิ หรือโรงพยาบาลศูนย์ หรือในโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ที่มีการจัดบริการเฉพาะผู้สูงอายุ หรือมีนโยบายที่เฉพาะเจาะจงกับการให้บริการผู้สูงอายุ

กลุ่มที่ 5 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นสถาปนิก ที่ทำงานในบริษัทหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน มีคุณสมบัติดังนี้

1) มีวุฒิทางการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาโทขึ้นไป

2) มีประสบการณ์ด้านการออกแบบเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า 3 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ 1 ชุด และแบบสอบถาม 2 ชุด สร้างขึ้นโดยใช้เทคนิคเดลฟาย มีรายละเอียดดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์ลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ นำแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมนำมาสร้างเป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยใช้คำถามปลายเปิด มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

2. แบบสอบถามรอบที่ 2 รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1 นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อจัดหมวดหมู่เกี่ยวกับลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเป็นด้านและนำมาสร้างเป็นรายการของคุณลักษณะแต่ละด้านเป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ระดับความคิดเห็นมากที่สุด จนถึง ระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าความสำคัญของลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในแต่ละด้าน

3. แบบสอบถามรอบที่ 3 เพื่อยืนยันความสำคัญของแต่ละด้านและลักษณะแต่ละด้าน เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ระดับความสำคัญจากมากที่สุด จนถึงระดับความสำคัญน้อยที่สุด เกี่ยวกับลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณายืนยันความสำคัญหรือเปลี่ยนแปลงลำดับความสำคัญจากคำตอบของแบบสอบถามรอบที่ 2

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์รอบที่ 1 แบบสัมภาษณ์ลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระเกี่ยวกับลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยมีขั้นตอนการสร้างแบบสัมภาษณ์ ดังนี้

1. ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมจากตำรา วารสาร เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการกำหนดแนวทาง

2. สร้างแบบบันทึกการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างตามแนวคิดลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ รหัสผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ตอนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ ข้อคำถามที่ใช้ ได้แก่

1) จากประสบการณ์ของท่านคิดว่าลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุมีกี่ด้าน อะไรบ้าง

2) ขณะนี้แนวโน้มประเทศไทยมีผู้สูงอายุ และเข้ารับบริการทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเพิ่มมากขึ้น ท่านคิดว่าลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ควรมีนโยบาย แนวทางเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก การให้บริการ รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพบริการด้านต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการที่สอดคล้องกับการให้บริการในกลุ่มผู้สูงอายุอย่างไร

3) ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

แบบสอบถามรอบที่ 2 แบบสอบถามเรื่อง ลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ให้ระดับความสำคัญของข้อความลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในแต่ละด้านที่ได้จากการสังเคราะห์จากการสัมภาษณ์และวรรณกรรม มีจำนวน 3 ด้าน มีรายการลักษณะย่อย 60 ข้อ และมีข้อคำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นเพิ่มเติมอย่างอิสระ มีวิธีการสร้างแบบสอบถาม ดังนี้

1. นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์และตอบคำถามของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1 มาทำการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) กำหนดเป็นด้านตามวรรณกรรมและข้อเสนอแนะจากผู้สัมภาษณ์และจัดคุณลักษณะย่อยที่มีลักษณะเดียวกันแต่ละด้าน โดยเรียงตามลำดับความสำคัญ ได้เป็นลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ด้าน และรายการลักษณะย่อย 60 ข้อ

2. จัดทำแบบสอบถามเรื่อง ลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าระดับความสำคัญตามความคิดเห็นต่อข้อรายการดังกล่าวที่สังเคราะห์ได้ในเรื่อง ลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ มีความสำคัญระดับมากที่สุด จนถึงมีความสำคัญระดับน้อยที่สุด

3. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจน และความครอบคลุมของเนื้อหา

4. ปรับแก้ข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ให้ข้อคำถามมีความชัดเจน

แบบสอบถามรอบที่ 3 แบบสอบถามเรื่อง ลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้รับรู้ระดับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและคำตอบของผู้เชี่ยวชาญคนนั้นในแต่ละข้อ สำหรับใช้ประกอบการพิจารณายืนยันความสำคัญและความต้องการเปลี่ยนแปลงคำตอบให้สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ มีวิธีการสร้างแบบสอบถาม ดังนี้

1. นำข้อมูลที่รวบรวมได้จากผู้เชี่ยวชาญในขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 มาคำนวณหาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) แต่ละข้อคำถาม เพื่อระบุค่ากลางและการกระจายความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

2. นำร่างของแบบสอบถามจากผลการวิเคราะห์แบบสอบถามรอบที่ 2 นำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อพิจารณาความเหมาะสมในการปรับแบบสอบถาม มีการปรับปรุงข้อความและตัดข้อความที่ไม่ชัดเจนหรือซ้ำซ้อนตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 และผ่านความคิดเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษา โดยแบบสอบถามรอบที่ 3 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ พร้อมแสดงตำแหน่งค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และตำแหน่งความคิดเห็นที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนได้ตอบในแบบสอบถามรอบที่ 2 ส่งให้อาจารย์ที่ปรึกษาพิจารณาความถูกต้องเหมาะสมของข้อคำถาม

3. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้น ไปให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 19 คน ตอบแบบสอบถามเพื่อพิจารณายืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ พร้อมทั้งให้เหตุผลประกอบในกรณีที่คำตอบอยู่นอกขอบเขตพิสัยระหว่างควอไทล์

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแฝงอยู่ในกระบวนการวิจัย กล่าวคือ ความตรงตามเนื้อหาได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญโดยตรง ผู้เชี่ยวชาญมีโอกาสปรับแก้สำนวนภาษา และตรวจสอบความถูกต้องซ้ำหลายรอบ นอกจากนี้ มีการใช้เทคนิคสรุปสะสมในระหว่างการสัมภาษณ์ ทำให้มีความตรงตามเนื้อหาสูง ส่วนความเที่ยงตรงของเครื่องมือที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญซ้ำหลายรอบเพื่อตรวจสอบความเที่ยงแต่ละรอบจะมีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ หากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่คงเดิมไม่เปลี่ยนแปลง แสดงว่ามีความเที่ยงสูง (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2539) สำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่จะใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ได้ตรวจสอบความ

ถูกต้อง และความเหมาะสมของเครื่องมือทุกชุดก่อนนำไปเก็บรวบรวมข้อมูล และการรวบรวมข้อมูล ได้ให้เวลาอย่างเพียงพอแก่ผู้เชี่ยวชาญ นอกจากนี้ ในระหว่างการตอบแบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญมีการ ปรับแก้สำนวนภาษาในแบบสอบถาม ซึ่งเสมือนว่าผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจความตรงตามเนื้อหาของ แบบสอบถามไปด้วย ส่วนความเที่ยงของเครื่องมือพิจารณาจากการที่ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบของตน เมื่อตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 และรอบที่ 3 พบว่าคำตอบของผู้เชี่ยวชาญเปลี่ยนแปลงน้อยกว่าร้อยละ 15 ซึ่ง Linstone (1978) เสนอว่าสามารถยุติการส่งแบบสอบถามได้ และแบบสอบถามมีความเที่ยงในระดับที่ยอมรับได้

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง หลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2562 และได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยนำเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Information sheet) ประกอบด้วย วัตถุประสงค์การวิจัย วิธีการดำเนินการ วิจัย โดยให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทราบว่า ผู้เข้าร่วมมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธเข้าร่วม หรือถอนตัวจากการ วิจัยได้ทุกเมื่อ ในการบันทึกเทปสัมภาษณ์และแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อ-นามสกุล ของผู้มีส่วน ร่วมในการวิจัย โดยแบบสอบถามจะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายเทปทิ้งทันทีเมื่อสิ้นสุด กระบวนการวิจัย ผลการวิจัยจะนำมาสรุปและวิเคราะห์ในภาพรวมเท่านั้น (สุกัญญา ประจุศิลป์, 2549)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 3 รอบ ใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 96 วัน ระยะเวลา รวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 ตั้งแต่ 15 กุมภาพันธ์ 2562 ถึง 20 มีนาคม 2562 ระยะเวลารวบรวมข้อมูล รอบที่ 2 ตั้งแต่ 3 เมษายน 2562 ถึง 17 เมษายน 2562 และระยะเวลารวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 ตั้งแต่ 7 พฤษภาคม 2562 ถึง 21 พฤษภาคม 2562 มีรายละเอียดการดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอน ต่อไปนี้

การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1

1. ทำหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการคัดเลือกเข้ากลุ่มตัวอย่าง เพื่อขอความร่วมมือใน การให้ความคิดเห็นเกี่ยวกับลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จากคณะพยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 19 ชุด

2. ผู้วิจัยติดต่อผู้เชี่ยวชาญ โดยแนะนำตัวและนัดหมายการส่งเอกสารรายละเอียด เกี่ยวกับหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ แบบสัมภาษณ์รอบที่ 1 และข้อมูล สำหรับกลุ่มประชากร หรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Patient or Participation information sheet) เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ศึกษาก่อนการนัดหมายสัมภาษณ์

3. การนัดหมายผู้เชี่ยวชาญ โดยนำส่งเอกสาร พร้อมทั้งนัดวัน เวลา ที่จะสัมภาษณ์ และ ขออนุญาตติดต่อทางโทรศัพท์ เพื่อทบทวนกำหนดนัดหมายล่วงหน้าก่อนถึงวันนัด

4. ผู้วิจัยเตรียมตัวก่อนสัมภาษณ์ โดยจัดเตรียมอุปกรณ์เครื่องบันทึกเสียง กระจาดสำหรับจดบันทึก หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent form) และโทรศัพท์สอบถามเพื่อยืนยันกำหนดการนัดหมายล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์กระทำได้ 2 แบบ คือ

1) การสัมภาษณ์ด้วยตัวเองจำนวน 17 คน โดยในวันนัดผู้วิจัยเดินทางไปยังสถานที่ก่อนเวลานัดหมาย 30 นาที ตรวจสอบความพร้อมของอุปกรณ์ในการสัมภาษณ์ให้เรียบร้อย ก่อนการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยแนะนำตัว บอกรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ใช้เวลาคนละ 30-45 นาที 1 รอบ และการตอบแบบสอบถามอีก 2 รอบ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้รับทราบกระบวนการวิจัยก่อนลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent form) และขออนุญาตบันทึกเทปในการสัมภาษณ์ โดยการสัมภาษณ์ดำเนินการระหว่างวันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2562 ถึง 20 มีนาคม 2562

2) การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ จำนวน 2 คน ผู้วิจัยเตรียมตัวเหมือนการสัมภาษณ์ด้วยตนเอง เพิ่มเติมในเรื่องการตรวจสอบความพร้อมของโทรศัพท์ แจ้งให้ผู้เชี่ยวชาญทราบว่ามีการบันทึกเสียงทางโทรศัพท์ โดยการสัมภาษณ์ดำเนินการระหว่างวันที่ 13 มีนาคม ถึง 20 มีนาคม 2562

5. ในระหว่างสัมภาษณ์ขออนุญาตบันทึกเทป และจดบันทึกย่อระหว่างการสัมภาษณ์ ตั้งใจฟัง สรุปความตามประเด็น เปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นตามความต้องการ หลังการสัมภาษณ์ ชี้แจงถึงการเก็บข้อมูลต่อไป ขออนุญาตติดต่อทางโทรศัพท์หากต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ยืนยันว่าจะลบและทำลายเทปทิ้งทันทีหลังสิ้นสุดการวิจัย และกล่าวขอบคุณผู้เชี่ยวชาญ

6. ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 15 กุมภาพันธ์ 2562 ถึง 20 มีนาคม 2562

การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2

1. จัดเตรียมเอกสารส่งให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม จำนวน 19 คน ทำหนังสือแจ้งเอกสารแบบไม่เป็นทางการ พร้อมแบบสอบถามชุดที่ 2 ใส่ซอง แบนซองเปล่าติดตราไปรษณียากรแบบด่วนพิเศษ จ่าหน้าซองถึงผู้วิจัย เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญส่งกลับทางไปรษณีย์โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย นำส่งเอกสารทางไปรษณีย์ จำนวน 15 คน นำส่งเอกสารด้วยตนเอง จำนวน 4 คน โดยกำหนดวัน เวลา ในการรับแบบสอบถามกลับภายใน 2 สัปดาห์ คือวันที่ 17 เมษายน 2562

2. เมื่อครบกำหนดเวลาได้รับแบบสอบถามกลับคืน จำนวน 19 ฉบับ โดยได้รับการตอบกลับทางไปรษณีย์ 15 ฉบับ และไปรษณีย์ด้วยตนเอง จำนวน 4 ฉบับ

3. ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 ตั้งแต่วันที่ วันที่ 3 เมษายน 2562 ถึง วันที่ 17 เมษายน 2562

การเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3

1. จัดเตรียมเอกสารส่งให้ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม จำนวน 19 คน ทำหนังสือแจ้งเอกสารแบบไม่เป็นทางการ พร้อมแบบสอบถามชุดที่ 2 ใส่ซอง แบนซองเปล่าติดตราไปรษณียากรแบบด่วนพิเศษ จ่าหน้าซองถึงผู้วิจัย เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญส่งกลับทางไปรษณีย์โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย นำส่งเอกสารทางไปรษณีย์ จำนวน 15 คน นำส่งเอกสารด้วยตนเอง จำนวน 4 คน โดยกำหนดวัน เวลา ในการรับแบบสอบถามกลับภายใน 1 สัปดาห์ คือวันที่ 14 พฤษภาคม 2562

2. เมื่อครบกำหนดเวลาได้รับแบบสอบถามกลับคืน จำนวน 19 ฉบับ โดยได้รับการตอบกลับทางไปรษณีย์ 15 ฉบับ และไปรับด้วยตนเอง จำนวน 4 ฉบับ

3. ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 ตั้งแต่วันที่ 6 พฤษภาคม 2562 ถึง วันที่ 21 พฤษภาคม 2562

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษานี้ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 3 รอบ โดยการสัมภาษณ์ในรอบแรก และเป็นการตอบแบบสอบถามปลายเปิด ในรอบที่ 2 และ 3 ซึ่งเป็นการตอบแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า การวิเคราะห์ข้อมูลแต่ละรอบมีขั้นตอน ดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1

นำข้อมูลที่วิเคราะห์ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1 มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยผู้วิจัยถอดเทปที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญทันทีหลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ นำเนื้อหาที่รวบรวมได้มาจำแนกและจัดหมวดหมู่ข้อมูลรายการลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เปรียบเทียบกับกรอบแนวคิดที่บูรณาการจากการทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์ความคิดเห็นที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ และนำมาสรุปเป็นลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในแต่ละด้านและข้อย่อย นำข้อมูลเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมและปรับแก้ตามคำแนะนำ

ตัวอย่าง ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1 จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่อนำมาสร้างเป็นแบบสอบถาม

จากการทบทวนวรรณกรรม	วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	สร้างข้อคำถาม
การกำหนดทิศทาง หรือเป้าหมายในการดำเนินงานซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จในการบริหารขององค์กร โดยมีการวางแผน จัดทำวิธีหรือแนวทางในการทำงาน วิธีการบริหารหรือกระบวนการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ด้านการจัดบริการพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ ครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึงส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล ด้วยวิธีปฏิบัติงานที่ถูกต้องเหมาะสม สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้ใช้บริการ	- มีนโยบายสนับสนุนจากโรงพยาบาลด้านการจัดบริการผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ และครอบครัว - มีการกำหนดเป็นแผนวิสัยทัศน์ พันธกิจของโรงพยาบาล	- กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจเพื่อรองรับการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล เป็นต้น

ผู้วิจัยได้รวมรายด้านที่มีข้อรายการย่อยที่มีความหมายในลักษณะเดียวกันรวมเข้าไว้ด้วยกัน ทำให้ลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ลดลงเหลือ 3 รายด้าน รวมจำนวน ลักษณะย่อย 60 ข้อรายการ (ภาคผนวก จ) มีรายละเอียดดังนี้

1) ด้านการจัดบริการผู้สูงอายุ หมายถึง การกำหนดนโยบาย ทิศทาง หรือเป้าหมายในการดำเนินงาน มีการจัดทำแนวทางในการทำงานเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ด้านการจัดบริการพยาบาล ผู้สูงอายุ ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล ครอบคลุมถึงการ จัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ

2) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ หมายถึง การปฏิบัติเชิงวิชาชีพ ด้วยการให้บริการพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวมที่ครอบคลุมถึงการดูแลรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพ โดยการใช้มาตรฐานการพยาบาล กระบวนการพยาบาลและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อการดูแลผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างมีคุณภาพ ครอบคลุมถึงการพัฒนาศักยภาพทางการพยาบาลให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางและมีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ

3) ด้านพัฒนาคุณภาพบริการผู้สูงอายุ หมายถึง ลักษณะของบริการพยาบาลที่มีความต่อเนื่อง มีระบบ แบบแผน เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานโรงพยาบาล ตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการทุกระดับ ทั้งบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยที่คุณลักษณะของการบริการพยาบาลนั้น สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการที่เป็นผู้สูงอายุ ทั้งด้านมาตรฐานที่กำหนด และตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ โดยก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งเป็นที่พึงพอใจของผู้ใช้บริการที่เป็นผู้สูงอายุ ญาติ และผู้ดูแล

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2

ผู้วิจัยนำคำตอบที่ได้จากการตอบแบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 2 มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ คำนวณค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Rang: IR) ในแต่ละข้อคำถาม โดยหาค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.5 ขึ้นไป จึงจะประเมินว่า ลักษณะของการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุด้านนั้นมีความสำคัญ และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.5 หมายถึง ความคิดเห็นมีความสอดคล้องกัน จำนวน 60 ข้อ ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 4-5 และ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์อยู่ในช่วง 0-1 โดยเพิ่มข้อคำถาม จำนวน 2 ข้อ ปรับแยกข้อคำถาม จำนวน 1 ข้อ และปรับข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ สรุปได้ข้อคำถามลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ด้าน และรายการลักษณะย่อย 63 ข้อ ได้แก่ 1) ด้านการจัดบริการผู้สูงอายุ 2) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ และ 3) ด้านพัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ด้านการจัดบริการผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์จากกรอบที่ 2 ของลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ด้านการจัดบริการผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ด้านการจัดบริการผู้สูงอายุ จำแนกรายข้อ

ข้อ	การจัดบริการผู้สูงอายุ	Md	IR	ระดับความสำคัญ
1.	กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เพื่อรองรับการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เช่น การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล เป็นต้น	4.68	0.38	มากที่สุด
2.	กำหนดนโยบาย กลยุทธ์ เพื่อดำเนินงานด้านการจัดบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาล เช่น กำหนดผู้รับผิดชอบ หรือจัดตั้งคณะทำงาน เพื่อพัฒนาระบบการจัดบริการผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม มีความปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานโรงพยาบาล	4.70	0.32	มากที่สุด
3.	จัดการบริการสำหรับผู้สูงอายุให้ได้รับความปลอดภัย ความสะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาการรอคอย เช่น จัดลำดับการให้บริการตามการคัดกรองความเสี่ยงของผู้สูงอายุ จัดช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ (Fast track) เป็นต้น	4.68	0.39	มากที่สุด
4.	จัดบริการสุขภาพให้ผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Holistic health) และจัดกิจกรรมฝึกทักษะการดูแลตนเองและกิจวัตรประจำวัน เช่น จัดตั้งสถานดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวัน (Day care) กิจกรรมสันทนาการ กิจกรรมที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร เช่น ชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ให้ครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมให้เกิดความรักความผูกพันในครอบครัว เป็นต้น	4.65	0.63	มากที่สุด
5.	จัดระบบการให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One Stop Service) ในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อเอื้อต่อผู้สูงอายุที่มาเพียงลำพัง เช่น มีขั้นตอนการลงทะเบียนที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ผู้สูงอายุไม่ต้องติดต่อหลายเคาน์เตอร์เพื่อพบแพทย์ ปรึกษา หรือติดต่อการเงิน	4.72	0.30	มากที่สุด

ข้อ	การจัดบริการผู้สูงอายุ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
6.	จัดบริการเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ด้วยโรคเฉียบพลัน (Acute Care for Elders: ACE) เช่น โรคติดเชื้อ กลุ่มโรคที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บ หรือโรคที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ทันทีที่ เพิ่มความสามารถในการกลับมาดำเนินชีวิต การทำหน้าที่ (Functional outcomes) รวมทั้งลดจำนวนวันนอน และอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล	4.58	0.83	มากที่สุด
7.	จัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดการออกแบบเพื่อทุกคน (Universal design) คำนึงถึงความปลอดภัย ความสะดวก เข้าถึงบริการได้ง่าย	4.74	0.28	มากที่สุด
8.	จัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมด้านสังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ เช่น แผนกผู้ป่วยนอกจัดโต๊ะและเก้าอี้ที่นั่งรอให้เป็นกลุ่มเล็กๆ จัดพื้นที่รับประทานอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่มารับบริการ มีอาหารว่าง เครื่องดื่มสุขภาพ ดนตรีบำบัด หรือกิจกรรมทางสังคมให้ผู้สูงอายุผ่อนคลายระหว่างรอรับบริการ แผนกผู้ป่วยในจัดเก้าอี้ข้างเตียงผู้ป่วย มีพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาสามารถพบปะหรือรับประทานอาหารกับครอบครัว หรือผู้มาเยี่ยมได้ เพื่อส่งเสริมปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว	4.65	0.63	มากที่สุด
9.	จัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการเยียวยา (Healing environment) เช่น การสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้สูงอายุ ยืดหยุ่นในการให้บริการ จัดหอผู้ป่วยให้มีแสงสว่างจากธรรมชาติ อากาศถ่ายเทดี อุณหภูมิเหมาะสม จัดพื้นที่เป็นสัดส่วน ไม่มีเสียงรบกวน เพื่อลดความเครียดให้ผู้สูงอายุ ส่งผลต่อการฟื้นตัว และลดระยะเวลาการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล	4.70	0.32	มากที่สุด
10.	จัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้เพียงพอสำหรับผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวหรือปัญหาการทรงตัว การมองเห็น การได้ยิน และความบกพร่องของสมรรถนะทางสมอง เช่น ป้ายบอกทางที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ หรือการใช้สัญลักษณ์ เป็นต้น	4.58	0.69	มากที่สุด

ข้อ	การจัดบริการผู้สูงอายุ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
11.	สร้างจิตสำนึกผู้ให้บริการ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ ทุกคนให้มีจิตบริการผู้สูงอายุ เช่น สื่อสารด้วยความเคารพ ใช้ภาษาและคำพูดที่เข้าใจง่าย คำนึงถึงความหลากหลายทาง ภาษา และทางวัฒนธรรม เป็นต้น	4.68	0.38	มากที่สุด
12.	จัดให้มีเจ้าหน้าที่อย่างเพียงพอในการให้ความช่วยเหลือใน การทํากิจวัตรต่างๆ ขณะผู้สูงอายุพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เช่น เข้าห้องน้ำ อาบน้ำ แต่งตัว ช่วยป้อนอาหาร เป็นต้น	4.62	0.68	มากที่สุด
13.	บูรณาการการดูแลผู้สูงอายุโดยสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วน เกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุรแพทย์ พยาบาลสาขาผู้สูงอายุ เภสัชกร โภชนากร แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ โดยเน้นให้ผู้สูงอายุ สูงวัยอย่างมีสุขภาพ (Healthy aging) และมีคุณภาพชีวิต (Quality of life)	4.62	0.75	มากที่สุด
14.	มีแนวปฏิบัติที่เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และ ผู้ดูแลที่ชัดเจน เช่น การให้ข้อมูล อธิบายเหตุผลในการตรวจ รักษา รวมถึงการแจ้งเตือนนัดหมายและการเตรียมตัว ล่วงหน้าทางโทรศัพท์ เช่น การเตรียมตัวก่อนเจาะเลือด ลำดับขั้นการตรวจในวันนัด ในกรณีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมอง เสื่อมกำซั้บให้ญาติ หรือผู้ดูแลมาด้วยทุกครั้ง เป็นต้น	4.68	0.39	มากที่สุด
15.	การนัดหมายติดตามอาการแต่ละโรคควรทำนัดตรวจให้ตรง วันเดียวกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่ต้องมาโรงพยาบาลหลายครั้ง	4.65	0.63	มากที่สุด
16.	จัดหน่วยให้คำแนะนำ หรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงาน ของหน่วยบริการ เช่น เวลาเปิด-ปิดให้บริการ อัตราค่าใช้จ่าย ค่ายา และค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ตามสิทธิของ ผู้สูงอายุ เป็นต้น	4.62	0.75	มากที่สุด
17.	จัดทำสื่อการสอน แผ่นพับ หรือคำแนะนำการปฏิบัติตัว ที่ออกแบบสำหรับผู้สูงอายุ เช่น มีขนาดตัวอักษรที่เหมาะสม สำหรับการมองเห็นของผู้สูงอายุ มีข้อมูลที่ชัดเจนให้ติดต่อกับ หน่วยงานที่สามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติม หรือในกรณีฉุกเฉิน เป็นต้น	4.54	0.97	มากที่สุด

ข้อ	การจัดบริการผู้สูงอายุ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
18.	จัดอบรมความรู้ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล เกี่ยวกับแนวคิดอารยสถาปัตยกรรม หรือ การออกแบบเพื่อทุกคน (Universal design/Friendly design) รวมถึงมาตรฐานด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อมในการ ให้บริการผู้สูงอายุ สำหรับใช้วางแผนการดูแลและให้การ พยาบาลผู้สูงอายุ รวมถึงเป็นแนวทางปรับปรุงสภาพแวดล้อม ที่บ้านได้อย่างเหมาะสม	4.62	0.75	มากที่สุด
19.	มีการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น การติดตามอาการหลัง จำหน่าย การจัดบริการเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินสภาพความ เจ็บป่วยของผู้สูงอายุและครอบครัว รวมถึงการเยี่ยมในครั้ง แรก หรือติดตามเป็นระยะ เพื่อให้ผู้สูงอายุ ญาติ ผู้ดูแล มีความมั่นใจ เกิดความต่อเนื่องในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน ให้สามารถพึ่งตนเอง ในการดูแลสุขภาพที่บ้านได้	4.62	0.68	มากที่สุด
20.	จัดแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย (Palliative care) โดยมุ่งที่คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและ ครอบครัวที่กำลังเผชิญกับโรคที่คุกคามต่อชีวิต เช่น ให้ญาติ สามารถเข้าเยี่ยมได้ตามความต้องการ ดูแลความสงบสบาย ลด ความปวดและความทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ความต้องการทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตระหนักถึง การตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ รวมถึงการดูแล ครอบครัวหลังจากการสูญเสีย	4.58	0.83	มากที่สุด
21.	จัดห้อง หรือพื้นที่ในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ ด้านประสาทสัมผัสแก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านการรับรู้ บกพร่อง รวมถึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึก ผ่อนคลาย โดยใช้ วิธีการกระตุ้นการรับรู้ที่หลากหลายนาน เช่น ห้องบูรณา การระบบประสาทสัมผัส (Snoezelen room) ที่มีอุปกรณ์ กระตุ้นการรับรู้ด้านการมองเห็น การได้ยินได้ฟัง การ สัมผัส การได้กลิ่น และการเคลื่อนไหว เป็นต้น	4.30	1.10	มาก
22.	มีบริการให้คำปรึกษา แนะนำการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแล เช่น การจัดบริการการแพทย์ทางเลือก การใช้สมุนไพรร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นต้น	4.20	1.07	มาก
23.	ใช้ระบบออนไลน์สนับสนุนการให้บริการ เพื่ออำนวยความสะดวก ให้แก่ครอบครัว ผู้ดูแล หรือผู้สูงอายุ	4.46	0.82	มาก

ลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์จากรอบที่ 2 ของลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ จำแนกรายข้อ

ข้อ	ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ	Md	IR	ระดับความสำคัญ
1.	การประเมินผู้สูงอายุ (Assessment) ได้แก่ รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์เพื่อวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ และปัญหาทางการพยาบาลของผู้สูงอายุและครอบครัว ในผู้สูงอายุที่มารับบริการในครั้งแรกต้องได้รับคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive geriatric assessment) และบันทึกข้อมูลในแฟ้มประวัติการรักษา ได้แก่ การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การคัดกรองภาวะหกล้ม การคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดในกลุ่มเสี่ยง การคัดกรองภาวะโภชนาการ การได้รับวัคซีน ความบกพร่องของการได้ยิน ความบกพร่องของการมองเห็น การสัมภาษณ์ประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การทดสอบสภาพสมอง การคัดกรองภาวะซึมเศร้า การกลืนปัสสาวะไม่ได้ และมีการประเมินเป็นประจำทุกปี	4.74	0.28	มากที่สุด
2.	ทบทวนรายการยาที่ผู้สูงอายุได้รับ รวมถึงอาหารเสริมสมุนไพร ทุกครั้งที่มารับบริการ เพื่อประเมินการใช้ยาร่วมกันหลายขนาน (Polypharmacy) และป้องกันการใช้อย่างไม่ถูกต้องเหมาะสม อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา อันตรกิริยาระหว่างยา รวมทั้งจัดทำเอกสารสรุปรายการยาที่ได้รับในปัจจุบัน (Current medications) ให้แก่ผู้สูงอายุ ทุกครั้งที่มารับบริการ	4.68	0.39	มากที่สุด
3.	นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินแบบองค์รวมมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล รวมถึงส่งต่อข้อมูลและติดต่อประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมกันพิจารณาเกี่ยวกับประเด็นที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ	4.68	0.41	มากที่สุด

ข้อ	ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
4.	วางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล ให้เหมาะสมกับปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย โดยจัดลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการพยาบาล กำหนดเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลหรือผลลัพธ์ที่คาดหวัง และกำหนดกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งวางแผนการพยาบาลในกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome) ได้อย่างเหมาะสม เช่น ภาวะสมองเสื่อม ปัญหาในการทรงตัวและการหกล้ม ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะการกลืนปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่ เป็นต้น	4.65	0.63	มากที่สุด
5.	ให้การพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวมตามแผนการพยาบาล ที่วางไว้ บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลลงในแฟ้มประวัติการรักษาเพื่อเป็นข้อมูลสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้สูงอายุ	4.65	0.94	มากที่สุด
6.	ติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาลเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงประสานงานการประชุมทีม หรือประชุมครอบครัว (Team meeting/Family meeting) เพื่อให้ข้อมูลการพยากรณ์โรคของแพทย์ อาการเปลี่ยนแปลงตลอดจนความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาล แก่ผู้สูงอายุญาติ และผู้ดูแล	4.65	0.73	มากที่สุด
7.	ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารที่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ เหมาะสมกับโรคประจำตัว และเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ เช่น ปัญหาการเคี้ยวและกลืนอาหารลำบาก ภาวะทุพพลภาพที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง โดยในผู้สูงอายุที่มีปัญหาการกลืน (Dysphagia) ต้องได้รับการปรึกษาแพทย์หรือนักกิจกรรมบำบัด	4.65	0.57	มากที่สุด

ข้อ	ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
8.	ดูแลการได้รับวัคซีนป้องกันโรคในผู้สูงอายุ ตามคำแนะนำ การให้วัคซีนป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (Recommended adult and elderly immunization schedule) ของสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561 เพื่อลดการติดเชื้อหรือลดการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ได้แก่ วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ควรฉีดทุก 1 ปี วัคซีนป้องกันบาดทะยักและคอตีบ ควรฉีดกระตุ้นทุก 10 ปี วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อนิวโมคอคคัส หรือวัคซีนป้องกันโรคปอดอักเสบ เป็นต้น	4.68	0.39	มากที่สุด
9.	มีการบูรณาการกระบวนการพยาบาลกับการบริการด้วย หัวใจความเป็นมนุษย์ในการดูแลผู้สูงอายุ หรือการดูแลแบบ ฮิวแมนนิจูด (Humanitude care) เป็นการบริการด้วยความเห็นอกเห็นใจ ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วยความเป็นมิตร มีเมตตา รับฟังปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ เคารพ และเข้าใจในความเป็นมนุษย์ ให้ความรัก ความเอาใจใส่ อ่อนน้อม อ่อนโยน และเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ	4.72	0.30	มากที่สุด
10.	สร้างความพึงพอใจแก่ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ (Enhancement of patient satisfaction) โดยจัดกิจกรรมพยาบาลบนพื้นฐานของสัมพันธภาพ สร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล ด้วยบุคลิกที่เหมาะสม โดยเฉพาะการช่วยเหลือเอาใจใส่ การให้ข้อมูล และการตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวังของผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล	4.69	0.32	มากที่สุด
11.	จัดให้มีพยาบาลแกนนำในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล (Geriatric resource nurse) หรือผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ให้คำปรึกษาแก่พยาบาลและบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ เป็นต้น	4.65	0.57	มากที่สุด

ข้อ	ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
12.	ให้ความรู้ ฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเอง แก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล เกี่ยวกับการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติ การแก้ไขอาการเบื้องต้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การใช้ยา การปฏิบัติตนตามแผนการรักษา การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และการมาตรวจตามนัด	4.68	0.41	มากที่สุด
13.	การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพอื่นๆ เช่น การอธิบายก่อนลงนามยินยอมรักษาพยาบาล หรือก่อนการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลแห่งอื่น รวมทั้งการอธิบายสิทธิในการเข้าเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทางด้านสุขภาพ	4.58	0.83	มากที่สุด
14.	จัดการดูแลอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ และอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุให้มีเพียงพอ มีความปลอดภัยในการใช้งานกับผู้สูงอายุ พร้อมใช้ในภาวะฉุกเฉิน เพื่อให้สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากอุปกรณ์ไม่พร้อมหรือไม่ปลอดภัย	4.62	0.75	มากที่สุด
15.	กำหนดตัวชี้วัดการดูแลความปลอดภัยในผู้สูงอายุ (Provision for patient safety) เช่น การพลัดตกหกล้ม อุบัติเหตุ การบาดเจ็บ ความเสี่ยงจากการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ ผลกดทับ รวมถึงการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล	4.65	0.57	มากที่สุด
16.	เสริมพลังอำนาจแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล โดยการพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพ เพื่อกระตุ้นให้เกิดความเชื่อมั่น ส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมดูแลผู้สูงอายุ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการเปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล และการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาล	4.72	0.30	มากที่สุด

ข้อ	ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
17.	มีการวางแผนการจำหน่ายผู้สูงอายุ โดยให้ครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม เช่น การเตรียมความรู้ การประเมินบุคคลที่รับผิดชอบดูแล ประเมินความต้องการ การดูแล ให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ต่างๆ การแนะนำการเตรียมสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นและสอดคล้องกับสภาพผู้สูงอายุแต่ละราย รวมถึงการวางแผนการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลใกล้บ้านเพื่อความสะดวกของผู้สูงอายุ และครอบครัว	4.70	0.32	มากที่สุด
18.	พัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง และสมรรถนะที่จำเป็นต่อการให้บริการผู้สูงอายุ เช่น ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ รวมถึงการคัดกรองผู้สูงอายุที่เปราะบางและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉินได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว	4.74	0.28	มากที่สุด
19.	สนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพได้ศึกษาต่อในหลักสูตรปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ หลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิบัตร หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ หรือหลักสูตรเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ	4.68	0.39	มากที่สุด
20.	สนับสนุนให้บุคลากรมีโอกาสเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ โดยการจัดอบรมให้ความรู้ หรือส่งเข้าร่วมประชุมวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง	4.72	0.30	มากที่สุด
21.	จัดอบรมผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล เป็นประจำทุกเดือน เพื่อให้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การจัดยา รับประทาน การเตรียมอาหารสำหรับผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน เป็นต้น	4.27	0.99	มาก

ลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ด้านพัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุ

ผลการวิเคราะห์ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์จากกรอบที่ 2 ของลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ด้านพัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ด้านพัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุ จำแนกรายข้อ

ข้อ	พัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุ	Md	IR	ระดับความสำคัญ
1.	กำกับดูแลระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุ ในรูปแบบของคณะกรรมการของโรงพยาบาล	4.54	1.11	มากที่สุด
2.	กำหนดกลยุทธ์การเป็นผู้ให้บริการที่พึงประสงค์ (Preferred provider) เพื่อเตรียมพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ เช่น ศูนย์ความเป็นเลิศทางคลินิก (Excellent center) หรือการให้บริการตามความต้องการของผู้สูงอายุเฉพาะราย	4.68	0.46	มากที่สุด
3.	กำหนดมาตรฐานการให้บริการผู้สูงอายุ เช่น ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม ด้านบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรงและบุคลากรร่วมปฏิบัติงาน กระบวนการดำเนินงาน กระบวนการประเมินและติดตาม ตามมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข	4.72	0.30	มากที่สุด
4.	สร้างวัฒนธรรมการบริการพยาบาลที่ส่งเสริมความปลอดภัยในผู้สูงอายุ ความพึงพอใจและความผูกพันของผู้รับบริการ	4.72	0.30	มากที่สุด
5.	จัดอัตรากำลังบุคลากรทางพยาบาลให้เพียงพอกับความต้องการบริการสุขภาพหรือตามระดับความต้องการการดูแลทั้งผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุที่มีอิสระไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังหรือมีภาวะทุพพลภาพ และผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง	4.65	0.57	มากที่สุด
6.	นำข้อมูล สถิติต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมาทำการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำไปวางแผนด้านการบริหารจัดการ การจัดการบริการ และวางแผนในการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ	4.68	0.46	มากที่สุด
7.	นำหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) มาประยุกต์ใช้ในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ และพัฒนางานวิจัย เช่น ทำ R2R (Routine to Research) ด้านการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล	4.68	0.39	มากที่สุด

ข้อ	พัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
8.	พัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การประเมินและ แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันภายหลัง การผ่าตัด แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกระดูก สะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เป็นต้น	4.62	0.75	มากที่สุด
9.	กำหนดระยะเวลาที่เหมาะสมในการเข้าพักรักษาตัวใน โรงพยาบาล (Length of hospital stay) ของผู้สูงอายุ หลีกเลี่ยงการให้ผู้สูงอายุอยู่ในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็นเพื่อ ป้องกันปัญหาจากการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล เช่น การทำหน้าที่เสื่อมถอยลง ภาวะซึมเศร้า แผลกดทับ การ เปลี่ยนแปลงการนอนหลับ การติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นต้น	4.62	1.05	มากที่สุด
10.	กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพบริการพยาบาลผู้สูงอายุใน โรงพยาบาล และมีการนิเทศ ติดตาม กำกับดูแลอย่างเป็น ระบบ	4.59	0.85	มากที่สุด
11.	มีการเปรียบเทียบวัด (Benchmark) ตัวชี้วัดด้านการ ให้บริการผู้สูงอายุกับหน่วยงานหรือองค์กรที่มีผลการปฏิบัติ ที่ดีกว่า/เป็นเลิศ เพื่อนำไปสู่วิธีการปฏิบัติที่ดีที่สุด (Best practices)	4.65	0.57	มากที่สุด
12.	ปรับปรุงกระบวนการทำงาน เพื่อความเป็นเลิศด้านบริการ สุขภาพผู้สูงอายุ การใช้เทคโนโลยี หรือแนวคิดลดขั้นตอน กระบวนการให้บริการ (Lean enterprise) เพื่อเพิ่ม ประสิทธิภาพการให้บริการผู้สูงอายุ	4.62	1.05	มากที่สุด
13.	มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศ (Information technology) มาใช้ เพื่อสนับสนุนกระบวนการส่งต่อข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ ผู้สูงอายุระหว่างหน่วยงานหรือทีมงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งการส่ง ต่อภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล ระหว่างโรงพยาบาล หรือหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล เพื่อการรักษาพยาบาลที่รวดเร็ว และมีความต่อเนื่อง	4.65	0.63	มากที่สุด
14.	สร้างนวัตกรรม เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้สูงอายุ เช่น นวัตกรรมดูแลผู้สูงอายุผ่านระบบบริการทางไกล (Telehealth) เพื่อเฝ้าระวังหรือติดตามดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ได้ อยู่โรงพยาบาล	4.62	0.86	มากที่สุด

ข้อ	พัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ
15.	มีการประกวดและให้รางวัล สำหรับหน่วยงานที่มีวิธีการปฏิบัติที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly best practices) และมีนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุ (Age-friendly innovation)	4.62	0.75	มากที่สุด
16.	ประเมินความพึงพอใจ และความผูกพันของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการเปรียบเทียบกับสถานบริการสุขภาพในระดับเดียวกัน เพื่อนำมาปรับปรุงคุณภาพการบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น	4.70	0.32	มากที่สุด

สูตรการคำนวณ

1. สูตรการคำนวณหาค่ามัธยฐาน (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2555)

$$\text{Med} = L_o + c \left[\frac{N/2 - fb}{fx} \right]$$

Med	คือ	ค่ามัธยฐาน
Lo	คือ	คะแนนขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของชั้นที่เป็นมัธยฐาน
N	คือ	จำนวนข้อมูลทั้งหมด
c	คือ	ความกว้างของอันตรภาคชั้น
fb	คือ	ความถี่สะสมของคะแนนก่อนถึงชั้นที่เป็นมัธยฐาน
fx	คือ	ความถี่ของคะแนนชั้นที่เป็นมัธยฐาน

การแปลความหมายของค่ามัธยฐาน ดังนี้ (บุญใจ สรีสถิตย์นรากร, 2555)

ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 4.51 – 5.00 หมายถึง	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวม เห็นว่า ข้อความดังกล่าวเป็นลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ มากที่สุด
ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 3.51 – 4.50 หมายถึง	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวม เห็นว่า ข้อความดังกล่าวเป็นลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ มาก
ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 2.51 – 3.50 หมายถึง	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวม เห็นว่า ข้อความดังกล่าวเป็นลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ปานกลาง
ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 1.51 – 2.50 หมายถึง	ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวม เห็นว่า ข้อความดังกล่าวเป็นลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ น้อย

ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 1.00 – 1.50 หมายถึง ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวม เห็นว่า ข้อความดังกล่าวเป็นลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ **น้อยที่สุด**

ดังนั้น เกณฑ์การประเมินค่ามัธยฐานไม่ต่ำกว่า 3.5 ขึ้นไป จึงจะประเมินว่าลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุด้านนั้นมีความสำคัญ

2. การคำนวณหาค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2555)

$$IR = Q_3 - Q_1$$

โดยคำนวณหา Q_3 และ Q_1 จากสูตร

$$Q_1 = L_{Q_1} + c \left[\frac{N/4 - fb}{f_{Q_1}} \right]$$

Q_1	คือ	ค่าควอไทล์ตำแหน่งที่ 1
L_{Q_1}	คือ	ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของชั้นคะแนนที่ควอไทล์ที่ 1 อยู่
N	คือ	จำนวนข้อมูลทั้งหมด
c	คือ	ความกว้างของอันตรภาคชั้นของควอไทล์ที่ 1
f_{Q_1}	คือ	ความถี่ของชั้นควอไทล์ที่ 1
fb	คือ	ความถี่สะสมของชั้นก่อนชั้นควอไทล์ที่ 1

$$Q_3 = L_{Q_3} + c \left[\frac{3/4N - fb}{f_{Q_3}} \right]$$

Q_3	คือ	ค่าควอไทล์ตำแหน่งที่ 3
L_{Q_3}	คือ	ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของชั้นคะแนนที่ควอไทล์ที่ 3 อยู่
N	คือ	จำนวนข้อมูลทั้งหมด
c	คือ	ความกว้างของอันตรภาคชั้นของควอไทล์ที่ 3
f_{Q_3}	คือ	ความถี่ของชั้นควอไทล์ที่ 3
fb	คือ	ความถี่สะสมของชั้นก่อนชั้นควอไทล์ที่ 3

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range: IR) เป็นค่าช่วงความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 19 คน ที่มีต่อลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

การแปลความหมายค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (สุวิมล ว่องวานิช, 2548) มีดังนี้

น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.5	หมายความว่า	ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในข้อรายการนั้นๆ มีความสอดคล้องกัน
มากกว่า 1.5	หมายความว่า	ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในข้อรายการนั้นๆ ไม่มีความสอดคล้องกัน

การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3

แบบสอบถามรอบที่ 3 เป็นแบบสอบถามเพื่อการยืนยันคำตอบในการให้ความสำคัญของคุณลักษณะการให้บริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของคำตอบของผู้เชี่ยวชาญแต่ละคน เป็นแบบสอบถามชนิดมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เหมือนรอบที่ 2 แต่เพิ่มตำแหน่งของค่ามัธยฐาน (Median) และ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Rang: IR) และตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนตอบ รวมข้อลักษณะในรอบที่ 2 หลังจากปรับปรุงแก้ไขข้อความ และปรับแก้ข้อความตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ส่งให้อาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อพิจารณาความถูกต้องเหมาะสมของข้อคำถาม ลักษณะการให้บริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุมีทั้งหมด 3 ด้านเท่าเดิม ประกอบด้วย ด้านการให้บริการผู้สูงอายุ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ และด้านพัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุ โดยเพิ่มข้อรายการในด้านการจัดการบริการผู้สูงอายุ 1 ข้อ เพิ่มข้อรายการในด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ 1 ข้อ และเพิ่มข้อรายการในด้านพัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุ 1 ข้อ รวมลักษณะย่อยเป็น 63 ข้อรายการ

จากการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามรอบที่ 3 นำคำตอบที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ คำนวณหาค่ามัธยฐาน (Median) และ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile Rang: IR) ในแต่ละข้อคำถามอีกครั้งเพื่อสรุปผลการวิจัย โดยพิจารณาจากผลการคำนวณในแต่ละข้อความที่มีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.50 ขึ้นไป พิจารณาความสอดคล้องของข้อความจากค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ที่มีค่าน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.5 หากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญที่มีการเปลี่ยนแปลงไม่เกินร้อยละ 15 ถือว่าเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Linestone, 1978)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 3 พบว่า ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมีความสอดคล้องกัน จำนวน 63 ข้อ ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 4-5 และ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ อยู่ในช่วง 0-1 และมีการเปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญร้อยละ 7.54 ผู้วิจัยจึงยุติการเก็บรวบรวมข้อมูล และสรุปผลการวิจัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) มีผลการวิจัยดังนี้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ด้าน และลักษณะย่อย 63 ข้อรายการ ดังนี้

- | | |
|---------------------------------------|---------------------------|
| 1. ด้านการจัดบริการผู้สูงอายุ | มีลักษณะย่อย 24 ข้อรายการ |
| 2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ | มีลักษณะย่อย 22 ข้อรายการ |
| 3. ด้านพัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุ | มีลักษณะย่อย 17 ข้อรายการ |

โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ จัดหมวดหมู่ข้อรายการลักษณะการจัดบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเปรียบเทียบกับกรอบแนวคิดที่บูรณาการจากการทบทวนวรรณกรรมทั้ง 4 ด้าน เมื่อรวมรายด้านที่มีข้อรายการย่อยที่มีลักษณะเดียวกันรวมเข้าไว้ด้วยกัน ทำให้รายด้านลดลงเหลือ 3 ด้าน มีลักษณะย่อย 63 ข้อรายการ โดยในรอบที่ 3 เนื่องจากข้อคำถามยาวจึงได้ตัดมาเป็นคำอธิบายเพื่อให้ผู้ตอบคำถามได้เข้าใจ พบว่าความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีการเปลี่ยนแปลงคำตอบร้อยละ 7.54 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถสรุปผลการวิจัยได้ และได้นำเสนอแต่ละด้าน ดังนี้

1. ด้านการจัดบริการผู้สูงอายุ ด้านการจัดบริการผู้สูงอายุ มีลักษณะย่อย 24 ข้อรายการ ดังตารางที่ 5 ตารางที่ 5 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ด้านการจัดบริการผู้สูงอายุ รอบที่ 3

ข้อ	การจัดบริการผู้สูงอายุ	Md	IR	ระดับความสำคัญ	คำอธิบาย
1.	กำหนดวิธีทัศน์ พันธกิจ เพื่อรองรับการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ	4.68	0.38	มากที่สุด	กำหนดเป้าหมายขององค์การด้านการจัดการบริการผู้สูงอายุ ครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ การมีส่วนร่วม ในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล
2.	กำหนดนโยบาย กลยุทธ์ ในการดำเนินงานด้านการจัดบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาล	4.74	0.28	มากที่สุด	กำหนดวิธีปฏิบัติ วิธีดำเนินการ กำหนดผู้รับผิดชอบ หรือจัดตั้งคณะทำงาน เพื่อพัฒนาระบบการจัดบริการผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม มีความปลอดภัย ตามมาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานโรงพยาบาล
3.	จัดการบริการสำหรับผู้สูงอายุให้ได้รับความปลอดภัย ความสะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาการรอคอย รวมถึงมีช่องทางด่วน (Fast track) สำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูง หรือมีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน	4.70	0.32	มากที่สุด	จัดหน่วยให้บริการที่ชั้นกลางของอาคาร มีคลินิกหรือช่องทางสำหรับให้บริการผู้สูงอายุโดยเฉพาะ จัดเจ้าหน้าที่คัดกรองแต่ละจุดเพื่อให้บริการตามลำดับความเสี่ยงของผู้สูงอายุ จัดช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุที่ประเมินพบว่ามีความเสี่ยงสูง หรือมีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน
4.	จัดบริการสุขภาพให้ผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Holistic health) และจัดกิจกรรมฝึกทักษะการดูแลตนเองและกิจวัตรประจำวัน	4.70	0.32	มากที่สุด	จัดสถานดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวัน (Day care) ชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมสันทนาการ กิจกรรมที่ทำให้ครอบครัวมีส่วนร่วมเพื่อส่งเสริมให้เกิดความรัก ความผูกพันในครอบครัว
5.	จัดระบบการให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One Stop Service) ในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อเอื้อต่อผู้สูงอายุที่มาเพียง	4.74	0.28	มากที่สุด	จัดจุดให้บริการตรวจรักษาผู้สูงอายุแบบเบ็ดเสร็จภายในจุดเดียว ทั้งการลงทะเบียนประวัติ พบแพทย์ ปรึกษา หรือติดต่อการเงิน เพื่อผู้สูงอายุไม่ต้องติดต่อหลายแผนก

ชื่อ	การจัดบริการผู้สูงอายุ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	คำอธิบาย
6.	<p>ลำพังให้ได้รับความสะดวกในการใช้บริการ</p> <p>จัดบริการเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคเฉียบพลัน โรคติดเชื้อ กลุ่มโรคที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บ หรือโรคที่ต้องรักษาด้วยยาผ่าตัด จัดแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ กระตุ้นการทำกิจวัตรประจำวัน</p>	4.62	0.68	มากที่สุด	จัดหอผู้ป่วยในสำหรับดูแลรักษาผู้สูงอายุที่เข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคเฉียบพลัน โรคติดเชื้อ กลุ่มโรคที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บ หรือโรคที่ต้องรักษาด้วยยาผ่าตัด จัดแนวทางการพยาบาลเพื่อป้องกันการสูญเสียความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ กระตุ้นการทำกิจวัตรประจำวัน
7.	<p>จัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพในโรงพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดการออกแบบเพื่อทุกคน (Universal design) และตามแนวทางการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ คำนึงถึงความปลอดภัย ความสะดวก เข้าถึงบริการได้ง่ายสำหรับผู้สูงอายุ</p>	4.75	0.26	มากที่สุด	จัดทางเดินให้โล่ง ไม่สิ่งกีดขวาง ประตูด้ามกว้างเพียงพอ สามารถเข็นรถนั่งหรือเปลนอนผู้ป่วยได้สะดวก ติดตั้งแสงไฟให้มีความสว่างเพียงพอ พื้นไม่ลื่น มีทางลาด ราวจับทางเดิน ราวจับในที่นั่ง พื้นมีระดับเดียวกัน ใช้สีหรือสัญลักษณ์เตือนกรณีพื้นที่ต่างระดับ จัดเก้าอี้สำหรับผู้สูงอายุแบบมีพนักพิงและมีที่วางแขน เก้าอี้และเตียงมีความสูงพอเหมาะ จัดห้องสำหรับผู้สูงอายุ จัดบริเวณนั่งรอให้สะอาด ดูแลหน่วยบริการให้เป็นระเบียบเรียบร้อยอยู่เสมอ

ชื่อ	การจัดบริการผู้สูงอายุ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	คำอธิบาย
8.	จัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมด้านสังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ ในแผนกผู้ป่วยนอก	4.70	0.32	มากที่สุด	แผนกผู้ป่วยนอกจัดสิ่งแวดล้อม จัดโต๊ะและเก้าอี้รองรับผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเล็ก จัดพื้นที่รับประทานอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่มารับบริการ มีอาหารว่าง เครื่องดื่มสุขภาพ ดนตรีบำบัด หรือกิจกรรมทางสังคมให้ผู้สูงอายุผ่อนคลาย ระหว่างรอรับบริการ
9.	จัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมด้านสังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ ในแผนกผู้ป่วยใน	4.70	0.32	มากที่สุด	แผนกผู้ป่วยในจัดสิ่งแวดล้อม จัดเก้าอี้ข้างเตียงผู้ป่วย มีพื้นที่สำหรับ ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาสามารถพบปะ หรือรับประทานอาหารกับ ครอบครัวหรือผู้มาเยี่ยมได้ เพื่อส่งเสริมปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว จัดสภาพแวดล้อม ที่มีทิศทางแสงสว่างระหว่างมนุษย์ที่แสดงออกและ กระทำต่อกันทางกาย วาจา และจิตใจ และสภาพแวดล้อมทางกายภาพ ส่งเสริมสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้สูงอายุ ยึดหยุ่น ในการให้บริการ จัดหอบุหรี่ให้เจ้าหน้าที่ได้รับแสงสว่างจาก ธรรมชาติ อากาศถ่ายเทดี อุณหภูมิเหมาะสม จัดพื้นที่เป็นสัดส่วน ไม่มีเสียง รบกวน
11.	จัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้เพียงพอ สำหรับผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทาง สรีรวิทยาเนื่องจากความชรา ทั้งข้อจำกัด ด้านสมรรถนะทางด้านร่างกายและสมอง	4.58	0.69	มากที่สุด	จัดให้มีอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวกในโรงพยาบาลที่เหมาะสมและ เพียงพอกับผู้สูงอายุ ติดตั้งป้ายบอกทางที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ หรือการใช้ สัญลักษณ์ที่ผู้สูงอายุสามารถอ่านและเข้าใจง่าย จัดอุปกรณ์ช่วยเหลือในการ เคลื่อนย้าย รถนั่ง แปลนอน แวนตาช่วยในการมองเห็น อุปกรณ์ช่วยเดิน (Gait aids, walking aids)

ข้อ	การจัดบริการผู้สูงอายุ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	คำอธิบาย
12.	ส่งเสริมด้านจิตสำนึกในการมีจิตบริการผู้สูงอายุ ให้กับทีมสุขภาพผู้ดูแลและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคน	4.68	0.38	มากที่สุด	จัดให้มีการสอนหรือจัดอบรมพฤติกรรมบริการแก่บุคลากร ให้ตระหนักถึงสิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการ มีทัศนคติที่ต่องานบริการผู้สูงอายุ ให้ความเคารพ ความเอาใจใส่ กิริยาวางจาสุภาพ ใช้ภาษาและคำพูดที่เข้าใจง่าย กระตือรือร้นในการให้บริการ
13.	จัดบุคลากรให้ความช่วยเหลือขณะผู้สูงอายุพักรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อให้ความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรต่างๆ ในการทำกิจวัตรต่างๆ	4.65	0.53	มากที่สุด	จัดเจ้าหน้าที่ หรือจิตอาสา เพื่อให้ความช่วยเหลือในการรับประทานอาหาร เปลี่ยนเสื้อผ้า การเคลื่อนย้าย อาบน้ำ เข้าห้องน้ำ และการทำกิจวัตรต่างๆ
14.	จัดระบบบริการภายใต้ความร่วมมือ (Collaboration) ของสาขาวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยเน้นให้ผู้สูงอายุสูงอายุอย่างมีสุขภาพ (Healthy aging) และมีคุณภาพชีวิต (Quality of life)	4.68	0.38	มากที่สุด	จัดให้มีทีมสหสาขาวิชาชีพในการวางแผนและให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุ ได้แก่ อายุรแพทย์ พยาบาลสาขาผู้สูงอายุ เมดิซัน โภชนาการ แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และ นักสังคมสงเคราะห์
15.	มีแนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการสื่อสารกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแลที่ชัดเจน ในด้านการให้ข้อมูล อธิบายเหตุผลในการตรวจรักษา รวมถึงการแจ้งเตือนนัดหมาย และให้ข้อมูลการปฏิบัติตัวก่อนมาตรวจพิเศษบางอย่างล่วงหน้าทางโทรศัพท์	4.70	0.32	มากที่สุด	กำหนดแนวทางในการให้ข้อมูลทั้งการให้ข้อมูลที่โรงพยาบาล และการแจ้งล่วงหน้าทางโทรศัพท์ ให้ข้อมูลในการปฏิบัติตัว อธิบายการงดน้ำและอาหาร ลำดับขั้นตอนการตรวจในวันนัด ในกรณีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม กำชับให้ญาติ หรือผู้ดูแล มาด้วยทุกครั้ง

ข้อ	การจัดบริการผู้สูงอายุ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	คำอธิบาย
16.	มีแผนปฏิบัติการตามขั้นตอนการติดตาม อาการแต่ละโรค ควรทำนัดตรวจให้ตรง วันเดียวกันร่วมกับญาติ หรือผู้ดูแล เพื่อให้ ผู้สูงอายุไม่ต้องมาโรงพยาบาลหลายครั้ง	4.70	0.32	มากที่สุด	การนัดหมายติดตามอาการแต่ละโรคควรทำ ให้ตรงวันเดียวกันร่วมกับญาติหรือผู้ดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่ต้องมาโรงพยาบาลหลาย ครั้ง
17.	อำนวยความสะดวกแก่โรงพยาบาลหลายครั้ง บริการ เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการบริการ	4.62	0.68	มากที่สุด	จัดหน่วยให้คำแนะนำปรึกษา เกี่ยวกับข้อมูล การมารับบริการ ค่าใช้จ่ายตามสิทธิของผู้ สูงอายุ
18.	จัดทำสื่อการสอนที่หลากหลาย ให้ข้อมูลที่ ชัดเจน คำนึงถึงข้อจำกัดในการรับรู้ข้อมูล ของผู้สูงอายุ รวมถึงมีช่องทางให้ติดต่อกรณี ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม หรือในกรณีฉุกเฉิน	4.58	0.75	มากที่สุด	จัดทำสื่อการสอนให้หลากหลาย ทั้งเอกสาร รูปภาพ วิดีทัศน์ อุปกรณ์ตัวอย่าง คำนึงถึงความสามารถในการรับรู้ข้อมูล ของผู้สูงอายุ ปัญหาสายตา การเข้าถึง เทคโนโลยีสารสนเทศ รวมถึงมีการให้ข้อมูล อย่างซ้ำๆ ทวนสอบความเข้าใจ และมี ช่องทางให้ติดต่อกรณีต้องการข้อมูลเพิ่มเติม หรือในกรณีฉุกเฉิน
19.	จัดอบรมความรู้เกี่ยวกับแนวคิด อารยสถาปัตย์หรือการออกแบบเพื่อทุกคน (Universal design/Friendly design) รวมถึงมาตรฐานด้านสถานที่และ สิ่งแวดล้อมในการดูแลผู้สูงอายุ ให้แก่ บุคลากรทางการแพทย์ ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล	4.65	0.57	มากที่สุด	จัดอบรม ให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวด ล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ แก่บุคลากรทางการแพทย์ ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล สำหรับนำไปจัดบริการผู้สูงอายุ และเป็นแนวทางให้คำแนะนำในการจัดสภาพ แวดล้อมที่บ้านได้อย่างเหมาะสม

ข้อ	การจัดบริการผู้สูงอายุ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	คำอธิบาย
20.	จัดระบบการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกเริ่ม และการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงมีระบบการติดตามหลังจำหน่าย โดยโดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนให้สามารถพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพที่บ้านได้	4.68	0.38	มากที่สุด	วางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุตั้งแต่แรกเริ่ม และมีการติดตามหลังจำหน่าย โดยการโทรศัพท์ติดตามอาการ การเยี่ยมบ้านเป็นระยะตามสภาพสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุ ญาติ ผู้ดูแล มีความมั่นใจ เกิดความต่อเนื่องในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนให้สามารถพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพที่บ้านได้
21.	จัดแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง ในระยะท้าย (Palliative care) โดยมุ่งที่ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว ที่กำลังเผชิญกับโรคที่คุกคามต่อชีวิต	4.62	0.62	มากที่สุด	จัดให้ญาติสามารถเข้าเยี่ยมได้ตามความต้องการ ดูแลความสุขสบาย ลด ความปวดและความทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ความต้องการ ทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตระหนักถึงการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของ ความเป็นมนุษย์ รวมถึงการดูแลครอบครัวหลังจากการสูญเสีย
22.	ใช้เทคโนโลยีการสื่อสารในกลุ่มผู้สูงอายุที่มี ศักยภาพ เป็นการเพิ่มช่องทางสนับสนุนการ ให้บริการและอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ	4.54	0.73	มากที่สุด	ใช้เทคโนโลยีในรูปแบบแอปพลิเคชันต่างๆ ทางโทรศัพท์ เพื่อให้บริการ เกี่ยวกับระบบการนัดหมาย การแจ้งเตือนนัด คิวรับบริการ ระบบการเลื่อน หรือเปลี่ยนแปลงนัด
23.	จัดห้องบูรณาการระบบประสาทสัมผัส (Snoezelen room) เพื่อการฟื้นฟู สมรรถภาพด้านประสาทสัมผัสแก่ผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาทางด้านารรับรู้ภาพรื่อง	4.45	0.89	มาก	จัดห้องสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านประสาทสัมผัสแก่ผู้สูงอายุที่มี ปัญหาทางด้านารรับรู้ภาพรื่อง โดยมีอุปกรณ์กระตุ้นการรับความรู้สึก ด้านการมองเห็น การได้ยินได้ฟัง การสัมผัส การได้กลิ่น และการเคลื่อนไหว ที่ตัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทย

ชื่อ	การจัดบริการผู้สูงอายุ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	คำอธิบาย
24.	จัดบริการให้คำปรึกษา แนะนำการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล จัดบริการการแพทย์ทางเลือก การใช้สมุนไพรร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน รวมถึงการแนะนำแหล่งประโยชน์อื่น ๆ ตามความเหมาะสม	4.37	0.83	มาก	บริการให้คำปรึกษา แนะนำการดูแลสุขภาพที่สูงอายุให้มีความสนใจ นอกเหนือจากการแพทย์แผนปัจจุบัน ได้แก่ การจัดบริการการแพทย์ทางเลือก การใช้สมุนไพรร่วมกับแพทย์แผนปัจจุบัน
2.	ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ ด้านการปฏิบัติกรพยาบาลผู้สูงอายุ มีลักษณะย่อย 22 ข้อรายการ ดังตารางที่ 6 ตารางที่ 6 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอเตอร์ และระดับความสำคัญจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ รอบที่ 3				
ชื่อ	การปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	คำอธิบาย
1.	การประเมินผู้สูงอายุ (Assessment) ได้แก่ การรวบรวมข้อมูลเพื่อวินิจฉัยปัญหา สุขภาพ และปัญหาทางการพยาบาลของผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive geriatric assessment) และบันทึกข้อมูลในแฟ้มประวัติการรักษ	4.75	0.26	มากที่สุด	รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์เพื่อวินิจฉัยปัญหาสุขภาพและปัญหาทางการพยาบาลของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุ บันทึกข้อมูลที่ได้ลงในแฟ้มประวัติการรักษา และทำการประเมินซ้ำเป็นประจำทุกปี หรือเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง

ชื่อ	การปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	คำอธิบาย
2.	<p>ทบทวนรายการยาของผู้สูงอายุที่ได้รับ รวมถึงอาหารเสริม สมุนไพร ทุกครั้งที่มารับบริการ เพื่อประเมินการใช้ยาร่วมกันหลายขนาน (Polypharmacy) มีการประสานเภสัชกร รวมถึงจัดทำเอกสารสรุปรายการยาที่ได้รับในปัจจุบันให้แก่ผู้สูงอายุทุกครั้ง ที่มารับบริการ</p>	4.68	0.38	มากที่สุด	<p>ตรวจสอบรายการยา อาหารเสริม สมุนไพร ที่ผู้สูงอายุได้รับทุกครั้งที่ได้รับบริการ และประสานงานเภสัชกรเมื่อพบว่ามีกรใช้ยาร่วมกันหลายขนาน เพื่อตรวจสอบการใช้ยาซ้ำซ้อน ยาที่เสริมฤทธิ์หรือต้านฤทธิ์ เพื่อป้องกันการใช้ยาอย่างไม่ถูกต้องเหมาะสม อากการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา รวมถึงจัดทำเอกสารสรุปรายการยาที่ได้รับในปัจจุบันให้แก่ผู้สูงอายุทุกครั้งที่ได้รับบริการ</p>
3.	<p>กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลแบบองค์รวม และประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมกันพิจารณาเกี่ยวกับประเด็นที่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ</p>	4.68	0.39	มากที่สุด	<p>นำข้อมูลที่ได้จากการประเมิน มากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และส่งต่อข้อมูล ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมกันวางแผนการดูแลปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย</p>
4.	<p>วางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล ให้เหมาะสมกับปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย รวมทั้งวางแผนการพยาบาลในกลุ่มอาการสูงวัย (Geriatric syndrome)</p>	4.68	0.38	มากที่สุด	<p>วางแผนการพยาบาล จัดลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการพยาบาล กำหนดเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลหรือผลลัพธ์ที่คาดหวัง และกำหนดกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งวางแผนการพยาบาลในกลุ่มอาการสูงวัย (Geriatric syndrome) ร่วมกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล ให้เหมาะสมกับปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย</p>

ข้อ	การปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	คำอธิบาย
5.	ให้การพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวมตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ และให้การพยาบาลผู้สูงอายุตามหลักฐานเชิงประจักษ์	4.70	0.32	มากที่สุด	ให้การพยาบาลผู้สูงอายุตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ และใช้ความรู้ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการให้การพยาบาลผู้สูงอายุ
6.	บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลลงในแฟ้มประวัติการรักษาระหว่างที่สนทนาเพื่อเป็นข้อมูลสื่อสารระหว่างที่สนทนาวิชาการที่ร่วมดูแลอย่างต่อเนื่อง สะท้อนคุณภาพการดูแลรักษาทางกฎหมาย	4.70	0.32	มากที่สุด	บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลลงในแฟ้มประวัติการรักษา เพื่อเป็นข้อมูลสื่อสารระหว่างที่สนทนาวิชาการที่ร่วมดูแลผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง สะท้อนคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาล และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย
7.	ติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาลเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุ และประสานงานการประชุมทีม หรือครอบครัว (Team meeting/Family meeting)	4.68	0.39	มากที่สุด	ติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาล มีการประชุมทีมที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ หรือปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุ และประสานงานการประชุมทีม หรือครอบครัว เพื่อให้ความรู้ของแพทย์ อากาญติ และผู้ดูแล
8.	ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารที่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ เหมาะสมกับโรคประจำตัว และเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ	4.68	0.38	มากที่สุด	ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ เหมาะสมทั้งปริมาณและชนิดของอาหาร รวมถึงโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ ประชุมหารือกัน ทำเป็นขั้นเล็กๆ ให้ผู้สูงอายุสามารถกินและกลืนได้ง่าย กรณีที่มีปัญหาการกลืน (Dysphagia) ต้องได้รับการปรึกษาแพทย์หรือนักกิจกรรมบำบัด

ชื่อ	การปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	คำอธิบาย
9.	ดูแลการได้รับวัคซีนป้องกันโรคในผู้สูงอายุ ตามคำแนะนำการให้วัคซีนป้องกันโรค สำหรับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (Recommended adult and elderly immunization schedule) ของสมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย	4.68	0.39	มากที่สุด	ดูแลการได้รับวัคซีนป้องกันเชื้อหวัดใหญ่ ทุก 1 ปี วัคซีนป้องกันบาดทะยัก และคอตีบ ฉีดกระตุ้นทุก 10 ปี วัคซีนป้องกันโรคงูสวัด วัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อนิวโมคอคคัส หรือวัคซีนป้องกันโรคปอดอักเสบ ตามคำแนะนำการให้วัคซีนป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เพื่อลดการติดเชื้อหรือลดการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
10.	การบูรณาการกระบวนการพยาบาลกับการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในการดูแลผู้สูงอายุ หรือการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude care)	4.74	0.28	มากที่สุด	ให้บริการด้วยความเห็นอกเห็นใจ ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วยความเป็นมิตร มีเมตตา รับฟังปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ เคารพและเข้าใจในความเป็นมนุษย์ให้ ความรัก ความเอาใจใส่ อบอุ่น อ่อนโยน และเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ
11.	สร้างความพึงพอใจแก่ผู้สูงอายุที่ใช้บริการ (Enhancement of patient satisfaction)	4.72	0.30	มากที่สุด	จัดกิจกรรมพยาบาลบนพื้นฐานของสัมพันธภาพ สร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้สูงอายุ ครอบคลุม และผู้ดูแล ด้วยบุคลิกที่เหมาะสม โดยเฉพาะการช่วยเหลือเอาใจใส่ การให้ข้อมูล และการตอบสนองความต้องการ/ความคาดหวังของผู้สูงอายุ ครอบคลุม และผู้ดูแล
12.	จัดให้มีพยาบาลแกนนำในการดูแลผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาล (Geriatric nurse) หรือผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้สูงอายุ ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้พยาบาลที่มีปัญหาซับซ้อน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน	4.65	0.53	มากที่สุด	จัดให้มีพยาบาลแกนนำในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล (Geriatric resource nurse) หรือผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้พยาบาลที่มีปัญหาซับซ้อน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ให้คำปรึกษาแก่พยาบาลและบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ

ข้อ	การปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	คำอธิบาย
13.	ให้ความรู้ ฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล	4.70	0.32	มากที่สุด	ให้ความรู้ ฝึกทักษะเกี่ยวกับการเฝ้าระวังสังเกต อาการผิดปกติ การแก้ไขอาการเบื้องต้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การศึกษา การปฏิบัติตนตามแผนการรักษา การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และการมาตรวจตามนัด
14.	การให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลรักษาขณะพักรักษาตัวในโรงพยาบาล	4.62	0.68	มากที่สุด	อธิบายก่อนลงนามยินยอมรักษาพยาบาล หรือก่อนการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลแห่งอื่น รวมทั้งอธิบายสิทธิในการเข้าเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทางด้านสุขภาพ
15.	จัดระบบการดูแลอุปกรณ์ และเครื่องมือทางการแพทย์ที่ทำเป็นและเหมาะสมสำหรับการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ ให้มีเพียงพอ มีความปลอดภัยในการใช้งาน พร้อมใช้ในภาวะฉุกเฉิน	4.65	0.57	มากที่สุด	จัดอุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ให้มีจำนวนเพียงพอสำหรับการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ มีการบำรุงรักษา (Maintenance) อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีความปลอดภัย พร้อมใช้งาน สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ
16.	กำหนดตัวชี้วัดการดูแลความปลอดภัยในผู้สูงอายุ (Provision for patient safety) ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของสภาการพยาบาล	4.68	0.38	มากที่สุด	กำหนดตัวชี้วัดด้านความปลอดภัยในผู้สูงอายุ อัตราการลดตกหล่น อุบัติเหตุ การบาดเจ็บ ความเสี่ยงจากการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ แผลกดทับ รวมถึงการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล

ข้อ	การปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	คำอธิบาย
17.	เสริมพลังอำนาจแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแล รวมถึงเปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล และการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาล	4.74	0.28	มากที่สุด	พัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแล เพื่อกระตุ้นให้เกิดความเชื่อมั่น ส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุขณะอยู่ในโรงพยาบาล รวมถึงให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล และการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาล
18.	การวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุ โดยให้ครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชน มีส่วนร่วม	4.75	0.26	มากที่สุด	วางแผนการจำหน่ายผู้สูงอายุตั้งแต่วันแรก โดยการเตรียมความรู้ ประเมินบุคคลที่รับผิดชอบดูแล ประเมินความต้องการการดูแล ให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ต่างๆ การแนะนำการเตรียมสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นและสอดคล้องกับสภาพผู้สูงอายุแต่ละราย รวมถึงการวางแผนการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลที่บ้าน โดยให้ครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน
19.	พัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านความเชี่ยวชาญ เฉพาะทาง และสมรรถนะที่จำเป็นต่อการให้บริการผู้สูงอายุ	4.75	0.26	มากที่สุด	ให้ความรู้ ฝึกอบรบบุคลากร เกี่ยวกับการให้บริการและการพยาบาล ผู้สูงอายุ จัดทำคู่มือการปฏิบัติงาน และใช้ระบบพี่เลี้ยงในการสอนงาน
20.	สนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพได้ศึกษาต่อ ในหลักสูตรการพยาบาลผู้สูงอายุ	4.68	0.38	มากที่สุด	สนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพได้ศึกษาต่อในหลักสูตรปริญญาโท สาขาการพยาบาล ผู้สูงอายุ หลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิปัตร์ หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ หรือหลักสูตรเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ
21.	สนับสนุนให้บุคลากรมีโอกาสเพิ่มพูนความรู้ และประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุ อย่างต่อเนื่อง	4.72	0.30	มากที่สุด	จัดอบรมให้ความรู้ ส่งเข้าร่วมประชุมวิชาการ หรือศึกษาดูงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

ข้อ	การปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	คำอธิบาย
22.	จัดอบรมผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล เกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพ การจัดยา รับประทาน การเตรียมอาหารสำหรับผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน และประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง	4.37	0.83	มาก	จัดอบรมความรู้ในการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล เป็นประจำทุกเดือน เกี่ยวกับเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ ปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพ การจัดยา รับประทาน การเตรียมอาหารสำหรับผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน และประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
<p>3. ด้านพัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุ ด้านพัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุ มีลักษณะย่อย 17 ข้อรายการ ดังตารางที่ 7</p> <p>ตารางที่ 7 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ด้านพัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุ รอบที่ 3</p>					
ข้อ	ด้านพัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	คำอธิบาย
1.	กำกับดูแลระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุ ในรูปแบบของคณะกรรมการของโรงพยาบาล	4.54	0.79	มากที่สุด	จัดตั้งคณะกรรมการเพื่อกำกับดูแลระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล
2.	กำหนดกลยุทธ์การเป็นผู้ให้บริการที่พึงประสงค์ (Preferred provider) เพื่อเตรียมพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ	4.70	0.32	มากที่สุด	จัดศูนย์ความเป็นเลิศทางคลินิก (Excellent center) หรือการให้บริการตามความต้องการของผู้สูงอายุ
3.	กำหนดมาตรฐานการให้บริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ตามมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุ คุณภาพของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และตามมาตรฐานสากล	4.74	0.28	มากที่สุด	กำหนดมาตรฐานในการให้บริการผู้สูงอายุ ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม ด้านบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรง และบุคลากรร่วมปฏิบัติงาน กระบวนการดำเนินงาน กระบวนการประเมินและติดตาม

ข้อ	ด้านพัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	คำอธิบาย
4.	สร้างวัฒนธรรมการบริการพยาบาลที่ส่งเสริมความปลอดภัยของผู้สูงอายุ ความพึงพอใจและความผูกพันของผู้รับบริการ	4.74	0.28	มากที่สุด	สร้างวัฒนธรรมการรายงานอุบัติการณ์ การสื่อสาร ส่งต่อข้อมูลประเด็นความปลอดภัยของผู้สูงอายุ มีการทบทวนการดูแลผู้ป่วยในเรื่องความปลอดภัย
5.	จัดอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ให้เพียงพอต่อความต้องการหรือตามระดับความต้องการดูแลในผู้สูงอายุ	4.65	0.57	มากที่สุด	จัดอัตรากำลังบุคลากรทางการแพทย์ให้บริการผู้สูงอายุที่มาใช้บริการเพียงพอที่มีสุขภาพดีซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุที่มีอิสระไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหรือมีภาวะทุพพลภาพ และผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง อย่างเพียงพอ
6.	นำข้อมูล สถิติต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุมาทำการวิเคราะห์ เพื่อวางแผนด้านการจัดการ และบริการ	4.70	0.32	มากที่สุด	วิเคราะห์ข้อมูล สถิติต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล อายุ เพศ โรค และอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เพื่อใช้วางแผนการจัดบริการ และวางแผนการพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ
7.	นำหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) มาประยุกต์ใช้ในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ และพัฒนางานวิจัย	4.70	0.32	มากที่สุด	นำความรู้ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ และมีการพัฒนางานวิจัย การทำ R2R (Routine to Research) ด้านการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล
8.	พัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล	4.62	0.68	มากที่สุด	จัดทำแนวทางการประเมินและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันภายหลังการผ่าตัด แผนปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุกะตุกสะโปกที่ที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม

ข้อ	ด้านพัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	คำอธิบาย
9.	หลีกเลี่ยงการให้ผู้สูงอายุอยู่ในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น เพื่อป้องกันปัญหาจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ได้แก่ การทำหัตถ์ที่เสื่อมถอยลง ภาวะซึมเศร้า แผลกดทับ การเปลี่ยนแปลงการนอนหลับ การติดเชื้อในโรงพยาบาล	4.65	0.57	มากที่สุด	หลีกเลี่ยงการรับผู้สูงอายุที่อาการไม่อยู่ในเกณฑ์ที่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล กำหนดระยะเวลาที่เหมาะสมในการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Length of hospital stay)
10.	กำหนดตัวชี้วัดด้านความเสี่ยงทางคลินิกและตัวชี้วัดคุณภาพบริการพยาบาล ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล และมีมาตรฐานกำกับดูแล อย่างเป็นระบบ	4.62	0.68	มากที่สุด	สร้างตัวชี้วัดด้านความเสี่ยงในการดูแลรักษา ความเสี่ยงตามกลุ่มโรค หัตถ์การ หรือภาวะแทรกซ้อน และตัวชี้วัดด้านคุณภาพบริการพยาบาล ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล จัดเก็บข้อมูลตัวชี้วัด นำมาประเมินผลการปฏิบัติงานและปรับปรุงกระบวนการทำงาน
11.	มีการเปรียบเทียบตัวชี้วัด (Benchmark) ตัวชี้วัดด้านการให้บริการผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสู่วิธีการปฏิบัติที่ดีที่สุด (Best practices)	4.68	0.38	มากที่สุด	พัฒนาตัวชี้วัดด้านการให้บริการผู้สูงอายุไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของการปฏิบัติที่ดีที่สุด
12.	ปรับปรุงกระบวนการทำงาน การใช้เทคโนโลยี หรือแนวคิดลดขั้นตอนกระบวนการให้บริการ (Lean enterprise) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการผู้สูงอายุ	4.65	0.63	มากที่สุด	ปรับปรุงกระบวนการทำงาน ลดการสูญเสียเวลา บุคลากร และมีการใช้ทรัพยากรต่างๆ อย่างเหมาะสม

ข้อ	ด้านพัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุ	Md	IR	ระดับ ความสำคัญ	คำอธิบาย
13.	มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศ (Information technology) มาใช้เพื่อสนับสนุนกระบวนการส่งต่อข้อมูลที่สำคัญด้านการศึกษาพยาบาลผู้สูงอายุ ทั้งการส่งต่อภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล หรือหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล เพื่อการรักษายาบาลที่รวดเร็ว	4.68	0.39	มากที่สุด	ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อข้อมูลที่สำคัญด้านการศึกษาพยาบาลผู้สูงอายุระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งการส่งต่อภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล ระหว่างโรงพยาบาล หรือหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาล เพื่อการรักษายาบาลที่รวดเร็ว
14.	สร้างนวัตกรรม เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้สูงอายุ	4.62	0.86	มากที่สุด	สร้างนวัตกรรมในการบริการพยาบาลผู้สูงอายุ นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุผ่านระบบบริการทางไกล (Telehealth) เพื่อเฝ้าระวังหรือติดตามดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่โรงพยาบาล
15.	มีการประกวดและให้รางวัลสำหรับหน่วยงานที่มีวิธีการปฏิบัติที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ และมีนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุ (Age-friendly best practices) และมีนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุ (Age-friendly innovation)	4.62	0.68	มากที่สุด	จัดการประกวดและให้รางวัลหน่วยงานที่มีวิธีการปฏิบัติที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly best practices) และมีนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุ (Age-friendly innovation)
16.	ประเมินความพึงพอใจ และความผูกพันของผู้สูงอายุ และมีความผูกพันของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ	4.75	0.26	มากที่สุด	ประเมินความพึงพอใจ และความผูกพันของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ เปรียบเทียบกับสถานบริการสุขภาพในระดับเดียวกัน เพื่อนำมาปรับปรุงคุณภาพการบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น
17.	มีการประเมินคุณภาพในการให้บริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุจากเป็นมิตรกับผู้สูงอายุจากหน่วยงานคุณภาพ การประเมินคุณภาพการดูแลรายโรค หรือคุณภาพการดูแลผู้ป่วยประเภทผู้สูงอายุ โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)	4.65	0.73	มากที่สุด	มีการประเมินคุณภาพในการเป็นโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุจากหน่วยงานคุณภาพภายนอก การประเมินคุณภาพการดูแลรายโรค หรือคุณภาพการดูแลผู้ป่วยประเภทผู้สูงอายุ โดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาลักษณะการจัดบริการพยาบาลเป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ในการศึกษาและรวบรวมความคิดเห็นที่มีความสอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 19 คน โดยมีวิธีการดำเนินวิจัย จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่เกี่ยวข้องกับลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เพื่อกำหนดเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย มีการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งสิ้น 3 รอบ คือ การสัมภาษณ์ 1 รอบ และการตอบแบบสอบถาม 2 รอบ

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ คือผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ด้านการกำหนดนโยบายการบริหารของโรงพยาบาล ด้านการบริหารทางการพยาบาล ด้านการพยาบาลในหน่วยงานที่ดูแลผู้สูงอายุ และด้านการออกแบบเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จำนวน 19 คน โดยประกอบด้วย 5 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาลที่รับผิดชอบกำหนดนโยบายการบริหารในโรงพยาบาล 2) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล 3) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นและระดับกลาง 4) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ และ 5) ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มสถาปนิกที่ทำงานในบริษัทหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้างโดยใช้คำถามแบบปลายเปิด เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญหรือให้ผู้เชี่ยวชาญเขียนตอบ ชุดที่ 2 แบบสอบถามเรื่องลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ คือระดับความคิดเห็นมากที่สุด จนถึงระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในแต่ละด้าน และชุดที่ 3 แบบสอบถามเรื่องลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 5 ระดับ โดยเพิ่มค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) และตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญตอบในรอบที่ 2 ของข้อคำถามแต่ละข้อ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบคำตอบของตนเอง และของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด ก่อนทบทวนคำตอบของตนเองเพื่อยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ

ระยะเวลาที่ใช้รวบรวมข้อมูลทั้ง 3 รอบ รวมทั้งสิ้น 96 วัน โดยระยะเวลารวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 ตั้งแต่ 15 กุมภาพันธ์ 2562 ถึง 20 มีนาคม 2562 ระยะเวลารวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 ตั้งแต่ 3 เมษายน 2562 ถึง 17 เมษายน 2562 ระยะเวลารวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 ตั้งแต่ 6 พฤษภาคม 2562 ถึง 21 พฤษภาคม 2562

จากการทบทวนวรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ จากหลักการและแนวปฏิบัติที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly principle and

practices) ของ AHMAC (2004) และแนวคิดโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของประเทศไทยได้หวั่น (Taiwan's framework of Age-friendly hospital and health service) ของ Chiou and Chen (2009) ผู้วิจัยได้วิเคราะห์และสังเคราะห์แล้ว เห็นว่า ลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วยลักษณะ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านนโยบายบริหาร 2) ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ 3) ด้านสิ่งแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวก และ 4) ด้านคุณภาพการให้บริการ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่อง การศึกษาลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 3 ด้าน และลักษณะย่อย 63 ข้อรายการ มีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านการจัดบริการผู้สูงอายุ มีลักษณะย่อย 24 ข้อรายการ
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ มีลักษณะย่อย 22 ข้อรายการ
3. ด้านพัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุ มีลักษณะย่อย 17 ข้อรายการ

1. ด้านการจัดบริการผู้สูงอายุ หมายถึง กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เพื่อรองรับการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ มีนโยบาย กลยุทธ์ ในการดำเนินงานด้านการจัดบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาล จัดบริการสำหรับผู้สูงอายุให้ได้รับความปลอดภัย ความสะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาการรอคอย มีบริการสุขภาพแบบองค์รวมและเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้สูงอายุ จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทั้งด้านกายภาพ สังคม จิตใจ จิตวิญญาณ และจิตสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการเยียวยา มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ บุคลากรมีจิตบริการผู้สูงอายุ จัดเจ้าหน้าที่คอยให้ความช่วยเหลือขณะผู้สูงอายุพักรักษาตัวในโรงพยาบาล บุรณาการการดูแลผู้สูงอายุโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีแนวปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งแนวทางในการสื่อสารและการนัดหมายติดตามอาการ จัดระบบการวางแผนจำหน่าย แนวทางการดูแลแบบประคับประคอง จัดหน่วยให้คำแนะนำปรึกษา มีสื่อการสอนที่หลากหลาย เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และการให้ข้อมูลที่ชัดเจน รวมถึงการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารเพื่อสนับสนุนการให้บริการและอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ

อภิปรายได้ว่า โรงพยาบาลเป็นสถานพยาบาลที่มีบทบาทสำคัญในด้านการจัดบริการสุขภาพ ที่มีคุณภาพแก่ประชาชน ครอบคลุมทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2556) ซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรเป็นสังคมผู้สูงอายุส่งผลให้สถานการณ์ทางสุขภาพของผู้รับบริการเปลี่ยนแปลงไป การจัดบริการแก่ผู้สูงอายุจึงต้องสอดคล้องกับปัญหาทางสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการ รวมถึงมีการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม คำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชราของผู้สูงอายุ อันส่งผลให้เกิดความเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งความสามารถในการช่วยเหลือตนเองที่ลดลง การดำเนินงานของโรงพยาบาลที่มีการจัดบริการให้แก่ผู้สูงอายุ ฝ่ายการพยาบาลควรมีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ นโยบาย กลยุทธ์ และแนวทางในการดำเนินงานด้านการจัดบริการผู้สูงอายุ สอดคล้องกับแนวคิดโรงพยาบาลที่เป็นมิตรของประเทศไทยได้หวั่น (Chiou and Chen, 2009) และกรอบแนวคิดโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของประเทศไทยเกาหลี ของ Kim et al. (2017) ที่การจัดบริการในโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และกลยุทธ์ในการดำเนินงาน

นอกจากนี้ การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุต้องคำนึงถึงความปลอดภัย ผู้สูงอายุได้รับความสะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาการรอคอย จัดบริการสุขภาพแบบองค์รวมและเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้สูงอายุ สอดคล้องกับพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 11 ที่ระบุว่าผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับความคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุน ได้แก่ บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้ให้โดยความสะดวกและรวดเร็วเป็นกรณีพิเศษ และสอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 6 ซึ่งได้กล่าวถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความจำเพาะในเรื่องสุขภาพต้องได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองอย่างสอดคล้องและเหมาะสม

สิ่งแวดล้อม ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุมากกว่าวัยอื่นๆ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในโรงพยาบาลที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ครอบคลุมทั้งด้านกายภาพ สังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมถึงสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา และมีการจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ สอดคล้องกับแนวคิด Age-friendly principle ขององค์การอนามัยโลก แนวคิดโรงพยาบาลที่เป็นมิตรของประเทศไต้หวัน (Chiou and Chen, 2009) และกรอบแนวคิดโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของประเทศเกาหลี (Kim et al., 2017) ที่ได้ให้ความสำคัญกับการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงการเข้าถึงสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา และสอดคล้องกับมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ซึ่งเป็นมาตรฐานการให้บริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของประเทศไทย โดยได้กำหนดเป็นมาตรฐานด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมและสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของดวงพร หุ่นตระกูล และคณะ (2551) ที่พบว่า สิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เป็นองค์ประกอบหนึ่งของบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยการจัดสิ่งแวดล้อมนั้นมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ เช่น การย้ายหน่วยให้บริการลงไปที่ชั้นล่างของอาคาร มีทางลาดพร้อมราวจับ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุหกล้ม มีการปรับปรุงภูมิทัศน์และดูแลหน่วยบริการให้เป็นระเบียบเรียบร้อยอยู่เสมอ มีการใช้สัญลักษณ์และป้ายบอกทางเพื่อบอกตำแหน่ง ทิศทาง มีสัญลักษณ์เตือนในกรณีพื้นที่ต่างระดับ มีการติดตั้งราวจับในห้องน้ำเพื่อเพิ่มความปลอดภัยและความสะดวกสบาย เป็นต้น

ผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล เป็นผู้ที่มีหน้าที่บริหารจัดการงานการพยาบาลในโรงพยาบาล จึงควรมีการกำหนดปรัชญา พันธกิจ วิสัยทัศน์ นโยบายและแผนงานด้านการพยาบาลที่ชัดเจนในการจัดบริการการพยาบาลให้แก่ผู้สูงอายุ พัฒนาระบบการให้บริการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ ส่งเสริมด้านมีจิตบริการผู้สูงอายุให้แก่บุคลากร เป็นผู้นำในการประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการจัดบริการผู้สูงอายุ รวมถึงปรับปรุงสิ่งแวดล้อมในหน่วยบริการให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ครอบคลุมทั้งสิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ สังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเยียวยา และจัดสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับให้บริการพยาบาลผู้สูงอายุอย่างเพียงพอ เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการ รองรับสังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและในอนาคต

2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ หมายถึง การประเมิน รวบรวมข้อมูล เพื่อวินิจฉัยปัญหาสุขภาพและปัญหาทางการพยาบาลของผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive geriatric assessment) ทบทวนรายการยาที่ผู้สูงอายุได้รับ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนการ

พยาบาลร่วมกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล ให้เหมาะสมกับปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย รวมถึงกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome) ให้การพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวมและการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ บันทึกการปฏิบัติการพยาบาล ติดตามผลลัพธ์ และการประสานงานทีมสหสาขาวิชาชีพ บูรณาการกระบวนการพยาบาลกับการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในการดูแลผู้สูงอายุ หรือการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด จัดพยาบาลแกนนำในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล หรือผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน เสริมพลังอำนาจ ให้ความรู้ ฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเองแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล วางแผนการจำหน่ายผู้สูงอายุโดยให้ครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม สร้างความพึงพอใจแก่ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ พัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางและมีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพได้ศึกษาต่อในหลักสูตรการพยาบาลผู้สูงอายุ และได้รับการอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้ และประสบการณ์อย่างต่อเนื่อง

อภิปรายได้ว่า พยาบาลวิชาชีพถือเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลเป็นบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ การปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ เริ่มตั้งแต่การประเมินปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ โดยมีการคัดกรองที่เหมาะสมเพื่อคัดแยกผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพ มีการวางแผนการดูแลและให้การพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวมโดยใช้ความรู้ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมถึงประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน การวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุตั้งแต่วันแรก สอดคล้องกับแนวคิดหลักการและแนวปฏิบัติที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (AHMAC, 2004) ซึ่งเป็นแนวคิดการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่ประกอบด้วยหลักการ 7 ประการ ครอบคลุมถึงการประเมินและคัดกรองที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การใช้ความรู้ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพยาบาล การดูแลแบบองค์รวม พัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ เชื่อมโยงการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล และมีการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุตั้งแต่แรกรับ และสอดคล้องกับแนวคิดโรงพยาบาลที่เป็นมิตรของประเทศไต้หวัน (Chiou and Chen, 2009) ด้านกระบวนการดูแล ที่มุ่งเน้นการประเมินและการให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล ความร่วมมือของชุมชน และการดูแลอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับบทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ (กองการพยาบาล, 2560) ในด้านการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งเป็นการปฏิบัติเชิงวิชาชีพด้วยการให้บริการพยาบาลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมถึงการดูแลรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และฟื้นฟูสภาพ โดยใช้มาตรฐานการพยาบาล กระบวนการพยาบาลและแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เพื่อการดูแลผู้รับบริการ ผู้ป่วย และครอบครัวอย่างมีคุณภาพ สร้างความพึงพอใจและความประทับใจ

นอกจากนี้ พยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ต้องมีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง และมีสมรรถนะที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ของรุ่งฟ้า อธิราชบุรีไพศาล และสุวิณี วิวัฒน์วานิช (2551) ที่พบว่า สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้สูงอายุมี 8 สมรรถนะ ได้แก่ ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ ด้านการสื่อสารกับผู้สูงอายุ ด้านการประเมินผู้สูงอายุ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ ด้านการ

ส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันภาวะเสี่ยงในผู้ป่วยสูงอายุ ด้านการวางแผนการจำหน่ายผู้สูงอายุ และด้านการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ

หลักสูตรเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้สูงอายุในหลักสูตรระยะสั้นและหลักสูตรปริญญาโท เป็นการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญ และมีสมรรถนะด้านการดูแลผู้สูงอายุ นอกจากนี้ หลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิบัตร สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นการพัฒนาพยาบาลวิชาชีพให้มีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน และสามารถพัฒนากระบวนการดูแลอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาบุคลากรทางการพยาบาลจึงเป็นการพัฒนาด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ

ผู้บริหารทางการพยาบาล เป็นผู้ที่มีหน้าที่ในการจัดระบบและกลไกในการพัฒนาบุคลากรที่มีประสิทธิภาพ รวมถึงจัดแผนการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรอย่างต่อเนื่อง จึงควรให้การส่งเสริม และสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพได้ศึกษาต่อในหลักสูตรปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ หลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิบัตร หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ หรือหลักสูตรเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ รวมถึงจัดอบรมให้ความรู้ ส่งเข้าร่วมประชุมวิชาการ หรือศึกษาดูงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุทั้งในและต่างประเทศอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเชี่ยวชาญ สามารถนำความรู้ ทักษะ มาใช้ในการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. ด้านพัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุ หมายถึง กำกับดูแลระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในรูปแบบของคณะกรรมการ กำหนดมาตรฐานการให้บริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาล สร้างวัฒนธรรมการบริการพยาบาลที่ส่งเสริมความปลอดภัยในผู้สูงอายุ จัดอัตรากำลังบุคลากรทางการพยาบาลให้เพียงพอกับความต้องการบริการสุขภาพ หรือตามระดับความต้องการการดูแลในผู้สูงอายุ นำข้อมูล สถิติต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุมาทำการวิเคราะห์เพื่อวางแผนด้านการจัดบริการและการรักษาพยาบาล พัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ กำหนดระยะเวลาที่เหมาะสมในการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล หลีกเลี่ยงการรับผู้สูงอายุที่อาการไม่อยู่ในเกณฑ์ที่ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล กำหนดตัวชี้วัดด้านความเสี่ยงทางคลินิกและตัวชี้วัดคุณภาพบริการพยาบาลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล และมีการนิเทศ ติดตาม กำกับดูแลอย่างเป็นระบบ พัฒนาตัวชี้วัดด้านการให้บริการผู้สูงอายุ เปรียบเทียบกับเกณฑ์ของการปฏิบัติที่ดีเลิศ (Benchmark) ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศสนับสนุนกระบวนการส่งต่อข้อมูลที่สำคัญ สร้างนวัตกรรมการพยาบาล ประเมินความพึงพอใจและความผูกพันของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ รวมถึงมีการประเมินคุณภาพจากหน่วยงานคุณภาพภายนอก

อภิปรายได้ว่า การจัดบริการสุขภาพที่ดีนั้น ต้องเป็นการให้บริการที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย มีคุณภาพ และตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ (สำนักบริหารการสาธารณสุข , 2559) การพัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ แสดงถึงมาตรฐานของการรักษาพยาบาล การพัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การพัฒนาแนวทางในการดำเนินงาน ครอบคลุมถึงการประเมินความพึงพอใจ และการประเมินคุณภาพตามมาตรฐานสอดคล้องกับมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ (กรมการแพทย์, 2556) ที่ได้กำหนดมาตรฐานในการดำเนินงานไว้ 4 ด้าน ครอบคลุมถึงด้านบุคลากร ด้านกระบวนการดำเนินงาน ด้านกระบวนการประเมินผลและติดตามผล ทั้งผลการรักษาและความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ และ

สอดคล้องกับมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล (2559) ของสำนักการพยาบาล ด้านมาตรฐานการบริการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 1) ลักษณะสำคัญของงานบริการพยาบาล 2) มาตรฐานการบริหารงานบริการพยาบาล 3) มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล และ 4) เกณฑ์ชี้วัดคุณภาพการพยาบาล

ผู้บริหารทางการพยาบาล เป็นผู้ที่มีหน้าที่บริหารจัดการระบบการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล ควรมีนโยบายและแผนการจัดการคุณภาพการพยาบาลผู้สูงอายุโดยกำหนดไว้ชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร จัดระบบบริหารคุณภาพและความปลอดภัยของบริการพยาบาล รวมถึงมีระบบกำกับ ติดตาม ประเมินผลลัพท์การพยาบาลและนำไปพัฒนาคุณภาพการจั้ดบริการพยาบาลและคุณภาพการพยาบาลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานโรงพยาบาล เพื่อสนองความต้องการของผู้ใช้บริการที่เป็นผู้สูงอายุ ทั้งด้านมาตรฐานที่กำหนดและตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ เพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ รวมทั้งเป็นที่พึงพอใจของผู้ใช้บริการที่เป็นผู้สูงอายุ ญาติ และผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลวิชาชีพนำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาตนเองในด้านความรู้ ความสามารถ ทักษะเฉพาะสำหรับการให้บริการผู้สูงอายุ
2. ผู้บริหารทางการพยาบาลนำไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริม พัฒนาบุคลากร และวางแผนดำเนินงานด้านการจั้ดบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

ข้อเสนอแนะของการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนาแบบประเมินลักษณะการจั้ดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กชกร สายบุญศรี และอศนี วันชัย. (2560). ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนครพิษณุโลก. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยฟาร์อีสเทอร์น, 11(3): 174-182.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพปัญญาวิสัย.
- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2553). แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2542. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เทพปัญญาวิสัย.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2555). (ร่าง) เกณฑ์พัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพ แนวทางพัฒนางานบริการขั้นสูตสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12. (2560). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564.[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://wops.moph.go.th> [5 เมษายน 2561]
- กระทรวงสาธารณสุข. (2557). แผนบูรณาการพัฒนากลุ่มวัยผู้สูงอายุ พ.ศ. 2557-2566.[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://planning.anamai.moph.go.th> [5 เมษายน 2561]
- กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข. (2557). คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.
- กรมควบคุมโรค สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). การพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ.[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.thaincd.com> [5 เมษายน 2561]
- โกศล จิ่งเสถียรทรัพย์ และโกเมธ นาควรรณกิจ. (2553). การออกแบบสภาพแวดล้อมสถานพยาบาลให้เอื้อต่อการเยี่ยมยา. นนทบุรี: สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน).
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2551). มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล ปรับปรุงครั้งที่ 2. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี: สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์.
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). บทบาทหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพ. พิมพ์ครั้งที่ 1.[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.nursing.go.th/Book_nurse/006/006.pdf [1 สิงหาคม 2561]
- ชนิษฐา วิทยาอนุมาส. (2530). การวิจัยแบบเดลฟาย: เทคนิค และปัญหาที่พบในการวิจัย. รวมบทความเกี่ยวกับการวิจัยการศึกษา. กรุงเทพฯ: รุ่งเรืองสาสน์การพิมพ์.
- คุณากร เอี้ยวสุวรรณ และคณะ. (2560). สถานการณ์การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล และการมี

- ผู้ดูแลในขณะพักฟื้นของผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 11: 248-256.
- จิตรา วีรบุรินทร์. (2546). รูปแบบการจัดบริการสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุไทย. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรดุษฎีบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันประชากรศาสตร์. (2553). **ฐานข้อมูลประชากรผู้สูงอายุ**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://www.cps.chula.ac.th/research_division/article_ageing/ageing_001.html [20 กรกฎาคม 2561]
- ชนิดา รักษ์พลเมือง. (2551). การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย. ทศพร ศิริสัมพันธ์ (บรรณาธิการ). **เทคนิคการวิเคราะห์นโยบาย**. หน้า 61. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชมพูนุท พรหมภักดี. (2556). **บทความวิชาการ การเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทย**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://library.senate.go.th> [20 กรกฎาคม 2561]
- ชญาณีศ ลือวานิช, รัตนา ลือวานิช และโสภณรัตน์ บัณฑิตเลิศรัตน์. (2554). ภาวะสุขภาพ พฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพ และความต้องการของผู้สูงอายุจังหวัดภูเก็ตต่อบริการสุขภาพที่พึงประสงค์เพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย**, 23(1): 28-41.
- ดวงพร หุ่นตระกูล, วรณภา ศรีธีรัตน์, ขนิษฐา นันทบุตร และอมร เปรมกมล. (2551). การพัฒนาบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาที่ศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งหนึ่ง. **วารสารวิจัยทางการแพทย์พยาบาล**, 12(2): 131-141.
- ไตรรัตน์ จารุทัศน์, จิราพร เกศพิชญวัฒนา, กิตติอร ชาลปติ และศรีณยา หล่อมณีพันธ์. (2548). **โครงการศึกษามาตรฐานขั้นต่ำสำหรับที่พักอาศัยและสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ**. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ(มสช.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.).
- ไตรรัตน์ จารุทัศน์. (2558). **คู่มือการออกแบบเพื่อทุกคน**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิชย์.
- เทพขจี เก่งกิจโกศล. (2561). SENIOR SOCIETY: สังคมสูงวัย ไม่ใช่เรื่องไกลตัวอีกต่อไป. **Health Brings Wealth by BDMS**, 17: 26-27.
- ทัศนาศ บุญทอง. (2543). **ปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์.
- ทศพร ศิริสัมพันธ์. (2553). **เทคนิคการวิเคราะห์นโยบาย**. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีรพร สติธองกุล. (2559). แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุขกับการขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติของพยาบาล. **วารสารกองการพยาบาล**, 43(3): 1-8.
- นันทนา อยู่สบาย. (2557). **ความต้องการสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุในองค์การบริหารส่วนตำบลศิระจรเข้ชั้นน้อย อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ**. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต.

- วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- นิตยา จันทบุตร, อมรรัตน์ ถิ่นขาม, ปทิตตา สิมานุรักษ์ และอรัญญิการ์ สระบงกช. (2559). **การพยาบาลเฝ้าอาหารผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.** การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 1 หน้า 1641-1649.[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://jes.rtu.ac.th/rtunc2016/pdf/Poster%20Presentation/Poster%20กลุ่ม%201%20วิทยาศาสตร์สุขภาพ/HS_22.pdf [25 กรกฎาคม 2561]
- นิพา ศรีช้าง และลลิตรา ก้าวี. (2559). **รายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปี ขึ้นไป) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560-2564 ขึ้นไป**.[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://thaincd.com> [5 เมษายน 2561]
- นวลวรรณ ทวยเจริญ และคณะ. (2558). **รายงานฉบับสมบูรณ์การพัฒนาสภาพแวดล้อมภายในห้องพักผู้ป่วยที่เหมาะสมต่อการมองเห็นและฟื้นฟูของผู้ป่วยสูงอายุ.** สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) และสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2553). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.
- บุญส่ง หาทวยการ, ผ่องพรรณ อรุณแสง และวิลาวรรณ พันธุ์พุกษ์. (2555). **การพัฒนาแบบวัดการพยาบาลเฝ้าอาหารผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.** **วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**, 30(2): 154-165.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2557). **ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุกับสังคมสูงอายุไทย.** **วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย**, 1(1): 47-56.
- เปรมศักดิ์ อาชากิจ. (2556). **รายงานการวิจัย เรื่อง ตลาดผลิตภัณฑ์และบริการสำหรับผู้สูงอายุในจังหวัดเชียงใหม่.** มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ภาคพายัพ เชียงใหม่.
- ปะราสี โอภาสนันท์. (2557). **การพยาบาลผู้สูงอายุในศตวรรษที่ 21.** พิมพ์ครั้งที่ 1. โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา: โรงพิมพ์ดาวเหนือ.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). **การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ: การนำไปใช้.** พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น :โรงพิมพ์คลังน่านาวิทยา.
- พรหมมณต์ อธิโชคจรรุพัชร์, จิราพร เกศพิชญวัฒนา และสุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2560). **ผลของการปฏิบัติการพยาบาลแบบบูรณาการหลักการเฝ้าอาหารต่อภาวะวิตกกังวลในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน.** **วารสารพยาบาลตำรวจ**, 9(2): 14-23.
- พวงทิพย์ ชัยพิบาลสถิตย์. (2551). **คุณภาพการบริหารการพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พวงผกา มะเสนา และประณต นันทิยะกุล. (2557). **การบริหารจัดการการบริการที่มีคุณภาพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข.** **วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย**, 4(1): 88-101.
- พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์. (2544). **การบริหารการพยาบาลนั้นสำคัญไฉน.** **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา**, 9(2): 49-59.

- ภาคิน นิธิโชติการ, ศักดิ์สินี กลิ่นสุนทร และปฐิมา ประโยชน์อุดมกิจ. (2560). ความพึงพอใจของ ผู้สูงอายุต่อการให้บริการของโรงพยาบาลบ้านแพ้ว(องค์การมหาชน). **Joint Conference on ACTIS & NCOBA**, 25: 442-446.
- มยุรี ลีทองอิน, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, สิริมาศ ปิยะวัฒนพงศ์ และลัดดาวัลย์ พันธพาณิชย์. (2559). ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุที่เข้ารับรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ**, 34: 193-201.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (2558). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://thaitgri.org> [20 มีนาคม 2561]
- รุ่งทิวา ชื่นชอบ, ศิริพร มงคลถาวรชัย, บุญส่ง หาทวยการ, อุไรวรรณ ใจจิ้งหรีด, พัสดา ภัคดีกำจร และปณิตา ลิ้มปะวิฒนะ. (2560). การพยาบาลเอื้ออาทรผู้สูงอายุตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วย ในโครงการพัฒนาระบบบริการพยาบาลเอื้ออาทร. **วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย**, 4(2): 20-19.
- รุ่งฟ้า อธิราชฤทธิ์ไพศาล และสุวิณี วิวัฒน์วานิช. (2551). **สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชกิจจานุเบกษา. (2548). **กฎกระทรวง กำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคาร สำหรับ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา พ.ศ. 2548**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://asa.or.th> [21 พฤศจิกายน 2561]
- ราชกิจจานุเบกษา. (2562). **กฎกระทรวง กำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล 2558**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.pt.or.th/law/type58.pdf> [3 กรกฎาคม 2562]
- วิชัย เอกพลากร. (2557). **รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิพรรณ ประจวบเหมาะ และคณะ. (2553). การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545-2550. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).
- วีระพงษ์ เฉลิมจิระวัฒน์. (2542). **คุณภาพในการบริการ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น).
- วรัญศิญา จิตต์เพียร. (2552). **การพัฒนาบริการพยาบาลที่เอื้ออาทร ต่อผู้สูงอายุในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสูงอายุ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วีระพงษ์ บุราณเดช และมยุรี ลีทองอิน. (2559). การบริการเอื้ออาทรผู้สูงอายุตามการรับรู้ของผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งจังหวัดบึงกาฬ. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ**, 39(4): 1-11.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2560). **พดววิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำหรับการดูแลผู้สูงอายุขั้นต้น**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สมาคมพดววิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2560). **การจัดการภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี:

- สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.
- วัลย์พร นันทศุภวัฒน์, จิระภา ศิริวัฒน์เมธานนท์ และพร้อมจิตร ห่อนบุญเหิม. (2552). สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ. **วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**, 27(1): 27-32.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2558). **ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. โครงการตำรา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล: หจก. เอ็นพีเพรส.
- วิศิษฐ์ กุลอริยทรัพย์. (2555). **แนวทางการปรับปรุงอาคารเดิมให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ - กรณีศึกษาอาคารผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิศวกรรมโยธา คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2555). **สถิติประยุกต์สำหรับการวิจัย**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์. (2549). **การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริพันธ์ุ สาส์ตย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม. (2552). **ระบบสถานพยาบาลผู้สูงอายุ**. **วารสารประชากรศาสตร์**, 25: 45-62.
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย และลินจง โปธิบาล. (2552). **รายงานผลการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุจังหวัดเชียงใหม่**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://portal.nurse.cmu.ac.th> [1 เมษายน 2561].
- ศิริรัตน์ ปานอุทัย. (2560). **การพยาบาลผู้สูงอายุ เล่ม 1**. พิมพ์ครั้งที่ 1. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริรัตน์ วิชิตตระกูลการ, กานดา อิ่มสงวน และกนกพร สุคำวัง. (2556). **ความต้องการและการได้รับการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวในหอผู้ป่วยหนักศัลยกรรมโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่**. **พยาบาลสาร**, 40: 35-46.
- สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ และกรรณิการ์ สุขเกษม. (2551). **วิธีวิทยาการวิจัยเชิงคุณภาพ: การวิจัยปัญหาปัจจุบันและการวิจัยอนาคตไกล**. **เทคนิคเดลฟาย** หน้า 297-323. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสามลดา.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2558). **มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี (ภาษาไทย) ปรับปรุงครั้งที่สอง**. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: หนังสือตีพิมพ์ จำกัด.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2561). **มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4**. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: หนังสือตีพิมพ์ จำกัด.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2560). **สุขภาพคนไทย 2560: เสริมพลังกลุ่มเปราะบาง สร้างสังคมที่ไม่ทอดทิ้งกัน**. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **คู่มือมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา:

- <http://www.msd.bangkok.go.th> [30 มิถุนายน 2561]
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). **การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583**. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. **แนวทางการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การพัฒนาผู้สูงอายุอย่างบูรณาการ**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.nesdb.go.th> [20 กรกฎาคม 2561]
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2558). **พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <https://www.nationalhealth.or.th> [21 พฤศจิกายน 2561]
- สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย. (2556). **รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ**. นนทบุรี: กรมอนามัย.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2559). **การสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ. 2558**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://service.nso.go.th> [29 มีนาคม 2561]
- สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. (2559). **บทสรุปผลการตรวจราชการกรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 เขตสุขภาพที่ 1-12**. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข กองตรวจราชการ. (2561). **ตัวชี้วัด กำกับ ติดตาม. ในแผนการตรวจราชการ กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561**, หน้า 338. กระทรวงสาธารณสุข. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.tako.moph.go.th> [9 กรกฎาคม 2561]
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2559). **การสาธารณสุขไทย 2554 – 2558**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.hiso.or.th> [9 กรกฎาคม 2561]
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2560). **แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560 – 2564**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://203.157.229.33/archives/downloadpage/file/p04.pdf> [30 มิถุนายน 2561]
- สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **เอกสารประกอบการประชุมสัมมนา เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพส่วนภูมิภาค วันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2555**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.hss.moph.go.th> [1 สิงหาคม 2561]
- สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2556). **คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ปิยอนด์พับลิชชิง จำกัด.
- สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. (2560). **แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ สำหรับโรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล**. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2556). **รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย ปี 2556 ภายใต้แผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ**. พิมพ์

- ครั้งที่ 1. กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2558). **การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.
- สภาการพยาบาล. (2551). **ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาต่างๆ**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/H014.pdf> [20 สิงหาคม 2561]
- สภาการพยาบาล. (2552). **คู่มือจัดทำหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://cne.stin.ac.th/A19-สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ.html> [20 สิงหาคม 2561]
- สภาการพยาบาล. (2561). **รายชื่อหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางที่สภาการพยาบาลรับรอง**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <https://www.tnmc.or.th/news/84> [20 สิงหาคม 2561]
- สภาการพยาบาล. (2562). **ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง มาตรฐานการพยาบาล พ.ศ. 2562**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/T_0030.PDF [3 กรกฎาคม 2562]
- สุนิสา ยุคะลัง และประสพสุข ศรีแสนปาง. (2560). การพัฒนาบริการสุขภาพที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ในหน่วยงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลโพ้นทอง. **วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ**, 35(3): 196-203.
- สมาคมสถาปนิกสยาม ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2555). **ประกวดการออกแบบฉากอาคารใจดี**. กรุงเทพมหานคร.
- สมวงศ์ พงศ์สถาพร. (2550). **เคล็ดไม่ลับการตลาดบริการ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ยูพีซี แอลบู๊คส์.
- สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล และคณะ. (2558). การประเมินผลการดำเนินงานตามแผนงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ ปี พ.ศ. 2556. **วารสารวิชาการสาธารณสุข**, 24(5): 937-949.
- สอาด พิมพ์ปติมา และคณะ. (2548). การศึกษาปัจจัยเสี่ยงและการประเมินหาระดับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มของผู้ป่วยใน งานการพยาบาลผู้ป่วยพิเศษ โรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. **วารสารสภาการพยาบาล**, 20(1): 75-87.
- เอนก พ.อนุกุลบุตร. (2556). ประเมินโครงการ. **เทคนิคเดลฟาย** หน้า 82-89. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ก. พล (1996) จำกัด.
- อัมพรพรรณ อีรานุตร และคณะ. (2552). การพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนืองแบบเป็นองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์. **วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**, 27(2): 65-77.
- อมรา สุนทรธาดา และสุพัตรา เลิศชัยเพชร. (2552). การลดลงของครอบครัวสามช่วงวัยในสังคมไทย: นัยเชิงนโยบาย. **ครอบครัวไทยในสถานการณ์เปลี่ยนผ่านทางสังคมและประชากร**, หน้า 90-103. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.ipsr.mahidol.ac.th> [20 กรกฎาคม 2561]

- Ahmadi, A., Seyedin, H., and Fadaye-Vatan, R. (2015). Towards Age-Friendly Hospitals in Developing Countries: A Case Study in Iran. **Health Promotion Perspectives**, 5(1), 42–51.[Online]. Available from: <http://doi.org/10.15171/hpp.2015.006> [2018, August 2]
- Araujo de Carvalho, I., Epping-Jordan, J., Pot, A. M., Kelley, E., Toro, N., Thiyagarajan, J. A., and Beard, J. R. (2017). Organizing integrated health-care services to meet older people's needs. **Bulletin of the World Health Organization**, 95(11): 756–763.
- Australian Health Ministers' Advisory Council (AHMAC). (2004). **Age-friendly principles and practices. Managing older people in the health service environment.** Developed on behalf of the Australian ministers' Advisory Council (AHMAC) by the Care of Older Australians Working group, Victorian Department of Human Services, Melbourne, Victoria. [Online]. Available from: www.health.vic.gov.au/acute-agedcare [2018, June 22]
- Burns, N. and Grove, S.K. (2001). **The Practice of Nursing Research, Conduct, Critique, and Utilization.** 4th Edition, W.B. Saunders Company, Philadelphia.
- Chiou, Shu-Ti and Chen, Liang-Kung. (2009). Taiwan's framework of age-friendly hospitals and health services. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, 49(2): S3–S6.[Online]. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0167-4943\(09\)70004-4](https://doi.org/10.1016/S0167-4943(09)70004-4) [2018, August 2]
- Cronin, J.J., and Taylor, S.A. (1992). Measuring service quality: a reexamination and extension. **Journal of marketing**, 56(7), 55-68.
- Donabedian, A. (1980). **The Definition of quality and approaches to its assessment.** Michigan: Health Administration Press.
- Donabedian, A. (1982). **The Criteria and standard of quality.** Michigan: Health Administration Press.
- Gracht, H. (2012). Consensus measurement in delphi studies review and implications for future quality assurance. **Technological Forecasting & Social Change**. 79(1), 1525-1536.
- Groene, O. (2006). **Implementing Health Promotion in Hospitals: Manual and Self-assessment Forms.** WHO Regional Office of Europe, Copenhagen.
- Huang, A. R., Larente, N., and Morais, J. A. (2011). Moving Towards the Age-friendly Hospital: A Paradigm Shift for the Hospital-based Care of the Elderly. **Canadian Geriatrics Journal : CGJ**, 14(4), 100–103.[Online]. Available from: <http://doi.org/10.57700/cgj.v14i4.8> [2018, August 2]

- Judd, C., Robert. (1972). Use of Delphi methods in higher education. **Technological Forecasting and Social Change**, 4(2): 173-186.[Online]. Available from: [https://doi.org/10.1016/0040-1625\(72\)90013-3](https://doi.org/10.1016/0040-1625(72)90013-3) [2018, Aug 18]
- Kim, Y.S. et al. (2017). Development of the Korean framework for senior-friendly hospitals: a Delphi study. **BMC Health Services Research**, 17: 528.[Online]. Available from: <http://doi.org/10.1186/s12913-017-2480-0> [2018, Aug 2]
- Linstone, H. (1978). The Delphi technique. In R.B. Fowles (Ed.). **Handbook of Futures Research** London: Greenwood Press. pp. 273-300.
- Macmillan, T. T. (1971). **The Delphi Technique**. [Online]. Available from: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED064302.pdf> [2018, Aug 18]
- Parke, B. and Brand, P. (2004). An elder-friendly hospital: translating a dream into reality. **Nurs. Leadersh**, 17: 62-76.
- Parasuraman, A., Zeithamal, V. A. and Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implication for future research. **Journal of Marketing**, 49(4): 35-40.
- Parasuraman, A. Zeithaml, V.A., & Berry, L.L. (1988). SERVQUAL: a multiple-item scale for measuring customer perceptions of service quality. **Journal of Retailing**, 64(February 1988), 12-40.
- Ruangritchankul, S. (2018). Polypharmacy in the Elderly. **Ramathibodi Medical Journal**, 41(1): 95-104.[Online]. Available from: <https://doi.org/10.14456/rmj.2018.9>[2018, Jul 9]
- Tenner, A.R. and Detoro, I.J. (1992). **Total Quality Management: three steps to continuous**. Massachusetts: Addison-Wesley Publishing company, Inc.
- United Nations, Department of Economic and Social affairs, Population Division. (2009). **World Population Ageing 2009**. United Nations: Department of Economic and Social affairs.[Online]. Available from: http://www.un.org/esa/population/publications/WPA2009/WPA2009_WorkingPaper.pdf [2018, Mar 10]
- United Nations, Department of Economic and Social affairs, Population Division. (2016). **World Population Prospect: The 2015 Revision**. United Nations: Department of Economic and Social affairs. [2018, Mar 10]
- World Health Organization. (2004). **Towards Age-friendly Primary Health Care**. [Online]. Available from: http://www.who.int/hpr/ageing/af_report.pdf [2018, Mar 10]
- World Health Organization. Regional Office for Europe. (2007). **The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: integrating**

health promotion into hospitals and health services: concept, framework and organization. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.[Online].

Available from: <http://www.who.int/iris/handle/10665/107859>[2018, August 2]

World Health Organization. (2015). **World report on Ageing and Health.**[Online].

Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/978924069481_eng.pdf [2018, Mar 10]



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้เชี่ยวชาญ

กลุ่มที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาล ที่รับผิดชอบกำหนดนโยบายการบริหารใน
โรงพยาบาล จำนวน 2 คน

1. นายแพทย์ยลชัย จงจิระศิริ
2. นายแพทย์อดิพันธ์ กิตติรัตน์ไพบูลย์

กลุ่มที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล จำนวน 5 คน

1. พันเอกหญิง รุ่งทิวา พิมพ์สักกะ
2. นางสาวจิราภรณ์ ศรีไชย
3. นางธิดารัตน์ พุ่มอินทร์
4. นางรัตนาภรณ์ โรจนดิษฐ์
5. นางสาวพวงพลอย หาญวีระ

กลุ่มที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นและระดับกลาง จำนวน 5 คน

1. พันโทหญิง มันทนา เกวียนสูงเนิน
2. นางสาวนงนุช เตชะวีรากร
3. นางสาวสุพรรณณี ใจดี
4. นางปารดา แขวงอินทร์
5. นางสาวอ้อมใจ แก้วประหลาด

กลุ่มที่ 4 ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ จำนวน 5 คน

1. นางสาวสุทิตา ปิติญาณ
2. นางสาวปติพร สิริทิพากร
3. นางสาวทิพนเตร งามกาละ
4. นางสาวอุษา คงสมบูรณ์
5. ดร.จุฬภรณ์ รามศิริ

กลุ่มที่ 5 ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มสถาปนิก ที่ทำงานในบริษัทหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง
กับการออกแบบสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน

1. รองศาสตราจารย์ไตรรัตน์ จารุทัศน์
2. นางสาวสราวัล เป็นสุข

ประวัติผู้เชี่ยวชาญ

กลุ่มที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาล ที่รับผิดชอบกำหนดนโยบายการบริหารใน โรงพยาบาล จำนวน 2 คน

1.1 นายแพทย์ยลชัย จงจิระศิริ

ตำแหน่งปัจจุบัน - ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

สถานที่ปฏิบัติงาน - โรงพยาบาลสิรินธร สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ประสบการณ์ในการทำงานบริหาร 9 ปี

วุฒิการศึกษา - แพทยศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ พ.ศ. 2525
- แพทย์ฝึกหัด โรงพยาบาลเลิดสิน กรมการแพทย์
กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2526
- แพทย์ประจำบ้านศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์ โรงพยาบาลเลิดสิน
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2529
- หนังสือนุมัติบัตรฯ สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว แพทยสภา
พ.ศ. 2545

ประสบการณ์การทำงาน - อาจารย์ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

- รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร

- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลผู้สูงอายุ บางขุนเทียน

สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเวชการุณย์รัศมี

สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร

1.2 นายแพทย์อดิพันธ์ กิตติรัตนไพบูลย์

ตำแหน่งปัจจุบัน - ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

สถานที่ปฏิบัติงาน - โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์

ประสบการณ์ในการทำงานบริหาร 30 ปี

วุฒิการศึกษา - แพทยศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2532
- Certified board of Obstetrics and Gynecology from
Chulalongkorn University พ.ศ. 2539
- Mini Master of Management from ASEAN Institute for
Health development. Mahidol University พ.ศ. 2544
- Hospital and Modern management from The College
of Public Health Chulalongkorn University พ.ศ. 2549
- Senior Executive Program Sasin Graduate Institute of
Business Administration of Chulalongkorn University
พ.ศ. 2550

- Certificate course in Health Service Management program. The Private Hospital Association พ.ศ. 2554
- Certificate in Director Certification Program. Thai Institute of Directors พ.ศ. 2556
- Certificate course in Good governance for Healthcare Executive program. King Prajadhipok's Institute (ปรพ 3) พ.ศ. 2558

- ประสบการณ์การทำงาน
- ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศิริรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี
 - ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านตาขุน จังหวัดสุราษฎร์ธานี
 - ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลบีเอ็นเอช
 - ผู้ช่วยผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์
 - ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมิติเวช ธนบุรี

กลุ่มที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้บริหารฝ่ายการพยาบาล จำนวน 5 คน

2.1 พันเอกหญิง รุ่งทิวา พิมพ์สักกะ

ตำแหน่งปัจจุบัน - รองผู้อำนวยการกองการพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สถานที่ปฏิบัติงาน - โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ประสบการณ์ในการทำงานบริหาร 13 ปี

- วุฒิการศึกษา
- ประกาศนียบัตรเทียบเท่าอนุปริญญาพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัย วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก พ.ศ. 2524
 - สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช พ.ศ. 2528

- การพยาบาลเฉพาะทางการดูแลผู้สูงอายุ

วิทยาลัยพยาบาลสหประชาชาติไทย พ.ศ. 2530

- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยมหิดล

- ประกาศนียบัตรหลักสูตรการบริหารงานบริการสาธารณสุขและโรงพยาบาล (Mini MBA in Health) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2548

ประสบการณ์การทำงาน

- คณะกรรมการผู้อำนวยการ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย (พ.ศ. 2562-2564)
- ประธานคณะกรรมการฝ่ายบริการ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ (พ.ศ.2562-2564)
- คณะกรรมการศูนย์พัฒนาวิชาชีพพยาบาลและผดุงครรภ์ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

- คณะกรรมการปรับปรุงข้อบังคับฯ สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ

- ที่ปรึกษาคณะกรรมการวิชาการ สมาคมพยาบาลทหารบก

2.2 นางสาวจิราภรณ์ ศรีไชย

ตำแหน่งปัจจุบัน - รองผู้อำนวยการด้านการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล

สถานที่ปฏิบัติงาน - โรงพยาบาลสงฆ์

ประสบการณ์ในการทำงานบริหาร 12 ปี

วุฒิการศึกษา - พยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นต้น วิทยาลัยพยาบาลนราธิวาส
- พยาบาลศาสตรและผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2543
- หลักสูตรธรรมมาภิบาลของผู้บริหารระดับกลาง รุ่น 5 สถาบันพระปกเกล้า พ.ศ. 2546
- หลักสูตร Transformative Leadership Program รุ่นที่ 1 (การพัฒนาผู้บริหารระดับสูง กรมการแพทย์) พ.ศ. 2561

2.3 นางธิดารัตน์ พุ่มอินทร์

ตำแหน่งปัจจุบัน - ผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล ด้านทรัพยากรบุคคล

สถานที่ปฏิบัติงาน - ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล
โรงพยาบาลสิรินธร สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร

ประสบการณ์ในการทำงานบริหาร 8 ปี

วุฒิการศึกษา - ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรเทียบเท่าปริญญาตรี (ต่อเนื่อง 1 ปี) วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ พ.ศ. 2525
- รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์ พ.ศ. 2550

ประสบการณ์การทำงาน - จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร

2.4 นางรัตนาภรณ์ โรจนดิษฐ์

ตำแหน่งปัจจุบัน - ผู้อำนวยการบริหาร ฝ่ายการพยาบาล (Executive Nursing Director) รับผิดชอบงานบริหารจัดการ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมิติเวช สุขุมวิท โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์ โรงพยาบาลเด็กสมิติเวช และกลุ่ม 2 รวมทั้งแผนกพัฒนาพยาบาลทางคลินิก คลินิกสนามบิน (สาขาสุวรรณภูมิและสาขาดอนเมือง) แผนกลูกค้าสัมพันธ์หน่วยบริการผู้ป่วย และแผนกผู้ตรวจการพยาบาล และโครงการ Customer experience

สถานที่ปฏิบัติงาน - โรงพยาบาลสมิติเวชสุขุมวิท โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์ และโรงพยาบาลสมิติเวช ไข่น้ำทาวน์

ประสบการณ์ในการทำงานบริหาร 33 ปี

- วุฒิการศึกษา
- อนุปริญญาพยาบาลและผดุงครรภ์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
 - พยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง) มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
 - Mini MBA in Hospital Administration มหาวิทยาลัยมหิดล
 - วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ
 - หลักสูตรผู้บริหาร The Boss รุ่นที่ 76 พ.ศ. 2555

2.5 นางสาวพวงพลอย หาญวีระ

ตำแหน่งปัจจุบัน - ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล

สถานที่ปฏิบัติงาน - โรงพยาบาลหัวเฉียว

ประสบการณ์ในการทำงานบริหาร 13 ปี

- หัวหน้าพยาบาล พ.ศ. 2549
- พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยใน พ.ศ. 2557

- วุฒิการศึกษา
- วิทยาศาสตรบัณฑิต การพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1 วิทยาลัยหัวเฉียว พ.ศ. 2533
 - วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต การจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พ.ศ. 2551

กลุ่มที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้บริหารทางการแพทย์ระดับต้นและระดับกลาง จำนวน 5 คน

3.1 พันโทหญิง มันทนา เกวียนสูงเนิน

ตำแหน่งปัจจุบัน - หัวหน้าพยาบาล แผนกพยาบาลรังสีกรรม

สถานที่ปฏิบัติงาน - แผนกพยาบาลรังสีกรรม กองการพยาบาล
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ประสบการณ์ในการทำงานบริหาร 14 ปี

- วุฒิการศึกษา
- พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก
 - วิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาสังคม มหาวิทยาลัยรามคำแหง
 - ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาสังคม จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 - ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลประสาทวิทยาและประสาทศัลยศาสตร์ สถาบันประสาทวิทยา
 - Mini MBA in Health คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 - ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการบริหารการพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

- ประกาศนียบัตรการอบรมหลักสูตร Advanced Critical and Emergency Care Nursing
ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
- กำลังศึกษา หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต
สาขาวิชาพัฒนศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
- ประสบการณ์การทำงาน - ประธานคณะกรรมการประกันคุณภาพการพยาบาลและ
ผดุงครรภ์ กองการพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
- คณะกรรมการศูนย์โรคหลอดเลือดสมอง
โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า (หัตถการหลอดเลือดสมอง)
- เลขานุการ ชมรมพยาบาลประสาทศัลยศาสตร์แห่งประเทศไทย
- กรรมการฝ่ายวิชาการ ชมรมพยาบาลโรคหลอดเลือดสมองไทย
- กรรมการฝ่ายวิชาการ ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่ง
ประเทศไทย

3.2 นางสาวนงนุช เตชะวีรากร

- ตำแหน่งปัจจุบัน - หัวหน้าหอผู้ป่วย สก 19 ผ่าตัดหัวใจ
- สถานที่ปฏิบัติงาน - โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย
- ประสบการณ์ในการทำงานบริหาร 7 ปี
- วุฒิการศึกษา - พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
พ.ศ. 2528
- หลักสูตรระยะสั้น การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล
ผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย พ.ศ. 2537
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2547

ประสบการณ์การทำงาน/ผลงาน

- วิทยานิพนธ์เรื่อง การศึกษาสมรรถนะของพยาบาลระดับ
ปฏิบัติการ โรงพยาบาลตติยภูมิ พ.ศ. 2548
- ร่วมเสนอผลงานทางวิชาการ 17th International Nursing
Research Congress Focusing on Evidence –based
Practice ณ ประเทศ CANADA พ.ศ. 2549
- Nurse coordinator research

3.3 นางสาวสุพรรณิ ใจดี

- ตำแหน่งปัจจุบัน - หัวหน้าแผนกศุนย์เวชศาสตร์อายุรวัฒน์กรุงเทพ
- สถานที่ปฏิบัติงาน - โรงพยาบาลกรุงเทพ
- ประสบการณ์ในการทำงานบริหาร 6 ปี
- วุฒิการศึกษา - พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
พ.ศ. 2550

- Guided Care Nursing Course, Johns Hopkins Nursing, USA (หลักสูตร online)
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2560

ประสบการณ์การทำงาน/การสอน

- ศึกษาดูงานรูปแบบการให้บริการผู้สูงอายุที่ Mount Sinai Hospital, New York, USA ค.ศ. 2010
- งานวิจัยเรื่อง การศึกษาภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชน กรุงเทพมหานคร ค.ศ. 2016
- ทำหน้าที่สอนพยาบาล และผู้ช่วยพยาบาล โรงพยาบาลกรุงเทพ หลักสูตรการพยาบาลผู้สูงอายุ การประเมินสภาพผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบบ่อยและการพยาบาลที่สำคัญในผู้สูงอายุ
- วิทยากรในงานประชุมวิชาการเครือข่ายโรงพยาบาลกรุงเทพ เรื่อง รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ พ.ศ. 2557

3.4 นางปรดา แขวงอินทร์

ตำแหน่งปัจจุบัน

- ผู้จัดการแผนกศัลยกรรมทั่วไป ศัลยกรรมกระดูกและข้อ

สถานที่ปฏิบัติงาน

- โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์

ประสบการณ์ในการทำงานบริหาร 21 ปี

วุฒิการศึกษา

- วิทยาศาสตร์บัณฑิต การพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1 วิทยาลัยหัวเฉียว พ.ศ. 2533
- วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พ.ศ. 2547

- หลักสูตร Mini MBA in Health

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประสบการณ์การทำงาน

- พยาบาลหัวหน้าคลินิกหัวเฉียว พ.ศ. 2541
- พยาบาลหัวหน้าศัลยกรรมทั่วไป ตา หู คอ จมูก และศัลยกรรมกระดูกและข้อ โรงพยาบาลหัวเฉียว พ.ศ. 2552
- ผู้ประสานงาน Nurse pool โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์
- คณะกรรมการวิชาการ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์
- คณะกรรมการ PCT Ortho โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์
- คณะกรรมการ PCT Surg โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์
- เลขานุการ Patient family rights โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์

3.5 นางสาวอ้อมใจ แก้วประหลาด

- ตำแหน่งปัจจุบัน - หัวหน้าหอผู้ป่วยพิเศษอายุรกรรม-ศัลยกรรม
 สถานที่ปฏิบัติงาน - โรงพยาบาลหัวเฉียว
 ประสบการณ์ในการทำงานบริหาร 6 ปี
 วุฒิการศึกษา - วิทยาศาสตร์บัณฑิต การพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1
 วิทยาลัยหัวเฉียว พ.ศ. 2534
 - พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ พ.ศ. 2552

กลุ่มที่ 4 ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มพยาบาลระดับปฏิบัติการ จำนวน 5 คน

4.1 นางสาวสุทิดา ปิติญาณ

- ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลผู้ชำนาญการ
 สถานที่ปฏิบัติงาน - สำนักงานสาขาวิชาอายุรศาสตร์ปจฉิมวัย ภาควิชาอายุรศาสตร์
 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
 วุฒิการศึกษา - พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
 มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2541
 - พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2554
 - วุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและ
 การผดุงครรภ์ สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์ - ศัลยศาสตร์
 จากสภาการพยาบาลประเทศไทย (Certificate of Advanced
 Practice Nursing: APN in Medical and Surgical Nursing)
 พ.ศ. 2555

ประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญพิเศษ ผลงานวิชาการ

- การจัดกิจกรรมกระตุ้นสมองสำหรับผู้สูงอายุ
- การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และผู้สูงอายุที่มีปัญหา
พฤติกรรมและอารมณ์ผิดปกติจากภาวะสมองเสื่อม
- ศึกษาดูงานการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุ
Osaka Prefecture University ประเทศญี่ปุ่น พ.ศ. 2552
- ศึกษาดูงานการบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุ
Khoo Teck Puat Hospital ประเทศสิงคโปร์ พ.ศ. 2555
- ศึกษาดูงานการบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุ
Concord Repatriation General Hospital
ประเทศออสเตรเลีย พ.ศ. 2559

- ศึกษาดูงานการบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุ
National Center for Geriatrics and Gerontology (NCGG)
เมืองนาโกยา ประเทศญี่ปุ่น พ.ศ. 2559
- งานวิจัย/บทความวิชาการ/ คู่มือ ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ

4.2 นางสาวปิติพร สิริทิพากร

- ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลผู้ชำนาญการพิเศษ สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ
- สถานที่ปฏิบัติงาน - ตึกมหิตลวรานุสรณ์ 2
- คลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลศิริราช
- วุฒิการศึกษา - พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2543
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2555
- ประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญพิเศษ ผลงานวิชาการ
- ศึกษาดูงาน A Clinical geriatrics, community-based
medicine and related practices including dementia
เมืองโอบุ ประเทศญี่ปุ่น
 - ประสบการณ์ด้านการสอนและบรรยายในการประชุมวิชาการ
ในหัวข้อเกี่ยวกับการดูแล การคัดกรอง และการจัดสิ่งแวดล้อม
สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ให้แก่แพทย์ บุคลากรทาง
การแพทย์ ญาติ และผู้ดูแล (พ.ศ. 2555 - ปัจจุบัน)
 - งานวิจัย บทความวิชาการ ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ

4.3 นางสาวทิพนตร งามกาละ

- ตำแหน่งปัจจุบัน - ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (พยาบาลผู้ชำนาญการ)
- สถานที่ปฏิบัติงาน - หอผู้ป่วยในแผนกอายุรกรรม
- หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรม
- คลินิกผู้สูงอายุ และหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช
- คลินิกความจำ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี
- วุฒิการศึกษา - พยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2540
- หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาอายุรศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2547
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2551
- วุฒิบัตรแสดงความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางทางการพยาบาล
และการผดุงครรภ์ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ
แขนงโรคเรื้อรัง มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2560

- หลักสูตร “Dementia Care Skill Training of Trainer (Tot)” ณ กรุงเทพมหานคร ประเทศอินโดนีเซีย พ.ศ. 2561

ประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญพิเศษ ผลงานวิชาการ

- การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (กลุ่มผู้สูงอายุและผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม)
- งานวิจัย บทความวิชาการ ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ

ประสบการณ์ด้านการสอน

- วิทยากรบรรยายและภาคปฏิบัติ กิจกรรมการอบรมแกนนำผู้สูงอายุ สำนักอนามัย กรุงเทพฯ ปี พ.ศ. 2555
- วิทยากรภาคปฏิบัติและผู้ประสานงาน โครงการ สร้างแรงจูงใจในการทำงาน ให้กับเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ณ บ้านพักผู้สูงอายุคามิเลียน สามพราน เป็นสถานที่ที่ทีมแพทย์ผู้สูงอายุ รพ. รามาธิบดี ไปตรวจเยี่ยมทุกเดือน เพื่อค้นหาปัญหา ป้องกัน และส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ลดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 18 สิงหาคม พ.ศ. 2558
- วิทยากรบรรยายและภาคปฏิบัติ ร่วมจัดทำคู่มือ “หลักสูตรขั้นพื้นฐาน” สำหรับเจ้าหน้าที่ศูนย์ดูแลผู้ป่วย และร่วมเป็นวิทยากรในโครงการอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ในหัวข้อ การประเมินด้านสุขภาพ แบบประเมินผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ณ ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ อ. บางละมุง จ. ชลบุรี สังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ. 2559
- ได้รับแต่งตั้งจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นอาจารย์สอนพิเศษวิชา รมพย 542 แนวคิดและการพัฒนาบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (RANS 542 Concept and Role Development of Advanced Practice Nurse) แก่นักศึกษาปริญญาโท ชั้นปีที่ 2 หัวข้อเรื่อง “ฝึกปฏิบัติการบทบาท: การเปลี่ยนผ่านจากนักศึกษาสู่บทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง” ประจำปีการศึกษา 2556 และ 2559
- หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) หัวข้อเรื่อง “การจัดการการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง: โรคสมองเสื่อม” วันที่ 11 พฤษภาคม 2561 โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี

4.4 นางสาวอุษา คงสมบูรณ์

- ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- ความเชี่ยวชาญพิเศษ - การพยาบาลผู้สูงอายุ
- สถานที่ปฏิบัติงาน - กลุ่มงานเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสิรินธร
สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
- วุฒิการศึกษา - พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์
พ.ศ. 2548
- การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต (ผู้ใหญ่
และผู้สูงอายุ) คณะพยาบาลศาสตร์เกื้อการุณย์
มหาวิทยาลัยกรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2554
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และ
ผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2562
- ประสบการณ์ ผลงานวิชาการ
- งานวิจัย เรื่อง ภาวะซึมเศร้า ความเหนื่อยล้า และความสามารถ
ทางกายของผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม: การศึกษาความสัมพันธ์

4.5 ดร.จุฬารัตน์ รามศิริ

- ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลผู้ประสานงานทางคลินิก ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
Clinical nurse coordinator (specialty: geriatric)
- สถานที่ปฏิบัติงาน - โรงพยาบาลบำรุงราษฎร์อินเตอร์เนชั่นแนล
- วุฒิการศึกษา - Doctor of Philosophy in Management at International
Academy of Management and Economics with
Distinction on Dissertation (2013)
- Candidate PhD. Hospital Management, Christian
University (2009 -2012)
- Master Degree of Sciences (Food and Nutrition for
Development), the Institute of Nutrition, Mahidol
University (1997)
- Bachelor Degree of Sciences (Nursing and Midwifery;
First Class Honor), Huachiew University (1991)
- ประสบการณ์ ผลงานวิชาการ
- CNPG: Fall assessment and balance exercise in elderly
(2017)
- งานวิจัย บทความวิชาการ ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ

**กลุ่มที่ 5 ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มสถาปนิก ที่ทำงานในบริษัทหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบ
สภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จำนวน 2 คน**

5.1 รองศาสตราจารย์ไทรรัตน์ จารุทัศน์

ตำแหน่งปัจจุบัน	<ul style="list-style-type: none"> - อาจารย์ประจำภาควิชาเคหการ คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ - หัวหน้าหน่วยวิจัยสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและคนพิการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย - สถานะทางวิชาชีพ ได้รับอนุญาตจากสภาสถาปนิกเป็นผู้ประกอบวิชาชีพสถาปัตยกรรมหลัก
สถานที่ปฏิบัติงาน วุฒิการศึกษา	<ul style="list-style-type: none"> - จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย - สถาปัตยกรรมศาสตรบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2528 - เหน้พัฒนศาสตร์มหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2535
ประสบการณ์	<ul style="list-style-type: none"> - โครงการออกแบบห้องพักต้นแบบที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ อาคารสว่างคนเเวศ อำเภอบางปู จังหวัดสมุทรปราการ สภาอากาศไทย พ.ศ. 2546 - มาตรฐานขั้นต่ำสำหรับที่พักอาศัย และสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุ ทุนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ พ.ศ. 2548 - โครงการ “การพัฒนาต้นแบบสภาพแวดล้อมทางกายภาพและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุของสถานบริการสาธารณสุข” ทุนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ พ.ศ. 2549 - ต้นแบบสุขาสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ ทุนสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) และ มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ พ.ศ. 2549 - โครงการ “การศึกษาข้อมูลด้านสภาพสังคม เศรษฐกิจ และทัศนคติของผู้สูงอายุในเมืองเพื่อการพัฒนาที่อยู่อาศัย” ทุนวิจัยจากการเคหะแห่งชาติ พ.ศ. 2550 - การจัดทำมาตรฐาน คู่มือปฏิบัติวิชาชีพ สำหรับการออกแบบเพื่อทุกคน (Universal Design Code of Practice) ทุนวิจัยจากสมาคมสถาปนิกสยาม พ.ศ. 2550 - โครงการปรับสภาพแวดล้อมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและการท่องเที่ยวเมืองพัทยา (การปรับสิ่งอำนวยความสะดวกของเมืองพัทยาเพื่อรองรับผู้สูงอายุ และคนพิการ) พ.ศ. 2552 - โครงการสำรวจและจัดทำแผนที่ท่องเที่ยวสำหรับคนพิการและผู้สูงอายุ พ.ศ. 2552 - ผู้ช่วยอธิการบดี จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2555-2559

- กรรมการและเลขานุการ โครงการประกวดอาคาร-สถานที่ ที่เป็นมิตรสำหรับผู้สูงอายุ พ.ศ. 2551
- คณะกรรมการบริหารโครงการสรวงคนิเวศ สภาอากาศไทย พ.ศ. 2554- 2558
- ประธานกรรมการโครงการประกวดอาคาร-สถานที่ ที่เป็นมิตร สำหรับคนพิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของ มนุษย์ พ.ศ. 2551- 2558

5.2 นางสาวสราวัล เป็นสุข

- ตำแหน่งปัจจุบัน - ที่ปรึกษาด้านการออกแบบ สาขาที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ Design Consultant (Gerontology)
- สถานที่ปฏิบัติงาน - บริษัทเอสซีจี ซีเมนต์-ผลิตภัณฑ์ก่อสร้าง จำกัด (สำนักงานใหญ่)
- วุฒิการศึกษา - สถาปัตยกรรมศาสตรบัณฑิต สาขาสถาปัตยกรรม คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศิลปากร พ.ศ. 2551
- Master of Science in Gerontology, Faculty of Social, Human and Mathematical Science, University of Southampton พ.ศ. 2559
- หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล
- ประสบการณ์ ผลงานวิชาการ
- ที่ปรึกษาและนักออกแบบโครงการและที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุ พ.ศ. 2555 – ปัจจุบัน
 - Published Research: Exploring Bedroom Usability and Accessibility in Parkinson's Disease (PD): The Utility of a PD Home Safety Questionnaire and Implications for Adaptations
 - Dissertation: Factors influencing motivation to use health monitoring technology for daily living of older adults
 - งานวิจัย Qualitative and Quantitative เกี่ยวกับที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ พ.ศ. 2555 - ปัจจุบัน
 - วิทยากรในงานประชุมวิชาการประจำปี เรื่อง ถอดรหัส 6s: แรงขับเคลื่อนการพยาบาล ยุค 4.0 ในหัวข้อเรื่อง SCG Innovation พ.ศ. 2560
 - วิทยากรในงานประชุมวิชาการ Nursing Trends and Opportunities in Healthcare Technology ในหัวข้อเรื่อง High-Tech and Design for Older Adults พ.ศ. 2561



ที่ ศธ 0512.11/ 0349



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

|| มีนาคม 2562

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสิรินธร (นายแพทย์ ยลชัย จงจิระศิริ)

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปภาวรินทร์ รัฐวิชญโสภณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญา ประจุศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ ท่านซึ่งมีความรู้เกี่ยวกับด้านการบริหารโรงพยาบาล เป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญา ประจุศิลป์ โทร. 02-218-1160
ชื่อนิสิต นางสาวปภาวรินทร์ รัฐวิชญโสภณ โทร. 08-1133-9966

ที่ ศธ 0512.11/ 0๘1๖



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๑๑ มีนาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปภาวรินทร์ รัฐวิชัยโสภณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญาดา ประจุกสิลา เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ บุคลากรในหน่วยงานของท่านซึ่งมีความรู้เกี่ยวกับด้านการบริหารทางการพยาบาล เป็นผู้ผู้เชี่ยวชาญในการให้ ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

- | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|
| 1. พ.อ.หญิงรุ่งทิwa พิมพ์ลักกะ | รอง ผอ.กพย.รพ.ร.ร.6 |
| 2. พ.ท.หญิงมันทนา เกวียนสูงเนิน | หัวหน้าพยาบาล แผนกพยาบาลรังสีกรรม |

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วารารัตน์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

<u>สำเนาเรียน</u>	พ.อ.หญิงรุ่งทิwa พิมพ์ลักกะ และพ.ท.หญิงมันทนา เกวียนสูงเนิน
<u>ฝ่ายวิชาการ</u>	โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
<u>อาจารย์ที่ปรึกษา</u>	รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญาดา ประจุกสิลา โทร. 02-218-1160
<u>ชื่อนิสิต</u>	นางสาวปภาวรินทร์ รัฐวิชัยโสภณ โทร. 08-1133-9966

ที่ ศธ 0512.11/ 0350



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

// มีนาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลรามธิบดี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวภาวรินทร์ รัฐวิชัยโสภณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญา ประจุศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวทิพเนตร งามกาละ ผู้ปฏิบัติกรพยาบาลชั้นสูง สาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ ด้านผู้สูงอายุ ซึ่งมีความรู้เกี่ยวกับด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม) เป็นผู้ผู้เชี่ยวชาญ ในการให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียนฝ่ายวิชาการอาจารย์ที่ปรึกษาชื่อนิสิต

หัวหน้าพยาบาลฝ่ายการพยาบาล และนางสาวทิพเนตร งามกาละ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญา ประจุศิลป์ โทร. 02-218-1160

นางสาวภาวรินทร์ รัฐวิชัยโสภณ โทร. 08-1133-9966



บันทึกข้อความ

ส่วนงาน ฝ่ายวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทร. 81131 โทรสาร 81130

ที่ ศธ 0512.11/ 0417

วันที่ ๑๑ มีนาคม 2562

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวปภาวรินทร์ รัฐวิบูลย์โสภณ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญา ประจุศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ไตรรัตน์ จารุทัศน์ อาจารย์ประจำภาควิชาเคหการ ซึ่งมีความรู้เกี่ยวกับด้านการออกแบบ สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

รองศาสตราจารย์ ไตรรัตน์ จารุทัศน์

อาจารย์ที่ปรึกษา

รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญา ประจุศิลป์ โทร. 02-218-1160

ชื่อ นิสิต

นางสาวปภาวรินทร์ รัฐวิบูลย์โสภณ โทร. 08-1133-9966





บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุมที่ 1 โทร.0-2218-3202

ที่ จว 119/2562 (อ)

วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2562

เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

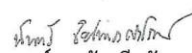
เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารแจ้งผ่านการรับรองผลการพิจารณา

ตามที่นิสิต/บุคลากรในสังกัดของท่านได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสถาบัน ชุมที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นั้น ในการนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลักได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้ ดังนี้

โครงการวิจัยที่ 303.1/61 เรื่อง การศึกษาโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (A STUDY OF THE AGE-FRIENDLY HOSPITAL) ของ นางสาวปภาวรินทร์ รัฐวิชัยโสภณ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ


(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันท์ ชัยชนวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน
กลุ่มสถาบัน ชุมที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

AF 01-12



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
254 อาคารจามจรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์/โทรสาร: 0-2218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 053/2562

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 303.1/61 : การศึกษาโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวภาวรินทร์ รัฐวิชญ์โสภณ
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ได้พิจารณา โดยใช้หลัก ของ The International Conference on Harmonization – Good Clinical Practice
(ICH-GCP) อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้

ลงนาม ศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทิพนประคิมฐ ลงนาม ดร.นันท์ ชัยชนะวงศาโรจน์
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปริดา ทิพนประคิมฐ) (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันท์ ชัยชนะวงศาโรจน์)
ประธาน กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 11 กุมภาพันธ์ 2562 วันหมดอายุ : 10 กุมภาพันธ์ 2563

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย 303.1/61
- 4) แบบสอบถาม 11 ก.พ. 2562
10 ก.พ. 2563

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการสมัครจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
5. หากเกิดเหตุกรณีไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

โรงพยาบาลศูนย์ หรือในโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ที่มีการจัดบริการเฉพาะผู้สูงอายุ หรือมีนโยบายที่เฉพาะเจาะจงกับการให้บริการผู้สูงอายุ

กลุ่มที่ 3 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้บริหารทางการแพทย์าระดับต้นและระดับกลาง จำนวน 4 คน โดยกำหนดคุณสมบัติดังต่อไปนี้

- 1) มีวุฒิทางการศึกษาดังแต่ระดับปริญญาโทขึ้นไป
- 2) มีประสบการณ์ในการทำงานตำแหน่งผู้บริหารระดับต้นและระดับกลางไม่น้อยกว่า 3 ปี ในโรงพยาบาลของรัฐ ระดับตติยภูมิ หรือโรงพยาบาลศูนย์ หรือในโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ที่มีการจัดบริการเฉพาะผู้สูงอายุ หรือมีนโยบายที่เฉพาะเจาะจงกับการให้บริการผู้สูงอายุ

กลุ่มที่ 4 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นพยาบาลระดับปฏิบัติการ จำนวน 4 คน โดยกำหนดคุณสมบัติดังต่อไปนี้

- 1) มีวุฒิทางการศึกษาทางการแพทย์ระดับปริญญาโทขึ้นไป หรือ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

- 2) มีประสบการณ์ด้านการพยาบาลในหน่วยงานที่ดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐ ระดับตติยภูมิ หรือโรงพยาบาลศูนย์ หรือในโรงพยาบาลเอกชนขนาดใหญ่ที่มีการจัดบริการเฉพาะผู้สูงอายุ หรือมีนโยบายที่เฉพาะเจาะจงกับการให้บริการผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า 3 ปี

กลุ่มที่ 5 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นสถาปนิก หรือวิศวกร ที่ทำงานในบริษัทหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการออกแบบสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ จำนวน 3 คน โดยกำหนดคุณสมบัติดังต่อไปนี้

- 1) มีวุฒิทางการศึกษาดังแต่ระดับปริญญาโทขึ้นไป
- 2) มีประสบการณ์ด้านการออกแบบเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า 3 ปี

4. การวิจัยนี้ใช้เทคนิคเดลฟายโดยศึกษาและรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ มีรายละเอียดและขั้นตอนในการดำเนินงานดังนี้

รอบที่ 1 นำแนวคิดที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุมาเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์โดยใช้คำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระเกี่ยวกับโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ 30-45 นาที โดยผู้วิจัยเป็นผู้ถอดเทปสัมภาษณ์

รอบที่ 2 ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์รอบที่ 1 นำมาวิเคราะห์เนื้อหาและจัดหมวดหมู่ในแต่ละด้านโดยเรียงลำดับตามความสำคัญแล้วสร้างเป็นแบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ คือระดับความสำคัญมากที่สุดจนถึงระดับความสำคัญน้อยที่สุด จากนั้นผู้วิจัยจัดส่งแบบสอบถามถึง

ศูนย์ที่โครงการวิจัย 303-1/61

วันที่รับรอง 11 ก.พ. 2562

วันลงนาม 10 ก.พ. 2563

วันลงนาม

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษ เพื่อให้ประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในแต่ละด้านพร้อมทั้งข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ซึ่งจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ประมาณ 25 ถึง 30 นาที พร้อมกันนี้ได้จัดเตรียมของจดหมายและตราไปรษณียากรสำหรับส่งแบบสอบถามดังกล่าวกลับยังผู้วิจัย

รอบที่ 3 ข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 นำมาสร้างเป็นแบบสอบถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ซึ่งแสดงค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ที่วิเคราะห์ได้จากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ผ่านมา เปรียบเทียบกับคำตอบของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 20 คน จากนั้นผู้วิจัยจัดส่งแบบสอบถามถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางไปรษณีย์ด่วนพิเศษเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้พิจารณาเปลี่ยนแปลงหรือยืนยันคำตอบเดิม ซึ่งจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ประมาณ 25 ถึง 30 นาที พร้อมกันนี้ได้จัดเตรียมของจดหมายและตราไปรษณียากรสำหรับส่งแบบสอบถามดังกล่าวกลับไปยังผู้วิจัย ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 เท่ากันประมาณ 2 สัปดาห์

5. การเข้าร่วมงานวิจัยนี้มีความเสี่ยงน้อยมาก ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ แต่อาจรบกวนเวลาส่วนตัวของท่านในการให้สัมภาษณ์ผู้วิจัยจำนวน 1 ครั้ง และตอบแบบสอบถามจำนวน 2 รอบ

6. งานวิจัยครั้งนี้จะมีประโยชน์โดยรวมคือ เพื่อให้ผู้บริหารทางการแพทย์บาลนำไปใช้ในการวางแผนดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล และเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับสถานบริการนำไปพัฒนาการดูแลและการให้บริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

7. หากมีข้อสงสัยประการใด ท่านสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา โดยติดต่อผู้วิจัยคือ นางสาวภาวรินทร์ รัฐวิสุทธิโสภณ ทางโทรศัพท์หมายเลข 08-1133-9966 หากผู้วิจัยได้รับข้อมูลที่ เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวข้องกับการวิจัย จะดำเนินการแจ้งกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทราบทันที

8. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์อันพึงได้รับ

9. ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องระบุชื่อ-นามสกุลลงในแบบประเมิน ผู้วิจัยจะใช้เป็นรหัสแทนชื่อของผู้ร่วมการวิจัย ข้อมูลต่างๆจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ เทียบเท่าที่ความเสี่ยงจะถูกกลบเกลื่อนหลังจากความแล้ว การเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ส่วนชื่อและที่อยู่ของผู้เข้าร่วมในการวิจัยจะได้รับการปกปิดเสมอ

10. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนใดๆ ให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย แต่ผู้วิจัยได้เตรียมของที่ระลึก ที่มีสัญลักษณ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ราคา 200 บาท ให้ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อแสดงความขอบคุณที่ได้สละเวลาในการให้สัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม

เลขที่โครงการวิจัย 303.1/61
วันที่รับรอง 11 ก.พ. 2562
วันหมดอายุ 10 ก.พ. 2563



11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการ
พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ห้อง 211 ถนนพญาไท
แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กทม. 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0-2218-3202
Email: eccu@chula.ac.th



ขอขอบพระคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

เลขที่โครงการวิจัย 303-1/61

วันที่รับรอง 11 ก.พ. 2562

ถึงวงเล็บ 10 ก.พ. 2563

Handwritten signature/initials

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(Informed Consent form)

ทำที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย การศึกษาโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

ชื่อผู้วิจัย นางสาวปภาวรินทร์ รัฐวิชัยโสภณ

ที่อยู่ติดต่อ (ที่ทำงาน) ศูนย์วิจัยยีน ชั้น 1 โรงพยาบาลสมิติเวช ศรีนครินทร์

488 แขวงสวนหลวง เขตสวนหลวง กรุงเทพฯ 10250

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-3789343

(ที่บ้าน) 101/410 หมู่บ้านพฤกษ์ลดา สุวรรณภูมิ ซอยลาดกระบัง 54

อำเภอบางเสาธง จังหวัดสมุทรปราการ 10540

โทรศัพท์มือถือ 08-1133-9966 e-mail: papavarin.ra@gmail.com

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้ามีความยินดีเข้าร่วมกันศึกษาวิจัยครั้งนี้ด้วยความสมัครใจ โดยขั้นตอนการวิจัย เป็นการสัมภาษณ์ร่วมกับการบันทึกเทป 1 ครั้ง (รอบที่ 1) ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 30 ถึง 45 นาที การตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 และ 3 ใช้เวลาครั้งละประมาณ 25 ถึง 30 นาที และใช้ระยะเวลาห่างกันประมาณ 2 สัปดาห์ ข้อมูลในการบันทึกเสียงจะถูกทำลายเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้นภายใต้เงื่อนไขที่ระบุในเอกสาร

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ รวมทั้งเก็บรักษาข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าไว้เป็นความลับและผู้วิจัยจะลบทำลายเสียงที่ได้บันทึกหลังจากสิ้นสุดงานวิจัย จะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น



01-01 11/01/61 ✓

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

โทรศัพท์/โทรสาร 0-2218-3202 Email: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวปภาวรินทร์ รัฐวิชัยโสภณ)

ผู้วิจัยหลัก



เลขที่โครงการวิจัย 303-1/61

วันที่รับรอง 11 ก.พ. 2562

วันหมดอายุ 10 ก.พ. 2563

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

Dr. ...
Dr. ...



แบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 1

เรื่อง การศึกษาลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณากรอกรายละเอียดลงในช่องว่าง เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงถึงคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญ

1) รหัสผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ส่วนที่ 2: แบบสอบถามความคิดเห็นรอบที่ 1

เป็นแบบสัมภาษณ์ เพื่อรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยวิธีการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นโดยอิสระ คำถามที่ใช้มีดังนี้

1) จากประสบการณ์ของท่านคิดว่าลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุมีกี่ด้าน อะไรบ้าง

.....

.....

.....

.....

2) ขณะนี้แนวโน้มประเทศไทยมีผู้สูงอายุ และเข้ารับบริการทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเพิ่มมากขึ้น ท่านคิดว่าลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ควรมีนโยบาย แนวทางเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวก การให้บริการ รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพบริการด้านต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการที่สอดคล้องกับการให้บริการในกลุ่มผู้สูงอายุอย่างไร

.....

.....

.....

.....

3) ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ถนนพระราม 1
แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330

..... เมษายน 2562

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ดิฉัน นางสาวปภาวรินทร์ รัฐวิชญ์โสภณ นิสิตหลักสูตรปริญญาโท สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ” โดยมีรองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา ประจุศิลป์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย ซึ่งต้องใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 3 รอบ ทั้งนี้ ได้มีการดำเนินการรวบรวมความคิดเห็นจากท่านไปแล้วในรอบที่ 1 ซึ่งในครั้งนี้จะเป็นการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ซึ่งเป็นการให้นำหนักคะแนนความสำคัญลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ โดยนำเนื้อหาจากการสัมภาษณ์รอบที่ 1 มาสร้างเป็นข้อคำถาม

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามนี้ ในการนี้ใคร่ขอความกรุณาท่านตอบแบบสอบถาม และโปรดแสดงความคิดเห็นพร้อมทั้งข้อเสนอแนะตามที่ท่านเห็นสมควร และเพื่อความตรงของการวิจัย ช่วงระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามแต่ละรอบไม่ควรห่างกันมากนัก ดิฉันจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่าน ได้โปรดส่งแบบสอบถามนี้คืน ภายในวันที่เมษายน 2562 เพื่อประสิทธิภาพของงานวิจัย และขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์ของท่านเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์ของท่านเป็นอย่างสูง
นางสาวปภาวรินทร์ รัฐวิชญ์โสภณ โทรศัพท์ 081-133-9966
CHULALONGKORN UNIVERSITY

หมายเหตุ : กรุณาส่งแบบสอบถามใส่ซองติดแสตมป์แบบไปรษณีย์ส่งด่วน (EMS) ที่ผู้วิจัยส่งมา พร้อมแบบสอบถามฉบับนี้โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม

แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 2
เรื่อง “การศึกษาลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ”

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ประกอบด้วยลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุที่ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรมร่วมกับบูรณาการจากการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 19 คน ในรอบที่ 1 โดยข้อคำถามประกอบด้วยลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายรรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและบูรณาการแนวคิด ร่วมกับวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์และการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญ 19 คนในรอบที่ 1 นำมาสร้างเป็นข้อคำถามเมื่อท่านได้พิจารณาแล้ว โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นต่อ ลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ โดยใช้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5, 4, 3, 2, และ 1 มีความหมายดังนี้

5 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่าข้อความตามข้อรายการดังกล่าวเป็น**ลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ มากที่สุด**

4 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่าข้อความตามข้อรายการดังกล่าวเป็น**ลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ มาก**

3 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่าข้อความตามข้อรายการดังกล่าวเป็น**ลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ปานกลาง**

2 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่าข้อความตามข้อรายการดังกล่าวเป็น**ลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ น้อย**

1 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่าข้อความตามข้อรายการดังกล่าวเป็น**ลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ น้อยที่สุด**

หากท่านเห็นว่าในแต่ละข้อคำถามมีการเพิ่มเติมหรือมีข้อเสนอแนะ โปรดลงรายละเอียดในช่องข้อเสนอแนะ

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านด้วยดี และขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

นางสาวปภาวรินทร์ รัฐวิชญ์โสภณ

นิสิตปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล

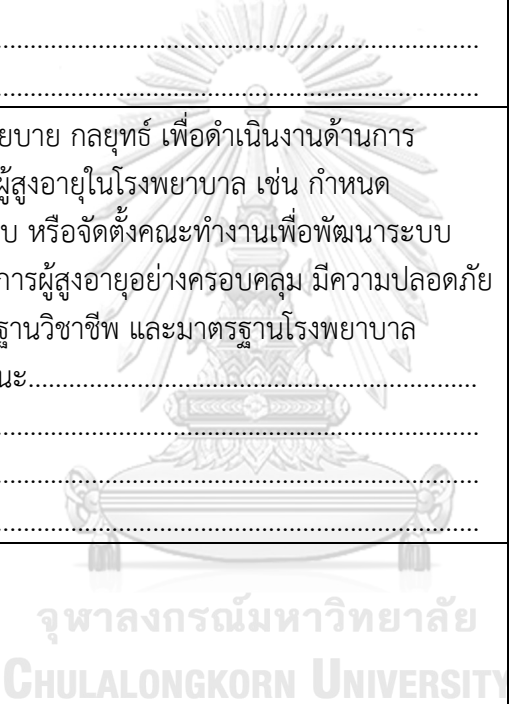
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

รายด้าน	จำนวนข้อรายการ
1. ด้านการจัดบริการผู้สูงอายุ	23
2. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ	21
3. ด้านพัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุ	16
รวม	60



แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 2

ข้อ	ลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
1.	<p>การจัดบริการผู้สูงอายุ</p> <p>กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เพื่อรองรับการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล เป็นต้น</p> <p>ข้อเสนอแนะ.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>					
2.	<p>กำหนดนโยบาย กลยุทธ์ เพื่อดำเนินงานด้านการจัดบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาล เช่น กำหนดผู้รับผิดชอบ หรือจัดตั้งคณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบการจัดบริการผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม มีความปลอดภัย ตามมาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานโรงพยาบาล</p> <p>ข้อเสนอแนะ.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>					
	 <p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> <p>CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>					
23.	<p>จัดแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย (Palliative care) โดยมุ่งที่คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และครอบครัวที่กำลังเผชิญกับโรคที่คุกคามต่อชีวิต เช่น ให้ญาติสามารถเข้าเยี่ยมได้ตามความต้องการ ดูแลความสุขสบาย ลดความปวดและความทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ความต้องการทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตระหนักถึงการตายอย่างสมศักดิ์ศรี ของความเป็นมนุษย์ รวมถึงการดูแลครอบครัวหลังจากการสูญเสีย</p> <p>ข้อเสนอแนะ.....</p> <p>.....</p>					

ข้อ	ลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
1.	<p>ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ</p> <p>การประเมินผู้สูงอายุ (Assessment) ได้แก่ รวบรวม ข้อมูลวิเคราะห์เพื่อวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ และปัญหา ทางพยาบาลของผู้สูงอายุและครอบครัว เช่น ในผู้สูงอายุที่มารับบริการในครั้งแรกต้องได้รับคัดกรอง และประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive geriatric assessment) และบันทึกข้อมูลในแฟ้ม ประวัติการรักษา ได้แก่ การประเมินความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวัน การคัดกรองภาวะหกล้ม การคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดใน กลุ่มเสี่ยง การคัดกรองภาวะโภชนาการ การได้รับวัคซีน ความบกพร่องของการได้ยิน ความบกพร่องของการ มองเห็น การสัมผัสประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจ ทางห้องปฏิบัติการ การทดสอบสภาพสมอง การคัดกรองภาวะซึมเศร้า การกลืนบัสสาวะไม่ได้ และมีการประเมินเป็นประจำทุกปี</p> <p>ข้อเสนอแนะ.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>					
	<p>จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p> <p>CHULALONGKORN UNIVERSITY</p>					
18.	<p>จัดอบรมผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล เป็นประจำทุก เดือน เพื่อให้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การจัดการรับประทาน การเตรียมอาหารสำหรับผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน เป็นต้น</p> <p>ข้อเสนอแนะ.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>					

ข้อ	ลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	ระดับความคิดเห็น				
		5	4	3	2	1
1.	<p>ด้านพัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุ</p> <p>กำกับดูแลระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุ ในรูปแบบของคณะกรรมการของโรงพยาบาล</p> <p>ข้อเสนอแนะ.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>					
19.	<p>ประเมินความพึงพอใจ และความผูกพันของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการเปรียบเทียบกับสถานบริการสุขภาพในระดับเดียวกัน เพื่อนำมาปรับปรุงคุณภาพการบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น</p> <p>ข้อเสนอแนะ.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>					

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศตพรรษ ถนนพระราม 1
แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

..... พฤษภาคม 2562

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3

เรียน

สิ่งที่ส่งมาด้วย แบบสอบถาม จำนวน 1 ชุด

ดิฉัน นางสาวปภาวรินทร์ รัฐวิชญ์โสภณ นิสิตหลักสูตรปริญญาโทบริหาร สาขาการบริหาร การพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอ เป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาดา ประจุกติลป เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ใช้ระเบียบวิธีการวิจัย แบบเทคนิคเดลฟาย มีจุดมุ่งหมายเพื่อระดมความคิดเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 19 คน แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้บริหารโรงพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้บริหารฝ่ายการ พยาบาล ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาลระดับต้นและระดับกลาง ผู้เชี่ยวชาญกลุ่ม พยาบาลระดับปฏิบัติการ และผู้เชี่ยวชาญกลุ่มสถานประกอบการที่ทำงานในบริษัทหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องกับ การออกแบบสภาพแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ตามที่ท่านได้กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญและให้ข้อมูล ในการสัมภาษณ์รอบที่ 1 และตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 นั้น บัดนี้ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลการวิจัยใน รอบที่ 2 เสร็จเรียบร้อยแล้ว

จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์จากท่าน กรุณาตอบแบบสอบถามในรอบที่ 3 ซึ่งระบุค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทล์ของข้อมูล เพื่อให้ท่านได้พิจารณาคำตอบอีกครั้ง ร่วมกับความคิดเห็นที่ สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆ หากท่านตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยขอความ กรุณาส่งแบบสอบถามนี้คืน ภายในวันที่..... พฤษภาคม 2562 เพื่อประสิทธิภาพสูงสุดของการวิจัย ทั้งนี้ผู้วิจัยได้แนบซองพร้อมติดตราไปรษณียากรไว้เรียบร้อยแล้ว

ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านในการตอบแบบสอบถามและ ขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวปภาวรินทร์ รัฐวิชญ์โสภณ

นางสาวปภาวรินทร์ รัฐวิชญ์โสภณ

โทรศัพท์ 081-133-9966, E-mail: papavarin.ra@gmail.com

แบบสอบถามรอบที่ 3

เรื่อง การศึกษาลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3

1. การเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 3 มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและทบทวนคำตอบของท่านจากการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2

2. จากการวิเคราะห์ข้อมูลในรอบที่ 2 ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 19 ท่าน เกี่ยวกับลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ พบว่า ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 19 ท่าน เห็นว่ามีระดับความคิดเห็นอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด ตั้งแต่ 4.20-4.74 โดยพิจารณาจากค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ซึ่งมีค่าน้อยกว่า 1.5 โดยมีความสอดคล้องกัน จำนวน 60 ข้อ และมีข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะเพิ่มเติมอีก 2 ข้อ พิจารณาปรับแก้ข้อคำถาม 1 ข้อ ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ โดยแบบสอบถามในรอบที่ 3 ครอบคลุมลักษณะของการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ 3 ด้าน 63 ข้อย่อย ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

- | | |
|---------------------------------------|--------------------|
| 1) ด้านการจัดบริการผู้สูงอายุ | จำนวน 24 ข้อรายการ |
| 2) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ | จำนวน 22 ข้อรายการ |
| 3) ด้านพัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุ | จำนวน 17 ข้อรายการ |

3. เมื่อท่านได้พิจารณาแล้ว ขอความกรุณาให้ท่านตอบแบบสอบถาม โดยเขียนเครื่องหมาย (✓) ในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยความหมายของระดับความสำคัญเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ มีความหมายดังนี้

5 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่าข้อความตามข้อรายการดังกล่าวเป็นลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ **มากที่สุด**

4 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่าข้อความตามข้อรายการดังกล่าวเป็นลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ **มาก**

3 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่าข้อความตามข้อรายการดังกล่าวเป็นลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ **ปานกลาง**

2 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่าข้อความตามข้อรายการดังกล่าวเป็นลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ **น้อย**

1 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่าข้อความตามข้อรายการดังกล่าวเป็นลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ **น้อยที่สุด**

4. แบบสอบถามฉบับนี้ ผู้วิจัยได้ระบุข้อมูลป้อนกลับเชิงสถิติ (Statistical Feedback) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดโดยรวมจากค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) นำผลการวิเคราะห์ข้อมูลและข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ร่วมกับข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม รวมทั้งข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มาปรับปรุงข้อคำถามให้มีความเหมาะสมชัดเจน เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณายืนยันคำตอบ หากคำตอบในแต่ละข้อคำถามของท่านอยู่นอกพิสัยระหว่างควอไทล์ ผู้วิจัยขอความกรุณาจากท่านได้อธิบายเหตุผลประกอบเพื่อเป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์ผลการวิจัย

5. รูปแบบการนำเสนอในแบบสอบถามฉบับนี้ มีรายละเอียด ดังนี้

5.1 ระดับคะแนนที่เป็นค่าคำตอบของท่านในการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 ใช้สัญลักษณ์ X

5.2 ค่ามัธยฐาน (Median) คือค่ากลางของความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ แทนด้วยสัญลักษณ์ Δ

5.3 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range: IR) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญโดยรวมในแต่ละข้อเป็นค่าช่วงความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ทั้ง 19 คน ใช้สัญลักษณ์ $|$

5.4 ข้อรายการที่มีการปรับเปลี่ยนตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ใช้สัญลักษณ์ *

6. การแปลค่าความหมายของมัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range: IR) มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ค่ามัธยฐาน

4.51 – 5.00

ความหมาย

ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวม เห็นว่า ข้อความดังกล่าวเป็นลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในระดับ **มากที่สุด**

3.51 – 4.50

ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวม เห็นว่า ข้อความดังกล่าวเป็นลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในระดับ **มาก**

2.51 – 3.50

ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวม เห็นว่า ข้อความดังกล่าวเป็นลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในระดับ **ปานกลาง**

1.51 – 2.50

ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวม เห็นว่า ข้อความดังกล่าวเป็นลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในระดับ **น้อย**

1.00 – 1.50

ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวม เห็นว่า ข้อความดังกล่าวเป็นลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในระดับ **น้อยที่สุด**

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR)

น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.5

ความหมาย

ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวมต่อข้อรายการนั้นๆ มีความสอดคล้องกัน

มากกว่า 1.5

ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวมต่อข้อรายการนั้นๆ ไม่มีความสอดคล้องกัน

การแปลความหมายของค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Q3 - Q1)

ในกรณีที่คำตอบของท่านอยู่ในขอบเขต $|$ หมายถึงความว่า ความคิดเห็นของท่านสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ท่านไม่ต้องให้เหตุผลประกอบ

ในกรณีที่คำตอบของท่านอยู่นอกขอบเขต $|$ หมายถึงความว่า ความคิดเห็นของท่านไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ **ถ้าท่านยังยืนยันคำตอบเดิม ผู้วิจัยขอความกรุณาท่านได้โปรดเขียนชี้แจงเหตุผลประกอบในข้อนี้**

หมายเหตุ:

1. กรณีที่ไม่มีเครื่องหมาย X ในข้อความของท่าน แสดงว่าในรอบที่ผ่านมาท่านไม่ได้ตอบแบบสอบถามข้อนี้
2. ผู้วิจัยแสดงหมายเหตุข้อที่ความคิดเห็นของท่านอยู่นอกพิสัยระหว่างควอไทล์ด้วยสีแดง เพื่อให้ท่านสังเกตได้ชัดเจน

ตัวอย่างการตอบแบบสอบถาม ที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ข้อ	ลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	ระดับความสำคัญ					คำตอบผู้ผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	Md	IR	
1	ด้านการจัดบริการผู้สูงอายุ								
1.	กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เพื่อรองรับการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เช่น การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล เป็นต้น เหตุผล.....	△ ----- X ✓					4.68	0.38	

การแปลความหมายข้อ 1.

1) ค่ามัธยฐาน $\Delta = 4.68$ หมายถึง กลุ่มผู้ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า ข้อความดังกล่าวเป็นลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ในระดับมากที่สุด

2) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) = 0.38 หมายถึง ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวมต่อข้อความ “กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เพื่อรองรับการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เช่น การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล” นั้น มีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน

3) เครื่องหมาย X หมายถึง คำตอบของท่านในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ได้ให้ระดับความสำคัญ เท่ากับ 5

4) ภายหลังจากที่ท่านได้ทบทวนแล้วในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 นี้ ท่านไม่เปลี่ยนแปลงคำตอบ ยังคงระดับความสำคัญเดิม คือ 5 (เครื่องหมาย✓) ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่ในขอบเขตค่า Q3 – Q1 ในกรณีนี้ท่านไม่จำเป็นต้องแสดงเหตุผลประกอบ เนื่องจากผลสรุปคำตอบของท่านในรอบนี้มีความสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ตัวอย่างการตอบแบบสอบถาม ที่มีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ การแปลความหมายข้อ 2.

ข้อ	ลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	ระดับความสำคัญ					คำตอบผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	Md	IR	
1	ด้านการจัดบริการผู้สูงอายุ								
2.	กำหนดนโยบาย กลยุทธ์ เพื่อดำเนินงานด้านการจัดบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาล เช่น กำหนดผู้รับผิดชอบหรือจัดตั้งคณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบการจัดบริการผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม มีความปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานโรงพยาบาล ถ้าท่านยืนยันคำตอบเดิมโปรดแสดงเหตุผลประกอบ	△ -----		X ✓			4.70	0.32	คำตอบรอบที่ 2 ของท่าน (X) อยู่นอกค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

1) ค่ามัธยฐาน $\Delta = 4.70$ หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า ข้อความดังกล่าวเป็นลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ในระดับมากที่สุด

2) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) = 0.32 หมายถึง ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญโดยรวมต่อข้อความ “กำหนดนโยบาย กลยุทธ์ เพื่อดำเนินงานด้านการจัดบริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาล เช่น กำหนดผู้รับผิดชอบ หรือจัดตั้งคณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบการจัดบริการผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม มีความปลอดภัยตามมาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานโรงพยาบาล” นั้น มีความคิดเห็นที่สอดคล้องกัน

3) เครื่องหมาย X หมายถึง คำตอบของท่านในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ได้ให้ระดับความสำคัญ เท่ากับ 3

4) ภายหลังจากที่ท่านได้ทบทวนแล้วในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 นี้ ท่านไม่เปลี่ยนแปลงคำตอบ ยังคงระดับความสำคัญเดิม คือ 3 (เครื่องหมาย✓) ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่นอกขอบเขตค่า Q3 – Q1 ในกรณีนี้ผู้วิจัยขอความกรุณาท่านโปรดให้เหตุผลประกอบด้วย

7. แบบสอบถามฉบับนี้ ทำการวิเคราะห์ข้อมูล รายงานผลการวิจัยเป็นภาพรวม ไม่มีการกล่าวอ้างอิงชื่อบุคคล และเก็บทำลายหลักฐานหลังจากเสร็จสิ้นการวิจัย รวมทั้งขอความอนุเคราะห์จากท่านผู้เชี่ยวชาญ กรุณาตอบแบบสอบถามภายในเวลา 1 สัปดาห์หลังจากได้รับแบบสอบถามใส่แบบสอบถามในซองที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ ซึ่งติดตราไปรษณียากรเรียบร้อยแล้วและส่งกลับทางไปรษณีย์ ทั้งนี้ขออนุญาตทวงถามทางโทรศัพท์ในกรณีที่เกิดเวลาที่กำหนดไว้ เพื่อให้ข้อมูลการวิจัยมีความตรงและมีความเที่ยง

ขอแสดงความนับถือ

นางสาวปภาวรินทร์ รัฐวิชัยโสภณ

นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์ สาขาการบริหารการพยาบาล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 3

ข้อ	ลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	ระดับความสำคัญ					คำตอบผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	Md	IR	
1	ด้านการจัดบริการผู้สูงอายุ								
1.	กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เพื่อรองรับการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ เช่น การส่งเสริมป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล เป็นต้น เหตุผล.....	△ ----- X					4.68	0.38	
24	จัดแนวทางการดูแลแบบประคับประคองในระยะท้าย (Palliative care) โดยมุ่งที่คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับโรคที่คุกคามต่อชีวิต เหตุผล.....	△ ----- X					4.58	0.83	

ข้อ	ลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	ระดับความสำคัญ					คำตอบผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	Md	IR	
2	ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ								
1.	<p>การประเมินผู้สูงอายุ (Assessment) ได้แก่ รวบรวมข้อมูลวิเคราะห์ เพื่อวินิจฉัยปัญหาสุขภาพและปัญหาทางการพยาบาลของผู้สูงอายุและครอบครัว เช่น ในผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในครั้งแรกต้องได้รับการคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive geriatric assessment) และบันทึกข้อมูลในแฟ้มประวัติการรักษา โดยมีการประเมินเป็นประจำทุกปี หรือทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง</p> <p>เหตุผล.....</p> <p>.....</p>	<p>△</p> <p>┌─┐</p> <p>X</p>					4.74	0.28	
19.	<p>จัดอบรมผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแลเป็นประจำทุกเดือน เพื่อให้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การจัดยารับประทาน การเตรียมอาหารสำหรับผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน เป็นต้น</p> <p>เหตุผล.....</p> <p>.....</p>	<p>△</p> <p>┌─┐</p> <p>X</p>					4.58	0.83	

ข้อ	ลักษณะการจัดบริการพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ	ระดับความสำคัญ					คำตอบผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	Md	IR	
3	ด้านพัฒนาคุณภาพการบริการผู้สูงอายุ								
1.	กำกับดูแลระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในรูปแบบของคณะกรรมการของโรงพยาบาล เหตุผล.....	△ — X					4.54	1.11	
20.	มีการประเมินคุณภาพในการเป็นโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุจากหน่วยงานคุณภาพภายนอก และมีการประเมินคุณภาพการดูแลรายโรค หรือคุณภาพการดูแลผู้ป่วยประเภทผู้สูงอายุโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) เหตุผล.....								* เพิ่มเติม จาก ข้อเสนอ แนะใน รอบที่ 2

ภาคผนวก จ
ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลการทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญรอบแรก
และการสร้างแบบสอบถาม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1 จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับลักษณะการจัดบริการ
 พยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม เพื่อนำมาสร้างเป็นแบบสอบถาม

จากการทบทวนวรรณกรรม	วิเคราะห์ข้อมูลจากการ สัมภาษณ์	สร้างข้อความคำถาม
<p>การกำหนดทิศทาง หรือ เป้าหมายในการดำเนินงาน ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จในการบริหารขององค์กร โดยมีการวางแผน จัดทำวิธีหรือแนวทางในการทำงาน วิธีการบริหารหรือ กระบวนการดำเนินงาน เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ ด้านการจัดบริการพยาบาล แก่ผู้สูงอายุ ครอบคลุมทั้ง การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ รวมถึง ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัว และ ผู้ดูแล ด้วยวิธีปฏิบัติงานที่ ถูกต้อง เหมาะสม สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของผู้ใช้บริการ</p>	<p>- มีนโยบายสนับสนุนจาก โรงพยาบาลด้านการจัดบริการ ผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ และครอบครัว</p> <p>- มีการกำหนดเป็นแผน วิทยาลัยฯ พันธกิจของ โรงพยาบาล</p> <p>- มีผู้รับผิดชอบ หรือมี คณะกรรมการคอยขับเคลื่อน หรือติดตามการดำเนินงาน ด้านการดูแลผู้สูงอายุใน โรงพยาบาล</p> <p>- มีการกระตุ้น ส่งเสริมให้ บุคลากรทุกคนในโรงพยาบาล ให้มีใจรักและมีจิตบริการ ผู้สูงอายุ เนื่องจากการดูแล ผู้สูงอายุต้องใช้ความใจเย็น มี วิธีการสื่อสารที่เหมาะสม ใช้ วิธีการพูดซ้ำๆ และมีเวลาให้ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ไม่สามารถสื่อสารได้ เช่น ผู้ป่วย โรคสมองเสื่อม</p>	<p>- กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ เพื่อรองรับการจัดบริการสุขภาพแก่ ผู้สูงอายุ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง ของผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล เป็นต้น</p> <p>- กำหนดนโยบาย กลยุทธ์ เพื่อดำเนินงานด้านการจัดบริการ ผู้สูงอายุในโรงพยาบาล เช่น กำหนดผู้รับผิดชอบ หรือจัดตั้ง คณะทำงานเพื่อพัฒนาระบบการจัดบริการผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม มีความปลอดภัยตามมาตรฐาน วิชาชีพ และมาตรฐานโรงพยาบาล</p> <p>- สร้างจิตสำนึกผู้ให้บริการ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกคน ให้มีจิตบริการผู้สูงอายุ เช่น สื่อสารด้วยความเคารพ ใช้ภาษาและคำพูดที่ เข้าใจง่าย คำนึงถึงความ หลากหลายทางภาษา และทาง วัฒนธรรม เป็นต้น</p>

จากการทบทวนวรรณกรรม	วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	สร้างข้อคำถาม
	<ul style="list-style-type: none"> - มีการสื่อสารให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุ ญาติ และผู้ดูแลเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล การเตรียมตัวก่อนมาตรวจตามนัด - มีการบอกและให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว - ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องมีญาติ หรือผู้ดูแลมาด้วยทุกครั้ง - มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการต่างๆ ภายในโรงพยาบาลแก่ผู้สูงอายุ โดยมีจุดบริการหรือหน่วยงานที่สามารถให้ผู้สูงอายุ สอบถาม หรือขอคำปรึกษาได้ - มีขั้นตอนในการเข้ารับบริการที่ง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ผู้สูงอายุไม่ต้องติดต่อหลายเคาน์เตอร์ เช่น ลงทะเบียนทำประวัติ รอคิวพบแพทย์ ปรึกษา และชำระค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่มีญาติมาด้วย การจัดคิวบริการเพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุต้องรอนาน 	<ul style="list-style-type: none"> - มีแนวปฏิบัติที่เกี่ยวกับการสื่อสารกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแลที่ชัดเจน เช่น การให้ข้อมูล อธิบายเหตุผลในการตรวจรักษา รวมถึงการแจ้งเตือนนัดหมายและการเตรียมตัวล่วงหน้าทางโทรศัพท์ - การเตรียมตัวก่อนเจาะเลือด ลำดับขั้นการตรวจในวันนัด - ในกรณีผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมกำชับให้ญาติ หรือผู้ดูแลมาด้วยทุกครั้ง เป็นต้น - จัดหน่วยให้คำแนะนำ หรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานของหน่วยบริการ เช่น เวลาเปิด-ปิด ให้บริการ อัตราค่าใช้จ่าย ค่ายา และค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ตามสิทธิของผู้สูงอายุ เป็นต้น - จัดระบบการให้บริการแบบเบ็ดเสร็จ ณ จุดเดียว (One stop service) ในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อเอื้อต่อผู้สูงอายุที่มาเพียงลำพัง เช่น มีขั้นตอนการลงทะเบียนที่ไม่ยุ่งยากซับซ้อน ผู้สูงอายุไม่ต้องติดต่อหลายเคาน์เตอร์เพื่อพบแพทย์ ปรึกษา หรือติดต่อการเงิน

จากการทบทวนวรรณกรรม	วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	สร้างข้อความ
	<p>- มีการคัดกรองผู้สูงอายุ และให้บริการตามลำดับความเสี่ยง รวมถึงมีช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะฉุกเฉิน</p> <p>- มีการนำระบบออนไลน์มาใช้เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัว เช่น ระบบคิว เพื่อให้สามารถนั่งรอในสถานที่อื่นๆ ได้ก่อนถึงคิวบริการของตนเอง</p> <p>- มีการดูแลผู้สูงอายุโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีหลายโรค และมีปัญหาที่ซับซ้อน เพื่อให้การดูแลรักษาได้อย่างครอบคลุม มีประสิทธิภาพ โดยเน้นให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรง สามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดี</p> <p>- มีการดูแลผู้สูงอายุที่เฉพาะในกรณีเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคเฉียบพลัน</p>	<p>- จัดการบริการสำหรับผู้สูงอายุให้ได้รับความปลอดภัย ความสะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาการรอคอย เช่น จัดลำดับการให้บริการตามการคัดกรองความเสี่ยงของผู้สูงอายุ จัดช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ (Fast track) เป็นต้น</p> <p>- ใช้ระบบออนไลน์สนับสนุนการให้บริการ เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ครอบครัว ผู้ดูแล หรือผู้สูงอายุ เช่น ระบบคิว เป็นต้น</p> <p>- บูรณาการการดูแลผู้สูงอายุโดยสหสาขาวิชาชีพ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ อายุรแพทย์ พยาบาล สาขาผู้สูงอายุ เกษษกร โภชนากร แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือนักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ โดยเน้นให้ผู้สูงอายุสูงวัยอย่างมีสุขภาพ (Healthy aging) และมีคุณภาพชีวิต (Quality of life)</p> <p>- จัดบริการเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยโรคเฉียบพลัน (Acute Care for</p>

จากการทบทวนวรรณกรรม	วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	สร้างข้อคำถาม
	<p>ต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้อง รวดเร็ว ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน สามารถกลับมาดำเนินชีวิต และถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระยะเวลาที่เหมาะสม ไม่นอนโรงพยาบาล นานเกินความจำเป็น และลดการกลับเข้ามารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล</p> <p>- มีการจัดบริการผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมและเป็นองค์รวม มีกิจกรรมที่ส่งเสริมทักษะการดูแลตนเองสำหรับผู้สูงอายุ และให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม เช่น จัดสถานดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวัน ชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น</p> <p>- มีการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านประสาทสัมผัส หรือการรับรู้บกพร่อง เช่น จัดห้องฟื้นฟูสมรรถนะประสาทสัมผัส</p>	<p>Elders: ACE) เช่น โรคติดเชื้อ กลุ่มโรคที่เกิดจากการได้รับบาดเจ็บ หรือโรคที่ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง ปลอดภัย ทันทีที่เพิ่มความสามารถในการกลับมาดำเนินชีวิต การทำหน้าที่ (Functional outcomes) รวมทั้งลดจำนวนวันนอน และอัตราการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล</p> <p>- จัดบริการสุขภาพให้ผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Holistic health) และจัดกิจกรรมฝึกทักษะการดูแลตนเองและกิจวัตรประจำวัน เช่น จัดตั้งสถานดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวัน (Day care) กิจกรรมสันทนาการ กิจกรรมที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร เช่น ชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมที่ให้ครอบครัวมีส่วนร่วม เพื่อส่งเสริมให้เกิดความรักความผูกพันในครอบครัว เป็นต้น</p> <p>- จัดห้อง หรือพื้นที่ในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านประสาทสัมผัสแก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางการรับรู้บกพร่อง รวมถึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลาย โดยใช้วิธีการกระตุ้นการรับ</p>

จากการทบทวนวรรณกรรม	วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	สร้างข้อคำถาม
	<p>- มีสื่อการสอน เอกสารให้ข้อมูลต่างๆ ที่ผู้สูงอายุสามารถมองเห็นและอ่านได้ง่าย รวมถึงมีเบอร์โทรติดต่อ หรือหน่วยงานที่ผู้สูงอายุสามารถขอข้อมูลเพิ่มเติม หรือติดต่อในกรณีฉุกเฉิน</p> <p>- จัดทำสื่อที่เป็นภาพ หรือมีทั้งภาพและเสียง เพื่อให้เข้าใจได้ง่าย</p> <p>- มีการนัดหมายติดตามอาการในแต่ละโรคให้ตรงวันเดียวกัน เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุและญาติไม่ต้องมาโรงพยาบาลหลายครั้ง</p> <p>- มีบริการให้ข้อมูล คำปรึกษา แก่ผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการแพทย์ทางเลือก การใช้สมุนไพร หรือข้อมูลการดูแลสุขภาพอื่นๆ</p>	<p>ความรู้สึกที่หลากหลาย เช่น ห้องบูรณาการระบบประสาทสัมผัส (Snoezelen room) ที่มีอุปกรณ์กระตุ้นการรับรู้ด้านการมองเห็น การได้ยินได้ฟัง การสัมผัส การได้กลิ่น และการเคลื่อนไหว เป็นต้น</p> <p>- จัดทำสื่อการสอน แผ่นพับ หรือคำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ออกแบบสำหรับผู้สูงอายุ เช่น มีขนาดตัวอักษรที่เหมาะสมสำหรับการมองเห็นของผู้สูงอายุ มีข้อมูลที่ชัดเจนให้ติดต่อกับหน่วยงานที่สามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติม หรือในกรณีฉุกเฉิน เป็นต้น</p> <p>- การนัดหมายติดตามอาการแต่ละโรคควรทำนัดตรงวันให้ตรงวันเดียวกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่ต้องมาโรงพยาบาลหลายครั้ง</p> <p>- มีบริการให้คำปรึกษา แนะนำการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแล เช่น การจัดบริการ การแพทย์ทางเลือก การใช้สมุนไพร ร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน เป็นต้น</p> <p>- จัดอบรมความรู้ให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล เกี่ยวกับแนวคิด</p>

จากการทบทวนวรรณกรรม	วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	สร้างข้อคำถาม
	<p>- มีการให้ความรู้แก่บุคลากรเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อสามารถนำไปประยุกต์หรือปรับใช้ในการวางแผนการดูแล</p> <p>- มีการติดตามอาการหลังจำหน่าย เช่น การเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน</p> <p>- มีการดูแลแบบประคับประคอง ในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยในระยะท้าย เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับโรคที่คุกคามต่อชีวิต</p>	<p>อารยสถาปัตย์ หรือการออกแบบเพื่อทุกคน (Universal design/ Friendly design) รวมถึงมาตรฐานด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อมในการให้บริการผู้สูงอายุ เพื่อนำไปปรับใช้ในการวางแผนการดูแลและให้การพยาบาลผู้สูงอายุ รวมถึงนำไปปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่บ้านได้อย่างเหมาะสม</p> <p>- มีการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เช่น การติดตามอาการหลังจำหน่าย การจัดบริการเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุและครอบครัว รวมถึงการเยี่ยมในครั้งแรก หรือติดตามเป็นระยะ เพื่อให้ผู้สูงอายุ ญาติ ผู้ดูแล มีความมั่นใจ เกิดความต่อเนื่องในการรักษาพยาบาล โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน ให้สามารถพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพที่บ้านได้</p> <p>- จัดแนวทางการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) การดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (End of life care) โดยมุ่งที่คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัวที่กำลังเผชิญกับโรคที่คุกคามต่อชีวิต เช่น</p>

จากการทบทวนวรรณกรรม	วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	สร้างข้อคำถาม
		<p>ให้ญาติสามารถเข้าเยี่ยมได้ตามความต้องการ ดูแลความสุขสบาย ลดความปวดและความทุกข์ทรมาน ทั้งอาการเจ็บป่วยทางกาย ความต้องการทางจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตระหนักถึงการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ รวมถึงการดูแลครอบครัว หลังจากการสูญเสีย</p>
<p>ลักษณะของพฤติกรรม ตอบสนองและความสามารถ ในการปฏิบัติงาน ความรู้ ทักษะ ความเชี่ยวชาญของ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ในสถานพยาบาลที่เกี่ยวข้อง กับการให้บริการ หรืออำนาจ ความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ</p>	<p>- มีการคัดกรองและประเมิน ผู้สูงอายุแบบองค์รวม เพื่อให้ สามารถวินิจฉัยปัญหาสุขภาพ ของผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม ทุกมิติ ในผู้สูงอายุที่มารับ บริการในครั้งแรกควรได้รับการ ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Comprehensive geriatric assessment และมีการ ประเมินซ้ำเป็นประจำทุกปี</p>	<p>- การประเมินผู้สูงอายุ (Assessment) ได้แก่ รวบรวม ข้อมูลวิเคราะห์เพื่อวินิจฉัยปัญหา สุขภาพ และปัญหาทางการ พยาบาลของผู้สูงอายุและ ครอบครัว ในผู้สูงอายุที่มารับ บริการในครั้งแรกต้องได้รับ คัดกรองและประเมินผู้สูงอายุแบบ องค์รวม (Comprehensive geriatric assessment) และ บันทึกข้อมูลในแฟ้มประวัติการ รักษา ได้แก่ การประเมิน ความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวัน การคัดกรองภาวะหกล้ม การคัดกรองความเสี่ยงต่อโรคหัวใจ และหลอดเลือดในกลุ่มเสี่ยง การ คัดกรองภาวะโภชนาการ การได้รับ วัคซีน ความบกพร่องของการได้ยิน ความบกพร่องของการมองเห็น</p>

จากการทบทวนวรรณกรรม	วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	สร้างข้อคำถาม
	<p>- มีการทบทวนรายการยา อาหารเสริม สมุนไพร ทุกครั้งที่มารับบริการ เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีหลายโรคและรับประทานหลายชนิด เพื่อประเมินการใช้ยาร่วมกันหลายชนิด และการรับประทานยาที่ซ้ำซ้อน ทำให้ส่งผลเสียต่อการรักษาและเกิดอันตรายแก่ผู้สูงอายุ</p> <p>- นำข้อมูลที่ได้จากการคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวมมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ และการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้สูงอายุ</p>	<p>การสัมภาษณ์ประวัติ ตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การทดสอบสภาพสมอง การคัดกรองภาวะซึมเศร้า การกลืนปัสสาวะไม่ได้ และมีการประเมินเป็นประจำทุกปี</p> <p>- ทบทวนรายการยาที่ผู้สูงอายุได้รับ รวมถึงอาหารเสริม สมุนไพร ทุกครั้งที่มารับบริการ เพื่อประเมินการใช้ยาร่วมกันหลายขนาน (Polypharmacy) และป้องกันการใช้อย่างไม่ถูกต้องเหมาะสม อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse drug reaction) อันตรกิริยาระหว่างยา (Drug interactions) เช่น ทำให้เสริมฤทธิ์หรือทำให้การออกฤทธิ์ลดลง การดูดซึม หรือการขับออกลดลง เป็นต้น รวมทั้งจัดทำเอกสารสรุปรายการยาที่ได้รับในปัจจุบัน (Current medications) ให้แก่ผู้สูงอายุทุกครั้งที่ได้รับบริการ</p> <p>- นำข้อมูลที่ได้จากการประเมินแบบองค์รวมมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ และการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เพื่อร่วมกันพิจารณาเกี่ยวกับประเด็นที่เป็น</p>

จากการทบทวนวรรณกรรม	วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	สร้างข้อคำถาม
	<p>- วางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย โดยการให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน และลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการพยาบาล กำหนดเกณฑ์การประเมินผล</p> <p>- มีการวางวางแผนการพยาบาลในกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome) ได้อย่างเหมาะสม เช่น ปัญหาการหกล้ม ภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น</p> <p>- ให้การพยาบาลผู้สูงอายุตามแผนที่วางไว้ และมีการลงบันทึกเพื่อสื่อสารกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแล</p>	<p>ปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ</p> <p>- วางแผนการพยาบาลร่วมกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแลให้เหมาะสมกับปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย โดยจัดลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของการพยาบาล กำหนดเกณฑ์การประเมินผลการพยาบาลหรือผลลัพธ์ที่คาดหวัง และกำหนดกิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งวางแผนการพยาบาลในกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome) ได้อย่างเหมาะสม เช่น ภาวะสมองเสื่อม ปัญหาในการทรงตัวและการหกล้ม ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะการกลืนผิดปกติหรืออูจจาระไม่อยู่ เป็นต้น</p> <p>- ให้การพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวมตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลลงในแฟ้มประวัติการรักษา เพื่อเป็นข้อมูลสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้สูงอายุ</p>

จากการทบทวนวรรณกรรม	วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	สร้างข้อคำถาม
	<p>- มีการประเมินและติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาล รวมถึงประสานงานเรื่องการประชุมทีมที่ให้การรักษา หรือประชุมครอบครัวเพื่อให้ข้อมูลการพยากรณ์โรค ตลอดจนอาการและความก้าวหน้าในการรักษาพยาบาลแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว</p> <p>- มีตัวชี้วัดด้านการดูแลและความปลอดภัยในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ตามมาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล</p> <p>- มีการจัดเตรียมเครื่องมือและอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ ให้มีเพียงพอ มีความปลอดภัยในการใช้งาน และพร้อมใช้ในภาวะฉุกเฉิน</p>	<p>- ติดตามผลลัพธ์ทางการพยาบาลเกี่ยวกับปัญหาทางสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงประสานงานการประชุมทีม หรือประชุมครอบครัว (Team meeting/Family meeting) เพื่อให้ข้อมูลการพยากรณ์โรคของแพทย์ อาการเปลี่ยนแปลง ตลอดจนความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาล แก่ผู้สูงอายุ ญาติ และผู้ดูแล</p> <p>- กำหนดตัวชี้วัดการดูแลความปลอดภัยในผู้สูงอายุ (Provision for patient safety) เช่น การพลัดตกหกล้ม อุบัติเหตุ การบาดเจ็บ ความเสี่ยงจากการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ ผลกดทับ รวมถึงการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ตามมาตรฐานโรงพยาบาล และบริการสุขภาพของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล</p> <p>- จัดการดูแลอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ และอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุให้มีเพียงพอ มีความปลอดภัยในการใช้งานกับผู้สูงอายุ พร้อมใช้ในภาวะฉุกเฉิน เพื่อให้</p>

จากการทบทวนวรรณกรรม	วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	สร้างข้อคำถาม
	<p>- มีการดูแลเรื่องอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ ให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ เหมาะสมกับโรคประจำตัว และค่าน้ำหนักสภาพร่างกาย หรือความสามารถในการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุ</p> <p>- ดูแลอาหารให้ครบ 5 หมู่ ปูรงอาหารให้นิ่ม ชื่นเล็ก ทำให้เคี้ยวและกลืนได้ง่าย</p> <p>- มีการให้ความรู้ ฝึกทักษะในการดูแลตนเองให้แก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การสังเกตอาการผิดปกติ การปฏิบัติตนตามแผนการรักษา เป็นต้น</p> <p>- มีการให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์ในด้านอื่นๆ แก่ผู้สูงอายุ เช่น การอธิบายก่อนลงนามยินยอมรักษาพยาบาล</p>	<p>สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ ลดความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นจากอุปกรณ์ไม่พร้อมหรือไม่ปลอดภัย</p> <p>- ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารที่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ เหมาะสมกับโรคประจำตัว และเหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุ เช่น ปัญหาการเคี้ยวและกลืนอาหารลำบาก ภาวะทุพพลภาพที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง โดยในผู้สูงอายุที่มีปัญหาการกลืน (Dysphagia) ต้องได้รับการปรึกษาแพทย์หรือนักกิจกรรมบำบัด</p> <p>- ให้ความรู้ ฝึกทักษะที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพตนเอง แก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล เกี่ยวกับการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติ การแก้ไขอาการเบื้องต้น การป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การใช้ยา การปฏิบัติตนตามแผนการรักษา การปฏิบัติเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และการมาตรวจตามนัด</p> <p>- การให้ข้อมูลที่ เป็นประโยชน์ต่อการดูแลสุขภาพอื่นๆ เช่น การอธิบายก่อนลงนามยินยอมรักษาพยาบาล หรือก่อนการ</p>

จากการทบทวนวรรณกรรม	วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	สร้างข้อคำถาม
	<p>การส่งต่อไปยังสถานพยาบาล แห่งอื่น สิทธิในการเข้าเป็นผู้มี ส่วนร่วมในการวิจัยทางด้าน สุขภาพ</p> <p>- ดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับการฉีด วัคซีน เพื่อลดการติดเชื้อหรือ ลดการเข้ารับรักษาตัวใน โรงพยาบาล ตามคำแนะนำ การให้วัคซีนป้องกันโรคสำหรับ ผู้สูงอายุ</p> <p>- มีการสร้างความพึงพอใจแก่ ผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการ เช่น การสร้างสัมพันธภาพ การ ตอบสนองความต้องการของ ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล</p>	<p>ส่งต่อไปยังสถานพยาบาลแห่งอื่น รวมทั้งการอธิบายสิทธิในการเข้า เป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทางด้าน สุขภาพ เป็นต้น</p> <p>- ดูแลการได้รับวัคซีนป้องกันโรค ในผู้สูงอายุ ตามคำแนะนำการให้ วัคซีนป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่และ ผู้สูงอายุ (Recommended adult and elderly immunization schedule) ของสมาคมโรคติดเชื้อ แห่งประเทศไทย พ.ศ. 2561 เพื่อ ลดการติดเชื้อหรือลดการเข้ารับ รักษาตัวในโรงพยาบาล ได้แก่ วัคซีน ป้องกันไข้หวัดใหญ่ ควรฉีดทุก 1 ปี วัคซีนป้องกันบาดทะยักและคอตีบ ควรฉีดกระตุ้นทุก 10 ปี วัคซีน ป้องกันโรคติดเชื้อนิวโมคอคคัส หรือวัคซีนป้องกันโรคปอดอักเสบ เป็นต้น</p> <p>- สร้างความพึงพอใจแก่ผู้สูงอายุ ที่มาใช้บริการ (Enhancement of patient satisfaction) โดยจัด กิจกรรมพยาบาลบนพื้นฐานของ สัมพันธภาพ สร้างความเชื่อมั่นแก่ ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล ด้วยบุคลิกที่เหมาะสม โดยเฉพาะ การช่วยเหลือเอาใจใส่ การให้ ข้อมูล และการตอบสนองความ</p>

จากการทบทวนวรรณกรรม	วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	สร้างข้อคำถาม
	<p>- มีพยาบาลเฉพาะทางสาขาผู้สูงอายุ คอยให้คำปรึกษาแก่พยาบาลและบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ รวมถึงเป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน เช่น พยาบาลแกนนำในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล (Geriatric resource nurse) หรือผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ</p> <p>- ให้การพยาบาลด้วยความมีเมตตา อ่อนโยน ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วยความเป็นมิตร รับฟังปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ให้ความเคารพ มีการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ หรือใช้หลักการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด</p>	<p>ต้องการ/ความคาดหวังของผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล</p> <p>- จัดให้มีพยาบาลแกนนำในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล (Geriatric resource nurse) หรือผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ทำหน้าที่เป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ให้คำปรึกษาแก่พยาบาลและบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพ เป็นต้น</p> <p>- มีการบูรณาการกระบวนการพยาบาลกับการบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ในการดูแลผู้สูงอายุ หรือการดูแลแบบฮิวแมนนิจูด (Humanitude care) เป็นการบริการด้วยความเห็นอกเห็นใจ ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วยความเป็นมิตร มีเมตตา รับฟังปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ เคารพ และเข้าใจในความเป็นมนุษย์ ให้ความรัก ความเอาใจใส่ อบอุ่น อ่อนโยน และเคารพในศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุ</p>

จากการทบทวนวรรณกรรม	วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	สร้างข้อคำถาม
	<p>- มีการเสริมพลังอำนาจแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล เพื่อกระตุ้นให้เกิดความเชื่อมั่น ส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ</p> <p>- ส่งเสริมครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุขณะอยู่ในโรงพยาบาล</p> <p>- มีการวางแผนจำหน่ายที่สอดคล้องกับสภาพผู้สูงอายุแต่ละราย ร่วมกับครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชน ทั้งการเตรียมความรู้ ประเมินบุคคลที่รับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ การให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ต่างๆ การจัดเตรียมอุปกรณ์ และสภาพแวดล้อมภายในบ้าน รวมถึงการวางแผนการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลใกล้บ้าน</p> <p>- มีการจัดอบรมความรู้ให้แก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล อย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้มีความรู้</p>	<p>- เสริมพลังอำนาจแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล โดยการพัฒนาความสามารถในการดูแลสุขภาพ เพื่อกระตุ้นให้เกิดความเชื่อมั่น ส่งผลทำให้เกิดพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุ และการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการเปิดโอกาสให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล และการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการรักษาพยาบาล</p> <p>- มีการวางแผนการจำหน่ายผู้สูงอายุ โดยให้ครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชน เข้ามามีส่วนร่วม เช่น การเตรียมความรู้ การประเมินบุคคลที่รับผิดชอบดูแล ประเมินความต้องการการดูแล ให้ข้อมูลแหล่งประโยชน์ต่างๆ การแนะนำการเตรียมสภาพแวดล้อมภายในบ้าน การจัดเตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นและสอดคล้องกับสภาพผู้สูงอายุแต่ละราย รวมถึงการวางแผนการส่งต่อไปยังสถานพยาบาลใกล้บ้านเพื่อความสะดวกของผู้สูงอายุ และครอบครัว</p> <p>- จัดอบรมผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล เป็นประจำทุกเดือน เพื่อให้มีความรู้ในการดูแลสุขภาพ</p>

จากการทบทวนวรรณกรรม	วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	สร้างข้อคำถาม
	ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การจัดยา การเลือก รับประทานอาหาร การดูแล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น	ผู้สูงอายุ เช่น การจัดยา รับประทาน การเตรียมอาหาร สำหรับผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน เป็นต้น
การจัดสิ่งต่างๆ ที่อยู่รอบตัว ผู้สูงอายุให้เหมาะสมและเอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ทั้งสิ่งที่มองเห็นจับต้องได้ และสิ่งที่มองไม่เห็น ครอบคลุมถึงสิ่งแวดล้อมส่วนบุคคล (Individual environment) โดยการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมใน การทำกิจกรรมต่างๆ ได้ มากยิ่งขึ้น สิ่งแวดล้อมทาง สังคม (Social environment) โดยการจัด สิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมการมี ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และ สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ (Physical environment) โดยให้ความสำคัญกับความ มั่นคง ปลอดภัย สำหรับ ผู้สูงอายุ	- จัดสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาล ให้เหมาะสมกับการ เปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ของผู้สูงอายุ คำนึงถึงความปลอดภัย ความสะดวก เข้าถึงบริการได้ง่าย เช่น หน่วยบริการอยู่ชั้นล่างของ อาคาร ความกว้างของประตู เหมาะสม รถนั่งและเปลนอน สามารถเข้าออกได้อย่างสะดวก สถานที่สะอาด เป็นระเบียบ เรียบร้อย ใช้เตียงตรวจที่สามารถปรับระดับได้ มีราวจับ ทางลาด พื้นทางเดินไม่ลื่น มี ห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น - จัดสิ่งแวดล้อม หอผู้ป่วยให้มี แสงสว่างจากธรรมชาติ อากาศ ถ่ายเทดี อุณหภูมิเหมาะสม จัดพื้นที่เป็นสัดส่วน ไม่มีเสียง รบกวน - สร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ กับผู้สูงอายุ ยึดหยุ่นในการ	- จัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพใน โรงพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยใช้แนวคิดการออกแบบเพื่อทุกคน (Universal design) คำนึงถึง ความปลอดภัย ความสะดวก เข้าถึงบริการได้ง่าย - จัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการ เยียวยา (Healing environment) เช่น การสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดี ระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับ ผู้สูงอายุ ยึดหยุ่นในการให้บริการ จัดหอผู้ป่วยให้มีแสงสว่างจาก ธรรมชาติ อากาศถ่ายเทดี อุณหภูมิ เหมาะสม จัดพื้นที่เป็นสัดส่วน ไม่มี

จากการทบทวนวรรณกรรม	วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	สร้างข้อคำถาม
	<p>ให้บริการผู้สูงอายุ เพื่อลดความเครียดให้ผู้สูงอายุที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมด้านสังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ เช่น จัดโต๊ะและเก้าอี้นั่งรอให้เป็นกลุ่มเล็กๆ เพื่อส่งเสริมปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว - จัดพื้นที่รับประทานอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่มารับบริการ มีอาหารว่าง เครื่องดื่มสุขภาพ ดนตรีบำบัด หรือกิจกรรมทางสังคมให้ผู้สูงอายุผ่อนคลายระหว่างรอรับบริการ - มีสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวหรือปัญหาการทรงตัว การมองเห็น การได้ยิน และความบกพร่องของสมรรถนะทางสมอง เช่น ป้ายบอกทางที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่หรือการใช้สัญลักษณ์ อุปกรณ์ช่วยเดิน 	<p>เสียงรบกวน เพื่อลดความเครียดให้ผู้สูงอายุ ส่งผลต่อการฟื้นตัว และลดระยะเวลาการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมด้านสังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ เช่น แผนกผู้ป่วยนอกจัดโต๊ะและเก้าอี้นั่งรอให้เป็นกลุ่มเล็กๆ จัดพื้นที่รับประทานอาหารสำหรับผู้สูงอายุที่มารับบริการ มีอาหารว่าง เครื่องดื่มสุขภาพ ดนตรีบำบัด หรือกิจกรรมทางสังคมให้ผู้สูงอายุผ่อนคลายระหว่างรอรับบริการ - แผนกผู้ป่วยในจัดเก้าอี้ข้างเตียงผู้ป่วย มีพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาสามารถพบปะหรือรับประทานอาหารกับครอบครัว หรือผู้มาเยี่ยมได้ เพื่อส่งเสริมปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกในครอบครัว - จัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้เพียงพอสำหรับผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวหรือปัญหาการทรงตัว การมองเห็น การได้ยิน และความบกพร่องของสมรรถนะทางสมอง เช่น ป้ายบอกทางที่ใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่หรือการใช้สัญลักษณ์ เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรม	วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	สร้างข้อคำถาม
<p>ลักษณะของบริการพยาบาลที่มีความต่อเนื่อง มีระบบแบบแผน เป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ และมาตรฐานโรงพยาบาลตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการทุกระดับ ทั้งบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยที่คุณลักษณะของการบริการพยาบาลนั้น สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการทั้งด้านมาตรฐานที่กำหนด และตามความคาดหวังของผู้ใช้บริการ โดยก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อสถานะสุขภาพ และคุณภาพชีวิต รวมทั้งเป็นที่พึงพอใจของผู้ใช้บริการที่เป็นผู้สูงอายุ ญาติ และผู้ดูแล</p>	<p>- มีการจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อคอยกำกับดูแล และติดตามการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุในโรงพยาบาล</p> <p>- มีการกำหนดกลยุทธ์ในการเป็นผู้ให้บริการที่พึงประสงค์ เพื่อเตรียมพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ เช่น ศูนย์ความเป็นเลิศทางคลินิก</p> <p>- พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ และมีสมรรถนะในการดูแล เช่น การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ มีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ สามารถคัดกรองผู้สูงอายุที่เปราะบางและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉินได้</p> <p>- สนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพได้ศึกษาต่อในหลักสูตรปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ และหลักสูตรเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้สูงอายุต่างๆ เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนการ</p>	<p>- กำกับดูแลระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุ ในรูปแบบของคณะกรรมการของโรงพยาบาล</p> <p>- กำหนดกลยุทธ์การเป็นผู้ให้บริการที่พึงประสงค์ (Preferred provider) เพื่อเตรียมพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ เช่น ศูนย์ความเป็นเลิศทางคลินิก (Excellent center) หรือการให้บริการตามความต้องการของผู้สูงอายุเฉพาะราย</p> <p>- พัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง และสมรรถนะที่จำเป็นต่อการให้บริการผู้สูงอายุ เช่น ด้านการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ ด้านการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ รวมถึง การคัดกรองผู้สูงอายุที่เปราะบางและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะฉุกเฉินได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว</p> <p>- สนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพได้ศึกษาต่อในหลักสูตรปริญญาโท สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ หลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิบัตร หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการ</p>

จากการทบทวนวรรณกรรม	วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	สร้างข้อคำถาม
	<p>ดูแลและพัฒนาด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนให้บุคลากรได้เข้าร่วมการอบรม หรือประชุมวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการศึกษาดูงานทั้งในและต่างประเทศ - สร้างความตระหนักในด้านความปลอดภัยของผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดคุณภาพในการให้บริการ ผู้รับบริการเกิดความพึงพอใจและกลับมาใช้บริการ - มีมาตรฐานการให้บริการผู้สูงอายุในโรงพยาบาล เช่น ด้านสถานที่ บุคลากร การดำเนินงาน รวมทั้งการติดตามและประเมินผล - นำมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข มาเป็นแนวทางในการดำเนินงาน - มีการใช้เทคโนโลยี หรือแนวคิดลดขั้นตอนกระบวนการให้บริการ เพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงานและเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการ 	<p>พยาบาลผู้สูงอายุ หรือหลักสูตรเฉพาะทางด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สนับสนุนให้บุคลากรมีโอกาสเพิ่มพูนความรู้และประสบการณ์ โดยการจัดอบรมให้ความรู้ หรือส่งเข้าร่วมประชุมวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง - สร้างวัฒนธรรมการบริการพยาบาลที่ส่งเสริมความปลอดภัยในผู้สูงอายุ ความพึงพอใจและความผูกพันของผู้รับบริการ - กำหนดมาตรฐานการให้บริการผู้สูงอายุ เช่น ด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม ด้านบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรงและบุคลากรร่วมปฏิบัติงาน กระบวนการดำเนินงาน กระบวนการประเมินและติดตาม ตามมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข - ปรับปรุงกระบวนการทำงาน เพื่อความเป็นเลิศด้านบริการสุขภาพผู้สูงอายุ เช่น การใช้เทคโนโลยี หรือแนวคิดลดขั้นตอนกระบวนการให้บริการ (Lean

จากการทบทวนวรรณกรรม	วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	สร้างข้อคำถาม
	<p>ผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - มีการคิดค้นนวัตกรรมการพยาบาลผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล เช่น นวัตกรรมการติดตามดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้าน - มีการให้รางวัลหน่วยงานที่มีแนวปฏิบัติ หรือมีนวัตกรรมการดูแลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ - จัดอัตรากำลังบุคลากรทางพยาบาลให้เพียงพอกับผู้สูงอายุตามความต้องการบริการสุขภาพ หรือความต้องการการดูแล โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง หรือมีภาวะทุพพลภาพ - พัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม เช่น มีการประเมิน 	<p>enterprise) เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - สร้างนวัตกรรม เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลผู้สูงอายุ เช่น นวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุผ่านระบบบริการทางไกล (Telehealth) เพื่อเฝ้าระวังหรือติดตามดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่โรงพยาบาล - มีการประกวดและให้รางวัลสำหรับหน่วยงานที่มีวิธีการปฏิบัติที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly best practices) และมีนวัตกรรมการดูแลผู้สูงอายุ (Age-friendly innovation) - จัดอัตรากำลังบุคลากรทางพยาบาลให้เพียงพอกับความ ต้องการบริการสุขภาพ หรือตามระดับความต้องการการดูแล ทั้งผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุที่มีอิสระไม่ต้องพึ่งพาคนอื่น ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือมีภาวะทุพพลภาพ และผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง - พัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุ เช่น การประเมินและแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันภายหลังการผ่าตัด

จากการทบทวนวรรณกรรม	วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	สร้างข้อคำถาม
	<p>และดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ สับสนเฉียบพลันภายหลังการ ผ่าตัด การพยาบาลผู้ป่วย สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก เทียม เป็นต้น</p> <p>- มีระยะเวลาที่เหมาะสมใน การนอนรักษาตัวใน โรงพยาบาลของผู้สูงอายุ หลีกเลี่ยงการอยู่ในโรงพยาบาล โดยไม่จำเป็น เพื่อป้องกัน ปัญหาจากการเข้ารับการรักษ ในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ</p> <p>- มีตัวชี้วัดคุณภาพบริการ พยาบาลผู้สูงอายุใน โรงพยาบาล</p> <p>- มีการนิเทศ ติดตาม กำกับ ดูแลอย่างเป็นระบบ</p> <p>- มีการเปรียบเทียบตัวชี้วัดด้าน การให้บริการผู้สูงอายุ เพื่อ นำไปสู่วิธีการปฏิบัติที่ดีที่สุด</p>	<p>แนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เป็นต้น</p> <p>- กำหนดระยะเวลาที่เหมาะสมใน การเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Length of hospital stay) ของ ผู้สูงอายุ หลีกเลี่ยงการให้ผู้สูงอายุ อยู่ในโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น เพื่อป้องกันปัญหาจากการเข้ารับ การรักษาในโรงพยาบาล เช่น การทำหน้าที่เสื่อมถอยลง ภาวะซึมเศร้า แผลกดทับ การเปลี่ยนแปลงการนอนหลับ การติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นต้น</p> <p>- กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพบริการ พยาบาลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล และมีการนิเทศ ติดตาม กำกับดูแล อย่างเป็นระบบ</p> <p>- มีการเปรียบเทียบวัด (Benchmark) ตัวชี้วัดด้านการ ให้บริการผู้สูงอายุกับหน่วยงาน หรือองค์กรที่มีผลการปฏิบัติที่ ดีกว่า/เป็นเลิศ เพื่อนำไปสู่วิธีการ</p>

จากการทบทวนวรรณกรรม	วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	สร้างข้อความ
	<p>- มีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการส่งต่อข้อมูลการรักษายาบาลผู้สูงอายุ ทั้งระหว่างหน่วยงาน หรือระหว่างโรงพยาบาล เพื่อให้บุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องได้รับข้อมูล ไม่ต้องเสียเวลาในการประเมินซ้ำ ส่งผลต่อการรักษายาบาลที่รวดเร็ว และเกิดความต่อเนื่องในการดูแล</p> <p>- นำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการรักษายาบาล รวมถึงมีการพัฒนางานวิจัยด้านการรักษายาบาลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล</p> <p>- นำข้อมูล สถิติต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล มาทำการวิเคราะห์ เพื่อวางแผนด้านการบริหารจัดการ การจัดบริการ และวางแผนในการรักษายาบาลแก่ผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง</p>	<p>ปฏิบัติที่ดีที่สุด (Best practices)</p> <p>- มีการนำเทคโนโลยีสารสนเทศ (Information technology) มาใช้เพื่อสนับสนุนกระบวนการส่งต่อข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุระหว่างหน่วยงานหรือทีมงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งการส่งต่อภายในหน่วยงาน ระหว่างหน่วยงานในโรงพยาบาล ระหว่างโรงพยาบาล หรือหน่วยงานภายนอก โรงพยาบาล เพื่อการรักษายาบาลที่รวดเร็ว และมีความต่อเนื่อง</p> <p>- นำหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) มาประยุกต์ใช้ในการรักษายาบาลผู้สูงอายุ และพัฒนางานวิจัย เช่น ทำ R2R (Routine to Research) ด้านการรักษายาบาลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล เป็นต้น</p> <p>- นำข้อมูล สถิติต่างๆ ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมาทำการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อนำไปวางแผนด้านการบริหารจัดการ การจัดบริการ และวางแผนในการรักษายาบาลแก่ผู้สูงอายุ</p>

จากการทบทวนวรรณกรรม	วิเคราะห์ข้อมูลจากการ สัมภาษณ์	สร้างข้อคำถาม
	<p>- ประเมินความพึงพอใจ และความผูกพันของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล เพื่อนำมาปรับปรุงการบริการ ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น</p>	<p>- ประเมินความพึงพอใจ และความผูกพันของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ เปรียบเทียบกับสถานบริการ สุขภาพในระดับเดียวกัน เพื่อนำมาปรับปรุงคุณภาพการบริการ ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลให้ดียิ่งขึ้น</p>



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

ผู้วิจัยสรุปข้อเสนอแนะและเหตุผลในการตอบแบบสอบถาม รอบที่ 2 และ 3 รายละเอียดในตาราง ดังนี้

ข้อรายการ	ข้อเสนอแนะและเหตุผลของผู้เชี่ยวชาญ
โดยใช้แนวทางการออกแบบเพื่อทุกคน (Universal design)	ควรเพิ่มเรื่องสิ่งแวดล้อมที่เฉพาะเจาะจงสำหรับผู้สูงอายุ เนื่องจากการออกแบบเพื่อทุกคน (Universal design) เป็นการออกแบบที่ทุกคนสามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างกว้างขวางเท่าที่เป็นไปได้มากที่สุด โดยไม่มีข้อจำกัดด้านอายุและสภาพร่างกาย ปรับข้อความเป็น โดยใช้แนวทางการออกแบบเพื่อทุกคน (Universal design) และตามแนวทางการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ
จัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมด้านสังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ	ควรแยกข้อรายการออกเป็นแผนกผู้ป่วยนอก และแผนกผู้ป่วยใน ปรับข้อความเป็น - แผนกผู้ป่วยนอก จัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมด้านสังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ - แผนกผู้ป่วยใน จัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมด้านสังคม จิตใจ และจิตวิญญาณ
จัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้เพียงพอสำหรับผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหว หรือปัญหาการทรงตัว การมองเห็น การได้ยิน และความบกพร่องของสมรรถนะทางสมอง	ปรับข้อความเป็น จัดสิ่งอำนวยความสะดวกให้เพียงพอสำหรับผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เนื่องจากความชรา ทั้งข้อจำกัดด้านสมรรถนะทางด้านร่างกายและสมอง
สร้างจิตสำนึกผู้ให้บริการ แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทุกคนให้มีจิตบริการผู้สูงอายุ	ปรับข้อความเป็น ส่งเสริมด้านจิตสำนึกในการมีจิตบริการผู้สูงอายุให้กับทีมสุขภาพผู้ดูแลและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกคน
จัดหน่วยให้คำแนะนำ หรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานของหน่วยบริการ	ปรับข้อความเป็น อำนวยความสะดวก มีหน่วยให้คำแนะนำปรึกษา เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับการมารับบริการ

ชื่อรายการ	ข้อเสนอแนะและเหตุผลของผู้เชี่ยวชาญ
<p>จัดการบริการสำหรับผู้สูงอายุให้ได้รับความปลอดภัย ความสะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาการรอคอย เช่น จัดลำดับการให้บริการตามการคัดกรองความเสี่ยงของผู้สูงอายุ จัดช่องทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ (Fast track) เป็นต้น</p>	<p>การจัดช่องทางด่วน (Fast track) ในแผนกผู้ป่วยนอกอาจไม่สามารถให้บริการผู้สูงอายุได้ทุกราย จึงควรระบุเกณฑ์ในการใช้ช่องทางด่วนตามลำดับความเสี่ยงของผู้สูงอายุ</p> <p>ปรับข้อความเป็น</p> <p>จัดการบริการสำหรับผู้สูงอายุให้ได้รับความปลอดภัย ความสะดวก รวดเร็ว และลดระยะเวลาการรอคอย โดยมีเจ้าหน้าที่คัดกรองแต่ละจุดเพื่อให้บริการตามลำดับความเสี่ยงของผู้สูงอายุ รวมถึงมีช่องทางด่วน (Fast track) สำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูง หรือมีภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน</p>
<p>ใช้ระบบออนไลน์สนับสนุนการให้บริการ เพื่ออำนวยความสะดวกให้แก่ครอบครัว ผู้ดูแล หรือผู้สูงอายุ</p>	<p>ปรับข้อความเป็น</p> <p>ใช้เทคโนโลยีการสื่อสารในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ เป็นการเพิ่มช่องทางสนับสนุนการให้บริการและอำนวยความสะดวก เรื่องระบบนัดหมาย ระบบการแจ้งเตือนนัด คิวรับบริการ ระบบการเลื่อนหรือเปลี่ยนแปลงนัด</p>
<p>บูรณาการการดูแลผู้สูงอายุโดยสหสาขาวิชาชีพที่มีส่วนเกี่ยวข้อง</p>	<p>ปรับข้อความเป็น</p> <p>จัดระบบบริการภายใต้ความร่วมมือ (Collaboration) ของสหสาขาวิชาชีพ</p>
<p>จัดห้อง หรือพื้นที่ในแผนกผู้ป่วยนอก เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านประสาทสัมผัสแก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางการรับรู้บกพร่อง รวมถึงทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกผ่อนคลาย โดยใช้วิธีการกระตุ้นการรับรู้สัมผัสที่หลากหลาย เช่น ห้องบูรณาการระบบประสาทสัมผัส (Snoezelen room)</p>	<p>ปรับข้อความเป็น</p> <p>จัดห้องบูรณาการระบบประสาทสัมผัส (Snoezelen room) ที่ดัดแปลงให้เหมาะสมกับคนไทย เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านประสาทสัมผัสแก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางการรับรู้บกพร่อง</p>
<p>จัดทำสื่อการสอน แผ่นพับ หรือคำแนะนำการปฏิบัติตัว ที่ออกแบบสำหรับผู้สูงอายุ</p>	<p>ควรมีสื่อการสอนที่หลากหลายมากกว่าแผ่นพับ เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายไม่สามารถอ่านหนังสือได้ เช่น การใช้สื่อการสอนที่มีภาพและเสียง เพื่อให้ผู้สูงอายุและญาติสามารถเข้าใจและจดจำได้ง่าย</p>

ชื่อรายการ	ข้อเสนอแนะและเหตุผลของผู้เชี่ยวชาญ
	<p>ปรับข้อความเป็น จัดทำสื่อการสอนที่หลากหลาย ให้ข้อมูลที่ชัดเจน คำนึงถึงข้อจำกัดในการรับรู้ข้อมูลของผู้สูงอายุ</p>
<p>จัดให้มีเจ้าหน้าที่อย่างเพียงพอในการให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ ขณะผู้สูงอายุพักรักษาตัวในโรงพยาบาล</p>	<p>ปรับข้อความเป็น จัดบุคลากรให้ความช่วยเหลือขณะผู้สูงอายุพักรักษาตัวในโรงพยาบาล</p>
<p>การนัดหมายติดตามอาการแต่ละโรคควรทำนัดตรวจให้ตรงวันเดียวกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่ต้องมาโรงพยาบาลหลายครั้ง</p>	<p>การทำนัดหมายติดตามอาการสำหรับผู้สูงอายุ ควรมีการวางแผนร่วมกับญาติ หรือผู้ดูแล เพื่อความสะดวกในการมาโรงพยาบาล</p> <p>ปรับข้อความเป็น มีแนวปฏิบัติเรื่องการทำนัดหมายติดตามอาการแต่ละโรค ควรทำนัดตรวจให้ตรงวันเดียวกันร่วมกับญาติ หรือผู้ดูแล เพื่อให้ผู้สูงอายุไม่ต้องมาโรงพยาบาลหลายครั้ง</p>
<p>มีการดูแลต่อเนืองที่บ้าน</p>	<p>ควรปรับเป็นระบบการวางแผนจำหน่ายผู้สูงอายุ</p> <p>ปรับข้อความเป็น มีระบบการวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับ และการดูแลต่อเนืองที่มีประสิทธิภาพ</p>
<p>มีการประเมินเป็นประจำทุกปี</p>	<p>ปรับข้อความเป็น มีการประเมินเป็นประจำทุกปี หรือทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลง</p>
<p>ให้การพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวมตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลลงในแฟ้มประวัติการรักษา เพื่อเป็นข้อมูลสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้สูงอายุ</p>	<p>ควรปรับแยกการพยาบาลผู้สูงอายุ และการบันทึกทางการพยาบาล เป็นคนละข้อรายการ</p> <p>ปรับข้อความเป็น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ให้การพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวมตามแผนการพยาบาลที่วางไว้ และการพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ - บันทึกการปฏิบัติการพยาบาลลงในแฟ้มประวัติการรักษา เพื่อเป็นข้อมูลสื่อสารระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแลผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง สะท้อนคุณภาพการดูแลรักษาพยาบาล และใช้เป็นหลักฐานทางกฎหมาย

ชื่อรายการ	ข้อเสนอแนะและเหตุผลของผู้เชี่ยวชาญ
กำหนดตัวชี้วัดการดูแลความปลอดภัยในผู้สูงอายุ (Provision for patient safety)	ปรับข้อความเป็น กำหนดตัวชี้วัดการดูแลความปลอดภัยในผู้สูงอายุ (Provision for patient safety) ตามมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) และมาตรฐานการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของสภาการพยาบาล
จัดการดูแลอุปกรณ์ เครื่องมือทางการแพทย์ และอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ	ปรับข้อความเป็น จัดระบบการดูแลอุปกรณ์ และเครื่องมือทางการแพทย์ที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ
โดยการจัดอบรมให้ความรู้ หรือส่งเข้าร่วมประชุมวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง	ควรเพิ่มเรื่องการให้บุคลากรได้มีโอกาสศึกษาดูงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ปรับข้อความเป็น โดยการจัดอบรมให้ความรู้ ส่งเข้าร่วมประชุมวิชาการ หรือศึกษาดูงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง
กำหนดมาตรฐานการให้บริการผู้สูงอายุ	ควรระบุถึงมาตรฐานในการให้บริการผู้สูงอายุ ปรับข้อความเป็น กำหนดมาตรฐานการให้บริการผู้สูงอายุ ตามมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และตามมาตรฐานสากล
กำหนดตัวชี้วัดคุณภาพบริการพยาบาลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล	ควรเพิ่มเรื่องตัวชี้วัดความเสี่ยงทางคลินิก ปรับข้อความเป็น กำหนดตัวชี้วัดด้านความเสี่ยงทางคลินิกและตัวชี้วัดคุณภาพบริการพยาบาลผู้สูงอายุโรงพยาบาล
	เพิ่มเติมข้อคำถาม มีการประเมินคุณภาพในการเป็นโรงพยาบาลที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุจากหน่วยงานคุณภาพภายนอก และมีการประเมินคุณภาพการดูแลรายโรค หรือคุณภาพการดูแลผู้ป่วยประเภทผู้สูงอายุโดยสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน)



ตารางแสดงการเปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญ

ผู้เชี่ยวชาญ (คนที่)	จำนวนคำตอบที่เปลี่ยนแปลง (ข้อ)	ร้อยละ
1	1	1.66
2	39	65.00
3	3	5.00
4	2	3.33
5	5	8.33
6	1	1.66
7	0	0.00
8	1	1.66
9	8	13.33
10	0	0.00
11	0	0.00
12	0	0.00
13	1	1.66
14	0	0.00
15	0	0.00
16	0	0.00
17	9	15
18	4	6.66
19	12	20
รวม	86	143.29
ค่าเฉลี่ย	4.53	7.54

คำนวณค่าการเปลี่ยนแปลงคำตอบได้ดังนี้

$$= \frac{\text{จำนวนข้อที่เปลี่ยนแปลง} \times 100}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด} \times \text{จำนวนผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด}}$$

$$= \frac{86 \times 100}{60} = 7.54$$

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	นางสาวปภาวรินทร์ รัฐวิชัยโสภณ
วัน เดือน ปี เกิด	5 มกราคม 2525
สถานที่เกิด	จังหวัดเพชรบูรณ์
วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรบัณฑิต (พย.บ.) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พ.ศ. 2547
ที่อยู่ปัจจุบัน	101/410 ม. 1 หมู่บ้านพฤษ์ลดา สุวรรณภูมิ ซอยลาดกระบ้ง 54 ต.ศิระจรเข้ไฉย อ.บางเสาธง จ.สมุทรปราการ 10540



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY