

ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน



นางสาวละอียด รัศม์เลิศวงศ์

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE ELDERLY NURSING SERVICE SYSTEM IN THE COMMUNITY,
NAN PROVINCE



Miss La-aied Ruklertwong

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science Program in Nursing Administration

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน
โดย	นางสาวละเอียด รักษ์เลิศวงศ์
สาขาวิชา	การบริหารการพยาบาล
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....
..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....
..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์ ดร. วิภา จิระแพทย์)

.....
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช)

.....
..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

.....
..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ ไพธิตาร)

ศูนย์วิทยุโทรพยาบาล
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ละเอียด รัศม์เลิศวงศ์ : ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน. (THE ELDERLY NURSING SERVICE SYSTEM IN THE COMMUNITY, NAN PROVINCE) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ.ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: รศ. ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา, 172 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษากระบวนการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน โดยใช้ เทคนิคเดลฟาย และศึกษาความเป็นไปได้ในการนำระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน ไปใช้จริง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุจำนวน 23 คน ประกอบด้วยผู้บริหารด้านผู้สูงอายุ 8 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลด้านผู้สูงอายุ 8 คน และนักวิชาการด้านผู้สูงอายุ 7 คน เครื่องมือที่ใช้ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อรวบรวม คำตอบจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 รอบ คือ รอบที่ 1 เป็นแบบสอบถามกึ่งโครงสร้าง รอบที่ 2 และรอบที่ 3 เป็นแบบสอบถามที่ได้จากการนำคำตอบของผู้เชี่ยวชาญมาวิเคราะห์เนื้อหา และสร้างเป็นแบบสอบถามมาตรฐาน ประมาณค่า 5 ระดับ และเครื่องมือประเมินความเป็นไปได้ในการนำระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน ไปใช้จริง โดยสอบถามพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน จำนวน 30 คน วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

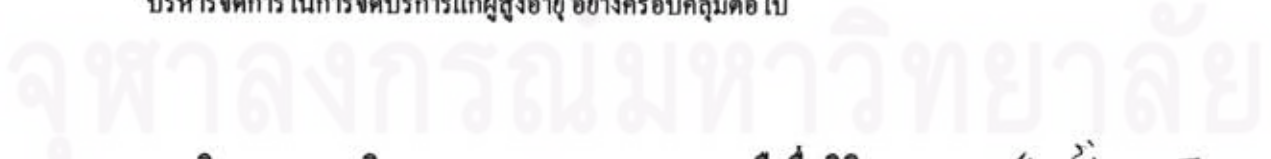
ผลการวิจัยพบว่า ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน ประกอบด้วย 8 ด้าน 44 รายการ ดังนี้ 1) ด้านการจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน มี 6 รายการ 2) ด้านการให้ความรู้/คำปรึกษาที่บ้าน มี 7 รายการ 3) ด้านการเยี่ยมบ้าน มี 6 รายการ 4) ด้านการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน/ในชุมชน มี 6 รายการ 5) ด้านการพยาบาลที่บ้าน มี 5 รายการ 6) ด้านการบริการดูแลทดแทน มี 4 รายการ 7) ด้านการบริการประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต มี 5 รายการ 8) ด้านการติดตามต่อเนื่องในการรักษาโรคเรื้อรัง มี 5 รายการ

ผลการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน ไปใช้จริง พบว่า ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน มีความเป็นไปได้ในระดับมากจำนวน 36 รายการ ระดับความเป็นไปได้ปานกลาง จำนวน 7 รายการ ได้แก่ 1) ด้านบริการ มี 4 รายการ คือ ระบบตรวจสอบข้อมูลผู้สูงอายุให้เป็นปัจจุบัน แบบประเมินผู้สูงอายุครอบคลุมด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม ระบบแจ้งข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุคืนสู่ชุมชน และแผนการจัดหาบุคลากรประจำศูนย์บริการทดแทน 2) ด้านงบประมาณ มี 2 รายการ คือ การเบิก-จ่าย วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้พยาบาลที่บ้านและงบประมาณสนับสนุนการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ 3) ด้านวิชาการมี 1 รายการ คือ การจัดทำสื่อตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ ส่วนระดับความเป็นไปได้น้อย มี 1 รายการ คือ การเบิก-จ่าย วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลทดแทน

ผลการศึกษาให้ข้อเสนอแนะว่า หน่วยงานหลัก ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล สถานีอนามัย ควรจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุที่มีข้อมูลครบทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม วางระบบสนับสนุน ในการจัดเก็บและส่งข้อมูลให้แก่ชุมชน และหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลไปบริหารจัดการในการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุ อย่างครอบคลุมต่อไป

สาขาวิชา.....การบริหารการพยาบาล.....
ปีการศึกษา.....2552.....

ลายมือชื่อนิติศ.....
ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....
ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม.....



5077646636 : MAJOR NURSING ADMINISTRATION

KEYWORDS : NURSINGSERVICE/ ELDERLY

LA-AIED RUKLERTWONG: THE ELDERLY NURSING SERVICE SYSTEM IN THE COMMUNITY, NAN PROVINCE. THESIS ADVISOR: ASST.PROF. SUWINEE WIVATVANIT, Ph.D., THESIS CO-ADVISOR: ASSOC.PROF. JIRAPORN KESPICHAYAWATTANA, Ph.D., 172 pp.

The purposes of this research were to study the elderly nursing service system in the community, Nan province by using Delphi Technique and testing of feasibility of this elderly nursing service system. The subjects were 23 of elder care experts who were: 8 administrators in elderly care management, 8 expert nurses and 8 academics in elderly. The Delphi Technique consisted of 3 rounds. The first round was structure questionnaire which was built by researcher, the second and the third round was rating scale questionnaire which in 5 levels. These questionnaire were analyzed from the first and the second round data. The statistic used median and interquartile range. The feasibility of using the elderly nursing service system in the community, Nan province was tested by 30 Nan community nurses. The questionnaire has 5 level of feasibility, mean and standard deviation were used for data analysis.

The results showed the elderly nursing service system in the community, Nan province consisted of 8 domains 44 items as per: 1) The system of collecting elderly data, 6 items 2) Health education and home counseling, 7 items 3) Home visit, 6 items 4) Rehabilitation at home or community, 6 items 5) Nursing care at home, 5 items 6) Respite care, 4 items 7) Supportive care and end of life care, 5 items 8) Follow up of continuing treatment in chronic disease, 5 items. The results of feasibility showed that the level of high feasibility has 36 items. The middle level has 7 items, they were: 1) The service system domain which has 4 items: system of elderly data update, the returning of elderly health status back to community, the evaluation form cover in health, social and economics data and the plan of volunteer seeking for respite care. 2). The budget domain were 2 items about equipments for nursing care at home and the budget for elderly learning. 3) The academic domain was volunteer training for respite care. For the small level of feasibility, it was only one item about the budget of equipment that will use for respite care.

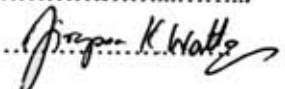
This study suggested that Health department, hospital and community health center should manage and support the system of collecting health status, economic and social data., these data should sent to community and departments that concerned to elderly care for participation of management of nursing service for elderly covertly.

Field of Study :Nursing Administration.....

Academic Year : ...2009.....

Student's Signature : 

Advisor's Signature : 

Co-Advisor's Signature : 

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจากอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช และรองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา ผู้ซึ่งเสียสละเวลาอันมีค่าให้การปรึกษา แนะนำ และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ในการทำวิทยานิพนธ์ ขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.วิณา จีระแพทย์ ประธานกรรมการ สอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โปธิสาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้ กรุณาให้ข้อแนะนำที่เป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบ ขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ความรู้ที่ทรงคุณค่าแก่ผู้วิจัยตลอดระยะเวลาที่ได้เข้ารับการศึกษ ณ สถาบันแห่งนี้ ขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ให้ทุนอุดหนุนงานวิจัย

ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทั้ง 23 คน และพยาบาลชุมชน 30 คน ที่กรุณาให้ ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งให้คำแนะนำ และให้ความร่วมมือในการดำเนินการ วิจัยอย่างดียิ่ง

กราบขอบพระคุณ คุณแม่ พี่ ๆ น้องๆ และหลานๆ ที่คอยให้กำลังใจ ให้ความช่วยเหลือ ให้การสนับสนุนตลอดการศึกษา ขอขอบคุณพี่ ๆ และเพื่อนนิสิต เจ้าหน้าที่ห้องสมุด เจ้าหน้าที่ คณะพยาบาลศาสตร์ และพี่ ๆ น้อง ๆ เพื่อนร่วมงานในโรงพยาบาลน่าน ที่ให้คำแนะนำ สนับสนุน ห่วงใย เป็นกำลังใจ คุณค่าของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบเป็นคุณความดีแก่ทุกท่านที่มีส่วนร่วม สนับสนุนในทางงานวิจัยนี้สำเร็จลงด้วยดี

ศูนย์วิทยุทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
สารบัญภาพ.....	ญ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	4
ขอบเขตการวิจัย.....	5
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	8
2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	9
ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ.....	10
แนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ.....	20
บทบาทของพยาบาลในการให้บริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน.....	42
เทคนิคการวิจัยเชิงอนาคตลักษณะเดลฟาย.....	47
การประเมินความเป็นไปได้.....	52
งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการผู้สูงอายุ.....	59
3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	66
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	66
วิธีการดำเนินการและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	69
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	84
การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	85
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	85

	หน้า
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	99
สรุปผลการวิจัย.....	100
อภิปรายผลการวิจัย.....	104
ข้อเสนอแนะ.....	117
รายการอ้างอิง.....	119
ภาคผนวก.....	128
ภาคผนวก ก เอกสารพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมการวิจัย เอกสารพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย.....	129
ภาคผนวก ข รายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญ.....	135
ภาคผนวก ค ตัวอย่างหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ.....	145
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	147
ภาคผนวก จ ผลการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญ.....	162
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	172

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ประชากรผู้สูงอายุจังหวัดน่านแยกรายอำเภอ ปี 2552 (จังหวัดน่าน).....	17
2	จำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในจังหวัดน่าน.....	18
3	จำนวนผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังรายใหม่ จังหวัดน่าน.....	18
4	แสดงองค์ประกอบของระบบบริการพยาบาลในชุมชนของประเทศไทยและ ต่างประเทศ.....	41
5	การลดความคลาดเคลื่อนของจำนวนผู้เชี่ยวชาญ.....	50
6	แสดงคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ.....	67
7	จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมการวิจัยในแต่ละรอบ.....	68
8	แสดงคุณสมบัติของพยาบาลชุมชนผู้เข้าร่วมวิจัย.....	69
9	แสดงการเปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 3.....	81
10	ค่ามัธยฐาน(MD) ค่าพิสัยควอไทล์ (IR) และระดับความเหมาะสมของระบบ บริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ..	86
11	ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับความเป็นไปได้ของ ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดน่านไปใช้จริง	92
12	แสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 2.....	165
13	แสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 3.....	170

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญภาพ

ภาพที่		หน้า
1	กรอบแนวคิดการวิจัย.....	65
2	กราฟแสดงการเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุและความ คิดเห็นของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุในจังหวัดน่าน.....	\ 97



ศูนย์วิทยทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การสูงอายุเป็นภาวะความเสี่ยงของร่างกายที่ทำให้เกิดภาวะความเจ็บป่วยมากขึ้น (วันดี โภคะกุล, 2548) จากรายงานภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยของ วรณิ พิริยะจิตรรา และคณะ (2551) พบ ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยอย่างน้อยคนละ 1 โรค และเมื่อมีอายุมากกว่า 75 ปีขึ้นไปมี ผู้สูงอายุเจ็บป่วยคนละมากกว่า 3 โรค ซึ่ง 6 อันดับแรก ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ มะเร็ง หลอดเลือดในสมองตีบ และอัมพาต/อัมพฤกษ์ (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2550) นอกจากภาวะความเจ็บป่วยแล้วยังมีภาวะทุพพลภาพที่ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ (2542) ได้ทำ การสำรวจผู้สูงอายุใน 33 จังหวัดทั่วประเทศ พบว่า ผู้สูงอายุ มีภาวะผิดปกติและโรคเรื้อรังอย่างใด อย่างหนึ่งถึงร้อยละ 72 โรคสำคัญที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะทุพพลภาพในระยะยาวได้แก่ โรค อัมพาตครึ่งซีก ปวดเข่า เข่าอักเสบ อุบัติเหตุ ตาบอด และกระดูกสันหลังโค้ง ผู้สูงอายุ 1 ใน 4 คน ไม่สามารถเคลื่อนไหวหรือทำกิจกรรมได้ตามปกติ มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 4 และ ร้อยละ 19 มี ภาวะทุพพลภาพนานกว่า 6 เดือน ความเจ็บป่วยเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองได้น้อย จึงตก อยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่น ทำให้อัตราการพึ่งพิงเพิ่มขึ้นดังรายงานของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนา ผู้สูงอายุไทย (2550) ว่าอัตราการพึ่งพิงของผู้สูงอายุปี 2537 พบร้อยละ 10.7 ของประชากรประเทศ ปี 2545 เพิ่มขึ้นร้อยละ 14.3 และมีร้อยละ 16 ในปี 2550 เห็นได้ว่า ความเจ็บป่วย ก่อให้เกิดความพิการ และทุพพลภาพ เมื่อภาวะพึ่งพิงมีแนวโน้มสูงขึ้น ความต้องการบริการด้านสุขภาพจึงมีมากขึ้น ตามลำดับ ถือเป็นปัญหาที่สำคัญ ที่จะต้องเตรียมความพร้อม ทั้งด้านบุคลากรและด้านกระบวนการ จัดการ เพื่อให้บริการพยาบาลอย่างครอบคลุมและเพียงพอ พร้อมมีประสิทธิภาพที่ดีในการที่จะ รองรับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุดังกล่าว

จากการเพิ่มจำนวนของประชากรสูงอายุไทยที่มีอัตราการเพิ่มต่อเนื่อง ดังสถิติของประเทศ พบว่า ร้อยละของประชากรตั้งแต่ปี 2538 มีประชากรสูงอายुर้อยละ 8.1, ปี 2548 มีร้อยละ 10.6, ปี 2551 มีร้อยละ 12.15 (สำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง มหาไพบูลย์, 2551: ออนไลน์) และ คาดว่า ปี 2558 และ 2568 จะมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 15.6 และ 21.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ อายุขัยเฉลี่ย ของคนไทยยืนยาวมากขึ้น โดยอายุขัยเฉลี่ยตั้งแต่แรกเกิดของชายในปี 2548, 2549 และ 2550 มีอายุ

เฉลี่ย 66, 68.2 และ 68.4 ปี ตามลำดับ ของหญิงมี 74, 75 และ 75.2 ปี ตามลำดับ (มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550) เมื่อแนวโน้มของประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นและการมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น ความต้องการการดูแลด้านสุขภาพจึงมากขึ้น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการเตรียมการให้บริการสุขภาพ ทั้งด้านการดูแลรักษา การส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบที่ดี เพื่อส่งผลให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพที่ดีและมีความสุข

จังหวัดน่าน เป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่ชายแดนทางภาคเหนือของประเทศไทย พื้นที่ส่วนใหญ่ ร้อยละ 80 เป็นที่ราบสูงและภูเขาสูง มีประชากรทั้งหมด 475,984 คน (สำนักทะเบียนกลาง, 2551) อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล 59,254 คน นอกเขตเทศบาลมีประชากร 416,730 คน มีจำนวนหลังคาเรือน ทั้งหมด 144,460 หลังคาเรือน ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ถึงร้อยละ 98 การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในจังหวัดมีลักษณะเดียวกับการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุทั่วประเทศ คือ ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ซึ่งพบว่าโรคที่ผู้สูงอายุมารับบริการในโรงพยาบาลทั้งจังหวัดในปี 2551 ที่มีจำนวนครั้งมากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคหัวใจขาดเลือด ดังสถิติของสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดน่าน (2552) คือ โรคความดันโลหิตสูง 98,403 ครั้ง โรคเบาหวาน 41,512 ครั้ง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 18,720 ครั้ง และโรคหัวใจขาดเลือด 7,306 ครั้ง จำนวนผู้สูงอายุที่พบว่าเป็นโรครายใหม่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง 1,876 ราย โรคเบาหวาน 447 ราย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 309 ราย และโรคหัวใจขาดเลือด 350 ราย ซึ่งจำนวนผู้สูงอายุผู้เหล่านี้ มีความต้องการในบริการสุขภาพมีจำนวนเพิ่มขึ้นตามการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุต่อไป

ปัจจุบันการให้บริการพยาบาลแก่ผู้สูงอายุในจังหวัดน่าน ให้บริการเช่นเดียวกับการบริการทั่วไปที่ให้แก่ประชาชนทุกกลุ่มอายุ โดยไปรับบริการยังสถานพยาบาลเมื่อมีการเจ็บป่วย การบริการเชิงรุกไปยังพื้นที่โดยมีแพทย์ไปตรวจรักษาที่สถานีอนามัยทำได้เฉพาะโรงพยาบาลน่าน และโรงพยาบาลเวียงสา แห่งละ 1 จุดเท่านั้น การคัดกรองโรคเรื้อรังของโรงพยาบาลชุมชนทำได้บางแห่งเฉพาะที่มีพยาบาลประจำสถานีอนามัย พยาบาลที่มีความรู้เฉพาะทางผู้สูงอายุส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลน่าน และปฏิบัติอยู่ในหอผู้ป่วย ทุกโรงพยาบาลในจังหวัดยังไม่มีคลินิกให้บริการเฉพาะผู้สูงอายุ จึงได้รับบริการเช่นเดียวกับผู้ป่วยกลุ่มอายุอื่นๆ ที่สถานีอนามัยไม่มีแนวทางปฏิบัติให้แก่ผู้สูงอายุเฉพาะ การสื่อสารและการปฏิบัติตามมาตรฐานปฐมภูมิค่อนข้างลำบาก เพราะสภาพที่อยู่อาศัย บ้านเรือนตั้งอยู่กระจายตามพื้นที่ห่างไกลและอยู่บนพื้นที่สูง การคมนาคมค่อนข้างลำบาก จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่มารับบริการบางรายเล่าว่า มีความลำบากต้องเดินด้วยเท้าประมาณ 2 ชั่วโมง จึงจะถึงถนนใหญ่ที่มีรถโดยสารประจำทางเพื่อมาโรงพยาบาล

หรือบางอำเภอที่อยู่บนภูเขา ผู้สูงอายุไม่อยากเดินทางไปโรงพยาบาลเพราะนั่งรถยนต์แล้วมีอาการเมารถ การไปรับบริการที่สถานีอนามัย บางครั้งเมื่อไปก็ไม่พบเจ้าหน้าที่เพราะไปประชุมที่อำเภอข้าง บางสถานีอนามัยไม่มีพยาบาลวิชาชีพ เช่น อำเภอเชียงกลาง มี 8 สถานีอนามัยมีพยาบาลวิชาชีพประจำเพียง 5 แห่ง โรงพยาบาลบ้านหลวงมีสถานีอนามัย 5 แห่งแต่มีพยาบาลวิชาชีพ 2 แห่ง การดูแลผู้สูงอายุในชุมชนนอกเขตจึงไม่ทั่วถึง แม้ว่ากำลังเจ้าหน้าที่มีน้อย แต่จังหวัดน่านยังมีชุมชนสนับสนุนให้การดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยสาขาจังหวัดน่านเป็นแกนนำในการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุ มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุหลายๆตำบลในแต่ละอำเภอ ซึ่งกลายเป็นชมรมที่ช่วยทำให้ชุมชนเข้มแข็ง (อรพรรณ ศิริสวัสดิ์, 2543) เพราะมีกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุมารวมตัวทำกิจกรรมร่วมกันอย่างต่อเนื่อง ชมรมมีทั้งหมด 944 ชมรม กิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุได้แก่ การออกกำลังกาย สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้เผยแพร่ความรู้ภูมิปัญญาของตนเอง เช่น การรักษาพันธุ์สมุนไพร การใช้สมุนไพรเป็นทางเลือก จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุทุกอำเภอรวม 47 แห่ง เพื่อเป็นศูนย์ปฏิบัติการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุตลอดถึงคนในชุมชนทุกวัย ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นจิตอาสา เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยช่วยตนเองไม่ได้ที่อาศัยอยู่ที่บ้าน มีเครือข่ายทุกอำเภอและทุกตำบล มีจิตอาสาช่วยงานตามสถานีอนามัย/โรงพยาบาลทุกแห่ง ปัจจุบัน มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและจิตอาสา รวม 673 คน (โรงพยาบาลน่าน, 2552)

ชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดน่าน ส่วนใหญ่เน้นกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่วนการเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย หรือช่วยในการดูแลนั้นมีอาสาสมัครของแต่ละหมู่บ้านช่วยกันดูแลเอง หากอยู่ในเขตเทศบาลมีพยาบาลเวชกรรมสังคมเป็นที่เลี้ยง แต่ที่อยู่นอกเขตเทศบาล หรือต่างอำเภอยังไม่มีระบบการทำงานที่ชัดเจนว่าผู้สูงอายุได้รับการดูแลครอบคลุมและทั่วถึงหรือต้องการความช่วยเหลือเพิ่มเติม การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุดูแลตนเอง มีน้อย ทราบจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุบางท่านให้ข้อมูลว่า ตัวเองมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว มีเจ้าหน้าที่จากในเมืองมาออกหน่วยบริการ แม้บ้านอยู่ไม่ไกลจากสถานีอนามัยแต่ไปรับบริการไม่ได้ ไม่มีญาติพาไป จึงต้องอยู่ที่บ้านไม่ได้รับบริการตรวจ และจากการสัมภาษณ์หัวหน้าพยาบาลของโรงพยาบาลชุมชนและเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหลายๆแห่งเล่าว่า แต่ละแห่งจัดทำแผนการออกปฏิบัติงานตามชุมชน แต่ก็ขึ้นอยู่กับจำนวนเจ้าหน้าที่ที่มีอยู่ และเวลาที่จำกัด อาจมีการลา หรือมีกิจกรรมพิเศษของชุมชนหรือไปร่วมประชุมนอกพื้นที่ ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลได้ครบถ้วน ซึ่งตรงกับการศึกษาของ สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ (2548) ที่พบว่า ปัจจัยที่สำคัญต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศ คือ การจัดบริการระดับปฐมภูมิ พบว่า กำลังคนในการทำงานไม่เพียงพอกับภาระงานและศักยภาพและคุณภาพไม่เพียงพอ ดังนั้นในบริบทของจังหวัดน่านที่มีสภาพภูมิประเทศ เป็นภูเขาและที่ราบสูง

ทำให้การคมนาคมค่อนข้างลำบาก สภาพเศรษฐกิจมีรายได้้น้อยมากอันดับที่ 15 ใน 17 จังหวัดของภาคเหนือ (Thailand, 2008) สภาพอากาศแต่ละฤดูมีการเปลี่ยนแปลงมาก

จากสิ่งที่กล่าวมาแล้ว ยังมีปัญหาความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุจังหวัดน่าน คือ มีโรคเรื้อรัง เช่นเดียวกับการเจ็บป่วยของประชากรในประเทศ การดูแลด้านสุขภาพผู้สูงอายุ ต้องอาศัยปัจจัยหลายด้าน โดยเฉพาะด้านสังคม และส่วนประชาชนที่ต้องช่วยกันสร้างสุขภาพเอง (อำพล จินดาวัฒนะ, 2546) ดังนั้น จังหวัดน่านมีชุมชนที่เข้มแข็งได้เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่แล้ว จึงเป็นประเด็นที่มีความเป็นไปได้ที่ชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดน่าน จะมีส่วนช่วยสนับสนุนระบบบริการพยาบาลแก่ผู้สูงอายุในชุมชนได้อย่างเหมาะสมกับสภาพความเป็นอยู่ในจังหวัด ซึ่ง สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2541) เสนอแนวคิดเกี่ยวกับหลักของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุในอนาคต ไว้ว่า การดูแลผู้สูงอายุจะต้องเป็นลักษณะบูรณาการระหว่างบริการสุขภาพและบริการสังคมโดยมีเครือข่ายที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการช่วยกันดูแล และให้ประชาชนและชุมชนมีศักยภาพในการพึ่งตนเองได้ในด้านสุขภาพ และมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุข และนอกจากนี้ มีการศึกษารูปแบบการให้บริการสุขภาพในชุมชนของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2546) ในโครงการกรุงเทพ 7 เป็นรูปแบบที่ปฏิบัติได้จริงสามารถขยายออกไปยังส่วนอื่นๆของกรุงเทพฯ และที่ประเทศสหรัฐอเมริกา Kodner & Kyriacou (2000) ใช้รูปแบบบูรณาการของ 2 models ในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ คือ รูปแบบขององค์กรบริการด้านสังคมและการบริการด้านสุขภาพแบบยังยืนกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบรวม ผลการศึกษาพบว่า ทำให้เกิดความร่วมมือที่ดีระหว่างองค์กรที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ และเกิดประสิทธิผลต่อผู้สูงอายุ

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ จึงนำแนวคิด รูปแบบการให้บริการในชุมชนของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2546) และการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการของ Kodner & Kyriacou (2000) มาใช้เป็นแนวทางศึกษาระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน ตามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ
2. เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ในการนำระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน ไปใช้ในการจริงปฏิบัติจริง

ขอบเขตการวิจัย

1. ประชากรคือ ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ อันประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านบริหาร ผู้เชี่ยวชาญด้านปฏิบัติการพยาบาล และผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ และประชากรที่ศึกษาความเป็นไปได้ คือ พยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน

2. ตัวแปรที่ศึกษาคือ ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน และความเป็นไปได้ในการนำระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนนี้ไปใช้ในการปฏิบัติจริง

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน หมายถึง กระบวนการจัดกิจกรรมบริการที่เชื่อมโยงกันระหว่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน กับเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแลสุขภาพเชิงรุกและด้านการช่วยเหลือทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งการให้บริการอาจทำที่บ้านหรือสถานที่อื่นๆภายในชุมชน ผู้ปฏิบัติเป็นบุคคลที่ปฏิบัติงานในพื้นที่ ได้แก่ พยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำสถานีอนามัย อาสาสมัครสาธารณสุข / อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุหรือ ญาติ หรือ เพื่อนบ้าน อาสาสมัครอื่นๆ หรือ ผู้ที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชน จังหวัดน่าน แบ่งออกเป็น 8 ด้าน ดังนี้

1.1 การจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน หมายถึง การบันทึก จัดเก็บข้อมูลที่สำคัญของผู้สูงอายุในชุมชนหลังการประเมินสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ เพื่อนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่ง การประเมินสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน มีกิจกรรมได้แก่ การประเมินปัญหาของของผู้สูงอายुरายบุคคล ผู้ประเมิน คือ พยาบาลชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งต้องมีความรู้ในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ การประเมินได้แก่ 1) การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL, IADL) 2) การประเมินสภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้ม 3) การประเมินด้านสังคม 4) การประเมินปัญหาด้านสุขภาพกาย และการรักษาที่ผู้สูงอายุได้รับจากแพทย์แผนปัจจุบันและหรือแพทย์แผนไทย ได้แก่ การได้รับยาทุกชนิด และ 5) การประเมินด้านจิตอารมณ์และปัญญา ได้แก่ การประเมินสุขภาพจิต การประเมินด้านสติปัญญาและความจำ โดยใช้แบบประเมิน Chula ADL Index, Modified Barthel ADL Index, Chula Mental Test (CMT), three thing recall, Clock drawing test

พยาบาลชุมชนนำข้อมูล เหล่านี้นำเสนอในที่ประชุมสหสาขาวิชาชีพ หรือที่ประชุมของกรรมการชุมชนเพื่อการวางแผนช่วยเหลือด้านต่างๆในชุมชน

1.2 การให้ความรู้/คำปรึกษาที่บ้าน หมายถึง การให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว ดำเนินการ โดยบุคลากรสุขภาพทุกประเภทเน้นที่พยาบาล โดยให้ครอบคลุม ความรู้ด้านต่างๆ ได้แก่ การดูแลสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิตและการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน การอนามัย พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน การขับถ่าย การปฏิบัติที่เหมาะสมเมื่อเกิดการเจ็บป่วย การใช้ยา การสนับสนุนงานกิจกรรมชุมชน และการประกอบกิจทางศาสนาเพื่อช่วยให้จิตใจสงบ

1.3 การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน หมายถึง กิจกรรมที่ให้บริการเฉพาะรายสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานะพึ่งพาซึ่งจะได้ประโยชน์จากการฟื้นฟูสมรรถภาพ และผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว มีข้อจำกัดในการเคลื่อนย้ายภายในบ้าน หรือการเดินทางไปรับบริการที่ศูนย์กายภาพบำบัดชุมชน ขอบข่ายการบริการ คือ การทำกายภาพบำบัดพื้นฐานหรือการใช้วิธีอื่นๆ เช่น การใช้ความร้อนหรือการนวด เพื่อเสนอแนะญาติในการสร้างสิ่งประดิษฐ์เพื่อการฟื้นฟูสภาพ เช่น รอกสำหรับชักออกกำลังแขนขา การใช้ไม้เท้า การทำราวจับ หรืออาจดำเนินการ โดยตรงของนักกายภาพบำบัด หรือเป็นการฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือญาติผู้ดูแลในครอบครัว หรืออาสาสมัครอื่นๆในชุมชนเป็นผู้ปฏิบัติ ภายใต้การกำกับของนักกายภาพบำบัด และพยาบาลชุมชน

1.4 การเยี่ยมบ้าน หมายถึง การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ได้กำหนดไว้ว่ามีความจำเป็นสมควรได้รับการเยี่ยม ซึ่งได้แก่ ผู้พิการหรือผู้ที่ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อย ต้องพึ่งพาผู้อื่น ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัญญาอ่อน ซึมเศร้า มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง วัณโรค โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือผู้ที่กลับจากนอนรักษาในโรงพยาบาล และผู้ที่ชุมชนลงความเห็นว่าสมควรเยี่ยม ผู้ปฏิบัติ คือ กลุ่มบุคคลที่อยู่ในพื้นที่ อัน ได้แก่ พยาบาลชุมชน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุข /อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุหรือกลุ่มอาสาสมัครอื่น ๆ ในชุมชน การเยี่ยมแต่ละครั้งมีข้อกำหนดของการเยี่ยมและแบบบันทึกข้อมูลที่จัดเตรียมไว้ เพื่อที่พยาบาลชุมชนจะนำมาใช้วางแผนการดูแลและวางแผนการเยี่ยมที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุ

1.5 การพยาบาลที่บ้าน หมายถึง การบริการพยาบาลให้แก่ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยจำเป็นต้องได้รับการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การทำแผล การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ การป้อนอาหารทางสายยาง การช่วยเหลือกิจวัตรส่วนตัว การให้ยา และการพยาบาลอื่นๆที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย การสอน/สาธิตและการสนับสนุน ให้กำลังใจญาติให้สามารถ

ดูแลผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพได้ ผู้ปฏิบัติได้แก่ พยาบาลชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุข /อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุอาสาสมัครอื่น ๆ ในชุมชน ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับอย่างใกล้ชิดของพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ ยังรวมถึงการประเมินภาวะสุขภาพกาย-ใจของผู้สูงอายุตามปัญหาสุขภาพที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

1.6 การบริการดูแลทดแทน (Respite care) หมายถึง การบริการดูแลผู้สูงอายุหรือปฏิบัติกิจแทนผู้ดูแลประจำโดยทดแทนเป็นครั้งคราว เพื่อให้โอกาสแก่ผู้ดูแลได้มีเวลาไปปฏิบัติกิจกรรมส่วนตัวที่จำเป็น ได้แก่ ไปธนาคาร ไปรับการตรวจสุขภาพ ไปงานบุญหรือกิจกรรมส่วนตัวอื่น ๆ ที่จำเป็น การบริการได้แก่ การช่วยดูแลผู้สูงอายุช่วงกลางวัน กลุ่มผู้ดูแลทดแทนนี้อาจไปดูแลแทนที่บ้านหรือนำผู้สูงอายุไปฝากไว้ที่ศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชนในเวลากลางวัน หรือการไปรับยาแทนผู้ดูแลประจำ ผู้ดูแลทดแทนได้แก่ พนักงานสุขภาพชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข /อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ หรือเพื่อนบ้าน หรืออาสาสมัครอื่นๆในชุมชน

1.7 การบริการประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต หมายถึง การบริการช่วยเหลือหรือเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่มีทางรักษาต่อ หรือผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย สงบ ไม่เจ็บปวดหรือทรมานและได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีในระยะสุดท้ายของชีวิต พยาบาลชุมชนเน้นให้การช่วยเหลือ สนับสนุนญาติที่กำลังเผชิญกับปัญหานี้ โดยพยาบาลให้กำลังใจญาติ เพื่อให้ญาติได้ให้การยอมรับผู้ป่วยและให้คำแนะนำ การสอน/สาธิตการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบายในระยะสุดท้าย เน้นการดูแลด้านจิตใจแก่ญาติและผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความสุข สงบ เช่น การใช้วิถีทางพุทธ การใช้ดนตรีบำบัด เป็นต้น ผู้ปฏิบัติคือ พยาบาลชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครในชุมชน

1.8 การบริการติดตามต่อเนื่องในการรักษาโรคเรื้อรัง หมายถึง พยาบาลชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประเมินปัจจัยหรือสาเหตุของการขาดความต่อเนื่องในการรักษาโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ เพื่อกำหนดระยะติดตามการเชื่อมตามปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เช่น ทุก 3 เดือน ทุก 6 เดือน พร้อมยกตัวอย่างผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยรุนแรงจากโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและญาติ ได้ตระหนักถึงความรุนแรงของการดูแลตนเองไม่ต่อเนื่องโดยพยาบาลชุมชนกำหนดแบบกำกับกับการปฏิบัติกิจกรรมให้ผู้สูงอายุหรือสร้างนวัตกรรมกำกับดูแลตนเองของผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน มีตารางกำหนดอาหาร ตารางกำกับการรับประทานยา ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ใช้เป็นเครื่องมือใน

การติดตามการดูแลต่อเนื่องในชุมชน พร้อมทั้งช่วยดำเนินการหรือประสานงานกับโรงพยาบาล เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้ต่อเนื่อง

2. ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ได้แก่

2.1 ผู้เชี่ยวชาญด้านบริหาร เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานบริหารหรือมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายด้านผู้สูงอายุ โดยปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุขทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค รวมทั้งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุใน จังหวัดน่าน เช่น องค์กร/ชมรมผู้สูงอายุ องค์กรปกครองท้องถิ่น โดยมีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ 2 ปีขึ้นไป

2.2 ผู้เชี่ยวชาญด้านปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ หรือปฏิบัติงานในชุมชนที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุเป็นระยะเวลา 2 ปี-ขึ้นไป

2.3 ผู้เชี่ยวชาญด้านวิชาการ เป็นอาจารย์ที่สอนการพยาบาลผู้สูงอายุ แพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์สูงอายุหรือแพทย์ที่ปฏิบัติงานงานชุมชนเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และนักวิชาการสุศึกษา ด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีประสบการณ์ในงานด้านการสอน หรือปฏิบัติงานที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุเป็นระยะเวลา 2 ปี ขึ้นไป

3. ความเป็นไปได้ หมายถึง ระดับความคิดเห็นของพยาบาลชุมชนในจังหวัดน่านที่ให้ความเห็นเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่านที่ได้จากความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ศึกษานี้ มีความเป็นไปได้มาก-น้อย ในการนำไปปฏิบัติได้จริง แก่ผู้สูงอายุในชุมชนของจังหวัดน่าน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน
2. เป็นข้อมูลให้พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง สามารถนำแนวทางระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน ไปใช้ในการวางแผนจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ร่วมกับองค์กรในท้องถิ่นต่อไป

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุ ได้ค้นคว้าจาก หนังสือ ตำรา วารสาร บทความและงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาสรุปเป็นสาระสำคัญ เสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายภาวะสุขภาพ
 - 1.2 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย
 - 1.3 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดน่าน
2. แนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ
 - 2.1 ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย
 - 2.2 ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ ในประเทศไทยและต่างประเทศ
 - 2.3 ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุ ในชุมชนจังหวัดน่าน
3. บทบาทพยาบาลในการให้บริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน
 - 3.1 บทบาทของพยาบาลปฏิบัติงานในชุมชน
 - 3.2 บทบาทของพยาบาลในงานบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
4. เทคนิคการวิจัยเชิงอนาคตลักษณะเดลฟาย (Delphi Technique)
 - 4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงอนาคต
 - 4.2 ความหมายของการวิจัยเชิงอนาคต
 - 4.3 จุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงอนาคต
 - 4.4 กระบวนการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย
 - 4.5 ความตรงและความเที่ยงของเทคนิควิจัยแบบเดลฟาย
5. แนวคิดเกี่ยวกับการประเมินความเป็นไปได้ (Feasibility)
 - 5.1 แนวคิดเกี่ยวกับการประเมิน
 - 5.2 ความหมายของการประเมินความเป็นไปได้
 - 5.3 เป้าหมายของการศึกษาความเป็นไปได้
 - 5.4 วิธีการประเมินความเป็นไปได้
 - 5.5 มาตรฐานการประเมินความเป็นไปได้
 - 5.6 ขั้นตอนการประเมินความเป็นไปได้
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการผู้สูงอายุ
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.1 ความหมายภาวะสุขภาพ

1.1.1 ภาวะสุขภาพ มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลายดังนี้

บรรลุ ศิริพานิช (2544) กล่าวว่า ความหมาย มีหลากหลาย แต่ถ้าจะให้มีความครบถ้วน ถูกต้องที่สุด น่าจะใช้ความหมายของ WHO ดังนี้ Health is complete physical, mental, social and spiritual well-being. สุขภาพ คือ สุขภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายความว่า มีร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง ตามวัย ไม่มีโรค เคลื่อนไหวได้คล่องแคล่ว ไม่พิการ สามารถปฏิบัติกิจได้ตามปรารถนา

ภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง การมีสุขภาพจิตที่ดี เป็นคนเข้าใจเหตุผล สามารถเรียนรู้สื่อสารสุขติดต่อสัมพันธ์ เป็นมิตรกับคนทั่วไปได้ สามารถปรับจิตเข้ากับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้ เมื่อมีปัญหารู้จักแก้ปัญหา

สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง สามารถอยู่ในครอบครัว-ชุมชนและสังคม ได้อย่างมีความสุข อยู่ในครอบครัวก็ทำให้ครอบครัวร่วมเย็นอยู่ในชุมชน ก็ทำให้ชุมชนมีความเสมอภาค-ภราดรภาพ และทำให้สังคมมีสันติสุข

จิตวิญญาณ หมายถึง ระดับจิตใจที่สูงกว่าสุขภาพจิตธรรมดา มีโลก โกรธ หลง เป็นธรรมดา จิตวิญญาณเป็นจิตที่ประกอบด้วยคุณธรรมเหนือความ โลก โกรธ หลง ดังนั้น สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ จึงเป็นสุขภาวะของความรัก, ความเสียสละ, ความกล้าหาญ, ความดีงาม, ความซื่อสัตย์, ความกตัญญูกตเวทิตี, รู้จักลดการเห็นแก่ตัว ซึ่ง โดยสรุปว่า เป็นคนมีคุณธรรม

ประเวศ วะสี (2543) ได้ให้ความหมายของภาวะสุขภาพว่า หมายถึง การมีสุขภาพที่เป็นปกติสุข ทั้งกาย ใจ จิตวิญญาณและปัญญา อยู่ในสังคมที่มีสันติสุข มิใช่เพียงแค่ไม่พิการ ไม่เจ็บป่วยเท่านั้น แม้ร่างกายไม่ป่วยไข้ ไม่พิการ แต่สุขภาพจิตแย่ขาดความรัก ความอบอุ่นในครอบครัว หนี้สินล้นพ้น อย่างนี้ถือว่าไม่มีสุขภาพ แม้ป่วยไข้ มีโอกาสเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่ได้มาตรฐานทางวิชาการแพทย์ แต่ถูกมองข้ามความรู้สึกนึกคิดทางจิตวิญญาณ ถูกละเมิดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างไม่ไยดี อย่างนี้ก็ถือว่า ไม่มีสุขภาพ แม้ว่า สุขภาพกายดี ครอบครัวเป็นสุข แต่สังคมมีภัยรอบตัว ไม่รู้ว่าจะถูกจี้ ปล้น ถูกทำร้าย ถูกฆ่าข่มขืนเมื่อไหร่ มลภาวะเต็มไปด้วยหมอก ความปลอดภัยได้ยาก อย่างนี้ถือว่า สุขภาวะไม่ดี หรือเป็นทุกข์ภาวะ

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) ให้ความหมายว่าภาวะสุขภาพหมายถึง ภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ

อำพล จินดาวัฒนะ (2546) ให้ความหมายของภาวะสุขภาพกว้างออกไปว่าเป็นภาวะของการอยู่เย็น – เป็นสุข คือ การที่มีร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่เจ็บป่วยและไม่พิการ โดยไม่สมควร มีปัจจัยในการดำรงชีวิตที่เพียงพอ มีจิตใจเบิกบาน มีสติปัญญาดี ไม่เครียด ไม่ถูกบีบบังคับ ครอบครัวยุติธรรม สิ่งแวดล้อมดี ชุมชนเข้มแข็ง สังคมเป็นสุข มีความเสมอภาคสมานฉันท์ ได้ทำความดี จิตใจเปี่ยมสุข มีศาสนธรรมเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ มีความเอื้อเฟื้อ เห็นแก่ตัวน้อย ฯลฯ

พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 3 ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า “สุขภาพ” ว่า หมายถึงภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล

ดังนั้น ภาวะสุขภาพ โดยสรุป หมายถึง สุขภาวะของร่างกายของมนุษย์ที่อยู่ในสถานะปกติ ไม่เจ็บป่วย ทั้งร่างกายและจิตใจ อยู่ในสภาพแวดล้อมและสังคมที่มีความสุข ทั้งตัวเอง ครอบครัว และผู้ที่อยู่รอบกาย เชื่อมโยงกันอย่างสมดุล

1.1.2 ความหมายของผู้สูงอายุ

สูงอายุในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2546 กำหนดว่า ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปีและมีสัญชาติไทย แต่สังคมสมัยใหม่กำหนดที่ 60 หรือ 65 ปีขึ้นไป (วันดี โภคะกุล, 2548) กล่าวว่าการที่จะกำหนดว่าเริ่มเข้าสู่วัยผู้สูงอายุเมื่อใดขึ้นอยู่กับความแตกต่างทางเศรษฐกิจ และสังคมของแต่ละประเทศ เช่น ในสหรัฐอเมริกา ถือเอาอายุ 65 ปี กลุ่มประเทศสแกนดิเนเวีย ถือเอาอายุ 67 ปี สำหรับประเทศไทยได้ถือว่าผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ตามเกณฑ์การปลดเกษียณ ซึ่งตรงกับการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ ณ กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ในปี พ.ศ.2525 ตกลงให้ใช้อายุ 60 ปี เป็นเกณฑ์มาตรฐานโลกในการกำหนดผู้ที่จะเรียกว่าผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุยังมีการเรียกเป็นระดับกลุ่มย่อย ๆ โดยแบ่งตามกลุ่มอายุต่าง ๆ เช่น ตามการแบ่งของ

Field and Minkler (1988: 100) ศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุจะมีลักษณะแตกต่างกันไปตามช่วงอายุ แบ่งเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) วัยสูงอายุตอนต้น (Young-old age) คือ ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 75 ปี ซึ่งผู้สูงอายุ ในช่วงวัยนี้จะเป็นวัยที่สามารถทำงานได้ตามปกติเหมือนวัยผู้ใหญ่กลางคน 2) วัยสูงอายุตอนกลาง (Old-old age) คือผู้ที่มีอายุระหว่าง 75-84 ปี 3) วัยสูงอายุ ตอนปลาย (Oldest-old age) คือ ผู้ที่ที่อายุตั้งแต่ 85 ปีขึ้นไป

คูสิต สุนทรานู (2534) แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม และภาวะสุขภาพทั่ว ๆ ไป คือ 1) ผู้สูงอายุระดับต้น มีอายุระหว่าง 60-70 ปี ระดับนี้สภาวะทางกายภาพและ สรีรวิทยา ยังเปลี่ยนแปลงไปไม่มาก ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้เป็นส่วนใหญ่ 2) ผู้สูงอายุระดับกลาง มีอายุระหว่าง 71-80 ปี ระดับนี้สภาวะทางกายภาพและทางสรีระวิทยา เริ่มเปลี่ยนแปลงไปแล้งเป็นส่วนใหญ่ ทำให้การช่วยเหลือส่วนใหญ่บกพร่อง เริ่มต้องการความช่วยเหลือในบางอย่าง 3) ผู้สูงอายุระดับปลาย มีอายุตั้งแต่ 80 ปี ขึ้นไป ระดับนี้สภาวะทางกายภาพและสรีระวิทยาเปลี่ยนแปลงอย่างเห็นได้ชัด บางคนมีความพิการ บางคนช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ บางอย่างจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือ

ปราโมทย์ ประสาทกุลและคณะ (2542) กล่าวถึง ประเทศที่มีความเจริญทางด้าน การแพทย์ พบว่าผู้ที่มีอายุถึง 60 ปีแล้วยังแข็งแรงและยังมีความสามารถทำงาน ได้ดี องค์การอนามัย โลกจึงได้แบ่งเกณฑ์อายุตามสภาพของการมีอายุเพิ่มขึ้นดังนี้ 1) ผู้สูงอายุ (Elderly) มีอายุระหว่าง 60-74 ปี 2) คนชรา (Old) มีอายุ ระหว่าง 75-90 ปี 3) คนชรามาก (Very old) มีอายุ 90 ปี ขึ้นไป

ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง ภาวะของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป มีร่างกายที่สมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ มีความคล่องแคล่ว ช่วยเหลือตัวเองได้ดี อาศัยอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข มีสภาพแวดล้อมที่ดีทั้งในบ้านและในสังคม

1.2 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย ผู้สูงอายุไทยปัจจุบันส่วนใหญ่ประสบกับ ปัญหาสุขภาพคือการมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัว ซึ่งเป็นโรคไม่ติดต่อ โรคเหล่านี้เกิดจาก พฤติกรรมการบริโภคอาหารและวิถีการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมประกอบกับภาวะเครียดเหล่านี้ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดโรคต่างๆ พบจำนวน ทั้งหมด 6 โรค ด้วยกัน (สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ, 2550) ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ มะเร็ง หลอดเลือดในสมองตีบ และอัมพาต/อัมพฤกษ์ เมื่อแยกพิจารณาเป็นรายโรค พบว่าผู้สูงอายุเป็น โรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 31.7 เป็นโรคเบาหวานร้อยละ 13.3 โรคหัวใจร้อยละ 7.0 เป็นอัมพาต/อัมพฤกษ์ ร้อยละ 2.5 โรคหลอดเลือด ในสมองตีบร้อยละ 1.6 และโรคมะเร็งร้อยละ 0.5 กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางมีสัดส่วนของการเป็น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ และหลอดเลือดในสมองตีบสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นและวัยปลาย พบอุบัติการณ์ของโรคอัมพาต/อัมพฤกษ์ในกลุ่มของผู้สูงอายุ วัยปลายสูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุ วัยกลางและวัยต้น (ร้อยละ 4.8 ร้อยละ 3.1 และ ร้อยละ 1.8 ตามลำดับ) อย่างไรก็ตาม มีผู้สูงอายุ จำนวนมากที่ไม่ได้เป็นเพียงโรคใดโรคหนึ่งจากทั้งหมด 6 โรคที่กล่าวมา การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ ในระหว่าง 5 ปี ก่อนวันสัมภาษณ์ ซึ่งการเจ็บป่วยในการสำรวจครั้งนี้หมายถึงการเจ็บป่วยจนกระทั่ง

ไม่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 63.5) ของผู้สูงอายุเคยป่วย โดยสัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงที่เคยป่วยสูงกว่าผู้สูงอายุชาย (ร้อยละ 65.8 และร้อยละ 60.5) ในเขตเทศบาลมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เคยป่วยในรอบ 5 ปีที่แล้วสูงกว่านอกเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 64.1 และ ร้อยละ 62.0) ภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคใต้มีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เคยป่วยในรอบ 5 ปีที่แล้วใกล้เคียงประมาณร้อยละ 65 รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 62.3) กรุงเทพมหานคร มีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เคยป่วยในรอบ 5 ปีที่แล้วต่ำสุด (ร้อยละ 55.4)

ในการมองภาวะสุขภาพร่างกายโดยรวม สำนักงานสถิติแห่งชาติ(2550) รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุว่า ให้ผู้สูงอายุประเมินภาวะสุขภาพต่างๆไปโดยรวมของตนเองในระหว่าง 7 วันก่อนวันสัมภาษณ์ พบว่าไม่ถึงครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 43.0) ของผู้สูงอายุประเมินว่าตนเอง มีสุขภาพดี ร้อยละ 28.9 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพปานกลาง ร้อยละ 21.5 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 2.8 ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพไม่ดีมากๆ มีเพียงร้อยละ 3.8 ที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีมาก ภาวะ การมีสุขภาพที่ดีสวนทางกับวัยที่เพิ่มขึ้น กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดี และดีมากในสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง และวัยปลายสุขภาพดี (ร้อยละ 50.2 ร้อยละ 34.8 และร้อยละ 26.4 ตามลำดับ สุขภาพดีมาก (ร้อยละ 4.9 ร้อยละ 2.5 และ ร้อยละ 1.5) สัดส่วนของผู้สูงอายุชายที่มีภาวะสุขภาพดี และดีมากสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง สุขภาพดี (ร้อยละ 47.8 และ ร้อยละ 39.1) สุขภาพดีมาก (ร้อยละ 5.4 และ ร้อยละ 2.6) ในเขตเทศบาลมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ประเมินว่าตนเองมีสุขภาพดีมาก ดี และปานกลางสูงกว่านอกเขตเทศบาล ดีมาก (ร้อยละ 4.8 และ ร้อยละ 3.4) ดี (ร้อยละ 44.3 และ ร้อยละ 42.5) ปานกลาง (ร้อยละ 29.5 และร้อยละ 28.7) สำหรับนอกเขตเทศบาลมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่ประเมินว่า ตนเองมีสุขภาพไม่ดี และไม่ดีมาก ๆ สูงกว่าในเขตเทศบาล ไม่ดี (ร้อยละ 22.3 และ ร้อยละ 19.6) ไม่ดีมาก (ร้อยละ 3.1 และ ร้อยละ 1.8)

ด้านความสามารถ ในการมองเห็น และการได้ยินเสียง ประสาทสัมผัสต่างๆ ของผู้สูงอายุจะเสื่อมลงไปตามวัยที่เพิ่มขึ้น ทำให้เป็นอุปสรรคในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า มีการมองเห็นพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 53.7) ของผู้สูงอายุมองเห็นได้ชัดเจน 1 ใน 4 (ร้อยละ 25.4) ของผู้สูงอายุมองเห็นได้ชัดเจนเมื่อใส่แว่นหรือเลนส์ตา ร้อยละ 20.5 มองเห็นไม่ชัดเจน ร้อยละ 0.4 มองไม่เห็นเลย (ตาบอด) ส่วนการได้ยินเสียง ร้อยละ 84.4 ของผู้สูงอายุได้ยินเสียงชัดเจน ร้อยละ 1.2 ได้ยินชัดเจนเมื่อใส่เครื่องช่วยฟัง ร้อยละ 14.1 ได้ยินไม่ชัดเจน และร้อยละ 0.3 ไม่ได้ยินเสียงเลย (หูหนวก) กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นมองเห็นและได้ยินเสียงชัดเจนมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยปลาย โดยมองเห็นชัดเจน ร้อยละ 60.7 ร้อยละ 46.8 และ ร้อยละ 33.6 ตามลำดับ และได้ยินชัดเจน ร้อยละ 91.6 ร้อยละ 79.1 และ ร้อยละ 57.0

ความสามารถในการเคี้ยวอาหาร เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 48.6) ของผู้สูงอายุที่มีฟันแท้เหลืออยู่น้อยกว่า 20 ซี่ ซึ่งในทางการแพทย์ระบุว่า การมีฟันแท่น้อยกว่า 20 ซี่ จะทำให้มีความยากลำบากในการบดเคี้ยวอาหาร ทำให้ผู้สูงอายุเลือกรับประทานอาหารจึงมีโอกาสูงที่จะเป็นโรคขาดสารอาหาร ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐาน กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายมีสัดส่วนของผู้ที่เหลือฟันแท่น้อยกว่า 20 ซี่ สูงกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยต้น (ร้อยละ 78.2 ร้อยละ 61.9 และร้อยละ 36.5 ตามลำดับ) สัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงที่เหลือฟันแท่น้อยกว่า 20 ซี่ สูงกว่าชาย (ร้อยละ 51.1 และร้อยละ 45.4) ในเขตเทศบาลมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่มีฟันแท้เหลืออยู่น้อยกว่า 20 ซี่ สูงกว่านอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 51.2 และร้อยละ 47.5) ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีฟันแท้เหลืออยู่น้อยกว่า 20 ซี่ ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 64.0) ไม่ได้ใส่ฟันเทียม มีเพียงร้อยละ 36.0 ที่ใส่ฟันเทียม กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลายใส่ฟันเทียมในสัดส่วนที่น้อยกว่ากลุ่มผู้สูงอายุวัยกลางและวัยต้น ทั้ง ๆ ที่เป็นกลุ่มที่มีความยากลำบากในการเคี้ยวอาหารมากที่สุด (ร้อยละ 28.6 ร้อยละ 35.5 และ ร้อยละ 39.0 ตามลำดับ) สัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงที่ใส่ฟันเทียมสูงกว่าผู้สูงอายุชายเล็กน้อย (ร้อยละ 36.6 และร้อยละ 35.1)

ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้สูงอายุเป็นรายกิจกรรม พบว่าร้อยละ 97.6 ของผู้สูงอายุสามารถกินอาหารเองได้ ร้อยละ 96.9 สวมใส่เสื้อผ้าได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 95.7 อาบน้ำ ล้างหน้า แปรงฟัน เข้าห้องสุขา รวมทั้งทำความสะอาดร่างกาย หลังการขับถ่ายได้เอง ร้อยละ 89.1 สามารถนับเงินทองได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 87.5 นั่งยองๆ ได้ ร้อยละ 86.3 เดินขึ้นบันได 2 - 3 ชั้นได้ ร้อยละ 83.1 เดินระยะทางประมาณ 200 - 300 เมตรได้ ร้อยละ 74.1 เดินทางขึ้นรถ/ลงเรือได้ตามลำพัง และร้อยละ 72.9 สามารถยกสิ่งของที่หนักประมาณ 5 กิโลกรัมได้โดยไม่มีคนช่วย สัดส่วนของผู้สูงอายุชายที่ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองสูงกว่าผู้สูงอายุหญิงในทุกกิจกรรม เมื่อพิจารณาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในระหว่าง 5 ปีก่อนวันสัมภาษณ์ ซึ่งการเจ็บป่วยในการสำรวจครั้งนี้หมายถึงการเจ็บป่วยจนกระทั่งไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้พบว่ามีมากกว่าครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 63.5) ของผู้สูงอายุเคยป่วยโดยสัดส่วนของผู้สูงอายุหญิงที่เคยป่วยสูงกว่าผู้สูงอายุชาย (ร้อยละ 65.8 และร้อยละ 60.5) ในเขตเทศบาลมีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เคยป่วยในรอบ 5 ปีที่แล้วสูงกว่านอกเขตเทศบาลเล็กน้อย (ร้อยละ 64.1 และ ร้อยละ 62.0) ภาคกลาง ภาคเหนือ และภาคใต้มีสัดส่วนของผู้สูงอายุที่เคยป่วยในรอบ 5 ปีที่แล้วใกล้เคียงกันประมาณร้อยละ 65 รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 62.3) กรุงเทพฯ มหานครมี สัดส่วนของผู้สูงอายุที่เคยป่วยในรอบ 5 ปีที่แล้วต่ำสุด (ร้อยละ 55.4)

ภาวะทางอารมณ์และจิตใจ สุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตใจมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ถ้าผู้สูงอายุมีจิตใจหดหู่เศร้าหมอง คิดมากวิตกกังวลใจ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่าก็จะก่อให้เกิดภาวะเครียดทางอารมณ์ส่งผลให้เจ็บป่วยทางกายได้ เช่นเดียวกันถ้าร่างกายไม่สมบูรณ์แข็งแรงเจ็บป่วยอยู่เสมอก็จะส่งผลให้จิตใจหดหู่เศร้าหมอง เกิดความท้อแท้ทำให้ไม่อยากจะมีชีวิตอยู่ต่อไป ผู้สูงอายุมักจะมีความรู้สึกที่อ่อนไหวกว่าคนวัยอื่นๆ อย่างไรก็ตามผู้ที่อยู่รอบข้างสามารถที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าได้ต่อไป ผู้สูงอายุมักจะมีความรู้สึกที่อ่อนไหวกว่าคนวัยอื่นๆ อย่างไรก็ตามผู้ที่อยู่รอบข้างสามารถที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าได้ ความรู้สึกที่เกิดกับผู้สูงอายุเป็นประจำสูงสุดคือ รู้สึกเบื่ออาหารหรือความอยากอาหารลดลง (ร้อยละ 4.0) รองลงมาคือคิดมาก วิตกกังวลใจ (ร้อยละ 3.4) หงุดหงิดรำคาญใจ (ร้อยละ 2.9) เหนงา (ร้อยละ 2.6) รู้สึกไม่มีความสุข/เศร้าหมอง และหมดหวังในชีวิตเท่า ๆ กัน (ร้อยละ 1.8) และรู้สึกว่าชีวิตไม่มีคุณค่า (ร้อยละ 1.6) ความรู้สึกต่างๆดังกล่าว จะเพิ่มมากขึ้นตามวัยที่สูงขึ้น ผู้สูงอายุหญิงมีสัดส่วนของความรู้สึกต่างๆ ที่กล่าวมาสูงกว่าผู้สูงอายุชาย เพราะเพศหญิงมีความอ่อนไหวทางอารมณ์มากกว่าเพศชาย

จากรายละเอียดภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุไทยแล้ว พอสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพกายอยู่ในระดับปานกลางถึงสุขภาพดี รวมกันแล้วคิดเป็นร้อยละ 65 ของจำนวนผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้มากกว่าร้อยละ 90 ด้านสุขภาพจิต มีปัญหาสูงสุดที่พบเพียงร้อยละ 4 สถานะความเจ็บป่วยที่พบมีแนวโน้มเพิ่มสูงตามจำนวนของผู้สูงอายุ

1.3 ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดน่าน

จังหวัดน่าน (สำนักงานสถิติถาวร, 2552) เป็นจังหวัดชายแดน ตั้งอยู่ทางภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย อยู่ห่างจากกรุงเทพฯ 668 กิโลเมตร มีพื้นที่ทั้งหมด ประมาณ 7 ล้านไร่เศษ มีอาณาเขตติดต่อ คือ ทิศเหนือและทิศตะวันออกติดกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ทิศใต้ติดกับจังหวัดอุตรดิตถ์และจังหวัดแพร่ ทิศตะวันตกติดกับจังหวัดพะเยา ลักษณะภูมิประเทศทางทิศเหนือส่วนใหญ่เป็นภูเขาสูง ซึ่งสูงประมาณ 2,000 เมตร สภาพภูมิอากาศ โดยปกติมี 3 ฤดู คือ ฤดูร้อนมีอุณหภูมิเฉลี่ย 39.5 องศาเซลเซียส ฤดูฝนมีฝนตกประมาณ 143 วัน ตกชุกในเดือนสิงหาคม ฤดูหนาวอุณหภูมิต่ำสุดถึง 7 องศาเซลเซียส อาชีพของประชากรส่วนใหญ่ ทำเกษตรกรรม ทำนาข้าวในพื้นที่ลุ่ม ปลูกข้าวโพด ถั่วเขียว และสวนผลไม้ ได้แก่ มะม่วง ลำไย ลิ้นจี่และส้มเขียวหวาน การคมนาคมไปได้ทางรถยนต์และทางอากาศ โดยมีเครื่องบินระหว่างน่าน-เชียงใหม่ การปกครอง แบ่งออกเป็น 15 อำเภอ การสาธารณสุข จังหวัดน่าน มีโรงพยาบาลทั้งหมด

15 แห่ง ซึ่งปี พ.ศ. 2551 ให้บริการผู้ป่วยนอก 912,651 ราย ผู้ป่วยใน 106,628 ราย สาเหตุการตายอันดับหนึ่งต่อประชากร 100,000 คน คือ โรคมะเร็งทุกชนิด (100.21) รองลงมาคือ โรคปอดอักเสบ (80.67) และกลุ่มไตพิการ (51.47)

จังหวัดน่านมีประชากรทั้งหมด 475,984 คน (สำนักทะเบียนกลาง กรมการปกครอง, 2551) มีผู้สูงอายุจำนวน 63,123 คน เมื่อแยกตามอำเภอ มีผู้สูงอายุอาศัยอยู่เกินกว่าร้อยละ 10 ได้แก่ 1) เขตอำเภอเมือง (ร้อยละ 18.13) 2) อำเภอเวียงสา (ร้อยละ 17.40) 3) อำเภอปัว (ร้อยละ 13.18) 4) อำเภอท่าวังผา (ร้อยละ 11.03) ซึ่งใน 4 อำเภอนี้ มีประชากรอยู่หนาแน่นมากกว่าที่อื่น พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ราบ การคมนาคมสะดวก มีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่าอำเภออื่นๆ ทำให้มีผู้สูงอายุมีจำนวนมาก เกือบจะเป็นสังคมผู้สูงอายุเต็มตัว ส่วนอำเภอที่มีจำนวนผู้สูงอายุจำนวนน้อยไม่ถึงร้อยละ 5 ได้แก่อำเภอ: นาหมื่น ทุ่งช้าง แม่จริม สันติสุข บ้านหลวง บ่อเกลือ สองแคว และเฉลิมพระเกียรติ อำเภอเหล่านี้อยู่ในพื้นที่สูง ระยะทางห่างไกลจากอำเภอเมือง การคมนาคมลำบาก ทำให้การกระจายของประชากรมีน้อย จำนวนผู้สูงอายุจึงมีไม่มาก ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 ประชากรผู้สูงอายุ จังหวัดน่าน แยกรายอำเภอ ปี 2552 (จังหวัดน่าน)

ลำดับ	อำเภอ	ชาย	หญิง	รวม	ร้อยละ
1	เมือง	5,364	6,136	11,500	18.13
2	เวียงสา	5,228	5,804	11,032	17.40
3	ปัว	4,017	4,342	8,359	13.18
4	ท่าวังผา	3,409	3,583	6,992	11.03
5	ภูเพียง	2,414	2,711	5,125	8.08
6	น่าน้อย	2,272	2,616	4,888	7.71
7	เชียงกลาง	1,816	1,910	3,726	5.88
8	นาหมื่น	1,070	1,105	2,175	3.43
9	ทุ่งช้าง	1,053	1,033	2,086	3.29
10	แม่จริม	835	830	1,665	2.63
11	สันติสุข	835	791	1,626	2.56
12	บ้านหลวง	662	645	1,307	2.06
13	บ่อเกลือ	586	615	1,201	1.89
14	สองแคว	517	522	1,039	1.64
15	เฉลิมพระเกียรติ	315	382	697	1.10
	รวม	30,393	33,025	63,418	13.32

ประชากรจังหวัดน่าน ณ 31 ธันวาคม 2551 มีจำนวน 475,984 คน

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน (2552)

ปัญหาความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในจังหวัดน่านเป็นไปตามรูปแบบการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในประเทศ ได้แก่ เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งที่พบมากเป็นอันดับแรก คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคหัวใจ แขนงโน้มโรคเรื้อรังที่สูงขึ้น คือโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งมีสถิติเพิ่มสูงขึ้น ในปี 2550-2551 ดังข้อมูล สถิติการมารับบริการตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอก ของทุกโรงพยาบาลในจังหวัดน่าน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในจังหวัดน่าน

พ.ศ.	โรคความดันโลหิตสูง	เบาหวาน	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	โรคหัวใจ	รวม
2547	82,962	35,810	35,377	8,450	162,599
2548	71,130	31,507	27,939	7,034	137,610
2549	83,787	34,976	28,356	7,158	154,277
2550	94,716	40,702	29,104	7,925	172,447
2551	98,403	41,512	18,720	7,306	165,941

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดน่าน (2552)

จากตารางที่ 2 จะเห็นว่า โรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มมารับบริการสูงขึ้น คือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน เป็นนโยบายที่สำนักงานสาธารณสุข กำลังเร่งดำเนินการให้การจัดการป้องกันมิให้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น แต่มีโรคที่พบว่ามีมารับบริการเพิ่มขึ้น คือ โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคเบาหวาน ส่วนการเกิดโรครายใหม่ มีแนวโน้มลดลงเกือบทุกโรค ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังรายใหม่ จังหวัดน่าน

พ.ศ.	โรคความดันโลหิตสูง	เบาหวาน	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง	โรคหัวใจ	รวม
2547	3,428	797	487	643	5,355
2548	2,415	586	366	460	3,827
2549	2,796	644	460	491	4,391
2550	2,695	681	491	457	4,324
2551	1,876	447	369	350	3,042

ที่มา: สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดน่าน (2552)

จำนวนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเหล่านี้ แม้จะมีแนวโน้มลดลงหรือคงที่ แต่ความต้องการในการรับบริการสุขภาพส่วนใหญ่เพิ่มกลับเพิ่มขึ้นในตารางที่ 2 โรคที่ยังเป็นปัญหาที่ต้องการดูแลต่อเนื่องและส่งผลกระทบต่อครอบครัวสูงคือ โรคหลอดเลือดและสมอง ซึ่งจังหวัดน่านมีอุบัติการณ์ของผู้ป่วย stroke พบว่า ปัจจุบันมี ทั้งหมด 91 ราย อาศัยอยู่ในชุมชนในเขตเมืองน่าน (โรงพยาบาลน่าน,

2552) และอยู่ในต่างอำเภออีก 126 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน, 2552) ซึ่งในกลุ่มนี้มีความต้องการ บริการพยาบาลมากกว่าการเจ็บป่วยกลุ่มอื่นๆ ปัญหาทางการมองเห็นของผู้สูงอายุในจังหวัด ได้รับการแก้ไขด้วยการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตาที่โรงพยาบาลน่าน ปี 550 จำนวน 516 ราย, ปี 2551 มีจำนวน 542 ราย ผู้ที่มีความบกพร่องการได้ยิน ได้ใส่เครื่องฟังเพิ่มขึ้น ปี 2550 ใส่ทั้งหมด 352 ราย ปี 2551 ใส่อีก 464 ราย สาเหตุการตายมากที่สุด คือ โรคติดเชื้อ และโรคมะเร็ง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดน่าน, 2552) การเจ็บป่วยด้านอื่นๆเป็นไปตามฤดูกาล เช่น ฤดูหนาว ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มักจะมีอาการหอบ เช่นเดียวกับฤดูร้อน จะมีอาการหอบจากการสูดหมอกควันที่เผาป่า หน้าฝนมักพบโรคปอดบวม หนาวร้อน โรคระบบทางเดินอาหาร เป็นต้น

การเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในจังหวัดน่านส่วนใหญ่เป็น โรคเรื้อรังมีลักษณะเหมือนผู้สูงอายุทั่วไป โดยเฉพาะกลุ่มที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง ซึ่งมีผู้สูงอายุถึงร้อยละ 18.13 โรคที่พบที่สำคัญได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หัวใจ ทั้งนี้เป็นไปตามการเปลี่ยนแปลงของสังคมยุคใหม่ ที่มีอันตรายรอบด้าน (อำพล จินดาวัฒนะ, 2546) เช่น คนไทยต้องกินสารเคมี สารตกค้างในพืชผัก อาหาร สารพิษชนิดที่เกิดจากการผลิตเพื่อให้อายุได้กำไรมากๆ ส่งผลให้คนไทยเจ็บป่วยเรื้อรัง โรคมะเร็งต่างๆเพิ่มสูงขึ้น ส่งเสริมให้เป็นสาเหตุให้เกิดโรคเรื้อรัง สภาพสังคมเร่งรัด แข่งกันหารายได้ เร่งการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจให้ มากที่สุด ผู้คนเครียด บีบคั้นเป็นทุกข์ เกิดความรุนแรงในสังคมและครอบครัวได้ จนป่วยเป็นโรคจิต สังคมของผู้สูงอายุนาน ก็เช่นกันที่ต้องแปรเปลี่ยนไปตามกระแสของสังคม และมีความเจ็บป่วยไปในทางเดียวกันกับประชาชนในประเทศ

จากการที่ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคเรื้อรัง จึงมีความต้องการใช้บริการด้านสุขภาพ เพื่อการรักษาให้มีชีวิตอยู่กับโรคเรื้อรังอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งการที่จะบรรลุเป้าหมายนี้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถที่จะดูแลตนเองได้ เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจและสังคม หรือภาวะส่วนตัวของผู้สูงอายุ เช่น ไม่สามารถ อ่านหนังสือได้ หรือมีภาวะพิการ ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง ดังนั้น หน่วยงานของรัฐ จึงต้องให้การสนับสนุน ช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยการจัดบริการสุขภาพให้ผู้สูงอายุ ได้รับบริการอย่างเท่าเทียมกัน อันจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้มีชีวิตที่มีความสุข สามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเอง ทั้งๆที่มีโรคประจำตัว และในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี หรือกลุ่มเสี่ยง ได้มีการเตรียมการป้องกันมิให้เกิดโรค หรือลดภาวะ การเกิดโรคได้ ซึ่งการบริการสุขภาพนี้ รัฐต้องจัดให้อย่างเป็นระบบที่เรียกว่า ระบบบริการสุขภาพ จึงจะช่วยเหลือผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ

2. แนวคิดเกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ

ระบบบริการสุขภาพ เป็นระบบที่กว้าง เกี่ยวข้องกับปัจเจกบุคคลและหน่วยงานต่างๆ ซึ่งเป็นเรื่องของการทำให้มีสุขภาพดี แก่ประชาชน การมีสุขภาพดีหากเป็นส่วนบุคคลเกิดจากความตระหนักของตัวบุคคลเองที่ไม่ต้องการเจ็บป่วย และจะใช้บริการสุขภาพในการดูแลตนเอง หรือมีการกระตุ้นจากภาครัฐและองค์กรต่างๆ ที่ต้องการให้ประชาชนหรือคนในสังคมมีสุขภาพดีไม่เจ็บป่วย และเพื่อจะได้ไม่ต้องสูญเสียงบประมาณในการซ่อมสุขภาพ การดำเนินการโดยวิธีกำหนดเป็นนโยบายในการสร้างสุขภาพหรือควบคุมและ ป้องกันโรคให้แก่ประชาชน ดังนั้น ระบบสุขภาพจึงมีความสำคัญที่ ทั้งภาครัฐและประชาชน สังคม ต้องร่วมมือกันรักษาสุขภาพของตนเองและของคนทั้งประเทศ และควรให้เกิดความเท่าเทียมกันในการให้บริการของรัฐ

2.1 ระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย

คำว่าระบบ มีผู้ให้คำนิยามดังนี้

ธงชัย สันติวงษ์ (2536) ให้ความหมายว่า ระบบหมายถึง ส่วนต่างๆจำนวนหนึ่งซึ่งสัมพันธ์และขึ้นอยู่กับกันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เพื่อกระทำบางสิ่งบางอย่างให้สำเร็จผลที่ต้องการ

วิไลวรรณ แสนโฮม (2543) ให้ความหมายของระบบ คือกลุ่มของสิ่งต่างๆ รวมกันอยู่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันในลักษณะที่มีการเกี่ยวข้องสัมพันธ์ต่อกัน และมีปฏิริยากระทบต่อกัน ในระหว่างสิ่งต่างๆอยู่เสมอทุกช่วงขณะที่มีการประกอบภารกิจร่วมกัน เพื่อให้บรรลุผลตามจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้

ระบบสุขภาพ มีผู้ให้ความหมายว่า ดังนี้

ประเวศ วะสี (2543) กล่าวถึงระบบสุขภาพ ว่า หมายถึง ระบบทั้งหมดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์อยู่กับเรื่องสุขภาพในลักษณะองค์รวม ด้วยความหมายนี้ ระบบสุขภาพจึงรวมระบบการจัดสิ่งแวดลอม ระบบอาหาร ระบบยา ระบบเศรษฐกิจการค้า ระบบวิถีชุมชน ระบบการเมือง ระบบสังคม ระบบการศึกษา ระบบวัฒนธรรม ฯลฯ รวมทั้งระบบบริการสุขภาพด้วย

ประคิน สุจฉายา และคณะ (2545) องค์ประกอบของระบบสุขภาพได้แก่ องค์รวมของมนุษย์ (รวมถึงเศรษฐกิจ) จิตใจ ครอบครัว ชุมชน วัฒนธรรม สิ่งแวดลอม การเมืองและการศึกษา (ระบบสุขภาพประกอบด้วยเรื่องของการจัดบริการสุขภาพ (Delivery of Health Service)

และการจัดการด้านอื่นๆ ที่มีผลให้คนมีสุขภาพดี ทั้งทางตรงและทางอ้อมเช่น การศึกษาที่ทำให้คนมีความรู้จนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัว

ฉัตรวิญญ์ องคสิงห์ และคณะ (2549) “ระบบสุขภาพ หมายถึง ระบบการจัดการทั้งหมดที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเป็นองค์รวม อันสามารถส่งผลต่อสุขภาพของประชาชนทั้งประเทศ รวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทั้งปวง ได้แก่ ปัจจัยด้านบุคคล สภาพแวดล้อมเศรษฐกิจ สังคม กายภาพ และชีวภาพ รวมทั้งปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ” ระบบบริการสุขภาพ จะมีความเป็นพลวัตรไปตามการเปลี่ยนแปลงของสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของสังคมใดๆ ก็ได้รับอิทธิพลจากการเปลี่ยนแปลงในระดับที่เหนือกว่า เช่น องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดปรัชญา แนวคิดและวิธีสร้างระบบสาธารณสุขให้ประเทศต่างๆ นำไปวางเป็นระบบสุขภาพ ที่เห็นได้ชัด คือ การวางระบบสุขภาพดีถ้วนหน้า (Health for all) ซึ่งประเทศต่างๆ ได้นำไปเป็นนโยบายพัฒนาประเทศรวมทั้งประเทศไทย ได้มี “คำขวัญ” เกิดขึ้น ใน พ.ศ.2524 คือ “Health for all by the year 2000 สุขภาพดีถ้วนหน้าเมื่อ 2543 ” (Health for all : All for health) และ พ.ศ. 2531 คือ “ Health for all : All for health. สุขภาพดีถ้วนหน้า เพราะประชาร่วมใจ ” คำขวัญดังกล่าวมีอิทธิพลต่อการกำหนดแนวทางการพัฒนาสาธารณสุขของประเทศ เพราะในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530 – 2535) (ฉัตรวิญญ์ องคสิงห์ และคณะ, 2549) การปฏิรูประบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ของแต่ละประเทศได้ดำเนิน การตามการเจริญเติบโตของประชากร แต่มีการตื่นตัวมากเมื่อองค์การสหประชาชาติได้กำหนดให้ปี ค.ศ. 1999 เป็นปีสากล ว่าด้วยผู้สูงอายุและให้เห็นนโยบายสากลเพื่อให้ประเทศต่างๆ เตรียมการรองรับสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศ (วรรณภา ศรีธีรรัตน์ และคณะ, 2545)

สุขภาพของประชาชน เริ่มจากการที่ประชาชนมีอนามัยที่ดีทั้งตัวเอง ครอบครัวและสังคม สิ่งแวดล้อมที่ดี ซึ่งเป็นหน้าที่ของระบบระบบสาธารณสุข เพราะงานของสาธารณสุขคือการจัดการให้ประชาชนมีสุขอนามัยที่ดี วันดี โภคะกุล (2549: 39-40) ได้สรุปเกี่ยวกับประวัติด้านการสาธารณสุขในประเทศไทย ไว้ว่าการสาธารณสุขเริ่มดำเนินงานตั้งแต่ประเทศมีแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่1 (พ.ศ. 2504) โดยด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรคที่อันตราย แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2520-2524) การดำเนินงานด้านสาธารณสุขเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนหรือชุมชนในด้านการดูแลสุขภาพตนเอง แผนฯฉบับที่ 6 (พ.ศ. 2530-2534) ขยายบริการด้านสาธารณสุข ปรับปรุงคุณภาพของสถานบริการ และส่งเสริมสุขภาพตนเอง แผนฯฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) เน้นการพัฒนา “คน” และได้เริ่มมีโครงการมาตรการด้านผู้สูงอายุ แผนฯฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน การใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ในปี พ.ศ. 2540 มีการกำหนดและให้การคุ้มครองแก่ประชาชนด้าน

สาธารณสุขตามรัฐธรรมนูญการ มาตรา 52 ระบุว่า “บุคคลย่อมมีสิทธิเสมอกันในการรับบริการทางสาธารณสุขที่ได้มาตรฐาน และ ผู้ยากไร้มีสิทธิได้รับการรักษาพยาบาลจากสถานบริการสาธารณสุขของรัฐโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย ทั้งนี้ ตามที่กฎหมายบัญญัติ..” และมาตรา 82 ระบุว่า “รัฐต้องจัดและส่งเสริมการสาธารณสุขให้ ประชาชนได้รับบริการที่ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง” แผนฯ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ แผนฯ ฉบับที่ 10 พ.ศ. (2550-2555) แผนนี้มุ่งสู่ “สังคมอยู่เย็นเป็นสุขร่วมกัน” ภายใต้แนวปฏิบัติของ “ปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง” และในปี 2550 นี้ได้มี กฎหมายคุ้มครองผู้สูงอายุเรียกว่า พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตราที่ 6 ว่าด้วยสุขภาพผู้สูงอายุ ต้องได้รับการส่งเสริมและคุ้มครอง ที่สอดคล้องและเหมาะสม ซึ่งรัฐได้ดำเนินการหลายๆด้านที่ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ ด้านสวัสดิการทางสังคม เช่น เบี้ยเลี้ยงชีพ ลดค่าโดยสารในการใช้รถสาธารณะ เป็นต้น จะเห็นว่าการสาธารณสุข เป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพเหมือนกัน

กระทรวงสาธารณสุขได้ใช้ยุทธศาสตร์ในการจัดระบบบริการสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่

1. Health Promotion คือ การส่งเสริมสุขภาพ หรือสร้างสุขภาพ เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงลดการเกิดโรค มีคุณภาพชีวิตที่ดี การส่งเสริมสุขภาพ มิได้เกี่ยวกับองค์ความรู้เรื่องโรคเท่านั้น แต่ยังเกี่ยวกับ การปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำรงชีวิต (Life style)

2. Disease, Condition Prevention คือการป้องกันโรค หรือสร้าง ภูมิคุ้มกันให้แก่ร่างกายการจัดบริการด้าน Prevention เป็นการบริการเชิงรุกที่มีกลุ่มเป้าหมายเฉพาะแตกต่างกันตามสภาพปัญหาของแต่ละพื้นที่

3. Curative คือการรักษา มุ่งเน้นปรับเปลี่ยน ความผิดปกติหรือ โรคให้กลับคืนสู่สภาพปกติ โดยไม่ให้ความผิดปกติหรือโรครุนแรงขึ้น จนเกิดความพิการหรือความตาย การจัดบริการเพื่อการรักษาพยาบาลครอบคลุมกลุ่มที่เจ็บป่วย

4. Rehabilitation คือการฟื้นฟูสภาพ เมื่อความผิดปกติหรือโรคก่อให้เกิดความพิการไม่ว่าจะชั่วคราวหรือถาวร ทำให้ต้องมีการฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้ร่างกายและจิตใจกลับมาอยู่ในสภาพปกติหรือใกล้เคียง หรือให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ การจัดบริการฟื้นฟูสภาพจะครอบคลุมเฉพาะกลุ่มที่มีความต้องการเท่านั้น

แม้ว่าการใช้ยุทธศาสตร์เหล่านี้พัฒนาระบบบริการสุขภาพ แต่ยังมีปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสาธารณสุข (ชาญวิทย์ ทรัพย์ และคณะ, 2549) คือ

1. เป้าหมายและนโยบายของประเทศ วางแผนในลักษณะกว้างทำให้ต้องใช้กำลังคนและกำลังทรัพย์เป็นจำนวนมาก อาจทำให้สถานบริการแต่ละแห่งได้รับทรัพยากรสาธารณสุขไม่เพียง

พอได้ เช่น แผนพัฒนาเศรษฐกิจแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ระบุเกี่ยวกับการสร้างหลักประกันคุณภาพให้แก่ประชาชนทุกคน โดยเฉพาะผู้ยากจนและผู้ด้อยโอกาสในสังคม และแผนฯ 9 (พ.ศ. 2545-2549) เกี่ยวกับการสร้างหลักประกันการเข้าถึง บริการสาธารณสุขถ้วนหน้าโดยเร่งสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานอย่างเสมอภาคและเป็นธรรม โดยการปรับปรุงระบบและวิธีการบริหารจัดการของระบบบริการฯ

2. สภาพแวดล้อมที่เป็นปัจจัยส่งผลกระทบต่อการจัดบริการสาธารณสุข

(1) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร (Demographic Change) โดยโครงสร้างของประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้น จากปี พ.ศ.2537 มีจำนวนผู้สูงอายุ คิดเป็นร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งประเทศ ปี 2545 เพิ่มเป็นร้อยละ 9.4 และปี 2550 เพิ่มเป็นร้อยละ 10.7 (มูลนิธิ สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2550) คาดว่าในปี 2668 จะมีผู้สูงอายุ 1 ใน 5 ของคนทั้งประเทศ เมื่อจำนวนมากขึ้นทำให้รัฐต้องจัดบริการสาธารณสุขเฉพาะเพื่อรองรับปัญหาและโรคของผู้สูงอายุ และต้องเพิ่มทรัพยากรสาธารณสุขตามขึ้นด้วย

(2) ปัญหาและความต้องการ (Problem and demand) โรคและภาวะผิดปกติต่าง ๆ ทำให้มีความต้องการการดูแลสุขภาพเฉพาะมากขึ้น รวมถึงการต้องจัดการกับสิ่งแวดล้อมเพื่อ ส่งเสริมและป้องกันโรค

(3) ยุทธศาสตร์หลักด้านสาธารณสุข (Health services strategy) ที่ผ่านมาใช้ ยุทธศาสตร์การจกระบบบริการแบบประสมประสาน (Integrated health service system) โดยรวมยุทธศาสตร์ทั้ง 4 อย่าง (ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ) อยู่ในระบบเดียวกัน และเน้นยุทธศาสตร์เชิงรุก ได้แก่การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแต่ต่อไปต้องปรับเปลี่ยนไปโดยจะเน้นการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ตามการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรที่จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในอนาคตอันใกล้

ปัจจัยดังกล่าว มีส่วนที่ทำให้ระบบบริการสาธารณสุขปรับเปลี่ยน แต่ทิศทางที่จะต้องดำเนินการพัฒนาในการจกระบบบริการสาธารณสุข ให้มีประสิทธิภาพ ควรคำนึงถึงผู้ที่ประสบปัญหาโดยตรง (ประชากรในพื้นที่) ซึ่งเป็นผู้ที่ทราบว่ามีความต้องการอะไร ดังนั้น การวางแผนพัฒนาระบบบริการสาธารณสุขจึงควรให้ประชาชนมีส่วนร่วม พร้อมกับองค์กรในท้องถิ่น เช่น นักการเมืองท้องถิ่น ภาคเอกชน หรือองค์กรอื่นๆ ได้มีโอกาสร่วมกันวางแผนระบบบริการสาธารณสุขในชุมชน ดังการศึกษาของสำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข (2546) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับนโยบาย และยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข พบว่า ทิศทางที่ควรสนับสนุนคือ การทำงานร่วมกับประชาชน องค์กรท้องถิ่น และองค์กรอื่นๆ เพื่อวางแผนพัฒนา

กำลังคนในการที่จะนำมาพัฒนาการบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการ เพราะระบบบริการสุขภาพส่วนที่เป็นการสร้างสุขภาพระดับชุมชน กับนโยบายสาธารณะยังขาดประสิทธิผล จึงต้องการพัฒนาระบบดำเนินการให้มากขึ้น

2.1.1 ระบบสุขภาพในชุมชน การกำหนดระบบสุขภาพในชุมชน มีปัจจัยที่สำคัญต่อการการดำเนินงานจัดรูปแบบระบบบริการสุขภาพชุมชน ตามที่ นัศตรวรัญ อดคสิงห์ และคณะ (2549) กล่าวว่า คนในชุมชนให้ความสำคัญกับทุนทางสังคมเป็นอันดับแรก เพราะทุนทางสังคมเป็นการรวมกลุ่มด้วยวิถีประเพณีและวัฒนธรรม เพราะเมื่อคนมารวมตัวกันแล้วก็จะก่อให้เกิดเครือข่ายและร่วมกันทำกิจกรรม ปัจจัยที่สำคัญ ได้แก่

1. คนที่มีใจ เพราะคนที่มีใจทำงาน หากแม้ว่า การจัดระบบบริการมีเงินน้อยหรือไม่มีก็ยังสามารถทำงานเครือข่ายสุขภาพได้ด้วยใจ
2. จุดมุ่งหมายที่ชัดเจน คือ ต้องการให้คนในชุมชนมีสุขภาพดีได้รับการบริการที่ดี
3. การมีจิตสำนึกร่วม จากการมีจิตสำนึกที่อยากเห็นคนมีสุขภาพที่ดี แล้วขยายเครือข่ายออกไปยังกลุ่มต่างๆ เช่น กลุ่มครู นักเรียน ประชาชน และยังขยายข้ามเครือข่ายไปยังหมู่บ้านอื่นๆ
4. การพึ่งพาอาศัย เรื่องของสุขภาพต้องมีการพึ่งพาอาศัยกันมากที่สุด เพราะการเจ็บป่วยเลือกไม่ได้ คนในครอบครัวต้องสามารถพึ่งพากันด้วยการสังเกต เอาใจใส่ และคอยดูแลความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับครอบครัวและญาติพี่น้อง รวมถึงการช่วยเหลือเพื่อนบ้าน หากได้ร่วมกันทำกิจกรรมบ่อยๆ ก็จะช่วยสร้างความสัมพันธ์ในการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

นอกจากนี้ยังกล่าวถึง การมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในระบบบริการสุขภาพที่ไม่เน้นในเรื่องการรักษาโรคและปฏิบัติทางคลินิก แต่เน้นในด้านการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน ซึ่ง องค์กรเอกชนมีส่วนร่วมในการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างเป็นรูปธรรม บทบาทที่สำคัญคือการสร้างทัศนคติสุขภาพไม่ใช่หน้าที่ของหน่วยงานหน่วยใดเพียงหน่วยเดียว แต่สามารถสอดแทรกในทุกงานขององค์กรเอกชน โดยเน้นกิจกรรมการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการรักษา และควรมีการทำงานในลักษณะที่เป็นหุ้นส่วนกับชุมชนมิใช่ทำงานในลักษณะการสั่งการ (สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ, 2543 อ้างถึงใน นัศตรวรัญ อดคสิงห์ และคณะ, 2549) รูปแบบที่สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพนั้นควรจะต้องสอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนไทย มี 3 ส่วนที่สำคัญคือ

1. วัฒนธรรมในสังคม ซึ่งมีความหมายรวมถึงความเชื่อ ค่านิยม การมีวัฒนธรรมและขนบประเพณี เป็นวัฒนธรรมที่ให้ความสำคัญกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพทั้งทางกาย สังคมและจิตใจ
2. ศาสนา ที่เป็นกรอบความประพฤติ ปฏิบัติ และส่งผลให้สังคมดำเนินไปได้อย่างมีความสุข และ
3. สังคมและชุมชนแบบเครือญาติ ที่เอื้อเฟื้อกันในทุกๆ ด้าน เช่น การแลกเปลี่ยนอาหาร การทำงานในภาคเกษตรที่ใช้แรงกายในการทำงานหนักแทนการใช้สารเคมี ประเด็นสำคัญที่เป็นเหตุและผลดีจากความร่วมมือร่วมใจของภาคประชาชนในระบบบริการสุขภาพ คือ การส่งเสริมให้ชุมชนเข้มแข็งและสามารถพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพ ลักษณะของการที่สมาชิกพึ่งตนเองได้ คือ สามารถรวมกลุ่มและทำกิจกรรมที่มีเป้าหมายเดียวกันอย่างพร้อมเพรียง และต่อเนื่อง สามารถพึ่งพากันได้ในทุกด้านทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและวัฒนธรรม โดยคนในชุมชนมีความสามัคคี ร่วมคิด ร่วมทำและเป็นหนึ่งเดียวในการทำกิจกรรม สิ่งเหล่านี้จะดำเนินไปได้ คนในชุมชนให้ความสำคัญกับผู้นำที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ สำหรับกิจกรรมที่เชื่อมโยงให้เกิดความเข้มแข็งและการพึ่งตนเองในการสร้างเสริมสุขภาพดี คือ ให้ชุมชนมีอาหารที่อุดมสมบูรณ์เพียงพอ ปลอดภัย สามารถลดรายจ่าย ปลอดภัยเพิ่มรายได้ เพิ่มการออม คำนึงความอุดมสมบูรณ์ให้ผืนดิน ป่าอุดม ทำให้ลดการอพยพแรงงาน ครอบครัวได้อยู่ร่วมกันมีความรัก ความเอื้ออาทรต่อกัน มีความสุขทั้งทางกาย ใจ สังคมและจิตวิญญาณ (ประชาสังคม, 2542 อ้างถึงใน นิตยารักษ์ องค์กรสังข์ และคณะ, 2549)

2.1.2 ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนกับองค์กรท้องถิ่น การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ต้องร่วมมือกับหลายฝ่าย หลายสถาบัน เพื่อให้ การดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมและเหมาะสม (อรรวรรณ์ กุหาและนันทศักดิ์ ธรรมานวัตร, 2552) โดยให้สถาบันครอบครัวและชุมชนเป็นพื้นฐาน (Family and Community Based Care) ในการดูแลอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล ขณะเดียวกันส่งเสริมให้ชุมชนและท้องถิ่นเข้ามาช่วยดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น) อันได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล (องค์การบริหารส่วนตำบล) ต้องมีนโยบายและแนวทางดำเนินงานด้านผู้สูงอายุที่ชัดเจน รวมทั้งบทบาทหน้าที่ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุและชุมชน นอกจากนี้ยังเป็นตัวเชื่อมโยงกับฝ่ายปกครองอื่นๆ ในการพัฒนาและจัดสวัสดิการด้านต่างๆ ให้แก่ผู้สูงอายุ โดยจัดร่วมกับบุคคลสำคัญในชุมชนในการสร้างจิตสำนึก การให้ความรู้ การจัดสวัสดิการที่เหมาะสม ให้สามารถจัดการกับปัญหาพื้นฐานในชุมชนได้ การที่ให้องค์กรท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการร่วมพัฒนาตรง

กับสิ่งที่ WHO (World Health Organization) วางเป้าหมายสำหรับผู้สูงอายุเมื่อปี 2544 ตามมติของสมัชชาโลกที่กำหนดเป้าหมายระดับโลก (Global Targets on Aging For the Year 2001) ข้อที่ 3 ว่าจะส่งเสริมการปฏิบัติงานที่อาศัยชุมชนเป็นพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุ การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ และข้อที่ 7 ที่ สนับสนุนและส่งเสริมการร่วมมืออย่างใกล้ชิด ระหว่างองค์กรเอกชนที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุและข้อที่ 8 สนับสนุนและส่งเสริมการร่วมมืออย่างใกล้ชิด ระหว่างองค์กรของรัฐที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ แม้ว่าปัจจุบันจะได้รับความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมากขึ้น

การศึกษาของ อรวรรณ ภูหาและ นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร (2552) ศึกษาโครงสร้างระบบการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) พบว่าส่วนที่องค์กรการบริหารส่วนตำบลให้ความสนใจ คือ เรื่องเบี้ยยังชีพของผู้สูงอายุ ส่วนกิจกรรมอื่น ๆ มีการดำเนินงานตามวาระโอกาส เช่น การตรวจสุขภาพผู้สูงอายุ ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จหรือล้มเหลวขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดำเนินงานผู้สูงอายุ คือ นโยบายของผู้บริหารระดับสูง ถ้าผู้บริหารสนใจด้านผู้สูงอายุ งานจะเป็นไปด้วยดี มีปัจจัยเอื้อ คือ การมีและสามารถจัดสรรงบประมาณในระดับท้องถิ่นได้เอง แต่การขาดระบบฐานข้อมูลที่ทันสมัยของผู้สูงอายุ เป็นอุปสรรคสำคัญในการให้บริการและการคุ้มครองผู้สูงอายุให้ได้ตามกลุ่มเป้าหมาย การศึกษานี้ยังพบว่า จุดอ่อนของการบริหารจัดการขององค์กรการบริหารส่วนตำบล คือ การจัดลำดับความสำคัญของงานผู้สูงอายุอยู่ในลำดับท้ายจะให้ความสำคัญด้านโครงสร้างพื้นฐานมากกว่าคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และยังมีเรื่องของการมีงบประมาณไม่เท่ากันระหว่าง องค์กรการบริหารส่วนตำบลต่างๆ ทำให้การจัดสวัสดิการทำได้ไม่เท่าเทียมกัน การขาดบุคลากรที่มีความรู้ด้านผู้สูงอายุที่ทำงานได้อย่างต่อเนื่อง จากการเปลี่ยนผู้บริหารด้วยกระบวนการทางการเมือง เหล่านี้เป็นจุดอ่อนซึ่งอาจรวมเป็น 5 มิติ คือ การบริหารจัดการงบประมาณ บุคลากร ระบบฐานข้อมูล เครือข่ายความร่วมมือ นอกจากนี้ ยังขาดการประชาสัมพันธ์ที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้สูงอายุไม่ทราบสิทธิและเข้าใจถึงสิทธิได้ แต่องค์กรการบริหารส่วนตำบลก็มีจุดเด่นด้านผู้สูงอายุ ได้แก่ บุคลากรผู้ปฏิบัติมีความตั้งใจจริง มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาก ทำให้สามารถสร้างเครือข่ายเชื่อมโยงในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการให้ความรู้ด้านสุขภาพได้

เครือข่ายทางสังคมที่สำคัญ ตามความเห็นของ ศิริวรรณ ศิริบุญ (2552: 165-171) มี 6 เครือข่าย คือ 1) เพื่อน/เพื่อนบ้าน 2) ผู้นำชุมชน 3) วัดและองค์กรทางศาสนา 4) ชมรมผู้สูงอายุ และคลังปัญญา 5) กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ และ 6) องค์กรเอกชนและองค์กรอิสระ ซึ่งอธิบายไว้ว่า

1. เพื่อนหรือเพื่อนบ้าน ซึ่งเป็นบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญต่อการเกื้อหนุนหรือดูแล ผู้สูงอายุในชุมชน มีความผูกพันระหว่างครอบครัว/เครือญาติกับเพื่อน/เพื่อน

บ้านจนไม่สามารถแยกออกจากกันได้ว่าผู้ใดเป็นเครือญาติ และผู้ใดเป็นเพื่อน/เพื่อนบ้าน เพราะความผูกพันที่ลึกซึ้งซึ่งเป็นเวลา นานก่อให้เกิดสัมพันธ์ภาพที่แน่นแฟ้น ซึ่งเป็นจริงในสังคมชนบท แต่สังคมในเขตเมืองที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเป็นทางการ ต่างคนต่างอยู่และมีการพึ่งพิงระหว่างกันค่อนข้างน้อย บทบาทของเพื่อน/เพื่อนบ้าน ในการดูแลผู้สูงอายุ น่าจะมีน้อยกว่าในเขตชนบท

2. **ผู้นำชุมชน** เครือข่ายทางสังคมประเภทผู้นำชุมชนจะมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุค่อนข้างน้อย ยกเว้นเครือข่ายประเภทนี้จะมีสถานภาพทางครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุอยู่ ผู้นำชุมชนจึงจะเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในกรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาหรือความต้องการที่ไม่สามารถจะหาได้หรือได้รับจากครอบครัวและเครือญาติ ได้แก่ การนำส่งสถานพยาบาลกรณีเจ็บป่วยหนักหรือกะทันหัน การจัดหาที่พักอาศัย การดูแลเมื่อตกทุกข์ได้ยาก การให้ข่าวสารและการแนะนำบริการทางสังคมที่จำเป็น

3. **วัดและองค์กรทางศาสนา** วัดและองค์กรทางศาสนานับเป็นเครือข่ายทางสังคมระดับชุมชนที่สำคัญยิ่งในการเกื้อหนุนผู้สูงอายุ ในการติดตามและประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 – 2564) ชี้แนะให้เห็นว่า ผู้สูงอายุและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความเห็นสอดคล้องตรงกันว่า กิจกรรมต่างๆ ที่ควรส่งเสริมให้แก่ผู้สูงอายุ คือ กิจกรรมทางศาสนา การเข้าวัด ฟังธรรม ทำบุญ และส่งเสริมวัฒนธรรมประเพณี เพราะกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้มีบทบาทหน้าที่ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุยังคงได้รับการยอมรับได้รับการยกย่องจากชุมชนและแสดงให้เห็นถึงความสำคัญและคุณค่าของผู้สูงอายุ วัดยังมีบทบาทในการเกื้อหนุนทางด้านจิตใจแก่ผู้สูงอายุ การไปวัดนอกจากจะได้รับความสงบและความผาสุกทางด้านจิตใจจากหลักธรรมคำสั่งสอนทางศาสนาแล้ว ผู้สูงอายุยังได้พบปะกับบุคคลอื่นในสังคมและได้ “ชีวิตทางสังคม” จากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น นอกจากนั้นวัดยังเป็นสถานที่ที่ให้การเกื้อหนุนทางด้านอาหาร เครื่องอุปโภคบริโภค และที่พักอาศัยแก่ผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่งพิง วัดบางแห่งมีการจัดสถานที่อย่างเป็นทางการเพื่อให้ที่พักอาศัยแก่ผู้สูงอายุที่เดือดร้อน และทำหน้าที่เหมือนบ้านพักคนชราไปด้วยในตัว

4. **ชมรมผู้สูงอายุและคลังปัญญา** ชมรมผู้สูงอายุเป็นการรวมตัวของผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาตนเองและชุมชน เป็นเครือข่ายทางสังคมระดับชุมชนที่เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลายในปัจจุบันนี้ ชมรมผู้สูงอายุได้รับการจัดตั้งขึ้นตั้งแต่ พ.ศ.2505 และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันแม้จะมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุอย่างแพร่หลาย แต่สำนักงานสถิติแห่งชาติ ดำเนินการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 พบว่า ผู้สูงอายุเพียง 1 ใน 4 เท่านั้นที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ ภาคเหนือมี สัดส่วนของผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุสูงสุด คือ

ร้อยละ 43.9 ต่ำที่สุดในกรุงเทพฯ ร้อยละ 4.6 ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา สมาชิกชมรมผู้สูงอายุในภาคเหนือเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมในสัดส่วนที่สูงที่สุด รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนกรุงเทพฯต่ำที่สุด การดำเนินงานของชมรมผู้สูงอายุ ได้แก่ การเกื้อหนุนผู้สูงอายุด้วยกันโดยเป็นอาสาสมัครในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุด้วยกัน การฝึกอบรมอาชีพ การพัฒนาอาชีพ การให้คำแนะนำและหลักจิตวิทยา มีการส่งข่าวสารระหว่างกัน และเนื่องจากชมรมผู้สูงอายุเป็นเครือข่ายที่เข้มแข็งที่ทำให้ องค์การบริหารส่วนตำบล ประสบความสำเร็จในการดำเนินงาน จึงควรให้มีสภาผู้สูงอายุในแต่ละตำบลเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสนำเสนอสิ่งที่ตนต้องการและสนใจ และเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานเพื่อผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีกลุ่มที่จะเข้าช่วยเหลือเกื้อหนุนและดำเนินการด้านผู้สูงอายุในชุมชนอีก คือ “คลังปัญญาผู้สูงอายุชุมชน” โครงการริเริ่มดำเนินการเมื่อไม่นานมานี้ โดยเป็นการพยายามสร้างคุณค่าให้แก่ผู้สูงอายุที่มีความรู้และประสบการณ์สั่งสมมานาน เพื่อให้สามารถพัฒนาตนและถ่ายทอดภูมิปัญญาให้แก่สมาชิกในชุมชน ได้รับรู้และสืบสานต่อไปไม่ให้สูญหาย โครงการเริ่มในปี พ.ศ.2548 เป็นต้นมา และเริ่มขยายออกไปตามจังหวัดต่างๆ

5. **กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์** เป็นกลุ่มที่มีผู้สูงอายุเข้าเป็นสมาชิกมากที่สุด เป็นการเกื้อหนุนผู้สูงอายุทางด้านจิตใจเพื่อให้ผู้สูงอายุมั่นใจว่าเมื่อเสียชีวิตแล้วจะได้รับการประกอบพิธีกรรมอย่างสมศักดิ์ศรีพอควรและสมาชิกในครอบครัวไม่ต้องลำบากด้านการเงิน การฌาปนกิจสงเคราะห์ได้รับความนิยมนำไปในสังคมไทยมาเป็นเวลานาน ชุมชนในระดับหมู่บ้านมีการจัดตั้งกลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ขึ้นเองในรูปของความไว้นื้อเชื่อใจกันเป็นจำนวนมาก เนื่องจากผู้สูงอายุที่ด้อยโอกาสหลายรายมีความกังวลใจเกี่ยวกับการจัดงานศพของตนเอง นับเป็นปัจจัยทางจิตวิทยาที่มีผลอย่างสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ ถึงแม้จะมีกลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์แต่ก็ยังคงมีข้อจำกัดในเรื่องของปัญหาการทุจริต ดังนั้น หน่วยงานภาครัฐจึงได้กำหนดให้ผู้สูงอายุได้รับสิทธิในเรื่องการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี โดยปรากฏใน “พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546” พระราชบัญญัตินี้ระบุสิทธิการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี นับเป็นการดำเนินงานด้านจิตวิทยาสังคม ที่ได้มีส่วนเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่ยากจนและครอบครัวทางด้านจิตใจได้ระดับหนึ่งเพราะอย่างน้อยเป็นหลักประกันว่าเมื่อเสียชีวิต ร่างของผู้สูงอายุจะไม่ถูกทอดทิ้งแต่จะมีพิธีศพตามหลักความเชื่อ ศาสนา และประเพณี

6. **องค์กรเอกชนและองค์กรอิสระ** ปัจจุบัน องค์กรเอกชนเข้ามามีบทบาทในการให้บริการทางสังคมแก่ผู้สูงอายุมากขึ้น ทั้งนี้เพราะหน่วยงานภาครัฐมีข้อจำกัดทั้งในด้านงบประมาณ บุคลากร และการบริหารจัดการ จากการสำรวจของกรมประชาสงเคราะห์ ในปี

พ.ศ.2538 พบว่า องค์กรส่วนใหญ่เป็นสถานพยาบาล ที่ตั้งอยู่ใน กรุงเทพมหานคร ดำเนินงานในรูปแบบธุรกิจแสวงหากำไร คิดค่าบริการประมาณ 400-800 บาทต่อวัน รองลงมาคือสถานสงเคราะห์ สถานดูแล และพักฟื้น สถานพยาบาลและสถานดูแลพักฟื้นปนกัน และรูปแบบอื่นๆ เช่น ศูนย์สงเคราะห์ และมูลนิธิ เป็นต้น มูลนิธิดำเนินงานโดยไม่หวังผลกำไร บริการสวัสดิการที่องค์กรอิสระจัดขึ้นส่วนใหญ่เป็นบริการด้านที่อยู่อาศัยและบริการพื้นฐานที่จำเป็นในการสงเคราะห์ผู้ไร้ที่พึ่ง บริการทางสุขภาพ บริการนันทนาการ กิจกรรมทางศาสนา การฃาปนกิจ และชมรมผู้สูงอายุ องค์กรอิสระ เช่น สภากาชาดไทย Helpage International และองค์กรทางศาสนาต่างๆ การให้การดูแลผู้สูงอายุอยู่ในรูปของสถานบริการมากที่สุด ส่วนใหญ่แฝงไว้กับวัดทางพุทธศาสนาหรือจัดตั้งโดยองค์กรของศาสนาคริสต์ สถานบริการมีทั้งที่ไม่เก็บค่าใช้จ่ายและเสียค่าบริการบางส่วนตามเศรษฐฐานะของผู้สูงอายุ สำหรับการให้บริการชุมชนยังมีรูปแบบที่ไม่ชัดเจนขึ้นอยู่กับองค์กรที่ให้บริการ เช่น การให้เงินอุดหนุนรายเดือน สนับสนุนซ่อมแซมที่พักอาศัย ช่วยเหลือด้านอาหารและเครื่องอุปโภค

2.2 ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทยและต่างประเทศ จากการพัฒนา ระบบสุขภาพในประเทศไทยให้แก่ผู้สูงอายุยังถือว่า อยู่ในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา เพราะเพิ่งจะมีการผลักดันให้เกิดพระราชบัญญัติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2540 และมีพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2550 ซึ่งในต่างประเทศที่เข้าสู่สังคมสูงอายุ ได้ดำเนินการมานานกว่า 30 ปีแล้ว รายละเอียดของการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุของไทย ดังจะกล่าวต่อไป

2.2.1 ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย การดำเนินการด้านผู้สูงอายุ จากอดีตจนถึงปัจจุบัน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2544) ได้บรรยายไว้เป็น 2 ระยะคือ ระยะต้น เป็นระยะก่อนที่จะมีนโยบายและแผนระดับชาติ และระยะปลายเป็นระยะที่มีแผนระยะยาวด้านผู้สูงอายุ ระยะต้น เริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2469-2529 โดยที่ปีพ.ศ. 2469 ได้มีการจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแคเป็นแห่งแรก ให้บริการสงเคราะห์ทางสังคมด้านที่อยู่อาศัย ต่อมาได้ตั้งชมรมผู้สูงอายุ และคลินิกผู้สูงอายุ ขึ้นที่โรงพยาบาลประสาทเมื่อพ.ศ. 2505 และพ.ศ. 2506 ตามลำดับ มีการจัดกิจกรรม ประปราย ต่างคนต่างทำ ไม่มีการวางแผนร่วมกัน ต่อมาเมื่อมีการประชุม “สมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุ” (The World Assembly on Ageing) ที่กรุงเวียนนา ประเทศออสเตรีย ในปี พ.ศ. 2525 ประเทศไทยได้นำแผนนานาชาติด้านผู้สูงอายุ มาจัดตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติและจัดทำแผนแม่บทด้านผู้สูงอายุฉบับแรก โดยประกาศใช้ในปี 2529 มีการดำเนินการมากมาย ทั้งด้านการเตรียมบุคลากร ด้านวิชาการ การวิจัย พัฒนางานบริการ โดยผลงานเกิดหลังปี พ.ศ. 2535 ซึ่งผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุ พบว่า ปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุ ไม่สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้

เนื่องจากยากจน ไม่มีรายได้อื่น หรือขาดผู้ดูแล ดังนั้น จึงมีการสนับสนุนดังกล่าว ซึ่ง วาทีณี บุญชะลิกย์ และยุพิน วรสิริอมร (2543) อธิบายว่าในปี 2540 คณะรัฐมนตรีได้มีนโยบายสนับสนุนประชาชนทุกคน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีรายได้น้อย ผู้ใช้แรงงาน ผู้สูงอายุ รับบริการสาธารณสุข ทั้งในด้าน ป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพฟื้นฟูสภาพ และรักษาพยาบาล ให้การสงเคราะห์ด้านรักษาพยาบาลแก่ผู้มีรายได้น้อย ผู้สูงอายุ ให้ได้รับบัตรสงเคราะห์การรักษาพยาบาลอย่างทั่วถึง ดูแลความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุข ปีพ.ศ.2539 สนับสนุนการสร้างระบบประกันสุขภาพ ผู้ยากไร้ ผู้ด้อยโอกาส ผู้สูงอายุ ให้ได้รับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลของรัฐโดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล ในปี พ.ศ. 2540 มีบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ มาตรา 54 และมาตรา 80 ว่าด้วย การช่วยเหลือด้านสวัสดิการ ในด้านการดูแลสุขภาพ มีพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตราที่ 6 ว่าด้วยสุขภาพผู้สูงอายุต้องได้รับการส่งเสริมและคุ้มครองที่สอดคล้องและเหมาะสมกัน ซึ่งอำพล จินดาวัฒนะ (2546: 22)ให้ความเห็นว่า ถ้าพึ่งรัฐไม่สามารถทำได้ทั้งหมด เพราะสุขภาพเป็นผลกระทบจากระบบต่างๆ ในสังคม กระทรวงสาธารณสุขเพียงแค่ตั้งรับ รอซ่อมเหี่ยวๆ บำบัดที่ปลายเหตุเท่านั้น จึงเป็นหน้าที่ทุกคนในระบบสังคมเข้ามามีส่วนร่วมสร้างสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ

ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย มีรูปแบบที่ วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และคณะ (2545: 56) ได้เสนอไว้ว่า มีการบริการสุขภาพและบริการสังคมไปด้วยกัน คือ กระทรวงสาธารณสุขรับผิดชอบด้านบริการสุขภาพ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม รับผิดชอบด้านสวัสดิการและบริการสังคม การบริการทั้ง 2 อย่าง ดำเนินการโดยทั้งภาครัฐและภาคเอกชน และมีองค์กรอิสระหลายองค์กรมีส่วนร่วมให้บริการทั้งในสถาบันและในชุมชน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.2.1.1 การบริการในสถาบัน ได้แก่ โรงพยาบาลของรัฐ ได้เริ่มจากการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ และคลินิกวัยทอง ซึ่ง บางแห่งสามารถจัดคลินิกบริการสำหรับผู้สูงอายุได้ แต่บางแห่งยังไม่สามารถแยกจากการตรวจโรคทั่วไปได้ บางโรงพยาบาลสามารถแยกหอผู้ป่วยเป็นหอผู้ป่วยสูงอายุ บริการทั้งระยะเฉียบพลันและเรื้อรัง เช่น โรงพยาบาลมหาราช เชียงใหม่จัดแยกคลินิกผู้สูงอายุได้หรือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีหน่วยงานฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม การแยกคลินิกหรือหอผู้ป่วย เมื่อสอบถามผู้เชี่ยวชาญยังมีความคิดแตกต่างกัน จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิบางท่านให้ข้อคิดว่าการมีคลินิกสูงอายุและหอผู้ป่วยเฉพาะยังไม่จำเป็น แต่ควรมีช่องทางที่อำนวยความสะดวก โดยไม่ต้องรอคิวนาน มากกว่า และผู้สูงอายุได้ควรอยู่ในหอผู้ป่วยร่วมกับผู้ป่วยวัยอื่นๆ ในขณะที่ผู้ทรงคุณวุฒิบางท่านเห็นว่า ควรมีคลินิกและหอผู้ป่วยเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ ด้วยเหตุผลที่ว่า การดูแลผู้สูงอายุมีความเฉพาะ ต้องใช้เทคนิคพิเศษ ส่วน

สถานพยาบาล (Nursing home) รับเฉพาะให้การพยาบาล หากเจ็บป่วยต้องส่งรักษาที่โรงพยาบาล นอกจากนี้ มีศูนย์/สถานบริการสุขภาพ ซึ่งมีทั้งเอกเทศที่เป็นกิจกรรมส่วนหนึ่งของเอกชน เน้นกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพทั่วไป ไม่มีเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ แต่มีโรงพยาบาลรัฐ คือ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี ได้ขยายการบริการสุขภาพเป็นพหุลักษณะ แม้ว่าไม่มีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ แต่ ผู้รับบริการส่วนใหญ่คือ ผู้สูงอายุ

2.2.1.2 การให้บริการสุขภาพในชุมชน การบริการนี้ มีศูนย์บริการผู้สูงอายุกลางวัน ซึ่งจะมีเฉพาะในโรงพยาบาลใหญ่ ได้แก่ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และโรงพยาบาลเอกชนบางแห่ง ส่วนศูนย์บริการชุมชนแบบเปิดเสรี หรือรูปแบบบริการแบบบูรณาการแก่ผู้สูงอายุ ในชุมชนเขตเมือง โดยใช้แนวคิด ยึดบ้านและผู้สูงอายุเป็นสำคัญ งานที่ให้ในรูปแบบบริการปฐมภูมิ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาละฟืนฟู มีพยาบาลเป็นบุคลากรหลักในการดูแล บริการโดยไม่คิดมูลค่า กิจกรรมได้แก่ การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาที่บ้าน การให้บริการทางสังคมที่บ้าน เช่นการประสานงานเพื่อจัดการปัญหาทางด้านสังคม ชมรมผู้สูงอายุ บริการดูแลกลางวัน การประสานงานเครือข่ายที่ไม่ใช่ทางการ การจัดทำแฟ้มข้อมูลประจำตัวผู้สูงอายุ และรวมทั้งทุกคนในครัวเรือน เพราะในทางปฏิบัติ ไม่สามารถแยกให้บริการเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุได้ เนื่องจากสัดส่วนครัวเรือน 150-200 ครัวเรือนต่อเจ้าหน้าที่ 4-5 คน นอกจากนี้ กิจกรรม

2.2.1.3 การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน จะเป็นระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุภายหลังภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน ออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่บ้าน ส่วนใหญ่ถ้าหลังเจ็บป่วยหนัก จะมีทีมสหสาขาจากโรงพยาบาลมาเยี่ยมด้วยในระยะหนึ่ง โรงพยาบาลเอกชนบางแห่งได้ขยายกิจการ โดยจัดส่งพยาบาลไปให้การดูแลที่บ้าน เรียกว่า Home care

2.2.1.4 การให้บริการทางสังคมในสถาบัน ส่วนใหญ่ดำเนินการโดยภาครัฐ เช่น สถานสงเคราะห์คนชรา สถานสงเคราะห์เอกชน ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ ส่วนการบริการสังคมในชุมชน เช่น ศูนย์บริการผู้สูงอายุในวัด โดยชุมชน กองทุนเบียร์ยังชีพ ศูนย์สงเคราะห์ประจำหมู่บ้าน นอกจากนี้ สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (2541) ได้เสนอแนวคิดไว้เกี่ยวกับหลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ มีประเด็นสำหรับผู้สูงอายุ คือ รอยต่อของการพบกันระหว่างผู้รับบริการกับการบริการปฐมภูมิ ซึ่งจะต้องเข้าถึงชุมชน และทำให้การบริการเข้าถึงประตูบ้าน ทั้งนี้จะอาศัยทั้งเครือข่ายที่ไม่เป็นทางการ (Informal network) ภายในชุมชน เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัคร ผู้นำชุมชน เป็นต้น และเครือข่ายที่เป็นทางการ (Formal network) เช่น บุคลากรเยี่ยมบ้าน พยาบาลชุมชน บุคลากรสายสังคม แพทย์ คำรวจ เป็นต้น ในการนำผู้สูงอายุที่ต้องการการบริการเข้าสู่ระบบบริการของประเทศทั้งทางด้านสุขภาพและสังคม การบริการในชุมชนจะต้องมีลักษณะ

บูรณาการ มีการประสานงานระหว่างการบริการสุขภาพและสังคมโดยอาจประกอบไปด้วย บริการเยี่ยมบ้าน บริการดูแลกลางวัน บริการแนะนำกลั้นปัสสาวะ การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน บริการดูแลบ้าน บริการอาหาร บริการให้คำปรึกษาและจัดการด้านสังคม บริการให้ความรู้และการสื่อข่าวสาร ส่วนการบริการในสถานบริการอาจประกอบไปด้วย คลินิกผู้สูงอายุ บริการโรงพยาบาลกลางวัน (Day hospital service) บริการพักชั่วคราว (Respite care) บริการบ้านพักฉุกเฉิน บริการบ้านพักพิง และสถานนุเคราะห์ สถานพยาบาลเนียบพลัน สถานพยาบาลเรื้อรัง ซึ่งแนวทางการดำเนินงานนี้ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ฯ ได้ดำเนินการศึกษาเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม (Participatory action research) เพื่อพัฒนารูปแบบของการบริการสุขภาพในชุมชน ที่เรียกว่า โครงการกรุงเทพ 7 โดยความร่วมมือของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 (ลุมพินี) สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย มีรายละเอียดการดำเนินงานดังนี้

รูปแบบกรุงเทพ 7 ประกอบด้วย “ระบบการบริการที่บ้าน” และ “ระบบการบริการชุมชน” ระบบการบริการที่บ้านประกอบด้วยกิจกรรมมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสิ่งจำเป็นของทั้งระบบบริการที่บ้านและระบบบริการชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำ ชุมชนได้รับเชิญให้เข้าร่วมในทุกขั้นตอนของการดำเนินการและการวางแผน หลังจากหนึ่งปีของการพัฒนารูปแบบ กรุงเทพ 7 พบว่า ประสบความสำเร็จในการพัฒนาโดยเสนอผลการดำเนินงานและส่งต่อการบริหารจัดการระบบบริการของรูปแบบกรุงเทพ 7 ให้กับสำนักอนามัยกรุงเทพฯ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2546 กิจกรรมบริการ ได้แก่ บริการเยี่ยมบ้านประจำ การประเมินที่บ้าน การพยาบาลที่บ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน การให้ความรู้/ให้คำปรึกษาที่บ้าน การบริการเพื่อความต่อเนื่องต่อการรักษาโรคเรื้อรัง (โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง วัณโรค) การบริการสังคม การบริการประคับประคอง และการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต การดำเนินการกิจกรรม/ระดับชุมชน (Community-based services) จะต้องประสานและสนับสนุนซึ่งกันและกันภาครัฐและชุมชน ในขณะที่ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนเป็นเงื่อนไขจำเป็นของความสำเร็จของการดำเนินกิจกรรมระดับชุมชน ความร่วมมือระหว่างสหสาขาวิชาชีพเป็นหัวใจสำคัญของการบริการที่บ้านและกิจกรรมบริการเพื่อการสนับสนุน โครงการกรุงเทพ 7 ศึกษาในพื้นที่สองแขวง ที่เขตใจกลางของกรุงเทพมหานคร ภายใต้อำนาจรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 16 (ลุมพินี) ของสำนักอนามัย ครอบคลุมประชากรในพื้นที่ทั้งหมดซึ่งมีประมาณ 60,000 คน ศูนย์บริการสาธารณสุข 16 เป็นศูนย์สุขภาพระดับชุมชนได้ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานหลัก และดำเนินการการบริการสุขภาพใน

ชุมชนให้แก่ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบโดยมีโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และ สภากาชาดไทย เป็นหน่วยรับการส่งต่อและร่วมสนับสนุนการศึกษานี้

ในการจัดระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จำเป็นต้องมีการประชุมกลุ่มสาขาวิชาชีพ ซึ่งได้แก่ กลุ่มบริการพื้นที่ (มีหลายกลุ่มซึ่งรับผิดชอบพื้นที่ต่างๆกัน) ประกอบด้วยพยาบาลครอบครัว หนึ่งคนในฐานะหัวหน้ากลุ่ม และพนักงานสุขภาพชุมชนจำนวน 2-3 คน และกลุ่มที่สอง คือ กลุ่มบุคลากรสนับสนุนซึ่งเป็นบุคลากรวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักกายภาพบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ หรือองค์กรท้องถิ่น การประชุมเพื่อผลการประเมินผู้สูงอายุที่สำรวจไว้แล้วนำมาวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือแต่ละราย กำหนดระยะเวลาประชุมขึ้นอยู่กับข้อตกลงในแต่ละชุมชน จากการดำเนินการพัฒนารูปแบบของการบริการสุขภาพในชุมชน โครงการกรุงเทพ 7 นี้ เห็นว่าเป็นรูปแบบตัวอย่างที่ดีแก่ การสร้างระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญยิ่งในการให้ชุมชนมีส่วนร่วม คือ บทบาทผู้ประสานงานของพยาบาลครอบครัว และการสื่อสารที่จะทำให้ระบบบริการสุขภาพดำเนินไปตามแผนที่วางไว้ และที่สำคัญอีก คือ การสนับสนุนของสหสาขาวิชาชีพที่ได้เข้าร่วมทีมในการดูแลสุขภาพชุมชน

แบบแผนของระบบบริการสุขภาพชุมชนตามการศึกษาของฉัตรวรัญ องค์กรสิงห์ และคณะ (2549) มีองค์ประกอบที่สำคัญ คือ

(1) **ทุนทางสังคม** โดยชุมชนให้ความสำคัญกับคนที่มีใจ มีจุดมุ่งหมายอุดมการณ์ร่วมกัน มีจิตสำนึกร่วมเน้นที่ผู้นำและภาวะที่จะสามารถดูแลบริหารระบบบริการสุขภาพชุมชนได้

(2) **แบบแผนความสัมพันธ์** ทุนทางสังคม เมื่อเกิดขึ้นจะเกี่ยวร้อยกับองค์ประกอบอื่น ๆ ได้แก่ การพึ่งพาอาศัยกัน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การมีส่วนร่วม การอบรม การบริหารจัดการ

(3) **การสนับสนุนการบริการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง** ได้แก่ หน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐ มีสาธารณสุขจังหวัด อำเภอ สถานีอนามัย, โรงพยาบาลชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งองค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล วัดและบทบาทของพระสงฆ์ สถาบันการศึกษาในท้องถิ่น และวิถุชุมชน

(4) **บุคลากรในระบบ** ที่ชุมชนเห็นว่าจำเป็นในระบบบริการได้แก่ แพทย์, พยาบาล, อาสาสมัครสาธารณสุข และหมอพื้นบ้าน โดยองค์ประกอบเหล่านี้จะต้องเชื่อมโยงกันด้วย

(5) ระบบความรู้ ที่ชุมชนมีความประสงค์ที่จะรับแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทบสวนและสังเคราะห์ โดยระบบความรู้ที่เป็นความคิดของชุมชนจะประกอบด้วย คน, ความรู้, ทรัพยากรในชุมชน, เงินสนับสนุน, วัฒนธรรมและความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยเฉพาะการจัดสร้างชุมชนไว้ในระบบความรู้ เนื่องจากคนในชุมชนเห็นว่า เขาจะจะเป็นที่พึ่งของชุมชนและสังคม

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี (ยุพา สุทธิมนัส, 2551) เป็น โครงการพัฒนารูปแบบการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครบวงจร (จากสถานพยาบาลสู่ชุมชน) มีจุดประสงค์หลัก คือ พัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุในสถานบริการและชุมชนโดยมุ่งเน้นบริการ สุขภาพแบบองค์รวมใน 4 มิติ กลุ่มที่มีส่วนร่วมได้แก่ ผู้สูงอายุในชุมชนที่ศึกษา แคนนำ, อาสาสมัครสาธารณสุข, ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน, ผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในครอบครัว, พระในวัดประจำชุมชน, บุคลากรสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชาชีพ มีการได้จัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพในชุมชน โดยการสนับสนุนขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ชมรมผู้สูงอายุในชุมชนและคณะกรรมการชุมชน จัดสร้างเครือข่ายชุมชน

กิจกรรมในศูนย์ฯ คือ การตรวจคัดกรองโรคเบื้องต้น ให้ความรู้ในการดูแลตนเอง ช่วยเหลือด้านสังคมสงเคราะห์ บริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ จัดอบรมพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ จัดกิจกรรมรณรงค์การดูแลผู้สูงอายุ การดำเนินงานเป็นเครือข่ายให้ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ดำรวจผู้สูงอายุที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ให้ความช่วยเหลือในเรื่องสุขภาพกายและจิตใจ ติดตามเยี่ยมบ้าน และติดตามผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ ด้านพระภิกษุจัดเทศนาออกเสียงตามสายในเรื่องสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่โรงพยาบาล จัดบริการทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ ให้บริการด้านการรักษาโรคเบื้องต้นให้ความรู้ด้านส่งเสริมสุขภาพ, การป้องกัน, การฟื้นฟูสภาพ บริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในรายที่เป็นโรคเรื้อรัง และส่งต่อแผนกผู้ป่วยเฉพาะทาง หรือส่งดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การดูแลผู้ป่วย ในแต่ละโรคของแต่ละแผนก เตรียมตั้งเตียงรับผู้ป่วยสูงอายุเข้ารับรักษา จนถึงขั้นเตรียมผู้ป่วยผู้สูงอายุก่อนกลับบ้าน และส่งต่อถึงชุมชน

ผลการดำเนินงานโครงการ มีระบบบริการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจรจากสถานพยาบาลสู่ชุมชน ผู้สูงอายุเกิดทักษะดูแลสุขภาพตนเองได้ตามอัตภาพ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มากขึ้น ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้มาก ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีงานทำ ทำให้ชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็งในความร่วมมือ มีบริการเชิงรุกเยี่ยมบ้าน โดย อาสาสมัครดูแล

ผู้สูงอายุและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข วัด/ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ มีศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นศูนย์สุขภาพชุมชนให้บริการป้องกันส่งเสริมรักษาฟื้นฟู (4 มิติ) มีระบบรองรับ การส่งต่อผู้สูงอายุจากบ้านถึง โรงพยาบาล มีศูนย์ Day care รองรับผู้สูงอายุ ที่บุตรหลานไปทำงานนอกบ้าน

2.2.2 ระบบบริการสุขภาพของต่างประเทศ จากสถานการณ์การเพิ่มประชากรของผู้สูงอายุโลกส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสังคมหลายด้าน เช่น ด้านแรงงาน รายได้ ที่อยู่อาศัย และปัญหาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ต้องการการดูแลด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเหตุการณ์เหล่านี้ได้เกิดขึ้นกับประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ประเทศทางยุโรปและอเมริกา สำหรับประเทศที่กำลังพัฒนาอาจไม่มีการตระหนักและไม่เตรียมตัวที่จะรองรับสถานการณ์ผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลก (World Health Organization = WHO) จึงมีบทบาทในการกระตุ้นให้ประเทศสมาชิกสนใจเกี่ยวกับปรากฏการณ์ ด้านผู้สูงอายุเป็นครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2525 มีข้อเสนอให้ประเทศต่างได้นำไปดำเนินการ และในปี 2535 ได้ประกาศให้วันที่ 1 ตุลาคม ของทุกปี เป็นวันผู้สูงอายุสากล (International day for the elderly) และนอกจากนี้ ที่ประชุมสมัชชาใหญ่ขององค์การสหประชาชาติยังได้มีมติให้ประกาศว่าด้วยผู้สูงอายุ (Proclamation on aging) กำหนดแผนยุทธศาสตร์ของผู้สูงอายุในทศวรรษระหว่าง ค.ศ. 1992-2001 และ ในปี พ.ศ. 2547 WHO ได้ประกาศให้มี Age-friendly primary health care ที่สถานอนามัยใกล้บ้าน (Primary Health Care = PHC) โดยมีหลักใหญ่ 3 ประการที่ต้องจัดทำ คือ 1) สถานอนามัย (PHC) ที่จัดให้บริการพิเศษเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแต่สามารถใช้ได้กับทุกกลุ่มอายุ ได้แก่ ด้านข้อมูลสุขภาพ ด้านความรู้ ด้านการสื่อสาร และการฝึกอบรม รวมถึงการฝึกเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ด้านการสูงอายุ เพื่อให้การดูแลสุขภาพศึกษาแก่ผู้ป่วย 2) จัดระบบบริการสาธารณสุข ได้แก่ การปรับขั้นตอน ต่าง ๆ การลงทะเบียนในความต้องการพิเศษของผู้สูงอายุ ที่ต้องให้ความต่อเนื่อง และบันทึกในแต่ละครั้งที่มารับบริการในเวลา 3) สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ต้องสะอาด สะดวก สบาย และรูปแบบเป็นสากล

จะเห็นว่า WHO มีการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุมานานหลายปี หลาย ๆ ประเทศได้นำแนวทางของ WHO ไปดำเนินงาน และหลายประเทศที่เข้าสู่สังคมสูงอายุในระดับต้น ๆ ได้พัฒนาการดูแลผู้สูงอายุไปอย่างมาก ซึ่ง วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง (บรรณาธิการ, 2545: 42-54) ได้กล่าวถึงระบบบริการสุขภาพของผู้สูงอายุของประเทศต่าง ๆ ไว้ ดังนี้

ประเทศออสเตรเลีย มีวิวัฒนาการของระบบบริการที่จำเพาะสำหรับผู้สูงอายุที่ชัดเจนเข้มแข็งที่เรียกว่า Aged Care System ซึ่งประกอบด้วย การดูแลผู้สูงอายุทั้งในสถาบัน (Residential Aged Care) และชุดการดูแลที่บ้านและในชุมชน (Community Aged Care Package)

การดูแลผู้สูงอายุทั้งในสถาบัน (Residential Aged Care) สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลมาก จะให้อยู่ใน Nursing Home และที่ต้องการความช่วยเหลือเล็กน้อยอยู่ใน Hostel

ชุดการดูแลที่บ้านและในชุมชน (Community Aged Care Package) ได้แก่

1. การดูแลที่บ้านและในชุมชน (Home And Community Care Program, HACC) ดำเนินโดยรัฐบาลกลาง และมลรัฐจัดบริการสนับสนุนสำหรับผู้ที่จะดูแลตัวเองในสังคมได้ และปรารถนาจะอยู่บ้าน สิ่งที่ทำให้บริการได้แก่ การให้การพยาบาลที่บ้าน การดูแลส่วนบุคคล การดูแลด้านอาหาร การเคลื่อนย้ายตัว การดูแลบ้าน การช่วยเหลือด้านสุขภาพอื่นๆ

2. ชุดบริการผู้สูงอายุในชุมชน (Community Aged Care Packages, CACP) เป็นลักษณะสนับสนุนให้ผู้สูงอายุอยู่ที่บ้านเทียบเท่า Hostel หรือ ต้องการความช่วยเหลือในด้าน การแต่งตัว การเคลื่อนย้าย การขึ้นเตียงลงเตียง การอาบน้ำ การใช้โทรศัพท์ การขนส่ง การซื้อของ การเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน การดูแลบ้านเล็กๆน้อยๆ การรับประทานยา การจัดการเรื่องการเงิน และการให้บริการส่วนบุคคล

3. ชุดบริการสนับสนุนครอบครัว เช่น ศูนย์บำบัดกลางวัน ให้บริการ Physiotherapy, Occupational Therapy มี Multipurpose Services ที่ยืดหยุ่นให้กับผู้สูงอายุ ที่มีความต้องการแต่เข้าไม่ถึงบริการ เช่น จัดที่ชนบทเล็กๆ และบริการ Home Nursing Care Package ซึ่งมีคุณภาพบริการสูง และให้บริการส่วนบุคคลแก่ผู้ต้องพึ่งพาสูงที่ยังอยู่ในบ้านของตัวเอง

ประเทศญี่ปุ่น เป็นประเทศที่ประชากรอายุยืนยาว สัดส่วนผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมากกว่า 30 ปี จึงมีบริการผู้สูงอายุเป็นระบบ ครอบคลุม 2 กลุ่มประชากร คือ กลุ่มที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ (อายุ 40-64 ปี) และกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) การบริการสุขภาพได้แก่ชุดบริการแก่กลุ่มที่จะเข้าสู่วัยสูงอายุ (อายุ 40-64 ปี) เป็นบริการที่ให้ประชากรเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ และสามารถสร้างสรรค์ให้สังคมได้ บริการที่จัดให้ประกอบด้วย

1. คู่มือประกันคุณภาพ การให้สุขศึกษา การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ การตรวจสุขภาพมีทั้งขั้นพื้นฐาน ได้แก่ ชั่งน้ำหนัก สัมภาษณ์ ประเมินร่างกาย ตรวจปัสสาวะ ตรวจหลอดเลือดและหัวใจ ตรวจเลือดเคมี ตรวจภาวะโลหิตจาง ตรวจระดับน้ำตาลในเลือด ให้คำแนะนำในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต

2. การฝึกสมรรถภาพของร่างกายได้แก่ การฝึกฝนกิจกรรมขั้นพื้นฐาน การเล่นเกม การวาดรูป การสื่อสาร มิตรสัมพันธ์ การเยี่ยมบ้านเพื่อให้คำแนะนำในกรณีที่ถูกไม่ได้ หรือผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือผู้ที่มีความต้องการ เยี่ยมบ้านในการให้คำแนะนำในด้าน อาหารที่เหมาะสม การดูแลช่องปากและฟัน

กลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) มีบริการ 2 อย่าง คือการให้บริการที่บ้านและการให้บริการในสถานหรือในศูนย์ รวมทั้งโรงพยาบาล ซึ่งการจัดบริการนี้ทำโดยภาครัฐและเอกชน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเอกชนดำเนินการร้อยละ 53-90

1. การบริการที่บ้าน (In – home service) เป็น บริการที่ให้กับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย และแพทย์อนุญาตให้อยู่ที่บ้านได้ หรืออยู่ในสถานบำบัดที่มีผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ บริการเยี่ยมบ้าน บริการดูแลกลางวัน บริการพักระยะสั้น (Short stay) การจะได้รับการอะไรนั้น ขึ้นอยู่กับ การประเมิน หากต้องดูแลระยะยาว จะได้รับใบรับรองจากแพทย์ประจำครอบครัว กรณีที่ต้องการอยู่บ้าน จะมีบริการเสริม เช่น การจัดอุปกรณ์เครื่องช่วย บริการอาหาร และการช่วยอาบน้ำ

2. การให้บริการในสถานหรือศูนย์ ผู้ที่เจ็บป่วยหรือสมองเสื่อม ที่ต้องได้รับการบำบัดรักษาอย่างใกล้ชิด เมื่อรักษาในโรงพยาบาลดีขึ้น จะถูกจัดให้อยู่ใน Special Nursing Home และถ้าดีขึ้น ต้องการความช่วยเหลือน้อยลง สามารถไปรับบริการที่ Home for Elderly หรือที่ Care Houses สามารถอยู่ลำพังได้เพียงแต่ใช้รถเข็น และผู้ดูแลบ้านเท่านั้น

ประเทศสิงคโปร์ การบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ รัฐบาลเป็นผู้สนับสนุนด้านการเงิน มีทั้งในและนอกสถาบัน ทั้งบริการที่บ้านและในชุมชน ในสถาบัน ได้แก่ โรงพยาบาลกลางวัน โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยเรื้อรัง และ Nursing Home

การบริการในชุมชน สำหรับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี และเจ็บป่วยที่ไม่จำเป็นต้องอยู่ในโรงพยาบาล รัฐบาลจึงสนับสนุนการดูแลในชุมชน เพื่อช่วยให้ครอบครัวดูแลผู้สูงอายุในบ้านได้ การดูแลในชุมชนได้แก่

1. สถานบริการสนับสนุนการดูแลในชุมชน (Community – Based Support Services) ให้บริการสนับสนุนแบบต่างๆเช่น Social Day Center (เป็นศูนย์ทำกิจกรรมมีโอกาสสังสรรค์กับบุคคลอื่น) Senior Activity Center Day Rehabilitation Centers และ Sheltered นอกจากนี้ยังมีบริการอีก เช่น Day Care for Dementia Home Care การให้ยาที่บ้าน การพยาบาลที่บ้าน

2. การบริการในชุมชน ให้บริการผู้สูงอายุที่อยู่ลำพังและต้องการการบริการในชุมชน บริการที่ให้ ได้แก่ Befriend Service, Meal Service, Senior Citizen’s Club

3. การบริการตามบ้านให้บริการทำความสะอาดเสื้อผ้า การปรับปรุงบ้านให้เหมาะกับภาวะผู้สูงอายุ เช่น การทำราวเกาะเดินในบ้าน และการปรับพื้นบ้าน สายด่วนฉุกเฉิน (Telephone Hotline Service) การจัดอาสาสมัครร่วมเดินทางไปโรงพยาบาล การจัดอาสาสมัครช่วยเหลือต่าง ๆ

ประเทศสหรัฐอเมริกา มีระบบบริการประกอบด้วย บริการดูแลผู้สูงอายุในระยะเฉียบพลัน ระยะเปลี่ยนผ่าน และระยะยาว ทั้งในสถานบริการ ในชุมชนและที่บ้าน บริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคร้ายก่อนสูงอายุ และวัยสูงอายุ

1. บริการดูแลผู้สูงอายุในระยะเฉียบพลัน (Acute care) โรงพยาบาลในอเมริกา แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ โรงพยาบาลที่พักรักษาในระยะสั้น คือน้อยกว่า 30 วัน และโรงพยาบาลที่พักรักษาในระยะยาว คือมากกว่า 30 วันขึ้นไป

2. การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional care) การปฏิรูประบบสุขภาพผลักดันให้โรงพยาบาลต้องลดขนาดและจำหน่ายผู้ป่วยเร็วขึ้น และเกิดการดูแลแบบ Step-down Care ใน Sub-acute facilities บริการมีหลากหลายตามแผนประกันสุขภาพ ที่ผู้ซื้อประกันเลือกใช้ ปัจจุบันนิยมใช้ Manage care ในการประสานระบบบริการสุขภาพตามความต้องการของผู้สูงอายุ

3. การดูแลระยะยาว (Long term care) มีทั้งในสถานบริการหรือศูนย์การดูแล และที่บ้าน สถานที่สำคัญคือ Nursing home, Nursing facility, Nursing Center รวมถึงสถานบำบัดต่างๆ เช่น Assist Living Program และ Hospice Care เป็นต้น จนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้สูงอายุอาจอาศัยอยู่ที่บ้านตนเองหรือบ้านพักชั่วคราว เช่น Group Home, Retirement Home, Hospice หรือ ศูนย์ดูแลในชุมชน เช่น Senior Center Adult Day Care เป็นต้น

4. การดูแลที่บ้านและชุมชน (Home-Based and Community-Based Care) แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ Formal Service ได้แก่ Home Health Care ซึ่งเป็นบริการระยะสั้นเพื่อ Assessment Observation, Teaching, Technical Skills และ Informal Service ได้แก่ Senior Citizen Center, Adult Day Care, Nutrition Service, Transportation Service และ Telephone monitoring Service เป็นต้น

ประเทศอังกฤษ มีการผสมผสานบริการทางสุขภาพและสังคมในการให้บริการผู้สูงอายุ ทำให้คุณภาพ การรักษาในโรงพยาบาลและ Residential และ Nursing Home จัดบริการโดยภาครัฐ และเอกชน ถ้าเป็นภาครัฐจัดเป็นบริการของสังคม รับผิดชอบโดย Local Social Service Department ส่วนบริการสุขภาพ อยู่ในความรับผิดชอบของ Health Authority แต่ในปี ค.ศ. 2002 มีการรวม Nursing Home และ Resident Home เป็น Care Home

การบริการในชุมชน มีงานบริการที่โดดเด่น คือ

1. งานบริการสุขภาพโดยพยาบาล ซึ่งประสานงานกับแพทย์ GP งานบริการสุขภาพในชุมชน ได้แก่ Nursing Service หลังออกจากโรงพยาบาล และเพื่อการฟื้นฟูและการพักฟื้น ต่อเนื่องถึงบ้าน ครอบคลุมการดูแลในชุมชน หรือศูนย์สุขภาพ และ Residential Home

2. Palliative Care Service และ Hospice at Home มีการบริการเพิ่มเติม เช่น Macmillan Nurse เป็นบริการที่พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย หรือ Marie Curie Service จะแนะนำเกี่ยวกับความเจ็บปวดเป็นการดูแลผู้ป่วยมะเร็ง หรือการดูแลเกี่ยวกับ Continence Service ในเรื่องของการควบคุมการขับถ่ายสำหรับผู้ที่ปัญหาเรื่องของ Incontinence ได้อย่างเหมาะสม

3. Mental Health Service สำหรับผู้ที่มีปัญหาทาง Functional and Organic Mental Illness, Home Respite Scheme เป็นบริการที่ช่วยดูแลผู้ป่วยที่บ้านและช่วยลดความกดดันของผู้ดูแลพยาบาลชุมชน (District Nurse) เป็นหัวหน้าทีมในการดูแลผู้ป่วยและเป็นผู้ประสานงาน

4. สหสาขาวิชาชีพอื่นที่ให้บริการในชุมชน ได้แก่ Physiotherapy, Occupational Therapy, Equipment Service, Optical Services, Dental Service, Chiropody, Nutrition and Dietary Service และ Community Pharmacist

การบริการสังคม ซึ่งหน่วย Social Service Department เป็นผู้ดำเนินการตั้งแต่การประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ การวางแผนการดูแล เสนอและจัดซื้อบริการ พร้อมทั้งติดตามประเมินผล เพื่อให้บริการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ งานบริการสังคมที่จัดให้ ได้แก่ การดูแลบ้าน งานซักกรีด การช่วยซื้อของ การจัดทำและรวบรวมเอกสาร นอกจากนี้ ยังจัด Day Care และ Respite Care เพื่อให้ผู้ดูแลได้พัก บางครั้งจัดพาผู้สูงอายุไปเที่ยวพักผ่อน เช่น ไปชายทะเล จะเรียกว่าไป Holidays

ประเทศอิสราเอล (Rosen, 2003; 59-71) กล่าวถึงระบบการดูแลผู้สูงอายุในยุคที่เปลี่ยนผ่านบริการให้เป็นไปในทำนองเดียวกับประเทศในยุโรป มีระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุคือ

1. ระบบบริการใน Nursing Home และที่บ้าน (Home Health Care) สนับสนุนให้ครอบครัวดูแลด้าน Personal Care และ

2. Social Care ซึ่งรับผิดชอบในการดูแลผู้พิการ ผู้อ่อนแอหรือด้อยโอกาส และการให้บริการอื่นๆ ได้แก่ Respite Care, Day Care, House Managing, Meal Delivery, Laundry Service, Incontinent Care and Alarm System หรือการปรับที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุในการดำรงชีวิต และเนื่องจากข้อจำกัดในด้านงบประมาณและจากการเพิ่มของประชากรสูงอายุ แต่ไม่สามารถสนับสนุนที่อยู่เพิ่มเติมได้ ทำให้เกิดการแออัดและบางแห่งที่ได้มีการดำเนินการแล้วเช่น Respite Care ต้องแบ่งงบประมาณไปช่วยด้านอื่น จึงมีแนวคิดพัฒนานวัตกรรมใหม่ โดยให้ชุมชนช่วยสนับสนุนดูแลผู้สูงอายุได้คงอยู่ในชุมชน มีอาสาสมัครช่วยดูแล โครงการนี้ ประสบผลสำเร็จและได้ขยายออกไป โดยเพิ่ม พยาบาลเข้ามาเป็นหัวหน้าทีมและเป็นผู้ประสานงานส่งเสริมสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องกับระบบบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้วิเคราะห์และสังเคราะห์แนวคิดดังกล่าว ผลการวิเคราะห์แนวคิดพบว่า มีความเหมือนและความต่าง ดังตารางที่ 4 และพบว่า แนวคิดของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2546) และของ Koder and Kyriacou (2000) มีความครอบคลุมในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ทั้งด้านสุขภาพและสังคม ซึ่งตรงกับวัตถุประสงค์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ผู้วิจัยจึงสังเคราะห์การบริการผู้สูงอายุในชุมชนออกเป็น 8 ด้านเพื่อที่จะดำเนินการศึกษาต่อไป โดยนำไปสร้างกรอบการวิจัย ดังนี้

ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ 1) ด้านการจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน 2) ด้านการให้ความรู้และคำปรึกษาที่บ้าน 3) ด้านการเยี่ยมบ้าน 4) ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน 5) ด้านการพยาบาลที่บ้าน 6) ด้านการบริการดูแลทดแทน 7) ด้านการบริการประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต และ 8) การบริการติดตามต่อเนื่องในการรักษาโรคเรื้อรัง ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงองค์ประกอบของระบบบริการพยาบาลในชุมชนของประเทศไทยและ
ต่างประเทศ

ระบบบริการพยาบาล ผู้สูงอายุ ในชุมชน	ออสเตรเลีย (อ้างอิงในวรรณภา ศิริชัยรัตน์และคณะ, 2545)	ญี่ปุ่น(อ้างอิงในวรรณภา ศิริชัยรัตน์และคณะ, 2545)	สิงคโปร์(อ้างอิงในวรรณภา ศิริชัยรัตน์และคณะ, 2545)	สหรัฐอเมริกา(อ้างอิงในวรรณภา ศิริชัยรัตน์และคณะ, 2545)	อังกฤษ(อ้างอิงในวรรณภา ศิริชัยรัตน์และคณะ, 2545)	ประเทศอิสราเอล (Rosen, 2003)	Koder and Kyniacou (2000)	คณะแพทยศาสตร์(2546) กรุงเทพฯ 7	อรวรรณ์ ดุหาและนันทศักดิ์ ธรรมานันต์. (2552).	อุษา สุทธิมนต์ (2551)	ศรีวารณา ดันศิริและคณะ (2551)	ถัยกษณา จิตดีไพฑูริย์ (2538)
1. บริการเยี่ยมบ้าน	/	/		/	/	/	/	/	/	/	/	/
2. การประเมินที่บ้าน	/	/		/	/	/	/	/	/	/	/	/
3. การให้ความรู้และ คำปรึกษาที่บ้าน	/	/			/		/	/	/	/	/	/
4. การพยาบาลที่บ้าน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
5. การฟื้นฟูสมรรถภาพที่ บ้าน	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
6. การบริการดูแลทดแทน			/		/		/	/	/	/		
7. การติดตามรักษา โรคเรื้อรังต่อเนื่อง							/	/	/	/	/	/
8. การบริการระคับประคอง และการดูแลระยะสุดท้าย ของชีวิต	/	/		/	/	/		/				

2.3 ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุ ในจังหวัดน่าน การบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในสถานบริการได้แก่ โรงพยาบาลน่าน(500 เตียง) และโรงพยาบาลชุมชนระดับ 120 เตียง 1 แห่ง (โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว) ระดับ 30 เตียง 10 แห่ง ระดับ 10 เตียง 1 แห่ง จำนวนสถานีนอนามัย 111 แห่ง หมู่บ้านทั้งจังหวัด 913 หมู่บ้าน พยาบาลวิชาชีพทั้งหมด 730 คน ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลน่าน 373 คน โรงพยาบาลชุมชน 274 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานีนอนามัย 86 คน (สำนักงานสาธารณสุขน่าน, 2551) ในจังหวัดน่านไม่มีโรงพยาบาลเอกชน อัตราพยาบาลต่อ

ประชากรเท่ากับ 1:652 คน อัตราแพทย์ในจังหวัดเท่ากับ 1: 6346 คนในด้านการจัดระบบบริการสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุยังไม่เป็นสัดส่วน ไม่ว่าจะการให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือแผนกผู้ป่วยในคงให้บริการร่วมกับผู้ป่วยทั่วไป โรงพยาบาลน่าน และโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว สามารถแยกตรวจเป็นคลินิกต่างๆได้ ตามจำนวนแพทย์เฉพาะทาง เช่น โรคไม่ติดต่อ (NCD) คลินิกออร์โธปิดิกส์ คลินิกศัลยกรรม ฯลฯ ส่วนโรคอื่นๆ เข้ารับการตรวจเป็นแผนกผู้ป่วยนอกทั่วไป ส่วนผู้ป่วยในก็ยังไม่สามารถแยกเป็นเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ ทำให้ต้องนอนรวมกับผู้ป่วยอายุที่มีอายุ แตกต่างกัน โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็กจะไม่สามารถแยกผู้ป่วยเด็กหรือผู้ใหญ่ได้ ส่วนการบริการในชุมชนจังหวัดน่านได้มีระบบใกล้บ้านใกล้ใจ แต่ละอำเภอจะมีจำนวน PCU ไม่เท่ากันตามขนาดของโรงพยาบาล การให้บริการแก่ผู้สูงอายุประเภทสุขภาพดี และกลุ่มเสี่ยงที่อยู่บ้านจะดำเนินงานให้บริการโดยอาสาสมัครสาธารณสุข เช่น การวัดความดันโลหิต การชั่งน้ำหนัก แล้วส่งรายงานแก่สถานีอนามัยทุกเดือน ผู้เจ็บป่วยเรื้อรังที่นอนรักษาตัวอยู่ที่บ้าน จะมีพยาบาลจากสถานีอนามัยส่วนการคัดกรองโรคเบื้องต้น เช่น โรคเบาหวาน จะดำเนินการโดยฝ่ายเวชกรรมสังคมหรือส่งเสริมสุขภาพ ของโรงพยาบาลชุมชน ส่วนโรคตา โรคหู จะมีทีมจากโรงพยาบาลน่านออกหน่วยเคลื่อนที่ไปตรวจและคัดกรองให้ปีละครั้ง แต่ในกรณีที่มีอาการป่วยให้ไปรับการรักษาที่สถานีอนามัยก่อนจึงส่งไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน หากเกินความสามารถของโรงพยาบาลชุมชนให้ส่งต่อยังโรงพยาบาลน่าน ในรายที่โรงพยาบาลน่านรักษาไม่ได้ ก็จะส่งต่อไปรักษาที่โรงพยาบาลศูนย์ลำปางหรือโรงพยาบาลมหาราช จังหวัดเชียงใหม่

จากการที่จังหวัดน่านมีอัตราส่วนของแพทย์ที่ต้องดูแลประชาชนถึง 1: 6346 คน ซึ่งเป็นภาระหนัก ไม่สามารถให้บริการได้ครอบคลุม พยาบาลมีจำนวนมากกว่าและสัดส่วนของพยาบาลต่อประชากร ดีกว่าแพทย์มาก คือ 1: 652 คน และประชาชนในชนบทได้รับการดูแลสุขภาพจากพยาบาลประจำสถานีอนามัย ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือประชาชนด้านการดูแลสุขภาพ ทั้งกลุ่มที่เจ็บป่วย กลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือกลุ่มที่สุขภาพดี ที่จะต้องพยายามรักษาสุขภาพให้ดีตลอดไป

3. บทบาทของพยาบาลในการให้บริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน

3.1 บทบาทของพยาบาลในระบบบริการพยาบาลในชุมชน

ชุมชน หมายถึง กลุ่มคนซึ่งอาศัยอยู่ในบริเวณใด บริเวณหนึ่ง โดยอาณาบริเวณของชุมชน อาจถูกกำหนดตามกฎหมาย หรือจากการบอกหรือยืนยันของผู้ที่อยู่อาศัยเดิม เช่น หมู่บ้าน ตำบล เทศบาล หรือกลุ่มคนที่มีส่วนเหมือนกันในคุณลักษณะ หรือ ความรู้ ความชำนาญ เช่น กลุ่มคนเลี้ยงวัว กลุ่มผู้ป่วยเบาหวาน กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นต้น (วรณี จันทร์สว่าง, 2546: 1-2)

ระบบบริการพยาบาลเป็นระบบย่อยของระบบสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยระบบย่อยหลายระบบที่เชื่อมโยงสัมพันธ์กัน (ประคิน สุจฉายา และคณะ, 2545) ดังนั้น ระบบบริการพยาบาลในชุมชนต้องอาศัยพยาบาลเป็นผู้จัดการในการเชื่อมโยงหลายระบบเข้าด้วยกัน เพื่อให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนในชุมชน ผู้เป้าหมายมีสุขภาพที่ดี พยาบาลวิชาชีพจึงทำหน้าที่เป็นผู้นำของทีมสุขภาพ มีบทบาทเป็นผู้จัดการหรือผู้บริหารโครงการ (กองการพยาบาล, 2545: 19) ซึ่งตรงกับการศึกษาของ ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ (2548) ที่แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มของพยาบาลวิชาชีพจะเป็นผู้จัดการสุขภาพชุมชน โดยทำหน้าที่เป็นผู้นำและผู้ชี้แนะสุขภาพในชุมชน ดังนั้น พยาบาลจึงเป็นผู้จัดระบบบริการพยาบาลในชุมชน ควรมีภาวะผู้นำเพื่อสามารถจัดการระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ Tappan (2001 อ้างถึงใน ประคิน สุจฉายา และคณะ, 2545) กล่าวว่า การเป็นผู้นำที่มีประสิทธิภาพจะต้องมีความรู้ มีการตระหนักในตนเอง มีการสื่อสารที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพ ใช้พลังงานให้เกิดประโยชน์ กำหนดเป้าหมาย หรือผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิด และตัดสินใจ ลงมือกระทำและจัดการอย่างมีประสิทธิภาพได้แก่ การเป็นผู้นำ การร่วมจัดทำแผนของงานโดยจัดลำดับความสำคัญเป้าหมายและทรัพยากร กำหนดทิศทางและแนวทางในการทำงาน การติดตามและประเมินผล

การจัดบริการพยาบาลในชุมชน เป็นการบริการสุขภาพเชิงรุกในระดับปฐมภูมิ ซึ่งกองการพยาบาล (2545: 15) ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง การดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และชุมชนโดยรวม ที่รวมทั้งปัจจัย สิ่งแวดล้อมทางสังคม เป็นการดูแล ทั้งครอบครัว และชุมชนในทุกๆด้านที่เกี่ยวข้อง ในการที่จะส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดภาวะสุขภาพดีของประชาชน โดยเป็นหน่วยบริการด่านแรกที่เข้าถึงประชาชน มุ่งเน้นการสร้างงานเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การคัดกรองเบื้องต้น ให้การดูแลรักษาผู้เจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง การจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง และการฟื้นฟูสภาพ โดยบูรณาการให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ส่งเสริมศักยภาพของประชาชนในการดูแลตนเองของบุคคลและครอบครัว กลุ่มคน และชุมชนให้สามารถจัดการกับปัญหาสุขภาพในเบื้องต้นได้ ทั้งในภาวะปกติ ภาวะเสี่ยง และภาวะเจ็บป่วย การดูแลสุขภาพชุมชนจัดเป็นงานในหน้าที่รับผิดชอบอย่างหนึ่งของพยาบาล โดยมีเป้าหมายการดูแลเพื่อส่งเสริมให้สุขภาพดี ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการดูแลสุขภาพชุมชนมีดังนี้

1. ผู้ให้บริการ จัดเป็นบทบาทหลักพยาบาลพยาบาลจะต้องประเมินภาวะสุขภาพของชุมชน และจัดบริการสุขภาพแก่ชุมชนทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพะเบียงเบนทางสุขภาพ โดยเป็นบริการที่สอดคล้องปัญหาและความต้องการของชุมชน รวมทั้งสภาพความเป็นอยู่หรือวิถี

ชีวิตของชุมชนนั้น ๆ บทบาทของพยาบาลในด้านนี้ ได้แก่ สำรวจปัญหาและความต้องการของชุมชน การจัดบริการสุขภาพให้แก่ชุมชนตามสภาพปัญหาหรือนโยบาย

2. ผู้ให้ความรู้ เป็นบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพของชุมชน พยาบาลจะต้องเป็นผู้ให้ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องแก่สมาชิกชุมชนทั้งในภาวะปกติหรือเมื่อมีปัญหาสุขภาพเกิดขึ้น ซึ่งการให้ความรู้นอกจากจะให้ในชุมชนโดยตรงแล้ว พยาบาลสามารถให้ความรู้แก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องเพื่อให้บุคคลเหล่านั้นนำความรู้ที่ได้รับไปเผยแพร่ต่อไป เช่น การให้คำแนะนำในขณะที่ให้บริการสุขภาพ จัดนิทรรศการเผยแพร่สื่อต่าง ๆ การเป็นวิทยากร

3. ผู้พิทักษ์ผลประโยชน์ พยาบาลช่วยพิทักษ์ผลประโยชน์ให้แก่ชุมชนได้ โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิที่สมาชิกหรือกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนพึงได้รับ ส่งเสริมและดูแลให้ชุมชนใช้สิทธิที่มีอยู่รวมทั้งแนะนำแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น

4. ผู้บริหารและผู้จัดการ บทบาทของพยาบาลในฐานะผู้บริหารและผู้จัดการ เป็นบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการวางแผนแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน การวางแผนการให้บริการหรือการดำเนินงานโครงการการบริหารจัดการกำลังคน เงิน และอุปกรณ์ต่าง ๆ รวมทั้งการประสานงานติดตาม กำกับ และประเมินผลการให้บริการ

5. ผู้นำบทบาทของพยาบาลในการเป็นผู้นำการดูแลสุขภาพชุมชน สามารถทำได้ โดยการเป็นตัวอย่างที่ดีในการปฏิบัติด้านสุขภาพ กล่าวคือ กล่าวแสดงออก และมีความคิดริเริ่มในการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพ รวมทั้งโน้มน้าวและชักจูงให้ชุมชนเห็นความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เช่น การเป็นผู้นำในการปฏิบัติเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การจัดสิ่งแวดล้อมในสถานบริการให้ถูกสุขลักษณะ การรณรงค์ให้ประชาชนดูแลสุขภาพในเรื่องต่าง ๆ เป็นต้น

6. ผู้ร่วมงานหรือสมาชิกทีม เป็นบทบาทในการทำงานร่วมกับบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและบุคลากรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ นักสุขศึกษา นักสุขาภิบาล นักโภชนาการ นักสังคมสงเคราะห์ พัฒนาการ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครต่าง ๆ บทบาทของพยาบาลในด้านนี้ ได้แก่ การเป็นกรรมการในการดำเนินงานโครงการต่าง ๆ ทั้งของภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน

7. ผู้ให้คำปรึกษา บทบาทผู้ให้คำปรึกษาในการดูแลสุขภาพชุมชนนั้น พยาบาลสามารถให้คำปรึกษาได้ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยเรื่องที่ให้คำปรึกษาอาจเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ หรือ ปัญหาอื่น ๆ ที่มีความเกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ นอกจากนี้ อาจเป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่บุคลากรสาธารณสุขและบุคลากรอื่น ๆ ที่ทำงานร่วมกันอีกด้วย บทบาท

ของพยาบาลในด้านนี้ ได้แก่ การเป็นที่ปรึกษาโครงการของชุมชน การเป็นที่เลี้ยงในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครต่าง ๆ ในชุมชน

8. ผู้ประสานงาน สุขภาพของประชาชนมีความเกี่ยวข้องกับสภาพความเป็นอยู่ในด้านต่าง ๆ จึงจำเป็นต้องมีการประสานการทำงานระหว่างเจ้าหน้าที่ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาและการพัฒนาอื่น ๆ ด้วย ดังนั้น พยาบาลจึงมีบทบาทในการประสานงานกับบุคลากรและหน่วยงานต่าง ๆ ในการจัดกิจกรรมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชน เช่น ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยสิ่งแวดล้อมเขตเพื่อตรวจสอบคุณภาพน้ำของครัวเรือนในชุมชน ประสานงานกับองค์การบริหารส่วนตำบลในการพ่นหมอกควันกำจัดยุงลาย ประสานงานกับหน่วยงานภาคเอกชนเพื่อขอความสนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ในการสร้างลานออกกำลังกายของหมู่บ้าน เป็นต้น

9. ผู้วิจัย การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับวิทยาการใหม่ ๆ เป็นสิ่งที่จำเป็น ดังนั้น การเป็นผู้วิจัยจึงเป็นอีกบทบาทหนึ่งของพยาบาล ซึ่งทำได้โดยเป็นผู้ทำการวิจัยหรือเป็นผู้ให้การสนับสนุนการวิจัย เช่น ให้การสนับสนุนทรัพยากรอำนวยความสะดวกในการวิจัย และนำผลการวิจัยไปใช้ในการปฏิบัติ

บทบาทของบุคลากรพยาบาลภาคเหนือ วิลาวัณย์ เสนารัตน์ และคณะ (2546) ได้กล่าวไว้ว่าจะต้องมีความสามารถในการจัดการประยุกต์ความรู้ทางการแพทย์ให้เข้ากับสภาพความต้องการที่แท้จริงสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจ วัฒนธรรมของประชาชน สามารถสื่อสารให้เข้าใจกันและกันได้ดี ขณะเดียวกันต้องทำหน้าที่เสริมสร้าง ศักยภาพของประชาชนในการร่วมดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม สามารถพึ่งตนเองและพึ่งระบบบริการได้อย่างมีคุณภาพ รวมทั้งทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานเพื่อประสานบริการ และส่งต่อไปรับบริการที่หน่วยอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยไม่จำเป็นต้องมีความสามารถในการให้บริการโดยตรงในทุกเรื่อง แต่ต้องสามารถจัดการกับสภาพปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยของประชาชนได้ดี

จะเห็นว่าบทบาทของพยาบาลในชุมชน มีบทบาทหลายด้าน เป็นทั้งผู้ปฏิบัติในการรักษาพยาบาล เป็นผู้จัดการ ผู้ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องกับชุมชนนั้นๆ เพื่อให้ชุมชนสามารถที่จะดำเนินกิจกรรมต่างๆในอันที่จะสร้างเสริมสุขภาพ สนับสนุนในด้านการรักษาป้องกันโรคให้แก่ชุมชน

3.2 บทบาทของพยาบาลในการให้บริการผู้สูงอายุในชุมชน เมื่อพยาบาลมีบทบาทอย่างสำคัญในการจะสร้างระบบบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ และเพื่อให้มีคุณภาพ พยาบาลจึงควรเป็นผู้มีความรู้ มีทักษะของวิชาชีพ และโดยเฉพาะความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุ มีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องตลอดชีวิต เนื่องจากผู้มารับบริการสุขภาพส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีความทุพพลภาพ พยาบาลจึงต้องเป็นผู้ที่มีคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ (ประคิน สุจฉายา และคณะ, 2545) และบทบาทของพยาบาลที่อยู่ในลักษณะของผู้จัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุควรมีขั้นตอนทำงานเพื่อความรวดเร็วเกิดผลดีต่อสุขภาพของประชาชน และมีความคุ้มค่า โดย ประคิน สุจฉายา และคณะ (2545) อธิบายการทำงานที่เป็นระบบและก่อให้เกิดคุณภาพบริการมีองค์ประกอบ ดังนี้

1. ระบบการบริหารจัดการบริการสุขภาพมีประสิทธิภาพ โดยต้องมีการกำหนดนโยบายและโครงสร้างองค์กร โครงสร้างการให้บริการของระบบสุขภาพ ตลอดจนกลไกการดำเนินงานระหว่างหน่วยงานให้ชัดเจน มีการกำหนดมาตรฐานงาน มีดัชนีชี้วัดและมีระบบการควบคุมคุณภาพ และมีการบริหารงานที่โปร่งใส ตรวจสอบได้
2. ผู้บริหารองค์กร และผู้บริหารระดับต่างๆ เป็นผู้มีวิสัยทัศน์ มีภาวะผู้นำ มีความรู้ และประสบการณ์การบริหารจัดการ มีความยุติธรรม มีหลักการ ไม่อยู่ภายใต้อิทธิพลหรือถูกชักจูงโดยผู้อื่นโดยง่าย มีวาระการบริหาร และมีขั้นตอนการได้มาของผู้บริหารที่ชัดเจน
3. มีการกำหนดบทบาทและหน้าที่ของบุคลากรทางสุขภาพที่ชัดเจน
4. มีระบบการจัดเก็บข้อมูลการบริหาร การจัดบริการ และผู้รับบริการที่ถูกต้องครบถ้วนเพื่อใช้ในการวางแผน
5. มีระบบการติดตามการทำงานเป็นระยะต่อเนื่อง และมีการประเมินผลงานที่นำไปสู่การปรับปรุง ควรมีการเสริมแรงจูงใจในการทำงาน เช่น ทำงานเป็นไปตามเป้าหมายก็ควรมีรางวัลให้
6. มีการให้บริการที่รวดเร็ว ผู้รับบริการไม่ต้องใช้เวลาในการมาตรวจรักษานาน
7. มีการนำ เทคโนโลยีสมัยใหม่มาใช้ที่เหมาะสม เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพงาน และมีการกระจายทรัพยากรที่เหมาะสม
8. จัดให้มีบุคลากรเพียงพอ
9. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยตามลำดับขั้น เพื่อให้สถานบริการแต่ละระดับได้ให้บริการตามขอบเขต และศักยภาพที่มี

10. มีการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และครอบครัว เพื่อให้เข้าใจถึงสถานะความเจ็บป่วยของผู้รับบริการ ปฏิบัติตนได้ถูกต้อง และนำไปสู่ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล

11. มีการให้ความรู้แก่บุคลากรสุขภาพถึงการให้บริการเชิงรุกและเพิ่มการให้การศึกษาในบุคลากรทุกระดับ

12. จัดเวทีประชาคม หาแกนนำ ในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้แก่ชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหาของชุมชน

13. ควรจัดการศึกษาดูงานตามแหล่งที่มีระบบบริการที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

ในการดูแลผู้สูงอายุ พยาบาลชุมชน ควรมีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เพื่อได้เข้าใจถึงภาวะของร่างกายเมื่อเข้าสู่วัยชรา ซึ่งเกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพร่างกายและจิตใจ ควรเข้าใจวิถีชีวิตของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบท พยาบาลแม้จะมีบทบาทหลายด้าน เป็นทั้งผู้จัดการ ผู้ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องกับชุมชนนั้นๆ พยาบาลเป็นผู้ประสานระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน/ชุมชน บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จึงต้องเพิ่มสมรรถนะด้านเหล่านี้ จึงจะมีความเหมาะสมเป็นอย่างยิ่งเพื่อให้ผู้สูงอายุในชุมชนได้ มีชีวิตที่ดีและเป็นสุขในการดำรงชีวิตต่อไป

บทบาทของพยาบาลในชุมชนที่กล่าวมา เป็นบทบาทที่หน่วยงานกำหนดปฏิบัติกันอยู่ แต่การศึกษาที่จะได้บทบาทที่จะให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบจากผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุนั้น จำเป็นต้องเทคนิคเดลฟาย เพื่อการจัดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน

4. เทคนิคการวิจัยเชิงอนาคตลักษณะเดลฟาย (Delphi Technique)

4.1 แนวคิดเกี่ยวกับการวิจัยเชิงอนาคต นักอนาคตนิยมมีพื้นฐานความเชื่อว่า มนุษย์สามารถสร้างอนาคตได้เอง และศึกษาอนาคตได้อย่างเป็นระบบ ความเชื่อจะมีผลต่อพฤติกรรมและการตัดสินใจของมนุษย์ และเชื่อว่ามนุษย์สามารถควบคุมอนาคตได้ ความเชื่อเหล่านี้เป็นต้นกำเนิดของการคิดระเบียบวิธีวิจัยเชิงอนาคตทั้งหมด เทคนิคเดลฟายเป็นเทคนิคการวิจัย เป็นการทำนายเหตุการณ์หรือความเป็นไปได้ในอนาคต เป็นการระดมความคิด เพื่อหาข้อมูลประกอบการตัดสินใจอย่างเป็นระบบ เพื่อกำหนดรูปแบบ นโยบาย หรือที่ต้องการศึกษา (ชนิดา

รักษ์พลเมือง, 2550) ปัจจุบันเทคนิคเดลฟายได้รับความนิยมอย่างมาก ไม่ว่าจะเป็นด้านธุรกิจ การเมือง การทหาร เศรษฐกิจ การสาธารณสุข การศึกษาและอื่นๆ (จุมพลภัทรชีวิน, 2550)

4.2 ความหมายของการวิจัยเชิงอนาคต

เทียนฉาย กิรนนท์ (2525, อ้างถึงใน โสภาก วงศ์สกุลชื่น, 2551: 70) ให้ความหมายว่าเป็นการศึกษาเพื่อมองถึงเหตุการณ์หรือพฤติกรรมที่น่าจะเป็นในอนาคตรวมถึงปฏิสัมพันธ์และผลกระทบ ในระหว่างเหตุการณ์หรือพฤติกรรมต่างๆที่น่าจะเกิดขึ้น

จุมพล พุฒภัทรชีวิน (2529) การวิจัยเชิงอนาคต เป็นวิธีการศึกษาอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับทางเลือกอนาคตต่างๆ ที่เป็นไปได้ หรือน่าจะเป็นของกลุ่มประชากร หรือกลุ่มสังคมใดกลุ่มหนึ่ง

Textor (อ้างถึงใน จุมพล พุฒภัทรชีวิน, 2529) กล่าวว่า การวิจัยอนาคต เป็นวิธีศึกษาอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับทางเลือกในอนาคตที่ชนกลุ่มหนึ่งหรือประชาชนกลุ่มหนึ่งคิดว่าเป็นไปได้ (Possible) หรือน่าจะเป็น (Probable)

พนารัตน์ วิสวเทพนิมิต (2539 อ้างถึงใน โสภาก วงศ์สกุลชื่น, 2551) การวิจัยเชิงอนาคต เป็นวิธีการศึกษาอย่างเป็นระบบเพื่อทำนาย คาดการณ์หรือพยากรณ์แนวโน้มเหตุการณ์ หรือภาพของเรื่องใดเรื่องหนึ่ง

กล่าวโดยสรุปว่า ความหมายของการวิจัยเชิงอนาคต คือ วิธีการศึกษา ปราบฏการณ์หรือทางเลือกในอนาคต ของประชาชนกลุ่มหนึ่ง ที่คิดว่าเป็นไปได้ รวมถึงผลกระทบของเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์นั้นๆ โดยมีข้อมูลอ้างอิง จากอดีต ปัจจุบัน ไปสู่ออนาคต

4.3 จุดมุ่งหมายของการวิจัยเชิงอนาคต จุมพล พุฒภัทรชีวิน (2529) กล่าวว่า การวิจัยอนาคตมีจุดมุ่งหมายดังนี้

1. เพื่อบรรยายทางเลือกในอนาคตรูปแบบต่างๆ ที่เป็นไปได้ของกลุ่มประชากรที่ศึกษา
2. เพื่อประเมินสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับความรู้ต่างๆกับอนาคตที่เป็นไปได้
3. เพื่อชี้ผลกระทบและผลต่อเนื่องที่อาจเกิดขึ้นจากอนาคตที่เป็นไปได้ในอนาคต
4. เพื่อเตือนให้ทราบถึงอนาคตที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้นได้
5. เพื่อให้เข้าใจเบื้องหลังของกระบวนการเปลี่ยนแปลงต่างๆ

พรชูลี อาชวบำรุง (2537 อ้างถึงใน โสภี วงศ์สกุลชั้น, 2551) กล่าวถึงจุดมุ่งหมาย การวิจัยอนาคต ดังนี้

1. เพื่อป้องกันปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต
2. เพื่อการวางแผนที่เป็นไปได้และเหมาะสม
3. เพื่อประเมินและพัฒนาสถาบันต่างๆ ให้เข้ากับบริบทอนาคต

ดังนั้นการวิจัยอนาคต จึงมีจุดมุ่งหมายเพื่อสำรวจและศึกษาแนวโน้มที่เป็นไปได้ หรือน่าจะเป็นของการเกิดเหตุการณ์นั้นๆ มิได้คาดหวังถึงการดำเนินงานที่ถูกต้อง แต่เป็นการจัดเตรียมภาพรวมที่เกี่ยวกับปัญหานั้นไว้ล่วงหน้ามากกว่าผลการศึกษา

4.4 กระบวนการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย

1. กำหนดปัญหาที่จะศึกษาปัญหาที่จะวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย ควรเป็นปัญหาที่ยังไม่มีคำตอบที่ถูกต้องและแน่นอน และสามารถวิจัยได้จากทำให้ผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้น ๆ เป็นผู้ตัดสินใจประเด็นปัญหาควรนำไปสู่การวางแผนนโยบาย หรือคาดการณ์ในอนาคต

2. การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ จุมพล พูลภัทรชีวิน (2529) ได้เสนอแนะไว้ว่า อยู่ที่จุดมุ่งหมายของการวิจัยว่าต้องการอะไร ถ้าต้องการทำให้ผลวิจัยนั้นเกิดขึ้นจริงก็ควรเลือกผู้เชี่ยวชาญเป็นกลุ่มบริหารในปัจจุบัน กลุ่มผู้มีศักยภาพจะเป็นผู้บริหารรุ่นต่อ ๆ ไปกลุ่มนักวิชาการ อาจรวมถึงผู้รับบริการก็ได้ ส่วนอัตราส่วนหรือสัดส่วนระหว่างกลุ่มผู้เชี่ยวชาญต่าง ๆ นั้น ผู้วิจัยจะต้องเป็นผู้กำหนดเอง กล่าวคือ ต้องการเน้นจุดไหนมากที่สุดก็เลือกผู้เชี่ยวชาญกลุ่มนั้นมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ แต่ทั้งนี้ควรมีก่อนกลุ่มวิชาการอยู่ด้วยเสมอ เพราะกลุ่มนักวิชาการเป็นกลุ่มที่ค่อนข้างมีความคิดเห็นที่เป็นอิสระ และมีความคิดสร้างสรรค์หลายรูปแบบ นักวิชาการจึงจะช่วยให้รายละเอียดเรื่องที่ศึกษาในแง่วิชาการหลาย ๆ รูปแบบมากขึ้น และจะช่วยให้ผู้เชี่ยวชาญที่เป็นผู้บริหารได้รับข้อมูลที่ทันสมัย ซึ่งเขาอาจยอมรับว่าเป็นสิ่งที่ดี จะทำให้ตัดสินใจได้เร็วขึ้น การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยต้องพิจารณาถึงคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญได้แก่ ความสามารถ ความร่วมมือ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

- 1) ความสามารถของผู้เชี่ยวชาญ ควรเลือกผู้มีความสามารถ มีประสบการณ์ และความเข้าใจในเรื่องที่จะศึกษาเป็นอย่างดี เพื่อให้ผลการวิจัยมีความถูกต้อง น่าเชื่อถือ เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญต้องชัดเจนและเหมาะสม

- 2) ความร่วมมือของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ที่มีความยินดี เต็มใจ ตั้งใจและสละเวลา ในการตอบแบบสอบถามซ้ำหลายรอบ

3) การคำนวณหาจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เหมาะสมเพื่อลดความคลาดเคลื่อนของจำนวนที่เชิญเข้าร่วมศึกษาโดยการใช้ค่าตามการศึกษาของ Thomas Macmillan (1971, อ้างใน สุวดี ทวีบุตร, 2540) โดยทั่วไปใช้ประมาณ 20-30 คน นอกจากนี้ ถ้ามีเหตุผลหรือความจำเป็นบางประการทำให้จำนวนผู้เชี่ยวชาญในแต่ละรอบมีจำนวนแตกต่างกันออกไปก็ไม่มีปัญหาใด ๆ แต่ควรให้รอบแรกของการเก็บข้อมูลมีจำนวนผู้เชี่ยวชาญให้มากที่สุด เพื่อให้แนวโน้ม หรือทาง เลือกมากที่สุด ส่วนรอบอื่น ๆ จำนวนผู้เชี่ยวชาญจะเพิ่มขึ้นหรือลดลงบ้างตามความจำเป็น แต่ทั้งนี้ ถ้าต้องการให้ผลการวิจัยเกิดความเชื่อถือมากขึ้น ก็อาจเพิ่มจำนวนผู้เชี่ยวชาญรอบสุดท้าย และอาจมากกว่าในรอบแรกก็ได้ โดยผู้ที่เพิ่มขึ้นมาต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญเรื่องนั้นอย่างแท้จริง แต่ถ้าผู้เชี่ยวชาญเท่ากันหมดทุกรอบ จะมีข้อดีในการคิดค่าทางสถิติในการนำเสนอผลงานวิจัย เป็นการเพิ่มคุณค่าให้กับงานวิจัยอีกทางหนึ่ง จำนวนผู้เชี่ยวชาญและระดับคลาดเคลื่อนนำเสนอแสดงไว้ในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การลดความคลาดเคลื่อนของจำนวนผู้เชี่ยวชาญ

จำนวนผู้เชี่ยวชาญ	การลดความคลาดเคลื่อน	ความคลาดเคลื่อนลดลง
1-5	1.20-0.70	0.50
5-9	0.70-0.58	0.12
9-13	0.58-0.54	0.04
13-17	0.54-0.50	0.02
17-21	0.50-0.48	0.02
21-25	0.48-0.46	0.02
25-29	0.46-0.44	0.02

ที่มา: Thomas Macmillan (1971, อ้างถึงใน สุวดีทวีบุตร, 2540)

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยด้วยเทคนิคเคลฟาย เป็นแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามอย่างน้อย 3 รอบ

รอบที่ 1 เป็นแบบสอบถามกึ่งโครงสร้างปลายเปิด ถามกว้าง ๆ ให้ครอบคลุมประเด็นปัญหาที่จะวิจัย เพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

รอบที่ 2 เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทุกคนในรอบแรก นำมาวิเคราะห์เนื้อหา ตัดข้อมูลซ้ำซ้อนออกและรวบรวมข้อความเข้าด้วยกัน ใช้ข้อความ

ที่ครอบคลุมรายการข้อมูลทั้งหมด โดยคงความหมายเดิมของผู้เชี่ยวชาญไว้ สร้างเป็นแบบสอบถามส่งไปให้ผู้เชี่ยวชาญลงมติ จัดลำดับความสำคัญของแต่ละข้อในรูปมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) พร้อมทั้งให้เหตุผลที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยของข้อคำถามแต่ละข้อในตอนท้าย และถ้ามีข้อคำถามไม่ชัดเจน หรือมีความคิดเห็นว่าควรแก้ไขสำนวนสามารถเขียนคำแนะนำได้

รอบที่ 3 ผู้วิจัยนำคำตอบแต่ละข้อ หาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile) แล้วสร้างแบบสอบถามใหม่ โดยใช้ข้อความเดียวกับแบบสอบถามรอบที่ 2 แต่เพิ่มตำแหน่งมัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ โดยกำหนดค่ามัธยฐานที่ ≤ 3.50 และ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ > 1.50 และตำแหน่งคะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญตอบลงในแบบสอบถามฉบับที่ 3 แล้วส่งกลับให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบความเหมือน หรือความต่างของคำตอบของตนเมื่อเปรียบเทียบกับคำตอบของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญอาจเปลี่ยนแปลงหรือยืนยันคำตอบเดิมได้ ถ้าเปลี่ยนแปลงให้เขียนเหตุผลสั้นๆ ในตอนท้ายของแต่ละข้อ

รอบที่ 4 ผู้วิจัยทำตามขั้นตอนเดียวกับรอบที่ 3 แล้วส่งให้ผู้เชี่ยวชาญทบทวนคำตอบอีกครั้ง โดยทั่วไปอาจไม่ต้องทำขั้นตอนนี้ เพราะความคิดเห็นในรอบที่ 3 และรอบที่ 4 มีความแตกต่างกันน้อยมาก สำหรับจำนวนรอบที่เหมาะสมขึ้นอยู่กับจุดมุ่งหมาย เวลา งบประมาณของการวิจัย การที่จะหยุดรอบใดรอบหนึ่งควรพิจารณาคำตอบที่ได้ว่า ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ความสอดคล้องและครอบคลุมเรื่องที่ศึกษามากพอหรือไม่ ซึ่ง Murry Hammous (1995) ระบุว่า หากแบบสอบถามรอบถัดไปมีการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นน้อยกว่าร้อยละ 20 สามารถยุติคำถามรอบถัดไปได้

4. การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล จะเริ่มจากติดต่อขอความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญในการตอบแบบสอบถามรอบๆรอบ ที่ผู้เชี่ยวชาญต้องตอบแบบสอบถามซ้ำหลายรอบในการเข้าร่วมการวิจัย เทคนิคเคลฟายมักพบปัญหาในรอบที่ 2 และรอบถัดไป นอกจากนี้ การเว้นระยะการส่งแบบสอบถามไปยังผู้เชี่ยวชาญแต่ละรอบไม่ควรทิ้งระยะนานเกินไป โดยทั่วไปไม่ควรเกิน 2 สัปดาห์ และควรทวงถาม หากนานกว่านี้ อาจทำให้ขาดความต่อเนื่องในความคิด ผู้ตอบลืมเหตุผลที่ตอบในรอบที่ผ่านมา หรืออาจเกิดเหตุการณ์บางอย่างที่ทำให้ไม่แน่ใจในคำตอบ หรือหมดความสนใจที่จะตอบแบบสอบถาม (ทองสง่า ผ่องแพ้ว, 2548 อ้างใน อโนชา สาระสิต, 2550)

เมื่อได้ข้อมูลมาครบถ้วน ผู้วิจัยควรมีรอบคอบในการพิจารณาวิเคราะห์คำตอบที่ได้รับในแต่ละรอบ และให้ความสำคัญกับคำตอบที่ได้รับอย่างเท่าเทียมกัน วางตัวเป็นกลางไม่ลำเอียง หรือ นำความคิดเห็นส่วนตัวไปพิจารณาตัดสิน เพราะจะทำให้ผลการวิจัยคลาดเคลื่อน

ได้ สถิติที่ใช้วัดแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง ได้แก่ ค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile)

4.5 ความตรงและความเที่ยงของเทคนิคเดลฟาย ความเที่ยง (Reliable) และความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของเทคนิคเดลฟาย จะแฝงอยู่ในกระบวนการตามระเบียบวิธีวิจัย กล่าวคือ ความเที่ยงอยู่ที่การให้ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถามซ้ำหลายรอบ เพื่อตรวจสอบความเที่ยงของคำตอบแต่ละรอบว่ามีการเปลี่ยนแปลงหรือไม่ ถ้าคำตอบของผู้เชี่ยวชาญคงเดิม ไม่เปลี่ยนแปลง ก็แสดงว่ามีความเที่ยงสูง ส่วนความตรงตามเนื้อหานั้น การวิจัยโดยทั่วไปจะใช้วิธี นำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญอยู่แล้ว จึงมีความตรงตามเนื้อหาสูง แต่จะมีปัญหาอยู่เฉพาะเรื่องการใช้ภาษาในแบบสอบถาม เพราะสรุปรวมจากผู้เชี่ยวชาญหลายท่าน นอกจากนั้น ผู้เชี่ยวชาญยังมีโอกาสได้ตรวจสอบคำตอบอีกหลายรอบ รวมทั้งการใช้เทคนิคการสรุปผสมในระหว่างสัมภาษณ์ จึงมีความตรงตามเนื้อหาสูง สิ่งสำคัญที่สุด คือ การพิจารณาคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญโดยใช้เกณฑ์ที่เหมาะสม เพื่อให้ได้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความเชี่ยวชาญ มีความรู้และประสบการณ์ในเรื่องที่ศึกษามากที่สุด จึงจะทำให้ผลการวิจัยที่ได้มีความน่าเชื่อถือ (จุมพล พูนภัทรชวิน, 2530)

การศึกษาวิจัย ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน มีบริบทเกี่ยวกับสภาพทางภูมิศาสตร์ พื้นที่ห่างไกล การคมนาคมค่อนข้างลำบาก แม้จะมีชมรมผู้สูงอายุรวมตัวกันได้ดีในการทำกิจกรรมรูปแบบต่างๆ โดยกลุ่มผู้สูงอายุเอง แต่ทำได้ในบางเขตที่มีพี่เลี้ยง จึงยังไม่ครอบคลุม อีกทั้งในตำบลที่ห่างไกลมีเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานน้อย การเข้าถึงบริการไม่ทั่วถึง ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเรื่องนี้ โดยสอบถามความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุทั้งระดับกำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติ และนักวิชาการ ด้วยเทคนิคเดลฟาย ในการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้น จะนำผลสรุปไปสอบถามจากความคิดเห็นถึงความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริงจากพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชน จังหวัดน่าน ว่ามีระดับความเป็นไปได้มากน้อยเพียงใด

5. การประเมิน (Evaluation) ความเป็นไปได้ (Feasibility)

5.1 แนวคิดเกี่ยวกับการประเมิน (Evaluation)

ศิริชัย กาญจนวาสี (2552) ได้กล่าวถึงความหมายและแนวคิดของการประเมินว่า ความหมายเดิม คือการวัด (Measure) ต่อมานักประเมินให้ความหมายว่า เป็นการวัดและการประเมิน (Evaluation) โดยที่ Thorndike และ Hagen ให้ความเห็นไว้ว่า การประเมิน เป็นกระบวนการที่มี

ความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดกับการวัดเพียงแต่การประเมินมีความเฉพาะเจาะจงมากกว่า ต่อมาผู้ให้ความหมายว่า การประเมิน คือ การตัดสินคุณค่าของสิ่งที่มีประเมินซึ่งเป็นผลมาจาก แนวคิดของ Scriven (1967, 1974, 1975) ซึ่งว่าเป้าหมายของการประเมินอยู่ที่การตัดสินคุณค่า โดยผู้ประเมินจะต้องมีความเชี่ยวชาญในหลักการสังเกตและเหตุผล ต่อมา Cronbach (1963) ให้ความหมายของการประเมินว่า เป็นการช่วยตัดสินใจ (Assist decision making) โดยการประเมินหมายถึง กระบวนการระบุและเสนอสารสนเทศ เพื่อช่วยการตัดสินใจ

5.2 ความหมายของการประเมินความเป็นไปได้

การประเมินความเป็นไปได้ เป็นการประเมินเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ของสิ่งที่จะดำเนินการ โดยศึกษาวิเคราะห์ถึงปัจจัยเงื่อนไขที่จำเป็นต่อความสำเร็จ ซึ่งจะพบการประเมินประเภทนี้ได้มากในการประเมินโครงการขนาดใหญ่ โดยมักจะประเมินในด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และการบริหาร โดยมีจุดมุ่งหมายของการประเมิน มีดังนี้

1. เพื่อตรวจสอบผลสรุปที่เกิดขึ้นจริงว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่คาดหวังไว้หรือไม่เป็นการประเมินผลที่เน้นจุดมุ่งหมาย (Objective based evaluation)
2. เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลสารสนเทศสำหรับกำหนดและวินิจฉัยคุณค่าของสิ่งที่เกิดขึ้นจากโครงการนั้น เป็นการประเมินผลที่เน้นการตัดสินคุณค่า (Judgmental evaluation)
3. เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลและข่าวสารต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้บริหารใช้ในการตัดสินใจเลือกทางต่าง ๆ เป็นการประเมินผลที่เน้นการตัดสินใจ (Decision-oriented evaluation) ที่มีจุดมุ่งหมาย

5.3 เป้าหมายของการประเมิน

การประเมินมีเป้าหมายจาก 2 แนวทางที่สำคัญ ดังนี้ (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2545)

1. แนวทางประโยชน์นิยม แนวทางประโยชน์นิยม (Utilitarianism) เป็นแนวทางที่นำผลการประเมินมาใช้ เพื่อพัฒนาให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องหรือสังคมให้มากที่สุด โดยนักประเมินมีหน้าที่เพียงเสนอสารสนเทศที่เป็นประโยชน์ต่อการบริหาร การตัดสินใจเป็นหน้าที่ของผู้ใช้สารสนเทศรูปแบบ (Model) การประเมินตามแนวทางนี้ที่นิยมใช้กัน เช่น รูปแบบยึดวัตถุประสงค์ (Goal-Based Model) และรูปแบบชิปปี้ (CIPP Model) เป็นต้น
2. แนวทางพหุนิยม แนวทางพหุนิยม (Pluralism) นอกจากจะนำผลการประเมินมาใช้เพื่อพัฒนาแล้ว ยังเพิ่มเป้าหมายอื่น ๆ ด้วย เช่น เป็นกลไก เสนอสารสนเทศ และตัดสินคุณค่าสิ่ง

ที่ประเมิน ซึ่งผลการตัดสินใจอาจตรงหรือไม่ตรงกับความต้องการของผู้ใช้สารในเทศก็ได้ ถือว่านักประเมินมีความเชี่ยวชาญ น่าเชื่อถือเพียงพอ รูปแบบการประเมินที่นิยมใช้กัน เช่น รูปแบบอิสระจากจุดมุ่งหมาย(Goal-free model) และรูปแบบสนองความต้องการ (Responsive model) เป็นต้น จากเป้าหมายของการประเมินทั้ง 2 แนวทางนั้น จะยึดแนวทางใดย่อมขึ้นอยู่กับบริบท และความต้องการของผู้ใช้สารสนเทศจากผลการประเมินเป็นสำคัญ ผู้ประเมินได้รับการร้องขอหรือว่าจ้างให้ประเมินสิ่งใด ภายใต้อำนาจรับผิดชอบของบุคคลหรือหน่วยงานใด อาจยึดแนวทางประโยชน์นิยมให้ผู้ใช้รับผิดชอบ หรือผู้เกี่ยวข้องตัดสินใจจากสารสนเทศที่ได้เองตามความประสงค์ แต่ถ้ากรณีที่เป็นผู้รับผิดชอบสิ่งที่จะประเมินและต้องการปรับปรุงพัฒนาสิ่งนั้น ๆ ก็อาจยึดแนวทางพหุนิยม เพื่อให้สามารถนำผลมาปรับปรุงพัฒนาสิ่งที่ประเมินให้เกิดอรรถประโยชน์สูงสุดได้

5.4 วิธีการประเมิน

วิธีการประเมินแบ่งได้ 2 วิธีใหญ่ ดังนี้ (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2545)

1. วิธีเชิงระบบ การประเมินวิธีเชิงระบบ (Systematic approach) ใช้แนวทางปรนัยนิยม (Objectivism) นักประเมินจะใช้มาตรฐานหรือเกณฑ์สากล เน้นวิธีเชิงธรรมชาติโดยดำเนินการอย่างยึดหยุ่นรวบรวมข้อมูลสารสนเทศ วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้
2. วิธีเชิงธรรมชาติ การประเมินวิธีเชิงธรรมชาติ (Naturalistic approach) ใช้แนวทางอัตนัยนิยม (Subjectivism) นักประเมินจะกำหนดมาตรฐานหรือเกณฑ์ในการตัดสินใจคุณค่าขึ้นเองตามเหตุผลของตน เน้นวิธีเชิงธรรมชาติ โดยดำเนินการอย่างยึดหยุ่น รวบรวมข้อมูลสารสนเทศอย่างครอบคลุมตามสภาพธรรมชาติแนวทางการประเมินทั้ง 2 วิธี ต่างก็มีจุดเด่น และจุดด้อย โดยวิธีเชิงระบบ มีข้อดีที่สำคัญเรื่องความชัดเจน เป็นปรนัย น่าเชื่อถือ และนักประเมินไม่ต้องเชี่ยวชาญ ส่วนข้อเสียที่สำคัญ คือ สารสนเทศที่ได้จะจำกัดตามกรอบที่กำหนดไว้ ขาดความลึกซึ้ง สำหรับวิธีเชิงธรรมชาติมีข้อดีที่สำคัญด้านความยืดหยุ่น เข้าถึงสภาพที่แท้จริงของสิ่งที่ประเมิน และได้สารสนเทศรอบด้านลึกซึ้ง แต่มีข้อเสีย คือ ขาดความเป็นปรนัย ไม่น่าเชื่อถือ นักประเมินต้องมีความเชี่ยวชาญการเข้าร่วมตามสภาพธรรมชาติ อาจทำให้มีอคติได้ และการประเมินวิธีนี้มีความสิ้นเปลืองสูง อย่างไรก็ตาม เนื่องจากทั้ง 2 วิธีต่างก็มีจุดเด่นจุดด้อย นักประเมินจึงเริ่มนำวิธีการทั้ง 2 มาใช้ร่วมกันในกระบวนการประเมินเพื่อเสริมซึ่งกันและกันมากขึ้น การประเมินวิธีเชิงระบบคล้ายกับวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ(Quantitative research) และการประเมินวิธีเชิงธรรมชาติคล้ายกับวิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ซึ่งในการวิจัย นักวิจัยเริ่มนิยมใช้วิธีการวิจัยทั้ง 2 วิธีร่วมกันมากขึ้นเช่นกันที่เรียกว่า วิธีวิทยาการวิจัยแบบผสม (Mixed methodology)

ประเภทการประเมินแบ่งตามช่วงเวลาของการประเมิน แบ่งตามเกณฑ์ช่วงเวลาของการประเมิน แบ่งได้ 7 ประเภท คือ (พิสนุ พงศ์ศรี, 2549)

1. การประเมินความต้องการจำเป็น (Needs assessment) เป็นการประเมินความต้องการจำเป็นในเบื้องต้น ก่อนที่จะจัดทำสิ่งใด ๆ เป็นการประเมินที่มีประโยชน์ต่อการวางนโยบายและการวางแผน เพื่อให้ได้แนวคิดของการดำเนินงานที่สามารถสนองความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้

2. การประเมินความเป็นไปได้ (Feasibility evaluation) เป็นการประเมินเพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ของสิ่งที่จะดำเนินการ โดยศึกษาวิเคราะห์ ถึงปัจจัยเงื่อนไขที่จำเป็นต่อความสำเร็จ ซึ่งจะพบการประเมินประเภทนี้ได้มากในการประเมินโครงการขนาดใหญ่ โดยมักจะประเมินในด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง และการบริหาร

3. การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input evaluation) เป็นการประเมินสิ่งที่ป้อนเข้าสู่การดำเนินงานว่ามีความเหมาะสมเพียงใดก่อนที่จะเริ่มดำเนินงาน เช่น คน วัสดุ อุปกรณ์เครื่องมือ และงบประมาณ เป็นต้น

4. การประเมินกระบวนการ (Process evaluation) เป็นการประเมินกระบวนการดำเนินการตามที่กำหนด ทำการประเมินในขณะที่กำลังดำเนินการอยู่ เพื่อใช้ผลการประเมินมาปรับปรุง หรือเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงาน

5. การประเมินผลผลิต (Output/Product evaluation) เป็นการประเมินผลที่ได้จากสิ่งที่ประเมินหรือผลการดำเนินงาน โดยตรง และผลที่คาดหวังที่ได้ตามวัตถุประสงค์ เป้าหมายของสิ่งที่ประเมินว่ามากน้อยเพียงใด)

6. การประเมินผลลัพธ์หรือผลกระทบ (Outcome/Impact evaluation) เป็นการประเมินผลที่ได้จากผลของสิ่งที่ประเมินหรือการดำเนินงานทั้งที่คาดหวังและไม่ได้คาดหวังเป็นผลทั้งทางบวกและทางลบ เพื่อนำผลไปประกอบการตัดสินใจในการหยุด ยกเลิก หรือขยายสิ่งที่ประเมินนั้น

7. การประเมินงานประเมิน (Meta evaluation) เป็นการประเมินผลของการประเมินอีกครั้งหนึ่งเพื่อพิจารณาคุณภาพโดยศึกษาความถูกต้องและเหมาะสมของการประเมิน การประเมินประเภทนี้ยังไม่แพร่หลายมากนัก

5.5 มาตรฐานการประเมิน

มาตรฐานการประเมิน ประกอบด้วย 4 มาตรฐานย่อย คือ

1. Utility standard เป็นมาตรฐานที่กล่าวถึงเงื่อนไขที่ทำให้การประเมินเกิดประโยชน์ เป็นแนวทางที่บอกถึงประเด็นและสิ่งที่ผู้ประเมินควรให้ความสนใจ นับตั้งแต่การพิจารณาผู้ใช้ผลการประเมิน (Audience) การเลือกใช้ข้อมูลและตลอดไปถึงการรายงานผลการประเมินประกอบด้วยประเด็นที่เกี่ยวกับ

- 1) ความต้องการของผู้ใช้ผลการประเมิน
- 2) ขอบเขตและการเลือกใช้ข้อมูล
- 3) ความชัดเจนของการแปลผล
- 4) ความชัดเจนของการเขียนรายงาน
- 5) การเผยแพร่รายงาน
- 6) ความน่าเชื่อถือของผู้ประเมิน
- 7) การรายงานผลการประเมินตามระยะเวลาที่กำหนด
- 8) ผลกระทบจากการประเมิน

2. Feasibility standard เป็นมาตรฐานเกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการที่จะดำเนินโครงการประเมินเป็นการพิจารณานับตั้งแต่เทคนิค วิธีการที่ใช้ไปจนถึงค่าใช้จ่ายในการประเมินประกอบด้วยประเด็นเกี่ยวกับ

- 1) งบประมาณ / เทคนิคที่ใช้ในการปฏิบัติ
- 2) บรรยากาศการเมืองในองค์กร
- 3) ประสิทธิภาพด้านค่าใช้จ่าย

3. Propriety standard เป็นมาตรฐานเกี่ยวกับด้านจริยธรรม เนื่องจากผลการประเมินมีผลต่อบุคคลในหลาย ๆ ทาง ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มที่ใช้ข้อมูลหรือกลุ่มที่ให้ข้อมูล ดังนั้นจะต้องมีการเคารพในสิทธิ และการให้ความคุ้มครองแก่ผู้ให้ข้อมูลโดยคำนึงถึงสวัสดิภาพของผู้ที่เกี่ยวข้องในการประเมินเท่า ๆ กับต้องคำนึงถึงบุคคลที่ได้รับผลกระทบจากการประเมินประกอบด้วยประเด็น

- 1) การชี้แจงความรับผิดชอบของผู้ที่มีส่วนร่วมในการประเมิน
- 2) การตอบสนองความขัดแย้งของกลุ่มบุคคล
- 3) การเสนอข้อมูลอย่างเป็นธรรม
- 4) การเปิดเผยข้อมูลต่อสาธารณชน

- 5) การคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ให้ข้อมูล
- 6) การเคารพสิทธิส่วนบุคคล
- 7) การเสนอข้อมูลทั้งที่เป็นข้อดีและข้อเสียอย่างเท่าเทียมกัน
- 8) ความรับผิดชอบต่อกฎระเบียบ

4. Accuracy standard เป็นมาตรฐานเกี่ยวกับความถูกต้อง กล่าวถึงวิธีการประเมินในแต่ละขั้นตอนที่จะทำให้มั่นใจว่า การประเมินมีความแม่นยำถูกต้อง ประกอบด้วยประเด็นเกี่ยวกับ

- 1) การอธิบายถึงสิ่งที่ถูกประเมิน
- 2) การวิเคราะห์บริบท
- 3) การอธิบายวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการ
- 4) การอธิบายแหล่งข้อมูล
- 5) ความตรง (Validity) ของการวัด
- 6) ความเที่ยง (Reliability) ของการวัด
- 7) การเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบ
- 8) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ
- 9) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ
- 10) การสรุปผลอย่างมีหลักการ
- 11) ความชัดเจนในการรายงานผล

มาตรฐานการประเมินนี้จัดทำขึ้นเพื่อช่วยเป็นแนวทางในการปฏิบัติของผู้ประเมิน ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ประเมินในการดำเนินงาน ทำให้ผู้ประเมินมีโอกาที่จะบรรลุเป้าหมายของการประเมินได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผล

5.6 ขั้นตอนการประเมิน

ขั้นตอนการประเมินโดยทั่วไป อาจปรับลด เพิ่ม ได้ตามความเหมาะสมของสิ่งที่ประเมิน โดยมีขั้นตอนการประเมิน 9 ขั้นตอน ดังนี้คือ (พิสนุ พงศ์ศรี, 2549)

1. การศึกษาวิเคราะห์สิ่งที่ประเมินการประเมินสิ่งใดก็ตาม ขั้นตอนแรกผู้ประเมินจะต้องทราบและเข้าใจรายละเอียดของสิ่งที่ประเมินอย่างถ่องแท้ ด้วยการศึกษวิเคราะห์สิ่งที่ประเมินในทุกแง่มุมเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้งก่อนที่จะดำเนินการขั้นตอนอื่น เพราะถ้าไม่เข้าใจหรือรู้จักสิ่งที่ประเมินไม่ดีพอ ก็ยากที่จะประเมินสิ่งนั้น ๆ ได้ดี

2. การศึกษารูปแบบ หรือแนวทาง หรือข้อกำหนดการประเมินการประเมินจะมีรูปแบบสำหรับการประเมินมากมาย ผู้จะประเมินจำเป็นต้องศึกษารูปแบบต่าง ๆ ให้เข้าใจ เพื่อจะได้เลือกหรือนำมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับสิ่งที่ประเมิน

3. การกำหนดวัตถุประสงค์ หรือประเด็นการประเมินวัตถุประสงค์ การประเมินที่สำคัญ ก็คือ เพื่อหาสารสนเทศที่เกี่ยวข้องกับสิ่งที่ประเมินโดยอาจใช้ประเด็นการประเมินเป็นวัตถุประสงค์ย่อย หรือนำประเด็นการประเมินมากำหนดเป็นวัตถุประสงค์เป็นข้อ ๆ ก็ได้ ดังนั้นในขั้นตอนนี้สิ่งที่ต้องทำก็คือ การกำหนดประเด็นการประเมิน หรืออาจเรียกว่าตัวแปรองค์ประกอบที่จะประเมินก็ได้ ซึ่งจะสอดคล้องกับวัตถุประสงค์หรือเป็นสิ่งเดียวกัน ประเด็นการประเมินจะเป็นกรอบสำคัญที่นำไปสู่กิจกรรมอื่นๆ ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนาตัวชี้วัดและเกณฑ์หรือกำหนดค่าน้ำหนักเครื่องมือ แหล่ง ข้อมูล วิธีการเก็บข้อมูล ตลอดจนการวิเคราะห์ข้อมูล

4. การกำหนดขอบเขตการประเมิน มีองค์ประกอบสำคัญ เช่นเดียวกับ ขอบเขตการวิจัย เช่น ประเด็นการประเมินตามขั้นตอนที่ 3 จะมีลักษณะเช่นเดียวกับตัวแปรหรือเนื้อหาในการวิจัย ส่วนประชากรกลุ่มตัวอย่าง พื้นที่ และเวลาจะคล้ายกับงานวิจัยเพียงแต่การประเมินมีลักษณะเฉพาะขอบเขตของประชากรมักจะมากกว่า โดยแต่ละกลุ่มมีจำนวนน้อยกว่า และการสุ่มตัวอย่างอาจมีข้อจำกัดมากกว่างานวิจัย ทั้งนี้สิ่งที่ประเมินบางสิ่งจะมีการเสนอขอบเขตไว้ เช่น การประเมินโครงการอาจจะประเมินเฉพาะผลผลิต หรือประเมินภาพรวมทั้งปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิตก็ได้ หรือการประเมินองค์การอาจจะประเมินเฉพาะส่วนหรือภาพรวมขององค์การก็ได้ เป็นต้น

5. ขนาดกลุ่มตัวอย่าง การกำหนดกลุ่มผู้ให้ข้อมูล ใช้ประมาณ 10-20 คน (สุวิมล ว่องวานิช, 2550) แต่หากเป็นการประชุม หรือประชาพิจารณ์ หรือสมัชชาชุมชน สามารถกำหนดกลุ่มผู้เข้าร่วมได้เท่าที่ทรัพยากรจะเอื้ออำนวย

6. การใช้สถิติวิเคราะห์ข้อมูล การประเมินในเชิงปริมาณ หรือวิธีการเชิงระบบ ซึ่งเก็บข้อมูลในเชิงปริมาณจะต้องอาศัยสถิติในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อสรุปผลการประเมินได้ชัดเจนขึ้น เช่นเดียวกับการวิจัยเพียงแต่สถิติส่วนใหญ่จะเป็นสถิติพื้นฐาน เช่น ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานหรือสถิติที่ใช้ในการวัดผลตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือบางชนิด ซึ่งไม่ยุ่งยากซับซ้อนเท่ากับสถิติที่ใช้ในการวิจัย แม้ว่าการประเมินบางครั้งอาจต้องใช้สถิติเปรียบเทียบผลพัฒนาการบ้างก็ไม่ยุ่งยาก

7. การเขียนรายงานการประเมิน ขั้นตอนนี้เป็นขั้นตอนสุดท้าย ผู้ประเมินต้องเขียนรายงานการประเมินผลเพื่อ เป็นสื่อกลางให้ผู้ใช้ผลการประเมิน ผู้เกี่ยวข้อง หรือผู้สนใจและ

หน่วยงานต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้บริหารหรือผู้มีอำนาจตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ประเมินนำไปใช้ประโยชน์ การเขียนรายงานการประเมินแบบสมบูรณ์จะมีโครงสร้างคล้ายกับรายงานการวิจัย เพียงแต่จะมีบทสรุปสำหรับผู้บริหารแทนบทคัดย่อ และการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องจะมีน้อยกว่าการวิจัย การเขียนรายงานการประเมินต้องใช้ทักษะทั้งศาสตร์และศิลป์ เพื่อให้ผู้รับผิชอบหรือผู้มีอำนาจหรือผู้อ่าน เข้าใจชัดเจนและโน้มน้าวให้นำผลการประเมินไปเป็นสารสนเทศในการตัดสินใจ ปรับปรุง พัฒนา สิ่งที่จะประเมินให้เกิดประโยชน์สูงสุดตามปรัชญาของการประเมินความเป็นไปได้ หมายถึง การพิจารณาความเป็นไปได้ของสิ่งที่จะดำเนินการ โดยการศึกษาวิเคราะห์ถึงปัจจัย เงื่อนไขที่จำเป็นต่อความสำเร็จ (พิสนุ พงศ์ศรี, 2549)

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการผู้สูงอายุ

ผู้วิจัยนำเสนอวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนในบริบทต่างๆ ดังการศึกษาต่อไปนี้

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ (2536: ออนไลน์) ศึกษาเชิงคุณภาพ จากประชากร 90 คน 6 หมู่บ้าน โดยที่ 4 หมู่บ้านมีการพัฒนาดีเด่น อีก 2 หมู่มีความพร้อมน้อย แต่ละหมู่บ้านจะคัดเลือกผู้สูงอายุ 15 เพื่อศึกษาสภาพความเป็นอยู่ ปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ ตลอดจนการประเมินศักยภาพของปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมในชุมชน ผลการศึกษา พบว่า ควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุมากขึ้น และควรขยายการบริการลงไปในระดับหมู่บ้านและชุมชน โดยเฉพาะด้านสุขภาพอนามัย และการสนับสนุน ส่งเสริมศักยภาพของครอบครัว ในการดูแลผู้สูงอายุ

สุพัฒน์ สมจิตรสกุล และคณะ (2544) ศึกษากระบวนการให้บริการในคลินิกเบาหวาน ได้ปรับด้านโครงสร้าง เช่น แยกคลินิกออกไป เพิ่มวันตรวจ รับฟังข้อแนะนำจากผู้รับบริการ ด้านผู้ป่วย หลังปรับปรุง พบว่า ได้รับข้อมูลอย่างเข้าใจ สามารถปฏิบัติตัวถูกต้อง ทำให้ควบคุมอาหาร ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทาน เพิ่มการออกกำลังกาย ทำให้น้ำตาลในเลือดลดลงสู่ระดับปกติถึงร้อยละ 60

สุกัญญา ประจุศิลป์ และอารีย์วรรณ อ่วมธานี (2549) ศึกษาเรื่อง สุขภาพและระบบบริการสุขภาพ ประชากรชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหาสุขภาพที่สำคัญของ ประชากร ชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร ศึกษากระบวนการสุขภาพด้านการให้บริการ การรับบริการและการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร และเสนอประเด็นสำหรับการศึกษาวิจัยการวิจัยนี้ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) กลุ่ม

ตัวอย่างจำนวน 30 คน ประกอบด้วยผู้รับผิดชอบนโยบายสุขภาพและระบบบริการสุขภาพของประชากรชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร ผู้ทรงคุณวุฒิ นักวิชาการที่สนใจปัญหาสุขภาพและระบบบริการสุขภาพ รวมถึงผู้ให้บริการ ผู้ปฏิบัติงานระดับหัวหน้าหน่วยงานในองค์กรสุขภาพ ผู้แทนชุมชนและประชาชนผู้ใช้บริการ ผลการศึกษาพบว่าปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ของประชากรชุมชนเมือง กรุงเทพมหานคร คือ 1) โรคที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ 2) กลุ่มโรคไม่ติดต่อ เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันโลหิตสูง เบาหวาน มะเร็ง อุบัติเหตุ และความเครียด 3) กลุ่มโรคติดต่อ เช่น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์ วัณโรค 4) ปัญหาทางสังคมที่เกี่ยวกับสุขภาพ เช่น ความรุนแรงในครอบครัวการตั้งครุภักไม่พึงประสงค์ การทำแท้ง 5) ปัญหาที่เกิดจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพ เช่น ภาวะทุพโภชนา การไม่มีเวลาออกกำลังกาย การพักผ่อนไม่เพียงพอ การดื่มสุรา และการใช้สารเสพติด

ด้านระบบบริการสุขภาพ ตามความคิดเห็นของผู้ให้ข้อมูลมีความเห็นสอดคล้องกันว่าระบบบริการสุขภาพของประชากรชุมชน มีระบบบริการสุขภาพด้านการให้บริการ การรับบริการ และการเข้าถึงบริการสุขภาพของประชากรชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร มีความหลากหลาย ในเขตเมือง มีสถานบริการสุขภาพจำนวนมาก ที่ตั้งส่วนใหญ่ยังอยู่ในส่วนกลาง มากกว่าชานเมือง การให้บริการเน้นการรักษามากกว่าการส่งเสริมและป้องกัน ผู้รับบริการมีจำนวนมากเกินกว่าผู้ให้บริการ ทำให้เกิดการขาดอัตรากำลัง นอกจากนี้ประชาชนผู้รับบริการยังขาดความเชื่อมั่นในมาตรฐานบริการ รวมทั้งไม่เข้าใจในระบบส่งต่อของสถานบริการสุขภาพในเรื่อง การเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่เห็นว่าที่ตั้งของสถานบริการสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานคร มีการคมนาคมสะดวกสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย แต่ยังมีกลุ่มที่เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพ เนื่องจากไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการ หรือยังมีประชาชนกลุ่มที่ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้ด้วยข้อจำกัดด้านสภาพร่างกาย ลักษณะงานที่ทำ หรือการอพยพย้ายถิ่น เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนงานก่อสร้าง กลุ่มด้อยโอกาสในสังคม และกลุ่มแรงงานต่างด้าว

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย เพื่อเป็นแนวทางในการเสนอต่อหน่วยงานและผู้เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพ และส่งเสริมระบบบริการสุขภาพประชากรที่สอดคล้องกับบริบท และสภาพชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร มีดังนี้

1. เน้นการส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก
2. กำหนดบทบาทสถานบริการแต่ละระดับให้ชัดเจน
3. สร้างเครือข่ายระบบบริการสุขภาพในเขตกรุงเทพมหานคร

4. ส่งเสริมปัจจัยที่ เกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น เช่น เพิ่มพื้นที่สีเขียว เพิ่มอัตรากำลัง และงบประมาณด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง
5. กำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์การปฏิบัติงานและอัตราจ่ายค่าตอบแทนที่เหมาะสม
6. จัดทำระบบฐานข้อมูลร่วมกัน เพื่อให้สามารถนำข้อมูลมาใช้ในการวางแผนการส่งเสริมสุขภาพ และปรับปรุงระบบบริการสุขภาพได้
7. จัดทำสื่อเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ และประชาสัมพันธ์ การดำเนินการของสถานบริการสุขภาพระดับต่างๆ ในเขตกรุงเทพมหานคร.

นั้ตรวรัญ องคสิงห์ และคณะ (2549) ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดระบบบริการสุขภาพของชุมชนตำบลโคกกระชาย อำเภอบรรพตพิสัย จ.นครราชสีมา เพื่อศึกษาถึงความต้องการจากฐานรากของชุมชนในรูปแบบระบบบริการสุขภาพ ที่มาจากการต้องการของชุมชนอย่างแท้จริงการวิจัยเชิงปฏิบัติการ และแบ่งระยะการศึกษาและปฏิบัติการออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 เป็นการศึกษาวิจัยในพื้นที่ เพื่อนำข้อมูลมาสังเคราะห์และประมวลเป็น “ตัวแบบ” (Model) ของ การจัดระบบบริการสุขภาพ

ระยะที่ 2 คณะนักวิจัยและผู้เกี่ยวข้องจะนำตัวแบบนั้นมาทดลองดำเนินการ พร้อมกับมีการประเมิน แก้ไข ปรับเปลี่ยน จนกระทั่งถึง

ระยะที่ 3 ซึ่งเป็นระยะที่วางแผนไว้สำหรับการประเมินผลและการพัฒนา การรายงานที่นำเสนอ เป็นผลงานจากการเสร็จสิ้นในระยะที่1 แบบแผนของระบบบริการสุขภาพชุมชนที่หลายเวทีช่วยกันสังเคราะห์ออกมานั้น มีองค์ประกอบสำคัญดังนี้

- 1) ทูทางสังคม ที่ถือเป็นบริบทเกี่ยวข้องกับครัวร่อยผู้คนเข้าไว้ด้วยกัน โดยชุมชนให้ความสำคัญกับคนที่มีใจ มีจุดมุ่งหมาย อุดมการณ์ร่วมกัน มีจิตสำนึกกร่วม โดยเน้นไปที่ผู้นำและภาวะที่จะสามารถดูแลบริหารระบบบริการสุขภาพชุมชนนี้ได้ ที่น่าสนใจคือในทูทางสังคมนี้ ได้รวมเรื่องห่วงโซ่ของอาหารในชุมชนเข้าไว้ด้วย

- 2) แบบแผนความสัมพันธ์ ทูทางสังคมจะเกิดขึ้นและเกี่ยวร่อยกับองค์ประกอบอื่นๆ นั้นจะต้องมีแบบแผนความสัมพันธ์ที่ชุมชนประยุกต์ขึ้นมา โดยยังเรียกร้อยแบบแผนในรูปแบบสังคมดั้งเดิมอยู่ แบบแผนความสัมพันธ์เหล่านั้น ได้แก่ การพึ่งพาอาศัยกัน การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การมีส่วนร่วม การอบรมศึกษาและดูงาน การบริหารจัดการ

- 3) การสนับสนุนการบริการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งคนในชุมชนให้ความสำคัญกับ หน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐที่ได้แก่สาธารณสุขจังหวัด อำเภอ สถานีอนามัย, โรงพยาบาลชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งองค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล และองค์การ

บริหารส่วนตำบล วัดและบทบาทของพระสงฆ์สถาบันการศึกษาในท้องถิ่น และวิทยุชุมชน

4) บุคลากรในระบบ ที่ชุมชนเห็นว่าจำเป็นในระบบบริการได้แก่ แพทย์, พยาบาล, อาสาสมัครสาธารณสุข และ หมอพื้นบ้าน โดยองค์ประกอบเหล่านี้จะต้องเชื่อมโยงกันด้วย

5) ระบบความรู้ ที่ชุมชนปรารถนาเป็นผู้รับและค่อยๆ เรียนรู้การแลกเปลี่ยน การทบทวนและการสังเคราะห์โดยระบบความรู้ที่เป็นความคิดของชุมชนควรจะ ประกอบด้วย คน, ความรู้, ทรัพยากรในชุมชน, เงินสนับสนุน, วัฒนธรรมและความสัมพันธ์ในครอบครัว โดยเฉพาะ การจัดสร้างชุมชนไว้ในระบบความรู้ด้วย เนื่องจากคนในชุมชนเห็นว่า เขาจะเป็นที่พึ่งของชุมชนและสังคม จึงเป็นทั้งผู้รับการถ่ายทอดและผู้ถ่ายทอดในรุ่นๆ ต่อๆ ไป

Beland et al. (2006) ได้ศึกษาระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องของร่างกาย ในประเทศแคนาดา โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างทดลองใช้โปรแกรมที่เรียกว่า SIPA (เป็นภาษาฝรั่งเศสแต่มีความหมายว่า Systemic of integrate care) เพื่อปรับปรุงสุขภาพ สร้างความพึงพอใจ และลดต้นทุนการบริการ โปรแกรมนี้รวมบริการการดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางง่าย อาศัยในชุมชนเป็นกลุ่มทดลองเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมจากการสุ่มเลือก SIPA ประกอบด้วย การดูแลในชุมชน โดยมีตัวแทนในท้องถิ่น รับผิดชอบ เป็นผู้ประสานระหว่างชุมชนกับสถาน บริการ (Acute and long-term) และ social services วิธีการปฏิบัติ ใช้วิธีประเมินความต้องการของผู้สูงอายุ แล้วจึงจัดบริการและส่งมอบอย่างต่อเนื่อง ซึ่งได้แก่ การดูแลด้านอาหาร การป้องกันหกล้ม ความทรงจำ การใช้จ่าย การให้หรือวัคซีน เป็นต้น มีความร่วมมือจากแพทย์ของครอบครัว (Family physician) และให้บริการเรียกได้ 24 ชั่วโมง ซึ่งกลุ่มนี้จะได้รับความสะดวกสบายในการติดต่อกับโรงพยาบาล กลุ่มควบคุมจะได้รับแต่บริการตามปกติในเวลาที่กำหนด ไม่มีผู้จัดการติดต่อประสานงาน จะถูกควบคุมการใช้งบประมาณด้วย ผลการศึกษาพบว่า ลดการนอนนานในโรงพยาบาล (Bed blocker) ได้ แต่มีการใช้เงินมากขึ้นในการให้บริการที่บ้าน (Home care) เกิดการเปลี่ยนแปลงในการช่วยเหลือผู้ที่มีความบกพร่อง แม้ไม่สามารถลดการเข้านอนในโรงพยาบาลได้ แต่ก็ทำให้ผู้รับบริการพึงพอใจ

Helleso, Sorensen, and Loewnsen (2005) ศึกษาการใช้เทคโนโลยีสื่อสารด้วยระบบข้อมูล อิเล็กทรอนิกส์ในการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลถึงบ้าน เพื่อสร้างระบบบริการสุขภาพ ซึ่งในประเทศนอร์เวย์ในการพยาบาลให้มีคุณภาพตามแผนยุทธศาสตร์ของระบบบริการสุขภาพนั้น เป็น “ระบบสุขภาพที่มีคุณภาพและให้บริการอย่างต่อเนื่อง” การศึกษาจึงใช้ ระบบการสื่อสารด้วย ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) จากโรงพยาบาลไปยังชุมชน เพื่อให้บริการการดูแลต่อที่บ้าน

การศึกษานี้ทดลองใช้โปรแกรมลงข้อมูลผู้ป่วย Discharge แล้วส่งต่อการพยาบาลด้วยระบบอิเล็กทรอนิกส์ ผลการทดลองในโรงพยาบาล 138 แห่ง พบว่า ระบบการสื่อสารด้วยวิธีนี้ ยังมีข้อจำกัดในเรื่องของ คำศัพท์, เทคนิคกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วย และเรื่องการรักษาความลับของผู้ป่วย แต่ในอนาคตหากสร้างระบบที่เป็นในลักษณะเครือข่ายแล้วจะมีประโยชน์สำหรับพยาบาลเป็นอย่างมาก

Koder & Kyriacou (2000) ได้ศึกษาถึงการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพอ่อนแอในประเทศสหรัฐอเมริกา ใช้การดูแลแบบบูรณาการ จาก 2 รูปแบบของการดูแลผู้สูงอายุรวมกัน (Fully integrate care for frail elderly: Two American models) โดยสรุปได้ดังนี้

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพอ่อนแอ มีโรคเรื้อรัง มีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Disability) ได้นำเข้าสู่การวางแผนให้ความช่วยเหลือทั้งในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศอื่นๆ เพราะเชื่อว่า กลยุทธ์ในการบูรณาการนี้ จะส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อการประสานงานก่อนให้เกิดคุณภาพงานที่ดี และมีประสิทธิผล การศึกษานี้ต้องการตรวจสอบรายละเอียดเกี่ยวกับรูปแบบของการบูรณาการที่เน้นอยู่ 2 ข้อ คือ การสร้างโปรแกรมรวม (PACE = Program All-Inclusive Care for the Elderly) ที่รวมทั้งด้านสวัสดิการและด้านสุขภาพ โดยที่รูปแบบขององค์กรที่สามารถบริหารจัดการระบบโปรแกรมสุขภาพให้ทำงานได้อย่างยั่งยืน ส่วนประกอบของระบบสุขภาพอยู่บนพื้นฐานของ บ้าน ชุมชน ผู้ป่วยนอก หรือการรักษาในสถานบริการจะควบคู่ไปกับสวัสดิการและงบประมาณที่แยกส่วน และมีบ่อยครั้งที่กฎข้อบังคับมักมีข้อโต้แย้งกันอยู่ การ Integration ได้แก่ การบริการด้านสุขภาพ (สุขภาพจิต งานบ้าน การขนส่งผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อ่อนแอ) การออกแบบให้เกิดการทำงานให้เชื่อมกับงานสวัสดิการสังคม การร่วมมือกันระหว่างการรักษาและการสนับสนุนทุน โดยมีเป้าหมายให้เกิดสุขภาพดี มีคุณภาพชีวิตที่ดี เกิดความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ และระบบมีประสิทธิภาพต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาข้ามหน่วยงาน วิธีการศึกษานี้ ได้รวบรวมข้อมูลทั้งชนิด Qualitative และ Quantitative data จากรายงานของนโยบายและการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้นำเสนอผ่านทางสื่อพิมพ์ของภาครัฐ และภาคเอกชน เป็นระยะเวลา 3 เดือน หลังวิเคราะห์แล้วได้บูรณาการรูปแบบเข้าด้วยกัน ซึ่งในส่วนของนโยบาย สามารถช่วยสนับสนุนค่าจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้การดูแลในรายที่ต้องการช่วยเหลือทางการแพทย์ ในส่วนของการดูแลรักษาที่ยั่งยืน หน่วยงานที่บริหารจัดการ ไม่จำกัดในการดูแลต่อเนื่อง ไม่กำหนดขอบเขตบริการ เปิดให้บริการตามความต้องการของผู้รับบริการ การศึกษาแนะว่าโปรแกรมที่บูรณาการนี้ปฏิบัติได้จริง สามารถนำไปเผยแพร่เป็นตัวอย่างแก่ประเทศต่างๆ ได้

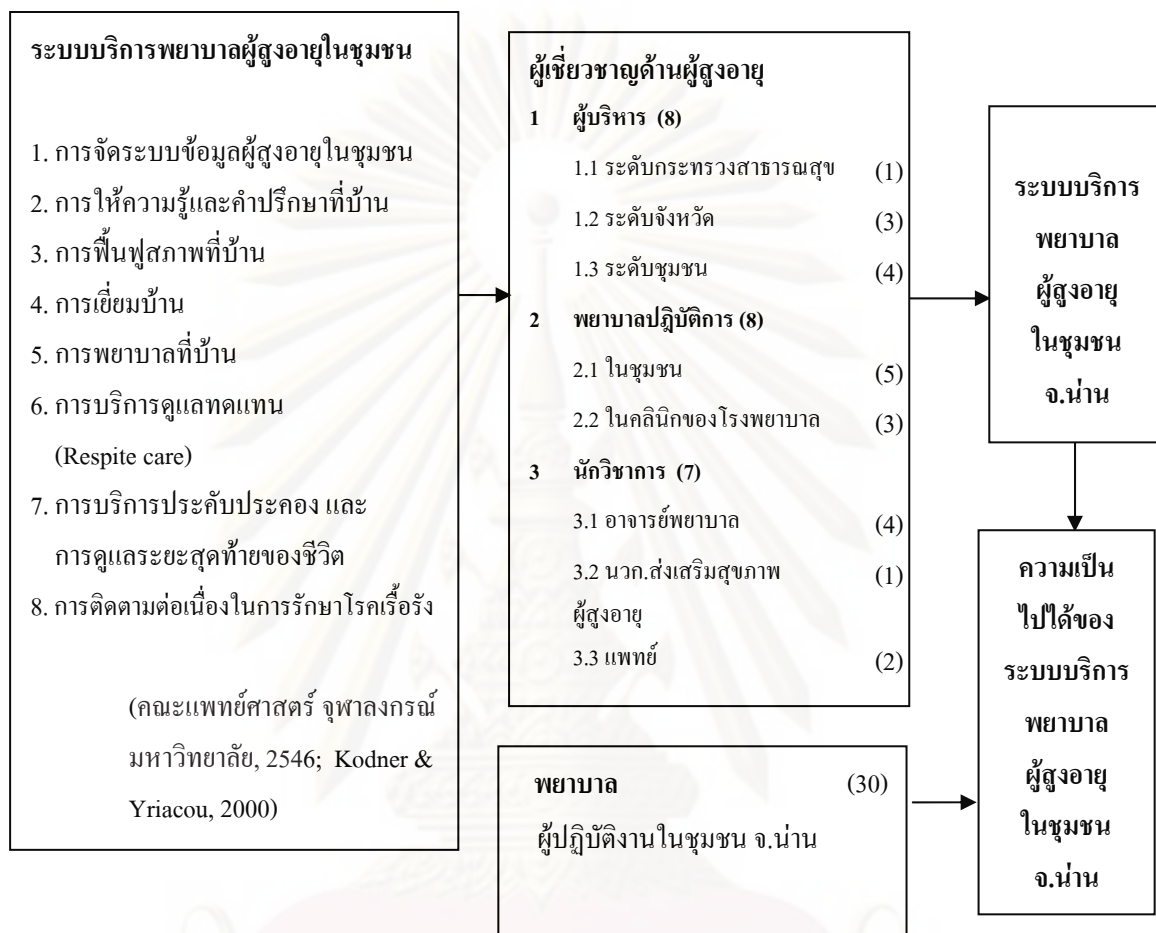
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

แนวคิดของการบริการพยาบาลผู้สูงอายุ ที่นำมาเป็นแนวคิดในการศึกษา คือ แนวคิดของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2546) เป็นแนวคิดเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพในชุมชนและบริการที่ประกอบด้วยระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน 8 ด้าน คือ บริการเยี่ยมบ้านประจำ การประเมินที่บ้าน การพยาบาลที่บ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน การให้ความรู้/ให้คำปรึกษาที่บ้าน การบริการเพื่อความต่อเนื่องต่อการรักษาโรคเรื้อรัง การบริการสังคม การบริการประคับประคอง และการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต และแนวคิดของ Kodner & Kyriacou (2000) ที่ได้รวมรูปแบบการบริการผู้สูงอายุทั้งบริการด้านสุขภาพและบริการด้านสังคม โดยให้บริการพร้อมกันทำให้เกิดประโยชน์และความพึงพอใจแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย 7 ด้าน คือ การเยี่ยมบ้าน การพยาบาลที่บ้าน การประเมินผู้สูงอายุ ที่บ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน การให้ความรู้/ให้คำปรึกษาที่บ้าน การบริการเพื่อความต่อเนื่องต่อการรักษาโรคเรื้อรัง การดูแลทดแทนผู้วิจัยได้บูรณาการ 2 แนวคิดนี้แล้วนำไปตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุในจังหวัดน่าน โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย และนำผลที่ได้ไปสอบถามพยาบาลที่ปฏิบัติงานในชุมชนจังหวัดน่าน ที่ปฏิบัติเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยถามถึงความเป็นไปได้ในการนำระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน ไปใช้บริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน ดังแสดงในภาพที่ 1

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive research) เพื่อศึกษาระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน ด้วยการใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย (Delphi Technique) (Murry & Hammons, 1995) มีวิธีการดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษานี้ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน เป็นผู้ที่มิประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งปฏิบัติงานใน 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านบริหารหรือมีส่วนในการกำหนดนโยบายด้านผู้สูงอายุ 2) ด้านปฏิบัติการด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 3) ด้านวิชาการ ได้แก่ อาจารย์พยาบาลด้านผู้สูงอายุ นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและแพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุหรือผู้ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2. กลุ่มผู้ให้ความเห็น เกี่ยวกับความเป็นไปได้ ในการนำระบบบริการนี้ไปปฏิบัติจริง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีความยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงดังนี้

กลุ่มตัวอย่างที่ 1 คือผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน จำนวน 23 คน กำหนดคุณสมบัติดังนี้

1.1 ด้านบริหาร เป็นผู้บริหาร ปฏิบัติงานที่มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายด้านผู้สูงอายุ จำนวน 8 คน โดยปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุขทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานสังกัดกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ จังหวัดน่าน องค์กร / ชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดน่าน และเจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองท้องถิ่น จังหวัดน่าน มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ 2 ปีขึ้นไป

1.2 ด้านปฏิบัติการพยาบาลด้านผู้สูงอายุจำนวน 8 คน วุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ หรือปฏิบัติงานในชุมชนที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุเป็นระยะเวลา 2 ปีขึ้นไป

1.3 ด้านวิชาการ จำนวน 7 คน คือ อาจารย์พยาบาลด้านผู้สูงอายุ แพทย์เฉพาะทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุหรือแพทย์ที่ปฏิบัติงานงานชุมชนเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และนักวิชาการสุขภาพศึกษาด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป มีประสบการณ์ในงานด้านการสอน หรือปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุเป็นระยะเวลา 2 ปีขึ้นไป ซึ่ง ได้สรุปสถานภาพส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ดังแสดงในตารางที่ 6 ดังนี้

ตารางที่ 6 แสดงคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ สถานภาพส่วนบุคคล	ผู้บริหาร (n=8)	ผู้ปฏิบัติ การพยาบาล(n=8)	นักวิชาการ (n=8)	รวม (ร้อยละ)
วุฒิการศึกษา				
ปริญญาตรี	2	-	-	2 (8.90)
ปริญญาโท	6	8	4	18 (78.26)
ปริญญาเอก	-	-	3	3 (13.03)
การปฏิบัติงาน(ปี)				
ประสบการณ์ทำงาน				
<10 ปี	-	2	2	4 (17.39)
>10 ปี	1	4	2	7 (30.43)
> 20 ปี	7	2	3	12 (52.17)
ประสบการณ์ด้านผู้สูงอายุ				
2-5 ปี	-	-	4	4 (17.39)
>5- 10 ปี	3	1	1	5 (21.74)
> 10 ปี	5	7	2	14 (60.87)
หน่วยงานสังกัด				
กระทรวงสาธารณสุข	3	7	2	12 (52.17)
ทบวงมหาวิทยาลัย	-	-	3	3 (13.03)
กระทรวงพัฒนาสังคมฯ	1	-	-	1 (4.35)
องค์กรท้องถิ่น	1	-	-	1 (4.35)
อื่นๆ	3	1	2	6 (26.09)

ผู้วิจัยคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญกลุ่มที่ 1 ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (รายละเอียดของผู้เชี่ยวชาญอยู่ในภาคผนวก ข) วิธีการในการคัดเลือกโดยการปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษา และบุคลากรที่ปฏิบัติเกี่ยวกับการพยาบาลผู้สูงอายุ รวมทั้งการศึกษาจากผลงานที่ปรากฏในเอกสารหนังสือและงานวิจัย ทำการสุ่มสอบถามเพื่อให้ได้ผู้เชี่ยวชาญตามคุณสมบัติที่กำหนด จนครบ 3 กลุ่มรวมจำนวน 23 คน นำรายชื่อผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ แล้วทำการติดต่อขอเชิญเข้าร่วมในการวิจัย ได้ผู้เชี่ยวชาญที่ยินดีให้ความร่วมมือตลอดการวิจัย ทั้งหมดจำนวน 23 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่มีความเหมาะสมกับเทคนิคการวิจัย สอดคล้องกับการศึกษาของ Thomas Macmillan (1971, อ้างถึงใน สุวลิ ทวีบุตร, 2540) เกี่ยวกับจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในเทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย พบว่า จำนวนผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป อัตราความคลาดเคลื่อนของข้อมูลจะลดลงลงที่ และมีความคลาดเคลื่อนน้อยมาก (แสดงไว้ในตารางที่ 5) โดยทั่วไปการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย ควรมีจำนวนผู้เชี่ยวชาญเข้าร่วมการวิจัยประมาณ 17 - 25 คน สำหรับการศึกษานี้ มีจำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยในแต่ละรอบได้จำแนกความเชี่ยวชาญตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ในการศึกษาเป็น 3 กลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมการวิจัยในแต่ละรอบ

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ	รอบที่ 1	รอบที่ 2	รอบที่ 3
ผู้บริหาร	8	8	8
ผู้ปฏิบัติการพยาบาล	8	8	8
นักวิชาการ	7	7	7
รวม	23	23	23

กลุ่มตัวอย่างที่ 2 คือ กลุ่มผู้ให้ความเห็นเกี่ยวกับความเป็นไปได้ ในการนำระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน ที่ได้จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญไปใช้ในการปฏิบัติจริง ได้แก่ พยาบาลโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน ที่ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุในชุมชน เป็นระยะเวลา 2 ปีขึ้นไป ทุกโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 14 โรงพยาบาล ในจังหวัดน่าน ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) คือ พยาบาลที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน ทั้งหมด จำนวน 30 คน ใน 14 โรงพยาบาล จังหวัดน่าน โดยกลุ่มตัวอย่างมีรายละเอียดของคุณสมบัติ ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 แสดงคุณสมบัติของพยาบาลชุมชนผู้เข้าร่วมวิจัย

พยาบาลกลุ่มผู้ปฏิบัติงานชุมชน สถานภาพส่วนบุคคล	หัวหน้าหน่วย ปฏิบัติการชุมชน (n=10)	ผู้ปฏิบัติการ พยาบาลชุมชน (n=20)	รวม (ร้อยละ)
วุฒิการศึกษา			
ปริญญาตรี	6	18	24 (60)
ปริญญาโท	4	2	6 (20)
การปฏิบัติงาน ประสบการณ์			
<10 ปี	2	8	10 (33.33)
>10 ปี	4	8	12 (40)
>20 ปี	4	4	4 (13.33)
ประสบการณ์ด้านผู้สูงอายุ			
2-5 ปี	1	9	10 (33.33)
>5- 10 ปี	4	7	11 (36.66)
>10 ปี	5	4	9 (30)

วิธีการดำเนินการและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การศึกษากระบวนการบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย เป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 เป็นขั้นตอนในการรวบรวมข้อคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อกำหนดเป็นระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน

ระยะที่ 2 เป็นขั้นตอนประเมินความเป็นไปได้ของระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน ไปใช้ในการปฏิบัติ

ระยะที่ 1 มีวิธีการดำเนินการ 3 รอบ ดังนี้

รอบที่ 1

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามกึ่งโครงสร้างชนิด

ปลายเปิด ที่นำประเด็นสำคัญจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการพยาบาล ผู้สูงอายุนำมาตั้งเป็นคำถาม มี 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบ ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นในการจัดระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน เครื่องมือนี้ได้นำส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตอบโดยให้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ แบบสอบถามที่สร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบความครอบคลุมเนื้อหา ความถูกต้อง ชัดเจนของการใช้ภาษาจากอาจารย์ที่ปรึกษา ข้อคำถามเป็นคำถามเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน เป็นอย่างไร? และมีองค์ประกอบด้านใดอีกบ้าง? จากจำนวน 8 ด้าน ดังนี้

1) ด้านการเยี่ยมบ้านเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนหรือไม่? อย่างไร? ในการเยี่ยมบ้าน ผู้สูงอายุที่ควรเยี่ยมได้แก่ ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย หรือหลังพักฟื้น หรือหลังกลับจากการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้มีภาวะพึ่งพาผู้อื่นในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือเคลื่อนไหว ลำบาก โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ผู้มีอาการซึมเศร้า ผู้ที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง วัณโรค และผู้สูงอายุที่ชุมชนเห็นว่าต้องได้รับการดูแล ผู้เยี่ยมได้แก่ พยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อาสาสมัครสาธารณสุข / อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ หรือกลุ่มอาสาสมัครอื่นๆในชุมชน การเยี่ยมแต่ละครั้งควรมีการบันทึกรายละเอียดที่จำเป็น เพื่อให้พยาบาลชุมชนได้นำมาใช้ในการวางแผนการดูแลและวางแผนการเยี่ยมที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุต่อไป

2) ด้านการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร? และมีรายละเอียดอะไรบ้าง? การประเมินปัญหาของของผู้สูงอายุแต่ละคน ประเมินจาก 1) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL, IADL) 2) สภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้ม 3) ด้านสังคม 4) ปัญหาด้านสุขภาพกายและการรักษาที่ผู้สูงอายุได้รับจากแพทย์แผนปัจจุบัน หรือแพทย์แผนไทย โดยประเมินจากการได้รับยาทุกชนิดของผู้สูงอายุ 5) สภาพจิตใจ อารมณ์และปัญญา ได้แก่ การประเมินสุขภาพจิต การประเมินด้านสติปัญญาและความจำ โดยใช้แบบประเมิน Chula ADL Index, Modified Barthel ADL Index, Chula Mental Test (CMT), Three thing recall, Clock drawing test พยาบาลชุมชนนำผลการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เสนอในที่ประชุมสหสาขาวิชาชีพและหรือที่ประชุมของกรรมการชุมชน

เพื่อการวางแผนช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชนตามปัญหาที่พบต่อไป ผู้ประเมิน คือ พยาบาลชุมชน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งต้องมีความรู้ในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ

3) ด้านการให้ความรู้ / คำปรึกษาที่บ้านสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่ อย่างไร? การให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว จะดำเนินการ โดยบุคลากรสุขภาพทุกระดับ แต่เน้นที่บุคลากรพยาบาล ด้วยการให้ความรู้ครอบคลุมด้านต่างๆ ได้แก่ การดูแลสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต การได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน การอนามัยและพฤติกรรมขับถ่าย การปฏิบัติตนที่ถูกต้องเมื่อเกิดการเจ็บป่วย การเฝ้าระวัง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมชุมชน และการประกอบกิจทางศาสนาที่จะช่วยให้จิตใจสงบ มีความสุข

4) ด้านการพยาบาลที่บ้าน สำคัญสำหรับการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่? อย่างไร? การบริการพยาบาลให้แก่ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วย และอยู่ที่บ้าน บางคนจำเป็นต้องได้รับบริการพยาบาล เช่น การทำแผล การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ การป้อนอาหารทางสายยาง การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การเฝ้าระวัง และการพยาบาลอื่นๆที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย การสอน/สาธิต สนับสนุน ให้กำลังใจญาติ ให้สามารถดูแลผู้ป่วยหรือให้คำปรึกษาแก่สมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพ ผู้ปฏิบัติได้แก่ พยาบาลชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อาสาสมัครสาธารณสุข /อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ หรืออาสาสมัครอื่นๆในชุมชน ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ยังรวมถึงการประเมินภาวะสุขภาพกาย-ใจของผู้สูงอายุตามปัญหาสุขภาพที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

5) ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้านเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่? อย่างไร? การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นการให้เฉพาะรายแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพา หรือผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวหรือเคลื่อนย้ายภายในบ้าน หรือลำบากในการเดินทางไปรับบริการที่ศูนย์บริการในชุมชน การบริการได้แก่ การทำกายภาพบำบัดพื้นฐาน หรือการบำบัดโดยการแพทย์แผนไทยหรือการแพทย์ในพื้นที่ เช่น การใช้ประคบร้อนหรือการนวด และสนับสนุนญาติในการสร้างสิ่งประดิษฐ์เพื่อการฟื้นฟูสภาพ เช่น รอกชักเพื่อใช้ออกกำลังแขนขา การใช้ไม้เท้าช่วยเดิน ทำราวจับเพื่อยึดเกาะในการเคลื่อนย้าย หรือเป็นการฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือญาติผู้ดูแลในครอบครัว หรืออาสาสมัครในชุมชน ที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในชุมชน ภายใต้การกำกับดูแลของนักกายภาพบำบัด และพยาบาลชุมชน

6) ด้านการติดตามต่อเนื่องในการดูแลรักษาโรคเรื้อรัง สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่? อย่างไร? พยาบาลชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประเมินปัจจัยหรือสาเหตุของการขาดความต่อเนื่องในการดูแลรักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะ

เจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ โดยกำหนดระยะเวลา ในการติดตามการเชื่อมตามปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะการเจ็บป่วยนี้ เช่น ทุก 3 เดือน ทุก 6 เดือน และยกตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงจากโรคเรื้อรัง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง และญาติ ได้ตระหนักถึงความรุนแรงของการดูแลไม่ต่อเนื่อง พยาบาลชุมชนกำหนดแบบกำกับการปฏิบัติกิจกรรมให้ผู้สูงอายุหรือสร้างนวัตกรรมสำหรับกำกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ที่เกี่ยวกับการควบคุมโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง เช่น โรคเบาหวาน มีตารางกำหนดอาหาร ตารางกำกับการรับประทานยา เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ใช้เป็นเครื่องมือในการติดตามการดูแล ต่อเนื่องในชุมชน พร้อมทั้งดำเนินการหรือประสานงานกับโรงพยาบาลเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้อย่างต่อเนื่องต่อไป

7) ด้านการบริการประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นสิ่งสำคัญ สำหรับการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่? มีรายละเอียดอย่างไร? การบริการช่วยเหลือ หรือเอื้ออาทรในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาต่อให้หายขาดและอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับความสุขสบาย สงบ ไม่เจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน โดยที่ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะนี้ควร ได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรี พยาบาลชุมชนควรเน้นให้การช่วยเหลือ สนับสนุน ญาติที่กำลังเผชิญกับภาวะการดูแลผู้สูงอายุดังกล่าว โดยให้กำลังใจญาติเพื่อให้ญาติได้ผ่อนคลายความวิตกกังวลให้การยอมรับผู้ป่วย และให้คำแนะนำสอน/สาธิตการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบาย ในระยะสุดท้าย เน้นการดูแลด้านจิตใจแก่ญาติและผู้ป่วย เพื่อช่วยให้เกิดความสุขสงบ โดยอาจใช้วิธีทางพุทธ ใช้ดนตรีบรรเลงเบาๆเพื่อการบำบัดทางจิตใจ เป็นต้น ผู้ปฏิบัติคือ พยาบาลชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชน

8) ด้านการบริการดูแลทดแทนเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการดูแลผู้สูงอายุหรือไม่? มีรายละเอียดอย่างไร? การบริการดูแลผู้สูงอายุหรือการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อทดแทนผู้ที่ดูแลประจำโดยมีการช่วยเหลือ ปฏิบัติทดแทนเป็นครั้งคราวที่จำเป็น เพื่อให้โอกาสแก่ผู้ดูแลได้มีเวลาไปปฏิบัติกิจกรรมส่วนตัวที่จำเป็น เช่น ไปธนาคาร ไปรับการตรวจสุขภาพตัวเอง ไปงานบุญบ้าง การบริการทดแทน เช่น การช่วยดูแลช่วงกลางวัน กลุ่มผู้ดูแลทดแทนนี้อาจไปดูแลแทนที่บ้านหรือนำผู้สูงอายุ ฝากศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชนในเวลากลางวันหรือการช่วยเหลือโดยไปรับยาแทนผู้ดูแลประจำ ผู้ดูแลทดแทนได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุข / อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ หรือเพื่อนบ้านหรืออาสาสมัครอื่นๆในชุมชน ซึ่งจะต้องได้รับการสอนจากพยาบาลในชุมชน

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ติดต่อผู้เชี่ยวชาญ ที่ได้รับการพิจารณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาเรียบร้อยแล้ว ได้ติดต่อเรียนเชิญผู้เชี่ยวชาญอย่างไม่เป็นทางการ โดยใช้ทั้ง

โทรศัพท์ติดต่อ และส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์แล้ว หลังจากงานวิจัยได้รับการพิจารณาอนุมัติจาก กรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยแล้ว จึงนำหนังสือเชิญจากคณะพยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงสร้างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อที่มีรายละเอียดของเทคนิคการ วิจัยแบบเคลฟาย แบบสอบถาม กิ่ง โครงสร้างที่เป็นข้อคำถามแบบปลายเปิด จำนวน 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัวของผู้ตอบ ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับความ คิดเห็นในการจัดระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตอบคำถาม อย่างอิสระ โดยการนำส่งด้วยตัวเอง ส่งทางไปรษณีย์และอิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งผู้เชี่ยวชาญบางท่าน ไม่สะดวกตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยใช้วิธีการสัมภาษณ์ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ผู้วิจัยได้ส่งเป็นจดหมาย ทางไปรษณีย์ได้แนบซองผนึกตราไปรษณียากรและระบุชื่อ-ที่อยู่ของผู้รับและผู้ส่ง เพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งคำตอบกลับทางไปรษณีย์ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ให้สัมภาษณ์มี 8 คน ผู้เชี่ยวชาญ ส่งคำตอบกลับทางไปรษณีย์ 12 คนและตอบทางอิเล็กทรอนิกส์ 3 คน รวม 23 คน ระยะเวลาใน การเก็บข้อมูลของรอบแรก 50 วัน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2552 – 20 พฤศจิกายน 2552

3. การวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อได้ข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1 ผู้วิจัยนำมา วิเคราะห์ เนื้อหา (Content analysis) ผลการวิเคราะห์ได้ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในจังหวัดน่าน อยู่ 8 ด้าน โดยได้ปรับปรุงข้อคำถาม ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญที่เสนอว่า บางข้อคำถามยังสื่อ ความหมายไม่เข้าใจจึงต้องเพิ่มเติมคำอธิบาย ในบางรายการที่ผู้เชี่ยวชาญต้องการให้ระบบบริการ พยาบาลเป็นไปอย่างครอบคลุมมากขึ้น เสนอให้เพิ่มเติมผู้รับผิดชอบและมีการปรับลำดับขั้นตอน ระบบบริการให้เหมาะสมยิ่งขึ้น โดยได้ปรับขั้นตอนการประเมินภาวะสุขภาพอยู่ในลำดับที่ 1 พร้อมทั้งเปลี่ยนข้อคำถามเป็น “การจัดระบบข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ” แต่รายด้านยังคงมี 8 ด้าน เช่นเดิม การเรียงลำดับความสำคัญใหม่ มีดังนี้ 1) การจัดระบบข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน 2) การให้ความรู้/คำปรึกษาที่บ้าน 3) การเยี่ยมบ้าน 4) การฟื้นฟูสภาพที่บ้าน/ในชุมชน 5) ด้านการ พยาบาลที่บ้าน 6) การบริการดูแลทดแทน 7) การบริการประคับประคองและการดูแลระยะ สุดท้าย ของชีวิต 8) การบริการติดตามต่อเนื่องในการรักษาโรคเรื้อรัง (ดังแสดงผลในบทที่ 4 ตอนที่ 1 หน้า 70)

รอบที่ 2

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เมื่อวิเคราะห์เนื้อหาจากแบบสอบถาม ในรอบที่ 1 ได้กลุ่มของระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน 8 ด้าน ซึ่งรอบที่ 2 นี้ ได้ปรับข้อความจากระบบการเยี่ยมบ้าน เป็นการจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน แล้วนำมาสร้าง ข้อคำถามรายการ การบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน ได้ 46 รายการ ลักษณะข้อ

คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตามแบบ Rating scale scale 5 ระดับ ที่แสดงถึงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม ต่อระดับความสำคัญของระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในจังหวัดน่านในแต่ละข้อ ตั้งแต่ 5 ถึง 1 คือความสำคัญมากที่สุดถึงน้อยที่สุด พร้อมกับให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยผ่านการตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนของเนื้อหาและภาษาที่ใช้จากอาจารย์ที่ปรึกษา

ระดับคะแนนในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับคะแนน	ความหมาย
5	ท่านเห็นว่า ข้อความดังกล่าว เหมาะสม กับระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดน่าน มากที่สุด
4	ท่านเห็นว่า ข้อความดังกล่าว เหมาะสม กับระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดน่าน มาก
3	ท่านเห็นว่า ข้อความดังกล่าว เหมาะสม กับระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดน่าน ปานกลาง
2	ท่านเห็นว่า ข้อความดังกล่าว เหมาะสม กับระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดน่าน น้อย
1	ท่านเห็นว่า ข้อความดังกล่าว เหมาะสม กับระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดน่าน น้อยที่สุด

กลุ่มของระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน ในรอบที่ 2 ซึ่งได้จาก การวิเคราะห์เนื้อหาในรอบที่ 1 แบ่งเป็น 8 ด้าน มีรายการย่อย 46 รายการ ดังนี้

1) ด้านการจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย 7 รายการ คือ การจัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นในการใช้งานแก่นักงาน การจัดระบบตรวจสอบข้อมูลผู้สูงอายุให้เป็นปัจจุบัน การจัดทำแบบประเมินผู้สูงอายุที่ครอบคลุมมิติทั้งด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม การจัดระบบการใช้แบบประเมินผู้สูงอายุ การจัดระบบการเยี่ยมประเมินโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การจัดระบบการอบรม/ปฐมนิเทศและเสริมสมรรถนะแก่เจ้าหน้าที่ การจัดระบบแจ้งข้อมูลสุขภาพคืนไปยังชุมชนและท้องถิ่น

2) การให้ความรู้/คำปรึกษาที่บ้านประกอบด้วย 7 รายการ คือ การจัดระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ การจัดสร้างแหล่งเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การจัดงบประมาณสนับสนุนการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ การจัดระบบประเมินระดับการ

รับรู้ของผู้สูงอายุ การจัดรูปแบบและวิธีการในการให้ความรู้/คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ การจัดระบบการสื่อสารตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ การจัดทำแผนสร้างเสริมความรู้และทักษะของผู้ปฏิบัติ

3) การเยี่ยมบ้าน ประกอบด้วย 6 รายการ คือ การจัดระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ การจัดอัตรากำลังในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ การจัดทำแนวปฏิบัติในการเยี่ยมบ้าน การจัดระบบการบันทึกข้อมูลหลังเยี่ยมบ้าน การจัดทำแผนส่งเสริมและพัฒนาความรู้และทักษะของผู้เยี่ยมบ้าน การจัดระบบการสรรหาอาสาสมัครสำหรับการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ

4) การฟื้นฟูสภาพที่บ้าน/ในชุมชน การจัดศูนย์สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน การจัดระบบสรรหาบุคลากรประจำศูนย์สุขภาพ การจัดระบบการจัดหาอุปกรณ์ในการฟื้นฟูสภาพ การจัดทำแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่บ้านหรือที่ศูนย์สุขภาพ การจัดทำแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพจิตของผู้สูงอายุ

5) ด้านการพยาบาลที่บ้าน ประกอบด้วย 5 รายการ คือ การจัดระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ การจัดทำแผนจัดหาบุคลากร/อาสาสมัครเพื่อให้การพยาบาลที่บ้าน การจัดระบบการเบิกจ่าย วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการพยาบาลที่บ้าน การจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่บ้าน การจัดทำแผนพัฒนาศักยภาพของบุคลากรหรือผู้ปฏิบัติ

6) การบริการดูแลทดแทน ประกอบด้วย 5 รายการ คือ การจัดสถานที่ให้บริการดูแลทดแทนแก่ผู้สูงอายุ การจัดทำแผนการจัดหา/สรรหาบุคลากรประจำที่ศูนย์บริการทดแทน การจัดระบบการเบิกจ่าย-อุปกรณ์ในการดูแลทดแทนตามปัญหาสุขภาพ การจัดทำแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลทดแทนผู้สูงอายุ การพัฒนาทักษะผู้ให้บริการดูแลทดแทนให้แก่ผู้สูงอายุ

7) การบริการประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต ประกอบด้วย 5 รายการ คือ การจัดระบบการรับ-ส่งข้อมูลจากโรงพยาบาลถึงสถานีนามัย การจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย การจัดทำแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย การจัดทำแผนพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง การจัดทำแผนสรรหาอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุระยะสุดท้าย

8) การบริการติดตามต่อเนื่องในการรักษาโรคเรื้อรัง ประกอบด้วย 5 รายการ คือ การจัดระบบการส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุกับสถานบริการในเครือข่ายระดับจังหวัด การจัดระบบติดตาม/ค้นหาปัญหาของการขาดการรักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ การจัดระบบสื่อสารกับผู้สูงอายุและชุมชน การทำแผนส่งเสริม/พัฒนาเครื่องมือสื่อสารกับผู้สูงอายุในการรักษาโรค การจัดระบบการช่วยเหลือผู้สูงอายุให้เข้าถึงบริการการรักษาอย่างสะดวกและปลอดภัย

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามรอบที่ 2 โดยบูรณาการจากการทบทวนวรรณกรรม จากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญตามแบบสอบถามรอบที่ 1 ร่วมกับผลการสัมภาษณ์ในรอบที่ 1 ได้เป็นระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในจังหวัดน่านจำนวน 8 ด้าน 46 รายการ แล้วจัดส่งแบบสอบถามนี้ให้แก่ผู้เชี่ยวชาญหลายวิธี ได้แก่ ส่งทางไปรษณีย์ ทางอิเล็กทรอนิกส์เมลล์ และนำส่งด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้กำหนดวันขอรับเอกสารคืนรวมอยู่ในเอกสารด้วย แบบสอบถามที่ส่งทางไปรษณีย์ได้แนบซองผนึกตราไปรษณียากรพร้อมระบุชื่อ-ที่อยู่ของผู้รับและผู้ส่ง เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญตอบกลับอย่างสะดวก ผู้เชี่ยวชาญส่งคำตอบคืนทางอิเล็กทรอนิกส์เมลล์ 5 คน ตอบเป็นเอกสารจำนวน 18 คน รวม 23 คน เก็บข้อมูลตั้งแต่ 30 พฤศจิกายน ถึง 10 มกราคม 2553 รวม 40 วัน

3. การวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อได้รับคำตอบของแบบสอบถามรอบที่ 2 ซึ่งคำตอบมีลักษณะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) ตามแบบ Rating scale scale 5 ระดับที่แสดงถึงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม ต่อระดับความสำคัญของระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน ในแต่ละข้อมีคะแนนตั้งแต่ 5 ถึง 1 คือความสำคัญมากที่สุดถึงน้อยที่สุด พร้อมทั้งให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม นำคำตอบที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูล นำฉันทามติจากการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ของผู้เชี่ยวชาญมาสรุปและปรับปรุงเพิ่มเติม ตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญซึ่งไม่มีการเสนอให้ตัดรายการใดออก จึงคงรายการต่างๆเช่นเดิม แต่มีเสนอให้เพิ่มเติมบางรายการเพื่อความชัดเจนและการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่

1) ด้านการจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน มีการเสนอแนะในเรื่องของการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นในการใช้งานแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรเพิ่มเทศบาล / โรงพยาบาลชุมชน / สอ.กลุ่มงานเวชกรรมสังคมของโรงพยาบาลและตัวแทนผู้สูงอายุมาร่วมรับผิดชอบ เพื่อให้เกิดการเชื่อมโยงข้อมูลในวงกว้างขึ้นอันจะทำให้เกิดความรวดเร็วในการส่งต่อข้อมูล การจัดระบบตรวจสอบข้อมูลผู้สูงอายุให้เป็นปัจจุบัน ควรให้ อาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาทในการร่วมบันทึกข้อมูล เพราะ อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้สูงอายุในชุมชนมากกว่า เมื่อผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงภาวะสุขภาพย่อมสามารถให้ข้อมูลเป็นปัจจุบันมากที่สุด การจัดระบบการอบรม/ปฐมนิเทศและเสริมสมรรถนะของเจ้าหน้าที่ ควรให้ องค์กรบริหารส่วนตำบล และโรงพยาบาลร่วมรับผิดชอบ เพราะองค์กรบริหารส่วนตำบลสามารถที่จะสนับสนุนงบประมาณในการจัดอบรมและ โรงพยาบาลมีบุคลากรที่มีความรู้และทักษะสูงจึงเป็นแหล่งที่มีวิทยากรที่ดีที่ จะช่วยในการฝึกอบรมแก่บุคลากรทุกระดับได้

2) การให้ความรู้/คำปรึกษาที่บ้าน ผู้เชี่ยวชาญเสนอ ดังนี้ จัดสร้างแหล่งเรียนรู้ เพื่อ การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ควรให้พยาบาลในพื้นที่เป็นที่ปรึกษา และให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีบทบาท รับผิดชอบแหล่งเรียนรู้ เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขได้จัดทำสื่อสารที่ได้รับจากสถานีอนามัยหรือ โรงพยาบาลส่งถึงผู้สูงอายุได้อย่างทั่วถึง และจะได้ดูแลแหล่งเรียนรู้ให้มีเอกสาร และข้อมูลที่ทันสมัยจากแหล่งดังกล่าวนำมาเผยแพร่ต่อไป การจัดงบประมาณสำหรับสนับสนุนการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ ควรให้ องค์กรผู้สูงอายุมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการจัดหาทุนเพื่อสร้างแหล่งเรียนรู้ เพราะจะได้ช่วยองค์กรบริหารส่วนตำบลในการจัดหาแหล่งเรียนรู้ให้เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม การจัดรูปแบบของเนื้อหาและวิธีการในการให้ความรู้/คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ ควรให้กลุ่มงานเวชกรรมสังคมมีส่วนร่วมปฏิบัติด้วย โดยการนำผู้สูงอายุที่เป็นต้นแบบด้านสุขภาพมาร่วมถ่ายทอดประสบการณ์เป็นรูปแบบที่ง่ายไม่ยุ่งยากและไม่สิ้นเปลืองงบประมาณ ระบบการสื่อสารตามการรับรู้ของผู้สูงอายุแต่ละชุมชน ควรให้ผู้สูงอายุได้ เข้ามามีส่วนร่วมในการคิด เพราะจะช่วยให้สื่อที่ผลิตออกมาได้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ

3) การเยี่ยมบ้าน ผู้เชี่ยวชาญเสนอให้เพิ่มเติมดังนี้ การจัดอัตรากำลังในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ ควรให้มีการดำเนินการร่วมกับ องค์กรบริหารส่วนตำบลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อจะได้ช่วยแก้ปัญหา การขาดอัตรากำลังผู้เยี่ยมบ้าน การจัดทำแนวปฏิบัติในการเยี่ยมบ้านควรให้พยาบาลในโรงพยาบาล(Patient Care Team = PCT) และพยาบาลของกลุ่มงานเวชกรรมสังคมมีส่วนร่วมในการจัดทำ เพราะพยาบาลในโรงพยาบาลเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางและทราบแนวทางการปฏิบัติตัวในการต่อสู้ เพื่อเอาชนะหรืออยู่กับโรคอย่างมีความสุข จึงควรนำมาช่วยในการจัดทำแนวปฏิบัติให้ได้ตรงกับความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุ การจัดทำแผนส่งเสริมและพัฒนาความรู้และทักษะของผู้เยี่ยมบ้านควรให้ พยาบาลของทีม PCT, กลุ่มงานเวชกรรมสังคมและตัวแทนผู้สูงอายุเข้าร่วมในการจัดทำแผน พัฒนาดังกล่าว

4) การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน ผู้เชี่ยวชาญเสนอให้เพิ่มเติมดังนี้ การจัดศูนย์สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ควรให้กรรมการของผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบการจัดศูนย์ฟื้นฟูสภาพเพราะจะได้เข้าใจความต้องการของผู้สูงอายุได้ดี การจัดระบบสรรหาบุคลากรประจำศูนย์สุขภาพ ควรให้วางแผนจัดสรรอัตรากำลังของนักกายภาพบำบัดอยู่ในโครงสร้างของงานสาธารณสุขชุมชน การจัดทำแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่บ้านหรือที่ศูนย์สุขภาพ ควรมีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูมาร่วมจัดทำแนวทางปฏิบัติในชุมชน การจัดทำแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพจิตของผู้สูงอายุ ควรให้พระภิกษุในชุมชนมีส่วนร่วมฟื้นฟูสภาพจิตของผู้สูงอายุ เพราะปกติพระภิกษุเป็นศูนย์กลางของคนในชุมชน จึงควรเชิญเข้าร่วมแสดงความคิดเห็น เพื่อช่วยให้ได้แนวทางที่ดี

5) ด้านการพยาบาลที่บ้าน ผู้เชี่ยวชาญเสนอให้เพิ่มเติมดังนี้ การจัดระบบการเบิกจ่าย วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการพยาบาลที่บ้าน ควรให้บริการแก่ผู้สูงอายุ เพราะวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ให้การพยาบาลที่บ้าน รัฐควรเป็นผู้รับผิดชอบ

6) การบริการดูแลทดแทน ผู้เชี่ยวชาญเสนอให้เพิ่มเติมดังนี้ การจัดสถานที่ให้บริการ ดูแลทดแทนแก่ผู้สูงอายุ ควรให้อาสาสมัครสาธารณสุขเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดหาสถานที่ในชุมชนที่มีความเหมาะสม เพราะอาสาสมัครสาธารณสุขจะเป็นผู้ที่ช่วยปฏิบัติงานการดูแลทดแทน จึงเป็นผู้ที่จะให้ความเห็นด้านความสะดวกในการเดินทาง ความปลอดภัยทั้งของผู้สูงอายุและผู้ปฏิบัติในศูนย์บริการได้ดี จึงควรพิจารณาให้เข้าร่วมเป็นกรรมการ

7) การบริการประคับ ประคองและการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต ผู้เชี่ยวชาญเสนอให้เพิ่มเติมดังนี้ การจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย ควรให้วัดหรือสถาบันศาสนาตามความเชื่อเข้าร่วมจัดระบบ เพราะผู้สูงอายุและญาติมีศาสนาเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจะทำให้เกิดความสุขสงบ ในระยะสุดท้ายของชีวิต การจัดทำแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย ควรให้ผู้นำศาสนา พระภิกษุในชุมชน ควรมีส่วนร่วมในการเป็นที่พึ่งทางใจในระยะสุดท้ายตามความเชื่อของศาสนา การจัดทำแผนพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง ควรให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบ เพื่อให้การสนับสนุนทางด้านศาสนาดังกล่าว

8) การบริการติดตามต่อเนื่องการรักษาโรคเรื้อรัง ผู้เชี่ยวชาญเสนอให้เพิ่มเติมดังนี้ การจัดระบบส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุกับสถานบริการในเครือข่ายระดับจังหวัด ควรให้ทีมพยาบาล PCT ในโรงพยาบาลและพยาบาลกลุ่มงานเวชกรรมสังคมเข้าร่วมจัดทำ เพราะพยาบาลเวชกรรมสังคมเป็นผู้ที่ติดต่อรหว่างโรงพยาบาลและชุมชน จะมีข้อเสนอแนะด้านการส่งต่อข้อมูลได้ดี การจัดระบบติดตาม/ค้นหาปัญหาของการขาดการรักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ ควรเพิ่มบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข เพราะอาสาสมัครสาธารณสุขเปรียบเสมือนตัวแทนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่อยู่ในชุมชน และสามารถติดตามผู้สูงอายุได้รวดเร็ว การจัดระบบสื่อสารกับผู้สูงอายุและชุมชน ควรให้ผู้แทนชมรมผู้สูงอายุในชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดระบบนี้

คำตอบของแบบสอบถามรอบนี้ มี จำนวน 46 รายการ ผู้วิจัยนำคำตอบแต่ละรายการที่ผู้เชี่ยวชาญให้คะแนนตามระดับความสำคัญ ของระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน นำมาหาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยควอไทล์ของแต่ละรายการ (เพื่อเตรียมเป็นข้อมูลรอบที่ 3) โดยแทนค่าในสูตรดังต่อไปนี้

สูตรการคำนวณค่ามัธยฐาน (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2550)

$$Md = Lo + i \frac{\left(\frac{N}{2} - f1\right)}{f2}$$

โดยที่

Md = ค่ามัธยฐาน

Lo = จุดจำกัดล่างที่แท้จริงของคะแนนในชั้นที่มีค่ามัธยฐาน

N = จำนวนความถี่ทั้งหมด

i = อัตรากว้างชั้น

f1 = ความถี่สะสมจากคะแนนต่ำสุดถึงคะแนนที่เป็นจุดจำกัดบนของคะแนน ในชั้นก่อนที่จะมีมัธยฐาน

f2 = ความถี่ของคะแนน ในชั้นที่มีมัธยฐาน

ค่ามัธยฐาน (Median) แปลความหมายโดยใช้เกณฑ์ดังนี้

ค่ามัธยฐาน	ความหมาย
4.51 - 5.00	ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยว่า ข้อความนั้นเหมาะสม มากที่สุดในระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดน่าน
3.51 - 4.50	ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยว่า ข้อความนั้นเหมาะสม มากในระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดน่าน
2.51 - 3.50	ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยว่า ข้อความนั้นเหมาะสม ปานกลางในระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดน่าน
1.51 - 2.50	ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยว่า ข้อความนั้นเหมาะสม น้อยในระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดน่าน
1.00 - 1.50	ผู้เชี่ยวชาญเห็นด้วยว่า ข้อความนั้นเหมาะสม น้อยที่สุดในระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดน่าน

สูตรการคำนวณค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2550)

IR = Q3-Q1 โดยคำนวณหา Q3 และ Q1 จากสูตร

$$Q_1 = L_{Q_1} + \left(\frac{\frac{N}{4} - CF}{f_{Q_1}}\right) \quad (i)$$

Q_1	=	ค่าควอไทล์ในตำแหน่งที่ 1
L_{Q_1}	=	ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของชั้นคะแนนที่ Q_1 อยู่
N	=	จำนวนข้อมูลทั้งหมด
CF	=	ความถี่สะสมของชั้น ก่อนชั้น Q_1
f_{Q_1}	=	ความถี่ของชั้น Q_1
i	=	ความกว้างของอันตรภาคชั้นของ Q_1

$$Q_3 = L_{Q_3} + \left(\frac{\frac{3N}{4} - CF}{f_{Q_3}} \right) (i)$$

Q_3	=	ค่าควอไทล์ในตำแหน่งที่ 3
L_{Q_3}	=	ขีดจำกัดล่างที่แท้จริงของชั้นคะแนนที่ Q_3 อยู่
N	=	จำนวนข้อมูลทั้งหมด
CF	=	ความถี่สะสมของชั้น ก่อนชั้น Q_3
f_{Q_3}	=	ความถี่ของชั้น Q_3
i	=	ความกว้างของอันตรภาคชั้นของ Q_3

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range) แปลความหมายโดยใช้เกณฑ์ ดังนี้ (จนิษฐา วิทยานุมาศ, 2530)

ไม่เกิน 1.50 หมายถึง ความเห็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 23 ท่านที่มีต่อระบบบริการพยาบาล ผู้สูงอายุตามข้อความนั้น มีความสอดคล้องกัน

มากกว่า 1.50 หมายถึง ความเห็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 23 ท่านที่มีต่อ ระบบบริการพยาบาล ผู้สูงอายุตามข้อความนั้น ไม่สอดคล้องกัน

รอบที่ 3

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ส่งแบบสอบถามรอบที่ 3 ที่สร้างขึ้นใหม่จากการนำคำตอบในแบบสอบถามรอบที่ 2 นำมาคำนวณหาค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยควอไทล์ (Interquartile Range) ของคำถามแต่ละข้อเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 5 ถึง 1 คือ

ความสำคัญมากที่สุดถึงน้อยที่สุด ผู้วิจัยนำคำตอบของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญใน เพื่อสร้างแบบสอบถามใหม่ที่ใช้ข้อความเดิม โดยมีการปรับข้อความในแบบสอบถามบางข้อตามที่ผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำเพิ่มเติมมา แบบสอบถามนี้แสดงค่ามัธยฐานและพิสัยควอไทล์ของกลุ่มและตำแหน่งคะแนนที่ผู้เชี่ยวชาญท่านนั้นตอบ ให้ผู้เชี่ยวชาญที่เข้าร่วมวิจัยได้ทราบ โดยข้อคำถามในรอบที่ 3 ได้รับการปรับปรุงและพิจารณาจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว ได้ข้อคำถาม จำนวน 46 รายการ โดยปรับจากการเปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 9 ดังนี้

ตารางที่ 9 แสดงการเปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 3

ผู้เชี่ยวชาญที่ไม่เปลี่ยนแปลงคำตอบ		จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่เปลี่ยนแปลงคำตอบ										
คน	ร้อยละ	คน									ร้อยละ	
11	47.83	12									52.17	
		จำนวนรายการที่เปลี่ยนแปลงคำตอบรายด้าน										
		(ด้าน)	1	2	3	4	5	6	7	8	รวม	เฉลี่ยร้อยละที่เปลี่ยนแปลง
		รายการ	4	3	4	3	3	6	2	1	25	6.79

จากตารางที่ 9 จำนวน ผู้เชี่ยวชาญที่เปลี่ยนแปลงและไม่เปลี่ยนแปลงข้อมูลได้นำมารวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 3 นำมาวิเคราะห์หาค่ามัธยฐาน (MD) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ระดับความสำคัญในแต่ละด้านของระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่านเป็นระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่านจำนวน 8 ด้าน 46 รายการดังนี้ ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน

1. ด้านการจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 7 รายการ
2. ด้านการให้ความรู้/คำปรึกษาที่บ้าน จำนวน 7 รายการ
3. ด้านการเยี่ยมบ้าน จำนวน 6 รายการ
4. ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน จำนวน 6 รายการ
5. ด้านการพยาบาลที่บ้าน จำนวน 5 รายการ
6. ด้านการบริการดูแลทดแทน จำนวน 5 รายการ

7. ด้านบริการดูแลแบบประคับประคองและ

ดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต จำนวน 5 รายการ

8. ด้านการบริการติดตามต่อเนื่องในการ

รักษาโรคเรื้อรัง จำนวน 5 รายการ

ในการตอบแบบสอบถามรอบนี้ ผู้เชี่ยวชาญจะทราบระดับความคิดเห็นของตนเองที่ได้ให้ความสำคัญของแต่ละข้อ รายการที่เหมือนหรือแตกต่างจากกลุ่ม เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันการคงคำตอบเดิม หรือเปลี่ยนแปลงคำตอบให้สอดคล้องกับคำตอบของกลุ่ม ถ้าผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบของตน ที่มีค่าพิสัยควอไทล์ ≤ 1.50 ไม่ต้องให้เหตุผลประกอบ แต่หากยืนยันคำตอบที่มีค่าพิสัยควอไทล์ > 1.50 ต้องให้เหตุผลประกอบ

ผู้วิจัย ได้กำหนด สัญลักษณ์ในแบบสอบถามและระบุความหมายระดับคะแนนไว้ ดังนี้

ค่ามัธยฐาน (Md) ใช้สัญลักษณ์ \bar{M}_d

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ใช้สัญลักษณ์ \longleftrightarrow

ตำแหน่งคำตอบของท่านในรอบที่ผ่านมา ใช้สัญลักษณ์ *

การแปลความหมาย ที่ผู้เชี่ยวชาญความคิดเห็นต่อระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุ ในชุมชนจังหวัดน่าน ในแต่ละรายการดังนี้

ค่ามัธยฐาน	ความหมาย
4.51 - 5.00	ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า ข้อความนั้นเหมาะสม มากที่สุด ในระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดน่าน
3.51 - 4.50	ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า ข้อความนั้นเหมาะสม มาก ในระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดน่าน
2.51 - 3.50	ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า ข้อความนั้นเหมาะสม ปานกลาง ในระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดน่าน
1.51 - 2.50	ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า ข้อความนั้นเหมาะสม น้อย ในระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดน่าน
1.00 - 1.50	ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่า ข้อความนั้นเหมาะสม น้อยที่สุด ในระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดน่าน

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์**ความหมาย**

- ไม่เกิน 1.50 ความเห็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 23 ท่านที่มีต่อระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุ ตามข้อความนั้น มีความสอดคล้องกัน
- มากกว่า 1.50 ความเห็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 23 ท่านที่มีต่อระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุ ตามข้อความนั้น มีความไม่สอดคล้องกัน

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัย จัดส่งแบบสอบถามรอบที่ 3 ให้แก่ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มเดิม เพื่อการยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ แบบสอบถามนี้ผู้วิจัยส่งให้แก่ผู้เชี่ยวชาญหลายวิธี ได้แก่ ส่งทางไปรษณีย์ ทางอิเล็กทรอนิกส์เมล์และนำส่งด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้กำหนดวันขอรับเอกสารคืนรวมอยู่ในเอกสารด้วย แบบสอบถามที่ส่งทางไปรษณีย์ ผู้วิจัยได้แนบซองผนึกตราไปรษณียากร พร้อมระบุชื่อ-ที่อยู่ของผู้รับและผู้ส่ง เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญตอบกลับอย่างสะดวก ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลรอบที่ 3 ตั้งแต่วันที่ 25 มกราคม 2553 ถึง 13 กุมภาพันธ์ 2553 รวม 18 วัน ได้รับแบบสอบถามคืน ครบถ้วน 23 ฉบับ

3. การวิเคราะห์ข้อมูล เมื่อได้รับคำตอบของแบบสอบถามรอบที่ 3 กลับ ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ เช่นเดียวกับ การวิเคราะห์ในรอบที่ 2 เพื่อให้ได้รายการของระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุ ในชุมชน จังหวัดน่าน ที่แสดงถึงความสำคัญและความสอดคล้องตามแนวความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ในรอบนี้ ผู้เชี่ยวชาญมีการเปลี่ยนแปลงคำตอบไปจากรอบที่ 2 คิดเป็นร้อยละ 6.79 ของคำถามทั้งหมด ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่ Murry Hammous (1995) ระบุว่า หากการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นน้อยกว่าร้อยละ 20 สามารถยุติคำถามรอบถัดไป ผู้วิจัยจึงยุติการส่งแบบสอบถามเพียงรอบที่ 3 จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ไม่เปลี่ยนแปลงคำตอบในรอบที่ 3 มีจำนวน 11 คน ส่วนอีก 12 คน มีการเปลี่ยนแปลงคำตอบคิดเป็นร้อยละ 6.79 ดังที่เสนอไว้ในตารางที่ 9

ระยะที่ 2

เป็นขั้นตอนประเมินความเป็นไปได้ของระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน ที่ได้จากการรวบรวมรอบที่ 3 ของระยะที่ 1

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ในรอบนี้ แบบสอบถามเป็นข้อมูลที่สรุปจากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านการวิเคราะห์ในรอบที่ 3 และผ่านการตรวจสอบจากอาจารย์ที่ปรึกษาแล้ว แบบสอบถามเป็นระดับการให้คะแนนถึงความเป็นไปได้มากที่สุด ถึงน้อยที่สุด ระดับคะแนนอยู่ที่ 5-1 แบบสอบถามนี้นำไปให้ผู้ปฏิบัติงานพยาบาลด้านผู้สูงอายุในแต่ละอำเภอของจังหวัดน่าน ให้ลงความเห็นถึงความเป็นไปได้ของระบบบริการ

พยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดน่าน ซึ่งจะเป็นข้อมูลให้ผู้บริหารใช้ตัดสินใจ แนวทางนี้เรียกว่า เป็นประโยชน์นิยม (Utilitarianism) ใช้เพื่อพัฒนาให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องหรือสังคมให้มากที่สุด (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2545) เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ นำมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย และให้ความหมายตามเกณฑ์ ดังนี้ (ประคอง วรรณสุต, 2538)

ค่าเฉลี่ย	ความหมาย
4.51-5.00	มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ มากที่สุด
3.51-4.50	มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ มาก
2.51-3.50	มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ปานกลาง
1.51-2.50	มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ น้อย
1.00-1.50	มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ น้อยที่สุด

เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินความเป็นไปได้ คือ หาค่าเฉลี่ยคะแนนความเป็นไปได้ของผู้ปฏิบัติงาน โดยกำหนดการตัดสินใจในระดับ มาก ขึ้นไป

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัย จัดส่งแบบสอบถามที่ได้จากการสรุปคำตอบของรอบที่ 3 ให้แก่ พยาบาลผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน จำนวน 30 คน ที่กระจายอยู่ทุกอำเภอในจังหวัดน่าน อำเภอ ละ 2 ชุดจำนวน 14 อำเภอ รวมเป็น 28 ชุด และในเขตเทศบาลน่านอีก 2 ชุด ทั้งหมด 30 ชุด พร้อมทั้งแนบซองติดไปรษณียากรพร้อมใส่ชื่อผู้รับและผู้ส่ง เพื่อสะดวกในการส่งกลับคืน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระยะที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2553 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2553 รวม 8 วัน ได้รับแบบสอบถามคืน ครบถ้วน 30 ฉบับ สรุประยะเวลาในการเก็บข้อมูลสำหรับการศึกษานี้ทั้งหมด 117 วัน

3. การวิเคราะห์ข้อมูล นำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยหาค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ในขั้นตอนของเทคนิคของ จุมพล พูลภัทรชีวิน (2529) ความตรงของเนื้อหาและความเที่ยงของแบบสอบถาม แฝงอยู่ในกระบวนการรวบรวมข้อมูล เนื่องจากเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้มีประสบการณ์ในเรื่องนั้นๆ โดยตรง รวมทั้งผู้มีประสบการณ์ มีโอกาสปรับแก้สำนวนภาษาและตรวจสอบคำตอบของตัวเอง ส่วนความเที่ยงของเครื่องมือ พิจารณาได้จากการที่ผู้มีประสบการณ์ยืนยันคำตอบของตัวเองเมื่อตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 ซึ่งการใช้เกณฑ์ในการเลือกผู้มี

ประสบการณ์ที่เหมาะสม ไม่นานจนเกินไป จึงทำให้ความตรงและความเที่ยงของเครื่องมือเพิ่มสูงขึ้น (จุมพล พุทธิภัทรชีวิน, 2530)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นมนุษย์ การวิจัยจึงอาจส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างได้ ในการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยดำเนินการดังนี้

กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 1 (กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ) ดำเนินการโดย

1. ชี้แจงและเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบสอบถาม โดยบอกวัตถุประสงค์ และรายละเอียดในการตอบแบบสอบถาม กลุ่มตัวอย่างต้องสมัครใจเข้าร่วมวิจัย
2. การรักษาความลับของข้อมูล เมื่อได้แบบสอบถามคืนมา ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม ไว้เป็นความลับ และทำลายทิ้งหลังเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น
3. การวิเคราะห์และรายงานผลการวิเคราะห์ ในลักษณะภาพรวม

กลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2 (พยาบาลชุมชน) ดำเนินการโดย

1. ชี้แจงให้ทราบด้วยวาจาอย่างไม่เป็นทางการถึงวัตถุประสงค์ ก่อนส่งเอกสารที่เป็นลายลักษณ์อักษรชี้แจงวัตถุประสงค์ และรายละเอียดงานวิจัยฉบับย่อ พร้อมใบยินยอมเข้าร่วมวิจัย กลุ่มตัวอย่างต้องสมัครใจเข้าร่วมวิจัย
2. การรักษาความลับของข้อมูล ในแบบสอบถาม ไม่ได้ระบุชื่อผู้ให้ข้อมูล เมื่อได้แบบสอบถามคืนมา ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ได้ไว้เป็นความลับ และทำลายทิ้งหลังเก็บข้อมูลเสร็จสิ้น
3. การวิเคราะห์และรายงานผลการวิเคราะห์ ในลักษณะภาพรวม

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย เรื่อง ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ในการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุจำนวน 3 รอบ และนำผลสรุปข้อมูลไปสอบถามความเป็นไปได้สำหรับการนำไปใช้ในชุมชน จังหวัดน่าน การนำเสนอข้อมูลแบ่งออกเป็น 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาาระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน ตามผลสรุปความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญไปใช้จริง

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาาระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ พบว่า ระบบบริการพยาบาลในชุมชน จังหวัดน่าน ที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันตามเกณฑ์ที่กำหนด คือ อยู่ในระดับความเหมาะสมมากขึ้นไป ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่ามัธยฐาน (MD) ค่าพิสัยควอไทล์ (IR) และระดับความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ

ข้อรายการ	MD	IR	ระดับความเหมาะสม
1. ด้านการจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน จ.น่าน			
1.1 การอบรม/ปฐมนิเทศ และเสริมสมรรถนะ แก่เจ้าหน้าที่	4.65	0.60	มากที่สุด
1.2 ระบบแจ้งข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุคืนสู่ชุมชน	4.63	0.60	มากที่สุด
1.3 จัดทำแบบประเมินผู้สูงอายุครอบคลุมด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม	4.63	0.62	มากที่สุด
1.4 ระบบการใช้แบบประเมินผู้สูงอายุ	4.60	0.70	มากที่สุด
1.5 ระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุในการใช้งาน แก่หน่วยงาน	4.57	0.69	มากที่สุด

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ข้อรายการ	MD	IR	ระดับความเหมาะสม
1.6 ระบบตรวจสอบข้อมูลผู้สูงอายุ	4.53	0.84	มากที่สุด
1.7 จัดระบบเยี่ยมประเมินโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ	3.36	1.64	มาก
2. ด้านการจัดระบบการให้ความรู้/คำปรึกษาที่บ้าน			
2.1 จัดรูปแบบเนื้อหาและวิธีการในการ ให้ความรู้/คำปรึกษาที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	4.67	0.41	มากที่สุด
2.2 จัดรูปแบบสื่อและ จัดทำสื่อตามการ รับรู้ของ ผู้สูงอายุ	4.65	0.98	มากที่สุด
2.3 จัดทำแผนสร้างเสริม ความรู้และทักษะของ ผู้ปฏิบัติ	4.65	0.9	มากที่สุด
2.4 ระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ	4.63	0.84	มากที่สุด
2.5 จัดแหล่งเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ	4.60	1.00	มากที่สุด
2.6 จัดงบประมาณสนับสนุนการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ	4.60	0.95	มากที่สุด
2.7 ระบบประเมินการรับรู้ของผู้สูงอายุ	4.53	1.39	มาก
3. ด้านการจัดระบบการเยี่ยมบ้าน			
3.1 จัดอัตรากำลัง ในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ	4.98	1.08	มากที่สุด
3.3 ระบบการบันทึกข้อมูลหลังเยี่ยมบ้าน	4.65	0.78	มากที่สุด
3.4 จัดทำแผนการส่งเสริมความรู้ของผู้เยี่ยมบ้าน	4.65	1.20	มากที่สุด
3.5 ระบบ การจัดหาอาสาสมัครเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ	4.63	0.84	มากที่สุด
3.6 ระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ	4.60	1.20	มากที่สุด
4. ด้านการจัดระบบ การฟื้นฟูสภาพที่บ้าน/ในชุมชน			
4.1 จัดแผนฟื้นฟูความรู้และทักษะแก่ผู้ปฏิบัติ	4.65	0.73	มากที่สุด
4.2 แนวทางปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่บ้าน/ ที่ศูนย์ฯ	4.64	1.03	มากที่สุด
4.3 ระบบจัดหาอุปกรณ์ ในการฟื้นฟู สภาพ	4.60	0.74	มากที่สุด
4.4 ระบบการจัดหาบุคลากรประจำศูนย์สุขภาพ	4.57	0.49	มากที่สุด
4.5 จัดทำแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพจิต	4.57	0.86	มากที่สุด
4.6 จัดศูนย์สุขภาพเพื่อการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ	4.53	1.01	มาก

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ข้อรายการ	MD	IR	ระดับความเหมาะสม
5. ด้านระบบการพยาบาลที่บ้าน			
5.1 ระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ	4.69	0.39	มากที่สุด
5.2 จัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่บ้าน	4.69	0.76	มากที่สุด
5.3 จัดทำแผนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร	4.65	0.57	มากที่สุด
5.4 จัดทำแผนจัดหาบุคลากร ให้เพียงพอ	4.60	0.77	มากที่สุด
5.5 จัดระบบการเบิกจ่าย วัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้พยาบาลที่บ้าน	4.53	1.01	มากที่สุด
6. ด้านระบบการบริการดูแลทดแทน			
6.1 พัฒนาทักษะผู้บริการดูแลทดแทนให้แก่ผู้สูงอายุ	4.69	0.40	มากที่สุด
6.2 จัดระบบการเบิกจ่าย อุปกรณ์ สำหรับการดูแลทดแทน	4.63	1.37	มากที่สุด
6.3 จัดทำแนวปฏิบัติการดูแลทดแทนผู้สูงอายุ	4.60	0.90	มากที่สุด
6.4 จัดหาบุคลากรประจำศูนย์บริการ	4.57	1.13	มากที่สุด
6.5 จัดสถานที่ให้บริการดูแลทดแทนแก่ผู้สูงอายุ	3.46	2.22	ปานกลาง
7. ด้านการบริการประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย			
7.1 จัดทำแผนสรรหาอาสาสมัคร ในการดูแลระยะสุดท้าย	4.69	0.65	มากที่สุด
7.2 ระบบบริการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับ ประคอง และการดูแลระยะสุดท้าย	4.65	0.57	มากที่สุด
7.3 จัดทำแนวปฏิบัติการดูแลประคับประคอง และการดูแลระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุ	4.65	0.70	มากที่สุด
7.4 แผนพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ดูแลประคับประคอง	4.64	0.65	มากที่สุด
7.5 ระบบข้อมูล/ส่งต่อ จากรพ. ถึงสถานเอนามัย	4.51	0.81	มากที่สุด

ตารางที่ 10 (ต่อ)

ข้อรายการ	MD	IR	ระดับความเหมาะสม
8. ด้านการติดตามต่อเนื่องในการรักษาโรคเรื้อรัง			
8.1 จัดระบบการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงบริการอย่างสะดวกและปลอดภัย	4.67	0.37	มากที่สุด
8.2 ระบบส่งต่อข้อมูลภายในเครือข่ายระดับจังหวัด	4.60	0.76	มากที่สุด
8.3 จัดระบบสื่อสารกับผู้สูงอายุและชุมชน	4.60	0.76	มากที่สุด
8.4 ทำแผนพัฒนาเครื่องมือสื่อสารกับผู้สูงอายุในการรักษาโรคอย่างต่อเนื่อง	4.57	0.81	มากที่สุด
8.5 ระบบ ติดตาม และค้นหา ปัญหาของการขาดการรักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ	4.57	0.94	มากที่สุด

จากตารางที่ 10 พบว่า การจัดระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน มีดังนี้คือ

ด้านการจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน 6 ข้อ โดยมีค่าพิสัยระหว่าง 0.60 – 0.84 ควอไทล์ และมีความเห็นแตกต่าง 1 ข้อ คือ การจัดระบบการเยี่ยมประเมิน โดยทีม สหสาขา วิชาชีพ ซึ่งค่าพิสัยอยู่นอกพิสัยควอไทล์ (IR มากกว่า 1.50 ซึ่งข้อนี้เท่ากับ 1.64) ระดับความเหมาะสมมากที่สุด 6 ข้อ ระดับความเหมาะสมมาก 1 ข้อ

ด้านการให้ความรู้/คำปรึกษาที่บ้าน ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันทั้ง 7 ข้อ โดยมีค่าพิสัยระหว่าง 0.41-1.39 ควอไทล์ ระดับความเหมาะสม มากที่สุด 6 ข้อ ระดับมาก 1 ข้อ

ด้านการเยี่ยมบ้าน ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันทั้ง 6 ข้อ โดยมีค่าพิสัยระหว่าง 0.70-1.20 ควอไทล์ ระดับความเหมาะสม มากที่สุด ทั้งหมด 6 ข้อ

ด้านการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน/ในชุมชน ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันทั้ง 6 ข้อ โดยมีค่าพิสัยระหว่าง 0.49-1.03 ควอไทล์ ระดับความเหมาะสม มากที่สุด 5 ข้อ ระดับมาก 1 ข้อ

ด้านการพยาบาลที่บ้าน ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันทั้ง 5 ข้อ โดยมีค่าพิสัยระหว่าง 0.39-1.01 ควอไทล์ ระดับความเหมาะสม มากที่สุด 5 ข้อ

ด้านการบริการดูแลทดแทน ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน 4 ข้อ โดยมีค่าพิสัยระหว่าง 0.40-1.37 ควอไทล์ มีความเห็นไม่สอดคล้องกัน 1 ข้อ (การจัดสถานที่ให้บริการดูแลทดแทนแก่ผู้สูงอายุ) มีค่า MD = 3.46 พิสัย ที่ 2.2 ควอไทล์ ส่วนระดับความเหมาะสม มี มากที่สุด 4 ข้อ ระดับปานกลาง 1 ข้อ

ด้านระบบบริการการดูแลระดับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันทั้ง 5 ข้อ ค่าพิสัยระหว่าง 0.57- 0.81 ควอไทล์ ระดับความเหมาะสม มากที่สุด 5 ข้อ

ด้านการดูแลต่อเนื่องในการรักษาต่อเนื่อง ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันทั้ง 5 ข้อ โดยมีค่าพิสัยระหว่าง 0.37-0.94 ควอไทล์ ระดับความเหมาะสม มากที่สุด 5 ข้อ

ผลสรุประบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่านที่ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันตามเกณฑ์ คือ ระดับความเหมาะสมมากขึ้น ไป มี 8 ด้าน จำนวน 44 รายการ ดังนี้

1. ด้านการจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน มีการจัดระบบ 6 รายการ คือ
 - 1.1 จัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นในการใช้งาน แก่หน่วยงาน
 - 1.2 ระบบตรวจสอบข้อมูลผู้สูงอายุให้เป็นปัจจุบัน
 - 1.3 จัดทำแบบประเมินผู้สูงอายุครอบคลุมในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม
 - 1.4 ระบบการใช้แบบประเมินผู้สูงอายุ ของผู้เยี่ยมประเมิน
 - 1.5 จัดระบบการอบรม/ปฐมนิเทศและเสริมสมรรถนะแก่เจ้าหน้าที่
 - 1.6 จัดระบบแจ้งข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุคืนสู่ชุมชน
2. ด้านการให้ความรู้/คำปรึกษาที่บ้าน มีการจัดระบบ 7 รายการ คือ
 - 2.1 ระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 2.2 สร้างแหล่งเรียนรู้เพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
 - 2.3 จัดงบประมาณ สำหรับสนับสนุนการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ
 - 2.4 ระบบประเมินระดับการรับรู้ของผู้สูงอายุก่อนให้ความรู้/คำปรึกษา
 - 2.5 จัดรูปแบบของเนื้อหาและวิธีการในการให้ความรู้/คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ
 - 2.6 ระบบการสื่อสารตามการรับรู้ของผู้สูงอายุแต่ละชุมชน
 - 2.7 จัดทำแผนสร้างเสริม ความรู้และทักษะของผู้ปฏิบัติ
3. ด้านการเยี่ยมบ้าน มีการจัดระบบ 6 รายการ คือ
 - 3.1 ระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 3.2 จัดอัตรากำลัง ในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ
 - 3.3 จัดทำแนวปฏิบัติของขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน
 - 3.4 จัดระบบการบันทึกข้อมูลหลังเยี่ยมบ้าน
 - 3.5 จัดทำแผนการส่งเสริมและพัฒนาความรู้และทักษะของผู้เยี่ยมบ้าน
 - 3.6 ระบบ การจัดหาอาสาสมัครสำหรับการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ
4. ด้านการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน/ในชุมชน มีการจัดระบบ 6 รายการ คือ
 - 4.1 จัดศูนย์สุขภาพสำหรับการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

- 4.2 ระบบการจัดหาบุคลากรประจำศูนย์สุขภาพ
- 4.3 ระบบการจัดหาอุปกรณ์ในการฟื้นฟูสภาพ
- 4.4 จัดทำแนวทางปฏิบัติการให้บริการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่บ้าน/ศูนย์ฯ
- 4.5 จัดทำแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพจิตของผู้สูงอายุ
- 4.6 จัดแผนฟื้นฟูความรู้และทักษะแก่ผู้ปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุ
5. ด้านการพยาบาลที่บ้าน มีการจัดระบบ 5 รายการ คือ
 - 5.1 ระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 5.2 จัดทำแผนจัดหาบุคลากร /อาสาสมัครเพื่อให้การพยาบาลที่บ้าน
 - 5.3 ระบบการเบิกจ่าย วัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการพยาบาลที่บ้าน
 - 5.4 จัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่บ้าน
 - 5.5 จัดทำแผนการพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติให้มีความรู้และทักษะการพยาบาล
6. ด้านการบริการดูแลทดแทน มีการจัดระบบ 4 รายการ คือ
 - 6.1 จัดทำแผนการจัดหา/สรรหาบุคลากร อาสาสมัครประจำที่ศูนย์บริการทดแทน
 - 6.2 จัดระบบการเบิกจ่าย อุปกรณ์ สำหรับการดูแลทดแทนให้แก่ผู้สูงอายุ
 - 6.3 จัดทำแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลทดแทนผู้สูงอายุ ตามปัญหาสุขภาพ
 - 6.4 การพัฒนาทักษะแก่ผู้ให้การดูแลทดแทนให้แก่ผู้สูงอายุ
7. ด้านการบริการประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย จัดระบบ 5 รายการ คือ
 - 7.1 ระบบการรับ/ส่ง ข้อมูลจากโรงพยาบาลถึงสถานีนอนามัย
 - 7.2 ระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย
 - 7.3 จัดทำแนวปฏิบัติ สำหรับการดูแลประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย
 - 7.4 จัดทำแผนพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง
 - 7.5 จัดทำแผนสรรหาอาสาสมัคร ในการดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้าย
8. ด้านการติดตามต่อเนื่องในการรักษาโรคเรื้อรัง มีการจัดระบบ 5 รายการ คือ
 - 8.1 ระบบการส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุกับสถานบริการในเครือข่ายระดับจังหวัด
 - 8.2 ระบบการติดตามปัญหาของการขาดการรักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ
 - 8.3 ระบบการสื่อสารกับผู้สูงอายุในการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุ
 - 8.4 การทำแผนส่งเสริมและพัฒนาเครื่องมือสื่อสารกับผู้สูงอายุ ในการรักษาโรค
 - 8.5 ระบบการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงบริการอย่างสะดวกและปลอดภัย

ตอนที่ 2 ผลการศึกษาความเป็นไปได้ในการนำระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่านที่ได้จากการศึกษาไปใช้ในการปฏิบัติจริงโดยใช้แบบสอบถามที่สร้างจากการศึกษา รอบที่ 3 ซึ่งมีข้อคำถาม 8 ด้าน 44 รายการ แบบสอบถามมี 5 ระดับ ตั้งแต่ ความเป็นไปได้น้อยที่สุด ถึงความเป็นไปได้มากที่สุดโดยใช้เป็นระดับ 1-5 โดยนำไปให้พยาบาลชุมชน ที่ปฏิบัติงานด้าน ผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ใน 14 อำเภอ ของจังหวัดน่าน เป็นผู้ตอบถึงระดับความเป็นไปได้ในการนำ ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่านไปใช้จริง นำข้อมูลมาวิเคราะห์ หาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความเป็นไปได้ ดังแสดงในตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และระดับความเป็นไปได้ของ ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน ไปใช้จริง

การจัดระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน	\bar{X}	SD	ระดับความเป็นไปได้
1. ด้านการจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน จ.น่าน			
1.1 การอบรม/ปฐมนิเทศและเสริมสมรรถนะแก่เจ้าหน้าที่	4.07	0.12	มาก
1.2 ระบบแจ้งข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุคืนสู่ชุมชน	4.07	0.12	มาก
1.3 ระบบการใช้แบบประเมินผู้สูงอายุ ของผู้เยี่ยมประเมิน	4.13	0.13	มาก
1.4 ระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นในการใช้งาน	3.93	0.18	มาก
1.5 จัดทำแบบประเมินผู้สูงอายุครอบคลุมในด้านสุขภาพเศรษฐกิจ และสังคม	3.27	0.12	ปานกลาง
1.6 ระบบตรวจสอบข้อมูลผู้สูงอายุให้เป็นปัจจุบัน	3.21	0.14	ปานกลาง
2. การจัดระบบการให้ความรู้/คำปรึกษาที่บ้าน			
2.1 ระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ	3.93	0.15	มาก
2.2 จัดทำแผนสร้างเสริม ความรู้และทักษะของ ผู้ปฏิบัติ	3.93	0.12	มาก
2.3 จัดรูปแบบเนื้อหาและวิธีการในการ ให้ความรู้/ คำปรึกษาที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	3.80	0.12	มาก
2.4 จัดแหล่งเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ	3.63	0.15	มาก
2.5 ระบบประเมินระดับการรับรู้ของผู้สูงอายุ	3.57	0.12	มาก
2.6 จัดงบประมาณสนับสนุนการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ	3.50	0.13	ปานกลาง

ตารางที่ 11 (ต่อ)

การจัดระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน	\bar{X}	SD	ระดับความเป็นไปได้
3. ระบบการเยี่ยมบ้าน			
3.1 จัดระบบการบันทึกข้อมูลหลังเยี่ยมบ้าน	4.10	0.12	มาก
3.2 ระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ	4.07	0.13	มาก
3.3 จัดทำแผนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร	4.03	0.14	มาก
3.4 แผนส่งเสริมและพัฒนาความรู้/ทักษะของผู้เยี่ยมบ้าน	3.93	0.12	มาก
3.5 การจัดหาอาสาสมัครสำหรับการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ	3.90	0.15	มาก
3.6 จัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่บ้าน	3.70	0.15	มาก
4. การจัดระบบ การฟื้นฟูสภาพที่บ้าน/ในชุมชน			
4.1 จัดทำแนวทางปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่บ้าน/ศูนย์ฯ	4.07	0.12	มาก
4.2 จัดทำแผนฟื้นฟูความรู้และทักษะแก่ผู้ปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุ	4.06	0.13	มาก
4.3 จัดทำแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพจิตของผู้สูงอายุ	3.73	0.12	มาก
4.4 การจัดหาอุปกรณ์ในการฟื้นฟูสภาพ	3.70	0.15	มาก
4.5 การจัดหาบุคลากรประจำศูนย์สุขภาพ	3.67	0.14	มาก
4.6 จัดศูนย์สุขภาพสำหรับการฟื้นฟูสภาพในชุมชน	3.53	0.16	มาก
5. ด้านระบบการพยาบาลที่บ้าน			
5.1 จัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่บ้าน	3.87	0.13	มาก
5.2 จัดระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ	3.83	0.16	มาก
5.3 จัดทำแผนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรผู้ปฏิบัติ	3.80	0.13	มาก
5.4 จัดทำแผนจัดหาบุคลากรเพื่อให้การพยาบาลที่บ้าน	3.67	0.15	มาก
5.5 จัดระบบการเบิก-จ่าย วัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้พยาบาลที่บ้าน	3.13	0.15	ปานกลาง
6. ด้านระบบการบริการดูแลทดแทน			
6.1 การพัฒนาทักษะแก่ผู้ให้การดูแลทดแทนให้แก่ผู้สูงอายุ	3.80	0.16	มาก

ตารางที่ 11 (ต่อ)

การจัดระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน	\bar{X}	SD	ระดับความเป็นไปได้
6.2 จัดทำแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลทดแทนผู้สูงอายุ	3.77	0.15	มาก
6.3 แผนการจัดหาบุคลากรประจำที่ศูนย์บริการทดแทน	3.27	0.15	ปานกลาง
6.4 จัดระบบการเบิกจ่าย อุปกรณ์ ในการดูแลทดแทนผู้สูงอายุ	2.41	0.15	น้อย
7. ระบบการบริการประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย			
7.1 จัดทำแนวปฏิบัติ สำหรับการดูแลประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย	3.83	0.14	มาก
7.2 ระบบการรับ/ส่ง ข้อมูลจากโรงพยาบาลถึงสถานีนอนามัย	3.73	0.14	มาก
7.3 ระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย	3.70	0.14	มาก
7.4 จัดทำแผนพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง	3.70	0.16	มาก
7.5 จัดทำแผนสรรหาอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้าย	3.47	0.18	ปานกลาง
8. ด้านระบบการติดตามต่อเนื่องการรักษาโรคเรื้อรัง			
8.1 ระบบการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงบริการรักษาอย่างสะดวกและปลอดภัย	4.0	0.17	มาก
8.2 ระบบการสื่อสารกับผู้สูงอายุและชุมชน	3.93	0.12	มาก
8.3 ระบบการติดตามปัญหาของการขาดการรักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ	3.90	0.15	มาก
8.4 ระบบการส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุกับสถานบริการในเครือข่ายระดับจังหวัด	3.77	0.18	มาก
8.5 การทำแผนส่งเสริมและพัฒนาเครื่องมือสื่อสารกับผู้สูงอายุ ในการรักษาโรค	3.70	0.15	มาก

สรุปผลการสำรวจความเป็นไปได้ ของระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน
 การสำรวจความเป็นไปได้ของการนำระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน
 ในการนำไปใช้จริง โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างจากผลสรุปความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 3
 ซึ่งมีทั้งหมด 8 ด้าน 44 รายการ แบบสอบถามนี้มี 5 ระดับ ตั้งแต่ ความเป็นไปได้น้อยที่สุด-เป็นไป
 ได้มากที่สุดโดยใช้เป็นระดับ 1-5 นำไปให้พยาบาลชุมชน ที่ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ ใน 14 อำเภอ
 ของจังหวัดน่าน เป็นผู้ลงความเห็น ซึ่งเกณฑ์ที่กำหนดไว้ คือ ต้องอยู่ในระดับมากขึ้นไป ผล
 การศึกษาพบว่ามีความเป็นไปได้ มากอยู่ 8 ด้าน จำนวน 36 รายการ โดยมีรายละเอียดของความ
 เป็นไปได้ในระดับต่างๆ ดังนี้

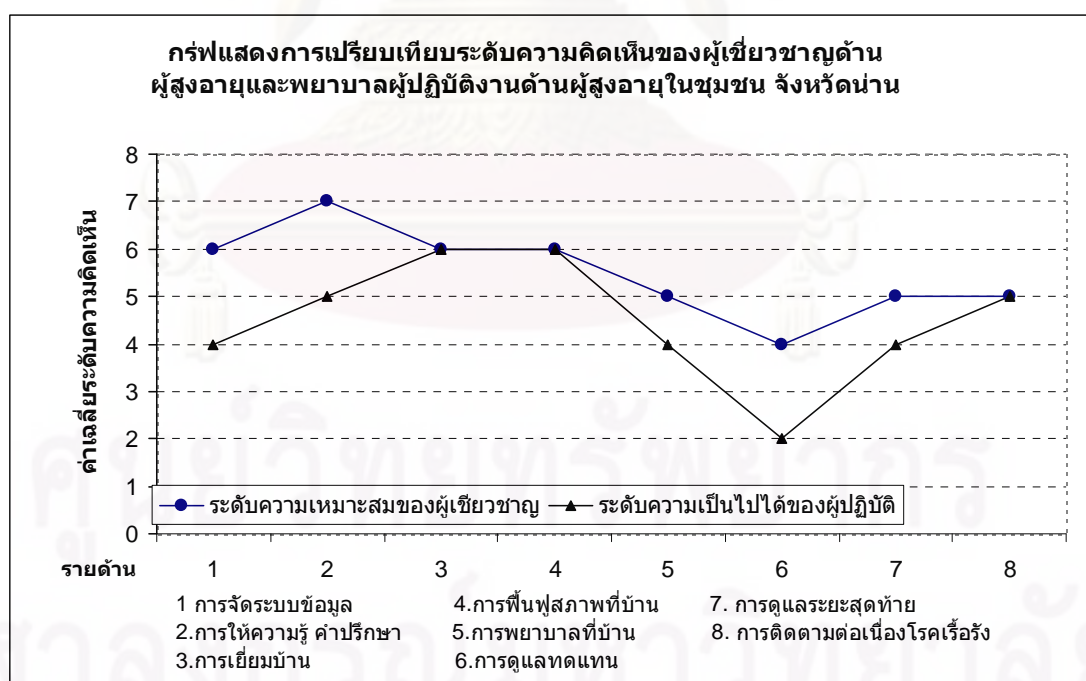
มีความเป็นไปได้ในระดับเป็นไปได้มาก ได้แก่

1. ด้านการจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน 3 รายการ คือ
 - 1.1 จัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นในการใช้งาน แก่หน่วยงาน
 - 1.2 ระบบการใช้แบบประเมินผู้สูงอายุ ของผู้เยี่ยมประเมิน
 - 1.3 ระบบเยี่ยมประเมินโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
2. การให้ความรู้/คำปรึกษาที่บ้าน 5 รายการ คือ
 - 2.1 ระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 2.2 สร้างแหล่งเรียนรู้เพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
 - 2.3 ระบบประเมินระดับการรับรู้ของผู้สูงอายุก่อนให้ความรู้/คำปรึกษา
 - 2.4 จัดรูปแบบของเนื้อหาและวิธีการในการให้ความรู้/คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ
 - 2.5 ระบบการสื่อสารตามการรับรู้ของผู้สูงอายุแต่ละชุมชน
3. การเยี่ยมบ้าน 6 รายการ คือ
 - 3.1 ระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 3.2 จัดอัตรากำลัง ในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ
 - 3.3 จัดทำแนวปฏิบัติของขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน
 - 3.4 จัดระบบการบันทึกข้อมูลหลังเยี่ยมบ้าน
 - 3.5 จัดทำแผนการส่งเสริมและพัฒนาความรู้และทักษะของผู้เยี่ยมบ้าน
 - 3.6 ระบบ การจัดหาอาสาสมัครสำหรับการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ
4. การฟื้นฟูสภาพที่บ้าน/ในชุมชน 6 รายการ คือ
 - 4.1 จัดศูนย์สุขภาพสำหรับการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
 - 4.2 ระบบการจัดหาบุคลากรประจำศูนย์สุขภาพ

- 4.3 ระบบการจัดหาอุปกรณ์ในการฟื้นฟูสภาพ
 - 4.4 จัดทำแนวทางปฏิบัติการให้บริการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่บ้านหรือที่ศูนย์ฯ
 - 4.5 จัดทำแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพจิตของผู้สูงอายุ
 - 4.6 จัดแผนฟื้นฟูความรู้และทักษะแก่ผู้ปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุ
 5. การพยาบาลที่บ้าน 4 รายการ คือ
 - 5.1 ระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 5.2 จัดทำแผนจัดหาบุคลากร /อาสาสมัครเพื่อให้การพยาบาลที่บ้าน
 - 5.3 จัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่บ้าน
 - 5.4 จัดทำแผนการพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติให้มีความรู้และทักษะการพยาบาล
 6. การบริการดูแลทดแทน 2 รายการ คือ
 - 6.1 จัดทำแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลทดแทนผู้สูงอายุ ตามปัญหาสุขภาพ
 - 6.2 พัฒนาทักษะแก่ผู้ให้การดูแลทดแทนให้แก่ผู้สูงอายุ
 7. การบริการประคับประคองและดูแลระยะสุดท้าย 5 รายการ คือ
 - 7.1 ระบบการรับ/ส่ง ข้อมูลจากรพ.ถึงสถานเอนามัย
 - 7.2 ระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย
 - 7.3 จัดทำแนวปฏิบัติ สำหรับการดูแลประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย
 - 7.4 จัดทำแผนพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง
 - 7.5 จัดทำแผนสรรหาอาสาสมัคร ในการดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้าย
 8. การติดตามต่อเนื่องในการรักษาโรคเรื้อรัง 5 รายการ คือ
 - 8.1 ระบบการส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุกับสถานบริการในเครือข่ายระดับจังหวัด
 - 8.2 ระบบการติดตามปัญหาของการขาดการรักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ
 - 8.3 ระบบการสื่อสารกับผู้สูงอายุในการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุ
 - 8.4 การทำแผนส่งเสริมและพัฒนาเครื่องมือสื่อสารกับผู้สูงอายุ ในการรักษาโรค
 - 8.5 ระบบการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงบริการอย่างสะดวกและปลอดภัย
- รายการที่พยาบาลชุมชน จังหวัดน่านเห็นว่า **หรือเป็นไปได้ในระดับปานกลาง** ได้แก่
1. ด้านการจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน 3 รายการ คือ
 - 1.1 ระบบตรวจสอบข้อมูลผู้สูงอายุให้เป็นปัจจุบัน
 - 1.2 จัดทำแบบประเมินผู้สูงอายุครอบคลุมในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม
 - 1.3 จัดระบบแจ้งข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุคืนสู่ชุมชน

2. การให้ความรู้/คำปรึกษาที่บ้าน 2 รายการ คือ
 - 2.1 การจัดงบประมาณ สำหรับสนับสนุนการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ
 - 2.2 จัดรูปแบบสื่อและ จัดทำสื่อตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ
5. การพยาบาลที่บ้าน 1 รายการ คือ
 - 5.1 ระบบการเบิกจ่าย วัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการพยาบาลที่บ้าน
6. การบริการดูแลทดแทน 1 รายการ คือ
 - 6.1 จัดทำแผนการจัดการ/สรรหาบุคลากร อาสาสมัครประจำที่ศูนย์บริการทดแทนที่พบว่า ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุ มีความเป็นไปได้น้อย คือ การจัดระบบการเบิกจ่าย อุปกรณ์สำหรับการดูแลทดแทนให้แก่ผู้สูงอายุ

จากผลการศึกษาถึงความเป็นไปได้ของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน เปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุเกี่ยวกับความเหมาะสมของระบบบริการพยาบาลในชุมชน จังหวัดน่าน พบ ระดับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุและความคิดเห็นของความเป็นไปได้ ในการนำระบบบริการพยาบาลในชุมชน จังหวัดน่านเป็นรายด้าน ดังภาพที่ 2



ภาพที่ 2 กราฟแสดงการเปรียบเทียบความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ และความคิดเห็นของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน

จากภาพที่ 2 พบว่า ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ถึงระดับความเหมาะสมและระดับความคิดเห็น ของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในชุมชน เกี่ยวกับความเป็นไปได้ในการนำ ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน ไปใช้จริง พบว่า ด้านที่แตกต่างกันในการคิดเห็นมากที่สุด คือ ด้านที่ 1 การจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุ ด้านการให้ความรู้และคำปรึกษา และด้านการดูแลทดแทน โดยมีความต่างของค่าเฉลี่ย อยู่ที่ 2 รองลงมา คือ ด้านที่ 5 การพยาบาลที่บ้านและ ด้านที่ 7 การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งมีค่าความต่างของค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 1 ส่วนด้านที่มีความคิดเห็นตรงกันทั้งผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติ คือ ด้านที่ 3 การเยี่ยมบ้าน ด้านที่ 4 การฟื้นฟูสภาพที่บ้าน และด้านที่ 8 การติดตามต่อเนื่องในการรักษาโรคเรื้อรัง



ศูนย์วิทยพัชร์พยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษา ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน การวิจัยแบ่งเป็น 2 ขั้นตอนหลัก คือ 1) ศึกษา และวิเคราะห์เอกสาร เพื่อนำสาระที่ได้มากำหนดกรอบแนวคิดการวิจัยและนำมาสร้าง แบบสอบถาม 2) รวบรวมความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ทั้งหมด 3 รอบ โดยการ สัมภาษณ์/ตอบแบบสอบถาม 1 ครั้ง และตอบแบบสอบถามอีก 2 ครั้ง ด้วยเทคนิคเดลฟาย แล้วนำ ผลสรุปความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญไปสอบถามความเห็นจากผู้บริหารพยาบาลในชุมชนถึง ความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในชุมชน จังหวัดน่าน

กลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้เชี่ยวชาญที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จำนวน 23 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นระดับผู้บริหารหรือผู้มีส่วนกำหนดนโยบายด้านผู้สูงอายุ จำนวน 8 คน
2. กลุ่มผู้บริหารพยาบาลด้านผู้สูงอายุ จำนวน 8 คน
3. กลุ่มนักวิชาการ ได้แก่ อาจารย์พยาบาล นักวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ จำนวน 7 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ชุด คือ ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์ เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง และข้อคำถามปลายเปิด เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์หรือให้ผู้เชี่ยวชาญ เขียนตอบ ชุดที่ 2 แบบสอบถามในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญ ประมาณค่าแนวโน้มของระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน ชุดที่ 3 เป็น แบบสอบถามในลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ เพิ่มค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัย ระหว่างควอไทล์ (Interquartile Range) และตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญแต่ละคนตอบในรอบที่ 2 ของข้อ คำถามแต่ละข้อ ให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบคำตอบของตนเองและของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดก่อน ทบทวนคำตอบของตนเองเพื่อยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ

การศึกษาความเป็นไปได้ของระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน ใช้แบบสอบถามที่สร้างจากฉันทมติของผู้เชี่ยวชาญ ที่ได้ให้ความเห็นเกี่ยวกับระบบบริการ พยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่านไว้ แบบสอบถามแต่ละรายการมีระดับความเป็นไปได้ 5

ระดับ ตั้งแต่ความเป็นไปได้มากที่สุด ลงถึง ความเป็นไปได้น้อยที่สุด เกณฑ์ที่ใช้ คือ ความเป็นไปได้มากขึ้นไป สถิติที่ใช้ คือ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้ง 3 รอบรวมกับสอบถามความเป็นไปได้ จำนวนรวมทั้งหมด 117 วัน ระยะเวลารวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 20 กันยายน 2552 ถึงวันที่ 26 พฤศจิกายน 2552 ระยะเวลารวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 15 ธันวาคม 2552 ถึงวันที่ 10 มกราคม 2553 และระยะเวลารวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 ตั้งแต่วันที่ 25 มกราคม 2553 ถึงวันที่ 13 กุมภาพันธ์ 2553 ระยะเวลารวบรวมข้อมูลความเป็นไปได้ ตั้งแต่วันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2553 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2553 รวม 8 วัน ได้รับแบบสอบถามคืน ครบถ้วน 30 ฉบับ

สรุปผลการวิจัยระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน เรียงลำดับข้อรายการแต่ละด้านตามค่ามัธยฐานจากมากไปหาน้อย ข้อความที่มีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 2.51-3.50 แสดงถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับ ปานกลาง ข้อความที่มีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 3.51 – 4.50 แสดงถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันในระดับมาก และข้อความที่มีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 4.51 ขึ้นไป แสดงถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันระดับมากที่สุด

ส่วนความเป็นไปได้ใช้มาตราส่วน 5 ระดับได้แก่ ความเป็นไปได้น้อยที่สุด ถึงระดับ ความเป็นไปได้มากที่สุด และใช้เกณฑ์ระดับมากขึ้นไป สถิติวิเคราะห์ ใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สรุปผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ผลการวิจัยเรื่อง ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน ประกอบด้วยการจัดระบบบริการพยาบาล 8 ด้าน และ 44 รายการย่อย มีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านการจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน จำนวน 6 รายการ คือ
 - 1) การจัด ทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นในการทำงานแก่หน่วยงาน
 - 2) การจัดระบบตรวจสอบข้อมูล ผู้สูงอายุให้เป็นปัจจุบัน
 - 3) การจัดทำแบบประเมินผู้สูงอายุครอบคลุมในมิติด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม
 - 4) การจัดระบบการใช้แบบประเมินผู้สูงอายุ
 - 5) การจัดระบบการอบรม / ปรุมนิเทศและเสริมสมรรถนะแก่เจ้าหน้าที่ และ
 - 6) ระบบแจ้งข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุคืนสู่ชุมชน
2. ด้านการให้ความรู้/คำปรึกษาที่บ้าน มี จำนวน 7 รายการ คือ 1) ระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) การสร้างแหล่งเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

3) การจัดงบประมาณสนับสนุนการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ 4) ระบบประเมินระดับการรับรู้ของผู้สูงอายุ 5) การจัดรูปแบบของเนื้อหาและวิธีการในการให้ความรู้/ คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ 6) ระบบการสื่อสารตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ และ 7) จัดทำแผนสร้างเสริมความรู้และทักษะของผู้ปฏิบัติ

3. **ด้านการเยี่ยมบ้าน** มีจำนวน 6 รายการ คือ 1) ระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) การจัดอัตรากำลัง ในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ 3) การจัดทำแนวปฏิบัติในการเยี่ยมบ้าน 4) ระบบการบันทึกข้อมูลหลังเยี่ยมบ้าน 5) การจัดทำแผนการส่งเสริมและพัฒนาความรู้และทักษะของผู้เยี่ยมบ้าน และ 6) ระบบ การจัดหาอาสาสมัครสำหรับการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ

4. **ด้านการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน/ในชุมชน** มีจำนวน 6 รายการ คือ 1) การจัดศูนย์สุขภาพสำหรับฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุในชุมชน 2) ระบบการจัดหาบุคลากรประจำศูนย์ สุขภาพ 3) ระบบการจัดหาอุปกรณ์ในการฟื้นฟูสภาพ 4) จัดทำแนวทางปฏิบัติการให้บริการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่บ้านหรือที่ศูนย์สุขภาพ 5) จัดทำแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพจิตของผู้สูงอายุ 6) การจัดแผนฟื้นฟูความรู้และทักษะแก่ผู้ปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุ

5. **ด้านการพยาบาลที่บ้าน** มีจำนวน 5 รายการ คือ 1) ระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ 2) การจัดทำแผนจัดหาบุคลากรเพื่อให้การพยาบาลที่บ้าน 3) ระบบการเบิกจ่าย วัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการพยาบาลที่บ้าน 4) การจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่บ้าน และ 5) การจัดทำแผนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรผู้ปฏิบัติ

6. **ด้านการบริการดูแลทดแทน** มีจำนวน 4 รายการ คือ 1) การจัดทำแผนจัดหาบุคลากรประจำที่ศูนย์บริการทดแทน 2) การจัดระบบการเบิกจ่าย อุปกรณ์ สำหรับการดูแลทดแทนให้แก่ผู้สูงอายุ 3) การจัดทำแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลทดแทนผู้สูงอายุ และ 4) การพัฒนาทักษะแก่ผู้ให้การดูแลทดแทนให้แก่ผู้สูงอายุ

7. **ด้านการบริการประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย** มีจำนวน 5 รายการ คือ 1) ระบบการรับ/ส่ง ข้อมูลจากโรงพยาบาลถึงสถานีอนามัย 2) ระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย 3) การจัดทำแนวปฏิบัติการดูแลประคับประคอง และการดูแลระยะสุดท้าย 4) การจัดทำแผนพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง และ 5) จัดทำแผนสรรหาอาสาสมัครในการดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้าย

8. **ด้านการติดตามต่อเนื่องในการรักษาโรคเรื้อรัง** มีจำนวน 5 รายการ คือ 1) ระบบการส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุกับสถานบริการในเครือข่ายระดับจังหวัด 2) ระบบการติดตามปัญหาของการขาดการรักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ 3) ระบบการสื่อสารกับผู้สูงอายุในการรักษา

ต่อเนื่องของผู้สูงอายุ 4) การทำแผนส่งเสริมและพัฒนาเครื่องมือสื่อสารกับผู้สูงอายุในการรักษาโรค และ 5) ระบบการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงบริการอย่างสะดวกและปลอดภัย

ตอนที่ 2 การศึกษาความเป็นไปได้ในการนำระบบบริการพยาบาลไปใช้จริง พบว่ามีความเป็นไปได้ มากอยู่ 8 ด้าน จำนวน 36 รายการ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

มีความเป็นไปได้ในระดับเป็นไปได้มาก ได้แก่

1. ด้านการจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน 3 รายการ คือ 1) จัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นในการใช้งาน แก่หน่วยงาน 2) ระบบการใช้แบบประเมินผู้สูงอายุ ของผู้เยี่ยมประเมิน และ 3) ระบบเยี่ยมประเมินโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

2. การให้ความรู้/คำปรึกษาที่บ้าน 5 รายการ คือ 1) ระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) สร้างแหล่งเรียนรู้เพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน 3) ระบบประเมินระดับการรับรู้ของผู้สูงอายุก่อนให้ความรู้/คำปรึกษา 4) จัดรูปแบบของเนื้อหาและวิธีการในการให้ความรู้/คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ และ 5) ระบบการสื่อสารตามการรับรู้ของผู้สูงอายุแต่ละชุมชน

3. การเยี่ยมบ้าน 6 รายการ คือ 1) ระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) จัดอัตรากำลัง ในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ 3) จัดทำแนวปฏิบัติของขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน 4) จัดระบบการบันทึกข้อมูลหลังเยี่ยมบ้าน 5) จัดทำแผนการส่งเสริมและพัฒนาความรู้และทักษะของผู้เยี่ยมบ้าน และ 6) ระบบ การจัดหาอาสาสมัครสำหรับการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ

4. การฟื้นฟูสภาพที่บ้าน/ในชุมชน 6 รายการ คือ 1) จัดศูนย์สุขภาพสำหรับการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุในชุมชน 2) ระบบการจัดหาบุคลากรประจำศูนย์สุขภาพ 3) ระบบการจัดหาอุปกรณ์ในการฟื้นฟูสภาพ 4) จัดทำแนวทางปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่ที่บ้านหรือที่ศูนย์ฯ 5) จัดทำแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพจิตของผู้สูงอายุ และ 6) จัดแผนฟื้นฟูความรู้และทักษะแก่ผู้ปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุ

5. การพยาบาลที่บ้าน 4 รายการ คือ 1) ระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ 2) จัดทำแผนจัดหาบุคลากร /อาสาสมัครเพื่อให้การพยาบาลที่บ้าน 3) จัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่บ้าน 4) จัดทำแผนการพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติให้มีความรู้ และทักษะการพยาบาล

6. การบริการดูแลทดแทน 2 รายการ คือ 1) จัดทำแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลทดแทนผู้สูงอายุ ตามปัญหาสุขภาพ และ 2) พัฒนาทักษะแก่ผู้ให้การดูแลทดแทนให้แก่ผู้สูงอายุ

7. การบริการประคับประคองและดูแลระยะสุดท้าย 5 รายการ คือ 1) ระบบการรับ/ส่งข้อมูลจากรพ.ถึงสถานอนามัย 2) ระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง และการดูแลระยะสุดท้าย 3) จัดทำแนวปฏิบัติ สำหรับการดูแลประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย

4) จัดทำแผนพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบระดับประคอง และ 5) จัดทำแผนสรรหาอาสาสมัคร ในการดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้าย

8. การติดตามต่อเนื่องในการรักษาโรคเรื้อรัง 5 รายการ คือ 1) ระบบการส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุกับสถานบริการในเครือข่ายระดับจังหวัด 2) ระบบการติดตามปัญหาของการขาดการรักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ 3) ระบบการสื่อสารกับผู้สูงอายุในการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุ 4) การทำแผนส่งเสริมและพัฒนาเครื่องมือสื่อสารกับผู้สูงอายุ ในการรักษาโรค และ 5) ระบบการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงบริการอย่างสะดวกและปลอดภัย

รายการที่พยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน ลงความเห็น ว่า **หรือเป็นไปได้ในระดับปานกลาง** ได้แก่

1. ด้านการจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน 3 รายการ คือ 1) ระบบตรวจสอบข้อมูลผู้สูงอายุให้เป็นปัจจุบัน 2) จัดทำแบบประเมินผู้สูงอายุครอบคลุมในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม และ 3) จัดระบบแจ้งข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุคืนสู่ชุมชน

2. ด้านการให้ความรู้/คำปรึกษาที่บ้าน 2 รายการ คือ 1) การจัดงบประมาณ สำหรับสนับสนุนการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ และ 2) จัดรูปแบบสื่อและ จัดทำสื่อตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ

3. ด้านการพยาบาลที่บ้าน 1 รายการ คือ ระบบการเบิก-จ่าย วัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการพยาบาลที่บ้าน

4. ด้านการบริการดูแลทดแทน 1 รายการ คือ จัดทำแผนการจัดการ / สรรหาบุคลากรอาสาสมัครประจำที่ศูนย์บริการทดแทน

ที่พบว่า ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุ **มีความเป็นไปได้น้อย** คือ การจัดระบบการเบิก-จ่าย อุปกรณ์สำหรับการดูแลทดแทนให้แก่ผู้สูงอายุ

ผลการศึกษาที่พบความต่างของจำนวนรายการของระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน ตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ กับระดับความเป็นไปได้ในการนำระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน ไปใช้จริงตามความเห็นของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่านมีความต่างอยู่ 8 รายการ ดังแสดงภาพที่ 2 ซึ่งด้านที่พบว่ามีรายการต่างกันมาก คือด้านการจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุ ด้านการให้ความรู้และคำปรึกษา และด้านบริการทดแทน ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ถึงระดับความเหมาะสมและระดับความคิดเห็นของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน ถึงความเป็นไปได้ ต่อระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน มีรายด้านที่แตกต่างกันในความคิดเห็นมากที่สุด คือด้านการจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุ ด้านการให้ความรู้และคำปรึกษา และ

ด้านการดูแลทดแทน ความคิดเห็นแตกต่างกันรองลงไป คือ การพยาบาลที่บ้านและ ด้านการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต ส่วนด้านที่มีความคิดเห็นตรงกัน คือ ด้าน การเยี่ยมบ้าน ด้านการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน และด้านการติดตามต่อเนื่องในการรักษาโรคเรื้อรัง

อภิปรายผลการวิจัย

1. ด้านการจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน จากผลการวิจัย พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน 6 รายการและมีความเห็นไม่สอดคล้อง 1 รายการ คือ การเยี่ยมประเมิน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (ค่าพิสัย ควอไทล์ = 1.64) มีความเห็นว่า มีความเหมาะสมมากที่สุด 6 รายการ เหมาะสมมาก 1 รายการ ดังตารางที่ 10 ซึ่งอธิบายได้ว่า ข้อมูลเป็นส่วนที่สำคัญที่ต้องจัดเก็บข้อมูลให้ได้ข้อมูลที่มีประโยชน์สามารถนำไปวางแผนการช่วยเหลือหรือดำเนินการจัดการต่างๆ ได้ ซึ่งก่อนที่จะได้ข้อมูลที่ได้นั้น จะต้องจัดสร้างแบบฟอร์มเก็บข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุให้ครอบคลุมในทุกมิติทั้งด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ และสังคม วิโรจน์ เจริญจรัสรังษี (2551) พบว่าปัจจัยที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ ที่เจ็บป่วยเรื้อรัง คือ ต้องมีฐานข้อมูลทางคลินิก และระบบสุขภาพต้องเกื้อหนุนการดูแลโรคเรื้อรัง Norris & Osion, (2004) ใช้ประโยชน์ของระบบข้อมูลที่จัดเก็บ ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยนำระบบสารสนเทศในคลินิกมาดำเนินการ เริ่มตั้งแต่การจัดทำทะเบียนโรค การส่งข้อมูลให้แก่ แพทย์ การใช้จดหมายนัดเพื่อการติดตามที่เหมาะสม ฝึกรอบรมผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นเบาหวาน ซึ่งผลลัพธ์ ทำให้เกิดการดูแลที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล บรรลุระดับน้ำตาลในเลือดตามเป้าหมาย เพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเบาหวาน จะเห็นได้ว่า หากมีการจัดทำระบบจัดเก็บข้อมูลที่ดี สามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้อย่างมาก โดยเฉพาะการเจ็บป่วยเรื้อรัง อาจรวมถึงแผนการป้องกันหรือเตรียมการรองรับปริมาณผู้สูงอายุกลุ่ม old-old ที่จะมีจำนวนสูงขึ้น ซึ่งกลุ่มเหล่านี้ มีโอกาสเจ็บป่วยถึงคนละ 3 โรค (วรรณิ พิริยะจิตรา และคณะ, 2551) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุข สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2545) ได้ใช้กลวิธีในการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุในชุมชน โดยที่ประการแรก คือ นโยบายสร้างสาธารณะเพื่อสุขภาพ มีจุดหมายคือ สร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อประชาชนสามารถดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดี ดังนั้น ชุมชนใดจะวางแผนสร้างสถานที่สาธารณะสถาน จึงต้องมีข้อมูลสถานะสุขภาพของคนในชุมชน เพื่อจัดตั้งอำนวยความสะดวกตามปัญหาของประชากรในพื้นที่นั้นๆ สำหรับประเทศที่มีการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุได้ดีแล้ว เช่น ประเทศออสเตรเลีย หรือประเทศแถบยุโรป จะให้ความสำคัญกับระบบข้อมูล เพราะเมื่อผู้สูงอายุมีปัญหาหรือความสามารถในการดำรงชีวิต ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง

หรือไม่ได้เลย เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องซึ่งกำหนดเป็นทีมในการประเมินความต้องการช่วยเหลือ ที่เรียกว่า Age Care Assessment Team แล้วตัดสินใจให้การช่วยเหลือในลักษณะชุดบริการหรือเรียกว่า Package Care เช่น Community Care Package หรือ Home Nursing Care Package เป็นต้น (วรรณภา ศรีชัยญารัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545)

หากการจัดเก็บข้อมูลเป็นที่ดี และเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องด้านต่างๆสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการจัดการเพื่อผู้สูงอายุแล้ว ประเด็นการคืนข้อมูลที่เป็นปัญหาสุขภาพของคนในชุมชน ได้รับทราบ เพื่อให้เห็นปัญหา อันจะนำมาซึ่งการแก้ปัญหาาร่วมกัน จะเป็นการดูแลสุขภาพแบบมีส่วนร่วม เพราะการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นการพัฒนาความสามารถของประชาชนในการพึ่งพาตัวเอง (WHO, 1989, อ้างถึงใน วรรณิ จันทรสว่าง, 2546) การมีส่วนร่วมของชุมชนนี้ นำไปใช้ในกระบวนการพัฒนา ได้ 2 ลักษณะ คือ 1) การมีส่วนร่วมเป็นวิถีทาง (Participation as a means) เป็นวิถีทางที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์ หรือเป้าหมายที่กำหนด หรือเป็นการนำเอาทรัพยากรทางเศรษฐกิจและสังคมของประชาชนมาใช้ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ 2) การมีส่วนร่วมเป็นเป้าประสงค์ (Participation as an End) คือ ให้ประชาชนทำกิจกรรมร่วมกัน ซึ่งสร้างให้เกิดความเชื่อมั่น ในตนเอง และมีความสามัคคีเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน จนทำให้เกิดการพึ่งตนเองได้ในที่สุด

ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่ไม่สอดคล้องกันในการจัดระบบการเชื่อมประเมินโดยทีมสหสาขาวิชาชีพนั้น ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่า(ข้อเสนอแนะในภาคผนวก จ) ตามความเป็นจริง ปัจจุบันนี้ อัตรากำลังบุคลากรด้านสาธารณสุขอยู่ในภาวะขาดแคลน การจัดทีม สหสาขาออกไปประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ อาจไม่จำเป็น ให้เพียงพยาบาลและทีมผู้ช่วยเหลือ พอจะช่วยให้ ซึ่งตรงกับ การศึกษาของ กัลยาณี โนอินทร์ (2542) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดน่าน พบว่า ร้อยละ 84.4 เป็นเรื่องของปัญหา อุปสรรคด้านทีมสุขภาพ ที่มากที่สุด คือ การขาดแคลนบุคลากรทีมสุขภาพ (ร้อยละ 25.9) และความไม่พร้อมที่จะออกไปร่วมทีมเนื่องจากภาระงานประจำมีมาก (ร้อยละ 24.1) บุคลากรด้านการแพทย์ พยาบาลและสาขาอื่นๆ ยังมีไม่เพียงพอ โดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่ยังอยู่ในระดับวิกฤตทั่วประเทศ ซึ่งอาจต้องอาศัยความร่วมมือขององค์กรในท้องถิ่นเข้ามาช่วยเหลือ เช่น การเตรียมบุคลากรในระยะยาว โดยการให้ทุนศึกษาเล่าเรียน แล้วกลับมาทำงานในชุมชนนั้นๆ หรือในระยะสั้น องค์กรบริหารส่วนตำบลควรจัดหาบุคลากรในอัตราจ้าง มาช่วยดำเนินการ หรือให้เป็นความร่วมมือระหว่างองค์กรบริหารส่วนตำบล หรือหน่วยงานอื่นที่มีศักยภาพในการจัดเก็บข้อมูลผู้สูงอายุ

2. ด้านการให้ความรู้/คำปรึกษาที่บ้าน ในด้านการให้ความรู้และคำปรึกษาผู้สูงอายุในชุมชนหรือที่บ้าน ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันทั้ง 7 รายการ และมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุดทุกรายการ ดังตารางที่ 10 ซึ่งอธิบายได้ว่า กิจกรรมเหล่านี้ มีความสำคัญทุกรายการที่จะทำ ให้ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาทบทวนความรู้และวรรณกรรมต่างๆ การให้ความรู้และคำปรึกษาผู้สูงอายุในชุมชนหรือที่บ้าน ก่อนที่ผู้เยี่ยมจะเข้าไปเยี่ยมผู้สูงอายุ ก็ต้องทราบข้อมูลการเจ็บป่วยที่เป็นปัจจุบันของประชากรสูงอายุในชุมชนก่อน เมื่อมีข้อมูลที่ดีคือข้อมูลเป็นปัจจุบัน จะทำให้ผู้เข้าเยี่ยมได้เตรียมตัว เตรียมอุปกรณ์ เครื่องมือที่จะช่วยเหลือได้ตามปัญหาของผู้สูงอายุแต่ละราย และที่ต้องทราบระดับการรับรู้ของผู้สูงอายุทั้งของผู้ดูแล เพราะจากการสำรวจระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ ในเขตภาคเหนือพบว่า ผู้สูงอายุไม่เคยเรียนหรือเรียนต่ำกว่าชั้นประถมศึกษา มีถึงร้อยละ 31.5 และเรียนจบชั้นประถม ร้อยละ 62.2 (สำนักสถิติแห่งชาติ, 2550) ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีการรับรู้ตามระดับการศึกษา ดังนั้น ผู้ให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุจึงต้องมีทักษะในการสื่อสาร และหรือเตรียมเอกสารเป็นแผ่นพับ คู่มือต่างๆ ให้มากขึ้นและสื่อต้องไม่ใช่ภาษาที่เข้าใจยาก ควรทำเป็นรูปภาพหรือเรื่องราวที่อ่านไม่เบื่อ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ศึกษาเรียนรู้ หรือทำความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวมากขึ้น และอีกประการหนึ่ง คือระดับความจำของผู้สูงอายุลดลงตามอายุขัย หากมีเอกสาร คู่มือไว้ศึกษาเพิ่มเติม ก็จะสามารใช้ประโยชน์ได้อย่างดียิ่ง สำหรับผู้ที่ให้ความรู้และคำปรึกษาจะต้องมีการพัฒนาศักยภาพและทักษะ ให้มีความรู้ที่ทันสมัยต่อเหตุการณ์ทางด้านสาธารณสุข เพราะปัจจุบัน มีโรคที่แพร่ระบาดรวดเร็ว และเป็นอันตรายต่อชีวิต เช่น โรคไข้หวัด2009 ที่ต้องการป้องกันตัวเองและป้องกันแพร่กระจายเชื้อ หากมีการจัดระบบพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่แต่ละระดับ โดยขอความร่วมมือจากองค์กรท้องถิ่นในเรื่องงบประมาณสนับสนุนการฝึกอบรมหรือฟื้นฟูความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ควรสนับสนุนทุกปี จะส่งผลให้เกิดคุณภาพของการบริการมากขึ้น การให้ความรู้และคำปรึกษาในระบบบริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ สิ่งที่ส่งเสริมได้ คือ เรื่องของการสื่อสารของชุมชน ประเวศ วสี (2549) ได้เสนอไว้ว่า ควรมีการพัฒนาทุกประเภทของการสื่อสาร ได้แก่ วิทยุชุมชน หนังสือพิมพ์ชุมชน อินเทอร์เน็ตชุมชนหรือสามารถเป็นโทรทัศน์ชุมชน โดยมีกิจกรรมหลายๆด้านที่สื่อสารออกไป ทั้งด้านความรู้ ความดี นวัตกรรมต่างๆ ที่เหมาะสมกับคนในพื้นที่ ถือเป็น การสื่อสารออกไปวงกว้าง ชนิดของการสื่อสารเหล่านี้ อาจเป็นไปได้ในอนาคต

ส่วนความเป็นไปได้ ในด้านการให้ความรู้ คำปรึกษาที่บ้าน 5 รายการ มีความเป็นไปได้ในระดับมาก ความคิดเห็นว่าเป็นไปได้ปานกลาง คือการจัดสรรงบประมาณในการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ และการจัดทำแผนสร้างเสริมฟื้นฟูทักษะของผู้ให้คำปรึกษา เพราะเห็นว่าข้อนี้ การของงบประมาณ

จาก องค์การบริหารส่วนตำบลคงเป็นเรื่องยากที่จะได้รับการอนุมัติ เพราะยังมีความสำคัญรองลงไป มีสิ่งที่จะต้องทำเร่งด่วนกว่า คือ การจัดหาอุปกรณ์ออกกำลังกาย หรือการอุปกรณ์สำหรับฟื้นฟูสภาพ

3. ด้านการเยี่ยมบ้าน ในด้านการเยี่ยมบ้าน ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันทั้งหมด 6 รายการ แต่ละรายการ มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ส่วนความเป็นไปได้ในการนำไปใช้กับระบบการบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จ.น่านพบว่า ส่วนใหญ่มีความเป็นไปได้ในระดับมาก ดังตารางที่ 10 ซึ่งอธิบายได้ว่า กิจกรรมเหล่านี้มีความสำคัญที่จะทำให้ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุ จังหวัดน่าน เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การเข้าถึงยังบ้านของผู้สูงอายุ ทั้งที่เจ็บป่วย หรือไม่ป่วย ถือเป็น การให้กำลังใจเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุในการต่อสู้กับโรคที่กำลังเผชิญอยู่ หรือเป็นกำลังใจให้ต่อสู้ชีวิตเพราะ จากความเป็นอยู่ในปัจจุบันที่สังคมเกิดการเปลี่ยนแปลง ผู้สูงอายุถูกทิ้งให้อยู่ลำพัง บุตรหลานออกจากบ้านไปทำงานต่างถิ่นเพิ่มสูงขึ้น ดังรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2550 พบว่า ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ตามลำพังร้อยละ 13.5 บุตรหลานแยกไปอยู่ต่างอำเภอร้อยละ 17.2 แยกไปอยู่ต่างจังหวัดร้อยละ 17.8 (จอห์น โนเดล และนภาพร ชโยวรรณ, 2552) และจากการศึกษาของ เล็ก สมบัติ (2549) ยังพบว่า ผู้สูงอายุที่ทุกข์ยากที่พบในชุมชน มีลักษณะของการถูกทอดทิ้งจากครอบครัว ลักษณะที่บุตร ไม่ได้อยู่ด้วยหรืออยู่ด้วยแต่มีการดูแลไม่ดี เมื่อมีผู้เยี่ยมเยือนที่บ้านจึงเกิดความรู้สึกดีขึ้นที่ยังมีผู้ห่วงใยอยู่ ในกระบวนการเยี่ยมบ้านอาจมีทั้งเยี่ยมประจำและเยี่ยมติดตาม ครั้งคราวตามสถานะและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น ผู้ที่กลับจากโรงพยาบาลอยู่ระหว่างพักฟื้นที่บ้าน ระดับผู้เยี่ยมควรเป็นพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สถานีนามั้ยที่จะสามารถให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ และญาติเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้ดี ส่วนการเยี่ยมประจำในรายที่มีโรคประจำตัว อาจมอบหมายให้ อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นผู้ติดตาม เช่น การติดตามผู้มีโรคความดันโลหิตสูง มีการวัดความดันโลหิตให้อย่างสม่ำเสมอ เพื่อเฝ้าระวังภาวะที่มีความดันโลหิตสูงเป็นต้น ดังนั้น จึงต้องมีการจัดทำระบบในการเยี่ยมผู้สูงอายุที่บ้านให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ในการเยี่ยมแต่ละครั้งจึงต้องมีระบบบันทึกข้อมูลหลังการเยี่ยม เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับสื่อสารให้แก่บุคลากรอื่นที่ให้การดูแลผู้สูงอายุร่วมกันทราบ

การเยี่ยมบ้าน นอกจากเยี่ยมผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและที่มีสุขภาพดี ยังมีการนำความช่วยเหลือไปให้ผู้สูงอายุด้วย ซึ่งการช่วยเหลือที่บ้านสามารถลดค่าใช้จ่ายเมื่อเปรียบเทียบกับที่ต้องนอนในโรงพยาบาล ดังที่ Ekan & Kendrick (2004, อ้างถึงใน วรรณภา ศรีชัยญารัตน์, 2548) ได้ศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการเยี่ยมบ้านและการจัดบริการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ไว้สำหรับระบบการเยี่ยมที่บ้าน จำเป็นต้องมีบุคลากรหลายระดับร่วมมือกันปฏิบัติเพราะพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ประจำสถานีนามั้ยในพื้นที่มีจำนวนน้อย สักส่วนของเจ้าหน้าที่ในการดูแลกับประชากร

ที่ต้องดูแลมีจำนวนมากจึงไม่เพียงพอหรือปฏิบัติงานได้ไม่ทั่วถึง ดังรายงานการศึกษา ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2549) ที่สำรวจ 34 จังหวัด พบว่าด้านการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนระบุว่า ในรอบ 1 ปี มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าเยี่ยมเยือนครัวเรือนเพียงร้อยละ 44.2 และร้อยละ 52.0 ระบุว่าไม่เคยเยี่ยม ทำให้ประสิทธิภาพของการสื่อสารเพื่อการป้องกันโรคจึงมีน้อย ประชาชนจึงยังคงเจ็บป่วยในอัตราที่สูง เป็นลักษณะของการ “ซ่อม สุขภาพ” มากกว่า “การสร้างสุขภาพ” ดังที่ จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์ (2543) กล่าวว่า การซ่อมซ่อมสุขภาพมีความสิ้นเปลือง และต้นทุนค่าใช้จ่ายสูงทั้งเกิดแก่คนไข้และสังคม ส่วนที่เกิดผลกับคนไข้ คือ เสียค่ารักษาพยาบาล และสูญเสียรายได้ เนื่องจากการขาดงาน เสียสุขภาพจิตที่เจ็บป่วย สำหรับสังคมต้องแบกรับภาระดูแลคนป่วยเกินความจำเป็น ค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูคนเจ็บที่อาจมีพิการ จะทำให้สูญเสียทรัพยากรบุคคลมีค่า และเสียโอกาสที่จะนำทรัพยากรไปใช้ด้านอื่นๆ การทำให้มีสุขภาพดีจะทำให้เสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่า จึงควรมีการเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างสุขภาพเชิงรุก

ส่วนอัตรากำลังในการเยี่ยมมีน้อย จึงจำเป็นต้องหาผู้ช่วยเหลือ ตามปกติ คืออาสาสมัครสาธารณสุขแต่บางพื้นที่ยังมีไม่เพียงพอ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุจึงได้สร้างกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุเมื่อพ.ศ. 2546-2547 ที่เรียกว่า อาสาสมัครผู้ดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน ทั้งนี้เพื่อสร้างจิตสำนึกให้ชุมชนดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของตนเอง ซึ่งสมาชิกในชุมชนทุกเพศทุกวัยสามารถเข้าร่วมในกิจกรรมนี้ โดยเฉพาะผู้สูงอายุเอง (มาลี วงษ์สิทธิ์, 2541 อ้างถึงใน รายงานผลการดำเนินงานโครงการนำร่อง อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน, 2547) ต่อมาได้ขยายผลไปทั่วประเทศ หากชุมชนใดที่ยังมีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุไม่เพียงพออาจต้องสร้างแนวทางการสรรหาอาสาสมัครเพิ่มเติม เช่น การดูแลผู้สูงอายุโดยใช้รูปแบบพันธมิตร (กันยาลักษณ์ เตชะพงษ์วรชัย, 2545) ได้แก่ ผู้สูงอายุด้วยกันเอง ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพที่เป็นเครือข่ายการบริการสุขภาพ หรืออาจร้องขอเครือข่ายอื่นๆที่ไม่ใช่ อาสาสมัครสาธารณสุข หรือ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ แต่อยู่ในชุมชนที่อื่นให้เข้ามาช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนนั้นๆ เช่น กลุ่มพิทักษ์สิ่งแวดล้อม กลุ่มแม่บ้าน หรือกลุ่มอื่น ๆ เป็นต้น

ตัวอย่างการพัฒนา รูปแบบการเยี่ยมบ้านของพยาบาลครอบครัว ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (ศรีวรรณ ตันศิริ และคณะ, 2551) ด้วยวิธีการ 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 สร้างการมีส่วนร่วมของพยาบาลครอบครัวสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ผู้บริหาร และผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ โดยช่วยกันระดมความคิดและสร้างรูปแบบการเยี่ยมบ้านของพยาบาลครอบครัว รูปแบบการเยี่ยมบ้านนี้ ประกอบด้วย 1) องค์ประกอบการเยี่ยมบ้าน 2) ขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน และ 3) กิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ซึ่งนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการเยี่ยมบ้าน

ขั้นตอนที่ 2 ทบทวนความถูกต้องของเครื่องมือแล้วนำไปทดลองใช้

ขั้นตอนที่ 3 สรุปผลการดำเนินการรูปแบบการเยี่ยมบ้านนี้ ซึ่งนำไปทดลองใช้ในเขต กรุงเทพมหานคร พบว่า มีความเหมาะสมในระดับมาก สามารถนำไปปฏิบัติได้ดี ประชาชนในพื้นที่ มีการเข้าถึงบริการสุขภาพ และได้รับการดูแลด้านสุขภาพอนามัยที่บ้านอย่างครอบคลุมเพิ่มขึ้น ร้อยละ 83.0 บุคคลและครอบครัวได้รับการเยี่ยมบ้านร้อยละ 62.7 ผู้ป่วยเรื้อรังที่ได้รับการพยาบาลอย่างต่อเนื่องที่บ้านทุกราย ผู้รับบริการและผู้ให้บริการมีความพึงพอใจมากกว่าก่อนการพัฒนา รูปแบบการเยี่ยมบ้าน การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีข้อเสนอแนะในเรื่องการจัดหางบประมาณในการพัฒนาความรู้ จัดสวัสดิการ ค่าตอบแทน และสนับสนุนทรัพยากรที่เกี่ยวข้อง จะทำให้เกิดรูปแบบการเยี่ยมบ้านที่ยั่งยืน ดังนั้น ในการเยี่ยมบ้าน ผู้เยี่ยมบ้านต้องได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะทางวิชาการและทักษะในการเยี่ยมผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในเชิงสร้างเสริมสุขภาพเพื่อการสร้างมากกว่า การซ่อมสุขภาพ พยาบาลชุมชนควรเสนอคณะกรรมการชุมชน ผลักดันให้มีการจัดทำแผนขอสนับสนุนงบประมาณจากท้องถิ่น คือองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อจัดทำเป็นระบบ ได้แก่ การจัดทำโครงการ มีแผนควบคุมกำกับงาน ระยะเวลาปฏิบัติงาน แล้วมีประเมินผลการดำเนินงานให้ชัดเจนทุกปี ก็จะทำให้การบริการด้านสุขภาพเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ

4. ด้านการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน / ในชุมชน ในด้านการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน/ในชุมชน ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันทั้ง 6 รายการ และมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด 5 รายการ อีก 1 รายการเห็นว่าเหมาะสมมาก ส่วนความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 11 ซึ่งอธิบายได้ว่ากิจกรรมเหล่านี้มีความสำคัญทุกรายการที่จะทำให้ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การฟื้นฟูสภาพเป็นกิจกรรมการให้บริการเฉพาะราย ที่ให้แก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานะพึ่งพา ซึ่งจะได้ประโยชน์จากการฟื้นฟูสภาพมาก เช่น ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว มีข้อจำกัดในการเคลื่อนย้ายภายในบ้าน หรือมีข้อจำกัดในการเดินทาง ไปรับบริการที่ศูนย์สุขภาพ บำบัดชุมชน แต่สามารถทำกายภาพบำบัดพื้นฐานหรือการใช้วิธีอื่น ๆ ที่บ้านได้ เช่น การใช้ความร้อนประคบหรือการนวด อาจเสนอแนะญาติสร้างสิ่งประดิษฐ์เพื่อการฟื้นฟูสภาพ เช่น รอกชักสำหรับออกกำลังแขนขา การใช้ไม้เท้า การทำราวจับ หรืออาจดำเนินการ โดยตรงของนักกายภาพบำบัด หรือเป็นการฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือญาติผู้ดูแลในครอบครัวหรืออาสาสมัครอื่น ๆ ในชุมชนเป็นผู้ปฏิบัติ โดยอยู่ภายใต้การกำกับของนักกายภาพบำบัด และพยาบาลชุมชน

ส่วนการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ที่แพทย์อนุญาตให้กลับไปฟื้นฟูสภาพที่บ้านได้ จะมีโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่กำหนดไว้ โดยญาติหรือผู้ดูแลต้องผ่านการฝึกจากทีมผู้ดูแลรักษา หลังปฏิบัติตาม โปรแกรมที่บ้านพบว่าได้ผลดี เช่น ดัชนีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โรคหลอดเลือด

สมองหลังได้รับการฟื้นฟูสภาพที่บ้านดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน (บรรณทวารวณ หิรัญเคราะห์ และคณะ, 2550) หรือ การฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวดีขึ้น โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการนอนโรงพยาบาล (ฉัฐริกา โสไล และคณะ, 2008) การจัดการให้ผู้ป่วยยอมรับที่จะฟื้นฟูสภาพของตัวเองนั้น สุธธิดา รัตนสมหาร (2542) ได้ศึกษาการพัฒนา รูปแบบการบริการที่บ้านมี 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ ให้ความรู้และคำแนะนำ เพื่อให้ผู้รับบริการยอมรับและร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพ ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาทักษะโดยพัฒนาทักษะและความสามารถของผู้ป่วยให้ช่วยเหลือตนเอง ขั้นตอนที่ 3 พัฒนาการดูแลต่อเนื่อง โดยการให้ความรู้ สนับสนุนด้านจิตใจ อารมณ์ ส่งเสริมการกลับสู่สังคม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นทุกกิจกรรม

ในการจัดการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายของผู้สูงอายุทั้งที่มีสุขภาพดี หรือที่มีความพิการบางส่วน อาจต้องหาจุดหรือสถานที่ ที่ผู้สูงอายุสามารถไปรวมกลุ่มรับบริการได้ โดยอาจต้องขอรับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรท้องถิ่น และการสนับสนุนอุปกรณ์การออกกำลังกายชนิดต่าง ๆ ดังเช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข ที่อยู่ในสวนสาธารณะลุมพินี กรุงเทพมหานคร มีเครื่องออกกำลังกายให้ใช้ จึงมีผู้สูงอายุไปใช้บริการออกกำลังกายทุกวัน หรือการจัดการขอสนับสนุนอุปกรณ์การสร้างเสริมสมรรถภาพของร่างกายจากศูนย์สรีนทรของสถานีอนามัยตำบลบ้านควน อ.หลังสวน จ.ชุมพร (จารี ศรีปาน, 2550) เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ เป็นบทบาทหน้าที่ ที่พยาบาลชุมชนต้องใช้ความสามารถในการประสานงาน เริ่มตั้งแต่การให้ข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุแก่กรรมการท้องถิ่นเน้นข้อมูลที่สำคัญและเร่งด่วน เพื่อหาโอกาสร่วมวางแผน การฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมกับปัญหาของผู้สูงอายุในพื้นที่ ดังนั้นระบบข้อมูลของผู้สูงอายุที่อยู่ในระบบการจัดเก็บข้อมูลในชุมชนจึงมีความสำคัญต่อระบบการบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน ดังความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญให้ไว้ว่า การจัดระบบด้านการฟื้นฟูสภาพนี้มีความเหมาะสมในระดับมากที่สุด ส่วนผู้ปฏิบัติเห็นว่าความเป็นไปได้มากสำหรับการจัดระบบนี้ เพราะปกติมีการพัฒนาเครื่องมือในการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุโดยอาศัยภูมิปัญญาท้องถิ่นอยู่แล้ว เช่น ที่จังหวัดน่าน ประธานชมรมผู้สูงอายุ นายเสริม ลอวิคาร ได้นำไม้พลองมาเป็นต้นแบบในการทำท่าทางออกกำลังกายของผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจัดทำเป็นแผ่น CD เผยแพร่ หรือชมรมการออกกำลังกายของชุมชนบ้านภูมินทร์-ท่าลี่ในชุมชนเขตเมืองใช้ดนตรีพื้นเมืองล้านนาประกอบจังหวะในการออกกำลังกาย เป็นต้น จึงควรมีระบบการยกย่องชมเชยหรือให้รางวัลแก่ผู้มีผลงาน รวมทั้งจัดทำแนวทางปฏิบัติและขั้นตอนการให้บริการที่เหมาะสมแก่การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่บ้านในแต่ละโรคที่พบบ่อยของชุมชนนั้นๆ นอกจากการจัดทำแนวปฏิบัติทาง

ภายหลัง ต้องมีการฟื้นฟูสภาพจิตของผู้สูงอายุโดยใช้ศาสนาตามความเชื่อของแต่ละครอบครัว/ชุมชน ผ่อง อนันตริยเวช, วรรณภา พลอยเกลื่อน และฉันทนา บุญคล้าย (2548) พบว่า ชุมชนมีความสัมพันธ์กับความพร้อมของการใช้วัดเป็นศูนย์กลางในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้เจ็บป่วยเป็นตัวอย่างของทางเลือกในการใช้สถานที่ในการปฏิบัติกิจกรรมได้

5. ด้านการพยาบาลที่บ้าน ในด้านการพยาบาลที่บ้าน ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน ทั้ง 5 รายการ และมีความเหมาะสมในระดับมากที่สุดทุกรายการ ส่วนความเป็นไปได้อยู่ในระดับมาก 4 รายการ อีก 1 รายการ คือ การจัดระบบเบิก-จ่ายอุปกรณ์ ที่ใช้ในการพยาบาลที่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง ดังตารางที่ 11 ซึ่งอธิบายได้ว่า กิจกรรมเหล่านี้มีความสำคัญทุกรายการที่จะทำให้ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การพยาบาลที่บ้าน เป็นการบริการพยาบาลให้แก่ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วย จำเป็นต้องได้รับบริการพยาบาล เช่น การทำแผล การเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ การใส่สายยางให้อาหารทางกระเพาะอาหาร การช่วยเหลือกิจวัตรส่วนตัว การให้ยา และการพยาบาลอื่นๆที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย และสนับสนุนญาติให้สามารถดูแลผู้ป่วย หรือสมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพได้ พยาบาลชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออสม./อสพ. หรืออาสาสมัครอื่นๆในชุมชน สามารถให้การดูแลได้ โดยอยู่ภายใต้การกำกับอย่างใกล้ชิดของพยาบาลชุมชน การพยาบาลที่บ้านเป็นสิ่งสำคัญ ทำให้ผู้สูงอายุไม่ต้องเดินทางไปยังสถานบริการรักษาพยาบาล ซึ่งจะลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม และการบาดเจ็บอื่นๆเช่นอุบัติเหตุจากรถ โดยเฉพาผู้ป่วยที่พิการ หรือเป็นอัมพาต การขนย้ายผู้ป่วยด้วยความยากลำบาก ถ้าผู้ป่วยฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี อาจไม่ได้เดินทางมาทำแผลเป็นประจำยอมทำให้แผลกดทับลึกขึ้นและอักเสบติดเชื้อได้

การพยาบาลที่บ้านเป็นการลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องมารอรับบริการในโรงพยาบาล การพยาบาลที่บ้านจะกระทำได้ ก็ต่อเมื่อมีอัตรากำลังของพยาบาลชุมชนที่เพียงพอ แต่สามารถมอบให้ญาติหรืออาสาสมัครสาธารณสุขปฏิบัติแทน โดยเฉพาะรายที่ต้องการดูแลในระยะยาวจะเป็นบทบาทของญาติซึ่งได้รับคำแนะนำจากพยาบาลชุมชน ลักขณา จิตต์ไพบูลย์ (2538) ศึกษาความต้องการจัดบริการสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี พบว่ามีความต้องการอยู่ 5 ด้าน ได้แก่

1. ให้มีทีมสุขภาพไปตรวจเยี่ยมอาการที่บ้าน
2. ต้องการคำแนะนำทางการแพทย์
3. ให้ฝึกปฏิบัติการบริการพยาบาล การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การฟื้นฟูสภาพ การฝึกงานฝีมือเพื่อความเพลิดเพลิน หรือทำเป็นอาชีพเสริม

4. ด้านการสอน ชี้นำ ให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาด้านสุขภาพจิต การฝึกปรุงอาหารเฉพาะโรค การช่วยเหลือในการลดความเจ็บปวด ทรมาน

5. ด้านอื่นๆในบริการสนับสนุน เช่น คำรักษาพยาบาลส่วนตัวที่ต้องชำระเองในกรณีที่ต้องใช้อุปกรณ์พิเศษ การพยาบาลที่บ้านบางครั้งอาจทำได้ยากลำบาก หากไม่ได้รับความร่วมมือจากตัวผู้ป่วยและญาติ ดังนั้นการเตรียมอุปกรณ์ในการช่วยเหลือกิจกรรม เช่น สำลี ชุคทำแผล ฯลฯ เจ้าหน้าที่ควรอำนวยความสะดวกแก่ญาติหรือผู้ดูแลเพราะการเดินทางหรือไปขอรับการสนับสนุนอาจมีความลำบากสำหรับชนบทที่ห่างไกล จึงควรมีระบบการเบิกจ่ายอุปกรณ์ที่เหมาะสม การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและได้นอนในโรงพยาบาลเมื่อสามารถออกไปพักต่อที่บ้านได้ การดูแลจึงต้องต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยส่วนใหญ่แล้วผู้ป่วยอยากกลับไปรักษาตัวที่บ้าน หากมีการบริการสุขภาพที่บ้าน จึงเกิดความพึงพอใจ (สุทธิศา รัตนสีมาหาร, 2542) เพราะทำให้ประหยัดสะดวก สบาย ญาติประหยัดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ลดระยะเวลาอนโรงพยาบาล

ในรายที่ต้องการบริการพยาบาลที่เปลี่ยนถ่ายจากโรงพยาบาลถึงบ้าน (Transitional care) ควรมีการวางแผนจำหน่ายที่ดี ซึ่งวรรณภา ศรีชัยญรัตน์ (2548) ได้กล่าวถึงรูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านต้องมีการวางแผนจำหน่ายต้องทำตลอดเวลา เริ่มตั้งแต่แรกรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล ทำทั้งขณะที่รักษาอยู่และก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล บุคลากรผู้ดูแลจากหน่วยงานทั้งสองแห่งต้องมีการสื่อสาร และให้ความร่วมมือรวมกันรวมทั้งครอบครัวและชุมชน จึงจะเกิดผลดีต่อคุณภาพชีวิตและคุณภาพในการดูแลให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่บ้าน การพยาบาลที่บ้านหากต้องอาศัยบุคลากรอื่น หรืออาสาสมัครช่วยเหลือในการดูแล จึงจำเป็นต้องสร้างทักษะให้แก่บุคลากรเหล่านั้นเพื่อให้เกิดประสิทธิผล ดังนั้นจึงต้องมีแผนการสร้างความรู้และทักษะแก่ผู้ปฏิบัติ ซึ่งต้องอาศัยงบประมาณจากแหล่งต่างๆ ที่สำคัญคือ องค์กรบริหารส่วนตำบล หรือองค์กรเอกชนอื่น ๆ ที่สามารถสนับสนุนได้ พยาบาลชุมชน ผู้นำของผู้สูงอายุเอง จึงต้องมีบทบาทสำคัญที่จะสร้างความสัมพันธ์ อันก่อให้เกิดความร่วมมือ และร่วมรับผิดชอบผู้สูงอายุ ให้มีชีวิตที่มีคุณภาพดี

6. ด้านการบริการดูแลทดแทน การบริการทดแทนนี้ เป็นแนวคิดสำหรับบริการผู้สูงอายุในอนาคตซึ่งจะเป็นบริการขั้นพื้นฐานที่รัฐควรจัดเป็นสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุตามความจำเป็น (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุลและคณะ, 2544) ในด้านบริการทดแทนนี้ ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันทั้ง 4 รายการ ความเห็นไม่สอดคล้อง 1 รายการ คือ การจัดสถานที่ให้บริการทดแทน ส่วนความเหมาะสม พบในระดับมากที่สุด 4 รายการ ระดับความเหมาะสมปานกลาง 1 รายการ ดังตารางที่ 11 ซึ่งอธิบายได้ว่า กิจกรรมเหล่านี้มีความสำคัญ อันจะทำให้ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การบริการดูแลผู้สูงอายุหรือปฏิบัติกิจแทนผู้ดูแลประจำโดยการทดแทนเป็น

ครั้งคราวที่จำเป็น เพื่อให้ โอกาสแก่ผู้ดูแลได้มีเวลาไปปฏิบัติกิจกรรมส่วนตัวที่จำเป็น เช่น ไปธนาคาร ไปปรับการตรวจรักษาตัวเอง ไปงานบุญบ้าง การบริการได้แก่ การช่วยเหลือช่วงกลางวัน กลุ่มผู้ดูแลทดแทนนี้ อาจไปดูแลแทนที่บ้านหรือนำผู้สูงอายุฝากศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชนในเวลากลางวัน หรือ อาจไปปรับยาแทนผู้ดูแลประจำ ผู้ดูแลทดแทนอาจเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข/อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ หรือเพื่อนบ้าน หรืออาสาสมัครอื่นๆในชุมชน

นารีรัตน์ จิตต์มนตรี และคณะ (2552) เสนอให้ชุมชนพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม โดยมีบริการดูแลทดแทนทั้ง Day Care และ Home Care ซึ่งอาจมีความเป็นไปได้ในชุมชนใหญ่ๆที่มีศักยภาพพอที่จะจัดดำเนินการ หากทำได้จะเป็นตัวแบบที่ดีของการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว เพราะจะช่วยให้ผู้ดูแลได้ผ่อนคลายความเครียด จะช่วยสามารถประคับประคองการดูแลผู้สูงอายุให้แก่ครอบครัวได้อีกนาน ในประเทศที่เป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว มีการช่วยเหลือด้านบริการทดแทนอย่างเป็นระบบ เช่น สหรัฐอเมริกา ประเทศออสเตรเลีย และประเทศต่างๆในทวีปยุโรป ประเทศเหล่านี้ มีระบบการสนับสนุน Day Care หรือ Home Care โดยรัฐเป็นผู้จัดการรายจ่ายทั้งหมด (วรรณภา ศรีชัยรัตน์และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2545)

ในการดูแลทดแทนนี้ มีความเป็นไปได้ เพียง 2 รายการ ส่วนที่เป็นไปได้ปานกลางและน้อยนั้น คือ การจัดหาสถานที่เพื่อการดูแลและการจัดหาอาสาสมัครประจำศูนย์ฯ ซึ่ง ผู้เชี่ยวชาญให้ความเห็นว่า ควรใช้สถานที่ที่บ้านมากกว่า และดูแลเฉพาะผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง (ดังข้อเสนอแนะเพิ่มเติมใน ภาคผนวก จ) การจัดสถานที่อาจใช้เป็นที่เพียงใช้เพื่อพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนประสบการณ์ หรือใช้สำหรับฝึกอบรมหรือเขียนรายงานมากกว่า ระบบการเบิกจ่ายอุปกรณ์ในการดูแลทดแทน เป็นไปได้บ้าง เพราะมีความเห็นว่าไม่จำเป็นและทำให้ยุ่งยาก การดูแลทดแทน และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน อาจเป็นไปได้ในอนาคต หากพยาบาลสามารถผลักดันให้องค์กรท้องถิ่น เห็นความสำคัญ และจัดงบประมาณให้ดำเนินการดังที่ โครงการกรุงเทพ 7 ทำได้ เพราะมีงบประมาณจัดจ้างพนักงานสาธารณสุขชุมชนเป็นผู้ดูแล ภายใต้การควบคุมของพยาบาลซึ่งในจังหวัดน่านมีความเป็นไปได้ ในชุมชนใหญ่ๆที่มีศักยภาพด้านงบประมาณ และมีจำนวนผู้สูงอายุมากเช่นประชากรในเขตเทศบาลเมืองที่มีผู้สูงอายุ ถึงร้อยละ 18 .13 (ดังตารางที่ 1) ส่วนการจัดทำแนวปฏิบัติและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลนั้น เป็นไปได้มาก เพราะประเทศไทยได้พยายามส่งเสริมให้เกิดความช่วยเหลือภายในชุมชน กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแนวปฏิบัติหรือคู่มือการดูแลผู้สูงอายุ ในชุมชนให้ แล้ว

7. ด้านการบริการประคับประคอง และการดูแลระยะสุดท้าย ในด้านการบริการประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันทั้ง 5 รายการ และมี

ความเหมาะสมในระดับมากที่สุดทั้ง 5 รายการ ระดับความเป็นไปได้อยู่ที่ มาก ดังตารางที่ 11 ซึ่งอธิบายได้ว่า กิจกรรมเหล่านี้มีความสำคัญทุกรายการ การช่วยเหลือหรือเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วย เรื้อรังที่ไม่มีทางรักษาต่อ หรือผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความ สุขสบาย สงบ ไม่เจ็บปวดหรือทรมานและได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรีในระยะสุดท้ายของชีวิตที่บ้าน ซึ่งโดยทั่วไปพยาบาลในหอผู้ป่วยจะวางแผนเตรียมความพร้อมโดยให้ข้อมูลแก่ญาติและสนับสนุน ญาติก่อนที่จะส่งผู้ป่วยกลับบ้าน พร้อมทั้งส่งต่อการดูแลและเตรียมอุปกรณ์ของใช้ที่จำเป็นในการ ดูแลรักษาต่อที่บ้านให้(เช่น กรณีที่ต้องให้ยาลดปวด ด้วยวิธีฉีด) ซึ่งพยาบาลในชุมชนจึงควรมี แนวปฏิบัติในการดูแลประคับ ประคองและการดูแลระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุตามปัญหาและความ เชื่อของศาสนาให้เหมาะสมกับศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ให้กำลังใจญาติ เพื่อให้ญาติได้ให้การ ยอมรับผู้ป่วยและให้คำแนะนำ รวมทั้งการสอน/สาธิตการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบายใน ระยะสุดท้ายและเน้นการดูแลด้านจิตใจแก่ญาติและผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความสุข สงบ เช่น การใช้ วิถีทางพุทธ เป็นต้น เพราะชุมชนส่วนใหญ่ นำพิธีกรรมทางศาสนามาใช้ดูแลทางจิตวิญญาณให้ ผู้ป่วยในระยะสุดท้าย (เสาวคนธ์ แสงนวล, 2552: ออนไลน์)

ความต้องการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายที่ สุมานี ศรีกำเนิด (2552) ศึกษา พบว่ามี 5 ประเด็น คือ

1. ปัญหาทางด้านผู้ป่วย ได้แก่ ความทุกข์ทรมานทางกาย มีอาการ/ภาวะแทรกซ้อน ปัญหาทางด้านจิตใจ และปัญหาทางการสื่อสาร
2. ปัญหาทางด้านผู้ดูแล คือ เครียด ไม่มีผู้ดูแล เป็นบางเวลา และญาติขาดทักษะในการดูแล
3. ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ คือ มีค่าใช้จ่ายสูง ต้องหยุดงาน ขาดรายได้ และมีหนี้สิน
4. ปัญหาทางด้านระบบบริการสุขภาพ ได้แก่ ไม่ได้รับข้อมูล บริการใช้เวลานาน ขั้นตอน ยุ่งยากซับซ้อน ไม่มียาแก้ปวดที่แรงพอในสถานีนอนมา้ย การส่งต่อมีข้อจำกัด เจ้าหน้าที่ไม่มีเวลา เจ้าหน้าที่ดูแลไม่ทั่วถึง เจ้าหน้าที่ขาดความชำนาญ และเจ้าหน้าที่ไม่สนใจ
5. ความต้องการในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย คือ ให้มีแพทย์รักษาโรคมะเร็งอยู่ ใกล้ๆ ชุมชน มีเจ้าหน้าที่มาบริการที่บ้าน ขยายขอบเขตการให้ยาแก้ปวด กำลั้งใจ ข้อมูลเกี่ยวกับการ เจ็บป่วย และเงินช่วยเหลือ

ส่วนการจัดการการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชนแบ่งได้ 3 ระดับคือ

1. ระดับบุคคลและครอบครัว คือ รักษาสุขภาพให้แข็งแรง ดูแล ด้านจิตใจ รับการรักษา อย่างต่อเนื่อง แสวงหาการรักษาทางเลือกอื่น ๆ การจัดการอาการต่าง ๆ ตามภูมิปัญญาท้องถิ่น
2. ระดับชุมชน คือ สร้างกำลังใจ ช่วยเหลือ สนับสนุน และ

3. ระดับสังคม คือ จัดตั้งกองทุนช่วยเหลือ และมีแหล่งให้ยืมอุปกรณ์ทางการแพทย์ ข้อความรู้จากการวิจัยสามารถนำไปใช้ในการปรับกระบวนการทัศน์ของผู้ให้บริการในการดูแลผู้ป่วย มะเร็งระยะสุดท้ายและครอบครัว ดังนั้น จึงควรมีการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี แก่เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข อาสาสมัครที่เข้ามาช่วยดูแล เพื่อให้ปฏิบัติไปในทางเดียวกัน ในการดูแลผู้ป่วยแบบ ประคับประคองระยะสุดท้ายที่บ้าน สร้างความพึงพอใจให้แก่ผู้ป่วยและญาติมากที่สุด (อุปทิน รุ่งอุทัยศิริ, 2550) เพราะในส่วนของผู้ป่วยพึงพอใจรู้สึกว่าได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นใกล้ชิดที่บ้าน ของตนเอง ในส่วนของญาติ พึงพอใจมากที่สุดเพราะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการนำผู้ป่วยไป โรงพยาบาล ไม่เสียเวลาทำงานประจำวัน ได้เยี่ยมผู้ป่วยบ่อยขึ้น สำหรับโรงพยาบาล ลดวันนอนใน โรงพยาบาลทำให้ลดค่าใช้จ่ายลงได้ ดังนั้น ชุมชนจึงควรมีแผนที่จะต้องเตรียมอาสาสมัครหรือ เครือข่ายในการที่จะเข้ามาช่วยดูแล กลุ่มเหล่านี้ก็ต้องได้รับการฝึกทักษะและรับรู้แนวปฏิบัติในการ ดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้าย เพื่อให้การดูแลที่ดีและมีประสิทธิภาพในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

8. ด้านการติดตามต่อเนื่องในการรักษาโรคเรื้อรัง จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกันทั้ง 5 รายการ และมีความเหมาะสมมากที่สุดทั้งหมด ส่วนความเป็นไปได้ อยู่ในระดับมาก ดังตารางที่ 14 อธิบายได้ว่า รายการต่างๆในด้านนี้ มีความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุ ปัญหาของผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง พบว่า ส่วนใหญ่ขาดการรักษาต่อเนื่องทำให้เกิดภาวะฉุกเฉินได้ เช่น ผู้สูงอายุขาดยาคุมความดัน โลหิตสูง อาจเกิดมีภาวะเส้นเลือดอุดตัน หรือเส้นเลือดในสมองแตกได้ อันจะทำให้เกิดการสูญเสีย อย่างมากตามมาได้ Hermoni et al. (1990) พบว่า อัตราการขาดนัดของผู้สูงอายุในประเทศอิสราเอล อยู่ที่ ร้อยละ 34 ทำให้การรักษาไม่ต่อเนื่อง ผู้สูงอายุไม่มาตามนัด เพราะมีความยากลำบากมากใน การมาตรวจตามนัด จากการขาดนัด ที่พบว่ามีจำนวนสูงนี้ จึงเกิดการทบทวนและวางแผนพัฒนา ระบบการนัดของคลินิก ในอันที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้มาพบแพทย์ตามนัด Fisher et al. (2007) พบว่า กุญแจสำคัญที่จะทำให้เกิดการไป ตรวจตามนัดได้ คือ การกระตุ้นให้เกิดการจัดการเฝ้าระวัง ตัวเอง ติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยสนับสนุนสิ่งที่อำนวยความสะดวกในการรับบริการของ คลินิกและตรงกับความต้องการของผู้ป่วย จะทำให้อัตราการขาดนัดลดลง ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยรุนแรง จากโรคเรื้อรัง ควรให้ผู้สูงอายุและญาติได้ตระหนักถึงความรุนแรงของการดูแลตนเองไม่ต่อเนื่อง พยาบาลชุมชนควรกำหนดแบบกำกับกับปฏิบัติกิจกรรมให้ผู้สูงอายุ หรือทำนวดกรรมกำกับการ ดูแลตนเองของผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง เช่น โรคเบาหวาน มีตารางกำหนด อาหาร ตารางกำกับการรับประทานยา เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ใช้เป็นเครื่องมือในการ

ติดตามการดูแลต่อเนื่องในชุมชน พร้อมทั้งช่วยดำเนินการหรือประสานงานกับโรงพยาบาล เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้ต่อเนื่อง ซึ่ง Kwok et al. (2007) พบว่า พยาบาลเป็นผู้ที่มีผลมากที่สุดในการประสานงานการดูแลผู้สูงอายุ ระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน การจัดกิจกรรมต่างๆ เช่น กิจกรรมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ โรคประสาทร่องโรค เรื่องยา ยังได้มีโอกาสพบปะร่วมทำกิจกรรม ออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุด้วยกัน เกิดความเห็นอกเห็นใจกัน เกิดความสามัคคีในกลุ่มคนที่มีปัจจัยแห่งความเจ็บป่วยร่วมกัน ทำให้ร้อยละของการผิคนัดลดลง

สิ่งที่มีส่วนสำคัญที่เป็นองค์ประกอบ หรือปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลต่อเนื่องที่สำคัญๆ เช่น การศึกษาเกี่ยวกับการติดตามผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรังของโรงพยาบาลบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี (อาทิตยา ทีกา, 2552) เห็นสิ่งที่ต้องดำเนินการ มี 3 ประการ คือ 1) การพัฒนาฐานข้อมูลและการจัดการข้อมูลของผู้สูงอายุ 2) การพัฒนาแนวคิด ทักษะ และองค์ความรู้ในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ 3) พัฒนาแนวทางการให้บริการต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง หากพัฒนาได้ จะทำให้การติดตามการรักษาดีขึ้น เช่นเดียวกับ การบูรณาการรูปแบบของการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน กรณีศึกษาชุมชนบ้านโนนม่วง จังหวัดขอนแก่น (อัมพรพรรณ ธีรานุตร และคณะ, 2553) ซึ่งรูปแบบ พัฒนาขึ้นจากปัญหาและความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุ และครอบครัวที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแล โดยยึดหลักการที่สำคัญ คือ การมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในชุมชนแบบครอบคลุมเป็นองค์รวม รูปแบบประกอบด้วย องค์ประกอบที่สำคัญ 3 ส่วน คือ

1. ด้านความรู้และการอบรม (Education and training) ทั้งส่วนของผู้สูงอายุเอง เพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง และส่วนของผู้ให้บริการที่ต้องการความรู้และการอบรมเฉพาะเพื่อดูแลผู้สูงอายุ
2. ด้านระบบของการบริการสุขภาพ (Health care management) ได้แก่ การจัดการให้รูปแบบให้ดำเนินการได้ การบริการสุขภาพ ต่างๆ เช่น การคัดกรองสุขภาพ การตรวจเยี่ยม Day Care และสายด่วน เป็นต้น

3. ด้านสิ่งแวดล้อม (Physical environment) ที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เช่น ทางลาด ราวจับ เป็นต้น หากได้รับการสนับสนุนจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง จะเป็นการสร้างพลังอำนาจแก่ประชาชน เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน เช่นเดียวกับ รูปแบบการดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง กรณีศึกษาโรงพยาบาลศูนย์ (อัมพรพรรณ ธีรานุตร และคณะ, 2553) พบว่า มี 3 ปัจจัยหลักที่สำคัญ ได้แก่

- 1) การพัฒนาสมรรถนะของผู้ให้บริการ โดยมีการจัดอบรมเป็นระยะ กรณีพิเศษ ติดตามงาน

2) การพัฒนาระบบข้อมูลคลินิก ได้แก่ การจัดทำแบบประเมิน/บันทึก การจัดทำฐานข้อมูลการดูแลต่อเนื่อง และศูนย์การดูแลต่อเนื่อง

3) การพัฒนา นวัตกรรมการดูแลต่อเนื่อง เช่น สื่อสุขภาพที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ วิธีการให้ข้อมูลที่เหมาะสม แนวปฏิบัติการดูแลเฉพาะ โรค จะเห็นว่า การศึกษาทั้ง 3 รายการนี้ มีความเหมือนกัน คือ การสร้างสมรรถนะ ได้แก่ การฝึกอบรม, การจัดทำฐานข้อมูล และการจัดระบบบริการ

ดังนั้นจะเห็นว่า ประเด็นสำคัญของการติดตามการรักษาต่อเนื่องในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุ ระบบการส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุจากชุมชนกับสถานบริการของเครือข่ายถึงระดับจังหวัดและจังหวัดต่อระดับสูงต่อไป ระบบสื่อสารระหว่างผู้สูงอายุกับชุมชนเพื่อการติดตามการรักษาต่อเนื่อง เครื่องมือสื่อสารที่ทำให้ผู้เฝ้าระวังหรือ ติดตามและผู้สูงอายุสามารถเข้าใจง่าย และสุดท้ายคือ ระบบการช่วยเหลือที่จะทำให้ผู้สูงอายุได้เข้า ถึงบริการการรักษาได้อย่างสะดวกและปลอดภัย สิ่งเหล่านี้จะทำให้ประสิทธิภาพการติดตามการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุ ประสบผลสำเร็จ ดังนั้น รัฐ ควรต้องกำหนดมาตรฐานของการจัดเก็บข้อมูล องค์กรท้องถิ่นขอความร่วมมือกับหน่วยงานในชุมชนที่มีศักยภาพ ร่วมมือการจัดเก็บข้อมูลดังกล่าว เพื่อนำมาบริหารจัดการ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. นำไปใช้เป็นแนวทางให้แก่พยาบาลชุมชน ในจังหวัดน่าน ในการให้บริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน เพราะเป็นแนวทางที่ได้จากความเห็นของผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีทั้งด้านบริหาร ด้านบริการและด้านวิชาการ และมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้อยู่ในระดับมากถึงร้อยละ 82 พยาบาลสามารถที่จะดำเนินการได้เลย คือด้านที่ผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าเหมาะสมมาก และผู้ปฏิบัติการพยาบาลมีความเห็นว่าเป็นไปได้มาก ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้ คำปรึกษา และการติดตามต่อเนื่องผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง แล้วจึงขยายการบริการต่อไป

2. ใช้เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ เสนอให้ผู้บริหารด้านสาธารณสุข ผู้นำองค์กรท้องถิ่น ผู้นำผู้สูงอายุและผู้เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของจังหวัดน่านทราบ เพื่อขอให้ช่วยเหลือสนับสนุนงบประมาณหรือมอบหมายให้หน่วยงานอื่นที่มีศักยภาพ ให้การสนับสนุนดำเนินการ โดยเริ่มจากด้านที่มีความสำคัญยิ่ง คือ การจัดระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุ เพราะจะเป็นข้อมูลสำคัญใน

การจัดบริการอื่นๆตามมา เป็นการเตรียมความพร้อมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม องค์การบริหารส่วนตำบล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรจัดแผนสนับสนุนทั้งระยะสั้นและระยะยาว ได้แก่ จัดสรรทุนเล่าเรียนให้แก่นักเรียนในชุมชน เพื่อกลับมาทำงานให้แก่ชุมชน การสนับสนุนระยะสั้น ควรสนับสนุนอัตราจ้างบุคลากรที่จะมาช่วยในการทำงานของระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน หรือมอบหมายให้หน่วยงานที่มีศักยภาพในการจัดเก็บข้อมูลมาช่วยดำเนินการ เพื่อให้ระบบสามารถดำเนินการไปได้ระดับหนึ่งก่อน จึงขยายงานต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาปัจจัยในการจัดเก็บข้อมูลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพในชุมชน จังหวัดน่าน
2. ศึกษารูปแบบระบบบริการพยาบาลที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุในช่วงเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาล ถึงบ้านของชุมชน จังหวัดน่าน
3. ศึกษาปัจจัยส่งเสริมประสิทธิภาพระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กระทรวง, กรมการปกครอง มหาดไทย สำนักทะเบียนกลาง. จำนวนราษฎรทั่วราชอาณาจักร [ออนไลน์]. (2551). แหล่งที่มา: http://www.dopa.go.th/stat/y_stat51.html [2552, 12].
- กฤตยา อาชวนิจกุล, สุวิณี วิวัฒน์วานิช และจิรพร เกศพิชญวัฒนา. (2547). การวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัด กาญจนบุรี: แนวทางการศึกษา ร่วมกับชมรมผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2545). แนวทางการจัดบริการพยาบาล ระดับปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กันยาลักษณ์ เตชะพงศ์วรชัย. (2545). ผลการใช้รูปแบบพันธมิตรในการจัดบริการสุขภาพในชุมชนต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหาร การพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กัลยาณี โนนินทร์. (2542). การดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัด น่าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- การพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์, กระทรวง. (2547). รายงานผลการดำเนินงาน โครงการนำร่องอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน. กรุงเทพมหานคร: สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ.
- ขนิษฐา นันทบุตร และคณะ. (2548). อนาคตระบบบริการของวิชาชีพการพยาบาลในประเทศไทย. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2546). ระบบบริการสุขภาพชุมชน: โครงการ กรุงเทพมหานคร 7. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- จอห์น โนเดล และนภาพร ชโยวรรณ. (2552). **Papers in Population Ageing No. 5.** กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ. (2540). สุขภาพผู้สูงอายุไทย. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- จารี ศรีปาน. โครงการนวัตกรรมศูนย์กายอุปกรณ์ภูมิปัญญา เพื่อการพึ่งพาตนเองของชุมชน
 สถานีอนามัยตำบลบ้านควน อ.หลังสวน จ.ชุมพร [ออนไลน์]. (2550). แหล่งที่มา:
<http://www.pcuinnovation.com/pcu/346> [2553, กุมภาพันธ์ 12].
- จิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์. (2543). **ประสิทธิภาพในระบบสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร: ดีไซน์.
- จุมพล พูลภัทรชีวิน. (2529). การวิจัยอนาคต. *วิจัยวิทยาการวิจัย* 1(1): 22– 25.
- จุมพล พูลภัทรชีวิน. (2530). การวิจัยแบบอนาคตแบบEDFR ใน ประเด็น จำปาไทย (บรรณาธิการ),
 หน้า 38-44. **รวมบทความเกี่ยวกับการวิจัยทางการศึกษา**. กรุงเทพมหานคร: รุ่งศาสตร์.
- จรัสรัตน์ กิจสมพร. (2548). การวิจัยเชิงชาติพันธุ์วรรณนา ใน ประกาย จิโรจน์กุล (บรรณาธิการ),
การวิจัยทางการแพทย์: แนวคิด หลักการและวิธีปฏิบัติ, หน้า 155-164. กรุงเทพมหานคร:
 โรงพิมพ์บริษัทสร้างสื่อ.
- จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, วิทยาลัยประชากรศาสตร์ สารประชากร [ออนไลน์]. 2552. แหล่งที่มา:
http://www.cps.chula.ac.th/pop_info/thai/nop7/n71.html [2552, กุมภาพันธ์ 23].
- ฉัตรวรัญ องค์กรสิงห์ และคณะ. (2549). รายงานผลโครงการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการ
จัดระบบบริการสุขภาพของชุมชน ตำบลโคกกระชาย อำเภอดงเจริญ จังหวัดนครราชสีมา.
 นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ชาญวิทย์ ทรัพย์ และคณะ. (2549). **โครงสร้าง รูปแบบ และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการจัดบริการ**
สาธารณสุข. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ชื่นตา วิชชาวุธ. (บรรณาธิการ). **การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2545-**
2550. (2552). กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.).
- ณัฐริกา ไสโล และคณะ. (2008). ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย
 ภาวะหัวใจล้มเหลว. *Nursing Journal* 35(4): 108-119
- ดุสิต สุนทรานู. (2534). **โครงการศึกษาวิจัยข้อบ่งชี้ทางระบาดวิทยาผู้สูงอายุไทย**. กรุงเทพมหานคร:
 กรมการแพทย์.
- ธงชัย สันติวงษ์. (2536). **องค์การและการบริหาร**. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- ชนพรรณ กลั่นเกษร. (2551). **บุคลิกภาพเก็บตัวและแสดงตัวกับทัศนคติต่อความรักและความ**
สัมพันธ์ทางเพศของผู้สูงอายุ. สารนิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต. สาขาวิชาจิตวิทยา
 พัฒนาการ คณะจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- นารีรัตน์ จิตรมนตรี และคณะ. (2552). **ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขต**
เมืองและกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

- บรรณทวารณ หิรัญเคราะห์ และคณะ. (2550). ผลของการฟื้นฟูสภาพที่บ้านต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *พยาบาลสาร* 34(1): 110-120.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2542). ผู้สูงอายุไทย: ผู้สูงอายุเป็นทรัพยากรของสังคม. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์พิมพ์ดี.
- บรรลุ ศิริพานิช. (2544). การอบรมด้านความชรา. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร์. (2550). ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประคอง วรรณสุด. (2538). สถิติการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: ด้านสุทธการพิมพ์.
- ประคอง อินทรสมบัติ. (2539). การประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ. *Rama Nursing Journal* 2(3): 44-57.
- ประคิน สุจฉายา และคณะ. (2545). สถานการณ์ระบบบริการสุขภาพละเวียทัศน์ ระบบสุขภาพไทย: มุมมองของพยาบาล. เชียงใหม่: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ประเวศ วะสี. (2543). สัมมาทิจิตด้านสุขภาพ: ร่วมฝ่าทางตันเพื่อสุขภาพคนไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ประเวศ วะสี. (2549). การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- ปราโมทย์ ประสาทกุล และคณะ. (2542). โครงสร้างอายุและเพศของประชากรสูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ผ่อง อนันตริยเวช และคณะ. (2548). ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของการใช้วัดเป็นศูนย์กลางในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท เรื้อรังในชุมชน: กรณีศึกษา ชุมชนวัดบางระโหง จ. นนทบุรี ใน การประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4 ณ โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต นนทบุรี.
- พิสนุ ฟองศรี. (2549). การประเมินทางการศึกษา: แนวคิดสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: เทียมฟ้าการพิมพ์
- เพลินพิศ ฐานิวัฒนานนท์ และคณะ. (2544). รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพและการให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีความเป็นไปได้ภายใต้เงื่อนไขการมีส่วนร่วมของชุมชนและตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาในจังหวัดสงขลา. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2550). **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2549.**

กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา.

ยุพา สุทธิมนัส. โครงการพัฒนารูปแบบการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุครบวงจร. (2551). ใน **การประชุมวิชาการ จากสถานพยาบาลสู่ชุมชน**. หน้า 1-5. 27 พฤษภาคม 2551 ณ โรงแรมรามการ์เด้น กรุงเทพมหานคร.

เขาวรัตน์ ปรปักษ์ขามและสุพัตรา อติโพ. (2543). **รายงานการศึกษาสภาวะสุขภาพและแนวโน้มของประชากรสูงอายุ**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

โรงพยาบาลน่าน. (2552). **รายงานจำนวนผู้สูงอายุ งานเวชกรรมสังคม**. น่าน: โรงพยาบาล. (อัครา).

ลักขณา จิตต์ไพบูลย์. (2538). **ความต้องการจัดบริการสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยอายุรกรรม**

โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ลือชัย ศรีเงินยวง และคณะ. (2544). **การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง/ครอบครัว/ชุมชน**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วรรณภา ศรีชัยรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง. (2545). **การสังเคราะห์องค์ความรู้เพื่อจัดทำข้อเสนอการปฏิรูประบบบริการสุขภาพ และการสร้างหลักประกันสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วรรณิ จันทรสว่าง. (2546). **สุขภาพชุมชน: แนวคิดและกระบวนการดำเนินงาน**. สงขลา: ลิ้มบราเดอร์ส.

วรรณิ พิริยะจิตรรา, สมใจ ยี่มิวิไล และสุชชาดา นฤคนธ์. (2551). **แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุของโรงพยาบาลตามมาตรฐานการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

วันดี โภคะกุล. (2548). **มาตรฐานการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ**. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์.

วันดี โภคะกุล. (2548). **ตำราเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์กรมการแพทย์.

วาทีณี บุญชะลิกย์ และยุพิน วรสิริอมร. (2543). **ภาคเอกชนกับการให้บริการสุขภาพ และการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

วิโรจน์ เขียมจรัสรังษี. (2551). **ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง**. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2(1):

- วิไลวรรณ แสนโฮม. (2543). การวางแผนระบบบริการพยาบาลผู้ป่วยใช้เครื่องไตเทียมใน
โรงพยาบาลขอนแก่น. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหาร
การพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศรีวรรณ ดันศิริ, วรพร ชวนเจริญ และวรนุช เนตรพิศาลนิช. (2551). การพัฒนารูปแบบการ
เยี่ยมบ้านของพยาบาลครอบครัว ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.
วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 38(3): 427-442.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. ศักยภาพของปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมที่มีต่อการจัดบริการ
ผู้สูงอายุ. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล [ออนไลน์]. (2536). แหล่งที่มา:
<http://www.ipsr.mahidol.ac.th/content/Publication/gazetteth.htm> [2552, กุมภาพันธ์ 20].
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2545). ทฤษฎีการประเมิน. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- ศิริพร จิรวัดน์กุล. (2537). ภาวะสุขภาพและอนามัยผู้สูงอายุ. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- ศิริพร ชัมภลจิต. (2539). แบบแผนสุขภาพ : การเก็บรวบรวมข้อมูล. สงขลา: เทมการพิมพ์.
- ศิริวรรณ ศิริบุญ. (2552). บทบาทของชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับผู้สูงอายุ. ใน ชื่น
ตา วิชชาวุธ. (บรรณาธิการ), หน้า 165-171, การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้
ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2545-2550. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. (2546). รายงานการทำงานเพื่อพัฒนารอบนโยบายและ
ยุทธศาสตร์กำลังคนด้านสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข.
- สมจิต แคนสีแก้ว และคณะ. (2544). ชุมชนช่วยชุมชนต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในเขต
ชุมชนชนบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สาธารณสุข. (2544). ข้อเสนอระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. นนทบุรี: ดีไซร์
- สำนักงาน, สาธารณสุขจังหวัดน่าน. (2552). สถิติจำนวนผู้สูงอายุจังหวัดน่าน. เอกสารรายงาน.
สำนักงาน, สาธารณสุขจังหวัดน่าน. (2552). รายงานโรคเรื้อรัง 4 โรค จังหวัดน่าน. เอกสารรายงาน.
สำนักงานสถิติ จังหวัดน่าน. (2552). รายงานสถิติจังหวัดน่าน พ.ศ.2552. น่าน: น่านการพิมพ์
- สำนักสถิติแห่งชาติ. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของประชากรไทย [ออนไลน์]. 2546. แหล่งที่มา:
http://www.service.nso.go.th/nso/data/02/wor_article47.html [2551, ธันวาคม 14].

- สำนักสถิติแห่งชาติ. (2550). รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ.
- สุกัญญา ประจุกิจศิลป และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. (2549). ระบบบริการสุขภาพประชากรชุมชน กรุงเทพมหานคร. วารสารจุฬาลงกรณ์ 49: 30
- สุทธิธา รัตนสมาน. (2542). การพัฒนารูปแบบการจัดบริการสุขภาพที่บ้านแก่ผู้ป่วยโรค หลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2541). ระบบบริการผู้สูงอายุ. ใน หลักสำคัญของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2(3): 33-42.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธ์, วิพุธ พูลเจริญ และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล. (2542). ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2544). ระบบสวัสดิการและการดำเนินการสำหรับผู้สูงอายุ. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 2(1): 39-47.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. (2544). โครงการ “ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย”. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สุพัฒน์ สมจิตรสกุล และคณะ. (2544). การพัฒนาระบบการให้บริการในคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลปลาปาก จังหวัดนครพนม. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สุมานี ศรีกำเนิด. (2552). การดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- สุวดี ทวีบุตร. (2540). การเปรียบเทียบผลการสร้างจันทามติและระดับการให้ความร่วมมือของผู้เชี่ยวชาญระหว่างการใช้เทคนิคเดลฟายแบบเดิมและเทคนิคเดลฟายแบบปรับปรุงที่ใช้ในการประเมินความต้องการจำเป็น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ. สาขาวิชาการศึกษา คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ. (2550). การสาธารณสุขไทย 2548-2550. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

- สุวิมล ตีรกานันท์. (2544). การประเมินโครงการ: แนวทางสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยรามคำแหง
- สุวิมล ว่องวานิช. (2550). การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: ไทยวัฒนาพานิช.
- เสาวคนธ์ แสงนวล. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ในบริบทของชุมชน โดยผ่านพิธีกรรม. [ออนไลน์]. (2552). แหล่งที่มา: http://kb.hsri.or.th/dspace/bitstream/123456789/2579/3/8.PPT_Soawakon_Sangnuan.pdf. [2553, มีนาคม 23].
- โสภา วงศ์สกุลชื่น. (2551). อนาคตภาพของบทบาทพยาบาลนิติเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ศิริสวัสดิ์. (2543). การสื่อสารเพื่อสร้างความเป็นชมรมเข้มแข็งของชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดน่าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาอาชีวศึกษา คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรวรรณ ภูเขาและนันท์ศักดิ์ ธรรมานวัตร. (2552). การศึกษาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน. กรุงเทพมหานคร: ซีจีทูล.
- อัมพรพรรณ ชีรานุตร และคณะ. (2553). รูปแบบการดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง กรณีศึกษาโรงพยาบาลศูนย์. ใน การประชุมวิชาการแห่งชาติด้านสูงวัยและผู้สูงอายุ. หน้า 119-123. วันที่ 9-12 กุมภาพันธ์ 2553 ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ กรุงเทพมหานคร.
- อัมพรพรรณ ชีรานุตร และคณะ. (2553). การบูรณาการรูปแบบของการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังในชุมชน กรณีศึกษาชุมชนบ้านโนนม่วง จังหวัดขอนแก่น. ใน การประชุมวิชาการแห่งชาติด้านสูงวัยและผู้สูงอายุ. หน้า 124-127. วันที่ 9-12 กุมภาพันธ์ 2553 ณ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์. กรุงเทพมหานคร. 2553.
- อาทิตยา ทิคำ. (2552). การให้บริการดูแลสุขภาพต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังของโรงพยาบาลบ้านฝื่อ จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อุปทิน รุ่งอุทัยศิริ. (2550). การพัฒนาต้นแบบระบบการดูแลประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้าย โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2(2): 1021-1030.

ภาษาอังกฤษ

- Abyad, A. (2006). Health Care Services For Elderly in the Middle East. **The Middle-East Journal of Business** 2: 2
- Beland, F., et al. (2006). A system of integrated care for elderly persons with disabilities in Canada: Results from a randomized controlled trail. **Journal of Gerontology: Medical Sciences** 61A(4): 367-373.
- Caffrey, R. (1992). Caregiving to the elderly in Northeast Thailand. **Journal of Cross-Cultural Gerontology**. 7(2):117-134.
- Field, D., and Minkler, M. (1988). Continuity and change in social support between young-old and old-old or very-old age. **Journal of Gerontology: Psychological Sciences** 43:100-106.
- Fisher, E., Brownson, C., O'Toole, M., and Anwuri, V. (2007). Ongoing Follow-up and Support for Chronic Disease Management in the Robert Wood Johnson Foundation Diabetes Initiative. **The Diabetes Educator** 33(6): 201S-207S.
- Foester, A., and Young, J. (1996). Specialist nurse support for patients with stroke in the community: A randomized controlled trial . **BMJ** 312: 1642-1646.
- Grazyna, A., and Ingvar, K. (2000). Integrated care for the elderly: The background and effects of the reform of Swedish care of the elder. **International Journal Integrated Care** 1: e01.
- Helleso, R., Sorensen, L., and Loewnsen, M. (2005). Nurses' information management across complex health care organizations. **International Journal of Medical Informatics** 74: 960-972.
- Hermoni, D., Mankuta, D., and Reis, S. (1990). Failure to keep appointments at a community health centre. **Scand Journal Prim Health Care** 8: 107-11.
- Ka-hay, Luk. (1999). Report of training: Elderly care in Sydney, Australia. **Journal of Hong Kong Geriatrics Society** 9 (1): 39-42.
- Kaltz, M., and Green, E. (1997). **Managing quality : A guide to system-wide performance management in health care**. 2nd ed. St. Louis: Mosby-Year Book.
- Kodner, D., and Kyriacou, C. (2000). Fully integrate care for elderly: Two American models. **International Journal of Integrate Care** 1: November

- Kruk, M., and Freedman, L. (2008). Assessing health system performance in developing countries: A review of the literature. **Health Policy** 85: 263-276.
- Kwok, TCY., WOO, J., Lau, E., Lee, D., and Tang, C. (2007). Community nurse specialists and prevention of readmissions in older patients with chronic lung disease and cardiac failure. **Hong Kong Medicine Journal** 13 (5): 8-12
- Laubunjong, C., Phlainoi, N., Graisurapong, S., and Kongsuriyanavin, W. (2007). The Pattern of Caregiving to the Elderly by Their Families in Rural Communities of Suratthani Province. **ABAC Journal** 28(2): 64-74
- Murry, J., and Hammons, J. (1995). A Versatile Methodology for conducting. **The Review of Higher Education** 18(4): 423-436
- Noris, S., and Olson, D. (2004). Implementation evidence-based diabetes care in geriatric population; the chronic care Model. **Geriatric** 59(6): 35-40
- Oshea, E., and Walsh, K. (2008). Responding to rural care needs: Older people empowering themselves, other and their community. **Health & Place** 14: 795-805.
- Rosen, B., in Thomson, S., and Mossialos, E. (2003). Health care systems in transition: Israel. Copenhagen, **European Observatory on Health Care Systems** 5: 1.
- Saunders, E., Laubunjong, C., Phlainoi, N., Graisurapong, S., and Kongsuriyanavin, W. (2007). The Pattern of Caregiving to the Elderly by Their Families in Rural Communities of Suratthani Province. **ABAC Journal** 28(2): 64-74.
- Thailand. (2008). **Pocket Thailand in Figures**. 11st ed. Bangkok: P. press.
- World Health Organization. (2004). **Towards age-friendly primary health care**. (Active Ageing series). Printed in France.

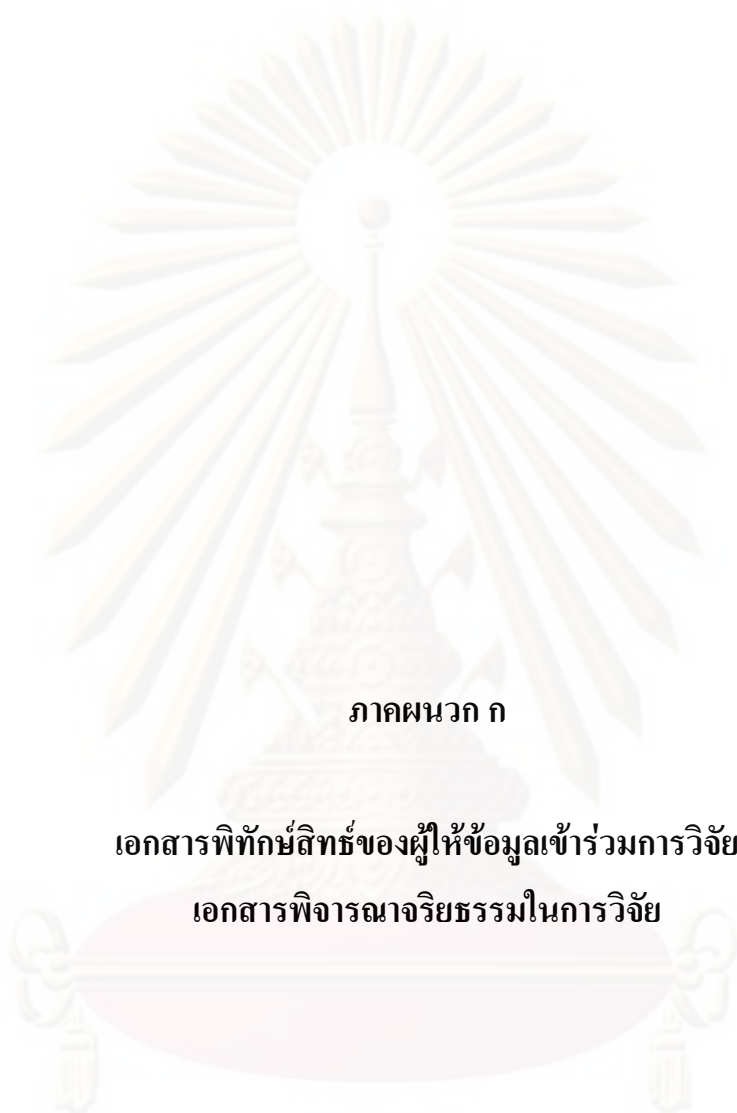
ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

เอกสารพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมการวิจัย

เอกสารพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารสถาบัน 2 ชั้น 4 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์: 0-2218-8147 โทรสาร: 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

COA No. 105/2552

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 077.2/ 52 : ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน
ผู้วิจัยหลัก : นางสาวละอียด รัชย์เลิศวงศ์ นิติระดับมหาบัณฑิต
หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

ลงนาม.....
(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ปรีดา ทัศนประดิษฐ์)
ประธาน

ลงนาม.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)
กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 15 กันยายน 2552

วันหมดอายุ : 14 กันยายน 2553

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- 1) โครงการวิจัย
- 2) ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
- 3) ผู้วิจัย
- 4) แบบสอบถาม



เลขที่โครงการวิจัย ๐๗๗.๒/๕๒
วันที่รับรอง 15 ก.ย. 2552
วันหมดอายุ 14 ก.ย. 2553

เงื่อนไข

1. ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อน ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
2. หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
3. ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
4. ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น แล้วส่งสำเนาใบแรกที่ใช้เอกสารดังกล่าวมาที่คณะกรรมการ
5. หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
6. หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณารับรองก่อนดำเนินการ
7. โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-11) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อ โครงการวิจัย ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน
 ชื่อผู้วิจัย นางสาวละเอียด รักษ์เลิศวงศ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ
 สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลน่าน อำเภอเมือง จังหวัดน่าน
 (ที่บ้าน) 51/2 ถนนมหาพรหม อำเภอเมือง จังหวัดน่าน 55000
 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 054 771621-2 ต่อ 3294 โทรศัพท์ที่บ้าน 054 771452
 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 084 1516762 E-mail : la.aied@yahoo.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา
2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการวิจัยของ ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน
3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน
4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ประชากรในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ มี 2 กลุ่ม โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purpose Sampling) คือ

กลุ่มตัวอย่างที่ 1 ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการดูแล ส่งเสริม สนับสนุน กิจกรรมผู้สูงอายุ ด้านต่างๆ จำนวน 24 คน ดังนี้ 1) กลุ่มผู้บริหารทั้งหมด 8 คน ได้แก่ เจ้าหน้าที่ส่งเสริมสุขภาพจากกรมอนามัย 1 คน อดีตผู้อำนวยการและผู้อำนวยการปัจจุบันของโรงพยาบาลน่านรวม 2 คน ตำแหน่งงานสาธารณสุขจังหวัด 1 คน ผู้แทนจากหน่วยพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ 1 คน ประธานชมรมผู้สูงอายุจังหวัดน่าน เลขาธิการสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย สาขาจังหวัดน่าน องค์กรท้องถิ่น รวม 3 คน 2) กลุ่มผู้ปฏิบัติ จำนวน 8 คน ได้แก่ พยาบาลปฏิบัติงานชุมชนในกรุงเทพฯ, นนทบุรี และจังหวัดน่านรวม 8 คน 3) กลุ่มนักวิชาการด้านผู้สูงอายุ ได้แก่ อาจารย์พยาบาล 5 คน แพทย์เชี่ยวชาญด้านการสูงอายุ จำนวน 2 คน นักวิชาการสุขศึกษาจากกระทรวงสาธารณสุข 1 คน และ

กลุ่มตัวอย่างที่ 2 คือ กลุ่มพยาบาลพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผู้วิจัยได้ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย โดยกำหนดผู้วิจัยและพยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการวิจัยหรือไม่

5. การรวบรวมข้อมูล

5.1 จากกลุ่มตัวอย่างที่ 1 ใช้เทคนิควิจัยเชิงอนาคต EDR (Ethnographic Delphi, Future Research) ดำเนินการ 3 รอบ ระยะเวลาประมาณ 2 ชั่วโมง โดยแบ่งเป็น

- รอบที่ 1 การสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามถึงโครงสร้างชนิดปลายเปิดจำนวน 1 ข้อ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน จะใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 30-45 นาที

- รอบที่ 2 การออกแบบสอบถามที่สร้างจากการวิเคราะห์เนื้อหาได้จากการสัมภาษณ์

AF 04-09

ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 24 คนในรอบที่ 1 นำมาให้ผู้เชี่ยวชาญ ประมาณค่าแนวโน้มความน่าจะเป็นของระบบ บริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน พร้อมกับให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นเพิ่มเติม การตอบแบบสอบถาม ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

- รอบที่ 3 เป็นการตอบแบบสอบถามที่วิเคราะห์จากความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญทั้ง 24 ท่านจากรอบที่ 2 เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญยืนยันการคงไว้ซึ่งคำตอบเอง หรือเปลี่ยนแปลงคำตอบให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที

5.2 การรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่ 2 เป็นการประเมินความเป็นไปได้ของระบบ บริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน โดยจะนำข้อมูลที่รวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 3 นำไปให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในชุมชนเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน เป็นผู้ดำเนินการประเมินตอบแบบสอบถาม ซึ่งคาดว่าจะใช้เวลาในการตอบประมาณ 30-45 นาที

5.3 ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเป็นระยะเวลา 3 เดือน

6. ผลของการศึกษานี้ เป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ในชุมชน อาจมีความเสี่ยงทางด้านจิตใจที่ต้องเสียเวลา และใช้ความคิด/ให้ความคิดเห็นในการให้สัมภาษณ์ และ/หรือ ตอบแบบสอบถาม

7. หากท่านมีข้อสงสัย ให้สอบถามเพิ่มเติมได้ ในกรณีที่มีปัญหา สามารถติดต่อกับผู้วิจัยคือ นางสาวละอียด รักมณีเสวกส์ ได้ตลอดเวลา ทางโทรศัพท์ หมายเลข 084 1516762 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยอย่างรวดเร็ว

8. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าตอบแทนผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

9. ผู้เข้าร่วมวิจัยไม่ต้องระบุชื่อ นามสกุลลงในแบบประเมิน จะใช้รหัสแทนชื่อของผู้เข้าร่วมวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจะถือเป็นความลับ และจะทำลายทันทีหลังเสร็จสิ้นการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ส่วนชื่อและที่อยู่ของท่านในฐานะผู้เข้าร่วมในการจะได้รับการปกปิดเสมอ

10. ผู้เข้าร่วมวิจัยมีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลของการถอนตัวออกจากกรวิจัยครั้งนี้

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th"



เลขที่โครงการวิจัย ๐๖๖.๕/๖๒
วันที่รับผล 15 ก.ย. 2552
วันหมดอายุ 14 ก.ย. 2553

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
(ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อ โครงการวิจัย ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน

ชื่อผู้วิจัย น.ส.ละเอียด รัศมีเลิศวงศ์

ที่อยู่ (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลน่าน อ.เมือง จ. น่าน 55000 (ที่บ้าน) 51/2 ถ.มหาพรหม อ.เมือง จ.น่าน

โทรศัพท์ ที่ทำงาน 054 771621-2 ต่อ 3294 ที่บ้าน 054 771 452 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 4151 6762

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ข้าพเจ้า ยินดีสละเวลาให้สัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามรวม 3 ครั้งๆละ 30-45 นาที และข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะปฏิเสธจากการเข้าร่วมการวิจัยได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งจะไม่ผลใดๆต่อข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองจากผู้วิจัยว่าข้อมูลของข้าพเจ้าจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับโดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วม การวิจัย และสำเนานี้แสดงถึงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(น.ส. ละเอียด รัศมีเลิศวงศ์)

ลงชื่อ

(.....)



ผู้วิจัยหลัก

เลขที่โครงการวิจัย ๐๗๖.๒/๕๒

วันที่รับรอง 15 ก.ย. 2552

วันหมดอายุ 14 ก.ย. 2553

ลงชื่อ

(.....)

พยาน

AF 05-09

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

(ผู้ประเมินความเป็นไปได้ในการนำระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนไปใช้)

ทำที่.....
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่ง ได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อ โครงการวิจัย ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน

ชื่อผู้วิจัย น.ส.ละเอียด รักย์เลิศวงศ์

ที่อยู่ (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลน่าน อ.เมือง จ. น่าน 55000 (ที่บ้าน) 51/2 ถ.มหาพรหม อ.เมือง จ.น่าน

โทรศัพท์ ที่ทำงาน 054 771621-2 ต่อ 3294 ที่บ้าน 054 771 452 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 08 4151 6762

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยตลอด และได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม ที่จะให้ข้อมูลแสดงความคิดเห็นตามแบบสอบถาม โดยใช้เวลาตอบประมาณ 30-45 นาที เพียง 1 ครั้ง ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วม การวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)



ผู้วิจัยหลัก

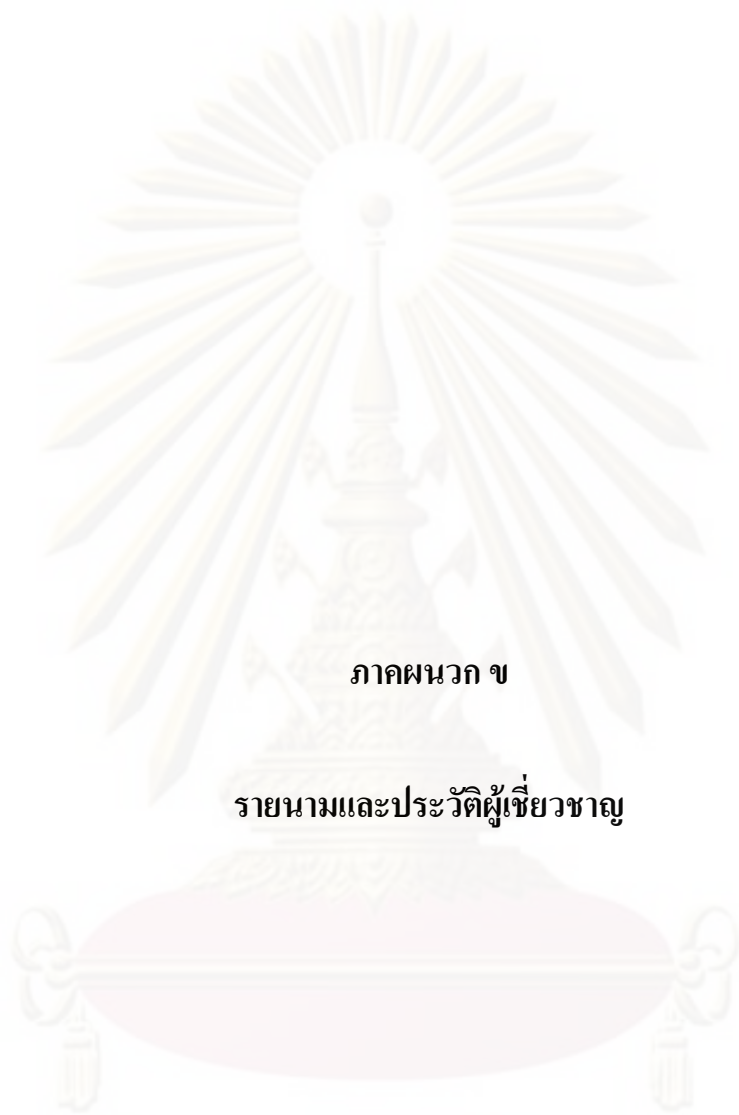
ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

เลขที่โครงการวิจัย 0๗๖.๒/๕๒ ลงชื่อ.....

วันที่รับรอง 15 ก.ย. 2552 (.....)

วันหมดอายุ 14 ก.ย. 2553

พยาน



ภาคผนวก ข

รายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญ

ศูนย์วิจัยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญ

รายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญในการศึกษาระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้บริหารด้านผู้สูงอายุ จำนวน 8 คน ดังมีรายนามต่อไปนี้

1. นายแพทย์มัญญู	วาทีสุนทร
2. นพ.คณิต	ตันติศิริวิทย์
3. นายแพทย์นิวัตชัย	สุจริตจันทร์
4. นางพิกุล	เฮงสนั่นกุล
5. นายเสริม	ลอวิดาล
6. นางพรพิมล	หล้าปิงเมือง
7. นายณกรณ์	ศิริรัตน์พิริยะ
8. นายธีรพล	วงศ์สิทธิ์

2. ผู้ปฏิบัติการพยาบาลด้านผู้สูงอายุ จำนวน 8 คน ดังมีรายนามต่อไปนี้

1. นางยุพา	สุทธิมนัส
2. ร้อยโทหญิงทศพร	ศรีบริกกิจ
3. นางระเบียบ	วงศ์วิวัฒน์
4. นางสาวไพจิตรรา	ล้อมกุลทอง
5. นางจุฬารัตน์	สุริยาทัย
6. นางรุ่งทิพย์	กาละดี
7. นางกัลยาณี	โนอินทร์
8. นางสาวจงลักษณ์	จิมน์นใจ

3. นักวิชาการด้านผู้สูงอายุ จำนวน 7 คน ดังมีรายนามต่อไปนี้

1. นางสาวสมบูรณ์	ขอสกุล
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นาริรัตน์	จิตรมนตรี
3. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ	อำนาจศักดิ์เชื้อ
4. อาจารย์ ดร. วิภา	เอี่ยมสำอางค์ จามิลโล
5. อาจารย์ สิริสุดา	เตชะวิเศษ
6. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นายแพทย์รุ่งนรินทร์	ประคิษฐ์สุวรรณ
7. นายแพทย์พงษ์เทพ	วงศ์วัชรไพบูลย์

1. กลุ่มผู้บริหาร 8 คน ดังมีรายนามต่อไปนี้

1.1 นายแพทย์มนู วาทีสุนทร

วุฒิการศึกษา	แพทยศาสตรบัณฑิต วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต อนุมัติบัตรเวชศาสตร์ป้องกัน (แขนงสาธารณสุข)
ตำแหน่งปัจจุบัน	นายแพทย์เชี่ยวชาญ
การบริหาร	ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

1.2 นายแพทย์คณิต ดันตศิริวิทย์

วุฒิการศึกษา	แพทยศาสตรบัณฑิตเฉพาะทางอายุรศาสตร์
ตำแหน่งปัจจุบัน	ที่ปรึกษาสาขาสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย ประจำจังหวัดน่าน
การบริหาร	อดีตผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน (2537-2550)

1.3 นายแพทย์นิวัติชัย สุจริตจันทร์

วุฒิการศึกษา	แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยม) ว.ว. (อายุรศาสตร์), ว.ว.(ประสาทวิทยา), อ.ว. (เวชศาสตร์ครอบครัว)
ตำแหน่งปัจจุบัน	นายแพทย์เชี่ยวชาญพิเศษสาขาอายุรกรรม
การบริหาร	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลน่าน

1.4 นางพิกุล เสงสนั่นกุล

วุฒิการศึกษา	วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
ตำแหน่งปัจจุบัน	เลขานุการสาขาสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย จังหวัดน่าน
การบริหาร	อดีตหัวหน้าพยาบาลโรงพยาบาลน่าน(2548-2550) สาขาที่เชี่ยวชาญ การพยาบาลชุมชน
ผลงานวิจัย ด้านสูงอายุ	- Effectiveness of Primary Health Care process in Hypertension surveillance. - Effects of Health Education Patterns to reach Health for All in Nan Urban Area.

1.5 นายเสริม ลอวิดาล

วุฒิการศึกษา	ครุศาสตรบัณฑิต
ตำแหน่งปัจจุบัน	ประธานชมรมผู้สูงอายุ จังหวัดน่าน
การบริหาร	ประธานชมรมผู้สูงอายุจังหวัดน่าน 3 สมัย

1.6 นางพรพิมล หล้าปิงเมือง

วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตร์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (รัฐศาสตร์)
ตำแหน่งปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุข ระดับชำนาญการพิเศษ
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน	หัวหน้างาน NCD จังหวัดน่าน 18 ปี
การบริหาร	หัวหน้าฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดน่าน

1.7 นายณกรณ์ ศิริรัตน์พิริยะ

วุฒิการศึกษา	รัฐศาสตรมหาบัณฑิต (การปกครอง)
ตำแหน่งปัจจุบัน	รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลผาสิงห์ อำเภอเมือง จังหวัดน่าน
การบริหาร	คณะกรรมการพัฒนาสุขภาพเขตเมืองน่าน คณะกรรมการโครงการจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพและ กองทุนสวัสดิการผู้สูงอายุ จังหวัดน่าน

1.8 นายธีรพล วงศ์สิทธิ์

วุฒิการศึกษา	ศิลปศาสตรบัณฑิต
ตำแหน่งปัจจุบัน	นักพัฒนาสังคมระดับชำนาญการ
การบริหาร	หัวหน้าโครงการ อาสาสมัครผู้สูงอายุ จังหวัดน่าน หัวหน้าโครงการกองทุนผู้สูงอายุ จังหวัดน่าน หัวหน้าโครงการคลังปัญญาผู้สูงอายุ จังหวัดน่าน รับผิดชอบ พรบ.ผู้สูงอายุพ.ศ. 2546 จังหวัดน่าน

2. กลุ่มผู้ปฏิบัติการพยาบาลจำนวน 8 คน ดังมีรายนามต่อไปนี้

2.1 นางยุพา สุทธิมนัส

วุฒิการศึกษา	ประกาศนียบัตรพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน(หลักสูตร 4 เดือน) นิติศาสตรบัณฑิต
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชน วัดแคนอกกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน	หัวหน้างานผู้สูงอายุ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม 9 ปี ปฏิบัติงานในหน้าที่งานผู้สูงอายุในโรงพยาบาลและใน ชุมชน
ผลงานด้านผู้สูงอายุ	- ชมรมผู้สูงอายุดีเด่นระดับจังหวัด ระดับเขต 3 ชั้น - โครงการพัฒนารูปแบบบริการดูแลผู้สูงอายุครบวงจร - การวิจัยเรื่อง การศึกษาความรู้และพฤติกรรมของ สมาชิกชมรมผู้สูงอายุโรงพยาบาลและเครือข่ายใน ชุมชน

2.2 ร้อยโทหญิงทศพร ศรีบริกิจ

วุฒิการศึกษา	ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต(พัฒนาสังคม)
ตำแหน่งปัจจุบัน	หัวหน้าพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข 35 หัวหมาก สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร.
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน	15 ปี
ผลงานด้านผู้สูงอายุ	- ผู้วิจัย เรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนต่อพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร - ผู้ร่วมวิจัย โครงการวิจัยการศึกษาไปข้างหน้าของการ หกล้มในผู้สูงอายุ ที่พักในชุมชนเขตบางกะปิ - นำฝึกนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย (ปริญญาโท ภาควิชาผู้สูงอายุ) - คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการจัดทำแผนผู้สูงอายุ ของกรุงเทพมหานคร

2.3 นางระเบียบ วงศ์วิวัฒน์

วุฒิการศึกษา	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การพัฒนาสุขภาพชุมชน)
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลน่าน
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน	16 ปี เลขานุการศูนย์ประสานงานสาขาสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยประจำจังหวัดน่าน

2.4 นางสาวไพจิตร สีสกุลทอง

วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ)
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน	12 ปี หัวหน้างานเวชปฏิบัติครอบครัววชนคร (PCU) งานผู้สูงอายุ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน
ผลงานทางวิชาการ	<ul style="list-style-type: none"> - วิจัยโครงการส่งเสริมสุขภาพทางปัญญาและการเตรียมตัวเกี่ยวกับความตายของชมรมผู้สูงอายุอำเภอปัว - วิจัยโครงการ การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในการส่งเสริมการดูแลตนเองและการใช้ลูกประคบสมุนไพรเพื่อลดอาการปวดในผู้สูงอายุ โรคข้อเข่าเสื่อม - วิจัย โครงการให้บริการดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชปัว จังหวัดน่าน - วิจัยโครงการพัฒนาศักยภาพแกนนำคนตรีบำบัดกับ ออกกำลังกายไม้พลองในผู้สูงอายุ - ผลงานวิชาการที่ตีพิมพ์ เรื่อง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่มารับบริการที่ ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว จังหวัดน่าน (2546)

2.5 นางจุฬารัตน์ สุริยาทัย

วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปี 2547 วุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สภาการพยาบาลปี 2548
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลท่าวังผา อำเภوتاวังผา จังหวัดน่าน
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน	12 ปี
ผลงานทางวิชาการ	- การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อย่างต่อเนื่องโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์ การเสริมสร้างพลังอำนาจในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ

2.6 นางรุ่งทิพย์ กาละดี

วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาการพยาบาล ผู้สูงอายุ)
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
ประสบการณ์ใน	ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ 19 ปี
ผลงานทางวิชาการ	- งานวิจัย เรื่อง การสนับสนุนจากคู่สมรสกับความ ผาสุกของผู้สูงอายุ

2.7 นางสาวกัลยาณี โนอินทร์

วุฒิการศึกษา	สาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ โรงพยาบาลน่านน้อย จังหวัดน่าน
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน	16 ปี
ผลงานด้านผู้สูงอายุ	- รับผิดชอบโครงการดูแลสุขภาพที่บ้าน อ.น่านน้อย ระหว่างปี 2538-2541 - ที่ปรึกษาชมรมผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย สาขาอำเภอน่านน้อย ระหว่างปี 2542-2545

2.8 นางสาวจงลักษณ์ ใจมั่นใจ

วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ชุมชน
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ โรงพยาบาลนาหมื่น จังหวัดน่าน
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน	หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน หัวหน้างานผู้สูงอายุ ระดับ อำเภอ และ ระดับตำบล

3. กลุ่มนักวิชาการ จำนวน 8 คน ดังมีรายนามต่อไปนี้

3.1 นางสาวสมบูรณ์ ขอสกุล

วุฒิการศึกษา	วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์)
ตำแหน่งปัจจุบัน	นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ (ด้านส่งเสริมพัฒนา) กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง สาธารณสุข
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน	32 ปี
ผลงานด้านผู้สูงอายุ	- ส่งเสริมเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ - พัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ - จัดทำสื่อสำหรับผู้สูงอายุ เช่น คู่มือการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุ

3.2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นารีรัตน์ จิตรมนตรี

วุฒิการศึกษา	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต การพยาบาลผู้สูงอายุ (2003)
ตำแหน่งปัจจุบัน	อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน	27 ปี
ผลงานทางวิชาการ	- Evidence-Based Protocol: Health Promotion: Motivate Elder to Walk
ผลงานวิจัย	- ปัญหาความต้องการของผู้เป็นอัมพฤกษ์/อัมพาตและ ผู้ดูแล - การทบทวนความรู้และแนวทางการจัดระบบ สวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ

- ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชน
เขตเมืองและกรุงเทพมหานคร
- การพัฒนาชีวิตผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน
- รูปแบบการป้องกันหกล้มในผู้สูงอายุไทยที่อาศัยใน
ชุมชน

3.3 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขวัญใจ อานาจสัตย์เชื้อ

วุฒิการศึกษา	ปรัชญาคุษฎีบัณฑิต การพยาบาลผู้สูงอายุ (2003)
ตำแหน่งปัจจุบัน	อาจารย์ คณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน	16 ปี

3.4 อาจารย์ ดร. วิภา เอี่ยมสำอางค์ จามิลโล

วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ) และปรัชญาคุษฎี
ตำแหน่งปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ อาจารย์สอน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีลุปาง จังหวัดลำปาง
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน	12 ปี

3.5 อาจารย์ สิริสุดา เตชะวิเศษ

วุฒิการศึกษา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลผู้สูงอายุ)
ตำแหน่งปัจจุบัน	อาจารย์ หัวหน้างานบริการวิชาการวิทยาลัยบรมราชชนนีนีลุปะยา
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน	16 ปี
ความเชี่ยวชาญ ผลงานด้านผู้สูงอายุ	การพยาบาลผู้สูงอายุ และ การพยาบาลด้านศัลยกรรม - บรูณาการการเรียนการสอนและงานวิจัยทางการ พยาบาลกับการบริการวิชาการในศูนย์ศึกษาส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุ - รับผิดชอบศูนย์ศึกษาส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนีลุปะยา ร่วมกับ สภาผู้สูงอายุจังหวัดพะเยาและสาขาสภา ผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย จังหวัดพะเยา

3.6 นายแพทย์พงษ์เทพ วงศ์วัชรไพบูลย์

วุฒิการศึกษา	แพทยศาสตรบัณฑิต อนุมัติบัตรด้านเวชกรรมป้องกันแขนง สาธารณสุขศาสตร์ แพทย์บ้านสาขาระบาดวิทยา กองระบาดวิทยา พ.ศ. 2542 อนุมัติบัตรด้านเวชกรรมป้องกันแขนง ระบาดวิทยา แพทย์
ตำแหน่งปัจจุบัน	นายแพทย์ ด้านเวชกรรมระบาดวิทยา (ระดับชำนาญการพิเศษ)
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน สาขาที่เกี่ยวข้อง	หัวหน้าฝ่ายเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลน่าน ด้านเวชศาสตร์ป้องกันแขนงระบาดวิทยา การพัฒนาเครือข่ายสุขภาพชุมชน ด้านการบริหาร โรงพยาบาล
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน	12 ปี

3.7 นานแพทย์รุ่งนรินทร์ ประดิษฐ์สุวรรณ

วุฒิการศึกษา	แพทยศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยม) ว.ว.(อายุรศาสตร์), ว.ว.(ประสาทวิทยา), อนุมัติบัตรด้านเวชศาสตร์ครอบครัว
ตำแหน่งปัจจุบัน	รองหัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราช พยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน	24 ปี



ภาคผนวก ก

ตัวอย่างหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่ ศธ 0512.11/ 1510



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารวิทยกิตติ์ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64
เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

24 กรกฎาคม 2552

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน อธิบดีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

เนื่องด้วย นางสาวละอียด รัชต์เลิศวงศ์ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ระบบบริการพยาบาล ผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายแพทย์ มนู วาทีสุนทร หัวหน้ากลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ดังเอกสารที่แนบ เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ทั้งนี้ นิสิตจะ ประสานงานเรื่องวัน เวลา และสถานที่ในการสัมภาษณ์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อ โปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อมูลดังกล่าว คณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และ ขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. สุริพร ธนศิลป์)

รองคณบดีฝ่ายบริหาร

รักษาการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

นายแพทย์ มนู วาทีสุนทร

งานบริการการศึกษา

โทร. 0-2218-9825 โทรสาร. 0-2218-9806

อาจารย์ที่ปรึกษา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-9831

ชื่อนิสิต

นางสาวละอียด รัชต์เลิศวงศ์ โทร. 08-4151-6762



ภาคผนวก ง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามรอบที่ 1

เรื่อง

“ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน”

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณากรอรายละเอียดลงในช่องว่าง เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน

1. ชื่อ-นามสกุล.....
 2. ตำแหน่ง.....
 3. ประสบการณ์ในการทำงานตำแหน่งปัจจุบัน.....ปี
 4. ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ.....ปี
 5. ปฏิบัติงานในหน้าที่.....
 6. สถานที่ปฏิบัติงาน.....
 7. ประวัติการศึกษา.....
-
-
-
-
-
-
-
-

ส่วนที่ 2: แบบสอบถามความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 1

ท่านคิดว่า ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนควรเป็นอย่างไร

-
-
-
-

แบบสอบถาม รอบที่ 2

เรื่อง ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน

คำชี้แจง :

แบบสอบถามฉบับนี้ เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้ทรงคุณวุฒิ เพื่อประเมินระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน ที่ได้จากการวิเคราะห์เนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับบูรณาการจากสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 23 คนโดยข้อคำถามประกอบด้วย ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน ทั้งหมด 8 ด้าน 46 ข้อ ดังนี้

- | | |
|---|-------------|
| 1. ด้านการจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน | จำนวน 7 ข้อ |
| 2. ด้านการให้ความรู้/คำปรึกษาที่บ้าน | จำนวน 7 ข้อ |
| 3. ด้านการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน/ในชุมชน | จำนวน 6 ข้อ |
| 4. ด้านการเยี่ยมบ้าน | จำนวน 6 ข้อ |
| 5. ด้านการพยาบาลที่บ้าน | จำนวน 5 ข้อ |
| 6. ด้านการบริการดูแลทดแทน | จำนวน 5 ข้อ |
| 7. ด้านการบริการประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต | จำนวน 5 ข้อ |
| 8. ด้านการติดตามต่อเนื่องในการรักษาโรคเรื้อรัง | จำนวน 5 ข้อ |

คำจำกัดความ

ระบบบริการพยาบาล หมายถึง กระบวนการจัดกิจกรรมบริการที่เชื่อมโยงกันระหว่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน กับเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแลสุขภาพเชิงรุกและด้านการช่วยเหลือทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งการให้บริการอาจทำที่ในบ้านหรือสถานที่อื่นๆภายในชุมชน ผู้ปฏิบัติอาจทำได้โดยบุคคลต่างๆได้แก่ พยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข/ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ หรือญาติหรือเพื่อนบ้าน อาสาสมัครอื่นๆ หรือ ผู้ที่จ้างมาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ในที่นี้ ในฐานะที่ท่านเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ โปรดแสดงความคิดเห็นของท่าน ตามเกณฑ์มาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ โดย โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างของข้อความแต่ละข้อ ตามความเห็นของท่าน ทั้งนี้โปรดใช้เกณฑ์การพิจารณาข้อความแต่ละข้อ ดังนี้

- | | | |
|---|--|------------|
| 5 | หมายถึง ท่านเห็นว่าเหมาะสมกับระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน | มากที่สุด |
| 4 | หมายถึง ท่านเห็นว่าเหมาะสมกับระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน | มาก |
| 3 | หมายถึง ท่านเห็นว่าเหมาะสมกับระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน | ปานกลาง |
| 2 | หมายถึง ท่านเห็นว่าเหมาะสมกับระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน | น้อย |
| 1 | หมายถึง ท่านเห็นว่าเหมาะสมกับระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน | น้อยที่สุด |

ข้อ	ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุใน ชุมชน จังหวัดน่าน	ผู้รับผิดชอบ	ความคิดเห็น					ข้อเสนอแนะ
			5	4	3	2	1	
1.1	1. ด้านการจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน การจัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นในการใช้งาน แก่หน่วยงาน	เจ้าหน้าที่ (จนท.) องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)						
1.2	การจัดระบบตรวจสอบข้อมูลผู้สูงอายุให้เป็นปัจจุบัน	จนท. อบต.						
....						
2.1	2.ด้านการให้ความรู้/คำปรึกษาที่บ้าน การจัดระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนเพื่อนำมาใช้ให้คำปรึกษาที่เหมาะสม	จนท. อบต. และ จนท. สาธารณสุขอำเภอ						
2.2	การจัดสร้างแหล่งเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ตามความเหมาะสมกับชุมชนในพื้นที่	กรรมการ (กก.) อบต.						
....						
3.1	3. ด้านการเยี่ยมบ้าน การจัดระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนที่เป็นปัจจุบัน เพื่อนำมาใช้วางแผนการเยี่ยมผู้สูงอายุ	จนท.อบต. และ จนท. สาธารณสุขอำเภอ						
3.2	การจัดอัตรากำลังที่เหมาะสม ในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุตามความจำเป็นทั้งในด้านสุขภาพและด้านสังคม โดยสอดคล้องกับของเจ้าหน้าที่	พยาบาลสอ. และ กก. สาธารณสุขอำเภอ						
....						

ข้อ	ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุใน ชุมชน จังหวัดน่าน	ผู้รับผิดชอบ	ความคิดเห็น					ข้อเสนอแนะ
			5	4	3	2	1	
4.1	4. ด้านการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน/ในชุมชน การจัดศูนย์สุขภาพสำหรับการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุในชุมชน แต่ละชุมชน	จนท.อบต. และ กก. สาธารณสุข อำเภอ						
4.2	การจัดระบบการจัดการ/สรรหานุเคราะห์ที่มีความรู้ในด้านการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจประจำศูนย์สุขภาพในแต่ละชุมชน	กก. อบต. และ กก. สาธารณสุข อำเภอ						
....						
5.1	5. ด้านการพยาบาลที่บ้าน การจัดระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนที่เป็นปัจจุบัน เพื่อนำข้อมูลมาใช้วางแผนการพยาบาลที่บ้าน	จนท.อบต. และ จนท. สาธารณสุข อำเภอ						
5.2	การจัดทำแผนการจัดการนุเคราะห์ / อาสาสมัครทั้งระยะสั้นและระยะยาว เพื่อให้มีนุเคราะห์เพียงพอต่อการให้การพยาบาลที่บ้าน	กก. อบต. และ กก. สาธารณสุข อำเภอ.						
....						
6.1	6. ด้านการบริการดูแลทดแทน การจัดสถานที่ในการให้บริการดูแลทดแทนแก่ผู้สูงอายุ	กก. อบต.						
6.2	การจัดทำแผนการจัดการ/สรรหานุเคราะห์ อาสาสมัครประจำที่ศูนย์บริการทดแทน	กก. อบต. และ กก. สาธารณสุข อำเภอ						

ข้อ	ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุใน ชุมชน จังหวัดน่าน	ผู้รับผิดชอบ	ความคิดเห็น					ข้อเสนอแนะ
			5	4	3	2	1	
	7. ด้านการบริการระดับประคอง และการดูแลระยะสุดท้าย							
7.1	การจัดระบบการรับข้อมูล/ส่งต่อ ข้อมูลจากรพ.ถึงสถานีอนามัยของ ผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนที่เป็นปัจจุบัน	จนท. อบต. และ จนท. สาธารณสุข อำเภอ						
7.2	การจัดระบบให้บริการ ดูแลผู้สูงอายุ แบบระดับประคองและการดูแล ระยะสุดท้ายร่วมกับชุมชน	พยาบาล สอ. และ กก.ชุมชน						
....						
	8. ด้านการติดตามต่อเนื่องในการ รักษาโรคเรื้อรัง							
8.1	การจัดระบบการส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุ ในชุมชนกับสถานบริการในเครือข่าย ระดับจังหวัดที่มีประสิทธิภาพ	จนท.อบต. และ จนท. สาธารณสุข จังหวัด						
8.2	การจัดระบบการเฝ้าระวัง ติดตาม และค้นหาปัญหาของการขาดการ รักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ	พยาบาล สอ. และ กก.ชุมชน						
....						

แบบสอบถาม รอบที่ 3

เรื่อง “ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน”

.....

คำชี้แจงในการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามรอบที่ 3 นี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบความคิดเห็นของกลุ่มและทบทวนคำตอบของตนเองจากการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 โดยผู้วิจัยได้นำคะแนนทั้งหมดมาคำนวณค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter quartile range) เพื่อแสดงความสอดคล้องกันของแต่ละข้อความของการตอบ พร้อมทั้งระบุคะแนนการตอบของท่านในรอบที่ 2 ไว้ด้วย ดังเครื่องหมายแสดงต่อไปนี้

ค่ามัธยฐาน (MD) ใช้สัญลักษณ์ \bar{x}

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ใช้สัญลักษณ์ \longleftrightarrow

ตำแหน่งคำตอบของท่านในรอบที่ผ่านมา ใช้สัญลักษณ์ *

2. เมื่อท่านได้พิจารณาแล้ว โปรดทำเครื่องหมาย \surd เพื่อยืนยันคำตอบเดิมหรือเปลี่ยนแปลง ตามความเห็นของท่านให้ครบทุกข้อ ทั้งนี้โปรดใช้เกณฑ์การพิจารณาข้อความแต่ละข้อ ดังนี้

- | | | |
|---|---|------------|
| 5 | หมายถึง ท่านเห็นว่าเหมาะสม กับระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน | มากที่สุด |
| 4 | หมายถึง ท่านเห็นว่าเหมาะสม กับระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน | มาก |
| 3 | หมายถึง ท่านเห็นว่าเหมาะสม กับระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน | ปานกลาง |
| 2 | หมายถึง ท่านเห็นว่าเหมาะสม กับระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน | น้อย |
| 1 | หมายถึง ท่านเห็นว่าเหมาะสม กับระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน | น้อยที่สุด |

3. หากคำตอบของท่านอยู่ในค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ของข้อนั้น หมายความว่า ความเห็นของท่านสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ท่านไม่ต้องให้เหตุผลประกอบ แต่ถ้าคำตอบของท่านอยู่นอกพิสัยระหว่างควอไทล์ หมายความว่า ความเห็นของท่านไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัย ขอความกรุณาท่านได้โปรดเหตุผลประกอบในข้อนั้น ๆ

ค่ามัธยฐาน (Md) มีความหมายดังนี้

ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 4.51 – 5.00	หมายถึง	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าระบบบริการพยาบาล ผู้สูงอายุในชุมชน ข้อดีกล่าวเหมาะสมมากที่สุด
ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 3.51 – 4.50	หมายถึง	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าระบบบริการพยาบาล ผู้สูงอายุในชุมชน ข้อดีกล่าวเหมาะสมมาก
ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 2.51 – 3.50	หมายถึง	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าระบบบริการพยาบาล ผู้สูงอายุในชุมชน ข้อดีกล่าวเหมาะสมปานกลาง
ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 1.51 – 2.50	หมายถึง	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าระบบบริการพยาบาล ผู้สูงอายุในชุมชน ข้อดีกล่าวเหมาะสมน้อย
ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 1.00 – 1.50	หมายถึง	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าระบบบริการพยาบาล ผู้สูงอายุในชุมชน ข้อดีกล่าวเหมาะสมน้อยที่สุด

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ที่ใช้ มีความหมายดังนี้

ไม่เกิน 1.50	หมายความว่า	ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อ ระบบบริการพยาบาล ผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน มีความสอดคล้องกัน
มากกว่า 1.50	หมายความว่า	ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อระบบบริการพยาบาล ผู้สูงอายุในชุมชน ในจังหวัดน่าน ไม่สอดคล้องกัน

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่าง การตอบแบบสอบถาม (มีความคิดเห็นสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ)

ข้อ	ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุใน ชุมชน จังหวัดน่าน	ผู้รับผิดชอบ	ความคิดเห็น					ความ คิดเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ	
			5	4	3	2	1	MD	IR		
1 1.1	ด้านการจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุใน ชุมชน จังหวัดน่าน การจัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุ ที่จำเป็นในการใช้งาน แก่หน่วยงาน	เจ้าหน้าที่ (จนท.) องค์ การบริหาร ส่วนตำบล (อบต.)	๘ *	↔					4.60	0.70	
2 2.1	ด้านการบริการดูแลทดแทน การจัดสถานที่ในการให้บริการดูแล ทดแทนแก่ผู้สูงอายุ เหตุผล.....	กก อบต.		↔	๘	*			3.46	1.66	

จากตัวอย่างข้อ 1

1. ในข้อ 1 การจัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุ ที่จำเป็นในการใช้งาน แก่หน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง มีค่ามัธยฐาน (MD) = 4.60 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) = 0.70 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีระดับความเห็นว่าการจัดทำอยู่ในระดับมาก และผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน

2. คำตอบในรอบที่ 2 ของท่าน (*) อยู่ในขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ หมายความว่า ความคิดเห็นของท่านสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และภายหลังจากที่ท่านทบทวนแล้ว ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 นี้ ยังคงยืนยันความคิดเห็นเดิมคือ 5 ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่ในขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ในกรณีนี้ท่านไม่ต้องแสดงเหตุผลประกอบ

จากตัวอย่างข้อ 2

1. การจัดสถานที่ในการให้บริการดูแลทดแทนแก่ผู้สูงอายุ ข้อ 6.1 มีค่ามัธยฐาน (Md) = 3.46 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) = 1.66 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีระดับความเห็น ว่าการจัดสถานที่ในการให้บริการดูแลทดแทนแก่ผู้สูงอายุเป็นระบบที่เหมาะสมในระดับปานกลาง

2. คำตอบในรอบที่ 2 ของท่าน (*) **อยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์** หมายความว่าความคิดเห็นของท่านไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และภายหลังจากที่ท่านทบทวนแล้ว ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 นี้ ท่านไม่เปลี่ยนแปลงคำตอบ ยังคงยืนยันความคิดเห็นเดิมคือ 3 ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ **ในกรณีนี้ผู้วิจัยขอความกรุณาท่านโปรดแสดงเหตุผลประกอบ**

3. หรือหากกรณีที่คำตอบในรอบที่ 2 ของท่านอยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และภายหลังจากที่ท่านทบทวนแล้ว ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 นี้ท่านเปลี่ยนแปลงคำตอบมาเป็น 3 ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่ในขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ **ในกรณีนี้ท่านไม่ต้องแสดงเหตุผลประกอบ**

หมายเหตุ :

1. กรณีที่ไม่มีเครื่องหมาย * ในข้อคำถามของท่าน แสดงว่าในรอบที่ผ่านมา ท่านไม่ได้ตอบแบบสอบถามข้อนั้น

2. ผู้วิจัยแสดงหมายเหตุข้อที่ความคิดเห็นของท่านอยู่นอกพิสัยควอไทล์ด้วยสีแดง เพื่อให้ท่านสังเกตได้ชัดเจน

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามความเป็นไปได้
เรื่อง “การจัดระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน”

.....

ข้อมูลส่วนบุคคล

1. ระดับการศึกษา () ปริญญาตรี () ปริญญาโท () ปริญญาเอก
2. สถานที่ปฏิบัติงาน หอผู้ป่วย.....แผนก.....
 โรงพยาบาล.....
3. ตำแหน่งในการปฏิบัติงาน (.....) พยาบาลระดับปฏิบัติการ (.....) หัวหน้างาน
4. ประสบการณ์การปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาล.....ปี
5. ประสบการณ์การปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุปี

ศูนย์วิทยทรัพยากร
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เมื่อท่านได้พิจารณาแล้ว โปรดกาเครื่องหมาย (√) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นต่อระดับความเป็นไปได้ ใน แนวทางการจัดระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดน่าน โดยใช้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า ระดับ 5, 4, 3, 2, และ 1 มีความหมายดังนี้

- 5 หมายถึง ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชนจังหวัดน่าน รายการนั้นมีความเป็นไปได้ **มากที่สุด** ในการนำไปใช้เป็นแนวทางจัดระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จ.น่าน
- 4 หมายถึง ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน รายการนั้นมีความเป็นไปได้ **มาก** ในการนำไปใช้เป็นแนวทางจัดระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จ.น่าน
- 3 หมายถึง ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่านรายการนั้นมีความเป็นไปได้ **ปานกลาง** ในการนำไปใช้เป็นแนวทางจัดระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จ.น่าน
- 2 หมายถึง ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่านรายการนั้นมีความเป็นไปได้ **น้อย** ในการนำไปใช้เป็นแนวทางจัดระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จ.น่าน
- 1 หมายถึง ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน รายการนั้นมีความเป็นไปได้ **น้อยที่สุด** ในการนำไปใช้เป็นแนวทางจัดระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จ.น่าน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน หมายถึง กระบวนการจัดกิจกรรมบริการที่เชื่อมโยงกันระหว่างผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน กับเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแลสุขภาพเชิงรุกและด้านการช่วยเหลือทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งการให้บริการอาจทำที่ในบ้านหรือสถานที่อื่น ๆ ภายในชุมชน ผู้ปฏิบัติอาจทำได้โดยบุคคลต่างๆ ได้แก่ พยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่สหสาขาวิชาชีพ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย อาสาสมัครสาธารณสุข/ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ หรือญาติ หรือเพื่อนบ้าน อาสาสมัครอื่นๆ หรือ ผู้ที่จ้างมาทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งออกเป็น 8 ด้าน ดังนี้

1. **ด้านการจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน** หมายถึง ระบบการ จัดเก็บข้อมูล ที่สำคัญของผู้สูงอายุในชุมชนหลังการประเมินสถานะสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และสามารถ เข้า ถึงข้อมูลได้เพื่อนำข้อมูล ไปใช้ประโยชน์ของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง กิจกรรมการประเมินปัญหาสุขภาพของของผู้สูงอายุแต่ละคน ผู้ประเมิน คือ พยาบาลชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งต้องมีความรู้ในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ การประเมินได้แก่ 1) การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL, IADL) 2) การประเมินสภาพร่างกายของผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้ม 3) การประเมินด้านสังคม 4) การประเมินปัญหาด้านสุขภาพกายและการรักษาที่ผู้สูงอายุได้รับจาก

แพทย์แผนปัจจุบันและหรือแพทย์แผนไทย ได้แก่ การได้รับยาทุกชนิด 5) การประเมินด้านจิต อารมณ์ และปัญญา ได้แก่ การประเมินสุขภาพจิต การประเมินด้านสติปัญญาและความจำ โดยใช้ แบบประเมิน Chula ADL Index, Modified Barthel ADL Index, Chula Mental Test (CMT), three thing recall , Clock drawing test พยาบาลชุมชนนำข้อมูล เหล่านี้มาเสนอในที่ประชุมสหสาขา วิชาชีพ หรือที่ประชุมของกรรมการชุมชนเพื่อการวางแผนช่วยเหลือด้านต่าง ๆ ในชุมชน

2. การให้ความรู้/คำปรึกษาที่บ้าน หมายถึง การให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุและ ครอบครัว ดำเนินการโดยบุคลากรสุขภาพทุกประเภทเน้นที่พยาบาลโดยให้ครอบคลุม ความรู้ด้าน ต่างๆ ได้แก่ การดูแลสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิตและการได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและ ชุมชน การอนามัย พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน การขับถ่าย การปฏิบัติที่เหมาะสมเมื่อเกิดการเจ็บป่วย การใช้ยา การสนับสนุน งานกิจกรรมชุมชนและการประกอบกิจทางศาสนา เพื่อช่วยให้จิตใจสงบ

3. การเยี่ยมบ้าน หมายถึง การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่ได้กำหนดไว้ว่ามีความจำเป็นสมควร ได้รับการเยี่ยม (ไม่เยี่ยมทุกบ้าน) ซึ่งได้แก่ ผู้พิการหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยต้องพึ่งพา ผู้อื่น ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ปัญญาอ่อน ซึมเศร้า-แนวโน้มฆ่าตัวตาย ผู้ที่มีโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง วัณโรค โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือผู้ที่เพิ่งออกจาก โรงพยาบาล และผู้ที่ชุมชนลงความเห็นว่าเป็นสมควรเยี่ยม ผู้ปฏิบัติ คือ กลุ่มบุคคลที่อยู่ในพื้นที่อัน ได้แก่ พยาบาลชุมชน หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรือ อาสาสมัครสาธารณสุข/อาสาสมัครดูแล ผู้สูงอายุ หรือกลุ่มอาสาสมัครอื่น ๆ ในชุมชน การเยี่ยมแต่ละครั้งมีข้อกำหนดของการเยี่ยมและแบบ บันทึกรายข้อมูลที่จัดเตรียมไว้ เพื่อที่พยาบาลชุมชนจะนำมาใช้วางแผนการดูแล และวางแผนการเยี่ยม ที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุ

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน หมายถึง กิจกรรมการให้บริการเฉพาะราย สำหรับ ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานะพึ่งพาซึ่งจะได้ประโยชน์จากการฟื้นฟูสมรรถภาพ และผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัด ในการเคลื่อนไหว มีข้อจำกัดในการเคลื่อนย้ายภายในบ้าน หรือการเดินทางไปรับบริการที่ศูนย์ กายภาพบำบัดชุมชน ขอบข่ายการบริการคือ การทำกายภาพบำบัดพื้นฐานหรือการใช้วิธีอื่น ๆ เช่น การใช้ความร้อนหรือการนวด เพื่อเสนอแนะญาติในการสร้างสิ่งประดิษฐ์เพื่อการฟื้นฟูสภาพ เช่น รอกชักออกกำลังแขนขา การใช้ไม้เท้า ราวจับ หรืออาจเป็นการดำเนินการโดยตรงของนักกายภาพบำบัด หรือเป็นการฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือญาติผู้ดูแลในครอบครัว หรืออาสาสมัครอื่น ๆ ในชุมชนเป็นผู้ปฏิบัติ ภายใต้การกำกับของนักกายภาพบำบัด และพยาบาลชุมชน

5. การพยาบาลที่บ้าน หมายถึง การบริการพยาบาลให้แก่ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วย จำเป็นต้องได้รับการพยาบาล กิจกรรมการพยาบาล เช่น การทำแผล การเปลี่ยนสายสวน

ปัสสาวะ และการป้อนอาหารทางสายยาง การช่วยเหลือกิจวัตรส่วนตัว การให้ยา และการพยาบาล อื่นๆที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขสบาย การสอน/สาธิตและการสนับสนุน ให้กำลังใจญาติให้สามารถดูแลผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพได้ ผู้ปฏิบัติได้แก่ พยาบาลชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หรืออาสาสมัครสาธารณสุข/อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ หรืออาสาสมัครอื่น ๆ ในชุมชน ซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับอย่างใกล้ชิดของพยาบาลชุมชน นอกจากนี้ ยังรวมถึงการประเมินภาวะสุขภาพกาย-ใจของผู้สูงอายุตามปัญหาสุขภาพที่ได้รับการดูแลจากพยาบาลชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

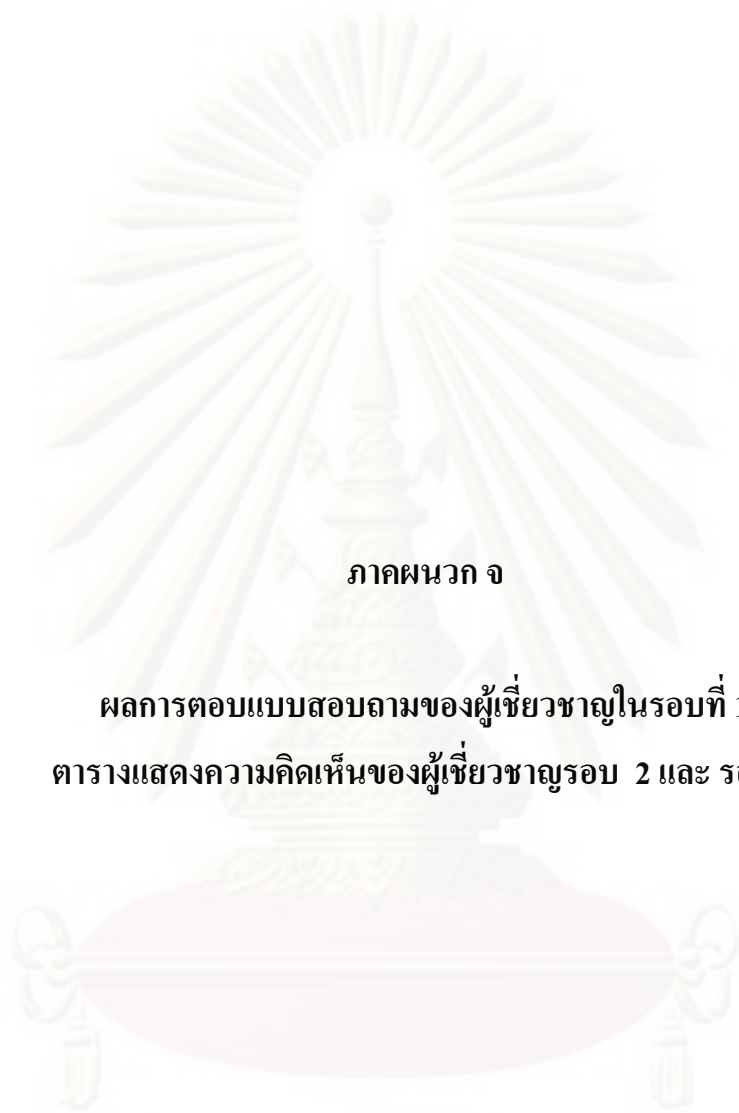
6. การบริการดูแลทดแทน (Respite care) หมายถึง การบริการดูแลผู้สูงอายุหรือปฏิบัติกิจแทนผู้ดูแลประจำโดยทดแทนเป็นครั้งคราว เพื่อให้โอกาสแก่ผู้ดูแลได้มีเวลาไปปฏิบัติกิจกรรมส่วนตัวที่จำเป็น เช่น ไปธนาคาร ไปปรับการตรวจรักษาตัวเอง ไปงานบุญบ้าง การบริการได้แก่ การช่วยดูแลช่วงกลางวัน กลุ่มผู้ดูแลทดแทนนี้อาจไปดูแลแทนที่บ้านหรือนำผู้สูงอายุฝากศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชนในเวลากลางวัน หรือการไปรับยาแทนผู้ดูแลประจำ ผู้ดูแลทดแทนได้แก่ พนักงานสุขภาพชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข/อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ หรือเพื่อนบ้านหรืออาสาสมัครอื่น ๆ ในชุมชน

7. การบริการประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต หมายถึง การบริการช่วยเหลือหรือเอื้อต่อการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่ไม่มีทางรักษาต่อ หรือผู้ป่วยอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความสุขสบาย สงบ ไม่เจ็บปวดหรือทรมานและได้รับการดูแลอย่างสมศักดิ์ศรี ในระยะสุดท้ายของชีวิต พยาบาลชุมชนเน้นให้การช่วยเหลือ สนับสนุนญาติที่จะและกำลังเผชิญกับปัญหานี้ โดยพยาบาลให้กำลังใจญาติ เพื่อให้ญาติได้ให้การยอมรับผู้ป่วยและให้คำแนะนำ การสอน/สาธิตการดูแลผู้ป่วยให้ได้รับความสุขสบายในระยะสุดท้ายและเน้นการดูแลด้านจิตใจแก่ญาติและผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความสุข สงบ เช่น การใช้วิถีทางพุทธ การใช้ดนตรีบำบัด เป็นต้น ผู้ปฏิบัติคือ พยาบาลชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครในชุมชน

8. การบริการติดตามต่อเนื่องในการรักษาโรคเรื้อรัง หมายถึง พยาบาลชุมชนหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประเมินปัจจัยหรือสาเหตุของการขาดความต่อเนื่องในการรักษาโรคเรื้อรังได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ เพื่อกำหนดระยะติดตามการเยี่ยม ตามปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เช่น ทุก 3 เดือน ทุก 6 เดือน พร้อมยกตัวอย่างผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยรุนแรงจากโรคเรื้อรังเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังและญาติ ได้ตระหนักถึงความรุนแรงของการดูแลตนเองไม่ต่อเนื่อง โดยพยาบาลชุมชนกำหนดแบบกำกับกับการปฏิบัติกิจกรรมให้ผู้สูงอายุหรือนวัตกรรมกำกับการดูแลตนเองของผู้สูงอายุเกี่ยวกับโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง เช่น โรคเบาหวาน มีตารางกำหนดอาหาร ตารางกำกับการรับประทานยา เพื่อให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ใช้ป็นเครื่องมือในการติดตามการดูแลต่อเนื่องในชุมชน พร้อมทั้งช่วยดำเนินการหรือประสานงานกับโรงพยาบาลเพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาได้ต่อเนื่อง

แบบสอบถามความเป็นไปได้ในแนวทางการจัดระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จ.น่าน

ข้อ	ด้านและรายการในการจัดระบบระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน	ผู้รับผิดชอบ	ความคิดเห็นความเป็นไปได้ในการนำไปใช้					ข้อเสนอแนะ
			5	4	3	2	1	
1.1	1. ด้านการจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน การจัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นในการใช้งาน แก่หน่วยงานและบุคลากรที่เกี่ยวข้อง	เจ้าหน้าที่ (จนท.) องค์กรบริหารส่วนตำบล(อบต.)						
1.3						
2.1	2.ด้านการให้ความรู้/คำปรึกษาที่บ้าน การจัดระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนเพื่อนำมาใช้ให้คำปรึกษาที่เหมาะสม	จนท. อบต.และ จนท. สาธารณสุข อำเภอ						
2.3						
3.1	3.ด้านการเยี่ยมบ้าน การจัดระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนที่เป็นปัจจุบัน เพื่อนำมาใช้วางแผนการเยี่ยมผู้สูงอายุ	จนท.อบต.และ จนท. สาธารณสุข อำเภอ						
						



ภาคผนวก จ

ผลการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1
ตารางแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญรอบ 2 และ รอบ 3

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการตอบแบบสอบถามของผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 1 ของระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน

จากการตอบแบบสอบถามและจากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 23 คน ผลการศึกษาได้ ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน ประกอบด้วย การจัดระบบด้านต่าง ๆ 8 ด้าน 46 รายการ มีรายละเอียด ดังนี้

1. การจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน มีจำนวน 7 รายการ ดังนี้
 - 1.1 จัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นในการใช้งาน แก่หน่วยงาน
 - 1.2 จัดระบบตรวจสอบข้อมูลผู้สูงอายุให้เป็นปัจจุบัน
 - 1.3 จัดทำแบบประเมินผู้สูงอายุครอบคลุมในมิติด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม
 - 1.4 จัดระบบการใช้แบบประเมินผู้สูงอายุ
 - 1.5 จัดระบบการเชื่อมประเมินโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
 - 1.6 จัดระบบการอบรม/ปฐมนิเทศและเสริมสมรรถนะแก่เจ้าหน้าที่
 - 1.7 จัดระบบแจ้งข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุคืนสู่ชุมชน
2. ด้านการให้ความรู้/คำปรึกษาที่บ้าน มี จำนวน 7 รายการ ดังนี้
 - 2.1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 2.2 สร้างแหล่งเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
 - 2.3 จัดงบประมาณสนับสนุนการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ
 - 2.4 ประเมินระดับการรับรู้ของผู้สูงอายุ
 - 2.5 จัดรูปแบบของเนื้อหาและวิธีการในการให้ความรู้/คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ
 - 2.6 การสื่อสารตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ
 - 2.7 แผนสร้างเสริม ความรู้และทักษะของผู้ปฏิบัติ
3. ด้านการเยี่ยมบ้าน มี จำนวน 6 รายการ ดังนี้
 - 3.1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 3.2 จัดอัตรากำลัง ในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ
 - 3.3 จัดทำแนวปฏิบัติในการเยี่ยมบ้าน
 - 3.4 จัดระบบการบันทึกข้อมูลหลังเยี่ยมบ้าน
 - 3.5 จัดทำแผนการส่งเสริมและพัฒนาความรู้และทักษะของผู้เยี่ยมบ้าน
 - 3.6 การจัดหาอาสาสมัครสำหรับการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ

4. ด้านการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน/ในชุมชน มี จำนวน 6 รายการ ดังนี้
 - 4.1 จัดศูนย์สุขภาพสำหรับการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุในชุมชน
 - 4.2 การจัดหาบุคลากรประจำศูนย์สุขภาพ
 - 4.3 การจัดหาอุปกรณ์ในการฟื้นฟูสภาพ
 - 4.4 จัดทำแนวทางปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่บ้านหรือที่ศูนย์สุขภาพ
 - 4.5 จัดทำแนวปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพจิตของผู้สูงอายุ
 - 4.6 จัดทำแผนฟื้นฟูความรู้และทักษะแก่ผู้ปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุ
5. ด้านการพยาบาลที่บ้าน มี จำนวน 6 รายการ ดังนี้
 - 5.1 จัดระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ
 - 5.2 จัดทำแผนจัดหาบุคลากรเพื่อให้การพยาบาลที่บ้าน
 - 5.3 จัดระบบการเบิก-จ่าย วัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการพยาบาลที่บ้าน
 - 5.4 จัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่บ้าน
 - 5.5 จัดทำแผนการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรผู้ปฏิบัติ
6. ด้านการบริการดูแลทดแทน มี จำนวน 5 รายการ นี้
 - 6.1 จัดสถานที่ในการให้บริการดูแลทดแทนแก่ผู้สูงอายุ
 - 6.2 จัดทำแผนการจัดหาบุคลากรประจำที่ศูนย์บริการทดแทน
 - 6.3 จัดระบบการเบิก-จ่าย อุปกรณ์ สำหรับการดูแลทดแทนให้แก่ผู้สูงอายุ
 - 6.4 จัดทำแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลทดแทนผู้สูงอายุ
 - 6.5 การพัฒนาทักษะแก่ผู้ให้การดูแลทดแทนให้แก่ผู้สูงอายุ
7. ด้านการบริการประคับประคอง และการดูแลระยะสุดท้าย มี จำนวน 5 รายการ นี้
 - 7.1 ระบบการรับ/ส่ง ข้อมูลจากโรงพยาบาลถึงสถานีนอนามัย
 - 7.2 ระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย
 - 7.3 จัดทำแนวปฏิบัติ สำหรับการดูแลประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย
 - 7.4 จัดทำแผนพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคอง
 - 7.5 จัดทำแผนสรรหาอาสาสมัคร ในการดูแลผู้สูงอายุในระยะสุดท้าย
8. ด้านการติดตามต่อเนื่องในการรักษาโรคเรื้อรัง มี จำนวน 5 รายการ ดังนี้
 - 8.1 ระบบการส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุกับสถานบริการในเครือข่ายระดับจังหวัด
 - 8.2 ระบบการติดตามปัญหาของการขาดการรักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ
 - 8.3 ระบบการสื่อสารกับผู้สูงอายุและชุมชน
 - 8.4 การทำแผนส่งเสริมและพัฒนาเครื่องมือสื่อสารกับผู้สูงอายุ ในการรักษาโรค
 - 8.5 ระบบการช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงบริการอย่างสะดวกและปลอดภัย

ตารางที่ 12 ตารางแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 2

ข้อ	ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน	ผู้รับผิดชอบ	คำแนะนำและข้อเสนอแนะ
	1. ด้านการจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน		
1.1	การจัดทำระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่จำเป็นในการใช้งาน แก่หน่วยงาน	เจ้าหน้าที่ (จนท.) องค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.)	- ควรให้ตัวแทนผู้สูงอายุเข้าร่วมด้วย - ฐานข้อมูลสถานะสุขภาพของ ผสอ.ต้องมี เทศบาล/รพช./สอ. และเวชกรรมสังคมร่วมปฏิบัติ
1.2	การจัดระบบตรวจสอบข้อมูลผู้สูงอายุให้เป็นปัจจุบัน	จนท. อบต.	- ควรให้ อสม. มีบทบาทด้วย
1.6	การจัดระบบการอบรม หรือ ปรุมนิเทศ และเสริมสมรรถนะ แก่เจ้าหน้าที่	พยาบาล สอ.	- ผู้รับผิดชอบ เป็นหน้าที่ของ พยาบาลชุมชนร่วมกับ อบต. และ รพ.
1.7	การจัดระบบแจ้งข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุคืนสู่ชุมชน เพื่อการแก้ปัญหาแบบมีส่วนร่วมของประชาชนในพื้นที่	พยาบาลสอ. หรือจนท. สาธารณสุขของสอ.	- ควรมีการประชุมร่วมกันระหว่าง สอ./ รพ./ อบต. เพื่อจัดระบบ - ควรให้ อสม. มีบทบาทด้วย
	2. ด้านการให้ความรู้/คำปรึกษาที่บ้าน		
2.2	การจัดสร้างแหล่งเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน ตามความเหมาะสมกับชุมชนในพื้นที่	กรรมการ (กก.) อบต.	- ควรให้จนท. สอ. สนับสนุน และให้ อสม. มีบทบาทด้วย - ควรมีพยาบาล สอ. ร่วมเป็นที่ปรึกษา
2.3	การจัดงบประมาณ สำหรับสนับสนุนการเรียนรู้ของผู้สูงอายุ	กก. อบต.	- ควรมีกรรมการจากสอ. มาร่วมด้วย - ควรให้องค์กรผู้สูงอายุทุกระดับมีส่วนในการหางบประมาณและการเรียนรู้

ข้อ	ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน	ผู้รับผิดชอบ	คำแนะนำและข้อเสนอแนะ
2.5	การจัดรูปแบบของเนื้อหาและวิธีการในการให้ความรู้/คำปรึกษาที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	พยาบาลสอ. และ นวก. (นักวิชาการ) สาธารณสุขอำเภอ	- เวชกรรมสังคมร่วมปฏิบัติ - เปิดโอกาสให้สอ. ที่เป็นต้นแบบด้านสุขภาพมีส่วนร่วมในการถ่ายทอดประสบการณ์และความรู้
2.6	การจัดรูปแบบการสื่อสารและ การจัดทำสื่อที่เหมาะสมกับสมรรถนะการรับรู้ของผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน	พยาบาลสอ. และ นวก. สาธารณสุขอำเภอ	- ควรให้สอ. มีส่วนร่วมคิด เพื่อตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ - เวชกรรมสังคมร่วมปฏิบัติ
3.1	3. ด้านการเยี่ยมบ้าน การจัดระบบการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนที่เป็นปัจจุบัน	จนท.อบต. และ จนท. สาธารณสุขอำเภอ	- เวชกรรมสังคมร่วมปฏิบัติ
3.2	การจัดอัตรากำลังที่เหมาะสม ในการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุตามความจำเป็นทั้งในด้านสุขภาพและด้านสังคม	พยาบาลสอ. และ กก. สาธารณสุขอำเภอ	- เวชกรรมสังคมร่วมปฏิบัติ - ควรดำเนินการร่วมกับ อบต./หน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมกันช่วยเหลือ ดูแล
3.5	การจัดทำแผนการส่งเสริมและพัฒนาความรู้และทักษะของผู้เยี่ยมบ้านให้ตรงกับปัญหาของผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน	พยาบาลสอ. และ กก.ชุมชน	- พยาบาล PCT ร่วมจัดทำและ - เวชกรรมสังคมร่วมปฏิบัติ - ควรมีตัวแทนของผู้สูงอายุร่วมรับผิดชอบในการจัดทำแผน
4.2	4. ด้านการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน/ในชุมชน การจัดระบบการจัดการ/สรรหาบุคลากรที่มีความรู้ในด้านการฟื้นฟูสภาพประจำศูนย์สุขภาพ	กก. อบต. และ กก. สาธารณสุขอำเภอ	- การจัดสรรอัตรากำลัง โดยเฉพาะนักกายภาพบำบัด บรรจุ ในโครงสร้าง

ข้อ	ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน	ผู้รับผิดชอบ	คำแนะนำและข้อเสนอแนะ
4.3	การจัดระบบการจัดหาอุปกรณ์, การบำรุงรักษาและการพัฒนาเครื่องมือในการฟื้นฟู	กก.อบต. และ กก. สาธารณสุข อำเภอ	- ควรมีแผนจัดสรรงบประมาณสำหรับการพัฒนา
4.4	การจัดทำแนวทางปฏิบัติและขั้นตอนการให้บริการที่เหมาะสมแก่การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุที่บ้านหรือที่ศูนย์ฯในชุมชน	พยาบาล สอ.และ นวก. สาธารณสุข	- ควรมีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูมาร่วมทำแนวปฏิบัติด้วย
4.5	การจัดทำแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยใช้ศาสนา ความเชื่อของแต่ละครอบครัว/ชุมชน	พยาบาล สอ.และ นวก. สาธารณสุข	- พยาบาล PCT ร่วมจัดทำและ - เวชกรรมสังคัมร่วมปฏิบัติ - ให้ชุมชนมีส่วนรับผิดชอบ - ฝึกทักษะการถ่ายทอด/นำสู่การปฏิบัติ - การฟื้นฟูสภาพจิต ควรให้พระภิกษุในชุมชนมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ เพราะพระภิกษุเป็นศูนย์กลางของคนในชุมชน
5.3	5. ด้านการพยาบาลที่บ้าน การจัดระบบการเบิกจ่ายวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ในการพยาบาลที่บ้าน	กก.อบต. และ กก. สาธารณสุข อำเภอ	-อุปกรณ์ในการพยาบาลที่บ้าน ควรได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐ
6.1	6. ด้านการบริการดูแลทดแทน การจัดสถานที่ในการให้บริการดูแลทดแทนแก่ผู้สูงอายุ	กก. อบต.	- ควรให้หอสม.เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดหาสถานที่ในชุมชนที่มีความพร้อม

ข้อ	ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน	ผู้รับผิดชอบ	คำแนะนำและข้อเสนอแนะ
	7. ด้านการบริการระดับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย		
7.2	การจัดระบบให้บริการ ดูแลผู้สูงอายุแบบระดับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายร่วมกับชุมชน	พยาบาล สต. และ กก.ชุมชน	- ควรให้วัดหรือสถาบันศาสนาตามความเชื่อมีส่วนร่วมรับผิดชอบดูแล
7.3	การจัดทำแนวปฏิบัติสำหรับการดูแลระดับประคองและการดูแลระยะสุดท้ายของผู้สูงอายุ	พยาบาล สต. และ กก.ชุมชน	- ผู้นำศาสนา พระภิกษุในชุมชนควรมีส่วนร่วมหรือเป็นที่พึ่งทางใจ ตามความเชื่อของศาสนา
7.4	การจัดทำแผนการพัฒนาความรู้และทักษะของผู้ดูแล/อาสาสมัครที่ดูแลผู้สูงอายุแบบระดับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิต	พยาบาล สต. และ นวก. สาธารณสุข	- ควรให้ชุมชนเข้ามามีส่วนรับผิดชอบ
	8. ด้านการติดตามต่อเนื่องในการรักษาโรคเรื้อรัง		
8.1	การจัดระบบการส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชนกับสถานบริการในเครือข่ายระดับจังหวัดที่มีประสิทธิภาพ	จนท.อบต. และ จนท. สาธารณสุข จังหวัด	-พยาบาล PCT ร่วมจัดทำและ -เวชกรรมสังคม
8.2	การจัดระบบการเฝ้าระวัง ติดตาม และค้นหาปัญหาของการขาดการรักษาโรคเรื้อรังของผู้สูงอายุ	พยาบาล สต. และ กก.ชุมชน	- เพิ่มบทบาทของอสม เพราะอสม. เสมือนตัวแทนของจนท.สาธารณสุขที่อยู่ในชุมชน และสามารถติดตามผู้ป่วยได้มากกว่า
8.3	การจัดระบบสื่อสารกับผู้สูงอายุและชุมชนเพื่อการแก้ปัญหาของการรักษาต่อเนื่องของผู้สูงอายุ	พยาบาล สต. และ กก.ชุมชน	- ชมรมฯ หรือผู้แทนผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมด้วย

ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมที่อยู่นอกรายการจากการตอบในรอบที่ 2 มีจำนวน 10 ข้อ ดังนี้

1. ในระบบการจัดเก็บข้อมูล ควรมีการเชื่อมโยงกับองค์กรที่เหนือขึ้นไป เพื่อให้สามารถ
ใช้ข้อมูลได้อย่างกว้างขวางและมีประสิทธิภาพมากขึ้น คือ ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด
2. ในภาพรวมควรแยก ประเภทของผู้สูงอายุที่มีภาวะสุขภาพและความสามารถในการ
ดูแลที่ แตกต่างกัน
3. ควรแยกบุคลากรให้ชัดเจนในวิชาชีพ พยาบาล ครอบครั้ว ชุมชน อาสาสมัคร
4. ควรให้ประมาณค่าความจำเป็นมากกว่าความเหมาะสมเพียงอย่างเดียว เพราะบาง
บริการ อาจ จำเป็นต้องมี บางบริการ อาจควรมี บางบริการถ้ามี ก็จะได้
5. ควรพัฒนา อสม.หรือคนในชุมชนให้เป็นจิตอาสา
6. การพยาบาลที่บ้าน เน้นการสร้างผู้ดูแลที่เป็นญาติ หรือคนในชุมชน เป็นผู้ดูแล โดยมี
แผนกการจัดอบรม และพัฒนาอย่างเป็นระบบ เพื่อ คุณภาพบริการที่ต่อเนื่องและยั่งยืน
7. การดูแลทดแทน ควรเน้นเฉพาะ ผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้ง โดยคัดเลือก อสม. หรือคนใน
ชุมชนเป็นผู้ดูแลทดแทน
8. ระบบการดูแลระยะสุดท้าย ควรให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับการตัดสินใจหยุดให้
การรักษาแบบใช้เครื่องช่วยหายใจ เมื่อผู้สูงอายุอยู่ในระยะสุดท้าย และการทำตามความต้องการ
ของผู้สูงอายุในความต้องการเสียชีวิตที่บ้าน
9. การเดินทางไปพบแพทย์เป็นอุปสรรคที่สำคัญของผู้สูงอายุ ควรจัดระบบการขนส่งให้
ผู้สูงอายุได้รับความสะดวก
10. ระบบการติดตามการรักษาต่อเนื่อง ต้องอาศัยระบบชุมชนที่เข้มแข็ง เช่น เครือข่าย
อสม. ที่เฝ้าระวังติดตาม บทบาทของ อบต. ตลอดจนเยาวชนในชุมชน เข้ามีส่วนร่วมสนับสนุน
น่าจะทำให้เกิดประสิทธิภาพมากขึ้น

ศูนย์วิทยุทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 13 ตารางแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 3

ข้อ	ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน	ผู้รับผิดชอบ	คำแนะนำและข้อเสนอแนะ
1.5	จัดระบบการเชื่อมประเมินโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและ อสม/อผส เพื่อการเรียนรู้และเสริมสมรรถนะผู้เชื่อมประเมิน	พยาบาล สอ.	- เพื่อให้ อสม./อผส. ได้เกิดการเรียนรู้ และจะได้พัฒนาศักยภาพและพัฒนางาน
2.2	การจัดสร้างแหล่งเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ	กรรมการ (กก.) อบต.	- ให้ อสม. เข้ามามีบทบาทด้วย
2.4	การจัดระบบประเมินระดับความรู้ความสามารถในการรับรู้ของผู้สูงอายุก่อนให้ความรู้/คำปรึกษา	จนท. สอ. และ กก.ชุมชน	- ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านวิชาการ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง
2.5	การจัดรูปแบบของเนื้อหาและวิธีการในการให้ความรู้/คำปรึกษาที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	พยาบาลสอ. และ นวค. สาธารณสุข	- ควรเน้นการจัดการเรียนรู้แบบกลุ่มเรียน เหมาะสมกับผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ
2.6	การจัดรูปแบบการสื่อสารและการจัดทำสื่อที่เหมาะสมกับสมรรถนะการเรียนรู้ของผู้สูงอายุในแต่ละชุมชน	พยาบาลสอ. และ นวค. สาธารณสุข	- หอสม./ผู้สูงอายุ เข้ามามีส่วนร่วมคิดเพื่อตรงกับความต้องการ เข้ามามีส่วนร่วม
4.1	4. ด้านการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน/ชุมชน การจัดศูนย์สุขภาพสำหรับการฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุในชุมชน แต่ละชุมชน	จนท.อบต. และ กก. สาธารณสุข	- เพื่ออำนวยความสะดวก - เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมได้รับผิชอบร่วมกันในชุมชน
4.5	การจัดทำแนวปฏิบัติเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยใช้ศาสนา ความเชื่อของแต่ละครอบครัว/ชุมชน	พยาบาล สอ.และ นวค. สาธารณสุข	- ถ้ามีแนวปฏิบัติ จะเกิดประโยชน์ต่อผู้มีส่วนร่วม จะได้ปฏิบัติตามที่ได้มอบหมาย และจะได้เตรียม การก่อนปฏิบัติให้ครบ ทำให้มีโอกาสพัฒนางาน
5.2	5. ด้านการพยาบาลที่บ้าน การจัดทำแผนจัดหาบุคลากร เพื่อให้มีบุคลากรเพียงพอต่อการให้การพยาบาลที่บ้าน	กก. อบต. และ กก. สาธารณสุข	- ควรเป็นบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ข้อ	ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน	ผู้รับผิดชอบ	คำแนะนำและข้อเสนอแนะ
5.3	การจัดระบบการเบิก-จ่าย วัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้ในการพยาบาลที่บ้าน	กก.อบต. และ กก. สาธารณสุข อำเภอ	- ไม่แน่ใจว่าจำเป็นต้องมีกก.อบต. มาร่วมจัดระบบด้วย - ควรเป็นบทบาทหน้าที่ของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
5.4	การจัดทำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่บ้าน	พยาบาล สอ.และ อสม/อผส	- ควรเป็นบทบาทหน้าที่ของ พยาบาลที่ปฏิบัติงานในสอ.
6.1	6. ด้านการบริการดูแลทดแทน การจัดสถานที่ให้บริการดูแลทดแทนแก่ผู้สูงอายุ	กก. อบต.	- จนท.สอ.และผู้แทนผู้สูงอายุ ควรเข้ามีส่วนร่วมด้วย - ควรทำที่บ้านมากกว่า
6.4	การจัดทำแนวปฏิบัติสำหรับการดูแล ทดแทนผู้สูงอายุ ตามปัญหาสุขภาพ	พยาบาล สอ.และนวก. สาธารณสุข	- ควรเพิ่มอบต.ด้วยกรณีที่ต้องดูแล ผู้สูงอายุที่พิการ
7.1	7. ด้านการบริการระดับประจําและ การดูแลระยะสุดท้าย การจัดระบบการส่งต่อข้อมูลจาก โรงพยาบาลถึงสถานีนามัยของ ผู้สูงอายุในแต่ละชุมชนที่เป็นปัจจุบัน	จนท. อบต. และ จนท. สาธารณสุข อำเภอ	- น่าจะต้องให้อสม.มีบทบาทด้วย
7.2	การจัดระบบให้บริการ ดูแลผู้สูงอายุ แบบประจําประจําและดูแล ระยะสุดท้ายร่วมกับชุมชน	พยาบาล สอ. และ กก. ชุมชน	- ควรมีญาติหรือผู้ดูแล เข้ามี ส่วนร่วมด้วย
8.1	8. ด้านการติดตามต่อเนื่องในการ รักษาโรครเรื้อรัง การจัดระบบการส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุ กับสถานบริการในเครือข่ายระดับ จังหวัดที่มีประสิทธิภาพ	จนท.อบต. และ จนท. สาธารณสุข	- ควรเพิ่มพยาบาลที่รับผิดชอบงาน ส่งต่อในผู้ป่วยเรื้อรัง

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวละอียด รักษ์เลิศวงศ์ เกิดวันที่ 13 มิถุนายน พ.ศ. 2497 ที่จังหวัดน่าน สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง (เทียบเท่าปริญญาตรี) จากวิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก พ.ศ. 2521 สำเร็จพยาบาลเวชปฏิบัติทางตาจากโรงพยาบาลรามาริบัติ พ.ศ.2525 และสำเร็จอนุปริญญาสาธารณสุขศาสตร์จาก THE UNIVERSITY OF SYDNEY ประเทศ AUSTRALIA พ.ศ.2534 ได้เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2550 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ ปฏิบัติงานหน้าที่หัวหน้าหอผู้ป่วยตา หู คอ จมูก โรงพยาบาลน่าน จังหวัดน่าน

ศูนย์วิทยพัชร์พยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย