บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

นางสาวเกวลี เชียรวิชัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย
The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ปีการศึกษา 2560
ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ROLES OF NURSE CARE MANAGER IN LONG TERM CARE OF THE ELDERLY IN COMMUNITY

Miss Kewali Chianwichai

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

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

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2017

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน
โดย	นางสาวเกวลี เชียรวิชัย
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร. วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิสาร)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เกวลี เชียรวิชัย : บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน (ROLES OF NURSE CARE MANAGER IN LONG TERM CARE OF THE ELDERLY IN COMMUNITY) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช, 171 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโครงสร้างและองค์ประกอบย่อยบทบาทหลักแต่ละด้านของบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยใช้เทคนิคเดลฟายในการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย ผู้บริหารเชิงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข นักวิชาการ/ผู้สอนหลักสูตร Care manager ผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ปฏิบัติบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 18 คน การดำเนินงานวิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน โดยขั้นตอนที่ 1 สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ขั้นตอนที่ 2 นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในรอบที่ 1 มาวิเคราะห์เนื้อหาจัดหมวดหมู่เนื้อหาสาระในลักษณะเดียวกัน สร้างเป็นแบบสอบถามมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ให้ผู้เชี่ยวชาญเขียนตอบระดับความสำคัญขององค์ประกอบย่อยในแต่ละข้อรายการ เพื่อนำมาคำนวณค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ขั้นตอนที่ 3 นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อยืนยันคำตอบ และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เพื่อสรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก และมีองค์ประกอบย่อยจำนวน 47 ข้อรายการ ได้แก่ 1) บทบาทผู้วางแผนการดูแล มีองค์ประกอบย่อยจำนวน 7 ข้อรายการ 2) บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล มีองค์ประกอบย่อยจำนวน 9 ข้อรายการ 3) บทบาทผู้ประสานงาน มีองค์ประกอบย่อยจำนวน 7 ข้อรายการ 4) บทบาทผู้นำ มีองค์ประกอบย่อยจำนวน 9 ข้อรายการ 5) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา มีองค์ประกอบย่อยจำนวน 9 ข้อรายการ และ 6) บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์ มีองค์ประกอบย่อยจำนวน 6 ข้อรายการ โดยพบว่าทั้ง 6 องค์ประกอบหลัก มีทุกองค์ประกอบย่อยจำนวน 47 ข้อรายการ มีความสำคัญอยู่ในระดับมากที่สุด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์ ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2560 ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

5777334436 : MAJOR NURSING SCIENCE
KEYWORDS: NURSE CARE MANAGER / ROLES OF NURSE CARE MANAGER / LONG TERM CARE OF THE ELDERLY

KEWALI CHIANWICHAI: ROLES OF NURSE CARE MANAGER IN LONG TERM CARE OF THE ELDERLY IN COMMUNITY. ADVISOR: ASST. PROF. SUVINEE WIVATVANIT, Ph.D., 171 pp.

The descriptive study about the structure and component of the roles of nurse care manager in long term care of the elderly in the community. By using research delphi's technique, to gather the opinions of 18 experts of this field, including Policy executive's ministry of public health, Academics/Instructors involved in nurse care manager course, Nursing administrators in community hospital/district health promotion hospital and Nurse care managers in community hospital/district health promotion hospital. The delphi's technique consisted of 3 steps. Step 1, all experts were described about the roles of nurse care manager in long term care of the elderly in the community. Step 2, data were analyzed by using content analysis for developing the rating scales questionnaire. All items in questionnaire were ranked the roles of nurse care manager by a prior panel of experts. Step 3, data were analyzed by using median and interquartile range which was developed a new version of the questionnaire. The new questionnaire was sent to previous experts to confirm the previous ranked items. Data were analyzed by median and interquartile range to summarize the study.

The results of this study were presented roles of nurse care manager in long term care of the elderly in the community consisted of 6 components and 47 sub-components as follow: 1) Care planner's role has 7 sub-components, 2) Nurse practitioner's role has 9 sub-components, 3) Coordinator's role has 7 sub-components, 4) Leader's role has 9 sub-components, 5) Counselor's role has 9 sub-components and 6) Advocator's role has 6 sub-components.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Field of Study: Nursing Science Student's Signature .....

Academic Year: 2017 Advisor's Signature .....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยความกรุณาและให้คำแนะนำปรึกษาของ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งท่านได้เสียสละเวลาทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการเพื่อให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นต่างๆ อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิจัย อีกทั้งยังช่วยแก้ปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินงานการวิจัย และคอยให้กำลังใจตลอดระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์อีกด้วย ขอกราบขอบพระคุณท่านอาจารย์เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.จิราพร เกศพิชญวัฒนา ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิสาร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ ทำให้วิทยานิพนธ์เล่มนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญที่ให้ความอนุเคราะห์ร่วมมือเป็นผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยประกอบด้วย ผู้บริหารเชิงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข นักวิชาการ/ผู้สอนหลักสูตร Care manager ผู้บริหารสายการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ปฏิบัติบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมด 18 คน ตลอดเสร็จสิ้นกระบวนการของเทคนิคเดลฟาย และขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่กรุณาจัดสรรทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์ให้สำหรับนิสิตทำการวิจัยในครั้งนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย ..... ง

บทคัดย่อภาษาอังกฤษ ..... จ

กิตติกรรมประกาศ ..... ฉ

สารบัญ ..... ช

สารบัญตาราง ..... ญ

สารบัญรูปภาพ ..... ฏ

บทที่ 1 บทนำ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา 1

คำถามการวิจัย 5

วัตถุประสงค์การวิจัย 5

ขอบเขตการวิจัย 5

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย 6

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ 7

บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 8

1. ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 9

1.1 ความหมายของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 9

1.2 ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในต่างประเทศ 10

1.3 สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย 14

1.4 การศึกษาระบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย 20

1.5 รูปแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 23

1.6 นโยบายระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของภาครัฐ 24

2. แนวคิดผู้จัดการการดูแล 30

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

หน้า

2.1 แนวคิดของผู้จัดการการดูแลในต่างประเทศ....30
2.2 แนวคิดของผู้จัดการการดูแลในประเทศไทย....37
3. หลักการการพยาบาลผู้สูงอายุระยะยาว....38
3.1 การพยาบาลผู้สูงอายุ....38
3.2 การพยาบาลผู้สูงอายุระยะยาว....42
4. บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว....44
5. เทคนิคเดลฟาย....48
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง....51
7. กรอบแนวคิดการวิจัย....52
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย....54
กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ....54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย....55
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ....60
การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล....61
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ....78
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล....79
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ....92
สรุปผลการวิจัย....92
อภิปรายผลการวิจัย....94
ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้....98
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป....98
รายการอ้างอิง....99
ภาคผนวก....106

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

หน้า

ภาคผนวก ก เอกสารรับรองโครงการวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย 107

ภาคผนวก ข รายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญ 113

ภาคผนวก ค หนังสือเรียนเชิญผู้เชี่ยวชาญ 126

ภาคผนวก ง แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญ 144

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ 171

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 บทบาทผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม 36

ตารางที่ 2 เนื้อหาหลักสูตรอบรม Care Manager ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 47

ตารางที่ 3 ตารางแสดงข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์ รอบที่ 1.....62

ตารางที่ 4 ตารางแสดงค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ในแบบสอบถาม รอบที่ 2 69

ตารางที่ 5 ตารางแสดงการเปลี่ยนแปลงข้อมูลของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 3 76

ตารางที่ 6 ตารางเหตุผลในการตอบนอกพิสัยควอไทล์ 77

ตารางที่ 7 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญในแต่ละองค์ประกอบหลัก ของบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน 80

ตารางที่ 8 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญขององค์ประกอบย่อยใน บทบาทผู้วางแผนการดูแล.....81

ตารางที่ 9 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญขององค์ประกอบย่อยใน บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล.....83

ตารางที่ 10 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญขององค์ประกอบย่อยใน บทบาทผู้ประสานงาน 85

ตารางที่ 11 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญขององค์ประกอบย่อยใน บทบาทผู้นำ.....87

ตารางที่ 12 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญขององค์ประกอบย่อยใน บทบาทผู้ให้คำปรึกษา 89

ตารางที่ 13 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญขององค์ประกอบย่อยใน บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์.....91

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย.....53

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 1
บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยเป็นประเทศที่เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Society) มาตั้งแต่ปี 2548 คือการมีสัดส่วนของประชากรสูงอายุที่มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป สูงถึงร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด และในปี 2578 หรือประมาณ 20 ปีข้างหน้า จะมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นอีกสามเท่า หรือประมาณร้อยละ 25 ของประชากรทั้งหมด ในขณะเดียวกันพบว่าสัดส่วนประชากรวัยเด็กและวัยทำงานก็จะลดลงเรื่อยๆ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2557) และพบว่าผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะซึมเศร้า ข้อเข่าเสื่อม หัวใจ และอัมพฤกษ์/อัมพาต เพิ่มมากขึ้น (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) ภาวะดังกล่าวมักนำมาซึ่งภาวะทุพลภาพในที่สุด ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงและต้องการได้รับการดูแลจากบุคคลในครอบครัวหรือสังคม

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2559) ได้สำรวจและคาดการณ์ว่าปี พ.ศ. 2560 จะมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงถึงร้อยละ 10 หรือประมาณ 1 ล้านคน โดยมีความต้องการพึ่งพิงบางส่วน (ประเภทติดบ้าน) ร้อยละ 85 หรือประมาณ 8.5 แสนคน และมีความต้องการพึ่งพิงทั้งหมด (ประเภทติดเตียง) ร้อยละ 15 หรือประมาณ 1.5 แสนคน ส่งผลต่อความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่โรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้นอันเนื่องมาจากผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ขณะที่รัฐบาลได้นำนโยบายการวินิจฉัยกลุ่มโรคร่วม (Diagnosis Related Group: DRG) ในการลดจำนวนวันนอน (Length Of Stay: LOS) และการกลับไปนอนในโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admit) มาใช้ในการจัดบริการสุขภาพเพื่อลดค่าใช้จ่ายในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลยังคงเน้นการดูแลแบบการเจ็บป่วยเฉียบพลันเป็นหลัก เมื่อพ้นระยะเฉียบพลันแพทย์จะจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ในขณะที่ประเทศไทยยังไม่มีระบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) เพื่อรองรับผู้ป่วยในกลุ่มนี้ (สุวิณี วิวัฒน์วานิช และคณะ, 2555) สอดคล้องกับการศึกษาของ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ (2553) พบว่าระบบการดูแลระยะยาวต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านและชุมชนยังมีช่องว่างสำหรับการพัฒนาอยู่มาก แม้ว่าประชากรไทยทุกคนได้รับสิทธิ์คุ้มครองจากหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมาตั้งแต่ปี 2545 แต่ก็ยังพบว่ามีประชากรผู้สูงอายุจำนวนหนึ่งที่ประสบกับปัญหาการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ทั้งจากความยากลำบากในการเดินทาง ตลอดจนค่าใช้จ่ายในการรักษา แม้หน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ เช่น โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหลายแห่ง ได้มีการพัฒนาระบบบริการเชิงรุกเข้าไปในชุมชน เพื่อให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ที่มีภาวะพึ่งพิง แต่ก็พบปัญหาเกี่ยวกับมาตรฐาน การกำหนดเป้าหมายการฟื้นฟู และการติดตามประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุ

นโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข (2559) รัฐบาลให้ความสำคัญกับการที่ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและมีนโยบายด้านการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุโดยการเตรียมระบบการดูแลที่บ้านและชุมชน ซึ่งเป็นความร่วมมือของภาครัฐ เอกชน ชุมชน และครอบครัว รวมทั้งงบประมาณการคลังสำหรับการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง โดยจัดสนับสนุนเพิ่มเติมจากเหมาจ่ายรายหัวปกติ เพิ่มเป็นจำนวนเงิน 600 ล้านบาท ในปี 2559 ให้แก่สำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นพิเศษสำหรับดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นชุดสิทธิประโยชน์ให้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง โดยมีกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ร่วมกันดำเนินการในโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาว (Long Term Care) มีเป้าหมายสำคัญคือป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่ยังพอพึ่งตนเองได้ มีการเจ็บป่วยจนต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิง และดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงแล้วให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพ จากโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมกับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ตลอดจนองค์การอื่นๆ ในรูปแบบพหุภาคี

แต่เดิมระบบบริการเชิงรุกของหน่วยปฐมภูมิในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังขาดศักยภาพการให้บริการอันเนื่องมาจากข้อจำกัดของบุคลากร ลักษณะการทำงานที่แยกส่วนและขาดความเชื่อมโยงต่อเนื่องของระบบ เห็นได้จากผลการดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. 2557 พบว่าคุณภาพบริการหน่วยปฐมภูมิยังอยู่ในระดับต่ำมาก เพียงร้อยละ 29.7 กิจกรรมการดูแลของผู้ดูแล (Care Giver) บางอย่างมีส่วนก้าวล้ำของวิชาชีพซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุได้ ผู้ดูแลจึงควรมีหลักเกณฑ์และจรรยาบรรณในการดูแลผู้สูงอายุภายใต้การกำกับควบคุมทีมสหวิชาชีพ จึงได้พัฒนารูปแบบให้บริการเป็นการพัฒนาทีมหมอครอบครัว (Family Care Team) เพื่อดูแลประชาชนทุกกลุ่มวัยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยเน้นการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2558: 15)

กระทรวงสาธารณสุขจึงมอบหมายให้กรมอนามัย สำนักอนามัยผู้สูงอายุ (2559) จัดอบรมผู้จัดการการดูแล (Care Manager) เพื่อทำหน้าที่หลักในการค้นหา ประเมิน วางแผน และจัดการให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม โดยมีผู้จัดการการดูแลเป็นผู้ทำงานประสานความเชื่อมโยงกับพหุภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อวางแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายตลอดจนการติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามแผนการดูแล ซึ่งผู้ที่เข้ารับการอบรมผู้จัดการการดูแลจะเป็นพยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน

และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่รับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและชุมชน เข้าอบรมหลักสูตรตามที่กรมอนามัยกำหนด 70 ชั่วโมง โดยมีวัตถุประสงค์ให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถที่จะพัฒนาระบบบริการสุขภาพระยะยาวในพื้นที่ความรับผิดชอบของตนเองได้อย่างมีประสิทธภาพ ทั้งนี้ผู้จัดการการดูแล (Care Manager) ยังมีบทบาทในการจัดอบรมผู้ดูแล (Care Giver) ในพื้นที่ของตนเพื่อจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้านและชุมชน พร้อมทั้งส่งเสริมให้คนในครอบครัวผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องสามารถพึ่งตนเองได้โดยอาศัยทุนทางสังคมที่มีอยู่ ตลอดจนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และคาดหวังว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับการดูแลจากหน่วยบริการปฐมภูมิได้รับบริการดูแลถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยมีผู้จัดการการดูแล (Care Manager) ปฏิบัติงานร่วมกับผู้ดูแล (Care Giver) สนับสนุนกับแนวคิดของ Lipstein (2016) ที่กล่าวว่า ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังจะต้องมีความรู้ ทักษะ และความสามารถในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโดยอาศัยพหุภาคีเครือข่ายในการร่วมแก้ไขปัญหาความต้องการของผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ และการเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินโดยไม่จำเป็น

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2559) ได้กำหนดแนวปฏิบัติของผู้จัดการการดูแลไว้ ดังนี้ 1) การจัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก 2) การประเมินและคัดกรองผู้สูงอายุ 3) การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care Plan 4) การจัดทำ Care conference 5) การประสานการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแล 6) การสร้างทีม (Team building) 7) การบริหารจัดการและควบคุมกำกับ Care giver และ 8) การทบทวนแผนการดูแล ปรับปรุงแผนการดูแลให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

จากการศึกษาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในต่างประเทศ พบว่า ผู้จัดการการดูแล (Care Manager) สำหรับผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นการนำรูปแบบการจัดการดูแล (Care Management) โดยมีผู้จัดการการดูแล ทำหน้าที่ประสานงานตั้งแต่ก่อนเข้านอนโรงพยาบาล ระหว่างการเข้ารับการรักษาและนอนในโรงพยาบาล จนกระทั่งถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการตามความจำเป็นอย่างต่อเนื่อง (Cress, 2009) โดยแนวคิดการจัดการดูแล (Care Management) ได้นำมาใช้จัดบริการที่ป้องกันช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมองเห็นปัญหาภาวะสุภาพในระยะยาวเพื่อใช้วางแผนป้องกันความบกพร่องของภาวะสุขภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น บริการนี้แสดงให้เห็นถึงความต้องการการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุร่วมกับครอบครัว ที่มีผู้จัดการการดูแลเป็นผู้ช่วยเหลือในการเลือกวิธีการและแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม (Cress, 2015) สอดคล้องกับ Lombardi (2001) ที่กล่าวว่า ผู้จัดการการดูแล จะต้องมีการจัดการดูแลสิ่งแวดล้อมที่เป็นลักษณะของผู้ป่วยและชุมชน และองค์การสุขภาพให้มีความสมดุลกัน เนื่องจากลักษณะทั้งสองอย่างนี้จะเป็นระบบบริการสุขภาพที่มีความสอดคล้องและเหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุ ส่วนงานวิจัยของ Hong,

Siegel and Ferris (2014) พบว่า รูปแบบการจัดการดูแล โดยการประเมินความต้องการและการสนับสนุนของ ผู้จัดการการดูแล สามารถช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพเรื้อรังที่ซ้ำซ้อนได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Counsell (2007) และงานวิจัยของ Johnson (2013) พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินความต้องการบริการสุขภาพและสังคม โดยมีพยาบาลผู้จัดการการดูแลเป็นผู้รับผิดชอบแบ่งกลุ่มความต้องการทางสุขภาพ ช่วยในการวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงที่น้อยกว่าและลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันได้

จากทบทวนแนวคิดบทบาทผู้จัดการการดูแลดังกล่าว ทำให้ผู้วิจัยเห็นประโยชน์และความสำคัญของการมีผู้จัดการการดูแลในประเทศไทย เพื่อแก้ไขปัญหาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างยั่งยืน จึงได้ทบทวนแนวคิดบทบาทของพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะยาวของ The Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador: ARNNL (2013) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ 1) บทบาทผู้นำ (Leader) 2) บทบาทผู้ประสานงาน (Coordinator) 3) บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล (Practitioner) 4) บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์ (Advocate) 5) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา (Mentor) และ 6) บทบาทผู้วางแผนการดูแล (Program Planner) สำหรับ Johnson (2013) ได้กล่าวถึง บทบาทและหน้าที่ในการทำงานของพยาบาลผู้จัดการการดูแล ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การประเมินความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง เพื่อจัดทำเอกสารรายงานภาวะสุขภาพ ความเสี่ยง และวางแผนจัดการการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งจะต้องมีการปรับปรุงติดตามผู้ป่วยอย่างครอบคลุมอย่างสม่ำเสมอ 2) การระบุปัญหาและการจัดการในระดับปฐมภูมิ เพื่อควบคุมปัญหาและให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพสูงที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเข้านอนในโรงพยาบาลซ้ำ 3) การประเมินแบบองค์รวมและการประเมินซ้ำ เพื่อให้ตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ 4) การจัดระบบคัดกรองความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง เพื่อแบ่งประเภทของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงสุดลงไปสู่ระดับต่ำที่สุด เพื่อการบริหารจัดการรูปแบบการให้บริการพยาบาลที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย และ 5) การประสานงานกับพหุภาคีในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงสุด เพื่อการจัดระบบการให้บริการสุขภาพและบริการทางสังคมซึ่งอาศัยต้นทุนทรัพยากรภายในชุมชน รวมไปถึงการจัดการดูแล อำนวยความสะดวกให้การดูแล และส่งต่อผู้ป่วยสู่ขั้นตอนการดำเนินการต่อไปในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูง นอกจากนี้ National Academy of Certified Care Managers:NACCM (2016) ได้กำหนดบทบาทผู้จัดการการดูแล ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การประเมินและระบุความต้องการบริการสุขภาพของผู้รับบริการ 2) การกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดูแลร่วมกับผู้รับบริการ 3) การดำเนินงานตามแผนการดูแลโดยการประสานงานกับพหุภาคี 4) การบริหารจัดการและติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตามแผนการดูแล และ 5) การปฏิบัติตามมาตรฐานความเป็นวิชาชีพ มีคุณธรรมและจริยธรรม

จากการวิเคราะห์แนวคิดบทบาทผู้จัดการการดูแล พบว่า องค์ประกอบของบทบาทผู้จัดการการดูแลในทุกแนวคิดมีความเหมือนคล้ายคลึงกันในส่วนใหญ่ แต่มีความต่างกันบ้างบางองค์ประกอบ ผู้วิจัยจึงได้สังเคราะห์บทบาทของ The Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador: ARNNL (2013) ร่วมกับการกำหนดบทบาทของ National Academy of Certified Care Managers: NACCM (2016) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ที่ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก คือ 1) บทบาทผู้วางแผนการดูแล 2) บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล 3) บทบาทผู้ประสานงาน 4) บทบาทผู้นำ 5) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา และ 6) บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์ ผู้วิจัยมีความสนใจในการศึกษาบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ตามการรับรู้ของผู้บริหารเชิงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข นักวิชาการ/ผู้สอนหลักสูตร Care Manager ผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ปฏิบัติบทบาทผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร่วมกับการใช้เทคนิคเดลฟาย เพื่อให้ได้บทบาทของพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ที่สามารถแก้ไขปัญหาและส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพสูงสุด ในการศึกษาครั้งนี้

คำถามการวิจัย

1. บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนควรมีโครงสร้างบทบาทประกอบด้วยบทบาทหลักด้านใดบ้าง

2. บทบาทหลักแต่ละด้านของบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนประกอบด้วยองค์ประกอบย่อยอะไรบ้าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาโครงสร้างบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

2. เพื่อศึกษาองค์ประกอบย่อยบทบาทหลักแต่ละด้านของบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

ขอบเขตการวิจัย

1. การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) ในการรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ

2. กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้บริหารเชิงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2 คน นักวิชาการ/ผู้สอนหลักสูตร Care manager จำนวน 8 คน ผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 คน และผู้ปฏิบัติบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5 คน รวมทั้งหมด 18 คน และคัดเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ตามการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thomas T. Macmillan (1971) ที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวนตั้งแต่ 17 คนเป็นต้นไป พบว่ามีระดับความคลาดเคลื่อนลดลงอย่างคงที่และมีความคลาดเคลื่อนน้อยมาก

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบ เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงต่อเนื่องระยะยาวที่บ้านและชุมชน หลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีพยาบาลผู้จัดการดูแลทำหน้าที่ประสานความร่วมมือจากแหล่งสนับสนุนทั้งในและนอกชุมชน ร่วมกับพหุภาคีเครือข่าย ให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดของ The Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador: ARNNL (2013) ร่วมกับ National Academy of Certified Care Managers: NACCM (2016) ประกอบด้วย 6 บทบาทหลัก ได้แก่

1) บทบาทผู้วางแผนการดูแล หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบ โดยการกำหนดแผนการดูแลตามผลการคัดกรองซึ่งแบ่งระดับภาวะสุขภาพและความต้องการจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้สอดคล้องกับชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุเฉพาะราย ตลอดจนจัดแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบให้แก่ผู้ดูแล (Care Giver) และมีการจัดประชุมทีมร่วมกับพหุภาคีต่างๆเป็นระยะ เพื่อประเมินผลลัพธ์ผลการดำเนินงานและพัฒนาปรับปรุงแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2) บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบ ประเมินปัญหา ความต้องการ และข้อจำกัดของผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ เพื่อให้การพยาบาลได้ตรงกับปัญหาและความต้องการจำเป็น โดยนำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีผลลัพธ์ดีมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ตลอดจนติดตามผลลัพธ์การดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงพัฒนาการพยาบาลให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

3) บทบาทผู้ประสานงาน หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบ ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับครอบครัว ผู้ดูแล ทีมสหวิชาชีพ และพหุภาคีเครือข่าย ในการสนับสนุนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยใช้ประโยชน์จาก

ฐานข้อมูลในชุมชน และแหล่งประโยชน์อื่นๆที่เอื้อต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4) บทบาทผู้นำ หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบ เป็นผู้นำทีมสุขภาพ และสามารถนำแผนนโยบายระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวลงสู่การปฏิบัติจริงอย่างเป็นรูปธรรม มีทักษะความสามารถในการติดต่อสื่อสารกับทีมและผู้ดูแล ให้มีทัศนคติที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยการเสริมสร้างพลังอำนาจ สร้างแรงบันดาลใจ และกระตุ้นจูงใจให้ทีมและผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนจัดกิจกรรมและโครงการที่ส่งเสริมระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างต่อเนื่อง

5) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบ สร้างความคุ้นเคยเป็นกันเองกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล เพื่อให้เกิดการยอมรับไว้วางใจ และให้ความร่วมมือกับพยาบาลผู้จัดการการดูแลเข้าไปมีส่วนร่วมในการรับฟังปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถเป็นที่ปรึกษาและเสนอทางเลือกให้กับผู้สูงอายุได้อย่างหมาะสม ตลอดจนเป็นที่ปรึกษาให้กับทีมสหวิชาชีพและพหุภาคีเครือข่ายในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

6) บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์ หมายถึง การรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพในการปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบ อธิบาย/ชี้แจงสิทธิประโยชน์ต่างๆ ของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสามารถเข้าถึงบริการและรับความช่วยเหลือตามสิทธิประโยชน์ และพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้สังคมสาธารณะได้ตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงและปัญหาของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว รวมทั้งมีมาตรการเก็บรักษาความลับของข้อมูลของผู้สูงอายุ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการพัฒนาบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
2. เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับผู้บริหารเชิงนโยบายใช้ในการพัฒนาจัดหลักสูตรอบรมพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
3. เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุใช้ในการพัฒนาตนเอง

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี ตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเสนอเป็นหัวข้อดังต่อไปนี้

1. ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
    1.1 ความหมายของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
    1.2 ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในต่างประเทศ
    1.3 สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย
    1.4 การศึกษาระบบการผู้สูงอายุในประเทศไทย
    1.5 รูปแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
    1.6 นโยบายระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของภาครัฐ
2. แนวคิดผู้จัดการการดูแล
    2.1 แนวคิดของผู้จัดการการดูแลในต่างประเทศ
    2.2 แนวคิดของผู้จัดการการดูแลในประเทศไทย
3. หลักการการพยาบาลผู้สูงอายุระยะยาว
    3.1 การพยาบาลผู้สูงอายุ
    3.2 การพยาบาลผู้สูงอายุระยะยาว
4. บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
5. เทคนิคเดลฟาย
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1. ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

1.1 ความหมายของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

คอฟฟ์ (Koff, 1982: 1 อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552: 6) ได้กล่าวถึง ระบบการดูแลระยะยาว เป็นความเชื่อมโยงบริการทางสังคมและบริการสุขภาพที่มีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน ระหว่างการให้บริการที่ผ่านสถาบันและไม่ผ่านสถาบัน รวมถึงการประสานความร่วมมือระหว่างนโยบายสาธารณะ งบประมาณ การจัดการรายบุคคล ในการจัดเตรียมทางเลือกที่เหมาะสมให้แก่บุคคลที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ไม่ว่าจะเป็นผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งมีทางเลือกหลากหลายในการสนับสนุนให้บุคคลเหล่านั้นสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระ

โทมัส เดย์ (Tomus Day อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552: 7) อธิบายเกี่ยวกับ ระบบการดูแลระยะยาว เป็นความต้องการของบุคคลหนึ่งที่ต้องการให้อีกบุคคลหนึ่งช่วยเหลือเขาเกี่ยวกับด้านร่างกายหรืออารมณ์เป็นระยะเวลานาน ซึ่งการช่วยเหลือดังกล่าวอาจรวมถึงความต้องการได้รับความช่วยเหลือในกิจกรรมต่างๆ เช่น การเดิน การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องน้ำ การจัดการเรื่องการเงิน เป็นต้น

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2549: 25) ได้ให้นิยามของ ระบบการดูแลระยะยาว คือ การจัดบริการสุขภาพและสังคม มีทั้งรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ให้การดูแลต่อเนื่องและเชื่อมโยงการดูแลระหว่างครอบครัว สถาบัน และชุมชน เพื่อกระจายบริการสุขภาพและสังคมไปสู่กลุ่มเป้าหมายได้อย่างทั่วถึง ตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

คนึงนิจ ศรีบัวเอี่ยม (2554) ให้ความหมายของ ระบบการดูแลระยะยาว เป็นการจัดการดูแลกลุ่มบุคคลที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองให้ได้รับการดูแลจากผู้ดูแล ไม่ว่าจะเป็นผู้ดูแลอย่างเป็นทางการ หรือผู้ดูแลอย่างไม่เป็นทางการ เพื่อให้บุคคลกลุ่มนี้มีสุขภาพที่แข็งแรง สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุข โดยจะมุ่งเน้นการฟื้นฟูสภาพ การดำรงรักษาสุขภาพ และการส่งเสริมคุณภาพชีวิต ฉะนั้นระบบการดูแลระยะยาวจึงเป็นการดูแลทั้งทางด้านสุขภาพและด้านสังคม

ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หมายถึง การจัดบริการสุขภาพและสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการได้รับความช่วยเหลือของผู้สูงอายุ อันเนื่องมาจากภาวการณ์เจ็บป่วยเรื้อรัง ตลอดจนความชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวันได้ ซึ่งมีรูปแบบทั้งที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัว เพื่อนบ้าน) บริการทดแทนดังกล่าวจะเป็นบริการสังคมเพื่อมุ่งเน้นการบำบัดฟื้นฟูและส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถดำเนินชีวิตให้เป็นอิสระเท่าที่จะเป็นไปได้ บนพื้นฐานของการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ, 2552: 20)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สุธาสินี ช่วยใจดี (2556) ได้กล่าวว่า ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คือ การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง พิการ/ทุพพลภาพ ช่วยเหลือตนเองได้บางส่วน หรือไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้เลย ให้ได้รับความช่วยเหลือจากผู้ดูแลที่เป็นทางการ (บุคลากรทางด้านสุขภาพ) และผู้ดูแลไม่เป็นทางการ (ครอบครัว เพื่อนบ้าน) ในการให้ความช่วยเหลือครอบคลุมทุกมิติ ทางสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสภาพแวดล้อม

สรุปได้ว่า ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นการจัดบริการสุขภาพร่วมกับบริการทางสังคม เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน มีทั้งรูปแบบที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรทางการแพทย์) และรูปแบบไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัว เพื่อนบ้าน) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และดำรงชีวิตได้อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

1.2 ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในต่างประเทศ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของแต่ละประเทศมีความแตกต่างกันหลากหลาย บางประเทศนำแนวคิดการประกันทางสังคม (Social insurance) มาใช้ในรูปแบบของการประกันการดูแลระยะยาว (Long-term care insurance) บางประเทศนำแนวคิดเรื่องการบังคับการออมมาใช้ บางประเทศใช้แนวคิดของการจัดบริการสังคม (Social services) บางประเทศใช้แนวคิดความรับผิดชอบส่วนบุคคลเป็นหลัก หรือบางประเทศมีการผสมผสานหลักการต่างๆ เข้าด้วยกัน ความแตกต่างของแนวคิดดังกล่าวส่งผลให้รูปแบบวิธีการจัดหาเงินงบประมาณเพื่อการดูแลผู้สูงอายุมีความแตกต่างกัน บางประเทศผู้สูงอายุต้องใช้เงินรายได้และ/หรือเงินออมของตนเองเพื่อรับบริการดูแล บางประเทศผู้สูงอายุต้องมีส่วนร่วมจ่ายทั้งในส่วนของเบี้ยประกันและการจ่ายเงินบางส่วน ณ จุดรับบริการ หรือบางประเทศหากเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินว่ามีภาวะพึ่งพิงสูง รัฐบาลจะเป็นผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดูแลเอง (วิราภรณ์ โพธิศิริ และคณะ, 2559)

ประเทศญี่ปุ่น ได้เริ่มใช้ระบบการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบระบบการประกันการดูแลระยะยาว (Long Term Care Insurance) เมื่อปี พ.ศ.2543 ซึ่งก่อนจะเริ่มใช้ระบบ ยังคงเป็นครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลหลักของผู้สูงอายุ ต่อมาได้มีการพัฒนาปรับปรุงเป็นการใช้ระบบประกันการดูแลระยะยาว ซึ่งสามารถสรุปได้ 4 ประการ คือ ประการแรก เพื่อให้เป็นระบบช่วยเหลือกันระหว่างประชาชนทุกคนในการรองรับความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลระยะยาวยามชราภาพและมีภาวะพึ่งพิง ประการที่สอง เพื่อให้ได้รับการยอมรับจากประชาชนจึงจัดตั้งเป็นระบบประกันที่มีความชัดเจนระหว่างสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับและค่าใช้จ่ายที่ประชาชนต้องจ่าย ประการที่สาม เพื่อให้เป็นระบบที่มีความหลากหลายในด้านผู้ให้บริการ โดยผู้รับบริการสามารถเลือกผู้ให้บริการได้อย่างอิสระ และประการสุดท้าย เพื่อแยกการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวออกจากระบบประกันสุขภาพที่มีอยู่ ทำให้ระบบนี้เริ่มมีความเป็นรูปธรรมมากขึ้นในปีพ.ศ.2532 และต่อมาในปีพ.ศ.2557 รัฐบาลญี่ปุ่นได้แก้ไขกฎหมายเพื่อให้เกิด “ระบบการดูแลในพื้นที่แบบบูรณาการ” ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงได้รับ

บริการที่เหมาะสมในพื้นที่ที่ตนเองอาศัยอยู่ โดยออกแบบให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการทั้งบริการการรักษาพยาบาล บริการการดูแล บริการด้านที่อยู่อาศัย และบริการการสนับสนุนการใช้ชีวิตประจำวัน นำไปสู่การพัฒนาวิชาชีพขึ้นมาใหม่ เรียกว่า ผู้จัดการการดูแล (Care Manager) โดยการขอรับบริการการดูแลระยะยาวภายใต้ระบบใหม่นี้ ผู้ขอรับบริการ (หรือผู้ประกันตน) จะต้องยื่นเรื่องที่สำนักงานของรัฐบาลท้องถิ่นและเข้ารับการประเมินความจำเป็นในการรับบริการ ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจจากคณะกรรมการประเมิน ซึ่งใช้มาตรฐานการประเมินที่กำหนดไว้เหมือนกันทั่วประเทศ นอกจากนี้ยังต้องได้รับการรับรองจากแพทย์อีกด้วย ผู้ประกันตนที่เข้ารับการประเมินถูกจัดเป็น 3 ประเภท ได้แก่ ผู้ที่ต้องได้รับการดูแล ผู้ที่ต้องได้รับความช่วยเหลือ และผู้ที่ไม่เข้าข่าย เมื่อประเมินเสร็จเรียบร้อยแล้ว ผู้จัดการการดูแลจะออกแบบแผนการดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการบนพื้นฐานของผลการประเมิน ตามระดับของความจำเป็นในการรับการดูแลและสิทธิประโยชน์ที่ได้รับ

ประเทศเกาหลีใต้ เป็นสังคมที่ยึดหลักการดำรงชีวิตและการจัดระเบียบทางสังคมตามลัทธิขงจื๊อให้ความสำคัญกับความกตัญญูกตเวทีและการเคารพผู้อาวุโส ยึดหลักว่าครอบครัวมาก่อน สวัสดิการรัฐบาลมาทีหลัง ดังนั้นการดูแลผู้สูงอายุในสังคมเกาหลีใต้จะยึดการดูแลโดยครอบครัวเป็นหลัก แต่เมื่อเดือนกรกฎาคม ค.ศ.2008 รัฐบาลเกาหลีใต้ได้เริ่มนำระบบประกันการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ (Long Term Care Insurance System) มาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเปลี่ยนจากการดูแลโดยครอบครัวมาเป็นการดูแลโดยสังคมโดยใช้ระบบประกันสังคม และได้พัฒนาต่อเนื่องเป็นระบบประกันการดูแลระยะยาวเหมือนในประเทศญี่ปุ่น ในปีพ.ศ. 2551 โดยระบบประกันการดูแลระยะยาวในเกาหลีใต้ตั้งอยู่บนหลักการพื้นฐานเบื้องต้น 5 ประการ ได้แก่ ระบบถ้วนหน้ายึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง เปิดโอกาสให้มีเสรีภาพในการเลือกใช้บริการ เปิดให้มีส่วนร่วมจากผู้จัดบริการหลายภาคส่วน ยึดหลักความเป็นปึกแผ่นทางสังคม (Social Solidarity) และให้ความสำคัญกับการดูแลภายในครอบครัวที่เน้นการป้องกันและการฟื้นฟูเป็นอันดับแรก

ประเทศสิงคโปร์ มีรูปแบบการบริการการดูแลผู้สูงอายุหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การบริการการดูแลในศูนย์ (Center-Based Care) การบริการการดูแลระยะสั้น (Respite Care) และการบริการการดูแลที่บ้าน (Home-Based Care) โดยการเข้ารับการดูแลจากบริการประเภทต่างๆ ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลสามารถติดต่อผ่าน Agency for Integrated Care หรือ AIC ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ประสานการส่งตัวผู้รับการดูแลไปยังระบบต่างๆ โดยหน่วยงานนี้จะได้รับเงินอุดหนุนผ่านกระทรวงสาธารณสุข (Ministry of Health)

ประเทศมาเลเซีย มีระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ยังไม่เป็นรูปธรรมมากนัก แต่ก็ได้เริ่มมีการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุบ้าง เช่น การก่อตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุรายวัน (Pusat Jagaan Harian Waega Emas) เพื่อส่งเสริมพฤฒพลัง (Active Aging) นอกจากนี้ Department of Social Welfare

ได้ร่วมมือกับ Help Age Korea ผลักดันโครงการ Home Help Services Program เพื่อจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยอาสาสมัครตั้งแต่ปีค.ศ.2011 เป็นต้นมา

ประเทศจีน ยังคงเน้นการดูแลผู้สูงอายุโดยครอบครัว เพื่อเป็นการตอบแทนและแสดงความกตัญญูกตเวทีต่อบุพการีตามอิทธิพลลัทธิขงจื๊อ แต่ก็ประสบกับปัญหาสังคมสูงวัยซึ่งเป็นปัญหาสำคัญระดับประเทศ 5 ประการ ได้แก่ สูงวัย ชราภาพ อยู่ลำพัง มีภาวะพึ่งพิง และยากจน ส่งผลให้รัฐบาลต้องให้ความสำคัญเรื่องการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุมากกว่าในอดีตที่ผ่านมา การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในจีนจะเน้นไปที่การเกื้อหนุนผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยในการคุ้มครองชีวิตความเป็นอยู่ขั้นพื้นฐานและการช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาลและการดูแล นอกจากนี้รัฐบาลพยายามกำลังขยายการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุไปยังชนชั้นกลาง โดยกำหนดเป้าหมายอย่างเป็นรูปธรรมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในแผนพัฒนากิจการดูแลผู้สูงอายุ ฉบับที่ 12 (พ.ศ.2554-2559) ว่าการดูแลผู้สูงอายุร้อยละ 90 เป็นการดูแลที่บ้าน (Home-Based Care) ในขณะที่ร้อยละ 7 เป็นการดูแลในสถาบันระดับชุมชนในระยะสั้น และร้อยละ 3 เป็นการดูแลในสถาบันต่างๆในระยะยาวหรือในสถานบริบาล (Institutional Care) โดยจัดความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลทั้งสามประเภทให้เป็นแบบเสริมซึ่งกันและกัน ไม่ใช่เป็นการทดแทนกัน กล่าวได้ว่าการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในจีนยังคงเป็นแบบไม่เป็นทางการโดยมีครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลักเช่นอดีตที่ผ่านมา

ประเทศสหรัฐอเมริกา มีการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่สามารถแบ่งออกเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) การบริการดูแลที่บ้าน (Home Care) ซึ่งเป็นบริการช่วยครอบครัวหรือผู้ที่อาศัยอยู่กับผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุ 2) บ้านพักผู้สูงอายุ (Residential Care) ซึ่งให้บริการเกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวัน เช่น การทำอาหาร การทำงานบ้าน การเตือนเรื่องรับประทานยา การช่วยเหลือกิจกรรม ดูแลความสะอาดของตนเอง รวมไปถึงการให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง 3) สถานบริบาลผู้สูงอายุ (Nursing Homes) ซึ่งเป็นการดูแลทางการแพทย์และการพยาบาล และ 4) สถานดูแลผู้สูงอายุระหว่างวันในชุมชน ซึ่งสหรัฐอเมริกามีการจัดบริการให้ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังหลายโรคเพื่อที่จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุ และลดการใช้ทรัพยากรสาธารณสุข ตลอดจนการจัดบริการการดูแลแบบ Guided Care ที่มีพยาบาลวิชาชีพซึ่งผ่านหลักสูตรการอบรมเพิ่มเติมของ Guided Care และอยู่ในหน่วยเวชปฏิบัติปฐมภูมิเป็นผู้ดูแลหลัก 1 คน เรียกว่า Guided Care Nurse (GNC) ทำงานร่วมกับแพทย์ปฐมภูมิ (Primary Care Physicians: PCPs) เพื่อดูแลผู้ป่วย 50-60 คนที่ต้องการการดูแลระยะยาว และมีความเสี่ยงสูงที่จะใช้บริการสุขภาพมาก

ประเทศสหราชอาณาจักร ได้พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวแบบแยกส่วนตามประเทศ/แคว้น คือ อังกฤษ เวลส์ สกอตแลนด์ และไอร์แลนด์ อย่างไรก็ตามประมาณร้อยละ 83 ของประชากรทั้งหมดของสหราชอาณาจักรอาศัยอยู่ในอังกฤษ ดังนั้นประชากรชาวอังกฤษจึงเป็นผู้ใช้บริการการดูแลระยะยาวมากที่สุดของประเทศ ระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในอังกฤษสามารถแบ่ง

ออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่ 1) การให้บริการผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้านและชุมชน บริการเหล่านี้ประกอบด้วยการดูแลที่บ้าน (Home Care) และการให้ความช่วยเหลือที่บ้าน การให้บริการทางการพยาบาลในชุมชน บริการดูแลระหว่างวันที่โรงพยาบาลหรือศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ กลุ่มรับประทานอาหารกลางวัน บริการดูแลมือและเท้า และการทำกายภาพบำบัด และ 2) บริการในสถานพยาบาล ได้แก่ บ้านพักผู้สูงอายุ สถานบริบาล ผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังมีสถานดูแลระยะสุดท้าย (Hospice Care) เพื่อช่วยดูแลอาการเจ็บป่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีมากเท่าที่จะมากได้ โดยรัฐบาลอังกฤษได้ลงทุนพัฒนาที่อยู่อาศัยที่ให้การดูแลเป็นพิเศษ

สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2552) ซึ่งได้สรุปเกี่ยวกับ การจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในต่างประเทศหลากหลายประเทศ พบว่าแต่ละประเทศใช้เทคนิคในการปฏิบัติงานแบบบูรณาการหลากหลายวิธี เช่น การสร้างระบบการเชื่อมประสานบริการ การดูแลแบบ Intermediate Careและการทำงานร่วมกัน การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน การสร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะราย การสร้างเครือข่ายการดำเนินงานด้านสุขภาพและสังคม การประเมินสภาวะแวดล้อมในชุมชน และหน่วยบำบัดฟื้นฟูที่บ้าน ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) สร้างระบบการเชื่อมประสานบริการที่เกี่ยวข้องทั้งในด้านทรัพยากร ด้านการสนับสนุนการดูแลจากครอบครัวและชุมชน ด้านความร่วมมือในการปฏิบัติงานระหว่างองค์การหรือสถาบันหลักและหน่วยงานในชุมชน รวมไปถึงอาสาสมัครในการจัดบริการแก่ผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึงมากยิ่งขึ้น เพื่อให้ได้รับบริการระยะสั้นจากโรงพยาบาลสู่การดูแลระยะยาวที่บ้านของผู้สูงอายุ

2) การจัดระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) และทำงานร่วมกัน เป็นกลไกสำคัญอีกประการหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลครอบคลุมทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคม อีกทั้งเป็นการตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่เพิ่งผ่านระยะการเจ็บป่วยเฉียบพลัน โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระมากที่สุดในชุมชน ขณะเดียวกันก็เป็นการเตรียมความพร้อมครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่บ้าน บริการดังกล่าวจึงเป็นตัวเชื่อมระหว่างบริการระยะเฉียบพลันและบริการระยะยาว และสามารถลดหรือป้องกันภาวะพึ่งพิงถาวรที่อาจเกิดขึ้นได้

3) การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน เนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องได้รับบริการหลากหลายทั้งในด้านบริการสุขภาพและบริการสังคม จำเป็นต้องมีการเชื่อมโยงและแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการให้บริการ ดังนั้นจำเป็นต้องมีมาตรการเก็บรักษาความลับของข้อมูลของผู้สูงอายุ และปกป้องการนำไปใช้ประโยชน์ในทางมิชอบ โดยผู้ที่ทำหน้าที่เป็นแกนหลักต้องตกลงเรื่องแบบฟอร์มของข้อมูล กำหนดเงื่อนไขและบุคคลที่จะเข้าถึงข้อมูลให้ชัดเจน

4) การสร้างแบบแผนการดูแลเฉพาะราย เพื่อสร้างความมั่นใจแก่ญาติและผู้ดูแลว่าผู้สูงอายุจะได้รับบริการอย่างทันท่วงทีในกรณีที่เกิดการเจ็บป่วยกะทันหัน หรือต้องการความช่วยเหลืออย่าง

เร่งด่วน ตลอดจนการติดตามหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการเตรียมบริการดูแลฉุกเฉินเฉพาะให้

5) การสร้างเครือข่ายการดำเนินงาน เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้การบริการด้านสุขภาพและด้านสังคมสามารถบูรณาการการดำเนินงานและการปฏิบัติงานได้มากยิ่งขึ้น การสร้างเครือข่ายจะเป็นประโยชน์ทั้งในด้านการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร แนวคิด ทักษะการปฏิบัติงาน การสนับสนุนทรัพยากรซึ่งกันและกัน รวมถึงการทำงานร่วมกันในลักษณะการบูรณาการระหว่างเครือข่ายต่างๆ

6) การประเมินสภาวะแวดล้อมในชุมชน เป็นอีกเทคนิคหนึ่งที่เป็นการบูรณาการการดูแลระยะยาวที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน โดยการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม และเอื้อต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

7) การจัดบริการการบำบัดฟื้นฟูที่บ้าน เป็นการจัดบริการเชิงรุกเพื่ออำนวยการเข้าถึงบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เนื่องจากคนกลุ่มนี้มีความยากลำบากในการเคลื่อนย้ายและการเดินทางไปที่โรงพยาบาล จึงจัดให้มีบริการฝึกอบรมญาติและผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุ อีกทั้งการดัดแปลงอุปกรณ์ที่จะใช้ในการฟื้นฟูให้เหมาะสมกับบริบทของการใช้งานของผู้สูงอายุ

สำหรับความแตกต่างของระบบการดูแลระยะยาวในประเทศพัฒนาแล้วกับประเทศกำลังพัฒนา คือ ประเทศกำลังพัฒนาพึ่งพาการดูแลแบบไม่เป็นทางการ หรือการดูแลในครอบครัวและชุมชนเป็นหลัก โดยมีระบบบริการจากภาครัฐให้การสนับสนุนที่น้อยมากหรือไม่มีเลย ขณะที่การดูแลระยะยาวในประเทศพัฒนาแล้วหรือประเทศอุตสาหกรรมที่มีรัฐสวัสดิการมีจุดเริ่มต้นจากการดูแลในสถานเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่รัฐเป็นผู้จัดให้ในอดีตมาสู่แนวทางการดูแลภายในบ้านและชุมชน โดยมีการจัดบริการให้การสนับสนุนแก่ผู้ดูแลในครอบครัวเพื่อให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังคงอาศัยการดูแลแบบไม่เป็นทางการ เนื่องจากการต่อเนื่องและเชื่อมโยงของบริการที่จัดแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงถือเป็นหัวใจสำคัญของความสำเร็จในการจัดระบบการดูแลระยะยาวจำเป็นจะต้องมีการประสานการปฏิบัติงานและการสนับสนุนการดูแลจากครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น

กล่าวได้ว่า ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในต่างประเทศ มีความแตกต่างกันที่แนวคิดในการบูรณาการเทคนิคในจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุซึ่งอ้างอิงจากสภาพความมั่นคงทางสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ ส่งผลให้แต่ละประเทศมีการจัดรูปแบบการจัดบริการและการให้การสนับสนุนจากรัฐบาลในประเทศนั้นๆ ที่แตกต่างกันออกไป แต่ยังคงหลักการสำคัญที่เหมือนกัน คือ เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น เป็นพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุ

1.3 สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย

กลุ่มผู้สูงอายุในประเทศไทยมีอัตราสูงขึ้น เนื่องจากการพัฒนาการด้านวิทยาศาสตร์และการสาธารณสุข โดยเฉพาะวิธีป้องกันและรักษาโรค ทำให้มีอัตราการตายลดลง มนุษย์มีอายุยืนยาวขึ้น

จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557 ของ ปราโมทย์ ประสาทกุล (2558: 24) ได้กล่าวว่า ประเทศไทยได้เข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (Aged society) ตั้งแต่ปี 2548 หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7) จากนั้นใช้เวลา 16 ปี เข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” (Complete aged society) ในปี 2564 หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14) และจะใช้เวลาอีก 10 ปี ก็จะกลายเป็น “สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด” (Super aged society) ประมาณปี 2574 หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20) และพบว่ารูปแบบโครงสร้างครอบครัวที่ได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมากในรอบ 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมานี้ ประชากรไทยอาศัยอยู่ในครัวเรือนที่มีขนาดเล็กลงอย่างมาก จากในอดีตมีประชากรโดยเฉลี่ย 5 คนต่อครัวเรือน ในปี 2543 ขนาดครัวเรือนได้เล็กลงเหลือ 4 คน และใน ปี 2557 พบว่าครัวเรือนไทยมีขนาดเฉลี่ยเหลือเพียง 3 คนเท่านั้น ส่งผลต่อรูปแบบการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในลักษณะการอยู่ตามลำพังคนเดียวหรืออยู่ตามลำพังกับคู่สมรสมีสัดส่วนที่สูงขึ้น โดยเฉพาะในเขตเมืองหรือเขตเทศบาลจะมีผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพัง คิดเป็นร้อยละมากกว่านอกเขตเทศบาล หากสัดส่วนและจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวหรืออยู่ตามลำพังกับคู่สมรสมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นไปอีกในอนาคต ก็ย่อมจะมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว

จากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในสังคมไทยประกอบกับปัญหาโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะโรคซึมเศร้า โรคข้อเข่าเสื่อม โรคหัวใจ และภาวะอัมพฤกษ์/อัมพาตเพิ่มมากขึ้น (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2558) ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงและต้องการการดูแลจำนวนมาก ทั้งการดูแลภายในครอบครัวและการดูแลในสถานบริการ (ศิริพันธุ สาสัตย์ และคณะ, 2552) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2559) ได้สำรวจและคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2560 จะมีผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงถึงร้อยละ 10 หรือประมาณ 1 ล้านคน โดยมีความต้องการพึ่งพิงบางส่วน (ประเภทติดบ้าน) ร้อยละ 85 หรือประมาณ 8.5 แสนคน และมีความต้องการพึ่งพิงทั้งหมด (ประเภทติดเตียง) ร้อยละ 15 หรือประมาณ 1.5 แสนคน จึงจำเป็นต้องมีการสำรวจและจำแนกระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุเพื่อประเมินความต้องการบริการสุขภาพและบริการสังคมแต่ละราย และวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม

ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง คือ ผู้สูงอายุที่มีความยากลำบากในการใช้ชีวิตประจำวันอย่างเป็นอิสระด้วยตนเอง (Barthel Activities of Daily Living: ADL) อันหมายถึงความจำกัดในการดูแลตนเองในกิจกรรมพื้นฐาน ได้แก่ การอาบน้ำ การแต่งตัว การขับถ่าย การลุก-นั่ง การเดิน การเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร ตลอดจนกิจกรรมอื่นๆ ที่จำเป็นในชีวิตปกติ เช่น การเดินทาง การซื้อของ การนับเงิน การทำความสะอาดบ้านเรือน การทำอาหาร เป็นต้น โดยแบบประเมินผู้สูงอายุ

ตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) โดยให้เกณฑ์คะแนนการประเมิน ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

1) Feeding (การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)

คะแนน 0 ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้

คะแนน 1 ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย

คะแนน 2 ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2) Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)

คะแนน 0 ต้องการความช่วยเหลือ

คะแนน 1 ทำเองได้

3) Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)

คะแนน 0. ไม่สามารถนั่งได้

คะแนน 1. ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้

คะแนน 2. ต้องการความช่วยเหลือบ้าง

คะแนน 3. ทำได้เอง

4) Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)

คะแนน 0. ช่วยตัวเองไม่ได้

คะแนน 1. ทำเองได้บ้าง

คะแนน 2. ช่วยตัวเองได้ดี

5) Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

คะแนน 0. เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้

คะแนน 1. ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง

คะแนน 2. เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย

คะแนน 3. เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6) Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

คะแนน 0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย

คะแนน 1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย

คะแนน 2. ช่วยตัวเองได้ดี

7) Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

คะแนน 0. ไม่สามารถทำได้

คะแนน 1. ต้องการคนช่วย

คะแนน 2. ขึ้นลงได้เอง

8) Bathing (การอาบน้ำ)

คะแนน 0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้

คะแนน 1. อาบน้ำเองได้

9) Bowels (การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

คะแนน 0. กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ

คะแนน 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง

คะแนน 2. กลั้นได้เป็นปกติ

10) Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

คะแนน 0. กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้

คะแนน 1. กลั้นไม่ได้บางครั้ง

คะแนน 2. กลั้นได้เป็นปกติ

แปลคะแนนการประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) สามารถแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

คะแนน ADL 0-4 คะแนน มีภาวะพึ่งพิง (ติดเตียง)

คะแนน ADL 5-11 คะแนน มีภาวะพึ่งพิงรุนแรงถึงปานกลาง (ติดบ้าน)

คะแนน ADL 12 คะแนนขึ้นไป มีศักยภาพไม่ต้องการพึ่งพา (ติดสังคม)

การคัดกรองระดับภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุนั้นมีความจำเป็นต่อการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายอย่างเหมาะสม ไม่ได้ทำพียงให้มีข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเท่านั้น การคัดกรองจะมีประโยชน์ก็ต่อการให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้การคัดกรองเบื้องต้นสามารถดำเนินการได้โดยอาสาสมัครสาธารณสุข หรือผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้แบบคัดกรองที่พัฒนาขึ้นโดยกรมอนามัยและผ่านการทดสอบมาแล้ว สามารถจำแนกผู้สูงอายุได้เป็น 3 กลุ่ม คือ

1) ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ (กลุ่มติดสังคม) ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้ มีคะแนนรวมความสามารถทางร่างกายเท่ากับหรือมากกว่า 12 คะแนน

2) ผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวได้บ้าง ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง (กลุ่มติดบ้าน) มีคะแนนรวมความสามารถทางร่างกายอยู่ในช่วง 5-11 คะแนน

3) ผู้สูงอายุกลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ (กลุ่มติดเตียง) มีคะแนนรวมความสามารถทางร่างกายอยู่ในช่วง 0-4 คะแนน

การตรวจประเมินภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุร่วมกับประเมินศักยภาพของครอบครัวในการดูแลและระดับความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแลเฉพาะราย ผู้ที่จัดอยู่ในกลุ่มติดบ้านและติดเตียงเมื่อผ่านการคัดกรองจำแนกข้างต้นแล้วต้องได้รับการประเมินโดย ผู้จัดการการดูแล (Care Manager) เป็น

ระยะๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ประเมินซ้ำเพื่อดูความถูกต้องของการคัดกรองร่วมกับประเมินความจำเป็นด้านบริการสุขภาพและบริการด้านสังคมของผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลและได้รับบริการ 2) เพื่อจัดทำแผนการดูแลเฉพาะราย (Care Plan) สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแล 3) ทำการประเมินซ้ำเป็นระยะตามความจำเป็น เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของระดับการพึ่งพิงและการได้รับการตอบสนองตามความต้องการจำเป็นของผู้สูงอายุ เมื่อมีการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ข้อมูลจากการคัดกรองและประเมินภาวะพึ่งพิงผู้สูงอายุนี้ยังเป็นเครื่องมือสำคัญในการประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อสร้างความตระหนักของคนในชุมชนท้องถิ่น และวางแผนการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายนั้นๆ ร่วมกัน

ประเทศไทยได้แบ่งกลุ่มย่อยผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มเติม เพื่อให้เหมาะสมกับการดำเนินงานดูแลส่งเสริมผู้สูงอายุระยะยาวตามชุดสิทธิประโยชน์ออกเป็น 4 กลุ่มย่อย ดังนี้ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

1) กลุ่มติดบ้าน (กลุ่มที่ 1) มีคะแนน ADL 5-11 คะแนน เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง

2) กลุ่มติดบ้าน (กลุ่มที่ 2) มีคะแนน ADL 5-11 คะแนน เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย แต่มีภาวะสับสนทางสมอง

3) กลุ่มติดเตียง (กลุ่มที่ 3) มีคะแนน ADL 0-4 คะแนน เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง

4) กลุ่มติดเตียง (กลุ่มที่ 4) มีคะแนน ADL 0-4 คะแนน เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการกินหรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต

ส่วนเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ TAI (Typology of The Aged with Illustration) ได้ถูกนำมาใช้ในการวางแผนการรักษาและการคำนวณต้นทุนค่าใช้จ่ายที่แตกต่างกัน ประกอบด้วยการประเมิน 4 ด้าน ได้แก่

1) ด้านการเคลื่อนที่ (Motility)

2) ด้านจิตใจและสติปัญญา (Mental)

3) ด้านการกินอาหาร (Eating)

4) ด้านการขับถ่าย (Toilet)

แต่ละมิติจะแบ่งระดับเป็น 6 ระดับตามความสามารถในการทำกิจกรรมนั้น โดย 0 เป็นระดับที่ทำกิจกรรมนั้นได้น้อยที่สุด และ 5 เป็นระดับที่ทำกิจกรรมนั้นได้มากที่สุด และเมื่อนำกิจกรรมทั้ง 4 ด้าน มาพิจารณาร่วมกันจะสามารถแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่มใหญ่ (9 กลุ่มย่อย) ได้แก่

1) กลุ่ม Immobilize กลุ่มที่เคลื่อนที่ได้น้อย(ติดเตียง) และมีปัญหาด้านการกิน

1.1 กลุ่มที่เคลื่อนที่ได้น้อย(ติดเตียง) และมีปัญหาการกินอาหารมาก เรียกกลุ่ม I1

1.2 กลุ่มที่เคลื่อนที่ได้น้อย(ติดเตียง) และมีปัญหาการกินอาหารปานกลาง เรียกกลุ่ม I2

1.3 กลุ่มที่เคลื่อนที่ได้น้อย(ติดเตียง) และมีปัญหาการกินอาหารเล็กน้อย เรียกกลุ่ม I3

2) กลุ่ม Confuse หรือกลุ่มที่มีปัญหาไม่ตอบสนองต่อสิ่งเร้า หรือไม่รู้บุคคล เวลา สถานที่ หรือมีปัญหาพฤติกรรมซึ่งสร้างความรำคาญหรือเดือดร้อนต่อผู้ดูแล หรือมีปัญหาในด้านการตัดสินใจหรือความจำ

2.1 กลุ่ม Confuse มาก ร่วมกับมีปัญหาการกินและขับถ่ายมาก เรียกกลุ่ม C2

2.2 กลุ่ม Confuse มาก ร่วมกับมีปัญหาการกินและขับถ่ายปานกลาง เรียกกลุ่ม C3

2.3 กลุ่ม Confuse มาก ร่วมกับมีปัญหาการกินและขับถ่ายน้อย เรียกกลุ่ม C4

3) กลุ่ม Border คือกลุ่มที่เคลื่อนที่ได้ดี หรือต้องการช่วยเหลือบ้าง และสับสนน้อย คือ รู้บุคคล เวลา สถานที่ และไม่มีปัญหาพฤติกรรมผิดปกติ แต่อาจมีเพียงการสูญเสียความจำหรือการตัดสินใจ

3.1 กลุ่ม Border ที่มีปัญหาในเรื่องการกินและการขับถ่ายมาก เรียกกลุ่ม B3

3.2 กลุ่ม Border ที่มีปัญหาในเรื่องการกินและการขับถ่ายปานกลาง เรียกกลุ่ม B4

3.3 กลุ่ม Border ที่ไม่มีปัญหาในเรื่องการกินและการขับถ่ายน้อย เรียกกลุ่ม B5

จากสภาพความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง จะเห็นได้ว่าจำเป็นต้องได้รับบริการทั้งในด้านบริการด้านสุขภาพและบริการด้านสังคม โดยการจัดชุดสิทธิประโยชน์ด้านบริการด้านสุขภาพให้เป็นไปตามระดับความต้องการจำเป็นของผู้สูงอายุ ให้ได้รับการดูแลจากทีมสหวิชาชีพจากหน่วยบริการปฐมภูมิ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลอย่างต่อเนื่องตามชุดสิทธิประโยชน์ที่ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2559) แบ่งระดับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

1) บริการด้านสาธารณสุข ได้แก่

1.1 บริการการตรวจคัดกรอง ประเมินความต้องการดูแล

1.2 บริการดูแลที่บ้าน สร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรค

1.3 บริการกายภาพบำบัด และกิจกรรมบำบัด

1.4 บริการด้านการพยาบาล และอุปกรณ์เครื่องช่วยทางการแพทย์

2) บริการด้านสังคม ได้แก่

2.1 บริการช่วยเหลืองานบ้าน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2.2 บริการอุปกรณ์ช่วยเหลือทางสังคม กิจกรรมนอกบ้าน และอื่นๆ

กล่าวได้ว่า สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย ได้มีการเปลี่ยนแปลงของจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นประกอบกับปัญหาโรคเรื้อรัง ส่งผลทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงและต้องการการดูแลจำนวนมาก รัฐบาลจึงให้ความสำคัญและตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวเพื่อแก้ไขปัญหาให้ผู้สูงอายุที่

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

มีภาวะพึ่งพิงให้สามารถเข้าถึงระบบบริการทางสุขภาพและบริการทางสังคมได้อย่างทั่วถึง โดยการคัดกรองแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์ด้านบริการด้านสุขภาพให้เป็นไปตามระดับความต้องการจำเป็นของผู้สูงอายุแต่ละราย

1.4 การศึกษาระบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย

จากการศึกษาระบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยในงานวิจัยหลายชิ้น พบตรงกันว่าครอบครัวไทยมีข้อจำกัดในการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุมากขึ้น เนื่องจากการลดลงของภาวะเจริญพันธุ์ที่ทำให้บุตรซึ่งเป็นผู้ดูแลหลักมีจำนวนลดลงมาก รวมทั้งแบบแผนการย้ายถิ่นของคนในวัยหนุ่มสาว และคนในวัยแรงงานที่ย้ายออกจากถิ่นที่เกิดไปทำงานในพื้นที่อื่น ทำให้กำลังหลักของครอบครัวที่จะดูแลผู้สูงอายุระยะยาวลดลง (จอห์น โนเดล และนภาพร ชโยวรรณ, 2552) ด้วยเหตุนี้ที่ผ่านมารัฐบาลจึงมีความพยายามที่จะพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุโดยใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลระยะยาว ส่งผลให้เกิดกิจกรรมและโครงการต่างๆ ขึ้น เช่น กิจกรรมเพื่อนช่วยเพื่อน อันนำไปสู่การพัฒนาโครงการอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (อผส.) ในปีพ.ศ.2546 และขยายผลครอบคลุมทั่วประเทศในอีก 10 ปีต่อมา โครงการพัฒนารูปแบบระบบบริการสังคมเชิงบูรณาการโดยชุมชนสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย (Community Health Care and Social Welfare Services Model for Thai Older Persons: CTOP) ซึ่งริเริ่มโดยกระทรวงสาธารณสุขในปีพ.ศ.2550 และได้รับการพัฒนาต่อยอดมาเป็นโครงการพัฒนารูปแบบบริการระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพิง รวมทั้งกลุ่มอายุอื่นที่ต้องการความช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน (Long Term Care Service Development for the Frail Elderly and Other Vulnerable People: LTOP) ในปีพ.ศ.2556 กิจกรรมและโครงการเหล่านี้ก่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนในรูปภาคีเครือข่าย ที่ประกอบด้วยองค์การและบุคลากรด้านสุขภาพ (โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และอสม.) องค์กรปกครองท้องถิ่น (เทศบาล/อบต.) หน่วยราชการส่วนภูมิภาค (สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด) และภาคีอื่นๆ ในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ วัด โรงเรียน สถาบันอุดมศึกษา เป็นต้น (วิราภรณ์ โพธิศิริ และคณะ, 2556)

สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2552) เรื่อง บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาวมักตามมาด้วยปัญหาโรคเรื้อรังอันเกิดจากสมรรถภาพทางกายที่ลดลง และก่อให้เกิดภาวะพึ่งพิงในที่สุด จึงจำเป็นต้องมีรูปแบบเฉพาะในการให้บริการภายใต้การบูรณาการด้านสุขภาพและสังคมเข้าด้วยกัน เพื่อให้ผู้สูงอายุที่เข้าสู่ภาวะพึ่งพิงและต้องการระบบการดูแลระยะยาว (Long Term Care) ให้ผู้สูงอายุทุกรายสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพและได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนการศึกษาของ สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ (2553) พบว่า ระบบบริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมที่ผ่านมา มุ่งเน้นให้บริการแก่ประชาชนที่ไม่มีภาวะพึ่งพิง การ

บริการสาธารณสุขและบริการด้านสังคมในชุมชนหรือในสถานบริการในชุมชนสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงยังมีข้อจำกัดอีกมาก ทั้งลักษณะการช่วยเหลือด้านสังคมมักเป็นการสงเคราะห์เป็นครั้งคราว เฉพาะหน้ามิใช่การดูแลอย่างต่อเนื่อง ภาระหลักในการดูแลผู้สูงอายุยังเป็นหน้าที่หลักของครอบครัว ในขณะที่สถานบริบาลระยะยาวและระยะกลางในสังคมไทยยังไม่ได้รับการพัฒนาเท่าที่ควร ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายที่ครอบครัวต้องแบกรับภาระในการรับบริการดูแลในสถานบริบาลสูงถึง 15,000-52,500 บาทต่อเดือน ขณะที่ต้นทุนทางเศรษฐศาสตร์ของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงปานกลางถึงพึ่งพิงทั้งหมดของครัวเรือนที่มีรายได้ปานกลางขึ้นไปอยู่ที่ 81,537 บาทต่อปี ทั้งที่รายได้เฉลี่ยของประชากรไทยอยู่ที่ประมาณ 187,000 บาทต่อปีเท่านั้น

แม้ว่าผู้สูงอายุทุกคนจะมีสิทธิ์ได้รับบริการสุขภาพตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในการดูแลรักษา ตลอดจนการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพก็ตาม แต่ข้อจำกัดที่สำคัญของระบบบริการสาธารณสุขของไทยต่อการให้บริการ ได้แก่ ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในปัจจุบันยังคงเน้นการดูแลแบบเฉียบพลันเป็นหลัก โดยเฉพาะระบบการดูแลในโรงพยาบาล ซึ่งเมื่อพ้นระยะเฉียบพลันไปแล้วยังมีช่องว่างในการให้บริการอยู่มาก เช่น กรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งจำเป็นต้องได้รับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ แต่กลับพบว่าได้รับการฝึกสอนทำกายภาพบำบัดเพียง ร้อยละ 55 และได้รับการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) เพียงร้อยละ 22 ก่อนจำหน่าย ทั้งที่บริการและข้อมูลดังกล่าวเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการวางแผนและตั้งเป้าหมายในการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยกลุ่มนี้ ระบบบริการปฐมภูมิ ก็มีข้อจำกัดด้านบุคลากรทั้งในแง่ของจำนวนและศักยภาพของบุคลากรในการให้บริการที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ โรงพยาบาลชุมชนหลายแห่งได้มีการจ้างนักกายภาพบำบัดในการให้บริการในโรงพยาบาลและบริการเชิงรุก และโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง จัดทีมให้บริการเชิงรุกในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน (Home Health Care) เพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง อย่างไรก็ดีจากการประเมินการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมอง พบว่าผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวเพียงสองในสามที่ได้รับการทำกายภาพบำบัดภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล และส่วนใหญ่เป็นการทำให้โดยญาติโดยผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาในเขตโรงพยาบาลอำเภอที่มีนักกายภาพบำบัดเท่านั้น

เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุวิณี วิวัฒน์วานิช และคณะ (2555) พบว่า ระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันยังคงมุ่งเน้นการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน แต่ไม่ได้มีระบบการดูแลที่เป็นรอยต่อระหว่างโรงพยาบาล บ้าน และชุมชน ประกอบกับประเทศไทยมีระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ากำหนดให้การเบิกจ่ายทางการคลังของระบบสุขภาพเป็นการเรียกเก็บตามกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Group: DRG) ทำให้โรงพยาบาลต้องจำกัดจำนวนวันนอน (Length Of Stay: LOS) ส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีสภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังและมีภาวะพึ่งพิงยังคงมีความต้องการการดูแล

ต่อเนื่อง ไม่ได้รับการตอบสนองในการดูแลจนเกิดภาวะแทรกซ้อน และต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Re-admit) อันเนื่องมาจากความไม่พร้อมในการดูแลของครอบครัวโดยสาเหตุที่ว่าไม่มีผู้ดูแล ผู้ดูแลไม่มีความสามารถในการดูแลโดยเฉพาะเรื่องการดูแลที่ซับซ้อน ผู้ดูแลไม่มีความสามารถในการทำกายภาพบำบัด หรือตอบสนองความต้องการช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวัน การขาดอุปกรณ์ช่วยในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตลอดจนความต้องการการช่วยเหลือเรื่องปรับปรุงบ้านที่พักอาศัยให้สะดวกในต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ปลอดภัยจากปัญหาความยากลำบาก

นอกจากนั้นบทบาทการให้บริการด้านสุขภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิในปัจจุบัน ยังจำกัดอยู่เฉพาะบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น ทั้งที่มิติด้านสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นกว้างกว่ามิติทางการแพทย์และสาธารณสุข อีกทั้งทักษะและความรู้ของเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและอาสาสมัครในชุมชน (อสม.และ ผสส.) ที่เคยประสบความสำเร็จในการดูแลสุขภาพประชาชนจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันในอดีตนั้น ไม่เพียงพอต่อความต้องการการบริการของชุมชนในปัจจุบัน ที่เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง และต้องการการดูแลที่ต่อเนื่องรอบด้าน นอกจากนั้นอาสาสมัครที่ถึงแม้จะมีใจในการสนับสนุนการดำเนินงาน แต่ก็มีข้อจำกัดเรื่องเวลาที่จะทำงานไม่ได้ต่อเนื่องสม่ำเสมอ รวมถึงด้านของการบริการที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพพลภาพหรือพิการทั้งจากโรคและความเสื่อมของอวัยวะที่มีลักษณะเรื้อรังและไม่เหมาะสำหรับการดูแลในโรงพยาบาลทั่วไปแล้วนั้น บริการของรัฐที่มีอยู่ยังไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการในลักษณะดังกล่าวได้อย่างเหมาะสมและทั่วถึง ทั้งจากการไม่มีบริการประเภทนี้หรือการขาดบุคลากรที่เพียงพอต่อการให้บริการ นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้สูงอายุในการสำรวจปีพ.ศ. 2550 พบว่า เกือบร้อยละ 70 ของผู้ดูแลตอบว่าไม่ได้รับความช่วยเหลือจากชุมชน และมีประมาณร้อยละ 30 ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระดับสูงยังคงเป็นครอบครัวต้องรับภาระการดูแลแต่โดยลำพัง โดยการแสวงหาบริการจากภาคเอกชนในกรณีที่ครอบครัวมีกำลังทรัพย์ในซื้อบริการการดูแล ส่วนผู้สูงอายุที่ขาดผู้ดูแลก็ต้องผจญชะตากรรมที่น่าเวทนา ดังปรากฏในรายการทีวีอยู่เนืองๆ เช่น รายการวงเวียนชีวิต รายการสกู๊ปชีวิต เป็นต้น ในขณะที่ความสามารถของครอบครัวในการให้การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องได้รับการดูแลระดับสูงกลับมีแต่จะลดน้อยลง ดังได้กล่าวมาแล้วข้างต้น การให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงซึ่งต้องการทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายที่สูงในการดูแลระยะยาวจึงเป็นภาระหนักสำหรับครอบครัว หากปราศจากมาตรการเกื้อหนุนจากภาครัฐและชุมชนที่เหมาะสม

กล่าวได้ว่า การศึกษาระบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย มีความสอดคล้องกันของทุกการศึกษาที่ว่า ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบันยังคงมุ่งเน้นการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน แต่ไม่ได้มีระบบการดูแลที่เป็นรอยต่อระหว่างโรงพยาบาล บ้าน และชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงยังคงเป็นภาระการดูแลของครอบครัวแต่โดยลำพัง รวมถึงจำนวนบุคลากรทางการแพทย์ที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการในปัจจุบัน

1.5 รูปแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2000 อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552: 13-14) ได้แบ่ง รูปแบบระบบการดูแลระยะยาว ตามมิติของสถานที่และหน่วยงานหลักในการจัดบริการ ออกเป็น 4 ประเภท ดังนี้

1) การดูแลระยะยาวในสถาบัน (Institute Long-Term Care) หมายถึง การเตรียมการดูแลของบุคคลตั้งแต่ 3 คน หรือมากกว่าในสถานที่เดียวกัน

2) การดูแลที่บ้าน (Home Care) เป็นการเตรียมการดูแลในบ้านหรือการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลบุคคลที่ครอบครัวออกไปทำงานที่อื่น หรือเป็นชุมชนแออัด

3) การดูแลที่เป็นทางการ (Formal Care) เป็นการจัดบริการโดยองค์การภาครัฐ องค์การเอกชน และภาคประชาชนในระดับท้องถิ่น ชาติ และนานาชาติ โดยมีสหวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล สังคมสงเคราะห์ฯ) ผู้ช่วยงานและอาสาสมัครเป็นผู้ให้บริการ

4) การดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Care) เป็นการดูแลโดย ครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อน และอาสาสมัคร

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2550: 43 อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552: 14) ได้กล่าวถึง รูปแบบระบบการดูแลระยะยาว ตามมิติแหล่งให้บริการ ออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ

1) บริการดูแลในสถานบริการ (Institutional-Based Care) เป็นบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานที่พักอาศัย เช่น สถานพยาบาลผู้สูงอายุ สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย สถานดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ศูนย์ฟื้นฟูสภาพ และสถานดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกึ่งฉุกเฉิน

2) บริการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Care) เป็นบริการในชุมชนหรือบ้านของผู้สูงอายุ เช่น การดูและระยะยาวแบบไม่ค้างคืน (ศูนย์บริการทางสังคม ผู้สูงอายุกลางวัน) การดูแลที่บ้าน (บริการทางด้านการแพทย์ พยาบาล และบริการช่วยเหลืองานบ้าน) บริการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัคร เป็นต้น

รูปแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย ได้ดำเนินการผสมผสานการมีส่วนร่วมของสถานบริการ ครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่น ให้บริการเชิงรุกของหน่วยบริการปฐมภูมิที่อาศัยต้นทุนทางสังคมและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตามแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ.2557-2561 เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการในด้านสุขภาพและบริการด้านสังคมที่เชื่อมโยงกันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีหน่วยบริการปฐมภูมิ ทำหน้าที่ให้บริการสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และส่งต่อผู้สูงอายุไปยังสถานบริการอื่นเมื่อเกินขีดความสามารถในการรักษา (สังวาลย์ พงษ์พิสิฏฐ์, 2550: 15) สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2552: 142-145) ได้กล่าวถึง หน่วยบริการปฐมภูมิ ว่าเป็นหน่วยบริการสุขภาพที่ใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด จะช่วยให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ

ครอบคลุมทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพในชุมชน

ปัจจุบันโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ถูกจัดตั้งขึ้นเพื่อยกระดับศักยภาพของหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้มีศักยภาพการทำงานเพิ่มขึ้น โดยการปรับเปลี่ยนบทบาทของบุคลากรให้สามารถทำงานเชิงรุก เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน ชุมชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การเพิ่มคุณภาพการรักษาพยาบาล ระบบส่งต่อ ยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ ให้สามารถเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลแม่ข่าย (มหกรรมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจุดเปลี่ยนระบบสาธารณสุขไทย, 2552: 2 อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552: 142-145) โดยมีแนวคิดงานบริการว่า “รพ.สต. จะคืนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่ควรได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียมและเสมอภาค” ซึ่งเป็นการกระจายความรับผิดชอบการให้บริการสุขภาพลงสู่ชุมชน

บริการสำคัญของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จึงเป็นความเกี่ยวข้องกับรูปแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนโดยตรง คือ การดูแลผู้สูงอายุผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้านและชุมชน ตามหลักการการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรมการให้บริการรักษาพยาบาลที่เหมาะสมกับบริบทการฟื้นฟูสภาพ ป้องกันโรค และการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้านแบบองค์รวม ร่วมกับการดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน อันจะทำให้เกิดผลลัพธ์ในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว และชุมชน โดยมีทีมสุขภาพที่ทำหน้าที่รับผิดชอบให้บริการที่เข้มแข็ง ร่วมกับครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) เป็นผู้ประสานงานกับทีมสุขภาพ โดยมีระบบช่องทางการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพ อสม. ครอบครัว และผู้สูงอายุ เชื่อมโยงกับระบบส่งต่อ-รับกลับ ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิต (End of Life Care) ซึ่งนับเป็นจุดเริ่มต้นที่ดีของการพัฒนารูปแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนของประเทศไทย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

สรุปได้ว่า รูปแบบระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ได้ดำเนินการยกระดับศักยภาพหน่วยบริการปฐมภูมิซึ่งหน่วยบริการสุขภาพที่มีความใกล้ชิดกับประชาชนมากที่สุด เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อให้บริการสุขภาพเชิงรุก โดยการปฏิบัติงานของทีมสุขภาพในด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู และส่งต่อผู้รับบริการกรณีที่เกินความสามารถทางการรักษา เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม ภายใต้ความร่วมมือของครอบครัว ชุมชน และทีมสุขภาพ

1.6 นโยบายระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของภาครัฐ

ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นประเด็นที่ได้รับการรับรองเป็นมติจากการประชุมสมัชชาผู้สูงอายุระดับชาติ ปีพ.ศ. 2552 ซึ่งสาระสำคัญของข้อเสนอเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว มีดังนี้ (วิราภรณ์ โพธิศิริ และคณะ, 2559)

1) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดและนานที่สุด โดยส่งเสริมความมั่นคงทางเศรษฐกิจ ให้มีการดูแลสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ มีการอบรมเพื่อเตรียมตัวก่อนเป็นผู้สูงอายุ การส่งเสริมการรวมกลุ่มของผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุให้มีความเข้มแข็ง รวมทั้งส่งเสริมให้สถาบันศาสนามีบทบาทในการดูแลจิตใจของผู้สูงอายุ โดยให้กระทรวงสาธารณสุข (สธ.) กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และกรุงเทพมหานคร (กทม.) เป็นแกนกลางดำเนินการ

2) ส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านให้แก่ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ รวมทั้งเสริมสร้างศักยภาพของครอบครัวและผู้ดูแลให้มีความรู้และความสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพ ได้แก่ การช่วยเหลือค่าใช้จ่าย การจัดให้มีบริการเยี่ยมบ้าน

3) ส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยสนับสนุนให้ อบต. เทศบาล และสถาบันศาสนา จัดให้มีบริการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีการทบทวนกฎหมายและระเบียบให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดสรรงบประมาณสำหรับผู้สูงอายุโดยเฉพาะ จัดให้มีสถานที่ในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุเพื่อดูแลแบบครบวงจร รวมทั้งจัดระบบข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อประโยชน์ในการบริการและพัฒนางานผู้สูงอายุ โดยมีกระทรวงสาธารณสุข องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถาบันการศึกษาในพื้นที่ รวมทั้งสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นองค์กรหลักในการดำเนินงาน

4) ส่งเสริมให้หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและท้องถิ่นดำเนินการจัดตั้งสถานบริการ หรือหน่วยงานให้บริการดูแลผู้สูงอายุให้ครอบคลุม โดยการกำหนดให้มีการขึ้นทะเบียนสถานบริการดูแลผู้สูงอายุ มีการกำกับและควบคุมดูแลมาตรฐานของโรงเรียนและสถานดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนส่งเสริมการดูแลผู้สูงอายุแบบเป็นองค์รวม ทั้งบริการด้านสังคมและบริการด้านสุขภาพในสถานบริการ

5) จัดทำแผนสนับสนุนการผลิตและฝึกอบรมกำลังคนของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งผู้ดูแลที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ให้เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ รวมทั้งกำกับควบคุมโรงเรียนการบริบาลผู้สูงอายุให้มีมาตรฐาน และขอให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นทบทวนกฎหมายและระเบียบเพื่อสนับสนุนให้ อปท. มีบทบาทในการจัดระบบบริการสุขภาพและบริการทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน และสนับสนุนงบประมาณ รวมทั้งจัดให้มีผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุที่บ้านและในชุมชนเพื่อให้เกิดการพัฒนาระบบสุขภาพการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

เห็นได้ว่ารัฐบาลไทยได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพของประชากรวัยสูงอายุอย่างต่อเนื่องตาม พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ.2546, พระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2546 (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2553, บทบัญญัติคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย, แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564), ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย, สิทธิของผู้สูงอายุตามหลักการขององค์การสหประชาชาติ และสิทธิผู้สูงอายุตาม พ.ร.บ.ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และที่แก้ไข พ.ศ. 2553 โดยการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ พร้อมทั้งกำหนดกลไกและหน่วยงานรับผิดชอบ เพื่อใช้ใน

การขับเคลื่อนการดำเนินงานที่ครอบคลุมทุกมิติของการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553) บังคับใช้พระราชบัญญัติกระจายอำนาจให้แก่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2542 เป็นต้นมา ให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการดูแลคุณภาพชีวิตของประชากรในพื้นที่ ประกอบกับในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงปี พ.ศ. 2552 ได้มีการกำหนดให้องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการส่งเสริมคุ้มครองผู้สูงอายุ มีมาตรการที่สำคัญ ได้แก่ การจัดระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนให้มีบริการครอบคลุมทั้งบริการด้านสุขภาพและบริการด้านสังคม โดยมีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมเป็นหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบให้บริการดำเนินการส่งเสริม สนับสนุน ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสมรรถภาพร่วมกับบริการทางสังคมอย่างครบวงจร ทั้งในสถานพยาบาลและสถานที่พักอาศัย ได้แก่ 1) การจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการเจ็บป่วย 2) จัดให้มีช่องทางพิเศษเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการสาธารณสุข การจัดบริการรับ-ส่งผู้สูงอายุ 3) สนับสนุนการตรวจสุขภาพประจำปีสำหรับผู้สูงอายุ และ 4) สนับสนุนระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2556) ได้ให้ความสำคัญต่อปัญหาและความจำเป็นของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย จัดทำเป็นแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557-2561 มีเป้าประสงค์ให้ผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน สนับสนุนขีดความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรีในครอบครัวและชุมชน โดยการเชื่อมโยงกับระบบบริการทางสุขภาพและบริการทางสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ

1) ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการคัดกรอง มีระบบส่งเสริม ป้องกัน ฟื้นฟู และการดูแลตามระดับความจำเป็นในระบบการดูแลระยะยาว ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี

2) ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริม สนับสนุน เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง

3) มีระบบการเงินการคลังที่ยั่งยืน ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างครบวงจร

4) ทุกชุมชนมีระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้อยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข เช่น มี Respite Care/ Community Nursing Home

5) สถานพยาบาลทุกแห่ง มีระบบการสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนและครอบครัว

หลักการสำคัญของแผนยุทธศาสตร์

1) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง หรือมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะพึ่งพิง มีสิทธิ์และสามารถเข้าถึงบริการที่พึงได้รับโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน (Targeted Universalism)

2) ให้ทุกพื้นที่มีการจัดบริการดูแลระยะยาว โดยการสนับสนุนครอบครัวในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงทุกสิทธิ์ รวมถึงมีการเชื่อมต่อระหว่างบ้าน ชุมชน และในสถานบริบาลอย่างเป็นระบบ

3) ท้องถิ่นมีหน้าที่ในการบริหารจัดการข้อมูลระบบบริการการดูแลระยะยาว เพื่อให้เกิดการบูรณาการจัดบริการดูแลระยะยาวในครอบครัว ชุมชน และในสถานบริการ

4) ภาครัฐมีนโยบายในการสนับสนุน การดำเนินงานของท้องถิ่นในการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

5) มีกองทุนในระดับท้องถิ่น ในการดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาว โดยบูรณาการแหล่งเงินต่างๆ สู่ชุมชน

สำหรับแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ.2557-2561 ประกอบด้วย 6 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การคัดกรองผู้สูงอายุ และพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน

<u>เป้าประสงค์</u> ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการประเมิน คัดกรองจำแนกตามกลุ่ม เพื่อรับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ของแต่ละกลุ่ม รวมถึงมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุทุกชุมชน

1) พัฒนาแบบประเมินเพื่อสำรวจผู้สูงอายุ และจัดทำเกณฑ์/ มาตรฐานการจำแนกผู้สูงอายุตามความจำเป็นในการได้รับบริการดูแลระยะยาว

2) พัฒนาศักยภาพโดยการฝึกอบรมมาตรฐานการคัดกรอง ให้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) /อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.)

3) ทำการสำรวจและประเมินผู้สูงอายุตามเกณฑ์/ มาตรฐานการจำแนกผู้สูงอายุตามความจำเป็นในการได้รับบริการดูแลระยะยาว โดยบูรณาการร่วมกับภาคส่วนอื่นๆ

4) จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแลระยะยาวในการจัดสวัสดิการและบริการต่างๆ แก่ผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาระบบบริการในชุมชนเพื่อการป้องกัน การดูแลผู้สูงอายุ โดยเชื่อมโยงกับระบบบริการในสถานบริบาล

<u>เป้าประสงค์</u> มีระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุในชุมชนครอบคลุมทุกพื้นที่ มีระบบสนับสนุนการดูแลระยะยาวในชุมชน และระบบรองรับสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและไม่สามารถพักอาศัยในชุมชนได้

1) พัฒนามาตรฐานบริการและระบบสนับสนุนการบริการ ได้แก่

1.1) *มาตรฐานหน่วยจัดบริการ;* ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ, Day Care, Respite Care, Community Nursing Home

1.2) *มาตรฐานบุคลากร;* มาตรฐานผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ มาตรฐานหลักสูตรผู้จัดการบริการระยะยาว

1.3) *มาตรฐานบริการ;* ในระดับชุมชน, ในสถานบริบาลผู้สูงอายุ และมาตรฐานระบบส่งต่อระหว่างบ้าน ชุมชน และสถานบริบาล เป็นต้น

2) มีการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุเชิงรุกที่บ้าน/ ชุมชน

3) มีศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศูนย์เอนกประสงค์ผู้สูงอายุ)

4) Day Care Center ในระดับตำบล

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบการเงินการคลัง และชุดสิทธิประโยชน์

<u>เป้าประสงค์</u> มีชุดสิทธิประโยชน์ด้านการดูแลระยะยาว ที่ครอบคลุมตามความจำเป็นพื้นฐานของผู้สูงอายุ ภายใต้ระบบการเงินการคลังที่เหมาะสมและยั่งยืน

1) พัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ บริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2) ออกแบบระบบการเงินการคลัง และรูปแบบการจ่ายค่าบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการตามมาตรฐาน

3) จัดทำข้อเสนอการบูรณาการงบประมาณ การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุของหน่วยงานต่างๆ

4) ขยายความครอบคลุมกองทุนฟื้นฟูผู้พิการระดับจังหวัด

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนากำลังคน

<u>เป้าประสงค์</u> กำลังคนในระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุมีจำนวนเพียงพอ และผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

1) สนับสนุนองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และเอกชน มีส่วนร่วมในการวางแผนและบริหาร จัดการกำลังคน เพื่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่

2) การพัฒนาหลักสูตรและการอบรมบุคลากรด้านการดูและระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่

2.1) ผู้จัดการบริการดูแลระยะยาว (Long Term Care Manager)

2.2) Care Assistant

3) สนับสนุนการผลิต การจ้าง และการสร้างแรงจูงใจ แก่กำลังคนในระบบการดูแลระยะยาว

3.1) Community Care ในชุมชน ได้แก่ อสม., อผส., ผู้จัดการบริการดูแลระยะยาว (Long Term Case Manager), ผู้ช่วยผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Assistant)

3.2) Assistant Care ในรพ.สต. ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ (เพิ่มอีกแห่งละ 1 คน), นักจิตวิทยาคลินิก, หมอนวดไทย

3.3) Hospital Care ได้แก่

3.3.1) ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว นักกายภาพบำบัด (เพิ่มอีกแห่งละ 1 คน)

3.3.2) ในโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป ได้แก่ นักกิจกรรมบำบัด, พยาบาลเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การสร้าง การจัดการความรู้ และการติดตามประเมินผล

<u>เป้าประสงค์</u> มีองค์ความรู้และข้อมูลสำหรับการพัฒนา และติดตามกำกับระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

1) ศึกษาและพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ ในด้านการป้องกันและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2) ศึกษาและพัฒนารูปแบบการจัดบริการในชุมชน และการบริหารจัดการกองทุนระดับต่างๆ เพื่อให้เกิดการบูรณาการจัดบริการ

3) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการจ่ายค่าบริการ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการบริการและเพิ่มคุณภาพบริการ

4) ศึกษาระบบ Long-Term Care Financing

5) ศึกษาและพัฒนาระบบการประเมินผลการดำเนินงาน การจัดบริการดูแลระยะยาว

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การพัฒนากฎหมาย/ ระเบียบ และการบริหารจัดการ

<u>เป้าประสงค์</u> ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพัฒนากฎหมาย/ ระเบียบ และการบริหารจัดการ เพื่อให้เอื้อต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ

1) แก้ไขระเบียบสวัสดิการ การรักษาพยาบาลข้าราชการให้ครอบคลุมบริการสุขภาพในชุมชน

2) กำหนดบทบาทให้ท้องถิ่นเป็นผู้ดูแลการจัดบริการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุ และปรับปรุงแก้ไขกฎระเบียบของท้องถิ่น ให้เอื้อต่อการดำเนินงานตามบทบาท

3) ทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการดูแลระยะยาว เช่น มาตรฐานและการกำกับสถานบริบาลเอกชน มาตรฐานและการกำกับการจัดบริการดูแลระยะยาวที่บ้าน

กล่าวได้ว่า นโยบายระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของภาครัฐ ได้มีการดำเนินการเชิงรุกโดยการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557-2561 เพื่อตอบสนองความต้องการบริการทางสุขภาพและบริการทางสังคมของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน ท้องถิ่น ภาครัฐ และภาคเอกชน ในการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่องตามชุดสิทธิประโยชน์

2. แนวคิดผู้จัดการการดูแล

2.1 แนวคิดของผู้จัดการการดูแลในต่างประเทศ

จากการทบทวนแนวคิดของผู้จัดการการดูแลในต่างประเทศ มีผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความหมายดังต่อไปนี้

The National Council On Aging: NCOA (1994: 3 อ้างถึงใน Scharlach, Giunta, and Dick, 2001: 10) ให้นิยามของ ระบบการจัดการดูแล (Care Management) เป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบการดูแลในชุมชน มีวัตถุประสงค์การสร้างระบบการทำงานที่มีประสิทธิภาพ เพื่อตอบสนองความต้องการและรับรองคุณภาพการดูแลแต่ละรายบุคคล

Lombardi (2001) ได้กล่าวถึง ผู้จัดการการดูแล (Care Manager) จะต้องมีระบบการจัดการดูแล (Care Management) สิ่งแวดล้อมภายนอกที่เป็นลักษณะของผู้ป่วยและชุมชน และสิ่งแวดล้อมภายในขององค์การให้บริการทางสุขภาพให้มีความสมดุลกัน เนื่องจากทั้งสองอย่างนี้จะเป็นระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้จัดการการดูแลจะต้องทำความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของสิ่งแวดล้อมภายในขององค์การ และปรับนโยบายและแนวทางการปฏิบัติให้สอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมภายนอกที่เป็นความต้องการของผู้ป่วยและชุมชนได้

Cohen, and Cesta (2005) ได้กล่าวถึง รูปแบบการจัดการการดูแล (Care Management) ว่าเป็นรูปแบบการบริการที่เน้นความต่อเนื่องในการได้รับบริการสุขภาพอย่างไร้รอยต่อร่วมกับพหุภาคีเครือข่าย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีตรงความต้องการบริการสุขภาพ ใช้ในระบบการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสุขภาพในระดับปานกลางและต่ำ พยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการเลือกบริการสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยเหล่านั้น ในการเลือกบริการสุขภาพที่ดีที่ร่วมกับผู้ดูแล แต่เนื่องจากสถานการณ์ประชากรผู้สูงอายุที่มีป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากขึ้นทำให้ระบบการดูแลในผู้สูงอายุจะต้องมีการทำงานร่วมกันระหว่างรูปแบบการจัดการรายกรณี สำหรับผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสุขภาพสูง เพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนรูปแบบการจัดการดูแลจะเป็นลักษณะที่มีความต่อเนื่องในการวินิจฉัยโรคและสถานการณ์ภาวะสุขภาพที่มีความเสี่ยงในระดับปานกลางและต่ำ ซึ่งทั้ง 2 รูปแบบการจัดการจะต้องดำเนินการควบคู่กันไป เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางระบบบริการสุขภาพ การมีสุขภาพที่ดีและมีความคุ้มค่า โดยการจัดการของพยาบาลผู้จัดการประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ

1) บทบาทผู้ดูแลทางคลินิก (Clinical/ Patient care)

(1) การระบุสิ่งเร้าของผู้ป่วย (Patient outreach, Identification, and Intake)

(2) การประเมินและระบุปัญหา (Assessment and Problem Identification)

(3) การพัฒนาแผนการดูแล (Development of the Plan of Care)

(4) การดำเนินการตามแผนการดูแล (Implementation of the Plan of Care)

(5) การประเมินอย่างต่อเนื่อง ประเมินซ้ำ และติดตามการประเมิน (Ongoing assessment, Reassessment, and Follow-up)

(6) การให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและญาติ (Patient and Family Education)

2) บทบาทผู้บริหารจัดการและภาวะผู้นำ (Managerial/ Leadership)

(1) การประสานความดูแล อำนวยความสะดวก การเตรียมการ และการบริหารจัดการ (Care Coordination, Facilitation, Expedition, and Management)

(2) การวางแผนพร้อมสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง และการส่งต่อ (Transitional Planning and Referrals)

(3) การติดตาม และประเมินผลกิจกรรมการดูแลและผลลัพธ์ (Monitoring and Evaluation of Care Activities and Outcomes)

(4) การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วยและญาติ (Patient and Family Advocacy)

(5) การประกันและปรับปรุงคุณภาพ (Quality Assurance and Improvement)

(6) การให้คำปรึกษา ความรู้ และคำแนะนำกับผู้ร่วมงาน (Staff Mentoring, Education and Coaching)

(7) การเป็นส่วนร่วมในคณะกรรมการ (Committees Participation)

(8) การพัฒนาแบบแผนการจัดการายกรณี/ รูปแบบการดูแลทางคลินิก (Development of Case Management Plans/ Clinical Pathways)

3) บทบาทผู้ดูแลทางการเงิน (Financial/ Business)

(1) การควบคุมกิจกรรมการดูแลให้เหมาะสมตามความจำเป็น (Cost Control/ Reduction Activities)

(2) ประเมิน สังเคราะห์ และการจัดการ (Variance Identification, Analysis, and Management)

(3) การทบทวนการจัดการดูแลให้ตรงตามมาตรฐานการรับรอง (Managed Care Review, Authorizations and Certifications)

4) บทบาทผู้จัดการข้อมูลและการติดต่อสื่อสาร (Information Management/ Communication)

(1) การให้ข้อมูล สังเคราะห์ และการจัดการ (Data Entry, Analysis, and Management)

(2) การจัดการงานเอกสาร (Documentation)

(3) การเขียนรายงาน (Writing Reports)

(4) การให้ข้อมูลย้อนกลับของผู้รับบริการรายบุคคล (Providing Feedback to Key Stakeholder/ Personnel)

5) บทบาทผู้เชี่ยวชาญด้านการพัฒนาความก้าวหน้า (Professional Development/ Advancement)

(1) การดำเนินงานวิจัย และนำผลการวิจัยไปใช้ (Conducting Research and Research Utilization)

(2) การดำเนินการตามนโยบายสาธารณะทางสุขภาพและการเมือง (Public/ Health Policy and Politics)

(3) การเขียนรายงานต่อสาธารณะ (Writing for Publication)

(4) การกล่าวรายงานต่อสาธารณะ (Public Speaking)

Cress (2009) อธิบายถึง บทบาทผู้จัดการการดูแล (Care Manager) สำหรับผู้สูงอายุและครอบครัวเป็นการนำรูปแบบการจัดการดูแล (Care Management) ซึ่งมีหน้าที่ในการให้ความรู้ การประเมิน การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลต่อเนื่องโดยการประสานงาน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และป้องกันการกลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ บทบาทของผู้จัดการการดูแลจึงเป็นการประสานงานตั้งแต่ก่อนเข้านอนโรงพยาบาล ระหว่างการเข้ารับการรักษา ระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาล จนกระทั่งถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

The Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador: ARNNL, (2013) ให้ความสำคัญต่อปัญหาความต้องการระบบบริการสุขภาพระยะยาวของผู้รับบริการที่มีความซับซ้อน ทั้งบริบทความแตกต่างในลักษณะของชุมชนและสิ่งอำนวยความสะดวก ซึ่งระบบการดูแลระยะยาวจะเป็นความร่วมมือของการดูแลไม่เป็นทางการ (การดูแลที่บ้าน) และการดูแลเป็นทางการ (การดูแลที่สถานบริการ) การกำหนดบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ จึงมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ของผู้รับบริการในระบบการดูแลระยะยาว โดยกำหนดบทบาทของพยาบาลดูแลผู้ป่วยระยะยาว ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ

1) บทบาทผู้นำ (Leader)

(1) ผู้นำทีม (Team Leader)

(2) ผู้มีทักษะการติดต่อสื่อสาร (Skilled Communicator)

(3) ผู้จัดการแหล่งสนับสนุน (Resource Manager)

(4) ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent)

(5) ผู้ให้ความรู้ (Educator)

(6) ผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Informed)

(7) ผู้ปฏิบัติการพยาบาล (Practitioner)

(8) ผู้ชี้แนะ (Guide)

(9) ผู้ติดตามผล (Monitor)

2) บทบาทผู้ประสานงาน (Coordinator)

(1) ผู้ประเมินผล (Evaluator)

(2) ผู้วางแผนการดูแล (Establisher of the care plan)

(3) ผู้ขับเคลื่อนกลยุทธ์ (Solution Driven)

(4) ผู้สนับสนุนบุคลากร (Resource person)

(5) ผู้รับผิดชอบ (Accountable)

3) บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล (Practitioner)

(1) ผู้มีความรู้ความสามารถ (Knowledgeable)

(2) ผู้ประสานความร่วมมือ (Collaborator)

(3) ผู้ติดต่อสื่อสาร (Communicator)

(4) ผู้วางแผน (Planner)

(5) ผู้ชำนาญการ (Proficient)

(6) ผู้มีความเป็นอัตลักษณ์ (Autonomous)

(7) ผู้ให้คำปรึกษา (Consultant)

(8) ผู้วิจัย (Researcher)

4) บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์ (Advocate)

(1) ผู้เน้นป่วยเป็นศูนย์กลาง (Client-Centered)

(2) ผู้มีจริยธรรม (Ethical)

(3) ผู้มีวิสัยทัศน์ (Visible)

5) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา (Mentor)

(1) ผู้สนับสนุน (Supporter)

(2) ผู้ให้ความรู้ (Educator)

(3) ผู้ประสานความร่วมมือ (Collaborator)

6) บทบาทผู้วางแผนการดูแล (Program Planner)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

(1) ผู้ประเมิน (Assessor)

(2) ผู้วางแผน (Planner)

(3) ผู้ดำเนินการ (Implementer)

(4) ผู้ประเมินผลลัพธ์ (Evaluator)

(5) ผู้ติดต่อสื่อสาร (Communicator)

(6) ผู้นำประกันคุณภาพการดูแล (Quality Assurance Leader)

Johnson (2013) ได้กล่าวถึง บทบาทของพยาบาลผู้จัดการการดูแล (Nurse Care Manager) มีความสำคัญต่อการประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วย ซึ่งจำเป็นต่อการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพในการทำความเข้าใจและให้การสนับสนุนบริการสุขภาพ ซึ่งมีบทบาทและหน้าที่ในการทำงาน ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1) การประเมินความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง เพื่อจัดทำเอกสารรายงานภาวะสุขภาพ ความเสี่ยง และวางแผนจัดการการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งจะต้องมีการปรับปรุงติดตามผู้ป่วยอย่างครอบคลุมอย่างสม่ำเสมอ

2) การระบุปัญหาและการจัดการในระดับปฐมภูมิ เพื่อควบคุมปัญหา และให้การดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงทางสุขภาพสูงที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเข้านอนในโรงพยาบาลซ้ำ

3) การประเมินแบบองค์รวมและการประเมินซ้ำ เพื่อให้ตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ

4) การจัดระบบคัดกรองความเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง เพื่อแบ่งประเภทของผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงสุดลงไปสู่ระดับต่ำที่สุด เพื่อการบริหารจัดการรูปแบบการให้บริการพยาบาลที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย

5) การประสานงานกับพหุภาคีในการดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงสุด เพื่อการจัดระบบการให้บริการสุขภาพและบริการทางสังคม ซึ่งอาศัยต้นทุนทรัพยากรภายในชุมชน รวมไปถึงการจัดการดูแล อำนวยความสะดวกให้การดูแล และส่งต่อผู้ป่วยสู่ขั้นตอนการดำเนินการต่อไปในกรณีที่ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูง

Cress (2015) ได้อธิบาย แนวคิดการจัดการดูแล (Care Management) เป็นการจัดระบบบริการสุขภาพที่ให้บริการสุขภาพของผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยให้ความสำคัญของการดูแลภายในชุมชน ระบบการดูแลผู้สูงอายุจึงเป็นบริการที่ป้องกันช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุและครอบครัว ได้มองเห็นถึงปัญหาภาวะสุภาพในระยะยาว เพื่อที่จะวางแผนการมีคุณภาพชีวิตที่ดีและป้องกันความบกพร่องของภาวะสุขภาพ ระบบบริการสุขภาพนี้แสดงให้เห็นถึงความต้องการการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุร่วมกับครอบครัวโดยมี ผู้จัดการการดูแล (Care Manager) เป็นผู้ช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุและครอบครัวในการเลือกวิธีการที่เหมาะสม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Lipstein (2016) ให้ความหมายของ ผู้จัดการการดูแล (Care manager) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จะต้องมีความรู้ ทักษะ และความสามารถในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย โดยอาศัยพหุภาคีเครือข่าย ในการร่วมแก้ไขปัญหาความต้องการของผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการทำงานร่วมกับผู้ดูแลและครอบครัว ในการเฝ้าติดตาม ป้องกันการเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ และการเข้ารับบริการที่ห้องฉุกเฉินโดยไม่จำเป็น

National Academy of Certified Care Managers: NACCM (2016) ได้กำหนด บทบาทผู้จัดการการดูแล ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้

1) การประเมิน และระบุความต้องการบริการสุขภาพของผู้รับบริการ

2) การกำหนดเป้าหมาย และวางแผนการดูแลร่วมกับผู้รับบริการ

3) การดำเนินงานตามแผนการดูแล โดยการประสานงานกับพหุภาคี

4) การบริหารจัดการ และติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตามแผนการดูแล

5) การปฏิบัติตามมาตรฐานความเป็นวิชาชีพ มีคุณธรรมและจริยธรรม

สรุปได้ว่า ผู้จัดการการดูแล (Care Manager) ในต่างประเทศได้นำแนวคิดการจัดการดูแล (Care Management) มาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนที่มีความต่อเนื่อง ตั้งแต่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ต่อเนื่องจนกระทั่งถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเน้นการมีส่วนร่วมของตัวผู้รับบริการและครอบครัว ในการกำหนดแนวทางแผนการดูแลร่วมกันอย่างครบวงจร ตลอดจนการเลือกระบบการดูแลที่มีการสนับสนุนภาครัฐบาลและภาคเอกชนที่แตกต่างกันออกไปตามสภาพความมั่นคงทางเศรษฐกิจและสังคมของประเทศนั้นๆ

จากการวิเคราะห์แนวคิดบทบาทผู้จัดการการดูแล พบว่า องค์ประกอบของบทบาทผู้จัดการการดูแลในทุกแนวคิดมีความเหมือนคล้ายคลึงกันในส่วนใหญ่ แต่มีความต่างกันบ้างบางองค์ประกอบ ผู้วิจัยจึงได้สังเคราะห์บทบาทของ The Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador: ARNNL (2013) ร่วมกับ National Academy of Certified Care Managers: NACCM (2016) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ที่ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก คือ 1) บทบาทผู้วางแผนการดูแล 2) บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล 3) บทบาทผู้ประสานงาน 4) บทบาทผู้นำ 5) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา และ 6) บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์ เพื่อให้ได้บทบาทของพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยมีรายละเอียดของบทบาท ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 บทบาทผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม

บทบาทผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	Cohen, and Cesta (2005)	ARNNL (2013)	Johnson (2013)	NACCM (2016)
1) บทบาทผู้นำ				
(1) ผู้นำทีม (Team Leader)	✓	✓		✓
(2) ผู้มีทักษะการติดต่อสื่อสาร (Skilled Communicator)	✓	✓	✓	✓
(3) ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent)		✓		
2) บทบาทผู้ประสานงาน				
(1) ผู้ประสานความร่วมมือ (Collaborator)	✓	✓	✓	✓
(2) ผู้จัดการแหล่งสนับสนุน (Resource Manager)	✓	✓		✓
(3) ผู้ขับเคลื่อนกลยุทธ์ (Solution Driven)	✓	✓		✓
3) บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล				
(1) ผู้มีความรู้ความสามารถ (Knowledgeable)	✓	✓	✓	✓
(2) ผู้ชำนาญการ (Proficient)	✓	✓	✓	✓
(3) ผู้ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Informed)		✓		
(4) ผู้วิจัย (Researcher)		✓		
4) บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์				
(1) ผู้เน้นป่วยเป็นศูนย์กลาง (Client-Centered)	✓	✓	✓	✓
(2) ผู้มีจริยธรรม (Ethical)	✓	✓		✓
(3) ผู้มีวิสัยทัศน์ (Visible)	✓	✓		✓
5) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา				
(1) ผู้สนับสนุน (Supporter)	✓	✓		✓
(2) ผู้ให้ความรู้ (Educator)	✓	✓		✓
(3) ผู้ชี้แนะ (Guide)	✓	✓		✓
6) บทบาทผู้วางแผนการดูแล				
(1) ผู้ประเมิน (Assessor)	✓	✓	✓	✓
(2) ผู้วางแผน (Planner)	✓	✓	✓	✓
(3) ผู้ดำเนินการ (Implementer)	✓	✓	✓	✓
(4) ผู้ประเมินผลลัพธ์ (Evaluator)	✓	✓	✓	✓

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2.2 แนวคิดของผู้จัดการการดูแลในประเทศไทย

จากการทบทวนแนวคิดของผู้จัดการการดูแลในประเทศไทย มีผู้เชี่ยวชาญได้ให้ความหมายดังต่อไปนี้

พวงรัตน์ บุญญานุรักษ์ (2536 อ้างถึงใน นาถสุภางค์ ไกรอาบ, 2539: 25) กล่าวถึง การจัดการด้านระบบดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วยวิธีการปฏิบัติการพยาบาลของผู้จัดการการดูแล ดังนี้

1) การเสริมสร้างความสะดวก (Facilitate)

2) การประสานงาน (Coordination)

3) การบูรณาการ (Integrate)

4) การสนับสนุน (Support)

นาถสุภางค์ ไกรอาบ (2539) ให้นิยามของ ผู้จัดการการดูแล หมายถึง พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยโดยใช้เวลา วัสดุอุปกรณ์ และค่าใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้พยาบาลยังมีหน้าที่ในการเป็นผู้ให้การบริการสุขภาพ ผู้สอน ผู้สนับสนุน ช่วยเหลือ และผู้วิจัย

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (2552: 20) อธิบายถึง การจัดการดูแล (Care Management) เป็นลักษณะของการบริหารการดูแลสำหรับผู้ที่มีปัญหา และผู้เจ็บป่วยทั้งทางกายและทางจิต เพื่อแสวงหาความร่วมมือในการช่วยเหลือ การวางแผนอำนวยความสะดวก และการพิทักษ์สิทธิ์ เพื่อช่วยให้บุคคลได้บรรลุถึงความต้องการภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ โดยการจัดการดูแลมีพื้นฐานมาจากการจัดเตรียมบริการ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลทั้งภายในองค์การและระหว่างองค์การ เป็นกิจกรรมที่เป็นการประสานงานและเป็นกิจกรรมพิเศษที่ต่างไปจากบริการปกติ ซึ่งได้รับการประยุกต์ใช้ในหลากหลายหน่วยงานและหลากหลายลักษณะงาน เช่น การดูแลในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุ การดูแลประชาชนที่พิการและมีปัญหาด้านสุขภาพจิต ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยเฉียบพลัน เป็นต้น

วิราภรณ โพธิศิริ (2559) ได้กล่าวถึง การดูแลระยะยาวโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านหรือติดเตียงนั้น จำเป็นต้องมีบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญที่จะคอยดูแลประคับประคองให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพมากที่สุดเท่าที่จะสามารถทำได้ ระบบการจัดการการดูแลจะเป็นแนวทางหนึ่งที่ทำให้การดูแลระยะยาวมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุควรมีลักษณะเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลที่สามารถจะวางแผนและติดตามแผนการรักษาได้ และสามารถเชื่อมโยงให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการที่มีในชุมชนและนอกชุมชนทั้งมิติสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม

สรุปได้ว่า ผู้จัดการการดูแล (Care Manager) ในประเทศไทยได้นำแนวคิดการจัดการดูแล (Care Management) มาใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติให้การดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง มีปัญหา

สุขภาพที่ซับซ้อน เริ่มตั้งแต่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และป้องกันการกลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ โดยมีพยาบาลทำหน้าที่เป็น ผู้จัดการการดูแล สนับสนุนการเลือกบริการสุขภาพร่วมกับผู้ดูแล ตลอดจนให้ความช่วยเหลือและประสานความร่วมมือกับพหุภาคีเครือข่ายในการแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นกัน แต่จะมีความแตกต่างกับต่างประเทศในรูปแบบการสนับสนุนและความสามารถในการเลือกรับการให้บริการจากผู้จัดการดูแลแบบเฉพาะเจาะจงในกรณีที่ใช้สิทธิประโยชน์ของทางรัฐบาลจัดให้เท่านั้น

3. หลักการการพยาบาลผู้สูงอายุระยะยาว

3.1 การพยาบาลผู้สูงอายุ

การพยาบาลผู้สูงอายุ มีความเฉพาะเจาะจงและมีปัญหาที่ซับซ้อนมากกว่าวัยอื่น พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจธรรมชาติของผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องทางด้านร่างกายที่มีการถดถอยของกำลังสำรอง ประสิทธิภาพของการรักษาสมดุลลดลง การตอบสนองต่อภาวะเครียดลดลง การพยาบาลผู้สูงอายุจึงต้องมีความเหมาะสมที่จะตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างแท้จริง ดังที่กล่าวมาแล้วนั้นจะเห็นได้ว่า เป็นการบูรณาการความรู้ทางการพยาบาลผนวกกับความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อรักษาและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองในกิจวัตรประจำวันอย่างอิสระ โดยมีหลักปฏิบัติ 3 ด้านดังต่อไปนี้ (WHO, 2004)

1) การมุ่งผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างเอื้ออาทร

2) การพัฒนาบุคลากร การให้ข้อมูล และฝึกอบรมบุคลากรให้มีความเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ

3) การจัดสิ่งแวดล้อมของสถานบริการสุขภาพ ที่เข้าถึงง่าย สะอาด และปลอดภัย

สอดคล้องกับการศึกษาของ (NICE, 2002 อ้างถึงใน รุ่งฟ้า อาทิตย์ราษฎร์ไพศาล, 2551) กล่าวว่า ผู้บริหารทางการพยาบาลจะต้องให้ความสำคัญของบทบาทพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ โดยการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพ ในการให้บริการผู้สูงอายุที่มีบทบาทที่สำคัญได้แก่

1) บทบาททางคลินิก (Clinician) เป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการประเมินผู้สูงอายุครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ตลอดจนความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน และความปลอดภัยจากอันตรายต่างๆ

2) บทบาทผู้ติดต่อสื่อสาร (Communicator) เป็นบทบาทที่ต้องติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความรู้และเข้าใจในเทคนิคการสื่อสารกับสหวิชาชีพ รวมถึงทักษะการจัดการความขัดแย้งเช่นกัน

3) บทบาทผู้ประสานความร่วมมือ (Collaborator) โดยการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเต็มศักยภาพ พยาบาลจะต้องมีความรู้เข้าใจกระบวนการกลุ่ม และการสร้างความสัมพันธ์ในการติดต่อ

4) บทบาทที่ปรึกษา (Supervisor) และผู้นำ (Leader) โดยจะต้องมีความสามารถในด้านการตัดสินใจ มอบหมายงานให้แก่บุคลากรภายในทีมได้อย่างดี เข้าในโครงสร้างและบริบทขององค์การ รูปแบบขั้นตอนการตัดสินใจ และบริหารจัดการเวลาที่มีประสิทธิภาพ

5) บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์ (Advocator) โดยการเป็นผู้ให้ข้อมูล และให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุและครอบครัวในการตัดสินใจเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ เพื่อรับบริการสุขภาพตามสิทธิประโยชน์ที่พึงได้รับ

6) บทบาทนักวิชาการ (Scholar) เพื่อยกระดับองค์ความรู้ทั้งในส่วนวิชาชีพ และส่วนบุคคลด้านการดูแลผู้สูงอายุ และหาแนวทางนำความรู้ใหม่ๆมาใช้ในการพัฒนาองค์ความรู้การดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

7) บทบาทผู้เชี่ยวชาญ (Professor) ซึ่งจะต้องอาศัยพยาบาลที่มีความรู้ความเข้าใจในความแตกต่างของบุคคลทั้งในเรื่องค่านิยม วัฒนธรรม และจิตวิญญาณ เพื่อที่จะสามารถจัดการให้การพยาบาลและดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองมากที่สุด จึงจำเป็นจะต้องอาศัยพยาบาลที่อาศัยอยู่ในชุมชนหรือในพื้นที่นั้น เนื่องจากมีความเข้าใจในบริบทของพื้นที่อย่างชัดเจน และสามารถกำหนดขอบเขตการปฏิบัติงานได้อย่างสมบูรณ์

8) บทบาทผู้ให้ความรู้ (Educator) โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุและครอบครัว ตลอดจนให้ข้อมูลกับทีมสุขภาพโดยอาศัยทักษะและรากฐานความรู้ทางทฤษฎีประกอบการสอน

9) บทบาทกรรมการ/สมาชิกองค์การวิชาชีพ (Health System Staff/Member) โดยพยาบาลผู้สูงอายุระยะยาวจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจในโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ขององค์การวิชาชีพ และระบบบริการสุขภาพของตนเป็นอย่างดี ตลอดจนการมีสัมพันธภาพที่ดีกับเครือข่ายต่างๆ ในองค์การ เพื่อให้เกิดความสะดวกในการทำงานและประโยชน์สูงสุดการดูแลผู้สูงอายุ

American Nurses Association: ANA (2015) ได้กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ เพื่อความชัดเจนและเป็นแนวทางการปฏิบัติของผู้ที่จะเป็นพยาบาลผู้สูงอายุ (Gerontological Nurse) ควรมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1) มีความสามารถในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อประเมินความต้องการและให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุได้อย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ ทั้งผู้สูงอายุที่อยู่สถานบริการตามคลินิก ในโรงพยาบาล และผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้านหรือในชุมชน เนื่องจากผู้สูงอายุมีความ

เสื่อมสภาพของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย และผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรังประจำตัว และมักไม่ได้มีโรคใดเพียงโรคเดียว หรือแม้จะมีเพียงโรคเดียว ก็มักมีปัญหาอื่นๆ มาเกี่ยวข้องทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ

2) มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการจัดโครงการและกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งความสามารถของร่างกายและจิตสังคมให้อยู่ในระดับดีที่สุดไว้ได้นานที่สุด เช่น โครงการเตรียมเตรียมตัวก่อนเกษียณอายุการทำงาน โครงการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

3) มีความสามารถในการสอนผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือพึ่งตนเองได้

4) มีความสังเกตดี สามารถแปลความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ แม้เพียงเล็กน้อยได้

5) มีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ

หลักการพยาบาลผู้สูงอายุของพยาบาลผู้สูงอายุ (ANA, 2015)

1) การประเมินการทำงานของอวัยวะต่างๆ

2) ส่งเสริมพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดี

3) ส่งเสริมการช่วยเหลือตนเอง

4) ส่งเสริมภาวะจิตสังคม

5) คำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงความต้องการ

6) วางแผนจำหน่ายอย่างเหมาะสม

นารีรัตน์ จิตรมนตรี (2544 อ้างถึงใน กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ, 2559) ได้กล่าวถึงสมรรถนะของพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1) มีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

2) มีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ

3) มีความสามารถในการประเมินสุขภาพทั้งในภาวะปกติและภาวะผิดปกติ

4) มีความคิดริเริ่มในการทำกิจกรรมเพื่อช่วยส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ

5) มีความสามารถในการสอน จูงใจ และทักษะการให้คำปรึกษา

6) มีการสังเกตที่ดี สามารถแยกแยะความผิดปกติได้

7) มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีสามารถติดต่อประสานงานกับผู้สูงอายุ ครอบครัว และสหวิชาชีพ

8) มีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ

กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ (2559) ศึกษาเกี่ยวกับ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพเมื่อเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

1) สมรรถนะด้านจริยธรรม หมายถึง การปฏิบัติที่มีศีลธรรมของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วยความรู้ ความเข้าใจในกฎหมายและจริยธรรมเชิงวิชาชีพ เคารพใน

สิทธิความต้องการและความแตกต่างของผู้สูงอายุ พิทักษ์สิทธิ์โดยคำนึงถึงประโยชน์ของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ ให้บริการที่เท่าเทียมโดยไม่ตัดสินถูกผิดตามทัศนคติของตนเอง มีทักษะให้คำปรึกษาทางจริยธรรม ตลอดจนการสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลระยะสุดท้าย

2) สมรรถนะด้านการพยาบาลแบบองค์รวม หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพมีความสามารถในการสื่อสารเพื่อประเมินปัญหา ความต้องการ และเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของผู้สูงอายุ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ โดยหาแนวทางแก้ปัญหาที่เหมาะสมร่วมกัน และคำนึงถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

3) สมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค หมายถึง ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการสอน ให้ความรู้ และให้คำปรึกษาร่วมกับทีมสุขภาพในด้านการส่งเสริมโภชนาการ การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดีขึ้น ภายใต้แนวคิดการตั้งเป้าหมายทั้งในระยะสั้นและระยะยาวอย่างชัดเจน

4) สมรรถนะด้านการจัดการดูแลรายกรณี หมายถึง ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการ ประเมินปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ โดยการประสานความร่วมมือกับผู้สูงอายุ ครอบครัว ทีมสุขภาพ และแหล่งประโยชน์อื่นๆ ในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้ทางเลือกที่เหมาะสม เกิดความปลอดภัย ประหยัดค่าใช้จ่าย ตลอดจนความสำเร็จเชิงผลลัพธ์มากที่สุด

5) สมรรถนะด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง การที่พยาบาลวิชาชีพเป็นแบบอย่างที่ดีในการดูแลสุขภาพ มีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ สามารถสอน ชี้แนะแบบเรียนรู้ร่วมกันในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองโดยการตัดสินใจเลือกวิธีการปฏิบัติที่ถูกต้อง คงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสมภายใต้การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุ ครอบครัว และทีมสุขภาพ

6) สมรรถนะด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ หมายถึง ความสามารถของพยาบาลวิชาชีพในการตั้งคำถามทางคลินิก กำหนดวัตถุประสงค์ รวบรวมข้อมูล การเลือกข้อมูล หรือประยุกต์ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการสืบค้นข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ และมีการบูรณาการข้อมูลเพื่อการตัดสินใจที่ดีที่สุด ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการทำวิจัยโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence Based)

กล่าวได้ว่า การพยาบาลผู้สูงอายุ จำเป็นที่จะต้องอาศัยความรู้ทางการพยาบาลที่มีความเฉพาะเจาะจงร่วมกับความเข้าใจในความเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้สูงอายุอย่างลึกซึ้ง ในการประเมินปัญหาและความต้องการทางสุขภาพของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไปแม้เพียงเล็กน้อย เพื่อใช้วางแผนป้องกัน และให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสมโดยการบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ในการตัดสินใจเลือกแนวทางการปฏิบัติที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุแต่ละราย

3.2 การพยาบาลผู้สูงอายุระยะยาว

การดูแลระยะยาว เป็นการให้การดูแลผู้สูงอายุที่ใช้ระยะเวลาในการดูแลมากกว่า 90 วัน (DI and LTC Insurance Service, 2010 อ้างถึงใน สุธาสินี ช่วยใจดี, 2556) เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มักจะมีความบกพร่องในการช่วยเหลือตนเอง จึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาวในสถาบันที่ตอบสนองความต้องการด้านการใช้ชีวิตประจำวันและการให้บริการพยาบาลควบคู่กันไป เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและคงไว้ซึ่งการช่วยเหลือตนเองมากที่สุด ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวนั้น จะต้องอาศัยบุคลากรที่มีความสามารถในระดับสูงในการประเมินความต้องการ และให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย

The Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador: ARNNL, (2013) ให้ความสำคัญต่อปัญหาความต้องการระบบบริการสุขภาพระยะยาวของป่วยที่มีความต้องการบริการสุขภาพที่มีหลากหลายและซับซ้อน พยาบาลจึงมีความสำคัญต่อผลลัพธ์ของผู้รับบริการในระบบการดูแลระยะยาว ตลอดจนการสนับสนุนประสานความร่วมมือในการดูแลร่วมกับสหวิชาชีพแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงได้โดยกำหนดบทบาทของพยาบาลดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ

1) บทบาทผู้นำ (Leader)

พยาบาลจะต้องมีภาวะผู้นำทีมทางการพยาบาล มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุโดยการร่วมมือกับผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน และสหวิชาชีพ ในการวางแผนการดูแล ประสานงาน แก้ไขปัญหา และให้การดูแลโดยตรง มีทักษะในการสื่อสารและการจัดการทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถเป็นที่ปรึกษาให้กับทีมสหวิชาชีพ รวมทั้งพัฒนานวัตกรรมและกลยุทธ์ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ตรงกับเป้าหมายที่วางไว้

2) บทบาทผู้ประสานงาน (Coordinator)

พยาบาลจะต้องมีความสามารถในการติดต่อประสานความร่วมมือกับทีมพหุภาคีเครือข่าย ทีมสหวิชาชีพ ชุมชน ผู้ดูแล ครอบครัว และผู้สูงอายุ ในการร่วมกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดูแลผู้สูงอายุแต่ละราย มีความคิดสร้างสรรค์และสามารถคิดค้นนวัตกรรมใหม่ๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้เข้าถึงการดูแลที่ดีที่สุด (Best Practice) รวมทั้งการเป็นผู้กำกับควบคุมสมาชิกในทีมให้สามารถดำเนินงานตามแผนการดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล (Practitioner)

พยาบาลมีหน้าที่ให้การดูแลอย่างครบองค์รวม โดยการส่งเสริม ป้องกัน รักษา สนับสนุน ฟื้นฟู และดูแลประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิต พยาบาลจะต้องมีองค์ความรู้ในการดำเนินของโรค ลักษณะอาการที่เป็นภาวะเสี่ยงหรืออันตรายที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่าง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ทันท่วงที ตลอดจนการเป็นที่ปรึกษาและให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน และทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดกระบวนการทางการพยาบาลและการดูแลอย่างครอบคลุม

4) บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์ (Advocate)

พยาบาลจะต้องสามารถอธิบาย ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับสิทธิที่เป็นผลประโยชน์ของผู้สูงอายุที่พึงได้รับ ด้วยการสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือในการเข้าถึงบริการ โดยการจัดสรรแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นต่อผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีอยู่ในสังคมได้อย่างสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

5) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา (Mentor)

พยาบาลจำเป็นต้องมีทักษะความรู้และความสามารถที่หลากหลาย ตลอดจนมีความสามารถในการถ่ายทอดทักษะความรู้ความสามารถได้เป็นอย่างดี เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ บทบาทผู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพ จึงเป็นการถ่ายทอดประสบการณ์ ความรู้อันเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาดูแลผู้สูงอายุ และสามารถเป็นแนวทางปฏิบัติการดูแลที่ดีที่สุดสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

6) บทบาทผู้วางแผนการดูแล (Program Planner)

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งต้องการความร่วมมือจากสหวิชาชีพในการวางแผนการดูแลให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ ซึ่งเชื่อว่าพยาบาลที่อยู่ในพื้นที่ชุมชนเดียวกับผู้สูงอายุจะมีความเข้าใจในบริบทความต้องการดูแลของผู้สูงอายุเป็นอย่างดี สามารถที่จะนำความรู้ความเข้าใจมาใช้ในการวางแผนการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพตรงความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัวมากที่สุด

การพยาบาลผู้สูงอายุระยะยาว จำเป็นจะต้องอาศัยพยาบาลวิชาชีพที่มีทักษะและความสามารถหลากหลายด้านในการสนับสนุนการดูแลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย เพื่อให้ผู้สูงอายุและครอบครัวสามารถดำรงชีวิตประจำวันอยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่า โดยการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพในการให้การดูแลผู้สูงอายุได้รับบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ (สุธาสินี ช่วยใจดี, 2556)

สรุปได้ว่า การพยาบาลผู้สูงอายุระยะยาว จำเป็นจะต้องใช้พยาบาลวิชาชีพที่มีความรู้ ทักษะและความสามารถหลากหลาย ในการจัดการดูแลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุเฉพาะราย โดยการประสานความร่วมมือในการทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสม และคงไว้ซึ่งความสามารถในการช่วยเหลือตนเองมากที่สุด

4. บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

รัฐบาลให้ความสำคัญกับแนวคิดหลักในการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิง โดยอาศัยต้นทุนทางสังคมและทรัพยากรที่มีอยู่ ทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นกลไกหลักในการสนับสนุนการดำเนินงานต่างๆ ในชุมชน ได้มีการจัดสรรงบอุดหนุนการดำเนินงานของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดยมี ผู้จัดการการดูแล (Care Manager) อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงบริการจำเป็น ที่ครอบคลุมบริการทั้งกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง และการป้องกันการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงชีพได้อยางอิสระได้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ และยังเป็นการลดภาระในการดูแลในระยะยาวของครอบครัว (กระทรวงสาธารณสุข สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2558: 15) ซึ่งผู้จัดการการดูแล จะหน้าที่หลักในการบริหารจัดการและประสานงานให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับบริการด้านสาธารณสุขตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ประกาศกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ฉบับที่ 2 พ.ศ.2559 โดยการจัดทำ Care Plan ประกอบการพิจารณาของคณะอนุกรรมการระบบบริการดูแลระยะยาว ในการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ ตลอดจนประสานความร่วมมือกับผู้ดูแล (Care Giver) ทีมสหวิชาชีพ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และภาคีที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการจัดบริการตาม care plan โดยมี พยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 1 คน ทำหน้าที่ดูแลผู้ดูแล 5-10 คน และดูแลผู้สูงอายุประมาณ 35-40 คน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), 2559)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนดแนวปฏิบัติเบื้องต้นของผู้จัดการการดูแล (Care Manager) ประกอบด้วย

1) ประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) และประเมินคัดกรองด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง

2) จัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก

3) จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล Care Plan, Weekly Plan

4) จัดประชุมกลุ่มเพื่อปรึกษาปัญหารายกรณี (Care Conference)

5) เชื่อมประสานกับทีมสหวิชาชีพของหน่วยบริการฯ อปท.และเครือข่ายที่เกี่ยวข้องตาม Care Plan

6) พัฒนาศักยภาพการทำงานเป็นทีม

7) บริหารจัดการ และกำกับติดตามการดำเนินงานของผู้ดูแล (Care Giver) ให้เป็นไปตาม Care Plan

8) การประเมินและทบทวน Care Plan ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละราย ประเมินแผนงานและผลการปฏิบัติงานเชิงระบบเพื่อปรับปรุงพัฒนา

และกำหนดคุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรมเป็นผู้จัดการการดูแล (Care Manager) ไว้ดังนี้

1) มีอายุไม่ต่ำกว่า 25 ปีบริบูรณ์

2) จบการศึกษาไม่ต่ำกว่าปริญญาตรีด้านการแพทย์ หรือการพยาบาล หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ หรือการสาธารณสุข หรือประกาศนียบัตรการพยาบาลและผดุงครรภ์ และต้องมีประสบการณ์การปฏิบัติงาน ไม่น้อยกว่า 3 ปี หรือ

3) จบปริญญาตรีด้านอื่น หรือจบหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล หรือพยาบาลเทคนิค และต้องมีประสบการณ์ปฏิบัติงานด้านผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า 3 ปี

4) ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือบกพร่องในศีลธรรมอันดี และไม่มีประวัติการกระทำผิดต่อผู้สูงอายุหรือผู้ป่วย

5) มีใบรับรองแพทย์ระบุว่ามีสุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นผู้วิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบและไม่เป็นผู้ติดสารเสพติด

ตลอดจนการกำหนดแนวทางในการปฏิบัติของผู้ดูแล (Care Giver) ที่จำเป็นต้องผ่านหลักสูตรการอบรมและการฝึกปฏิบัติ 240 ชั่วโมง โดยมี ผู้จัดการการดูแล ซึ่งเป็นแพทย์หรือพยาบาลวิชาชีพกำกับควบคุมการทำงานของผู้ดูแล ซึ่งมีหน้าที่ดังต่อไปนี้

1) ดูแลผู้สูงอายุตามกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่าย ให้ถูกลักษณะปลอดภัย เหมาะสมกับวัยผู้สูงอายุ

2) สังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้สูงอายุ รวมทั้งเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ และต้องรายงานให้ญาติของผู้สูงอายุทราบทุกวัน

3) ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้าน ตลอดจนดูแลสถาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะเอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

4) เขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานต้นสังกัด

5) กรณีมีการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุต้องดำเนินการเตรียม ปรุง ประกอบอาหาร พร้อมทั้งดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ในการปรุงประกอบอาหารให้สะอาด ถูกสุขลักษณะในทุกขั้นตอนและล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอ

6) จัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง โดยทิ้งลงภาชนะรองรับที่ถูกหลักสุขาภิบาลและระวังป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนกับอาหาร และเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค หรือก่อให้เกิดเหตุรำคาญต่อบ้านเรือนใกล้เคียง

7) ส่งต่อผู้สูงอายุกรณีพบว่ามีเหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามระบบส่งต่อและวิธีการอย่างถูกต้อง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

8) จัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน เพื่อรายงานต่อ Care manager

และกำหนดคุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรมเป็นผู้ดูแล (Care Giver) ที่อาจเป็นผู้ดูแลในครอบครัว หรือผู้ดูแลอาสาสมัครในชุมชน ไว้ดังนี้

1) มีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี บริบูรณ์

2) จบการศึกษาไม่ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า

3) เป็นผู้มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุมาไม่ต่ำกว่า 1 ปี โดยมีหนังสือรับรองจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

4) ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสื่อมเสีย หรือบกพร่องในศีลธรรมอันดี และไม่มีประวัติการกระทำผิดต่อผู้สูงอายุหรือผู้ป่วย

5) มีใบรับรองแพทย์ระว่ามีสุขภาพแข็งแรง ไม่เป็นผู้วิกลจริตหรือจิตฟั่นเฟือน ไม่สมประกอบและไม่เป็นผู้ติดยาเสพติด

6) มีวุฒิภาวะและบุคลิกลักษณะเหมาะสมทั้งด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม มีความขยันอดทนและมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติต่อผู้สูงอายุด้วยความอ่อนโยน มีเมตตา ซึ่งจะเอื้ออำนวยต่อการทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

สำหรับหลักสูตรการอบรมผู้จัดการการดูแล (Care Manager) โดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2556) มีรายละเอียดเนื้อหา ดังต่อไปนี้

1) จำนวนชั่วโมงของการฝึกอบรม 70 ชั่วโมง

2) อบรมโดยหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมอนามัยร่วมกับวิทยาลัย มหาวิทยาลัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล หรือหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้หลักสูตรของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หรือเทียบเท่า โดยมีรายละเอียด ดังตารางที่ 2

CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 2 เนื้อหาหลักสูตรอบรม Care Manager ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

เนื้อหาหลักสูตรอบรม Care Manager	ทฤษฎี (ชั่วโมง)	ปฏิบัติ (ชั่วโมง)	รวม (ชั่วโมง)
1. ความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุ	1	-	1
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	1	-	1
3. โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ	2	1	3
4. ภาวะวิกฤตกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น	2	2	4
5. การช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น	3	2	5
6. การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ดูแลตัวเองไม่ได้เนื่องจากชราภาพ หรือมีปัญหาระบบทางเดินอาหาร ระบบทางเดินหายใจ ระบบขับถ่าย ระบบอวัยวะสืบพันธุ์	4	8	11
7. การใช้ยาในวัยผู้สูงอายุ	2	-	2
8. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	6	3	9
9. สุขภาพจิตกับผู้สูงอายุ/ การดูแลตนเองเพื่อคลายเครียด	3	2	5
10. การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม	1	-	1
11. ภูมิปัญญาชาวบ้านกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	1	1	2
12. สิทธิผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญ/ กฎหมายแรงงานที่ควรรู้	1	-	1
13. บทบาทและจริยธรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	1	-	1
14. การจัดกิจกรรมนันทนาการเพื่อผู้สูงอายุ	1	1	2
15. การฝึกปฏิบัติงาน	-	20	20
16. การวัดและประเมินผล	1	-	1
รวม	**30**	**40**	**70**

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปได้ว่า บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นการนำหลักการการพยาบาลผู้สูงอายุระยะยาวผนวกกับแนวคิดผู้จัดการดูแล ประยุกต์ใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติในการให้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ประกาศกองทุนหลักประกันสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยได้สังเคราะห์แนวคิดบทบาทพยาบาลผู้สูงอายุระยะยาวของ The Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador: ARNNL (2013) ร่วมกับแนวคิดบทบาทผู้จัดการดูแลของ National Academy of Certified Care Managers: NACCM (2016) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา ร่วมกับการใช้เทคนิคเดลฟาย เพื่อให้ได้บทบาทของพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนในการศึกษาครั้งนี้

5. เทคนิคเดลฟาย

เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) เป็นวิธีการคาดการณ์ผลลัพธ์โดยวิธีการแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีขั้นตอนและระเบียบแบบแผนที่ชัดเจน ซึ่งผู้เชี่ยวชาญจะต้องตอบแบบสอบถามอย่างน้อยสองรอบหรือมากกว่านั้น และผู้วิจัยจะต้องวิเคราะห์คำตอบของรอบนั้นๆเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับตอบคำถามในรอบถัดไป โดยเชื่อว่าคำตอบในแต่ละรอบจะถูกเกลาให้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น ซึ่งสุดท้ายการสอบถามจะหยุดลงเมื่อได้ข้อมูลที่อิ่มตัว มีค่ามัธยฐานและพิสัยระหว่างควอไทล์ที่อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Rowe and Wright, 1999)

ประวัติเทคนิคเดลฟาย

เป็นวิธีหนึ่งของการมองอนาคต ซึ่งได้รับการพัฒนาโดย RAND Corporation ในคริสต์ทศวรรษที่ 1950 เป็นวิธีสำรวจความเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในสาขาหนึ่งๆ เพื่อให้ได้คำตอบที่น่าเชื่อถือมากที่สุด โดยให้ผู้เชี่ยวชาญในสาขานั้นๆ ตอบแบบสอบถามชุดเดียวกันหลายครั้ง ในการสำรวจรอบที่หนึ่งผู้ตอบแบบสอบถามจะตอบคำถามพร้อมข้อคิดเห็นส่วนตัวเกี่ยวกับคำถาม จากนั้นคณะวิจัยจะคำนวณหาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของคำตอบ และรวบรวมข้อคิดเห็นเพิ่มเติมของผู้ตอบเพิ่มลงในชุดแบบสอบถามรอบที่สอง พร้อมส่งคำตอบที่ได้ในรอบแรกคืนให้ผู้ตอบ ผู้ตอบจะเปรียบเทียบคำตอบของตนกับผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นและข้อคิดเห็นเพิ่มเติม เพื่อตัดสินใจใหม่ว่าจะยืนยันความคิดเดิม หรือจะเปลี่ยนใจ โดยมิต้องเผชิญหน้ากับผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น ความเห็นที่แตกต่างจากความเห็นของคนส่วนใหญ่มีความสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่าความเห็นของคนส่วนใหญ่ เนื่องจากผลการศึกษาหลากหลายได้ระบุว่าความเห็นของสมาชิกที่ดีที่สุดของกลุ่มอาจไม่ตรงกับความเห็นของคนส่วนใหญ่ก็เป็นได้

ในระยะแรกมีการใช้เทคนิคเดลฟายกันมากในการคาดการณ์เทคโนโลยี โดยทำนายว่าเทคโนโลยีใดจะมีการพิสูจน์หลักการได้เมื่อใด จะเริ่มพร้อมใช้งานหรือจะมีการใช้อย่างแพร่หลายได้เมื่อใด แต่ต่อมามีการใช้อย่างแพร่หลายในการสำรวจและประเมินนโยบายด้านต่างๆ ทั้งในภาครัฐและภาคเอกชน ทางด้านการศึกษา การจัดการ และสาธารณสุข เรียกว่าเป็น เดลฟายเชิงนโยบาย (Policy Delphi)

ลักษณะสำคัญของเทคนิคเดลฟาย

1) การไม่เปิดเผยตน (Anonymity) ได้จากการใช้แบบสอบถาม เพื่อไม่ให้ผู้ออกความเห็นต้องเผชิญหน้ากัน จะได้ไม่รู้ว่าใครเป็นเจ้าของความเห็น ทำให้สามารถพิจารณาคุณค่าของความเห็นโดยไม่ถูกเบี่ยงเบนด้วยตำแหน่งหรือความสามารถในการโน้มน้าวของเจ้าของความเห็น ผู้ออกความเห็นที่แตกต่างออกไปไม่รู้สึกว่าถูกกดดันจากผู้ที่มีวุฒิสูงกว่าหรือความเห็นของคนส่วนใหญ่

2) การทำซ้ำ (Iteration) ได้จากการส่งแบบสอบถามเดียวกันให้ตอบหลายรอบ ให้โอกาสผู้ตอบเปลี่ยนใจโดยไม่เสียหน้า จากการพิจารณาความเห็นและเหตุผลของผู้อื่น

3) การป้อนกลับโดยมีการควบคุม (Controlled Feedback) มีการกลั่นกรองและป้อนกลับความเห็นของกลุ่มให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้ทราบในการส่งแบบสอบถามรอบต่อไป ผู้ตอบจะได้ทราบสถานภาพของความเห็นรวม คำวิจารณ์ ข้อเสนอแนะ และเหตุผลประกอบความคิดเห็นของทั้งผู้เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย

4) การนำเสนอคำตอบด้วยสถิติ (Statistical Group Response) เป็นส่วนหนึ่งของการป้อนกลับระหว่างการสอบถามแต่ละรอบ โดยเสนอผลคำตอบของกลุ่มเป็นค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ระดับความเห็นที่กระจายออกไป

ข้อดีของเทคนิคเดลฟาย

1) การไม่เปิดเผยชื่อของผู้ตอบ ทำให้ผู้ตอบมีอิสระทางความคิด

2) สามารถได้ความเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวนมาก ซึ่งอาจสูงเป็นร้อยเป็นพันได้

3) การใช้วิธีการทางสถิติเพื่อประมวลผล เป็นการลดอคติ (Bias) ทำให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

4) เหมาะสำหรับคำถามยากๆ ที่มีหลายมิติ ที่ต้องประเมินทั้งข้อเท็จจริงทางวิทยาศาสตร์และคุณค่าทางสังคม หรือคำถามในเรื่องที่ยังขาดองค์ความรู้อย่างเพียงพอ เพื่อหาคำตอบในขณะที่จำเป็นต้องมีการตัดสินใจ

ข้อเสียของเทคนิคเดลฟาย

1) ใช้เวลานานและการลงทุนสูง จึงนิยมทำการสำรวจเพียงสองรอบ แต่ในปัจจุบัน หลายโครงการมีการให้ตอบแบบสอบถามในเว็บไซต์แบบออนไลน์ ซึ่งลดค่าใช้จ่ายและเวลาลงได้มาก

2) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เชี่ยวชาญผ่านแบบสำรวจไม่เข้มข้นเหมือนการเผชิญหน้า จึงถูกกล่าวหาว่าการสำรวจได้เพียงความเห็นเฉลี่ย ซึ่งอาจไม่ใช่ความเห็นที่ดีที่สุด

ขั้นตอนในการสำรวจแบบเดลฟาย

1) ผู้วิจัยปรึกษากับคณะกรรมการด้านเทคนิค ซึ่งประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญในสาขาที่จะสำรวจเพื่อกำหนดกรอบประเด็นปัญหาที่จะศึกษา และคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญที่จะส่งแบบสอบถามไป

2) เพื่อให้ได้มาซึ่งหัวข้อที่จะใช้ในแบบสอบถาม ผู้วิจัยอาจจัดการประชุมระดมความคิดผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาในวงกว้าง หรือใช้กระบวนการจำลองภาพอนาคต หรือส่งแบบสอบถามแบบคำถามปลายเปิดไปให้ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อรวบรวมประเด็นที่จะศึกษา

3) คณะกรรมการด้านเทคนิคเสนอหัวข้อที่จะใช้ในการสำรวจแบบเดลฟาย

4) ผู้วิจัยนำหัวข้อไปทำเป็นแบบสอบถามเดลฟาย เปิดโอกาสให้ผู้ตอบวิจารณ์หัวข้อในแบบสอบถาม และเสนอหัวข้อเพิ่มเติมได้

5) ผู้วิจัยปรึกษาคณะกรรมการด้านเทคนิคให้ตัดสินตัวแปรที่จะใช้

6) ทดลองความเหมาะสมของแบบสอบถามก่อนส่งจริง

7) ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามรอบที่ 1 ไปยังผู้เชี่ยวชาญ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

8) ผู้วิจัยติดตามแบบสอบถามรอบที่ 1 เพื่อวิเคราะห์ผลการตอบในเชิงสถิติ รวมทั้งคำวิจารณ์และข้อเสนอแนะต่างๆ นำเสนอคณะกรรมการด้านเทคนิค เพื่อปรับปรุงหัวข้อและตัวแปรเพิ่มเติม

9) ผู้วิจัยส่งแบบสอบถามรอบที่ 2 ไปยังผู้เชี่ยวชาญที่ตอบแบบสอบถามรอบที่ 1 ซึ่งแต่ละข้อจะมีค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ รวมทั้งสรุปข้อคิดเห็นต่างๆ จากผลการสำรวจในรอบที่ 1 หากผู้เชี่ยวชาญเลือกตอบใหม่อีกครั้งโดยมีความเห็นอยู่ในค่าพิสัยระหว่างควอไทล์สูงสุดหรือต่ำสุด ก็จะขอให้บอกเหตุผลด้วยว่าทำไมจึงคิดว่าความเห็นของตนถูกต้องกว่าผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆ

10) ผู้วิจัยติดตามแบบสอบถามรอบที่ 2 เพื่อวิเคราะห์ผลการตอบ และนำเสนอคณะกรรมการด้านเทคนิค

11) ผู้วิจัยทำซ้ำขั้นตอนที่ 7 และ 8 จนกว่าผลการสำรวจมีความแตกต่างจากครั้งก่อนน้อยที่สุด

12) ผู้วิจัยเขียนรายงานสรุปผลการสำรวจแบบเดลฟาย ร่วมกับคณะกรรมการด้านเทคนิค

การคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ

การศึกษาของ จุมพล พูลภัทรชีวิน (2553) ได้กล่าวว่า ผู้วิจัยควรเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เป็นกลุ่มผู้บริหารในปัจจุบัน หรือกลุ่มที่มีศักยภาพในการเป็นผู้บริหารในรุ่นต่อไป อาจรวมถึงกลุ่มนักวิชาการและผู้รับบริการด้วย ส่วนอัตราและสัดส่วนของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญนั้น ผู้วิจัยจะต้องเป็นผู้กำหนดเองว่ากลุ่มไหนมีความสำคัญมากก็เลือกกลุ่มนั้นมากกว่ากลุ่มอื่นๆ และควรมีกลุ่มนักวิชาการรวมอยู่ด้วยเสมอเพราะกลุ่มนักวิชาการจะมีความคิดเห็นที่เป็นอิสระและสร้างสรรค์มาก จะช่วยให้รายละเอียดของเรื่องที่จะศึกษาในแง่วิชาการได้หลากกลายยิ่งขึ้น ทำให้ผู้วิจัยได้ข้อมูลที่ทันสมัย และตรงตามความต้องการของผู้วิจัย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) คุณสมบัติความและสามารถของผู้เชี่ยวชาญ ควรเลือกผู้ที่มีความสามารถ มีประสบการณ์และความเข้าใจในเรื่องที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาเป็นอย่างดี เพื่อให้ได้ผลการวิจัยที่มีความน่าเชื่อถือของข้อมูล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

2) ความร่วมมือของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ พิจารณาผู้เชี่ยวชาญที่มีความยินดี และสะดวกให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามงานวิจัยซ้ำหลายรอบ

3) การคำนวณจำนวนกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ จะต้องทำให้อัตราการลดลงของความคลาดเคลื่อนมีน้อยลง ตามการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thomas T. Macmillan (1971) ให้มีจำนวนผู้เชี่ยวชาญไม่ต่ำกว่า 17 คน

ผู้วิจัยเลือกใช้เทคนิคเดลฟาย เนื่องจากประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาเป็นการศึกษาถึงความคาดหวังหรือการคาดการณ์ในอนาคตของบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และเพื่อเป็นข้อมูลให้กับผู้บริหารทางการพยาบาลในการพัฒนาและการจัดอบรมหลักสูตรพยาบาลผู้จัดการการดูแล ให้เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ซึ่งประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาดังกล่าวสามารถหาคำตอบได้จากความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับ

บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ที่ไม่สามารถหาคำตอบได้จากการศึกษาด้วยเชิงสถิติ

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Counsell (2007) ศึกษาเรื่องการบูรณาการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยที่ใช้ระบบการจัดการดูแล (Care Management) ในการประเมินความต้องการบริการสุขภาพและสังคม โดยมีพยาบาลผู้จัดการและนักสังคมสงเคราะห์เป็นผู้รับผิดชอบ เพื่อแบ่งกลุ่มความต้องการทางสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับบริการรูปแบบนี้มีภาวะสุขภาพที่ดีกว่ารูปแบบการดูแลปกติคือมีภาวะพึ่งพิงน้อยกว่า และสามารถลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันได้

Smith (2010) กล่าวถึง ผู้จัดการการดูแล (Care Manager) ที่มีความสามารถทางด้านการใช้เทคโนโลยี เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้รับบริการผ่านสื่อและช่องทางต่างๆ ในการรับรู้ข่าวสารข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพ ส่งผลต่อภาวะสุขภาพผู้รับบริการที่ดีเช่นกัน

Kato, et al. (2013) ได้กล่าวถึง รูปแบบการจัดการการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในประเทศญี่ปุ่น แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ ได้แก่

1) รูปแบบแผนงานการดูแลโดย ผู้ให้การดูแล (Care Provider) ทำหน้าที่ในการดูแลตามแผนงาน

2) รูปแบบวางแผนให้บริการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโดย ผู้จัดการการดูแล (Care Manager) ทำหน้าที่ในการประสานงาน ปรึกษาร่วมกับแพทย์ พยาบาล และสหวิชีพ ให้มีการดำเนินการไปตามแผนงานที่กำหนด และควบคุมกำกับการทำงานของผู้ให้การดูแล (Care Provider) ซึ่งกำหนดหน้าที่ของผู้จัดการการดูแล (Care Manager) ในระบบบริการระยาว ดังนี้

(1) ประเมินความสามารถของบุคคล

(2) ประเมินความต้องการและการสนับสนุนการดูแล

(3) กำหนดรูปแบบการดำรงชีวิตประจำวัน

(4) ระบุปัญหาความต้องการการดูแล

(5) วางแผนรูปแบบการดูแล

(6) วางแผนให้การดูแลระยะยาว

Taylor et al. (2013) ได้กล่าวถึง บทบาทผู้จัดการการดูแล (Care Manager) ทำหน้าที่ในการให้การดูแลกับผู้ป่วยทางตรงผ่านการประสานงานและขอความช่วยเหลือ ดำเนินการประเมินปัญหาและการติดต่อสื่อสารภายในทีม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามระบบบริการซึ่งมีบทบาท ดังนี้

1) ให้การบริการ และประสานบริการสำหรับผู้ป่วย

2) ประสานความร่วมมือการให้บริการร่วมกับทีมสุขภาพ

3) ระบุปัญหา เงื่อนไข ความต้องการบริการสุขภาพแต่ละรายโรค

4) ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการประเมินความต้องการ และเลือกระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม

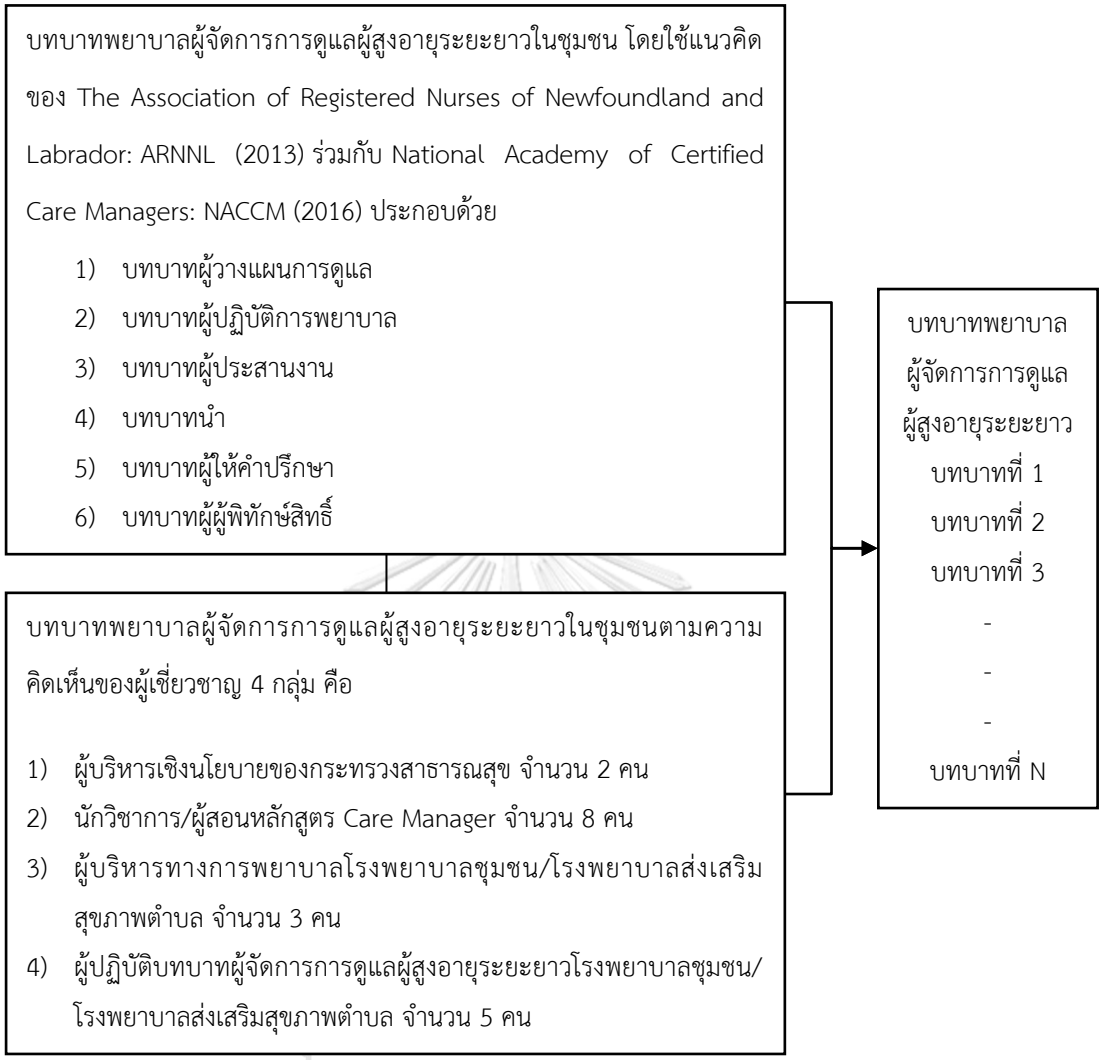
Hong, Siegel and Ferris (2014) กล่าวถึง ระบบการจัดการดูแล (Care Management) ได้ถูกนำมาใช้ในการควบคุมค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพเรื้อรังที่ซ้ำซ้อน ให้ได้รับการดูแลจากหน่วยปฐมภูมิที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วย พบว่า รูปแบบการจัดการดูแลโดยการประเมินความต้องการและการสนับสนุนของผู้จัดการการดูแล (Care Manager) สามารถที่จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพเรื้อรังที่ซ้ำซ้อนได้

จากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปได้ว่า บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ใช้แนวคิดการจัดการดูแล (Care Management) ในการประเมินความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย โดยมีผู้จัดการการดูแล (Care Manager) เป็นผู้รับผิดชอบในการประเมินความต้องการการดูแล วางแผนการดูแลร่วมกับสหวิชาชีพ และหาแหล่งสนับสนุนในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น

7. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดบทบาทพยาบาลผู้สูงอายุระยะยาวของ The Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador: ARNNL (2013) ร่วมกับแนวคิดบทบาทผู้จัดการดูแลของ National Academy of Certified Care Managers: NACCM (2016) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก คือ 1) บทบาทผู้วางแผนการดูแล 2) บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล 3) บทบาทผู้ประสานงาน 4) บทบาทผู้นำ 5) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา และ 6) บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์ มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยใช้เทคนิคเดลฟายในการรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ รายละเอียดดังรูปภาพที่ 1

รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 3
วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยใช้เทคนิคเดลฟายในการรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1) ผู้บริหารเชิงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทางด้านการวางแผนนโยบายและการกำหนดแนวทางการปฏิบัติในการดำเนินงานของพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จำนวน 2 คน

2) นักวิชาการ/ผู้สอนหลักสูตร Care Manager คือ ผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถถ่ายทอดนโยบายและการปฏิบัติการเป็นผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ประสานความเชื่อมโยง ติดตามประเมินคุณภาพการดูแลระยะยาวที่บ้านและชุมชน ตลอดจนการทำหน้าที่เป็นผู้สอนในหลักสูตร Care Manager จำนวน 8 คน

3) ผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ ผู้ที่รับนโยบายและแนวทางการปฏิบัติมาดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ความรับผิดชอบ และดำรงตำแหน่งผู้บริหารและคณะกรรมการในสายการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 คน

4) ผู้ปฏิบัติบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ พยาบาลผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตร Care Manager จำนวน 5 คน

การเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เป็นการคัดเลือกแบบแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ทั้งหมด 4 กลุ่ม โดยเลือกผู้เชี่ยวชาญที่มีส่วนเกี่ยวข้องและมีผลงานดีเด่นในบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนซึ่งเป็นที่ยอมรับของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นสอบถามผู้เชี่ยวชาญแต่ละกลุ่มโดยใช้วิธีการบอกต่อ (Snowballing Technique) โดยการบอกต่อคนถัดไปนั้น ผู้ที่แนะนำจะต้องติดต่อขออนุญาตจากผู้เชี่ยวชาญที่ถูกอ้างชื่อถึงก่อน ผู้วิจัยจึงจะสามารถติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญท่านนั้นได้โดยตรง และจะหยุดดำเนินการวิจัยเมื่อ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จำนวนผู้เชี่ยวชาญรวมทั้งสิ้น 18 คน โดยแบ่งออกเป็น ผู้บริหารเชิงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2 คน นักวิชาการ/ผู้สอนหลักสูตร Care manager จำนวน 8 คน ผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 คน และผู้ปฏิบัติบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5 คน ตามการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thomas T. Macmillan (1971) พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนตั้งแต่ 17 คนเป็นต้นไป จะมีระดับความคลาดเคลื่อนลดลงอย่างคงที่ และมีความคลาดเคลื่อนน้อยมาก (รายละเอียดของรายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญ ดังภาคผนวก ข)

1) ผู้บริหารเชิงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข คือ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทางด้านการวางแผนนโยบายและการกำหนดแนวทางการปฏิบัติในการดำเนินงานของพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ซึ่งเป็นผู้ที่ดำรงตำแหน่งผู้บริหารและคณะกรรมการในกระทรวงสาธารณสุขที่มีประสบการณ์การทำงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า 3 ปี

2) นักวิชาการ/ผู้สอนหลักสูตร Care Manager คือ ผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจ สามารถถ่ายทอดนโยบายและการปฏิบัติการเป็นผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ ประสานความเชื่อมโยง ติดตามประเมินคุณภาพการดูแลระยะยาวที่บ้านและชุมชน ตลอดจนการทำหน้าที่เป็นผู้สอนในหลักสูตร Care Manager และมีประสบการณ์การทำงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า 3 ปี

3) ผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ ผู้ที่รับนโยบายและแนวทางการปฏิบัติมาดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่ความรับผิดชอบ และดำรงตำแหน่งผู้บริหารและคณะกรรมการในสายการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และมีประสบการณ์การทำงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า 3 ปี

4) ผู้ปฏิบัติบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล คือ พยาบาลผู้รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในพื้นที่โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตร Care Manager และมีประสบการณ์การทำงานเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า 3 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย แบบสอบถาม 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสัมภาษณ์ที่มีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด

ชุดที่ 2 แบบสอบถามลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาระดับความสำคัญหรือความเป็นไปได้เกี่ยวกับประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา เพื่อประมาณค่าแนวโน้มความน่าจะเป็นของบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนในแต่ละองค์ประกอบ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ที่มีการเพิ่มเติมค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของผู้เชี่ยวชาญของข้อคำถามแต่ละข้อ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้เปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างระหว่างคำตอบของตนเอง และของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด ประกอบการพิจารณาตัดสินใจยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบของตนเอง

<u>การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย</u>

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รอบที่ 1

1) ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี ตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ โดยใช้แนวคิดของ The Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador: ARNNL (2013) ร่วมกับ National Academy of Certified Care Managers (2016) มาบูรณาการเพื่อกำหนดเป็นกรอบในการสร้างแบบสอบถาม รอบที่ 1

2) สร้างแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสัมภาษณ์ที่มีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดตามแนวคิดการจัดการดูแล (Care Management) กำหนดเป็นแบบสอบถาม 2 ตอน ดังนี้

<u>*ส่วนที่ 1*</u> เป็นข้อมูลส่วนบุคคล เช่น ตำแหน่ง หน่วยงาน ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ วุฒิการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรี–ปัจจุบัน และความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ

<u>*ส่วนที่ 2*</u> เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิดมีข้อคำถาม ดังนี้

“ท่านคิดว่าบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแล (Nurse Care Manager) ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนควรมีบทบาทด้านใดบ้าง และบทบาทแต่ละด้านของพยาบาลผู้จัดการการดูแล (Nurse Care Manager) ควรปฏิบัติอย่างไร และมีรายละเอียดของการปฏิบัติอย่างไร”

3) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

4) นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลในรอบที่ 1 โดยสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้วยตัวผู้วิจัยเอง การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ หรือเขียนตอบแบบสอบถาม ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้เชี่ยวชาญ

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รอบที่ 2

การสร้างแบบสอบถามรอบที่ 2 เรื่อง บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มระดับความสำคัญขององค์ประกอบย่อยบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ในแต่ละข้อรายการ โดยมีองค์ประกอบย่อยที่เกิดจากการสัมภาษณ์ในรอบที่ 1 และมีข้อคำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นหรือให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอย่างอิสระ มีวิธีการดังนี้

1) รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญรอบที่ 1 มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยจัดหมวดหมู่เนื้อหาสาระเดียวกันไว้ด้วยกัน เปรียบเทียบกับแนวคิดบทบาทของ The Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador: ARNNL (2013) ร่วมกับ National Academy of Certified Care Managers (2016) ที่ได้จากทบทวนวรรณกรรมบูรณาการร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 18 คน ได้องค์ประกอบของบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ทั้งหมด 6 องค์ประกอบหลัก จำนวน 47 องค์ประกอบย่อย ดังนี้

(1) บทบาทผู้วางแผนการดูแล

(2) บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล

(3) บทบาทผู้ประสานงาน

(4) บทบาทผู้นำ

(5) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา

(6) บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์

2) สร้างแบบสอบถาม มาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของข้อคำถาม ที่เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนในแต่ละองค์ประกอบย่อย จากความสำคัญมากที่สุดถึงความสำคัญน้อยที่สุด (ระดับคะแนน 5 ถึงระดับคะแนน 1) ของข้อความแต่ละข้อตามความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ หากผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โปรดให้ข้อเสนอแนะในช่องทางขวาของข้อคำถาม หรือส่วนท้ายของแบบสอบถาม โดยใช้เกณฑ์การพิจารณาข้อความแต่ละข้อ ดังนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อ	บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	ระดับความสำคัญ					ข้อเสนอแนะ
		5	4	3	2	1	
1) บทบาทผู้วางแผนการดูแล							
1	กำหนดแผนการดูแลตามผลการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ADL (Activity of Daily Living) แบ่งระดับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ/หรือ ประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ GDS (Geriatric Depression Scale)						
	....						
7	ให้ข้อมูลความจริงในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแก่สังคม สื่อสาธารณะ เพื่อให้สังคมตระหนักในปัญหาและการเปลี่ยนแปลงของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว						

5 หมายถึง ท่านเห็นว่าองค์ประกอบย่อยในแต่ละข้อรายการของบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ข้อความดังกล่าว **มีความสำคัญมากที่สุด**

4 หมายถึง ท่านเห็นว่าองค์ประกอบย่อยในแต่ละข้อรายการของบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ข้อความดังกล่าว **มีความสำคัญมาก**

3 หมายถึง ท่านเห็นว่าองค์ประกอบย่อยในแต่ละข้อรายการของบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ข้อความดังกล่าว **มีความสำคัญปานกลาง**

2 หมายถึง ท่านเห็นว่าองค์ประกอบย่อยในแต่ละข้อรายการของบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ข้อความดังกล่าว **มีความสำคัญน้อย**

1 หมายถึง ท่านเห็นว่าองค์ประกอบย่อยในแต่ละข้อรายการของบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ข้อความดังกล่าว **มีความสำคัญน้อยที่สุด**

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

3) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาของบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

4) ปรับแก้ข้อความตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ให้องค์ประกอบย่อยบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน มีความถูกต้องและชัดเจน แล้วจึงนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 2

การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย รอบที่ 3

การสร้างแบบสอบถามรอบที่ 3 เรื่อง บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เป็นปรับแก้ไขจากแบบสอบถามรอบที่ 2 มีจุดมุ่งหมายเพื่อยืนยันความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวโน้มความสำคัญขององค์ประกอบย่อยแต่ละข้อรายการของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและของคำตอบผู้ตอบแบบสอบถาม สำหรับให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาเพื่อตัดสินยืนยันความเหมาะสมในแต่ละองค์ประกอบย่อยของบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ตามความคิดเห็นเดิมหรือพิจารณาเปลี่ยนแปลงระดับความสำคัญให้สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ มีวิธีการดังนี้

1) นำคะแนนคำตอบที่ได้จากแบบสอบถามรอบที่ 2 ทั้งหมด มาคำนวณค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter Quartile Range) ในแต่ละข้อรายการ และสรุปข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญที่ได้จากแบบสอบถามรอบที่ 2 เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลเสนอให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์พิจารณาความเหมาะสม และปรับแก้ข้อรายการองค์ประกอบย่อยตามข้อเสนอแนะ

2) สร้างแบบสอบถามจากข้อรายการเดิม หลังผ่านความคิดเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ซึ่งได้ปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว มาทำเป็นแบบสอบถามเหมือนในรอบที่ 2 โดยเพิ่มค่ามัธยฐาน (MD) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในแต่ละองค์ประกอบย่อย และให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาข้อคำถามแต่ละข้อรายการแล้วทำเครื่องหมาย ✓ เพื่อยืนยันคำตอบเดิมหรือเปลี่ยนแปลงตามความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ครบทุกข้อรายการ ดังเครื่องหมายแสดงต่อไปนี้

ค่ามัธยฐาน (MD)	ใช้สัญลักษณ์	Δ
ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR)	ใช้สัญลักษณ์	⟷
ตำแหน่งคำตอบในรอบที่ 2	ใช้สัญลักษณ์	•
ตำแหน่งยืนยันคำตอบในรอบที่ 3	ใช้สัญลักษณ์	✓

ข้อ	บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	ระดับความสำคัญ					ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	MD	IR	
1) บทบาทผู้วางแผนการดูแล									
1	กำหนดแผนการดูแลตามผลการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ADL (Activity of Daily Living) แบ่งระดับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ/หรือ ประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ GDS (Geriatric Depression Scale)		Δ ◆ ● ✓				4.67	1.06	

โดยหากคำตอบของผู้ตอบอยู่ในค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ของข้อนั้น หมายความว่า ความเห็นของผู้ตอบสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ผู้ตอบไม่ต้องใช้เหตุผลประกอบ แต่ถ้าคำตอบของผู้ตอบอยู่นอกเหนือค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ หมายความว่า ความเห็นของผู้ตอบไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ขอให้ผู้ตอบชี้แจงเหตุผลประกอบในข้อนั้นๆเพิ่มเติม

3) นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 3 (รายละเอียดของแบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญ ดังภาคผนวก ง)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือจะแฝงอยู่ในกระบวนการรวบรวมข้อมูล เนื่องจากการวิจัยด้วยเทคนิคเดลฟาย ผู้วิจัยรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญโดยตรง จำนวน 18 คน จากแบบสัมภาษณ์รอบที่ 1 ซึ่งผู้เชี่ยวชาญจะปรับแก้สำนวนภาษาในแบบสอบถาม เสมือนว่าผู้เชี่ยวชาญได้ตรวจความตรงตามเนื้อหาคู่กับการตอบแบบสอบถามไปด้วย ส่วนความเที่ยงของเครื่องมือพิจารณาได้จากการที่ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบตนเองเมื่อตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 (จุมพล พูลภัทรชีวิน, 2553)

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทั่วไปจะเก็บรวบรวมข้อมูล 3 รอบ หรือมากกว่า โดยแต่ละรอบมีการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร, 2553)

รอบที่ 1 ผู้วิจัยค้นคว้าข้อมูลแนวคิด ทฤษฎี ตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศบูรณาการร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับปัญหาการวิจัยที่ศึกษา ตลอดจนการดำเนินงานเพื่อขอรับรองโครงการวิจัยในการเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (รายละเอียดของเอกสารรับรองโครงการวิจัย ดังภาคผนวก ก) และการทำหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 18 คน (รายละเอียดของหนังสือเรียนเชิญผู้เชี่ยวชาญ ดังภาคผนวก ค) เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ศึกษาก่อนการสัมภาษณ์ และเซ็นเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 15-30 นาที หรือให้ผู้เชี่ยวชาญการเขียนตอบกลับส่งคืนกลับผู้วิจัยทางไปรษณีย์ภายใน 2 สัปดาห์ ทางซองจดหมายที่ผู้วิจัยได้ติดไปรษณียากรไว้เรียบร้อยแล้ว

<u>การวิเคราะห์รอบที่ 1</u>

จำแนกองค์ประกอบที่เป็นความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญภายหลังจากการสัมภาษณ์ และ/หรือการเขียนตอบทางไปรษณีย์ที่ได้รับคืนจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อสรุปประเด็นสำคัญที่ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อมูล เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เปรียบเทียบกับแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหา หากเนื้อหายังไม่ครอบคลุม ผู้วิจัยจะนำประเด็นดังกล่าวกลับไปสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกับผู้เชี่ยวชาญโดยตรง จนได้เนื้อหาครอบคลุมบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ตามแนวคิดของ The Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador: ARNNL (2013) ร่วมกับ National Academy of Certified Care Managers (2016) ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก คือ 1) บทบาทผู้วางแผนการดูแล 2) บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล 3) บทบาทผู้ประสานงาน 4) บทบาทผู้นำ 5) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา และ 6) บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์ ดังตารางที่ 3

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 3 ตารางแสดงข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์ รอบที่ 1

จากการทบทวนวรรณกรรม	จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	ข้อคำถามแบบสอบถาม
1. บทบาทผู้วางแผนการดูแล		
ผู้สูงอายุทุกคนได้รับการประเมิน (Assessor) เพื่อคัดกรองจำแนกตามกลุ่ม เพื่อรับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ของแต่ละกลุ่ม รวมถึงมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุทุกชุมชน เพื่อการวางแผน (Planner) จัดการการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับทีมสุขภาพที่ให้ความสำคัญต่อการตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นหลัก และดำเนินการ (Implementer) ตามแผนการดูแลที่สอดคล้องกับเป้าหมายและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุและครอบครัว โดยที่ผู้วางแผนการดูแลจะต้องทำหน้าที่ประเมินผลลัพธ์ (Evaluator) ในการติดตาม ประเมินผลลัพธ์คุณภาพการดูแล และปรับปรุงระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องร่วมกับทีมพหุภาคีเครือข่าย	- แบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามศักยภาพ ได้แก่ กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง โดยใช้แบบประเมิน ADL - จำแนกความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย เพื่อการวางแผนป้องกันในระยะสั้นและระยะยาวในการดูแลผู้สูงอายุทุกกลุ่ม เพื่อ Set Priority ในการจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุแต่ละราย - วางแผนการดูแล (Care Plan) ผู้สูงอายุในชุมชนได้สอดคล้องกับชุดสิทธิประโยชน์และความเหมาะสม - เตรียมงานตามแผนการดูแล โดยการประสานทีม และมอบหมายหน้าที่การปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุของทุกฝ่าย - ดำเนินงานตามแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยการควบคุมสถานการณ์ให้เป็นไปตามแผน และบรรลุผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล - การบริหารจัดการ ควบคุมทีม ในการให้การดูแลผู้สูงอายุ เพื่อประเมินความต้องการทางสุขภาพ และปรับแผนการดูแลตามความเหมาะสม - รายงานผลการปฏิบัติงานตามแผนการดูแล เพื่อสรุปภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล - วิเคราะห์ผลลัพธ์สุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย เพื่อวางแผนพัฒนา/ปรับปรุงแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ - ติดตาม สนับสนุน และประเมินการปฏิบัติงานของอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุและผู้ดูแล (Care Giver)	1. กำหนดแผนการดูแลตามผลการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ADL (Activity of Daily Living) แบ่งระดับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ/หรือประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ GDS (Geriatric Depression Scale) 2. วางแผนการดูแล (Care Plan) ตามความต้องการและความจำเป็นของผู้สูงอายุสอดคล้องกับชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุเฉพาะราย 3. กำหนดแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวร่วมกับผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน ทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายทั้งรัฐบาลและองค์การอิสระ 4. แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกับทีมตามความต้องการของผู้สูงอายุ 5. จัดประชุมทีมดูแล (Care Conference) เป็นระยะ 6. กำหนดแนวทางและการประเมินผลลัพธ์ในการดำเนินงานตามแผนการดูแลผู้สูงอายุ 7. พัฒนาปรับปรุงแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างต่อเนื่อง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 3 (ต่อ)

จากการทบทวนวรรณกรรม	จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	ข้อคำถามแบบสอบถาม
2. บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล		
มีองค์ความรู้ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก (Knowledgeable) และข้อมูลสำหรับการพัฒนา ติดตาม กำกับระบบบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและความชำนาญการ (Proficient) ในการดูแลผู้สูงอายุโดยคำนึงถึงความต้องการบริการสุขภาพและผลลัพธ์ของการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว พยาบาลวิชาชีพจะต้องมีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการดำเนินการทางคลินิก รวมถึงการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้สูงอายุและครอบครัว โดยที่ผู้ปฏิบัติการทางคลินิกจะต้องมีความสามารถในการเมินความต้องการสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวม เพื่อใช้ในการวางแผน ดำเนินการและประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งอาศัยทักษะด้านการติดต่อสื่อสารกับทีมผู้ดูแลในการตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพของผู้สูงอายุและครอบครัวในการเลือกใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Informed) เพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติที่ดีที่สุดภายใต้การกำกับดูแลของพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งการเป็นผู้วิจัย (Researcher) ในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างต่อเนื่อง	- มีข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่รับผิดชอบและลงพื้นที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ - มีความรู้ในการให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุครบองค์รวม ทั้งด้านการส่งเสริม การป้องกันโรค การรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ - สร้างทีมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการจัดอบรมผู้ดูแล (Care Giver) ให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่เหมาะสมสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง - การจัดระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่ชัดเจน ประกอบด้วยการคัดกรองสุขภาพ แสวงหาช่องทางทางเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างเท่าเทียม โดยมีทะเบียนผู้สูงอายุในชุมชน (Elderly Folder) เพื่อติดตามปัญหาสุขภาพอย่างต่อเนื่องครบองค์รวมทุกมิติ - ให้การพยาบาลที่บ้านตามขอบเขตวิชาชีพ ได้แก่ การเยี่ยมบ้านให้การดูแลพยาบาลที่บ้าน เช่น การใส่สายNG-Tube, การทำแผล, การออกกำลังกาย, การจัดสภาพแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสม เป็นต้น - พัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบตามแนวทางปฏิบัติ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการระบุปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุตลอดจนนำเป็นแนวปฏิบัติในการดูแลที่เป็นมาตรฐานสากลตลอดจนพัฒนาปรับปรุงการจัดการดูแลให้เป็นที่ยอมรับและเกิดประโยชน์สูงสุดสำหรับผู้สูงอายุ	1. ประเมินปัญหา ความต้องการ และข้อจำกัดของผู้สูงอายุเฉพาะราย (Individual) ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ 2. ประเมินปัญหา ความต้องการ และข้อจำกัดของผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ 3. ปฏิบัติการพยาบาลตามปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุเฉพาะราย เช่น สาธิตการดูแลให้กับผู้ดูแล (Care Giver) เป็นต้น 4. จัดอบรมผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ 5. ติดตามการปฏิบัติ และผลลัพธ์การดูแลของผู้ดูแล (Care Giver) 6. นำหลักฐานเชิงประจักษ์จากกรณีตัวอย่างที่มีพยาบาลผู้จัดการการดูแล (Nurse Care Manager) และ/หรือ ผู้ดูแล (Care Giver) ที่ปฏิบัติจนได้ผลดีมาใช้ในการปฏิบัติงาน 7. ติดตามกิจกรรมการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคอย่างต่อเนื่อง 8. ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายตามความเหมาะสม 9. ปรับปรุงพัฒนาการปฏิบัติการดูแลให้มีคุณภาพ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 3 (ต่อ)

จากการทบทวนวรรณกรรม	จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	ข้อคำถามแบบสอบถาม
3. บทบาทผู้ประสานงาน		
ติดต่อประสานงาน (Collaborator) กับพหุภาคีเครือข่าย ได้แก่ ผู้ดูแล ทีมสหวิชาชีพ อาสาสมัครผู้สูงอายุ ครอบครัว และชุมชน ในการระบุปัญหา กำหนดเป้าหมายการดูแล กำลังคนในระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุให้มีจำนวนเพียงพอและผ่านตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด รวมถึงการวางแผนร่วมกันในการตอบสนองความต้องการบริการทางสุขภาพของผู้สูงอายุ ประสานความร่วมมือ (Collaborator) โดยที่ผู้ประสานทีมสุขภาพจะต้องมีความสามารถในการพัฒนานวัตกรรม ความคิดสร้างสรรค์ เพื่อหาแนวทางการปฏิบัติที่ดีที่สุด รวมถึงความสามารถขับเคลื่อนกลยุทธ์ (Solution Driven) จากแผนยุทธศาสตร์โดยเป็นผู้ให้ความรู้ คำแนะนำ ชี้แนวทาง และกำกับดูแลผู้ร่วมทีมพหุภาคีเครือข่าย	- มีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อทุกองค์การ คล่องตัว สามารถปรับตัวและยืดหยุ่นเข้ากับบุคคลและสถานการณ์ต่างๆได้ - มีความเคารพ ยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่างกันได้ มองโลกในแง่ดี ให้เกียรติและไว้ใจผู้ร่วมงาน ตลอดจนมีอารมณ์ขัน และมีความเสียสละ - เป็นผู้ให้ความร่วมมือกับทีมสุขภาพประสานกับชุมชน ครอบครัว และผู้ดูแล(Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกับพหุภาคีเครือข่าย ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลต่างๆกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำ Care Conference เป็นระยะร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ครอบครัว และผู้ดูแล (Care Giver) - รู้แหล่งประโยชน์และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับทรัพยากรทางสังคมที่จะนำมาใช้ในการดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุได้ - สามารถวิเคราะห์หาต้นทุนทางสังคม บริหารจัดการทรัพยากรมนุษย์ งบประมาณ ตามบริบท และศักยภาพชุมชนในท้องถิ่นได้อย่างคุ้มค่า - สามารถจัดการและหาแหล่งสนับสนุนในการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังเบื้องต้น และส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มสูงอายุที่มีโรคซับซ้อนให้ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที รวมทั้งสร้างความเข้าใจในการดูแลรักษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุในชุมชน - นำนโยบายสู่การปฏิบัติ โดยการถ่ายทอดนโยบาย กระบวนการทำงานให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ	1. ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจากสมาชิกในครอบครัวและเครือญาติ 2. ประสานความร่วมมือร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และนักจิตวิทยา ในการให้การดูแล จัดการทรัพยากรผู้สูงอายุในชุมชน 3. ประสานความร่วมมือกับพหุภาคีเครือข่ายชุมชน ได้แก่ อบต./อบท. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน พัฒนาชุมชน เกษตรอำเภอ/ตำบล และผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ในการให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 4. ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกับเพื่อนบ้าน และคนในชุมชน กรณีไม่มีครอบครัว หรือครอบครัวมีข้อจำกัดในการดูแล 5. ประสานงานโดยใช้ฐานข้อมูลแหล่งประโยชน์ในชุมชนและนำทรัพยากรทั้งภายในและภายนอกชุมชนมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ 6. ประสานความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกับผู้เกี่ยวข้องตามชุดสิทธิประโยชน์ 7. ประสานองค์การแหล่งประโยชน์อื่นๆที่ไม่ใช่หน่วยงานภาครัฐเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 3 (ต่อ)

จากการทบทวนวรรณกรรม	จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	ข้อคำถามแบบสอบถาม
4. บทบาทผู้นำ		
เป็นผู้นำทีมสุขภาพ (Team Leader) ตั้งแต่การประเมินความต้องของผู้สูงอายุตามชุดสิทธิประโยชน์ด้านการดูแลระยะยาวที่ครอบคลุมตามความจำเป็นพื้นฐานของผู้สูงอายุภายใต้ระบบการเงินการคลังที่เหมาะสมและยั่งยืน และการวางแผนการประสานงาน แก้ไขปัญหา และการเป็นผู้ดูแลโดยตรง พยาบาลวิชาชีพจะต้องใช้ทักษะการติดต่อสื่อสาร (Skilled Communicator) และการจัดการแหล่งสนับสนุนทางสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ สามารถที่จะเป็นผู้นำทีมในการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) พัฒนาคุณภาพ การบริการสนับสนุนสิ่งแวดล้อมที่มีคุณภาพเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ โดยที่ผู้นำทีมสุขภาพจะต้องมีข้อมูล สามารถแลกเปลี่ยนความรู้ และเลือกแนวทางในการปฏิบัติตามมาตรฐานที่ดีที่สุด และสรุปแนวทางในการปฏิบัติให้ดำเนินการไปในทิศทางเดียวกัน	- มีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ และตระหนักในความจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ - กระตุ้นให้ทีมสหวิชาชีพ องค์การบริหารปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน ครอบครัว และผู้ดูแล (Care Giver) เกิดทัศนคติที่ดีในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ - มีลักษณะเฉพาะในการทำงาน รับรู้สังเกตการณ์ วิเคราะห์และมองสถานการณ์อย่างลึกซึ้ง และเป็นผู้นำในการตัดสินใจ แก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการทำงานร่วมกับทีมอย่างต่อเนื่อง - สามารถบริหารจัดการทีมให้สามารถเข้าใจตรงกัน เพื่อการทำงานเป็นไปตามแนวทางเดียวกัน และบรรลุเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ - เป็นผู้สร้างแรงบันดาลใจในทีมให้ผ่านปัญหาอุปสรรคได้ - ประสานงานในการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพเครือข่ายทั้งในและนอกองค์การ ให้ดำเนินการไปอย่างราบรื่น ทั้งด้านการจัดวางกำลังคน งบประมาณ และทรัพยากรสนับสนุนให้พร้อม และเพียงพอในการดำเนินการระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน - การค้นหาทรัพยากรที่มีอยู่ในครอบครัวในชุมชน เพื่อเป็นต้นแบบการสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีในวัยสูงอายุ	1. ติดตามข้อมูลแผนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุลงสู่ภาคการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม 2. มีการตัดสินใจ (Make Decision) แก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวร่วมกับชุมชนท้องถิ่น เพื่อคุณภาพการดูแล 3. มีการจัดการความรู้ (Knowledge Management) เกี่ยวกับการจัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนในบริบทของตนเอง 4. มีการสื่อสารกับทีม และสมาชิกผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Effective Communication) 5. มีการกระตุ้นจูงใจ (Motivation) ผู้ดูแล (Care Giver) ให้สามารถปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ 6. มีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) แก่ผู้ดูแล (Care Giver) ทั้งผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวและอาสาสมัคร 7. มีการสร้างแรงบันดาลใจ (Inspiration) ให้กับครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ให้มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 8. มีการจัดกิจกรรมการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เช่น ผู้สูงอายุต้นแบบ ครอบครัวต้นแบบ ผู้ดูแลต้นแบบ ชุมชนต้นแบบ เป็นต้น 9. มีการจัดทำโครงการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพผู้ดูแล (Care Giver) ในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 3 (ต่อ)

จากการทบทวนวรรณกรรม	จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	ข้อคำถามแบบสอบถาม
5. บทบาทผู้ให้คำปรึกษา		
มีระบบการดูแลระยะยาวผู้สูงอายุในชุมชนครอบคลุมทุกพื้นที่และมีระบบสนับสนุน (Supporter) การดูแลระยะยาวในชุมชน และระบบรองรับสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและไม่สามารถพักอาศัยในชุมชนได้ สามารถให้คำแนะนำ และประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ดูแลในการสนับสนุน การตัดสินใจในการให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ โดยผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีความสามารถในการให้ความรู้ (Educator) ชี้แจงข้อมูลการให้ความรู้ และการชี้แนะ (Guide) เลือกแนวทางการปฏิบัติที่ดีที่สุดในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	- เป็นที่ปรึกษา/พี่เลี้ยงในการดำเนินการ และตามนิเทศงานแก่ผู้ดูแลเพื่อเสริมพลังอำนาจและความเข้มแข็งในชุมชน - เสริมพลังอำนาจแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว ผู้ดูแล และชุมชนโดยการให้ความรู้ คำปรึกษา และคำแนะนำเกี่ยวกับสุขศึกษาในรูปแบบต่างๆที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม - จัดอบรม ถ่ายทอดความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ ตั้งแต่การเตรียมพร้อมในการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสม และเตรียมญาติที่จะต้องรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการสอนอาสาสมัครชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะ - ให้คำปรึกษากับภาคีเครือข่ายในการทำงาน เช่น ผู้ดูแล ทั้งที่เป็นญาติของผู้สูงอายุ อาสาสมัครในชุมชน และทีมสุขภาพ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุเป็นไปด้วยความถูกต้องเหมาะสม	1. สร้างความคุ้นเคยและเป็นกันเองกับครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ของผู้สูงอายุในชุมชน 2. ให้ข้อมูล แก่ผู้สูงอายุ สมาชิกครอบครัว และผู้ดูแล (Care Giver) ถึงบทบาทของตนในการเป็นพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 3. ให้คำปรึกษาแก่สมาชิกครอบครัวและผู้ดูแล เห็นถึงความสำคัญของการดูแล เพื่อป้องกันปัญหาและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้สูงอายุ 4. รับฟังปัญหาความต้องการของครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุ 5. ให้ครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ร่วมการกำหนดเป้าหมาย และวิธีการในการดูแลผู้สูงอายุ 6. ให้คำปรึกษากับครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุ 7. เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ซักถามในประเด็นที่สงสัยหรือไม่ชัดเจน พร้อมให้การคำแนะนำเพิ่มเติม 8. สร้างความหวังและความมั่นใจให้กับครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุ 9. ร่วมเป็นที่ปรึกษาให้กับทีมสหวิชาชีพและทีมพหุภาคี ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 3 (ต่อ)

จากการทบทวนวรรณกรรม	จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	ข้อคำถามแบบสอบถาม
6. บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์		
กระตุ้นทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพัฒนากฎหมาย/ ระเบียบ และการบริหารจัดการให้เอื้อต่อการพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ โดยการมีส่วนร่วมต่อการตัดสินใจเลือกบริการสุขภาพโดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Client-Centered) ประสานความร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุและครอบครัวกับทีมสุขภาพ รวมทั้งมีวิสัยทัศน์ (Visible) ในการเลือกรูปแบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับเป้าหมายการดูแลที่วางไว้ โดยที่ผู้พิทักษ์สิทธิ์จะต้องมีความรู้เกี่ยวกับทางเลือกต่างๆเป็นอย่างดี และคำนึงถึงผลประโยชน์สูงสุดของผู้สูงอายุและครอบครัวบนพื้นฐานของคุณธรรมและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ (Ethical)	- ปกป้องสิทธิมนุษยชน พิทักษ์สิทธิ์ของผู้สูงอายุ โดยให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับสิทธิ์ต่างๆของตนเองในด้านสุขภาพ สวัสดิการตามหลักกฎหมาย และสิทธิของผู้ป่วย - ให้การดูแลผู้สูงอายุครบถ้วนตามแผนการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี และอยู่อย่างมีศักดิ์ศรีในชุมชน - แสวงหาช่องทางให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการสุขภาพที่พึงจะได้รับอย่างเหมาะสม และเท่าเทียมกัน - มีความรู้เกี่ยวกับงานพัฒนาคุณภาพเพื่อกำหนดเป้าหมายการดูแลเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย Plan Do Check Act ในการจัดการปัญหาและคุณภาพอย่างต่อเนื่อง - มีการ Update ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็นส่วนช่วยในการขับเคลื่อนแนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน - คิดหานวัตกรรมในการดูแลรูปแบบใหม่ ที่ช่วยส่งเสริมให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น	1. อธิบาย ชี้แจงสิทธิ์ของผู้สูงอายุที่พึงได้รับการช่วยเหลือได้อย่างครอบคลุม 2. ส่งต่อความช่วยเหลือตามสิทธิ์ของผู้สูงอายุแต่ละรายไปยังหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง 3. รักษาความลับของข้อมูลผู้สูงอายุ 4. พิจารณาให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน ตามสิทธิมนุษยชน 5. มีการพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในการจัดบริการสุขภาพให้ครอบคลุมและทั่วถึง 6. ให้ข้อมูลความจริงในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแก่สังคม สื่อสาธารณะ เพื่อให้สังคมตระหนักในปัญหาและการเปลี่ยนแปลงของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

รอบที่ 2 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในรอบที่ 1 มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยข้อคำถามประกอบด้วย บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ใน 6 องค์ประกอบหลัก จำนวน 47 องค์ประกอบย่อย โดยจัดหมวดหมู่เนื้อหาสาระในลักษณะเดียวกันเข้าไว้ด้วยกัน ในกรณีที่ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมีความแตกต่างซึ่งไม่สามารถจัดเป็นหมวดหมู่ใดได้แต่ยังคงมีเนื้อหาสาระอยู่ในขอบข่ายปัญหาการวิจัย ให้รวบรวมนำเสนอผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆ เพื่อพิจารณาในรอบที่ 2 เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆอาจมีความคิดเห็นคล้อยตามได้ แต่หากผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยจากการวิเคราะห์พบว่าค่ามัธยฐานไม่เกิน 3.50 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เกิน 1.5 ให้คัดความคิดเห็นที่แตกต่างนี้ออกเนื่องจากเป็นค่าที่อยู่นอกขอบเขตปกติ เมื่อวิเคราะห์เนื้อหาและจัดหมวดหมู่ของเนื้อหาแล้ว นำมาสร้างเป็นแบบสอบถามมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) เพื่อนำกลับไปถามผู้เชี่ยวชาญเขียนตอบแบบสอบถามคืนกลับผู้วิจัยโดยตรงหรือให้ผู้เชี่ยวชาญการเขียนตอบกลับส่งคืนกลับผู้วิจัยทางไปรษณีย์ภายใน 2 สัปดาห์ ทางซองจดหมายที่ผู้วิจัยได้ติดไปรษณียากรไว้เรียบร้อยแล้ว เพื่อพิจารณาระดับความสำคัญเกี่ยวกับประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา

<u>การวิเคราะห์รอบที่ 2</u>

จากการรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามรอบที่ 2 ผู้วิจัยจะนำมาคำนวณค่ามัธยฐาน (MD) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) เพื่อแสดงความสอดคล้องกันของแต่ละข้อความองค์ประกอบย่อยด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังตารางที่ 4

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 4 ตารางแสดงค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ในแบบสอบถาม รอบที่ 2

ข้อ	บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	MD	IR	ระดับความสำคัญ
1) บทบาทผู้วางแผนการดูแล				
1	กำหนดแผนการดูแลตามผลการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ADL (Activity of Daily Living) แบ่งระดับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ/หรือ ประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ GDS (Geriatric Depression Scale)	5.00	1.00	มากที่สุด
2	วางแผนการดูแล (Care Plan) ตามความต้องการและความจำเป็นของผู้สูงอายุสอดคล้องกับชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุเฉพาะราย	5.00	0.25	มากที่สุด
3	กำหนดแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวร่วมกับผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน ทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายทั้งรัฐบาลและองค์การอิสระ	5.00	0.25	มากที่สุด
4	แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกับทีมตามความต้องการของผู้สูงอายุ	5.00	1.00	มากที่สุด
5	จัดประชุมทีมดูแล (Care Conference) เป็นระยะ	5.00	1.00	มากที่สุด
6	กำหนดแนวทางและการประเมินผลลัพธ์ในการดำเนินงานตามแผนการดูแลผู้สูงอายุ	5.00	1.00	มากที่สุด
7	พัฒนาปรับปรุงแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างต่อเนื่อง	5.00	1.00	มากที่สุด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อ	บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	MD	IR	ระดับความสำคัญ
2) บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล				
8	ประเมินปัญหา ความต้องการ และข้อจำกัดของผู้สูงอายุเฉพาะราย (Individual) ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ	5.00	1.00	มากที่สุด
9	ประเมินปัญหา ความต้องการ และข้อจำกัดของผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ	5.00	1.00	มากที่สุด
10	ปฏิบัติการพยาบาลตามปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุเฉพาะราย เช่น สาธิตการดูแลให้กับผู้ดูแล (Care Giver) เป็นต้น	5.00	1.00	มากที่สุด
11	จัดอบรมผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ	5.00	1.00	มากที่สุด
12	ติดตามการปฏิบัติ และผลลัพธ์การดูแลของผู้ดูแล (Care Giver)	5.00	0.25	มากที่สุด
13	นำหลักฐานเชิงประจักษ์จากกรณีตัวอย่างที่มีพยาบาลผู้จัดการการดูแล (Nurse Care Manager) และ/หรือ ผู้ดูแล (Care Giver) ที่ปฏิบัติจนได้ผลดีมาใช้ในการปฏิบัติงาน	5.00	1.00	มากที่สุด
14	ติดตามกิจกรรมการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคอย่างต่อเนื่อง	5.00	0.00	มากที่สุด
15	ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายตามความเหมาะสม	5.00	0.00	มากที่สุด
16	ปรับปรุงพัฒนาการปฏิบัติการดูแลให้มีคุณภาพ	5.00	0.00	มากที่สุด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อ	บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	MD	IR	ระดับความสำคัญ
3) บทบาทผู้ประสานงาน				
17	ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจากสมาชิกในครอบครัวและเครือญาติ	5.00	0.25	มากที่สุด
18	ประสานความร่วมมือร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และนักจิตวิทยา ในการให้การดูแล จัดการทรัพยากรผู้สูงอายุในชุมชน	5.00	1.00	มากที่สุด
19	ประสานความร่วมมือกับพหุภาคีเครือข่ายชุมชน ได้แก่ อบต./อบท. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน พัฒนาชุมชนเกษตรอำเภอ/ตำบล และผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ ในการให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	5.00	0.25	มากที่สุด
20	ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกับเพื่อนบ้าน และคนในชุมชน กรณีไม่มีครอบครัวหรือครอบครัวมีข้อจำกัดในการดูแล	5.00	1.00	มากที่สุด
21	ประสานงานโดยใช้ฐานข้อมูลแหล่งประโยชน์ในชุมชน และนำทรัพยากรทั้งภายในและภายนอกชุมชนมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ	5.00	1.00	มากที่สุด
22	ประสานความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกับผู้เกี่ยวข้องตามชุดสิทธิประโยชน์	5.00	1.00	มากที่สุด
23	ประสานองค์การแหล่งประโยชน์อื่นๆที่ไม่ใช่หน่วยงานภาครัฐเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ	5.00	1.00	มากที่สุด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อ	บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	MD	IR	ระดับความสำคัญ
4) บทบาทผู้นำ				
24	ติดตามข้อมูลแผนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุลงสู่ภาคการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม	5.00	0.00	มากที่สุด
25	มีการตัดสินใจ (Make Decision) แก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวร่วมกับชุมชนท้องถิ่น เพื่อคุณภาพการดูแล	5.00	1.00	มากที่สุด
26	มีการจัดการความรู้ (Knowledge Management) เกี่ยวกับการจัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนในบริบทของตนเอง	5.00	0.25	มากที่สุด
27	มีการสื่อสาร (Effective Communication) กับทีมและสมาชิกผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ	5.00	0.00	มากที่สุด
28	มีการกระตุ้นจูงใจ (Motivation) ผู้ดูแล (Care Giver) ให้สามารถปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ	5.00	0.00	มากที่สุด
29	มีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) แก่ผู้ดูแล (Care Giver) ทั้งผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวและอาสาสมัคร	5.00	0.25	มากที่สุด
30	มีการสร้างแรงบันดาลใจ (Inspiration) ให้กับครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ให้มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	5.00	0.00	มากที่สุด
31	มีการจัดกิจกรรมการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เช่น ผู้สูงอายุต้นแบบ ครอบครัวต้นแบบ ผู้ดูแลต้นแบบ ชุมชนต้นแบบ เป็นต้น	5.00	0.00	มากที่สุด
32	มีการจัดทำโครงการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพผู้ดูแล (Care Giver) ในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ	5.00	0.00	มากที่สุด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อ	บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	MD	IR	ระดับความสำคัญ
5) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา				
33	สร้างความคุ้นเคยและเป็นกันเองกับครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ของผู้สูงอายุในชุมชน	5.00	0.25	มากที่สุด
34	ให้ข้อมูล แก่ผู้สูงอายุ สมาชิกครอบครัว และผู้ดูแล (Care Giver) ถึงบทบาทของตนในการเป็นพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	5.00	1.00	มากที่สุด
35	ให้คำปรึกษาแก่สมาชิกครอบครัวและผู้ดูแล เห็นถึงความสำคัญของการดูแล เพื่อป้องกันปัญหาและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้สูงอายุ	5.00	0.00	มากที่สุด
36	รับฟังปัญหาความต้องการของครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุ	5.00	0.00	มากที่สุด
37	ให้ครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ร่วมการกำหนดเป้าหมาย และวิธีการในการดูแลผู้สูงอายุ	5.00	0.00	มากที่สุด
38	ให้คำปรึกษากับครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุ	5.00	1.00	มากที่สุด
39	เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ซักถามในประเด็นที่สงสัยหรือไม่ชัดเจน พร้อมให้การคำแนะนำเพิ่มเติม	5.00	0.25	มากที่สุด
40	สร้างความหวังและความมั่นใจให้กับครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุ	5.00	0.25	มากที่สุด
41	ร่วมเป็นที่ปรึกษาให้กับทีมสหวิชาชีพและทีมพหุภาคีในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	5.00	1.00	มากที่สุด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อ	บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	MD	IR	ระดับความสำคัญ
6) บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์				
42	อธิบาย ชี้แจงสิทธิ์ของผู้สูงอายุที่พึงได้รับการช่วยเหลือได้อย่างครอบคลุม	5.00	1.00	มากที่สุด
43	ส่งต่อความช่วยเหลือตามสิทธิ์ของผู้สูงอายุแต่ละรายไปยังหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง	5.00	1.00	มากที่สุด
44	รักษาความลับของข้อมูลผู้สูงอายุ	5.00	0.00	มากที่สุด
45	พิจารณาให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน ตามสิทธิมนุษยชน	5.00	0.00	มากที่สุด
46	มีการพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในการจัดบริการสุขภาพให้ครอบคลุมและทั่วถึง	5.00	1.00	มากที่สุด
47	ให้ข้อมูลความจริงในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแก่สังคม สื่อสาธารณะ เพื่อให้สังคมตระหนักในปัญหาและการเปลี่ยนแปลงของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	5.00	1.00	มากที่สุด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การแปลความหมายของค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

การแปลค่ามัธยฐาน (MD) มีความหมาย ดังนี้ (กานดา พูนลาภทวี, 2539)

ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 4.50 - 5.00 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ข้อความดังกล่าว **มีความสำคัญระดับมากที่สุด**

ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 3.50 - 4.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ข้อความดังกล่าว **มีความสำคัญระดับมาก**

ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 2.50 - 3.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ข้อความดังกล่าว **มีความสำคัญระดับปานกลาง**

ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 1.50 - 2.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ข้อความดังกล่าว **มีความสำคัญระดับน้อย**

ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 1.00 - 1.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ข้อความดังกล่าว **มีความสำคัญระดับน้อยที่สุด**

การแปลค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ที่ใช้มีความหมาย ดังนี้ (ขนิษฐา วิทยาอนุมาส, 2530)

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ***ค่าไม่เกิน 1.50*** หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นต่อบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ข้อความดังกล่าว **มีความสอดคล้องกัน**

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ***ค่าเกิน 1.50*** หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นต่อบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ข้อความดังกล่าว **ไม่มีความสอดคล้องกัน**

รอบที่ 3 ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยคัดเลือกข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์ คือ มีค่ามัธยฐานเกิน 3.50 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.5 และนำมาสร้างเป็นแบบสอบถามรอบที่ 3 เพื่อรายงานค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ พร้อมทั้งค่าคำตอบในรอบที่ 2 ของผู้เชี่ยวชาญท่านนั้น เพื่อยืนยันคำตอบของผู้เชี่ยวชาญโดยการเขียนตอบแบบสอบถามคืนกลับผู้วิจัยโดยตรง หรือเขียนตอบกลับส่งคืนกลับผู้วิจัยทางไปรษณีย์ภายใน 2 สัปดาห์ ทางซองจดหมายที่ผู้วิจัยได้ติดไปรษณียากรไว้เรียบร้อยแล้ว หากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เกิน 1.5 ผู้เชี่ยวชาญต้องให้เหตุผลประกอบว่ามีเหตุผลใดที่ยังคงยืนยันคำตอบของตน ซึ่งไม่คล้อยตามกลุ่มผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ จากนั้นนำมาวิเคราะห์ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ จนได้ข้อคำถามที่มีค่ามัธยฐานเกิน 3.50 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.5 รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงคำตอบที่ไม่เกินร้อยละ 15 ซึ่งถือว่าเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยจึงยุติและสรุปผลรายงานการวิจัย (Linstone and Turoff, 1975)

การวิเคราะห์รอบที่ 3

จากการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3 พบว่าบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ตามค่ามัธยฐานจากมากไปหาน้อย พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันระดับมากที่สุดในทุกองค์ประกอบย่อย กล่าวคือการศึกษาครั้งนี้ทุกองค์ประกอบย่อยมีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 4.50 ขึ้นไป และมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์น้อยกว่า 1.5 รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญเพียงร้อยละ 4.67 (ดังแสดงในตารางที่ 5 และตารางที่ 6) ผู้วิจัยจึงยุติการส่งแบบสอบถามและสรุปผลการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 5 ตารางแสดงการเปลี่ยนแปลงข้อมูลของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 3

ผู้เชี่ยวชาญ	จำนวนข้อที่เปลี่ยนแปลง	ร้อยละ
1	1	2.13
2	7	14.89
3	0	0.00
4	7	14.89
5	11	23.40
6	5	10.64
7	0	0.00
8	2	4.26
9	11	23.40
10	0	0.00
11	0	0.00
12	0	0.00
13	10	21.28
14	0	0.00
15	1	2.13
16	0	0.00
17	0	0.00
18	8	17.02
ค่าเฉลี่ยรวม	**2.20**	**4.67**

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางที่ 6 ตารางเหตุผลในการตอบนอกพิสัยควอไทล์

ข้อ	รายการองค์ประกอบย่อย	เหตุผล
20	ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกับเพื่อนบ้าน และคนในชุมชน กรณีไม่มีครอบครัว หรือครอบครัวมีข้อจำกัดในการดูแล	การประสานในระบบก่อนเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องเป็นPriorityที่ 1 ส่วนกรณีนี้ก็สำคัญแต่จะเป็นPriorityที่ 2
29	มีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) แก่ผู้ดูแล (Care Giver) ทั้งผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวและอาสาสมัคร	มองเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมบทบาทผู้นำในทางปฏิบัติ เสนอให้ตัดหรือปรับให้สามารถวัด/ประเมินผลได้ชัดเจน
31	มีการจัดกิจกรรมการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เช่น ผู้สูงอายุต้นแบบ ครอบครัวต้นแบบ ผู้ดูแลต้นแบบ ชุมชนต้นแบบ เป็นต้น	การพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนยังไม่ชัดเจน เนื่องจากไม่มีนโยบายที่ชัดเจนจากจังหวัด
32	มีการจัดทำโครงการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพผู้ดูแล (Care Giver) ในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ	กรมอนามัยไม่อนุญาตให้หน่วยงานใดจัดอบรมหลักสูตรนี้ ซึ่งทางกรมอนามัยจะเป็นผู้จัดอบรมให้เอง
35	ให้คำปรึกษาแก่สมาชิกครอบครัวและผู้ดูแล เห็นถึงความสำคัญของการดูแล เพื่อป้องกันปัญหาและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้สูงอายุ	การจัดอบรมพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ การให้คำปรึกษายังคงมีพยาบาลวิชาชีพที่ยังไม่ได้ผ่านการอบรมหลักสูตร Care Manager
44	รักษาความลับของข้อมูลผู้สูงอายุ	ในกรณีที่ความลับ/ข้อมูลของผู้สูงอายุอาจมีผลต่อชีวิต เช่น ผู้สูงอายุรู้สึกโดดเดี่ยว/รู้สึกเป็นภาระแก่ครอบครัว/อยากตาย ในกรณีต่างๆเหล่านี้อาจต้องมีการเปิดเผยข้อมูลเท่าที่จำเป็นแก่ทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องทราบ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มผู้เชี่ยว โดยหลังจากยื่นเสนอโครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ (Research Proposal) เพื่อรับการพิจารณาจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และขอรับการอนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยผู้วิจัยได้นำเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เชี่ยวชาญที่มีส่วนร่วมในการวิจัย (Information Sheet) ซึ่งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ รวมถึงถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้กับผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด ตลอดจนการมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการเป็นผู้เชี่ยวชาญในโครงการวิจัยนี้ ซึ่งจะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อผู้เชี่ยวชาญทั้งสิ้น โดยการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ (Confidentiality) และระบุการทำลายหลังสิ้นสุดโครงการวิจัยอย่างชัดเจน หลังจากที่ผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดทั้งหมดแล้ว ได้เปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญซักถามข้อสงสัยก่อนลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Information Consent Form) (รายละเอียดของเอกสารรับรองโครงการวิจัย ดังภาคผนวก ก)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

บทที่ 4
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโครงสร้างและองค์ประกอบย่อยบทบาทหลักแต่ละด้านของบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยการใช้เทคนิคเดลฟายในการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 18 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารเชิงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข นักวิชาการ/ผู้สอนหลักสูตร Care manager ผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ปฏิบัติบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบตาราง ได้แก่

1. โครงสร้างบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน
2. องค์ประกอบย่อยบทบาทหลักแต่ละด้านของบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

1. โครงสร้างบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

มีบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแล 6 องค์ประกอบหลัก เรียงความสำคัญตามกระบวนการปฏิบัติงาน ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญในแต่ละองค์ประกอบหลักของบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

องค์ประกอบหลักบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแล	MD	IR	ระดับความสำคัญ
1. บทบาทผู้วางแผนการดูแล	5.00	0.00	มากที่สุด
2. บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล	5.00	0.00	มากที่สุด
3. บทบาทผู้ประสานงาน	5.00	0.00	มากที่สุด
4. บทบาทผู้นำ	5.00	0.00	มากที่สุด
5. บทบาทผู้ให้คำปรึกษา	5.00	0.00	มากที่สุด
6. บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์	5.00	0.00	มากที่สุด

จากตารางที่ 7 พบว่า บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน มีบทบาทหลักในทุกองค์ประกอบในระดับความสำคัญมากที่สุด ที่ค่ามัธยฐานเท่ากับ 5.00 ได้แก่ บทบาทผู้วางแผนการดูแล (MD = 5.00, IR = 0.00), บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล (MD = 5.00, IR = 0.00), บทบาทผู้ประสานงาน (MD = 5.00, IR = 0.00), บทบาทผู้นำ (MD = 5.00, IR = 0.00), บทบาทผู้ให้คำปรึกษา (MD = 5.00, IR = 0.00) และบทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์ (MD = 5.00, IR = 0.00)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2. องค์ประกอบย่อยบทบาทหลักแต่ละด้านของบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ดังนี้

2.1 บทบาทผู้วางแผนการดูแล ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 7 ข้อรายการ ดังตารางที่ 8

ตารางที่ 8 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญขององค์ประกอบย่อยในบทบาทผู้วางแผนการดูแล

องค์ประกอบย่อยบทบาทผู้วางแผนการดูแล	MD	IR	ระดับความสำคัญ
1. กำหนดแผนการดูแลตามผลการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ADL (Activity of Daily Living) แบ่งระดับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ/หรือประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ GDS (Geriatric Depression Scale)	5.00	0.00	มากที่สุด
2. วางแผนการดูแล (Care Plan) ตามความต้องการและความจำเป็นของผู้สูงอายุสอดคล้องกับชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุเฉพาะราย	5.00	0.00	มากที่สุด
3. กำหนดแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวร่วมกับผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน ทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายทั้งรัฐบาลและองค์การอิสระ	5.00	0.00	มากที่สุด
4. แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกับทีมตามความต้องการของผู้สูงอายุ	5.00	0.00	มากที่สุด
5. จัดประชุมทีมดูแล (Care Conference) เป็นระยะ	5.00	0.00	มากที่สุด
6. กำหนดแนวทางและการประเมินผลลัพธ์ในการดำเนินงานตามแผนการดูแลผู้สูงอายุ	5.00	0.00	มากที่สุด
7. พัฒนาปรับปรุงแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างต่อเนื่อง	5.00	0.00	มากที่สุด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

จากตารางที่ 8 พบว่ากลุ่มเชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุด และมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทุกข้อองค์ประกอบย่อย (MD = 5.00, IR = 0.00) ได้แก่ กำหนดแผนการดูแลตามผลการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ADL (Activity of Daily Living) แบ่งระดับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ/หรือ ประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ GDS (Geriatric Depression Scale), วางแผนการดูแล (Care Plan) ตามความต้องการและความจำเป็นของผู้สูงอายุสอดคล้องกับชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุเฉพาะราย, กำหนดแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวร่วมกับผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน ทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายทั้งรัฐบาลและองค์การอิสระ, แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกับทีมตามความต้องการของผู้สูงอายุ, จัดประชุมทีมดูแล (Care Conference) เป็นระยะ, กำหนดแนวทางและการประเมินผลลัพธ์ในการดำเนินงานตามแผนการดูแลผู้สูงอายุ และพัฒนาปรับปรุงแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างต่อเนื่อง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

2.2 บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 9 ข้อรายการ ดังตารางที่ 9

ตารางที่ 9 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญขององค์ประกอบย่อยในบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล

	องค์ประกอบย่อยบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล	MD	IR	ระดับความสำคัญ
1.	ประเมินปัญหา ความต้องการ และข้อจำกัดของผู้สูงอายุเฉพาะราย (Individual) ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ	5.00	0.00	มากที่สุด
2.	ประเมินปัญหา ความต้องการ และข้อจำกัดของผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ	5.00	0.00	มากที่สุด
3.	ปฏิบัติการพยาบาลตามปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุเฉพาะราย เช่น สาธิตการดูแลให้กับผู้ดูแล (Care Giver) เป็นต้น	5.00	0.00	มากที่สุด
4.	จัดอบรมผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ	5.00	0.00	มากที่สุด
5.	ติดตามการปฏิบัติ และผลลัพธ์การดูแลของผู้ดูแล (Care Giver)	5.00	0.00	มากที่สุด
6.	นำหลักฐานเชิงประจักษ์จากกรณีตัวอย่างที่มีพยาบาลผู้จัดการการดูแล (Nurse Care Manager) และ/หรือ ผู้ดูแล (Care Giver) ที่ปฏิบัติจนได้ผลดีมาใช้ในการปฏิบัติงาน	5.00	0.00	มากที่สุด
7.	ติดตามกิจกรรมการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคอย่างต่อเนื่อง	5.00	0.00	มากที่สุด
8.	ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายตามความเหมาะสม	5.00	0.00	มากที่สุด
9.	ปรับปรุงพัฒนาการปฏิบัติการดูแลให้มีคุณภาพ	5.00	0.00	มากที่สุด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตารางที่ 9 พบว่ากลุ่มเชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุด และมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทุกข้อองค์ประกอบย่อย (MD= 5.00, IR = 0.00) ได้แก่ ประเมินปัญหา ความต้องการ และข้อจำกัดของผู้สูงอายุเฉพาะราย (Individual) ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ, ประเมินปัญหา ความต้องการ และข้อจำกัดของผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ, ปฏิบัติการพยาบาลตามปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุเฉพาะราย เช่น สาธิตการดูแลให้กับผู้ดูแล (Care Giver) เป็นต้น, จัดอบรมผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ, ติดตามการปฏิบัติ และผลลัพธ์การดูแลของผู้ดูแล (Care Giver), นำหลักฐานเชิงประจักษ์จากกรณีตัวอย่างที่มีพยาบาลผู้จัดการการดูแล (Nurse Care Manager) และ/หรือ ผู้ดูแล (Care Giver) ที่ปฏิบัติจนได้ผลดีมาใช้ในการปฏิบัติงาน, ติดตามกิจกรรมการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคอย่างต่อเนื่อง, ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายตามความเหมาะสม และปรับปรุงพัฒนาการปฏิบัติการดูแลให้มีคุณภาพ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2.3 บทบาทผู้ประสานงาน ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 7 ข้อรายการ ดังตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญขององค์ประกอบย่อยในบทบาทผู้ประสานงาน

องค์ประกอบย่อยบทบาทผู้ประสานงาน	MD	IR	ระดับความสำคัญ
1. ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจากสมาชิกในครอบครัวและเครือญาติ	5.00	0.00	มากที่สุด
2. ประสานความร่วมมือร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และนักจิตวิทยา ในการให้การดูแล จัดการทรัพยากรผู้สูงอายุในชุมชน	5.00	0.00	มากที่สุด
3. ประสานความร่วมมือกับพหุภาคีเครือข่ายชุมชน ได้แก่ อบต./อบท. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน พัฒนาชุมชนเกษตรอำเภอ/ตำบล และผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ ในการให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	5.00	0.00	มากที่สุด
4. ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกับเพื่อนบ้าน และคนในชุมชน กรณีไม่มีครอบครัวหรือครอบครัวมีข้อจำกัดในการดูแล	5.00	0.00	มากที่สุด
5. ประสานงานโดยใช้ฐานข้อมูลแหล่งประโยชน์ในชุมชนและนำทรัพยากรทั้งภายในและภายนอกชุมชนมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ	5.00	0.00	มากที่สุด
6. ประสานความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกับผู้เกี่ยวข้องตามชุดสิทธิประโยชน์	5.00	0.00	มากที่สุด
7. ประสานองค์การแหล่งประโยชน์อื่นๆที่ไม่ใช่หน่วยงานภาครัฐเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ	5.00	0.00	มากที่สุด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตารางที่ 10 พบว่ากลุ่มเชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุด และมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทุกข้อองค์ประกอบย่อย (MD = 5.00, IR = 0.00) ได้แก่ ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจากสมาชิกในครอบครัวและเครือญาติ, ประสานความร่วมมือร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และนักจิตวิทยา ในการให้การดูแลจัดการทรัพยากรผู้สูงอายุในชุมชน, ประสานความร่วมมือกับพหุภาคีเครือข่ายชุมชน ได้แก่ อบต./อบท. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน พัฒนาชุมชน เกษตรอำเภอ/ตำบล และผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ ในการให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน, ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกับเพื่อนบ้าน และคนในชุมชนกรณีไม่มีครอบครัว หรือครอบครัวมีข้อจำกัดในการดูแล, ประสานงานโดยใช้ฐานข้อมูลแหล่งประโยชน์ในชุมชนและนำทรัพยากรทั้งภายในและภายนอกชุมชนมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ, ประสานความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกับผู้เกี่ยวข้องตามชุดสิทธิประโยชน์ และประสานองค์การแหล่งประโยชน์อื่นๆที่ไม่ใช่หน่วยงานภาครัฐเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2.4 บทบาทผู้นำ ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 9 ข้อรายการ ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญขององค์ประกอบย่อยในบทบาทผู้นำ

องค์ประกอบย่อยบทบาทผู้นำ	MD	IR	ระดับความสำคัญ
1. ติดตามข้อมูลแผนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุลงสู่ภาคการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม	5.00	0.00	มากที่สุด
2. มีการตัดสินใจ (Make Decision) แก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวร่วมกับชุมชนท้องถิ่น เพื่อคุณภาพการดูแล	5.00	0.00	มากที่สุด
3. มีการจัดการความรู้ (Knowledge Management) เกี่ยวกับการจัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนในบริบทของตนเอง	5.00	0.00	มากที่สุด
4. มีการสื่อสาร (Effective Communication) กับทีมและสมาชิกผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ	5.00	0.00	มากที่สุด
5. มีการกระตุ้นจูงใจ (Motivation) ผู้ดูแล (Care Giver) ให้สามารถปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ	5.00	0.00	มากที่สุด
6. มีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) แก่ผู้ดูแล (Care Giver) ทั้งผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวและอาสาสมัคร	5.00	0.00	มากที่สุด
7. มีการสร้างแรงบันดาลใจ (Inspiration) ให้กับครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ให้มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	5.00	0.00	มากที่สุด
8. มีการจัดกิจกรรมการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เช่น ผู้สูงอายุต้นแบบ ครอบครัวต้นแบบ ผู้ดูแลต้นแบบ ชุมชนต้นแบบ เป็นต้น	5.00	0.00	มากที่สุด
9. มีการจัดทำโครงการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพผู้ดูแล (Care Giver) ในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ	5.00	0.00	มากที่สุด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตารางที่ 11 พบว่ากลุ่มเชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุด และมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทุกข้อองค์ประกอบย่อย (MD = 5.00, IR = 0.00) ได้แก่ ติดตามข้อมูลแผนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุลงสู่ภาคการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม, มีการตัดสินใจ (Make Decision) แก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวร่วมกับชุมชนท้องถิ่น เพื่อคุณภาพการดูแล, มีการจัดการความรู้ (Knowledge Management) เกี่ยวกับการจัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนในบริบทของตนเอง, มีการสื่อสาร (Effective Communication) กับทีม และสมาชิกผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ, มีการกระตุ้นจูงใจ (Motivation) ผู้ดูแล (Care Giver) ให้สามารถปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ, มีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) แก่ผู้ดูแล (Care Giver) ทั้งผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวและอาสาสมัคร, มีการสร้างแรงบันดาลใจ (Inspiration) ให้กับครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ให้มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว, มีการจัดกิจกรรมการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เช่น ผู้สูงอายุต้นแบบ ครอบครัวต้นแบบ ผู้ดูแลต้นแบบ ชุมชนต้นแบบ เป็นต้น และมีการจัดทำโครงการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพผู้ดูแล (Care Giver) ในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2.5 บทบาทผู้ให้คำปรึกษา ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 9 ข้อรายการ ดังตารางที่ 12

ตารางที่ 12 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญขององค์ประกอบย่อยในบทบาทผู้ให้คำปรึกษา

องค์ประกอบย่อยบทบาทผู้ให้คำปรึกษา	MD	IR	ระดับความสำคัญ
1. สร้างความคุ้นเคยและเป็นกันเองกับครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ของผู้สูงอายุในชุมชน	5.00	0.00	มากที่สุด
2. ให้ข้อมูล แก่ผู้สูงอายุ สมาชิกครอบครัว และผู้ดูแล (Care Giver) ถึงบทบาทของตนในการเป็นพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	5.00	0.00	มากที่สุด
3. ให้คำปรึกษาแก่สมาชิกครอบครัวและผู้ดูแล เห็นถึงความสำคัญของการดูแล เพื่อป้องกันปัญหาและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้สูงอายุ	5.00	0.00	มากที่สุด
4. รับฟังปัญหาความต้องการของครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุ	5.00	0.00	มากที่สุด
5. ให้ครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ร่วมการกำหนดเป้าหมาย และวิธีการในการดูแลผู้สูงอายุ	5.00	0.00	มากที่สุด
6. ให้คำปรึกษากับครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุ	5.00	0.00	มากที่สุด
7. เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ซักถามในประเด็นที่สงสัยหรือไม่ชัดเจน พร้อมให้การคำแนะนำเพิ่มเติม	5.00	0.00	มากที่สุด
8. สร้างความหวังและความมั่นใจให้กับครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุ	5.00	0.00	มากที่สุด
9. ร่วมเป็นที่ปรึกษาให้กับทีมสหวิชาชีพและทีมพหุภาคี ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	5.00	0.00	มากที่สุด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

จากตารางที่ 12 พบว่ากลุ่มเชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุด และมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทุกข้อองค์ประกอบย่อย (MD = 5.00, IR = 0.00) ได้แก่ สร้างความคุ้นเคยและเป็นกันเองกับครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ของผู้สูงอายุในชุมชน, ให้ข้อมูล แก่ผู้สูงอายุ สมาชิกครอบครัว และผู้ดูแล (Care Giver) ถึงบทบาทของตนในการเป็นพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว, ให้คำปรึกษาแก่สมาชิกครอบครัวและผู้ดูแล เห็นถึงความสำคัญของการดูแล เพื่อป้องกันปัญหาและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้สูงอายุ, รับฟังปัญหาความต้องการของครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุ, ให้ครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ร่วมการกำหนดเป้าหมายและวิธีการในการดูแลผู้สูงอายุ, ให้คำปรึกษากับครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุ, เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ซักถามในประเด็นที่สงสัยหรือไม่ชัดเจน พร้อมให้การคำแนะนำเพิ่มเติม, สร้างความหวังและความมั่นใจให้กับครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุ และร่วมเป็นที่ปรึกษาให้กับทีมสหวิชาชีพและทีมพหุภาคี ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2.6 บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์ ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 6 ข้อรายการ ดังตารางที่ 13

ตารางที่ 13 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญขององค์ประกอบย่อยในบทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์

องค์ประกอบย่อยบทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์	MD	IR	ระดับความสำคัญ
1. อธิบาย ชี้แจงสิทธิ์ของผู้สูงอายุที่พึงได้รับการช่วยเหลือได้อย่างครอบคลุม	5.00	0.00	มากที่สุด
2. ส่งต่อความช่วยเหลือตามสิทธิ์ของผู้สูงอายุแต่ละรายไปยังหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง	5.00	0.00	มากที่สุด
3. รักษาความลับของข้อมูลผู้สูงอายุ	5.00	0.00	มากที่สุด
4. พิจารณาให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน ตามสิทธิมนุษยชน	5.00	0.00	มากที่สุด
5. มีการพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในการจัดบริการสุขภาพให้ครอบคลุมและทั่วถึง	5.00	0.00	มากที่สุด
6. ให้ข้อมูลความจริงในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแก่สังคม สื่อสาธารณะ เพื่อให้สังคมตระหนักในปัญหาและการเปลี่ยนแปลงของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	5.00	0.00	มากที่สุด

จากตารางที่ 13 พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุด และมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทุกข้อองค์ประกอบย่อย (MD = 5.00, IR = 0.00) ได้แก่ อธิบาย ชี้แจงสิทธิ์ของผู้สูงอายุที่พึงได้รับการช่วยเหลือได้อย่างครอบคลุม, ส่งต่อความช่วยเหลือตามสิทธิ์ของผู้สูงอายุแต่ละรายไปยังหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง, รักษาความลับของข้อมูลผู้สูงอายุ, พิจารณาให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน ตามสิทธิมนุษยชน, มีการพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในการจัดบริการสุขภาพให้ครอบคลุมและทั่วถึง และให้ข้อมูลความจริงในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแก่สังคม สื่อสาธารณะ เพื่อให้สังคมตระหนักในปัญหาและการเปลี่ยนแปลงของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

บทที่ 5
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโครงสร้างและองค์ประกอบย่อยบทบาทหลักแต่ละด้านของบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยใช้เทคนิคเดลฟายในการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งการวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอนหลัก คือ 1) ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี ตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมาใช้ในการกำหนดแนวคิดการวิจัยและนำมาสร้างแบบสอบถาม 2) รวบรวมข้อมูลความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ทั้งหมด 3 รอบ ประกอบด้วย ผู้บริหารเชิงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2 คน นักวิชาการ/ผู้สอนหลักสูตร Care manager จำนวน 8 คน ผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 คน และผู้ปฏิบัติบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5 คน รวมทั้งหมด 18 คน เมื่อสิ้นสุดในการทำวิจัยโดยใช้แบบสอบถามรอบที่ 3 ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาวิเคราะห์ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ จนได้ข้อคำถามที่มีค่ามัธยฐานเกิน 3.50 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.5 รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงคำตอบที่ไม่เกินร้อยละ 15 ซึ่งถือว่าเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยจึงยุติและสรุปผลรายงานการวิจัย ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน พบว่าผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญเป็นฉันทามติในระดับมากที่สุด ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ บทบาทผู้วางแผนการดูแล, บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล, บทบาทผู้ประสานงาน, บทบาทผู้นำ, บทบาทผู้ให้คำปรึกษา และบทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์ ซึ่งมีองค์ประกอบย่อยจำนวน 47 ข้อรายการ ดังนี้

1. บทบาทผู้วางแผนการดูแล มีองค์ประกอบย่อยจำนวน 7 ข้อรายการ ได้แก่ 1) กำหนดแผนการดูแลตามผลการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ADL (Activity of Daily Living) แบ่งระดับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ/หรือ ประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ GDS (Geriatric Depression Scale), 2) วางแผนการดูแล (Care Plan) ตามความต้องการและความจำเป็นของผู้สูงอายุสอดคล้องกับชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุเฉพาะราย, 3) กำหนดแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวร่วมกับผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน ทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายทั้งรัฐบาลและองค์การอิสระ, 4) แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกับทีมตามความต้องการของผู้สูงอายุ, 5) จัดประชุมทีมดูแล (Care

Conference) เป็นระยะ, 6) กำหนดแนวทางและการประเมินผลลัพธ์ในการดำเนินงานตามแผนการดูแลผู้สูงอายุ และ 7) พัฒนาปรับปรุงแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างต่อเนื่อง (ตารางที่ 8)

2. บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล มีองค์ประกอบย่อยจำนวน 9 ข้อรายการ ได้แก่ 1) ประเมินปัญหา ความต้องการ และข้อจำกัดของผู้สูงอายุเฉพาะราย (Individual) ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ, 2) ประเมินปัญหา ความต้องการ และข้อจำกัดของผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ, 3) ปฏิบัติการพยาบาลตามปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุเฉพาะราย เช่น สาธิตการดูแลให้กับผู้ดูแล (Care Giver) เป็นต้น, 4) จัดอบรมผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ, 5) ติดตามการปฏิบัติ และผลลัพธ์การดูแลของผู้ดูแล (Care Giver), 6) นำหลักฐานเชิงประจักษ์จากกรณีตัวอย่างที่มีพยาบาลผู้จัดการการดูแล (Nurse Care Manager) และ/หรือ ผู้ดูแล (Care Giver) ที่ปฏิบัติจนได้ผลดีมาใช้ในการปฏิบัติงาน, 7) ติดตามกิจกรรมการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคอย่างต่อเนื่อง, 8) ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายตามความเหมาะสม และ 9) ปรับปรุงพัฒนาการปฏิบัติการดูแลให้มีคุณภาพ (ตารางที่ 9)

3. บทบาทผู้ประสานงาน มีองค์ประกอบย่อยจำนวน 7 ข้อรายการ ได้แก่ 1) ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจากสมาชิกในครอบครัวและเครือญาติ, 2) ประสานความร่วมมือร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และนักจิตวิทยา ในการให้การดูแล จัดการทรัพยากรผู้สูงอายุในชุมชน, 3) ประสานความร่วมมือกับพหุภาคีเครือข่ายชุมชน ได้แก่ อบต./อบท. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน พัฒนาชุมชน เกษตรอำเภอ/ตำบล และผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ ในการให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน, 4) ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกับเพื่อนบ้าน และคนในชุมชน กรณีไม่มีครอบครัว หรือครอบครัวมีข้อจำกัดในการดูแล, 5) ประสานงานโดยใช้ฐานข้อมูลแหล่งประโยชน์ในชุมชนและนำทรัพยากรทั้งภายในและภายนอกชุมชนมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ, 6) ประสานความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกับผู้เกี่ยวข้องตามชุดสิทธิประโยชน์ และ 7) ประสานองค์การแหล่งประโยชน์อื่นๆที่ไม่ใช่หน่วยงานภาครัฐเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ (ตารางที่ 10)

4. บทบาทผู้นำ มีองค์ประกอบย่อยจำนวน 9 ข้อรายการ ได้แก่ 1) ติดตามข้อมูลแผนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุลงสู่ภาคการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม, 2) มีการตัดสินใจ (Make Decision) แก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวร่วมกับชุมชนท้องถิ่น เพื่อคุณภาพการดูแล, 3) มีการจัดการความรู้ (Knowledge Management) เกี่ยวกับการจัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนในบริบทของตนเอง, 4) มีการสื่อสาร (Effective Communication) กับทีม และสมาชิกผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ, 5) มีการกระตุ้นจูงใจ (Motivation) ผู้ดูแล (Care Giver) ให้สามารถปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ, 6) มีการเสริมสร้างพลังอำนาจ

(Empowerment) แก่ผู้ดูแล (Care Giver) ทั้งผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวและอาสาสมัคร, 7) มีการสร้างแรงบันดาลใจ (Inspiration) ให้กับครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ให้มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว, 8) มีการจัดกิจกรรมการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เช่น ผู้สูงอายุต้นแบบ ครอบครัวต้นแบบ ผู้ดูแลต้นแบบ ชุมชนต้นแบบ เป็นต้น และ 9) มีการจัดทำโครงการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพผู้ดูแล (Care Giver) ในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ (ตารางที่ 11)

5. บทบาทผู้ให้คำปรึกษา มีองค์ประกอบย่อยจำนวน 9 ข้อรายการ ได้แก่ 1) สร้างความคุ้นเคยและเป็นกันเองกับครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ของผู้สูงอายุในชุมชน, 2) ให้ข้อมูล แก่ผู้สูงอายุ สมาชิกครอบครัว และผู้ดูแล (Care Giver) ถึงบทบาทของตนในการเป็นพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว, 3) ให้คำปรึกษาแก่สมาชิกครอบครัวและผู้ดูแล เห็นถึงความสำคัญของการดูแลเพื่อป้องกันปัญหาและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้สูงอายุ, 4) รับฟังปัญหาความต้องการของครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุ, 5) ให้ครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ร่วมการกำหนดเป้าหมาย และวิธีการในการดูแลผู้สูงอายุ, 6) ให้คำปรึกษากับครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุ, 7) เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ซักถามในประเด็นที่สงสัยหรือไม่ชัดเจน พร้อมให้การคำแนะนำเพิ่มเติม, 8) สร้างความหวังและความมั่นใจให้กับครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุ และ 9) ร่วมเป็นที่ปรึกษาให้กับทีมสหวิชาชีพและทีมพหุภาคี ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (ตารางที่ 12)

6. บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์ มีองค์ประกอบย่อยจำนวน 6 ข้อรายการ ได้แก่ 1) อธิบาย ชี้แจงสิทธิ์ของผู้สูงอายุที่พึงได้รับการช่วยเหลือได้อย่างครอบคลุม, 2) ส่งต่อความช่วยเหลือตามสิทธิ์ของผู้สูงอายุแต่ละรายไปยังหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง, 3) รักษาความลับของข้อมูลผู้สูงอายุ, 4) พิจารณาให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน ตามสิทธิมนุษยชน, 5) มีการพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในการจัดบริการสุขภาพให้ครอบคลุมและทั่วถึง และ 6) ให้ข้อมูลความจริงในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแก่สังคม สื่อสาธารณะ เพื่อให้สังคมตระหนักในปัญหาและการเปลี่ยนแปลงของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (ตารางที่ 13)

อภิปรายผลการวิจัย

1. บทบาทผู้วางแผนการดูแล พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน โดยมีองค์ประกอบย่อยที่สำคัญ ได้แก่ กำหนดแผนการดูแลตามผลการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อวางแผนการดูแล (Care Plan) ตามความต้องการจำเป็นของผู้สูงอายุตามชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุเฉพาะราย โดยการแบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกับทีมและมีการประชุมทีมดูแลเป็นระยะเพื่อกำหนดแนวทางและการประเมินผลลัพธ์ในการดำเนินงาน และพัฒนาปรับปรุงแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ นารีรัตน์ จิตรมนตรี (2544 อ้างถึงใน

กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ, 2559) กล่าวว่า พยาบาลผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจะต้องมีสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี มีความรู้ ความเข้าใจทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุ ตลอดจนสามารถแยกแยะความผิดปกติและหาแนวทางแก้ไขได้อย่างทันท่วงที เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Johnson (2013) ที่กล่าวถึง การประเมินความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องเป็นการช่วยวางแผนดูแลที่เหมาะสม และลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ รวมถึงการศึกษาของ Counsell (2007) พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการประเมินต้องการบริการสุขภาพและสังคม โดยมีพยาบาลผู้จัดการเป็นผู้รับผิดชอบแบ่งกลุ่มความต้องการทางสุขภาพ ทำให้สามารถวางแผนการดูแลได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงที่น้อยกว่าและลดอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลันได้

2. บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน โดยมีองค์ประกอบย่อยที่สำคัญ ได้แก่ การประเมินปัญหา ความต้องการ และข้อจำกัดของผู้สูงอายุเฉพาะราย (Individual) ร่วมกับผู้ดูแล (Care Giver) ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ เพื่อให้การพยาบาลตามปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุเฉพาะรายตามความต้องการจำเป็น ตลอดจนติดตามการปฏิบัติและผลลัพธ์การดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการบูรณาการความรู้ความเข้าใจทางการพยาบาลผนวกกับความต้องการจำเป็นของผู้สูงอายุและครอบครัว โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อการรักษาและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งตนเองในกิจวัตรประจำวันอย่างอิสระ (WHO, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ Cohen, and Cesta (2005) กล่าวว่า พยาบาลจะมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนเลือกบริการสุขภาพทั้งร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วยเหล่านั้นร่วมกับผู้ดูแล และงานวิจัยของ Kato, et al. (2013) ได้กล่าวว่า การวางแผนให้บริการระยะยาวในการดูแลผู้สูงอายุจะต้องมีผู้จัดการการดูแล ทำหน้าที่ในการหาแนวทางการปฏิบัติร่วมกับสหวิชาชีพตลอดจนควบคุมกำกับการทำงานของผู้ดูแล เพื่อให้มีการดำเนินการดูแลเป็นไปตามแผนงานที่กำหนด เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Hong, Siegel and Ferris (2014) พบว่ารูปแบบการจัดการดูแลโดยการประเมินความต้องการและการสนับสนุนของผู้จัดการการดูแล สามารถที่จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสุขภาพเรื้อรังที่ซ้ำซ้อนได้

3. บทบาทผู้ประสานงาน พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน โดยมีองค์ประกอบย่อยที่สำคัญ ได้แก่ ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจากสมาชิกในครอบครัว เครือญาติ ทีมสหวิชาชีพ และพหุภาคีต่างๆ เพื่อจัดสรรทรัพยากรทั้งภายในและภายนอกชุมชนในการให้การดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่มีครอบครัว หรือครอบครัวมีข้อจำกัดในการดูแล ให้ได้รับการช่วยเหลือในการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์ สอดคล้องกับการศึกษาของ Smith (2010) ที่กล่าวถึงผู้จัดการการดูแล ที่มีความสามารถในการประสานงานทางเทคโนโลยีผ่านสื่อและช่องทางต่างๆจะส่งผลต่อดีภาวะสุขภาพผู้รับบริการ และงานวิจัยของ Johnson (2013) พบว่าการประสานงานกับพหุภาคีต่างๆเพื่อการดูแลผู้ป่วย จำเป็นต้องอาศัยต้นทุนทรัพยากรภายใน

ชุมชนในการอำนวยความสะดวกและส่งต่อผู้ป่วยในกรณีจำเป็น ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Taylor et al. (2013) เกี่ยวกับบทบาทการประสานงานของผู้จัดการการดูแล จะต้องทำหน้าที่ให้การดูแลกับผู้ป่วยทางตรงผ่านการประสานงานและขอความช่วยเหลือ ดำเนินการประเมินปัญหาและการติดต่อสื่อสารภายในทีม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามระบบบริการซึ่งมีบทบาทดังนี้ 1) ให้การบริการและประสานบริการสำหรับผู้ป่วย, 2) ประสานความร่วมมือการให้บริการร่วมกับทีมสุมภาพ, 3) ระบุปัญหา เงื่อนไข ความต้องการบริการสุขภาพแต่ละรายโรค และ 4) ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในการประเมินความต้องการ และเลือกระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสม

4. บทบาทผู้นำ พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน โดยมีองค์ประกอบย่อยที่สำคัญ ได้แก่ ติดตามแผนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เพื่อนำมาใช้ในการปฏิบัติจริงอย่างเป็นรูปธรรม มีทักษะการตัดสินใจ (Make Decision) แก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวร่วมกับชุมชนท้องถิ่น โดยการจัดการความรู้ (Knowledge Management) เกี่ยวกับการจัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนในบริบทของตนเอง สอดคล้องกับแนวคิดของ Lipstein (2016) อธิบายถึงผู้จัดการการดูแลในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะต้องมีความรู้ ทักษะ และความสามารถในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโดยอาศัยพหุภาคีเครือข่ายในการร่วมแก้ไขปัญหาความต้องการของผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันการเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำและการเข้ารับบริการห้องฉุกเฉินโดยไม่จำเป็น ตลอดจนการติดต่อสื่อสาร (Effective Communication) กับทีมและสมาชิกผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระตุ้นจูงใจ (Motivation) และมีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) แก่ผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวและอาสาสมัครในชุมชนให้สามารถดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้ โดยการสร้างแรงบันดาลใจ (Inspiration) ให้กับครอบครัวและผู้ดูแลให้มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนการจัดกิจกรรมพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เช่น ผู้สูงอายุต้นแบบ ครอบครัวต้นแบบ ผู้ดูแลต้นแบบ ชุมชนต้นแบบ เป็นต้น อีกทั้งมีการจัดทำโครงการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ ตรงกับมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุของ American Nurses Association: ANA (2015) ที่กล่าวว่า พยาบาลผู้สูงอายุจะต้องมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการจัดโครงการและกิจกรรมต่างๆ เพื่อส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งความสามารถของร่างกายและจิตสังคมให้อยู่ในระดับดีที่สุดไว้ได้นานที่สุด และยังสอดคล้องกับบทบาทพยาบาลวิชาชีพของกองการพยาบาล (2539 อ้างถึงใน สังวาลย์ พงษ์พิสิฏฐ์, 2550: 59-61) ที่กล่าวว่า พยาบาลควรมีความคิดริเริ่ม ชักชวนให้มีการตัดสินใจแสวงหาแนวทางบรรลุเป้าหมายในการการปรับปรุงสุขภาพและสวัสดิการของบุคคล ครอบครัว และชุมชน อีกทั้งการมีบทบาทส่วนร่วมในการกำหนดแผนและนโยบายการพัฒนาสุขภาพของประชาชน ตลอดจนการปฏิบัติตนให้เป็นแบบอย่างของผู้มีสุขภาพดี

5. บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน โดยมีองค์ประกอบย่อยที่สำคัญ ได้แก่ การสร้างความคุ้นเคยและเป็นกันเองกับครอบครัวและผู้ดูแล โดยการให้คำปรึกษาและรับฟังปัญหาความต้องการของครอบครัวและผู้ดูแลเพื่อสร้างความมั่นใจให้กับครอบครัวและผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการเป็นที่ปรึกษาให้กับทีมสหวิชาชีพและทีมพหุภาคีในการดูแลผู้สูงอายุ สอดคล้องกับมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุของ American Nurses Association: ANA (2015) จะต้องมีความสามารถในการสอนผู้สูงอายุและครอบครัว เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือพึ่งตนเองได้ เช่นเดียวกับ แนวคิดบทบาทของพยาบาลวิชาชีพของ ฟาริดา อิบราฮิม (2541 อ้างถึงใน สุชาตา วิภวกานต์, 2552: 39-40) กล่าวว่า พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาจะเป็นผู้เชี่ยวชาญที่ทำหน้าที่รับคำร้องหรือให้คำปรึกษา เพื่อส่งเสริมการใช้ความรู้ตามความเหมาะสม ประเมินปัญหาและวิธีการแก้ปัญหา เผยแพร่ความรู้ทั้งด้านการพูดและการเขียนความรู้ทางการพยาบาลกับหน่วยงานอื่น ตลอดจนแสวงหาความรู้เพื่อพัฒนางานและบุคคล

6. บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์ พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน โดยมีองค์ประกอบย่อยที่สำคัญ ได้แก่ การรักษาความลับ อธิบาย/ชี้แจงสิทธิ์ของผู้สูงอายุที่พึ่งพิงได้รับการช่วยเหลือได้อย่างครอบคลุม ตลอดจนระบบการส่งต่อความช่วยเหลือตามสิทธิ์ของผู้สูงอายุแต่ละรายไปยังหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับ Cress (2009) ได้อธิบายถึงบทบาทผู้จัดการการดูแลสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัวมีหน้าที่ในการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ป่วย เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการประสานงานตั้งแต่การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อป้องกันการกลับเข้านอนโรงพยาบาลซ้ำ เช่นเดียวกับ คอฟฟ์ (Koff, 1982: 1 อ้างถึงใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552: 6) ที่กล่าวว่า ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นความเชื่อมโยงบริการทางสังคมและบริการสุขภาพ โดยมีพยาบาลผู้จัดการการดูแล ทำหน้าที่ประสานความร่วมมือระหว่างนโยบายของรัฐ งบประมาณ และพหุภาคีเครือข่าย ในการจัดเตรียมทางเลือกที่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวได้มีทางเลือกหลากหลายและสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างอิสระ สอดคล้องกับการศึกษาของ กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ (2559) ซึ่งกล่าวว่า พยาบาลวิชาชีพที่ดูแลผู้สูงอายุ จะต้องมีความเข้าใจในกฎหมายและจริยธรรมเชิงวิชาชีพ เคารพในสิทธิความต้องการและความแตกต่างของผู้สูงอายุ โดยการพิทักษ์สิทธิ์และคำนึงถึงประโยชน์ของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาล พัฒนาและจัดหลักสูตรการอบรมพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ที่ใช้ในการผลิตพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ให้มีประสิทธิภาพทั้งคุณภาพและปริมาณ ตรงกับความต้องการจำเป็นของผู้สูงอายุในชุมชนแต่ละพื้นที่ของประเทศไทยได้อย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ผลการวิจัยบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาต่อยอดงานวิจัยด้านสมรรถนะของพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กานดา พูนลาภทวี. (2539). **สถิติเพื่อการวิจัย.** กรุงเทพมหานคร: ฟิสิกส์เซ็นเตอร์การพิมพ์.

กิตติพร เนาว์สุวรรณ และคณะ. (2559). **สมรรถนะที่จำเป็นต่อการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพเมื่อเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ**, 1-11. กรุงเทพมหานคร: วารสารพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข.

ขนิษฐา วิทยานุมาส. (2530). **การวิจัยแบบเดลฟาย: เทคนิคและปัญหาที่พบในการวิจัย.** กรุงเทพมหานคร: รุ่งเรืองสาส์นการพิมพ์.

คนึงนิจ ศรีบัวเอี่ยม. (2554). ใน **โครงการ"การทบทวนเอกสารด้านสุขภาพและการดูแลระยะยาวของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมคุณภาพ. (อัดสำเนา)

จอห์น โนเดล และ นภาพร ชโยวรรณ. (2552). **การสูงอายุทางประชากรและการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย แนวโน้มอดีต สถานการณ์ปัจจุบัน และความท้าทายในอนาคต.** กรุงเทพมหานคร: กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ.

จุมพล พูลภัทรชีวิน. (2553). เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR. ใน ทศพร ศิริสัมพันธ์. (บรรณาธิการ), **เทคนิควิธีการวิเคราะห์นโยบาย**. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่ง จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

นาถสุภางค์ ไกรอาบ. (2539). **การรับรู้และการปฏิบัติจริงตามบทบาทพยาบาล ของพยาบาลวิชาชีพในห้องคลอด โรงพยาบาลชุมชนภาคตะวันออก**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. (2553). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไอ อินเตอร์ มีเดีย.

เบญจมาศ ตระกูลงามเด่น และคณะ. (2558). ใน **รายงานสรุปการศึกษาอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) รุ่นที่ 4**. 17-29 พฤษภาคม 2558 ณ โรงแรมเอเชียแอร์พอร์ต จังหวัดปทุมธานี. (อัดสำเนา)

ปราโมทย์ ประสาทกุล, (บรรณาธิการ). (2558). การสูงวัยของประชากรไทย. ใน **สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557**, 24-25. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

CHULALONGKORN UNIVERSITY

พรรณวดี เหลืองรัตน์. (2554). **การศึกษาบทบาทพยาบาลเบาหวาน ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ราชบัณฑิตยสถาน. (2556). **พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542**. กรุงเทพมหานคร: นานมีบุคสพับลิเคชั่นส์

รุ่งฟ้า อาทิตย์ราษฎร์ไพศาล. (2551). **สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต.** สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ลำยอง นกหงษ์. (2546). **บทบาทพยาบาลวิชาชีพในศูนย์สุขภาพชุมชนที่มีโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรีเป็นคู่สัญญาหลัก**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

วิจัยประชากรและสังคม, สถาบัน. (2557). **การเกิดกับความมั่นคงในประชากรและสังคม**. ยุพิน วรสิริอมร, จงจิตต์ ฤทธิรงค์, ศุทธิดา ชวนวัน, และพจนา หันจางสิทธิ์ (บรรณาธิการ). พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

วิราภรณ์ โพธิศิริ และคณะ. (2556). การเปลี่ยนแปลงทางประชากรและข้อมูลสถิติที่สำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ. ใน **รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555.** กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์พงษ์พาณิชย์เจริญผล.

วิราภรณ์ โพธิศิริ และคณะ. (2559). ใน **รายงานฉบับสมบรูณ โครงการศึกษาต้นแบบของการบูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง.** วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณมหาวิทยาลัย. (อัดสำเนา)

ศศิพัฒน ยอดเพชร. (2549). **สวัสดิการผู้สูงอายุ: แนวคิดและวิธีการปฏิบัติงานสังคม สงเคราะห**. กรุงเทพมหานคร: มิสเตอรกอปปี้

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2552). **บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: เจพริ้น 2.

ศศิพัฒน์ ยอดเพชร และคณะ. (2552). รูปแบบการดูแลระยะยาวในชุมชนและครอบครัว. ใน ชื่นตา วิชชาวุธ, และสถิตพงศ ธนวิริยะกุล (บรรณาธิการ), **ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย**, 18-24. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

ศิริพันธุ สาสัตย์ และคณะ. (2552). การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริการ. ใน ชื่นตา วิชชาวุธ, และสถิตพงศ ธนวิริยะกุล (บรรณาธิการ), **ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแล**

ผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย, 13-17. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

สังวาลย์ พงษ์พิสิฏฐ์. (2550). **การปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพตามการรับรู้ของตนเอง หน่วยบริการปฐมภูมิ จังหวัดชัยภูมิ**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สัมฤทธิ์ ศรีธำรงค์สวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ. (2553). **รายงานการสังเคราะห์ระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวสำหรับประเทศไทย**. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ที คิว พี.

สาธารณสุข, กระทรวง. (2553). ใน แนวทางการควบคุมการประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน พ.ศ.2553. กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข. (อัดสำเนา)

สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2558). ใน **สาระสุขภาพเรื่องเด่นประจำสัปดาห์** เรื่อง การประเมินสุขภาพด้วยตนเองสามารถบ่งบอกถึงภาวะสุขภาพตามการรับรู้ของบุคคลในประชากรสูงอายุ. 8: 24. (15–30 กันยายน 2558).

สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2558). **ยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด และแนวทางการจัดเก็บข้อมูล กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559.** กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข. (อัดสำเนา)

สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2553). **การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว.** กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. (2556). **คู่มือแนวทางการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร 70 ชั่วโมง ภายใต้ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (ฉบับที่ 6).** พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.

สาธารณสุข, กระทรวง. (2559). **คู่มือแนวทางการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ 5 กลุ่มวัย แบบบูรณาการโดยตำบล LTC เป็น Entry point.** กรุงเทพมหานคร: กระทรวงสาธารณสุข. (อัดสำเนา)

สุชาตา วิภวกานต์. (2552). **ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในหน่วยงาน ภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าห้องผ่าตัด กับการปฏิบัติบทบาทพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต**. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุธาสินี ช่วยใจดี. (2556). **สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในสถานดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต.** สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวิณี วิวัฒน์วานิช, สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, และจิราพร เกศพิชญวัฒนา. (2555). ใน **การศึกษาความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับ การจำหน่ายจากโรงพยาบาลในโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข การสำรวจแบบวันเดียว**. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). (อัดสำเนา)

สุนทรี สิทธิมงคลชัย. (2539). **บทบาทของพยาบาลประจำการด้านการจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภาคปฏิบัติ สำหรับนักศึกษาพยาบาล ตามการรับรู้และตามการคาดหวัง ของอาจารย์และนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), สำนักงาน. (2556). **แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557-2561.** กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). (อัดสำเนา)

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), สำนักงาน. (2556). **คู่มือระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข ที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (Long Term Care) ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2559.** กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). (อัดสำเนา)

หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.), สำนักงาน. (2559). **คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำาหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.** กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). (อัดสำเนา)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาษาอังกฤษ

Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2015). **Care management: implications for medical practice, health policy, and health services research**. AHRQ Publication. (Mimeographed)

American Nurses Association (ANA). (2015). **Code for Ethics for Nurses with Interpretive Statements**[Online]. Available from: http://https://learn.ana-nursingknowledge.org/products/Code-of-Ethics-An-Overview[2017, December 8]

Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador (ARNNL). (2013). **Registered nurse role in long term care**. *Newfoundland*, Canada. (Mimeographed)

Cohen, E. L., and Cesta, T. G. (2005). **Nursing case management from essentials to advanced practice applications.** 4th edition. United States of America: Elsevier's Health Sciences Rights Department.

Counsell, S. R. and et. al. (2007). Geriatric care management for low-income seniors a randomized controlled trial. **JAMA** 298 (22): 2623-2633.

Cress, C. J. (2009). **Care managers working with the aging family**. Massachusetts: Jones and Bartlett.

Cress, C. J. (2015). **Handbook of geriatric care management**. 4th edition. Massachusetts: Jones & Bartlett Learning.

Edith, B. (2016). Long-Term Care Coverage in Europe. **Long term care news** 41 (May 2016): 11-14.

Hong, C. S., Siegel, A. L., and Ferris, T. G. (2014). **Caring for High-Need, High-Cost Patients: What Makes for a Successful Care Management Program**. Vol. 19. Massachusetts: Commonwealth Fund.

Japan International Cooperation Agency (JICA). (2013). **The Project of Long Term Care Service Development for the Frail Elderly and Other Vulnerable People: LTOP**[Online]. Available from: http://www.jica.go.jp/project/thai/thailand/015/outline/index.html[2016, April 17]

Johnson, C. (2013). Role of the Nurse Care Manager in a Patient-Centered Medical Home. **CMSA TODAY** 2: 8-11.

Kato, S., Tsuru, S., and Iizuka, Y. (2013). Models for designing long-term care service plans and care programs for older people. **Journal of Nursing Research and Practice** (25 February 2013): 1-10.

Koh, H. K. (2016). Improving health and health care in the United States toward a state of complete well-being. **JAMA** 26. Massachusetts, USA. (Mimeographed)

Linstone, H. A., and Turoff, M. (1975). **The Delphi method, techniques and application.** Massachusette: Addison-Wesky Publishing.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

Lipstein, S. H. (2016). Workforce for 21st-century health and health care. **JAMA** 26. *New York*, USA. (Mimeographed)

Lombardi, D. N. (2001). **Handbook for new health care manager**. 2nd edition. California: Jossy Bass.

Macmillan, T. T. (1971). **The Delphi Technique** [Online]. Available from: http://eric.ed.gov/?id=ED064302 [2016, September 30]

Mullahy, C. M. (1998). **Essential readings in case management.** United States of America: Aspen Publishers.

National Academy of Certified Care Managers (NACCM). (2016). **Content domains and care manager tasks**[Online]. Available from: http://www.naccm.net/wp-content/uploads/sites/52/2013/12/NACCM-Content-Domains-2016.pdf[2016, Sep 8]

Rowe, and Wright. (1999). "The Delphi technique as a forecasting tool: issues and analysis," **International Journal of Forecasting** 15,4.

Scharlach, A. E., Giunta, N., and Dick, K. M. (2001). **Case Management in Long-Term Care Integration: An Overview of Current Programs and Evaluations.** Berkeley Center for the Advanced Study of Aging Services, University of California

Smith, D. (2010). "How to Utilize Technology with Care Management Clients," **Journal of Geriatric Care Management** 20,1 :22-24.

Snoddon, J. (2010). **Case management of long-term conditions: principles and practice for nurses.** United Kingdom: A John Wiley & Sons.

Taylor, E. F., Machta, R. M., Meyers, D. S., Genevro, J., and Peikes, D. N. (2013). Enhancing the primary care team to provide redesigned care: the roles of practice facilitators and care managers**. Annals of Family Medicine** 11(1): 80-83.

World Health Organization. (2004). **Towards Age-friendly Primary Health Care.** [Online]. Available from: http://www. who.int/aging/af_report.pdf. [2017, December 8]

World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean. (2016). **Community health workers: a strategy to ensure access to primary health care services**. Egypt. (Mimeographed)

Yamada, M., Hagihara, A., and Nobutomo, K. (2009). Family caregivers and care manager support under long-term care insurance in rural Japan. **Psychology, Health & Medicine** 14(1): 73-85.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ก

เอกสารรับรองโครงการวิจัย เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

AF 01-12

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

COA No. 072/2560

ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 030.1/60 : บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวเกวลี เชียรวิชัย

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 ทัศนประดิษฐ)
ประธาน

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

วันที่รับรอง : 18 เมษายน 2560 **วันหมดอายุ** : 17 เมษายน 2561

เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

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

เลขที่โครงการวิจัย 030.1/60
วันที่รับรอง 18 เม.ย. 2560
วันหมดอายุ 17 เม.ย. 2561

เงื่อนไข

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

AF 04-07

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Patient/ Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการ	บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน
2. ชื่อผู้วิจัย	นางสาวเกวลี เชียรวิชัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน	โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์
4. ติดต่อได้ที่	24 ถนนพระราม 1 แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
เบอร์โทรศัพท์	063-365-6600
E-mail:	Kewali.c@gmail.com

5. ข้อมูลเกี่ยวกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆที่ให้แก่ประชากรกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัย ประกอบด้วยคำอธิบาย ดังนี้

5.1 ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้เป็นการศึกษาบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

5.2 วัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย เพื่อศึกษาบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

5.3 โครงการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) *โดยใช้เทคนิคการวิจัยเชิงอนาคตแบบเดลฟาย (Delphi Technique) ในการรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ*

6. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับในโครงการวิจัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้เชี่ยวชาญตามคุณลักษณะที่กำหนดไว้

6.1 การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ทั้งหมด 4 กลุ่ม จากนั้นสอบถามผู้เชี่ยวชาญแต่ละกลุ่ม โดยใช้วิธีการบอกต่อ (Snowballing Technique) จำนวนผู้เชี่ยวชาญรวมทั้งสิ้น 20 คน แบ่งออกเป็น ผู้บริหารเชิงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 3 คน ผู้สอนหลักสูตร Care manager จำนวน 8 คน ผู้บริหารสายการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 คน และผู้ปฏิบัติบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน จำนวน 6 คน

6.2 เก็บรวบรวมข้อมูล

รอบที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญโดยผู้วิจัย การสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์หรือเขียนตอบแบบสอบถาม ตามความสะดวกของท่าน หากท่านสะดวกให้ข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ด้วยตัวผู้วิจัยเอง ผู้วิจัยจะโทรนัดหมายกับท่านเรื่องเวลาและสถานที่ โดยยินดีให้ท่านเลือกสถานที่ด้วยตนเอง เช่น สถานที่ทำงาน โดยการสัมภาษณ์เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน มีคำถามหลัก 1 ข้อ โดย*ใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 15-30 นาที* และขออนุญาตบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ *แต่หากท่านไม่สะดวกในการบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์ท่านสามารถปฏิเสธการบันทึกเสียงได้* ทั้งนี้ท่านมีสิทธิ์ที่จะตอบหรือไม่ตอบคำถามใดๆที่ท่านไม่สะดวกใจหรือสามารถบอกยุติการให้สัมภาษณ์ได้ทุกระยะของการ

เลขที่โครงการวิจัย 030-1/60
วันที่รับรอง 18 เม.ย. 2560
วันหมดอายุ 17 เม.ย. 2561

สัมภาษณ์ ซึ่งหากมีการบันทึกเสียงจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ (Confidentiality) ปกปิดข้อมูลที่เป็นข้อมูลส่วนตัวของท่าน และจะทำลายหลังสิ้นสุดโครงการวิจัยอย่างชัดเจน และหากท่านเลือกการเขียนตอบ ผู้วิจัยจะส่งแบบสอบถามไปยังสถานที่ที่ท่านสะดวกรับทางไปรษณีย์ และจัดเตรียมซองติดแสตมป์ไปรษณีย์สั่งด่วน (EMS) แนบไปเพื่อให้ท่านส่งแบบสอบถามกลับ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มเติม *ที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้เพื่อตอบแบบสอบถามกลับภายใน 2 สัปดาห์*

รอบที่ 2-3 *ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการรวบรวม*ข้อมูลในรอบที่ 1 มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เพื่อสร้างแบบสอบถาม มาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ส่งให้ท่านทางไปรษณีย์หรือนำแบบสอบถามไปให้ท่านด้วยตัวผู้วิจัยเอง เพื่อพิจารณาระดับความสำคัญเกี่ยวกับประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา เมื่อท่านได้รับแบบสอบถามขอให้ท่าน*เขียนตอบข้อคำถามคืนกลับผู้วิจัยโดยตรงหรือส่งกลับผู้วิจัยทางไปรษณีย์ใส่ซองติดแสตมป์ไปรษณีย์สั่งด่วน (EMS) ที่ผู้วิจัยเตรียมไว้ให้กลับภายใน 2 สัปดาห์*

7. *ผู้เข้าร่วมให้ข้อมูลในงานวิจัยนี้ อาจไม่ได้ประโยชน์โดยตรงจากงานวิจัย แต่ผลการศึกษาเป็นข้อมูลสำหรับ*ผู้บริหารในการพัฒนาพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน รวมถึงเป็นข้อมูลสำหรับองค์การวิชาชีพในการจัดอบรมหลักสูตรพยาบาลผู้จัดการการดูแล ให้เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

8. โครงการวิจัยนี้อาจเกิดความไม่สะดวกอันเนื่องจากการเข้าร่วมโครงการต้องตอบแบบสอบถาม *ซึ่งอาจมีการถามมากกว่า 3 รอบ หากข้อมูลไม่อิ่มตัว* หากท่าน**สมัครใจ** เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ท่านสามารถ**ปฏิเสธหรือถอนตัว**จากโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ หรือมีผลกระทบต่อการทำงานใดๆทั้งสิ้น

9. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติม สามารถติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีที่มีปัญหา โดยติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวเกวลี เชียรวิชัย ได้ตลอดเวลา ทางเบอร์โทรศัพท์หมายเลข 063-365-6600 หรือทาง E-mail: Kewali.c@gmail.com และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมวิจัยรับทราบอย่างรวดเร็ว**เพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่**

10. คำตอบและข้อมูลของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะถือเป็น**ความลับ** ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น *จะไม่มีข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่าน*

11. *การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าพาหนะเดินทางให้กับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย* แต่มี*ของที่ระลึกจากจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย* เพื่อแสดงความขอบคุณที่สละเวลามาตอบแบบสอบถาม

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชุดที่ 1 เลขที่ 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถ.พญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0 2218 3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

เลขที่โครงการวิจัย 030.1/60
วันที่รับรอง 18 เม.ย. 2560
วันหมดอายุ 17 เม.ย. 2561

AF 05-07

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ทำที่ .....

วันที่ ..... เดือน ..... พ.ศ. .....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

ชื่อผู้วิจัย นางสาวเกวลี เชียรวิชัย

ที่อยู่ที่ติดต่อ 24 ถนนพระราม 1 แขวงรองเมือง เขตปทุมวัน จังหวัดกรุงเทพมหานคร 10330

เบอร์โทรศัพท์ 063-365-6600

E-mail: Kewali.c@gmail.com

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด **และได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยโครงการวิจัยมีวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย เพื่อศึกษาบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โครงการวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสอบถามกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ที่ผู้วิจัยคาดว่าจะรบกวนผู้เข้าร่วมวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูล รอบที่ 1 โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 15-30 นาที *หรือการเขียนตอบข้อคำถามที่ส่งไปให้ทางไปรษณีย์หรืออีเมล์ โดยขอให้ตอบกลับภายใน 2 สัปดาห์ ส่วนรอบที่ 2 และ รอบที่ 3 เป็นการตอบคำถาม แบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) ซึ่งมีกำหนดเวลาให้ส่งกลับภายใน 2 สัปดาห์*

ข้าพเจ้ามีสิทธิ**ถอนตัว**ออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดต่อการดำเนินชีวิตและการประกอบอาชีพของข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชุดที่ 1 เลขที่ 254 อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ถ.พญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์/โทรสาร 0 2218 3202 E-mail: eccu@chula.ac.th

เลขที่โครงการวิจัย 030.1/6 ข

วันที่รับรอง 18 เม.ย. 2560

วันหมดอายุ 17 เม.ย. 2561

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....
(นางสาวเกวลี เชียรวิชัย)
ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....
(.....)
ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

เลขที่โครงการวิจัย 030.1/60
วันที่รับรอง 18 เม.ย. 2560
วันหมดอายุ 17 เม.ย. 2561

ลงชื่อ.....
(.....)
พยาน

ภาคผนวก ข

รายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

รายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้เชี่ยวชาญในการวิจัยครั้งนี้ แบ่งเป็น 4 กลุ่ม ดังต่อไปนี้

กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารเชิงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 2 คน ดังนี้

1. ดร.พวงเพ็ญ ชั้นประเสริฐ
2. ดร.ลินดา สิริภูบาล

กลุ่มที่ 2 นักวิชาการ/ผู้สอนหลักสูตร Care Manager จำนวน 8 คน ดังนี้

3. ดร.นลินี บุญธรรม
4. ดร.สุนทรีภรณ์ มีพริ้ง
5. รศ.ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล
6. นายอนันตศักดิ์ พันธ์พุฒ
7. นางสาวสุภาณี แก้วพินิจ
8. นายเสถียร ทองโต
9. นางอุไรลักษณ์ หมัดคง
10. นางนิดดา ใสสีสูบ

กลุ่มที่ 3 ผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 3 คน ดังนี้

11. นางนวลพรรณ พิมพิสาร
12. นางสาวศินาท แขนอก
13. นางสาวกาญจนี บุณยวงศ์วิโรจน์

กลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติบทบาทผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 5 คน ดังนี้

14. นางกัลย์นพร เกียรติบัณฑิต
15. นางจารุณี กันธุ
16. นางช่อลัดดา อ่าวสมบัติกุล
17. นางเยาวนุช กุหลาบทอง
18. นางอโณทัย เหล่าเที่ยง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารเชิงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข

1. ดร.พวงเพ็ญ ชั้นประเสริฐ

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ

หน่วยงาน กรมอนามัย

ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ 20 ปี

วุฒิการศึกษา ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี–ปัจจุบัน

วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์) มหาวิทยาลัยขอนแก่น

M.P.H. (Population and Family Health), UCLA, USA

M.Sc. (Gerontology), UMASS BOSTON, USA

Ph.D. (Gerontology), UMASS BOSTON, USA

ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ

เป็นผู้รับผิดชอบโครงการการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

2. ดร.ลินดา สิริภูบาล

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ

หน่วยงาน ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก

ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ 10 ปี

วุฒิการศึกษา ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี–ปัจจุบัน

ปริญญาตรี พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง, วิสัญญีพยาบาล

ปริญญาโท Social Development

ปริญญาเอก Social Development

ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ

เป็นผู้รับผิดชอบโครงการ และงานอนามัยผู้สูงอายุ ตั้งแต่ปี 2547-ปัจจุบัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

กลุ่มที่ 2 นักวิชาการ/ผู้สอนหลักสูตร Care Manager

3. ดร.นลินี บุญธรรม

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ 7 ปี

วุฒิการศึกษา ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี–ปัจจุบัน

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร ปี 2536

บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง ปี 2547

ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชายุทธศาสตร์การพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ ปี 2555

ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ

เป็นผู้รับผิดชอบโครงการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ พื้นที่อำเภอสว่างอารมณ์ จังหวัดอุทัยธานี ปี 2553-2558 เช่น การจัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ระดับอำเภอ ดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง เกิดโครงการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุหลายโครงการ จนทำให้แต่ละ อปท.นำไปพัฒนาให้มี อผส. ทุกแห่ง สำรวจข้อมูล/สภาพปัญหาของผู้สูงอายุ อำเภอสว่างอารมณ์ คืนข้อมูลสู่ชุมชนเพื่อสะท้อนปัญหา สร้างความตระหนักให้กับพื้นที่ สร้างเครือข่ายภาคีที่หลากหลาย ร่วมประชุมรับรู้ปัญหาในพื้นที่ของตน เกิดการช่วยเหลือแบ่งปันทรัพยากร เป็นการวางรากฐานที่ดีจนเกิดความร่วมมือ

เป็นวิทยากรให้ความรู้ ทั้งภายในองค์การ ภาคีเครือข่าย และภายนอกพื้นที่ ที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น วิทยากรแก่อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ อบรมให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่ อผส. แกนนำท้องถิ่น นักเรียนมัธยมศึกษาอำเภอสว่างอารมณ์ อบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครดูแลคนพิการอำเภอสว่างอารมณ์ วิทยากรให้กับผู้สูงอายุในโครงการสร้างพลังขิงแก่ ดูแลอย่างองค์รวม และวิทยากรโครงการพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวเทศบาลตำบลสว่างแจ้งสบายใจ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

4. ดร.สุนทรีภรณ์ มีพริ้ง

ตำแหน่ง อาจารย์พยาบาล (หัวหน้ากลุ่มสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตฯ)

หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ 10 ปี

วุฒิการศึกษา ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี–ปัจจุบัน

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (เกียรตินิยมอันดับ 2) จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ตรัง ปี 2541

Master of Science in Health and Social Care (Merit) (เกียรตินิยมอันดับ 2) จาก Northumbria University at Newcastle Upon Tyne, 2006, United Kingdom

PhD in Nursing จาก King's College, London, 2010, United Kingdom

ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ

อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพมหานคร (พ.ศ.2555-2557) และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร รับผิดชอบสอนในหัวข้อเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้สูงอายุและนิเทศงานภาคปฏิบัติสำหรับนิสิตนักศึกษาเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

เป็นวิทยากรอบรมภายนอกในหลักสูตร "ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ" (Care Manager) จำนวน 6 รุ่น ให้กับกรมอนามัยในปี 2559-2560

เป็นวิทยากรอบรมภายนอกให้กับสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งวังทอง จังหวัดพิษณุโลก ปี 2558-2559 ในหัวข้อ "การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวชระยะยาวในชุมชน"

ศูนย์วิทยทรัพยากร
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาหลักและร่วมของวิทยานิพนธ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล และสาขาเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร ในหัวข้อเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีภาวะซึมเศร้า

5. รศ.ดร.วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล

ตำแหน่ง อาจารย์พยาบาล (ภาควิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์)

หน่วยงาน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ 26 ปี

วุฒิการศึกษา ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี–ปัจจุบัน

วิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2526

Cert. in Nursing Management La Trobe University, Australia ปี 2537

Master of Nursing Studies La Trobe University, Australia ปี 2539

PhD (Nursing) La Trobe University, Australia ปี 2543

ประกาศนียบัตรการบริหารทรัพยากรสุขภาพเบื้องต้น สำหรับสถานพยาบาล สำนักงานประกันสุขภาพ และสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปี 2545

วุฒิบัตรการพัฒนานักบริหาร รุ่นที่ 3 มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2549

วุฒิบัตรพยาบาลผู้จัดการรายกรณี สภาการพยาบาลและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2554

ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ

พยาบาล Kingston Centre Hospital (Geriatric Hospital), Melbourne, Australia ปี 2533-2538

อาจารย์พยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต วิชาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ (ทฤษฎี และปฏิบัติ) ปี 2544-ปัจจุบัน

อาจารย์พยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ร่วมควบคุมวิทยานิพนธ์ สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ปี 2555-ปัจจุบัน

อาจารย์พยาบาลหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต วิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ (ทฤษฎี) ปี 2560-ปัจจุบัน

6. นายอนันตศักดิ์ พันธ์พุฒ

ตำแหน่ง อาจารย์พยาบาล (กลุ่มวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน)

หน่วยงาน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ 8 ปี

วุฒิการศึกษา ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี–ปัจจุบัน

พยาบาลศาสตรบัณฑิต (เกียรตินิยมอันดับ 2) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ปี 2547

สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (อาชีวอนามัยและความปลอดภัย) สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ปี 2551

วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2556

ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ

ผ่านการอบรมหลักสูตร Care Manager รุ่น 3 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2558

เป็นวิทยากรและคณะทำงานในการอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) รุ่นที่ 1 เขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข ปี 2558

เป็นวิทยากรและคณะทำงานในการอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) รุ่นที่ 2 เขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข ปี 2559

เป็นวิทยากรและคณะทำงานในการอบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) รุ่นที่ 1 ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี กระทรวงสาธารณสุข ปี 2559

เป็นวิทยากรจัดอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care Giver) และวิทยากรบรรยายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบ และการศึกษาตามอัธยาศัย อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม ปี 2558-2560

เป็นผู้รับผิดชอบงานนิเทศนักศึกษาฝึกปฏิบัติการการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม ปี 2559

เป็นคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขา Long Term Care เขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข ปี 2557-ปัจจุบัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

7. นางสาวสุภาณี แก้วพินิจ

ตำแหน่ง เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

หน่วยงาน ศูนย์อนามัยที่ 9 พิษณุโลก

ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ 10 ปี

วุฒิการศึกษา ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี–ปัจจุบัน

สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต

สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ

เป็นผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก กรมอนามัย

8. นายเสถียร ทองโต

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

หน่วยงาน สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดพิษณุโลก

ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ 9 ปี

วุฒิการศึกษา ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี–ปัจจุบัน

สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร

แพทย์แผนไทยบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ

เป็นผู้รับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมในมิติของกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ได้แก่

- การส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ ด้วยท่าฤาษีดัดตน โยคะ ไม้พลอง
- การเดินเพื่อสุขภาพ และจักรยานเพื่อสุขภาพ
- กิจกรรมบริหารจิต การปฏิบัติธรรม การทำสมาธิ การทำบุญ
- การจัดกิจกรรมกลุ่มผู้สูงอายุ ในการทำผลิตภัณฑ์สมุนไพรใช้เอง

เป็นผู้รับผิดชอบโครงการสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้อาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลและช่วยเหลือผู้อายุ

เป็นผู้รับผิดชอบและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุให้มีรายได้ ด้วยการปลูกสมุนไพรขายโครงการการนำสมุนไพรมาใช้ในกลุ่มผู้อายุ โดยเน้นให้ผู้สูงอายุปลูกและนำสมุนไพรในท้องถิ่นมาใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ เช่น การนำขมิ้นชันมาทำยาลูกกลอนแก้โรคกระเพาะอาหารอักเสบ การนำรางจืดมาใช้ในกรณีการใช้ยาฆ่าแมลงเพื่อลดสารเคมีในเลือด

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

9. นางอุไรลักษณ์ หมัดคง

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงาน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลอุดรธานี

ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ 15 ปี

วุฒิการศึกษา ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี–ปัจจุบัน

ประกาศนียบัตรพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลอุดรธานี ปี 2529

พยาบาลศาสตรบัณฑิต สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ปี 2540

ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขายุทธศาสตร์การพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี ปี 2554

ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ

ผ่านการอบรมหลักสูตรการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ รุ่นที่ 2 ปี 2556

ผ่านการอบรมวิทยากรครู ก สำหรับการดูแลผู้สูงอายุ ปี 2557

ผ่านการอบรมแนวทางและระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข รุ่นที่ 1 ปี 2558

ผ่านการอบรมหลักสูตร Care Manager กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2558

ผ่านการอบรมการจัดการองค์ความรู้ทางด้านการพยาบาลเวชปฏิบัติ ปี 2559

ผ่านการอบรม The 2nd Thailand Elderly Health Service Forum 2016 เรื่อง สุขภาพดี สมองดี สุขวิถีผู้สูงอายุไทย ปี 2559

เป็นวิทยากรผู้จัดการการดูแลผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง (Care manager) ปี 2559

10. นางนิดดา ใสสีสูบ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงาน โรงพยาบาลลับแล

ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ 10 ปี

วุฒิการศึกษา ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี–ปัจจุบัน

ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (เทียบเท่าปริญญาตรี)

ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ

ผ่านการอบรมหลักสูตร Care Manager กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มที่ 3 ผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

11. นางนวลพรรณ พิมพิสาร

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์แพทย์ชุมชนเมืองจอหอ

หน่วยงาน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ 8 ปี

วุฒิการศึกษา ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี–ปัจจุบัน

พยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา ปี 2532

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี 2545

วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญทางการพยาบาลชุมชน สภาการพยาบาล ปี 2552

ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ

เป็นผู้รับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

เป็นผู้รับผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

ผ่านการอบรมหลักสูตร Care Manager กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

12. นางสาวศินาท แขนอก

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงาน ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ 5 ปี

วุฒิการศึกษา ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี–ปัจจุบัน

พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ

เป็นผู้รับผิดชอบการประเมินคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ ADL, IADL, TAI, Geriatric Syndrome ฯลฯ

ผ่านการอบรมหลักสูตร Care Manager กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมรรถภาพสมองของผู้ที่มีความบกพร่องของสมองในระยะเริ่มต้น (MCI) ของกรมการแพทย์

เป็นวิทยากรอบรมหลักสูตร Care giver, Care Manager เขตบริการสุขภาพที่ 9

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เป็นผู้รับผิดชอบส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อป้องกันสมองเสื่อม การหกล้ม และข้อเข่าเสื่อม

เป็นผู้ทำวิจัยการป้องกันหกล้มในผู้สูงอายุ และการป้องกันภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

13. นางสาวกาญจนี บุณยวงศ์วิโรจน์

ตำแหน่ง นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ (ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าลาดขาว)

หน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าลาดขาว

ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ 30 ปี

วุฒิการศึกษา ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี–ปัจจุบัน

สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต

สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพัฒนาสุขภาพชุมชน

ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ

เป็นผู้รับผิดชอบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสติปัญญา

เป็นผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค และบำบัดฟื้นฟูผู้สูงอายุ

กลุ่มที่ 4 ผู้ปฏิบัติบทบาทผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

14. นางกัลย์นพร เกียรติบัณฑิต

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงาน กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลเพชรบูรณ์

ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ 10 ปี

วุฒิการศึกษา ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี–ปัจจุบัน

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

พยาบาลเฉพาะทางเวชปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ

ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ

เป็นผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

เป็นผู้รับผิดชอบงานสร้างเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ

เป็นผู้รับผิดชอบงานพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอในการดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เป็นผู้รับผิดชอบงานเยี่ยมบ้าน Home Visit, Home Health Care, Home Ward

เป็นผู้รับผิดชอบจัดทำแผนงาน โครงการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุในระดับอำเภอ เพื่อขับเคลื่อนตามนโยบายและแก้ไขปัญหาในพื้นที่ด้านผู้สูงอายุ

ผ่านการอบรมหลักสูตร Care Manager รุ่นที่ 5 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

เป็นผู้รับผิดชอบจัดระบบ Long Term Care ดูแลผู้สูงอายุระยะพึ่งพิงร่วมกับ Family Care Term

เป็นผู้รับผิดชอบจัดอบรม Care giver หลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย

15. นางจารุณี กันธุ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงาน โรงพยาบาลสงเสริมสุขภาพชุมชนตำบลนางั่ว

ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ 11 ปี

วุฒิการศึกษา ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี–ปัจจุบัน

สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพุทธชินราชพิษณุโลก

ประกาศนียบัตรพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติ (การรักษาโรคเบื้องต้น)

ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ

ผ่านการอบรมหลักสูตร Care Manager รุ่นที่ 5 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

16. นางช่อลัดดา อ่าวสมบัติกุล

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงาน โรงพยาบาลบึงสามพัน

ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ 6 ปี

วุฒิการศึกษา ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี–ปัจจุบัน

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ

ผ่านการอบรมหลักสูตร Care Manager กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

17. นางเยาวนุช กุหลาบทอง

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบวกครก

ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ 3 ปี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

วุฒิการศึกษา ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี–ปัจจุบัน

พยาบาลศาสตรบัณฑิต

พยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป (NP รุ่น 18 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่) ปี 2559

ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ

ผ่านการอบรมหลักสูตร Care Manager รุ่นที่ 1 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2557

18. นางอโณทัย เหล่าเที่ยง

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

หน่วยงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านป่าตาลตำบลสันผักหวาน

ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ 3 ปี

วุฒิการศึกษา ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี–ปัจจุบัน

พยาบาลศาสตรบัณฑิต ปี 2544

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ปี 2550

ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ

เป็นผู้รับผิดชอบงานการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์

ผ่านการอบรมหลักสูตร Care Manager รุ่นที่ 1 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2557

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ภาคผนวก ค

หนังสือเรียนเชิญผู้เชี่ยวชาญ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ที่ ศธ 0512.11/ 0406

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 มีนาคม 2560

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์ความร่วมมือระหว่างประเทศ กรมอนามัย (ดร. พวงเพ็ญ ชั้นประเสริฐ)

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเกวลี เชียรวิชัย นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้ให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 02-218-1158
ชื่อนิสิต นางสาวเกวลี เชียรวิชัย โทร. 06-3365-6600

ที่ ศธ 0512.11/ 0340

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

28 กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 2 (พิษณุโลก) กรมอนามัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเกวลี เชียรวิชัย นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญบุคลากรในหน่วยงานของท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้ให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ทางวิชาการ ดังนี้

1. ดร. ลินดา สิริภูบาล นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ
2. นางสาวสุภาณี แก้วพินิจ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ดร. ลินดา สิริภูบาล และนางสาวสุภาณี แก้วพินิจ
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 02-218-1158
ชื่อนิสิต นางสาวเกวลี เชียรวิชัย โทร. 06-3365-6600

ที่ ศธ 0512.11/0340

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

28 กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเกวลี เชียรวิชัย นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ ดร. นลินี บุญธรรม พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้ให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ดร. นลินี บุญธรรม
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 02-218-1158
ชื่อนิสิต นางสาวเกวลี เชียรวิชัย โทร. 06-3365-6600

ที่ ศธ 0512.11/0340

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

28 กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเกวลี เชียรวิชัย นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ ดร. สุนทรีภรณ์ มีพริ้ง อาจารย์พยาบาล (หัวหน้ากลุ่มสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตฯ) เป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้ให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน ดร. สุนทรีภรณ์ มีพริ้ง
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 02-218-1158
ชื่อนิสิต นางสาวเกวลี เชียรวิชัย โทร. 06-3365-6600

ที่ ศธ 0512.11/0340

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

28 กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเกวลี เชียรวิชัย นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ รองศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล อาจารย์พยาบาล หลักสูตรพยาบาลวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ (ทฤษฎี) เป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้ให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน รองศาสตราจารย์ ดร. วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 02-218-1158
ชื่อนิสิต นางสาวเกวลี เชียรวิชัย โทร. 06-3365-6600

ที่ ศธ 0512.11/๐๓๕๐

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

28 กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน คณบดีวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเกวลี เชียรวิชัย นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ อนันตศักดิ์ พันธ์พุฒ อาจารย์พยาบาล เป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้ให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน อาจารย์ อนันตศักดิ์ พันธ์พุฒ
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 02-218-1158
ชื่อนิสิต นางสาวเกวลี เชียรวิชัย โทร. 06-3365-6600

ที่ ศธ 0512.11/0340

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

28 กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพิษณุโลก

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเกวลี เชียรวิชัย นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นายเสถียร ทองโต นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ เป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้ให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นายเสถียร ทองโต
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 02-218-1158
ชื่อนิสิต นางสาวเกวลี เชียรวิชัย โทร. 06-3365-6600

ที่ ศธ 0512.11/0340

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

28 กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลอุดรธานี

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเกวลี เชียรวิชัย นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางอุไรลักษณ์ หมัดคง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัดเวชกรรมสังคม เป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้ให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางอุไรลักษณ์ หมัดคง
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 02-218-1158
ชื่อนิสิต นางสาวเกวลี เชียรวิชัย โทร. 06-3365-6600

ที่ ศธ 0512.11/ 0406

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 มีนาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลับแล

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเกวลี เชียรวิชัย นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางนิดดา ใสสีสูบ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้ให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางนิดดา ใสสีสูบ
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 02-218-1158
ชื่อนิสิต นางสาวเกวลี เชียรวิชัย โทร. 06-3365-6600

ที่ ศธ 0512.11/ 0340

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

28 กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเกวลี เชียรวิชัย นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางนวลพรรณ พิมพิสาร พยาบาลวิชาชีพ หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนจอหอ เป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้ให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางนวลพรรณ พิมพิสาร
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 02-218-1158
ชื่อนิสิต นางสาวเกวลี เชียรวิชัย โทร. 06-3365-6600

ที่ ศธ 0512.11/0589

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

19 เมษายน 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัย

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเกวลี เชียรวิชัย นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ นางสาวศินาท แขนอก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้างานพยาบาลผู้ป่วยใน ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้ให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวศินาท แขนอก
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 02-218-1158
ชื่อนิสิต นางสาวเกวลี เชียรวิชัย โทร. 06-3365-6600

ที่ ศธ 0512.11/0406

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

15 มีนาคม 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าลาดขาว

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเกวลี เชียรวิชัย นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางสาวกาญจนี บุณยวงศ์วิโรจน์ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้ให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางสาวกาญจนี บุณยวงศ์วิโรจน์
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 02-218-1158
ชื่อนิสิต นางสาวเกวลี เชียรวิชัย โทร. 06-3365-6600

ที่ ศธ 0512.11/0340

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

28 กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเพชรบูรณ์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเกวลี เชียรวิชัย นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางกัลย์นพร เกียรติบัณฑิต พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม เป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้ให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางกัลย์นพร เกียรติบัณฑิต
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 02-218-1158
ชื่อนิสิต นางสาวเกวลี เชียรวิชัย โทร. 06-3365-6600

ที่ ศธ 0512.11/ 0340

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

28 กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนางั่ว

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเกวลี เชียรวิชัย นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ จึงขอเรียนเชิญ นางจารุณี กันธุ พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้ให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางจารุณี กันธุ
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 02-218-1158
ชื่อนิสิต นางสาวเกวลี เชียรวิชัย โทร. 06-3365-6600

ที่ ศธ 0512.11/0340

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

28 กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบึงสามพัน

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเกวลี เชียรวิชัย นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางช่อลัดดา อ่าวสมบัติกุล พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้ให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางช่อลัดดา อ่าวสมบัติกุล
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 02-218-1158
ชื่อนิสิต นางสาวเกวลี เชียรวิชัย โทร. 06-3365-6600

ที่ ศธ 0512.11/0340

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

28 กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบวกครก

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเกวลี เชียรวิชัย นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางเยาวนุช กุหลาบทอง พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้ให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางเยาวนุช กุหลาบทอง
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 02-218-1158
ชื่อนิสิต นางสาวเกวลี เชียรวิชัย โทร. 06-3365-6600

ที่ ศธ 0512.11/ 0340

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

28 กุมภาพันธ์ 2560

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสันผักหวาน

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาวเกวลี เชียรวิชัย นิสิตชั้นปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางอโณทัย เหล่าเที่ยง พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ เป็นผู้ให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา)
รองคณบดี
ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน นางอโณทัย เหล่าเที่ยง
ฝ่ายวิชาการ โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 02-218-1158
ชื่อนิสิต นางสาวเกวลี เชียรวิชัย โทร. 06-3365-6600

ภาคผนวก ง

แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เรียน ผู้เชี่ยวชาญ

สิ่งที่ส่งมาด้วย

1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ เรื่อง บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

2. แบบสัมภาษณ์ รอบที่ 1

ดิฉัน นางสาวเกวลี เชียรวิชัย นิสิตปริญญามหาบัณฑิต แขนงการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน (Roles of Nurse Care Manager in Long Term Care of the Elderly in Community) เพื่อศึกษาโครงสร้างบทบาทและองค์ประกอบย่อยของพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้บริหารเชิงนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข นักวิชาการ/ผู้สอนหลักสูตร Care Manager ผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และผู้ปฏิบัติบทบาทผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวโรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในการนี้จึงขอเรียนเชิญท่านเป็นผู้เชี่ยวชาญในการตอบคำถามการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้น เพื่อประโยชน์ทางวิชาการ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาขอความอนุเคราะห์ท่านผู้เชี่ยวชาญในการตอบแบบสอบถามการวิจัยเรื่องดังกล่าว

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ด้วยความเคารพอย่างสูง

นางสาวเกวลี เชียรวิชัย

นิสิตปริญญามหาบัณฑิต แขนงการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเหตุ หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ โดยสามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวเกวลี เชียรวิชัย ได้ตลอดเวลาตามหมายเลขโทรศัพท์ที่แจ้งไว้ในใบเข้าร่วมโครงการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ รอบที่ 1

เรื่อง บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

.....

คำชี้แจง

กรุณากรอกรายละเอียดลงในช่องว่าง เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงถึงคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

ส่วนที่ 1: ข้อมูลส่วนบุคคล

1. ชื่อ-นามสกุล .....
2. ตำแหน่ง .....
3. หน่วยงาน .....
4. ประสบการณ์ในการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ..... ปี
5. วุฒิการศึกษา ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี–ปัจจุบัน

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

6. ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ

.....

.....

.....

.....

.....

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็น รอบที่ 1

แบบสัมภาษณ์ เพื่อรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน โดยวิธีการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นโดยอิสระ คำถามที่ใช้ มีดังนี้

1. ท่านคิดว่าบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแล (Nurse Care Manager) ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนควรมีบทบาทด้านใดบ้าง และบทบาทแต่ละด้านของพยาบาลผู้จัดการการดูแล (Nurse Care Manager) ควรปฏิบัติอย่างไร และมีรายละเอียดของการปฏิบัติอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

2. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

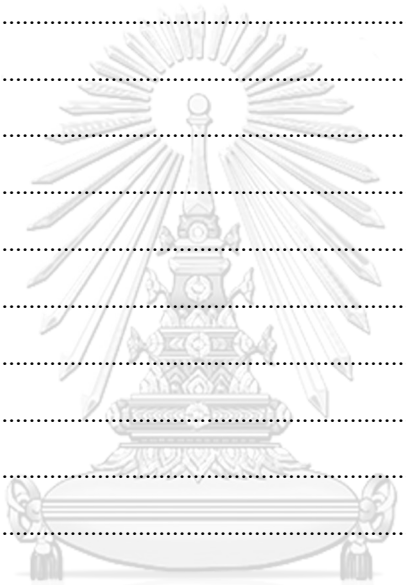
.....

.....

.....

.....

.....



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

เรื่อง ขอส่งแบบสอบถามเพื่อการศึกษาวิจัย รอบที่ 2

เรียน ผู้เชี่ยวชาญ

ดิฉัน นางสาวเกวลี เชียรวิชัย นิสิตปริญญามหาบัณฑิต แขนงการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน (Roles of Nurse Care Manager in Long Term Care of the Elderly in Community) โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ซึ่งต้องใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 3 รอบ ทั้งนี้ได้มีการดำเนินการรวบรวมความคิดเห็นจากท่านไปแล้วในรอบที่ 1 ซึ่งในครั้งนี้จะเป็นการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ประกอบด้วย บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ทั้งหมด 6 องค์ประกอบหลัก และมีองค์ประกอบย่อย 47 ข้อรายการ

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามนี้ ในการนี้ขอความกรุณาท่านตอบแบบสอบถามทุกข้อ และโปรดแสดงความคิดเห็นพร้อมทั้งเสนอข้อคิดเห็นตามที่ท่านเห็นสมควรเพื่อตรวจสอบความตรงของการวิจัย ซึ่งช่วงระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามแต่ละรอบไม่ควรห่างกันมาก ดิฉันจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่าน ได้โปรดส่งแบบสอบถามนี้คืนภายในวันที่ 18 สิงหาคม 2560

ด้วยความเคารพอย่างสูง

นางสาวเกวลี เชียรวิชัย

นิสิตปริญญามหาบัณฑิต แขนงการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

หมายเหตุ กรุณาส่งแบบสอบถามกลับมาที่ผู้วิจัยภายในวันและเวลาที่กำหนด ตามชื่อและที่อยู่หน้าซองจดหมายที่ผู้วิจัยได้ติดไปรษณียากรมาให้เรียบร้อยแล้ว

แบบสอบถาม รอบที่ 2

เรื่อง บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

.....

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้ เป็นแบบสอบถามแบบประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ซึ่งได้จากการวิเคราะห์เนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรม บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ทั้งหมด 6 องค์ประกอบหลัก และมีองค์ประกอบย่อย 47 ข้อรายการ ดังนี้

1. บทบาทผู้วางแผนการดูแล จำนวน 7 ข้อรายการ
2. บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 10 ข้อรายการ
3. บทบาทผู้ประสานงาน จำนวน 7 ข้อรายการ
4. บทบาทผู้นำ จำนวน 9 ข้อรายการ
5. บทบาทผู้ให้คำปรึกษา จำนวน 9 ข้อรายการ
6. บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์ จำนวน 6 ข้อรายการ

การเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามฉบับนี้ มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญใน 2 ประเด็น ดังนี้

1) ท่านมีความคิดเห็นว่า องค์ประกอบย่อยในแต่ละข้อรายการ มีความสำคัญมากที่สุดถึงมีความสำคัญน้อยที่สุด โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องของข้อความแต่ละข้อรายการตามความคิดเห็นของท่าน ทั้งนี้โปรดใช้เกณฑ์การพิจารณาข้อความแต่ละข้อรายการ ดังนี้

5 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าองค์ประกอบย่อยในข้อรายการของบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนดังกล่าว **มีความสำคัญมากที่สุด**

4 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าองค์ประกอบย่อยในข้อรายการของบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนดังกล่าว **มีความสำคัญมาก**

3 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าองค์ประกอบย่อยในข้อรายการของบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนดังกล่าว **มีความสำคัญปานกลาง**

2 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าองค์ประกอบย่อยในข้อรายการของบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนดังกล่าว **มีความสำคัญน้อย**

1 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าองค์ประกอบย่อยในข้อรายการของบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนดังกล่าว **มีความสำคัญน้อยที่สุด**

2) ในแต่ละองค์ประกอบย่อยของบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ควรมีการเพิ่มเติมหรือตัดข้อความใดออกบ้าง หากมีข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โปรดเขียนข้อเสนอแนะช่องขวามือของข้อรายการหรือส่วนท้ายของแบบสอบถาม

แบบสอบถาม รอบที่ 2

ข้อ	บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	ระดับความสำคัญ					ข้อเสนอแนะ
		5	4	3	2	1	
1) บทบาทผู้วางแผนการดูแล							
1	กำหนดแผนการดูแลตามผลการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ADL (Activity of Daily Living) แบ่งระดับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ/หรือประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ GDS (Geriatric Depression Scale)						
2	วางแผนการดูแล (Care Plan) ตามความต้องการและความจำเป็นของผู้สูงอายุสอดคล้องกับชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุเฉพาะราย						
3	กำหนดแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวร่วมกับผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน ทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายทั้งรัฐบาลและองค์การอิสระ						
4	แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกับทีมตามความต้องการของผู้สูงอายุ						
5	จัดประชุมทีมดูแล (Care Conference) เป็นระยะ						
6	กำหนดแนวทางและการประเมินผลลัพธ์ในการดำเนินงานตามแผนการดูแลผู้สูงอายุ						
7	พัฒนาปรับปรุงแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างต่อเนื่อง						

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อ	บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	ระดับความสำคัญ					ข้อเสนอแนะ
		5	4	3	2	1	
2) บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล							
8	ประเมินปัญหา ความต้องการ และข้อจำกัดของผู้สูงอายุเฉพาะราย (Individual) ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ						
9	ประเมินปัญหา ความต้องการ และข้อจำกัดของผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ						
10	ปฏิบัติการพยาบาลตามปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุเฉพาะราย เช่น สาธิตการดูแลให้กับผู้ดูแล (Care Giver) เป็นต้น						
11	จัดอบรมผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ						
12	ติดตามการปฏิบัติ และผลลัพธ์การดูแลของผู้ดูแล (Care Giver)						
13	นำหลักฐานเชิงประจักษ์จากกรณีตัวอย่างที่มีพยาบาลผู้จัดการการดูแล (Nurse Care Manager) และ/หรือ ผู้ดูแล (Care Giver) ที่ปฏิบัติจนได้ผลดีมาใช้ในการปฏิบัติงาน						
14	ติดตามกิจกรรมการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคอย่างต่อเนื่อง						
15	ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายตามความเหมาะสม						

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อ	บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	ระดับความสำคัญ					ข้อเสนอแนะ
		5	4	3	2	1	
16	ปรับปรุงพัฒนาการปฏิบัติการดูแลให้มีคุณภาพ						
3) บทบาทผู้ประสานงาน							
17	ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจากสมาชิกในครอบครัวและเครือญาติ						
18	ประสานความร่วมมือร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และนักจิตวิทยา ในการให้การดูแล จัดการทรัพยากรผู้สูงอายุในชุมชน						
19	ประสานความร่วมมือกับพหุภาคีเครือข่ายชุมชน ได้แก่ อบต./อบท. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน พัฒนาชุมชนเกษตรอำเภอ/ตำบล และผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ ในการให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน						
20	ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกับเพื่อนบ้าน และคนในชุมชน กรณีไม่มีครอบครัว หรือครอบครัวมีข้อจำกัดในการดูแล						
21	ประสานงานโดยใช้ฐานข้อมูลแหล่งประโยชน์ในชุมชน และนำทรัพยากรทั้งภายในและภายนอกชุมชนมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ						
22	ประสานความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกับผู้เกี่ยวข้องตามชุดสิทธิประโยชน์						

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อ	บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	ระดับความสำคัญ					ข้อเสนอแนะ
		5	4	3	2	1	
23	ประสานองค์การแหล่งประโยชน์อื่นๆ ที่ไม่ใช่หน่วยงานภาครัฐเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ						
4) บทบาทผู้นำ							
24	ติดตามข้อมูลแผนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุลงสู่ภาคการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม						
25	มีการตัดสินใจ (Make Decision) แก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวร่วมกับชุมชนท้องถิ่น เพื่อคุณภาพการดูแล						
26	มีการจัดการความรู้ (Knowledge Management) เกี่ยวกับการจัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนในบริบทของตนเอง						
27	มีการสื่อสาร (Effective Communication) กับทีมและสมาชิกผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ						
28	มีการกระตุ้นจูงใจ (Motivation) ผู้ดูแล (Care Giver) ให้สามารถปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ						
29	มีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) แก่ผู้ดูแล (Care Giver) ทั้งผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวและอาสาสมัคร						

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อ	บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	ระดับความสำคัญ					ข้อเสนอแนะ
		5	4	3	2	1	
30	มีการสร้างแรงบันดาลใจ (Inspiration) ให้กับครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ให้มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว						
31	มีการจัดกิจกรรมการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เช่น ผู้สูงอายุต้นแบบ ครอบครัวต้นแบบ ผู้ดูแลต้นแบบ ชุมชนต้นแบบ เป็นต้น						
32	มีการจัดทำโครงการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพผู้ดูแล (Care Giver) ในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ						
5) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา							
33	สร้างความคุ้นเคยและเป็นกันเองกับครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ของผู้สูงอายุในชุมชน						
34	ให้ข้อมูล แก่ผู้สูงอายุ สมาชิกครอบครัว และผู้ดูแล (Care Giver) ถึงบทบาทของตนในการเป็นพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว						
35	ให้คำปรึกษาแก่สมาชิกครอบครัวและผู้ดูแล เห็นถึงความสำคัญของการดูแลเพื่อป้องกันปัญหาและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้สูงอายุ						
36	รับฟังปัญหาความต้องการของครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุ						

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อ	บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	ระดับความสำคัญ					ข้อเสนอแนะ
		5	4	3	2	1	
37	ให้ครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ร่วมการกำหนดเป้าหมาย และวิธีการในการดูแลผู้สูงอายุ						
38	ให้คำปรึกษากับครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุ						
39	เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ซักถามในประเด็นที่สงสัยหรือไม่ชัดเจน พร้อมให้การคำแนะนำเพิ่มเติม						
40	สร้างความหวังและความมั่นใจให้กับครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุ						
41	ร่วมเป็นที่ปรึกษาให้กับทีมสหวิชาชีพและทีมพหุภาคี ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว						
6) บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์							
42	อธิบาย ชี้แจงสิทธิ์ของผู้สูงอายุที่พึงได้รับการช่วยเหลือได้อย่างครอบคลุม						
43	ส่งต่อความช่วยเหลือตามสิทธิ์ของผู้สูงอายุแต่ละรายไปยังหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง						
44	รักษาความลับของข้อมูลผู้สูงอายุ						
45	พิจารณาให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน ตามสิทธิมนุษยชน						
46	มีการพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุ เพื่อใช้ในการจัดบริการสุขภาพให้ครอบคลุมและทั่วถึง						

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อ	บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	ระดับความสำคัญ					ข้อเสนอแนะ
		5	4	3	2	1	
47	ให้ข้อมูลความจริงในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแก่สังคม สื่อสาธารณะ เพื่อให้สังคมตระหนักในปัญหาและการเปลี่ยนแปลงของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว						

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เรื่อง ขอส่งแบบสอบถามเพื่อการศึกษาวิจัย รอบที่ 3

เรียน ผู้เชี่ยวชาญ

ดิฉัน นางสาวเกวลี เชียรวิชัย นิสิตหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน” โดยใช้เทคนิคเดลฟาย ซึ่งต้องใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 3 รอบ ทั้งนี้ได้มีการดำเนินการรวบรวมความคิดเห็นจากท่านไปแล้วจำนวน 2 รอบ ในครั้งนี้จะเป็นการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 เป็นการทบทวนยืนยันคำตอบของท่านกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อหาความสอดคล้องกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งในครั้งนี้จะเป็นการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 ประกอบด้วย บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ทั้งหมด 6 องค์ประกอบหลัก และมีองค์ประกอบย่อย 47 ข้อรายการ

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านในการตอบแบบสอบถามนี้ ในการนี้ขอความกรุณาท่านตอบแบบสอบถามทุกข้อ และโปรดแสดงเหตุผลประกอบตามคำชี้แจงในตัวอย่างแบบสอบถามรอบที่ 3 เพื่อตรวจสอบความตรงของการวิจัยอีกครั้ง ซึ่งช่วงระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามแต่ละรอบไม่ควรห่างกันมาก ดิฉันจึงใคร่ขอความกรุณาจากท่าน ได้โปรดส่งแบบสอบถามนี้คืนภายในวันที่ 22 กันยายน 2560

ด้วยความเคารพอย่างสูง

นางสาวเกวลี เชียรวิชัย

นิสิตปริญญามหาบัณฑิต แขนงการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

หมายเหตุ กรุณาส่งแบบสอบถามกลับมาที่ผู้วิจัยภายในวันและเวลาที่กำหนด ตามชื่อและที่อยู่หน้าซองจดหมายที่ผู้วิจัยได้ติดไปรษณียากรมาให้เรียบร้อยแล้ว

ตัวอย่างแบบสอบถาม รอบที่ 3

เรื่อง บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน

.....

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามรอบที่ 3 มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและทบทวนคำตอบของตนเองจากการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 โดยผู้วิจัยได้นำคะแนนทั้งหมดมาคำนวณค่ามัธยฐาน (Median) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter Quartile Range) เพื่อแสดงความสอดคล้องกันของแต่ละองค์ประกอบย่อยของการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 พร้อมทั้งระบุคะแนนการตอบของท่านในรอบที่ผ่านมาไว้ด้วย แสดงเครื่องหมายดังต่อไปนี้

ค่ามัธยฐาน (MD) ใช้สัญลักษณ์ Δ

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ใช้สัญลักษณ์ ⟷

ตำแหน่งคำตอบของท่านในรอบที่ผ่านมา ใช้สัญลักษณ์ •

2. เมื่อท่านได้พิจารณาแต่ละองค์ประกอบย่อยแล้ว โปรดทำเครื่องหมาย ✓ เพื่อยืนยันคำตอบเดิม หรือเปลี่ยนแปลงคำตอบตามความเห็นของท่านให้ครบทุกข้อรายการ โดยมีเกณฑ์การพิจารณาองค์ประกอบย่อยแต่ละข้อรายการ ดังนี้

5 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าบทบาทนั้น **มีความสำคัญมากที่สุด**

4 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าบทบาทนั้น **มีความสำคัญมาก**

3 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าบทบาทนั้น **มีความสำคัญปานกลาง**

2 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าบทบาทนั้น **มีความสำคัญน้อย**

1 หมายถึง ท่านมีความเห็นว่าบทบาทนั้น **มีความสำคัญน้อยที่สุด**

3. หากคำตอบของท่านอยู่ในค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ของข้อนั้น หมายความว่าความเห็นของท่านสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ท่านไม่ต้องใช้เหตุผลประกอบ **แต่ถ้าคำตอบของท่านอยู่นอกเหนือค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ หมายความว่าความเห็นของท่านไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยขอความกรุณาท่านได้โปรดชี้แจงเหตุผลประกอบในข้อรายการนั้นด้วย**

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ค่ามัธยฐาน (MD) *ที่ใช้มีความหมาย ดังนี้*

ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 4.50 – 5.00 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ดังกล่าว **มีความสำคัญระดับมากที่สุด**

ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 3.50 – 4.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ดังกล่าว **มีความสำคัญระดับมาก**

ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 2.50 – 3.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ดังกล่าว **มีความสำคัญระดับปานกลาง**

ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 1.50 – 2.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ดังกล่าว **มีความสำคัญระดับน้อย**

ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 1.00 – 1.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ดังกล่าว **มีความสำคัญระดับน้อยที่สุด**

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) *ที่ใช้มีความหมาย ดังนี้*

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ***ที่มีค่าไม่เกิน 1.50*** หมายความว่า ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ข้อความดังกล่าว **มีความสอดคล้องกัน**

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ***ที่มีค่าเกินกว่า 1.50*** หมายความว่า ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อบทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ข้อความดังกล่าว **ไม่มีความสอดคล้องกัน**

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตัวอย่างการตอบแบบสอบถาม (ที่มี***ความเห็นสอดคล้อง***กับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ)

ข้อ	บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	ระดับความสำคัญ					ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	MD	IR	
1) บทบาทผู้วางแผนการดูแล									
1	กำหนดแผนการดูแลตามผลการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ADL (Activity of Daily Living) แบ่งระดับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ/หรือ ประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ GDS (Geriatric Depression Scale)		Δ ◄► • ✓				4.67	1.06	

จากตัวอย่างข้อที่ 1

1. บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ในข้อ 1 มีค่ามัธยฐาน (MD) = 4.67 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) = 1.06 หมายความว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน องค์ประกอบย่อยด้านกำหนดแผนการดูแลตามผลการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ADL (Activity of Daily Living) แบ่งระดับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ/หรือ ประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ GDS (Geriatric Depression Scale) มีระดับความสำคัญมากที่สุด และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน

2. คำตอบในรอบที่ 2 ของท่าน(•) อยู่ในขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ หมายความว่า ความคิดเห็นของท่านสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และภายหลังจากที่ท่านทบทวนแล้วในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 ท่านยังคงยืนยันความคิดเห็นเดิม คือ 4 ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่ในขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ในกรณีนี้ท่านไม่ต้องแสดงเหตุผลประกอบ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ตัวอย่างการตอบแบบสอบถาม (ที่มี***ความเห็นไม่สอดคล้อง***กับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ)

ข้อ	บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	ระดับความสำคัญ					ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	MD	IR	
1) บทบาทผู้วางแผนการดูแล									
3	กำหนดแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวร่วมกับผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน ทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายทั้งรัฐบาลและองค์การอิสระ		△ ◆	● ✓			4.03	1.01	

จากตัวอย่างข้อที่ 3

1. บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน ในข้อ 3 มีค่ามัธยฐาน (MD) = 4.03 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) = 1.01 หมายความว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน องค์ประกอบย่อยด้านกำหนดแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวร่วมกับผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน ทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายทั้งรัฐบาลและองค์การอิสระ มีระดับความสำคัญมาก

2. คำตอบในรอบที่ 2 ของท่าน(●) อยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ หมายความว่า ความคิดเห็นของท่านไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และภายหลังจากที่ท่านทบทวนในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 ท่านยังคงยืนยันความคิดเห็นเดิม คือ 3 ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ***ผู้วิจัยขอความกรุณาท่านโปรดแสดงเหตุผลประกอบ***

3. คำตอบในรอบที่ 2 ของท่าน(●) อยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ หมายความว่า ความคิดเห็นของท่านไม่สอดคล้องความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ แต่ภายหลังจากที่ท่านทบทวนในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 ท่านเปลี่ยนแปลงคำตอบเป็น 4 ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่ในขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ***ในกรณีนี้ท่านไม่ต้องแสดงเหตุผลประกอบ***

หมายเหตุ:

1. ในกรณีที่ไม่มีเครื่องหมาย (●) ในข้อคำถามของท่าน แสดงว่าในรอบที่ผ่านมา ท่านไม่ได้ตอบแบบสอบถามข้อนั้น
2. ผู้วิจัยแสดงหมายเหตุข้อรายการที่ความคิดเห็นของท่านอยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ด้วยข้อความ “คำตอบของท่านอยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์” เพื่อให้ท่านสังเกตได้มากขึ้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบสอบถาม รอบที่ 3

ข้อ	บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	ระดับความสำคัญ					ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	MD	IR	
1) บทบาทผู้วางแผนการดูแล									
1	กำหนดแผนการดูแลตามผลการคัดกรองภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ ADL (Activity of Daily Living) แบ่งระดับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และ/หรือประเมินภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ GDS (Geriatric Depression Scale)	Δ ↔					5.00	1.00	
2	วางแผนการดูแล (Care Plan) ตามความต้องการและความจำเป็นของผู้สูงอายุสอดคล้องกับชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุเฉพาะราย	Δ ↔					5.00	0.25	
3	กำหนดแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวร่วมกับผู้สูงอายุ ครอบครัว ชุมชน ทีมสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายทั้งรัฐบาลและองค์การอิสระ	Δ ↔					5.00	0.25	
4	แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกับทีมตามความต้องการของผู้สูงอายุ	Δ ↔					5.00	1.00	
5	จัดประชุมทีมดูแล (Care Conference) เป็นระยะ	Δ ↔					5.00	1.00	

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อ	บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	ระดับความสำคัญ					ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	MD	IR	
6	กำหนดแนวทางและการประเมินผลลัพธ์ในการดำเนินงานตามแผนการดูแลผู้สูงอายุ	Δ ◄►					5.00	1.00	
7	พัฒนาปรับปรุงแผนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวอย่างต่อเนื่อง	Δ ◄►					5.00	1.00	
2) บทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล									
8	ประเมินปัญหา ความต้องการและข้อจำกัดของผู้สูงอายุเฉพาะราย (Individual) ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ	Δ ◄►					5.00	1.00	
9	ประเมินปัญหา ความต้องการและข้อจำกัดของผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ	Δ ◄►					5.00	1.00	
10	ปฏิบัติการพยาบาลตามปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้สูงอายุเฉพาะราย เช่น สาธิตการดูแลให้กับผู้ดูแล (Care Giver) เป็นต้น	Δ ◄►					5.00	1.00	
11	จัดอบรมผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ	Δ ◄►					5.00	1.00	

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อ	บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	ระดับความสำคัญ					ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	MD	IR	
12	ติดตามการปฏิบัติ และผลลัพธ์การดูแลของผู้ดูแล (Care Giver)	Δ ◄►					5.00	0.25	
13	นำหลักฐานเชิงประจักษ์จากกรณีตัวอย่างที่มีพยาบาลผู้จัดการการดูแล (Nurse Care Manager) และ/หรือ ผู้ดูแล (Care Giver) ที่ปฏิบัติจนได้ผลดีมาใช้ในการปฏิบัติงาน	Δ ◄►					5.00	1.00	
14	ติดตามกิจกรรมการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคอย่างต่อเนื่อง	Δ ◄►					5.00	0.00	
15	ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุเฉพาะรายตามความเหมาะสม	Δ ◄►					5.00	0.00	
16	ปรับปรุงพัฒนาการปฏิบัติการดูแลให้มีคุณภาพ	Δ ◄►					5.00	0.00	
3) บทบาทผู้ประสานงาน									
17	ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวจากสมาชิกในครอบครัวและเครือญาติ	Δ ◄►					5.00	0.25	
18	ประสานความร่วมมือร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และนักจิตวิทยา ในการให้การดูแลจัดการทรัพยากรผู้สูงอายุในชุมชน	Δ ◄►					5.00	1.00	

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อ	บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	ระดับความสำคัญ					ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	MD	IR	
19	ประสานความร่วมมือกับพหุภาคีเครือข่ายชุมชน ได้แก่ อบต./อบท. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน พัฒนาชุมชน เกษตรอำเภอ/ตำบล และผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ในการให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน	Δ ◄►					5.00	0.25	
20	ประสานความร่วมมือในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกับเพื่อนบ้าน และคนในชุมชน กรณีไม่มีครอบครัว หรือครอบครัวมีข้อจำกัดในการดูแล	Δ ◄►					5.00	1.00	
21	ประสานงานโดยใช้ฐานข้อมูลแหล่งประโยชน์ในชุมชน และนำทรัพยากรทั้งภายในและภายนอกชุมชนมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ	Δ ◄►					5.00	1.00	
22	ประสานความช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวกับผู้เกี่ยวข้องตามชุดสิทธิประโยชน์	Δ ◄►					5.00	1.00	
23	ประสานองค์การแหล่งประโยชน์อื่นๆที่ไม่ใช่หน่วยงานภาครัฐเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุ	Δ ◄►					5.00	1.00	

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ข้อ	บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	ระดับความสำคัญ					ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	MD	IR	
4) บทบาทผู้นำ									
24	ติดตามข้อมูลแผนนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุลงสู่ภาคการปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม	Δ ↔					5.00	0.00	
25	มีการตัดสินใจ (Make Decision) แก้ไขปัญหาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวร่วมกับชุมชนท้องถิ่น เพื่อคุณภาพการดูแล	Δ ↔					5.00	1.00	
26	มีการจัดการความรู้ (Knowledge Management) เกี่ยวกับการจัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนในบริบทของตนเอง	Δ ↔					5.00	0.25	
27	มีการสื่อสาร (Effective Communication) กับทีม และสมาชิกผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ	Δ ↔					5.00	0.00	
28	มีการกระตุ้นจูงใจ (Motivation) ผู้ดูแล (Care Giver) ให้สามารถปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ	Δ ↔					5.00	0.00	
29	มีการเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) แก่ผู้ดูแล (Care Giver) ทั้งผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกครอบครัวและอาสาสมัคร	Δ ↔					5.00	0.25	

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อ	บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	ระดับความสำคัญ					ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	MD	IR	
30	มีการสร้างแรงบันดาลใจ (Inspiration) ให้กับครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ให้มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	Δ ↔					5.00	0.00	
31	มีการจัดกิจกรรมการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน เช่น ผู้สูงอายุต้นแบบ ครอบครัวต้นแบบ ผู้ดูแลต้นแบบ ชุมชนต้นแบบ เป็นต้น	Δ ↔					5.00	0.00	
32	มีการจัดทำโครงการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพผู้ดูแล (Care Giver) ในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ						5.00	0.00	
5) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา									
33	สร้างความคุ้นเคยและเป็นกันเองกับครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ของผู้สูงอายุในชุมชน	Δ ↔					5.00	0.25	
34	ให้ข้อมูล แก่ผู้สูงอายุ สมาชิกครอบครัว และผู้ดูแล (Care Giver) ถึงบทบาทของตนในการเป็นพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	Δ ↔					5.00	1.00	

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อ	บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	ระดับความสำคัญ					ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	MD	IR	
35	ให้คำปรึกษาแก่สมาชิกครอบครัวและผู้ดูแล เห็นถึงความสำคัญของการดูแล เพื่อป้องกันปัญหาและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นแก่ผู้สูงอายุ	Δ ◄►					5.00	0.00	
36	รับฟังปัญหาความต้องการของครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุ	Δ ◄►					5.00	0.00	
37	ให้ครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ร่วมการกำหนดเป้าหมาย และวิธีการในการดูแลผู้สูงอายุ	Δ ◄►					5.00	0.00	
38	ให้คำปรึกษากับครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุ	Δ ◄►					5.00	1.00	
39	เปิดโอกาสให้สมาชิกครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ซักถามในประเด็นที่สงสัยหรือไม่ชัดเจน พร้อมให้การคำแนะนำเพิ่มเติม	Δ ◄►					5.00	0.25	
40	สร้างความหวังและความมั่นใจให้กับครอบครัวและผู้ดูแล (Care Giver) ในการดูแลผู้สูงอายุ	Δ ◄►					5.00	0.25	

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ข้อ	บทบาทพยาบาลผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน	ระดับความสำคัญ					ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	MD	IR	
41	ร่วมเป็นที่ปรึกษาให้กับทีมสหวิชาชีพและทีมพหุภาคี ในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	Δ ↔					5.00	1.00	
6) บทบาทผู้พิทักษ์สิทธิ์									
42	อธิบาย ชี้แจงสิทธิ์ของผู้สูงอายุที่พึงได้รับการช่วยเหลือได้อย่างครอบคลุม	Δ ↔					5.00	1.00	
43	ส่งต่อความช่วยเหลือตามสิทธิ์ของผู้สูงอายุแต่ละรายไปยังหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง	Δ ↔					5.00	1.00	
44	รักษาความลับของข้อมูลผู้สูงอายุ	Δ ↔					5.00	0.00	
45	พิจารณาให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในชุมชน ตามสิทธิมนุษยชน	Δ ↔					5.00	0.00	
46	มีการพัฒนาฐานข้อมูลผู้สูงอายุเพื่อใช้ในการจัดบริการสุขภาพให้ครอบคลุมและทั่วถึง	Δ ↔					5.00	1.00	
47	ให้ข้อมูลความจริงในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแก่สังคม สื่อสาธารณะ เพื่อให้สังคมตระหนักในปัญหาและการเปลี่ยนแปลงของระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว	Δ ↔					5.00	1.00	

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวเกวลี เชียรวิชัย เกิดเมื่อวันที่ 6 กันยายน 2533 ที่จังหวัดขอนแก่น สำเร็จการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลกองทัพเรือ ทุนคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ปีการศึกษา 2555 เริ่มปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผ่าตัด ที่หน่วยตรวจรักษาและติดตามผลด้วยเครื่องมือพิเศษ ตึกสยามินทร์ ชั้น 1 โรงพยาบาลศิริราช ตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน 2556 - 30 เมษายน 2559 เมื่อปลายปีการศึกษา 2557 ได้เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด ที่ห้องผ่าตัด ชั้น 5 โรงพยาบาลศิริราช ปิยมหาราชการุณย์ ตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2559 จนถึงปัจจุบัน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
Chulalongkorn University