

การศึกษาบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0



นางบุญญาภา จันทร์หอม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

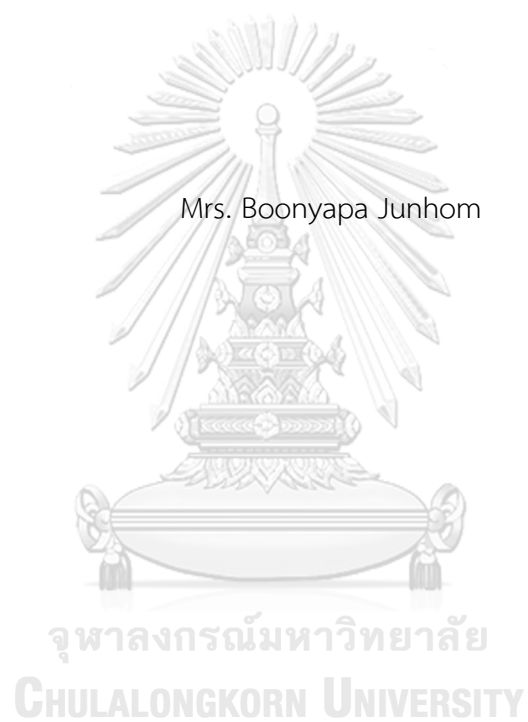
สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2560

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A STUDY OF NURSES'S ROLES IN COMMUNITY HOSPITAL ACCORDING TO THAILAND 4.0



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	การศึกษาด้านเภสัชวิทยาของยาต้านมะเร็งในประเทศไทย 4.0
โดย	นางบุญญาภา จันทร์หอม
สาขาวิชา	พยาบาลศาสตร์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน  
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารัตน์ ชัยวัฒน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(รองศาสตราจารย์ ดร.กัญญาดา ประจุกสิปป)

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

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ไพฑูรย์ โพธิ์สาร)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บุญญาภา จันทร์หอม : การศึกษาบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 (A STUDY OF NURSES'S ROLES IN COMMUNITY HOSPITAL ACCORDING TO THAILAND 4.0) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: ผศ. ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช, 4 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาองค์ประกอบและข้อรายการย่อยในแต่ละองค์ประกอบของบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 โดยใช้เทคนิคเดลฟายในการรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 19 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 5 คน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 5 คน อาจารย์พยาบาลสาขาพยาบาลชุมชน จำนวน 3 คน อาจารย์พยาบาลสาขาบริหารการพยาบาล จำนวน 2 คน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 2 คน และผู้กำหนดนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขและสภาการพยาบาล จำนวน 2 คน วิธีดำเนินการวิจัยประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 สัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ขั้นตอนที่ 2 นำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในรอบที่ 1 มาวิเคราะห์เนื้อหาจัดหมวดหมู่สาระในลักษณะเดียวกัน สร้างเป็นแบบสอบถามมาตรฐานค่า 5 ระดับ ให้ผู้เชี่ยวชาญเขียนตอบระดับความสำคัญขององค์ประกอบย่อยในแต่ละข้อรายการ เพื่อนำมาคำนวณค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ขั้นตอนที่ 3 นำข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามให้ผู้เชี่ยวชาญเพื่อยืนยันคำตอบ และนำข้อมูลที่ได้มาคำนวณค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

ผลการวิจัยพบว่า การศึกษาบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลัก และมีข้อรายการย่อยจำนวน 55 ข้อรายการ ได้แก่ 1) ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล จำนวน 9 ข้อรายการ 2) ด้านผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง จำนวน 7 ข้อรายการ 3) ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 8 ข้อรายการ 4) ด้านหุ่นส่วนสุขภาพ จำนวน 9 ข้อรายการ 5) ด้านผู้จัดการดูแล จำนวน 8 ข้อรายการ 6) ด้านการจัดการการดูแลระยะกลาง จำนวน 7 ข้อรายการ และ 7) ด้านการพัฒนาคุณภาพ จำนวน 7 ข้อรายการ โดยองค์ประกอบทั้ง 7 ด้านพบว่า มีข้อรายการย่อยจำนวน 46 ข้อ มีความสำคัญอยู่ในระดับมากที่สุด และมีข้อรายการย่อยจำนวน 9 ข้อ มีความสำคัญในระดับมาก

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์

ปีการศึกษา 2560

ลายมือชื่อนิสิต .....

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาหลัก .....

# # 5977196336 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORDS: ROLES / COMMUNITY HOSPITALS / THAILAND POLICY 4.0

BOONYAPA JUNHOM: A STUDY OF NURSES'S ROLES IN COMMUNITY HOSPITAL ACCORDING TO THAILAND 4.0. ADVISOR: ASST. PROF. SUVINEE WIVATVANIT, Ph.D., 4 pp.

The descriptive study about the component and sub-item of nurses's roles in community hospital according to Thailand 4.0. The Delphi Technique was used in this study. Participant were 19 experts, including five nursing administrators of community hospitals, five advanced practice nurses, three nursing educators of community nursing, two nursing educators of nursing administration, two family physicians and two policy makers. The Delphi Technique consisted of 3 steps. Step 1, all experts were described about nurses's roles in community hospital according to Thailand 4.0. Step 2, data were analyzed by using content analysis for developing the rating scales questionnaire. All items in questionnaire were ranked the level of nurses's roles by prior panel of expert. Step 3, data were analyzed by using median and interquartile range which will develop a new version of the questionnaire. The new questionnaire was sent to previous experts for confirm the previous ranked items. Data were analyzed by median and interquartile range.

The result of this study were presented the nurses's roles in community hospital according to Thailand 4.0 consisted of 7 components and 55 sub-components as follow: 1) Nursing practitioner has 9 sub-components 2) Case manager for chronic diseases has 7 sub-components 3) Geriatric health promotion has 8 sub-components 4) Health partnership has 9 sub-components 5) Care manager has 8 sub-components 6) Intermediate care management has 7 sub-components and 7) Quality improvement has 7 sub-components. Within those 55 items, 46 items were rated as the most important and 9 items were rated as very important.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature .....

Academic Year: 2017

Advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้อย่างสมบูรณ์ ด้วยความกรุณาและการช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช ผู้ซึ่งเสียสละเวลาในการให้คำปรึกษา แนะนำ และชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนการแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่ตลอดมา ทำให้ผู้วิจัยเกิดความมั่นใจ และมีความพยายามจนมาถึงความสำเร็จในครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณอาจารย์เป็นอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. กัญญาตา ประจุกสิลาป ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ไพฑูรย์ โพธิสาร กรรมการภายนอกสอบวิทยานิพนธ์ และคณะกรรมการพิจารณาโครงร่างวิทยานิพนธ์ สาขาบริหารการพยาบาลทุกคนที่ช่วยชี้แนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาเป็นวิทยานิพนธ์ที่สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทั้ง 19 คน ที่กรุณาเสียสละเวลา ให้ความอนุเคราะห์ในการให้ข้อมูล คำแนะนำ ข้อเสนอแนะอันทรงคุณค่า และให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี และขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ได้มอบทุนสนับสนุนการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
รายการอ้างอิง.....	2
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	4



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## สารบัญตาราง

	หน้า
ตารางที่ 1 บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ที่ได้จากการทบทวน วรรณกรรม.....	56
ตารางที่ 2 จำนวนผู้เชี่ยวชาญและความคลาดเคลื่อนในการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย.....	64
ตารางที่ 3 ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์ รอบที่ 1 .....	78
ตารางที่ 4 ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ในแบบสอบถาม รอบที่ 2 .....	87
ตารางที่ 5 การเปลี่ยนแปลงข้อมูลของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 3.....	95
ตารางที่ 6 เหตุผลในการตบนอกพิสัยควอไทล์ .....	96
ตารางที่ 7 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของข้อรายการย่อยใน บทบาทด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล .....	99
ตารางที่ 8 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของข้อรายการย่อย ใน ด้านผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง .....	101
ตารางที่ 9 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของข้อรายการย่อย ใน ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ .....	103
ตารางที่ 10 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของข้อรายการย่อย ใน ด้านหุ่นส่วนสุขภาพ .....	105
ตารางที่ 11 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของข้อรายการย่อย ใน ด้านผู้จัดการการดูแล.....	107
ตารางที่ 12 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของข้อรายการย่อย ใน ด้านการจัดการการดูแลระยะกลาง .....	109
ตารางที่ 13 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของข้อรายการย่อย ใน ด้านการพัฒนาคุณภาพ .....	111



## สารบัญภาพ

หน้า

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย ..... 69



# บทที่ 1

## บทนำ

### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทย 4.0 เป็นโมเดลในการขับเคลื่อนประเทศไปสู่เป้าหมาย "มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน" ซึ่ง พล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรีและหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ได้มอบ เป็นนโยบายในการขับเคลื่อนประเทศ เพื่อให้ก้าวพ้นจากประเทศที่มีรายได้ขนาดปานกลางเป็น ประเทศที่มีรายได้สูงโดยจะมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเศรษฐกิจจากเดิมที่ขับเคลื่อนด้วย ภาควัตถุอุตสาหกรรม (Industrial drive economy) ไปสู่เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยีและ นวัตกรรม (Innovation drive economy) (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2559) โดยอาศัยกลไกในการขับเคลื่อน 3 ประเด็น ดังนี้ 1) เปลี่ยนจากการทำมากได้น้อยไปสู่การทำ น้อยได้มาก โดยเติมเต็มปัญญา เทคโนโลยีและความคิดสร้างสรรค์ ด้วยกระบวนการวิจัยและพัฒนา 2) เปลี่ยนความมั่งคั่งแบบกระจุกเป็นความมั่งคั่งแบบกระจาย คือต้องทำให้ความมั่งคั่งเพิ่มขึ้นและเกิด การกระจายตัว (Distributed capitalism) และ 3) เปลี่ยนจากการพัฒนาที่ไม่สมดุลสู่การพัฒนาที่ สมดุล คือการยกระดับขีดความสามารถ การเสริมสร้างทักษะและการเติมเต็มศักยภาพของประชาชน ให้ทันกับพลวัต (สุวิทย์ เมษินทรีย์, 2559) ดังนั้นการขับเคลื่อนประเทศไทย 4.0 ให้บรรลุ วัตถุประสงค์ จึงถือเป็นจุดเริ่มต้นของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ตั้งแต่ พ.ศ.2560-2579 อย่างเป็น รูปธรรม ซึ่งทุกกระทรวงรวมทั้งกระทรวงสาธารณสุข ต้องมีการปฏิรูปการดำเนินงาน (Reform in action) เพื่อการเป็นประเทศที่มั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน

ในขณะเดียวกันประเทศไทยคาดว่าจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบเต็มรูปแบบ (Age society) โดยในปี พ.ศ.2584 จะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32.1 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556) และแบบแผนการเจ็บป่วยเปลี่ยนจากโรคติดต่อมาเป็นการเจ็บป่วยด้วย โรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคเบาหวาน และโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีสาเหตุ ส่วนหนึ่งจากพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ทำให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อย ละ 3.9 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross domestic product: GDP) ใน พ.ศ.2553 เป็น ร้อยละ 6.53 ของ GDP ใน พ.ศ. 2557 (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2556: 2559)

จากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวผนวกกับประเทศไทย 4.0 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนด ยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุขระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) ภายใต้ชื่อ “แผนยุทธศาสตร์ความ เป็นเลิศ 4 ด้าน (4 Excellence) โดยในส่วนของวิชาชีพพยาบาลซึ่งเป็นหนึ่งในบุคลากรที่มี

ความสำคัญในระบบสาธารณสุขนั้น ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ปิยะสกล สกลสัตยาทร (2560) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอบทบาทพยาบาลในยุคประเทศไทย 4.0 ที่เน้น การดูแลบนฐานสุขภาพของคุณค่า (Value based healthcare) โดยให้แนวคิดบทบาทพยาบาล (Smart nurse 4.0) สำหรับพยาบาลทุกระดับ ดังนี้ การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ (Health literacy) ผู้จัดการการดูแล (Care manager) การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (Rational drug use) การควบคุม โรค (Disease control) การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (Routine to research : R2R) การมีส่วนร่วม ในคลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster : PCC) การดูแลระยะกลาง (Intermediate care) สร้างสังคมบนฐานแห่งคุณค่า (Value based society) คำนึงถึงผลผลิต (Productivity) และ ผู้ใช้เทคโนโลยี (Technology users) ซึ่งพยาบาลสามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับบริบท โรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานอยู่

โรงพยาบาลชุมชน เป็นสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ (Secondary healthcare level) มีเตียงสำหรับผู้ป่วยตั้งแต่ 30 เตียงจนถึง 120 เตียง เป็นโรงพยาบาลประจำอำเภอที่ทำหน้าที่ ให้บริการครอบคลุม 4 มิติ คือ ส่งเสริม รักษา ป้องกัน และฟื้นฟู ประสานเชื่อมโยงบริการระหว่าง ปฐมภูมิและตติยภูมิ โดยที่แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ.2561-2565 มีการ กำหนดกิจกรรมบริการ (Service delivery) ที่จำเป็นไว้ 18 กิจกรรม เช่น คลินิกชะลอไตเสื่อม (Chronic kidney diseases : CKD clinic) คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เป็นต้น (เกวลิ้น ชื่นเจริญสุข และคณะ, 2559) ซึ่งเป็นคลินิกบริการใหม่ที่เพิ่มเติมในโรงพยาบาลชุมชน และในปีพ.ศ.2560 นายแพทย์โสภณ เมฆธน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขได้มอบนโยบายใหม่ให้กับโรงพยาบาลชุมชน ให้มี บทบาทเพิ่มเติมในการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate care) เพื่อลดระยะเวลา การนอนรักษาที่โรงพยาบาลตติยภูมิ และยังเป็นเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ให้ได้รับการดูแลฟื้นฟู ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน และช่วยลดค่าใช้จ่ายภายในโรงพยาบาลอีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของนารีรัตน์ จิตรมนตรี, วิไลวรรณ ทองเจริญ และสาวิตรี ทยานศิลป์ (2552) ได้ให้ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายว่ารัฐควรพัฒนาระบบการดูแลระยะกลาง ซึ่งโรงพยาบาลที่เป็นต้นแบบใน การดูแลในระยะกลาง เช่น โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด ได้กล่าวว่าพยาบาลต้องมีบทบาทใน การเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและผู้ดูแล ให้สามารถกลับไปดูแลที่บ้านได้ รวมทั้งทำหน้าที่ประสาน การดูแลกับหน่วยงานหรือชุมชนที่เกี่ยวข้อง (สุรรัตน์ ธนากิจ, 2560) ซึ่งปัจจุบันลักษณะงานพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน มีการจำแนกตามลักษณะของงานบริการพยาบาล ได้แก่ งานผู้ป่วยนอก งาน อุบัติเหตุและฉุกเฉิน งานห้องคลอด งานผู้ป่วยใน งานปฐมภูมิและองค์รวม (สำนักงานพยาบาล, 2559) โดยปฏิบัติการครอบคลุมการตรวจและรักษาความเจ็บป่วยเบื้องต้น การพยาบาลครอบครัว และชุมชน การพยาบาลแม่และเด็ก การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะเฉียบพลัน การพยาบาลผู้ป่วยในภาวะ วิกฤติและฉุกเฉิน และการควบคุมและพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล (หทัยชนก บัวเจริญ และคณะ,

2554) ซึ่งจากบทบาทของโรงพยาบาลชุมชนที่มีการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว ทำให้พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ต้องให้บริการพยาบาลที่กว้างขึ้นกว่าเดิมในการให้บริการพยาบาล รวมทั้งมีการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะจุดเชื่อมต่อระหว่างหน่วยงาน ได้แก่ การเข้าถึงบริการ การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน ทั้งนี้เพื่อตอบสนองความต้องการบริการสุขภาพให้เกิดการบริการที่ไร้รอยต่อและยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางอย่างแท้จริง (สถาบันรับรองและพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2560)

นอกจากนี้บทบาทของโรงพยาบาลชุมชน ที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ (เกวลิน ชื่นเจริญสุข และคณะ, 2559) ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนมีจุดเด่นหลายประการทั้งในด้านบุคลากรและทรัพยากรที่สนับสนุนระบบปฐมภูมิ (สุพัตรา ศรีวณิชชากร, 2559) กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดแผนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Primary health care) พ.ศ.2559-2569 ซึ่งครอบคลุมระบบสุขภาพชุมชนในระดับตำบล รวมทั้งการศึกษาในโครงการการจัดการความรู้และการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพของมูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ (2553) ซึ่งนายแพทย์นภดล เสรีรัตน์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ได้กล่าวถึงบทบาทของโรงพยาบาลชุมชนในอนาคตว่า โรงพยาบาลชุมชนจำเป็นต้องมีกรอบวิธีคิดและการทำงานของบริการปฐมภูมิด้วย (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2553) ดังนั้นการขับเคลื่อนงานบริการปฐมภูมิ จึงนับว่าเป็นอีกหนึ่งบทบาทสำคัญของพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในการพัฒนาตามนโยบายคลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster: PCC) (โสภณ เมฆธน, 2560) การสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ (เกวลิน ชื่นเจริญสุข และคณะ, 2559) รวมทั้งการผลักดันให้เกิดการทำงานแบบมีส่วนร่วมในลักษณะหุ้นส่วนสุขภาพ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนให้สามารถดูแลตนเองและชุมชนได้ (Hitchcock, Schubert and Thomas, 2003 อ้างถึงในวนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, 2551; วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, 2557)

ในการปฏิบัติงานของโรงพยาบาลชุมชน พยาบาลได้ใช้บทบาทตามที่กองการพยาบาล (2539) กำหนด ประกอบด้วย 3 บทบาท คือ 1) บทบาทด้านปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลและในชุมชน 2) บทบาทด้านการบริหารจัดการ และ 3) บทบาทด้านวิชาการ ซึ่งบทบาทพยาบาลมีการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงจากอดีตอย่างมาก โดยเฉพาะบทบาทของพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน ที่มีการเปลี่ยนแปลงในหลากหลายมิติ จากหลายเหตุหลายปัจจัยพอสรุปได้ดังนี้ 1) บทบาทด้านปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งในปัจจุบันมีการจัดทำมาตรฐานเฉพาะโรคมากขึ้นตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ที่ต้องการเพิ่มศักยภาพในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งมีความแตกต่างกันตามขีดความสามารถของโรงพยาบาลชุมชนแต่ละระดับ (เกวลิน ชื่นเจริญสุข และคณะ, 2559) แบบแผนของการเจ็บป่วยที่เปลี่ยนจากโรคติดเชื้อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่งผลให้พยาบาลต้องทำบทบาทผู้จัดการโรคเรื้อรังมากขึ้น ตลอดจนสัดส่วนผู้รับบริการที่มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากเดิม ทำให้มีความจำเป็นต้อง

เข้าใจมาตรฐานการดูแลด้านผู้สูงอายุมากขึ้น รวมทั้งการดูแลระยะกลาง ที่เป็นงานใหม่ของโรงพยาบาลชุมชน (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2559) นอกจากนี้พยาบาลยังมีส่วนเกี่ยวข้องในการทบทวนการใช้ทรัพยากรต่างๆ ในโรงพยาบาล ที่สืบเนื่องจากภาระต้นทุนในการรักษาพยาบาลที่สูงขึ้น ตลอดจนภาวะวิกฤติทางการเงินของหน่วยบริการต่างๆ รวมทั้งนโยบายคลินิกหมอครอบครัวที่พยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนมีส่วนร่วมในการพัฒนาอย่างชัดเจนมากกว่าเดิม โดยเฉพาะการประสานส่งผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน และให้คำปรึกษาแก่พยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) และ 2) บทบาทด้านอื่นๆ นอกเหนือการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งต้องมีทักษะการประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพมากขึ้น (สำนักการพยาบาล, 2559) ส่วนหนึ่งมาจากการกำหนดโครงสร้างโรงพยาบาลชุมชนใหม่ที่มีการเพิ่มของวิชาชีพที่ไม่เคยมีมาก่อน เช่น นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักการแพทย์แผนไทย และแพทย์ทางเลือก รวมทั้งมีเทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆ ที่นำมาใช้ในระบบสุขภาพในโรงพยาบาล (เกวลิน ชื่นเจริญสุข และคณะ, 2559) ทำให้บทบาทพยาบาลจึงต้องขยายบทบาทโดยการนำเทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยงานบริการพยาบาลมากขึ้น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้รับบริการและชุมชน สามารถเข้าถึงข้อมูลและบริการได้อย่างสะดวกและรวดเร็วมากขึ้น

นอกจากนี้ความต้องการบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัย รวมทั้งมาตรฐานการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล (Hospital accreditation) ที่มีการปรับเปลี่ยนใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับประเทศไทย 4.0 และเพื่อเพิ่มความเข้มแข็งของระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยที่สถาบันรับรองและพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล ได้กำหนดมาตรฐานระบบสุขภาพอำเภอขึ้นใหม่ เพื่อใช้ประเมินคุณภาพ โรงพยาบาลชุมชนและเครือข่าย (สถาบันรับรองและพัฒนาคุณภาพสถานพยาบาล, 2561) ทำให้พยาบาลทุกระดับต้องปฏิบัติงานภายใต้มาตรฐานใหม่ เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ซึ่งในส่วนของมาตรฐานการพยาบาลนั้น สำนักการพยาบาลได้มีการกำหนดมาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลและในชุมชนไว้แล้ว ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ 1) มาตรฐานการบริหารการพยาบาล 7 หมวด ได้แก่ การนำองค์กร การวางแผนเชิงยุทธศาสตร์ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การวัด การวิเคราะห์ และการจัดการความรู้ การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล การจัดการกระบวนการ และผลลัพธ์การดำเนินงาน 2) มาตรฐานการบริการพยาบาล ได้แก่ การจัดบริการพยาบาลในชุมชน การจัดบริการในสถานบริการ และการจัดบริการต่อเนื่อง โดยยึดผู้ใช้บริการ 3) ตัวชี้วัดผลการดำเนินงานการพยาบาล ครอบคลุมทั้งการปฏิบัติการพยาบาลและการสร้างเสริมสุขภาพ (สำนักการพยาบาล, 2551; 2559) แต่ในการปฏิบัติงานตามมาตรฐานนี้ ยังมีบางส่วนที่บทบาทไม่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ใหม่ของกระทรวงสาธารณสุขตามประเทศไทย 4.0 ตัวอย่างเช่น การดูแลต่อเนื่องนั้น เดิมเน้นในเรื่องการวางแผนจำหน่าย การดูแลต่อเนื่องและการส่งต่อไปยังหน่วยบริการ ไม่ได้มีการกล่าวถึงบทบาทการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) ซึ่งเป็นการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน

(Transitional care) ระหว่างหลังภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน (Acute conditions) และการดูแลที่บ้านหรือชุมชนโดยมีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกัน เป็นการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการคงที่แล้ว แต่ยังไม่คงที่ถึงกับจะสามารถดูแลโดยศักยภาพที่บ้านหรือชุมชนได้ (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, กระทรวงสาธารณสุข, 2561) ต้องอาศัยบทบาทของพยาบาลที่เป็นผู้ดูแลโดยตรง ทำหน้าที่เตรียมผู้ป่วยและญาติให้มีความพร้อม สามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันที่บ้านโดยไม่เป็นภาระแก่ญาติและครอบครัวมากเกินไป (จเร วิชาไทย และคณะ, 2552)

จากการทบทวน พบว่า The American association of ambulatory care nursing (2012) ได้ระบุไว้อย่างชัดเจนว่า ผู้ป่วยจะเข้ารับบริการรักษาที่โรงพยาบาลลดลงเปลี่ยนมาเป็นบริการที่บ้านเพิ่มขึ้น และวิชาชีพพยาบาลได้รับการยอมรับให้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เพราะมีพื้นฐานการศึกษาของการดูแลแบบองค์รวม มีองค์ความรู้ทั้งทางวิทยาศาสตร์ ผสมผสานการดูแลร่างกาย อารมณ์และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นพื้นฐานของบทบาทและความรับผิดชอบที่มีความซับซ้อนและหลากหลาย (American Nurses Association, 2010; National Academy of Certified Care Managers, 2013) นอกจากนี้ ได้มีการศึกษาอย่างกว้างขวางถึงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานทั้งในปฐมภูมิและทุติยภูมิพบว่า Fraher, Spetz, and Naylor (2015) กำหนดบทบาทพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและในชุมชนไว้ 5 ด้าน ดังนี้ 1) บทบาทผู้จัดการภาวะสุขภาพประชากร 2) บทบาทผู้ประสานความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพ 3) บทบาทผู้วิเคราะห์และออกแบบข้อมูล 4) บทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ 5) บทบาทการจัดการระยะเปลี่ยนผ่าน Berg and Dickow (2014) ได้กำหนดบทบาทพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลและในชุมชนไว้ 5 ด้าน ดังนี้ 1) บทบาทผู้ประสานการดูแล 2) บทบาทผู้นำทีมการสอน 3) บทบาทผู้เชี่ยวชาญด้านสารสนเทศ 4) บทบาทพยาบาลชุมชน และ 5) บทบาทหุ้นส่วนสุขภาพ ส่วน Bauer and Bodenheimer (2017) กำหนดบทบาทพยาบาลในระบบปฐมภูมิในอนาคตไว้ 3 ด้านดังนี้ 1) บทบาทผู้จัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2) บทบาทผู้นำทีมการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน และ 3) บทบาทผู้ประสานการดูแล รวมทั้ง Smolowitz et al. (2015) กำหนดบทบาทพยาบาลที่ปฏิบัติงานในระบบปฐมภูมิกำหนด 9 ด้าน ดังนี้ 1) บทบาทผู้คัดกรองทางโทรศัพท์ 2) บทบาทผู้ประเมินสถานะสุขภาพ 3) บทบาทผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง 4) บทบาทผู้จัดการการส่งต่อ 5) บทบาทผู้จัดการดูแลการเจ็บป่วยระยะยาว 6) บทบาทที่เลี้ยงด้านสุขภาพ 7) บทบาทการจัดการยาเดิม 8) บทบาทการกำกับดูแลทีม และ 9) บทบาทผู้นำทีมและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จะเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงจากอดีตอย่างมาก และยังไม่มีการศึกษาถึงบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ซึ่งเป็นเทคนิคการวิจัยเพื่อศึกษาแนวโน้มของเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ในอนาคต โดย

การรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความรอบรู้และมีประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาการวิจัย ซึ่งเทคนิคเดลฟายจะทำให้ได้คำตอบในอนาคตที่ต้องการศึกษา เพื่อประโยชน์ในการเตรียมการวางแผน บริหารการจัดการและการตัดสินใจ (ชนิดา รักษ์พลเมือง, 2551)

จากข้อมูลดังกล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน ตามประเทศไทย 4.0 โดยบูรณาการแนวคิดของปิยะสกล สกลสัตยาทร (2560) Bauer and Bodenheimer (2017) Berg and Dickow (2014) Fraher, Spetz, and Naylor (2015) และ Smolowitz et al. (2015) ร่วมกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญจากเทคนิคเดลฟาย มากำหนด บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ในการศึกษาครั้งนี้

### คำถามการวิจัย

1. บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ประกอบด้วยองค์ประกอบ อะไรบ้าง
2. องค์ประกอบแต่ละด้านของบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ประกอบด้วยข้อรายการย่อยอะไรบ้าง

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0
2. เพื่อศึกษาข้อรายการย่อยในแต่ละองค์ประกอบของบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตาม ประเทศไทย 4.0

### ขอบเขตการวิจัย

1. งานวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ในการรวบรวมความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญ
2. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้เชี่ยวชาญ 6 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้บริหารทางการ พยาบาลโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 5 คน 2) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 5 คน 3) อาจารย์พยาบาลสาขาพยาบาลชุมชน จำนวน 3 คน 4) อาจารย์พยาบาลสาขา บริหารการพยาบาล จำนวน 2 คน 5) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 2 คน และ 6) ผู้กำหนด นโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขและสภากาชาดพยาบาล จำนวน 2 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 19 คน โดย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thomas T. Macmillan (1971) ที่ศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวนตั้งแต่ 17 คนเป็นต้นไป พบว่าระดับ ความคลาดเคลื่อนลดลงอย่างคงที่และมีความคลาดเคลื่อนน้อยมาก

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

บทบาทยุทธศาสตร์โรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 หมายถึง พฤติกรรมและการปฏิบัติของพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนมีการดำเนินการหรือปฏิบัติการตามบทบาทยุทธศาสตร์โรงพยาบาลชุมชน เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์สุขภาพและประเทศไทย 4.0 ซึ่งในการศึกษาผู้วิจัยได้บูรณาการแนวคิดของ ปิยะสกล สกลสัตยาทร (2560) Bauer and Bodenheimer (2017) Berg and Dickow (2014) Fraher, Spetz, and Naylor (2015) และ Smolowitz et al. (2015) มากำหนดบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ซึ่งประกอบด้วยองค์ประกอบ 7 ด้าน ได้แก่

1) **ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล (Nursing practitioner)** หมายถึง การที่พยาบาลโรงพยาบาลชุมชนปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุม 4 มิติ แบบองค์รวม ให้บริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ ใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและพหุภาคี เพื่อประสานความร่วมมือในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย นำหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ สนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพและมีการใช้สื่อหรือเทคโนโลยีในการดูแลตนเอง

2) **ด้านผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (Case manager for chronic diseases)** หมายถึง การที่พยาบาลโรงพยาบาลชุมชนดำเนินการ ค้นหา คัดกรอง และประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เพื่อจัดทำแผนการดูแลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและแต่ละระยะของโรคเรื้อรัง ประสานความร่วมมือกับเครือข่ายผู้ดูแล สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการตนเองได้ ตลอดจนประเมินผลลัพธ์การดูแล เพื่อวางแผนการดูแลให้มีประสิทธิภาพ

3) **ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Geriatric health promotion)** หมายถึง การที่พยาบาลโรงพยาบาลชุมชนดำเนินการจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ คัดกรองความผิดปกติจากกลุ่มอาการสูงอายุ ปัญหาที่สำคัญและโรคที่พบบ่อย เพื่อวางแผนส่งเสริม ป้องกัน ดูแลและฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในรูปแบบต่างๆ เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

4) **ด้านหุ้นส่วนสุขภาพ (Health partnership)** หมายถึง การที่พยาบาลโรงพยาบาลชุมชนดำเนินการรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพ คืบข้อมูล และวางแผนร่วมกับชุมชน เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและคนในชุมชน รวมทั้งสนับสนุนข้อมูลและแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ สนับสนุนและมีส่วนร่วมในการจัดระบบการดูแลแบบทีมหมอครอบครัว โดยเป็นที่ปรึกษา เสริมพลังผู้ป่วย สร้างความร่วมมือและประสานงานกับผู้จัดการดูแลในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง ตลอดจนติดตามภาวะสุขภาพของประชาชน และจัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาสุขภาพของคนในพื้นที่



5) **ด้านผู้จัดการการดูแล (Care manager)** หมายถึง การที่พยาบาลโรงพยาบาลชุมชน ประเมินความต้องการดูแล และปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยตามระดับการดูแล เพื่อนำไปวางแผนการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ จัดทำแผนการดูแลครอบคลุมปัญหา ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม สิ่งแวดล้อม และให้การดูแลร่วมกับผู้ดูแล โดยการสอน สานิต ให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ รวมทั้งประสานกับสหสาขาวิชาชีพและพหุภาคี เพื่อให้การช่วยเหลือและสร้าง การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนทบทวนผลลัพธ์การดูแลและพัฒนาปรับปรุงแผนการดูแล อย่างต่อเนื่อง

6) **ด้านการจัดการการดูแลในระยะกลาง (Intermediate care management)** หมายถึง การที่พยาบาลโรงพยาบาลชุมชนดำเนินการประสาน รับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง จาก รพศ./รพท. ลงสู่บ้านและชุมชน โดยการสอน สานิต ผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ วางแผนจำหน่ายเพื่อส่งต่อการดูแลต่อเนื่อง ตลอดจนประเมินผลภาวะสุขภาพร่วมกับผู้จัดการการดูแล และผู้ดูแล เพื่อพัฒนาการจัดการการดูแลอย่างต่อเนื่อง

7) **ด้านการพัฒนาคุณภาพ (Quality improvement)** หมายถึง การที่พยาบาลโรงพยาบาลชุมชนดำเนินการกำหนดตัวชี้วัดทั้งด้านปฏิบัติการพยาบาลและการสร้างเสริมสุขภาพ พัฒนานวัตกรรม/แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ดี รวมทั้งจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กำกับ ติดตาม ประเมินผลกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะจุดเชื่อมต่อระหว่างหน่วยงาน ตลอดจนมีการ เปรียบเทียบผลการดำเนินงาน (Benchmark) พัฒนาตัวชี้วัดด้านปฏิบัติการพยาบาลและการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพบริการให้ดียิ่งขึ้น

#### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนใช้ในการพัฒนาบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0
2. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนได้พัฒนาบทบาทของตนเอง

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้ประกอบการวิจัย โดยสรุปสาระสำคัญตามลำดับเนื้อหา ดังต่อไปนี้

1. ประเทศไทย 4.0 กับการสาธารณสุข
2. ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข
  - 2.1 แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุข
  - 2.2 แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) พ.ศ.2561-2565
  - 2.3 แผนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Primary health care) พ.ศ.2559-2569
3. โรงพยาบาลชุมชน
  - 3.1 ลักษณะของโรงพยาบาลชุมชน
  - 3.2 โครงสร้างและหน้าที่ความรับผิดชอบโรงพยาบาลชุมชน
  - 3.3 การเปลี่ยนแปลงสำคัญต่อบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0
    - 3.3.1 ผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง
    - 3.3.2 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
    - 3.3.3 หุ้นส่วนสุขภาพ
    - 3.3.4 ผู้จัดการการดูแล
    - 3.3.5 การดูแลระยะกลาง
    - 3.3.6 การประเมินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน
4. บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน
  - 4.1 ความหมายบทบาท
  - 4.2 แนวคิดบทบาทพยาบาล
  - 4.3 บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0
5. เทคนิคเดลฟาย
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
7. กรอบแนวคิดการวิจัย

## 1. ประเทศไทย 4.0 กับการสาธารณสุข

ประเทศไทยมีพัฒนาการทางเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง โดยเริ่มต้นจากประเทศไทย 1.0 ที่เน้นเกษตรกรรมแบบดั้งเดิม มาสู่ประเทศไทย 2.0 ที่เน้นอุตสาหกรรมเบา และพัฒนาสู่ประเทศไทย 3.0 ที่เน้นอุตสาหกรรมที่มีความซับซ้อนมากขึ้น จากการวิเคราะห์พบว่าประเทศไทยติดอยู่ใน 3 กับดัก คือ 1) กับดักประเทศรายได้ปานกลาง (Middle income trap) อัตราการเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศไทยอยู่ที่ร้อยละ 7-8 2) กับดักความเหลื่อมล้ำ (Inequality trap) โดยในปี พ.ศ.2552 ประเทศไทยมีความเหลื่อมล้ำทางรายได้สูงเป็นอันดับ 2 ของทวีปเอเชีย และ 3) กับดักความไม่สมดุล (Imbalance trap) ละเลยการรักษาสິงแวดล้อม การสร้างสังคมที่อยู่ดีมีสุข และการยกระดับศักยภาพและภูมิปัญญามนุษย์ จนส่งผลกระทบต่อเชิงลบในมิติต่างๆ มากมาย ทั้ง 3 กับดักในประเทศไทย 3.0 จึงเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ประเทศไทยไม่สามารถสร้างความมั่นคง มีความมั่นคงในแนวทางที่ยั่งยืนได้มากกว่านี้ นี่คือเหตุผลสำคัญของการปรับเปลี่ยนโมเดลทางเศรษฐกิจจากประเทศไทย 3.0 ไปสู่ประเทศไทย 4.0 (กองบริหารงานวิจัยและประกันคุณภาพการศึกษา, 2559)

ประเทศไทย 4.0 จึงเป็นโมเดลในการขับเคลื่อนประเทศไปสู่เป้าหมาย "มั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน" ซึ่งพล.อ.ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรีและหัวหน้าคณะรักษาความสงบแห่งชาติ (คสช.) ได้มอบเป็นนโยบายในการขับเคลื่อนประเทศ โดยจะต้องมีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างเศรษฐกิจจากเดิมที่ขับเคลื่อนด้วยการพัฒนาประสิทธิภาพในการผลิตอุตสาหกรรมไปสู่เศรษฐกิจที่ขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรม (Innovation drive economy) (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์, 2559) โดยมีกลไกในการขับเคลื่อนใน 3 ประเด็น ดังนี้ (สุวิทย์ เมษินทรีย์, 2559)

1) เปลี่ยนจากการทำมากได้น้อยไปสู่การทำน้อยได้มาก โดยการเติมเต็มปัญญา เทคโนโลยี และความคิดสร้างสรรค์ สร้างเครือข่ายความร่วมมือในรูปแบบประชารัฐ สร้างคลัสเตอร์ทางด้านเทคโนโลยีและการออกแบบ พัฒนาขีดความสามารถด้านการวิจัยและพัฒนานวัตกรรม

2) เปลี่ยนความมั่งคั่งแบบกระจุกเป็นความมั่งคั่งแบบกระจาย คือต้องทำให้ความมั่งคั่งเพิ่มขึ้น และเกิดการกระจายตัว (Distributed capitalism) สร้างคลัสเตอร์เศรษฐกิจระดับกลุ่มจังหวัด สร้างเศรษฐกิจระดับฐานรากในชุมชน ส่งเสริมวิสาหกิจเพื่อสังคม

3) เปลี่ยนจากการพัฒนาที่ไม่สมดุลสู่การพัฒนาที่สมดุล คือการยกระดับขีดความสามารถ การเสริมสร้างทักษะ และการเติมเต็มศักยภาพของประชาชนให้ทันกับพลวัตการเปลี่ยนแปลง พัฒนาและใช้เทคโนโลยีที่เป็นมิตรต่อสิ่งแวดล้อม

แนวคิดสำคัญในการขับเคลื่อนนโยบายให้บรรลุวัตถุประสงค์ประเทศไทย 4.0 ถือเป็นจุดเริ่มต้นของยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปีในการขับเคลื่อนไปสู่การเป็นประเทศที่มั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืน อย่างเป็นรูปธรรมเป็นการปฏิรูปในการดำเนินการ (Reform in action) ที่มีการผลักดันการปฏิรูปโครงสร้าง

เศรษฐกิจ การปฏิรูปการวิจัยและการพัฒนา และการปฏิรูปการศึกษาไปพร้อมๆกัน และเป็นการผนึกกำลังภายใต้แนวคิดประชารัฐ โดยผนึกกำลังกับเครือข่ายพันธมิตรทางธุรกิจ ภายใต้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในการรู้จักเต็ม รู้จักพอและรู้แบ่งปัน (สุวิทย์ เมษินทรีย์, 2559)

สำหรับด้านสาธารณสุขมีวิวัฒนาการอย่างต่อเนื่องมาโดยตลอด ตั้งแต่ประเทศไทย 1.0 ที่เน้นการวางแผนครอบครัว ระบบสุขภาพีบาล ประเทศไทย 2.0 เน้นการดูแลแบบปฐมภูมิ รวมไปถึงการปรับโครงสร้างภายในของกระทรวงสาธารณสุข จนถึงประเทศไทย 3.0 เกิดการปฏิรูประบบสุขภาพที่สำคัญ คือการนำนโยบายระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าเข้ามาใช้ ซึ่งในประเทศไทย 3.0 ระบบสาธารณสุขต้องเผชิญกับความท้าทายหลายประการ ได้แก่ คนไทยเจ็บป่วยจากโรคที่ป้องกันได้ ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพสูงขึ้น การขาดแคลนกำลังคนด้านสุขภาพ และความเหลื่อมล้ำของระบบสุขภาพ จึงเป็นประเด็นที่ทำให้กระทรวงสาธารณสุข ต้องมีการปรับเปลี่ยนแนวคิดใหม่ ดังนั้นในยุคประเทศไทย 4.0 จึงมุ่งเน้นในเรื่องของการดูแลสุขภาพบนฐานของคุณค่า (Value-based healthcare) ที่จะช่วยให้ประเทศพ้นกับดักสำคัญ และพัฒนาได้อย่างมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน (ปิยะสกล สกลสัตยาทร, 2560)

การดูแลสุขภาพบนฐานของคุณค่า (Value-based healthcare) คือ ระบบการดูแลสุขภาพอย่างมีคุณค่า การปฏิบัติทุกอย่างต้องเกิดประโยชน์สูงสุด หมายความว่า ในการดำเนินการทุกอย่าง ต้องมีการประเมินความคุ้มค่าของผลลัพธ์ที่ได้ และประชาชนสามารถเข้าถึงการบริการได้ (ปิยะสกล สกลสัตยาทร, 2560) ดังนั้นระบบสุขภาพในอนาคต จึงมุ่งหวังให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับการส่งเสริมและพัฒนากันโรคด้วยตนเอง และใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ มีการยกระดับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ให้ก้าวสู่ความเป็นมืออาชีพ และระบบสุขภาพของประเทศมีคุณภาพ ประสิทธิภาพ โปร่งใส เป็น 1 ใน 3 ของเอเชีย (โสภณ ฆะธรณ, 2560) ประเทศไทย 4.0 จึงเป็นทิศทางการพัฒนาที่สำคัญ ที่เจ้าหน้าที่ทุกคน ทุกระดับจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในแก่นของประเทศไทย 4.0 เพื่อที่จะพัฒนาประเทศให้เป็นไปในทางเดียวกัน

ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ขึ้น เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานในการพัฒนาระบบสุขภาพเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายชาติ รวมไปถึงการปฏิรูปประเทศและปฏิรูประบบสุขภาพ ไปสู่ความเป็นประเทศไทย 4.0 โดยมีการวางกรอบแนวคิดในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ให้มีความเชื่อมโยงกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี

## 2. ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข

แผนยุทธศาสตร์ เปรียบเสมือนกับเข็มทิศนำทางในการปฏิบัติงาน ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดทำแผนต่างๆ เพื่อตอบสนองแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (พ.ศ.2560-2579) ขึ้นเพื่อกำหนดทิศทางการพัฒนาด้านสาธารณสุขในภาพรวม โดยที่โรงพยาบาลชุมชนเป็นหน่วยงานส่วนภูมิภาคมีหน้าที่ในการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ ดังนั้นพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชนจึงควรมีความรู้และเข้าใจในยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องทั้งแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุข แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ แผนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ และมาตรฐานระบบสุขภาพระดับอำเภอ ดังนี้

### 2.1 แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุข

ระบบสุขภาพของประเทศไทยเผชิญกับความท้าทายหลายประการ เช่น การจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแบบเต็มรูปแบบ (Aged society) ซึ่งในปี พ.ศ.2584 คาดว่าจะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32.1 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556) ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 3.9 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (Gross domestic product: GDP) ใน พ.ศ.2553 เป็นร้อยละ 6.53 ของ GDP ใน พ.ศ. 2557 (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2556: 2559) การเปลี่ยนจากสังคมชนบทสู่สังคมเมือง การเชื่อมต่อการค้าการลงทุนทั่วโลก ตลอดจนความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ทำให้ประชาชนมีความคาดหวังต่อคุณภาพของระบบบริการมากขึ้น ทำให้ระบบสุขภาพไทยต้องเตรียมเพื่อรับมือกับสิ่งต่างๆ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้ทำการวิเคราะห์เหตุการณ์และแนวโน้มด้านสาธารณสุขที่จะเกิดขึ้นในอนาคตและนำกรอบแนวคิดประเทศไทย 4.0 มากำหนดยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) กำหนดแผนเป็น 4 ระยะ ดังนี้ (โสภณ เมฆธน, 2560)

ระยะที่ 1 การปฏิรูประบบสุขภาพ พ.ศ.2560 – 2564 มีจุดเน้นในการปรับเปลี่ยนระบบบริหารจัดการที่ยังเป็นอุปสรรค การวางพื้นฐานระบบสุขภาพใหม่ เช่น การวางระบบการแพทย์ปฐมภูมิ ลดค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพในระยะยาว การปรับระบบหลักประกันสุขภาพเพื่อลดความเหลื่อมล้ำในแต่ละกองทุน และในปี พ.ศ.2561

ระยะที่ 2 เป็นการสร้างความเข้มแข็ง พ.ศ.2565 – 2569 มีจุดเน้นที่สร้างความเข้มแข็ง การจัดโครงสร้างพื้นฐาน กำลังคน รวมทั้งระบบการบริหารจัดการให้เข้มแข็ง รวมไปถึงระบบควบคุมป้องกันโรค งานอนามัยสิ่งแวดล้อม

ระยะที่ 3 ดำเนินการให้เกิดความยั่งยืน พ.ศ.2570 - 2574 มีจุดเน้นสู่ความยั่งยืน เป็นช่วงที่ระบบสุขภาพของไทยต้องมีความยั่งยืนทางการเงินการคลัง ประเทศสามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยเฉพาะด้านยาและเวชภัณฑ์ต่างๆ พึ่งพาต่างประเทศให้น้อยที่สุด

ระยะที่ 4 พ.ศ.2575 - 2579 มีจุดเน้นที่ประเทศไทยจะเป็นผู้นำด้านการแพทย์และสาธารณสุข 1 ใน 3 ของเอเชีย เมื่อสิ้นแผนในปี 2579

แผนยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศ 4 ด้าน (4 Excellence) เป็นแผนที่จัดทำขึ้นในปีพ.ศ.2560 เพื่อตอบสนองแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข 20 ปี โดยนายแพทย์โสภณ เมฆธน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มอบเป็นนโยบายในการดำเนินงาน โดยมีรายละเอียดดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2560)

1) ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (Promotion prevention & protection excellence) หมายถึง การพัฒนาและให้ความสำคัญกับงานด้านส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรค โดยเน้นสร้างสุขภาพนำการซ่อมสุขภาพ ซึ่งในการขับเคลื่อนงานด้านส่งเสริมสุขภาพในอนาคตนั้น นพ.วชิระ เพ็งจันทร์ อธิบดีกรมอนามัย กล่าวว่า ต้องเริ่มจากการปรับกระบวนการคิดใหม่ (Mind set) ปรับทักษะใหม่ (Skill set) ปรับเรื่องพฤติกรรมสุขภาพใหม่ (Health behavior set) ให้ความสำคัญกับการรู้เท่าทันด้านสุขภาพ (Health literacy) เพื่อพัฒนาประชาชนไปสู่ Smart citizen ที่รอบรู้และเท่าทันสื่อในด้านสุขภาพ และต่อยอดเป็นสังคมที่มีความรอบรู้สุขภาพ (Health literate community)

2) ยุทธศาสตร์ด้านบริการที่เป็นเลิศ (Service excellence) หมายถึง การให้ความสำคัญของระบบบริการสุขภาพ โดยเน้นหนักทั้งระบบปฐมภูมิ (Primary care) และระบบบริการตาม Service plan เช่น โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate care) และการพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศ (Excellence center)

3) ยุทธศาสตร์ด้านบุคลากรที่เป็นเลิศ (People excellence) หมายถึง การสร้างศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขให้มีความเป็นเลิศ (Excellence) ในทุกๆด้าน พร้อมทั้งมีความสุข โดยเน้นงานด้าน Human resource planning, Human resource development และ Human resource management

4) ยุทธศาสตร์บริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance excellence) หมายถึง การพัฒนาระบบบริหารจัดการต่างๆ ให้มีประสิทธิภาพ โดยเน้นหนักด้านข้อมูลและระบบสารสนเทศ (Information technology) ที่ทันสมัย ระบบการเงินการคลังที่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น

จากประเทศไทย 4.0 และยุทธศาสตร์ 4 Excellence ดังกล่าวข้างต้น เป็นการเปลี่ยนแปลงที่มีผลต่างๆ ในระบบสาธารณสุขทั้งหน่วยบริการ บุคลากรสาธารณสุขวิชาชีพต่างๆ รวมทั้งพยาบาล ซึ่งถือว่าเป็นบุคลากรที่เป็นพลังสำคัญในการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติ ได้แก่ การปฏิบัติงานภายใต้แผนการดูแลในระยะกลาง (Intermediate care) ในผู้ป่วยที่มีอาการหนักภาวะวิกฤติและมีอาการคงที่ เพราะนอกจากช่วยลดระยะเวลาการนอนรักษาที่โรงพยาบาล ตติยภูมิแล้ว ยังเป็นการเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ให้ได้รับการดูแลฟื้นฟูต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน การมีส่วนร่วมในการจัดบริการ

คลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster) พัฒนาระบบบริการด้วยการใช้เทคโนโลยี และสนับสนุนให้ประชาชนมีการรู้เท่าทันด้านสุขภาพ ทำให้พยาบาลต้องมีการปรับเปลี่ยนบทบาทเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายดังกล่าว

## 2.2 แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) พ.ศ.2561-2565

กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มดำเนินการจัดทำแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ขึ้นเมื่อปีพ.ศ. 2555 โดยทบทวนแนวทางการพัฒนาหน่วยบริการให้มีทิศทางที่ชัดเจน เป็นกรอบในการทำงาน ภายใต้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” (Seamless health service network) ที่มีความเชื่อมโยงตั้งแต่ระบบบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ โดยมีเป้าหมายในการดำเนินการ คือ ลดอัตราการป่วย ลดอัตราการตาย ลดความแออัด และลดระยะเวลารอคอย มีกรอบการดำเนินการที่สำคัญ คือ การพัฒนาศักยภาพของสถานบริการให้เป็นไปตามขีดความสามารถที่ควรเป็น และการพัฒนาระบบบริการเพื่อรองรับและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ (เกวลิน ชื่นสุข และคณะ, 2559)

สำหรับโรงพยาบาลชุมชน ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ได้กำหนดกิจกรรมบริการ (Service delivery) ที่ต้องมีจัดบริการ ทั้งหมดจำนวน 18 กิจกรรม โดยจำแนกตามศักยภาพของแต่ละสถานบริการ ดังนี้ (เกวลิน ชื่นสุข และคณะ, 2559)

1) บริการให้ยาละลายลิ่มเลือดในผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (STEMI) ในโรงพยาบาลชุมชนตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไป โดยสามารถตรวจคัดกรองให้การวินิจฉัยผู้ป่วยกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลันจากอาการและคลื่นไฟฟ้าหัวใจได้ มีระบบปรึกษากับโรงพยาบาลแม่ข่ายในรายชื่อส่งสัยหรือวินิจฉัยซับซ้อน สามารถให้ยาละลายลิ่มเลือด (Thrombolytic agent) ได้อย่างเหมาะสม และมีระบบรับส่งต่อผู้ป่วย เพื่อสามารถให้บริการผู้ป่วยได้ในเวลาที่เหมาะสม (Golden time)

2) บริการให้ยาต้านการแข็งตัวของเลือด (Warfarin) ในผู้ป่วยโรคหัวใจหลังการผ่าตัดหัวใจหรือขยายหลอดเลือดหัวใจในโรงพยาบาลชุมชนตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไป โดยสามารถให้การรักษาด้วยยาต้านการแข็งตัวของเลือด ทั้งการให้ยา การตรวจวัดค่าการแข็งตัวของเลือด มีระบบส่งต่อผู้ป่วยในรายชื่อซับซ้อนหรือมีภาวะแทรกซ้อนได้อย่างเหมาะสมและมีระบบส่งต่อข้อมูลระหว่างแม่ข่ายและลูกข่าย

3) บริการห้องฉุกเฉินระดับคุณภาพ เฉพาะโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย (M2) โดยมีการพัฒนาตามเกณฑ์ 12 ประเด็น คือ อาคารสถานที่ที่เหมาะสม บุคลากรเพียงพอ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ความสามารถในการรองรับภัยพิบัติทั้งในและนอกโรงพยาบาล ระบบการรับ-ส่งต่อการปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ระบบสนับสนุน ความร่วมมือกับระบบการแพทย์ฉุกเฉินก่อนถึงโรงพยาบาล ระบบบริหารจัดการ ระบบข้อมูลข่าวสาร การพัฒนาคุณภาพ และการวิจัย

4) บริการผู้ป่วยนอกจิตเวช ในโรงพยาบาลชุมชนตั้งแต่ระดับ F3 ขึ้นไป สามารถให้การวินิจฉัยโรคทั่วไป (Common disease) ได้ทั้ง 10 โรค มีการจัดคลินิกจิตเวช (Psychosocial clinic) ที่ได้มาตรฐาน

5) บริการคลินิกผู้ป่วยนอกยาเสพติดคุณภาพ ในโรงพยาบาลชุมชนตั้งแต่ระดับ F2 ขึ้นไป โดยมีการคัดกรองปัญหาและสารเสพติด พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการด้านการป้องกัน รักษา บำบัดฟื้นฟู รวมทั้งได้รับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง และสามารถกลับคืนสู่สังคมได้

6) บริการแก้ไขปัญหาสายตาในเด็กนักเรียน กำหนดให้มีบริการในโรงพยาบาลชุมชนตั้งแต่ระดับ F3 ขึ้นไป โดยการคัดกรองสายตาซ้ำ มีการสนับสนุนและให้ความรู้ด้านวิชาการ อำนวยความสะดวก ประสานการส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย บันทึกข้อมูลผู้ป่วย และส่งต่อเพื่อการวินิจฉัย

7) บริการคลินิกชะลอไตเสื่อม (CKD clinic) ในโรงพยาบาลชุมชนตั้งแต่ระดับ F3 ขึ้นไป โดยสามารถคัดกรอง ป้องกัน รักษาผู้ป่วยไตเรื้อรัง การฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานในคลินิก สนับสนุนให้มีการตรวจ Serum creatinine ด้วย Enzymatic method ในโรงพยาบาลระดับ F2 ขึ้นไป

8) บริการล้างไตทางช่องท้อง (CAPD) ในโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 โดยกำหนดให้เพิ่มจำนวนเครื่องไตเทียมในโรงพยาบาลภาครัฐ และดำเนินการตามมาตรฐานหน่วยไตเทียม

9) บริการคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) ในโรงพยาบาลชุมชนตั้งแต่ระดับ F3 ขึ้นไป โดยดำเนินงานตามเกณฑ์คลินิก NCD คุณภาพ

10) บริการคลินิก COPD กำหนดให้มีบริการในโรงพยาบาลชุมชนตั้งแต่ระดับ F3 ขึ้นไป โดยมีบริการรักษาตามมาตรฐานการปฏิบัติ บริการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด บริการให้วัคซีนไข้หวัดใหญ่

11) บริการผ่าตัดไส้ติ่ง ในโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 เพื่อลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนไส้ติ่งอักเสบ และมีแนวทางพัฒนาคุณภาพตามแบบประเมิน Alvarado score ใช้ร่วมกันในชุมชน

12) บริการผ่าตัดคลอด ในโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2

13) บริการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ (Sepsis) ในโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 โดยมีการพัฒนาศักยภาพความรู้บุคลากรในการคัดกรอง ดูแลรักษาและวินิจฉัยเร็ว และการส่งต่อผู้ป่วย

14) บริการดูแลรักษาผู้ป่วยเด็กที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ในโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 โดยมีหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด (NICU) อย่างน้อย 2 เตียงและสามารถให้การดูแลทารกที่มีน้ำหนักมากกว่าหรือเท่ากับ 1,500 กรัมที่ไม่ได้มีปัญหาซับซ้อน ให้การดูแลทารกที่ป่วยหนัก

15) บริการดูแลรักษาผู้ป่วยกระดูกหักแบบไม่เคลื่อน ในโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 เพื่อลดการส่งต่อไปยังโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป

16) การจัดหน่วยบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการรักษา (Post rehabilitation unit) ในโรงพยาบาลชุมชนระดับ M2 โดยการจัดตั้ง Stroke unit และมีพยาบาลผู้จัดการการดูแล (Care manager) จัดระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล



17) บริการคลินิกแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลชุมชนตั้งแต่ระดับ F3 ขึ้นไป ส่งเสริมการใช้ และการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นในการบำบัดรักษาโรคคู่ขนานกับการแพทย์แผนปัจจุบัน

18) บริการดูแลรักษาโรคทางช่องปากที่ซับซ้อน ในโรงพยาบาลชุมชนตั้งแต่ระดับ F3 ขึ้นไป จะเห็นว่าบริการใหม่ในโรงพยาบาลชุมชน จะให้ความสำคัญทั้งการดูแลรักษาในภาวะฉุกเฉิน ภาวะวิกฤติ และโรคเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับแบบแผนการเจ็บป่วยของประชาชนที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มากขึ้น และได้ให้ความสำคัญกับบทบาทผู้จัดการการดูแล และการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลเพื่อให้เกิดการเชื่อมต่อกับบริการปฐมภูมิ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องกำหนด บทบาทให้ชัดเจน และเตรียมความพร้อมในการจัดบริการดังกล่าว

### 2.3 แผนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Primary health care) พ.ศ.2559-2569

ระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) เป็นรากฐานของระบบบริการสุขภาพ ที่ช่วยลดช่องว่าง การเข้าถึงบริการสุขภาพของประชาชน ถึงแม้ว่าระบบบริการปฐมภูมิ มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง กว่า 10 ปี ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น แต่ในด้านคุณภาพของระบบนั้นยังมี ข้อจำกัดและพัฒนาได้ไม่เต็มที่ เนื่องจากปัจจัยหลายด้าน เช่น จำนวนของบุคลากรปฐมภูมิไม่เพียงพอ การลงทุนพัฒนายังดำเนินการไม่ได้เต็มที่ และองค์ความรู้ยังมีข้อจำกัด ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุข จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ระบบบริการปฐมภูมิขึ้น เพื่อให้การขับเคลื่อนการพัฒนาระบบบริการ ปฐมภูมิดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ดังนี้ (สุพัตรา ศรีวิณิชชากร, 2559)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เพิ่มศักยภาพบริการปฐมภูมิทุกรูปแบบที่ขับเคลื่อนด้วยทีมหมอครอบครัวให้ สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ประชาชนเข้าถึง และพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ขับเคลื่อนการพัฒนาระบบการบริหารจัดการด้านบริการปฐมภูมิ และ สนับสนุนชุมชนพึ่งตนเองด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาการบริหารทรัพยากรบุคคลในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบสนับสนุนการบริการปฐมภูมิให้สอดคล้องกับรูปแบบการบริการ ปฐมภูมิ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 สนับสนุนการวิจัยและพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ

ดังนั้น ในปี พ.ศ.2560-2561 กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายคลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster) ขึ้นเพื่อตอบสนองยุทธศาสตร์ที่ 1 ซึ่งมีเป้าประสงค์ที่สำคัญ คือ (กระทรวง สาธารณสุข, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2561)

1) เพื่อให้เกิดการดูแลประชาชนในพื้นที่ขนาดเหมาะสมได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถดูแลได้ ทัวถึง ประชาชนเข้าถึงบริการปฐมภูมิ ที่เป็นบริการด่านแรกได้เพิ่มมากขึ้น และได้รับบริการสุขภาพที่มี คุณภาพดีขึ้น

2) เพื่อการเชื่อมโยงบริการระหว่างปฐมภูมิ ทติยภูมิกับตติยภูมิ โดยผ่านการบูรณาการแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) ทุกสาขากับบริการระดับปฐมภูมิที่มีทีมแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวดูแลประชากรตามกลุ่มวัยและทำหน้าที่จัดการระบบสุขภาพของชุมชน

3) เพื่อสร้างทีมดูแลสุขภาพประจำครอบครัวและใช้หลักการของเวชศาสตร์ครอบครัวอย่างต่อเนื่องครอบคลุมในทุกครัวเรือนทั้งประเทศ ให้เกิดขึ้นภายใน 10 ปี

4) เพื่อช่วยให้บุคลากรที่มีอยู่อย่างจำกัดได้ช่วยเหลือกันในรูปแบบการจัดบริการร่วม และเกิดการจัดสรรทรัพยากรต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากนโยบายคลินิกหมอครอบครัวรวมทั้งข้อจำกัดของการพัฒนาระบบปฐมภูมิตั้งที่กล่าวมาทำให้โรงพยาบาลชุมชน มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาระบบการบริการปฐมภูมิ เนื่องจากมีจุดเด่นหลายประการ ได้แก่ มีบุคลากรเพียงพอ มีองค์ความรู้ครบสาขาวิชาชีพ มีทรัพยากร เครื่องมือที่ครอบคลุม และเป็นจุดเชื่อมต่อไปสู่โรงพยาบาลตติยภูมิ และปัญหาสาธารณสุขมีหลายด้านในปัจจุบันที่ไม่สามารถแก้ไขด้วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงด้านเดียว แต่ควรเป็นการทำงานร่วมกันของโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องและภาคประชาสังคม (เดชา แซ่หลี่ และคณะ, 2557)

ดังนั้นโรงพยาบาลชุมชนในฐานะส่วนหนึ่งของระบบบริการสุขภาพระดับอำเภอ จึงถือว่าเป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนระบบบริการปฐมภูมิ ทั้งการพัฒนาระบบงานรักษาพยาบาลภายในหน่วยงาน และกระบวนการที่เชื่อมต่อไปยังชุมชนและบ้านผู้ป่วย รวมทั้งมีการประเมินผลการปฏิบัติงานในจุดเชื่อมต่อระหว่างหน่วยงาน เช่น การเข้าถึงบริการ การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน และนำข้อมูลที่ได้มาเรียนรู้เพื่อการพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2560)

### 3. โรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลชุมชน หมายถึง สถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นสถานบริการสุขภาพระดับตติยภูมิ ให้บริการผสมผสานทั้ง 4 มิติ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพ เน้นการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงกับชุมชน ทำหน้าที่เชื่อมโยงบริการระหว่างปฐมภูมิและตติยภูมิ เพื่อให้เกิดเครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ (เกวลิน ชื่นสุข และคณะ, 2559) โรงพยาบาลชุมชน เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District health system:DHS) ที่มีการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนด้วยการบูรณาการทรัพยากรภายใต้บริบทของพื้นที่ ส่งเสริมให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถพึ่งตนเองและดูแลสุขภาพตนเองได้เพิ่มมากขึ้นและชุมชนไม่ทอดทิ้งกัน (เดชา แซ่หลี่และคณะ, 2557) นอกจากนี้ยังเป็นแหล่ง

ศึกษา วิจัย ผังกรอบมทางการแพทย์และสาธารณสุข (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2560)

### 3.1 ลักษณะของโรงพยาบาลชุมชน

โรงพยาบาลชุมชนแบ่งเป็น 4 ระดับ ตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง และโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก โดยมีรายละเอียดขอบเขตบริการ ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลแต่ละระดับ ดังนี้ (เกวลิน ชื่นสุข และคณะ, 2559)

3.1.1 โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย หรือระดับ M2 เป็นโรงพยาบาลขนาด 120 เตียงขึ้นไป มีจำนวน 88 แห่ง มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 3 – 5 คน และแพทย์เฉพาะทางครบทั้ง 6 สาขาหลัก (อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ - นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์วิสัญญี) สาขาละอย่างน้อย 2 คน มีการบริการผู้ป่วยใน ห้องผ่าตัด ห้องคลอด หอผู้ป่วยหนัก ห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยประกอบการรักษาของแพทย์เฉพาะทาง รังสีวิทยาเพื่อวินิจฉัยประกอบการรักษาของแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก 6 สาขา รองรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลชุมชนอื่นและลดการส่งต่อไปโรงพยาบาลทั่วไป และสนับสนุนเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ

3.1.2 โรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ หรือระดับ F1 เป็นโรงพยาบาล ขนาด 90 - 120 เตียง มีจำนวน 77 แห่ง มีแพทย์เวชปฏิบัติ หรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์เฉพาะทางสาขาหลัก (อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติ - นรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ออร์โธปิดิกส์ และ วิสัญญีแพทย์) เป็นสาขาเท่าที่มีอยู่ปัจจุบัน รวม 3 – 10 คน มีบริการผู้ป่วยใน ห้องผ่าตัด ห้องคลอด และสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ

3.1.3 โรงพยาบาลชุมชนขนาดกลาง หรือระดับ F2 เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิ ขนาด 60 - 90 เตียง มีจำนวน 516 แห่ง มีแพทย์เวชปฏิบัติหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม 2-5 คน ไม่มีแพทย์เฉพาะทาง มีบริการผู้ป่วยใน ห้องผ่าตัด ห้องคลอด และสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ

3.1.4 โรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก หรือระดับ F3 เป็นโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิขนาด 30 - 60 เตียง มีจำนวน 99 แห่ง มีแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว รวม 1 - 2 คน มีห้องผ่าตัดเล็ก ไม่มีห้องผ่าตัด มีห้องคลอด ตักผู้ป่วยในให้การดูแลผู้ป่วยไม่ซับซ้อน ไม่มีโอกาสเกิดความเสี่ยงสูง รองรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในเพื่อสังเกตอาการ/ส่งต่อ ไม่จำเป็นต้องทำหัตถการ เช่น การผ่าตัดใหญ่ และไม่จำเป็นต้องจัดบริการผู้ป่วยในเต็มรูปแบบ และสนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ

ซึ่งในการศึกษานี้ ผู้วิจัยศึกษาบทบาทพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนทุกระดับ เนื่องจากโรงพยาบาลชุมชนทุกระดับมีขอบเขตความรับผิดชอบเหมือนกันที่ลักษณะการให้บริการเป็น 4 มิติ คือ การส่งเสริม รักษา ป้องกัน และฟื้นฟู สนับสนุนเครือข่ายบริการปฐมภูมิของแต่ละอำเภอ โดยการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนซึ่งหมายถึง องค์กรพหุภาคีในพื้นที่ ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วัด โรงเรียน หน่วยงานเอกชน ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาสังคม โดยมีเป้าหมายเพื่อทำให้คุณภาพชีวิตของประชาชนดีขึ้น สามารถพึ่งตนเองและดูแลสุขภาพตนเองได้ดีเพิ่มมากขึ้นและชุมชนไม่ทอดทิ้ง รวมทั้งสถานะสุขภาพ (Health status) ของประชาชนในอำเภอดีขึ้น นอกจากนี้ประชาชนยังสามารถจัดการปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง เกิดเครือข่ายความร่วมมือในการจัดการสุขภาพที่เข้มแข็ง และทำให้การบริการสุขภาพมีคุณภาพ ได้มาตรฐาน ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ ผู้ให้บริการมีความสุขในการทำงาน (เดชา แซ่หลีและคณะ, 2557)

### 3.2 โครงสร้างและหน้าที่ความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชน

บทบาทโรงพยาบาลชุมชน มีการเปลี่ยนแปลงไปจากบทบาทดั้งเดิมที่เน้นงานเชิงรับในโรงพยาบาล ทำงานแบบแยกส่วนตามหน้าที่เฉพาะของแต่ละวิชาชีพ แต่ปัจจุบันจากบริบททางสังคมที่เปลี่ยนแปลงเป็นสังคมผู้สูงอายุ แบบแผนการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อ ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนมีการพัฒนาการดูแลระยะกลาง (โศภณ เมฆธน, 2560) เพื่อลดความแออัดในโรงพยาบาลตติยภูมิ เชื่อมโยงบริการสู่บ้านและชุมชน รวมทั้งการประเมินและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ที่มีการปรับปรุงมาตรฐานขึ้นใหม่ เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน และประเทศไทย 4.0 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2560) และการเพิ่มขึ้นของสหสาขาวิชาชีพที่ถูกบรรจุเข้าทำงานในโรงพยาบาลชุมชน ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ ส่งผลให้โรงพยาบาลชุมชนจำเป็นต้องเปลี่ยนบทบาท ภารกิจ เพื่อยังคงสามารถให้บริการและตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของประชาชนได้ครอบคลุมมากขึ้น

กระทรวงสาธารณสุข โดยสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้แบ่งโครงสร้างการบริหารงานของโรงพยาบาลชุมชนขึ้นใหม่ ซึ่งจากเดิมมี 5 กลุ่มงาน ได้แก่ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป กลุ่มงานบริการทางการแพทย์ กลุ่มงานเทคนิคบริการ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน และกลุ่มการพยาบาล (กระทรวงสาธารณสุข, กองบริหารทรัพยากรบุคคล, 2560) ปัจจุบันเพิ่มขึ้นเป็น 12 กลุ่มงาน เพื่อให้สอดคล้องกับภารกิจและค่าใช้จ่ายด้านกำลังคนของส่วนราชการ ตามคำสั่งที่ สธ 0201.032/ว 1707 ลงวันที่ 14 มิถุนายน 2560 ดังนี้ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560)

3.2.1 กลุ่มงานบริหารทั่วไป รับผิดชอบงานการเงินและการบัญชี งานพัสดุก่อสร้างการซ่อมบำรุง งานธุรการ การบริหารยานพาหนะ งานรักษาความปลอดภัย งานประชาสัมพันธ์ งานซักฟอก งานอาคารสถานที่ งานการเจ้าหน้าที่

3.2.2 กลุ่มงานเทคนิคการแพทย์ รับผิดชอบงานวิเคราะห์สิ่งตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการเทคนิคการแพทย์ งานธนาคารเลือดและบริการส่วนประกอบของเลือด

3.2.3 กลุ่มงานทันตกรรม รับผิดชอบงานตรวจ วินิจฉัย บำบัดรักษา ฟันฟูสภาพส่งเสริมและป้องกันทางทันตกรรม

3.2.4 กลุ่มงานเภสัชกรรมและคุ้มครองผู้บริโภค รับผิดชอบงานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยนอก งานบริการเภสัชกรรมผู้ป่วยใน งานบริหารเวชภัณฑ์ งานคุ้มครองผู้บริโภค งานให้คำปรึกษาด้านเภสัชกรรม

3.2.5 กลุ่มงานการแพทย์ รับผิดชอบงานตรวจวินิจฉัย บำบัดรักษาผู้ป่วย ทั้งผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยผ่าตัด ผู้มาคลอด

3.2.6 กลุ่มงานโภชนศาสตร์ รับผิดชอบงานบริหารจัดการอาหารตามมาตรฐานโภชนาการงานโภชนบำบัด ให้คำปรึกษา คำแนะนำ ความรู้ด้านโภชนาการและโภชนบำบัด

3.2.7 กลุ่มงานรังสีวิทยา รับผิดชอบงานตรวจ วินิจฉัยและรักษาโดยรังสีเอกซเรย์

3.2.8 กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู รับผิดชอบงานตรวจประเมิน การวินิจฉัย และบำบัดความบกพร่องของร่างกายด้วยวิธีทางกายภาพบำบัด งานฟื้นฟูความเสื่อมสภาพ ความพิการ

3.2.9 กลุ่มงานประกันสุขภาพ ยุทธศาสตร์และสารสนเทศทางการแพทย์ รับผิดชอบงานประกันสุขภาพ การขึ้นทะเบียน การตรวจสอบสิทธิ การเรียกเก็บ การตามจ่าย งานเวชสถิติและงานข้อมูล การจัดการเวชระเบียน การลงทะเบียนโรค งานเทคโนโลยีสารสนเทศและคอมพิวเตอร์ งานแผนงานและยุทธศาสตร์เครือข่ายสุขภาพ งานสังคมสงเคราะห์ การให้บริการสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ครอบครัวและชุมชน การบริการคลินิกศูนย์พึ่งได้

3.2.10 กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม รับผิดชอบงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน งานการพยาบาลในชุมชน งานส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย งานป้องกันและควบคุมโรคและระบาดวิทยา งานอาชีวอนามัย งานสุขภาพสิ่งแวดล้อมและศูนย์ความปลอดภัย งานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสนับสนุนเครือข่าย งานสุขภาพจิตและจิตเวช งานอนามัยโรงเรียน งานสุขภาพภาคประชาชน งานบำบัดยาเสพติด สุรา บุหรี่ งานสุขศึกษาและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ

3.2.11 กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก รับผิดชอบในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่มีคุณภาพ และเป็นมาตรฐาน ให้ความรู้และทักษะในการดูแลตนเอง ใฝ่ระวังภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากการทำกิจกรรม เน้นความปลอดภัย มีประโยชน์ และมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ซึ่งได้แก่ การนวดตัว การนวดคลายเครียด การนวดน้ำมัน การนวดฝ่าเท้า การประคบ

สมุนไพร การอบสมุนไพร การดูแลส่งเสริมสุขภาพที่มีใช้การแพทย์แผนปัจจุบันหรือการแพทย์หลัก การรักษาแบบเฝียวยาหรือสมาน (Healing) การรักษาด้วยวัสดุอุปกรณ์ หรือวิถีธรรมชาติที่ได้รับการรับรองตามมาตรฐานของกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

3.2.12 กลุ่มงานการพยาบาล รับผิดชอบด้านการกำหนดทิศทาง นโยบาย และยุทธศาสตร์ ในการบริหารจัดการและพัฒนาคุณภาพการพยาบาล จัดระบบการพยาบาล ระบบประกันคุณภาพ ด้านการพยาบาล โดยแบ่งออกเป็นหน่วยงานย่อย ดังนี้

1) งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก รับผิดชอบงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หรือ ผู้ใช้บริการสุขภาพที่มารับบริการทุกมิติ ให้การพยาบาลผู้ป่วย ผู้ใช้บริการไม่ต้องพักรักษาตัวใน โรงพยาบาล ด้วยการคัดกรอง การปฐมพยาบาล การตรวจพิเศษ การให้คำปรึกษาและสุขภาพจิต งานตรวจสุขภาพ งานคลินิกพิเศษ งานโรคเรื้อรัง ศูนย์รับผู้ป่วย งานการส่งต่อ และหน่วยปฐมพยาบาล

2) งานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช รับผิดชอบงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน การพยาบาลเพื่อช่วยชีวิต แก้ไขภาวะวิกฤตที่คุกคามชีวิต

3) งานการพยาบาลผู้ป่วยใน รับผิดชอบงานการพยาบาลผู้ป่วยในทุกประเภททุกสาขาบริการ

4) งานการพยาบาลผู้ป่วยในที่อยู่ในภาวะวิกฤต หรือมีแนวโน้มเข้าสู่ระยะวิกฤตต้อง ได้รับการรักษาพยาบาลอย่างใกล้ชิด การใช้เครื่องมือช่วยชีวิต การเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด การส่งเสริมงานการพยาบาลผู้ป่วยระยะสุดท้าย

5) งานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดและวิสัญญีพยาบาล รับผิดชอบงานการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดเพื่อบำบัดรักษาหรือผ่าตัดส่งตรวจ เพื่อการวินิจฉัยรักษา ติดตามผลการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัด และวินิจฉัย พัฒนาคูณภาพการพยาบาลทั้งก่อนการผ่าตัด ขณะผ่าตัด และหลังผ่าตัด งานวิสัญญีพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วยที่ต้องได้รับยาระงับความรู้สึก การใช้เทคโนโลยีในการระงับความรู้สึก การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เพื่อควบคุมคงไว้ซึ่งสัญญาณชีพและความปลอดภัยในชีวิตผู้ป่วย

6) งานพยาบาลหน่วยควบคุมการติดเชื้อและงานจ่ายกลาง รับผิดชอบงานการพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล งานจ่ายกลาง งานศูนย์เครื่องมือแพทย์

7) งานการพยาบาลผู้คลอด รับผิดชอบงานการพยาบาลผู้คลอดการพยาบาลในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะคลอด งานการพยาบาลทารกแรกเกิด

8) งานวิจัยและพัฒนา รับผิดชอบวางระบบเพื่อพัฒนาบริการพยาบาลในทุกมิติทั้งด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ โดยใช้องค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์และศาสตร์

ทางการพยาบาลเพื่อให้การดูแลสุขภาพและการพยาบาลผู้ป่วยมีประสิทธิภาพและมีความก้าวหน้าทันสมัย

จากการวิเคราะห์โครงสร้างโรงพยาบาลชุมชนใหม่ พบว่ามีกลุ่มงานเพิ่มขึ้นใหม่เป็นกลุ่มสหสาขาวิชาชีพ เช่น กลุ่มงานโภชนศาสตร์ ที่กำหนดให้มีโภชนากร คอยให้คำปรึกษาและคำแนะนำด้านอาหาร กลุ่มงานเวชกรรมฟื้นฟู ที่มีนักกายภาพบำบัด มุ่งเน้นบริการด้านฟื้นฟูสภาพ กลุ่มงานการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ซึ่งเป็นทางเลือกในการรักษาและดูแลส่งเสริมสุขภาพของประชาชนอีกทางเลือกหนึ่ง เช่น การนวด การใช้ยาสมุนไพร เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลจึงต้องมีการปรับบทบาทให้เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ

ส่วนโครงสร้างในกลุ่มการพยาบาล มีการกำหนดงานใหม่ขึ้นมา คือ งานวิจัยและพัฒนา จะเห็นว่ามีความสอดคล้องกับประเทศไทย 4.0 ที่ต้องการให้มีการเพิ่มมูลค่าของการบริการด้วยกระบวนการวิจัยและพัฒนา ดังนั้นพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน ควรมีองค์ความรู้ในการวิจัย ใช้ข้อความรู้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อพัฒนาคุณภาพและการบริการพยาบาลให้มีคุณค่า เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยและระบบสุขภาพโดยรวมของประเทศ

นอกจากนี้ในโครงสร้างงานผู้ป่วยนอก จะเห็นว่ามีกำหนดความรับผิดชอบงานโรคเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับแบบแผนการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้น ซึ่งในการดำเนินงานด้านโรคเรื้อรังยังพบว่า มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มสูงขึ้น อีกทั้งยังพบอัตราการเกิดโรคแทรกซ้อนในกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวเพิ่มมากขึ้นทุกปี ซึ่งรัฐบาลต้องสูญเสียงบประมาณในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังจำนวนมาก ดังนั้น การจัดการปัญหาโรคเรื้อรังให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่ต้นตอ บุคลากรผู้รับผิดชอบจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาให้มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน และมีทีมที่สามารถดูแลและประสานงาน ที่สามารถทำงานร่วมกันได้อย่างบูรณาการ ทั้งในระดับจังหวัดและระดับเขต

### 3.3 การเปลี่ยนแปลงสำคัญต่อบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0

ปัจจุบันจากการขับเคลื่อนประเทศไทย 4.0 ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสำคัญในหลายประเด็น เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์สุขภาพของประชาชนคนไทย ได้แก่ การนำแนวคิดการจัดการรายกรณีมาใช้ เพื่อจัดการกับโรคเรื้อรังที่เพิ่มขึ้น การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญโดยได้กำหนดเป็นแผนงานหนึ่งของยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2559) รวมทั้งการนำแนวคิดหุ้นส่วนสุขภาพ มาใช้เป็นกลวิธีสำคัญในการสร้างความร่วมมือในการดูแลสุขภาพ (กมลทิพย์ ชลัษฏธรรมเนียม, 2559) นโยบายการดูแลระยะกลาง ที่โรงพยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการ

เตรียมความพร้อมผู้ป่วยและญาติกลับบ้านและชุมชน (โสภณ เมฆธน, 2560) และการเปลี่ยนแปลง การประเมินมาตรฐานการพัฒนาคุณภาพที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งการเปลี่ยนแปลงสำคัญ เหล่านี้มีผลต่อบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

### 3.3.1 ผู้จัดการรายการโรคเรื้อรัง

การจัดการรายการโรคเรื้อรัง ถือได้ว่าเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการขับเคลื่อนการจัดการกับปัญหาโรคเรื้อรังสำคัญที่ได้รับการยอมรับทั่วโลก ประเทศไทย มีการนำระบบการจัดการรายการโรคเรื้อรังมาใช้ในสถานบริการสุขภาพในลักษณะของการทำวิจัยเพื่อพัฒนางาน การอบรมระยะสั้น และการพัฒนาคุณภาพ การพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยโรคต่าง ๆ ในหน่วยงานย่อย ๆ ในโรงพยาบาลหรือทั้งโรงพยาบาล ไม่ได้เป็นภาพรวมของประเทศไทย จนกระทั่งปี พ.ศ. 2554 สปสช.ซึ่งรับผิดชอบด้านการบริหารจัดการ กองทุนโรคเรื้อรังได้มีการประสานความร่วมมือไปยังสภาการพยาบาล ในการผลิตพยาบาลผู้จัดการ รายการโรคเรื้อรังอย่างเป็นระบบ โดยจัดให้มีการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล ผู้จัดการรายการโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) ขึ้นในปี พ.ศ.2554 ซึ่งถือว่าเป็น หลักสูตรการจัดการรายการโรคเรื้อรังที่เป็นรูปธรรมหลักสูตรแรกของประเทศไทยโดยสภาการพยาบาลผ่านการจัดตั้งคณะกรรมการจากสถาบันการศึกษาและสถานบริการพยาบาลที่เป็นตัวแทนจากทุกภาคส่วน ของประเทศไทย (ศิริอร สินธุ และคณะ, 2554; ปัญญาวัตร ปราบภูผล, 2560)

พยาบาลผู้จัดการรายการโรคเรื้อรังที่ผ่านการอบรมจะถูกพัฒนาให้เป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจในนโยบายและระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง มีความรู้และทักษะในการจัดการรายการโรคเรื้อรังสำหรับผู้ป่วย ตั้งแต่ระยะเสี่ยงต่อการเกิดโรคจนถึงระยะโรค หลุกลามเกิดภาวะแทรกซ้อน จนถึงระยะสุดท้ายของชีวิต ทำให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจคัดกรอง การ วินิจฉัยโรค การรักษา การจัดการทรัพยากรทางสุขภาพรวมทั้งการใช้เทคโนโลยีการรักษาและการ รักษาทางเลือกในกรณีที่เป็นได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมกับความต้องการทางสุขภาพ ค่าใช้จ่าย และ ทุนเวลา สามารถใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพการ พยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงได้ โดยมีระยะเวลาการอบรม 4 เดือน มี เป้าหมายของการผลิตพยาบาลผู้จัดการรายการโรคเรื้อรังในช่วงปี พ.ศ.2554-2557 ทั่วประเทศ จำนวนอย่างน้อย 1,200 คนเพื่อให้ทุกพื้นที่ในระดับอำเภอมีพยาบาลผู้จัดการรายการโรคเรื้อรังอย่าง น้อย 1 คน ต่อ 1 โรงพยาบาล โดยมีการกำหนดเป็นตัวชี้วัดคุณภาพของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คุณภาพ ที่ทุกโรงพยาบาลต้องมีพยาบาลผู้จัดการรายการโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 คน และมีการ รายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดคุณภาพของคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพ ที่สะท้อนให้เห็น ถึงคุณภาพของการจัดการโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง (ปัญญาวัตร ปราบภูผล, 2560)



สำหรับกระทรวงสาธารณสุข ได้มีการจัดทำแผนงานที่ 2 โครงการควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปี 2560 – 2564 ขึ้นเพื่อกำหนดทิศทางในการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559)

### แผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปี 2560 – 2564 กระทรวงสาธารณสุข

สำนักโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2559) ได้จัดทำแผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปี 2560 – 2564 ขึ้นเนื่องจากสถานการณ์โรคไม่ติดต่อของประเทศไทยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา กลุ่มโรคไม่ติดต่อได้คร่าชีวิตประชากรไทยถึง ร้อยละ 75 ของการเสียชีวิตทั้งหมด หรือราว 320,000 คน ต่อปีในจำนวนนี้พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งหรือราวร้อยละ 55 เสียชีวิตที่อายุต่ำกว่า 70 ปี ซึ่งองค์การอนามัยโลกจัดว่าเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เมื่อพิจารณาความรุนแรงของโรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิต ก่อนวัยอันควรจำนวน 4 โรคสำคัญ คือโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจขาดเลือด โรคเบาหวาน และโรคทางเดินหายใจอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ ดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2559)

1) ตัวชี้วัดและเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข)

1.1) อัตราผู้ป่วย DM รายใหม่จากกลุ่ม Pre-DM

1.2) อัตราผู้ป่วย HT รายใหม่จากกลุ่ม Pre-HT

1.3) ร้อยละของผู้ป่วย DM/HT ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

1.4) ร้อยละของผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมได้

2) ตัวชี้วัดและเป้าหมายการลดโรคและภัยสุขภาพ สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560 - 2564)

2.1) อัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อลดลง

2.2) ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคเกลือ/โซเดียมในประชากร

2.3) ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง

2.4) ความชุกของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เบาหวานและโรคอ้วน

2.5) ประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ได้รับคำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและรับยา เมื่อมีข้อบ่งชี้ เพื่อป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง (รวมถึงยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด)

### 3) มาตรการการดำเนินงาน

- 3.1) การนำข้อเคลื่อนโยบายและสร้างพันธมิตรความร่วมมือ (Policy and advocacy)
- 3.2) ส่งเสริมสุขภาพและลดความเสี่ยง (Promotion and risk reduction)
- 3.3) เสริมสมรรถนะของระบบบริการสุขภาพ (Strengthen health system)
- 3.4) การเฝ้าระวังและติดตามประเมินผล (Surveillance and M&E)

### การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้จัดการรายกรณี (Case manager)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการจัดการรายกรณี พบว่ามีการให้ความหมายของผู้จัดการรายกรณีว่าเป็นกระบวนการประสานงานการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งในสถานบริการและชุมชนมีการวางแผนการออกแบบการดูแลให้แก่ผู้ป่วยเฉพาะรายแบบองค์รวม ในทุกระยะของการเจ็บป่วย เพื่อตอบสนองความต้องการที่ซับซ้อนด้านสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัวมีการพิทักษ์สิทธิ์ การเจรจาต่อรองของผู้ป่วย ผู้ให้บริการ ผู้ซื้อบริการ มีการจัดการเพื่อลดความผันแปรในกระบวนการดูแลรักษาผู้ป่วย มีการประสานให้เข้าถึงแหล่งทรัพยากรเพื่อก่อให้เกิดผลลัพธ์เชิงคุณภาพทั้งด้านคลินิก ด้านค่าใช้จ่าย ด้านรายได้ และด้านมูลค่าเพิ่ม และก่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการส่งเสริมสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (ศิริอร สินธุ และพิเชต วงรอด, 2557; ปัฐยาวัตร ปรากฏผล, 2560)

ศิริอร สินธุ และพิเชต วงรอด (2557) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของบทบาทผู้จัดการรายกรณี มีองค์ประกอบ ดังนี้

- 1) มีการกำหนดผู้ป่วยออกเป็นกลุ่มย่อย (Targeting and outreach) เพื่อให้ทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด ภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่
- 2) มีการค้นหาและตรวจคัดกรอง (Screening and intake) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคให้เข้าสู่กระบวนการวินิจฉัย กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว ให้เข้าสู่กระบวนการดูแลรักษา
- 3) มีการประเมินภาวะสุขภาพ (Comprehensive assessment) ของผู้ป่วยโดยละเอียด และครอบคลุมปัญหาที่เกิดขึ้นแล้ว ตรวจคัดกรองและค้นหาปัญหาที่มีความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นบ่อย ๆ
- 4) มีการพัฒนาแผนการดูแลรายกรณี (Care planning)
- 5) มีการจัดการรายกรณีตามมาตรฐานบริการสุขภาพ (Service arrangement) ประกอบด้วย การเข้าถึงการตรวจวินิจฉัย การจัดการระบบบริการ การดูแลที่ครบวงจรทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ การให้บริการเชิงรุก มีการประสานการจัดการรายกรณีผู้ป่วยเพื่อการส่งต่อการดูแลที่ต่อเนื่องทั้งภายในและภายนอกเครือข่าย ตามระดับความจำเป็นของปัญหาสุขภาพและความต้องการของผู้ป่วย

6) มีการลดความผันแปร (Variation) เพื่อการป้องกันและควบคุมการกำเริบของโรค ลดความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อน เน้นการดูแลต่อเนื่อง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการจัดการตนเอง (sel-management)

7) มีการจัดการข้อมูล (Data management) รวมทั้งมีการจัดการด้านข้อมูลสารสนเทศ เพื่อพัฒนาคุณภาพและระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง

8) มีการติดตามประเมินผลลัพธ์ (Monitoring) ของระบบการจัดการรายกรณี ทั้งในเรื่องคุณภาพการบริการ คุณภาพสิ่งสนับสนุน และความพอใจของทรัพยากร

9) มีการทบทวนเป้าหมายของแผนการดูแล (Reassessment) รวมทั้งทบทวนแผนการดูแลว่าควรมีการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงในส่วนใดบ้าง โดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วย และครอบครัว

### **บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี**

พยาบาลจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมในการปฏิบัติบทบาทให้เต็มความสามารถ ได้แก่ การเลือกผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน เพื่อนำไปสู่โครงการจัดการรายกรณี การประเมินสุขภาพทางด้านร่างกาย สังคม จิตใจ สภาพแวดล้อม สถานภาพทางการความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ของร่างกาย การประเมินครอบครัวและชุมชน รวมทั้งสถาบันที่เกี่ยวข้อง เพื่อศึกษาระบบสนับสนุนของผู้ป่วย นำมาวิเคราะห์ข้อมูล ให้การวินิจฉัยการพยาบาล กำหนดปัญหาที่ต้องการแก้ไข กำหนดแผนการพยาบาล ประสานงานในทีมการพยาบาล ให้มีการนำแผนไปปฏิบัติให้ครอบคลุม ประสานกับแหล่งทรัพยากรในชุมชน เป็นตัวแทนของผู้ป่วย เพื่อติดต่อกับแหล่งทรัพยากรที่จะให้เป็นประโยชน์กับผู้ป่วย แสวงหาแหล่งทรัพยากรใหม่ตามความจำเป็นเหมาะสม ให้สุขศึกษาผู้ป่วย ส่งเสริมแหล่งสนับสนุนในชุมชน ให้เห็นคุณค่าของการดูแลผู้ป่วย ประเมินความก้าวหน้าในการดูแล เปรียบเทียบกับเป้าหมายที่กำหนด ประเมินการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพเป็นระยะๆ รวมถึงการประเมินแผนการบริการสุขภาพ ในด้านคุณภาพ ปริมาณ เวลาและประสิทธิผลของการบริการ ด้านความเหมาะสม ประหยัดค่าใช้จ่ายการส่งเสริมให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเอง (อรพรรณ ไตสิงห์, 2550; อนุชา นักเทศ, 2555; Case Management Society of America, 2010)

สรุปว่า จากปัญหาโรคเรื้อรังที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ทำให้กระทรวงสาธารณสุขเห็นความสำคัญโดยได้กำหนดตัวชี้วัดและมาตรการที่สำคัญ เพื่อให้ทุกหน่วยงานมีการดำเนินงานตามทิศทางของกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งสภาการพยาบาล ได้พัฒนาบทบาทผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง เพราะแนวคิดการจัดการรายกรณีเป็นรูปแบบที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้เข้าถึงการวินิจฉัย การดูแลรักษา การป้องกัน และการค้นหาโรคร่วมและภาวะแทรกซ้อน ได้ตามเกณฑ์มาตรฐานอย่างทันท่วงที มีการสร้างเสริมศักยภาพผู้ป่วยให้สามารถดูแลและจัดการภาวะสุขภาพของตนเองได้

### 3.3.2 การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทย จากการลดลงของอัตราเจริญพันธุ์รวม และอายุของคนไทยที่ยืนยาวขึ้น ทำให้ประเทศไทยเข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aging societies) ตามนิยามขององค์การสหประชาชาติที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุถือเป็นหัวใจสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ และจากผลการตรวจราชการ พ.ศ. 2559 พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองโรคและปัญหาสำคัญ มีเพียงร้อยละ 40.22 ผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) มีเพียงร้อยละ 26.87 ทำให้กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ โดยกำหนดเป็นแผนงานสำคัญแผนหนึ่งของยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (กระทรวงสาธารณสุข, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2561)

#### โครงการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคนไทยกลุ่มผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข

การดูแลในกลุ่มผู้สูงอายุ กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (2561) ได้ระบุไว้แผนงานที่ 1 การพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุได้กำหนดโครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายคือ

- 1) มีการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long term Care) ในชุมชนผ่านเกณฑ์
- 2) ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ตามศักยภาพ และได้รับการสุขภาพที่ตรงตามประเด็นปัญหาอย่างถูกต้องเหมาะสม

จะเห็นว่า กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และกำหนดมาตรการดำเนินงาน ดังนี้ **ลงกรณ์มหาวิทยาลัย**

P: Partnership ดังนี้ 1) ใช้กลไกคณะกรรมการร่วมในส่วนกลางและคณะกรรมการดำเนินงานในระดับพื้นที่และกลไกชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 2) กลไกแผนพัฒนาคนทุกช่วงวัย ซึ่งมีการบูรณาการเชิงยุทธศาสตร์เป้าหมายในระดับชาติ 3) แผนบูรณาการกระทรวงสาธารณสุข 4) กลไกของผู้ประสานแผนและยุทธศาสตร์กลุ่มวัยผู้สูงอายุ (Ageing Manager) 5) ภาคส่วนสถาบันอุดมศึกษา โรงพยาบาล ที่มีความเชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และวิทยาการสูงวัยในประเทศ 6) กลไกของเครือข่ายระดับนานาชาติซึ่งเป็น Focal point ด้าน Elderly health service, Geriatrician และแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้สูงอายุจากประเทศในกลุ่มสมาชิกอาเซียนและอาเซียนบวก

I: Investment ดังนี้ 1) พัฒนาระบบฐานข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว 2) สร้างและพัฒนานวัตกรรมด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 3) พัฒนาขับเคลื่อนการดำเนินงาน Active Aging อำเภอดันแบบเพื่อส่งเสริมสุขภาพ 4) A comprehensive assessment

การมีสถานะสุขภาพผู้สูงอายุ ซึ่งจะได้จากการคัดกรอง/ประเมิน 5) Cognitive and functional capacities หมายถึง สมรรถภาพสมองและการทำงานของร่างกาย 6) Diseases and complaints หมายถึง โรคและความเจ็บป่วยที่เป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ ที่เมื่อเกิดขึ้นแล้วเกิดผลกระทบในวงกว้าง และเป็นภาระ (Burden) 7) Limitations and disability หมายถึง ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activities of daily living: ADL)

R: Regulation & Law ดังนี้ 1) ไข่กลไกคณะกรรมการร่วมในส่วนกลางและคณะกรรมการดำเนินงานในระดับพื้นที่และกลไกชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ 2) ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย เมื่อ 23 มีนาคม 2542 3) ระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2542 4) แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545- 2564) 5) พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 มาตรา 11(1) 6) รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 ได้บัญญัติรับรองสิทธิของผู้สูงอายุไว้ในมาตรา 53

A: Advocate ดังนี้ 1) สร้างการสื่อสารสาธารณะ 2) เน้นสื่อสารในประเด็นให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นคงแข็งแรงของร่างกายและจิตใจให้ยาวนาน และสามารถดูแลตนเองได้ให้นานที่สุด 3) ประชาสัมพันธ์ช่องทางและบริการที่จัดไว้สำหรับผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุรับรู้และเข้าใจในสิทธิด้านสุขภาพของตนเอง

B: Building Capacity ดังนี้ 1) สร้าง พัฒนา ทิมนำในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน 2) อบรมผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ 3) จัดทำชุดความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ 4) เสริมศักยภาพของผู้ประสานแผนและยุทธศาสตร์สุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ (Ageing manager) ในระดับจังหวัด ให้สามารถถ่ายทอดงานในภาพรวมตามกรอบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องตามหลักวิชาการเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ 5) พัฒนาระบบฐานข้อมูล สถานะสุขภาพผู้สูงอายุ ให้เป็นเครื่องมือที่สนับสนุนการจัดบริการที่ถูกต้องตามประเด็นปัญหาด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง ได้แก่ ระบบคัดกรอง/ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ 6) พัฒนาบุคลากรที่เป็นผู้ดูแลในระดับวิชาชีพ (Formal caregiver) ได้แก่ แพทย์ พยาบาลเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข เภสัชกร นักกายภาพบำบัดฯ เพื่อให้บริการดูแลรักษา ผู้สูงอายุทั้งในสถานพยาบาล และในชุมชน 7) สร้างความเข้าใจในพยาธิสภาพของผู้สูงอายุที่มีความแตกต่างและต้องการได้รับการดูแลที่เหมาะสมถูกต้องให้แก่ ผู้เกี่ยวข้องทุกระดับ (ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงาน อาสาสมัครฯ)

#### **การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ**

การดูแลรักษาหรือการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากวัยอื่นๆ ได้แก่ ลักษณะทางคลินิก การแปลผลและความเหมาะสมในการสำรวจทางห้องปฏิบัติการ ตลอดจนการวินิจฉัยโรค และ

ซับซ้อนกว่าวัยอื่นอย่างชัดเจน ผู้สูงอายุจึงควรได้รับการดูแลเฉพาะด้านเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและเหมาะสม

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2558) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุ แบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ ได้แก่

1) การป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ (Primary prevention) เป็นการป้องกันโรคโดยการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีตามควรแก่สภาพ โดยคงระยะเวลาที่มีสุขภาพทางกาย สุขภาพทางจิต สุขภาพทางสังคม และสุขภาพทางจิตวิญญาณ ให้ยาวนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตั้งแต่ยังไม่มีโรค

2) การป้องกันโรคระดับทุติยภูมิ (Secondary prevention) เป็นการป้องกันโรคที่เกิดขึ้นแล้ว แต่ป้องกันไม่ให้พยาธิสภาพลุกลามขึ้น ด้วยการตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นระยะเพื่อตรวจหาโรค และให้การดูแลรักษาโรคตั้งแต่ในระยะแรก

3) การป้องกันโรคระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) เป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การเกิดโรคซ้ำตลอดจนการป้องกันความพิการ ภาวะทุพพลภาพระยะยาว ที่อาจเกิดขึ้นในภายหลัง

การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มวัยผู้สูงอายุ จึงมีแนวคิดในการดำเนินงานอย่างเป็นระบบและบูรณาการภายใต้ ระบบบริการสุขภาพเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้

1) พัฒนาระบบการคัดกรอง ประเมิน และจัดทำแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในเรื่องปัญหาสำคัญและโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ความเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง สายตา ฟัน เป็นต้น กลุ่มโรคผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) ได้แก่ สมรรถภาพสมอง ภาวะซึมเศร้า ข้อเข่าเสื่อม ภาวะหกล้ม การกลืนปัสสาวะ ภาวะโภชนาการ ปัญหาการนอน เป็นต้น และการประเมินสมรรถนะผู้สูงอายุเพื่อการดูแล ได้แก่ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นต้น

2) พัฒนาระบบฐานข้อมูลการคัดกรอง ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ

3) พัฒนาทักษะและสร้างเครือข่ายในการคัดกรอง ประเมิน และดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ฉัตรรัตน์ ราศิริ และอาจินต์ สงทับ (2561) กล่าวว่า ยุทธศาสตร์ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ มีดังนี้

1) การสร้างนโยบายสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ โดยเน้นให้ทุกคนในชุมชนหรือสังคม มีข้อตกลงทางสังคมร่วมกัน รับหลักการเดียวกันในการที่จะปฏิบัติ เพื่อให้ทุกคนในชุมชน หรือสังคมมีสุขภาพที่ดี เช่น การกำหนดนโยบายไม่ให้มีการทอดทิ้งผู้สูงอายุในชุมชน นโยบายครอบครัวอบอุ่น เป็นต้น

2) การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพผู้สูงอายุ และการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุในทุกๆด้าน

3) การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ชุมชนต้องมีการรวมตัวกันหรือรวมกลุ่มกันออกกำลังกาย โรงเรียนผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพจิตที่ดี การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน

4) การพัฒนาทักษะในการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัวและชุมชน ในเรื่องการเปลี่ยนแปลงทางสรีระต่างๆ ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ อารมณ์และสังคมของผู้สูงอายุ ตลอดจนแนวทางการดูแลส่งเสริมสุขภาพโดยผ่านสื่อต่างๆ

5) การปรับเปลี่ยนบริการทางด้านสาธารณสุข โดยเน้นทางด้านสุขภาพในเชิงรุกมากขึ้น เช่น มีการคัดกรองสุขภาพ ให้การดูแล ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ โดยให้บริการในลักษณะองค์รวม ให้ครอบคลุมทุกๆ ด้าน

จะเห็นว่า ตามแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยระยะสุดท้ายของชีวิต สุขภาพจะมีความเสื่อมถอยลงจากเดิม จากการศึกษาภาระโรคและปัจจัยเสี่ยงของประเทศไทย พ.ศ. 2556 พบว่า ความสูญเสียปีสุขภาวะของประชากร อายุ 60 ปีขึ้นไป ในเพศชายมีสาเหตุหลักจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือดและโรคมะเร็งตับ สำหรับเพศหญิง ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด ต้อกระจก และโรคสมองเสื่อม รวมทั้งผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองโรคและปัญหาสำคัญ มีเพียงร้อยละ 40.22 และผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ มีเพียงร้อยละ 26.87 (กระทรวงสาธารณสุข, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2561) ดังนั้น บทบาทพยาบาลด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จึงมีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก

### 3.3.3 ทุนส่วนสุขภาพ

ในปัจจุบันสังคมให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพตามแนวทางขององค์การอนามัยโลก เน้นให้บุคคลหรือชุมชนสามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งสุขภาพที่ดีนั้นไม่ได้เกิดจากการที่พยาบาลให้การดูแลสุขภาพฝ่ายเดียวแต่ต้องอาศัยการประสานความร่วมมือระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ ซึ่งทุนส่วนสุขภาพเป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างศักยภาพของคนในชุมชนให้มาทำงานร่วมกัน (กมลทิพย์ ชลังธรรมเนียม, 2559) ส่งเสริมให้ชุมชนเกิดความตระหนักและเข้าใจปัญหาของชุมชนตนเองและแก้ไข

ปัญหาด้วยตนเอง (ชูลีกร ด่านยุทธศิลป์, 2554) ซึ่งผลลัพธ์จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นทั้งการร่วมทำงานขององค์กรภาคีที่เกี่ยวข้องและภาวะสุขภาพของประชาชน

### ความหมาย

Hitchcock, Schubert and Thomas, 2003 อ้างถึงใน วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย (2551) กล่าวว่า หุ้นส่วนสุขภาพเป็นการเป็นทำงานแบบมีส่วนร่วม (Shared participation) และสร้างข้อตกลงที่เกิดจากการเจรจาต่อรอง (Agreement) ระหว่างพยาบาลและผู้ให้บริการที่ต่างฝ่ายต่างได้ประโยชน์ แบ่งปันหรือเฉลี่ยความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นโดยไม่มีข้อกำหนดขอบเขตของการมีส่วนร่วมไว้ล่วงหน้า แต่ต้องมีกลไกกำกับติดตามที่จะทำให้เกิดหุ้นส่วนสุขภาพอย่างสมบูรณ์

วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย (2557) กล่าวว่า แนวคิดหุ้นส่วนสุขภาพ เป็นกลวิธีที่ผลักดันให้เกิดพลังอำนาจหรือเสริมสร้างศักยภาพของชุมชน เป็นสื่อกลางประสานองค์กรต่างๆ ให้มุ่งสู่เป้าหมายเดียวกัน

กมลทิพย์ ชลังธรรมเนียม (2559) กล่าวว่า หุ้นส่วนสุขภาพ หมายถึง กระบวนการทำงานของประชาชน องค์กรสุขภาพ และผู้ที่เกี่ยวข้องที่มีประเด็นของความสนใจร่วมกัน โดยวิธีการทำงานอยู่ภายใต้การทำงานแบบเท่าเทียมเชื่อมั่นและไว้วางใจกัน ตลอดจนร่วมคิด ร่วมวางแผนตัดสินใจร่วมทำและร่วมรับผิดชอบเพื่อผลักดันให้สิ่งต่างๆ ที่วางไว้ร่วมกันประสบความสำเร็จ

ดังนั้น หุ้นส่วนสุขภาพ จึงเป็นการทำงานที่ยึดหลักการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพในประเด็นที่สนใจร่วมกัน ซึ่งการสร้างหุ้นส่วนสุขภาพเชื่อว่าปัญหาสุขภาพไม่สามารถจัดการได้โดยบุคคลอื่น แต่ต้องอาศัยการประสานความร่วมมือ (Collaboration) ร่วมกัน

### หลักการของหุ้นส่วนสุขภาพ

กมลทิพย์ ชลังธรรมเนียม (2559) กล่าวว่า หลักการของหุ้นส่วนสุขภาพ มีหลักการ ดังนี้

1) การทำงานแบบมีส่วนร่วม อยู่บนฐานของความไว้วางใจ โดยผู้ที่เป็นหุ้นส่วนสุขภาพจะต้องให้คุณค่าของการมีส่วนร่วมในเรื่องของการทำงาน ตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมทำงาน รับผิดชอบต่อความเสี่ยงและรับผลประโยชน์ร่วมกัน

2) การนำใช้ศักยภาพของหุ้นส่วนสุขภาพมาร่วมดูแลสุขภาพ และควรมีการสร้างช่องทางสื่อสารที่เชื่อมโยงให้ผู้ที่เกี่ยวข้องเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิธีการทำงานร่วมกันอย่างต่อเนื่อง จนสามารถกำหนดบทบาทหน้าที่ของผู้ที่เป็นหุ้นส่วนสุขภาพที่จะทำงานร่วมกันให้บรรลุเป้าหมายนั้นๆ

3) เน้นการสร้างเป้าหมายร่วม การทำงานร่วมกันของหุ้นส่วนสุขภาพ ควรมีการสร้างเป้าหมายของการทำงานเป็นทีม โดยผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายตระหนักต่อปัญหาที่เกิดขึ้น ร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุอย่างรอบด้านและค้นหาทางออกกิจกรรมที่สอดคล้องกับบริบท และวิถีชีวิตที่เป็นอยู่



4) การสร้างพันธะสัญญาและกรอบการทำงานของการเป็นหุ้นส่วนสุขภาพ พันธะสัญญาเกิดจากการทำให้ผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายตระหนักร่วมกันต่อปัญหาที่เกิดขึ้น วิเคราะห์สาเหตุอย่างรอบด้านและค้นหาทางออกที่ดี นำไปสู่การวางแผน กรอบการทำงานร่วมกันของหุ้นส่วนสุขภาพที่มีความชัดเจน

Coble and William, 1998 อ้างถึงใน ยุพิน สาเรือง (2556) กล่าถึงหลักการของหุ้นส่วนสุขภาพ ประกอบด้วย หลักการ 8 ข้อ ดังนี้

1) เน้นการทำงานร่วมกันแบบหุ้นส่วน อาศัยการประสานความร่วมมือ (Collaboration)

2) ประกอบด้วยผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่ายที่มากำหนดแผนปฏิบัติการร่วมกันและสร้างนวัตกรรมของการประสานร่วมมือหรือการประสานงาน

3) ไม่ใช่หลักการ ทฤษฎีหรือสมมติฐานที่ตั้งล่วงหน้าเป็นกรอบกำหนดในการแสวงหาความรู้ แต่จะเก็บเกี่ยวความรู้จากการศึกษาชุมชนในรูปแบบที่ไม่มีกรอบจำกัด พยายามฟังมาก พูดน้อย ให้ออกาสหุ้นส่วนได้แสดงออกอย่างเท่าเทียมกัน

4) ประสานศักยภาพและความสามารถในการดูแลสุขภาพ โดยใช้การเสริมสร้างบทบาทการดูแล (Caring) และการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowerment) ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่

5) ดำเนินงานในลักษณะโครงการให้มาก “ไม่เน้นการทำอะไรให้” หรือ “ทำเพื่อใครในชุมชน” ผสมผสานอำนาจ บทบาทหน้าที่ของตนจากการเป็นผู้ให้บริการมาเป็นผู้ร่วมกันพัฒนาสุขภาพ

6) เน้นให้ผู้เกี่ยวข้องแก้ปัญหาด้วยตนเองจากวิธีการหรือหลายๆ วิธีบนความเป็นจริงของชีวิต โดยผู้ให้บริการช่วยผลักดันให้ผู้ใช้บริการเป็นหลักในการจัดการ การตัดสินใจ รวมทั้งสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนหันมาให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาผู้เกี่ยวข้องโดยรวมให้มากขึ้น

7) แผนงาน/โครงการผู้เกี่ยวข้องต้องอยู่บนปรัชญาของการทำงานเป็นทีมหรือการทำงานเป็นกลุ่มแบบพันธมิตรที่มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร แลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ร่วมมือกันปรับปรุงตนเองอย่างต่อเนื่องและวัดผลการปฏิบัติเพื่อที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น

8) สร้างโอกาสให้ทุกฝ่ายได้ร่วมกันคิด ต่อรองเพื่อหาข้อตกลง กำหนดเป้าหมายร่วมกันบนประโยชน์ของทุกฝ่าย กำหนดทางเลือกในการนำไปปฏิบัติที่ทำให้ทุกคนพึงพอใจภายใต้การพึ่งพาตนเอง โดยสื่อสารด้วยการสะท้อนกลับข้อมูลซึ่งกันและกันแบบปรารภนาตี (Peer feedback) ลดการใช้ข้อมูลแบบสั่งการหรือให้คำแนะนำจากผู้ให้บริการฝ่ายเดียว

จะเห็นว่าหลักการหุ้นส่วนสุขภาพนั้น เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องทุกฝ่าย สร้างข้อตกลงที่เกิดจากการทำงานร่วมกันระหว่างพยาบาล ผู้รับบริการและผู้ที่เกี่ยวข้องที่ต่างฝ่าย ต่างได้ประโยชน์ มีการกำหนดเป้าหมายการทำงานร่วมกัน มีแผนปฏิบัติงานที่มีการระบุบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละฝ่ายอย่างชัดเจน โดยวิธีการทำงานของหุ้นส่วนสุขภาพจะอยู่ในลักษณะของการมีส่วนร่วมตั้งแต่กระบวนการของการรับรู้ปัญหา ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมินผล เพื่อนำไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน ดังนั้นพยาบาลทุกระดับสามารถนำแนวคิดหุ้นส่วนสุขภาพ ไปใช้ในการดูแลสุขภาพที่ต้องอาศัยความร่วมมือกันระหว่างพยาบาล ผู้รับบริการและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลสุขภาพ

### พยาบาลกับหุ้นส่วนสุขภาพ

โดยปกติแล้ว พยาบาลกับกลุ่มคนต่างๆ ในชุมชนจะมีความรู้และทักษะความชำนาญที่แตกต่างกัน พยาบาลมีความเชี่ยวชาญในการดูแลสุขภาพ ส่วนสมาชิกในชุมชนจะมีความชำนาญในการดูแลสุขภาพ ส่วนสมาชิกในชุมชนจะมีความชำนาญในสุขภาพ วิถีชีวิตและชุมชนของตนเอง ซึ่งพยาบาลต้องให้ความสำคัญกับประเด็นนี้อย่างยิ่ง เนื่องจากต้องระดมทรัพยากรของชุมชนมาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการสร้างหุ้นส่วนสุขภาพ ดังนั้น พยาบาลจึงต้องมีความพร้อมก่อนเป็นอันดับแรก ทั้งความพร้อมในประสบการณ์การทำงานร่วมกับผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน สามารถที่จะวางแผนและโน้มน้าวให้ทุกส่วนร่วมกันพัฒนาแผนงาน/โครงการ สร้างช่องทางการสื่อสารที่เชื่อมโยงผู้เกี่ยวข้องไว้อย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จนสามารถกำหนดเป็นรูปแบบการทำงาน พยาบาลต้องเคารพประสบการณ์ของคนในชุมชน ยอมรับว่าประสบการณ์ด้านสุขภาพของชุมชนมีความเป็นจริงที่ทรงคุณค่าอีกมากมายซ่อนอยู่และควรเรียนรู้ นอกจากนี้ชุมชนยังมีมิติของการทำงานแบบหุ้นส่วนอยู่โดยธรรมชาติ ซึ่งองค์กรต่างๆ ในชุมชนเป็นองค์ประกอบสำคัญที่สะท้อนให้เห็นความสามารถเรื่องการตัดสินใจ การปฏิบัติและการขึ้นนำวิถีชุมชนได้ดี พยาบาลจะต้องปรับมุมมองของตนเองต่อผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนให้เป็นผู้ที่เข้าอกเข้าใจ แล้วทำงานแบบเรียนรู้ร่วมกัน ตัดสินใจร่วมกันและปฏิบัติงานร่วมกัน (วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, 2551)

#### 3.3.4 ผู้จัดการการดูแล

บทบาทผู้จัดการการดูแล (Care manager) ถูกนำมาเป็นบทบาทที่สำคัญในการดูแลในกลุ่มโรคสำคัญ ได้แก่ การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan) พ.ศ.2561-2565 โดยกำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนในระดับ M2 มีการจัดหน่วยบริการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองภายหลังการรักษา (Post rehabilitation unit) จัดตั้ง Stroke unit และมีพยาบาลผู้จัดการการดูแล จัดระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล (เกวลิน ชื่นสุขและคณะ, 2559) การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (2559) กล่าวถึงผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care manager) ว่าเป็นบุคคลสำคัญที่จำเป็นต้องมีหน้าที่หลักในการค้นหา ประเมินวางแผนและ จัดการให้ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน/ติดเตียง) สามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสม โดยทำการประชุมร่วมกับภาคีที่เกี่ยวข้องและทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนการดูแล เฉพาะราย รวมถึงติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงาน นอกจากนี้ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขยังมีบทบาทในการมอบหมายภารกิจให้ผู้ช่วยเหลือดูแล ผู้สูงอายุภาคทางการ รวมถึงการกำกับกรเข้าไปจัดบริการด้านสาธารณสุขแก่ผู้ที่มีภาวะ พึ่งพิง และสรุปประเมินผลการดำเนินงาน โดยผู้จัดการการดูแล 1 คน ดูแลผู้ดูแล 5-10 คน และดูแลผู้สูงอายุประมาณ 35-40 คน

บทบาทหน้าที่ของผู้จัดการการดูแล ประกอบด้วย (สำนักหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559)

- 1) ประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เรลเอดีแอล และประเมินคัดกรอง ด้านอื่นๆที่เกี่ยวข้อง
- 2) จัดทำข้อมูลผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก
- 3) จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล care plan, weekly plan
- 4) จัดประชุมกลุ่มเพื่อปรึกษาปัญหาหารายกรณี ( care conference)
- 5) เชื่อมประสานกับทีมสหวิชาชีพของหน่วยบริการฯ อปท.และเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ตาม care plan
- 6) พัฒนาศักยภาพการทำงานเป็นทีม
7. บริหารจัดการ และกำกับติดตามการดำเนินงานของ CG ให้เป็นไปตาม care plan
8. การประเมินและทบทวน care plan ให้สอดคล้องกับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละราย ประเมินแผนงานและ ผลการปฏิบัติงานเชิงระบบเพื่อปรับปรุงพัฒนา

#### **การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้จัดการการดูแล (Care manager)**

นาถสุภางค์ ไกรอาบ (2539) ให้ความหมายว่า ผู้จัดการการดูแล หมายถึง พยาบาลให้การดูแลผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย โดยใช้เวลา วัสดุอุปกรณ์และค่าใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้พยาบาลยังมีหน้าที่ในการเป็นผู้ให้บริการสุขภาพ ผู้สอน ผู้สนับสนุนช่วยเหลือและผู้วิจัย

Lipstein (2016) ได้อธิบายความหมายของผู้จัดการการดูแล (Care manager) ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังจะต้องมีความรู้ ทักษะ และความสามารถในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย โดยอาศัยพหุภาคีเครือข่ายในการร่วมแก้ไขปัญหาความต้องการของผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการทำงานร่วมกับผู้ดูแลและครอบครัว

National Academy of Certificated Care Managers: NACCM (2016) ได้กำหนดบทบาทผู้จัดการดูแล ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การประเมิน และระบุความต้องการบริการสุขภาพของผู้รับบริการ 2) การกำหนดเป้าหมายและวางแผนการดูแลร่วมกับผู้รับบริการ 3) การดำเนินงานตามแผนการดูแล โดยการประสานกับพหุภาคี 4) การบริหารจัดการ และติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตามแผนการดูแล และ 5) การปฏิบัติตามมาตรฐานความเป็นวิชาชีพ มีคุณธรรมและจริยธรรม

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) (2556) กำหนดแนวปฏิบัติของผู้จัดการดูแล (Care manager) ประกอบด้วย 1) ประเมินคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) และประเมินคัดกรองด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง 2) จัดทำข้อมูลกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการดูแลช่วยเหลือทั้งเชิงรับและเชิงรุก 3) จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล 4) จัดประชุมกลุ่มเพื่อปรึกษาปัญหากรณี 5) เชื่อมประสานกับทีมสหวิชาชีพของหน่วยบริการ และพหุภาคี 6) พัฒนาศักยภาพการทำงานเป็นทีม 7) บริหารจัดการและกำกับติดตามการดำเนินงานของผู้ดูแล ให้เป็นไปตามแผนการดูแล และ 8) ประเมินและทบทวนแผนการดูแลให้สอดคล้องกับบริบท

จะเห็นว่า บทบาทผู้จัดการการดูแล เป็นบทบาทที่สำคัญที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่เป็นปัญหาสำคัญของสาธารณสุข โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนที่ต้องการการจัดการดูแลอย่างเป็นขั้นตอน โดยเฉพาะจัดระบบการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

### 3.3.5 การดูแลระยะกลาง (Intermediate care)

การดูแลระยะกลาง (Intermediate care) เป็นนโยบายที่สำคัญที่กระทรวงสาธารณสุขมอบหมายให้โรงพยาบาลชุมชนดำเนินการ ตั้งแต่ปี 2560 ถึงปัจจุบัน เนื่องจากภาระค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่สูงขึ้น ทั้งค่ายา ค่าวัสดุ/ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ต่างๆ จึงจำเป็นต้องให้การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยหายจากภาวะการเจ็บป่วยโดยเร็ว รวมทั้งลดภาวะแทรกซ้อนและมีวันนอนในโรงพยาบาลน้อยที่สุด อีกทั้งเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลและครอบครัว ให้เกิดความมั่นใจในการดูแลเมื่อกลับบ้านมากขึ้น (พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ, 2560)

#### นโยบายการดูแลระยะกลางของกระทรวงสาธารณสุข

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข (2561) กล่าวว่า การดูแลระยะกลาง หมายถึง การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional care) ระหว่างหลังภาวะวิกฤติหรือเฉียบพลัน (Acute conditions) และการดูแลที่บ้านหรือชุมชนโดยมีความเชื่อมโยงและต่อเนื่องกัน เป็นการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการคงที่แล้ว แต่ยังไม่คงที่ถึงกับจะสามารถดูแลโดยศักยภาพที่บ้านหรือชุมชน

โดยทั่วไปได้ดี ผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะกลางยังต้องการการดูแลทางการแพทย์พยาบาลหรือสหสาขาวิชาชีพในสถานพยาบาล (Intermediate bed หรือ Intermediate ward) โดยการดูแลหลัก ในช่วงนี้ไม่ต้องใช้แพทย์เฉพาะทาง หัตถการและเครื่องมือที่ซับซ้อนสามารถทำได้อย่างปลอดภัยในโรงพยาบาลชุมชน ทั้งนี้เป็นการดูแลในช่วงระยะเวลาหนึ่ง (ไม่เกิน 6 สัปดาห์หรือ 45 วัน)

เนื่องจากค่านิยมของการดูแลระยะกลางมีความหลากหลาย การให้คำจำกัดความที่กระทรวงสาธารณสุข กำหนดได้คำนึงถึงบริบทของปัญหาและระบบสุขภาพของไทย เลี่ยงความซ้ำซ้อน กับระบบบริการเดิมที่มีอยู่โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับชุมชน การเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเตียงและทรัพยากร หลักฐานทางวิชาการ บทเรียนจากต่างประเทศ และ Best practice ในประเทศ ความปลอดภัยของผู้ป่วย การยอมรับ (Acceptability) การเข้าถึงบริการโดยสะดวก เน้นเติมช่องว่างที่ขาดและความเชื่อมโยงกับระบบที่มีอยู่เดิม เช่น Community-based rehabilitation, ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หรือทีมหมอครอบครัว

กลุ่มเป้าหมายในระยะเริ่มต้นพัฒนา ปี 2560 จึงเริ่มต้นจาก กลุ่มผู้ป่วยหลังภาวะอัมพฤกษ์เฉียบพลัน (Post-acute stroke) ภาวะบาดเจ็บทางสมองและไขสันหลัง รวมถึงกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นปัญหาของพื้นที่ทั้งบริบทด้านการบริหารจัดการและความต้องการของผู้ป่วย ซึ่งจะสามารถบรรเทาได้ด้วยแผนการดูแลและกิจกรรมในการดูแลระยะกลาง ซึ่งการให้บริการการดูแลระยะกลาง หมายถึง มีบริการครบองค์ประกอบดังนี้

- 1) มีการจัดตั้งคณะทำงาน ที่ทำหน้าที่ ในการพัฒนาระบบบริการ Intermediate Care
- 2) มีการจัดสถานที่ปรับปรุงสิ่งแวดล้อมและอาคารให้เหมาะสมเพื่อรองรับการดูแลผู้ป่วย Intermediate care โดยมี Intermediate corner/beds/ward ในโรงพยาบาล
- 3) มีการดำเนินงานและทำกิจกรรมตามแผนฯหรือคู่มือดำเนินงาน
- 4) มีแนวทางในการประสาน และการคำปรึกษา และการส่งต่อในกรณีฉุกเฉิน กับแม่ข่าย และเครือข่าย

5) มีระบบการส่งผู้ป่วยกลับที่เชื่อมโยงอย่างชัดเจนกับระบบปฐมภูมิหรือระบบการดูแลในชุมชน เช่น มีการประสานงานกับ Care manager หรือ PCC ก่อนจำหน่ายผู้ป่วย

ดังนั้นการดูแลระยะกลาง จึงมีจุดประสงค์เพื่อ

- 1) ลดความแออัดของโรงพยาบาลศูนย์หรือ Acute care settings
- 2) พนฟูสมรรถนะและลดภาวะแทรกซ้อน เช่น Intensive rehabilitation
- 3) ลดการกลับเขารักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคเดิมหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคเดิม
- 4) เพิ่มประสิทธิภาพการบริหารจัดการเตียง (Bed utility) ในระดับจังหวัดหรือเขต
- 5) เพิ่มทักษะในการดูแลตนเองในผู้ป่วยและผู้ดูแล
- 6) เชื่อมโยงแผนการดูแลและการดูแลสุขภาพในชุมชนและที่บ้าน

ปี 2561 กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

- 1) กลุ่มผู้ป่วยหลังภาวะอัมพฤกษ์เฉียบพลัน (Post-acute stroke)
- 2) กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บทางสมองและไขสันหลัง
- 3) กลุ่มผู้ป่วยที่เป็นปัญหาของพื้นที่และต้องการการดูแลระยะกลาง เช่น กลุ่มผู้ป่วยที่มี BOR และมีความเสี่ยง Re-admission สูง, กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการฟื้นฟูแบบ Intensive rehabilitation, กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการการประเมินแบบองค์รวมและฟื้นฟู สมรรถนะ และกลุ่มผู้สูงอายุ

### การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลระยะกลาง

#### ความหมาย

จเร วิชชาไทย และคณะ (2552) กล่าวว่า การดูแลระยะกลาง เป็นการเตรียมและฟื้นฟูผู้ป่วยที่พ้นระยะที่ต้องการดูแลทางการแพทย์ที่มีความรุนแรง (Acute care) แต่ยังมีปัญหาที่ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้สามารถกลับไปดำรงชีวิตประจำวันที่บ้านโดยไม่เป็นภาระแก่ญาติ/ครอบครัวมากเกินไป และช่วยป้องกันไม่ให้เกิดความพิการอย่างถาวรโดยไม่จำเป็น เนื่องจากการได้รับบริการระยะกลางที่ไม่มีคุณภาพและ/หรือไม่เพียงพอ

ลัดดา ดำริการเลิศ (2552) กล่าวว่า การดูแลระยะกลาง คือ การดูแลระยะที่เรียกว่า down step ลงมา หรือระยะที่ลงมาอีกขั้นหนึ่ง หลังจากระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน คือการดูแลผู้ป่วยที่หายจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันแล้วเตรียมตัวที่จะกลับบ้าน และต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องที่จะกลับไปดูแลที่บ้าน ซึ่งการดูแลต่อเนื่องก็คือการฟื้นฟูสภาพร่างกาย และการเตรียมความพร้อมผู้ดูแล เพื่อสามารถรับมือในการดูแลที่บ้านได้

Young (2009) กล่าวว่า การดูแลระยะกลาง คือ การดูแลผู้ป่วยที่พ้นจากระยะวิกฤติแต่ยังจำเป็นต้องได้รับการดูแลและการพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพให้สามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเอง และลดภาระการพึ่งพาผู้ดูแล

NHS Benchmarking Network (2015) กล่าวว่า การดูแลระยะกลาง เป็นการดูแลที่จัดให้สำหรับผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล หรือเมื่อต้องย้ายจากที่หนึ่งไปสู่อีกที่หนึ่ง หรือจากโรงพยาบาลสู่บ้านหรือไปยังสถานพยาบาลอื่น

#### รูปแบบการดูแลระยะกลาง

การพัฒนาระบบบริการระยะกลาง ในประเทศอังกฤษ ภายใต้ระบบ National Health System (NHS) มีการพัฒนาเชิงระบบด้านการแพทย์และสังคม ซึ่งส่วนมากเป็นการตอบสนองความต้องการระดับท้องถิ่นจนได้กำหนดเป็นความหมายบริการระยะกลาง (Intermediate care) (London Borough of Barking and Dagenham, 2010 อ้างถึงใน สุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2552) โดยมีเกณฑ์ ดังนี้

1. เป็นบริการที่ช่วยลดการนอนโรงพยาบาลโดยไม่จำเป็น และลดจำนวนผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะยาว (Long term care) ที่เกิดขึ้นโดยไม่จำเป็น
2. มีแผนการให้บริการเป็นรายบุคคล มีเป้าหมาย และกำหนดการดูแลบริการผู้ป่วยอย่างครอบคลุมแบบองค์รวม
3. ในเป้าหมายต้องระบุให้ผู้ป่วยมีความสามารถ และทักษะในการดำรงชีวิตอย่างอิสระให้มากที่สุด
4. ช่วงระยะเวลาให้บริการชัดเจน โดยกำหนดเกณฑ์ระยะการดูแลไว้ไม่เกิน 6 สัปดาห์
5. มีการประเมินความต้องการซ้ำหากมีความต้องการการดูแลต่อต้องกำหนดเป้าหมายต่อ และให้บริการจนให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลหรือญาติสามารถช่วยเหลือตนเองได้

#### **หลักการและแนวคิดของการดูแลผู้ป่วยระยะกลาง (สุวิณี วิวัฒน์วานิช, 2552)**

1. จะเน้นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม
2. ให้ความสำคัญในการดูแลมากกว่าการรักษา
3. การให้การดูแลภายในบ้านหรือสถานบริการใกล้บ้านผู้ป่วย หรือในสถานที่ๆ คล้ายบ้าน
4. ให้ความสำคัญกับการจัดการการเข้าถึงของคนไข้และครอบครัว ความสะดวกสบาย
5. การให้การดูแลต่อเนื่อง
6. การให้ความสำคัญกับการประเมินแบบองค์รวม การประเมินซ้ำที่ทันเวลา
7. ข้อมูลเกี่ยวกับคนไข้ที่ครอบคลุมจากทีมสหวิชาชีพ
8. เน้นการจัดการวางแผนที่จะส่งผู้ป่วยกลับบ้านโดยเร็วที่สุด
9. เน้นการลดจำนวนการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำโดยไม่จำเป็น
10. การได้รับการประเมินและได้รับการดูแลได้ทันท่วงทีก่อนที่จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

เดิมการดูแลระยะกลางของไทยมีการพัฒนาในระดับชุมชน มีความก้าวหน้าขึ้นในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีสัญญาณบวกที่ดีหลายประการ เช่น หลายโรงพยาบาลชุมชนมีการจ้างนักกายภาพบำบัดให้บริการที่หน่วยบริการและออกไปให้บริการในชุมชน และที่บ้านของผู้ป่วย มีการใช้แพทย์แผนไทย และหรือศาสตร์แพทย์ทางเลือกผสมผสานให้บริการเพื่อฟื้นฟูผู้ป่วย แต่ส่วนใหญ่ยังใช้ฐานของสถานพยาบาลรุดออกไปเพื่อจัดบริการ การพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูในชุมชนมีความก้าวหน้าขึ้น ส่วนหนึ่งเป็นผลพวงจากการดำเนินนโยบายระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ที่ใช้เงินกองทุนฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการสนับสนุนหน่วยบริการ และองค์กรคนพิการในชุมชนพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสภาพ ขณะที่ระบบบริการด้านสังคมกลุ่มเป้าหมายยังเป็นคนพิการ มีการใช้ฐานชุมชนในการพัฒนา เช่น ทำงานร่วมกับองค์กรคนพิการ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครในชุมชน

นอกจากนี้ ยังมีความพยายามในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในพื้นที่โรงพยาบาลชุมชนต่างๆ เช่น โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้นำเสนอประสบการณ์ของโรงพยาบาลชุมชนในการดูแลผู้ป่วยกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate care) โดยจากประสบการณ์พัฒนาบริการปฐมภูมิของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ (สิริชัย นามทรงศนีย์, 2554) พบว่าทีมฟื้นฟูเชิงรุกของโรงพยาบาลชุมชน อันประกอบไปด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และทีมสุขภาพชุมชน(รพ.สต.) ที่ทำงานด้วยกระบวนการดูแลที่บ้าน (home health care) เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจุบันการดูแลระยะกลาง ได้ถูกกำหนดเป็นนโยบายสำคัญของโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลในฐานะกำลังสำคัญในการผลักดันนโยบายสำคัญ จึงต้องมีการกำหนดบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย ลดภาวะแทรกซ้อน และการกลับมาอนงค์ที่โรงพยาบาล รวมทั้งยังเป็นการเพิ่มทักษะการดูแลของผู้ป่วยและผู้ดูแล เชื่อมโยงแผนการดูแลและการดูแลสู่การดูแลในชุมชนและที่บ้าน

### 3.4 การประเมินการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลชุมชน

การพัฒนาคุณภาพระบบงานและการดูแลผู้ป่วย เป็นกระบวนการทำงานเพื่อให้สามารถส่งมอบคุณค่าที่ผู้รับบริการต้องการ ภายใต้บริบทของตนเอง เกิดวัฒนธรรมคุณภาพ วัฒนธรรมความปลอดภัย และวัฒนธรรมการเรียนรู้ในองค์กร นำไปสู่องค์กรที่ประสบความสำเร็จอย่างยั่งยืนตามเป้าหมายของประเทศไทย 4.0 ซึ่งในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพผ่านกระบวนการเรียนรู้ มีวิธีการหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สุนทรียสนทนา การใช้ตัวตามรอย การติดตามตัวชีวิต หรือการรับฟังประสบการณ์ผู้ป่วย (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน), 2560) ส่วนการประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลจากสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (สรพ.) ที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลชุมชน มี 2 มาตรฐานสำคัญ ได้แก่ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ และมาตรฐานระบบสุขภาพระดับอำเภอ โดยมีรายละเอียด ดังนี้ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน), 2560)

**3.4.1 มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ (Hospital and healthcare standards)** เป็นมาตรฐานที่ใช้ประเมินโรงพยาบาลทุกระดับ ซึ่งเดิมใช้ “มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับเฉลิมพระเกียรติฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี” และตั้งแต่วันที่ 1 กรกฎาคม 2561 จะเริ่มประกาศใช้มาตรฐานฉบับที่ 4 แทนซึ่งถูกปรับปรุงขึ้นใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับความก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ รวมทั้งแนวคิดในการบริหารองค์กร การบริหารคุณภาพและความปลอดภัย ซึ่งข้อกำหนดของมาตรฐาน มีรายละเอียดสำคัญที่เปลี่ยนแปลง ดังนี้ (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์กรมหาชน), 2560)



1) การวัด การวิเคราะห์และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลงานขององค์กร วัดผลการดำเนินการ องค์กรเลือกและใช้ข้อมูลจากเสียงของผู้ป่วย/ผู้รับผลงานอื่น เพื่อสร้างวัฒนธรรมที่มุ่งคนเป็น ศูนย์กลาง องค์กรเลือกใช้มูลเชิงเปรียบเทียบที่เหมาะสม เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจโดยอิงข้อเท็จจริง องค์กรระบุหน่วยงานหรือหน่วยปฏิบัติการที่มีผลงานดี ระบุแนวทางการปฏิบัติที่ดีเพื่อแลกเปลี่ยน และนำไปปฏิบัติในส่วนอื่นๆ ขององค์กร

2) การกำกับดูแลวิชาชีพด้านการพยาบาล มีการประเมินการบรรลุเป้าหมายของ การปฏิบัติการพยาบาลในองค์ประกอบด้านความปลอดภัยของผู้ป่วย การบรรเทาความทุกข์ทรมาน การได้รับข้อมูลและการเรียนรู้ของผู้บริการ ความสามารถในการดูแลตนเอง การเสริมพลัง ความพึงพอใจ และนำผลการประเมินไปใช้ในการปรับปรุงปฏิบัติการพยาบาล

2) การเข้าถึงและเข้ารับบริการ มีการประสานงานที่ดีระหว่างองค์กรกับหน่วยงานที่ส่ง ผู้ป่วยมา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อในระยะเวลาที่เหมาะสมและปลอดภัย ผู้ป่วยได้รับการคัดแยก (triage) ภายในระยะเวลาอันรวดเร็ว ผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลฉุกเฉินหรือเร่งด่วนได้รับการ ดูแลรักษาเป็นอันดับแรก โดยเจ้าหน้าที่ที่มีศักยภาพและอุปกรณ์เครื่องมือที่เหมาะสม

3) การประเมินผู้ป่วย การประเมินแรกรับของผู้ป่วยแต่ละรายประกอบด้วย ประวัติ สุขภาพ การตรวจร่างกาย การรับรู้ความต้องการของตนโดยตัวผู้ป่วยเอง ความชอบส่วนบุคคลของผู้ป่วย การประเมินปัจจัยด้านจิตใจ สังคม วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ

4) การดูแลต่อเนื่อง องค์กรระบุกลุ่มผู้ป่วยสำคัญที่ต้องใช้ขั้นตอนการจำหน่ายและการส่ง ต่อผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษเพื่อให้มั่นใจในผลการส่งต่อที่ทันเวลาและปลอดภัย

5) ผลด้านการดูแลสุขภาพองค์กรแสดงให้เห็นระดับปัจจุบันและแนวโน้มของตัวชี้วัด สำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพและสถานะสุขภาพของกลุ่มผู้รับบริการที่สำคัญ ประชากรในชุมชน และบุคลากรขององค์กร

นอกจากนี้ยังมีการเปลี่ยนแปลงในมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพอีกหลาย ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการนำองค์กร และมาตรฐานของแต่ละระบบงานสำคัญ เช่น ระบบยา การ ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ เป็นต้น โดยสรุปจะเห็นว่าในการประเมินการพัฒนาคุณภาพ โรงพยาบาล มีประเด็นที่โรงพยาบาลต้องมีการพัฒนา ได้แก่ การเลือกใช้มูลเชิงเปรียบเทียบที่ เหมาะสม การระบุแนวทางการปฏิบัติที่ดีเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ภายในองค์กร การประสานหน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้รวดเร็ว ปลอดภัย การประเมินผู้ป่วยครอบคลุม ด้านจิตใจ สังคม วัฒนธรรม จิตวิญญาณ และเศรษฐกิจ มีการระบุผู้ป่วยที่ต้องใช้ขั้นตอนการจำหน่าย และการส่งต่อผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษ รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์ของวิชาชีพพยาบาลต้องครอบคลุมการ ปฏิบัติการและพฤติกรรมสุขภาพ

### 3.4.2 มาตรฐานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District health system standards)

มาตรฐานระบบสุขภาพระดับอำเภอมีทั้งหมด 10 หมวด ซึ่งแนวคิดและการจัดหมวดหมู่เป็นไปในลักษณะเดียวกับมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ แต่ในหัวข้อของแต่ละหมวด จะมีการเพิ่มเนื้อหาที่สะท้อนแนวคิดการสร้างสุขภาพที่ครอบคลุมตั้งแต่การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต สรพ. ใช้มาตรฐานนี้ในการประเมินโรงพยาบาล คือ การประเมินเพื่อเสริมพลังให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่ข้อแตกต่างสำคัญจากการประเมินรับรองโรงพยาบาล คือ การประเมินระบบสุขภาพระดับอำเภอจะมุ่งเป้าการประเมินไปที่การดูแลประชาชนที่อยู่ในอำเภอนั้นแบบองค์รวม มากกว่าการมุ่งไปที่กระบวนการดูแลรักษาพยาบาลโรคภัยไข้เจ็บเป็นรายโรค (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน), 2560)

1) การนำ ผู้นำเครือข่ายระบบสุขภาพระดับอำเภอร่วมกันกำหนดทิศทาง นโยบาย และเป้าประสงค์ของการพัฒนาระบบสุขภาพระดับอำเภอ ตลอดจนสร้างกลไกการสื่อสาร การประสานงาน การสนับสนุน และการกำกับติดตามงานที่มีประสิทธิภาพ

2) การบริหารแผนกลยุทธ์ ผู้นำเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอและทีมงานร่วมกันกำหนดกลยุทธ์และเป้าหมายการดำเนินงาน ที่ตอบสนองต่อทิศทาง นโยบาย และเป้าประสงค์ที่กำหนดไว้ มีการถ่ายทอดกลยุทธ์ลงสู่การปฏิบัติ และมีการติดตามผลการดำเนินงานเพื่อให้มั่นใจว่าการดำเนินงานบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้

3) การมุ่งเน้นผู้รับบริการ ประชาชนในพื้นที่ และกลุ่มผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญ เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอมีการรับรู้ความต้องการ ความคาดหวัง เสียงสะท้อนและข้อร้องเรียน ของผู้รับบริการ ประชาชนในพื้นที่ และกลุ่มผู้เกี่ยวข้องที่สำคัญ เพื่อนำมาใช้วางแผนและปรับปรุงให้ระบบสุขภาพระดับอำเภอมีคุณลักษณะที่ตอบสนองต่อความต้องการและความคาดหวังดังกล่าว

4) การจัดการความรู้ การวัดและวิเคราะห์ การวางระบบสารสนเทศและการสื่อสาร เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอมีการจัดการความรู้เพื่อนำความรู้จากประสบการณ์จริง และข้อมูลวิชาการมาขับเคลื่อนงานอย่างมีประสิทธิภาพ มีการวัดและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงการดำเนินงาน ตลอดจนมีการวางระบบสารสนเทศและการสื่อสารที่มีคุณภาพ

5) การมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคล บุคลากรของเครือข่ายมีความรู้ความสามารถและจำนวนที่เหมาะสม มีระบบงานและวัฒนธรรมการทำงานที่เอื้อต่อการให้บริการที่มีคุณภาพและการเสริมสร้างสุขภาพในชุมชน มีระบบการพัฒนาบุคลากร การประเมินผลงาน การยกย่องชมเชยและแรงจูงใจ ที่ส่งเสริมการสร้างผลงานที่ดี

6) การจัดการกระบวนการงาน มีการออกแบบ จัดการ และปรับปรุงกระบวนการงาน เพื่อให้งานบริการสุขภาพ ตลอดจนแผนงาน/ โครงการ บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ รวมทั้งมีการพัฒนาการบริหารจัดการเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของกระบวนการงาน

6.1) มีการพัฒนากระบวนการรักษาพยาบาลภายในหน่วยงาน และกระบวนการที่เชื่อมต่อไปยังชุมชนและบ้านผู้ป่วย เพื่อการพัฒนาคุณภาพของงานและเสริมสร้างความปลอดภัยของผู้ป่วย

6.2) มีการออกแบบกระบวนการของแผนงาน/ โครงการ เพื่อการสร้างสุขภาวะในชุมชน ที่สอดคล้องกับกลยุทธ์ที่เครือข่ายกำหนด

6.3) มีการนำกระบวนการที่ออกแบบไว้ไปปฏิบัติ และมีการกำหนดตัวชี้วัดสำคัญตลอดจนการนิเทศติดตามเพื่อควบคุมกระบวนการให้ดำเนินไปตามแผนที่วางไว้

6.4) มีการประเมินผลการปฏิบัติงานตามกระบวนการที่วางไว้ โดยเน้นการติดตามประเมินกระบวนการที่เป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างหน่วยงาน เช่น การเข้าถึงบริการ การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน และนำข้อมูลที่ได้มาเรียนรู้เพื่อการพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง

6.5) มีการวางระบบจัดการความเสี่ยง และมีการเรียนรู้เพื่อปรับปรุงกระบวนการที่จะช่วยป้องกันความผิดพลาดและเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ลดความสูญเสีย และเพิ่มประสิทธิภาพ

7) การเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพ มีการติดตามเฝ้าระวังโรคและภัยสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และดำเนินการสอบสวนควบคุมโรคไม่ให้เกิดการแพร่ระบาด

8) การทำงานกับชุมชน เครือข่ายทำงานร่วมกับชุมชนในการจัดบริการสุขภาพและเสริมสร้างสุขภาวะในชุมชนตลอดจนเสริมสร้างการมีส่วนร่วมและการพัฒนาศักยภาพของชุมชนอย่างต่อเนื่อง จนชุมชนมีความสามารถในการเป็นเจ้าภาพร่วมในการพัฒนาสุขภาพ

9) กระบวนการดูแลผู้ป่วย มีการจัดกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ โดยคำนึงถึงมาตรฐานวิชาชีพ ความปลอดภัย การเข้าถึง การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งพัฒนาการดูแลที่เน้นความเป็นองค์รวมและมุ่งไปสู่การสร้างสุขภาวะ

10) ผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ เครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอสรุปผลสัมฤทธิ์ตามตัวชี้วัดหรือเกณฑ์การประเมินเชิงคุณภาพที่เครือข่ายร่วมกันกำหนด วิเคราะห์ปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดผลสัมฤทธิ์ และโอกาสในการพัฒนาผลสัมฤทธิ์ให้ดียิ่งขึ้นในอนาคต

จะเห็นว่าในมาตรฐานหมวดที่ 6 กระบวนการทำงาน โรงพยาบาลชุมชนต้องมีการพัฒนากระบวนการทั้งการรักษาพยาบาลภายในหน่วยงาน และเป็นจุดเชื่อมต่อบริการสุขภาพระหว่างหน่วยงานและชุมชนของการเข้าถึงบริการ การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน

สรุป สืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงสำคัญดังกล่าว ส่งผลต่อขอบเขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลชุมชนในหลายประเด็น ทั้งในด้านการจัดการโรคเรื้อรัง ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้านหุ้นส่วนสุขภาพ ด้านผู้จัดการการดูแล และด้านการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงในยุคประเทศไทย 4.0

#### 4. บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน

##### 4.1 ความหมายบทบาท

รุจา ภูไพบูลย์ (2541) กล่าวว่า บทบาทเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกตามบรรทัดฐานและตามความคาดหวังของสังคม หรือตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น แต่ละบุคคลก็จะแสดงแตกต่างกันไป หรือในขณะเดียวกันบุคคลเพียงคนเดียวอาจจะแสดงได้หลายบทบาท ดังนี้

1) การแสดงบทบาท (Role behavior) หมายถึงสิ่งที่บุคคลแสดงบทบาทตามที่สังคมความหวังไว้ โดยพฤติกรรมหรือการแสดงบทบาทนี้เป็นผลจากอิทธิพลทางสังคมและจากสิ่งแวดล้อมหล่อหลอมพฤติกรรมออกมาตามที่สังคมต้องการให้เป็นแบบอย่างของบทบาท (Role model) แล้วเกิดการยอมรับและต้องการทำตาม ซึ่งทำให้เกิดการแสดงบทบาทที่เหมาะสมจะเกิดขึ้นได้ทั้งในครอบครัว ชุมชน สังคม

2) ผู้ปฏิบัติบทบาท (Role occupant) หมายถึง บุคคลที่เป็นผู้ถือตำแหน่งของบทบาทตามโครงสร้างของสังคมที่ได้รับมอบหมาย

3) บทบาทที่คาดหวัง (Role expectation) หมายถึง บทบาทที่แสดงตามบรรทัดฐานที่สังคมกำหนดตามตำแหน่งที่ดำรงอยู่

4) คู่บทบาท (Role partner) หมายถึง บุคคลที่มีบทบาท ตรงกันข้ามกับผู้ปฏิบัติบทบาท โดยแต่ละฝ่ายต้องมีการพึ่งพาอาศัยกัน เช่น บิดา มารดา และบุตรเป็นคู่บทบาทซึ่งกันและกัน เนื่องจากมีพฤติกรรมบทบาทซึ่งต้องพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน

5) ความสามารถในการแสดงบทบาท (Role competency) หมายถึง ความสามารถของแต่ละบุคคลที่ดำรงอยู่ได้เหมาะสม ตามความคาดหวังของสังคม และบุคคลรอบข้าง

เรณู สอนเครือ (2549) กล่าวว่า บทบาท หมายถึง การแสดงพฤติกรรมหรือการประพฤติปฏิบัติของบุคคลตามสิทธิและหน้าที่ในสถานภาพของตนที่มีอยู่ให้เป็นไปตามความคาดหวังของบุคคลในสังคมและตัวผู้แสดงบทบาทเอง โดยบทบาทนั้นจะควบคู่กับตำแหน่งที่บุคคลดำรงอยู่

Biddle (1979) กล่าวว่าบทบาทเป็นพฤติกรรมมีการกระทำในหน้าที่ที่มีจำนวนมาก โดยความเข้าใจในบทบาท บุคคลจะกระทำบทบาทของตนเพราะมีความต้องการและเห็นดีด้วยในหน้าที่ที่จะต้องกระทำให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สรุปได้ว่า บทบาทการกระทำตามหน้าที่ที่ปฏิบัติอยู่ตามตำแหน่งหน้าที่ หรือกระทำตามความคาดหวังของตนเองหรือสังคม โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้เพื่อแสดงพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์

#### 4.2 แนวคิดบทบาทพยาบาล

การพยาบาล เป็นบริการเชิงวิชาชีพที่มีข้อผูกพันกับสังคมและผู้ใช้บริการ ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ กว้างขวางและหลากหลาย เพื่อให้เหมาะสมสอดคล้องกับความคาดหวังของวิชาชีพและสังคม ในการปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพนั้น ถูกกำหนดขึ้นจากกรอบแนวคิดทางการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล และยังต้องพัฒนากระบวนการพยาบาลที่ปฏิบัติให้เป็นไปตามมาตรฐาน เป้าหมายคุณภาพ กฎหมายการประกอบวิชาชีพและจรรยาบรรณวิชาชีพ (ฟาริดา อิบราฮิม, 2542) นอกจากนี้การพยาบาลที่จัดให้กับประชาชน ยังต้องมีความสอดคล้องกับนโยบายสุขภาพหรือปัญหา สาธารณสุขของแต่ละพื้นที่อีกด้วย (กิริดา ไกรนุวัตร, 2551)

ฟาริดา อิบราฮิม (2535) กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพว่า พยาบาลต้องแสดงบทบาทของตนทั้งที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ กับผู้ร่วมงานและบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องให้เหมาะสม ดังนี้

1) บทบาทผู้ให้การดูแลพยาบาล จะให้การดูแลตามแผนการรักษาที่กำหนด เพื่อประเมินปัญหาของผู้รับบริการ และตอบสนองความต้องการพื้นฐานทางการพยาบาล ภายใต้การตัดสินใจในการปฏิบัติอย่างเหมาะสม

2) บทบาทครู พยาบาลมีหน้าที่ให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม พยาบาลต้องประเมินความพร้อมและความพร้อมเพื่อการเรียนรู้ วางแผนการสอน ผู้รับบริการและครอบครัว

3) บทบาทผู้ให้การปรึกษาหารือ การปรึกษาเป็นกระบวนการช่วยเหลือเพื่อการตระหนักในภาวะเครียดและปรับตัวได้เหมาะสม พยาบาลต้องมีทักษะการสื่อสาร มีความเป็นผู้นำเพียงพอที่จะวิจารณ์สถานการณ์ สังเคราะห์ข้อมูลและประสบการณ์ที่ผ่านเข้ามาตลอดจนประเมินผลความก้าวหน้า

4) บทบาทผู้นำ พยาบาลมีความสามารถที่จะทำให้บุคคลอื่นเชื่อถือและปฏิบัติให้เป็นไปตามเป้าหมายสุขภาพดี มีการใช้อำนาจที่เหมาะสม สามารถนำแนวคิดเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงเข้ามาใช้แก้ไขสถานการณ์ และพัฒนาประสิทธิภาพของงาน

5) บทบาทผู้จัดการ ในการปฏิบัติการพยาบาลในหอผู้ป่วย พยาบาลต้องทำหน้าที่บริหารพร้อมกันไปทั้งด้านการบริหารคน บริหารการพยาบาล บริหารสภาพแวดล้อมและยังต้องพัฒนาวิชาชีพโดยมุ่งเน้นการวิจัยทางการพยาบาล

6) บทบาทผู้ร่วมงานพยาบาลต้องทำงานเป็นทีมสุขภาพ จึงต้องมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเรียนรู้งานและเทคโนโลยีที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับผู้รับบริการทั้งหมด

7) บทบาทผู้ปรึกษาและขอคำปรึกษา ในกรณีที่ผู้รับบริการ ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ พยาบาลสามารถหาแหล่งให้ความช่วยเหลือที่เหมาะสมแก่ผู้รับบริการได้

8) บทบาทผู้เปลี่ยนแปลง พยาบาลสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการหรือสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ใช้บริการทั้งที่บ้านและที่โรงพยาบาล

9) บทบาทผู้แทนผู้รับบริการ พยาบาลอาจต้องเป็นคนกลางระหว่างผู้รับบริการครอบครัว และแพทย์ เพราะพยาบาลทราบข้อมูลและปัญหาของผู้รับบริการทั้งหมดสามารถช่วยให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่รวดเร็วปลอดภัย

10) บทบาทผู้ประสานด้านศาสนาและวัฒนธรรม พยาบาลต้องเรียนรู้ลักษณะวัฒนธรรมและศาสนาของผู้รับบริการ เพื่อนำไปวางแผนการพยาบาลให้สอดคล้องกับการปรับเปลี่ยนให้เข้ากับระบบความเชื่อของผู้ใช้บริการ

กองการพยาบาล (2539) ได้กำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลไว้ดังนี้

1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ใช้ความรู้และทักษะขั้นพื้นฐานในการให้การพยาบาลโดยตรงแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในหอผู้ป่วย หรือหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง โดยใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อการวางแผนและให้การพยาบาลแบบองค์รวม ให้ความร่วมมือในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการขอคำปรึกษาและขอความช่วยเหลือจากบุคลากรในทีมสุขภาพตามความจำเป็นได้อย่าง เหมาะสมและเป็นแบบอย่างที่ดีในการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ

1.1 ใช้ความรู้ทางศาสตร์การพยาบาลและศาสตร์ที่เกี่ยวข้องในการประเมินปัญหา ให้การวินิจฉัย วางแผน ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งผู้ป่วยที่เกิดปัญหาฉุกเฉินได้อย่างปลอดภัย

1.2 ประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ จัดเตรียมผู้ป่วยเพื่อรับการตรวจทั่วไปและตรวจพิเศษต่างๆ รวมทั้งให้การพยาบาลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในสถานการณ์ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม

1.3 มีส่วนร่วมในการประชุมปรึกษาหารือ/ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยในหน่วยงานที่ปฏิบัติ

1.4 เฝ้าสังเกต วิเคราะห์อาการและการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ดำเนินการปรึกษาพยาบาลวิชาชีพในระดับสูง หรือพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ หรือทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาที่ก่อนที่จะเข้าสู่ภาวะวิกฤตหรือมีปัญหาซับซ้อนตามมา

1.5 ควบคุมดูแลสิ่งแวดล้อมให้อื้อต่อการดูแล และเหมาะสมที่จะเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติของนักศึกษาในทีมสุขภาพทุกระดับ รวมถึงการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคตามหลักการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อกำหนด

1.6 ร่วมประชุมปรึกษาหารือกับบุคลากรภายในหอผู้ป่วยหรือในทีมสุขภาพ เพื่อประเมินปัญหาและร่วมหาแนวทางในการแก้ไขเพื่อพัฒนาคุณภาพของการดูแลอย่างต่อเนื่อง

1.7 จัดเตรียมและตรวจสอบอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นในการรักษาพยาบาลให้อยู่ในสภาพที่พร้อมจะใช้ได้ตลอดเวลา

1.8 สอนและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

1.9 ปฏิบัติตามแผนจำหน่าย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตปกติกับครอบครัวได้เร็วที่สุด หรือปฏิบัติตามกิจกรรมที่หัวหน้าทีมมอบหมาย

1.10 มีส่วนร่วมในการควบคุมคุณภาพของการพยาบาลในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานที่ปฏิบัติ โดยใช้มาตรฐานการพยาบาลและคู่มือในการปฏิบัติการพยาบาลต่างๆ

1.11 ให้คำแนะนำและช่วยเหลือเจ้าหน้าที่ด้านการพยาบาลที่อยู่ในความรับผิดชอบในการแก้ปัญหา เพื่อควบคุมคุณภาพของการพยาบาลในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานที่ปฏิบัติ

2) ด้านการบริหารจัดการ มีส่วนร่วมในการบริหารจัดการการดูแลภายในหอผู้ป่วยหรือหน่วยงานเพื่อประกันคุณภาพของการให้บริการ

2.1 มีส่วนร่วมในการสร้างทีมการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยและ ครอบครัว

2.2 มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหา และแก้ไขอุปสรรคที่เกิดจากบุคคล สิ่งแวดล้อม และกระบวนการทำงาน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2.3 มีส่วนร่วมในโครงการต่างๆที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยในหน่วยงานที่ปฏิบัติ

2.4 ประเมินผลการทำงานภายในหอผู้ป่วย หรือหน่วยงาน และให้ข้อมูลที่เป็น ประโยชน์ในการพัฒนาหอผู้ป่วย หรือหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง

2.5 ร่วมประชุมปรึกษาหารือกับผู้บริหารทางการพยาบาล เพื่อประเมินคุณภาพของการให้บริการพยาบาลในหอผู้ป่วย หรือหน่วยงาน

2.6 มีส่วนร่วมในกิจกรรมของโรงพยาบาล หรือองค์กรวิชาชีพ

3) ด้านวิชาการ มีส่วนร่วมในการพัฒนาวิชาการให้แก่บุคลากรทางการพยาบาล ให้ความรู้แก่ผู้ให้บริการ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการวิจัยและนำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล

สมจิต หนูเจริญกุล (2544) กล่าวถึง บทบาทที่สำคัญของพยาบาล มีดังต่อไปนี้

1) เป็นผู้ดูแลเอาใจใส่ (Care Provider) การดูแลเอาใจใส่และให้ความสุขสบายรวมไปถึง กิจกรรมการรักษาไว้ซึ่งเกียรติยศและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ผู้รับบริการ การดูแลเอาใจใส่ของพยาบาลนั้น จะต้องอาศัยความรู้ ความไวต่อความรู้สึกนึกคิดและปัญหาของผู้ป่วย ผู้รับบริการด้วย แม้ว่าบทบาทนี้จะให้ความหมายเฉพาะเจาะจงได้ค่อนข้างยาก แต่เป้าหมายที่สำคัญของบทบาทนี้คือ การสื่อให้ผู้ป่วย ผู้รับบริการได้เข้าใจว่าอะไรคือสิ่งสำคัญสำหรับเขา และเพื่อเป็นการสนับสนุนผู้ป่วย ผู้รับบริการ ซึ่งพยาบาลกระทำโดยการแสดงให้เห็นถึงความห่วงใยในสวัสดิภาพของเขา และยอมรับเขาในฐานะ บุคคลไม่ใช่เป็นวัตถุสิ่งของ

2) เป็นผู้ติดต่อสื่อสารและผู้ช่วยเหลือ (Community/helper) การติดต่อสื่อสารที่มี ประสิทธิภาพเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับวิชาชีพที่ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น ซึ่งรวมถึงการปฏิบัติกิจกรรม การพยาบาลด้วยการติดต่อสื่อสารจะช่วยในการสร้างความไว้วางใจ และรักษาไว้ซึ่งสัมพันธภาพ ระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ พยาบาลกับสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย พยาบาลกับเพื่อนร่วมงาน ต้องมีทักษะการติดต่อสื่อสาร การรู้จักรับฟัง ทักษะในการตอบสนองและวิธีการสร้างสัมพันธภาพเชิง ช่วยเหลือบำบัด การติดต่อสื่อสารจะช่วยเอื้อต่อการปฏิบัติในทุกกิจกรรมการพยาบาล

3) การเป็นผู้ฝึกสอน (Teacher) การสอน หมายถึง กิจกรรมที่ผู้สอนช่วยเหลือให้ผู้เรียนได้ เรียนรู้ เป็นกระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนและผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตามที่ต้องการ จุดเน้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมส่วนหนึ่งเกิดจากการได้รับความรู้และทักษะ ใหม่ๆ กระบวนการสอนประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การประเมิน การวางแผน การนำแผนไป ปฏิบัติ และการประเมินผล ซึ่งเหมือนกับกระบวนการพยาบาล ในระยะของการประเมินพยาบาล จะต้องหาความต้องการและความพร้อมในการเรียนรู้ ในระยะวางแผนจะต้องวางเป้าหมายการเรียนรู้ และวิธีการสอน ในระยะปฏิบัติเป็นการดำเนินการตามกลวิธี และระยะประเมินผลจะต้องวัดการ เรียนรู้ของผู้ป่วยและผู้รับบริการ

4) การเป็นที่ปรึกษา (Counselor) การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้รับบริการ ให้ตระหนักถึงปัญหาที่ก่อให้เกิดความเครียดและการเผชิญกับความเครียด เพื่อพัฒนา และปรับปรุงสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและส่งเสริมความเจริญงอกงามส่วนบุคคล การให้คำปรึกษา รวมถึงการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จิตใจและสติปัญญา พยาบาลให้คำปรึกษากับคนที่สุขภาพดี ที่ อาจมีความยากลำบากในการปรับตัวตามปกติ และพยาบาลเน้นการช่วยเหลือบุคคล พัฒนาความรู้สึก และพฤติกรรมใหม่มากกว่าการส่งเสริมพัฒนาทางด้านสติปัญญา กระตุ้นผู้ป่วย ผู้รับบริการให้มอง หาทางเลือก รู้จักเลือกพฤติกรรมที่มีผลดีกับสุขภาพ และพัฒนาความสามารถในการควบคุมตนเอง และดูแลตนเอง ซึ่งการให้คำปรึกษานี้อาจจะให้เป็นรายบุคคลหรือกลุ่ม และต้องใช้ทักษะในการ ติดต่อสื่อสารเชิงบำบัด พยาบาลต้องเป็นผู้นำที่มีทักษะในการวิเคราะห์สถานการณ์สังเคราะห์ข้อมูล



ข่าวสารและประสบการณ์ และประเมินความก้าวหน้าของบุคคลและกลุ่ม ต้องเป็นแบบอย่างในพฤติกรรมที่ต้องการ เช่น พฤติกรรมที่ก่อให้เกิดสุขภาพดี ต้องมีความจริงจังในการช่วยเหลือคนอื่น และแสดงให้เห็นให้ผู้ป่วย ผู้รับบริการเห็นว่าพยาบาลมีความสนใจและเอื้ออาทร พยาบาลผู้นำกลุ่มต้องมีจิตใจเปิดกว้างเพื่อการรับข้อมูลและเข้าใจสถานการณ์ของผู้รับคำปรึกษา เป็นผู้ที่ยืดหยุ่น มีอารมณ์ขันเพื่อสามารถติดต่อกับบุคคลที่มีประสบการณ์มาหลากหลาย

5) การเป็นผู้พิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการ (Advocator) หมายถึง การเป็นผู้พิทักษ์สิทธิของผู้ใช้บริการ ได้รับบริการที่ดีมีคุณภาพและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วย รู้จักติดต่อและเจรจาต่อรองกับเจ้าหน้าที่อื่นๆ ในระบบบริการสุขภาพในสิทธิของตนเอง

6) การเป็นผู้นำความเปลี่ยนแปลง (Change agent) ผู้นำการเปลี่ยนแปลงอาจเป็นบุคคลหรือกลุ่มที่ริเริ่มการเปลี่ยนแปลงหรือช่วยเหลือให้บุคคลเปลี่ยนแปลงตนเอง หรือเปลี่ยนแปลงระบบ ผู้นำการเปลี่ยนแปลงเป็นผู้ที่แยกแยะปัญหา ประเมินแรงจูงใจและความสามารถของผู้ป่วย ผู้ใช้บริการ กำหนดทางเลือกผลลัพธ์ที่เป็นไปได้ จากทางเลือกเหล่านั้น ประเมินแหล่งประโยชน์ กำหนดบทบาทการช่วยเหลือ ตระหนักวัฏจักรระยะของการเปลี่ยนแปลงและชี้แนะผู้ป่วย ผู้รับบริการให้ผ่านระยะต่างๆ เหล่านี้ การส่งเสริมการเปลี่ยนแปลงเป็นบทบาทสำคัญในการให้การบำบัดทางการพยาบาล พยาบาลใช้กระบวนการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้รับบริการ ในการวางแผนเป้าหมาย ดำเนินการและคงไว้ซึ่งความเปลี่ยนแปลงทั้งความรู้ ทักษะ ความรู้สึกและเจตคติที่จะส่งเสริมปกป้องสุขภาพ ตลอดจนการดูแลและฟื้นฟูสุขภาพตนเองเมื่อเจ็บป่วย

7) การเป็นผู้นำ (Leader) บทบาทของการเป็นผู้นำสามารถนำไปใช้ในระดับต่างๆ ที่หลากหลายทั้งบุคคล ครอบครัว กลุ่ม และชุมชน หรือสังคมที่ใหญ่ขึ้น ในระดับที่ใช้กับผู้ป่วย ผู้รับบริการ ภาวะผู้นำการพยาบาล หมายถึง กระบวนการสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลซึ่งในกระบวนการนี้พยาบาลช่วยเหลือผู้ป่วย ผู้รับบริการ ในการตัดสินใจกำหนดเป้าหมายและหาแนวทางการบรรลุเป้าหมายเพื่อปรับปรุงสุขภาพและสวัสดิภาพ ภาวะผู้นำเป็นตัวกำหนดการปฏิบัติเชิงวิชาชีพเป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนข้อมูลความคิดเห็น ประสบการณ์ระหว่างบุคคล ภาวะผู้นำเป็นความพยายามที่จะชักจูงคนอื่น เป้าหมายของภาวะผู้นำแตกต่างกันในแต่ละระดับที่นำไปใช้และรวมถึงการปรับปรุงภาวะสุขภาพของบุคคลและครอบครัว การเพิ่มประสิทธิภาพและความพึงพอใจในหมู่พยาบาลที่ให้การดูแลและปรับปรุงเจตคติและความคาดหวังของประชาชนต่อวิชาชีพการพยาบาล เป็นต้น

8) การเป็นผู้จัดการ (Manager) ความหมายของการจัดการมักจะสับสนกับภาวะผู้นำ ภาวะผู้นำมักจะเกี่ยวข้องกับการปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มในองค์กร การจัดการคือ การวางแผน การให้ทิศทางการพัฒนาคน การติดตามตรวจสอบการให้ความดีความชอบ และเป็นตัวแทนบุคลากรหรือตัวแทนองค์กรเมื่อต้องการจัดการในองค์กรที่มีการมอบอำนาจให้ แต่ภาวะผู้นำไม่ต้องการมอบอำนาจอย่างเป็นทางการในองค์กร พยาบาลจัดการในการดูแลบุคคล กลุ่มบุคคล ครอบครัวและชุมชน

นอกจากนั้นพยาบาลผู้จัดการยังมอบหมายกิจกรรมการพยาบาลบางอย่างให้กับผู้ช่วยพยาบาล และพยาบาลคนอื่นๆ และทำหน้าที่นิเทศและประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคคลเหล่านี้ การจัดการต้องการความรู้เกี่ยวกับโครงสร้างและพลวัตขององค์กร ความรู้เกี่ยวกับอำนาจและความรับผิดชอบ กระบวนการกลุ่ม ภาวะผู้นำ ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลง การปกป้องสิทธิ การมอบหมายงาน การนิเทศ และประเมินผล

9) ด้านการวิจัย (Research) พยาบาลที่เป็นนักวิจัยมักจะจบการศึกษาในระดับปริญญาเอก หรือหลังปริญญาเอกเพราะการศึกษาในระดับนี้ มุ่งผลิตนักวิชาการที่มีความรอบรู้และมีความสามารถในการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ อย่างไรก็ตามในประเทศไทยพยาบาลที่จบปริญญาโทจะมีประสบการณ์ในการทำวิทยานิพนธ์มาแล้ว สามารถทำวิจัยได้ในระดับหนึ่งที่เป็นการศึกษาเพื่อแก้ปัญหาหรือปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล ผู้ที่จบการศึกษาในระดับปริญญาโท ถ้าปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกจะถูกคาดหวังในการให้การศึกษาปฏิบัติการพยาบาลในฐานะผู้มีความรู้ความชำนาญ สามารถวิจัยหรือนำผลการวิจัยไปใช้ในการปรับปรุงการปฏิบัติการพยาบาล และถ้าการปฏิบัติการพยาบาลมุ่งไปสู่การปฏิบัติโดยใช้ผลการวิจัย พยาบาลผู้ปฏิบัติทุกคนจะต้องทราบถึงกระบวนการและภาษาที่ใช้ในการวิจัย มีส่วนร่วมในการชี้ประเด็นปัญหาที่ต้องการการวิจัย รู้จักเลือกผลการวิจัยไปใช้ และไวต่อประเด็นปัญหา การปกป้องสิทธิของผู้ถูกวิจัย พยาบาลทุกคนไม่จำเป็นต้องทำวิจัย แต่ทุกคนต้องอ่านและประเมินงานวิจัยได้อย่างมีวิจารณญาณ เพื่อสามารถใช้ผลการวิจัยประกอบการตัดสินใจในการปฏิบัติงาน

สรุปบทบาทของพยาบาลวิชาชีพ มีลักษณะการบูรณาการในการปฏิบัติที่ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ด้านการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสุขภาพ รวมทั้งพยาบาลมีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ ผู้ร่วมงานและบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องนอกเหนือบทบาททางตรงในการให้การรักษาพยาบาลแล้ว ยังมีบทบาทด้านอื่นๆ ที่มีผลต่อการหายของโรค ได้แก่ การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมที่บ้าน นอกจากนี้การปฏิบัติตามบทบาทพยาบาลนั้น กองการพยาบาล (2539) ยังจำแนกพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเป็น 2 ระดับ ได้แก่ พยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน (Basic nursing practice) หมายถึง พยาบาลที่ปฏิบัติการในระดับพื้นฐานที่ให้การดูแลผู้ป่วย ครอบครัวและกลุ่มบุคคลในสถานพยาบาล ที่บ้าน ที่โรงเรียน ที่ทำงานในแผนกผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยในและในชุมชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันความเจ็บป่วย การฟื้นฟูสุขภาพและช่วยในกิจกรรมต่างๆ ที่จะทำให้บุคคลพ้นหายจากความเจ็บป่วยหรือตายอย่างสงบ และ พยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง (Advanced nursing practice) หมายถึง พยาบาลที่ต้องอาศัยความรู้จากการศึกษาพยาบาลที่เกินกว่าระดับปริญญาตรีผนวกกับประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลในสาขานั้นๆ ระยะเวลาหนึ่ง ทำให้ผู้ปฏิบัติมีความเชี่ยวชาญในสาขานั้นโดยต้องใช้ความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นทั้งในด้านกว้างและลึกใน

สาขาที่เชี่ยวชาญอย่างมีอิสระและมีเอกสิทธิ์ในการตัดสินใจ โดยมีต้องอาศัยการตัดสินใจหรือคำสั่งจากวิชาชีพอื่น

ทั้งนี้ บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลขึ้นกับประเภทของพยาบาลว่าเป็นพยาบาลที่ปฏิบัติการพยาบาลขั้นพื้นฐาน หรือพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง และถูกกำหนดตามลักษณะงานที่ปฏิบัติ

พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540 กล่าวถึงการประกอบวิชาชีพการพยาบาล หมายความว่า การปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยการกระทำต่อไปนี้ (สภาการพยาบาล, 2543)

1) การสอน การแนะนำ การให้คำปรึกษาและการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย

2) การกระทำต่อร่างกายและจิตใจของบุคคล รวมทั้งการจัดสภาพแวดล้อม เพื่อการแก้ปัญหาความเจ็บป่วย การบรรเทาอาการของโรค การลุกลามของโรค และการฟื้นฟูสภาพ

3) การกระทำตามวิธีที่กำหนดไว้ในการรักษาโรคเบื้องต้น และการให้ภูมิคุ้มกันโรค

4) ช่วยเหลือแพทย์กระทำการรักษาโรค

ทั้งนี้โดยอาศัยหลักวิทยาศาสตร์และศิลปะการพยาบาลในการประเมินสภาพการวินิจฉัยปัญหา การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล

American association of ambulatory care nursing (2012) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยนอก (Ambulatory care) ว่ามีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ให้ได้รับบริการที่ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ โดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน พยาบาลควรมีบทบาทดังนี้

1) บทบาทผู้ประสานการดูแล ที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

2) บทบาทผู้จัดการทางคลินิก โดยใช้กระบวนการพยาบาล และมีการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีที่สุด

3) บทบาทผู้ให้การพยาบาลทางไกล เพื่อช่วยในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถเข้าถึงบริการได้ในเวลาที่เหมาะสม โดยพยาบาลมีส่วนช่วยในการตัดสินใจของผู้ป่วย ประเมินและติดตามอาการผู้ป่วยทั้งในภาวะฉุกเฉินและภาวะเรื้อรัง โดยการพยาบาลทางไกลอาจใช้โทรศัพท์ คอมพิวเตอร์หรือเทคโนโลยีรูปแบบอื่นๆ เพื่อเฝ้าระวังภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

4) บทบาทผู้ทำงานเป็นที่ร่วมกับสหวิชาชีพ

จากการวิเคราะห์แนวคิดบทบาทพยาบาล จะเห็นว่าบทบาทพยาบาลมีพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) เป็นกฎหมายที่กำหนดหน้าที่ที่พยาบาลต้องกระทำ และมีบทบาทที่กว้างขวางและหลากหลาย เพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายหรือปัญหาสาธารณสุขของแต่ละ

พื้นที่ และในต่างประเทศเริ่มมีการกล่าวถึงบทบาทพยาบาลที่มีการใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีเข้ามาช่วยในงานบริการสะดวกมากขึ้น ได้แก่ ติดตามอาการ/การรักษา ซึ่งในยุคประเทศไทย 4.0 ที่สังคมดิจิทัลที่มีผลทั้งเชิงบวกและเชิงลบในระบบสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลจึงต้องเพิ่มบทบาทการทำงานเพื่อให้สอดคล้องกับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น

### 4.3 บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0

ในการปฏิบัติหน้าที่ของพยาบาลนั้นกองการพยาบาล ได้มีการกำหนดบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบไว้แล้วเมื่อปีพ.ศ. 2539 สำหรับพยาบาลในโรงพยาบาลทุกระดับ ปัจจุบันยังไม่มีกำหนดบทบาทใหม่ แต่อย่างไรก็ตามจากสถานการณ์ต่างๆที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้าง/นโยบายใหม่ๆ รวมทั้งจากประเทศไทย 4.0 และนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขดังที่กล่าวมาแล้ว จึงมีความจำเป็นต้องกำหนดบทบาทพยาบาลเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมมีการกล่าวถึงบทบาทพยาบาล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

**ปิยะสกล สกลสัตยาทร (2560)** รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอบทบาทพยาบาลในยุคประเทศไทย 4.0 (Smart nurse 4.0) โดยปาฐกถาพิเศษในการประชุมวิชาการพยาบาล วันพยาบาลสากล ประจำปี 2560 ในวันที่ 3 พฤษภาคม 2560 ดังนี้

- 1) การรู้เท่าทันด้านสุขภาพ (Health literacy) โดยพยาบาลควรสนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้เท่าทันทางสุขภาพ ซึ่งพยาบาลควรมีการสื่อสารในแนวทางที่ทำให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจ สามารถปฏิบัติตน และเลือกใช้ข้อมูลอย่างเหมาะสม จนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้
- 2) ผู้จัดการการดูแล (Care manager) สามารถประเมิน คัดกรอง ให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง ให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว โดยเฉพาะในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- 3) การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล (Rational drug use) โดยมีความรู้ ความเข้าใจในการเลือกยาที่เหมาะสมกับการวินิจฉัยโรค
- 4) การควบคุมโรค (Disease control) สามารถควบคุมไม่ให้เกิดการแพร่ระบาดของโรค และป้องกันโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของประเทศ เช่น วัณโรค (TB)
- 5) การพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (Routine to research : R2R) โดยสามารถสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ และนำมาใช้ในการพัฒนางานประจำ
- 6) ผู้มีส่วนร่วมในคลินิกหมอครอบครัว (Primary care cluster: PCC) ซึ่งคลินิกหมอครอบครัวเป็นนโยบายสำคัญในการพัฒนาระบบปฐมภูมิ ที่มีจุดประสงค์เพื่อให้บริการทุกคน ทุกที่ ทุกอย่าง ทุกเวลา ด้วยความร่วมมือของสหวิชาชีพ ทั้งนี้เพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการ ลดความเหลื่อมล้ำในการบริการ

7) การดูแลระยะกลาง (Intermediate care) เป็นบทบาทของโรงพยาบาลชุมชนที่รับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลตติยภูมิ มาดูแลต่อในโรงพยาบาลก่อน เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน ซึ่งช่วยลดวันนอน รพ. ลดภาวะแทรกซ้อนและค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล

8) สร้างสังคมบนฐานของคุณค่า (Value based society) โดยการใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ให้การดูแลแบบองค์รวม (Holistic care) ด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (Humanized health care)

9) ผลผลิต (Productivity) ใช้ทักษะเชิงวิชาชีพ (Skill Profession) ตามมาตรฐานวิชาชีพ

10) ผู้ใช้เทคโนโลยี (Technology users) มีการนำเทคโนโลยีสมัยใหม่เข้ามาช่วยในงานบริการ

**Fraher, Spetz, and Naylor (2015)** ได้ศึกษาบทบาทพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและในชุมชน พบว่าลักษณะงานของพยาบาลมีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากในระบบการดูแลสุขภาพ จึงได้กำหนดบทบาทพยาบาล ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้

1) บทบาทผู้จัดการภาวะสุขภาพประชากร (Population health manager) ได้แก่ การติดตามภาวะสุขภาพโดยการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การจัดโปรแกรมสุขภาพที่เหมาะสมกับการบริการผู้ป่วยและชุมชน โดยใช้มุมมองความรู้เกี่ยวกับระบาดวิทยา สังคมวิทยาและปัจจัยทางสังคมของสุขภาพ

2) บทบาทผู้ประสานความร่วมมือระหว่างสหวิชาชีพ (Interprofessional collaborator) เพื่อประเมินและตอบสนองความต้องการด้านการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม คำนึงถึงคุณค่าจริยธรรมสำหรับการปฏิบัติงานระหว่างสหวิชาชีพ รวมทั้งการสื่อสารกับผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพอื่น ๆ และสร้างความสัมพันธ์ในการทำงานเป็นทีม

3) บทบาทผู้ออกแบบและวิเคราะห์ข้อมูล (Information design and analyst) โดยใช้ข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ และทักษะการวิเคราะห์การใช้ข้อมูลจากบันทึกสุขภาพทางอิเล็กทรอนิกส์ (EHRs) เพื่อกำหนดเป้าหมายสุขภาพและประเมินความต้องการด้านสุขภาพ ซึ่งเทคโนโลยีสารสนเทศด้านสุขภาพจะช่วยให้ผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วยและชุมชนได้อย่างรวดเร็วรวมถึงสนับสนุนการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพระหว่างผู้ให้บริการ ดังนั้นหากพยาบาลมีการออกแบบการบันทึกข้อมูลที่ดี จะทำให้การประสานงานการดูแลง่ายขึ้น สะดวกขึ้น เพิ่มคุณภาพการรักษาและลดต้นทุนค่าใช้จ่าย เช่น จากการใช้ระบบสุขภาพทางไกล (Telehealth)

4) บทบาทผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Geriatric caregiver) โดยการประเมินความต้องการในระยะยาวทั้งด้านร่างกาย ความบกพร่องในด้านต่างๆ และพัฒนาแผนการดูแลร่วมกันกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพให้กับผู้สูงอายุ

5) บทบาทการจัดการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน (Managing patient care transitions) เป็น การประสานการดูแลร่วมกับผู้ป่วยเพื่อช่วยในการจัดบริการต่างๆ ตามความต้องการและความจำเป็น ของผู้ป่วย โดยมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ให้บริการ เพื่อช่วยจัดบริการที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย

**Berg and Dickow (2014)** ได้ศึกษาถึงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลและใน ชุมชนว่ามีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพที่ดีของประชาชน (Well-being) โดยกำหนดบทบาท พยาบาล 5 ด้าน ดังนี้

1) บทบาทผู้ประสานการดูแล (Care coordinator) โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่มีความ ซับซ้อนและมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ให้คำปรึกษาแก่ชุมชน เพื่อหาทางเลือกที่ดีที่สุดในการ ดูแลสุขภาพโดยใช้ข้อมูลและหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งให้การดูแลต่อเนื่อง และร่วมทำงานเป็น ทีมกับสหวิชาชีพ ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน

2) บทบาทผู้นำทีมการสอน (Faculty team leader) เป็นการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างเนื้อหา ในห้องเรียนและการปฏิบัติทางคลินิก โดยใช้พื้นที่หรือชุมชนเป็นฐาน รวมทั้งเป็นการเรียนรู้ร่วมกับ สหสาขาวิชาชีพ ซึ่งมีการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การดูแลที่ดีขึ้น

3) บทบาทผู้เชี่ยวชาญด้านข้อมูลสารสนเทศ (Informatics specialist) ซึ่งพยาบาลต้อง ปรับบทบาทเพื่อรองรับเทคโนโลยีที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เช่น การพัฒนาซอฟต์แวร์หรือ ออกแบบแอปพลิเคชัน และการวิเคราะห์ข้อมูล เพราะพยาบาลเป็นวิชาชีพที่มีความเข้าใจมนุษย์ บริบท ของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งเข้าใจปัจจัยทางสังคมที่ส่งผลต่อสุขภาพได้เป็นอย่างดี

4) บทบาทพยาบาลชุมชน (Community-centered nurse) บทบาทนี้ไม่ใช่บทบาทใหม่ แต่ถูกกลับมา มีบทบาทอีกครั้ง เพราะพยาบาลจะมีการเชื่อมโยงการทำงานกับประชาชนในพื้นที่ เข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อม และปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพและส่งผลกระทบต่อ ชุมชน เช่น ความยากจน ความรุนแรง สารเคมี เป็นต้น

5) บทบาทหุ้นส่วนระบบปฐมภูมิ (Primary care partner) ได้แก่ การให้คำปรึกษา ให้ ข้อมูลและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยซับซ้อน รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพแก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน

**Bauer and Bodenheimer (2017)** ได้ศึกษาถึงบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในระบบ ปฐมภูมิในอนาคตที่มีความจำเป็นที่ต้องขยายบทบาทเพิ่มขึ้น เพื่อให้ทันต่อความต้องการการดูแลที่ เพิ่มขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยกำหนดบทบาทพยาบาลประกอบด้วย 3 องค์ประกอบดังนี้

1) บทบาทผู้จัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยปฏิบัติงานภายใต้โปรโตคอลที่กำหนด เช่น การปรับ ยาตามระดับความดันโลหิตหรือระดับน้ำตาลในเลือด ตามโปรโตคอลที่ได้มีการกำหนดไว้แล้ว

2) บทบาทผู้นำทีมการจัดการดูแลผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน เพื่อช่วยให้การดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพมากขึ้นและลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

3) บทบาทผู้ประสานการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ที่ต้องการการดูแลระหว่างสถานบริการทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลรักษาพยาบาล

Smolowitz et al. (2015) ได้ศึกษาบทบาทพยาบาลที่ปฏิบัติงานที่หน่วยปฐมภูมิ พบว่า ครร มีบทบาท 9 บทบาท ดังนี้

1) บทบาทการคัดกรองทางโทรศัพท์ (Telephone triage's role) โดยใช้ทักษะการคิดวิเคราะห์ การตัดสินใจทางคลินิกเพื่อให้บริการที่เหมาะสมและทันเวลา

2) บทบาทผู้ประเมินสถานะสุขภาพ (Health status appraiser) โดยการวิเคราะห์ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและสถานะสุขภาพ ร่วมกับผู้ป่วย

3) บทบาทผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (Chronic illness case manager) ใช้ทักษะการประเมินเพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน โดยใช้การสื่อสารทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินอาการและหาแนวทางรักษา การวางแผนจำหน่ายเพื่อลดการเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล รวมทั้งให้คำแนะนำเมื่อกลับบ้านร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เรื่องผลข้างเคียงจากการใช้ยา การนัดติดตามการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งบทบาทเหล่านี้พยาบาลต้องมีทักษะการคิดวิเคราะห์และการตัดสินใจทางคลินิก

4) บทบาทผู้จัดการการส่งต่อ (Hospital transition manager) เพื่อประสานข้อมูลผู้ป่วยและให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม

5) บทบาทผู้จัดการดูแลการเจ็บป่วยระยะยาว (Care manager for long term condition) ซึ่งต้องมีการเตรียมวางแผนล่วงหน้าและการใช้โปรโตคอล

6) บทบาทที่เลี้ยงด้านสุขภาพ (Health coaching) โดยการให้ความรู้ และให้คำปรึกษาเพื่อสุขภาพที่ดี โดยการประยุกต์หลักการทางจิตวิทยาสุขภาพ ได้แก่ ข้อมูลสุขภาพ ธรรมชาติของคน และจิตวิทยาการโค้ช ได้แก่ การสื่อสาร การจูงใจ มาใช้ในการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

7) บทบาทการจัดการยาเดิม (Medication reconciliation) โดยประสานกับผู้ป่วยและครอบครัวถึงรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ เพื่อป้องกันการได้รับยาซ้ำ

8) บทบาทการกำกับดูแลทีม (Practice management and staff supervision) โดยการฝึกและสอนผู้ช่วย และเป็นผู้นำทีมในชุมชน และการประสานการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง

9) บทบาทผู้นำทีมและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง (Quality improvement and team leadership) ซึ่งบทบาทนี้จะทำให้คุณภาพและประสิทธิภาพดีขึ้น ลดค่าใช้จ่าย มีประโยชน์ทั้งด้านการกำหนดนโยบาย การปฏิบัติและการศึกษาการพยาบาล

จากการวิเคราะห์บทบาทพยาบาลทั้ง 5 แนวคิด มีความสอดคล้องกับความรับผิดชอบใหม่ตามประเทศไทย 4.0 ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สังเคราะห์แนวคิดของ ปิยะสกล สกลสัตยาทร (2560) Bauer and Bodenheimer (2017) Berg and Dickow (2014) Fraher, Spetz, and Naylor (2015) และ Smolowitz et al. (2015) มากำหนดบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล 2) ด้านผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง 3) ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 4) ด้านหุ่นส่วนสุขภาพ 5) ด้านผู้จัดการการดูแล 6) ด้านการจัดการการดูแลระยะกลาง และ 7) ด้านการพัฒนาคุณภาพ โดยมีรายละเอียดของบทบาท ดังตารางที่ 1





ตารางที่ 1 บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม

บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตาม ประเทศไทย 4.0	ปิยะสกล สกลสัตยาทร (2560)	Berg and Dickow(2014)	Bauer & Bodenheimer (2017)	Fraher, Spetz, and Naylor (2015)	Smolowitz et al. (2015)
<b>1. ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล</b>					
1.1 ปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุม 4 มิติ	✓	✓	✓		
1.2 ใช้กระบวนการพยาบาล				✓	✓
1.3 ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์	✓	✓			✓
1.4 ประสานความร่วมมือการดูแล	✓	✓	✓	✓	✓
1.5 นำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยงานบริการ	✓	✓		✓	✓
<b>2. ด้านผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง</b>					
2.1 ค้นหา คัดกรอง	✓	✓	✓	✓	✓
2.2 ประเมินปัญหา ความต้องการ	✓	✓	✓	✓	✓
2.3 จัดทำแผนการดูแล	✓	✓	✓	✓	✓
2.4 ประสานความร่วมมือกับสหวิชาชีพ	✓	✓	✓	✓	✓
2.5 สนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย	✓	✓	✓	✓	✓
2.6 ประเมินผลลัพธ์การดูแล	✓	✓	✓	✓	✓
<b>3. ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ</b>					
3.1 จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ	✓			✓	
3.2 คัดกรองความผิดปกติจากกลุ่มอาการ สูงอายุ ปัญหาที่สำคัญและโรคที่พบบ่อย				✓	✓
3.3 ส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้		✓			
3.4 ให้คำแนะนำเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ	✓	✓	✓	✓	✓

ตารางที่ 1 (ต่อ)

บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตาม ประเทศไทย 4.0	ปิยะสกล สกลสัตยาทร (2560)	Berg and Dickow(2014)	Bauer & Bodenheimer (2017)	Fraher, Spetz, and Naylor (2015)	Smolowitz et al. (2015)
<b>4. ด้านหุ้นส่วนสุขภาพ</b>					
4.1 รวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพ	✓	✓		✓	✓
4.2 วางแผนการดูแลร่วมกับชุมชน	✓	✓		✓	
4.3 ร่วมจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว	✓				
4.4 สนับสนุนแหล่งประโยชน์	✓			✓	
4.5 ให้คำปรึกษา	✓	✓	✓	✓	✓
4.6 ติดตามภาวะสุขภาพของประชาชน	✓	✓	✓	✓	✓
<b>5. ด้านผู้จัดการการดูแล</b>					
5.1 ประเมินความต้องการดูแล	✓	✓	✓	✓	✓
5.2 จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วย		✓	✓	✓	
5.3 จัดทำแผนการดูแล	✓		✓	✓	✓
5.4 ให้การดูแล ร่วมกับผู้ดูแล	✓	✓	✓	✓	✓
5.5 จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	✓			✓	
5.6 ประสานทีมสหสาขาและพหุภาคี	✓	✓		✓	✓
5.7 พัฒนาการทำงานเป็นทีม	✓	✓	✓	✓	✓
5.8 ทบทวนแผนการดูแลและ ประเมินผล	✓	✓	✓	✓	✓

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตาม ประเทศไทย 4.0	ปิยะสกล สกลสัตยาพร (2560)	Berg and Dickow(2014)	Bauer & Bodenheimer	Fraher, Spetz, and Naylor (2015)	Smolowitz et al. (2015)
<b>6. ด้านการจัดการการดูแลระยะกลาง</b>					
6.1 ผู้ประสานและจัดเตรียมผู้ป่วย	✓	✓	✓	✓	✓
6.2 สอน สาธิต ให้ความรู้ผู้ดูแล	✓	✓		✓	✓
6.3 วางแผนจำหน่าย	✓	✓	✓	✓	✓
6.4 การมีส่วนร่วมของครอบครัว/ชุมชน	✓	✓		✓	✓
6.5 วางแผนติดตามเยี่ยม	✓	✓		✓	✓
6.6 ประเมินผลภาวะสุขภาพ	✓	✓		✓	✓
<b>7. ด้านการพัฒนาคุณภาพ</b>					
7.1 กำหนดตัวชี้วัด				✓	✓
7.2 พัฒนานวัตกรรม/แนวปฏิบัติการ พยาบาล	✓	✓		✓	✓
7.3 จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้	✓	✓			✓
7.4 กำกับ ติดตาม ประเมินผล กระบวนการดูแล	✓		✓	✓	✓
7.5 เปรียบเทียบผลลัพธ์การดำเนินการ	✓				✓

จากตารางที่ 1 สรุปได้ว่าบทบาทพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 จากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 7 บทบาท โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1. ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุม 4 มิติ แบบองค์รวม ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ โดยใช้กระบวนการพยาบาลและหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติงาน มีการประสานความร่วมมือกับสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแล นำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยงานบริการรวมทั้งสนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ

2. ด้านผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง หมายถึง การค้นหา คัดกรอง และประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง จัดทำแผนการดูแลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและแต่ละระยะของโรคเรื้อรัง ประสานความร่วมมือกับเครือข่ายผู้ดูแล สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการตนเองได้ ตลอดจนประเมินผลลัพธ์การดูแล

3. ด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การจัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ การคัดกรอง ความผิดปกติจากกลุ่มอาการสูงอายุ ปัญหาที่สำคัญและโรคที่พบบ่อยรวมทั้งการส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้มีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการให้คำแนะนำเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ

4. ด้านหุ้นส่วนสุขภาพ หมายถึง การรวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพ ค้นข้อมูล และวางแผนร่วมกับชุมชน สนับสนุนข้อมูลและแหล่งประโยชน์ที่เอื้อต่อการการดูแลสุขภาพ สนับสนุนและมีส่วนร่วมในการจัดระบบการดูแลแบบทีมหมอครอบครัว โดยเป็นที่ปรึกษา ตลอดจนติดตามภาวะสุขภาพของประชาชน

5. ด้านผู้จัดการการดูแล หมายถึง การประเมินความต้องการดูแล และปัญหาของผู้ป่วย จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วย จัดทำแผนการดูแล และให้การดูแลร่วมกับผู้ดูแล รวมทั้งประสานกับสหสาขาวิชาชีพและพหุภาคี เพื่อให้การช่วยเหลือและสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนทบทวนผลลัพธ์การดูแลและพัฒนาปรับปรุงแผนการดูแล

6. ด้านการจัดการการดูแลระยะกลาง หมายถึง การประสานรับผู้ป่วยและเตรียมผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง สอน สานิต ผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ วางแผนจำหน่ายโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว/ชุมชน ตลอดจนประเมินผลภาวะสุขภาพ

7. ด้านการพัฒนาคุณภาพ หมายถึง การกำหนดตัวชี้วัดการทำงาน พัฒนานวัตกรรม/แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ดี รวมทั้งจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กำกับ ติดตาม ประเมินผลกระบวนการดูแลผู้ป่วย และมีการเปรียบเทียบผลการดำเนินงาน (Benchmark)

## 5. เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique)

เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) เป็นวิธีการคาดการณ์ผลลัพธ์โดยวิธีการแสดงความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญที่มีขั้นตอนและระเบียบแบบแผนที่ชัดเจน ซึ่งผู้เชี่ยวชาญจะต้องตอบแบบสอบถามอย่างน้อยสองรอบหรือมากกว่านั้น และผู้วิจัยจะต้องวิเคราะห์คำตอบของรอบนั้นๆ เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับตอบคำถามในรอบถัดไป โดยเชื่อว่าคำตอบในแต่ละรอบจะถูกเกลાให้ถูกต้องมากยิ่งขึ้น ซึ่งสุดท้ายการสอบถามจะหยุดลงเมื่อได้ข้อมูลที่อิ่มตัวแล้ว มีคำมัธยฐานและพิสัยระหว่างควอไทล์ที่อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (Rowe and Wright, 1999)

### 5.1 ประวัติเทคนิคเดลฟาย

คำว่า “เดลฟาย” (Delphi) เป็นชื่อของวิหารศักดิ์สิทธิ์สมัยกรีกโบราณ ซึ่งประชาชนนิยมไปขอคำทำนายอนาคต หรือเหตุการณ์สำคัญๆ การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย จึงเป็นเทคนิคการทำงาน เหตุการณ์ หรือความเป็นไปได้ในอนาคตโดยอาศัยฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อสรุปอันน่าเชื่อถือในเรื่องใดเรื่องหนึ่งไม่ว่าจะเป็นข้อสรุปที่เป็นแนวคิดหรือเป็นการทำนายเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นหรือความเป็นไปในอนาคต ข้อสรุปจากฉันทามติของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญนี้ จะสามารถนำมาใช้ประกอบในการตัดสินใจในด้านต่างๆ ได้ ทั้งในเชิงวิชาการและบริหาร (ชนิตา รักษ์พลเมือง, 2551)

การศึกษาวิจัยโดยอาศัยประโยชน์จากข้อคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในสาขาหรือประเด็นที่ต้องการ ได้รับการเปิดเผยครั้งแรกเมื่อปี 2505 อย่างไรก็ตามแท้จริงแล้วได้เกิดเทคนิควิธีดังกล่าวมานาน ตั้งแต่ปี 2495 แต่ถูกปกปิดเป็นความลับ เนื่องจากเป็นเทคนิคที่กองทัพอากาศอเมริกันใช้ศึกษาและวิจัยสิ่งต่างๆ ผู้ที่นำเทคนิควิธีการวิจัยแบบเดลฟายมาเผยแพร่ ได้แก่ โอลาฟ เฮดเมอร์ (Olaf Helmer) และนอร์แมน ซี ดาลกี (Norman C. Dalkey) ซึ่งเป็นนักวิจัยของบริษัทแรนด์ (Rand Corporation) ในรัฐแคลิฟอร์เนีย สหรัฐอเมริกา ทั้งสองเขียนบทความเรื่อง “An Experimental Application of the Delphi Method to the Use of Experts” ตีพิมพ์ในวารสาร Management Science ปีที่ 9 ฉบับที่ 3 เดือนเมษายน 2506 และได้พัฒนาจนเป็นเทคนิคที่ได้รับความนิยมอย่างแพร่หลาย (ชนิตา รักษ์พลเมือง, 2551)

### 5.2 ความหมายของเทคนิคเดลฟาย

ชนิตา รักษ์พลเมือง (2539) ได้ให้ความหมายว่า เป็นเทคนิคที่มักถูกนำมาใช้เมื่อผู้ศึกษาต้องการทราบความคิดเห็นที่เป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและ/หรือมีประสบการณ์กับประเด็นที่ศึกษาซึ่งเป็นประเด็นที่เกี่ยวกับเวลา ปริมาณ และ/หรือสภาพการณ์ที่ต้องการจะให้ เป็นอีกนัยหนึ่งเป็นการระดมความคิดโดยผู้ที่ให้ข้อคิดไม่จำเป็นต้องเผชิญหน้ากัน

บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร (2553) ได้ให้ความหมายว่า เป็นเทคนิคการวิจัยเพื่อศึกษาแนวโน้มของเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ต่างๆ ในอนาคต โดยการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่มีความ

รอบรู้และมีประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาการวิจัยที่ศึกษาอย่างแท้จริง รวมทั้งเป็นผู้ที่ตระหนักถึงความสำคัญและมีความสนใจในปัญหาการวิจัยที่ผู้วิจัยศึกษา และยินดีให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถามจนครบทุกขั้นตอน ซึ่งผู้วิจัยจะไม่เปิดเผยรายชื่อผู้เชี่ยวชาญท่านอื่น ๆ ให้ผู้เชี่ยวชาญทราบ รวมทั้งไม่ให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านได้เผชิญหน้ากัน สามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ ซึ่งช่วยจัดปัญหาการครอบงำความคิดระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้วยกัน (Bandwagon effect)

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า เทคนิคเดลฟาย คือกระบวนการรวบรวมความคิดเห็นที่สอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญที่มีความรอบรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องที่ต้องการศึกษา เพื่อคาดการณ์ในประเด็นที่เป็นแนวโน้มของเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ต่างๆ ในอนาคต โดยไม่มีการเผชิญหน้ากัน

### 5.3 ลักษณะสำคัญของเทคนิคเดลฟาย

5.3.1 การไม่เปิดเผยตน (Anonymity) ได้จากการใช้แบบสอบถาม เพื่อไม่ให้ผู้ออกความเห็นต้องเผชิญหน้ากัน จะได้ไม่รู้ว่าใครเป็นเจ้าของความเห็น ทำให้สามารถพิจารณาคุณค่าของความเห็นโดยไม่ถูกเบียดเบียนด้วยตำแหน่งหรือความสามารถในการโน้มน้าวของเจ้าของความเห็น ผู้ออกความเห็นที่แตกต่างออกไปไม่รู้สึกรู้ว่าถูกกดดันจากผู้ที่มีวุฒิสูงกว่าหรือความเห็นของคนส่วนใหญ่

5.3.2 การทำซ้ำ (Iteration) ได้จากการส่งแบบสอบถามเดียวกันให้ตอบหลายรอบ ให้โอกาสผู้ตอบเปลี่ยนใจโดยไม่เสียหน้า จากการพิจารณาความเห็นและเหตุผลของผู้อื่น

5.3.3 การป้อนกลับโดยมีการควบคุม (Controlled feedback) มีการถ่วงถ่วงและป้อนกลับความเห็นของกลุ่มให้ผู้ตอบแบบสอบถามได้ทราบในการส่งแบบสอบถามรอบต่อไป ผู้ตอบจะได้ทราบสถานภาพของความเห็นรวม คำวิจารณ์ ข้อเสนอแนะ และเหตุผลประกอบความคิดเห็นของทั้งผู้เห็นด้วยและไม่เห็นด้วย

5.3.4 การนำเสนอคำตอบด้วยสถิติ (Statistical group response) เป็นส่วนหนึ่งของการป้อนกลับระหว่างการสอบถามแต่ละรอบ โดยเสนอผลคำตอบของกลุ่มเป็นค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ระดับความเห็นที่กระจายออกไป

### 5.4 ข้อดีของเทคนิคเดลฟาย

5.4.1 การไม่เปิดเผยชื่อของผู้ตอบ ทำให้ผู้ตอบมีอิสระทางความคิด

5.4.2 สามารถได้ความเห็นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจำนวนมาก ซึ่งอาจสูงเป็นร้อยเป็นพันได้

5.4.3 การใช้วิธีการทางสถิติเพื่อประมวลผล เป็นการลดอคติ (Bias) ทำให้ได้ข้อมูลที่น่าเชื่อถือ

5.4.4 เหมาะสำหรับคำถามยากๆ ที่มีหลายมิติ ที่ต้องประเมินทั้งข้อเท็จจริงทางวิทยาศาสตร์และคุณค่าทางสังคม หรือคำถามในเรื่องที่ยังขาดองค์ความรู้อย่างเพียงพอ เพื่อหาคำตอบในขณะที่จำเป็นต้องมีการตัดสินใจ

### 5.5 ข้อเสียของเทคนิคเดลฟาย

5.5.1 ใช้เวลานานและการลงทุนสูง จึงนิยมทำการสำรวจเพียงสองรอบ แต่ในปัจจุบันหลายโครงการมีการให้ตอบแบบสอบถามในเว็บไซต์แบบออนไลน์ ซึ่งลดค่าใช้จ่ายและเวลาลงได้มาก

5.5.2 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เชี่ยวชาญผ่านแบบสำรวจไม่เข้มข้นเหมือนการเผชิญหน้า จึงถูกกล่าวหาว่าการสำรวจได้เพียงความเห็นเฉยๆ ซึ่งอาจไม่ใช่ความเห็นที่ดีที่สุด

### 5.6 ปัญหาการวิจัยที่เหมาะสมสำหรับใช้เทคนิคเดลฟาย

ในปัจจุบันเทคนิคการวิจัยเดลฟายได้รับความนิยมเพื่อนำมาใช้คาดการณ์คำตอบของปัญหาการวิจัยเพิ่มขึ้นเป็นลำดับ สำหรับปัญหาการวิจัยหรือปรากฏการณ์ที่เหมาะสมสำหรับนำมาศึกษา ควรมีลักษณะดังนี้

5.6.1 เป็นปัญหาการวิจัยที่ยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจนและไม่สามารถแสวงหาคำตอบหรือค้นหาคำตอบได้ด้วยวิธีการวิจัยจากเอกสาร (Document research) เนื่องจากไม่มีตีพิมพ์ในตำรา เอกสาร วิชาการ และรายงานวิจัย แต่สามารถแสวงหาคำตอบโดยการรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์อย่างกว้างขวางในเรื่องนั้นๆ

5.6.2 เป็นปัญหาการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับเหตุการณ์หรือปรากฏการณ์ในอนาคต เพื่อนำผลการวิจัยมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจกำหนดนโยบายและวางแผนดำเนินการในการป้องกันปัญหาที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต หรือกำหนดกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับสภาพการณ์หรือบริบทสังคมในอนาคต

5.6.3 เป็นปัญหาการวิจัยที่ต้องแสวงหาคำตอบจากผู้เชี่ยวชาญหลากหลายสาขา เพื่อร่วมกันระดมความคิดเห็นให้ได้แนวทางปฏิบัติที่ดีและเหมาะสมที่สุด ซึ่งอาจเป็นปัญหาการวิจัยเพื่อค้นหาคำตอบที่คาดการณ์ในอนาคต หรือเป็นปัญหาการวิจัยเพื่อค้นหาคำตอบที่เป็นปัจจุบันก็ได้

### 5.7 กระบวนการวิจัยของเทคนิคเดลฟาย

กระบวนการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553) ประกอบด้วยส่วนสำคัญ ดังต่อไปนี้

#### 5.7.1 เครื่องมือที่ใช้และการรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูลของเทคนิคเดลฟาย โดยทั่วไปจะใช้แบบสอบถามและ/หรือแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้าง โดยทั่วไปจะรวบรวมข้อมูล 3 รอบ หรือมากกว่า เพื่อเปิดโอกาสให้

ผู้เชี่ยวชาญได้กลั่นกรองความคิดเห็นของตนอย่างรอบคอบและมั่นใจในการตัดสินใจ สำหรับการรวบรวมข้อมูลแต่ละรอบ มีวิธีดังนี้

รอบที่ 1 ผู้วิจัยนำกรอบมโนทัศน์ของการวิจัยเบื้องต้นมาสร้างเป็นแบบสอบถามฉบับแรก ซึ่งเป็นคำถามในลักษณะกว้างๆ โดยอาจเป็นคำถามปลายเปิดหรือแบบสัมภาษณ์ที่มีโครงสร้าง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับปัญหาการวิจัยที่ศึกษามากที่สุดเท่าที่จะทำได้

รอบที่ 2 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมจากผู้เชี่ยวชาญทุกคนในรอบที่ 1 มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จัดหมวดหมู่เนื้อหา โดยบางข้อความอาจมีการปรับเปลี่ยนถ้อยคำบ้าง แต่ต้องคงซึ่งความหมายเดิมที่เป็นความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ในกรณีที่มีความคิดเห็นใดมีสาระที่แตกต่างจากหมวดหมู่อื่นๆ ไม่สามารถจัดไว้ในหมวดหมู่ใดได้ แต่มีสาระตรงหรือสอดคล้องกับขอบข่ายปัญหาการวิจัยที่ศึกษา ผู้วิจัยต้องไม่ตัดความคิดเห็นส่วนนี้ออก นอกจากนี้ความคิดเห็นที่แตกต่างนี้เมื่อรวบรวมนำเสนอให้ผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆ พิจารณาในรอบที่ 2 ผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆ อาจมีความคิดเห็นที่คล้ายตามก็ได้ แต่หากผู้เชี่ยวชาญโดยส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับความคิดเห็นที่แตกต่างนี้ เมื่อนำข้อมูลรอบที่ 2 มาวิเคราะห์ ความคิดเห็นที่แตกต่างนี้ย่อมถูกคัดออก เนื่องจากมีค่ามัธยฐานไม่เกิน 3.50 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เกิน 1.50 ซึ่งเป็นค่าที่อยู่นอกขอบเขตค่าปกติ หรือเป็นค่า Outlier และค่า Extreme

เมื่อวิเคราะห์เนื้อหาและจัดหมวดหมู่ของเนื้อหาแล้ว จากนั้นให้นำเนื้อหาที่จัดหมวดหมู่มาสร้างแบบสอบถามลักษณะมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) และส่งแบบสอบถามรอบที่ 2 ให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาระดับความสำคัญหรือความเป็นไปได้ของแนวโน้มเกี่ยวกับปรากฏการณ์หรือปัญหาการวิจัยที่ศึกษา

รอบที่ 3 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่รวบรวมจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 ซึ่งก็คือความคิดเห็นที่มีต่อคำถามแต่ละข้อมาวิเคราะห์หาค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และคัดเลือกคำถามที่ผ่านเกณฑ์คือมีค่ามัธยฐานเกิน 3.50 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.50 จากนั้นส่งแบบสอบถามรอบที่ 3 พร้อมทั้งรายงานให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านได้ทราบค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของคำถามแต่ละข้อที่วิเคราะห์จากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญโดยรวมทุกคน รวมทั้งค่าที่วิเคราะห์จากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญท่านนั้น เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละท่านได้เปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างระหว่างคำตอบของตนเองและของผู้เชี่ยวชาญโดยรวมทุกคน และนำมาใช้ประกอบการพิจารณาตัดสินใจยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบของตนในรอบที่ 3 หากในรอบที่ 3 ผู้เชี่ยวชาญได้ตัดสินใจยืนยันคำตอบของตนในรอบที่ 2 โดยที่คำตอบมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.50 ผู้เชี่ยวชาญท่านนั้นไม่ต้องให้เหตุผลประกอบ แต่หากผู้เชี่ยวชาญตัดสินใจยืนยันคำตอบของตนในรอบที่ 2 โดยที่คำตอบมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เกิน 1.50 ผู้เชี่ยวชาญท่านนั้นควรต้องให้เหตุผล



ประกอบด้วยว่ามีเหตุผลใดที่ยังคงตัดสินใจยืนยันคำตอบของตนในรอบที่ 2 โดยไม่คล้อยตามผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่

### 5.7.2 หลักการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญ

การเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความสำคัญยิ่งต่อความตรงและค่าความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย ดังนั้นการกำหนดคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญให้เหมาะสมกับปัญหาการวิจัย เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์ตรงกับปัญหาการวิจัยที่ศึกษาอย่างแท้จริง การเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญควรพิจารณาถึงสิ่งต่อไปนี้

1) ผู้วิจัยควรกำหนดคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญเพื่อจัดสรรกลุ่มคนในการเข้าร่วมการวิจัย หรืออาจอาศัยการสอบถามจากผู้ทรงคุณวุฒิในวงงานนั้นๆ ให้เสนอรายชื่อบุคคลที่ควรได้รับการเลือกสรรให้เป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ หรือเรียกว่าวิธีบอกต่อ (Snowballing technique) โดยผู้เสนอรายชื่อติดต่อไปที่ผู้เชี่ยวชาญก่อน หลังจากนั้นผู้วิจัยติดต่อขอความร่วมมือในการวิจัย การที่ผู้เชี่ยวชาญให้คำตอบอย่างเต็มใจและให้ความสำคัญแก่การวิจัยจะเป็นตัวแปรคำตอบที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อมั่นของข้อมูลที่ได้รับ

2) จำนวนผู้เชี่ยวชาญที่ใช้ในการวิจัย ขึ้นอยู่กับลักษณะของกลุ่มและประเด็น จากการวิจัยของ Macmillian (1971) พบว่าผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป ระดับความคลาดเคลื่อนจะลดลงอย่างคงที่และมีความคลาดเคลื่อนน้อยมากเท่ากับ 0.02 ( Thomas T. Macmillan อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตยรรณกร, 2553) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนผู้เชี่ยวชาญและความคลาดเคลื่อนในการวิจัยโดยใช้เทคนิคเดลฟาย

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

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

อุษันท์ อินทมาศน์ (2546) ได้ศึกษาการปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 เตียง ในเขตภาคเหนือตอนล่าง จำนวน 1 แห่ง โดยการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indepth interview) จากพยาบาลวิชาชีพจำนวน 16 คน ผลการศึกษาพบว่า พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนมีการปฏิบัติบทบาทด้านการบริการสุขภาพ ประกอบด้วย บทบาทด้านการปฏิบัติการพยาบาล บทบาทด้านการบริหารจัดการ และบทบาทด้านวิชาการ ซึ่งพยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติหน้าที่เกินขอบเขตในเรื่องการรักษาโรค โดยพยาบาลวิชาชีพได้ให้บริการรักษานอกเวลาราชการแก่ผู้รับบริการที่เจ็บป่วยเล็กน้อยถึงรุนแรง ในการปฏิบัติบทบาทด้านการบริหารงาน พบว่าพยาบาลวิชาชีพมีบทบาทเป็นผู้นำในการบริหารงาน มีส่วนร่วมหรือเป็นผู้ประสานงาน ส่วนทางด้านการปฏิบัติบทบาทด้านวิชาการพบว่า พยาบาลวิชาชีพทราบว่าตนปฏิบัติบทบาทด้านวิชาการแก่ผู้รับบริการอย่างสม่ำเสมอ แต่การปฏิบัติบทบาทด้านวิชาการในหน่วยงานมีน้อย

วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย (2551) ได้ศึกษาเรื่อง ทัศนคติของบุคลากรเพื่อการพัฒนาสุขภาพผู้ใช้บริการโรคหัวใจหลอดเลือดและครอบครัวในชุมชนพบว่า พยาบาลควรเป็นตัวกลางในการประสานกิจกรรมและสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคคลต่างๆ ในชุมชน ดังนี้ 1) สร้างปฏิสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอกับผู้ให้บริการสุขภาพในส่วนต่างๆ และพัฒนากิจกรรมการบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน 2) พบปะหรือประชุมผู้ป่วย ครอบครัวและคนในชุมชน เพื่อสร้างความเข้าใจในบทบาทของทัศนคติของทัศนคติแต่ละฝ่าย 3) พัฒนากลุ่มทำงานตามธรรมชาติหรือกำหนดกลุ่มการทำงานจากบุคคลต่างๆ ในชุมชนที่มีผู้ป่วยและครอบครัวรวมอยู่ด้วย เพื่อสร้างเครือข่ายของการประสานความรู้และทักษะที่แตกต่างหลากหลาย 4) พัฒนาแผนปฏิบัติการที่ช่วยป้องกันแก้ไขปัญหาของโรคนี้ในระยะยาวๆ มีการทบทวนแผนอย่างสม่ำเสมอ 5) ประเมินความเสี่ยงต่อโรคเป็นระยะ เพื่อนำมาออกแบบวิธีปฏิบัติพยาบาลให้เหมาะสม 6) กำหนดระบบงานใหม่ร่วมกับทัศนคติสุขภาพ 7) ประสานกิจกรรมการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างมีประสิทธิภาพ

นารินทร์ จิตรมนตรี, วิไลวรรณ ทองเจริญ และสาวิตรี ทยานศิลป์ (2552) ได้ศึกษาตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพที่มีวัตถุประสงค์เพื่อถอดบทเรียนรูปแบบการดูแลระยะยาวของครอบครัวและชุมชนที่ได้รับการพิจารณาว่าดี และศึกษากลวิธีการจัดการในครอบครัวและชุมชน การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างทั้งชุมชนและครอบครัวใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระดับ 3 หรือ 4 ในการศึกษาครั้งนี้ได้ถอดบทเรียนการดูแลผู้สูงอายุที่ดีจากชุมชน 2 แห่ง 4 ครอบครัว ผลการศึกษาสรุปว่า ปัจจัยที่ส่งเสริมให้ชุมชนเขตเมืองมีการดูแลผู้สูงอายุที่ดี คือ

1) การมีชุมชนที่เข้มแข็ง 2) การมีระบบสนับสนุนที่ดี 3) การมีทุนทางสังคม 4) การตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ 5) การบริหารทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ 6) การบูรณาการบทบาทในชุมชน และ 7) การมีฐานข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน คณะผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะแก่ภาครัฐดังนี้ 1) ควรส่งเสริมศักยภาพของบุคลากรและเพิ่มอัตรากำลังคนด้านการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งเน้นให้มีการดำเนินการด้านการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 2) ควรกำหนดนโยบายให้มีระบบการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ โดยจัดตั้งศูนย์ฉุกเฉินขึ้นในชุมชน รวมทั้งสนับสนุนยานพาหนะ และมีระบบสายด่วนสำหรับติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาลหรือหน่วยเวชปฏิบัติ โดยให้ชุมชนเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการ 4) ควรพัฒนาระบบการดูแลรักษาและส่งต่อผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพตั้งแต่ระดับตติยภูมิจนถึงระดับปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง 5) ควรพัฒนาระบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านหรือระยะกลางจากโรงพยาบาลกลับสู่บ้าน (Transitional care or Intermediate care) เพื่อดูแลผู้ป่วยที่ยังจำเป็นต้องได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ และเป็นการเตรียมผู้ดูแลให้มีความพร้อม ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งจะช่วยลดค่าใช้จ่ายภายในโรงพยาบาล

ประกา ลิ้มประสูตร และคณะ (2554) ได้ศึกษาบทบาทพยาบาลอนามัยชุมชนในระบบสุขภาพใหม่: กรณีศึกษาจังหวัดพิษณุโลก ก่อนและหลังการปฏิรูประบบสุขภาพ โดยศึกษาความสามารถและความต้องการพัฒนาความรู้และทักษะในการปฏิบัติบทบาท รูปแบบการวิจัยเป็นแบบผสม เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากผู้บริหารหน่วยงานระดับจังหวัด ระดับอำเภอ และชุมชน 11 คน โดยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก และศึกษารายกรณี โดยการสังเกต สัมภาษณ์ และศึกษาจากเอกสาร เก็บข้อมูลเชิงปริมาณจากตัวอย่างพยาบาลวิชาชีพ 82 คน ซึ่งเลือกแบบเจาะจง โดยใช้แบบสอบถามแบบผู้ตอบตนเอง ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคลและบทบาทพยาบาลอนามัยชุมชน 7 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพ การให้ความรู้ การพิทักษ์สิทธิ์ การบริหารจัดการ การเป็นผู้ร่วมปฏิบัติงาน การเป็นผู้นำ และการวิจัย และทดสอบเครื่องมือได้ค่าความเชื่อมั่น ครอนบาคแอลฟา = 0.97 ผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า ผู้บริหารมีความเห็นว่า ระบบสุขภาพใหม่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ จุดแข็งคือ การมีส่วนร่วมของชุมชนมากขึ้น ส่วนจุดอ่อน ได้แก่ หน่วยงานไม่พร้อม พยาบาลขาดการเตรียมความรู้ก่อนการปฏิรูประบบสุขภาพ ขาดความมั่นใจ สับสนและขัดแย้งในบทบาท ภาระงานล้นมือ และต้องการการสนับสนุนจากผู้บริหาร ข้อมูลเชิงปริมาณพบว่า พยาบาลปฏิบัติบทบาทเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการปฏิรูปทุกด้าน ยกเว้นด้านการวิจัย สำหรับความสามารถในการปฏิบัติ บทบาทส่วนใหญ่อยู่ในระดับมากทุกด้าน

สุวิณี วิวัฒน์วานิช และคณะ (2555) ได้ศึกษาความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข แบ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ 10 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 15 แห่งทั่วประเทศ จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 1,186 ราย เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายแต่ยังไม่สามารถกลับบ้านได้ เมื่อสำรวจเหตุผลผู้ป่วยที่ต้องอยู่

โรงพยาบาลต่อทั้งที่พันการรักษากภาวะเฉียบพลัน ร้อยละ 26.3 มาจากญาติและครอบครัวผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการดูแล ไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วย หรือมีแต่ผู้ดูแลไม่มีความสามารถในการดูแลที่ซับซ้อนได้ ได้แก่ การทำแผล ฉีดยาป้อนยา ป้องกันแผลกดทับ การให้อาหารทางสายยาง การดูแลสายสวน ปัสสาวะ การดูดเสมหะ การดูแลผู้ป่วยเจาะคอ และการให้ออกซิเจน รวมไปถึงการทำกายภาพบำบัดให้กับผู้ป่วย เป็นต้น โดยมีผู้ดูแล 1 ใน 3 ที่ต้องการความช่วยเหลือ นอกจากนี้ยังขาดความพร้อมของอุปกรณ์ดูแลผู้ป่วย ที่พิถีพิถันไม่เหมาะสม รวมถึงอุปสรรคการเดินทางในการพาผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง และผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านแล้ว หากไม่ได้รับการรักษาดูแลต่อเนื่องดีเท่าที่ควรจะมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน อาการทรุดลง ค่ารักษาจะสูงกว่าในครั้งแรก ดังนั้นจึงควรมีระบบบริการสุขภาพเพื่อรักษาดูแลผู้ป่วยระยะกลางที่ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ โดยรัฐควรกำหนดเป็นนโยบาย รวมถึงปรับกลไกระบบสุขภาพเพื่อดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างเหมาะสม

กมลทิพย์ ชลัทธิธรรมเนียม (2559) ได้ศึกษาเรื่อง การนำใช้แนวคิดหุ้นส่วนสุขภาพในการดูแลสุขภาพ: บทบาทพยาบาลชุมชน พบว่าพยาบาลควรมีบทบาทในการนำแนวคิดหุ้นส่วนสุขภาพไปใช้ในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ 1) บทบาทการเป็นผู้ร่วมกำหนดกลุ่มประชากรเป้าหมายในการดูแลให้ชัดเจน โดยอาจแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มประชากรตามอายุ กลุ่มตามปัญหาสุขภาพ หรือกลุ่มตามความต้องการเฉพาะ 2) บทบาทการขยายการทำงานของสุขภาพให้เป็นเครือข่าย พยาบาลควรที่จะมีการพัฒนาความสัมพันธ์และการใช้ประโยชน์ของหุ้นส่วนสุขภาพ เช่น การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประโยชน์ที่ช่วยในการดูแลสุขภาพ เป็นต้น ทำให้เกิดการเรียนรู้และช่วยกันในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง 3) บทบาทผู้กระตุ้นและสนับสนุนให้บุคคลเชื่อมั่นความสามารถของตน โดยการสร้างแรงจูงใจจัดกิจกรรมการเรียนรู้จากคนต้นแบบที่ได้นำมาถ่ายทอดประสบการณ์ การให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นระยะแก่บุคคล กลุ่มคนที่เข้ามาร่วมเป็นหุ้นส่วนสุขภาพก็จะเป็นการเพิ่มพลังอำนาจของคนในชุมชนในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

Van Soeren, Hurlock-Chorostecki, and Reeves (2011) ได้ศึกษาบทบาทของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในประเทศแคนาดา กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลจำนวน 46 คน จากโรงพยาบาล 9 แห่งในเมืองออนตาริโอ ประเทศแคนาดา ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง โรงพยาบาลเด็ก 2 แห่ง และศูนย์การศึกษาทางสุขภาพ 3 แห่ง ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลปฏิบัติบทบาทพยาบาล 4 ด้าน ดังนี้ 1) บทบาทด้านคลินิก ได้แก่ การทบทวนเวชระเบียน การประเมินอาการผู้ป่วย การทำหัตถการ การอธิบายแผนการรักษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การรับจำหน่ายผู้ป่วย การติดตามผู้ป่วยทางโทรศัพท์ การจัดการด้านยา และการดำเนินการส่งต่อผู้ป่วย 2) บทบาทภาวะผู้นำ ได้แก่ การสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัว การเป็นที่เลี้ยงให้กับสมาชิกทีม การประเมินผลโปรแกรม การกระตุ้นทีมงานในการเตรียมรับรองคุณภาพ 3) บทบาทการวิจัย ได้แก่ การทบทวนวรรณกรรม การพัฒนาแนวทางปฏิบัติ การเข้าร่วมวิจัยทางคลินิก การรวบรวมข้อมูลเพื่อการพัฒนาคุณภาพและการวิจัย การเผยแพร่ความรู้

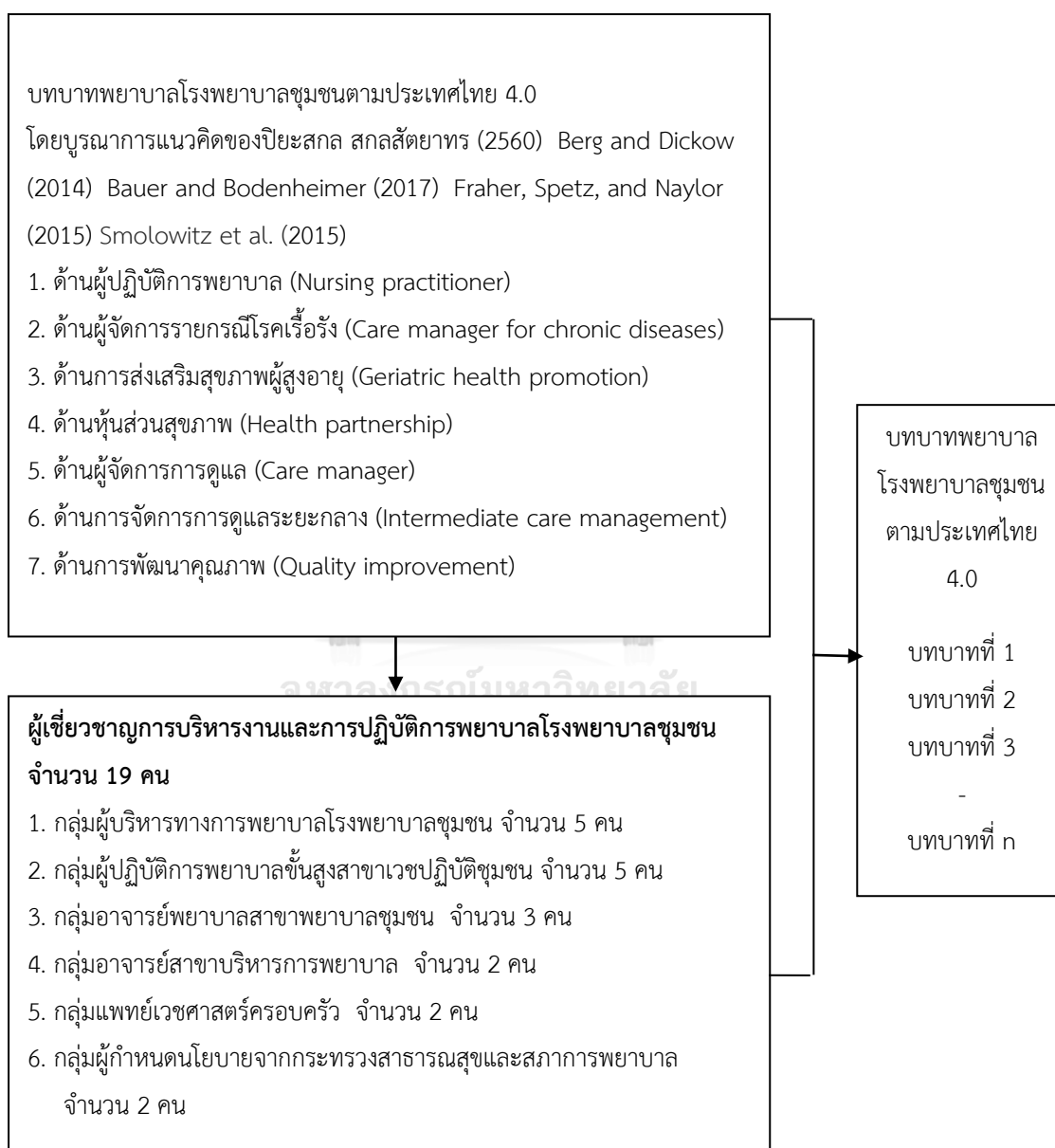
ผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ การให้คำปรึกษางานวิจัย การใช้แนวทางปฏิบัติที่ดีในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล 4) บทบาทการให้คำปรึกษาและการประสานความร่วมมือ ได้แก่ การประสานระบบส่งต่อประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพในการวางแผนการดูแลรักษาที่เหมาะสม การมีส่วนร่วมในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล การประชุมปรึกษาเพื่อวางแผนกลยุทธ์ การกำหนดบทบาทของพยาบาลและพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูงให้ชัดเจน และการสอนนักศึกษา โดยพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน จะปฏิบัติบทบาทด้านคลินิกมากที่สุด รองลงมาได้แก่ บทบาทการให้คำปรึกษาและการประสานความร่วมมือ บทบาทภาวะผู้นำ และบทบาทการวิจัย ตามลำดับ

Jogerst et al. (2015) ได้ศึกษาสมรรถนะสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในศตวรรษที่ 21 ผลการศึกษาพบว่า มีสมรรถนะที่จำเป็น 8 ข้อ ดังนี้ 1) สมรรถนะด้านภาวะโรค หมายถึง สามารถอธิบายถึงสาเหตุของอัตราป่วย อัตราตาย และความเสี่ยงของการเกิดโรคได้ 2) สมรรถนะด้านแนวโน้มและสถานการณ์ที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพ มุ่งเน้นปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการจัดระบบบริการสุขภาพ 3) สมรรถนะด้านปัจจัยทางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลกระทบต่อระบบสุขภาพ มีมุมมองว่าปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อมส่งผลกระทบต่อโรคได้ 4) สมรรถนะด้านการเพิ่มประสิทธิภาพของกำลังคน ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การฝึกอบรม และสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็น 5) สมรรถนะด้านการประสานความร่วมมือ การสร้างเครือข่ายพันธมิตรและการสื่อสาร เพื่อสร้างความเข้มแข็งในการปฏิบัติงาน โดยกำหนดนโยบายและแนวทางปฏิบัติร่วมกัน มีการสื่อสารระหว่างกันอย่างมีประสิทธิภาพ 6) สมรรถนะด้านจริยธรรม ซึ่งครอบคลุมถึงหลักการพื้นฐานทางจริยธรรมด้านปัญหาสุขภาพ 7) สมรรถนะด้านการปฏิบัติเชิงวิชาชีพ หมายถึง การปฏิบัติตามจรรยาบรรณมาตรฐานในแต่ละวิชาชีพ และ 8) สมรรถนะด้านความเท่าเทียม ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ โดยคำนึงถึงความแตกต่างทางภูมิศาสตร์และประชากรศาสตร์

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนั้น พอสรุปได้ว่าพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนมีการขยายบทบาทกว้างขึ้น ได้แก่ บทบาทการจัดการการดูแลระยะกลางเป็นบทบาทที่มีความสำคัญและมีความจำเป็นทั้งในด้านเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยและครอบครัวกลับบ้าน ลดภาวะแทรกซ้อน และยังช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายให้กับโรงพยาบาล โดยพยาบาลต้องสามารถให้คำปรึกษาและประสานความร่วมมือกับภาคีที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชนและ สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้พยาบาลควรมีบทบาทหุ้นส่วนการดูแลปฐมภูมิ ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญต่อนโยบายการพัฒนาาระบบปฐมภูมิ ที่เป็นฐานรากของระบบสุขภาพ และส่งเสริมให้ภาคีเครือข่ายได้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน ซึ่งบทบาทเหล่านี้มีความสำคัญต่อพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนที่ต้องกำหนดบทบาทให้สอดคล้องตามประเทศไทย 4.0

## 7. กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยได้บูรณาการบทบาทพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 โดยใช้แนวคิดของปิยะสกล สกลสัตยาทร (2560) Bauer and Bodenheimer (2017) Berg and Dickow (2014) Fraher, Spetz, and Naylor (2015) และ Smolowitz et al. (2015) ร่วมกับความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญ มากำหนดบทบาทพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ในการศึกษาครั้งนี้ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi technique) ในการรวบรวมข้อมูลความคิดเห็นที่เป็นฉันทามติของผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน โดยมีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

#### กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ

การเลือกกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เป็นการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด เป็น 6 กลุ่ม โดยศึกษาจากประวัติความเชี่ยวชาญ ผลงานการวิจัย ตลอดจนประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับโรงพยาบาลชุมชน ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นสอบถามผู้เชี่ยวชาญแต่ละกลุ่มโดยใช้เทคนิคการบอกต่อ (Snowball technique) โดยการบอกต่อคนถัดไปนั้น ผู้ที่แนะนำจะต้องติดต่อขออนุญาตจากผู้เชี่ยวชาญที่ถูกอ้างชื่อถึงก่อน ผู้วิจัยจึงจะสามารถติดต่อกับผู้เชี่ยวชาญท่านนั้นได้โดยตรง และจะหยุดดำเนินการวิจัยเมื่อจำนวนผู้เชี่ยวชาญรวมทั้งสิ้น 19 คน ตามการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Thomas T. Macmillan (1971) พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนตั้งแต่ 17 คนขึ้นไป จะมีระดับความคลาดเคลื่อนลดลงอย่างคงที่ และมีความคลาดเคลื่อนน้อยมากเท่ากับ 0.02

เบื้องต้นใช้วิธีการคัดเลือกผู้เชี่ยวชาญกลุ่มละ 1-3 คน โดยผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญในกลุ่มผู้บริหารทางการแพทย์โรงพยาบาลชุมชน ซึ่งเป็นผู้กำหนดบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในหน่วยงานตนเอง จึงทำให้สามารถมองเห็นบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนว่าควรเป็นอย่างไรตามประเทศไทย 4.0 ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาเวชปฏิบัติชุมชน ที่มีศักยภาพสูงในการจัดการกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยและผู้รับบริการที่มีปัญหาซับซ้อน มีความรู้ความสามารถในการปฏิบัติงานร่วมกับชุมชน จึงสามารถสะท้อนให้เห็นถึงบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนที่ต้องทำงานใกล้ชิดกับระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ สำหรับผู้เชี่ยวชาญกลุ่มอาจารย์พยาบาลสาขาพยาบาลชุมชน และกลุ่มอาจารย์สาขาบริหารการพยาบาล เป็นกลุ่มนักวิชาการที่มีความคิดเห็นที่เป็นอิสระ ซึ่งจะช่วยให้รายละเอียดในเรื่องที่ศึกษาในแง่วิชาการหรือองค์ความรู้ใหม่ๆ ผู้เชี่ยวชาญกลุ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ซึ่งเป็นสาขาแพทย์ที่มีความสามารถในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมมีบทบาทสำคัญในทีมสหสาขาวิชาชีพของโรงพยาบาลชุมชนที่ให้การดูแลสุขภาพทั้งในระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ และกลุ่มผู้กำหนดนโยบาย เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมกำหนดแผนงาน นโยบาย

แนวโน้มน่าต่าง ๆ ตามประเทศไทย 4.0 ของกระทรวงสาธารณสุข และสภาการพยาบาล ซึ่งกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเหล่านี้สามารถแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ได้เป็นอย่างดี โดยกำหนดคุณสมบัติตามเกณฑ์ ดังนี้

1. กลุ่มผู้บริหารทางการแพทย์โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 5 คน มีคุณสมบัติ ดังนี้
  - 1.1 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้บริหารทางการแพทย์โรงพยาบาลชุมชน ไม่น้อยกว่า 5 ปี
  - 1.2 มีผลงานด้านชุมชนต้นแบบ และ/หรืองานวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน
2. กลุ่มผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 5 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้
  - 2.1 วุฒิการศึกษาระดับปริญญาโททางการแพทย์ และ APN
  - 2.2 มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนไม่น้อยกว่า 5 ปี
3. กลุ่มอาจารย์พยาบาลสาขาพยาบาลชุมชน จำนวน 3 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้
  - 3.1 วุฒิการศึกษาปริญญาโทขึ้นไป
  - 3.2 อาจารย์พยาบาลในหลักสูตรเวชปฏิบัติชุมชนที่มีประสบการณ์การสอนมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี และ/หรือมีประสบการณ์ในการทำงาน/โครงการพัฒนาคุณภาพบริการร่วมกับชุมชน
4. กลุ่มอาจารย์สาขาบริหารการพยาบาล จำนวน 2 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้
  - 4.1 วุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป
  - 4.2 มีประสบการณ์ในการสอนวิชาการบริหารการพยาบาล และ/หรือมีโครงการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลร่วมกับชุมชน
5. กลุ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 2 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้
  - 5.1 สำเร็จการศึกษาหลักสูตรเฉพาะทางแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและได้รับวุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว
  - 5.2 แพทย์ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน และ/หรือ มีผลงานวิชาการ ตำรา เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน
6. กลุ่มผู้กำหนดนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุข/สภาการพยาบาล จำนวน 2 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้
  - 6.1 แพทย์ 1 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ
    - 1) เป็นผู้ที่ยังดำรงตำแหน่งผู้บริหารกองบริหารการสาธารณสุข
    - 2) เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ป้องกัน
  - 6.2 พยาบาล 1 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ



- 1) วุฒิการศึกษาปริญญาโทขึ้นไป
  - 2) มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้บริหารทางการแพทย์พยาบาลชุมชน มากกว่า 10 ปีขึ้นไป
  - 3) เป็นประธานชมรมผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน และเป็นกรรมการสภาการพยาบาล
- (รายละเอียดของรายนามและประวัติผู้เชี่ยวชาญ ดังภาคผนวก ก)

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถาม 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสัมภาษณ์ที่มีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด

ชุดที่ 2 แบบสอบถามลักษณะมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาระดับความสำคัญหรือความเป็นไปได้เกี่ยวกับประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา เพื่อประมาณค่าแนวโน้มความน่าจะเป็นของบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ในแต่ละองค์ประกอบ

ชุดที่ 3 แบบสอบถามลักษณะมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating scale) ที่มีการเพิ่มเติมค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของผู้เชี่ยวชาญของข้อคำถามแต่ละข้อ เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้เปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างระหว่างคำตอบของตนเอง และของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด ประกอบการพิจารณาตัดสินใจยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบของตนเอง

### การสร้างเครื่องมือในการวิจัย

#### รอบที่ 1

แบบสัมภาษณ์รอบที่ 1 เป็นการสร้างแบบสัมภาษณ์บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 โดยใช้คำถามปลายเปิดจำนวน 1 คำถาม มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระเกี่ยวกับบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ขั้นตอนการสร้างแบบสัมภาษณ์ดังนี้

1. ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎี ตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศ โดยบูรณาการแนวคิดของปิยะสกล สกลสัตยาทร (2560) Bauer and Bodenheimer (2017) Berg and Dickow (2014) Fraher, Spetz, and Naylor (2015) และ Smolowitz et al. (2015) มาบูรณาการเพื่อกำหนดเป็นกรอบในการสร้างแบบสอบถาม รอบที่ 1

2. สร้างแบบสัมภาษณ์ โดยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อกำหนดเป็นแบบสัมภาษณ์ตามแนวคิดบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 กำหนดแบบสอบถาม 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ ตำแหน่ง หน่วยงาน ประสบการณ์ในการทำงาน วุฒิการศึกษา ผลงานเด่นและ/หรือผลงานวิจัย ให้ผู้เชี่ยวชาญกรอกรายละเอียดในช่องว่าง เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงถึงคุณสมบัติผู้เชี่ยวชาญ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายเปิด มีข้อคำถาม ดังนี้

“จากประสบการณ์ของท่าน ท่านคิดว่าบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ควรมีบทบาทด้านใดบ้าง และแต่ละบทบาทประกอบด้วยอะไรบ้าง”

3. นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง ความชัดเจน และความครอบคลุมของเนื้อหา

4. นำแบบสัมภาษณ์ไปเก็บข้อมูลในรอบที่ 1 โดยไปสัมภาษณ์ด้วยตนเอง สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ หรือเขียนตอบแบบสอบถามขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้เชี่ยวชาญ

## รอบที่ 2

แบบสอบถามรอบที่ 2 เรื่อง บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของข้อความแสดงบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ในแต่ละข้อรายการ มีข้อย่อยที่เกิดจากการสัมภาษณ์ในรอบที่ 1 และมีข้อคำถามปลายเปิดเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นหรือให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอย่างอิสระ มีวิธีการสร้างแบบสอบถาม ดังนี้

1. รวบรวมข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในรอบที่ 1 นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) จากนั้นนำข้อความที่มีเนื้อหาในลักษณะเดียวกันมาจัดหมวดหมู่เนื้อหาสาระเดียวกันไว้ด้วยกัน เปรียบเทียบกับแนวคิดของปิยะสกล สกลสัตยาทร (2560) Bauer and Bodenheimer (2017) Berg and Dickow (2014) Fraher, Spetz, and Naylor (2015) และ Smolowitz et al. (2015) ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมบูรณาการร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 19 คน ได้องค์ประกอบของบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ทั้งหมด 7 องค์ประกอบหลัก จำนวน 53 ข้อรายการย่อย ดังนี้

- (1) ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล (Nursing practitioner)
- (2) ด้านผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (Case manager for chronic diseases)
- (3) ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Geriatric health promotion)
- (4) ด้านหุ้นส่วนสุขภาพ (Health partnership)
- (5) ด้านผู้จัดการการดูแล (Care manager)
- (6) ด้านการจัดการการดูแลระยะกลาง (Intermediate care management)
- (7) ด้านการพัฒนาคุณภาพ (Quality improvement)

2. สร้างแบบสอบถาม มาตรฐานค่า (Rating scale) 5 ระดับ ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่า แนวโน้มความสำคัญของข้อคำถาม ที่เกี่ยวกับบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 โดยกำหนดข้อความเป็นบทบาทย่อย เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแสดงความคิดเห็นว่าบทบาทแต่ละ ข้อความมีความสำคัญอยู่ในระดับใด ตั้งแต่ระดับความสำคัญมากถึงความสำคัญน้อยที่สุด (ระดับ คะแนน 5 ถึงระดับคะแนน 1) หากผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม สามารถให้ ข้อเสนอแนะด้านล่างของแต่ละข้อคำถามหรือส่วนท้ายของแบบสอบถาม โดยใช้เกณฑ์การพิจารณา ข้อความแต่ละข้อ ดังนี้

ข้อ	1. บทบาทด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล (Nursing practitioner)	ระดับความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
1)	ปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุม 4 มิติ (ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู) แบบองค์รวม (Holistic Care: กาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อม) ให้บริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care) เข้าใจถึงความแตกต่างของผู้ป่วย <b>ข้อเสนอแนะ</b> ..... ..... .....					
3)	ใช้ข้อความรู้พื้นฐานเชิงประจักษ์ หรือ Best practice ในการปฏิบัติการพยาบาล ..... ..... .....					

3. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบความครอบคลุมของ เนื้อหาของบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0

4. ปรับแก้ข้อความตามข้อเสนอแนะของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ในแต่ละองค์ประกอบย่อย ให้มีความถูกต้องและชัดเจนมากขึ้น แล้วจึงนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 2

### รอบที่ 3

การสร้างแบบสอบถามรอบที่ 3 เป็นการปรับแก้ไขจากแบบสอบถามรอบที่ 2 มีจุดมุ่งหมายเพื่อยืนยันความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับแนวโน้มความสำคัญขององค์ประกอบย่อยแต่ละข้อ รายการของคำตอบผู้ตอบแบบสอบถาม สำหรับให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาเพื่อตัดสินใจยืนยันความเหมาะสมในแต่ละองค์ประกอบย่อยของบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ตาม

ความคิดเห็นเดิมหรือพิจารณาเปลี่ยนแปลงระดับความสำคัญให้สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ มีวิธีการ ดังนี้

1. นำคะแนนคำตอบที่ได้จากแบบสอบถามรอบที่ 2 ทั้งหมด มาคำนวณค่ามัธยฐาน (Median: MD) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquartile range: IR) ในแต่ละข้อรายการ

2. สรุปข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญจากแบบสอบถามรอบที่ 2 วิเคราะห์ร่วมกับข้อเสนอแนะจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ พิจารณาความเหมาะสมในการปรับแบบสอบถามตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ

3. สร้างแบบสอบถามจากข้อรายการเดิม หลังผ่านความคิดเห็นของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ซึ่งได้ปรับปรุงเรียบร้อยแล้ว มาทำเป็นแบบสอบถามเหมือนในรอบที่ 2 โดยเพิ่มค่ามัธยฐาน (MD) และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในแต่ละองค์ประกอบย่อย และให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาข้อคำถามแต่ละข้อรายการแล้วทำเครื่องหมาย ✓ เพื่อยืนยันคำตอบเดิมหรือเปลี่ยนแปลงตามความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ครบทุกข้อรายการ ดังเครื่องหมายแสดงดังต่อไปนี้

ค่ามัธยฐาน (MD)	ใช้สัญลักษณ์	△
ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR)	ใช้สัญลักษณ์	↔
ตำแหน่งคำตอบในรอบที่ 2	ใช้สัญลักษณ์	●
ตำแหน่งยืนยันคำตอบในรอบที่ 3	ใช้สัญลักษณ์	✓

4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นในรอบที่ 3 ไปให้ผู้เชี่ยวชาญทั้ง 19 คน ตอบแบบสอบถามเพื่อพิจารณายืนยันการคงคำตอบหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ พร้อมทั้งให้เหตุผลประกอบในกรณีที่คำตอบอยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

ชื่อ 1. ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล (Nursing practitioner)	ระดับความสำคัญ					ความเห็น ของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
	5	4	3	2	1	MD	IR	
1) ปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุม 4 มิติ (ส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู) แบบ องค์รวม (Holistic Care: กาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อม) ข้อเสนอแนะ..... .....	Δ ● ↔ ✓					5	0.25	

โดยหากคำตอบของผู้ตอบอยู่ในขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ของข้อนั้น หมายความว่า ความเห็นของผู้ตอบสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ผู้ตอบไม่ต้องให้เหตุผลประกอบ แต่ถ้าคำตอบของผู้ตอบอยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ หมายความว่า ความเห็นของผู้ตอบ ไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ขอให้ผู้ตอบชี้แจงเหตุผลประกอบในข้อนี้ๆ เพิ่มเติม

4. นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 3  
(รายละเอียดของแบบสอบถาม ดังภาคผนวก ง)

5.

#### การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ จะแฝงอยู่ในกระบวนการรวบรวมข้อมูล เนื่องจากการวิจัย ด้วยเทคนิคเดลฟาย ผู้วิจัยรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญโดยตรง จำนวน 19 คน จากแบบ สัมภาษณ์รอบที่ 1 ซึ่งผู้เชี่ยวชาญจะปรับแก้สำนวนภาษาในแบบสอบถาม เสมือนว่าผู้เชี่ยวชาญได้ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาคู่กับการตอบแบบสอบถามไปด้วย ส่วนความเที่ยงของเครื่องมือพิจารณา ได้จากการที่ผู้เชี่ยวชาญยืนยันคำตอบของตนเองเมื่อตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 และรอบที่ 3 (จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2553)

## การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยทั่วไปจะเก็บรวบรวมข้อมูล 3 รอบหรือมากกว่า โดยแต่ละรอบมีการดำเนินการ ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2553)

**รอบที่ 1** ผู้วิจัยค้นคว้าข้อมูลแนวคิด ทฤษฎี ตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในและต่างประเทศบูรณาการร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ตรงกับปัญหาการวิจัยที่ศึกษา ตลอดจนการดำเนินงานเพื่อรับรองโครงการวิจัยในการเก็บข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (รายละเอียดของเอกสารรับรองโครงการวิจัย ดังภาคผนวก ค) และการทำหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จำนวน 19 คน (รายละเอียดของหนังสือเชิญผู้เชี่ยวชาญ ดังภาคผนวก ข) เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้ศึกษาก่อนการสัมภาษณ์ และเซ็นเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45-60 นาที หรือให้ผู้เชี่ยวชาญเขียนตอบกลับส่งคืนผู้วิจัยทางไปรษณีย์ภายใน 2 สัปดาห์ ทางซองจดหมายที่ผู้วิจัยได้ติดตราไปรษณียากรไว้เรียบร้อยแล้ว ผู้เชี่ยวชาญให้สัมภาษณ์ 12 คน และเขียนตอบด้วยตนเอง 7 คน

ระยะเวลาดำเนินการรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 2 มีนาคม 2561 ถึงวันที่ 24 มีนาคม 2561

### การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 1

จำแนกองค์ประกอบที่เป็นความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญหลังจากการสัมภาษณ์ และ/หรือ การเขียนตอบแบบสอบถาม ที่ได้รับคืนจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อสรุปประเด็นสำคัญที่ผู้เชี่ยวชาญให้ข้อมูลเพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เปรียบเทียบกับแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรม ตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหา หากเนื้อหายังไม่ครอบคลุม ผู้วิจัยจะนำประเด็นดังกล่าวกลับไปสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมกับผู้เชี่ยวชาญโดยตรง จนได้เนื้อหาครอบคลุมบทบาทสำคัญของพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ตามแนวคิดของปิยะสกล สกลสัตยาทร (2560) Bauer and Bodenheimer (2017) Berg and Dickow (2014) Fraher, Spetz, and Naylor (2015) และ Smolowitz et al. (2015) ซึ่งประกอบด้วย 7 องค์ประกอบหลัก คือ 1) ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล 2) ด้านผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง 3) ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 4) ด้านหุ่นส่วนสุขภาพ 5) ด้านผู้จัดการการดูแล 6) ด้านการจัดการการดูแลระยะกลาง และ 7) ด้านการพัฒนาคุณภาพ และมีรายละเอียด 53 ข้อรายการย่อย ดังตารางที่ 3

### ตารางที่ 3 ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมและการสัมภาษณ์ รอบที่ 1

จากการทบทวนวรรณกรรม	จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ	ข้อคำถามแบบสอบถาม
<b>1. ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล (Nursing practitioner)</b>		
- ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ	- ปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุม 4 มิติ คือ ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูสภาพ ให้การดูแลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และให้บริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ เข้าใจถึงความแตกต่างทางสังคม เศรษฐกิจของผู้ป่วย	1) ปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุม 4 มิติ (ส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู) แบบองค์รวม (Holistic Care: กาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อม) ให้บริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care) เข้าใจถึงความแตกต่างของผู้ป่วย
- ใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อการวางแผนและให้การพยาบาลแบบองค์รวม ในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการขอคำปรึกษาและการประสานความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพ	- ให้การดูแลและปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) และผสมผสานความรู้ศาสตร์อื่นๆ เช่น กายภาพบำบัด เภสัชกรรม แพทย์แผนไทย	2) ใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ในการปฏิบัติการพยาบาล ร่วมกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์ เภสัชกร กายภาพ, แพทย์แผนไทย) และพหุภาคี (อปท., อบต., ผู้นำชุมชน, พัฒนาชุมชน, วัด, รร.)
- การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ พัฒนา นวัตกรรมและนำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล	- ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ นำผลการวิจัย ขยายผลไปใช้ในหน่วยงานต่างๆ และเน้นทำงานวิจัยที่แก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย เหมาะสมกับบริบทของตนเอง	3) ใช้ข้อความรู้หลักฐานเชิงประจักษ์ หรือ Best practice ปฏิบัติการพยาบาล
- ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆ ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล รวมทั้งผู้ป่วยที่เกิดปัญหาฉุกเฉินได้อย่างปลอดภัย	- ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆ ในการประเมินปัญหา ให้การวินิจฉัย วางแผน ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล รวมทั้งผู้ป่วยที่เกิดปัญหาฉุกเฉินได้อย่างปลอดภัย	4) ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการบริการแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งใน รพ.และชุมชน
- สร้างเครือข่ายภาคประชาชน ให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	- สร้างเครือข่ายภาคประชาชน ให้มีส่วนร่วม ในการดูแลผู้ป่วย เช่น การสนับสนุน ค่าใช้จ่าย ที่พักอาศัย การจัดตั้งกลุ่มหรือชมรมเพื่อดูแลช่วยเหลือกัน เป็นต้น	5) ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคประชาชน เพื่อการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยและ/หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ค่าใช้จ่ายประจำวัน การปรับปรุงที่พักอาศัย)
- สอน และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อพัฒนาความสามารถ ในการดูแลตนเอง และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี	- ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล ให้มีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ โดยทำให้ผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล สามารถตัดสินใจ และดูแลตนเองได้ รวมทั้งมีความสามารถในการสืบค้นข้อมูลสุขภาพ ได้อย่างถูกต้อง	6) สนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ (Health literacy) โดยจัดเตรียม ข้อมูลความรู้/ จัดช่องทางในการเข้าถึง / กระตุ้นให้ประชาชนตระหนัก เข้าใจ และตัดสินใจ เพื่อการดูแลตนเองได้
	- นำรูปแบบการให้ความรู้ที่น่าสนใจ เช่น การใช้ Application มาใช้เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติตามได้ง่ายขึ้น	7) สนับสนุนการใช้สื่อหรือเทคโนโลยีกับ ผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้เข้าถึงข้อมูล ในการดูแลตนเอง (Line, Facebook, Application อื่นๆ)

### ตารางที่ 3 (ต่อ)

จากการทบทวนวรรณกรรม	วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	สร้างข้อความ
<b>2. ด้านผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (Case manager for chronic diseases)</b>		
- ค้นหา คัดกรองผู้ป่วย เพื่อยืนยันการวินิจฉัยโรค	- ค้นหาและคัดกรองผู้ป่วย นำมาวิเคราะห์กลุ่มผู้ป่วย อาจแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย หรือ 7 กลุ่ม (ป้องกัน 7 สี) โดยมีการใช้คอมพิวเตอร์เข้ามาช่วยในการประมวลผล	1) ค้นหา คัดกรอง ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เพื่อยืนยันการวินิจฉัยในระยะต่างๆ
- ประเมินภาวะสุขภาพ ให้ครอบคลุมปัญหาของผู้ป่วยเพื่อวางแผนการดูแลให้เหมาะสม	- ประเมินภาวะสุขภาพให้ครอบคลุมแบบองค์รวม ภาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อม รวมทั้งปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง	2) ประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหาความต้องการ และความเสี่ยงของโรคเรื้อรัง เพื่อวางแผนการจัดการรายกรณี
- พัฒนาแผนการดูแลรายกรณี ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย สอดคล้องกับแหล่งประโยชน์ (ครอบครัว ชุมชน สถานบริการสุขภาพ) ของผู้ป่วยแต่ละราย	- ให้การดูแลแบบการจัดการรายกรณี (Case Management) จัดทำแผนการดูแล (Care plan) ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย	3) จัดทำแผนการดูแล (Care plan) ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและแต่ละระยะของโรคเรื้อรังนั้นๆ สอดคล้องกับแหล่งประโยชน์ (ครอบครัว ชุมชน สถานบริการสุขภาพ) ของผู้ป่วยแต่ละราย
- ประสานความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพ เช่น นักโภชนากร นักกายภาพบำบัด เภสัชกร เป็นต้น	- ประสานความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน	4) ประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย เช่น นักโภชนากร เพื่อให้คำแนะนำเรื่องอาหารเฉพาะโรค, นักกายภาพบำบัด เพื่อฟื้นฟูสภาพ เป็นต้น
- ให้บริการเชิงรุกเพื่อจัดหาสิ่งสนับสนุนและทรัพยากรตามความจำเป็น และผู้ป่วยได้เข้าถึงบริการได้มีการส่งต่อ การดูแลต่อเนื่องทั้งภายในและภายนอกเครือข่าย	- ประสานความร่วมมือกับเครือข่ายผู้ดูแลเพื่ออำนวยความสะดวกในการส่งต่อ เพื่อการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายกรณี ได้แก่ กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรร่วม, รพ.สต. เป็นต้น	5) ประสานความร่วมมือกับเครือข่ายผู้ดูแลเพื่อส่งต่อการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายกรณี ได้แก่ กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรร่วม, รพ.สต. เป็นต้น
- สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการจัดการตนเอง	- ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ เช่น ติดตามระดับน้ำตาล/ความดันโลหิตด้วยตนเอง	6) สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการจัดการตนเอง (Self-management) ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การติดตามระดับน้ำตาล/ความดันโลหิตด้วยตนเอง เป็นต้น
- ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลภายใต้การวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อพัฒนาคุณภาพและระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง	- ประเมินผลการดูแลทั้งรายบุคคล และกลุ่มโรค โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลสารสนเทศ และนำมาเปรียบเทียบกับเป้าหมายการดูแล พร้อมกับนำเสนอให้ผู้เกี่ยวข้องทราบ	7) ประเมินผลการดูแลรายกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่รับผิดชอบ ในเรื่องปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค เพื่อวางแผนการดูแลให้มีประสิทธิภาพต่อไป



### ตารางที่ 3 (ต่อ)

จากการทบทวนวรรณกรรม	วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	สร้างข้อคำถาม
<b>3. ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Geriatric health promotion)</b>		
<p>- จัดทำฐานข้อมูลกลุ่มผู้สูงอายุที่ต้องการดูแลช่วยเหลือ และประเมินคัดกรองความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ</p> <p>- คัดกรองความผิดปกติจากกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) และคัดกรองปัญหาที่สำคัญและโรคที่พบบ่อย</p>	<p>- จัดกลุ่มผู้สูงอายุ เช่น ดิตบ้าน ดิตเตียง ดิตสังคม และประเมินปัญหา ความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ</p> <p>- คัดกรองความผิดปกติจากกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) และคัดกรองปัญหาที่สำคัญและโรคที่พบบ่อย</p>	<p>1) จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ดิตสังคม ดิตบ้าน และดิตเตียง เพื่อวางแผนส่งเสริมป้องกัน ดูแลและฟื้นฟูสุขภาพ</p> <p>2) คัดกรองความผิดปกติจากกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) ได้แก่ การนอนหลับ ภาวะทุพโภชนาการ การกลั้นปัสสาวะ การหกล้ม สมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ข้อเข่าเสื่อม</p> <p>3) คัดกรองปัญหาที่สำคัญและโรคที่พบบ่อย ได้แก่ ดัชเนิมวลกาย การมองเห็น การได้ยิน เบาหวาน ความดัน</p> <p>4) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุกลุ่มดิตสังคม มีการจัดตั้งชมรม โรงเรียน หรือศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุ เพื่อร่วมกันทำกิจกรรมและส่งเสริมสุขภาพ</p> <p>5) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสุขภาพดี ได้เป็นจิตอาสา และเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพ</p> <p>6) ให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การมีสุขภาพจิตที่ดี การใช้ยา และการฉีดวัคซีน</p>
<p>- ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมร่วมกัน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ เพื่อร่วมกันทำกิจกรรมและส่งเสริมสุขภาพ และกิจกรรมจิตอาสา</p>	<p>- ส่งเสริมการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ร่วมกับชุมชนหรือหน่วยงานที่รับผิดชอบ</p> <p>- ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุ เห็นคุณค่าและภูมิใจในตนเอง เช่น การเป็นจิตอาสาหรือเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพ</p>	<p>7) ให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ เรื่องตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นระยะ เพื่อตรวจหาโรคและให้การดูแลรักษาโรคตั้งแต่ในระยะแรก</p>
<p>- ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเช้า การได้รับวัคซีน</p>	<p>- ส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เช่น การเดิน การรำไม้พลองแม่บุญมี เป็นต้น</p> <p>- ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนของโรค เช่น การทำสมาธิ เคลื่อนไหว SKT การออกกำลังกายยืด เป็นต้น</p>	<p>8) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มดิตสังคมจิตอาสา เพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน</p>
<p>- ให้คำแนะนำผู้สูงอายุให้ได้รับการตรวจสุขภาพเป็นระยะ เพื่อตรวจหาโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก</p>	<p>- ให้คำแนะนำผู้สูงอายุให้ได้รับการตรวจสุขภาพเป็นระยะ เพื่อตรวจหาโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก</p>	
<p>- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานของผู้สูงอายุ</p>	<p>- จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มผู้สูงอายุ</p>	

### ตารางที่ 3 (ต่อ)

จากการทบทวนวรรณกรรม	วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	สร้างข้อความ
<b>4. ด้านหุ้นส่วนสุขภาพ (Health partnership)</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>- สร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองกับพื้นที่และชุมชน โดยคืนข้อมูลข้อมูลให้กับพื้นที่ ได้ตระหนักและมีส่วนในการดูแลสุขภาพของชุมชนตนเอง</li> <li>- วางแผนการทำงานร่วมกับชุมชนในการดูแลสุขภาพของคนทุกกลุ่มวัย ทั้งกลุ่มดีและกลุ่มป่วย</li> <li>- ประสานความร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่นในชุมชน และแสวงหาแหล่งประโยชน์ เพื่อการดูแลสุขภาพของประชาชนในชุมชน</li> <li>- ส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขหรือตามปัญหาของพื้นที่</li> <li>- ร่วมจัดบริการคลินิกหมอครอบครัว เพื่อให้ประชาชนเข้าถึง และพึ่งตนเองด้านสุขภาพได้</li> <li>- ปฏิบัติบทบาทพยาบาลในฐานะทีมหมอครอบครัว ดูแลภาวะสุขภาพทั้งเชิงรับและเชิงรุก</li> <li>- เป็นพี่เลี้ยง ที่ปรึกษา สอน ชี้แนะ ให้กับภาคีเครือข่าย</li> <li>- ประสานความร่วมมือในการดูแลกับผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล สหสาขาวิชาชีพ รวมถึงภาคีเครือข่าย</li> <li>- จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในการดูแลสุขภาพ เช่น มหกรรมสุขภาพ เป็นต้น</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- รวบรวมข้อมูลสุขภาพของพื้นที่ และคืนข้อมูลให้แก่ รพ.สต. อบต. ผู้นำชุมชน เพื่อหาความร่วมมือในการดูแลสุขภาพประชาชนร่วมกัน</li> <li>- นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลมาวางแผนร่วมกับชุมชน ตามบริบทพื้นที่ของตนเอง</li> <li>- ดึงทรัพยากรจากแหล่งประโยชน์หรือทุนในชุมชน มาร่วมให้การดูแลผู้ป่วย</li> <li>- ติดตามนโยบาย ปัญหาสุขภาพของอำเภอ จังหวัด ประเทศ เพื่อทราบทิศทางการทำงาน และนำมาวางแผนการทำงานให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ของตนเอง</li> <li>- ร่วมจัดและให้บริการ ในคลินิกที่จัดขึ้นในคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster) เช่น คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นต้น</li> <li>- ให้บริการเชิงรุกเพิ่มมากขึ้น</li> <li>- เป็นพี่เลี้ยง ที่ให้คำปรึกษา ให้ข้อมูลและสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยซับซ้อน</li> <li>- สร้างความร่วมมือในการดูแลกับผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล สหสาขาวิชาชีพ รวมถึงภาคีเครือข่าย เช่น อบต. อปท. องค์กรเอกชน แกนนำชุมชน อสม. ชมรมต่างๆ หรือ NGO เป็นต้น</li> <li>- คืนข้อมูลภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ให้ รพ.สต. ได้รับทราบ เพื่อนำไปวางแผนบริการร่วมกัน</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1) รวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ร่วมกับภาคประชาชนหรือท้องถิ่น และคืนข้อมูล เพื่อให้ประชาชนตระหนักและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและคนในชุมชน</li> <li>2) นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนร่วมกับชุมชนในการดูแลสุขภาพของคนทุกกลุ่มวัย ทั้งกลุ่มดีและกลุ่มป่วย</li> <li>3) สนับสนุนข้อมูล แหล่งประโยชน์ แก่ประชาชนในพื้นที่ ในการดูแลสุขภาพ</li> <li>4) ส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขหรือตามปัญหาของพื้นที่</li> <li>5) สนับสนุนและมีส่วนร่วมในการจัดระบบการดูแลแบบทีมหมอครอบครัว (Primary care cluster: PCC)</li> <li>6) ปฏิบัติบทบาทพยาบาลในฐานะทีมหมอครอบครัว เรื่อง การดูแลภาวะสุขภาพทั้งเชิงรับและเชิงรุก</li> <li>7) เป็นที่ปรึกษาและเสริมพลังอำนาจให้ประชาชน เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้</li> <li>8) สร้างความร่วมมือและประสานงานกับผู้จัดการดูแลในพื้นที่/อบต./รพ.สต. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วย</li> <li>9) ติดตามภาวะสุขภาพของประชาชน และจัดเวทีมหกรรมสุขภาพ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาสุขภาพของคนในพื้นที่</li> </ol>

### ตารางที่ 3 (ต่อ)

จากการทบทวนวรรณกรรม	วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	สร้างข้อความ
<b>5. ด้านผู้จัดการการดูแล (Care manager)</b>		
- ประเมินสภาวะสุขภาพ เพื่อเป็นข้อมูลในการนำไปวางแผนการดูแลให้เหมาะสมกับปัญหา หรือความต้องการของผู้ป่วย อย่างครอบคลุม	- ประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวม ครอบคลุมกาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อม มีการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ใหม่ๆ หรือองค์ความรู้ใหม่ๆ ช่วยในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วย	1) ประเมินความต้องการดูแล และปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
- จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องการดูแลช่วยเหลือ ตามระดับการดูแล เพื่อนำไปวางแผนการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ	- จัดทำฐานข้อมูลสารสนเทศ ทั้งในระดับบุคคล กลุ่มโรค เพื่อให้ทราบสถานการณ์ปัญหา และนำไปวางแผนการจัดการอย่างมีประสิทธิภาพ	2) จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องการดูแลช่วยเหลือ ตามระดับการดูแล เพื่อนำไปวางแผนการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ
- จัดทำแผนการดูแล (Care plan) อย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม	- จัดทำแผนการดูแล (Care plan) ตามปัญหาที่ประเมินอย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม	3) จัดทำแผนการดูแล (Care plan) ตามปัญหาที่ประเมินอย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม
- ให้การดูแลผู้ป่วย ร่วมกับผู้ดูแล (Care giver) โดยการสอน สาธิต และกำหนดแผนการเยี่ยมตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย	- ร่วมพัฒนาเครือข่ายผู้ดูแล ได้แก่ การเตรียมครอบครัว/ผู้ดูแล เครือข่ายสถานบริการและชุมชน แหล่งประโยชน์ การส่งต่อ การบริการ รวมทั้งส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการตัดสินใจให้การรักษา	4) ให้การดูแลผู้ป่วย ร่วมกับผู้ดูแล (Care giver) โดยการสอน สาธิต และกำหนดแผนการเยี่ยมตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย
- จัดประชุมกลุ่ม ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและพหุภาคี เพื่อปรึกษาปัญหากรณี (Case conference)	- จัดประชุมปรึกษากับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อนำมาถอดบทเรียนในการดูแลรักษาผู้ป่วย	5) จัดประชุมกลุ่ม เพื่อปรึกษาปัญหารายกรณี (Case conference) ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและพหุภาคี
- อำนวยความสะดวก และการประสานความร่วมมือกับการปฏิบัติของทีมสุขภาพและผู้เกี่ยวข้อง	- ประสานความร่วมมือและ เช่น แพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด เป็นต้น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยได้ครอบคลุมปัญหาความต้องการของผู้ป่วย	6) ประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และพหุภาคี เพื่อการช่วยเหลือ และจัดสิ่งแวดล้อมให้กับผู้ป่วยแต่ละราย
- พัฒนาศักยภาพการทำงานเป็นทีม เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	- ทำงานเป็นทีมกับสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	7) พัฒนาศักยภาพการทำงานเป็นทีม เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
- ประเมินผลลัพธ์การดูแล อย่างต่อเนื่อง ทั้งในเรื่องคุณภาพบริการ สิ่งสนับสนุน และความพอใจของทรัพยากร	- ประเมินผลลัพธ์การดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านคุณภาพบริการ เช่น ความพึงพอใจ เป็นต้น กระบวนการดูแล เช่น ความครอบคลุมในการดูแล และผลลัพธ์ทางคลินิก เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อน	8) ทบทวน Care plan ให้สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย และประเมินผลการปฏิบัติงานเชิงระบบ เพื่อปรับปรุงพัฒนา

### ตารางที่ 3 (ต่อ)

จากการทบทวนวรรณกรรม	วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	สร้างข้อคำถาม
<b>6. ด้านการจัดการการดูแลระยะกลาง (Intermediate care management)</b>		
<p>- ประสานและจัดเตรียมผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง (Continuous of care) ตั้งแต่ รพศ./รพท. ลงสู่บ้านและชุมชน</p> <p>- รับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจาก รพศ./รพท. พร้อมสอน ให้คำแนะนำ ฝึกสอน สาธิตจนสามารถปฏิบัติได้</p> <p>- วางแผนจำหน่าย และประสานกับครอบครัว เพื่อ จัดเตรียมสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เมื่อกลับไปดูแลที่บ้าน</p> <p>- เตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล ให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันที่บ้านได้โดยไม่เป็นภาระแก่ผู้ดูแลและครอบครัวมากเกินไป</p> <p>- จัดช่องทางติดต่อสื่อสาร เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ทุกๆระดับ</p> <p>- ติดตามเยี่ยม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ระหว่างโรงพยาบาลและที่บ้าน</p> <p>- ประเมินผลภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อพัฒนาการจัดการดูแลอย่างต่อเนื่อง</p>	<p>- พัฒนาระบบการดูแลต่อเนื่อง (Continuity of Care) โดยมีการประสานการรับผู้ป่วยกลับจากโรงพยาบาลตติยภูมิ ดูแลระหว่างอยู่โรงพยาบาล และวางแผนจำหน่าย เพื่อเตรียมผู้ป่วยกลับสู่ชุมชน รวมทั้งประสานหน่วยบริการปฐมภูมิในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การติดตามประเมินผล</p> <p>- รับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจาก รพศ./รพท. พร้อมสอน ให้คำแนะนำ ฝึกสอน จนสามารถปฏิบัติได้ ทำได้ และติดตามประเมินซ้ำ จนกว่าจะกลับบ้านได้</p> <p>- วางแผนจำหน่าย โดยการประเมินความต้องการการดูแลหลังออกจากโรงพยาบาล และเตรียมความพร้อมผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ดูแล (Care Giver) ก่อนการกลับบ้าน</p> <p>- เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์และสถานที่รวมทั้งการประสานแหล่งทรัพยากรที่ช่วยสนับสนุนต่างๆ ในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข ภายใต้การพึ่งตนเอง พึ่งครอบครัวหรือแม้กระทั่งการพึ่งชุมชน</p> <p>- กำหนดช่องทางการติดต่อสื่อสาร โดยแบ่งเป็นการสื่อสารระหว่างทีมในโรงพยาบาล การสื่อสารระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวหรือผู้ดูแล และการสื่อสารระหว่างทีมสุขภาพในชุมชน</p> <p>- ประสานหน่วยปฐมภูมิในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน พร้อมทั้งติดตาม ประเมินผล</p> <p>- วางแผนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งในเรื่องแนวทางการเยี่ยม ระยะเวลา การบันทึก ร่วมกับผู้ดูแล (Care giver)</p> <p>- ประเมินผลภาวะสุขภาพของผู้ป่วย โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับ Care manager และ Care giver เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่อง</p>	<p>1) เป็นผู้ประสานและจัดเตรียมผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง (Continuous of care) ตั้งแต่ รพศ./รพท. ลงสู่บ้านและชุมชน</p> <p>2) รับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจาก รพศ./รพท. พร้อมสอน สาธิต ให้ความรู้ผู้ดูแลที่บ้าน/อาสาสมัคร (Care giver) จนสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้</p> <p>3) วางแผนจำหน่าย โดยประสานกับ Case manager/กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรวม/รพ.สต. พร้อมจัดเตรียมข้อมูลแหล่งประโยชน์ ประสานงานสนับสนุนส่งต่อในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน</p> <p>4) ประสานกับครอบครัวและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดเตรียมบ้าน ที่อยู่อาศัย และอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละราย</p> <p>5) จัดช่องทางติดต่อสื่อสาร เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ทุกๆระดับ ตั้งแต่ Case manager ของ รพ. /รพ.สต. และผู้ดูแล</p> <p>6) วางแผนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ (แนวทางการเยี่ยม ระยะเวลา การบันทึก ร่วมกับผู้ดูแล (Care giver)</p> <p>7) ประเมินผลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับ Care manager และ Care giver เพื่อการพัฒนาการจัดการดูแลอย่างต่อเนื่อง</p>

### ตารางที่ 3 (ต่อ)

จากการทบทวนวรรณกรรม	วิเคราะห์ข้อมูลจากการสัมภาษณ์	สร้างข้อความ
<b>7. ด้านการพัฒนาคุณภาพ (Quality improvement)</b>		
- กำหนดและพัฒนาตัวชี้วัดที่เหมาะสมครอบคลุมด้านปฏิบัติการพยาบาล และการสร้างเสริมสุขภาพ	- กำหนดและพัฒนาตัวชี้วัดครอบคลุมด้านปฏิบัติการพยาบาล และการสร้างเสริมสุขภาพ ตามมาตรฐาน HA,QA	1) กำหนดตัวชี้วัดด้านปฏิบัติการพยาบาล และการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความปลอดภัยของผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ สถานะสุขภาพ
- มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ พัฒนานวัตกรรม/R2R/ วิจัย และมีการขยายผลไปยังหน่วยงานต่างๆ	- มีการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ พัฒนานวัตกรรม/R2R/ วิจัย และมีการขยายผลไปยังหน่วยงานต่างๆ และมีการจัดทำ Guild line มาใช้ในหน่วยงาน	2) พัฒนานวัตกรรม/แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ดี เพื่อเป็นแบบอย่างในการนำไปปฏิบัติในส่วนอื่นๆ ขององค์กร
- มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์จริง เช่น การรับฟังประสบการณ์ผู้ป่วย การตามรอย การประชุมกลุ่ม	- มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทั้งภายในและภายนอกหน่วยงาน เช่น การตามรอย การเยี่ยมชมตรวจการศึกษาดูงาน การนำเสนอผลงานผลงานวิชาการ	3) จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์จริง เช่น สนทริยสนทนา (Dialogue) การรับฟังประสบการณ์ผู้ป่วย (Patient experience) การตามรอย (Tracer)
- ติดตาม ประเมินผลกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะจุดเชื่อมต่อระหว่างหน่วยงาน ได้แก่ การเข้าถึงบริการ การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การดูแลต่อที่บ้านและชุมชน	- กำกับ ติดตาม ประเมินผลกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะจุดเชื่อมต่อระหว่างหน่วยงาน ได้แก่ การเข้าถึงบริการ การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การดูแลต่อที่บ้านและชุมชน	4) กำกับ ติดตาม ประเมินผลกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะจุดเชื่อมต่อระหว่างหน่วยงาน ได้แก่ การเข้าถึงบริการ การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การดูแลต่อที่บ้านและชุมชน
- เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับความต้องการของผู้รับบริการ เป้าหมายองค์กร หรือตัวเทียบ (Benchmark)	- เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับความต้องการของผู้รับบริการ เป้าหมายองค์กร หรือตัวเทียบ (Benchmark)	5) เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับความต้องการของผู้รับบริการ เป้าหมายองค์กร หรือตัวเทียบ (Benchmark)
- พัฒนาตัวชี้วัดครอบคลุมด้านการปฏิบัติการพยาบาล และการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง	- พัฒนาตัวชี้วัดครอบคลุมด้านการปฏิบัติการพยาบาล และการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง	6) พัฒนาตัวชี้วัดทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาล และการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง
- พัฒนาจุดเชื่อมต่อบริการ การเข้าถึงบริการ การวางแผนจำหน่าย การดูแลต่อที่บ้านและชุมชน	- พัฒนาจุดเชื่อมต่อระหว่างหน่วยงาน ได้แก่ การเข้าถึงบริการ การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การดูแลต่อที่บ้านและชุมชน	7) พัฒนาจุดเชื่อมต่อบริการ การเข้าถึงบริการ วางแผนจำหน่าย การดูแลต่อที่บ้าน และชุมชน อย่างต่อเนื่อง

**รอบที่ 2** ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ในรอบที่ 1 มาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยอาศัยข้อคำถามประกอบด้วย บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ใน 7 องค์ประกอบหลัก จำนวน 53 ข้อรายการย่อย โดยจัดหมวดหมู่เนื้อหาสาระในลักษณะเดียวกัน เข้าไว้ด้วยกัน ในกรณีที่ความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญมีความแตกต่างซึ่งไม่สามารถจัดเป็นหมวดหมู่ได้ แต่ยังคงมีเนื้อหาสาระอยู่ในขอบข่ายปัญหาการวิจัย ให้รวบรวมนำเสนอผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆ เพื่อพิจารณาในรอบที่ 2 เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญท่านอื่นๆ อาจมีความคิดเห็นคล้อยตามได้ แต่หากผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยจากการวิเคราะห์พบว่าค่ามัธยฐานไม่เกิน 3.50 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เกิน 1.50 ให้ตัดความคิดเห็นที่แตกต่างนี้ออก เนื่องจากเป็นค่าที่อยู่นอกขอบเขตปกติ เมื่อวิเคราะห์เนื้อหาและจัดหมวดหมู่ของเนื้อหาแล้ว นำมาสร้างเป็นแบบสอบถามมาตรฐานค่า 5 ระดับ (Rating scale) เพื่อนำกลับไปถามผู้เชี่ยวชาญเขียนตอบกลับส่งคืนผู้วิจัยทางไปรษณีย์ภายใน 2 สัปดาห์ ทางซองจดหมายที่ผู้วิจัยได้ติดไปรษณียากรไว้เรียบร้อยแล้ว เพื่อพิจารณาระดับความสำคัญเกี่ยวกับประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา ผู้เชี่ยวชาญส่งคืนทางไปรษณีย์ 17 คน และเขียนตอบด้วยตนเอง 2 คน

ระยะเวลาดำเนินการรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 11 เมษายน 2561 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2561

### การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 2

ผู้วิจัยนำคำตอบที่ได้จากการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 มาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ คำนวณหาค่ามัธยฐาน (MD) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ในแต่ละข้อคำถาม โดยหากค่ามัธยฐานเกิน 3.50 จึงจะประเมินว่าบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 บทบาทนั้นมีความสำคัญ และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ที่มีค่าไม่เกิน 1.50 หมายถึง ความคิดเห็นมีความสอดคล้องกัน ดังนี้

#### การแปลความหมายของค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยควอไทล์

**การแปลค่ามัธยฐาน (MD)** มีความหมาย ดังนี้ (กานดา พุนลาภทวี, 2539)

ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 4.50 – 5.00 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ข้อความดังกล่าว **มีความสำคัญระดับมากที่สุด**

ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 3.50 – 4.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ข้อความดังกล่าว **มีความสำคัญระดับมาก**

ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 2.50 – 3.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ข้อความดังกล่าว **มีความสำคัญระดับปานกลาง**

ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 1.50 – 2.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ข้อความดังกล่าว **มีความสำคัญระดับน้อย**

ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 1.00 - 1.49 หมายถึง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าบทบาทพยาบาล  
โรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ข้อความดังกล่าว **มีความสำคัญระดับน้อยที่สุด**

**การแปลค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) ที่ใช้มีความหมาย ดังนี้ (ชนิษฐา วิทยานุมาศ, 2530)**  
ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ **ค่าไม่เกิน 1.50** หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นต่อบทบาท  
พยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ข้อความดังกล่าว **มีความสอดคล้องกัน**

ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ **ค่าเกิน 1.50** หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นต่อบทบาท  
พยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ข้อความดังกล่าว **ไม่มีความสอดคล้องกัน**



ตารางที่ 4 ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ในแบบสอบถาม รอบที่ 2

บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน ตามประเทศไทย 4.0	MD	IR	ระดับ ความสำคัญ
<b>1) ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล (Nursing practitioner)</b>			
1. ปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุม 4 มิติ (ส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟู) แบบองค์รวม (Holistic Care: กาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อม) ให้บริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care) เข้าใจถึงความแตกต่างของผู้ป่วย	5	0.25	มากที่สุด
2. ใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ในการปฏิบัติการพยาบาล ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์ เภสัชกร กายภาพ, แพทย์แผนไทย) และพหุภาคี (อปท., อบต., ผู้นำชุมชน, พัฒนาชุมชน, วัด, รร.) ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย	5	0	มากที่สุด
3. ใช้ข้อความรู้หลักฐานเชิงประจักษ์ หรือ Best practice ในการปฏิบัติการพยาบาล	5	1	มากที่สุด
4. ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดการการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวทั้งใน รพ.และชุมชน	5	1	มากที่สุด
5. ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคประชาชน เพื่อการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยและ/หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ค่าใช้จ่ายประจำวัน การปรับปรุงที่พักอาศัย)	5	1	มากที่สุด
6. สนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ (Health literacy) โดยจัดเตรียมข้อมูลความรู้/ จัดช่องทางในการเข้าถึง /กระตุ้นให้ประชาชนตระหนัก เข้าใจ และตัดสินใจเพื่อการดูแลตนเองได้	5	1	มากที่สุด
7. สนับสนุนการใช้สื่อหรือเทคโนโลยีกับผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้เข้าถึงข้อมูลในการดูแลตนเอง (Line, Facebook, Application อื่นๆ)	4	1	มาก



## ตารางที่ 4 (ต่อ)

บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน ตามประเทศไทย 4.0	MD	IR	ระดับ ความสำคัญ
<b>2) ด้านผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (Case manager for chronic diseases)</b>			
8. ค้นหา คัดกรอง ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เพื่อยืนยันการวินิจฉัย ในระยะต่างๆ	5	1	มากที่สุด
9. ประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหาความต้องการ และความเสี่ยง เพื่อวางแผนการจัดการรายกรณี	5	1	มากที่สุด
10. จัดทำแผนการดูแล (Care plan) ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละ รายและแต่ละระยะของโรคเรื้อรังนั้นๆ สอดคล้องกับแหล่ง ประโยชน์ (ครอบครัว ชุมชน สถานบริการสุขภาพ) ของ ผู้ป่วยแต่ละราย	5	1	มากที่สุด
11. ประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย เช่น นักโภชนาการ เพื่อให้คำแนะนำเรื่องอาหารเฉพาะโรค, นักกายภาพบำบัด เพื่อฟื้นฟูสภาพ เป็นต้น	5	1	มากที่สุด
12. ประสานความร่วมมือกับเครือข่ายผู้ดูแล เพื่อการดูแลผู้ป่วย เฉพาะรายกรณีอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ กลุ่มงานปฐมภูมิและ องค์กรวม, รพ.สต. เป็นต้น	5	1	มากที่สุด
13. สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการ จัดการตนเอง (Self-management) ในเรื่องการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ได้แก่ การติดตามระดับน้ำตาล/ความดันโลหิต ด้วยตนเอง เป็นต้น	5	1	มากที่สุด
14. ประเมินผลการดูแลรายกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่ รับผิดชอบ ในเรื่องปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค เพื่อ วางแผนการดูแลให้มีประสิทธิภาพต่อไป	5	1	มากที่สุด

## ตารางที่ 4 (ต่อ)

บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน ตามประเทศไทย 4.0	MD	IR	ระดับ ความสำคัญ
<b>3) ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Geriatric health promotion)</b>			
15. จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง เพื่อวางแผนส่งเสริม ป้องกัน ดูแลและฟื้นฟูสุขภาพ	5	0	มากที่สุด
16. คัดกรองความผิดปกติจากกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) ได้แก่ การนอนหลับ ภาวะทุพโภชนาการ การ กลั้นปัสสาวะ ภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม สมองเสื่อม ภาวะ ซึมเศร้า ข้อเข่าเสื่อม	4	1	มาก
17. คัดกรองปัญหาที่สำคัญและโรคที่พบบ่อย ได้แก่ ดัชนีมวล กาย การมองเห็น การได้ยิน เบาหวาน ความดัน	4	1	มาก
18. ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม มีการจัดตั้ง ชมรม โรงเรียน หรือศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุ เพื่อร่วมกันทำ กิจกรรมและส่งเสริมสุขภาพ	4	1	มาก
19. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสุขภาพดี ได้เป็นจิตอาสา และเป็น ต้นแบบในการดูแลสุขภาพ	4	1	มาก
20. ให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การมีสุขภาพจิต ที่ดี การใช้ยา และการฉีดวัคซีน	4	1	มาก
21. ให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ เรื่องตรวจคัดกรองสุขภาพเป็น ระยะ เพื่อตรวจหาโรคและให้การดูแลรักษาโรคตั้งแต่ใน ระยะแรก	4	1	มาก
22. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานการส่งเสริมสุขภาพของ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จิตอาสา เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน	4	1	มาก

## ตารางที่ 4 (ต่อ)

บพบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน ตามประเทศไทย 4.0	MD	IR	ระดับ
<b>4) ด้านหุ้นส่วนสุขภาพ (Health partnership)</b>			
23. รวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ร่วมกับภาคประชาชนหรือท้องถิ่น และคืนข้อมูล เพื่อให้ประชาชนตระหนักและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและคนในชุมชน	5	1	มากที่สุด
24. นำข้อมูลที่ได้มาออกแบบระบบบริการร่วมกับชุมชนในการดูแลสุขภาพของคนทุกกลุ่มวัย ทั้งกลุ่มดีและกลุ่มป่วย	5	1	มากที่สุด
25. สนับสนุนข้อมูล แหล่งประโยชน์ แก่ประชาชนในพื้นที่ ในการดูแลสุขภาพ	5	1	มากที่สุด
26. ส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้มีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี ตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขหรือตามปัญหาของพื้นที่	4	1	มาก
27. สนับสนุนและมีส่วนร่วมในการจัดระบบการดูแลแบบทีมหมอครอบครัว (Primary care cluster: PCC)	5	1	มากที่สุด
28. ปฏิบัติบทบาทพยาบาลในฐานะทีมหมอครอบครัว เรื่อง การดูแลสุขภาพทั้งเชิงรับและเชิงรุก	5	1.25	มากที่สุด
29. เป็นที่ปรึกษาและเสริมพลังอำนาจให้ประชาชน เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้	5	1	มากที่สุด
30. สร้างความร่วมมือและประสานงานกับผู้จัดการดูแลในพื้นที่/อบต./รพ.สต.และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลต่อเนื่อง	5	1	มากที่สุด
31. ติดตามภาวะสุขภาพของประชาชน และจัดเวทีมหกรรมสุขภาพ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาสุขภาพของคนในพื้นที่	4	2	มาก

## ตารางที่ 4 (ต่อ)

บพทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน ตามประเทศไทย 4.0	รอบที่ 2		
	MD	IR	ระดับ
<b>5) ด้านผู้จัดการการดูแล (Care manager)</b>			
32. ประเมินความต้องการดูแล และปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	5	1	มากที่สุด
33. จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องการดูแลช่วยเหลือ ตามระดับการ ดูแล เพื่อนำไปวางแผนการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ	5	1	มากที่สุด
34. จัดทำแผนการดูแล (Care plan) ตามปัญหาที่ประเมินอย่าง ครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม	5	1	มากที่สุด
35. ให้การดูแลผู้ป่วย ร่วมกับผู้ดูแล (Care giver) โดยการสอน สาธิต และกำหนดแผนการเยี่ยมตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละ ราย	5	1	มากที่สุด
36. จัดประชุมกลุ่ม เพื่อปรึกษาปัญหารายกรณี (Case conference) ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและพหุภาคี	5	1	มากที่สุด
37. ประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และพหุภาคี เพื่อการช่วยเหลือ และจัดสิ่งแวดล้อมให้กับผู้ป่วยแต่ละราย	5	1	มากที่สุด
38. พัฒนาศักยภาพการทำงานเป็นทีม เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมใน การดูแลผู้ป่วย	5	1	มากที่สุด
39. ทบทวน Care plan ให้สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย และประเมินผลการปฏิบัติงานเชิงระบบ เพื่อปรับปรุงพัฒนา	5	1	มากที่สุด

## ตารางที่ 4 (ต่อ)

บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน ตามประเทศไทย 4.0	รอบที่ 2		
	MD	IR	ระดับ
<b>6) ด้านการจัดการการดูแลระยะกลาง (Intermediate care management)</b>			
40. ประสานและจัดเตรียมผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง (Continuous of care) ในการส่งต่อหรือกลับบ้านและชุมชน	5	1	มากที่สุด
41. รับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจาก รพศ./รพท. พร้อมสอน สาธิต ให้ความรู้ผู้ดูแลที่บ้าน/อาสาสมัคร (Care giver) จนสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้	5	1	มากที่สุด
42. วางแผนจำหน่าย โดยประสานกับ Case manager/กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรวม/รพ.สต. พร้อมจัดเตรียมข้อมูล แหล่งประโยชน์ ประสานงานสนับสนุน ส่งต่อในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	5	1	มากที่สุด
43. ประสานกับครอบครัวและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดเตรียมสภาพแวดล้อมบ้าน ที่อยู่อาศัย และอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละราย	5	1	มากที่สุด
44. จัดช่องทางติดต่อสื่อสาร เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ทุกๆระดับ ตั้งแต่ Case manager ของ รพ. / รพ.สต. และผู้ดูแล	5	1	มากที่สุด
45. วางแผนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ (แนวทางการเยี่ยมระยะเวลา การบันทึก ร่วมกับผู้ดูแล (Care giver)	5	1	มากที่สุด
46. ประเมินผลระบบการดูแลและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับ Care manager และ Care giver เพื่อการพัฒนาการจัดการการดูแลอย่างต่อเนื่อง	5	1	มากที่สุด

## ตารางที่ 4 (ต่อ)

บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน ตามประเทศไทย 4.0	รอบที่ 2		
	MD	IR	ระดับ
<b>7. ด้านการพัฒนาคุณภาพ (Quality improvement)</b>			
47. กำหนดตัวชี้วัดด้านปฏิบัติการพยาบาล และการสร้างเสริม สุขภาพ ได้แก่ ความปลอดภัยของผู้ป่วย ความสามารถในการ ดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ สถานะสุขภาพ	5	1	มากที่สุด
48. พัฒนานวัตกรรม/แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ดี เพื่อนำไปปฏิบัติ พัฒนา ปรับปรุงงานบริการในส่วนอื่นๆ ขององค์กร	5	1	มากที่สุด
49. จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์จริงในการ ปฏิบัติการพยาบาล เช่น สนทริยสนทนา (Dialogue) การรับฟัง ประสบการณ์ผู้ป่วย (Patient experience) การตามรอย (Tracer)	5	1	มากที่สุด
50. กำกับ ติดตาม ประเมินผลกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะจุด เชื่อมต่อระหว่างหน่วยงาน ได้แก่ การเข้าถึงบริการ การวางแผน การจำหน่ายผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน	5	1	มากที่สุด
51. เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับความต้องการของผู้รับบริการ เป้าหมายองค์กร หรือตัวเทียบ (Benchmark)	4	1	มาก
52. พัฒนาตัวชี้วัดทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาล และการสร้างเสริม สุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง	4	2	มาก
53. พัฒนาจุดเชื่อมต่อบริการ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ วางแผน จำหน่าย การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และชุมชน อย่างต่อเนื่อง	4	1	มาก

หลังการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความสอดคล้องกัน จำนวน 51 ข้อ ค่ามัธยฐานอยู่ในช่วง 4-5 และ ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์อยู่ในช่วง 0-1 และพบข้อรายการย่อยที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นไม่สอดคล้องกัน จำนวน 2 ข้อ ค่ามัธยฐานเท่ากับ 4 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เท่ากับ 2 ผู้วิจัยจึงได้ปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา และมีการปรับข้อความใหม่

**รอบที่ 3** ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถามจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในรอบที่ 2 เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยคัดเลือกข้อคำถามที่ผ่านเกณฑ์ คือ มีค่ามัธยฐานเกิน 3.50 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.5 และนำมาสร้างเป็นแบบสอบถามรอบที่ 3 เพื่อรายงานค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญพร้อมทั้งค่าคำตอบในรอบที่ 2 ของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อยืนยันคำตอบของผู้เชี่ยวชาญโดยการเขียนแบบสอบถามคืนกลับผู้วิจัยโดยตรง หรือเขียนตอบกลับส่งคืนกลับผู้วิจัยทางไปรษณีย์ภายใน 2 สัปดาห์ ทางซองจดหมายที่ผู้วิจัยได้ติดไปรษณียากรไว้เรียบร้อยแล้ว หากคำตอบของผู้เชี่ยวชาญมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์เกิน 1.5 ผู้เชี่ยวชาญต้องให้เหตุผลประกอบว่ามีเหตุใดที่ยังคงยืนยันคำตอบของตน ซึ่งไม่คล้อยตามกลุ่มผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่ จากนั้นนำมาวิเคราะห์ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ จนได้ข้อคำถามที่มีค่ามัธยฐานเกิน 3.50 ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.5 รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงคำตอบที่ไม่เกินร้อยละ 15 ซึ่งถือว่าเป็นเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ผู้วิจัยจึงยุติและสรุปผลรายงานการวิจัย (Linestone and Turoff, 1975) ผู้เชี่ยวชาญส่งคืนทางไปรษณีย์ 17 คน และเขียนตอบด้วยตนเอง 2 คน

ระยะเวลาดำเนินการรวบรวมข้อมูล ระหว่างวันที่ 5 พฤษภาคม 2561 ถึงวันที่ 20 พฤษภาคม 2561

### **การวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3**

จากการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3 พบว่าบรรดาพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ตามค่ามัธยฐานจากมากไปหาน้อย พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันระดับมากที่สุด หมายถึงมีค่ามัธยฐานตั้งแต่ 4.50 ขึ้นไป จำนวน 46 ข้อรายการย่อย และระดับมากที่สุดหมายถึงมีค่ามัธยฐานระหว่าง 3.50 – 4.49 จำนวน 9 ข้อรายการย่อย และมีค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.5 ทุกข้อรวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงคำตอบของผู้เชี่ยวชาญเพียงร้อยละ 8.71 (ดังแสดงในตารางที่ 5 และตารางที่ 6) ผู้วิจัยจึงยุติการส่งแบบสอบถามและสรุปผลการวิจัย

ตารางที่ 5 การเปลี่ยนแปลงข้อมูลของผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 3

ผู้เชี่ยวชาญ	จำนวนข้อที่เปลี่ยนแปลง	ร้อยละ
1	0	0
2	0	0
3	0	0
4	23	41.81
5	0	0
6	0	0
7	2	3.64
8	5	9.09
9	0	0
10	3	5.45
11	2	3.63
12	6	10.90
13	31	56.36
14	4	7.27
15	4	7.27
16	0	0
17	1	1.82
18	1	1.81
19	9	16.36
<b>ค่าเฉลี่ยรวม</b>	<b>91</b>	<b>8.71</b>



**ตารางที่ 6** เหตุผลในการตอบนอกพิสัยควอไทล์

ข้อ	รายการองค์ประกอบย่อย	เหตุผล
8	ค้นหา คัดกรอง ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เพื่อยืนยันการวินิจฉัยในระยะต่างๆ	การค้นหาและคัดกรอง อาจใช้บุคลากรระดับที่รองลงมาเป็นหลักรับผิดชอบ เช่น อสม./นักวิชาการได้
17	คัดกรองปัญหาที่สำคัญและโรคที่พบบ่อย ได้แก่ ดัชนีมวลกาย การมองเห็น การได้ยิน เบาหวาน ความดัน	การคัดกรองจะใช้ในกลุ่มที่ยังไม่ทราบและยังไม่ระบุปัญหา ซึ่งการคัดกรองนี้อาจใช้บุคลากรอื่นๆ ได้ แต่บทบาทในการประเมินภาวะแทรกซ้อนในกลุ่มโรคสำคัญหรือพบบ่อยควรเป็นหน้าที่สำคัญของพยาบาล มิเช่นนั้นพยาบาลจะทำงานมากมายทั้งหมด
18	ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม มีการจัดตั้งชมรม โรงเรียน หรือศูนย์การเรียนรู้ ผู้สูงอายุ เพื่อร่วมกันทำกิจกรรมและส่งเสริมสุขภาพ	เป็นความสามารถเฉพาะทางของพยาบาลส่วนที่ต้องทำงานร่วมกับชุมชน เช่น PCU ส่วนอื่นๆ น่าจะยังไม่ใช่บทบาทหลัก
19	ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสุขภาพดี ได้เป็นจิตอาสา และเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพ	เป็นความสามารถเฉพาะทางของพยาบาลส่วนที่ต้องทำงานร่วมกับชุมชน เช่น PCU ส่วนอื่นๆ น่าจะยังไม่ใช่บทบาทหลัก
20	ให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การมีสุขภาพจิตที่ดี การใช้ยา และการฉีดวัคซีน	บทบาทหลักที่สำคัญ ควรต้องเป็นเรื่องที่ต้องใช้ความรู้ทางวิชาชีพ จึงคิดว่าการใช้ยา การฉีดยาน่าจะเป็นกิจกรรมสำคัญ ส่วนออกกำลังกาย อาหาร ควรเป็นบุคลากรอื่นๆ ได้
22	จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จิตอาสา เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณค่าผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน	เป็นความสามารถเฉพาะทางของพยาบาลส่วนที่ต้องทำงานร่วมกับชุมชน เช่น PCU ส่วนอื่นๆ น่าจะยังไม่ใช่บทบาทหลัก
26	ส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขหรือตามปัญหาของพื้นที่	ไม่ควรนำตัวชี้วัดกระทรวงมากำหนดแต่ควรเป็นไปตามปัญหาของพื้นที่
31	ติดตามภาวะสุขภาพของประชาชน และจัดเวทีมหกรรมสุขภาพ เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาสุขภาพของคนในพื้นที่	เป็นความสามารถเฉพาะทางของพยาบาลส่วนที่ต้องทำงานร่วมกับชุมชน เช่น PCU ส่วนอื่นๆ น่าจะยังไม่ใช่บทบาทหลัก
35	ให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแล (Care Giver) โดยการสอน สานิต และกำหนดแผนการเยี่ยมตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย	ควรมีการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและครอบครัว ตามสภาพความต้องการของผู้ป่วยเป็นหลัก

### การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ โดยหลังจากยื่นเสนอโครงการวิจัยฉบับสมบูรณ์ (Research proposal) เพื่อรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 และขอรับการอนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยผู้วิจัยได้นำเอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เชี่ยวชาญที่มีส่วนร่วมในการวิจัย (Information sheet) ซึ่งอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ รวมถึงถามความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้กับผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด ตลอดจนการมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการเป็นผู้เชี่ยวชาญในโครงการวิจัยนี้ ซึ่งจะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อผู้เชี่ยวชาญทั้งสิ้น โดยการตอบแบบสอบถามจะถูกเก็บรักษาไว้เป็นความลับ (Confidentiality) และระบุงการทำลายหลังสิ้นสุดโครงการวิจัยอย่างชัดเจน หลังจากที่คุณผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดทั้งหมดแล้ว ได้เปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญซักถามข้อสงสัยก่อนลงนามในใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (Informed consent form) (รายละเอียดของเอกสารรับรองโครงการวิจัย ดังภาคผนวก ค)

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาระบบสุขภาพโรงพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาโครงสร้างและองค์ประกอบย่อยของระบบสุขภาพโรงพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 โดยใช้เทคนิคเดลฟาย (Delphi Technique) รวบรวมความคิดเห็นที่มีความสอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 19 คน ประกอบด้วย กลุ่มผู้บริหารทางการแพทย์ โรงพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน กลุ่มผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาเวชปฏิบัติชุมชน กลุ่มอาจารย์พยาบาลสาขาพยาบาลชุมชน กลุ่มอาจารย์สาขาบริหารการพยาบาล กลุ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว และกลุ่มผู้กำหนดนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขและสภาการพยาบาล โดยมีผลการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. องค์ประกอบระบบสุขภาพโรงพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ จำนวน 55 ข้อรายการย่อย ดังนี้

- |  |       |
|--|-------|
| 1) ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล (Nursing practitioner)                      | 9 ข้อ |
| 2) ด้านผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (Case manager for chronic diseases) | 7 ข้อ |
| 3) ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Geriatric health promotion)        | 8 ข้อ |
| 4) ด้านหุ้นส่วนสุขภาพ (Health partnership)                             | 9 ข้อ |
| 5) ด้านผู้จัดการการดูแล (Care manager)                                 | 8 ข้อ |
| 6) ด้านการจัดการการดูแลระยะกลาง (Intermediate care management)         | 7 ข้อ |
| 7) ด้านการพัฒนาคุณภาพ (Quality improvement)                            | 7 ข้อ |

2. ข้อรายการย่อยในแต่ละองค์ประกอบของระบบสุขภาพโรงพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 มีดังนี้ ความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญต่อระบบสุขภาพโรงพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 มีความสอดคล้องกันจำนวน 55 ข้อ และพบว่าความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเปลี่ยนแปลงร้อยละ 8.71 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่สามารถสรุปผลการวิจัยได้ โดยนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลรอบที่ 3 มาสรุปผลการวิจัย และแสดงผลการวิเคราะห์ในรูปแบบของตารางและสรุปผลการวิเคราะห์เป็นรายด้านเรียงลำดับความสำคัญของบทบาทแต่ละด้าน และข้อรายการย่อยตามค่ามัธยฐานจากมากไปหาน้อยได้ ดังตารางที่ 7-13

### 1. ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล (Nursing practitioner)

ตารางที่ 7 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของข้อรายการย่อยในบทบาทด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล

ข้อรายการย่อยด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล	MD	IR	ระดับความสำคัญ
1) ปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุม 4 มิติ (ส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู) แบบองค์รวม (Holistic Care: กาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อม)	5	0	มากที่สุด
2) ให้บริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care) เข้าใจถึงความแตกต่างของผู้ป่วย	5	0	มากที่สุด
3) ใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ในการปฏิบัติการพยาบาล	5	0	มากที่สุด
4) ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์ เภสัชกร กายภาพ, แพทย์แผนไทย) และพหุภาคี (อปท., อบต., ผู้นำชุมชน, พัฒนาชุมชน, วัด, รร.) ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย	5	0	มากที่สุด
5) ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคประชาชน เพื่อการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยและ/หรือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ค่าใช้จ่ายประจำวัน การปรับปรุงที่พักอาศัย)	5	0	มากที่สุด
6) ใช้ข้อความรู้หลักฐานเชิงประจักษ์ หรือ Best practice ในการปฏิบัติการพยาบาล	5	1	มากที่สุด
7) ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดการการดูแลผู้ป่วย และครอบครัวทั้งใน รพ.และชุมชน	5	1	มากที่สุด
8) สนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ (Health literacy) โดยจัดเตรียมข้อมูลความรู้/ จัดช่องทางในการเข้าถึง /กระตุ้นให้ประชาชนตระหนัก เข้าใจ และตัดสินใจ เพื่อการดูแลตนเองได้	5	1	มากที่สุด
9) สนับสนุนการใช้สื่อหรือเทคโนโลยีกับผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้เข้าถึงข้อมูลในการดูแลตนเอง (Line, Facebook, Application อื่นๆ)	4	1	มาก

จากตารางที่ 7 พบว่า บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด และมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทุกข้อรายการย่อย (MD = 4-5, IR = 0-1)

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญมากที่สุด 8 ข้อ (MD = 5) ได้แก่ ปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุม 4 มิติ แบบองค์รวม, ให้บริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care) เข้าใจถึงความแตกต่างของผู้ป่วย, ใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ในการปฏิบัติการพยาบาล, ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และพหุภาคีในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย, ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคประชาชน เพื่อการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยและ/หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง, ใช้ข้อความรู้หลักฐานเชิงประจักษ์ หรือ Best practice ในการปฏิบัติการพยาบาล, ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดการการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวทั้งใน รพ.และชุมชน และสนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ (Health literacy) โดยจัดเตรียมข้อมูลความรู้/ จัดช่องทางในการเข้าถึง /กระตุ้นให้ประชาชนตระหนัก เข้าใจ และตัดสินใจ เพื่อการดูแลตนเองได้

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญมาก 1 ข้อ (MD = 4) ได้แก่ สนับสนุนการใช้สื่อหรือเทคโนโลยีกับผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้เข้าถึงข้อมูลในการดูแลตนเอง (Line, Facebook, Application อื่นๆ)

## 2. ด้านผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (Case manager for chronic diseases)

ตารางที่ 8 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของข้อรายการย่อย ในด้านผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง

ข้อรายการย่อยด้านผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง	MD	IR	ระดับความสำคัญ
1) ประสานความร่วมมือกับเครือข่ายผู้ดูแล เพื่อการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายกรณีอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรวม, รพ.สต. เป็นต้น	5	0	มากที่สุด
2) ค้นหา คัดกรองโรคเรื้อรังแก่ประชาชนในเขตความรับผิดชอบ เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคที่ถูกต้องตั้งแต่วัยแรก	5	1	มากที่สุด
3) ประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหาความต้องการ และความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อวางแผนการจัดการรายกรณี	5	1	มากที่สุด
4) จัดทำแผนการดูแล (Care plan) ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและแต่ละระยะของโรคเรื้อรังนั้นๆ สอดคล้องกับแหล่งประโยชน์ (ครอบครัว ชุมชน สถานบริการสุขภาพ) ของผู้ป่วยแต่ละราย	5	1	มากที่สุด
5) ประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย เช่น นักโภชนาการ เพื่อให้คำแนะนำเรื่องอาหารเฉพาะโรค, นักกายภาพบำบัด เพื่อฟื้นฟูสภาพ เป็นต้น	5	1	มากที่สุด
6) สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการจัดการตนเอง (Self-management) ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การกำกับพฤติกรรมตนเอง การติดตามระดับน้ำตาล/ความดันโลหิตด้วยตนเอง เป็นต้น	5	1	มากที่สุด
7) ประเมินผลการดูแลรายกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่รับผิดชอบ ในเรื่องปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค เพื่อวางแผนการดูแลให้มีประสิทธิภาพต่อไป	5	1	มากที่สุด

จากตารางที่ 8 พบว่า บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ด้านผู้จัดการ วิทยากรโรคเรื้อรัง ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุด และมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทุกข้อ รายการย่อย (MD = 5, IR = 0-1) ได้แก่ ประสานความร่วมมือกับเครือข่ายผู้ดูแล เพื่อการดูแลผู้ป่วย เฉพาะรายกรณีอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรรวม, รพ.สต. เป็นต้น, ค้นหา คัดกรอง โรคเรื้อรังแก่ประชาชนในเขตความรับผิดชอบ เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยและรักษาโรคที่ถูกต้องตั้งแต่ ระยะเวลาแรก, ประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหาความต้องการ และความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วย เรื้อรัง เพื่อวางแผนการจัดการรายกรณี, จัดทำแผนการดูแล (Care plan) ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละ รายและแต่ละระยะของโรคเรื้อรังนั้นๆ สอดคล้องกับแหล่งประโยชน์ (ครอบครัว ชุมชน สถานบริการ สุขภาพ) ของผู้ป่วยแต่ละราย, ประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย, สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการจัดการตนเอง (Self-management) ในเรื่อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และประเมินผลการดูแลรายกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่รับผิดชอบ ใน เรื่องปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค เพื่อวางแผนการดูแลให้มีประสิทธิภาพต่อไป



### 3. ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Geriatric health promotion)

ตารางที่ 9 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของข้อรายการย่อย  
ในด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ข้อรายการย่อยด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	MD	IR	ระดับความสำคัญ
1) จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง เพื่อวางแผนส่งเสริม ป้องกัน ดูแลและฟื้นฟูสุขภาพ	5	0	มากที่สุด
2) คัดกรองปัญหาที่สำคัญและโรคที่พบบ่อย ได้แก่ ดัชนีมวลกาย การมองเห็น การได้ยิน เบาหวาน ความดัน	5	1	มากที่สุด
3) ให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ เรื่องตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นระยะ เพื่อตรวจหาโรคและให้การดูแลรักษาโรคตั้งแต่ในระยะแรก	5	1	มากที่สุด
4) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร่วมกันทำกิจกรรมและส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดตั้งชมรม โรงเรียน หรือศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุ เป็นต้น	5	1	มาก
5) คัดกรองความผิดปกติจากกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) ได้แก่ การนอนหลับ ภาวะทุพโภชนาการ การกลืนปัสสาวะ ภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม สมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ข้อเข่าเสื่อม	4	1	มาก
6) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสุขภาพดี ได้เป็นจิตอาสา และเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพ	4	1	มาก
7) ให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การมีสุขภาพจิตที่ดี การใช้ยา และการฉีดวัคซีน	4	1	มาก
8) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จิตอาสา เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณค่าผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน	4	1	มาก



จากตารางที่ 9 พบว่า บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุด และมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้ง 8 ข้อรายการย่อย (MD = 4-5, IR = 0-1)

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญมากที่สุด 4 ข้อ (MD = 5) ได้แก่ จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง เพื่อวางแผนส่งเสริม ป้องกัน ดูแล และฟื้นฟูสุขภาพ, คัดกรองปัญหาที่สำคัญและโรคที่พบบ่อย ได้แก่ ดัชนีมวลกาย การมองเห็น การได้ยิน เบาหวาน ความดัน, ให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ เรื่องตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นระยะ เพื่อตรวจหาโรคและให้การดูแลรักษาโรคตั้งแต่ในระยะแรก และส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร่วมกันทำกิจกรรมและส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดตั้งชมรม โรงเรียน หรือศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุ เป็นต้น

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญมาก 4 ข้อ (MD = 4) ได้แก่ คัดกรองความผิดปกติจากกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) ได้แก่ การนอนหลับ ภาวะทุพโภชนาการ การกลืนปัสสาวะ ภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม สมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ข้อเข่าเสื่อม, ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสุขภาพดี ได้เป็นจิตอาสา และเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพ, ให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การมีสุขภาพจิตที่ดี การใช้จ่าย และการฉีควัคซีน และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จิตอาสา เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณค่าผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

#### 4. ด้านหุ้นส่วนสุขภาพ (Health partnership)

ตารางที่ 10 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของข้อรายการย่อยในด้านหุ้นส่วนสุขภาพ

ข้อรายการย่อยด้านหุ้นส่วนสุขภาพ	MD	IR	ระดับความสำคัญ
1) รวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ร่วมกับภาคประชาชนหรือท้องถิ่น และคืนข้อมูล เพื่อให้ประชาชนตระหนักและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและคนในชุมชน	5	1	มากที่สุด
2) นำข้อมูลที่ได้มาออกแบบระบบบริการร่วมกับชุมชนในการดูแลสุขภาพของคนทุกกลุ่มวัย ทั้งกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย	5	1	มากที่สุด
3) สนับสนุนข้อมูล แหล่งประโยชน์ แก่ประชาชนในพื้นที่ในการดูแลสุขภาพ	5	1	มากที่สุด
4) สนับสนุนและมีส่วนร่วมในการจัดระบบการดูแลแบบทีมหมอครอบครัว (Primary care cluster: PCC)	5	1	มากที่สุด
5) ปฏิบัติบทบาทพยาบาลในฐานะทีมหมอครอบครัว เรื่องการดูแลภาวะสุขภาพทั้งเชิงรับและเชิงรุก	5	1	มากที่สุด
6) เป็นที่ปรึกษาและเสริมพลังอำนาจให้ประชาชน เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้	5	1	มากที่สุด
7) สร้างความร่วมมือและประสานงานกับผู้จัดการดูแลในพื้นที่/อบต./รพ.สต.และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลต่อเนื่อง	5	1	มากที่สุด
8) ส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขหรือตามปัญหาของพื้นที่	4	1	มาก
9) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาสุขภาพของคนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง	4	1	มาก

จากตารางที่ 10 พบว่า บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ด้าน ทุนส่วนสุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุดถึงมากที่สุด มีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้ง 9 ข้อ รายการย่อย (MD = 4-5, IR = 1)

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญมากที่สุด 7 ข้อ (MD = 5) ได้แก่ รวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ร่วมกับภาคประชาชนหรือท้องถิ่น และคืนข้อมูล เพื่อให้ประชาชนตระหนัก และมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและคนในชุมชน, นำข้อมูลที่ได้ออกแบบระบบบริการร่วมกับชุมชนในการดูแลสุขภาพของคนทุกกลุ่มวัย ทั้งกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย, สนับสนุนข้อมูลแหล่งประโยชน์ แก่ประชาชนในพื้นที่ ในการดูแลสุขภาพ, สนับสนุนและมีส่วนร่วมในการจัดระบบการดูแลแบบทีมหมอครอบครัว (Primary care cluster: PCC) ปฏิบัติบทบาทพยาบาลในฐานะทีมหมอครอบครัว เรื่อง การดูแลสุขภาพทั้งเชิงรับและเชิงรุก และสร้างความร่วมมือและประสานงานกับผู้จัดการดูแลในพื้นที่/อบต./รพ.สต.และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลต่อเนื่อง

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญมาก 2 ข้อ (MD = 4) ได้แก่ ส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้มีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี ตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขหรือตามปัญหาของพื้นที่ และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาสุขภาพของคนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

## 5. ด้านผู้จัดการการดูแล (Care manager)

ตารางที่ 11 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของข้อรายการย่อย  
ในด้านผู้จัดการการดูแล

ข้อรายการย่อยด้านผู้จัดการการดูแล	MD	IR	ระดับความสำคัญ
1) ประเมินความต้องการดูแล และปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ	5	1	มากที่สุด
2) จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องการดูแลช่วยเหลือ ตามระดับการดูแล เพื่อนำไปวางแผนการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ	5	1	มากที่สุด
3) จัดทำแผนการดูแล (Care plan) ตามปัญหาที่ประเมินอย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม	5	1	มากที่สุด
4) ให้การดูแลผู้ป่วย ร่วมกับผู้ดูแล (Care giver) โดยการสอน สาธิต และกำหนดแผนการเยี่ยมตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย	5	1	มากที่สุด
5) จัดประชุมกลุ่ม เพื่อปรึกษาปัญหารายกรณี (Case conference) ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและพหุภาคี	5	1	มากที่สุด
6) ประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และพหุภาคี เพื่อการช่วยเหลือและจัดสิ่งแวดล้อมให้กับผู้ป่วยแต่ละราย	5	1	มากที่สุด
7) พัฒนาศักยภาพการทำงานเป็นทีม เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย	5	1	มากที่สุด
8) ทบทวน Care plan ให้สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย และประเมินผลการปฏิบัติงานเชิงระบบ เพื่อปรับปรุงพัฒนา	5	1	มากที่สุด

จากตารางที่ 11 พบว่า บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ด้านผู้จัดการการดูแล ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุด และมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทุกข้อรายการย่อย (MD = 5, IR = 1) ได้แก่ ประเมินความต้องการดูแล และปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ, จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องการดูแลช่วยเหลือ ตามระดับการดูแล เพื่อนำไปวางแผนการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ, จัดทำแผนการดูแล (Care plan) ตามปัญหาที่ประเมินอย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม, ให้การดูแลผู้ป่วย ร่วมกับผู้ดูแล (Care giver) โดยการสอน สาธิต และกำหนดแผนการเยี่ยมตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย, ประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และพหุภาคี เพื่อการช่วยเหลือและจัดสิ่งแวดล้อมให้กับผู้ป่วยแต่ละราย, พัฒนาศักยภาพการทำงานเป็นทีม เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และทบทวน Care plan ให้สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย และประเมินผลการปฏิบัติงานเชิงระบบ เพื่อปรับปรุงพัฒนา



## 6. ด้านการจัดการการดูแลระยะกลาง (Intermediate care management)

ตารางที่ 12 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของข้อรายการย่อย  
ในด้านการจัดการการดูแลระยะกลาง

ข้อรายการย่อยด้าน	MD	IR	ระดับความสำคัญ
<b>การจัดการการดูแลระยะกลาง</b>			
1) ประสานและจัดเตรียมผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง (Continuous of care) ในการส่งต่อหรือกลับสู่บ้านและชุมชน	5	1	มากที่สุด
2) รับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจาก รพศ./รพท. พร้อมสอนสาธิต ให้ความรู้ผู้ดูแลที่บ้าน/อาสาสมัคร (Care giver) จนสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้	5	1	มากที่สุด
3) วางแผนจำหน่าย โดยประสานกับ Case manager/กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรรวม/รพ.สต. พร้อมจัดเตรียมข้อมูล แหล่งประโยชน์ ประสานงานสนับสนุน ส่งต่อในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	5	1	มากที่สุด
4) ประสานกับครอบครัวและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดเตรียมสภาพแวดล้อมบ้าน ที่อยู่อาศัย และอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละราย	5	1	มากที่สุด
5) จัดช่องทางติดต่อสื่อสาร เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ทุกๆระดับ ตั้งแต่ Case manager ของ รพ. /รพ.สต. และผู้ดูแล	5	1	มากที่สุด
6) วางแผนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ (แนวทางการเยี่ยม ระยะเวลา การบันทึก) ร่วมกับผู้ดูแล (Care giver)	5	1	มากที่สุด
7) ประเมินผลระบบการดูแลและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับ Care manager และ Care giver เพื่อการพัฒนากิจการการดูแลอย่างต่อเนื่อง	5	1	มากที่สุด

จากตารางที่ 12 พบว่า บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ด้านการจัดการการดูแลระยะกลาง ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากที่สุด และมีความเห็นสอดคล้องกันทุกข้อรายการย่อย (MD = 5, IR = 1) ได้แก่ ประสานและจัดเตรียมผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง (Continuous of care) ในการส่งต่อหรือกลับบ้านและชุมชน, รับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจากรพศ./รพท. พร้อมสอน สามี/ภรรยา ให้ความรู้ผู้ดูแลที่บ้าน/อาสาสมัคร (Care giver) จนสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้, วางแผนจำหน่าย โดยประสานกับ Case manager/กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรรวม/รพ.สต. พร้อมจัดเตรียมข้อมูล แหล่งประโยชน์ ประสานงานสนับสนุน ส่งต่อในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน, ประสานกับครอบครัวและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดเตรียมสภาพแวดล้อมบ้าน ที่อยู่อาศัย และอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละราย, จัดช่องทางติดต่อสื่อสาร เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ทุกๆระดับ ตั้งแต่ Case manager ของ รพ. /รพ.สต. และผู้ดูแล, วางแผนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ (แนวทางการเยี่ยม ระยะเวลา การบันทึก) ร่วมกับผู้ดูแล (Care giver) และประเมินผลระบบการดูแลและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับ Care manager และ Care giver เพื่อการพัฒนาการจัดการการดูแลอย่างต่อเนื่อง

## 7. ด้านการพัฒนาคุณภาพ (Quality improvement)

ตารางที่ 13 ค่ามัธยฐาน ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ และระดับความสำคัญของข้อรายการย่อย  
ในด้านการพัฒนาคุณภาพ

ข้อรายการย่อยด้านการพัฒนาคุณภาพ	MD	IR	ระดับความสำคัญ
1) กำหนดตัวชี้วัดด้านปฏิบัติการพยาบาล และการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความปลอดภัยของผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ สถานะสุขภาพ	5	1	มากที่สุด
2) พัฒนานวัตกรรม/แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ดี เพื่อนำไปปฏิบัติ พัฒนา ปรับปรุงงานบริการในส่วนอื่นๆ ขององค์กร	5	1	มากที่สุด
3) จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์จริงในการปฏิบัติการพยาบาล เช่น สนทนาสนทนา (Dialogue) การรับฟังประสบการณ์ผู้ป่วย (Patient experience) การตามรอย (Tracer)	5	1	มากที่สุด
4) พัฒนาจุดเชื่อมต่อบริการ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ วางแผนจำหน่าย การดูแลต่อที่บ้าน และชุมชนอย่างต่อเนื่อง	5	1	มากที่สุด
5) กำกับ ติดตาม ประเมินผลกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะจุดเชื่อมต่อระหว่างหน่วยงาน ได้แก่ การเข้าถึงบริการ การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การดูแลต่อที่บ้านและชุมชน	5	1	มากที่สุด
6) เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับความต้องการของผู้รับบริการ เป้าหมายองค์กร หรือตัวเทียบ (Benchmark)	4	1	มาก
7) พัฒนาตัวชี้วัดด้านปฏิบัติการพยาบาล และการสร้างเสริมสุขภาพ	4	1	มาก



จากตารางที่ 13 พบว่า บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ด้านการพัฒนาคุณภาพ ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมากถึงมากที่สุด และมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้ง 7 ข้อรายการย่อย (MD = 4-5, IR = 1)

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญมากที่สุด 5 ข้อ (MD = 5) ได้แก่ กำหนดตัวชี้วัดด้านปฏิบัติการพยาบาล และการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความปลอดภัยของผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ สถานะสุขภาพ, พัฒนานวัตกรรม/แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ดี เพื่อนำไปปฏิบัติ พัฒนา ปรับปรุงงานบริการในส่วนอื่นๆ ขององค์กร, จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์จริงในการปฏิบัติการพยาบาล เช่น สนทนาสนทนา (Dialogue) การรับฟังประสบการณ์ผู้ป่วย (Patient experience) การตามรอย (Tracer), พัฒนาจุดเชื่อมต่อบริการ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ วางแผนจำหน่าย การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และชุมชน อย่างต่อเนื่อง และกำกับ ติดตาม ประเมินผลกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะจุดเชื่อมต่อระหว่างหน่วยงาน ได้แก่ การเข้าถึงบริการ การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญมาก 2 ข้อ (MD = 4) ได้แก่ เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับความต้องการของผู้รับบริการ เป้าหมายองค์กร หรือตัวเทียบ (Benchmark) และพัฒนาตัวชี้วัดด้านปฏิบัติการพยาบาล และการสร้างเสริมสุขภาพ

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 โดยใช้เทคนิคเดลฟายในการรวบรวมความคิดเห็นที่มีความสอดคล้องกันของผู้เชี่ยวชาญจำนวน 19 คน ประกอบด้วย กลุ่มผู้บริหารทางการพยาบาล จำนวน 5 คน กลุ่มผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 5 คน กลุ่มอาจารย์พยาบาลสาขาพยาบาลชุมชน จำนวน 3 คน กลุ่มอาจารย์สาขาบริหารการพยาบาล จำนวน 2 คน กลุ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 2 คน และกลุ่มผู้กำหนดนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขและสภาการพยาบาล จำนวน 2 คน รวมทั้งหมด 19 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเพื่อการเก็บข้อมูล ตามระเบียบวิธีวิจัยเทคนิคเดลฟายจำนวน 3 รอบ แบ่งออกเป็น 3 ชุด ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ 1 ชุด และแบบสอบถาม 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสัมภาษณ์บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อใช้ในการสัมภาษณ์หรือให้ผู้เชี่ยวชาญเขียนตอบในรอบที่ 1

ชุดที่ 2 แบบสอบถามเรื่องบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ในลักษณะมาตรประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ คือ ระดับความคิดเห็นมากที่สุด จนถึงระดับความคิดเห็นน้อยที่สุด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญประมาณค่าแนวโน้มความสำคัญของบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ในแต่ละด้าน ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 53 ข้อ ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 2

ชุดที่ 3 เป็นแบบสอบถามฉบับเดิม แต่มีการปรับเนื้อหาข้อคำถามให้มีความครอบคลุมและความชัดเจนมากยิ่งขึ้น ในลักษณะมาตรประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยเพิ่มค่ามัธยฐาน (Median) ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Interquater range) และตำแหน่งที่ผู้เชี่ยวชาญตอบในรอบที่ 2 ของข้อคำถามแต่ละข้อ ให้ผู้เชี่ยวชาญได้ทราบคำตอบของตนเอง และของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด ก่อนทบทวนคำตอบของตนเองเพื่อยืนยันหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 55 ข้อ ซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในรอบที่ 3

ในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามรอบที่ 3 ได้นำมาวิเคราะห์ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ โดยจะพิจารณาบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน คือค่ามัธยฐานเกิน 3.5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ไม่เกิน 1.5 นำมาสรุปเป็นบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0

ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งหมด 3 รอบ รวมทั้งสิ้น 60 วัน ระยะเวลารวบรวมข้อมูลรอบที่ 1 ตั้งแต่วันที่ 2 มีนาคม 2561 ถึงวันที่ 24 มีนาคม 2561 ระยะเวลารวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 ตั้งแต่วันที่ 11 เมษายน 2561 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2561 และระยะเวลารวบรวมข้อมูลรอบที่ 3 ตั้งแต่วันที่ 5 พฤษภาคม 2561 ถึงวันที่ 20 พฤษภาคม 2561

### สรุปผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่อง บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ประกอบด้วยองค์ประกอบหลัก 7 ด้าน จำนวน 55 ข้อรายการย่อย ดังนี้

- |  |             |
|--|-------------|
| 1. ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล (Nursing practitioner)                      | จำนวน 9 ข้อ |
| 2. ด้านผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (Case manager for chronic diseases) | จำนวน 7 ข้อ |
| 3. ด้านส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Geriatric health promotion)           | จำนวน 8 ข้อ |
| 4. ด้านหุ้นส่วนสุขภาพ (Health Partnership)                             | จำนวน 9 ข้อ |
| 5. ด้านผู้จัดการการดูแล (Care manager)                                 | จำนวน 8 ข้อ |
| 6. ด้านการจัดการการดูแลระยะกลาง (Intermediate care management)         | จำนวน 7 ข้อ |
| 7. ด้านการพัฒนาคุณภาพ (Quality improvement)                            | จำนวน 7 ข้อ |

**1. ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล (Nursing practitioner)** ประกอบด้วยข้อรายการย่อย 9 ข้อดังต่อไปนี้

- 1) ปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุม 4 มิติ (ส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู) แบบองค์รวม (Holistic Care: กาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อม)
- 2) ให้บริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care) เข้าใจถึงความแตกต่างของผู้ป่วย
- 3) ใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ในการปฏิบัติการพยาบาล
- 4) ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์ เภสัชกร กายภาพ, แพทย์แผนไทย) และพหุภาคี (อปท., อบต., ผู้นำชุมชน, พัฒนาชุมชน, วัด, รร.) ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย
- 5) ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคประชาชน เพื่อการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยและ/หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ค่าใช้จ่ายประจำวัน การปรับปรุงที่พักอาศัย)
- 6) ใช้ข้อความรู้หลักฐานเชิงประจักษ์ หรือ Best practice ในการปฏิบัติการพยาบาล
- 7) ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการบริการแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งใน รพ. และชุมชน

8) สนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ (Health literacy) โดยจัดเตรียม ข้อมูลความรู้/ จัดช่องทางในการเข้าถึง /กระตุ้นให้ประชาชนตระหนัก เข้าใจ และตัดสินใจ เพื่อการ ดูแลตนเองได้

9) สนับสนุนการใช้สื่อหรือเทคโนโลยีกับผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้เข้าถึงข้อมูลในการ ดูแลตนเอง (Line, Facebook, Application อื่นๆ)

**2. ด้านผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (Case manager for chronic diseases) ประกอบด้วย** ข้อรายการย่อย 7 ข้อ ดังนี้

1) ประสานความร่วมมือกับเครือข่ายผู้ดูแล เพื่อการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายกรณีอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรร่วม, รพ.สต. เป็นต้น

2) ค้นหา คัดกรองโรคเรื้อรังแก่ประชาชนในเขตความรับผิดชอบ เพื่อให้ได้รับการวินิจฉัย และรักษาโรคที่ถูกต้องตั้งแต่ระยะแรก

3) ประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหาความต้องการ และความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อวางแผนการจัดการรายกรณี

4) จัดทำแผนการดูแล (Care plan) ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและแต่ละระยะของโรคเรื้อรังนั้นๆ สอดคล้องกับแหล่งประโยชน์ (ครอบครัว ชุมชน สถานบริการสุขภาพ) ของผู้ป่วยแต่ละราย

5) ประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย เช่น นักโภชนาการ เพื่อให้คำแนะนำเรื่องอาหารเฉพาะโรค, นักกายภาพบำบัด เพื่อฟื้นฟูสภาพ เป็นต้น

6) สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการจัดการตนเอง (Self-management) ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การกำกับพฤติกรรมตนเอง การติดตามระดับน้ำตาล/ความดันโลหิตด้วยตนเอง เป็นต้น

7) ประเมินผลการดูแลรายกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่รับผิดชอบ ในเรื่องปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค เพื่อวางแผนการดูแลให้มีประสิทธิภาพต่อไป

**3. ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Geriatric health promotion) ประกอบด้วย** ข้อรายการย่อย 8 ข้อ ดังนี้

1) จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง เพื่อวางแผนส่งเสริม ป้องกัน ดูแลและฟื้นฟูสุขภาพ

2) คัดกรองปัญหาที่สำคัญและโรคที่พบบ่อย ได้แก่ ดัชนีมวลกาย การมองเห็น การได้ยิน เบาหวาน ความดัน

3) ให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ เรื่องตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นระยะ เพื่อตรวจหาโรคและให้การดูแลรักษาโรคตั้งแต่ในระยะแรก

4) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ร่วมกันทำกิจกรรมและส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดตั้งชมรม โรงเรียน หรือศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุ เป็นต้น

5) คัดกรองความผิดปกติจากกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) ได้แก่ การนอนหลับ ภาวะทุพโภชนาการ การกลั้นปัสสาวะ ภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม สมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ข้อเข่าเสื่อม

6) ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสุขภาพดี ได้เป็นจิตอาสา และเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพ

7) ให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การมีสุขภาพจิตที่ดี การใช้ยา และการฉีดยา

8) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จิตอาสา เพื่อการส่งเสริมสุขภาพและคุณค่าผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

#### 4. ด้านหุ้นส่วนสุขภาพ (Health partnership) ประกอบด้วยข้อรายการย่อย 9 ข้อ ดังนี้

1) รวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ร่วมกับภาคประชาชนหรือท้องถิ่น และคืนข้อมูล เพื่อให้ประชาชนตระหนักและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและคนในชุมชน

2) นำข้อมูลที่ได้มาออกแบบระบบบริการร่วมกับชุมชนในการดูแลสุขภาพของคนทุกกลุ่มวัย ทั้งกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วย

3) สนับสนุนข้อมูล แหล่งประโยชน์ แก่ประชาชนในพื้นที่ ในการดูแลสุขภาพ

4) สนับสนุนและมีส่วนร่วมในการจัดระบบการดูแลแบบทีมหมอครอบครัว (Primary care cluster: PCC)

5) ปฏิบัติบทบาทพยาบาลในฐานะทีมหมอครอบครัว เรื่อง การดูแลภาวะสุขภาพทั้งเชิงรับ และเชิงรุก

6) สร้างความร่วมมือและประสานงานกับผู้จัดการดูแลในพื้นที่/อบต./รพ.สต. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลต่อเนื่อง

7) ส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี ตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขหรือตามปัญหาของพื้นที่

8) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาสุขภาพของคนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

### 5. ด้านผู้จัดการการดูแล (Care manager) ประกอบด้วยข้อรายการย่อย 7 ข้อ ดังนี้

- 1) ประเมินความต้องการดูแล และปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ
- 2) จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องการดูแลช่วยเหลือ ตามระดับการดูแล เพื่อนำไปวางแผนการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ
- 3) จัดทำแผนการดูแล (Care plan) ตามปัญหาที่ประเมินอย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม
- 4) ให้การดูแลผู้ป่วย ร่วมกับผู้ดูแล (Care giver) โดยการสอน สาธิต และกำหนดแผนการเยี่ยมตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย
- 5) ประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และพหุภาคี เพื่อการช่วยเหลือและจัดสิ่งแวดล้อมให้กับผู้ป่วยแต่ละราย
- 6) พัฒนาศักยภาพการทำงานเป็นทีม เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
- 7) ทบทวน Care plan ให้สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย และประเมินผลการปฏิบัติงานเชิงระบบ เพื่อปรับปรุงพัฒนา

### 6. ด้านการจัดการการดูแลระยะกลาง (Intermediate care management)

ประกอบด้วยข้อรายการย่อย 7 ข้อ ดังนี้

- 1) ประสานและจัดเตรียมผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง (Continuous of care) ในการส่งต่อหรือกลับบ้านและชุมชน
- 2) รับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจาก รพศ./รพท. พร้อมสอน สาธิต ให้ความรู้ผู้ดูแลที่บ้าน/อาสาสมัคร (Care giver) จนสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้
- 3) วางแผนจำหน่าย โดยประสานกับ Case manager/กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรรวม/รพ.สต. พร้อมจัดเตรียมข้อมูล แหล่งประโยชน์ ประสานงานสนับสนุน ส่งต่อในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
- 4) ประสานกับครอบครัวและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดเตรียมสภาพแวดล้อมบ้าน ที่อยู่อาศัย และอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละราย
- 5) จัดช่องทางการติดต่อสื่อสาร เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ทุกๆระดับ ตั้งแต่ Case manager ของ รพ. /รพ.สต. และผู้ดูแล
- 6) วางแผนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ (แนวทางการเยี่ยม ระยะเวลา การบันทึก) ร่วมกับผู้ดูแล (Care giver)
- 7) ประเมินผลระบบการดูแลและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับ Care manager และ Care giver เพื่อการพัฒนาการจัดการการดูแลอย่างต่อเนื่อง

7. **ด้านการพัฒนาคุณภาพ (Quality improvement)** ประกอบด้วยข้อรายการย่อย 7 ข้อ ดังนี้

- 1) กำหนดตัวชี้วัดด้านปฏิบัติการพยาบาล และการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความปลอดภัยของผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ สถานะสุขภาพ
- 2) พัฒนานวัตกรรม/แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ดี เพื่อนำไปปฏิบัติ พัฒนา ปรับปรุงงานบริการในส่วนอื่นๆ ขององค์กร
- 3) จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์จริงในการปฏิบัติการพยาบาล เช่น สนทริยสนทนา (Dialogue) การรับฟังประสบการณ์ผู้ป่วย (Patient experience) การตามรอย (Tracer)
- 4) พัฒนาจุดเชื่อมต่อบริการ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ วางแผนจำหน่าย การดูแลต่อเนืองที่บ้าน และชุมชน อย่างต่อเนื่อง
- 5) กำกับ ติดตาม ประเมินผลกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะจุดเชื่อมต่อระหว่างหน่วยงาน ได้แก่ การเข้าถึงบริการ การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การดูแลต่อเนืองที่บ้านและชุมชน
- 6) เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับความต้องการของผู้รับบริการ เป้าหมายองค์กร หรือ ตัวเทียบ (Benchmark)
- 7) พัฒนาตัวชี้วัดด้านการปฏิบัติการพยาบาล และการสร้างเสริมสุขภาพ

### อภิปรายผลการวิจัย

จากการวิจัยที่พบในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอการอภิปรายผลการวิจัยตามประเด็นดังต่อไปนี้

#### 1. ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล (Nursing practitioner)

จากการศึกษาพบว่า บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล ทั้งหมด 9 ข้อ เป็นบทบาทที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญมากที่สุด และมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทั้งหมด จากผลการวิจัยจะเห็นว่าบทบาทด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาลนั้น พยาบาลยังคงบทบาทเดิมตามที่กองการพยาบาล (2539) กำหนดไว้ ได้แก่ ปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุม 4 มิติ (ส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู) แบบองค์รวม (Holistic Care: กาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อม) ให้บริการด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized health care) เข้าใจถึงความแตกต่างของผู้ป่วย สอดคล้องกับเป้าหมายการปฏิรูประบบสุขภาพ ของสภากฎีรูปแห่งชาติ (2558) ที่คาดหวังให้ประชาชนจะได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวม (Holistic care) ที่มีความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน ให้ความสำคัญกับปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนของร่างกาย จิตใจ สังคม ความเชื่อศรัทธา ปัญญา

เป็นการให้บริการ/ดูแลที่ผสมผสาน (Integrated care) บูรณาการระหว่างการให้บริการ/ดูแล ทั้งด้านการรักษา ส่งเสริมและสร้างเสริม ฟันฟู และป้องกันเข้าด้วยกัน (สภาปฏิรูปแห่งชาติ, 2558)

สำหรับการใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ในการปฏิบัติการพยาบาลนั้น ผู้เชี่ยวชาญยังคงให้ความสำคัญมากที่สุด เนื่องจากกระบวนการพยาบาลเป็นกระบวนการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบโดยอาศัยหลักการและวิธีการวิทยาศาสตร์ รวมทั้งการใช้ข้อความหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือ Best Practice ในการปฏิบัติการพยาบาล ถือเป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบที่จะจัดการกับปัจจัยนำเข้า ก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีคือ คุณภาพการพยาบาลที่พึงปรารถนา (สำนักการพยาบาล, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาของ Van Soeren, Hurlock-Chorostecki, and Reeves (2011) พบว่า พยาบาลมีบทบาทในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติ การใช้แนวปฏิบัติที่ดีในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล ดังนั้นกระบวนการพยาบาล และ การใช้ข้อความหลักฐานเชิงประจักษ์ หรือ Best practice จึงเป็นพื้นฐานสำคัญของบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาล

ในการปฏิบัติการพยาบาลนั้น พยาบาลมีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ ผู้ร่วมงานและบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง นอกเหนือบทบาททางตรงในการให้การพยาบาลแล้ว ยังมีบทบาทด้านอื่นๆ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย โดยการประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคประชาชน เช่น การช่วยเหลือผู้ป่วยด้านการปรับปรุงที่พักอาศัย ซึ่งในการปฏิบัติการพยาบาลนั้น ในปัจจุบันพยาบาลไม่สามารถทำงานให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ได้เฉพาะในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่พยาบาลยังต้องมองหรือค้นหาปัญหาหรือปัจจัยที่เอื้อต่อหายของผู้ป่วยอย่างรอบด้านครอบคลุมทุกมิติ เนื่องจากเป้าหมายสูงสุดในการดูแลสุขภาพประชาชนคือการทำให้ประชาชนมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับหลักการสำคัญของกระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิต คือการสร้างเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในการร่วมพัฒนาโดยใช้พื้นที่เป็นฐานและประชาชนเป็นศูนย์กลาง เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพชีวิต (สำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

และจากผลการศึกษาพบว่า มีบทบาทนอกเหนือจากที่กองการพยาบาล (2539) กำหนดไว้คือ สนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ, การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการบริการแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งอธิบายได้ว่าในยุคประเทศไทย 4.0 ที่เทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทในชีวิตประจำวันของประชาชนมากขึ้น ทั้งเทคโนโลยีทางการแพทย์ เทคโนโลยีการสื่อสารและอื่นๆ ทำให้การดำเนินวิถีชีวิตเปลี่ยนไป การเข้าถึงข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่อยู่ในสังคมและโลกออนไลน์ได้ง่ายขึ้น ดังนั้น บทบาทพยาบาลตามประเทศไทย 4.0 จึงต้องมีการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศเข้ามาช่วยในงานบริการ เพื่อให้เกิดการบริการที่รวดเร็วและสะดวกมากขึ้น สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ความเป็นเลิศด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภค (Promotion Prevention and Protection Excellence) ปี 2560 ของกระทรวงสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญกับความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อพัฒนาประชาชนไปสู่ Smart Citizen ที่รอบรู้และเท่าทันสื่อในด้านสุขภาพ



และต่อยอดเป็นสังคมที่มีความรอบรู้สุขภาพ (Health Literate Community) (กระทรวงสาธารณสุข , สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2560) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Fraher, Spetz, and Naylor (2015) ที่พบว่า พยาบาลต้องมีบทบาทในการวิเคราะห์และออกแบบข้อมูล โดยใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ รวมทั้งสอดคล้องกับแนวคิดของ ปิยะสกล สกลสัตยาทร (2560) ที่ได้เสนอบทบาทพยาบาลในยุคประเทศไทย 4.0 ว่าพยาบาลควรมีบทบาทในการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ (Health Literacy)

## 2. ด้านผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (Case manager for chronic diseases)

จากการศึกษาพบว่าบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ด้านผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง เป็นบทบาทที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทุกข้อ และข้อรายการย่อยมีความสำคัญอยู่ในระดับมากที่สุดทั้ง 7 ข้อรายการ ซึ่งอธิบายได้ว่า การจัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง ถือได้ว่าเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการขับเคลื่อนการจัดการปัญหาโรคเรื้อรังที่ได้รับการยอมรับทั่วโลก สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาจัดการโรคเรื้อรังของกระทรวงสาธารณสุข และการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลด้านผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรังของสภาการพยาบาล (ศิริอร สินธุ และคณะ 2554) โดยกำหนดบทบาทผู้จัดการรายกรณีเริ่มตั้งแต่การค้นหา คัดกรองผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เพื่อให้ได้รับการยืนยันการวินิจฉัยในระยะต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยได้เข้าสู่ระบบการดูแลตั้งแต่ระยะเริ่มต้น รวมถึงการประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหาความต้องการ ความเสี่ยงของโรคเรื้อรัง และจัดทำแผนการดูแล (Care plan) ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและแต่ละระยะของโรคเรื้อรังนั้นๆ ซึ่งสอดคล้องกับ Bauer and Bodenheimer (2017) พบว่าบทบาทพยาบาลในการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือการปฏิบัติงานภายใต้โปรโตคอลที่ได้กำหนดไว้ รวมทั้งสอดคล้องกับการศึกษาของอนุสร การะเกษ และนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ (2560) ได้ทำวิจัยเชิงทดลองโดยนำรูปแบบการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีสามารถลดความเสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำใน 72 ชั่วโมง และ 28 วัน ได้

การประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย เป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบสำคัญของบทบาทผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง เนื่องจากปัจจุบันโรงพยาบาลชุมชน มีการบรรจุหรือจ้างนักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด ตามโครงสร้างโรงพยาบาลชุมชนใหม่ (สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) ทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติบทบาทผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง ต้องประสานการดูแลร่วมกัน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ภักพร กอบพิงตัน และคณะ (2554) พบว่าระบบการจัดการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังรายกรณี โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว และชุมชน ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดี ระยะเวลา

นอนเฉลี่ยลดลง จาก 10 วัน เหลือ 6 วัน ค่าใช้จ่ายโดยรวมลดลงอัตราการกลับมารักษาซ้ำลดลง จาก ร้อยละ 14.41 เหลือร้อยละ 7.15 ผู้ป่วยและพยาบาลมีความพึงพอใจในระดับมาก

นอกจากนี้ตามประเทศไทย 4.0 ที่ต้องการเสริมสร้างทักษะ และเติมเต็มศักยภาพของ ประชาชนให้สามารถดูแลตนเองได้ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทในการสนับสนุนให้ผู้ป่วยและ ครอบครัวมีความสามารถในการจัดการตนเอง (Self-management) โดยเฉพาะในเรื่องการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การติดตามระดับน้ำตาล/ความดันโลหิตด้วยตนเอง เป็นต้น สอดคล้อง กับหลายผลการศึกษาที่พบว่า การติดตามระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยมีการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดสะสมดีขึ้น (สกุล วรากรพิพัฒน์, 2551; บุชรินทร์ ผัดวัง, 2558; วรณภา สิทธิ ปาน, สาวิตรี สลับศรี และฉัตรชัย ไช้เกษ, 2558) และประเทศไทย 4.0 ที่ระบบสาธารณสุขมุ่งเน้นใน เรื่องการดูแลสุขภาพบนฐานของคุณค่า (Valued-based healthcare) การดำเนินการทุกอย่าง ต้องมีการประเมินความคุ้มค่า และผลลัพธ์ที่ได้ (ปิยะสกล สกลสัตยาทร, 2560) ทำให้ในบทบาท ผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรังต้องมีการประเมินผลการทำงาน โดยเฉพาะในเรื่องปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค เพื่อนำไปวางแผนการดูแลให้มีประสิทธิภาพต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวน วรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Lupari, Coates, Adamson, and Crealey (2011) ที่พบว่า การ จัดการรายกรณีส่งผลด้านบวกต่อผู้รับบริการ บุคลากรที่มีสุขภาพและการพัฒนาวิชาชีพ

### 3. ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Geriatric health promotion)

จากการศึกษาพบว่าบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ด้านการส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุ เป็นบทบาทที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทุกข้อ ซึ่งอธิบายได้ว่าการที่ ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุเป็นช่วงวัยระยะสุดท้ายของชีวิต สุขภาพจะมีความ เสื่อมถอยลงจากเดิม การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจึงเป็นหัวใจสำคัญในการเพิ่มศักยภาพให้ผู้สูงอายุมี อายุยืนยาว สอดคล้องกับกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ โดยกำหนด เป็นแผนงานสำคัญแผนหนึ่งของยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (กระทรวงสาธารณสุข, กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2561)

บทบาทด้านส่งเสริมสุขภาพ ที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญมากที่สุด คือ การจัดทำฐานข้อมูล ผู้สูงอายุในพื้นที่ เป็น 3 กลุ่ม คือ ติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง สอดคล้องตามเกณฑ์ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เพื่อนำไปวางแผนส่งเสริม ป้องกัน ดูแลและฟื้นฟูสุขภาพได้ตรงตามปัญหาของ พื้นที่รับผิดชอบ โดยการแบ่งกลุ่มจะใช้การคัดกรองความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนี บาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เพื่อแยกภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ ละเอียด รัชส์เลิศวงศ์ (2552) ได้ศึกษาระบบบริการสูงอายุในชุมชนจังหวัดน่าน พบว่าควรมีการ

จัดระบบฐานข้อมูลผู้สูงอายุ เพื่อนำมาวางแผนการช่วยเหลือหรือดำเนินการจัดการต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การคัดกรองปัญหาสุขภาพ พร้อมให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุเรื่องตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นระยะๆ เพื่อตรวจหาโรคและให้การดูแลรักษาโรคตั้งแต่ในระยะแรกเป็นอีกหนึ่งบทบาทที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญมากที่สุด ซึ่งการคัดกรองและประเมินสุขภาพ เป็นขั้นตอนแรกของการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำไปสู่การบ่งชี้ภาวะสุขภาพและทราบความต้องการของผู้รับบริการ (กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์, 2557) และการคัดกรองสุขภาพอย่างเป็นระบบ จะเป็นการค้นหาความเสี่ยงหรือโรคในระยะเริ่มแรก (สยมพร ศิรินาวิน, กรกฎ จุฑาสมิต และอรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ, 2557) สอดคล้องกับการศึกษาของ Fraher, Spetz, and Naylor (2015) ที่กล่าวว่าพยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้สูงอายุ โดยประเมินความต้องการทั้งด้านร่างกาย และความบกพร่องในด้านต่างๆ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตในสังคมอย่างมีคุณภาพ ลดภาวะทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงลดค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของครอบครัว ชุมชนและสังคม รวมถึงลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ผู้สูงอายุได้อีกด้วย ในการดูแลผู้สูงอายุนั้นมีความแตกต่างจากวัยอื่นๆ ซึ่งมีความซับซ้อนกว่าวัยอื่นอย่างชัดเจน การคัดกรองความผิดปกติจากกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) ได้แก่ การนอนหลับ ภาวะทุพโภชนาการ การกลืนปัสสาวะ ภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม สมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ซ่อเช่าเสื่อม ก็เป็นอีกหนึ่งแนวทางที่ช่วยให้การคัดกรองครอบคลุมมากขึ้น เนื่องจากปัญหาสุขภาพเหล่านี้เป็นปัญหาที่ไม่จำเพาะเจาะจงกับระบบอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง ทั้งยังเป็นภาวะที่ซับซ้อนและมักเกิดจากหลายพยาธิสภาพ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญ ในการคัดกรองปัญหาของผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ

สำหรับผู้สูงอายุติดสังคม ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นและสังคมได้ (กระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย, 2559) พยาบาลควรส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมโรงเรียน หรือศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุ เพื่อร่วมกันทำกิจกรรมและส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งกลุ่มผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญระดับมาก สอดคล้องกับการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ เรื่องการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุได้กำหนดโครงการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุ โดยมีเป้าหมายคือ มีการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุ (กระทรวงสาธารณสุข , กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2561) รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสุขภาพดี ได้เป็นจิตอาสา และเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงฤดี ลาสุขะ และคณะ (2554) พบว่าการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเป็นต้นแบบ (Model) ในการจูงใจ ส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกภาคภูมิใจแห่งตน มีคุณค่า และมีคุณภาพชีวิตที่ดี สอดคล้องกับเป้าหมายของประเทศไทย 4.0 ที่ต้องการเห็นระบบสุขภาพในอนาคตมีความยั่งยืน จึงมุ่งหวังให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยได้รับการส่งเสริมและพัฒนาการป้องกันโรคด้วยตนเอง และใช้ชีวิตอย่างมีคุณภาพ (ปิยะสกล สกลสัตยาทร, 2560)

นอกจากนี้ ควรจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมจิตอาสา เพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน สอดคล้องกับการศึกษาของ ธิติรัตน์ ราศิริ และ อาจินต์ สงทับ (2561) กล่าวว่า ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จะต้องมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้สูงอายุด้วยกัน เพื่อที่จะให้เกิดการดูแล และการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ รวมถึงส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถแสดงศักยภาพได้ตามความถนัด เพื่อให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

#### 4. ด้านหุ้นส่วนสุขภาพ (Primary care partnership)

จากการศึกษาพบว่าบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ด้านหุ้นส่วนสุขภาพ เป็นบทบาทที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญ และมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทุกข้อ บทบาทที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญมากที่สุด คือการวางแผนร่วมกับชุมชนในการดูแลสุขภาพของคนทุกกลุ่มวัย ทั้งกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย, การสร้างความร่วมมือและประสานกับผู้จัดการดูแลในพื้นที่/อบต./รพ.สต. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วย, สนับสนุนข้อมูลแหล่งประโยชน์แก่ประชาชนในพื้นที่ในการดูแลสุขภาพ รวมทั้งบทบาทในการเป็นที่ปรึกษาและเสริมพลังอำนาจให้กับประชาชน เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ กมลทิพย์ ชลัษฏธรรมเนียม (2559) พบว่าพยาบาลควรมีบทบาทในการนำแนวคิดหุ้นส่วนสุขภาพไปใช้ในการดูแลสุขภาพ โดยกำหนดกลุ่มประชากรเป้าหมายในการดูแลให้ชัดเจน ขยายการทำงานของสุขภาพให้เป็นที่ปรึกษา ซึ่งพยาบาลควรที่จะมีการพัฒนาความสัมพันธ์และการใช้ประโยชน์ของหุ้นส่วนสุขภาพ เช่น การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แหล่งประโยชน์ที่ช่วยในการดูแลสุขภาพ เป็นต้น รวมทั้งสนับสนุนให้บุคคลเชื่อในความสามารถของตน โดยการสร้างแรงจูงใจจัดกิจกรรมการเรียนรู้จากคนต้นแบบที่ดี นำมาถ่ายทอดประสบการณ์ การให้ข้อมูลย้อนกลับเป็นระยะแก่บุคคล กลุ่มคนที่เข้ามาร่วมเป็นหุ้นส่วนสุขภาพก็จะเป็นการเพิ่มพลังอำนาจของคนในชุมชนในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และ สอดคล้องกับการศึกษาของ วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย (2551) พบว่า พยาบาลควรเป็นตัวกลางในการประสานกิจกรรมและสร้างความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัวและบุคคลต่างๆ ในชุมชน พัฒนากิจกรรมการบริการสุขภาพให้สอดคล้องกับความต้องการผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน รวมทั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Berg and Dickow (2014) พบว่า บทบาทหุ้นส่วนการดูแลปฐมภูมิพยาบาลมีหน้าที่ในการให้คำปรึกษา ให้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการดูแลผู้ป่วย และ Smolowitz et al. (2015) พบว่าพยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง (Health coaching) ให้ความรู้และให้คำปรึกษาเพื่อสร้างสุขภาพที่ดี

นอกจากนี้ บทบาทการสนับสนุนและมีส่วนร่วมในการจัดระบบการดูแลแบบทีมหมอครอบครัว (Primary care cluster) เป็นอีกประเด็นที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญมากที่สุด อธิบายได้ว่า การดูแลแบบทีมหมอครอบครัว เป็นนโยบายในการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของกระทรวงสาธารณสุข ที่

เห็นว่าคลินิกหมอครอบครัว จะช่วยทำให้ระบบบริการสุขภาพอยู่บนฐานที่มีความมั่นคง ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ สอดคล้องกับข้อเสนอบทบาทพยาบาลในยุคประเทศไทย 4.0 ของปิยะสกล สกลสัตยาทร (2560) และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 แผน 20 ปีกระทรวงสาธารณสุขตามประเทศไทย 4.0 ซึ่งพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของทีมหมอครอบครัว ต้องปฏิบัติบทบาทพยาบาลในเรื่องการดูแลภาวะสุขภาพทั้งเชิงรับและเชิงรุก โดยให้การดูแลทั้งด้านสุขภาพและด้านสังคมที่เกี่ยวข้องกับครอบครัวที่รับผิดชอบ, มีการดูแลที่บ้านในครอบครัวที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และเข้าถึงบริการได้ยาก มีการพิจารณาถึงผลกระทบอย่างรอบด้าน, ประยุกต์ความรู้ในการดูแลเพื่อให้ตรงตามความต้องการของครอบครัวมากที่สุด สร้างทางเลือกการดูแล และปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้ข้อมูล (Evidence base practice) และยึดความคุ้มค่า คุ้มค่า เหมาะสมตามบริบทของครอบครัว (กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

### 5. ด้านผู้จัดการการดูแล (Care manager)

จากการศึกษาพบว่าบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ด้านผู้จัดการการดูแล เป็นบทบาทที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญมากที่สุดและมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทุกข้อ ซึ่งอธิบายได้ว่า ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย เป็นที่ยอมรับกันว่า พยาบาลเป็นวิชาชีพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด เสมือนเป็นผู้แทนของผู้ป่วยในการจัดการดูแลสุขภาพ ซึ่งการจัดการดูแล (Care management) เป็นลักษณะของการบริหารดูแลสำหรับผู้ที่มีปัญหา และผู้เจ็บป่วยทั้งทางกายและทางจิต เพื่อแสวงหาความร่วมมือในการช่วยเหลือ การวางแผนอำนวยความสะดวก และการพิทักษ์สิทธิ์ เพื่อช่วยให้บุคคลได้บรรลุถึงความต้องการภายใต้ทรัพยากรที่มีอยู่ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2552) ดังนั้นบทบาทด้านผู้จัดการดูแลจึงมีความสำคัญ สอดคล้องกับงานวิจัยของ Hong, Siegel and Ferris (2014) พบว่ารูปแบบการจัดการดูแลโดยการประเมินความต้องการและการสนับสนุนของผู้จัดการการดูแล จะช่วยลดค่าใช้จ่ายในการดูแลที่มีภาวะสุขภาพเรื้อรังที่ซ้ำซ้อนได้ ซึ่งในยุคประเทศไทย 3.0 ระบบสาธารณสุขต้องเผชิญกับค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพที่สูงขึ้น (ปิยะสกล สกลสัตยาทร, 2560) ดังนั้นบทบาทผู้จัดการการดูแลจึงมีความสำคัญที่จะนำมาใช้ในยุคประเทศไทย 4.0

ทุกข้อรายการย่อยของบทบาทผู้จัดการการดูแล มีความสอดคล้องกับหลายงานวิจัย มีความแตกต่างกันบ้างในบางองค์ประกอบ ได้แก่ แนวคิดของ National Academy of Certified Care Managers: NACCM (2016) กำหนด 5 องค์ประกอบ คือ 1) การประเมิน และระบุความต้องการบริการสุขภาพของผู้รับบริการ 2) การกำหนดเป้าหมาย และวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ใช้บริการ 3) การดำเนินงานตามแผนการดูแล โดยการประสานงานกับพหุภาคี 4) การบริหารจัดการ และติดตามการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องตามแผนการดูแล 5) การปฏิบัติตามมาตรฐานวิชาชีพ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนด 8 องค์ประกอบ และสอดคล้องกับงานวิจัยของ

Johnson (2013) พบว่าการประเมินถึงความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่องเป็นการช่วยวางแผนดูแลที่เหมาะสม และลดความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยได้ และการประสานงานกับพหุภาคีต่างๆ เพื่อการดูแลผู้ป่วย จำเป็นต้องอาศัยต้นทุนทางทรัพยากรภายในชุมชนในการอำนวยความสะดวกและส่งต่อผู้ป่วยในกรณีจำเป็น รวมทั้งสอดคล้องกับ Taylor et al. (2013) เกี่ยวกับบทบาทการประสานของผู้จัดการดูแล จะต้องทำหน้าที่ให้การดูแลกับผู้ป่วยทางตรงผ่านการประสานและขอความช่วยเหลือดำเนินการประเมินปัญหาและการติดต่อสื่อสารภายในทีม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลตามระบบบริการ และสอดคล้องกับ เกวลี เชียรวิชัย (2560) พบว่าบทบาทผู้จัดการการดูแลผู้ป่วยผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน พยาบาลต้องมีบทบาทเป็นผู้ประสานงาน โดยประสานความร่วมมือกับสมาชิกในครอบครัว หรือญาติ ทีมสหวิชาชีพ และพหุภาคีต่างๆ เพื่อจัดสรรทรัพยากรทั้งภายในและภายนอกชุมชน

#### 6. ด้านการจัดการการดูแลระยะกลาง (Intermediate care management)

จากการศึกษาพบว่าบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ด้านการจัดการการดูแลระยะกลาง เป็นบทบาทที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญมากที่สุดและมีความคิดเห็นสอดคล้องกันทุกข้อ ซึ่งอธิบายได้ว่า การจัดการการดูแลระยะกลาง เป็นบทบาทที่กระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญและกำหนดเป็นนโยบายในปี 2560 (พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ, 2560) เนื่องจากพบปัญหาผู้ป่วยเมื่อพ้นระยะเฉียบพลันแล้วไม่สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิณี วิวัฒน์วานิช และคณะ (2555) ที่พบว่า ร้อยละ 26.3 ญาติและครอบครัวผู้ป่วยไม่มีความพร้อมในการดูแล ไม่มีผู้ดูแลผู้ป่วย หรือมีแต่ผู้ดูแลไม่มีความสามารถในการดูแลที่ซับซ้อนได้ นอกจากนี้ยังขาดความพร้อมของอุปกรณ์ดูแลผู้ป่วย ที่พักอาศัยไม่เหมาะสม รวมไปถึงอุปสรรคการเดินทางในการพาผู้ป่วยรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านแล้ว

บทบาทที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญ อันดับแรก คือ ประสานและจัดเตรียมผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง (Continuous of care) ในการส่งต่อหรือกลับบ้านและชุมชน ซึ่งผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง มีความต้องการการดูแลในหลายด้าน ได้แก่ ผู้ดูแลที่สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างมั่นใจ ความพร้อมของสภาพที่อยู่อาศัยที่เอื้อต่อการดูแลสุขภาพ ความพร้อมของอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็นต้องใช้ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ดังนั้นพยาบาล จึงต้องมีการประสานและเตรียมความพร้อมในด้านต่างๆ โดยเฉพาะพยาบาลที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลให้สามารถกลับไปดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ โดยพยาบาลมีหน้าที่สอน สาธิต ให้ความรู้ในขณะที่อยู่ในโรงพยาบาล จนกว่าผู้ดูแลจะสามารถปฏิบัติได้ จึงส่งผู้ป่วยกลับบ้าน พร้อมทั้งมีการวางแผนจำหน่าย โดยประสานกับ Case manager/กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรรวม/รพ.สต. จัดเตรียมข้อมูล แหล่งประโยชน์ ประสานงานสนับสนุน ส่งต่อในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยประสานกับ

ครอบครัวและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Smolowitz et al. (2015) พบว่าพยาบาลมีบทบาทในการประสานข้อมูลผู้ป่วยกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดูแลรักษาที่เหมาะสม และสอดคล้องกับสุริรัตน์ ธนาภิจ (2560) ที่กล่าวว่าพยาบาลต้องมีบทบาทในการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วย ผู้ดูแล ให้สามารถกลับไปดูแลที่บ้านได้ รวมทั้งทำหน้าที่ประสานการดูแลกับชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งสอดคล้องกับ สิริชัย นามทรงศนีย์ (2554) ที่พบว่าการทำงานเป็นทีมที่ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด และทีมสุขภาพชุมชน (รพ.สต.) ที่ทำงานด้วยกระบวนการดูแลที่บ้าน (Home health care) เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยในกลุ่มนี้ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

## 7. ด้านการพัฒนาคุณภาพ (Quality improvement)

จากการศึกษาพบว่าบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ด้านการพัฒนาคุณภาพ เป็นบทบาทที่ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน อธิบายได้ว่า จากความคาดหวังของสังคม ที่ต้องการการบริการที่มีคุณค่า ได้มาตรฐาน มีความปลอดภัย ภายใต้แนวคิดประเทศไทย 4.0 ที่มีเป้าหมายให้ประเทศมีความมั่นคง มั่นคง ยั่งยืน ซึ่งสถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) (2560) ในฐานะองค์กรที่กำหนดเกณฑ์มาตรฐาน ยังได้มีการพัฒนาปรับปรุงเกณฑ์มาตรฐานขึ้นใหม่ เพื่อให้สอดคล้องกับความก้าวหน้าทางวิชาการและเทคโนโลยีทางการแพทย์ รวมทั้งยังกำหนดมาตรฐานสำหรับประเมินระบบสุขภาพระดับอำเภอ เพื่อส่งเสริมให้ระบบสุขภาพอำเภอมีความเข้มแข็งมากขึ้น ดังนั้น บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ด้านการพัฒนาคุณภาพ จึงให้ความสำคัญกับการพัฒนาจุดเชื่อมต่อบริการ ได้แก่ การเข้าถึงบริการ วางแผนจำหน่าย การดูแลต่อที่บ้าน และชุมชน อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการกำหนดตัวชี้วัดครอบคลุมทั้งด้านปฏิบัติการพยาบาล และการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความปลอดภัยของผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ สถานะสุขภาพ และกำกับ ติดตาม ประเมินผลกระบวนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานระบบสุขภาพระดับอำเภอ (District health system standards) ฉบับที่ 1 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2560) และมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561)

จากความคาดหวังที่ต้องการให้ระบบการบริการสุขภาพเกิดคุณค่าและประโยชน์สูงสุด การพัฒนานวัตกรรม/แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ดี เพื่อนำไปปฏิบัติ พัฒนา ปรับปรุงงานบริการอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นองค์ประกอบย่อยที่ผู้เชี่ยวชาญให้ความสำคัญมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับประเทศไทย 4.0 ที่มีขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยีและนวัตกรรม (Innovation drive economy) (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2559) เพื่อเพิ่มคุณค่าและคุณภาพของการปฏิบัติงาน รวมทั้งการจัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์จริงในการปฏิบัติการพยาบาล เช่น สุนทรีย

สนทนา (Dialogue) การรับฟังประสบการณ์ผู้ป่วย (Patient experience) การตามรอย (Tracer) สอดคล้องกับและมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 ที่ได้อธิบายถึงการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยสุนทรียสนทนาว่า เป็นการเรียนรู้ที่ได้ผลทั้งในด้านความเข้าใจผู้อื่น ความเข้าใจตนเอง ก่อให้เกิดความสุขและมีพลังในการที่จะก้าวต่อไปข้างหน้า ส่วนการตามรอย เป็นการติดตามสิ่งที่เราค้นเคย สามารถสังเกตเห็นและติดตามไปตามขั้นตอนหรือกระบวนการต่างๆ ได้ง่าย ตัวตามรอยจะเป็นผู้ป่วย กลุ่มผู้ป่วยหรือกลุ่มโรค ข้อมูล ข่าวสาร ยา สิ่งส่งตรวจ เป็นต้น การตามรอยช่วยให้เข้าใจในสถานการณ์จริง ช่วยให้เห็นความเชื่อมโยงของระบบที่เกี่ยวข้องกัน (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561)

สำหรับการเปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับความต้องการของผู้รับบริการ เป้าหมายองค์กรหรือตัวเทียบ (Benchmark) นั้น ผู้เชี่ยวชาญให้สำคัญในระดับมาก เนื่องจากผลการเปรียบเทียบจะนำมาใช้ในการปรับปรุงตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่วิธีการปฏิบัติที่ดีที่สุด (Best practice) (พาณี สิตกะลิน, 2557) สอดคล้องกับมาตรฐานมาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4 หมวดที่ 1-4 การวัด การวิเคราะห์ และใช้ข้อมูลเพื่อปรับปรุงผลงานขององค์กร ที่ระบุว่าควรเลือกและใช้ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบที่เหมาะสม เพื่อสนับสนุนการตัดสินใจโดยอิงข้อเท็จจริง (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561)

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) ผู้บริหารทางการแพทย์นำไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาบทบาทและกำหนดสมรรถนะพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0
- 2) พยาบาลโรงพยาบาลชุมชน นำไปเป็นแนวทางการพัฒนาบทบาทของตนเอง ให้สามารถปฏิบัติงานได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับประเทศไทย 4.0

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ผลการวิจัยบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาต่อยอดงานวิจัยด้านสมรรถนะของพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0



## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กานดา พูนลาภทวี. (2539). **สถิติเพื่อการวิจัย**. กรุงเทพมหานคร: พิสิษฐ์เซ็นเตอร์การพิมพ์.
- กมลทิพย์ ชลิ่งธรรมเนียม. (2559). การนำใช้แนวคิดหุ้นส่วนสุขภาพในการดูแลสุขภาพ: บทบาทพยาบาลชุมชน. **วารสารพยาบาลสาธารณสุข**, 30(2), 124 – 132.
- กිරดา ไกรนุวัตร. (2551). แนวคิดในการปฏิบัติการพยาบาลในชุมชน. **วารสารสภาการพยาบาล**, 23(1), 10 – 21.
- เกวลิน ชื่นสุข และคณะ. (2559). **แผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) พ.ศ.2561-2565**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- เกวลี เขียววิชัย. (2560). **บทบาทพยาบาลผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2539). **บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาล: ที่ปฏิบัติการในโรงพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กองบริหารงานวิจัยและประกันคุณภาพการศึกษา. (2559). **พิมพ์เขียว Thailand 4.0 โมเดลขับเคลื่อนประเทศไทยสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา: <http://www.libarts.up.ac.th/v2/img/Thailand-4.0.pdf> [25 กันยายน 2560]
- ชนิษฐา วิทยาอนุมาศ. (2530). **การวิจัยแบบเดลฟาย: เทคนิคและปัญหาที่พบในการวิจัย**. กรุงเทพมหานคร: รุ่งเรืองสาส์นการพิมพ์.
- จินตนา ยูนิพันธุ์ และอัญชัญ ไพบูลย์. (2548). **การจัดการผู้ป่วยรายกรณี: จากแนวคิดสู่การปฏิบัติ**. กรุงเทพมหานคร: คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุมพล พูลภัทรชีวิน. (2553). **เทคนิควิธีการวิเคราะห์เชิงนโยบาย**. ใน ทศพร ศิริสัมพันธ์ (บรรณาธิการ), **เทคนิคการวิจัยอนาคตแบบ EDFR**. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จเร วิชารไทย และคณะ. (2552). **การจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ**. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- ชนิดา รักษ์พลเมือง. (2539). เทคนิควิธีการวิเคราะห์นโยบาย. ใน ทศพร ศิริสัมพันธ์ (บรรณาธิการ), **เทคนิควิธีการวิเคราะห์นโยบาย**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนิดา รักษ์พลเมือง. (2551). การวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย. ใน ทศพร ศิริสัมพันธ์ (บรรณาธิการ), **เทคนิควิธีการวิเคราะห์นโยบาย**. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชูลีกร ด่านยุทธศิลป์. (2554). การเสริมสร้างสุขภาพ ทุนส่วนสุขภาพ และการเสริมสร้างพลังอำนาจในชุมชน. **วารสารพยาบาลสาธารณสุข**, 25(3), 82-91.
- เดชา แซ่หลี่ และคณะ. (2557). การขับเคลื่อนระบบสุขภาพระดับอำเภอ (รสบ.) District Health System (DHS) ฉบับประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักบริหารการสาธารณสุข.
- ดวงฤดี ลาสุขะ และคณะ. (2554). การพัฒนาศักยภาพผู้นำในการสร้างเสริมกระบวนการพัฒนาสุขภาพแบบองค์รวมของผู้สูงอายุในชุมชน. **วารสารสภาการพยาบาล**, 26(พิเศษ), 59-69.
- ฉัตรรัตน์ ราศิริ และอาจินต์ สงทับ. (2561). แนวทางการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อก้าวสู่ “ศตวรรษที่ 21”. **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้**, 5(1), 315-328.
- นารินทร์ จิตรมนตรี, วิไลวรรณทองเจริญ และสาวิตรี ทยานศิลป์. (2552). ตัวแบบการดูแลผู้สูงอายุที่ดีของครอบครัวและชุมชนเขตเมืองและกรุงเทพมหานคร. **วารสารพยาบาลศาสตร์**, 29(2), 67-74.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. (2553). **ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: ยู แอนด์ ไอ อินเทอร์เน็ต จำกัด.
- บุศรินทร์ ผัดวัง. (2558). การติดตามผลลัพธ์ระยะยาวในการสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองต่อระดับน้ำตาลในกระแสเลือดและระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษา บ้านฮ่องห้า ตำบลน้ำโจ้ว อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง. **วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**, 9(1), 43-51.
- ปัฐยาวัตร ปราบภูผล. (2560). พยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี**, 28(1), 112-121.
- ประภา ลิ้มประสูตร และคณะ. (2554). การปฏิรูประบบสุขภาพกับบทบาทของพยาบาลวิชาชีพที่เปลี่ยนไป. **วารสารพยาบาลสาธารณสุข**, 25(2), 61-78.
- ปิยะสกล สกลสัตยาทร. (2560). **บทบาทพยาบาลในยุค Thailand 4.0**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา: <http://www.thainurse.org/new/phocadownload/25600503-05/01-doc.pdf>  
[1 กันยายน 2560]

- ปิยะสกล สกลสัตยาทร. (2560). **ถอดบทเรียนการประชุมวิชาการ ๑๐๐ ปี ศัลยศาสตร์ศิริราช ปาฐกถาพิเศษ เรื่องศัลยแพทย์กับ Thailand 4.0.** [ออนไลน์] แหล่งที่มา: [http://www1.si.mahidol.ac.th/km/sites/default/files/u1/03\\_39\\_Thailand4\\_30062560\\_0.pdf](http://www1.si.mahidol.ac.th/km/sites/default/files/u1/03_39_Thailand4_30062560_0.pdf) [25 กันยายน 2560]
- พานี สีดกะลิน. (2557). **Benchmarking** กกับการบริหารโรงพยาบาล. [ออนไลน์] แหล่งที่มา: <http://www.stou.ac.th/Schools/Shs/booklet/book572/Hospital572.pdf> [28 พฤษภาคม 2561]
- พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ. (2560). **Service Plan Intermediate Care** จากนโยบายสู่การปฏิบัติ. [ออนไลน์] แหล่งที่มา: <https://www.gotoknow.org/posts/632496> [25 กันยายน 2560]
- พาริดา อิบราฮิม. (2535). **สาระแห่งวิชาชีพการพยาบาล.** กรุงเทพมหานคร: สามเจริญการพิมพ์.
- พาริดา อิบราฮิม. (2542). **สาระการบริหารการพยาบาล.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญการพิมพ์.
- ภัคกร กอบพิงตัน และคณะ. (2554). การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลนครพิงค์. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ**, 34(2), 22-31.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2558). **รายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557.** กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ. (2553). **โครงการการจัดการความรู้และการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ.** [ออนไลน์] แหล่งที่มา: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/2966> [9 ตุลาคม 2560]
- ยุพิน สาเรือง. (2556). **การพัฒนาหุ่นส่วนเพื่อป้องกันการบาดเจ็บให้แก่เด็กนักเรียนในชุมชน.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- รุจิรา ภูไพบูลย์. (2541). **การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้.** พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์.
- เรณู สอนเครือ. (2549). **แนวคิดพื้นฐานและหลักการพยาบาลเล่ม 1.** พิมพ์ครั้งที่ 7. นนทบุรี: ยุทธรินทร์การพิมพ์.
- ลัดดา ดำริการเลิศ. (2552). **รูปแบบการดูแลระยะกลาง. ใน** ชื่นตา วิชชาวุธ และสถิตพงศ์ ธนวิริยะกุล (บรรณาธิการ), **ระบบการดูแลระยะยาวและกำลังคนในการดูแลผู้สูงอายุ: ทิศทางประเทศไทย.** มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.

- ละเอียด รักษ์เลิศวงษ์. (2552). **ระบบบริการพยาบาลผู้สูงอายุในชุมชน จังหวัดน่าน**. วิทยานิพนธ์  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย. (2551). **หุ้นส่วนสุขภาพเพื่อการพัฒนาสุขภาพผู้ใช้บริการโรคหัวใจหลอดเลือด  
และครอบครัวในชุมชน**. วารสาร มอก.วิชาการ 92, 12(23), 91-103.
- วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย. (2557). **กลวิธีค้นหาและการพัฒนาศักยภาพชุมชน: แนวคิดและกรณีศึกษา  
ชุมชน**. เอกสารประกอบการเรียนวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 2. สมุทรปราการ;  
คณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.
- วันเพ็ญ พิชิตพรชัย. (2547). **การจัดการทางการพยาบาล: กลยุทธ์สู่การปฏิบัติ**. กรุงเทพมหานคร:  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณภา สิทธิปาน, สาวิตรี สลับศรี และฉัตรชัย ไขเกษ. (2558). **ผลของโปรแกรมการตรวจติดตาม  
ระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ต่อระดับน้ำตาล  
สะสม**. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตรคลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี,  
32(1), 68-82.
- ศิริพร ลวงะสกล. (2552). **บทบาทที่คาดหวังของพยาบาลเวชปฏิบัติทางตา โรงพยาบาลรัฐ**.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริอร สีนุ และคณะ. (2554). **หลักสูตรฝึกอบรมการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาล  
ผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง)**. นนทบุรี: สภาการพยาบาล.
- ศิริอร สีนุ และพิเชต วงรอด. (2557). **การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิต  
สูง**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: วัฒนาการพิมพ์.
- ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2552). **บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย**.  
กรุงเทพมหานคร: เจพรีน 2.
- สกุล วรากรพิพัฒน์. (2551). **การจัดการระดับน้ำตาลในเลือดโดยการตรวจติดตามระดับน้ำตาลใน  
เลือดด้วยตนเอง ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมด้วยอินซูลิน**.  
วิทยานิพนธ์เภสัชศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเภสัชกรรมคลินิก คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.
- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2560). **มาตรฐานระบบสุขภาพระดับ  
อำเภอ (District health system standards)**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา:  
<https://www.ha.or.th/TH/FileDownload/News/GetDownloads/2752>  
[27 เมษายน 2561]

- สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน). (2561). **มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ ฉบับที่ 4**. กรุงเทพมหานคร: ดีวัน จำกัด
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. (2556). **การศึกษาเพื่อเตรียมการคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583: ประชากรฐานและข้อสมมุติ**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมการแพทย์. (2557). **คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งชาติ.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมอนามัย. (2559). **แนวคิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา: <http://eh.anamai.moph.go.th/download/Manual/LongTermCare.pdf> [20 พฤษภาคม 2561]
- สาธารณสุข, กระทรวง. กองบริหารทรัพยากรบุคคล. (2560). **โครงสร้างและกรอบอัตรากำลังกับการบริหารกำลังคน**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา: <https://hr.moph.go.th/person/> [10 มิถุนายน 2561]
- สาธารณสุข, กระทรวง. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. (2561). **รายละเอียดตัวชี้วัดยุทธศาสตร์ 20 ปี กระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา: [http://bps.moph.go.th/new\\_bps/node/91](http://bps.moph.go.th/new_bps/node/91) [10 มิถุนายน 2561]
- สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2560). **โครงสร้างและกรอบอัตรากำลังหน่วยงานในราชการบริหารส่วนภูมิภาค**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา: <https://hr.moph.go.th/person/atta60/v%201707%2014%20june%2060/v%201707%2014%20june%2060%201.pdf> [5 ตุลาคม 2560]
- สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2556). **สรุปสถิติสำคัญ พ.ศ. 2556**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา: [http://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/statistical2556.pdf](http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistical2556.pdf) [1 กันยายน 2560]
- สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2559). **สรุปสถิติสำคัญ พ.ศ. 2559**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา: [http://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/For%20Website\\_Statistical%20Thailand%202016.pdf](http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/For%20Website_Statistical%20Thailand%202016.pdf) [1 กันยายน 2560]
- สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2559). **Road map ประจำปีงบประมาณ 2559**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา: <http://www.moj.go.th/th/2013-04-08-10-17-43> [1 กันยายน 2560]

- สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2560). **ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ P&P EXCELLENCE FORUM 2017** [ออนไลน์] แหล่งที่มา: [http://bps.moph.go.th/new\\_bps/sites/default/files/PPExcellenceForum2017.pdf](http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/PPExcellenceForum2017.pdf) [1 กันยายน 2560]
- สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักบริหารยุทธศาสตร์สุขภาพวิถีชีวิตไทย. (2559). **แนวทางการพัฒนาคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพอำเภอ (District Health Board: DHB) โดยใช้พื้นที่เป็นฐาน ประชาชนเป็นศูนย์กลาง**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา: <http://thlp.ops.moph.go.th/dhbinformation.php> [26 พฤษภาคม 2561]
- สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักโรคไม่ติดต่อ. (2559). **แผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ ปี 2560 – 2564**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา: <http://plan.ddc.moph.go.th>. [11 มิถุนายน 2561]
- สาธารณสุข, กระทรวง. (2559). **แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา: <http://www.ato.moph.go.th/?q=content/แนวทางการดำเนินงานคลินิกหมอครอบครัวสำหรับหน่วยบริการ>. [26 พฤษภาคม 2561]
- สำนักการพยาบาล. (2551). **มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.
- สำนักการพยาบาล. (2559). **มาตรฐานการพยาบาลในชุมชน**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา: [http://www.nursing.go.th/Book\\_nurse/Communitystandards/community.pdf](http://www.nursing.go.th/Book_nurse/Communitystandards/community.pdf) [3 กันยายน 2560]
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). (2556). **แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2557-2561**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). (อัดสำเนา)
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). (2559). **คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.).
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2559). **การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอที่ประชาชนเป็นศูนย์กลาง**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาสุขภาพชุมชน.
- สุพัตรา ศรีวณิชชากร. (2559). **แผนยุทธศาสตร์ทศวรรษพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ พ.ศ. 2559 - 2569**. [ออนไลน์] แหล่งที่มา: <http://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4411?localeattribute=en> [1 กันยายน 2560]
- สภาการพยาบาล. (2543). **พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ.2540**. กรุงเทพมหานคร: ศรียอดการพิมพ์.

- โสภณ เมฆธน. (2560). **นโยบาย Intermediate Care กระทรวงสาธารณสุข.** [ออนไลน์]  
แหล่งที่มา: [www.rbpho.moph.go.th/.../download-doc.php?...%20การพัฒนาระบบบริการ%20int](http://www.rbpho.moph.go.th/.../download-doc.php?...%20การพัฒนาระบบบริการ%20int). [1 กันยายน 2560]
- โสภณ เมฆธน. (2560). **ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุขกับการขับเคลื่อนประเทศไทย.** [ออนไลน์]  
แหล่งที่มา: <http://182.52.57.71/bcph/statics/attach/Strategic-Health-Ministry-With-the-Powered-Thailand270160.pdf> [1 กันยายน 2560]
- สภาปฏิรูปแห่งชาติ. (2558). **วาระปฏิรูปที่ 22 การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ วาระปฏิรูปที่ 23 การปฏิรูปการส่งเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรคและภัยคุกคามสุขภาพ วาระปฏิรูปที่ 24 การปฏิรูประบบบริหารจัดการและการเงินการคลังด้านสุขภาพ.** กรุงเทพมหานคร: สำนักงานพิมพ์สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). **การพยาบาล: ศาสตร์ของการปฏิบัติ.** กรุงเทพมหานคร: วี เจ. พรินติ้ง.
- สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ. (2552). **เอกสารหลัก การพัฒนาระบบปฐมภูมิเพื่อการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน.** สมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 2, 16 พฤศจิกายน 2552 (อัดสำเนา)
- สยามพร ศิรินาวิน, กรกฎ จุฑาสมิต และอรรถสิทธิ์ ศรีสุบัติ. (2557). **แนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน.** กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกิจการโรงพยาบาล สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.
- สิริชัย นามทรศนีย์. (2554). **การดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน (Intermediate care): ประสบการณ์จากโรงพยาบาลชุมชน.** วิชาการโรงพยาบาลชุมชน. มุลินธิแพทย์ชนบท.
- สุริรัตน์ ธนากิจ. (2560). **ใน เสวนาบทบาทพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพนำสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนได้อย่างไร: บทบาทพยาบาลในการบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ.** กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (อัดสำเนา)
- สุวิณี วิวัฒน์วานิช และคณะ. (2555). **การศึกษาความพร้อมและความต้องการของผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข: การสำรวจแบบวันเดียว.** มุลินธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- สุวิทย์ เมษินทรีย์. (2559). **ประเทศไทย 4.0.** [ออนไลน์] แหล่งที่มา: <http://th.facebook.com/drsuvitpage/posts/1396306724009387> [1 กันยายน 2560]
- หทัยชนก บัวเจริญ และคณะ. (2554). **การพยาบาลในระบบสุขภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 2. สมุทรปราการ: โครงการสำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ.

- อนุสร การระเกษ และนางลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. (2560). ผลของรูปแบบการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์ที่คาดหวังในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือด ณ แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 35(1), 119-127.
- อำพล จินดาวัฒน์. (2560). *โรงพยาบาลสารภีบรรพพัฒนา โมเดล พื้นฟูผู้ป่วยก่อนส่งบ้าน ลดภาระญาติ ชุมชน*. [ออนไลน์] แหล่งที่มา: <https://www.hfocus.org/content/2017/06/14073> [30 ตุลาคม 2560]
- อรพรรณ โตสิงห์. (2550). *การจัดการรายกรณี (Case management) เพื่อการดูแลที่เป็นเลิศในผู้ป่วยโรคหัวใจ*. เอกสารประกอบการบรรยาย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. (อัสสัมชัญ)
- อุษา นักเทศ. (2555). *ผลของโปรแกรมการจัดการรายกรณีต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับไว้ในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- อุษนันท์ อินทมาศน์. (2546). *การปฏิบัติบทบาทพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

## ภาษาอังกฤษ

- American Association of Ambulatory Care Nursing. (2012). American academy of ambulatory care nursing position statement: The role of the registered nurse in ambulatory care. *Nursing Economic\$*, 30(4), 233.
- American Nurses Association. (2010). *Nursing: Scope and standards of practice, 2<sup>nd</sup>*: Silver spring, MD: American Nurses Association.
- Bauer, L., and Bodenheimer, T. (2017). Expanded roles of registered nurses in primary care delivery of the future. *Nursing Outlook*, 65(5), 624-632.
- Benchmarking, N. (2015). *National audit of intermediate care summary report. 2015: Assessing progress in services for older people aimed at maximizing independence and reducing use of hospitals*. NHS Benchmarking Network: Manchester.
- Berg, J. G., and Dickow, M. (2014). Nurse role exploration project: The Affordable care act and new nursing roles. *Nurse Leader*, 12(5), 40-44.



- Biddle, B. J. (1979). **Role theory expectations, identities and behaviors**. New York: Academic press.
- Case Management Society of America. (2010). **Standard of practice for case management**. Little rock, Arkansas, 1-27
- Fraher, E., Spetz, J., and Naylor, M. (2015). **Nursing in a transformed health care system: new roles, new rules**. [online] Retrieved from: <https://ldi.upenn.edu/brief/nursing-transformed-health-care-system-new-roles-new-rules>. [2017, September 1]
- 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**. Massachusetts: Commonwealth Fund.
- Jogerst, K., et al. (2015). Identifying interprofessional global health competencies for 21st-century health professionals. **Annals of global health**, 81(2), 239-247.
- Johnson. (2013). Role of Nurse Care Manager in a Patient-Centered Medical Home. **CMSA TODAY 2**: 8-11.
- Linestone, H. A., and Turoff, M. (1975). **The Delphi method, techniques and application**. Massachusetts: Addison-Wesky Publishing.
- Lipstein, S. H. (2016). Workforce for 21<sup>st</sup> century health and health care. **JAMA**, 316(16), 1665-1666.
- Lupari, M., Coates, V., Adamson, G., and Crealey, G. E. (2011). "We' re just not getting it right how should we provide care to the order person with multi-morbid chronic conditions?. **Journal of Clinical Nursing**, 20(9-10), 1225-1235.
- National Council of State Boards of Nursing. (2013). **Nursing regulation in the U.S**. [online] Retrieved from: <https://www.ncsbn.org/208.html> [2017, September 1]
- National Academy of Certified Care Managers (NACCM). (2016). **Content domains and care manager tasks**. [online] Retrieved from: <https://www.naccm.net/wpcontent/uploads/sites/52/2013/12/NACCM-Content-Domains-2016.pdf> [2018, May 27]
- Row, and Wright. (1999). The Delphi technique as a forecasting tool: Issues and analysis. **International Journal of Forecasting**, 15,4.

- Smolowitz, J., et al. (2015). Role of the registered nurse in primary health care: Meeting health care needs in the 21st century. **Nursing Outlook**, 63(2), 130-136.
- Taylor, E. F., Macha, R. M., Meyer, 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.
- Potter, T. M. (2015). Partnership imaging a new model in health care. **Journal of Radiology Nursing**, 34(2), 57-62.
- Macmillan, T. T. (1971). **The delphi technique**. [online] Retrieved from: <http://eric.ed.gov/?id=ED064302> [2017, September 5]
- Van Soeren, M., Hurlock-Chorostecki, C., and Reeves, S. (2011). The role of nurse practitioners in hospital settings: Implications for interprofessional practice. **Journal of interprofessional care**, 25(4), 245-251.
- Young, J. (2009). The development of intermediate care services in England. **Archives of Gerontology and Geriatrics** 49, S21-S25.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**



## รายนาม และประวัติผู้เชี่ยวชาญ

### รายนามผู้เชี่ยวชาญ

รายนามผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 19 คน มีรายนามต่อไปนี้

1. ผู้บริหารทางการแพทย์โรงพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 5 คน
  - 1.1 นางวรรณารถ เล้าอติมาน
  - 1.2 นางสาวรัตนา อนันต์
  - 1.3 นางนุชนารถ อุดมญาติ
  - 1.4 นางพิชชาพร ผลเดช
  - 1.5 นางจงกล อินทसार
2. ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 5 คน
  - 2.1 นางสาวสุรรัตน์ ธนากิจ
  - 2.2 นางราตรี ฤทธิรัตน์
  - 2.3 นางประภาพร มุทุมม
  - 2.4 นางพรเพ็ญ ภัทรากกร
  - 2.5 นางจันนิภา เกตรา
3. อาจารย์พยาบาลสาขาพยาบาลชุมชน จำนวน 3 คน
  - 3.1 รศ.ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ
  - 3.2 รศ.ดร.รัชณี สรรเสริญ
  - 3.3 ผศ.ดร.วรรณรัตน์ ลาวัจ
4. อาจารย์สาขาบริหารการพยาบาล จำนวน 2 คน
  - 4.1 ผศ.ดร. ทศนีย์ นะแสง
  - 4.2 ผศ.ดร.อาภา หวังสุขไพศาล
5. แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 2 คน
  - 5.1 นายแพทย์สิริชัย นามทรศนีย์
  - 5.2 แพทย์หญิงสุกัญญา หังสพฤกษ์
6. ผู้กำหนดนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขและสภาการพยาบาล จำนวน 2 คน
  - 6.1 นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร
  - 6.2 นางกรรณิกา ปัญญาอมรวัฒน์

## ประวัติผู้เชี่ยวชาญ

กลุ่มที่ 1 ผู้บริหารทางการแพทย์โรงพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 5 คน ประกอบด้วย

### 1.1 นางวรรณารถ เล้าอติมาน

ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ หัวหน้าพยาบาล

สถานที่ปฏิบัติงาน - โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่

ประสบการณ์การปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้บริหารทางการแพทย์โรงพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน 22 ปี

วุฒิการศึกษา - ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (พยาบาล) และประกาศนียบัตร  
ผดุงครรภ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

- สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- ประกาศนียบัตรนักบริหารการพยาบาลระดับสูง วิทยาลัยนัก  
บริหารสาธารณสุขสถาบันพระบรมราชชนก

ผลงานเด่นและ/หรือผลงานวิจัย

- พยาบาลดีเด่น (ผู้บริหารการพยาบาลระดับปฐมภูมิ) สำนักงาน  
สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ปี 2553

- รางวัลโรงพยาบาลชุมชนต้นแบบดีเด่น โครงการบูรณาการสร้าง  
สุขภาพดีวิถีไทย ลดภัยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง สำนักงานสาธารณสุข  
จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2556

- รองชนะเลิศอันดับ 1 การพัฒนารูปแบบการจัดการ

โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จากกรมการแพทย์ ปี  
2556

- วิจัยเรื่อง “พฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและภาวะสุขภาพของ  
บุคลากรโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่”

- วิจัยเรื่อง “การพัฒนาระบบงานบริการการดูแลรักษาผู้ป่วย  
โรคเบาหวาน ในโรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่”

- วิจัยเรื่อง “การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานด้วย  
รูปแบบการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลสารภี อำเภอสารภี  
จังหวัดเชียงใหม่”

## 1.2 นางสาวรัตนา อนันต์

- ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ หัวหน้าพยาบาล
- สถานที่ปฏิบัติงาน - โรงพยาบาลคลองใหญ่ จ. ตราด
- ประสบการณ์การปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้บริหารทางการแพทย์โรงพยาบาลรพช. 23 ปี
- วุฒิการศึกษา - พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สงขลา  
- ประกาศนียบัตรผู้บริหารระดับต้น วพบ.ชลบุรี  
- รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา ชลบุรี
- ผลงานเด่นและ/หรือผลงานวิจัย  
- โรงพยาบาลต้นแบบการดำเนินงาน Intermediate care และเป็นที่ศึกษาดูงานของโรงพยาบาลต่างๆ

## 1.3 นางนุชนารถ อุดมญาติ

- ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล
- สถานที่ปฏิบัติงาน - โรงพยาบาลวังน้ำเขียว จ. นครราชสีมา
- ประสบการณ์การปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้บริหารทางการแพทย์โรงพยาบาลรพช. 20 ปี
- วุฒิการศึกษา - พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา  
- วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาจิตวิทยาการให้คำปรึกษามหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- ผลงานเด่นและ/หรือผลงานวิจัย  
- วิจัยเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง อ.วังน้ำเขียว จ. นครราชสีมา  
- วิจัยเรื่อง สุขภาพจิตและปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตของพยาบาลโรงพยาบาลรพช. จ.นครราชสีมา  
- ผลงานการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ของครอบครัวและกลุ่มภาคี อ.วังน้ำเขียว จ.นครราชสีมา

#### 1.4 นางพิชชาพร ผลเดช

- ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล
- สถานที่ปฏิบัติงาน - โรงพยาบาลวังสามหมอ จ.อุดรธานี
- ประสบการณ์การปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้บริหารทางการแพทย์โรงพยาบาลชุมชน 10 ปี
- วุฒิการศึกษา - พยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพระบรมราชชนนีพิษณุโลก
- ผลงานเด่นและ/หรือผลงานวิจัย
- ต้นแบบการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะยาวด้วย  
สาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

#### 1.5 นางจกกล อินทสาร

- ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ หัวหน้าพยาบาล
- สถานที่ปฏิบัติงาน - โรงพยาบาลบางปะหัน จ.พระนครศรีอยุธยา
- ประสบการณ์การปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้บริหารทางการแพทย์โรงพยาบาลชุมชน 23 ปี
- วุฒิการศึกษา - พยาบาลศาสตรและการผดุงครรภ์ชั้นสูง สถาบันวิทยาลัย  
พยาบาลสวรรค์ประชารักษ์
- บริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
  - รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันบัณฑิตพัฒน  
บริหารศาสตร์
- ผลงานเด่นและ/หรือผลงานวิจัย
- รางวัลคนดีศรีสาธารณสุข จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
  - รางวัลพยาบาลดีเด่นสาขาการบริหารการพยาบาลระดับทุติยภูมิ  
จาก สภาการพยาบาล

กลุ่มที่ 2 ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 5 คน ประกอบด้วย

#### 2.1 นางสาวสุรรัตน์ ธนากิจ

- ตำแหน่งปัจจุบัน - พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ รองผู้อำนวยการโรงพยาบาลและ  
หัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน
- สถานที่ปฏิบัติงาน - งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลคลองใหญ่  
จ.ตราด
- ประสบการณ์การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน 23 ปี



- วุฒิการศึกษา
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยบูรพา
  - วุฒิบัตร ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน สภาการพยาบาล

ผลงานเด่นและ/หรือผลงานวิจัย

- รางวัลหัวหน้าพยาบาลผู้มีผลงาน การบริหารดีเด่น ระดับจังหวัดตราด เมื่อ พ.ศ. 2544
- ข้าราชการพลเรือนดีเด่น ระดับจังหวัดตราด เมื่อ พ.ศ. 2550
- รางวัลพยาบาลดีเด่น สาขาการบริการพยาบาลในระบบบริการสุขภาพในระดับปฐมภูมิ / ชุมชน สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย (สาขาภาคตะวันออก) ประจำปี 2554
- รางวัล คนดีศรี มสส. สมาคมแม่บ้านกระทรวงสาธารณสุข ประจำปี 2554
- ต้นแบบการพัฒนาเครือข่ายบริการปฐมภูมิเขตชนบท สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต 6 เมื่อ พ.ศ. 2551
- รางวัลชนะเลิศ การจัดการชุมชนลดเสี่ยงลดโรค ระดับประเทศ ประเภทชุมชนเขตเมือง เมื่อ พ.ศ. 2553
- โครงการการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองดีเด่น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สาขาเขต 6 เมื่อ พ.ศ. 2553

2.2 นางราตรี ฤทธิรัตน์

- ตำแหน่งปัจจุบัน
- พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
- สถานที่ปฏิบัติงาน
- งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลท่าศาลา จ.นครศรีธรรมราช

ประสบการณ์การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน 26 ปี

- วุฒิการศึกษา
- ประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ขั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครศรีธรรมราช ปี 2534
  - พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลครอบครัวและชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปี 2547
  - วุฒิบัตรพยาบาลผู้เชี่ยวชาญการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) สาขาการพยาบาลชุมชน ปี 2549
  - หลักสูตรผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (care manager)

จากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ปี 2558

ผลงานเด่นและ/หรือผลงานวิจัย

- การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
- เป็นวิทยากรอบรม care manager ของจังหวัด และเขตบริการสุขภาพที่ 11 ปี 59-60
- รางวัลชนะเลิศวิจัยสาขาพยาบาล ระดับจังหวัดและระดับเขต ปี 2552

### 2.3 นางประภาพร มุทุมม

ตำแหน่งปัจจุบัน

- พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ปฏิบัติงาน

- งานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลสารภี จังหวัดเชียงใหม่

ประสบการณ์การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน 25 ปี

วุฒิการศึกษา

- ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลพุทธชินราช จ.พิษณุโลก ปี 2535
- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ปี 2551
- วุฒิบัตรความชำนาญเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (APN)

ผลงานเด่นและ/หรือผลงานวิจัย

- วิจัยเรื่อง การพัฒนาการดูแลทำในผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสารภี จ.เชียงใหม่
- ได้รับรางวัลผลงาน R2R ดีเด่น กลุ่มงานบริการระดับปฐมภูมิ ประจำปี 2558

### 2.4 นางพรเพ็ญ ภัทรการ

ตำแหน่งปัจจุบัน

- พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ปฏิบัติงาน

- หัวหน้ากลุ่มงานบริการปฐมภูมิ และองค์กรรวมโรงพยาบาลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี

ประสบการณ์การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน 37 ปี

วุฒิการศึกษา

- พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมิกราช ปี 2542

- พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยบูรพา ปี 2550
- วุฒิบัตรความชำนาญเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (APN) สภาการพยาบาล ปี 2552

ผลงานเด่นและ/หรือผลงานวิจัย

- วิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บนพื้นฐานการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ในเขตเทศบาลเมืองบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ปี 2558
- สถานการณ์ปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี ปี 2555

## 2.5 นางจันทิภา เกตรา

ตำแหน่งปัจจุบัน

- พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ปฏิบัติงาน

- งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลวังน้ำเย็น จ.สระแก้ว

ประสบการณ์การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน 37 ปี

วุฒิการศึกษา

- วุฒิบัตรความชำนาญเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (APN) สภาการพยาบาล ปี 2551

ผลงานเด่นและ/หรือผลงานวิจัย

- ได้รับรางวัลระดับดีมากของประเทศ ปี 2560 นวัตกรรมทางการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลคนพิการ “มนุษย์ล้อ” โรงพยาบาลวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว
- รางวัลวิจัยดีเด่นระดับจังหวัดสระแก้ว ปี 2561 เรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองผู้ป่วยระยะสุดท้ายของโรงพยาบาลวังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว

### กลุ่มที่ 3 อาจารย์พยาบาลสาขาพยาบาลชุมชน จำนวน 3 คน ประกอบด้วย

#### 3.1 รศ.ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ

- ตำแหน่งปัจจุบัน - รองศาสตราจารย์
- สถานที่ปฏิบัติงาน - อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- วุฒิการศึกษา - วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาล) เจริญเงิน  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2522
- สังคมศาสตรมหาบัณฑิต (สังคมศาสตร์การแพทย์และ  
สาธารณสุข) คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2528
- สาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (การพยาบาลสาธารณสุข) คณะ  
สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2538
- ประสบการณ์การสอน มากกว่า 30 ปี
- ประสบการณ์ในการทำงาน/โครงการพัฒนาคุณภาพบริการร่วมกับชุมชน
- นวัตกรรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยวัณโรคโรงพยาบาลวังน้ำเย็น  
จังหวัดสระแก้ว
- การดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนโดยกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือ  
ตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวและการมีส่วนร่วมของชุมชน  
ในเขตตำบลตาคลี อำเภอตาคลี จังหวัดนครสวรรค์

#### 3.2 รศ.ดร.รัชณี สรรเสริญ

- ตำแหน่งปัจจุบัน - คณบดี
- สถานที่ปฏิบัติงาน - สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
- วุฒิการศึกษา - Doctor of Philosophy (Nursing), The Catholic  
University of America (Excellent award in Community  
Health Nursing), USA., 2543.
- ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาการ  
พยาบาลสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล 2530
- ปริญญาศิลปศาสตรบัณฑิต (พยาบาล) มหาวิทยาลัยขอนแก่น  
2524
- ประกาศนียบัตรการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นสูง

(เกียรตินิยม) วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ

ประสบการณ์การสอน มากกว่า 30 ปี

ประสบการณ์ในการทำงาน/โครงการพัฒนาคุณภาพบริการร่วมกับชุมชน

- การพัฒนาการดูแลสุขภาพชุมชน
- การพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน
- การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและคนพิการ
- การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในระยะเปลี่ยนผ่านและในชุมชน
- การพัฒนาระบบการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง
- การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุและคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน

### 3.3 ผศ.ดร.วรรณรัตน์ ลาวัจ

ตำแหน่งปัจจุบัน

- ผู้ช่วยศาสตราจารย์

สถานที่ปฏิบัติงาน

- อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

วุฒิการศึกษา

- ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต
- ปริญญาโท การพยาบาลอนามัยชุมชน

ประสบการณ์การสอน 19 ปี

ประสบการณ์ในการทำงาน/โครงการพัฒนาคุณภาพบริการร่วมกับชุมชน

- การพัฒนาระบบการดูแลคนพิการโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน
- การพัฒนาระบบสนับสนุนญาติผู้ดูแล

### กลุ่มที่ 4 อาจารย์สาขาบริหารการพยาบาล จำนวน 2 คน ประกอบด้วย

#### 4.1 ผศ.ดร. ทศนีย์ นະແສ

ตำแหน่งปัจจุบัน

- รองคณบดีฝ่ายบุคคล การเงิน และทรัพยากร

สถานที่ปฏิบัติงาน

- อาจารย์ประจำสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

วุฒิการศึกษา

- พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปี 2551
- ครุศาสตรมหาบัณฑิต (วิจัยการศึกษา) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปี 2529

- วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์)  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปี 2523

ประสบการณ์การสอน 28 ปี

ประสบการณ์ในการทำงาน/โครงการพัฒนาคุณภาพบริการร่วมกับชุมชน

- การพัฒนาความรู้ ความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- การรับฟังเสียงของผู้รับบริการในโรงพยาบาลชุมชน

#### 4.3 ผศ.ดร.อาภา หวังสุขไพศาล

ตำแหน่งปัจจุบัน - ผู้ช่วยศาสตราจารย์

สถานที่ปฏิบัติงาน - อาจารย์ประจำสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

วุฒิการศึกษา - พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยบูรพา ปี 2556

- ครุศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี 2534

- วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาลและผดุงครรภ์)  
โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล  
รามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล ปี 2528

ประสบการณ์การสอน 27 ปี

ประสบการณ์ในการทำงาน/โครงการพัฒนาคุณภาพบริการร่วมกับชุมชน

- การสนับสนุนทางสังคม
- การพัฒนาภาวะผู้นำและการทำงานเป็นทีม

กลุ่มที่ 5 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 2 คน ประกอบด้วย

#### 5.1 นายแพทย์สิริชัย นามทรศนีย์

ตำแหน่งปัจจุบัน - นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) รักษาการ  
ในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล

สถานที่ปฏิบัติงาน - โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

วุฒิการศึกษา - แพทย์ศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล  
มหาวิทยาลัยมหิดล

- วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพ

เวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน และ/หรือผลงานวิชาการ ตำรา

- แพทย์ประจำและรักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาล
- ประธาน Service Plan สาขาปฐมภูมิ จังหวัดกาฬสินธุ์
- รองประธานกรรมการด้านพัฒนาที่หมอบครอบครัว  
จังหวัดกาฬสินธุ์ ปีงบประมาณ 2559
- อาจารย์แพทย์ ราชวิชาเวชศาสตร์ครอบครัว ศูนย์แพทย์  
รพ.กาฬสินธุ์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
- อาจารย์พิเศษ ภาควิชาเวชศาสตร์ครอบครัว รพ.รามาริบัติ  
มหาวิทยาลัยมหิดล

## 5.2 แพทย์หญิงสุกัญญา หังสพฤกษ์

ตำแหน่งปัจจุบัน

- นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

สถานที่ปฏิบัติงาน

- โรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก

วุฒิการศึกษา

- แพทย์ศาสตรบัณฑิต คณะแพทยศาสตร์  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
- วุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพ  
เวชกรรม สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว

ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน และ/หรือผลงานวิชาการ ตำรา

- พ.ศ. 2545-2552 แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวโรงพยาบาล  
ชุมชนระโนด จังหวัดสงขลา
- พ.ศ. 2553- ปัจจุบัน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวโรงพยาบาล  
โรงพยาบาลองค์กรักษ์ และหัวหน้าโครงการ PCC เครือข่าย  
องค์กรักษ์
- คณะทำงานในการพัฒนาการประเมินคุณภาพเครือข่ายบริการ  
ปฐมภูมิและการพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ (Primary Care  
Award: PCA)

กลุ่มที่ 6 ผู้กำหนดนโยบายจากกระทรวงสาธารณสุขและสภาการพยาบาล จำนวน 2 คน

### 6.1 นายแพทย์ประสิทธิ์ชัย มั่งจิตร

- ตำแหน่งปัจจุบัน
- นายแพทย์ (ด้านเวชกรรมป้องกัน) ระดับเชี่ยวชาญ
  - รองผู้อำนวยการกองบริหารการสาธารณสุข  
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
  - รองผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนระบบปฐมนุญมิและสุขภาพระดับ  
อำเภอ
  - รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสระบุรี
  - ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแก่งคอย จังหวัดสระบุรี
- สถานที่ปฏิบัติงาน
- โรงพยาบาลแก่งคอย จ.สระบุรี
- วุฒิการศึกษา
- แพทย์ศาสตรบัณฑิต โรงพยาบาลมามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล  
ปี 2535
  - อนุมัติบัตรเวชศาสตร์ครอบครัว แพทยสภา ปี 2537
  - คณะแพทยศาสตร์ สาขาการจัดการระบบสุขภาพ  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี 2550

### 6.2 นางกรรณิกา ปัญญาอมรวัฒน์

- ตำแหน่งปัจจุบัน
- ข้าราชการเกษียณ
  - กรรมการสภาการพยาบาล ปี 2561 – 2564
- สถานที่ปฏิบัติงาน
- สภาการพยาบาล
- วุฒิการศึกษา
- วิทยาศาสตร์บัณฑิต (พยาบาล) มหาวิทยาลัยขอนแก่น
  - สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- รัฐศาสตรมหาบัณฑิต สถาบันพัฒนบริหารศาสตร์





ที่ ศธ 0512.11/ 0598



คณะกรรมการคณาจารย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพร ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

9 เมษายน 2561

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงการวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางบุญญาภา จันทร์หอม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามนโยบายไทยแลนด์ 4.0" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีจึงขอเรียนเชิญ แพทย์หญิง สุกัญญา หังสพฤกษ์ นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ซึ่งมีความรู้เกี่ยวกับการบริหารและการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน เป็นผู้เชี่ยวชาญในการให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วรารัตน์ ชัยวัฒน์)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน  
ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

แพทย์หญิง สุกัญญา หังสพฤกษ์  
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158  
นางบุญญาภา จันทร์หอม โทร. 06-4991-9655

ที่ ศธ 0512.11/ 45 จ 7



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศทพระ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๑ เมษายน 2561

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

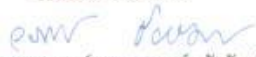
เรียน นายแพทย์ สิริชัย นามทรงศนีย์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางบุญญาภา จันทร์หอม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามนโยบายไทยแลนด์ 4.0” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ จึงขอเรียนเชิญท่านซึ่งมีความรู้เกี่ยวกับการบริหารและการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน เป็นผู้เชี่ยวชาญ ในการให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อเรียนเชิญท่านเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

  
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวิวัฒน์)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ต้นรัชชา  
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158  
นางบุญญาภา จันทร์หอม โทร. 06-4991-9655

ที่ ศธ 0512.11/ ๘๖๐๐



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรฯ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

๙ เมษายน 2561

เรื่อง ขอเรียนเชิญเป็นผู้เชี่ยวชาญ

เรียน นางกรรณิกา ปิณฑามรวัฒน์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด  
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางบุญญาภา จันทรหอม นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามนโยบายไทยแลนด์ 4.0” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ จึงขอเรียนเชิญท่านซึ่งมีความรู้เกี่ยวกับการบริหารและการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน เป็นผู้เชี่ยวชาญ ในการให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อเรียนเชิญท่านเป็นผู้ให้ข้อมูลดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)  
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ  
อาจารย์ที่ปรึกษา  
ชื่อนิสิต

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สุวิณี วิวัฒน์วานิช โทร. 0-2218-1158

นางบุญญาภา จันทรหอม โทร. 06-4991-9655



ภาคผนวก ค  
เอกสารพิจารณาจริยธรรมในการวิจัย  
เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
และหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



### บันทึกข้อความ

ส่วนงาน คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 โทร.0-2218-3202  
 ที่ จว 250 /2561 วันที่ ๕ มีนาคม 2561  
 เรื่อง แจ้งผลผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย เอกสารแจ้งผ่านการรับรองผลการพิจารณา

ตามที่นิสิต/บุคลากรในสังกัดของท่านได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นั้น ในการนี้ กรรมการผู้ทบทวนหลักได้เห็นสมควรให้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยได้ ดังนี้

โครงการวิจัยที่ 005.1/61 เรื่อง บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามนโยบายไทยแลนด์ 4.0 (NURSE'S ROLES IN COMMUNITY HOSPITALS ACCORDING TO THAILAND POLICY 4.0) ของ นาง บุญญาภา จันทร์หอม

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

*ดร. นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์*

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทรี ชัยชนะวงศาโรจน์)  
 กรรมการและเลขานุการ  
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน  
 กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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: cccu@chula.ac.th

COA No. 058/2561

## ใบรับรองโครงการวิจัย

โครงการวิจัยที่ 005.1/61 : บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามนโยบายไทยแลนด์ 4.0  
 ผู้วิจัยหลัก : นางบุญญาภา จันทร์หอม  
 หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

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

ลงนาม ประจักษ์ ทรัพย์ประเสริฐ

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ประจักษ์ ทรัพย์ประเสริฐ)

ประธาน

ลงนาม นันทิ์ โสภณอดิโกศล

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นันทิ์ ชัยชนะวงศาโรจน์)

กรรมการและเลขานุการ

วันที่รับรอง : 2 มีนาคม 2561

วันหมดอายุ : 1 มีนาคม 2562

## เอกสารที่คณะกรรมการรับรอง

- โครงการวิจัย
- ข้อมูลสำหรับคณะกรรมการหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยและใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย  
 ของโครงการวิจัย 005.1/61
- ผู้วิจัย  
 วันที่รับรอง - 2 มี.ค. 2561  
 วันหมดอายุ - 1 มี.ค. 2562

เงื่อนไข

- ข้าพเจ้ารับทราบว่าเป็นการคิดจริยธรรม หากดำเนินการเก็บข้อมูลการวิจัยก่อนได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยฯ
- หากใบรับรองโครงการวิจัยหมดอายุ การดำเนินการวิจัยต้องยุติ เมื่อต้องการต่ออายุต้องขออนุมัติใหม่ล่วงหน้าไม่ต่ำกว่า 1 เดือน พร้อมส่งรายงานความก้าวหน้าการวิจัย
- ต้องดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงการวิจัยอย่างเคร่งครัด
- ใช้เอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัย (ถ้ามี) เฉพาะที่ประทับตราคณะกรรมการเท่านั้น
- หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงในสถานที่เก็บข้อมูลที่ขออนุมัติจากคณะกรรมการ ต้องรายงานคณะกรรมการภายใน 5 วันทำการ
- หากมีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินการวิจัย ให้ส่งคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมรับรองก่อนดำเนินการ
- โครงการวิจัยไม่เกิน 1 ปี ส่งแบบรายงานสิ้นสุดโครงการวิจัย (AF 03-12) และบทคัดย่อผลการวิจัยภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น สำหรับโครงการวิจัยที่เป็นวิทยานิพนธ์ให้ส่งบทคัดย่อผลการวิจัย ภายใน 30 วัน เมื่อโครงการวิจัยเสร็จสิ้น

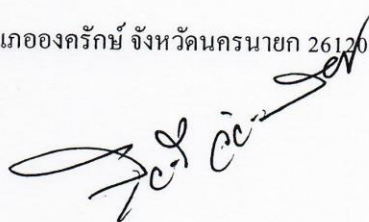
### ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย                    บพทาพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามนโยบายไทยแลนด์ 4.0

ชื่อผู้วิจัย                             นางบุญญาภา จันท์หอม นิสิตปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์  
  จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย               (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลองค์กรักษ์ ตำบลองค์กรักษ์ อำเภอองค์กรักษ์  
  จังหวัดนครนายก 26120  
  (ที่บ้าน) 300 หมู่ 1 ตำบลองค์กรักษ์ อำเภอองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก 26120

เบอร์โทรศัพท์                         (ที่ทำงาน) 037-391510 ต่อ 133  
  (มือถือ) 064-9919655  
  E-mail boonyapa60@gmail.com



1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการศึกษาบพทาพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามนโยบายไทยแลนด์ 4.0

#### 3. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือ ผู้เชี่ยวชาญที่คัดเลือกตามคุณสมบัติโดยศึกษาจากประวัติผลงานด้านต่างๆ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงาน รางวัลที่ได้รับ และมีความยินดีในการเข้าร่วมการวิจัยและลงนามในหนังสือแสดงความยินยอม จำนวน 20 คน แบ่งเป็น 6 กลุ่มดังนี้

3.1 กลุ่มผู้บริหารทางการแพทย์โรงพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน จำนวน 5 คน โดยกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้ มีประสบการณ์การปฏิบัติงานในตำแหน่งผู้บริหารทางการแพทย์โรงพยาบาลชุมชนไม่น้อยกว่า 5 ปี และมีผลงานการได้รับรางวัลชุมชนต้นแบบ และ/หรืองานวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลโรงพยาบาลชุมชน

3.2 กลุ่มผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 5 คน โดยกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้ วุฒิการศึกษาระดับปริญญาโททางการแพทย์ และ APN และมีประสบการณ์การปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนไม่น้อยกว่า 5 ปี

3.3 กลุ่มอาจารย์พยาบาลสาขาพยาบาลชุมชน จำนวน 3 คน โดยกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้ มีวุฒิการศึกษาปริญญาโทขึ้นไป และเป็นอาจารย์พยาบาลในหลักสูตรเวชปฏิบัติชุมชนที่มีประสบการณ์การสอนมากกว่าหรือเท่ากับ 3 ปี และ/หรือมีประสบการณ์ในการทำงาน/โครงการพัฒนาคุณภาพบริการร่วมกับชุมชน



เลขที่โครงการวิจัย..... 005-1/61  
วันที่รับรอง..... - 2 มี.ค. 2561  
วันหมดอายุ..... - 1 มี.ค. 2562



3.4 กลุ่มอาจารย์สาขาบริหารการพยาบาล จำนวน 3 คน โดยกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้ มีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโทขึ้นไป และมีประสบการณ์ในการสอนวิชาการบริหารการพยาบาล และมีโครงการพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาลร่วมกับชุมชน

3.5 กลุ่มแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จำนวน 2 คน โดยกำหนดเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้ สำเร็จการศึกษาหลักสูตรเฉพาะทางแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ครอบครัวและได้รับวุฒิบัตรสาขาเวชศาสตร์ครอบครัว และแพทย์ที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน และ/หรือ มีผลงานวิชาการ ตำรา เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลชุมชน

3.6 กลุ่มผู้กำหนดนโยบาย จำนวน 2 คน โดยกำหนดคุณสมบัติ ดังนี้ ผู้เชี่ยวชาญที่มาจากกระทรวงสาธารณสุข และสภาการพยาบาล

4. การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยใช้เทคนิคคลฟาย ดำเนินการวิจัยโดยศึกษารวบรวมความคิดเห็นของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย มีรายละเอียดและขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

4.1 ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยด้วยตนเอง หรือสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ หรือเขียนตอบแบบสัมภาษณ์ตามความประสงค์ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ตามวัน เวลา สถานที่ ที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยกำหนด เพื่อให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับบทบาทพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนตามนโยบายไทยแลนด์ 4.0 ร่วมกับการบันทึกเทปการสนทนา และใช้เวลาในการสัมภาษณ์ 45 – 60 นาที จำนวน 1 ครั้งจนครบ 20 คน หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่ประสงค์ให้บันทึกเทป ขออนุญาตบันทึกเป็นลายลักษณ์อักษรแทน

4.2 ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ จะนำมาวิเคราะห์เนื้อหา และจัดหมวดหมู่ สร้างเป็นแบบสอบถามที่มีลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือระดับความสำคัญมากที่สุด จนถึงระดับความสำคัญน้อยที่สุด และจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามอีก 2 ครั้ง ซึ่งแต่ละครั้งจะใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 20 – 30 นาที เพื่อประเมินค่าความสำคัญของบทบาทพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนตามนโยบายไทยแลนด์ 4.0 ในครั้งที่ 1 และแสดงความต้องการยืนยันคำตอบเดิมหรือเปลี่ยนแปลงคำตอบในครั้งที่ 2 จากนั้นนำแบบสอบถามใส่ซองกลับคืนผู้วิจัย ซึ่งผู้วิจัยจัดเตรียมซองจดหมายและผนึกตราไปรษณียากรที่ระบุชื่อ และที่อยู่ของผู้วิจัย เพื่อความสะดวกในการส่งกลับ ผู้วิจัยกำหนดวันรับแบบสอบถามกลับคืนภายใน 2 สัปดาห์

5. การเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้ มีความเสี่ยงอยู่ในระดับน้อย แต่อาจรบกวนเวลาส่วนตัวในการสัมภาษณ์จากผู้วิจัยจำนวน 1 ครั้งและตอบแบบสอบถาม 2 ครั้ง

6. งานวิจัยครั้งนี้ ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอาจไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมการวิจัย แต่ผลการวิจัยจะเป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ใช้ในการพัฒนาบทบาทพยาบาล โรงพยาบาลชุมชนตามนโยบายไทยแลนด์ 4.0 และเป็นแนวทางสำหรับพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน ได้พัฒนาบทบาทของตนเอง

7. การเข้าร่วมเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นโดยสมัครใจ และสามารถปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกขณะโดยไม่ต้องให้เหตุผลและไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อตัวท่าน



เลขที่โครงการวิจัย..... 005-1/61  
วันที่รับรอง..... - 2 มี.ค. 2561  
วันที่ลงนาม..... - 1 มี.ค. 2562

V.2.4/2558

8. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านทั้งหมดจะถือเป็นความลับ ผู้วิจัยจะลบทำลายเทปเสียงจากการสัมภาษณ์และแบบสอบถามหลังสิ้นสุดการวิจัยครั้งนี้ โดยผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวมและจะนำไปใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ข้อมูลใดที่สามารถระบุถึงตัวท่านได้ จะไม่ปรากฏในรายงาน

9. การวิจัยครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าชดเชยการเสียเวลา ให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย แต่ผู้วิจัยได้เตรียมของที่ระลึกสัญลักษณ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย มอบให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เพื่อแสดงความขอบคุณที่สละเวลาในการให้สัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม โดยจะมอบให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนที่ 1

10. หากมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดเวลา และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัย ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็วเพื่อให้ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยทบทวนว่ายังสมัครใจจะอยู่ในงานวิจัยต่อไปหรือไม่

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบันชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารจามจุรี 1 ชั้น 2 ห้อง 211 ถนนพญาไท แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 02-218-3202 E-mail: eccu@chula.ac.th



เลขที่โครงการวิจัย..... 005-1/61  
วันที่รับรอง..... - 2 มี.ค. 2561  
วันหมดอายุ..... - 1 มี.ค. 2562



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY



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

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง  
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....	ลงชื่อ.....
(นางบุญญาภา จันทร์หอม)	(.....)
ผู้วิจัยหลัก	ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
	
เลขที่โครงการวิจัย..... 005.1/61	ลงชื่อ.....
วันที่รับรอง..... - 2 มี.ค. 2561	(.....)
วันหมดอายุ..... - 1 มี.ค. 2562	พยาน



ภาคผนวก ง  
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## แบบสัมภาษณ์รอบที่ 1

### เรื่อง การศึกษาบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0

#### ส่วนที่ 1 : ข้อมูลส่วนบุคคล

**คำชี้แจง** กรุณากรอกข้อมูลรายละเอียดลงในช่องว่าง เพื่อเป็นข้อมูลอ้างอิงถึงคุณสมบัติของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการศึกษาบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0

1. ตำแหน่ง.....
2. หน่วยงาน.....
3. ประสบการณ์ในการทำงาน.....ปี
4. วุฒิการศึกษา ตั้งแต่ระดับปริญญาตรี-ปัจจุบัน

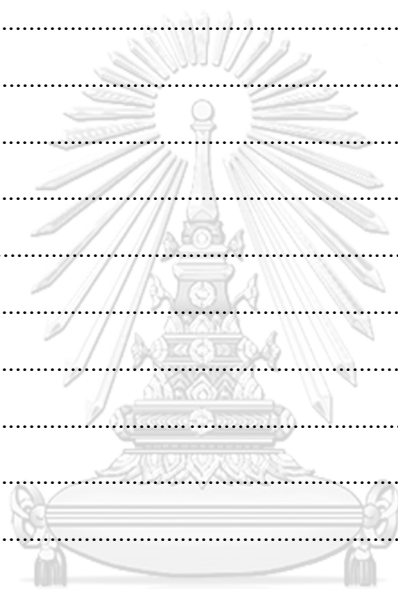
5. ผลงานเด่นและ/หรือผลงานวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความคิดเห็น รอบที่ 1

เป็นการสัมภาษณ์ เพื่อรวบรวมความคิดเห็นของผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการศึกษาบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 โดยวิธีการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญได้แสดงความคิดเห็นโดยอิสระ คำถามที่ใช้ มีดังนี้

1. “จากประสบการณ์ของท่าน ท่านคิดว่าบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ควรมีบทบาทด้านใดบ้าง และแต่ละบทบาทประกอบด้วยอะไรบ้าง”



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถามสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2  
เรียน .....

ดิฉัน นางบุญญาภา จันทร์หอม นิสิตหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย ซึ่งต้องใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 3 รอบ ทั้งนี้ได้มีการดำเนินการรวบรวมความคิดเห็นจากท่านไปแล้วในรอบที่ 1 ซึ่งในครั้งนี้จะเป็นการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 ประกอบด้วยบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ทั้งหมด 7 ด้าน รวม 53 ข้อรายการ

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ ใคร่ขอความกรุณาผู้เชี่ยวชาญตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะตามที่เห็นสมควร และเพื่อความตรงของการวิจัย ช่วงระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามแต่ละรอบไม่ควรห่างกันมากนัก ดิฉันจึงใคร่ขอความกรุณาจากผู้เชี่ยวชาญได้โปรดส่งแบบสอบถามนี้คืน ภายในวันที่ .....

ขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์ของท่านเป็นอย่างสูง  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

(นางบุญญาภา จันทร์หอม)

นิสิตหลักสูตรปริญญามหาบัณฑิต สาขาการบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเหตุ : กรุณาส่งแบบสอบถามใส่ซองติดแสตมป์ที่เตรียมมาให้

นำส่งโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มค่ะ

ติดต่อผู้วิจัย : บุญญาภา จันทร์หอม โทร: 064-9919655



**แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 2**  
**เรื่อง “การศึกษาบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0”**

**คำชี้แจง**

1. แบบสอบถามฉบับนี้ ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 2 มีวัตถุประสงค์เพื่อรวบรวมความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญเกี่ยวกับการศึกษาบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 โดยนำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและบูรณาการแนวคิด ร่วมกับการวิเคราะห์เนื้อหาจากการสัมภาษณ์ของผู้เชี่ยวชาญ ในรอบที่ 1 ได้บทบาทที่สำคัญ 7 ด้าน จำนวน 53 ข้อ ดังนี้

- |  |       |
|--|-------|
| 1) ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล (Nursing practitioner)                      | 7 ข้อ |
| 2) ด้านผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (Case manager for chronic diseases) | 7 ข้อ |
| 3) ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Geriatric health promotion)        | 8 ข้อ |
| 4) ด้านหุ้นส่วนสุขภาพ (Health partnership)                             | 9 ข้อ |
| 5) ด้านผู้จัดการการดูแล (Care manager)                                 | 8 ข้อ |
| 6) ด้านการจัดการการดูแลระยะกลาง (Intermediate care management)         | 7 ข้อ |
| 7) ด้านการพัฒนาคุณภาพ (Quality improvement)                            | 7 ข้อ |

จำนวนรวม 53 ข้อ

2. เมื่อท่านได้พิจารณาแล้ว โปรดทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องที่ตรงกับความคิดเห็นต่อบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ใช้เป็นมาตรฐานประมาณค่า 5 ระดับ คือ 5, 4, 3, 2 และ 1 มีความหมาย ดังนี้

- 5 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่า ข้อรายการดังกล่าวมีความสำคัญระดับมากที่สุด
- 4 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่า ข้อรายการดังกล่าวมีความสำคัญระดับมาก
- 3 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่า ข้อรายการดังกล่าวมีความสำคัญระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่า ข้อรายการดังกล่าวมีความสำคัญระดับน้อย
- 1 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่า ข้อรายการดังกล่าวมีความสำคัญระดับน้อยที่สุด

หากท่านเห็นว่าในแต่ละข้อคำถาม ควรมีการเพิ่มเติมหรือมีข้อเสนอแนะ โปรดลงรายละเอียดในช่องข้อเสนอแนะ

**แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 2**  
**เรื่อง การศึกษาบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0**

ด้าน ข้อ	1. ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล (Nursing practitioner) มี 7 ข้อรายการ	ระดับความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
1)	ปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุม 4 มิติ (ส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู) แบบองค์รวม (Holistic Care: กาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อม) ให้บริการ ด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care) เข้าใจถึงความแตกต่างของผู้ป่วย ข้อเสนอแนะ.....					
2)	ใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ในการปฏิบัติการพยาบาล ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์ เภสัชกร กายภาพ, แพทย์แผนไทย) และพหุภาคี (อปท., อบต., ผู้นำชุมชน, พัฒนาชุมชน, วัด, รร.) ข้อเสนอแนะ.....					
3)	ใช้ข้อความรู้หลักฐานเชิงประจักษ์ หรือ Best practice ในการปฏิบัติการพยาบาล ข้อเสนอแนะ.....					
4)	ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการบริการแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งในรพ.และชุมชน ข้อเสนอแนะ.....					
5)	ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคประชาชน เพื่อการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยและ/หรือผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ค่าใช้จ่ายประจำวัน การปรับปรุงที่พักอาศัย) ข้อเสนอแนะ.....					
6)	สนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ (Health literacy) โดยจัดเตรียมข้อมูลความรู้/ จัดช่องทางในการเข้าถึง /กระตุ้นให้ประชาชนตระหนัก เข้าใจ และตัดสินใจ เพื่อการดูแลตนเองได้ ข้อเสนอแนะ.....					
7)	สนับสนุนการใช้สื่อหรือเทคโนโลยีกับผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้เข้าถึงข้อมูลในการดูแลตนเอง (Line, Facebook, Application อื่นๆ) ข้อเสนอแนะ.....					

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

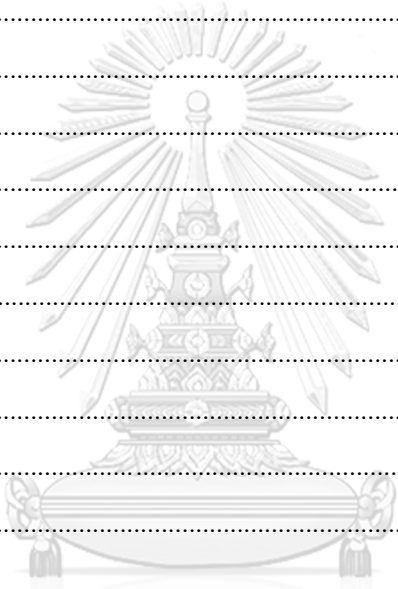
.....

.....

.....

.....

.....



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ด้าน ข้อ	2. ด้านผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (Case manager for chronic diseases) มี 7 ข้อรายการ	ระดับความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
1)	ค้นหา คัดกรอง ผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง เพื่อยืนยันการวินิจฉัยในระยะต่างๆ ข้อเสนอแนะ..... .....					
2)	ประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหาความต้องการ และความเสี่ยงของโรคเรื้อรัง เพื่อวางแผนการจัดการรายกรณี ข้อเสนอแนะ..... .....					
3)	จัดทำแผนการดูแล (Care plan) ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและแต่ ละระยะของโรคเรื้อรังนั้นๆ สอดคล้องกับแหล่งประโยชน์ (ครอบครัว ชุมชน สถานบริการสุขภาพ) ของผู้ป่วยแต่ละราย ข้อเสนอแนะ..... .....					
4)	ประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย เช่น นัก โภชนาการ เพื่อให้คำแนะนำเรื่องอาหารเฉพาะโรค, นักกายภาพบำบัด เพื่อฟื้นฟูสภาพ เป็นต้น ข้อเสนอแนะ..... .....					
5)	ประสานความร่วมมือกับเครือข่ายผู้ดูแล เพื่อส่งต่อการดูแลผู้ป่วยเฉพาะ รายกรณี ได้แก่ กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์กรวม, รพ.สต. เป็นต้น ข้อเสนอแนะ..... .....					
6)	สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการจัดการตนเอง (Self management) ในเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ การ ติดตามระดับน้ำตาล/ความดันโลหิตด้วยตนเอง เป็นต้น ข้อเสนอแนะ..... .....					
7)	ประเมินผลการดูแลรายกรณีผู้ป่วยโรคเรื้อรังในพื้นที่รับผิดชอบ ในเรื่อง ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค เพื่อวางแผนการดูแลให้มี ประสิทธิภาพต่อไป ข้อเสนอแนะ..... .....					



ด้าน ข้อ	3. ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Geriatric health promotion) มี 8 ข้อรายการ	ระดับความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
1)	จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง เพื่อวางแผนส่งเสริม ป้องกัน ดูแลและฟื้นฟูสุขภาพ ข้อเสนอแนะ .....					
2)	คัดกรองความผิดปกติจากกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) ได้แก่ การนอนหลับ ภาวะทุพโภชนาการ การกลั้นปัสสาวะ ภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม สมองเลื้อม ภาวะซึมเศร้า ข้อเข่าเสื่อม ข้อเสนอแนะ .....					
3)	คัดกรองปัญหาที่สำคัญและโรคที่พบบ่อย ได้แก่ ดัชเนียมวกลาย การมองเห็น การได้ยิน เบาหวาน ความดัน ข้อเสนอแนะ .....					
4)	ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม มีการจัดตั้งชมรม โรงเรียน หรือศูนย์การเรียนรู้ผู้สูงอายุ เพื่อร่วมกันทำกิจกรรมและส่งเสริมสุขภาพ ข้อเสนอแนะ .....					
5)	ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสุขภาพดีได้เป็นจิตอาสา และเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพ ข้อเสนอแนะ .....					
6)	ให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การมีสุขภาพจิตที่ดี การใช้ยา และการฉีดวัคซีน ข้อเสนอแนะ .....					
7)	ให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ เรื่องตรวจคัดกรองสุขภาพเป็นระยะ เพื่อตรวจหาโรคและให้การดูแลรักษาโรคตั้งแต่ในระยะแรก ข้อเสนอแนะ .....					
8)	จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม จิตอาสา เพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน ข้อเสนอแนะ .....					



ด้าน ข้อ	4. ด้านหุ้นส่วนสุขภาพ (Health partnership) มี 9 ข้อรายการ	ระดับความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
1)	รวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ ร่วมกับภาคประชาชนหรือ ท้องถิ่น และคืนข้อมูล เพื่อให้ประชาชนตระหนักและมีส่วนร่วมในการดูแล สุขภาพของตนเองและคนในชุมชน ข้อเสนอแนะ..... .....					
2)	นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนร่วมกับชุมชนในการดูแลสุขภาพของคนทุกกลุ่มวัย ทั้ง กลุ่มดีและกลุ่มป่วย ข้อเสนอแนะ..... .....					
3)	สนับสนุนข้อมูล แหล่งประโยชน์ แก่ประชาชนในพื้นที่ ในการดูแลสุขภาพ ข้อเสนอแนะ..... .....					
4)	ส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้มีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี ตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขหรือตามปัญหาของพื้นที่ ข้อเสนอแนะ..... .....					
5)	สนับสนุนและมีส่วนร่วมในการจัดระบบการดูแลแบบทีมหมอครอบครัว (Primary care cluster: PCC) ข้อเสนอแนะ..... .....					
6)	ปฏิบัติบทบาทพยาบาลในฐานะทีมหมอครอบครัว เรื่อง การดูแลภาวะสุขภาพ ทั้งเชิงรับและเชิงรุก ข้อเสนอแนะ..... .....					
7)	เป็นที่ปรึกษาและเสริมพลังอำนาจให้ประชาชน เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ ข้อเสนอแนะ..... .....					
8)	สร้างความร่วมมือและประสานงานกับผู้จัดการดูแลในพื้นที่/อบต./รพ.สต.และ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วย ข้อเสนอแนะ..... .....					
9)	ติดตามภาวะสุขภาพของประชาชน และจัดเวทีมหกรรมสุขภาพ เพื่อ แลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนาสุขภาพของคนในพื้นที่ ข้อเสนอแนะ..... .....					





ด้าน ข้อ	5. ด้านผู้จัดการการดูแล (Care manager) มี 8 ข้อรายการ	ระดับความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
1)	ประเมินความต้องการดูแล และปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ ข้อเสนอแนะ..... .....					
2)	จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องการดูแลช่วยเหลือ ตามระดับการดูแล เพื่อ นำไปวางแผนการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ข้อเสนอแนะ..... .....					
3)	จัดทำแผนการดูแล (Care plan) ตามปัญหาที่ประเมินอย่างครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ข้อเสนอแนะ..... .....					
4)	ให้การดูแลผู้ป่วย ร่วมกับผู้ดูแล (Care giver) โดยการสอน สาธิต และ กำหนดแผนการเยี่ยมตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย ข้อเสนอแนะ..... .....					
5)	จัดประชุมกลุ่ม เพื่อปรึกษาปัญหากรณี (Case conference) ร่วมกับ ทีมสหสาขาวิชาชีพและพหุภาคี ข้อเสนอแนะ..... .....					
6)	ประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และพหุภาคี เพื่อการช่วยเหลือและจัด สิ่งแวดล้อมให้กับผู้ป่วยแต่ละราย ข้อเสนอแนะ..... .....					
7)	พัฒนาศักยภาพการทำงานเป็นทีม เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วย ข้อเสนอแนะ..... .....					
8)	ทบทวน Care plan ให้สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย และ ประเมินผลการปฏิบัติงานเชิงระบบ เพื่อปรับปรุงพัฒนา ข้อเสนอแนะ..... .....					



ด้าน ข้อ	6. ด้านการจัดการการดูแลระยะกลาง (Intermediate care management) มี 7 ข้อรายการ	ระดับความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
1)	เป็นผู้ประสานและจัดเตรียมผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง (Continuous of care) ตั้งแต่ รพศ./รพท. ลงสู่บ้านและชุมชน ข้อเสนอแนะ ..... .....					
2)	รับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจาก รพศ./รพท. พร้อมสอน สาธิต ให้ความรู้ ผู้ดูแลที่บ้าน/อาสาสมัคร (Care giver) จนสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ ข้อเสนอแนะ ..... .....					
3)	วางแผนจำหน่าย โดยประสานกับ Case manager/กลุ่มงานปฐมภูมิ และองค์กรวม/รพ.สต. พร้อมจัดเตรียมข้อมูล แหล่งประโยชน์ ประสานงานสนับสนุน ส่งต่อในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ข้อเสนอแนะ ..... .....					
4)	ประสานกับครอบครัวและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดเตรียมบ้าน ที่อยู่อาศัย และอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละราย ข้อเสนอแนะ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ..... CHULALONGKORN UNIVERSITY .....					
5)	จัดช่องทางการติดต่อสื่อสาร เพื่อการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพ ทุกๆระดับ ตั้งแต่ Case manager ของ รพ. /รพ.สต. และผู้ดูแล ข้อเสนอแนะ ..... .....					
6)	วางแผนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ (แนวทางการเยี่ยม ระยะเวลา การบันทึก ร่วมกับผู้ดูแล (Care giver) ข้อเสนอแนะ ..... .....					

ด้าน ข้อ	6. ด้านการจัดการการดูแลระยะกลาง (Intermediate care management) มี 7 ข้อรายการ	ระดับความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
7)	ประเมินผลภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับ Care manager และ Care giver เพื่อการพัฒนาการจัดการการดูแลอย่างต่อเนื่อง ข้อเสนอแนะ ..... .....					

ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ด้าน ข้อ	7. ด้านการพัฒนาคุณภาพ (Quality improvement) มี 7 ข้อรายการ	ระดับความสำคัญ				
		5	4	3	2	1
1)	กำหนดตัวชี้วัดด้านปฏิบัติการพยาบาล และการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความปลอดภัยของผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ สถานะสุขภาพ ข้อเสนอแนะ ..... .....					
2)	พัฒนานวัตกรรม/แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ดี เพื่อเป็นแบบอย่างในการนำไปปฏิบัติในส่วนอื่นๆ ขององค์กร ข้อเสนอแนะ..... .....					
3)	จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์จริง เช่น สนทนา (Dialogue) การรับฟังประสบการณ์ผู้ป่วย (Patient experience) การตามรอย (Tracer) ข้อเสนอแนะ ..... .....					
4)	กำกับ ติดตาม ประเมินผลกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะจุดเชื่อมต่อระหว่างหน่วยงาน ได้แก่ การเข้าถึงบริการ การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน ข้อเสนอแนะ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ..... .....					
5)	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับความต้องการของผู้รับบริการ เป้าหมายองค์กร หรือตัวเทียบ (Benchmark) ข้อเสนอแนะ ..... .....					
6)	พัฒนาตัวชี้วัดทั้งด้านการปฏิบัติการพยาบาล และการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนอย่างต่อเนื่อง ข้อเสนอแนะ ..... .....					



เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ตอบแบบสอบถามสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลรอบที่ 3

เรียน .....

ดิฉัน นางบุญญาภา จันทร์หอม นิสิตหลักสูตรปริญญาโทบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการวิจัยเพื่อเสนอเป็นวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การศึกษาบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุวิณี วิวัฒน์วานิช เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยแบบเทคนิคเดลฟาย ซึ่งต้องใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม 3 รอบ ทั้งนี้ได้มีการดำเนินการรวบรวมความคิดเห็นจากท่านไปแล้ว 2 รอบ ซึ่งในครั้งนี้จะเป็นการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 ประกอบด้วย บทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ทั้งหมด 7 ด้าน รวม 55 ข้อรายการ

ดิฉันหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากผู้เชี่ยวชาญในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้ ใคร่ขอความกรุณาตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะตามที่เห็นสมควร และเพื่อความตรงของการวิจัย ช่วงระยะเวลาในการตอบแบบสอบถามแต่ละรอบไม่ควรห่างกันมากนัก ดิฉันจึงใคร่ขอความกรุณาจากผู้เชี่ยวชาญได้โปรดส่งแบบสอบถามนี้คืน ภายในวันที่ .....

ขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์ของท่านเป็นอย่างสูง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (นางบุญญาภา จันทร์หอม)

CHULALONGKORN UNIVERSITY นิสิตหลักสูตรปริญญาโทบริหารการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

หมายเหตุ : กรุณาส่งแบบสอบถามใส่ซองติดแสตมป์ที่เตรียมมาให้

นำส่งแบบ EMS โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มค่ะ

ติดต่อผู้วิจัย : บุญญาภา จันทร์หอม โทร: 064-9919655



**แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 3**  
**เรื่อง “การศึกษาบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0”**

**คำชี้แจง**

แบบสอบถามรอบที่ 3 มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญ ได้ทราบความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและทบทวนคำตอบของตนเองจากการตอบแบบสอบถามในรอบที่ 2 ค่าที่นำเสนอประกอบด้วย

1. ค่าที่เป็นคำตอบของท่านในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 2 แทนด้วยสัญลักษณ์ ●

2. ค่ามัธยฐาน (Median: MD) คือ ค่ากลางของความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญ

แทนด้วยสัญลักษณ์  $\Delta$

ค่ามัธยฐานแต่ละระดับ หมายถึง ผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นว่าบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ในแต่ละข้อมีความสำคัญในระดับมากน้อยเพียงใด ดังนี้

ค่ามัธยฐาน 4.50 - 5.00 หมายถึง ระดับความสำคัญระดับมากที่สุด

ค่ามัธยฐาน 3.50 - 4.49 หมายถึง ระดับความสำคัญระดับมาก

ค่ามัธยฐาน 2.50 - 3.49 หมายถึง ระดับความสำคัญระดับปานกลาง

ค่ามัธยฐาน 1.50 - 2.49 หมายถึง ระดับความสำคัญระดับน้อย

ค่ามัธยฐาน 1.00 - 1.49 หมายถึง ระดับมีความสำคัญระดับน้อยที่สุด

3. ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter Quartile Range: IR) เป็นค่าช่วงความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 19 ท่านที่มีต่อบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0

แทนด้วยสัญลักษณ์  $\longleftrightarrow$

3.1 การแปลค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (Inter Quartile Range: IR)

ค่า IR ไม่เกิน 1.50 หมายความว่า ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ข้อความดังกล่าว **มีความสอดคล้องกัน**

ค่า IR เกิน 1.50 หมายความว่า ความเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีต่อบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0 ข้อความดังกล่าว **ไม่มีความสอดคล้องกัน**

3.2 การแปลความหมายของคำตอบที่อยู่ในขอบเขตและนอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

ในกรณีที่คำตอบของท่านอยู่ในขอบเขต  $\longleftrightarrow$  หมายความว่า ความคิดเห็นของท่าน สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 19 คน

ในกรณีที่คำตอบของท่านอยู่นอกขอบเขต  $\longleftrightarrow$  หมายความว่า ความคิดเห็นของท่านไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทั้ง 19 คน ผู้วิจัยขอความกรุณาท่านได้โปรดชี้แจงเหตุผลประกอบ

4. เมื่อท่านได้พิจารณาแล้ว โปรดทำเครื่องหมาย  $\checkmark$  เพื่อยืนยันคำตอบเดิมหรือเปลี่ยนแปลงตามความเห็นของท่านให้ครบทุกข้อ ทั้งนี้โปรดให้เกณฑ์การพิจารณาข้อความแต่ละข้อ ดังนี้

- 5 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่า ข้อรายการดังกล่าวมีความสำคัญระดับมากที่สุด
- 4 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่า ข้อรายการดังกล่าวมีความสำคัญระดับมาก
- 3 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่า ข้อรายการดังกล่าวมีความสำคัญระดับปานกลาง
- 2 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่า ข้อรายการดังกล่าวมีความสำคัญระดับน้อย
- 1 หมายถึง ท่านเห็นด้วยว่า ข้อรายการดังกล่าวมีความสำคัญระดับน้อยที่สุด

ตัวอย่างการตอบแบบสอบถาม (ที่มึความเห็นสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ)

ข้อ	1. ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล (Nursing practitioner) มี 9 ข้อรายการ	ระดับความสำคัญ					คำตอบผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	MD	IR	
3)	ใช้ข้อความรู้หลักฐานเชิงประจักษ์ หรือ Best practice ในการปฏิบัติการพยาบาล เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ ..... ..... ..... .....	$\Delta$	$\bullet$				5	1	

## การแปลความหมาย

1. ค่ามัธยฐาน (MD) = 5 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) = 1 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า “ใช้ข้อความรู้หลักฐานเชิงประจักษ์ หรือ Best practice ในการปฏิบัติการพยาบาล” มีระดับความสำคัญมากที่สุด และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นสอดคล้องกัน

2 คำตอบในรอบที่ 2 ของท่าน (●) อยู่ในขอบเขตพิสัยระหว่างควอไทล์ หมายความว่า ความคิดเห็นของท่านสอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และภายหลังจากที่ท่านทบทวนแล้ว ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 ท่านยังคงยืนยันความคิดเห็นเดิม คือ 4 ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่ในขอบเขตค่าพิสัยควอไทล์ ในกรณีนี้ท่านไม่ต้องแสดงเหตุผลประกอบ

## ตัวอย่างการตอบแบบสอบถาม (ที่มีความเห็นไม่สอดคล้องกับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ)

ข้อ	1. ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล (Nursing practitioner) มี 7 ข้อรายการ	ระดับความสำคัญ					คำตอบผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ	
		5	4	3	2	1	MD	IR		
7)	สนับสนุนการใช้สื่อหรือเทคโนโลยีกับผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้เข้าถึงข้อมูลในการดูแลตนเอง (Line, Facebook, Application อื่นๆ) <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> ..... .....		Δ	●				4	1	

## การแปลความหมาย

1. ค่ามัธยฐาน (MD) = 4 และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) = 0 หมายความว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นว่า “สนับสนุนการใช้สื่อหรือเทคโนโลยีกับผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้เข้าถึงข้อมูลในการดูแลตนเอง (Line, Facebook, Application อื่นๆ)” มีระดับความสำคัญมาก และกลุ่มผู้เชี่ยวชาญมีความคิดเห็นสอดคล้องกัน

2. คำตอบในรอบที่ 2 ของท่าน (●)อยู่นอกขอบเขตพิสัยระหว่างควอไทล์ (IR) หมายความว่า ความคิดเห็นของท่าน**ไม่สอดคล้อง**กับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และภายหลังจากที่ท่านทบทวนแล้ว ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 ท่านยังคงยืนยันความคิดเห็นเดิม คือ 3 ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยควอไทล์ ในกรณีนี้ขอความกรุณาท่านโปรดแสดงเหตุผลประกอบ

3. คำตอบในรอบที่ 2 ของท่าน (●) อยู่นอกขอบเขตพิสัยระหว่างควอไทล์ หมายความว่าความคิดเห็นของท่าน**ไม่สอดคล้อง**กับความคิดเห็นของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และภายหลังจากที่ท่านทบทวนแล้ว ในการตอบแบบสอบถามรอบที่ 3 ท่าน**เปลี่ยนแปลงคำตอบ**ความเห็นเป็น 4 ซึ่งเป็นคำตอบที่อยู่ในขอบเขตค่าพิสัยควอไทล์ **ในกรณีนี้ท่านไม่ต้องแสดงผลประกอบ**

หมายเหตุ: 1. ในกรณีที่ไม่มีเครื่องหมาย (●) ในข้อคำถามของท่าน แสดงว่าในรอบที่ผ่านมา ท่านไม่ได้ตอบแบบสอบถามข้อนี้

2. ผู้วิจัยแสดงหมายเหตุข้อที่ความคิดเห็นของท่านอยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ด้วยข้อความ “คำตอบของท่านอยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์” ถ้าท่านยืนยันคำตอบเดิม กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ด้วยสีแดง เพื่อให้ท่านสังเกตได้ชัดเจนยิ่งขึ้น”



**แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 3**  
**เรื่อง การศึกษาบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0**

แบบสอบถามผู้เชี่ยวชาญ รอบที่ 3  
 เรื่อง การศึกษาบทบาทพยาบาลโรงพยาบาลชุมชนตามประเทศไทย 4.0

ด้าน ข้อ	1. ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล (Nursing practitioner) มี 9 ข้อรายการ	ระดับความคิดเห็น					คำตอบ ผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	MD	IR	
1)	ปฏิบัติการพยาบาลครอบคลุม 4 มิติ (ส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟู) แบบ องค์รวม (Holistic Care: กาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อม) <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> .....	Δ ● ↔					5	0.25	
2)	ให้บริการด้วยหัวใจของความเป็น มนุษย์ (Humanized Health Care) เข้าใจถึงความแตกต่างของผู้ป่วย <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> .....	Δ ● ↔					5	0.25	
3)	ใช้กระบวนการพยาบาล (Nursing process) ในการปฏิบัติการพยาบาล <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> ..... .....	Δ ● ↔					5	0	
4)	ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์ เภสัชกร กายภาพ, แพทย์แผนไทย) และพหุภาคี (อปท., อบต, ผู้นำชุมชน, พัฒนาชุมชน, วัด, รร.) ในการดูแล สุขภาพผู้ป่วย <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> ..... .....	Δ ● ↔					5	0	

ด้าน ข้อ	1. ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล (Nursing practitioner) มี 9 ข้อรายการ (ต่อ)	ระดับความคิดเห็น					คำตอบ ผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	MD	IR	
5)	ใช้ข้อความรู้หลักฐานเชิงประจักษ์ หรือ Best practice ในการปฏิบัติการพยาบาล <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> .....	Δ ● ↔					5	1	
6)	ใช้เทคโนโลยีสารสนเทศในการจัดการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวทั้งใน รพ. และชุมชน <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> ..... .....	Δ ● ↔					5	1	
7)	ประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคประชาชน เพื่อการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยและ/หรือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (ค่าใช้จ่ายประจำวัน การปรับปรุงที่พักอาศัย) <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> .....	Δ ● ↔					5	1	
8)	สนับสนุนให้ประชาชนมีความรู้เท่าทันด้านสุขภาพ (Health literacy) โดยจัดเตรียมข้อมูลความรู้/ จัดช่องทางในการเข้าถึง / กระตุ้นให้ประชาชนตระหนัก เข้าใจ และตัดสินใจ เพื่อการดูแลตนเองได้ <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> ..... .....	Δ ● ↔					5	1	

ด้าน ข้อ	1. ด้านผู้ปฏิบัติการพยาบาล (Nursing practitioner) มี 9 ข้อรายการ (ต่อ)	ระดับความคิดเห็น					คำตอบ ผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	MD	IR	
9)	สนับสนุนการใช้สื่อหรือเทคโนโลยีกับ ผู้รับบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการได้เข้าถึง ข้อมูลในการดูแลตนเอง (Line, Facebook, Application อื่นๆ) <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> ..... ..... ..... .....	•	Δ				4	1	



ด้าน ข้อ	2. ด้านผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (Case manager for chronic diseases) มี 7 ข้อรายการ	ระดับความคิดเห็น					คำตอบ ผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	MD	IR	
1)	ค้นหา คัดกรองโรคเรื้อรังแก่ประชาชน ในเขตความรับผิดชอบ เพื่อให้ได้รับการ วินิจฉัยและรักษาโรคที่ถูกต้องตั้งแต่ ระยะแรก <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> .....	Δ	●				5	1	
2)	ประเมินภาวะสุขภาพ ปัญหาความ ต้องการ และความเสียดัง ภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยเรื้อรัง เพื่อ วางแผนการจัดการรายกรณี <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> .....	Δ	●				5	1	
3)	จัดทำแผนการดูแล (Care plan) ให้ เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและแต่ละ ระยะของโรคเรื้อรังนั้นๆ สอดคล้องกับ แหล่งประโยชน์ (ครอบครัว ชุมชน สถานบริการสุขภาพ) ของผู้ป่วยแต่ละ ราย <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> .....	Δ	●				5	1	
4)	ประสานความร่วมมือกับทีมสหสาขา วิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย เช่น นัก โภชนาการ เพื่อให้คำแนะนำเรื่องอาหาร เฉพาะโรค, นักกายภาพบำบัด เพื่อฟื้นฟู สภาพ เป็นต้น <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> .....	Δ	●				5	1	



ด้าน ข้อ	2. ด้านผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (Case manager for chronic diseases) มี 7 ข้อรายการ (ต่อ)	ระดับความคิดเห็น					คำตอบ ผู้เชี่ยวชาญ		หมาย เหตุ
		5	4	3	2	1	MD	IR	
5)	ประสานความร่วมมือกับเครือข่ายผู้ดูแล เพื่อการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายกรณีอย่าง ต่อเนื่อง ได้แก่ กลุ่มงานปฐมภูมิและ องค์กรวม, รพ.สต. เป็นต้น <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> ..... .....	Δ	●				5	1	
6)	สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมี ความสามารถในการจัดการตนเอง (Self management) ในเรื่องการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม ได้แก่ การกำกับพฤติกรรม ตนเอง การติดตามระดับน้ำตาล/ความ ดันโลหิตด้วยตนเอง เป็นต้น <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> ..... .....	Δ	●				5	1	
7)	ประเมินผลการดูแลรายกรณีผู้ป่วยโรค เรื้อรังในพื้นที่รับผิดชอบ ในเรื่องปัจจัย ความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค เพื่อวาง แผนการดูแลให้มีประสิทธิภาพต่อไป <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> ..... .....	Δ	●				5	1	

ด้าน ข้อ	3. ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Geriatric health promotion) มี 8 ข้อรายการ	ระดับความคิดเห็น					คำตอบ ผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	MD	IR	
1)	จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุในพื้นที่ แบ่ง ออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ดิดสังคม ดิดบ้าน และดิดเตียง เพื่อวางแผนส่งเสริม ป้องกัน ดูแลและฟื้นฟูสุขภาพ <b>เหตุผลหรือข้อเสนอนะ</b> .....	Δ ● ↔					5	0	
2)	คัดกรองความผิดปกติจากกลุ่มอาการ สูงอายุ (Geriatric syndromes) ได้แก่ การนอนหลับ ภาวะหุพโภชนาการ การ กลั้นปัสสาวะ ภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม สมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ข้อเข่าเสื่อม <b>เหตุผลหรือข้อเสนอนะ</b> ..... .....		Δ ● ↔				4	1	
3)	คัดกรองปัญหาที่สำคัญและโรคที่พบ บ่อย ได้แก่ ดันมีมวลกาย การมองเห็น การได้ยิน เบาหวาน ความดัน <b>เหตุผลหรือข้อเสนอนะ</b> ..... .....		Δ ● ↔				4	1	
4)	ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุกลุ่ม ดิดสังคม ร่วมกันทำกิจกรรมและ ส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการ จัดตั้งชมรม โรงเรียน หรือศูนย์การ เรียนรู้ผู้สูงอายุ เป็นต้น <b>เหตุผลหรือข้อเสนอนะ</b> .....		Δ ● ↔				4	1	

ด้าน ข้อ	3. ด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (Geriatric health promotion) มี 8 ข้อรายการ (ต่อ)	ระดับความคิดเห็น					คำตอบ ผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	MD	IR	
5)	ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสุขภาพดี ได้เป็นจิตอาสา และเป็นต้นแบบในการดูแลสุขภาพ <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> ..... .....		Δ	●			4	1	คำตอบ ของท่านอยู่ นอกขอบเขตค่า พิสัยระหว่าง ควอไทล์
6)	ให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขภาพให้ ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ได้แก่ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การมี สุขภาพจิตที่ดี การช้ยา และการฉีด วัคซีน <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> ..... .....		Δ	●			4	1	
7)	ให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุ เรื่องตรวจคัด กรองสุขภาพเป็นระยะ เพื่อตรวจหาโรค และให้การดูแลรักษาโรคตั้งแต่ใน ระยะแรก <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> ..... .....		Δ	●			4	1	
8)	จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงานการ ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุกลุ่มติด สังคม จิตอาสา เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ และคุณค่าผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> ..... .....		Δ	●			4	1	คำตอบ ของท่านอยู่ นอกขอบเขตค่า พิสัยระหว่าง ควอไทล์

ด้าน ข้อ	4. ด้านหุ้นส่วนสุขภาพ (Health partnership) มี 9 ข้อรายการ	ระดับความคิดเห็น					คำตอบ ผู้เชี่ยวชาญ		หมาย เหตุ
		5	4	3	2	1	MD	IR	
1)	รวบรวมข้อมูลภาวะสุขภาพของ ประชาชนในพื้นที่ ร่วมกับภาค ประชาชนหรือท้องถิ่น และคืนข้อมูล เพื่อให้ประชาชนตระหนักและมีส่วน ร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเองและ คนในชุมชน <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> ..... .....	Δ ● ↔					5	1	
2)	นำข้อมูลที่ได้มาออกแบบระบบบริการ ร่วมกับชุมชนในการดูแลสุขภาพของคน ทุกกลุ่มวัย ทั้งกลุ่มดี กลุ่มเสี่ยง และ กลุ่มป่วย <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> ..... .....	Δ ● ↔					5	1	
3)	สนับสนุนข้อมูล แหล่งประโยชน์ แก่ ประชาชนในพื้นที่ ในการดูแลสุขภาพ <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> ..... .....	Δ ● ↔					5	1	
4)	ส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ เพื่อให้มีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี ตามตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุข หรือตามปัญหาของพื้นที่ <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> ..... .....	Δ ● ↔					4	1	

ด้าน ข้อ	4. ด้านหุ้นส่วนสุขภาพ (Health partnership) มี 9 ข้อรายการ (ต่อ)	ระดับความคิดเห็น					คำตอบ ผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	MD	IR	
5)	สนับสนุนและมีส่วนร่วมในการจัดระบบ การดูแลแบบทีมหมอกรอบครัว (Primary care cluster: PCC) <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> ..... .....	Δ	●				5	1	
6)	ปฏิบัติบทบาทพยาบาลในฐานะทีมหมอ ครอบครัว เรื่อง การดูแลภาวะสุขภาพ ทั้งเชิงรับและเชิงรุก <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> ..... .....	Δ	●				5	1.25	
7)	เป็นที่ปรึกษาและเสริมพลังอำนาจให้ ประชาชน เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> ..... .....	Δ	●				5	1	
8)	สร้างความร่วมมือและประสานงานกับ ผู้จัดการดูแลในพื้นที่/อบต./รพ.สต.และ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความ ต่อเนื่องในการติดตามดูแลต่อเนื่อง <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> ..... .....	Δ	●				5	1	

ด้าน ข้อ	4. ด้านหุ้นส่วนสุขภาพ (Health partnership) มี 9 ข้อรายการ (ต่อ)	ระดับความคิดเห็น					คำตอบ ผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	MD	IR	
9)	จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การพัฒนา สุขภาพของคนในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง เหตุผลหรือข้อเสนอนะ ..... ..... ..... .....		Δ ●				4	2	ความคิดเห็น ผู้เชี่ยวชาญ ทั้งหมด ไม่สอดคล้องกัน ผู้วิจัยได้ ปรับข้อความ ใหม่ โปรดให้คะแนน



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ด้าน ข้อ	5. ด้านผู้จัดการการดูแล (Care manager) มี 8 ข้อรายการ	ระดับความคิดเห็น					คำตอบ ผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	MD	IR	
1)	ประเมินความต้องการดูแล และปัญหา ของผู้ป่วยกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง ในเขต พื้นที่รับผิดชอบ <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> ..... .....	Δ	●				5	1	
2)	จัดทำฐานข้อมูลผู้ป่วยที่ต้องการดูแล ช่วยเหลือ ตามระดับการดูแล เพื่อนำไป วางแผนการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> ..... .....	Δ	●				5	1	
3)	จัดทำแผนการดูแล (Care plan) ตาม ปัญหาที่ประเมินอย่างครอบคลุม ทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และ สิ่งแวดล้อม <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> ..... .....	Δ	●				5	1	
4)	ให้การดูแลผู้ป่วย ร่วมกับผู้ดูแล (Care giver) โดยการสอน สอน และกำหนด แผนการเยี่ยมตามปัญหาของผู้ป่วยแต่ ละราย <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> ..... .....	Δ	●				5	1	

ด้าน ข้อ	5. ด้านผู้จัดการการดูแล (Care manager) มี 8 ข้อรายการ (ต่อ)	ระดับความคิดเห็น					คำตอบ ผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	MD	IR	
5)	จัดประชุมกลุ่ม เพื่อปรึกษาปัญหาหารายกรณี (Case conference) ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพและพหุภาคี <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> ..... .....	Δ	●				5	1	
6)	ประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และพหุภาคี เพื่อการช่วยเหลือและจัดสิ่งแวดล้อมให้กับผู้ป่วยแต่ละราย <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> ..... .....	Δ	●				5	1	
7)	พัฒนาศักยภาพการทำงานเป็นทีม เพื่อสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> ..... .....	Δ	●				5	1	
8)	ทบทวน Care plan ให้สอดคล้องกับปัญหาผู้ป่วยแต่ละราย และประเมินผลการปฏิบัติงานเชิงระบบ เพื่อปรับปรุงพัฒนา <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> ..... .....	Δ	●				5	1	



ด้าน ข้อ	6. ด้านการจัดการการดูแลระยะกลาง (Intermediate care management) มี 7 ข้อรายการ	ระดับความคิดเห็น					คำตอบ ผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ	
		5	4	3	2	1	MD	IR		
1)	<p>ประสานและจัดเตรียมผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับการดูแลต่อเนื่อง (Continuous of care) ในการส่งต่อหรือกลับสู่บ้านและชุมชน</p> <p><b>เหตุผลหรือข้อเสนอนะ</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	Δ	•					5	1	
2)	<p>รับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงจาก รพศ./รพท. พร้อมสอน สาคิต ให้ความรู้ผู้ดูแลที่บ้าน/อาสาสมัคร (Care giver) จนสามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้</p> <p><b>เหตุผลหรือข้อเสนอนะ</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	Δ	•				5	1		
3)	<p>วางแผนจำหน่าย โดยประสานกับ Case manager/กลุ่มงานปฐมภูมิและองค์รวม/รพ.สต. พร้อมจัดเตรียมข้อมูลแหล่งประโยชน์ ประสานงานสนับสนุนส่งต่อในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน</p> <p><b>เหตุผลหรือข้อเสนอนะ</b></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	Δ	•				5	1		

ด้าน ข้อ	6. ด้านการจัดการการดูแลระยะกลาง (Intermediate care management) มี 7 ข้อรายการ(ต่อ)	ระดับความคิดเห็น					คำตอบ ผู้เชี่ยวชาญ		หมาย เหตุ
		5	4	3	2	1	MD	IR	
4)	ประสานกับครอบครัวและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อจัดเตรียมสภาพแวดล้อมบ้าน ที่อยู่อาศัย และอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงในแต่ละราย <b>เหตุผลหรือข้อเสนอนะ</b> .....	Δ	●				5	1	
5)	จัดช่องทางการติดต่อสื่อสาร เพื่อการดูแลต่อเนืองที่มีประสิทธิภาพ ทุกๆระดับ ตั้งแต่ Case manager ของ รพ./รพ.สต. และผู้ดูแล <b>เหตุผลหรือข้อเสนอนะ</b> .....	Δ	●				5	1	
6)	วางแผนติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ (แนวทางการเยี่ยม ระยะเวลา การบันทึก ร่วมกับผู้ดูแล (Care giver) <b>เหตุผลหรือข้อเสนอนะ</b> .....	Δ	●				5	1	
7)	ประเมินผลระบบการดูแลและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงร่วมกับ Care manager และ Care giver เพื่อการพัฒนาการจัดการการดูแลอย่างต่อเนื่อง <b>เหตุผลหรือข้อเสนอนะ</b> .....	Δ	●				5	1	

ด้าน ข้อ	7. ด้านการพัฒนาคุณภาพ (Quality improvement) มี 7 ข้อรายการ	ระดับความคิดเห็น					คำตอบ ผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	MD	IR	
1)	กำหนดตัวชี้วัดด้านปฏิบัติการพยาบาล และการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความปลอดภัยของผู้ป่วย ความสามารถในการดูแลตนเอง พฤติกรรมสุขภาพ สถานะสุขภาพ <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> ..... .....	Δ ● ←→					5	1	
2)	พัฒนานวัตกรรม/แนวปฏิบัติการพยาบาลที่ดี เพื่อนำไปปฏิบัติ พัฒนาปรับปรุงงานบริการในส่วนอื่นๆ ขององค์กร <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> ..... .....	Δ ● ←→					5	1	
3)	จัดให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้จากประสบการณ์จริงในการปฏิบัติการพยาบาล เช่น สุนทรียสนทนา (Dialogue) การรับฟังประสบการณ์ผู้ป่วย (Patient experience) การตามรอย (Tracer) <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> ..... .....	Δ ● ←→					5	1	คำตอบของท่านอยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์

ด้าน ข้อ	7. ด้านการพัฒนาคุณภาพ (Quality improvement) มี 7 ข้อรายการ(ต่อ)	ระดับความคิดเห็น					คำตอบ ผู้เชี่ยวชาญ		หมายเหตุ
		5	4	3	2	1	MD	IR	
4)	กำกับ ติดตาม ประเมินผลกระบวนการดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะจุดเชื่อมต่อระหว่างหน่วยงาน ได้แก่ การเข้าถึงบริการ การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่องที่บ้านและชุมชน <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> .....	Δ	●				5	1	
5)	เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับความต้องการของผู้รับบริการ เป้าหมายองค์กร หรือตัวเทียบ (Benchmark) <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> .....		Δ	●			4	1	คำตอบของท่านอยู่นอกขอบเขตค่าพิสัยระหว่างควอไทล์
6)	พัฒนาตัวชี้วัดด้านการปฏิบัติการพยาบาล และการสร้างเสริมสุขภาพ <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> ..... .....		Δ	●			4	2	ความคิดเห็นผู้เชี่ยวชาญทั้งหมดไม่สอดคล้องกัน ผู้วิจัยได้ปรับข้อความใหม่โปรดให้คะแนน
7)	พัฒนาจุดเชื่อมต่อบริการ การเข้าถึงบริการ วางแผนจำหน่าย การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน และชุมชน อย่างต่อเนื่อง <b>เหตุผลหรือข้อเสนอแนะ</b> .....		Δ	●			4	1	

ขอขอบพระคุณในความอนุเคราะห์ของท่านเป็นอย่างสูง

นางบุญญาภา จันทร์หอม



### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางบุญญาภา จันทรหอม เกิดวันที่ 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2514 ที่จังหวัดนครนายก สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี พระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี ปีการศึกษา 2536 ได้รับปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะวิศวกรรมศาสตร์ สาขาวิชาเทคโนโลยีสารสนเทศ ปีการศึกษา 2544 และเข้าศึกษาต่อหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ แขนงวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปี พ.ศ. 2559 ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาล พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลองค์กรักษ์ จังหวัดนครนายก ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553-ปัจจุบัน

