

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

การพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง

Developing standard Aging Health Care in Nursing Home

พิธิษฐ์ พิริยาพรรณ และคณะ

กันยายน 2556

กิตติกรรมประกาศ

Acknowledgement

การศึกษาวิจัยเรื่อง “การพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง” สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและการสนับสนุนการวิจัย จาก สำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติ ซึ่งได้เล็งเห็นความสำคัญของประเด็นเร่งด่วนด้านการวิจัยในผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการเพิ่มประสิทธิภาพด้านการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยมุ่งพัฒนาคนให้มีคุณภาพเหมาะสมตามช่วงอายุ ซึ่งในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้รับความร่วมมือจากผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและสถานพยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ในเขตภาคตะวันออก ที่ให้ความอนุเคราะห์เป็นกลุ่มตัวอย่าง คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ มา ณ โอกาสนี้ นอกจากนี้ ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ศาสตราจารย์ เสาวคนธ์ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงสมจิต พฤษะรัตนันท์ และนายแพทย์สุริยา โปร่งน้ำใจ อาจารย์แพทย์คณะแพทยศาสตร์ ที่เป็นพี่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และให้คำปรึกษาในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้คำแนะนำ วิธีการ และข้อเสนอแนะการดำเนินงานศึกษาวิจัยเพื่อให้ตระหนักถึงสิทธิและเคารพสิทธิความเป็นบุคคลและประโยชน์ของกลุ่มตัวอย่าง

โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ขอกราบระลึกถึงพระคุณของคุณครูบาอาจารย์ ที่ได้อบรมสั่งสอน และประสาทวิชาความรู้แก่คณะผู้วิจัย ซึ่งคณะผู้วิจัยจะได้แสวงหาความรู้เพื่อเป็นตัวอย่างแก่ลูกศิษย์ บุตรธิดาและคนรุ่นหลังต่อไป ความสำเร็จอันเกิดจากการศึกษาวิจัยนี้ ขอมอบเป็นสิ่งทดแทนคุณ และขอกราบขอบพระคุณมา ณ ที่นี้เป็นอย่างสูง

คณะผู้วิจัย

ธันวาคม 2556

การพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง

ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรรณ และ

ดร.เวชกา กลิ่นวิจิต พวงทอง อินใจ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผศ.ดร.รัชนิภา ทรัพย์กรานนท์ ผศ.ดร.วารี กังใจ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง ใช้แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) โดยใช้เทคนิคและขั้นตอนการสร้างมาตรฐานการ ของเมสัน (Mason, 1994) ตามขั้นตอนดังนี้ 1) การสำรวจปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง 2) ร่างมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุโดยศึกษาข้อมูลจากผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการพร้อมทั้งทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ 3) การระดมสมองโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อยกร่างมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ 4) การสอบถามความคิดเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของมาตรฐาน 5) วิเคราะห์ ปรับปรุงและสรุปมาตรฐานการดูแลในศูนย์การให้บริการผู้สูงอายุแบบพักค้างที่อยู่ในเขตพื้นที่ภาคตะวันออก ใช้เวลาในการศึกษาตั้งแต่ ตุลาคม 2555 ถึง กันยายน 2556 ประชากร คือ ผู้รับบริการและผู้ให้บริการของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออก จำนวน 3 แห่ง คือ ชลบุรี 2 แห่ง จันทบุรี 1 แห่ง จำนวน 74 คน เป็นผู้ให้บริการ 33 คน ผู้สูงอายุ 41คน กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มโดยสุ่มเลือกหน่วยงาน 1 หน่วยงาน (ชลบุรี) และสุ่มอย่างง่ายจากประชากร ได้กลุ่มตัวอย่าง 53 คน เป็นผู้ให้บริการ 26 คน และผู้สูงอายุ 27 คน ผลการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ 10 มาตรฐาน คือ 1) ด้านการบริหารจัดการ 2) ด้านสุขภาพ 3) สิทธิและความคุ้มครอง 4) ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและระบบความปลอดภัย และ 5) ด้านระบบมาตรฐานภายใน ผลการวิเคราะห์ความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติของมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง พบว่า ในภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.51$, $SD = .64$) และเมื่อพิจารณามาตรฐานเป็นรายด้าน พบว่าสามารถเรียงตามลำดับ ดังนี้ 1) องค์ประกอบด้านระบบมาตรฐานภายใน ($\bar{X} = 4.60$, $SD = .80$) ระดับมากที่สุด 2) องค์ประกอบด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและระบบความปลอดภัย ($\bar{X} = 4.55$, $SD = .68$) ระดับมากที่สุด 3) องค์ประกอบด้านสิทธิและการได้รับความคุ้มครอง ($\bar{X} = 4.45$, $SD = .76$) ระดับมากที่สุด 4) องค์ประกอบด้านสุขภาพ ($\bar{X} = 4.44$, $SD = .79$) ระดับมากที่สุด และ 5) องค์ประกอบด้านบริหารจัดการ ($\bar{X} = 4.37$, $SD = .59$) ระดับมากที่สุด

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ ศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง มาตรฐานการดูแลสุขภาพ

Developing Standard Aging Health Care in Nursing Home

Asst.Prof.Dr.Pisit Piriya Pun MD., Dr.Wethaka Klinwichit, Ph.D., Puangtong Inchai

Faculty of Medicine, Burapha University

Assist.Prof.Ratchaneeporn Supkranon, Ph.D. Assist.Prof.Waree Kunchai, Ph.D.

Faculty of Nursing, Burapha University

Abstract

The purpose of this research was developing standard aging health care in nursing home by using participatory action research. The research has five phases of study; Phase I: Exploring problems and situation of aging health care, Phase II: Documentation review and analysis, Phase III: Developing aging health care standard in nursing home with users and providers by using PAR with 53 participants (26 providers and 27 elders), Phase IV: Aging perspective with appropriation and feasibility of this standard and Phase V: Improvement standard by focus group method. Samples were sampling from 74 populations of three nursing homes in the eastern region of Thailand. Statistics employed were frequency, percentage, mean, standard deviation and content analysis. It was found that the aging standard health care in nursing home contained of 5 components and 10 standards namely; component 1: Effective management, component 2: Quality of health care services, component 3: Service user rights and responsibilities, component 4: Good safety and environment and component 5: Internal process. The appropriateness of this standard was in the most agree level ($\bar{X} = 4.51$, $SD = .64$). The standard of internal process ($\bar{X} = 4.60$, $SD = .80$) and the standard of good safety and environment ($\bar{X} = 4.55$, $SD = .68$) were in the highest level.

Keywords : Aging, Elderly, Nursing Home, long stay care, Health Care Standard

สารบัญเรื่อง

หน้า

กิตติกรรมประกาศ.....	ก
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ค
สารบัญเรื่อง.....	ง
สารบัญตาราง.....	ช

บทที่

1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
ขอบเขตของการวิจัย.....	3
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	4
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	5
ความรู้เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย.....	6
1. ผู้สูงอายุ.....	6
1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ.....	6
1.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุของไทย.....	8
1.3 จำนวนและภาวะที่พึงพึงของประชากรสูงอายุไทย.....	8
1.4 มุมมองของสังคมต่อผู้สูงอายุ.....	9
1.5 ปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ.....	13
1.6 การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ.....	13
2. สถานดูแลผู้สูงอายุไทย.....	15
2.1 สถานการณ์สถานดูแลผู้สูงอายุไทย.....	15
2.2 ความหมายและประเภทของสถานดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย.....	17
2.3 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว.....	19

สารบัญเรื่อง(ต่อ)

บทที่

หน้า

3. มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ.....	20
3.1 แนวทางการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุโรงพยาบาล	
ส่งเสริมสุขภาพตำบล กระทรวงสาธารณสุข.....	20
3.2 มาตรฐานการจัดบริการการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ.....	23
3.3 มาตรฐานการการจัดบริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์.....	26
3.4 มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล.....	27
กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม	
(Participatory Action Research: PAR).....	29
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	36
3 วิธีดำเนินการวิจัย	41
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	41
วิธีดำเนินการศึกษาวิจัย.....	41
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	42
การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ.....	43
จริยธรรมการวิจัย.....	43
ระยะเวลาในการวิจัย.....	44
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	44
4 ผลการศึกษาวิจัย.....	46
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	46
ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์เนื้อหาและการจัดกลุ่มเพื่อสร้างมาตรฐาน	
การดูแลผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้าง.....	49
ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อความเหมาะสมและ	
ความเป็นไปได้ของการนำมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้างไปใช้.....	60
ส่วนที่ 4 สรุปมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้าง.....	65

สารบัญเรื่อง (ต่อ)

บทที่

หน้า

5	สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	74
	สรุปผลการวิจัย.....	74
	อภิปรายผลการวิจัย.....	84
	ข้อเสนอแนะ.....	85
	ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	86
	ผลผลิต.....	86
	บรรณานุกรม.....	87
	ภาคผนวก.....	90
	ประวัติคณะผู้วิจัย.....	106

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้ให้บริการ.....	46
2 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้สูงอายุ.....	48
3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของผู้สูงอายุ ต่อมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง.....	61
4 การเปรียบเทียบระดับความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อมาตรฐานการดูแลสุขภาพ ในศูนย์บริการแบบพักค้าง จำแนกตามเพศ ในภาพรวม และรายด้าน (T-test).....	62
6 การเปรียบเทียบระดับความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อมาตรฐานการดูแลสุขภาพ ในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง จำแนกตามสถานภาพ ในภาพรวมและรายด้าน.....	63
7 การเปรียบเทียบระดับความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อมาตรฐานการดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้าง จำแนกตามระดับการศึกษา ในภาพรวมและรายด้าน.....	64
8 มาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้างตามความคิดเห็นของ ผู้ให้บริการและผู้สูงอายุในภาคตะวันออก.....	65

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันทั่วโลกพบว่ามีผู้สูงอายุประมาณ 600 ล้านคน (ผู้สูงอายุหมายถึงบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี บริบูรณ์หรือมากกว่า) แต่ในปี ค.ศ. 2025 จะเพิ่มขึ้นเป็น 1,200 ล้านคน และในปี ค.ศ. 2050 จะเพิ่มเป็น 2,000 ล้านคน หมายความว่าผู้สูงอายุจะมีจำนวนมากกว่าเด็กและเยาวชนที่อายุน้อยกว่า 15 ปี ในขณะที่สภาพปัญหาในอนาคตผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งมีแนวโน้มที่จะขาดการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับปัญหาการสูงอายุของประชากรในสังคม สำหรับประเทศไทย ในปี 2552 มีสัดส่วนผู้สูงอายุอยู่ที่ร้อยละ 11.8 หรือ 7.5 ล้านคน คาดการณ์ว่าในปี 2568 ไทยจะก้าวกระโดดมีผู้สูงอายุมากถึง 14.4 ล้านคน และในปี 2593 ผู้สูงอายุจะล้นเมือง มีจำนวนมากถึงร้อยละ 27 ของพลเมืองทั้งประเทศ (วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2553) การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วดังกล่าวส่งผลต่อโครงสร้างประชากรครอบครัว และวิถีชีวิตสังคมไทย จากนโยบายประชากรและการวางแผนครอบครัวที่ประสบผลสำเร็จในอดีต รวมถึงความก้าวหน้าในการพัฒนาประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสาธารณสุข ส่งผลให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี มีอายุยืนยาวขึ้น ภาวะเจริญพันธุ์และอัตราเกิดมีแนวโน้มลดลง โครงสร้างประชากรเริ่มเปลี่ยนแปลงไป นับจากปี 2513 เป็นต้น โดยประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลง ขณะที่ประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึงปัจจุบันพื้นที่ส่วนใหญ่ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว รัฐบาลได้เห็นความสำคัญของปัญหาจึงได้มีการกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ด้านผู้สูงอายุไว้ใน แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 8 เป็นต้นมา และมอบหมายให้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติปัจจุบันใช้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (2545 - 2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ที่ยังคงบรรจุมาตรการในการให้การดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมตามสาระสำคัญของปฏิญญาผู้สูงอายุไทย และสิทธิของผู้สูงอายุตามหลักการขององค์การสหประชาชาติผ่านกิจกรรมโครงการมากมาย สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม (2551) ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการจัดบริการแก่กลุ่มผู้สูงอายุ โดยได้จำแนกผู้สูงอายุออกเป็น 3 ช่วงเช่นกันดังนี้ ช่วงแรก เป็นช่วงของวัยที่ยังมีพลังหรืออาจเรียกว่าเป็น Active aging ผู้สูงอายุในวัยนี้มีประสบการณ์ ความรู้ ความสามารถและภูมิปัญญาที่ยังพร้อมใช้งานได้ ประกอบกับสภาพร่างกายยังคงแข็งแรงกระฉับกระเฉง ผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วง

วัยนี้สามารถทำงานสร้างสรรค์ประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชนและสังคมได้เป็นอย่างดี ช่วงเวลาแห่งการมีพลังของความสูงวัยโดยปกติมักจะพบในช่วง 60-69 ปี ช่วงที่สอง เป็นช่วงแห่งการพักผ่อน ในช่วงนี้ผู้สูงอายุอาจยังมีสภาพร่างกายโดยรวมที่ยังดีอยู่แต่ไม่กระฉับกระเฉงหรือเริ่มอ่อนแอลง บางคนสูญเสียความคล่องแคล่วทางกาย ความสามารถในการเห็น การได้ยิน การเคี้ยวอาหาร และปัญหาการทรงตัว ดังนั้น ผู้สูงอายุในช่วงวัยนี้จึงต้องการการพักผ่อนมากกว่าการทำงาน พบในช่วง 70-79 ปี และ ช่วงที่สาม เป็นช่วงแห่งการพึ่งพิง ในช่วงวัยนี้ผู้สูงอายุมักมีความเจ็บป่วยและมีความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ มากขึ้น จึงต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น ผู้สูงอายุกลุ่มที่อยู่ในช่วงแห่งการพึ่งพิงมักจะพบในวัยที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป จากการศึกษา ของ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาสังคมไทย พ.ศ. 2552 พบว่า มีจำนวนสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทั้งหมด 138 แห่ง (กระทรวงสาธารณสุข, 2554) เป็นสถานบริบาลมากที่สุดจำนวน 60 แห่ง (ร้อยละ 43.5) รองลงมาเป็นบ้านพัก/สถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 44 แห่ง (ร้อยละ 31.9) สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลจำนวน 25 แห่ง (ร้อยละ 18.1) สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต จำนวน 6 แห่ง (ร้อยละ 4.3) และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 3 แห่ง (ร้อยละ 2.2) สถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ส่วนใหญ่ครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49.3) กระจุกอยู่ในกรุงเทพฯ รองลงมาอยู่ในภาคกลาง (ร้อยละ 30.4) ขณะที่ มีน้อยที่สุดในภาคใต้ จำนวน 5 แห่ง (ร้อยละ 3.6) การบริการในสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ในไทย ส่วนใหญ่ ให้บริการด้านการฟื้นฟูสภาพ (ร้อยละ 61.4) รองลงมาเป็นการให้บริการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (ร้อยละ 45.5) ในสัดส่วนใกล้เคียงกับการดูแลระยะสุดท้าย ขณะที่การดูแลสุขภาพที่บ้านพบ น้อยที่สุด (ร้อยละ 15.9) ซึ่งสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความเห็นต่อประเด็นดังกล่าวว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวที่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกสภาวะ โดยมีการบูรณาการการดูแลทั้งทางด้านสังคมและสุขภาพในสถานบริการ ตลอดจนกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและกำหนดองค์การกำกับดูแลและรับขึ้นทะเบียนสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในไทย นอกจากนี้ยังพบว่า การจัดการบริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุยังไม่มี ความชัดเจน ทั้งด้านการแบ่งระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่ชัดเจน และยังไม่มีมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาล หรือสถานพยาบาลที่จัดการบริการด้านการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ดังนั้นวิจัยของ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเดือนใจ ภักดีพรหม(2552) ซึ่งทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับระบบสถานบริบาลผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่า สถานบริบาลผู้สูงอายุที่มีลักษณะให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุตลอด 24 ชั่วโมง สำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลในระดับสูง จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ยังไม่มีการให้บริการดังกล่าวในภาครัฐมีแต่ในภาคเอกชน การจดทะเบียนของสถานพยาบาลเอกชนมีหลายลักษณะทำให้ไม่สามารถทราบจำนวนสถานบริบาลผู้สูงอายุที่ชัดเจน การบริการส่วนใหญ่เน้นการฟื้นฟูสภาพและลักษณะการบริการแตกต่างกันไปตามศักยภาพของสถานบริบาลนั้น ๆ ยังไม่มีการกำหนดสมรรถนะ

ของผู้ให้บริการ บุคลากรส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุ และในภาครัฐ พบว่ามีบริการดูแลระดับสูงแฝงอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา สำหรับผู้พักอาศัยที่มีปัญหาสุขภาพ แต่เนื่องจากไม่มีการแบ่งระดับความต้องการดูแลของผู้สูงอายุที่ชัดเจน ทำให้บุคลากรต้องแบกรับภาระการดูแลด้านสุขภาพมากขึ้น และไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้

จากเหตุผลดังกล่าว คณะผู้จัดทำจึงเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ ตามที่กำหนด สาระสำคัญ ตามปฏิญญาผู้สูงอายุไทยข้อ 1) ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ได้รับการพิทักษ์และคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้ง และละเมิดสิทธิโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ และผู้พิการที่สูงอายุ และข้อ 5) ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง รวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ ตามลำดับ ตลอดจนเป็นแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุในสถานให้บริการแบบพักค้าง และกำกับติดตามให้เป็นมาตรฐานเดียวกันต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ใช้แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อสร้างมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่มารับบริการในศูนย์การให้บริการแบบพักค้างโดยใช้เทคนิคและขั้นตอนการสร้างมาตรฐานการ ของเมสัน (Mason, 1994) ตามขั้นตอนดังนี้ 1) การสำรวจปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง 2) ร่างมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุโดยศึกษาข้อมูลจากผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการพร้อมทั้งทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ 3) การระดมสมองโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อยกร่างมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ 4) การสอบถามความคิดเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของมาตรฐาน 5) วิเคราะห์ปรับปรุงและสรุปมาตรฐานการดูแลในศูนย์การให้บริการผู้สูงอายุแบบพักค้างที่อยู่ในเขตพื้นที่ภาคตะวันออก ใช้เวลาในการศึกษาตั้งแต่ ตุลาคม 2555 ถึง กันยายน 2556

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

1. สำหรับหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน ใช้เป็นแนวทางในการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ ที่สอดคล้อง และเหมาะสมกับความต้องการในศูนย์การให้บริการแบบพักค้างได้อย่างมีคุณภาพและมาตรฐานที่ตั้งไว้
2. สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ประเมินผลการปฏิบัติงานและคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง
3. เป็นแนวทางในการสร้างมาตรฐานการดูแลแบบการให้บริการแบบพักค้างในกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ต่อไป

นิยามศัพท์เฉพาะ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลทั้งชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่ใช้บริการศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง

มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ หมายถึง ข้อกำหนด รายการที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อสามารถใช้เป็นหลักเกณฑ์ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยมุ่งให้บรรลุถึงความสำเร็จสูงสุดตามข้อกำหนดที่ได้วางไว้

ผู้ให้บริการ หมายถึง ผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุโดยแบ่งเป็น สมาชิกในครอบครัว ผู้นำชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และบุคลากรด้านสุขภาพ

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยสาระสำคัญ 3 ส่วนดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย

1. ผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายของผู้สูงอายุ
 - 1.2 สถานการณ์ผู้สูงอายุของไทย
 - 1.3 จำนวนและภาวะที่พึงพึงของประชากรสูงอายุไทย
 - 1.4 มุมมองของสังคมต่อผู้สูงอายุ
 - 1.5 ปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ
 - 1.6 การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ
2. สถานดูแลผู้สูงอายุไทย
 - 2.1 สถานการณ์สถานดูแลผู้สูงอายุไทย
 - 2.2 ความหมายและประเภทของสถานดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย
 - 2.3 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว
3. มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ
 - 3.1 แนวทางการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กระทรวงสาธารณสุข
 - 3.2 มาตรฐานการจัดบริการการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ
 - 3.3 มาตรฐานการการจัดบริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์
 - 3.4 มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

ส่วนที่ 2 กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 1 ความรู้ที่เกี่ยวกับการศึกษาวิจัย

1. ผู้สูงอายุ

ความหมายของผู้สูงอายุ

คำว่า “ผู้สูงอายุ” “คนแก่” หรือ “คนชรา” นั้นโดยทั่วไปเป็นคำที่ใช้เรียกบุคคลที่มีอายุมาก ผมหันตาดูหน้าตาเหี่ยวง่น การเคลื่อนไหวเชื่องช้า พจนานุกรมไทยฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ.2542 ให้ความหมาย คำว่า “ชรา” ว่าแก่ด้วยอายุ ชำรุด ทрудโทรม แต่คำนี้ไม่เป็นที่นิยมมากนัก โดยเฉพาะผู้สูงอายุและกลุ่มนักวิชาการที่พิจารณาแล้วเห็นว่า คำนี้ก่อให้เกิดความหดหู่ใจ และถดถอย สันหวัง ดังนั้นที่ประชุมคณะผู้อาวุโส โดยมี พลต.ต.หลวงอรรถสิทธิ สุนทร เป็นประธานจึงได้กำหนดคำให้เรียกว่า “ผู้สูงอายุ” ขึ้นแทน ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2512 เป็นต้นมา ซึ่งคำนี้ให้ความหมายที่ยกย่องให้เกียรติแก่ผู้ที่ชราภาพว่า เป็นผู้ที่สูงทั้งวันวุฒิ คุณวุฒิ และประสบการณ์ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ แห่งชาติ พ.ศ.2546 ให้ความหมายคำว่า “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกิดหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย ซึ่งเป็นคำนิยามที่ใช้ทางราชการและตามกฎหมาย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549 ; วันเพ็ญ ปันราช, 2552)

การพิจารณาว่า บุคคลใดเข้าข่ายผู้สูงอายุนั้น มีเกณฑ์ในการพิจารณาแตกต่างกันตามการให้ความหมายของนักวิชาการ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้ (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

1. ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Physiological ageing หรือ Biological ageing) โดยพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่เกิดขึ้น เช่น ผิวหนังเหี่ยวง่น ผมหงอก ฯลฯ ซึ่งกระบวนการเปลี่ยนแปลงนี้จะเพิ่มขึ้นตามอายุขัยในแต่ละปี
2. ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological ageing) เป็นการพิจารณากระบวนการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ สถิติปัญญา การรับรู้และการเรียนรู้ที่ถดถอย
3. พิจารณาความเป็นผู้สูงอายุจากบทบาททางสังคม (Sociological ageing) เป็นการดูจากบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนไป การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ ตลอดจนความรับผิดชอบในการทำงานด้วย

ส่วนบาริโธ และสมิธ (Barirow and Smith, 1979 อ้างถึงใน วัณเพ็ญ ปันราช, 2552) เสนอข้อคิดเห็นว่าเป็นการยากที่จะกำหนดว่า ผู้ใดชราภาพหรือผู้สูงอายุ เพราะเป็นการไม่ยุติธรรมที่จะไปตีตราว่าผู้หนึ่ง ผู้นี้ชราภาพ การจะพิจารณานั้นควรพิจารณาจากองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

1. ประเพณีนิยม (Tradition) เป็นการกำหนดผู้สูงอายุโดยยึดตามเกณฑ์อายุที่ออกจากงาน ซึ่งมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ ตัวอย่างเช่น ประเทศไทยอายุ 60 ปีขึ้นไปเป็นวัยเกษียณ
2. การปฏิบัติหน้าที่ทางร่างกาย (Body Functioning) เป็นการกำหนดโดยยึดตามเกณฑ์ทางสรีระวิทยาเรื่องทางกายภาพ บุคคลจะมีการเสื่อมสลายทางสรีระวิทยาที่แตกต่างกัน ในวัยผู้สูงอายุ

อวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายจะทำงานน้อยลงซึ่งแตกต่างกันแต่ละบุคคล บางคนอายุ 50 ปี ฟันอาจจะหลุดทั้งปาก แต่บางคนอายุถึง 80 ปี ฟันถึงจะเริ่มหลุด เป็นต้น

3. การปฏิบัติหน้าที่ทางด้านจิตใจ (Mental Functioning) เป็นการกำหนดโดยยึดตามเกณฑ์ของความสามารถในการคิดสร้างสรรค์ การจำ การเรียนรู้และความเสื่อมทางด้านจิตใจ สิ่งที่พบมากที่สุดในผู้สูงอายุ คือความจำเริ่มเสื่อม การขาดแรงจูงใจ แต่อย่างไรก็ตามไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุทุกคนจะมีสภาพเช่นนี้

4. ความคิดเกี่ยวกับตนเอง (Self-Concept) เป็นการกำหนดโดยยึดตามแนวความคิดที่ผู้สูงอายุมองตนเอง เพราะโดยปกติผู้สูงอายุมักจะเกิดความคิดว่า “ตนเองแก่ อายุมากแล้ว” และส่งต่อบุคลิกภาพทางกาย ความรู้สึกทางด้านจิตใจ และการดำเนินชีวิตประจำวัน สิ่งเหล่านี้จะเปลี่ยนแปลงไปตามแนวคิดที่มีผู้สูงอายุนั้น ๆ ได้กำหนดขึ้น

5. ความสามารถในการประกอบอาชีพ (Occupation) เป็นการกำหนดโดยยึดตามความสามารถในการประกอบอาชีพ โดยได้แนวความคิดจากการเสื่อมถอยทางสภาพร่างกายและจิตใจ คนทั่วไปจึงกำหนดว่าวัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องพักผ่อน หยุดการประกอบอาชีพ ดังนั้นบุคคลที่อยู่ในวัยผู้สูงอายุ จึงหมายถึง บุคคลที่มีวัยเกิดกว่าวัยที่จะอยู่ในกำลังแรงงาน

6. ความกดดันทางอารมณ์และความเจ็บป่วย (Coping with stress and illness) เป็นการกำหนดโดยยึดตามสภาพร่างกายและจิตใจ ผู้สูงอายุมักจะเผชิญกับสภาพโรคร้ายไข้เจ็บอยู่เสมอเพราะมีสภาพร่างกาย และอวัยวะต่าง ๆ เริ่มเสื่อมลง นอกจากนี้ยังอาจจะเผชิญกับปัญหาทางด้านสังคมอื่น ๆ ทำให้เกิดความกดดันทางอารมณ์เพิ่มขึ้นอีก ส่วนมากมักพบกับผู้มีอายุระหว่าง 60-65 ปี

นอกจากนี้ มัลลิกา มัตติโก และคณะ (2542) ได้เสนอว่า ผู้สูงอายุคือบุคคลที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสุขภาพแข็งแรงเป็นวัยที่ทำงานและทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้พึ่งตนเองและช่วยเหลือตนเองได้ “คนแก่” คือบุคคลที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มีสถานภาพและบทบาทที่ลดลงที่สังคมเริ่มทอดถอนสถานภาพที่มีอำนาจทางเศรษฐกิจ ส่วนคำว่า “คนชรา” คือผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป ต้องพึ่งพาบุตรหลานในทุกด้าน

ดังนั้นคำว่า “ผู้สูงอายุ” เป็นคำที่ให้ความหมายในเชิงคุณค่าที่สูงกว่าทั้งวัยวุฒิ คุณวุฒิ เกียรติ และศักดิ์ศรี การเข้าสู่ภาวะสูงอายุของบุคคลนั้นสามารถพิจารณาได้จากหลายประเด็นหรือหลากหลายเกณฑ์ ซึ่งการทำความเข้าใจกับความหมายของผู้สูงอายุในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมไทยเป็นเรื่องที่มีความสำคัญที่จะต้องศึกษาทบทวน และแสวงหาแนวทางที่เหมาะสมสอดคล้องกับวงจรชีวิตของมนุษย์ เพื่อให้เกิดหลักประกันที่มั่นคงและเข้าสู่วงจรสุดท้ายของชีวิตอย่างมีคุณค่าต่อไป

สถานการณ์ผู้สูงอายุของไทย

ประชากรผู้สูงอายุของไทยเพิ่มขึ้นในอัตราที่เร็วกว่าคนในกลุ่มอายุอื่นมาเป็นเวลาไม่ต่ำกว่า 10 ปี มาแล้ว ทั้งนี้เป็นผลมาจากปัจจัยทางประชากรที่สำคัญ 2 ประการได้แก่

1. คนไทยนิยมมีลูกน้อยลงทำให้มีการลดลงอย่างรวดเร็วของภาวะเจริญพันธุ์จาก 42.2 คนต่อประชากรพันคนในปีพ.ศ.2507 เป็น 10.9 คน ต่อประชากรพันคนในปีพ.ศ. 2548

2. การพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุขทำให้คนไทยมีอายุยืนยาวขึ้นจำนวนและสัดส่วนของผู้สูงอายุจึงเพิ่มสูงขึ้น โดยผู้สูงอายุของไทยสามารถแบ่งได้เป็น 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้นอายุ 60-79 ปี มีจำนวน 6,172,000 คน(ร้อยละ 90.44) 2) กลุ่มวัยปลาย อายุ 80-99 ปี มีประมาณ 648,000 คน (ร้อยละ 9.5) และ 3) กลุ่มที่อายุ 100 ปีขึ้นไปมีประมาณ 4,000 คน(ร้อยละ 0.06 (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550)

นอกจากการจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุในมิติของอายุแล้ว อีกมิติหนึ่งควรพิจารณาจากการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติของสภาพร่างกาย จิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ โดยมีการจำแนกผู้สูงอายุออกเป็น 3 ช่วงเช่นกันดังนี้ (สำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม, 2551)

ช่วงแรก เป็นช่วงของวัยที่ยังมีพลังหรืออาจเรียกว่าเป็น Active aging ผู้สูงอายุในวัยนี้มีการประสบการณ์ ความรู้ ความสามารถและภูมิปัญญาที่ยังพร้อมใช้งานได้ ประกอบกับสภาพร่างกายยังคงแข็งแรงกระฉับกระเฉงผู้สูงอายุที่อยู่ในช่วงวัยนี้สามารถทำงานสร้างสรรค์ประโยชน์แก่ครอบครัว ชุมชน และสังคมได้เป็นอย่างดี ช่วงเวลาแห่งการมีพลังของความสูงวัยโดยปกติมักจะพบในช่วง 60-69 ปี

ช่วงที่สอง เป็นช่วงแห่งการพักผ่อน ในช่วงนี้ผู้สูงอายุอาจยังมีสภาพร่างกายโดยรวมที่ยังดีอยู่แต่ไม่กระฉับกระเฉง หรือเริ่มอ่อนแอลง บางคนสูญเสียความคล่องแคล่วทางกาย ความสามารถในการเห็น การได้ยิน การเคี้ยวอาหาร และปัญหาการทรงตัว ดังนั้น ผู้สูงอายุในช่วงวัยนี้จึงต้องการการพักผ่อนมากกว่าการทำงานพบในช่วง 70-79 ปี

ช่วงที่สาม เป็นช่วงแห่งการพึ่งพิง ในช่วงวัยนี้ผู้สูงอายุมักมีความเจ็บป่วยและมีความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ มากขึ้น จึงต้องพึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้นผู้สูงอายุกลุ่มที่อยู่ในช่วงแห่งการพึ่งพิงมักจะพบในวัยที่มีอายุมากกว่า 80 ปีขึ้นไป

จำนวนและภาวะที่พึ่งพิงของประชากรสูงอายุไทย

จำนวนและภาวะพึ่งพิงของประชากรสูงอายุไทยเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศไทยในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ประกอบกับความสำเร็จของนโยบายการวางแผนครอบครัวของประเทศไทย และความเจริญก้าวหน้าของเทคโนโลยีด้านการแพทย์และการสาธารณสุขได้ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างประชากรของประเทศ กล่าวคือ ประชากรวัย

เด็ก 0-14 ปี มีสัดส่วนลดลงจากปี พ.ศ. 2543 แต่ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีประมาณ 5.8 ล้านคนในปี พ.ศ. 2543 จะเพิ่มขึ้นประมาณ 8.3 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งแสดงให้เห็นถึงสัดส่วนของประชากร ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นมากกว่าประชากรวัยอื่น ๆ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรไทยจำแนกตามกลุ่มอายุ ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2503-2553 และการ คาดการณ์แนวโน้มของจำนวนประชากร ใน ปี พ.ศ. 2553 และ 2563

พ.ศ.	ทุกกลุ่มอายุ	0 – 14 ปี	15 – 59 ปี	60 ปีขึ้นไป
2503	26,202.7	11,319.6	13,674.9	1,208.2
2513	34,383.9	15,506.3	17,196.6	1,1681.0
2523	44,824.8	17,165.7	25,213.5	2,445.6
2533	54,545.5	15,946.9	34,584.6	4,014.0
2543	61,770.2	15,104.6	40,795.9	5,869.7
2553	66,404.6	13,642.4	44,284.1	8,381.8
2563	69,410.4	12,737.2	44,284.2	12,389.0

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัย (2548 อ้างถึงใน วันเพ็ญ ปันราช, 2552)
แหล่งข้อมูล: ปี พ.ศ. 2503 – 2543 จากสำมะโนประชากร

มุมมองของสังคมต่อผู้สูงอายุ

ส่วนหนึ่งที่มีมุมมองว่าผู้สูงอายุเป็นวัยพึ่งพิง การที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น สะท้อนให้เห็นว่าประชากรอายุ 16-59 ปี คือประชากรวัยทำงานที่ต้องเป็นภาระในการเลี้ยงดูประชากร วัยเด็ก (ประชากรวัย 0-14 ปี) และประชากรสูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) เรียกว่าอัตราการพึ่งพิง ซึ่งการที่ อัตราการพึ่งพิงเพิ่มขึ้นก็หมายความว่ารัฐจะต้องจัดสรรงบประมาณไว้สำหรับการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มมาก ขึ้นด้วย

มุมมองต่อสถานภาพพึ่งพิงของผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไปในแต่ละช่วงอายุมีผลกระทบต่อสถานภาพของ บุคคลเป็นอย่างมาก ในกลุ่มเด็กวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่การเปลี่ยนแปลงนำไปสู่ความเข้มแข็ง ความมี ชีวิตชีวาและความหวังในชีวิต แต่การเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงต่อ สถานภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ ในลักษณะถดถอย และการเปลี่ยนแปลงแต่ละด้าน ต่างมีผลกระทบต่อกันเป็นลูกโซ่ ซึ่งสถานภาพด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุมีดังนี้

สถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุไทย

พบว่า ประมาณร้อยละ 55 ของผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ร้อยละ

81.1 อาศัยอยู่ในชนบท โดยพบว่า ผู้สูงอายุชายจะอาศัยอยู่กับคู่สมรสในสัดส่วนที่มากกว่าผู้สูงอายุหญิง (ร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุมีสถานภาพสมรสหม้าย) ผู้สูงอายุหญิงจะมีความต้องการการดูแลจากลูกหลาน มากกว่าผู้สูงอายุชาย และพบว่าประมาณร้อยละ 31 ของผู้สูงอายุไทยไม่ได้รับการศึกษาในระบบ โดยในจำนวนนี้จะพบในผู้สูงอายุหญิงเป็นสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุชาย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท

แหล่งที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุไทยเกือบทั้งหมดอยู่ในชุมชนและอยู่ในครัวเรือน มีเพียงร้อยละ 2 เท่านั้น ที่อยู่อาศัยในสถาบัน เช่น วัด และสถานสงเคราะห์ ผู้สูงอายุไทยอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในครัวเรือน ส่วนน้อยเพียงร้อยละ 4 เท่านั้น ที่อยู่ตามลำพัง (วรรณภา ศรีวัชรรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549) แต่ตัวเลขนี้อาจจะมีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่อาจมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เนื่องจากผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจและสังคมที่ส่งผลกระทบให้ครอบครัวไทยมีขนาดเล็กน้อย และการเคลื่อนย้ายแรงงานของประชากรวัยแรงงานที่อพยพไปแสวงหางานในพื้นที่เขตเมืองและแหล่งอุตสาหกรรมมากขึ้น

หากพิจารณาบทบาทของผู้สูงอายุในครอบครัวและในชุมชนแล้วจะพบว่า ปัจจุบันสถานภาพของผู้สูงอายุในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไปเช่นกัน ในอดีตผู้สูงอายุจะทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวปกครองบุคคลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวและทำหน้าที่ตัดสินใจในเรื่องต่าง ๆ ภายในครอบครัวทั้งสิ้น ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวจะมีความรักใคร่และเกื้อกูลซึ่งกันและกัน แต่ในปัจจุบันลักษณะโครงสร้างของครอบครัวไทยเปลี่ยนแปลงไปที่ขนาดของครอบครัวมีขนาดเล็กลงที่ประกอบด้วย พ่อ แม่ และลูกเท่านั้น การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลต่อสถานภาพทางสังคมของผู้สูงอายุทั้งการใช้ชีวิตในครอบครัวและสังคม ที่ผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนบทบาทของตนเองจากหัวหน้าครอบครัวไปเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในฐานะผู้รับมากกว่าผู้ให้ จากผู้ที่เป็นหัวหน้าครอบครัวไปเป็นผู้อาศัย เกิดความรู้สึกว่าตนเองหมดความสำคัญและต้องพึ่งพาผู้อื่นและไม่อาจทำประโยชน์ให้กับชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ได้เหมือนในอดีต

สถานภาพด้านร่างกายของผู้สูงอายุ (Physical Status of Aging)

เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุทำให้ระบบภายในร่างกายของผู้สูงอายุ มีการเปลี่ยนแปลงอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายชะงักการเจริญเติบโตเริ่มเสื่อมถอยและทำงานอย่างไม่ปกติ อัตราการเผาผลาญในร่างกายลดลง เกิดการเปลี่ยนแปลงของกล้ามเนื้อทำให้ผิวดึงเหี่ยวลง เกิดความผิดปกติทางเดินโลหิต เกิดการเปลี่ยนแปลงของต่อมต่าง ๆ ได้แก่ ต่อมเหงื่อ ผิวหนังแห้งแตก เกิดการเสื่อมทางกระดูกและ

กล้ามเนื้อรวมทั้งเกิดการเปลี่ยนแปลงในระบบสมอง ระบบย่อยอาหาร การขับถ่ายและระบบอื่น ๆ ของร่างกายเกือบทุกระบบ เป็นการเสื่อมถอยทางสุขภาพ และระบบประสาท ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสรับโรคภัยไข้เจ็บได้ง่ายและเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ได้ง่ายกว่าวัยอื่น

ด้านภาวะการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ จากรายงานการสำรวจสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยด้วยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกายทั่วประเทศครั้งที่ 1 ในปี พ.ศ. 2534-2535 พบว่า ปัญหาปวดข้อและปวดหลังเรื้อรังเป็นปัญหาของผู้สูงอายุทั้งหญิงและชาย โดยมีความชุกมากกว่าร้อยละ 50 ในทุกกลุ่มอายุ ปัญหาสุขภาพอื่น ๆ ที่พบบ่อยในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดอุดตันเรื้อรัง โรคโคเลสเตอรอลในเลือดสูงและโรคหลอดเลือดหัวใจ (สิรินทร จันศิริกาญจน, ประคอง อินทรสมบัติ, และสุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 2549: วรรณภา ศรีวัชรรัตน์ และผ่องพรรณอรุณแสง, 2549) อย่างไรก็ตามจากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นมิได้หมายความว่า ผู้สูงอายุทั้งหมดจะมีภาวะการเจ็บป่วยและเป็นโรค ซึ่งปัจจุบันผู้สูงอายุจำนวนมากยังเป็นกลุ่มที่มีร่างกายแข็งแรงสามารถกระทำกิจวัตรต่าง ๆ ด้วยตนเองได้ ข้อมูลจากการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 93.1 ยังช่วยเหลือตนเองได้จากร้อยละ 4.0 ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง ร้อยละ 1.1 ช่วยเหลือตนเองได้น้อย และร้อยละ 1.8 ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เลย (ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549)

กล่าวโดย สรุปภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคที่เกิดกับวัยผู้สูงอายุกลุ่มหนึ่งได้ก่อให้เกิดความต้องการการพึ่งพิงทั้งต่อตัวผู้สูงอายุเอง ครอบครัว และบุคคลที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าเป็นการเจ็บป่วยในระยะเวลาที่ยาวนานและมีภาวะทุพพลภาพตามมา ซึ่งนอกจากจะเป็นปัญหาทางด้านค่าใช้จ่ายแล้ว ยังก่อให้เกิดปัญหาด้านสังคมและจิตใจตามมาด้วย

ภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ (Disability of ageing)

อุบัติการณ์ภาวะทุพพลภาพในประเทศพบถึง 1 ใน 4 ของผู้สูงอายุและ 1 ใน 5 เป็นภาวะทุพพลภาพระยะยาวที่ต้องการการดูแล สาเหตุสำคัญของภาวะทุพพลภาพคือโรคหลอดเลือดสมอง โดยร้อยละ 7 ของผู้สูงอายุไทยต้องพึ่งพาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และจากการพยากรณ์ประชากรของประเทศไทย พบว่า ปี ค.ศ. 2010, 2020 และ 2030 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพาจำนวนถึง 499,837, 741,466 และ 1,100,754 คน ตามลำดับ (สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ, วิฑูร พูลเจริญ และไพบุลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, 2542) ซึ่งจำนวนนี้อาจเปลี่ยนแปลงได้อีกหากการเตรียมรับสถานการณ์ผู้สูงอายุไม่ทันการณ์ และที่สำคัญคือตัวเลขเหล่านี้เป็นข้อบ่งชี้ว่าอนาคตข้างหน้าประเทศไทยต้องให้ความสนใจ “ผู้ดูแล” และ “การดูแลระยะยาว” เพื่อรองรับสถานการณ์ และจากข้อมูลอัตราการพึ่งพิงของประเทศไทย พบว่าในปี ค.ศ. 2530 ที่อัตราส่วนประชากรพึ่งพิง (Dependency Ratio) เพิ่มขึ้นอย่างมากที่อาจเป็นภาระหนักต่อประเทศชาติที่ต้องเผชิญกับปัญหาดังกล่าว

สถานการณ์ทางจิตใจของผู้สูงอายุ (Psychological Status of Ageing)

จากการสำรวจผู้สูงอายุไทย พบว่า ส่วยใหญ่มีสุขภาพจิตดี เมื่อเปรียบเทียบกับผู้สูงอายุที่พึ่งพิงสถาบันการดูแลมากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน ซึ่งความทุกข์ในของผู้สูงอายุไทย เพราะลูกหลานทอดทิ้ง ไม่มีลูกหลานดูแล สังคมทอดทิ้งไม่เห็นคุณค่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในชนบทจะทุกข์ใจที่ต้องทุกข์กายจากโรคจากความยากจน จากการต้องดูแลหลายที่ลูกพามาให้เลี้ยง ขาดผู้ดูแลและขาดเครื่องอุปโภคบริโภคที่ควรมี (วรรณภา ศรีวัชรรัตน์ และผ่องพรรณ อรุณแสง, 2549)

สถานภาพทางเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ (Financial Status of ageing)

ผลจากการพัฒนาเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมของประเทศเกิดความทันสมัยด้านต่าง ๆ ทั้งวิทยาการและเทคโนโลยี ทำให้มีการขยายตัวหรือเกิดการเติบโตของชุมชนเมือง (Urbanization) ระบบทางผลิตเปลี่ยนจากเกษตรกรรมเป็นอุตสาหกรรม วิถีทางดำเนินของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไป รวมทั้งการเสื่อมโทรมของร่างกายจึงทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ สำหรับข้อมูลผู้สูงอายุไทยในปัจจุบันพบว่า ผู้สูงอายุ 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุทั้งหมดมีฐานะยากจน และผู้สูงอายุร้อยละ 35.4 มีรายได้ต่ำ ไม่มากพอที่จะจุนเจือตนเองและครอบครัว โดยเป็นปัญหากับผู้สูงอายุในเขตชนบทมากกว่าในเขตเมือง มีผู้สูงอายุร้อยละ 0.4 ที่ไม่มีรายได้ ร้อยละ 3.4 มีรายได้ต่ำกว่า 2,500 บาทต่อปี และร้อยละ 13.4 ที่ครัวเรือนมีรายได้ระหว่าง 2,500-9,999 บาทต่อปี ปัญหารายได้ต่ำนี้พบชัดเจนในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชนบท ในผู้สูงอายุหญิง และในผู้สูงอายุที่มีอายุ 70 ปีหรือมากกว่า (มัทนา พนา นิรามัย และนงนุช สุนทรชวกานต์, 2545) มีผู้สูงอายุร้อยละ 22 เป็นบุคคลหลักในการหาเลี้ยงครอบครัว โดยส่วนใหญ่จะเป็นผู้สูงอายุชายในเขตชนบทและอยู่ในภาคเกษตรกรรม ผู้สูงอายุในชนบทจำเป็นต้องทำงานเพื่อเลี้ยงชีพ ด้วยเหตุผลทางเศรษฐกิจ เนื่องจากลูกหลานนิยมย้ายออกไปทำงานต่างถิ่นหรือทำงานในเมืองใหญ่ และเมื่อมีบุตรมักนำมาฝากให้ปู่ ย่า ตา ยายดูแล การเลี้ยงดูเด็กจึงตกเป็นภาระของผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุต้องเลี้ยงดูตนเองแล้วยังต้องหาเลี้ยงบุตรหลานอีกด้วย และผู้สูงอายุอาจมีรายได้บางส่วนจากการเกื้อกูลจากบุตรที่ไปทำงานต่างถิ่น ส่งเงินมาให้สำหรับเป็นค่าเลี้ยงดูหลานที่นำมาฝากให้ผู้สูงอายุช่วยเลี้ยง นอกจากนี้บุตรจะเป็นแหล่งสำคัญในการสนับสนุนใช้จ่ายยามเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในขณะเจ็บปวดหนักที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

รายได้ของผู้สูงอายุ

จากข้อมูลของบิสิเนสไทย (2551) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่หรือประมาณร้อยละ 63.6 จะหยุดการประกอบอาชีพประจำแต่ผู้สูงอายุที่เหลืออีก 1 ใน 3 หรือประมาณร้อยละ 36.4 ยังไม่ยอมเกษียณตัวเองจากการทำงาน ซึ่งรายได้ที่ได้รับสามารถสรุปได้ดังนี้

สำหรับผู้สูงอายุที่ยังทำงาน พบว่า ร้อยละ 70 มีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 50,000 บาท/ปี ที่เหลืออีกร้อยละ 30 เป็นกลุ่มที่มีรายได้สูงกว่า 50,000 บาท/ปี ซึ่งจำแนกเป็นกลุ่มย่อยได้เป็น ประมาณร้อยละ 15.3 มีรายได้ต่ำกว่า 100,000 บาท/ปี ประมาณร้อยละ 10.0 มีรายได้ระหว่าง 100,000-299,999 บาท/ปี และ ประมาณร้อยละ 4.7 มีรายได้สูงกว่า 300,000 บาท/ปีขึ้นไป

ปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ

สามารถจำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ปัญหาทางด้านร่างกาย เป็นปัญหามาจากความสูงอายุเป็นสำคัญ ซึ่งการเกิดโรคในผู้สูงอายุที่พบโดยทั่วไป ได้แก่ โรคสมองเสื่อม โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคทางจิตเวช เป็นต้น
2. ปัญหาทางจิตใจ ได้แก่ การแสดงออกถึงความว้าวุ่น ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ รู้สึกตัวเองไม่มีคุณค่าหรือถูกรังเกียจ
3. ปัญหาทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรม โดยปัญหาที่พบส่วนใหญ่เป็นผลมาจากการขาดรายได้ การเกษียณอายุ ไม่มีใครจ้างทำงาน ขาดที่อยู่อาศัย เป็นต้น

การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ

จากรายงานสถานการณ์วิสาหกิจ ขนาดกลางและขนาดย่อม ปี 2551 และแนวโน้ม ปี 2552 ของสำนักงานส่งเสริมวิสาหกิจขนาดกลางและขนาดย่อม(2551) ได้รายงานสถานการณ์การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุไทย ไว้ดังนี้

บริการสำหรับผู้สูงอายุไทย ในปัจจุบัน สามารถจำแนกได้เป็น 4 กลุ่ม ดังนี้

1. บริการสุขภาพที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและฟื้นฟูสภาพร่างกาย

การบริการสุขภาพในลักษณะนี้มีบริการอยู่ทั่วไปทั้งจากภาครัฐและเอกชน บริการจากภาครัฐได้แก่ การให้บริการในศูนย์บริการสาธารณสุขต่างๆ กลุ่ม/ชมรมทางสุขภาพ ชมรมผู้สูงอายุ ซึ่งโดยทั่วไปมีวัตถุประสงค์ เพื่อรวมกลุ่มทำกิจกรรมด้านการสร้างเสริมสุขภาพและกิจกรรมทางสังคม เช่น การส่งเสริมให้มีการออกกำลังกาย การให้ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารที่ถูกสุขลักษณะ และการแนะนำวิธีการป้องกันโรคโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การเลิกเหล้า บุหรี่และยาเสพติด เป็นต้น

การบริการสร้างเสริมสุขภาพจากภาคเอกชน ได้แก่ การบริการในศูนย์สุขภาพต่าง ๆ เช่น ศูนย์ธรรมชาติบำบัด สปา ฟิตเนส นวดไทย นวดคลายเครียดและศูนย์การแพทย์แผนไทย เป็นต้น ซึ่งบริการเหล่านี้จะมีทางเลือกที่หลากหลายและค่าใช้จ่ายสูง ทำให้เป็นที่นิยมเฉพาะในกลุ่มที่มีผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจ

ดี และมีความตระหนักถึงความสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจุบันผู้สูงอายุและประชาชนทั่วไปสนใจในบริการลักษณะนี้มากขึ้นเป็นลำดับ แนวโน้มการบริการด้านนี้จึงมีพื้นที่บริการกว้างและหลากหลายขึ้น

การบริการการแพทย์แผนไทยเป็นอีกบริการหนึ่งที่ปัจจุบันได้รับการยอมรับจากประชาชน ผู้ใช้บริการอย่างกว้างขวาง และเป็นที่ยอมรับสำหรับผู้สูงอายุ และมีให้บริการทั้งในสถานบริการภาครัฐและเอกชน

2. บริการด้านสันทนาการ และการท่องเที่ยว

ผู้สูงอายุที่ยังมีสภาพร่างกายแข็งแรงและมีฐานะทางเศรษฐกิจดี เป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีศักยภาพในการซื้อ นิยมการท่องเที่ยวและใช้จ่ายสินค้าของท้องถิ่น ซึ่งเป็นการกระจายรายได้ไปยังชุมชนได้เป็นอย่างดี ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่สามารถใช้เวลาว่างในการพักผ่อนให้เกิดประโยชน์และมีความสุขกับกิจกรรมที่ได้ทำอย่างเต็มที่ เนื่องจากมีกำลังทรัพย์และเวลาว่างเหมาะสมสำหรับการเดินทางท่องเที่ยวเพื่อพักผ่อน และพบปะเพื่อนฝูงหลังเกษียณจากงาน

ปัจจุบันบริการสันทนาการและการท่องเที่ยวอยู่ในรูปของกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ แต่บริการด้านนี้ในตลาดยังมีอยู่อย่างจำกัด และการเข้าถึงบริการยังมีน้อย ซึ่งอุปสรรคที่สำคัญได้แก่ ราคาค่าบริการที่สูงและความไม่สะดวกสำหรับผู้สูงอายุ

3. บริการสุขภาพที่เน้นการรักษาและฟื้นฟูสภาพ

การรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ให้บริการโดยภาครัฐ และเอกชน ในรูปแบบของโรงพยาบาล และคลินิก อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุต้องการบริการทางสุขภาพต่างจากคนวัยอื่น ๆ ซึ่งหลายประเทศที่เข้าสู่ยุคสังคมผู้สูงวัยได้จัดบริการทางการแพทย์และการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุเป็นพิเศษ สำหรับประเทศไทยแม้ว่าภาครัฐได้จัดบริการคลินิกผู้สูงอายุมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2506 แต่การดำเนินงานยังไม่เป็นรูปธรรมอย่างจริงจังและมาตรฐาน ก็ยังไม่ชัดเจน ขณะที่โรงพยาบาลของรัฐมีข้อจำกัดในด้านจำนวนผู้ป่วยที่มากทำให้ความพร้อมของห้องพัก การบริการแพทย์และพยาบาลไม่เพียงพอต่อความต้องการขณะที่โรงพยาบาลเอกชน แม้จะมีเครื่องมือทันสมัย มีแพทย์ พยาบาลที่เชี่ยวชาญ แต่ราคาค่าบริการสูง ทำให้ผู้สูงอายุที่เข้าไปใช้บริการยังมีจำนวนไม่มาก ตลอดจนประเทศไทยขาดแคลนแพทย์และพยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ ทำให้การดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย ต้องใช้บริการจากแพทย์อายุรกรรมทั่วไปหรือให้บริการตามลักษณะโรค ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงต้องมีแพทย์ให้การดูแลหลายคน เพราะอาจมีความเจ็บป่วยด้วยโรคหลายโรค ต้องรับประทานยาครั้งละมาก ๆ และอาจเกิดอาการข้างเคียงได้ง่าย

4. บริการดูแลผู้สูงอายุ

เมื่อผู้สูงอายุเข้าสู่ช่วงที่สามของความสูงวัยหรือที่เรียกว่าวัยพึ่งพิง ความต้องการการช่วยเหลือดูแลจากผู้อื่นเป็นสิ่งจำเป็น ผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงเพิ่มพูนความสำคัญและจำเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุในวัยพึ่งพิงมีมากขึ้น

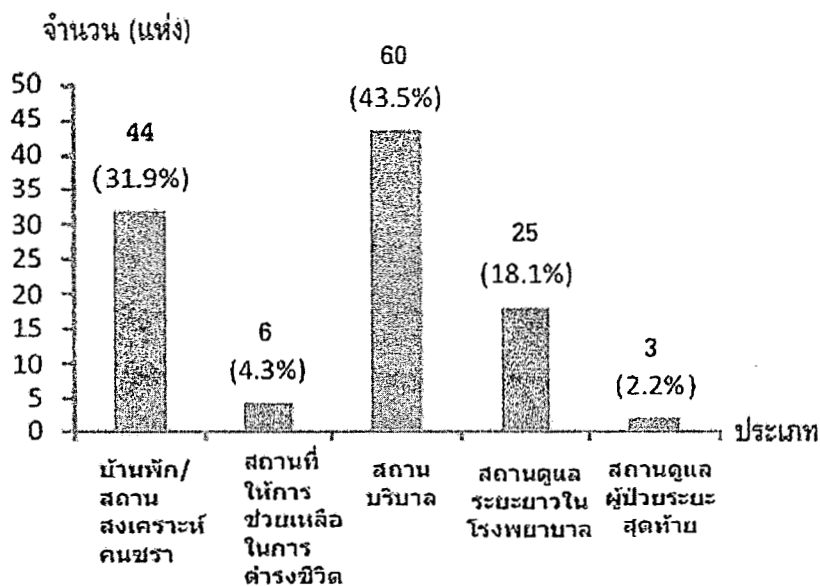
ปัจจุบันเริ่มมีการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบใหม่ ซึ่งต่างจากการดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวที่เคยปฏิบัติกันมาในอดีต โดยการจัดให้มี “ผู้ช่วย” ในการดำรงชีวิตประจำวันสำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ น้อยหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้และครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลได้ รูปแบบบริการโดยมากเป็นการจ้างผู้ช่วยมาจากศูนย์ดูแลต่าง ๆ ให้เข้ามาดูแลผู้สูงอายุ บริการลักษณะนี้มีหลายรูปแบบตามความต้องการของสังคม เช่น บริการที่จัดให้ในบ้าน ในโรงพยาบาลหรือแม้แต่ในสถานพยาบาลผู้สูงอายุ หรือ Nursing home ที่รับผู้สูงอายุมาอยู่ประจำ ให้การดูแลครอบคลุมทุกด้าน

อย่างไรก็ตาม บริการเหล่านี้ยังจำกัดอยู่เฉพาะในเมือง และเป็นบริการโดยเอกชนที่หวังผลกำไร ทำให้การเข้าถึงบริการยังเป็นไปอย่างจำกัด รวมทั้งบริการดังกล่าวยังมีราคาสูงและปัจจุบันยังขาดการกำหนดมาตรฐานบริการ ทำให้คุณภาพบริการไม่สม่ำเสมอ

2. สถานดูแลผู้สูงอายุไทย

สถานการณ์สถานดูแลผู้สูงอายุไทย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและ มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาสังคมไทยได้ดำเนินโครงการศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทยที่ให้บริการแก่ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ใน พ.ศ. 2552 พบว่าการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในไทย รวมทั้งการขยายตัวของโรคเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพาและต้องการการดูแลเพิ่มขึ้นทั้งภายในครอบครัวและการดูแลในสถานบริการ จากผลการศึกษา มีจำนวนสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทั้งหมด 138 แห่ง เกือบครึ่ง (ร้อยละ 43.5) เป็นสถานบริบาลมากที่สุดจำนวน 60 แห่ง รองลงมาเป็นบ้านพัก/สถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 44 แห่ง (ร้อยละ 31.9) สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล จำนวน 25 แห่ง (ร้อยละ 18.1) สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต จำนวน 6 แห่ง (ร้อยละ 4.3) และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 3 แห่ง (ร้อยละ 2.2) (กระทรวงสาธารณสุข, 2554)



ที่มา: โครงการศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

แผนภูมิที่ 1 แสดง จำนวนและร้อยละของสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว จำแนกตามประเภทสถานบริการ พ.ศ. 2552

สถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ส่วนใหญ่ครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49.3) กระจุกอยู่ในกรุงเทพมหานคร รองลงมาอยู่ในภาคกลาง (ร้อยละ 30.4) ขณะที่มีย่อยที่สุดในภาคใต้ จำนวน 5 แห่ง (ร้อยละ 3.6)

การบริการในสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในไทย ส่วนใหญ่ ให้บริการด้านการฟื้นฟูสภาพ (ร้อยละ 61.4) รองลงมาเป็น การให้บริการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (ร้อยละ 45.5) ในสัดส่วนใกล้เคียงกับการดูแลระยะสุดท้าย ขณะที่การดูแลสุขภาพที่บ้านพบน้อยที่สุด (ร้อยละ 15.9)

เมื่อเปรียบเทียบในสถานบริการ แต่ละประเภท พบว่า สถานบริการผู้สูงอายุ (nursing home) ให้บริการทุกประเภทมากกว่าในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวประเภทอื่น กล่าวคือ มีการให้บริการทั้งการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร้อยละ 36.8 ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมร้อยละ 50 การดูแลกลางวันร้อยละ 50 การดูแลชั่วคราวร้อยละ 47.1 การฟื้นฟูสภาพร้อยละ 40.7 การดูแลสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 57.1 และการส่งผู้ช่วยดูแลไปดูแลที่บ้านร้อยละ 75 รองลงมาคือ สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล ขณะที่บ้านพัก/สถานสงเคราะห์คนชรา แม้มีการให้บริการมาก แต่ก็ไม่ครบทุกประเภท คือ ไม่มีการส่งผู้ช่วยดูแลไปดูแลที่บ้าน

สำหรับในเรื่องการขึ้นทะเบียนของสถานบริการนั้น พบว่า มีสถานบริการที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามเพียง 25 แห่ง ซึ่งมีสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนเพียง 13 แห่ง (ร้อยละ 56) อยู่

ระหว่างการขึ้นทะเบียน ร้อยละ 16 (4 แห่ง) และไม่ได้ขึ้นทะเบียน 8 แห่ง (ร้อยละ 28) สำหรับบ้านพักคนชราของภาคเอกชนไม่ได้ขึ้นทะเบียน เนื่องจากส่วนใหญ่ขึ้นอยู่กับองค์การกุศลและองค์กรทางศาสนา ส่วนสถานที่ให้ความช่วยเหลือในการดำรงชีวิตและสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายไม่ได้ขึ้นทะเบียน เนื่องจากการให้บริการในวัด ซึ่งปัจจุบันไม่ได้มีการกำหนดให้ต้องขึ้นทะเบียน นอกจากนี้ ยังพบว่า สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล ได้มีการขึ้นทะเบียนทั้งหมด กับกองประกอบโรคศิลปะ คิดเป็น ร้อยละ 100 สำหรับสถานบริบาล ซึ่งเป็นองค์การธุรกิจมีการขึ้นทะเบียนกับกองประกอบโรคศิลปะ เพียงร้อยละ 38.5 กระทรวงพาณิชย์ ร้อยละ 15.2 และกรมการแพทย์ร้อยละ 7.7 ในขณะที่ร้อยละ 30.9 ของสถานบริบาลอยู่ระหว่างการดำเนินการขอขึ้นทะเบียน และร้อยละ 7.7 ของสถานบริบาลยังไม่ได้ขึ้นทะเบียน

สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความเห็นต่อประเด็นดังกล่าวว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวที่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกสภาวะ โดยมีการบูรณาการการดูแลทั้งทางด้านสังคมและสุขภาพในสถานบริการ ตลอดจนกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและกำหนดองค์กรกำกับดูแลและรับขึ้นทะเบียนสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในไทย

นอกจากนี้ ยังการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับระบบสถานบริบาลผู้สูงอายุ โดย ศิริพันธุ์ สาสัดย์ และ เตือนใจ ภักดีพรหม(2552) โดยผลการศึกษา พบว่า สถานบริบาลผู้สูงอายุที่มีลักษณะให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุตลอด 24 ชั่วโมง สำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลในระดับสูง จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ยังไม่มีการให้บริการดังกล่าวในภาครัฐมีแต่ในภาคเอกชน และการจดทะเบียนของสถานพยาบาลเอกชนมีหลายลักษณะทำให้ไม่สามารถทราบจำนวนสถานบริบาลผู้สูงอายุที่ชัดเจน บริการส่วนใหญ่เน้นการฟื้นฟูสภาพและลักษณะการบริการแตกต่างกันไปตามศักยภาพของสถานบริบาลนั้น ๆ และยังไม่มีการกำหนดสมรรถนะของผู้ให้บริการ บุคลากรส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุ ในภาครัฐ พบว่า มีบริการดูแลระดับสูงแฝงอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราสำหรับผู้พักอาศัยที่มีปัญหาสุขภาพ แต่เนื่องจากการไม่มีการแบ่งระดับความต้องการดูแลของผู้สูงอายุที่ชัดเจน ทำให้บุคลากรต้องแบกรับภาระการดูแลด้านสุขภาพมากขึ้น และไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้

ความหมายและประเภทของสถานดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย

1. สถานสงเคราะห์คนชรา หมายถึง สถานที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาต่าง ๆ เช่น ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีผู้ดูแล หรืออยู่กับครอบครัวแต่ปราศจากความสุข โดยกำหนดให้เฉพาะผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้เข้าพักอาศัย สถานสงเคราะห์คนชรา ศูนย์บริการผู้สูงอายุ และบ้านพักฉุกเฉิน ตาม

ระเบียบกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ ว่าด้วยการ ให้บริการผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 สามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

(1) สถานสงเคราะห์ให้บริการผู้สูงอายุ โดยแยกออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

(ก) ประเภทสามัญ ได้แก่ การให้บริการดูแลผู้รับบริการ โดยไม่เสียค่าบริการ

(ข) ประเภทหอพัก ได้แก่ การให้บริการจัดให้ผู้รับบริการเข้าอยู่ในหอพักโดยเสียค่าบริการให้สถานสงเคราะห์ ตามอัตราที่กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการกำหนด

(ค) ประเภทปลูกบ้านอยู่เอง ได้แก่ การให้บริการที่ทางราชการอนุญาตให้ผู้รับบริการปลูกบ้านพักอยู่ในบริเวณสถานสงเคราะห์ ตามหลักเกณฑ์ที่กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการกำหนด

(2) บ้านพักฉุกเฉินให้บริการแก่ผู้สูงอายุเป็นการชั่วคราวไม่เกิน 15 วัน หากผู้สูงอายุที่มีเหตุจำเป็นต้องพักเป็นระยะเวลานานกว่าที่กำหนด ต้องได้รับการอนุญาตจากผู้ปกครองสถานสงเคราะห์หรือผู้อำนวยการศูนย์

สถานการณ์ เมื่อผู้สูงอายุพักอาศัยอยู่ไประยะเวลาหนึ่งมักมีปัญหาสุขภาพตามมา และพบว่าร้อยละ 16 ของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชรา อยู่ในภาวะพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมด ทำให้สถานสงเคราะห์ส่วนใหญ่ที่ไม่ได้มีวัตถุประสงค์ในการรองรับการดูแลผู้สูงอายุในลักษณะดังกล่าวขาดแคลนงบประมาณและบุคลากรที่จะทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุเหล่านั้น (ศิริพันธุ์ สาสัตย์และคณะ, 2552)

2. สถานบริบาล (Nursing Home) หมายถึง สถานที่ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่มีภาวะพึ่งพิงบางส่วน และมีอาการไม่มาก เช่น อยู่ในภาวะทุพพลภาพ มีโรคเรื้อรัง มีภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น ไม่สามารถอยู่ที่บ้านได้ ต้องได้รับการดูแลที่ใช้ทักษะทางการแพทย์ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันบางอย่างให้แก่ผู้สูงอายุ

สถานการณ์ ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการโดยหน่วยงานเอกชน ซึ่งมีความหลากหลายในการขึ้นทะเบียน ยังไม่มีมาตรฐานกำหนด และขาดการกำกับควบคุมคุณภาพ และการควบคุมราคา ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 15,000-5,0000 บาทต่อเดือน ส่งผลให้ครอบครัวที่มีฐานะไม่ดีไม่สามารถแบกรับภาระนี้ได้ (ศิริพันธุ์ สาสัตย์และคณะ, 2552)

3. สถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว หรือ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาล (Long stay hospital) หมายถึง สถานพยาบาลที่จัดให้มีบริการการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุ ผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง

สถานการณ์ ส่วนใหญ่เป็นการจัดให้บริการโดยโรงพยาบาลเอกชน ซึ่งมีค่าใช้จ่ายที่ค่อนข้างสูงสำหรับในโรงพยาบาลของรัฐส่วนใหญ่เป็นการให้บริการแฝงในโรงพยาบาล เป็นการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคลื่อนไหว การทำกิจวัตรประจำวัน ต้องการการฟื้นฟูสภาพที่มีความหลากหลายครบวงจร ผสมผสานการแพทย์แผนปัจจุบันและแพทย์ทางเลือก

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ประเภทของรูปแบบการดูแลระยะยาว ขึ้นอยู่กับมิติของการพิจารณา หากพิจารณาตามมิติของลักษณะการให้บริการ

คอฟฟี (อ้างใน ศศิพัฒน์ ยอดเพชร, 2549, น.22) ได้แบ่งรูปแบบของการดูแลระยะยาวออกเป็น 4 รูปแบบ ดังนี้

- 1) รูปแบบบูรณาการศูนย์บริการที่บ้าน (Integrated Home-Service Center Model) เป็นการรวมบริการที่ให้บริการพื้นฐานด้านสุขภาพและบริการสังคมที่ให้การสนับสนุนผู้สูงอายุ นอกเหนือจากบริการในครอบครัว เป็นการจัดการบริการภายในศูนย์ให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปรับบริการได้ตามความสะดวกและตามความพร้อมโดยเสียค่าใช้จ่ายบางส่วน สถานที่จัดการบริการคือ ศูนย์บริการสุขภาพ ศูนย์นันทนาการ รูปแบบในการให้บริการได้แก่ การดูแลสุขภาพ การให้คำปรึกษา การจัดรถรับ-ส่ง การจ้างงาน การจัดอาหาร การออกกำลังกาย การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน บริการดูแลสุขภาพกลางวัน (day health care) บริการด้านกฎหมาย บริการทางโทรศัพท์
- 2) รูปแบบการรวมบริการ (Congregate Service Model) เป็นการรวบรวม บริการ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการจัดการบริการพื้นฐานหลากหลายชนิดเข้าด้วยกัน โดยมีสถาบันเข้ามาให้การดูแลและจัดหาบริการที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งสถานที่จัดการบริการคือครอบครัวอุปถัมภ์ บ้านพักคนชราที่มีรูปแบบในการให้บริการ เช่น อาหาร นันทนาการ การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การทำงานอดิเรก บริการแม่บ้าน การดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้านบริการแม่บ้าน บริการรถรับ – ส่ง บริการนี้มีความแตกต่างจากรูปแบบที่ 1 เนื่องจากมีสถาบันเข้ามาให้บริการและบริการส่วนใหญ่ที่จัดให้ก็เป็นบริการพื้นฐานภายในบ้าน
- 3) รูปแบบการดูแลที่บ้าน (Home Care Service) เป็นบริการเบื้องต้น สำหรับผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ที่บ้านเพื่อตอบสนองความต้องการของครอบครัวและผู้สูงอายุอีกทั้งเป็นการหลีกเลี่ยงการนำผู้สูงอายุไปอยู่ในสถาบัน โดยสถานที่จัดการบริการคือบ้าน รูปแบบในการให้บริการ ได้แก่ บริการทางโทรศัพท์ แม่บ้าน อาหาร บริการดูแลสุขภาพกลางวันการดูแลสุขภาพอนามัยที่บ้าน เพื่อนเยี่ยมบ้าน บริการแม่บ้าน บริการรถรับ-ส่งเพื่อไปรักษาพยาบาล
- 4) รูปแบบการดูแลในสถาบัน (Institution Care Model) เป็นทางเลือกสุดท้ายสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแล การบำบัดฟื้นฟู และการพักผ่อนภายหลังเจ็บป่วย ทั้งนี้ เนื่องจากการดูแลในสถาบันจะทำให้ระดับการช่วยเหลือตนเองหรือการพึ่งพาตนเองลดน้อยลง อีกทั้งบริการในสถาบันต้องอาศัยการสนับสนุนด้านงบประมาณจากรัฐเป็นจำนวนมาก ซึ่งสถานที่จัดการบริการคือ หน่วยงานที่ให้การดูแลรักษาในระยะยาวในโรงพยาบาล โดยมีบริการ คือ ห้องพัก และการทำความสะอาด การให้การพยาบาล การดูแลด้านการแพทย์นันทนาการ การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัด อาชีวบำบัด ศาสนบำบัด และบริการสังคม อื่นๆ

องค์การอนามัยโลก ได้แบ่งรูปแบบการดูแลออกตามมิติของสถานที่ และหน่วยงานหลักในการจัดบริการ โดยแบ่งรูปแบบของการดูแลระยะยาวออกเป็น 4 ประเภทดังนี้

- 1) การดูแลระยะยาวในสถาบัน (Institute Long-Term Care) หมายถึง การเตรียมการดูแลของบุคคลตั้งแต่ 3 คนหรือมากกว่า ในสถานที่เดียวกัน
- 2) การดูแลที่บ้าน (Home Care) เป็นการเตรียมการดูแลในบ้าน หรือการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลบุคคลที่ครอบครัวออกไปทำงานที่อื่น หรือเป็นชุมชนแออัด
- 3) การดูแลที่เป็นทางการ (Formal Care) เป็นการจัดบริการ โดยองค์การภาครัฐ องค์การเอกชน และภาคประชาชนในระดับท้องถิ่น ชาติ และนานาชาติ โดยมีนักวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล สังคมสงเคราะห์) ผู้ช่วยงานและอาสาสมัคร เป็นผู้ให้บริการ
- 4) การดูแลที่ไม่เป็นทางการ (Informal Care) เป็นการดูแล โดย ครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อน และอาสาสมัคร

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ และ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ (2550, น.43) ได้แบ่งรูปแบบการบริการระยะยาวตามมิติแหล่งให้บริการ ออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ คือ

- 1) บริการดูแลในสถานบริการ (institutional-based care) เป็นบริการดูแลผู้สูงอายุในสถานที่พักอาศัย เช่น สถานพยาบาลผู้สูงอายุ สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายสถานดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ศูนย์ฟื้นฟูสภาพ และสถานดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะกึ่งฉุกเฉิน
- 2) บริการดูแลโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน (community-based care) เป็นบริการในชุมชนหรือบ้านของผู้สูงอายุ เช่น การดูแลระยะยาวแบบไม่ค้างคืน (ศูนย์บริการทางสังคม ผู้สูงอายุกลางวัน) การดูแลที่บ้าน (บริการทางด้านการแพทย์ พยาบาล และบริการช่วยเหลืองานบ้าน) บริการเยี่ยมบ้านโดยอาสาสมัคร เป็นต้น

อาจกล่าวได้ว่า การดูแลระยะยาวมีรูปแบบการดูแลหลักอยู่ 3 รูปแบบ คือ การดูแลที่บ้านหรือในครอบครัว การดูแลในชุมชน และการดูแลในสถาบัน โดย 3 รูปแบบนี้ สามารถอธิบายลักษณะการพึ่งพาแต่ละขั้นของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกัน

3. มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ

แนวทางการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล กระทรวง

สาธารณสุข

การดูแลผู้สูงอายุ ในประเทศไทยปัจจุบัน ได้มีการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่มสุขภาพ ตามแบบรายงานผลการปฏิบัติงานของ อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ

สุขภาพผู้สูงอายุ

การประเมินความสามารถของผู้สูงอายุ

กลุ่มที่ 1 ติดสังคม ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นและสังคม ชุมชนได้

การเคลื่อนไหว : เดินขึ้นบันไดได้เองโดยไม่ต้องช่วยเหลือ เดินออกนอกบ้านได้ เดินตามลำพังบนทางเรียบได้
การรับประทานอาหาร : รับประทานอาหารด้วยตนเองได้ดี
การขับถ่าย : ใช้ห้องสุขาด้วยตนเองได้อย่างเรียบร้อย

กลุ่มที่ 2 ติดบ้าน ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง

การเคลื่อนไหว : เดินตามลำพังบนทางเรียบไม่ได้ ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ
การรับประทานอาหาร : ต้องการความช่วยเหลือขณะรับประทานอาหาร อาจทำโต๊ะเปื้อน
การขับถ่าย : ต้องการความช่วยเหลือพาไปห้องสุขา

กลุ่มที่ 3 ติดเตียง ผู้สูงอายุที่ป่วยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิกการ/ทุพพลภาพ

การเคลื่อนไหว : ย้ายตำแหน่งตัวเองขณะนั่งไม่ได้ ในท่านอนขยับตัวไม่ได้
การรับประทานอาหาร : กลืนลำบากแม้ว่าผู้ดูแลจะป้อนอาหารให้ ผู้สูงอายุรับสารอาหารผ่านช่องทางอื่น (จุก กระเพาะอาหารหรือลำไส้)
การขับถ่าย : ต้องขับถ่ายในท่านอน หรืออยู่บนเตียง สวมใส่ผ้าอ้อมตลอดเวลา ต้องเปลี่ยนผ้าอ้อมเป็นประจำ

แนวทางการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

ภารกิจที่ 1 การให้บริการสุขภาพ

การส่งเสริมช่วยเหลือดูแล 4อ.(อาหาร อารมณ์ ออกกำลังกาย อนามัย) 3ส.(สมอง สิ่งแวดล้อม สิทธิ) 1ย(ยา)

1. การควบคุมและจัดการอาการไม่สบายของผู้สูงอายุ
2. การควบคุมโรค และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน
3. การให้บริการดูแลรักษา/ทำหัตถการตามปัญหา สุขภาพของผู้สูงอายุ
4. การให้ความรู้และคำแนะนำการดูแลผู้สูงอายุ ที่ไม่สามารถเคลื่อนที่ได้
5. การประเมินและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการ ไม่เคลื่อนไหว

6. การป้องกันและควบคุมกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ: กลั้นปัสสาวะไม่ได้
สมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้า
7. การบำบัดฟื้นฟูภาวะทุพพลภาพ
8. การให้ความรู้และคำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุ ที่ติดเตียง/ ไม่สามารถ
เคลื่อนที่ได้
9. การส่งเสริมสุขภาพจิต
10. การให้คำปรึกษาการจัดสภาพแวดล้อม/อุปกรณ์ - ชุดบริการดูแล
ชั่วคราว (respite care)

ภารกิจที่ 2 การพัฒนาศักยภาพ (สุขภาพและสังคม)

1. การสนับสนุนการพึ่งพาตนเองของผู้สูงอายุ
2. การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว
3. การพัฒนาศักยภาพ อสม. อพส.หรือจิตอาสาในการ ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง
4. การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการ ดูแลผู้สูงอายุ

ภารกิจที่ 3 การประสาน การบริการ (สุขภาพและสังคม)

1. การประสานการจัดการอาการไม่สุขสบายของผู้สูงอายุ
2. การประสานการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน/ภาวะแทรกซ้อนและการ
เกิดโรคใหม่
3. การประสานการปรึกษา/ส่งต่อ/การดูแลรักษา/ตรวจ วินิจฉัยและรักษา
ต่อเนื่อง
4. การประสานการพัฒนาระบบการดูแล ผ่านระบบ สื่อสารทางไกล/ทาง
โทรศัพท์
5. การประสานการสนับสนุนยา เวชภัณฑ์ อุปกรณ์ดูแล ผู้สูงอายุ
6. การประสานการส่งต่อการดูแล (รพ.สต.-รพช.-รพ.แม่ข่าย)
7. การประสานการจัดตั้งและให้บริการดูแลชั่วคราว (respite care)
8. ประสานการรับสิทธิด้านสุขภาพและสังคมของผู้สูงอายุ

มาตรฐานการจัดบริการการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย ได้จัดทำมาตรฐานการจัดบริการการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็นประเภทและขอบเขตของมาตรฐานด้านต่าง ๆ ดังนี้ (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2549) เพื่อเป็นแนวทางการจัดทำมาตรฐานการจัดบริการการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ

ประเภทของมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ได้แบ่งประเภทของมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุไว้รวม 6 ด้าน ดังนี้

1. มาตรฐานด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล หมายถึง เกณฑ์การจัดการบริการและการสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในด้านสุขภาพ อนามัยและการรักษาพยาบาล

1.1. จัดตั้งศูนย์บริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ

1.2. บริการตรวจสุขภาพที่บ้าน

1.3. บริการให้ความรู้ แนะนำ การดูแลสุขภาพที่ถูกวิธีให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ เช่น การจัดโครงการฝึกอบรมให้ผู้ที่ต้องดูแลผู้สูงอายุในครัวเรือน

1.4. บริการตรวจสุขภาพประจำปี

1.5. บริการให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บเป็นรายบุคคล

1.6. ออกบัตรประจำตัวให้กับผู้สูงอายุเพื่อรักษาฟรีในโรงพยาบาล ผู้สูงอายุมีสิทธิรับการรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลแห่งนั้น โดยไม่ต้องเสียค่ารักษาพยาบาล ค่ารักษาพยาบาลในที่นี้หมายถึง เงินที่สถานพยาบาลเรียกเก็บในการรักษาพยาบาล ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข ว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2535

1.7. การบริการทางการแพทย์และการบริการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ

1.8. บริการช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล

1.9. การประกันสุขภาพ

1.10. บริการด้านกายภาพบำบัด

2. มาตรฐานด้านรายได้ หมายถึง เกณฑ์การจัดการบริการและการสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในด้านรายได้ ค่าครองชีพรวมไปถึงการส่งเสริมด้านอาชีพ

2.1. จัดสวัสดิการด้านรายได้แก่ผู้สูงอายุที่ยากจนและไม่มีแหล่งพึ่งพิงที่เพียงพอ

2.2. ส่งเสริมการจัดตั้งกองทุนส่งเสริมสวัสดิการผู้สูงอายุในชุมชน

2.3. การช่วยเหลือค่าครองชีพประจำวัน

2.4. จ่ายเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุ

2.5. การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม

362.16

11 444

2-3

2.6. กองทุนสำรองเลี้ยงชีพ

2.7. ให้ส่วนลดในรายการต่าง ๆ เช่น ค่าชื้อยา ค่าโดยสารสมรรถสาธารณะ ค่าโรงแรม ภัตตาคาร กิจการด้านบันเทิง และสถานที่ราชการ ได้แก่ พิพิธภัณฑ์ โบราณสถาน อุทยานแห่งชาติ ฯลฯ ตลอดจนค่าบริการด้านทันตกรรม

2.8. ในทุนประกอบอาชีพที่เหมาะสม

3. มาตรฐานด้านที่พักอาศัย หมายถึง เกณฑ์การจัดบริการและการสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในด้านบริการที่พักอาศัยและเครื่องนุ่งห่ม

3.1. บ้านพักคนชรา เป็นบริการที่พักอาศัยที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพร่างกายและอารมณ์ ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาทางการเงินหรือปัญหาอื่น ๆ อันเป็นเหตุจำเป็นต้องแยกออกจากครอบครัว หรือผู้มีรายได้น้อย

3.2. สถานพยาบาลเป็นบริการที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการรักษาพยาบาลเป็นประจำและต่อเนื่อง หรือต้องการการดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด

3.3. บ้านพักคนชราที่ต้องเสียค่าบริการส่วนหนึ่ง

3.4. บริการครอบครัวอุปการะ เป็นบริการที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว หรือไร้ที่พึ่ง

3.5. การจัดที่พักอาศัยและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง

4. มาตรฐานด้านนันทนาการ หมายถึง เกณฑ์การจัดบริการและการสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในด้านกิจกรรมนันทนาการเพื่อสร้างความผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ

4.1. การจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ เพื่อเป็นศูนย์กลางข่าวสาร แหล่งพบปะสังสรรค์ของผู้สูงอายุ รวมทั้งเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เป็นศูนย์กลางในการจัดกิจกรรมในวันสำคัญทางศาสนา จัดทัศนศึกษาด้านศาสนา ด้านศิลปวัฒนธรรม และธรรมชาติ

4.2. ศูนย์บริการผู้สูงอายุ เพื่อให้การปรึกษาแก่ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัวเป็นสถานที่ออกกำลังกาย เล่นกีฬา พักผ่อนหย่อนใจ ทำงานอดิเรก เป็นต้น

4.3. สโมสรผู้สูงอายุ เพื่อเป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุในการพักผ่อน ออกกำลังกาย พบปะสังสรรค์ การรับบริการตรวจสุขภาพ การเรียนอาชีพ การเรียนภาษา การรับปรึกษาปัญหา การบำเพ็ญประโยชน์ในสังคม เช่น สอนหนังสือ เล่านิทาน สอนดนตรี สอนลีลาศ ตลอดจนการเยี่ยมเยียนผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและพิการ

4.4. บริการนันทนาการ งานรื่นเริงในวันนักขัตฤกษ์

4.5. การจัดกิจกรรมนันทนาการร่วมกับเยาวชน คนในชุมชน กลุ่มเครือข่าย

4.6. การทัศนศึกษาแหล่งธรรมชาติ ศาสนสถาน แหล่งท่องเที่ยวนอกสถานที่

5. มาตรฐานด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง หมายถึง เกณฑ์ การจัดการและการสงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านบริการทางสังคมที่ เกี่ยวกับศูนย์บริการสังคม การอำนวยความสะดวก และความปลอดภัย ตลอดจนการคุ้มครองผู้สูงอายุ ด้านกฎหมาย สิทธิและสวัสดิการเพื่อให้ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรีและคุณค่า

5.1. โอกาสในการศึกษาเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างต่อเนื่อง เข้าถึงข้อมูล ข่าวสารและบริการทางสังคม

5.2. การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคารสถานที่ ยานพาหนะ หรือบริการสาธารณะอื่น

5.3. การสงเคราะห์การจัดการศพตามประเพณี

5.4. จัดตั้งศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ ศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน โดยมี ลักษณะการให้บริการ ดังนี้

5.4.1. การบริการภายในศูนย์ ได้แก่ บริการด้านสุขภาพด้านอนามัย กายภาพบำบัด สังคมสงเคราะห์ กิจกรรมเสริมรายได้ กิจกรรมเสริมความรู้ นันทนาการ และกิจกรรมด้านศาสนา เป็นต้น

5.4.2. บริการหน่วยเคลื่อนที่ เป็นบริการที่จัดให้แก่ผู้สูงอายุในชุมชน โดยการออก หน่วยเคลื่อนที่ที่เยี่ยมเยียน ให้คำแนะนำปรึกษาแก้ไขปัญหา บริการด้านสุขภาพอนามัย และบริการด้าน ข้อมูลข่าวสาร เป็นต้น

5.4.3. บริการบ้านพักฉุกเฉิน เป็นการบริการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบปัญหา ความ เดือดร้อนเฉพาะหน้าโดยการรับเข้าบ้านพักฉุกเฉินชั่วคราว

5.4.4. บริการด้านศาสนกิจ และบริการฌาปนกิจให้คนชราที่ไม่มีญาติ

5.4.5. จัดฌาปนกิจสงเคราะห์

5.4.6. ลดหย่อนภาษีเงินได้ให้แก่บุตร ซึ่งเป็นอุปการะเลี้ยงดูผู้สูงอายุที่เป็นบุพการีและ ไม่มีรายได้ หรือมีรายได้น้อยกว่า 30,000 บาท

5.4.7. จัดให้มีกฎหมายและแนวปฏิบัติในการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ

5.4.8. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวอย่างมีคุณภาพและต่อเนื่องจนวาระ สุดท้ายของชีวิต

5.4.9. รณรงค์ให้คนในครอบครัว และชุมชนเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ

5.4.10. ส่งเสริมค่านิยมในการอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุ

5.4.11. ส่งเสริมสมาชิกในครอบครัวให้มีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ โดยการให้ ความรู้และข้อมูลแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุเกี่ยวกับบริการต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์

5.4.12. บริการด้านกฎหมาย เพื่อป้องกันรักษาความปลอดภัย สิทธิ และสวัสดิการ

5.4.13. การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรมหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายหรือถูกต้องทั้ง

5.4.14. การให้คำแนะนำ ปรัชญา หรือดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี หรือในทาง การแก้ไขปัญหาครอบครัว

6. มาตรฐานสร้างบริการ และเครือข่ายการเกื้อหนุน หมายถึง เกณฑ์การจัดบริการและการ สงเคราะห์แก่ผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการสร้างอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ การสร้าง เครือข่ายระหว่างกลุ่มผู้สูงอายุ และการจัดให้มีศูนย์บริการชุมชนนอกประสงค์แก่ผู้สูงอายุ

6.1. ศูนย์นอกประสงค์สำหรับผู้สูงอายุ

6.2. ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในเวลากลางวัน

6.3. บริการเยี่ยมบ้าน

6.4. ระบบดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

6.5. บริการชุมชนเคลื่อนที่ไปในพื้นที่ต่าง ๆ โดยเฉพาะพื้นที่ห่างไกล

6.6. จัดตั้งระบบเฝ้าระวัง เกื้อกูล และดูแลผู้สูงอายุโดยชุมชน

6.7. จัดให้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

6.8. ให้ความรู้ความสามารถให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุและอาสาสมัครผู้ดูแล

6.9. สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีเครือข่ายช่วยเหลือซึ่งกันและกันในชุมชน

6.10 บริการแม่บ้าน โดยการจัดส่งแม่บ้านไปช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทำงานบ้านต่าง ๆ

เช่น การจ่ายของ ทำความสะอาด ประกอบอาหาร และการช่วยเหลืออื่น ๆ ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสบายขึ้น

มาตรฐานการการจัดบริการผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์

ตามพระราชบัญญัติปรับปรุง กระทรวง ทบวงกรม พ.ศ. 2545 (สำนักบริการสวัสดิการสังคม ส่วนมาตรฐานการจัดบริการสวัสดิการสังคมและคณะ, 2548) ประกอบด้วย มาตรฐานการจัดบริการ ผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์ 5 มาตรฐาน ได้แก่

1) การบริหารจัดการ

2) สุขภาพ

3) ผู้ใช้บริการ สิทธิผู้ให้บริการ ได้รับการคุ้มครองและส่งเสริมให้ผู้ให้บริการสามารถ ดำรงชีวิตตนเองได้

4) ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและระบบความปลอดภัย และ

5) ระบบมาตรฐานภายใน

มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

ในประเทศไทย ยังไม่มีมาตรฐานการจัดบริการหรือการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่ชัดเจน จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยพบว่า มีผู้ศึกษาเกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในโรงพยาบาล ดังต่อไปนี้

มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาล ในประเทศไอร์แลนด์

The Health Information and Quality Authority (HIQA) เป็นองค์กรอิสระที่มีหน้าที่รับผิดชอบในการกำกับควบคุมคุณภาพ ความปลอดภัย เกี่ยวกับการจัดบริการที่อยู่อาศัยและกระบวนการภายในเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ HIQA ได้นำมาตรฐานแห่งชาติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในสถานพยาบาลในไอร์แลนด์มาใช้ในการพัฒนามาตรฐานและเป็นตัวแทนในการดูแลผลประโยชน์ของทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยมาตรฐานนี้ มีความครอบคลุมองค์ประกอบต่าง ๆ 7 องค์ประกอบ 32 มาตรฐาน ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 สิทธิ (Rights)

- มาตรฐานที่ 1 การได้รับข้อมูลข่าวสาร
- มาตรฐานที่ 2 การได้รับคำปรึกษาและความมีส่วนร่วม
- มาตรฐานที่ 3 การให้ความยินยอม
- มาตรฐานที่ 4 การเคารพความเป็นส่วนตัวและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
- มาตรฐานที่ 5 สิทธิของพลเมือง การเมือง และศาสนา
- มาตรฐานที่ 6 การร้องเรียน
- มาตรฐานที่ 7 การทำเงื่อนไขข้อตกลง

องค์ประกอบที่ 2 การปกป้องคุ้มครอง (Protection)

- มาตรฐานที่ 8 ความคุ้มครองการถูกกระทำหรือล่วงละเมิด
- มาตรฐานที่ 9 ความคุ้มครองด้านการเงิน

องค์ประกอบที่ 3 ความต้องการพื้นฐานด้านสุขภาพและสังคม (Health & Social Care Needs)

- มาตรฐานที่ 10 การเข้าถึงการบริการ
- มาตรฐานที่ 11 การวางแผนการดูแล
- มาตรฐานที่ 12 การสร้างเสริมสุขภาพ
- มาตรฐานที่ 13 การดูแลรักษาสุขภาพ
- มาตรฐานที่ 14 การบริหารจัดการยา

มาตรฐานที่ 15 การเฝ้าระวังและการทบทวนด้านยา

มาตรฐานที่ 16 การดูแลระยะสุดท้ายของชีวิต

องค์ประกอบที่ 4 คุณภาพชีวิต (Quality of Life)

มาตรฐานที่ 17 ความเป็นอิสระและเป็นตัวของตัวเอง

มาตรฐานที่ 18 กิจกรรมประจำวันและความคาดหวัง

มาตรฐานที่ 19 การรับประทานอาหาร

มาตรฐานที่ 20 การติดต่อกับสังคม

มาตรฐานที่ 21 การตอบสนองต่อพฤติกรรมที่มีความท้าทาย

องค์ประกอบที่ 5 บุคลากร (Staffing)

มาตรฐานที่ 22 การสรรหาและคัดเลือก

มาตรฐานที่ 23 คุณวุฒิและคุณลักษณะของบุคลากร

มาตรฐานที่ 24 การฝึกอบรมและการเป็นพี่เลี้ยง

องค์ประกอบที่ 6 สิ่งแวดล้อมในการดูแล (The Care Environment)

มาตรฐานที่ 25 สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

มาตรฐานที่ 26 สุขภาพและความปลอดภัย

องค์ประกอบที่ 7 การบริหารและการจัดการ (Governance & Management)

มาตรฐานที่ 27 ระบบปฏิบัติการ

มาตรฐานที่ 28 วัตถุประสงค์และหน้าที่

มาตรฐานที่ 29 ระบบการบริหารจัดการ

มาตรฐานที่ 30 การประกันคุณภาพและการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานที่ 31 การบริหารการเงิน

มาตรฐานที่ 32 การบันทึกข้อมูลของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

(Participatory Action Research: PAR)

แนวคิดพื้นฐานของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) หรือที่เรียกย่อ ๆ ว่า PAR เป็นการวิจัยในหน่วยงานของผู้วิจัยเอง ในชุมชน หรือท้องถิ่นส่วนใหญ่ เรียกว่า การวิจัยเพื่อท้องถิ่นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ เริ่มเกิดขึ้นเมื่อประมาณกลางปี ค.ศ. 1970 จึงมีแนวคิดใกล้เคียงกับการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ซึ่งเริ่มมาตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1940 และมีส่วนคล้ายกับการพัฒนาชุมชน ที่มีมาตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1920 (พันธทิพย์ งามสูตร, 2540)

นางลัดดา วัชรชัย และทีศนา แคมมณี (2546) ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม นั้นการศึกษาบริบทเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็น นักวิจัยจะต้องรู้จัก คำว่า Identify need & problem ต้องรู้จัก คำว่า การศึกษาบริบททั่วไป และบริบทวิจัย ในกรณีบริบททั่วไป หมายถึง การวิเคราะห์ชุมชนเพื่อค้นหาโจทย์หรือความจำเป็น (Need) ซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมในแนวราบของผู้เกี่ยวข้องคือคนในระบบที่เราจะต้องมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนไม่ใช่บางตอนเพราะฉะนั้น การพัฒนาโจทย์วิจัย เขาต้องมีส่วนร่วมหากมีการ implement อะไร เขาจะต้องมีส่วน contribute ด้วย ถ้าไม่มีเงินก็สามารถร่วมแรงได้ไม่ใช่แบบมีออ PAR จึงเป็นเรื่องที่ว่าด้วย การมีส่วนร่วม เป็นการเรียนรู้ร่วมกัน นักวิจัยได้อะไร คำตอบ คือ ได้องค์ความรู้ ผู้คนทั้งหลายที่เกี่ยวข้อง (Stakeholder) ใน System ได้อะไร คำตอบคือ ได้ความรู้ในเรื่องของเขาและได้มีการ Transformation ซึ่งก็คือ การเปลี่ยนผ่านในที่นี้ไม่ใช่การเปลี่ยนแล้วผ่าน แต่หมายถึงเปลี่ยนแล้วไปกลับไม่กลับมาแบบเดิม ซึ่งนั่นก็คือ การพัฒนาที่ยั่งยืน เช่น ขึ้นบันไดจากขั้นที่ 1 แล้วไปขั้นที่ 3 ห้ามกลับมาขั้นเดิม

ทุกคนมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนของวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เมื่อ plan, Act, Observe, Reflect แล้ว ยังไม่บรรลุผลก็กลับไป Plan ใหม่ Act ใหม่ Observe ใหม่ และ Reflect ใหม่ ก็จะเป็น Spiral cycle (วงจรแบบเกลียวสว่านไปเรื่อย ๆ) ดังนั้น การวิจัยแบบ PAR ต้องมีการประเมิน evaluation ด้วยว่า ก่อนเป็นอย่างไร need เดิมเป็นอย่างไร ทำอย่างไร ทำแล้วระหว่างทางเกิดอะไร สุดท้ายแล้วได้อะไร จึงเห็นว่า PAR เป็นสหวิทยาการมากกว่าจะเป็น Participatory ธรรมดา โจทย์จริง ๆ ต้อง Emerge ของปัญหาจริง ๆ ไม่ใช่การชี้นำ (วารสารบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2548)

ขนิษฐา กาญจนรังสี (2544) ได้เสนอแนวคิดพื้นฐานในการดำเนินวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมีดังต่อไปนี้

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่งอยู่กับที่ การวิจัยเริ่มต้นจากสถานการณ์ที่เป็นจริงในขณะหนึ่ง เคลื่อนที่ไปยังสถานการณ์ที่ควรจะเป็นอนาคตซึ่งไม่อาจทำนายได้ โดยการเคลื่อนที่ดังกล่าวเกิดขึ้นได้ทั้งจากการแปลงเองในสถานการณ์นั้นถูกกระทบจากเหตุการณ์แวดล้อมนอกกระบวนการวิจัย และเกิดจากกระบวนการวิจัย รวมทั้งผู้ร่วมในการวิจัยเอง การเกิดขึ้นของการเปลี่ยนแปลงจะต้องถูกเก็บมาเป็นส่วนหนึ่งของการวิเคราะห์ และตัดสินใจในการเคลื่อนไหวของกิจกรรมต่อ ๆ มา ในกระบวนการวิจัยเสนอ ดังนั้นกระบวนการวิจัยจึงต้องมีลักษณะยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนได้ กำหนดเวลาอาจคลาดเคลื่อนไม่มีความแน่นอน สภาพปัญหา แนวทางการแก้ไขปัญหา และกิจกรรมแก้ไขปัญหาไม่สามารถกำหนดไว้ล่วงหน้าได้

2. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จะประสบความสำเร็จได้เมื่อนักวิจัย และผู้เกี่ยวข้องมีความเชื่อว่าคนทุกคนมีศักยภาพและความสามารถในการคิดและการทำงานร่วมกันเพื่อชุมชนที่ดีขึ้นผู้มีความรู้ภูมิปัญญาท้องถิ่นมีความสำคัญเช่นเดียวกับภูมิปัญญาของนักวิจัย นักวิชาการ หรือนักพัฒนา และทุกสิ่งทุกอย่างในชุมชน ทั้งเรื่องความรู้ความชำนาญ ทรัพยากรที่มีอยู่และจะหาได้ในอนาคตจะต้องได้รับการจัดสรรอย่างเท่าเทียมกัน

3. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม จะต้องเริ่มจากความรู้สึกของคนที่มีปัญหา หรือความต้องการของชุมชน แล้วเคลื่อนสู่การสร้างเข้าใจ และเป็นการกระทำพร้อมก่อที่จะให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในตนเองและชุมชน ทั้งในมิติของปัญญา จิตใจ และกายภาพ

4. กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องและไม่สิ้นสุดในวงจรแต่เป็นการเริ่มเพื่อนำไปสู่วงจรใหม่ ซึ่งเป็นวงจรของการแสวงหาความรู้และการกระทำ โดยวงจรนี้จะดำรงอยู่และดำเนินต่อไปได้ตราบเท่าที่คนในชุมชนยังสามารถมีส่วนร่วมกันวิจัยอยู่ได้

สิทธิณัฐ ประพุทธานิธินสาร (2547, หน้า 37 - 39) ได้กล่าวถึงแนวคิด PAR ได้ถูกพัฒนาจากปัญหาของการพัฒนา หรือการแก้ปัญหาต่าง ๆ ในสังคมที่ได้ดำเนินการมายาวนาน แต่ดูเหมือนว่าปัญหาต่าง ๆ ในสังคมยิ่งซับซ้อนยุ่งยากมากขึ้นในขณะเดียวกันปัญหาทางองค์ความรู้ที่เคยเชื่อว่าจะเกิดมาจากการวิจัยที่ผูกขาดโดยนักวิจัยที่มีทฤษฎีมีระเบียบวิธีวิจัยที่เชื่อได้ทางวิทยาศาสตร์ องค์ความรู้บางส่วนได้ถูกนำไปช่วยให้ชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์ดีขึ้น แต่หลายส่วนที่องค์ความรู้กับปรากฏการณ์จริงที่หลากหลายโดยเฉพาะทางด้านสังคมศาสตร์กลับมีช่องว่างมากขึ้นยิ่งไปกว่านั้นคือความรู้ในด้านเทคโนโลยี ส่วนมากจะเป็นเรื่องเฉพาะด้านก็จะแก้ปัญหาได้เฉพาะจุด และบางครั้งตัวเทคโนโลยีนั้น ก็สร้างปัญหาใหม่ขึ้นมากอีก วงเวียนแบบนี้ตลอดไป ส่วนความรู้ด้านสังคมศาสตร์มีลักษณะถ้าไม่เคยเกิดไป ก็กว้างเป็นนามธรรมสูงจนเกินไปจึงไม่ได้ช่วยให้ การแก้ปัญหาต่าง ๆ

เป็นไปอย่างมีผล หรือกล่าวอีกนัยหนึ่งคือ ช่องว่างระหว่างความรู้กับการปฏิบัติการ ดูเสมือนว่ากว้างขึ้น

จากแนวคิดพื้นฐานที่กล่าวมาข้างต้น พอสรุปแนวคิดได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ได้แนวทางการดำเนินการมาจากการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มุ่งหวังแก้ปัญหาในสังคมนั้น ๆ โดยผู้แก้ปัญหาก็คือคนในสังคมนั้นเองที่ร่วมกันแก้ปัญหา ซึ่งกระบวนการกระทำแต่ละขั้นตอนต้องมุ่งประโยชน์ต่อสังคม และทุกขั้นตอนสังคมนั้นต้องมีส่วนร่วม โดยมุ่งการพัฒนาที่ยั่งยืน ต้องมีการศึกษาบริบทของสังคมอย่างแท้จริงเพื่อให้ทราบถึงปัญหา สู่การร่วมมือกันพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การพัฒนาสังคมและชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participation) ของประชาชน เป็นสิ่งที่สำคัญและจำเป็นที่ต้องใช้การทำงานในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ซึ่งเป็นการวิจัยที่จัดทำเป็นกลุ่มเป็นหมู่คณะและการวิจัยโดยปฏิบัติงานเอง จนภายหลังมีการเรียกวิจัยเช่นนี้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (กมล สุดประเสริฐ, 2540, หน้า 6)

สุภากร จันทวานิช (2543, หน้า 67 - 68) การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นวิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมวิจัยนับตั้งแต่การระบุปัญหาการดำเนินการติดตามผล จนถึงขั้นประเมินผล

ขนิษฐา กาญจนรังสี (2544) สรุปว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นการรวมทั้งการวิจัยเชิงปฏิบัติการและการวิจัยแบบมีส่วนร่วมเข้าด้วยกัน กล่าวคือ เป็นการพยายามศึกษาชุมชน โดยเน้นการวิเคราะห์ปัญหา ศึกษาแนวทางการแก้ปัญหา วางแผนดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหา (Planning) ปฏิบัติตามแผน (Doing) และติดตามประเมินผล (Checking) โดยทุกขั้นตอนมีสมาชิกในชุมชนเข้าร่วมด้วย

สำนักมาตรฐานการศึกษา (2545, หน้า 232) ระบุว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นเทคนิคการศึกษา และ วิเคราะห์ปัญหาชุมชนที่เน้นคนในชุมชนสามารถรวมตัวกันในรูปแบบขององค์กร ประชาชนที่มีประสิทธิภาพโดยเพิ่มศักยภาพของชุมชนด้วยระบบข้อมูลให้ประชาชนเห็นความสำคัญของข้อมูล เพราะข้อมูลจะช่วยให้คนในชุมชนสามารถวิเคราะห์ปัญหาของชุมชน และดำเนินการพัฒนาชุมชนต่อไป

สุรียา วีรวงศ์ (2546) กล่าวถึงความหมายการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไว้ว่า เป็นวิธีวิทยาให้สังคมช่วยกันคิด โดยเป็นการวิจัยและพัฒนา ซึ่งขยับจากการวิจัยแบบปกติ การทำวิจัยประเภทนี้ จะต้องมีความสัมพันธ์กับชุมชน ซึ่งจะเห็นภาพของวิธีการที่เคลื่อนตัวมาเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

กรานด์ และ คิมมิส (Grundy and Kemmis) อ้างถึงใน บุญเรือง ขจรศิลป์, 2546) ระบุว่า ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม คนที่ร่วมวิจัยต้องมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ วางแผน (Plan) การกระทำตามแผน (Doing) และประเมินผล (Checking) ทุกกิจกรรมอย่างเป็นระบบ มีการประเมินตัวเอง (Action) พร้อมกับการรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนร่วมงาน เมื่อเวลาที่ทำเนิกรงานอาจขยายแวงดวงของผู้ร่วมวิจัยในโครงการไปอีก แต่ก็ต้องมีกระบวนการที่พยายามรักษาการมีส่วนร่วมอย่างเท่าเทียมกันระหว่างทีมงานทุกคนไว้ได้ ส่วนใหญ่การวิจัยประเภทนี้จะเกิดขึ้นในสังคมประชาธิปไตย เพราะเป็นกระบวนการประชาธิปไตยอย่างหนึ่งในลักษณะของกระบวนการวิจัยอยู่บนฐานของปรัชญาและคุณค่าที่เน้นคนเป็นศูนย์กลาง (People centered) สร้างพลังอำนาจให้แก่ประชาชน (Empowerment) ด้วยกระบวนการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วม (Participation) ผ่านการวิจัยเพื่อเปลี่ยนสภาพ (Transformation) ของบุคคลและสังคม

สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม หมายถึง กระบวนการวิจัยที่มีผู้มีส่วนร่วมหลายฝ่ายเข้ามาร่วมกันแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นโดยมีการร่วมทุกกระบวนการวิจัย ตามบทบาทหน้าที่ของผู้ร่วมวิจัยแต่ละคน ตั้งแต่เริ่มการเลือกประเด็นปัญหาจนเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยถือว่าทุกคนที่มีส่วนเกี่ยวข้องมีความสำคัญ เท่า ๆ กัน ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วมที่ได้ร่วมลงมือกระทำโดยยึดหลักประชาธิปไตย

หลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม PAR

คุณลักษณะพื้นฐานของ PAR 6 ประการ (Kemmis และ Wilkinson อ้างถึงใน ผ่องพรรณ ตรัยมงคลกุล, 2543, หน้า 187) มีดังนี้

1. กระบวนการวิจัยแบบ PAR เป็นกระบวนการทางสังคม (PAR is social process) เพราะมีความเชื่อว่ากระบวนการพัฒนาปัจเจกชนกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางสังคมเป็นไปอย่างมีสัมพันธ์กัน ไม่ว่าปัจเจกชนนั้น ๆ จะได้รับประโยชน์โดยส่วนตนมากหรือน้อย

2. การวิจัยแบบ PAR เป็นการวิจัยแบบมีส่วนร่วม (PAR is participatory) การวิจัยอาจเริ่มต้นหรือถูกจุดประกายโดยนักวิจัยภายนอกแต่กระบวนการวิจัยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกคน ในกลุ่มเป็นเจ้าของวิจัยร่วมกัน ไม่ใช่เพียงในฐานะผู้ให้ข้อมูลกับนักวิจัยภายนอก หรือในฐานะเฉพาะผู้ได้รับผลประโยชน์ แต่ถือว่าทุกคนร่วมกันวิจัยเกี่ยวกับเรื่องของตนเอง การมีส่วนร่วมในการจัดการใช้ความรู้ ความคิดของตนเพื่อการเปลี่ยนแปลง รวมทั้งเรียนรู้ที่จะสะท้อนความคิดวิพากษ์ตนเอง ในสิ่งที่ได้กระทำร่วมกัน ทั้งนี้ PAR ในอุดมคตินั้น สมาชิกในชุมชนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการวิจัย ตั้งแต่การตกลงในที่จะทำการวิจัย การกำหนดปัญหาวิจัย การเลือกวิธีการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การตรวจสอบข้อมูล การตัดสินใจที่จะปฏิบัติการตามแผน และการวิเคราะห์ผลการปฏิบัติ

3. การวิจัย PAR เป็นการวิจัยที่เน้นการปฏิบัติ (PAR is Practical) โดยเฉพาะการปฏิบัติใด ๆ ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของคนในสังคม โดยมุ่งทำความเข้าใจวิธีการ และผลการปฏิบัติงานที่เป็นอยู่ ศึกษาวิธีการที่จะปฏิบัติให้ดีขึ้น และเรียนรู้จากกระบวนการปฏิบัติและผลที่เกิดขึ้น ความรู้ได้จากการวิจัยจะเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติ

4. การวิจัยแบบ PAR เป็นกระบวนการวิจัยเพื่อสร้างอิสรภาพ (PAR is emancipator) กล่าวคือ ปลุกจิตสำนึกเพื่อให้คนได้คลี่คลาย และเอาชนะปัญหาอุปสรรคอันเนื่องจากการถูกเอารัดเอาเปรียบในสังคมที่มีโครงสร้างไม่เป็นธรรม ทำให้คนเรียนรู้ที่จะแบ่งปันและร่วมสร้างสังคมที่เป็นธรรมและสงบสุขมากขึ้น

5. การวิจัยแบบ PAR เน้นกระบวนการเชิงวิพากษ์ (PAR is critical) สะท้อนตนเอง (Self-reflection) ในขั้นตอนของการวิจัยทั้งก่อนและหลังการปฏิบัติ

6. การวิจัยแบบ PAR เป็นเกลียวของการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAR is recursive) จะสะท้อนถึงวงจรของการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง และการเปลี่ยนแปลงซึ่งจะช่วยให้เรียนรู้ต่อไปอีก จึงเป็นกระบวนการเรียนรู้จากการปฏิบัติร่วมกัน (Learning by doing with others)

วิโรจน์ สารรัตนะ (2548) ยังได้กล่าวถึงหลักการ 10 ประการ เพื่อการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมดังนี้ คือ

1. บริบทเฉพาะ
2. มุ่งเปลี่ยนแปลง
3. มุ่งการกระทำเพื่อบรรลุผล
4. มุ่งเกิดการเรียนรู้ร่วมกันอย่างเป็นระบบ
5. ทักษะที่หลากหลาย
6. รับฟังความคิดเห็นจากผู้ร่วมวิจัย
7. ตระหนักในศักยภาพความเป็นผู้เชี่ยวชาญ และความเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของผู้ร่วมวิจัย
8. วิเคราะห์ วิพากษ์ วิพากษ์ตนเอง
9. มีการบันทึกของผู้ร่วมวิจัยทุกคน เช่น การเปลี่ยนในกิจกรรม และการปฏิบัติความสัมพันธ์ทางสังคม และรูปแบบองค์การ การเรียนรู้ในตนเองที่เกิดขึ้น
10. นำไปสู่การพัฒนาที่ยั่งยืน

ดังนั้น สามารถสรุปหลักการสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมได้ว่า เป็นการวิจัยที่มีลักษณะที่มุ่งการเป็นประชาธิปไตยให้ความเท่าเทียมกับทุกคนเห็นความสำคัญ ทุกคนสามารถคิดได้อย่างเสรีภาพตามศักยภาพของแต่ละคนเปิดโอกาสให้ทุกคนแสดงความสามารถของตนเอง

ส่งเสริมการรักถิ่นฐานบ้านเกิดส่งเสริมการกล้าแสดงออกร่วมพัฒนาชุมชนของตนเอง ให้มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี

ลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ลักษณะสำคัญของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นการวิจัยที่มุ่งจะนำหลักของวิธีการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ เพื่อแก้ปัญหาในสภาพการณ์เฉพาะ ไม่ได้มุ่งเน้นเพื่อนำผลไปใช้กับสภาพการณ์อื่น ๆ โดยทั่วไปที่นอกเหนือไปจากสภาพการณ์ที่ศึกษา เป็นการวิจัยที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในฐานะผู้ร่วมวิจัยและนำไปใช้ในการแก้ปัญหาในการทำงานจริง ๆ นักวิจัยเพื่อพัฒนาหรือนักวิจัยภายนอก และแลกเปลี่ยนการเรียนรู้ ช่วยตรวจสอบปัญหาการมองซึ่งกันและกัน เป็นกระบวนการวิจัยต่อเนื่อง ซึ่งจะก่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจต่อการเปลี่ยนแปลงในชุมชนตลอดเวลาในกระบวนการวิจัยแล้วจะนำประชาชนไปสู่การคิดเอง ทำเอง และแก้ปัญหาเองในที่สุด (สมอาจ วงษ์ชมทอง, 2536, หน้า 24)

นอกจากวงจรของการวิจัย หรือ เกลียวการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งเป็นลักษณะเฉพาะของ การวิจัยเชิงปฏิบัติการแล้ว การวิจัยแบบ PAR ไม่มีกรอบที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องวิธีการใช้แนวทางของการวิจัยเชิงวิพากษ์ คือ ใช้แนวทางผสมผสาน (Eclectic) ทั้งนี้ เน้นเทคนิควิธีที่เป็นหัวใจ คือการสะท้อนตนเอง และวิภาษวิธีเลือกใช้เทคนิคของการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูลที่เหมาะสมกับสถานการณ์และเป็นวิธีที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้และปฏิบัติร่วมกันทั้งนี้ต้องยอมรับความเสี่ยง หรือความผิดพลาดร่วมกันทั้งกลุ่มนักวิจัยภายนอก และสมาชิกของชุมชน หากมีข้อขัดแย้งใด ๆ ในทุกขั้นตอนของการศึกษาและการปฏิบัติก็ควรมีการเปิดใจพูดคุยคลี่คลายกันอย่างตรงไปตรงมา

อย่างไรก็ดี งานวิจัยในแนวทาง PAR มีคุณลักษณะเฉพาะบางประการที่เป็นจุดเด่นดังนี้

1. คำถามวิจัย (Research questions)

ใน PAR จะไม่มีคำถามวิจัยที่ชัดเจนกำหนดไว้ก่อนโดยนักวิจัยภายนอก แต่คำถามวิจัยจะมีจุดกำเนิดจากปัญหาในกลุ่ม หรือชุมชน ดังนั้น กลุ่มจะร่วมกันกำหนดคำถามวิจัย ที่จะนำไปสู่การศึกษาและการปฏิบัติเพื่อแก้ปัญหาและคำถามวิจัยนี้อาจปรับเปลี่ยนได้อีกในระหว่างดำเนินการวิจัย

2. การเก็บข้อมูลด้วยเทคนิคสามเส้า (Triangulation)

เทคนิคสามเส้ามีจุดกำเนิดการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้เพื่อเสริมความเที่ยงตรงและความน่าเชื่อถือของวิจัย การใช้เทคนิคสามเส้า มีหลายระดับ สำหรับการวิจัยแบบมีส่วนร่วม ใช้ดังนี้

2.1 ใช้กลุ่มนักวิจัยสหวิทยาการ (Multidisciplinary term) สมาชิกในกลุ่มวิจัยควร

ประกอบด้วยผู้ที่มีประสบการณ์ และความเชี่ยวชาญจากต่างสาขา เพื่อให้สามารถมองเห็นปัญหาและแนวทางการศึกษาได้ครอบคลุมทุกแง่มุม และลึกซึ้งเป็นการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

2.2 มีความหลากหลายของแหล่งข้อมูล (Diversity of sources of Information) ใช้แหล่งข้อมูลที่หลากหลายทั้งจากคน เหตุการณ์ และสถานที่ โดยเน้นข้อมูลเชิงคุณภาพมากกว่าข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลต่าง ๆ จะตรวจสอบ และยืนยันซึ่งกันและกัน เพื่อประกันความเชื่อถือได้

2.3 มีความหลากหลายของเทคนิคการเก็บข้อมูล (Diversity of Information and techniques) ใช้เทคนิคการเก็บข้อมูลหลากหลายวิธีผสมผสานกัน

3. การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอ

ในการวิจัยแบบ PAR การวิเคราะห์ข้อมูลความยืดหยุ่นให้ความสำคัญกับการวิเคราะห์ร่วมกันในพื้นที่ และในทันทีวิธีการวิเคราะห์ไม่จำกัดเทคนิคการวิเคราะห์เชิงปริมาณ ที่ใช้ค่าสถิติ บางอย่างเป็นบรรทัดฐานเลือกใช้เทคนิคที่ไม่ซับซ้อนและคนในชุมชนสามารถเข้าใจและมีส่วนร่วมได้ ตัวอย่างเช่น การจัดลำดับความสำคัญ (Ranking) การใช้แผนผังชนิดต่าง ๆ ด้วยสัญลักษณ์ที่เข้าใจง่าย การเขียนลำดับเหตุการณ์ (Time line/historical profile) เป็นต้น ผลการวิเคราะห์ควรนำเสนอร่วมกัน ในทันทีในแต่ละคราว การนำเสนอผลการวิจัยไม่จำกัดเพียงรายงานแบบเป็นทางการอาจนำเสนอในลักษณะการเสวนา ที่ทุกคนมีส่วนร่วมในการตีความ-วิพากษ์ สุดท้ายผลการวิจัยและความรู้ที่ได้จากการวิจัยและการปฏิบัติเป็นของทุกคน และได้รับการยอมรับร่วมกัน

4. บทบาทของนักวิจัยภายนอก

ในงานวิจัยแบบ PAR จะมีผู้เกี่ยวข้องอยู่สองกลุ่มที่ทำงานร่วมกัน คือ กลุ่มคนใน ซึ่งได้แก่กลุ่มคนที่อยู่ในชุมชนที่เผชิญสถานการณ์และปัญหานั้น ๆ โดยตรง และกลุ่มคนนอก หรือที่เรียกว่านักวิจัยภายนอก ซึ่งจะมีบทบาทที่ซับซ้อนมากกว่านักวิจัยโดยทั่วไป เพราะไม่ใช่เพียงดำเนินการเก็บข้อมูลตามแผนที่กำหนดไว้แล้วจากไป แต่จะมีสถานภาพเป็นทั้งผู้มีส่วนร่วม (Participant) และผู้ประสานงาน (Facilitator) ในกิจกรรมทั้งปวง บางครั้งจึงเรียกว่าเป็น "Catalytic Agent" คือผู้กระตุ้น หรือ "ตัวเร่ง" ให้กิจกรรมดำเนินไปได้ดี นักวิจัยภายนอกจึงต้องมีคุณลักษณะเฉพาะตัว มีประสบการณ์การทำงานภาคสนาม มีทักษะทางมนุษยสัมพันธ์ และมีทัศนคติเชิงสร้างสรรค์ในการทำงานท่ามกลางความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น กิจกรรมต่าง ๆ ที่นักวิจัยต้องรับผิดชอบจึงมีหลากหลาย ผสมผสานทั้งงานของนักวิจัยและงานนักพัฒนา

5. ประเด็นในเรื่องความเที่ยงตรงของงานวิจัย

ความเที่ยงตรง (Validity) เป็นเกณฑ์สำคัญในการพิจารณาคุณภาพของงานวิจัย โดยเฉพาะในงานวิจัยเชิงปริมาณ สำหรับการวิจัยแบบ PAR ประเด็นปัญหาในเรื่องความเที่ยงตรงเกี่ยวข้องกับคำถามว่า ความรู้ที่ได้จากกระบวนการที่กลุ่มได้ศึกษาและทำความเข้าใจเรื่องราวและการปฏิบัติของตนเองนั้นจะเป็นความรู้ที่สะท้อนความเป็นจริงที่น่าเชื่อถือได้เพียงใด ที่จริงคำถามมีที่มาจาก

ทักษะของนักวิจัยเชิงปริมาณแต่ในกลุ่มของนักวิจัยที่ใช้ PAR มักไม่สนใจประเด็นนี้นัก เพราะเชื่อมั่นในกระบวนการมีส่วนร่วมของกลุ่มชนว่าจะให้ได้ความรู้ที่ตรงตามจริง

การควบคุมความเที่ยงตรงของงานวิจัยแบบ PAR (Smith อ้างถึงใน ผ่องพรรณ ตรียมงคลกุล, 2543, หน้า 191)

1. ใช้เทคนิคสามเส้าเพื่อตรวจสอบและเสริมความน่าเชื่อถือของข้อมูล ดังได้กล่าวไว้แล้ว
2. เสริมกระบวนการที่เข้มแข็งของการสะท้อนความคิด-วิพากษ์ตนเองในการปฏิบัติ (Praxie) ซึ่งถือว่าเป็นกระบวนการของการสร้างสมาชิกกลุ่มได้ร่วมกันวิเคราะห์ และตีความเรื่องราวของตนเอง
3. เสริมความเที่ยงตรงเฉพาะหน้า (Face Validity) โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษา ย้อนกลับให้สมาชิกกลุ่มได้ร่วมกันวิเคราะห์ และตีความเรื่องราวของตนเอง

นอกจากนี้ยังเน้นที่กระบวนการในการกระตุ้น และปลุกพลังกลุ่มเพื่อเร่งให้เกิดการเปลี่ยนแปลงว่า จะเป็นการเสริมความเที่ยงตรงชนิดที่มีชื่อเฉพาะว่า “Catalytic Validity”

ส่วนที่ 3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ธนัช กนกเทศ (2549) ศึกษาเรื่องการพัฒนามาตรฐานและตัวชี้วัดทางสังคมด้านความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง พบว่า 1) โมเดลมาตรฐานและตัวชี้วัดทางสังคมด้านความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของวิจัยมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์โดยองค์ประกอบที่มีน้ำหนักความสำคัญกับความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยมาตรฐานด้านสุขภาวะทางกาย ด้านสุขภาวะทางจิต ด้านสุขภาวะทางสังคม ด้านสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ด้านหลักประกันทางสังคม ด้านการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ ด้านการดูแลและเกื้อหนุนทางสังคมต่อผู้สูงอายุ ด้านการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ด้านการพึ่งตนเองทางสังคมและวัฒนธรรม และด้านสำนึกสาธารณะ รวม 10 มาตรฐาน ตัวแปรที่มีน้ำหนักความสำคัญ ในการชี้วัดความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองในองค์ประกอบแต่ละด้านดังกล่าวมีจำนวน 8,5,4,4,5,6,4,4,7 และ 5 ตัวชี้วัดตามลำดับ รวมทั้งหมด 52 ตัวชี้วัด 2) ผลการประเมินความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองโดยใช้มาตรฐานและตัวชี้วัดที่พัฒนาขึ้นพบว่าผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองส่วนใหญ่มีระดับความมั่นคงด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปกติ ยกเว้น 3 ด้าน คือ ด้านสุขภาวะทางกาย ด้านการดูแลและเกื้อหนุนทางสังคมต่อผู้สูงอายุ และการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เท่านั้นที่มีระดับความมั่นคงทางสุขภาพอยู่ในระดับสูง 3) ผลการศึกษารูปแบบและกระบวนการในการสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง โดยใช้เทคนิคการสนทนากลุ่ม พบว่า

ผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองที่มีความมั่นคงทางสุขภาพ มีรูปแบบกิจกรรมหลักที่ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ 5 กิจกรรมที่สำคัญ คือ 3.1) การสร้างเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง 3.2) การคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง 3.3) การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ 3.4) การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานสำหรับผู้สูงอายุในระดับนโยบาย 3.5) การจัดการองค์ความรู้สำหรับประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุในพื้นที่

วันเพ็ญ ปัญราช (2552) ศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พบว่า ประชาชนรับรู้การเป็นผู้สูงอายุคือ 1) เป็นผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และ 2) เป็นผู้ที่เปลี่ยนสถานภาพเป็นปู่ ย่า ตา ยาย โดยผู้สูงอายุสามารถจัดเป็นกลุ่มตามความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ 4 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บางเรื่องและต้องการที่พึ่งพาผู้อื่นบางเรื่อง 3) กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ และ 4) กลุ่มผู้สูงอายุที่ถูกทอดทิ้งไม่มีผู้ดูแล สำหรับด้านปัญหาและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุประกอบด้วยปัญหาภาวะสุขภาพกาย และการเจ็บป่วย ปัญหาสุขภาพ ปัญหาความยากจนไม่มีรายได้ และปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว และการได้รับการยอมรับจากสังคม กิจกรรมการดูแลที่ผ่านมาผู้สูงอายุได้รับการดูแลทั้งระบบการดูแลที่ไม่เป็นทางการและระบบการดูแลที่เป็นทางการ โดยเฉพาะด้านรัฐสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ พบว่ามีผู้สูงอายุเพียงร้อยละ 25 ที่ได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ในส่วนของกระบวนการพัฒนาระบบการดูแลเพื่อตอบสนองต่อปัญหา และความของผู้สูงอายุ โดยมีข้อเสนอรูปแบบการดูแลประกอบด้วยการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนที่สอดคล้องกับบริการของสังคมและวัฒนธรรมในลักษณะการทำงานในแนวราบ และการทำบทบาทการเป็นหุ้นส่วนและอยู่บนฐานของทรัพยากรและศักยภาพของชุมชน ซึ่งรูปแบบการดูแลประกอบด้วย การรวมกลุ่มกองทุนชุมชน การจัดให้มีสวัสดิการชุมชน ผู้สูงอายุทุกคนควรได้รับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุและควรมีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในหมู่บ้าน โดยที่มีครอบครัวและชุมชนเป็นสถาบันหลักให้การดูแลผู้สูงอายุ

ศิริพันธุ์ สาสัดย์ และเตือนใจ ภักดีพรหม (2552) ศึกษาเรื่องระบบสถานบริบาลผู้สูงอายุ พบว่า สถานบริบาลผู้สูงอายุมีลักษณะให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุตลอด 24 ชั่วโมง สำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลในระดับสูง จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่ายังไม่มีบริการดังกล่าวในภาครัฐมีแต่ในภาคเอกชน การจดทะเบียนของสถานพยาบาลเอกชนมีหลายลักษณะทำให้ไม่สามารถทราบจำนวนสถานบริบาลผู้สูงอายุที่ชัดเจน บริการส่วนใหญ่เน้นการฟื้นฟูสภาพและลักษณะการบริการแตกต่างกันไปตามศักยภาพของสถานบริบาลนั้น ๆ ยังไม่มีการกำหนดสมรรถนะของผู้ให้บริการ บุคลากรส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ยังไม่มีการกำหนดมาตรฐานการดูแล และมาตรฐานสถานบริบาลผู้สูงอายุ ในภาครัฐพบว่ามีการดูแลระดับสูงแฝงอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชราสำหรับผู้พักอาศัยที่มีปัญหาสุขภาพ แต่เนื่องจากไม่มีการแบ่งระดับความต้องการการดูแลของ

ผู้สูงอายุที่ชัดเจน ทำให้บุคลากรต้องแบกรับภาระการดูแลด้านสุขภาพมากขึ้น และด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากรจึงอาจไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้ ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย ควรมีการจัดแบ่งประเภทการขึ้นทะเบียนสถานพยาบาลให้ชัดเจนแบ่งระดับความต้องการดูแลของผู้สูงอายุ ส่งเสริมองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการ จัดทำมาตรฐานการดูแลและมาตรฐานสถานบริการผู้สูงอายุ จัดตั้งหน่วยงานที่รับผิดชอบในการรับรองมาตรฐานและส่งเสริมให้มีการรับรองมาตรฐานสถานบริการ ข้อเสนอแนะในเชิงปฏิบัติ ควรมีการฝึกอบรมบุคลากรเจ้าหน้าที่ทุกระดับ ก่อนเข้าปฏิบัติงาน และเปิดโอกาสให้มีการฝึกอบรมในขณะปฏิบัติงาน ส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริบาลมีการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง การศึกษาวิจัยที่ควรทำต่อไปคือการสำรวจข้อมูลความเจ็บป่วยและข้อมูลพื้นฐานของผู้ที่พักอาศัย การพัฒนาระบบการรับรองมาตรฐานสถานบริบาลผู้สูงอายุ และศึกษารูปแบบในการให้บริการสถานบริบาลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2552) ศึกษาเรื่องสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย พบว่า มีจำนวนสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวทั้งหมด 138 แห่ง เกือบครึ่ง (ร้อยละ 43.5) เป็นสถานบริบาลมากที่สุดจำนวน 60 แห่ง รองลงมาเป็นบ้านพัก/สถานสงเคราะห์คนชรา จำนวน 44 แห่ง (ร้อยละ 31.9) สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาลจำนวน 25 แห่ง (ร้อยละ 18.1) สถานที่ให้การช่วยเหลือในการดำรงชีวิต จำนวน 6 แห่ง (ร้อยละ 4.3) และสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย จำนวน 3 แห่ง (ร้อยละ 2.2) สถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ส่วนใหญ่ครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49.3) กระจุกอยู่ในกรุงเทพฯ รองลงมาอยู่ในภาคกลาง (ร้อยละ 30.4) ขณะที่มีย่อยที่สุดในภาคใต้ จำนวน 5 แห่ง (ร้อยละ 3.6) การบริการในสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในไทยส่วนใหญ่ ให้บริการด้านการฟื้นฟูสภาพ (ร้อยละ 61.4) รองลงมาเป็นการให้บริการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (ร้อยละ 45.5) ในสัดส่วนใกล้เคียงกับการดูแลระยะสุดท้าย ขณะที่การดูแลสุขภาพที่บ้านพบน้อยที่สุด (ร้อยละ 15.9) ซึ่งสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความเห็นต่อประเด็นดังกล่าวว่า หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวที่ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกสภาวะ โดยมีการบูรณาการการดูแลทั้งทางด้านสังคมและสุขภาพในสถานบริการ ตลอดจนกำหนดมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวและกำหนดองค์กรกำกับดูแลและรับขึ้นทะเบียนสถานบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในไทย นอกจากนี้ยังพบว่า การจัดบริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุยังไม่มีที่ชัดเจน ทั้งด้านการแบ่งระดับความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่ชัดเจน และยังไม่มีมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริบาล หรือสถานพยาบาลที่จัดบริการด้านการดูแลสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงขอเชิญ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และเดือนใจ ภักดีพรหม(2552) ซึ่งทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับระบบสถานบริบาลผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่า สถานบริบาลผู้สูงอายุที่มีลักษณะให้บริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุตลอด 24 ชั่วโมงสำหรับผู้ที่ต้องการการดูแลในระดับสูง จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ยังไม่มีการให้บริการ

ดังกล่าวในภาครัฐมีแต่ในภาคเอกชน การจดทะเบียนของสถานพยาบาลเอกชนมีหลายลักษณะทำให้ไม่สามารถทราบจำนวนสถานบริบาลผู้สูงอายุที่ชัดเจน การบริการส่วนใหญ่เน้นการฟื้นฟูสภาพและลักษณะการบริการแตกต่างกันไปตามศักยภาพของสถานบริบาลนั้น ๆ ยังไม่มีการกำหนดสมรรถนะของผู้ให้บริการ บุคลากรส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุ และในภาครัฐ พบว่ามีบริการดูแลระดับสูงแฝงอยู่ในสถานสงเคราะห์คนชรา สำหรับผู้พักอาศัยที่มีปัญหาสุขภาพ แต่เนื่องจากไม่มีการแบ่งระดับความต้องการดูแลของผู้สูงอายุที่ชัดเจน ทำให้บุคลากรต้องแบกรับภาระการดูแลด้านสุขภาพมากขึ้น และไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้

จารุ มิตรราช (2553) ศึกษาเรื่องการดำเนินงานตามมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดขอนแก่น พบว่า เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ และประธานชมรมผู้สูงอายุหรือตัวแทนผู้สูงอายุเห็นว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้ดำเนินงานตามมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ คือ ด้านรายได้โดยได้ดำเนินการจัดให้มีการจ่ายเบี้ยยังชีพแก่ผู้สูงอายุตามกฎหมายกำหนด ด้านนันทนาการ โดยได้ดำเนินการจัดให้มีกิจกรรมนันทนาการในวันสำคัญ ด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแลและการคุ้มครอง โดยได้ดำเนินการรณรงค์ให้ตนในครอบครัว และชุมชนเห็นคุณค่าของผู้สูงอายุ และไม่ได้ดำเนินการตามมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุคือ ด้านที่พักอาศัย โดยไม่ได้ดำเนินการจัดให้มีบริการบ้านพักคนชราที่ต้องเสียค่าบริการส่วนหนึ่ง ด้านสุขภาพและการรักษาพยาบาล โดยไม่ได้ดำเนินการออกให้บริการออกบัตรประจำตัวผู้สูงอายุเพื่อรักษาฟรีในโรงพยาบาลและไม่ได้มีบริการช่วยเหลือคำปรึกษาพยาบาล ด้านสร้างบริการทางสังคมและเครือข่ายการเกื้อหนุนโดยไม่ได้ดำเนินการจัดให้มีบริการแม่บ้านโดยการจัดส่งแม่บ้านไปช่วยเหลือ ผู้สูงอายุในการทำงานบ้านต่าง ๆ ซึ่งการดำเนินงานตามมาตรฐานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจมีข้อจำกัดในเรื่องงบประมาณ โดยจะต้องบูรณาการร่วมกับหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาล สถานีนอนามัย สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เพื่อดำเนินงานให้ครบทุกด้านตามมาตรฐานต่อไป

อุดมลักษณ์ บุญเกษ (2553) ศึกษาเรื่องมาตรฐานการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ขององค์การบริหารส่วนตำบลหัวเสือ อำเภอขุนขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า มาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุที่มีการดำเนินงานตามมาตรฐานได้ครบถ้วนวัดขั้นพื้นฐานและขั้นพัฒนา มี 3 ด้าน คือ ด้านสุขภาพและการรักษาสุขภาพ ด้านรายได้ และด้านนันทนาการ สามารถดำเนินงานได้ครบถ้วน ส่วนด้านที่ดำเนินงานยังไม่ครบถ้วนยังมีส่วนที่ต้องเร่งดำเนินงาน ได้แก่ ด้านที่พักอาศัย ด้านความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง และด้านสร้างบริการ และเครือข่ายการเกื้อหนุน ที่องค์การบริหารส่วนตำบลหัวเสือได้พยายามดำเนินงานอย่างเต็มกำลังแต่มีอุปสรรคหลายประการที่เป็นตัวขัดขวางการดำเนินงาน

ยงยุทธ ศรีสูงเนิน (2553) ศึกษาเรื่องการปฏิบัติตามมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอพนสนธิคม จังหวัดชลบุรี พบว่า มาตรฐานด้านสุขภาพและการ

โรงพยาบาล สามารถให้บริการได้มากกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดขั้นพื้นฐานของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นที่ได้กำหนดไว้ และในขณะเดียวกันก็ได้พัฒนาการให้บริการได้มากกว่าเกณฑ์ตัวชี้วัดขั้นพัฒนาด้วยเช่นกัน **มาตรฐานด้านรายได้** จัดให้มีการบริการตามเกณฑ์ตัวชี้วัดขั้นพื้นฐานของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นที่ได้กำหนดไว้ ในขณะเดียวกันก็ยังได้มีการพัฒนาเพื่อยกระดับของการบริการให้เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดขั้นพัฒนาอีกด้วย **มาตรฐานด้านที่พักอาศัย** จัดให้มีการจัดหาเพื่อให้บริการเครื่องนุ่งห่ม เครื่องอุปโภคบริโภคให้แก่ผู้สูงอายุตามความจำเป็นได้เพียงบางส่วนเท่านั้น แต่ยังไม่สามารถให้บริการได้อย่างครอบคลุมทุกพื้นที่ จึงไม่เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดพื้นฐานของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นที่กำหนดไว้ **มาตรฐานด้านนันทนาการ** จัดให้มีการบริการตามเกณฑ์ตัวชี้วัดขั้นพื้นฐานของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นที่กำหนดไว้ รวมทั้งยังได้มีการพัฒนาเพื่อยกระดับการให้บริการให้เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดขั้นพัฒนา **มาตรฐานด้านความมั่นคงทางสังคม** ครอบครัว ผู้ดูแล และการคุ้มครอง จัดให้มีการบริการเป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดขั้นพื้นฐานของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นที่ได้กำหนดไว้ ในขณะเดียวกันก็ได้พัฒนาเพื่อยกระดับให้เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดขั้นพัฒนา **มาตรฐานด้านการสร้างบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน** จัดให้มีการบริการเป็นไปตามมาตรฐานเกณฑ์ตัวชี้วัดขั้นพัฒนา

สรุป จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับว่า ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ได้มีความพยายามในการศึกษาวิจัยเพื่อศึกษาสภาพปัญหา และยกระดับการให้บริการแก่ผู้สูงอายุในหลายมิติ โดยมีลักษณะของการพัฒนาเกณฑ์ ตัวชี้วัด ทั้งในระดับการบริหารเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลขั้นพื้นฐาน ความมั่นคงทางสังคม ครอบครัว ผู้ดูแลและการคุ้มครอง เพื่อจัดให้มีการบริการเป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดโดยมีข้อเสนอแนะในทิศทางเดียวกันคือ ให้มีการพัฒนาเพื่อยกระดับให้ **มาตรฐานด้านการบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุนแก่ผู้สูงอายุ** ต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นโครงการวิจัยย่อยที่ 5 เรื่อง “การพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง” ในชุดโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการ” โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้รับบริการและผู้ให้บริการของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออก จากหน่วยงานที่มีการจัดให้บริการดูแลผู้สูงอายุแบบพักค้าง ในภาคตะวันออก จำนวน 3 แห่ง คือ ชลบุรี 2 แห่ง จันทบุรี 1 แห่ง จำนวน 74 คน เป็นผู้ให้บริการ 33 คน ผู้สูงอายุ 41 คน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้รับบริการและผู้ให้บริการของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออก ที่ได้จากการสุ่มโดยมีขั้นตอนการสุ่ม ดังนี้

1. สุ่มเลือกหน่วยงาน 1 หน่วยงาน (ชลบุรี)
 2. สุ่มอย่างง่ายในกลุ่มผู้ให้บริการและผู้รับบริการในหน่วยงานที่มีการจัดให้บริการดูแลผู้สูงอายุแบบพักค้างโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้จำนวน กลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจให้สัมภาษณ์ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 53 คน ดังนี้
- 1) ผู้ให้บริการในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง และยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 26 คน
 - 2) ผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง และยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 27 คน

วิธีดำเนินการศึกษาวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) เพื่อสร้างมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่มารับบริการในศูนย์การให้บริการแบบพักค้างโดยใช้เทคนิคและขั้นตอนการสร้างมาตรฐานการ ของเมสัน (Mason, 1994) ตามขั้นตอน 5 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การสำรวจปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง

เพื่อทราบถึงความต้องการในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ จากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการและ

ผู้สูงอายุ ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 53 คน ในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง เพื่อนำผลการสัมภาษณ์ และข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่ได้รับไปวิเคราะห์สภาพปัญหาและความต้องการมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุใน ศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง ตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ และผู้ให้บริการ

ระยะที่ 2 ระยะร่างมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ

โดยศึกษาข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมจากตำราเอกสารต่าง ๆ เป็นการศึกษาเพื่อ สร้างมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้ข้อมูลจากการศึกษาในระยะที่ 1 และข้อมูลจากการทบทวน วรรณกรรมจากตำราเอกสารต่าง ๆ มาสังเคราะห์ เป็น (ร่าง) มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ

ระยะที่ 3 การระดมสมองโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ

เป็นการระดมสมองเพื่อรับฟังความคิดเห็นและข้อเสนอแนะของผู้รับบริการและ ผู้ให้บริการ เกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้กระบวนการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ได้ ข้อมูล ความคิดเห็นที่สอดคล้องและตรงกับความต้องการของผู้ให้บริการและผู้รับบริการและยกร่าง มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ

ระยะที่ 4 การสอบถามความคิดเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ ของมาตรฐาน

ระยะที่ 5 การวิเคราะห์ ปรับปรุงและสรุปมาตรฐานการดูแลในศูนย์การให้บริการผู้สูงอายุแบบ พักค้าง ตามบริบทของการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตพื้นที่ภาคตะวันออก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบสัมภาษณ์เชิงลึก ในเรื่องความคิดเห็นของผู้ให้บริการและผู้สูงอายุเกี่ยวกับมาตรฐาน การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สูงอายุที่เป็น ตัวแทนผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม และกลุ่มผู้ให้บริการในกลุ่มต่าง ๆ ซึ่งการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เป็นวิธีการที่คณะผู้วิจัยใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อทราบแนวคิด ความคิดเห็น ความ ต้องการ ของผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่ม เพื่อตอบวัตถุประสงค์การวิจัยในประเด็นมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ในศูนย์การให้บริการแบบพักค้างตามสภาพความเป็นจริง และบริบทของสังคม ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง พัฒนามาจากการศึกษาเอกสาร ตำรา วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยกำหนดให้ มีเนื้อหาครอบคลุมเนื้อหาที่ต้องการศึกษาโดยมีขั้นตอนการหาคุณภาพของเครื่องมือให้มีความเหมาะสม ตามวัตถุประสงค์มากยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้

2. แบบสอบถามความต้องการในการสร้างมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการ แบบพักค้าง ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและสำรวจความต้องการในการสร้างมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ในศูนย์การให้บริการแบบพักค้างกับผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งแบบสอบถามนี้เป็นแบบสอบถามที่

ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยพัฒนามาจากการวิเคราะห์ผลของการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ (Rating scale) โดยมีขั้นตอนการหาคุณภาพของเครื่องมือให้มีความเหมาะสมก่อนนำไปใช้

3. แบบประเมินมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง ตามความคิดเห็นของผู้สูงอายุ เพื่อประเมินความถูกต้องเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำไปปฏิบัติจริง เป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ (Rating scale) โดยมีขั้นตอนการหาคุณภาพของเครื่องมือให้มีความเหมาะสมก่อนนำไปใช้

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. โดยการนำแบบสัมภาษณ์และแบบสอบถามไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา และภาษาที่ใช้ให้สามารถสื่อความหมายที่ชัดเจนและมีความเข้าใจตรงกัน จำนวน 3 ท่าน
2. รวบรวมข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาทำการแก้ไขและปรับปรุงก่อนนำไปทดลองใช้
3. นำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับประชากรที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบความหมายของภาษาที่ใช้และความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม การวิเคราะห์ความเชื่อมั่นใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach, 1981) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม 2 ฉบับ ดังนี้ ฉบับที่ 1 มีค่าความเชื่อมั่น .93 ฉบับที่ 2 มีค่าความเชื่อมั่น .84

จริยธรรมในการวิจัย

เพื่อเป็นการปกป้องผู้ให้ข้อมูลให้มีความปลอดภัยไม่ควรที่จะได้รับความสะเทือนใจหรือบาดเจ็บทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และการดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยผู้วิจัยได้ปฏิบัติดังนี้

1. การผ่านการรับรองด้านจริยธรรม คณะผู้วิจัยได้ดำเนินการเพื่อขอการรับรองจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ซึ่งได้รับการรับรองตามเอกสารการรับรอง การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ภาคผนวก)

2. การกำหนดแนวปฏิบัติ โดยผู้วิจัยกำหนดแนวปฏิบัติเพื่อการเข้าไปร่วมการวิจัย การป้องกันอันตราย การคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ การคำนึงถึงความถูกต้องและการรักษาความลับและการเปิดเผยข้อมูลดังนี้

2.1 การยินยอมเข้าร่วมการวิจัย โดยผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล ซึ่งเป็นการแสดงความยินยอมตามความสมัครใจ และเป็นลายลักษณ์อักษรซึ่งคณะผู้วิจัยได้อธิบายถึงสิทธิที่จะถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

2.2 การคำนึงถึงสิทธิประโยชน์ โดยผู้วิจัยอธิบายถึงประโยชน์ที่ผู้ให้ข้อมูลได้รับจากการ

เข้าร่วมการวิจัย ซึ่งเป็นการแลกเปลี่ยนทัศนะและประสบการณ์ต่างๆ ที่ผู้ให้ข้อมูลสามารถนำไปเป็นประโยชน์ในการสร้างมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้างได้

2.3 การคำนึงถึงความถูกต้อง โดยผู้วิจัยไม่บิดเบือนข้อมูลต่างๆ ที่ได้ ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลที่ได้ให้กับผู้ให้ข้อมูล ตรวจสอบความเชื่อถือและยืนยันสิ่งที่ค้นพบตลอดระยะเวลาการศึกษา

ระยะเวลาในการวิจัย

ใช้การทำวิจัยครั้งนี้ใช้เวลาทั้งสิ้น 1 ปี

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัย

1. การวิจัยเชิงคุณภาพ มีเป้าหมายเพื่อจัดระบบและกลุ่มของข้อมูล การแสดงความสัมพันธ์ ความเชื่อมโยงข้อมูล การตีความและหาข้อสรุป ทั้งนี้การวิเคราะห์ข้อมูลได้ดำเนินการควบคู่กับการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมถึงในระยะหลังการเก็บรวบรวมข้อมูล (กล้าเพชฌัญ โศคบำรุง, 2551) ซึ่งมีรายละเอียดของการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ในระยะที่ 1 ระยะที่ 2 และระยะที่ 3 ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา(Content Analysis) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

1.1 การจัดหมวดหมู่และระบบของข้อมูล (Data Organization) เพื่อสะท้อนให้เห็นหัวข้อ (Topic) จากข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากแต่ละแหล่งข้อมูลที่จะแสดงให้ลำดับชั้น (Categories) ของหัวข้อ (Morse & Field, 2002) ซึ่งการวิเคราะห์ขั้นตอนนี้เพื่อแสดงให้เห็นหัวข้อหลักและหัวข้อย่อยจากข้อมูลทั้งหมดเป็นการแสดงข้อมูลอย่างเป็นระบบ

1.2 การวิเคราะห์ธีม (Thematie Analysis) เป็นการวิเคราะห์เพื่อจำแนกให้เห็นกลุ่มของข้อมูลแบบเดียวกันที่ใช้อธิบายธีม (Theme) ซึ่งธีมอาจจะได้จากตัวข้อมูลโดยตรงหรือเป็นการยกแนวคิดขึ้นมาใหม่ที่สามารถใช้ข้อมูลที่ชี้ให้เห็นว่าเป็นแนวคิดนั้น (Morse & Field, 2002) ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์นี้เพื่อหาข้อสรุปที่จะชี้ให้เห็นประเด็นของความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม

1.3 การวิเคราะห์เส้นเวลา (Time-line Analysis) เป็นการวิเคราะห์ที่แสดงให้เห็นการเกิดเหตุการณ์ตามช่วงเวลาของผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในแต่ละกลุ่ม ซึ่งการวิเคราะห์เหตุการณ์ตามเส้นเวลาที่เกิดในชีวิตผู้สูงอายุจะทำให้เข้าใจถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเป็นระบบที่จะทำให้สามารถเข้าใจความต้องการในการสร้างมาตรฐานในการดูแลผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

1.4 การวิเคราะห์เปรียบเทียบ (Comparative Analysis) การวิเคราะห์เปรียบเทียบเป็นการแสวงหาความเหมือนและความต่างตามคุณลักษณะของข้อมูลเพื่อสร้างเป็นข้อสรุปที่เห็นความเป็นนามธรรมและความสัมพันธ์ของเรื่องราว (สุภางค์ จันทวานิช, 2543) ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์เปรียบเทียบนี้เพื่อหาข้อสรุป โดยนำข้อมูลที่ได้มาแต่ละครั้งและแต่ละแหล่งมาจำแนกเป็นกลุ่มของข้อมูลและดูว่ามีความเหมือนและความต่างกันอย่างไร แล้วนำมาหาข้อสรุปเพื่ออธิบายถึงความเชื่อมโยงของผู้ให้ข้อมูลและการใช้ความเป็นเหตุเป็นผลในการอธิบายก่อนที่จะสรุปเชื่อมโยงประเด็นทั้งหมด

2. การวิจัยเชิงปริมาณ

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลการศึกษาวิจัยในระยะที่ 4 ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติดังนี้

2.1 ค่าความถี่

2.2 ค่าร้อยละ

2.3 ค่าเฉลี่ย

2.4 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.4 การเปรียบเทียบความคิดเห็น โดยใช้ ค่าที (T-test) และ One-way ANOVA

3. การปรับปรุงและสรุปผล

เป็นการนำข้อมูลจากการศึกษาวิจัย ตั้งแต่ระยะที่ 1 ถึง ระยะที่ 4 เพื่อนำมาประชุมปรึกษาหารือ เพื่อสรุปผลการสร้างมาตรฐานในกลุ่มของคณะผู้วิจัย โดยพิจารณาจากความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ

ซึ่งคณะผู้วิจัยจะได้ดำเนินการตามขั้นตอนการวิจัยและเขียนรายงานสรุปผลวิจัยต่อไป

บทที่ 4

ผลการศึกษาวิจัย

การเสนอผลการศึกษาวิจัย คณะผู้วิจัยดำเนินการนำเสนอผลการวิเคราะห์และ
ศึกษาวิจัย ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์เนื้อหาและการจัดกลุ่มเพื่อสร้างมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุใน
ศูนย์บริการแบบพักค้าง

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของ
การนำมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้างไปใช้

ส่วนที่ 4 สรุปมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้ให้บริการ

ลำดับ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน N= 26	ร้อยละ
1	ประเภทของผู้รับการสัมภาษณ์		
	แพทย์	1	3.8
	พยาบาล	7	26.9
	นักกายภาพบำบัด	3	11.5
	นักโภชนาการ	1	3.8
	ผู้ช่วยเหลือคนไข้	8	30.8
	อื่น ๆ	6	23.1
	- เจ้าหน้าที่บริหารทั่วไป	1	
	- นักนวดบำบัด	2	
	- ผู้ช่วยเหลือนักกายภาพบำบัด	3	

ลำดับ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน N= 26	ร้อยละ
2	เพศ		
	ชาย	4	15.4
	หญิง	22	84.6
3	อายุ		
	อายุเฉลี่ย32.77....ปี		
4	อายุการปฏิบัติงานในที่ทำงานปัจจุบัน		
	อายุการปฏิบัติงานเฉลี่ย 5.8....ปี		
5	ระดับการศึกษา		
	ต่ำกว่าปริญญาตรี	12	46.2
	ระดับปริญญาตรี	12	46.2
	สูงกว่าปริญญาตรี	2	7.7

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มผู้ให้บริการในศูนย์ให้บริการแบบพักค้าง ส่วนใหญ่มีอาชีพ เป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ ร้อยละ 30.8 รองลงมาคือ พยาบาล ร้อยละ 26.9 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.6 โดยเป็นเพศชาย 15.4 อายุเฉลี่ย 32.77 ปี อายุการปฏิบัติงานในที่ทำงานปัจจุบันเฉลี่ย 5.8 ปี และระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่า และอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 46.2 เท่ากัน รองลงมามีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 7.7

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้สูงอายุ

ลำดับ	ข้อมูลทั่วไป	จำนวน N= 27	ร้อยละ
1	เพศ		
	ชาย	8	29.6
	หญิง	19	70.4
2	อายุเฉลี่ย ...71.92... ปี		
3	สถานภาพ		
	โสด	5	19.2
	แต่งงาน/คู่	15	57.7
	หย่า/แยก/ร้าง	0	0.00
	อื่น ๆ	6	23.1
4	ระดับการศึกษา		
	ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	8	29.6
	มัธยมศึกษาตอนต้น	1	3.7
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	0	0.00
	อนุปริญญา/ปวส./ปกศ.	2	7.4
	ปริญญาตรี	8	29.6
	ปริญญาโท	7	25.9
	ปริญญาเอก	1	3.7
5	โรคประจำตัว		
	ไม่มี	4	14.8
	มี	23	85.2
	- ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	12	35.3
	- ระบบต่อมไร้ท่อ	7	20.6
	- ระบบหายใจ	2	5.9
	- ระบบไหลเวียน	12	35.3
	- หัวใจ	1	2.9

จากตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.4 โดยเป็นเพศชาย ร้อยละ 29.6 อายุเฉลี่ย 71.92 ปี สถานภาพส่วนใหญ่แต่งงาน/คู่ ร้อยละ 57.7 รองลงมาคืออื่น ๆ (หม้าย, คู่เสียชีวิต) ร้อยละ 23.1 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า กับระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 29.6 เท่ากัน รองลงมาคือการศึกษาระดับปริญญาโท ร้อยละ 25.9

ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 85.2 และแยกออกเป็นระบบต่าง ๆ ได้โดยส่วนใหญ่เป็นโรคประจำตัวที่เกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูกกับระบบไหลเวียน คิดเป็นร้อยละ 35.3 เท่ากัน รองลงมาคือระบบต่อมไร้ท่อ ร้อยละ 20.6

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์เนื้อหาและการจัดกลุ่มเพื่อสร้างมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้าง

องค์ประกอบที่ 1 ด้านการบริหารจัดการ

ด้านการบริหารจัดการ	การจัดกลุ่มมาตรฐาน		
	ระบบบริหารจัดการ	การปฏิบัติการ	การเงิน
ควรมีการกำหนดนโยบายและเงื่อนไขในการรับผู้สูงอายุที่สามารถดูแลได้อย่างชัดเจน เช่น ไม่รับผู้สูงอายุที่ป่วย เป็นต้น	✓		
มีแพทย์เฉพาะทางประจำศูนย์ ในการดูแล และประเมินผู้สูงอายุ		✓	
มีนักโภชนาการในการจัดอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะร่างกายของผู้สูงอายุแต่ละคน		✓	
มีนักกายภาพบำบัดประจำศูนย์ ในการทำกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด และการออกกำลังกาย ที่ถูกต้องให้แก่ผู้สูงอายุ		✓	
มีเจ้าหน้าที่ประกบดูแลผู้สูงอายุ ตัวต่อตัว		✓	
มีการรวมกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน		✓	
ผู้จัดการดูแลต้องเป็นพยาบาลที่ได้รับในประกอบวิชาชีพการพยาบาล	✓		
พยาบาลที่เป็นผู้จัดการต้องมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุไม่ต่ำกว่า 1 ปี	✓		
พยาบาลที่เป็นผู้จัดการต้องผ่านการพัฒนาฝึกอบรม ฝึกประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุ	✓		
พยาบาลที่เป็นผู้จัดการควรมีประสบการณ์ในการบริหารทางการพยาบาล ไม่ต่ำกว่า 2 ปี	✓		
มีการขึ้นทะเบียนเป็นสถานบริบาล หรือศูนย์ดูแลผู้สูงอายุให้ถูกต้อง	✓		

องค์ประกอบที่ 1 ด้านการบริหารจัดการ(ต่อ)

ด้านการบริหารจัดการ	การจัดกลุ่มมาตรฐาน		
	ระบบบริหาร จัดการ	การ ปฏิบัติการ	การเงิน
ต้องมีการกำหนดภาระงานหน้าที่ความรับผิดชอบ ที่ชัดเจนของผู้ให้บริการในศูนย์ดูแล		✓	
ต้องมีการกำหนดโครงสร้าง อัตรากำลังและการ บริหารจัดการที่เหมาะสมสอดคล้องกับจำนวนของ ผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล	✓		
ต้องมีการกำหนดผู้รับผิดชอบหรือผู้จัดการศูนย์ ดูแลเพื่อทำหน้าที่ในการบริหารจัดการและ รายงานผลการดำเนินงานของศูนย์	✓		
ต้องมีการกำหนดโครงสร้างการบริหารจัดการ ภายใน การบังคับบัญชา บทบาทหน้าที่ ความ รับผิดชอบและกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแล ผู้สูงอายุที่ให้บริการ	✓		
ระบบการบริหารจัดการต้องมีความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ และมีสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อผู้สูง วัย	✓		
ต้องมีแผนในการพัฒนาสมรรถนะและศักยภาพ ของผู้ให้บริการที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ	✓		
มีนโยบายและแนวทางการปฏิบัติในการดูแลที่ได้ มาตรฐาน ถูกต้องตามหลักการทางวิชาการที่ ได้รับการยอมรับหรือมีหลักฐานเชิงประจักษ์	✓		
ผู้ให้บริการต้องได้รับการรับรองหรือผ่านการ ฝึกอบรมโดยมีการรับรองตามมาตรฐานในเชิงวิชา	✓		
มีระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงที่มี ประสิทธิภาพ มีแผนรองรับเหตุการณ์ฉุกเฉิน ที่มี ประสิทธิภาพ	✓		
มีการจัดทำรายงานทางการเงินอย่างเป็นระบบ และรายงานอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง			✓
มีหน่วยงานตรวจสอบภายในและภายนอก ทำ หน้าที่ตรวจ ติดตามการใช้จ่ายเงินให้เป็นไปตามกฎ ระเบียบและกฎเกณฑ์ที่กำหนด			✓

องค์ประกอบที่ 2 ด้านการดูแลสุขภาพ

ด้านการดูแลสุขภาพ	การจัดกลุ่มมาตรฐาน		
	การวางแผนการดูแลสุขภาพ	การปฏิบัติการดูแลสุขภาพ	การบริหารยา
ดูแลและอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุให้เขารู้สึกว่าเหมือนอยู่บ้าน		✓	
ดูแล รักษาและฟื้นฟูอาการจากโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่		✓	
ดูแล ป้องกัน โรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น แผลกดทับ ข้อติดแข็ง ฯลฯ		✓	
ในผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ให้มีการตรวจเช็คร่างกาย ทำความสะอาด และพลิกตะแคงให้ ทุก ๆ 2 ชั่วโมง		✓	
ในผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ให้มีการตรวจเช็คร่างกาย ทำความสะอาด ทุก ๆ 4 ชั่วโมง		✓	
เน้นเรื่องความสะอาด เช่น การอาบน้ำ อาหารที่รับประทาน เติงที่ผู้สูงอายุนอน ฯลฯ		✓	
มีการจัดกิจกรรมตามวันสำคัญต่าง ๆ เช่น กิจกรรมรดน้ำดำหัวผู้ใหญ่ในวันสงกรานต์ ฯลฯ		✓	
มีการจัดกิจกรรมทางศาสนา เช่น ให้มีการตักบาตรทุกเช้าวันพุธ ฯลฯ		✓	
มีการจัดกิจกรรมที่ทำร่วมกับเจ้าหน้าที่ เพื่อกระชับความสัมพันธ์		✓	
มีการจัดกิจกรรมที่ทำร่วมกับญาติของผู้สูงอายุ		✓	
ให้ความใส่ใจ ช่วยพูดชวนคุย และไม่ทอดทิ้งผู้สูงอายุ		✓	
ให้การดูแลผู้สูงอายุเหมือนกับดูแลคนในครอบครัว		✓	
จัดให้มีกิจกรรมเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่ผู้สูงอายุสามารถทำได้ ตามความสามารถของแต่ละบุคคล เช่น ศิลปะ เย็บปักถักร้อย พับกระดาษ ฯลฯ เพื่อพัฒนาคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ		✓	

องค์ประกอบที่ 2 ด้านการดูแลสุขภาพ(ต่อ)

ด้านการดูแลสุขภาพ	การจัดกลุ่มมาตรฐาน		
	การวางแผนการดูแลสุขภาพ	การปฏิบัติการดูแลสุขภาพ	การบริหารยา
เมื่อถึงวาระสุดท้ายของชีวิตมีการจัดการตามหลักศาสนาที่ผู้สูงอายุคนนั้นนับถือ		✓	
มีการวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล ที่สะท้อนให้เห็นถึงการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุที่ครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล	✓		
การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุต้องเป็นไปตามแนวปฏิบัติที่ดีของวิชาชีพ และมีความถูกต้อง ทันสมัย และเป็นปัจจุบัน	✓		
ต้องทำการสื่อสารหรือแจ้งให้ผู้สูงอายุหรือญาติทราบทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงการวางแผนการดูแล	✓		
แผนการดูแลต้องได้ยินความยินยอม และสามารถยกเลิกได้หากผู้รับบริการหรือผู้สูงอายุไม่ให้ความยินยอม หรือไม่เต็มใจ	✓		
มีแนวทางการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุบนพื้นฐานของแนวทางการปฏิบัติที่ดีที่ผ่านการศึกษาวิจัยและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน	✓		
ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุสามารถส่งต่อผู้สูงอายุไปรับบริการด้านสุขภาพในระดับปฐมภูมิทุติยภูมิ การรักษาพยาบาลเฉพาะทาง หรือการดูแลด้านสุขภาพอื่น ๆ ได้ในสถานพยาบาลใกล้เคียง และสามารถส่งต่อข้อมูลสุขภาพในการส่งต่อเพื่อรับการรักษาและการติดตามการรักษากับสถานพยาบาล นั้น ๆ ได้	✓		
มีทีมแพทย์ในการให้คำปรึกษา ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลได้	✓		

องค์ประกอบที่ 2 ด้านการดูแลสุขภาพ(ต่อ)

ด้านการดูแลสุขภาพ	การจัดกลุ่มมาตรฐาน		
	การวางแผน การดูแล สุขภาพ	การปฏิบัติการ ดูแล สุขภาพ	การบริหาร ยา
มีกิจกรรมส่งเสริมสัมพันธภาพในสังคมตามความเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ โดยความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพในการจัดกิจกรรม		✓	
เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาสุขภาพกาย จิตและสังคมอย่างสม่ำเสมอทั้งภายในและภายนอกศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ	✓		
มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พักผ่อนหย่อนใจ ที่ผู้สูงอายุสามารถเลือกตามความพอใจ หรือตามความสามารถของแต่ละบุคคล		✓	
ยาที่ใช้กับผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลต้องได้รับยาตามใบสั่งยาของแพทย์ ตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือยาสามัญ หรือยาแผนโบราณ ที่ผ่านการพิจารณาจากแพทย์ผู้ดูแลแล้ว			✓
ผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุต้องปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาและเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งรวมถึงการเฝ้าระวังความปลอดภัยในการใช้ยา คลาดเคลื่อนทางยา(Medication Error) ด้วย			✓
มีการบันทึกการให้ยา การนำยาเข้า-ออก ของศูนย์ดูแลและการตรวจสอบการหมดอายุของยาอย่างสม่ำเสมอ			✓
มีคณะกรรมการตรวจสอบการใช้ยาของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุและรายงานผลการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ			✓
ผู้ให้บริการต้องทำความเข้าใจ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้องกับผู้สูงอายุและญาติ			✓

องค์ประกอบที่ 2 ด้านการดูแลสุขภาพ(ต่อ)

ด้านการดูแลสุขภาพ	การจัดกลุ่มมาตรฐาน		
	การวางแผนการดูแลสุขภาพ	การปฏิบัติการดูแลสุขภาพ	การบริหารยา
เมื่อผู้สูงอายุเสียชีวิต ยาทุกประเภทที่ใช้กับ ผู้สูงอายุจะต้องถูกเก็บรักษาไว้อย่างครบถ้วน ใน สภาพเดิม จนกระทั่งได้รับการชันสูตรเรียบร้อยแล้ว แล้ว หรือ มีการดำเนินการเพื่อประกอบพิธีทาง ศาสนาโดยไม่ต้องมีการชันสูตร			✓

องค์ประกอบที่ 3 ด้านสิทธิและการได้รับความคุ้มครอง

ด้านสิทธิและการได้รับความคุ้มครอง	การจัดกลุ่มมาตรฐาน	
	สิทธิและประโยชน์	ความเป็นส่วนตัวและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน	✓	
ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการดูแลตามที่เขาต้องการ	✓	
เจ้าหน้าที่ผู้ดูแลมีการตรวจสอบสิทธิที่ผู้สูงอายุควรได้รับ และมีการประสานงานกับทางโรงพยาบาล	✓	
ผู้สูงอายุได้รับความรู้เกี่ยวกับตนเอง เพื่อการพัฒนาศักยภาพและการดูแลตัวเอง	✓	
เมื่อเกิดภาวะขั้บคันผู้สูงอายุจะได้รับการช่วยเหลืออย่างเต็มที่	✓	
ให้ความเคารพ เข้าใจธรรมชาติของผู้สูงอายุ	✓	
ไม่รังเกียจ มีความใจเย็น อดทนอดกลั้น สามารถควบคุมอารมณ์ตัวเองได้ในการดูแลผู้สูงอายุ	✓	
ผู้ดูแลต้องมีความรู้ และผ่านการอบรมในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ	✓	
ผู้ดูแลต้องมีจำนวนเพียงพอต่อการดูแลผู้สูงอายุ	✓	
ผู้ดูแลควรมีความนุ่มนวล ละเอียดย่อน อ่อนโยน	✓	
มีสื่อที่พร้อมต่อการรับรู้ข่าวสารของผู้สูงอายุ เช่น โทรศัพท์ วิทยุ หนังสือพิมพ์ อินเทอร์เน็ต ไร้สาย ฯลฯ	✓	

องค์ประกอบที่ 3 ด้านสิทธิและการได้รับความคุ้มครอง(ต่อ)

ด้านสิทธิและการได้รับความคุ้มครอง	การจัดกลุ่มมาตรฐาน	
	สิทธิและประโยชน์	ความเป็นส่วนตัวและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
ให้ผู้สูงอายุรับรู้ข่าวสารเท่าที่ผู้สูงอายุต้องการ	✓	
จำกัดให้ผู้สูงอายุรับรู้ข่าวสารแค่เรื่องที่ไม่มีความรุนแรง และกระทบกระเทือนต่อจิตใจของผู้สูงอายุ	✓	
มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะร่างกายของตัวผู้สูงอายุเอง	✓	
ผู้ให้บริการต้องรับประกันว่าผู้สูงอายุและญาติสามารถขอเข้าเยี่ยมหรือสอบถามการดำเนินงานของศูนย์ดูแลได้ก่อนการตัดสินใจเข้ารับการดูแล	✓	
การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้สูงอายุและญาติต้องเป็นภาษาที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจได้ง่าย	✓	
ผู้ให้บริการจะต้องแจ้งค่าใช้จ่ายในการดูแลรวมทั้งกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุต้องจ่ายโดยไม่รู้สึกว่าเป็นการถูกบังคับ ทั้งนี้ต้องเป็นไปโดยความสมัครใจ	✓	
ผู้สูงอายุและญาติมีสิทธิได้รับการนัดหมายเพื่อพบทีมพยาบาล หรือแพทย์เพื่อวางแผนในการดูแลสุขภาพในปัจจุบัน และการวางแผนการดูแลขณะเกิดเหตุฉุกเฉิน หรือกรณีที่เกิดการเจ็บป่วย การประสานงานกับสถานพยาบาลที่รับส่งต่อ การตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาล การดูแลในระยะยาวที่อาจจะเกิดขึ้น เป็นต้น	✓	
ผู้สูงอายุควรได้รับความรู้เกี่ยวกับสิทธิของตนเอง และการดูแลตนเอง เพื่อการพัฒนาศักยภาพและการดูแลตัวเอง	✓	
เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุควรจะได้รับการช่วยเหลืออย่างเต็มที่	✓	
การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุต้องยึดหลักความเป็นส่วนตัวและเป็นไปตามความต้องการหรือความเต็มใจของผู้สูงอายุ		✓

องค์ประกอบที่ 3 ด้านสิทธิและการได้รับความคุ้มครอง(ต่อ)

ด้านสิทธิและการได้รับความคุ้มครอง	การจัดกลุ่มมาตรฐาน	
	สิทธิและประโยชน์	ความเป็นส่วนตัวและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
การดูแลผู้สูงอายุและความเป็นอยู่ต้องคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว เคารพศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์		✓
ศูนย์ดูแลต้องมีนโยบายและแนวทางในการควบคุมดูแลป้องกัน ผู้สูงอายุจากการถูกการถูกรุ้กระทำต่อร่างกาย จิตใจ การเงิน และด้านอื่น ๆ หรือการล่วงละเมิดทางเพศ		✓
หากมีกรณีดังกล่าวหรือมีเหตุน่าสงสัยต้องมีหน้าที่รายงานและแจ้งต่อเจ้าพนักงานและมีกระบวนการในการส่งต่อเพื่อให้ความดูแลที่เหมาะสมต่อไป		✓
เจ้าหน้าที่ หรือผู้ดูแลควรผ่านการอบรมหรือศูนย์ดูแลควรจัดให้มีการอบรมบุคลากรเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันสิทธิและการให้ความคุ้มครองผู้สูงอายุ		✓
มีการจัดอัตรากำลังในการเฝ้าเวรตอนกลางคืนอย่างเหมาะสมและพอเพียง		✓
มีการรักษาความลับของผู้สูงอายุ ไม่เปิดเผยข้อมูลการรักษาแก่บุคคลภายนอก ในมาตรฐานเดียวกับการรักษาสิทธิของผู้ป่วย		✓
การให้ข้อมูลควรให้ข้อมูลแก่ญาติสายตรงเท่านั้น คือ คู่สมรส และลูก		✓

องค์ประกอบที่ 4 ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและระบบความปลอดภัย

ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและระบบความปลอดภัย	การจัดกลุ่มมาตรฐาน	
	สิ่งแวดล้อม	ระบบความปลอดภัย
มีการตรวจสอบและรักษาความสะอาดภายในศูนย์อยู่เสมอ	✓	
ภายในศูนย์มีอากาศถ่ายเท โปร่ง โล่ง และไม่แคบจนเกินไป	✓	
มีการจัดพื้นที่ที่เป็นธรรมชาติ เช่น สวนหย่อมที่มีทางเดินที่สามารถพาผู้สูงอายุออกไปรับอากาศและผ่อนคลายได้	✓	
มีสถานที่สำหรับออกกำลังกาย	✓	
มีความเป็นส่วนตัว	✓	
มีการเปิดเพลงภายในศูนย์เพื่อให้เกิดความผ่อนคลาย	✓	
มีการจัดสภาพแวดล้อม และเฟอร์นิเจอร์ต่าง ๆ ให้เหมือนกับอยู่บ้าน	✓	
มีมั่งลวดสำหรับป้องกันแมลง	✓	
มีความเป็นมาตรฐาน เช่น ระยะห่างระหว่างเตียง ระดับความสูงของเตียง ฯลฯ		✓
ควรมีเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ		✓
มีกระดิงตามสถานที่ต่าง ๆ เช่น ข้างเตียง ในห้องน้ำ ตามทางเดิน ฯลฯ		✓
มีราวจับช่วยเดินตามสถานที่ต่าง ๆ เช่น ในห้องน้ำ ตามทางเดิน ฯลฯ		✓
มีแผ่นกันลื่นในห้องน้ำ		✓
มีการแบ่งโซนเปียก โซนแห้งในห้องน้ำ		✓
ส่วนที่เป็นทางลาด และทางต่างระดับมีป้ายบอกชัดเจน		✓
มีการจัดอัตรากำลังในการเฝ้าเวรตอนกลางคืน		✓
มีการตรวจเช็คเชื้อโรคในอากาศ	✓	✓
ไม่มีการเปิดเผยข้อมูลการรักษาแก่บุคคลภายนอก		✓

องค์ประกอบที่ 4 ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและระบบความปลอดภัย(ต่อ)

ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและระบบความปลอดภัย	การจัดกลุ่มมาตรฐาน	
	สิ่งแวดล้อม	ระบบความปลอดภัย
ให้ข้อมูลแก่ญาติสายตรงเท่านั้น คือ คู่สมรส ลูก และหลาน		✓
มีการตรวจสอบทุกคนที่เข้ามาในศูนย์ ว่านำเชื้อโรคติดตัวเข้ามาหรือไม่		✓
มีกฎหมายผู้สูงอายุมีของมีค่าติดตัว		✓
มีการออกแบบสถานที่ การจัดวางสิ่งของเครื่องใช้ที่สะดวก ปลอดภัย โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล	✓	✓
จัดสถานที่ภายในศูนย์ให้สะดวกสบาย และเสมือนอยู่บ้าน	✓	
มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ ป้องกันการเกิดอัคคีภัยเป็นไปตามมาตรฐานโดยมีการตรวจสอบดูแลอย่างสม่ำเสมอ		✓
ออกแบบ และจัดการสถานที่เครื่องมือเครื่องใช้ อุปกรณ์ต่าง ๆ โดยยึดหลักเพื่อการป้องกันการติดเชื้อและอารยะสถาปัตย์ (Universal design) โดยมีการตรวจสอบและรักษาความสะอาดภายในศูนย์ดูแลอยู่เสมอ	✓	✓
จัดพื้นที่ภายในศูนย์ดูแลให้มีอากาศถ่ายเท โปร่งโล่ง และไม่คับแคบจนเกินไป และห้องที่พักของผู้สูงอายุต้องมีหน้าต่าง เพื่อให้อากาศถ่ายเทสะดวก	✓	
มีการจัดพื้นที่ที่เป็นธรรมชาติ เช่น สวนหย่อม มีทางเดินที่สามารถพาผู้สูงอายุออกไปรับอากาศบริสุทธิ์และผ่อนคลายได้	✓	
มีสถานที่สำหรับออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีพื้นที่การเดินที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ หรือ มีราวจับช่วยเดินไปตามสถานที่ต่าง ๆ เช่น ในห้องน้ำ ตามทางเดิน ฯลฯ	✓	✓

องค์ประกอบที่ 4 ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและระบบความปลอดภัย(ต่อ)

ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและระบบความปลอดภัย	การจัดกลุ่มมาตรฐาน	
	สิ่งแวดล้อม	ระบบความปลอดภัย
มีการจัดสถานที่เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความเป็นส่วนตัว	✓	
มีแสงสว่างเพียงพอต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุ	✓	✓

องค์ประกอบที่ 5 ด้านระบบมาตรฐานภายใน

ด้านระบบมาตรฐานภายใน	การจัดกลุ่มมาตรฐาน	
	ระบบและกลไกการประกันคุณภาพการบริการ	
มีระบบและกลไกการประกันคุณภาพการบริการที่เหมาะสม และ มีการดำเนินการตามระบบที่กำหนด	✓	
มีการกำหนดนโยบายและให้ความสำคัญเรื่องการพัฒนาคุณภาพการบริการ	✓	
มีการดำเนินงานเพื่อพัฒนาคลังซึ่งมาตรฐานและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และมีการรายงานต่อคณะกรรมการบริหารของศูนย์ดูแล	✓	
มีการนำผลการประเมินคุณภาพไปปรับปรุงการทำงานและส่งผลให้เกิดการพัฒนางานบริการที่ชัดเจน	✓	
มีระบบสารสนเทศที่ให้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการบริการแก่ผู้สูงอายุ	✓	
มีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ญาติ หรือผู้ใช้บริการ	✓	
มีเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพการดูแลหรือการให้บริการแก่ผู้สูงอายุระหว่างสถาบันและมีกิจกรรมร่วมกัน	✓	

องค์ประกอบที่ 5 ด้านระบบมาตรฐานภายใน(ต่อ)

ด้านระบบมาตรฐานภายใน	การจัดกลุ่มมาตรฐาน
	ระบบและกลไกการประกันคุณภาพการบริการ
มีแนวปฏิบัติที่ดีหรืองานวิจัยด้านการพัฒนาคุณภาพการดูแลหรือการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่ศูนย์ดูแลพัฒนาขึ้นและเผยแพร่ให้หน่วยงานอื่นสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้	✓
มีการพัฒนาบุคลากรที่มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ	✓
มีอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ที่ทันสมัยได้มาตรฐาน	✓
มีอัตรากำลังการเหมาะสม	✓

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของการนำมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้างไปใช้

การแปลผลค่าเฉลี่ย และความหมาย

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

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง

มาตรฐาน	ความคิดเห็นของผู้สูงอายุ (N = 27)		
	$\bar{X}$	SD	ระดับ
1. มาตรฐานด้านการบริหารจัดการ	4.37	.59	มาก
2. มาตรฐานด้านการดูแลสุขภาพ	4.44	.79	มาก
3. มาตรฐานด้านสิทธิและการได้รับความคุ้มครอง	4.45	.76	มาก
4. มาตรฐานด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและระบบความปลอดภัย	4.55	.68	มากที่สุด
5. มาตรฐานด้านระบบมาตรฐานภายใน	4.60	.80	มากที่สุด
รวม	4.51	.64	มากที่สุด

จากตารางที่ 3 พบว่า ระดับความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง ในภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.51, SD = .64) และเมื่อพิจารณามาตรฐานเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง อยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด 2 ด้าน โดยเรียงตามลำดับดังนี้ 1) มาตรฐานด้านระบบมาตรฐานภายใน ($\bar{X}$ = 4.60, SD = .80) 2) มาตรฐานด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและระบบความปลอดภัย ($\bar{X}$ = 4.55, SD = .68) ส่วนด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับมาก โดยมาตรฐานด้าน สิทธิและการได้รับความคุ้มครอง ($\bar{X}$ = 4.45 , SD = .76) 4) มาตรฐานด้านการดูแลสุขภาพ ($\bar{X}$ = 4.44, SD = .79) และ 5) มาตรฐานด้านการบริหารจัดการ ($\bar{X}$ = 4.37, SD = .59)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบระดับความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้าง จำแนกตามเพศ ในภาพรวม และรายด้าน (T-test)

มาตรฐาน	ชาย		หญิง		t	p
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
1. มาตรฐานด้านการบริหารจัดการ	4.08	1.00	4.50	.32	.698	.034*
2. มาตรฐานด้านการดูแลสุขภาพ	4.32	1.04	4.49	.69	.263	.299
3. มาตรฐานด้านผู้สิทธิและการได้รับความคุ้มครอง	4.32	1.05	4.51	.64	.284	.315
4. มาตรฐานด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและระบบความปลอดภัย	4.33	1.05	4.64	.48	.495	.114
5. มาตรฐานด้านระบบมาตรฐานภายใน	4.38	1.06	4.69	.69	.469	.253
รวม	4.30	1.04	4.56	.39	.419	.079

จากตารางที่ 4 พบว่า ระดับความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้าง ในภาพรวม ผู้สูงอายุเพศชาย มีความเห็นด้วย ในระดับ มาก ($\bar{X} = 4.30$, $SD = 1.04$) ส่วน ผู้สูงอายุเพศหญิง มีความเห็นด้วย ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.56$, $SD = .39$) และเมื่อเปรียบเทียบ ในเพศที่แตกต่างกัน พบว่า ในภาพรวมของมาตรฐานทั้งหมด มีความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน แต่เมื่อพิจารณาเป็นรายมาตรฐาน พบว่า ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อมาตรฐานที่ 1 ด้านการบริหารจัดการ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบระดับความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง จำแนกตามสถานภาพ ในภาพรวมและรายด้าน

ความแปรปรวน	Ss	df	MS	F	p
1. มาตรฐานด้านการบริหารจัดการ					
ระหว่างกลุ่ม	.281	2	.140	.359	.702
ภายในกลุ่ม	8.982	23	.391		
รวม	9.263	25			
2. มาตรฐานด้านการดูแลสุขภาพ					
ระหว่างกลุ่ม	.672	2	.336	.496	.615
ภายในกลุ่ม	15.586	23	.678		
รวม	16.258	25			
3. มาตรฐานด้าน สิทธิและการได้รับความคุ้มครอง					
ระหว่างกลุ่ม	.860	2	.430	.691	.511
ภายในกลุ่ม	14.315	23	.622		
รวม	15.174	25			
4. มาตรฐานด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและระบบความปลอดภัย					
ระหว่างกลุ่ม	1.265	2	.633	1.340	.282
ภายในกลุ่ม	10.857	23	.472		
รวม	12.123	25			
5. มาตรฐานด้านระบบมาตรฐานภายใน					
ระหว่างกลุ่ม	1.425	2	.713	1.078	.357
ภายในกลุ่ม	15.200	23	.661		
รวม	16.625	25			
โดยรวม					
ระหว่างกลุ่ม	.710	2	.355	.826	.451
ภายในกลุ่ม	9.893	23	.430		
รวม	10.603	25			

จากตารางที่ 5 พบว่าระดับความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้าง เมื่อเปรียบเทียบในสถานภาพที่แตกต่างกัน โดยภาพรวมและจำแนกรายด้านพบว่า มีความคิดเห็นไม่แตกต่างกัน

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบระดับความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้าง จำแนกตามระดับการศึกษา ในภาพรวมและรายด้าน

ความแปรปรวน	Ss	df	MS	F	p
1. มาตรฐานด้านการบริหารจัดการ					
ระหว่างกลุ่ม	1.124	5	.225	.579	.715
ภายในกลุ่ม	8.148	21	.388		
รวม	9.271	26			
2. มาตรฐานด้านสุขภาพ					
ระหว่างกลุ่ม	1.176	5	.235	.325	.892
ภายในกลุ่ม	15.199	21	.724		
รวม	16.376	26			
3. มาตรฐานด้านสิทธิและการได้รับความคุ้มครอง					
ระหว่างกลุ่ม	1.115	5	.223	.333	.887
ภายในกลุ่ม	14.059	21	.669		
รวม	15.174	26			
4. มาตรฐานด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและระบบความปลอดภัย					
ระหว่างกลุ่ม	.891	5	.178	.332	.888
ภายในกลุ่ม	11.264	21	.536		
รวม	12.154	26			
5. มาตรฐานด้านระบบมาตรฐานภายใน					
ระหว่างกลุ่ม	.877	5	.175	.233	.944
ภายในกลุ่ม	15.808	21	.753		
รวม	16.685	26			
โดยรวม					
ระหว่างกลุ่ม	.944	5	.189	.409	.837
ภายในกลุ่ม	9.687	21	.461		
รวม	10.631	26			

จากตารางที่ 6 พบว่าระดับความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้าง เมื่อเปรียบเทียบในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน โดยภาพรวมและจำแนกรายด้าน มีความคิดเห็น ไม่แตกต่างกัน

ส่วนที่ 4 สรุปมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้าง

มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้าง ตามความคิดเห็นของผู้ให้บริการและผู้สูงอายุ ตามบริบทของภาคตะวันออก ประเทศไทย พบว่า

มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย องค์ประกอบของมาตรฐาน ซึ่งแบ่งเป็น 5 องค์ประกอบ 10 มาตรฐาน โดยมีรายละเอียดของมาตรฐานและเกณฑ์ในแต่ละองค์ประกอบดังต่อไปนี้ ตารางที่ 7 มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้างตามความคิดเห็นของผู้ให้บริการและผู้สูงอายุในภาคตะวันออก

องค์ประกอบ	มาตรฐาน	เกณฑ์
1.ด้านการบริหารจัดการ	1.ระบบบริหารจัดการ	1.ต้องมีการกำหนดโครงสร้างการบริหารจัดการภายใน การบังคับบัญชา บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบและ กิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ให้บริการ
		2. ระบบการบริหารจัดการต้องมีความโปร่งใส สามารถ ตรวจสอบได้ และมีสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อผู้สูงอายุ
		3. ต้องมีแผนในการพัฒนาสมรรถนะและศักยภาพของผู้ ให้บริการที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ
		4. มีนโยบายและแนวทางการปฏิบัติในการดูแลที่ได้ มาตรฐาน ถูกต้องและเป็นไปตามหลักการทางวิชาการที่ ได้รับการยอมรับหรือมีหลักฐานเชิงประจักษ์
		5. มีระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ มีแผนรองรับเหตุการณ์ฉุกเฉิน ที่มีประสิทธิภาพ
		6.ต้องทำการขึ้นทะเบียนเป็นสถานบริบาล หรือศูนย์ดูแลผู้สูงอายุให้ถูกต้องและมีกระบวนการ ตรวจสอบคุณภาพการให้บริการ
	2.การปฏิบัติการ	1.ต้องมีการกำหนดโครงสร้าง อัตรากำลังและการบริหาร จัดการที่เหมาะสมสอดคล้องกับจำนวนของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล
		2.ต้องมีการกำหนดผู้รับผิดชอบหรือผู้จัดการศูนย์ดูแล เพื่อทำหน้าที่ในการบริหารจัดการและรายงานผลการ ดำเนินงานของศูนย์

ตารางที่ 7 มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้างตามความคิดเห็นของผู้ให้บริการและผู้สูงอายุในภาคตะวันออก(ต่อ)

องค์ประกอบ	มาตรฐาน	เกณฑ์
		3.ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้าง ต้องมีสมรรถนะ และประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุและการบริหารศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ดังนี้ 3.1 ต้องเป็นพยาบาลที่ได้รับในประกอบวิชาชีพการพยาบาล 3.2 ต้องมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุไม่ต่ำกว่า1 ปี 3.3 มีความรู้ในกระบวนการดูแลผู้สูงอายุ และต้องผ่านการพัฒนา ฝึกอบรม ฝึกประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุ 3.4 ควรมีประสบการณ์ในการบริหารทางการพยาบาล ไม่ต่ำกว่า 2 ปี
		4.ควรมีการกำหนดนโยบายและเงื่อนไขในการรับผู้สูงอายุที่สามารถดูแลได้อย่างชัดเจน เช่น ไม่รับผู้สูงอายุที่ป่วย เป็นต้น
		5.ต้องมีการกำหนดภาระงานหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจนของผู้ให้บริการในศูนย์ดูแล
		6.ผู้ให้บริการต้องได้รับการรับรองหรือผ่านการฝึกอบรมโดยมีการรับรองตามมาตรฐานในเชิงวิชาชีพ
		7.ควรมีแพทย์เฉพาะทางประจำศูนย์ ในการดูแลและประเมินผู้สูงอายุ
		8.ควรมีนักโภชนาการในการดูแลและจัดการเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะร่างกายของผู้สูงอายุแต่ละคน
		9.ควรมีนักกายภาพบำบัดประจำศูนย์ ในการทำกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด และออกกำลังกายที่ถูกต้องให้แก่ผู้สูงอายุ
		10.ควรมีเจ้าหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุแบบตัวต่อตัว
		11.ควรมีการบริหารจัดการเพื่อเกิดการรวมกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน

ตารางที่ 7 มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้างตามความคิดเห็นของผู้ให้บริการและผู้สูงอายุในภาคตะวันออก(ต่อ)

องค์ประกอบ	มาตรฐาน	เกณฑ์
	3.การบริหารการเงิน	1.มีการจัดทำรายงานทางการเงินอย่างเป็นระบบ และรายงานอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง
		2.มีหน่วยงานตรวจสอบภายในและภายนอก ทำหน้าที่ตรวจ ติดตามการใช้จ่ายเงินให้เป็นไปตามกฎ ระเบียบและกฎเกณฑ์ที่กำหนด
2.ด้านการดูแลสุขภาพ	4.การวางแผนการดูแลสุขภาพ	1.มีการวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล ที่สะท้อนให้เห็นถึงการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุที่ครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล
		2.การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุต้องเป็นไปตามแนวปฏิบัติที่ดีของวิชาชีพ และมีความถูกต้อง ทันสมัยและเป็นปัจจุบัน
		3.ต้องทำการสื่อสารหรือแจ้งให้ผู้สูงอายุหรือญาติทราบทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงการวางแผนการดูแล
		4.แผนการดูแลต้องได้ยินความยินยอม และสามารถยกเลิกได้หากผู้รับบริการหรือผู้สูงอายุไม่ให้ความยินยอมหรือไม่เต็มใจ
	5.การปฏิบัติการดูแลสุขภาพ	1.มีแนวทางการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุบนพื้นฐานของแนวทางการปฏิบัติที่ดีที่ผ่านการศึกษาวิจัยและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน
		2.ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุสามารถส่งต่อผู้สูงอายุไปรับบริการด้านสุขภาพในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ การรักษาพยาบาลเฉพาะทาง หรือการดูแลด้านสุขภาพอื่น ๆ ได้ในสถานพยาบาลใกล้เคียง และสามารถส่งต่อข้อมูลสุขภาพในการส่งต่อเพื่อรับการรักษาและการติดตามการรักษา กับสถานพยาบาล นั้น ๆ ได้

ตารางที่ 7 มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้างตามความคิดเห็นของผู้ให้บริการและผู้สูงอายุในภาคตะวันออก(ต่อ)

องค์ประกอบ	มาตรฐาน	เกณฑ์
		3.มีทีมแพทย์ในการให้คำปรึกษา ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลได้
		4.มีกิจกรรมส่งเสริมสัมพันธ์ภาพในสังคมตามความเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ โดยความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพในการจัดกิจกรรม
		5.มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พักผ่อนหย่อนใจ ที่ผู้สูงอายุสามารถเลือกตามความพอใจ หรือตามความสามารถของแต่ละบุคคล เช่น ศิลปะ เย็บปักถักร้อย พับกระดาษ ฯลฯ เพื่อพัฒนาคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ
		6.เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาสุขภาพกาย สุขภาพจิต สังคมและจิตวิญญาณ อย่างสม่ำเสมอทั้งภายในและภายนอกศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ
		7.มีการจัดกิจกรรมทางศาสนา และกิจกรรมตามวันสำคัญต่าง ๆ เช่น กิจกรรมรดน้ำดำหัวผู้ใหญ่ในวันสงกรานต์ การทำบุญ ตักบาตร ฯลฯ
		8.ให้การดูแล ในทุกมิติของการรักษาพยาบาล ได้แก่ การส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ
		9.ดูแล ป้องกัน โรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น แผลกดทับ ข้อติดแข็ง ฯลฯ โดย 9.1 ในผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ให้มีการตรวจเช็กร่างกาย ทำความสะอาด และพลิกตะแคงให้ ทุก ๆ 2 ชั่วโมง 9.2 ในผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ให้มีการตรวจเช็กร่างกาย ทำความสะอาด ทุก ๆ 4 ชั่วโมง 9.3 เน้นเรื่องความสะอาด เช่น การอาบน้ำ อาหารที่รับประทาน เตียงที่ผู้สูงอายุนอน ฯลฯ
		10.ดูแลและอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุให้เขารู้สึกว่าเหมือนอยู่บ้าน

ตารางที่ 7 มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้างตามความคิดเห็นของผู้ให้บริการและผู้สูงอายุในภาคตะวันออก(ต่อ)

องค์ประกอบ	มาตรฐาน	เกณฑ์
	6.การบริหารยา	1.ยาที่ใช้กับผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลต้องได้รับยาตามใบสั่งยาของแพทย์ ตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือยาสามัญ หรือยาแผนโบราณ ที่ผ่านการพิจารณาจากแพทย์ผู้ดูแลแล้ว
		2.ผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุต้องปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาและเป็นไปตามมาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งรวมถึงการเฝ้าระวังความปลอดภัยในการใช้ยา คลาดเคลื่อนทางยา (Medication Error) ด้วย
		3.มีการบันทึกการให้ยา การนำยาเข้า-ออก ของศูนย์ดูแล และการตรวจสอบการหมดอายุของยาอย่างสม่ำเสมอ
		4.มีคณะกรรมการตรวจสอบการใช้ยาของศูนย์ดูแล ผู้สูงอายุและรายงานผลการตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ
		5.ผู้ให้บริการต้องทำความเข้าใจ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้องกับผู้สูงอายุและญาติ
		6.เมื่อผู้สูงอายุเสียชีวิต ยาทุกประเภทที่ใช้กับผู้สูงอายุ จะต้องถูกเก็บรักษาไว้อย่างครบถ้วน ในสภาพเดิม จนกระทั่งได้รับการชันสูตรเรียบร้อยแล้ว หรือ มีการดำเนินการเพื่อประกอบพิธีทางศาสนาโดยไม่ต้องมีการชันสูตร
3.ด้านสิทธิและการได้รับความคุ้มครอง	7.สิทธิและประโยชน์	1.ให้ผู้สูงอายุรับรู้ข่าวสารเท่าที่ผู้สูงอายุต้องการ และมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะร่างกายของตัวผู้สูงอายุเอง
		2.การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้สูงอายุและญาติต้องเป็นภาษาที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจได้ง่าย
		3.ผู้ให้บริการต้องรับประกันว่าผู้สูงอายุและญาติสามารถขอเข้าเยี่ยมหรือสอบถามการดำเนินงานของศูนย์ดูแลได้ ก่อนการตัดสินใจเข้ารับการดูแล
		4.ผู้ให้บริการจะต้องแจ้งค่าใช้จ่ายในการดูแลรวมทั้งกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุต้องจ่ายโดยไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นการถูกบังคับ ทั้งนี้ต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ

ตารางที่ 7 มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้างตามความคิดเห็นของผู้ให้บริการและผู้สูงอายุในภาคตะวันออก(ต่อ)

องค์ประกอบ	มาตรฐาน	เกณฑ์
		5.ผู้สูงอายุและญาติมีสิทธิได้รับการนัดหมายเพื่อพบทีมพยาบาล หรือแพทย์เพื่อวางแผนในการดูแลสุขภาพในปัจจุบัน และการวางแผนการดูแลขณะเกิดเหตุฉุกเฉิน หรือกรณีที่เกิดการเจ็บป่วย การประสานงานกับสถานพยาบาลที่รับส่งต่อ การตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาล การดูแลในระยะยาวที่อาจเกิดขึ้น เป็นต้น
		6.ผู้สูงอายุควรได้รับความรู้เกี่ยวกับสิทธิของตนเองและการดูแลตนเอง เพื่อการพัฒนาศักยภาพและการดูแลตัวเอง
		7.เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุควรจะได้รับช่วยเหลืออย่างเต็มที่
	8.ความเป็นส่วนตัวและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์	1.การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุต้องยึดหลักความเป็นส่วนตัวและเป็นไปตามความต้องการหรือความเต็มใจของผู้สูงอายุ
		2.การดูแลผู้สูงอายุและความเป็นอยู่ต้องคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว เคารพศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์
		3.ศูนย์ดูแลต้องมีนโยบายและแนวทางในการควบคุมดูแลป้องกัน ผู้สูงอายุจากการถูกรังแกถูกรุ้ทำต่อร่างกาย จิตใจ การเงิน และด้านอื่น ๆ หรือการล่วงละเมิดทางเพศ
		4.หากมีกรณีดังกล่าวหรือมีเหตุน่าสงสัยต้องมีหน้าที่รายงานและแจ้งต่อเจ้าพนักงานและมีกระบวนการในการส่งต่อเพื่อให้ความดูแลที่เหมาะสมต่อไป
		5.เจ้าหน้าที่ หรือผู้ดูแลควรผ่านการอบรมหรือศูนย์ดูแลควรจัดให้มีการอบรมบุคลากรเพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันสิทธิและการให้ความคุ้มครองผู้สูงอายุ
		6.มีการจัดอัตรากำลังในการเฝ้าเวรตอนกลางคืนอย่างเหมาะสมและพอเพียง

ตารางที่ 7 มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้างตามความคิดเห็นของผู้ให้บริการและผู้สูงอายุในภาคตะวันออก(ต่อ)

องค์ประกอบ	มาตรฐาน	เกณฑ์
		7.มีการรักษาความลับของผู้สูงอายุ ไม่เปิดเผยข้อมูลการรักษาแก่บุคคลภายนอก ในมาตรฐานเดียวกับการรักษาสិทธิของผู้ป่วย การให้ข้อมูลควรให้ข้อมูลแก่ญาติสายตรงเท่านั้น คือ คู่สมรส และลูก
4.ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพ	9.ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย	1.มีการออกแบบสถานที่ การจัดวางสิ่งของเครื่องใช้ที่สะดวก ปลอดภัย โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลและมีความเป็นส่วนตัว
และระบบความปลอดภัย		2.จัดสถานที่ภายในศูนย์ให้สะดวกสบาย และเสมือนอยู่บ้าน
		3.มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุเป็นไปตามมาตรฐานโดยมีการตรวจสอบดูแลอย่างสม่ำเสมอ
		4.ออกแบบ และจัดการสถานที่เครื่องมือเครื่องใช้ อุปกรณ์ต่าง ๆ โดยยึดหลักเพื่อการป้องกันการติดเชื้อและอารยะสถาปัตย์ (Universal design) โดยมีการตรวจสอบและรักษาความสะอาดภายในศูนย์ดูแลอยู่เสมอ
		5.จัดพื้นที่ภายในศูนย์ดูแลให้มีอากาศถ่ายเท โปร่ง โล่ง และไม่คับแคบจนเกินไป และห้องที่พักของผู้สูงอายุต้องมีหน้าต่าง เพื่อให้อากาศถ่ายเทสะดวก
		6.มีการจัดพื้นที่ที่เป็นธรรมชาติ เช่น สวนหย่อม มีทางเดินที่สามารถพาผู้สูงอายุออกไปรับอากาศบริสุทธิ์ และผ่อนคลายได้
		7.มีสถานที่สำหรับออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีพื้นที่การเดินที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ หรือ มีราวจับช่วยเดินไปตามสถานที่ต่าง ๆ เช่น ในห้องน้ำ ตามทางเดิน ฯลฯ
		8.มีการตรวจสอบและรักษาความสะอาดภายในศูนย์อยู่เสมอ

ตารางที่ 7 มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้างตามความคิดเห็นของผู้ให้บริการและผู้สูงอายุในภาคตะวันออก(ต่อ)

องค์ประกอบ	มาตรฐาน	เกณฑ์
		9.เตียงนอนผู้สูงอายุควรจัดระยะห่างระหว่างเตียง ระดับความสูงของเตียง ให้ต่ำลง และสะดวกต่อการลุก นั่ง และนอนสำหรับผู้สูงอายุ
		10.ห้องน้ำ ควรมีแผ่นกันลื่นในห้องน้ำ มีการแบ่งโซนเปียก โซนแห้งในห้องน้ำที่ชัดเจน ป้องกันการหกล้มหรือลื่นล้มในผู้สูงอายุ
		11.ส่วนที่เป็นทางลาด และทางต่างระดับมีป้ายหรือสัญลักษณ์บ่งบอกชัดเจน
		12.มีกระดิ่งตามสถานที่ต่าง ๆ เช่น ข้างเตียง ในห้องน้ำ ตามทางเดิน ฯลฯ
		13.มีราวจับช่วยเดินตามสถานที่ต่าง ๆ เช่น ในห้องน้ำ ตามทางเดิน ฯลฯ
		14.มีแสงสว่างเพียงพอต่อการให้บริการผู้สูงอายุ
		15.มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เป็นไปตามมาตรฐานโดยมีการตรวจสอบดูแลอย่างสม่ำเสมอ
		16.จัดให้มีเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ โดยไม่ปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง
		17.มีระบบการป้องกันการติดเชื้อหรือการแพร่กระจายเชื้อ ควรมีการตรวจสอบและเฝ้าระวังการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด ตลอดจนการดำเนินการป้องกันหรือแก้ไข เช่น มีการตรวจสอบเชื้อโรคในอากาศ รวมทั้งมีการตรวจสอบผู้มาติดต่อที่เข้ามาในศูนย์ ว่านำเชื้อโรคเข้ามาแพร่เชื้อหรือไม่
		18.มีการจัดอัตรากำลังในการเฝ้าเวรตอนกลางคืน
		19.มีกฎหมายห้ามผู้สูงอายุมีของมีค่าติดตัว

ตารางที่ 7 มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้างตามความคิดเห็นของผู้ให้บริการและผู้สูงอายุในภาคตะวันออก(ต่อ)

องค์ประกอบ	มาตรฐาน	เกณฑ์
5.ด้านระบบ มาตรฐานภายใน	10.ระบบและกลไก การประกันคุณภาพ การบริการ	1.มีระบบและกลไกการประกันคุณภาพการบริการที่เหมาะสม และ มีการดำเนินการตามระบบที่กำหนด
		2.มีการกำหนดนโยบายและให้ความสำคัญเรื่องการพัฒนาคุณภาพการบริการ
		3.มีการดำเนินงานเพื่อพัฒนาองไว้ซึ่งมาตรฐานและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และมีการรายงานต่อคณะกรรมการบริหารของศูนย์ดูแล
		4.มีการนำผลการประเมินคุณภาพไปปรับปรุงการทำงาน และส่งผลให้เกิดการพัฒนางานบริการที่ชัดเจน
		5.มีระบบสารสนเทศที่ให้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการบริการแก่ผู้สูงอายุ
		6.มีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ญาติ หรือผู้ใช้บริการ
		7.มีเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพการดูแลหรือการให้บริการแก่ผู้สูงอายุระหว่างสถาบันและมีกิจกรรมร่วมกัน
		8.มีระบบและกลไกการประกันคุณภาพการบริการที่เหมาะสม และ มีการดำเนินการตามระบบที่กำหนด
		9.การกำหนดนโยบายและให้ความสำคัญเรื่องการพัฒนาคุณภาพการบริการ
		10.มีการดำเนินงานเพื่อพัฒนาองไว้ซึ่งมาตรฐานและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และมีการรายงานต่อคณะกรรมการบริหารของศูนย์ดูแล
		11.มีแนวปฏิบัติที่ดีหรืองานวิจัยด้านการพัฒนาคุณภาพการดูแลหรือการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่ศูนย์ดูแลพัฒนาขึ้นและเผยแพร่ให้หน่วยงานอื่นสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้
		12.มีการพัฒนาบุคลากรที่มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ
		13.มีอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ที่ทันสมัยได้มาตรฐาน
		14.มีอัตรากำลังการเหมาะสม

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นโครงการวิจัยย่อยที่ 5 เรื่อง “การพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง” ในชุดโครงการวิจัยเรื่อง “การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุครบวงจรแบบบูรณาการ” โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุที่มารับบริการในศูนย์การให้บริการแบบพักค้างโดยใช้เทคนิคและขั้นตอนการสร้างมาตรฐานการ ของเมสัน 5 ขั้นตอน (Mason, 1994) ดังนี้ 1) การสำรวจปัญหาและความต้องการในการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง 2) ร่างมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุโดยศึกษาข้อมูลจากผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการพร้อมทั้ง ทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ 3) การระดมสมองโดยการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อยกร่างมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ 4) การสอบถามความคิดเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของมาตรฐาน 5) วิเคราะห์ ปรับปรุงและสรุปมาตรฐานการดูแลในศูนย์การให้บริการผู้สูงอายุแบบพักค้างที่อยู่ในเขตพื้นที่ภาคตะวันออก ใช้เวลาในการศึกษาตั้งแต่ ตุลาคม 2555 ถึง กันยายน 2556

ประชากร คือ ผู้รับบริการและผู้ให้บริการของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ในภาคตะวันออก จำนวน 3 แห่ง คือ ชลบุรี 2 แห่ง จันทบุรี 1 แห่ง จำนวน 74 คน เป็นผู้ให้บริการ 33 คน ผู้สูงอายุ 41คน กลุ่มตัวอย่างได้จากการสุ่มโดยสุ่มเลือกหน่วยงาน 1 หน่วยงาน (ชลบุรี) และสุ่มอย่างง่ายจากประชากร ได้กลุ่มตัวอย่าง 53 คน เป็นผู้ให้บริการ 26 คน และผู้สูงอายุ 27 คน ตัวแปรที่ศึกษา คือ สภาพทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มีตัวแปรย่อยที่จะศึกษาได้แก่ 1) ประเภทของผู้ให้บริการ เพศ อายุ อายุการปฏิบัติงานในที่ทำงานปัจจุบัน และระดับการศึกษา 2) ความคิดเห็นเกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้างและข้อเสนอแนะอื่น ๆ

สถานที่ในการศึกษาวิจัย

ภาคตะวันออก ประเทศไทย

ระยะเวลาในการศึกษาวิจัย

ระยะเวลา 1 ปี

ผลการศึกษาวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มผู้ให้บริการในศูนย์ให้บริการแบบพักค้าง ส่วนใหญ่มีอาชีพ เป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ ร้อยละ 30.8 รองลงมาคือ พยาบาล ร้อยละ 26.9 ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.6 โดยเป็นเพศชาย 15.4 อายุเฉลี่ย 32.77 ปี อายุการปฏิบัติงานในที่ทำงานปัจจุบันเฉลี่ย 5.8 ปี และระดับการศึกษาส่วนใหญ่ต่ำกว่า และอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 46.2 เท่ากัน รองลงมา มีระดับการศึกษาสูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 7.7

1.2 กลุ่มผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 70.4 โดยเป็นเพศชาย ร้อยละ 29.6 อายุเฉลี่ย 71.92 ปี สถานภาพส่วนใหญ่แต่งงาน/คู่ ร้อยละ 57.7 รองลงมาคืออื่น ๆ (หม้าย, คู่เสียชีวิต) ร้อยละ 23.1 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่า กับระดับปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 29.6 เท่ากัน รองลงมาคือการศึกษาในระดับปริญญาโท ร้อยละ 25.9 ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 85.2 และแยกออกเป็นระบบต่าง ๆ ได้โดยส่วนใหญ่เป็นโรคประจำตัวที่เกี่ยวกับระบบกล้ามเนื้อและกระดูกกับระบบไหลเวียน คิดเป็นร้อยละ 35.3 เท่ากัน รองลงมาคือระบบต่อมไร้ท่อ ร้อยละ 20.6

2. ผลการวิเคราะห์เนื้อหาและการจัดกลุ่มเพื่อสร้างมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้าง

การจัดกลุ่มมาตรฐาน สามารถจัดกลุ่มได้เป็น 5 องค์ประกอบ 10 มาตรฐาน ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 ด้านการบริหารจัดการ

มาตรฐานที่ 1 การดำเนินงาน

มาตรฐานที่ 2 ระบบบริหารจัดการ

มาตรฐานที่ 3 การบริหารการเงิน

องค์ประกอบที่ 2 ด้านการดูแลสุขภาพ

มาตรฐานที่ 4 การวางแผนการดูแลสุขภาพ

มาตรฐานที่ 5 การดูแลสุขภาพ

มาตรฐานที่ 6 การบริหารยา

องค์ประกอบที่ 3 สิทธิและความคุ้มครอง

มาตรฐานที่ 7 ด้านสิทธิของผู้สูงอายุ

มาตรฐานที่ 8 ความเป็นส่วนตัวและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

องค์ประกอบที่ 4 ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและระบบความปลอดภัย

มาตรฐานที่ 9 ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

องค์ประกอบที่ 5 ด้านระบบมาตรฐานภายใน

มาตรฐานที่ 10 ระบบและกลไกการประกันคุณภาพ

3. ผลการวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของการนำมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้างไปใช้

3.1 ระดับความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง ในภาพรวม อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.51$, $SD = .64$)

3.2 เมื่อพิจารณามาตรฐานเป็นรายด้าน พบว่า ผู้สูงอายุมีความคิดเห็นต่อมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง อยู่ในระดับเห็นด้วยมากที่สุด 2 ด้าน โดยเรียงตามลำดับดังนี้

1) มาตรฐานด้านระบบมาตรฐานภายใน ($\bar{X} = 4.60$, $SD = .80$)

2) มาตรฐานด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและระบบความปลอดภัย ($\bar{X} = 4.55$, $SD = .68$)

ส่วนด้านอื่น ๆ อยู่ในระดับมาก

3) มาตรฐานด้าน สิทธิและการได้รับความคุ้มครอง ($\bar{X} = 4.45$, $SD = .76$) 4)

4) มาตรฐานด้านการดูแลสุขภาพ ($\bar{X} = 4.44$, $SD = .79$) และ

5) มาตรฐานด้านบริหารจัดการ ($\bar{X} = 4.37$, $SD = .59$)

3.3 การเปรียบเทียบระดับความคิดเห็นของผู้สูงอายุต่อมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง จำแนกตามเพศ สถานภาพ และระดับการศึกษา พบว่า

1. มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อจำแนกตามเพศ โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีความแตกต่างคือ มาตรฐานด้านบริหารจัดการ

2. ไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อจำแนกตามสถานภาพและระดับการศึกษา

4. สรุปมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง ตามความคิดเห็นของผู้ให้บริการและผู้สูงอายุในภาคตะวันออก

องค์ประกอบที่ 1 ด้านการบริหารจัดการ

มาตรฐานที่ 1 ระบบบริหารจัดการ

เกณฑ์

1. ต้องมีการกำหนดโครงสร้างการบริหารจัดการภายใน การบังคับบัญชา บทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบและกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่ให้บริการ
2. ระบบการบริหารจัดการต้องมีความโปร่งใส สามารถตรวจสอบได้ และมีสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อผู้สูงอายุ
3. ต้องมีแผนในการพัฒนาสมรรถนะและศักยภาพของผู้ให้บริการที่ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ
4. มีนโยบายและแนวทางการปฏิบัติในการดูแลที่ได้มาตรฐาน ถูกต้องและเป็นไปตามหลักการทางวิชาการที่ได้รับการยอมรับหรือมีหลักฐานเชิงประจักษ์
5. มีระบบการบริหารจัดการความเสี่ยงที่มีประสิทธิภาพ มีแผนรองรับเหตุการณ์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ
6. ต้องทำการขึ้นทะเบียนเป็นสถานบริบาล หรือศูนย์ดูแลผู้สูงอายุให้ถูกต้องและมีกระบวนการตรวจสอบคุณภาพการให้บริการ

มาตรฐานที่ 2 การปฏิบัติการ

เกณฑ์

1. ต้องมีการกำหนดโครงสร้าง อัตรากำลังและการบริหารจัดการที่เหมาะสมสอดคล้องกับจำนวนของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแลของศูนย์
2. ต้องมีการกำหนดผู้รับผิดชอบหรือผู้จัดการศูนย์ดูแลเพื่อทำหน้าที่ในการบริหารจัดการและรายงานผลการดำเนินงาน
3. ผู้จัดการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้าง ต้องมีสมรรถนะ และประสบการณ์ดังนี้
 - 3.1 ต้องเป็นพยาบาลที่ได้รับใบประกอบวิชาชีพการพยาบาลไม่ต่ำกว่า 2 ปี
 - 3.2 ต้องมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุไม่ต่ำกว่า 1 ปี
 - 3.3 มีความรู้ในกระบวนการดูแลผู้สูงอายุ และต้องผ่านการพัฒนา ฝึกอบรม ฝึกประสบการณ์ด้านการดูแลผู้สูงอายุ

3.4 ควรมีประสบการณ์ในการบริหารทางการพยาบาล

4.ควรมีการกำหนดนโยบายและเงื่อนไขในการรับผู้สูงอายุที่สามารถดูแลได้อย่างชัดเจน เช่น ไม่รับผู้สูงอายุที่ป่วย เป็นต้น

5.ต้องมีการกำหนดภาระงานหน้าที่ความรับผิดชอบที่ชัดเจนของผู้ให้บริการในศูนย์ดูแล

6.ผู้ให้บริการต้องได้รับการรับรองหรือผ่านการฝึกอบรมโดยมีการรับรองตามมาตรฐาน
ในเชิงวิชาชีพ

7.ควรมีแพทย์เฉพาะทางประจำศูนย์ ในการดูแลและประเมินผู้สูงอายุ

8.ควรมีนักโภชนาการในการดูแลและจัดการเรื่องอาหารที่เหมาะสมกับสภาวะร่างกาย
ของผู้สูงอายุแต่ละคน

9.ควรมีนักกายภาพบำบัดประจำศูนย์ ในการทำกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด และ
ออกกำลังกายที่ถูกต้องให้แก่ผู้สูงอายุ

10.ควรมีเจ้าหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุแบบตัวต่อตัว

11.ควรมีการบริหารจัดการเพื่อเกิดการรวมกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรม
ต่าง ๆ ร่วมกัน

มาตรฐานที่ 3 การบริหารการเงิน

เกณฑ์

1.มีการจัดทำรายงานทางการเงินอย่างเป็นระบบ และรายงานอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง

2.มีหน่วยงานตรวจสอบภายในและภายนอก ทำหน้าที่ตรวจ ติดตามการใช้จ่ายเงินไป
เป็นไปตามกฎ ระเบียบและกฎเกณฑ์ที่กำหนด

องค์ประกอบที่ 2 ด้านการดูแลสุขภาพ

มาตรฐานที่ 4 การวางแผนการดูแลสุขภาพ

เกณฑ์

1.มีการวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคล ที่สะท้อนให้เห็นถึงการ
ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุที่ครอบคลุม ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุและ
ครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล

2.การวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต้องเป็นไปตามแนวปฏิบัติที่ดีของวิชาชีพ และมีความ
ถูกต้อง ทันสมัยและเป็นปัจจุบัน

3.ต้องทำการสื่อสารหรือแจ้งให้ผู้สูงอายุหรือญาติทราบทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนแปลงการวางแผนการดูแล

4.แผนการดูแลต้องได้ยินความยินยอม และสามารถยกเลิกได้หากผู้รับบริการหรือผู้สูงอายุไม่ให้ความยินยอม หรือไม่เต็มใจ

มาตรฐานที่ 5 การปฏิบัติการดูแลสุขภาพ

เกณฑ์

1.มีแนวทางการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพของผู้สูงอายุบนพื้นฐานของแนวทางการปฏิบัติที่ดีที่ผ่านการศึกษาวิจัยและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน

2.ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุสามารถส่งต่อผู้สูงอายุไปรับบริการด้านสุขภาพในระดับปฐมภูมิทุติยภูมิ การรักษาพยาบาลเฉพาะทาง หรือการดูแลด้านสุขภาพอื่น ๆ ได้ในสถานพยาบาลใกล้เคียง และสามารถส่งต่อข้อมูลสุขภาพในการส่งต่อเพื่อรับการรักษาและการติดตามการรักษากับสถานพยาบาล นั้น ๆ ได้

3.มีทีมแพทย์ในการให้คำปรึกษา ตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลได้

4.มีกิจกรรมส่งเสริมสัมพันธภาพในสังคมตามความเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ โดยความร่วมมือกับสหสาขาวิชาชีพในการจัดกิจกรรม

5.มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ พักผ่อนหย่อนใจ ที่ผู้สูงอายุสามารถเลือกตามความพอใจ หรือตามความสามารถของแต่ละบุคคล เช่น ศิลปะ เย็บปักถักร้อย พับกระดาษ ฯลฯ เพื่อพัฒนาคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ

6.เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้พัฒนาสุขภาพกาย สุขภาพจิตสังคมและจิตวิญญาณ อย่างสม่ำเสมอทั้งภายในและภายนอกศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ

7.มีการจัดกิจกรรมทางศาสนา และกิจกรรมตามวันสำคัญต่าง ๆ เช่น กิจกรรมรดน้ำดำหัวผู้ใหญ่ในวันสงกรานต์ การทำบุญ ตักบาตร ฯลฯ

8.ให้การดูแล ในทุกมิติของการรักษาพยาบาล ได้แก่ การส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ

9.ดูแล ป้องกัน โรคแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ เช่น แผลกดทับ ข้อติดแข็ง ฯลฯ โดย

9.1 ในผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ให้มีการตรวจเช็คร่างกาย ทำความสะอาด และพลิกตะแคงให้ ทุก ๆ 2 ชั่วโมง

9.2 ในผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ให้มีการตรวจเช็คร่างกาย ทำความสะอาด
ทุก ๆ 4 ชั่วโมง

9.3 เน้นเรื่องความสะอาด เช่น การอาบน้ำ อาหารที่รับประทาน เคียงที่
ผู้สูงอายุนอน ฯลฯ

10.ดูแลและอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุให้เขารู้สึกว่าเหมือนอยู่บ้าน

มาตรฐานที่ 6 การบริหารยา

เกณฑ์

1.ยาที่ใช้กับผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลต้องได้รับยาตามใบสั่งยาของแพทย์ ตามมาตรฐานการ
ประกอบวิชาชีพเวชกรรม หรือยาสามัญ หรือยาแผนโบราณ ที่ผ่านการพิจารณาจากแพทย์ผู้ดูแลแล้ว

2.ผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุต้องปฏิบัติตามแนวทางการบริหารยาและเป็นไปตาม
มาตรฐานวิชาชีพ ซึ่งรวมถึงการเฝ้าระวังความปลอดภัยในการใช้ยา คลาดเคลื่อนทางยา(Medication
Error) ด้วย

3.มีการบันทึกการให้ยา การนำยาเข้า-ออก ของศูนย์ดูแลและการตรวจสอบการ
หมดอายุของยาอย่างสม่ำเสมอ

4.มีคณะกรรมการตรวจสอบการใช้ยาของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุและรายงานผลการ
ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ

5.ผู้ให้บริการต้องทำความเข้าใจ และให้ข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้องกับผู้สูงอายุ
และญาติ

6.เมื่อผู้สูงอายุเสียชีวิต ยาทุกประเภทที่ใช้กับผู้สูงอายุจะต้องถูกเก็บรักษาไว้อย่าง
ครบถ้วน ในสภาพเดิม จนกระทั่งได้รับการชันสูตรเรียบร้อยแล้ว หรือ มีการดำเนินการเพื่อประกอบพิธี
ทางศาสนาโดยไม่ต้องมีการชันสูตร

องค์ประกอบที่ 3 ด้านสิทธิและการได้รับความคุ้มครอง

มาตรฐานที่ 7 สิทธิและประโยชน์

เกณฑ์

1.ให้ผู้สูงอายุรับรู้ข่าวสารเท่าที่ผู้สูงอายุต้องการ และมีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสภาวะ
ร่างกายของตัวผู้สูงอายุเอง

2.การให้ข้อมูลข่าวสารแก่ผู้สูงอายุและญาติต้องเป็นภาษาที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจได้
ง่าย

3. ผู้ให้บริการต้องรับประกันว่าผู้สูงอายุและญาติสามารถขอเข้าเยี่ยมหรือสอบถามการดำเนินงานของศูนย์ดูแลได้ก่อนการตัดสินใจเข้ารับการดูแล
4. ผู้ให้บริการจะต้องแจ้งค่าใช้จ่ายในการดูแลรวมทั้งกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุต้องจ่าย โดยไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นการถูกบังคับ ทั้งนี้ต้องเป็นไปโดยความสมัครใจ
5. ผู้สูงอายุและญาติมีสิทธิได้รับการนัดหมายเพื่อพบทีมพยาบาล หรือแพทย์เพื่อวางแผนในการดูแลสุขภาพในปัจจุบัน และการวางแผนการดูแลขณะเกิดเหตุฉุกเฉิน หรือกรณีที่เกิดการเจ็บป่วย การประสานงานกับสถานพยาบาลที่รับส่งต่อ การตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาล การดูแลในระยะยาวที่อาจจะเกิดขึ้น เป็นต้น
6. ผู้สูงอายุควรได้รับความรู้เกี่ยวกับสิทธิของตนเองและการดูแลตนเอง เพื่อการพัฒนาศักยภาพและการดูแลตัวเอง
7. เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉินผู้สูงอายุควรจะได้รับ的帮助ช่วยเหลืออย่างเต็มที่

มาตรฐานที่ 8 ความเป็นส่วนตัวและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

เกณฑ์

1. การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุต้องยึดหลักความเป็นส่วนตัวและเป็นไปตามความต้องการหรือความเต็มใจของผู้สูงอายุ
2. การดูแลผู้สูงอายุและความเป็นอยู่ต้องคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว เคารพศักดิ์ศรีในความเป็นมนุษย์
3. ศูนย์ดูแลต้องมีนโยบายและแนวทางในการควบคุมดูแลป้องกัน ผู้สูงอายุจากการถูกรบกวนกระทำต่อร่างกาย จิตใจ การเงิน และด้านอื่น ๆ หรือการล่วงละเมิดทางเพศ
4. หากมีกรณีดังกล่าวหรือมีเหตุน่าสงสัยต้องมีหน้าที่รายงานและแจ้งต่อเจ้าพนักงาน และมีกระบวนการในการส่งต่อเพื่อให้ความดูแลที่เหมาะสมต่อไป
5. เจ้าหน้าที่ หรือผู้ดูแลควรผ่านการอบรมหรือศูนย์ดูแลควรจัดให้มีการอบรมบุคลากร เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันสิทธิและการให้ความคุ้มครองผู้สูงอายุ
6. มีการจัดอัตรากำลังในการเฝ้าเวรตอนกลางคืนอย่างเหมาะสมและพอเพียง
7. มีการรักษาความลับของผู้สูงอายุ ไม่เปิดเผยข้อมูลการรักษาแก่บุคคลภายนอก ในมาตรฐานเดียวกับการรักษาสีทธิของผู้ป่วย การให้ข้อมูลควรให้ข้อมูลแก่ญาติสายตรงเท่านั้น คือ คู่สมรส และลูก

องค์ประกอบที่ 4 ด้านสภาพแวดล้อมทางกายภาพและระบบความปลอดภัย

มาตรฐานที่ 9 สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

เกณฑ์

1. มีการออกแบบสถานที่ การจัดวางสิ่งของเครื่องใช้ที่สะดวก ปลอดภัย โดยคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุเป็นรายบุคคลและมีความเป็นส่วนตัว
2. จัดสถานที่ภายในศูนย์ให้สะดวกสบาย และเสมือนอยู่บ้าน
3. มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ ป้องกันการเกิดอัคคีภัยเป็นไปตามมาตรฐานโดยมีการตรวจสอบดูแลอย่างสม่ำเสมอ
4. ออกแบบ และจัดการสถานที่เครื่องมือเครื่องใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ โดยยึดหลักเพื่อการป้องกันการติดเชื่อและอารยะสถาปัตย์ (Universal design) โดยมีการตรวจสอบและรักษาความสะอาดภายในศูนย์ดูแลอยู่เสมอ
5. จัดพื้นที่ภายในศูนย์ดูแลให้มีอากาศถ่ายเท โปร่ง โล่ง และไม่คับแคบจนเกินไป แลห้องที่พักของผู้สูงอายุต้องมีหน้าต่าง เพื่อให้อากาศถ่ายเทสะดวก
6. มีการจัดพื้นที่ที่เป็นธรรมชาติ เช่น สวนหย่อม มีทางเดินที่สามารถพาผู้สูงอายุออกไปรับอากาศบริสุทธิ์และผ่อนคลายได้
7. มีสถานที่สำหรับออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีพื้นที่การเดินที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ หรือ มีราวจับช่วยเดินไปตามสถานที่ต่าง ๆ เช่น ในห้องน้ำ ตามทางเดิน ฯลฯ
8. มีการตรวจสอบและรักษาความสะอาดภายในศูนย์อยู่เสมอ
9. เตียงนอนผู้สูงอายุควรจัดระยะห่างระหว่างเตียง ระดับความสูงของเตียง ให้ต่ำลง และสะดวกต่อการลุก นั่งและนอนสำหรับผู้สูงอายุ
10. ห้องน้ำ ควรมีแผ่นกันลื่นในห้องน้ำ มีการแบ่งโซนเปียก โซนแห้งในห้องน้ำที่ชัดเจน ป้องกันการหกล้มหรือลื่นล้มในผู้สูงอายุ
11. ส่วนที่เป็นทางลาด และทางต่างระดับมีป้ายหรือสัญลักษณ์บ่งบอกชัดเจน
12. มีกระดิ่งตามสถานที่ต่าง ๆ เช่น ข้างเตียง ในห้องน้ำ ตามทางเดิน ฯลฯ
13. มีราวจับช่วยเดินตามสถานที่ต่าง ๆ เช่น ในห้องน้ำ ตามทางเดิน ฯลฯ
14. มีแสงสว่างเพียงพอต่อการให้บริการผู้สูงอายุ
15. มีการจัดเตรียมอุปกรณ์ ป้องกันการเกิดอัคคีภัยเป็นไปตามมาตรฐานโดยมีการตรวจสอบดูแลอย่างสม่ำเสมอ
16. จัดให้มีเจ้าหน้าที่ช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ โดยไม่ปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่ตามลำพัง

17. มีระบบการป้องกันการติดเชื้อหรือการแพร่กระจายเชื้อ ควรมีการตรวจสอบและเฝ้าระวังการติดเชื้ออย่างเคร่งครัด ตลอดจนการดำเนินการป้องกันหรือแก้ไข เช่น มีการตรวจสอบเชื้อโรคในอากาศ รวมทั้งมีการตรวจสอบผู้มาติดต่อที่เข้ามาในศูนย์ ว่านำเชื้อโรคเข้ามาแพร่เชื้อหรือไม่

18. มีการจัดอัตรากำลังในการเฝ้าเวรตอนกลางคืน

19. มีกฎหมายห้ามผู้สูงอายุที่มีของมีค่าติดตัว

องค์ประกอบที่ 5 ด้านระบบมาตรฐานภายใน

มาตรฐานที่ 10 ระบบและกลไกการประกันคุณภาพการบริการ

เกณฑ์

1. มีระบบและกลไกการประกันคุณภาพการบริการที่เหมาะสม และ มีการดำเนินการตามระบบที่กำหนด
2. มีการกำหนดนโยบายและให้ความสำคัญเรื่องการพัฒนาคุณภาพการบริการ
3. มีการดำเนินงานเพื่อพัฒนาองไว้ซึ่งมาตรฐานและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และการรายงานต่อคณะกรรมการบริหารของศูนย์ดูแล
4. มีการนำผลการประเมินคุณภาพไปปรับปรุงการทำงานและส่งผลให้เกิดการพัฒนางานบริการที่ชัดเจน
5. มีระบบสารสนเทศที่ให้ข้อมูลเพื่อสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการบริการแก่ผู้สูงอายุ
6. มีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ญาติ หรือผู้ให้บริการ
7. มีเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ด้านการพัฒนาคุณภาพการดูแลหรือการให้บริการแก่ผู้สูงอายุระหว่างสถาบันและมีกิจกรรมร่วมกัน
8. มีระบบและกลไกการประกันคุณภาพการบริการที่เหมาะสม และ มีการดำเนินการตามระบบที่กำหนด
9. การกำหนดนโยบายและให้ความสำคัญเรื่องการพัฒนาคุณภาพการบริการ
10. มีการดำเนินงานเพื่อพัฒนาองไว้ซึ่งมาตรฐานและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง และมีการรายงานต่อคณะกรรมการบริหารของศูนย์ดูแล
11. มีแนวปฏิบัติที่ดีหรืองานวิจัยด้านการพัฒนาคุณภาพการดูแลหรือการให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่ศูนย์ดูแลพัฒนาขึ้นและเผยแพร่ให้หน่วยงานอื่นสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้
12. มีการพัฒนาบุคลากรที่มีความต่อเนื่องสม่ำเสมอ
13. มีอุปกรณ์ เครื่องมือเครื่องใช้ที่ทันสมัยได้มาตรฐาน

14. มีอัตราค่าจ้างการเหมาะสม

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า มีประเด็นที่น่าสนใจดังนี้

1. กลุ่มผู้ที่ให้บริการผู้สูงอายุในศูนย์บริการแบบพักค้าง ตามบริบทของภาคตะวันออก ส่วนใหญ่ เป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ (ร้อยละ 30.8) ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มแรงงาน คุณวุฒิระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ถึงตอนปลาย และไม่ได้ผ่านการรับรองการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ สถานะบริบาลส่วนใหญ่ ใช้กระบวนการสอนงานและอยู่ในความควบคุมของพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นประเด็นปัญหาที่ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษานี้ ที่พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุ มีความต้องการมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุ ด้านการบริหารจัดการและการปฏิบัติงาน ที่ผู้ดูแลควรได้รับการรับรองหรือผ่านการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

2. กลุ่มผู้สูงอายุในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 71.92 ปี และมีระดับการศึกษาส่วนใหญ่ในระดับประถมศึกษา หรือต่ำกว่า (ร้อยละ 29.6) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2552) ที่ระบุว่า ผู้สูงอายุไทยพบในผู้สูงอายุหญิง เป็นสัดส่วนที่สูงกว่าผู้สูงอายุชาย โดยเฉพาะในผู้สูงอายุหญิงที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท และประมาณร้อยละ 31 ของผู้สูงอายุไทยไม่ได้รับการศึกษาในระบบ แสดงให้เห็นว่า แม้พื้นที่ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จะเป็นเขตเมือง แต่ในกลุ่มของผู้สูงอายุที่มารับบริการในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง เป็นกลุ่มที่ต้องพึ่งพิง และมีระดับการศึกษาต่ำหรือไม่ได้รับการศึกษาเลย เช่นเดียวกับภาพรวมการศึกษาระดับประเทศ

3. จากผลการสัมภาษณ์และวิเคราะห์ความต้องการของผู้ให้บริการและผู้สูงอายุ พบว่า มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง มีองค์ประกอบและมาตรฐานที่มีความคล้ายคลึง และแตกต่าง จากการศึกษานี้ของนักวิจัย หรือนักวิชาการต่าง ๆ ในประเทศ ดังนี้

ความสอดคล้องกันในการดูแลสุขภาพ และด้านสิทธิและการได้รับความคุ้มครอง พบว่า มีความสอดคล้องกับการศึกษาวิจัย ของธนัช กนกเทศ (2549) ที่ทำการศึกษานี้เรื่องการพัฒนา มาตรฐานและตัวชี้วัดทางสังคมด้านความมั่นคงทางสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง ที่พบว่า ประกอบด้วยมาตรฐานด้านสุขภาวะทางกาย ด้านสุขภาวะทางจิต ด้านสุขภาวะทางสังคม ด้านสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ด้านหลักประกันทางสังคม ด้านการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ ด้านการดูแลและเกื้อหนุนทางสังคมต่อผู้สูงอายุ ด้านการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ด้านการพึ่งตนเองทางสังคมและวัฒนธรรม และด้านสำนักสาธารณะ รวม 10 มาตรฐาน

ความแตกต่าง หรือประเด็นที่แตกต่างของมาตรฐานนี้กับการศึกษาวิจัยอื่น ๆ คือ

1. ด้านการบริหารจัดการ พบว่า ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้สูงอายุได้ระบุถึงความต้องการให้มีระบบการบริหารจัดการที่ได้มาตรฐาน โดยความควบคุมดูแลของผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการรับรองตามมาตรฐานวิชาชีพเฉพาะ ทั้งวิชาชีพ พยาบาล แพทย์ผู้ให้การดูแล และสหสาขาวิชาชีพ รวมทั้งการขึ้นทะเบียนเป็นสถานบริบาลที่ถูกต้อง เพื่อสร้างความมั่นใจ และเป็นหลักประกันได้ถึงคุณภาพและมาตรฐานของการบริการ
2. ด้านการดูแลสุขภาพ พบว่า ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้มีรายละเอียดเกี่ยวกับความต้องการการดูแลผู้สูงอายุเรื่องการไ้ยา และการบริหารจัดการเรื่องยา ซึ่งผู้วิจัยยังไม่พบในการศึกษาวิจัยอื่น ๆ แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุมีความตื่นตัว มีความรู้ และต้องการการดูแลเรื่องยาที่มีมาตรฐานและมีการควบคุมดูแลเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนจากการไ้ยาให้แก่ผู้สูงอายุ
3. ด้านระบบมาตรฐานภายใน ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุมีความต้องการและมีความคิดเห็นว่า มาตรฐานนี้ มีความสำคัญและจำเป็นในระดับที่มากที่สุด เนื่องจากเป็นระบบและกลไกในการรับรองคุณภาพของการให้บริการ ที่มีระบบการตรวจสอบ ให้การรับรอง การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ในกระบวนการยืนยันมาตรฐานเป็นเพียงการสอบถามความคิดเห็นของผู้รับบริการถึงความเหมาะสมและความเป็นไปได้ในการนำมาตรฐานไปสู่การปฏิบัติ แต่ยังขาดการนำไปทดลองใช้ ซึ่งควรมีการนำมาตรฐานที่ได้พัฒนาขึ้นนี้ไปทดลองใช้และประเมินผลลัพธ์ ต่อไป
2. การระดมสมองในกลุ่มของผู้สูงอายุที่เป็นผู้รับบริการ ต้องใช้ผู้เชี่ยวชาญที่มีทักษะในการสื่อสารและใช้เวลามากในการพูดคุยกับผู้สูงอายุ บางครั้งต้องขอความร่วมมือจากผู้ดูแลหรือญาติของผู้สูงอายุในการให้ข้อมูล ดังนั้น ในการศึกษาวิจัยควรชี้แจง สร้างความเข้าใจ และอบรมผู้เชี่ยวชาญให้มีความรู้ ทักษะและทัศนคติที่ดีต่อการสื่อสารกับผู้สูงวัยด้วย
3. การนำประเด็นปัญหาที่พบจากการศึกษาวิจัย รวมทั้งการนำมาตรฐานไปสู่การทดลองใช้ หรือการนำไปปฏิบัติ ควรมีแนวทางการนำผลการวิจัยนี้ไปสู่การปฏิบัติและมีระบบการติดตาม ประเมินผล และรายงานผลต่อไป
4. ควรสร้างเครือข่าย ความร่วมมือ การเผยแพร่ผลลัพธ์จากงานวิจัย และร่วมกันวิพากษ์ก่อนการนำไปใช้เพื่อให้สามารถต่อยอดและนำไปสู่การพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในระดับประเทศต่อไป เพื่อประโยชน์ต่อการให้การดูแลผู้สูงอายุให้ได้มาตรฐานและสามารถประกันคุณภาพการดูแลให้แก่ผู้สูงอายุอย่างจริงจัง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรนำมาตรฐานที่ได้รับการพัฒนานี้ไปศึกษาวิจัยเพื่อประเมินมาตรฐานจากการทดลองใช้ เพื่อให้สามารถพัฒนา ปรับปรุงให้ดียิ่งขึ้น
2. ควรศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาตัวบ่งชี้ ตามเกณฑ์ที่ระบุในแต่ละมาตรฐาน ให้สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรมมากขึ้น

ผลผลิต

1. ผลงานตีพิมพ์ในวารสารหรือการนำเสนอผลงานวิจัยในระดับชาติหรือนานาชาติ
ได้รับการตอบรับเพื่อนำเสนอผลงานวิจัยแบบ Oral Presentation ในการประชุมวิชาการ
ระดับนานาชาติ Forth International Conference on Health, Wellness & Society ณ เมือง
Vancouver ประเทศ Canada ในวันที่ 14-15 มีนาคม พ.ศ. 2557
2. การจดสิทธิบัตร
-
3. ผลงานเชิงพาณิชย์(มีการนำไปผลิต/ขาย/ก่อให้เกิดรายได้ หรือมีการนำไปประยุกต์ใช้โดย
ภาคธุรกิจหรือบุคคลทั่วไป)
-
4. ผลงานเชิงสาธารณะ (เน้นประโยชน์ต่อสังคม ชุมชน ท้องถิ่น)
-

บรรณานุกรม

- กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. (2552). แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (2545 - 2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 โรงพิมพ์เทพปัญญาวิจัย
- ขวัญเมือง บวรวิศกุล. (2543). ผลกระทบจากการใช้มาตรการกำหนดขนาดกำลังคนภาครัฐ ต่อ การปฏิบัติงานของสถานสงเคราะห์คนชรา. วิทยานิพนธ์ สังคมสงเคราะห์มหาบัณฑิต (การบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม) คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จารุ มิตราข. (2553). การดำเนินงานตามมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุขององค์กรปกครองส่วน ท้องถิ่นในจังหวัดขอนแก่น. รายงานการศึกษาอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตร มหาบัณฑิต. สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น วิทยาลัยปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิรภูมิ ศิริรัตน์. (2546). การจัดสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยสำหรับผู้สูงอายุในทัศนะของผู้ปฏิบัติงาน. วิทยานิพนธ์ สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต (การบริหารและนโยบายสวัสดิการ สังคม) คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยศาสตร์.
- ชวนพิศ วงศ์สามัญ และคณะ. (2550). รายงานการวิจัยโครงการย่อยที่ 9 การพัฒนาและกำหนดรูปแบบ มาตรฐานบริการสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ณัฐพล นิตรณอนันต์. (2549). แนวทางการบริการจัดการและออกแบบการใช้พื้นที่สถานสงเคราะห์ ผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านบางแค. วิทยานิพนธ์ สถาปัตยกรรมศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์และการผังเมือง มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ทัศน ชูวรรณปกรณ์และคณะ. (2550). การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาในสถานสงเคราะห์คนชรา. คณะ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ธัญ กนกเทศ. (2549). การพัฒนามาตรฐานและตัวชี้วัดทางสังคมด้านความมั่นคงทางสุขภาพของ ผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต. สาขาวิชา พัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ปิยะธิดา นาคเกษียร. (2550). การพัฒนาชุดข้อมูลเพื่อการบริหารสุขภาพและการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ที่สอดคล้องกับบริบททางสังคมวัฒนธรรมของชุมชน. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ยงยุทธ ศรีสูงเนิน. (2553). การศึกษาการปฏิบัติตามมาตรฐานการสงเคราะห์ผู้สูงอายุขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตอำเภอพนสนธิคม จังหวัดชลบุรี. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ระพีพรรณ คำหอม และคณะ. (2542). การประเมินโครงการบริการสวัสดิการสังคมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย.
- วันเพ็ญ ปันราช. (2552). การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น
- วิฑูรย์ เหลียวรุ่งเรืองและคณะ. (2550). การสำรวจข้อมูลพื้นที่ในชุมชนเพื่อเตรียมการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม สิ่งอำนวยความสะดวก ปกติภัยสำหรับผู้สูงอายุ (เทศบาลตำบลแม่เหียะ). คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2548). คู่มือแนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ. ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร.
- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ. (2542). ผู้สูงอายุในประเทศไทย รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบันตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย.
- ไสรญา สุตสาระ. (2547). การสร้างมาตรฐานการพยาบาลที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อัญชลีย์ ชูตระกูล. (2544). การจัดบริการแนวใหม่สำหรับผู้สูงอายุที่รอเข้ารับการสงเคราะห์ ประเภทเสียค่าบริการของสถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต (การบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม) คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- อุดมลักษณ์ บุญเกษ. (2553). มาตรฐานการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ขององค์การบริหารส่วนตำบลหัวเสือ อำเภอชานันท์ จังหวัดศรีสะเกษ. รายงานการศึกษาอิสระปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น. วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่น มหาวิทยาลัยขอนแก่น

- Alyson White. (2010). AN ANALYSIS OF TITLE 22 OF THE CALIFORNIA CODE OF REGULATIONS. A THESIS presented to the department of Social Work California State University, Long Beach.
- Dillman, Jennifer L. (2010). Geograpic distance, contact, and family perceptions of quality nursing home care. University of North Texas.
- Krista Susan Sifford. (2010). CAREGIVER PERCEPTIONS OF UNMET NEEDS THAT LEAD TO RESIDENTTO-RESIDENT VIOLENCE INVOLVING RESIDENTS WITH DEMENTIA IN NURSING HOMES. A dissertation University of Arkansas for Medical Sciences.

Loiose Marie Murray. (2010). A comparative exploration of culture change in nursing homes: The residents' perspective. A dissertation, The University of North Carolina at Charlotte.

Sarah Elizabeth Fogler. (2010). A STATE- LEVEL ANALYSIS OF FACTORS ASSOCIATED WITHNURSING HOME UTILIZATION AND EXPENDITURES. A dissertation of Gerontology, The University of Maryland, Baltimore County.

Susan Kay Fletcher. (2009). A CRITICAL EXAMINATION OF FIDELITY, ADAPTABILITY, ANDMAINTENANCE IN A NATIONAL TRAINING PROGRAM FOR STAFF IN LONG-TERM CARE. A dissertation submitted to the faculty of the University of North Carolina at Chapel Hill.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก	เอกสารรับรองผลการพิจารณา จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
ภาคผนวก ข	แบบสัมภาษณ์การวิจัย สำหรับผู้ให้บริการ
ภาคผนวก ค	แบบสัมภาษณ์การวิจัย สำหรับผู้สูงอายุและญาติ



เอกสารรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาโครงร่างวิจัย
เรื่อง การพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้างคืน

หัวหน้าโครงการวิจัย ผู้ช่วยศาสตราจารย์ นพ.พิสิษฐ์ พริยาพรณ
หน่วยงานที่สังกัด คณะแพทยศาสตร์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยบูรพา ได้พิจารณาแล้วเห็นว่า
โครงร่างวิจัยดังกล่าวเป็นไปตามหลักการของจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โดยที่ผู้วิจัยเคารพสิทธิและศักดิ์ศรี
ในความเป็นมนุษย์ ไม่มีการล่วงละเมิดสิทธิ สวัสดิภาพ และไม่ก่อให้เกิดภัยอันตรายแก่ตัวอย่างการวิจัยกลุ่มตัวอย่าง
และผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการวิจัยในขอบข่ายของโครงร่างวิจัยที่เสนอได้ ตั้งแต่วันที่ออกเอกสาร
รับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ฉบับนี้จนถึงวันที่ ๓๑ เดือนตุลาคม พ.ศ. ๒๕๕๖

ออกให้ ณ วันที่ ๑๙ กันยายน พ.ศ. ๒๕๕๖

ลงนาม

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.สมถวิล จิตควร)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
มหาวิทยาลัยบูรพา

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้ให้บริการและผู้สูงอายุเกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง

1. ท่านคิดว่าศูนย์การให้บริการการดูแลผู้สูงอายุแบบพักค้างควรมีการบริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ
ด้านใดบ้าง อย่างไร

[illegible]

2. ท่านคิดว่า ควรจัดบริการอย่างไร หรือมีกิจกรรมอะไรบ้าง ที่จะแสดงถึงการเห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

[illegible]

แบบสัมภาษณ์การวิจัย สำหรับผู้ให้บริการ

เรื่อง การพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์นี้เป็นแบบสัมภาษณ์ในการศึกษาวิจัยเรื่อง “การพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง” ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง
2. ข้อมูลของท่านจะถูกปิดเป็นความลับ และจะนำมาแสดงผลเป็นภาพรวมของการสรุปผลการวิจัยเท่านั้น
3. แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
 - ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้ให้บริการเกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ประเภทของผู้รับการสัมภาษณ์

- ☐ 1. แพทย์
- ☐ 2. พยาบาล
- ☐ 3. นักกายภาพบำบัด
- ☐ 4. นักโภชนาการ
- ☐ 5. เภสัชกร
- ☐ 6. ผู้ช่วยเหลือคนไข้
- ☐ 7. อื่น ๆ (โปรดระบุ)

2. เพศ

- ☐ 1. ชาย
- ☐ 2. หญิง

3. อายุปี เดือน

4. อายุการปฏิบัติงานในที่ทำงานปัจจุบัน ปี เดือน

5. ระดับการศึกษา

- ☐ 1. ต่ำกว่าปริญญาตรี
- ☐ 2. ระดับปริญญาตรี
- ☐ 3. สูงกว่าปริญญาตรี

3. ในประเด็นของการคุ้มครองสิทธิของผู้สูงอายุ ท่านคิดว่าศูนย์การให้บริการการดูแลผู้สูงอายุแบบพักค้างควรดำเนินการอย่างไรจึงจะเหมาะสม ในมิติต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

3.1 หลักประกันสุขภาพ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3.2 หลักประกันด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3.3 หลักประกันด้านผู้ดูแล

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

3.4 หลักประกันด้านความปลอดภัยและสิทธิมนุษยชน

[illegible]

3.5 หลักประกันด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

[illegible]

4. ท่านคิดว่า สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้และผู้พิการที่สูงอายุ ในศูนย์การดูแลผู้สูงอายุแบบพักค้าง ควรมีการดูแลเป็นพิเศษหรือไม่ อย่างไร

This image shows a full page of white paper with horizontal dashed lines, typical of primary school handwriting practice paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

5. ในความคิดเห็นของท่าน การให้ความรู้เพื่อให้ผู้สูงอายุเรียนรู้การดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ควรให้ความรู้ในเรื่องใดบ้าง และกิจกรรมการให้ความรู้ควรเป็นอย่างไรจึงจะเหมาะสม

[illegible]

6. ท่านคิดว่า การดำเนินการเกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมและการดูแลความปลอดภัย เช่น การใช้เบาะติดไว้กับมมโตะ ตู้หรือเครื่องเรือนที่มีมุมแหลมอื่นๆ เพื่อป้องกันอันตราย การจัดห้องน้ำแบบมีราวเกาะสำหรับผู้สูงอายุ และการทำพื้นเป็นลักษณะพิเศษป้องกันการลื่นล้ม ฯลฯ ให้แก่ผู้สูงอายุที่มารับบริการในศูนย์การให้บริการการดูแลผู้สูงอายุแบบพักค้าง ควรเป็นอย่างไร

This image shows a full page of white paper with horizontal dashed lines, typical of primary-ruled notebook paper. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

7. การดูแลผู้สูงอายุจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตตามความคิดของท่าน ศูนย์การให้บริการการดูแลผู้สูงอายุ
แบบพักค้าง ควรมีบทบาทอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบคุณสำหรับการให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

คณะผู้วิจัย

แบบสัมภาษณ์การวิจัย สำหรับผู้สูงอายุและญาติ

เรื่อง การพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง

คำชี้แจง

1. แบบสัมภาษณ์นี้เป็นแบบสัมภาษณ์ในการศึกษาวิจัยเรื่อง “การพัฒนามาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง” ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนามาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง
2. ข้อมูลของท่านจะถูกปิดเป็นความลับ และจะนำมาแสดงผลเป็นภาพรวมของการสรุปผลการวิจัยเท่านั้น
3. แบบสัมภาษณ์ประกอบด้วย
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป
 - ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้สูงอายุเกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1. ประเภทของผู้รับการสัมภาษณ์

1.1 ผู้สูงอายุ

- ☐ 1. ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นและสังคม ชุมชนได้
- ☐ 2. ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง
- ☐ 3. ผู้สูงอายุที่ป่วยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ/ทุพพลภาพ

1.2 ญาติ

- ☐ 1. บุตร/ธิดา
- ☐ 2. คู่สมรส
- ☐ 3. อื่น ๆ (โปรดระบุ)

2. เพศ

- ☐ 1. ชาย
- ☐ 2. หญิง

2. อายุปี เดือน

3. ระดับการศึกษา

- ☐ 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ
- ☐ 2. ต่ำกว่าปริญญาตรี
- ☐ 3. ระดับปริญญาตรี
- ☐ 4. สูงกว่าปริญญาตรี

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้ให้บริการและผู้สูงอายุเกี่ยวกับมาตรฐานการดูแลสุขภาพ
ผู้สูงอายุในศูนย์การให้บริการแบบพักค้าง

1. ท่านคิดว่าศูนย์การให้บริการการดูแลผู้สูงอายุแบบพักค้างควรมีการบริการด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ
ด้านใดบ้าง อย่างไร

This image shows a full page of white paper with horizontal dotted lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page, providing a guide for handwriting practice. There are no margins, text, or other markings on the page.

2. ท่านคิดว่า ควรจัดบริการอย่างไร หรือมีกิจกรรมอะไรบ้าง ที่จะแสดงถึงการเห็นคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

[illegible]

3. ในประเด็นของการคุ้มครองสิทธิของผู้สูงอายุ ท่านคิดว่าศูนย์การให้บริการการดูแลผู้สูงอายุแบบพักค้างควรดำเนินการอย่างไรจึงจะเหมาะสม ในมิติต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

3.1 หลักประกันสุขภาพ

3.2 หลักประกันด้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม

3.3 หลักประกันด้านผู้ดูแล

3.4 หลักประกันด้านความปลอดภัยและสิทธิมนุษยชน

[illegible]

3.5 หลักประกันด้านการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร

[illegible]

4. ท่านคิดว่า สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้และผู้พิการที่สูงอายุ ในศูนย์การดูแลผู้สูงอายุแบบพักค้าง ควรมีการดูแลเป็นพิเศษหรือไม่ อย่างไร

[illegible]

5. ในความคิดเห็นของท่าน การให้ความรู้เพื่อให้ผู้สูงอายุเรียนรู้การดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ควรให้ความรู้ในเรื่องใดบ้าง และกิจกรรมการให้ความรู้ควรเป็นอย่างไรจึงจะเหมาะสม

[illegible]

6. ท่านคิดว่า การดำเนินการเกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมและการดูแลความปลอดภัย เช่น การใช้เบาะติดไว้กับมมูโต๊ะ ตู้หรือเครื่องเรือนที่มีมุมแหลมอื่นๆ เพื่อป้องกันอันตราย การจัดห้องน้ำแบบมีราวเกาะสำหรับผู้สูงอายุ และการทำพื้นเป็นลักษณะพิเศษป้องกันการลื่นล้ม ฯลฯ ให้แก่ผู้สูงอายุที่มารับบริการในศูนย์การให้บริการการดูแลผู้สูงอายุแบบพักค้าง ควรเป็นอย่างไร

This image shows a full page of white paper with horizontal dashed lines, typical of primary school handwriting practice paper. The lines are evenly spaced and run across the entire width of the page. There are no margins, text, or other markings present.

7. การดูแลผู้สูงอายุจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตตามความคิดของท่าน ศูนย์การให้บริการการดูแลผู้สูงอายุ
แบบพักค้าง ควรมีบทบาทอย่างไร

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ข้อเสนอแนะอื่น ๆ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ขอขอบคุณสำหรับการให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

คณะผู้วิจัย