



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์
โครงการวิจัยเรื่องรูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุแบบไปกลับใน
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
Elderly Day Care Model in Burapha University Hospital

นางสาวกาญจนา พิบูลย์ และคณะ

โครงการวิจัยประเภทงบประมาณเงินรายได้จากเงินอุดหนุนรัฐบาล
(งบประมาณแผ่นดิน)
ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘
มหาวิทยาลัยบูรพา

รหัสโครงการ ๑๗๘๐๒๓
สัญญาเลขที่ ๑๔๓/๒๕๕๘

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์
โครงการวิจัยเรื่องรูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุแบบไปกลับใน
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา
Elderly Day Care Model in Burapha University Hospital

นางสาวกาญจนา พิบูลย์ และคณะ
คณะสาธารณสุขศาสตร์

เดือนมีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๘

ประกาศขอบคุณ

งานวิจัยฉบับนี้ สำเร็จได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความกรุณาให้คำปรึกษาและข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่าง ๆ อย่างดียิ่งจาก ศาสตราจารย์ นพ. ศาสตรี เสาวคนธ์ ที่ปรึกษาคณบดี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้ความช่วยเหลือและคำปรึกษา ขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติที่เป็นผู้อนุมัติทุนวิจัย โดยงานวิจัยฉบับนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณเงินรายได้จากเงินอุดหนุนรัฐบาล (งบประมาณแผ่นดิน) ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๕๘ มหาวิทยาลัยบูรพาผ่านสำนักงานคณะกรรมการการวิจัยแห่งชาติเลขที่สัญญา ๑๔๓/๒๕๕๘ ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และการพยาบาลผู้สูงอายุจากหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน บุคลากรทางการแพทย์หน่วยงานองค์กรส่วนท้องถิ่น บุคลากรหน่วยงานองค์กรส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม ผู้สูงอายุและญาติ ที่ร่วมให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัย สุดท้ายนี้ผู้วิจัยขอขอบคุณทีมผู้ช่วยนักวิจัย และ เพื่อนร่วมงานทุกท่าน ที่คอยสนับสนุนให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าผลงานวิจัยครั้งนี้จะนำมาซึ่งประโยชน์ต่อผู้สูงอายุไทยและผู้ที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุของประเทศต่อไป

คณะผู้วิจัย

มีนาคม ๒๕๕๙

ชื่อเรื่อง:	รูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา (ระยะที่ 3)	
ผู้วิจัย:	ดร. กาญจนา พิบูลย์	สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 60
	ดร. พวงทอง อินใจ	สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 10
	พญ.มยุรี พิทักษ์ศิลป์	สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 10
	ดร. ศักดิ์ภัทร พวงคต	สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 10
	ผศ.นพ.พิสิษฐ์ พิริยาพรพรณ	สัดส่วนที่ทำวิจัย ร้อยละ 10
สาขา:	วิทยาศาสตร์การแพทย์	
ทุนอุดหนุนการวิจัย:	สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ พ.ศ. 2558	

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยแบ่งการดำเนินการเป็น 3 ระยะ การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการในระยะเวลาที่ 3 มีวัตถุประสงค์ในการประเมินรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการด้านการดูแลผู้สูงอายุจำนวน 15 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ผลการศึกษาพบว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับมีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยมีค่าความเชื่อมั่นในภาพรวม 0.93 สำหรับค่าความเชื่อมั่นรายด้านใน ด้านขอบเขตและเป้าหมาย ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ด้านความน่าเชื่อถือของรูปแบบ ด้านความชัดเจนและการนำเสนอด้านการนำรูปแบบไปใช้ และ ด้านความเป็นอิสระ มีค่า 0.92, 0.92, 0.91, 0.94, 0.91 และ 0.97 ตามลำดับ สำหรับผู้ให้บริการที่ต้องการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับไปใช้ควรพิจารณาถึง ความต้องการและความคาดหวังของผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย ผู้ให้บริการ และผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย และความเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

Title: Elderly Day Care Model in Burapha University Hospital
(Phase 3)

Authors: Kanchana Piboon, RN, PhD.
Paungtong Inchai, RN, PhD.
Mayuri Pitaksil, MD, PhD.
Sukdipat Paungkot, PhD.
Pisit Piriyaapun, MD, PhD.

Concentration: Medical Sciences

Grant: The Office of the National Research Council of Thailand

Abstract

This participatory action research was aimed to develop an elderly day care model in the university hospital. This research project consists of three phases. This phase was the third phase of this project and the objective of this phase was to evaluate the appropriation of elderly day care services model. Fifteen professional and academic expertises of elderly care were recruited to participate in this study. The collected data were used evaluation form for the appropriation of the new model and analyzed by using descriptive statistics. The results were showing that the elderly care model was appropriate to use in the university hospital context and the overall reliability was 0.93. For the reliability in subcategory showed that the reliability of scope of purpose, stakeholder involvement, rigor and development, clarity and presentation, applicability and editorial independence were 0.92,0.92, 0.91,0.94,0.91, and 0.97 respectively. In order to apply this model in another area, health care providers should consider the target population, health care service providers, and other stakeholder expectations and need as well as the context of their area.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ข
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ค
สารบัญ	ช
สารบัญตาราง	ฅ
สารบัญรูป	ญ
บทที่	
บทนำ	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	4
กรอบแนวคิดการวิจัย	6
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
แนวคิดการดูแลแบบไปกลับ	8
มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ	14
แนวคิดการดำเนินการแบบมีส่วนร่วม	29
การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ	33
วิธีดำเนินการวิจัย	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	35
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	36
การรวบรวมข้อมูล	38
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย	40

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ผลการวิจัยและอภิปรายผล	
ผลการวิจัย	41
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	
สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผลระยะที่ 1	67
สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผลระยะที่ 2 และ 3	73
บรรณานุกรม	81
ภาคผนวก	85
ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	
ประวัติคณะผู้วิจัย	93

สารบัญตาราง

		หน้า
ตารางที่ 1	จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้	42
ตารางที่ 2	จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย	43
ตารางที่ 3	จำนวนและร้อยละของสภาวะปัญหาผู้สูงอายุและผู้ดูแล	44
ตารางที่ 4	จำนวนและร้อยละของความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแล ผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยรายข้อ	45
ตารางที่ 5	จำนวนและร้อยละของความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแล ผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รายข้อ	46
ตารางที่ 6	จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตาม เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้	50

สารบัญภาพ

		หน้า
รูปที่ 1	กรอบแนวคิดในการวิจัย	7
รูปที่ 2	รูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุแบบไปกลับ	61

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันทั่วโลกพบว่ามีผู้สูงอายุประมาณ 600 ล้านคน (ผู้สูงอายุหมายถึงบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์หรือมากกว่า) แต่ในปี ค.ศ. 2025 จะเพิ่มขึ้นเป็น 1,200 ล้านคน และในปี ค.ศ. 2050 จะเพิ่มเป็น 2,000 ล้านคน หมายความว่าผู้สูงอายุจะมีจำนวนมากกว่าเด็กและเยาวชนที่อายุน้อยกว่า 15 ปี ในขณะที่สภาพปัญหาในอนาคต ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา ซึ่งมีแนวโน้มที่จะขาดการเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับปัญหา การสูงอายุของประชากรในสังคม สำหรับประเทศไทยในปี 2553 มีสัดส่วนผู้สูงอายุอยู่ที่ร้อยละ 13.2 คาดการณ์ว่าในปี 2583 ไทยจะก้าวกระโดด ผู้สูงอายุจะล้นเมือง โดยมีจำนวนมากถึงร้อยละ 32.1 ของพลเมืองทั้งประเทศ (สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2555) การเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วดังกล่าวส่งผลต่อโครงสร้างประชากร ครอบครัว และวิถีชีวิตสังคมไทย จากนโยบายประชากรและการวางแผนครอบครัวที่ประสบผลสำเร็จในอดีต รวมถึงความก้าวหน้าในการพัฒนาประเทศทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และการสาธารณสุข ส่งผลให้คนไทยมีสุขภาพที่ดี มีอายุยืนยาวขึ้นภาวะเจริญพันธุ์และอัตราเกิดมีแนวโน้มลดลง โครงสร้างประชากรเริ่มเปลี่ยนแปลงไป นับจากปี 2513 เป็นต้นมา โดยประชากรวัยเด็กและวัยแรงงานมีแนวโน้มลดลง ขณะที่ประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนถึงปัจจุบันพื้นที่ส่วนใหญ่ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว รัฐบาลได้เห็นความสำคัญของปัญหาจึงได้มีการกำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ด้านผู้สูงอายุไว้ใน แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 8 เป็นต้นมา และมอบหมายให้คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติปัจจุบันใช้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (2545 – 2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552 เพื่อให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน ที่ยังคงบรรจุมตรการในการให้การดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมตามสาระสำคัญของปฏิญญาผู้สูงอายุไทย และสิทธิของผู้สูงอายุตาม หลักการขององค์การสหประชาชาติผ่านกิจกรรมโครงการมากมาย

จากปัญหาการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนไปสู่สถานะที่มีผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่วัยแรงงานและวัยเด็กลดลง การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้โครงสร้างทางสังคมและเศรษฐกิจเปลี่ยนแปลงไป และจากการเปลี่ยนแปลงจากโครงสร้างทางสังคมของประเทศ จากสังคมการเกษตรไปสู่ภาคอุตสาหกรรม ส่งผลให้ลักษณะครอบครัวขยาย เป็นครอบครัวเดี่ยว มีการเคลื่อนย้ายของแรงงานโดย เฉพาะคนหนุ่มคนสาวที่ละทิ้งบ้านเกิดเข้าไปสู่สังคมเมือง ทำให้ผู้สูงอายุขาดคนดูแล และถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยว และดำเนินชีวิตอยู่ตามลำพัง จากการที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องปรับตัวเพื่อให้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงทั้งทาง เศรษฐกิจและสังคมในปัจจุบันทั้งในด้านความคิด ความเข้าใจ และค่านิยมต่าง ๆ ซึ่งส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเครียด คับข้องใจ และแยกตัวออกจากสังคม และเกิดอาการท้อแท้ที่สุดในที่สุด ประกอบกับ วัยสูงอายุเป็นวัยที่ต้องเผชิญ กับการดำเนินชีวิตในรูปแบบใหม่ ๆ คือต้องออกจากงาน รายได้ต่าง ๆ ลดลงเมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ทำให้ไม่มีรายได้ ขณะเดียวกันแม้ภาครัฐยังมีนโยบายให้เงินสนับสนุนผู้สูงอายุในการเลี้ยงชีพโดยรัฐบาลสามารถสนับสนุนให้ผู้สูงอายุในการเลี้ยงชีพเป็นเงินจำนวน 600 บาทต่อเดือนสำหรับผู้ที่มีอายุ 60-69 ปี เป็นเงินจำนวน 700 บาท สำหรับผู้ที่มีอายุ 70-79 ปี เป็นเงินจำนวน 800 บาท

สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุ 80-89 ปี และเป็นเงินจำนวน 1,000 บาท สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไปนั้น ซึ่งเงินจำนวนดังกล่าวมานั้นไม่เพียงพอต่อการดำรงชีพกับภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบัน ที่มีค่าครองชีพสูง นอกจากนี้ ปัญหาหลักทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุเองที่มีภาวะเสื่อมโทรมลงตามวันและเวลาทั้งทางร่างกายและจิตใจ เช่น การเคลื่อนไหวที่ช้าลง สายตาเริ่มมองไม่ชัด การได้ยินลดลง นอกจากนี้ ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาเรื่องภาวะสุขภาพ เช่น การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง ซึ่งอาจเกิดจากปัญหาการเจ็บป่วยเดิม (Jitapunkul et al., 2001) จากการสำรวจที่ผ่านมาพบว่าผู้สูงอายุที่อายุเฉลี่ย 75 ปี มีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 3 โรค และต้องรับประทานยาตามคำสั่งของแพทย์อย่างน้อย 5 ชนิด (Lehman & Poindexter, 2006) และหนึ่งในสี่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพจากปัญหาสุขภาพเป็นเหตุให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ ร้อยละ 18.9 มีปัญหาสุขภาพเหล่านี้ยาวนานกว่า 6 เดือน เป็นภาวะทุพพลภาพระยะยาว เป็นเหตุให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลสูงและต้องการคนดูแลตลอดเวลา นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังต้องเผชิญกับปัญหาทั้งทางด้านจิตใจ และสังคมอีกด้วย (Moon, 2001; Moriki-Durand, 2004) ผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จะส่งผลกระทบต่อถึงกันและกันเป็นวงจรไม่รู้จบ และมีผลให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลง นอกจากนั้นจากปัญหาดังกล่าวส่งผลทำให้ผู้สูงอายุเป็นภาระในการดูแลมากขึ้นจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า อัตราส่วนการเป็นภาระวัยสูงอายุ หรืออัตราพึ่งพิงวัยสูงอายุในปี 2537 เป็น 10.7 เพิ่มขึ้นเป็น 14.3 ในปี 2545 และเพิ่มขึ้นเป็น 16.0 ในปี 2550 ประกอบกับสัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังในครัวเรือน มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น จากร้อยละ 6.3 ในปี 2545 เป็นร้อยละ 7.7 ในปี 2550 และร้อยละ 56.7 ของผู้สูงอายุอยู่ตามลำพังในครัวเรือนอยู่ได้โดยไม่มีปัญหา ที่เหลือร้อยละ 43.3 มีปัญหา ซึ่งปัญหาที่พบมากที่สุดคือ รู้สึกเหงาร้อยละ 51.2 ไม่มีคนดูแลเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 27.5 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2551) ขณะที่ผู้สูงอายุต้องการผู้ดูแลในการทำกิจกรรมประจำวัน จากการศึกษาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุของเยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธ์ บุนยรัตพันธ์ (2549) พบว่าผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ต้องมีคนดูแลเวลาร้อยละ 52.2 และต้องมีคนดูแลตลอดเวลา ร้อยละ 10.2

จากผลกระทบดังกล่าว ทำให้มีการคิดค้นเพื่อการดำเนินการค้นหาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีความผาสุกและพึงพอใจ สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างเหมาะสม ช่วยเหลือตนเองได้ตามอัตภาพ ไม่เป็นภาระให้แก่ผู้อื่น และดำรงไว้ซึ่งการมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งหมายถึงการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีนั้นจึงมีความสำคัญ ส่วนการบรรลุความสำเร็จ คือการเพิ่มคุณภาพชีวิตพร้อมกับการมีชีวิตยืนยาว ผู้สูงอายุจะยังคงแข็งแรงและรับรู้ว่ามีคุณค่า ซึ่งการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงอยู่ที่การช่วยให้มีความสามารถสูงสุดเต็มตามศักยภาพในการทำกิจวัตรประจำวัน มากกว่าการมุ่งรักษาเฉพาะโรค ดังนั้นการบริการสุขภาพจะต้องให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสุขภาพ ปกป้องสุขภาพ ฟื้นฟูสภาพ ควบคู่กับการดูแลรักษา และจากรายงานของสหประชาชาติพบจากปัญหาการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรผู้สูงอายุและบริการสุขภาพที่รองรับบริการสุขภาพในปัจจุบันในประเทศกำลังพัฒนานั้นส่งผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจมากกว่าประเทศที่พัฒนาแล้ว (Bloom, Canning & Fink, 2011) ประชากรสูงอายุจึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพในลักษณะเฉพาะ ได้แก่ กระบวนการชราที่ทำให้กำลังสำรองลดลง มีโอกาสเกิดโรคหรือภาวะทุพพลภาพสูง มักมีโรคหรือปัญหาทางสุขภาพหลาย ๆ อย่างในขณะเดียวกัน เกิดผลแทรกซ้อนจากการดูแลรักษาได้ง่าย เกิดปัญหาสังคมได้ง่าย ปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมหรือการเปลี่ยนแปลงได้ไม่ดี และทัศนคติที่ไม่ดีต่อความชราและผู้สูงอายุและผู้ดูแล และต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศ การก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุจึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญทั้งในเรื่อง

การดูแลสุขภาพอนามัยที่เหมาะสมอันจะส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้นจึงมุ่งเน้นการให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรงเพียงพอ และมีความสามารถในการดูแลตนเอง รวมทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองโดยไม่เป็นภาระของบุคคลในครอบครัวหรือญาติพี่น้อง (Keleher & Murphy, 2004) ไม่เพียงแต่จะมุ่งเพื่อการให้บริการรักษาและดูแลผู้สูงอายุในยามเจ็บป่วยเท่านั้น แม้กระนั้นก็ตามมีผู้สูงอายุจำนวนมากโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุในประเทศกำลังพัฒนาโดยเฉพาะประเทศไทยกำลังประสบปัญหาภาวะสุขภาพที่ไม่ดี และขาดการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองอย่างเหมาะสม ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบการดูแลและการบริการสุขภาพต่อไปด้วย ด้วยเหตุที่ปัญหาของผู้สูงอายุมีความซับซ้อนทั้งในด้านสุขภาพและสังคมและมีลักษณะเรื้อรังทำให้การบริการที่มีความเหมาะสมแก่ผู้สูงอายุจึงต้องเป็นการบริการที่สามารถดูแลจัดการให้ได้ครบถ้วน โดยมีลักษณะในเชิงรุก และมีการประสานงานการบริการทั้งทางด้านสุขภาพและสังคมไปพร้อมกัน นอกจากนี้ยังต้องครอบคลุมถึงการบริการทั้งในระดับการส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู โดยมีการดำเนินการที่เป็นระบบและสนับสนุนต่อเนื่องตั้งแต่ระดับ การสาธารณสุขมูลฐาน การบริการระดับปฐมภูมิ การบริการระดับทุติยภูมิ ไปจนถึงการบริการระดับตติยภูมิ ในการพัฒนาระบบบริการและหน่วยการบริการจำเป็นต้องคำนึงถึงทั้งความต้องการและความพร้อมของการให้บริการควบคู่กันไป (Jitapunkul, 2001) และจุดมุ่งหมายที่สำคัญของการดูแลผู้สูงอายุจึงควรมุ่งเพื่อการช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุให้มีศักยภาพในการปฏิบัติกิจกรรมและมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอันจะนำไปสู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีโดยไม่คำนึงถึงว่าผู้สูงอายุจะมีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังแต่อย่างใด จากการศึกษาที่ผ่านมารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุโดยทั่วไปนั้นมักจะมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองเป็นหลัก โดยมีเครือข่ายของครอบครัวและชุมชนเป็นส่วนที่สนับสนุน แต่จากปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปบุตร-หลานของผู้สูงอายุจำเป็นต้องเคลื่อนย้ายแรงงานเข้าไปทำงานในเมือง หรือในนิคมอุตสาหกรรมเพื่อนำรายได้มาจุนเจือครอบครัว ผลกระทบที่ตามมาคือผู้สูงอายุถูกทอดทิ้งให้อยู่โดดเดี่ยว และดำเนินชีวิตอยู่ตามลำพังแม้ว่าอาจเป็นช่วงสั้น ๆ ในช่วงกลางวัน ในเวลาที่ลูกหลานจำเป็นต้องไปทำงาน เมื่อผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องการความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ อาทิเช่น การให้ความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมชีวิตประจำวัน ดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร รับประทานยา ความต้องการการดูแลเรื่องการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ และไม่มีผู้ให้ความช่วยเหลือได้ ซึ่งส่งผลกระทบต่อดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ และญาติผู้ดูแลเป็นอย่างมาก

การพัฒนาหน่วยงานบริการที่ให้บริการผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นที่ต้องการความช่วยเหลือในการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ เพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถทำได้หลากหลายวิธี แนวทางหนึ่งคือ การให้บริการแบบไปกลับ การบริการแบบไปกลับนั้นส่งผลดีต่อผู้สูงอายุที่สามารถอาศัยอยู่ที่บ้านของตนเองและสามารถได้รับการดูแลจากสถานบริการที่มีผู้ให้บริการความรู้ความสามารถในแต่ละสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้ญาติหรือผู้ดูแลได้รับประโยชน์จากการให้บริการแบบไปกลับโดยที่สามารถไปทำงานได้ตามปกติ โดยไม่สูญเสียรายได้หรือประโยชน์ที่ควรได้รับ ขณะที่ผู้สูงอายุที่ดูแลอยู่ได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญทำให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจในการบริการได้จากการพัฒนารูปแบบบริการแบบไปกลับในต่างประเทศ อาทิเช่น ใน ประเทศแถบยุโรป หรือ สหรัฐอเมริกาพบว่าการเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและ ประสิทธิภาพของผลลัพธ์การดูแลของผู้ป่วยเหล่านี้พบว่าเป็นที่น่าพึงพอใจ อีกทั้งยังสามารถลดการเกิดปัญหาสุขภาพระหว่างที่ผู้สูงอายุอยู่ที่บ้านคนเดียวและลดค่าบริการรักษาพยาบาลที่ใช้รักษาอาการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นได้ อย่างไรก็ตาม การศึกษาและการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับนั้นเป็นบริบทของต่างชาติซึ่งมีมายาวนานนั้น ในวัฒนธรรมของชาติตะวันตก การดูแลหรือการให้บริการผู้สูงอายุนั้นมีความแตกต่างจากวัฒนธรรมของคนในเอเชีย

อย่างสิ้นเชิง ในวัฒนธรรมคนเอเชียโดยเฉพาะคนไทยนั้นผู้สูงอายุ เป็นที่เคารพรักของลูกหลาน เป็นผู้อาวุโสที่มีประสบการณ์ เป็นผู้นำของครอบครัว ดังนั้นการนำผู้สูงอายุไปรับบริการแบบไปกลับเหมือนในเด็กเล็ก ลูกหลานในครอบครัวอาจถูกตำหนิจากญาติพี่น้องหรือสังคมเรื่องการละทิ้งผู้สูงอายุ ส่วนผู้สูงอายุเองอาจเกิดผลกระทบทางจิตใจที่อาจคิดว่าลูกหลานเอามาละทิ้งได้ประกอบกับในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมาในรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในต่างประเทศนั้นมีการพัฒนาขึ้นมาอย่างต่อเนื่องอย่างมีระบบและมีความหลากหลาย สำหรับประเทศไทยนั้นแม้จะมีการพัฒนาขึ้นมาแต่ยังไม่พบความแพร่หลายในบริการแบบไปกลับ และจากเหตุผลดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับขึ้น ในการศึกษาในระยะแรกนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาหาความต้องการรูปแบบการบริการแบบไปกลับตามความต้องการของผู้ใช้บริการและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำข้อมูลมาพัฒนาต่อยอดเพื่อให้ได้รูปแบบการบริการที่เหมาะสม ตามบริบทของคนไทย ทั้งนี้ เพื่อจุดมุ่งหมายสูงสุดคือให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม โดยบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์งานวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน
3. เพื่อประเมินรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาเพื่อ การพัฒนารูปแบบการให้บริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีระยะเวลาในการดำเนินการ 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ระยะที่ 3 ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับซึ่งการวิจัยครั้งนี้เป็นการดำเนินการในระยะที่ 3 ซึ่งเป็นระยะประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับซึ่งในระยะนี้กลุ่มตัวอย่าง คือผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ และนักวิชาการด้านผู้สูงอายุจำนวน 15 คน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

การบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ หมายถึง รูปแบบการบริการที่พัฒนาขึ้นเพื่อให้ครอบคลุมการดูแล และการช่วยเหลือ อย่างเอื้ออาทร สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการ การดูแลส่วนบุคคล การกำกับดูแล หรือ การช่วยเหลือ ในช่วงกลางวัน เพื่อให้สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้อย่างปกติ

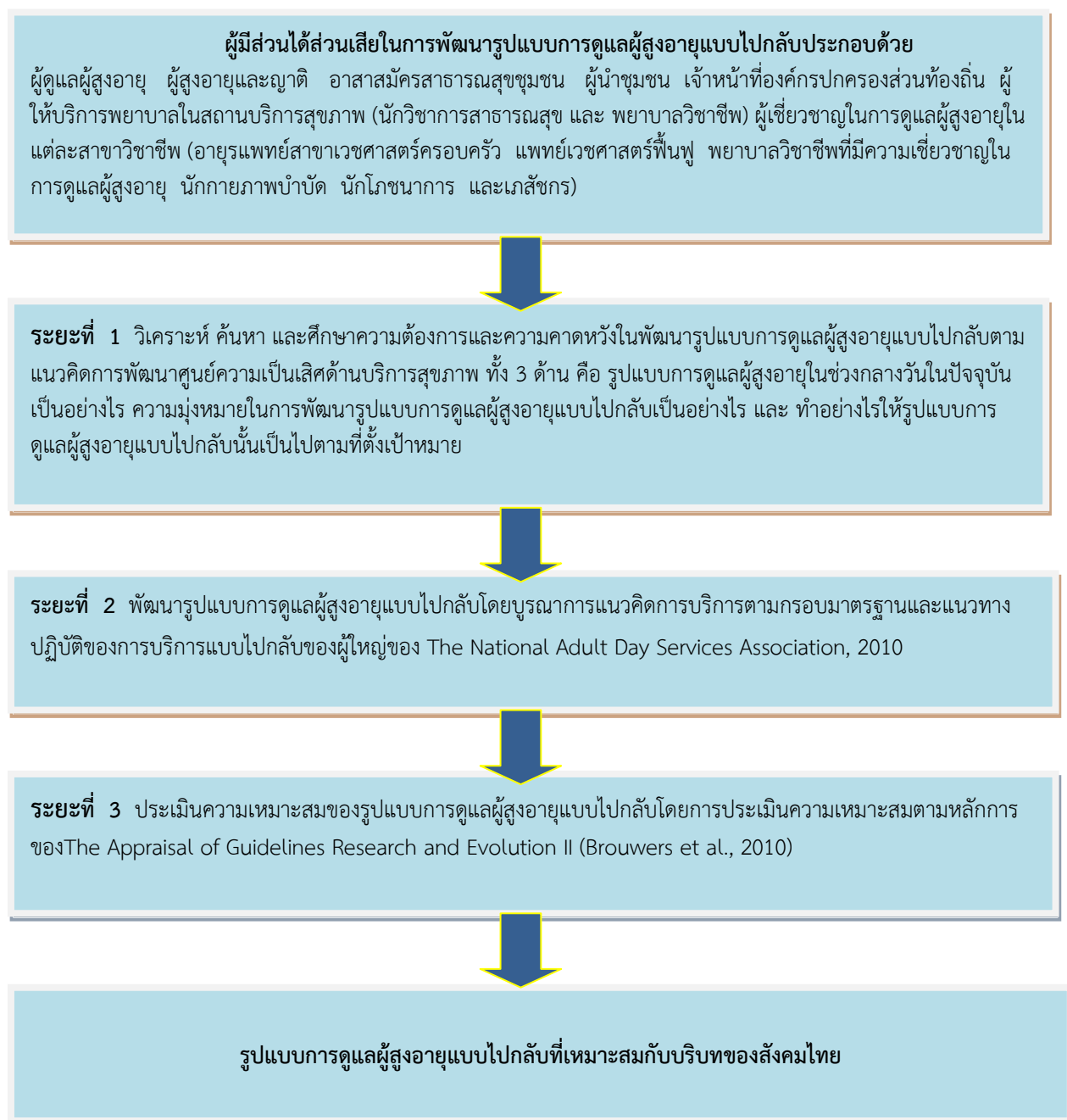
การมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมในการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับใน รูปแบบการให้ข้อมูล และ การแลกเปลี่ยนความรู้ ทั้งในรูปแบบจากการให้การสัมภาษณ์ การดำเนินกระบวนการ กลุ่ม และ การระดมสมอง

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ หมายถึง ประบวนการปฏิบัติงานร่วมกันระหว่าง ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละสาขาวิชาชีพ ผู้ให้บริการพยาบาลในสถานบริการสุขภาพ บุคลากรจาก หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ และ ญาติ ในการพัฒนารูปแบบการดูแล ผู้สูงอายุแบบไปกลับที่มีความเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในสังคมไทย โดยประยุกต์แนวความคิดการพัฒนารูปแบบ อย่างต่อเนื่อง มาเป็นแนวคิดในการวิเคราะห์ และ ค้นหา ความต้องการและความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเกี่ยวข้อง ในการดูแลผู้สูงอายุ นำข้อมูลที่ได้รับเบื้องต้นมาบูรณาการกับแนวความคิดจัดการบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ ของ The National Adult Day Service Association, 2010 เพื่อนำมาพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไป กลับที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมและวัฒนธรรมประเทศไทย

ความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ หมายถึง ความเห็นร่วมกันของผู้ที่ร่วมพัฒนา รูปแบบผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละสาขาวิชาชีพ ผู้ให้บริการพยาบาลในสถานบริการสุขภาพ ผู้บริหาร องค์กรส่วนปกครองท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ และ ญาติ ที่มีต่อความเหมาะสมในการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยยึด หลักการตาม The Appraisal of Guidelines Research and Evolution II (Brouwers , Kho , Browman , Cluzeau, Feder , Fervers , Hanna., & Makarski , 2010) โดยประเมินทั้งหมด 6 ด้านได้แก่ 1) ด้านขอบเขต และเป้าหมาย 2) ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3) ด้านความน่าเชื่อถือในการพัฒนารูปแบบ 4) ด้านความชัดเจนและการ นำเสนอรูปแบบ 5) ด้านการนำรูปแบบไปใช้ 6) ด้านอิสระในการพัฒนารูปแบบ

กรอบแนวคิด

กรอบแนวคิดในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดรูปแบบการพัฒนาบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ ค้นหา และศึกษาความต้องการและความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับให้มีความเหมาะสมกับบริบทของสังคมไทยโดยการประเมินจากแบบสอบถาม การการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้รับในเบื้องต้นมาใช้ในการบูรณาการ กับมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติของการบริการผู้ใหญ่วัยผู้ใหญ่แบบไปกลับของ The National Adult Day Services Association, 2010 โดยมุ่งเน้นการบริการหลักของการบริการประกอบไปด้วย การประเมินเบื้องต้น การวางแผนการดูแล การช่วยเหลือในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับการบริการ การบริการกิจกรรมทางสังคม การบริการด้านอาหาร การบริการด้านการขนส่ง และการดูแลอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งสามารถแบ่งกิจกรรมการบริการเป็น สองส่วน คือ บริการที่ผู้สูงอายุได้รับก่อนเข้ารับบริการ และ บริการที่ผู้สูงอายุได้รับขณะที่เข้ารับบริการ ระหว่างวัน แล้วนำรูปแบบที่สร้างมาประเมินความเหมาะสมจากคณะผู้วิจัยที่พัฒนารูปแบบการบริการ ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละสาขาวิชาชีพ ผู้ให้บริการพยาบาลในสถานบริการสุขภาพ บุคลากรจากหน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุ และญาติ โดยใช้หลักการตาม The Appraisal of Guidelines Research and Evolution II (Brouwers et al., 2010) ซึ่งกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับที่เหมาะสมและมีความสอดคล้องกับบริบทและความต้องการของประชากรในพื้นที่ ผู้ให้บริการ และ สังคมและวัฒนธรรมไทย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยโดยการดำเนินการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ระยะ และดำเนินการ ต่อเนื่อง 3 ปี เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นต่อไปนี้

1. แนวคิดการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในบริบทของประเทศอเมริกา ไต้หวัน และประเทศไทย
2. มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ
3. แนวคิดการดำเนินการแบบมีส่วนร่วม
4. การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ

แนวคิดการดูแลแบบไปกลับ

แนวคิดการดูแลแบบไปกลับในประเทศสหรัฐอเมริกา

การดูแลแบบไปกลับสำหรับผู้สูงอายุหมายถึงการดูแลแบบไปกลับสำหรับผู้สูงอายุมีรูปแบบการบริการ เกี่ยวข้องในการดูแลเรื่องปัญหาสุขภาพกาย ใจ และสังคมของผู้สูงอายุ และการบริการเป็นการดูแลสำหรับผู้สูงอายุในช่วงเวลาทำงานปกติอย่างน้อย 4 ชั่วโมงแต่ไม่เกิน 24 ชั่วโมงต่อวัน (Fairholm, 2001) โดยมีวัตถุประสงค์ ของการดูแลคือ การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวันจนถึง ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและต้องการผู้ดูแล การดูแลผู้สูงอายุในระยะเริ่มแรกนั้นพบว่าการพัฒนา ตั้งแต่เริ่ม ค.ศ. 1930 ซึ่งเป็นรูปแบบของ โรงพยาบาลแบบกลางวันของผู้ป่วยจิตเวชในกรุงมอสโก ประเทศรัสเซีย ขณะนั้นโรงพยาบาลแบบกลางวันที่สร้างขึ้นเพื่อบริการสำหรับผู้ป่วยที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ (Moore, Geboy, & Weisman, 2006) การบริการที่ โรงพยาบาลแบบ กลางวัน นั้นผู้ป่วยจะได้รับการติดตามการดูแลหรือการรักษาในช่วงเวลากลางวัน และกลับบ้านในเวลา กลางคืน หลังจากที่มีการพัฒนาการบริการ โรงพยาบาลแบบกลางวันของผู้ป่วยจิตเวชในกรุงมอสโก ประเทศรัสเซีย แล้วต่อมาใน ปี ค.ศ. 1960 ประเทศอังกฤษได้พัฒนา โรงพยาบาลแบบกลางวันสำหรับ ผู้สูงอายุขึ้น (Alkaema, Wilber, & Enguidanos, 2007; Tester, 2001) และในช่วงท้ายของปี ค.ศ. 1960 แนวคิดของการบริการโรงพยาบาลแบบกลางวันได้นำไปใช้ในประเทศสหรัฐอเมริกา โดยจิตแพทย์ ชาวอังกฤษที่นำแนวคิดไปใช้ใน โรงพยาบาลเซอร์รี ในรัฐ นอร์ทคาโรไลนา ขณะนั้นผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ในช่วงกลางวัน ผู้ป่วยจะเข้ามารับการพัฒนากิจกรรมที่จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วย เป็นรายบุคคลก่อนออกไปใช้ชีวิตตามปกติภายหลังจากออกจากโรงพยาบาลแล้ว (Moore et al., 2006; O’Keeffe & Siebenaler, 2006) สำหรับการพัฒนาความต้องการของผู้ป่วยในด้านทักษะทางสังคม และ ลดการรักษาทางการแพทย์ หรือการรักษาด้วยยาในรูปแบบการดูแลแบบไปกลับนั้นเริ่ม ใน ค.ศ. 1970 ดังนั้นรูปแบบการบริการที่เน้นการดูแลด้านสังคมเป็นหลักนั้นจึงเปลี่ยนชื่อเรียกว่าเป็นศูนย์ดูแลแบบ

กลางวัน ซึ่งลักษณะการดูแลแบบกลางวันสำหรับผู้ป่วยในขณะนั้น เน้นการบริการแบบเป็นการดูแลทั่ว ๆ ไป ที่ครอบคลุมการบริการเรื่อง การดูแลเรื่องอาหาร การดูแลทำความสะอาดร่างกาย หรืออาบน้ำ และ ไม่เน้นการดูแลเรื่องบริการการรักษา (Moore et al., 2006) ซึ่งการบริการดังกล่าวนี้ เป็นการบริการที่ ตรงกับความต้องการของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหลาย และเป็นที่ยอมรับอย่างแพร่หลายในระยะต่อมาในศตวรรษที่ 1980 (Gaugler & Zarit, 2001) ในปัจจุบันนี้ศูนย์ดูแลแบบไปกลับนั้น ส่วนใหญ่ครอบคลุมบริการทาง สังคมและบริการการดูแลรักษาบางประเภท ที่มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ในบริบทที่เกี่ยวข้องกับสถานที่ ศูนย์ดูแลแบบไปกลับ หรือแบบกลางวันนั้นเป็นสถานที่ ที่มีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยระหว่างกลางวัน และเป็นสถานที่ที่มีผู้ดูแลที่มีความสมรรถนะในการดูแล และมีจำนวนเพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย อีกด้วย (NADSA, 2010). จากวัตถุประสงค์ในการพัฒนาศูนย์ดูแลแบบไปกลับ หรือแบบกลางวันเพื่อ ช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเมื่ออยู่ที่บ้าน หรือในชุมชน และเป็นการลด ภาระในการดูแลของสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นการศูนย์ดูแลแบบไปกลับ หรือแบบกลางวันจึงได้รับความ นิยมอย่างแพร่หลายโดยเฉพาะในประเทศในแถบ ยุโรป และอเมริกา สำหรับในประเทศสหรัฐอเมริกา นั้น ศูนย์ดูแลแบบไปกลับ หรือแบบกลางวันได้รับความนิยอย่างกว้างขวางใน 2 ทศวรรษที่ผ่านมา (Schmitt, Sands, Weiss, Dowling, & Covinsky, 2010). และในปี ค.ศ. 2010 นั้นมีศูนย์ดูแลถึง 4600 ศูนย์และมีผู้เข้ารับบริการมากกว่า 260,000 คน (The Met life National Study of Adult Day Services, 2010).

รูปแบบของศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันของประเทศสหรัฐอเมริกา

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ารูปแบบของศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันในประเทศ สหรัฐอเมริกานั้น มี 3 รูปแบบ ประกอบด้วย รูปแบบที่เน้นทางสังคม รูปแบบที่เน้นทางการแพทย์ และ รูปแบบเฉพาะ (NADSA, 2010) รูปแบบที่มีแนวคิดทางสังคมนั้นจะมุ่งเน้นการบริการที่ มีอาหาร การจัด กิจกรรมสันทนาการ มีกิจกรรมสุขภาพบางกิจกรรม มีกิจกรรมสำหรับผู้ที่มีปัญหาเรื่องการรับรู้ หรือมี ข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมที่มีศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันอาทิเช่น เกมส์ งานฝีมือ งานศิลปะ กิจกรรมสนทนากลุ่ม (NADSA, 2010; Silverstein et al., 2010) รูปแบบที่มีแนวคิด เน้นทางการแพทย์ หรือเน้นดูแลสุขภาพนั้นจะมีกิจกรรมคล้ายคลึงกับศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบ กลางวันในรูปแบบที่มีแนวคิดทางสังคม แต่จะมุ่งเน้นบริการเรื่องการบำบัดรักษา หรือฟื้นฟูอาทิเช่น การ ทำกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด O’Keeffe & Siebenaler (2006) กล่าวว่า บางครั้งรูปแบบกิจกรรมก็ จะประกอบไปด้วยทั้งกิจกรรมที่เน้นเรื่องสังคมและทางการแพทย์สำหรับรูปแบบเฉพาะนั้นจะมีบริการ สำหรับกลุ่มที่มีปัญหาเฉพาะ เช่นกลุ่มผู้ป่วย HIV/AIDS กลุ่มที่มีปัญหาจากการได้รับอุบัติเหตุทางสมอง หรือมีปัญหาสุขภาพจิต

งานบริการในศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันของประเทศสหรัฐอเมริกา

ศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันของประเทศสหรัฐอเมริกานั้นส่วนใหญ่ให้การบริการ ช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การบำบัด และการจัดสันทนาการ และ การบริการสำหรับสมาชิกในครอบครัวของผู้มารับบริการ (Jarrott, Zarit, Berg, & Johansson, 1998)

ในส่วนของการบำบัดและการช่วยเหลือผู้ที่มีปัญหาความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนั้น O'Keeffe and Siebenaler (2006) ได้กล่าวว่าทั้งสองบริการนั้นจะเป็นงานบริการหลักที่สำคัญ อย่างไรก็ตามก็ตามศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันในแต่ละแห่งนั้นจะมีกิจกรรมที่แตกต่างกันออกไป กิจกรรมที่พัฒนาขึ้นนั้นมักจะออกแบบเพื่อเพิ่มให้ผู้มารับบริการมีสมรรถดีขึ้น และส่วนใหญ่ก็จะมุ่งเน้นในการพัฒนาสมรรถนะของการรับรู้ และสมรรถนะทางกายของผู้ป่วย (O'Keeffe & Siebenaler, 2006) กิจกรรมที่พัฒนาขึ้นครอบคลุม กิจกรรมการออกกำลังกาย ดนตรีบำบัด การทำอาหาร ศิลปะบำบัด กิจกรรมการฝึกทักษะต่าง ๆ และ กิจกรรมการกระตุ้นการรับรู้ หรือการทบทวนความจำ (Jarrott, et al., 1998) กิจกรรมบางกิจกรรมที่ดำเนินการนั้นไม่ได้ช่วยแค่ให้ผู้สูงอายุสามารถมีสมรรถนะด้านร่างกาย และความจำดีขึ้นแต่ยังช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถหลับพักผ่อนได้ดีในตอนกลางคืนอีกด้วย การที่ผู้สูงอายุสามารถหลับพักผ่อนได้ในช่วงเวลากลางวัน ส่งผลดีต่อผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุที่สามารถนอนหลับพักผ่อนได้มากขึ้นและอาจช่วยลดภาวะเครียดของผู้ดูแลได้ด้วย Fairholm (2001) ได้กล่าวว่าการบริการในสถานบริการแบบไปกลับนั้นส่วนใหญ่มีการบริการการดูแลสุขภาพที่หลากหลายสำหรับผู้ที่มีปัญหาสุขภาพกาย จิต และสังคม รวมทั้งเป็นสถานที่ ที่เป็นที่พักผ่อน ออกกำลังกาย หรือสถานที่ ที่ผู้ป่วยมาพบปะ พูดคุย ทั้งนี้อาจรวมกับการสนับสนุนบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน การส่งเสริม และการดูแลผู้ป่วยในช่วงเวลาทำงานปกติ หัววันต่อสัปดาห์

คุณลักษณะศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันของประเทศสหรัฐอเมริกา

O'Keeffe and Siebenaler (2006) ได้กล่าวว่าคุณลักษณะของ ศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวัน นั้นต้องคำนึงถึง สถานที่ตั้ง การบริหารจัดการ กลุ่มเป้าหมาย และ ข้อจำกัดของผู้มารับบริการ ส่วนของสถานที่นั้นควรหลีกเลี่ยงให้ศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันมีลักษณะคล้ายสถานบริการมากเกินไป ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ในการเข้ามาใช้บริการนั้นจะเป็นตัวกำหนดคุณภาพของทั้งโครงสร้าง และ สิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ดังนั้นศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันจำเป็นต้องตัดสินใจว่าจะมีกิจกรรมอะไรบ้าง ศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันควรจะเป็นหน่วยงานที่มีความเป็นอิสระในการบริหารงานและควรมีความสัมพันธ์กับ โรงพยาบาล หรือศูนย์ดูแลแบบระยะยาว หลาย ๆ แห่ง จากรายงานของ National Adult Day Care Services Association (1997) พบว่าผู้ที่เข้ามาใช้บริการมีอายุเฉลี่ย 76 ปี สองในสามของผู้ที่เข้ามาใช้บริการเป็นผู้หญิง หนึ่งในสี่ อยู่คนเดียว สามในสี่อาศัยอยู่กับคู่สามีหรือภรรยาหรือกับสมาชิกในครอบครัว และร้อยละ 55 ของผู้เข้ามาใช้บริการ มีความต้องการการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันอย่างน้อย 2 กิจกรรมหรือมากกว่า และ ร้อยละ 41 ของผู้เข้ามาใช้บริการ มีความต้องการการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันอย่างน้อย 3 กิจกรรมหรือมากกว่า และจากรายงานของ Wake Forest University School of Medicine (2002) พบว่าผู้ที่เข้ามาใช้บริการในศูนย์ดูแลแบบไปกลับมีอายุเฉลี่ย 72 ปี ร้อยละ 35 ของผู้เข้ารับบริการอาศัยอยู่กับบุตร ร้อยละ 20 ของผู้เข้ารับบริการอาศัยอยู่กับคู่สามีหรือภรรยา ร้อยละ 52 ที่เข้ามาใช้บริการมีปัญหาเรื่องการสูญเสียการรับรู้ ผู้เข้ามาใช้บริการส่วนใหญ่ที่เข้ามาใช้บริการนั้นผู้สูงอายุมีความต้องการผู้ดูแลในการช่วยเหลือเรื่องการเคลื่อนไหว หรือการเปลี่ยนท่าทางเช่น การนั่งที่เก้าอี้ เป็นทำยีนที่หนึ่งไปที่ การรับประทานยา อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่มีความต้องการการช่วยเหลือมากกว่า หนึ่งกิจกรรม และจากการศึกษา O'Keeffe and

Siebenaler (2006) พบว่าลูกค้ำที่เข้ามาใช้บริการ ศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวัน นั้นมีอายุเฉลี่ย 72 ปี และกลุ่มผู้รับบริการเหล่านี้มากกว่าครึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือมีปัญหาเรื่องข้อจำกัดการดำเนินชีวิตประจำวัน และมีความต้องการการดูแล เช่นการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การเดิน และ การเข้าห้องน้ำ เป็นต้น

มาตรฐานการดูแลของศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันนั้นขึ้นอยู่กับบริบทของรัฐแต่อย่างไรก็ตามผู้ดูแลต้องได้รับการพัฒนาตามมาตรฐานของ National Institution of Adult Day Care (NIAD) และต้องผ่านการประเมินจนมีคุณภาพก่อนการปฏิบัติงาน (Travis, 1993) สำหรับค่าใช้จ่ายสำหรับการบริการนั้นขึ้นอยู่กับ กิจกรรมที่ให้บริการและขึ้นอยู่กับรัฐนั้น ๆ ส่วนใหญ่ประมาณ 185 ดอลลาร์ต่อวัน ซึ่งถือว่ามีราคาไม่แพงเมื่อเทียบกับศูนย์ดูแลแบบพักค้าง หรือการที่จ้างผู้ดูแลมาดูแลที่บ้าน (Fairholm, 2001)

แนวคิดการดูแลแบบไปกลับในประเทศไต้หวัน

ศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันของไต้หวันนั้นครั้งแรกได้พัฒนาขึ้นในกรุงไทเป ในปี ค.ศ. 1985 รูปแบบการพัฒนาเป็นรูปแบบเน้นรูปแบบทางสังคม ในปี ค.ศ. 1987 หน่วยงานพัฒนาสังคมได้สนับสนุนงบประมาณเข้าไปสนับสนุนศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันของไต้หวัน ขณะที่รูปแบบทางด้านการแพทย์ได้พัฒนาขึ้นในปี ค.ศ. 1990 ที่ โรงพยาบาล แพ่ง หยวน โรงพยาบาลชลาลู โรงพยาบาลเจีย ยี่ คริสเตียน และโรงพยาบาลหัว เลียน แมน นิว (Hsiung, et al, 2001) อย่างไรก็ตาม ศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันของไต้หวันนั้น ส่วนใหญ่เป็นหน่วยงานที่รัฐจัดตั้งขึ้น และเป็นบริการเน้นชุมชนเป็นหลัก งานบริการนั้นมีทั้งอยู่ใน โรงพยาบาลและในชุมชน (Wang, Wu, & Chen, 2010) ศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันของไต้หวัน นั้นเริ่มมีความนิยมมากยิ่งขึ้นจากการสำรวจในปี ค.ศ. 2005 ประเทศไต้หวัน นั้นมีศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันถึง 455 ศูนย์ ซึ่งศูนย์ดูแลแบบไปกลับเหล่านี้อยู่ภายใต้การดูแลของ 2 หน่วยงานคือ หน่วยงานสุขภาพ หรืองานประกันสังคมขึ้นกับลักษณะของผู้รับบริการ ศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันของไต้หวันแบ่งประเภทการดูแลออกเป็น 3 ประเภทตามบริบทความเจ็บป่วยของผู้มารับบริการ ประเภทที่ 1 คือศูนย์ที่ดูแลผู้ป่วยที่มีความพิการระดับปานกลางถึงมาก และมีข้อจำกัดในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน อย่างน้อย 3 กิจกรรม ประเภทที่ 2 เป็นศูนย์ที่ดูแลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการดำเนินกิจกรรมประจำวันอย่างเดียว และประเภทที่ 3 เป็นศูนย์สำหรับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี หรือลักษณะคล้ายคลึงกับศูนย์ผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกา

ลักษณะของศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันของไต้หวันส่วนใหญ่นั้นผู้ที่เข้ามาใช้บริการเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่กับครอบครัว แต่ครอบครัวต้องออกไปทำงานในตอนกลางวัน ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 65- 74 ปี และมีปัญหาอย่างน้อย 1 เรื่องคือ มีภาวะสมองเสื่อม หรือ มีข้อจำกัดในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน (Yang, 2002) การบริการส่วนใหญ่เน้นเรื่อง การดูแลสุขภาพทางกาย กิจกรรมส่งเสริมสมรรถนะทางกายและการรับรู้ มีอาหารให้ 1 มื้อ และกิจกรรมที่มีการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Wang, et al., 2010) ส่วนใหญ่รูปแบบการบริการปกติจะคล้ายคลึงกัน อาจมีความแตกต่างเล็กน้อยขึ้นกับหน่วยงานที่ดูแลกำกับ สถานที่ตั้งของศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันของไต้หวันจะอยู่ใน ชุมชนและอยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยงานประกันสุขภาพ และสถานที่ตั้งของศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวัน

ของไต้หวันจะต้องมีการตรวจสอบถึงความปลอดภัยของสถานที่ โดยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม และบุคลากรก็จะมีกำหนดหน้าที่ ที่ต้องดูแลผู้ป่วยอย่างชัดเจน

จากรูปแบบการบริการศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันของไต้หวันที่กำลังมาข้างหน้า จะพบว่า รูปแบบหลักที่ใช้ในการบริการนั้นเป็นการบริการในสองรูปแบบหลักคือ รูปแบบที่เน้นการบริการ การบริการดูแลทางสังคมและรูปแบบบริการการดูแลทางการแพทย์ ทั้งนี้การบริการทั้งสองรูปแบบนั้น ขึ้นกับหน่วยงานที่แตกต่างกัน มีมาตรฐานการดูแลที่มีความแตกต่างกัน ซึ่งขึ้นกับหน่วยงานที่กำกับดูแล และระดับปัญหาสุขภาพที่มีความแตกต่างกันของผู้ที่เข้ารับบริการ (Hsiung, 2003)

สำหรับลักษณะการบริการที่เน้นการดูแลทางสังคมเป็นหลักนั้น ผู้ที่เข้ารับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุมีความสามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันเองได้ การบริการที่ให้บริการครอบคลุมเรื่องกิจกรรมทางสังคม กิจกรรมการให้ความรู้ การบริการการดูแลรับประทานอาหาร และการบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเป็นต้น จากรายงานในปี ค.ศ. 2005 ของ Taiwan long term care professionals association (2005) พบว่า มีศูนย์ดูแลแบบไปกลับที่เน้นการดูแลทางสังคมเป็นหลักนั้นมีจำนวนถึง 58 แห่งและได้รับความนิยมมากกว่าเมื่อเทียบกับศูนย์ดูแลแบบไปกลับที่เน้นการดูแลทางการแพทย์

สำหรับลักษณะการบริการที่เน้นการดูแลทางการแพทย์เป็นหลักผู้ที่เข้ารับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และร้อยละ 60 ของผู้สูงอายุมีความต้องการ การช่วยเหลือในกิจกรรม ตั้งแต่การรับประทานอาหารเช้า และการเข้าห้องน้ำ สถานบริการที่เน้นการดูแลทางการแพทย์เป็นหลักจึงครอบคลุมทั้งสถานบริการที่ให้บริการแบบอิสระ และแบบที่เป็นส่วนหนึ่งของการบริการในโรงพยาบาล รูปแบบการบริการจึงครอบคลุม งานบริการพยาบาล งานบริการทางการแพทย์และงานบริการด้านสุขภาพต่าง ๆ อาทิ เช่น กายภาพบำบัด และกิจกรรมบำบัด นอกจากนี้ยังครอบคลุมงานบริการด้านอาหาร และ กิจกรรมต่าง ๆ ที่หลากหลาย (Hsiung, 2003) จำนวนสถานดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับที่เน้นการดูแลในรูปแบบทางการแพทย์ ในปี ค.ศ. 2009 พบว่ามีจำนวนลดลงจากปี 2002 ซึ่งมีอยู่ 31 แห่ง เหลือเพียง 14 แห่ง (Department of Health, 2010)

ศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันในประเทศไทย

ศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันในประเทศไทยจากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า จะดำเนินการโดยโรงพยาบาล และศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่ดำเนินการโดยหน่วยงานท้องถิ่น ลักษณะงานบริการที่ดำเนินการเน้น เรื่องการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และบริการการสนับสนุนเช่น การดูแลกิจวัตรประจำวัน สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ ต่อมาในปี ค.ศ. 2007 ศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันในประเทศไทยมีหน่วยงานภาคเอกชน และโรงพยาบาลเอกชนเข้ามาดำเนินการและเรียกชื่อว่า โรงพยาบาลแบบกลางวัน ซึ่งบริการดังกล่าวมีลักษณะคล้ายคลึงการทำกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงที่จะส่งต่อจากโรงพยาบาลไปสู่บ้าน ภายหลังจากที่ผ่านการดูแลจากการเจ็บป่วยหนัก หรือสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่นภาวะสมองเสื่อม อัมพาต และผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน โดยทั่วไปรูปแบบศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันในประเทศไทยเป็นลักษณะผสมผสานระหว่างกิจกรรมการรักษาและ

กิจกรรมทางสังคม โดยกิจกรรมที่ดำเนินการนั้น จะดำเนินการโดยสหสาขาวิชาชีพ ทั้งจาก บุคลากรในโรงพยาบาล บุคลากรทางการศึกษา และ กลุ่มทางสังคม เพื่อส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ป่วย จากการศึกษารูปแบบศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันในประเทศไทยพบว่า มีอยู่ 2 แห่ง แห่งแรกคือที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา และแห่งที่ 2 คือ ที่โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ทั้ง สอง แห่งเป็นโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตและอยู่ภายใต้การดูแลของกระทรวงสาธารณสุข ลักษณะของการบริการเน้นเรื่องการบริการทางการแพทย์ การบำบัดรักษาและการฝึกทักษะด้านการรับรู้ ซึ่งงานบริการนี้จะบริการผู้ป่วยที่ได้รับการรักษามาแล้ว โดยให้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก

สำหรับรูปแบบศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันในประเทศไทยสำหรับที่ให้บริการ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพและมีข้อจำกัดในการดำรงชีวิตนั้นสำหรับประเทศไทยยังเป็นช่วงเริ่มต้น ดังนั้นจึงมีข้อคำถามมากมายถึงรูปแบบที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุและญาติ และอยู่ภายใต้ บริบทสังคมและวัฒนธรรมที่ประชาชนคนไทยคุ้นเคย หน่วยงานไหนควรเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ค่าใช้จ่าย ในการบริการนั้นสามารถเบิกจ่ายจากองค์กรใด การพัฒนา รูปแบบศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบ กลางวันในประเทศไทยนั้นจำเป็นต้องได้รับการศึกษาและพัฒนาอย่างเป็นรูปธรรม ข้อมูลจากการวิจัยที่ ได้รับจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการพัฒนานโยบายสุขภาพของชาติ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไป ประยุกต์ใช้ในการพัฒนางานบริการสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมาใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ

เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มสูงมากขึ้นทั่วโลก ดังนั้นจึงมีการพัฒนารูปแบบการบริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับโดยเฉพาะประเทศที่พัฒนาแล้ว สำหรับประเทศที่กำลังพัฒนาบางประเทศได้เริ่มดำเนินการกันในหลายประเทศรวมทั้งประเทศไทย และส่วนใหญ่จะมีการจัดรูปแบบบริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับที่เน้นรูปแบบการบริการดูแลทางสังคมและรูปแบบบริการการดูแลทางการแพทย์เป็นหลัก แต่อย่างไรก็ตามในบางประเทศที่มีจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นนั้น แต่พบว่าสัดส่วนผู้สูงอายุที่เข้าไปรับบริการกับมีสัดส่วนไม่สูงมากนัก อาทิเช่นในประเทศไต้หวันพบว่าศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับที่เน้นรูปแบบการบริการดูแลทางสังคมจะได้รับคามนิยมนมากกว่ารูปแบบบริการการดูแลทางการแพทย์ จากรายงานการสำรวจผู้เข้ารับบริการในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับของ Ministry of the interior (2011) อ้างใน Chiu (2011) ประเทศไต้หวันพบว่า ในปี ค.ศ. 2010 จำนวนผู้สูงอายุของประเทศไต้หวันนั้นมีจำนวนถึง 2.2 ล้านคน และมีจำนวนของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับถึง 87 แห่ง แต่มีผู้สูงอายุที่เข้าไปรับบริการในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับเพียง 4,178 คน เท่านั้น ขณะที่ในประเทศญี่ปุ่นนั้นจำนวนของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับมีจำนวนมากขึ้นจาก 4330 ในปี ค.ศ. 1993 เป็น 17,000 แห่งในปี ค.ศ. 2007 และในปี ค.ศ. 2007 มีผู้สูงอายุไปใช้บริการถึง 1.6 ล้านคนที่ได้รับบริการ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ (Campbell, Ikegami, & Gibson, 2010)

สาเหตุปัจจัยที่ผู้สูงอายุไม่นิยมไปใช้บริการในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับนั้นเนื่องจาก การขาดรถที่ใช้ในการรับส่ง ไม่มีประกันสุขภาพ ระบบการส่งต่อจากโรงพยาบาลไม่มีประสิทธิภาพ (Hsiung, 2003) นอกจากนี้ผลของการศึกษาของ Hsieh (2005) พบว่าการที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับไม่ถูกจัด

เข้าไปอยู่ในกลุ่มสถานบริการ ส่วนหนึ่งเกิดจากปัญหาความสามารถในการดูแลของผู้ให้การดูแลในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ ผลการศึกษาในประเทศญี่ปุ่นพบว่าสาเหตุที่ผู้สูงอายุไม่สมัครใจจะเข้าไปใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับเนื่องจากกลัวว่าศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับเป็นสถานที่ที่อันตราย (Tsukada & Saito, 2006)

สำหรับการศึกษาวิจัยในประเทศออสเตรเลียพบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีร่างกายอ่อนแอและไม่นิยมนำผู้สูงอายุเข้ามาใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับที่ให้บริการบริการในพื้นที่ (Jeon, Chenoweth, & McIntosh, 2007., Stockwell-Smith, Kellett, & Moyle, 2010) จากการศึกษาของ Vecchio (2008) ที่ศึกษาในผู้ดูแลที่ไม่ใช่ผู้ดูแลอย่างเป็นทางการพบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 88.6 ไม่เคยใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ และจากการศึกษาของ Brodaty et al (2005) พบว่า หนึ่งในสามของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้วยโรคสมองเสื่อมและสูญเสียความทรงจำไม่เคยเข้าไปใช้บริการ เพราะเห็นว่าไม่มีความจำเป็น นอกจากนี้พบว่าการที่ผู้ดูแลไม่สนใจที่จะเข้าไปใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับเนื่องจากคิดว่าการดูแลผู้สูงอายุเป็นบทบาทและหน้าที่ของตน ดังนั้นผู้ดูแลกลุ่มนี้จะมีลักษณะที่แสดงออกว่า การดูแลผู้สูงอายุเป็นภาระสูงมาก มักมีสุขภาพไม่ดี และจะขาดข้อมูลสนับสนุน Jeon et al (2007) กล่าวว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการไปใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับส่วนหนึ่งเกิดจากการที่ผู้ดูแลไม่เข้าใจการบริการของ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ ทราบข้อมูลที่ทัศนคติที่มีต่อการบริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ และมีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับมีแหล่งสนับสนุนไม่มากพอ นอกจากนี้การศึกษาของ Vecchio (2008) พบว่า ผู้ดูแลที่เป็นชาวต่างชาติที่ไม่พูดภาษาอังกฤษมีแนวโน้มที่จะไม่เข้ารับบริการ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ 1.2 เท่า เมื่อเทียบกับผู้ดูแลที่เป็นชาวออสเตรเลีย และเหตุผลที่ผู้ดูแลที่เป็นชาวต่างชาติที่ไม่พูดภาษาอังกฤษมีอัตราการเข้าใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับต่ำกว่านั้นเพราะว่าผู้ดูแลชาวต่างชาติที่ไม่พูดภาษาอังกฤษได้รับการสนับสนุนอย่างไม่เป็นทางการ มากกว่า ผู้ดูแลชาวออสเตรเลีย หรือผู้ดูแลที่มาจากชาติที่พูดภาษาอังกฤษเป็นหลัก

เหตุผลที่สำคัญอีกประการหนึ่งที่ ส่งผลต่อการเข้าใช้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับส่วนหนึ่งมาจากทัศนคติต่อศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ ซึ่งเป็นเหตุผลจากพื้นฐานทางวัฒนธรรมของผู้ดูแล และเหตุผลนี้ก็ไม่ใช่เหตุผลที่เป็นสากล (Dysart- Gale, 2007) จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า การเข้ารับบริการในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับของชาวอเมริกันที่มีเชื้อชาติ แอฟริกัน อเมริกัน และ เอเชียัน อเมริกัน จะมีสัดส่วนที่น้อย (Hong, 2004., Li, Edwards, & Marrow-Howell, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ Dysart- Gale (2007) ที่ประเมินความต้องการใช้บริการในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับของ กลุ่มผู้ดูแลใน เกาะแคริเบียน พบว่าผู้ดูแลในครอบครัวจะไม่ให้ความสนใจ เข้าใช้บริการในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ

มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ

ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับนั้น การให้บริการเป็นการบริการที่ได้รับจากผู้เชี่ยวชาญและเป็นบริการที่จัดให้กับผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน โดยการออกแบบการให้บริการนั้นครอบคลุมการบริการสุขภาพบางอย่างและบริการทางสังคมที่ผู้สูงอายุมีความต้องการในการดูแลช่วยเหลือ ในสถานบริการที่มี

ความปลอดภัยระหว่างกลางวัน ซึ่งในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับนั้นจะมีให้การดูแลผู้สูงอายุด้วย ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุนั้นขึ้นอยู่กับความต้องการการช่วยเหลือของผู้สูงอายุ ผู้เข้ารับบริการคือผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ และการให้บริการจึงเป็นการให้บริการที่ขึ้นกับความต้องการของผู้สูงอายุเป็นหลักโดยการประเมินจากความต้องการรายบุคคล เพื่อใช้ในการวางแผนและการดูแล เนื่องจากผู้เข้ารับบริการคือผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุนั้นมีความเสื่อมทางด้านร่างกาย ประกอบกับการมีปัญหาสุขภาพ ซึ่งกลุ่มผู้รับบริการนั้นเป็นกลุ่มเปราะบาง และมีความต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิดเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุในรูปแบบต่าง ๆ ดังนั้น การดำเนินกิจกรรมในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ จึงจำเป็นต้องมีการดำเนินงานตามมาตรฐาน เพื่อให้เกิดการบริการที่มีประสิทธิภาพกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ

มาตรฐานการให้บริการหมายถึง เกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินคุณภาพ หรือ หมายถึง กฎ หลักการ หรือเครื่องมือวัด ที่จัดทำขึ้นจากผู้รับผิดชอบ หรือหมายถึง แนวทางที่ใช้ในการกำหนดวิธีปฏิบัติงาน ซึ่งมาตรฐานที่สมาคมการบริการผู้ใหญ่แบบกลางวันแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา (The National Adult Day Services Association, 2010) ได้กำหนดไว้นั้นมีความมุ่งเน้นคุณภาพและปรัชญาที่ต้องการเพิ่มคุณภาพให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยมาตรฐานที่จัดทำขึ้นนั้นได้จัดทำขึ้นสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องในการให้บริการ และผู้รับบริการ รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องอื่น ๆ เช่น ผู้สูงอายุ และ สมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล ผู้ให้บริการที่มีอยู่แล้ว และผู้ที่กำลังเข้าสู่ระบบบริการ รวมถึงหน่วยงานบริการสุขภาพระดับต่าง ๆ และสถาบันการเงิน หน่วยงานของรัฐบาล หน่วยงานเอกชน และวัด ซึ่งสมาคมการบริการผู้ใหญ่แบบกลางวันแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา ถือว่าหน่วยงานต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วเป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการใช้มาตรฐานการดูแลนี้ด้วย การจัดทำมาตรฐานของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับนั้น สมาคมการบริการผู้ใหญ่แบบกลางวันแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกา ได้พัฒนามาตรฐานการดูแลโดยพัฒนาขึ้นจากการแบ่งระดับของการดูแลเป็นหลัก ซึ่งความแตกต่างของแต่ละระดับการดูแลนั้นขึ้นอยู่กับ ระยะเวลาการทำงาน ของบุคลากร การฝึกอบรมเกี่ยวข้องกับการดูแลของบุคลากร และระดับความหนัก หรือความยากของงานบริการ มาตรฐานการบริการที่ได้จัดขึ้น จึงแบ่งออกเป็น 3 ประเภทดังนี้ 1) มาตรฐานบริการหลัก (core services) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินและการวางแผนการดูแล การช่วยเหลือในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน การบริการสุขภาพ การบริการกิจกรรมทางสังคม กิจกรรมการรักษา การบริการอาหาร การบริการการขนส่ง และการดูแลอุบัติเหตุฉุกเฉิน ซึ่งในบริการหลัก นั้นไม่ครอบคลุมการบริการโดยตรงของ งานบริการ การบริการกายภาพบำบัด หรือการบริการทางด้านสุขภาพจิต 2) งานบริการเพิ่มเติม (enhanced services) คือ งานบริการที่อาจเพิ่มเติมจากงานบริการหลัก อาทิเช่น การดูแลแบบประคับประคอง การฟื้นฟูสภาพร่างกายระดับรุนแรงปานกลาง ที่เป็นกิจกรรมการให้บริการแบบไม่ต่อเนื่อง การประเมินและการส่งต่อสำหรับงานบริการสุขภาพจิต และการรับติดตามผู้ป่วยตามคำสั่งการรักษาจากแผนการดูแล การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย การฝึกการพูด ในระดับการประคับประคอง เพื่อให้สามารถทำงาน หรือการบริการทางเลือกเช่น ดนตรี บำบัด ศิลปะบำบัด การนวด และอื่น ๆ 3) มาตรฐานการบริการอย่างเคร่งครัด (intensive services) ที่อาจมีเพิ่มขึ้น อาทิเช่น การบริการพยาบาลอย่างเคร่งครัด หรือใกล้ชิด สำหรับผู้รับบริการที่มีอาการเจ็บป่วยยังไม่คงที่ การบำบัดรักษาในระดับต้องการการฟื้นฟูสภาพ การบริการเคร่งครัด หรือใกล้ชิด สำหรับผู้รับบริการที่มีอาการทางจิต และการดูแลพิเศษตามผู้รับบริการต้องการ

การจัดประเภทของผู้รับบริการที่ได้รับบริการตามมาตรฐานที่กำหนดไว้สามารถแบ่งออกได้ตามมาตรฐานการบริการทั้ง 3 ประเภทดังนี้

1). ประเภทผู้รับบริการที่จะได้รับการบริการตามมาตรฐานหลัก คือผู้รับบริการที่ต้องการการดูแลเป็นบางส่วน ผู้รับบริการที่ต้องการการกำกับดูแลบางครั้ง ผู้รับบริการที่สามารถเข้าสังคมได้ และเป็นผู้รับบริการที่ต้องการการช่วยเหลือในการดำเนินกิจกรรมประจำวันเล็กน้อย ผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพแต่มีอาการคงที่ และไม่ต้องการการบริการพยาบาล และการสังเกตอาการ ผู้รับบริการที่มีปัญหาการรับรู้ไม่มาก แต่ อาการ หรืออาการแสดงทางด้านพฤติกรรมสามารถแก้ไขได้ และสามารถสื่อสาร บอกความต้องการของตนเองโดยใช้การสื่อสารด้วยการพูดได้

2). ประเภทผู้รับบริการที่จะได้รับการบริการตามมาตรฐานบริการเพิ่มเติม คือผู้รับบริการที่ต้องการการดูแลระดับปานกลางขึ้นไป ผู้เข้ารับบริการต้องได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ การดูแลอย่างใกล้ชิด หรือการสังเกตการโดยพยาบาลวิชาชีพ การบริการการรักษาในระดับการคงไว้ของกลไกการทำงานของร่างกาย หรือต้องการดูแลกิจวัตรประจำวันระดับการพึ่งพาบางส่วน ผู้รับบริการที่มีปัญหาในการสื่อสาร ผู้รับบริการที่มีปัญหาการตัดสินใจอย่างเหมาะสม หรือ ผู้รับบริการที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมที่ต้องการการดูแลจากผู้ดูแลที่มีทักษะการดูแลสูง ผู้รับบริการที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม และผู้รับบริการที่ต้องการบุคลากรที่มีความสามารถเฉพาะในการดูแลบางช่วงเวลา

3). ประเภทผู้รับบริการที่จะได้รับการบริการตามมาตรฐานบริการแบบใกล้ชิด หรือเคร่งครัด คือผู้รับบริการที่ต้องการการดูแลทั้งหมด ผู้รับบริการที่มีอาการเจ็บป่วยยังไม่คงที่ และต้องการการสังเกตการณ์ปกติ หรือ การดูแลจากพยาบาล ผู้รับบริการที่ต้องการ การบริการการฟื้นฟูสภาพ ผู้รับบริการที่ต้องการการดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันแบบทั้งหมด หรือต้องการการดูแลบางส่วนอย่างน้อย สามกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน หรือผู้รับบริการที่ต้องการผู้ช่วยเหลือ ในการเคลื่อนย้ายอย่างน้อยสองคน ผู้รับบริการที่ไม่สามารถสื่อสาร หรือบอกความต้องการของตนเอง หรือผู้รับบริการที่มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ต้องการผู้ดูแลเข้าไปช่วยดูแลตลอดเวลา ผู้รับบริการที่ต้องการเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม หรือผู้รับบริการที่ต้องการการสนับสนุนในด้านทักษะต่าง ๆ หรือต้องการเวลาในการดูแลจากผู้ให้การดูแล

แนวทางในการปฏิบัติงานนั้นสมาคมการบริการผู้ใหญ่แบบกลางวันแห่งชาติประเทศสหรัฐอเมริกาได้กำหนดให้มีมาตรฐานในการดำเนินการปฏิบัติงานออกเป็น 5 ส่วนหลัก ได้แก่ 1) ส่วนของผู้รับบริการ 2) ส่วนการบริหารและการจัดการองค์กร 3) ส่วนการวางแผนและการดูแลส่วนบุคคล 4) ส่วนงานบริการ 5) ส่วนของบุคลากร และ 6) ส่วนของโครงสร้างอาคารสถานที่

ส่วนที่ 1 ส่วนของผู้รับบริการ ผู้รับบริการเป้าหมายจะขึ้นกับสถานที่ตั้งศูนย์ดูแล และ จำนวนผู้เข้ารับบริการขึ้นอยู่กับความต้องการของชุมชน จำนวนผู้เข้ารับบริการขึ้นกับความสามารถในการดูแลของศูนย์ดูแล ดังนั้นผู้เข้ารับบริการอาจมีความหลากหลาย ในมาตรฐานการดูแลส่วนของผู้รับบริการนั้นประกอบด้วย

1.1 ศูนย์ดูแลทุกแห่งควรต้องระบุผู้รับบริการเป้าหมายที่ให้บริการ
แนวทางปฏิบัติโดยศูนย์ดูแลทุกแห่งต้องมีการประเมินระดับความต้องการในการบริการของผู้รับบริการ เพื่อใช้ในการวางแผนการบริการ และประเมินศักยภาพในการให้การดูแล

1.2 ศูนย์ดูแลทุกแห่งควรให้บริการผู้ให้บริการที่มีความเหมาะสมกับการบริการของศูนย์ที่จัดขึ้น เช่น จำนวนผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการที่ผ่านการอบรม และสิ่งแวดล้อม ดังนั้นศูนย์ดูแลจะต้องดำเนินการประชาสัมพันธ์ข้อมูลของศูนย์ดูแลเกี่ยวกับ รูปแบบการบริการของศูนย์ดูแล และสถานที่ตั้งเป็นต้น และแนวทางปฏิบัติ ศูนย์ดูแลทุกแห่งต้องมีแนวทางในการประเมินความต้องการและการเข้ามารับบริการของผู้รับบริการ

1.3 ศูนย์ดูแลทุกแห่งควร มีพันธกิจและวิสัยทัศน์ของศูนย์ดูแลให้ชัดเจน และแนวทางการให้บริการและการดูแลที่แสดงให้เห็นให้ผู้รับบริการทราบแนวทางปฏิบัติ งานบริการของศูนย์ดูแล ควรมีความเหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการ

1.4 ศูนย์ดูแลทุกแห่งควรระบุนโยบายให้ชัดเจนว่า คุณสมบัติของผู้รับบริการที่เหมาะสมกับงานบริการของศูนย์ และผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติที่ไม่เหมาะสมจะเข้ามารับบริการ

แนวทางปฏิบัติ การเขียนแนวทางปฏิบัติควรเป็นส่วนหนึ่งของการยินยอมเข้ารับบริการที่ผู้เข้ารับบริการ สมาชิกในครอบครัว ผู้ให้การดูแล และควรจะเป็นเอกสารที่ใช้ในการเข้ามาลงทะเบียนเข้ารับบริการ และต้องมีการลงลายมือชื่อของผู้รับบริการ หรือสมาชิกในครอบครัว

1.5 ศูนย์ดูแลทุกแห่งควรมีการดำเนินการประเมินผู้รับบริการเบื้องต้นเพื่อจะได้ทราบว่าผู้รับบริการเป็นผู้ที่มีความต้องการการบริการการดูแลตรงกับพันธกิจของศูนย์ดูแล

แนวทางปฏิบัติ ก่อนการรับผู้รับบริการเข้ามาสู่ศูนย์ดูแลควรมีการประเมินในเรื่อง ความต้องการ การดูแลพื้นฐาน สถานะสุขภาพ ความสามารถในการทำกิจกรรม การประเมินสภาวะจิต-สังคม ระดับของการเคลื่อนไหว และผู้ที่สามารถติดต่อได้

1.6 ศูนย์ดูแลทุกแห่งควรมีการระบุเกณฑ์การรับผู้รับบริการเข้ารับบริการ เกณฑ์ในการให้ผู้รับบริการกลับบ้าน นโยบายการให้ยา สิทธิของผู้รับบริการ บิยินยอมการเข้ารับบริการ และ แนวทางในการจัดการเมื่อเกิดความคับข้องใจ

ส่วนที่ 2 การบริหารและการจัดการองค์กรในส่วนนี้เป็นการจัดตั้งและการบริหารจัดการองค์กร ดังนั้นมาตรฐานการจัดตั้งองค์กร ประกอบด้วย

2.1 ศูนย์ดูแลทุกแห่งควรมีการบริหารจัดการองค์กรพร้อมทั้ง การมอบหมายอำนาจ และความรับผิดชอบอย่างเต็มที่เพื่อใช้ในการดำเนินการองค์กรโดยรวมตามกฎหมาย ในกรณีของหน่วยงานรัฐนั้น เป็นไปตามกฎหมายของรัฐนั้น ๆ สำหรับหน่วยงานองค์กรเอกชนนั้น ประกอบด้วย

เจ้าของศูนย์ดูแลและการแต่งตั้งที่ปรึกษา

แนวทางปฏิบัติ หน้าที่และความรับผิดชอบประกอบไปด้วย

การกำหนดองค์ประกอบและขนาดของศูนย์ดูแล

การจัดทำนโยบายการดำเนินการ

การกำหนดโปรแกรมของศูนย์ดูแล

การพัฒนาโครงสร้างของศูนย์ดูแล และมีการกำหนดแผนภูมิองค์กร อำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบของผู้บริหาร

การกำหนดคุณสมบัติผู้บริหารองค์กร และแต่งตั้งผู้บริหาร วิธีการประเมินผลการทำงานของผู้บริหาร

การกำหนดขอบเขต และคุณภาพของงานบริการที่ให้กับผู้รับบริการ ครอบครัวของผู้รับบริการ และผู้ดูแล

การจัดตั้งกรรมการที่ปรึกษา

การทบทวนและการวางแผนการจัดการการเงิน การบริหารความเสี่ยงในการจัดการบริหารการเงิน

การวางแผนระยะสั้นและระยะยาว

การจัดทำแผนการบริหารความเสี่ยงขององค์กร

การวางแผนการประกันคุณภาพของหน่วยงาน

2.2 ศูนย์ดูแลทุกแห่งควรจัดตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาของศูนย์ดูแลโดยเฉพาะ แม้ว่าศูนย์ดูแลจะอยู่ภายใต้หน่วยงานอื่น บทบาทของ คณะกรรมการที่ปรึกษาของศูนย์ดูแลมีหน้าที่ในการให้ข้อเสนอแนะและการแนะนำในเรื่อง นโยบาย และการบริการ โดยครอบคลุมเรื่อง คุณภาพการบริการ แนวทางการรับและการจำหน่ายผู้เข้ารับบริการ นโยบายและแนวทางการปฏิบัติงาน การจัดทำรายงาน การประกันคุณภาพของการบริการ และผลการดำเนินงาน การประเมินผลและ การบริหารจัดการงบประมาณ

2.3 คณะกรรมการที่ปรึกษาของศูนย์ดูแลควรต้องมีความรับผิดชอบต่อผู้รับบริการของศูนย์ดูแลและชุมชน

2.4 คณะกรรมการบริหารของศูนย์ดูแลควรมีการทบทวน แก้ไข และจัดทำแผนปฏิบัติงานให้ทันสมัย

2.5 การจัดทำแผนรองรับ อุบัติเหตุและความปลอดภัยในการสื่อสารกับบุคลากร และการจัดเส้นทางคมนาคมของรถเพื่อเข้าไปสู่ศูนย์ดูแลได้ง่าย

2.6 การวางแผนการจัดการอุบัติเหตุและความปลอดภัยควรจัดสถานที่ที่ปลอดภัยทั้งภายในและภายนอกศูนย์ดูแล

2.7 แผนภูมิการบริหารองค์กร ควรจัดทำขึ้นเพื่อให้บุคลากรสามารถรับทราบช่องทางการสื่อสาร และควรแจ้งให้บุคลากรทุกท่านรับทราบ

2.8 ผู้บริหารควรมีอำนาจ และมีความรับผิดชอบในการวางแผนการดำเนินงาน การจัดการบุคลากร การดำเนินการ และการประเมินผลการดำเนินงาน

2.9 ผู้บริหารควรมีหน้าที่ในการให้คำแนะนำและให้การศึกษา ในการบริหารจัดการศูนย์ดูแลทุกวันระหว่างช่วงเวลาการปฏิบัติงาน

2.10 ศูนย์ดูแลทุกแห่งควรแสดงให้เห็นถึงการแสดงความรับผิดชอบต่อการเงินและการคลัง

2.11 นโยบายการเงิน ขั้นตอนการปฏิบัติงาน และการจัดทำรายงานเรื่องการเงิน ควรได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการตรวจสอบความถูกต้อง

- 2.12 ศูนย์ดูแลทุกแห่งควรจัดทำแผนการเงินระยะยาว
- 2.13 ศูนย์ดูแลทุกแห่งควรจัดทำเอกสารการกำหนดอัตราค่าบริการ การกำหนดนโยบาย การดำเนินการเรื่องการลดราคา หรือการยกเว้นค่าบริการที่กำหนดไว้
- 2.14 ศูนย์ดูแลทุกแห่งควรจัดทำแผนการพัฒนาคุณภาพการบริการและต้องมีการปรับปรุงทุกปี เพื่อเป็นการประกันคุณภาพการให้บริการ ในด้านการดูแล การป้องกันอุบัติเหตุ
- 2.15 ศูนย์ดูแลทุกแห่งควรจัดให้มีบุคลากรที่มีประสบการณ์และมีคุณภาพ อย่างเพียงพอ โดยมีการจัดทำหรือการกำหนดบทบาท ภาระหน้าที่การปฏิบัติงานให้ชัดเจน
- 2.16 กระบวนการทำงาน หรือการให้บริการควรออกแบบให้เหมาะสมกับสมรรถนะของบุคลากร และควรมีการให้โอกาสบุคลากรในการพัฒนาวิชาชีพ
- 2.17 บุคลากรทุกคน และอาสาสมัครควรได้รับการปฐมนิเทศก่อนการทำงาน และควรได้รับการฝึกปฏิบัติงานทั้งในงานบริการทั่วไปและงานบริการงานที่จัดขึ้น
- 2.18 ศูนย์ดูแลทุกแห่งควรให้เกียรติ และยอมรับ และคำนึงถึงความอ่อนไหวทางวัฒนธรรม ผู้รับบริการทุกท่านต้องได้รับบริการ ไม่มีการคัดผู้รับบริการออกจากการให้บริการของศูนย์ ไม่มีการแบ่งแยกเชื้อชาติ ศาสนา เพศ
- 2.19 ศูนย์ดูแลทุกแห่งควรมีการพัฒนาและประชาสัมพันธ์ และมีการอธิบายให้ผู้รับบริการทุกท่าน หรือตัวแทน หรือญาติ บุคลากร อาสาสมัคร โดยการใช้อย่างเข้าใจง่าย
- 2.20 ศูนย์ดูแลทุกแห่งควรประชาสัมพันธ์ เรื่องการผูก ยึดตรึงผู้รับบริการ การใช้สารเคมี หรือการผูกมัด ควรจะใช้อย่างจำกัดในผู้รับบริการที่มีความจำเป็น ทั้งนี้ต้องมีการดำเนินการตามมาตรฐานของแนวปฏิบัติ
- 2.21 ศูนย์ดูแลทุกแห่งควรจัดทำขั้นตอนการร้องเรียนและแนวทางในการแก้ไขเพื่อให้ผู้รับบริการ และสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล เพื่อให้ผู้รับบริการรับทราบและเพื่อให้ผู้รับบริการ ลดความกังวล
- 2.22 ศูนย์ดูแลทุกแห่งควรจัดทำแผนและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับ การคุ้มครองผู้รับบริการตามกฎหมายการคุ้มครองผู้บริโภค
- 2.23 ศูนย์ดูแลทุกแห่งควรจัดทำขั้นตอนการปฏิบัติ การเขียนรายงาน การป้องกันการลวนลาม การละเมิดสิทธิ ตามกฎหมายและต้องอบรมให้บุคลากรรับทราบ เกี่ยวกับ สัญญาณการถูกละเมิด ลวนลาม การละเลย และขั้นตอนการจัดทำรายงาน
- 2.24 ศูนย์ดูแลทุกแห่งควรจัดทำนโยบายเรื่องการเลือกปฏิบัติ ให้เกียรติ การยอมรับ เรื่องความตระหนักในเรื่องความแตกต่างทางวัฒนธรรม ทั้งนี้ควรเขียนในกรอบคัลมนโยบายการจ้างงาน แนวทางการปฏิบัติ การให้บริการ การทำการตลาด การบริหารงานบุคคล
- 2.25 ศูนย์ดูแลทุกแห่งควรจัดทำระบบการบันทึกรายงานของผู้รับบริการ ควรครอบคลุม เวลา การเข้ารับบริการ การจำหน่าย นโยบายการเก็บความลับของข้อมูลผู้รับบริการ การเปิดเผยข้อมูล เอกสารควรมีสำเนาให้ผู้รับบริการ หรือ ตัวแทนผู้รับบริการ ตามกฎหมาย
- 2.26 ศูนย์ดูแลทุกแห่งควรจัดทำระบบการบันทึกรายงานของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล ประกอบด้วย ใบสมัคร ประวัติการเจ็บป่วย การประเมินสมรรถนะในการทำกิจกรรม การประเมินสถานะทางโภชนาการ แผนการดูแลส่วนบุคคล การประเมินการทำ กิจกรรม และกิจกรรมทางสังคม ราคา

ค่าบริการ สถานะการเงิน การได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน ผู้ที่ติดต่อได้ การเซ็นยินยอมการเข้ารับบริการ การอนุญาตในกรณีมีเหตุการณ์ฉุกเฉิน ผู้รับผิดชอบ การวางแผนการดูแลและการรายงาน เคลื่อนย้าย การส่งต่อ บันทึกการดูแลจากผู้ดูแล แพทย์ เอกสารรายงานความก้าวหน้า แผนการจำหน่าย รูปภาพของผู้รับบริการ เป็นต้น

2.27 ศูนย์ดูแลทุกแห่งควรจัดทำระบบการบันทึกรายงานของผู้บริการ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ใบประกอบวิชาชีพ หรือใบประกาศ ประวัติการการฝึกอบรม ประวัติการเป็นอาสาสมัคร ประวัติการเงิน ที่อยู่ติดต่อได้ ผลการทบทวนแผน และการทวนสอบแผนการดูแล รายงานของหน่วยงาน รายงานการประชุม รายงานข้อเสนอแนะจากคณะกรรมการที่ให้คำปรึกษา ในรับรองภาวะสุขภาพ ประวัติสุขภาพ ประกันสุขภาพ ประวัติข้อร้องเรียน แผนการปฏิบัติงาน การพัฒนาตนเอง

2.28 บุคลากรและที่ปรึกษาศูนย์ดูแลทุกแห่งควรมีขั้นตอนหรือวิธีการในการสื่อสารต่อสาธารณชนเกี่ยวกับศูนย์ดูแล และกิจกรรม หรือบริการของศูนย์ดูแล

2.29 ผู้รับบริการ และสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลควรจะได้รับ的帮助ในการเรียนรู้เกี่ยวกับงานบริการทางการแพทย์ การศึกษาหาความรู้ การสนับสนุนจากหน่วยงานในชุมชนเรื่องเกี่ยวกับการเงิน กิจกรรมทางสังคม การออกกำลังกายซึ่งศูนย์ดูแลจะต้องให้การสนับสนุนการเข้าถึงข้อมูล และข้อมูลเหล่านี้จะต้องมีการปรับปรุงให้ทันสมัย

2.30 บุคลากรในศูนย์ดูแลควรจะช่วยสร้างเครือข่ายกับชุมชนอื่นๆ เพื่อประสานงานในการให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 3 ส่วนการวางแผนและการดูแลส่วนบุคคล ศูนย์ดูแลแต่ละแห่งมีหน้าที่รับผิดชอบในการวางแผนการบริการและการประเมินผลการให้บริการสำหรับผู้รับบริการแต่ละบุคคล ดังนั้นศูนย์ดูแลแต่ละแห่งจำเป็นต้องระบุคุณสมบัติของผู้รับบริการ หรือผู้บริการกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจน เนื่องจากการวางแผนการดูแลในการให้บริการจะสามารถวางแผนให้ได้เหมาะสมกับ งานบริการหลักของศูนย์ และตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ บางศูนย์บริการอาจต้องวางแผนการจัดการกับงานบริการผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรัง หรือต้องการการฟื้นฟู ดังนั้นองค์ประกอบที่ต้องดำเนินการนั้นควรวางแผนตั้งแต่ โครงสร้างอาคาร สถานที่ ปรัชญาขององค์กร ทัศนคติของบุคลากรในการปฏิบัติงาน หรือการดูแล กิจกรรมต่างๆ ที่เป็นกิจกรรมการดูแลทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งเป้าหมายในการให้บริการคือคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดของผู้รับบริการแต่ละบุคคล มาตรฐานในส่วนนี้ประกอบด้วย

3.1 ศูนย์ดูแลควรดำเนินการประเมินและพัฒนาเขียนแผนการดูแลของผู้รับบริการแต่ละราย แผนการดูแลขึ้นอยู่กับความต้องการการบริการและงานบริการที่มีอยู่ และเป้าหมายของผู้เข้ารับบริการ แผนการดูแลประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การประเมินตรวจคัดกรองเบื้องต้น 2) ขั้นตอนการเข้ารับบริการ 3) การประเมิน 4) การเขียนแผนการดูแลรายบุคคล 5) การทบทวนแผนการดูแลและการประเมิน 6) การประสานงานในการดูแล 7) เอกสารการบริการ 8) แผนการจำหน่าย

3.2 การคัดกรองควรดำเนินการเพื่อสามารถให้บริการที่เหมาะสมกับผู้รับบริการซึ่งประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ความคาดหวังของผู้รับบริการ สถานภาพความเป็นอยู่ ผู้ดูแลเบื้องต้น ผู้ติดต่อประสานงาน ประวัติทางสังคม สถานภาพทางการเงิน ประกันสุขภาพ สุขภาพทางกายและสุขภาพจิต การประเมินสมรรถนะการทำงาน หรือการทำกิจวัตรประจำวัน การรับประทานอาหาร

แพทย์ประจำตัว สถานบริการสุขภาพที่เข้ารับบริการประจำ หากประเมินเบื้องต้นแล้วผู้รับบริการมีคุณสมบัติไม่ตรงกับงานบริการของศูนย์ดูแล การอธิบายให้ผู้รับบริการ และผู้ดูแลให้เข้าใจถึงงานบริการที่ศูนย์ให้บริการ ทราบมีความจำเป็น

3.3 รายงานสุขภาพที่สะท้อนสุขภาพของผู้รับบริการควรมีการนำมาแสดง

3.4 ผู้รับบริการทุกรายควรแจ้งชื่อที่มีอำนาจในการตัดสินใจในการดูแล และข้อมูลที่ติดต่อได้ เพื่อใช้ในการติดต่อเมื่อเกิดเหตุการณ์ฉุกเฉิน และเมื่อต้องการการดูแลที่เพิ่มมากขึ้น

3.5 การตกลงรับเข้าสู่สถานบริการการดูแลที่ศูนย์ดูแลควรจะต้องดำเนินการดังนี้ แจ้งให้ผู้รับบริการเกี่ยวกับงานบริการที่จะได้รับ สถานะของศูนย์ดูแล ระดับการให้การดูแลและระดับการบริการ เกณฑ์การรับเข้า การจำหน่าย และการส่งต่อ

3.6 ศูนย์ดูแลควรจะต้องแนะนำให้ผู้รับบริการ และญาติทราบเกี่ยวกับนโยบาย กิจกรรมการบริการ และ สิ่งสนับสนุนในการเข้ารับบริการ

3.7 ศูนย์ดูแลควรให้ความมั่นใจว่าผู้รับบริการ หรือผู้แทนทางกฎหมายเช่นเอกสารทุกฉบับและเอกสารสัญญา และเอกสารทุกฉบับจะต้องอยู่ในรายงานของผู้รับบริการแต่ละราย

3.8 ผู้รับบริการ หรือผู้แทนทางกฎหมายควรได้รับข้อมูลจากศูนย์ดูแลเมื่อมีการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ล่วงหน้า

3.9 ผู้รับบริการ หรือผู้แทนทางกฎหมายควรรับเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับเกณฑ์การจัดระดับการให้บริการ

3.10 กระบวนการประเมินของศูนย์ดูแลควรระบุความต้องการการบริการของผู้รับบริการรายบุคคล ผู้ให้การบริการนั้นคือใคร

3.11 การประเมินต่างๆ ควรดำเนินการโดย บุคลากรที่มีทักษะ และความชำนาญ ผู้ให้คำปรึกษา หรือผสมผสานกัน

3.12 การเขียนแผนการดูแลรายบุคคลควรเขียนตั้งแต่การเริ่มการประเมินคัดกรองผู้รับบริการแต่ละรายตั้งแต่แรกเริ่ม

3.13 ผู้รับบริการ ผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว และผู้ให้บริการ ควรได้รับโอกาสในการดำเนินการพัฒนา การลงมือปฏิบัติ และการประเมินแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3.14 การประเมินความต้องการของผู้รับบริการรายบุคคลซ้ำ การประเมินผลแผนการให้บริการ ควรมีการดำเนินการเมื่อเพื่อให้ดำเนินการวางแผนการบริการและการดูแลได้เหมาะสม

3.15 การทบทวนแผนการดูแลควรดำเนินการร่วมกับผู้รับบริการ และ /หรือ สมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล เพื่อเป็นการปรับแผนการดูแลในแต่ละเรื่องให้มีความทันสมัย ให้สอดคล้องกับเป้าหมายของผู้รับบริการ

3.16 กรณีที่ผู้รับบริการมีความจำเป็นต้องได้รับการ กับหน่วยงานอื่น ๆ การวางแผนการดูแล ควรมีการพัฒนาร่วมกับหน่วยงานเหล่านั้นด้วย

3.17 การรายงานความก้าวหน้าของการดูแลควรเขียนและเก็บไว้เป็นส่วนหนึ่งของแฟ้มรายงานของผู้รับบริการส่วนบุคคล

3.18 ศูนย์ดูแลควรเขียนนโยบายการจำหน่าย โดยมีการกำหนดเกณฑ์ และขั้นตอนการแจ้งให้ทราบ นโยบายควรประกอบด้วย ระยะเวลาที่คาดว่าผู้รับบริการสามารถจำหน่าย เกณฑ์การจำหน่าย ขั้นตอนการแจ้งข้อมูล และแผนการนัดติดตาม

3.19 แผนการจำหน่ายควรพัฒนาขึ้นสำหรับผู้รับบริการที่มีการปรับเปลี่ยนการบริการ และมีการเปลี่ยนแปลงการทำงานของร่างกาย และ มีการเปลี่ยนแปลงระดับความต้องการการดูแล

3.20 ผู้รับบริการแต่ละราย และสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล ควรได้รับเวลาในการแจ้งข่าว ระยะเวลาที่ผู้รับบริการจะจำหน่ายจากศูนย์บริการ

ส่วนที่ 4 ส่วนงานบริการ โดยทั่วไปแล้วรูปแบบกิจกรรมการบริการนั้นประกอบด้วยบุคลากรที่เป็นสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการดูแลของผู้รับบริการ การบริการในศูนย์ดูแลแบบไปกลับนั้นจะมีความแตกต่างจากปรัชญาแนวคิดการดูแลอื่น เนื่องจากให้ความสำคัญกับความสามารถและสถานะสุขภาพของผู้รับบริการ มากกว่า การดูแลการเจ็บป่วย กิจกรรมการบริการที่จัดขึ้นจึงเน้นการช่วยเหลือให้ผู้รับบริการนั้นฟื้นฟูสุขภาพภายหลังการป่วย หรือบาดเจ็บ การพักผ่อนร่างกาย ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพโรคเรื้อรัง การช่วยเหลือในการเชื่อมโยงกับชุมชน หรือการพัฒนาทักษะต่างๆ สำหรับกิจกรรมการให้บริการนั้นจะเชื่อมต่อระหว่างบุคคล กับสิ่งแวดล้อมในการออกแบบการบริการให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ โครงสร้างของสิ่งแวดล้อม และการออกแบบกิจกรรมในศูนย์ดูแลแบบไปกลับนั้นจะต้องมีความปลอดภัย งานบุคคลเป็นผู้การสนับสนุนการสร้างสัมพันธภาพ และพัฒนาวัฒนธรรมองค์กรด้านการบริการ การสร้างแบบฟอร์มเอกสารในการให้บริการแต่ละบริการของศูนย์ การติดตามภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ และกิจกรรมต่างๆ ที่ให้บริการในศูนย์ดูแลแบบไปกลับ สำหรับมาตรฐานการบริการนั้นสถานบริการควรดำเนินการตามมาตรฐานดังนี้

4.1 กิจกรรม หรือโปรแกรมต่าง ๆ ควรพิจารณาให้เหมาะสมกับความแตกต่างของอายุ หรือวัยของผู้รับบริการ ภาวะสุขภาพ การตอบสนองต่อกิจกรรม วิถีชีวิต ศาสนา ประสบการณ์ ความต้องการ ความสนใจ สมรรถนะ ทักษะ และควรจัดให้มีความหลากหลาย

4.2 การวางแผนกิจกรรมควรสอดคล้องและผสมผสานกับแผนการดูแลส่วนบุคคล ซึ่งขึ้นกับความสนใจ ความต้องการ และความสามารถของผู้รับบริการ

4.3 กิจกรรมการบริการของศูนย์ดูแลแบบไปกลับควรจัดให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของกิจกรรมที่ตรงกับความต้องการของผู้รับบริการ และต้องสอดคล้องกับ ความต้องการ ความสนใจ และตรงกับบริบททางสังคม ศาสนา วัฒนธรรม และเหมาะสมกับ สุขภาพกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ

4.4 กิจกรรมควรออกแบบในการส่งเสริมสนับสนุนให้เกิดความสุข สนุกสนาน กิจกรรมที่เป็นการพัฒนาและเพิ่มความมั่นใจ และ หรือเพิ่ม หรือเป็นกิจกรรมที่ทำให้ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้รับบริการอยู่ในระดับเดิม หรือดีขึ้น

4.5 ผู้รับบริการควรได้รับการสนับสนุนในการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ที่ศูนย์ดูแลจัดขึ้น แต่อาจเลือกที่ไม่ทำหรือทำกิจกรรมอื่นๆ ที่มีอยู่

4.6 ผู้รับบริการควรมีเวลาสำหรับพักผ่อน และผ่อนคลาย หรือการทำกิจกรรมทางด้านสุขภาพของตนเอง

4.7 การดำเนินการทำกิจกรรมที่เป็นส่วนหนึ่งของงานบริการนั้นควรเริ่มเมื่อศูนย์ดูแลเริ่มเปิดให้บริการซึ่งกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้รับบริการนั้นอาจเป็นศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด เป็นต้น

4.8 บริการในศูนย์ดูแลแบบไปกลับนั้นควรครอบคลุมการช่วยเหลือ และอยู่ภายใต้การกำกับดูแลในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและมีสุขอนามัยที่ดี ซึ่งการดำเนินกิจกรรมนั้นจะต้องอยู่ภายใต้ความเคารพ สิทธิ และ ความเป็นบุคคลของผู้รับบริการ

4.9 งานบริการที่เป็นงานบริการที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้รับบริการ ศูนย์ดูแลควรจัดบริการเหล่านี้ไว้ในบริการของศูนย์ด้วย

4.10 หากความต้องการของผู้รับบริการนั้นเกิดจากการผลการประเมินภาวะสุขภาพ แผนการดูแลที่มาจากบุคลากรในทีมสหสาขาวิชาชีพ และคำสั่งการรักษาของแพทย์ ดังนั้นงานบริการควรประกอบด้วยงานบริการที่เหมาะสมกับระดับความต้องการการดูแลของผู้รับบริการ และสอดคล้องกับงานบริการหลักของศูนย์ดูแล และเป็นการดูแลอย่างใกล้ชิด

4.11 งานบริการพื้นฐานส่วนหนึ่งของงานบริการที่เป็นบริการเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพควรครอบคลุมความต้องการทุกระดับ ดังนั้นศูนย์ดูแลแบบไปกลับควร ส่งต่อผู้รับบริการและช่วยในการประสานงานกับศูนย์ดูแลอื่น ๆ เมื่อมีความจำเป็น ควรดำเนินการการฝึกอบรมบุคลากรที่ปฏิบัติงานและให้คำแนะนำระหว่างปฏิบัติงาน ให้ปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้ สำหรับโรคเรื้อรัง และ การป้องกันการติดเชื้อ การฝึกอบรมบุคลากรที่ปฏิบัติงานและ ให้คำแนะนำระหว่างปฏิบัติงานเกี่ยวกับ การสังเกตการณ์ และการรายงานสถานะของภาวะสุขภาพกายและสุขภาพจิต จัดให้มีการอบรมการให้ปฐมพยาบาลเบื้องต้น และจัดให้มีการเพิ่มพูนความรู้ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การคัดกรองและการประเมิน

4.12 ศูนย์ดูแลแบบไปกลับทุกแห่งควรติดตามภาวะสุขภาพของผู้รับบริการและรายงานผลหากมีการเปลี่ยนแปลง

4.13 ศูนย์ดูแลแบบไปกลับทุกแห่งควรมีการประสานงานการดูแลกับผู้ดูแลเบื้องต้น กับผู้ดูแลในทีมให้บริการ

4.14 ศูนย์ดูแลแบบไปกลับทุกแห่งควรมีบริการสุขภาพให้กับผู้รับบริการทุกคน

4.15 ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุทุกแห่งควรสนับสนุนสถานที่ในการจัดเก็บยา และจัดการบริการจัดเตรียมยาให้กับผู้รับบริการ ตามนโยบายของศูนย์ดูแลแบบไปกลับและกฎหมาย

4.16 ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุทุกแห่งอาจจัดให้มีบริการพยาบาล แต่สำหรับระดับของศูนย์ดูแลแบบไปกลับไม่มีความจำเป็นที่จะจัดให้มีบริการพยาบาลเป็นงานบริการหลัก

4.17 กิจกรรมทางสังคมควรจัดให้ครอบคลุมกับผู้รับบริการ และ สมาชิกในครอบครัว ผู้ให้การดูแลกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสมต้องได้รับการฝึกอบรมเรื่องการประเมินความต้องการทางด้านจิต-สังคม และให้ความช่วยเหลือผู้รับบริการ และ สมาชิกในครอบครัวในการเข้ารับบริการทางสังคมต่างๆ ต้องการ

4.18 การฝึกอบรมบุคลากรอย่างเหมาะสมควรครอบคลุมการให้ความรู้กับผู้รับบริการและสมาชิกในครอบครัวในประเด็นเหล่านั้นด้วย

4.19 ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุทุกแห่งควรจัดอาหารให้ผู้รับบริการอย่างน้อย 1 มื้อ และควรมีอาหารว่าง เครื่องดื่มที่เหมาะสมกับความต้องการและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

4.20 การจัดอาหารเฉพาะสำหรับผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพ หรือการรับประทานอาหาร

4.21 ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุทุกแห่งไม่ควรรับหรือให้บริการต่อเนื่องกรณีพบว่าผู้รับบริการมีความต้องการบริการการจัดอาหารที่ไม่ตรงกับบริการของศูนย์ดูแล เช่น การได้รับอาหารสายยาง อาหารปั่น

4.22 ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุทุกแห่งควรประเมินความต้องการอาหาร การดูแลด้านอาหารและควรให้บริการอย่างเหมาะสม

4.23 ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุทุกแห่งควรจัดให้มีการบริการ จัดการ หรือประสานงานการขนส่ง เคลื่อนย้ายสำหรับผู้รับบริการที่มีความต้องการเช่นผู้ที่มีความพิการ หรือไปเข้าร่วมกิจกรรมภายนอก

4.24 ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุทุกแห่งควรมีนโยบายในการขนส่ง และมีขั้นตอนการให้บริการทั้งในการ บริการปกติ และบริการฉุกเฉิน และควรมีสำนวนนโยบายและขั้นตอนการทำงานนี้ในรถด้วย

4.25 รถที่ให้บริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุทุกควรมีอุปกรณ์ที่สามารถสื่อสารแบบสองทางได้

4.26 กิจกรรมที่มีกิจกรรมที่มีส่วนในการใช้รถและต้องเชื่อมกับระบบขนส่งของรัฐควรดำเนินการ ตามกฎหมายของรัฐ หรือประเทศ

4.27 ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุทุกแห่งควรมีการเขียนขั้นตอนการใช้ยากรณีฉุกเฉิน

4.28 ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุทุกแห่งควรมีเอกสารข้อมูลพื้นฐานเพื่อใช้ในการกรณีฉุกเฉินของผู้รับบริการ แต่ละราย เช่น ประวัติการเข้ารับบริการ โรงพยาบาล เบอร์โทรศัพท์แพทย์ที่รักษา ข้อมูลการติดต่อ สมาชิกในครอบครัว ข้อมูลประกันสุขภาพ ประวัติการแพ้ยาและ อาหาร ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน และรูปถ่าย

4.29 ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุทุกแห่งควรเขียนขั้นตอนการตอบสนองในกรณีผู้รับบริการหนีออกจาก สถานบริการ

4.30 การจัดให้มีกิจกรรมการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ และสมาชิกในครอบครัวเพื่อใช้ในการ พัฒนาสุขภาพและความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามระดับความรุนแรงของผู้รับบริการ

4.31 การบริการเสริมควรจัดทำให้เหมาะกับความต้องการของผู้รับบริการผ่านการประเมินและ การจัดทำแผนการดูแล

4.32 การบริการเสริมควรจัดทำขึ้นครอบคลุมการให้ความรู้สำหรับผู้รับบริการและสมาชิกใน ครอบครัว ผู้ดูแล และบุคลากรโดยการสอนรายบุคคลและรายกลุ่ม

4.33 การบริการเสริมควรอยู่ในกรอบของแผนการดูแลส่วนบุคคลและอาจเป็นส่วนหนึ่งของ งานบริการภาพรวมที่ผู้รับบริการจะได้รับ

4.34 การบริการจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาอาจเป็นบริการที่มีให้ได้แต่ไม่ควรใช้การปรับตัว หรือ การใช้เทคนิคมากมาย

4.35 ศูนย์ดูแลทุกแห่งที่มีกิจกรรมการให้บริการจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาควรพิจารณาว่างาน บริการที่ดำเนินการเป็นไปตามมาตรฐานงานของสาขาวิชาชีพนั้นๆ

4.36 งานบริการ กิจกรรมบำบัด การฝึกพูด กายภาพบำบัด ควรจัดให้เป็นรายบุคคลโดยตรง หรือประสานให้หน่วยงานที่มีบริการจัดไว้ ให้บริการ

4.37 รูปแบบการจัดบริการควรขึ้นกับความต้องการของผู้รับบริการและขึ้นกับระดับการดูแลของศูนย์ดูแล

4.38 ผู้รับบริการแต่ละคนควรมีแพทย์เจ้าของไข้ รายงานของแพทย์ควรระบุวันที่เขียนรายงาน และวันเวลาที่รับการติดต่อฉุกเฉิน

4.39 ศูนย์ดูแลควรมีนโยบายเกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์ที่สัมพันธ์กับการดูแลของผู้สูงอายุ ส่วนที่ 5 ส่วนของบุคลากร บุคลากรที่เข้ามาปฏิบัติงานในศูนย์ดูแลนั้นควรทัศนคติ และมีบุคลิกภาพที่เหมาะสม เป็นผู้ที่มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น มีความเมตตา เป็นบุคคลที่มีความยืดหยุ่น เป็นบุคคลที่มีความรับผิดชอบ บุคลากรที่เข้ามาทำงานเป็นคนที่มีความกระตือรือร้น และเป็นคนที่มีความใฝ่ฝัน บุคลากรเป็นผู้ที่ให้ความสนใจและตระหนักถึงผู้รับบริการ และมีความไวในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ เป็นบุคคลที่ขอช่วยเหลือผู้อื่นในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เป็นผู้ที่มีความคิดสร้างสรรค์ และ สนุกสนาน เป็นผู้ที่ไม่เกียจคร้าน งานบุคคลควรกำหนดเกณฑ์ในการรับบุคลากรที่มีความยืดหยุ่น เพื่อพิจารณาผู้สมัครเป็นรายบุคคล โดยเลือกคนที่มีสนใจการเรียนรู้ มีความสนใจในการทำงานกับบุคคลกลุ่มพิเศษ ดังนั้นมาตรฐานในการใช้ในการเลือกบุคลากรนั้น มีดังต่อไปนี้

5.1 บุคลากรควรมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ มีจำนวนมากเพียงพอ และมีทักษะในการปฏิบัติงาน

5.2 มีบุคลากรอย่างน้อย 2 คนที่รับผิดชอบ ที่ปฏิบัติงานในศูนย์ดูแลตลอดเวลาเมื่อมีผู้รับบริการอย่างน้อย 2 คนขึ้นไป

5.3 สัดส่วนของบุคลากรและผู้รับบริการควรมีความเหมาะสม เพียงพอต่อความต้องการของผู้รับบริการ

5.4 จำนวนผู้รับบริการที่มีปัญหาเรื่องอวัยวะในร่างกายการสูญเสียการทำงานเพิ่มมากขึ้น หรือรุนแรงมากขึ้น สัดส่วนของบุคลากรและผู้รับบริการควรมีการปรับเปลี่ยนตาม

5.5 ถ้าผู้บริหารต้องรับผิดชอบดูแลศูนย์ดูแลมากกว่า 1 แห่ง ผู้บริหารจัดการงานบริการควรออกแบบการบริการให้มีความแตกต่างกัน ในกรณีที่ไม่มีผู้จัดการ บุคลากรควรมีการออกแบบเรื่องการนิเทศหรือ กำกับติดตามศูนย์ดูแล

5.6 ในการเพิ่มความมั่นใจในการให้บริการอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพเพียงพอ และมีความปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการศูนย์ดูแลควรจัดให้มีบุคลากรที่ผ่านการอบรมและได้รับการรับรอง

5.7 อาสาสมัครควรนำมาบรวมนับรวมกับสัดส่วนของผู้ให้บริการเมื่อพวกเขามีความสามารถและมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับบุคลากร และกำหนดคุณสมบัติแบบบุคลากร และตรงกับมาตรฐานงานงานของศูนย์ดูแล

5.8 ศูนย์ดูแลแต่ละแห่ง ที่มีพื้นที่ตั้งอยู่กึ่งงานบริการอื่น ๆ เช่น บ้านพักของผู้สูงอายุ ควรมีบุคลากรของตนเองในการให้บริการ

5.9 บุคลากรทุกคนควรมีคุณสมบัติตรงกับตำแหน่งงานที่รับเข้า

5.10 บุคคลอ้างอิงควรมีการตรวจสอบและควรมีการตรวจสอบประวัติการทำงานที่ผ่านมาของบุคลากร และอาสาสมัครทุกคน การตรวจสอบประวัติพื้นฐานต้องเป็นไปตามกฎหมาย

5.11 บุคลากรทุกคนต้องได้รับการตรวจสุขภาพ ครอบคลุม การตรวจวินิจฉัย ภายใน 12 เดือน ก่อนเข้าทำงาน และสำเนาผลการตรวจไว้ในประวัติส่วนบุคคลก่อน หรือในวันแรกของการทำงาน

5.12 บุคลากรและอาสาสมัคร ควรลงชื่อในใบยินยอมในการรักษาความลับของผู้รับบริการและให้การดูแลผู้รับบริการด้วยความเคารพและให้เกียรติ การยินยอมนี้ ครอบคลุม ในสังคมออนไลน์ ได้แก่ facebook และ รูปถ่ายในโทรศัพท์ และอื่น ๆ

5.13 บุคลากรที่ให้บริการโดยตรง ควรมีแผนในการดูแลและการประเมินสำหรับผู้รับบริการส่วนบุคคล ของผู้รับบริการที่รับผิดชอบ

5.14 บุคลากรทุกคนควรดำเนินการตามระบบที่วางไว้ สำหรับการส่งเวร หรือการสื่อสารประจำวันเพื่อให้เกิดความมั่นใจว่าบุคลากรทุกคนได้รับการส่งต่อข้อมูลทุกวัน

5.15 ความรับผิดชอบของบุคลากร อาจมีการทำงานข้ามสาขาและบุคลากรควรทำงานกันเป็นทีม เพื่อให้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการ

5.16 บุคลากรควรมีโอกาสที่จะพัฒนาทักษะ การศึกษา และประสบการณ์เพื่อใช้ในการ บริการแก่ผู้รับบริการที่สอดคล้องกับ ปรัชญา ของศูนย์

5.17 บุคลากรทุกคนที่ได้รับการจ้างงาน และอาสาสมัครควรได้รับการฝึกอบรม

5.18 ควรมีการกำหนดเวลาในการประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรทุกคน

5.19 สำหรับผู้บริหารควรมีคุณสมบัติตามความรับผิดชอบคือ การพัฒนา การประสานงาน การนิเทศติดตาม การจัดการการเงิน และการประเมินผลการบริการ ผ่านงานบริการของศูนย์ดูแล

5.20 ผู้อำนวยการโครงการจะดำเนินการ การประสานงานกิจกรรมการให้บริการของศูนย์ดูแลให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้รับบริการ ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของผู้บริการ

5.21 ควรมีการกำหนดคุณสมบัติของบุคลากรที่ให้บริการงานบริการทางสังคม

5.22 สำหรับโปรแกรมที่มีบริการทางการแพทย์ พยาบาลควรเป็นพยาบาลวิชาชีพ และมีประสบการณ์อย่างน้อย 1 ปีขึ้นไป

5.23 ผู้ประสานงานกิจกรรมในกรณีที่เป็นกิจกรรมหลักควรมีวุฒิการศึกษาอย่างน้อยจบชั้นมัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า และมีประสบการณ์ในการทำงาน อย่างน้อย 1 ปี ในการพัฒนา และ ดำเนินกิจกรรมสำหรับกลุ่มเป้าหมาย สำหรับผู้ประสานงานกิจกรรมในกรณีที่เป็นกิจกรรมที่ต้องดูแลอย่างใกล้ชิดควรมีวุฒิการศึกษาอย่างน้อยจบชั้นปริญญาตรีตรงสาขา และมีประสบการณ์ในการทำงาน อย่างน้อย 1 ปี ในการพัฒนา และ ดำเนินกิจกรรมสำหรับกลุ่มเป้าหมาย หรือมีวุฒิการศึกษาอย่างน้อยจบชั้นปริญญาตรีที่มีสาขาใกล้เคียงกับ และมีประสบการณ์ในการทำงาน อย่างน้อย 2 ปี

5.24 ผู้ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมควรมีวุฒิการศึกษาอย่างน้อยจบชั้น มัธยมศึกษา หรือเทียบเท่าและมีประสบการณ์ในการทำงาน อย่างน้อย 1 ปี ในการกับผู้สูงอายุในศูนย์ดูแล หรือศูนย์บริการทางสังคม และ ผู้ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมควรได้รับการฝึกอบรมในการทำงานกับผู้สูงอายุ และการดำเนินกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ

5.25 นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักเวชศาสตร์การสื่อความหมาย นักโภชนาบำบัด นักจิตวิทยา และวิชาชีพอื่น ๆ ควรได้รับใบประกอบวิชาชีพและมีประสบการณ์ในการทำงาน อย่างน้อย 1 ปี ในสถานบริการพยาบาล หรือศูนย์บริการทางสังคม

5.26 ถ้าศูนย์ดูแลได้จัดบริการให้ผู้รับบริการจัดเตรียมอาหารเอง ศูนย์ควรมีผู้จัดการด้านอาหาร

5.27 ผู้ให้คำปรึกษาควรจัดให้มีบริการกรณีที่มีความต้องการสามารถจัดให้เพื่อเพิ่มคุณภาพการบริการ

5.28 เลขานุการควรควรมีวุฒิการศึกษาอย่างน้อยจบชั้น มัธยมศึกษา หรือเทียบเท่าและมีทักษะและการฝึกอบรมก่อนการทำงานตามหน้าที่ที่กำหนด

5.29 คนขับรถควรมีใบอนุญาตขับขี่รถ และขับรถอย่างปลอดภัย และต้องได้รับการอบรม CPR

5.30 ศูนย์ดูแลควรทำบันทึกชั่วโมงการทำงานของอาสาสมัคร และให้การยอมรับอาสาสมัครอย่างเหมาะสม

ส่วนที่ 6 ส่วนของโครงสร้างอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม เป็นส่วนสำคัญในการให้การดูแลสิ่งแวดล้อมของศูนย์ดูแลที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีความสามารถในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ดังนั้นการวางแผนเรื่องสถานที่ และสิ่งแวดล้อมนั้นควรมีมาตรฐานดังนี้

6.1 การสร้างสถานที่ควรเป็นไปตามกฎหมายการสร้างอาคารของท้องถิ่น และสอดคล้องกับกฎหมายการจัดสร้างอาคารสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการของประเทศสหรัฐอเมริกา

6.2 ศูนย์ดูแลแต่ละแห่งเมื่อเป็นส่วนหนึ่งของอาคาร หรือบริการอื่นๆ ควรมีพื้นที่เป็นของตนเอง ระวังการให้บริการ

6.3 ศูนย์ดูแลแต่ละแห่งควรมีพื้นที่ส่วนตัวสำหรับบุคลากรในการทำงานเพื่อลดการรบกวนจากภายนอก

6.4 ศูนย์ดูแลแต่ละแห่งควรมีพื้นที่ส่วนตัวสำหรับผู้รับบริการ และสมาชิกในครอบครัวในการพูดคุย หรือปรึกษากับบุคลากร

6.5 ศูนย์ดูแลแต่ละแห่งควรมีพื้นที่ในการเก็บของ และในส่วนที่ทำกิจกรรมอย่างเพียงพอ

6.6 ห้องน้ำของศูนย์ดูแลควรจัดให้ใกล้กับห้องทำกิจกรรม

6.7 ควรจัดสถานที่พักผ่อนให้กับผู้รับบริการ

6.8 พื้นที่ว่างในศูนย์ดูแลควรจะเป็นพื้นที่ ที่เข้าออกปลอดภัยสำหรับผู้รับบริการ

6.9 พื้นที่ภายนอกที่ใช้สำหรับกิจกรรมภายนอกนั้นควรมีความปลอดภัย มีทางเชื่อมต่อภายในได้ง่าย และมีทางเชื่อมต่อกับผู้ที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม

6.10 การออกแบบสำหรับพื้นที่ใช้สอยเพื่อให้ผู้รับบริการสามารถเคลื่อนไหวได้ง่าย ภายในศูนย์ดูแล และ สนับสนุนในการเข้าร่วมกิจกรรม

6.11 ไฟส่องสว่างในทุกพื้นที่ต้องมีความเพียงพอ สำหรับแสงที่จ้ามากควรหลีกเลี่ยง

6.12 ควรมีการควบคุม ระดับเสียงที่ดังเกินไป

6.13 อุณหภูมิควรปรับให้มีความเหมาะสมสำหรับสถานที่พักอาศัย

6.14 เฟอร์นิเจอร์ควรมีจำนวนเพียงพอสำหรับผู้รับบริการ

6.15 บริการต่าง ๆ ที่ให้บริการในศูนย์ดูแล ควรมองเห็นได้จากภายนอก และทางเข้าต้องไม่มีอุปสรรค กีดขวางทางเดิน

6.16 ควรติดตั้งโทรศัพท์ในพื้นที่ลับตา หรือพื้นที่เงียบ ๆ สำหรับผู้รับบริการ

6.17 สิ่งอำนวยความสะดวก และพื้นที่ต้องมีความปลอดภัย สะอาด และผู้รับบริการสามารถเข้าถึงได้

6.18 สิ่งอำนวยความสะดวกควรออกแบบ ก่อสร้างและทำให้คงสถานะที่ปลอดภัยตามกฎหมายของท้องถิ่น และ รัฐ

6.19 สำหรับงานบริการที่มีการจัดเก็บยา ควรมีป้ายบอกให้ชัด สถานที่เก็บยาควรแยกจากส่วนทำกิจกรรม

6.20 ความสะอาดและความปลอดภัยของสุขอนามัย การจัดเตรียม และการบริการอาหารควรทำให้มีมาตรฐาน

6.21 สารเคมีอันตรายที่ใช้ในการทำ ความสะอาด ควรเก็บในช่องที่มีกุญแจล็อก และไม่สามารถเข้าไปได้ง่าย

6.22 ต้องมีทางออกที่สามารถอย่างน้อย 2 แห่งที่สามารถออกได้ตลอด

6.23 สัญญาณเรียกบุคลากรควรติดตั้งในสถานที่นั่งพัก ห้องน้ำ และห้องอาบน้ำ

6.24 ศูนย์ควรมีสสิ่งแวดล้อมที่มีความปลอดภัยโดยมีทางออกที่สามารถเข้าและออกจากศูนย์

6.25 บุคลากรทุกคนของศูนย์ต้องยึดหลัก การควบคุมแพร่กระจายเชื้อ

6.26 แผนอพยพเคลื่อนย้ายควรติดไว้ทุกห้อง

6.27 สิ่งอำนวยความสะดวกควรมีความปลอดภัยจากอันตรายทางกายภาพ

6.28 สถานที่ที่เป็นชั้นบันได หรือห้องน้ำ ควรมีราวจับ

6.29 ถ้าศูนย์ดูแลที่ให้บริการผู้ที่มีปัญหาในการทำกิจกรรม ราวจับควรจะมีโดยรอบศูนย์

6.30 ขั้นตอนสำหรับความปลอดภัยจากไฟที่ได้รับการรับรองจากหน่วยงานของรัฐ ควรนำมาใช้ และแสดงให้เห็น

6.31 อุปกรณ์สำหรับการปฐมพยาบาล และเครื่องกระตุ้นไฟฟ้าภายนอก ควรจะอยู่ที่เห็นได้ง่าย และบุคคลกรสามารถเข้าถึงได้ง่าย

6.32 ศูนย์ดูแลควรมีแม่บ้านในการทำ ความสะอาด สถานที่ให้มีความสะอาด ถูกสุขอนามัย ตลอดเวลา

6.33 ควรมีการควบคุม กำจัด สัตว์ แมลง หนู เวลาที่ไม่มีผู้รับบริการอยู่ในศูนย์

6.34 อุปกรณ์ต่าง ๆ ต้องได้รับการบำรุงรักษา ให้มีความปลอดภัยในการใช้ และต้องจัดงบประมาณในการดูแลบำรุงรักษา ซ่อมบำรุง และหาทดแทน

6.35 การสูบบุหรี่ควรได้รับอนุญาตในพื้นที่ที่กำหนดไว้เท่านั้น

ส่วนที่ 7 การประเมินผล เป็นการประเมินประสิทธิภาพของการให้บริการว่าเป็นไปตามเป้าหมาย และวัตถุประสงค์ การประเมินผลเป็นกระบวนการที่ควรทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำข้อมูลไปปรับปรุงและการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริการ มาตรฐานการกำกับการประเมินผลนั้นมีดังนี้

7.1 งานบริการของศูนย์ดูแลแต่ละแห่งควรได้ดำเนินการประกันคุณภาพการบริการ หรือแผนการพัฒนาคุณภาพเพื่อใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน และการบริการ

7.2 กระบวนการประเมินควรจะต้องมีการประเมินระบบบริการทั้ง 3 ระดับ ประกอบด้วย 1) ระดับของผู้รับบริการผู้ดูแลและบุคลากร 2) ระดับการให้บริการของศูนย์ 3) และระดับของชุมชน

7.3 ศูนย์บริการแต่ละแห่งควรพัฒนานโยบาย และขั้นตอนในการติดตามอย่างต่อเนื่องในการปรับปรุงคุณภาพและมีการดำเนินการต่อไป

7.4 งานบริการของศูนย์บริการแต่ละแห่งควรมีความมุ่งมั่นในการดำเนินงานคุณภาพและมีการวางแผนภาพรวม ในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้สำหรับการประเมินคุณภาพ

จากมาตรฐานการให้บริการงานของศูนย์ดูแลแบบไปกลับในผู้ใหญ่ของประเทศสหรัฐอเมริกา นั้นพบว่า การจัดทำมาตรฐานควรครอบคลุมทุกประเด็นที่กล่าวข้างต้น เพื่อเป็นการประกันคุณภาพของศูนย์ดูแลแบบไปกลับ เพื่อประโยชน์สูงสุดต่อผู้รับบริการ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม กมล สุดประเสริฐ (2540) ได้ให้ความหมายของการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไว้ว่าเป็นการวิจัยที่จัดกระทำโดยผู้ปฏิบัติการเพื่อนำผลการวิจัยมาใช้ในการแก้ไขปัญหาโดยทันที และต้องมีการดำเนินการร่วมกันเป็นกลุ่ม โดยอาศัยกระบวนการทำงานร่วมกันในการค้นหาปัญหาและข้อโต้แย้งร่วมกันเป็นกลุ่ม การวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา โดยเป็นกระบวนการที่ใช้เสียงข้างมากในการตัดสินใจ ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของ สุภางค์ จันทวานิช (2550) ที่กล่าวไว้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นวิธีการเรียนรู้จากประสบการณ์ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมวิจัยตั้งแต่ขั้นการระบุปัญหา การดำเนินการ การติดตามผล จนถึงขั้นประเมินผล เป็นการวิจัยที่นำแนวคิด 2 ประการมาผสมผสานกันคือ ปฏิบัติการ (action) หมายถึงกิจกรรมที่โครงการวิจัยต้องดำเนินการ ซึ่งส่วนใหญ่แล้วปฏิบัติการมักเป็นกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพัฒนาด้านใดด้านหนึ่ง และการมีส่วนร่วม (participation) หมายถึง การมีส่วนร่วมของทุกฝ่ายที่เข้าร่วมกิจกรรมวิจัย ในการวิเคราะห์สภาพปัญหาหรือสถานการณ์อันใดอันหนึ่ง แล้วร่วมในกระบวนการตัดสินใจและการดำเนินการจนกระทั่งสิ้นสุดการวิจัย ในขณะที่นักวิชาการบางท่านกล่าวว่าการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นกลยุทธ์ที่สะท้อนให้เห็นถึงการเดินทางไปสู่การพัฒนา (journey of development) โดยมีการเปลี่ยนแปลงจากสิ่งที่เป็นอยู่ไปสู่สิ่งที่สามารถเป็นไปได้ ทั้งในระดับปัจเจกชนและระดับสังคมโดยหัวใจสำคัญของการเปลี่ยนแปลงอยู่ที่กระบวนการวิจัย ซึ่งใช้แนวทางความร่วมมือ (collaborative approach) ระหว่างนักวิจัยกับกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholders)

Pearse and Stiefel (1981) ให้ความหมายว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนหมายถึงการที่กลุ่มประชาชนหรือกระบวนการที่มีสมาชิกของชุมชนที่กระทำออกมาในลักษณะของการทำงานร่วมกันที่แสดงให้เห็นถึงความต้องการร่วมกัน ความสนใจร่วมกัน มีความต้องการที่จะบรรลุถึงเป้าหมายร่วมกัน

สรุปได้ว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research: PAR) หมายถึง การวิจัยที่ประยุกต์แนวคิดและวิธี ของ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research) และ การวิจัยแบบมีส่วนร่วม (participatory research) เพื่อมุ่งแก้ปัญหาหรือพัฒนา หรือมุ่งปรับเปลี่ยนบางสิ่งบางอย่างภายในชุมชนหรือองค์กรของตน โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกฝ่ายต้องเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มจนถึงสิ้นสุดกระบวนการวิจัย

ลักษณะของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเป็นทั้งการวิจัย การบริหาร การพัฒนาและการทำงานเพื่อการแก้ปัญหาในเวลาเดียวกันโดยผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัยจะร่วมกันวิเคราะห์สภาพการณ์ที่ต้องการเปลี่ยนแปลง จากนั้นจึงกำหนดแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงไปสู่สภาพที่พึงประสงค์มีการกำหนดวัตถุประสงค์และวิธีการเพื่อการบรรลุวัตถุประสงค์นั้นแล้ววางแผนไปสู่การปฏิบัติ ในช่วงปฏิบัติงานตามแผนจะมีการติดตามและตรวจสอบผลการดำเนินงานเพื่อการปรับปรุงแก้ไขและเมื่อสิ้นสุดการดำเนินงานตามแผนก็จะมีการประเมินผลสรุป โดยภาพรวมแล้วมีข้อมูลย้อนกลับโดยในขั้นตอนต่างๆ อาศัยเทคนิควิธีการหลากหลายวิธีในการรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ประกอบการตัดสินใจ ทั้งวิธีการเชิงปริมาณและวิธีการเชิงคุณภาพ เช่นการใช้แบบสอบถาม การสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสัมภาษณ์ การบันทึกรายวันหรือการบันทึกภาพ เป็นต้น

เทคนิคพื้นฐานของการมีส่วนร่วม

ในปัจจุบันแนวคิดการมีส่วนร่วมเป็นที่ยอมรับอย่างกว้างขวาง กระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชนต้องอาศัยกระบวนการกลุ่มเป็นเทคนิคพื้นฐานเพื่อก่อให้เกิดการมีส่วนร่วมสูงสุดและบรรลุเป้าหมายในการพัฒนา กระบวนการมีส่วนร่วมนั้นมีเทคนิคหลากหลายซึ่งแต่ทุกเทคนิคมีเป้าประสงค์อันเดียวกันคือการพัฒนาศักยภาพและสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการพัฒนาตนเอง ครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะ 4 กระบวนการคือ การสนทนากลุ่ม (focus group) การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (participatory rural appraisal : PRA) การประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (appreciation influence control : AIC) และการสร้างอนาคตร่วมกัน (future search conference : FSC) มีรายละเอียดดังนี้ (สุรพล ชยภพ, 2552)

1. การสนทนากลุ่ม (focus group) การสนทนากลุ่ม เป็นกระบวนการ ตัดสินใจร่วมกัน (group decision) ของประชาชนในชุมชนในประเด็นปัญหาที่เฉพาะเจาะจง โดยมี ผู้ดำเนินการสนทนา (moderator) เป็นผู้ที่ยกจุดประเด็นการสนทนาเพื่อชักจูงให้ผู้เข้าร่วมประชุมเกิดแนวคิดและแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นหรือแนวทางการสนทนาอย่างกว้างขวางและลึกซึ้งโดยในการสนทนาแต่ละกลุ่มจะประกอบด้วยสมาชิกประมาณ 6-10 คน ซึ่งคัดเลือกมาจากกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดเอาไว้ การสนทนากลุ่มเป็นกระบวนการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพแบบมีส่วนร่วมอย่างลึกซึ้ง ที่ผู้นำการสนทนาต้องสร้างความสนิทสนมและความเป็นกันเองกับผู้ร่วมการ สนทนาที่จะมีข้อโต้แย้งหลากหลายซึ่งเป็นความขัดแย้งที่เกิดจากความเชื่อพื้นฐานของแต่ละคนจึงต้องเข้าใจธรรมชาติของแต่ละคนที่จะนำไปสู่การเปิดใจยอมรับความรู้ความสามารถของผู้อื่นซึ่งจะช่วยให้การสนทนากลุ่มบรรลุเป้าหมายตามความต้องการ

2. การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (participatory rural appraisal :PRA) การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วมเป็นกระบวนการที่ให้ชาวบ้านได้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์สภาพของชุมชนและชี้วัดปัญหาของชุมชนด้วยตนเอง โดยเน้นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตรวจสอบข้อมูล รับฟังเหตุผลของกันและกันและหาข้อสรุปร่วมกัน โดยมีผู้ทำ PRA เป็นผู้กระตุ้นให้เกิดการพูดคุยและแลกเปลี่ยน บนพื้นฐานของความเคารพและความเสมอภาค การทำ PRA ที่ดีจะช่วยให้ชาวบ้านตระหนักถึงปัญหาของตนเองซึ่งจะนำไปสู่การวางแผนและการลงมือกระทำเพื่อแก้ไขปัญหาของตนเองด้วยตนเองต่อไปกระบวนการ PRA จึงเป็นกระบวนการที่นอกจากจะช่วยให้ได้รับข้อมูลที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในชุมชนและความ

ต้องการของชาวบ้านแล้ว ยังช่วยเสริมสร้างสัมพันธภาพและศักยภาพของชาวบ้าน สร้างจิตสำนึกความเป็นเจ้าของและเปิดโอกาสให้เกิดการแก้ปัญหาอย่างยั่งยืนในพื้นที่อีกด้วย ซึ่งหลักการทำ PRA ต้องอยู่บนพื้นฐานสำคัญคือความเชื่อมั่นในศักยภาพของชาวบ้าน การให้ความสำคัญกับความคิดที่มาจากประสบการณ์จริงและสถานการณ์จริงในชีวิตประจำวัน การเน้นการระดมพลังในชุมชนเพื่อแก้ปัญหา และการสนับสนุนให้ชาวบ้านเป็นผู้กระทำและมีบทบาทหลักในการดำเนินการ

3. การประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (appreciation influence control: AIC)

การประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ เป็นการระดมพลังสมองเพื่อแก้ปัญหาและหาแนวทางในการพัฒนาอย่างสร้างสรรค์ เป็นการประชุมระดมสมองที่ทำให้เกิดความเข้าใจสภาพปัญหา ชัดจำกัดความต้องการและศักยภาพของผู้เกี่ยวข้องในเรื่องต่าง ๆ งานที่ได้จากการประชุมมาจากความคิดของคนทุกคน

A - Appreciation คือการยอมรับความคิดเห็นความรู้สึกของเพื่อนสมาชิกเข้าใจข้อจำกัดของแต่ละคน ไม่รู้สึกต่อต้านหรือวิจารณ์เชิงลบความคิดเห็นของเพื่อนสมาชิกในกลุ่มทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ เป็นประชาธิปไตยแบบมีส่วนร่วม

I - Influence คือการใช้ประสบการณ์/ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ของแต่ละคนที่มีอยู่มาช่วยกันกำหนดยุทธศาสตร์ เพื่อให้บรรลุวิสัยทัศน์หรืออุดมการณ์ร่วมกัน

C - Control คือการนำยุทธศาสตร์ วิธีการมากำหนดแผนปฏิบัติการโดยละเอียด สมาชิกจะประเมินว่าตนเองสามารถรับผิดชอบในเรื่องใดและรับไปปฏิบัติด้วยความเต็มใจเกิดเป็นพันธสัญญา ข้อผูกพันแก่ตนเอง เพื่อควบคุมตนเองให้ปฏิบัติงานจนบรรลุเป้าหมายร่วมของกลุ่ม

4. การประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างอนาคตร่วมกัน (future search conference: FSC)

กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการสร้างอนาคตร่วมกัน เป็นกระบวนการประชุมสร้างอนาคตแบบมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกกลุ่มในชุมชน เพื่อกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมของกลุ่มและสร้างจิตสำนึกพันธะสัญญาในการพัฒนาร่วมกัน ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนหลักคือ

- 1) การวิเคราะห์เหตุการณ์ในอดีต เพื่อเชื่อมโยงสภาพการณ์ ในปัจจุบันและอนาคต
- 2) การวิเคราะห์และสังเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบัน เพื่อทำความเข้าใจในทิศทางและปัจจัยที่มีอิทธิพลในประเด็นหลักการประชุม

3) การสร้างจินตนาการถึงอนาคตที่พึงปรารถนา เพื่อร่วมกันคิด วิเคราะห์และเลือกกำหนดแนวทางไปสู่อนาคตร่วมกัน

การจัดกลุ่มผู้เข้าร่วมประชุมแบบ FSC นั้น สำนักมาตรฐานการศึกษา สำนักงานสภาสถาบันราชภัฏ กระทรวงศึกษาธิการและสำนักมาตรฐานอุดมศึกษา ทบวงมหาวิทยาลัย (2545) ได้จัดกลุ่มไว้ดังนี้

1) กลุ่มเฉพาะ (stakeholder) ได้แก่กลุ่มที่มีลักษณะเฉพาะบางประการร่วมกัน เช่น การมีส่วนร่วมได้ส่วนเสียร่วมกัน กลุ่มเฉพาะจะมีมุมมอง ประสบการณ์ ความชำนาญเฉพาะด้านซึ่งมีคุณค่าในการพิจารณาที่ละเอียดในด้านนั้นๆ

2) กลุ่มผสม (mixed group) ได้แก่กลุ่มที่มีความแตกต่างหลากหลาย เช่นในกลุ่มอาจจะประกอบด้วยผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติระดับสูง ผู้ปฏิบัติระดับกลาง ผู้ปฏิบัติระดับล่าง ความหลากหลาย

ของสมาชิก ทำให้ได้ข้อมูล ข้อคิดเห็น ประสบการณ์หลายด้านที่ครอบคลุมมีความเชื่อมโยงกันต่างๆ นอกจากนี้ยังเกิดความเข้าใจซึ่งกันและกันที่เกิดจากการเรียนรู้ร่วมกันของสมาชิกภายในกลุ่ม

3) กลุ่มสนใจ (self-selected group) ได้แก่กลุ่มที่สมาชิกภายในกลุ่มได้ตัดสินใจเลือกประเด็นที่กลุ่มได้รวบรวมจัดลำดับไว้แล้ว การตัดสินใจเลือกประเด็นเป็นการตัดสินใจส่วนบุคคล สมาชิกที่สนใจประเด็นเดียวกันจะรวมตัวกันเป็นกลุ่มสนใจในประเด็นนั้นๆ เพื่อร่วมกันดำเนินกิจกรรมตามที่ได้รับมอบหมาย

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

ขั้นตอนของการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมไว้ดังนี้

1. ระยะเตรียมการวิจัย เป็นการเตรียมความพร้อมก่อนวิจัยโดยมุ่งเน้นที่การสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัย และผู้เกี่ยวข้องกับการวิจัยอันมีขั้นตอนปลีกย่อยดังนี้

1.1 การสร้างความสัมพันธ์ที่ดี คือการเข้าไปใกล้ชิดกับผู้ร่วมวิจัย พุดคุยแนะนำให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ เป้าหมายและความต้องการส่วนร่วมของผู้ร่วมวิจัยอันทำให้เกิดความไว้วางใจในขั้นตอนนี้ ผู้วิจัยสามารถทำการวิเคราะห์ คาดหมายสภาพการณ์และปัญหาของการดำเนินงานที่อาจเกิดขึ้นและสามารถเตรียมรับมือได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.2 การสำรวจ ศึกษาชุมชน เป็นขั้นตอนการศึกษาข้อมูลทางกายภาพและแหล่งทรัพยากรภายในชุมชน รวมถึงการศึกษาข้อมูลพื้นฐานด้านประชากร สังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมและการเมือง ซึ่งโดยมากจะใช้แบบสังเกต สุ่มค้นบทกวีและถ่ายภาพสถานที่ต่างๆ รวมถึงการศึกษาข้อมูลจากเอกสาร หลักฐานจากหน่วยงานราชการหรือองค์กรที่เกี่ยวข้อง และใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน หรือผู้สูงอายุเพื่อทราบประวัติความเป็นมาของชุมชน

1.3 การคัดเลือกชุมชน มีหลายหลักการในการคัดเลือกเช่นยึดหลักการเลือกชุมชนต้องการศึกษาที่ โดยยึดปัญหาที่เกิดขึ้นและต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน หรือในที่ที่ชุมชนเข้มแข็งจะยึดหลักการพัฒนาอย่างยั่งยืน

1.4 การเข้าสู่ชุมชน ก่อนเข้าสู่ชุมชนต้องมีข้อมูลรอบด้าน เช่น จำนวนประชากร ประชาชนชาวบ้าน ครัวภูมิปัญญา หรือการสำรวจชุมชนด้วยตัวเอง

1.5 การเตรียมคนและเครือข่ายความร่วมมือ ซึ่งมักจะมีการเตรียม 3 กลุ่ม คือ กลุ่มแรกเป็นคนในชุมชนหรือผู้ร่วมวิจัย เพื่อเข้าใจกระบวนการ วัตถุประสงค์ เป้าหมาย กลุ่มที่สองเป็นนักพัฒนา โดยทั่วไปหมายถึงผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่รัฐ ซึ่งมักเป็นกลุ่มประสานความร่วมมือ อำนวยความสะดวกด้านสถานที่ ทรัพยากร และกลุ่มสุดท้ายคือกลุ่มนักวิจัยที่ต้องทำความเข้าใจให้ตรงกันเกี่ยวกับเรื่องที่จะวิจัย

2. ระยะดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนย่อยได้ดังนี้

2.1 การศึกษาและการวิเคราะห์ปัญหา ในขั้นตอนนี้จะเน้นการวิเคราะห์และการให้การศึกษา โดยเน้นไปที่กระบวนการเรียนรู้โดยการปฏิบัติ โดยใช้วิธีอภิปราย เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น มีทั้งสนทนาระดับกลุ่ม ระดับบุคคลเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการ

2.2 การพิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโครงการ คือการวิเคราะห์และประเมินความต้องการและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

2.3 การกำหนดแผนงาน และการจัดการ ตัดสินใจร่วมกันเพื่อคัดเลือกโครงการและ

กิจกรรมที่จะต้องดำเนินการ เพื่อมั่นใจว่าโครงการที่ได้รับการเลือกเป็นโครงการและกิจกรรมที่ต้องดำเนินการ ดังนั้นหลังจากผ่านขั้นตอนที่ 2.1 แล้ว ผู้วิจัยควรใช้วิธีการกระตุ้นให้ชาวบ้านมีบทบาทหลักในการแก้ไขปัญหา การกำหนดโครงการและกิจกรรมที่จะดำเนินการ

2.4 การปฏิบัติตามโครงการ เป็นขั้นตอนที่ผู้วิจัยต้องใช้วิธีการสอบถามกันในกลุ่มหรือในคณะทำงาน เพื่อการดำเนินการคือ ใคร ทำอะไร ที่ไหน เมื่อไหร่และอย่างไรอุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นในขั้นนี้มักเป็นเรื่องการมีส่วนร่วมในการวิจัย บางครั้งอาจพบปัญหาชาวบ้านขาดความสนใจในการมีส่วนร่วม ขาดความรู้ความเข้าใจอันดีต่อกระบวนการและผลประโยชน์ของการทำวิจัยมองเห็นว่าการวิจัยต้องอาศัยเทคนิคความรู้เชี่ยวชาญเฉพาะและการวิจัยไม่เกี่ยวกับปากท้องการทำมาหากินของพวกเขาและยังไม่มีค่าตอบแทนในการร่วมกิจกรรมการวิจัย การให้ความร่วมมือจึงไม่ต่อเนื่อง การเข้าร่วมงานวิจัยของชาวบ้านจึงเป็นไปได้โดยเน้นการรับฟังสิ่งที่ผู้วิจัยและนักพัฒนาคิดเป็นหลัก

3. ระยะการติดตามและประเมินโครงการ เป็นขั้นตอนการวัดผลสำเร็จของโครงการโดยทั่วไป ผู้วิจัยจะร่วมกับผู้ร่วมวิจัยทำการตรวจสอบข้อมูลที่เป็นผลของการวิจัยว่าครบถ้วนถูกต้องหรือไม่ จากนั้นจึงมีการจัดทำรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์และจัดเวทีเพื่อนำเสนอผลการวิจัยเพื่อเรียนรู้ร่วมกันระหว่างคณะผู้วิจัยกับชุมชน รวมถึงการสานต่อให้ผู้ร่วมวิจัยไปดำเนินการแก้ไขปัญหาหรือพัฒนาต่อไปในขั้นตอนนี้ต้องอาศัยการมีความเข้าใจที่ถูกต้อง การมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์และการมีความกระตือรือร้นของฝ่ายต่างๆ การที่มีความเข้าใจที่ถูกต้องจะช่วยสร้างการตรวจสอบงานวิจัยและการมีเครื่องมือประเมินผลการวิจัยว่าประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใด มีปัญหาและอุปสรรคอย่างไรบ้างจะทำให้ทุกฝ่าย

การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับที่พัฒนาขึ้นเป็นแนวทางในการปฏิบัติที่มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับที่มีประสิทธิภาพ มีมาตรฐานตามแนวทางในการดูแลดูแลผู้สูงอายุ และสอดคล้องกับบริบทของสังคมและวัฒนธรรมของประเทศไทย การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบหรือแนวปฏิบัติใด ๆ มีวัตถุประสงค์เพื่อการประเมินคุณภาพและความน่าเชื่อถือของรูปแบบนั้น ๆ รวมถึงการพิจารณาความเป็นไปได้ในการนำนั้นไปใช้ซึ่งมีอยู่หลายวิธีสำหรับการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้ AGREE Instrument (Appraisal of Guidelines Research & Evaluation Instrument) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่จัดทำขึ้นเพื่อใช้ประเมินคุณภาพการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติ องค์ประกอบที่ใช้ประเมินมีทั้งหมด 6 มิติ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 23 ข้อ แต่ละข้อมีการให้คะแนน 7 ระดับ โดยคะแนน 7 เป็นคะแนนสูงสุด หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าควรมีการจัดทำหรือปฏิบัติอย่างชัดเจนในข้อคำถามนั้น ๆ ขณะที่คะแนน 1 เป็นคะแนนต่ำสุด หมายถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือไม่พบว่ามีการจัดทำในข้อคำถามนั้น ๆ เกณฑ์การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบ พิจารณาจากค่าคะแนนการประเมินโดยรวมทุกมิติมากกว่าร้อยละ 70 และผู้ประเมินควรมี 2-4 คน โดยรายการประเมินแต่ละมิติ (The Agree Collaboration, 2010) มีดังนี้

1. มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย (scope and purpose) โดยประเมินจากแนวปฏิบัติต้องมีข้อความระบุวัตถุประสงค์ ปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ด้วยแนวปฏิบัติ

2. มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder involvement) โดยประเมินจากแนวปฏิบัติต้องมีการระบุถึงผู้ใช้แนวปฏิบัติและกลุ่มเป้าหมายของการใช้แนวปฏิบัติ
3. มิติด้านความน่าเชื่อถือในการพัฒนารูปแบบ (rigor of development) โดยประเมินจากแนวปฏิบัติต้องระบุกระบวนการรวบรวมและสังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ที่สนับสนุนการสร้างแนวปฏิบัติหรือรูปแบบนั้น
4. มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอ (clarity and presentation) ประเมินจากแนวปฏิบัติต้องระบุขั้นตอนการปฏิบัติที่ชัดเจนและง่ายต่อการนำไปใช้
5. มิติด้านการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (applicability) โดยประเมินจากแนวปฏิบัติต้องมีการระบุปัญหา/อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้ รวมถึงพฤติกรรมที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการนำแนวปฏิบัติไปใช้
6. มิติด้านความเป็นอิสระในการกำหนดแนวปฏิบัติ (editorial independence) โดยประเมินจากมีการระบุถึงข้อเสนอแนะและการยอมรับความคิดเห็นที่ขัดแย้ง อันอาจเกิดขึ้นระหว่างผู้ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

สูตรการคำนวณค่าคะแนนผลการประเมินของแต่ละมิติ คือ

$$\text{ค่าคะแนนผลการประเมินแต่ละมิติ} = \frac{\text{คะแนนที่ได้จริง} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้}}{\text{คะแนนรวมสูงสุดที่เป็นไปได้} - \text{คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้}} \times 100$$

โดย คะแนนรวมสูงสุดที่เป็นไปได้ = 7 (คะแนน) × จำนวนข้อในแต่ละมิติ × จำนวนผู้ประเมิน

คะแนนรวมต่ำสุดที่เป็นไปได้ = 1 (คะแนน) × จำนวนข้อในแต่ละมิติ × จำนวนผู้ประเมิน

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับเป็นการพัฒนาแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ มีมาตรฐานที่สอดคล้องกับบริบทในการดูแลผู้สูงอายุในสังคม และวัฒนธรรมของประเทศไทยต่อไปโดยเริ่มต้นจากปัญหาและความต้องการของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งแนวโน้มและความเป็นไปได้ในการดำเนินการได้จริงโดยมีมาตรฐานการบริการกำกับ ทั้งนี้เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้สูงอายุคือการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Par action research) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยโดยมีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้ การศึกษาวิจัยมีทั้งหมด 3 ระยะ โดยระยะที่ 1 เป็นการศึกษาความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ ระยะที่ 2 เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาระยะที่ 3 มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ ทั้งนี้ผู้วิจัยขอเสนอข้อมูลตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัยในแต่ละระยะ ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ นำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยในแต่ละระยะ โดยระยะที่ 1 วัตถุประสงค์ของการศึกษาระยะที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยประชากรที่ใช้ในการศึกษาในระยะที่ 1 แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังรายละเอียด

ส่วนที่ 1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือประชากรเป็นผู้ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไปสามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในงานวิจัย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มารับบริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากประชากรมีขนาดใหญ่และไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน ดังนั้นขนาดตัวอย่างสามารถคำนวณได้จากสูตรไม่ทราบขนาดตัวอย่างของ W.G. Cochran โดยกำหนดระดับค่าความเชื่อมั่นร้อยละ 95 และระดับค่าความคลาดเคลื่อนร้อยละ 5 (กัลยา วาณิชย์บัญชา, 2549) ซึ่งสูตรในการคำนวณที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ

$$\text{สูตร } n = \frac{P(1 - P)Z^2}{E^2}$$

เมื่อ n แทน ขนาดตัวอย่าง

P แทน สัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยกำลังสุ่ม .50

Z แทน ระดับความเชื่อมั่นที่ผู้วิจัยกำหนดไว้ Z มีค่าเท่ากับ 1.96 ที่ระดับความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 (ระดับ .05)

E แทน ค่าความผิดพลาดสูงสุดที่เกิดขึ้น = .05

ดังนั้นการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ใช้ขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 384 คน การเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาโดยการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากผู้ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโดยสุ่มจากลำดับการเข้ารับบริการโดยเลือกผู้ที่เข้ารับบริการในเลขคี่ในช่วงระยะเวลาที่เข้ารับบริการระหว่างเดือน มิถุนายน – ตุลาคม 2556

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างระยะที่ 1 ส่วนที่ 2 เป็นขั้นตอนการสัมภาษณ์เพื่อวิเคราะห์ และค้นหาความต้องการพื้นฐานในการจัดการบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย สำหรับผู้ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้บริการในให้บริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชนและผู้สูงอายุจำนวน 50 คน

การศึกษาในระยะที่ 2 โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับโดยมีส่วนร่วมของชุมชน ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2 ประกอบด้วย ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละสาขาวิชาชีพ ผู้บริหารองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรให้บริการในให้บริการสุขภาพทั้งภาครัฐ และเอกชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวและ ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 50 คน

การศึกษาในระยะที่ 3 โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 3 ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ ในแต่ละสาขาวิชาชีพ และ นักวิชาการด้านผู้สูงอายุ โดยเลือกแบบเจาะจงจำนวน 15 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 ส่วน ตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความต้องการพื้นฐานในการจัดการบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมีจำนวน 36 ข้อ ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1

ส่วนที่ 2 แนวทางในการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มโดยเครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 นั้นผู้วิจัย ผู้วิจัยได้ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างการพัฒนาแบบไปกลับประกอบไปด้วย เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับ สถานการณ์ และความคาดหวังของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ และการสร้างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึกและการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม สำหรับข้อคำถามปลายเปิดที่ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดการพัฒนาย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดเป้าหมายในการสัมภาษณ์ และดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ใน 3 ประเด็นหลัก ๆ คือ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันเป็นอย่างไร เป้าหมายที่ต้องการในการพัฒนาการจัดการบริการ การดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับเป็นอย่างไร และ จะดำเนินการอย่างไรให้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับไปถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยดำเนินการเชื่อมโยงทั้ง สามแนวคิดในการตั้งคำถาม

ส่วนที่ 3 เครื่องมือเพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ เป็นเครื่องมือที่ประเมินกระบวนการพัฒนาและ ประเมินเนื้อหาสาระสำคัญของรูปแบบที่พัฒนาขึ้นว่าสามารถนำไปใช้ได้จริงหรือไม่ ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้เครื่องมือ AGREE (The Agree Collaboration, 2010) โดยครอบคลุมทั้งหมด 6 มิติ ได้แก่ มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย มิติด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย มิติด้านความน่าเชื่อถือในการพัฒนา มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอ มิติด้านการประยุกต์ใช้ หรือการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และ มิติด้านความเป็นอิสระในการพัฒนารูปแบบ มีข้อคำถามจำนวน 16 ข้อ โดยลักษณะของแบบ

ประเมินเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่าโดยให้ผู้เชี่ยวชาญตอบแบบประเมินเลือกตอบได้ 7 ระดับ โดยคะแนน 7 หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง และ 1 หมายถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และมีข้อเสนอแนะเป็นแบบปลายเปิด

การคำนวณค่าคะแนนผลการประเมินในแต่ละมิติดำเนินการโดยนำค่าคะแนนรวมรายข้อในแต่ละมิติจากผู้ประเมินทั้งหมด แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นและประเมินภาพรวมทั้งนี้ หากผลการประเมินคะแนนความเชื่อมั่นโดยรวมทุกมิติมากกว่าร้อยละ 70 และผู้เชี่ยวชาญยอมรับและเสนอแนะให้นำไปใช้ได้

การหาคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีและจากการทบทวนวรรณกรรม เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ ให้มีความเหมาะสมกับสิ่งที่จะวัด กำหนดขอบเขตและโครงสร้างของเนื้อหาโดยนำทฤษฎีและข้อมูลต่าง ๆ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมวางกรอบเนื้อหาที่ต้องการค้นหาคำตอบมาสร้างแบบสอบถาม นำเครื่องมือหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุจำนวน 2 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้อง ความครอบคลุมเนื้อหาและโครงสร้าง หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านพิจารณาแล้ว ผู้วิจัยนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมทั้งด้านภาษาและความถูกต้องของเนื้อหาและนำเครื่องมือที่เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการศึกษาระยะที่ 1 ส่วนที่ 1 ที่ ปรับปรุงแล้วมาทดลอง (try out) กับผู้ที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับผู้ที่มีมารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาจำนวน 30 คน ตรวจสอบความเป็นปรนัย (objectivity) และความสะดวกในการนำเครื่องมือไปใช้ โดยพิจารณาจากคำตอบและการตอบของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์ความเชื่อมั่น (reliability) ของแบบสัมภาษณ์วิเคราะห์ หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) (Cronbach, 1990) โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในการศึกษาระยะที่ 2 นั้นผู้วิจัยได้นำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุจำนวน 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและ ความครอบคลุมเนื้อหาและพิจารณาความสอดคล้องของสาระของข้อความ ความถูกต้องของเนื้อหาตามโครงสร้างที่กำหนดไว้ และความเหมาะสมของภาษา หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านพิจารณาผู้วิจัยนำผลการพิจารณาเครื่องมือมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index: CVI) โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้มีค่าดัชนีความตรงเนื้อหาเฉลี่ย เท่ากับ 0.75

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในการศึกษาระยะที่ 3 ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือประเมินความเหมาะสมของรูปแบบดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับไปตรวจสอบหาความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านโดยให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อายุรแพทย์เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุจำนวน 1 ท่าน อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุจำนวน 1 ท่าน แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวจำนวน 1 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องและ ความครอบคลุมเนื้อหาและพิจารณาความสอดคล้องของสาระของข้อความ ความถูกต้องของเนื้อหาตามโครงสร้างที่กำหนดไว้ และความเหมาะสมของภาษา หลังจากผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านพิจารณาผู้วิจัยนำผลการพิจารณาเครื่องมือมาคำนวณหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา

(content validity index: CVI) โดยเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้มีค่าดัชนีความตรงเนื้อหาเฉลี่ยเท่ากับ 0.87

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลนั้นผู้วิจัยนำเสนอตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยดังนี้ ในการดำเนินการใน ระยะที่ 1 ของการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยได้ดำเนินการเตรียมผู้ช่วยนักวิจัยและการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีการ ดำเนินการดังนี้

การเตรียมผู้ช่วยนักวิจัย ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีผู้ช่วยนักวิจัยเพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 10 ท่าน เป็นพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยนักวิจัยโดยผู้วิจัยได้จัดทำคู่มือในการเก็บ รวบรวมข้อมูลประกอบด้วย วัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล รายละเอียดของกลุ่ม ตัวอย่างรายละเอียดของแบบสัมภาษณ์แต่ละชุด การอธิบายการให้ค่าคะแนนของแบบสัมภาษณ์ แนวทางใน การแนะนำตัวของผู้วิจัย แบบฟอร์มการเซ็นยินยอมการเข้าร่วมวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดของข้อมูลใน การทำวิจัยที่ผู้วิจัยต้องอธิบายให้แก่กลุ่มตัวอย่างเพื่อใช้เป็นแนวทางในการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยได้ อธิบายรายละเอียดต่าง ๆ ในคู่มือให้กับผู้ช่วยนักวิจัย หลังจากนั้นผู้วิจัยได้อธิบายและสาธิตการเก็บรวบรวม ข้อมูลแก่ผู้ช่วยวิจัย เริ่มต้นตั้งแต่การแนะนำตัว การชี้แจงรายละเอียดการทำวิจัยและวัตถุประสงค์ในการทำ วิจัย การขอความร่วมมือ วิธีการสัมภาษณ์ตามแบบสัมภาษณ์ วิธีการบันทึกข้อมูลที่ถูกต้อง การตรวจสอบ ข้อมูลเพื่อตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของคำตอบ เพื่อให้ผู้ช่วยวิจัยมีความเข้าใจและสามารถใช้เครื่องมือ ได้อย่างถูกต้องตรงกับผู้วิจัย จากนั้นให้ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดลองสัมภาษณ์ผู้มารับบริการ ณ แผนก ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อสาธิตให้ผู้ช่วยนักวิจัยดู เป็นตัวอย่าง 2 ครั้ง หลังจากนั้นให้ผู้ช่วยนักวิจัยทดลองสัมภาษณ์ผู้มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างและบันทึกข้อมูล 2-3 ครั้งจนได้ข้อมูล ตรงกับที่ผู้วิจัย

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาระยะที่ 1 มีการดำเนินการ เก็บรวบรวมข้อมูล ทั้งหมด 2 ส่วน การเก็บรวบรวมข้อมูล ส่วนที่ 1 โดยการสัมภาษณ์ตามข้อคำถามในแบบสัมภาษณ์ซึ่งมีรายละเอียดการเก็บข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือ ถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา นายกเทศบาลตำบล แสนสุข เพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล ภายหลังจากได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาล และนายกเทศบาลตำบลแสนสุขเพื่อชี้แจงรายละเอียดและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขอความร่วมมือใน การเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยยึดหลักสิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดการดำเนินวิจัย
2. ประสานงานการเก็บรวบรวมข้อมูลกับหัวหน้างานแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล
3. การเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยสุ่มเลือกผู้รับบริการที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกตามหมายเลขที่เข้า รับการบริการโดยเลือกเฉพาะผู้ที่มีหมายเลขที่

4. ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงข้อมูลในการศึกษาวิจัยและอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะเก็บผลเป็นความลับและจะแสดงผลโดยรวม โดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างและครอบครัว หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้และ สามารถยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา หลังจากนั้นผู้วิจัยจะขอความร่วมมือในการทำวิจัย และผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเช่นในยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวินิจฉัยทุกคนก่อนเริ่มทำการสัมภาษณ์

5. กรณีที่กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถอ่านแบบสัมภาษณ์ได้ด้วยตนเองผู้วิจัยและทีมเป็นผู้อ่านแบบสัมภาษณ์และให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามด้วยตนเอง

การเก็บรวบรวมข้อมูลระยะที่ 1 ส่วนที่ 2 ผู้วิจัยทำหนังสือถึงคณะบดีคณะแพทยศาสตร์ และนายกเทศบาลตำบลแสนสุข ภายหลังได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบหัวหน้าส่วนงาน เพื่อชี้แจงรายละเอียดและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยยึดหลักสิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดการดำเนินวิจัย จากนั้นส่งรายชื่อบุคลากรโดยการจับฉลากจากหน่วยงานที่มีบุคลากรที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ จากนั้นผู้วิจัยทำการนัดหมาย วัน และเวลาในการสัมภาษณ์และดำเนินกิจกรรมกลุ่ม โดยผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงข้อมูลในการศึกษาวินิจฉัยและอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าข้อมูลที่ได้จากการตอบแบบสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะเก็บผลเป็นความลับและจะแสดงผลโดยรวม โดยไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้และ สามารถยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา หลังจากนั้นผู้วิจัยจะขอความร่วมมือในการทำวิจัย และ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างเช่นในยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวินิจฉัยทุกคนก่อนเริ่มทำการสัมภาษณ์

สำหรับการศึกษาในระยะที่ 2 ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามแนวทางการเก็บรวบรวม โดยมีขั้นตอนการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยทำหนังสือถึงคณบดีคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี นายกเทศบาลตำบลแสนสุข ผู้นำชุมชน ผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ ประธานชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลเหมืองเพื่อขออนุญาตในการเก็บข้อมูล ภายหลังได้รับอนุมัติแล้ว ผู้วิจัยได้เข้าพบ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยบูรพา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี นายกเทศบาลตำบลแสนสุข ผู้นำชุมชน ผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และ ประธานชมรมผู้สูงอายุเพื่อชี้แจงรายละเอียดและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย และขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยยึดหลักสิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดการดำเนินวิจัย

2. ประสานงานการเก็บรวบรวมข้อมูลกับบุคลากรของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพาโดยการประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญในงานผู้สูงอายุในแต่ละสาขาเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

3. ประสานงานกับผู้บริหารเทศบาลแสนสุขเพื่อเข้าดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4. ประสานงานกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรีเพื่อเข้าดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนของผู้เชี่ยวชาญในด้านการดูแลผู้สูงอายุ

5. ประสานงานกับผู้นำชุมชน ผู้นำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) ประธานชมรมผู้สูงอายุ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนของผู้ชมชน

6 ผู้วิจัยดำเนินการนัดหมาย วัน และเวลาในการสัมภาษณ์และดำเนินกิจกรรมกลุ่มตามเวลาที่ผู้เข้าร่วมการวิจัย เลือก จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงข้อมูลในการศึกษาวิจัยและอธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนในการดำเนินการวิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบว่าโดยขั้นตอนนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกและดำเนินกิจกรรมกลุ่มเพื่อเจาะลึกลงในประเด็นของสถานการณ์ และความคาดหวังของรูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ องค์ประกอบในการจัดบริการจัดการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับควรเป็นอย่างไร และผู้วิจัยได้นำเอาข้อมูลมาวิเคราะห์ และนำมาสร้างรูปแบบการจัดการบริการโดยมีกรอบตามมาตรฐานรูปแบบการดูแลแบบไปกลับของผู้ใหญ่ของ The National Adult Day Service Association (2010) เพื่อให้ได้รูปแบบการบริการ การดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในบริบทของสังคมไทย เมื่อผู้วิจัยร่างรูปแบบสำเร็จได้นำร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับฉบับที่ 1 ไปดำเนินการประเมินความสมบูรณ์และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง ร่วมกันกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และได้นำมาปรับปรุงและนำเสนอแนะมาปรับปรุงและจัดทำร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับอีกครั้ง

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ผู้วิจัยจะเก็บผลเป็นความลับและจะแสดงผลโดยรวมเท่านั้น โดยไม่มีผลกระทบต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลาและ สามารถยกเลิกการเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ได้ตลอดเวลา หลังจากนั้นผู้วิจัยจะขอความร่วมมือในการทำวิจัย และ ผู้วิจัยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัย เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวินิจฉัยทุกคนก่อนเริ่มดำเนินการสัมภาษณ์

7. ผู้วิจัยนำผลการเก็บรวบรวมข้อมูล มาวิเคราะห์และพัฒนาร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ

8. นำร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นไปพิจารณาพร้อมกับกลุ่มตัวอย่างอีก 1 รอบ เพื่อปรับแก้ไขให้เป็นไปตามบริบทของผู้สูงอายุ และนำร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับมาดำเนินการปรับปรุงอีกครั้งเพื่อนำไปใช้ในการประเมินความเหมาะสมตามหลักวิชาการต่อไป

สำหรับการศึกษาในระยะที่ 3 ผู้วิจัยนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ และนักวิชาการด้านผู้สูงอายุจำนวน 15 คน ประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ โดยใช้วิธีการประเมินรายบุคคล โดยผู้เชี่ยวชาญทุกคนสามารถแสดงความคิดเห็นอย่างมีอิสระ ตามแบบประเมิน เมื่อผู้วิจัยได้รับแบบประเมินความเหมาะสมจากผู้เชี่ยวชาญทั้ง 15 คนผู้วิจัยจึงนำไปดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยนำเสนอโครงการวิจัย ต่อคณะกรรมการพิจารณา จริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยบูรพา เพื่อพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัย ก่อนดำเนินการวิจัยผู้วิจัยได้อธิบาย ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเนื้อหาของรูปแบบการดูแลแบบไปกลับ วัตถุประสงค์ของการศึกษาวินิจฉัย ขั้นตอนในการศึกษาวินิจฉัย และผลลัพธ์ในการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้มาใช้ประโยชน์ในการวิจัยและเพื่อนำไปพัฒนางานบริการสุขภาพของผู้สูงอายุเท่านั้น ข้อมูลที่เก็บครั้งนี้ไม่มีภาระบุ ชื่อ หรือ นามสกุลของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน และจะเก็บเป็นความลับ เอกสารหรือข้อมูลจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจะทำลายหลังจากการนำเสนอข้อมูลแล้ว 1 ปี เมื่อกลุ่มตัวอย่างซักถามปัญหาโดยละเอียด เข้าใจรายละเอียดในการดำเนินการวิจัยและยินยอมเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง จึงให้ลงนามในใบยินยอมและดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลทำได้โดยใช้ค่าสถิติต่างๆ ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพผู้วิจัยวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (content analysis) และนำเสนอข้อมูลสรุปในเชิงเนื้อหา (narrative summary)

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โดยแบ่งการดำเนินการเป็น 3 ระยะ ผู้วิจัยขอเสนอผลการศึกษาออกเป็น 3 ระยะตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย ผลการศึกษาในระยะที่ 1 ซึ่งเป็นการศึกษาความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย กลุ่มตัวอย่างที่ ศึกษาครั้งนี้ มี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 คือ เป็นผู้ที่มีมารับบริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย และมีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 384 คน และสามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ผลการศึกษาในระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้บริการในให้บริการสุขภาพในแต่ละสาขาวิชาชีพด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน ผู้สูงอายุและญาติ จำนวน 50 คน และการศึกษาครั้งนี้เป็นผลการศึกษาในระยะที่ 3 ของการศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์ในการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ ซึ่งผลการศึกษาได้นำเสนอตามลำดับต่อไปนี้

1. ผลการวิจัยในระยะที่ 1 นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายโดยแบ่งเป็น 4 ส่วนดังนี้
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
ส่วนที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย
ส่วนที่ 4 สรุปผลความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยตามแนวคิดของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
2. ผลการศึกษาวิจัยในระยะที่ 2 ได้นำเสนอออกเป็น 3 ส่วนหลักดังนี้
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
ส่วนที่ 2 สรุปผลการวิเคราะห์รูปแบบการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับตามแนวคิดของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
ส่วนที่ 3 รูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุแบบไปกลับ
3. ผลการศึกษาวิจัยในระยะที่ 3 ได้นำเสนอผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง (N= 384)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	137	35.7
หญิง	247	64.3
ศาสนา		
พุทธ	375	97.7
คริสต์	2	0.5
อิสลาม	7	1.8
สถานภาพ		
โสด	77	20.1
สมรส	214	55.7
หม้าย หย่า แยก	93	24.2
อายุ		
< 40 ปี	159	41.4
40-50	110	28.6
50-60	65	16.9
60 ปีขึ้นไป	50	13.1
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	20	5.2
มัธยมศึกษา/ ปวช.	79	20.6
อนุปริญญา / ปวส.	23	6.0
ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า	262	68.2
อาชีพ		
เกษตรกร	35	9.1
รับจ้าง	166	43.2
ธุรกิจส่วนตัว	60	15.6
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	123	32.1
รายได้		
< 6,000 บาท	10	2.6
6,001-10,000 บาท	80	20.8
10,000-20,000 บาท	136	35.4
20,000-30,000 บาท	100	26.1
30,000 บาทขึ้นไป	58	15.1

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.3 อายุต่ำกว่า 40 ปี ร้อยละ 41.4 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.7 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 55.7 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 68.2 ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 43.2 มีรายได้ระหว่าง 10,000 -20,000 บาท ร้อยละ 35.4

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (N= 50)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	15	30
หญิง	35	70
ศาสนา		
พุทธ	50	100
สถานภาพ		
โสด	21	52
สมรส	29	58
อายุ		
< 30 ปี	5	10
30 - 40 ปี	16	32
40 -50 ปี	8	16
50-60 ปี	7	14
60 ปีขึ้นไป	14	28
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	10	20
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	5	10
ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า	35	70
อาชีพ		
รับจ้าง	10	20
พนักงานมหาวิทยาลัย	26	52
รับราชการ	5	10
ข้าราชการบำนาญ	9	18
รายได้		
<10,000 บาท	10	20
10,000-20,000 บาท	5	10
20,000-30,000 บาท	10	20
30,000 บาทขึ้นไป	25	50

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70 นับถือศาสนาพุทธ มีอายุระหว่าง 30-40 ปี ร้อยละ 32 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 58 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าร้อยละ 70 ประกอบอาชีพพนักงานมหาวิทยาลัยร้อยละ 52 มีรายได้มากกว่า 30,000 บาทขึ้นไปร้อยละ 50

ส่วนที่ 3 จำนวนและร้อยละของความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รายข้อแสดงไว้ ดังตารางที่ 3 4 และ 5

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของสภาวะปัญหาผู้สูงอายุและผู้ดูแล (N= 384)

สภาวะปัญหาผู้สูงอายุและผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
ท่านมีผู้สูงอายุพักอยู่ในบ้านเดียวกับท่าน		
มี	272	70.80
ไม่มี	112	29.20
ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในบ้านที่พักอยู่ในบ้านเดียวกับท่าน		
มีภาวะสุขภาพดี สามารถช่วยเหลือตัวเองได้	211	77.57
มีโรคประจำตัวและสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วนโดยไม่ต้องมีผู้ดูแล	35	12.86
มีโรคประจำตัวสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วนและต้องมีผู้ดูแล	25	9.19
มีโรคประจำตัวและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และต้องมีผู้ดูแล	1	.38
ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอยู่บ้านกับใครเมื่อท่านออกไปทำงานนอกบ้าน		
อยู่คนเดียว	149	54.77
อยู่กับญาติ	79	29.04
อยู่กับลูกหลาน	37	13.60
อยู่กับผู้ดูแลจากศูนย์บริการเอกชน	7	2.57
ปัจจุบันท่านจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุมาดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยเฉพาะ		
ไม่จ้าง	265	97.43
จ้าง	7	2.57
ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ท่านจ้างในปัจจุบัน		
ชาวไทย	4	57.14
ชาวต่างชาติ	3	42.86
ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ท่านจ้างในปัจจุบัน		
มีความรู้และผ่านการอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานที่ได้มาตรฐาน รองรับ	1	14.29
ไม่มีความรู้และไม่ผ่านการอบรมใด ๆ แต่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุมาก่อน	6	85.71

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้สูงอายุอยู่บ้านร้อยละ 70.80 ผู้สูงอายุมีภาวะสุขภาพดี สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ร้อยละ 77.57 ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอยู่บ้านคนเดียวเมื่อกลุ่มตัวอย่างออกไปนอกบ้านร้อยละ 54.77 ร้อยละ 97.43ของกลุ่มตัวอย่างไม่จ้างผู้ดูแลมาดูแลผู้สูงอายุ มีเพียงร้อยละ 2.57 ที่มีการจ้างผู้ดูแลมาดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นชาวไทยร้อยละ 57.14 และผู้ดูแลผู้สูงอายุร้อยละ 85.71 ไม่มีความรู้และไม่ผ่านการอบรมใด ๆ แต่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุมาก่อน

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับใน
โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รายข้อ (N= 384)

ความต้องการ	จำนวน/ร้อยละ		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
ด้านสถานที่ของสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ			
ควรมีห้องหรือพื้นที่ส่วนกลางสำหรับทำกิจกรรมร่วมกัน	307 (79.9%)	39 (10.2%)	38 (9.9%)
ควรมีบริเวณที่เป็นสนามหญ้าหรือสวนหย่อมเพื่อใช้ในพักผ่อน	288 (75.0%)	40 (10.4%)	56 (14.6%)
ควรมีพื้นที่สำหรับออกกำลังกายกลางแจ้ง	282 (73.4%)	65 (16.9%)	37 (9.6%)
ควรมีพื้นที่สำหรับออกกำลังกายในร่ม	286 (74.5%)	61 (15.9%)	37 (9.6%)
มีห้องนอนพักเป็นสัดส่วน	233 (60.7%)	71 (18.5%)	80 (20.8%)
ควรมีตู้เก็บของส่วนตัวที่เป็นสัดส่วน	317 (82.6%)	9 (2.3%)	58 (15.1%)
ควรมีห้องทำกิจกรรมทางศาสนา	341 (88.8%)	23 (6.0%)	20 (5.2%)
ควรมีห้องรับประทานอาหารส่วนกลาง	337 (87.8%)	27 (7.0%)	20 (5.2%)
ควรมีห้องพักผ่อน/ดูทีวี ส่วนกลาง	354 (92.2%)	30 (7.8%)	-
ด้านการบริการของสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ			
ควรมีกิจกรรมตรวจสุขภาพเบื้องต้นให้ผู้สูงอายุเดือนละ 1 ครั้ง	344 (89.6%)	18 (4.7%)	22 (5.7%)
ควรมีกิจกรรมตรวจสุขภาพฟันให้ผู้สูงอายุ ปีละ 2 ครั้ง	353 (91.9%)	21 (5.5%)	10 (2.6%)
ควรมีกิจกรรมตรวจสุขภาพประจำปีให้ผู้สูงอายุปีละ 1 ครั้ง	380 (99%)	1 (.3%)	3 (.8%)
ควรมีการจัดเตรียมอาหารกลางวัน และอาหารว่างให้ผู้สูงอายุ	352 (91.7%)	20 (5.2%)	12 (3.1%)
ควรมีกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องทั่วไปให้แก่ผู้สูงอายุ	358 (93.2%)	13 (3.4%)	13 (3.4%)
ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ			
ควรมีกิจกรรมนันทนาการให้แก่ผู้สูงอายุ	323 (84.1%)	11 (2.9%)	50 (13.0%)
ควรมีบริการรถรับส่งที่บ้าน	319 (83.1%)	23 (6.0%)	42 (10.9%)
ควรมีบริการรถรับส่งผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลเมื่อแพทย์นัด	341 (88.8%)	25 (6.5%)	18 (4.7%)
ควรมีบริการรถรับส่งผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน	357 (93.0%)	14 (3.6%)	13 (3.4%)

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าสถานบริการแบบไปกลับควรมีห้องหรือพื้นที่ส่วนกลางสำหรับทำกิจกรรมร่วมกันร้อยละ 79.9 มีบริเวณที่เป็นสนามหญ้าหรือสวนหย่อมเพื่อใช้ในพักผ่อนร้อยละ 75 มีพื้นที่สำหรับออกกำลังกายกลางแจ้งร้อยละ 73.4 มีพื้นที่สำหรับออกกำลังกายในร่มร้อยละ 74.5 มีห้องนอนพักเป็นสัดส่วนร้อยละ 60.7 มีตู้เก็บของส่วนตัวที่เป็นสัดส่วนร้อยละ 82.6 มีห้องทำกิจกรรมทางศาสนามีร้อยละ 88.8 มีห้องรับประทานอาหารส่วนกลางร้อยละ 87.8 และมีห้องพักผ่อน/ดูทีวี ส่วนกลางร้อยละ 92.2 สำหรับความต้องการด้านการบริการของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับควรมีกิจกรรมตรวจสุขภาพเบื้องต้นให้ผู้สูงอายุเดือนละ 1 ครั้งร้อยละ 89.6 ควรมีกิจกรรมตรวจสุขภาพฟันให้ผู้สูงอายุปีละ 2 ครั้งร้อยละ 91.9 ควรมีกิจกรรมตรวจสุขภาพประจำปีให้ผู้สูงอายุปีละ 1 ครั้งร้อยละ 99 ควรมีการจัดเตรียมอาหารกลางวันและอาหารว่างให้ผู้สูงอายुर้อยละ 91.7 ควรมีกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องทั่วไปให้แก่ผู้สูงอายุ ร้อยละ 93.2

ควรมีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ หรือกิจกรรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ร้อยละ 93.5 ควรมีกิจกรรมนันทนาการให้แก่ผู้สูงอายุร้อยละ 84.1 ควรมีบริการรถรับส่งที่บ้านร้อยละ 81.3 ควรมีบริการรถรับส่งผู้สูงไปโรงพยาบาลเมื่อแพทย์นัดร้อยละ 88.8 และ ควรมีบริการรถรับส่งผู้สูงไปโรงพยาบาลเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินร้อยละ 93.0

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย รายข้อ (N= 384)

ความต้องการ	จำนวน	ร้อยละ
ความต้องการให้มีสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในชุมชนของท่าน		
ต้องการ	294	76.6
ไม่ต้องการ	60	15.6
ไม่แน่ใจ	1	.3
เฉย ๆ	29	7.6
ถ้ามีสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในชุมชนของท่าน ท่านมีความสนใจไปใช้บริการ		
สนใจที่ใช้บริการ	285	74.2
ไม่สนใจที่ใช้บริการ	1	.3
ไม่แน่ใจ	3	.8
เฉย ๆ	95	24.7
ถ้ามีสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในชุมชนของท่านมีประโยชน์ต่อท่าน		
มีประโยชน์มาก	360	93.8
มีประโยชน์น้อย	2	.5
ไม่มีประโยชน์	1	.3
ไม่แน่ใจ	21	5.5

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการให้มีสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในชุมชน ร้อยละ 76.6 มีความสนใจไปใช้บริการสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับร้อยละ 74.2 และคิดว่าถ้ามีสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในชุมชนมีประโยชน์มากต่อกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 93.8

ส่วนที่ 4 สรุปผลความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาล มหาวิทยาลัยตามแนวคิดของผู้ส่วนได้ส่วนเสียจากกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ ผู้วิจัยจัดประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้และวางแผนการดำเนินงานอย่างมีส่วนร่วมโดยทีมผู้วิจัย หัวหน้าหน่วยงาน เจ้าหน้าที่บริการสุขภาพในแต่ละสาขาวิชาชีพ เจ้าหน้าที่องค์กรส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และผู้สูงอายุ ร่วมกันวางแผนงานในการดำเนินการประชุมเพื่อวิเคราะห์ ค้นหาความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งข้อสรุป

จากการประชุมนั้นได้กำหนดประเด็นที่ดำเนินการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ดังนี้ ประเด็นเรื่องโครงสร้างสถานที่และความปลอดภัย ประเด็นเรื่องกิจกรรมหรืองานบริการ ประเด็นเรื่องบุคลากรที่ให้บริการ ประเด็นเรื่องค่าบริการ และประเด็นเรื่องประโยชน์ของการดำเนินการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้

ประเด็นเรื่องโครงสร้างสถานที่และความปลอดภัย

ผลจากการประชุมและการสัมภาษณ์กลุ่มตัวพบว่าเรื่องที่ตั้งของสถานที่ ควรเป็นสถานที่ที่มีการคมนาคมสะดวก อาจเป็นพื้นที่ในชุมชน หรือในโรงพยาบาลที่มีพื้นที่เฉพาะ ไม่ควรจัดไว้ในส่วนเดียวกับอาคารโรงพยาบาลเพราะจะทำให้คล้ายกับคนป่วย สถานที่ควรเป็นที่สงบเงียบ ใกล้เคียงธรรมชาติ หรือมีต้นไม้ สนามหญ้า ไม่แออัด สำหรับอาคารสถานที่นั้น ควรมีพื้นที่มากพอที่จะให้บริการ ควรจะมีการกำหนดพื้นที่ห้องให้เป็นสัดส่วนเช่นพื้นที่สำหรับการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เช่นพื้นที่สำหรับพักผ่อนดูทีวี ฟังเพลง ห้องพระ มุมอ่านหนังสือ พื้นที่สำหรับรับประทานอาหารและห้องโถงที่สามารถทำกิจกรรมร่วมกัน สำหรับห้องพักผ่อนสำหรับผู้สูงอายุที่ใช้พักในตอนกลางวันนั้น สามารถทำได้ทั้งห้องแยก และห้องรวมที่ผู้สูงอายุได้นอนพักด้วยกัน อาคารนั้นควรจะต้องจัดตั้งทั้งห้องที่มีพัดลม แอร์ และสามารถเปิดโล่งเพื่อให้สามารถรับลมได้ และสำหรับความสะอาดของอาคาร ห้องบริเวณภายในอาคารต้องมีความสะอาด ทำให้น่าอยู่ นอกจากนี้ห้องส้วมห้องอาบน้ำนั้นควรจะเป็นไปตามมาตรฐานของอาคารสถานที่ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาคารควรเน้นเรื่องระบบความปลอดภัย เช่น การจัดท่าทางลาด ทางเชื่อม ราวบันได และแสงสว่างภายในอาคารเพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุกับผู้สูงอายุ

ประเด็นเรื่องกิจกรรมหรืองานบริการ

ผลจากการประชุมและการสัมภาษณ์กลุ่มตัวพบว่าการจัดกิจกรรมบริการที่จัดในสถานบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ตามความต้องการควรมีบริการหรือมีกิจกรรมดังรายละเอียดต่อไปนี้

งานบริการด้านสุขภาพ ควรมีการดำเนินกิจกรรมเรื่องการดูแลสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพเบื้องต้น การให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ การตรวจสุขภาพประจำปีโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพ การตรวจสุขภาพประจำปีโดยแพทย์ของโรงพยาบาล การตรวจสุขภาพฟัน การนวดแผนไทย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกรณีการให้ความรู้ด้านสุขภาพหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นควรเน้นการฝึกปฏิบัติที่สามารถทำได้ด้วยตนเองมากกว่าความรู้ในทางทฤษฎี

งานบริการฟื้นฟูสภาพนั้นเป็นงานบริการการฟื้นฟูสมรรถนะของร่างกาย โดยเฉพาะ เช่นการบริการกายภาพบำบัด หรือกิจกรรมบำบัด

กิจกรรมศาสนา เช่นการสวดมนต์ การไหว้พระ การดำเนินกิจกรรมทางศาสนาเช่นนิมนต์พระมารับบิณฑบาต เป็นต้น

กิจกรรมสันทนาการ เช่นกิจกรรมการสนทนากลุ่ม การร้องเพลง การเล่นเกม การออกกำลังกาย การว่ายน้ำ การเดินรำ การทำงานฝีมือ งานวาดภาพระบายสี งานศิลปะ หรือกิจกรรมรื่นเริงต่างๆที่สามารถฝึกสมอง ฝึกกล้ามเนื้อ เน้นการผ่อนคลายเป็นหลัก ซึ่งควรมีกิจกรรมที่หลากหลายเพื่อให้มีทางเลือกสำหรับผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมที่ไม่ต้องใช้กำลังมาก และ เป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจทำ

ซึ่งประเด็นกิจกรรมสันตนาการนั้นอาจเป็นกิจกรรมจากบุคลากรหลากหลายสาขาวิชาชีพหรือการเปิดโอกาสให้นิสิตสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม

กิจกรรมการดูแลกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรือต้องการผู้ช่วยเหลือ คือ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การทำความสะอาดร่างกาย การเข้าห้องน้ำ การเดินการทรงตัว การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่นการออกกำลังกาย เป็นต้น

กิจกรรมสนับสนุนเช่นการมีบริการรถรับส่งจากบ้านมาสถานบริการ การจัดรถรับส่งเมื่อต้องไปพบแพทย์ และควรมีรถพยาบาลฉุกเฉินไว้บริการเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน

กิจกรรมสนับสนุนอาทิเช่น การมีบริการจัดเตรียมอาหารกลางวัน หรืออาหารว่างสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งนี้ อาจเป็นบริการเสริมซึ่งขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้สูงอายุเพราะผู้สูงอายุมีความชอบเรื่องการรับประทานอาหารแตกต่างกัน

ประเด็นเรื่องบุคลากรที่ให้บริการ

ผลจากการประชุมและการสัมภาษณ์กลุ่มตัวพบว่าบุคลากรที่ให้บริการในสถานบริการ การดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ควรมีลักษณะดังรายละเอียดต่อไปนี้ บุคลากรที่ให้บริการ ควรเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพ และเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพเช่น แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ผู้ช่วยพยาบาล หรือผู้ที่ได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุจากสถาบันที่มีการรับรองมาตรฐาน ในกรณีที่เป็นผู้ช่วยพยาบาลหรือผู้ดูแลนั้นควรมีการกำกับดูแลจากพยาบาลวิชาชีพ นอกจากนี้ควรเป็นผู้ที่มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ มีความเอื้ออาทรต่อผู้รับบริการ และมีจิตบริการ สำหรับจำนวนบุคลากรที่ให้บริการนั้นควรจัดให้มีความเหมาะสมกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีในการดูแล ขึ้นอยู่กับปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุเป็นหลัก อาทิเช่นในกรณีผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือหรือมีข้อจำกัดควรจัดให้มีผู้ดูแล 1 ต่อ 1 หรือกรณีที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วนอาจมีผู้ดูแล 5-10 คน ต่อผู้สูงอายุ 10 คน เป็นต้น

ประเด็นเรื่องค่าบริการ

ผลจากการประชุมและการสัมภาษณ์กลุ่มตัวพบว่าค่าบริการในสถานบริการ การดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ควรมีลักษณะดังรายละเอียดต่อไปนี้ ถ้าเป็นไปได้ควรเป็นสวัสดิการที่หน่วยงานของรัฐจ่ายให้ หรือกรณีที่ต้องจ่ายด้วยตนเอง ค่าใช้จ่ายในการดูแลต่อคนต่อวันนั้น ราคาค่าบริการ วันละ 100 -150 บาทต่อวันเป็นราคาที่เหมาะสมและสามารถจ่ายได้ ทั้งนี้ใน ส่วนค่าใช้จ่ายที่ระบุนี้ไม่รวมค่าอาหาร ค่ารถรับส่งและวัสดุสิ้นเปลือง เช่น แผ่นรองความสะอาด เป็นต้น สำหรับระยะเวลาที่ให้บริการปกติในแต่ละวันนั้นควรจะเริ่มตั้งแต่ 08.00 -16.00 น สำหรับกรณีที่ ลูกหลานต้องไปทำงานเช้าและกลับช้านั้นควรคิดค่าบริการเพิ่มขึ้นกับข้อตกลงการเข้ารับบริการ

ประเด็นเรื่องประโยชน์ของการดำเนินการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

ผลจากการประชุมและการสัมภาษณ์กลุ่มตัวพบว่าสถานบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีความสำคัญและประโยชน์มากเนื่องจาก ผู้สูงอายุส่วนมากจะมีความต้องการในการใช้บริการกลางวันมากกว่ากลางคืน ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกายและสภาพจิตใจ หากครอบครัว บุคคลในครอบครัวต้องทำงานนอกบ้านช่วงกลางวัน ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือ

ตัวเองได้ จะต้องมีทางเลือกในการให้บริการโดยที่ญาติ หรือผู้ดูแลจะได้ไปทำงานได้ การบริการที่ดำเนินการเป็นการดูแลแทนญาติ ในช่วงเวลาที่ญาติไปทำงาน การดูแลช่วงกลางวันมีความสำคัญมาก เนื่องจากถ้าผู้สูงอายุอยู่บ้านคนเดียวจะมีปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ หรือชีวิต เช่น อาจเกิดการพลัดตกหกล้ม การกินยาไม่สม่ำเสมอ ภาวะซึมเศร้า หรือ อาการของโรคที่อาจกำเริบแล้วไม่มีผู้ดูแล การดูแลช่วงกลางวันเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละวันและสามารถประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้ในระหว่างที่อยู่กับบุคลากรที่มีความรู้ทางการแพทย์ และ การดูแลช่วงกลางวันมีความสำคัญมาก เนื่องจากลูกหลานไม่มีเวลา ทำให้เป็นการ แบ่งเบาภาระลูกหลาน นอกจากนี้ลูกหลานมีความมั่นใจที่จะมาฝากไว้ให้ผู้ดูแลแทน

2. ผลการศึกษาวิจัยในระยะที่ 2 ได้นำเสนอออกเป็น 3 ส่วนหลัก คือ ส่วนที่เป็นข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างส่วนที่ 2 สรุปผลการวิเคราะห์รูปแบบการจัดบริการในการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับที่สร้างขึ้นโดยชุมชนมีส่วนร่วม และ ส่วนที่ 3 รูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุแบบไปกลับ ผลการวิจัยในระยะที่ 2 นำเสนอด้วยตารางประกอบการบรรยายและการบรรยายโดยแบ่งเป็น 3 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ส่วนที่ 2 สรุปผลการวิเคราะห์รูปแบบการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับตามแนวคิดของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ส่วนที่ 3 รูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุแบบไปกลับ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจำแนกตาม เพศ ศาสนา สถานภาพสมรส อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ (N= 50)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	20	40
หญิง	30	60
ศาสนา		
พุทธ	50	100
สถานภาพ		
โสด	10	20
สมรส	29	58
หม้าย/หย่า/แยก	11	22
อายุ		
< 30 ปี	5	10
30 - 40 ปี	12	24
40 -50 ปี	8	16
50 - 60 ปี	10	20
60 ปีขึ้นไป	15	30
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	20	40
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	5	10
ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า	25	50
อาชีพ		
รับจ้าง	10	20
ค้าขาย	16	32
พนักงานมหาวิทยาลัย	14	28
รับราชการ	6	12
ข้าราชการบำนาญ	4	8
รายได้		
<10,000 บาท	15	30
10,000-20,000 บาท	9	18
20,000-30,000 บาท	16	32
30,000 บาทขึ้นไป	10	20

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60 นับถือศาสนาพุทธ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 30 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 58 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่าร้อยละ 50 ประกอบอาชีพค้าขายร้อยละ 32 และมีรายได้ระหว่าง 20,000 -30,000 บาท ร้อยละ 32

ส่วนที่ 2 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับจากการเสนอแนะข้อมูลเพื่อใช้ในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับตามแนวคิดของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ซึ่งผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมกลุ่มโดยแบ่งกลุ่มในการดำเนินกิจกรรมดังนี้ กลุ่มที่ 1 ประกอบด้วยในส่วนของผู้นำชุมชน อสม ผู้สูงอายุ และญาติ กลุ่มที่ 2 ประกอบด้วยกลุ่มผู้ให้บริการในสถานบริการสุขภาพ อาทิเช่น นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ นักโภชนาการ เกษัชกร และนักกายภาพบำบัด เป็นต้น กลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มเจ้าหน้าที่ปกครองส่วนท้องถิ่นที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุข สำหรับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขา อาทิเช่น อายุรแพทย์สาขาเวชศาสตร์ครอบครัว แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู อายุรแพทย์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ พยาบาลชำนาญการพิเศษในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้วิจัยเลือกแบบเจาะจงและดำเนินการสัมภาษณ์ส่วนบุคคล ผู้วิจัยดำเนินการนำประเด็นคำถามที่ใช้ในการศึกษาวิจัย ที่นำไปสู่ข้อมูลอย่างรอบด้านเพื่อให้ได้ข้อมูลตรงกับความต้องการของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ โดยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เจาะลึกลงในประเด็นของสถานการณ์และความคาดหวังของรูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ องค์กรประกอบในการจัดบริการจัดการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับควรเป็นอย่างไร และผู้วิจัยได้นำเอาข้อมูลมาวิเคราะห์และนำมาสร้างรูปแบบการจัดการบริการโดยมีกรอบตามมาตรฐานรูปแบบการดูแลแบบไปกลับของผู้ใหญ่ของ The National Adult Day Service Association (2010) เพื่อให้ได้รูปแบบการบริการ การดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในบริบทของสังคมไทยซึ่งผู้วิจัยนำเสนอผลตามแนวคำถามที่ได้โดยใช้ดำเนินการในการสัมภาษณ์และดำเนินกิจกรรมกลุ่มในประเด็นหลัก ดังนี้

1. สถานการณ์และความคาดหวังของการจัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับเป็นอย่างไร
2. ต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับให้ไปถึงเป้าหมายใด
3. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับให้ไปถึงเป้าหมายจะทำอย่างไร

1. สถานการณ์และความคาดหวังของการจัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในปัจจุบันเป็นอย่างไร เพื่อตรวจสอบว่า

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ ที่มีอยู่ในปัจจุบันเป็นอย่างไร และถ้ามีความต้องการรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีความคาดหวังอย่างไร

1.1 สภาวะแวดล้อมและวิธีการดำเนินของผู้สูงอายุมีผลต่อการจัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ

เนื่องจากวิถีชีวิตปัจจุบันของคนไทยนั้น คนวัยทำงานต้องออกไปทำงานในช่วงกลางวัน เนื่องจากภาวะเศรษฐกิจ ขณะที่สังคมไทยเป็นสังคมที่บุตร-หลานมีบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ ที่เป็นบิดา มารดา ดังนั้นเมื่อมีความจำเป็นเรื่องปัญหาเศรษฐกิจดังนั้นคนวัยทำงานจึงออกไปทำงานและทอดทิ้งให้ผู้สูงอายุอยู่บ้านในช่วงกลางวัน ขณะที่ผู้สูงอายุนั้นมีปัญหาภาวะสุขภาพด้วยโรคเรื้อรัง และมีภาวะเสื่อมของร่างกายตามวัยจึงมีความต้องการการดูแล จากปัญหานี้พบว่าสถานการณ์การเกิดอุบัติเหตุ เช่นหกล้ม การรับประทานยาผิดพลาด การรับประทานยาไม่ตรงเวลา ปัญหาการดำเนินกิจกรรมประจำวัน ทำให้ปัญหาสุขภาพที่มีอยู่มีภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น เมื่อเกิดการหกล้มแล้วอาจมีปัญหาระงับการดำเนินสุขภาพตามมา ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลดังนี้

“.....ตอนนี้แถวบ้านมีแต่ผู้สูงอายุ อยู่ที่บ้าน ส่วนใหญ่อยู่คนเดียว ลูกหลานไปทำงาน.... (ED2)” “.....ถ้ามีคนเดินไม่ได้ในชุมชน มีเป็นสิบที่ไปไหนไม่ได้ บางคนใช้ไม้เท้า บางคนขาไม่ดีก็ไม่อยากออกนอกบ้าน บางคนอยากไปไม่มีใครไปส่ง.....(CG)” “.....สถานการณ์การทกลับในผู้สูงอายุสูงขึ้น ต่อเนื่องเพราะส่วนใหญ่อยู่บ้านคนเดียว พอทกลับบางคนต้องกลายเป็นคนใช้ติดเตียง คุณภาพชีวิตเสีย(MDs)” “.....ถ้าดูจากปัญหาสุขภาพโดยเฉพาะโรคเรื้อรังจะเห็นว่าบางที่ผู้สูงอายุล้มทานยา จะประเมินได้จากการให้น้ำยามาด้วยทุกครั้งที่มาพบแพทย์ เมื่อสอบถามจะบอกว่าล้ม.....(RN)”

1.2 นโยบายของประเทศไทยต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ

ปัจจุบันหน่วยงานต่าง ๆ ของประเทศไทยนั้นให้ความสนใจในการพัฒนาโครงสร้างทั้งทางกายภาพ และด้านสุขภาพ เพื่อเอื้อต่อการเป็นสังคมผู้สูงอายุผ่านกลวิธีต่างๆ เช่น การรณรงค์ให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีผ่านโครงการส่งเสริมสุขภาพโดยการออกกำลังกายของ สสส การพัฒนางานต่าง ๆ ผ่านการศึกษาวิจัยด้านผู้สูงอายุโดยมีสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ เป็นผู้ให้การสนับสนุนทุนการศึกษาวิจัย และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเริ่มมีการวางแผนการดำเนินงานการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในบางพื้นที่ และมีแผนในการนำงบประมาณท้องถิ่นเพื่อพัฒนาโครงสร้างสถานที่ต่าง ๆ เช่น สถานที่ท่องเที่ยว หรือสถานที่ราชการที่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการของผู้สูงอายุมากขึ้น แต่นโยบายสำหรับการพัฒนาหรือสนับสนุนให้มีสถานบริการที่จัดรูปแบบบริการแบบไปกลับสำหรับผู้สูงอายุอาจไม่ชัดเจน

“.....นโยบายการพัฒนาเรื่องการจัดบริการแบบไปกลับในผู้สูงอายุ นั้นยังไม่เห็นการสนับสนุน แต่เรื่องการพัฒนาองค์ความรู้จากการวิจัยในเรื่องการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุรัฐบาลมีนโยบายในการสนับสนุนเรื่องทุนวิจัยมาอย่างต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 10 ปี...(NL)” “ สสส มีงบประมาณในการสนับสนุนการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะผู้สูงอายุ เช่นกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกาย ซึ่งการสนับสนุนนั้นทาง สสส ให้การสนับสนุนโดยผ่านทาง หน่วยงานสุขภาพ และชมรมผู้สูงอายุ.....(RN)” “....เทศบาลได้จัดงบประมาณเพื่อพัฒนาห้องส้วมในสถานที่ท่องเที่ยว บันได ทางลาด เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าไปใช้ได้สะดวก....(LG1)” “.....ตอนนี้เทศบาลมีแผนการพัฒนาศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ และได้ดำเนินการศึกษาดูงานการจัดบริการศูนย์ดูแลผู้สูงอายุจากประเทศญี่ปุ่นแล้ว....(LG1)”

1.3 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุช่วงกลางวันในปัจจุบันเป็นอย่างไร

การดูแลผู้สูงอายุช่วงกลางวันส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอยู่ที่บ้านคนเดียว เนื่องจากบุตรหลานไปทำงานนอกรบ้าน หรือ ผู้สูงอายุอาจต้องเลี้ยงดูหลานจึงมีหลานอยู่เป็นเพื่อน สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพกรณีติดเตียง อาจมีผู้ดูแลจากศูนย์ดูแลเอกชนมาดูแลที่บ้าน สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด ปัจจุบันมีสถานบริการแบบพักค้างที่ให้บริการ สำหรับรูปแบบการดูแลที่มีมาตรฐาน หรือเป็นศูนย์ดูแลเฉพาะนั้นอาจไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนที่เป็นแบบอย่างใดได้ ดังคำกล่าวการให้ข้อมูลดังนี้

“.....เท่าที่ทราบที่เคยมีที่กรุงเทพฯ ๆ แต่ปัจจุบันนี้ปิดตัวลงไปแล้ว ไม่แน่ใจว่ารูปแบบการดูแลเป็นอย่างไร.....(RN)” “..... ส่วนใหญ่ถ้าเป็นแบบสถานบริการที่คล้ายศูนย์ดูแลเด็กล้านนั้นยังไม่เคยเห็นว่ามี ผู้สูงอายุจะอยู่บ้านเองตอนกลางวัน.....(HP)” “.....ถ้าเป็นสถานบริการที่ดูแลเฉพาะเรื่องเช่นมาฟื้นฟูสุขภาพมีรูปแบบให้ศึกษาได้เช่น ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่ โรงพยาบาลวัดญาณ.... (NP)” “.....คนแก่ที่นอนติดเตียงญาติก็จ้างคนดูแลจากศูนย์มาดูแลที่บ้าน....(CG)” “.....ส่วนใหญ่อยู่คนเดียว ลูกไปทำงาน ก็ทำอะไรเล็ก ๆ น้อยไป ทำอะไรมากไม่ได้หรือกลัวทกลับ.... (ED1)” “.....ปัจจุบันมีศูนย์ดูแลแบบพักค้างอยู่หลาย

แห่งก็จะให้การดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลช่วยเหลือตลอด...(MD) “...ขณะนี้หน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่งพยายามจะพัฒนารูปแบบการดูแลแบบไปกลับแต่ก็ยังไม่อยู่ในช่วงดำเนินการ ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนว่าจะออกมาเป็นแบบไหน.....(LG)”

1.4 รูปแบบการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบไปกลับควรเป็นอย่างไร

การจัดบริการสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลแบบไปกลับที่คาดหวังควรจะเน้นเรื่องการจัดสถานที่ หรือการจัดตั้งในชุมชน เพราะผู้สูงอายุเดินทางไปสะดวกและไม่ไกลจากบ้าน เนื่องจากธรรมชาติของผู้สูงอายุไม่นิยมออกจากบ้านและผู้สูงอายุบางคนเดินทางไม่สะดวก สำหรับกิจกรรมที่ควรจัดสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ดำเนินการในช่วงระหว่างวัน กิจกรรมควรเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และเพื่อให้ผู้สูงอายุมีโอกาสในการพบปะพูดคุยกับผู้อื่น เช่น การสอนทำงานฝีมือง่าย ๆ การสอนทำขนมที่ทานเป็นของว่าง การมีกิจกรรมสนทนา การที่สนุกสนาน กิจกรรมการออกกำลังกายทั้งภายในและภายนอก และควรมีการดูแลเรื่องการกำกับการรับประทานอาหารตามมื้ออาหาร รวมทั้งการตรวจวัด หรือการประเมินสุขภาพเบื้องต้นเช่น การตรวจวัดสัญญาณชีพ การตรวจสุขภาพฟัน และมีอุปกรณ์ในการทำความสะอาดแผล สำหรับการจัดเตรียมอาหารควรอนุญาตให้ผู้สูงอายุนำอาหารมารับประทานด้วยกันได้ หรือจัดบริการอาหารกลางวันและอาหารว่างเช่น เครื่องดื่มร้อน เครื่องดื่มเย็น และขนม ศูนย์ควรจัดให้มี ผู้ให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ ด้านโครงสร้างของสถานที่นั้น ขอให้มีส่วนที่พอที่จัดทำกิจกรรมร่วมกันได้ การจัดตั้งเป็นศูนย์ดูแลแบบไปกลับเฉพาะได้จะทำการดูแลมีความเป็นสัดส่วนเฉพาะ ซึ่งบริการดังกล่าวนี้จะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุมาอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ไม่เกิดการเบียดเบียน และช่วยไม่ให้ผู้สูงอายุเหงา ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูล

“... ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ ถ้าจะให้ดีต้องจัดให้อยู่ใกล้บ้านเข้าไว้ เวลาลูกหลานไปส่งจะสะดวก หรือ ว่าเดินไปเองได้ก็ไม่ลำบาก.... (ED2)” “... ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในมุมมองของคนทำงานถ้าหากจะจัดตั้งควรเป็นสถานที่ที่ให้การดูแลที่มีมาตรฐานจากผู้ที่ได้รับการฝึกอบรม โดยไม่จำเป็นต้องมีการให้การพยาบาลหรือการดูแลที่มีความยุ่งยากซับซ้อนเพราะว่าในบริบทของประเทศไทยนั้นมีสถานบริการในชุมชนเช่น รพสต มีอยู่แล้ว ดังนั้นกิจกรรมหรือรูปแบบงานบริการที่ดำเนินการในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับนั้นน่าจะเน้นในเรื่องการทำกิจกรรมร่วมกันในระหว่างวัน เน้นการทำกิจกรรมที่เสริมสร้างสัมพันธภาพร่วมกัน.... (NP) ” “...การกำกับดูแลเรื่องการกำกับการรับประทานอาหารต่อเนื่องเป็นกิจกรรมที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับควรต้องจัดให้มีบริการด้วย.... (ED 3) ” “...คาดหวังว่า งานบริการที่ต้องมีส่วนหนึ่งคือเรื่องการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุก่อนเข้ารับบริการโดยเฉพาะการตรวจสุขภาพเบื้องต้นและการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันก็มีความจำเป็น(LN) ” “...กิจกรรมที่จัดอาจจะเป็นกิจกรรมที่สอนให้ผู้สูงอายุได้ทำร่วมกันเช่นทำขนมที่เป็นอาหารว่าง ดอกไม้ เพื่อจะได้ไม่เหงา... (PH) ” “... ถ้าเอาข้าวกลางวันมากินด้วยกันได้ก็ดี หรือว่าให้ทางศูนย์ดูแลจัดให้ก็ได้เผื่อบางคนไม่สะดวก.... (HV) ” “...สำหรับสถานที่นั้นถ้าทำเป็นสัดส่วนเฉพาะจะทำให้การบริหารจัดการและการสร้างมาตรฐานการให้การดูแลได้มากยิ่งขึ้น.... (LG) ”

2. ต้องการการพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับให้ไปถึงเป้าหมายใด

การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลในประเด็นนี้มีวัตถุประสงค์ในการให้ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย มีส่วนร่วมในการวางแผนและกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงานเพื่อให้เกิดความสำเร็จ ดังนั้นการกำหนดแนวทางในการทำงานของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับควรมีทิศทางและมีแผนในการดำเนินงานของศูนย์ดูแลตามความคาดหวังของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียจะเป็นตัวขับเคลื่อนของการพัฒนารูปแบบดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับซึ่งผู้วิจัยสรุปผลในประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

2.1 การกำหนดเป้าหมายของรูปแบบดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ

การกำหนดเป้าหมายของรูปแบบดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับร่วมกันครั้งนี้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียพบว่าในยังมีแนวคิดที่แตกต่างกันในมุมมองของผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ ในแต่ละสาขาวิชาชีพ และในมุมมองของผู้ให้บริการสุขภาพในชุมชน หรือผู้นำชุมชน ผู้สูงอายุ และญาติ เนื่องจากแต่ละกลุ่มบุคคลมีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่แตกต่างกัน ดังนั้นเป้าหมายของการจัดบริการของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับจึงเป็นประเด็นที่ต้องการพิจารณาาร่วมกัน ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“...คิดว่า เป้าหมายของการสร้างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับนี้จะเน้นเรื่อง การดูแลที่ไม่ต้องซับซ้อนมากเพราะจะได้ไม่ต้องเกิดปัญหาเรื่องการใช้บุคลากรทางการแพทย์...(RN)” “... ถ้าเป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ กลุ่มเป้าหมายน่าจะเป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้คือไม่ใช่ ผู้ที่ต้องพึ่งพา ดังนั้นเป้าหมายการจัดรูปแบบการบริการน่าจะเน้นเรื่องการทำกิจกรรมร่วมกันในช่วง กลางวัน มากกว่าจะเน้นการดูแลแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาล...(NP)” “... แต่ถ้าเรามีบุคลากรที่มีความ เชี่ยวชาญและสถานที่ให้บริการที่ไม่ต้องลงทุนมากเช่นในโรงพยาบาล การจัดบริการที่เน้นการฟื้นฟูสภาพ จะทำให้กลุ่มเป้าหมายนั้นชัดขึ้น...(ReD)” คอยดูแลความปลอดภัยเวลาไม่มีคนอยู่เป็นเพื่อน เวลามาอยู่ ด้วยกันและก็มีคนช่วยดูแลก็น่าจะได้เพราะบางทีคนแก่อยู่คนเดียว ลูกหลานไปไหนก็เป็นห่วงกลัวไม่ปลอดภัย...(HV)” บางทีแคมีเพื่อนทำโน่นทำนี่เวลาไม่มีคนอยู่บ้านก็อุ่นใจ บางทีจะหยิบจับอะไรคนแก่ก็ ไม่สะดวก ถ้าไปอยู่ด้วยกัน มีกิจกรรมทำด้วยกัน แบบพวกงานฝีมือก็ว่าดี ไม่เหงา มีเพื่อน...(ED1) “... งานบริการน่าจะเป็นแบบผสมผสานแบบการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ร่วมกับการดูแลเรื่องส่งเสริมสุขภาพ เช่นการให้ความรู้ ร่วมกับการทำกิจกรรมพวกนันทนาการ หรือกิจกรรมเสริมทักษะเช่นพวกประดิษฐ์ ดอกไม้ และก็อาจดูแลเรื่องการรับประทานยาตามเวลา การดูแลช่วยเหลืออื่น ๆ บ้างไม่มาก...(HP)” “... ถ้าเป้าหมายเราคือเราดูแลคนที่มีอายุแล้ว เรามีสถานที่ในชุมชน เราก็ดูแลกันและกันได้ ทำอะไรด้วยกัน แล้วถ้ามีใครมาสอนทำโน่นทำนี่ ก็เหมือนมีคนคอยดูแลไปด้วย เพราะบางคนก็ลูกไปไหนมาไหนยังสะดวก ก็พอช่วยดูแลและกันได้...(CG)” คาดหวังเป้าหมายแคมีคนอยู่เป็นเพื่อน ไม่เหงา มีอะไรทำเล็ก ๆ น้อย ๆ ก็ สนุกดี...(ED2)”

2.2 การออกแบบรูปแบบกิจกรรมหรืองานบริการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ศูนย์ดูแลแบบไปกลับ

2.2.1 มาตรฐานของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ

มาตรฐานของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับนั้นนอกจาก มาตรฐานของคุณภาพ งานหรือกิจกรรมการบริการที่สามารถนำมาตราฐานงานบริการศูนย์ดูแลแบบไปกลับขอประเทศต่างมา ประยุกต์ใช้ แล้ว มาตรฐานเรื่องของการกำหนดคุณสมบัติของบุคลากร มาตรฐานเรื่องโครงสร้างอาคาร ของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับควรมีการกำหนดให้เกิดความชัดเจน การนำมาตราฐานการจัดบริการของ

ประเทศที่มีการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับมาประยุกต์ใช้ จะทำให้เห็นภาพชัดเจนขึ้น ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“.....เรื่องศูนย์ดูแลแบบไปกลับในผู้สูงอายุของประเทศไทยนั้นเป็นเรื่องใหม่ การพัฒนาระบบการบริการน่าจะนำมาตรฐานของประเทศที่ดำเนินการอยู่แล้วมาประยุกต์ใช้ อาจไปศึกษาจากมาตรฐานของประเทศต่าง ๆ เช่น มาตรฐานการดูแลผู้ใหญ่วัยแบบไปกลับของประเทศ สหรัฐอเมริกา สิงคโปร์ หรือ มาตรฐานของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุของประเทศออสเตรเลีย ญี่ปุ่น แล้วนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะกับบริบทของประเทศไทย.....(MDF) “.....มาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะเรื่องสถานที่นั้นมีความสำคัญ เพราะต้องวางระบบโครงสร้าง อาคารให้ถูกต้องตั้งแต่แรกเพื่อลดความเสี่ยงต่าง ๆ (ReD) ” .”....ในมุมมองผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุบุคลากรที่มาปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุควรได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้สูงอายุก่อนจะเข้ามาทำงาน หากเป็นวิชาชีพเฉพาะ การพิจารณาเรื่องกรรมมีประกอบโรคศิลปะของแต่ละวิชาชีพ ก็จะเป็นส่วนการกำกับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุได้.....(NL)”

2.2.2 มาตรฐานของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในการในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ

บุคลากรที่ปฏิบัติงานในการในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับนั้นควรมีการกำหนดคุณสมบัติของผู้ปฏิบัติงานให้ตรงกับงานที่รับผิดชอบ และมีคุณสมบัติตรงกับเป้าหมายของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับว่ามีจุดเน้นของงานบริการเป็นรูปแบบใด บุคลากรทางด้านสุขภาพที่เป็นสาขาเฉพาะควรมีใบประกอบโรคศิลป์ และบุคลากรบางตำแหน่งสามารถกำหนดจากวุฒิการศึกษาขั้นต่ำ เช่นบุคลากรที่รับผิดชอบเรื่อง การประชาสัมพันธ์ งานเอกสาร หรืองานที่ดูแลช่วยเหลือกิจกรรมที่ไม่ซับซ้อน นอกจากนี้บุคลากรที่เหมาะสมที่จะเข้ามาปฏิบัติงานนั้นอาจเป็นผู้ที่อาสาสมัครเข้ามาดูแลผู้สูงอายุแต่ควรผ่านการอบรมจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ บุคลากรที่มาทำงานควรที่ทักษะความชำนาญในสาขาของแต่ละวิชาชีพ และมีทักษะการดูแลความต้องการพื้นฐานการดำเนินกิจวัตรประจำวัน คุณสมบัติที่บุคลากรทุกคนควรมีคือ เรื่องการมีจิตบริการ และทักษะการสื่อสารที่ดี ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“.....ถ้าเป็นบุคลากรสาขาต่าง ๆ ที่มีวิชาชีพกำกับต้องมีใบประกอบโรคศิลปะ...(NP)”

“อาจเป็นอาสาสมัครที่เข้ามาดูแลผู้สูงอายุ แต่ต้องได้รับการอบรมก่อนทำงาน.....(HP)” “.....การกำหนดคุณสมบัติตามวุฒิการศึกษาในกรณีที่เข้ามาทำในส่วนงานเอกสาร หรืองานบริการเช่น ผู้ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน ผู้ประสานงานหรือปฏิบัติงานการบันทึกข้อมูล อาจกำหนดตามวุฒิการศึกษาเช่น จบการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า..... (RN1)” “.....หน่วยงานอาจจะเปิดรับสมัครอาสาสมัครที่เข้ามาดำเนินกิจกรรมเช่น การจัดทำกิจกรรมนันทนาการ กิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ กิจกรรมการเสริมสร้างความสุขเช่นร้องเพลง การเต้นรำจากหน่วยงานด้านการศึกษาที่มีการจัดการเรียนการสอนในสาขาเฉพาะเหล่านี้ได้ จะทำให้มีบุคลากรที่สนับสนุนจากหลาย ๆ แหล่ง.....(NuT)” “ กลุ่มบุคลากรที่เป็นผู้บริหารจัดการถ้าเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพจะทำให้เข้าใจบริบทของงานบริการด้านการดูแลผู้สูงอายุได้...(MDF) ” “.....กรณีกลุ่มบุคลากรวิชาชีพเฉพาะอาจไม่มีความจำเป็นที่จะต้องมีในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับที่เน้นการงานบริการที่ไม่ซับซ้อน และกิจกรรมการบริการที่เน้นรูปแบบทางสังคม แต่ถ้าเป็นศูนย์ดูแลที่เน้นการบริการทางการแพทย์กลุ่มบุคลากรวิชาชีพเฉพาะมีความจำเป็นที่ต้องกำหนดคุณสมบัติให้ตรงกับงานบริการที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุดำเนินการ...(MD1)” “.....จริง ๆ แล้วถ้ามีความจำเป็นต้องใช้บริการจากกลุ่มบุคลากรวิชาชีพเฉพาะ อาจใช้รูปแบบการรับบุคลากรมาปฏิบัติเป็นครั้งคราว หรือ บางช่วงเวลาได้ เป็นการลดค่าใช้จ่ายไม่จำเป็น.....(MD2)” “.....เดี๋ยวนี้ อสม ที่ทำงานในชุมชนได้รับการอบรมเรื่องการดูแลผู้สูงอายุจากโรงพยาบาล ตั้งแต่เรื่อง การวัดสัญญาณชีพ การเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว การช่วยเหลือผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ศูนย์ดูแลที่ไม่ได้ให้บริการที่

ซับซ้อนจะมีบุคลากรที่อยู่ในชุมชนที่สามารถมาช่วยงานได้.....(HP1)” “.... คนทำงานแบบนี้ต้องอดทน อารมณ์ดี แล้วก็เอาใจใส่ผู้สูงอายุ ถ้าไม่ใส่ใจทำงานนี้ไม่ได้.... (ED2)” “.....ทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุก็ จำเป็นมากเช่นเดียวกัน.....(CG)” “คนทำงานกับผู้สูงอายุต้องพูดจาดีหน่อย บางที่ต้องพูดเสียงดังบ้าง ไม่ใช่คุณนะ เพราะผู้สูงอายุบางคนหูไม่ค่อยดี.....(ED1)”

2.2.3 คุณสมบัติของกลุ่มเป้าหมายในการเข้ารับบริการในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไป กลับผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับควรเป็นผู้ที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ หากมีข้อจำกัดในการดำเนินกิจกรรม เช่นต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือในการเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุ ควรทำกิจกรรมส่วนใหญ่ได้ด้วยตนเอง สำหรับจำนวนผู้เข้ารับบริการขึ้นอยู่กับขีดความสามารถในการรับ บริการทั้งนี้อาจมีเรื่องของจำนวนบุคลากรที่มีอย่างจำกัด ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“...ผู้สูงอายุที่จะเข้ามาใช้บริการต้องช่วยเหลือตัวเองได้ ถ้าเป็นกลุ่มที่ ติดเตียงจะ ต้องการการดูแลที่ซับซ้อนมาก อาจไม่เหมาะกับศูนย์ดูแลแบบไปกลับ.....(RN3)” “คนที่ใช้ไม้เท้า หรือ อุปกรณ์ในการเคลื่อนไหวก็น่าจะมารับบริการได้เช่นกัน.....(NP)” “...กรณีที่เป็นศูนย์ดูแลที่ใกล้บ้าน ผู้สูงอายุต้องสามารถนั่งรถได้ หรือต้องมีญาติมาส่งถ้าเดินทางเองไม่ได้จะลำบาก....(MDF)” “...คนสูงอายุ ในชุมชนที่สนใจและอยากเข้ารับบริการถ้าเดินทางมาได้ ก็น่าจะรับเข้าดูแลได้ทุกคน ไม่อยากจำกัด (CG)” “...การกำหนดคุณสมบัติของกลุ่มเป้าหมายให้ตรงกับเป้าหมายของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ จะทำให้การพัฒนาารูปแบบการดูแลแบบไปกลับได้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุมากที่สุด...(ReD)” “...การประเมิน ADL หรือ IADL ในผู้สูงอายุอาจเป็นแนวทางหนึ่งในการกำหนดคุณสมบัติของผู้สูงอายุที่ เข้ารับบริการได้.....(Re)” “ จำนวนการรับผู้สูงอายุเข้ามาดูแลถ้ากำหนดให้มีสัดส่วนที่เหมาะสมกับ ความสามารถในการให้บริการของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับจะทำให้การดูแลผู้สูงอายุได้ทั่วถึง ลด อัตราการเกิดอันตรายได้.....(RN 1)” “...ถ้ากรณีที่ต้องการวิเคราะห์เรื่องค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ แบบไปกลับ เพื่อใช้ในการวางแผนเรื่องการเงิน จะช่วยให้ทราบจำนวนการรับผู้สูงอายุ เพราะบางที่ต้องดู จุดคุ้มทุนด้วย...(LG)” “...ถ้าจะช่วยผู้สูงอายุเรื่องนี้จริง ๆ ทางผู้นำชุมชน หรือ อสม สามารถช่วยสำรวจ จำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนที่สามารถเข้ามาใช้บริการในศูนย์ดูแลได้ โดยมีคุณสมบัติตามที่ศูนย์ดูแล กำหนดก็จะสามารถคำนวณจำนวนผู้สูงอายุที่อาจเข้ารับบริการคร่าวๆ ได้(HP)”

2.2.4 งานบริการหรือกิจกรรมที่ให้บริการครอบคลุมตั้งแต่กิจกรรมการรับเข้าสู่ศูนย์ ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ การให้บริการขณะอยู่ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ และการยกเลิกหรือ จำหน่ายออกจากศูนย์ดูแลแบบไปกลับ ควรมีการกำหนดกิจกรรมพื้นฐานที่ศูนย์ดูแลให้บริการ กิจกรรม ตามเป้าหมายของศูนย์ดูแล และ กิจกรรมพิเศษเฉพาะที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุไปกลับจัดให้ผู้สูงอายุ ให้ชัดเจน ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“.....ต้องมีการประเมินสุขภาพเบื้องต้น อาทิเช่น การประเมินสัญญาณชีพ การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง การวัดรอบเอว การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การประเมินความ เสี่ยงในการหกล้ม ก่อนเข้ารับบริการ....(NP)” “ การจัดทำประวัติการเข้ารับบริการ การซักประวัติการ เจ็บป่วย ยาที่รับประทาน หรือ ยาฉีด และการแพ้อาหารหรือแพ้ยา(RN1)” “...การประเมินความ ต้องการในการเข้ารับบริการ เช่น การจัดอาหารกลางวัน การบริหารจัดการยารับประทาน หรือยาฉีด การ ทำความสะอาดแผลที่ไม่รุนแรง(RN2)” “ควรมีการให้ข้อมูลในการเข้ารับบริการ เช่น วันและเวลา ในการทำการ งานบริการและกิจกรรมที่ศูนย์จัดบริการ และข้อตกลงในการให้บริการเบื้องต้น พร้อมทั้ง ให้ผู้สูงอายุ หรือ ผู้แทนตามกฎหมายเซ็นรับทราบในเอกสาร.....(NL)” “...การดำเนินการขอข้อมูลในการ ติดต่อผู้แทนตามกฎหมายในกรณีมีเหตุฉุกเฉินเช่นเบอร์โทรศัพท์ของบุตร หรือ ญาติ.....(RN3)”

“.....กิจกรรมการบริการในระหว่างวันนั้นควรต้องมีการดูแลกิจวัตรประจำวัน อาจรวมเรื่องการทำกับข้าวรับประทานยาหรือฉีดยา (ถ้าจำเป็น) ด้วย....(RN1)” “....การบริการอาหารกลางวันในกรณีที่ได้รับบริการต้องการ หรือมีอาหารว่างบริการ และอาจมีเครื่องดื่มสมุนไพร บริการ....(Nut)” “....น่าจะมียุทธศาสตร์ที่เสริมสร้างสุขภาพกาย เช่น การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุทั้งในและนอกสถานที่ การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ การเสริมสร้างสุขภาพจิตใจ เช่นการจัดกิจกรรมทางศาสนา การสอนการทำสมาธิ การสนับสนุนให้สวดมนต์ร่วมกัน(MDF)” “....กิจกรรมเสริมทักษะ โดยการจัด การสอนเล่นเครื่องดนตรีง่าย ๆ เช่นอังกะลุง การจัดทำงานประดิษฐ์ต่าง ๆ เช่นทำกระทง พานพุ่ม จัดดอกไม้ การทำขนม การทำงานศิลปะ(HP)” “.....กิจกรรมร้องเพลง การรำวง ฟังเพลง(ED1)” “....ฟังเพลง ดูทีวี อ่านหนังสือ....(CG)” “....ทำการฝีมือ หรืองานประดิษฐ์ และ ช่วยเรื่องกิจวัตรประจำวัน....(HV)” “....การจัดทำตารางของกิจกรรม หรืองานบริการให้ชัดเจนในแต่ละวันและช่วงเวลา จะทำให้ไม่เกิดการสับสน....(MD)” “ การพิจารณากิจกรรมที่ใช้บำบัดเช่น ศิลปะบำบัด ดนตรีบำบัด หรือจำพวกสมาธิบำบัดจะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ....(ReD)” “.... งานบริการหรือกิจกรรมพื้นฐานที่ทางศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับควรจัดให้กับผู้สูงอายุ ควรเป็นเรื่อง การดูแลเรื่องการทำกับข้าวรับประทานยา การดูแลการดำเนินกิจวัตรประจำวัน และ การจัดอาหารว่าง หรือเครื่องดื่มร้อน หรือเย็น เช่น โอวัลติน ไมโล หรือชาเย็น น้ำสมุนไพร อาหารว่างจำพวกขนมไทย....(CG)” “....กรณีผู้สูงอายุหรือญาติจะยกเลิก การเข้ารับบริการควรมีการจัดทำบันทึกความต้องการ วันและเวลาที่ต้องการยกเลิกไว้....(RN)” “.....การกำหนดงานบริการให้ชัดเจนเช่น กิจกรรมหรืองานบริการใดที่เป็นกิจกรรมพื้นฐาน หรือเป็นงานบริการ หรือกิจกรรมเฉพาะที่ทางศูนย์จัดให้กับผู้สูงอายุ เน้นงานบริการ หรือกิจกรรมเสริมสร้างทักษะ สมรรถนะ เพื่อคงไว้ซึ่งความสมบูรณ์ของ ภาวะสุขภาพ กาย จิต และสังคม(ReD)” “.....งานบริการหรือกิจกรรม พิเศษ กิจกรรมพิเศษตามเทศกาล และวันสำคัญ การจัดกิจกรรมวันพ่อ กิจกรรมวันแม่ กิจกรรมวันผู้สูงอายุ กิจกรรมรดน้ำดำหัววันสงกรานต์ กิจกรรมในวันขึ้นปีใหม่ หรือกิจกรรมทัศนศึกษาออกสถานที่ การตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจสุขภาพฟัน(HP)”

2.2.5 การป้องกันความเสี่ยงควรดำเนินการจัดทำแผนป้องกันความเสี่ยงด้านต่าง ๆ ให้เป็นไปตามมาตรฐานงานบริการการดูแลผู้สูงอายุตามมาตรฐานของวิชาชีพต่าง ๆ รวมทั้งมาตรฐานความปลอดภัยของอาคาร สถานที่ และสิ่งแวดล้อม ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“.....ความเสี่ยงของสถานที่นั้นในผู้สูงอายุเรื่องการป้องกันความเสี่ยงเรื่องการหกหล่น พื้นห้องทั่วไป และห้องน้ำต้องไม่ลื่น มีราวจับในห้องน้ำ และควรมีแนวทางการปฏิบัติในการป้องกันการเกิดการหกหล่น....(MD)” “.....เรื่องการป้องกันความเสี่ยงเรื่องอุบัติเหตุไฟไหม้ ควรมีแผนการอพยพหนีไฟ และมีการกำหนดผู้รับผิดชอบให้ชัดเจน เป็นไปได้ต้องมีการซ้อมแผนหนีไฟด้วย....(LG)” “....อุปกรณ์ดับเพลิงต้องได้รับตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอ ทางออกหนีไฟต้องเป็นไปตามมาตรฐานอาคารสถานที่.....(LG)” “....ควรมีช่องทางส่งข้อร้องเรียนให้ญาติ หรือผู้สูงอายุและมีแนวปฏิบัติการจัดการข้อร้องเรียนให้ชัด....(RN3)” “.....การรายงานและการบันทึกสถิติอุบัติการณ์ ที่เกิดขึ้น และการทบทวนสาเหตุร่วมกัน เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุต่าง ๆ ในผู้สูงอายุ....(NP)” “....การทำแผนการจัดการความปลอดภัยและเสี่ยงเรื่องงานบริการ อาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อมต้องจัดทำให้ได้ตามมาตรฐาน....(RN2)” “.....ป้ายเตือนภัย ป้ายสัญญาณต่าง แผนผังการหนีไฟต้องติดให้เห็นชัดในทุกห้องและต้องให้ความรู้กับผู้สูงอายุ และบุคลากรเกี่ยวกับป้ายเตือนภัย ป้ายสัญญาณต่าง แผนผังการหนีไฟ จะได้เข้าใจเหมือนกัน.....(HRD)” “.....ถ้ามีการนิยมนำให้ผู้สูงอายุหรือการจัดยาให้ผู้สูงอายุ การจัดการความปลอดภัยเรื่องการใช้จ่าย ต้องจัดทำ พร้อมทั้งมีแนวทางปฏิบัติให้ชัดเจนและบุคลากรต้องได้รับการชี้แจงเพื่อให้เกิดความเข้าใจ.....

(PhM)” “การจัดเตรียมพื้นที่สำหรับเก็บยาของผู้สูงอายุควรมีการป้องกันความปลอดภัย จำกัดช่องทางการเข้าไปใช้งานเพื่อลดความเสี่ยง.....(PhM)” “...หากมีการบริการอาหารกลางวันหรืออาหารว่าง การกำหนดมาตรฐานความปลอดภัยเรื่องอาหาร และสุขบัญญัติของผู้ปรุงอาหารต้องเขียนไว้ว่าจะใช้แนวปฏิบัติที่โภชนาการในโรงพยาบาลต่าง ๆ ใช้ได้ไม่น่าจะต่างกันมาก.....(NuT)” “.....ผู้ที่นำอาหารมารับประทาน ควรมีการจัดพื้นที่สำหรับวางอาหารและจัดเตรียมภาชนะให้เพียงพอต่อความต้องการ....(NuT)”

2.2.6 การจัดทำเอกสารและฐานข้อมูลของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับนั้น

ประกอบด้วยแฟ้มประวัติรายบุคคล รายงานผลลัพธ์ของการดำเนินงานประจำเดือน รายงานอุบัติการณ์ และแนวทางการแก้ไขประจำเดือน สรุปรายงานรายรับรายจ่ายประจำเดือน รวมทั้งรายงานผลประจำปี ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“...เอกสารที่ต้องทำประวัติการเข้ารับบริการเช่น วัน เดือน ปี และเวลาที่เข้ารับบริการ เอกสารการคัดกรองเบื้องต้น เช่น การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การประเมินความเสี่ยงในการหกล้ม การประเมิน BMI การประเมินภาวะโภชนาการ เอกสารประวัติการเจ็บป่วย การแพ้ยา และการแพ้ยา ต้องจัดใส่แฟ้มรายบุคคล.....(RN2)” “...ข้อมูลผู้ที่สามารถติดต่อ เช่นที่อยู่ และเบอร์โทรศัพท์ของญาติ บุตรหลานใกล้ชิด....(HP)” “...แบบบันทึกการทำกิจกรรมประจำวัน อาจมีรูปถ่ายของผู้สูงอายุในแฟ้มประวัติ หรือฐานข้อมูล....(NP)” “...อาจมีแบบบันทึกติดตามภาวะสุขภาพ เช่น สัญญาณชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง หรือการเจ็บป่วย อาจประเมินสัปดาห์ละ 1 ครั้ง(MDF)” “...เอกสารการเซ็นรับทราบข้อมูลในการให้บริการที่แจ้งกับผู้สูงอายุ หรือญาติรับทราบ เพื่อป้องกันความเสี่ยงเรื่องการสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ.....(RN1)” “.....ควรต้องทำรายงานประจำเดือนของผลการดำเนินงาน รายงานอุบัติการณ์ต่าง รายรับรายจ่าย ไว้เพื่อใช้ในการปรับปรุงระบบงานบริการ....(HRD)” “...ควรมีการสรุปผลรายงานผลงานประจำปีเพื่อใช้ในการประชาสัมพันธ์งานบริการแก่สาธารณชน อาจมีการนำผลการดำเนินงานกิจกรรมต่าง เช่นรูปภาพกิจกรรม ต่างๆ ประชาสัมพันธ์ทางสื่อต่างๆ(LG)”

3. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับให้ไปถึงเป้าหมาย

เพื่อค้นหาวิธีการให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ทั้งนี้ครอบคลุมการพัฒนาตามบุคลากรที่ปฏิบัติงาน แนวทางการประเมินหรือวัดผลสำเร็จของงานการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ และการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์ และการแจ้งข่าวสาร ซึ่งผู้วิจัยสรุปผลในประเด็นสำคัญดังต่อไปนี้

3.1 การพัฒนาบุคลากรในการปฏิบัติงานนั้นควรดำเนินการให้บุคลากรได้พัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่องที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาองค์ความรู้ในสาขาวิชาชีพของตนเอง และการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งการพัฒนาบุคลากรที่เป็นอาสาสมัครในการปฏิบัติงานให้มีองค์ความรู้อย่างสม่ำเสมอ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“...เจ้าหน้าที่ควรได้รับการอบรมเพื่อ update องค์ความรู้เรื่องของวิชาชีพตนเองอย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี....(ReH)” “...การส่งอาสาสมัครไปอบรมฝึกปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุนั้นจำเป็น มาก โดยเฉพาะก่อนการทำงาน และต้องประเมินผลก่อนการทำงาน.....(RN1)” “... การสอนงานหน้างานก็จำเป็น เพราะบางทีอบรมมาแล้วอาจยังไม่คล่อง ต้องคอยดูแลเป็นบางครั้ง....(RN2)” “...การจัดส่งให้ไปศึกษาดูงานเรื่องบริการนอกสถานที่ จะทำให้ได้แนวคิดมาพัฒนางานให้ดีขึ้นได้(MD)”

3.2 การประเมินผลลัพธ์ของการจัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ

การติดตามประเมินผลลัพธ์ ของการจัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับนั้น ควรมีทั้งการประเมินประสิทธิผลของการให้บริการ การประเมินคุณภาพการบริการ การประเมินความพึงพอใจของผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ โดยการติดตามประเมินผลลัพธ์นั้น ควรมีการรูปแบบการประเมินให้ชัดเจน ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“...การประเมินผลลัพธ์ควรมีเป้าหมายชัดเจน ว่ามีเหตุผลในการประเมินคืออะไร จะประเมินผลลัพธ์อะไร กลุ่มเป้าหมายเป็นใคร เครื่องมือที่ใช้ประเมินและจะประเมินผลอย่างไร รวมถึงเวลาที่ดำเนินการประเมิน และใครเป็นผู้รับผิดชอบในการประเมินผลลัพธ์ ด้วย....(HRD)” “การประเมินความพึงพอใจในการบริการถ้าหากต้องควรทำทั้งผู้สูงอายุ และญาติแล้วลองมาดูผลของผู้รับบริการ....(HP)” “ ถ้าประเมินความพึงใจการบริการน่าจะ รวมเรื่อง สถานที่ และ สิ่งแวดล้อมเข้าไปด้วยก็จะสมบูรณ์มากขึ้น....(NP)” “... การประเมินประสิทธิผลของการจัดรูปแบบการให้บริการ สามารถใช้ การประเมินคุณภาพงานจากอุบัติการณ์ที่รายงาน ว่าสามารถดำเนินการได้ผลตามที่วางเป้าหมายหรือไม่.....(LG)” “....ความสุขในการเข้ารับบริการ ความพึงพอใจในการดูแลเอาใจใส่ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ น่าจะนำมาประเมินด้วย(CG)” “....ต้องประเมินความพึงพอใจของผู้บริการต่องานที่ได้รับมอบหมาย สวัสดิการ หรือ อาจเป็นบรรยากาศในการทำงาน จะครบ ทั้ง ผู้ให้ และผู้รับบริการ....(RN3)” “....ควรดูเรื่องสมรรถนะทางกายของผู้สูงอายุด้วยว่า ADL หรือ IADL มีคะแนนลดลงหรือไม่ การดูแลของศูนย์ดูแล สามารถถนอมสมรรถนะทางกาย ได้ด้วยหรือไม่ ...(ReD)” “ เราควรทำทั้งสุขภาพ กาย ใจ และสังคม ประเมินครบทุกด้าน ก็จะครอบคลุมได้ สำหรับเครื่องมือเดี่ยวมาดูว่าจะพิจารณาใช้แบบไหนได้บ้าง(MD)”

3.3 การประเมินผลความสำเร็จในการดำเนินการภาพรวมของการจัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในภาพรวม

การประเมินผลสำเร็จของภาพรวมในการจัดรูปแบบบริการผู้สูงอายุแบบไปกลับภาพรวมนั้น ดูจากความพึงพอใจของผู้รับบริการและคุณภาพงานบริการที่จัดให้กับผู้สูงอายุ ตามบริบทของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“.....ภาพรวมของงานบริการการใช้ผลของความพึงพอใจของผู้ใช้บริการต่องานบริการที่จัดขึ้น(RN1)” “ความสุขของผู้สูงอายุเวลามารับบริการ(CG)” “ อาจใช้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ....(PH)” “จากผลลัพธ์ ของงานบริการต่างๆ ว่าเป็นไปตามเป้าหมายของแผนที่วางไว้หรือไม่....(MDF)”

3.4 การสื่อสารและการประชาสัมพันธ์รูปแบบการให้บริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ

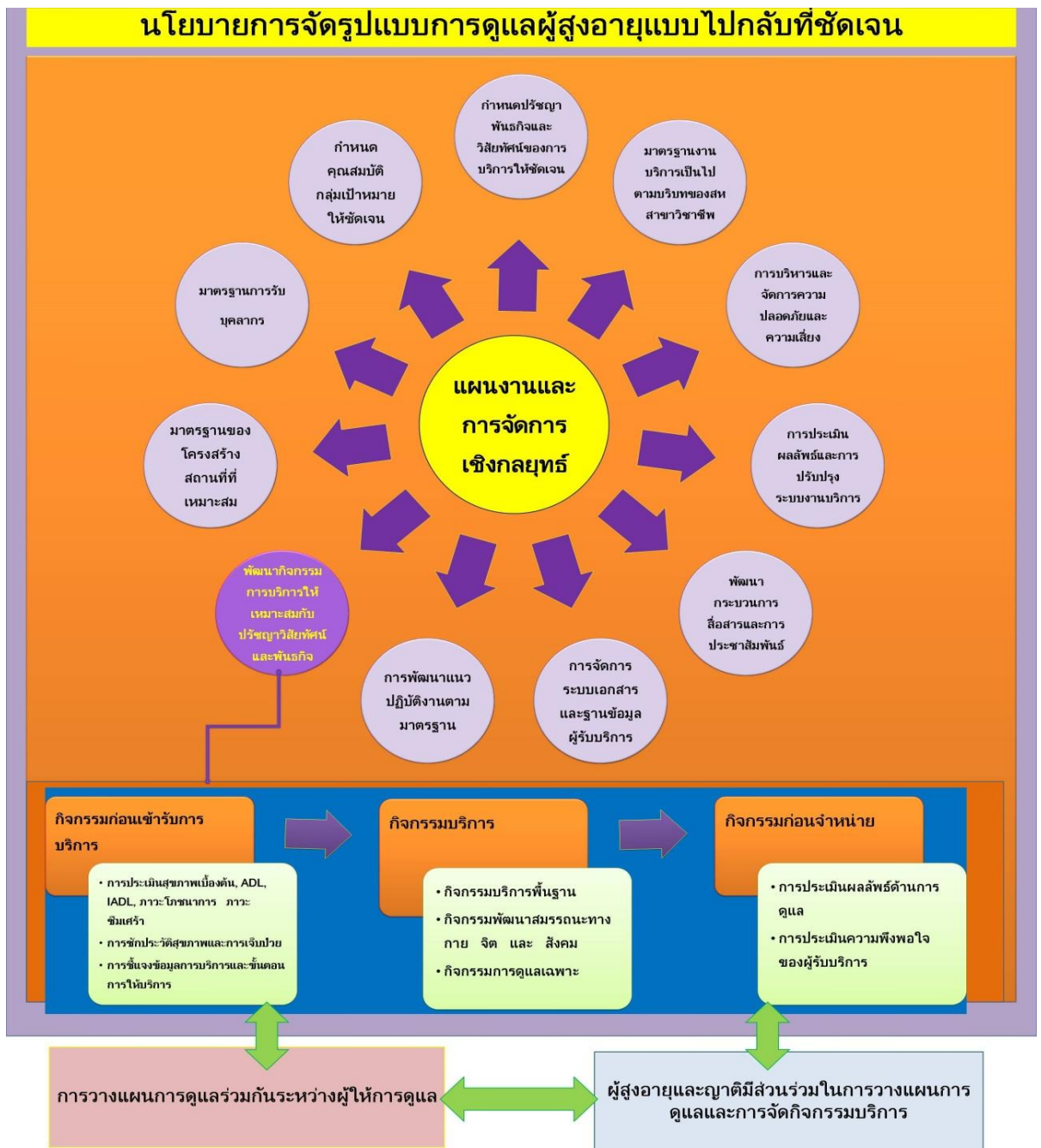
การสื่อสาร หรือการให้ข้อมูลผลการดำเนินงานกิจกรรม หรือผลลัพธ์การในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ ควรมีการสื่อสารให้ทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการผ่านการสื่อสารทั้งแบบทางเดียวในรูปสื่อ ประชาสัมพันธ์ กับ การสื่อสารแบบสองทางระหว่างผู้ให้บริการด้วยกัน และผู้ให้บริการกับผู้รับบริการและผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังคำกล่าวต่อไปนี้

“...การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการ ควรมีการสื่อสารแบบสองทางโดยเฉพาะเรื่อง การดูแลผู้สูงอายุ การส่งต่อข้อมูลสุขภาพ(RN2)” “.....การสื่อสารกับผู้บริหารควรเป็นการสื่อสารทั้งทางตรงในที่ประชุมประจำเดือน หรือการปรึกษาหารือ และรายงานทางอ้อมผ่านการรายงานสรุปผลการดำเนินงาน(LG)” “ การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการและผู้สูงอายุหรือญาติควรเป็นการสื่อสารแบบสองทาง เพื่อให้เกิดความเข้าใจและลดความคลาดเคลื่อนการได้รับข้อมูลต่าง ๆ(NP)”

“...การประชาสัมพันธ์งานบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ สามารถดำเนินการผ่านสื่อสิ่งพิมพ์ สื่อออนไลน์ หรือทางเว็บไซต์ สื่อสังคมออนไลน์ โดยข้อมูลที่ประชาสัมพันธ์ควรเป็น ข้อมูลเกี่ยวกับงานบริการ ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ กิจกรรมที่ดำเนินการในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ ข้อมูลการเข้ารับบริการ คุณสมบัติและจำนวนผู้ให้บริการ สถานที่ ข้อมูลการเดินทาง ข้อมูลการติดต่อประสานงาน เช่นเบอร์ โทรศัพท์ โทรสาร อีเมล(MDF)”

ส่วนที่ 3 รูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุแบบไปกลับ

ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่องและความคาดหวังของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาเป็นกรอบในการวิเคราะห์ ศึกษาความต้องการ และความคาดหวัง ของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยนำข้อมูลในส่วนที่หนึ่งนำมาเป็นข้อมูลสำหรับร่างรูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุแบบไปกลับ ร่วมกับการศึกษา มาตรฐานการดูแลมาตรฐานและแนวทางปฏิบัติของการบริการแบบไปกลับของผู้ใหญ่ ของ The National Adult Day Services Association, 2010 และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยแต่ละขั้นตอนผู้วิจัยและคณะได้ผ่านกระบวนการคิด และการดำเนินการอย่างมีระบบเป็นขั้นตอนมาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ เมื่อผู้วิจัยร่างรูปแบบสำเร็จได้นำร่างฉบับที่ 1 ไป ดำเนินการประเมินความ สมบูรณ์และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติจริง ร่วมกันกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และได้นำมาปรับปรุงและนำ ข้อเสนอแนะมาจัดทำร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับดังแสดงในรูปที่ 2



รูปที่ 2 รูปแบบการดูแลสำหรับผู้สูงอายุแบบไปกลับ

จากภาพแสดงถึงรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับจัดการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ 1) นโยบายที่ชัดเจนในการจัดการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ 2) การมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการในการวางแผนปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีทักษะและคุณลักษณะเฉพาะด้านในการให้บริการ และ 3) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการวางแผนการดูแลและการจัดกิจกรรม เพื่อให้การบริการมีความเหมาะสมตามบริบทของความต้องการของผู้สูงอายุ โดยทั้งสามองค์ประกอบมีการเชื่อมโยงและสัมพันธ์กันผู้วิจัยขอเสนอรายละเอียดของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 นโยบายที่ชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับประกอบด้วย 1 .องค์ประกอบย่อย คือ องค์ประกอบแผนงานและการจัดการเชิงกลยุทธ์ในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ ประกอบด้วยการจัดการที่มีประสิทธิภาพ 11 ด้าน ดังนี้

1) กำหนดปรัชญาพันธกิจและวิสัยทัศน์ของการบริการให้ชัดเจน

การกำหนดปรัชญาพันธกิจและวิสัยทัศน์ของการบริการให้ชัดเจนในบริบทนี้ คือการกำหนดปรัชญาพันธกิจและวิสัยทัศน์ขององค์กรในให้การบริการผู้สูงอายุแบบไปกลับโดยต้องกำหนดตามบริบทของงานบริการเป็นหลัก เช่นองค์กรจะเป็นองค์กรที่ให้บริการผู้สูงอายุแบบไปกลับโดยเน้นการบริการการฟื้นฟูสภาพ หรือเน้นบริการทางการแพทย์ หรือเน้นการดูแลเชิงสังคม หรือเป็นการดูแลแบบไปกลับแบบผสมผสานทางสังคมและทางการแพทย์ เนื่องจากบริบทการดูแลในแต่ละรูปแบบมีความแตกต่างกัน ทั้งนี้ การในการศึกษาครั้งนี้ รูปแบบการบริการหลักนั้นเห็นว่าการกำหนดรูปแบบการบริการที่เน้นการดูแลทางสังคมเป็นหลักและผสมผสานการดูแลทางการแพทย์ที่ไม่ซับซ้อน ทั้งนี้การกำหนดปรัชญาพันธกิจและวิสัยทัศน์ขององค์กรจะทำให้สามารถระบุในนโยบายให้ชัดเจนว่า คุณสมบัติของผู้รับบริการที่เหมาะสมและผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติที่ไม่เหมาะสมจะเข้ามาใช้บริการของคุณดูแล

2) มาตรฐานงานบริการเป็นไปตามบริบทของสหสาขาวิชาชีพ

การกำหนดแนวทางการบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานในการให้บริการของแต่ละวิชาชีพเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพ โดยลดภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการให้การดูแลและเกิดความปลอดภัยสูงสุด นอกจากนี้การปฏิบัติการในการบริการเป็นไปตามมาตรฐานของแต่ละวิชาชีพทำให้สะดวกในการควบคุม กำกับกับการปฏิบัติงาน เพื่อให้ได้ตามที่กำหนดได้อย่างจริงจัง และสามารถทบทวนกระบวนการการดูแลตามแนวปฏิบัติได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับให้การให้บริการของคุณดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับว่าครอบคลุมงานบริการของกลุ่มวิชาชีพใด

3) การบริหารและจัดการความปลอดภัยและความเสี่ยง

การบริหารและจัดการความปลอดภัยและความเสี่ยงของคุณดูแลผู้สูงอายุนั้น ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุทุกแห่งควรมีการการจัดทำแผนการบริหารความเสี่ยงขององค์กร การจัดทำแผนการเกิดอุบัติเหตุและความปลอดภัยทั้งภายในและภายนอกอาคาร สำหรับภายในอาคารนั้นในเรื่องของโครงสร้างของสถานที่ ที่ต้องเป็นไปตามมาตรฐานและความปลอดภัยของอาคารสถานที่ที่ใช้สำหรับดูแลผู้สูงอายุ เช่น ทางเดิน ทางลาด ห้องน้ำ การติดตั้งสัญญาณฉุกเฉินกรณีพื้นที่ที่บันนวมอัป แสงสว่างภายในอาคาร การติดป้ายบอกทาง การกำหนดทางออกฉุกเฉินที่บุคลากรและผู้เข้ารับบริการทุกคนทราบ นอกจากนี้เมื่อศูนย์ดูแลจัดทำแผนรองรับอุบัติเหตุและความปลอดภัยในหน่วยงานแล้ว ต้องสื่อสารกับบุคลากรเพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกันในเรื่องของแผนอุบัติเหตุและความปลอดภัย การวางแผนการจัดการอุบัติเหตุและความปลอดภัยควรจัดสถานที่ที่ปลอดภัยภายนอกศูนย์ดูแลควรมีการวางแผนเส้นทางเคลื่อนย้าย หรืออพยพผู้สูงอายุกรณีฉุกเฉิน ทั้งนี้รวมถึงการจัดเส้นทางคมนาคมเมื่อเกิดสถานการณ์ฉุกเฉินเพื่อเข้าไปสู่ศูนย์ดูแลได้ง่าย และการจัดการซักซ้อมแผนการเกิดอุบัติเหตุและความปลอดภัยอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง

4) มาตรฐานการรับบุคลากร

สำหรับบุคลากรของคุณดูแลผู้สูงอายุ บุคลากรที่เข้ามาปฏิบัติงานในศูนย์ดูแลนั้นควรทัศนคติและมีบุคลิกภาพที่เหมาะสม เป็นผู้ที่มีความเห็นอกเห็นใจผู้อื่น มีความเมตตา เป็นบุคคลที่มีความยืดหยุ่น เป็นบุคคลที่มีความรับผิดชอบ บุคลากรที่เข้ามาทำงานเป็นคนที่มีความกระตือรือร้น และเป็นคนที่มีความใจเย็น บุคลากรเป็นผู้ที่ให้ความสนใจและตระหนักถึงผู้รับบริการ และมีความไวในการตอบสนองต่อความต้องการของผู้รับบริการ เป็นบุคคลที่ขอช่วยเหลือผู้อื่นในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เป็นผู้ที่มี

ความคิดสร้างสรรค์ และ สนุกสนาน เป็นผู้ให้เกียรติผู้อื่น งานบุคคลควรกำหนดเกณฑ์ในการรับบุคลากรที่มีความยืดหยุ่น เพื่อพิจารณาผู้สมัครเป็นรายบุคคล โดยเลือกคนที่มีสนใจการเรียนรู้ มีความสนใจในการทำงานกับบุคคลกลุ่มพิเศษ ดังนั้นมาตรฐานในการใช้ในการเลือกบุคลากรนั้นศูนย์ดูแลควรมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ มีจำนวนมากเพียงพอสำหรับการให้บริการผู้สูงอายุ และมีทักษะในการปฏิบัติงาน โดยต้องมีผู้รับผิดชอบหลักอย่างน้อย 1 คน บุคลากรที่เข้ามาปฏิบัติงานควรผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุ กรณีที่เป็นผู้ปฏิบัติงานการให้ความช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันควรได้รับการอบรมก่อนเข้าทำงาน หรือรับเฉพาะผู้ที่ผ่านการอบรมผู้ช่วยพยาบาล/ ผู้ดูแลจากศูนย์ที่ผ่านการรับรองมาตรฐาน กรณีที่เป็นงานบริการที่เป็นงานวิชาชีพ ผู้ปฏิบัติงานต้องมีใบประกอบโรคศิลป์ และรับผิดชอบงานตรงกับวิชาชีพเวชกรรมที่ได้รับมอบหมาย

5) มาตรฐานของโครงสร้างสถานที่ที่เหมาะสม

ส่วนของโครงสร้างอาคารสถานที่และสิ่งแวดล้อม เป็นส่วนสำคัญในการให้การดูแลสิ่งแวดล้อมของศูนย์ดูแลที่ดีจะช่วยส่งเสริมให้ผู้รับบริการมีความสามารถในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ดังนั้นการวางแผนเรื่องสถานที่ และสิ่งแวดล้อมนั้นควรมีมาตรฐานดังนี้ สถานที่ควรเป็นไปตามกฎหมายการสร้างอาคารของท้องถิ่น และสอดคล้องกับกฎหมายการจัดสร้างอาคารสำหรับผู้สูงอายุ ควรมีพื้นที่ส่วนตัวสำหรับบุคลากรในการทำงาน ควรมีพื้นที่สำหรับผู้สูงอายุและญาติในการพูดคุย หรือปรึกษากับบุคลากร ควรมีพื้นที่ในการเก็บของ พื้นที่ส่วนที่ทำกิจกรรม ห้องน้ำจัดให้ใกล้กับห้องทำกิจกรรม ห้องหรือสถานที่พักผ่อนให้กับผู้สูงอายุ มีพื้นที่ทำกิจกรรมภายนอกอาคาร ทุกพื้นที่ต้องมีไฟส่องสว่างเพียงพอ อุณหภูมิควรปรับให้มีความเหมาะสม มีที่นั่งพักผ่อนจำนวนเพียงพอสำหรับผู้สูงอายุ สถานที่มีความสะอาดและถูกสุขอนามัย มีทางออกที่สามารถอย่างน้อย 2 แห่งที่สามารถออกได้ตลอดเวลาจากภายในอาคาร ติดตั้งสัญญาณฉุกเฉินเรียกบุคลากรควรติดตั้งในสถานที่นั่งพัก ห้องน้ำ และห้องอาบน้ำ สถานที่ที่เป็นชั้นบันได หรือห้องน้ำ ควรมีราวจับ มีติดตั้งอุปกรณ์สำหรับการปฐมพยาบาลควรมีอยู่ที่เห็นได้ง่ายและบุคลากรสามารถเข้าถึงได้ง่าย มีการควบคุม กำจัด สัตว์ แมลง หนู เวลาที่ไม่มีผู้รับบริการอยู่ในศูนย์ และสถานที่ปลอดสูบบุหรี่ ทั้งนี้หากศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่จัดตั้งจากการปรับโครงสร้างของอาคารหรือปรับปรุงจากพื้นที่เดิมภายในส่วนหนึ่งอาคารควรจัดให้เป็นสัดส่วน และปรับให้โครงสร้างให้เป็นไปตามมาตรฐานขั้นต่ำของกฎหมายความปลอดภัยอาคารสำหรับผู้สูงอายุ

6) กำหนดคุณสมบัติกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจน

การกำหนดคุณสมบัติ หรือเกณฑ์การเข้ารับบริการของผู้รับบริการที่เหมาะสมกับงานบริการของศูนย์ และผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติที่ไม่เหมาะสมจะเข้ามาใช้บริการควรมีการระบุเช่นเป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนเข้ารับบริการโดยการประเมินด้วย Barthel's index และมี score มากกว่า 9 คะแนนการประเมินสัญญาณชีพ เป็นต้น คุณสมบัติของผู้เข้ารับบริการต้องเขียนเป็นแนวทางปฏิบัติในการรับผู้สูงอายุเมื่อเข้ามาใช้บริการ และต้องเป็นข้อมูลเบื้องต้นให้กับญาติ และผู้สูงอายุนั้นยอมรับเงื่อนไขในเอกสารยินยอมเข้ารับบริการ

การประเมินระดับความพร้อม ระดับความต้องการพื้นฐานการดูแล สถานะสุขภาพ ความสามารถในการทำกิจกรรม การประเมินสภาวะจิต-สังคม ระดับของการเคลื่อนไหว เพื่อใช้ในการวางแผนการบริการ และประเมินศักยภาพในการให้การดูแล นอกจากนี้กรณีที่ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพควรต้องประเมินเรื่องสัญญาณชีพ การรับประทานยา หรือกิจกรรมอื่น ๆ ที่ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ และส่วนของผู้สูงอายุนั้นศูนย์ดูแลต้องมีข้อมูลของญาติ หรือผู้ดูแลที่สามารถติดต่อได้ เพื่อสามารถให้ข้อมูลในการดูแลผู้สูงอายุ หรือการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน

7) การประเมินผลลัพธ์และการปรับปรุงระบบงานบริการ

การประเมินผล เป็นการประเมินประสิทธิภาพของการให้บริการว่าเป็นไปตามเป้าหมายและวัตถุประสงค์ การประเมินผลเป็นกระบวนการที่ควรทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำข้อมูลไปปรับปรุงและการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการบริการ ดังนั้นศูนย์ดูแลผู้สูงอายุต้องมีการดำเนินการประกันคุณภาพการบริการ มีแผนพัฒนาคุณภาพเพื่อใช้ในการประเมินผลการดำเนินงาน และการบริการ การขึ้นตอนติดตามผลอย่างต่อเนื่อง โดยการประเมินผลการให้บริการนั้นควรมีการกำหนดตัวชี้วัดที่สำคัญ กำหนดผู้รับผิดชอบ และระบบการวัด มีการรวบรวมข้อมูล มีการทบทวน และวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ มีการพัฒนาฐานข้อมูลสถิติ มีการจัดทำรายงานและสะท้อนผลลัพธ์ให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อปรับปรุงผลงาน ให้บรรลุเป้าหมายตามเกณฑ์ที่กำหนดสำหรับการประเมินผลผลลัพธ์การประเมินผลการให้บริการที่ดำเนินการโดยศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นเพื่อประเมินคุณภาพการดูแลแล้ว ควรทำการประเมินผลลัพธ์ของการบริการในมุมมองของผู้รับบริการ และญาติ ด้วย

8) พัฒนาระบบการสื่อสารและการประชาสัมพันธ์

มีการพัฒนาการช่องทางการสื่อสารและประชาสัมพันธ์ให้มีประสิทธิภาพแก่ผู้รับบริการและผู้ให้บริการ รวมทั้งประชาชนทั่วไป โดยการใช้กลวิธีการพัฒนาที่หลากหลาย อาทิเช่น การประชาสัมพันธ์ผ่านทาง website ของศูนย์ดูแล หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบ โดยการสื่อสารข้อมูลของศูนย์ดูแลนั้นควรมีขั้นตอน วิธีการในการสื่อสารต่อสาธารณชน โดยเฉพาะข้อมูลของปรัชญา วิสัยทัศน์ พันธกิจ ของศูนย์ดูแล ขั้นตอนการเข้ารับบริการ ข้อมูลของผู้ให้บริการ ข้อมูลเรื่องค่าใช้จ่าย ข้อมูลกิจกรรมการบริการ กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมการออกกำลังกาย กิจกรรมทางศาสนา กิจกรรมการให้ความรู้ แผนที่สถานที่ตั้ง และข้อมูลการติดต่อกับศูนย์ดูแล ซึ่งข้อมูลต้องมีการปรับปรุงให้ทันสมัยเสมอ

9) การจัดการระบบเอกสารและฐานข้อมูลผู้รับบริการ

ศูนย์ดูแล ควรจัดทำระบบการบันทึกรายงาน หรือฐานข้อมูล ของผู้รับบริการเป็นรายบุคคล ประกอบด้วย ใบสมัคร ประวัติการเจ็บป่วย การประเมินสมรรถนะในการทำกิจกรรมประจำวัน สมรรถนะในการทำกิจกรรมต่าง ๆ การประเมินสถานะทางโภชนาการ แผนการดูแลส่วนบุคคล การประเมินการทำกิจกรรม และกิจกรรมทางสังคม ราคาค่าบริการ สถานะการเงิน การได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน ผู้ที่ติดต่อได้ การเซ็นยินยอมการเข้ารับบริการ การอนุญาตจากญาติผู้สูงอายุในกรณีเหตุการณ์ฉุกเฉิน ข้อมูลผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้สูงอายุ การวางแผนการดูแลและการรายงานเคลื่อนย้าย การส่งต่อบันทึกการดูแลจากผู้ให้บริการ แพทย์ เอกสารรายงานความก้าวหน้า แผนการจำหน่าย และรูปภาพของผู้รับบริการ ทั้งนี้ควรมีฐานข้อมูลทั้ง ฮาร์ดแวร์ และ ซอฟต์แวร์ และควรจัดทำระบบการเข้าถึงข้อมูลของผู้สูงอายุ โดยจัดทำเป็นนโยบายการเก็บความลับของผู้รับบริการ การเปิดเผยข้อมูล และเอกสารข้อมูลในการรับผู้สูงอายุเข้ามารับบริการที่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุควรจะสำเนาให้กับญาติผู้สูงอายุที่เป็นผู้รับผิดชอบหลักด้วย

10) การพัฒนาแนวปฏิบัติงานตามมาตรฐาน

ศูนย์ดูแลมีการกำหนดแนวทางการปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการให้บริการเพื่อให้ผู้ให้บริการได้มีแนวทางในการปฏิบัติงานไปในทิศทางเดียวกัน โดยเฉพาะในประเด็น การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการให้บริการของศูนย์ดูแล กิจกรรมที่ให้บริการ สิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ จำนวนบุคลากรที่ให้บริการ แนวทางในการดูแลต่าง ๆ กรณีที่เกิดเหตุฉุกเฉิน ช่วงเวลาในการให้บริการ ขั้นตอนการให้บริการ รวมทั้งแนวทางในการปฏิบัติเมื่อผู้สูงอายุจำหน่ายจากศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งนี้การดำเนินในขั้นตอนต่าง ๆ นั้น ควรนำมาทบทวนและพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เพื่อการคงไว้ซึ่งการประกันคุณภาพงาน

บริการ และลดโอกาสการเกิดความผิดพลาดในการปฏิบัติงานของบุคลากร สำหรับส่วนมาตรฐานการดูแล นั้นให้เป็นไปตามกรอบมาตรฐานงานของแต่ละสาขาวิชาชีพ

11). พัฒนากิจกรรมการบริการให้เหมาะสมกับปรัชญาวิสัยทัศน์และพันธกิจ

การดำเนินกิจกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ หรือกิจกรรมการบริการนั้นควรสอดคล้องกับปรัชญา วิสัยทัศน์และพันธกิจ แม้ว่าศูนย์การดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับครั้งนี้มุ่งเน้นการดูแล หรือการบริการทาง สังคมเป็นหลัก แต่กิจกรรมที่ดำเนินการนั้นบางส่วนยังคงต้องดำเนินการในรูปแบบการบริการที่มีมาตรฐาน การดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นการดำเนินกิจกรรมการบริการจึงประกอบด้วย 3 ขั้นตอน โดยเริ่มตั้งแต่ขั้นตอน ก่อนการเข้ารับบริการ ซึ่งในขั้นตอนนี้ ผู้สูงอายุได้รับการประเมินสุขภาพขั้นพื้นฐานอาทิ เช่นการ ประเมินสัญญาณชีพ การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การประเมินภาวะโภชนาการ การประเมินสุขภาพทางด้านจิตใจโดยการประเมินภาวะซึมเศร้า รวมทั้งมี การซักประวัติภาวะสุขภาพ และการเจ็บป่วย กิจกรรมงานบริการในขั้นตอนการรับผู้สูงอายุเข้าบริการนี้ ยังรวมขั้นตอนของการให้ข้อมูลการเข้ารับบริการ การให้ข้อมูลงานบริการ หรือกิจกรรม การให้ข้อมูลผู้ให้ การบริการ ข้อมูลสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ รวมทั้งการเซ็นยินยอมการเข้ารับบริการ ขั้นตอนต่อมา คือขั้นตอนกิจกรรมบริการ กิจกรรมที่ดำเนินการเป็นกิจกรรมการดูแลขั้นพื้นฐานในการดำเนิน ชีวิตประจำวัน อาทิเช่น การดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร รับประทานยา การดูแลขณะที่ผู้สูงอายุเข้า ห้องน้ำ กิจกรรมพัฒนาสมรรถนะ ทางกาย จิตและสังคมนั้น ทางศูนย์ดูแลจัดตารางการดำเนินกิจกรรม ตามความเหมาะสมของผู้สูงอายุโดยกิจกรรมที่เสริมสร้างสมรรถนะทางกายเป็นกิจกรรมการออกกำลังกาย ทั้งในร่มและกลางแจ้ง กิจกรรมพัฒนาความรู้ โดยมีวิทยากรให้ความรู้ ตามที่ผู้สูงอายุสนใจ กิจกรรม การเสริมสร้างสมรรถนะทางจิต จัดให้มีช่วงเวลาในการทำกิจกรรมทางศาสนา เช่นสวดมนต์ ไหว้พระ ร่วมกัน การตักบาตรพระสงฆ์ทุกวันพุธ การนั่งสมาธิ สำหรับกิจกรรมทางสังคม นั้นเน้นกิจกรรมที่มีความ สนุกสนานเน้นการพบปะพูดคุยกับเพื่อนผู้สูงอายุด้วยกัน ดังนั้นกิจกรรมจึงเน้นกิจกรรมสังสรรค์ การ รำวง การทำกิจกรรมฝีมือร่วมกัน การทำอาหารว่าง ร่วมกัน หรือกิจกรรมผ่อนคลายเช่นการอ่าน หนังสือ การดูทีวี การฟังวิทยุธรรมะ เป็นต้น นอกจากนี้ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีกิจกรรมที่ต้องดูแลเฉพาะเช่น รับประทานยา หรือการทำความสะอาดแผลเล็ก ๆ ที่ไม่ต้องการอุปกรณ์ที่ซับซ้อนมาก เป็นต้น และ กิจกรรมการบริการขั้นตอนสุดท้ายที่เป็นกิจกรรมก่อนการจำหน่ายผู้สูงอายุออกจากศูนย์ดูแล ควรมีการ ประเมินผลลัพธ์ของการดูแลจากผู้สูงอายุ และญาติ รวมทั้งการประเมินความพึงพอใจของการบริการ รวมทั้งความพึงพอใจของสถานที่ สิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก และความพึงพอใจในภาพรวมทั้งหมด ด้วย

องค์ประกอบที่ 2 การมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการในการวางแผนปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสหสาขา วิชาชีพที่มีทักษะและคุณลักษณะเฉพาะด้านในการให้บริการ

องค์ประกอบนี้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการจัดการบริการให้ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับมี ประสิทธิภาพ เนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพที่เข้ามาปฏิบัติงานในส่วนที่รับผิดชอบงานบริการของศูนย์ดูแล ผู้สูงอายุแบบไปกลับที่ได้ดำเนินการ ควรมีความรู้ มีทักษะเฉพาะสาขาวิชาชีพ เพราะบุคลากรเหล่านี้มี ส่วนในการนำความรู้ในสาขาเฉพาะมาใช้ในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุ ร่วมกันกับทีมบนพื้นฐานความ ต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ รายบุคคล เพราะปัญหาของผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการที่ศูนย์ดูแลอาจมี ปัญหาที่ซับซ้อนทั้งทางด้านสุขภาพกาย จิต และสังคม ดังนั้นการทำงานเป็นทีมโดยวิธีการประชุม ปรึกษาหารือในการวางแผนการดูแลร่วมกัน การพัฒนาองค์ความรู้ในการดูแลร่วมกันโดยการจัดทำ conference หรือกรณีศึกษา เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงรายบุคคล

ซึ่งการทำงานกันเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพจะทำให้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุรายคนเนการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมจึงส่งผลให้การดูแลมีประสิทธิภาพสูง

องค์ประกอบที่ 3 การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการวางแผนการดูแลและการจัดกิจกรรม เพื่อให้การบริการมีความเหมาะสมตามบริบทของความต้องการของผู้สูงอายุ

องค์ประกอบนี้เป็นองค์ประกอบที่สำคัญและมีบทบาทที่สำคัญในความสำเร็จของการบริหารจัดการในการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการ เพราะผู้สูงอายุมารับบริการในศูนย์ดูแลมีบุคลิกลักษณะเฉพาะ อาทิเช่น วิธีการดำเนินชีวิตปกติที่บ้าน ความชอบการทำกิจกรรมต่าง ๆ งานอดิเรก อาหารที่ชอบรับประทาน นอกจากนั้นปัญหาผู้สูงอายุมีปัญหาจากภาวะสุขภาพที่แตกต่างกัน รวมทั้งหลังจากการประเมินภาวะสุขภาพพื้นฐาน การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการประเมินความต้องการการดูแลทั้งด้านกาย จิต และสังคม ผู้ให้บริการจะนำข้อมูลทั้งหมดมาพูดคุยกับผู้สูงอายุและญาติเพื่อทำการปรึกษาร่วมกันในการวางแผนในการจัดแนวทางการให้การดูแลที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุต่อไป

โดยสรุปแล้วพบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับนี้หากศูนย์ดูแลได้นำไปดำเนินการในแต่ละองค์ประกอบให้ครบถ้วนตามบริบทของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุบนพื้นฐานมาตรฐานการดูแลในแต่ละองค์ประกอบ โดยมีการเชื่อมโยงการทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ และผู้ป่วยและญาติในบริบทของการสนับสนุนซึ่งกันและกัน จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้สูงอายุที่เข้ามาใช้บริการต่อไป

3. ผลการศึกษาวิจัยในระยะที่ 3 ได้นำเสนอผลการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับดังนี้

ผู้วิจัยและคณะได้นำร่างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับที่ผ่านการแสดงความคิดเห็นของผู้พัฒนา ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย รวมทั้งผู้สูงอายุ แล้วประเมินความเหมาะสมของรูปแบบโดยใช้แบบประเมินที่ประยุกต์มาจากหลักการ The Appraisal of Guidelines Research and Evaluation (The Agree Collaboration, 2010) โดยมีคำถามครอบคลุม 6 มิติ ได้แก่ 1) มิติด้านขอบเขตและเป้าหมาย 2) ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย 3) ด้านความน่าเชื่อถือในการพัฒนารูปแบบ 4) ด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ 5) ด้านการนำรูปแบบไปใช้ 6) ด้านอิสระในการพัฒนารูปแบบ โดยผู้ประเมินรูปแบบเป็นผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการด้านการดูแลผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น 15 คน

ผลการประเมิน พบว่าผู้เชี่ยวชาญที่ทำการประเมินรูปแบบการดูแลทุกคน เห็นด้วยกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับที่พัฒนาขึ้นร้อยละ 100 มีค่าความเชื่อมั่นในภาพรวม 0.93 สามารถอธิบายเป็นค่าความเชื่อมั่นในแต่ละด้านดังนี้ ด้านขอบเขตและเป้าหมาย (scope and purpose) 0.92 ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder involvement) มีค่าความเชื่อมั่น 0.92 ด้านความน่าเชื่อถือของรูปแบบ (rigor and development) มีค่าความเชื่อมั่น 0.91 ด้านความชัดเจนและการนำเสนอ (clarity and presentation) มีค่าความเชื่อมั่น 0.94 ด้านการนำรูปแบบไปใช้ (applicability) มีค่าความเชื่อมั่น 0.91 ด้านความเป็นอิสระ (editorial independence) มีค่าความเชื่อมั่น 0.97 โดยสรุปเห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยโดยมีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาระยะที่ 1 โดยดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาระยะที่ 1 เป็นการศึกษาความต้องการพื้นฐานในการจัดการบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังรายละเอียด

กลุ่มตัวอย่างส่วนที่ 1 ประชากรที่ใช้ในการศึกษาคือประชากรเป็นที่มารับบริการในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพา มีอายุ 20 ปีขึ้นไปสามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยเป็นอย่างดี และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามในงานวิจัย จำนวน 384 คน

กลุ่มตัวอย่างส่วนที่ 2 เป็นขั้นตอนการสัมภาษณ์เพื่อค้นหาความต้องการพื้นฐานในการจัดการบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้บริการในให้บริการสุขภาพ เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และผู้สูงอายุ จำนวน 50 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความต้องการพื้นฐานในการจัดการบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นมีจำนวน 36 ข้อ

ส่วนที่ 2 แนวทางในการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วงเดือน มิถุนายน –ตุลาคม 2556

3. นำข้อมูลทั้งหมดมาทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติดังนี้

3.1 ข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.2 ข้อมูลเชิงคุณภาพผู้วิจัยวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลในเชิงเนื้อหา (narrative summary)

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยโดยมีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาระยะที่ 1 แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ส่วน

ผลการศึกษาส่วนที่ 1 เป็นการศึกษาความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยจากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 64.3 อายุต่ำกว่า 40 ปี ร้อยละ 41.4 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 97.7 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 55.7 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไปร้อยละ 68.2 ประกอบอาชีพรับจ้างร้อยละ 43.2 มีรายได้ระหว่าง 10,000 - 20,000 บาทร้อยละ 35.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีผู้สูงอายุอยู่ในบ้าน ร้อยละ 70.80 ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่พักในบ้านมีภาวะสุขภาพดีและสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ร้อยละ 77.57 ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอยู่บ้านคนเดียวเมื่อกลุ่มตัวอย่างออกไปนอกบ้านร้อยละ 54.77 ร้อยละ 97.43 ของกลุ่มตัวอย่างไม่จ้างผู้ดูแลมาดูแลผู้สูงอายุ มีเพียงร้อยละ 2.57 ที่มีการจ้างผู้ดูแลมาดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลที่ดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นชาวไทยร้อยละ 54.14 และร้อยละ 85.71 ของผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่มีความรู้และไม่ผ่านการอบรมใด ๆ แต่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุมาก่อน

สำหรับความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของกลุ่มตัวอย่าง ในด้านสถานที่ของสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นว่าสถานบริการแบบไปกลับควรมีห้องหรือพื้นที่ส่วนกลางสำหรับทำกิจกรรมร่วมกันร้อยละ 79.9 มีบริเวณที่เป็นสนามหญ้าหรือสวนหย่อมเพื่อใช้ในพักผ่อนร้อยละ 75 มีพื้นที่สำหรับออกกำลังกายกลางแจ้งร้อยละ 73.4 มีพื้นที่สำหรับออกกำลังกายในร่มร้อยละ 74.5 มีห้องนอนพักเป็นสัดส่วนร้อยละ 60.7 มีตู้เก็บของส่วนตัวที่เป็นสัดส่วนร้อยละ 82.6 มีห้องทำกิจกรรมทางศาสนามื้อละ 88.8 มีห้องรับประทานอาหารส่วนกลางร้อยละ 87.8 และ มีห้องพักผ่อน/ดูทีวี ส่วนกลางร้อยละ 92.2 สำหรับความต้องการด้านการบริการของกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คิดว่าสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับควรมีกิจกรรมตรวจสุขภาพเบื้องต้นให้ผู้สูงอายุเดือนละ 1 ครั้งร้อยละ 89.6 ควรมีกิจกรรมตรวจสุขภาพฟันให้ผู้สูงอายุ ปีละ 2 ครั้งร้อยละ 91.9 ควรมีกิจกรรมตรวจสุขภาพประจำปีให้ผู้สูงอายุปีละ 1 ครั้งร้อยละ 99 ควรมีการจัดเตรียมอาหารกลางวัน และอาหารว่างให้ผู้สูงอายุร้อยละ 91.7 ควรมีกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องทั่วไปให้แก่ผู้สูงอายุ ร้อยละ 93.2 ควรมีกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ หรือกิจกรรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ร้อยละ 93.5 ควรมีกิจกรรมนันทนาการให้แก่ผู้สูงอายุร้อยละ 84.1 ควรมีบริการรถรับส่งที่บ้านร้อยละ 81.3 ควรมีบริการรถรับส่งผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลเมื่อแพทย์นัดร้อยละ 88.8 และ ควรมีบริการรถรับส่งผู้สูงอายุไปโรงพยาบาลเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินร้อยละ 93.0 นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความต้องการให้มีสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในชุมชน ร้อยละ 76.6 มีความสนใจไปใช้บริการสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับร้อยละ 74.2 และคิดว่าถ้ามีสถานบริการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในชุมชนมีประโยชน์มากต่อกลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 93.8

ผลการศึกษาส่วนที่ 2 เป็นการศึกษาความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยตามแนวคิดของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การดำเนินการศึกษาโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องหรือผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 50 คน ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 70 นับถือศาสนาพุทธ มีอายุระหว่าง 30-40 ปี ร้อยละ 32 มีสถานภาพสมสร้อยละ 58 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า

ร้อยละ 70 ประกอบอาชีพพนักงานมหาวิทยาลัยร้อยละ 52 และมีรายได้มากกว่า 30,000 บาทขึ้นไปร้อยละ 50

สำหรับผลการศึกษาที่ได้จากข้อสรุปจากการประชุมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้และจากการสามารถสรุปประเด็นทั้งหมดดังนี้ ประเด็นเรื่องโครงสร้างสถานที่และความปลอดภัย ประเด็นเรื่องกิจกรรมหรืองานบริการ ประเด็นเรื่องบุคลากรที่ให้บริการ ประเด็นเรื่องค่าบริการ และประเด็นเรื่องประโยชน์ของการดำเนินการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ดังรายละเอียด

ประเด็นเรื่องโครงสร้างสถานที่และความปลอดภัยผลจากการประชุมและการสัมภาษณ์กลุ่มตัวพบว่าเรื่องที่ตั้งของสถานที่ ควรเป็นสถานที่ที่มีการคมนาคมสะดวก อาจเป็นพื้นที่ในชุมชนหรือในโรงพยาบาลที่มีพื้นที่เฉพาะ ไม่ควรจัดไว้ในส่วนเดียวกับอาคารโรงพยาบาลเพราะจะทำให้คล้ายกับคนป่วย สถานที่ควรเป็นที่สงบเงียบ ใกล้ธรรมชาติ หรือมีต้นไม้ สนามหญ้า ไม่แออัด สำหรับอาคารสถานที่นั้น ควรมีพื้นที่มากพอที่จะให้บริการ ควรจะมีการกำหนดพื้นที่ห้องให้เป็นสัดส่วนเช่นพื้นที่สำหรับการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เช่นพื้นที่สำหรับพักผ่อนดูทีวี ฟังเพลง ห้องพระ มุมอ่านหนังสือ พื้นที่สำหรับรับประทานอาหารและห้องโถงที่สามารถทำกิจกรรมร่วมกัน สำหรับห้องพักผ่อนสำหรับผู้สูงอายุที่ใช้พักในตอนกลางวันนั้น สามารถทำได้ทั้งห้องแยก และห้องรวมที่ผู้สูงอายุได้นอนพักด้วยกัน อาคารนั้นควรจะต้องจัดทั้งห้องที่มีพัดลม แอร์ และสามารถเปิดโล่งเพื่อให้สามารถรับลมได้ และสำหรับความสะอาดของอาคาร ห้องบริเวณภายในอาคารต้องมีความสะอาด ทำให้น่าอยู่นอกจากนี้ห้องส้วมห้องอาบน้ำนั้นควรจะเป็นไปตามมาตรฐานของอาคารสถานที่ที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ ทั้งนี้อาคารควรเน้นเรื่องระบบความปลอดภัย เช่น การจัดทำทางลาด ทางเชื่อม ราวบันได และแสงสว่างภายในอาคารเพื่อลดการเกิดอุบัติเหตุกับผู้สูงอายุ

ประเด็นเรื่องกิจกรรมหรืองานบริการผลจากการประชุมและการสัมภาษณ์กลุ่มตัวพบว่ากิจกรรมบริการที่จัดในสถานบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ตามความต้องการควรมีบริการหรือมีกิจกรรมดังรายละเอียดต่อไปนี้ งานบริการด้านสุขภาพ ควรมีการดำเนินกิจกรรมเรื่องการดูแลสุขภาพ การสร้างเสริมสุขภาพเบื้องต้น การให้ความรู้ทางด้านสุขภาพ การตรวจสุขภาพประจำปีโดยบุคลากรทางด้านสุขภาพ การตรวจสุขภาพประจำปีโดยแพทย์ของโรงพยาบาล การตรวจสุขภาพฟัน การนวดแผนไทย การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกรณีการให้ความรู้ด้านสุขภาพหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นควรเน้นการฝึกปฏิบัติที่สามารถทำได้ด้วยตนเอง มากกว่าความรู้ในทางทฤษฎี งานบริการฟื้นฟูสภาพนั้นเป็นงานบริการการฟื้นฟูสมรรถนะของร่างกายโดยเฉพาะ เช่นการบริการกายภาพบำบัด หรือกิจกรรมบำบัด กิจกรรมศาสนาเช่นการสวดมนต์ การไหว้พระ การดำเนินกิจกรรมทางศาสนาเช่นนิมนต์พระมารับบิณฑบาต เป็นต้น กิจกรรมสันทนาการ เช่นกิจกรรมการสนทนากลุ่ม การร้องเพลง การเล่นเกม การออกกำลังกาย การว่ายน้ำ การเต้นรำ การทำงานฝีมือ งานวาดภาพระบายสี งานศิลปะ หรือกิจกรรมรื่นเริงต่างๆที่สามารถฝึกสมอง ฝึกกล้ามเนื้อ เน้นการผ่อนคลายเป็นหลัก ซึ่งควรมีกิจกรรมที่หลากหลายเพื่อให้มีทางเลือกสำหรับผู้สูงอายุ เป็นกิจกรรมที่ไม่ต้องใช้กำลังมาก และเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสมัครใจทำ ซึ่งประเด็นกิจกรรมสันทนาการนั้นอาจเป็นกิจกรรมจากบุคลากรหลากหลายสาขาวิชาชีพหรือการเปิดโอกาสให้นิสิตสาขาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม กิจกรรมการดูแลกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้ หรือต้องการผู้ช่วยเหลือ คือ การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การทำความสะอาดร่างกาย การเข้าห้องน้ำ การเดินการทรงตัว การช่วยเหลือในการ

ทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่นการออกกำลังกาย เป็นต้น กิจกรรมสนับสนุนเช่นการมีบริการรถรับส่งจากบ้าน มาสถานบริการ การจัดการรับส่งเมื่อต้องไปพบแพทย์ และควรมีโรงพยาบาลฉุกเฉินไว้บริการเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน กิจกรรมสนับสนุนอาทิเช่น การมีบริการจัดเตรียมอาหารกลางวัน หรืออาหารว่างสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งนี้ อาจเป็นบริการเสริมซึ่งขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้สูงอายุเพราะผู้สูงอายุมีความชอบเรื่องการรับประทานอาหารแตกต่างกัน ประเด็นเรื่องบุคลากรที่ให้บริการ ผลจากการประชุมและการสัมภาษณ์กลุ่มตัวพบว่าบุคลากรที่ให้บริการในสถานบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ควรมีลักษณะดังรายละเอียดต่อไปนี้ บุคลากรที่ให้บริการ ควรเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านสุขภาพ และเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพเช่น แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักจิตวิทยา นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ ผู้ช่วยพยาบาล หรือผู้ที่ได้รับการอบรมการดูแลผู้สูงอายุจากสถาบันที่มีการรับรองมาตรฐาน ในกรณีที่เป็นผู้ช่วยพยาบาลหรือผู้ดูแลนั้นควรมีการกำกับดูแลจากพยาบาลวิชาชีพ นอกจากนี้ควรเป็นผู้ที่มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ มีความเอื้ออาทรต่อผู้รับบริการ และมีจิตบริการ สำหรับจำนวนบุคลากรที่ให้บริการนั้นควรจัดให้มีความเหมาะสมกับจำนวนผู้สูงอายุที่มีในการดูแล ขึ้นอยู่กับปัญหาสุขภาพและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุเป็นหลัก อาทิเช่นในกรณีที่ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือหรือมีข้อจำกัดควรจัดให้มีผู้ดูแล 1 ต่อ 1 หรือกรณีที่สามารช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วนอาจมีผู้ดูแล 5-10 คน ต่อผู้สูงอายุ 10 คน เป็นต้น

ประเด็นเรื่องค่าบริการจากการประชุมและการสัมภาษณ์กลุ่มตัวพบว่าค่าบริการในสถานบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ควรมีลักษณะดังรายละเอียดต่อไปนี้ถ้าเป็นไปได้ควรเป็นสวัสดิการที่หน่วยงานของรัฐจ่ายให้ หรือกรณีที่ต้องจ่ายด้วยตนเอง ค่าใช้จ่ายในการดูแลต่อคนต่อวันนั้น ราคาค่าบริการวันละ 100-150 บาทต่อวันเป็นราคาที่เหมาะสม และสามารถจ่ายได้ ทั้งนี้ในส่วนค่าใช้จ่ายที่ระบุนี้ไม่รวมค่าอาหาร ค่ารถรับส่งและวัสดุสิ้นเปลือง เช่นแผ่นรองความสะอาด เป็นต้น สำหรับระยะเวลาที่ให้บริการปกติในแต่ละวันนั้นควรจะเริ่มตั้งแต่ 08.00 -16.00 น สำหรับกรณีที่ลูกหลานต้องไปทำงานเช้าและกลับช้า นั้นควรคิดค่าบริการเพิ่มขึ้นกับข้อตกลงการเข้ารับบริการ

ประเด็นเรื่องประโยชน์ของการดำเนินการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ผลจากการประชุมและการสัมภาษณ์กลุ่มตัวพบว่าสถานบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย มีความสำคัญและประโยชน์มากเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนมากจะมีความต้องการในการใช้บริการกลางวันมากกว่ากลางคืน ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือทั้งทางด้านร่างกายและสภาพจิตใจ หากครอบครัว บุคคลในครอบครัวต้องทำงานนอกบ้าน ช่วงกลางวัน ผู้สูงอายุไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จะต้องมีทางเลือกในการให้บริการโดยที่ญาติหรือผู้ดูแลจะไปทำงานได้ การบริการที่ดำเนินการเป็นการดูแลแทนญาติ ในช่วงเวลาที่ญาติไปทำงาน การดูแลช่วงกลางวันมีความสำคัญมากเนื่องจากถ้าผู้สูงอายุอยู่บ้านคนเดียวจะมีปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพ หรือชีวิต เช่น อาจเกิดการพลัดตกหกล้ม การกินยาไม่สม่ำเสมอ ภาวะซึมเศร้า หรืออาการของโรคที่อาจกำเริบแล้วไม่มีผู้ดูแล การดูแลช่วงกลางวันเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละวันและสามารถประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุได้ในระหว่างที่อยู่กับบุคลากรที่มีความรู้ทางการแพทย์ การดูแลช่วงกลางวันมีความสำคัญมาก เนื่องจากลูกหลานไม่มีเวลาทำให้เป็นการ แบ่งเบาภาระลูกหลาน นอกจากนี้ลูกหลานมีความมั่นใจที่จะมาฝากไว้ให้ผู้ดูแลแทน

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลนั้นมีผู้สูงอายุที่ต้องดูแลอยู่ในบ้านถึงร้อยละ 70.80 แสดงให้เห็นได้ว่าปัจจุบันมีประชากรผู้สูงอายุและต้องการการดูแลและจากลูกหลานหรือญาติ จำนวนไม่น้อยโดยเฉพาะในเขตจังหวัดชลบุรี ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2555) ที่ได้ศึกษาการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุทั่วประเทศในปีพ.ศ. 2554 พบว่าแนวโน้มที่ชัดเจนคือ ผู้สูงอายุอาศัยกับบุตรลดลง และการอยู่ตามลำพังกับคู่สมรสเพิ่มขึ้น ซึ่งแนวโน้มดังกล่าวปรากฏทั้งในเมืองและชนบท โดยผู้สูงอายุในชนบทมีสัดส่วนของผู้ที่อาศัยกับบุตรน้อยกว่าในเมือง ในขณะที่มีสัดส่วนผู้ที่อยู่คนเดียว อยู่ตามลำพังกับคู่สมรสสูงกว่า เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยบูรพานั้นส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อาศัยในจังหวัดชลบุรี และจังหวัดใกล้เคียง โดยลักษณะของพื้นที่ส่วนใหญ่อาศัยในชุมชนเมืองเป็นหลัก ซึ่งปัญหาเรื่องการย้ายถิ่นของบุตรในวัยแรงงานอาจจะมึ้นน้อยเมื่อเทียบกับ ผู้สูงอายุที่อาศัยกับบุตรที่มีที่พักอาศัยในเขตชนบท ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในการดูแลของกลุ่มตัวอย่างนั้นส่วนใหญ่มีสุขภาพดี สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ร้อยละ 77.57 ผลการศึกษาครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2555) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่าผู้สูงอายุบอกว่าตนเองมีสุขภาพดีหรือดีมากถึงร้อยละ 42.7 และ กาญจนมา และคณะ (2553) ที่ศึกษาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่าผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุส่วนบอกว่าตนเองมีสุขภาพดีหรือดีมากร้อยละ 19.8 ความแตกต่างที่เกิดขึ้นอาจเป็นประเด็นการรับรู้เรื่องภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ตรงกับกรรับรู้ภาวะสุขภาพที่ตัวผู้สูงอายุได้ประเมินตนเองดังนั้นจึงอาจทำให้เกิดความแตกต่างกันได้

ผู้สูงอายุอยู่บ้านคนเดียวเมื่อกลุ่มตัวอย่างต้องออกไปข้างนอกหรือไปทำงานร้อยละ 54.77 จากการศึกษาของสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (2555) ที่พบว่าแนวโน้มที่ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านคนเดียว ในบางเวลานั้นเนื่องจากบุตรหลานจำเป็นต้องออกไปทำงาน ดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพอาจเกิดปัญหาขาดผู้ดูแล และ สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุที่มีผู้ดูแลแล้วส่วนใหญ่จ้างมาจากศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ไม่ได้ผ่านการอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานที่ได้มาตรฐานรองรับ แต่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุมาก่อนร้อยละ 85.71 จากผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่กลุ่มตัวอย่างได้จ้างมาดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ผ่านการอบรมจากสถาบันหรือหน่วยงานที่ได้มาตรฐาน ซึ่งไม่สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะในต่างประเทศ เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องมีความรู้ทั้งทางทฤษฎีและปฏิบัติ (National Association of Social Workers, 2010) สำหรับผู้ดูแลที่รับจ้างเพื่อดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทยนั้นส่วนใหญ่มาจากศูนย์บริการเอกชนที่ประกอบกิจการในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านในอดีตนั้นอาจไม่ได้มีการควบคุมมาตรฐานการดูแลจากหน่วยงานที่รับผิดชอบ จากปัญหาเรื่องผู้สูงอายุที่มีจำนวนมากขึ้นและมีความต้องการผู้ดูแลจำนวนมากขณะผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่ได้รับการอบรมจากหน่วยงานที่มีมาตรฐานทำให้ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลเสี่ยงต่อการได้รับการดูแลที่ไม่มีมาตรฐาน ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงได้ให้ความสำคัญและออกประกาศกำหนดให้การประกอบกิจการในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านเป็นกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพและพยายามกำหนดกฎระเบียบที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุรวมทั้งมาตรฐานการศึกษาของบุคลากรที่การดูแลผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2552 (ศิริพันธ์ุ สาสัตย์, 2553) ทั้งนี้ผลจากการศึกษาครั้งนี้ผู้ดูแลอาจเป็นผู้ดูแลที่ยังไม่ได้เข้าไปสู่ระบบการศึกษาตามที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด จึงเป็นเหตุผลที่ไม่ได้รับการอบรมอย่างถูกต้อง

ความต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับจากการวิเคราะห์ความต้องการในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับพบว่ารูปแบบการจัดบริการของกลุ่มตัวอย่างทั้งข้อมูลในเชิงปริมาณและคุณภาพมีความสอดคล้องกันคือบริการที่ต้องการนั้นส่วนใหญ่เรื่องสถานที่ให้บริการควรมีมาตรฐานความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมโดยรอบนั้นสะอาด การเดินทางสะดวก สำหรับการบริการเป็นการบริการแบบผสมผสานระหว่างแนวคิดของรูปแบบการดูแลทางสังคมกับการดูแลในรูปแบบการบริการทางการแพทย์ คือเน้นการบริการการดูแลด้านกิจวัตรประจำวัน เน้นการบริการแบบเป็นการดูแลทั่ว ๆ ไป ที่ครอบคลุมการบริการเรื่อง การดูแลเรื่องอาหาร การดูแลท่าความสะอาดร่างกาย อาบน้ำ หรือกิจกรรมสันทนาการ และการดูแลเรื่องบริการการรักษาบางเรื่องที่มีความจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ซึ่งคล้ายคลึงกับการบริการศูนย์ดูแลแบบไปกลับบางส่วนในประเทศสหรัฐอเมริกา (NADSA, 2010) สำหรับรูปแบบการดูแลที่เน้นทางสังคม (social model) Hsiung (2003) กล่าวว่า รูปแบบการดูแลที่มีแนวคิดเชิงสังคมคือ ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะมีกิจกรรมการดำเนินชีวิตในประจำวันที่แตกต่างกัน กิจกรรมในศูนย์ดูแลนี้เป็นกิจกรรมด้านการให้ความรู้ การบริการอาหาร และการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ สำหรับรูปแบบการดูแลแบบการแพทย์ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะมีความต้องการในการช่วยเหลือ การรับรับประทานอาหาร การเข้าห้องน้ำ บริการจะรวมถึงงานบริการทางการแพทย์ และบริการทางการแพทย์ อาทิเช่น กายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด กิจกรรมต่าง ๆ การบริการโภชนาการ (Hsiung, 2003)

จากผลการศึกษาการบริการที่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาต้องการนั้นมีความแตกต่างกับศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันของประเทศไต้หวันที่มีการแบ่งระดับความรุนแรงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่ชัดเจนตั้งนั้นการบริการของ ศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันของไต้หวันแบ่งออกเป็น 3 ประเภท ประเภทที่ 1 คือศูนย์ที่ดูแลผู้ป่วยที่มีความพิการระดับปานกลางถึงมาก และมีข้อจำกัดในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน อย่างน้อย 3 กิจกรรม ประเภทที่ 2 เป็นศูนย์ที่ดูแลผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการดำเนินกิจวัตรประจำวันอย่างเดียว และประเภทที่ 3 เป็นศูนย์สำหรับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี หรือลักษณะคล้ายคลึงกับศูนย์ผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกา ดังนั้นศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันของประเทศไต้หวันจะมีความเฉพาะเจาะจงมากกว่า (Hsiung ,2003) สำหรับงานบริการการดูแลตามแนวคิดความต้องการบริการของศูนย์ดูแลแบบไปกลับหรือแบบกลางวันของประเทศไทยนั้นยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจนการศึกษาครั้งนี้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่ผู้วิจัยจำเป็นต้องนำไปวิเคราะห์รูปแบบและนำไปศึกษาหาความต้องการจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวกับต้องการพื้นฐานในการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย ซึ่งข้อมูลที่ได้สามารถนำไปพัฒนางานวิจัยเรื่องการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุในสถานบริการต่อไป
2. ศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับรูปแบบที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในเชิงลึก

บทที่ 6

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยโดยมีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาในระยะที่ 2 โดยมีวัตถุประสงค์ในการศึกษาเพื่อสร้างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ และระยะที่ 3 เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ โดยดำเนินการวิจัยตามขั้นตอนดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในระยะที่ 2 ประกอบด้วย ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วยกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุในแต่ละสาขาวิชาชีพ ผู้บริหารองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรให้บริการในให้บริการสุขภาพทั้งภาครัฐ และเอกชน ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้สูงอายุ ญาติและผู้ดูแลผู้สูงอายุจำนวน 50 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างและข้อคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับสถานการณ์ และความคาดหวังของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ และการสร้างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ ที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก และการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม สำหรับข้อคำถามปลายเปิดที่ใช้ผู้วิจัยประยุกต์จากแนวคิดการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยกำหนดเป้าหมายในการสัมภาษณ์ และดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ใน 3 ประเด็นหลัก ๆ คือ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันเป็นอย่างไร เป้าหมายที่ต้องการในการพัฒนาการจัดบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับเป็นอย่างไร และ จะดำเนินการอย่างไรให้รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับไปถึงเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยดำเนินการเชื่อมโยงทั้ง สามแนวคิดในการตั้งคำถาม

3. นำข้อมูลทั้งหมดมาทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติดังนี้ ข้อมูลเชิงปริมาณผู้วิจัยวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพผู้วิจัยวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) และนำเสนอข้อมูลในเชิงเนื้อหา (narrative summary)

4. พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ

5. การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยโดยมีรายละเอียดวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาระยะที่ 2 และ ระยะที่ 3 โดยการศึกษาระยะที่ 2 มีวัตถุประสงค์หลักเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และ การศึกษาในระยะที่ 3 มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับซึ่งผลการศึกษาระยะที่ 2 และ 3 สามารถสรุปได้ดังนี้

ผลการศึกษาระยะที่ 2

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 60 นับถือศาสนาพุทธ มีอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 30 มีสถานภาพสมรสร้อยละ 58 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 50 ประกอบอาชีพค้าขายร้อยละ 32 มีรายได้ระหว่าง 20,000 -30,000 บาทร้อยละ 32 สำหรับผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับจากการเสนอแนะข้อมูลเพื่อใช้ในการจัดบริการ การดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับตามแนวคิดของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในประเด็นของสถานการณ์และความคาดหวังของรูปแบบการจัดการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ องค์ประกอบในการจัดบริการจัดการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับควรเป็นอย่างไร ซึ่งผู้วิจัยนำเสนอผล ในประเด็นหลัก ดังนี้

สถานการณ์และความคาดหวังของการจัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับนั้นสามารถสรุปได้ออกเป็น 3 ชั้นดังนี้

ชั้นตอนที่ 1. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในปัจจุบัน

- 1.1. สภาวะแวดล้อมและวิธีการดำเนินของผู้สูงอายุมีผลต่อกระทบต่อการจัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ
- 1.2. สำหรับนโยบายของประเทศไทยนั้นในภาพรวมเรื่องภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุนั้นพบว่าไม่มีเอื้อต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์ให้เห็นชัด
- 1.3. รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุช่วงกลางวันในปัจจุบันส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอยู่บ้านคนเดียว ขาดการดูแลช่วงระหว่างวันและส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพมากสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องของการดำเนินกิจวัตรประจำวัน
- 1.4. การจัดบริการสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในศูนย์ดูแลแบบไปกลับที่คาดหวังควรเน้นเรื่องของการจัดสถานที่ หรือการจัดตั้งสถานที่ในชุมชน เพราะผู้สูงอายุเดินทางไปสะดวกและไม่ไกลจากบ้าน สำหรับกิจกรรมที่ควรจัดสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ดำเนินการในช่วงระหว่างวัน กิจกรรมควรเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและเพื่อให้ผู้สูงอายุมีโอกาสในการพบปะพูดคุยกับผู้อื่น มากกว่าเน้นเรื่องการรักษา

ชั้นตอนที่ 2 ความต้องการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับให้ไปถึงเป้าหมาย

- 2.1 การกำหนดเป้าหมายของรูปแบบดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับให้ชัดเจน
- 2.2 การออกแบบรูปแบบกิจกรรมหรืองานบริการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ศูนย์ดูแลแบบไปกลับ ซึ่ง การออกแบบรูปแบบการบริการนั้นควรศึกษาและดำเนินการตามมาตรฐานของประเทศที่มีการนำรูปแบบบริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ ไปดำเนินการใช้บริการต้องเป็นไปตามมาตรฐาน

วิชาชีพของบุคลากรแต่ละสาขาวิชาชีพ บุคลากรมีคุณสมบัติที่ตรงกับบทบาทหน้าที่รับผิดชอบ การออกแบบกิจกรรมบริการนั้นต้องมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายให้ชัดเจน รูปแบบกิจกรรมควรดำเนินการตั้งแต่ แรกเริ่ม จนกระทั่งจำหน่าย

2.3 การดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ หรือการให้บริการ ต้องมีแผนการป้องกันความเสี่ยงของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในเรื่องของสถานที่ และสิ่งแวดล้อม และ ความปลอดภัยและความเสี่ยงจากงานบริการ

2.4 การดำเนินงานนั้นต้องมีการจัดระบบฐานข้อมูลและสารสนเทศให้ทันสมัยตลอดเวลา

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับให้ไปถึงเป้าหมาย

3.1 การพัฒนาบุคลากรให้มีความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

3.2 พัฒนางานบริการโดยเน้นให้ผู้สูงอายุและญาติมีส่วนร่วม

3.3 การสนับสนุนความก้าวหน้า และสวัสดิการของบุคลากร

3.4 มีการประเมินผลลัพท์ของการดำเนินงานเพื่อใช้ในการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง

3.5 การพัฒนาระบบสื่อสารภายในหน่วยงาน ให้เป็นการสื่อสารแบบสองทาง ทั้งในส่วนผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ

3.6 การจัดการระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีให้มีความทันสมัยและมีประสิทธิภาพ

จากผลการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำข้อมูลมาสร้างรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับและรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลักคือ คือ 1) นโยบายที่ชัดเจนในการจัดการรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ ซึ่งในองค์ประกอบนี้ ประกอบด้วยองค์ประกอบแผนงานและการจัดการเชิงกลยุทธ์ในการจัดการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับประกอบด้วยการจัดการที่มีประสิทธิภาพ 11 ด้าน 2) การมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการในการวางแผนปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีทักษะและคุณลักษณะเฉพาะด้านในการให้บริการ และ 3) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการวางแผนการดูแลและการจัดกิจกรรมเพื่อให้การบริการมีความเหมาะสมตามบริบทของความต้องการของผู้สูงอายุ

สรุปผลการศึกษาในระยะที่ 3 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ

ในการประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับนั้นประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการด้านการดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 15 คนโดยใช้แบบประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับโดยผลการประเมินพบว่าผู้เชี่ยวชาญที่ทำการประเมินรูปแบบการดูแลทุกคน เห็นด้วยกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับที่พัฒนาขึ้นร้อยละ 100 มีค่าความเชื่อมั่นในภาพรวม 0.93 สามารถอธิบายเป็นค่าความเชื่อมั่นในแต่ละด้านดังนี้ ด้านขอบเขตและเป้าหมาย (scope and purpose) 0.92 ด้านผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (stakeholder involvement) มีค่าความเชื่อมั่น 0.92 ด้านความน่าเชื่อถือของรูปแบบ (rigor and development) มีค่าความเชื่อมั่น 0.91 ด้านความชัดเจนและการนำเสนอ (clarity and presentation) มีค่าความเชื่อมั่น 0.94 ด้านการนำรูปแบบไปใช้ (applicability) มีค่าความเชื่อมั่น 0.91 ด้านความเป็นอิสระ (editorial independence) มีค่าความ

เชื่อมั่น 0.97 โดยสรุปเห็นว่ารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับมีความเหมาะสมและสามารถนำไปใช้ได้จริง

การอภิปรายผล

การพัฒนาารูปแบบดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับผู้วิจัยขออภิปรายผลในประเด็นที่น่าสนใจตามกรอบแนวคิดของการวิจัยดังนี้

1. สถานการณ์และความคาดหวังของการจัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับเป็นอย่างไร
2. ต้องการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับให้ไปถึงเป้าหมายใด
3. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับให้ไปถึงเป้าหมายจะทำอย่างไร
4. ความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ

สถานการณ์และความคาดหวังของการจัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับเป็นอย่างไร

จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับโดยส่วนใหญ่มีความคิดเห็นไปในทางเดียวกันคือ เพราะปัจจุบันประเทศไทยต้องเผชิญกับปัญหาของอัตราการสูงอายุเพิ่มขึ้น จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นนั้นจำเป็นต้องได้รับการดูแลมากขึ้นเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 โรค และด้วยความเสื่อมตามวัยที่สูงขึ้นผู้สูงอายุอาจต้องการการพึ่งพาจากลูกหลาน ขณะเดียวกันลูกหลานมีความจำเป็นในการออกไปทำงานนอกบ้านโดยเฉพาะเวลากลางวันดังนั้นเมื่อผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือจึงขาดผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือ ประกอบกับเมื่อผู้สูงอายุอยู่ที่บ้านอาจเกิดอุบัติเหตุได้หลากหลาย เช่นการหกล้ม การดำเนินชีวิตประจำวัน เช่นการรับประทานอาหาร การรับประทานยาซึ่งมีโอกาสเกิดความผิดพลาดสูงมาก (Marek & Antle, 2008) เป็นต้น ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับจึงเป็นความคาดหวังของญาติ เพราะญาติ โดยเฉพาะบุตร หลานจะสามารถไปทำงานในช่วงเวลากลางวันได้และผู้สูงอายุมีผู้ดูแลที่มีประสิทธิภาพ ทำให้บุตร หลานลดความวิตกกังวลได้ ซึ่งความคาดหวังการมีศูนย์ดูแลผู้สูงอายุที่มีรูปแบบไปกลับที่เหมาะสมนั้นมีความสอดคล้องกับการพัฒนาศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับของประเทศสหรัฐอเมริกาที่เห็นว่า การพัฒนาศูนย์ดูแลแบบไปกลับนี้จะสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุที่ต้องการความช่วยเหลือบางส่วนและไม่ต้องการไปอาศัยในบ้านพักของผู้สูงอายุแบบถาวร หรือไม่ต้องการจ้างคนมาดูแลที่บ้าน ในขณะที่ญาติ หรือสมาชิกในบ้านสามารถออกไปทำงานได้ (Pandya, 2004) นอกจากนี้ศูนย์ดูแลแบบไปกลับยังเป็นแหล่งสนับสนุน หรือช่วยทำให้ผู้ดูแลหลักที่บ้านได้มีโอกาสในการพักผ่อนช่วงเวลาเพื่อทำกิจกรรมส่วนตัว หรือผู้ดูแลหลักอาจมีภารกิจสำคัญของชีวิตที่ต้องการพักจากการดูแลผู้สูงอายุ (NADSA, 2010) นอกจากนี้บางศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับยังช่วยให้ความรู้กับผู้ดูแลด้วย

จากปัญหาความต้องการของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียประกอบกับสถานการณ์ปัญหาของประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น เมื่อสืบค้นนโยบายของรัฐบาลในการสนับสนุนการพัฒนารูปแบบการดูแลแบบไปกลับนั้นพบว่า นโยบายในการสนับสนุนให้มีการดำเนินการนั้นไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน เนื่องจากนโยบายต่างๆ นั้นมุ่งเน้นการส่งเสริม การป้องกัน และ การดูแลที่บ้านเป็นหลัก แม้จะเริ่มมีหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นบางแห่งเริ่มดำเนินการจัดตั้งศูนย์ดูแลแบบไปกลับ แต่ในการกำหนดเป็นนโยบายที่จะพัฒนาให้เป็นรูปธรรมนั้นยังไม่พบว่ามีหน่วยงานใดดำเนินการ ซึ่งสามารถสนับสนุนแนวคิดนี้จากการทบทวนแผน

ผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 ปีพ.ศ. 2552 (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2552) พบว่า ในแต่ละยุทธศาสตร์ที่ระบุในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 ปีพ.ศ. 2552 ไม่พบว่ามีภาระบ่งชี้มาตรการในการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ แต่เน้นเนื่องการสนับสนุนการดูแลระยะยาว ระบบประกันสังคม การดูแลโรคเรื้อรังในชุมชน การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกพื้นฐานเช่น การปรับปรุงระบบขนส่งสาธารณะสำหรับผู้สูงอายุ การปรับปรุงทางเดิน ถนน ห้องน้ำให้เหมาะกับผู้สูงอายุ และการส่งเสริมสุขภาพเช่นการสนับสนุนสถานที่ออกกำลังกาย นอกจากนี้ในแผนพัฒนายังมุ่งเน้นที่จะพัฒนาบุคลากรให้มีจำนวนเพียงพอในการดูแลผู้สูงอายุเป็นต้น นอกจากนี้ในทิศทางของนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เรื่องการดูแลผู้สูงอายุไทยรองรับสังคมสูงวัย กระทรวงสาธารณสุขมุ่งเน้นการพัฒนาหอครอบครัวที่จะเข้าไปดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน และกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านและติดเตียงซึ่งรูปแบบของหอครอบครัวยังไม่ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนเพราะกำลังอยู่ในระยะเวลาของการพัฒนารูปแบบหอครอบครัว (สมัชชาสุขภาพ, 2557) ดังนั้นเมื่อกลับไปดูความต้องการของญาติกับปัญหาของผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลแล้วจะพบว่านโยบายในการสนับสนุนเรื่องการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับจากรัฐบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนั้นอาจจะยังไม่ชัดเจน

และเมื่อศึกษารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุช่วงกลางวันในปัจจุบันเป็นอย่างไรพบว่า ปัจจุบันนี้ไม่พบว่า มีรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับเหมือนศูนย์ดูแลแบบไปกลับสำหรับเด็ก แต่พบว่าส่วนใหญ่เป็นการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอยู่ที่บ้านขณะที่ลูก หลานออกไปทำงาน และ บางครอบครัวอาจมีการจ้างผู้ดูแลจากศูนย์ดูแลมาดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งผู้ดูแลที่มาดูแลส่วนใหญ่เป็นชาวต่างชาติที่ไม่ได้ผ่านการอบรมตามหลักสูตรมาตรฐานที่กระทรวงศึกษาธิการกำกับ จึงทำให้ญาติ หรือบุตรหลานเกิดความวิตกกังวลขณะที่ต้องออกไปทำงาน ขณะที่รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุช่วงกลางวันที่คาดหวังว่าควรเป็นอย่างไรผู้ให้ข้อมูลเน้นว่า สถานที่ตั้งน่าจะอยู่ในชุมชนมากกว่าในโรงพยาบาล เพราะสะดวกในการเดินทาง สิ่งแวดล้อมคล้ายคลึงกับบ้าน ซึ่งแนวคิดนี้สอดคล้องกับ Moore, 2005 ที่ให้ข้อเสนอแนะว่าการเริ่มก่อตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับนั้นมีหลากหลายแนวคิด เนื่องจากมีความแตกต่างกันตามบริบทของพื้นที่และสังคมวัฒนธรรมของผู้สูงอายุ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุบางแห่งมีที่ตั้งอยู่บริเวณเดียวกับโบสถ์ ทั้งนี้ขึ้นกับพื้นที่บริบทของผู้สูงอายุในพื้นที่ แต่สิ่งหนึ่งที่เห็นว่าการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับต้องการพื้นที่กว้างพอสมควรในการดำเนินกิจกรรม สถานที่ ที่สามารถมองเห็นได้ง่ายจากภายนอกเพื่อให้ความรู้สึกเหมือนว่าผู้สูงอายุ และบุคคลภายนอกมีปฏิสัมพันธ์กันตลอดเวลา สำหรับกิจกรรมเน้น กิจกรรมที่ทำร่วมกันเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มาพบปะพูดคุยกัน เน้นกิจกรรมสนุกสนาน เช่น การเล่นเกม ดนตรี สันทนาการต่าง ๆ และควรมีกิจกรรมที่ทำร่วมกัน เช่น การสวดมนต์ นั่งสมาธิ รวมทั้งกิจกรรมการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ กิจกรรมการตรวจสุขภาพเบื้องต้น สำหรับการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารนั้น อาจมีการจัดอาหารให้ตามความเหมาะสมทางศูนย์ดูแลผู้สูงอายุจัดเตรียมอาหารว่าง เครื่องดื่มร้อน หรือเย็น สำหรับอาหารกลางวันอาจให้ผู้สูงอายุนำมารับประทานเอง ซึ่งรูปแบบที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียคาดหวังนั้นจะมีความคล้ายคลึงกับศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับที่เน้นการดูแลแบบผสมผสานทั้งศูนย์ดูแลที่มีรูปแบบการดูแลทางการแพทย์ รวมกับการดูแลที่เน้นกิจกรรมทางสังคม (NADSA, 2010) การดำเนินการของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับนั้นหากเป็นไปได้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียส่วนใหญ่เห็นด้วยในการเปิดให้บริการในช่วงเวลากลางวันแต่อาจขอให้เปิดทำงานเช้ากว่าเวลาราชการ เนื่องจากบุตรหลานอาจต้องไปส่งก่อนไปทำงานและผู้สูงอายุนั้นส่วนใหญ่ตื่นเช้า สำหรับระยะเวลากลับบ้าน อาจขอให้ปรับตามความเหมาะสมของผู้สูงอายุและญาติแต่ไม่เกิน 6 โมงเย็นเป็นต้น ซึ่งมีความคล้ายคลึงกับศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับจะเปิดทำการในช่วงเวลากลางวัน ระยะเวลาการให้บริการ

จะต้องน้อยกว่า 24 ชั่วโมง และเปิดทำการเพียง 5 วัน ทำการและหยุดในวันหยุดสุดสัปดาห์ (Kronkosky Charitable foundation, 2005) สำหรับการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุนั้นผู้ให้ข้อมูลเน้นเรื่องของการพัฒนาอย่างมีส่วนร่วมกับผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกภาคส่วนและควรมีการวิเคราะห์ปัญหา โดยเฉพาะประเด็นที่เป็นอาจเป็นปัจจัยเสี่ยง ต่าง ๆ อย่างรอบด้าน อีกทั้งการดำเนินการพัฒนาแนวทางในการดำเนินกิจกรรมการให้บริการต่าง ๆ ควรมีมาตรฐานตามสหสาขาวิชาชีพ และการออกแบบกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุควรให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล

เป้าหมายของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับที่คาดหวังเป็นอย่างไร และจะอย่างไรให้การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับไปถึงเป้าหมาย

รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับที่พัฒนาขึ้นสามารถอธิบายได้ว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 องค์ประกอบหลักคือ 1) นโยบายของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับนั้นควรมีความชัดเจน ซึ่งในองค์ประกอบนี้ครอบคลุมแผนงานและการจัดการเชิงกลยุทธ์ 2) การมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการในการวางแผนปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพที่มีทักษะและคุณลักษณะเฉพาะด้านในการให้บริการ 3) การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการวางแผนการดูแลและการจัดกิจกรรมเพื่อให้การบริการมีความเหมาะสมตามบริบทของความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งองค์ประกอบทั้ง 3 องค์ประกอบนี้มีความเชื่อมโยงกัน โดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้นมานี้เป็นรูปแบบที่มีความสอดคล้องกับการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับที่พัฒนาขึ้นในประเทศไอร์แลนด์ (McGivern, 2004) ที่พบว่า โดยเฉพาะในองค์ประกอบที่ 1 เรื่อง นโยบายและความชัดเจนของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุ เนื่องจากในแต่ละรูปแบบการดูแลมีจุดมุ่งหมายที่แตกต่างกันดังนั้นควรมีการตั้งเป้าหมายให้ชัดว่าจะให้บริการในรูปแบบใด เช่น รูปแบบการดูแลที่ให้บริการสำหรับผู้สูงอายุที่เตรียมความพร้อมจะเข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาว ซึ่งรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุรูปแบบนี้ อาจให้มีผู้ช่วยเหลือในการช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันและการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล ขณะที่รูปแบบการดูแลที่เป็นชมรมผู้สูงอายุที่เน้นกิจกรรมทางสังคม เป็นรูปแบบการดูแลที่เน้นการมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อน ๆ และกับสังคมผ่านการทำกิจกรรม สนับสนุนในแต่ละบุคคลได้พัฒนาตนเอง โดยจะครอบคลุมกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพด้วยจากแนวคิดการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับของไอร์แลนด์จะชี้ให้เห็นถึงรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุนั้นจะต้องสอดคล้องกับนโยบายของการจัดตั้งศูนย์ดูแลแบบไปกลับ ว่ามีนโยบายในการให้บริการรูปแบบไหน เพราะกลุ่มเป้าหมายที่เข้ามาใช้บริการมีความแตกต่างกัน ดังนั้นการพัฒนารูปแบบการดูแลที่ชัดเจนและมีมาตรฐานจำเป็นต้องอยู่ภายใต้ต้นนโยบายการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ เมื่อมีรูปแบบการดูแลที่ชัดเจน ขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติต่าง ๆ ซึ่งประกอบด้วย แนวปฏิบัติในการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนก่อนเข้ารับบริการ แนวปฏิบัติในการดำเนินกิจกรรมที่ต้องดำเนินการในขั้นตอนการให้บริการระหว่างวัน แนวปฏิบัติในการดำเนินกิจกรรมที่ให้บริการ แนวปฏิบัติในการบันทึกข้อมูลของผู้เข้ารับบริการ แนวปฏิบัติในการสื่อสาร การให้ข้อมูลกับผู้รับบริการ และระหว่างผู้ให้บริการ แนวปฏิบัติในการประกันคุณภาพของงานบริการ แนวปฏิบัติในการบริหารจัดการความเสี่ยง รวมทั้งการพัฒนาแนวปฏิบัติในงานในเรื่องการรับบุคลากรที่เข้ามาทำงาน และ แนวปฏิบัติในเรื่องการกำหนดมาตรฐานของบุคลากรที่เข้ามาปฏิบัติงาน ซึ่งแนวปฏิบัติต่าง ๆ เหล่านี้จะพัฒนาตามกรอบมาตรฐานการปฏิบัติงาน (NIDA, 2010 ;Wilson, 2008)

สำหรับองค์ประกอบที่สำคัญอีก สององค์ประกอบคือ การมีส่วนร่วมของผู้ให้บริการในการวางแผนปฏิบัติงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและญาติในการวางแผนการดูแลและการจัดกิจกรรมเพื่อให้การบริการมีความเหมาะสมตามบริบทของความต้องการของผู้สูงอายุรายบุคคล ซึ่งรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในองค์ประกอบของการสนับสนุนให้ญาติและให้บุคลากรในแต่ละสาขาวิชาชีพได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมในการวางแผนการดูแลนั้นมีความสอดคล้องกับรูปแบบการดูแลของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับของประเทศสหรัฐอเมริกา ที่มีการกำหนดมาตรฐานการดูแลที่เน้นให้สมาชิกในครอบครัวได้มีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามาเรียนรู้การทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุ ทั้งในเรื่องความรู้การดูแลผู้สูงอายุ และการส่งเสริมสุขภาพเป็นต้น (Jarrott et al., 1998) เพราะการให้ญาติ หรือสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทำให้ผู้สูงอายุ มีความรู้สึกถึงความไม่ถูกทอดทิ้งจากญาติ และสมาชิกในครอบครัว อีกทั้งการที่ญาติได้เข้ามามีส่วนร่วมจะทำให้ญาติได้เข้ามามีความรู้ถึงแนวทางในการดูแลและหวังมารับบริการ พัฒนาการของผู้สูงอายุ รวมทั้งปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ เพื่อญาติสามารถนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุขณะที่อยู่บ้าน ทั้งนี้เพื่อผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ

การประเมินความเหมาะสมของรูปแบบนั้นมีผู้ประเมินทั้งหมด 15 คน ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการด้านการดูแลผู้สูงอายุ ผลการประเมินพบว่า รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับนั้นได้รับการยอมรับว่ามีความเหมาะสมและมีความเป็นไปได้ในการนำไปดำเนินการได้จริงซึ่งมีความเชื่อมั่นภาพรวมถึง 0.93 ทั้งนี้เนื่องจากการพัฒนารูปแบบการดูแลครั้งนี้เป็นการพัฒนาที่เริ่มจากการศึกษาความต้องการของผู้ใช้บริการเป็นหลัก คือ ผู้สูงอายุ และญาติ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ทั้งในส่วนของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน ผู้ให้บริการจากหลากหลายวิชาชีพ การนำข้อมูลมาวิเคราะห์และพัฒนา รูปแบบบริการโดยเชื่อมโยงกับมาตรฐานการบริการผู้สูงอายุแบบไปกลับของประเทศสหรัฐอเมริกา ซึ่งเป็นประเทศที่มีการพัฒนางานบริการของศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ มาช้านาน การที่บุคลากรจากหลากหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ ได้มีโอกาสในการมีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลจึงทำให้เห็นถึงความสำคัญของการจัดบริการการดูแลที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุได้ ส่งผลให้มีผู้ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับมีความมุ่งมั่น ตั้งใจ และดำเนินการมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง จึงทำให้งานสำเร็จดังที่คาดหวัง ซึ่งรูปแบบการพัฒนาโดยให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วมนั้นมีความสอดคล้องกับการศึกษา ของลักขณา ผ่องพุทธ (2551) ที่ทำการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ที่พบว่าการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยนั้นหากบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแล รวมทั้งผู้ป่วยและญาติเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของการพัฒนารูปแบบการดูแล จะทำให้ผลลัพธ์ที่ได้ตรงกับความต้องการของผู้พัฒนา และท้ายที่สุดส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยอีกด้วย

ข้อเสนอแนะ

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในครั้งนี้ ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

1. การนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับที่พัฒนาขึ้นโดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทั้งผู้ให้บริการสุขภาพที่เป็นทีมสหสาขาวิชาชีพทั้งภาครัฐและเอกชน ผู้แทนบุคคลากรจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน อสม ผู้สูงอายุ และญาติ และผ่านการประเมินว่ามีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ได้ แต่การพัฒนานั้นส่วนใหญ่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเป็นคนพื้นเพภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยเฉพาะอยู่ในบริบทของพื้นที่จังหวัดชลบุรีเป็นหลัก ดังนั้นการนำรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับที่พัฒนาขึ้นไปใช้ ควรนำไปประยุกต์ใช้ในเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ และควรนำรูปแบบไปผ่านความเห็นชอบจากผู้มีส่วนได้เสียที่สำคัญ รวมทั้งผู้สูงอายุและญาติ เพื่อพิจารณาความเป็นไปได้ต่าง ๆ ก่อนนำรูปแบบไปใช้ต่อไป

2. การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับครั้งนี้ได้กรอบแนวคิดในการพัฒนาซึ่งเป็นโครงสร้างหลักในการจะดำเนินการสร้างศูนย์ดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ หากมีการนำไปใช้จริง การนำองค์ประกอบต่าง ๆ ใน กรอบแนวคิดนี้ไปจัดทำแนวปฏิบัติ รวมทั้งแนวทางในการประเมินผลการดำเนินงานและสื่อสารขั้นตอนต่าง ๆ ทั้งหมด ให้ผู้ที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะผู้ให้บริการรับรู้และนำไปปฏิบัติต่อไป เพื่อนำไปสู่การพัฒนา แนวปฏิบัติงานต่อไป

บรรณานุกรม

- กมล สุดประเสริฐ. (2540). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานประสานโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์
- กัลยา วานิชย์บัญชา. (2549). *สถิติสำหรับงานวิจัย*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กาญจนา พิบูลย์ ภัทร เสงอุดมทรัพย์ Callen, B เวชกา กลิ่นวิจิต พวงทอง งอินใจ และ คณิงนิจอุสิมาศ. (2553). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ*. มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (2552). *แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552*. กรุงเทพฯ ฯ เทพเพ็ญวานิสย์.
- สำนักมาตรฐานการศึกษา สำนักงานสภาสถาบันราชภัฏ กระทรวงศึกษาธิการและสำนักมาตรฐานอุดมศึกษา ทบวงมหาวิทยาลัย (2545). *ชุดวิชาการวิจัยชุมชน*. กรุงเทพฯ: เอส อาร์ พรินติ้ง แมสโปรดักส์.
- เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม และ พรพันธุ์ บุญรัตพันธุ์. (2549). *การสำรวจภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2546-2547*. กรุงเทพฯ: สำนักงานพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารสุขภาพ.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2553). *ทิศทางและแนวโน้มในการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว*. *วารสารสหพยาบาล*, 25(3), 5-10.
- สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. (2555). *รายงานประจำปีสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555*. นนทบุรี: คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2550). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมัชชาสุขภาพ. (2557). *ทิศทางและนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการดูแลผู้สูงอายุไทยรองรับสังคมสูงวัย*. Retrieved February, 1, 2016 from <http://classic.samatcha.org/?q=node/1095>.
- Alkema, G. E., Wilber, K. H., & Enguidanos, S. M. (2007). Community- and facility-based care. In J. A. Blackburn & C. N. Dulmus (Eds.), *Handbook of gerontology: Evidence-based approaches to theory, practice, and policy*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Bloom, D. E., Canning, D., & Fink, G. (2011). *Implications of population aging for economic growth*. Massachusetts Harvard School of Public Health.
- Brodaty, H., Thomson, C., Thompson, C., & Fine, M. (2005). Why caregivers of people with dementia and memory loss don't use services. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(6), 537-546.

- Brouwers, M., Kho, M. E., Browman, G. P., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Hanna, S., Makarski, J. (2010). Appraisal of guidelines for research & evaluation II. *Can Med Assoc J.*, 182, E839-842.
- Campbell, J., Ikegami, N., & Gibson, M. (2010). Lessons from public long-term care insurance in Germany and Japan. *Health Affairs*, 29(1), 87-95.
- Chiu, Y.-K. (2011). *Transition to day care for older people in Taiwan : A grounded theory study*. Queensland University of Technology, Brisbane.
- Cronbach, L. J. (1990). *Essentials of psychological testing*. New York. Hyper Medical Book.
- Dysart-Gale, D. (2007). Respite: Cultural values in North American and Caribbean caring. *Canadian Journal of Communication*, 32(3), 401-415.
- Fairholm, C. (2001). *Design for development an innovative adult day center program in the Metro Salt Lake city area*. The university of Utah, Salt Lake.
- Hsieh, M.-O. (2005). Use and evaluation of day care services by older people with dementia to empirical experience. *Chinese Journal of mental Health* 18(3), 39-69.
- Hsiung, H. F. (2003). Models of long term care services. In H. Z. Chen, M.F.Lee, J. J. Cai, H. F. Mao, S. D. Lee, L. L. Ye & et.al (Eds.), *Long-term care practice*. Taipae: Young Da.
- Hsiung, H. F., Lee, S. T., Yeh, S. H., Tain, M., Chi, S. C., & Lee, M. F. (2001). Investigation of adult day care facilities in Taiwan. *The Journals of Long Term Care*, 1(15), 26-40
- Jarrott, S. E., Zarit, S. H., Berg, S., & Johansson, L. (1998). Adult day care for dementia: A comparison of programs in Sweden and the United States. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 13, 99-108.
- Jeon, Y. N., Chenoweth, L., & McIntosh, H. (2007). Factors influencing the use and provision of respite care services for older families of people with severe mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 16(2), 96-107.
- Jitapunkul, S., Chayovan, N., & Yodpetch, S. (2001). *Elderly in Thailand: An Extensive Review of Current Data and Situation and Policy and Research Suggestions (in Thailand)*. Bangkok.: The Thailand Research Fund.
- Jitapunkul, S., Kamolratanakul, P., & Ebrahim, S. (1994). The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: Development of a new index. *Age and Ageing*, 23, 97-101.
- Keleher, H., & Murphy, B. (2004). *Understanding health: A determinants approach*. Oxford: Oxford University Press.
- Kronosky Charitable Foundation. (2005). *Adult day services*. Retrieved 12 December, 2015 from <http://kronosky.org/Research/Foundation.../DownloadResearch...>

- Lehman, C. A., & Poindexter, A. (2006). Gerontological Nursing: Competencies for care. In K. L. Mauk (Ed.), *The ageing population*. Sudbury, Massachusetts: Jone and Bartlett.
- McGivern, Y. (2004). The role and future development of day services for older people in Ireland. Report no. 79 National Council on Ageing and Older People.
- Marek, K. D., & Antle, L. (2008). Medication management of the community-dwelling older adult In R. G. Hughes (Ed), *Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses*. Rockville, MD : Agency for Healthcare Research and Quality.
- Moon, O. R. (2001). *Outcome and recommendations of International meeting on community health care for older persons in urban areas*. Paper presented at the International Meeting on Community health care for older person in urban areas, Paper presented at the WHO Kobe Center.
- Moore, K. D., Geboy, L. D., & Weisman, G. D. (2006). *Designing a better day: Guidelines for adult and dementia day service centers*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Moore, K. D. (2005). Design guideline for adult day services. Retrieved November 1, 2015 from www.aia.org/aiaucmp/groups/ek_public/.../aiap080051.pdf
- Moriki-Durand, Y (2004). *Health status of Thai elderly: Current situation, problem and policy implications*. Paper presented at the Paper presented at the Seminar on emerging issues of health and mortality.
- National Adult Day Services Association. (2010). About adult day services. Retrieved November 15, 2013, from <http://www.nadsa.org/knowledgebase/col.php?pid=29&tpid=15>.
- National Adult Day Services Association. (2010). Standards and guidelines for adult day service. Seattle, WA : The National Adult Day Services Association.
- National Association of Social Workers. (2010). *N A S W standards for social work practice with families caregivers of older adults*. Washington, DC: National Association of Social Workers.
- O’Keeffe, J., & Siebenaler, K. (2006). Adult day services: A key community services for older adults. Retrieved October 14, 2013, from <http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/2006/keyADS.pdf>.
- Pandya, S.M. (2004). Adult day services. Retrieved February, 10, 2016, from <http://www.aarp.org/ppi>.
- Pearse, A., & Stiefel, M. (1981). *Dialogue about Participation*. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development

- Piboon, K., Subgranon, R., Hengudomsub, P., Wongnam, P., & Louise Callen, B. A Causal Model of Depression Among Older Adults in Chon Buri Province, Thailand. *Issues in Mental Health Nursing*, 33(2), 118-126.
- Schmitt, E. M., Sands, L. P., Weiss, S., Dowling, G., & Covinsky, K. (2010). Adult day health center participation and health-related quality of life. *The Gerontologist*, 50, 531-540.
- Silverstein, N., Wong, C., & Brueck, K. E. (2010). Adult day health care for participants with Alzheimer's disease. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias.*, 25, 276-283.
- Stockwell-Smith, G., Kellett, U., & Moyle, W. (2010). Why carers of frail older people are not using available respite services: an Australian study. *Journal of Clinical Nursing*, 19(13-14), 2057-2064.
- Tester, S. (2001). Day services for older people. In K. Clark (Ed.), *Adult day services and social inclusion*. London, UK: JKP.
- The Agree Collaboration .(2003). Appraisal of guidelines for research and evaluation (AGREE) instrument. Retrieved July 15, 2015, from <http://www.agreecollaboration.org/pdf/aitraining.pdf>
- The Met Life Mature Market Institute. (2010). *The met life national study of adult day services*. New York, NY: MatureMarketInstitute@MetLife.com.
- Travis, S. S. (1993). *Commonwealth adult day care technical assistance manual*: Virginia Cooperative Extension.
- Tsukada, N., & Saito, Y. (2006). Factors that affect older Japanese people's reluctance to use home help care and adult day care service. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 21(3), 121-137.
- Vecchio, N. (2008). Understanding the use of respite services among informal carers. *Australasian Health Review*, 32(3), 459-467.
- Wake Forest University School of Medicine. (2002). *National Study of Adult Day Services, 2001-2002* Winston-Salem, North Carolina.
- Wang, S., Wu, P., & Chen, P. (2010). The environment of adult day care centers: Two examples in Tainan city. *Taiwanese Gerontological Forum*, 5, 1-19.
- Wilson, K. (2008). *The changing face of day hospital for older people with mental illness*. Liverpool: Royal College of Psychiatrists.
- Yang, A. (2002). Long-term care for the elderly in Taiwan. *Nursing Science Quarterly*, 15, 252-256.

ภาคผนวก

Code

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เรื่อง รูปแบบการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ฉบับนี้มีจุดมุ่งหมาย เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

แบบสัมภาษณ์นี้มีจำนวน 36 การตอบแบบสัมภาษณ์นี้เป็นเพียงการแสดงความคิดเห็น ของท่าน คำตอบที่ท่านตอบไม่ถือว่าเป็นคำตอบที่ถูกต้องหรือผิดและไม่มีผลกระทบต่อผู้ตอบคำถามในทางลบ ข้อมูลที่ได้จะนำไปใช้ประโยชน์ในการศึกษาวิจัย คำตอบของท่านมีค่าอย่างยิ่งต่อการวิจัยครั้งนี้

ดังนั้นจึงใคร่ขอความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ โดยพิจารณา คำตอบแต่ละข้อ และตอบตามความเป็นจริงมากที่สุดให้ครบทุกข้อ การเก็บข้อมูลครั้งนี้ใช้ประมวลผลทางสถิติเท่านั้น และผู้วิจัยเก็บข้อมูลของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ไว้เป็นความลับ

วัน เดือน ปี ที่สัมภาษณ์/ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ใน หรือเติมข้อความในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงที่เกี่ยวข้องกับท่านให้มากที่สุด

ตอนที่ 1 แบบบันทึกเกี่ยวกับลักษณะพื้นฐานส่วนบุคคล

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุปี
3. นับถือศาสนา

<input type="checkbox"/> พุทธ	<input type="checkbox"/> คริสต์
<input type="checkbox"/> อิสลาม	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ
4. ท่านจบการศึกษาระดับใด

<input type="checkbox"/> ไม่เคยเข้าโรงเรียน	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....	
5. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> สมรส
<input type="checkbox"/> หม้าย/หย่าร้าง	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....
6. รายได้ของท่าน..... บาทต่อเดือน
7. ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพ

<input type="checkbox"/> 1.เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> 2.ค้าขาย
<input type="checkbox"/> 3.รับจ้าง	<input type="checkbox"/> 4.พ่อบ้าน/แม่บ้าน
<input type="checkbox"/> 5.รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ <input type="checkbox"/> 6. อื่น ๆ ระบุ.....	

8. ท่านมีผู้สูงอายุพักอยู่ในบ้านเดียวกับท่าน

- ไม่มี (ข้ามไปตอบข้อที่ (15) มี ระบุจำนวน.....คน

9. ภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในบ้านที่พักอยู่ในบ้านเดียวกับท่าน

- มีภาวะสุขภาพดี สามารถช่วยเหลือตัวเองได้
- มีโรคประจำตัวและสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วนโดยไม่ต้องมีผู้ดูแล
- มีโรคประจำตัวสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วนและต้องมีผู้ดูแล
- มีโรคประจำตัวและไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้และต้องมีผู้ดูแล

10. ส่วนใหญ่ผู้สูงอายุอยู่บ้านกับใครเมื่อท่านออกไปทำงานนอกบ้าน

- คนเดียว ญาติ
- ลูก/หลาน ผู้ดูแลจากศูนย์บริการเอกชน
- อื่น ๆ ระบุ.....

11. ปัจจุบันท่านจ้างผู้ดูแลผู้สูงอายุมาดูแลผู้สูงอายุที่บ้านโดยเฉพาะ

- ไม่จ้าง (ข้ามไปตอบข้อที่ (15) จ้าง

12. กรณีที่ท่านจ้างผู้ดูแลท่านมีภาระค่าใช้จ่ายให้ผู้ดูแล.....บาทต่อเดือน

13. ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ท่านจ้างในปัจจุบัน

- เป็นชาวไทย เป็นชาวต่างชาติ

14. ความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ท่านจ้างในปัจจุบัน

มีความรู้และผ่านการอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานที่ได้มาตรฐาน

รองรับ

ไม่มีความรู้และไม่ผ่านการอบรมใด ๆ จากหน่วยงานที่มีมาตรฐานรองรับ

ไม่มีความรู้และไม่ผ่านการอบรมใด ๆ จากหน่วยงานที่มีมาตรฐานรองรับ

แต่มีประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุมาก่อน

.

.

.

36.

เครื่องมือส่วนที่ 2 ประเด็นการสัมภาษณ์และการดำเนินกิจกรรมกลุ่มในการศึกษา ระยะที่ 2

คำชี้แจง ประเด็นการสัมภาษณ์และการดำเนินกิจกรรมกลุ่มเพื่อวิเคราะห์สถานการณ์และความ
คาดหวังของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ ในประเด็นหลัก ของคำถามต่อไปนี้

1. สถานการณ์และความคาดหวังของการจัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ
 - 1.1. สภาวะแวดล้อมและวิธีการดำเนินของผู้สูงอายุมีผลต่อการจัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับอย่างไร
 - 1.2 นโยบายของประเทศไทยต่อการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ
 - 1.3 รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุช่วงกลางวันในปัจจุบันเป็นอย่างไร
 - 1.4 รูปแบบการจัดบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบไปกลับควรเป็นอย่างไร

2. ทานต้องการการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับให้ไปถึงเป้าหมายใด
 - 2.1 การกำหนดเป้าหมายของรูปแบบดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ
 - 2.2 การออกแบบรูปแบบกิจกรรมหรืองานบริการที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ศูนย์ดูแลแบบไปกลับ

3. ทำอย่างไรให้การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับให้ไปถึงเป้าหมาย
 - 3.1 มาตรฐานตำแหน่งบุคลากรในการปฏิบัติและงานการพัฒนาบุคลากร
 - 3.2 การประเมินผลลัพธ์ของการจัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ
 - 3.3 การประเมินผลความสำเร็จในการดำเนินการภาพรวมของการจัดรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับในภาพรวม
 - 3.4 การสื่อสารและการประชาสัมพันธ์รูปแบบการให้บริการการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับ

ลำดับ	ข้อความ	ค่าคะแนน						
	มิติด้านความชัดเจนและการนำเสนอรูปแบบ (Clarity and presentation)							
11	รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับมีการนำเสนอและเชื่อมโยงองค์ประกอบที่สำคัญของรูปแบบได้อย่างเฉพาะเจาะจง ชัดเจนและครอบคลุมมิติของการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจรต่อเนื่องครบวงจรโดยมีการระบุความสัมพันธ์ บทบาทและขั้นตอนการปฏิบัติงานของทีมผู้ให้บริการได้อย่างชัดเจน และสะดวกต่อการนำไปใช้							
12	องค์ประกอบของรูปแบบมีความชัดเจนสามารถชี้เป็นแนวทางเพื่อนำไปปฏิบัติได้							
	มิติด้านการนำรูปแบบไปใช้ (Applicability)							
13	รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบไปกลับที่สร้างขึ้นสามารถนำไปปฏิบัติได้และมีความเหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุ และบริบทของสังคมแล้ววัฒนธรรมไทย							
14	รูปแบบมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานได้อย่างเหมาะสม และ นำเชื่อถือ							
	มิติด้านความเป็นอิสระในการพัฒนาแนวปฏิบัติ/รูปแบบ (Editorial independence)							
15	ผู้ร่วมพัฒนารูปแบบทุกคนมีอิสระในการเสนอแนะข้อมูลและความรู้โดยไม่ได้ถูกบังคับหรือชี้แนะจากบุคคลอื่น							
16	มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในพัฒนารูปแบบจากมุมมองที่หลากหลายของผู้เข้าร่วมพัฒนา รูปแบบซึ่งปรากฏในแบบบันทึกข้อมูลและความรู้ จากการประชุม และจากการสัมภาษณ์							