

การรับรู้ของบุคลากรที่ดำเนินงานในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจิตเวช



นางสาวดวงจันทร์ สาระอาภรณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2544

ISBN 974-17-0817-3

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PERCEPTIONS OF PSYCHIATRIC HOSPITAL PERSONNEL REGARDING ELDERLY MENTAL
HEALTHY PROJECT



Miss. Duangchan Sarareporn

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Community Medicine

Department of Prevention and Social Medicine

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic year 2001

ISBN 974-17-0817-3

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การรับรู้ของบุคลากรที่ดำเนินงานในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลจิตเวช
โดย	นางสาวดวงจันทร์ สาระอาภรณ์
สาขาวิชา	เวชศาสตร์ชุมชน
อาจารย์ที่ปรึกษา	นายแพทย์อานนท์ วรยิ่งยง
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	นายแพทย์วิโรจน์ เจริญจรัสรังษี

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาโทมหาบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(ศาสตราจารย์นายแพทย์หญิงทศสินี นุชประยูร)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(นายแพทย์อานนท์ วรยิ่งยง)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(นายแพทย์วิโรจน์ เจริญจรัสรังษี)

..... กรรมการ
(นายแพทย์สุจิต สุวรรณชีพ)

ดวงจันทร์ สารอาภรณ์ : การรับรู้ของบุคลากรที่ดำเนินงานในโครงการพัฒนาสุขภาพจิต
 ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจิตเวช (Perceptions of Psychiatric Hospital Personnel
 Regarding Elderly Mental Healthy Project) อ. ที่ปรึกษา : นพ.อานนท์ วรียงยง,
 อ. ที่ปรึกษาร่วม : นพ. วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, 96 หน้า ISBN 974-17-0817-3

การศึกษาเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ของบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับ
 ความสำคัญและสภาพที่เป็นจริงของเป้าหมายหลัก 5 ประการของโครงการพัฒนาสุขภาพจิต
 ผู้สูงอายุ ปี พ.ศ.2544 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยบุคลากรสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบการดำเนิน
 โครงการฯ จำนวน 220 คน ในโรงพยาบาลจิตเวช 5 แห่ง เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามทางไปรษณีย์
 ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ – เมษายน 2545 อัตราการตอบกลับ ร้อยละ 80.9 (มีผู้ตอบกลับ 178 ราย)

พบว่าโดยทั่วไปคะแนนการรับรู้ของบุคลากรสาธารณสุขเกี่ยวกับความสำคัญและสภาพที่
 เป็นจริงของเป้าหมายหลัก 5 ประการ อยู่ในระดับสูง (คะแนนระหว่าง 2.00-3.00) และระดับ
 ปานกลาง (คะแนนอยู่ระหว่าง 1.00-1.99) ตามลำดับ การเปรียบเทียบคะแนนการรับรู้
 ความสำคัญและสภาพที่เป็นจริงในรายเป้าหมายเป็นดังนี้ คือ การมีคู่มือมาตรฐานบริการ 2.14
 และ 1.87 คะแนน ตามลำดับ การมีบริการที่มีมาตรฐานในโรงพยาบาล 2.51 และ 1.88 คะแนน
 บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพ 2.54 และ 1.98 คะแนน การมีคู่มือภาวะสมองเสื่อม/
 ภาวะซึมเศร้า 2.43/2.89 และ 1.79/1.76 คะแนน การมีฐานข้อมูล 2.49 และ 1.67 คะแนน และ
 คะแนนในภาพรวมของการรับรู้ความสำคัญ และสภาพเป็นจริง คือ 2.53 และ 1.82 คะแนน ตามลำดับ

ความแตกต่างของคะแนนการรับรู้ ความสำคัญ และสภาพเป็นจริงของเป้าหมายหลัก
 5 ประการ บ่งชี้ว่า ยังมีความเป็นไปได้ ที่จะปรับปรุงพัฒนา ให้การดำเนินโครงการพัฒนาสุขภาพจิต
 ผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ภาควิชา เวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
 สาขา เวชศาสตร์ชุมชน
 ปีการศึกษา 2544

ลายมือชื่อนิติ.....
 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์นี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ด้วยความช่วยเหลือจากอาจารย์นายแพทย์อานนท์ วรยิ่งยง อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ อาจารย์นายแพทย์วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ศาสตราจารย์แพทย์หญิงทัศนีย์ นุชประยูร ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้การปรึกษา ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณอย่างสูง มา ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณนายแพทย์สุจริต สุวรรณชีพ ที่ให้ความเมตตาและกรุณาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้ด้วยความเต็มใจ

ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ นายแพทย์ องอาจ วิบุตศิริ หัวหน้าภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและคณาจารย์ทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาความรู้ ทำให้ผู้ศึกษาได้เรียนรู้และนำมาใช้ในการศึกษา ในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการของโรงพยาบาลจิตเวช 5 แห่ง คือ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จพระยา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ที่ให้โอกาสอนุญาตให้ผู้ศึกษาได้เก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างบุคลากรในโรงพยาบาล

ขอขอบพระคุณพี่ เพื่อนและน้องๆอีกมากมายที่ไม่สามารถกล่าวนามได้ครบถ้วนที่ห่วงใยและให้กำลังใจและให้คำแนะนำ รวมทั้งบุคลากรในฐานะผู้ประสานงานในแต่ละโรงพยาบาลที่ให้การสนับสนุนในการให้ข้อมูลและรวบรวมแบบสอบถาม

ขอขอบพระคุณบุคลากรที่เข้าร่วมในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจิตเวช 5 แห่ง ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ที่ได้สนับสนุนในการให้ข้อมูลตอบแบบสอบถาม ซึ่งทำให้การศึกษานี้สมบูรณ์ได้และจากการได้เรียนรู้ในครั้งนี้ ได้มองเห็น ศักยภาพในการรับรู้ของบุคลากรที่ชัดเจนมากขึ้น โดยเฉพาะบุคลากรมีทัศนคติและให้ความร่วมมือดีขึ้น

ดวงจันทร์ สาระอาภรณ์

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฎ
บทที่	
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
คำถามการวิจัย.....	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	3
กรอบแนวคิดในการวิจัย	3
ขอบเขตของการวิจัย.....	4
ข้อตกลงเบื้องต้น.....	4
ข้อจำกัดของการวิจัย.....	5
ค่านิยมเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการวิจัย.....	5
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
อุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการวิจัยและการแก้ไข.....	6
วิธีดำเนินการวิจัย.....	7
ลำดับขั้นตอนในการเสนอผลงานวิจัย.....	8
2. ทบทวนทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง.....	9
สุขภาพจิต.....	9
การรับรู้.....	9
ผู้สูงอายุ.....	9
การดำเนินงานโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ.....	10
โครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของกรมสุขภาพจิต ปี 2544.....	10

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
2. ทบทวนทฤษฎีและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง(ต่อ)	
การประเมินแผนงานหรือโครงการ.....	11
การกำหนดประเด็นการประเมิน.....	11
การกำหนดตัวชี้วัด.....	12
ตัวชี้วัด.....	12
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
แผนพัฒนาผู้สูงอายุฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545 - พ.ศ 2564).....	14
ระบอบวิทยาผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิตและจิตเวช.....	15
3. วิธีดำเนินการวิจัย.....	16
ประชากร.....	16
การสังเกตและการวัด.....	16
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	17
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	18
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	19
4. ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	20
ข้อมูลทั่วไป.....	20
ผลวิเคราะห์ความสำคัญ/สภาพจริง ของแต่ละเป้าหมายในรายด้าน.....	24
ผลวิเคราะห์การรับรู้ความสำคัญ/สภาพเป็นจริงในภาพรวม.....	43
ผลวิเคราะห์การรับรู้ความสำคัญ/สภาพเป็นจริง จำแนกตามโรงพยาบาล.....	45
ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในแต่ละเป้าหมายในบุคลากรแต่ละโรงพยาบาล.....	51
5. สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	60
5.1 สรุปผลการวิจัย.....	60
ข้อมูลทั่วไป.....	60
การรับรู้ความสำคัญ/สภาพจริง ของแต่ละเป้าหมายในรายด้าน.....	61
การรับรู้ความสำคัญ/สภาพเป็นจริงของแต่ละเป้าหมายในภาพรวม.....	64

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
การรับรู้ความสำคัญ/สภาพเป็นจริงจำแนกตามโรงพยาบาล.....	64
ข้อเสนอแนะในภาพรวมของบุคลากร.....	65
5.2 อภิปรายผลการวิจัย	65
ข้อมูลทั่วไป.....	65
การรับรู้ความสำคัญ/สภาพเป็นจริง ของแต่ละเป้าหมายในรายด้าน.....	67
การรับรู้ความสำคัญ/สภาพเป็นจริงในภาพรวม.....	73
การรับรู้ความสำคัญ/สภาพเป็นจริง จำแนกตามโรงพยาบาล.....	73
ข้อเสนอแนะของบุคลากรในภาพรวม.....	74
5.3 ข้อเสนอแนะ.....	75
รายการอ้างอิง.....	78
ภาคผนวก.....	80
ก. แบบสอบถามการรับรู้ของบุคลากรที่ดำเนินงานในโครงการ พัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ.....	81
ข. รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจโครงสร้างการวิจัยและความถูกต้อง ของแบบสอบถาม.....	94
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	96

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
ตารางที่ 4.1	จำนวนร้อยละการตอบกลับของกลุ่มตัวอย่าง.....21
ตารางที่ 4.2	จำนวนและร้อยละของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....22
ตารางที่ 4.3	ร้อยละของบุคลากร และคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ ความสำคัญ / สภาพเป็นจริง ในรายด้าน ของเป้าหมาย การมีคู่มือมาตรฐานบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ..... 26
ตารางที่ 4.4	ร้อยละ ของบุคลากร และคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ ความสำคัญ/ สภาพเป็นจริง ในรายด้าน ของเป้าหมาย การมีบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุในโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน..... 28
ตารางที่ 4.5	ร้อยละ ของบุคลากร และคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ ความสำคัญ/ สภาพเป็นจริง ในรายด้าน ของเป้าหมาย บุคลากรได้พัฒนาศักยภาพบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ..... 31
ตารางที่ 4.6	ร้อยละ ของบุคลากร และ คะแนนเฉลี่ย การรับรู้ ความสำคัญ / สภาพเป็นจริง ในรายด้าน ของเป้าหมาย การมีเทคโนโลยีสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ ที่เหมาะสม(คู่มือภาวะสมองเสื่อม)..... 32
ตารางที่ 4.7	ร้อยละ ของบุคลากร และคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ ความสำคัญ/ สภาพเป็นจริง ในรายด้าน ของเป้าหมาย การมีเทคโนโลยีสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ ที่เหมาะสม(คู่มือภาวะซึมเศร้า)..... 34
ตารางที่ 4.8	ร้อยละ ของบุคลากร และคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ ความสำคัญ/สภาพเป็นจริง ในรายด้าน ของเป้าหมาย การมีฐานข้อมูลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า.....38
ตารางที่ 4.9	การรับรู้ ความสำคัญ/สภาพเป็นจริง ของแต่ละเป้าหมาย ในภาพรวม..... 44

สารบัญตาราง (ต่อ)

ตาราง	หน้า
ตารางที่ 4.10 คะแนนเฉลี่ยของบุคลากร และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ ความสำคัญ/สภาพเป็นจริง ของแต่ละเป้าหมาย และภาพรวม ในบุคลากร โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.....	45
ตารางที่ 4.11 คะแนนเฉลี่ยของบุคลากร และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ ความสำคัญ/สภาพเป็นจริง ของแต่ละเป้าหมาย และภาพรวม ในบุคลากร โรงพยาบาลสวนปรุง.....	46
ตารางที่ 4.12 คะแนนเฉลี่ยของบุคลากร และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ ความสำคัญ/สภาพเป็นจริง ของแต่ละเป้าหมาย และภาพรวม ในบุคลากรโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา.....	47
ตารางที่ 4.13 คะแนนเฉลี่ยของบุคลากร และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ ความสำคัญ/สภาพเป็นจริง ของแต่ละเป้าหมาย และภาพรวม ในบุคลากรโรงพยาบาลศรีธัญญา.....	48
ตารางที่ 4.14 คะแนนเฉลี่ยของบุคลากร และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ ความสำคัญ/สภาพเป็นจริง ของแต่ละเป้าหมาย และภาพรวม ในบุคลากร โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา.....	49
ตารางที่ 4.15 คะแนนเฉลี่ยของบุคลากร และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ ความสำคัญ/สภาพเป็นจริง ในภาพรวม ในบุคลากรโรงพยาบาล ทั้ง 5 แห่ง.....	51

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา (Background and Rational)

จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของประชากร ผู้สูงอายุไทย (60 ปีขึ้นไป) จะมีแนวโน้มจำนวนเพิ่มขึ้น จากประชากรผู้สูงอายุ ร้อยละ 9 ในปี พ.ศ.2543 จะเพิ่มเป็นร้อยละ 11⁽¹⁾ ภายในปี พ.ศ.2553 ซึ่งตามเกณฑ์ของสหประชาชาติได้กำหนดสัดส่วนของประชากรที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปที่มากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมดในแต่ละประเทศว่าเป็น "ภาวะประชากรสูงอายุ"⁽²⁾ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีปัญหาทางสุขภาพและสังคม ซึ่งต้องการการดูแล แต่เนื่องจากไม่มีสถานบริการรองรับเพื่อที่จะให้บริการด้านสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง กระบวนการให้บริการที่จะเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุจึงเป็นปัญหาที่จะต้องได้รับการพัฒนาอย่างเป็นระบบ⁽³⁾ เนื่องจากประชากรที่ดูแลผู้สูงอายุเป็นประชากรในวัยแรงงาน และผู้สูงอายุด้วยตัวเอง⁽⁴⁾ จึงคาดว่าในอนาคตผู้สูงอายุจะเป็นภาระของสังคมที่จะต้องให้การดูแลมากขึ้น

กรมสุขภาพจิต เป็นหน่วยงานที่มีความก้าวหน้าในการดำเนินงานมาตามลำดับ มีการดำเนินงานโครงการหลากหลายเพื่อตอบสนองต่อการแก้ปัญหาด้านสุขภาพจิตของประชากรในประเทศ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้มีโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุขึ้น เพื่อเตรียมความพร้อมที่จะไม่ให้เกิดปัญหาผู้สูงอายุมีผลกระทบต่อสังคมโดยรวมและต่อประชากรผู้สูงอายุเอง⁽⁵⁾ ดังนั้นในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ(ด้านสาธารณสุข) ฉบับที่ 8 จึงมีแนวทางในการดำเนินงาน การบริหารจัดการ และการประสานการดำเนินงานโดยเน้นการวางแผนการแก้ปัญหาที่ผ่านมาในอดีต และมีแผนแม่บทสุขภาพจิตผู้สูงอายุของปีงบประมาณ 2543-2544 ที่ชัดเจนขึ้น มีการดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนดไว้ และ มีการประเมินผลโครงการเพื่อการพัฒนาการดำเนินงาน ซึ่งการประเมินผลโครงการนี้มีทั้งการประเมินโดยบุคคลภายนอกและการประเมินภายใน ซึ่งผลการประเมินจะได้มุมมองที่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาโครงการ

ตามกระแสการเคลื่อนไหวในการปฏิรูปสังคมไทยในปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน เช่น มีรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ปี 2540 ซึ่งเป็นรัฐธรรมนูญฉบับประชาชนที่มีสาระสำคัญเกี่ยวกับการส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิ เสรีภาพ ศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ที่เท่าเทียมกัน มีการปรับปรุงทางการเมือง ที่เน้นให้ประชาชนมีเสรีภาพ มีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพมากขึ้น

ตลอดจนการปฏิรูประบบราชการ ที่มีนโยบายให้มีการประเมินประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ ผลงานของข้าราชการปีละ 2 ครั้ง เพื่อให้ข้าราชการปฏิบัติงานให้ได้ผลมากขึ้น⁽⁶⁾

การประเมินผลงานหรือโครงการจึงมีความสำคัญต่อการพัฒนาการดำเนินงานโดยตรงเพื่อตอบสนองความต้องการของสาธารณะ ต้องแสดงผลงานของตนเองตามนโยบายของการดำเนินงานภาครัฐในปัจจุบัน^(6,7)

การประเมินผลงานหรือโครงการมีหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับเหตุผลที่ต้องการประเมิน แต่จุดประสงค์หลักคือ เพื่อจะได้ทราบข้อดีและข้อบกพร่อง เพื่อการปรับปรุงแก้ไข⁽⁶⁾ ดังนั้นการประเมินผลการดำเนินงานหรือโครงการจะมีประโยชน์มากขึ้นในโครงการที่มีการดำเนินโครงการต่อเนื่อง

ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นบุคลากรในสังกัดกรมสุขภาพจิต จึงต้องการศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการรับรู้ความสำคัญและสภาพที่เป็นจริงในการดำเนินงานในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตามการรับรู้หรือความเข้าใจความหมายในการดำเนินงานในโครงการของบุคลากรว่า บุคลากรรับรู้ความสำคัญและสภาพเป็นจริงอย่างไร การรับรู้นี้ได้วิเคราะห์ตัวชี้วัดตามผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นและให้สอดคล้องกับเป้าหมายโครงการ ซึ่งจะทำให้มองภาพรวมได้ชัดเจนขึ้น แต่ไม่ได้มีผลต่อเกณฑ์มาตรฐานที่จะนำไปเปรียบเทียบกับโครงการใดๆ เพราะการรับรู้ของบุคลากรอยู่บนพื้นฐานของการรับรู้โครงสร้าง ระบบงานของหน่วยงานของตนเอง ไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ นอกจากการรับรู้เพื่อการพัฒนา และเพื่อนำไปประกอบการพิจารณากับการประเมินผลกับตัวชี้วัดเชิงลึก ในการปรับปรุงการดำเนินงานโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในปีต่อไป

คำถามการวิจัย(Research questions)

1. การรับรู้ความสำคัญ / สภาพเป็นจริงในรายด้านและภาพรวมแต่เป้าหมายในการดำเนินงานโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในภาพรวมของบุคลากรเป็นอย่างไร
2. การรับรู้ความสำคัญ / สภาพเป็นจริง ในการดำเนินงานโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในแต่ละเป้าหมายและภาพรวมของบุคลากรในแต่ละโรงพยาบาลเป็นอย่างไร
3. ข้อมูลทั่วไปของประชากรที่ศึกษา ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะงานที่ทำ ระยะเวลาการทำงาน ระดับการศึกษา ตำแหน่ง บทบาท การเข้าร่วมโครงการ การรับทราบนโยบาย การได้รับการนิเทศงาน ความสม่ำเสมอ ความต่อเนื่องในการทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ งานที่รับผิดชอบเฉพาะด้าน ความรู้เรื่องตัวชี้วัด เป็นอย่างไร

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป (General Objective)

เพื่อศึกษาการรับรู้ความสำคัญและสภาพเป็นจริงของบุคลากรที่ดำเนินงานในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ (Specific Objective)

2.1 เพื่อศึกษาการรับรู้ความสำคัญ/สภาพเป็นจริงของบุคลากรที่ดำเนินงานในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ของแต่ละเป้าหมายในรายด้านและภาพรวม

2.2 เพื่อศึกษาการรับรู้ความสำคัญ/สภาพเป็นจริงของบุคลากรที่ดำเนินงานโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ของแต่ละเป้าหมายและภาพรวมจำแนกตามโรงพยาบาล

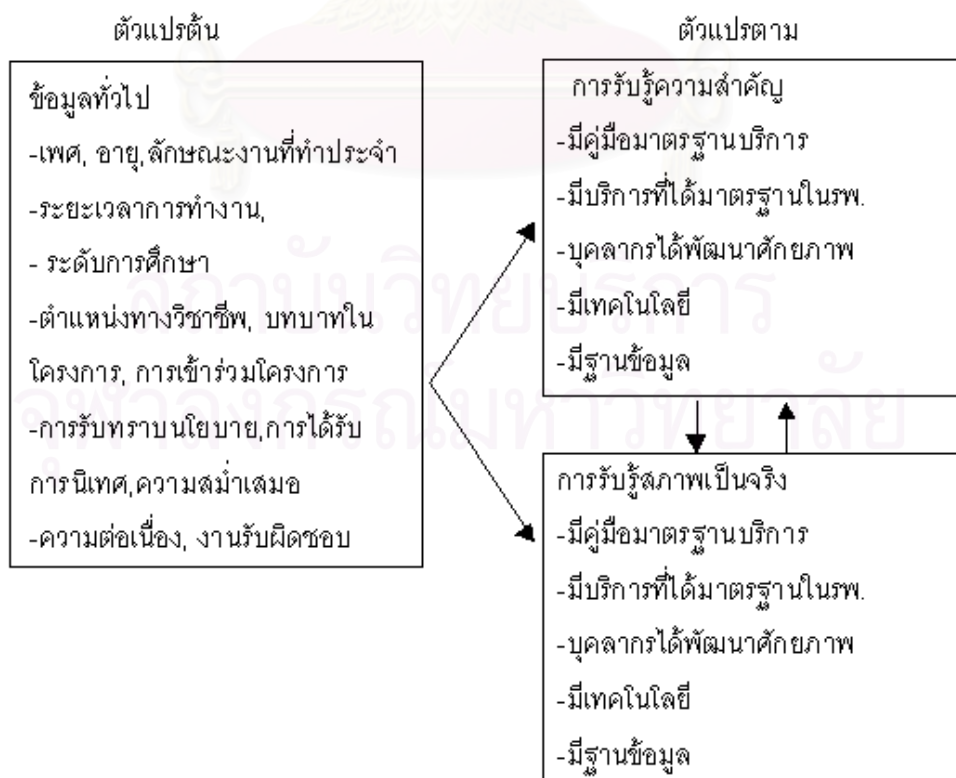
2.3 เพื่อศึกษาการรับรู้ในวัตถุประสงค์เฉพาะข้อ 2.1 และ 2.2 จำแนกตามโรงพยาบาล

2.4 เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของบุคลากร ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะงานที่ทำ ระยะเวลาการทำงาน ระดับการศึกษา ตำแหน่ง บทบาท การเข้าร่วมโครงการ การรับทราบนโยบาย การได้รับการนิเทศงาน ความสม่ำเสมอ ความต่อเนื่องในการทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ งานที่รับผิดชอบ เฉพาะด้าน ความรู้เรื่องตัวชี้วัด

2.5 เพื่อศึกษาข้อเสนอแนะของบุคลากรแต่ละโรงพยาบาลและภาพรวม

กรอบแนวคิดการวิจัย (Conceptual framework)

แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย



ขอบเขตของการวิจัย

เป็นการศึกษาการรับรู้ของบุคลากรที่ดำเนินงานในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เกี่ยวกับการรับรู้การดำเนินงานตามเป้าหมายข้อที่ 1-5 ของโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ของกรมสุขภาพจิตในหมวดรายจ่ายอื่น⁽⁸⁾ ในภาพรวมเฉพาะ 5 เป้าหมายดังนี้คือ

1. การมีคู่มือมาตรฐานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ โดยการจัดทำคู่มือมาตรฐานในการให้บริการผู้สูงอายุในกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาสุขภาพจิต จิตเวช สมองเสื่อมและซึมเศร้า สำหรับให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

2. การมีบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจิตเวช อย่างน้อย 5 แห่งได้รับการพัฒนาตามมาตรฐานบริการสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ได้แก่ โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลนครราชสีมา โรงพยาบาลศรีธัญญาและโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา

3. บุคลากรที่ให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจิตเวชได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านบริการสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยมีวิธีให้บุคลากรแต่ละโรงพยาบาลได้เข้าร่วมในโครงการเพื่อการเรียนรู้ในการพัฒนาศักยภาพบริการในลักษณะแตกต่างกันโดยการแต่งตั้งเป็นคณะทำงาน ให้เข้ารับการอบรมโดยตรง และมอบหมายให้ทำงานเฉพาะด้าน

4. การมีเทคโนโลยีการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู สุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุที่เหมาะสม โดยจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและซึมเศร้าสำหรับบุคลากร

5. การมีฐานข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ เช่น ผู้ป่วยสมองเสื่อมและซึมเศร้า โดยให้โรงพยาบาลจิตเวช 5 แห่งศึกษาวิจัยภาวะสมองเสื่อมและซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

(**หมายเหตุ** ในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของกรมสุขภาพจิตในหมวดรายจ่ายอื่น⁽⁸⁾ มีการดำเนินงานทั้งหมด 6 เป้าหมาย ซึ่งเป้าหมายข้อที่ 6 คือ ชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดที่ได้รับการคัดเลือก อย่างน้อย 10 ชมรม มีการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุใน ชุมชนที่เหมาะสม แต่ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาตามเป้าหมายเฉพาะข้อที่ 1-5 เท่านั้น)

ข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption)

1. การตอบแบบสอบถามของบุคลากรให้ยอมรับว่าเป็นคำตอบที่เป็นจริงเพื่อนำไปวิเคราะห์ในภาพรวม

2. การศึกษานี้ เป็นการศึกษารับรู้ของบุคลากรในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ปี 2544

ข้อจำกัดของการวิจัย (Limitation)

การศึกษา การรับรู้ของบุคลากรในการดำเนินงานในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจิตเวช ปี 2544 ในครั้งนี้ มีข้อจำกัดในการศึกษา คือ

1. ไม่ได้ศึกษาในโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลที่เข้ามาสนับสนุนการดำเนินงานในโครงการตามเป้าหมายเฉพาะข้อที่ 5 เกี่ยวกับการพัฒนาฐานข้อมูลเท่านั้น ไม่ได้ดำเนินการตามเป้าหมายที่ศึกษาครบถ้วน เนื่องจากโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ ไม่ได้เป็นโรงพยาบาลในกลุ่มเป้าหมาย 5 แห่งของการดำเนินงานของโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจิตเวช ปี 2544

2. ในการดำเนินงานในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจิตเวช ปี 2544 ในครั้งนี้ ได้ดำเนินการในบุคลากรที่เป็นสหวิชาชีพ และผู้ช่วยเหลือคนไข้ แต่กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานี้เฉพาะสหวิชาชีพ ซึ่งมี แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา และอื่นๆ สาเหตุที่ไม่ได้จัดกลุ่มศึกษาในบุคลากรผู้ช่วยเหลือคนไข้ นั้น เนื่องจากคำถามในแบบสอบถามมีลักษณะเป็นแนวคิดที่ไม่เป็นรูปธรรมชัดเจน พื้นฐานการเรียนรู้แตกต่างจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสหวิชาชีพ จะทำให้ความเข้าใจในคำถามแตกต่างกัน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

คำสำคัญ(Key word)

Perception, Elderly Persons, Elderly Mental Healthy Project

คำนิยามเชิงปฏิบัติที่ใช้ในการวิจัย(Operational Definition)

การรับรู้ (Perception) หมายถึง การเข้าใจความหมายของการดำเนินงานในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุจากการเรียนรู้ของบุคลากรเองว่าประเด็นตัวชี้วัดนั้นๆ มีความสำคัญหรือมีสภาพเป็นจริงเป็นอย่างไรจากการใช้วิจารณญาณของตนเองโดยเลือกประเด็นตัวชี้วัดที่เหมาะสมตามการรับรู้การดำเนินงานตามเป้าหมายโครงการ

ผู้สูงอายุ (Elderly persons) หมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไปที่มีปัญหาสุขภาพจิต จิตเวช ภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า ซึ่งในที่นี้หมายถึงผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่เป้าหมายที่ดำเนินการ

โครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (Mental Healthy Project) หมายถึง โครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ปี 2544 ในหมวดรายจ่ายอื่น ของ กรมสุขภาพจิต

เป้าหมาย(Goal) หมายถึง รายละเอียดที่บอกถึงความต้องการในการปฏิบัติงานหลังสิ้นสุดโครงการ เป็นความต้องการในเชิงผลลัพธ์ หรือมาตรฐานที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายโดยรวม ทั้งในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ซึ่งเป้าหมายของโครงการพัฒนาสุขภาพจิตและจิตเวช ของกรมสุขภาพจิตในหมวดรายจ่ายอื่น ที่ได้ศึกษาในโครงการนี้มี 5 เป้าหมายดังนี้คือ

1. การมีคู่มือมาตรฐานบริการแก่ผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย ด้านสุขภาพจิต จิตเวช ภาวะสมองเสื่อม และภาวะซึมเศร้า ที่สอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ เพื่อให้บุคลากรได้ใช้เป็นแนวทางในการให้บริการ

2. การมีบริการที่ได้มาตรฐานในโรงพยาบาลจิตเวช 5 แห่ง ที่สอดคล้องกับโครงสร้างพื้นฐานให้กับผู้สูงอายุในกลุ่มเป้าหมายสุขภาพจิต จิตเวช สมองเสื่อม และซึมเศร้าและมีโอกาสในการเข้าถึงบริการ

3. บุคลากรที่ให้บริการผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายสุขภาพจิต จิตเวช สมองเสื่อม และซึมเศร้าในโรงพยาบาลจิตเวช 5 แห่งได้มีโอกาสพัฒนาศักยภาพโดยการเข้ามาเรียนรู้การดำเนินงานในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

4. การมีเทคโนโลยีหรือคู่มือการปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต จิตเวช สมองเสื่อม และซึมเศร้า ที่เหมาะสมสำหรับบุคลากร ใช้ให้เกิดประโยชน์กับผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายได้

5. การมีฐานข้อมูลการวิจัยด้านภาวะสมองเสื่อม ซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ ที่สามารถนำมาพัฒนาบริการและสื่อสารให้ประชาชนทั่วไปได้ใช้ให้เกิดประโยชน์กับผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ(Benefit and application)

ความรู้ที่ได้จากการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อการนำไปพิจารณาในการปรับปรุงหรือวางแผนในการพัฒนาการดำเนินงานในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายต่อไป

อุปสรรคที่เกิดขึ้นระหว่างการวิจัยและการแก้ไข(Obstacles and strategies to solve problem)

1. การเก็บแบบสอบถามได้ไม่ครบตัวอย่างทั้งหมดและล่าช้า เนื่องจาก

1.1 การไม่สามารถติดตามตัวอย่างจำนวนหนึ่ง เช่นลาศึกษาต่อ ลาป่วย ลาภัก ขึ้นเวรบายดึก มีภาระกิจอื่น ๆ ที่ต้องปฏิบัติงานนอกสถานที่ ย้ายที่ทำงาน

1.2 การมีภาระกิจหรือกิจกรรมภายในโรงพยาบาลมาก

2. การตอบแบบสอบถามไม่ครบถ้วน สาเหตุส่วนหนึ่งเนื่องจากการไม่ได้สื่อสารโดยตรงกับกลุ่มตัวอย่าง และอีกส่วนหนึ่งเป็นความต้องการของผู้ตอบแบบสอบถามที่ต้องการให้ข้อมูลในเฉพาะประเด็นคำถาม

3. ความชัดเจนหรือความเป็นรูปธรรมของแบบสอบถาม เนื่องจากการศึกษาที่อิงเป้าหมายแต่ละเป้าหมาย ในองค์ประกอบที่เป็นแนวคิดหลักๆที่สำคัญในผลที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายโดยรวม เพื่อให้โอกาสบุคลากรที่เข้าร่วมโครงการ ซึ่งมีทั้งบุคลากรที่ปฏิบัติงานกับผู้สูงอายุโดยตรงและเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุบางส่วนได้วิเคราะห์การดำเนินงานของตนเอง บุคลากรส่วนหนึ่งไม่พร้อมในการวิเคราะห์คำถาม หรืออีกส่วนหนึ่งให้เหตุผลเกี่ยวกับประสบการณ์ในการรับรู้

จากปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาแก้ปัญหาโดยรวมคือ การแก้ปัญหาโดยการยืดหยุ่น เช่น การให้เวลาการเก็บแบบสอบถามคืนโดยเลื่อนเวลาออกไปจากที่กำหนดไว้ การสนับสนุนให้ทางเลือกที่สะดวกเพื่อความร่วมมือ การยอมรับข้อคิดเห็นเสนอแนะ การให้ข้อมูลเพิ่มเติม

วิธีดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาค้นคว้าเอกสารและทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น เอกสารการดำเนินงานของโครงการฯ แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการศึกษาการดำเนินงานโดยการซักถามบุคลากรหรือจากการสังเกตสถานการณ์ทั่วไป เพื่อนำมาประเมินกรอบแนวคิดในการศึกษา

2. เขียนและนำเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์โดยการปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและกรรมการ ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อพิจารณาแก้ไขปรับปรุง

3. เตรียมแบบสอบถาม โดยสร้างแบบสอบถามตามกรอบแนวคิด ทฤษฎีและส่วนหนึ่งอิงเอกสารโครงการฯ โดยการกำหนดตามโครงสร้างที่สอดคล้องกับเป้าหมายของโครงการ ที่บุคลากรเข้าร่วมโครงการสามารถรับรู้ได้ ดังนั้น คำถามส่วนใหญ่จึงเน้นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับ กลุ่มเป้าหมาย และทดสอบคุณภาพของแบบสอบถาม ในกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงในบุคลากรโรงพยาบาลศรีรัษฎระ และปรับปรุงแก้ไขแบบสอบถาม

4. เก็บรวบรวมข้อมูล ในบุคลากรที่เป็นกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้ คือในโรงพยาบาลจิตเวช 5 แห่ง

5. วิเคราะห์ข้อมูล การรับรู้ความสำคัญ/สภาพเป็นจริง และข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่ดำเนินงาน ที่สอดคล้องกับคำถามการวิจัย ในโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for window โดยใช้สถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

6. เขียนรายงานเสนออาจารย์และกรรมการที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ปรับปรุงแก้ไขและจัดพิมพ์

ลำดับขั้นตอนในการเสนองานวิจัย

1. จัดทำโครงร่างวิทยานิพนธ์เสนอคณะกรรมการหลักสูตรพิจารณาโครงร่าง และนำเสนอขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการบัณฑิตศึกษา
2. ปรึกษาคณะอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อรายงานความก้าวหน้าในการดำเนินการและเพื่อการแก้ไขปัญหาอุปสรรค
3. เสนอรายชื่อคณะกรรมการสอบป้องกันวิทยานิพนธ์ต่อบัณฑิตวิทยาลัย เพื่อการแต่งตั้ง
4. เมื่อจัดทำวิทยานิพนธ์เรียบร้อยแล้ว เขียนคำร้องขออนุญาตสอบวิทยานิพนธ์ ตามแบบ บ 12 ก โดยความเห็นชอบของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์
5. นำแบบ บ 12 ก พร้อมวิทยานิพนธ์ 1 เล่ม ยื่นหน่วยมาตรฐานวิทยานิพนธ์
6. ประสานกับบัณฑิตคณะแพทยศาสตร์ เพื่อขอรับหนังสือเชิญกรรมการสอบ และนำไปเชิญคณะกรรมการสอบด้วยตัวเอง
7. สอบป้องกันวิทยานิพนธ์ แก้ไขตามมติคณะกรรมการสอบและเสนอคณะกรรมการลงนาม และนำส่งหน่วยมาตรฐานวิทยานิพนธ์และเผยแพร่ สำนักงานบัณฑิตวิทยาลัย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎี(Review of the related literature)

การศึกษา การรับรู้ของบุคลากรที่ดำเนินงานในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ผู้ศึกษาได้ทบทวน แนวคิด ทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

สุขภาพจิต

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้ให้ความหมายสุขภาพจิตว่า เป็นความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุข อยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพอันดีกับบุคคลอื่น และดำรงชีพอยู่ได้ด้วยความสุขุมและสุขสบาย รวมทั้งสนองความต้องการของตนเองในโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงโดยไม่มีข้อขัดแย้งภายในจิตใจ และไม่ได้หมายความว่ารวมเฉพาะเพียงแต่ปราศจากอาการของโรคประสาทและโรคจิตเท่านั้น⁽¹⁸⁾

ทฤษฎีการเรียนรู้

การเรียนรู้ หมายถึง การที่บุคคลมองหรือเห็นอะไรแล้ว จะเลือกสิ่งนั้นเข้ามาในจิตสำนึก และเข้าใจความหมายของสิ่งนั้น ด้วยความรู้สึกนึกคิดของตนเอง การรับรู้เป็นจุดเริ่มต้นของพฤติกรรมของบุคคล มีความสำคัญอย่างยิ่งในการกำหนดแบบการประพฤติ และการปฏิบัติในองค์กร จึงกล่าวได้ว่าการรับรู้เป็นสิ่งที่บุคคลเรียนรู้ได้ โดยบุคคลพิจารณาว่า อะไรเป็นสิ่งที่มีความสำคัญและมีประโยชน์ การรับรู้ที่แตกต่างกัน จะมีผลทำให้แต่ละบุคคลมีพฤติกรรมแตกต่างกัน⁽⁹⁾

ผู้สูงอายุ

คือบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปี หรือมากกว่า ภาวะลักษณะผู้สูงอายุไทยที่พึงประสงค์ คือ มีสุขภาพดีทั้งกายและใจอยู่ในครอบครัวที่อบอุ่น สังคมที่ดี สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม อยู่อย่างมีศักดิ์ศรี พึ่งตนเองได้ มีประโยชน์และเป็นที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจของครอบครัว และชุมชน มีหลักประกัน ที่มั่นคง ได้รับสวัสดิการและบริการที่เหมาะสม⁽¹⁰⁾ สำหรับ "ผู้สูงอายุ" ใน "โครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ"นี้ หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต จิตเวช สมองเสื่อมและซึมเศร้า⁽⁸⁾

การดำเนินงานโครงการสุขภาพจิตผู้สูงอายุของกรมสุขภาพจิต⁽¹⁰⁾

ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (ด้านสาธารณสุข) ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ของกรมสุขภาพจิต ซึ่งมีแผนแม่บทเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงาน การบริหารจัดการ การประสานการดำเนินงานและการติดตามผล โดยเน้นการวางแผนจากการแก้ปัญหาที่ผ่านมาในอดีต กรมสุขภาพจิตจึงได้กำหนดแผนแม่บทขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อให้มีนโยบายในการดำเนินงานสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่ชัดเจน
2. เพื่อให้มีข้อมูลสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่สามารถนำไปใช้ในแผนงานทั้งระยะสั้นและระยะยาวได้
3. เพื่อให้มีเทคโนโลยีในการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟูสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
4. เพื่อให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
5. ให้มีการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน
6. มีการดำเนินงานในชมรมผู้สูงอายุในระดับตำบล

โครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของกรมสุขภาพจิตในหมวดรายจ่ายอื่น ปี 2544⁽⁸⁾

มี 6 เป้าหมายดังนี้คือ

1. มีมาตรฐานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ โดยการจัดทำมาตรฐานในการให้บริการผู้สูงอายุในกลุ่มเป้าหมายที่มีปัญหาสุขภาพจิต จิตเวช สมองเสื่อมและซึมเศร้า สำหรับให้บริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน
2. บริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจิตเวชอย่างน้อย 5 แห่งได้รับการพัฒนาตามมาตรฐานบริการสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้แก่ โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลสมเด็จพระยา โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา
3. บุคลากรที่ให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจิตเวชได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านบริการสุขภาพจิตผู้สูงอายุ โดยมีวิธีให้บุคลากรแต่ละโรงพยาบาลได้เข้าร่วมในโครงการฯ เพื่อการเรียนรู้ในการพัฒนาศักยภาพบริการในลักษณะแตกต่างกันโดยการแต่งตั้งเป็นคณะทำงาน ให้เข้ารับการอบรมโดยตรง และมอบหมายให้ทำงานเฉพาะด้าน
4. มีเทคโนโลยีการส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู สุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุที่เหมาะสม โดยจัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมและซึมเศร้าสำหรับบุคลากร
5. มีฐานข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ เช่น ผู้ป่วยอัลไซเมอร์ และซึมเศร้า โดยให้โรงพยาบาลจิตเวช 5 แห่งศึกษาวิจัยภาวะสมองเสื่อมและซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุโดยสุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุในพื้นที่เขตศึกษาจังหวัดนั้นๆ แห่งละ 430 คน

คือในพื้นที่เขตศึกษาจังหวัดเชียงใหม่ (โรงพยาบาลสวนปรุง) จังหวัดสุราษฎร์ธานี (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์) จังหวัดนครราชสีมา (โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา) จังหวัดนครสวรรค์ (โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์) และกรุงเทพมหานคร (โรงพยาบาลสมเด็จพระยา)

6. ชมรมผู้สูงอายุในจังหวัดที่ได้รับการคัดเลือก อย่างน้อย 10 ชมรม มีการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุในชุมชนที่เหมาะสม

(**หมายเหตุ** ในการศึกษาค้างนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษา ตามเป้าหมายเฉพาะข้อที่ 1-5 เท่านั้นระยะเวลาการดำเนินการของโครงการนี้ เริ่มตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ.2543 ถึง วันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2544 การตอบแบบสอบถามของบุคลากรที่เข้าร่วมโครงการในการศึกษานี้ได้ดำเนินการหลังโครงการเสร็จสิ้นไปแล้ว 5-6 เดือน)

การประเมินแผนงาน หรือโครงการ (Project Evaluation)⁽⁷⁾

หมายถึง กระบวนการในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลของการดำเนินงานตามแผนงานหรือโครงการอย่างเป็นระบบ เพื่อทราบถึงข้อดีและข้อบกพร่องของแผนงาน หรือโครงการ เพื่อการปรับปรุงแก้ไข การประเมินผลสรุปจะดำเนินในตอนท้ายของโครงการ เพื่อทราบภาพรวมของโครงการในด้านความสำเร็จและความล้มเหลวของโครงการ

ประโยชน์ของการประเมินแผนงานหรือโครงการ

1. ทำให้การกำหนดวัตถุประสงค์ และมาตรฐานของการดำเนินงานชัดเจน
2. ช่วยให้การใช้ทรัพยากรเป็นไปอย่างคุ้มค่า หรือ ให้เกิดประโยชน์เต็มที่
3. ช่วยให้แผนงานบรรลุวัตถุประสงค์
4. ช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดผลกระทบ ที่ทำให้เกิดความเสียหายน้อยลง
5. ช่วยควบคุมคุณภาพของงาน
6. ช่วยสร้างขวัญกำลังใจ ให้ผู้ปฏิบัติงาน
7. ช่วยตัดสินใจเกี่ยวกับการบริหารแผนงาน / โครงการ

การประเมินโครงการไม่ได้อยู่ที่เพียงระบุว่าโครงการประสบความสำเร็จหรือไม่ แต่อยู่ที่ผู้ใช้ผลการประเมินประกอบการตัดสินใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการปรับปรุงแก้ไข

1. การกำหนดประเด็นการประเมิน⁽¹¹⁾

สามารถกำหนดได้หลายวิธี เช่นจากวัตถุประสงค์ของโครงการ ผู้ใช้ผลประเมิน ประสิทธิภาพของผู้ประเมิน และจากแบบจำลองหรือแนวคิด ซึ่งแต่ละวิธีมีจุดเด่นแตกต่างกัน จึงควรพิจารณาสิ่งที่เกี่ยวข้องกับส่วนประกอบของโครงการ ซึ่งประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

1. ตัวแผนหรือโครงการ เช่น ความสมบูรณ์ของเนื้อหา ความชัดเจนของส่วนประกอบ ความสอดคล้องกับแผนแม่บท ความสอดคล้องระหว่างตัวประกอบ ความเข้ากันได้กับโครงการอื่น ความสอดคล้องกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

2. สิ่งป้อนเข้า เช่น เจ้าหน้าที่ งบประมาณ เทคนิควิธีการ พื้นที่ตั้งของโครงการ กลุ่มประชาชนเป้าหมาย

3. การบริหารโครงการ เช่น การดำเนินงานตามแผน การติดตามกำกับงาน การประสานงานระหว่างหน่วยงาน การประสานงานกับกลุ่มประชากรเป้าหมาย

4. ผลที่ได้รับจากโครงการ

4.1 ผลทางตรง

4.1.1 ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการโดยตรง เช่น เวลาที่เสร็จ งบประมาณที่ใช้ปริมาณงานที่ได้

4.1.2 ผลที่เกิดกับกลุ่มเป้าหมาย เช่น ความเพียงพอ, ความทั่วถึง

4.1.3 ผลที่ไม่ได้คาดหวังทั้งทางบวกและทางลบ

4.2 ผลทางอ้อม เป็นผลต่อความเป็นอยู่ด้านอื่นๆ เช่น ผลต่อสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ ผลต่อผลต่อความเป็นอยู่ด้านอื่นๆของประชาชน

2. การกำหนดตัวชี้วัด⁽¹¹⁾

เป็นการเลือกตัวแปรที่สำคัญจากประเด็นการประเมินไม่ว่าประเด็นการประเมินจะถูกกำหนดโดยวิธีใด

3. ตัวชี้วัด⁽¹¹⁾

หมายถึง สิ่งต่าง ๆ หรือลักษณะต่าง ๆ ที่ระบุถึงปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในประเด็นที่ต้องประเมิน ดังนั้นตัวชี้วัดที่ดีควรสอดคล้องกับประเด็นที่ต้องการประเมิน และควรเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ และได้รับการยอมรับจากผู้อื่น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ทบทวนทฤษฎีและเอกสารโครงการที่เกี่ยวข้องกับเป้าหมายในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

1. มาตรฐานบริการ เป็นคู่มือที่บุคลากรแต่ละแห่งยึดถือเป็นแนวทางในการให้บริการผู้ป่วยให้ได้รับบริการอย่างมีคุณภาพ⁽¹²⁾ หลักการพื้นฐานคือ ต้องสอดคล้องกับมาตรฐานวิชาชีพ ภาวะเบี่ยงข้อบังคับและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง⁽¹⁹⁾ โดยสหวิชาชีพยอมรับให้เป็นมาตรฐานระดับหน่วยงาน เพื่อให้บุคลากรในโรงพยาบาลยึดถือเป็นแนวทางในการให้บริการ ซึ่งมาตรฐานบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชแก่ผู้สูงอายุในเป้าหมายของโครงการนี้เป็นมาตรฐานบริการสำหรับผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ซึ่งเป็นเป้าหมายในการจัดทำมาตรฐานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุของโครงการนี้⁽⁶⁾ เพื่อให้บุคลากรในโรงพยาบาลยึดถือเป็นแนวทางในการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุในบริการผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน

2. บริการที่มีมาตรฐานในโรงพยาบาล ในการจัดบริการ การกำหนดมาตรฐานในระดับหน่วยงาน ให้มีความจำเพาะเจาะจง เหมาะสมกับทรัพยากรและโครงสร้างพื้นฐาน ตลอดจนความต้องการของประชาชนในแต่ละแห่ง แต่ละพื้นที่⁽¹²⁾ มีระบบบริการหรือดูแลผู้ป่วยที่ดี ได้ตามมาตรฐานวิชาชีพ มีการป้องกันความเสี่ยง ความผิดพลาดหรือผลแทรกซ้อนที่จะเกิดกับผู้ป่วย และสามารถตอบสนองความจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพตามที่มุ่งหวัง⁽¹⁹⁾

3. บุคลากรได้พัฒนาศักยภาพบริการ จากแผนแม่บทสุขภาพจิตผู้สูงอายุปี 2543-2544 ได้ระบุปัญหาว่า บุคลากรขาดมาตรฐานการให้บริการสุขภาพจิตผู้สูงอายุในหน่วยงานสาธารณสุข ดังนั้น จึงได้กำหนดให้มี “การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรเพื่อให้บุคลากรให้บริการสุขภาพจิต ผู้สูงอายุตามเกณฑ์มาตรฐาน”⁽¹⁰⁾

4. การพัฒนาเทคโนโลยีในการให้บริการสุขภาพจิตผู้สูงอายุคือการนำความรู้ทางวิทยาศาสตร์มาประยุกต์ในการพัฒนาสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดการดำเนินงานสุขภาพจิตแบบครบวงจร โดยมีรูปแบบทั้งการส่งเสริม การบำบัด การป้องกัน การฟื้นฟู กระบวนการผลิตเทคโนโลยีอยู่ที่กระบวนการออกแบบเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้ใช้ประโยชน์ในการพัฒนาทางสุขภาพจิต⁽¹⁴⁾ โครงการนี้จึงมุ่งพัฒนาเทคโนโลยีสำหรับบุคลากรที่จะใช้เป็นคู่มือในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุสมองเสื่อม และซึมเศร้า ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายโครงการนี้⁽⁸⁾

5. การพัฒนาฐานข้อมูล จากการศึกษาที่มีพันธกิจที่เกี่ยวกับการพัฒนาวิชาการเพื่อให้ประชากรแต่ละกลุ่มอายุในประเทศมีสุขภาพจิตดีขึ้น โดยเฉพาะประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยซึ่งยังไม่มีฐานข้อมูลภาวะสมองเสื่อม และซึมเศร้า ในขณะที่ต่างประเทศได้ศึกษาไว้ว่าผู้สูงอายุมีปัญหาสมองเสื่อม และซึมเศร้ามากในระดับหนึ่ง⁽¹⁰⁾ ดังนั้นโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้

สูงอายุนี้จึงมีการวิจัยเพื่อพัฒนาฐานข้อมูล การที่จะทำให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่ จะต้องมีการสร้างกระบวนการที่จะใช้ประโยชน์จากการวิจัยและกระบวนการสื่อสารกับประชาชนทั่วไป⁽¹³⁾

แผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564)⁽⁵⁾

คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติได้ยกร่างแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 นี้เป็นแผนระยะยาว ซึ่งจะต้องดำเนินการให้เกิดการประสานงานกับคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เพื่อให้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9, 10, 11 และ 12 สอดคล้องกับแผนนี้ ซึ่งจะต้องมีการปรับปรุงทุก 5 ปี เพื่อให้มีความเหมาะสมกับสถานการณ์และสอดคล้องกับการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติแต่ละฉบับ แผนยกร่างฉบับนี้มีลักษณะเป็นแผนรวมของชาติโดยมีลักษณะเป็นแผนยุทธศาสตร์ได้กำหนดมาตรการต่าง ๆ ไว้อย่างชัดเจน ซึ่งหน่วยงานต่าง ๆ จะต้องพิจารณาจัดทำแผนให้สอดคล้องกับแผนแห่งชาติฉบับนี้ ดังนั้นในแผนพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2545-2549 จึงกำหนดแผนงานหรือกิจกรรมที่เป็นแผนงานต่อเนื่องและแผนงานใหม่ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในแต่ละปีดังนี้

ปีงบประมาณ 2545

1. เพื่อจัดทำมาตรฐานในการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุในสถานบริการ
2. เพื่อให้มีการพัฒนาการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุตามมาตรฐาน
3. เพื่อพัฒนาเทคโนโลยีการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต
4. เพื่อให้มีบริการส่งเสริม/ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุในชุมชน
5. เพื่อให้มีฐานข้อมูลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุสำหรับการพัฒนารูปแบบและกระบวนการดำเนินงาน

ปีงบประมาณ 2546

1. เพื่อให้มีบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุในสถานบริการสาธารณสุขทั่วไปตามมาตรฐาน
2. เพื่อพัฒนาเทคโนโลยีการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน
3. เพื่อให้มีบริการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน
4. เพื่อให้มีฐานข้อมูลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุสำหรับการพัฒนารูปแบบและกระบวนการดำเนินงาน

ปีงบประมาณ 2547

1. เพื่อให้มีบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุในสถานบริการสาธารณสุขทั่วไปตามมาตรฐาน
2. เพื่อให้มีบริการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชน
3. เพื่อพัฒนารูปแบบและกระบวนการดำเนินงานสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

ปีงบประมาณ 2548

1. เพื่อให้มีบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุในสถานบริการสาธารณสุขทั่วไปตามมาตรฐาน
2. เพื่อให้มีบริการส่งเสริม/ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุในชุมชน
3. เพื่อพัฒนารูปแบบและกระบวนการดำเนินงานสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

หมายเหตุ ตามวัตถุประสงค์ในการดำเนินงานของแต่ละปีจะกำหนดผู้รับผิดชอบดำเนินการในหน่วยงานต่าง ๆ ในสังกัดกรมสุขภาพจิต

ระบาดวิทยาผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุในประเทศไทยกำลังเข้าสู่ "ภาวะประชากรสูงอายุ"⁽²⁾ กล่าวคือในปี พ.ศ.2543 มีประชากรสูงอายุร้อยละ 9 และในปี พ.ศ.2553 คาดว่าจะมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 11⁽¹⁾ จากการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทำให้โอกาสในการปรับตัวเพื่อรองรับผลกระทบเป็นไปอย่างจำกัด⁽¹⁰⁾ ปัจจุบันมีประชากรสูงอายุเป็นผู้หญิงร้อยละ 55 อาศัยอยู่ในเขตชนบท⁽⁹⁾ ร้อยละ 81.1 ไม่ได้รับการศึกษาเป็นทางการร้อยละ 31 อาศัยอยู่ตามลำพังร้อยละ 3.6-4.3^(15,20) และในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ตามลำพังนี้มีปัญหาในการดำรงชีวิตที่สำคัญคือไม่มีผู้ดูแลยามเจ็บป่วย ร้อยละ 31.6 เหนง ร้อยละ 20.9 ผู้สูงอายุไทย 1 ใน 4 มีปัญหาสุขภาพ⁽¹⁶⁾ ไม่สามารถเคลื่อนที่ภายในบ้านหรือในห้องได้โดยลำพังร้อยละ 1.6 นอกจากนี้ยังพบว่ามีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง เช่นมีโรคข้อเสื่อมและปวดข้อเรื้อรัง ร้อยละ 55-70 มีอาการซึมเศร้าร้อยละ 20 นอนไม่หลับร้อยละ 30-40 ผู้สูงอายุไทยร้อยละ 16 รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ และมีถึง 1 ใน 3 ที่รับประทานอาหารคนเดียวเป็นประจำ⁽¹⁷⁾ จากการจัดลำดับความสำคัญของโรคและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทยโดยอาศัยข้อมูลทางสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบันโดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มอาการซึมเศร้าและโรคซึมเศร้าอยู่ในลำดับที่ 13 นอนไม่หลับ ลำดับที่ 15 อาการซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า ลำดับที่ 16 จากลำดับที่จัดไว้ 20 ลำดับ⁽¹⁶⁾

จากปัญหาและโรคของผู้สูงอายุทำให้คาดการณ์ได้ว่าในอนาคตผู้สูงอายุของไทยจะต้องการการพึ่งพาเพิ่มสูงขึ้น ซึ่งจะส่งผลทางอ้อมต่อปัญหาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ และจะเป็นภาระต่อระบบบริการสุขภาพในอนาคต ปัจจุบันผู้สูงอายุใช้เตียงในโรงพยาบาลรัฐทั่วประเทศ ร้อยละ 28 ของปริมาณเตียงทั้งหมด ส่วนการสำรวจในระดับพื้นที่ พบว่า ความต้องการที่มากที่สุดของผู้สูงอายุ เรียงตามลำดับ คือความต้องการบริการด้านสุขภาพและการรักษาของผู้สูงอายुर้อยละ 42.1 ในขณะที่ความต้องการการช่วยเหลือด้านการเงินหรือการสงเคราะห์ทางการเงินร้อยละ 42.1 และความต้องการมีกลุ่มหรือมีชมรมผู้สูงอายुर้อยละ 11.2 ต้องการการดูแลหรือผู้ดูแล ร้อยละ 9.4 และความต้องการงานอาชีพ ร้อยละ 9⁽⁵⁾

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional descriptive study) ในการรับรู้ของบุคลากรที่ดำเนินงานในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ปี 2544 ของโรงพยาบาลจิตเวช 5 แห่ง ในสังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โดยมีระเบียบวิธีการวิจัย (Research methodology) ดังนี้

ประชากร

ประชากรเป้าหมาย (Target population) คือบุคลากรในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาลจิตเวช 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีรัษฎา โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา

ประชากรตัวอย่าง (Sample Population) คือบุคลากรที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ที่เข้าร่วมในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของโรงพยาบาลจิตเวช 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีรัษฎา โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ซึ่งประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ รวม 220 คน

ตัวอย่าง (Samples) คือ บุคลากรที่ปฏิบัติงาน เกี่ยวกับ ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ของโรงพยาบาลจิตเวช 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีรัษฎา โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ซึ่งประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งหมด 220 คนโดยไม่มีกลุ่มตัวอย่าง

การสังเกตและการวัด (Observation and Measurement)

ตัวแปรอิสระ (Independent Variable) หรือตัวแปรต้น ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ลักษณะงานที่ทำประจำ ระยะเวลาการทำงาน ระดับการศึกษา ตำแหน่ง บทบาทในโครงการ การเข้าร่วมโครงการ การรับทราบนโยบาย การได้รับการนิเทศงานชัดเจน ความสม่ำเสมอในการได้รับการนิเทศงาน ความต่อเนื่องการทำงาน งานที่รับผิดชอบเฉพาะด้าน ความรู้เรื่องตัวชี้วัด

ตัวแปรตาม (Dependent Variable) การรับรู้ความสำคัญและสภาพเป็นจริงของบุคลากรที่ดำเนินงานโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุตามเป้าหมายแต่ละด้าน (5 ด้าน) คือ

1. การมีคู่มือมาตรฐานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ
2. การมีบริการที่ได้มาตรฐานในโรงพยาบาลจิตเวช 5 แห่ง
3. บุคลากรมีโอกาสได้พัฒนาศักยภาพบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ
4. การมีเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุที่เหมาะสม
5. การมีฐานข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ สมองเสมือนและซึ่มเศร้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Instrument)

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง แนวคิด ทฤษฎีที่สอดคล้องกับเป้าหมายในแต่ละเป้าหมายของโครงการ จากเอกสารการดำเนินงานของโครงการ จากการซักถามเพื่อหาข้อมูลจากผู้ปฏิบัติงาน และจากการสังเกตการปฏิบัติงาน ซึ่งคำถามหรือเนื้อหาทั้งหมดที่สร้างขึ้น ได้สร้างให้ครอบคลุมการดำเนินงานและผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อสอดคล้องกับเป้าหมายในแต่ละเป้าหมายของโครงการ โดยยึดหลักการใช้คำถามที่เหมาะสมกับบุคลากรในโครงการที่รับรู้ได้

แบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 เป็นคำถามข้อมูลทั่วไป คำถามส่วนนี้จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นคำถามเกี่ยวกับข้อมูลการรับรู้ในการดำเนินงาน (ตามเป้าหมาย 5 ด้าน)

คำถามส่วนนี้จำนวน 67 ข้อ ตามลำดับเป้าหมายดังนี้

1. การมีคู่มือมาตรฐานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ
2. การมีบริการที่ได้มาตรฐานในโรงพยาบาลจิตเวช 5 แห่ง
3. บุคลากรมีโอกาสได้พัฒนาศักยภาพบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ
4. การมีเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุที่เหมาะสม
5. การมีฐานข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุภาวะสมองเสมือนและภาวะซึ่มเศร้า

การตรวจสอบความสมบูรณ์และความถูกต้องของแบบสอบถาม (Validity and Reliability)

1. ความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิมารวมจำนวน 6 ท่านตรวจ ผู้ทรงคุณวุฒินี้เป็นคณะทำงานในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ปี 2544 ซึ่งมี จิตแพทย์ 1 ท่าน นักจิตวิทยา 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพ 1 ท่าน รวมทั้งอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อดูความถูกต้องของภาษาและความถูกต้องในเนื้อหา และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้และนำมาปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้และเก็บข้อมูลจริง นอกจากนี้ผู้ทรงคุณวุฒิดังกล่าวได้เสนอแนะเกี่ยวกับโครงร่างการวิจัยในเนื้อหาที่ไม่ได้อธิบายไว้ชัดเจน ผู้ศึกษาได้นำมาแก้ไขในรายละเอียด

2. การหาความเชื่อถือของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างในบุคลากรโรงพยาบาลศรีธัญญาทั้งหมดจำนวน 20 คน ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างแต่มีลักษณะใกล้เคียงกับประชากรตัวอย่าง ได้นำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach' alpha coefficient) เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์ของแบบสอบถาม

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ตามลำดับดังนี้

1. เตรียมเครื่องมือวิจัย คือแบบสอบถามการรับรู้ของบุคลากรที่ดำเนินงานในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

2. ผู้วิจัยขอความร่วมมือไปยังโรงพยาบาลพื้นที่เป้าหมายโดยนำหนังสือ จากภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม เพื่อขออนุญาต ผู้อำนวยการของโรงพยาบาลจิตเวช 5 แห่ง คือโรงพยาบาลสมเด็จพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา พร้อมกับส่งแบบสอบถาม ไปยังพื้นที่เป้าหมายดังกล่าว

3. โทรศัพท์ประสานงานตามระบบของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยให้แต่ละโรงพยาบาลแจกแบบสอบถามให้กับบุคลากร ที่เป็นตัวอย่างศึกษาตอบแบบสอบถามและนัดวันรับแบบสอบถาม ที่เก็บรวบรวมกับผู้ประสานงานในแต่ละโรงพยาบาล

4. หลังจากโทรศัพท์ประสานงานการเก็บข้อมูลประมาณ 2 สัปดาห์ ถึงกำหนดวันนัดที่ไปเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ในแต่ละโรงพยาบาล ผู้ศึกษาได้โทรศัพท์สอบถามผู้ประสานงานเกี่ยวกับความพร้อมของแบบสอบถามที่เก็บได้และนัดวันรับที่แน่นอนอีกครั้ง

5. การเก็บรวบรวมแบบสอบถามและตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล โดยผู้ศึกษาติดตามไปเก็บรวบรวมแบบสอบถามและประสานให้มีการจัดเก็บแบบสอบถามที่ยังเก็บไม่ได้เพิ่มเติมโดยส่งมาทางพัสดุไปรษณีย์ เพื่อให้ได้จำนวนแบบสอบถามตอบกลับมีจำนวนครบถ้วนมากที่สุดตามกำหนดเวลาที่ศึกษา ซึ่งการตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามพบว่า มีแบบสอบถาม ส่วนหนึ่งตอบครบถ้วน และอีกส่วนหนึ่งตอบไม่ครบถ้วน ทั้งนี้เป็นความต้องการของผู้ตอบแบบสอบถามในความต้องการให้ข้อมูลเฉพาะประเด็นคำถาม

6. ผู้ศึกษาได้แยกแบบสอบถามออกเป็น 2 ประเภท คือ ประเภทที่ตอบคำถามครบถ้วนสมบูรณ์และประเภทที่ตอบคำถามไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ เพื่อทราบลักษณะข้อมูลที่จะวิเคราะห์

7. ลงรหัส ตามคู่มือลงรหัสที่เตรียมไว้ แปลงข้อมูล เป็นรหัสตามคู่มือลงรหัสและสร้างแฟ้มบันทึกข้อมูลลงเครื่องคอมพิวเตอร์ เตรียมการวิเคราะห์ผล ด้วย SPSS for Windows

การวิเคราะห์ข้อมูล(Data analysis)

นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for windows โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ โดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ตามลำดับ ดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร ได้แก่ เพศ, อายุ ลักษณะงานที่ทำประจำ ระยะเวลาการทำงาน ตำแหน่ง (วิชาชีพ) บทบาทในโครงการ ระดับการศึกษา การรับทราบนโยบาย การได้รับการนิเทศงาน ความสม่ำเสมอ การเข้าร่วมโครงการ ความต่อเนื่อง งานที่รับผิดชอบเฉพาะด้าน ความรู้เรื่องตัวชี้วัด

- เป็นตัวแปรเชิงคุณภาพใช้ความถี่, ร้อยละ

2. วิเคราะห์ความสำคัญ / สภาพเป็นจริง ของแต่ละเป้าหมาย ในรายด้าน

- ตัวแปรเชิงคุณภาพใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสำคัญ / สภาพเป็นจริง ของแต่ละเป้าหมายและในภาพรวม

- ตัวแปรเชิงคุณภาพใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

4. วิเคราะห์ความสำคัญ / สภาพเป็นจริง จำแนกตามโรงพยาบาล

- ตัวแปรเชิงคุณภาพใช้ความถี่ ร้อยละค่าเฉลี่ยและ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5. วิเคราะห์ผลข้อเสนอแนะเพิ่มเติมของบุคลากรในแต่ละโรงพยาบาล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์

การศึกษารับรู้ของบุคลากรที่ดำเนินงานในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ปี 2544 ผู้ศึกษาได้สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการแจกแบบสอบถามให้บุคลากรที่เข้าร่วมในโครงการของโรงพยาบาลจิตเวช 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ได้ตอบแบบสอบถาม ในระหว่างวันที่ 15 กุมภาพันธ์ ถึง 3 เมษายน พศ. 2545 ซึ่งได้จำแนกการวิเคราะห์เป็นลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลตอบกลับข้อมูลและข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 วิเคราะห์ความสำคัญ/สภาพเป็นจริง ของแต่ละเป้าหมายในรายด้าน

ส่วนที่ 3 วิเคราะห์ผลของการรับรู้ความสำคัญ/สภาพเป็นจริงของแต่ละเป้าหมายในภาพรวม

ส่วนที่ 4 วิเคราะห์ความสำคัญ / สภาพเป็นจริง จำแนกตามโรงพยาบาล

ส่วนที่ 5 วิเคราะห์ผลข้อเสนอแนะของบุคลากรในแต่ละโรงพยาบาล

ส่วนที่ 1 การตอบกลับและข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1. ข้อมูลการตอบกลับของบุคลากรที่เข้าร่วมโครงการในโรงพยาบาลจิตเวช 5 แห่ง

บุคลากรที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ปี 2544 ในโรงพยาบาลจิตเวช 5 แห่ง มีจำนวน 220 คน บุคลากรที่ตอบแบบสอบถามกลับมาทั้งหมด จำนวน 178 คน ร้อยละ 80.9 จำแนกเป็นรายโรงพยาบาลพบว่าโรงพยาบาลศรีธัญญามีอัตราการตอบกลับ จำนวน 69 คน ร้อยละ 94.5 ซึ่งมีอัตราการตอบกลับมากที่สุด และบุคลากรของโรงพยาบาลสวนปรุงมีอัตราการตอบกลับต่ำที่สุด คือ ร้อยละ 55.7 (ดังตารางที่ 4.1)

ตารางที่ 4.1 จำนวนและร้อยละการตอบกลับของกลุ่มตัวอย่าง

โรงพยาบาล	จำนวนบุคลากร ที่ส่งแบบสอบถาม	ตอบกลับ	
		จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา	25	18	72.0
โรงพยาบาลศรีธัญญา	73	69	94.5
โรงพยาบาลสวนปรุง	52	29	55.7
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	40	34	85.0
โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา	30	28	93.3
รวม	220	178	80.9

2. ข้อมูลทั่วไป

บุคลากรที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจิตเวช 5 แห่ง ที่ตอบแบบสอบถาม เป็น เพศหญิง ร้อยละ 91.6 เพศชาย ร้อยละ 8.4 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31-40 ปี มีจำนวน ร้อยละ 55.1 ลักษณะงานที่ทำ ส่วนใหญ่รับผิดชอบงานอื่น ๆ หลายด้าน ร้อยละ 51.1 รองลงมาปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้ป่วยใน ร้อยละ 42.1 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ (ระยะเวลาในการทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ) น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 56.6 เป็นตำแหน่ง(วิชาชีพ)พยาบาลวิชาชีพมากที่สุดร้อยละ 72.9 มีบทบาทในโครงการในลักษณะเป็นผู้เข้ารับการอบรม มากที่สุดร้อยละ 40.0 ระดับการศึกษา ปริญญาตรี ร้อยละ 75.3 ได้รับทราบนโยบายชัดเจน ร้อยละ 46.3 และลักษณะการนิเทศงานส่วนใหญ่ไม่ชัดเจน ร้อยละ 46.8 ในขณะที่การนิเทศไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 80.7 ผู้ตอบกลับเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.8 แต่การได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานมีความต่อเนื่อง เพียงร้อยละ 33.5 โดยมีงานที่รับผิดชอบส่วนใหญ่คือได้ร่วมจัดทำคู่มือมาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ 76.6 ส่วนใหญ่ของผู้ตอบแบบสอบถาม เคยได้รับความรู้เรื่องตัวชี้วัด ร้อยละ 55.0 และความรู้ที่ได้รับในการเข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 78.4 (ดังตารางที่ 4.2)

ตารางที่ 4.2 จำนวนและร้อยละ ของข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร	จำนวน	ร้อยละ
เพศ (n = 178)		
ชาย	15	8.4
หญิง	163	91.6
อายุ (n = 176)		
<30 ปี	19	10.8
31-40 ปี	97	55.1
41-50 ปี	42	23.9
51-60 ปี	18	10.2
ลักษณะงานที่ทำ (n = 178)		
ผู้ป่วยนอก	18	10.1
ผู้ป่วยใน	75	42.1
ฝ่ายอบรม	13	7.3
รับผิดชอบด้านอื่นๆและรวมหลายด้าน	91	51.1
ระยะเวลาการทำงาน (n = 166)		
น้อยกว่า 5 ปี	94	56.6
ตั้งแต่ 5-10 ปี	21	12.7
ตั้งแต่ 11-20 ปี	40	24.1
ตั้งแต่ 21-33 ปี	11	6.6
ตำแหน่ง (วิชาชีพ) (n = 177)		
พยาบาลเทคนิค	29	16.4
พยาบาลวิชาชีพ	129	72.9
นักสังคมสงเคราะห์	6	3.4
นักจิตวิทยาวิทยา	4	2.3
แพทย์	3	1.7
อื่นๆ	6	3.4

ตารางที่ 4.2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละ ของข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร	จำนวน	ร้อยละ
บทบาทในโครงการฯ (n = 175)		
คณะทำงาน	52	29.7
ผู้เข้ารับการอบรม	70	40.0
ผู้มีส่วนร่วมเฉพาะ	53	30.3
ระดับการศึกษา (n = 178)		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	27	15.2
ปริญญาตรี	134	75.3
สูงกว่าปริญญาตรี	17	9.6
การรับทราบนโยบาย (n = 175)		
ชัดเจน	81	46.3
ไม่ชัดเจน	74	42.3
ไม่ได้รับ	20	11.4
การได้รับการนิเทศงาน (n = 173)		
ชัดเจน	44	25.4
ไม่ชัดเจน	81	46.8
ไม่ได้รับ	48	27.7
ความสม่ำเสมอในการนิเทศงาน (n = 166)		
สม่ำเสมอ	32	19.3
ไม่สม่ำเสมอ	134	80.7
ความสมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ (n = 165)		
สมัครใจ	135	81.8
ไม่สมัครใจ	26	15.8
ได้รับมอบหมาย(บุคลากรไม่ประเมินความ ต้องการของตนเอง)	4	2.4

ตารางที่ 4.2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละ ของข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร	จำนวน	ร้อยละ
ความต่อเนื่องในการทำงาน (n = 173)		
ต่อเนื่อง	58	33.5
ไม่ต่อเนื่อง	83	48.0
อื่นๆ	32	18.5
งานที่รับผิดชอบเฉพาะ (n = 171)		
ร่วมจัดทำมาตรฐาน	38	76.6
ให้บริการ	100	58.5
รับการอบรม	102	59.6
พัฒนาคู่มือสมองเสื่อม	32	18.7
พัฒนาคู่มือสมองเสื่อม	18	10.5
ร่วมพัฒนาฐานข้อมูล	23	13.5
ความรู้เรื่องตัวชี้วัด (n = 169)		
เคยได้รับความรู้	93	55.0
ไม่เคยได้รับความรู้	76	45.0
ความรู้ที่ได้รับในการดำเนินงาน		
ภาวะสมองเสื่อม (n = 171)	134	78.4
ภาวะซึมเศร้า (n = 171)	95	55.6
สุขภาพจิตผู้สูงอายุ (n = 171)	99	57.9
อื่นๆ (n=170)	15	8.8

ส่วนที่ 2 ผลวิเคราะห์ความสำคัญ/สภาพเป็นจริงของแต่ละเป้าหมายในรายด้าน

โดยจำแนกเป็น 5 เป้าหมาย คือ

1. การมีคู่มือมาตรฐานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ
2. การมีบริการที่ได้มาตรฐานในโรงพยาบาลจิตเวช 5 แห่ง
3. บุคลากรมีโอกาสได้พัฒนาศักยภาพบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ
4. การมีเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุที่เหมาะสม
5. การมีฐานข้อมูล(ทำวิจัย)ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า

ซึ่งทั้ง 5 เป้าหมาย ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มคะแนนเป็น 4 กลุ่ม คือ
 คะแนน 0 หมายความว่าไม่มี, คะแนน 0.01-1.00 ระดับน้อย,
 คะแนน 1.01-2.00 ระดับปานกลาง และคะแนน 2.01-3.00 ระดับมาก

โดยวิเคราะห์ตามแต่ละเป้าหมายในรายด้านดังนี้

1. การมีคู่มือมาตรฐานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ (รายละเอียดดังตารางที่ 4.3)

1.1 การให้ความสำคัญพบว่าบุคลากรให้ความสำคัญในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ

2.14 ซึ่งอยู่ในระดับมาก (แสดงไว้ในตารางที่ 4.9) ในประเด็นดังนี้

- เนื้อหาคู่มือมีแนวทางในการให้ความรู้การปรึกษาแก่ผู้สูงอายุเพื่อการวางแผนการรักษาต่อเนื่อง และเนื้อหาคู่มือมีรายละเอียดที่สอดคล้องตามหลักวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากับ (2.50) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.4 และ 54.4 ตามลำดับ
- ส่วนการให้โอกาสบุคลากรได้ใช้คู่มือที่จัดทำขึ้นคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (2.16) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 35.6

1.2 สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้น พบว่า บุคลากรรับรู้สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นในภาพ

รวมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.87 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (แสดงไว้ในตารางที่ 4.9) ในประเด็นดังนี้

- เนื้อหาคู่มือมีรายละเอียดที่สอดคล้องตามหลักวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพที่บุคลากรยอมรับมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด(1.99)ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคลากรส่วนใหญ่ร้อยละ 55.9
- รองลงมา คู่มือการให้บริการผู้สูงอายุมีแนวทางให้บุคลากรให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุเพื่อการวางแผนรักษาต่อเนื่อง มีคะแนนเฉลี่ย 1.98 ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคลากรส่วนใหญ่ร้อยละ 50.0
- ส่วนโอกาสที่บุคลากรได้ใช้คู่มือที่จัดทำขึ้นมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (1.63) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 11.8

ตารางที่ 4.3 ร้อยละ ของบุคลากร และ คะแนนเฉลี่ย ความสำคัญ / สภาพเป็นจริง
ในรายด้านของเป้าหมาย การมีคู่มือมาตรฐานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสูงอายุ

	คะแนนความสำคัญ						
	คะแนนสภาพเป็นจริง						
	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก	คะแนนเฉลี่ย	จำนวนบุคลากร	
	(ร้อยละ)						
1. การมีคู่มือมาตรฐานบริการ (สุขภาพจิตและจิตเวชสูงอายุ)	1.คู่มือการให้บริการผู้สูงอายุมีเนื้อหาเป็น	1.3	5.4	39.6	53.7	2.46	149
	แนวทางมาตรฐาน	8.2	15.0	54.4	22.4	1.91	147
2.คู่มือการให้บริการผู้สูงอายุมีเนื้อหาด้ว การรักษาพยาบาล ส่งเสริม ป้องกันและฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นรูปธรรมชัดเจน	0.7	2.0	48.3	49.0	2.46	149	
	8.2	11.0	59.6	21.2	1.94	146	
3.คู่มือการให้บริการผู้สูงอายุมีรายละเอียดที่สอดคล้องตามหลักวิชาการ และมาตรฐานวิชาชีพที่บุคลากรยอมรับ	0.7	3.4	41.6	54.4	2.50	149	
	8.3	10.3	55.9	25.5	1.99	145	
4.คู่มือการให้บริการผู้สูงอายุมีแนวทางให้บุคลากรประเมินอาการผู้สูงอายุเพื่อวางแผนการรักษา	0.7	4.8	44.2	50.3	2.44	149	
	8.3	11.1	57.6	22.9	1.95	144	
5.คู่มือการให้บริการผู้สูงอายุมีแนวทางให้บุคลากรดูแลผู้สูงอายุให้มีกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ	0.7	6.8	40.4	52.1	2.44	146	
	9.8	13.3	53.8	23.1	1.90	143	
6.คู่มือการให้บริการผู้สูงอายุมีแนวทางให้ ความรู้และการปรึกษาแก่ผู้สูงอายุเพื่อการวางแผนการรักษาต่อเนื่อง	0.7	5.4	37.6	56.4	2.50	149	
	8.2	13.7	50.0	28.1	1.98	146	
7.บุคลากรได้มีโอกาสใช้คู่มือการให้บริการสูงอายุที่จัดขึ้น	2.1	15.1	47.3	35.6	2.16	146	
	12.5	24.3	51.4	11.8	1.63	144	

ตารางที่ 4.3 (ต่อ) ร้อยละ ของบุคลากร และ คะแนนเฉลี่ย ความสำคัญ/สภาพเป็นจริง ในรายด้านของเป้าหมาย การมีคู่มือมาตรฐานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสูงอายุ

2. การมีคู่มือมาตรฐานบริการ (สุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ)	คะแนนความสำคัญ					จำนวน บุคลากร
	คะแนนสภาพเป็นจริง					
	ไม่มี	น้อย	ปาน กลาง	มาก	คะแนน เฉลี่ย	
8.คู่มือ การให้บริการผู้สูงอายุ ที่จัดทำนี้ ชัดเจนบุคลากรใช้ได้ง่าย	1.4	4.7	49.3	44.6	2.37	148
9.ผู้สูงอายุได้รับบริการที่มีคุณภาพจาก การใช้คู่มือการให้บริการที่จัดทำขึ้นนี้	1.4	6.8	40.1	51.7	2.42	147
	8.3	17.2	57.9	16.6	1.83	145

2. การมีบริการที่มีมาตรฐานในการให้บริการผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (ดังตารางที่ 4.4)

2.1 การให้ความสำคัญ ในภาพรวม พบว่าบุคลากรให้ความสำคัญในภาพรวม ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.51 ซึ่งอยู่ในระดับมาก(แสดงไว้ในตาราง4.9) ในประเด็น ดังนี้

- การป้องกันความเสี่ยงจากอุบัติเหตุที่ได้มาตรฐานที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (2.69) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 71.8
- รองลงมาการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะอย่างสม่ำเสมอ มีคะแนนเฉลี่ย (2.62) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 65.1
- ส่วนการประเมินความพึงพอใจของญาติ คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (2.41) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.7

2.2 สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นในภาพรวมพบว่าบุคลากรรับรู้การปฏิบัติจริงโดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.88 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง(แสดงไว้ในตารางที่ 4.9)ในประเด็นดังนี้

- การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะอย่างสม่ำเสมอ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด(2.29) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 46.6
- รองลงมาการป้องกันความเสี่ยงจากอุบัติเหตุในผู้สูงอายุที่ได้มาตรฐาน คะแนนเฉลี่ย (2.22) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 42.2
- ส่วนการประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุและญาติ คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากัน ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.2 ,51.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.4 ร้อยละ ของบุคลากร และคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ ความสำคัญ/ สภาพเป็นจริง
ในรายด้าน ของเป้าหมาย การมีบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ ใน
โรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน

2. มีบริการที่ได้มาตรฐานในโรงพยาบาล (สุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ)	คะแนนความสำคัญ					จำนวน บุคลากร
	คะแนนสภาพเป็นจริง					
	ไม่มี	น้อย	ปาน กลาง	มาก	คะแนน เฉลี่ย	
10.การประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูง อายุเพื่อการวางแผนการรักษาทุกราย	3.3	5.3	28.7	62.7	2.51	150
	9.5	19.6	52.7	18.2	1.80	148
11. การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพื่อการวางแผนการรักษาทุกราย	1.3	6.0	32.9	59.7	2.51	149
	7.5	22.6	48.6	21.2	1.84	146
12.การประเมินความต้องการในการแก้ ปัญหาของผู้สูงอายุ เพื่อการวางแผนการ รักษาทุกราย (ที่นอกเหนือภาวะสมอง เสื่อมและภาวะซึมเศร้า)	2.0	6.7	35.6	55.7	2.45	149
	8.8	19.7	54.4	17.0	1.80	147
13.การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้ สะอาดถูกสุขลักษณะอย่างสม่ำเสมอ	0.7	2.0	32.2	65.1	2.62	149
	4.8	7.5	41.1	46.6	2.29	146
14.การป้องกันความเสี่ยงจากอุบัติเหตุที่ อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ	-	2.7	25.5	71.8	2.69	149
	5.4	8.8	43.5	42.2	2.22	147
15.การดูแลจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อ ผู้สูงอายุที่มารับบริการ เช่นมีสถานที่นั่งพัก หรือสถานที่ทำกิจกรรมให้เพียงพอ	0.7	4.7	32.9	61.7	2.56	149
	5.4	21.1	51.0	22.4	1.90	147

ตารางที่ 4.4 (ต่อ) ร้อยละ ของบุคลากร และคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ ความสำคัญ/สภาพ เป็นจริงในรายด้าน ของเป้าหมาย การมีบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลที่ได้มาตรฐาน

2. มีบริการที่ได้มาตรฐานในโรงพยาบาล (สุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ)	คะแนนความสำคัญ					
	คะแนนสภาพเป็นจริง					
	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก	คะแนนเฉลี่ย	จำนวนบุคลากร
	(ร้อยละ)					
16.การประเมิน การให้บริการเพื่อให้ผู้สูงอายุ ได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน	1.4	4.1	36.7	57.8	2.51	147
	7.6	17.9	53.1	21.4	1.88	145
17.มีการประเมิน ความรู้ ความเข้าใจ ของผู้สูงอายุ/ญาติ เพื่อให้บริการ ด้าน การส่งเสริม/ป้องกัน	2.0	5.4	34.5	58.1	2.49	148
	9.6	20.5	53.4	6.4	1.77	146
18.บุคลากรให้ความสนใจที่จะแก้ปัญหาผู้สูงอายุที่มีข้อร้องเรียน	1.3	6.7	34.2	57.7	2.48	149
	8.2	3.8	48.3	9.7	1.80	149
19.บุคลากรประเมินอาการผู้สูงอายุที่มา รับบริการเพื่อการวางแผนการดูแลรักษา อย่างต่อเนื่อง	0.7	5.4	34.5	59.5	2.53	148
	5.5	20.7	51.0	22.8	1.91	145
20.การประเมินความพึงพอใจผู้สูงอายุที่ มาใช้บริการทุกราย	2.0	5.4	40.9	51.7	2.42	149
	10.3	23.3	56.2	10.3	1.66	146
21.มีการประเมิน ความพึงพอใจของญาติ ผู้สูงอายุ ที่มารับบริการทุกราย	2.7	5.4	40.3	51.7	2.41	149
	10.3	26.0	51.4	12.3	1.66	146

3.บุคลากรมีโอกาสได้พัฒนาศักยภาพบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ(ดังตารางที่ 4.5)

3.1 การให้ความสำคัญ พบว่าบุคลากรให้ความสำคัญในภาพรวม มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.54 ซึ่งอยู่ในระดับมาก (แสดงไว้ในตาราง4.9) ในประเด็นดังนี้

- บุคลากรมีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด(2.57) ซึ่งมีบุคลากรส่วนใหญ่ให้ความสำคัญประเด็นนี้ร้อยละ 63.5
- รองลงมา คือบุคลากรมีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้ามากขึ้น มีคะแนนเฉลี่ย (2.54) ซึ่งมีบุคลากรส่วนใหญ่ให้ความสำคัญประเด็นนี้ ร้อยละ 59.2 และการให้ความสำคัญที่ใกล้เคียงกันในประเด็นบุคลากรได้ประสบการณ์นำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้ มีคะแนนเฉลี่ย(2.53) ซึ่งมีบุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ58.9
- ส่วนประเด็นบุคลากรมีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิตและจิตเวช(ซึ่งไม่รวมถึงภาวะสมองเสื่อมและซึมเศร้า, บุคลากรสามารถให้การบริการ ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้ถูกต้องตามภาวะของโรคมากขึ้น,บุคลากรสามารถให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่นอกเหนือจากผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและซึมเศร้าได้อย่างถูกต้องตามภาวะของโรคมากขึ้นและบุคลากรมีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้ามากขึ้นคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด แต่ยังอยู่ในเกณฑ์ระดับสูง คือ 2.52 เท่ากันทุกประเด็น

3.2 สภาพจริงที่เกิดขึ้น พบว่าบุคลากรรับรู้สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นในภาพรวม คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ1.98 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง(แสดงไว้ในตาราง4.9) ในประเด็น ดังนี้

- บุคลากรได้ประสบการณ์นำไปใช้ในการปฏิบัติงาน และบุคลากรมีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้ามากขึ้น บุคลากรรับรู้สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นในคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากัน(2.03) ซึ่งมีบุคลากรส่วนใหญ่ที่รับรู้สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นในประเด็นนี้ร้อยละ 30.1 และ 26.9 ตามลำดับ
- รองลงมา บุคลากรสามารถให้การบริการผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้ถูกต้องสอดคล้องกับอาการของโรคมากขึ้น (คะแนนเฉลี่ย 2.00) ซึ่งมีบุคลากรส่วนใหญ่รับรู้สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นในประเด็นนี้ ร้อยละ 51.0
- ส่วนประเด็นบุคลากรมีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและบุคลากรมีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิตและจิตเวช(ซึ่งไม่รวมถึงภาวะสมองเสื่อมและซึมเศร้า มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (1.92 เท่ากัน) ซึ่งมีบุคลากรที่รับรู้สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นในประเด็นนี้ส่วนใหญ่ร้อยละ 31.1, 35.4 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.5 ร้อยละของบุคลากร และคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ ความสำคัญ / สภาพเป็นจริง
ในรายด้านของเป้าหมาย บุคลากรได้พัฒนาศักยภาพบริการสุขภาพจิต
และจิตเวชผู้สูงอายุ

1. บุคลากรได้พัฒนาศักยภาพบริการ (สุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ)	คะแนนความสำคัญ					จำนวน บุคลากร
	คะแนนสภาพเป็นจริง					
	ไม่มี	น้อย	ปาน กลาง	มาก	คะแนน เฉลี่ย	
22.บุคลากรมีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม	1.4	4.1	31.1	63.5	2.57	148
	7.5	19.9	45.9	26.7	1.92	146
23.บุคลากรมีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช (ซึ่งไม่รวมถึง ภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า)	-	6.1	35.4	58.5	2.52	147
	6.2	17.9	53.1	22.8	1.92	145
24.บุคลากรได้ประสบการณ์ซึ่งนำไปใช้ใ การปฏิบัติงานได้	-	6.2	34.9	58.9	2.53	146
	4.2	18.2	47.6	30.1	2.03	143
25.บุคลากร สามารถ ให้บริการผู้สูง อายุภาวะสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้องตาม อาการของโรคมากขึ้น	2.0	3.4	35.4	59.2	2.52	147
	7.6	13.1	51.0	28.3	2.00	145
26.บุคลากรสามารถให้บริการด้านสุข ภาพจิตและจิตเวชกับผู้สูงอายุ(ที่นอก เหนือจากผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและ ซึมเศร้า) ได้อย่างถูกต้องตามภาวะของ โรคมากขึ้น	0.7	4.1	37.4	57.8	2.52	147
	6.9	11.7	56.6	24.8	1.99	145
27.บุคลากรมีแนวทางในการดูแลผู้สูง อายุภาวะซึมเศร้ามากขึ้น	-	4.8	36.1	59.2	2.54	147
	6.2	11.7	55.2	26.9	2.03	145
28.บุคลากร สามารถ ให้บริการผู้สูง อายุภาวะซึมเศร้า ได้อย่างถูกต้องตาม อาการของโรคมากขึ้น	-	4.8	38.1	57.1	2.52	147
	6.8	13.0	56.8	23.3	1.97	146

4. การมีเทคโนโลยีสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุที่เหมาะสม

4.1 คู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (รายละเอียดดังตาราง 4.6)

4.1.1 การให้ความสำคัญ พบว่าบุคลากรให้ความสำคัญในภาพรวม ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.43 ซึ่งอยู่ในระดับมาก (แสดงไว้ในตาราง 4.9) ในประเด็นดังนี้

- คู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเป็นแนวทางให้บุคลากรสามารถวางแผนการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 2.52 ซึ่งเป็นบุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 61.9
- รองลงมาคือคู่มือภาวะสมองเสื่อมเป็นแนวทางให้บุคลากรสามารถประเมินอาการผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเพื่อการวางแผนการดูแลรักษา คะแนนเฉลี่ย 2.48 ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 58.5 และคู่มือสมองเสื่อมเป็นแนวทางให้บุคลากรให้บริการกับผู้สูงอายุได้อย่างมีมาตรฐานเดียวกันคะแนนเฉลี่ย 2.46 ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.2
- ส่วนประเด็นการให้โอกาสบุคลากรใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่จัดทำขึ้น คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (2.34) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 45.6

4.2.2 สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้น พบว่า บุคลากรรับรู้สภาพเป็นจริงในภาพรวม โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.79 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ในประเด็นดังนี้ (แสดงไว้ในตาราง 4.9)

- คู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเป็นแนวทางให้บุคลากรสามารถวางแผนการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 1.96 ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.0
- รองลงมาคือคู่มือสมองเสื่อมเป็นแนวทางให้บุคลากรให้บริการผู้สูงอายุได้อย่างมีมาตรฐานเดียวกัน คะแนนเฉลี่ย 1.82 ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.9
- ส่วนประเด็นโอกาสที่บุคลากรได้ใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม มีคะแนนเฉลี่ย 1.74 ซึ่งเป็นการรับรู้ของเป็นบุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.2 และคู่มือภาวะสมองเสื่อมเป็นแนวทางให้บุคลากรสามารถประเมินความร่วมมือของญาติเพื่อให้การปรึกษาทุกรายมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ (1.73, 1.74 ตามลำดับ) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.2, 54.8 ตามลำดับ

ตารางที่ 4.6 ร้อยละของบุคลากร และคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสำคัญ/สภาพเป็นจริง ในรายด้านของเป้าหมาย การมีเทคโนโลยีสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุที่เหมาะสม (คู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม)

4.1 การมีเทคโนโลยีสุขภาพจิตและ จิตเวชสูงอายุที่เหมาะสม (คู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะ สมองเสื่อม)	คะแนนความสำคัญ					
	คะแนนสภาพเป็นจริง					
	ไม่มี	น้อย	ปาน กลาง	มาก	คะแนน เฉลี่ย	จำนวน บุคลากร
	(ร้อยละ)					
29.คู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เป็นแนวทางให้บุคลากรมีความรู้สามารถ วางแผนการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประ สิทธิภาพมากขึ้น	2.0	5.4	30.6	61.9	2.52	147
	7.5	15.8	50.0	26.7	1.96	146
30.บุคลากร มีโอกาสได้ใช้คู่มือการ ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่ได้จัดทำขึ้น	2.7	6.1	45.6	45.6	2.34	147
	11.0	18.6	55.2	15.2	1.74	145
31.บุคลากรใช้คู่มือภาวะสมองเสื่อม เป็น แนวทางให้บริการแก่ผู้สูงอายุภาวะสมอง เสื่อมทุกรายได้อย่างมีมาตรฐานเดียวกัน	2.1	6.9	33.8	57.2	2.46	145
	11.9	13.3	55.9	18.9	1.82	143
32.คู่มือภาวะสมองเสื่อมเป็นแนวทางให้ บุคลากรสามารถประเมินอาการผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมที่มารับบริการเพื่อการวาง แผนการดูแลรักษา	2.0	6.8	32.7	58.5	2.48	147
	11.6	16.4	52.1	19.9	1.80	146
33.คู่มือภาวะสมองเสื่อม เป็นแนวทางให้ บุคลากรสามารถประเมินระดับภาวะสมองเสื่อม ของผู้สูงอายุที่มารับบริการเพื่อการวางแผน การดูแลต่อเนื่อง	2.7	5.4	40.1	51.7	2.41	147
	11.0	19.9	52.7	16.4	1.75	146
34.คู่มือภาวะสมองเสื่อม เป็นแนวทางให้ บุคลากรสามารถประเมินความร่วมมือของ ญาติผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมทุกรายเพื่อ ให้การปรึกษา	2.7	6.1	39.5	51.7	2.40	147
	10.3	20.5	54.8	14.4	1.73	146

4.2. คู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า) : ดังตาราง 4.7

4.2.1 การให้ความสำคัญพบว่าบุคลากรให้ความสำคัญในภาพรวมโดยมีคะแนน

เฉลี่ยเท่ากับ 2.89 ซึ่งอยู่ในระดับมาก (แสดงไว้ในตาราง4.9) ในประเด็นดังนี้

- คู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้าเป็นแนวทางให้บุคลากรสามารถวางแผนการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด(2.54) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคลากรส่วนใหญ่ร้อยละ 62.1
- รองลงมา คู่มือภาวะซึมเศร้า เป็นแนวทางให้บุคลากรสามารถประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เพื่อการดูแลรักษา(2.50) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.6 และคู่มือภาวะซึมเศร้าเป็นแนวทางให้บุคลากรประเมินระดับความรุนแรงเพื่อให้การดูแลต่อเนื่อง มีคะแนนเฉลี่ย 2.46 ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 53.1
- ส่วนโอกาสที่บุคลากรได้ใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดแต่ยังอยู่ในเกณฑ์ระดับมาก(2.39) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 52.4

4.2.2 สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้น พบว่าบุคลากรรับรู้สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นในภาพรวมโดยมีคะแนนเฉลี่ย 1.76 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง(แสดงไว้ในตาราง4.9) ในประเด็นดังนี้

- คู่มือภาวะซึมเศร้าเป็นแนวทางให้บุคลากรวางแผนการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด1.86 ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 57.2
- รองลงมาคู่มือภาวะซึมเศร้าเป็นแนวทางให้บุคลากรประเมินระดับความรุนแรงภาวะซึมเศร้าเพื่อการวางแผนการดูแลรักษาและให้บริการผู้สูงอายุได้อย่างมีมาตรฐานเดียวกัน คะแนนเฉลี่ย 1.79 เท่ากัน ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.7 และ 57.9,
- ส่วนบุคลากรมีโอกาสได้ใช้คู่มือ คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด1.70 ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 56.6

ตารางที่ 4.7 ร้อยละ ของบุคลากร และคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสำคัญ / สภาพเป็นจริง ในรายด้าน ของเป้าหมาย การมีเทคโนโลยีสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ ที่เหมาะสม

4.2 การมีเทคโนโลยีสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุที่เหมาะสม (คู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า)	คะแนนความสำคัญ					
	คะแนนสภาพเป็นจริง					
	ไม่มี	น้อย	ปานกลาง	มาก	คะแนนเฉลี่ย	จำนวนบุคลากร
35.คู่มือภาวะซึมเศร้า เป็นแนวทางให้บุคลากรวางแผนการดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น	1.4	5.5	31.1	62.1	2.54	145
36.บุคลากรมีโอกาส ได้ใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า ที่ได้จัดทำขึ้นนี้	2.1	9.0	36.6	52.4	2.39	145
37.คู่มือภาวะซึมเศร้าเป็นแนวทางให้บริการผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้าทุกรายได้อย่างมีมาตรฐานเดียวกัน	1.4	5.5	37.2	55.9	2.48	145
38.คู่มือภาวะซึมเศร้า ช่วยให้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้าทุกรายที่มารับบริการเพื่อการดูแลรักษา	1.4	3.4	38.6	56.6	2.50	145
39.คู่มือภาวะซึมเศร้า ช่วยให้สามารถประเมินความรุนแรงของผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้าทุกรายเพื่อการดูแลต่อเนื่อง	2.1	2.8	42.0	53.1	2.46	143
40.คู่มือภาวะซึมเศร้าเป็นแนวทางให้สามารถประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในการให้การปรึกษากับ ผู้สูงอายุและญาติทุกราย	2.1	2.8	42.0	53.1	2.46	143
	10.4	15.3	62.5	11.84	1.76	144

5. การมีฐานข้อมูลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า(ตาราง 4.8)

5.1 การให้ความสำคัญ พบว่า บุคลากรให้ความสำคัญในภาพรวม โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.49 ซึ่งอยู่ในระดับมาก(แสดงไว้ในตาราง4.9) ในประเด็น ดังนี้

- การพัฒนาฐานข้อมูลเกี่ยวกับข้อมูลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเป็นฐานข้อมูลทางวิชาการที่สามารถนำมาพัฒนารูปแบบได้หลากหลาย และ การนำข้อมูลมาเผยแพร่ให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ดูแลและประชาชนทั่วไป บุคลากรให้ความสำคัญ โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (2.57 เท่ากัน) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.8, 63.0
- รองลงมาคือข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้านำมาใช้ประโยชน์เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า ภาคภูมิใจ ในการดำเนินชีวิตในชุมชนมีคะแนนเฉลี่ย 2.55 ข้อมูลที่เกี่ยวกับปัจจัยในครอบครัวของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมนำมาใช้ประโยชน์ในการให้บริการ การประสานเครือข่ายในชุมชนเพื่อวางแผนให้ความรู้คะแนนเฉลี่ย 2.55, 2.54, 2.53 , 2.53 ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.2, 59.9, 58.8,60.8 ตามลำดับ
- ส่วนคะแนนที่ต่ำ คือการได้ทราบจำนวนของผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในเขตความรับผิดชอบมีความสำคัญต่อการใช้วางแผนการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่
- ที่รับผิดชอบได้คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 2.41 ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 55.7

5.2 สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้น บุคลากรรับรู้สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นในภาพรวม โดยมี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.67 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง (แสดงไว้ในตาราง4.9) ในประเด็น ดังนี้

- การใช้ทักษะดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด1.88 ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.0
- รองลงมา การใช้ทักษะดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า ข้อมูลปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ข้อมูลอายุที่เพิ่มขึ้น ข้อมูลการมีโรคประจำตัว ปัจจัยภาวะสมองเสื่อม ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ย 1.87, 1.85, 1.85, 1.85, 1.82 ซึ่งเป็นการรับรู้ที่ใกล้เคียงกันของบุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 51.4,58.2, 53.4, 52.2 และ 51.4 ตามลำดับ
- ส่วนประเด็น บุคลากรประสานเครือข่ายในชุมชน เพื่อการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม และให้ความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัจจัยผู้สูงอายุใน

ชุมชน เพื่อการดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า โดยให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัจจัยอื่นๆของผู้สูงอายุและการทราบจำนวนผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในเขตรับผิดชอบ บุคลากรสามารถนำมาวางแผนการดูแลในพื้นที่ได้ (คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 1.49, 1.51 และ 1.53 ตามลำดับ) ซึ่งเป็นการรับรู้ของบุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 50.7, 51.4 และ 47.3 ตามลำดับ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.8 ร้อยละ ของบุคลากร และคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ ความสำคัญ/สภาพเป็นจริง ในรายด้านของเป้าหมาย การมีฐานข้อมูลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า

5. การมีฐานข้อมูล (สุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุภาวะ สมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า)	คะแนนความสำคัญ					จำนวน บุคลากร
	คะแนนสภาพเป็นจริง					
	ไม่มี	น้อย	ปาน กลาง	มาก	คะแนน เฉลี่ย	
	(ร้อยละ)					
41.บุคลากร ทราบว่า จำนวนผู้สูงอายุภาวะ สมองเสื่อม ในเขตรับผิดชอบนำมาใช้ในการ วางแผนการดูแลในพื้นที่	2.0	10.7	31.5	55.7	2.41	149
	15.5	29.1	42.6	12.8	2.41	148
42.บุคลากรทราบว่ามีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะ ซึมเศร้าในเขตความรับผิดชอบสามารถนำมา มาวางแผนการดูแลในพื้นที่	2.7	9.4	30.9	57.0	2.42	149
	16.9	25.0	42.6	15.5	1.57	148
43.บุคลากรทราบว่ามีปัจจัยของภาวะสมอง เสื่อม เช่น อายุที่เพิ่มขึ้นหรือการมีโอกาสได้ ทำกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุสามารถใช้ วางแผนการดูแลในพื้นที่	2.7	7.4	37.6	51.7	2.42	149
	15.5	25.7	46.6	12.2	1.55	148
44. บุคลากรทราบว่ามีข้อมูลของปัจจัยที่มี ภาวะซึมเศร้าเช่นการมีโรคประจำตัวและ ความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้สูงอายุในเขต ความรับผิดชอบสามารถนำมาวางแผนการดูแล ในพื้นที่	2.7	6.0	36.9	54.4	2.43	149
	13.5	27.7	46.6	12.2	1.57	148
45.การใช้ทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมอง เสื่อม เมื่อให้บริการกับผู้สูงอายุ	1.4	3.4	35.1	60.1	2.54	148
	10.9	14.3	51.0	23.8	1.88	147

ตารางที่ 4.8 (ต่อ) ร้อยละ ของบุคลากร และคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสำคัญ /สภาพเป็นจริง ในรายด้านของเป้าหมายการมีฐานข้อมูลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า

5. การมีฐานข้อมูล (สุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุภาวะ สมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า)	คะแนนความสำคัญ					จำนวน บุคลากร
	คะแนนสภาพเป็นจริง					
	ไม่มี	น้อย	ปาน กลาง	มาก	คะแนน เฉลี่ย	
	(ร้อยละ)					
46.การให้ทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะซึม เศร้า เมื่อให้บริการกับผู้สูงอายุ	1.3	3.4	37.6	37.7	2.52	149
	10.1	15.5	51.4	23.0	1.87	148
47.ข้อมูล อายุที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยที่สำคัญของ ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม บุคลากร สามารถนำมาใช้เมื่อให้บริการ	0.7	5.3	40.3	53.7	2.47	149
	9.5	16.9	52.7	20.9	1.85	148
48.ข้อมูล การได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ของผู้สูงอายุ บุคลากรสามารถนำมาใช้เมื่อให้ บริการ	0.7	4.7	39.2	55.4	2.49	148
	9.5	20.4	53.7	16.3	1.77	147
49.ข้อมูลการมีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยสำคัญ ของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า บุคลากร สามารถนำมาใช้เมื่อให้บริการ	-	6.1	35.1	58.8	2.53	148
	8.8	17.6	53.4	20.3	1.85	148
50.ข้อมูลความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็น ปัจจัยสำคัญของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า บุคลากรสามารถนำมาใช้เมื่อให้บริการ	-	5.4	34.7	59.9	2.54	147
	7.5	19.9	49.3	23.3	1.88	146

ตารางที่ 4.8 (ต่อ) ร้อยละของบุคลากร และคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ ความสำคัญ/สภาพ เป็นจริงในรายด้าน ของเป้าหมาย การมีฐานข้อมูลสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า

5. การมีฐานข้อมูล (สุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุภาวะ สมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า)	คะแนนความสำคัญ					
	คะแนนสภาพเป็นจริง					
	ไม่มี	น้อย	ปาน กลาง	มาก	คะแนน เฉลี่ย	จำนวน บุคลากร
	(ร้อยละ)					
51. ข้อมูลของปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับผู้สูง อายุที่มีภาวะสมองเสื่อม บุคลากรสามารถนำ มาใช้ในการให้บริการ	0.7	6.1	39.2	54.1	2.47	148
	10.3	17.8	51.4	20.5	1.82	146
52. ข้อมูลของปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับภาวะ ซึมเศร้าบุคลากรสามารถนำมาใช้ในการให้ บริการ	0.7	3.4	41.8	54.1	2.49	149
	9.8	15.4	55.2	19.6	1.85	143
53. บุคลากร ประสานเครือข่ายในชุมชน เพื่อ การวางแผนการดูแลให้ความรู้ ความเข้าใจที่ ถูกต้องเกี่ยวกับผู้สูงอายุ	1.4	5.4	32.4	60.8	2.53	148
	18.3	21.9	47.3	12.3	1.53	146
54. บุคลากรประสานเครือข่ายในชุมชนเพื่อ ส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุให้รู้สึกมีคุณค่า ภาคภูมิใจและให้ดำเนินชีวิตของตนเองได้	2.0	4.7	31.1	62.2	2.53	148
	19.2	21.2	47.3	12.3	1.53	146
55. บุคลากรประสานเครือข่ายในชุมชน เพื่อ การดูแลผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมโดยการให้ ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัจจัย ผู้สูงอายุ	2.0	6.8	33.1	58.1	2.47	148
	19.9	20.5	50.7	8.9	1.49	146

ตารางที่ 4.8(ต่อ) ร้อยละของบุคลากร และคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสำคัญ/สภาพเป็นจริง
ในรายด้านของเป้าหมาย การมีฐานข้อมูล สุขภาพจิต และจิตเวชผู้สูงอายุ
ภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า

5. การมีฐานข้อมูล (สุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุภาวะ สมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า)	คะแนนความสำคัญ					จำนวน บุคลากร
	คะแนนสภาพเป็นจริง					
	ไม่มี	น้อย	ปาน กลาง	มาก	คะแนน เฉลี่ย	
56.บุคลากร ประสานเครือข่ายในชุมชน เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยว กับด้านปัจจัยอื่น	2.7	4.1	35.8	57.4	2.48	148
57.ข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ที่ มีภาวะซึมเศร้า ให้อุบัติการณ์คุณค่า ภาคภูมิใจ และให้สามารถดำเนินชีวิตในชุมชน บุคลากรสามารถนำมาใช้เมื่อให้บริการ	19.2	19.9	51.4	9.6	1.51	146
58.บุคลากรใช้ข้อมูล ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมอง เสื่อม เป็นฐานข้อมูลทางวิชาการที่สามารถนำ มาพัฒนารูปแบบบริการได้หลากหลาย	1.4	4.7	31.8	62.2	2.55	148
59.บุคลากรนำข้อมูลผู้สูงอายุมาเผยแพร่/ ให้ ความรู้ที่ถูกต้อง แก่ผู้สูงอายุในชุมชนและ ประชาชนทั่วไป	15.1	21.2	48.6	15.1	1.64	146
60.ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นฐาน ข้อมูลทางวิชาการที่บุคลากรสามารถนำมา พัฒนารูปแบบบริการได้หลากหลาย	0.7	4.8	31.5	63.0	2.57	146
	8.3	21.5	57.6	12.5	1.74	144
	1.4	3.4	32.4	62.8	2.57	145
	11.3	20.6	54.6	13.5	1.70	141
	2.1	3.4	35.2	59.3	2.52	145
	11.2	2.4	55.9	10.5	1.66	143

ตารางที่ 4.8 (ต่อ) ร้อยละของบุคลากร และคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสำคัญ/สภาพเป็นจริง
ในรายด้านของเป้าหมาย การมีฐานข้อมูล สุขภาพจิต และจิตเวชผู้สูงอายุ
ภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า

5. การมีฐานข้อมูล (สุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุภาวะ สมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า)	คะแนนความสำคัญ					จำนวน บุคลากร
	คะแนนสภาพเป็นจริง					
	ไม่มี	น้อย	ปาน กลาง	มาก	คะแนน เฉลี่ย	
	(ร้อยละ)					
61. ข้อมูลที่เกี่ยวกับ <u>ปัจจัยที่มีภาวะซึมเศร้า</u>	3.1	3.4	37.7	56.8	2.49	146
เป็นฐานข้อมูลทางวิชาการที่บุคลากร สามารถนำมาวางแผนพัฒนารูปแบบบริการ <u>ได้หลากหลาย</u>	11.1	23.6	53.5	11.8	1.66	144
62. ข้อมูลเกี่ยวกับ <u>ปัจจัยซึมเศร้า</u> เป็นฐานข้อมูลทางวิชาการที่บุคลากรนำมาพัฒนารูปแบบที่หลากหลาย	2.1	3.4	34.9	59.6	2.52	146
11.8	20.1	56.9	11.1	1.67	144	
63. ข้อมูลเกี่ยวกับ <u>ปัจจัยที่มีภาวะสมองเสื่อม</u>	2.1	2.7	37.7	57.5	2.51	146
เป็นฐานข้อมูลทางวิชาการที่บุคลากร สามารถนำมาวางแผนพัฒนารูปแบบบริการที่ <u>หลากหลาย</u>	10.4	22.9	56.3	10.4	1.67	144
64. บุคลากรวางแผนพัฒนารูปแบบบริการที่ หลากหลายในผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ	2.1	3.4	38.6	55.9	2.48	145
12.6	26.6	53.1	7.7	1.56	143	
65. บุคลากรพัฒนาบริการที่มีประสิทธิภาพ ให้กับผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า	1.4	3.5	34.5	60.6	2.54	142
12.1	25.5	53.2	9.2	1.60	141	
66. บุคลากรพัฒนาบริการที่มีประสิทธิภาพ ให้กับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม	1.4	4.2	35.4	59.0	2.52	141
12.1	24.8	52.5	10.6	1.62	141	

ตารางที่ 4.8(ต่อ) ร้อยละของบุคลากร และคะแนนเฉลี่ย การรับรู้ความสำคัญ/สภาพเป็นจริง
ในรายด้านของเป้าหมาย การมีฐานข้อมูล สุขภาพจิต และจิตเวชผู้สูงอายุ
ภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า

5. การมีฐานข้อมูล (สุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุภาวะ สมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า)	คะแนนความสำคัญ					จำนวน บุคลากร
	คะแนนสภาพเป็นจริง					
	ไม่มี	น้อย	ปาน กลาง	มาก	คะแนน เฉลี่ย	
	(ร้อยละ)					
67.บุคลากรเผยแพร่ให้นักวิชาการทุกสาขา วิชาชีพ ได้ใช้ฐานข้อมูลให้เกิดประโยชน์กับ ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและซึมเศร้า	2.1	4.8	33.1	60.0	2.51	145
	15.4	24.5	47.6	12.6	1.57	143

ส่วนที่ 3 ผลวิเคราะห์การรับรู้ความสำคัญ/สภาพเป็นจริงในภาพรวม

การมีมาตรฐานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ การมีบริการที่มีมาตรฐานในโรงพยาบาลจิตเวช 5 แห่ง บุคลากรได้พัฒนาศักยภาพบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุการมีเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุที่เหมาะสม(คู่มือภาวะสมองเสื่อมและคู่มือภาวะซึมเศร้า) และ การมีฐานข้อมูลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า ซึ่งบุคลากรรับรู้การให้ความสำคัญในภาพรวม โดยมีคะแนนเฉลี่ย มากกว่า 2 ทุกเป้าหมายตามลำดับดังนี้ 2.14, 2.51, 2.54, 2.43/2.89, และ 2.49 ซึ่งอยู่ในระดับมาก ส่วนสภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้น มีคะแนนเฉลี่ย 1.87, 1.88, 1.98, 1.79/ 1.76, และ 1.67 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งคะแนนเฉลี่ยที่บุคลากรส่วนใหญ่รับรู้ด้านการให้ความสำคัญทั้งในแต่ละเป้าหมายและในภาพรวมมีลักษณะใกล้เคียงกัน ส่วนด้านการรับรู้ด้านสภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้น บุคลากรรับรู้ในคะแนนเฉลี่ยที่มีลักษณะใกล้เคียงกันเช่นเดียวกัน (ดังตาราง 4.9)

ตาราง 4.9 การรับรู้ความสำคัญ/ สภาพเป็นจริงของแต่ละเป้าหมายในภาพรวม

เป้าหมาย	ความสำคัญ		สภาพเป็นจริง	
	mean	SD	mean	SD
1 การมีมาตรฐานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ	2.14	.48	1.87	.74
2 การมีบริการที่มีมาตรฐานในโรงพยาบาล	2.51	.56	1.88	.66
3 บุคลากรได้พัฒนาศักยภาพบริการ	2.54	.52	1.98	.73
4 มีเทคโนโลยีที่เหมาะสม				
• คู่มือภาวะสมองเสื่อม	2.43	.66	1.79	.81
• คู่มือภาวะซึมเศร้า	2.89	.72	1.76	.76
5 มีฐานข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ	2.49	.57	1.67	.72
รวม	2.53	.50	1.82	.66

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 4. ผลวิเคราะห์การรับรู้ความสำคัญ/สภาพเป็นจริงจำแนกตามโรงพยาบาล

4.1 ผลการรับรู้ความสำคัญ/สภาพเป็นจริงของแต่ละเป้าหมาย

4.1.1 ผลการรับรู้ความสำคัญ/สภาพเป็นจริงของแต่ละเป้าหมายในบุคลากร โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

การให้ความสำคัญตามเป้าหมาย ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ย 2.61 นั่นคือ บุคลากรให้ความสำคัญในระดับมาก และสูงกว่าในภาพรวมของบุคลากรทั้ง 5 แห่ง (2.53) และแต่ละเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2 ส่วนสภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวม 2.03 และแต่ละเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2 และน้อยกว่า 2 คืออยู่ในระดับมากและระดับปานกลาง และสภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นในเป้าหมายการมีมาตรฐานบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้สูงอายุ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (2.23) ในเป้าหมายนี้บุคลากรได้ดำเนินการให้มีสภาพเป็นจริง เกิดขึ้นได้ในระดับมาก ส่วนด้านการรับรู้ด้านสภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นของแต่ละเป้าหมายและภาพรวมบุคลากรของโรงพยาบาลนี้ รับรู้ในคะแนนเฉลี่ยที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน เช่นเดียวกัน (ดังตาราง 4.10)

ตาราง 4.10 คะแนนเฉลี่ยของบุคลากรและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความสำคัญ/สภาพเป็นจริง ในภาพรวมในบุคลากรโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

เป้าหมาย	ความสำคัญ			สภาพเป็นจริง			
	mean	SD	n	mean	SD	n	
1.การมีมาตรฐานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ	2.58	.48	31	2.23	.64	31	
2.การมีบริการที่มีมาตรฐานในโรงพยาบาล	2.62	.51	33	2.04	.66	33	
3.บุคลากรได้พัฒนาศักยภาพบริการ	2.61	.56	32	2.13	.81	32	
4.มีเทคโนโลยีที่เหมาะสม	●คู่มือภาวะสมองเสื่อม	2.54	.58	34	1.89	.80	34
	●คู่มือภาวะซึมเศร้า	2.57	.55	34	1.97	.82	34
5.มีฐานข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ	2.50	.68	33	1.79	.77	31	
ภาพรวม	2.61	.47	30	2.03	.66	30	

4.1.2. ผลการรับรู้ ความสำคัญ / สภาพเป็นจริง ของแต่ละเป้าหมายใน บุคลากร โรงพยาบาลสวนปรุง (รายละเอียด ตารางที่ 4.11)

การให้ความสำคัญตามเป้าหมาย ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ย 2.25 นั่นคือ บุคลากรให้ความสำคัญในระดับมาก ซึ่งทุกเป้าหมาย มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2 ส่วนสภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นมีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 2 ทุกเป้าหมาย ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และ ในเป้าหมายบุคลากรได้พัฒนาศักยภาพ มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (1.67) ส่วนเป้าหมายการพัฒนาคู่มือภาวะสมองเสื่อม คะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับรองลงมา(1.66) ซึ่งเป็นเป้าหมายที่บุคลากรโรงพยาบาลนี้รับผิดชอบโดยตรง คะแนนเฉลี่ยที่บุคลากรส่วนใหญ่ของโรงพยาบาลสวนปรุงรับรู้ด้านการให้ความสำคัญของแต่ละเป้าหมายและภาพรวมมีลักษณะใกล้เคียงกัน ส่วนด้านการรับรู้ด้านสภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นในแต่ละเป้าหมายและภาพรวมของบุคลากรของโรงพยาบาลนี้ รับรู้ในคะแนนเฉลี่ยที่มีลักษณะใกล้เคียงกันเช่นเดียวกัน (ดังตาราง 4.11)

ตาราง 4.11 คะแนนเฉลี่ยของบุคลากรและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความสำคัญ/สภาพเป็นจริง ของแต่ละเป้าหมาย ในบุคลากรโรงพยาบาลสวนปรุง

เป้าหมาย	ความสำคัญ			สภาพเป็นจริง			
	mean	SD	n	mean	SD	n	
1. การมีมาตรฐานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ	2.28	.59	26	1.51	.62	24	
2. การมีบริการที่มีมาตรฐานในโรงพยาบาล	2.24	.74	23	1.48	.72	21	
3. บุคลากรได้พัฒนาศักยภาพบริการ	2.35	.70	24	1.67	.78	24	
4. มีเทคโนโลยีที่เหมาะสม	• คู่มือภาวะสมองเสื่อม	2.17	.74	24	1.66	.77	24
	• คู่มือภาวะซึมเศร้า	2.22	.89	24	1.56	.77	24
5. มีฐานข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ	2.23	.66	23	1.40	.69	24	
ภาพรวม	2.25	.69	17	1.47	.62	18	

4.1.3 ผลการรับรู้ ความสำคัญ / สภาพเป็นจริง ของแต่ละเป้าหมายในบุคลากร โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา (รายละเอียด ตารางที่ 4.12)

การให้ความสำคัญตามเป้าหมาย ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ย 2.36 นั่นคือ บุคลากรให้ความสำคัญในระดับมาก ซึ่งน้อยกว่าในภาพรวมของบุคลากรทั้ง 5 แห่ง (2.53) และทุกเป้าหมายมีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2 แสดงว่าบุคลากรให้ความสำคัญที่สอดคล้องกับเป้าหมายของโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ส่วนสภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้น ในเป้าหมายบุคลากรได้พัฒนาศักยภาพมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด (1.68) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และทุกเป้าหมาย มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 2 ส่วนเป้าหมายการพัฒนาคู่มือภาวะสมองเสื่อม มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (1.28) ซึ่งเป็นเป้าหมายที่บุคลากรโรงพยาบาลนี้ไม่ได้รับผิดชอบโดยตรง แต่รับผิดชอบโดยตรงด้านการพัฒนาคู่มือภาวะซึมเศร้า ซึ่งคะแนนเฉลี่ย(1.49) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ(จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป) บุคลากรส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติงานกับผู้สูงอายุโดยตรง แม้จำนวนการตอบกลับจะมีจำนวนร้อยละสูงที่สามารถเป็นตัวแทนได้

ตาราง 4.12 คะแนนเฉลี่ยของบุคลากรและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ ความสำคัญ /สภาพเป็นจริงของแต่ละเป้าหมาย ในบุคลากรโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา

เป้าหมาย	ความสำคัญ			สภาพเป็นจริง			
	mean	SD	n	mean	SD	n	
1. การมีมาตรฐานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ	2.23	.67	21	1.48	1.02	22	
2. การมีบริการที่มีมาตรฐานในโรงพยาบาล	2.39	.55	22	1.64	.85	22	
3. บุคลากรได้พัฒนาศักยภาพบริการ	2.44	.48	22	1.68	.86	22	
4. มีเทคโนโลยีที่เหมาะสม	● คู่มือภาวะสมองเสื่อม	2.06	.92	22	1.28	1.04	22
	● คู่มือภาวะซึมเศร้า	2.37	.73	20	1.43	1.02	21
5. มีฐานข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ	2.48	.65	20	1.50	.92	20	
ภาพรวม	2.36	.54	19	1.67	.79	19	

4.1.4 ผลการรับรู้ ความสำคัญ / สภาพเป็นจริง ของแต่ละเป้าหมายในบุคลากร โรงพยาบาล ศรีธัญญา (รายละเอียด ตารางที่ 4.13)

การให้ความสำคัญตามเป้าหมาย ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ย 2.56 นั่นคือ บุคลากรให้ความสำคัญในระดับมาก และสูงกว่าในภาพรวมของบุคลากรทั้ง 5 แห่ง และทุกเป้าหมายคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2 แสดงว่าบุคลากรให้ความสำคัญที่สอดคล้องกับเป้าหมายของโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ส่วนสภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2 และน้อยกว่า 2 คืออยู่ในระดับมากและระดับปานกลาง ในเป้าหมายบุคลากรได้พัฒนาศักยภาพมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด(2.09) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ในเป้าหมายนี้บุคลากรได้ดำเนินการให้มีสภาพเป็นจริงเกิดขึ้นได้ในระดับมาก และประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดของเป้าหมายนี้ คือ บุคลากรสามารถให้บริการผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้อย่างถูกต้องตามภาวะของโรคมากขึ้น(คะแนนเฉลี่ย 2.17) ซึ่งเป็นบุคลากรร้อยละ 23.1 ซึ่งสอดคล้องกับความรับผิดชอบของบุคลากรโรงพยาบาลนี้โดยตรงในการพัฒนาคู่มือภาวะสมองเสื่อม ซึ่งกิจกรรมต่างๆในกระบวนการพัฒนานี้ ทำให้บุคลากรได้เรียนรู้และได้พัฒนาศักยภาพบริการในระดับมากทุกประเด็นและมีลักษณะที่ใกล้เคียงกัน(SD .51)

ตาราง 4.13 คะแนนเฉลี่ย ของบุคลากร และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ ความสำคัญ/
สภาพเป็นจริง ของแต่ละเป้าหมาย ในบุคลากรโรงพยาบาลศรีธัญญา

เป้าหมาย	ความสำคัญ			สภาพเป็นจริง			
	Mean	SD	n	mean	SD	n	
1. การมีมาตรฐานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ	2.46	.46	48	1.97	.52	45	
2. การมีบริการที่มีมาตรฐานในโรงพยาบาล	2.55	.52	51	2.02	.39	49	
3. บุคลากรได้พัฒนาศักยภาพบริการ	2.60	.43	52	2.09	.50	51	
4. มีเทคโนโลยีที่เหมาะสม	●คู่มือภาวะสมองเสื่อม	2.56	.47	51	1.97	.61	48
	●คู่มือภาวะซึมเศร้า	2.54	.45	49	1.86	.48	48
5. มีฐานข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ	2.54	.41	46	1.79	.51	44	
ภาพรวม	2.56	.37	39	1.97	.38	37	

4.1.5 ผลการรับรู้ ความสำคัญ / สภาพเป็นจริง ของแต่ละเป้าหมายในบุคลากร โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา (รายละเอียด ตารางที่ 4.14)

การให้ความสำคัญตามเป้าหมาย ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ย 2.67 นั่นคือ บุคลากรให้ความสำคัญในระดับมาก และสูงกว่าในภาพรวมของบุคลากรทั้ง 5 แห่ง แสดงว่าบุคลากรให้ความสำคัญที่สอดคล้องกับเป้าหมายของโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ส่วนสภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2 และน้อยกว่า 2 คืออยู่ในระดับมากและระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยในเป้าหมายบุคลากรได้พัฒนาศักยภาพบริการ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด(2.18) ซึ่งแสดงให้เห็นว่า ในเป้าหมายนี้บุคลากรได้ดำเนินการให้มีสภาพเป็นจริงเกิดขึ้นได้ในระดับมาก และประเด็นที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด(2.43)ของเป้าหมายนี้ คือ บุคลากรได้ประสบความสำเร็จนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้ (คะแนนเฉลี่ย 2.43) ซึ่งเป็นบุคลากร ร้อยละ 57.1 และในกิจกรรมต่าง ๆ ในกระบวนการพัฒนาในโครงการนี้ ทำให้บุคลกรกลุ่มนี้ได้เรียนรู้และได้พัฒนาศักยภาพบริการในระดับมากทุกประเด็นและมีลักษณะที่ใกล้เคียงกัน(SD .76)

ตาราง 4.14 คะแนนเฉลี่ย ของบุคลากรและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ความสำคัญ/
สภาพเป็นจริงของแต่ละเป้าหมาย ในบุคลากรโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา

เป้าหมาย	ความสำคัญ			สภาพเป็นจริง			
	mean	SD	n	mean	SD	n	
1. การมีมาตรฐานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ	2.47	.42	13	1.97	.85	12	
2. การมีบริการที่มีมาตรฐานในโรงพยาบาล	2.70	.38	15	2.02	.69	15	
3. บุคลากรได้พัฒนาศักยภาพบริการ	2.68	.40	14	2.18	.76	14	
4. มีเทคโนโลยีที่เหมาะสม	●คู่มือภาวะสมองเสื่อม	2.69	.43	14	2.00	.85	14
	●คู่มือภาวะซึมเศร้า	2.65	.39	14	1.82	.76	14
5. มีฐานข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ	2.73	.32	14	1.70	.86	14	
ภาพรวม	2.67	.32	12	1.92	.65	12	

4.2 ผลการรับรู้ ความสำคัญ / สภาพเป็นจริง ในภาพรวมจำแนกตามโรงพยาบาล (รายละเอียด ตารางที่ 4.15)

การให้ความสำคัญตามเป้าหมาย ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ย 2.53 โดยบุคลากรของโรงพยาบาล 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ศรีรัษฎา และสมเด็จพระยา ให้ความสำคัญในระดับมาก และสูงกว่าในภาพรวมของบุคลากรทั้ง 5 แห่ง ส่วนบุคลากรในโรงพยาบาลสวนปรุง และจิตเวชนครราชสีมา คะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก แต่น้อยกว่าในภาพรวมเล็กน้อย แสดงว่าบุคลากรให้ความสำคัญที่สอดคล้องกับเป้าหมายของโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ส่วนสภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้น ในภาพรวมของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2 ซึ่งอยู่ในระดับมาก ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวที่คะแนนเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ส่วนการรับรู้สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นของบุคลากรโรงพยาบาลอีก 4 แห่ง (โรงพยาบาลสวนปรุง จิตเวชนครราชสีมา ศรีรัษฎา และสมเด็จพระยา) คะแนนเฉลี่ยในภาพรวมน้อยกว่า 2 และคะแนนเฉลี่ยในเป้าหมายบุคลากรได้พัฒนาศักยภาพมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในทั้ง 4 แห่ง ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง บุคลากรส่วนใหญ่ที่ตอบแบบสอบถามของแต่ละโรงพยาบาลรับรู้ด้านการให้ความสำคัญทั้งในภาพรวมของแต่ละเป้าหมายและในภาพรวมของทุกเป้าหมายมีลักษณะใกล้เคียงกัน ส่วนด้านการรับรู้ด้านสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นทั้งในภาพรวมของแต่ละเป้าหมายและในภาพรวมของทุกเป้าหมาย บุคลากรในแต่ละโรงพยาบาลนี้รับรู้ในลักษณะที่ใกล้เคียงกันเช่นเดียวกัน เนื่องจากข้อสรุปในด้านการรับรู้สภาพที่เป็นจริงในแต่ละโรงพยาบาลไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ จึงเป็นเพียงข้อมูลพื้นฐานด้านการรับรู้ของบุคลากรในสภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นของบุคลากรที่ตอบแบบสอบถามเท่านั้น ส่วนในแต่ละโรงพยาบาลมีความสอดคล้องกับสภาพเป็นจริงมากน้อยเพียงใดนั้น จะต้องนำไปพิจารณาร่วมกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและการยอมรับการประเมินตนเอง อันจะทำให้มีประโยชน์ต่อการพัฒนาการปฏิบัติงานมากขึ้น การศึกษานี้ไม่ได้วิเคราะห์ปัจจัยให้เห็นความแตกต่างที่ชัดเจน เป็นเพียงการวิเคราะห์โดยการใช้สถิติในระดับหนึ่งเพื่อเป็นประโยชน์ในการตั้งข้อสังเกตสำหรับการพัฒนาดำเนินงานต่อไปเท่านั้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตาราง 4.15 คะแนนเฉลี่ยของบุคลากรและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน การรับรู้ ความสำคัญ/สภาพเป็นจริง ในภาพรวม ของโรงพยาบาลทั้ง 5 แห่ง

โรงพยาบาล	ความสำคัญ					สภาพเป็นจริง			
	จำนวนบุคลากร	ตอบครบ	ร้อยละ	mean	SD	ตอบครบ	ร้อยละ	mean	SD
1. รพ. สวณสราญรมย์	34	30	88.23	2.61	.47	30	88.23	2.03	.66
2. รพ. สวณปรุง	29	17	58.62	2.25	.69	18	62.06	1.47	.62
3. รพ. จิตเวชนครราชสีมา	28	19	67.85	2.36	.54	19	67.85	1.67	.79
4. รพ. ศรีธัญญา	49	39	79.59	2.56	.37	37	75.51	1.97	.38
5. รพ. สมเด็จพระเจ้าพระยา	18	12	66.66	2.67	.32	12	66.66	1.92	.73
รวม	178	117	65.73	2.53	.50	116	65.16	1.82	.66

ส่วนที่ 5. ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในแต่ละเป้าหมายในบุคลากรแต่ละโรงพยาบาล

5.1 ข้อเสนอแนะของบุคลากรในกลุ่มทดลองแบบสอบถาม(โรงพยาบาลศรีธัญญา)

5.1.1 การจัดทำคู่มือมาตรฐานบริการผู้สูงอายุ

- บุคลากรไม่เคยเห็นคู่มือมาตรฐานบริการผู้สูงอายุ

5.1.2 การจัดบริการที่ได้มาตรฐานในโรงพยาบาล

- ควรมีการประเมินอาการผู้สูงอายุที่ครบถ้วน ทั้งโรคประจำตัว การรักษาโรคทางกายและยาที่เคยได้รับ
- ควรประเมินความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าเพื่อป้องกันความเสี่ยงการฆ่าตัวตาย
- การตรวจสอบเอกสาร สิทธิบัตร การเขียนใบรับรองแพทย์เมื่อแรกรับ
- แบบประเมินภาวะซึมเศร้าไม่ได้นำมาใช้อย่างครอบคลุมทุกพื้นที่

5.1.3 การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

- บุคลากรให้ความสำคัญกับได้รับการอบรมผู้สูงอายุเพราะผู้สูงอายุมีลักษณะอาการเฉพาะเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพหัวข้อเรื่องที่บุคลากรต้องการให้มีการอบรม
- การอบรมเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ
- การใช้หลักสูตรระยะสั้น
- การใช้เทคโนโลยีเป็นสิ่งจูงใจ
- การเรียนรู้โดยการจัดโครงการดูแลผู้สูงอายุจริง

5.1.4 การพัฒนาเทคโนโลยี

- บุคลากรให้ความสำคัญกับการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- เทคโนโลยี ควรเป็นสื่อที่ใช้ง่าย ชัดเจน เช่นตัวหนังสือตัวๆโต สวยงาม สดใสมีเนื้อหาเกี่ยวกับการทำงานของสมอง การเตรียมตัวก่อนสูงอายุ(การดูแลรักษาสุขภาพ) สารเสพติดที่มีผลต่อสมองเสื่อม และ การศึกษาวิจัยเพื่อแก้ปัญหาผู้สูงอายุสมองเสื่อม
- การแก้ปัญหาผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า เป็นปัจจัยทางจิตสังคมซึ่งต้องแก้ปัญหา ด้านต่าง ๆ เช่น ครอบครัว เศรษฐกิจ การยอมรับและความเข้าใจของญาติ หรือผู้ดูแลหรือความร่วมมือของชุมชน

5.1.5 การพัฒนาฐานข้อมูล

ฐานข้อมูลภาวะสมองเสื่อมสามารถศึกษาเพื่อพัฒนาได้จาก

- สมาคมสมองเสื่อม
- การจัดบริการช่วยเหลือผู้สูงอายุและเก็บข้อมูลอย่างเป็นระบบเพื่อวิเคราะห์นำมาจัดทำฐานข้อมูล

5.2 ข้อเสนอแนะของบุคลากรในกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

5.2.1 ด้านการจัดทำมาตรฐานบริการผู้สูงอายุ

- ไม่ได้ดูแลผู้สูงอายุ

หมายเหตุ ในเป้าหมายอื่นๆบุคลากรโรงพยาบาลนี้ไม่ได้ระบุเพิ่มเติมมาให้ทราบ

5.2.2 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากรที่ระบุเพิ่มเติมมาในแบบสอบถาม

ลักษณะงานของบุคลากร

- งานผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป
- ไม่เคยทำงานด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
- งานผู้ป่วยลมชัก
- งานผู้ป่วยใน
- งานผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป
- งานผู้ป่วยสารเสพติด
- งานบริการด้านการให้การปรึกษา
- งานผู้ป่วยโรคแทรกซ้อน

บุคลากรระบุหัวข้อเรื่องที่เข้าอบรม

- การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

- ภาวะสมองเสื่อม
 - การหารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
- การได้รับการนิเทศงาน
- ไม่ได้รับการนิเทศเพราะไม่ได้ดูแลผู้สูงอายุ
 - ไม่ได้ดูแลผู้สูงอายุ (ไม่เคยทำมาก่อน)
 - เคยดูแลผู้สูงอายุแต่เปลี่ยนทำงานอื่น

5.3 ข้อเสนอแนะของบุคลากรกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลสวนปรุง

5.3.1 ด้านการจัดทำคู่มือมาตรฐานบริการผู้สูงอายุ

- บุคลากรให้ความสำคัญในเรื่องการจัดคู่มือมาตรฐานบริการผู้สูงอายุเพื่อจะได้นำมาใช้เป็นแนวทางนำมาในการปฏิบัติจริง
- บุคลากรไม่เคยเห็นคู่มือมาตรฐานบริการผู้สูงอายุ
- บุคลากรไม่ได้ปฏิบัติงานตักผู้สูงอายุโดยตรง
- บุคลากรให้ความเห็นเรื่องการจัดทำมาตรฐานผู้สูงอายุผู้จัดทำควรเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญหรือควรได้รับการอบรมมาอย่างสม่ำเสมอมีประสบการณ์ที่เพียงพอในการทำงานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

5.3.2 ด้านการจัดบริการที่ได้มาตรฐานในโรงพยาบาล

- การเตรียมสถานที่ให้กับผู้สูงอายุที่มารับบริการมีที่นั่งพักไม่เพียงพอ และสถานที่ทำกิจกรรมไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ
- มีการร้องเรียนของญาติที่ไม่พึงพอใจและทอดทิ้งผู้สูงอายุเมื่อบุคลากรขอความร่วมมือในการดูแล

5.3.3 ด้านพัฒนาบุคลากร

- บุคลากรให้ความสำคัญที่จะได้รับการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มพูนความรู้อย่างต่อเนื่อง
- รูปแบบของการพัฒนาบุคลากร เช่นการให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานได้ศึกษาผู้สูงอายุเป็นรายกรณีในผู้ป่วยที่ดูแลยากหรือมีปัญหาซับซ้อน
- การให้การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุควรจัดให้มีทุกระดับ คือนอกจากบุคลากรทุกระดับควรได้รับการอบรมแล้ว ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้สนใจทั่วไปควรมีโอกาสได้เรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุด้วย
- การอบรมบุคลากรในทีมสหวิชาชีพ เช่นนักกายภาพบำบัดเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุด้านกิจกรรมหรือกายอุปกรณ์
- ควรมีการนิเทศงานอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
- บุคลากรทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุแต่ไม่เคยได้รับการอบรมในการดูแลผู้สูงอายุ

5.3.4 ด้านการพัฒนาเทคโนโลยี

- คู่มือการดูแลผู้สูงอายุควรมีการปรับเปลี่ยนเนื้อหา และแยกระดับความเสื่อมของสมองเป็นเล่มๆไป เพื่อเลือกนำมาใช้ได้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม

5.3.5 ด้านพัฒนาฐานข้อมูล

- ข้อคำถามยากที่จะตอบให้ได้ตามความเป็นจริง
- ลักษณะงานประจำของบุคลากร
- งานผลิตเผยแพร่เอกสาร
 - งานผู้ป่วยจิตเวชใน
 - งานนักสังคมสงเคราะห์ดูแลผู้ป่วยสูงอายุและผู้ป่วยทั่วไป
 - งานบริหารกลุ่มงานพยาบาล(ไม่ได้ปฏิบัติงานผู้ป่วยสูงอายุ)
 - งานด้านบริการทางวิชาการ
 - งานจิตเวชทั่วไป
 - งานผู้ป่วยในจิตเวชวัยรุ่นชาย
 - งานบริการด้านการให้การปรึกษา
- บุคลากรระบุหัวข้อเรื่องที่เข้าอบรม
- การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
 - การดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า
 - โภชนาการผู้สูงอายุ
 - ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช
- ลักษณะงานของบุคลากร
- งานจิตเวชวัยรุ่น
 - งานจิตเวชทั่วไป
 - ไม่ได้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- ความรู้ที่บุคลากรได้รับในกิจกรรมของโครงการสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
- โรคกระตุกผุในผู้สูงอายุ
 - อาหารสำหรับผู้สูงอายุ
 - การออกกำลังกายในผู้สูงอายุ
 - การป้องกันอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ

5.4. ข้อเสนอแนะ ของบุคลากรกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลนครราชสีมา

5.4.1 ด้านการจัดทำคู่มือมาตรฐานบริการผู้สูงอายุ

- ไม่ได้รับคู่มือและไม่ได้ใช้คู่มือเป็นแนวทางการปฏิบัติงาน
- การจัดทำมาตรฐานควรพัฒนาจากปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในการให้บริการและแนวทางการแก้ไขปัญหาที่ได้ผล
- การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้แสดงความคิดเห็นและความต้องการในการให้บริการผู้สูงอายุ
- ยังไม่มีคู่มือแจก

5.4.2 ด้านการจัดบริการที่ได้มาตรฐานในโรงพยาบาล

- ไม่ได้ทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ (ทำงานด้านการฝึกอบรม) จึงตอบสภาพจริง
- ควรมีการนิเทศงานอย่างต่อเนื่องเพื่อการปฏิบัติงานได้ผลจริง
- ยังไม่มีการดำเนินงานชัดเจน เป็นการดูแลทั่วไปหรือเฉพาะราย

5.4.3 ด้านพัฒนาบุคลากร

- ไม่ได้ดูแลผู้สูงอายุโดยตรง

5.4.4 ด้านการพัฒนาเทคโนโลยี

- ยังไม่ได้รับคู่มือ
- เมื่อมีคู่มือควรจัดอบรมการใช้คู่มือ

5.4.5 ด้านฐานข้อมูล

- ไม่ได้รับการเผยแพร่ให้ทราบ

ลักษณะงานประจำของบุคลากร

- งานให้บริการวิชาการแก่ประชาชนทั่วไป
- งานบริการผู้ป่วยใน
- งานคลินิกคลายเครียด
- งานบริการผู้ด้อยโอกาส
- งานให้บริการผู้ป่วยแรกรับทุกวัย
- งานผู้ป่วยนอก
- งานผู้ป่วยจิตเวช
- งานนิเทศ
- งานบริหารในฝ่ายการพยาบาล(เปลี่ยนหน้าที่แล้ว)
- งานให้บริการผู้ป่วยจิตเวช(ไม่ได้ทำต่อเนื่อง)
- ทำหน้าที่แทนหัวหน้ากลุ่มงานเป็นครั้งคราว(ไม่ต่อเนื่อง)
- งานวางแผนพัฒนา ไม่ตอบเพราะไม่ได้อยู่ในฐานะใช้คู่มือในการปฏิบัติงาน

- งานนักสังคมสงเคราะห์ไม่เกี่ยวกับผู้ป่วยสูงอายุ
- งานโภชนาการ
- ฝ่ายส่งเสริมวิชาการและบริการสุขภาพจิต
- งานอาชีพบำบัด ไม่ได้เป็นผู้ปฏิบัติงานกับผู้สูงอายุ
- งานรักษาด้วยไฟฟ้า

บุคลากรระบุเรื่องที่เข้าอบรม

- การดูแลผู้สูงอายุ

ความรู้ที่ได้ในกิจกรรมโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

- ไม่เคยได้รับความรู้
- ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม
- ผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า
- ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช
- สวัสดิการผู้สูงอายุ

ความต่อเนื่องในการปฏิบัติงานสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ

- บุคลากรส่วนหนึ่งได้รับแต่งตั้งเป็นคณะทำงานอีก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

5.5 ข้อเสนอแนะ ของบุคลากรกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลศรีธัญญา

5.5.1 ด้านการจัดทำคู่มือมาตรฐานบริการผู้สูงอายุ

- บุคลากรให้ความสำคัญในการจัดทำคู่มือมาตรฐานบริการที่ได้มาตรฐานและสอดคล้องกับปัจจัยพื้นฐาน
- บุคลากรยังไม่เคยเห็นคู่มือ
- บุคลากรเสนอแนะในกระบวนการจัดทำคู่มือ ควรมีการสำรวจปัญหา และความต้องการของผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และผู้ให้บริการผู้สูงอายุ เพื่อนำมาวางแผนการจัดทำคู่มือมาตรฐานบริการ
- การจัดทำคู่มือมาตรฐานบริการควรมีการวางแผนร่วมกันระหว่างวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง
- การจัดทำคู่มือมาตรฐานบริการ ควรมีการพัฒนาการทดลองใช้และปรับปรุงแก้ไข เป็นฉบับสมบูรณ์ โดยมีกลุ่มตัวอย่างที่เพียงพอและมีการพัฒนาคู่มือเป็นระยะ เพื่อการปรับปรุงให้มีมาตรฐานสูงขึ้น
- บุคลากรไม่ได้ทราบข้อมูลในภาพรวมของโครงการ แต่ได้รับทราบในรายละเอียดของโครงการย่อย
- บุคลากรต้องการคู่มือมาตรฐานบริการเกี่ยวกับ การดูแลผู้สูงอายุด้านการเจ็บป่วย ที่มีโรคแทรกซ้อนทางกาย

5.5.2 ด้านการจัดบริการที่ได้มาตรฐานในโรงพยาบาล

- บุคลากรเสนอแนะผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่ควรอยู่ในตึกจิตเวชวัยรุ่น
- การมีความรู้ในการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและที่มีภาวะซึมเศร้าของพยาบาลหน้าห้องตรวจและสามารถแก้สถานการณ์เฉพาะหน้าหรือปัญหาต่าง ๆ ได้

5.5.3 ด้านพัฒนาบุคลากร

- บุคลากรให้ความสำคัญในการพัฒนาด้านการบริการผู้สูงอายุเพื่อทำให้บุคลากรมีความรู้และมีความมั่นใจในการให้บริการมากขึ้น
- การมีแผนพัฒนาให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านบริการผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง
- การสับเปลี่ยนบุคลากรเข้าปฏิบัติงานควรได้รับการอบรมหรือเป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถที่เพียงพอเพื่อให้บริการผู้สูงอายุที่ได้มาตรฐานต่อเนื่อง
- การเลือกบุคลากรที่เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุและมีความต้องการในการที่เข้ารับการอบรมเพื่อการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างนุ่มนวลไม่แสดงอารมณ์กับผู้สูงอายุ

5.5.4 ด้านการพัฒนาเทคโนโลยี

- ยังไม่ได้รับคู่มือ

5.5.5 ด้านฐานข้อมูล

- ไม่มี

ลักษณะงานของบุคลากร

- งานผู้ป่วยจิตเวชเร่งรัดบำบัด
- งานผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป(แรกรับและวิกฤติ)
- งานผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป

เรื่องที่บุคลากรเข้ารับการอบรม

- การดูแลผู้ป่วยสูงอายุ
- การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม
- การประเมินผลโครงการ/ตัวชี้วัด
- ทำกลุ่มช่วยเหลือญาติที่ติดผู้ป่วยนอก
- แบบประเมินผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
- การฝึกความจำ

- ความเสื่อมสมรรถภาพทางเพศในผู้สูงอายุ

ความรู้ที่บุคลากรได้รับ

- การคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
- การคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า
- การประเมินผลโครงการ
- การฝึกความจำ

5.6 ข้อเสนอแนะ ของบุคลากรกลุ่มตัวอย่างโรงพยาบาลสมเด็จพระยา

5.6.1 ด้านการจัดทำคู่มือมาตรฐานบริการผู้สูงอายุ

- ยังไม่ได้รับคู่มือ

5.6.2 ด้านการจัดบริการที่ได้มาตรฐานในโรงพยาบาล

- บุคลากรไม่ได้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ มีจิตแพทย์ผู้สูงอายุดูแลอยู่แล้ว
- ผู้ป่วยสูงอายุทุกรายที่เข้ามาใหม่ทุกรายไม่ได้ผ่านการคัดกรอง แต่จะผ่านทางนักสังคมชั้กประวัติ ก่อนพบแพทย์
- บุคลากรไม่ได้ประเมินอาการภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าเนื่องจากแพทย์ผู้ตรวจต้องการให้ซักประวัติเท่านั้น
- บุคลากรที่ปฏิบัติงานที่แผนกผู้ป่วยนอกไม่ได้ให้บริการผู้ป่วยสูงอายุภาวะสมองเสื่อมมากนักเนื่องจากผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมรักษาที่แผนกระบบประสาทมากกว่าจิตเวช

5.6.3 ด้านพัฒนาบุคลากร

- บุคลากรไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับบริการผู้สูงอายุ

5.6.4 ด้านการพัฒนาเทคโนโลยี

- บุคลากรไม่เคยอ่าน ไม่เคยคู่มือ ไม่แน่ใจว่าเล่มไหน

5.6.5 การพัฒนาฐานข้อมูล

- บุคลากรที่รับผิดชอบในพื้นที่ไม่ได้การประสานเครือข่ายงานผู้สูงอายุเนื่องจากมีกรุงเทพมหานครดำเนินการอยู่แล้วเข้มแข็งพอควร จึงไม่จำเป็นต้องทำซ้ำซ้อน
- บุคลากรเสนอแนะการจัดทำฐานข้อมูลเป็นศูนย์กลางในระดับประเทศทุกด้านที่เกี่ยวข้อง และมีการเฝ้าระวังเป็นระยะ เช่นภาวะซึมเศร้าทุก 2-5 ปี

ลักษณะงานประจำ

- งานจิตเวชชุมชนและจิตเวชทั่วไป
- งานเป็นผู้ประสานงานขอให้ผู้รับผิดชอบลงพื้นที่
- งานฝ่ายฝึกอบรมไม่มีโอกาสให้บริการผู้สูงอายุ
- งานวิจัยและพัฒนา
- งานผู้ป่วยนอก

ความต่อเนื่อง

- ไม่ได้ทำเลย ไม่ตรงสาขาที่รับผิดชอบ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลตอบกลับ

บุคลากรที่เข้าร่วมในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ปี 2544 ในโรงพยาบาลจิตเวช 5 แห่ง มีจำนวนทั้งหมด 220 คน บุคลากรตอบแบบสอบถามกลับ จำนวน 178 คน คิดเป็นร้อยละ 80.9 ซึ่งมีบุคลากรของโรงพยาบาลศรีธัญญาตอบกลับมากที่สุด จำนวน 69 คน (ร้อยละ 94.5) และบุคลากรของโรงพยาบาลสวนปรุงตอบกลับมาน้อยที่สุด จำนวน 29 คน (ร้อยละ 55.7)

1.2 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร

บุคลากรที่เข้าร่วมโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจิตเวช 5 แห่ง ที่ตอบแบบสอบถามกลับมา ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 91.6 ลักษณะงานที่ทำ ส่วนใหญ่รับผิดชอบงานหลายด้าน ร้อยละ 51.1 รองลงมาปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้ป่วยใน ร้อยละ 42.1 ปฏิบัติงานผู้ป่วยนอก ร้อยละ 10.1 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์(ระยะเวลาในการทำงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ) น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ 56.6 เป็นพยาบาลวิชาชีพ มากที่สุดร้อยละ 72.9 ผู้ตอบแบบสอบถามมีบทบาทในโครงการในลักษณะเป็นผู้เข้ารับการอบรม มากที่สุด ร้อยละ 40.0 ส่วนใหญ่ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 75.3 ได้รับทราบนโยบายชัดเจน ร้อยละ 46.3 และลักษณะการนิเทศงานส่วนใหญ่ไม่ชัดเจน ร้อยละ 46.8 ในขณะที่การนิเทศไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 80.7 ผู้ตอบแบบสอบถามเข้าร่วมโครงการโดยสมัครใจ เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.8 แต่การได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานมีความต่อเนื่อง เพียงร้อยละ 33.5 โดยมีงานที่รับผิดชอบส่วนใหญ่คือได้ร่วมจัดทำคู่มือมาตรฐาน คิดเป็นร้อยละ 76.6 ส่วนใหญ่ของผู้ตอบแบบสอบถาม เคยได้รับความรู้เรื่องตัวชี้วัด ร้อยละ 55.0 โดยความรู้ที่ได้รับในการเข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับ ภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 78.4

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสำคัญ/สภาพเป็นจริงของแต่ละเป้าหมายในรายด้าน

2.1 การมีคู่มือมาตรฐานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ

2.1.1 ความสำคัญ

การให้ความสำคัญในภาพรวมพบว่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.14 ซึ่งอยู่ในระดับมาก และในทุกประเด็นของเป้าหมายนี้ บุคลากรให้ความสำคัญ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเกิน 2 ทุกประเด็น และประเด็นที่ให้ความสำคัญมากที่สุด คือเนื้อหาคู่มือมีแนวทางให้บุคลากรให้ความรู้การให้การปรึกษาแก่ผู้สูงอายุเพื่อการวางแผนการรักษาต่อเนื่อง และเนื้อหาคู่มือมีรายละเอียดสอดคล้องตามหลักวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพที่บุคลากรยอมรับ (คะแนนเฉลี่ย 2.50 เท่ากัน) และน้อยที่สุด ประเด็นเกี่ยวกับการโอกาสบุคลากรใช้คู่มือที่จัดทำขึ้น (คะแนนเฉลี่ย 2.16)

2.1.2 สภาพเป็นจริง

ในภาพรวมพบว่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.87 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และทุกประเด็นของเป้าหมายนี้ บุคลากรรับรู้สภาพจริงที่เกิดขึ้น โดยมีคะแนนเฉลี่ยไม่เกิน 2 ทุกประเด็น และประเด็นที่บุคลากรให้คะแนนสภาพเป็นจริงมากที่สุดคือ เนื้อหาคู่มือมีรายละเอียดที่สอดคล้องตามหลักวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพ (คะแนนเฉลี่ย 1.99) และน้อยที่สุดในประเด็นเกี่ยวกับบุคลากรมีโอกาสใช้คู่มือ (คะแนนเฉลี่ย 1.63)

2.2 การมีบริการที่ได้มาตรฐานในการให้บริการผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิตและจิตเวช

2.2.1 ความสำคัญ

ในภาพรวม พบว่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.51 ซึ่งอยู่ในระดับมาก และทุกประเด็นของเป้าหมายนี้คะแนนเฉลี่ยเกิน 2 ทุกประเด็น และประเด็นที่บุคลากรให้ความสำคัญมากที่สุด คือ การป้องกันความเสี่ยงจากอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ (คะแนนเฉลี่ย 2.69) และน้อยที่สุดในประเด็น การประเมินความพึงพอใจของญาติ(คะแนนเฉลี่ย 2.41)

2.2.2 สภาพเป็นจริง

ในภาพรวม พบว่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.88 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และส่วนใหญ่คะแนนเฉลี่ยไม่เกิน 2 นอกจาก 2 ประเด็น ที่บุคลากรรับรู้สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้น ในคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือประเด็นเกี่ยวกับการจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะอย่างสม่ำเสมอ (คะแนนเฉลี่ย 2.29) และการป้องกันความเสี่ยงจากอุบัติเหตุในบริการที่ได้มาตรฐานกับผู้สูงอายุ(คะแนนเฉลี่ย 2.22)

2.3 บุคลากรได้พัฒนาศักยภาพบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ

2.3.1 ความสำคัญ

ในภาพรวม พบว่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.54 ซึ่งอยู่ในระดับมาก และทุกประเด็นคะแนนเฉลี่ยเกิน 2 และประเด็นที่บุคลากรให้ความสำคัญมากที่สุด คือ บุคลากรมีแนวทางในการดูแล ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (คะแนนเฉลี่ย2.57) ส่วนในประเด็นอื่น ๆ มีคะแนนเฉลี่ยเกิน 2 และคะแนนเฉลี่ยมีลักษณะใกล้เคียงกัน

2.3.2 สภาพเป็นจริง

ในภาพรวม พบว่า คะแนนเฉลี่ยสูงสุด 1.98 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งทุกประเด็นคะแนนเฉลี่ย ใกล้เคียง กับ 2 คือเกือบเท่ากับ 2 และมากกว่า 2 เล็กน้อย ซึ่งประเด็นที่บุคลากรรับรู้สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นมากที่สุดเท่ากันคือบุคลากรมีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า และบุคลากรได้ประสบความสำเร็จนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้ (คะแนนเฉลี่ย2.03) และน้อยที่สุด คือ บุคลากรมีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและสุขภาพจิต-จิตเวชสูงอายุ(คะแนนเฉลี่ย 1.92 เท่ากัน)

2.4 การมีเทคโนโลยีที่เหมาะสม

2.4.1 การมีเทคโนโลยีที่เหมาะสม(คู่มือภาวะสมองเสื่อม)

2.4.1.1 ความสำคัญ

ในภาพรวม พบว่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.43 ซึ่งอยู่ในระดับมาก ซึ่งบุคลากรให้ความสำคัญในทุกประเด็นมากกว่า 2 และประเด็นที่ ให้ความสำคัญมากที่สุด คือ คู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเป็นแนวทางให้บุคลากรสามารถวางแผนการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด(2.52) และน้อยที่สุด คือบุคลากรได้รับโอกาสได้ใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม(คะแนนเฉลี่ย2.34)

2.4.1.2 สภาพเป็นจริง

ในภาพรวม พบว่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.79 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งทุกประเด็นคะแนนเฉลี่ยไม่ถึง 2 และไม่ใกล้เคียงกัน และประเด็นที่บุคลากรรับรู้สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นมากที่สุด คือ คู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเป็นแนวทางให้บุคลากรสามารถวางแผนการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ (คะแนนเฉลี่ย1.96) และน้อยที่สุดคือ บุคลากรได้โอกาสใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมคะแนนเฉลี่ย1.74 คู่มือภาวะสมองเสื่อมเป็นแนวทางให้บุคลากรประเมินความร่วมมือของญาติเพื่อให้การปรึกษา(คะแนนเฉลี่ย1.73)

2.4.2 การมีเทคโนโลยีที่เหมาะสม (คู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า)

2.4.2.1 ความสำคัญ

ในภาพรวม พบว่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.89 ซึ่งอยู่ในระดับมาก และทุกประเด็น คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2 ซึ่งประเด็นที่บุคลากรให้ความสำคัญในคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ คู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้าเป็นแนวทางให้บุคลากรสามารถวางแผนการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น (คะแนนเฉลี่ย 2.54) และน้อยที่สุดการที่บุคลากรได้โอกาสใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า (คะแนนเฉลี่ย 2.39)

2.4.2.2 สภาพเป็นจริง

ในภาพรวม พบว่าคะแนนเฉลี่ย 1.76 คะแนน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และทุกประเด็นในคะแนนเฉลี่ย ไม่เกิน 2 ในลักษณะที่ใกล้เคียงกัน ซึ่งประเด็นที่บุคลากร รับรู้สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นมากที่สุด คือคู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้าเป็นแนวทางให้บุคลากรสามารถวางแผนการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ (คะแนนเฉลี่ย 1.86) และน้อยที่สุด คือบุคลากรมีโอกาสใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า (คะแนนเฉลี่ย 1.70)

2.5 การมีฐานข้อมูล

2.5.1 ความสำคัญ

ในภาพรวม พบว่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.49 ซึ่งอยู่ในระดับมากและทุกประเด็น คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2 ในลักษณะที่มีความแตกต่างกันไม่มาก ซึ่งเป็นประเด็นที่บุคลากรรับรู้สภาพที่เป็นจริง ในคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ข้อมูลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้าเป็นฐานข้อมูลทางวิชาการที่บุคลากรสามารถนำมาพัฒนารูปแบบได้หลากหลายและการนำข้อมูลมาเผยแพร่ให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ดูแลและประชาชนทั่วไปมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (2.57 เท่ากัน) และในคะแนนที่ต่ำ คือการได้ทราบจำนวนของผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้าในเขตความรับผิดชอบมีความสำคัญกับบุคลากรในการนำมาใช้วางแผนการดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่ที่รับผิดชอบได้ คะแนนเฉลี่ย 2.41

2.5.2 สภาพเป็นจริง

ในภาพรวม พบว่าคะแนนเฉลี่ย 1.67 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งทุกประเด็น คะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 2 และมีลักษณะที่แตกต่างกัน และในประเด็นที่บุคลากร รับรู้สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นมากที่สุด คือการใช้ทักษะดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 1.88 รองลงมา คือ การใช้ทักษะดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า ข้อมูลปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าข้อมูลอายุที่เพิ่มขึ้น ข้อมูลการมีโรคประจำตัว ปัจจัยภาวะซึมเศร้า คะแนนเฉลี่ย 1.87, 1.85, 1.85, 1.85, 1.82 ส่วนในประเด็นที่คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดใกล้เคียงกัน คือ การที่บุคลากร ประสานกับเครือข่ายในชุมชนเพื่อให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องด้านปัจจัยอื่น ๆ ของผู้สูงอายุภาวะ

สมองเสื่อม การประสานกับเครือข่ายในชุมชน เพื่อการดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า โดยให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ของผู้สูงอายุ และการทราบจำนวนผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อมในเขตรับผิดชอบ บุคลากรสามารถนำมาวางแผนการดูแลในพื้นที่ได้ (คะแนนเฉลี่ย 1.49, 1.51, 1.53 ตามลำดับ)

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสำคัญ/สภาพเป็นจริงของแต่ละเป้าหมายในภาพรวม

การมีมาตรฐานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ การมีบริการที่ได้มาตรฐานในโรงพยาบาลจิตเวช 5 แห่ง บุคลากรได้พัฒนาศักยภาพบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชสูงอายุ การมีเทคโนโลยีด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุที่เหมาะสม(คู่มือภาวะสมองเสื่อมและคู่มือภาวะซึมเศร้า)และการมีฐานข้อมูลสุขภาพจิตและจิตเวชสูงอายุภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า ซึ่งบุคลากรรับรู้การให้ความสำคัญในภาพรวม โดยมีคะแนนเฉลี่ย มากกว่า 2 ซึ่งอยู่ในระดับมาก ทุกเป้าหมายตามลำดับดังนี้ 2.14, 2.51, 2.54, 2.43/2.89, และ 2.49 ส่วนสภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นมีคะแนนเฉลี่ย 1.87, 1.88, 1.98, 1.79/ 1.76, และ 1.67 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความสำคัญ / สภาพเป็นจริง จำแนกตามโรงพยาบาล

การให้ความสำคัญตามเป้าหมาย ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ย 2.53 นั่นคือ ซึ่งบุคลากรของโรงพยาบาล 3 แห่ง คือ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ศรีรัษฎา และสมเด็จพระยาให้ความสำคัญในระดับมาก และสูงกว่าในภาพรวม ของบุคลากรทั้ง 5 แห่ง ส่วนบุคลากรในโรงพยาบาลสวนปรุง และจิตเวชนครราชสีมา คะแนนเฉลี่ย อยู่ในระดับมาก แต่น้อยกว่าในภาพรวมเล็กน้อย แสดงว่า บุคลากรให้ความสำคัญที่สอดคล้องกับเป้าหมายของโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ส่วนสภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้น ในภาพรวมของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2 ซึ่งอยู่ในระดับมาก ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวที่คะแนนเฉลี่ยในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ส่วนการรับรู้สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นของบุคลากรโรงพยาบาลอีก 4 แห่ง (โรงพยาบาลสวนปรุง จิตเวชนครราชสีมา ศรีรัษฎา และสมเด็จพระยา) คะแนนเฉลี่ยในภาพรวมน้อยกว่า 2 และคะแนนเฉลี่ยในเป้าหมายบุคลากรได้พัฒนาศักยภาพมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในทั้ง 4 แห่ง ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะในภาพรวมของบุคลากร

บุคลากรที่เข้าร่วมโครงการขอเสนอแนะเพิ่มเติม โดยสรุปคือเป็นบุคลากรสหวิชาชีพมีทั้งบุคลากรที่ปฏิบัติงานกับผู้สูงอายุโดยตรงหรือเกี่ยวข้องเล็กน้อยหรือไม่มีโอกาสปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเลย จึงทำให้การปฏิบัติงานที่จะทำประโยชน์ให้กับผู้สูงอายุยังไม่มี ความชัดเจน

ประกอบกับไม่มีความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน มีการสับเปลี่ยนโยกย้ายบุคลากรที่ทำงาน ทำให้บุคลากรไม่ได้ปฏิบัติงานต่อเนื่อง บุคลากรที่เข้าร่วมในโครงการ ไม่มีโอกาสในการปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในการดำเนินงานตามเป้าหมายขอโครงการบุคลากรยังไม่ได้รับคู่มือมาตรฐานบริการ การให้บริการที่ได้มาตรฐานในโรงพยาบาลยังไม่มีบริการในกิจกรรมครบถ้วน ทัวถึงผู้สูงอายุที่มาใช้บริการเช่นเรื่องการประเมินการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะซึมเศร้ายังไม่มี การปฏิบัติครอบคลุมทุกพื้นที่ บุคลากรส่วนหนึ่งต้องการพัฒนาศักยภาพตนเอง ต้องการให้มีการอบรมต่อเนื่อง และเสนอแนวทางการพัฒนาบุคลากรในหลายรูปแบบ ส่วนการพัฒนาเทคโนโลยี ยังไม่มีคู่มือแจก และเสนอความต้องการพัฒนาเกี่ยวกับลักษณะและประเภทของคู่มือ ส่วนเรื่อง การพัฒนาฐานข้อมูล และการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ บุคลากรไม่ได้รับการเผยแพร่ให้ทราบฐาน ข้อมูลที่พัฒนาขึ้น นอกจากนี้บุคลากรได้เสนอแหล่งค้นคว้าหรือการพัฒนาฐานข้อมูลจากการปฏิบัติงานด้วยตัวเอง และต้องการมีศูนย์ข้อมูลในทุกด้านในระดับประเทศซึ่งการดำเนินงานตามเป้าหมายยังไม่มี ความชัดเจนบุคลากรต้องการให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

5.2 อภิปรายผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

5.2.1 การตอบกลับของแบบสอบถาม

ในการตอบกลับของบุคลากรในการรับรู้การให้ความสำคัญ / สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นใน ครั้งนี้ การตอบกลับในอัตราส่วนที่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ เนื่องจาก จำนวนบุคลากรไม่เท่ากัน และบุคลากรในแต่ละโรงพยาบาลมีจำนวนไม่เพียงพอที่จะนำมา วิเคราะห์ทางสถิติในเชิงเปรียบเทียบ จำนวนการตอบกลับของบุคลากร ร้อยละ 80.9 ซึ่งในภาพรวม อยู่ในอัตราที่เพียงพอที่สามารถเป็นตัวแทน ของการศึกษาที่เชื่อถือได้ แต่ถ้าแจกแจงในแต่ละโรงพยาบาล จำนวนการตอบกลับของบุคลากรโรงพยาบาลสวนปรุง มีอัตราการตอบกลับเพียงร้อยละ 55.7 ซึ่งทำให้คุณภาพของความเป็นตัวแทนเมื่อจำแนกในรายโรงพยาบาลลดน้อยลงไป แต่ไม่ได้ หมายความว่าผลการศึกษานำเชื่อถือ ซึ่งจะต้องนำมาวิเคราะห์ในปัจจุบันที่เกี่ยวข้องด้วย การ ศึกษาไม่ได้สุ่มตัวอย่าง เพราะศึกษาในบุคลากรทุกคนที่เข้าร่วมโครงการทั้งผู้ที่ปฏิบัติงานโดยตรง และเกี่ยวข้อบางส่วน เพื่อวิเคราะห์ การปฏิบัติของตนเอง การศึกษานี้เป็นแนวคิดการ พัฒนาการปฏิบัติงานที่เน้นผลที่จะเกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมาย แม้ผลการศึกษจะสอดคล้องกับ ความเป็นจริงดังข้อเสนอแนะของบุคลากร แต่ไม่ได้เป็นข้อสรุปที่สมบูรณ์ทั้งหมด ซึ่งจะต้องศึกษา กลุ่มอื่นด้วย เช่นศึกษาการรับรู้ในผู้รับบริการว่าสอดคล้องกันมากน้อยเพียงใดหรือการนิเทศงานมี ความ สอดคล้องหรือไม่ ซึ่งเป็นเรื่องที่ปฏิบัติอยู่แล้ว แต่ยังขาดการวิเคราะห์ในแต่ละปัจจัยให้ชัด

เจน แม้แต่การศึกษานี้ก็ยังไม่ได้อธิบายถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งได้เพียงข้อสังเกตของฐานข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ ดังนั้นการศึกษา เพื่อการพัฒนาจะทำให้ผลการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผลการศึกษานี้จึงขึ้นอยู่กับกรยอมรับว่ามีประโยชน์หรือไม่ ปัจจัยใดที่ต้องนำไปวิเคราะห์เพื่อการพัฒนาต่อไป ผลวิเคราะห์คะแนนของการศึกษามีข้อสังเกตว่าคะแนนไม่ได้ขึ้นอยู่กับจำนวนการตอบกลับ แต่ขึ้นอยู่กับบุคลากรรับรู้อย่างไร และน่าจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยใดบ้าง ซึ่งจะมีประโยชน์ในการศึกษา เพื่อการพัฒนาวิธีการคิดสำหรับผู้รับผิดชอบโดยตรงในโอกาสต่อไป

1.2 ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร

จากการวิเคราะห์ผลข้อมูลทั่วไปที่ได้จากการศึกษา การนิเทศงานมีความ ชัดเจน ร้อยละ 25.4 และการนิเทศงานไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 80.7 ทั้งนี้เพราะมีการนิเทศงานในเฉพาะบุคลากรที่ ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยตรงเท่านั้น เนื่องจากบุคลากรที่เข้าร่วมโครงการมีทั้งผู้ที่ปฏิบัติงานโดยตรง และผู้ที่มีโอกาสปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุน้อย จึงทำให้อัตราความชัดเจนและความไม่สม่ำเสมอไม่เอื้อต่อการรับรู้สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้น ซึ่งอาจจะเป็นผลให้การรับรู้สภาพเป็นจริงในภาพรวมในระดับปานกลาง ส่วนความสนใจในการเข้าร่วมโครงการ มีอัตราความสนใจ ร้อยละ 81.8 ซึ่งอาจจะมีผลให้การรับรู้สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นในเป้าหมายบุคลากรได้พัฒนาศักยภาพบริการอยู่ในระดับปานกลางค่อนข้างมาก(คะแนนเฉลี่ย 1.98) คือบุคลากรรับรู้สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นในเป้าหมายได้สูงกว่าเป้าหมายอื่น ๆ ส่วนอายุของบุคลากรอยู่ในช่วงอายุระหว่าง 31-40 ปี มีอัตรามากที่สุด ร้อยละ 51.1 แต่ระยะเวลาประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ อยู่ในช่วงน้อยกว่า 5 ปี ทั้งนี้อาจเป็นเพราะได้มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างของโรงพยาบาล มีการโยกย้ายผู้ปฏิบัติงานในช่วงสิ้นปีงบประมาณ 2544 และเหตุผลนี้อาจจะอธิบายได้เช่นเดียวกับการที่บุคลากรปฏิบัติงานไม่ต่อเนื่องจำนวนมาก คือ ร้อยละ 48.0 ส่วนในประเด็นการรับทราบนโยบายชัดเจนเพียง 46.3 ทั้งนี้เพราะกลุ่มตัวอย่าง เป็นทั้งคณะทำงาน ผู้เข้าอบรม และผู้รับผิดชอบเฉพาะด้าน ซึ่งมีกิจกรรมหลากหลาย บุคลากรอาจมุ่งเน้นในกิจกรรมย่อยโดยไม่รับรูนโยบายมากนัก การรับรูนโยบายจะสามารถปฏิบัติได้สอดคล้องมากขึ้น ซึ่งผลวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ที่กล่าวถึง ไม่ได้อ้างอิงการวิเคราะห์การหาความแตกต่างทางสถิติ จึงมีความเที่ยงตรงในระดับหนึ่ง อาจจะมีประโยชน์สำหรับผู้ดำเนินการโดยตรงได้ทราบข้อมูลพื้นฐานเพื่อวิเคราะห์ปัจจัยในเชิงลึกเพื่อการพัฒนาต่อไป

ส่วนที่ 2 การรับรู้ความสำคัญ/สภาพเป็นจริงของแต่ละเป้าหมายในรายด้าน

2.1 การมีคู่มือมาตรฐานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ

2.1.1 การรับรู้ความสำคัญ

ในภาพรวมค่าเฉลี่ย 2.14 ซึ่งอยู่ในระดับมาก และในทุกประเด็น คะแนนเฉลี่ยมากกว่า 2 นั่นคือการให้ความสำคัญตามการรับรู้ของบุคลากรในการจัดทำคู่มือมาตรฐานบริการผู้สูงอายุ สอดคล้องกับแนวทางในการพัฒนาคุณภาพบริการ เพื่อการรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ที่ต้องมีคู่มือมาตรฐานเพื่อเตรียมตัวที่จะให้บริการที่มีคุณภาพ ซึ่งคู่มือมาตรฐานนั้นจะต้องมีข้อ กำหนดต่างๆ ที่พึงมี การที่บุคลากรให้ความสำคัญในประเด็นที่เกี่ยวกับเนื้อหาคู่มือที่มีรายละเอียดสอดคล้องตามหลักวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพ และคู่มือให้แนวทางในการให้การปรึกษาแก่ผู้สูงอายุ ค่าเฉลี่ยสูงสุดเท่ากัน(2.50) นั่นคือบุคลากรส่วนใหญ่รับรู้ความสำคัญในเนื้อหาที่เป็นโครงสร้างที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการ แสดงว่าบุคลากรให้ความสำคัญในเนื้อหาคู่มือที่มีมาตรฐานบริการผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับมาตรฐานที่สำคัญในการพัฒนาคุณภาพบริการ

2.1.2 การรับรู้สภาพเป็นจริง

ในภาพรวม คะแนนค่าเฉลี่ย 1.87 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง นั่นคือบุคลากรส่วนใหญ่รับรู้สภาพเป็นจริงว่าการมีมาตรฐานบริการผู้สูงอายุในความสมบูรณ์ของโครงสร้างหรือรายละเอียดของคู่มือที่เป็นแนวทางให้บุคลากรได้ให้บริการที่มีคุณภาพกับผู้สูงอายุนั้น มีแนวทางที่สอดคล้องกับโครงสร้างที่กำหนดไว้ในระดับปานกลาง

เนื้อหาคู่มือที่มีรายละเอียดสอดคล้องตามหลักวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพและคู่มือให้แนวทางในการให้การปรึกษาแก่ผู้สูงอายุค่าเฉลี่ยสูงสุด (1.99, 1.98) แสดงว่าบุคลากรส่วนใหญ่รับรู้สภาพความเป็นจริงของคู่มือมาตรฐานว่ามีรายละเอียดที่สอดคล้องกันตามหลักวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพ และมีเนื้อหาที่เป็นแนวทางให้บุคลากรให้บริการด้านการปรึกษากับผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ ในระดับปานกลางมีบุคลากรที่ให้คะแนนโดยการตอบคำถามในข้อนี้ตามรายชื่อเป็น 0 (ดังรายละเอียดในตารางที่ 4.3) ทั้งนี้เพราะบุคลากรยังไม่มีโอกาสได้ใช้คู่มือ คู่มือที่จัดทำครั้งนี้บุคลากรกลุ่มนี้ยังไม่ได้รับส่วนหนึ่ง นอกจากนี้วิธีการจัดทำได้จัดทำเฉพาะกลุ่ม ซึ่งทำให้การรับรู้ไม่ครอบคลุมทุกกลุ่ม และการรวบรวมจัดทำเป็นคู่มือมาตรฐานการจัดทำยังไม่เสร็จ ทำให้มีบุคลากรส่วนหนึ่งให้คะแนนเป็น 0 ซึ่งผู้ศึกษาพึงทราบความก้าวหน้าของการจัดทำมาตรฐานว่า ขณะนี้ได้จัดทำเสร็จแล้วจำนวน 2000 เล่มเพื่อแจกให้บุคลากรได้มีโอกาสศึกษาเป็นแนวทางในการให้บริการกับผู้สูงอายุด้านจิตเวชในโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่มีคุณภาพมากขึ้น ดังนั้นการรับรู้สภาพจริงในภาพรวมในระดับปานกลางในเป้าหมายนี้จึงหมายถึงในช่วงเวลาที่ศึกษาเท่านั้น ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรับผิดชอบของบุคลากรที่ดำเนินการที่ต้องการให้ผลงานบรรลุเป้าหมายนี้จึงได้ดำเนินการเรื่องนี้ต่อเนื่อง

2.2 การมีบริการที่ได้มาตรฐานในโรงพยาบาลจิตเวช 5 แห่ง

2.2.1 การรับรู้ความสำคัญ

ในภาพรวมค่าเฉลี่ย 2.51 ซึ่งอยู่ในระดับมาก นั่นคือบุคลากรส่วนใหญ่รับรู้ความสำคัญในการมีบริการผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิต จิตเวช สมองเสื้อมและซีมเศรำ ที่มีมาตรฐานในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับมาตรฐานบริการที่เป็นแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการในโรงพยาบาลการป้องกันความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ และการจัดสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ มีค่าเฉลี่ยสูงสุด(2.69,2.62) แสดงว่า บุคลากรส่วนใหญ่ รับรู้ความสำคัญในเรื่องนี้มากที่สุด ซึ่งมาตรฐานโครงสร้างเกี่ยวกับเรื่องนี้ เป็นเรื่องที่มีความเหมือนเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการ เพื่อการรับรองคุณภาพบริการในโรงพยาบาลตามมาตรฐาน จึงต้องมีการประเมินตนเองเพื่อการตรวจสอบตนเองกับมาตรฐานเพื่อการปรับปรุงระบบงานที่ยังไม่สอดคล้อง

2.2.2 การรับรู้สภาพเป็นจริง

ในภาพรวม คะแนนค่าเฉลี่ย 1.88 อยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่าบุคลากรส่วนใหญ่รับรู้สภาพเป็นจริงเกี่ยวกับการให้บริการที่มีคุณภาพกับผู้สูงอายุตามโครงสร้างพื้นฐานตามมาตรฐานที่กำหนด โดยการปฏิบัติจริงของบุคลากรเอง สามารถทำได้ในระดับปานกลาง

ส่วนในประเด็นเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะและ การป้องกันความเสี่ยงจากอุบัติเหตุในผู้สูงอายุคะแนนเฉลี่ยสูงสุด(2.29,2.22) แสดงว่าการรับรู้การปฏิบัติจริงของบุคลากรในการให้บริการกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลได้ปฏิบัติในเรื่องนี้มากที่สุด ทั้งนี้อาจจะเป็นเพราะได้มีเป้าหมายเฉพาะในประเด็นนี้ชัดเจนในการดำเนินงานในโครงการ และสังเกตมีการดำเนินการที่เป็นรูปธรรม ดังนั้นการที่บุคลากรรับรู้สภาพจริงในเรื่องนี้ได้ในระดับมาก จึงน่าจะเป็นเพราะบุคลากรได้เรียนรู้ในการปฏิบัติจริงในการดำเนินงานในโครงการ ทำให้บุคลากรรับรู้การปฏิบัติจริงโดยมีคะแนนเฉลี่ยในเป้าหมายนี้สูงสุด

นอกจากนี้ยังมีบุคลากรที่ให้คะแนน 0 ในเป้าหมายนี้ (ตามประเด็นรายข้อดังตารางที่4.4)มีจำนวนร้อยละ 4.8, 5.4, 5.4 7.6 , 9.6, 8.2, 5.5 10.3, 10.3 ซึ่งหมายถึงในประเด็นนั้น ๆ บุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการตามประเด็นโครงสร้างนั้น ๆ สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นยังไม่มีอีกส่วนหนึ่งอาจจะเป็นเพราะบุคลากรที่เข้าร่วมโครงการไม่ได้เป็นบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้สูงอายุโดยตรง เนื่องจากบุคลากรที่เข้าร่วมโครงการมีการปฏิบัติงานหลากหลายทั้งที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุโดยตรง และเกี่ยวข้องบางส่วน จึงทำให้การรับรู้สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นหรือการปฏิบัติจริงในการให้บริการตามลักษณะโครงสร้างบริการนั้น ๆ อยู่ในระดับปานกลาง

2.3 บุคลากรได้พัฒนาศักยภาพบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ

2.3.1 การรับรู้ความสำคัญ

ในภาพรวมค่าเฉลี่ย 2.54 อยู่ในระดับมาก นั่นคือบุคลากรส่วนใหญ่รับรู้ความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพตนเองเพื่อให้บริการที่มีคุณภาพกับผู้สูงอายุ สุขภาพจิตภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า แสดงว่าบุคลากรส่วนใหญ่รับรู้ความสำคัญในการพัฒนา ซึ่งการพัฒนาเป็นการเตรียมผู้ปฏิบัติงานหรือเจ้าหน้าที่ ให้สามารถเติบโตไปพร้อม ๆ กับการพัฒนาการเปลี่ยนแปลงขององค์กร หรือหน่วยงานที่ปฏิบัติอยู่ (Nadler, 1970:88) และสอดคล้องกับนโยบายที่เกี่ยวกับการพัฒนาความรู้ความสามารถ ที่ตอบสนองต่อนโยบายในการพัฒนาบุคลากรและแผนการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งการรับรู้ความสำคัญที่สอดคล้องกับนโยบายในการพัฒนาประเทศจะเป็นจุดเริ่มต้นที่จะทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ ส่วนในประเด็นการรับรู้ความสำคัญในการได้เข้าร่วมกิจกรรมในโครงการทำให้มีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้ามากขึ้น และได้ประสบความสำเร็จนำไปใช้ในการปฏิบัติงาน มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด (2.57, 2.54) แสดงว่าบุคลากรส่วนใหญ่รับรู้ความสำคัญหรือต้องการแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้าให้มากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับความต้องการตอบสนองในการแก้ปัญหาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุจำนวนมากที่ถูกค้นพบหรือวินิจฉัยต่ำกว่าความเป็นจริง ทำให้ไม่ได้รับโอกาสในการรักษา ดังนั้น การรับรู้ความสำคัญที่สอดคล้องกับความต้องการแก้ปัญหาของผู้สูงอายุจึงน่าจะเป็นแนวโน้มที่จะสามารถแก้ปัญหาในอนาคตได้มากขึ้น

2.3.2 การรับรู้สภาพเป็นจริง

ในภาพรวม คะแนนค่าเฉลี่ย 1.98 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่าบุคลากรส่วนใหญ่รับรู้สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นในการได้พัฒนาศักยภาพในการให้บริการผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายในระดับปานกลาง

บุคลากรส่วนใหญ่รับรู้สภาพเป็นจริงหรือเกิดขึ้นจริงในประเด็นที่เกี่ยวกับประโยชน์ในการได้เข้าร่วมในกิจกรรมของโครงการคือทำให้มีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า, และทำให้ได้ประสบความสำเร็จนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้ คะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากัน (2.03) รองลงมาคือการได้มีแนวทางดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้ถูกต้องตามภาวะของโรคมากขึ้น (2.00) นั่นคือบุคลากรและผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายได้รับประโยชน์จากการพัฒนาศักยภาพบริการของบุคลากรในประเด็นดังกล่าวสูงสุดตามลำดับ การที่บุคลากรได้รับประโยชน์ในประเด็นนี้สูงสุดในคะแนนที่ได้จากการวิเคราะห์นี้ น่าจะเป็นบุคลากรที่ให้บริการผู้สูงอายุโดยตรง แต่ไม่ได้นำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ในการศึกษานี้ เนื่องจากการเก็บข้อมูลส่วนนี้ไม่ชัดเจนเพียงพอที่จะนำมาวิเคราะห์ประกอบการศึกษาในเวลาที่จำกัด และความเหมาะสมในการนำมาศึกษา

2.4 การมีเทคโนโลยีที่เหมาะสม

2.4.1 คู่มือภาวะสมองเสื่อม

2.4.1.1 การรับรู้ความสำคัญ

ในภาพรวมคะแนนเฉลี่ย 2.43 ซึ่งอยู่ในระดับมาก นั่นคือ บุคลากรส่วนใหญ่รับรู้ความสำคัญ ในการมีคู่มือ การดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมตามเป้าหมาย ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ ที่ต้องการพัฒนาคู่มือภาวะสมองเสื่อม เพื่อตอบสนองต่อการแก้ปัญหาผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุ

ส่วนในประเด็น การรับรู้ความสำคัญการมีคู่มือภาวะสมองเสื่อมเพื่อช่วยในการวางแผนการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และเป็นแนวทางการประเมินภาวะสมองเสื่อมเพื่อวางแผนการดูแล มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด(2.52, 2.48) แสดงว่าบุคลากรส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นเรื่องที่มีความสำคัญสูงสุด ในการที่จะให้บริการ ที่มีคุณภาพกับผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากการประเมินภาวะสมองเสื่อม เป็นการคัดกรองที่จะนำมาสู่การวางแผนการดูแล ว่าควรให้การดูแลในลักษณะใด เช่นโดยการรักษาด้วยยาหรือดูแลด้านจิตสังคมในผู้สูงอายุและญาติอย่างไร ซึ่งคู่มือภาวะสมองเสื่อมจะเป็นเทคโนโลยีที่เหมาะสม เมื่อบุคลากรให้ความสำคัญ ในระดับมากกับประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย

2.4.1.2 การรับรู้สภาพเป็นจริง

ในภาพรวม คะแนนค่าเฉลี่ย 1.79 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่า การรับรู้สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นในการพัฒนาเทคโนโลยีตามโครงสร้างเชิงผลลัพธ์เพื่อนำมาแก้ปัญหาให้กับผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายภาวะสมองเสื่อมโดยรวมได้ อยู่ในระดับปานกลาง

ส่วนในประเด็นที่เกี่ยวกับ คู่มือภาวะสมองเสื่อมช่วยในการวางแผนการดูแลที่มีประสิทธิภาพ คะแนนเฉลี่ยสูงสุด(1.86) การให้โอกาสบุคลากรได้ใช้คู่มือ คะแนนเฉลี่ย 1.74 และสามารถประเมินความร่วมมือของญาติเพื่อให้บริการปรึกษา(1.74) ซึ่งการรับรู้สภาพเป็นจริงดังผลที่แสดงนี้เป็นเพราะวิธีการหรือกระบวนการในการพัฒนาเทคโนโลยี บุคลากรรับรู้เฉพาะกลุ่ม และเฉพาะด้าน ประกอบกับโอกาสในการได้ใช้คู่มือมีคะแนนน้อยที่สุด และบุคลากรที่ดำเนินการไม่ได้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยตรง

2.4.2 คู่มือภาวะซึมเศร้า

2.4.2.1 การรับรู้ความสำคัญ

ในภาพรวมคะแนนเฉลี่ย 2.89 คะแนนอยู่ในระดับมาก นั่นคือ บุคลากรส่วนใหญ่รับรู้ความสำคัญในการพัฒนาคู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้าตามเป้าหมายซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายเชิงผลลัพธ์ที่ต้องการพัฒนาคู่มือภาวะซึมเศร้าเพื่อตอบสนองต่อการแก้ปัญหาผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้สูงอายุที่มีอัตราการฆ่าตัวตายมากเป็นอันดับที่ 2 รองจาก ภัยรุม ส่วนในประเด็น การรับรู้ความสำคัญการมีคู่มือภาวะซึมเศร้า ช่วยให้ผู้บุคลากรสามารถวางแผนการดูแลผู้สูงอายุซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด(2.54) รองลงมา คือคู่มือภาวะซึมเศร้าช่วยประเมินความรุนแรงภาวะซึมเศร้า เพื่อการดูแลรักษา(2.50) นั่นคือ บุคลากรส่วนใหญ่รับรู้ความสำคัญที่สอดคล้องกับเป้าหมายนี้ ในการที่จะประเมินความรุนแรง ภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเพื่อวางแผนการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า แต่ละระดับต้องให้การดูแลรักษาที่แตกต่างกัน ดังนั้น การประเมินความรุนแรงจะสามารถแก้ปัญหาผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้าได้ แสดงว่าบุคลากรให้ความสำคัญกับการให้บริการที่มีคุณภาพเพื่อ การแก้ปัญหาผู้สูงอายุกลุ่มนี้เช่นเดียวกัน

2.4.2.2 การรับรู้สภาพเป็นจริง

ในภาพรวมคะแนนค่าเฉลี่ย 1.76 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางแสดงว่าการรับรู้สภาพเป็นจริง ในการพัฒนาคู่มือภาวะซึมเศร้า ได้ประโยชน์ตามโครงสร้างเชิงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในระดับปานกลาง ส่วนในประเด็นเกี่ยวกับคู่มือภาวะซึมเศร้าช่วยให้บุคลากรสามารถวางแผนการ ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น คะแนนเฉลี่ยสูงสุด (1.86) ประเด็นรองลงมาช่วยให้บริการผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีมาตรฐานเดียวกันและการประเมินความรุนแรงภาวะซึมเศร้ามีคะแนน เฉลี่ยเท่ากัน (1.79) ส่วนโอกาสบุคลากรได้ใช้คู่มือคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด (1.70) ซึ่งการรับรู้สภาพเป็น จริงที่เกิดขึ้นดังผลที่แสดงนี้มีลักษณะใกล้เคียงกับหัวข้อ 4.1 แต่แตกต่างกันรายละเอียดของ ประเด็นที่เกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า และจำนวนบุคลากรที่ได้รับประโยชน์ที่ต่างกันเล็กน้อย ในประเด็น เกี่ยวกับบุคลากรให้บริการผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้าได้เป็นมาตรฐานเดียวกันและสามารถประเมิน ความรุนแรงภาวะซึมเศร้ามีจำนวนบุคลากรรับรู้สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นสูงกว่าเล็กน้อย จากข้อ สังเกต ส่วนหนึ่งอาจจะเป็นเพราะบุคลากรที่เข้าร่วมโครงการมีพื้นฐานประสบการณ์ในการดูแลผู้ ป่วยภาวะซึมเศร้ามีจำนวนมากกว่าบุคลากรที่ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมจึงทำให้การรับรู้สภาพ เป็นจริงที่เกิดขึ้นในประเด็นที่กล่าวถึงมีจำนวนต่างกันเล็กน้อย ทั้ง ๆ ที่ความรู้ส่วนใหญ่ที่บุคลากร ในโครงการได้รับมากที่สุด คือความรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม ซึ่งเป็นเพียงข้อสังเกตผู้ศึกษาไม่ได้ นำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ทางสถิติ

2.5 การมีฐานข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า

2.5.1 การรับรู้ความสำคัญ

ในภาพรวมคะแนนเฉลี่ย 2.49 ซึ่งอยู่ในระดับมาก นั่นคือบุคลากรส่วนใหญ่รับรู้ความ สำคัญการมีฐานข้อมูลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้าการมี

ข้อมูลที่ถูกต้อง เกี่ยวกับอาการของโรคนี้เป็นฐานข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการแก้ปัญหาให้กับผู้สูงอายุ กลุ่มนี้ ได้สอดคล้องกับความต้องการที่จำเป็นได้มากขึ้น

ส่วนในประเด็น การรับรู้ความสำคัญเกี่ยวกับบุคลากรนำข้อมูลมาเผยแพร่ให้ความรู้ที่ ถูกต้องแก่ผู้ดูแลและประชาชนทั่วไป และบุคลากรใช้ข้อมูลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมเป็นฐานข้อมูล ทางวิชาการ ที่สามารถนำมาพัฒนารูปแบบได้หลากหลายมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดเท่ากัน (2.57) นั่นคือ บุคลากรส่วนใหญ่ รับรู้ความสำคัญ ของการมีฐานข้อมูลในเรื่องนี้ ว่าสามารถนำมาใช้ประโยชน์ดัง กล่าวได้ เนื่องจากผู้สูงอายุกลุ่มนี้ จำเป็นต้องมีวิธีแก้ปัญหาที่สอดคล้อง และความร่วมมือของทุก คนที่เกี่ยวข้อง

2.5.2 การรับรู้สภาพเป็นจริง

ในภาพรวมพบว่าคะแนนเฉลี่ย 1.67 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่าการรับรู้สภาพเป็น จริงเกี่ยวกับการพัฒนาฐานข้อมูลซึ่งเป็นความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมภาวะซึมเศร้า และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการได้ทราบและนำมาใช้ประโยชน์นั้น ตามสภาพที่เป็นจริงที่เกิดขึ้นของ บุคลากรที่เกี่ยวกับแนวคิด โอกาสและการปฏิบัติจริงของบุคลากร กับการใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องของ ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายเกิดขึ้นหรือได้ปฏิบัติ ในระดับปานกลาง เหตุผลอาจเกี่ยวกับความพร้อมใน ปัจจัยหลายด้านของบุคลากร ทั้งความพร้อมในโอกาสที่จะคิด โอกาสที่จะปฏิบัติ หรือสิ่งอื่นที่จะ อำนวยความสะดวกให้สามารถนำมาสู่การปฏิบัติได้ จึงทำให้บุคลากรรับรู้ในระดับปานกลาง ซึ่ง คะแนนเฉลี่ยในประเด็นต่างๆมีลักษณะใกล้เคียงกัน ในประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด เช่นการปฏิบัติ รูปแบบหลากหลาย เพื่อแก้ปัญหาให้กลุ่มเป้าหมายให้ได้ประโยชน์ทั่วถึง การใช้ทักษะการดูแลผู้สูง อายุสมองเสื่อม มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด 1.88 รองลงมาการใช้ทักษะดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า ข้อมูลปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้า ข้อมูลเกี่ยวกับอายุที่เพิ่มขึ้น ข้อมูลการมีโรคประจำตัว ปัจจัยภาวะสมองเสื่อม คะแนนเฉลี่ย 1.87, 1.85, 1.85, 1.85 และ 1.82 ตามลำดับ การรับรู้ สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นของบุคลากรมีลักษณะจำนวนที่ใกล้เคียงกัน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ คำถามไม่ มีความชัดเจน มีลักษณะเป็นนามธรรมมากกว่ารูปธรรม การที่จะตอบคำถามต้องใช้ความคิด จึง ทำให้บุคลากรส่วนหนึ่งไม่พร้อมในการที่พิจารณาคำถามและนำมาสำรวจการปฏิบัติจริงของ บุคลากรเอง ซึ่งทำให้ความตั้งใจตอบน้อยลง อีกประเด็นหนึ่งอาจจะเป็นเพราะบุคลากรไม่ทราบ รายละเอียดของเนื้อหาฐานข้อมูลในประเด็นที่กล่าวถึง ซึ่งประเด็นที่กล่าวถึงเป็นหัวข้อในการ ศึกษาเพื่อพัฒนาฐานข้อมูลส่วนผลการศึกษานั้น เมื่อบุคลากรไม่ทราบ ทำให้แนวคิด โอกาส หรือ การสำรวจการปฏิบัติจริง ของบุคลากรไม่สามารถวิเคราะห์ได้ชัดเจน จึงทำให้บุคลากรรับรู้ใน เป้าหมายนี้ในระดับปานกลาง และเหตุผลที่สำคัญที่ทำให้สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับปาน กลาง เป็นเพราะบุคลากรส่วนใหญ่ ไม่มีโอกาสได้ให้บริการผู้สูงอายุโดยตรง จึงไม่สามารถ วิเคราะห์สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นได้ชัดเจน

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสำคัญ/สภาพเป็นจริงในภาพรวม

ในภาพรวม คะแนนเฉลี่ย 2.53 แสดงว่าบุคลากรส่วนใหญ่รับรู้การให้ความสำคัญที่สอดคล้องกับโครงสร้างเชิงผลลัพธ์ในประเด็นแต่ละเป้าหมายในภาพรวมอยู่ในระดับมาก แสดงว่าบุคลากรให้ความสำคัญที่สอดคล้องกับโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุส่วนการรับรู้ สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นในภาพรวม คะแนนเฉลี่ย 1.82 อยู่ในระดับปานกลาง แสดงว่าบุคลากรที่ดำเนินงานส่วนใหญ่รับรู้สภาพเป็นจริงที่สอดคล้องกับโครงสร้างเชิงผลลัพธ์ในประเด็นตาม เป้าหมายในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งผลการรับรู้นี้เป็นการรับรู้เฉพาะในบุคลากรส่วนหนึ่งที่ตอบแบบสอบถามสมบูรณ์ (จำนวน 117 คน คิดเป็น ร้อยละ 65.7 ของจำนวนการตอบกลับ 178 คน) ดังนั้นจึงมีบุคลากรอีกส่วนหนึ่งที่ยังไม่รับรู้ ผลการศึกษา นี้ จึงได้ข้อมูลพื้นฐานเพียงข้อสังเกตในภาพรวม ซึ่งจะต้องพิจารณาทั้งคะแนนการรับรู้ ผลการวิเคราะห์ของข้อมูลทั่วไปที่เป็นปัจจัย ที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ และความทั่วถึงของจำนวนบุคลากรที่จะทำประโยชน์ให้กลุ่มเป้าหมายได้รับรู้ทั่วถึงด้วย (การศึกษานี้ไม่ได้นำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ทางสถิติว่าปัจจัยใดที่สัมพันธ์กับการรับรู้ ความสำคัญหรือสภาพเป็นจริงอย่างไร ซึ่งการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ต้องมีข้อมูลการศึกษาในเชิงลึก จึงจะมีความเที่ยงตรง เชื่อถือได้ ซึ่งผู้ดำเนินงานโดยตรง หรือผู้ศึกษาที่ได้ติดตามการดำเนินงานอย่างละเอียด จะสามารถศึกษา เพื่อใช้เป็นข้อมูลเพื่อการปรับปรุงให้การดำเนินงานบรรลุเป้าหมายในเชิงผลลัพธ์ที่มากขึ้นในโอกาสต่อไป

ส่วนที่ 4 การรับรู้ความสำคัญ/ สภาพเป็นจริงในภาพรวม จำแนกตามโรงพยาบาล

การให้ความสำคัญ ในภาพรวมมีคะแนนเฉลี่ย 2.53 นั่นคือบุคลากรของโรงพยาบาล 3 แห่ง คือโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลศรีรัษฎา และโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา ให้ความสำคัญในระดับมาก และสูงกว่าในภาพรวมของบุคลากรทั้ง 5 แห่ง ส่วนบุคลากรในโรงพยาบาลสวนปรุงและจิตเวชนครราชสีมา มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก แต่น้อยกว่าในภาพรวมเล็กน้อย แสดงว่าบุคลากรให้ความสำคัญที่สอดคล้องกับเป้าหมายของโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ดังนั้นการรับรู้ด้านความสำคัญ ในระดับมากในส่วนสภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้น ในภาพรวมของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ มีคะแนนมากกว่า 2 ซึ่งอยู่ในระดับมาก และเป็นโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียว ที่มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ส่วนการรับรู้สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นของโรงพยาบาลอีก 4 แห่ง (โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ศรีรัษฎา สมเด็จพระเจ้าพระยา และสวนปรุง) มีคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมน้อยกว่า 2 ซึ่งเป็นคะแนนเฉลี่ยของเป้าหมายบุคลากรได้พัฒนาศักยภาพ โดยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดในเป้าหมายนี้ในโรงพยาบาลทั้ง 4 แห่ง คืออยู่ในระดับปานกลาง

ผลการศึกษาการรับรู้ความสำคัญและสภาพเป็นจริงในคะแนนเฉลี่ยของแต่ละโรงพยาบาลไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้ เนื่องจากจำนวนบุคลากรในแต่ละโรงพยาบาลมี

จำนวนที่แตกต่างกัน และให้ข้อมูลในแต่ละประเด็นแตกต่างกัน ดังนั้นผลการพิจารณาการรับรู้ จึงเป็นการรับรู้เฉพาะของแต่ละโรงพยาบาล และในสัดส่วนของบุคลากรที่รับรู้เท่านั้น ซึ่งยังมีบุคลากรอีกส่วนหนึ่งที่ยังไม่รับรู้ โดยบุคลากรส่วนนี้ไม่ได้ตอบคำถามในบางประเด็น คือเลือกตอบเฉพาะประเด็น ดังนั้น ผลการศึกษาคือการรับรู้ความสำคัญและสภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้น ของแต่ละโรงพยาบาลในครั้งนี้ จึงเป็นข้อมูลพื้นฐาน ของแต่ละโรงพยาบาลที่จะต้องนำไปพิจารณาการดำเนินงาน ในเฉพาะประเด็น ๆ ที่ต้องการพัฒนา ให้บุคลากรให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นในการดำเนินงานที่เน้นผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย ให้มีทั้งระดับที่สูงขึ้น และในสัดส่วนของจำนวนบุคลากรที่จะทำประโยชน์ให้กับผู้สูงอายุมากขึ้น นั่นคือให้มีความทั่วถึงมากขึ้นเพื่อประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุมีความทั่วถึงครอบคลุมประชากรกลุ่มเป้าหมายได้มากที่สุด

ส่วนที่ 5 ข้อเสนอแนะของบุคลากรในภาพรวม

บุคลากรที่เข้าร่วมโครงการได้ให้ข้อมูลและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม โดยสรุปคือเป็นบุคลากรสหวิชาชีพมีทั้งบุคลากรที่ปฏิบัติงานกับผู้สูงอายุโดยตรงหรือเกี่ยวข้องเล็กน้อยหรือไม่มีโอกาสปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุเลย จึงทำให้การปฏิบัติงานที่จะทำประโยชน์ให้กับผู้สูงอายุ ยังไม่มีความชัดเจน ประกอบกับไม่มีความต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน มีการสับเปลี่ยนโยกย้ายบุคลากรที่ทำงาน ทำให้บุคลากรไม่ได้ปฏิบัติงานต่อเนื่อง บุคลากรที่เข้าร่วมในโครงการไม่มีโอกาสในการปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ในการดำเนินงานตามเป้าหมายของโครงการบุคลากรยังไม่ได้รับคู่มือมาตรฐานบริการ การให้บริการที่ได้มาตรฐานในโรงพยาบาลยังไม่มีบริการในกิจกรรมครบถ้วน ทั่วถึงผู้สูงอายุที่มารับบริการ เช่น เรื่องการประเมินการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม หรือภาวะซึมเศร้ายังไม่มีมีการปฏิบัติครอบคลุมทุกพื้นที่ บุคลากรส่วนหนึ่งต้องการพัฒนาศักยภาพตนเอง ต้องการให้มีการอบรมต่อเนื่อง และเสนอแนวทางการพัฒนาบุคลากรในหลายรูปแบบ ส่วนการพัฒนาเทคโนโลยี ยังไม่มีคู่มือแจก และเสนอความต้องการพัฒนาเกี่ยวกับลักษณะและประเภทของคู่มือ ส่วนเรื่องการพัฒนาฐานข้อมูลและการนำข้อมูลมาใช้ประโยชน์ บุคลากรไม่ได้รับการเผยแพร่ให้ทราบฐานข้อมูลที่พัฒนาขึ้น นอกจากนี้บุคลากรได้เสนอแหล่งค้นคว้าหรือการพัฒนาฐานข้อมูลจากการปฏิบัติงานด้วยตัวเอง และต้องการมีศูนย์ข้อมูลในทุกด้านในระดับประเทศซึ่งการดำเนินงานตามเป้าหมายยังไม่มีมีความชัดเจนบุคลากรต้องการให้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งข้อเสนอแนะของบุคลากรสอดคล้องกับผลการศึกษา ในแต่ละประเด็นที่เกี่ยวข้องทั้งในประเด็นรายด้าน และภาพรวม ของแต่ละเป้าหมาย ซึ่งต้องการพัฒนา ให้การดำเนินงานให้ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายได้ประโยชน์และทั่วถึงมากขึ้นต่อไป

5.3 ข้อเสนอแนะ

ข้อคิดเห็น

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการรับรู้ตามเป้าหมายในด้านการให้ความสำคัญและสภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้น การศึกษาการรับรู้ตามเป้าหมายเป็นการศึกษาการเข้าใจความหมาย การเรียนรู้ การวิเคราะห์เป้าหมายตามองค์ประกอบหรือมาตรฐานโครงสร้างตามแต่ละเป้าหมาย เป็นการเรียนรู้วิธีคิดตามกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์ที่เป็นระบบและเน้นผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ที่จะเกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมาย

การวิเคราะห์เป้าหมายเกี่ยวข้องกับความชัดเจนของเป้าหมาย การกำหนดเป้าหมายในเชิงนโยบายมักมีขอบเขตกว้างขวาง จึงจำเป็นต้องกำหนดเป้าหมายเฉพาะด้วย การศึกษานี้เป็นการศึกษาความครอบคลุมตามเป้าหมาย ลักษณะคำถามเป็นแนวคิดหรือหลักการ ลักษณะคำถามที่เป็นนามธรรมนี้ จะมีประโยชน์ในการใช้ความคิดเพื่อนำมาสู่การปฏิบัติ เป็นการเรียนรู้การเข้าใจความหมาย ส่วนการสรุปผลการศึกษาสภาพเป็นจริงในระดับปานกลาง เป็นการศึกษาที่วิเคราะห์เฉพาะผลลัพธ์ตามเป้าหมาย ซึ่งอาจจะถูกมองว่าโอกาสที่จะเกิดขึ้นได้จริง เป็นไปได้ยาก แต่องค์ประกอบในการรอบการศึกษา อยู่บนพื้นฐานของสิ่งที่เกิดขึ้นจริง เป็นการวิเคราะห์ตามแนวคิดที่เป็นผลในการปฏิบัติงานจากการรับรู้ตนเองของบุคลากร ไม่ได้ศึกษาในปัจจัยอื่น ๆ หรือผลพลอยได้อื่น ๆ ที่เกิดขึ้น การศึกษานี้เป็นการศึกษาการรับรู้ที่เกี่ยวกับความสำคัญและสภาพเป็นจริงในการดำเนินงานของบุคลากร เป็นการศึกษาเพื่อเรียนรู้การพัฒนาแนวคิดการรับรู้ตามเป้าหมายของผู้ศึกษา / บุคลากรกลุ่มเป้าหมาย เพื่อผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุก่อนเป้าหมาย เป็นการศึกษารับรู้ตามแนวคิดหรือโครงสร้างหรือเกณฑ์ที่สอดคล้องกับความต้องการของสังคมที่เปลี่ยนแปลงที่ต่อคุณภาพ หรือการตอบสนองของความต้อการที่มากขึ้น การสร้างเกณฑ์การรับรู้เป็นแนวทางในการพัฒนาตนเองที่ต่อเนื่อง ซึ่งขึ้นอยู่กับระดับของการรับรู้ของบุคคล การรับรู้จะนำมาสู่วิธีการคิดหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่จะทำให้เกิดประโยชน์มากขึ้น

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ข้อเสนอแนะแต่ละเป้าหมาย

1. เป้าหมายการมีคู่มือมาตรฐานบริการผู้สูงอายุสุขภาพจิต-จิตเวช ภาวะสมองเสื่อม และซึมเศร้า เนื่องจากในช่วงเวลาที่ศึกษา การจัดทำคู่มือยังไม่เสร็จ บุคลากรจึงยังไม่ได้รับคู่มือ ดังนั้นเมื่อบุคลากรได้รับคู่มือแล้ว การนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์กับกลุ่มเป้าหมาย จะทำให้บรรลุเป้าหมายนี้

2. เป้าหมายการมีบริการที่ได้มาตรฐานในโรงพยาบาลจิตเวช 5 แห่ง สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นซึ่งบุคลากรรับรู้ในระดับที่สูง มี 2 ประเด็น ประเด็นแรก คือเรื่องการป้องกันความเสี่ยงจากอุบัติเหตุที่ได้มาตรฐานในผู้สูงอายุ ทั้งนี้เพราะได้มีการดำเนินการในเรื่องนี้อย่างเป็นทางการในส่วนอีกประเด็น คือการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ซึ่งอาจจะเป็นผลจากการปฏิบัติการในโครงการ 5 ส ที่ทุกหน่วยงานปฏิบัติจริงอย่างเป็นทางการ จึงทำให้การเรียนรู้ในเรื่องนี้สนับสนุนการดำเนินงานในโครงการในประเด็นนี้ คือ ทำให้บุคลากรรับรู้สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นในเรื่องนี้ในระดับมาก ซึ่งแตกต่างจากการรับรู้ในประเด็นอื่นๆในเป้าหมายนี้ ส่วนประเด็นอื่นๆ ที่สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้น บุคลากรรับรู้ในระดับปานกลาง จึงเป็นประเด็นที่ต้องพิจารณาในการปฏิบัติงานต่อไป

3. เป้าหมายบุคลากรได้พัฒนาศักยภาพบริการ ซึ่งบุคลากรรับรู้ในสภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นในระดับปานกลาง ทั้งนี้เพราะบุคลากรส่วนหนึ่งไม่ได้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยตรง ดังนั้นการพัฒนาบุคลากรจึงต้องพิจารณาการนำไปใช้ประโยชน์กับผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย รวมถึงความต้องการในการพัฒนาตนเอง และกลวิธีในการพัฒนา

4. เป้าหมายการมีเทคโนโลยีด้านส่งเสริม ป้องกัน รักษาฟื้นฟู สุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุที่เหมาะสม โดยจัดทำคู่มือ ภาวะสมองเสื่อมและซึมเศร้า สำหรับบุคลากร ซึ่งในเป้าหมายนี้ บุคลากรรับรู้สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นในระดับปานกลาง เนื่องจากโอกาสที่บุคลากรได้รับคู่มืออยู่ในระดับน้อยที่สุด ดังนั้น การให้โอกาสบุคลากรได้ใช้คู่มือจะเกิดประโยชน์กับผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายต่อไป

5. เป้าหมายการมีฐานข้อมูล บุคลากรรับรู้สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นในระดับปานกลาง ซึ่งอยู่ในระดับที่น้อยกว่าเป้าหมายอื่น ๆ ทั้งนี้เพราะบุคลากรส่วนใหญ่ไม่ได้รับทราบการมีฐานข้อมูลนี้อย่างทั่วถึง ไม่ได้เรียนรู้การพัฒนาฐานข้อมูลนี้โดยตรง และความเป็นรูปธรรมของงานที่บุคลากรปฏิบัติงานยังไม่ชัดเจนจึงไม่สามารถวิเคราะห์ความสำคัญและสภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้น ในการนำมาใช้ประโยชน์ ดังนั้นการให้โอกาสบุคลากรได้รับทราบการพัฒนาฐานข้อมูลนี้ หรือให้บุคลากรเรียนรู้การพัฒนาฐานข้อมูลโดยการปฏิบัติของบุคลากรเองโดยตรงหรือให้โอกาสบุคลากรได้มีอิสระในการตัดสินใจในการวางแผนการปฏิบัติงานมากขึ้นบุคลากรจะสามารถวิเคราะห์ฐานข้อมูลการนำมาใช้ประโยชน์กับกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะภาพรวม

1. บุคลากรส่วนใหญ่ ได้รับความสำคัญ ในการดำเนินงานในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในระดับมาก การวางแผนพัฒนาการดำเนินงานเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายโดยรวมได้ประโยชน์มากขึ้น มีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นได้มาก

2. บุคลากรรับรู้สภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการมีโอกาสใช้คู่มือ ในเป้าหมายการมีเทคโนโลยีที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายได้ประโยชน์และการประสานเครือข่ายในเป้าหมายการมีฐานข้อมูล ที่สามารถสื่อสารในการให้บุคลากรและประชาชนทั่วไปใช้ประโยชน์ ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยน้อย จึงน่าจะเป็นประเด็นในการพัฒนาให้การดำเนินงานชัดเจนต่อไป

3. การพิจารณาข้อสังเกตที่ได้จากการศึกษาในข้อมูลทั่วไป ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานเช่นจำนวนบุคลากรที่ทำงานหลากหลาย แต่โอกาสในการปฏิบัติงานกับผู้สูงอายุยังไม่ชัดเจน หรือความชัดเจนในการนิเทศงาน มีประโยชน์ในการวางแผนการดำเนินงานต่อไป

4. การกำหนดเป้าหมายที่กว้างในเชิงนโยบาย จำเป็นต้องมีการกำหนดเป้าหมายเฉพาะ ที่สอดคล้องและมีลำดับความต่อเนื่องในการดำเนินงานเพื่อให้ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและทั่วถึงมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานกับระดับการรับรู้ตามเป้าหมายของโครงการ

2. การพัฒนาเกณฑ์การรับรู้ตามเป้าหมายในเชิงผลลัพธ์ หรือการให้น้ำหนักคะแนนตัวชี้วัดที่ครอบคลุมผลลัพธ์ที่ควรเกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อพัฒนาผลการปฏิบัติงานให้ได้ประโยชน์มากขึ้น

3. การศึกษาเปรียบเทียบผลการปฏิบัติงาน

4. การศึกษาความต้องการตอบสนองของผู้รับบริการเพื่อพัฒนาการรับรู้ของบุคลากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

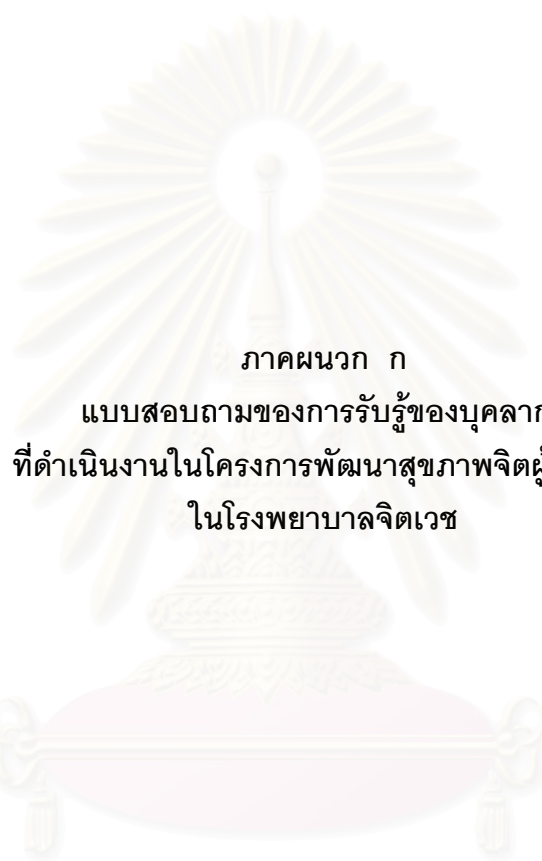
1. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. สถานะของประชากรสูงอายุไทยในปัจจุบันและและการดำเนินการต่างๆ ในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สาขาวิชาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและพดมาวิทยา ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543.
2. United Nations. The Aging Population and Its Economic and Social Implication(Population Studies No.26). New York : United Nations, 1956.
3. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. ปรัชญาและแผนกลยุทธ์ของการให้บริการในประเทศไทย. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 38 2537;38:493-497.
4. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสำรวจประชากรสูงอายุแห่งประเทศไทย 2537. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี , 2538.
5. คณะทำงานร่างแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ฉบับที่ 2. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564). กรุงเทพมหานคร : สำนักนายกรัฐมนตรี , 2543.
6. มนัส แจ่มเวหา และ อรุณช ไวนุสิทธิ์. การปรับปรุงประสิทธิภาพการทำงานของข้าราชการ และการเลื่อนขั้นเงินเดือน ปีละ 2 ครั้ง. วารสารกรมบัญชีกลาง เล่มที่ 3 (พฤษภาคม-มิถุนายน 2544).
7. ปิยธิดา ตริเตช. การบริหารงานแบบมุ่งผลสัมฤทธิ์. ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข. คณะสาธารณสุขศาสตร์:มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544
8. สาธารณสุข, กระทรวง . โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต . สรุปผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ . กรุงเทพมหานคร : 2544.
9. อรุณ รัถธรรม. หลักและกลวิธีในการประสานงาน. สารกองการพยาบาล 10 (มกราคม-เมษายน 2536)
10. สุขภาพจิต , กรม. แผนแม่บทสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ปีงบประมาณ 2543-2544. กรมสุขภาพจิต, 2542.
11. สุวิมล ตีรกานันท์. การประเมินโครงการ: แนวทางสู่การปฏิบัติ. ภาควิชาการประเมินและการวิจัย. คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยรามคำแหง. กรุงเทพมหานคร : 2544.
12. สาธารณสุข, กระทรวง กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวง . มาตรฐานการพยาบาลในโรงพยาบาลกรุงเทพมหานคร. กรุงเทพมหานคร : 2542.
13. สมศักดิ์ ชุนทร์ศรี, วิจิตร สิทธิอมร, อัมพล จินดาวัฒน์, สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์, ชูชัย ศุภวงศ์ และ สุภาภรณ์ บัวสาย. การวิจัยระบบสาธารณสุข: แผนกลยุทธ์การวิจัยสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร : 2541.

14. สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์. การประเมินผลโครงการ : หลักการและการประยุกต์, มปท : 2541.
15. นภาพร ชัยอรรถน. ประชากรสูงอายุไทย.ใน: สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, นภาพร ชัยอรรถน, ศศิพัฒน์ ยอดเพชร (บรรณาธิการ). ผู้สูงอายุในประเทศไทย: รายงานการทบทวนองค์ความรู้และสถานการณ์ในปัจจุบัน ตลอดจนข้อเสนอแนะทางนโยบายและการวิจัย. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานส่งเสริมกองทุนวิจัย, 2544.(กำลังจัดพิมพ์).
16. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, ชัยยศ คุณานุสนธิ์, วิพุธ พูลเจริญ, ไพบุญย์ สุริยวงศ์ไพศาล. ปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุไทย. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ และสำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2542.
17. จันทรเพ็ญ ชูประภาวรรณ. การสำรวจสุขภาพประชากรอายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไปในประเทศไทย ปี 2538. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยสาธารณสุขไทย มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2540.
18. สุขภาพจิต , กรม,. "รายงานผลสัมมนา เรื่อง การจัดองค์ประกอบประสานเครือข่าย และการนิยามความหมายสุขภาพจิต": สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต, 2537.
19. สิทธิศักดิ์ พฤษภิติกุล .เส้นทางสู่ Hospital Accreditation.พิมพ์ครั้งที่ 3 .กรุงเทพมหานคร สมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น), 2544.
20. Jitapulkul, S and Bannag , S. Aging in Thailand 1997. Bangkok: Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine, 1998.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก
แบบสอบถามของการรับรู้ของบุคลากร
ที่ดำเนินงานในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
ในโรงพยาบาลจิตเวช

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง การรับรู้ของบุคลากรที่ดำเนินงานในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจิตเวช

คำชี้แจงการตอบแบบสอบถาม

1. แบบสอบถามนี้ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ส่วน คือ
 - ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม
 - ส่วนที่ 2 การรับรู้ของบุคลากรที่ดำเนินงานในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ตาม ความสำคัญ และสภาพความเป็นจริง / การปฏิบัติจริง / เกิดขึ้นจริง
2. คำว่า "คู่มือการให้บริการผู้สูงอายุ" หมายถึง คู่มือการให้บริการผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิต และ จิตเวช ซึ่งรวมถึง ภาวะสมองเสื่อมและซึมเศร้า ที่ได้จัดทำขึ้นในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของกรมสุขภาพจิต ของปี2544
3. คำว่า "โครงการ" หมายถึง โครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ เป็นโครงการพิเศษหมวดรายจ่ายอื่น ของกรมสุขภาพจิต ของปี2544 (ตามเป้าหมายข้อ1-5)
4. คำว่า "การรับรู้" หมายถึง การรับรู้ความสำคัญ/ สภาพเป็นจริง /ได้ปฏิบัติจริง / เกิดขึ้นจริง โดยการประเมินจากท่านเองว่า มีมากน้อยเพียงใด
5. คำว่า "ผู้สูงอายุ" หมายถึง ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตและ จิตเวช ซึ่งรวมถึงภาวะสมองเสื่อมและซึมเศร้าด้วย
6. คำว่า "คู่มือภาวะสมองเสื่อม" หมายถึง คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งได้จัดทำขึ้น ในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของกรมสุขภาพจิต ของปี2544
7. คำว่า "คู่มือภาวะซึมเศร้า" หมายถึง คู่มือการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งได้จัดทำขึ้น ในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุของกรมสุขภาพจิต ของปี2544

คำตอบตามความเป็นจริงของท่านมีความสำคัญยิ่งในการวิจัย และเป็นประโยชน์ในการพัฒนางานสุขภาพจิตผู้สูงอายุของกรมสุขภาพจิต แบบสอบถามนี้ไม่มีคำตอบใดผิดหรือถูก ข้อมูลที่ได้จะไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของผู้ตอบแบบสอบถาม

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อความที่เป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่าน หรือเติมข้อความลงในช่องว่างให้สมบูรณ์

1. เพศ 1. ชาย 2. หญิง
2. อายุ.....ปี (เศษตั้งแต่ 6 เดือน บัดขึ้นเป็น 1 ปี)
3. ลักษณะงานประจำของท่าน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ ตามที่ปฏิบัติจริง)
 - 1. ให้บริการผู้สูงอายุในผู้ป่วยนอก 2. ให้บริการผู้สูงอายุผู้ป่วยใน
 - 3. ทำงานเกี่ยวกับการฝึกอบรม 4. อื่น ๆ (โปรดระบุ)
4. ระยะเวลาที่ทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุ.....ปี
5. ระดับการศึกษาสูงสุดของท่าน
 - 1. ต่ำกว่าระดับปริญญาตรี
 - 2. ระดับปริญญาตรี
 - 3. สูงกว่าระดับปริญญาตรี
6. ปัจจุบันท่านปฏิบัติงานในตำแหน่งใด
 - 1. พยาบาลเทคนิค 2. พยาบาลวิชาชีพ
 - 3. นักสังคมสงเคราะห์ 4. นักจิตวิทยา
 - 5. แพทย์ 5. อื่น ๆ (โปรดระบุ)
7. บทบาทของท่านในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุนี้
 - 1. คณะทำงาน
 - 2. ผู้เข้ารับการอบรม
 - 3. มีส่วนร่วมทำงานเฉพาะด้านหรือเฉพาะเรื่อง
(ไม่ได้เป็นทั้งผู้เข้าอบรมและคณะทำงาน)
8. ท่านได้เข้าร่วมในกิจกรรมของโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุโดย
 - 1. สม่ำเสมอ 2. ไม่สม่ำเสมอ
9. ท่านรับทราบนโยบายเกี่ยวกับโครงการพัฒนาการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชผู้สูงอายุอย่างไร
 - 1. ชัดเจน 2. ไม่ชัดเจน 3. ไม่ทราบ

10. ท่านได้รับการนิเทศหรือชี้แนะในการติดตามผลกิจกรรมในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
อย่างไร
1. ชัดเจน 2. ไม่ชัดเจน 3. ไม่ได้รับ
11. ท่านได้รับการนิเทศ ชี้แนะในการติดตามผลกิจกรรมในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
อย่างไร
1. สม่าเสมอ 2. ไม่สม่าเสมอ
12. ขณะนี้เสร็จสิ้นโครงการแล้วท่านทำงานด้านสุขภาพจิตผู้สูงอายุต่อเนื่องหรือไม่
1. ทำต่อเนื่อง 2. ไม่ต่อเนื่อง 3. อื่น ๆ ระบุ.....
13. ท่านมีส่วนร่วมในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุในด้านใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ
ตามที่ได้ปฏิบัติจริง)
1. ร่วมจัดทำมาตรฐานการให้บริการผู้สูงอายุ
2. เป็นผู้ให้บริการผู้ป่วยโดยตรง.
3. เป็นผู้รับการอบรม
(โปรดระบุเรื่องที่ท่านเข้ารับการอบรม)
4. ร่วมพัฒนาเทคโนโลยีคู่มือผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม
- 5 ร่วมพัฒนาเทคโนโลยีคู่มือผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า
6. ร่วมดำเนินการวิจัยเพื่อทำฐานข้อมูล
14. ท่านเคยได้รับความรู้เรื่องตัวชี้วัดหรือไม่
1. เคย 2. ไม่เคย
15. ท่านเคยได้รับความรู้เรื่องอะไรบ้างในกิจกรรมของโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ (โปรด
ระบุได้มากกว่า 1 ข้อ ตามความจริง)
1. ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม 2. ผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า
3. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช
4. อื่นๆ(โปรดระบุ).....

**ส่วนที่ 2 : การรับรู้ของบุคลากรที่ดำเนินงานในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ
ในโรงพยาบาลจิตเวช**

คำชี้แจง 1. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง ที่ตรงกับระดับ ความสำคัญ ตามการรับรู้ของ
ท่านเองว่า ควรให้ความสำคัญ/ มีความสำคัญหรือมีความจำเป็นกับตัวท่านเอง
มากน้อยเพียงใด ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

0 = ไม่ให้ความสำคัญ

1 = ให้ความสำคัญน้อย

2 = ให้ความสำคัญปานกลาง

3 = ให้ความสำคัญมาก

2. โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับระดับ สภาพเป็นจริง / การปฏิบัติจริง
หรือเกิดขึ้นจริง ตามการรับรู้ของท่านเอง ว่ามีมากน้อยเพียงใด ตามความสอดคล้องกับคำถาม
แต่ละข้อในแต่ละเป้าหมาย ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับดังนี้

0 = ไม่มีสภาพเป็นจริง / ไม่มีการปฏิบัติจริง / ไม่ได้เกิดขึ้นจริงกับตัวท่าน

1 = มีสภาพเป็นจริงน้อย / ท่านปฏิบัติจริงได้น้อย / เกิดขึ้นจริงกับตัวท่านน้อย

2 = มีสภาพเป็นจริงปานกลาง / ท่านปฏิบัติจริงได้ปานกลาง / เกิดขึ้นจริงกับตัว
ท่าน ปานกลาง

3 = มีสภาพเป็นจริงมาก / ท่านปฏิบัติจริงได้มาก / เกิดขึ้นจริงกับตัวท่านมาก

3. ข้อเสนอแนะตามเป้าหมายในแต่ละด้าน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 การรับรู้ของบุคลากรที่ดำเนินงานในโครงการพัฒนาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

ลำดับ	1.การจัดทำคู่มือมาตรฐานบริการผู้สูงอายุ	การรับรู้								สำหรับ ผู้วิจัย
		ความสำคัญ				สภาพเป็นจริง				
		0	1	2	3	0	1	2	3	
1	เนื้อหาตามคู่มือการให้บริการผู้สูงอายุมีแนวทางให้ท่านให้บริการได้อย่างมีมาตรฐาน									<input type="checkbox"/>
2	เนื้อหาตามคู่มือการให้บริการผู้สูงอายุมีแนวทางด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริม/ป้องกันและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เป็นรูปธรรมชัดเจน									<input type="checkbox"/>
3	เนื้อหาตามคู่มือการให้บริการผู้สูงอายุมีรายละเอียดที่สอดคล้องตามหลักวิชาการและมาตรฐานวิชาชีพที่ท่านยอมรับ									<input type="checkbox"/>
4	เนื้อหาตามคู่มือการให้บริการผู้สูงอายุ มีแนวทางให้ท่านประเมินอาการผู้สูงอายุเพื่อวางแผนการรักษา									<input type="checkbox"/>
5	เนื้อหาตามคู่มือการให้บริการผู้สูงอายุมีแนวทางให้ท่านดูแลผู้สูงอายุให้มีกิจกรรมเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ									<input type="checkbox"/>
6	เนื้อหาตามคู่มือการให้บริการผู้สูงอายุ มีแนวทางให้ท่านให้ความรู้และคำปรึกษาแก่ผู้สูงอายุเพื่อการวางแผนรักษาต่อเนื่อง									<input type="checkbox"/>
7	การให้โอกาสท่านได้ใช้คู่มือการให้บริการผู้สูงอายุที่จัดทำขึ้นครั้งนี้									<input type="checkbox"/>
8	คู่มือการให้บริการผู้สูงอายุที่จัดทำขึ้นครั้งนี้มีแนวทางการให้บริการกับผู้สูงอายุ ที่ชัดเจน ใช้ได้ง่ายสำหรับท่าน									<input type="checkbox"/>
9	ผู้สูงอายุได้รับบริการที่มีคุณภาพจากการใช้คู่มือการให้บริการผู้สูงอายุที่ได้จัดทำขึ้นนี้									<input type="checkbox"/>

ข้อเสนอแนะด้านการจัดทำคู่มือมาตรฐานบริการ.....

.....

.....

.....

ลำดับ	2. การจัดบริการที่ได้มาตรฐานในโรงพยาบาล	การรับรู้								สำหรับ ผู้วิจัย
		ความสำคัญ				การปฏิบัติจริง				
		0	1	2	3	0	1	2	3	
10	มีการประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ เพื่อการวางแผนการรักษาทุกราย									<input type="checkbox"/>
11	มีการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เพื่อการวางแผนการรักษาทุกราย									<input type="checkbox"/>
12	มีการประเมินความต้องการในการแก้ปัญหาของ ผู้สูงอายุ เพื่อการวางแผนการรักษาทุกราย(ที่นอกเหนือภาวะสมองเสื่อมและภาวะซึมเศร้า)									<input type="checkbox"/>
13	การจัดสถานที่และสิ่งแวดล้อม ให้สะอาด ถูกสุขลักษณะอย่างสม่ำเสมอ									<input type="checkbox"/>
14	การป้องกันความเสี่ยงจากอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ									<input type="checkbox"/>
15	การดูแลจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อผู้สูงอายุที่มารับบริการ เช่น มีสถานที่นั่งพักหรือสถานที่ทำกิจกรรม ให้เพียงพอ									<input type="checkbox"/>
16	การประเมินการให้บริการเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่ได้มาตรฐาน									<input type="checkbox"/>
17	การประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้สูงอายุ/ญาติที่มารับบริการ เพื่อประโยชน์ในการให้บริการด้านการส่งเสริมป้องกัน									<input type="checkbox"/>
18	การให้ความสนใจที่จะแก้ปัญหาให้กับผู้สูงอายุที่มีข้อร้องเรียนทุกราย.									<input type="checkbox"/>
19	การประเมินอาการผู้สูงอายุที่มารับบริการในโรงพยาบาลเพื่อการวางแผนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องทุกราย									<input type="checkbox"/>
20	การประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มารับบริการทุกราย									<input type="checkbox"/>
21	การประเมินความพึงพอใจของญาติผู้สูงอายุที่มารับบริการทุกราย									<input type="checkbox"/>

ข้อเสนอแนะด้านการจัดบริการที่ได้มาตรฐานในโรงพยาบาล

.....

.....

.....

ลำดับ	3.การพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านบริการผู้สูงอายุ	การรับรู้								สำหรับ ผู้วิจัย
		ความสำคัญ				เกิดขึ้นจริง				
		0	1	2	3	0	1	2	3	
22	การได้เข้าร่วมกิจกรรมในโครงการ ทำให้ท่านมีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม									
23	การได้เข้าร่วมกิจกรรมในโครงการ ทำให้ท่านมีแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิตและจิตเวช(ซึ่งไม่รวมถึงภาวะสมองเสื่อมและซึมเศร้า)									
24	การได้เข้าร่วมกิจกรรมในโครงการ ทำให้ท่านได้ประสบการณ์ซึ่งนำไปใช้ในการปฏิบัติงานได้									
25	หลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมในโครงการ ท่านสามารถให้บริการผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ได้อย่างถูกต้องตามภาวะของโรคมมากขึ้น									
26	หลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมในโครงการ ท่านสามารถให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชกับผู้สูงอายุ (ที่นอกเหนือจากผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและซึมเศร้า) ได้อย่างถูกต้องตามภาวะของโรคมมากขึ้น									
27	หลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมในโครงการ ทำให้ท่านมีแนวทางในการดูแล ผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้ามากขึ้น									
28	หลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมกิจกรรมในโครงการ ท่านสามารถให้บริการผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้าได้อย่างถูกต้องตามภาวะของโรคมมากขึ้น									

ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาศักยภาพบุคลากร.....

.....

.....

.....

ลำดับ	4.1 การพัฒนาเทคโนโลยี (คู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม)	การรับรู้								สำหรับ ผู้วิจัย	
		ความสำคัญ				เกิดขึ้นจริง					
		0	1	2	3	0	1	2	3		
29	คู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ช่วยให้คุณมีความรู้สามารถวางแผนการดูแลผู้สูงอายุ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น										<input type="checkbox"/>
30	การให้โอกาสท่านได้ใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม ที่ได้จัดทำขึ้น										<input type="checkbox"/>
31	คู่มือภาวะสมองเสื่อม ช่วยให้คุณให้บริการแก่ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมทุกรายได้อย่างมีมาตรฐานเดียวกัน										<input type="checkbox"/>
32	คู่มือภาวะสมองเสื่อมช่วยให้คุณสามารถประเมินอาการผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมทุกรายที่มารับบริการเพื่อการวางแผนการดูแลรักษา										<input type="checkbox"/>
33	คู่มือภาวะสมองเสื่อมช่วยให้คุณสามารถประเมินระดับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุทุกรายที่มารับบริการเพื่อการวางแผนการดูแลต่อเนื่อง										<input type="checkbox"/>
34	คู่มือภาวะสมองเสื่อมช่วยให้คุณสามารถประเมินความร่วมมือของญาติผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมทุกรายเพื่อให้การปรึกษา										<input type="checkbox"/>

ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาคู่มือสมองเสื่อม.....

.....

.....

.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลำดับ	4.2 การพัฒนาเทคโนโลยีคู่มือ (คู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า)	การรับรู้								สำหรับ ผู้วิจัย	
		ความสำคัญ				เกิดขึ้นจริง					
		0	1	2	3	0	1	2	3		
35	คู่มือภาวะซึมเศร้า ช่วยให้คุณสามารถวางแผนการดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้าได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น										<input type="checkbox"/>
36	การให้โอกาสท่าน ได้ใช้คู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า ที่ได้จัดทำขึ้นนี้										<input type="checkbox"/>
37	คู่มือภาวะซึมเศร้า ช่วยให้คุณให้บริการ ผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้าทุกรายได้อย่างมีมาตรฐานเดียวกัน										<input type="checkbox"/>
38	คู่มือภาวะซึมเศร้า ช่วยให้คุณสามารถประเมินระดับความรุนแรงของอาการผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้าทุกรายที่มา รับบริการเพื่อการดูแลรักษา										<input type="checkbox"/>
39	คู่มือภาวะซึมเศร้า ช่วยให้คุณสามารถประเมินความรุนแรงของผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้าทุกรายเพื่อการดูแลตนเอง										<input type="checkbox"/>
40	คู่มือภาวะซึมเศร้าช่วยให้คุณสามารถประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าในการให้การปรึกษากับผู้สูงอายุและญาติทุกราย										<input type="checkbox"/>

ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาเทคโนโลยี(คู่มือการดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า).....

.....

.....

.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ลำดับ	5. การพัฒนาฐานข้อมูล	การรับรู้								สำหรับ ผู้วิจัย	
		ความสำคัญ				สภาพเป็นจริง					
		0	1	2	3	0	1	2	3		
41	การได้ทราบจำนวนของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในเขตความรับผิดชอบของท่านมีความสำคัญต่อการนำมาวางแผนการดูแลในพื้นที่ได้										<input type="checkbox"/>
42	การได้ทราบจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าในเขตความรับผิดชอบของท่านมีความสำคัญต่อการนำมาวางแผนการดูแลในพื้นที่ได้										<input type="checkbox"/>
43	การได้ทราบข้อมูลของปัจจัยที่มีภาวะสมองเสื่อม เช่นอายุที่เพิ่มขึ้นหรือการมีโอกาสดำเนินกิจกรรมทางสังคมของผู้สูงอายุในเขตความรับผิดชอบของท่านมีความสำคัญต่อการนำมาวางแผนการดูแลในพื้นที่ได้										<input type="checkbox"/>
44	การได้ทราบข้อมูลของปัจจัยที่มีภาวะซึมเศร้าเช่นการมีโรคประจำตัวและความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้สูงอายุในเขตความรับผิดชอบของท่านมีความสำคัญต่อการนำมาวางแผนการดูแลในพื้นที่ได้										<input type="checkbox"/>
45	การใช้ทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เมื่อให้บริการกับผู้สูงอายุ										<input type="checkbox"/>
46	การใช้ทักษะการดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า เมื่อให้บริการกับผู้สูงอายุ										<input type="checkbox"/>
47	ข้อมูลอายุที่เพิ่มขึ้นเป็นปัจจัยที่สำคัญของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสามารถนำมาใช้ประโยชน์เมื่อให้บริการกับผู้สูงอายุ										<input type="checkbox"/>
48	ข้อมูลการได้ร่วมกิจกรรมทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสามารถนำมาใช้ประโยชน์เมื่อให้บริการกับผู้สูงอายุ										<input type="checkbox"/>
49	ข้อมูลการมีโรคประจำตัวเป็นปัจจัยสำคัญของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งสามารถนำมาใช้ประโยชน์เมื่อให้บริการกับผู้สูงอายุ										<input type="checkbox"/>

ลำดับ	5. การพัฒนาฐานข้อมูล	การรับรู้								สำหรับ ผู้วิจัย	
		ความสำคัญ				สภาพเป็นจริง					
		0	1	2	3	0	1	2	3		
50	ข้อมูลความสัมพันธ์ในครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งสามารถนำมาใช้เมื่อให้บริการกับผู้สูงอายุ										<input type="checkbox"/>
51	ข้อมูลของปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการให้บริการกับผู้สูงอายุ										<input type="checkbox"/>
52	ข้อมูลของปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งสามารถนำมาใช้ในการให้บริการกับผู้สูงอายุ										<input type="checkbox"/>
53	การประสานกับเครือข่ายในชุมชนเพื่อการวางแผนการดูแลให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้สูงอายุ										<input type="checkbox"/>
54	การประสานกับเครือข่าย ในชุมชนเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ให้รู้สึกมีคุณค่า ภาคภูมิใจ และให้สามารถดำเนินชีวิตของตนเองได้										<input type="checkbox"/>
55	การประสานกับเครือข่ายในชุมชน เพื่อการดูแลให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัจจัยของผู้สูงอายุในชุมชนที่มีภาวะสมองเสื่อม										<input type="checkbox"/>
56	การประสานกับเครือข่าย ในชุมชน เพื่อให้ความรู้ และความเข้าใจที่ถูกต้องด้านปัจจัยอื่นๆของผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า										<input type="checkbox"/>
57	ข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ที่มีภาวะซึมเศร้า ให้รู้สึกมีคุณค่า ภาคภูมิใจ และให้สามารถดำเนินชีวิตในชุมชน ซึ่งนำมาใช้ประโยชน์เมื่อให้บริการกับผู้สูงอายุ										<input type="checkbox"/>
58	ข้อมูลการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ที่มีภาวะซึมเศร้า ให้รู้สึกมีคุณค่า ภาคภูมิใจ และให้สามารถดำเนินชีวิตในชุมชน นำมาใช้ประโยชน์เมื่อให้บริการกับผู้สูงอายุ										<input type="checkbox"/>
59	การนำข้อมูลผู้สูงอายุมาเผยแพร่/ให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและประชาชนทั่วไป										<input type="checkbox"/>

ลำดับ	5. การพัฒนาฐานข้อมูล	การรับรู้								สำหรับ ผู้วิจัย
		ความสำคัญ				สภาพเป็นจริง				
		0	1	2	3	0	1	2	3	
60	ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นฐานข้อมูลทางวิชาการที่สามารถนำมาพัฒนารูปแบบบริการได้หลากหลาย									<input type="checkbox"/>
61	ข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นฐานข้อมูลทางวิชาการที่สามารถนำมาวางแผนพัฒนารูปแบบบริการได้หลากหลาย									<input type="checkbox"/>
62	ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยที่มีภาวะซึมเศร้าเป็นฐานข้อมูลทางวิชาการที่สามารถนำมาวางแผนพัฒนารูปแบบบริการได้หลากหลาย									<input type="checkbox"/>
63	ข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นฐานข้อมูลทางวิชาการสามารถนำมาวางแผนพัฒนารูปแบบบริการที่หลากหลาย									<input type="checkbox"/>
64	การวางแผนพัฒนารูปแบบบริการที่หลากหลายในผู้สูงอายุกลุ่มต่างๆ									<input type="checkbox"/>
65	การพัฒนาบริการที่มีประสิทธิภาพให้กับผู้สูงอายุภาวะซึมเศร้า									<input type="checkbox"/>
66	การพัฒนาบริการที่มีประสิทธิภาพให้กับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม									<input type="checkbox"/>
67	การเผยแพร่ให้นักวิชาการทุกสาขาวิชาชีพ ได้ใช้ฐานข้อมูลให้เกิดประโยชน์กับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมและซึมเศร้า									<input type="checkbox"/>

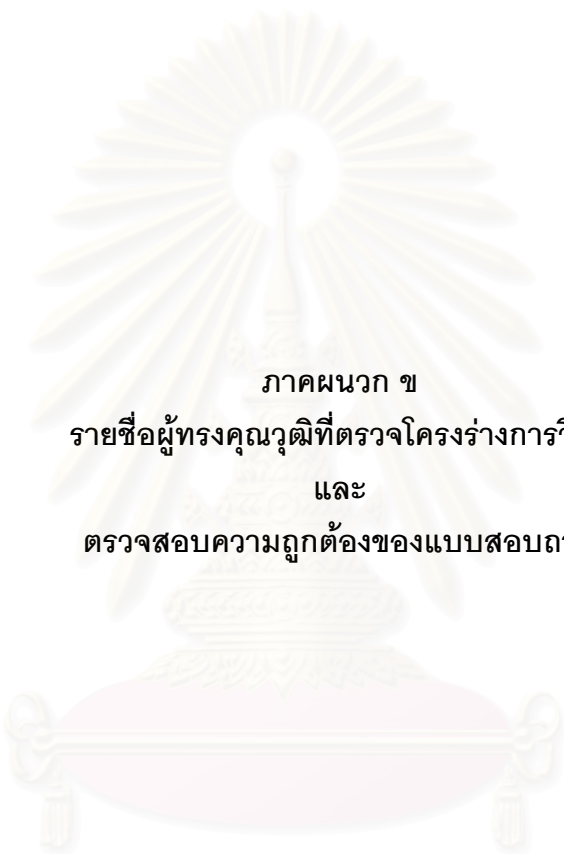
ข้อเสนอแนะด้านการพัฒนาฐานข้อมูลสมองเสื่อมและซึมเศร้า.....

.....

.....

.....

.....



ภาคผนวก ข
รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจโครงการวิจัย
และ
ตรวจสอบความถูกต้องของแบบสอบถาม

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายชื่อผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจโครงการวิจัยและความถูกต้องของแบบสอบถาม

1. ศาสตราจารย์แพทย์หญิงทัศนีย์ นุชประยูร
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. นายแพทย์อานนท์ วรียงยง
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. นายแพทย์วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
4. นายแพทย์วีระเดช วีระพงศ์เศรษฐ์
นายแพทย์ ระดับ 7 โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา
5. นางสาววิไล สิทธิเสรีพิทักษ์
นักจิตวิทยา ระดับ 7 สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต
6. นางสาวสุนันท์ จำรูญสวัสดิ์
พยาบาลวิชาชีพ ระดับ 7 โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวดวงจันทร์ สาระอาภรณ์ เกิดวันที่ 27 มิถุนายน 2498 ที่จังหวัดพัทลุง สำเร็จการศึกษาประกาศนียบัตรวิชาพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จากวิทยาลัยพยาบาล นครราชสีมา ในปี พ.ศ. 2521 บรรจุเข้ารับราชการที่โรงพยาบาลศรีธัญญา ตั้งแต่ 30 เมษายน 2521 จนถึงปัจจุบัน และเข้ารับการศึกษาต่อ หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชศาสตร์ ชุมชน ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2543



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย