

แนวคิด รูปแบบ และผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล: กรณีศึกษาการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

นางพิมล นิมิตรอนันต์*, พิมพนิภา ศรีนพคุณ**, จุติมา หมอทรัพย์**

บทคัดย่อ

ปัญหาการหกล้มมีผลกระทบอย่างยิ่งต่อผู้สูงอายุ ครอบครัวและการบริการสุขภาพ จึงจำเป็นต้องมีมาตรการการป้องกันการหกล้มที่ดีเพื่อเป้าหมายผู้สูงวัยสุขภาพดี บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายสถานการณ์การหกล้มและปัจจัยเสี่ยง แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล นโยบายของสภาการพยาบาล การกำหนดนโยบายและการจัดทำแผนปฏิบัติการของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน การบูรณาการแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการออกแบบโครงการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนแห่งหนึ่งโดยกลุ่มอาจารย์การพยาบาลชุมชน ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ระยะ ได้แก่ ระยะเตรียมการ ระยะวางแผนงาน ระยะปฏิบัติการและระยะสิ้นสุดโครงการ

จากการประเมินผลการดำเนินงาน พบว่าโครงการปฏิบัติการของอาจารย์ส่งผลที่ดีทางสุขภาพต่อผู้ร่วมโครงการ การสร้างเครือข่ายการทำงานในชุมชน และการเพิ่มพูนทักษะการปฏิบัติการของอาจารย์กลุ่มนี้ รวมทั้งได้ข้อเสนอแนะเพื่อเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ในปีการศึกษาต่อไป

คำสำคัญ : การปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์, ผู้สูงอายุในชุมชน, การป้องกันการหกล้ม

* รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

** อาจารย์ประจำ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

Corresponding author, email: drnongpimol999@gmail.com, Tel. 081-3769001

Received June 28, 2023; Revised : August 23, 2023; Accepted : August 29, 2023

Concept, Model, and Outcomes of Faculty Practice: A Case Study of Fall Prevention among Seniors in Community

Nongpimol Nimit-arnun*, Pimnipa Srinoppakun**, Thitima Mousub**

Abstract

Falls problem is a significant health impact on older adults, families and healthcare services. The good fall prevention strategies for healthy aging was concerned. The purpose of this article is to explain the fall situation and preventive measures, faculty practice concepts and protocol guided from the Nursing Council that led to faculty practice policies and action plan formulation of College of Nursing, Christian University in Thailand. These concepts were integrated into the fall risk prevention project for community-dwelling older adult, conducting by community health nurse instructors. The applied project consisted 4 phase; preparation planning, implementation, and dissemination.

Findings in dissemination phase, faculty practice projects had contribution to health outcomes improvement in older adults, community network establishing, and also strengthen clinical practice among those nurse instructors. As well as recommendations for faculty practice plan in the next academic year.

Keywords : Faculty practice, Community-dwelling seniors, Fall prevention

* Associate Professor, College of Nursing, Christian University of Thailand

** Instructor, College of Nursing, Christian University of Thailand

Corresponding author, email: drnongpimol999@gmail.com, Tel. 081-3769001

Received June 28, 2023; **Revised** : August 23, 2023; **Accepted** : August 29, 2023

บทนำ

โครงสร้างประชากรสูงอายุของประเทศไทยเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปี พ.ศ. 2565 มีสัดส่วนคิดเป็นร้อยละ 19.21 ของประชากรทั้งหมด (กลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์ กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2566) ความต้องการบริการสุขภาพด้านต่าง ๆ มากมายเนื่องจากวัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จากกระบวนการชราภาพ (Aging process) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล (ปราโมทย์ ประสาทกุล, 2564) การหกล้ม (Fall) เป็น 1 ในกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) เป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเสียชีวิตและความพิการ ในแต่ละปีพบอุบัติการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยความถี่ของการหกล้มเพิ่มขึ้นตามอายุและระดับความอ่อนแอของร่างกาย จากรายงานผลการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุไทย ปี พ.ศ. 2560-2564 พบว่า เพศหญิงมีการหกล้มมากกว่าเพศชาย 1.5 เท่า โดยเพศหญิงมีอัตราการอุบัติการณ์การหกล้มร้อยละ 55.00 หกล้มภายในบ้านและบริเวณบ้าน ขณะที่เพศชายส่วนใหญ่ ร้อยละ 60 หกล้มนอกบ้านขณะเดินทางและในที่ทำงาน และพบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 60 มีปัญหาลื่น สะดุดหรือก้าวพลาดบนพื้นระดับเดียวกัน มีเพียงร้อยละ 5 ที่ตกหรือลื่นจากชั้นบันได นอกจากนี้ ผู้สูงอายุมีอัตราการเสียชีวิตจากการหกล้มสูงกว่าทุกกลุ่มอายุกว่า 3 เท่าและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป โดยเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตจากการหกล้มสูงกว่าเพศหญิง 3 เท่า (นิพา ศรีช้าง และ ลวitra ก้าวี, 2564)

การหกล้มของผู้สูงอายุ นับเป็นความท้าทายต่อระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนให้แข็งแรงและปลอดภัยจากการหกล้ม จึงมีความจำเป็นที่ต้องมีมาตรการและแนวปฏิบัติที่ดีเพื่อลดความเสี่ยงของปัญหาดังกล่าว (นงพิมล นิมิตรอนันท์ วิชุดา กลิ่นหอม เจือจันทร์ วัณภิเษริณ และชลทิพย์ ทิพย์แก้ว, 2563; รัฎฐภัทร์ บุญมาทอง, 2563) อันได้แก่ มาตรการลดความเสี่ยงพหุปัจจัย (Multifactorial intervention) ประกอบด้วย การประเมินปัจจัยความเสี่ยงรายบุคคล ร่วมกับการจัดการปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ (กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์, 2559) สอดคล้องกับแนวปฏิบัติที่สังเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ของผู้เชี่ยวชาญด้านการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนที่ยืนยันว่า มาตรการการคัดกรองเชิงรุกในชุมชนเป็นหัวใจสำคัญของการค้นหากลุ่มเสี่ยงเพื่อจำแนกกลุ่มแล้วนำมาออกแบบแผนการดูแลที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป เครื่องมือการคัดกรองที่แนะนำคือการประเมินความเร็วในการเดิน (Gait speed) การทรงตัว (Balance test) การใช้ยาร่วมหลายชนิด การประเมินการรู้คิดและ/ภาวะสมองเสื่อม ภาวะทุพโภชนาการ รวมทั้งโรคระบบหลอดเลือดสมองและหัวใจ สำหรับมาตรการการจัดการดูแลที่ดี ได้แก่ การออกกำลังกายและฝึกการทรงตัวในรูปแบบต่าง ๆ การฝึกกิจกรรมทางกายในกิจวัตรประจำวัน (Physical activity) การปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย การทบทวนการใช้ยาร่วมหลายชนิด (Medication review) รวมทั้งการแก้ปัญหาสายตาและการได้ยิน (Vision and hearing impairment) ทั้งนี้ให้พิจารณาความเหมาะสมสอดคล้องตามบริบทและแหล่งประโยชน์ของชุมชนนั้น ๆ (Montero-Odasso, Velde, Martin, Petrovic, Tan, Ryg, et al., 2022)

กลุ่มอาการสูงอายุและมาตรการการคัดกรอง

ในปีงบประมาณ 2565 กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัด มาตรการการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อค้นหาสภาพปัญหาในกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) โดยเฉพาะสมรรถนะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ปัญหาภาวะสมองเสื่อมและความเสี่ยงการหกล้ม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลบำบัดรักษากลุ่มอาการเหล่านี้รวมทั้งปัญหาสุขภาพอื่น ๆ อย่างเหมาะสม เพื่อนำไปสู่การคงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคม และลดภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุให้น้อยที่สุด

(สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2564; วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, 2564) อนึ่ง การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม (Comprehensive geriatric assessment) เป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ เป็นการประเมินที่ครอบคลุมมิติทางการแพทย์ ความสามารถในการทำหน้าที่ มิติทางสังคม จิตใจและจิตวิญญาณ (ประเสริฐ อัสสันตชัย, 2556) ทั้งยังเป็นสมรรถนะหลักของพยาบาล ผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ (Gerontological nurse) เพื่อใช้เป็นแนวทางการวางแผนการดูแลต่อไป พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินในลักษณะนี้เพื่อเป็นสัญญาณเตือนต่อการเกิดประเด็นปัญหาที่พบบ่อย และสามารถเชื่อมโยงหรือบูรณาการสู่การวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสม อีกทั้งยังใช้เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทำงานร่วมกันกับสหสาขาวิชาชีพในการจัดการปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุครบทุกมิติ หากผู้ป่วยได้รับการประเมินปัญหาอย่างแม่นยำและรวดเร็วย่อมส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูง (Ellis & Langhorne, 2005) ส่งผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้รับบริการ อาทิ ลดอัตราเสียชีวิตอย่างกะทันหัน ลดระยะวันนอนโรงพยาบาล และมีการเสริมสร้างสมรรถภาพร่างกายและสมองให้ดีขึ้น (Spirgiene & Brent, 2018)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสถานการณ์และปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มในผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการล้มจากอุบัติเหตุ ได้แก่ เพศ พื้นที่พักอาศัยนอกเขตเทศบาล ยังทำงาน/ประกอบอาชีพ มีปัญหาการมองเห็น มีพฤติกรรมกรอกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ต่อมเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ รวมทั้งปัจจัยสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย อาทิ ห้องน้ำที่อยู่นอกตัวบ้าน (จิราพร เกศพิชญวัฒนา และ ภัทรพร คงบุญ, 2563) ผลการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562-2563 ในประเด็นเกี่ยวกับปัญหาการหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า มีการหกล้มบริเวณนอกบ้านร้อยละ 59.80 สาเหตุมาจากการสะดุดวัตถุสิ่งของ การลื่นหกล้มและเสียการทรงตัวตามลำดับ จำนวนครั้งการหกล้มใน 6 เดือนที่ผ่านมาโดยเฉลี่ย 2.40 ครั้ง และการฟกช้ำ ถลอกหรือเป็นแผลพบได้ประมาณครึ่งหนึ่งภายหลังการหกล้ม (วิชัย เอกพลากร หทัยชนก พรระจเรญ และ วราภรณ์ เสถียรนพแก้ว, 2564) ผลการศึกษาของ ศิริวรรณ เชาวโน และ พรชัย คงขุนมี (2565) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะเสี่ยงหกล้ม ร้อยละ 31.78 ปัจจัยเสี่ยงการหกล้ม ได้แก่ เพศหญิง ระดับการศึกษา (ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า) การมีโรคประจำตัว การมียาที่ต้องรับประทานเป็นประจำ การมีปัญหาลักษณะสุขภาพ การมีอุปกรณ์ช่วยเดิน การพักอาศัยในบ้านที่บริเวณบันไดมีลักษณะเสี่ยง จากผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนถึงความจำเป็นในการเร่งดำเนินมาตรการการคัดกรองปัญหาความเสี่ยงการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชนต่าง ๆ ให้ครอบคลุมโดยเร็ว

แนวคิดการปฏิบัติการทางคลินิกของอาจารย์พยาบาล (Faculty practice)

เนื่องจาก คณะพยาบาลศาสตร์เป็นสถาบันการศึกษาที่ผลิตบัณฑิตทางการพยาบาล ซึ่งเป็นวิชาชีพที่ให้บริการโดยใช้ทักษะปฏิบัติและทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติการพยาบาล อาจารย์พยาบาลจึงมีความสำคัญที่ต้องมีการปฏิบัติการพยาบาล และพัฒนาสมรรถนะทางการพยาบาลเฉพาะทางตามความเชี่ยวชาญของอาจารย์แต่ละคน (Faculty practice) การปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์จะเป็นวิธีการแสวงหาความรู้เพื่อการสอนของอาจารย์ ส่งเสริมความชำนาญในการปฏิบัติของอาจารย์และรักษาไว้ซึ่งทักษะการปฏิบัติงานในคลินิก ขยายขอบเขตความร่วมมือทางการวิจัยในคลินิก และสร้างการประยุกต์ใช้ผลการวิจัยในการปฏิบัติการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์จึงมีความมุ่งมั่นในการดำเนินพันธกิจใหม่ ด้านการพัฒนาความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลของคณาจารย์อย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม สแกนลอน และคณะ (Scanlon, Smolowitz, & Barnes, 2015) เสนอว่าแผนงานการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของอาจารย์ (Advance practice nursing) เป็นการสะท้อนถึงการนำความเชี่ยวชาญของอาจารย์พยาบาล ไปสู่การ

ให้บริการแก่ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ เป็นรายบุคคล ครอบครัวยุ กลุ่ม และชุมชน เป็นการเชื่อมโยงองค์ความรู้ในบริบทการศึกษาพยาบาลสู่การปฏิบัติในสถานการณ์จริง

ในสังคมยุคปัจจุบัน อาจารย์พยาบาลมีพันธกิจสำคัญในการสอนแก่นักศึกษาพยาบาลทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ การวิจัย การบริการวิชาการ และทำนุบำรุงศิลปวัฒนธรรม ในการบรรลุความสำเร็จของพันธกิจดังกล่าว อาจารย์ต้องมีศักยภาพในการเป็นนักวิชาการทางคลินิก (Clinical scholarship) ที่สามารถบูรณาการองค์ความรู้และความเชี่ยวชาญการปฏิบัติการเฉพาะสาขาหรือเฉพาะกลุ่มเป้าหมายของผู้รับบริการอย่างชัดเจน สามารถถ่ายทอดและแสดงบทบาทที่หลากหลายได้ ทั้งบทบาทผู้สอน (Educator) ผู้ให้คำปรึกษา (Consultant) ผู้ประสานงาน (Collaborator) และนักวิจัย (Researcher) ทั้งนี้ เพื่อผลลัพธ์ที่ดีต่อบัณฑิตพยาบาลและการพัฒนาวิชาชีพ (Saxe, Burgel, Stringari-Murray, et al., 2004; ฉวีวรรณ ธงไชย กรณิกักร กัณธะรักษา มั่นสนธิ์ บุญยธรรม และ พรทิศา ทักสิน, 2553) แนวคิดการบริหารจัดการระดับสถาบัน (Bosold & Darnell, 2012) ระบุว่า ความสำเร็จของพันธกิจจะเกิดขึ้นจากบทบาทเชิงบูรณาการของอาจารย์พยาบาล ได้แก่ 1) การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้การดูแลแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ (Practice) 2) การวิจัย (Research) 3) การพัฒนาตนเอง/ความก้าวหน้าในงาน/ความก้าวหน้าในการเข้าสู่ตำแหน่งทางวิชาการ (Professional development) และ 4) การจัดการเรียนการสอนในรายวิชา/หลักสูตรที่รับผิดชอบ (Teaching) ทั้งนี้ เป็นไปตามบริบทการบริหารจัดการองค์กรของคณะวิชาฯ (Administration) นโยบายและพันธกิจของคณะวิชาฯ และมหาวิทยาลัย (College of nursing and university mission) การปฏิบัติการของอาจารย์ควรกระทำในบทบาทของผู้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง เป็นการบูรณาการความเป็นนักวิชาการด้านการศึกษา การวิจัย และการปฏิบัติการพยาบาลเข้าด้วยกัน เพื่อแสดงให้เห็นถึงความเชี่ยวชาญของอาจารย์ในสาขาการพยาบาลนั้น ๆ ได้แก่ การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย/ผู้รับบริการโดยตรง (Patients primary focus) การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพทางไกล การดำเนินโครงการร่วมกับสถานพยาบาลและชุมชน หรือร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ท้ายที่สุดผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcomes) จากการปฏิบัติการพยาบาล (ขั้นสูง) ของอาจารย์พยาบาล ได้แก่ การเพิ่มพูน/แสดงความเชี่ยวชาญทางการพยาบาลของอาจารย์เป็นรายบุคคลอย่างต่อเนื่อง การพัฒนาหลักสูตร การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล รวมถึง การลดหรือป้องกันปัญหาสุขภาพของประชาชนในสังคม (Gwariro, Dzimiri, Ncube, et al., 2017) นอกจากนี้ จิริโควิก และคณะ (Jirikowic, Pitonyak, Rollinger, Fogelberg, Mroz, & Powell, 2015) ได้เสนอกระบวนการออกแบบโครงการเชิงบูรณาการ (Capstone project) เพื่อการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ระยะเตรียมการ (Preparation phase) ระยะวางแผน (Planning phase) ระยะปฏิบัติการ (Implementation phase) และระยะสิ้นสุดโครงการ (Disseminate phase)

สภาการพยาบาล ได้ให้นิยามการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ (Faculty practice) หมายถึง การพัฒนาสมรรถนะทางคลินิกเพื่อให้การสอนการพยาบาลสอดคล้องกับปฏิบัติการพยาบาลที่ทันสมัยและเป็นปัจจุบัน เป็นการนำความเชี่ยวชาญของอาจารย์พยาบาลไปให้บริการแก่ผู้ป่วย/ผู้รับบริการ เป็นรายบุคคล ครอบครัวยุ กลุ่ม และชุมชน เพื่อเพิ่มพูนความเชี่ยวชาญทางการพยาบาลของตนเองอย่างต่อเนื่อง มีการบูรณาการความเป็นนักวิชาการ การศึกษา การวิจัย และการปฏิบัติการพยาบาล สู่การพัฒนาคุณภาพการพยาบาลตามความเชี่ยวชาญของอาจารย์ในสาขานั้น ๆ เป็นภารกิจด้านบริการวิชาการในการให้บริการพยาบาลตามความเชี่ยวชาญของอาจารย์ โดยมีองค์ประกอบสำคัญของการปฏิบัติ ดังนี้ (ทัศนาศ บุญทอง, 2562; คณะกรรมการสภาการพยาบาล, 2565; Saxe, et al., 2004)

1. มีเป้าหมายการปฏิบัติที่ชัดเจน เพื่อเพิ่มพูน/แสดงความเชี่ยวชาญทางการพยาบาลของอาจารย์
2. มีการใช้ความเป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มเฉพาะโรค (ทั้งนี้ การปฏิบัติการพยาบาลทั่วไป ไม่จัดเป็น Faculty Practice)
3. มีจุดมุ่งหมายสำคัญที่การดูแลผู้ป่วย/หรือผู้รับบริการ และเน้นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดีขึ้น
4. มีตารางเวลาการปฏิบัติงานชัดเจน มีความเป็นประจำและต่อเนื่อง
5. มีการตกลงระหว่างสถาบันการศึกษาและหน่วยบริการสุขภาพ
6. ควรมีการต่อยอดพัฒนาเป็นงานวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพการพยาบาลและเผยแพร่ การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล หรือหนังสือวิชาการที่เกี่ยวข้องกับความเชี่ยวชาญของอาจารย์
7. อาจเป็นภารกิจที่อาจารย์ปฏิบัติไปพร้อมกับการสอนภาคปฏิบัติสำหรับหลักสูตรฝึกอบรมเฉพาะทางหรือ บัณฑิตศึกษาในสาขาที่อาจารย์เชี่ยวชาญ (โดยอาจนับเป็นชั่วโมงการให้บริการวิชาการ/ชั่วโมงการเรียนการสอน เพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่ง)

สภาการพยาบาล มีประกาศข้อบังคับว่าด้วยหลักเกณฑ์การรับรองสถาบันการศึกษาพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2562 สำหรับสถาบันที่มีผู้สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ปรับปรุง พ.ศ. 2562 ประกอบด้วย 8 มาตรฐาน 23 ตัวบ่งชี้ ตัวบ่งชี้ใหม่ที่เป็นเกณฑ์สำคัญ ข้อ 25 “สถาบันการศึกษาต้องวางแผนและพัฒนาอาจารย์ทั้งด้านจำนวน คุณวุฒิ ตำแหน่งทางวิชาการ พัฒนาอาจารย์ทั้งด้านวิชาการและวิชาชีพ รวมถึงการพัฒนาความเชี่ยวชาญทางคลินิก” และ เกณฑ์การรับรองสถาบันการศึกษาพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ.2562 มาตรฐานที่ 2 ด้านอาจารย์ “ร้อยละของอาจารย์ที่สอนวิชาการพยาบาลและการรักษาโรคเบื้องต้น ปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพในสาขาวิชาที่รับผิดชอบอย่างน้อย 80 ชั่วโมง/ปีการศึกษา” (สภาการพยาบาล, 2563) สำหรับการปฏิบัติการของอาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชนนั้น ศิริอร สีนุ (2564) เสนอว่า ในปัจจุบัน การพยาบาลปฐมภูมิมีความสำคัญมากเนื่องจากสังคมประสบปัญหาสุขภาพในทุกวัย ทุกกลุ่ม นับเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนและต้องการความเชี่ยวชาญชำนาญการทางการพยาบาลที่หลากหลายจากอาจารย์ ผ่านกระบวนการทำงานร่วมกับทีมสุขภาพในหน่วยงานต่าง ๆ ในพื้นที่นั้น ๆ การปฏิบัติการของอาจารย์ในชุมชนอาจทำได้หลายรูปแบบ เช่น 1) การพยาบาลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านเพื่อป้องกันโรคกำเริบ 2) การดูแลต่อเนื่องโรคเฉพาะ การดูแลระยะยาว การดูแลผู้ป่วยภาวะพึ่งพิง ภาวะสมองเสื่อม การดูแลแบบประคับประคองหรือระยะท้ายของชีวิต 3) การรักษาโรคเบื้องต้น การจัดการปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรคทางสุขภาพจิตและจิตเวช และ 4) การจัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมอาการและป้องกันโรคกำเริบ

จากแนวโน้มและทิศทางการพัฒนางาน Faculty Practice ดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน ตระหนักถึงความสำคัญของการพัฒนาอาจารย์ให้มีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาล จึงจัดทำแผนการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาล (ระยะยาว) โดยการประยุกต์และบูรณาการแนวคิดและองค์ประกอบสำคัญ (ทัศนา บุญทอง, 2562; คณะกรรมการสภาการพยาบาล, 2565; Saxe, et al., 2004) เพื่อเป็นแนวทางปฏิบัติของอาจารย์ทุกสาขาวิชานับแต่ปีการศึกษา 2562 เป็นต้นมา โดยได้ดำเนินงานพันธกิจด้านนี้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่องในทุกปีการศึกษา ได้วิเคราะห์ผลการดำเนินงานจากปีการศึกษาที่ผ่านมา เพื่อใช้เป็นกรอบทิศทางและแนวทางการดำเนินงานที่เชื่อมโยงกับการเรียนการสอนและกิจกรรมพัฒนานักศึกษาให้เป็นรูปธรรม อีกทั้งต้องสอดคล้องกับการตอบสนองความต้องการของประชาชน ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการเป็นรายบุคคล ครอบครัว กลุ่ม และชุมชนในจังหวัดนครปฐมและจังหวัดใกล้เคียง รูปแบบและแนวทางการปฏิบัติมีหลายรูปแบบ ทั้งนี้เพื่อเปิดโอกาสให้อาจารย์ได้เลือกตามโอกาสและความเชี่ยวชาญทางคลินิกของตน อาทิ 1) การเลือกแหล่งฝึกปฏิบัติ/สถานบริการสุขภาพที่ได้ทำความร่วมมือทางวิชาการ (MOU) อย่างเป็นทางการ และหรือมีแผนทำความร่วมมือทางวิชาการในโอกาสต่อไป

รวมทั้งเป็นแหล่งฝึกปฏิบัติของนักศึกษาหรือมีแผนเป็นแหล่งฝึกในโอกาสต่อไป 2) การพัฒนาทักษะความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านหรือการปฏิบัติการขั้นสูงของอาจารย์ร่วมกับผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง พยาบาลผู้จัดการรายกรณี พยาบาลผู้เชี่ยวชาญชำนาญการ แพทย์เฉพาะทาง และบุคลากรทีมสหสาขาที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ 3) การบูรณาการทักษะความเชี่ยวชาญของอาจารย์กับโครงการวิจัย โครงการบริการวิชาการแก่สังคม การเป็นที่ปรึกษาด้านวิชาการในการผลิตผลงานวิชาการ นวัตกรรมทางการแพทย์ รวมทั้งการพัฒนาคุณภาพบริการร่วมกับแหล่งฝึกปฏิบัติ (ที่เชื่อมโยงกับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ) 4) การบูรณาการเชื่อมโยงกับการพัฒนาหรือปรับปรุงหลักสูตร ตลอดจนการเรียนการสอนในรายวิชาของนักศึกษาพยาบาล หลักสูตรต่าง ๆ (โดยเฉพาะรายวิชาภาคปฏิบัติ) ทั้งนี้ ได้กำหนดเป้าหมายความสำเร็จ ได้แก่ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcomes) แก่ผู้รับบริการ การทำงานร่วมกัน (Collaboration) และเป็นหุ้นส่วนทางสุขภาพระหว่างคณะพยาบาลศาสตร์และองค์กรในชุมชน เพื่อเป้าหมายคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการทั้งในสถานบริการสุขภาพและในชุมชน

การบูรณาการแนวคิดและการประยุกต์: กรณีศึกษาการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน

สถานการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุนำมาสู่ความสนใจในการจัดทำโครงการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน เนื่องจากชุมชนอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐมเป็นแหล่งฝึกศึกษาภาคปฏิบัติที่สำคัญของนักศึกษาพยาบาลมาหลายปี ชุมชนมีสัมพันธภาพที่ดีและยอมรับนับถือในศักยภาพของอาจารย์และนักศึกษา คณะวิชาฯ จึงได้ทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ (MOU) กับเทศบาลเมืองไร่ขิง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านท่าพูด มีวัตถุประสงค์ร่วมกันในด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อเป้าหมายผู้สูงอายุมีความรอบรู้ทางสุขภาพ พึ่งตนเองได้ในบริบทที่บ้านและในชุมชนของตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดี กอปรกับพันธกิจการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาลดังกล่าว คณะอาจารย์จึงร่วมกันจัดทำโครงการฯ ขึ้นในช่วงเดือนเมษายน-กันยายน 2565 โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพปีงบประมาณ 2565 ลักษณะชุมชนศึกษา ตำบลไร่ขิง เป็นหนึ่งใน 19 ตำบลในอำเภอสามพราน เป็นชุมชนท้องถิ่นขนาดใหญ่ ประกอบด้วย 14 หมู่บ้าน 28 ชุมชน มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และมีสัญชาติไทย) ทั้งหมด 31,624 คน เป็นเพศชาย 14,777 คน เพศหญิง 16,847 คน สภาพพื้นที่เป็นที่ราบลุ่ม มีที่ดินอุดมสมบูรณ์ มีแม่น้ำท่าจีนไหลผ่านและมีลำคลองหลายสาย จึงเหมาะสมกับการประกอบอาชีพด้านเกษตรกรรม เดิมประชากรส่วนใหญ่ใช้พื้นที่ทำการเกษตร เช่น สวนผลไม้ สวนผัก ต่อมาเมื่อมีการขยายตัวทางเศรษฐกิจและการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและการพัฒนาในด้านต่าง ๆ สู่ความเป็นชุมชนเมืองโดยใช้กลไกเครือข่ายพหุภาคีร่วมกันพัฒนาชุมชนและใช้วัดเป็นศูนย์กลางการพัฒนา มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาในด้านต่าง ๆ มากมายที่เป็นประโยชน์แก่ประชาชนทั่วไป โดยอาศัยทุนพลังท้องถิ่นที่มีอยู่ในชุมชน ได้แก่ ทุนทางทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ทุนทางสังคมและวัฒนธรรม ทุนทางความรู้และทุนทางเศรษฐกิจ (พัชรวลัย ศุภกะ, 2561)

กระบวนการดำเนินโครงการนี้ ประยุกต์จากแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์พยาบาลเชิงบูรณาการ (Jirikowic, et al., 2015) แบ่งเป็น 4 ระยะ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงกระบวนการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์

กิจกรรม	สื่อการสอน/วัสดุอุปกรณ์
ระยะที่ 1 การเตรียมความพร้อม	
- การศึกษาชุมชนและแหล่งประโยชน์ในชุมชน - การศึกษาข้อมูลทุติยภูมิ (สถิติสาธารณสุข รายงานการศึกษาชุมชน) - การประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่: ตัวแทนเทศบาล รพสต. ประธานชมรมผู้สูงอายุ ประธาน อสม. ผู้นำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน)	- แบบบันทึกข้อมูล - รายงานสุขภาพชุมชน แผนที่ชุมชน - เทปบันทึกเสียง กล้องถ่ายภาพ
ระยะที่ 2 การวางแผนงาน	
- การประชุมเตรียมความพร้อม: ทำความเข้าใจและระบุเป้าหมายการปฏิบัติการ รวมทั้งรายละเอียดของแผนปฏิบัติการ 4 ระยะ - การทบทวนวรรณกรรมและการสังเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่ดีเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ - การฝึกทักษะการใช้แบบประเมินคัดกรอง TUG-test - การฝึกทักษะเกี่ยวกับการทรงตัวและการออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง	- แบบประเมินคัดกรอง TUG-test - ชุดอุปกรณ์การสาธิตและฝึกทักษะ - แบบวัดและประเมินผล
ระยะที่ 3 การปฏิบัติการ	
3.1 การคัดกรองความเสี่ยงการหกล้มในกลุ่มผู้สูงอายุ	อุปกรณ์คัดกรอง TUG-test
- ประมวลข้อมูลและสอบถามข้อมูล - วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลการคัดกรอง	
3.2 การจัดกิจกรรมการเรียนรู้และฝึกทักษะ:	ชุดอุปกรณ์สอนความรู้
- การสอนความรู้ เรื่อง ปัจจัยเสี่ยงการหกล้มในผู้สูงอายุและแนวทางการป้องกัน “หกล้มเรื่องใหญ่...ป้องกันอย่างไร”:	- Slide power point, Clip VDO - ชุดอุปกรณ์สอนความรู้และฝึกสาธิต
- การสอนสาธิต เรื่อง การทรงตัวที่ดี (Balance training) เพื่อป้องกันการหกล้ม “เคล็ดไม่ลับ...ป้องกันพลัดตกหกล้ม”	- Slide power point, Clip VDO - Poster vinyl
- เสวนา: แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การหกล้มและการป้องกัน โดยพยาบาลเวชปฏิบัติประจำ รพสต. ตัวแทนผู้สูงอายุ ญาติผู้ดูแล และ อสม.	- อุปกรณ์สาธิตและฝึกทักษะ: แผ่นออกกำลังกายแบบตาราง 9 ช่อง แก้วน้ำ อุปกรณ์ช่วยฝึกการทรงตัว
- ฝึกปฏิบัติกิจกรรมฐาน แบ่งกลุ่มทำกิจกรรม 4 ฐาน - ฐานที่ 1 การประยุกต์การพ่อน้ำพื้นบ้านกับการออกกำลังกายแบบก้าวตามตาราง (Square stepping exercise) - ฐานที่ 2 เกร็ดกันล้ม..ล้มแล้วลุกอย่างไรให้ปลอดภัย - ฐานที่ 3 อาหารบำรุงกระดูกข้อต่อและกล้ามเนื้อให้แข็งแรง - ฐานที่ 4 จัดสิ่งแวดล้อมอย่างไร..ปลอดภัยไม่ล้ม	- เอกสารคู่มือความรู้ เรื่อง “หกล้มเรื่องใหญ่...ป้องกันอย่างไร”
3.3 กิจกรรมการแสดง “พ่อน้ำพื้นบ้านกับตาราง 9 ช่อง” โดยผู้สูงอายุ และ อสม.	- เพลงพื้นบ้าน “รำวง” ประกอบการออกกำลังกายแบบตาราง 9 ช่อง - รางวัลกิจกรรมกลุ่ม
ระยะที่ 4 การประเมินผล สรุปผลงานและนำเสนอผลงาน	
	- แบบประเมินความพึงพอใจของผู้สูงอายุผู้ร่วมโครงการ - แบบสัมภาษณ์ความคิดเห็นจากผู้มีส่วนได้-ส่วนเสีย (Stakeholders) ได้แก่ ตัวแทนเทศบาล รพสต. ประธานชมรมผู้สูงอายุ ประธาน อสม. ผู้นำชุมชน (กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน) ตัวแทนเจ้าอาวาสวัด - แบบสังเกตการมีส่วนร่วมและความสนใจเข้าร่วมกิจกรรม

ผลการตรวจคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จำนวน 362 คน ด้วยการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล และการตรวจคัดกรองความเสี่ยงการหกล้มด้วยแบบประเมิน Time Up & Go Test (กำหนดเกณฑ์ที่ 13.5 วินาที) เมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา พบว่า

1. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.70 เพศชายร้อยละ 37.00 ช่วงอายุส่วนใหญ่ 61-70 ปี ร้อยละ 51.10 และ 71-80 ปี ร้อยละ 27.60 การศึกษาส่วนใหญ่ ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 66.00 ปริญญาตรี ร้อยละ 10.50 มัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 9.90 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่สมรสและอยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 56.40 เป็นหม้าย ร้อยละ 23.80 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเป็นแม่บ้าน/พ่อบ้าน/อยู่บ้าน ไม่มีอาชีพ/ทำงานบ้าน ร้อยละ 27.60 ค่าขายและรับจ้าง ร้อยละ 27.60 ส่วนใหญ่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาท/เดือน ร้อยละ 69.90 โดยแหล่งรายได้มาจากเบี้ยสวัสดิการผู้สูงอายุ ร้อยละ 44.50 และร่วมกับการประกอบอาชีพด้วยตนเอง ร้อยละ 16.50

2. โรคประจำตัวหรือโรคร่วมหลายโรค (Multimorbidity) ส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวมากกว่า 2 โรค ร้อยละ 64.48 เมื่อจำแนกตามโรคพบว่า โรคความดันโลหิตสูง 45 คน โรคข้อและกระดูก 10 คน โรคเบาหวาน 9 คน การใช้ยาที่รับประทานประจำแบบหลายขนาน (Polypharmacy) ผู้สูงอายุที่มียารับประทานเป็นประจำ ร้อยละ 66.76 ส่วนใหญ่เป็นยารักษาโรคความดันโลหิตสูง 73 คน ไม่ได้ระบุชื่อยา/ประเภทยา 34 คน

3. ปัญหาการมองเห็น (Vision impairment) ส่วนใหญ่มีปัญหาสายตา ร้อยละ 60.05 และไม่มีปัญหาสายตา ร้อยละ 39.95 ในจำนวนผู้ที่มีปัญหาสายตา เมื่อจำแนกตามลักษณะการแก้ไข้ปัญหา พบว่าส่วนใหญ่ได้รับการรักษาโดยการใส่แว่น 116 คน และได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด 22 คน

4. การดื่มสุรา ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 90.60 และดื่มสุรา ร้อยละ 7.70 ในจำนวนผู้ที่ดื่มสุรา เมื่อจำแนกตามลักษณะการดื่ม พบว่าส่วนใหญ่ดื่มโดยไม่ได้ระบุปริมาณการดื่ม 12 คน ดื่ม 1 เป๊ก (6-7 ฝา เหล้า)/วัน จำนวน 6 คน และดื่ม 1 ขวด/วัน 6 คน

5. สถานะโภชนาการ (Nutritional status) จากการตรวจคัดกรองดัชนีมวลกาย (Body Mass Index: BMI) ผู้สูงอายุ 355 คน พบว่า ส่วนใหญ่มีค่า BMI น้อยกว่ามาตรฐาน (< 18.5 กก./เมตร²) ร้อยละ 40.00 รองลงมา BMI ปกติ (18.50-22.90 กก./เมตร²) ร้อยละ 24.30 น้ำหนักเกิน (23.00-24.90 กก./เมตร²) ร้อยละ 14.08 โรคอ้วนระดับที่ 1 (25.00-29.90 กก./เมตร²) ร้อยละ 15.49 และ โรคอ้วนระดับที่ 2 (> 30.00 กก./เมตร²) ร้อยละ 5.63

6. การทรงตัว (Balance) ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาการทรงตัว ร้อยละ 65.63 มีปัญหาการทรงตัว ร้อยละ 34.37 ในจำนวนผู้ที่มีปัญหาการทรงตัว พบว่า ส่วนใหญ่ไม่ได้ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน 85 คน ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน 31 คน และไม่ได้ระบุวิธีช่วยเดิน 5 คน ทั้งนี้ ผู้ที่ได้รับการตรวจคัดกรองด้วยแบบประเมิน Time Up & Go Test จำนวน 350 คน พบว่า ส่วนใหญ่ใช้เวลาอยู่ในช่วงน้อยกว่าเกณฑ์ที่กำหนด (13.5 วินาที) ร้อยละ 73.14 รองลงมา ช่วงเวลา 13.6-20 วินาที ร้อยละ 23.71 ช่วงเวลา 21-30 วินาที ร้อยละ 3.22 และ ช่วงเวลา ≥ 21 วินาที ร้อยละ 3.15 เมื่อจำแนกตามเกณฑ์ที่กำหนดดังกล่าว พบกลุ่มเสี่ยงการหกล้ม ร้อยละ 26.86 และกลุ่มไม่เสี่ยง ร้อยละ 73.14 สรุป พบกลุ่มเสี่ยงประมาณ 1 ใน 4 ของประชากรผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรอง

7. การหกล้ม (Fall) ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการหกล้ม ร้อยละ 90.67 มีประวัติการหกล้ม ร้อยละ 9.33 ผู้ที่ล้มโดยไม่ระบุจำนวนครั้ง 9 คน ผู้ที่ระบุจำนวนครั้งของการล้มจำแนกเป็น ล้ม 1 ครั้ง (16 คน) ล้ม 2 ครั้ง (6 คน) และ ล้ม 4 ครั้ง (1 คน) ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามสถานที่เกิดเหตุการณ์การหกล้ม พบว่า เป็นการล้มในบ้าน ร้อยละ 65.60 และการลึมนอกบ้าน ร้อยละ 34.40

ข้อมูลดังกล่าวแสดงภาพปัญหาสุขภาพในเบื้องต้นของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันปัญหาที่มีประสิทธิภาพต่อไป

การประเมินผลผลิต (Output) การดำเนินโครงการฯ บรรลุเป้าหมายทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ กล่าวคือ

เชิงปริมาณ

ระยะที่ 1 ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรอง 362 คน (ร้อยละ 120.60) จากเป้าหมายที่กำหนดไว้ ไม่น้อยกว่า ร้อยละ 80 (240 คน)

ระยะที่ 2 ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงเข้าร่วมกิจกรรมเพิ่มพูนความฉลาดรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อป้องกันการหกล้ม 120 คน

เชิงคุณภาพ

ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมโครงการในระดับสูง ($\bar{X} = 4.71$) การประเมินผลจากผู้ร่วมโครงการ จากจำนวนผู้ตอบแบบประเมินผล 101 คน (ร้อยละ 84.17) ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจ (รวม) เท่ากับ 4.71 ($\bar{X} = 4.71$) เมื่อจำแนกความพึงพอใจรายด้าน 3 ด้าน พบว่า ด้านการอบรม เนื้อหาในการอบรมตรงกับวัตถุประสงค์ ระยะเวลามีความเหมาะสม รูปแบบและวิธีการฝึกอบรมมีความเหมาะสม ($\bar{X} = 4.69$) ด้านวิทยากร มีความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ เข้าใจง่าย เปิดโอกาสให้ซักถามและแสดงความคิดเห็น การตอบคำถามได้ตรงประเด็นและชัดเจน ($\bar{X} = 4.72$) และด้านความรู้ความเข้าใจที่ได้รับจากการอบรม และสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้จริง ($\bar{X} = 4.70$) อนึ่ง ผู้ร่วมโครงการมีข้อเสนอแนะ ดังนี้ “เป็นโครงการที่ดี ควรจัดอย่างต่อเนื่อง (5 คน) ถ้ามีอะไรดี ๆ อยากให้มาเสนอที่เทศบาล ของชมรมผู้สูงอายุ (4 คน) ใช้เวลาเหมาะสม (2 คน) อยากให้ทำกิจกรรมมากขึ้น อยากมีส่วนร่วมในกิจกรรม (1 คน) อยากได้ทำบริหารในการฟุ้งซ่านมากกว่านี้ อยากได้ทำต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม (1 คน)”

การประเมินผลหลังเสร็จสิ้นโครงการฯ (Summative evaluation) คณะอาจารย์ได้ประชุม ทบทวนกระบวนการทำงาน สรุปได้ 2 ประเด็น ได้แก่ การประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Outcomes evaluation) และผลสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์

1. การประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ

1.1 ผู้สูงอายุได้รับการบริการสุขภาพตรวจคัดกรองความเสี่ยงฯ อย่างทั่วถึง ทำให้เห็นสถานการณ์ความเสี่ยงและสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนนี้ โดยพบปัญหาด้านการป่วยโรคเรื้อรังหลายโรค การใช้ยาหลายขนาน ปัญหาความเสื่อมของสายตาและการทรงตัว รวมทั้งปัญหาความเสี่ยงการหกล้มและการหกล้มซ้ำ

1.2 กลุ่มผู้สูงอายุมีความตื่นตัวและสนใจการดูแลสุขภาพของตน โดยการเข้าร่วมกิจกรรมการตรวจคัดกรอง และกิจกรรมเพิ่มพูนความฉลาดรอบรู้ทางสุขภาพเพื่อการป้องกัน/ลดความเสี่ยงการหกล้มอย่างกระตือรือร้น และมีข้อเสนอว่าเป็นโครงการ/กิจกรรมที่ควรดำเนินการต่อไปในระยะยาว

2. ผลสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาลของอาจารย์ ที่ผ่านการจัดโครงการบริการวิชาการแก่สังคม มีคุณประโยชน์ทั้งการเรียนการสอน การวิจัย รวมทั้งการพัฒนาชุมชนผู้สูงอายุอย่างยั่งยืน

2.1 อาจารย์ กลุ่มผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน และผู้บริหารเทศบาลเมือง มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เป็นโอกาสดีในการทำงานร่วมกันด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนต่อไป เกิดการทำงานด้วยกัน (Collaboration) ในลักษณะหุ้นส่วนทางสุขภาพเพื่อเป้าหมายคุณภาพชีวิตหรือสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

2.2 นักศึกษาพยาบาลเกิดการเรียนรู้ที่ดีทั้งด้านความรู้ ความเข้าใจและทักษะวิชาชีพ ในหัวข้อ “การสร้างเสริมสุขภาพแก่ประชากรผู้สูงอายุในชุมชน” เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนถึงแนวทางการนำความรู้ภาคทฤษฎีในชั้นเรียนสู่การประยุกต์ภาคปฏิบัติจากสถานการณ์จริง และได้เห็นต้นแบบที่ดีจากอาจารย์พยาบาลในฐานะวิทยากรและผู้ดำเนินโครงการ อีกทั้ง ยังทำให้มั่นใจได้ว่าชุมชนนี้จะเป็นแหล่งเรียนรู้ที่ดีอีกแหล่งหนึ่งของคณะพยาบาลศาสตร์ในปีการศึกษาต่อไป

3. อาจารย์พยาบาล มีจำนวนชั่วโมงการปฏิบัติการพยาบาล นับเป็นการเพิ่มพูนศักยภาพการปฏิบัติการวิชาชีพด้านการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย เป็นการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง (Direct care) กับผู้รับบริการ/ประชากรกลุ่มเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะ

1. คณะพยาบาลศาสตร์ควรประสานงานหรือกับเทศบาลเพื่อเสนอชุดโครงการใหม่สำหรับการพัฒนาคุณภาพชีวิตหรือสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนนี้ในปีงบประมาณ 2566 โดยให้ครอบคลุมปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

2. ควรมีโครงการกำกับติดตามและเสริมแรงเพื่อการฝึกทักษะการออกกำลังกายแบบตาราง 9 ช่อง และการฝึกการทรงตัวของผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง เพื่อเกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพตามเป้าหมาย อันได้แก่ อุบัติการณ์การหกล้มลดลงและผู้สูงอายุมีสุขภาพ (Wellness)

3. การกำหนด Faculty practice ควรมีเป้าหมายที่ตรงกับความต้องการของผู้ป่วย และหน่วยบริการ มีการประสานกับองค์กรการบริการ คำนึงถึงการใช้เวลาที่สมดุลกับภารกิจทุกด้านของอาจารย์ต้นทุน ผลลัพธ์การใช้เวลาของอาจารย์

สรุป

ปัญหาการหกล้มมีผลกระทบอย่างยิ่งต่อผู้สูงอายุ ครอบครัวและระบบบริการสุขภาพ จึงจำเป็นต้องมีมาตรการการจัดการที่ดีเพื่อเป้าหมายผู้สูงวัยสุขภาพดี (Healthy aging) สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่า พึ่งพาตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี การปฏิบัติพันธกิจการพยาบาลสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะด้วยความรู้ความชำนาญทางคลินิกขั้นสูงของอาจารย์พยาบาลที่บูรณาการแนวคิดที่สำคัญ มาใช้ในการออกแบบโครงการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ผ่านการทำงานแบบร่วมมือของเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ทำให้ทราบสถานการณ์ปัญหาการหกล้มและปัจจัยเสี่ยง ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้นแก่กลุ่มเป้าหมาย อาจารย์ได้เพิ่มพูนทักษะการปฏิบัติการ อีกทั้งคณะพยาบาลศาสตร์ได้แนวทางการพัฒนาแผนงานในปีการศึกษาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ เทศบาลเมืองไผ่ซาง ชมรมผู้สูงอายุตำบลไผ่ซาง อสม. ผู้นำชุมชน และอาจารย์กลุ่มวิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยคริสเตียน

.....

เอกสารอ้างอิง

- กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์. (2559). การประเมินและจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน: บทบาทของพยาบาลชุมชนในหน่วยบริการปฐมภูมิ. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 30(3), 183-195.
- กลุ่มนโยบายและยุทธศาสตร์ กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2566). *สถิติผู้สูงอายุไทย ปี 2565*. สืบค้นจาก <https://www.gop.go.th/know/side1/1/1962>
- คณะกรรมการสภาการพยาบาล. (2565). *แนวทางการทำ Faculty practice*. สืบค้นจาก [https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/Faculty%20Practice\(1\).pdf](https://www.tnmc.or.th/images/userfiles/files/Faculty%20Practice(1).pdf)
- จิราพร เกศพิชญพัฒนา และ ภัทรพร คงบุญ. (2563). *โครงการศึกษานโยบายและการดำเนินงานการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุในประเทศไทย* (รายงานการวิจัย). กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ (วช.).
- ฉวีวรรณ ธงไชย, กรรณิการ์ กันธะรักษา, มนัสสินธ์ บุญยธรรม, และ พรทิพา ทักซิณ. (2553). รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงของอาจารย์. *วารสารสภาการพยาบาล*, 25(4), 46-64.
- ทัศนาศ บุญทอง. (2562). การประชุมพยาบาลแห่งชาติ ครั้งที่ 16 เรื่อง “พลิกโฉมวิชาชีพการพยาบาล สู่สุขภาพภาวะถ่วงหน้าอย่างยั่งยืน. *จดหมายข่าวสภาการพยาบาล*, 21(6), 4-5.
- นงพิมพ์ นิมิตรอนันท์, วิชุดา กลิ่นหอม, เจือจันทน์ วัฒนกิจเจริญ, และ ชลทิพย์ ทิพย์แก้ว. (2563). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 21(2), 389-399.
- นิพา ศรีช้าง และ ลลิตรา กำวี. (2564). *การพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560-2564*. สืบค้นจาก <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=12095&tid=&gid=1-027>
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2556). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น.
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2564). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2564*. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พัชรพล ศุภกะ. (2561). เครือข่ายการพัฒนาความเป็นเมืองของชุมชนต้นแบบในองค์กรชุมชนตำบลไร่ขิงอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม. *วารสารนวัตกรรมการศึกษาและการวิจัย*, 2(2), 69-80.
- รัฐภัทร์ บุญมาทอง. (2563). การป้องกันการหกล้มผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน: บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกัน. *วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน*, 26(4), 106-115.
- วิชัย เอกพลากร (บรรณาธิการ), หทัยชนก พรหมเจริญ และ วราภรณ์ เสถียรนพแก้ว. (2564). *การสำรวจสุขภาพของประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 6 พ.ศ.2562-2563*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2564). *ประเด็นสำคัญในทางปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว*. กรุงเทพฯ: สมาคมพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย.
- ศิริวรรณ เชาว์โน และ พรชัย คงขุนมี. (2565). ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบคลินิกหมอครอบครัวตากสิน อำเภอเมือง จังหวัดตาก. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 18(1), 31-44.
- ศิริอร สีนธ. (2564). การปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกของอาจารย์ (Faculty practice). *จดหมายข่าวสภาการพยาบาล*, 23(2), 7-9.

- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *คู่มือการคัดกรองประเมินผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สภาการพยาบาล, คณะอนุกรรมการพิจารณาการขอรับรองสถาบันการศึกษาและเห็นชอบหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต คณะทำงานปรับปรุงเกณฑ์การขอรับรองสถาบันการศึกษาวិชาการพยาบาลและผดุงครรภ์. (2563). *คู่มือการรับรองสถาบันการศึกษาวิชาการพยาบาลและผดุงครรภ์*. นนทบุรี: จุดทองจำกัด.
- Bosold, C. and Darnell, M. (2012). Faculty practice: Is it scholar activity? *Journal of Professional Nursing*, 28(2), 90-95.
- Ellis Graham, & Langhorne Peter. (2005). Comprehensive geriatric assessment for older hospital patient. *Medical Bulletin*, 71(1), 45-59.
- Gwariro, S., Dzimiri, T., Ncube, F., Musvipa, M., Longwe, R., Kanyamura, D., et al. (2017). Faculty practice: A concept analysis. *International Journal of Health Science & Research*, 7(2), 304-309.
- Jirikowic, T., Pitonyak, J. S., Rollinger, B., Fogelberg, D., Mroz, T. M., and Powell, J. M. (2015). Capstone projects as scholarship of application in entry-level occupational therapy education. *Occupational Therapy in Health Care*, 29(2), 214-222.
- Montero-Odasso, M., Velde, N., Martin, F. C., Petrovic, M., Tan, M. P., Ryg, J., et al. (2022). World guidelines for falls prevention and management for older adults: A global initiatives. *Age and Ageing*, 51, 1-36.
- Saxe, J., Burgel, B. J., Stringari-Murray, S., Collins-Bride, G.M., Dennehy, P., Janson, S., Humphreys, J., et al. (2004). What is faculty practice?. *Nursing Outlook*, 52(4), 166-73.
- Scanlon, A., Smolowitz, J., Barnes, K. (2015). Building the next generation of advanced practice nurses through clinical education and faculty practice: Three international perspectives. *Clinical Scholars Review*, 8(2), 249-256.
- Spirigene Lina and Brent Louise. (2018). *Comprehensive geriatric assessment from a nursing perspective*. Retrieved from https://doi.org/10.1007/978-3-319-76681-2_4.

