



กระบวนการในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของพยาบาลชุมชน

ณภัช คำบาง พย.ม.* นพวรรณ เปียชื่อ PhD** กมลรัตน์ กิตติพิมพานนท์ Dr.P.H***

* นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน (ภาคพิเศษ) คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
** รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล *** ผู้ติดต่อหลัก อาจารย์โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) กระบวนการในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2) ปัญหาอุปสรรค และแนวทางการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน โดยใช้กรอบแนวคิดเชิงระบบของโดนาบีเดียน ผู้ให้ข้อมูล คือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 24 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และการสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติบรรยาย และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า พยาบาลชุมชนรับนโยบายการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุจากสำนักงานสาธารณสุขอำเภอโดยตรง และผ่านทางผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หลังจากรับทราบนโยบาย พยาบาลชุมชนมีกระบวนการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาและทำความเข้าใจกับนโยบาย แนวทางปฏิบัติ 2) การสร้างความตระหนักให้เห็นถึงความสำคัญของการดำเนินงาน 3) การพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงาน 4) การกำหนดเป็นแผนงานประจำปี และ 5) การประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ปัญหาอุปสรรคที่พบ ได้แก่ อัตรากำลังที่ไม่เพียงพอ ขาดการพัฒนาศักยภาพบุคคล วัสดุ อุปกรณ์และงบประมาณไม่เพียงพอ และ ระบบการประสานงานไม่ชัดเจน โดยแนวทางในการพัฒนาระบบ ได้แก่ การทบทวนและปรับอัตรากำลังให้เหมาะสม การพัฒนาศักยภาพ การสนับสนุนงบประมาณให้เพียงพอ และการพัฒนาระบบประสานงานระหว่างเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น

การศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาโครงสร้างเพื่อให้เกิดกระบวนการในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การมีนโยบายและตัวชี้วัดที่ชัดเจนในการดำเนินงาน การจัดสรรอัตรากำลังคนและภาระงานให้เหมาะสม การพัฒนาศักยภาพของบุคคลให้มีความสามารถตามงาน รวมทั้งการสนับสนุนงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ ที่เพียงพอจะส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน มีความครอบคลุม และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

คำสำคัญ: การดูแลผู้สูงอายุ พยาบาลชุมชน

Process of Care Delivery for Older Adults in Communities by Community Health Nurses

Napaphat Kambang M.N.S.* Noppawan Piaseu PhD ** Kamonrat Kittipimpanon Dr.P.H.***

* Master nursing student, community nurse practitioner program, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. ** Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

*** Corresponding author, Lecturer, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University.

Abstract

This descriptive qualitative research aimed to describe 1) the process of care delivery for older adults in communities by community health nurses working at sub-district health promoting hospitals, 2) problems, obstacles, and approaches in developing care delivery process for older adults in the communities. Donabedian's system theory was used as the conceptual framework. Key informants included 24 community health nurses working in sub-district health promoting hospitals. Data were collected by using demographic questionnaire and focus group discussion. The data were analyzed using descriptive statistics, and content analysis.

Results revealed that community health nurses were informed of policy from the district health office directly and through the director of sub-district health promoting hospital. Process of care delivery for older adults in communities by Community Health Nurses consisted of 5 steps. 1) Finding information, 2) Raising awareness, 3) Capacity building, 4) Stating within the year plan and 5) Coordination and collaboration. Obstacles included inadequate manpower, lack of capacity building, inadequate budgets and equipment, and unclear coordinating



systems. Approaches to system development included review for appropriate manpower, capacity building, adequate budgetary support, and development of more effective coordinating systems among networks.

This study suggests the importance of developing structure to achieve effective care process for community dwelling older adults which included obvious policy and indicators, allocation of manpower and workload optimization, capacity building, adequate budget and equipment. These will contribute to more coverage and effective care of community dwelling older adults, resulting in increased quality of life.

Keywords: care service for older adults, community health nurses

บทนำ

การดำเนินนโยบายด้านประชากรและการวางแผนครอบครัวที่ประสบผลสำเร็จ ทำให้อัตราการเกิดของประชากรลดลงอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับความเจริญก้าวหน้าทางการแพทย์ ส่งผลให้ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้น อัตราการตายลดน้อยลง ทำให้สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุของประเทศเพิ่มสูงขึ้น ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุเมื่อปี พ.ศ. 2552 โดยมีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 7.6 ล้านคน หรือ ร้อยละ 11.5 ของประชากรทั้งหมด¹ และคาดว่าจะภายในปี พ.ศ. 2568 ประเทศไทยจะเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์คือจะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเกิน ร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด²

การเข้าสู่ผู้สูงอายุทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น ส่งผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตและพฤติกรรมสุขภาพในปัจจุบัน ส่งผลให้แนวโน้มการเกิดปัญหาสุขภาพและโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า 1 ใน 5 ของผู้สูงอายุ มีภาวะน้ำหนักเกินจนถึงอ้วน³ ซึ่งนำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังตามมา ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.4 รองลงมาเป็นโรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 26.1 และโรคเบาหวาน ร้อยละ 18.2 ตามลำดับ³ รวมถึงพบการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค ได้แก่ โรคอัมพฤกษ์/อัมพาต และโรคไตวายเรื้อรัง ซึ่งพบ ร้อยละ 3.5 และ 2.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ พบว่า ผู้สูงอายุมีความเปราะบางด้านจิตใจ ร้อยละ 32⁴ โดยปัญหาสุขภาพจิตที่พบบ่อย เช่น ความวิตกกังวล อารมณ์หงุดหงิด รู้สึกเหงา เป็นต้น ซึ่งอาการดังกล่าวอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าที่ผิดปกติถึงรุนแรงมากได้⁵ ทั้งนี้ปัญหาสุขภาพดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะพึ่งพิงมีความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activity of Daily Living) ร้อยละ 15.5⁶ และมีความพิการ ร้อยละ 9.8⁶

พยาบาลชุมชนชุมชน ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนและจากการกำหนดนโยบายและจัดทำแนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุสำหรับ รพ.สต. ในปี พ.ศ. 2553⁷ เพื่อพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนนั้นเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับพยาบาลชุมชนในการนำนโยบายและแนวทางปฏิบัติ ไปดำเนินการเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถ

ได้รับและเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามผลการดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่สามารถบรรลุตามเป้าหมายและตัวชี้วัดที่ตั้งไว้ทั้งทางด้านปริมาณและคุณภาพ เช่น การคัดกรองโรคที่ต่ำกว่าเป้าหมาย การแจ้งผลการตรวจคัดกรองที่ยังขาดคุณภาพ และพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุที่ต่ำกว่าเป้าหมาย³ ซึ่งการรายงานที่ผ่านมาให้ความสำคัญในการนำเสนอผลลัพธ์มากกว่ากระบวนการในการดำเนินงาน ทำให้ขาดข้อมูลในการพัฒนางานการศึกษาถึงการดำเนินงานเชิงกระบวนการที่แท้จริง ทำให้เข้าใจถึงรูปแบบหรือวิธีในการดำเนินงาน รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมา ทำให้ผู้วิจัยเห็นความสำคัญในการศึกษาทำความเข้าใจกระบวนการในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลชุมชนที่ผ่านมารวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดำเนินงานผู้สูงอายุในชุมชน ให้บรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ รวมถึงการเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้สูงอายุในชุมชน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษากระบวนการในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของพยาบาลชุมชนที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต.
2. เพื่อศึกษาปัญหาอุปสรรค และแนวทางการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดตามแนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ⁷ ร่วมกับการประเมินคุณภาพการบริการของโดนาปีเดียน⁹ ซึ่งมี 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ โครงสร้าง (Structure) กระบวนการ (Process) และผลลัพธ์ (Outcome) จากแนวคิดของโดนาปีเดียน ที่พบว่า คุณภาพการบริการจะเกิดได้ ต้องประกอบด้วย การมีโครงสร้างที่ดีกับการมีกระบวนการทำงานที่มีประสิทธิภาพจึงจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ของการบริการที่ดีได้ การประเมินกระบวนการทำงานของพยาบาลวิชาชีพตามแนวปฏิบัติตามโครงสร้างในปัจจุบันของ รพ.สต. จะสามารถสะท้อนการทำงานในปัจจุบัน รวมถึงปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงให้ความสำคัญในการศึกษากระบวนการในการดำเนินงานตามแนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุซึ่งประกอบด้วย ขั้นตอนการนำนโยบายสู่การปฏิบัติ กิจกรรม



การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน เพื่อนำไปพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อไป

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบบรรยายนี้ (Descriptive qualitative research) ประชากรคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง (Purposive sampling) คือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 24 คน ตามเกณฑ์ ดังนี้ 1) พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. อย่างน้อย 1 ปี 2) สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้และ 3) มีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุอย่างน้อย 1 ปี

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วย เพศ อายุ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานวิชาชีพพยาบาล การปฏิบัติงานใน รพ.สต. การได้รับการฝึกอบรม การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผลงานหรือนวัตกรรมในการดูแลผู้สูงอายุ แบบสอบถามเป็นข้อคำถามให้เลือกตอบและปลายเปิดให้เติมข้อความในช่องว่างใช้เวลาในการตอบแบบสอบถาม ประมาณ 5 นาที 2) แนวคำถามสนทนากลุ่มพัฒนาโดยผู้วิจัย แนวคำถามครอบคลุมประเด็นกระบวนการดูแลผู้สูงอายุตามแนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและความต้องการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ใช้เวลาในการสนทนากลุ่มประมาณ 60-90 นาที ระหว่างการวิเคราะห์ข้อมูลได้มีการทวนสอบเป็นระยะและสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ให้ข้อมูลจนได้ข้อมูลอิ่มตัว

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ และ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลชุมชน โดยตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อความและความครอบคลุมของสาระเพื่อให้สอดคล้องกับข้อคำถามได้คำดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .92

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และการสนทนากลุ่ม ใช้เวลาในการ เก็บข้อมูล 3 เดือน ตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2558 ผู้วิจัยทำหน้าที่สนทนากลุ่มด้วยตนเองและผู้ช่วยวิจัย 2 คน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพหรือนักวิชาการสาธารณสุขที่ได้รับการอบรมจากผู้วิจัยทำหน้าที่จัดบันทึกและบันทึกเทปการสนทนากลุ่มดำเนินการดังนี้ 1) ผู้วิจัยทำหน้าที่สื่อผ่านคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดลถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ และสาธารณสุขอำเภอกันทรลักษ์ เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล 2) ผู้วิจัยพบสาธารณสุขอำเภอกันทรลักษ์ และพยาบาลวิชาชีพเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของ

การวิจัยและขอความร่วมมือ 3) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยตอบแบบสอบถาม และ สนทนากลุ่ม พร้อมทั้งขออนุญาตจัดบันทึกและบันทึกเทปขณะสนทนากลุ่ม ใช้เวลา 1 ชั่วโมง 15 นาที 4) ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้โดยมีการทวนสอบข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติและวิเคราะห์เนื้อหา

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติเชิงพรรณนาโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐานและพิสัย ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ซึ่งผู้วิจัยได้จัดทำดัชนีข้อมูลและจัดกลุ่มดัชนีข้อมูลแล้วนำมาสร้างบทสรุปประเด็นที่ศึกษา และนำข้อสรุปกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบความถูกต้องตรงกันกับความหมายที่ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ไว้จนได้ข้อมูลครบถ้วน

การพิทักษ์สิทธิ์ของตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยได้อย่างอิสระ และสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือหยุดทำแบบทดสอบ หรือหยุดการสนทนากลุ่มได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมวิจัยข้อมูลที่ได้ทั้งหมดผู้วิจัยเก็บไว้เป็นความลับและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมโดยไม่ระบุชื่อ

ผลการวิจัย

ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 24 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพและแพทย์หญิงทั้งหมด จบการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต อายุระหว่าง 30 – 51 ปี อายุเฉลี่ย 41.13 ปี (SD = 5.34) ค่ามัธยฐาน 42 ปี มีประสบการณ์ปฏิบัติงานในวิชาชีพพยาบาลอยู่ระหว่าง 3 - 24 ปี เฉลี่ย 11.04 ปี (SD = 5.70) ค่ามัธยฐาน 9 ปี ปฏิบัติงานใน รพ.สต.อยู่ระหว่าง 1 - 11 ปี เฉลี่ย 7.12 ปี (SD = 2.61) ค่ามัธยฐาน 8 ปี และดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ระหว่าง 1 – 19 ปี เฉลี่ย 6.79 ปี (SD = 3.86) ค่ามัธยฐาน 7 ปี ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ (ร้อยละ 70.8) และมี 2 คน (ร้อยละ 8.3) ที่เคยได้รับรางวัลจากการดำเนินงานผู้สูงอายุ ได้แก่ 1) รางวัลชมรมผู้สูงอายุต้นแบบ และ 2) รางวัลนวัตกรรมดีเด่นระดับจังหวัดเรื่องไม่ไผ่หวานนวดเท้าในผู้ป่วยเบาหวานมีผู้สูงอายุในความรับผิดชอบจำนวน 169-1,407 คน ค่ามัธยฐาน 528 คน ต่อพยาบาลชุมชน 1 คน โดยผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ในกลุ่มติดสังคมมากที่สุด ร้อยละ 88.9 กลุ่มติดบ้าน ร้อยละ 9.1 และ กลุ่มติดเตียง ร้อยละ 0.7

พยาบาลชุมชนรับรู้นโยบายและแนวปฏิบัติฯ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 โดยการสื่อสารผ่านหลายช่องทาง บางส่วนได้รับโดยตรงจากการประชุมประจำเดือนที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และอีกส่วนได้รับผ่านผู้อำนวยการ รพ.สต. ทางหนังสือแจ้งเวียน และผ่านระบบงานสารบรรณอิเล็กทรอนิกส์ทางอินเทอร์เน็ต เมื่อรับทราบนโยบายแล้ว



พยาบาลชุมชนดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน โดยมีกระบวนการในการดำเนินงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน 5 ขั้นตอน

1. การศึกษาและทำความเข้าใจกับนโยบาย และ แนวปฏิบัติ (Finding Information) เมื่อได้รับนโยบาย แล้วพยาบาลชุมชนได้ศึกษาและทำความเข้าใจกับนโยบาย และแนวปฏิบัติ ที่ได้รับ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการศึกษาค้นคว้า ด้วยตนเองโดยใช้ความรู้เดิมจากการเรียนเวชปฏิบัติ และสืบค้นจากแหล่งข้อมูลจากเว็บไซต์ ดังนี้ 1) แนวทางปฏิบัติการจัดการผู้สูงอายุและเกณฑ์การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) 2) การใช้เครื่องมือหรือแบบประเมินคัดกรองต่างๆ และ 3) ข้อมูลผู้สูงอายุในชุมชน ดังคำกล่าว “รับทราบนโยบายโดยผู้รับผิดชอบงานอำเภอแจ้งเป็นหนังสือ เวียนและส่งเอกสารคู่มือส่งมาให้ทุก รพ.สต.เราก็ศึกษาทำความเข้าใจตามเอกสารที่ได้รับมาแล้วนำไปวางแผนทำงานค่ะ”

2. การสร้างความตระหนักให้เห็นความสำคัญของการดำเนินงาน (Raising Awareness) พยาบาลชุมชนนำเสนอข้อมูลและสร้างแรงกระตุ้นการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน โดยเชิญทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเข้าร่วม ประชุมวางแผนเพื่อแจ้งนโยบายมีการให้ข้อมูลด้านสุขภาพเกี่ยวกับผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบและปรึกษาหารือทิศทางในการดำเนินงานร่วมกันในแต่ละระดับ ได้แก่ 1) การจัดประชุมทีมภายในหน่วยงาน ได้แก่ ผอ. รพ.สต. และเจ้าหน้าที่อื่นๆ ใน รพ.สต. ซึ่งพยาบาลได้ให้ข้อมูลต่างๆ และกระตุ้นให้เพื่อนร่วมงานให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน และ 2) ประชุมภาคีเครือข่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ อบต. ผู้นำชุมชน อสม. และชมรมผู้สูงอายุ โดยเข้าร่วมประชุม ประชาคมในหมู่บ้านและประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อนำข้อมูลและนโยบายแจ้งให้ทราบและเสนอแผนขอรับสนับสนุนงบประมาณจาก อบต. ดังคำกล่าว “ที่ รพ.สต. จะดำเนินการจัดทำแผนตั้งแต่ต้นปีงบประมาณเราก็คุยกันในที่มว่างานผู้สูงอายุปีนี้มีตัวชีวิตไหนบ้าง ต้องทำกิจกรรมอะไรบ้าง” “แรกๆเราเชิญ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. และ อสม. มาประชุมแจ้งนโยบายและร่วมปรึกษาหารือกัน เรื่องงานผู้สูงอายุ แล้วทำแผนเสนอขอรับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนตำบล”

3. การพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงาน (Capacity Building) พยาบาลชุมชนพัฒนาศักยภาพผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องให้มีความรู้ความเข้าใจก่อนการดำเนินงาน โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและการใช้แบบประเมินที่เกี่ยวข้อง ซึ่งพยาบาลส่วนใหญ่ จะใช้ความรู้เดิมจากการเรียนเวชปฏิบัติ และการศึกษาดูด้วยตนเอง และบางส่วนใช้ความรู้จากการอบรมตามนโยบาย ได้แก่ หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว การคัดกรองโรคเรื้อรัง การคัดกรองสายตา การประเมินภาวะสุขภาพกลุ่มอาการเฉพาะ

ผู้สูงอายุ เช่น ข้อเสื่อม สมอเสื่อม เป็นต้น มาพัฒนาศักยภาพของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ในประเด็นต่อไปนี้ 1) เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุขชุมชน (จพ.) ซึ่งเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ โดยพยาบาลจะเป็นผู้สอนและฝึกปฏิบัติเช่นการประเมินอาการและช่วยเหลือขณะเยี่ยมบ้าน การประเมินอาการผิดปกติเพื่อส่งต่อหรือปรึกษาพยาบาลเมื่อพบความผิดปกติ 2) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยการจัดอบรมให้ความรู้และทำความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้แบบประเมินต่างๆ ก่อนการเก็บข้อมูล และ 3) ชมรมผู้สูงอายุ โดยการให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพและสนับสนุนกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ ให้สามารถดำเนินกิจกรรมได้ด้วยตัวเองและมีความต่อเนื่อง “เราเป็นพยาบาลคนเดียว แต่เราทำยังไงให้ห้อง จพ. ทำหน้าที่บางอย่างช่วยเราได้ เวลาไปเยี่ยมบ้าน เราก็เลยเป็นคนพูดมาก...สอนๆๆๆ แล้วก็พาทำ ทำๆๆๆ” “เราเจอชมรม อสม. ทุกคน ก่อนทำงาน โดยเราจะเป็นคนเตรียมแบบประเมินทุกอย่างเอง พร้อมอุปกรณ์ไว้”

4. การกำหนดเป็นแผนงานประจำปี (Stating within the year plan) พยาบาลชุมชนบริหารจัดการแผนงานโครงการอีกทั้งเป็นผู้ปฏิบัติและร่วมปฏิบัติงานกับภาคีเครือข่าย พยาบาลได้จัดทำแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีกิจกรรมการดูแลสุขภาพทั้งการคัดกรองภาวะสุขภาพ การประเมินภาวะสุขภาพ โดยถูกกำหนดเข้าไปในแผนงานประจำปีภายใต้นโยบายและตัวชี้วัดที่กระทรวงสาธารณสุขหรือสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กำหนดไว้ ขอบเขตงานที่ดำเนินงานเป็นประจำในแต่ละปี จะเน้นบริการเชิงรุกเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการอย่างทั่วถึง ได้แก่ 1) การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ 2) การคัดกรองตรวจสุขภาพและการให้ความรู้ 3) การคัดกรองกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ 4) คลินิกปรึกษาโรคเบื้องต้นและคลินิกโรคเรื้อรัง 5) งานเยี่ยมบ้าน 6) งานส่งเสริมชมรมผู้สูงอายุ และ 7) ดำเนินกิจกรรมต่างในวันสำคัญและกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ดังคำกล่าว “ใน รพ.สต. เราจะจัดบริการตาม Routine ใน รพ.สต. เองก็มีดำเนินงานรักษาเบื้องต้น งานคลินิกพิเศษโรคเบาหวานความดัน ซึ่งจะดูแลรวมๆ ไปกับกลุ่มอายุอื่นๆ” “มีการเยี่ยมบ้านอย่างปีละ 1 ครั้ง แผนเยี่ยมบ้านจะออกร่วมกับ ผู้นำชุมชน อสม. ส่วนกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง จะมีแผนตรวจสุขภาพเช่นเดียวกันกับกลุ่มติดสังคม แต่เราจะไปคัดกรองที่บ้านพร้อมกับกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน ส่วนความถี่ในการเยี่ยมแล้วแต่กรณี”

5. การประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย (Coordination & Collaboration) พยาบาลเป็นผู้ประสานงานระหว่างเครือข่ายทั้งในชุมชนและโรงพยาบาลแม่ข่ายในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งพบว่า ภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ได้แก่ 1) ภาคีเครือข่ายในชุมชน



ประกอบด้วย อสม. ผู้นำชุมชน อบต. ชมรมผู้สูงอายุ กลุ่มนี้ส่วนใหญ่เป็นการประสานความร่วมมือในการจัดกิจกรรมในชุมชน เช่นการสำรวจข้อมูลผู้สูงอายุ การตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน การจัดหาอุปกรณ์และงบประมาณ 2) ภาควิชาพยาบาลการสุขภาพ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน เป็นการประสานเพื่อการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยกลุ่มโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และรักษาในกลุ่มที่เกณฑ์ขีดความสามารถของ รพ.สต. เช่น กรณีผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลหรือความดันโลหิต ไม่ได้ เป็นต้น และ 3) หน่วยงานสนับสนุนอื่นๆ ได้แก่ สปสช. เป็นการประสานด้านข้อมูลสารสนเทศและงบประมาณ ดังคำกล่าว “ถ้าจากชุมชนมาที่ รพ.สต.จะเป็นลักษณะว่าเมื่อ อสม.หรือผู้ดูแล พบว่า ผู้สูงอายุที่เขาดูแลมีอาการผิดปกติ เช่น เริ่มมีแผลกดทับ หรือท่อสายสวนหลุด เขาจะโทรศัพท์มาหาเรา เราก็จะแจ้งวันออกไปเยี่ยม ถ้าเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขภายในวันนั้น เราก็จะออกไปเยี่ยมภายในวันนั้นเลยคะ แล้วเมื่อเราออกไปเยี่ยมบ้านแล้ว ประเมินว่าผู้สูงอายุมีปัญหาที่ต้องส่งต่อ เราจะโทรศัพท์หรือไลน์ปรึกษาแพทย์ที่ปรึกษาของเราก่อน มีส่งรูปภาพให้ดู ถ้าแพทย์ประเมินแล้วว่า รว่าๆ ว่าต้องส่งตรวจพิเศษอย่างอื่นเพิ่มเติม เราจะประสานรถ อบต.หรือ รถ รพ.มารับผู้สูงอายุ ไปส่ง รพ.คะ”

ด้านปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน พบปัญหาอุปสรรค 4 ด้าน ดังนี้

1. ด้านบุคลากรและการพัฒนาศักยภาพ พบว่า สัดส่วนอัตรากำลังของพยาบาลชุมชนไม่เพียงพอเกณฑ์ที่กำหนด และมีภาระงานที่เพิ่มขึ้น ทั้งงานด้านการปฏิบัติ เช่น การเยี่ยมบ้าน และงานด้านเอกสาร เช่น การบันทึกข้อมูลตามตัวชี้วัด นอกจากนี้ พบว่า การดำเนินงานยังขาดการพัฒนาศักยภาพของพยาบาลชุมชนในการดำเนินงาน เช่น การให้บริการด้านตรวจคัดกรองโรคสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งโรคเรื้อรังและกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการแจ้งผลตรวจและการปฏิบัติตัวซึ่งการให้ความรู้เพื่อปฏิบัติตัวควรครอบคลุมด้านการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย สิทธิผู้ป่วย และการใช้ทักษะการประเมินภาวะสุขภาพกลุ่มอาการผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น ซึ่งผลการวิจัย พบว่า พยาบาลส่วนใหญ่ไม่เคยเข้ารับการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 70.8 และส่วนใหญ่เป็นการเรียนรู้จากประสบการณ์ การทำความเข้าใจแนวปฏิบัติ และการค้นหาข้อมูลทางเว็บไซต์ด้วยตนเอง ดังคำกล่าว “แบบประเมินต่างๆที่ส่งมาให้เราประเมิน เราไม่เคยได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้เลย เราใช้การเรียนรู้ด้วยตนเองจากกูเกิ้ล อ่านและทำความเข้าใจเอง และใช้ความรู้เก่าตั้งแต่ตอนเรียนเวชปฏิบัติมาใช้”

2. ด้านงบประมาณในการดำเนินงานผู้สูงอายุ พบว่า ยังมีข้อจำกัด เนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังไม่ให้ความสำคัญ เช่น การสนับสนุนการจัดชมรมผู้สูงอายุ หรือการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินกิจกรรมในชมรม

ผู้สูงอายุ และบางหน่วยงานไม่ได้กำหนดเป็นตัวชี้วัด ทำให้ขาดงบประมาณในการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ ดังคำกล่าว “งบประมาณ สำหรับงานผู้สูงอายุ ก็แล้วแต่ อบต.หรือแล้วแต่สถานะเงินบำรุง รพ.สต. ส่วนใหญ่เขาจะกันไว้ทำนโยบายสำคัญๆที่เป็นประเด็นร้อน ส่วนงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุยังให้ความสำคัญน้อย”

3. ด้านวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงาน เนื่องจากการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียงต้องการการสนับสนุนเรื่อง อุปกรณ์ต่างๆในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แต่การดำเนินงานที่ผ่านมา พบว่า วัสดุ อุปกรณ์ ยังไม่เพียงพอในการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียงในชุมชน ดังคำกล่าว “ในการให้บริการผู้ป่วยบางราย ยังขาดวัสดุอุปกรณ์ เวลาออกให้บริการทำให้มีข้อจำกัด เช่น ถังออกซิเจน เตียงลม อุปกรณ์ทำแผล”

4. ด้านการบริหารจัดการ พบว่า การวางแผนการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงยังไม่เป็นระบบ ทำให้ขาดการติดตามและประเมินผล ด้านระบบการประสานงานและส่งต่อยังมีข้อจำกัด มีความล่าช้า และยังไม่มียุทธศาสตร์ชัดเจน เป็นการส่งต่อเพื่อการรักษาในรายที่เจ็บป่วย หรือวินิจฉัยว่าเป็นโรคเรื้อรัง แต่การส่งต่อผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติจากการคัดกรองกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ เช่น สมองเลื่อม และเข่าเสื่อม ยังไม่มีระบบรองรับในการส่งต่อเพื่อวินิจฉัยหรือทำการรักษา ดังคำกล่าว “จริงๆ แล้วระบบส่งต่อส่วนใหญ่จะเป็นการส่งต่อเพื่อการรักษาที่เราใช้ใบส่งต่อจาก รพ.สต.ไปที่ รพ. แต่การตอบกลับจะช้ามาก บางที่ใช้ไลน์ส่งต่อแต่ไม่มีการตอบกลับผลการรักษา”

แนวทางการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน พยาบาลชุมชน เสนอแนวทางการพัฒนาระบบ ได้แก่ 1) การปรับอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน 2) การประสานงานเครือข่ายเพื่อการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน โดยการกำหนดนโยบายสู่การปฏิบัติ 3) การจัดตั้งศูนย์สนับสนุนให้เยี่ยมใช้อุปกรณ์ หรือเครื่องมือที่จำเป็นที่ต้องใช้ที่บ้าน และ 4) การสนับสนุนงบประมาณให้เพียงพอ

การอภิปรายผล

จากผลการวิจัย พบว่า ปัจจุบันการถ่ายทอดนโยบายส่วนกลางสู่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีหลายช่องและครอบคลุมเพิ่มมากขึ้น โดยรูปแบบการสื่อสารมีทั้งทางเดียวและสองทาง การสื่อสารทางเดียวผ่านทางอินเทอร์เน็ต ทำให้สามารถเข้าถึงได้สะดวกและรวดเร็ว มีความเหมาะสมในการติดต่อสื่อสาร¹⁰ อย่างไรก็ตาม อาจทำให้เป็นอุปสรรคในการทำความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง การจัดประชุมชี้แจงเพื่อให้พยาบาลชุมชนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นและซักถามข้อสงสัย ซึ่งเป็นการสื่อสารสองทางทำให้การรับรู้นโยบายสู่การปฏิบัติมีความชัดเจนและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า การสื่อสารแบบสองทางจะช่วยให้เกิดการซักถามระหว่างผู้รับผิดชอบงานและผู้ปฏิบัติ การให้ข้อมูล



ย้อนกลับ เกิดความเข้าใจตรงกัน และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้จริง¹¹

กระบวนการหลักในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน 1) การศึกษาและทำความเข้าใจกับนโยบายและแนวทางปฏิบัติ เป็นกระบวนการแรกที่จะนำไปสู่การปฏิบัติที่สำคัญ เนื่องจากการดำเนินงานทุกขั้นตอนต้องใช้ความรู้ความเข้าใจในการวางแผนและดำเนินงาน แต่อย่างไรก็ตามที่ผ่านมาเป็นการศึกษาเรียนรู้ด้วยตนเอง ซึ่งเป็นอุปสรรคในการดำเนินงานโดยการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การฝึกอบรม หรือจัดประชุม เป็นการระดมสมองเปิดโอกาสให้มีการแสดงความคิดเห็นอย่างกว้างขวางและมีการลงมติในที่ประชุม ทำให้ผู้ที่ผ่านการอบรมเกิดความเข้าใจในสิ่งนั้นๆ เพิ่มขึ้น หรือลดระยะเวลาในการทำความเข้าใจกับสิ่งนั้น¹¹ 2) การสร้างความตระหนักให้ถึงความสำคัญของการดำเนินงาน ต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทำให้ต้องสร้างความตระหนักให้ถึงความสำคัญของการดำเนินกิจกรรม แก่บุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับหน่วยงานของตนเองและเครือข่ายเพื่อให้เกิดความร่วมมือ โดยการนัดประชุมชี้แจงและวางแผนร่วมกันสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งพบว่า การสร้างความตระหนักให้ถึงความสำคัญจะทำให้เกิดการมีส่วนร่วมและก่อให้เกิดการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ¹² 3) การพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงาน พยาบาลชุมชนมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาศักยภาพ เพื่อให้ตนเองและบุคคลที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุมีศักยภาพและความสามารถในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกัน ทั้งตัวบุคลากรใน รพ.สต. และชุมชน ได้แก่ อสม. ชุมชนผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า บทบาทของพยาบาลชุมชนในทีมหมอครอบครัวคือเป็นผู้สนับสนุนและพัฒนาศักยภาพของทีม ส่งผลให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ⁹ และการอบรมให้ความรู้ อสม. ทำให้ อสม. มีความรู้เพิ่มขึ้นและส่งผลให้มีทักษะการปฏิบัติงานเพิ่มขึ้นด้วย^{13, 14} การพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุของชมรมผู้สูงอายุให้สามารถดำเนินกิจกรรมได้ด้วยตัวเองและมีความต่อเนื่องจะทำให้การดำเนินงานผู้สูงอายุในชุมชนเป็นไปได้ง่ายและมีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น^{15, 16} 4) การกำหนดเป็นแผนงานประจำปีด้านการคัดกรองสุขภาพ การจัดบริการเฉพาะผู้สูงอายุ การเยี่ยมบ้าน แต่อย่างไรก็ตาม บางกิจกรรมที่ไม่ระบุเป็นตัวชี้วัด หรือ ตัวชี้วัดยังไม่ชัดเจน จะมีการดำเนินงานที่ยังไม่ครอบคลุม ได้แก่ การคัดกรองกลุ่มอาการของผู้สูงอายุครอบคลุมเพียงร้อยละ 40³ บางกิจกรรมยังไม่มีกำหนดงาน เช่น การประเมินการหกล้ม ประเมินภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ คัดกรองการได้ยิน เป็นต้นด้านการให้ความรู้ เน้นเฉพาะด้านอาหาร อารมณ์ การออกกำลังกาย และอนามัยเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตามนโยบายการจัดคลินิกผู้สูงอายุไม่สามารถทำได้ เนื่องจาก บริบทของ รพ.สต.

จะมีรูปแบบการให้บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ ผสมผสานให้แก่ผู้รับบริการทุกกลุ่มอายุใน รพ.สต.¹⁷ บางคลินิกผู้รับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ ทำให้การจัดคิวเป็นไปได้ลำบาก ส่วนงานเยี่ยมบ้านในกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง จะบูรณาการการเยี่ยมบ้านไปพร้อมๆ กับกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ เช่น ผู้พิการ เป็นต้น อย่างไรก็ตาม การวางแผนติดตามเยี่ยมในแต่ละรายยังมีรูปแบบ ระยะเวลา และความถี่ของการเยี่ยมบ้านไม่ชัดเจนขึ้นกับผู้ประเมิน¹⁸ ซึ่งทำให้ไม่สามารถสะท้อนให้เห็นผลการทำงานที่ชัดเจนได้¹⁹ นอกจากนี้พบว่า การดำเนินงานผู้สูงอายุสามารถบูรณาการเข้าไปกับงานของชมรมผู้สูงอายุที่มีการดำเนินงานอย่างเข้มแข็ง เช่น การคัดกรองสุขภาพ การให้ความรู้ และการออกกำลังกาย¹⁵ 5) การประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่าย ต้องอาศัยการประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ชุมชน อสม. และโรงพยาบาลชุมชน ในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เช่น การสำรวจผู้สูงอายุในชุมชน การตรวจคัดกรองสุขภาพ การเยี่ยมบ้าน การประสานบริการส่งต่อ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา ที่พบว่า การดำเนินงานในชุมชนต้องอาศัยความร่วมมือกับ อปท. ในการสนับสนุนการดำเนินงาน²⁰ อย่างไรก็ตาม พบข้อจำกัดของการประสานงานระหว่าง อปท. และ รพ.สต. เรื่องข้อมูลซึ่งยังมีการทำงานแบบแยกส่วน ทำให้ยังเกิดความซ้ำซ้อน และการของบประมาณในการดำเนินงานจาก อปท. บางพื้นที่ยังมีข้อจำกัดการติดต่อประสานงานระหว่าง รพ.สต. กับโรงพยาบาลชุมชน ยังไม่มีระบบที่ชัดเจน ใช้ความสัมพันธ์ส่วนบุคคล ขาดหน่วยงานหลักในการติดต่อประสานงาน และเป็นการสื่อสารทางเดียว ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการติดตามประเมินผลการส่งต่อเมื่อพบภาวะผิดปกติ โดยเฉพาะกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ เช่น ภาวะสมองเสื่อม และข้อเข่าเสื่อม เป็นต้น ไม่มีระบบรับรองสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ยังมีปัญหาเรื่องการประสานบริการระหว่าง รพ.สต. และแม่ข่าย เนื่องจากความไม่พร้อมทั้งด้านบุคลากรและระบบการส่งต่อ^{21, 22}

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีทั้งด้านบุคลากร งบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ การประสานงานและการส่งต่อ รพ.สต. บางแห่งมีจำนวนบุคลากรไม่เพียงพอเมื่อเทียบตามเกณฑ์ โครงสร้างพื้นฐานมีสัดส่วนของเจ้าหน้าที่และพยาบาลชุมชนต่อประชากรไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานหน่วยบริการปฐมภูมิรวมทั้งมีการะงานที่เพิ่มขึ้น นอกเหนือจากขอบเขตงานด้านการพยาบาลชุมชน เช่น การบันทึกข้อมูล รวมทั้งบทบาทหน้าที่ใน รพ.สต. ยังไม่ชัดเจนและไม่เป็นระบบ เช่น งานเยี่ยมบ้าน งานบริการเชิงรุกในชุมชนส่งผลให้ไม่สามารถสะท้อนผลการการทำงานให้การพยาบาลที่บ้าน เพื่อใช้ในการประเมินตนเอง ทบทวนและปรับปรุงคุณภาพการดูแลต่อเองที่บ้านได้¹⁹ บางพื้นที่มีข้อจำกัดเนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ให้ความสำคัญใน



การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพส่งผลให้ข้าวงบประมาณในการจัดทำแผนงานโครงการ และการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งงบประมาณที่ได้รับจัดสรรจาก สปสช. เป็นการจัดสรรงบประมาณตามตัวชี้วัดเพียงบางตัวชี้วัดเท่านั้น ทำให้งบประมาณในการดำเนินกิจกรรมมีข้อจำกัด ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่ พบว่า ร้อยละ 64 ของ รพ.สต. งบประมาณไม่เพียงพอ ทำให้มีการยกเลิกกิจกรรมหรือโครงการที่ตั้งไว้ ระบบการส่งต่อยังมีข้อจำกัด มีความล่าช้า ไม่มีระบบที่ชัดเจน และไม่ครอบคลุมงานผู้สูงอายุ เนื่องจากขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางผู้สูงอายุ การส่งต่อระหว่าง รพ.สต. และโรงพยาบาลชุมชนยังมีข้อจำกัดเนื่องจากความไม่พร้อมของบุคลากร และอุปกรณ์ เครื่องมือ รวมทั้งระบบการสื่อสารที่ยังไม่ชัดเจน²¹

ด้านแนวทางการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นข้อเสนอแนะด้านปัจจัยนำเข้า ซึ่งส่วนใหญ่เป็นปัจจัยพื้นฐานในการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชน แต่จากผลการวิจัย ทุกประเด็นยังมีปัญหาอุปสรรคซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญมากขึ้น เพื่อเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยมีข้อเสนอแนะ ได้แก่ 1) การทบทวนและปรับอัตรากำลังให้เหมาะสมกับภาระงาน 2) การประสานงานเครือข่ายเพื่อการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน โดยการกำหนดนโยบายสู่การปฏิบัติ 3) การจัดตั้งศูนย์สนับสนุนให้ยืมใช้อุปกรณ์ หรือเครื่องมือที่จำเป็นที่ต้องใช้ที่บ้าน และ 4) การสนับสนุนงบประมาณให้เพียงพอ ซึ่งสอดคล้องแนวคิดของโดนาบีเตียน⁹ ที่พบว่า ปัจจัยนำเข้าเป็นส่วนสำคัญที่ส่งผลต่อกระบวนการดำเนินงานและผลลัพธ์หรือคุณภาพการบริการ

ข้อเสนอแนะ

1) พยาบาลชุมชนควรพัฒนาคุณภาพการให้บริการด้านตรวจคัดกรองโรคสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งโรคเรื้อรังและกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการแจ้งผลตรวจและการปฏิบัติตัวซึ่งการให้ความรู้เพื่อปฏิบัติตัวควรครอบคลุมด้านการจัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย สิทธิผู้ป่วย และการใช้ยาควรมีการวางแผนการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงอย่างเป็นระบบเพื่อให้สะดวกในการติดตามและประเมินผล และช่วยให้การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุในชุมชนมีประสิทธิภาพ

2) ควรมีการศึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงในชุมชนรวมทั้งการศึกษาเชิงผลลัพธ์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียงในชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณศาสตราจารย์อภานันท์ภักดิ์ พยาบาลวิชาชีพประจำ รพ.สต.โนนเขตอำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่ให้ข้อมูล และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำแนะนำอันเป็นประโยชน์ในการศึกษา

ปีที่ 34 ฉบับที่ 3 : กรกฎาคม - กันยายน 2559

References

1. Chunharat S. Report older adult's situation 2009: TQP Company Limited; 2010.
2. Office of the National Economics and Social Development Board. The estimated population of Thailand 2000 – 2033. Office of the National Economics and Social Development Board. [Cited 2016 January 10]; Available from: www.NESDB.go.th.
3. Pienriwatchara E, et al. Report of healthy older adults in Thailand 2011 under the health promotion program for the older adults and disabled. Wacharinpp Printing Limited Partnership; 2011.
4. Prajuabmoh V. Report older adult's situation 2011. Ministry of Social Development and Human Security. [Cited 2014 November 28]; Available from: http://www.oppo.opp.go.th/info/Report_OlderSituation54-TH.pdf; 2012.
5. Aekplakorn W. Thailand national health surveys by physical examination 4th 2008-2009: The graphic systems co.ltd; 2010.
6. National Statistical Office, Ministry of Information and Communication Technology. The 2012 disability survey: text-and-journal-publication-co-ltd; 2012.
7. Sithanyarat W, Damrikanloet L. Care delivery for older adults practice guideline: Sahamit Printing and Publishing; 2010.
8. Srivanichakorn S, Yana TH, Bukbun PH, Tragoolvongse P. The surveys the situation and opinions towards the policy's Family Care Team: FCT. Nonthaburi; 2015.
9. Donabedian A. The quality of care: how can it be assessed? J Am Med Dir Assoc 1988; 260(12): 1743-8.
10. Sawang-ngam K., Usaho CH. An analysis of the internal communication efficiency of Chulalongkorn University Communication Center. An Online Journal of Education 2014; 9(3):483-93.
11. Mangkornsaksit CH. The official's opinions towards communication in organization: A case study of Nonthavej Hospital. A thesis for the degree of master of business administration, Faculty of Business, DhurakijPundit University; 2016.
12. Muenhor C. Community participation: The health promotion plan for the elderly. Journal of Community



- Development Research 2015; 5(2): 43-54.
13. Na-saan S, et al. Effective of village health volunteer potential development (VVPD), Kalasin Province. Research and Development Health System Journal 2011; 3(2): 45-61.
 14. Anunta P, Tonganake J. The effectiveness of home visit and training program in village health volunteers in Khwao, Selaphum, Roi Et. 2012. Journal of the Office of DPC 6 KhonKaen 2013; 20(1): 1-8.
 15. Jitramontree N, Thongchareon V, Thayansin S. Good Model of Elderly Care in Urban Community. Journal of Nursing Science 2011; 29(2): 67-74.
 16. Prasertpan C, Piaseu N, Jarapat Maruo S, Kittipimpanon K. Activities and outputs of a senior club in an urban community: A case study. Rama Nurse Journal 2014; 20(3): 388-00.
 17. Songsri CH. The home care model of Mea-Non Sub-district Health Promoting Hospital, Muang Udonthani. Journal of Nursing and Health Care 2014; 32(3): 155-162.
 18. Leemongkol S. Patient classification in home care: Bangkok: Siriraj Hospital; 2010.
 19. Bureau of nursing, Office of permanent secretary, Ministry of public health. Home ward: The agricultural co-operative federation of Thailand. Ltd; 2013.
 20. Suthisukon K, et. al. The Potential of Local Organization on disabled elderly care management in community. Journal of Health Systems Research 2014; 8(2): 132-41.
 21. Sittipreechachan P, Priyatrak P, Chotkakam Y. Community participation in the process of care of elderly at MABCARE Subdistrict. Journal of the Royal Thai Army Nurses 2012; 13(2): 8-17.
 22. Buajaroen H, Poopitukkul J, Chankam W, Aungkprasertkul N, Chayatab S. Development of strategies and system in providing health care services for elderly in community by sub district administrative organization. Journal of Nursing and Health Care 2015; 33(1): 97-107.