

คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น: ความรู้ที่จำเป็นในการปฏิบัติสำหรับพยาบาลผู้ให้บริการสุขภาพ*

ดารุณี จงอุดมการณ์ ปร.ด.**

บทคัดย่อ

สภาการพยาบาลร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้ร่วมกันก่อกำเนิด “คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น” ให้เป็นหน่วยคู่สัญญาในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค สำหรับบุคคลครอบครัวในชุมชน มาตั้งแต่ พ.ศ. 2563 บทความนี้ จึงนำเสนอแนวคิดความรู้ที่จำเป็น สำหรับการปฏิบัติภาระกิจคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นให้สัมฤทธิ์ผล นอกเหนือจากงานเวชปฏิบัติ คือ การดูแลบุคคลครอบครัวแบบองค์รวมที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางและให้ชุมชนมีส่วนร่วม ตามคุณลักษณะการดูแลระดับปฐมภูมิที่ประกอบด้วย สร้างความเข้าใจ ไว้วางใจให้ดูแลด้านหน้า มาพบง่าย มุ่งหมายเบ็ดเสร็จ สำเร็จบูรณาการ ประสานต่อเนื่อง และคุยเรื่องปรึกษา-หารือส่งต่อ รวมถึงได้นำเสนอกรณีตัวอย่าง การบูรณาการปฏิบัติการตามแนวคิดดังกล่าว เพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้สนใจต่อไป

คำสำคัญ: การบริการสุขภาพปฐมภูมิ คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ความรู้ที่จำเป็น พยาบาลเวชปฏิบัติ ครอบครัว

วันที่รับบทความ 15 พฤษภาคม 2567 วันที่แก้ไขบทความเสร็จ 1 มิถุนายน 2567 วันที่ตอบรับบทความ 15 มิถุนายน 2567

*เอกสารประกอบการฝึกอบรม “พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว” วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี แพร่ สนับสนุนวิทยากร โดยมูลนิธิสายหิวนิยมวิภาต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

**ศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้จัดทำบทความต้นฉบับ อีเมล darjon@kku.ac.th

Warm community nursing clinic: Essential knowledge in practice for delivering healthcare services*

Darunee Jongudomkarn Ph.D.**

Abstract

The Nursing and Midwifery Council together with the National Health Security Office (NHSO) jointly established “Warm Community Nursing Clinic” as a contracting unit for providing primary health care services that cover health promotion and disease prevention for individuals and families in the community since 2020. This article endeavored to elucidate concepts and knowledge necessary for carrying out the mission of the Warm Community Nursing Clinic to be successful. In addition to practitioner work, it underscored the significance of administering holistic care to individuals and families, grounded in the principles of family-centered care and community participation, in alignment with primary care attributes. These encompassed “Building trust and rapport in care, Care on first contact basis, Accessible care, Comprehensive care, Integrated care, Continuous care, and Consultation and Referral system”. Furthermore, the article furnished a practical illustration exemplifying the implementation of these principles for the benefit of those who were interested.

keywords: primary care service; warm community nursing clinic; essential knowledge; family nurse practitioner

Received 15 May 2024 Revised 1 June 2024 Accepted 15 June 2024

*Training handout on “Family Nurse Practitioner” at Boromarajonani College of Nursing, Phrae, Speakers supported by Saiyut Niyomviphat Foundation Faculty of Nursing Khon Kaen University

**Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Corresponding author,

E-mail: darjon@kku.ac.th

บทนำ

“เบิกได้บ้างไม่ได้บ้างคะ ปัญหาทางเทคนิค หรือบางอันก็สุดวิสัย โดยเฉพาะเรื่องทำแผลกับเย็บบ้าน เน้น เกณฑ์จำกัดจำนวนวันที่ทำแผล...แต่ของหนูถูกแหวว่าจะทำแผลแต่ละเคสจบจนชั่วฟ้าดินสลายเลยใช้ไหม...(หัวเราะ)” คำบอกเล่าเล่าเสียงหัวเราะมาตามสายโทรศัพท์ของน้องพยาบาลเจ้าสำนักฯ “สตรีแกร่งแห่งร้อยเอ็ด” ดำเนินกิจการ “คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น” ซึ่งเป็นเส้นทางที่เธอเลือก ลาออกจากราชการ มาประกอบกิจการของตัวเอง

ในช่วง พ.ศ. 2561 ผู้เขียนได้มีโอกาสรับการแต่งตั้งเป็นคณะทำงานจากสภาการพยาบาลเพื่อพัฒนาประเด็นนโยบายสาธารณะฯ ของสภาการพยาบาลในสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ 11 เรื่อง “ชุมชนและรัฐร่วมสร้างครอบครัวสุขภาพได้อย่างไร” วันที่ 12 ธันวาคม 2561 จึงมีโอกาสได้รับทราบเจตนารมณ์ของการระดมบทบาทพยาบาลที่อยู่นอกระบบจากการลาออกหรือเกษียณอายุช่วยเหลือสุขภาพประชาชนระดับปฐมภูมิมากขึ้นของสภาการพยาบาล ดังนั้นจึงมีความยินดีที่ตกผลึกจนก่อกำเนิดและกำหนดชื่อ “คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น” ซึ่งถือว่าเป็นผลงานของทีมงานสภาการพยาบาลในสมัยท่านรองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนีย์ บุญทอง เป็นนายกฯ ที่ผลักดันให้เป็นหน่วยบริการสุขภาพร่วมระดับปฐมภูมิภายใต้การเป็นคู่สัญญากับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เมื่อปี พ.ศ. 2563 เป็นต้นมาตามนโยบาย “นวัตกรรมบริการสาธารณสุขวิถีใหม่” (UC New Normal) ดูแลประชาชนให้เข้าถึงบริการปฐมภูมิและบริการสร้างสุขภาพป้องกันโรคที่มีคุณภาพและมาตรฐานตามความจำเป็น ได้อย่างครอบคลุมและสะดวกเพิ่มขึ้น ทั้งเป็นการขยายหน่วยบริการในเครือข่ายปฐมภูมิ ลดระยะเวลารอคอยการใช้บริการ และลดความแออัดในหน่วยบริการ นับเป็นนวัตกรรมเชิงระบบที่ สปสช. ได้กำหนดทิศทางการขับเคลื่อนการบริการสุขภาพให้มีความเสมอภาค เข้าถึงง่าย เพิ่มด้านหน้า ใกล้บ้านใกล้ใจ และให้ลดความแออัดในหน่วยบริการหลัก เมื่อคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นเป็นคู่สัญญากับ สปสช. จึงทำให้คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นสามารถยื่นเบิกงบประมาณสนับสนุนค่าบริการและทำหัตถการทุกราย ทั้งนี้ สปสช. แจ้งให้ทราบว่าในปี พ.ศ. 2566 มี “คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์” สมัครขึ้นทะเบียนเป็น “คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น” แล้ว 241 แห่ง ที่ร่วมขึ้นทะเบียนให้บริการสาธารณสุขปฐมภูมิ หรือ เรียกว่าสิทธิบัตรทอง โดยให้บริการผู้ป่วยนอก 4 รายการ บริการสร้างเสริมสุขภาพฯ 7 รายการ ซึ่งเป็นความต่างจากการจะทะเบียนเป็นสถานพยาบาล “คลินิกการพยาบาลและการผดุงครรภ์” ซึ่งมีมาในอดีต ขณะนี้มีกว่าห้าพันแห่งทั่วประเทศ ที่ผู้ใช้บริการต้องเสียค่าใช้จ่ายในการใช้บริการสุขภาพเอง นอกเสียจากว่า คลินิกการพยาบาลฯ เหล่านั้นยื่นขอทำสัญญาร่วมบริการกับ สปสช. พร้อมทั้งปรับปรุงสถานบริการฯ ให้เป็นไปตามเกณฑ์และข้อบังคับของสภาการพยาบาลและ สปสช.¹⁻²

สำหรับการให้บริการโดยคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นนั้น เป็นการให้บริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิครอบคลุมทั้งบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค 7 รายการ ได้แก่ 1) บริการฝากครรภ์ในกรณีแพทย์วินิจฉัยแล้ว ไม่ใช่ครรภ์เสี่ยง 2) บริการจ่ายยาเม็ดคุมกำเนิด 3) บริการฉีดยาอนามัย 4) บริการทดสอบการตั้งครรภ์ 5) บริการตรวจหลังคลอด 6) บริการยาเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิก (ยาเม็ดรวม Ferrofolic หรือที่เทียบเท่า) และ 7) บริการคัดกรองและประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพกายหรือสุขภาพจิต นอกจากนี้ยังให้บริการผู้ป่วยนอก 4 รายการ ดังนี้ 1) การบริการยาตามแผนการรักษาของหน่วยบริการประจำหรือหน่วยบริการที่รับการส่งต่อ 2) การบริการพยาบาลพื้นฐาน ได้แก่ บริการทำแผลชนิดต่าง ๆ ทั้งแผลแห้ง แผลเปียก แผลติดเชื้อ และแผลขนาดใหญ่ การใส่สายยางให้อาหาร และการให้สายสวนปัสสาวะ รวมถึงบริการเช็ดताल้างตาและล้างจมูก 3) การบริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต้องได้ใช้บริการที่บ้าน 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เช่น หญิงตั้งครรภ์

ที่มีภาวะเสี่ยงสูงหลังคลอดที่มีภาวะแทรกซ้อน มารดาหลังคลอดส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ เยี่ยมไม่เกิน 4 ครั้งต่อคนต่อปี 2) กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมอาการได้ เช่น ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ได้ มีปัญหาในการปฏิบัติตน เยี่ยมไม่เกิน 6 ครั้งต่อคนต่อปี และ 3) กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังและมีการไร้ความสามารถเล็กน้อย ได้แก่ ผู้ที่มีปัญหาในการทำกิจวัตรประจำวัน ต้องพึ่งอุปกรณ์ทางการแพทย์ เช่น ผู้ป่วยที่ใส่สายยางให้อาหาร หรือ สายสวนปัสสาวะ หรือ ล้างไตทางช่องท้อง เยี่ยมไม่เกิน 8 ครั้งต่อคนต่อปี และ 4) การตรวจรักษาโรคเบื้องต้น¹⁻²

จากข้อมูล สปสช. ปี พ.ศ. 2566 ระบุว่า คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น มีประชาชนใช้บริการ จำนวน 51,677 คน นับเป็น 140,695 ครั้ง และมีแนวโน้มการใช้บริการที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องด้วยคลินิกการพยาบาลชุมชนอบอุ่นตั้งอยู่ในชุมชน ใกล้บ้าน สะดวก ไม่ต้องรอคิวนาน ทั้งยังลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง อีกทั้งเป็นการรองรับสังคมผู้สูงอายุในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตัดบ้าน และตัดเตียง ขณะเดียวกันยังเป็นการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิของประเทศตามรัฐธรรมนูญอีกด้วย¹

แนวคิดการพยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว: กับภาระกิจคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น

คุณสมบัติของพยาบาลผู้ดำเนินการภาระกิจคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นที่สำคัญ คือ ผ่านการฝึกอบรมให้เป็น “พยาบาลเวชปฏิบัติครอบครัว (family nurse practitioner)” หรือเทียบเท่า ในการดูแลบุคคลครอบครัว ในชุมชน โดยมีสาระสำคัญ คือ ได้รับการฝึกอบรมให้มีศักยภาพในการทำหน้าที่ด้านเวชปฏิบัติ และดูแลบุคคลรวมถึงครอบครัวในชุมชนอย่างเป็นองค์รวม

เมื่อถอดรหัสภาระกิจของสัญญาที่ สปสช. มอบหมายให้คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่นดำเนินการ คือ การดูแลสุขภาพประชาชนระดับปฐมภูมิที่ทั้งการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่เน้นด้านการวางแผนครอบครัว การดูแลหญิงตั้งครรภ์ปกติครบวงจร การคัดกรองความเสี่ยงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ การดูแลต่อเนื่องโรคเรื้อรัง รวมถึงการทำหัตถการพื้นฐานตามขอบเขตที่กฎหมายรองรับสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติทั้งที่สถานบริการและที่บ้านของผู้ใช้บริการ อันเป็นที่พำนักและร่วมดูแลโดยครอบครัวนั่นเอง ดังนั้นจึงขอสรุปสาระสำคัญในการบูรณาการความรู้ ความเข้าใจที่จำเป็นในการทำงานให้ประสิทธิผลของพยาบาลผู้รับผิดชอบคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น ประกอบด้วย 1) ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค พยาธิสรีรวิทยา เกสตรวิทยา ตามขอบเขตพยาบาลเวชปฏิบัติ ซึ่งไม่ขอกล่าวรายละเอียดในที่นี้ 2) การดูแลแบบองค์รวมที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางและให้ชุมชนมีส่วนร่วม 3) การปฏิบัติตามคุณลักษณะการดูแลระดับปฐมภูมิและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ใช้บริการ¹⁻³

การดูแลแบบองค์รวมที่ยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางและให้ชุมชนมีส่วนร่วม

แนวคิดในที่นี้มีคำสำคัญ ประกอบด้วย 1) การดูแลบุคคลและครอบครัวแบบองค์รวม 2) การดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง และ 3) การดูแลโดยชุมชนมีส่วนร่วม ขอขยายความ ดังนี้

1) การดูแลบุคคลและครอบครัวแบบองค์รวม

คำว่า “องค์รวม” เทียบเคียงได้กับคำว่า ‘Holistic’ หรือ ‘Wholistic’ ในภาษาอังกฤษ สามารถถอดความเป็นภาษาไทยว่าทั้งหมดเป็นหนึ่งเดียว คำนี้ไม่ใช่เรื่องใหม่ในสังคมไทยที่ถือคติ “ใจเป็นนายกายเป็นบ่าว” มาช้านาน อุดมคตินี้จึงหล่อหลอมคนในสังคมบ้านเราให้ซึมซับแนวคิดนี้มาช้านาน การดูแลบุคคลและครอบครัวแบบองค์รวมเป็นกระบวนทัศน์ที่มีรากฐานของปรัชญาการมองวิถีการดูแลสุขภาพให้เกิดความอยู่ดีมีสุข (well-being) หรือ “อยู่เย็นเป็นสุข” มุ่งเน้นการสร้างสมดุลระหว่างร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ปรัชญาความคิดแบบองค์รวมมีความเชื่อว่าสุขภาพของบุคคลและครอบครัวมีความสัมพันธ์กับธรรมชาติอย่างใกล้ชิดและมีศักยภาพในการดูแลกายตนเองด้วยการสร้างดุลยภาพแห่งชีวิต การจัดการทาง

อารมณ์ จิตใจและจิตวิญญาณของบุคคลและครอบครัวแบบบูรณาการ โดยถือว่ามนุษย์มีความเป็นหนึ่งเดียว ทั้งบุคคล ไม่ใช่เพียงเป็นโรคที่แสดงออก และไม่ใช่เพียงอาการผิดปกติที่ตรวจพบ ดังนั้นในการดูแลสุขภาพของ บุคคลและครอบครัวจึงต้องมีการผสมผสานระหว่างการจัดการในเรื่องอารมณ์ จิตวิญญาณ ร่วมกับ อาหาร สิ่งแวดล้อม และวิถีชีวิตที่เสี่ยงต่อการส่งผลกระทบต่อสุขภาพที่ไม่ดีของบุคคลด้วย ซึ่งเชื่อมโยงภาวะสุขภาพ ที่ผสมกันในทุกมิติทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้ดูแลต้องพิจารณาบุคคลทั้งคน ได้แก่ การพิจารณาทั้งด้านร่างกาย ภาวะโภชนาการ สิ่งแวดล้อม สังคม จิตวิญญาณ รวมถึงค่านิยมในการ ดำรงชีวิต สิ่งที่กำลังมาทั้งหมดนี้จะต้องได้รับความสนใจในการดูแลสุขภาพทุกขั้นตอน³⁻⁵

2) การดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลาง

การดูแลโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางในที่นี้ ถือว่าเป็นปรัชญาของการดูแล หมายถึง การเข้าถึง ผู้รับบริการและครอบครัวแบบองค์รวม โดยมีคำสำคัญประกอบด้วย เป็นความเกี่ยวข้องของครอบครัวในการ ดูแล (involvement) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแล (participation) การดูแลร่วมกัน (shared care) และความเป็นหุ้นส่วนในการดูแล (partnership) ซึ่งมีแนวคิดที่ให้ยอมรับครอบครัวว่าเป็นสิ่งที่ดำรงอยู่ อย่างถาวรของชีวิตผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกครอบครัว ดังนั้น ผู้ดูแลจึงควรทำความเข้าใจสภาพครอบครัว ผู้ใช้บริการด้วยการประเมินด้านต่างๆ ของครอบครัว คือ โครงสร้าง หน้าที่ บทบาทพัฒนาการของครอบครัว แหล่งประโยชน์หรือทรัพยากรในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ผลกระทบของการเจ็บป่วยของผู้ป่วยต่อครอบครัว รวมถึงการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือกันระหว่างผู้ดูแลกับครอบครัว มีการแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารอย่าง สมบูรณ์ และไม่มีอคติ และครอบครัวมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแล การประเมินผลการดูแล และการ ตัดสินใจ ให้การยอมรับและให้เกียรติในเรื่องความแตกต่างทางวัฒนธรรม สังคม และความเชื่อหรือศาสนา ที่แตกต่าง ยอมรับและเคารพในความแตกต่างในการเผชิญปัญหาของแต่ละบุคคล ให้การสนับสนุน ประเมิน ปัญหาและความต้องการของครอบครัวในด้านข้อมูล อารมณ์ จิตสังคม จิตวิญญาณ สิ่งแวดล้อม และ เศรษฐกิจ ควรสร้างให้เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างครอบครัวกับครอบครัว จัดระบบ บริการที่สนับสนุนให้มีความยืดหยุ่น เข้าถึงได้ง่าย และครบถ้วน ให้คุณค่าความเป็นบุคคลแก่ครอบครัว และ ผู้ป่วย/ผู้ให้บริการ และเอื้ออำนวยความสะดวกให้เกิดเครือข่าย ความช่วยเหลือระหว่างครอบครัวที่มีปัญหา คล้ายคลึงกัน^{3,6-7}

3) การดูแลโดยชุมชนมีส่วนร่วม

ชุมชนมีส่วนร่วม เป็นการที่สมาชิกในชุมชนซึ่งคือครอบครัวในชุมชนนั้น ๆ ร่วมกันคิด ร่วมกันทำ เพื่อแก้ไขปัญหาของตนเอง การที่คนและครอบครัวในชุมชนมีส่วนร่วมก่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของ ทำให้ ครอบครัวในชุมชนได้ทำงานร่วมกัน ได้สืบทอดภูมิปัญญาวัฒนธรรมของชุมชน ก่อให้เกิดประโยชน์และ ความอยู่ดีมีสุขของสมาชิกในชุมชนทั้งหมด ทั้งนี้ในการขับเคลื่อนด้านสุขภาพของชุมชน ประกอบด้วย ครอบครัวในชุมชน ผู้นำหรือผู้บริหารชุมชนทั้งที่เป็นทางการและผู้นำธรรมชาติ ระบบการดูแลสุขภาพในชุมชน และ พุนสังคมหรือแหล่งประโยชน์ในชุมชน อย่างไรก็ตาม การเข้ามีส่วนร่วมของคนและครอบครัวในชุมชน ไม่สามารถเกิดขึ้นแบบการบีบบังคับ แต่เกิดขึ้นจากกระบวนการสร้างและเปิดโอกาสให้เกิดความร่วมมือ ในการประชุมร่วมกันในการหาปัญหาและความต้องการเพื่อหารูปแบบวิธีการปฏิบัติร่วมกัน ระดมทุนสังคม และแหล่งประโยชน์ออกมาใช้เพื่อขับเคลื่อนรูปแบบ ร่วมปฏิบัติการและประเมินผลการดำเนินการ เพื่อขับเคลื่อนรูปแบบที่ปรับปรุงดำเนินงานต่อไป^{4,8-9}

การปฏิบัติตามคุณลักษณะการดูแลระดับปฐมภูมิและการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ใช้บริการ

ในการปฏิบัติการตามแนวคิดคุณลักษณะการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ มีคุณลักษณะสำคัญ ประกอบด้วย สร้างความเชื่อใจ ไว้ใจให้ดูแลด้านหน้า มาพบง่าย มุ่งหมายเบ็ดเสร็จ สำเร็จบูรณาการ ประสานต่อเนื่อง และคุยเรื่องปรึกษา-หารือส่งต่อ ผู้เขียนขอขยายความ ดังนี้

1) สร้างความเชื่อใจ (Building trust and rapport in care)

การที่คลินิกพยาบาลที่สามารถเป็นที่เชื่อใจได้ ประการหนึ่ง คือ ตั้งอยู่ในชุมชน ผู้คนผ่านไปผ่านมา มองเห็นทุกวันเสมือนเป็นสมาชิกหนึ่งของชุมชน คำบอกเล่าปากต่อปากของชาวบ้านที่พูดถึงพฤติกรรม การบริการที่สามารถเป็นที่วางใจ เชื่อใจ ให้เวลา รับฟังความทุกข์ ปัญหา อย่างใส่ใจจดจ่อเอาใจใส่ที่ให้ความเห็นใจ จริงใจ เป็นท่าทีที่ผู้ใช้บริการประทับใจ เพราะเมื่อผู้ป่วยมุ่งหน้ามาใช้บริการ ความกังวลมีมากมาย ไม่เฉพาะเพียงปัญหาสุขภาพที่เผชิญ ยังมีเรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้ให้บริการเป็นผู้มีความรู้และทักษะการดูแลต่อปัญหาที่เชื่อถือได้ ผู้ให้บริการมีความเข้าใจชีวิตความเป็นอยู่ในวิถีชีวิตวัฒนธรรมของเขาเพียงพอ ผู้ให้บริการให้เวลาและความสำคัญต่อทุกข์ของเขาจนฟังพาได้ เป็นต้น ดังนั้น การสื่อสารที่ดีจึงมีความสำคัญ สามารถสร้างความเชื่อใจแก่ผู้ใช้บริการได้ในเบื้องต้น เช่น 1) ให้ความเชื่อมั่นว่าเรายินดีรับฟังสิ่งที่เขามีปัญหา และไว้ใจได้ว่าเรื่องของเขาถูกเก็บเป็นความลับ 2) เปิดโอกาสให้เขาถามสิ่งที่สงสัยให้เวลาตอบปัญหา 3) อธิบายปัญหาสุขภาพที่มีด้วยภาษาที่เข้าใจง่าย 4) หลีกเลียงภาษาและท่าทีที่อาจนำไปสู่การเข้าใจผิดตีความว่ากำลังตัดสินผู้ใช้บริการในแง่ลบ และ 5) ถามผู้ใช้บริการถึงเป้าหมายหรือความต้องการต่อการดูแลแต่ละครั้งและความคิดเห็นของเขาต่อการใช้บริการเพื่อการปรับปรุงให้เหมาะสมแต่ต้องมีความเป็นไปได้¹⁰⁻¹²

2) ไว้ใจให้ดูแลด้านหน้า (Care on first contact basis)

การที่คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น มีที่ตั้งในชุมชน จึงเหมาะสมและสามารถเป็นด่านหน้าในการรับภาระกิจการดูแลผู้ป่วยในเบื้องต้นได้ อย่างไรก็ดี ปัจจัยเกื้อหนุนสำคัญที่ส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการเดินเข้าสำนักงาน เพื่อรับการบริการนั้น ปัจจัยที่สำคัญ คือ “ความไว้วางใจเชื่อใจ” มีความเชื่อมั่นที่จะเดินเข้าร้านเพื่อใช้บริการ สมกับที่เป็นหน่วยบริการด่านหน้าตามความคาดหวังของ สปสช. มีความไว้วางใจที่นึกถึงพยาบาลที่คลินิกทันทีที่เป็นอันดับต้นๆ เพื่อให้พยาบาลช่วยแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นของเขา ช่วยชี้แนะให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพที่เผชิญ ช่วยไปดูแลที่บ้านและให้คำแนะนำสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านฟื้นฟู หรือแก้ไขปัญหาสุขภาพ และถือว่าพยาบาลที่คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น เป็นพยาบาลผู้เชี่ยวชาญของครอบครัวที่เป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่เป็นมากกว่าพยาบาลดูแลผู้ป่วย¹⁰⁻¹²

3) มาพบง่าย (Accessible care)

เรื่องการเข้าถึงหน่วยบริการสุขภาพเป็นประเด็นใหญ่ที่มีการศึกษาและกล่าวถึงเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะกลุ่มผู้ใช้บริการที่มีความอ่อนแอเปราะบาง อาทิ มีปัญหาการเคลื่อนไหว ปัญหาการได้ยิน พิการทางสายตา มีปัญหาเรื่องการสื่อสาร ผู้สูงอายุ ผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ช่วยเหลือตนเองลำบาก เป็นต้น สิ่งเหล่านี้เป็นความท้าทายของระบบบริการสุขภาพที่ต้องแก้ไขในทุกประเทศ โดยเฉพาะในท้องถิ่นทุรกันดาร ชนบทห่างไกล มีปัญหาด้านการคมนาคม ซึ่งอาจเกิดจากปัจจัยข้อจำกัดหลายประการ เช่น นโยบาย กระบวนการ หรือระบบการจัดการด้านบริการ ระบบการคมนาคมขนส่ง ที่จ่อตรง ท่าทีการสื่อสารของบุคลากรสุขภาพเชิงลบ ดังนั้น การมีคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น จึงเป็นการตอบโจทย์การบริการที่มีคุณลักษณะเข้าถึงง่าย อยู่ไม่ไกลจากที่พัก สะดวกเดินทาง ผู้ใช้บริการไม่แออัด และปัจจุบันยังสามารถติดต่อกันทางโทรศัพท์ ทางไลน์ การบริการของคลินิกได้อีกด้วย^{11,13-15}

4) หมายดูแลเบ็ดเสร็จ (Comprehensive care)

แนวคิดการดูแลเบ็ดเสร็จ หรือ แบบครบวงจรนี้ เป็นมิติสำคัญที่มีองค์ประกอบหลัก 3 ข้อ คือ การกำหนดแผนการดูแล การมีปัจจัยเกื้อหนุน และกำหนดผลลัพธ์การดูแล มีระดับความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ดูแล ผู้ป่วย และครอบครัวแบบหุ้นส่วนร่วมมือกันสร้างเป้าหมายร่วมกันยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางและ บูรณาการปัญหาความต้องการของผู้ป่วยครอบครัวเป็นสำคัญ ซึ่งแนวคิดนี้ใช้ร่วมกันในสหสาขาวิชาชีพที่อาจ ถือว่าเป็นเทคนิค เป็นระเบียบวิธี เป็นแนวปฏิบัติ เป็นโปรแกรม หรือ เป็นแผนการดูแล ที่เป็นอิสระและ ครอบคลุมปัญหาความต้องการของผู้ใช้บริการในทุกมิติ นอกเหนือจากการรักษาโรคที่กำหนดโดยแพทย์ ดังนั้น แนวคิดการดูแลแบบเบ็ดเสร็จครบวงจรนี้ จึงเป็นการวางแผนการดูแลโดยผู้ดูแล มีการติดตามปรับปรุง แผนการดูแลเป็นระยะ ตามมาตรฐานการดูแล มีการคัดกรองความเสี่ยงใหม่ที่อาจมีตั้งแต่เริ่มต้น ติดตาม ภาวะแทรกซ้อนของโรค ปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นใหม่ สิ่งเหล่านี้ช่วยเพิ่มศักยภาพในการป้องกันและ ปรับปรุงคุณภาพชีวิตผู้ป่วย รวมถึงผู้ดูแลในครอบครัวด้วย อันจะเป็นการลดงบประมาณของประเทศที่อาจ ต้องสูญเสียจากการเจ็บป่วยเพิ่มในอนาคต^{4,16}

5) สำเร็จบูรณาการ (Integrated care)

การดูแลสุขภาพแบบบูรณาการ เป็นการให้การดูแลสุขภาพผู้ให้บริการแบบสหวิชาชีพ ซึ่งให้ ความสำคัญของความร่วมมือและการสื่อสารระหว่างกันในทุกผู้เกี่ยวข้องด้านสุขภาพ หรือ นักวิชาชีพ การ ดูแลสุขภาพเชิงบูรณาการจึงมุ่งเป้าไปที่การดูแลภายใต้การประสานงานอย่างใกล้ชิดระหว่างผู้ให้บริการสุขภาพ รวมถึงหน่วยบริการสุขภาพ โดยร่วมมือกันในการวางแผนการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้เกิดการ ดูแลสุขภาพบุคคลทุกคน ให้เกิดความอยู่ดีมีสุขและเติบโต มีพัฒนาการอย่างเหมาะสม⁴

6) ประสานต่อเนื่อง (Continuous care)

การดูแลผู้ให้บริการอย่างต่อเนื่อง เป็นแนวทางเพื่อสร้างหลักประกันว่า ทีมผู้ดูแลผู้ป่วย ให้ความสำคัญยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วม และทีมผู้ดูแลให้ความร่วมมือกัน ในการจัดการด้านการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อบรรลุเป้าหมายต่อผลลัพธ์ร่วมกันของการดูแลรักษา ทางการแพทย์ที่มีคุณภาพสูงสุด ความต่อเนื่องของการดูแลส่งเสริมความปลอดภัยของผู้ป่วยและรับประกัน คุณภาพการดูแลตลอดเวลาที่ล่วงไป⁴

7) คุยเรื่องปรึกษา-หรือส่งต่อ (Consultation and referral system)

ทักษะการให้คำปรึกษา เป็นทักษะด้านการสื่อสารอย่างหนึ่งที่พยาบาลผู้ดูแลพึงมีและปฏิบัติให้มี ประสิทธิภาพ การสื่อสารเพื่อนำไปสู่การให้คำปรึกษามักเริ่มจากการพูดคุยทางสังคม เพื่อสร้างสัมพันธภาพ และผ่อนคลายก่อนแล้วเริ่มซักประวัติสุขภาพครอบครัวอาจใช้เวลาไม่นานในการประเมินโครงสร้างหน้าที่ ครอบครัวอยู่กันในปัจจุบัน วาดแผนภูมิครอบครัวและแหล่งประโยชน์เครือข่ายความสัมพันธ์นอกครอบครัว ภาวะสุขภาพของสมาชิก บทบาทหน้าที่สำคัญที่ปฏิบัติในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว สารสำคัญ ที่สมาชิกครอบครัวหนักใจในปัจจุบัน พร้อมสังเกตปฏิกิริยาน้ำเสียงคำพูดของครอบครัวเพื่อการวิเคราะห์ ปัญหาและความต้องการรับความช่วยเหลือดูแล อาจจำเป็นต้องใช้เครื่องมือการประเมินมาตรฐานต่าง ๆ ที่มี อยู่ช่วยด้วย^{1,4}

ส่วนการส่งต่อผู้ให้บริการจากคลินิกพยาบาลฯ ไปยังหน่วยบริการคู่สัญญาที่มีศักยภาพการดูแลที่สูงขึ้น ต้องอาศัยความสามารถของผู้ให้บริการสุขภาพในการประเมินอาการผู้ให้บริการ การตัดสินใจของ ผู้ประกอบการ และยึดมั่นในขอบเขตกฎหมายที่กำหนดไว้สำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติเป็นสำคัญและต้องปฏิบัติตาม แนวปฏิบัติที่สัญญาและคู่มือของ สปสช. ระบุไว้อย่างเคร่งครัด⁴

การบูรณาการทุกแนวคิดสู่การปฏิบัติตามภาระกิจคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น: ตัวอย่างกรณีผู้ใช้บริการ

ภาระกิจในที่นี้ คือ การบูรณาการทุกแนวคิดที่กล่าวมาแล้วสู่การดูแลบุคคลครอบครัวแบบองค์รวม โดยชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่งประยุกต์และดัดแปลงจากประสบการณ์การปฏิบัติจริงจากพื้นที่ชุมชนแห่งหนึ่งในภาคอีสานซึ่งผู้เขียนร่วมทีมดูแล ในปี พ.ศ. 2564-2565¹⁷ ภาพแรกพบยังอยู่ในความทรงจำที่บ้านหลังหนึ่ง มีผู้ป่วยติดเตียงสองคน แม่กับลูกชายแต่อยู่คนละฝั่งของบ้านที่มีผนังกัน ลูกชายกึ่งนั่งกึ่งนอนในมุ้งพร้อมมีพัดลมเป่ามองออกมาด้วยสายตาท้อแท้สิ้นหวัง ส่วนอีกด้านเป็นแม่ติดเตียงที่รอบตัวเต็มไปด้วยมดดำไต่กลองนมบนที่นอนที่ลูกสาววางไว้ให้ดูเวลาหิว ไร้อุดูแลในช่วงกลางวันทั้งสองคน...

เข้านี้ ที่คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น “น้ำฟ้า” เปิดทำการตามปกติ ผ่านไปหลายเคสจนถึง “นางน้อย” มีสำเนียงพูดเป็นภาษาลาวลุ่มแห่งประเทศเพื่อนบ้านซึ่งฟังได้ชัดเจนว่าไม่ใช่ภาษาอีสานท้องถิ่นที่คุ้นเคย นางน้อยทำความเคารพแล้วพูดด้วยความกังวลว่า

“ค่ารักษาแพงพอฮั่น หนูบ่มีเงินได้”

พยาบาลน้ำฟ้ายิ้มแล้วตอบด้วยภาษาถิ่นว่า “คลินิกเฮาบบริการให้คนมีบัตรทองฟรีจ้า บ่ต้องกังวล”

นางน้อยตอบกลับมาว่า “หนูบ่มีบัตรได้ มาอยู่ไทยโดนแต่บ่ได้มีบัตรประชาชนเทื่อ”

พยาบาลน้ำฟ้าจึงซักประวัติสุขภาพนางน้อยและคนในครอบครัว ซักถามถึงประวัติความเป็นอยู่ อาชีพ ครอบครัว แหล่งประโยชน์ที่ครอบครัวมีอยู่ โครงสร้าง-หน้าที่-บทบาทในครอบครัว ความสัมพันธ์ในครอบครัว พัฒนาการครอบครัว พร้อมวาดเส้นแผนภูมิครอบครัวและผังเครือข่ายภายนอกของครอบครัวไว้ในแฟ้มประวัติครอบครัว

สรุปได้ว่า นางน้อย อายุ 42 ปี มาหาด้วยอาการปวดศีรษะ นอนไม่ได้ กินข้าวได้น้อยลง รู้สึกตัวเองเบื่อ ๆ ท้อแท้ บางทีก็อยากนอนนิ่ง ๆ ไม่อยากลุกไปทำอะไร พยาบาลจึงประเมินด้วยแบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q และ 9Q ของกรมสุขภาพจิต ได้ผลว่ามีภาวะซึมเศร้า

สมาชิกครอบครัว ประกอบด้วย สามี ชื่อ นายโจ๊ก 58 ปี ซึ่งมีอาชีพรับจ้างทั่วไป เมื่อ 10 ปี ก่อนได้เลิกกับภรรยา ซึ่งมีบุตรด้วยกัน 2 คน มาอยู่กินกับนางน้อย ส่วนบุตรทั้งสองของนายโจ๊ก อยู่กับมารดาและได้มีครอบครัวแยกย้ายไปอยู่ที่อื่นหมดแล้ว ส่วนนางน้อยไม่มีบุตรกับนายโจ๊ก นอกจากนี้ สมาชิกครอบครัวประกอบด้วย มารดาของสามีชื่อนางขำ อายุ 78 ปี และลูกสาวนางขำชื่อนางไก่อ อายุ 56 ปี เลิกกับสามีไม่มีบุตรด้วยกัน มาอยู่กับมารดาตั้งแต่นั้นประมาณ 2 ปีที่ผ่านมา นางไก่อมีอาชีพขายส้มตำ ไก่ย่าง ที่เพิงร้านค้าที่ชุมชนจัดไว้เป็นตลาดชุมชน

ปัจจุบันนายโจ๊กป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองแตกมานาน 6 เดือนแล้ว โดยก่อนหน้านี้ที่นายโจ๊กป่วยทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลมารดาซึ่งนอนติดเตียงมานานประมาณ 10 ปี แต่อยู่มาวันหนึ่งขณะที่นายโจ๊กกำลังออกกำลังกายข้างเตียงแม่ที่ดูแล รู้สึก หน้ามืด ปวดศีรษะ และร่างกายไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ เวลาผ่านไปหลายชั่วโมง จึงถูกพาไปส่งโรงพยาบาล เนื่องจากไม่มีคนอยู่บ้านเพราะออกไปทำงาน นอนโรงพยาบาลนานสามเดือน จึงได้จำหน่ายกลับบ้าน

เมื่อพยาบาลน้ำฟ้าได้ประเมินปัญหาและความต้องการของนางน้อย จึงได้พูดคุยให้คำปรึกษาเบื้องต้นให้ยาตามความเหมาะสมที่คลินิกดำเนินการได้ ขอที่ตั้งสถานที่บ้านของผู้ป่วยเพื่อประสานงานกับสถานบริการสุขภาพต้นสังกัดชุมชนที่นางน้อยตั้งอยู่ ดังนี้

1. ประสานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อส่งต่อกรณีผู้ป่วยในครอบครัวนางน้อยที่ต้องการรับการฟื้นฟู 2 ราย (นางขำและนายโจ๊ก) และควรได้รับการเฝ้าระวังดูแลลดความเสี่ยงทางจิตใจ 1 ราย (นางน้อย) ซึ่งตามระบบการบริการสุขภาพครอบครัวข้อมูลครอบครัวที่มีปัญหาสุขภาพ ควรจะอยู่ใน

คลังข้อมูลการบริการอยู่แล้ว แต่มีการส่งต่ออีกเพื่อเน้นย้ำความสำคัญเพื่อช่วยกันดูแล ไม่ให้เป้าหมายหลุดรอดไปจากแห

2. ประสานเทศบาลตำบลผู้รับผิดชอบในพื้นที่ เพื่อหาวิธีให้นางน้อยซึ่งเป็นบุคคลต่างด้าวที่แต่งงานกับคนไทยได้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3. นัดให้นางน้อยกลับมาพบอีกครั้ง ถ้าสามารถมาได้ใน 1/2-1 เดือน หากยังต้องการรับความช่วยเหลือ

4. ติดตามเยี่ยมบ้านนางน้อย เพื่อติดตามผู้ป่วย 3 ราย ผลพบว่า “หลังการส่งต่อข้อมูลผู้ป่วยแก่ รพ.สต. ที่รับผิดชอบ จำนวน 3 รายนี้ รพ.สต. ได้จัดทีมอาสาสมัครเยี่ยมบ้านเข้าเยี่ยมร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ แนะนำ สาธิตการออกกำลังกายฟื้นฟูสภาพแก่นายโจ๊ก และหลังจากนายโจ๊กออกจากโรงพยาบาลจากที่เดิมนายโจ๊กและนางข้าต่างคนต่างอยู่ที่ส่วนที่พักตนเองเนื่องจากเคลื่อนย้ายลำบาก มีการเปลี่ยนแปลงคือ ช่วงกลางวันให้นางน้อยออกไปรับจ้างและนางไปซื้ออาหาร นางน้อยขึ้นรถนายโจ๊กมานอนเป็นเพื่อนมารดาที่ติดเตียง อย่างน้อยจะได้เห็นหน้ากัน สื่อสารกันได้ ไม่โดดเดี่ยวทั้งสองคน ส่วนการดูแลให้ต่างฝ่ายก็ดูแลเหมือนเดิม โดยนางไปนึ่งสวมนายโจ๊กทำหน้าที่ดูแลมารดา ส่วนนางน้อยเป็นผู้ดูแลนายโจ๊ก หลังจากมีการปรับเปลี่ยนสถานที่ในช่วงกลางวัน สภาวะจิตใจของผู้ป่วยทั้งสองคนดีขึ้น สภาพร่างกายของนายโจ๊ก ชุมชนได้ช่วยทำอุปกรณ์ช่วยเหลือการเคลื่อนไหว คือ รอกและอุปกรณ์ราวจับฝึกลุก ยืนและเดินมาติดตั้งที่บ้าน นายโจ๊กมีกำลังใจฝึกตามคำแนะนำของสหสาขาวิชาชีพ และแรงหนุนจากอาสาสมัครชุมชน นายโจ๊กมีการฟื้นฟูดี สามารถเดินออกกำลังกายโดยราวจับและวีลแชร์ได้ทุกวัน และช่วยดูแลมารดาที่นอนติดเตียงได้ด้วย

5. นางน้อย เมื่อเห็นชุมชนยื่นมือเข้ามาช่วยสนับสนุน สามีมีการฟื้นฟู สภาพจิตใจดีขึ้นชัดเจน ส่วนบัตรประชาชนไทยยังอยู่ในขั้นตอนดำเนินการ

6. ในการประเมินผล นายโจ๊กบอกว่ามีการมาช่วยเหลือ เยี่ยมบ้านแบบนี้ดีมาก รู้สึกมีกำลังใจมากขึ้นมาก แบบรู้สึกมีคนห่วงใย ไม่นั่งท้อแท้แล้ว ตอนนี้อาการดีขึ้น เดินได้มากขึ้น ยังช่วยดูแลยายได้ด้วย ที่คิดอยากมากที่สุดตอนนี้ คือ อยากให้ตนเองแข็งแรงจนสามารถยืนอาบน้ำได้เอง ตอนนี้พึงพอใจมีการพัฒนาตนเองได้ดีมากช่วยตนเองได้ดีมาก

7. นางไปบอกว่าสัมพันธ์ภาพกับนางน้อยที่สะใจดีขึ้น จากเดิม “ชีวหน้ากันอยู่แหม” ตอนนี้มีการช่วยกันมากขึ้น และบอกว่า “ดีขึ้นอยู่ ...ดีขึ้นแบบ อันมีคนมาดูแลก็ยังงั้นๆ แหม กะเลยเอ็ดให้สบาย สบายใจดีขึ้น มีคนเหลียวแล คนไข้กะดีขึ้นนาคะ ปัญหาตรงที่เพื่อนไปยากมายากนี่ละคะ แต่ตอนนี้ดีขึ้นหลาย... เขาก็บอกตอนออกจากโรงพยาบาลมาได้สามเดือน นอนแบบบ่อหวังหยั่ง นอนผู้เดียว กลางวันเมียไปเอ็ดงาน พอหมอมานะแนะนำ ให้ย้ายออกไปนอนคู่กับแม่ รู้สึกมีกำลังใจเลย...เป็นเพราะว่ามีกำลังใจจากคุณหมออีกมายมาดูแลนาคะ เขากะอยากหายอยู่คะ เขาก็อันของเขาออกกำลังกายของเขา เขากะอยากหายของเขา เล่า (พี่ชาย) กะอยากดีขึ้นอยู่ แต่ว่าเขาเอ็ดไปเลากะนาง (คำแทนตัวเอง) กะหอม (สังเกต) เบิง นางกะว่าเลากะดีขึ้นแข็งแรงขึ้นหลายกว่าเก่าอยู่”

กล่าวได้ว่า “พยาบาลน้ำฟ้า” แห่งคลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น (น่าจะเป็นคลินิกพยาบาลครอบครัวชุมชนอบอุ่น?) ได้ปฏิบัติการดูแลบุคคลครอบครัวแบบองค์รวมโดยยึดครอบครัวเป็นศูนย์กลางและชุมชนมีส่วนร่วมโดยสมบูรณ์ สำหรับพื้นที่ต้นแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลสุขภาพครอบครัวชุมชนของประเทศไทยมีหลายที่ และที่โด่งดังมาก คือ “ลำสนธิโมเดล” ที่มีระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านภายใต้การมีส่วนร่วมของชุมชน ครอบครัว ทีมดูแลสุขภาพจากสหวิชาชีพ และทีมดูแลด้านสังคม โดยนักบริบาลที่เป็นคนในชุมชน ช่วยเหลือการทำกิจวัตรและงานบ้าน และได้รับค่าตอบแทนเพื่อยังชีพ อาสาสมัครชุมชนลงแรง

ปรับสภาพบ้าน การรับบริจาควัสดุสิ้นเปลืองที่ผู้ป่วยต้องใช้ รวมทั้งการตั้งกองทุนชุมชน เพื่อช่วยเหลือคนในชุมชนและในหลายพื้นที่ที่มีการพัฒนา แต่ต่างก็ติดปัญหาที่ความยั่งยืนของโครงการ

สำหรับผู้เขียน โดยส่วนตัวให้ความสนใจการดำเนินกิจการการจัดการของชุมชนในสังคมที่ได้ชื่อว่าเป็นสังคมสูงวัยก่อนใคร คือ ประเทศไทย และเมื่ออ่านพบงานวิจัยเกี่ยวกับเรื่องนี้ จึงถือโอกาสที่เดินทางไปญี่ปุ่นในปี พ.ศ. 2561 พบพุดคุยกับเจ้าของผลงานถึงการจัดการเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยติดเตียงในชุมชนในประเทศไทย ซึ่งเขาเรียกการบริการนี้ว่า “โชกิโบะ” (Shokibo หรือ Multifunctional long-term care in a small group home) โดยโชกิโบะ 1 แห่ง เป็นศูนย์กลางรับผิดชอบดูแลบุคคลในครอบครัวอาศัยในชุมชนใกล้เคียง 2-3 ชุมชน บริหารจัดการระดมทรัพยากรร่วมกันในการช่วยทำกิจวัตรประจำวันในช่วงกลางวันให้กับผู้สูงอายุ เช่น พาไปโรงพยาบาล ไปตลาดซื้ออาหาร อาบน้ำ กินข้าว สระผม ฯลฯ ตามความต้องการ โดยผู้ดูแลจะได้รับค่าตอบแทนจากกฎหมายประกันสุขภาพ และยังมีบริการ ที่เรียกว่า โคริโอโกะ (Koreikyo-Japanese Home Care) เป็นรูปแบบคล้ายสหกรณ์ที่รวบรวมผู้สูงอายุ 55-75 ปี มีสภาพแข็งแรงทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ผู้สูงอายุห่อหุ้ม เป็นศูนย์บริการสหกรณ์ เพื่อจัดสมาชิกให้บริการดูแลที่บ้านผู้รับบริการ สำนักงานเหล่านี้ทั้งสองแบบ มักมีศูนย์กลางจัดตั้งที่โรงเรียนมัธยมในชุมชน โดยให้คนในชุมชนที่ผ่านการอบรมจากศูนย์บริการดูแลกิจวัตรประจำวันในช่วงกลางวันให้ผู้สูงอายุ การบริการดูแลปัญหาสุขภาพ เช่น ทำแผล หรืออื่น ๆ จากทีมพยาบาลในเครือข่ายเป็นที่ปรึกษา โดยบริษัทประกันสุขภาพจ่ายค่าตอบแทนตามภาระกิจศูนย์ต่าง ๆ เหล่านี้เพิ่มขึ้นมากขึ้น ตามความต้องการของประชาชนและต่างมีเว็บไซต์เป็นของตัวเองที่สามารถติดต่อสอบถามได้ แต่เน้นความเป็นส่วนตัวสูงเรื่องข้อมูลและภาพบุคคลรวมถึงไม่เปิดให้คนนอกเข้าอาคาร และการจ่ายค่าจ้างผู้ที่ทำงานตามกฎหมายแรงงาน ไม่ใช่ราคาแบบอาสาสมัคร แบบบ้านเรา

บทส่งท้าย

บทความนี้ ได้นำเสนอสาระความรู้ที่จำเป็นสำหรับพยาบาลในการดำเนินการกิจ “คลินิกพยาบาลชุมชนอบอุ่น” ซึ่งเป็นนวัตกรรมเชิงระบบที่เป็นคู่สัญญาของ สปสช. ในการบริการสุขภาพปฐมภูมิ ครอบคลุมทั้งบริการดูแลสุขภาพบุคคลครอบครัวในชุมชนรวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมถึงได้นำเสนอกรณีตัวอย่างการบูรณาการปฏิบัติการตามแนวคิดดังกล่าวเพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้สนใจต่อไป

References

1. National Health Security Office. Press release on the “warm community nursing clinic” establishing to serve as a primary healthcare service unit [Internet]. Nontaburi: National Health Security Office; 2023. [updated 2023 May 28; cited 2024 Feb 15]. Available from: <https://www.nhso.go.th/news/4022> (in Thai)
2. Thailand Nursing and Midwifery Council. Press release on the “warm community nursing clinic” in collaboration with NHSO establishing to serve as a primary healthcare unit [Internet]. Nontaburi: Thailand Nursing and Midwifery Council; 2023. [updated 2023 May 28; cited 2024 Feb 16]. Available from: <https://www.tnmc.or.th/news/407> (in Thai)
3. Jongudomkarn D. Family health nursing: Concept and theory implications for crisis intervention. 5th ed. Khon Kaen: Khlangnanawitaya; 2023. (in Thai)

4. Sittikan S, Jongudomkarn D. Exploring the primary healthcare service accessibilities of patients with chronic illness in northeastern Thailand. *IJMRAP* 2019;2(2):65-70.
5. Bally JM, Burles M, Smith NR, Holtslander L, Mpofu C, Hodgson-Viden H, et al. Exploring opportunities for holistic family care of parental caregivers of children with life-threatening or life-limiting illnesses. *Qual Soc Work* 2021;20(5):1356-73.
6. Filoche S, Stubbe MH, Grainger R, Robson B, Paringatai K, Wilcox P, et al. How is family health history discussed in routine primary healthcare? A qualitative study of archived family doctor consultations. *BMJ Open* 2021 Oct 5;11(10):e049058.
7. Adams S, Cohen E, Mahant S, Friedman N, MacCulloch R, Nicholas DB. Exploring the usefulness of comprehensive care plans for children with medical complexity (CMC): A qualitative study. *BMC Pediatr* 2013;13(10):2-11.
8. Jongudomkarn D, Singhawara P, Macduff C. Village coices: lessons about processes for disease prevention from a qualitative study of family health leaders in a community in Northeastern Thailand. *Asian Pac J Cancer Prev* 2015;16(10):4101-8.
9. Jongudomkarn D. A volunteer alcohol consumption, reduction campaign: Participatory action research among Thai women in the Isaan region. *Asian Pac J Cancer Prev* 2014;15(17):7343-50.
10. Dang BN, Westbrook RA, Njue SM, Giordano TP. Building trust and rapport early in the new doctor-patient relationship: a longitudinal qualitative study. *BMC Med Educ* 2017;17(1):32.
11. Koppel PD, De Gagne JC, Docherty S, Smith S, Prose NS, Jabaley T. Exploring nurse and patient experiences of developing rapport during oncology ambulatory care videoconferencing visits: qualitative descriptive study. *J Med Internet Res* 2022;24(9):e39920.
12. Pogorzelska K, Marcinowicz L, Chlabicz S. A qualitative study of primary care physicians' experiences with telemedicine during the COVID-19 pandemic in North-Eastern Poland. *Int J Environ Res Public Health* 2023;20(3):1963.
13. Kunin M, Advocat J, Gunatillaka N, Russell G. Access to care: a qualitative study exploring the primary care needs and experiences of older people needing assistance with daily living. *Aust J Prim Health* 2021;27(3):228-35.
14. Gyberg A, Wijk H, Ulin K. Struggling for access to appropriate healthcare services: a qualitative content analysis of patient complaints. *J Adv Nurs* 2023;79:3748–59.
15. Maria ARJ, Serra H, Heleno B. Teleconsultations and their implications for health care: a qualitative study on patients' and physicians' perceptions. *Int J Med Inform* 2022;162:104751.
16. Renghea A, Cuevas-Budhart MA, Yébenes-Revuelto H, Gómez Del Pulgar M, Iglesias-López MT. "Comprehensive care" concept in nursing: systematic review. *Invest Educ Enferm* 2022;40(3):e05.

17. Jongudomkarn D, Maneeat T, Panpanit L, Neelasmith S, Boontoos K, Manorat M, et al. Final report of a prototype model to develop families and community capacities to care for long-term stroke survivors. Khon Kaen: SECSI project, Spearhead for Health Care System Funding, National Research Council of Thailand funding for Faculty of Public Health, Chiangmai University in collaboration with the Foundation of Emergency Medicine, KKH, and Faculty of Nursing, KKH, Thailand; 2022. (in Thai)