

บทที่ 2

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง ปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า แนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

1. การดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย
 - 1.1 สถานการณ์ของผู้สูงอายุในประเทศไทย
 - 1.2 นโยบายและพระราชบัญญัติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของประเทศไทย
 - 1.3 การดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย
2. สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ
 - 2.1 ความหมายและความสำคัญของสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ
 - 2.2 ประเภทและองค์ประกอบของสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ
 - 2.3 การประเมินสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ
 - 2.4 สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ
 - 2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ
3. บริบทการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 - 3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 - 3.2 บทบาทการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 - 3.3 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1. การดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550 – พ.ศ.2554) ยังคงเน้นการเสริมสร้างสุขภาพและมุ่งสู่ระบบสุขภาพพอเพียง นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขยังพยายามที่จะบูรณาการงานด้านผู้สูงอายุภายในกระทรวงโดยการตั้งคณะกรรมการอำนวยการงานผู้สูงอายุซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และการตั้งคณะกรรมการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุที่มีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน วิสัยทัศน์ของแผนยุทธศาสตร์พัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุ (ปี พ.ศ.2552 – พ.ศ. 2554) คือ “มุ่งมั่นพัฒนาสุขภาพผู้สูงอายุสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี” โดยมียุทธศาสตร์ที่สำคัญ 5 ยุทธศาสตร์ คือ

1. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุของสถานบริการทุกระดับและการบริการในชุมชนให้ครอบคลุมทั้ง การส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสุขภาพ
2. การสร้างและพัฒนาศักยภาพกำลังคนด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
3. การสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายด้านผู้สูงอายุ
4. การบริหารจัดการเชิงบูรณาการงานด้านสุขภาพผู้สูงอายุ
5. การพัฒนาองค์ความรู้และการศึกษาวิจัยด้านสุขภาพผู้สูงอายุ (กระทรวงสาธารณสุข 2552)

ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุนั้น มีการเน้นการพัฒนาและการให้การสนับสนุนบริการทางสุขภาพในชุมชนที่สามารถเข้าถึงผู้สูงอายุให้มากที่สุด โดยเน้นบริการถึงบ้าน และเน้นให้มีการบูรณาการระหว่างบริการทางสุขภาพและบริการทางสังคม อาทิเช่น บริการเคลื่อนที่ บริการเยี่ยมบ้าน ศูนย์กลางวัน บริการสุขภาพที่บ้าน สนับสนุนระบบอาสาสมัครผู้ดูแล เป็นต้น

1.1 สถานการณ์ของผู้สูงอายุในประเทศไทย

จากการเปลี่ยนแปลงด้านภาวะการเจริญพันธุ์ และภาวะการตายของประชากรลดลงได้ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างทางอายุของประชากรไทย กล่าวคือ พบว่าในช่วง 20-30 ปี ที่ผ่านมามีทั้งจำนวนและสัดส่วนของประชากรไทยในวัยเด็ก (อายุต่ำกว่า 15 ปี) ลดลง ในขณะที่จำนวนของประชากรในวัยแรงงาน (อายุ 15-29 ปี) ยังคงเพิ่มขึ้น สำหรับประชากรสูงอายุหรือประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนและสัดส่วนเพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในอนาคต กล่าวคือ ประชากรสูงอายุจะเพิ่มจากประมาณ 5 ล้านคนในปัจจุบันเป็นประมาณ 10 ล้านคนในอีก 20 ปีข้างหน้า และเป็นที่น่าสังเกตว่าอัตราเพิ่มของประชากรสูงอายุ จะเร็วกว่าประชากรโดยรวมทั้งหมด ดังจะเห็นได้จาก ระหว่างปี 2523 ถึงปี 2533 ประชากรสูงอายุจะเพิ่มเป็นร้อยละ 4.7 แต่เมื่อเปรียบเทียบการเพิ่มระหว่างปี 2523 ไปจนถึงปี 2563 จะพบว่าประชากรสูงอายุ จะเพิ่มสูงถึงกว่าร้อยละ 30 สาเหตุของการเพิ่มจำนวนประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็ว เป็นเพราะภาวะเจริญพันธุ์ที่เคยสูงในอดีต

และภาวะการตายที่ลดลงเป็นลำดับอย่างต่อเนื่องตั้งแต่หลังสงครามโรคครั้งที่ 2 ทำให้ประชากรในรุ่นที่เคยเป็นเด็ก ซึ่งเกิดมาเป็นจำนวนมากในอดีต ได้ค่อยๆ ทอยเข้าสู่วัยแรงงานและวัยสูงอายุในที่สุด

นอกจากนี้ยังพบว่า ในกลุ่มประชากรสูงอายุจะมีผู้ที่อยู่ในกลุ่มอายุมากๆ เพิ่มขึ้นเป็นลำดับเช่นในปี พ.ศ. 2533 มีผู้ที่มีอายุ ตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป เพียงประมาณ 700,000 คน คาดว่าจะเพิ่มเป็น 1,400,000 คน ในราวปี พ.ศ. 2553 และคาดว่าจะเพิ่มเป็นกว่า 2 ล้านคนในปีพ.ศ. 2563

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างเพศหญิงกับเพศชาย จะพบว่าจำนวนผู้สูงอายุที่เป็นเพศหญิงจะมีมากกว่าเพศชาย และเมื่อพิจารณาอัตราส่วนทางเพศของประชากรในประเทศไทย จะพบว่าอัตราส่วนทางเพศเมื่อแรกเกิด จะมีเด็กชายมากกว่าเด็กหญิง แต่ในกลุ่มสูงอายุลบพบว่า มีผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย สะท้อนถึงอัตราการตายที่สูงกว่าของประชากรเพศชาย หากพิจารณาจากความคาดหมายการคงชีพเมื่อแรกเกิด (Life expectancy at birth; co) จะพบว่าประชากรไทยมีความหมายการคงชีพเมื่อแรกเกิด เพิ่มสูงขึ้นเป็นลำดับ โดยที่เพศหญิงมีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวกว่าเพศชาย ข้อมูลล่าสุดจากการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร พ.ศ. 2538-2539 แนวโน้มความคาดหมายการคงชีพ ในกลุ่มประชากรที่มีอายุ 60 และ 70 ปี จะพบว่าประชากรที่มีชีวิตอยู่จนถึงอายุ 60 ปี มีโอกาสที่จะอยู่รอดเพิ่มสูงอีกเป็นลำดับ จากข้อมูลการสำรวจการเปลี่ยนแปลงประชากร พ.ศ. 2528-2529 และ พ.ศ. 2538-2539 แสดงให้เห็นว่า ประชากรเพศชายที่มีอายุ 60 ปี มีจำนวนโดยเฉลี่ยที่จะมีชีวิตอยู่รอดต่อไป เพิ่มประมาณ 4.8 ปี และเพศหญิงเพิ่มประมาณ 5.4 ปี คือเป็นที่น่าสังเกตว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีโอกาส หรือจำนวนปีโดยเฉลี่ยที่จะมีชีวิตอยู่รอด สูงกว่าผู้สูงอายุเพศชายอย่างชัดเจน อย่างไรก็ตามประเด็นที่ควรสนใจ คือ ความยืนยาวของชีวิตที่เพิ่มขึ้นนี้ เป็นการเพิ่มความยืนยาวที่มีภาวะสุขภาพที่ดีหรือไม่ (วิพรรณ ประจวบเหมาะ รูปโฟโล 2542)

1.1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรวัยสูงอายุในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาเป็นไปตามการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโลก กล่าวคือจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้น สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้คาดประมาณแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรไทยไว้ว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุจะเพิ่มจากร้อยละ 7.2 ในปี 2533 เป็น ร้อยละ 15.3 ในปี 2563 (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ การคาดประมาณแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงประชากรไทย 2533-2563) ที่อยู่ อยู่ในเขตเทศบาลร้อยละ 78.6 นอกเขตเทศบาลร้อยละ 21.4 อ่านไม่ออกเขียนไม่ได้ ร้อยละ 76.1 จบประถมศึกษา ร้อยละ 23.9 มัธยมศึกษา ร้อยละ 68.9 ปวส. ร้อยละ 5.8 อนุปริญญา ร้อยละ 0.8 ปริญญาขึ้นไปร้อยละ 2.9

ปัจจุบันผู้สูงอายุในสังคมไทยเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วเมื่อเปรียบเทียบกับปรากฏการณ์ในประเทศที่พัฒนาแล้วในอดีต โดยที่ระยะเวลาที่สัดส่วนของประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 ของประเทศอังกฤษและเวลส์ และใช้เวลานานถึง

107 ปี ในขณะที่ประเทศไทยจะใช้เวลา 30 ปี เท่านั้น ผลคือจะทำให้สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุไทยเพิ่มจากร้อยละ 4.8 ในปี พ.ศ.2498 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 5.6 (ปีพ.ศ.2528) ร้อยละ 7.6 (ปีพ.ศ. 2538) ร้อยละ 9.3 (ปี พ.ศ.2543) และคาดว่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 12 (ปีพ.ศ.2558) ซึ่งตามเกณฑ์องค์การสหประชาชาติ ได้กำหนดว่าสังคมใดมีสัดส่วนประชากรสูงอายุที่มีอายุ 65 ปี ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 7 ของประชากรทั้งหมด ถือว่าสังคมนั้นเข้าสู่ภาวะที่เรียกว่า “ภาวะประชากรสูงอายุ” หรือ population ageing สาเหตุสำคัญสองประการที่ทำให้สัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ได้แก่ อัตราการเกิดลดลง ในขณะที่อัตราการเสียชีวิตโดยรวมก็ลดลง

ผลจากอัตราการเสียชีวิตของประชากรไทยลดลง ทำให้อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (life expectancy at birth) ของประชากรไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นด้วย โดยอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเท่ากับ 40 ปี ในปี พ.ศ. 2480 แล้วเพิ่มขึ้นเป็น 60 ปี ในปี พ.ศ. 2510 (อายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้นประมาณ 20 ปี โดยใช้เวลาเพียง 30 ปี) และเพิ่มขึ้นเป็น 71 ปี ในปี พ.ศ. 2550 (อายุคาดเฉลี่ยเพิ่มขึ้นประมาณ 11 ปี โดยใช้เวลา 40 ปี) โดยผู้หญิงไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด 75.7 ปี ขณะที่ผู้ชายไทยเท่ากับ 68.4 ปี บ่งบอกถึงการมีชีวิตที่ยืนยาวของผู้หญิงผู้หญิงไทยมากกว่าผู้ชายประมาณ 7 ปี ในปี พ.ศ. 2550 (ประเสริฐ อัสสันตชัย 2552)

สถานการณ์ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป ปี 2554 จากแหล่งข้อมูล 2 แหล่ง คือ ทะเบียนราษฎรรวมทั้งประเทศ 62,951,504 คน ประชากรอายุ 60 ปี 7,811,45 คน คิดเป็นร้อยละ 12.41 และข้อมูลประชากรสูงอายุ 60 ปี จาก 21 แฟ้มมาตรฐาน ประชากรรวมทั้งประเทศ 88,721,756 คน ประชากรอายุ 60 ปี จำนวน 12,298,847 คน คิดเป็นร้อยละ 13.86 ซึ่งถือว่าประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว

สถานการณ์ประชากรสูงอายุ จังหวัดขอนแก่น ปี 2554 พบว่า จำนวนประชากรสูงอายุทั้งหมด 1,245,487 คน ชาย 85,351 คน หญิง 112,139 คน รวม 197,4908 คน คิดเป็นร้อยละ 15.86 ซึ่งถือว่าจังหวัดขอนแก่นเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว

1.1.2 ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

1) ปัญหาด้านสุขภาพ

(1) ภาวะทุพพลภาพ : ข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันมักถูกจัดว่าเป็นผู้ที่อยู่ในภาวะทุพพลภาพ จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ.2550 และ พ.ศ.2554 ข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันโดยวัดจากการไม่สามารถทำกิจวัตรพื้นฐาน 1 ใน 3 กิจกรรมด้วยตนเองต่อไปนี้ คือ 1) การกินอาหาร 2) ใส่เสื้อผ้า และ 3) อาบน้ำ / แปรงฟัน / ล้างหน้า / เข้าห้องสุขา

จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะทุพพลภาพ หรือมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน มีสัดส่วนไม่เปลี่ยนแปลงระหว่างปี พ.ศ.2550 - พ.ศ.2554

ภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุมีแนวโน้มเพิ่ม ขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยประมาณร้อยละ 15 ของผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไปมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง และเมื่อเปรียบเทียบ ระหว่างปี พ.ศ.2550 กับ พ.ศ.2554 พบแนวโน้มของภาวะทุพพลภาพที่คงที่และลดลงเล็กน้อยในช่วง กลุ่มอายุ 60-74 ปี และค่อยกลับเพิ่มขึ้นใหม่ตั้ง แต่อายุ 75 ปีขึ้นไป

เมื่อเปรียบเทียบภาวะทุพพลภาพตามเพศ ระหว่างปี พ.ศ.2550 กับ พ.ศ.2554 พบว่า ภาวะทุพพลภาพของทั้งชายและหญิงแทบจะไม่มีเปลี่ยนแปลง ทั้งยังเป็นที่น่า สังเกตว่าผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันสูงกว่าผู้ชาย การมีข้อจำกัด ดังกล่าวน่าจะบั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุหญิงที่มีแนวโน้มที่จะมีอายุยืนยาวกว่าชาย แต่กลับ ต้องตกอยู่ในภาวะที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ในบั้นปลายของชีวิตในสัดส่วนที่สูงกว่า (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554)

(2) สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ: ความซึมเศร้า

การสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทยโดยการตรวจ ร่างกาย มีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุโดยพิจารณาจากการมีปัญหาคือความซึมเศร้า และภาวะอารมณ์ในด้านลบ ข้อมูล แสดงการกระจายร้อยละของผู้สูงอายุตามระดับความซึมเศร้าจน ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติการกิจปกติได้นั้น พบว่า ร้อยละของผู้สูงอายุที่มีภาวะความซึมเศร้าในระดับ รุนแรงถึงรุนแรงมากมีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ 3.8 ในปี พ.ศ.2546-47 เหลือเพียงร้อยละ 2.2 ในปี พ.ศ.2551-52 อย่างไรก็ตามภาวะความซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอายุ เพศ และเขตที่อยู่อาศัย โดย ผู้สูงอายุที่มีอายุมากขึ้นยังมีภาวะความซึมเศร้าเพิ่มขึ้น ผู้สูงอายุที่เป็นหญิง และผู้สูงอายุที่อาศัยในเขต ชนบทมีภาวะความซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุที่เป็นชายหรืออยู่ในเขตเมือง (สำนักงานสถิติแห่งชาติ 2554)

(3) โรคเรื้อรัง จากการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุโดยการตรวจร่างกายในปี พ.ศ.2546-47 และ พ.ศ.2551-52 พบว่าโรคเรื้อรังมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อย ได้แก่ ความดันโลหิตสูง แต่โรคเรื้อรังที่แนวโน้มเพิ่มขึ้นคือโรคเบาหวาน ไชมันในเลือดสูง อัมพฤกษ์/อัมพาต โรคปอดอุดกั้น ไตวายเรื้อรัง ซึ่งโรคดังกล่าวสามารถนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพและการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ (สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ และสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.2546-47 และ พ.ศ.2551-52)

2) ปัญหาด้านกำลังคน

(1) ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร โดยเฉพาะบุคลากรด้านการแพทย์และ สาธารณสุขยังขาดแคลนอยู่ในทุกระดับ โดยเฉพาะการขาดแคลนแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ และ การขาดแคลนบุคลากรในกลุ่มหลักกลุ่มอื่นๆคือ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด และนักจิตวิทยา

(2) ปัญหาคุณภาพบุคลากร นอกจากปัญหาการขาดแคลนเชิงจำนวน และการกระจายกำลังคนแล้ว พบว่าบุคลากรที่เกี่ยวข้องยังขาด ความรู้ ทักษะ และทักษะในการ

ให้บริการอย่างรอบด้านซึ่งจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา เนื่องจากอุปสรรคของการบริการสุขภาพที่สำคัญคือ การที่ผู้ให้บริการไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างเพียงพอ ทั้งด้านความรู้และทักษะในการปฏิบัติงาน ซึ่งทั้งสองสิ่ง มีความสำคัญต่อทัศนคติและความชำนาญของผู้ให้บริการและส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการดูแลและบริการศักยภาพของผู้ให้บริการด้านสุขภาพมีผลต่อความเชื่อมั่น ของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุย่อมต้องการให้ผู้ให้บริการสุขภาพมีศักยภาพในการวินิจฉัย การรักษาโรค และการให้บริการดูแลที่ดี

1.2 นโยบายและพระราชบัญญัติเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

1.2.1 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุฉบับแรกเกิดขึ้นเมื่อวันที่ 30 ธันวาคม 2546 ตราขึ้นตามเจตนารมณ์ ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 ที่ประสงค์จะให้บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ ซึ่งในพระราชบัญญัติ ผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ได้ให้ความสำคัญกับการคุ้มครองผู้สูงอายุให้ได้รับสวัสดิการอย่างเป็นธรรมและ เสมอภาค เป็นหลักประกันด้านสิทธิเสรีภาพ โดยมาตรา 11 ได้กำหนดสิทธิของผู้สูงอายุที่จะได้รับใน ด้านต่างๆ รวม 12 เรื่อง และมาตรา 16 ได้ให้สิทธิในการลดหย่อนภาษีแก่ผู้อุปการะเลี้ยงดูผู้สูงอายุ ภายใต้กฎหมายฉบับนี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุที่ได้รับสิทธิต่างๆ รวมทั้งสิ้น 13 เรื่อง ครอบคลุมแนวทางการ ดำเนินงานพัฒนาผู้สูงอายุ 3 ด้าน ดังนี้ (วราภรณ์และคณะ,โครงการศึกษาด้านแบบของการบูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง:2559)

1) สิทธิการได้รับบริการ การคุ้มครอง การส่งเสริม และสนับสนุนการพัฒนาผู้สูงอายุด้านสังคม ได้แก่ การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข เพื่ออำนวยความสะดวกรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณี พิเศษ การศึกษา ศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต การพัฒนาตนเอง สร้าง เครือข่ายและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการ ทารุณกรรมหรือถูกทอดทิ้ง การจัดหาที่พักอาศัย อาหาร และเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม และการสงเคราะห์ในการจัดการศพ ตามประเพณี การได้รับบริการคำแนะนำ ปรีกษา ด้านกระบวนการยุติธรรม สำหรับสิทธิสงเคราะห์เงิน เบี้ยยังชีพได้ออกระเบียบคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติว่าด้วยหลักเกณฑ์การจ่ายเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ พ.ศ.2552 โดยกำหนดคุณสมบัติของผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยยังชีพเป็นผู้มีสัญชาติไทยอายุ 60 ปีขึ้นไป ไม่ได้รับสวัสดิการใดๆจากรัฐ และไม่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐ เป็นต้น โดยให้กรมส่งเสริมการปกครอง ส่วนท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา จ่ายเงินเบี้ยยังชีพให้เป็นรายเดือน เดือนละ 500 บาท1 ตั้งแต่เดือนเมษายน พ.ศ.2552 เป็นต้นไป

2) สิทธิการได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนด้านเศรษฐกิจ ได้แก่ การส่งเสริมอาชีพ การฝึกอาชีพ ที่เหมาะสม และสิทธิลดหย่อนภาษีแก่ผู้อุปการะเลี้ยงดูผู้สูงอายุ

3) สิทธิการได้รับบริการด้านโครงสร้างพื้นฐานและบริการสาธารณะ ได้แก่ การอำนวยความสะดวกและปลอดภัยแก่ผู้สูงอายุในอาคารสถานที่ หรือการบริการสาธารณะอื่น การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม และการยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ

1.2.2 แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

แผนผู้สูงอายุแห่งชาติซึ่งเป็นแผนระยะยาว 20 ปี ซึ่งจัดทำมาแล้ว 2 ฉบับ คือ แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ.2525 -2544) และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) โดยใน แผนฉบับที่ 1 จะเน้นการกำหนดนโยบายและมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย การศึกษา ความมั่นคงของรายได้ การทำงาน สังคม วัฒนธรรม สวัสดิการสังคม โดยมี การกำหนดตัว บ่งชี้เบื้องต้นไว้อย่างกว้างๆ โดยไม่มีการกำหนดเป้าหมายของตัวบ่งชี้และไม่มีการติดตามประเมินผล (พิชาย รัตนติลก ณ ภูเก็ต, 2556) สำหรับแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ซึ่งเป็นแผน ระดับชาติที่มีการกำหนดยุทธศาสตร์ มาตรการ เป้าหมาย และดัชนีชี้วัดไว้อย่างชัดเจน รวมทั้งได้มีการ กำหนดให้มีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานทุก 5 ปี ซึ่งปัจจุบัน แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 ได้รับการปรับปรุงและยกร่างเป็นแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1 พ.ศ.2552 ซึ่งได้กำหนดยุทธศาสตร์การพัฒนาผู้สูงอายุเป็น 5 ยุทธศาสตร์ (คณะกรรมการผู้สูงอายุ แห่งชาติ, 2552) ประกอบด้วย

1) ยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ ครอบคลุม เรื่องหลักประกันด้านรายได้เพื่อวัยสูงอายุ การให้การศึกษาและการเรียนรู้ตลอดชีวิต รวมทั้งการปลูก จิตสำนึกของคนในสังคมตระหนักถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ

2) ยุทธศาสตร์การส่งเสริมและพัฒนาผู้สูงอายุครอบคลุมเรื่องการส่งเสริมความรู้ด้านการ ส่งเสริมสุขภาพ การอยู่ร่วมกันและสร้างความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ การทำงาน และการหารายได้การสนับสนุนผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ การสนับสนุนสื่อทุกประเภทให้มีรายการเพื่อผู้สูงอายุ ตลอดจน สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความรู้สามารถเข้าถึงข่าวสารและสื่อ การให้ผู้สูงอายุที่มีอยู่อาศัยใน สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย

3) ยุทธศาสตร์ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ครอบคลุมเรื่อง รายได้ หลักประกันสุขภาพ ครอบครัวยุ ระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน

4) ยุทธศาสตร์การบริหารจัดการ ครอบคลุมเรื่องการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้าน ผู้สูงอายุระดับชาติ และการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ

5) ยุทธศาสตร์ด้านการประมวลผลและพัฒนาและเผยแพร่องค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุ และการติดตาม ประเมินผลการดำเนินการตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ รวมทั้งการพัฒนาแบบจำลอง ด้านผู้สูงอายุให้เป็น ระบบและทันสมัย (วรารักษ์และคณะ,โครงการศึกษาดัชนีแบบของการบูรณาการระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง:2559)

1.3 การดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้แบ่งการดูแล ผู้สูงอายุ ระยะเวลาในประเทศไทยออกเป็น 3 รูปแบบ ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัว การดูแล ผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริบาล และการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน (สำนักส่งเสริม สุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2553: 38) ใช้รูปแบบการดูแลระยะยาว ของกระทรวงสาธารณสุข โดยแต่ละรูปแบบมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (วารสารและคณะ,โครงการศึกษาต้นแบบของการบูรณาการ ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง:2559)

1.3.1 การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุส่วนใหญ่ พบว่าครอบครัว จะเป็นผู้ให้การดูแล โดยเมื่อจำแนกผู้สูงอายุตาม ระดับภาวะพึ่งพิง พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ระดับต่ำร้อยละ 90.5 เป็นผู้ดูแลตนเอง ส่วนผู้สูงอายุในกลุ่มที่ มีภาวะพึ่งพิงสูงร้อยละ 4.8 จะได้รับการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันจากผู้รับจ้างดูแล (รวมพยาบาล ผู้ช่วย พยาบาล ลูกจ้าง) แต่ยังคงพบว่ามีผู้สูงอายุร้อยละ 0.6 และร้อยละ 1.0 ที่ต้องการการดูแลแต่ไม่มีผู้ดูแล (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2550) การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวที่บ้านก็เป็นทางเลือกที่ดีที่สุดทางหนึ่งซึ่ง สอดคล้องกับแนวคิดที่ให้ ผู้สูงอายุอาศัยในที่เดิม (Aging in Place) การจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถอาศัยในที่เดิมได้ (ด้วยความ เต็มใจ) ต้องมีการดูแลสุขภาพและเรื่องอื่นๆที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิต และที่สำคัญผู้สูงอายุจะต้อง สามารถเข้าถึง บริการที่จำเป็นต่อการใช้ชีวิตประจำวันได้

1.3.2 การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถานบริบาล ผู้สูงอายุที่มีภาวะการพึ่งพิงในระดับที่ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง และครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลได้จำเป็นต้องไปพึ่งพา สถานบริบาล ซึ่งค่าใช้จ่ายในการรับบริการดูแลในสถานบริบาลโดยเฉลี่ยค่อนข้างสูงประมาณ 15,000-52,500 บาทต่อเดือน (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และกนิษฐา บุญธรรมเจริญ, 2553) แต่ก็มีสถานบริบาล ระยะยาวที่หน่วยงานภาครัฐดำเนินการ เช่น ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุสำหรับผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาความทุกข์ยากเดือดร้อน ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีผู้ดูแล และเมื่อผู้สูงอายุอยู่ใน สถานบริบาลไประยะหนึ่งมักมีปัญหาสุขภาพตามมาซึ่งต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น จากการศึกษาสถาน ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ (2552) พบว่าผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงผู้อื่น ปานกลางถึง พึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมดพบว่ามีถึงร้อยละ 52.3 โดยเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงผู้อื่นทั้งหมดร้อยละ 15.9 ซึ่ง ผู้สูงอายุต้องการได้รับความช่วยเหลือดูแลถึง 20-27 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ใน สถานบริบาลยังมีโรคประจำตัวและภาวะพึ่งพิงจากการถดถอยของสมรรถภาพตามวัย ดังนั้น แนวโน้ม ของภาวะพึ่งพิงจะเพิ่มมากขึ้นตามแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุและโรคเรื้อรัง

1.3.3 การดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน การใช้ชุมชนเป็นฐานการให้บริการ มุ่งใช้ ศักยภาพของชุมชนและทรัพยากรในชุมชน เป็นกลไกดำเนินงานเพื่อชุมชนโดยชุมชนมีจุดมุ่งหมาย เพื่อสร้างจิตสำนึกและพัฒนาศักยภาพคนในชุมชน สำหรับการให้บริการสุขภาพที่เกิดขึ้นในระดับ ครอบครัวหรือชุมชนเป็นการดำเนินการโดย ให้คนในชุมชนเป็นผู้กำหนดปัญหาสาธารณสุขของชุมชน

วิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางแก้ปัญหาของชุมชน รวมทั้งประเมินผลการแก้ปัญหาต่างๆ เพราะคนในชุมชนจะเป็นผู้รู้และตระหนักถึงปัญหาของชุมชน ดีที่สุดซึ่งจะทำให้สามารถตอบสนองความต้องการของชุมชนได้เป็นอย่างดี ส่วนระบบบริการของรัฐจะเน้นการบริการสุขภาพที่นอกเหนือจากความสามารถในการดูแลสุขภาพของบุคคล ครอบครัว และ ชุมชน ซึ่งการดำเนินการจะต้องคำนึงถึงบริบทของชุมชน (Context of community) วัฒนธรรม ค่านิยม ความเชื่อ ครอบครัวและชุมชน การมีส่วนร่วมของชุมชน และการเข้าถึงบริการสุขภาพ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายการดูแลสุขภาพและส่งเสริมภาวะสุขภาพและฟื้นฟูสุขภาพในระยะยาว

2. สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ

2.1 ความหมายและความสำคัญของสมรรถนะการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

สมรรถนะหรือสมรรถภาพตรงกับคำภาษาอังกฤษว่า Ability หรือ Competence ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า “สมรรถนะ” ไว้ต่างๆ ดังนี้

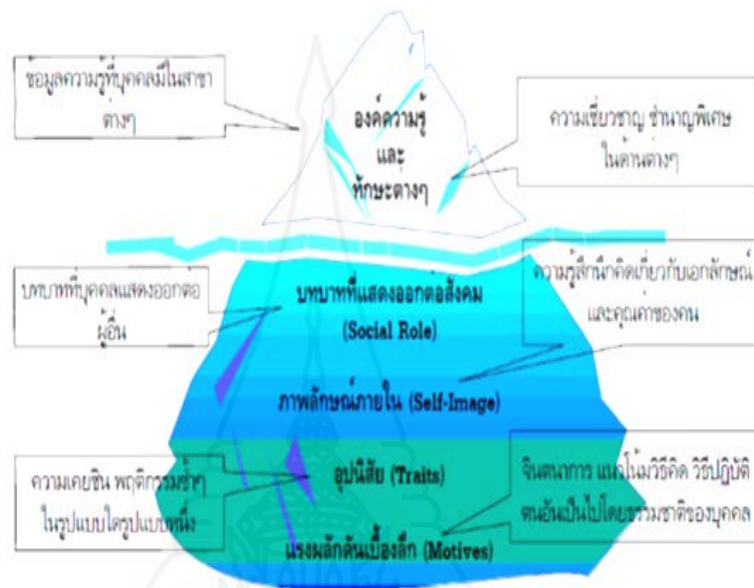
สมรรถนะ (Competency) ตามพจนานุกรมราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2531 มีความหมาย ความสามารถ หรือการมีคุณสมบัติที่เหมาะสมแก่การจัดทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ซึ่งตรงกับ Webster (1979) กล่าวว่า เป็นความสามารถหรือการกระทำของบุคคลในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง

Boss (1985 cited in Nagelsmith, 1995) กล่าวว่า สมรรถนะ หมายถึง ความรู้ และทักษะรวมถึงค่านิยมการคิดอย่างวิจารณ์ญาณ การตัดสินใจทางคลินิก เจตนาดี และการบูรณาการทฤษฎีด้านต่างๆ เข้ากับการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งสอดคล้องวันทนา ถิ่นกาญจน์ (2539 อ้างถึงใน ดารารพร คงจาและคณะ, 2542) ได้กล่าวว่า สมรรถนะ คือ ความรู้ทักษะ เจตนาดี และบุคลิกลักษณะซึ่งพยาบาลพึงมีและแสดงออกอย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับวิชาชีพการพยาบาล

กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร (2554) สมรรถนะ (Competency) หมายถึง ความรู้ (Knowledge) ทักษะ (Skill) และคุณลักษณะของบุคคล (Attributes) ซึ่งบุคคลนั้นแสดงออกเป็นวิธีคิดและพฤติกรรมในการทำงาน ที่จะส่งผลต่อการปฏิบัติงานของแต่ละบุคคล และมีการพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง อันจะส่งผลให้เกิดความสำเร็จตามมาตรฐานหรือสูงกว่ามาตรฐานที่องค์การได้กำหนดเอาไว้

David C. McClelland (1993 อ้างในสุกัญญา รัชมีธรรมโชติ) ได้ให้ความหมายของคำว่า “สมรรถนะ” คือ บุคลิกลักษณะที่ซ่อนอยู่ภายในปัจเจกบุคคล ซึ่งสามารถผลักดันให้ปัจเจกบุคคลนั้นสร้างผลการปฏิบัติงานที่ดีหรือตามเกณฑ์ที่กำหนดในงานที่ตนรับผิดชอบ ประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ 1) Skill สิ่งที่บุคคลกระทำได้ดีและฝึกปฏิบัติเป็นประจำจนเกิดความชำนาญ 2) Knowledge

ความรู้เฉพาะด้านของบุคคล 3) Self-concept or values เจตคติ ค่านิยม และความคิดเห็นเกี่ยวกับ
ภาพลักษณ์ของตนหรือสิ่งที่บุคคลเชื่อว่าตนเอง 4) Traits บุคลิกลักษณะประจำตัวของบุคคล 5) Motives
แรงจูงใจหรือแรงขับภายใน หมายถึง พลังขับเคลื่อนที่เกิดจากภายในจิตใจของบุคคลที่จะส่งผลกระทบต่อ
การกระทำ



ภาพที่ 2.1 ภาพจำลองภูเขาน้ำแข็ง (Iceberg Model)

ที่มา: สำนักงานคณะกรรมการข้าราชการพลเรือน (2548) หน้า 4

ซึ่งจากการศึกษาข้างต้นพบว่า ความหมายของสมรรถนะ คือ พฤติกรรมที่แสดงออกหรือ
การกระทำของบุคคลที่สะท้อนถึงความรู้ ทักษะการปฏิบัติ ค่านิยม ความเชื่อ เจตคติ ประเพณี และ
องค์ประกอบของสมรรถนะ

2.2 ประเภทและองค์ประกอบของสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ

2.2.1 ประเภทของสมรรถนะ สมรรถนะสามารถจัดเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ได้เป็น จัดเป็น
กลุ่ม 2 ประเภท คือ

1) **สมรรถนะหลัก (Core Competencies)** คือคุณลักษณะเชิงพฤติกรรมของ
พนักงานทุกตำแหน่งกำหนดขึ้นเพื่อหล่อหลอมค่านิยมและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ร่วม

2) **สมรรถนะประจำกลุ่มงาน (Functional Competencies)** คือสมรรถนะที่
กำหนดเฉพาะสำหรับแต่ละกลุ่มงาน เพื่อสนับสนุนให้พนักงานผู้ดำรงตำแหน่งในกลุ่มงานเดียวกัน
แสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมแก่หน้าที่และส่งเสริมให้สามารถปฏิบัติภารกิจในหน้าที่ได้ดียิ่งขึ้น

2.2.2 องค์ประกอบของสมรรถนะ เป็นผลรวมของทักษะ ความรู้ ค่านิยม ทักษะคิ ลักษณะส่วนบุคคลแรงจูงใจ ที่แสดงออกผ่านพฤติกรรม(Demonstrated behavior) ซึ่งมีความสำคัญ และส่งผลต่อความสำเร็จในการปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ และประสิทธิภาพสูงกว่ามาตรฐานทั่วไป โดยมีคุณลักษณะดังนี้

1) ความรู้ (Knowledge) คือ ความรู้เฉพาะในเรื่องที่ต้องรู้ เป็นความรู้ที่เป็นสาระสำคัญ เช่น ความรู้ด้านการตรวจรักษาเบื้องต้น เป็นต้น

2) ทักษะ (Skill) คือ สิ่งที่ต้องการให้ทำได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ทักษะทางคอมพิวเตอร์ทักษะทางการถ่ายทอดความรู้ เป็นต้น ทักษะที่เกิดขึ้นนั้นมาจากพื้นฐานทางความรู้ และสามารถปฏิบัติได้อย่างแคล่วคล่องว่องไว

3) ความคิดเห็นเกี่ยวกับตนเอง (Self-concept) คือ เจตคติ ค่านิยม และความคิดเห็นเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตน หรือสิ่งที่บุคคลเชื่อว่าตนเองเป็น เช่น ความมั่นใจในตนเอง เป็นต้น

4) บุคลิกลักษณะประจำตัวของบุคคล (Traits) เป็นสิ่งที่อธิบายถึงบุคคลนั้น เช่น คนที่น่าเชื่อถือและไว้วางใจได้ หรือมีลักษณะเป็นผู้นำ เป็นต้น

5) แรงจูงใจ/เจตคติ (Motives/Attitude) เป็นแรงจูงใจ หรือแรงขับภายใน ซึ่งทำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่เป้าหมาย หรือมุ่งสู่ความสำเร็จ เป็นต้น

2.2.3 แนวคิดเกี่ยวกับแรงจูงใจในงานให้สำเร็จ

1) ความหมายและความสำคัญของแรงจูงใจ

คำว่า “การจูงใจ” (Motivation) มาจากคำว่า “Movere” ในภาษาละติน แปลว่า การเคลื่อนไหว (Move) การจูงใจ โดยทั่วไป หมายถึงแรงผลักดันหรือความปรารถนาที่ทำให้เกิดการกระทำเนื่องจากการจูงใจมีผลต่อผลิตภาพในการทำงานของบุคลากร ผู้บริหารจึงควรให้ความสนใจ เพื่อให้สามารถจูงใจบุคลากรเพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์การอย่างมีประสิทธิภาพ (ราณี อธิชัยกุล 2554 อ้างใน เมธา พันธรัมย์ 2557)

(1) ความหมายของการจูงใจ

นักวิชาการหลายคนให้ความหมายของคำว่า “การจูงใจ” หลายทัศนะ อาทิ จูงใจเป็นแรงผลักดันจากภายในบุคคลเป็นความตั้งใจหรือเป็นกระบวนการทางจิตวิทยาที่กระตุ้น กำหนดทิศทางหรือควบคุมให้เกิดการกระทำที่จะนำไปสู่เป้าหมายหรือผลสำเร็จของงาน เช่น

การจูงใจ หมายถึง แรงผลักดันภายในตัวบุคคลที่เป็นเหตุให้บุคคลแสดง พฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงและตามเป้าหมาย ดอน เฮลรีเกิล และคณะ (Don Hellriegel and others, 2001: 130 อ้างถึงใน ราณี อธิชัยกุล 2554)

การจูงใจ หมายถึง ความต้องการหรือความเต็มใจภายในที่เป็นแรงผลักดันให้บุคลากรแสดงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ อันจะนำไปสู่ผลสำเร็จตามเป้าหมายขององค์การ

แรงจูงใจ (Motive) หมายถึง สิ่งที่อยู่ภายในตัวบุคคลที่มีผลทำให้บุคคลกระทำหรือเคลื่อนไหวหรือแสดงพฤติกรรมที่มีทิศทางตามเป้าหมาย แรงจูงใจอาจแบ่งออกเป็นแรงจูงใจทางด้านร่างกายหรือกายภาพ เช่น ความหิว ความกระหาย ความเหนื่อยล้า และแรงจูงใจด้านจิตวิทยาหรือแรงจูงใจที่มีอยู่ในจิตใจ เช่น ความต้องการความรัก การแสวงหาชื่อเสียง เกียรติยศ และการเป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่น เป็นต้น (ราณี อิศัยกุล 2554 อ้างใน เมธา พันธรัมย์, 2557)

การจูงใจ หมายถึง พฤติกรรมที่ถูกกระตุ้น โดยแรงขับของแต่ละบุคคลให้มี แนวทางที่มุ่งไปสู่จุดหมายปลายทางอย่างใดอย่างหนึ่ง และสิ่งใด ๆ ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมหรือการ กระทำขึ้น (มาลี วิทยารัตน์, 2540) การจูงใจ หมายถึง การนำปัจจัยต่าง ๆ ที่เป็นแรงจูงใจมาเป็นแรงผลักดันให้บุคคลแสดงออกถึงพฤติกรรม หรือปฏิบัติตามสิ่งจูงใจซึ่งมีทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลนั้น ๆ (เกรียงศักดิ์ เขียวยิ่ง, 2543 อ้างใน เมธา พันธรัมย์, 2557)

แรงจูงใจ (Motivation) หมายถึง ภาวะภายในอันหนึ่งที่เป็นพลัง สิ่งกระตุ้น สิ่งนำการกระทำของมนุษย์ ไปในทิศทางหรือช่องทางที่จะทำให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ (เทพนม เมืองแมน และสวีส สุวรรณ, 2540 อ้างใน เมธา พันธรัมย์, 2557)

แรงจูงใจ หมายถึง ความจำเป็น ความต้องการแรงขับหรือแรงกระตุ้นอันเกิดขึ้นภายในตัวบุคคล แรงจูงใจนี้จะถูกผลักดันไปสู่จุดหมาย ซึ่งอาจจะเป็นไปอย่างรอบคอบ หรือไม่รอบคอบก็ได้ (ไพฑูรย์ เจริญพันธุ์, 2530 อ้างใน เมธา พันธรัมย์, 2557)

กล่าวโดยสรุป แรงจูงใจ หมายถึง แรงผลักดันภายในตัวบุคคลหรือเป็นแรงปรารถนาเพื่อให้ได้มาซึ่งความต้องการความสำเร็จโดยมิได้หวังรางวัล เป็นความต้องการที่จะทำงานให้ดีที่สุดและทำให้สำเร็จผลตามที่ตั้งใจไว้หรือตามที่หน่วยงานและองค์กรตั้งเป้าหมายไว้ (เมธา พันธรัมย์, 2557)

2) ความสำคัญของแรงจูงใจ

พฤติกรรมของคนเราเกิดขึ้นได้ต้องมีแรงจูงใจ เพราะแรงจูงใจเป็นแรงผลักดันให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมาอย่างมีทิศทาง เพื่อบรรลุจุดหมายที่ต้องการ เมื่อมนุษย์มีความต้องการจะเกิดแรงจูงใจ ผลักดันให้เกิดพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อตอบสนองความต้องการนั้น โดยพฤติกรรมจะถูกกำหนดและควบคุมด้วยแรงจูงใจ (ไพฑูรย์ เจริญพันธุ์ 2530 อ้างใน เมธา พันธรัมย์, 2557)

แรงจูงใจเป็นปัจจัยที่มีความจำเป็นต่อการปฏิบัติงานของบุคคล กล่าวคือในการบริหารองค์การใด ๆ ก็ตามผู้บริหารย่อมต้องการให้ผู้ใต้บังคับบัญชา ทำงานด้วยความขยันขันแข็งเพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์การได้อย่างมีประสิทธิภาพมีการศึกษาพบว่า โดยปกติคนจะ ใช้ความสามารถในการทำงานเพียงร้อยละ 20-30 แต่เมื่อได้รับการจูงใจ คนจะเกิดแรงจูงใจในการทำงาน ทำให้ใช้ความสามารถเพิ่มขึ้นร้อยละ 80-90 ดังนั้นจึงเห็นได้ว่าแรงจูงใจเป็นตัวแปรที่สำคัญประการหนึ่ง ที่จะทำให้ประสิทธิภาพของการทำงานเพิ่มขึ้น หากได้รับการจูงใจที่เหมาะสมตรงกับความต้องการของบุคคล

จะเห็นว่าการจูงใจมีลักษณะเป็นนามธรรม กล่าวคือ เป็นวิธีการที่ชักนำพฤติกรรมผู้อื่น ให้ประพฤติปฏิบัติตามวัตถุประสงค์ โดยพฤติกรรมจะเกิดขึ้นได้ต้องมีแรงจูงใจ (motive) เพราะเหตุนี้การจูงใจจึงเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสิ่งเร้าหรือแรงจูงใจในการศึกษาทาง จิตวิทยา การจูงใจเป็นสิ่งที่สำคัญ เพราะการที่มนุษย์มีพฤติกรรมเกิดขึ้นได้หรือทำอะไรแล้วต้องเกิดจากแรงจูงใจ (motive) เป็นตัวผลักดันก่อนจึงจะเกิดแรงจูงใจซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้จากหลาย ลักษณะดังนี้

(1) แรงจูงใจเกิดจากความต้องการความสุขส่วนตัว มนุษย์มีความต้องการหาความสุขให้กับตนเอง หลีกหนีความไม่พึงพอใจ ดังนั้นแรงจูงใจจึงเป็นสิ่งสำคัญที่มนุษย์แสดงพฤติกรรมเพื่อหาความสมดุลไม่ว่าจะเป็นความสุขหรือความเจ็บปวดซึ่งขึ้นอยู่กับความพอใจของแต่ละบุคคล

(2) แรงจูงใจเกิดจากการตอบสนองสัญชาตญาณ โดยไม่ต้องมีการเรียนรู้ เช่น การตอบสนองต่ออาหาร ตอบสนองต่อสิ่งเร้าทางเพศและความเจ็บปวด เป็นต้น

(3) แรงจูงใจเกิดขึ้นตามหลักเหตุและผล คนเรามีอิสระที่จะกระทำหรือตัดสินใจในสิ่งต่างๆ โดยมีเหตุผลและรู้ว่าตนเองต้องการอะไร ดังนั้นการตัดสินใจเลือกจึงเป็นแรงจูงใจตามหลักเหตุและผล

(4) แรงจูงใจเกิดจากแรงขับ การกระทำของมนุษย์เลือกกระทำขึ้นอยู่กับความมากน้อยของแรงขับ ที่จะตัดสินใจให้เกิดการกระทำนั้น ๆ

(5) แรงจูงใจเกิดจากกระตุ้นของอารมณ์ ในบางครั้งบุคคลก็จะแสดงพฤติกรรมออกมาตามพลังของอารมณ์

3) ประเภทของแรงจูงใจ

การจูงใจแบ่งออกเป็น 2 ประเภทหลัก คือ

(1) การจูงใจภายนอก (Extrinsic motivation) หมายถึง รางวัลตอบแทนที่องค์กรจัดให้ที่เป็นรูปธรรม เช่น เงินเดือน ค่าจ้าง ประโยชน์และบริการ โบนัส สภาพแวดล้อมในการทำงาน ความมั่นคงในงาน การเลื่อนตำแหน่ง เป็นต้น รางวัลตอบแทนเหล่านี้มักได้รับตามระดับในองค์การ

(2) การจูงใจภายใน (Intrinsic motivation) หมายถึง รางวัลตอบแทนทางจิตวิทยาที่เป็นความรู้สึกภายในจิตใจเมื่อสามารถทำงานได้ผลดี เช่น การได้รับการยกย่องชมเชย โอกาสแสดงความสามารถในการทำงาน ความท้าทายของงานหากทำสำเร็จ ความสำเร็จในหน้าที่การงาน การได้รับการดูแลเป็นอย่างดีในที่ทำงาน เป็นต้น การจูงใจภายในนี้จะแตกต่างกันในแต่ละบุคคล

4) กระบวนการของแรงจูงใจ

แนวคิดของการจูงใจ กล่าวว่า บุคลากรจะทำงานให้เกิดผลดีตามต้องการได้ จำเป็นต้องมีความสามารถในการทำงาน ซึ่งประกอบด้วยความรู้และทักษะที่ทำให้ทำงานได้สำเร็จ ซึ่งการจูงใจแสดงได้โดยสมการ ดังนี้

$$\text{Performance} = \text{Ability} \times \text{Motivation}$$

จากสมการอธิบายได้ว่า บุคลากรไม่สามารถทำงานได้สำเร็จหากปราศจากความสามารถ ความสามารถเป็นองค์ประกอบสำคัญในการทำงานให้เกิดผลสำเร็จ แต่ความสามารถอย่างเดียวไม่ได้ทำให้บุคลากรมีผลการปฏิบัติงานในระดับสูง การจูงใจช่วยเป็แรงผลักดันให้บุคลากรพยายามทำงานให้บรรลุเป้าหมายขององค์การอย่างเต็มที่ เพื่อตอบสนองความต้องการหรือความคาดหวังของตนและขององค์การ กล่าวได้ว่ากระบวนการในการจูงใจประกอบด้วยขั้นตอนสำคัญ ดังนี้

- (1) บุคลากรมีความต้องการหรือความคาดหวัง เช่น ความต้องการทางกาย สังคม เป็นต้น
 - (2) ความต้องการเป็นเสมือนแรงผลักดันให้เกิดความพยายามกระทำ
 - (3) โดยมีเป้าหมายเป็นตัวกำหนดทิศทางให้แสดงพฤติกรรม
 - (4) บุคลากรจะได้รับรางวัลตอบแทนจากการแสดงพฤติกรรมที่องค์การ ต้องการจากองค์การและเพื่อให้รักษาระดับของพฤติกรรมที่ต้องการ
 - (5) เมื่อบุคลากรได้รับรางวัลตอบแทนที่ต้องการแล้ว บุคลากรจะประเมินว่ารางวัลตอบแทนที่ได้รับเพียงพอกับความต้องการหรือไม่ (ราณี อธิชัยกุล 2554 อ้างใน เมธา พันธรัมย์, 2557)
- ดังนั้นผู้บริหารจึงควรให้ความสนใจต่อการจูงใจบุคลากรในองค์การ โดยการพยายามโน้มน้าวให้บุคลากรเกิดแรงจูงใจหรือควบคุมแรงผลักดันจากภายในบุคลากรไปในทิศทางที่ทำให้บุคลากรแสดงพฤติกรรมเพื่อบรรลุเป้าหมายขององค์การอย่างเต็มความสามารถ โดยพยายามมักจะทำงานในลักษณะงานที่เปิดโอกาสให้รับผิดชอบเฉพาะส่วน มีอิสระในการตัดสินใจ และแก้ปัญหาด้วยตนเองระดับงานมีความยากง่ายพอดีไม่ง่ายหรือยากจนเกินไปกว่าความสามารถ และงานที่มีความแน่นอนและต่อเนื่องซึ่งสร้างผลงานได้ทำให้มีความก้าวหน้าในงานเพื่อพิสูจน์ถึง ความสามารถของตนเองได้ ฉะนั้นแรงจูงใจในการทำงานมีความสำคัญมากหากไม่ศึกษาและทำความเข้าใจในเรื่อง ทฤษฎีแรงจูงใจและความต้องการของมนุษย์อาจทำให้พยายามทำงานได้ไม่เต็มที่ ไม่ประสบผลสำเร็จหรือไม่เป็นไปตามที่ฝ่ายบริหารคาดหวัง จึงจำเป็นต้องสร้างแรงจูงใจให้เหมาะสมกับบุคคลอยู่เสมอ เพื่อให้เกิดความสุขในการทำงาน เกิดความรักและภักดีต่อองค์กรซึ่งก็จะส่งผลให้องค์กรประสบความสำเร็จไปด้วยเช่นกัน (เมธา พันธรัมย์, 2557)

2.2.4 แนวคิดและทฤษฎีแรงจูงใจแฝงสัมฤทธิ์ของแมคคลีแลนด์

ทฤษฎีนี้เน้นอธิบายการจูงใจของบุคคลที่กระทำการเพื่อให้ได้มาซึ่งความต้องการความสำเร็จมีได้หวังรางวัลตอบแทนจากการกระทำของเขา ซึ่งความต้องการความสำเร็จนี้ในแง่ของการทำงาน หมายถึง ความต้องการที่จะทำงานให้ดีที่สุดและทำให้สำเร็จผลตามที่ตั้งใจไว้ เมื่อตนทำอะไรสำเร็จได้ก็จะเป็นแรงกระตุ้นให้ทำงานอื่นสำเร็จต่อไป หากองค์การใดที่มีพนักงานที่แรงจูงใจแฝงสัมฤทธิ์จำนวนมากก็จะเจริญรุ่งเรืองและเติบโตเร็ว ในช่วงปี ค.ศ. 1940s นักจิตวิทยาชื่อ David I. McClelland ได้ทำการทดลองโดยใช้แบบทดสอบการรับรู้ของบุคคล (Thematic Apperception Test)

หรือเรียกย่อว่า ทีเอที (TAT) เพื่อวัดความต้องการของมนุษย์ โดยแบบทดสอบ TAT เป็นเทคนิคการนำเสนอภาพต่าง ๆ แล้วให้บุคคลเขียนเรื่องราวเกี่ยวกับสิ่งที่เขาเห็น จากการศึกษาวิจัยของแมคคลีแลนด์ได้สรุปคุณลักษณะของคนที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์สูงมีความต้องการ 3 ประการที่ได้จากแบบทดสอบ TAT ซึ่งเขาเชื่อว่าเป็นสิ่งสำคัญในการที่จะเข้าใจถึงพฤติกรรมของบุคคลได้ ดังนี้ (นิตยา วิมูล, 2553)

1) *ความต้องการความสำเร็จ (Need for Achievement (nAch))* เป็นความต้องการที่จะทำสิ่งต่างๆ ให้เต็มที่และดีที่สุดเพื่อความสำเร็จ จากการวิจัยของ McClelland พบว่าบุคคลที่ต้องการความสำเร็จ (nAch) สูง จะมีลักษณะชอบการแข่งขัน ชอบงานที่ท้าทาย และต้องการได้รับข้อมูลป้อนกลับเพื่อประเมินผลงานของตนเอง มีความชำนาญในการวางแผน มีความรับผิดชอบสูง และกล้าที่จะเผชิญกับความล้มเหลว

2) *ความต้องการความผูกพัน (Need for Affiliation (nAff))* เป็นความต้องการการยอมรับจากบุคคลอื่น ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ต้องการสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น บุคคลที่ต้องการความผูกพันสูงจะชอบสถานการณ์การร่วมมือมากกว่าสถานการณ์การแข่งขัน โดยจะพยายามสร้างและรักษาความสัมพันธ์อันดีกับผู้อื่น

3) *ความต้องการอำนาจ (Need for Power (nPower))* เป็นความต้องการอำนาจเพื่อมีอิทธิพลเหนือผู้อื่น บุคคลที่มีความต้องการอำนาจสูง จะแสวงหาวิถีทางเพื่อให้ตนมีอิทธิพลเหนือบุคคลอื่น ต้องการให้ผู้อื่นยอมรับหรือยกย่อง ต้องการความเป็นผู้นำ ต้องการทำงานให้เหนือกว่าบุคคลอื่น และจะกังวลเรื่องอำนาจมากกว่าการทำงานให้มีประสิทธิภาพ

งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ของแมคคลีแลนด์ และแรงจูงใจมาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา เนื่องจากทฤษฎีนี้เป็นทฤษฎีที่ได้รับการยอมรับและถูกนำมาประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวางในการจูงใจบุคลากรในองค์กร โดยเฉพาะบุคลากรระดับวิชาชีพที่มีความรู้ เพราะถือว่าคนกลุ่มนี้ได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานมาพอสมควรแล้ว ทำให้มีศักยภาพที่จูงใจได้ นอกจากนี้ยังมีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ แรงจูงใจที่เป็นแรงขับให้บุคคลพยายามที่จะประกอบพฤติกรรมที่จะประสบสัมฤทธิ์ผลตามมาตรฐานความเป็นเลิศที่ตนตั้งไว้ บุคคลที่มีแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์จะไม่ทำงานเพราะหวังรางวัลแต่ทำเพื่อจะประสบความสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ ในการที่ให้บริการทางสังคม เพราะแรงจูงใจนี้พยาบาลวิชาชีพสามารถสร้างขึ้นได้อย่างเต็มที่ในขอบเขต และอำนาจหน้าที่ของตน เมื่อมีแรงจูงใจที่ดีก็จะทำให้บุคคลนั้นทำงานได้อย่างมีความสุขหากได้รับการจูงใจที่เหมาะสมและตรงตามความต้องการของบุคคล ซึ่งจะส่งผลให้เกิดสมรรถนะที่ดีในการปฏิบัติงาน มีผลงาน (Performance) และบรรลุตามวัตถุประสงค์ขององค์กร

2.3 การประเมินสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ

การประเมินสมรรถนะ (Competency Assessment) หมายถึง กระบวนการในการประเมิน ความรู้ ความสามารถ ทักษะและพฤติกรรมการทำงานของบุคคลในขณะนั้นเปรียบเทียบกับ

ระดับ สมรรถนะที่องค์กรคาดหวังในตำแหน่งงานนั้นๆ ว่าได้ตามที่คาดหวังหรือมีความแตกต่างกันมาก น้อยเพียงใดการประเมินสมรรถนะควรมีลักษณะ ดังนี้

- 1) ประเมินอย่างเป็นระบบ (Systematic)
- 2) มีวัตถุประสงค์ในการประเมินอย่างชัดเจน (Objective)
- 3) เป็นกระบวนการที่สามารถวัดประเมินได้ (Measurable)
- 4) เครื่องมือมีความเที่ยง (Validity) และความเชื่อถือได้ (Reliability)

สมรรถนะเป็นสิ่งจำเป็นในการปฏิบัติงานและมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จึงต้องมีการตรวจสอบและโดยการประเมินสมรรถนะอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อการพัฒนาหรือปรับปรุงแก้ไขมั่นใจว่าบุคคลมีความพร้อมและสามารถปฏิบัติงานได้ประสบผลสำเร็จ การที่จะทราบว่ายพบาลมีสมรรถนะในระดับใดนั้น ต้องมีการประเมินสมรรถนะ การทราบระดับสมรรถนะของยพบาลจะทำให้ทราบถึงจุดอ่อนและจุดแข็งที่สามารถใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงแก้ไขให้ยพบาลเกิดการพัฒนสมรรถนะได้อย่างเหมาะสมและต่อเนื่องและเป็นการกระตุ้นให้ยพบาลมีความตื่นตัวระมัดระวังและรับผิดชอบในการปฏิบัติงานได้มีคุณภาพ ดังนั้นการประเมินสมรรถนะยพบาลจึงเป็นขั้นแรกในการรวบรวมข้อมูลเพื่อวางแผนในการพัฒนาศักยภาพของยพบาลวิชาชีพต่อไป และ Kelly-Thomas, 1998 (อ้างใน บุญมี ภูตานัจว, 2548) ได้กล่าวไว้ว่า การประเมินสมรรถนะเป็นเครื่องมือสำคัญในระบบการบริหารจัดการคุณภาพ และนำไปสู่ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ รวมทั้งลดปัญหาที่เกิดจากภาวะแทรกซ้อนหรือผลที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ นั้น คือ การประเมินสมรรถนะการพัฒนาคุณภาพการให้บริการนั่นเอง โดยได้กล่าวถึงแนวคิดการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการยพบาล มาตั้งแต่ปี 1992 และได้กำหนดเป็นโปรแกรมในการพัฒนาสมรรถนะบุคลากรทางการยพบาล ซึ่งประกอบไปด้วย 3 กระบวนการ คือ

- 1) การประเมินสมรรถนะ (Competency Assessment) เป็นกระบวนการในการกำหนดเกี่ยวกับการวัดผลและการประเมินสมรรถนะของยพบาลตามมาตรฐานการปฏิบัติงานที่กำหนดไว้
- 2) การรักษาให้คงอยู่หรือต่อเนื่อง (Maintaining Competency) เป็นกระบวนการในการกำหนดกลยุทธ์หรือวิธีในการสนับสนุนและส่งเสริมสมรรถนะของยพบาล ให้เป็นไปตามความต้องการขององค์กรเพื่อคงรักษาสมรรถนะที่กำหนดไว้อย่างต่อเนื่อง
- 3) การพัฒนาสมรรถนะ (Developing Competency) เป็นกระบวนการในการสร้าง การอบรม หรือปลูกฝังถึงค่านิยม วัฒนธรรมขององค์กร หรือขยายขอบเขตสมรรถนะของยพบาล ให้สัมพันธ์กับความคาดหวังและปฏิบัติตามมาตรฐานที่กำหนดใหม่ของบุคลากรหรือองค์กรเป็นการพัฒนาสมรรถนะให้ก้าวหน้าขึ้นไปอีกระดับหนึ่ง

ดังนั้น จึงสามารถสรุปได้ว่า กระบวนการในการพัฒนาสมรรถนะของบุคลากรทางการพยาบาล ประกอบด้วย การประเมินสมรรถนะ การคงรักษาสมรรถนะ การพัฒนาสมรรถนะ ให้ก้าวหน้าต่อไป และนอกจากนี้ Kelly-Thomas (1998 อ้างใน บุญมี ภูด่านจัว, 2548) ยังได้กล่าวถึงองค์ประกอบพื้นฐานในการประเมินสมรรถนะ ซึ่งประกอบด้วย (four basic elements of a competency system) คือ

1. การคัดเลือกบุคลากรตามเกณฑ์ หรือตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ (Pre-employment qualification assessment) เป็นการคัดเลือกบุคลากรที่มีความสามารถเหมาะสมกับลักษณะงาน (ability to perform the job) เช่น การพิจารณาจากระดับการศึกษาและประสบการณ์การทำงานเป็นทีม
2. การปฐมนิเทศ และ ทดลองงาน (Orientation and job preparation) เป็นการเรียนรู้ลักษณะงานและองค์การ
3. การประเมินผล (Targeted interval assessment and annual performance appraisals) ซึ่งอาจจะมีแนวทาง หรือกำหนดระยะเวลาในการประเมินแตกต่างกัน เช่น ประเมิน ทุก 6 เดือน หรือปีละครั้ง โดยมีการประเมินครอบคลุมถึงความรู้ ทักษะที่เกี่ยวข้องกับงานนั้นๆ ทักษะการบริหารจัดการ และการตัดสินใจ ในการประยุกต์ใช้เครื่องมืออุปกรณ์ต่างๆ เป็นต้น
4. การตอบสนองต่อผลการประเมิน (Response to appraisals) เป็นผลสืบเนื่องมาจากการประเมินสมรรถนะซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญต่อผู้บริหารที่จะให้คำปรึกษาแนะนำ ตลอดจนเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับแก่ผู้รับการประเมิน เพื่อนำกลับไปสู่การพัฒนาสมรรถนะ ของตนเองต่อไป

การประเมินสมรรถนะทำได้หลายวิธี สามารถสรุปได้ดังนี้

1. การสังเกต (Observation) เป็นวิธีการประเมินสมรรถนะโดยการสังเกตการปฏิบัติงานประจำวัน ถ้าบุคคลปฏิบัติงานได้สำเร็จ ไม่มีข้อผิดพลาด ก็สามารถสรุปได้ว่าเป็นผู้มีสมรรถนะ เช่นการศึกษาของศิริพร จีระวัฒนกุล และคณะ (2540) ได้ศึกษาสมรรถนะที่จำเป็นของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยการสังเกตและพฤติกรรมการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ พร้อมทั้งสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตและเวช ซึ่งเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสังเกต ทั้งที่เป็นแบบสังเกตที่เป็นแบบแผน สังเกตที่เป็นตามรายการที่เป็นกำหนด หรือเป็นแบบสังเกตที่ไม่มีแบบแผน
2. การทดสอบสมรรถนะ (Competency testing) เป็นการประเมินสมรรถนะในการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการ มีวัตถุประสงค์ในการปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ ส่งเสริมสมรรถนะในการพยาบาลที่เหมาะสม ถูกต้องตามมาตรฐาน และเป็นข้อมูลในการประเมินการปฏิบัติการพยาบาล การทดสอบเพื่อขออนุญาตประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง ที่พยาบาลทุกคนต้องสอบให้ผ่านก่อนจึงสามารถประกอบวิชาชีพได้ เป็นการทดสอบสมรรถนะในขั้นตอนแรก เพื่อประเมินความรู้ ความเข้าใจ เป็นการรับรองว่า พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจ และสามารถให้การ

พยาบาลแก่ผู้ให้บริการได้ แต่การทดสอบสมรรถนะพยาบาลก็มีข้อเสีย การใช้ระยะเวลาการเตรียมความพร้อมของพยาบาล การหาโอกาสหรือสถานการณ์เหมาะสม สำหรับทดสอบสมรรถนะด้านต่างๆ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้คือ แบบทดสอบสมรรถนะนั่นเอง

3. การจำลองสถานการณ์ (Simulation) การจำลองสถานการณ์เป็นวิธีที่เหมาะสมในการประเมินสมรรถนะการปฏิบัติงานที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ยาก นอกจากนี้การจัดการให้มีการจำลองสถานการณ์ที่มีการปฏิบัติงานทางคลินิก การตัดสินใจที่สำคัญ และการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนและพบได้บ่อยในการปฏิบัติงานประจำวัน เป็นสิ่งที่มีประโยชน์มากในการดำเนินงานปัจจุบัน เช่น การจำลองสถานการณ์ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นสำหรับบุคลากรที่ปฏิบัติงานประจำแผนกสูติกรรม เป็นต้น การประเมินสมรรถนะโดยการจำลองสถานการณ์ ช่วยให้พยาบาลได้มีโอกาสแสดงความสามารถในการปฏิบัติงานทั้งด้านการตัดสินใจและการให้บริการ แต่การประเมินด้วยวิธีนี้ต้องมีการวางแผนปฏิบัติและประสานงานหลายด้าน ทั้งด้านบุคลากรที่ส่วนร่วมในการประเมิน ด้านอุปกรณ์ ด้านสถานที่ เวลา ตลอดจนด้านค่าใช้จ่ายในการประเมินซึ่งต้องใช้งบประมาณเป็นจำนวนมาก ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ร่วมกับการจำลองสถานการณ์ คือการสังเกต การทดสอบ การสอบถามหรือสัมภาษณ์ อย่างใดอย่างหนึ่งหรือใช้ร่วมกัน

4 การประเมินตนเอง (self-report) เป็นการประเมินบุคคลเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ หรือความสามารถของตนเอง การประเมินวิธีนี้ เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพเพื่อใช้เป็นแนวทางในการจัดการฝึกอบรมเพื่อเสริมสร้างเพื่อพัฒนาสมรรถนะต่อไป เช่น อัจฉรา สุทธิพรหมณีวัฒน์ (2545 อ้างใน บุญมี ภูค่านจัว) ได้ศึกษาสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่ในโรงพยาบาลชุมชนเขต 10 โดยการสร้างแบบประเมินสมรรถนะในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพจบใหม่และให้พยาบาลวิชาชีพจบใหม่ประเมินตนเอง เนื่องจากต้องการให้พยาบาลวิชาชีพจบใหม่แต่ละคนได้พิจารณาตนเองรับรู้ถึงข้อจำกัดหรือความต้องการของตนเอง ได้พิจารณาสมรรถนะในการปฏิบัติงานของตนเองว่าสามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ใช้บริการหรือไม่ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินตนเองอาจเป็นแบบสอบถามก็ได้

อย่างไรก็ตามการประเมินสมรรถนะก็ยังมีปัญหาอยู่ ไม่ว่าจะเป็นจากระบบในระดับองค์กร ที่ยังไม่มีระบบหรือรูปแบบการประเมินหรือมีประสิทธิภาพ ขาดมาตรฐานที่เป็นตัวกำหนด ไม่มีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงแก้ไขระบบการประเมินให้เหมาะสมกับเป้าหมาย วัตถุประสงค์ หรือมาตรฐานที่เปลี่ยนไปของหน่วยงาน ไม่มีการกำหนดนโยบาย หรือช่วงเวลาในการประเมินไว้อย่างชัดเจน การประเมินผลทำอย่างรวบรัด ตลอดจนไม่มีการประเมินผลอย่างสม่ำเสมอ ปัญหาจากเครื่องมือ ปัญหาจากการออกแบบและการสร้างเครื่องมือ ขาดเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินที่เป็นที่ยอมรับของบุคลากรในหน่วยงานหรือเหมาะสมกับลักษณะงาน หรือมีเครื่องมือ แต่หัวข้อการประเมินหรือเกณฑ์การประเมินที่ใช้ในการพิจารณาไม่ครอบคลุมลักษณะงาน หรือเครื่องมือที่ออกแบบไม่

ครอบคลุมลักษณะการนำไปใช้ และปัญหาจากตัวบุคคลที่ทำการประเมิน ที่อาจไม่เข้าใจแนวคิดหลักการ วิธีการประเมิน ตลอดจนวัตถุประสงค์ของการประเมินและลักษณะงาน ไม่มีการจัดอบรมผู้ประเมิน เป็นต้น ซึ่งถือว่าเป็นอันตรายอย่างมากต่อผลการประเมินและต่อผู้รับการประเมิน

ดังนั้น ผลการประเมินที่ดีจึงต้องมีการสื่อสารทำความเข้าใจในการประเมินให้กับบุคลากรในหน่วยงานทั้งผู้ประเมินและผู้รับการประเมิน ทำอย่างเป็นทราบและต่อเนื่อง แจ้งให้ทราบว่าจะทำเมื่อใด มีวิธีการประเมินอย่างไร จะประเมินอะไร และมีวัตถุประสงค์เพื่ออะไร โดยให้บุคคลมีส่วนร่วมเพื่อความยุติธรรม ผู้ประเมินมีความรู้ความเข้าใจในลักษณะงาน และกระบวนการประเมิน รวมทั้งเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินควรมีความถูกต้องและเชื่อถือได้ จึงจะทำให้ผลการประเมินน่าเชื่อถือและเกิดการยอมรับของบุคลากรในหน่วยงาน อีกทั้งผลการประเมินดังกล่าวต้องมีการแจ้งผลการประเมินให้ผู้รับการประเมินได้รับทราบ เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับในการพัฒนาตนเองของผู้รับการประเมิน รวมทั้งผู้บริหารควรนำผลการประเมินดังกล่าว ไปบริหารจัดการอย่างมีประสิทธิภาพตามวัตถุประสงค์การประเมิน จึงทำให้ระบบการประเมินประสบความสำเร็จ แต่อย่างไรก็ตามสิ่งที่ผู้บริหารควรตระหนักและมีความสำคัญอีกอย่างก็คือการทบทวนปรับปรุง และพัฒนามาตรฐานรวมทั้งเกณฑ์ที่ใช้ในการประเมินสมรรถนะให้เหมาะสม และทันสมัยตามความต้องการและการเปลี่ยนแปลงต่างๆที่เกิดขึ้นตลอดเวลา

2.4 สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ

ผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ตามความหมายของพระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2528 และที่แก้ไขเพิ่มเติมโดย พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2540 นั้นหมายถึง บุคคลซึ่งได้ขึ้นทะเบียนและรับใบอนุญาตเป็นผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์จากสภาการพยาบาล (สภาการพยาบาล 2545)

Fey & Milner (2000 อ้างใน สุตารัตน์ ประสาร, 2548) กล่าวว่า สมรรถนะพยาบาล เป็นการสร้างความมั่นใจในการให้บริการที่มีคุณภาพ โดยพยาบาลจะต้องเข้าใจเกี่ยวกับความคาดหวังในการปฏิบัติงาน โดยการให้การรับรองว่าพยาบาล มีสมรรถนะในการปฏิบัติงานและการรับรองคุณภาพทางคลินิก องค์ประกอบของสมรรถนะมี 2 ด้าน คือ

1. สภาวะของสมรรถนะ (Competency statement) เป็นการอธิบายถึง มาตรฐานการปฏิบัติงานทั่วไป เช่น สมรรถนะในการจัดการความเจ็บปวด (pain management) สมรรถนะในการแก้ปัญหาทางคลินิก เป็นต้น

2. เกณฑ์การปฏิบัติงาน (performance criteria) เป็นเรื่องชี้ชัดว่า บุคคลมีสมรรถนะในการปฏิบัติงานได้ตามมาตรฐานที่กำหนดไว้หรือไม่ เช่น สามารถประเมินความเจ็บปวดของผู้ป่วยได้ตามนโยบายของหน่วยงานสามารถประเมินและบรรเทาสาเหตุของความเจ็บปวด หรือความไม่สุขสบายสามารถวางแผนบรรเทาความเจ็บปวด โดยวิธีการให้ยา สามารถประเมินและบันทึกผลการบรรเทา

ความเจ็บปวดได้อย่างต่อเนื่อง สามารถประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ให้บริการสามารถแก้ปัญหาในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นต้น

Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization (JCAHO, 1996 cited in Fey & Milner, 2000) ให้ความหมายของสมรรถนะของพยาบาลดังนี้

1. สมรรถนะ บางครั้งจะหมายถึง ความสามารถของพยาบาลในการปฏิบัติงานในหน้าที่ของตนเองจะต้องมีความรู้ ทักษะ พฤติกรรมและลักษณะพิเศษของบุคคล ที่จำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่ได้เป็นอย่างดีในตำแหน่งที่ได้รับแต่งตั้ง

2. สมรรถนะ บางครั้งจะหมายถึง การปฏิบัติงานที่เป็นอยู่จริงของพยาบาลในตำแหน่งที่อธิบายได้โดยที่บุคคลนั้นๆมีการบูรณาการความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการผลิตบริการการพยาบาลให้เป็นไปตามแนวทางที่ได้รับคาดหวัง

นารี แซ่อึ้ง (2543 อ้างใน สุดารัตน์ ประสาร, 2548) สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกถึงความสามารถของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับ ความรู้ ความสามารถ ทักษะ เจตคติตลอดจนบุคลิกลักษณะในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับความต้องการของสังคมและวิชาชีพ

นงนุช โอบะ (2545 อ้างใน สุดารัตน์ ประสาร , 2548) สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ หมายถึงพฤติกรรมที่เป็นผลของความรู้ ความสามารถ ทักษะ และเจตคติของพยาบาลวิชาชีพที่สามารถปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ได้เป็นอย่างดี

ทองดี ชัยพานิช (2547 อ้างใน สุดารัตน์ ประสาร, 2548) ให้ความหมายสามมิติยะของพยาบาล เป็นคุณสมบัติที่ผู้ป่วยและครอบครัวคาดหวังว่าจะได้รับการดูแลพยาบาลที่ปลอดภัย มีสมรรถภาพ มีวัฒนธรรมที่ปลูกฝังมาอย่างเหมาะสมบนพื้นฐานหลักการทางวิทยาศาสตร์

โดยสรุป สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ จึงหมายถึง ความรู้ ความสามารถ ทักษะ ในด้านการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ ตามขอบเขตของผู้ประกอบวิชาชีพ การพยาบาล และการผดุงครรภ์ขั้นหนึ่ง ที่แสดงออกมาเป็นพฤติกรรม และ สามารถสังเกตได้ เพื่อให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาล

เนื่องจากแนวคิดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าไม่มีผู้ใดศึกษาไว้ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาแนวคิดสมรรถนะพยาบาลผู้สูงอายุประกอบด้วย 1) American Association of Colleges of Nursing: AACN (2000) 2) ขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ 3) การศึกษาสมรรถนะทางการพยาบาลตามความคาดหวังและความเป็นจริงของพยาบาลในสถานบริการระยะยาว เมืองหนานหนิง มณฑลกว่างซี สาธารณรัฐประชาชนจีน โดย Zhang An Wang ซึ่งมีสมรรถนะใน

การศึกษา 7 ด้านคือ ทักษะที่ดี การดูแลผู้สูงอายุ ภาวะผู้นำ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล จริยธรรม ความก้าวหน้าในวิชาชีพและการได้รับการฝึกอบรม รายละเอียดมีดังต่อไปนี้

1. แนวคิดสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้สูงอายุของ American Association of Colleges of Nursing (AACN)

แนวคิดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้สูงอายุของ American Association of Colleges of Nursing: AACN (2000) ได้กำหนดสมรรถนะหลักของพยาบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุไว้ดังนี้ (รุ่งฟ้า อธิราชภูมิไพศาล, 2551)

1) การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ (Critical thinking)

(1) มีความเข้าใจในธรรมชาติของผู้สูงอายุ ให้การพยาบาลด้วยความเห็นอกเห็นใจ เต็มใจและให้เกียรติ เห็นในคุณค่าของผู้สูงอายุ และให้การพยาบาลผู้สูงอายุ โดยคำนึงความแตกต่างเป็นรายบุคคล ตระหนักถึงบุคคลแต่ละคนย่อมมีทัศนคติ (Attitudes) การเห็นคุณค่า (Values) และความคาดหวัง (Expectation) ต่อผู้สูงอายุและครอบครัวแตกต่างกันซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้การดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวของผู้สูงอายุแตกต่างกัน

(2) คำนึงถึงหลักปัจเจกบุคคลเป็นพื้นฐานในการดูแลผู้สูงอายุแต่ละราย

2) ด้านการติดต่อสื่อสารกับผู้สูงอายุ (Communication)

(1) สื่อสารกับผู้สูงอายุและครอบครัวด้วยอารมณ์ที่เป็นความรู้สึกจากภายใน (Affectively) ด้วยความเคารพ (Respectfully) และด้วยความเห็นอกเห็นใจ (Compassionately)

(2) ตระหนักว่าผู้สูงอายุมีประสาทสัมผัสและการรับรู้ที่เปลี่ยนแปลงไปเนื่องจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุในด้านการทำหน้าที่ สรีระร่างกาย การรับรู้ จิตใจและสังคมของผู้สูงอายุ

3) การประเมินผู้สูงอายุ

(1) สามารถประเมินการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดยใช้เครื่องมือที่เที่ยงตรงและเชื่อถือได้ในการประเมินครอบคลุมใน 5 ด้านคือ 1. การทำหน้าที่ของร่างกาย (Functional) 2. ด้านการรับรู้ (Cognitive) 3. ด้านจิตใจ (Psychological) 4. ด้านสังคม (Social) 5. ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual)

(2) สามารถประเมินสภาพแวดล้อมที่พกอาศัยของผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุในด้านการทำหน้าที่ (Functional) ด้านร่างกาย (Physical) การรับรู้ (Cognitive) จิตใจ (Psychological) และสังคม (Social) ของผู้สูงอายุ

(3) สามารถวิเคราะห์แหล่งอำนวยความสะดวกในชุมชนแก่ผู้สูงอายุเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวบรรลุเป้าหมายในชีวิตของตน สามารถใช้ศักยภาพของตนได้มากที่สุด และอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ถูกจำกัดน้อยที่สุด

(4) สามารถประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแลและครอบครัวในการให้การดูแลผู้สูงอายุ

4) สมรรถนะด้านทักษะทางเทคนิค (Technical skill)

(1) พัฒนาทักษะทางเทคนิค (Technical skill) มาประยุกต์ใช้เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ของผู้สูงอายุในด้านการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน สรีระร่างกาย การรับรู้จิตใจ และสังคม ของผู้สูงอายุ

(2) ให้การปฏิบัติพยาบาล โดยคำนึงถึงปัจเจกบุคคล (Individualize care) และสามารถป้องกันความพิการและการเสียชีวิตที่เป็นผลเกี่ยวข้องกับการผูกมัด (Physical restraints) หรือการให้ยา (Chemical restraints)

5) ด้านการส่งเสริมสุขภาพ การลดความเสี่ยงการเกิดโรค และการป้องกันโรค

(1) สามารถป้องกันและลดปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเสี่ยงอันมีผลให้การทำหน้าที่กิจวัตรของผู้สูงอายุลดลง คุณภาพชีวิตลดลง หรือทำให้เกิดการสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะขึ้น

(2) กำหนดมาตรฐาน และติดตามการปฏิบัติตามมาตรฐานการพยาบาลผู้สูงอายุ เพื่อให้ทราบถึงการปฏิบัติที่ไม่ถูกต้องในผู้สูงอายุ และมีการบันทึกรายงาน

(3) สามารถประยุกต์องค์ความรู้ที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการคัดแยก การเสริมภูมิคุ้มกันโรค และส่งเสริมกิจกรรมที่ทำให้มีสุขภาพดีในผู้สูงอายุ

6) ด้านการจัดการกับความเจ็บป่วย และการเกิดโรค

(1) ตระหนักในกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นได้บ่อยๆ ในผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) และสามารถจัดการกับอาการเหล่านั้นได้

(2) ตระหนักในอาการที่มีความซับซ้อนอันผลมาจากการเจ็บป่วย เฉียบพลัน และเรื้อรัง (Acute and chronic co-morbid conditions) ที่สามารถเกิดขึ้นได้บ่อยของผู้สูงอายุ

7) ความรู้ด้านข่าวสารและเทคโนโลยี

(1) สามารถใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีเพื่อส่งเสริมด้านการทำหน้าที่ลดการพึ่งพาและ ความปลอดภัยในผู้สูงอายุ เช่น การใช้เครื่องช่วยฟังในผู้สูงอายุ เครื่องวัดน้ำตาลในเลือด เป็นต้น

(2) อำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุเมื่อต้องมีการส่งต่อระหว่าง บ้าน โรงพยาบาล บ้านพักคนชรา (Nursing home) โดยใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยี และทราบแหล่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุ

8) ด้านจริยธรรม

(1) ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล ให้ความเข้าใจและสามารถให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมในแต่ละวันได้ตามสมควรโดยอยู่บนพื้นฐานของความปลอดภัย

(2) สามารถประยุกต์หลักจริยธรรมและหลักกฎหมายเพื่อประกอบการตัดสินใจ เมื่อเกิดสถานการณ์ที่ซับซ้อนในระหว่างการดูแลผู้สูงอายุ

9) เข้าใจถึงความแตกต่างระหว่างบุคคล (Human diversity)

ตระหนักถึงอิทธิพลของวัฒนธรรมที่ต่างกัน (Cross-cultural) โดยตระหนักว่าความแตกต่างของทัศนคติ (Attitudes) บทบาท (Roles) ภาษา (Language) วัฒนธรรม (Culture) สัญชาติ (Race) ศาสนา (Religion) เพศ และแบบแผนการดำเนินชีวิต (Lifestyle) มีผลต่อแบบแผนการดูแลระยะยาวที่ผู้ดูแลหรือครอบครัวมีต่อผู้สูงอายุ

10) ระบบสาธารณสุขสากล (Global health care) สามารถประเมินความแตกต่างของรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศต่างๆได้

11) นโยบายและระบบบริการสุขภาพ (Health care systems and policy)

(1) สามารถวิเคราะห์ผลกระทบของการที่ประเทศเป็นสังคมผู้สูงอายุต่อระบบบริการสุขภาพ

(2) สามารถประเมินระบบเบิกจ่ายของผู้สูงอายุ ระบบประกันต่างๆและมีส่วนช่วยผลักดันให้มีการช่วยเหลือผู้สูงอายุในรูปแบบต่างๆ เช่น การช่วยค่ายังชีพ การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือสถานสงเคราะห์คนชรา

(3) แสดงให้เห็นถึงข้อดีและข้อจำกัดในการจัดสภาพแวดล้อมที่พักอาศัยที่เอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุสามารถ กระทำกิจวัตรได้โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น

12) การเตรียมรูปแบบการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ

สามารถเล็งเห็นประโยชน์และร่วมมือกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการพยาบาลผู้สูงอายุประเมินข้อดีจากพยาบาลทางเลือก (Complementary) และนำมาใช้ประโยชน์ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพและสามารถจัดการกับการอาการที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ

13) ด้านการออกแบบ การจัดการและการประสานงานในการพยาบาลผู้สูงอายุ

(1) สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองในทุกๆด้าน

(2) ให้ความรู้หรือคำปรึกษาแก่ครอบครัว เพื่อน หรือผู้ดูแลในการปฏิบัติการพยาบาลโดยนำหลัก best practices มาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ

(3) ให้การพยาบาลที่ได้มาตรฐานและเหมาะสม ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ

14) ส่งเสริมความต้องการของผู้สูงอายุในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้ได้รับการพยาบาลที่มีคุณภาพ สามารถจัดการกับอาการและความเจ็บปวดที่เกิดขึ้น ตามความจำเป็น ความต้องการ และตามกระบวนการพยาบาล

2. ขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ หมายถึง การกระทำการพยาบาลโดยตรงในผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนหรือมีปัญหายุ่งยากที่สำคัญในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังและเฉียบพลัน โดยใช้ความชำนาญและทักษะการพยาบาลขั้นสูง ในการจัดการรายกรณีหรือวิธีการอื่นๆ รวมทั้งการจัดการให้มีระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ ให้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยบูรณาการ หลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่นๆ มุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้น และระยะยาว พัฒนานวัตกรรมและกระบวนการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุอย่างต่อเนื่อง เป็นที่ปรึกษา ให้กับผู้ร่วมงานในการพัฒนาความรู้และทักษะงานเชิงวิชาชีพ ตลอดจนติดตามประเมินคุณภาพและจัดการ ผลลัพธ์โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุ (ประกาศสภาการพยาบาล, 2552)

สมรรถนะที่ 1 มีความสามารถในการพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุ (Care Management) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ 1. วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุเพื่อพัฒนาระบบการดูแล 2. สร้างทีมการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุ 3. จัดระบบการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุในสถานบริการ ชุมชน และสถานดูแลในระยะยาว 4. กำกับและควบคุมคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทั้งในสถานบริการ ชุมชน และสถานดูแล 5. สร้างระบบส่งต่อผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ 6. ช่วยเหลือผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุให้เข้าถึงระบบสุขภาพ พึงทักสัทธิประโยชน์ตลอดจนการ ป้องกันการทารุณกรรมผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุ 7. สร้างฐานข้อมูลเกี่ยวกับผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุเพื่อใช้ประโยชน์ในการควบคุมคุณภาพ

สมรรถนะที่ 2 มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (Direct Care) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ 1) ประเมินภาวะสุขภาพ ให้ความหมาย และตีความการตอบสนองของผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุ ต่อความเจ็บป่วยที่ซับซ้อน ครอบคลุมทั้งสุขภาพกาย จิต สังคม จิตวิญญาณ และความสามารถ ในการทำหน้าที่ โดยเลือกใช้เครื่องมือประเมินสุขภาพและเทคโนโลยีที่ได้มาตรฐานและ เหมาะสมกับผู้สูงอายุ 2) วินิจฉัยปัญหา และแยกแยะความแตกต่างระหว่างความสูงอายุปกติกับกระบวนการเจ็บป่วย และการเกิดโรค โดยใช้ข้อมูล หลักฐานทางคลินิก ความรู้ทางพยาธิสรีระ ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่น ๆ ตลอดจนประสบการณ์ทางคลินิก 3) ให้การบำบัดทางการพยาบาลในกลุ่มอาการหรือปัญหาทางคลินิกที่ซับซ้อนโดยใช้ความรู้ ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ ใช้เหตุผลทางคลินิกและจริยธรรมใน

การตัดสินใจเกี่ยวกับการ ให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนแบบองค์รวม 4) ประเมินเฝ้าระวัง จัดการ ประสานงาน และส่งต่อเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุหรือผู้ป่วย สูงอายุเพื่อให้ได้รับการ ดูแลอย่างเหมาะสม 5) จัดการกับปัจจัยเสี่ยงหรือสิ่งแวดล้อมที่อาจทำให้เกิดความเสื่อมถอยของการ ทำหน้าที่ คุณภาพชีวิต และภาวะทุพพลภาพอย่างมีประสิทธิภาพ 6) คาดการณ์ปัญหาที่ซับซ้อน จากอาการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วม หรือมีปัญหาซับซ้อน และวางแผนป้ องกัน แก้ไขได้อย่างถูกต้องและทันเหตุการณ์ 7) ใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในการดูแลผู้สูงอายุหรือ ผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน

สมรรถนะที่ 3 มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration) การปฏิบัติที่ แสดงถึงสมรรถนะ 1) ประสานความร่วมมือกับพยาบาล แพทย์ บุคลากรในทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องเพื่อ การวางแผนและให้การดูแล ตลอดจนประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวอย่างมี ประสิทธิภาพ 2) ประสานความร่วมมือกับครอบครัวของผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุ พยาบาลชุมชน และ แหล่งประโยชน์ในชุมชน ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุ หรือการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีความ เปราะบางและมีอายุมาก เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

สมรรถนะที่ 4 มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowering) การ สอน (educating) การฝึก (coaching) การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (mentoring) การปฏิบัติที่ แสดงถึงสมรรถนะ 1) ฝึกทักษะและพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุและครอบครัวในการดูแลตนเอง การเผชิญปัญหา สุขภาพ และปัญหาอื่นๆ โดยคำนึงถึงข้อจำกัดของการเปลี่ยนแปลงจากความสูงอายุ เช่น การมองเห็น การได้ยิน การรับรู้และความจำ เป็นต้น 2) ฝึกทักษะและพัฒนาศักยภาพของผู้ สูงอายุและครอบครัวในการดูแลตนเองโดยใช้ความรู้ ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นหลักใน การพัฒนาความสามารถของผู้สูงอายุและ ครอบครัว 3) สอน ชี้แนะ และเป็นพี่เลี้ยงพยาบาลและ นักศึกษาพยาบาล รวมทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุโดยกา รถ่ายทอดประสบการณ์ความเชี่ยวชาญ ของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ 4) เสริมสร้างเจตคติที่ดีต่อผู้ สูงอายุแก่ นักศึกษา เยาวชน และประชาชน

สมรรถนะที่ 5 มีความสามารถในการให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้สูงอายุ/ ผู้ป่วยสูงอายุ (Consultation) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ 1) เป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลและทีม ดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุในการจัดการดูแลสุขภาพ และ ปัญหาที่พบบ่อย โดยประมวลข้อมูลและ หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อให้การดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ 2) เป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลและทีมดูแลผู้ สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุในการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุ ในสถานบริการ ชุมชน และสถานดูแลระยะยาว 3) เป็นที่ปรึกษาให้กับพยาบาลและทีมงานในการตัดสินใจประเด็นจริยธรรมและป้องกันการปฏิบัติ ที่ไม่ เหมาะสมหรือการกระทำทารุณกรรมต่อผู้สูงอายุ 4) สร้างระบบให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพและการ

ดูแลผู้สูงอายุ ครอบครัว และผู้ดูแล เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ

สมรรถนะที่ 6 มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ 1) ดำเนินการให้เกิดการปฏิบัติที่เป็นเลิศสำหรับการป้องกันการดูแลปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย ทั้งในระยะเฉียบพลันและเรื้อรังในผู้สูงอายุ โดยบูรณาการการบำบัดทางการพยาบาลและการรักษา ตลอดจนประเมินผลเพื่อพัฒนาผลลัพธ์ของการบริการที่มีคุณภาพและคุ้มค่าอย่างต่อเนื่อง 2) นำการเปลี่ยนแปลงเพื่อพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลในกลุ่มผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุให้ได้คุณภาพและคุ้มค่า 3) พัฒนานวัตกรรมและระบบการดูแลเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องทั้งในสถานบริการ ชุมชน และสถานดูแลระยะยาว ร่วมกับเครือข่ายในระดับปฐมภูมิ 4) สร้างแผนงานหรือโครงการต่างๆ เพื่อการประกันคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุ ในสถานบริการ ชุมชน และสถานดูแลระยะยาว

สมรรถนะที่ 7 มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ 1) ใช้ความรู้ ทฤษฎีและหลักจริยธรรม สิทธิผู้ป่วย/ผู้สูงอายุ สิทธิของพยาบาล และหลักการตัดสินใจเชิงจริยธรรมในการปฏิบัติงาน 2) บริหารจัดการด้านการปฏิบัติการพยาบาลโดยเน้นการพิทักษ์สิทธิของผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุ 3) พกพิทักษ์สิทธิผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุ (advocate) เพื่อให้ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีจริยธรรม 4) ร่วมในกระบวนการตัดสินใจเชิงจริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วย สูงอายุในระดับหน่วยงานและหรือระดับองค์กร 5) มีส่วนร่วมในการควบคุมมาตรฐานและผลลัพธ์ด้านจริยธรรมทางการพยาบาล

สมรรถนะที่ 8 มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ 1) ติดตาม รวบรวม ผลการวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์ทางการพยาบาลและที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุอย่างต่อเนื่อง 2) ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นปัจจุบันในการพัฒนาคุณภาพการรักษาพยาบาล เช่น พัฒนาแนวปฏิบัติและใช้แนวปฏิบัติในการปฏิบัติงาน 3) เผยแพร่แนวปฏิบัติการพยาบาลที่มาจากหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้ปฏิบัติหรือผู้เชี่ยวชาญในสาขาการพยาบาลเดียวกัน 4) นำหลักการจัดการความรู้มาใช้ร่วมกับกระบวนการพัฒนาคุณภาพตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้มีประสบการณ์หรือผู้เชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติ 5) วิเคราะห์และประเมินผลที่ได้รับจากการปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ และเผยแพร่หลักฐานการปฏิบัติที่เป็นเลิศเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

สมรรถนะที่ 9 มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (outcome management and evaluation) การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ 1) กำหนดผลลัพธ์และตัวชี้วัด

ผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุ 2) พัฒนาหรือเลือกใช้เครื่องมือวัดผลลัพธ์ทางการพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุเพื่อใช้ในหน่วยงาน 3) ดำเนินการจัดเก็บรวบรวมข้อมูลตัวชี้วัดทางการพยาบาลสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุในหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง 4) วิเคราะห์ผลเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการพยาบาลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุอย่างต่อเนื่องโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมิณผล 5) นำผลการวิเคราะห์ผลลัพธ์มาเป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง 6) จัดทำฐานข้อมูลด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาลในผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุในหน่วยงานเพื่อใช้ติดตามและเปรียบเทียบผลการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง 7) เผยแพร่วิธีการปฏิบัติและผลลัพธ์การปฏิบัติที่เป็นเลิศเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง ผู้ปฏิบัติและผู้เชี่ยวชาญ

จากการทบทวนวรรณกรรมในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ผู้วิจัยได้วิเคราะห์และสังเคราะห์แนวคิดดังกล่าวพบว่า สมรรถนะของแนวคิดสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้สูงอายุของ American Association of Colleges of Nursing: AACN (2000) และสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุของสภาการพยาบาล และการศึกษาสมรรถนะทางการพยาบาลตามความคาดหวังและความเป็นจริงของพยาบาลในสถานบริการระยะยาว เมืองหนานหนิง มณฑลกว่างซี สาธารณรัฐประชาชนจีน โดย Zhang An Wang เป็นสมรรถนะที่มีเนื้อหาสำคัญครอบคลุม มีความชัดเจน และเป็นสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพที่ให้การพยาบาลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้สังเคราะห์เป็นองค์ประกอบสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ 8 ด้าน ได้แก่ 1) การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ 2) การสื่อสารกับผู้สูงอายุและครอบครัว 3) การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ 4) ทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ 5) การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะเสี่ยงในผู้สูงอายุ 6) การจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ 7) การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และ 8) การประสานงานกับสหวิชาชีพ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ

ผู้วิจัยได้ทบทวนงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุ ของกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หัวหน้าสถานีอนามัย พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อนำมาใช้ในการวิจัยปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ดังนี้

รุ่งฟ้า อธิราษฎร์ไพศาล, สุวิณี วิวัฒน์วานิช (2551) ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 24 คน ประกอบด้วย พยาบาลผู้กำหนดนโยบายด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ 4 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสาขาผู้สูงอายุ 11 คน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ 7 คน และแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้ป่วยสูงอายุ 2 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ ผู้วิจัยสร้างขึ้น รอบที่ 1 เป็นแบบสอบถามถึงโครงสร้างปลายเปิด รอบที่ 2 และรอบที่ 3 เป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ระยะเวลาที่ใช้ในการเก็บข้อมูล 3 รอบ จำนวน 97 วัน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่ามัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ พบว่าสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้สูงอายุซึ่งผู้เชี่ยวชาญ มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน ประกอบด้วยสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ จำนวน 66 รายการ เป็นรายการที่มีความสำคัญระดับมากที่สุด 65 รายการ และระดับมาก 1 รายการ จำแนกเป็น 8 กลุ่ม ดังนี้ 1) กลุ่มคุณลักษณะการมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ จำนวน 7 รายการ 2) กลุ่มการสื่อสารกับผู้สูงอายุ จำนวน 10 รายการ 3) กลุ่มการประเมินผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 14 รายการ 4) กลุ่มทักษะการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 7 รายการ 5) กลุ่มการส่งเสริมสุขภาพ และ ป้องกันภาวะเสี่ยงในผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 9 รายการ 6) กลุ่มการจัดการกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วย สูงอายุ จำนวน 10 รายการ 7) กลุ่มการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุ จำนวน 6 รายการและ8) กลุ่ม การประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพ จำนวน 3 รายการ

Zhang An Wang (2552) สมรรถนะทางการพยาบาลตามความคาดหวังและความเป็นจริงของพยาบาลในสถานบริการระยะยาว เมืองหนานหนิง มณฑลกว่างซี สาธารณรัฐประชาชนจีน กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 319 คน และในสถานดูแลระยะยาว 32 แห่ง พบว่าสมรรถนะทางการพยาบาลผู้สูงอายุตามความคาดหวังโดยรวมอยู่ในระดับสูง ในขณะที่สมรรถนะทางการพยาบาลผู้สูงอายุตามความเป็นจริงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยสมรรถนะทางการพยาบาลผู้สูงอายุตามความคาดหวังและสมรรถนะทางการพยาบาลผู้สูงอายุตามความเป็นจริงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) และพบว่าปัจจัยด้านการได้รับการอบรมมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะทางการพยาบาลผู้สูงอายุตามความคาดหวัง และปัจจัยด้านระยะเวลาการทำงานและระยะเวลาทำงานในสถานดูแลระยะยาวสมรรถนะทางการพยาบาลผู้สูงอายุตามความเป็นจริงของพยาบาล ($p\text{-value} = .021, 0.042$)

สุนิต โชติกุล (2553) ศึกษาการศึกษาสมรรถนะตนเองของพยาบาลประจำกลุ่มภารกิจหัวหน้าพยาบาลศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ประชากรที่ศึกษาเป็นหัวหน้า พยาบาลและผู้ช่วยหัวหน้าพยาบาล จำนวน 130 คน ผลการวิจัยพบว่าพยาบาลประจำกลุ่มภารกิจหัวหน้าพยาบาลมีอายุระหว่าง 30 – 60 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 76.9

ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้าพยาบาล 2 เดือน ถึง 38 ปี ปฏิบัติงานในตำแหน่งหัวหน้ากลุ่มภารกิจและผู้ช่วยหัวหน้ากลุ่ม ร้อยละ 46.4 และ 53.6 ตามลำดับ สมรรถนะตนเองของพยาบาลประจำกลุ่มภารกิจหัวหน้า พยาบาลโดยรวมอยู่ในระดับ 4 (เก่ง) และเมื่อแยกวิเคราะห์ พบว่า แต่ละด้านอยู่ในระดับ 4 (เก่ง) ยกเว้นด้านคุณธรรมและ จริยธรรม อยู่ในระดับ 5 (เชี่ยวชาญ) และด้านทักษะการใช้คอมพิวเตอร์ และความสามารถด้านสารสนเทศ ที่มีค่าเฉลี่ยอยู่ใน ระดับที่ 3 (มีประสบการณ์) แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ อยู่ในระดับสูง ปัจจัยส่วนบุคคล แรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์มีความสัมพันธ์ทางบวกใน ระดับปานกลางกับสมรรถนะตนเองของพยาบาลประจำกลุ่มภารกิจหัวหน้าพยาบาล ($r = .559$) ข้อเสนอแนะจากการวิจัยนี้ คือ การเสริมสร้างแรงจูงใจในการทำงานของบุคลากรกลุ่มนี้ และพัฒนาสมรรถนะที่มีคะแนนต่ำ โดยเฉพาะทักษะการใช้ คอมพิวเตอร์และความสามารถด้านสารสนเทศ

ปานทิพย์ ปุณณนันท (2554) ศึกษาปัจจัยทำนายสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ กลุ่มตัวอย่างคือ นักศึกษาพยาบาลศาสตร์ชั้นปีที่ 3 และ 4 ปีการศึกษา 2553 วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี จำนวน 111 คน ผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยด้านผู้เรียน เกรดรายวิชาวิจัย ทางการพยาบาล ทักษะคิดต่อการเรียนภาคปฏิบัติเน้นการปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ปัจจัยทางด้านผู้สอนการรับรู้ต่อพฤติกรรมการสอนทางคลินิกของอาจารย์และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อมในการเรียน การสอนภาคปฏิบัติมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษาพยาบาล อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .01 และตัวแปรทุกตัวสามารถร่วมกันทำนายสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ของนักศึกษาพยาบาลได้ ร้อยละ 39.6

ศิริบุญ รุ่งหิรัญ (2554) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 275 คน ผลการวิจัย พบว่า สมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาล วิชาชีพโดยรวม อยู่ในระดับสูง แรงจูงใจการปฏิบัติงานโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง โดยปัจจัยจูงใจ อยู่ในระดับสูง ปัจจัยค้ำจุน อยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยส่วนบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดปทุมธานี แรงจูงใจการปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะการปฏิบัติงานของ พยาบาลวิชาชีพ ตัวแปรที่สามารถทำนายสมรรถนะการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพตามลำดับคือ ด้านโอกาสได้ รับผิดชอบงาน ด้านความสำเร็จ และด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 34.5 ด้านโอกาส ได้รับผิดชอบงาน ด้านความสำเร็จ และด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 34.5

ศรีเวียงแก้ว เต็งเกรียติตระกูลและเบญจมาภรณ์ บุตรศรีภูมิ (2554) ศึกษาสมรรถนะของนักศึกษาพยาบาลที่ขึ้นฝึกปฏิบัติงานในห้องผ่าตัด กลุ่มตัวอย่างคือนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 3

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ปีการศึกษา 2552 จำนวน 171 คน โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม A จำนวน 84 คน และกลุ่ม B จำนวน 87 คน นักศึกษาที่ขึ้นฝึกปฏิบัติในห้องผ่าตัดโดยรวมทั้งชั้นปี มีคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะจริยธรรมแห่งวิชาชีพและ กฎหมายมากที่สุดเท่ากับ 3.62 รองลงมาเป็นคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการบริหารจัดการเท่ากับ 3.32 สมรรถนะการติดต่อสื่อสาร และการสร้างสัมพันธภาพเท่ากับ 3.24 และคะแนนเฉลี่ยสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลได้น้อยที่สุดเท่ากับ 3.12 เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของแต่ละสมรรถนะของนักศึกษาในกลุ่ม A และ B พบว่ามีเพียงสมรรถนะการบริหารจัดการเท่านั้นที่ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ชุติมา เขตต์อนันต์ (2556) ศึกษาปัจจัยทำนายสมรรถนะพยาบาลไตเทียม กลุ่มตัวอย่าง คือ พยาบาลไตเทียมทั่วประเทศจำนวน 315 คน ที่ได้มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบระบบ ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) สมรรถนะพยาบาลไตเทียมอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ .41 2) ระดับการศึกษา ประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านไตเทียม การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง และการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะพยาบาลไตเทียมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .216, .679$ และ $.469$ ตามลำดับ) ส่วนการอบรมเพิ่มเติม ไม่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะพยาบาลไตเทียม 3) ตัวแปรที่ร่วมกันทำนายสมรรถนะพยาบาลไตเทียมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง และการได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน และประสบการณ์การปฏิบัติงานด้านไตเทียม โดยร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 51.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้สมการในรูปคะแนนมาตรฐาน ดังนี้ สมรรถนะพยาบาลไตเทียม = $.557(\text{การเรียนรู้ด้วยการนำตนเอง}) + .196(\text{การได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจในงาน}) + .152(\text{ประสบการณ์การปฏิบัติงาน})$

เยาวเรศ ประภาษานนท์และคณะ (2557) ศึกษาการรับรู้สมรรถนะปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวและชุมชน ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลมีการรับรู้สมรรถนะปฏิบัติการพยาบาลครอบครัวและชุมชนในระดับสูงทุกข้อ โดย คะแนนเฉลี่ยการรับรู้สมรรถนะรายข้อสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ การตรวจร่างกาย 10 ท่า การตรวจสายตา การให้วัคซีนป้องกันโรคในเด็ก คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด 3 ข้อ คือ การรวบรวมข้อมูลของครอบครัวครอบคลุมทุก ด้าน การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพครอบครัว และการให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมหรือป้องกันปัญหา สุขภาพจากการทำงาน เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดคือ การให้บริการอนามัยโรงเรียน

จันทิมา บันลือฤทธิ์และปริญญากมล ชาน (2558) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อสมรรถนะการจัดการระบบการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่าง 286 คน พบว่า (1) สมรรถนะการจัดการระบบการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุ อยู่ในระดับสูง ($=3.652, SD = .656$) (2) สมรรถนะในการ

ดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง ($=3.884$, $SD = .606$) (3) ปัจจัยส่วนบุคคลกับสมรรถนะการจัดการระบบการดูแลระยะยาว ได้แก่ การได้รับการฝึกอบรมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=.000$) รวมถึงสมรรถนะการคิดเชิงวิเคราะห์/ความถนัดการทำวิจัยและการดูแลที่สำคัญมีความสัมพันธ์กับตำแหน่งงาน ($p\text{-value} = .009$ และ $.036$) (4) รวมถึงปัจจัยส่วนบุคคลกับสมรรถนะในการดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การได้รับการฝึกอบรมมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=.001$) ส่วนอายุและตำแหน่งงานมีความสัมพันธ์กับสมรรถนะรายด้าน ได้แก่ ทักษะการปฏิบัติการพยาบาล ($p\text{-value}=.000$, $.021$) การวางแผนการจำหน่าย ($p\text{-value} = .020$, $.000$) และการประสานงานกับสหวิชาชีพ ($p\text{-value}=.027$) และพบความสัมพันธ์ระหว่างอายุ ตำแหน่งงานและขนาดของสถานบริการมีความสัมพันธ์กับการจัดการกับความเจ็บป่วย ($p\text{-value}=.032$, $.004$, $.007$) ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับสมรรถนะการจัดการดูแลระยะยาวในกลุ่มผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพ ได้แก่ อายุ ประสบการณ์ทำงาน ระดับการศึกษาและขนาดของหน่วยบริการ

กิตติพร เนาว์สุวรรณ (2558) ศึกษา สมรรถนะที่จำเป็นต่อการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพเมื่อเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุ พบว่าสมรรถนะที่จำเป็นต่อการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพที่ สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีเมื่อเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุประกอบด้วย 1) สมรรถนะด้านจริยธรรม 2) สมรรถนะด้านการพยาบาลแบบองค์รวม 3) สมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค 4) สมรรถนะด้านการจัดการดูแลรายกรณี 5) สมรรถนะด้านการเสริมสร้างพลังอำนาจ และ 6) สมรรถนะ ด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนั้นสถานพยาบาลทั้งในระดับปฐมภูมิทุติยภูมิและตติยภูมิควรนำสมรรถนะ ดังกล่าวไปใช้การกำหนดนโยบายและกรอบทิศทางการบริหารตลอดการกำหนดวิธีการพัฒนาสมรรถนะ แก่พยาบาลวิชาชีพและบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องได้อย่างเป็นรูปธรรม สำหรับสถานศึกษาทางการพยาบาล ระดับปริญญาตรีควรนำสมรรถนะดังกล่าวไปสอดแทรกในการจัดการเรียนการสอน การบริการวิชาการ ตลอดจนการพัฒนานักศึกษา เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะด้านการพยาบาลผู้สูงอายุได้ตรงตามสถานการณ์ของการเป็นสังคมผู้สูงอายุ

ยุพิน สุขเจริญและ ขวัญดาว กล่ำรัตน์ (2558)ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิบัติงานตามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครปฐม จำนวน 103 คน จากการวิจัยพบว่า 1) การปฏิบัติงานตามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ความภูมิใจในวิชาชีพ ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น และความต้องการความสำเร็จในงานอยู่ในระดับสูง การได้รับพลังอำนาจในงานอยู่ในระดับปานกลาง 2) การปฏิบัติงานตามสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพ จำแนกตามอายุและประสบการณ์การทำงาน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.01เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษาไม่แตกต่างกัน และ 3) การได้รับพลังอำนาจในงานมีความสัมพันธ์ทางบวก ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานตามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.57$, $p < 0.05$) ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น และ

ความภูมิใจในวิชาชีพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับสูงกับการปฏิบัติงานตามสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r = 0.94, p < 0.05$; $r = 0.870, p < 0.05$ ตามลำดับ)

สุธาสินี ช่วยใจดี (2559) ศึกษาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในสถานดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุ โดยใช้เทคนิคการวิจัยแบบเดลฟาย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแล ผู้สูงอายุ จำนวน 18 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารการพยาบาลในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทั้งภาครัฐและเอกชนจำนวน 3 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ทั้งภาครัฐและเอกชนจำนวน 8 คน อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุจำนวน 6 คน และ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านผู้สูงอายุ จำนวน 1 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัย สร้างขึ้น ประกอบด้วยแบบสอบถามกึ่งโครงสร้างปลายเปิด ซึ่งเป็นแบบสอบถามมาตราส่วนประมาณ ค่า 5 ระดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่ามัธยฐานและค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ ผลการวิจัย พบว่า สมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประกอบด้วยสมรรถนะ 7 ด้าน (จำนวน 55 ข้อ เป็นรายการที่มีความสำคัญระดับมากที่สุด 46 ข้อ และระดับมาก 9 ข้อ) ดังนี้ 1) สมรรถนะด้านการยอมรับในความเป็นผู้สูงอายุ 2) สมรรถนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล ในการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาว 3) สมรรถนะด้านการสื่อสาร 4) สมรรถนะด้าน การจัดการ สิ่งแวดล้อม 5) สมรรถนะด้านภาวะผู้นำและบริหารจัดการองค์กร 6) สมรรถนะ ด้านการจัดการด้านการเงิน และ 7) สมรรถนะด้านการศึกษาค้นคว้าสิ่งใหม่

ประไพพิศ สิงหเสม และคณะ (2559) ศึกษาการพัฒนาตัวบ่งชี้สมรรถนะด้านการ พยาบาลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา กลุ่มตัวอย่างคือ อาจารย์พยาบาลและพยาบาลวิชาชีพจำนวน 345 คน ผลการศึกษาพบว่า 1) องค์ประกอบสมรรถนะ ด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา ประกอบด้วย 4 สมรรถนะ 42 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ (1) สมรรถนะด้านการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม มี 14 ตัวบ่งชี้ (2) สมรรถนะด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์มี 8 ตัวบ่งชี้ (3) สมรรถนะด้านการเสริมสร้างพลัง อำนาจและคุณภาพการดูแลมี 11 ตัวบ่งชี้และ (4) สมรรถนะด้านจริยธรรมมี 8 ตัวบ่งชี้ 2) ตัวบ่งชี้ สมรรถนะด้านการพยาบาลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา จำนวน 41 ตัวบ่งชี้จากจำนวนตัวบ่งชี้ทั้งหมด 42 ตัวบ่งชี้ มีความเที่ยงตรงตามสภาพจริงอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05, .01 และ .001 มีเพียง 1 ตัวบ่งชี้เท่านั้น ที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติคือมี การเผยแพร่ผลลัพธ์ การวิจัยหรือรายงานการพยาบาลโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ($t(26) = 1.58, p = 0.63$)

กรรณิกา เรืองเดช (2559) ศึกษาสมรรถนะพยาบาลชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างที่ ตอบแบบสอบถาม คือ ตัวแทนพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลของ

พื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ จำนวน 150 คน เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นโดยผู้วิจัย แบ่งเป็นสมรรถนะพยาบาลชุมชนรายด้าน 15 สมรรถนะ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา และการวิเคราะห์ความแปรปรวนพหุคูณแบบทางเดียว ผลการประเมินสมรรถนะพยาบาลชุมชนของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลของพื้นที่สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ จากการประเมินตนเอง พบว่า ค่าเฉลี่ยสมรรถนะพยาบาลชุมชนใน ภาพรวม และรายสมรรถนะอยู่ในระดับสูง โดยสมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ สมรรถนะด้านการวิจัยและการถ่ายทอดความรู้ และสมรรถนะที่มีค่าเฉลี่ยน้อยเป็นอันดับสอง คือ สมรรถนะด้านเทคโนโลยีและสารสนเทศ ผลการเปรียบเทียบปัจจัยส่วนบุคคลกับสมรรถนะพยาบาลชุมชนพบว่า กลุ่มอายุ ตำแหน่งงาน และประสบการณ์ ทำงานที่แตกต่างกัน คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะพยาบาลชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการผ่านหรือไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และ จังหวัดที่ปฏิบัติงานที่แตกต่างกัน คะแนนเฉลี่ยสมรรถนะพยาบาลชุมชนไม่แตกต่างกันทางสถิติ

วารินา หนูพินิจ (2559) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรและสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในไอซียู กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยไอซียู จำนวน 250 คน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ในภาคใต้ พบว่าสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลวิชาชีพในไอซียู ทั้ง 7 ด้าน โดยภาพรวมอยู่ในระดับสูง ($M=3.73$, $SD=0.62$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ทุกด้านมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง โดยด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด คือ ด้านการสนับสนุนด้านจิตวิญญาณ ($M=4.20$, $SD=0.54$) ส่วนด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด คือ ด้านการจัดการกับอาการ ($M=3.36$, $SD=1.00$) และพบว่าบรรยากาศองค์การ การได้รับการอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในไอซียู มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับ ปานกลาง กับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในไอซียูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) ทักษะคติของพยาบาลต่อความตาย ประสบการณ์การทำงานในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในไอซียูอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) อายุและประสบการณ์การทำงานในไอซียูไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับสมรรถนะการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของพยาบาลในไอซียู

ศิริวรรณ ต้นนุกูล, วลัยนารี พรหมลา (2559) ศึกษาการรับรู้ต่อสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล มหาลัยเอกชน ในจังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 153 ราย ผลการศึกษาพบว่า 1) การรับรู้ต่อสมรรถนะ พยาบาลวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยเอกชนในภาพรวมพบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด คิด เป็นร้อยละ 56.21 (Mean = 4.24, SD = .50) 2) ระดับทัศนคติต่อวิชาชีพพยาบาลของนักศึกษา พยาบาลมหาวิทยาลัยเอกชนในภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับมาก คิดเป็น

ร้อยละ 52.21 (Mean = 4.01, SD = .55) 3) ทศนคติต่อวิชาชีพพยาบาล มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ต่อสมรรถนะพยาบาล วิชาชีพของนักศึกษาพยาบาลมหาวิทยาลัยเอกชน จังหวัดปทุมธานี ระดับปานกลาง ($r = .428$)

หทัยรัตน์ ชลเจริญ (2559) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการพยาบาลต่างวัฒนธรรม ของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลผู้รับบริการมุสลิม ผลการวิจัยพบว่าผลการศึกษาพบว่า ระดับสมรรถนะการพยาบาลต่างวัฒนธรรมของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลผู้รับบริการมุสลิมโดยรวม อยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.85$ (1-5), $SD = .31$) เมื่อพิจารณาราย ด้านพบว่า ด้านความปรารถนาที่จะมีสมรรถนะทางวัฒนธรรม และด้านทักษะเกี่ยวกับวัฒนธรรมอยู่ในระดับสูง ($M = 3.32$ (1-5), $SD = .49$), และ ($M = 3.16$ (1-5), $SD = .43$) ส่วนด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับ ผู้รับบริการที่ต่างวัฒนธรรม และด้านการตระหนักรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมอยู่ในระดับปานกลาง ($M = 2.95$ (1-5), $SD = .39$) และ ($M = 2.89$ (1-5), $SD = .35$) ส่วนด้านความรู้เกี่ยวกับวัฒนธรรมอิสลามพบอยู่ในระดับปาน กลาง ($M = 2.83$ (1-5), $SD = 1.18$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสมรรถนะการพยาบาลต่างวัฒนธรรม ของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการดูแลผู้รับบริการมุสลิม พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวก คือ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานหลังจบการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ($r_s = 0.986$, $P < 0.01$) ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานหลังจบการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต และ ได้รับการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษาโรคเบื้องต้น) ($r_s = 0.252$, $P < 0.01$) ค่านิยมต่อวัฒนธรรมที่แตกต่าง ($r_s = 0.229$, $P < 0.01$) และการอบรมที่ส่งผลต่อสมรรถนะของ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ($P < 0.05$)

อังคณา หิรัญย์ภิญโญภาส (2559) ศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพหน่วยผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด กลุ่มตัวอย่างคือ พยาบาลวิชาชีพหน่วยผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือดจำนวน 144 คน ผลการศึกษาพบว่า สมรรถนะพยาบาลวิชาชีพหน่วยผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือดอยู่ในระดับสูง (mean = 3.87) ประสบการณ์การปฏิบัติงานในหน่วยผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด ความเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้ และการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ปฏิบัติงาน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง กับสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพหน่วยผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .59$, .49 และ .36 ตามลำดับ) ปัจจัยที่สามารถทำนายสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพหน่วยผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือดได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ประสบการณ์การปฏิบัติงานในหน่วยผู้ป่วยวิกฤตหัวใจและหลอดเลือด และความเป็นองค์การแห่งการเรียนรู้โดยร่วมกันพยากรณ์ได้ ร้อยละ 55

นิตยา พันธุ์สง่า (2560) ศึกษาแรงจูงใจที่มีผลต่อสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ ประชากรคือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 264 คนกลุ่มตัวอย่างจำนวน 105 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.8 อายุระหว่าง 31-40 ปี ร้อยละ 40.0 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 63.8 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 86.6 ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน 6-10 ปี ร้อยละ 39.0 (S.D.= 3.51) รายได้ 20,001 – 30,000 บาท ร้อยละ 50.5 (S.D.= 3,538.51) ภาพรวมของแรงจูงใจอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.80 (S.D. = 0.32) โดยพบว่าปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.08 (S.D. = 0.36) และค่าเฉลี่ย 3.52 (S.D. = 0.34) ตามลำดับ ส่วนสมรรถนะหลักภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.08 (S.D. = 0.38) แรงจูงใจมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับสมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($r=0.655$, $p\text{-value} < 0.001$) และตัวแปรที่สามารถร่วมกันพยากรณ์สมรรถนะหลักของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ ปัจจัยค้ำจุนด้านสถานทางอาชีพ ปัจจัยจูงใจด้านความรับผิดชอบ ปัจจัยจูงใจด้านความสำเร็จในการทำงาน และปัจจัยค้ำจุนด้านโอกาสความก้าวหน้าในงาน โดยร่วมกันพยากรณ์ได้ร้อยละ 63.6 ($R^2 = 0.636$, $p\text{-value} < 0.001$)

ศิริพร พุทธรังสีและสุนิสา สีม (2560) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดในประเทศไทย กลุ่มตัวอย่างคือพยาบาลห้องผ่าตัดจำนวน 818 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพและส่วนใหญ่จบปริญญาตรี มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 10 ปี (60%) และผ่านการอบรม (63.8%) ส่วนใหญ่รับรู้ว่าการปฏิบัติงานดี (79.5%) และมีจำนวนพยาบาลไม่เพียงพอ (76.3%) การรับรู้สมรรถนะของตนเองอยู่ในระดับสูง (65.8%) โดยมีระดับสมรรถนะผู้เชี่ยวชาญ ผู้ชำนาญการ และผู้มีความสามารถพอ คิดเป็นร้อยละ 65.8, 24.6, และ 9.5 ตามลำดับ บรรยากาศองค์กรและความเพียงพอของบุคลากร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะพยาบาลห้องผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$ และ $p < 0.01$ ตามลำดับ)สรุปได้ว่าสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัดส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูงในทุกด้าน และปัจจัยคัดสรรด้านบรรยากาศองค์กรและความเพียงพอของบุคลากรองค์กร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด ดังนั้นหน่วยงานหรือองค์กรควรให้ความสำคัญต่อการจัดอัตรากำลังให้เพียงพอ และการสร้างบรรยากาศองค์กร เพื่อการพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลห้องผ่าตัด

วิระดา รัตนสุวรรณและประภาลี โอภาสนันท์ (2560) ศึกษาการพัฒนากรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ ในการดูแลสุขภาวะผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ผลการวิจัยพบว่า กรอบสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ประกอบด้วย 4 สมรรถนะ ได้แก่ 1) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายในการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน ประกอบด้วยสมรรถนะย่อย 9 สมรรถนะ โดยสมรรถนะที่มีน้ำหนักองค์ประกอบ สูงสุด ได้แก่ การส่งเสริมการใช้ภูมิปัญญาของชุมชน ในการขับเคลื่อนระบบสุขภาพชุมชน 2) การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและสร้างสรรค์นวัตกรรมเพื่อการฟื้นฟูสุขภาพ ประกอบด้วย สมรรถนะย่อย 6 สมรรถนะ โดยสมรรถนะที่มีน้ำหนักองค์ประกอบสูงสุด ได้แก่การมีทักษะในการประมวลผลข้อมูลและ แปลงเป็นสารสนเทศได้

3) การมีทักษะในการจัดการปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยและเผื่อระวังความเสี่ยง ประกอบด้วย สมรรถนะย่อย 6 สมรรถนะ โดยสมรรถนะที่มีน้ำหนักหนักองค์ประกอบสูงสุด ได้แก่ มีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่พบบ่อย เช่น เบาหวาน ความดัน โลหิตสูง และ 4) การเสริมสร้างคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ ประกอบด้วย สมรรถนะย่อย 5 สมรรถนะ โดยสมรรถนะที่มีน้ำหนักหนักองค์ประกอบสูงสุด ได้แก่ การส่งเสริมให้ครอบครัวได้ดูแลผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงคุณค่าและศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

Smith CS และ Hung LC.(2012) ศึกษาอิทธิพลของปรัชญาตะวันออกเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของชาวอเมริกันเชื้อสายจีน: ทศนคติต่อการดูแลระยะยาว ผลการวิจัยพบว่า ปรัชญาจีนเป็นรากฐานที่สำคัญของวัฒนธรรมจีนนับพันปีและได้ให้ความสำคัญกับประเพณีของโลก เช่น ลัทธิเต๋า หินและหยางและความกตัญญูตักตัญญู แม้ว่าความเชื่อเหล่านี้ยังคงยึดมั่นอยู่ตลอดหลายพันปี ความสามารถในการดำรงอยู่ไม่เปลี่ยนแปลงในอนาคตยังไม่แน่นอน ในขณะที่โลกเริ่มก้าวไปข้างหน้า ในศตวรรษที่ 21 คำถามที่เกี่ยวข้องหลาย ๆ คำถาม: หลักเกณฑ์เกี่ยวกับอายุผู้สูงอายุจีนและความสัมพันธ์กับลูกหลานจะคงอยู่หรือ ซึ่งความเชื่อขัดแย้งกับแนวคิด Western ใหม่แนวคิดระบบความคิดแบบใดที่น่าจะเป็นผู้ชนะ นอกจากนี้ชาวอเมริกันผู้สูงอายุเชื้อชาติจีนและการรับรู้ของพวกเขาเกี่ยวกับสิ่งอำนวยความสะดวก การดูแลระยะยาวทำให้เกิดปัญหากับหน่วยครอบครัวแบบดั้งเดิม

Davy C, Kite E, และคณะ(2016) ศึกษาสังเคราะห์ระบบบริการด้านการดูแลสุขภาพขั้นต้นและบริการดูแลผู้สูงอายุสามารถสนับสนุนความเป็นอยู่ที่ดีของชนเผ่าพื้นเมืองที่มีอายุมากได้อย่างไร ในประเทศออสเตรเลีย ผลการศึกษาพบว่า มีการค้นหาฐานข้อมูลหลัก ได้แก่ การวิเคราะห์วรรณกรรมทางการแพทย์และการค้นคืนระบบออนไลน์และดัชนีสะสมเพื่อการพยาบาลและสาขาสุขภาพด้านวรรณกรรม เอกสารที่รายงานเกี่ยวกับมุมมองของชนเผ่าพื้นเมืองที่มีอายุมากกว่าสมาชิกในชุมชนและผู้เข้าร่วมให้บริการรวมอยู่ด้วย ผลการวิจัยถูกรวบรวมโดยใช้วิธี meta-aggregative และเนื่องการทางร่างกายมีการเปลี่ยนมกลดน้อยลงตามอายุที่มากขึ้น การได้รับการสนับสนุนจากการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ปลอดภัยทางวัฒนธรรมและบริการดูแลผู้สูงอายุที่เข้าใจถึงความสำคัญของการรักษาอัตลักษณ์ของชนเผ่าพื้นเมืองและการส่งเสริมความเป็นอิสระจะเป็นสิ่งสำคัญสำหรับความเป็นอยู่ของชนเผ่าพื้นเมืองที่มีอายุมาก

Muszalik M, Kornatowski T และคณะ(2014) ได้ศึกษาการประเมินสมรรถภาพของผู้ป่วยสูงอายุเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (HRQoL) ในประเทศโปแลนด์ จุดมุ่งหมายหลักของการวิจัยคือการประเมินสมรรถนะด้านสุขภาพการทำงานและประสิทธิภาพการทำงานรวมทั้งปัญหาการดูแลผู้ป่วยในคลินิกผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับการขาดดุลเพื่อตอบสนองความต้องการ การประเมินคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการคลินิกผู้สูงอายุ: 149 คน หญิง 78 คน; รวม 227 คน การวิจัยได้ดำเนินการโดยใช้วิธีการสำรวจความคิดเห็นโดยใช้แบบสอบถามกิจวัตรประจำวันของการประเมินประสิทธิภาพรายวันโดยใช้ดัชนีแคทซ์ ซึ่งเป็นกิจกรรม

เชิงเครื่องมือของแบบสอบถามการใช้ชีวิตประจำวัน แบบวัดการดูแลที่ใช้ในการวัดระดับการพึ่งพา การดูแลและความต้องการของมนุษย์และสเกล Nottingham Health Profile ผลการวิจัยพบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่มีความสามารถในการปฏิบัติงานในระดับสูงและปานกลาง ปัญหาหลักที่เกี่ยวข้องกับการตอบสนองความต้องการคือปัญหาเกี่ยวกับการใช้ท่าทางที่เหมาะสม ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและปัญหาเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมสันทนาการนอกสถานที่นอกสถานที่บ้าน การขาดดุลโดยทั่วไปในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยอยู่ในระดับต่ำ ปัญหาที่สำคัญที่สุดคือความผิดปกติของการนอนหลับ ข้อจำกัดในเสรีภาพในการเคลื่อนไหวการสูญเสียพลังงานที่สำคัญและอาการเจ็บป่วยที่ทำให้เกิดอาการปวดได้ สรุปว่า การทำงานที่ดีของผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีนัยสำคัญขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพทางปัญญาและสติปัญญา ผู้ป่วยสูงอายุต้องการวิธีการดูแลแบบองค์รวมที่ครอบคลุมและครอบคลุมปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับอายุ

จากการทบทวน งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ยังไม่มีการศึกษาสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพหรือกลุ่มบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโดยตรง ดังนั้น จึงมีความจำเป็นในการศึกษาเพื่อส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุที่ดีต่อไป และสามารถได้ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายสมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้แก่ อายุ ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน ประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุ ระยะเวลาการดูแลผู้สูงอายุ การรับนโยบายการดูแลผู้สูงอายุ การอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุและแรงจูงใจใฝ่สัมฤทธิ์ในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อนำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

3. บริบทการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3.1 แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ภายใต้แนวคิดใหญ่ขององค์การอนามัยโลกที่มีต่องานสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งมุ่งเน้นการทำให้ประชาชนมีสุขภาพดี พึ่งตนเองได้ สามารถเข้าถึงบริการ และยอมรับได้ทั้งในด้านสังคมและเศรษฐกิจ ระบุว่าบริการปฐมภูมิ หรือ Primary care มีให้บริการรักษาพยาบาลที่เป็นการคัดกรองโรคเบื้องต้น แต่เป็นบริการผสมผสานที่อยู่ใกล้บ้าน ใกล้ที่ทำงาน ซึ่งปฏิบัติงานร่วมกับประชาชนในการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการด้วยแนวคิดแบบองค์รวม คำจำกัดความของบริการปฐมภูมิหมายถึง การให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่ประยุกต์ความรู้อย่างผสมผสานทั้งทางด้านการแพทย์ จิตวิทยา และสังคม เพื่อให้บริการทั้งที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ เป็นบริการที่ดูแลประชาชนอย่างต่อเนื่อง ให้แก่บุคคลครอบครัว และชุมชน ด้วยแนวคิดแบบองค์รวม โดยมีระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลอย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถประสานกับองค์กรชุมชนในท้องถิ่นเพื่อพัฒนาความรู้ ของประชาชนในการดูแลตนเองได้ใน

ยามเจ็บป่วย รวมถึงส่งเสริมสุขภาพของตนเองเพื่อให้บรรลุสู่การมีสุขภาพที่ดีได้ต่อไป (สุพัตรา ศรีวณิชชากร และคณะ, 2545)

บทบาทหน้าที่ของบริการปฐมภูมิ ในฐานะหน่วยบริการที่เป็นบริการด่านแรกซึ่งโดยธรรมชาติจะต้องมีความใกล้ชิดกับชุมชนทั้งในแง่สถานที่ตั้ง และความสัมพันธ์ที่มีต่อผู้ใช้บริการบริการปฐมภูมิจึงมีหน้าที่เสมือนเป็น ที่ปรึกษาและช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจด้านสุขภาพให้แก่ประชาชน และชุมชนในลักษณะผสมผสาน เช่น หากเห็นว่าผู้ป่วยไม่ จำเป็นต้องใช้ยารักษาเจ้าหน้าที่ก็ควรจะแนะนำวิธีการดูแล การปฏิบัติตนที่เหมาะสม แต่หากต้องรักษาหรือต้องใช้ยาในขอบเขตที่หน่วยบริการดูแลได้ เจ้าหน้าที่ควรต้องทำหน้าที่ดูแลและรักษาพยาบาลอย่างผสมผสานถ้าไม่สามารถทำเองได้ หรือทำแล้วยังไม่ครอบคลุม ก็จะต้องทำหน้าที่ส่งต่อ หรือประสานกับผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องต่อไปนอกจากด้านร่างกายแล้ว บริการปฐมภูมิจะต้องสามารถให้คำปรึกษาทางด้านจิตใจและสังคมแก่ผู้มาใช้บริการในระดับต้นที่ผสมผสานกับบริการทางกาย หรือเป็นบริการเฉพาะ ได้ด้วย ส่วนกรณีที่มีปัญหาหรือปัญหาเฉพาะทาง เจ้าหน้าที่ก็จะทำหน้าที่ส่งต่อให้ผู้เกี่ยวข้องต่อไป ประการถัดมา เนื่องจากหน่วยบริการปฐมภูมิมีความใกล้ชิดกับประชาชน มีข้อมูล และเข้าใจในวิถีชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชนดีกว่าหน่วยบริการระดับอื่นบริการปฐมภูมิจึงควรมีหน้าที่ ประเมินสภาพชุมชนอย่างรอบด้านแล้วนำมาวางแผนการพัฒนาบริการให้สอดคล้องกับสภาพความต้องการและปัญหาของประชาชนทั้งด้านการสร้างเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การรักษาโรค และการฟื้นฟูสภาพ ควรสนับสนุนให้ประชาชน พึ่งตนเองด้านสุขภาพ รวมถึงให้ความรู้ทางเทคนิคการแพทย์ และฝึกทักษะในการดูแลสุขภาพบางอย่าง เช่น การทำแผล การดูแลเด็กที่เป็นไข้ รู้จักสังเกตและติดตามอาการเจ็บป่วยเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างเหมาะสม รวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสภาพแวดล้อม ให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดีนอกจากนี้บริการปฐมภูมิจะต้อง สามารถให้การดูแลบริบาลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้วยการประยุกต์หรือปรับวิธีการดูแลนี้ให้สอดคล้องกับสภาพความเป็นอยู่และวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างเหมาะสมท้ายที่สุดบริการปฐมภูมิต้องมีหน้าที่ ประสานบริการกับหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการอย่างต่อเนื่องและผสมผสาน รวมถึงการรับผิดชอบส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่หน่วยบริการระดับอื่นในระยะเวลาและภายใต้สถานการณ์ที่เหมาะสม

หัวใจการให้บริการผู้สูงอายุในชุมชนมี 3 ส่วนหลักคือ หัวใจการให้บริการผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งการบริการผู้สูงอายุในบริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลประกอบด้วยสาระหลักที่สำคัญคือ 1) ภาวคิหลักสามภาวคิ 2) เจตคติผู้ให้บริการต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุ และ 3) รูปแบบบริการใหม่ที่ใส่ใจผู้สูงอายุ

1) ภาคิหลักสามภาคิ ภาคิหลักสามภาคิที่มีส่วนสำคัญในการดำเนินงานการจัด บริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน คือ 1) ภาคิบริการชุมชนและท้องถิ่น 2) ภาคิบริการสุขภาพ และ 3) ภาคิ บริการสังคม ทั้งภาครัฐและ เอกชนที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ คือ

(1) ภาคิบริการชุมชนและท้องถิ่น ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่ บ้าน ประธาน ชุมชน ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) เทศบาล/ อบต./ อบจ/ อบท./ หรือ อื่นๆ ซึ่ง เป็นแกนนำ หลักในการจัดบริการในชุมชนและท้องถิ่น โดยการประสานงาน กับภาคิบริการสุขภาพ และภาคิบริการสังคม

(2) ภาคิบริการสุขภาพ นอกจากจะมี รพ.สต. เป็นแกนนำ หลักในการให้บริการ ด้านสุขภาพระดับปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนที่รับผิดชอบแล้ว ยังต้องมีการเชื่อมต่อบริการ สุขภาพในระดับต่างๆ คือโรงพยาบาลแม่ข่ายหลัก หรือโรงพยาบาลระดับ ทติยภูมิ และระดับตติยภูมิ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน รวมถึงโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาล มหาวิทยาลัย สถาบันบริการเฉพาะทางต่างๆ เช่น โรงพยาบาล จิตเวชต่างๆโรงพยาบาลประสาท สถาบันมะเร็งทั้งส่วนภูมิภาค และส่วนกลางอื่นๆ

(3) ภาคิบริการสังคม ประกอบด้วย พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ประจำจังหวัด (พมจ.) โดยร่วมกับภาคิ ชุมชน/ท้องถิ่น ปกครองท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาลระดับต่างๆ ร่วม เป็นแกนนำหลักในการจัดบริการด้านสังคมสำหรับผู้สูงอายุและ ครอบครัว

บริการสุขภาพที่จัดโดยรพ.สต.ร่วมกับภาคิเครือข่าย ครอบคลุมภารกิจบริการ สุขภาพที่มีการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ ภารกิจการ พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และ อผส. หรือ แกนนำชุมชนอื่นๆ ในการให้การดูแล ผู้สูงอายุและภารกิจการประสาน การจัดบริการกับภาคิบริการสุขภาพในการเชื่อมต่อบริการสุขภาพ ระดับต่างๆ และเชื่อมโยงกับภาคิบริการสังคมในการจัดบริการสังคมหรือการบูรณาการบริการทั้ง สุขภาพและสังคม การบูรณาการภาคิหลักทั้งสามภาคิในการร่วมจัดบริการทั้ง บริการสุขภาพและ สังคม ดังตัวอย่าง การดำเนินการสำรวจเพื่อการจัดกลุ่มผู้สูงอายุ ซึ่งถือเป็นหัวใจสำคัญในการ จัดบริการ บูรณาการเชิงรุกสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน ทั้งนี้ขึ้นกับความเข้มแข็งและศักยภาพของภาคิ ใดจะเด่นและเป็นแกนนำหลัก ในการขับเคลื่อนการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนรวมถึงการ มี ทุนศักยภาพของชุมชนเองด้วย แต่ที่สำคัญต้องการความร่วมมือ- ร่วมใจ-ร่วมพลัง ของทุกภาคิ รวมทั้ง กลุ่มผู้สูงอายุและครอบครัว จึงจะมีผลสำเร็จด้วยดี

2) เจตคติผู้ให้บริการต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุ เจตคติเชิงลบของเจ้าหน้าที่ สาธารณสุขที่มีต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุโดยไม่รู้ตัว ทำให้ผู้สูงอายุขาดโอกาสมีทางเลือกในการ ได้รับการดูแลที่เหมาะสม อันเป็นการลดทอนคุณภาพชีวิตที่จะสามารถมีชีวิตยืนยาวได้อย่างไร้ภาวะ

ทุกพลภาพ จากข้อมูลทางวิชาการและจากข้อเท็จจริงยืนยันว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัด อาทิลเปลี่ยนแปลงข้อเข่าที่เป็นต่อกระดูก และเปลี่ยนข้อเข่าที่เสื่อม มีคุณภาพชีวิตที่ดีเพิ่มขึ้น โดยสามารถทำกิจวัตรประจำวันและออกนอกบ้านด้วยตนเองได้ ทำให้ไม่ต้องอยู่ติดบ้าน และไม่ต้องพึ่งพาหรือเป็นภาระให้มีผู้ดูแล นอกจากนี้ยังมีข้อมูลว่า ผู้สูงอายุที่มีความรู้และสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพ จะมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาโดยการผ่าตัดแตกต่างจากผู้สูงอายุทั่วไป เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ของ รพ.สต. จึงควรตระหนักถึงเจตคติของตนเองต่อผู้สูงอายุและความสูงอายุดังกล่าวนี้ด้วย

3) รูปแบบบริการใหม่ที่ใส่ใจผู้สูงอายุ รูปแบบบริการ รพ.สต.แนวใหม่ที่ใส่ใจผู้สูงอายุ เรียกว่า รพ.สต.เอื้ออาทรผู้สูงอายุ มีลักษณะสำคัญของสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ 7 หลักการ คือ มีการจัดให้มีบริการ (availability) การเข้าถึงบริการ (accessibility) การผสมผสานของบริการ (comprehensiveness) คุณภาพของบริการ (quality) ประสิทธิภาพของบริการ (efficiency) การไม่เลือกปฏิบัติในการให้บริการ (non-discrimination) การให้บริการที่สอดคล้องกับเพศและวัย (gender & age responsiveness) หลักการสำคัญของการให้บริการที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ คือการมีบุคลากรที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุการมีระบบบริการที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ และการมีสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออาทรผู้สูงอายุ ที่นำมาผสมผสานเป็นกรอบแนวคิดของสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ หรือ รพ.สต.ที่เอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ซึ่งการดำเนินการจัดรูปแบบบริการด้านสุขภาพและการดูแลผู้สูงอายุ การสร้างเสริมครอบครัวให้เข้มแข็งโดยสร้างความมั่นคงด้านการเงินทั้ง ครอบครัวและผู้สูงอายุ ส่งเสริมศักยภาพ และความรู้ของผู้และสร้างเสริมทัศนคติต่อการดูแลผู้สูงอายุและให้มีการสนับสนุนจากท้องถิ่นและชุมชน

3.2 บทบาทการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

บทบาทการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นสถานบริการสาธารณสุขระดับต้น ของกระทรวงสาธารณสุขและเป็นหน่วยงานอยู่ใต้บังคับบัญชาของสาธารณสุขอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโดยมีคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) เป็นองค์กรประสานงานและสนับสนุนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขบริการสาธารณสุขผสมผสาน ทั้งในและนอกสถานบริการ อันได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การป้องกันควบคุมโรค การฟื้นฟูสภาพ การดูแลผู้สูงอายุและผู้พิการ อนามัยสิ่งแวดล้อม การสนับสนุนบริการ วิชาการ และการบริหารและธุรการ รวมทั้งการสนับสนุนการดำเนินงานสาธารณสุขและพัฒนาชุมชน ตลอดจนการวางแผนแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพเศรษฐกิจและสังคม รวมทั้งความต้องการของประชาชนในแต่ละท้องที่ เช่น เขตชนบท เขตทุรกันดาร เขตชนบทกึ่งเมือง และเขตชานเมือง เป็นต้น สถานีนอมาัย ศูนย์

สุขภาพชุมชน ศูนย์แพทย์ชุมชนมีหน้าที่และภาระความรับผิดชอบ (สุพัตรา ศรีวณิชชากรและคณะ, 2545) บทบาทการให้บริการที่คาดว่าจะมีในหน่วยบริการปฐมภูมิที่แตกต่างกันไป ได้แก่

3.2.1 ด้านการรักษาพยาบาล ตามสภาพปัญหาของชุมชน สามารถปฏิบัติการได้ตามเกณฑ์ทั้งในและนอกสถานบริการ ตามขีดความสามารถในการรักษาพยาบาลโรคต่าง ๆ ตามเกณฑ์โรคทั่วไป และโรคประจำถิ่น ได้แก่ การคัดกรองผู้ป่วยให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และส่งต่อผู้ป่วย ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งผู้ป่วยที่มีความรุนแรง ผู้ป่วยอุบัติเหตุและอุบัติเหตุ การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น การรักษาพยาบาล การจัดหา ยา การจ่ายยา ให้ความรู้ด้านยาและการดูแล การส่งต่อการรักษา การรับรักษาผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อมาโรงพยาบาล

3.2.2 ด้านส่งเสริมสุขภาพ โดยการส่งเสริมสุขภาพคนปกติ กลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วย ให้บริการประชาชน ครอบคลุมกิจกรรมบริการสาธารณสุขขั้นพื้นฐานทุกกลุ่มเป้าหมาย และเน้นพัฒนากลวิธีเชิงรุก ให้ประชาชนสุขภาพแข็งแรงมีภูมิคุ้มกันโรค ไม่เจ็บป่วยง่าย ป่วยก็ให้หาย ไม่พิการ ได้แก่ การให้ภูมิคุ้มกันโรค การบริการทันตสาธารณสุข จัดบริการทันตสาธารณสุขผสมผสานแก่ประชาชนทั่วไป การบริการอนามัยแม่และเด็กให้การดูแลแม่ตั้งแต่เริ่มมีครรภ์ การคลอด การดูแลหลังคลอด ตลอดจนดูแลเด็ก 0 – 5 ปี ในด้านการเจริญเติบโต การพัฒนาการของเด็ก ตลอดจนดูแลด้านโภชนาการ ทั้งค้นหา เฝ้าระวัง และติดตามทางโภชนาการแก่หญิงมีครรภ์ เด็ก 0 – 5 ปี และเด็กวัยเรียน การบริการวางแผนครอบครัว ในบริการวางแผนครอบครัวในสถานบริการตลอดจนค้นหา ติดตามและรณรงค์วางแผนครอบครัวให้ครอบคลุมเป้าหมาย การดูแลเด็กวัยเรียนและเยาวชน ให้บริการอนามัยเด็กวัยเรียน วางแผนและให้บริการอนามัยในโรงเรียนที่รับผิดชอบ และดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ ให้บริการรักษาพยาบาล ตลอดจนการดูแลด้านโภชนาการเด็กในวัยเรียน รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพแก่เยาวชนนอกระบบโรงเรียน การส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดูแลสุขภาพบุคคลทั่วไปให้บริการส่งเสริม การออกกำลังกายแก่บุคคลทั่วไป ส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ ตลอดจนการให้ไอโอดีน การส่งเสริมสุขภาพภาคประชาชน โดยให้การสนับสนุนประชาชน และชุมชน ในการพัฒนางานสุขบัญญัติสำหรับประชาชน งานทันตสาธารณสุขตามกลวิธีสาธารณสุขมูลฐาน ตลอดจนการพัฒนาวิชาการ และฝึกอบรมอาสาสมัคร

3.2.3 ด้านควบคุมและป้องกันโรค เฝ้าระวังทางระบาดวิทยาดำเนินการป้องกัน การเกิดโรคทั้งโรคติดต่อ และโรคไม่ติดต่อ ไม่ให้เกิดการกระจายของโรค ได้แก่ การรายงานโรคที่สำคัญ และโรคอุบัติใหม่ (รง 506) การเก็บตัวอย่างส่งตรวจ การเฝ้าระวังโรค สอบสวนโรค ให้ภูมิคุ้มกันโรค ลดปัจจัยเสี่ยงการเกิดโรค ให้สุศึกษาและอบรม ประชาชน ครู นักเรียนในการรณรงค์ทำลายแหล่งนำโรค ตามลักษณะของกลุ่มโรคติดต่อ คือ

1) กลุ่มโรคติดต่อทั่วไป ได้แก่ โรคติดต่อทางอาหารและน้ำ โรคหนองพยาธิ โรคติดต่อระบบทางเดินหายใจเฉียบพลันในเด็ก และโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน

2) กลุ่มโรคติดต่อที่นำโดยแมลงหรือยุงเป็นพาหะ ได้แก่ ไข้มาลาเรีย ไข้เลือดออก ไข้สมองอักเสบ และโรคเท้าช้าง

3) กลุ่มโรคติดต่อที่เกิดจากการสัมผัส โรคเรื้อน วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์

4) กลุ่มโรคติดต่อที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีน เช่น คอตีบ ไอกรน โปลิโอ บาดทะยัก

3.5 การควบคุมและป้องกันโรคไม่ติดต่อ เน้นการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค หรือลดปัจจัยเสี่ยง รวมทั้งการให้สุขศึกษา เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ตลอดจนคัดกรองผู้ป่วยในกลุ่มประชากรเป้าหมายเพื่อให้การรักษาพยาบาลที่เหมาะสม ได้แก่ โรคไม่ติดต่อทั่วไป และโรคไม่ติดต่อเฉพาะ เช่น โรคเกิดจากพฤติกรรม อุบัติเหตุ พันธุกรรมและอื่น ๆ และการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ร่วมกับเครือข่ายทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT)

3.2.4 ด้านฟื้นฟูสภาพ การฟื้นฟูสภาพพื้นฐานครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ดูแลสภาพผู้ป่วยให้คืนสู่สภาพปกติหรือป้องกันไม่ให้เกิดความพิการได้แก่ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาส ผู้ป่วยเรื้อรังรับส่งต่อจากโรงพยาบาล และให้การปรึกษาทางด้านสุขภาพ ที่กล่าวมาข้างต้นเป็นบริการที่ควรมี แต่สามารถดำเนินการเสริม ทั้งนี้ ดูจากความเป็นไปได้ในการดำเนินการของแต่ละหน่วยบริการ มีบทบาทรายด้านเพิ่มเติมดังต่อไปนี้

3.2.5 ด้านการอนามัยสิ่งแวดล้อม ให้บริการเพื่อการควบคุมป้องกันโรค ที่มาจากน้ำ อาหารและอากาศ พัฒนามาตรการการให้บริการตามสภาพแวดล้อมในแต่ละพื้นที่ โดยใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ได้แก่ งานสุขาภิบาลน้ำสะอาด ส่งเสริมให้ประชาชนในพื้นที่ได้บริโภคน้ำที่สะอาดปราศจากเชื้อ ปลอดภัยในการบริโภค ส่งเสริม และให้บริการประชาชนในการปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในพื้นที่รับผิดชอบ โดยสนับสนุนให้มีและใช้ส้วมที่ถูกหลักสุขาภิบาล การป้องกันกำจัดแมลงพาหะนำโรค การกำจัดน้ำเสียจากบ้านเรือน การรักษาความสะอาด ความเป็นระเบียบเรียบร้อยของบ้านเรือนทุกหลังคาเรือน ตลอดจนการปรับปรุงสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนสถานประกอบการ การสุขาภิบาลอาหาร ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญของการบริโภคอาหารที่สะอาด ปลอดภัย เปลี่ยนแปลงนิสัยการบริโภคให้ถูกต้อง สามารถพิทักษ์ผลประโยชน์ และดูแลตนเองได้ รวมทั้งส่งเสริมให้สถานที่ปรุง และจำหน่ายอาหารทั้งในชุมชน และโรงเรียน มีการปรับปรุงให้ได้มาตรฐาน หรือข้อกำหนดทางสุขาภิบาลอาหารและงานควบคุมคุณภาพสิ่งแวดล้อม ตรวจสอบและเฝ้าระวังสภาพแวดล้อม ได้แก่ การปนเปื้อนสารเคมี และเชื้อโรคในแหล่งน้ำส่วนใหญ่ ตลอดจนมลพิษในอากาศ งานอาชีวอนามัย ส่งเสริมสุขภาพอนามัยผู้ประกอบการอาชีพทุกประเภทตามความแตกต่างแต่ละพื้นที่ ตลอดจนป้องกันและควบคุมโรคที่เกิดจากการประกอบอาชีพ

3.2.6 ด้านสนับสนุน การสนับสนุนงานด้านสาธารณสุขบริการอื่น ๆ ได้แก่ การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ การแพทย์แผนไทยและภูมิปัญญาไทย การป้องกันและบำบัดรักษาผู้ติด

ยาเสพติด การสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐาน การพัฒนาศักยภาพของประชาชน ให้สามารถดูแลตนเองและชุมชน โดยการสนับสนุน และดำเนินงานสาธารณสุขมูลฐาน ให้ครอบคลุมพื้นที่รับผิดชอบ และสนับสนุนองค์กรชุมชนด้านทรัพยากร การนิเทศงาน ตลอดจนการให้ความรู้ในการแก้ปัญหา ด้านพัฒนาชุมชน วินิจฉัยปัญหาชุมชนและประสานงานกับ 6 กระทรวงหลัก ดำเนินการตามแผนและควบคุมกำกับงาน และประเมินผลความสำเร็จงาน

3.2.7 ด้านวิชาการ ด้านศึกษาวิจัยเบื้องต้น ให้สามารถวิเคราะห์สภาพปัญหาของสถานบริการ และสภาวะสุขภาพของประชาชน ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ หรือร่วมโครงการวิจัยในพื้นที่รับผิดชอบเข้าใจองค์ประกอบต่าง ๆ ของชุมชน ตลอดจนแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลงาน งานสนับสนุนการสาธารณสุขมูลฐานและการพัฒนาชุมชน ในฝึกอบรม วิทยากรการถ่ายทอดความรู้ด้านสาธารณสุข การให้สุขศึกษาในเรื่องการควบคุมป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพโดยวิธีการทางสุขศึกษาให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายที่มารับบริการสาธารณสุขในและนอกสถานบริการ รวมทั้งสถานศึกษา

3.2.8 ด้านบริหารและธุรการ เป็นงานด้านการจัดการระบบบริการปฐมภูมิโดยภาพรวมได้แก่ การบริหารงานเอกสารทั่วไป จัดระบบงานสารบรรณ การเงิน การบัญชี การพัสดุ และยานพาหนะ การซ่อมบำรุงอาคารสิ่งก่อสร้าง และครุภัณฑ์ ด้านการวางแผนประเมินผล วางแผนปฏิบัติการ ควบคุมกำกับกำกับการดำเนินงาน การประสานงานและประชาสัมพันธ์ ประสานความร่วมมือกับหน่วยงาน 6 กระทรวงหลัก องค์กรท้องถิ่น ตลอดจนองค์กรภาคเอกชน และเผยแพร่กิจกรรมของหน่วยงานให้เป็นที่แพร่หลายในทุกระดับ การบันทึกรวบรวมประสานข้อมูลข่าวสาร จัดทำรายงานสถิติด้านสุขภาพบทบาทการทำงานในระดับพื้นที่หรือชุมชน จากบทบัญญัติของพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 13 (3) มาตรา 18 (8) มาตรา 47 และมาตรา 48 (4) (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ,2553) ได้กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนและกำหนดหลักเกณฑ์ให้องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน และภาคเอกชนที่ไม่มีวัตถุประสงค์เพื่อแสวงหากำไรดำเนินงาน และบริหารจัดการเงินทุนในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ได้ตามความพร้อม ความเหมาะสมและความต้องการ โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อสร้างหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้แก่บุคคลในพื้นที่ ให้คณะกรรมการสนับสนุนและประสานงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อให้องค์กรดังกล่าวเป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้ได้รับค่าใช้จ่ายจากกองทุน จากบทบัญญัติฯ ดังกล่าว สำนักงานหลักประกันสุขภาพ (สปสช.) จึงสนับสนุนงบประมาณ ให้มีการจัดตั้งกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับพื้นที่ เป็นรูปแบบของการทำงานที่ เกิดการมีส่วนร่วมของทั้ง 3 ภาคส่วนที่อยู่ในพื้นที่ คือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต.หรือเทศบาล) ประชาชนและสถานีนอนามัย ซึ่งควรมีการปรึกษาหารือและกำหนดบทบาทหน้าที่ ให้ชัดเจนระหว่างกองทุนหลักประกันสุขภาพ และ รพ.สต.

เป้าหมายของการจัดบริการของ รพ.สต. (Goals) รพ.สต. มีเป้าหมายของการดูแลสุขภาพให้กับประชาชนที่อยู่ในเขตพื้นที่รับผิดชอบทุกช่วงวัยที่ครอบคลุมทั้งกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มปกติโดยการทำให้มีบริการทั้งบริการในรพ.สต. บริการในชุมชนและบริการในบ้านเพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพให้แก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน แบบครบวงจรต่อเนื่องและเป็นองค์รวม ทั้งในด้านการส่งเสริมสุขภาพการป้องกัน ควบคุมโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพและการรักษาซึ่งจะเป็นการนำมาซึ่งความสามารถในการพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพ (ความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยโดยไม่จำเป็นอันจะเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายในการจัดการดูแลระบบสุขภาพของรัฐในระยะยาว) ของทั้งระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัวและชุมชน อันเป็นเป้าหมายสูงสุดของการจัดระบบสุขภาพที่มีคุณภาพประสิทธิภาพ มีความยั่งยืนสอดคล้องกับสภาพการณ์ของปัญหาสุขภาพ ปัญหาสาธารณสุขและบริบทของแต่ละพื้นที่

พันธกิจในการจัดบริการของรพ.สต. (Mission) เพื่อให้การจัดบริการของรพ.สต. เป็นไปอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพภายใต้พื้นฐานและต้นทุนของการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของสถานีนานาชาติ ที่ได้รับการยกระดับขีดความสามารถให้สูงขึ้น โดยอาศัยแนวคิดการจัดบริการสุขภาพแบบยึดตามลักษณะของประชากร ปัญหาโรคและสาธารณสุขของพื้นที่ (Population Based Health System, ProblemBased Health System และ Area Based Health System) เป็นกรอบการจัดบริการซึ่งรพ.สต. ควรจะมีพันธกิจที่สำคัญ ดังนี้

1. การพัฒนาฐานข้อมูลบริการ (Data Base) เพื่อให้ได้ระบบข้อมูลสุขภาพที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพในการเชื่อมโยงถึงกันและกันได้ระหว่างเครือข่ายบริการทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และการส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลแม่ข่าย (OPD-Card, Refer note, Familyfolder, Community folder และแฟ้มข้อมูล 18 แฟ้ม ฯลฯ) เพื่อให้สามารถรวบรวมประมวล วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ รวมทั้งข้อมูลสุขภาพชุมชนได้อย่างถูกต้องครบถ้วนทันต่อเหตุการณ์ อันจะนำมาซึ่งการวางแผนการจัดบริการของรพ.สต. ทั้งในด้านการรักษา ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพที่มีความครอบคลุมสอดคล้องกับสภาพการณ์บริบทของปัญหาสุขภาพในพื้นที่ได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

2. การพัฒนาการจัดบริการในรพ.สต. (Hospital Base) เพื่อให้ประชาชนหรือผู้ป่วยได้รับบริการที่มีขีดความสามารถสูงขึ้น โดยการประสานความร่วมมือขอรับการสนับสนุนทั้งในด้านบุคลากร ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ เครื่องมือติดต่อสื่อสารที่ทันสมัย (Skype, Tele Medicine) ยานพาหนะ รถยนต์ส่งต่อ จากรพ.แม่ข่าย องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นตลอดจนถึงกองทุนประกันสุขภาพตำบล เพื่อให้เกิดการรักษาผู้ป่วย การให้บริการภาวะฉุกเฉิน การส่งต่อผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับความต้องการปัญหาโรคของพื้นที่ ในลักษณะของคณะกรรมการพัฒนารพ.สต.แบบมีส่วนร่วม (รพ.แม่ข่าย, รพ.สต. อปท. และองค์กรชุมชน)

3. การพัฒนาการจัดบริการในชุมชน (Community Base, Community Health Care) เพื่อให้ชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เกิดการรับรู้ ตระหนักถึงการมีส่วนร่วม และ

สามารถให้การสนับสนุนในการวางแผน ดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรคของพื้นที่ โดยอาศัยแกนนำอสม.ในชุมชนที่ได้รับการเสริมสร้างศักยภาพในด้านการจัดทำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ (SRM/SLM) เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนผ่านทางกองทุนสุขภาพตำบล สมัชชาสุขภาพตำบล เพื่อให้เกิดแผนงานส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ชุมชนที่ดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนทุกภาคส่วน ตั้งแต่ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผลประโยชน์ในลักษณะของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการจัดระบบสุขภาพชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ ประสิทธิภาพและยั่งยืน สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของชุมชน ในที่สุดจะนำมาซึ่งความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดให้มีมาตรการและระบบเฝ้าระวังความเสี่ยงด้านสุขภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข (คปส.) ขึ้นในชุมชน

4. การพัฒนาการจัดบริการในบ้าน (Home Base, Home Health Care, Home Ward) ให้กลุ่มแม่และเด็ก ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ใกล้ชิดเป็นองค์รวมแบบเอื้ออาทร ด้วยบริการที่มีหัวใจของความเป็นมนุษย์ (Humanized Health Care) โดยการประสานการดำเนินงานจัดให้มีทีมดูแลผู้ป่วย (Patient Care Team : PCT) จากรพ.แม่ข่าย ทีมดูแลสุขภาพ (Health Care Team :HCT) จากรพ.สต.และแกนนำผู้ดูแลสุขภาพประจำครอบครัวหรือจิตอาสาดูแลสุขภาพในครอบครัวจากชุมชน ตามแผนการดูแลตามความจำเป็นที่จะได้รับการดูแลอย่างเป็นลำดับขั้นตอน โดยอาศัยการถ่ายทอดกระบวนการดูแลให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในแต่ละระดับ ผ่านการอบรม และการจัดทำแนวทางการดูแลผู้ป่วย (Practice Guideline) ที่มีประสิทธิภาพ มีการจัดการความรู้โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับผู้ดูแลอย่างสม่ำเสมอร่วมกับการประสานการดูแลโดยหน่วยงานและองค์กรชุมชนอื่น ๆ ที่จะช่วยในการดูแลยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น เช่น อปท., พคม.และอื่น ๆ ตามความจำเป็นทั้งในด้านเศรษฐกิจและสังคมขอบเขตบริการรพ.สต.เน้น 5 กลุ่มเป้าหมายหลัก (สามารถเพิ่มเติมปัญหาเฉพาะพื้นที่ของรพ.สต.แต่ละแห่งได้) โดยเริ่มจากการวิเคราะห์ธรรมชาติของกลุ่มเป้าหมาย ความรู้สึกนึกคิด ค่านิยม ปัญหาสุขภาพ การจำแนกออกเป็นกลุ่มปกติ-เสี่ยง-ป่วย ศักยภาพแต่ละกลุ่มและความต้องการความช่วยเหลือในแต่ละกลุ่มออกแบบบริการตามพันธกิจสำคัญ(3ข.=เชิงรุก-เชื่อมโยง-ชุมชน)

1) งานเชิงรุก คือ สร้างการเข้าถึงบริการ หรือการเข้าหาประชาชนในรูปแบบบริการในสำนักงาน/นอกสำนักงาน และหมายรวมถึงการมุ่งจัดการปัจจัยเสี่ยงที่เป็นสาเหตุปัญหาสุขภาพ บริการต่อเนื่องเป็นองค์รวมด้วยมุมมองของผู้ป่วย/ผู้รับบริการ (Humanized health care) ประสานบริการยึดชุมชนเป็นฐานตัวอย่างรูปธรรม ทีมเยี่ยมบ้าน (ทีมสุขภาพประจำครอบครัวประชาชนทุกครัวเรือนมีเบอร์โทรศัพท์ของทีมสุขภาพประจำครอบครัวโทรปรึกษาได้ตลอด) มีข้อมูลสภาพปัญหาเข้าใจความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย

2) งานเชื่อมโยง คือการเชื่อมโยงบริการกับหน่วยงานสาธารณสุข(โรงพยาบาลชุมชน รพศ./รพท.), หน่วยราชการอื่นที่เกี่ยวข้องปัญหา(พม.ศธ. อปท.ฝ่ายปกครอง) องค์กรเอกชน ภาคธุรกิจ/เอกชน NGOs ที่จะมาร่วมคิด ร่วมดำเนินการแก้ปัญหาสุขภาพด้วยกัน ตัวอย่างรูปธรรม ระบบให้คำปรึกษาและส่งต่อในอำเภอ เช่น ศูนย์ให้คำปรึกษาและส่งต่อ มีทีมสุขภาพของรพ.ที่รับผิดชอบใน

การให้คำปรึกษาและมีบทบาทในการพัฒนาศักยภาพของรพ.สต.ที่เฉพาะ สนับสนุนให้มีการเชื่อมโยงการทำงานกับภาคีที่เกี่ยวข้อง

3) งานชุมชน คือ การเสริมพลังชุมชนให้ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชนเข้ามาเรียนรู้ปัญหาสุขภาพตนเองสามารถจัดการปัญหาสุขภาพในระยะยาวได้อย่างไร (ร่วมคิด วางแผน ระดมทุน ดำเนินการและติดตาม) ตัวอย่างรูปธรรม คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพตำบล มีกรรมการที่มาจากท้องถิ่น ชุมชน สาธารณสุข (รพ,สสอ.) ผู้ทรงคุณวุฒิ (ปราชญ์ชาวบ้าน) มาด้วยวิธีการเป็นที่ยอมรับและมีบทบาทในการร่วมกันคิด วางแผน ระดมทุน ดำเนินงานและติดตามปัญหาสุขภาพของตำบล (แผนสุขภาพตำบล)

สมรรถนะการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แนวคิดการทำงานการดูแลผู้สูงอายุไม่ใช่เพียงแต่การวินิจฉัยและให้การรักษาโรคเป็นครั้ง ๆ เท่านั้น ต้องพยายามลดและป้องกันภาวะทุพพลภาพที่อาจเกิดขึ้นพยายามให้ผู้สูงอายุทำกิจวัตรได้มากที่สุด สามารถแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพในมิติสุขภาพเชิงกว้าง ปัญหาจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ พึ่งพาตนเองได้มากที่สุด สร้างความมั่นคงในชีวิต รับรู้คุณค่าศักดิ์ศรีของตนนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีโดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

3.3 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

1) จัดทำฐานข้อมูลผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล โดยประสานเชื่อมโยงข้อมูลกับองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อจัดการและจัดกิจกรรมการดูแลอย่างต่อเนื่อง เช่น ผู้สูงอายุยากไร้/ถูกทอดทิ้ง/อยู่คนเดียว/อยู่กับคู่สมรสตามลำพัง/มีภาวะพึ่งพิง/มีภาวะทุพพลภาพ/มีโรคเรื้อรัง ขวมนถึงการประสานส่งต่อเพื่อรับสวัสดิการด้านอื่น ๆ เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ เบี้ยยังชีพผู้พิการ สวัสดิการสงเคราะห์อื่น ๆ

2) พัฒนาการดำเนินงาน home health care/home visit/homeward (ใช้บ้านเป็นเตียงผู้ป่วย) ในการดูแลผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม โดยประสานเชื่อมโยงข้อมูลกับสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย จัดให้มีตารางปฏิบัติงานของบุคลากร มีระบบประเมิน ติดตามและรายงานผลทุก 1, 3, 6, เดือน หรือรายปี มีระบบส่งต่อ 102 103 ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยไปยังเครือข่ายบริการ (โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน) เพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3) จัดทีมให้การปรึกษาปัญหาด้านกาย จิต สังคม สิ่งแวดล้อมที่ชัดเจน พร้อมสนับสนุนให้เกิดการแก้ไข/ป้องกันสำหรับผู้สูงอายุผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชนรวมถึงเครือข่ายบริการสุขภาพในชุมชน ประสานส่งต่อองค์การบริหารส่วนตำบลและชุมชนให้การช่วยเหลือปรับปรุงสภาพแวดล้อมของบ้านบริเวณที่อยู่อาศัยเพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ

4) จัดหาวัสดุ อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ ภายอุปกรณ์เพื่อสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน และนำภูมิปัญญาท้องถิ่นมาใช้ในการผลิต เช่น ราวคู่นานสำหรับฝึกยืนทรงตัวและหัดเดิน ประสานเชื่อมโยงข้อมูลกับกองวิศวกรรมกรมการแพทย์ กรมสนับสนุนบริการ ; สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุกรมการแพทย์ และประสานเชื่อมโยงการดำเนินงานกับองค์การบริหารส่วนตำบล ;สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงจังหวัด

5) จัดกิจกรรมฝึกอบรมด้านการดูแลผู้สูงอายุสำหรับผู้ดูแล ครอบครัว อาสาสมัคร
สาธารณสุขและจิตอาสา

การให้บริการในครอบครัว/ชุมชน

1) ตรวจสุขภาพผู้สูงอายุอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งและบันทึกผลในสมุดบันทึก
สุขภาพประจำตัวผู้สูงอายุประสานเชื่อมโยงข้อมูลกับสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

2) ตรวจคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะเสี่ยงตามกลุ่มโรคผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะหกล้ม การกลืนลำบาก ภาวะความจำ ภาวะซึมเศร้า ปัญหาการนอน ประสานเชื่อมโยงข้อมูลกับสถาบัน
เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

3) นำข้อมูลสุขภาพมาจัดการแก้ไขปัญหา และติดตามดูแลผู้สูงอายุที่บ้านอย่าง
ต่อเนื่องตามแผน โดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข อาสาสมัคร หรือกลุ่มจิตอาสา ประสาน
เชื่อมโยงการดำเนินงานกับองค์การบริหารส่วนตำบล ; โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย

4) บริการดูแลผู้สูงอายุชั่วคราว (Respite care) โดยจัดผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ
ทดแทนผู้ดูแลหลักที่บ้าน หรือประสานงาน/ส่งต่อไปยังเครือข่ายบริการ เพื่อผ่อนคลายความเครียด
ของผู้ดูแลหลักประสานเชื่อมโยงข้อมูลและการดำเนินงานกับองค์การบริหารส่วนตำบล สำนักงาน
พัฒนาสังคมและความมั่นคงจังหวัด โรงพยาบาลชุมชนแม่ข่าย

5) บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุหลังการเจ็บป่วย/มีภาวะทุพพลภาพตามบริบท
ของพื้นที่ โดยการมีส่วนร่วมขององค์การบริหารส่วนตำบล หรือองค์กรเอกชน อาจจัดตั้งเป็นศูนย์ฟื้นฟู
สุขภาพที่วัดมัสยิด หรือศูนย์สุขภาพชุมชน

6) จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุหรือกลุ่มทำกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เช่น กลุ่มออกกำลังกาย ชมรมกีฬาโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐ องค์การบริหารส่วนตำบล และชุมชน
เพื่อดำเนินการสร้างสุขภาพอย่างต่อเนื่อง พร้อมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีศักยภาพ ดำเนินกิจกรรม
ช่วยเหลือสังคม เช่น การเยี่ยมผู้สูงอายุป่วย/พิการ (เพื่อนช่วยเพื่อน)