

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาการทำงานเป็นทีมของบุคลากรสาธารณสุขในขั้นตอนของการทำงานในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งยังไม่มีการศึกษามาก่อน ผู้วิจัยจะเสนอวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องตามหัวข้อต่อไปนี้

1. การสูงอายุ
 - 1.1 แนวคิดและทฤษฎี
 - 1.2 การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ
 - 1.3 นโยบายของรัฐบาลที่มีต่อผู้สูงอายุ
2. ทีมงานในคลินิกผู้สูงอายุ
 - 2.1 ความหมาย รูปแบบ องค์ประกอบ และกระบวนการทำงานเป็นทีม
 - 2.2 กระบวนการทำงานเป็นทีมในคลินิกผู้สูงอายุ
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การสูงอายุ

กระบวนการทำงานภายในร่างกายของมนุษย์โดยทั่ว ๆ ไปมี 2 ลักษณะ คือ เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโต และเกี่ยวข้องกับการเสื่อมโทรม ในวัยทารกจนถึงวัยหนุ่มสาว กระบวนการเติบโตจะเด่นชัด หลังจากนั้นการเจริญเติบโตจะค่อย ๆ ลดลง ในขณะที่เดียวกัน กระบวนการเสื่อมโทรมจะเข้ามาแทนที่จนถึงอายุประมาณ 40 - 50 ปี กระบวนการทั้งสองจึงมีอัตราไล่เลี่ยกันก่อนที่กระบวนการเสื่อมโทรมจะค่อย ๆ เพิ่มมากขึ้นจนกระทั่งเหนือกว่า กระบวนการเจริญเติบโต ดังนั้น สภาพร่างกายของผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุ จึงเสื่อมโทรมลงตามลำดับเรียกว่าความชราหรือความแก่ ซึ่งจะเกิดกับบุคคลแต่ละคนไม่เท่าเทียมกันทั้งในแง่ความช้าหรือเร็ว มากหรือน้อยขึ้นอยู่กับพันธุกรรม และสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ เช่น อาหาร การออกกำลังกาย และสุขภาพจิต กรีน (Green, 1981) กล่าวว่า ความชราเป็นธรรมชาติ

ที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ มีลักษณะปรากฏอยู่เสมอ (Universal) เสื่อม (Degenerative) ดำเนินต่อเนื่อง (Progressive) และมีเหตุจากปัจจัยภายใน (Intrinsic)

นิยามของคำว่าสูงอายุ มักจะใช้อายุเป็นเกณฑ์ซึ่งสอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก ที่กำหนดว่า ผู้สูงอายุ หมายถึงผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ได้แบ่งวัยสูงอายุออกเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับ 1 วัยเริ่มสูงอายุ (Young Old) คือ อายุระหว่าง 55 - 64 ปี

ระดับ 2 วัยสูงอายุตอนกลาง (Middle Old) คือ อายุระหว่าง 65 - 74 ปี

ระดับ 3 วัยสูงอายุตอนปลาย (Old - Old) คืออายุระหว่าง 75 - 84 ปี

ระดับ 4 วัยสูงอายุแท้จริง (Real Old) คือ อายุระหว่าง 85 ปีขึ้นไป (Birckhead, 1989 : 566 อ้างถึงในสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย, 2533)

การสูงอายุมีหลายลักษณะคือ

ลักษณะที่ 1 สูงอายุตามสภาพร่างกาย (Biological Aging) ร่างกายถูกใช้งานมาก ขาดการดูแลทรมานบำรุง จึงทรุดโทรมและแก่เร็วกว่าปกติ

ลักษณะที่ 2 สูงอายุตามปีปฏิทิน (Chronological Aging) โดยนับอายุจาก วัน เดือน ปี เกิด

ลักษณะที่ 3 สูงอายุตามสภาพสังคม (Sociological Aging) ตูจากบทบาท และตำแหน่งในสังคมที่ยกย่องว่าเป็นผู้อาวุโส

ลักษณะที่ 4 สูงอายุตามสภาพจิตใจ (Psychological Aging) ผู้ที่มีจิตใจเบิกบาน มีความสุขย่อมดูอ่อนวัยกว่าผู้ที่เครียดและมีความทุกข์

1.1 แนวคิดและทฤษฎี

ได้มีการศึกษาเกี่ยวกับความชราเพื่อใช้อธิบายถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดความแก่เชื่อว่ากลไกของความชรามาจากกลไกภายในสิ่งมีชีวิตมากกว่าปัจจัยภายนอกหรือสิ่งแวดล้อม ส่งผลกระทบถึงบุคลิกภาพ พฤติกรรมตลอดจนความเป็นอยู่ จึงเกิดทฤษฎีสูงอายุนานหลายทฤษฎี ดังต่อไปนี้

1.1.1 ทฤษฎีทางชีวภาพ (Biological Theories) แบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับยีน (Genomebased Theories) ได้แก่

ทฤษฎีวิวัฒนาการ (Evolution Theory)

เสนอว่าความแก่เป็นการปรับตัวตามวิวัฒนาการของสิ่งมีชีวิต สร้างสิ่งที่ดีกว่าเพื่อความอยู่รอดในสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลง

ทฤษฎีนาฬิกาชีวภาพ (Watch Spring Theory)

เสนอว่า ความแก่ถูกกำหนดไว้แล้ว โดยมีรหัสอยู่ในยีน กำหนดให้เซลล์ต่าง ๆ ของร่างกายหรือระบบบางระบบแก่ลง เมื่อถึงกาลเวลาที่กำหนดไว้

ทฤษฎีการกลายพันธุ์ (Somatic Mutation Theory) เสนอว่า ความแก่เกิดจากการสะสมของเซลล์ผ่าเหล่า ชักนำให้มีการสังเคราะห์ชีวโปรตีนที่ผิดปกติมากขึ้น จนกระทั่งมีผลลดการทำงานของเซลล์ และประสิทธิภาพของอวัยวะในที่สุด

ทฤษฎีการสะสมความผิดปกติของเซลล์ร่างกาย (Errors Theory) เสนอว่า ความแก่เกิดจากการสะสมความผิดปกติหรือข้อบกพร่องเกี่ยวกับส่วนประกอบ ระดับโมเลกุลของเซลล์ในร่างกาย

กลุ่มที่ 2 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับอวัยวะ (Organ Theories) ได้แก่

ทฤษฎีการเสื่อมและถดถอย (Wear and Tear Theory) เสนอว่า โครงสร้างและการทำงานของร่างกายเสื่อมสภาพไปหลังการใช้งาน ถ้ามีการใช้งานมาก ยิ่งมีผลให้แก่เร็วขึ้น

ทฤษฎีระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ (The Neuroendocrine Theory) เสนอว่า สิ่งที่เป็นต่อการดำรงชีวิตและคงสภาพสมดุลย์ (Homeostasis) ทางร่างกายคือ ประสาท และฮอร์โมน ความแก่เป็นผลมาจากการทำงานลดลงของระบบประสาทและต่อมไร้ท่อ

ทฤษฎีภูมิคุ้มกัน (The Immunological Theory) เสนอว่า ความแก่เกิดจากความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกัน ทำให้ร่างกายต่อสู้กับเชื้อโรค

และสิ่งแปลกปลอมได้ไม่ดี จึงเกิดความเจ็บป่วยง่ายเมื่อเกิดขึ้นแล้วมักจะรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิต

กลุ่มที่ 3 ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับสรีรวิทยา (Physiological Theories) ได้แก่

ทฤษฎีความเครียดและการปรับตัว (Stress Adaptation Theory) เสนอว่า ปฏิกริยาของร่างกายต่อความเครียดมีผลรบกวนการทำงานของเซลล์ และทำให้เซลล์ตายได้ ภาวะที่ต้องเผชิญกับความเครียดบ่อย ๆ จะทำให้แก่เร็ว

ทฤษฎีการเชื่อมโยงไขว้ของคอลลาเจน (The Cross - Linkage Theory of Aging) เสนอว่าความแก่เกิดจากส่วนประกอบของคอลลาเจน มีการจับตัวกันมากขึ้น เส้นใยหดสั้นเข้า ยึดหยุ่นน้อยลง แข็ง ฉีกขาดง่าย

ทฤษฎีการสะสมของเสียในเซลล์ (Waste - Product Accumulation Theory) เสนอว่า การแก่ของเซลล์เป็นการแสดงถึงการคั่งค้างสะสมของเสียไว้เป็นระยะเวลานาน ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปร่าง และหน้าที่ของเซลล์ จนกระทั่งความสามารถของเซลล์ลดลงหรือทำให้เซลล์ตาย

ทฤษฎีอนุมูลอิสระ (The Free Radical Theory) เสนอว่า ความแก่เกิดจากอนุมูลอิสระที่เกิดขึ้นภายในร่างกายซึ่งมีความไวต่อการทำปฏิกิริยาทางเคมีมากทำให้เกิดความผิดปกติของยีน และทำลายสภาพของเซลล์ เนื้อเยื่อ ตลอดจนอวัยวะต่าง ๆ

1.1.2 ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychological Theories)

เสนอว่า การเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้สูงอายุ นั้น เป็นการพัฒนาและปรับตัวเกี่ยวกับสติปัญญาความนึกคิด ความจำ การรับรู้ แรงจูงใจ รวมทั้งสังคมที่อาศัย มีอยู่ 2 ทฤษฎีคือ

ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence Theory) เสนอว่า ผู้สูงอายุยังคงปราดเปรื่อง หากมีความสนใจ ค้นคว้าและเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา

ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) เสนอว่า ผู้สูงอายุจะสุขหรือทุกข์ ขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตใจของผู้นั้นหากช่วงชีวิตที่ผ่านมาสามารถพัฒนาด้วยความมั่นคง อบอุ่น มีความรัก ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ ช่วงของการเป็นผู้สูง

อายุมักจะมีความสุข ตรงกันข้าม ถ้าหากมีใจคับแคบ ไม่รวมมือกับใคร และแยกตัวเองเมื่อเข้าวัยสูงอายุจะทอดถอย เศร้า และไม่มีความสุข

1.1.3 ทฤษฎีทางสังคม (Sociological Theories) มีอยู่ 3 ทฤษฎี คือ

ทฤษฎีการเลิกเกี่ยวข้อง (Disengagement Theory)

คัมมิ่ง และ เฮนรี (Cumming and Henry, 1961) เสนอว่า บุคคลมีการเตรียมล่วงหน้าที่จะปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ตัวอย่างเช่น ความตายเป็นสิ่งที่มนุษย์หลีกเลี่ยงไม่ได้ เมื่อถึงเวลานั้นผู้สูงอายุที่มีการเตรียมตัวล่วงหน้าไว้ดีแล้ว จะสามารถแยกตัวออกจากการทำหน้าที่ให้แก่สังคมอย่างเป็นสุข เรียกว่า กระบวนการเลิกเกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นไปอย่างช้า ๆ เป็นความพอใจของบุคคลและสังคม เพราะการเกษียณจากหน้าที่การงาน หรือ การตายจากของผู้สูงอายุไม่ทำให้เสียดุลในสังคม เพราะสังคมปรับตัวได้ ซึ่งถ้าเป็นการตายของคนวัยหนุ่มสาว จะมีผลต่อสังคมเพราะคนวัยหนุ่มสาวยังมีหน้าที่ ที่ต้องปฏิบัติในสังคมอยู่ ทฤษฎีการเลิกเกี่ยวข้องพอจะสรุปได้ว่า การละบทบาททางสังคม เมื่อคนหนุ่มคนสาวเข้ามาแทนที่ผู้สูงอายุควรต้องเตรียมตัวรับกับความตายที่จะเกิดขึ้น จึงจะไม่ทำให้สังคมเกิดภาวะเสียการเลิกเกี่ยวข้องกับสังคม เป็นกระบวนการต่อเนื่องสำหรับทุกคนที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และความแตกต่างในบุคลิกภาพ ไม่ใช่สิ่งสำคัญในการเลิกเกี่ยวข้อง

ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) เสนอว่า ผู้สูงอายุควรมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและพอใจในชีวิต เชื่อว่าการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมจะช่วยรักษาสุขภาพ และบุคลิกภาพของผู้สูงอายุ และจะดำรงชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข

ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) เสนอว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขในขั้นปลายของชีวิตอย่างแท้จริงขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ และรูปแบบการดำเนินชีวิตที่เคยเป็นมาก่อน

1.2 การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ

ไฟร์ส (Fries, 1989) แบ่งความชราออกเป็น 2 ประเภทคือ ประเภทที่ 1) ความชราที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ต้องปล่อยให้เป็นไปตามธรรมชาติ และวันเวลาเป็นการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่สังเกตได้ เช่น ผมหงอก ผิวหนังเหี่ยวย่น หูตึง สายตาวาย ประเภทที่ 2) ความชราที่ชลอให้ช้าลงได้ คือความเสื่อมหน้าที่ทางสรีระของร่างกายซึ่งสังเกต

ด้วยตาได้ยาก เช่น ปอด หัวใจ ไต ต่อมไร้ท่อ และการเผาผลาญของร่างกาย การเปลี่ยนแปลงการทำงานทางสรีระของอวัยวะต่าง ๆ เหล่านี้ เรียกว่า ไบโอมาร์คเกอร์ (Biomarkers) แบบแผนการดำรงชีวิต เช่น การออกกำลังกายสม่ำเสมอ รับประทานอาหารที่มีคุณประโยชน์ ไม่สูบบุหรี่ สามารถช่วยชลอความเสื่อมหน้าที่ทางสรีระของร่างกายได้

1.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

ในแต่ละบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายไม่เหมือนกัน เช่น ผมหงอก ผิวพรรณเหี่ยวแห้ง แต่สภาพการทำงานของอวัยวะต่าง ๆ (Biomarkers) เทียบเท่ากับวัยฉกรรจ์ และในบุคคลคนเดียวกับการเปลี่ยนแปลงอาจเกิดขึ้นไม่พร้อมกัน เช่น สายตายาว แต่หูยังได้ยินปกติ เป็นต้น ส่วนใหญ่แล้วมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายตั้งนี้ ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก กล้ามเนื้ออ่อนกำลังทำให้ร่องหน้าที่ในการยึดเหนี่ยว ประกอบกับการเสื่อมสลายของแคลเซียมออกจากกระดูกและขาดวิตามินดี ทำให้กระดูกพรุน บางและทรุดตัว การเปลี่ยนแปลงที่ปรากฏ คือ หลังงอ เคลื่อนไหวช้า การทรงตัวไม่ดี ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย กระดูกหัก ข้อเคลื่อน กระดูกข้ออักเสบ มีอาการเจ็บปวดกระดูกและกล้ามเนื้อ

ระบบหัวใจและหลอดเลือด หลอดเลือดขาดความยืดหยุ่น แข็ง เพราะสภาพการใช้งานมานานมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดเอง (Arteriosclerosis) หรือมีไขมันเกาะสะสมที่ผนังของหลอดเลือด (Artherosclerosis) ทำให้หลอดเลือดตีบแคบตัน บางแห่งอาจโป่งพอง (Aneurysms) หัวใจและอวัยวะต่าง ๆ ได้รับเลือดไปเลี้ยงน้อยลง ทำให้เกิดโรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง สมอง เลื่อม หรือมีอาการอื่น ๆ เช่น นอนไม่หลับ เห็นอียงง่าย หงุดหงิด

ระบบทางเดินหายใจ ขนาดของหลอดลม และปอดใหญ่ขึ้นแต่ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดลดลงและมีการเปลี่ยนแปลงทำให้การซึมซาบของออกซิเจนในปอดน้อย ปริมาณอากาศค้างในปอดเพิ่มขึ้น ทำให้ปอดอุดตันเรื้อรัง น้ำท่วมปอด หรือปอดบวม

ระบบทางเดินอาหาร เนื่องจากเหงือกถอยร่น ฟันห่าง ทักคลอน การรับรู้รสอาหารไม่ดี ประสิทธิภาพการย่อยอาหาร และการดูดซึมสารอาหารลดต่ำลง เซลล์ที่ผลิตน้ำย่อยลดลง อาหารจึงถูกย่อยไม่สมบูรณ์ โดยเฉพาะไขมันและกรดเกลือในกระเพาะลดลง ทำให้แร่เหล็กถูกดูดซึมได้น้อย เกิดโรคโลหิตจาง ถ้าร่างกายได้รับอาหาร

เกินความต้องการ ทำให้น้ำหนักตัวเพิ่ม มีอาการปวดตามข้อ ไช้มันเกาะหัวใจ และหลอดเลือด มีผลต่อระบบการไหลเวียนเลือด และไต

ระบบทางเดินปัสสาวะและระบบสืบพันธุ์ ขนาดของไตและการทำงานของไตลดลง กระเพาะปัสสาวะจุน้อยลง ทูรูดของกระเพาะปัสสาวะไม่แข็งแรงทำให้กลั้นปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะบ่อย เพศชายจะมีต่อมลูกหมากโตขึ้น ชัดขวางทางเดินของน้ำปัสสาวะ ในเพศหญิงมดลูก และรังไข่จะฝ่อ เที่ยว สิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะได้ง่าย

ระบบประสาทและสมอง ขนาด น้ำหนัก และเซลล์ของสมองลดลงและเปลี่ยนแปลง เมื่อเสื่อมแล้วจะไม่กลับฟื้นขึ้นมาอีก ทำให้ความรู้สึกรู้สึกคิด สติปัญญา การสั่งงานช้าลง ความจำเสื่อมจำเรื่องในอดีตได้มากกว่าปัจจุบัน

ระบบต่อมไร้ท่อ การทำงานลดลงทำให้มีฮอร์โมนต่ำเป็นผลทำให้ร่างกายเกิดอาการต่าง ๆ เช่น เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ตาฝ้าฟาง กระดูกผุ เครียด หงุดหงิดง่าย เจ็บข้อ และอาจเป็นโรคเบาหวาน

ผิวหนัง เส้นใยยืดหยุ่น (Elastic tissue) เสื่อมสลาย ทำให้น้ำในเซลล์ลดลง เนื้อเยื่อขาดความเต่งตึง ต่อมเหงื่อฝ่อ ต่อมไต้ผิวหนังหลังสารถน้อยลง น้ำมันใต้ผิวหนังน้อย เลือดมาเลี้ยงน้อยลง ผิวจะเหี่ยวยุบตกรกระ ถลอก และช้าง่าย สีผิวเปลี่ยนแปลง ผมจะหยาบกระด้างร่วงง่าย และสีเปลี่ยนไป เล็บจะหนาแข็งและเปราะ

ระบบประสาท และประสาทสัมผัส เช่น

ตาและการมองเห็น ไช้มันของลูกตานั้นน้อยลง ความยืดหยุ่นของหนังตาลลดลงทำให้หนังตาตก รูม่านตาเล็ก ปฏิกริยาตอบสนองต่อแสงลดลง ทำให้การปรับตัวในการมองไม่ดี แก้วตาชุ่นลดความยืดหยุ่นลง กล้ามเนื้อตาเสื่อมหน้าที่ สายตายาว การผลิตน้ำตาลลดลง ตาแห้ง และระคายเคืองได้ง่าย

หูและการได้ยิน 1 ใน 4 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี พบว่ามีอาการหูตึง (Birchenall and streight, 1982) เนื่องจากการฝ่อลีบ (Atrophy) ของ ปลายประสาทของช่องหูภายใน (Innerear) แก้วหู และอวัยวะหูชั้นกลางแข็งตัวมากขึ้น จะได้ยินเสียงต่ำ ชัดเจนกว่าเสียงธรรมชาติหรือเสียงสูง

การรับกลิ่น เนื่องจากเยื่อไขโพรงจมูกและกระเปาะรับกลิ่น (Olfactory bulb) ในสมองเสื่อมลง จึงรับกลิ่นได้ไม่ดี เป็นผลให้เกิดอันตรายจากสิ่งแวดล้อมได้ เช่น ไฟไหม้ แก๊สรั่ว

ลิ้นและการรับรส ต่อมรับรสมีจำนวนน้อยลงที่เพดานจะผ่อลิ้นรับประทานอาหารไม่อร่อย ทำให้เบื่ออาหาร

การรับความรู้สึกสัมผัส ลดลงตามอายุ ความรู้สึกเจ็บปวดทั้งภายใน และภายนอกร่างกายลดลงจึงอาจจะมีอันตรายได้โดยไม่มีอาการเตือน

การพูด เสียงจะเบาและขาดน้ำหนัก เสียงต่ำกว่าปกติ พูดช้าลง และพูดววน

การสูญเสียทางระบบประสาทและประสาทสัมผัสบางอย่างอาจเป็นผลจากการเสื่อมของสมองส่วนล่างของ Postcentral gyrus ในสมองกลีบข้างขม่อม (Parietal lobe) ก็เป็นไปได้

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาทางด้านสุขภาพ, เกิดความไม่มั่นใจในตนเอง, พร่องต่อการปรับตัวในชีวิตประจำวันและเกิดปัญหาสุขภาพจิตตามมา

1.2.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ

จิตใจเกี่ยวข้องกับสภาพร่างกายอย่างแยกได้ยากเมื่อผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายตามวัยที่เพิ่มมากขึ้นย่อมมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจพอที่จะสังเกตได้ดังนี้

บุคลิกภาพ (Personality) มีพัฒนาการทางร่างกายจิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญามาตั้งแต่วัยเริ่มต้นของชีวิต เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ พบกับความสูญเสียต่าง ๆ ถ้าสามารถเผชิญกับภาวะนี้ได้อย่างมั่นคงหนักแน่นแสดงว่าผู้สูงอายุนั้นมี Integrity คือ สามารถดำรงความสมดุลระหว่างความต้องการของตนกับความเป็นจริงของโลกภายนอกได้ จะคิดถึงอดีตด้วยความเป็นสุข แต่ในทางตรงข้ามถ้าไม่สามารถเผชิญกับความสูญเสียได้ จะอยู่ในภาวะ Despair คือ รู้สึกว่าชีวิตไร้ค่า ลึนหวัง อนาคตหมดความหมาย มองอดีต อย่างทหดหู่ อาจแสดงออกด้วยอาการโกรธ ซึ่งขัดแย้งและรู้สึกกลัวตาย

จากการศึกษาของนักทฤษฎีบุคลิกภาพ พบว่า ผู้สูงอายุในบุคคลคนเดียวกัน บุคลิกภาพที่มีแต่เดิมจะยังคงที่แม้วัยจะเพิ่มมากขึ้นแต่บางคนก็บุคลิกภาพ

เปลี่ยนไปเป็นเพราะ การเปลี่ยนแปลงในอัตมโนทัศน์ของตน (Self concept) ซึ่งอาจเกิดจากการรับรู้ต่าง ๆ ในเรื่องของการมีอายุมากขึ้น การไม่ยอมรับจากสังคม รู้สึกว่าด้อยโอกาสจึงมักมีพัฒนาการของบุคลิกภาพในทางลบ เช่น อ่อนไหวง่าย ใจน้อย รู้สึกไม่มั่นคง ไม่ปลอดภัย ไม่แน่นอน ช่างพูด ช่างบ่น โกรธง่าย มีพฤติกรรมถอยกลับคิดถึงแต่ตนเอง วิตกกังวล พึ่งพาผู้อื่นมากเกินไป และมีการต่อสู้เพื่อปกป้องตนเอง (Hurlock, 1980 : 446 อ้างถึงในจรัสวรรณ เทียนประภาส และนัชวีร์ ตันศิริ, 2536)

การเรียนรู้และความจำ (learning and Memory) การเรียนรู้ของบุคคลจะเริ่มพร้อมลงเมื่ออายุประมาณ 40 - 50 ปี และเมื่ออายุ 70 ปี จะเรียนรู้ได้ยากขึ้น โรว์และเบสดีน (Rowe and Besdine, 1982) กล่าวว่า แม้ผู้สูงอายุจะเรียนรู้ได้ยากขึ้น แต่สามารถเรียนรู้ได้และใช้การเรียนรู้ที่ปรับตัวให้เข้ากับงาน หรือชีวิตความเป็นอยู่ใหม่ให้ดีขึ้น ในด้านความจำผู้สูงอายุมีความยากลำบากในเรื่องความจำระยะสั้น แต่การที่ความจำเหตุการณ์ในอดีตยังคงอยู่มาก โดยปกติทั่วไปผู้สูงอายุจะมีความจำลดลงเล็กน้อย แต่ถ้าความจำเสื่อมมากหรือมีความยากลำบากในการที่ความจำแสดงว่าผิดปกติอาจจะมีพยาธิสภาพในสมอง

ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ (Creativity) ผู้สูงอายุยังคงมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ใหม่ ๆ ได้แม้จะไม่ได้รับการศึกษาแต่จะใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาปรับปรุงคิดค้นทำกิจกรรมให้สำเร็จ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความคิดที่มั่นคงกล้าแข็งจนดูเหมือนดื้อรั้นและระมัดระวังรอบคอบในการตัดสินใจมักจะไม่ด่วนตัดสินใจรวดเร็วเพราะต้องการหลีกเลี่ยงความเสี่ยง กลัวความล้มเหลว ซึ่งเคยเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีตมาแล้ว

สติปัญญา (Intelligence) องค์ประกอบของสติปัญญามี 2 ชนิด คือ ส่วนที่เป็นของเหลว (Fluid) เป็นความสามารถของสมองในการให้เหตุผล และเรียนรู้แนวคิดต่าง ๆ อีกชนิดหนึ่งคือ ของแข็ง (Crystal) เป็นความสามารถของสมองที่สร้างสมมา จากประสบการณ์, รับรู้และบอกความสัมพันธ์ของสิ่งต่าง ๆ ได้ ผู้สูงอายุจะมีสติปัญญาส่วนที่เป็นของเหลวค่อย ๆ ลดลง แต่ส่วนที่เป็นของแข็งยังคงอยู่จึงพบว่าผู้สูงอายุที่ปกติจะมีความสามารถรับรู้ความสัมพันธ์ วินิจฉัย ตัดสินใจ สั่งการอย่างมีเหตุผลและรอบคอบกว่าวัยอื่น ๆ

1.2.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

เป็นการเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคม (Status) และบทบาท (Role) ของผู้สูงอายุ เช่น การเกษียณจากงาน การเปลี่ยนบทบาทจากผู้นำของครอบครัว มาเป็นผู้อาศัย ต้องพึ่งพาลูกหลาน วีรสิทธิ์ ลิทธิไตรย์ และโยธิน แสงวงศ์ (2535) ได้ศึกษาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางสังคม และการมีโครงการพัฒนาที่มีผลต่อวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ พบว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคมมีผลกระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ การได้รับความเอาใจใส่ดูแลความสะดวกรสบายในการอยู่อาศัย การรักษาพยาบาล การดำรงอยู่ด้วยสถานะทางการเงิน การดำรงชีวิตด้วยการประกอบอาชีพและการปรับตัวของผู้สูงอายุ ดังนั้นถ้าสังคมใดมีค่านิยมที่ให้การเคารพยกย่องผู้สูงอายุ ก็จะทำให้ผู้สูงอายุ มีผลกระทบจากเปลี่ยนแปลงของสังคมน้อยที่สุด ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความภาคภูมิใจในตนเองมีสุขภาพกาย สุขภาพจิตดี และสามารถดูแลตนเองได้ สอดคล้องกับ ผลการวิจัยของ มณฑา เจริญกุล (2534) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเอง และปัจจัยพื้นฐานบางประการ ปรากฏว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

เมื่อสังคมเปลี่ยนไปด้วยเทคโนโลยีต่าง ๆ การเป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่ (NICS) ทำให้บุคคลวัยทำงานต้องทิ้งผู้สูงอายุให้อยู่ตามลำพังในชนบทเพื่อเข้ามาทำงานในเมือง สภาพครอบครัวเดี่ยวที่นับวันจะมีมากขึ้น สภาพเศรษฐกิจค่าครองชีพสูงขึ้นเรื่อย ๆ ในขณะที่ผู้สูงอายุมิรายได้จำกัดสิ่งเหล่านี้สร้างปัญหาให้กับผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจ และสุขภาพกายอย่างยิ่ง

การเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต และสังคมของผู้สูงอายุมีผลต่อเนื่องในสถานภาพด้านอื่น ๆ ได้แก่ ปัญหาสุขภาพ ปัญหาทางด้านสังคมวัฒนธรรม ปัญหาด้านเศรษฐกิจ และการทำงาน และปัญหาด้านสวัสดิการสังคมของผู้สูงอายุ รัฐบาลได้ให้ความสำคัญและตระหนักถึงปัญหาของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอัตราการแบกรับภาระของสังคมและงบประมาณแผ่นดินที่จะเพิ่มพูนบูรณาการให้ผู้สูงอายุมีความสุขในบั้นปลายของชีวิตสมกับที่เป็นปูชนียบุคคลที่เคยสร้างสรรค์สังคมและประเทศชาติมาก่อน

1.3 นโยบายของรัฐที่มีต่อผู้สูงอายุ

จากแนวโน้มประชากรผู้สูงอายุจะมีอัตราเพิ่มมากกว่าวัยอื่น ๆ ปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางกาย จิต และสังคมของผู้สูงอายุ, สภาพเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่ของประเทศไทยมีฐานะยากจนและสวัสดิการ บริการในด้านต่าง ๆ ยังไม่เพียงพอที่จะเอื้อให้ผู้สูงอายุดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ รัฐบาลจึงกำหนดแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ (พ.ศ. 2525 - 2544) เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2525 ต่อมาได้มีการเพิ่มเติมปรับปรุงแก้ไขเป็นแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ (พ.ศ. 2535 - 2554) เมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2535 ซึ่งมีสาระพอสั่งเซปดังนี้

นโยบาย

- 1) ส่งเสริมและให้บริการการเรียนรู้ต่าง ๆ ที่จะทำให้ผู้สูงอายุรู้จักการปรับตัว การดูแลรักษาสุขภาพอนามัย การป้องกันโรค การออกกำลังกายที่ถูกต้อง รวมทั้งให้มีความสามารถที่จะดำรงชีวิตในวัยปลายอย่างมีคุณค่าและมีความสุข
- 2) ให้มีบริการพื้นฐานและสวัสดิการสังคม ตลอดจนการสงเคราะห์ด้านต่าง ๆ ตามความต้องการและความจำเป็นอย่างเพียงพอแก่ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยและไม่มีผู้อุปการะ
- 3) สนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้ทำงานตามกำลัง ความถนัด ความสามารถ และประสบการณ์ ได้ถ่ายทอดประสบการณ์และความชำนาญให้แก่ชนรุ่นหลัง รวมทั้งได้ทำประโยชน์อื่น ๆ แก่สังคม
- 4) การส่งเสริมลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวแบบสังคมไทยดั้งเดิม รวมทั้งส่งเสริมค่านิยมในการให้ความเคารพและกตัญญูแก่ผู้สูงอายุ
- 5) สนับสนุนให้สถาบันศาสนา มีบทบาทสำคัญ ในการเผยแพร่คุณธรรมและค่านิยมที่พึงประสงค์ ตลอดจนเป็นที่พึ่งทางจิตใจ โดยเฉพาะแก่ผู้สูงอายุได้
- 6) ส่งเสริมและสนับสนุนให้ชุมชนและภาคเอกชน มีบทบาทสำคัญในการจัดสวัสดิการ และบริการแก่ผู้สูงอายุ และให้โอกาสผู้สูงอายุ ได้เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ อย่างเหมาะสม และเกิดประโยชน์ทั้งแก่ผู้สูงอายุและสังคม
- 7) สนับสนุนให้มีการผลิตและพัฒนาบุคลากร สำหรับดูแล รักษา และให้บริการผู้สูงอายุ

8) ให้มีการจัดเก็บข้อมูลพื้นฐาน เกี่ยวกับผู้สูงอายุ รวมทั้งส่งเสริม สนับสนุน ให้มีการศึกษา วิจัย ติดตาม และประเมินผลเกี่ยวกับผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีการเรียนรู้ให้สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพของวัย และสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงได้ รวมทั้งรู้จักการดูแลสุขภาพอนามัย
- 2) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครองดูแลจากครอบครัว และสังคม รวมทั้งได้รับการสงเคราะห์อื่น ๆ ตามความจำเป็น
- 3) เพื่อให้ผู้สูงอายุมีบทบาทและมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของ ครอบครัวและสังคม ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์ทั้งแก่ตนเองและผู้อื่น
- 4) เพื่อให้สังคมตระหนักในความรับผิดชอบที่มีต่อผู้สูงอายุ และให้ผู้สูงอายุได้ดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีความสุข

มาตรการ

- 1) เผยแพร่ความรู้ให้ผู้สูงอายุ รู้จักการปรับตัว การดูแลสุขภาพ การป้องกันโรค โภชนาการ การออกกำลังกายด้วยรูปแบบและวิธีการต่าง ๆ ตลอดจนจัด ให้มีบริเวณและอุปกรณ์ที่เหมาะสม สำหรับการออกกำลังกาย การพักผ่อนหย่อนใจ รวมทั้งจัด บริการพิเศษด้านนันทนาการ
- 2) ชยายบริการและสวัสดิการด้านสุขภาพอนามัย สังคมและ สาธารณูปโภคสำหรับผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ไม่มีรายได้หรือรายได้น้อย ไม่เพียงพอต่อการ ดำรงชีพและไม่มีผู้อุปการะ
- 3) ให้การศึกษาอบรม หรือแนะแนวอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ ที่ยังสามารถทำงานได้ และขอให้หน่วยงานทั้งภาครัฐ รัฐวิสาหกิจและเอกชน เปิดโอกาสให้ ผู้สูงอายุทำงานตามความถนัด ตามศักยภาพ
- 4) จัดกิจกรรมด้านต่าง ๆ ให้ผู้สูงอายุ ได้พักผ่อนหย่อนใจ ถ่ายทอด ความรู้และประสบการณ์และพัฒนาชุมชน

5) ระวังภัยให้ประชาชน และสังคมเห็นคุณค่าและประโยชน์ของการมีสมาชิกหลายรุ่นอายุ อยู่ร่วมกันในครอบครัว ตลอดจนมีค่านิยมในการเคารพ กตัญญูทดแทนที่ต่อบุพการีและผู้สูงอายุ

6) ขอความร่วมมือจากสถาบันทางศาสนา ในการเผยแพร่คำสอน เพื่อให้เป็นที่พึ่งทางจิตใจ แก่ผู้สูงอายุ รวมทั้งให้มีการปรับปรุงวิธีการเผยแพร่คำสอน ในรูปแบบที่หลากหลายและเหมาะสม

กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรับผิดชอบด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ ได้กำหนดนโยบายด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ ไว้ดังนี้

1) สนับสนุนและส่งเสริมให้มีบริการสาธารณสุขทั้งกายและจิตสำหรับผู้สูงอายุในด้านการป้องกัน การส่งเสริมสุขภาพ การวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มแรก รวมทั้งการบำบัด รักษาและฟื้นฟู สมรรถภาพ ทั้งนี้โดยให้ความสำคัญแก่พื้นที่ชนบทยากจน

2) ให้ความสำคัญแก่บริการสุขภาพผู้สูงอายุ โดยถือเป็นส่วนหนึ่งของงานประจำในระบบบริการสาธารณสุขแบบผสมผสาน

3) เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคทางกายและจิต โดยให้เร่งเผยแพร่ความรู้ด้านสาธารณสุข ทั้งในเมืองและชนบท

และมีมาตรการในการดำเนินงานดังนี้คือ

1) จัดให้มีคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลต่าง ๆ และขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลเอกชนจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุด้วย

2) จัดทำแผนและแนวทางปฏิบัติที่จะผสมผสานระบบบริการสาธารณสุขให้สอดคล้องกับบริการทางสังคม โดยมีการประสานงานระหว่างภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะที่เกี่ยวกับด้านสุขภาพอนามัย

3) เผยแพร่วิธีการดูแลและการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ โดยอาศัยความร่วมมือจากสื่อมวลชนในรูปแบบต่าง ๆ ในการศึกษาอบรมเรื่องการดูแลรักษาผู้สูงอายุแก่เจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ และสาธารณสุข ตลอดจนอาสาสมัคร และผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งวิธีการที่ผู้สูงอายุจะดูแลรักษาสุขภาพตนเอง

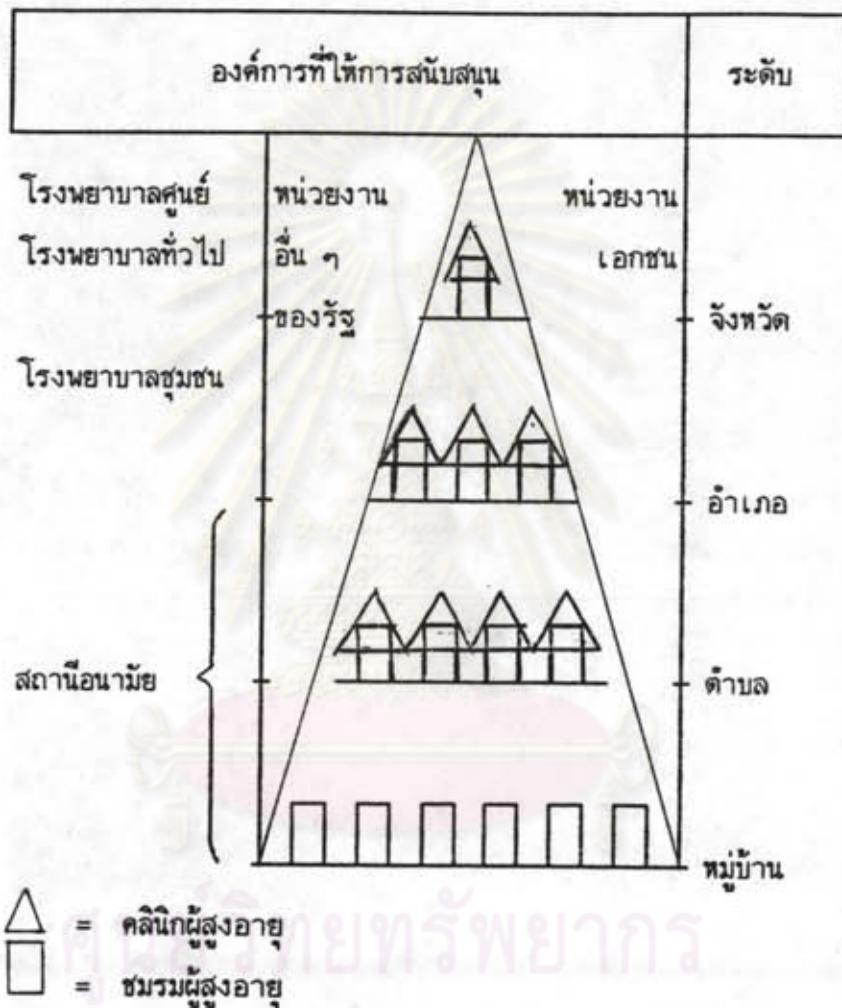
ปัจจุบันนี้การดำเนินงานบริการด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขมีข้อช่วยในด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ สำหรับสถานบริการที่มีคลินิกผู้สูงอายุแล้วให้เปิดบริการแก่ผู้สูงอายุอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ส่วนสถานบริการที่ยังไม่เปิดคลินิกผู้สูงอายุให้สถานบริการเหล่านั้นจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุหรือให้บริการผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง เช่นกัน

วิฑูร แสงสิงแก้ว (1993) กล่าวว่า สภาพปัญหาและบริการสาธารณสุขด้านผู้สูงอายุในปัจจุบันมีดังนี้

- 1) พฤติกรรมการใช้บริการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุใช้บริการที่โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 86.2 แสดงว่าพฤติกรรมการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปในทางที่ดี
- 2) คุณภาพของการบริการรักษาพยาบาล จำนวนผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปลดลงแต่ของโรงพยาบาลชุมชน และสถานเอนามัยเพิ่มขึ้น แสดงว่าพฤติกรรมการใช้บริการเป็นไปตามลำดับสอดคล้องกับนโยบายสาธารณสุขมูลฐาน
- 3) การให้บริการผู้สูงอายุยังขาดการประสานงาน ดำเนินการไปในทิศทางที่ไม่สอดคล้องกัน การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุจึงค่อนข้างจะสิ้นเปลืองทรัพยากรบริหาร และได้ผลไม่คุ้ม
- 4) ความครอบคลุมกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุถือเป็นกลุ่มผู้ด้อยโอกาสทางสังคมกลุ่มหนึ่ง ซึ่งรัฐได้จัดบริการทางสุขภาพในรูปแบบให้เปล่าผู้สูงอายุมารับบริการจากโรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 86.2 ไม่รักษาเลย ร้อยละ 8.5 และรักษาแบบพื้นบ้าน ร้อยละ 3.2 นั่นคือบริการทางด้านสุขภาพครอบคลุมผู้สูงอายุได้มากขึ้น

คลินิกผู้สูงอายุ (Geriatric Clinic) เป็นหน่วยงานบริการด้านสุขภาพอนามัยที่สถานบริการสาธารณสุขเปิดให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ผู้ที่ปฏิบัติงานภายในคลินิกเป็นบุคลากรสาธารณสุขสาขาต่าง ๆ ของสถานบริการแห่งนั้น ซึ่งมอบหมายงานกันตามความเหมาะสม บุคลากรชุดนั้นนอกจากจะบริหารจัดการและให้บริการในคลินิกแล้วยังสนับสนุนให้เกิดชมรมผู้สูงอายุอีกด้วย (จรัสวรรณ เทียนประภาส และ นัชวีร์ ตันศิริ, 2536) ชมรมผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นนั้น บุคลากรสาธารณสุขมีบทบาทหน้าที่เป็นแกนกลาง สนับสนุน ด้านเทคนิค วิชาการ

และเป็นพี่ปรึกษา ส่วนการบริหารและดำเนินงานภายในชมรม เป็นหน้าที่ของสมาชิกผู้สูงอายุ
 ดังนั้นบทบาทหน้าที่หลักของบุคลากรสาธารณสุขจึงอยู่ที่คลินิกผู้สูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุกับชมรม
 ผู้สูงอายุจะอยู่คู่กันในทุก ๆ ระดับ หรือเป็นส่วนหนึ่งของชมรมผู้สูงอายุ ดังรูปที่ 1



รูปที่ 1 แสดงโครงสร้างคลินิกผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุในระดับต่าง ๆ

(จากกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจบริการสุขภาพผู้สูงอายุ, 2533)

วิฑูร แสงสิงแก้ว (มปป.) ได้ให้แนวทางการจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ และชมรมผู้สูงอายุไว้ดังนี้

1) การจัดตั้งและดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุ ให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน เปิดคลินิกผู้สูงอายุให้บริการตรวจร่างกายให้คำปรึกษาแนะนำ เน้นการส่งเสริมสุขภาพอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง แล้วแต่อัตรากำลังของโรงพยาบาล โดยใช้แพทย์ทางอายุรกรรม แพทย์ทั่วไป หรือแพทย์สาขาอื่น รวมทั้งบุคลากรอื่น ๆ ที่เหมาะสม ดำเนินการ หากพบว่าผู้ป่วยสูงอายุรายใดต้องการตรวจเพื่อการรักษาเฉพาะทาง ให้ส่งผู้ป่วยไปยังฝ่ายที่เกี่ยวข้องดำเนินการ

2) การจัดตั้งและดำเนินการชมรมผู้สูงอายุ ควรดำเนินการสนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุขึ้นในชุมชน เพื่อให้สมาชิกของชมรมผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรม ซึ่งเป็นความสนใจร่วมกันของกลุ่มสมาชิก และยังประโยชน์ในเรื่องสุขภาพ ตลอดจนให้สมาชิกของชมรมผู้สูงอายุได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและร่วมแก้ไขปัญหาของแต่ละบุคคลในลักษณะที่เรียกว่า Group Therapy

3) กิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพกาย เช่น การให้สุขศึกษา การบริหารร่างกาย ส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น ฝึกสมาธิ บรรยายธรรม ส่งเสริมอาชีพ ถ่ายทอดความรู้ ความสามารถที่มีอยู่เฉพาะตัวให้แก่ผู้สูงอายุคนอื่น ๆ เรียนรู้ และฝึกฝนสิ่งใหม่ ๆ จัดกิจกรรมให้ตามความถนัดและเหมาะสม การป้องกันและควบคุมโรค ส่งเสริมความรู้และการร่วมกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ นันทนาการ และกิจกรรมอื่น ๆ ที่เหมาะสม

จะเห็นได้ว่าทีมงานบุคลากรสาธารณสุขมีบทบาทหน้าที่ในคลินิกผู้สูงอายุ คือ ส่งเสริมสุขภาพกายและจิต ป้องกันและควบคุมโรค ให้การรักษาพยาบาล ตลอดจนการฟื้นฟูสภาพให้แก่ผู้สูงอายุ ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการทำงานเป็นขั้นตอนจึงจะส่งผลให้งานสำเร็จ และมีประสิทธิภาพ

สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล (1993) กล่าวว่า คลินิกผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งของการบริการแก่ผู้สูงอายุที่จัดตั้งขึ้นในสถานบริการสาธารณสุขในระดับต่าง ๆ เพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุในอันที่จะพัฒนาคุณภาพของการบริการให้ดีขึ้น

คำนิยามดังกล่าวแสดงว่าคลินิกผู้สูงอายุจัดตั้งขึ้นเพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุ และเพื่อพัฒนาคุณภาพของการบริการ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) บริการแก่ผู้สูงอายุ การที่โรงพยาบาลจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุขึ้นมาจำเป็นต้องคำนึงถึงความเหมาะสมของการจัดตั้ง (Appropriateness of service) เป็นเกณฑ์ ดังนั้นความเหมาะสมของโรงพยาบาลแต่ละแห่งอาจจะไม่เหมือนกันขึ้นอยู่กับดุลพินิจของผู้บริหารในโรงพยาบาลนั้น ๆ แต่จะต้องนึกถึงความเป็นจริง คือ

ความเป็นจริงของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีความซับซ้อนทางด้านสุขภาพ ดูเหมือนไม่มีโรค แต่มีโรคที่มองไม่ชัดมีอาการค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งจะส่งเสริมให้โรคที่เป็นอยู่รุนแรงยิ่งขึ้น ลักษณะพิเศษเกี่ยวกับโรคของผู้สูงอายุคือ มีหลายโรครวมอยู่ด้วยกัน (Multiple pathology and diseases) อาการของโรคไม่แน่ชัด (Atypical presentation) ใช้ยาหลายชนิด (Multiple drugs) ปรับตัวและฟื้นคืนสภาพเดิมได้ช้า (Loss of adaptability and delay recovery) และมีปัญหาทางเศรษฐกิจ และสังคม (Socio-economic vulnerable problem)

ความเป็นจริงของโรงพยาบาลรัฐในประเทศไทย ขณะนี้ขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งสาขานักผู้สูงอายุระบบบริการไม่เอื้อต่อการให้บริการแก่ผู้สูงอายุ เช่น นัสนี้ และความแออัดของผู้มารับบริการ โดยปกติการเคลื่อนไหวปฏิบัติกิจกรรมของผู้สูงอายุจะช้า ความสามารถในการได้ยินและการมองเห็นลดลงเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสาร การรอนแพทย์หรือรอรับยานานเกินควรก็มีผลต่อผู้สูงอายุ แพทย์ที่ออกตรวจแผนกผู้ป่วยนอกทั่วไปไม่สามารถให้เวลากับผู้ป่วยสูงอายุได้เพียงพอ เป็นผลให้การบริการแก่ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและทุพพลภาพไม่สมบูรณ์เท่าที่ควร

2) คุณภาพของการบริการ ซึ่งหมายถึงการบริการผู้ป่วยนอกมีปัจจัยอยู่ 10 ประการ คือ (Benson, DS. Gartner, C. Anderson, J., Schweer, H. Kirchgessner, R., 1987 : 51 - 55 อ้างถึงใน สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล, 1993)

ประการที่ 1 สมรรถนะของผู้ให้บริการ (Practitioner performance) ต้องมีความรู้และทักษะในการตัดสินใจ ในการติดต่อประสานงานกับบุคลากรในและนอกหน่วยงาน เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อผู้ป่วย เช่น คลินิกผู้สูงอายุ ควรมีแพทย์ และพยาบาลที่มีความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุเป็นอย่างดีให้การรักษายาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ แม้ว่าแพทย์

และพยาบาลทั่ว ๆ ไป หรือเฉพาะทางสาขาอื่นจะให้บริการแก่ผู้ป่วยสูงอายุได้ แต่ก็เป็นที่คาดหวังว่าคลินิกผู้สูงอายุจะให้การรักษายาบาลได้ดีกว่า

ประการที่ 2 ความเหมาะสมของการบริการ (Appropriateness of service) เมื่อมีผู้สูงอายุมารับบริการมากการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุโดยเฉพาะจะช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่สะดวก ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ แต่ไม่ได้หมายความว่าทุกโรงพยาบาลจะต้องมีคลินิกผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับทรัพยากรและความพร้อม

ประการที่ 3 การให้ความร่วมมือของผู้ป่วย (Patient Compliance) ปัจจัยนี้สำคัญมากต่อความสำเร็จของแผนการดูแลรักษายาบาล ยากแก่การควบคุมเพราะขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยเองและสิ่งแวดล้อม แต่สามารถปรับเปลี่ยนได้หากระบบและคุณภาพที่ให้บริการมีประสิทธิภาพ ผู้รับบริการก็จะให้ความร่วมมือกับการรักษายาบาล

ประการที่ 4 บุคลากรที่ให้การสนับสนุน (Support staff performance) ทุกระดับ ทุกตำแหน่ง ทุกวิชาชีพมีความสำคัญต่อคุณภาพของการบริการ เช่น เจ้าหน้าที่เวชระเบียนถ้าไม่สามารถค้นหาบัตรประวัติประจำตัวผู้ป่วยนอก (OPD. card) ให้แพทย์ได้ก็จะมีผลกระทบต่อการรักษา

ประการที่ 5 ความง่ายของการเข้าถึงบริการ (Accessibility) หมายถึง ระยะเวลาในแต่ละกิจกรรม เช่น รอบัตรนาน รอตรวจนาน หรือรอรับยานาน ก็มีผลต่อคุณภาพของการบริการเช่นกัน

ประการที่ 6 ความต่อเนื่องของการดูแล (Continuity of care) คือ ความต่อเนื่องของผู้ป่วยกับแพทย์ประจำคลินิกในการติดตามรักษาหรือการส่งต่อผู้ป่วยไปยังแผนกต่าง ๆ

ประการที่ 7 ระบบหรือวิธีการป้องกันอันตรายให้กับผู้ป่วย (Patient health care minimization) เช่น มีการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลการจัดจ่ายยาอย่างถูกต้องแม่นยำ การป้องกันอันตรายจากพื้นที่ต่าง ๆ อาทิพื้นทางเดินลื่น ห้องน้ำไม่มีแสงสว่าง เป็นต้น

ประการที่ 8 ระบบการบันทึกรายงาน (Medical record system) คือการลงบันทึกปัญหาและเรื่องสำคัญของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม ถูกต้องและสมบูรณ์ ทำให้ง่ายในการสืบค้นส่งผลให้มีการดูแลต่อเนื่องที่ดี

ประการที่ 9 ความพึงพอใจของผู้ป่วย (Patient satisfaction) เป็นดัชนีสำคัญของการวัดความสัมพันธ์ระหว่างผู้ใช้และผู้ให้บริการบอกถึงคุณภาพการบริการได้เป็นอย่างดี

ประการที่ 10 ค่าใช้จ่ายของการบริการ (Cost of services) เป็นข้อจำกัดของการพัฒนาการบริการ แต่ก็ช่วยบ่งบอกถึงประสิทธิภาพของการให้บริการ ในความรู้สึกของผู้ป่วยนั้นคุ้มหรือไม่กับเงินที่จ่ายไป คลินิกที่ดีเป็นคลินิกที่ให้บริการได้มาตรฐานแต่ค่าใช้จ่ายพอสมควร

สรุปได้ว่าวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุเพื่อให้เกิดบริการที่มีประสิทธิภาพแก่ผู้สูงอายุ ครอบคลุมทั้ง 4 มิติคือ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คลินิกผู้สูงอายุเกิดขึ้นครั้งแรกที่โรงพยาบาลประสาท ญาไท กรุงเทพมหานคร เมื่อเดือน มีนาคม 2506 ประสิทธิภาพของการให้บริการยังไม่ครอบคลุมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ หลังจากที่รัฐบาลมีนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุชัดเจนขึ้น กระทรวงสาธารณสุขได้สนับสนุนโรงพยาบาลทั่วประเทศ เปิดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ปัจจุบันนี้มีคลินิกผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน 3,390 แห่ง (สถาบันพัฒนาสุขภาพและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2536) บางแห่งแยกออกมาเป็นหน่วยงานเอกเทศ บางแห่งยังรวมอยู่ในคลินิกอายุรกรรม แต่กำหนดวันบริการผู้สูงอายุ บางแห่งคลินิกผู้สูงอายุเป็นส่วนหนึ่งของชมรมผู้สูงอายุ และมีชื่อเรียกต่าง ๆ กัน เช่น ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ศูนย์บริการสุขภาพผู้สูงอายุ ฯลฯ บางแห่งเปิดบริการทุกวันราชการ บางแห่งเปิดบริการสัปดาห์ละ 1 - 2 วัน นอกจากนี้ยังมีการดำเนินงานเป็นครั้งคราว ในรูปแบบบริการหน่วยเคลื่อนที่ด้วย

จากการสำรวจบริการสุขภาพผู้สูงอายุของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ในปี 2533 พบว่าโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุในรูปแบบต่าง ๆ สรุปเป็นกลุ่มกิจกรรมดังนี้

โรงพยาบาลศูนย์

- 1) แยกผู้ป่วยสูงอายุตามอาการของโรค ให้การตรวจรักษาแต่ละแผนกของโรค
- 2) ให้บริการในทางด่วน แต่ละแผนกของโรค ทั้งการให้บริการฟรีแก่ผู้ป่วยยากจนและในรายที่มีความประสงค์จะขอเบิกค่ารักษาพยาบาลตามสิทธิของผู้ป่วยสูงอายุ
- 3) บริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ โดยให้ความรู้ด้วยโสตทัศนูปกรณ์ และสื่อมวลชน
- 4) จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ ทำกิจกรรมกลุ่ม ในรูปของสังฆนาการ 5 กลุ่ม ทุกเดือน
- 5) สนับสนุนให้จัดตั้งชมรมผู้สูงอายุในชุมชนระดับอำเภอและตำบล ช่วยเหลือวิชาการในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การบำบัดรักษา และฟื้นฟู แก่บุคคลากรสาธารณสุขในระดับรอง
- 6) บรรยายการป้องกันและรักษาโรคที่เกิดในผู้สูงอายุ ปีละ 1 - 2 ครั้ง
- 7) ให้บริการปรึกษาทางด้านสุขภาพผู้สูงอายุ แก่ชมรมผู้สูงอายุ

โรงพยาบาลทั่วไป

- 1) จัดหน่วยเคลื่อนที่บริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
- 2) ให้ความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคแก่ชมรมผู้สูงอายุ ปีละครั้ง
- 3) จัดกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้ความรู้ในการรักษาตัวเกี่ยวกับโรคที่พบบ่อย
- 4) ให้บริการตรวจรักษาฟรีแก่ผู้สูงอายุตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข
- 5) ฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งทางกาย และจิต สัปดาห์ละ 1 วัน
- 6) จัดกลุ่มบำเพ็ญสาธารณประโยชน์แก่ชุมชน
- 7) จัดกลุ่มสังฆนาการ เดือนละ 1 ครั้ง
- 8) สนับสนุนการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ สนับสนุนด้านวิชาการในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคให้แก่ผู้สูงอายุ
- 9) ตรวจสุขภาพผู้สูงอายุในวันสำคัญ เป็นกรณีพิเศษ

โรงพยาบาลชุมชน

- 1) ให้ศึกษาเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคแก่ผู้สูงอายุ
- 2) จัดกิจกรรมการออกกำลังกายให้แก่ผู้สูงอายุ

- 3) ให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้สูงอายุ
- 4) ประสานกับกรรมการหมู่บ้าน โดยนำเอกสารเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

ไปแจก

- 5) บริการบำบัดรักษาฟรีให้แก่ผู้สูงอายุ
- 6) ให้ความสะดวกในการส่งต่อ รายที่เกินขีดความสามารถในการรักษาพยาบาล

ไปยังโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลทั่วไป

- 7) ส่งเสริมการจัดตั้งชมรมผู้สูงอายุ
- 8) จัดกิจกรรมบันเทิงให้แก่ผู้สูงอายุ เดือนละครั้ง
- 9) จัดหน่วยเคลื่อนที่ให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ในชุมชน
- 10) ตรวจสอบสุขภาพประจำปีให้แก่ผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุ

กิจกรรมบริการที่จัดให้มีในคลินิกผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดทำบัตรประจำตัวผู้ป่วย การวัดสัญญาณชีพ ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ตรวจร่างกาย และการตรวจทางห้องชันสูตรที่จำเป็น การพยาบาลตามสภาพอาการและปัญหาของผู้ป่วย การจ่ายยาและเวชภัณฑ์ การให้คำแนะนำปรึกษา การช่วยเหลือส่งเคราะห์ บริการทางกายภาพบำบัด การให้สุศึกษาและความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ และโรคที่พบบ่อยเป็นรายกลุ่ม ทั้งนี้อาจปรับเปลี่ยนเพิ่มเติมแล้วแต่การบริหารจัดการในแต่ละแห่ง

สำหรับค่าใช้จ่ายในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุนั้น รัฐมีนโยบายบริการแบบให้เปล่า หรือช่วยเหลือในลักษณะของผู้มีรายได้น้อย ค่ารักษาพยาบาลของผู้สูงอายุโดยเฉลี่ย

- ในโรงพยาบาลชุมชน
 - ผู้ป่วยนอก 83 บาท/ครั้ง
 - ผู้ป่วยใน 186 บาท/ครั้ง
 - ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป
 - ผู้ป่วยนอก 204 บาท/ครั้ง
 - ผู้ป่วยใน 4,082 บาท/ครั้ง
 - ระยะเวลาในการรักษาพยาบาล เฉลี่ย 10 วัน/ครั้ง
- (พรวิษต์ อินทรโกเศศ อ้างถึงในวิฑูร แสงสิงแก้ว, 1993

บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ในคลินิกผู้สูงอายุ เป็นการแต่งตั้งมอบหมายภายในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งตำแหน่ง วิชาชีพและจำนวนผู้ปฏิบัติงานในแต่ละแห่งอาจแตกต่างกันตามสภาพแวดล้อม ความพร้อมและความจำกัดของทรัพยากร บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานต่างก็มีความรู้ความสามารถ จึงต้องอาศัยกระบวนการทำงานที่เป็นระบบ และเมื่อบุคลากรสาธารณสุขทำงานร่วมกันหลายคนหลายอาชีพ การทำงานเป็นทีมจึงมีความจำเป็นและสำคัญต่อประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานเป็นอย่างมาก

2. ทีมงานในคลินิกผู้สูงอายุ

ปัจจุบันเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปแล้วว่าบุคลากรวิชาชีพที่ทำหน้าที่บริการสังคมเหมาะสมที่จะทำงานร่วมกันเป็นทีม (Londale, Webb and Briggs, 1980) การทำงานเป็นทีมเกิดขึ้นพร้อม ๆ กับการอยู่ร่วมกันของมนุษย์ โดยที่มนุษย์อาจจะยังไม่รู้ตัว ตัวอย่างในสังคมไทย เช่น การลงแขกเกี่ยวข้าว การแข่งเรือยาว เป็นต้น แต่รูปแบบของทีมงานที่ได้รับการพัฒนาและเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป ได้แก่ ทีมศัลยกรรม (Surgery Team) ทีมการพยาบาล (Nursing Team) และการสอนเป็นทีม (Team teaching) ต่อมา มีผู้นำแนวคิดนี้มาใช้อย่างแพร่หลายทางการบริหาร การปกครอง ทางด้านธุรกิจ และอุตสาหกรรมต่าง ๆ ทั้งนี้เพราะ การทำงานเป็นทีมถือเป็นเทคนิคการบริหารที่นำมาใช้เพื่อเพิ่มประสิทธิผลของงานและผลผลิตต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นสินค้า หรือบริการ (ณัฐฉานย์ อินทรสุขศรี, 2526) การทำงานเป็นทีมจึงเป็นวิถีทางในการพัฒนาองค์การพัฒนาคล เป้าหมายขององค์การ และการจัดการ ปัจจุบันนี้การศึกษาวิจัยก็นิยมทำร่วมกันเป็นทีม โดยเฉพาะการวิจัยในลักษณะของสหวิทยาการ

ทีมสหวิชา (Interdisciplinary Team) หรือมีชื่อเรียกอื่น ๆ เช่น สหวิทยาการ สหศาสตร์ เริ่มมาใช้ครั้งแรกระหว่างปี ค.ศ. 1940 ในวงการศึกษาระดับอุดมศึกษา เพื่อใช้ในการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอน การวิจัยและพัฒนาวิชาการ (Briggs, 1977)

ศูนย์การวิจัยและนวัตกรรมทางการศึกษา ได้ให้ความหมายของสหวิชาว่า หมายถึง ความสัมพันธ์อันใกล้ชิดระหว่างแขนงวิชาต่าง ๆ ที่มีความแตกต่างกัน ตั้งแต่ 2 อาชีพหรือมากกว่า ความสัมพันธ์อยู่ในระดับการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การผสมผสาน

ระหว่างแนวคิด วิธีการ ขั้นตอนการทำงาน วิธีการดำเนินงาน การใช้ศัพท์ทางวิชาการ ข้อมูล และการศึกษาวิจัยร่วมกัน (SRHE, 1977)

ประนอม โททกานนท์ (2532) กล่าวว่า การให้บริการสุขภาพโดยลำพัง เฉพาะสาขาวิชาชีพใดวิชาหนึ่ง ไม่อาจช่วยให้ผู้รับบริการมีคุณภาพชีวิตที่ดีอย่างสมบูรณ์ได้แต่ ต้องการบุคลากรสาขาวิชาอื่น ๆ เข้ามาร่วมในทีมบริการสุขภาพด้วย โดยมีการวางแผนงาน ร่วมกันในลักษณะ Interdisciplinary team อีกทั้งควรมีบทบาทหน้าที่องค์ประกอบ และกระบวนการปฏิบัติงาน การให้บริการสุขภาพจะมีปริมาณมากน้อยกว้างขวาง และลึกซึ้ง เพียง โดยขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้รับบริการเป็นสำคัญ ความเห็นนี้ สอดคล้องกับ สมพร ชินโนรส (2537) ซึ่งให้แนวคิดว่า การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต้องอาศัย สหวิชา (Interdisciplinary) และการทำงานเป็นทีม โดยแต่ละวิชาชีพต่างให้การ ยอมรับนับถือความสามารถของกันและกัน ทำหน้าที่ของวิชาชีพในลักษณะเพื่อนร่วมงาน ภายใต้ สายบังคับบัญชาที่ใกล้เคียงกัน แทนที่สายการบังคับบัญชาที่สูงกว่า ผู้ร่วมงานจะแลกเปลี่ยน ความรู้ ความเชื่อมั่น และความไว้วางใจ ขณะเดียวกันมีการนำจุดเด่นของแต่ละบุคคล ความสามารถ ค่านิยม และความต้องการของสมาชิกกลุ่มมาใช้ การกระทำเหล่านี้มี วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ

ทีมงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างน้อยควรมี 2 วิชาชีพ คือ แพทย์กับพยาบาล แพทย์ให้การวินิจฉัยและรักษาโรค ส่วนพยาบาลให้การพยาบาลตามสภาพ ปัญหาที่ผู้สูงอายุประสบอยู่ทั้งทางกาย จิต สังคม โดยครอบคลุม 4 มิติ คือ การส่งเสริม สุขภาพ การป้องกันโรค การพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ

คิง (King, 1990) กล่าวว่า การแพทย์และการพยาบาลเป็นกิจกรรมที่ ต้องคู่กัน ชขาดกันไม่ได้ ทดแทนกันไม่ได้ ทั้งแพทย์และพยาบาลต้องรับผิดชอบร่วมกัน

แมคเลน และ โฮ (McLain and Ho, 1986) กล่าวว่า ค่านิยมของ พยาบาล คือการยอมรับนับถือและให้ความไว้วางใจ ส่วนค่านิยมของแพทย์คือคลินิก ความ ต้องการช่วยเหลือสนับสนุน และการสื่อสารที่ดี

เมื่อแพทย์และพยาบาลนำหลักการการทำงานร่วมกันมาใช้ ทำให้มีการแบ่งปัน อำนาจ (Burchell, Thomas and Smith, 1983) มีการประสานงานทำให้การดูแล ผู้ป่วยมีคุณภาพ (Devereaux, 1981) และต่อเนื่อง (Treinkman, 1985) เนื่องจากมี การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเพิ่มขึ้น มีการตั้งเป้าหมายร่วมกันตัดสินใจและแบ่งงานกันทำ

ทำให้การสื่อสารระหว่างวิชาชีพทางสุขภาพและผู้ป่วยดีขึ้น (Mauksch, 1981) นอกจากนี้ยังทำให้แพทย์และพยาบาลมีความพึงพอใจในงานอีกด้วย (Burchell, Thomas and Smith, 1983)

อนึ่ง ทีมงานในคลินิกผู้สูงอายุต้องอาศัยทั้งวิชาการและการเรียนรู้ร่วมกันแบบมีปฏิสัมพันธ์จากการกระทำ (Interactive learning through action) มีกระบวนการความคิดและการปฏิบัติที่ทุกฝ่ายเข้ามาเรียนรู้และทำงานร่วมกัน โดยอาศัยความร่วมมือจากทุกฝ่าย การส่งเสริมให้คนมีการเรียนรู้ร่วมกันด้วยวิธีการ "AIC" ซึ่งจะดำเนินการ 3 ชั้นคือ

ชั้นที่ 1 Appreciation คือ การทำให้ทุกคนให้การยอมรับและชื่นชมคนอื่น โดยไม่รู้สึกหรือแสดงการต่อต้านวิพากษ์วิจารณ์ ทุกคนมีโอกาสแสดงออกอย่างทัดเทียมกัน เช่น สถานการณ์ปัจจุบันเป็นอย่างไร เขาอยากเห็นความสำเร็จในอนาคตเป็นเช่นไร เมื่อทุกคนได้แสดงออก มีการฟัง มีการยอมรับ ทำให้ทุกคนมีความรู้สึกที่ดี มีความสุขในการทำงานและเกิดพลังร่วม ทำให้มีความคิดสร้างสรรค์ มองการณ์ไกล มีการใช้จินตนาการ (Imagination) ช่วยให้เกิดวิสัยทัศน์ (vision) เมื่อนำวิสัยทัศน์ของแต่ละคนมารวมกันก็ยังมีพลังมากขึ้นจนเป็นอุดมการณ์ร่วม (shared ideal) ซึ่งได้แก่สิ่งที่มุ่งมาดปรารถนาอย่างสูงสุดร่วมกันนั่นเอง

ชั้นที่ 2 Influence คือการใช้ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ที่แต่ละคนเมื่ออยู่มาช่วยกันกำหนดวิธีการหรือยุทธศาสตร์ (strategy) ที่จะทำให้บรรลุอุดมการณ์ร่วมของกลุ่ม, ในการพิจารณาเลือกวิธีการสำคัญ สมาชิกกลุ่มจะมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกันสูง รวมถึงการถกเถียงโต้แย้งเพื่อให้ได้มาซึ่งวิธีการที่กลุ่มเห็นร่วมกันว่าดีที่สุดในที่สุด

ชั้นที่ 3 Control คือ การนำวิธีการสำคัญมากำหนดเป็นแผนปฏิบัติการ (Action Plan) อย่างละเอียดว่าจะทำอะไร มีหลักการและเหตุผลอย่างไร มีเป้าหมายและวิธีการขั้นตอนอย่างไร ทำเมื่อไร ใครรับผิดชอบเป็นหลัก ใครให้ความร่วมมือ ใช้งบประมาณเท่าไร จากแหล่งใด สมาชิกกลุ่มแต่ละคนจะเลือกเองว่าสมัครใจจะเป็นผู้รับผิดชอบเรื่องใด เป็นการกำหนดข้อผูกพัน (Commitment) ให้ตนเองเพื่อควบคุม (Control) ให้เกิดการกระทำ อันจะนำไปสู่การบรรลุผลที่เป็นเป้าหมายหรืออุดมการณ์ร่วมของกลุ่มในที่สุด (ประเวศ วะสี และ ไพบูลย์ วัฒนศิริธรรม, ม.ป.ป.)

เดวิส (Davis, 1988) ให้ความเห็นว่า เป็นที่ยอมรับโดยทั่วไปแล้วว่า วิชาชีพที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับสุขภาพ ควรใช้กระบวนการสหวิชาจึงจะให้บริการที่มีประสิทธิภาพ ทำให้การดูแลผู้ป่วยสมบูรณ์แบบ เพราะไม่เพียงแต่จะผสมผสานบริการที่ดีที่สุดเท่านั้น ยังทำให้สมาชิกในทีมรู้สึกภูมิใจในอำนาจ (Empower) ที่มีส่วนช่วยเหลือเพื่อนร่วมทีมด้วยกัน

ฮอร์วิทซ์ (Horwitz, 1970) กล่าวว่า โดยหลักการแนวคิดสหวิชาเป็นการรวมสิ่งต่าง ๆ เพื่อเพิ่มความสมบูรณ์ เช่นเดียวกับทฤษฎีรวม (Holistic or Wholistic) เพราะเหตุว่าปัญหาของผู้ป่วยมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันการให้ความช่วยเหลือบำบัด จำเป็นต้องใช้วิธีการรวม


วิชาชีพต่าง ๆ ได้นำ แนวคิดรวมส่วน (Holism) มาใช้อย่างแพร่หลาย ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1970 งานเขียนของเบอร์นาร์ด และแคนนอน (Bernard and Cannon) กล่าวถึงร่างกายของคนว่าเป็นส่วนรวมทั้งหมด ร่างกายต้องคงสภาพความสมดุลระหว่างภายในร่างกายและสภาวะแวดล้อมภายนอก ส่วนโกลด์สไตน์ (Goldstein) ให้ความเห็นว่า ร่างกายและจิตใจไม่สามารถแยกออกจากกันได้ อวัยวะและการทำหน้าที่ของร่างกายเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน เมื่อเกิดอะไรขึ้นกับส่วนใดส่วนหนึ่ง จะมีผลกระทบต่อส่วนทั้งหมด และแองยอล (Angyal) กล่าวว่า ไม่สามารถแยกอิทธิพลออกจากสภาวะแวดล้อมได้ งานเขียนของทั้ง 4 ท่านนี้ ก่อให้เกิดแนวคิดการรักษายาบาลแบบองค์รวมในด้านการสาธารณสุข ซึ่งอธิบายถึงการสัมผัสรับรู้ สภาวะแวดล้อมของผู้ป่วย และผู้ให้บริการที่แตกต่างกัน (ยูวรัตน์ รัตนาคิน, 2528)

ดังได้กล่าวแล้วว่าผู้สูงอายุมีกระบวนการเสื่อมทางกาย จิตและสังคมเป็นธรรมชาติ เมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วยและเข้ามาตรวจรักษายังคลินิกผู้สูงอายุจะมีปัญหาที่ซับซ้อนและเกี่ยวเนื่องกัน ผู้สูงอายุจึงต้องการสหวิชาช่วยแก้ปัญหา ประเสริฐ อัสสันตชัย (Prasert Ussuntachai, 1993) กล่าวว่า การบริหารจัดการแบบสหวิชาถือเป็นหัวใจ ของการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุ โดยแต่ละอาชีพในทีมจะ ใช้ความชำนาญเฉพาะทางแก้ปัญหาที่ซับซ้อน หลากหลายได้ แพทย์ในฐานะที่เป็นผู้วินิจฉัยและรักษายาบาลโดยส่วนใหญ่มีจะต้องเป็นหัวหน้าทีม พยาบาลในฐานะที่เป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ก็จะคอยประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวันหรือค้นหาปัญหาที่อาจจะยังซ่อนเร้นอยู่ ทั้งปัญหาทางด้านสังคม ทางสุขภาพกายและจิตใจ ส่วนความพิการของผู้ป่วยซึ่งต้องการการบำบัดฟื้นฟู

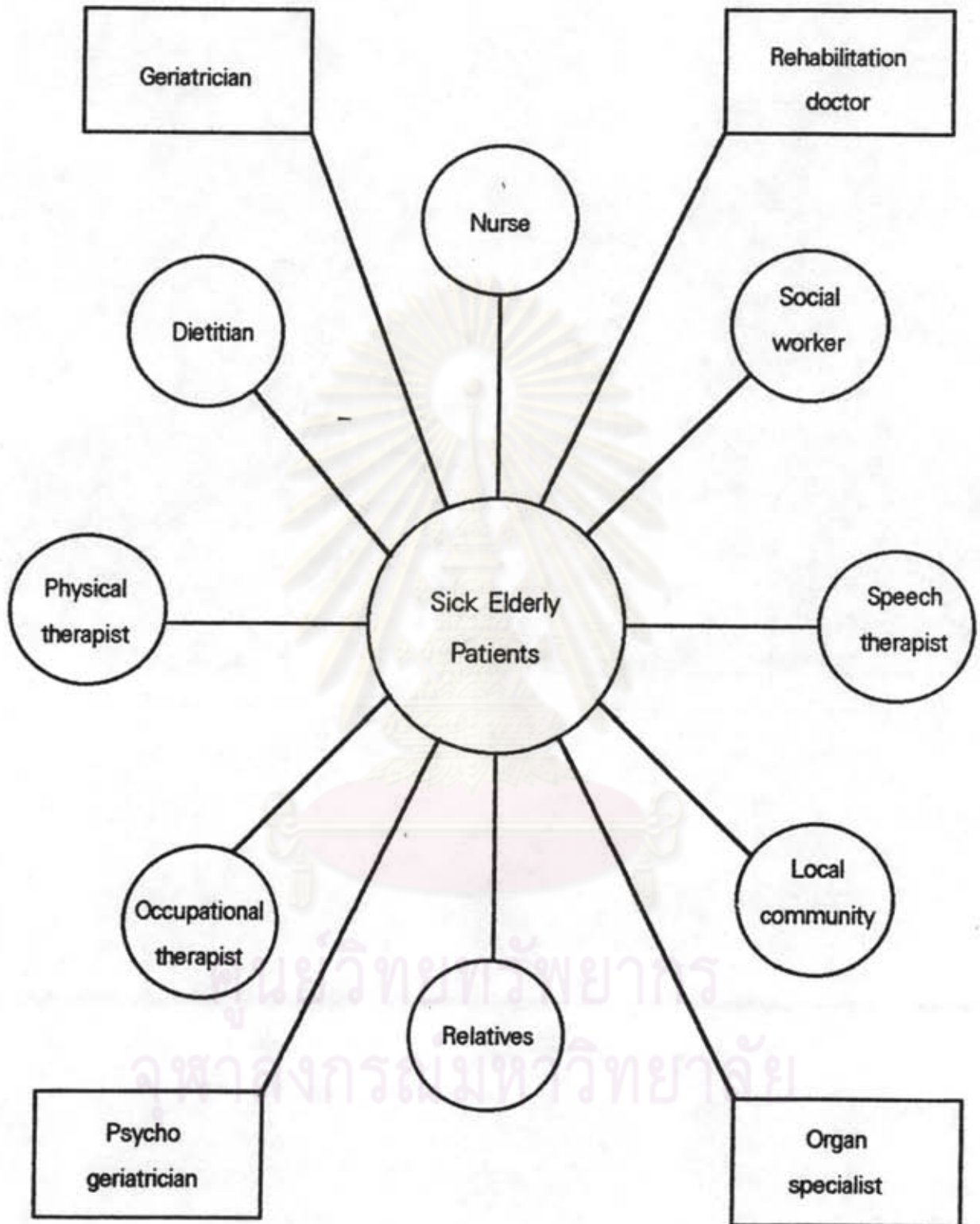
แพทย์ผู้ชำนาญทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูและนักกายภาพบำบัดจะมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง นักอาชีว-
บำบัดจะแก้ปัญหาความพิการที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และนักสังคมสงเคราะห์ก็จะ
เข้าแก้ปัญหาทางด้านสังคมขณะที่จะจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุกลับบ้าน

ทั้งนี้เพื่อให้อาการต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยสูงอายุประสบอยู่เป็นรายบุคคลผ่อนคลาย
หรือหมดสิ้นไป ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี อากา ใจงาม (2535) กล่าวว่า คุณภาพชีวิต
ของผู้สูงอายุ หมายถึงความพอใจในการดำรงชีวิต สามารถทำหน้าที่และดูแลตนเอง ได้มาก
ที่สุด ตามความจำกัดที่มีอยู่ มีความสุขทางใจ ดำรงชีวิตตามแบบแผนการดำเนินชีวิตปกติ
และสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีศักดิ์ศรี คงไว้ซึ่งคุณค่าแห่งตน

ดังนั้นทีมงานเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุจึงควรเป็น
สหวิชาในสายงานสาธารณสุข ตามความจำเป็นและความเหมาะสมของโรงพยาบาลแต่ละ
ระดับ สหวิชาในคลินิกผู้สูงอายุมีหลายสาขา ดังแสดงในรูปที่ 2



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



รูปที่ 2 แสดงสหวิชา ที่ทำงานร่วมกันในคลินิกผู้สูงอายุ
 (จาก Prasert Ussuntachai. Handbook in Health caor
 for The Elderly Book II. (1993) : 60.)

2.1 ความหมาย รูปแบบ องค์ประกอบ และกระบวนการทำงานเป็นทีม

2.1.2 ความหมายของทีม

ทีม (Team) ตามความหมายของพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน (2530) หมายถึง ชุด หมู่ คณะ

ชาญชัย อาจินสมาจาร (2536). ได้ให้คำจำกัดความของทีมว่า ทีมคือ กลุ่มคนที่มีจุดมุ่งหมายร่วมกันและต้องการทำงานร่วมกันเพื่อให้จุดมุ่งหมายสัมฤทธิ์ผล

สิทธิโชค วรานุสันติกุล (2533) ได้ให้คำจำกัดความว่า ทีมคือ กลุ่มทำงาน ซึ่งสมาชิกทุกคนมีภารกิจที่ต้องทำงานประสานกันตามบทบาทของตน เพื่อให้ภารกิจนั้นบรรลุเป้าหมายร่วมกันของกลุ่ม

นาคล ลิมสุวัฒน์ (2529) ให้คำจำกัดความว่า ทีมคือ บุคคลมากกว่า 1 คน มารวมตัวกัน มีเป้าหมายร่วมกัน แบ่งหน้าที่กัน มีปฏิริยาและการรับรู้ต่อกัน

บริลล์ (Brill, 1976) กล่าวว่า ทีมเป็นกลุ่มคนซึ่งแต่ละคนมีความชำนาญเฉพาะด้าน มีความรับผิดชอบในการตัดสินใจมีวัตถุประสงค์ร่วมกันมีการพบปะเพื่อติดต่อสื่อสาร ร่วมมือกันประสานความรู้ ตามแผนงานที่กำหนด มีอิทธิพลต่อการตัดสินใจในอนาคต และการปฏิบัติงานร่วมกัน

ไดเยอร์ (Dyer, 1977) ได้ให้คำจำกัดความของทีมว่าเป็นการร่วมมือร่วมใจกันทำงานของบุคคล ตามความสามารถของแต่ละคน เพื่อให้งานนั้นบรรลุผลตามเป้าหมาย

กรีนเนอร์ (Greener, 1983) กล่าวว่า ทีมคือ กลุ่มของคนที่มีความเชี่ยวชาญคนละด้านมาทำงานร่วมกันเพื่อที่จะกำหนดการดูแลผู้ช่วย

ดูแคนิส และ โกลิน (Ducanis and Golin, 1979) ให้คำจำกัดความว่า ทีม คือบุคคลหลายวิชาชีพที่มีความชำนาญเฉพาะด้านมาร่วมกันทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อให้บริการแก่ผู้มารับบริการ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสรุปว่า ทีม (Team) คือบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มาร่วมมือร่วมใจกันทำกิจกรรมให้สำเร็จตามเป้าหมายโดยมีปฏิสัมพันธ์อันดีต่อกัน

เมื่อมีทีมก็ต้องมีการทำงานร่วมกัน การทำงานร่วมกันนั้นเป็นการทำงานเป็นทีมหรือไม่ ได้เกิดแนวคิดการทำงานเป็นทีมขึ้น ซึ่งแนวคิดการทำงานเป็นทีมมีดังนี้

เชดคักต์ ชูศรี (2525) ให้ความหมายของการทำงานเป็นทีมว่า หมายถึง การที่กลุ่มบุคคลอย่างน้อย 2 คนขึ้นไป ร่วมมือร่วมใจช่วยกันปฏิบัติหน้าที่ ที่อยู่ในความรับผิดชอบเป็นอย่างดีโดยผู้ร่วมงานทุกคนยอมรับบทบาทของตนเอง และวัตถุประสงค์ขององค์การไปในทิศทางเดียวกัน

สมพงษ์ เกษมสิน (2526) ให้คำจำกัดความว่า การทำงานเป็นทีม หมายถึง บุคลากรที่ร่วมปฏิบัติงาน มีการประสานงานกันออกความคิดเห็นให้ความร่วมมือเพื่อให้กิจกรรมนั้นบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ สอดคล้องกับนิพนธ์ จิตต์ภักดี (2528) ที่กล่าวว่า การทำงานเป็นทีมคือ การที่บุคคลหลาย ๆ คนมาทำงานด้วยกัน เพื่อบรรลุเป้าหมายอย่าง เดียวกัน ทุกคนในทีมมีใจตรงกันทำงานร่วมกันให้เต็มที่ สุดฝีมือ และประสานงานกันอย่างดี เพื่อแก้ปัญหาต่าง ๆ ให้สำเร็จตามวัตถุประสงค์

สิทธิโชค วรานุสัทธิกุล (2533) ได้ให้คำจำกัดความว่า การทำงานเป็นทีม คือสมาชิกของทีมตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป ร่วมมือกันทำกิจกรรมโดยมีเป้าหมายภารกิจ ตัดสินใจ สนับสนุนร่วมกัน

เดวิส (Davis, 1979) ได้ให้ความหมายว่า การทำงานเป็นทีม หมายถึง การที่บุคคลกลุ่มหนึ่งมาทำกิจกรรมร่วมกัน โดยให้ความร่วมมือประสานงานกัน เพื่อพัฒนากิจกรรมนั้นให้ก้าวหน้า และเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมาย

โฮลเดอร์ และวาร์เดิล (Holder and Wardle, 1981) กล่าวว่า การทำงานเป็นทีมเป็นการทำงานพิเศษที่นำเอาบุคคลมาร่วมทำงานด้วยกันเพื่อให้งานสำเร็จตามจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ และในกระบวนการสำเร็จนั้นบุคคลในกลุ่มจะเรียนรู้ซึ่งกันและกันมีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และมีการร่วมมือร่วมใจในการปฏิบัติงานสูง

เพราะฉะนั้นการทำงานเป็นทีม (Team Work) จึงเป็นการทำงานร่วมกันของกลุ่มคนที่ปฏิสัมพันธ์กันในทุกขั้นตอนของการทำงาน โดยเริ่มจากการมีเป้าหมายร่วมกัน มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน มีการติดต่อสื่อสารประสานงานกัน มีการตัดสินใจ และรับผิดชอบต่อผลงานร่วมกัน

2.1.2 รูปแบบของการทำงานเป็นทีม

งานบริการสังคมทั่ว ๆ ไปไม่มีการแบ่งทีมดังนี้

1) ทีมระหว่างวิชาชีพ (Inter - professional Team)

เป็นทีมที่มีการปฏิบัติงานร่วมกันของหลายวิชาชีพ ที่มีความรู้และทักษะแตกต่างกัน

2) ทีมวิชาชีพ (Intra - professional Team) เป็น

ทีมวิชาชีพเดียวกัน ปฏิบัติงานร่วมกันแต่ต่างกันที่ระดับความรู้และทักษะ

บิลล์ (Bill, 1979) แบ่งทีมออกเป็น

1) ทีมวิชาชีพ (Discipline Team) เป็นทีมที่ประกอบด้วยบุคคลที่มีความชำนาญเฉพาะด้าน

2) ทีมสหวิชา (Interdisciplinary Team) เป็นทีม

ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มคนหลายอาชีพที่มีความรู้และทักษะแตกต่างกันร่วมมือกันกำหนดแผนงาน และปฏิบัติงานร่วมกัน

3) ทีมจากหลายหน่วยงาน (Inter - agency Team)

ประกอบด้วย บุคคลจากหลายหน่วยงาน ซึ่งอาจจะมีวิชาชีพแตกต่างหรือเหมือนกันก็ได้

ฮอว์วิทซ์ (Horwitz, 1970) ได้แบ่งทีมสหวิชา (Inter Disciplinary Team) ออกเป็น

1) ทีมที่ยึดผู้นำเป็นหลัก (leader - centered Team)

หัวหน้าทีมมีอำนาจในการตัดสินใจ แบ่งงาน แก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในทีมและสมาชิกทีม ยอมรับบทบาท อำนาจของหัวหน้าทีม

2) ทีมพี่น้อง (Fraternally Oriented Team)

สมาชิกทีมยอมรับความสามารถของแต่ละบุคคลในแต่ละสถานการณ์ หน้าที่รับผิดชอบหมุนเวียน เปลี่ยนไปตามวาระแต่มีการตัดสินใจร่วมกัน

เพย์ (Payne, 1982) แบ่งทีมออกเป็น

1) ทีมร่วมแรงร่วมใจ (Collaborative Team)

มีการกำหนดวัตถุประสงค์ไว้ชัดเจนและเป็นที่ยอมรับของสมาชิกทีม สมาชิกทีมมีส่วนร่วมในการ

ปฏิบัติงาน มีการปรึกษาหารือร่วมกันมีการตัดสินใจร่วมกัน มีการประเมินผลการทำงาน มีการพัฒนาบุคลากรภายในทีม และพัฒนาคุณภาพของทีม

2) ทีมยึดผู้นำเป็นหลัก (Leader - Centered Team)

ผู้นำมีอำนาจในการตัดสินใจแก้ปัญหาข้อขัดแย้งภายในกลุ่ม

3) ทีมสมาชิกปฏิบัติโดยเสรี (Individualistic Team)

วัตถุประสงค์ และบทบาทเกิดจากการตัดสินใจของแต่ละบุคคล

เพื่อให้ง่ายต่อการเข้าใจจึงจำแนกทีม หรือแบ่งทีมออกเป็น

3 ประเภทดังนี้

1) ทีมวิชาชีพ (Intradisciplinary Team) เป็นทีม

ในวิชาชีพเดียวกัน แต่แตกต่างกันในระดับความรู้ ทักษะของการปฏิบัติงาน ตำแหน่งหน้าที่ รับผิดชอบ เช่น ทีมการพยาบาล

2) ทีมสหวิชา (Interdisciplinary Team) เป็น

การรวมกลุ่มกันของอาชีพต่าง ๆ ที่มีความรู้ความชำนาญเฉพาะสาขา ตั้งแต่ 2 อาชีพขึ้นไป เช่น ทีมสุขภาพ

3) ทีมระหว่างองค์กร (Intersectoral Team) เป็น

ทีมที่เกิดจากบุคคลหลายอาชีพ ต่างหน่วยงานมาทำงานร่วมกันในกรณีที่ขอบข่ายของงานกว้างขวาง และเกี่ยวข้องกับคนจำนวนมาก ซึ่งต้องการบุคคลที่มีความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง จากหลายสาขา หลายองค์กรมาร่วมมือกันปฏิบัติงาน เช่น ทีมคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ เป็นต้น

การปฏิบัติงานจะเป็นไปอย่างราบรื่นและประสบความสำเร็จ

หรือไม่ เพียงใดขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการในการทำงานร่วมกัน การที่บุคคลมารวมกันเป็นกลุ่มและทำงานเป็นทีมนี้ ไม่ใช่เพียงแต่นำบุคคลหลาย ๆ คนมารวมกันเท่านั้น ต้องมีองค์ประกอบที่บ่งชี้ให้เห็นว่าการทำงานเป็นทีมด้วย จึงจะเรียกว่าผลสำเร็จของงานนั้นเป็นทีม

2.1.3 องค์ประกอบการทำงานเป็นทีม

มีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบการทำงานเป็นทีมไว้หลาย

ลักษณะดังต่อไปนี้

มณู วงศ์นารี (2520) กล่าวว่า องค์ประกอบการทำงาน

เป็นทีมประกอบด้วย

- 1) มีเป้าหมายร่วมของกลุ่มเป็นที่ชัดเจนทำให้ทุกคนเข้าใจ
เต็มใจที่จะผูกพันกับเป้าหมายนั้น
- 2) มีความเข้าใจฐานะ บทบาท อำนาจหน้าที่ ความรับผิดชอบ
ของตำแหน่งที่ตนดำรงอยู่
- 3) เข้าใจในความสัมพันธ์อันดีกันของงานของตนกับ
ของคนอื่น ๆ ในกลุ่ม และพร้อมที่จะให้ความร่วมมือร่วมใจอย่างเต็มที่
- 4) สมาชิกในกลุ่มมีทัศนคติว่า หน้าที่การทำงานที่ปฏิบัติ
(Function) จะเป็นตัวกำหนดรูปแบบ (Form)
- 5) มีพฤติกรรมการทำงานในระหว่างผู้บังคับบัญชา กับ
ผู้ใต้บังคับบัญชาเป็นไปในลักษณะทำงานร่วมกับคน (Work with people) ไม่ใช่ทำงานบน
หัวคน (Work on people)
- 6) สมาชิกแต่ละคนในกลุ่มต้องรู้จักตนเองดี
- 7) สมาชิกแต่ละคนต้องรู้จักและเข้าใจเพื่อนร่วมกลุ่ม เป็น
อย่างดีด้วย
- 8) การวางแผนตลอดจนการดำเนินกิจกรรมภายในกลุ่ม
ต้องเปิดโอกาสให้ทุกคนในกลุ่มมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่
- 9) มีการประชุมกลุ่มสม่ำเสมอเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
ปรึกษาหารือแก้ไขปัญหา และกระชับความสัมพันธ์ภายในกลุ่มให้แน่นแฟ้นยิ่งขึ้น
- 10) กระบวนการสื่อสารภายในกลุ่มมีบรรยากาศที่เปิดเผย
จริงใจและไว้วางใจกันสูง ทุกคนกล้าพูดตามความรู้สึกของตนอย่างตรงไปตรงมา
- 11) มีปฏิกริยาโต้ตอบหรือความขัดแย้งในความคิดเห็น
(Idea conflict) ขณะเดียวกันความขัดแย้งส่วนตัว (Personal conflict) จะมี
น้อยลง
- 12) การขจัดข้อขัดแย้งภายในกลุ่มจะใช้วิธีการแบบ
เผชิญหน้ากับปัญหาด้วยข้อมูล โดยมุ่งหวังความเข้าใจและการสื่อสารที่ตีระหว่างกัน

- 13) มีการใช้ประโยชน์ และประสานประโยชน์ในเรื่อง
ของความรู้ความสามารถ ตลอดจนความแตกต่างของแต่ละคนให้ได้ผลร่วมกันสูงสุด
- 14) การตัดสินใจใด ๆ ภายในกลุ่มจะอาศัยข้อมูลที่เป็น
ข้อเท็จจริง (Fact) แทนข้อมูลที่เป็นความรู้สึก (Felt)
- 15) ภาวะการเป็นผู้นำภายในกลุ่มจะ ไม่เป็น ในลักษณะที่ว่า
หัวหน้าคนเดียวเท่านั้นที่ผูกขาด
- 16) หัวหน้าเป็นทั้งนักพูดที่เก่งและนักฟังที่ดี
- 17) กรณีที่มีสมาชิกใหม่เข้ามาในทีมจะมีวิธีการปรับทัศนคติ
ความเชื่อ ค่านิยม ตลอดจนความคาดหวังของคนใหม่ให้สอดคล้องและเข้าใจกันได้กับกลุ่ม
- 18) สมาชิกในกลุ่มมีการยอมรับนับถือ และเคารพในความรู้
ความสามารถของแต่ละคน แต่ละด้าน
- 19) มีบรรยากาศขององค์การ เช่น ระบบให้คุณ ให้โทษ
ระบบการเลื่อนขั้น เลื่อนตำแหน่ง สนับสนุนให้สมาชิกกล้าคิด กล้าทำ กล้าพูด กล้าเขียนในสิ่ง
ที่ถูกต้อง
- 20) มีหัวหน้าทีมที่เป็นแบบอย่างทั้ง ในแง่มาตรฐานความ
ประพฤติส่วนตัว และมาตรฐานการทำงาน

ประวิทย์ จงวิศาล และ วิจิตรา จงวิศาล (2527)

กล่าวถึงองค์ประกอบการทำงานเป็นทีมว่า ต้องมีจุดมุ่งหมายที่กำหนดอย่างเหมาะสม กระจ่าง
ชัดเจนเกี่ยวข้องกับความต้องการของกลุ่ม การสื่อสารต้องกระจายแม่น้ำเป็นสองทางและ
ทั่วถึง การมีส่วนร่วม สมาชิกต้องมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง การเป็นผู้นำจะต้องมีพื้นฐาน
ไม่ว่าจะเป็นพรสวรรค์หรือพรแสวง การมีอิทธิพลภายในกลุ่มต้องกระจายทั่วถึงเท่าเทียมกัน
การตัดสินใจยึดหยุ่นตามสถานการณ์และโดยสมาชิกส่วนใหญ่ การขัดแย้งควรมีบ้างจะได้มอง
ปัญหาได้หลาย ๆ ด้านแต่ไม่มากจนเป็นสาเหตุของความแตกสามัคคี ความเป็นอันหนึ่ง
อันเดียวกันของเป้าหมาย ความเชื่อความพอใจ และการยอมรับความสามารถในการแก้ปัญหา
คือ แก่ปัญหาสำเร็จอย่างถาวรและลงทุนต่ำ ตลอดจนความจริงใจและซื่อสัตย์ต่อกัน

คณัย เทียนเพชร (2534) กล่าวว่า องค์ประกอบของการสร้างทีมมีดังนี้

- 1) การไว้วางใจเชื่อใจกัน คือ การยอมรับตนเองและตนเองได้รับการยอมรับจากผู้ร่วมงาน
- 2) การติดต่อสื่อสาร ต้องเปิดเผย สามารถเชื่อมโยงระหว่างบุคคลในทีมงานเดียวกันให้ดำเนินการตามความมุ่งหวังด้วยดี
- 3) การมีส่วนร่วมในการวินิจฉัยสั่งการ เช่น รู้ว่างานสำเร็จจะได้อะไรตอบแทน สร้างความมีชีวิตชีวาให้กับตนเองและรู้สึกว่ามีอิทธิพลทางสังคมและพฤติกรรม อีกทั้งยังเป็นการควบคุมตนเองและกระจายอำนาจความรับผิดชอบ ทำให้เพิ่มพูนความผูกพันทางใจต่อการปฏิบัติงานด้วย
- 4) ประสิทธิภาพของการทำงานเป็นทีม ประกอบด้วย สมาชิกมีความเข้าใจที่ติดต่อกัน สมาชิกเข้าใจลักษณะและบทบาทของทีมงาน มีการติดต่อสื่อสาร มีการสนับสนุนกัน สมาชิกเข้าใจพฤติกรรมกลุ่มและกระบวนการเปลี่ยนแปลงร่วมมือประสานงาน ลดการแข่งขันเพื่อเอาชนะ และใช้ความขัดแย้งในทางที่เป็นประโยชน์

ทศนา แคมมณี (2537) ได้ให้แนวคิดว่าการทำงานเป็นทีมต้องประกอบไปด้วย ลักษณะดังต่อไปนี้

- 1) การมีเป้าหมายร่วมกัน บุคคลที่มารวมกันนั้นจะต้องมีวัตถุประสงค์ในการมารวมกลุ่ม ต้องมีการรับรู้และเข้าใจในเป้าหมายร่วมกันว่าจะทำอะไรให้เป็นผลสำเร็จ
- 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน บุคคลที่มารวมกลุ่มกันจำเป็นต้องมีบทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานของกลุ่มในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง
- 3) การติดต่อสื่อสารภายในกลุ่ม บุคคลที่มารวมกลุ่มกันจะต้องมีการสื่อความหมายต่อกันและกัน เพื่อช่วยให้เกิดความเข้าใจในการทำงานร่วมกัน
- 4) การร่วมมือประสานงานกันในกลุ่ม บุคคลในกลุ่มจำเป็นต้องมีการประสานงานกันเพื่อให้งานของกลุ่มสำเร็จ
- 5) การตัดสินใจร่วมกัน บุคคลที่รวมกลุ่มกันจะต้องมีโอกาสร่วมกันตัดสินใจในงานที่ทำระดับใดระดับหนึ่ง

6) การมีผลประโยชน์ร่วมกัน ได้แก่ การจัดสรรผลตอบแทน ซึ่งกลุ่มจะได้รับจากการทำงานร่วมกัน

แมกเกรเกอร์ (Macgrager, 1960) กล่าวว่า ทีมที่มี ประสิทธิภาพต้อง ประกอบด้วย

- 1) บรรยากาศของการทำงานเป็นทีมแบบไม่เป็นทางการ มากนัก สมาชิกมีความสะดวกสบายในการทำงานและไม่เครียด
- 2) สมาชิกแต่ละคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็นและอภิปราย ปัญหาาร่วมกัน
- 3) สมาชิกทีมเข้าใจบทบาทหน้าที่รับผิดชอบของตนเองและ เข้าใจวัตถุประสงค์ของทีมงาน
- 4) สมาชิกยอมรับฟังความคิดเห็นของกันและกัน และหา ข้อดีในความคิดเห็นนั้น
- 5) ไม่มีการบังคับให้คนใดคนหนึ่งยอมตาม แต่จะแก้ปัญหา ด้วยกระบวนการกลุ่ม
- 6) การตัดสินใจของทีมงานเป็นความเห็นของเสียงส่วนใหญ่
- 7) ในทีมงานมีการติเพื่อแก้ไขเพื่อเสริมสร้างมากกว่าการทำลาย
- 8) สมาชิกในทีมสามารถแสดงความรู้สึก ความคิดเห็น เกี่ยวกับปัญหาและการทำงานของทีมได้อย่างอิสระ
- 9) มีการมอบหมายงานให้สมาชิกแต่ละคนในทีมงานและ สมาชิกยอมรับงานนั้น ๆ อย่างเต็มใจ
- 10) หัวหน้าทีมไม่ใช้อำนาจ ภาวะผู้นำเปลี่ยนไปตาม สถานการณ์และกิจกรรมกลุ่มเป็นไปเพื่อให้งานนั้นสำเร็จมากกว่าการแสดงอำนาจ
- 11) มีการตรวจสอบ ทบทวนการทำงานของทีมว่า ได้ผล หรือไม่เพียงใดเมื่อพบปัญหาต้องช่วยหาสาเหตุและแนวทางแก้ไข

วูดค็อก (Woodcock, 1979) ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับองค์ประกอบการทำงานเป็นทีม ว่าประกอบด้วย

- 1) มีวัตถุประสงค์ชัดเจนสอดคล้องกับเป้าหมาย (Clear objective and agree goal) การทำงานเป็นทีมควรมีวัตถุประสงค์และเป้าหมายของทีมอย่างชัดเจนซึ่งสมาชิกทีมต้องเข้าใจ เต็มใจ ยอมรับวัตถุประสงค์และเป้าหมายอย่างแท้จริง
- 2) มีการเผชิญหน้ากันอย่างเปิดเผย (Openness and Confrontation) การสื่อสารและสัมพันธภาพในทีมต้องเปิดเผยไว้วางใจซึ่งกันและกัน พูดกันอย่างตรงไปตรงมา ต้องเข้าใจตนเองและสมาชิกอื่น ๆ ในทีมเป็นอย่างดี เมื่อมีปัญหาต้องแก้ปัญหาด้วยการเผชิญหน้าปรึกษาหารือกัน
- 3) มีการสนับสนุนและจริงจังต่อกัน (Support and Trust) สมาชิกในทีมต้องให้ความช่วยเหลือสนับสนุนร่วมมือร่วมใจกันอย่างจริงจังใจเพื่อให้งานสำเร็จตามวัตถุประสงค์
- 4) มีการร่วมมือและการขัดแย้งกัน (Co - operation and conflict) สมาชิกในทีมมีการใช้ประโยชน์และประสานประโยชน์ซึ่งกันและกัน ให้ความร่วมมือ และ ขัดแย้งกันบ้างเพื่อสร้างสรรค์การทำงานของทีมให้บรรลุวัตถุประสงค์
- 5) มีวิธีการปฏิบัติงานที่คล่องตัว (Sound procedures) การทำงานของทีมมีความยืดหยุ่น การตัดสินใจอาศัยข้อมูลและข้อเท็จจริงเป็นหลัก มีการให้รางวัลหรือลงโทษ เพื่อจูงใจ ส่งเสริมให้สมาชิกกล้าแสดงออกในความคิดเห็น
- 6) มีผู้นำที่เหมาะสม (Appropriate Leadership) ตามสถานการณ์
- 7) มีการทบทวนการทำงานสม่ำเสมอ (Regular Review) เพื่อแก้ไขข้อบกพร่องได้ทันที่
- 8) มีการพัฒนาบุคลากร (Individual Development) มีแผนการพัฒนาสมาชิกทีม เพื่อเพิ่มพูนความรู้นำมาใช้ในการปฏิบัติงาน
- 9) มีสัมพันธภาพภายในทีมดี (Sound inter - Group Relations) รับฟังความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ยอมรับในความสามารถ เข้าใจในแนวคิด และปัญหา พร้อมทั้งจะช่วยเหลือกันภายในทีม

ส่วนไลเคิร์ต (Likert, 1961) กล่าวว่า องค์ประกอบ
การทำงานเป็นทีม ประกอบด้วย

- 1) สมาชิกภายในทีมมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่
ความรับผิดชอบของตนเอง
- 2) มีการสร้างสัมพันธภาพอันดีระหว่างสมาชิก
- 3) สมาชิกทุกคนมีความผูกพันกับทีมงาน
- 4) สมาชิกแต่ละคนมีความเชื่อมั่นและไว้วางใจกันสูง
- 5) สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมและพอใจในการกำหนด
วัตถุประสงค์และค่านิยมของทีมงาน
- 6) มีการจูงใจให้สมาชิกปฏิบัติงานเพื่อบรรลุวัตถุประสงค์
นั้น
- 7) กิจกรรมภายในทีมเป็นการตัดสินใจแก้ไขปัญหาการ
เสนอแนะแสดงความคิดเห็น การให้และแลกเปลี่ยนข้อมูลมีบรรยากาศที่เต็มไปด้วยความรัก
ความปรารถนาดี เต็มใจช่วยเหลือเพื่อให้งานสำเร็จ
- 8) ผู้นำทีมเป็นผู้สร้างบรรยากาศให้มีความอบอุ่น ร่วมแรง
ร่วมใจ สม่ำเสมอ ไม่มีการแก่งแย่งแข่งขันเอาชนะกัน
- 9) ให้สมาชิกมีโอกาสพัฒนาตนเองตามความรู้ความสามารถ
- 10) หัวหน้าทีมผ่านการคัดเลือกที่รอบคอบเป็นธรรม

จากแนวคิดต่าง ๆ ผู้วิจัยจึงสรุปว่าการรวมกลุ่มของบุคคลเพื่อ
ทำงานร่วมกันจะมีลักษณะของการทำงานเป็นทีมต้องประกอบด้วย

- 1) การมีเป้าหมายร่วมกัน (Shared goals) คือสมาชิก
ในทีมทุกคนจะต้องรับรู้ และเข้าใจตรงกันว่าผลลัพธ์ที่หน่วยงานของตนเองต้องการคืออะไร
จะต้องร่วมมือร่วมใจกันทำสิ่งใดให้สำเร็จ
- 2) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (Participation)
คือมีบทบาทหน้าที่ ในการดำเนินงานตามความรู้ความสามารถเฉพาะวิชาชีพของตน และมี
บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานของทีมด้วย เช่น เป็นหัวหน้าหรือเป็นประธาน เป็นเลขานุการ
เป็นกรรมการ หรือมีหน้าที่ใดหน้าที่หนึ่ง ในคลินิกผู้สูงอายุ โดยทุกคนมีความสำคัญเท่าเทียมกัน

3) การติดต่อสื่อสาร (Communication) คือ มีการสื่อความหมายซึ่งกันและกัน เช่น การประชุม นุดคุย ปรัชษาหรือ ทั้งพบกันโดยตรงและโทรศัพท์ หนังสือเวียน หรือใบส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุ การติดต่อสื่อสารนี้เป็นแบบสองทาง (Two-way Communication) มีการแลกเปลี่ยนซึ่งแรงแสดงเหตุผล มิใช่เป็นคำสั่ง หรือรับคำสั่งแต่อย่างเดียว

4) การร่วมมือประสานงาน (Co-ordinating) คือ การทำงานที่มีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กันในทางสมานสามัคคี ช่วยเหลือเกื้อหนุนกันด้วยความเต็มใจและจริงใจ ไม่ทำงานซ้ำซ้อน ซัดแย้ง แก่งแย่งผลประโยชน์ส่วนตน สันับสนุนและยอมรับนับถือ ในความรู้ความสามารถของกันและกัน มีการสื่อสารและใช้ทรัพยากรร่วมกัน

5) การตัดสินใจร่วมกัน (Decision Making) คือ การให้ข้อมูลที่หลากหลาย แล้วร่วมกันหาแนวทางที่เหมาะสม เลือกปฏิบัติในสิ่งที่จะเกิดประโยชน์สูงสุดแก่งาน โดยผู้ร่วมงานส่วนใหญ่หรือทุกคนเห็นชอบ

6) การมีผลประโยชน์ร่วมกัน (Shared benefit) คือ การรับผิดชอบต่อผลการปฏิบัติงานร่วมกัน ไม่ว่างานนั้นจะประสบความสำเร็จหรือเสี่ยง ได้รับรางวัลสิ่งตอบแทน หรือประสบความสำเร็จล้มเหลว ทุกคนก็จะแบ่งปัน โดยเท่าเทียมกัน

ถ้ามีองค์ประกอบครบ 6 ข้อ ถือว่ากลุ่มนั้นมีการทำงานเป็นทีม แต่ถ้าขาดข้อหนึ่งข้อใดก็ไม่ใช้ลักษณะของการทำงานเป็นทีม อาจจะเป็นกลุ่มการทำงานซึ่งประสิทธิภาพและประสิทธิผลของงานย่อมแตกต่างกันยกตัวอย่างเช่น มีงานอย่างหนึ่งให้กลุ่มบุคคล 5 - 6 คน ไปปฏิบัติร่วมกัน มีการแบ่งงานออกเป็นส่วนตัวหรือเป็นตอน แจกจ่ายมอบหมายให้แต่ละคนทำในแต่ละส่วน โดยไม่มีการประชุมปรึกษาหารือช่วยเหลือกันเมื่องานเสร็จนำเอาผลของงานมารวมกัน การปฏิบัติเช่นนี้ไม่ ถือว่ามีการทำงานเป็นทีม ลักษณะสำคัญที่เด่นชัดประการหนึ่งของการทำงานเป็นทีมสหวิชา คือ การใช้บันทึก (OPD. Card) หรือแผนภูมิประวัติ (Chart) ผู้ป่วยสูงอายุร่วมกัน ซึ่งรายละเอียดของผู้สูงอายุเกี่ยวกับประวัติส่วนตัว ประวัติการเจ็บป่วย การรักษา ผลการตรวจชันสูตร การรับยา การพยาบาลที่ได้รับ การให้คำปรึกษาแนะนำ ซึ่งแต่ละอาชีพที่เกี่ยวข้องต้องบันทึกและได้ข้อมูลจากการบันทึกของผู้ร่วมทีม แสดงให้เห็นว่า มีการติดต่อสื่อสาร มีการร่วมมือประสานงานระหว่างผู้ร่วมทีม ซึ่งมีเป้าหมายร่วมกันโดยมีผู้รับบริการกลุ่มเดียวกัน (Share target group)

การทำงานเป็นทีมจะมีประสิทธิภาพเพียงใดขึ้นอยู่กับความเหมาะสม ความสมบูรณ์เพียงพร้อมของแต่ละองค์ประกอบดังกล่าว ซึ่งเกิดจากบุคคลในทีมคือ หัวหน้าทีมและสมาชิกภายในทีมที่จะร่วมมือกันสร้างให้บังเกิดขึ้นในทุกขั้นตอนของการปฏิบัติงาน

2.1.4 กระบวนการทำงานเป็นทีม

ในการวิจัยครั้งนี้ หมายถึง ขั้นตอนการทำงานร่วมกันของสมาชิกภายในทีมงานคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อให้บริการด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้สูงอายุดำเนินไปอย่างมีประสิทธิภาพ

อุทัย บุญประเสริฐ (2532) กล่าวว่า ในการทำงานเป็นทีมปกติหน่วยงานมักจะมีการจัดตั้งคณะทำงานซึ่งมีลักษณะธรรมชาติของการรวมกลุ่มบุคคลมาทำงานร่วมกันที่มอบหมายให้ และให้ทำงานร่วมกันในลักษณะทีมงาน ทีมงานจะต้องใช้กระบวนการกลุ่ม และพัฒนาทีมไปพร้อม ๆ กับการมุ่งผลงานตามวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งทีม เพราะฉะนั้นขั้นตอนในการดำเนินงานที่มีส่วนช่วยให้ทีมงานไปได้ทันที และมีการพัฒนาทีมไปด้วยในตัวกระบวนการทำงานเป็นทีมประกอบด้วย

- 1) ดำเนินการให้กลุ่มศึกษาปัญหาหรือวิเคราะห์งานที่ได้รับมอบหมาย ร่วมกันศึกษา วิจารณ์ วิเคราะห์ ปรึกษาหารือเกี่ยวกับภารกิจและงานที่ต้องปฏิบัติ ทำให้ทุกคนเข้าใจตรงกันว่า ผลงานที่ต้องการของทีมคืออะไร แล้วกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติงานด้านต่าง ๆ ให้ชัดเจน
- 2) ให้นำเป้าหมายการทำงาน แต่ละส่วนไปวางแผนปฏิบัติ กำหนดขั้นตอนก่อนหลัง และกิจกรรมเฉพาะ กำหนดผู้รับผิดชอบ กำหนดปัจจัยที่จำเป็น กำหนดระยะเวลาปฏิบัติเวลาเสร็จของงาน สิ่งเหล่านี้ถ้ามีการประยุกต์หลักการมีส่วนร่วม (Participation) ด้วยก็จะส่งผลให้สมาชิกรู้สึกว่าเป็นเจ้าของแผนงานนั้นด้วย
- 3) แบ่งงานและกระจายงานให้สมาชิกในทีมงาน โดยคำนึงถึงความเหมาะสมของผู้ปฏิบัติงาน กำหนดเรื่องคนรับผิดชอบให้แน่ชัด เพราะจะต้องมีการประสานงานกันป้องกันการสับสนที่อาจจะเกิดขึ้น
- 4) ลงมือปฏิบัติจริงตามแผนงานที่กำหนดไว้
- 5) ให้มีการติดตามสนับสนุนการปฏิบัติ ในลักษณะนิเทศติดตามผล และควบคุมส่วนหนึ่งของการนิเทศจะมีการสอนงาน เพื่อให้ผู้ปฏิบัติสามารถปฏิบัติงาน

ได้ดีขึ้น ใช้เทคนิคการบริหารแบบติดตามสนับสนุน (Management by Support) คือ ติดตามช่วยเหลือ ปรับปรุงแก้ไขช่วยให้ทำงานได้ดีขึ้น ไม่ใช้การจับผิดหรือหาข้อบกพร่อง

6) ให้มีการประเมินผลในขั้นสุดท้าย เพื่อเป็นกรอบกำกับการติดตามผลการดำเนินงาน และสรุปผลการปฏิบัติงานทั้งหมด รายงานผลต่อผู้แต่งตั้งทีมงาน นั้นให้ทราบถึงความสำเร็จของภารกิจ

ยิวรัตน์ รัตนาคิน (2528) สรุปว่า กระบวนการทำงาน เป็นทีมแบ่งออกเป็นขั้นตอนใหญ่ ๆ 5 ขั้นตอน คือ

- 1) การวิเคราะห์และวิจัยเบื้องต้น
- 2) การตั้งเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของทีม
- 3) การวางแผนงาน
- 4) การปฏิบัติตามแผน
- 5) การตรวจสอบและประเมินผล

ความเห็นของ ยิวรัตน์ รัตนาคิน นี้ สอดคล้องกับ ทิศนา ขมมณี (2537) ที่ให้แนวคิดว่า กระบวนการทำงาน หมายความว่า ขั้นตอนและวิธีการในการดำเนินงาน กระบวนการที่จำเป็นในการทำงานเป็นทีมนั้น ควรจะประกอบด้วย ขั้นตอนที่สำคัญ ๆ ดังต่อไปนี้

1) การกำหนดจุดมุ่งหมายในการทำงาน คือการตั้ง วัตถุประสงค์ในการทำงานให้ชัดเจน ทุกคนในทีมงานมีส่วนร่วมในการกำหนดจุดมุ่งหมายและ เข้าใจตรงกัน การกำหนดจุดมุ่งหมายที่ดีตามรูปแบบ SPIRO ของจอห์น อีโจนส์ (John E. Jones) มี 5 ประการ คือ

ประการที่ 1 S. คือ Specificity จุดมุ่งหมาย ที่ต้องชัดเจนเฉพาะเจาะจงช่วยให้ผู้ร่วมงานเข้าใจว่าจะ ไรคือสิ่งที่ต้องการจะทำให้บรรลุผล

ประการที่ 2 P. คือ Performance จุดมุ่งหมายที่ ต้องเขียนออกมาในรูปของการกระทำ เพื่อช่วยให้รู้แน่ ๆ ไรคือสิ่งที่ จะกระทำ

ประการที่ 3 I. คือ Involvement จุดมุ่งหมาย ที่ต้องระบุอย่างชัดเจนว่าแต่ละคนในทีมงานมีส่วนร่วมหรือมีบทบาทในจุดมุ่งหมายอย่างไร

ประการที่ 4 R. คือ Realism จุดมุ่งหมายที่ดี
ควรมีลักษณะที่เป็นไปได้

ประการที่ 5 O. คือ Observability จุดมุ่งหมาย
ที่ดีควรมีลักษณะที่เห็นผลได้

2) การวางแผนงาน หมายถึงการคิดและตัดสินใจในปัจจุบัน
ถึงสิ่งที่จะทำในอนาคตว่าจะทำอะไร ทำอย่างไร มีทรัพยากรที่จำเป็นอะไรบ้าง เพื่อให้งานที่
ต้องการจะทำการบรรลุผลสำเร็จ มีขั้นตอนในการวางแผน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การแสวงหาและรวบรวมข้อมูล ผู้ร่วมงาน
ได้รับทราบข้อมูล แลกเปลี่ยนข้อมูลกันอย่างกว้างขวาง ข้อมูลนั้นชัดเจน เชื่อถือได้

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดวัตถุประสงค์ให้ชัดเจน ทุกคน
เข้าใจตรงกัน มีความเฉพาะเจาะจง วัดได้ ระบุผลที่ต้องการไว้ชัดเจน ปฏิบัติตามได้และมี
กรอบเวลาที่แน่นอน

ขั้นตอนที่ 3 การหาวิธีการและกำหนดขั้นตอนในการ
ทำงาน ทุกคนในทีมงานต้องช่วยกันคิดว่าจะทำงานอย่างไรจึงจะสำเร็จ วิธีการอาจจะมีได้
หลายวิธีถ้าสมาชิกทุกคนมีเสรีภาพในการแสดงความคิด ความสามารถ และหัวหน้าทีมสามารถ
กระตุ้นให้สมาชิกที่มีริเริ่มความคิดใหม่ ๆ และเลือกวิธีที่ทีมจะดำเนินงานได้ ทีมควรกำหนด
ขั้นตอนในการทำงานให้ชัดเจนว่าจะทำอะไร และทำอย่างไร

ขั้นตอนที่ 4 การกำหนดแผนการปฏิบัติงาน ทีมงาน
ควรกำหนดว่าจะทำอะไรก่อนหลัง จะใช้เวลาเท่าไร

ขั้นตอนที่ 5 การแบ่งงานและมอบหมายงาน มี
การกำหนดหน้าที่รับผิดชอบของแต่ละงานไว้ชัดเจน จัดสรรให้ทุกคนในทีมมีส่วนรับผิดชอบใน
งาน นิยามความสามารถของบุคคลให้เหมาะสมกับลักษณะงาน ผู้รับงานมีความเต็มใจที่
จะปฏิบัติ มีการตรวจสอบว่าทุกคนเข้าใจตรงกันและเป็นไปตามเป้าหมายของทีม

ขั้นตอนที่ 6 การเตรียมเรื่องการประสานงาน
ทีมงานจะต้องตกลงกันว่าประสานงานโดยวิธีใด ทำอย่างไร ใครรับผิดชอบ

ขั้นตอนที่ 7 การกำหนดวิธีการแก้ไขปัญหาไว้ล่วงหน้า
ถ้าป้องกันได้ควรดำเนินการป้องกัน แต่ถ้าป้องกันไม่ได้ควรเตรียมวิธีการแก้ปัญหา

3) การปฏิบัติงานตามแผน ได้แก่ การติดตามงาน การจูงใจให้ผู้ร่วมงานมีกำลังใจทำงาน การให้คำปรึกษาแนะนำ การเสริมสร้างความรู้ ความสามารถของผู้ร่วมงาน และการประสานงาน

4) การประเมินผลและปรับปรุงงาน ได้แก่ การประเมินผลงานเป็นระยะ ๆ เพื่อตรวจสอบความก้าวหน้าของงาน และเก็บข้อมูลที่จะช่วยให้ปรับปรุงงานได้, ประเมินผลหลังจากเสร็จสิ้นตามแผน เพื่อตรวจสอบว่าการทำงานของทีมงาน บรรลุเป้าหมายหรือไม่ ประเมินว่าผลงานเป็นไปตามคาดหวังหรือไม่ เพียงใด ประเมินกระบวนการหรือวิธีการทำงานของทีมงานว่าเหมาะสมเพียงใด ผู้ปฏิบัติงานพอใจหรือไม่ ผลงานเป็นที่พอใจเพียงใด ประเมินผู้ร่วมทีมว่าแต่ละคนปฏิบัติหน้าที่ได้ดีเพียงใด มีปัญหาและอุปสรรคหรือไม่ อย่างไร ประเมินตนเอง สมาชิกแต่ละคนประเมินตนเอง โดยใช้ข้อมูลจากผู้ร่วมทีมเพื่อพิจารณาปรับปรุงตนเอง ควรมีเกณฑ์การประเมินที่ชัดเจน และควรประเมินโดยยึดวัตถุประสงค์หรือจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้เป็นหลัก

ส่วนดูคานิส และ โกลิน (Ducanis and Golin, 1979)

ได้กำหนดขั้นตอนและวิธีการทำงานเป็นทีมของทีมสุขภาพไว้ดังนี้

- 1) มีการกำหนดปัญหาและตั้งจุดมุ่งหมายร่วมกัน
(Identify problems set initial goals) เพื่อให้การรักษาพยาบาลไปในทิศทางเดียวกัน
- 2) รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และปรับปรุงจุดมุ่งหมาย
(Integrate data diagnose Define goals) เพื่อให้การรักษาพยาบาลที่ถูกต้อง
- 3) ประเมินความเห็น ปรับปรุงการรักษาพยาบาล วางแผน
มอบหมายงาน (Evaluate options. Develop treatment. Plans. Assign task)
- 4) ร่วมมือกันในการใช้แผนการรักษา (Co - Ordinate
treatment plans)
- 5) ประเมินผลการปฏิบัติงาน (Evaluate outcomes)
เพื่อหาทางแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

จากการศึกษาผู้วิจัยจึงสรุปว่ากระบวนการทำงานเป็นทีมในคลินิกผู้สูงอายุประกอบด้วย 4 ขั้นตอน แต่ละขั้นตอนจะมีลักษณะหรือองค์ประกอบของการทำงานเป็นทีมอยู่ด้วย ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดจุดมุ่งหมายในการทำงาน คือ การตั้งวัตถุประสงค์ของคลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งต้องสอดคล้องกับเป้าหมาย นโยบายและมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งถ้าทุกคนยึดเป้าหมาย นโยบายและมาตรการเดียวกันก็แสดงว่ามีเป้าหมายร่วมกัน มีการศึกษารวบรวมแลกเปลี่ยน แบ่งปันข้อมูลซึ่งกันและกัน มีการประชุมปรึกษาหารือ เพื่อกำหนดจุดมุ่งหมายในการทำงานร่วมกัน จุดมุ่งหมายในการทำงานของคลินิกผู้สูงอายุกำหนดออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร ด้วยความเห็นชอบของผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่และเผยแพร่ให้ทุกคนที่ปฏิบัติงานทราบโดยทั่วกัน

ขั้นตอนที่ 2 การวางแผนงาน คือ การเตรียมการล่วงหน้าว่าจะทำกิจกรรมใดให้แก่ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการยังคลินิก ทุกคนร่วมกันหาวิธีการและขั้นตอนในการทำงาน เพื่อสนองจุดมุ่งหมายในการทำงาน โดยมีการแบ่งงาน มอบหมายหน้าที่ ระดมทรัพยากรและแบ่งปัน ทรัพยากรซึ่งกันและกัน เตรียมการประสานงานไว้ในรายละเอียด พร้อมทั้งกำหนดวิธีการประเมินผล และวิธีแก้ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นด้วย แผนงาน กำหนดเป็นลายลักษณ์อักษรด้วยความเห็นชอบของผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่และเผยแพร่ให้ทุกคนที่ปฏิบัติงานทราบ ทุกคนเต็มใจและยินดีที่จะปฏิบัติตามแผน

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติตามแผน คือ การที่บุคลากรวิชาชีพในคลินิกผู้สูงอายุลงมือทำงานตามแผนที่กำหนดไว้ในหน้าที่ของวิชาชีพตน และหน้าที่ภายในทีม แต่ละคนไม่ก้าวท้าวหน้าที่กัน แต่พร้อมที่จะช่วยเหลือเกื้อกูล สนับสนุนซึ่งกันและกัน มีการจูงใจและส่งเสริมความภาคภูมิใจให้กับผู้ร่วมงาน ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาแนะนำซึ่งกันและกัน ให้ความสำคัญต่อทุก ๆ คน ที่ปฏิบัติงานอย่างเท่าเทียมกัน เสริมสร้างความรู้ความสามารถของผู้ปฏิบัติงาน เช่น มีการถ่ายทอด แลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ ให้โอกาสเข้ารับการฝึกอบรมสัมมนาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ มีการบันทึกรายงานและใช้บันทึกรายงานนั้นร่วมกันให้เกิดประโยชน์ เพื่อสื่อความหมายในการปฏิบัติงาน ทุกคนที่ปฏิบัติงานในทีมมีความสมานสามัคคี ยึดมั่นผูกพัน เอื้ออาทรต่อกัน มีการประชุมปรึกษาหารือร่วมกัน

ขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลและปรับปรุงงาน มีการกำหนดวัตถุประสงค์และกำหนดเกณฑ์การประเมินที่ชัดเจน ด้วยความเห็นชอบของผู้ปฏิบัติงาน โดย

ยึดจุดมุ่งหมายในการทำงาน และเป้าหมายของการปฏิบัติงานเป็นหลัก มีการวิเคราะห์และติดตามผลงานทุกงาน มีบันทึกการประเมินผลเป็นลายลักษณ์อักษร เผยแพร่ให้ทุกคนที่ปฏิบัติงานทราบ ผลงานของคลินิกผู้สูงอายุไม่ว่าจะเป็น เช่น ไรสมาชิกในที่ทำงานทุกคนเต็มใจ ยอมรับในผลงานนั้นอย่างเสมอภาค และนำข้อมูลที่ได้จากการประเมินมาพิจารณาตัดสินใจหาแนวทางปรับปรุงงานร่วมกัน เพื่อให้งานบริการผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ยุวรัตน์ รัตนาคิน (2528) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลสำเร็จในการทำงาน เป็นทีมของนักสังคมสงเคราะห์ ซึ่งทีมงานที่ศึกษานั้นเป็นทีมงานสหวิชาในหน่วยงานที่ให้บริการสังคม ปัจจัยทางด้านปัจเจกบุคคล ได้แก่ อายุ ความชำนาญเฉพาะด้าน และประสบการณ์การทำงาน พบว่า อายุไม่มีความสัมพันธ์กับผลสำเร็จในการทำงานเป็นทีม ส่วนความชำนาญเฉพาะด้าน และประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์กับผลสำเร็จของการทำงานเป็นทีมสหวิชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนปัจจัยด้านสัมพันธภาพ พบว่า การดำเนินงานร่วมกันตามขั้นตอนต่าง ๆ ความร่วมมือ มีผลต่อความสำเร็จในการทำงานเป็นทีม แต่การแข่งขันไม่มีความสัมพันธ์กับผลสำเร็จในการทำงานเป็นทีม และปัจจัยทางด้านโครงสร้าง ได้แก่ ความชัดเจนของวัตถุประสงค์ ความชัดเจนของการมอบหมายงาน และบรรยากาศในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับผลสำเร็จในการทำงานเป็นทีมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศิริวรรณ โภษิตกานนท์ (2536) ได้ศึกษาสภาพจริงและความคาดหวังของการทำงานเป็นทีม ตามการรายงานของทีมสุขภาพ โรงพยาบาลสังกัดสำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร พบว่า ตามการรายงานของพยาบาลวิชาชีพและบุคลากรสุขภาพสาขาอื่น สภาพจริงในด้านองค์ประกอบการทำงานเป็นทีมไม่แตกต่างกันคือ อยู่ในระดับปานกลาง ในด้านกระบวนการทำงานทีมไม่แตกต่างกันคือ อยู่ในระดับน้อย ส่วนความคาดหวังในด้านองค์ประกอบการทำงานเป็นทีมและกระบวนการทำงานเป็นทีมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตามการรายงานของพยาบาลวิชาชีพ สภาพจริงและความคาดหวังในด้านองค์ประกอบการทำงานเป็นทีมแตกต่างกัน คือ สภาพจริงอยู่ในระดับปานกลางและความ

คาดหวังอยู่ในระดับ มากที่สุด ในด้านกระบวนการทำงานเป็นทีมแตกต่างกันคือ สภาพจริงอยู่ในระดับน้อย แต่ความ คาดหวังอยู่ในระดับมากที่สุด

ตามการรายงานของทีมสุขภาพอื่น สภาพจริงและความคาดหวังในด้านองค์ประกอบการทำงานเป็นทีมแตกต่างกันคือ สภาพจริงอยู่ในระดับปานกลาง ความคาดหวังอยู่ในระดับมาก ในด้านกระบวนการทำงานเป็นทีมก็แตกต่างกันคือ สภาพจริงอยู่ในระดับน้อย แต่ความคาดหวังอยู่ในระดับมาก

ซูมันท์ วิเชียร เกื้อ (2526) ได้ศึกษาเชิงสัมพันธของการประเมินผลอย่างเป็นระบบกับการปรับปรุงงาน พบว่า การประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบมีความเกี่ยวพัน โดยตรงกับขวัญและกำลังใจ ถ้าองค์การมีการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างจริงจังเป็นระบบจะก่อให้เกิดทำที่ และพฤติกรรมที่จะช่วยปรับปรุงงานให้ดีขึ้น และการประเมินผลการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบจะมีผลต่อประสิทธิภาพในการวางแผนงานขององค์การ

เฟนเนลล์ และ แซนเดอร์เฟอร์ (Fennell and Sanderfur, 1983) ได้ทำการวิจัยโครงสร้างของทีมวิจัยเชิงสหวิชาประกอบด้วย นักวิทยาศาสตร์ 9 คน จากสาขาที่แตกต่างกัน 6 สาขา การวิจัยสามารถสนับสนุนสมมติฐานที่ว่า โครงสร้างของทีมงานที่ไม่ชัดเจนและเป็นแบบแผนจะก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสถานภาพ ความสัมพันธ์ และการสื่อสารระหว่างสมาชิก

เคน (Kane, 1980) ได้ศึกษาทีมซึ่งประกอบด้วยหลายวิชาชีพจากวารสารจำนวน 20 ฉบับ รวม 229 บทความ โดยศึกษาองค์ประกอบของทีม วัตถุประสงค์ การประเมินผลกระบวนการทีม โครงสร้างของทีม ผู้นำทีม พบว่า องค์ประกอบของทีมแต่ละทีมมีความแตกต่างกันในเรื่องของขนาด จำนวนสมาชิก และวิชาชีพ วัตถุประสงค์ของทีมมีเพียงร้อยละ 13 ที่มีการกำหนดวัตถุประสงค์ไว้ชัดเจน การประเมินผลส่วนใหญ่ไม่มีการประเมินผลการทำงาน กระบวนการทีมปรากฏว่า 2 ใน 3 ทีม เป็นทีมที่มีลักษณะทุกวิชาชีพมีความสำคัญเท่าเทียมกัน โครงสร้างของทีมพบว่า ร้อยละ 9 มีการใช้บันทึกร่วมกัน หัวหน้าทีมร้อยละ 60 ที่มาจากการแต่งตั้ง

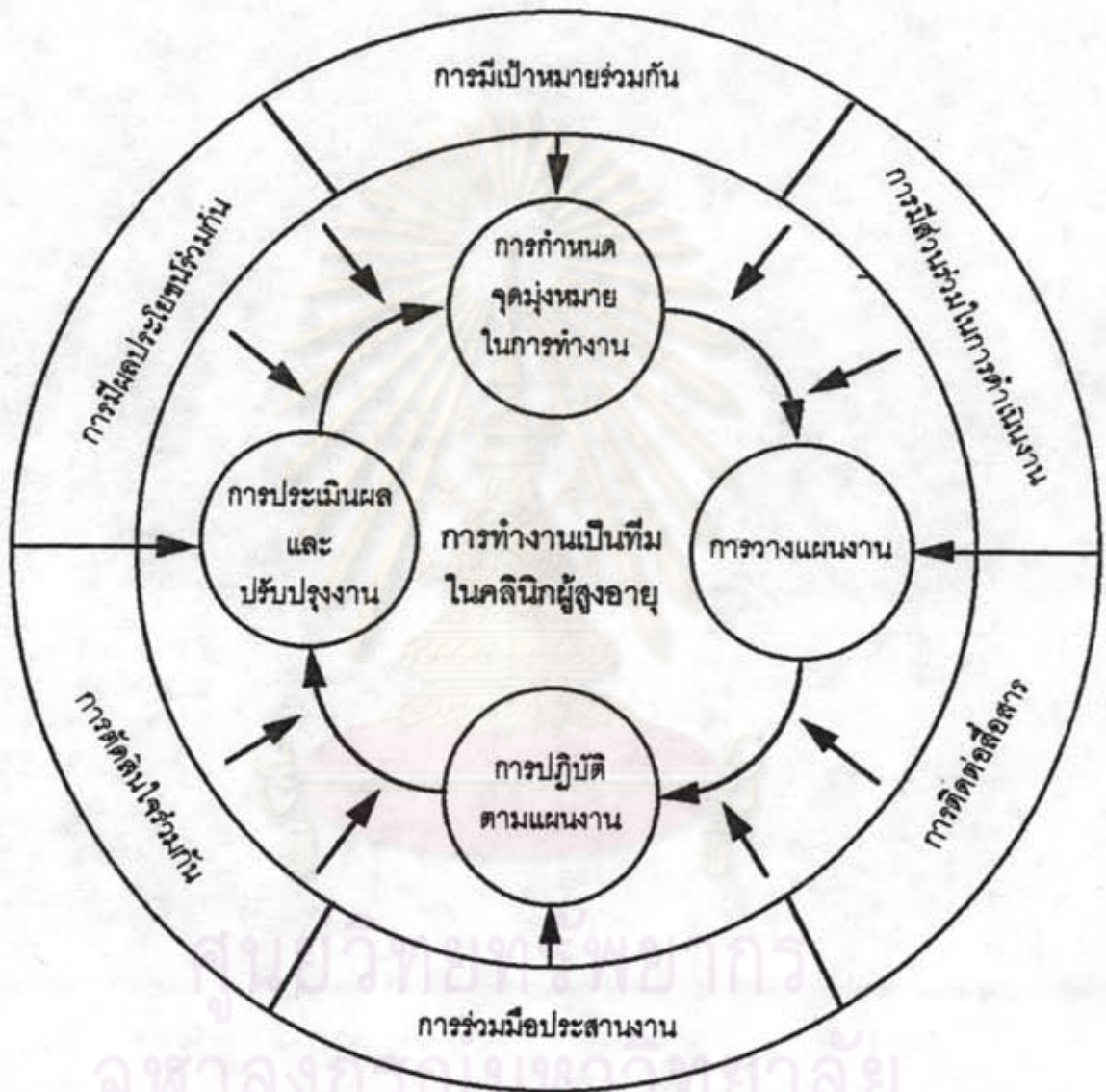
จากการศึกษาเอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัย ผู้วิจัยได้ประมวลข้อความรู้ กำหนดเป็นกรอบแนวคิดการทำงานเป็นทีมของบุคลากรสาธารณสุขในคลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งมีองค์ประกอบการทำงานเป็นทีม 6 ประการ คือ

การมีเป้าหมายร่วมกัน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การติดต่อสื่อสาร การร่วมมือ
ประสานงาน การตัดสินใจร่วมกัน และการมีผลประโยชน์ร่วมกัน องค์ประกอบทั้ง 6
ประการนี้ จะต้องมีอยู่ในขั้นตอนการกำหนดจุดมุ่งหมายในการทำงาน ขั้นตอนการวางแผนงาน
ขั้นตอนการปฏิบัติตามแผน และขั้นตอนการประเมินผลและปรับปรุงงาน จึงจะทำให้เกิด
ประสิทธิผลของการทำงานเป็นที่มในคลินิกผู้สูงอายุซึ่งกำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัยดังนี้



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ศูนย์วิจัยการแพทย์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย