



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากผลสำเร็จในการวางแผนครอบครัวทำให้อัตราการเกิดลดลงและการพัฒนาเทคโนโลยีในการรักษาพยาบาลส่งเสริมให้คนมีชีวิตยืนยาวขึ้น เป็นผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ที่เห็นเด่นชัดคือ กลุ่มประชากรผู้สูงอายุ ได้แก่ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น พัฒนาการ ชูโต และ วิไล วงศ์สืบชาติ (2538) รายงานว่า ณ. กลางปี 2537 โลกมีประชากรวัยสูงอายุ 336 ล้านคน หรือร้อยละ 6 ของประชากรโลก ประเทศสวีเดนเป็นประเทศที่มีสัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุ สูงที่สุดในโลกคือร้อยละ 18 รองลงมาคือสหราชอาณาจักร เดนมาร์ก และนอร์เวย์ ประเทศเหล่านี้ล้วนเป็นประเทศทางภาคอุตสาหกรรมทั้งสิ้น

สำหรับประเทศไทยที่เป็นประเทศอุตสาหกรรมใหม่พบว่า มีประชากรวัยสูงอายุ 3.3 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2532 3.7 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2534 (สำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2535) 4.2 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2536 (มหาวิทยาลัยมหิดล, สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2536) กลุ่มผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นในอนาคต คาดว่าในปี 2543 ประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยจะมีถึง 4.8 ล้านคน หรือร้อยละ 7.4 ของประชากรทั้งหมด (คณะกรรมการการศึกษาวิจัยและวางแผนระยะยาวเกี่ยวกับผู้สูงอายุ มปป.) ตัวชี้วัดว่าผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอีกตัวหนึ่งคือ อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at Birth) ซึ่งเป็นดัชนีที่คาดว่าจะโดยเฉลี่ยแล้วทารกที่เกิดมีชีพ สามารถจะมีชีวิตยืนยาวอยู่เท่าใด อายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเพิ่มขึ้น แนวโน้มร้อยละของผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นด้วย จากรายงานของคณะกรรมการนโยบายและแผนประชากร (2538) ประชากรไทยกับประชากรต่างประเทศที่มีจำนวนประชากรใกล้เคียงกัน อายุเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดเป็นดังนี้

ประเทศ	ประชากรกลางปี พ.ศ. 2538 (ล้านคน)	ร้อยละของ ผู้สูงอายุ	อายุไขเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (ปี)		
			ชาย	หญิง	รวม
ตุรกี	61.4	4	64	70	67
ไทย	60.2	4	68	72	70
สหราชอาณาจักร	58.6	16	74	79	76
ฝรั่งเศส	58.1	15	74	82	78
อิตาลี	57.7	16	74	80	77

การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุดังกล่าวมีผลต่อนโยบายและแผนงานด้านสาธารณสุขของประเทศ เพราะผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม เป็นกลุ่มคนที่ถูกประเมินว่าเป็นผู้มีผลผลิตต่ำ แต่มีการใช้ทรัพยากรสูง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ทรัพยากรทางด้านสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุมีอัตราการเจ็บป่วยสูง มีโรคเรื้อรัง สปีด โควอร์ และพอลเลท (Speake, Cowart and Pallet, 1989) กล่าวว่าร้อยละ 80 ของผู้สูงอายุจะต้องมีปัญหาทางสุขภาพอย่างน้อย 1 อย่าง เมื่อเจ็บป่วยจะมีอาการและอาการแสดงของโรคต่างจากวัยอื่น ๆ และมีระยะเวลาครองเตียงในโรงพยาบาลสูง นอกจากนี้ยังมีปัญหาทางด้านคุณภาพอันส่งผลให้เป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมอีกด้วย

นับวันอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของคนไทยจะเพิ่มมากขึ้น จากการรายงานของคณะกรรมการนโยบายและแผนประชากร (2538) อายุไขเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรไทยระหว่าง ปี พ.ศ. 2533 - พ.ศ. 2538 ผู้ชาย 66.48 ปี ผู้หญิง 71.04 ปี
ปี พ.ศ. 2538 - พ.ศ. 2543 ผู้ชาย 67.36 ปี ผู้หญิง 71.74 ปี
ปี พ.ศ. 2543 - พ.ศ. 2548 ผู้ชาย 68.15 ปี ผู้หญิง 72.39 ปี

หมายความว่า ประเทศไทยมีแนวโน้มผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นและความต้องการบริการทางสุขภาพจากประชากรกลุ่มผู้สูงอายุจะเพิ่มปริมาณขึ้นด้วย รัฐบาลได้ให้ความสำคัญในเรื่องนี้ จึงแต่งตั้งคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ โดยมีแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2525 - 2544 และปรับปรุงแก้ไขเป็นแผนระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุแห่งชาติ พ.ศ. 2535 - 2534 มีการจัดตั้งสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยขึ้น สำหรับกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีหลักประกันในการรับบริการทางสุขภาพโดยให้โรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ เมื่อปี พ.ศ. 2535

กำหนดระเบียบว่าด้วยการส่งเคราะห์ผู้สูงอายุด้านการรักษาพยาบาล พ.ศ. 2535 และ
โครงการจัดทำบัตรประจำตัวผู้สูงอายุ ปี พ.ศ. 2535 - 2536

การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุขมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บริการที่
ครบถ้วนแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งได้แก่ การรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และ
การฟื้นฟูสมรรถภาพ ทั้งทางกาย จิต และสังคม โดยมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่ดีมี
ประสิทธิภาพแก้ปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้น (วิฑูร แสงสิงแก้ว, มปป.)

ปัจจุบันคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุไทยยังต้องการพัฒนาอีกมาก จากการศึกษาของ
เกริกศักดิ์ บุญยานุวงศ์ สุรีย์ บุญยานุวงศ์ และสมศักดิ์ ฉันทะ (2533) พบว่าผู้สูงอายุส่วน
ใหญ่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 30 ยังประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองอยู่และขาด
คนอุปถัมภ์ ปัญหาที่พบคือ สภาพสังคมปัจจุบันเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ขณะที่สุขภาพเสื่อม-
โทรมและเงินไม่พอใช้ ทำให้ขาดความสุขในบั้นปลายของชีวิต เมื่อเจ็บป่วยกลไกและระบบ
ต่าง ๆ ในร่างกายก็แปรปรวน มีหลาย ๆ โรครวมกันอยู่ อากาศไม่ชัดเจน ต้องใช้ยา
หลายชนิดซึ่งต้องระมัดระวังผลข้างเคียงเป็นพิเศษ อาจเกิดภาวะทุโภชนาการ เศร้าวิตก
กังวลเพราะประกอบอาชีพหรือกิจวัตรประจำวันได้อย่างจำกัด ขาดรายได้เจือจุน มีผลกระทบ
ต่อสุขภาพจิต ปัญหาหลากหลายเชื่อมโยงสัมพันธ์กัน จึงต้องการบุคลากรหลายสาขาวิชาให้การ
ดูแลช่วยเหลือแนะนำเพื่อแก้ปัญหาให้แก่ผู้สูงอายุ สแตนตัน (Stanton, 1987) กล่าวว่า
งานบริการผู้สูงอายุจะประสบความสำเร็จได้เป็นอย่างดี ต้องประกอบไปด้วยทีมสุขภาพ ที่
ร่วมมือกันช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุซึ่งสอดคล้องกับ สุทธิชัย จิตะนันท์กุล (1993) ที่กล่าวว่า
กลวิธีการดูแลผู้สูงอายุควรเป็นแบบการบริบาลสหสาขาวิชา โดยจะมีการประสานงานเพื่อดูแล
ผู้สูงอายุร่วมกัน แต่ ประคอง อินทรสมบัติ พรทิพย์ มาลาธรรม และ ดวงใจ ด้วงใจกุล
(2538) ศึกษาการดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยหนักและรับไว้รักษาในโรงพยาบาลรามาริบัติ
กล่าวว่า การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนยังขาดการทำงานร่วมกันแบบสหวิชาที่หลากหลาย
การสื่อสาร แลกเปลี่ยนข้อมูลเพื่อวางแผนร่วมกันยังมีน้อย จึงต้องพัฒนาระบบและรูปแบบที่
เหมาะสมในการดูแลผู้สูงอายุ อันจะทำให้เกิดการดูแลต่อเนื่องแบบองค์รวม ลดภาวะแทรกซ้อน
ลดค่าใช้จ่ายและเวลาที่นักรักษาตัวในโรงพยาบาลให้น้อยลง

ผู้วิจัยจึงสรุปว่า การทำงานเป็นทีมมีความสำคัญต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
อย่างยิ่ง โดยเฉพาะทีมสหวิชา (Interdisciplinary Team) อันได้แก่ แพทย์ พยาบาล
นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด โภชนาการ และเภสัชกร ซึ่งแต่ละคนมีความชำนาญ

เฉพาะด้าน ใช้ความเชี่ยวชาญในสาขาวิชาของตน ร่วมกันให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มายังคลินิก ผู้สูงอายุได้รับการรักษาพยาบาลอย่างถูกต้อง สามารถป้องกันโรคที่ยังไม่เกิดหรือเกิดขึ้นแล้วมิให้ลุกลาม ส่งเสริมสุขภาพมิให้เสื่อมเร็วกว่าปกติ ฟื้นฟูสมรรถภาพมิให้ทุพพลภาพ และสามารถดูแลตนเองได้ การทำงานเป็นทีมเป็นการบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมซึ่งประกอบด้วย การมีเป้าหมายร่วมกัน การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การติดต่อสื่อสาร การร่วมมือประสานงาน การตัดสินใจร่วมกัน และการมีผลประโยชน์ร่วมกัน นอกจากนี้การปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต้องอาศัยกระบวนการทำงาน ซึ่งประกอบด้วย การกำหนดจุดมุ่งหมายในการทำงาน การวางแผนงาน การปฏิบัติตามแผนงาน การประเมินผลและปรับปรุงงาน (ทศนา แคมมณี, 2537) ดังนั้น คลินิกผู้สูงอายุที่จัดตั้งขึ้นจะให้บริการทางสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในท้องถิ่น ได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล สามารถสนองนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข ให้บรรลุวัตถุประสงค์ได้นอกจากจะมีทรัพยากรแล้วสิ่งสำคัญคือ กระบวนการทำงานเป็นทีม เพราะจะเป็นกรอบให้ทุกคนในทีมงานปฏิบัติกิจกรรมตามขั้นตอนต่าง ๆ ให้ครบถ้วนสมบูรณ์เป็นวงจรของการแก้ปัญหาให้กับผู้สูงอายุได้อย่างดีที่สุด

หลังจากที่กระทรวงสาธารณสุขมีมาตรการให้โรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศ 725 แห่ง จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 ขณะนี้มีคลินิกผู้สูงอายุทั้งภาครัฐและเอกชน 3,390 แห่ง (สถาบันพัฒนาสุขภาพและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ, 2536) โรงพยาบาลที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข แต่ละระดับแต่ละแห่งมีศักยภาพและทรัพยากรที่แตกต่างกันจึงมีวิธีการดำเนินงานบริการผู้สูงอายุไม่เหมือนกัน บางแห่งจัดตั้งเป็นคลินิกผู้สูงอายุโดยเฉพาะให้บริการทุกวันราชการ หรือมีกำหนดวันเวลา บางแห่งร่วมกับกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุให้บริการสัปดาห์ละ 1 วัน บางแห่งคลินิกผู้สูงอายুরวมอยู่ในคลินิกอายุรกรรม คลินิกเฉพาะโรคหรือคลินิกพิเศษโดยระบุวันเวลาให้บริการผู้สูงอายุ ในบางแห่งจัดคลินิกผู้สูงอายุเป็นหน่วยเคลื่อนที่ออกไปให้บริการในชุมชนที่ห่างไกลสถานบริการ ทุก ๆ แห่งมีทีมสุขภาพรับผิดชอบดำเนินการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข แต่เนื่องจากงานบริการผู้สูงอายุเพิ่งเริ่มอย่างจริงจังเมื่อปี พ.ศ. 2535 และถูกกำหนดให้เป็นงานปกติ ในขณะที่โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งขาดแคลนบุคลากร โดยเฉพาะการเตรียมการและการผลิตบุคลากรสาธารณสุขสาขาผู้สูงอายุยังมีน้อย ทำให้บุคลากรที่มีอยู่เดิมมีหน้าที่รับผิดชอบมากขึ้น ขาดความรู้ทางด้านศาสตร์ผู้สูงอายุ และถ้ากระบวนการการทำงานแต่ละ

ขั้นตอนอยู่ในระดับน้อยไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ จะทำให้ไม่สามารถแก้ปัญหาสุขภาพให้ผู้สูงอายุ ซึ่งร้อยละ 86.2 มารับบริการที่โรงพยาบาลของรัฐบาลได้ (วิฑูร แสงสิงแก้ว, 1993)

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการทำงานเป็นทีมในคลินิกผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขในแต่ละขั้นตอน มีการทำงานเป็นทีมอยู่ในระดับใด บุคลากรสาธารณสุขที่มีประสบการณ์การทำงานในอาชีพมากแตกต่างจากบุคลากรสาธารณสุขที่มีประสบการณ์การทำงานในอาชีพน้อยหรือไม่ และการทำงานเป็นทีมในคลินิกผู้สูงอายุของบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่แตกต่างจากบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลขนาดเล็กหรือไม่ เพื่อเป็นข้อมูลให้ผู้ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ และผู้บริหารในสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องนำไปเป็นแนวทางการปรับปรุงพัฒนาให้มีกระบวนการการทำงานเป็นทีมครบถ้วนถูกต้องสมบูรณ์ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ มีความพึงพอใจต่อบริการมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเป็นการสนองนโยบายของรัฐบาลที่มีต่อผู้สูงอายุให้สัมฤทธิ์ผล

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาการทำงานเป็นทีมของบุคลากรสาธารณสุขในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในชั้นตอน
 - 1.1 การกำหนดจุดมุ่งหมายในการทำงาน
 - 1.2 การวางแผนงาน
 - 1.3 การปฏิบัติตามแผนงาน
 - 1.4 การประเมินผลและปรับปรุงงาน
2. เพื่อเปรียบเทียบการทำงานเป็นทีมของบุคลากรสาธารณสุขในคลินิกผู้สูงอายุ จำแนกตามประสบการณ์การทำงานในอาชีพเฉพาะขนาดของโรงพยาบาล

ปัญหาการวิจัย

1. บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข มีการทำงานเป็นทีมในชั้นตอนต่าง ๆ ต่อไปนี้อยู่ในระดับใด
 - 1.1 การกำหนดจุดมุ่งหมายในการทำงาน
 - 1.2 การวางแผนงาน
 - 1.3 การปฏิบัติตามแผนงาน
 - 1.4 การประเมินผลและปรับปรุงงาน
2. บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ ผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานในอาชีพมากกว่า 10 ปี มีการทำงานเป็นทีมในชั้นตอนต่าง ๆ มากกว่าผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานในอาชีพ 1 - 10 ปี หรือไม่
3. บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลขนาดเล็กมีการทำงานเป็นทีมในชั้นตอนต่าง ๆ มากกว่าบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือไม่

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

จากสภาพเป็นจริงของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปจะมีความแตกต่างจากโรงพยาบาลชุมชนในด้านโครงสร้างการบริหารงาน งบประมาณ ตำแหน่งและจำนวนของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในกลุ่ม งานต่าง ๆ โรงพยาบาลชุมชนนั้นเป็นโรงพยาบาลเล็ก ๆ ขนาด 10 - 120 เตียง บุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลต่างก็รู้จักกันดี มีปฏิสัมพันธ์ต่อกันอยู่สม่ำเสมอและทั่วถึง สิทธิโชค วรานุสันติกุล (2533) กล่าวว่า ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกมีผลต่อการทำงานเป็นทีม

ยิวรัตน์ รัตนาคิน (2528) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อผลสำเร็จในการทำงานเป็นทีมของนักสังคมสงเคราะห์ พบว่า ประสบการณ์การทำงานมีความสัมพันธ์กับผลสำเร็จของการทำงานเป็นทีมสหวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

วนิภา ว่องวัจนะ (2535) พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์การทำงานสูง จะเกิดการรับรู้สภาพการทำงานโดยรวมสูงกว่าพยาบาลที่มีประสบการณ์การทำงานน้อยกว่า พิทยา สิทธิอำนวย (2536) กล่าวว่า เมื่อกลุ่มการทำงานใหญ่ขึ้นกลุ่มจะมี ประสิทธิภาพการทำงานกลุ่มน้อยลง

ซีซอร์ (Seashore, 1954) ได้ทำการศึกษาและสรุปไว้ว่าเมื่อกลุ่มมีขนาดใหญ่ขึ้น ระดับความกลมเกลียวสมานฉันท์จะค่อย ๆ ลดลงเนื่องจากปฏิสัมพันธ์และการติดต่อสื่อสารเกิดความยุ่งยากและล้มเหลว เกิดมีคนวงใน (Inner Group) และคนวงนอก (Outsider) ซึ่งเป็นผลกระทบต่อการทำงานเป็นทีม

บริกก์ (Briggs, 1980) ได้ศึกษาผลงานวิจัยเกี่ยวกับทีมงานสังคมสงเคราะห์ และบริการทางสุขภาพ พบว่า ทีมแต่ละทีมมีความแตกต่างกันในรูปแบบ วิธีการปฏิบัติ เพื่อให้ บรรลุเป้าหมายของการให้บริการ

จากการศึกษาแนวคิดดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานว่า

1. การปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุบุคลากรสาธารณสุขผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานในอาชีพมากกว่า 10 ปี มีการกำหนดจุดมุ่งหมายในการทำงานเป็นทีม การวางแผนงานเป็นทีม การปฏิบัติตามแผนงานเป็นทีม การประเมินผลและปรับปรุงงานเป็นทีมมากกว่า ผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานในอาชีพ 1 - 10 ปี
2. การปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ บุคลากรสาธารณสุขผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลขนาดเล็กมีการกำหนดจุดมุ่งหมายในการทำงานเป็นทีม การวางแผนงานเป็นทีม การปฏิบัติตามแผนงานเป็นทีมการประเมินผลและปรับปรุงงาน เป็นทีมมากกว่าผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลขนาดใหญ่

ขอบเขตการวิจัย

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ โภชนากร และเภสัชกร ประมาณ 2,900 คน

2. ตัวแปรที่ศึกษาคือ

2.1 ตัวแปรต้น

2.1.1 ประสบการณ์การทำงานในอาชีพ ได้แก่ ผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานในอาชีพ 1 - 10 ปี และผู้ที่มีประสบการณ์การทำงานในอาชีพมากกว่า 10 ปี

2.1.2 ขนาดของโรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ (โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป) และโรงพยาบาลขนาดเล็ก (โรงพยาบาลชุมชน)

2.2 ตัวแปรตาม ได้แก่

2.2.1 การกำหนดจุดมุ่งหมายในการทำงานเป็นทีม

2.2.2 การวางแผนงานเป็นทีม

2.2.3 การปฏิบัติตามแผนงานเป็นทีม

2.2.4 การประเมินผลและปรับปรุงงานเป็นทีม

คำจำกัดความในการวิจัย

1. ทีม หมายถึง กลุ่มของบุคลากรสาธารณสุขที่มีอาชีพเป็นแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ โภชนาการ และเภสัชกร ปฏิบัติงานร่วมกันตั้งแต่ 2 อาชีพ และ 2 คนขึ้นไปในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

แพทย์ หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยทั่วไปหรือสาขาใดสาขาหนึ่ง เช่น อายุรกรรม ศัลยกรรม สูติรีเวชกรรม กุมารเวชกรรม ทันตกรรม จิตเวชกรรม ซึ่งปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

พยาบาล หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพสาขาการพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้น 1 หรือชั้น 2 ซึ่งปฏิบัติงานอยู่ในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

นักกายภาพบำบัด หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรระดับปริญญาบัณฑิตทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ป่วยที่ร่างกายเสื่อมสมรรถภาพไม่สามารถทำงานได้

ให้ฟื้นคืนสภาพทำงานได้ดีขึ้น และปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

นักสังคมสงเคราะห์ หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรระดับปริญญาบัณฑิต ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีปัญหาต่าง ๆ เกี่ยวกับเศรษฐกิจสังคม ความเป็นอยู่ และปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

โภชนากร หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่สำเร็จการศึกษาหลักสูตรระดับปริญญาบัณฑิต ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาแนะนำจัดการเรื่องอาหาร และสิ่งบริโภคต่าง ๆ ที่จะป้องกัน, ส่งเสริม, รักษา และฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วย และปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

เภสัชกร หมายถึง บุคลากรสาธารณสุขที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ประกอบวิชาชีพชั้นเภสัชกรรมเกี่ยวกับการปรุง, ผลิต และจำหน่ายยา หรือเวชภัณฑ์ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา ฤทธิ์และผลข้างเคียงของยา และปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข

2. การทำงานเป็นทีม หมายถึง การทำงานร่วมกันตามกระบวนการทำงานของบุคลากรสาธารณสุขในคลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

2.1 การมีเป้าหมายร่วมกัน คือ บุคลากรสาธารณสุขที่มาร่วมกันทำงาน ต้องมีการรับรู้ และเข้าใจตรงกันว่าจะมุ่งบริการผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

2.2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน คือ มีบทบาทหน้าที่ดำเนินงานตามความรู้ความสามารถของตน และมีภาระกิจที่จะต้องกระทำในทีม เช่น เป็นหัวหน้าทีม, เป็นเลขานุการ, เป็นผู้ประสานงาน หรือเป็นสมาชิกทีม

2.3 การติดต่อสื่อสาร คือ มีการสื่อความหมายซึ่งกันและกันเพื่อให้เกิดความเข้าใจในการทำงานร่วมกัน

2.4 การร่วมมือประสานงาน คือ การพึ่งพาอาศัยกันเต็มใจช่วยเหลือสนับสนุน ยอมรับซึ่งกันและกัน มีการใช้ทรัพยากรร่วมกันตลอดจนการประชุมปรึกษาหารือร่วมกัน

2.5 การตัดสินใจร่วมกันคือ การมีข้อมูลให้แกกัน หาแนวทางร่วมกันและเลือกแนวทางปฏิบัติโดยสมาชิกส่วนใหญ่เห็นชอบ

2.6 การมีผลประโยชน์ร่วมกัน คือ การรับผิดชอบต่อผลการปฏิบัติงานร่วมกัน ไม่ว่าจะ เป็นไปในทางที่ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลว

3. กระบวนการทำงานเป็นทีม หมายถึง ขั้นตอนการทำงานร่วมกันของบุคลากร สาธารณสุขในคลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งมี 4 ขั้นตอนคือ

3.1 การกำหนดจุดมุ่งหมายในการทำงาน คือการแสวงหารวบรวมข้อมูล และกำหนดวัตถุประสงค์ของการทำงานในคลินิกผู้สูงอายุให้มีความชัดเจนเฉพาะเจาะจง บ่งบอก กิจกรรมและบทบาทหน้าที่ของผู้ร่วมทีม ซึ่งกิจกรรมที่ระบุไว้นั้นสามารถปฏิบัติได้และ สังเกตเห็นได้ วัตถุประสงค์ที่กำหนดต้องเป็นลายลักษณ์อักษรและหรือเผยแพร่ให้ผู้ร่วมงานทุกคนเข้าใจและยึดถือเป็นหลักในการทำงาน

3.2 การวางแผนงาน คือ การเตรียมการล่วงหน้าว่าจะทำกิจกรรมใด ให้แก่ผู้สูงอายุที่มารับบริการ และจะทำในวัน-เวลาใด ซึ่งต้องมีวัตถุประสงค์ของการวางแผน ทาวิธีการและขั้นตอนในการทำงาน กำหนดแผนการปฏิบัติงาน พร้อมกับกำหนดวิธีการ ประเมินผล และแก้ปัญหาที่อาจจะเกิดขึ้นได้ด้วย

3.3 การปฏิบัติตามแผนงาน คือ การลงมือทำงานตามแผนที่กำหนดโดยมี การติดตามงาน จูงใจให้ผู้ร่วมงานมีกำลังใจ ให้คำปรึกษาแนะนำ เสริมสร้างความรู้ความ สามารถของผู้ร่วมงานและมีการประสานงานกัน เพื่อให้งานในคลินิกผู้สูงอายุบรรลุจุดมุ่งหมาย ที่กำหนดไว้

3.4 การประเมินผลและปรับปรุงงาน คือการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการ ปฏิบัติงานและเปรียบเทียบว่าบรรลุตามจุดมุ่งหมายมากน้อยเพียงใด มีการวิเคราะห์และตีความ รวมทั้งนำผลการประเมินนั้นไปปรับปรุงงาน

4. ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในคลินิก ผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในส่วนภูมิภาค

5. คลินิกผู้สูงอายุ หมายถึง หน่วยงานที่ขึ้นตรงต่อโรงพยาบาลสังกัดกระทรวง สาธารณสุขในส่วนภูมิภาค และให้บริการผู้สูงอายุทางด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยบุคลากรสาธารณสุขซึ่งอาจจะเปิดบริการร่วมกับ หน่วยงานอื่น เช่น รวมอยู่ในคลินิกอายุรกรรม หรือคลินิกพิเศษ โดยกำหนดวันเวลาให้บริการ ผู้สูงอายุ หรือรวมอยู่ในชมรมผู้สูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุมี 2 ประเภท คือ

5.1 หน่วยเคลื่อนที่

5.2 เปิดให้บริการในโรงพยาบาล

6. ประสบการณ์การทำงานในอาชีพ หมายถึง ระยะเวลาที่บุคลากรสาธารณสุข ประกอบอาชีพนั้น ๆ มาจนถึงปัจจุบัน โดยไม่คำนึงว่าจะมีการย้ายหน่วยงานหรือไม่ ในการ วิจัยครั้งนี้ จำแนกประสบการณ์การทำงานในอาชีพออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

6.1 บุคลากรสาธารณสุขที่มีประสบการณ์การทำงานในอาชีพตั้งแต่ 1 - 10 ปี คือ รับราชการตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป ถือเป็นปีที่ 1 จนถึงปีที่ 10

6.2 บุคลากรสาธารณสุขที่มีประสบการณ์การทำงานในอาชีพมากกว่า 10 ปี ขึ้นไป

7. โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข หมายถึง โรงพยาบาลที่มีการตรวจ รักษาโรคทั่วไป ขึ้นตรงต่อสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งอยู่ในส่วนภูมิภาค ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในการวิจัยครั้งนี้แบ่งเป็น

7.1 โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาล ทั่วไป

1) โรงพยาบาลศูนย์คือ โรงพยาบาลที่มีขนาด 650 - 1000 เตียง มีฝ่ายและกลุ่มงานต่าง ๆ ดังนี้ ฝ่ายธุรการ ฝ่ายการเงินและบัญชี ฝ่ายพัสดุและบำรุงรักษา ฝ่ายวิชาการ ฝ่ายการพยาบาล กลุ่มเทคนิคบริการทางการแพทย์ ฝ่ายโภชนาการ ฝ่ายสุขศึกษา ประชาสัมพันธ์ และฝ่ายเวชกรรมสังคม มีทั้งหมด 17 แห่ง

2) โรงพยาบาลทั่วไป คือโรงพยาบาลที่มีขนาดตั้งแต่ 200 - 500 เตียง มีฝ่ายและกลุ่มงานต่าง ๆ เช่นเดียวกับโรงพยาบาลศูนย์แต่ไม่มีฝ่ายสุขศึกษา และ ประชาสัมพันธ์ มีทั้งหมด 73 แห่ง

7.2 โรงพยาบาลขนาดเล็ก ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน คือโรงพยาบาลที่มี ขนาดตั้งแต่ 10 เตียง - 120 เตียง (ไม่เกิน 150 เตียง) มีฝ่ายและงานต่าง ๆ ดังนี้ ฝ่ายบริหารงานทั่วไป ฝ่ายการพยาบาล ฝ่ายส่งเสริมสุขภาพ ฝ่ายสุขภาพและป้องกันโรค ฝ่ายเภสัชกรรมชุมชน ฝ่ายทันตสาธารณสุข งานเวชปฏิบัติทั่วไป และงานชั้นสูตรสาธารณสุข มีทั้งหมด 635 แห่ง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานร่วมกันในคลินิกผู้สูงอายุ ได้ข้อมูลในการปรับปรุงการทำงานเป็นทีม
2. ได้ข้อมูลให้ผู้บริหารในโรงพยาบาลต่าง ๆ นำไปปรับปรุงทีมงานในคลินิกผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ
3. ได้ข้อมูลให้ผู้บริหารระดับสูงทราบถึงสถานการณ์การทำงานเป็นทีมในคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อการพัฒนางานบริการผู้สูงอายุ



ศูนย์วิทยพัชร์พยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย