

## ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุกับสังคมสูงอายุไทย

ประคง อินทรสมบัติ<sup>1</sup> RN, คม.(การบริหารการศึกษา), อพย. (การพยาบาลผู้สูงอายุ)

**บทคัดย่อ:** การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุ และองค์ประกอบของผู้สูงอายุวัยปลายชีวิตร้อยกว่า 80 ปีขึ้นไปเพิ่มมากขึ้นด้วยการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป การอยู่กับคู่สมรสเท่านั้นและอยู่คนเดียวเพิ่มขึ้น นอกรจากนี้ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุมีความซับซ้อนขึ้นและเป็นผู้ใช้บริการสุขภาพส่วนใหญ่ที่ภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน กิ่งเฉียบพลัน เรื้อรัง และการดูแลระยะยาว วิชาชีพพยาบาลรองรับสังคมสูงอายุ ด้วยการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุที่ผ่านการศึกษาและฝึกอบรมเฉพาะ โอกาสสำคัญคือการใช้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุในองค์กรและกำหนดนโยบายกำลังคนเพื่อพัฒนาบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยสูงอายุ

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการพดุงครรภ์ไทย 2557; 1 (1) 47-56

**คำสำคัญ:** ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ, สังคมสูงอายุไทย

<sup>1</sup>รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ปรึกษา คณะกรรมการฝึกอบรมและสอบความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

## บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอันเนื่องจากอัตราการเจริญพันธุ์ลดลงและอัตราอุดชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ล่งผลให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุ ประชากรวัยสูงอายุ คืออายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มอย่างต่อเนื่อง และใช้เวลาคาดเดร็วกว่าประเทศไทยอีก 1.2 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2503 เป็นประมาณ 8.5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2553 และจะเพิ่มเกิน 20 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2583 โดยสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มจาก ร้อยละ 4.6 ในปี พ.ศ. 2503 เป็นร้อยละ 5.5 และร้อยละ 13.2 ในปี พ.ศ. 2523 และ 2553 ตามลำดับ และคาดประมาณว่าจะเป็นร้อยละ 32.1 ในปี พ.ศ. 2583 ประชากรวัยเด็กจะเท่ากันกับสัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุ ในปี พ.ศ. 2560<sup>1</sup> ทัศนรัตน์ ผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีจำนวนมากกว่าเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี<sup>2</sup> สำหรับประชากรอาเซียน มีเพียงประเทศไทย ลิงค์ไปร์เท่านั้น ที่สัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าประเทศไทย นอกจากประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมากแล้ว ผลการคาดประมาณประชากรปี พ.ศ. 2553 – พ.ศ. 2583 พบว่าสัดส่วนประชากรวัยปลาย (อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นชัดเจนจากร้อยละ 12.7 ของประชากรสูงอายุทั้งหมด เป็นเกือบ 1 ใน 5 ของประชากรสูงอายุ นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของประชากรที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้สัดส่วนประชากรกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุหญิงถึงร้อยละ 63 สำหรับสถานภาพสมรส ผู้สูงอายุหญิงเป็นหม้ายมากกว่าผู้ชายสูงอายุ คือร้อยละ 41.2 และร้อยละ 13.1 การเข้าสู่สังคมสูงอายุเป็นความท้าทายและโอกาสของสังคมไทยที่จะต้องกำหนดนโยบายและโปรแกรมด้านผู้สูงอายุโดยรัฐบาล องค์กรเอกชนและวิชาชีพสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถเป็น

อิสระ ช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ มีหลักประกันในชีวิต และอยู่อย่างมีคุณค่า สมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ระบบการเกื้อหนุนของสังคมไทยบุตรที่เป็นผู้ใหญ่ยังคงเป็นผู้ให้การสนับสนุนพ่อแม่ที่เป็นผู้สูงอายุ แต่ อัตราการเจริญพันธุ์ที่เปลี่ยนแปลง ทำให้ครอบครัวขนาดเล็กลงและเป็นที่มาของกรอบอยู่อาศัยของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป การอาศัยอยู่กับบุตรลดลง อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. 2529 – 2554 จากร้อยละ 76.9 เป็นร้อยละ 56.5<sup>2</sup> การอยู่อาศัยคนเดียว หรืออาศัยอยู่กับคู่สมรส เท่านั้นเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบ ปี พ.ศ. 2550 และปี พ.ศ. 2554 นอกจากนี้ยังเกิดครอบครัวแห่งกลางที่มีหลาน อาศัยอยู่กับปู่ย่าตายาย แสดงถึงการเกื้อหนุนระหว่างบุตร และผู้สูงอายุ ที่ต่างให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รวมทั้งผู้สูงอายุ ยังดูแลบ้านและทำงานบ้านให้กับบุตรด้วย

## สุขภาพและการใช้บริการสุขภาพ

สุขภาพเป็นเรื่องสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ และเป็นปัจจัยของการอยู่ดีมีสุข<sup>3</sup> ปัญหาสุขภาพมีผลจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงจากความสูงวัยรวมทั้ง ปัจจัยเลี้ยงสุขภาพในผู้สูงอายุ มีหล่ายมิติ เป็นมากกว่า มิติทางด้านการแพทย์ หรือโรค ครอบคลุมความสามารถในการปฏิบัติภารกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและภารกิจวัตรประจำวันขั้นต่ำของการศึกษาการรับรู้ความสุขของผู้สูงอายุพบว่าตัวตนนีความสุขเฉลี่ย 7.4 คะแนน จาก 10 คะแนน กลุ่มอายุเพิ่มขึ้นคะแนนดัชนีความสุข มีแนวโน้มลดลง<sup>4</sup> การประเมินสุขภาพโดยตนเอง ของผู้สูงอายุซึ่งเป็นการรับรู้สุขภาพทั่วไป ผู้สูงอายุ วัยปลาย คืออายุ 80 ปีขึ้นไป ประเมินสุขภาพดีลดลง รับรู้สุขภาพดีและดีมาก เพียงร้อยละ 26 และสุขภาพไม่ดีร้อยละ 30 ยิ่งสูงอายุมาก การรับรู้ภาวะสุขภาพ ไปในทางเลื่อนลง<sup>5</sup>

สำหรับการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นตัวชี้วัดสุขภาพของผู้สูงอายุ ภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น เช่นเดียวกัน กิจวัตรขั้นพื้นฐานที่มีข้อจำกัดมากที่สุดคือ การใช้ห้องสุขาและการเดินไปมาในบ้านการลืมปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นต่ำเนื่อง (Instrumental activity of daily living) ที่มีข้อจำกัดมากที่สุดคือการใช้โทรศัพท์ เดินไกล 400 เมตร การหัวของหนักการทำงานบ้านหนัก ขับรถหรือใช้ขั้นส่งมวลชน ส่วนกิจกรรมอื่นที่มีข้อจำกัดได้แก่การจัดยา自己เองและการเดินออกนอกบ้าน<sup>3</sup> ครั้งหนึ่งของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นต่ำเนื่อง 3 กิจกรรมขึ้นไป

ส่วนปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบบ่อยซึ่งเกี่ยวข้องกับความสูงวัย ได้แก่ปัญหาการมองเห็น ความชุกของต้อกระจก ปัญหาการได้ยินการดีดเคี้ยว คือมีฟันหอยกว่า 20 ซี่ และการหลงลืม ปัญหาเหล่านี้ เป็นปัญหาซ่อนเร้น นอกจากนี้ภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พบความชุกถึงร้อยละ 12.3 เมื่อพิจารณาตามอายุ และเพศยังพบว่าภาวะสมองเสื่อม เพิ่มขึ้นตามอายุ สูงสุดในกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป ซึ่งพบร้อยละ 32.5 ความชุกในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย และยังพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่รู้หนังสือมีความชุกของภาวะสมองเสื่อมมากที่สุดถึงร้อยละ 26.7<sup>3</sup> ส่วนภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุจากการสัมภาษณ์ ประวัติที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ได้แก่โรคข้อเสื่อมโรคเก้าท์ นิ่วในทางเดินปัสสาวะ โรคไตเรื้อรัง และโรคหอบหืด ส่วนโรคในกลุ่มหัวใจและหลอดเลือดในประชากรไทย อายุ 60 ปีขึ้นไปคือ ความดันโลหิตสูงเบาหวานคอดเลสโตรอลในเลือดสูง โรคอ้วน ลงพุง เมตาโบลิกซินโตรม กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

และโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตความชุกของภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นตามอายุ เช่นกัน ผู้สูงอายุมักเป็นโรคหล่ายโรคพร้อมๆกันและมีผลกระทบซึ่งกันและกัน ใช้ยาหลายชนิด ดังนั้นปัญหาและความต้องการจึงซับซ้อน เมื่อมีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน เกิดการบาดเจ็บ หรือโรคเรื้อรังกำเริบ จะมีผลต่อสุขภาพโดยรวมและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง ประชากรสูงอายุเป็นกลุ่มที่ใช้บริการสุขภาพสูงกว่ากลุ่มอื่น การดูแลผู้สูงอายุ ต้องการการดูแลอย่างบูรณาการ ต่อเนื่อง ประสานเชื่อมโยงกันระหว่างบ้าน ชุมชน โรงพยาบาล หรือสถานบริบาล และการบริการสุขภาพต้องควบคู่กับบริการทางสังคม

### กฎหมายและแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

การเข้าสู่สังคมสูงอายุเป็นเรื่องสำคัญมีผลต่อสภาพสังคม เศรษฐกิจ และการจ้างงาน ดังนั้นรัฐจึงมีการเตรียมการอย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคม โดยมีนโยบายและแผนงานรองรับทั้งระยะสั้น และระยะยาว เริ่มจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้ระบุถึงการกิจที่มีต่อประชากรสูงอายุ จัดทำปฏิญญาผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2542 ออกพระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ (พ.ศ. 2546) และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติดับบบที่ 2 (พ.ศ. 2545 – 2564) ซึ่งเป็นแผนระยะยาว 20 ปี แผนผู้สูงอายุ เป็นแผนยุทธศาสตร์หลักในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเพื่อให้มีกรอบและแนวปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ สำหรับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง อันจะนำไปสู่บูรณาการงานด้านผู้สูงอายุที่สอดประสานบริการสุขภาพ และบริการสังคมแผนผู้สูงอายุฯ ฉบับที่ 2 กำหนดยุทธศาสตร์ไว้ 5 ด้านคือยุทธศาสตร์ที่ 1 การเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การส่งเสริมผู้สูงอายุและพัฒนาผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรและยุทธศาสตร์ที่ 5 ประมวลและพัฒนาองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลการดำเนินการแผนฯ เมื่อวิจัยติดตามและประเมินแผนฯ ระยะที่ 1 ช่วงปี.ค. 2545 – 2549<sup>4</sup> พบว่า งานด้านผู้สูงอายุชี้มีทั้งหมด 57 ด้านนี้ ผ่านการประเมินเพียงร้อยละ 57.9 จึงจำเป็นต้องมีการปรับปรุงแผนฯ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552<sup>5</sup> ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านระบบการคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพเพิ่มเติมคือ ล่งเสริมการเข้าถึงบริการทางสุขภาพและการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างทั่วถึง ให้วัสดุที่จำเป็นตามมาตรฐานการป้องกันและล่งเสริมสุขภาพ ล่งเสริมให้สามารถในครอบครัวและผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแล จัดตั้งและพัฒนาบริการทางสุขภาพและสังคมรวมทั้งระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนที่เข้าถึงผู้สูงอายุโดยเน้นบริการถึงบ้าน และมีการดูแลสอดประสานกันระหว่างบริการทางสุขภาพและทางสังคม จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเดียง 120 เดียงขึ้นไป นอกจากนี้ในยุทธศาสตร์ที่ 4 มาตรการสนับสนุนส่งเสริมพัฒนาบุคลากรด้านการผลิตและฝึกอบรมด้านผู้สูงอายุระดับวิชาชีพและผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างเพียงพอและได้มาตรฐานเมื่อติดตามประเมินแผนฯ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2550 – 2554) พบว่ายุทธศาสตร์ที่ 1 และ 3 ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายโดยเฉพาะมาตราการการส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางสุขภาพและการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างทั่วถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพซึ่งมีภาวะพึงพิงได้รับการเยี่ยมบ้านเพียงร้อยละ 38.7 มีข้อเสนอให้ขยายระบบการดูแลระยะยาว

## วิชาชีพพยาบาลกับสังคมสูงอายุไทย

สังคมสูงอายุเป็นความท้าทายสำหรับวิชาชีพพยาบาลเนื่องจากวิชาชีพการพยาบาลรับผิดชอบสุขภาพของบุคคลตลอดช่วงวัยของชีวิตและปฏิบัติงานด้านหน้า กว้างขวางทั้งในสถานบริการทุกระดับทั้งที่บ้านและชุมชน การเข้าสู่สังคมสูงอายุทำให้ผู้ใช้บริการสุขภาพส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและต้องเป็นบริการซึ่งรุกเพื่อคงสภาพ (restoration) คือต้องสภาพไม่ให้มีภาวะทุพพลภาพ สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้�านานที่สุด เมื่อเจ็บป่วยเจ็บป่วยได้รับการรักษาพยาบาล ป้องกันกลุ่มอาการในผู้ป่วยสูงอายุ (geriatric syndrome) การเสื่อมถอยของการทำงานที่ (functional decline) ภาวะเพ้อ เป็นต้นและฟื้นฟูสภาพให้กลับเดิมภาวะปกติโดยเรื่องค์ประกอบของการดูแลผู้สูงอายุมีดังนี้

1. ส่งเสริมให้เข้าสู่ช่วงสูงอายุอย่างมีสุขภาพดีโดยช่วงเวลาที่ช่วยเหลือตนเองได้ยานานและทุพพลภาพสั้นที่สุด

2. ส่งเสริมให้เกิดสุขภาวะแม้จะมีโรคเรื้อรัง 1 อย่างหรือมากกว่า 1 อย่าง

3. ให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ที่เจ็บป่วยชั้บช้อนและประจำบ้างได้เข้าถึงและสนับสนุนช่วยเหลือในภาวะวิกฤต

4. การดูแลในภาวะเจ็บป่วยอย่างมีคุณภาพ

5. วางแผนจำหน่ายและดูแลสนับสนุนหลังจำหน่าย

6. การฟื้นฟูสภาพ และให้กลับมีความสามารถกลับเดิมโดยเร็ว

7. การดูแลระยะยาวอย่างมีคุณภาพและสมคักดีศรี

8. การดูแลในระยะท้ายของชีวิต

พยาบาลรองรับสังคมสูงอายุด้วยการพัฒนาหลักสูตรเพิ่มเนื้อหาการพยาบาลผู้สูงอายุตั้งแต่หลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ระดับปริญญาตรี การเปิดหลักสูตรบัณฑิตศึกษาสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ และสภากาชาดไทย วิทยาลัยพยาบาลและพดุงครรภ์ชั้นสูง เปิดหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรผู้มีความรู้ความชำนาญสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ และออกแบบสื่อออนไลน์มัติบัตร

การเข้าสู่สังคมสูงอายุยิ่งทำให้ปัญหาสุขภาพมีความซับซ้อนจากการเพิ่มสัดส่วนและจำนวนผู้สูงอายุ วัยปลาย การขยายเวลาของการเจ็บป่วยและเพิ่มภาวะพิ่งพาน การลดลงของศักยภาพการเกื้อหนุนของครอบครัว<sup>1</sup> การเปลี่ยนแปลงจากความสูงวัยและภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังเจ็บปวดผู้สูงอายุมีภาวะเรื้อรังหลายอย่าง (multiple chronic conditions) และใช้ยาหลายชนิด รวมทั้งใช้บริการสุขภาพหลายแห่ง ดังนั้นอาจเกิดการดูแลแบบแยกส่วน ร่วมกับปัญหาและความต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้นและความสามารถในการดูแลตนเองมีความจำกัด การดูแลผู้สูงอายุจึงต้องการการดูแลต่อเนื่อง เชื่อมโยงประสานกัน ทั้งการดูแลในสถานบริการ การดูแลที่บ้านและชุมชน รวมทั้งสถานบริการระยะยาว โดยครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรคและกลุ่มอาการสูงอายุ คัดกรองโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ วิทยาลัยพยาบาลและการพดุงครรภ์ชั้นสูง เปิดหลักสูตรฝึกอบรมวุฒิบัตรในสาขาวิชาการพยาบาลและออกแบบสื่อออนไลน์มัติบัตรเฉพาะทางการพยาบาลสาขาน่ารัก รวมทั้งสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นแผนการพัฒนาบุคลากรพยาบาล ซึ่งเป็นไปตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ตามมาตรฐานการผลิตและฝึกอบรมด้านผู้สูงอายุระดับวิชาชีพให้เพียงพอ ได้มาตรฐาน ในปัจจุบันมีพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาผ่านการสอบวุฒิบัตรสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ

114 คน ซึ่งเป็นตำแหน่งผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง กระจายอยู่ในโรงพยาบาลทุกระดับทั่วทุกภาคของประเทศ

### ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุและการเข้าสู่สังคมสูงอายุไทย

การพัฒนาผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุในปัจจุบันสอดคล้องและเป็นความต้องการกับการเข้าสู่สังคมสูงอายุของประเทศไทย เนื่องจากเป็นผู้นำทางคลินิกและออกแบบระบบการบริการผู้สูงอายุทั้งภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันกิ่งเฉียบพลัน และการพยาบาลผู้สูงอายุในระยะยาว โดยกำหนดขอบเขตการปฏิบัติและสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุโดยขอบเขต การปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุหมายถึง การกระทำการพยาบาลโดยตรงในผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนหรือมีปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ในภาวะเจ็บป่วยระยะเฉียบพลัน เรื้อรังระยะยาว และ/หรือระยะสุดท้าย โดยใช้การจัดการรายกรณี หรือวิธีการอื่น ๆ รวมทั้งการจัดการให้มีระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ บูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาล และทฤษฎีอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ให้เหตุผลและตัดสินเชิงจริยธรรม ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความชำนาญและทักษะการพยาบาลชั้นสูง ผุ่งเน้นผลลัพธ์ ทั้งระยะสั้นและระยะยาว พัฒนานวัตกรรมและกระบวนการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเป้าหมาย อย่างต่อเนื่อง เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ร่วมงานในการพัฒนาความรู้และทักษะงานเชิงวิชาชีพ ตลอดจนติดตามประเมินคุณภาพและจัดการผลลัพธ์ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุ/

ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเป้าหมาย การปฏิบัติการพยาบาล ขั้นสูงสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุแบ่งเป็น 2 แขนงวิชา คือ<sup>6</sup>

แขนงการพยาบาลผู้สูงอายุในภาวะ เฉียบพลันและกึ่งเฉียบพลัน ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูง อายุกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุที่มี ปัญหาซับซ้อน

แขนงการพยาบาลผู้สูงอายุในระยะยาว ผู้สูงอายุ หรือผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วย สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนหรือมีปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ในภาวะเจ็บป่วยระยะเรื้อรัง/ระยะยาว และ/หรือ ระยะสุดท้าย และมีความต้องการการดูแลระยะยาว

สมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาวิชา การพยาบาลผู้สูงอายุ มี 9 สมรรถนะคือ

สมรรถนะที่ 1 มีความสามารถในการพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วย สูงอายุ กลุ่มเป้าหมาย (Care Management)

สมรรถนะที่ 2 มีความสามารถในการดูแล ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (DirectCare)

สมรรถนะที่ 3 มีความสามารถในการ ประสานงาน (Collaboration)

สมรรถนะที่ 4 มีความสามารถในการเสริม สร้างพลังอำนาจ (empowering) การสอน (educating) การฝึก (coaching) และการเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (mentoring)

สมรรถนะที่ 5 มีความสามารถในการให้ คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูง อายุกลุ่มเป้าหมาย (Consultation)

สมรรถนะที่ 6 มีความสามารถในการเป็น ผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent)

สมรรถนะที่ 7 มีความสามารถในการให้เหตุผล และการตัดสินเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and decision making)

สมรรถนะที่ 8 มีความสามารถในการใช้ หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice)

สมรรถนะที่ 9 มีความสามารถในการจัดการ และประเมินผลพัฒนาดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มเป้าหมาย (outcome management and evaluation)

ขอยกตัวอย่างสมรรถนะและการปฏิบัติที่แสดง ถึงการปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะของแขนงการ พยาบาลผู้สูงอายุในภาวะเฉียบพลันและกึ่งเฉียบพลัน ในสมรรถนะที่ 1 และสมรรถนะที่ 2 จาก 9 สมรรถนะ รวมทั้งการปฏิบัติเพื่อแสดงถึงสมรรถนะ ดังนี้

สมรรถนะที่ 1 มีความสามารถในการพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วย สูงอายุในภาวะเฉียบพลัน และกึ่งเฉียบพลัน (Care Management)

การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ

1. วิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้เจ็บป่วยในภาวะ เจ็บป่วยระยะเฉียบพลันและกึ่งเฉียบพลัน

2. สร้างทีมการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้เจ็บป่วยใน ภาวะเจ็บป่วยระยะเฉียบพลันและกึ่งเฉียบพลันใน สถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลในหอผู้ป่วยแผนก ต่าง ๆ เช่น แผนกผู้ป่วยนอก ตลอดจนหอผู้ป่วยฉุกเฉิน วิกฤติหรือหอผู้ป่วยเฉพาะต่าง ๆ

3. จัดระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในสถาน บริการสุขภาพ/โรงพยาบาลโดยอาศัยหลักฐานเชิง ประจักษ์

4. กำกับและควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วย สูงอายุอย่างต่อเนื่องในสถานบริการสุขภาพ/ โรงพยาบาล ในหอผู้ป่วย แผนกต่าง ๆ

5. สร้างระบบส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพระหว่าง สถานบริการสุขภาพ สถานดูแลผู้สูงอายุ ที่บ้าน และในชุมชน

6. ช่วยเหลือผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุให้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพพิทักษ์สิทธิประโยชน์ต่ออดีต การป้องกันการثارุณกรรมผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุ ในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล ในหอผู้ป่วย แผนกต่างๆ

7. สร้างฐานข้อมูลผู้ดูแลและครอบครัวผู้สูงอายุเพื่อใช้ประโยชน์ในการควบคุมคุณภาพและในการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเป้าหมาย

สมรรถนะที่ 2 มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนในภาวะเฉียบพลัน และกึ่งเฉียบพลัน (DirectCare)

การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ

1. ประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบครอบคลุมทั้งสุขภาพกาย จิตสังคมจิตวิญญาณและความสามารถในการทำหน้าที่โดยเลือกใช้เครื่องมือประเมินสุขภาพและเทคโนโลยีที่ได้มาตรฐานและเหมาะสมสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม

2. วินิจฉัยปัญหาและแยกแยะความแตกต่างระหว่างความสูงอายุปกติกับกระบวนการเจ็บป่วยและการเกิดโรคโดยใช้ศาสตร์ด้านสูงอายุ ทฤษฎีความสูงอายุ พยาธิสรีวิทยาทฤษฎี การพยาบาลและทฤษฎีอื่นๆ ตลอดจนประสบการณ์ทางคลินิก

3. ประเมิน ป้องกันและบำบัดรักษากลุ่มอาการหรือปัญหาทางคลินิกที่ซับซ้อนโดยใช้ความรู้ ทฤษฎีและหลักฐานเชิงประโยชน์ใช้เหตุผลทางคลินิก และจิริยธรรมในการตัดสินใจร่วมกับการให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนแบบองค์รวม

4. คัดกรองและค้นหาภาวะผิดปกติหรือการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในผู้สูงอายุได้ด้วยเครื่องมือ มาตรฐาน การตรวจร่างกายและแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและจัดการได้ปลอดภัย

5. จัดโปรแกรมส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อป้องกันและหรือลดความเสี่ื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ทางกายทางจิตและการรักษาด้วยโปรแกรมที่อาศัยหลักฐานเชิงประโยชน์ เช่น โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย โภชนาการ และการคิดรู้ เป็นต้น

6. สร้างภาคีเครือข่ายกับชุมชน องค์กร ปกครองส่วนห้องถิน องค์กรศาสนา ศูนย์อุปกรณ์การแพทย์ เพื่อใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว

7. การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยสูงอายุที่ประจำบ้าน (frailty) มีปัญหาซับซ้อนและต้องการความช่วยเหลือในครอบครัว

8. ประเมินเฝ้าระวังจัดการประสา้งานและส่งต่อเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

9. วางแผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุและให้การดูแลผู้สูงอายุในภาวะเจ็บป่วยระยะเฉียบพลัน และ/หรือกึ่งเฉียบพลันอย่างมีคุณภาพ เช่นในแผนกอุบัติเหตุ/ฉุกเฉิน แผนกอายุรกรรมแผนกศัลยกรรม ออร์โธปิดิกส์ เป็นต้น

10. จัดการกับปัจจัยเสี่ยงหรือสิ่งแวดล้อมที่อาจทำให้เกิดความเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ คุณภาพชีวิตและภาวะทุพพลภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

11. ประเมินและคาดการณ์ปัญหาที่ซับซ้อนจากการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วมหรือมีปัญหาซับซ้อนและวางแผนป้องกันแก้ไขได้อย่างถูกต้องและทันเหตุการณ์

12. มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน

13. ตรวจรักษาโรคเบื้องต้น และจัดการภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

14. ตัดสินใจและวางแผนการให้หัวชี้และภูมิคุ้มกันในผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุที่ทันเวลาและอาดี yal หลักฐานเชิงประจักษ์

15. นัดหมายติดตามให้การบำบัดรักษาและประเมินผลพัฒนาผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุที่พื้นหายจากภาวะเจ็บป่วยระยะเฉียบพลัน/กึ่งเฉียบพลัน

16. สร้างระบบและจัดการบริหารยาในผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุภาวะเจ็บป่วยระยะเฉียบพลัน/กึ่งเฉียบพลันอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

17. สร้างระบบพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล อาสาสมัคร และห้องผู้ดูแลเป็นทางการในการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุภาวะเจ็บป่วยระยะเฉียบพลัน/กึ่งเฉียบพลัน

เมื่อพิจารณาสมรรถนะและการปฏิบัติที่แสดงสมรรถนะจะเห็นว่าผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การพัฒนาจัดการและกำกับระบบการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุในสถานบริการสุขภาพและห้องในชุมชนรวมทั้งการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุ จัดทำฐานข้อมูลเพื่อวางแผน กลุ่มเป้าหมายอย่างครอบคลุ่มสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ ผู้ป่วยแผนกอวโรหีปิดิกส์ (กลุ่มที่ผ่าตัดข้อสะโพก) ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้มีปัญหาและความต้องการเฉพาะที่เป็นการดูแลเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ (geriatric specific care) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุที่ผ่าน

การเตรียมมาทั้งความรู้ขั้นสูง ความชำนาญและประสบการณ์สามารถพัฒนาแนวปฏิบัติ ออกแบบระบบ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงการดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติงานร่วมกับพยาบาล เป็นที่ปรึกษา เพื่อปรับปรุงระบบการดูแลผู้สูงอายุในหน่วยงาน ระหว่างสถาบันและระดับชาติ รวมทั้งการเผยแพร่ความรู้ ในวารสารวิชาการหรือช่องทางอื่น ๆ ตัวอย่างการออกแบบระบบระดับโรงพยาบาล ได้แก่ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ (hospital elder life program) เป้าหมายเพื่อป้องกันสับสนเฉียบพลันหรือเพ้อและป้องกันความเสื่อมถอยของการทำหน้าที่หน่วยดูแลผู้สูงอายุเจ็บป่วยเฉียบพลัน (acute care for elders unit) ที่มีเป้าหมายป้องกันและหรือจัดการปัญหาเฉพาะที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ เป็นการทำงานร่วมกันเชิงสาขาวิชาชีพ นอกจากนี้ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสามารถพัฒนาและนำใช้ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (transitional care model) ทั้งโรงพยาบาลดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุสามารถปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุในภาวะเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลันและมีแนวคิดการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน ช่วยให้อยู่ที่บ้านยาวนานที่สุด รวมทั้งเกิดโปรแกรมช่วยเหลือครอบครัวและผู้ดูแล ลดการเข้ารับการรักษาเข้า สามารถลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและรัฐบาล ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาลจึงควรได้ใช้ศักยภาพของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีอยู่ในปัจจุบันให้เต็มที่ จะได้เห็นการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นการอาดี yal หลักฐานอ้างอิง

กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพิง เปราะบาง อาจอยู่ที่บ้าน ชุมชน โรงพยาบาล หน่วยบริการสุขภาพหรือสถานดูแลระยะยาว เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความต้องการบริการสุขภาพและความต้องการทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างมาก การจัดระบบให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการด้วยกลวิธีต่างๆ เช่นการดูแลสุขภาพที่บ้าน telehealth ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีความต้องการบุคลากรระดับวิชาชีพและผู้ดูแลไม่เป็นทางการและเป็นทางการ นอกจากนี้ เป็นการป้องกันโรค ลดภาวะเสื่อมถอยทั้งร่างกายและการรู้คิดและกลุ่มอาการผู้ป่วยสูงอายุอื่น การคัดกรองโรค ตรวจรักษายาพยาบาลและพื้นฟูสภาพ ดังนั้น มาตรการหนึ่งในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติคือส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพและการตรวจสุขภาพประจำปี การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง การเยี่ยมบ้าน การให้ภูมิคุ้มกันโรค ที่ผู้สูงอายุทุกคนเข้าถึงอย่างเท่าเทียม รวมทั้งการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล 120 เตียงขึ้นไป บริการเหล่านี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ทำการพยาบาลผู้สูงอายุสามารถพัฒนาโปรแกรมขึ้นโดยการประสานร่วมมือกับวิชาชีพแพทย์และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นรูปแบบการบริการที่มีมุ่งมองใหม่ อาศัยหลักฐานอ้างอิง ตัวอย่างเช่น โปรแกรมประเมินผู้สูงอายุสมบูรณ์แบบ (comprehensive assessment program) สามารถป้องกันหรือลดลงภาวะทุพพลภาพผู้สูงอายุในชุมชน เป็นโปรแกรมที่มากกว่าการตรวจโรคประจำปีแต่มีการคัดกรองสุขภาพ ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ รวมถึงการเยี่ยมบ้านทุก 3 เดือน เพื่อติดตามให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุดูแลตนเอง สามารถค้นหาปัญหาซึ่งสามารถลดการเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน ลดค่าใช้จ่ายลดการใช้ยาพิเศษ

## สรุป

การเข้าสู่สังคมสูงอายุของไทย เป็นความท้าทาย การเตรียมและพัฒนาบุคลากรเป็นมาตรการสำคัญ วิชาชีพพยาบาลเตรียมการเพื่อรับรับสังคมสูงอายุ ด้วยการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอน การฝึกอบรมและสอบความรู้ความชำนาญสาขา การพยาบาลผู้สูงอายุ การมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงจำเป็นจะต้องใช้เต็มศักยภาพเพื่อผลลัพธ์ที่คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว และคุ้มค่าใช้จ่าย

## เอกสารอ้างอิง

1. วิพรณ ประจำเมฆะ, บรรณาธิการ. รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555. นนทบุรี: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2556.
2. Knodel J, Prachuabmoh V, Chayovan N. The changing well-being of Thai elderly : An update from the 2011 survey of older persons in Thailand. PSC Research Report No.13-793. June 2013.
3. วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2553.
4. คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2545.
5. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2552.
6. วิทยาลัยพยาบาลและพดุลครรภ์ชั้นสูง. ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สภาพการพยาบาล; 2555.

## Gerontological Advanced Practice Nurse and Ageing Society in Thailand

Prakong Intarasombat<sup>1</sup> RN, M.Ed (Nursing Administration), Dip. APGN

**Abstract:** Thailand has become an ageing society. Older people are considered one of the population which are the largest user of health services of different nature and growing complexity. To be responsive to the needs of older people, the continuity and quality of care should be improved , both acute ,subacute, chronic ,and long term care. Nurses vital for present and future care of older people, Gerontological Advanced Practice Nurse(GAPN) are uniquely prepared to provide an important contribution in caring for older population/patients. Because of their advanced education and specialized training can influence and improve health care at individual and the system level. To develop the model of evidence-based geriatric care and redesign health system to improve geriatric care. GAPN must be part of the solution of these health care challenge in ageing society.

**Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2014; 1(1) 47-56**

**Keywords:** gerontological advanced practice nurse, ageing society

---

<sup>1</sup>Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University