



# วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice

## กองบรรณาธิการที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล  
รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศนากุญชร  
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรณู พุกบุญมี

## บรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณภา ศรีชัยรัตน์

## ผู้ช่วยบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.พนินฐา พานิชานี  
รองศาสตราจารย์ ดร.ภัทราภรณ์ ทุ่งป็นคำ

## กองบรรณาธิการ

รองศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา ปริสัณญกุล  
รองศาสตราจารย์ ดร.ลินจง โปธิบาล  
รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริพร ชัมภลลิขิต  
รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล  
รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ  
รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริอร สิ้นธุ  
รองศาสตราจารย์ ดร.วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร

## เจ้าของ

สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ประเทศไทย)

## ผู้พิมพ์ – ผู้โฆษณา

นางกรปภัทร ศิลปวิทย์

## พิมพ์ที่

บริษัท จุดทอง จำกัด  
โทร 0-2931-7095-6 โทรสาร 0-2538-9909

สำนักงาน : สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง  
(ประเทศไทย)

อาคารนครินทร์ศรี ในกระทรวงสาธารณสุข

ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง

จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ (02) 1495635

โทรสาร (02) 9510150

## วัตถุประสงค์

1. เป็นแหล่งรวบรวมและตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานทางวิชาการที่ได้จากการปฏิบัติการพยาบาลและการวิจัยเชิงพัฒนาคุณภาพของการพยาบาลและการผดุงครรภ์ เช่น กรณีศึกษา วิธีการปฏิบัติใหม่ๆ นวัตกรรม การบริหารจัดการ การจัดการเชิงระบบ การบริหารความเสี่ยงและงานวิจัยเพื่อปรับปรุงการปฏิบัติ
2. เป็นศูนย์กลางการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสร้างความร่วมมือและเชื่อมโยงเครือข่ายการพัฒนาวัฒนธรรมและการปฏิบัติตามหลักฐานความรู้เชิงประจักษ์ของพยาบาลในระดับชาติและนานาชาติ

## กำหนดออกวารสารสภาการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย: ราย 6 เดือน (ปีละ 2 ฉบับ)

มกราคม-มิถุนายน

กรกฎาคม-ธันวาคม

## อัตราค่าสมาชิก

สมาชิกสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ประเทศไทย) และหรือสมาชิกวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย

- |      |           |             |      |           |
|------|-----------|-------------|------|-----------|
| 1 ปี | 300 บาท   | บุคคลทั่วไป | 1 ปี | 400 บาท   |
| 3 ปี | 800 บาท   | บุคคลทั่วไป | 3 ปี | 1,000 บาท |
| 5 ปี | 1,200 บาท | บุคคลทั่วไป | 5 ปี | 1,500 บาท |



**สารบัญ**  
**ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 กรกฎาคม - ธันวาคม 2557**

**Content**  
**Vol. 1 No.1 July - December 2014**

**บทบรรณาธิการ**

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 4  
วรรณภา ศรีธัญรัตน์

**บทความรับเชิญ**

หลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิปัตร์ 5  
วิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ขั้นสูง  
แห่งประเทศไทย สภาการพยาบาล  
สมจิต หनुเจริญกุล

บทบาทและพัฒนาการทางการผดุงครรภ์ 17  
สุกัญญา ปริสัณญกุล

พัฒนาการของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 23  
สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อ  
และการควบคุมการติดเชื้อ  
วิลาวณีย์ พิเชียรเสถียร

พัฒนาการของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง 31  
สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ของไทย  
อรสา พันธภักดี

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ 47  
กับสังคมสูงอายุไทย  
ประคอง อินทรสมบัติ

พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนกับการดูแลสุขภาพ 57  
ระดับปฐมภูมิในประเทศไทย  
สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ

พัฒนาการของวิสัญญีพยาบาลไทยในการก้าวสู่การเป็น 66  
ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล  
ด้านการให้ยาระงับความรู้สึก  
นันทนวล มั่นตราภรณ์

ผลลัพธ์ของการใช้ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยเป็น 72  
โรคเรื้อรังภาคขยายในกลุ่มผู้ป่วย  
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง  
จุฬารัตน์ สุริยาทัย

บทบาทสู่ความสำเร็จของ APN ในการใช้ระบบ 83  
การจัดการผู้ป่วยรายกรณี  
เรณู พุกบุญมี

สรุปผลการประชุมประจำปีสมาคมผู้ปฏิบัติ 92  
การพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย)  
แสงทอง อีระทองคำ

**Editorial**

Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 4  
Wanapa Sritanyarat

**Invited Paper**

Board Certified Training Program in Advanced 5  
Nursing Practice, College of Advanced Practice Nurse  
and Midwife, Thailand Nursing and Midwifery Council  
Somchit Hanucharurnkul

Role Development of Thai Nurse Midwife 17  
Sukanya Parisanyakul

Development of Thai Infections Disease 23  
and Infection Control Advanced  
Practice Nurse  
Wilawan Picheansathian

Development of Thai Medical – Surgical 31  
Advanced Practice Nurse  
Orasa Panpakdee

Gerontological Advanced Practice Nurse 47  
and Aging Society in Thailand  
Prakong Intharasombat

Community Nurse Practitioner 57  
and Primary Health Care in Thailand  
Suwanna Janprasert

Development of Thai Nurse Anesthetist : 66  
Diplomate Thai Board of Advance Practice  
Nursing Anesthesia  
Nimnual Muntraporn

Outcomes of Expanded Chronic Care 72  
Model Utilization in Patients with  
Chronic Obstructive Pulmonary Disease  
Jurarat Suriyathai

Success Roles of APN in Using Case 83  
Management  
Renu Pookboonmee

Report on Annual Meeting of Advanced 92  
Practice Nurse Association (Thailand)  
Sangtong Terathongkum

# บทบรรณาธิการ

## วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทยฉบับปฐมฤกษ์ครั้งนี้ เกิดขึ้นจากการริเริ่มของศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล ที่มีเจตนาารมณ์ให้ความสำคัญกับการพัฒนานักปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์เพื่อทัดเทียมกับนักวิชาการและวิจัยทางการพยาบาล ถือเป็นมิติใหม่ของวงการวิชาชีพการพยาบาลไทย ที่มีวารสารเน้นการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ขึ้นเป็นครั้งแรกโดยมีองค์กรวิชาชีพหลัก คือ สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ประเทศไทย) และวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย สภาการพยาบาล เป็นผู้สนับสนุนส่งเสริมในการยกระดับศักยภาพของพยาบาลไทยให้สูงขึ้นและมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องเพื่อสามารถตอบสนองความต้องการ พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง อันจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของประชาชนไทยและ/หรือในระดับสากลที่มีเพิ่มขึ้นได้

เนื้อหาของวารสารฯ ฉบับนี้ เป็นการประมวลบทความรับเชิญที่ได้คัดสรรสาระสำคัญ ที่ผู้ปฏิบัติการทางการพยาบาลสาขาต่าง ๆ พึงรับรู้และตระหนักถึงพัฒนาการวิชาชีพ นโยบาย ทิศทางและแนวโน้มของการพัฒนาบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงของไทย และของสาขาต่าง ๆ จากทั้งประธานคณะกรรมการบริหารวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย สภาการพยาบาล และจากคณะผู้บริหารวิทยาลัยฯ ที่เป็นผู้แทนจากทุกสาขา อันประกอบด้วย แนวคิดเกี่ยวกับหลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิบัตรวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย สภาการพยาบาล (สมจิต หนูเจริญกุล) บทบาทและพัฒนาการทางการผดุงครรภ์ไทย (สุกัญญา ปริสัณญกุล) พัฒนาการของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ (วิลาวัลย์ พิเชียรเสถียร) พัฒนาการของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ของไทย (อรสา พันธักกิติ) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุกับสังคมผู้สูงอายุไทย (ประคอง อินทรสมบัติ) พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนกับการดูแลสุขภาพพระระดับปฐมภูมิในประเทศไทย (สุวรรณา จันท์ประเสริฐ) พัฒนาการของวิสัญญีพยาบาลไทยในการก้าวสู่การเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลด้านการให้ยาระงับความรู้สึก (นันทวรรณ มันทราภรณ์)

ในวารสารฯ นี้ ยังมีบทความรับเชิญ ตัวอย่าง Capstone project จาก APN จุฬารัตน์ สุริยาพิทย เรื่อง ผลลัพธ์ของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังภาคขยายในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตลอดจนบทความจากนายกสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ประเทศไทย) เรื่อง บทบาทสู่ความสำเร็จของ APN ในการใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (เรณู พุกบุญมี) และสรุปผลการประชุมประจำปีสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ประเทศไทย) จากเลขานุการของสมาคมฯ คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงทอง ธีระทองคำ ด้วย

เนื้อหาสาระในวารสารฯ ฉบับปฐมฤกษ์นี้ ถือเป็นข้อมูลเชิงประวัติศาสตร์ของการพัฒนาวิชาชีพและบทบาทสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงของไทยที่พยาบาลทุกคนพึงมีไว้ครอบครอง และพร้อมนี้ขอเชิญชวนทุกท่านสมัครเป็นสมาชิก ให้ข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน และร่วมส่งบทความมาตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารฯ ฉบับต่อไป

วรรณภา ศรีธีรรัตน์

บรรณาธิการ

# หลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิปัตร์ วิทยาลัยพยาบาลและ ผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย สภาการพยาบาล

สมจิต หนูเจริญกุล<sup>1</sup> RN, Ph.D. (Nursing) อพย. (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)

**บทคัดย่อ:** การเตรียมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงทั้งผู้เชี่ยวชาญคลินิก พยาบาลเวชปฏิบัติ วิชาชีพพยาบาล และพยาบาลผดุงครรภ์เพื่อยกระดับคุณภาพของบริการและนำการเปลี่ยนแปลงสู่คุณภาพชีวิต และสุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชน เป็นสิ่งจำเป็น สภาการพยาบาล โดยวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย จึงได้จัดทำหลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลชั้นสูงเพื่อวุฒิปัตร์แสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางชั้น หลักสูตรนี้ใช้มาตรฐานเดียวกันกับหลักสูตรปริญญาเอกทางคลินิกของสหรัฐอเมริกา เนื้อหาในหลักสูตรประกอบด้วย ภาคทฤษฎี ภาคปฏิบัติที่เข้มข้น และบูรณาการการวิจัยกับการปฏิบัติ เพื่อปรับปรุงผลลัพธ์การบริการ เป็นหลักสูตรต่อยอดจากปริญญาโทการพยาบาลทางคลินิก มีระยะเวลาฝึกอบรม 3 ปี สถาบันการศึกษาและสถานบริการจะรับผิดชอบในการจัดการฝึกอบรมโดยอยู่ภายใต้การกำกับของวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทยสภาการพยาบาล โดยคาดว่าวุฒิปัตร์ที่ได้รับจะสามารถเทียบเท่าปริญญาเอก และผู้สำเร็จการฝึกอบรมจะเป็นผู้นำทางการบริการพยาบาลและเป็นอาจารย์ที่สามารถปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงที่มีประสิทธิภาพในสาขาที่เชี่ยวชาญ ระบบฝึกอบรมนี้เป็นระบบเดียวกับการฝึกอบรมวุฒิปัตร์ของแพทย์

*วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2557; 1 (1) 05-16*

**คำสำคัญ:** การปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง หลักสูตรฝึกอบรมเพื่อวุฒิปัตร์วิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง ประเทศไทย

<sup>1</sup>ศาสตราจารย์เกียรติคุณ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ประธานคณะกรรมการบริหารวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย สภาการพยาบาล (วาระ พ.ศ. 2556 - 2558)

ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย กำลังเผชิญกับภาวะวิกฤตในหลายด้านโดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องสุขภาพของประชาชน จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม และความเจริญก้าวหน้าทางด้าน การแพทย์และเทคโนโลยี ประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น หลายประเทศ ได้ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัว ความเจ็บป่วยเรื้อรังและปัญหาสุขภาพจิต ได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ก่อให้เกิดภาระและค่าใช้จ่ายสูงมากในระบบสุขภาพ นอกจากนี้ประชาชนยังประสบกับปัญหาอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นทั่วโลก รวมทั้งปัญหาครอบครัวและปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงที่ทำลายสุขภาพและศักยภาพของมนุษย์ ในขณะที่เดียวกันปัญหาสุขภาพมีความยุ่งยาก ซับซ้อนมากขึ้น และมีความไม่เท่าเทียมในการเข้าถึง บริการสุขภาพที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ด้อยโอกาส และผู้ใช้แรงงานข้ามชาติ การป้องกันและจัดการกับปัญหาสุขภาพที่มีความซับซ้อนและการขยายโอกาสการเข้าถึงบริการที่ได้คุณภาพจึงต้องการ บุคลากรสุขภาพที่มีความสามารถในการให้บริการ และการจัดระบบบริการที่มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ใช้จ่าย

พยาบาลเป็นบุคลากรสุขภาพที่มีความสำคัญ ในการช่วยให้ประชาชนเข้าถึงบริการสุขภาพที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ เป็นวิชาชีพที่มีความใกล้ชิด และมีโอกาสดูแลผู้รับบริการมากที่สุด มีความเข้าใจในมนุษย์ เพราะการพยาบาลเกี่ยวข้องกับชีวิต และสุขภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชน การปฏิบัติจึงต้องบูรณาการการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ รวมทั้งการดูแลประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิต นอกจากนี้การพยาบาล ยังรวมถึงการปกป้องสิทธิ ประโยชน์ของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ การสร้างสิ่งแวดล้อม

ที่ปลอดภัย การวิจัยการแปลผลการวิจัยและความรู้สู่ การปฏิบัติ การมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย สุขภาพ การพัฒนาระบบและการจัดการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือประชาชน ขอบเขต ของการปฏิบัติการพยาบาลจึงกว้างขวางครอบคลุม การปฏิบัติการพยาบาลทั้งในโรงพยาบาล ที่บ้าน ที่ โรงเรียน ในสถานที่ทำงานและในชุมชน การที่จะ กระทำได้สำเร็จพยาบาลจำเป็นต้องได้รับการพัฒนา ศักยภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อสามารถให้บริการที่ สอดคล้องกับกลุ่มผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการและงานที่รับ ผิดชอบ จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาพยาบาลจำนวน หนึ่งให้เป็นผู้นำทางคลินิกที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ ทาง เพื่อยกระดับคุณภาพของบริการและนำการ เปลี่ยนแปลงสู่สุขภาพที่ดีขึ้นของประชาชนซึ่ง สอดคล้องกับข้อเสนอแนะของผู้อำนวยการองค์การ อนามัยโลกที่กล่าวว่า “วิชาชีพการพยาบาลและการ ผดุงครรภ์เป็นกระดูกสันหลังของระบบสุขภาพของ ทุกประเทศทั่วโลกและได้รับการเตรียมมาอย่างดี ระดับหนึ่ง จึงถือว่าเป็นกลุ่มที่มีพลังอำนาจมากที่สุด ที่จะก่อให้เกิดความเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพ เพื่อ ตอบสนองความต้องการของประชาชนในศตวรรษที่ 21 และเป็นผู้ที่จะทำให้เป้าหมายในการพัฒนามนุษย์ 10 ปีข้างหน้าประสบความสำเร็จ”<sup>1</sup> ดังนั้น เพื่อให้มี การพัฒนาการพยาบาลและการผดุงครรภ์อย่างจริงจัง สมัชชาองค์การอนามัยโลก ได้บรรจุวาระการสร้าง ความเข้มแข็งให้กับวิชาชีพการพยาบาลและการ ผดุงครรภ์ โดยให้พยาบาลมีส่วนร่วมในการกำหนด นโยบายสุขภาพทุกระดับ และให้พัฒนาและใช้ ศักยภาพของพยาบาลอย่างเต็มที่เพื่อสุขภาพอนามัย ของประชาชน ตั้งแต่ ปี ค.ศ. 2002 เป็นต้นมา

พยาบาลผู้นำทางการปฏิบัติเหล่านี้เป็นที่ ยอมรับอย่างกว้างขวางในระบบการพยาบาลสากลทั่วโลก

โดยเรียกกันว่าผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse หรือ APN) ซึ่งมีอยู่ 4 กลุ่ม คือ

1. พยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (Clinical Nurse Specialist ชื่อย่อ CNS)
2. พยาบาลเวชปฏิบัติ (Nurse Practitioner ชื่อย่อ NP)
3. วิชาญพยาบาล (Certified Registered Nurse Anesthetist ชื่อย่อ CRNA)
4. พยาบาลผดุงครรภ์ (Certified Nurse-Midwifery ชื่อย่อ CNM)

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเหล่านี้ สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน หรือกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพในชุมชน มีการปฏิบัติงานที่ขยายขอบเขตไปสู่การเป็นผู้นำในการพัฒนาระบบการจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ เป็นที่ปรึกษา เป็นผู้ประสานร่วมทำงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ขยายและสร้างเครือข่ายการดูแล และเป็น ผู้ประเมินและจัดการผลลัพธ์ทางการพยาบาลโดยใช้ หลักฐานเชิงประจักษ์ และกระบวนการการวิจัยจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการพัฒนาและปรับปรุงระบบสุขภาพของประเทศให้ดีขึ้น และช่วยลดช่องว่างในการเข้าถึงระบบบริการที่มีคุณภาพของประชาชน

### ทำไมพยาบาลขั้นสูงจำเป็นต้องได้รับการเตรียมในระดับวุฒิบัตร

1. ระบบการฝึกอบรมและการออกวุฒิบัตร เป็นการเตรียมผู้มีความรู้ความชำนาญในสายวิชาชีพสุขภาพของประเทศไทย เช่น แพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัชกร ซึ่งเป็นระบบที่ให้ความสำคัญกับความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติ (Practice discipline) เช่นเดียวกับการพยาบาล การผลิตคนในระดับบัณฑิตศึกษาที่เน้นวิชาการและวิจัยอย่างเดียวไม่สามารถ

พัฒนาการปฏิบัติในระดับที่เชี่ยวชาญ หรือสามารถรับบทบาทที่จำเป็นต้องขยายเพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเท่าเทียม ทัวถึง และได้มาตรฐาน

2. การจัดวางระบบการออกวุฒิบัตรให้รัดกุม ตอบสนองความต้องการของประเทศ ซึ่งที่ผ่านมา พยาบาลขั้นสูงที่สอบผ่านและได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางจากสภาการพยาบาล ต้องเป็นผู้สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลทางคลินิก แต่การพัฒนาคุณภาพของงานให้มีความเชี่ยวชาญเพื่อให้มีสมรรถนะตามที่สภาการพยาบาลกำหนดนั้น ต้องพัฒนาด้วยตนเอง หลังสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโทแล้ว และกระทำในสถาบันที่ปฏิบัติงานนาน 1-10 ปีโดยเฉลี่ย ประมาณ 4 ปี ซึ่งการฝึกหลังปริญญาโทนี้เป็นการฝึกด้วยตนเองโดยไม่มีระบบฝึกอบรมรองรับจึงพบว่าในแต่ละปีมีจำนวนผู้สมัครสอบที่มีผลงานจนสามารถสอบผ่านและได้รับวุฒิบัตรเพียงร้อยละ 20 เท่านั้นที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากการศึกษาในระดับปริญญาโทหรือบัณฑิตศึกษาเน้นการวิจัยและวิชาการ แม้หลักสูตรปริญญาโทจะเพิ่มจำนวนหน่วยกิตทางด้านการปฏิบัติ ซึ่งทำให้จำนวนหน่วยกิตสูงกว่าและใช้ระยะเวลาในการศึกษานานกว่าในสาขาอื่นแล้วก็ตาม แต่ก็ยังไม่เพียงพอที่จะให้ได้สมรรถนะตามที่สภาการพยาบาลกำหนดนอกจากนี้ การที่ประเทศไทยยังไม่มีเตรียมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์อย่างเป็นระบบ จึงไม่มีแผนพัฒนากำลังคนในด้านนี้ ทำให้ที่ผ่านมา มีจำนวนผู้สอบได้วุฒิบัตรกระจุกตัวอยู่ในบางสาขาหรือแขนงวิชา และขาดแคลนในอีกหลายสาขาวิชาการเตรียมในระดับวุฒิบัตรอาจเป็นระบบ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะแก้ปัญหาดังกล่าว และยังเป็น การควบคุมจำนวน ตำแหน่ง และการกระจาย

ที่เหมาะสมของผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางในระบบบริการสุขภาพ เพื่อประโยชน์ของผู้ป่วยและประชาชน

3. การขยายความรู้เชิงวิทยาศาสตร์การแพทย์และเทคโนโลยีรวมทั้งหลักฐานเชิงประจักษ์ ต้องการพยาบาลผู้นำทางคลินิกที่มีความรู้และทักษะสูงในการแปลและบูรณาการความรู้เหล่านี้เพื่อให้บริการกับผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ

4. ระบบบริการสุขภาพ ความต้องการและปัญหาสุขภาพของประชาชนที่มีความสลับซับซ้อนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องดังกล่าว ต้องการพยาบาลผู้นำทางคลินิกที่รู้จักใช้ระบบสารสนเทศ และรูปแบบการบริการใหม่ๆ เพื่อปรับปรุงคุณภาพ ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ

5. การปฏิรูประบบสุขภาพได้เน้นถึงความสำคัญของการทำงานร่วมกันของสหสาขาวิชาชีพ พยาบาลจึงต้องมีความสามารถในการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีที่สุดกับผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ การส่งเสริมให้พยาบาลมีระดับการศึกษาที่ใกล้เคียงกับวิชาชีพอื่น ๆ จะช่วยให้การติดต่อสื่อสารมีประสิทธิภาพและเกิดบรรยากาศของการทำงานที่มีการยอมรับนับถือซึ่งกันและกันดีขึ้น

6. การมีพยาบาลชั้นสูงซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางหรือกลุ่มเป้าหมาย จะช่วยให้เข้าใจสถานการณ์ปัญหาและการตอบสนองความต้องการผู้ใช้บริการมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เป็นการขยายโอกาสการเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพของประชาชน

7. การศึกษาอบรมเพื่อเป็นพยาบาลชั้นสูงที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ยังเป็นช่องทางในการเพิ่มจำนวนอาจารย์พยาบาลที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติการพยาบาลซึ่งเป็นหัวใจสำคัญของการสอนพยาบาลทาง

คลินิกทั้งระดับปริญญาตรี และปริญญาโทการมีเฉพาะอาจารย์ที่สำเร็จการศึกษาปริญญาเอกที่เน้นเฉพาะวิชาการและวิจัยอย่างเดียว ยังไม่เพียงพอที่จะทำให้คุณภาพของการศึกษาพยาบาลดีขึ้นได้ โดยเฉพาะการเรียนการสอนทางคลินิก เนื่องจากวิชาชีพการพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องมีการปฏิบัติ

8. พยาบาลจำเป็นต้องมีผู้นำทางคลินิกเพื่อร่วมกำหนดนโยบายและพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ เนื่องจากพยาบาลเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิดกับผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการจึงทราบปัญหาและความต้องการของประชาชนเหล่านั้นเป็นอย่างดีซึ่งจะช่วยให้เห็นนโยบายและระบบบริการสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

9. เป็นการดึงดูดพยาบาลในคลินิกที่ใฝ่รู้และต้องการศึกษาในระดับสูงขึ้นไปให้หันมาศึกษาในหลักสูตรวุฒิปริญญา แทนที่จะศึกษาต่อในสาขาอื่น ซึ่งจะช่วยให้การศึกษาระดับสูงขึ้นไปซึ่งเกิดขึ้นเกิดประโยชน์กับการปฏิบัติงานโดยตรงและเป็นการธำรงรักษาพยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญไว้ในระบบบริการพยาบาลให้ยาวนานที่สุดจึงเป็นการช่วยแก้ปัญหาการขาดแคลนพยาบาลในระยะยาว

10. เป็นการจัดการฝึกอบรมชั้นสูงที่สุดในวิชาชีพให้กับผู้ที่สนใจและต้องการความรู้และทักษะในการปฏิบัติขั้นสูงที่ต้องการความเชี่ยวชาญทางคลินิก เช่นอาจารย์ที่สนใจและสอนภาคปฏิบัติผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง หรือ นักบริหารการพยาบาล เป็นต้น

11. เป็นการให้คุณค่ากับการบริการพยาบาลโดยตรง นับเป็นทางหนึ่งในการสร้างอุดมการณ์ให้พยาบาลรักการปฏิบัติวิชาชีพที่ก่อให้เกิดผลลัพธ์โดยตรงกับผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ



## ความพร้อมของวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในการเปิดหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตร

การเปิดหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรต้องการอาจารย์ที่มีความรู้ความสามารถทั้งเชิงทฤษฎี การวิจัย และการปฏิบัติการพยาบาลในชั้นสูงโดยตรงกับผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ ซึ่งมีจำนวนอาจารย์พยาบาลน้อยที่มีลักษณะดังกล่าว เนื่องจากอาจารย์พยาบาลสำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาโท หรือเอก ที่เน้นการวิจัยมากกว่า อย่างไรก็ตาม ทางสภาการพยาบาลและคณะพยาบาลศาสตร์ต่างได้มีการเตรียมความพร้อมไว้ในระดับหนึ่งคือ

1. การมีพยาบาลชั้นสูงที่ได้รับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางอยู่แล้ว การสอบความรู้เพื่อรับวุฒิบัตรผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ได้กระทำมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 โดยผู้มีสิทธิสอบคือผู้ที่ผ่านการศึกษาระดับปริญญาโทการพยาบาลทางคลินิกจากหลักสูตรที่สภาการพยาบาลให้การรับรอง จนถึงเดือนมิถุนายน 2556 มีผู้ที่ได้รับวุฒิบัตรแล้ว ทั้งหมด 1,967 คน กระจายใน 10 สาขา คือ

- 1) การพยาบาลมารดาและทารก 53 คน
- 2) การพยาบาลชุมชน 109 คน
- 3) การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ 747 คน
- 4) การพยาบาลเด็ก 130 คน
- 5) การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 243 คน
- 6) การพยาบาลผู้สูงอายุ 114 คน
- 7) การผดุงครรภ์ 25 คน
- 8) การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน 306 คน

9) การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ 75 คน

10) การพยาบาลด้านการให้ยาระงับความรู้สึก 165 คน

ในปัจจุบัน พยาบาลชั้นสูงเหล่านี้ได้ปฏิบัติงานในระบบสุขภาพทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ ตลอดจนศูนย์ความเป็นเลิศต่างๆ และเป็นกำลังสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพของการบริการสุขภาพผลการวิจัยการติดตามผลลัพธ์ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงนั้นพบว่า สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาของระบบสุขภาพ จากการลดการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล การลดระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาล การเพิ่มความสามารถของผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วยในการดูแลตนเองและพึ่งพากันเอง เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ จากโรคและการรักษาโดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้ป่วยมะเร็ง และผู้ป่วยวิกฤต โดยพยาบาลชั้นสูงเหล่านี้ได้พัฒนาโครงการการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การพัฒนานวัตกรรมและแนวปฏิบัติต่างๆ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ สมรรถนะของพยาบาลชั้นสูงในประเทศไทยเหล่านี้มีความใกล้เคียงกับสมรรถนะของผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอกทางคลินิกของอเมริกา<sup>3</sup> (Doctor of Nursing Practice) ซึ่งนับว่าวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ของประเทศไทยได้เตรียมพยาบาลชั้นสูงระดับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางจำนวนหนึ่ง ซึ่งจะช่วยให้การฝึกอบรมในหลักสูตรวุฒิปัตรฯ เป็นไปได้โดยมีคุณภาพและประสิทธิภาพ

2. ที่ผ่านมามีการกำหนดให้ผู้เข้าอบรมในหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรฯ ผ่านการศึกษาในระดับปริญญาโทการพยาบาลทางคลินิกจากหลักสูตรที่สภาการพยาบาลให้การรับรอง ซึ่งสถาบันการศึกษาพยาบาลได้เปิดสอนหลักสูตรในระดับปริญญาโทการ

พยาบาลทางคลินิก มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2520 และในปัจจุบันมีสถาบันทั้งภาครัฐและเอกชนเปิดหลักสูตรบัณฑิตศึกษาในระดับนี้อยู่ถึง 15 สถาบัน และสามารถผลิตได้ปีละประมาณ 1,000 คนทำให้มีผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทปฏิบัติงานอยู่ในระบบสุขภาพทั้งในฐานะผู้ให้บริการโดยตรงกับผู้ป่วยหรือประชาชน อาจารย์พยาบาล และผู้บริหารทางการพยาบาล อยู่แล้ว ถือเป็นผู้ที่พร้อมจะเข้าสู่หลักสูตรฝึกอบรมนี้ต่อไปการเปิดหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อวุฒิปริญญาจึงเป็นการเปิดโอกาสให้พยาบาลเหล่านี้ได้พัฒนาศักยภาพของตนเองให้เป็นผู้นำทางคลินิกได้อย่างเป็นระบบ

3. ความพร้อมของสถาบันในการจัดหลักสูตรฝึกอบรม ได้แก่ คณะพยาบาลศาสตร์ซึ่งเป็นสถาบันหลักในการฝึกอบรมสูง มีอาจารย์ที่มีประสบการณ์การสอนและควบคุมวิทยานิพนธ์ทั้งในระดับปริญญาโทและปริญญาเอกมานานกว่า 20 ปีร่วมกับสถาบันร่วมผลิตคือ สถาบันบริการที่มีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ที่ปฏิบัติงานในระบบบริการสุขภาพ มีแพทย์ร่วมสอนและเป็นปรึกษาในการฝึกปฏิบัติการได้มีโอกาสเรียนรู้ร่วมกันระหว่างผู้เข้าฝึกอบรม กับแพทย์ประจำบ้าน จะช่วยให้การสอนในภาคทฤษฎีและการฝึกในคลินิกเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. คณะพยาบาลศาสตร์ต่าง ๆ ร่วมกับฝ่ายบริการพยาบาลจัดการศึกษาอบรมในหลักสูตรระยะสั้น 4 เดือน เพื่อเพิ่มพูนความรู้ความสามารถการดูแลกลุ่มผู้ป่วยต่าง ๆ มาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2512 และขณะนี้ มีจำนวนหลักสูตรกว่า 50 หลักสูตร ที่ได้มาตรฐานตามที่สภาการพยาบาลกำหนด จึงเป็นอีกช่องทางหนึ่งของการเตรียมความเข้มแข็งทางคลินิกในระดับหนึ่ง สำหรับผู้ที่เข้าฝึกอบรม โดยถือเป็นคุณสมบัติเพิ่มเติมนอกเหนือจากการสำเร็จการศึกษาในระดับ

ปริญญาโททางคลินิกจากหลักสูตรที่สภาการพยาบาลให้การรับรอง

### ความสอดคล้องกับการจัดการศึกษาในระดับปริญญาเอกทางคลินิกในระดับสากล

ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้จัดหลักสูตรในระดับปริญญาเอกสาขาพยาบาลศาสตร์ใน 3 หลักสูตรคือ

1. หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (PhD) ซึ่งเป็นหลักสูตรที่เปิดสอนมากที่สุด

2. พยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต (Doctor of Nursing Science, DNS) ปัจจุบันสถาบันการศึกษาต่าง ๆ ได้เปลี่ยนเป็น PhD หลักสูตร DNS จึงเหลืออยู่น้อยมาก คาดว่าอาจจะหมดไปในที่สุด (AACN, 2006)

หลักสูตรในข้อ 1. และ 2. มีเป้าหมายเหมือนกันคือผลิตนักวิจัยและนักวิชาการชั้นสูงทางการพยาบาล (Nurse Scientist) โครงสร้างหลักสูตรมีลักษณะคล้ายคลึงกัน ในหลายสถาบันจึงได้อนุญาตให้ผู้ที่ได้รับปริญญา Doctor of Nursing Science ไปแล้วสามารถนำมาเปลี่ยนเป็น Doctor of Philosophy ได้

3. หลักสูตรปริญญาเอกทางคลินิก (Doctor of Nursing Practice หรือ DNP) เริ่มในปี ค.ศ. 2002 (2545) มีเป้าหมายผลิตผู้นำทางคลินิกที่มีความสามารถในการปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง อาจารย์ที่มีความเชี่ยวชาญทางคลินิกและผู้บริหารทางการพยาบาล ในประเทศสหรัฐอเมริกาขณะนี้ มีจำนวนสถาบันที่ผลิต DNP ทั้งหมด 241 แห่ง ในขณะที่ผลิตปริญญาเอกที่เน้นการวิจัย 131 แห่ง และมีจำนวนผู้สนใจศึกษาต่อในหลักสูตรนี้จากปี 2555 ถึง 2556 เพิ่มขึ้นจาก 11,575 เป็น 14,699 คน และผู้สำเร็จการศึกษาเพิ่มจากจำนวน 1,858 เป็น 2,443 คน<sup>4</sup>

สำหรับประเทศไทย การจัดการศึกษาในระดับปริญญาเอกในปัจจุบันเป็นหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (PhD) ทั้งหมด ส่วนหลักสูตรพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต (DNS) ซึ่งเปิดดำเนินการในปีพ.ศ. 2533 เป็นโครงการร่วมระหว่าง 6 สถาบันที่เป็นมหาวิทยาลัยของรัฐ โดยคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยมหิดล เป็นแกนนำ และเมื่อแต่ละสถาบันได้แยกออกไปเปิดหลักสูตรของตนเอง ได้เปลี่ยนเป็น PhD ทุกสถาบัน ส่วนมหาวิทยาลัยมหิดลก็ได้เปิดหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (PhD) เช่นกันในปีพ.ศ. 2544 ส่วน DNS ได้หยุดรับนักศึกษาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 แต่ปัจจุบันคณะพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยมหิดล ได้ปรับปรุงและเปิดหลักสูตรนี้ใหม่อีกในปี พ.ศ. 2555 อย่างไรก็ตามการจัดการศึกษาระดับปริญญาเอกในมหาวิทยาลัยของประเทศไทยมุ่งผลิตนักวิชาการและนักวิจัยชั้นสูงมากกว่าทำให้ขาดแคลนอาจารย์พยาบาลที่มีความเชี่ยวชาญทางคลินิก นอกจากนี้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในคลินิกก็ไม่สามารถศึกษาต่อในระดับปริญญาสูงสุดที่ตรงกับความรู้ความเชี่ยวชาญทางคลินิกของตนเองได้ หรือหากมีโอกาสได้ศึกษาจนสำเร็จหลักสูตรปริญญาเอกก็ไม่สามารถเป็นผู้นำทางคลินิกในสถานที่ปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพเท่าที่ควรเนื่องจากหลักสูตรไม่ได้เตรียมผู้นำที่มีความเชี่ยวชาญทางคลินิก

การออกแบบหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางของประเทศไทย เน้นการให้คุณค่ากับการปฏิบัติการพยาบาล ความเชี่ยวชาญ และการขยายบทบาทของพยาบาล และใช้มาตรฐานเดียวกันกับหลักสูตรปริญญาเอกทางคลินิกที่ประกาศใช้โดยสมาคมคณะพยาบาลศาสตรของสหรัฐอเมริกา<sup>3</sup> แต่ปรับให้มีชั่วโมงของการปฏิบัติ

มากขึ้น รวมทั้งกำหนดลักษณะของผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการที่ต้องฝึกและหลักสูตรฝึกอบรมนี้ เป็นหลักสูตรต่อยอดจากปริญญาโทการพยาบาลทางคลินิก ซึ่งการที่ผู้เข้าฝึกอบรมผ่านการศึกษาในระดับปริญญาโทนี้ จะเป็นผู้ที่มีพื้นฐานความรู้ในศาสตร์ทางการพยาบาล วิทยาศาสตร์สุขภาพ แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม และมีความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเฉพาะสาขาในระดับหนึ่ง รวมทั้งผ่านการเรียนวิชาชีพ สติ และทำวิทยานิพนธ์หรือการศึกษาค้นคว้าอิสระมาแล้ว ทำให้ผู้เข้าอบรมมีพื้นฐานแข็งแกร่งในแง่ของวิชาการ การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง รวมทั้งมีทักษะการทำวิจัยในระดับหนึ่ง ที่จะต่อยอดในระดับวุฒิบัตรที่เทียบได้กับปริญญาเอกทางคลินิก (Doctor of Nursing Practice) หรือ DNP ของประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อพัฒนาผู้นำทางคลินิกที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง สามารถใช้หลักฐานเชิงประจักษ์กระบวนการวิจัย ระบบสารสนเทศ และการทำงานร่วมกันเป็นทีมในการพัฒนานวัตกรรมและระบบการบริการเพื่อเพิ่มคุณภาพและลดค่าใช้จ่าย ตลอดจนมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถร่วมกำหนดนโยบายสุขภาพที่เป็นประโยชน์กับประชาชน ส่วนการฝึกอบรมนั้นใช้ระบบการฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางเช่นเดียวกับวิชาชีพแพทย์ ทันตแพทย์ และเภสัช โดยอยู่ภายใต้การกำกับของวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทยสภาการพยาบาล

สำหรับความแตกต่างระหว่างหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรและหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร วัตถุประสงค์ สมรรถนะ การเตรียมตัวแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบ หลักสูตรฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรและหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์

องค์ประกอบ	วุฒิบัตร	ปรัชญาดุษฎีบัณฑิตสาขาพยาบาลศาสตร์
วัตถุประสงค์	เตรียมพยาบาลในระดับสูงสุดของการปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งจะเป็นผู้นำในการแปลและนำใช้ผลการวิจัยสู่การปฏิบัติ	เตรียมพยาบาลในระดับสูงสุดของศาสตร์ทางการพยาบาลในการทำวิจัย เพื่อสร้างองค์ความรู้ทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อเป็นพื้นฐานทางการพยาบาล และระบบสุขภาพ
สมรรถนะ	มีความรู้และทักษะในการ แปลและนำใช้ผลการวิจัยสู่การปฏิบัติ เป็นผู้นำ เผยแพร่ และเชื่อมโยงความรู้ใหม่สู่องค์กร และระบบสุขภาพ เป็นผู้นำในการปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง หรือ ผู้นำในระบบบริการ เช่น ตำแหน่งผู้บริหาร	มีความรู้และทักษะ เชิงทฤษฎี วิธีการและการวิเคราะห์ เพื่อแสวงหาความรู้ และวิธีการในการใช้ความรู้ในการพยาบาลและระบบสุขภาพ นักวิจัย นักวิชาการในสถาบันการศึกษา หรือ สถาบันวิจัย เน้นการทำวิจัย
การเตรียม	จะต้องมีการปฏิบัติอย่างเข้มข้น โดยร่วมกับอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญ หรือ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง	จะต้องมีประสบการณ์อย่างเข้มข้นในการทำวิจัย โดยมีอาจารย์ที่เป็นนักวิจัยอาวุโส มีชุดโครงการวิจัยที่ได้รับทุนอย่างต่อเนื่องเป็นพี่เลี้ยง

### วัตถุประสงค์ของหลักสูตร

พยาบาลที่จบหลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิบัตรในแต่ละสาขา จะต้องมีความรู้ดังนี้

1. เป็นผู้ที่มีพื้นฐานความรู้ทางด้านพยาบาลศาสตร์ ความรู้ทางการแพทย์ การสาธารณสุข แนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเป็นอย่างดี และสามารถนำมาประยุกต์ในการออกแบบและปฏิบัติการดูแลโดยตรง (Direct care) ในกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีคุณภาพ
2. มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องนโยบายและระบบสุขภาพ การเงินการคลังของระบบบริการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการในสาขาที่เชี่ยวชาญ และสามารถนำมาประยุกต์ในการร่วมกำหนดนโยบาย พัฒนาและบริหารจัดการระบบบริการได้อย่างเหมาะสม
3. มีความสามารถเป็นผู้นำในองค์กรและระบบ สามารถใช้ระบบสารสนเทศ และเทคโนโลยีใน

การปรับปรุงคุณภาพการดูแล ริเริ่มโครงการต่าง ๆ จัดการกับความเสี่ยงและภาวะคุกคามต่อสุขภาพ และประเมินผลลัพธ์ของการบริการสุขภาพได้

4. มีความรู้ความเข้าใจและสามารถประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ และการพยาบาลที่ทันสมัย เพื่อการนำมาใช้ในระบบการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการในสาขาที่เชี่ยวชาญได้อย่างเหมาะสม

5. มีความสามารถในการทำงานร่วมกับบุคลากร เจ้าหน้าที่สุขภาพ และผู้ที่เกี่ยวข้องในการร่วมดำเนินการเพื่อปรับปรุงผลลัพธ์การดูแล และยกระดับสุขภาวะของคนในชาติ

6. มีความสามารถในการสอน ชี้แนะ กำกับ เป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติและให้การปรึกษาแก่ผู้ใช้บริการหรือครอบครัว นักศึกษา และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพตามความเหมาะสม

7. มีความสามารถเชิงวิชาการ คิดเชิงวิเคราะห์

อย่างเป็นระบบ การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การวิจัย และสามารถนำเสนอรายงานทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ผ่านสิ่งตีพิมพ์ทางวิชาการ ตลอดจนสื่ออื่น ๆ

8. มีคุณธรรม จริยธรรม เป็นตัวแทนผู้ใช้บริการเพื่อให้เกิดนโยบายทางสุขภาพที่มีความยุติธรรม ความเท่าเทียม สามารถชี้แจงความถูกต้อง และสื่อความคิดที่ต้งามด้านสุขภาพให้กับสังคม

9. เป็นผู้ที่มีความใฝ่รู้ ศึกษาค้นคว้า สามารถวิเคราะห์ปัญหาด้วยตนเอง

### โครงสร้างหลักสูตรฝึกอบรม

ระยะเวลาการฝึกอบรม 3 ปี รวม 92 หน่วยกิต ประกอบด้วย ภาคทฤษฎี ภาคปฏิบัติ และการวิจัย

1. ภาคทฤษฎี โดยการบรรยาย นำเสนอทางวิชาการ สัมมนาวิชาการ วารสารสโมสร การประชุมวิชาการ ใช้เวลารวมกัน ไม่น้อยกว่า 18 หน่วยกิต หรือ 270 ชั่วโมงประกอบด้วย

1.1 หมวดวิชาแกน ไม่น้อยกว่า 9 หน่วยกิต ประกอบด้วย

1.1.1 ภาวะผู้นำและการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในระบบการดูแลสุขภาพที่ซับซ้อน 3 หน่วยกิต

1.1.2 การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ 2 หน่วยกิต

1.1.3 ระบบสุขภาพ นโยบายสุขภาพ ระบบสารสนเทศในการดูแลสุขภาพ 2 หน่วยกิต

1.1.4 การวัดและจัดการผลลัพธ์ในระบบบริการสุขภาพ 2 หน่วยกิต

1.2 หมวดวิชาการพยาบาลเฉพาะสาขา ไม่น้อยกว่า 9 หน่วยกิต

ประกอบด้วยเนื้อหาวิชาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โรค ความเจ็บป่วย ระบาดวิทยา และปัจจัย

กำหนดภาวะสุขภาพของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมาย การรักษา และการพยาบาลที่ทันสมัยและเทคโนโลยีต่าง ๆ ที่นำมาใช้กับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพที่ต้องการการรักษาพยาบาล หรือการจัดการดูแลที่ยุ่ยากซับซ้อน หรือปัญหาที่พยาบาลจำเป็นต้องขยายขอบเขตของการปฏิบัติในด้านเวชกรรม ความรู้ และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ ความผาสุก คุณภาพชีวิต ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการสร้างเสริมสุขภาพและการลดปัจจัยเสี่ยงในผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมาย

2. ภาคปฏิบัติ 50 หน่วยกิต ต้องมีระยะเวลาในการฝึกปฏิบัติงานในแต่ละสาขา ไม่น้อยกว่า 3,000 ชั่วโมง (ฝึก 60 ชั่วโมง เท่ากับ 1 หน่วยกิต)

ปีที่ 1: Advanced Practice Residency Training ฝึกปฏิบัติงานในคลินิก เน้นรับผิดชอบผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการโดยให้การพยาบาลโดยตรงเป็นรายบุคคล (direct care) และการพัฒนาทักษะการพยาบาลขั้นสูงที่จำเป็นในสาขา ตามเกณฑ์ปริมาณงานขั้นต่ำของแต่ละสาขา ร่วมกับการเข้าร่วมกิจกรรมวิชาการที่จัดในและนอกสถาบัน

ปีที่ 2: Advanced, Specialized Practice Residency Training ฝึกปฏิบัติงานในคลินิก เน้นรับผิดชอบผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการโดยการพยาบาลรายกลุ่มที่เลือกสรร มุ่งเน้นการพัฒนาทักษะการพยาบาลขั้นสูงที่ลึกซึ้งกับกลุ่มผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการที่เลือกสรร การออกแบบนวัตกรรมหรือระบบการดูแลเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพและผลลัพธ์ทางการพยาบาล

ปีที่ 3: Advanced, Integrated Practice and Research Fellowship ปฏิบัติงานในคลินิก โดยใช้ทักษะการพยาบาลขั้นสูงในการนำนวัตกรรมหรือวิธีการหรือระบบการดูแลกลุ่มผู้ใช้บริการหรือผู้ป่วยที่เลือกสรรไปใช้ในการพัฒนาประสิทธิภาพ และ

ผลลัพธ์ของการบริการ ด้วยกระบวนการวิจัยทางคลินิก และการมีส่วนร่วมของบุคลากรในหน่วยงาน

3. การวิจัยเทียบได้ 24 หน่วยกิต เป็นการทำการศึกษาวิจัยต้นฉบับอย่างน้อย 1 ฉบับและเป็นการบูรณาการกับการปฏิบัติ ซึ่งมีลักษณะดังต่อไปนี้

3.1 มุ่งเน้นการปรับปรุงผลลัพธ์ของการบริการสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วย ผู้ใช้บริการ ครอบครัว กลุ่มคน ชุมชน ที่เลือกสรร ซึ่งอาจเป็นการวิจัยเชิงระบบ การวิจัยเพื่อพัฒนาการปฏิบัติ การวิจัยทางคลินิกเพื่อแก้ปัญหาในการปฏิบัติ หรือชี้้นำการปฏิบัติโดยตรง และโครงการควรมีการเอื้ออำนวยให้ใช้ผลการวิจัย ซึ่งคาดหวังให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ และวิเคราะห์เชิงผลลัพธ์ได้

3.2 ต้องเขียนรายงานเพื่อเผยแพร่ ในวารสารวิชาการที่มี Peer review หรือวารสารวิชาการที่สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษารับรอง หรือวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index Center, TCI) หรือวารสารนานาชาติหรือมีหนังสือรับรองจากบรรณาธิการหากนิพนธ์ต้นฉบับนั้นกำลังอยู่ในระหว่างการจัดพิมพ์

### การได้รับประกาศนียบัตร

ในแต่ละปีปีที่ 1 และปีที่ 2 กำหนดให้มีการสอบเลื่อนชั้น และ เมื่อสอบผ่านจะได้รับประกาศนียบัตรจากสภาการพยาบาลดังนี้

1. ผู้ผ่านการฝึกอบรมในปีที่ 1 จะได้รับประกาศนียบัตรชั้นสูงทางคลินิก

2. ผู้ผ่านการฝึกอบรมในปีที่ 2 ในสาขาที่มีแขนงจะได้ประกาศนียบัตรชั้นสูงทางคลินิกในแขนงที่เชี่ยวชาญต่อยอด

### การได้รับวุฒิปริญญา

เมื่อสำเร็จการฝึกอบรมสามารถขอสอบเพื่อรับวุฒิปริญญาจากวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย สภากาพยาบาล โดยยื่นหลักฐานดังต่อไปนี้

1. ใบรับรองผลการปฏิบัติงานและเสนอชื่อเข้าสอบจากผู้รับผิดชอบหลักสูตรการฝึกอบรมฯ ในสถาบันหลัก

2. รายงานประสบการณ์การปฏิบัติการพยาบาลรวมตลอดหลักสูตรตามแบบรายงานซึ่งคณะกรรมการฝึกอบรมและสอบฯ ได้กำหนดไว้พร้อมคำรับรองของผู้สมัครสอบและผู้รับผิดชอบการฝึกปฏิบัติ

3. รายงานการดูแลผู้ป่วย/ผู้ให้บริการโดยละเอียด จำนวน 5 กรณี ตามแบบรายงานการดูแลผู้ป่วย/ผู้ให้บริการหรือ

4. งานวิจัยต้นฉบับและตีพิมพ์ในวารสารวิชาการที่มี Peer review วารสารวิชาการที่สำนักงานคณะกรรมการอุดมศึกษารับรอง หรือวารสารวิชาการที่อยู่ในฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai Journal Citation Index Center, TCI) หรือวารสารนานาชาติหรือมีหนังสือรับรองจากบรรณาธิการหากนิพนธ์ต้นฉบับนั้นกำลังอยู่ในระหว่างการจัดพิมพ์

เมื่อผ่านการสอบเพื่อประเมินความรู้ทักษะและเจตคติอันประกอบด้วย การสอบข้อเขียนและการสอบปากเปล่าตามเนื้อหาหลักสูตรซึ่งกำหนดความรู้ความสามารถทางวิชาชีพและทักษะการพยาบาลเพื่อวุฒิปริญญาแสดงความรู้ความชำนาญในการประกอบวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในแต่ละสาขาจะได้รับวุฒิปริญญาในสาขาที่สอบจากสภาการพยาบาล

## การเทียบวุฒิปริญญาเอก

หลังจากสอบวุฒิบัณฑิตผ่าน ผู้สอบผ่านแต่ละคนจะต้องส่งผลงานทั้งหมดรวมทั้งใบวุฒิบัณฑิตให้ สภาการอุดมศึกษาเป็นผู้เทียบ ซึ่งอาจจะส่งผลงานผ่านวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย สภาการพยาบาลให้ดำเนินพร้อมกันทุกคนก็ได้

ผู้ที่ได้รับวุฒิบัณฑิตฯ สามารถปฏิบัติงานในสาขาที่ได้รับวุฒิบัณฑิต ซึ่งการปฏิบัติจะมีลักษณะเช่นเดียวกับแพทย์ หรือทันตแพทย์ ที่สามารถเป็นได้ทั้งอาจารย์และผู้เชี่ยวชาญในเวลาเดียวกัน เป็นผู้นำในการแปลหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ ศึกษา ค้นคว้าวิจัยเพื่อปรับปรุงคุณภาพการบริการ ทำงานร่วมกับแพทย์และเจ้าหน้าที่สุขภาพอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Strategic directions for strengthening nursing and midwifery services. Geneva: World Health Organization; 2002.
2. Hanucharunkul S, Panpakdee O, Intrasonbat P, Nantachaipan P, Partiprajak S, Namjuntra R, et al. Research report: Cost effectiveness of advanced practice nurses (APNs) in the Thai healthcare system. Bangkok, Thailand: Joodthong; 2011.
3. American Association of Colleges of Nursing. The Essentials of Doctoral Education for Advanced Nursing Practice [Internet]. 2006 [cited 2015 Jan 16]. Available from: <http://www.aacn.nche.edu/DNP/pdf>.
4. DNP Fact Sheet. The Doctor of Nursing Practice (DNP) [Internet]. 2006 [cited 2015 Jan 16]. Available from: Available at <http://www.aacn.nche.edu/media-relations/fact-sheets/dnp>.

## Board Certified Training Program in Advanced Nursing Practice College of Advanced Practice Nurse and Midwife, Thailand Nursing and Midwifery Council

*Somchit Hanucharurnkul<sup>1</sup> RN, PhD, Dip. APMSN*

**Abstract:** Preparation of advanced practice nurse which included; clinical nurse specialist, nurse practitioner, nurse anesthetist and nurse midwifery is necessary in leading change to improve quality of life and health of people. Thailand Nursing and Midwifery Council by College of Advanced Practice Nurse and Midwife developed a certified board training program, which is based on Doctor of Nursing Practice offers in USA. The content in the program composes of theory, residency training and integrate research and practice fellowship, which takes three years to complete. The program admit Master graduate in nursing specialty. The training will be offered by faculty of nursing and the services institution under the regulation of College of Advanced Practice Nurse and Midwife, Thailand Nursing and Midwifery Council. It is expected that those who graduate from the program and pass certified board examination will be comparable to those receiving doctoral degree and can be clinical leaders or faculty members who are expert in advanced practice in the area being certified. This training and certified system is similar to physician training system.

*Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2014; 1(1) 05-16*

**Keywords:** Advanced Practice Nursing Certified Board Training Program College of Advanced Practice Nurse and Midwife Thailand

---

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



## บทบาทและพัฒนาการทางการผดุงครรภ์

สุกัญญา ปริสัณญกุล.<sup>1</sup> พย.ต, อพย. (การพยาบาลมารดา-ทารก และการผดุงครรภ์)

**บทคัดย่อ:** บทความนี้นำเสนอ ศาสตร์การผดุงครรภ์ในประเทศไทย บทบาทและพัฒนาการของหลักสูตรการผดุงครรภ์และการพยาบาลผดุงครรภ์ การบูรณาการหลักสูตรการผดุงครรภ์กับหลักสูตรการพยาบาลระดับปริญญาตรี หลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ ที่เน้นการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง และแนวทางการพัฒนาสู่หลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิปัตร์ สาขาการผดุงครรภ์

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2557; 1 (1) 17-22

**คำสำคัญ** การผดุงครรภ์ บทบาท พัฒนาการ

---

<sup>1</sup>รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประธานอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลมารดา-ทารก และสาขาการผดุงครรภ์

## บทนำ

การฝึกหัดครู เป็นศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสตรีและครอบครัวตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด รวมทั้งทารกแรกเกิดโดยมีเป้าหมายเพื่อให้สตรีทารก และครอบครัวมีสุขภาพที่ดี ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และลดอัตราการตายของมารดาและทารกในวงจรชีวิตของการมีบุตร บทบาทของฝึกหัดครูเป็นบทบาทที่อิสระ สามารถให้การดูแลสตรีที่ปกติอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึง 6 สัปดาห์หลังคลอด ตลอดจนการทำคลอดปกติ รวมถึงการดูแลทารกแรกเกิดจนถึงวัย 6 เดือน ซึ่งเป็นระยะที่เกี่ยวข้องกับการเลี้ยงทารกด้วยนมมารดา พยาบาลฝึกหัดครูหลายท่านอาจมีความสงสัยถึงความแตกต่างระหว่างการฝึกหัดครูกับการพยาบาลมารดาและทารกโดยการพยาบาลมารดาและทารกมีจุดเน้นอยู่ที่การดูแลมารดาและทารกเฉพาะระยะหลังคลอดเท่านั้น ในทางทฤษฎีอาจให้ความรู้ในระยะตั้งครรภ์และระยะคลอดพอสังเขปโดยรายละเอียดของเนื้อหาเน้นมารดาและทารกในระยะหลังคลอด

การจัดการศึกษาหลักสูตรการฝึกหัดครูนั้นแต่เดิมนั้นมี 2 ลักษณะคือ หลักสูตรการฝึกหัดครู 6 เดือน สำหรับพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาในระดับอนุปริญญา ปริญญาตรีหรือเทียบเท่า โดยหลักสูตรเหล่านี้จะรวมการพยาบาลมารดาและทารกไว้ด้วย อีกหลักสูตรหนึ่งเป็นหลักสูตรที่เรียนการฝึกหัดครูโดยตรง ใช้เวลา 1 ปี 6 เดือน ผู้สำเร็จการศึกษาทั้ง 2 หลักสูตรจึงมีความรู้ ทักษะและประสบการณ์มากในการดูแลสตรีตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอดได้อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนมีทักษะในการทำคลอดปกติมากและสามารถเปิดคลินิกรับทำคลอดปกติได้

ในปี พ.ศ. 2522 สถาบันการศึกษาพยาบาลทั้งภาครัฐและเอกชน ได้มีการปรับปรุงหลักสูตรพยาบาล เพื่อตอบสนองแผนพัฒนาสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 4 และ 5 โดยรวมวิชาการฝึกหัดครูไว้ในหลักสูตรพยาบาลระดับปริญญาตรี และปิดหลักสูตรการฝึกหัดครู 6 เดือน หลักสูตรการฝึกหัดครู 1 ปี 6 เดือน และหลักสูตรอนุปริญญาพยาบาล การบูรณาการหลักสูตรการฝึกหัดครูเข้าเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรพยาบาลระดับปริญญาตรี ทำให้ระยะเวลาการเรียนวิชาการฝึกหัดครูทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติลดลงอย่างมาก ส่งผลให้ผู้เรียนมีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในการดูแลสตรีในระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด การทำคลอดปกติรวมถึงการดูแลทารกด้อยลง ซึ่งจากการศึกษาของสุกัญญา ปริสัณญกุล และคณะ<sup>1</sup> เกี่ยวกับการจัดการศึกษาการพยาบาลฝึกหัดครูในประเทศไทย พบว่าพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาแล้วอยู่ในระหว่างการปฏิบัติงาน 1 – 3 ปี มีประสบการณ์น้อย ทักษะไม่เพียงพอโดยเฉพาะการทำคลอด มีความรู้ความสามารถที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานในระดับต่ำ นอกจากนี้ในการฝึกปฏิบัติการฝึกหัดครูถูกแบ่งเป็นส่วนๆ ตามชั้นปี เช่น ฝึกปฏิบัติการดูแลสตรีระยะตั้งครรภ์ในปีที่ 3 ฝึกปฏิบัติการดูแลสตรีระยะคลอดและระยะหลังคลอดในปีที่ 4 เป็นต้น ทำให้ขาดความต่อเนื่องของการดูแล ผู้เรียนมีทักษะและประสบการณ์ลดลง จึงทำให้ไม่มีความมั่นใจในการให้การดูแลสตรีดังกล่าว ซึ่งศาสตร์การฝึกหัดครูมีเนื้อหาวิชามากมายที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลสุขภาพของสตรี ทารกและครอบครัวให้มีประสิทธิภาพดังนั้นบทบาทฝึกหัดครูที่เคยมีความเข้มแข็งและมีบทบาทที่เป็นอิสระลดลงเนื่องจากอังกอยู่ในบทบาทพยาบาลจึงทำให้เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานประจำเฉพาะหน่วยต่างๆ คือ หน่วย

ฝากครรภ์ หน่วยคลอด และหน่วยหลังคลอดส่งผลให้ขาดความต่อเนื่องในการให้บริการแก่สตรีที่มารับบริการ

จากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และเทคโนโลยีมีผลทำให้ปัญหาด้านอนามัยแม่และเด็กมีความซับซ้อนมากขึ้น มีการรักษาด้วยเทคโนโลยีขั้นสูง ระบบบริการสุขภาพเน้นคุณภาพของการบริการมากขึ้น พยาบาลผดุงครรภ์ที่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรีไม่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลของสตรี ทารกและครอบครัวที่มีความซับซ้อนได้ สถาบันการศึกษาพยาบาลต่าง ๆ จึงเห็นความจำเป็นที่จะขยายการศึกษาเพิ่มเป็นระดับปริญญาโท โดยระยะแรก ๆ เป็นหลักสูตรสาขาการพยาบาลแม่และเด็ก บางสถาบันเป็นสาขาการพยาบาลมารดาและทารก การพยาบาลสตรี ซึ่งหลักสูตรดังกล่าวนี้ยังไม่สามารถสร้างความเข้มแข็งด้านการผดุงครรภ์เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลที่สมบูรณ์แบบสำหรับสตรีที่อยู่ในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ตลอดจนทารกแรกเกิดและครอบครัวได้ ดังนั้นในปี พ.ศ. 2547 สภาการพยาบาลจึงเห็นชอบที่จะเปิดหลักสูตรในระดับปริญญาโทโดยเน้นการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ซึ่งสภาการพยาบาลได้กำหนดโครงสร้างของหลักสูตรไว้เป็นแนวทางให้สถาบันการศึกษาพยาบาลต่าง ๆ ในการจัดหลักสูตรของแต่ละสาขา เพื่อให้มีความคล้ายคลึงกัน สำหรับหลักสูตรการผดุงครรภ์ขั้นสูงจะครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลสุขภาพสตรีในภาวะปกติ และผิดปกติ ตลอดจนการป้องกันภาวะเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นกับสตรีในระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะหลังคลอด และทารกแรกเกิด รวมถึงการทำคลอดปกติ การวางแผนครอบครัว การแก้ปัญหาสุขภาพด้านการเจริญพันธุ์ทั้งในสถานบริการและในชุมชนโดยหลักสูตรการผดุงครรภ์ขั้นสูง

นี้มีหน่วยกิตทั้งหมด 42 หน่วยกิต ซึ่ง สกอ. กำหนดหลักสูตรระดับปริญญาโทไว้ 36 หน่วยกิต ส่งผลให้นักศึกษาที่สำเร็จการศึกษาล่าช้า ต่อมาในปี พ.ศ. 2554 สภาการพยาบาลเห็นชอบให้ปรับหลักสูตรระดับปริญญาโทอีกครั้งโดยไม่เน้นเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงและให้มีหน่วยกิตตามที่ สกอ. กำหนดไว้คือ 36 หน่วยกิต ซึ่งหลักสูตรใหม่นี้เรียกว่า พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการผดุงครรภ์ โดยได้เริ่มจัดการเรียนการสอนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 จนถึงปัจจุบัน ซึ่งผู้สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทสามารถศึกษาต่อในหลักสูตรปริญญาเอกทางการพยาบาลหรือหลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลขั้นสูงเทียบเท่าระดับปริญญาเอก

สภาการพยาบาลได้จัดให้มีการสอบความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์เพื่อรับวุฒิปดฺตรในสาขาต่าง ๆ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 โดยในระยะแรกได้เปิดให้สอบในสาขาการพยาบาลมารดาและทารก เพื่อให้สอดคล้องกับผู้สำเร็จการศึกษาปริญญาโทในสาขาการพยาบาลมารดาและทารก และสาขาการพยาบาลแม่และเด็ก โดยมีผู้ผ่านการสอบและได้รับวุฒิปดฺตรตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 จนถึง พ.ศ. 2556 จำนวน 53 คน เป็นที่น่าสังเกตว่า แม้จะมีผู้สำเร็จการศึกษาปริญญาโทในสาขาดังกล่าวจำนวนมาก แต่มีผู้สมัครสอบแต่ละปีประมาณ 10 – 15 คน อาจเนื่องจากส่วนหนึ่งย้ายไปเป็นอาจารย์ตามวิทยาลัยพยาบาลต่าง ๆ ส่วนหนึ่งย้ายไปทำงานในชุมชน หรือย้ายแผนกการทำงาน และส่วนหนึ่งไม่มีความพร้อมที่จะมาสอบ สำหรับผู้ที่ได้รับวุฒิปดฺตรปีละ 5 – 6 คน นั้น หลายคนได้กลับไปพัฒนางานในหน่วยงาน เป็นคณะกรรมการวิจัย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลของหน่วยงาน และ พัฒนาประชากรกลุ่มเป้าหมาย ให้มีคุณภาพจนเป็นที่รู้จักของบุคลากรสุขภาพของโรงพยาบาล

ส่วนสาขาการผดุงครรภ์นั้น เป็นสาขาที่เริ่มเปิด การเรียนการสอนปี พ.ศ. 2548 และได้จัดให้มีการ สอบความรู้เพื่อรับวุฒิปัตรในปี พ.ศ. 2551 โดยมี สถาบันการศึกษาพยาบาลเพียง 2 แห่ง คือ คณะ พยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น และมหาวิทยาลัย เชียงใหม่ ที่มีผู้สำเร็จการศึกษาแล้วมาสมัครสอบ โดยเฉลี่ยปีละ ประมาณ 5 – 6 คน สำหรับผู้ที่ผ่านการ สอบและรับวุฒิปัตรไปแล้วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2551 ถึง พ.ศ. 2556 มีจำนวนผู้ที่ได้รับวุฒิปัตรแล้วจำนวน 25 คน มีหลายคนที่ได้วุฒิปัตรแล้วมีการสร้างงานให้แก่ หน่วยงานอย่างต่อเนื่อง ทำวิจัยพัฒนางาน R to R (routine to research) และนำเสนอผลงานวิจัยจนได้ รับรางวัลวิจัยดีเด่น เป็นที่ประจักษ์ของบุคลากร สุขภาพในระดับชาติ ส่วนหนึ่งของผู้ที่ได้รับวุฒิปัตรย้าย ไปเป็นอาจารย์เนื่องจากอาจารย์ทางการผดุงครรภ์ ขาดแคลน ซึ่งนับว่าเป็นประโยชน์กับสถาบันการ ศึกษาพยาบาลที่ได้อาจารย์ที่มีประสบการณ์และ ชำนาญทางคลินิกมาสอนและนิเทศการฝึกปฏิบัติงาน ของนักศึกษาแต่ก็ส่งผลให้ผู้ที่ได้รับวุฒิปัตรปฏิบัติ งานบนคลินิกมีจำนวนลดลง

ผู้ที่มาสมัครสอบเพื่อรับวุฒิปัตรสาขาการ ผดุงครรภ์นั้นหลายคนต้องผ่านการสอบหลายครั้ง เนื่องจากมีข้อกำหนดเกี่ยวกับการพัฒนางาน มี ประชากรกลุ่มเป้าหมายที่ต้องรับผิดชอบ แต่ปัญหาที่ พบคือ พยาบาลผดุงครรภ์ไม่ทราบว่าจะพัฒนางาน อย่างไร ไม่มีกลุ่มเป้าหมายของตนเองบางคนทำงาน เฉพาะหน่วย เช่น หน่วยฝากครรภ์ หน่วยห้องคลอด หน่วยหลังคลอด เป็นต้น ไม่ได้ดูแลหรืออย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงหลังคลอด ไม่มีหลักฐาน เกี่ยวกับการพัฒนางาน จึงทำให้ไม่ผ่านการสอบซึ่ง สภาการพยาบาลได้เห็นถึงปัญหานี้จึงได้จัดทำ หลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิปัตรสาขา

ต่าง ๆ รวมถึงสาขาการผดุงครรภ์ด้วย ซึ่งใช้เวลาเรียน 3 ปี โดยในปี พ.ศ. 2556 ได้เปิดหลักสูตรฝึกอบรม พยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์- ศัลยศาสตร์ การพยาบาลเด็กและการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิตแล้ว สำหรับสาขาการผดุงครรภ์ คาดว่าจะจัดการเรียนการสอนได้ในปี พ.ศ. 2559 โดยรับผู้สำเร็จการศึกษาปริญญาโททางการผดุงครรภ์ การพยาบาลมารดาและทารก ตลอดจนการพยาบาล แม่และเด็ก ซึ่งขอบเขตของหลักสูตรฝึกอบรมจะ เป็นการดูแลและช่วยเหลือในสตรีวัยเจริญพันธุ์ สตรี ระยะก่อนตั้งครรภ์ ตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด รวมถึงทารกแรกเกิดและครอบครัวในภาวะปกติ ภาวะเสี่ยง ภาวะเจ็บป่วย ภาวะแทรกซ้อน ภาวะฉุกเฉิน และวิกฤต รวมถึงการตรวจการทำคลอดปกติ ครอบคลุ มการดูแลรักษาแบบองค์รวม การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ ตลอดจนการ พัฒนาศักยภาพในการจัดการตนเองอย่างเป็นระบบ มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีของการ ผดุงครรภ์ และระบบสุขภาพ ซึ่งผู้ที่เข้าเรียนหลักสูตร ฝึกอบรมนี้เมื่อสำเร็จการศึกษาจะได้รับวุฒิปัตรการ ผดุงครรภ์และสามารถนำผลงานมาเทียบเท่าระดับ ปริญญาเอก ผลจากการจัดหลักสูตรนี้ น่าจะเพิ่ม ประสิทธิภาพในการดูแลสุขภาพและคุณภาพการ บริการเพื่อทำให้อัตราการเจ็บป่วยและการตายของ มารดาและทารกลดลง นอกจากนี้จะช่วยสร้างความ เข้มแข็งให้แก่ผดุงครรภ์ในการปฏิบัติการผดุงครรภ์ ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

อย่างไรก็ตามสำหรับผู้ที่ได้รับวุฒิปัตรแล้วก็ สามารถเข้าเรียนในหลักสูตรฝึกอบรมดังกล่าวเพื่อรับ วุฒิปัตรเทียบเท่าระดับปริญญาเอก หรืออีกทางเลือก หนึ่งคือสามารถทำงานวิจัยทางคลินิกแล้วตีพิมพ์เผย แพร่ในวารสาร ซึ่งวารสารนั้นต้องอยู่ในฐานข้อมูล

ระดับนานาชาติ แล้วนำผลงานวิจัยนั้นมาสอบเพื่อรับ “หนังสืออนุมัติ” เกี่ยวกับความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการผดุงครรภ์ได้

จากที่กล่าวมาจะเป็นแนวทางให้พยาบาลผดุงครรภ์ที่ปฏิบัติงานบนคลินิกได้มีโอกาสที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างเป็นระบบและมีความก้าวหน้าในการปฏิบัติการผดุงครรภ์เพื่อตอบสนองความต้องการของสตรีที่อยู่ในวงจรชีวิตของการมีบุตรที่ปัจจุบันมีความซับซ้อนเพิ่มมากขึ้นซึ่งจะส่งผลให้สตรีมีความพึงพอใจต่อคุณภาพของการบริการที่ได้รับ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. สุกัญญา ปริสัณญกุล, สุสัณหา ยิ้มแย้ม, วิจิตรศรีสุพรรณ, ปิยะนุช สิ้นทนะโยธิน. การจัดการศึกษาการพยาบาลผดุงครรภ์ในประเทศไทย. วารสารสภาการพยาบาล 2546; 18(1):55-67.

## Role Development of Thai Nurse Midwife

*Sukanya Parisunyakul<sup>1</sup> D.N.S. Dip. APM*

**Abstract:** This paper presents midwifery science in Thailand, roles and development of midwifery program and nurse midwifery program. The integration of midwifery program with Bachelor nursing program, master of nursing science program focuses on advanced practice roles are also presented. The career path to Board Certified Training Program in Midwifery is discussed.

*Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2014; 1(1) 17-22*

**Keywords:** midwifery, role development

---

<sup>1</sup>Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

# พัฒนาการของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาล ผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ

วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียร<sup>1</sup> พย.ด, อพย. (การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ)

**บทคัดย่อ:** ความซุกและอุปนิสัยของการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่สูงขึ้น ทำให้มีการพัฒนาระบบการป้องกันติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งจำเป็นต้องมีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อทำหน้าที่ในระบบการป้องกันติดเชื้อที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล โดยถือเป็นตัวชี้วัดคุณภาพการพยาบาลที่สำคัญ และความต้องการพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีสมรรถนะสูงขึ้นไป จำเป็นต้องมีการศึกษาระดับปริญญาโท เพื่อให้สามารถปฏิบัติบทบาทบริหารจัดการระบบการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลด้วย การผลิตในระดับปริญญาโทและสอบเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงพบว่ายังไม่เพียงพอกับความต้องการที่สูงขึ้น จึงทำให้ต้องมีการเปิดหลักสูตรเฉพาะทางระยะสั้นเพิ่มขึ้น การพยาบาลสาขานี้ ปัจจุบันได้พัฒนาต่อยอดเป็นหลักสูตรวุฒิปริญญาตรีการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ เพื่อให้ผู้ศึกษามีสมรรถนะในการทำงานที่ซับซ้อนขึ้น โดยผู้ปฏิบัติในบทบาทนี้บางส่วนมีผลงานเชิงประจักษ์ตามบทบาทที่คาดหวังอย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่บางส่วนยังต้องการการพัฒนาให้เหมาะสมต่อไป

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2557; 1 (1) 23-30

**คำสำคัญ:** ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ

<sup>1</sup>รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ประธานอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ

การที่โรงพยาบาลต่าง ๆ มีตำแหน่งพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลหรือ Infection Control Nurse (ICN) เกิดขึ้นจากการที่ต้องมีระบบการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีโอกาสเกิดการติดเชื้อในโรงพยาบาลเนื่องจากปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง การทบทวนอย่างเป็นระบบจากรายงานตั้งแต่ปีค.ศ. 1995 - 2010 จากโรงพยาบาลทั่วโลกพบความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาล 5.7% - 19.1%<sup>1</sup> และจากการสำรวจความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาล 47 แห่งในประเทศไทยปีพ.ศ. 2553 พบความชุก 7.3%<sup>2</sup> การติดเชื้อในโรงพยาบาลส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ญาติ โรงพยาบาลและประเทศชาติ กล่าวคือทำให้ผู้ป่วยต้องทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วยมากขึ้น เพิ่มการติดต่อยาต้านจุลชีพของเชื้อจุลชีพมากขึ้น ต้องอยู่โรงพยาบาลนานขึ้น การติดเชื้อในโรงพยาบาลยังทำให้ผู้ป่วยและญาติเสียเงินเพิ่มขึ้น โรงพยาบาลและประเทศชาติต้องเสียงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และผู้ป่วยอาจทุพพลภาพหรือตายได้ อย่างไรก็ตามการมีระบบควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลจะช่วยลดผลกระทบดังกล่าวและส่งผลให้คุณภาพการบริการดีขึ้น

ระบบการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลสุขภาพและเป็นเครื่องชี้วัดที่สำคัญอย่างหนึ่งของคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลและความปลอดภัยของผู้ป่วย การศึกษาในสหรัฐอเมริกาพบว่าองค์ประกอบหนึ่งของระบบการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีประสิทธิภาพคือ การที่โรงพยาบาลมีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อทำงานแบบเต็มเวลา 1 คนต่อจำนวน 250 เตียง<sup>3</sup> โดยที่พยาบาลควบคุมการติดเชื้อเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ทางการพยาบาลผู้ป่วย

ในหน่วยงานต่างๆ มาก่อน เช่น การพยาบาลผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด การพยาบาลผู้ป่วยเด็ก การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤต เป็นต้น จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยนี้จะช่วยให้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อมีความรู้และทักษะในกิจกรรมการรักษาพยาบาลต่างๆ ที่จะสามารถปฏิบัติการควบคุมการติดเชื้อร่วมกับบุคลากรฝ่ายต่างๆ ได้เป็นอย่างดี พยาบาลควบคุมการติดเชื้อมีบทบาทที่เป็นกำลังสำคัญของการขับเคลื่อนงานด้านการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ดังนั้นแต่ละโรงพยาบาลจะต้องมีพยาบาลควบคุมการติดเชื้ออย่างน้อย 1 คน โรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีจำนวนเตียงรับผู้ป่วยมากกว่า 250 เตียงก็อาจจำเป็นต้องมีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อมากกว่า 1 คน แต่จากการสำรวจแบบเดลฟายของ วิลเลียม โอบอยล์ และคณะ<sup>4</sup> กับพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ 32 คน ในสหรัฐอเมริกาปีค.ศ. 1999 พบว่า ปริมาณงานที่รับผิดชอบและการขาดแหล่งทรัพยากรเป็นอุปสรรคหลักที่ทำให้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อไม่สามารถปฏิบัติงานในบทบาทได้อย่างเต็มที่และได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ 0.8 - 1.0 คนต่อ 100 เตียง สอดคล้องกับที่ศาสตราจารย์นายแพทย์สมหวัง ด้านชัยวิจิตร ผู้เชี่ยวชาญด้านการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล<sup>5</sup> ได้ให้ข้อเสนอแนะว่า สำหรับประเทศไทยนั้น พยาบาลควบคุมการติดเชื้อ 1 คน จะทำการเฝ้าระวังโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพในผู้ป่วยเพียง 100 - 150 คนเท่านั้น ซึ่งแตกต่างจากข้อกำหนดของสหรัฐอเมริกา เนื่องจากระบบข้อมูลและความคล่องตัวในการปฏิบัติงานในประเทศไทยยังไม่ดีนัก ปัจจุบันโรงพยาบาลระดับศูนย์และระดับมหาวิทยาลัยบางแห่งมีพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ 4 - 12 คน



พยาบาลที่จะปฏิบัติในบทบาทด้านการควบคุม การติดเชื้อในโรงพยาบาลได้นั้นต้องมีความรู้เกี่ยวกับการควบคุมการติดเชื้อทั้งในเรื่องวิทยาการระบาด การสุขาภิบาลสิ่งแวดล้อม การบริหารจัดการสารสนเทศ สถิติและศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น การจัดการ องค์กร เศรษฐศาสตร์สุขภาพ เป็นต้น ดังนั้นพยาบาล ควบคุมการติดเชื้อจึงต้องผ่านการศึกษเพิ่มเติมใน เรื่องดังกล่าวก่อน ในปีพ.ศ. 2535 จึงได้มีการเปิด หลักสูตรการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อใน ระดับปริญญาโทขึ้นที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งปัจจุบันยังคงเป็นสถาบัน เดียวในประเทศไทยที่เปิดสอนในหลักสูตรดังกล่าว จนถึงเดือนกันยายน ปีพ.ศ. 2557 มีผู้ที่จบการศึกษา ในหลักสูตรนี้ทั้งสิ้น 223 คน ในจำนวนนี้เป็นพยาบาล จากประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว 1 คน

ผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบของพยาบาล ควบคุมการติดเชื้อคือ ผู้ป่วยทุกคนที่เข้ารับบริการ และรับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์ ของการดูแลเพื่อป้องกันผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อจากการ รับบริการและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วย ที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคติดเชื้อ ดังนั้นผู้ป่วยใน ความรับผิดชอบของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อจึง ครอบคลุมผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบของ พยาบาลในสาขาอื่น ๆ เนื่องจากผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ทางสุขภาพหรือเข้ารับการรักษาหรือในโรงพยาบาล ทุกคนมีโอกาสติดเชื้อในโรงพยาบาลได้ พยาบาล ควบคุมการติดเชื้อมีบทบาทหน้าที่ที่สำคัญดังนี้

1. ดำเนินการและกำกับดูแลระบบการเฝ้า ระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล เพื่อประเมิน สถานการณ์ของโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลและค้นหา ว่ามีการระบาดหรือไม่ รวมทั้งสอบสวนการระบาด

ของโรคติดเชื้อ แล้วรายงานให้ผู้ที่เกี่ยวข้องทราบและ เสนอแนะแนวทางในการควบคุมและป้องกันการติด เชื้อในโรงพยาบาล

2. การพยาบาลผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ หรือแพร่กระจายเชื้อ โดยการวินิจฉัยปัญหาเกี่ยวกับ การติดเชื้อของผู้ป่วย วางแผนการป้องกันและแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้น ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและ ผู้ที่เสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโดยบูรณาการองค์ความรู้ จากแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและหลักฐานเชิง ประจักษ์ แบบองค์รวม เฝ้าระวังและจัดการกับปัจจัย เสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ป่วย ตลอดจนป้องกันและ ควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในหน่วยงาน/โรงพยาบาล

3. การจัดการด้านคุณภาพ โดยมีส่วนร่วมกับ คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลใน การกำหนดนโยบายและแผนงานว่าจะดำเนินการ อะไรบ้างเพื่อป้องกันการติดเชื้อและกำหนดว่าจะ ประเมินผลอย่างไร เพื่อควบคุมคุณภาพการบริการ ในส่วนของการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น การทำให้อุปกรณ์ปราศจากเชื้อ การใช้ห้องแยกผู้ป่วย การประกอบอาหารสำหรับผู้ป่วย เป็นต้น พยาบาล ควบคุมการติดเชื้อยังมีบทบาทสำคัญในการจัดการ ด้านความปลอดภัยของบุคลากร เช่น การลดความ เสี่ยงจากการติดเชื้อจากการถูกเข็มและของมีคม ที่มแทง การให้วัคซีนป้องกันโรค การดูแลรักษาหลัง การสัมผัสผู้ป่วยติดเชื้อที่รุนแรง เป็นต้น นอกจากนี้ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อยังมีส่วนในการกำหนด แนวปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันการติดเชื้อหรือ การแพร่กระจายเชื้อเพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วย ตลอดจนการเป็นผู้นำและบริหารจัดการโปรแกรม การควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

4. การให้การปรึกษา พยาบาลควบคุมการ ติดเชื้อจำเป็นต้องแสวงหาความรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรค

ติดเชื้อในโรงพยาบาลให้ทันสมัยเสมอ เนื่องจาก จะได้รับการสอบถาม ขอคำปรึกษาหรือชี้แนะจาก บุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาลเมื่อประสบปัญหา ต่าง ๆ อยู่เสมอ เช่น ไม่ทราบวิธีปฏิบัติเมื่อได้รับ อุบัติเหตุสัมผัสผัสเลือดผู้ป่วยขณะปฏิบัติงาน ไม่ทราบ วิธีการปฏิบัติในการแยกผู้ป่วยหรือการทำลายเชื้อ และการทำให้ปราศจากเชื้อ การจัดการกรณีโรค ติดเชื้อต้อยาหลายขนาน เป็นต้น

5. การร่วมเป็นคณะกรรมการต่าง ๆ ของ โรงพยาบาล ซึ่งเป็นหนทางที่พยาบาลควบคุมการ ติดเชื้อจะได้นำเสนอปัญหาและแนวทางแก้ไขการ ติดเชื้อในโรงพยาบาลแก่ผู้บริหารโรงพยาบาลและ ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ซึ่งคณะกรรมการที่พยาบาล ควบคุมการติดเชื้อต้องเข้าร่วมเป็นกรรมการด้วยมี หลายชุด เช่น คณะกรรมการควบคุมการติดเชื้อใน โรงพยาบาล คณะกรรมการกำหนดมาตรฐานการ พยาบาลเพื่อควบคุมการติดเชื้อ คณะกรรมการความ ปลอดภัยของบุคลากรและผู้ป่วย คณะกรรมการ พิจารณาผลิตภัณฑ์ที่จะนำมาใช้ในโรงพยาบาล และ คณะกรรมการปรับปรุงคุณภาพการบริการ เป็นต้น

6. การเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ ของบุคลากรสุขภาพ โดยทำหน้าที่ดูแลกำกับให้ บุคลากรสุขภาพปฏิบัติตามแนวปฏิบัติทางคลินิก ในการควบคุมการติดเชื้อ เนื่องจากการควบคุมการ ติดเชื้อในโรงพยาบาลจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือ จากบุคลากรให้ปฏิบัติตามข้อกำหนดหรือแนวปฏิบัติ ทางคลินิก เช่น การป้องกันการติดเชื้อในกระแสโลหิต การคัดกรองและแยกผู้ป่วยโรคติดเชื้อ การกำจัด ชยะติดเชื้อ เป็นต้น พยาบาลควบคุมการติดเชื้อจึง ต้องเผยแพร่แนวทางปฏิบัติให้บุคลากรสุขภาพใน โรงพยาบาลทราบด้วยกลยุทธ์ต่าง ๆ เพื่อให้นำไป ปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง ส่งเสริมให้เกิดการ

ปรับเปลี่ยนการปฏิบัติให้ถูกต้อง แล้วติดตามควบคุม กำกับดูแลให้บุคลากรปฏิบัติตามอย่างต่อเนื่อง โดย เป็นผู้ฟัง ผู้ฝึกและสนับสนุนช่วยเหลือ แล้วดำเนินการ ติดตามประเมินผลลัพธ์ การที่พยาบาลควบคุมการ ติดเชื้อปฏิบัติหน้าที่นี้ได้จะต้องมีทักษะในการติดต่อ ประสานงานที่ดี ซึ่งศรัทธาของบุคลากรในโรงพยาบาล ที่มีต่อพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ เป็นเรื่องที่สำคัญ ที่สุดต่อความสำเร็จในการดำเนินงานนี้ โดยที่ศรัทธา ดังกล่าวจะเกิดขึ้นได้ด้วยความรู้ความสามารถของ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อร่วมกับการเป็นผู้นำและมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดี พยาบาลควบคุมการติดเชื้อจึง ต้องทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยการความสะอาด ทั้งในด้าน ความรู้ให้แนวทางปฏิบัติ ให้ข้อมูลแก่บุคลากร เพื่อ สนับสนุนให้บุคลากรมีการปฏิบัติตามสิ่งที่กำหนด นอกจากนี้พยาบาลควบคุมการติดเชื้อยังมีส่วนร่วม ในการจัดประชุมวิชาการภายในโรงพยาบาล เพื่อเปิด โอกาสให้บุคลากรได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ และเสนอผลงานด้านการควบคุมการ ติดเชื้อ

7. การเป็นผู้ให้ความรู้ เป็นบทบาทที่สำคัญ อย่างหนึ่งของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อที่ต้อง จัดการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อใน โรงพยาบาลแก่บุคลากรระดับต่างๆ ในโรงพยาบาล พยาบาลควบคุมการติดเชื้อจึงต้องพัฒนาความรู้ให้ ทันสมัยอยู่เสมอและมีทักษะในเผยแพร่ความรู้ รวมทั้งการผลิตสื่อสำหรับเผยแพร่ความรู้ เพื่อ เพิ่มพูนความรู้ในการปฏิบัติของบุคลากรสุขภาพ

8. การวิจัยและการนำผลการวิจัยมาใช้ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อจำเป็นต้องทำการวิจัย เพื่อค้นหาค้นคว้าความรู้ใหม่ รวมทั้งนำผลการวิจัยหรือ หลักฐานเชิงประจักษ์มาใช้ในการปฏิบัติการป้องกัน และควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

9. การเตรียมความพร้อมเพื่อรับมือกับภาวะฉุกเฉิน เนื่องจากปัจจุบัน มีการระบาดของโรคติดเชื้ออุบัติใหม่และอุบัติซ้ำ เชื้อติดต่อทางเดินหายใจ และสงครามเชื้อโรค เช่น Avian Influenza, Ebola, SARS, Tuberculosis, Multidrug-resistance microorganisms เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีเหตุการณ์ธรณีพิบัติจากคลื่นสึนามิและภาวะอุทกภัยรุนแรงที่มีผลทำให้เกิดการติดเชื้อตามมาได้ พยาบาลควบคุมการติดเชื้อจึงต้องทำหน้าที่เตรียมความพร้อมทั้งในเรื่องสถานที่ สิ่งแวดล้อมและตัวบุคลากรสุขภาพให้พร้อมกับการให้บริการในภาวะฉุกเฉินเหล่านี้เพื่อป้องกันการติดเชื้อได้อย่างมีประสิทธิภาพ

พยาบาลควบคุมการติดเชื้อใช้เวลาในการทำงานกับการบริหารจัดการระบบการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลมากกว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นรายบุคคล พยาบาลควบคุมการติดเชื้อในประเทศไทยหลายคนไม่สามารถปฏิบัติในบทบาทดังกล่าวได้ทั้งหมดหรือทำได้อย่างไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร เนื่องจากบางคนทำงานนี้โดยไม่ผ่านการอบรมความรู้ด้านการควบคุมการติดเชื้อมาก่อนหรือบางคนผ่านการอบรมเพียง 1-2 วันเท่านั้น แต่การทำงานในบทบาทเหล่านี้ต้องอาศัยความรู้ในระดับปริญญาโท จึงจะทำให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ด้วยข้อจำกัดที่การผลิตพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในระดับปริญญาโทในประเทศไทยไม่สามารถผลิตได้ทันตามความต้องการของโรงพยาบาลต่างๆ ในประเทศได้ จึงเกิดหลักสูตรประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อที่มีระยะเวลาอบรม 4 เดือนขึ้น โดยมีการเปิดหลักสูตรหลักสูตรดังกล่าวขึ้นที่โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คณะ

พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยแต่ละปีจะผลิตผู้เข้ารับการอบรมได้ประมาณ 100 คน จนถึงเดือนกันยายน ปี พ.ศ. 2557 มีผู้ที่จบการศึกษาในหลักสูตรนี้ทั้งสิ้น 1,189 คน อย่างไรก็ตามผู้ที่จบหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางนี้จะมีความสามารถปฏิบัติงานในบทบาทพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในเบื้องต้นได้เท่านั้น ความรู้ความสามารถยังไม่เท่าเทียมกับผู้จบการศึกษาระดับปริญญาโท โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่อง การทำวิจัย การใช้ผลการวิจัยหรือหลักฐานเชิงประจักษ์การพัฒนางาน และการเป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลง ดังนั้นพยาบาลควบคุมการติดเชื้อที่จบหลักสูตรเฉพาะทาง 4 เดือนนี้จำเป็นต้องทำงานภายใต้การดูแลช่วยเหลือจากผู้จบการศึกษาในระดับปริญญาโท ปัจจุบันพบว่าพยาบาลที่จบหลักสูตรเฉพาะทางหลายคนไม่ได้ทำหน้าที่เป็นพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ แต่ทำงานเป็นพยาบาลในหอผู้ป่วยต่างๆ

การเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม เทคโนโลยี และการปฏิรูประบบสุขภาพ ทำให้งานด้านการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลมีความซับซ้อนมากขึ้น พยาบาลควบคุมการติดเชื้อจึงต้องมีการพัฒนาบทบาทการทำงานของตนตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป ในปี พ.ศ. 2551 สภาการพยาบาลได้เปิดการสอบความรู้เพื่อรับวุฒิปัตรี ผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อขึ้น โดยผู้มีสิทธิสอบคือผู้ที่ผ่านการศึกษาระดับปริญญาโท การพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อจากหลักสูตรที่สภาการพยาบาลให้การรับรอง จนถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2556 ประเทศไทยมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงที่ได้รับวุฒิปัตรีรับรองในสาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรค

ติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อทั้งหมด 75 คน ซึ่งผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงเหล่านี้ปฏิบัติงานกระจายอยู่ในโรงพยาบาลต่างๆทั่วประเทศ ในทุกระดับตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ และเป็นกำลังสำคัญในการปรับปรุงคุณภาพของการบริการสุขภาพ โดยได้แสดงออกถึงสมรรถนะในการพัฒนา จัดการและกำกับระบบดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งระบบการเฝ้าระวังและวินิจฉัยโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล ประสานงานกับบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เสริมสร้างพลังอำนาจ สอน ฝึกและเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อของบุคลากรสุขภาพ ให้คำปรึกษากับผู้ร่วมงานในการดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการป้องกันการติดเชื้อ เป็นผู้นำในการเปลี่ยนแปลง ให้เหตุผลและตัดสินใจเชิงจริยธรรม โดยบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ในการปฏิบัติ รวมทั้งจัดการและประเมินผลลัพธ์

พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงส่วนใหญ่ปฏิบัติในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล และมีบางคนปฏิบัติงานรับผิดชอบงานด้านการควบคุมการติดเชื้อในหน่วยงานเฉพาะ เช่น หอผู้ป่วยต่างๆ คลินิกโรคติดเชื้อ เป็นต้น พยาบาลเหล่านี้ได้แสดงผลงานการยกระดับคุณภาพของระบบการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่แตกต่างจากพยาบาลควบคุมการติดเชื้อทั่วไปในเรื่องของการเป็นผู้นำในการพัฒนาระบบการจัดการดูแลป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เป็นที่ปรึกษา เป็นผู้ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ ขยายและสร้างเครือข่ายการดูแลช่วยในการพัฒนาขีดความสามารถของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่อยู่ในเครือข่ายรับผิดชอบ เป็นผู้ประเมินและจัดการผลลัพธ์ทางการ

พยาบาล นอกจากนี้ยังขยายบทบาทไปดูแลงานด้านการควบคุมการติดเชื้อในชุมชนและที่บ้าน เช่น ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้ติดเชื้อวัณโรค ผู้ติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ผู้ที่ใส่คาอูปรณ์ทางการแพทย์ เช่น สายสวนปัสสาวะ สาย CAPD เป็นต้น ตลอดจนการจัดการกรณีที่เกิดการระบาดของโรคติดเชื้อในชุมชนและการเตรียมพร้อมรับมือโรคอุบัติใหม่ เช่น Ebola เป็นต้น ดังนั้นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ เช่น โรงพยาบาลระดับมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปที่มีปัญหาด้านการควบคุมการติดเชื้อที่ซับซ้อนจึงต้องการพยาบาลควบคุมการติดเชื้อที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง

ปัญหาที่พบในการปฏิบัติงานในบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในประเทศไทยคือ การที่ไม่สามารถปฏิบัติงานตามบทบาทได้เต็มที่ เนื่องจากพยาบาลจำนวนหนึ่งทำงานในหน้าที่นี้แบบบางเวลา (part time) โดยต้องรับผิดชอบทำงานหลักที่หน่วยงานหนึ่ง เช่น ห้องคลอด หอผู้ป่วยวิกฤติ แล้วทำงานในหน้าที่ของพยาบาลควบคุมการติดเชื้อ 1-2 วันต่อสัปดาห์ และบางโรงพยาบาลมีจำนวนพยาบาลควบคุมการติดเชื้อน้อยกว่าที่ควร ทำให้ต้องรับผิดชอบภาระงานมากเกินไป รวมทั้งขาดการสนับสนุนจากผู้บริหารและผู้ร่วมงานในระดับต่างๆ ขาดแหล่งทรัพยากรสนับสนุนการทำงานในบทบาท โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงที่มีความสามารถในการทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ได้รับการมอบหมายให้ทำงานด้านอื่นๆ ของโรงพยาบาลด้วย เช่น งานควบคุมคุณภาพงานฝ่ายวิชาการหรืองานวิจัย เป็นต้น และบางคนประสบปัญหาที่ขาดการสนับสนุนให้มีความก้าวหน้าในตำแหน่ง ปัญหาต่างๆ นี้ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติการชั้นสูงบางคนเหนื่อยหน่ายและท้อแท้ในการทำงาน บางคนจึงเปลี่ยนไปทำงาน

อย่างอื่นที่มีภาระงานเบากว่าและมีความก้าวหน้าได้เร็วกว่า ทำให้โรงพยาบาลหลายแห่งขาดแคลนพยาบาลควบคุมการติดเชื้อที่มีความสามารถสูง ปัญหาต่างๆ เหล่านี้จึงควรจะได้รับ การแก้ไขโดยหน่วยงานและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide: A systematic review of the literature [Internet]. 2011 [cited 2014 July 23]. Available from: [http://apps.who-int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who-int/iris/bitstream/10665/80135/1/9789241501507_eng.pdf?ua=1).
2. Rongrungruang Y, Sawanpanyalert N, Chomdacha P, Surasarang K, Wiruchkul N, Kachintorn K, et al. Health-care associated infections in Thailand 2011. J Med Assoc Thai. 2013 Feb;96 Suppl 2:S117-23.
3. Haley RW, Culver DH, White JW, Morgan WM, Emori TG, Munn VP, et al. The efficacy of infection surveillance and control programs in preventing nosocomial infections in US hospitals. Am J Epidemiol. 1985 Feb;121(2):182-205.
4. O'Boyle C, Jackson M, Henly SJ. Staffing requirements for infection control programs in US health care facilities: Delphi project. Am J Infect Control. 2002 Oct;30(6):321-33.
5. สมหวัง ด่านชัยวิจิตร, พิเศษฐ์ จีรวงศ์. การจัดตั้งองค์กรควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล. ใน: สมหวัง ด่านชัยวิจิตร, บรรณาธิการ. โรคติดเชื้อในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ : โครงการตำราศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2539. หน้า 35-7.

## Development of Thai Infections Disease and Infection Control Advanced Practice Nurse

Wilawan Picheansathian<sup>1</sup> RN, Ph.D, Dip. APICN

**Abstract:** Increasing prevalence and incidence of infection in hospitals led to the needs for hospital infection control system development. This development required Infection Control Nurse (ICN) in order to perform the roles in the system. Having ICN nurse is an important hospital quality indicator. The needs for ICN nurse with higher competency required the preparation program at a master level in order to perform the roles of hospital infection control system management. However, the master prepared and advanced practice ICN nurses at this level could not meet the demands of the hospitals in the country. Thus, the short course ICN nurse training program was opened. Currently, the Advanced practice in Infectious Diseases and Infection Control Nursing (APICN) program is developed to produce nurses with complex competency. Although, some of the master prepared APN could produce evidence based practice and perform their expected roles well, some could not do well. The roles need to be further developed.

*Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2014; 1(1) 23-30*

**Keywords:** advanced practice nurse, infectious diseases and infection control nursing

---

<sup>1</sup>Associate Professor, Faculty of Nursing, Chiang Mai University

# พัฒนาการผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ของไทย

อรสา พันธภักดี<sup>1</sup> RN, พย.ด, อพย. (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์)

**บทคัดย่อ:** ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง เป็นความก้าวหน้าทางวิชาชีพการพยาบาลของพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิก ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ปฏิบัติงานในผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน โดยใช้สมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในการดูแลกลุ่มผู้ป่วย ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยในด้านการรักษาพยาบาล การทำหน้าที่ความสามารถในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่องค์กร ในด้านการลดค่าใช้จ่าย ลดระยะเวลาผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล การพัฒนาทีมงานและการพัฒนาบุคลากร รวมทั้งสร้างชื่อเสียงให้กับโรงพยาบาล พัฒนาการผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ของไทย เริ่มต้นที่อาจารย์พยาบาลทางการพยาบาลอายุรศาสตร์เห็นคุณค่าของความเป็นเลิศของการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิก และมีการพัฒนาหลักสูตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในหลักสูตรพยาบาลศาสตรระดับปริญญาโท เพื่อรับวุฒิปริญญาตรีจากสภาการพยาบาล แต่ปัจจัยด้านนโยบายและระบบสุขภาพ ปัจจัยด้านตัวผู้ปฏิบัติบทบาท APN ปัจจัยด้านโครงสร้างขององค์กรและหน่วยงานที่ไม่เอื้อต่อการปฏิบัติบทบาทของ APN และปัจจัยทางด้านการจัดการศึกษาเพื่อเตรียม APN เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้จำนวนผู้ได้รับวุฒิปริญญาตรีแสดงความรู้ความสามารถเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์มีจำนวนน้อย ไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่ต้องการ การพัฒนาสมรรถนะ APN ในหลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิปริญญาตรี และการสนับสนุนเพื่อพัฒนาบทบาทและงานของ APN เพื่อให้พยาบาลที่ไม่ได้เข้าหลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิปริญญาตรี สอบรับหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความสามารถเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ได้ ซึ่งทั้งสองรูปแบบดังกล่าวจะเป็นวิธีที่ช่วยเพิ่มจำนวนผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเพื่อตอบสนองความต้องการของสังคมไทย

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2557; 1 (1) 31-46

**คำสำคัญ:** ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์  
พัฒนาการ กระบวนการได้รับวุฒิปริญญาตรี การพัฒนาบทบาท

<sup>1</sup>รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ประธานอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์

บทบาทของพยาบาลมีการปรับขยายเพื่อให้ทันตามความต้องการการพยาบาลของประชาชนไทย การเปลี่ยนแปลงทางสังคมสิ่งแวดล้อม และความก้าวหน้าทางการแพทย์ ผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยมีความต้องการที่จะได้รับการดูแลจากพยาบาลเมื่อรับเข้าการรักษาทางอายุรกรรม และหรือทางศัลยกรรม ซึ่งมีทั้งในระยะเฉียบพลันต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และระยะที่ต้องดูแลตนเองอยู่ที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยผู้ใหญ่นี้ส่วนใหญ่จะมีโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญร่วมอยู่ด้วย ทำให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานด้านอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ ต้องพัฒนาสมรรถนะ ให้เหมาะสมกับบทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงที่มีผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยผู้ใหญ่ที่มีปัญหาสุขภาพระดับรุนแรง และมีความซับซ้อนของโรคทั้งในระยะเฉียบพลันและวิกฤต และระยะเรื้อรัง รวมทั้งตามทันกับความก้าวหน้าทางด้าน การแพทย์ บทความนี้จึงเสนอพัฒนาการของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ (Medical-Surgical Advanced Practice Nurse) ที่เกิดขึ้นในประเทศไทย เพื่อให้เข้าใจถึงความเป็นมาในการเกิดผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ กระบวนการให้วุฒิปัตถ์รับรองการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (APN) กรณีตัวอย่างการพัฒนาบทบาทและผลงานของผู้ที่เป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ รวมทั้งการปรับเปลี่ยนรูปแบบการพัฒนาผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์

## การก่อกำเนิดผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ของไทย

การมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในระบบบริการด้านสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งถือว่าเป็นความก้าวหน้าทางวิชาชีพพยาบาลของผู้ปฏิบัติงานทางคลินิก ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์เป็นสาขาหนึ่งใน 5 สาขาแรก (การพยาบาลมารดา-ทารก การพยาบาลเด็ก การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และการพยาบาลชุมชน) ที่มีประกาศในราชกิจจานุเบกษาเมื่อวันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2541 ที่ให้สภาการพยาบาลออกวุฒิปัตถ์ให้แก่พยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงประเภทผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก การกำเนิดผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงนั้นมาจาก แนวคิดการพัฒนาการบทบาทพยาบาลที่ปฏิบัติในหอผู้ป่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลรามาริบัติที่เริ่มต้นในปี พ.ศ. 2517 เนื่องด้วยโรงพยาบาลรามาริบัติเป็นโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยของคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล โครงสร้างขององค์กรของพยาบาลเป็นแบบ unification model คือฝ่ายการศึกษาที่ผลิตพยาบาลและฝ่ายบริการการพยาบาลอยู่ในภาควิชาพยาบาลศาสตร์ อาจารย์พยาบาลที่สอนนักศึกษาในคลินิกมีส่วนรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยและคุณภาพการพยาบาลด้วย<sup>1</sup> ซึ่งในขณะนั้นศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล เป็นอาจารย์พยาบาลและรองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ เป็นหัวหน้าหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง ร่วมกับนักศึกษาพยาบาลปริญาตรี รุ่นที่ 1 ที่สำเร็จการศึกษาและเลือกเป็นพยาบาลปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม



หญิง ซึ่งผู้เขียนเป็นคนหนึ่งที่เลือกทำงานที่นี้ อาจารย์ได้ดำเนินการตั้งหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงเป็น teaching and research unit เพื่อปรับปรุงระบบการปฏิบัติกรพยาบาลเพื่อส่งเสริมคุณภาพการพยาบาล โดยใช้ความรู้ทางการพยาบาล ความรู้ทางการแพทย์ การวิจัยและศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นฐานในการดูแลผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลด้วยปัญหาทางอายุรกรรม และมีผู้ป่วยบางรายได้รับการรักษาทั้งด้านอายุรกรรมและศัลยกรรม เช่นผู้ป่วยเบาหวานที่มีแผลที่เท้า ผู้ป่วยโรคคลื่นหัวใจรั่ว/ตีบ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ได้รับการผ่าตัดสมองเนื่องจากมีเลือดออกในสมอง รวมทั้งดูแลผู้ป่วยวิกฤติที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เนื่องจากในระยะนั้นยังไม่มี หอผู้ป่วยไอซียูอายุรกรรม พยาบาลจึงดูแลผู้ป่วยที่มีอาการหนัก และผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน พยาบาลของหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงได้รับการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยหนัก และซับซ้อนดังกล่าวโดยผ่านการเรียนรู้ทางคลินิกกับอาจารย์สมจิต และอาจารย์ประคอง รวมทั้งอาจารย์แพทย์ พยาบาลทำการตรวจร่างกายผู้ป่วยเพื่อประเมินและค้นพบความผิดปกติ เช่นการใช้ stethoscope ฟังเสียงการเต้นของหัวใจ ฟังเสียงปอดผู้ป่วยที่ใส่เครื่องช่วยหายใจเพื่อประเมินเสมหะ และตำแหน่งของ endotracheal tube ที่อาจลึกเข้าปอดข้างเดียว การตรวจร่างกายเพื่อประเมินและติดตามผลการตอบสนองต่อการรักษา การเยี่ยมตรวจผู้ป่วยและอภิปรายข้างเตียงผู้ป่วยกับทีมพยาบาลและแพทย์ การให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการดูแล พยาบาลมีส่วนร่วมในการวิจัยทางคลินิก รวมทั้งจัดการประชุมวิชาการประจำเดือนในหอผู้ป่วย และเข้าร่วมการประชุมวิชาการของคณะเพื่อเพิ่มพูนความรู้ทางด้านกรแพทย์และการพยาบาลที่ทันสมัย

การปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงมีผลต่อการฟื้นหายของผู้ป่วยและการ

ลดภาวะแทรกซ้อน รวมทั้งการช่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้เมื่อมีกิจกรรมการดูแลตนเองที่ต้องไปดูแลต่อที่บ้าน เช่นการฉีดอินซูลิน การทำแผล หรือการเปลี่ยนน้ำยาในผู้ป่วยที่ทำ CAPD ทำให้การพยาบาลเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วย อาจารย์แพทย์ และแพทย์ที่ร่วมทำงานดูแลผู้ป่วย และเป็นตัวอย่างให้นักศึกษารุ่นต่อ ๆ มา มีความสนใจและรักที่จะปฏิบัติงานในคลินิก พยาบาลมีความภาคภูมิใจที่เป็นพยาบาล และมีผลงานเขียนตำราการพยาบาลอายุรศาสตร์ร่วมกับอาจารย์โดยอาศัยการศึกษาค้นคว้าและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ผ่านมาเป็นกรณีศึกษา จากผลลัพธ์ดังกล่าว สนับสนุนแนวคิดของอาจารย์สมจิตที่เชื่อว่าวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพการปฏิบัติ (Practice discipline) พยาบาลจึงต้อง “เก่งคลินิก”<sup>1</sup> และอาจารย์มีความเห็นว่าการพยาบาลในคลินิกต้องการพยาบาลทั้งระดับพื้นฐานที่ดูแลผู้ป่วยที่ไม่ซับซ้อนและพยาบาลผู้มีความรู้ความสามารถขั้นสูงที่ดูแลผู้ป่วยที่ยุ่งยากซับซ้อน หรือเรียกว่า ผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (clinical nurse specialist: CNS) ซึ่งพยาบาลที่จะเป็น CNS การเตรียมพยาบาลในระดับปริญญาตรีไม่เพียงพอที่จะทำให้พยาบาลที่ทำงานทางคลินิกดูแลผู้ป่วยที่ยุ่งยากซับซ้อน ควรมีการศึกษาต่อในระดับปริญญาโท อาจารย์สมจิตจึงร่วมกับคณาจารย์ของภาควิชาพยาบาลศาสตร์คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีและคณาจารย์ของคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล จัดหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต ในปี พ.ศ.2520 โดยเป็นหลักสูตรแรกที่มุ่งเน้นผลิตพยาบาลเชี่ยวชาญทางคลินิก เปิดสอน 4 สาขา คือ 1) สาขาการพยาบาลมารดา-ทารก 2) สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ 3) สาขา Acute care nursing และ 4) Ambulatory nursing ซึ่งใน 10 ปีแรกนักศึกษาที่มาเรียนจะเป็นอาจารย์พยาบาล และถ้าเป็นพยาบาล

ที่มาเรียนในหลักสูตรนี้เมื่อสำเร็จการศึกษาจะไปเป็นอาจารย์พยาบาลเนื่องจากสถาบันการศึกษาพยาบาลต้องการอาจารย์พยาบาลที่มีคุณวุฒิปริญญาโท ทำให้อาจารย์พยาบาลที่สำเร็จจากหลักสูตรมีพื้นฐานทางคลินิกที่ดีสำหรับการไปสอนนักศึกษาพยาบาลต่อไป<sup>2</sup>

ต่อมาในปี พ.ศ.2536 มีการปรับหลักสูตรโดยเปลี่ยนชื่อปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต เป็นปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ซึ่งยังมุ่งเน้นการเป็นผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก และเปิดสอน 5 สาขา คือ 1) การพยาบาลมารดา-ทารก 2) การพยาบาลเด็ก 3) การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ 4) การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และ 5) การพยาบาลชุมชน ซึ่งสถาบันการศึกษาพยาบาลหลายแห่งเปิดสอนเช่นกัน โดยมีทั้งแผน ก คือแผนเรียนรายวิชา และทำวิทยานิพนธ์ และแผน ข คือเรียนรายวิชาและทำสารนิพนธ์หรือการศึกษาค้นคว้าอิสระ<sup>2</sup>

ในปี พ.ศ.2541-2544 สภาการพยาบาลที่มีรองศาสตราจารย์ ดร. ทศนา บุญทอง เป็นนายกสภาการพยาบาลมีการทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง เนื่องจากสภาการพยาบาลสามารถให้วุฒิปริญญาแก่พยาบาลที่มีความรู้ความสามารถเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง เช่นเดียวกับแพทยสภาให้วุฒิปริญญาผ่านทางราชวิทยาลัยสาขาต่างให้แก่แพทย์ ซึ่งผ่านการฝึกอบรมในสถาบันศึกษาที่ผลิตแพทย์ ซึ่งมีอาจารย์แพทย์ผู้เชี่ยวชาญฝึกอบรมให้ แต่พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงที่มีความเชี่ยวชาญทางคลินิกยังไม่มีอยู่ในโครงสร้างระบบการพยาบาล และอาจารย์พยาบาลก็อยู่ในระบบอาจารย์มหาวิทยาลัยที่เน้นความเป็นนักวิชาการและการทำวิจัย จึงทำให้ขาดแคลนผู้สอนผู้ฝึกอบรมทางคลินิกให้แก่พยาบาลที่จะเตรียมเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ดังนั้นสภาการพยาบาลและที่ประชุมคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ได้ร่วมกันจัดประชุมเรื่อง การจัดการศึกษาเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ในวันที่ 22-24 สิงหาคม 2544 ซึ่งที่ประชุมมีมติให้หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตที่เปิดสอนในสถาบันการศึกษาเป็นหลักสูตรที่ผลิตผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงทั้งแผน ก และแผน ข โดยมีการกำหนดเกณฑ์มาตรฐานของหลักสูตรซึ่งประกอบโครงสร้างหลักสูตร การจัดการเรียนการสอน และคุณสมบัติอาจารย์ผู้สอน<sup>2</sup> เพื่อให้ผู้ที่สำเร็จจากหลักสูตรที่ปรับครั้งนี้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดเกี่ยวกับผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง มีสมรรถนะที่จะไปสร้างผลงานการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นปัญหาสุขภาพสำคัญของประเทศและมาสมัครสอบเพื่อขอรับวุฒิปริญญาเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงที่มีความเชี่ยวชาญทางคลินิก จากสภาการพยาบาลต่อไป

สถาบันการศึกษาพยาบาลมีการปรับปรุงหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตตามเกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับปริญญาโท ของสภาการพยาบาล เพื่อให้ผู้สำเร็จการศึกษามีคุณสมบัติที่จะขอสอบวัดความรู้เพื่อรับวุฒิปริญญาแสดงความรู้ ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและผดุงครรภ์ โดยปรับเพิ่มจำนวนหน่วยกิต จาก 36 หน่วยกิต เป็นไม่น้อยกว่า 42 หน่วยกิต<sup>3</sup> จากการศึกษาของอรสา พันธุ์ภักดี และคณะ เรื่องรูปแบบการจัดการศึกษาและการพัฒนาอาจารย์เพื่อผลิตพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในสถาบันการศึกษาพยาบาลสังกัดภาครัฐ 10 แห่ง และ เอกชน 3 แห่ง พบว่า สาขาวิชาที่เปิดสอนมากที่สุดคือ สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ และสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต รองลงมาคือ สาขาวิชาการพยาบาลเด็ก โดยมีทั้งแผน ก และแผน ข หรือแผน ก อย่างเดียว หน่วยกิตรวมทั้งหมด 43-49 หน่วยกิต แบ่งตามหมวดวิชามีดังนี้ หมวดวิชาแกนอยู่ระหว่าง 15-18 หน่วยกิต หมวดวิชาเฉพาะสาขา

orsa พันธภักดี

(หมวดวิชาบังคับ) เท่ากันทุกสถาบันคือ 12 หน่วยกิต (แผน ก) วิชาเลือกอยู่ระหว่าง 3-6 หน่วย กิต และ วิทยานิพนธ์ ของแผน ก มี 12 หน่วยกิต สารนิพนธ์ หรือการศึกษานิพนธ์ของแผน ข มี 3-6 หน่วยกิต<sup>4</sup> ตัวอย่างโครงสร้างหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ที่มุ่งผลิตผู้ปฏิบัติการพยาบาล ขั้นสูงที่ไปสอบรับวุฒิบัตร สาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์- ศัลยศาสตร์ ที่เปิดสอนที่ภาควิชา พยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาล รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2546 แผน ก มี 45 หน่วยกิต แผน ข มี 43 หน่วยกิต รายวิชาและจำนวนหน่วยกิตของหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่

และในปี 2552 มีการปรับปรุงหลักสูตรอีกครั้ง ซึ่งทั้ง แผน ก และแผน ข มีจำนวนหน่วยกิตเท่ากัน รวม 42 หน่วยกิต และปรับให้มีวิชาบังคับของสาขามีแขนง เฉพาะ<sup>5</sup> ดังแสดงในรายวิชาและจำนวนหน่วยกิตของ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล ผู้ใหญ่ ซึ่งสอดคล้องกับโครงสร้างหลักสูตร สำหรับ ผู้ขอสอบรับวุฒิบัตรตามประกาศของสภาการพยาบาล เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับปริญญาโท สาขา พยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2552 เพื่อให้มีคุณสมบัติที่จะ ขอสอบวัดความรู้เพื่อรับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความ ชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์<sup>6</sup>

	แผน ก/หน่วยกิต	แผน ข/หน่วยกิต
วิชาแกน	15 หน่วยกิต	15 หน่วยกิต
ระเบียบวิธีวิจัยและการใช้ผลการวิจัย สถิติ มูลฐานทางทฤษฎีใน การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง นโยบายสุขภาพและภาวะผู้นำ แนว คิดการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง พยาธิสรีรและเภสัชวิทยา การ ประเมินภาวะสุขภาพขั้นสูง		
วิชาบังคับเฉพาะสาขา	12 หน่วยกิต	18 หน่วยกิต
การพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูง	2	2
การพยาบาลผู้ใหญ่เจ็บป่วยวิกฤต การพยาบาลผู้ใหญ่เจ็บป่วยเรื้อรัง	4	4
การพยาบาลผู้ใหญ่เจ็บป่วยโรคมะเร็ง ขั้นสูง 1, 2		
ปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่เจ็บป่วยวิกฤต ปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ เจ็บป่วยเรื้อรัง ปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่เจ็บป่วยโรคมะเร็งขั้นสูง 1, 2	6	6
ปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่เจ็บป่วยวิกฤต ปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่ เจ็บป่วยเรื้อรัง ปฏิบัติการพยาบาลผู้ใหญ่เจ็บป่วยโรคมะเร็งขั้นสูง 3	-	3
สัมมนาการพยาบาลผู้ใหญ่ขั้นสูงทางคลินิก	-	3
วิชาเลือก	3	3
วิทยานิพนธ์	12	-
สารนิพนธ์	-	6
<b>รวม</b>	<b>42</b>	<b>42</b>

จะเห็นว่านักศึกษาที่เรียน หลักสูตรพยาบาล ศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ ซึ่งเป็น หลักสูตรที่เน้นผลิตผู้ปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก จะมีการเรียนและฝึกภาคปฏิบัติเฉพาะด้านการ พยาบาลผู้ใหญ่เจ็บป่วยวิกฤตหรือการพยาบาลผู้ใหญ่ เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือ การพยาบาลผู้ใหญ่เจ็บป่วยโรค มะเร็ง ซึ่งนักศึกษาจะเลือกเรียนตามที่ตนเองสนใจ และจะไปทำงานเพื่อเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ในตํานั้น และนักศึกษาที่เรียน แผน ก จะมีหน่วยกิต ฝึกภาคปฏิบัติมากกว่านักศึกษาแผน ก คือ 9 หน่วยกิต หรือประมาณ 500 ชั่วโมง ทำให้ผู้สำเร็จการศึกษา แผน ข ไปขอสอบรับวุฒิปริญญาตรีผู้ปฏิบัติการพยาบาล ชั้นสูงได้เลย ในขณะที่ผู้จบแผน ก ต้องไปทำงานเพิ่ม ประสบการณ์ทางคลินิกอีก 6 เดือนจึงจะขอสอบได้

### กระบวนการสอบเพื่อวัดความรู้ ความ สามารถในการรับวุฒิปริญญาตรีผู้ปฏิบัติการ พยาบาลชั้นสูง (APN)

การสอบเพื่อรับวุฒิปริญญาตรีที่สภาการพยาบาล จัดขึ้นเพื่อวัดความรู้ความสามารถของพยาบาลที่ ปฏิบัติงานทางคลินิกในระดับผู้ปฏิบัติการพยาบาล ชั้นสูง สภาการพยาบาลได้กำหนดเกณฑ์สำหรับ กลั่นกรองคุณสมบัติของผู้สำเร็จปริญญาโทที่มีสมัคร สอบเพื่อขอรับวุฒิปริญญาตรี เนื่องจากพยาบาลที่สำเร็จ การศึกษาระดับปริญญาโทจากหลักสูตรพยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลที่มุ่งผลิตผู้ปฏิบัติการ พยาบาลชั้นสูง และจากหลักสูตรอื่นเช่น หลักสูตร บริหารการพยาบาล เพื่อให้ผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับ ปริญญาโทมีคุณสมบัติและความสามารถเหมาะสมที่ จะเข้าสอบรับวุฒิปริญญาตรีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงที่มี ความเชี่ยวชาญทางคลินิก พยาบาลผู้จบปริญญาโท จากสาขาที่เกี่ยวข้องซึ่งผู้สมัครต้องไปเรียนเพิ่มเติม

เพื่อมีความรู้ทางการพยาบาลในสาขา แนวคิดทางการ พยาบาลหรือมูลฐานทางทฤษฎีในการปฏิบัติการ พยาบาลชั้นสูง และแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาล ชั้นสูงด้วย เมื่อผ่านการกลั่นกรองคุณสมบัติแล้ว จะ เข้าสู่กระบวนการสอบวัดความรู้ความสามารถ โดย สภาการพยาบาลแต่งตั้งคณะกรรมการออกข้อสอบ ดำเนินการสอบข้อเขียน และสอบปากเปล่า การสอบ ข้อเขียนจะมีวิชาแกนซึ่งจะสอบเกี่ยวแนวคิดทางการ พยาบาล นโยบายสุขภาพ ภาวะผู้นำ กฎหมายและ จริยธรรม เป็นต้น ซึ่งข้อสอบหมวดวิชานี้ผู้สมัครสอบ รับวุฒิปริญญาตรีทุกสาขาต้องสอบ และสอบข้อเขียนของ วิชาสาขา เมื่อสอบข้อเขียนผ่านทั้งสองหมวดวิชาจึงจะ ไปสอบปากเปล่าได้ ซึ่งจะเป็นการสอบเกี่ยวกับการ ปฏิบัติในบทบาทของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงที่ ผู้สมัครสอบรับวุฒิปริญญาตรีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ ผู้สอบ ปากเปล่าส่วนใหญ่จะเตรียมแฟ้มสะสมผลงานมาให้ กรรมการสอบพิจารณาด้วย ซึ่งผลการสอบตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ. 2556 มีผู้สอบผ่านและได้รับ วุฒิปริญญาตรีแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการ พยาบาลและการผดุงครรภ์ สาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์จำนวน 747 คน<sup>7</sup> ซึ่งผู้ที่ได้ รับวุฒิปริญญาตรีได้สร้างผลงานที่สะท้อนถึงการเป็นพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ ดังตัวอย่างต่อไปนี้

### ตัวอย่างบทบาทและผลงานของผู้ปฏิบัติการ พยาบาลชั้นสูง

สภาการพยาบาล ประกาศขอบเขตและ สมรรถนะหลักของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขา ต่าง ๆ 9 ด้าน ได้แก่ 1) มีความสามารถในการพัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือ

เฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรค (Care management) 2) มีความสามารถในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเฉพาะโรคที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน (Direct care) 3) มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration) 4) มีความสามารถในการสร้างเสริมพลังอำนาจ (Empowering) การสอน (Teaching) การฝึก (Coaching) การเป็นพี่เลี้ยง ในการปฏิบัติ (Mentoring) 5) มีความสามารถในการให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมายที่ตนเองเชี่ยวชาญ (Consultation) 6) มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agent) 7) มีความสามารถในการใช้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical reasoning and ethical decision making) 8) มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-based practice) และ 9) มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (Outcome management and evaluation)<sup>6</sup> ซึ่ง APN ที่ใช้สมรรถนะดังกล่าวนี้ในการปฏิบัติทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีแก่กลุ่มผู้ป่วยที่รับผิดชอบ ลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล สร้างชื่อเสียงให้กับโรงพยาบาล และมีผลงานที่ได้รับรางวัลระดับชาติหลายคน ดังตัวอย่าง APN สาขาสาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ 2 ท่าน คือ APN จุฬารักษ์ สุริยาทัย และ APN ยุพิน วัฒนสิทธิ์ ที่ได้ถอดบทเรียนไว้หนังสือการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง:บูรณาการสู่การปฏิบัติ ดังนี้

**ตัวอย่าง APN สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรังที่มีค่าใช้จ่ายสูง**

จุฬารักษ์สุริยาทัย APN ของโรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน เป็นพยาบาลผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่ทำให้กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียใน

จังหวัดน่านได้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ผู้ป่วยได้รับสิทธิประโยชน์จากระบบหลักประกันสุขภาพอย่างทั่วถึง ตามโครงการพัฒนาระบบบริหารจัดการตามนโยบายการรักษาผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายสูง APN จุฬารักษ์ สุริยาทัย ใช้สมรรถนะของ APN ในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง พัฒนา จัดการและกำกับระบบการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียซึ่งเป็นกลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายสูง และเกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ ถ้าไม่ได้รับการดูแลจัดการให้ได้รับยาซึ่งเป็นแพ็คเกจริซึมเข้าเช่นได้อย่างเหมาะสม ก่อนการพัฒนากระบวนการดูแลจัดการ APN จุฬารักษ์ สุริยาทัย ทำการวิจัยเชิงสำรวจเพื่อประเมินสถานการณ์ปัญหาและผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียที่มีอยู่ก่อน เมื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่สามารถเข้าถึงสิทธิประโยชน์จากหลักประกันสุขภาพและเมื่อเจ็บป่วยต้องรับไว้ในโรงพยาบาลเพื่อรับส่วนประกอบของเลือดนอนโรงพยาบาล 1-4 สัปดาห์ แล้วนำผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา มาทำโครงการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดย พัฒนาระบบและแสวงหาแหล่งประโยชน์สนับสนุน เช่นมูลนิธิโรคเลือดออกง่ายแห่งประเทศไทย โรงพยาบาลน่าน โรงพยาบาลท่าวังผา โรงพยาบาลรามธิบดี พัฒนาระบบจัดการ สำรองแพ็คเกจริซึมเข้าเช่น ที่พร้อมใช้ในกรณีฉุกเฉินและกรณีที่เป็นอันตรายถึงชีวิต การขึ้นทะเบียนตามสิทธิของผู้ป่วยโรคค่าใช้จ่ายสูงของ สปสช. และวางระบบติดตามข้อมูลผู้ป่วยทั้งในชุมชนและสถานอนามัย วางระบบการเยี่ยมบ้าน ทำงานประสานงานกับทีมสุขภาพ และเจ้าหน้าที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) การดูแลเพื่อให้มีการปฏิบัติตาม Clinical practice guideline โรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย การ

พัฒนาศักยภาพผู้จัดการรายกรณีที่รับผิดชอบการทำงานในระดับจังหวัด เกี่ยวกับการวางระบบบริหารจัดการทรัพยากรของจังหวัด เช่นการจัดสรรเงินเพื่อสั่งซื้อยา การสร้างแนวปฏิบัติเพื่อการดูแลผู้ป่วย วางระบบส่งต่อผู้ป่วย การจัดตั้งกลุ่มผู้ป่วย ฮีโมฟีเลียของภาคเหนือ และการจัดตั้งกลุ่มผู้ป่วยและอาสาสมัครทำงานฮีโมฟีเลียของจังหวัดน่าน<sup>9</sup>

APN จุฬารักษ์ สุริยา จัดทำโครงการดูแลผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย ในปี พ.ศ. 2550 ใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของ Wagner และคณะ ซึ่งประกอบด้วยแนวคิดเกี่ยวข้องกับนโยบายต่างๆ และระบบสุขภาพ การออกแบบระบบบริการ แหล่งประโยชน์ในชุมชน การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย การสนับสนุนการตัดสินใจ และระบบข้อมูลสารสนเทศทางคลินิก เป็นกรอบแนวคิดในการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ และทำการวิจัยเพื่อประเมินผลลัพธ์การดำเนินโครงการดูแลผู้ป่วยฮีโมฟีเลียจังหวัดน่านในปีประมาณ 2551 พบว่า ผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยฮีโมฟีเลียได้ขึ้นทะเบียนอยู่ในระบบของ สปสช. และ เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพได้ทุกคน หนึ่งในสี่ของผู้ป่วยที่อยู่ในโครงการมีความรู้เกี่ยวกับโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลียและการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ไปทำงานได้ ไม่มีรายงานความพิการของข้อเพิ่มขึ้น มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง และผลลัพธ์ที่เกิดกับองค์กรคือ ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาลดลงเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 44.48) ผู้ป่วยไม่ต้องนอนโรงพยาบาล จำนวนครั้งที่มีการเจ็บป่วยด้วยฮีโมฟีเลีย 1.25 ครั้งต่อเดือน ไม่มีการติดเชื้อ ไม่มีการแพ้ยา และเกือบทั้งหมดของผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพ (ร้อยละ 95.50)<sup>9</sup>

การทำงานของ APN จุฬารักษ์ สุริยา ท้าย สะท้อนถึงการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ผู้ที่ผลักดันให้เกิดนโยบายการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายในโรงพยาบาลระดับชุมชนและระดับจังหวัด การนำเสนอผลงานให้เป็นที่ประจักษ์แก่สังคม โดยการตีพิมพ์ในวารสาร และการนำเสนอในที่ประชุมวิชาการระดับชาติและนานาชาติ ทำให้เกิดการยอมรับเรื่องการเป็นต้นแบบของการดูแลผู้ป่วยโรคเลือดออกง่ายฮีโมฟีเลีย และการได้รับรางวัลต่างๆ สร้างชื่อเสียงให้แก่ตนเองและโรงพยาบาลท่าวังผา และทำให้ระบบบริการสุขภาพการยอมรับถึงความต้องการการมี APN APN จุฬารักษ์ สุริยา ท้าย จึงเป็นหนึ่งใน APN ของสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ภาคภูมิใจ ซึ่ง APN จุฬารักษ์ สุริยา ท้ายกล่าวไว้ในการถอดบทเรียนว่า การที่ตนเองประสบความสำเร็จดังกล่าวนี เป็นเพราะได้มองเห็นปัญหาของผู้ป่วยได้โอกาสในการทำงานจากโรงพยาบาล ได้มีที่ปรึกษาจากคณาจารย์ของสถาบันการศึกษาต่างๆ และการได้รับสนับสนุนจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ ซึ่งการมีสมรรถนะของ APN เป็นปัจจัยสำคัญในการทำงานในกลุ่มผู้ป่วยนี้

### ตัวอย่าง APN สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มผู้ป่วยวิกฤติทางอายุรกรรม

ยุพิน วัฒนสิทธิ์ เป็น APN ของโรงพยาบาลสงขลานครินทร์ ยุพิน วัฒนสิทธิ์ เป็นตัวอย่างของ APN ที่พัฒนาบทบาท APN หลังจากสำเร็จการศึกษาพยาบาลระดับปริญญาโทจากหลักสูตรที่มุ่งเน้นการผลิตพยาบาลในบทบาทผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก ซึ่งยังไม่มีการสอนบทบาท APN ยุพิน วัฒนสิทธิ์ ได้กล่าวถึงการพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยวิกฤติกลุ่มที่ใช้เครื่อง

ช่วยหายใจ เพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแล และลดภาวะแทรกซ้อน ทำให้การหย่าเครื่องช่วยหายใจได้สำเร็จ และลดระยะเวลาในการนอนในโรงพยาบาล โดยในระยะแรกที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรมซึ่งมีผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจอยู่หลายคน APN ยุพิน วัฒนสิทธิ์ ได้ใช้ความรู้ความสามารถทางคลินิกและพัฒนสมรรถนะของ APN ด้วยตนเอง ศึกษาปัญหาของผู้ป่วยกลุ่มนี้ การทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ (Patient Care Team: PCT) ด้านอายุรกรรม นำไปสู่การจัดตั้งหอผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ (Respiratory Care Unit: RCU) ที่ใช้พื้นที่ส่วนหนึ่งของหอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย 2 โดยได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้รับผิดชอบจัดตั้งหน่วยนี้ APN ยุพิน วัฒนสิทธิ์ จึงเตรียมโครงสร้างของหน่วยดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจทั้งในด้านอุปกรณ์เครื่องช่วยหายใจ ระบบแก๊ซ การเตรียมมาตรฐานการดูแล การวาง เกณฑ์ การรับ การย้ายผู้ป่วยออก และระบบการจำหน่ายผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ การพัฒนาความสามารถของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ โดยการฝึกและส่งไปปฏิบัติงาน การเตรียมเชิงกระบวนการโดยพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วย การจัดการและการกำกับระบบการดูแล โดยการกำหนดตัวชี้วัดผลลัพธ์ร่วมกับทีม PCT การเตรียมมาตรฐานการดูแล การวาง เกณฑ์ การรับ การย้ายผู้ป่วยออก และระบบการจำหน่ายผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ<sup>10</sup>

APN ยุพิน วัฒนสิทธิ์ ได้แสดงสมรรถนะของ APN ในด้านการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยโดยตรง โดยการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย การประเมินปัญหาทางคลินิก และการตอบสนองของผู้ป่วยญาติต่อสถานการณ์ ความเจ็บป่วยและการให้การช่วยเหลือโดยใช้กรอบแนวคิดทฤษฎีการพยาบาล เช่น Orem, King, ทฤษฎีการปรับตัวต่อความเครียดของ Lazarus & Folkman

เป็นกรอบแนวคิดซึ่งนำการปฏิบัติ การใช้สมรรถนะการประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา เจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ สมรรถนะด้านการเป็นที่ปรึกษา เกี่ยวการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนทางอายุรกรรมแก่พยาบาลในหอผู้ป่วยอายุรกรรม และหอผู้ป่วยอื่นรวมทั้งพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน และได้สร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ เป็นที่ปรึกษาในกับพยาบาลและผู้ช่วยพยาบาลในการพัฒนานวัตกรรมการดูแลผู้ป่วย เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับความเจ็บป่วย การปรับตัว การเตรียมตัวดูแลต่อที่บ้าน การหาแหล่งประโยชน์เพื่อสนับสนุนการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจที่บ้านและผู้ดูแลรวมทั้งการตัดสินใจเชิงจริยธรรม สมรรถนะด้านการเป็นผู้สอน และพี่เลี้ยง โดยสอนนักศึกษาพยาบาลทั้งในระดับปริญญาตรี ปริญญาโท นักศึกษาพยาบาลเฉพาะทางวิกฤติ รวมทั้งนักศึกษาแพทย์ สมรรถนะด้านการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปรับปรุงการรักษาพยาบาล เช่น การป้องกันการติดเชื้อในผู้ป่วยใช้เครื่องช่วยหายใจ (Ventilator Association Pneumonia: VAP) การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการสร้างแนวปฏิบัติและอ้างอิงเมื่อมีความคิดเห็นในการปฏิบัติแตกต่างกัน สมรรถนะด้านการวิจัยเพื่อพัฒนาปรับปรุงผลลัพธ์ทางคลินิก เช่นการวิจัยเพื่อหาวัสดุที่ช่วยให้การทำแผลมีประสิทธิภาพ เช่น การวิจัยการใช้แผ่นปิดแผลไทยนาโนเซลล์สำหรับรักษาบาดแผลชนิดลึกระดับ 2 เพื่อลดความถี่ของการทำแผล และลดความเจ็บป่วยจากการเปลี่ยนแผล ซึ่งเป็นงานวิจัยทางคลินิกที่ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทเอกชนของ

ไทยร่วมกับโครงการสนับสนุนการพัฒนาเทคโนโลยีของอุตสาหกรรมไทย นอกจากนี้ APN ยุพิน วัฒนสิทธิ์ เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญทางคลินิกทำให้ได้รับเชิญเป็นกรรมการชุดต่าง ๆ ของโรงพยาบาล เช่น เป็นกรรมการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล ทำให้มีส่วนร่วมในการสร้างแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานในการดูแลป้องกันการติดเชื้อในกระแสเลือดในผู้ป่วยที่ใส่สายสวนทางหลอดเลือดดำ และนำสู่การปฏิบัติทำให้ลดปัญหาการติดเชื้อในโรงพยาบาล ในระดับที่ต่ำกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้<sup>10</sup>

จะเห็นว่าการปฏิบัติงานของ APN ยุพิน วัฒนสิทธิ์ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิมีผลกระทบต่อผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยและญาติ ผู้ร่วมงานที่เป็นพยาบาล เป็นตัวอย่างของบทบาทพยาบาลผู้เชี่ยวชาญในคลินิกแก่นักศึกษาพยาบาล และเป็นนำการเปลี่ยนแปลงในการพัฒนางานใหม่เพื่อปรับปรุงคุณภาพการรักษายาบาลทำให้โรงพยาบาลมีชื่อเสียงในเรื่องคุณภาพการบริการและลดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาล ซึ่ง APN ยุพิน วัฒนสิทธิ์ ได้กล่าวถึงความสำเร็จของตนเองที่เป็น APN นี้เกิดจากแรงบันดาลใจที่เห็นอาจารย์พยาบาลที่ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล คือ ศาสตราจารย์ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล รองศาสตราจารย์ ประคอง อินทรสมบัติ และผู้ช่วยศาสตราจารย์ วัลลา ตันตโยทัย เป็นต้นแบบการปฏิบัติงานในคลินิกซึ่งตนได้รับการสอนเมื่อตอนไปเรียนปริญญาโท ทำให้มีแนวคิดและวิธีการนำกลับมาสร้างงานเมื่อเรียนจบ นอกจากนี้มีระบบสนับสนุนจากหัวหน้าฝ่ายบริหารการพยาบาล และฝ่ายแพทย์ ทำให้ส่งเสริมการปฏิบัติงานในบทบาทของ APN ให้เป็นที่ยอมรับของแพทย์และผู้ร่วมงาน และสามารถไปสอบรับวุฒิปริญญาตรีปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-

ศัลยศาสตร์ได้ ซึ่งก่อนจะไปสอบรับวุฒิปริญญาตรี ตนเองต้องไปประชุมอบรมเกี่ยวแนวคิดผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงก่อนจึงจะครบคุณสมบัติสมัครสอบ เนื่องจากตอนเรียนปริญญาโทไม่มีสอนวิชานี้ในหลักสูตร<sup>10</sup>

### การปรับเปลี่ยนรูปแบบการพัฒนาผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์

จากตัวอย่าง APN ทั้งสองท่านนี้จะเห็นว่าผู้ที่จะทำงานเป็น APN ได้จะมีปัจจัยส่งเสริมทั้งในเรื่องการสำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโท ความวิริยะอุตสาหะในการปฏิบัติงาน สร้างกลุ่มผู้ป่วยที่จะรับผิดชอบดูแลและพัฒนางาน การมีระบบสนับสนุน หรือได้รับโอกาสจากหน่วยงาน และทำงานมีผลงานเป็นที่ประจักษ์ จึงจะสอบรับวุฒิปริญญาตรีได้ ผู้สำเร็จปริญญาโทสาขาการพยาบาลจึงถูกคาดหวังให้เป็น APN ที่ทำบทบาทดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่มีความยุ่งยากซับซ้อน กลุ่มที่มีค่าใช้จ่ายสูง หรือกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง แต่ผู้ที่จบปริญญาโทไม่ได้ไปทำบทบาท APN ดังที่คาดหวังเนื่องจากขาดปัจจัยสนับสนุนดังกล่าว จากปีพ.ศ. 2546 ถึง ปี พ.ศ. 2556 มีผู้ได้รับวุฒิปริญญาตรีของทุกสาขาจากสภาการพยาบาลเพียง 1,967 คน<sup>7</sup> จากการประมาณการคาดว่าประเทศไทยต้องการ มี APN ประมาณ ร้อยละ 10 ของพยาบาลทั้งหมด คือ ประมาณ 12,000 คน จำนวนการมี APN จึงห่างจากเป้าหมายมาก

เนื่องผู้ที่จะได้วุฒิปริญญาตรีจากสภาการพยาบาล จะต้องสำเร็จการศึกษาพยาบาลระดับปริญญาโท และต้องไปพัฒนาบทบาท สร้างงานให้ได้ หรือแม้แต่ผู้ที่ได้รับวุฒิปริญญาตรีไปแล้ว แต่ไม่สามารถทำบทบาทของ APN ได้เต็มที่ ทำให้การมี APN จำนวนน้อยที่อยู่ใน



ระบบบริการสุขภาพ พิกุล นันทชัยพันธ์ (2552) ได้วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาบทบาท APN ประกอบด้วย 1) ปัจจัยด้านคุณสมบัติของพยาบาลที่เข้าสู่เส้นทางของการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง คือ พยาบาลที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโทจากหลักสูตรที่ไม่ได้เน้นการสอนการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง หรือการจัดการเรียนการสอนและฝึกปฏิบัติตามขอบเขตและสมรรถนะหลักของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ทำให้ผู้สำเร็จการศึกษาพัฒนาสมรรถนะ APN เพื่อสร้างงานของ APN ได้ยาก หรือต้องใช้เวลานาน 2) ปัจจัยด้านการจัดการศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตที่เตรียมผู้สำเร็จไปเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง มีข้อจำกัดในการสอนภาคปฏิบัติ ทั้งในส่วนของผู้เรียนที่ไม่มีความเข้าใจเกี่ยวกับหลักสูตร ไม่มีกลุ่มเป้าหมายผู้ป่วยที่ไปดูแล หรือหน่วยงานไม่มีแผนที่จะให้ผู้ที่สำเร็จการศึกษาไปทำงานในบทบาทของ APN เนื่องจากหัวหน้าไม่เข้าใจเกี่ยวกับงานของ APN ทำให้เมื่อสำเร็จการศึกษาแล้ว ไม่ได้ไปพัฒนาบทบาท APN นอกจากนี้ การสอนภาคปฏิบัติมีข้อจำกัดเกี่ยวกับ พยาบาลที่เสี่ยงในแหล่งฝึก ไม่ได้เป็น APN และอาจารย์พยาบาลผู้สอนก็ไม่ได้มีความเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติ หรือไม่มี Faculty practice จากการศึกษาของ อรรถา พันธ์ภักดีและคณะ พบว่ามีสถาบันการศึกษาเพียงบางแห่งเท่านั้นที่มีการสอนภาคปฏิบัติโดย APN และอาจารย์ที่มี Faculty practice<sup>4</sup> ทำให้นักศึกษาไม่ได้รับเตรียมสมรรถนะ APN อย่างเพียงพอ 3) ปัจจัยทางด้านนโยบายและระบบสุขภาพที่ยังไม่มีความชัดเจนในตำแหน่ง APN และขอบเขตความรับผิดชอบของ APN จึงมีผลต่อการพัฒนาบทบาทและการใช้ประโยชน์จาก APN ในระบบบริการสุขภาพ พยาบาลที่ต้องการจะทำงานในบทบาท APN ในกลุ่ม

ผู้ป่วยที่ตนเองสนใจ ต้องใช้เวลานอกเหนืองานประจำมาทำงานบทบาท APN จึงเป็นภาระที่หนักมาก และ 4) ปัจจัยด้านองค์กรวิชาชีพ คือสภาการพยาบาล ที่ทำหน้าที่ควบคุมคุณภาพสถาบันการศึกษาและหลักสูตรที่ผลิตผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง และทำหน้าที่ออกวุฒิบัตรและควบคุมคุณภาพของผู้ได้รับวุฒิบัตร<sup>11</sup>

ปัจจัยดังกล่าวข้างต้นที่ทำให้ APN พัฒนาบทบาทอย่างยากลำบาก และผู้ที่มาขอสอบรับวุฒิบัตรส่วนใหญ่สอบไม่ผ่าน โดยพบว่ามีเพียงร้อยละ 25-30 ของผู้สมัครสอบในแต่ละปี สามารถสอบผ่านได้รับวุฒิบัตร ซึ่งการสอบแต่ละครั้งมีกระบวนการสอบและเสียค่าใช้จ่ายมาก ผู้มาสอบต้องใช้เวลามากในการไปพัฒนาบทบาทและสร้างงานก่อนมาสอบ และในหลักสูตรระดับปริญญาโทที่มุ่งเน้นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงมีจำนวนหน่วยกิต 43-48 หน่วยกิต ซึ่งเกินเกณฑ์ระดับปริญญาโทมาก รวมทั้งการจัดการหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตที่เน้นการปฏิบัติขั้นสูงไม่สอดคล้องกับการจัดการศึกษาระดับปริญญาโทในมหาวิทยาลัยที่เน้นความเป็นนักวิชาการและการเป็นนักวิจัย ดังนั้นเพื่อให้ APN ที่ได้รับวุฒิบัตรให้กับระบบบริการสุขภาพมากขึ้น และสอดคล้องกับข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยหลักเกณฑ์การออกหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2556<sup>12</sup> สภาการพยาบาลแต่งตั้งคณะกรรมการจัดตั้งหลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิบัตร (เทียบเท่าปริญญาเอก) ซึ่งเป็นหลักสูตรที่มีหน่วยกิตรวมไม่น้อยกว่า 92 หน่วยกิต และมีระยะเวลาฝึกอบรมไม่น้อยกว่า 3 ปี หลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิบัตร สาขาอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ เป็นหนึ่งในหลักสูตรฝึกอบรมที่คณะกรรมการของ

วิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย สภาการพยาบาลสร้างขึ้นเพื่อให้สถาบันการศึกษาพยาบาลที่มีการสอนระดับบัณฑิตศึกษา เปิดหลักสูตรฝึกอบรมนี้ร่วมกับสถาบันร่วมผลิต ซึ่งเป็นแหล่งฝึกที่มีผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และการพยาบาล ผู้เข้าฝึกอบรมต้องผู้สำเร็จการศึกษาพยาบาลปริญญาโท สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ หรือ การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ และเป็นพยาบาลที่หน่วยงานต้นสังกัดอนุมัติให้เข้ารับการฝึกอบรม ผู้ฝึกอบรมต้องศึกษารายวิชาภาคทฤษฎีไม่น้อยกว่า 18 หน่วยกิต หรือ 270 ชั่วโมงและฝึกปฏิบัติไม่น้อยกว่า 50 หน่วยกิต หรือ 3,000 ชั่วโมง และทำวิจัยเทียบได้ 24 หน่วยกิต<sup>13</sup> การสำเร็จการฝึกอบรมจะต้องผ่านการเรียนและฝึกปฏิบัติตามเกณฑ์ มีผลงานวิจัยตีพิมพ์ในวารสารวิชาการ จะเห็นว่าจำนวนหน่วยกิตในโครงสร้างหลักสูตร และเกณฑ์การสำเร็จการศึกษาของผู้ฝึกอบรม มีคุณสมบัติเหมือนผู้จบปริญญาเอกจากหลักสูตรในมหาวิทยาลัยและผู้ฝึกอบรมจบจากหลักสูตรนี้แล้วจะไปสอบเพื่อรับวุฒิปริญญาเอก สภาการพยาบาล แล้วนำวุฒิปริญญาเอกไปเสนอต่อ ก.พ เพื่อขอวุฒิตียบเท่าปริญญาเอกต่อไป

การจัดหลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิปริญญาโท เพื่อแก้ปัญหาให้ APN ได้รับการพัฒนาบทบาทและความรับผิดชอบตรงกับหน่วยงานต้องการ การเรียนในหลักสูตรฝึกอบรม ทำให้ได้พัฒนาสมรรถนะความเชี่ยวชาญและสร้างงานในกลุ่มผู้ป่วยที่จะรับผิดชอบทำให้ลดความยากลำบากที่ต้องไปใช้เวลาสร้างงานตามลำพังอย่าง APN แบบเดิม และทำให้สถาบันการศึกษาที่เปิดสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต ปรับโครงสร้างหลักสูตรให้มีจำนวนหน่วยกิตไม่น้อยกว่า 36 ตามมาตรฐานโครงสร้างหลักสูตรที่สภาการพยาบาลกำหนดใหม่ใน

ปี พ.ศ. 2555 จะช่วยลดระยะที่ใช้ในการศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิปริญญาโท สาขาการพยาบาล อายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ มีแขนงที่เฉพาะ 4 แขนงคือ แขนงวิกฤตและเฉียบพลัน แขนงโรคเรื้อรัง แขนงโรคมะเร็ง และแขนงภาวะฉุกเฉิน การบาดเจ็บและสาธารณสุข โรงเรียนพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นสถาบันการศึกษาแห่งแรกที่เปิดการฝึกอบรมรุ่นแรกในเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2557 โดยมีคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นสถาบันร่วมผลิต ผู้ฝึกอบรมรุ่นแรกนี้มี ๙ คน แยกเป็นแขนงวิกฤตและเฉียบพลัน 1 คน แขนงโรคเรื้อรัง 6 คน แขนงโรคมะเร็ง 2 คน

ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร. สมจิต หนูเจริญกุล กล่าวว่าหลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิปริญญาโท (เทียบเท่าปริญญาเอก) เป็นหลักสูตรหนึ่งที่จะทำให้อาจารย์พยาบาลที่มาเลือกเรียนได้เก่งทางคลินิก ซึ่งอาจารย์พยาบาลควรมีความเชี่ยวชาญทางคลินิก เพื่อจะได้มีความมั่นใจในการสอนนักศึกษาทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ และเห็นปรากฏการณ์หรือปัญหาทางคลินิกที่นำไปสู่การทำวิจัยหรือร่วมมือกับพยาบาลในการทำการวิจัยเพื่อปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล<sup>14</sup>

นอกจากนี้พยาบาลผู้ที่ไม่เข้าเรียนในหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อรับวุฒิปริญญาโท แต่เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานในบทบาท APN สามารถสมัครขอสอบเพื่อขอรับหนังสืออนุมัติแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ได้เช่นกัน จากวิธีการดังกล่าวนี้จะทำให้พยาบาลที่ปฏิบัติงานในบทบาท APN ได้รับรองความเชี่ยวชาญทางคลินิก จะทำให้มีจำนวนพยาบาลผู้เชี่ยวชาญเพิ่มมากขึ้น และเมื่อมีการทำฐานข้อมูลรายชื่อ APN ผู้เชี่ยวชาญในแต่ละด้านไว้ ซึ่งคาดว่าในอนาคต APN นี้จะเป็นแหล่งประโยชน์ที่

สำคัญในการเป็นพยาบาลพี่เลี้ยง (Preceptor) เป็น ผู้ฝึกความเชี่ยวชาญ (Coach) ให้แก่ผู้ฝึกอบรม หลักสูตรวุฒิบัตรต่อไป อย่างเช่น APN ในสหรัฐอเมริกา จะแสดงคุณวุฒิ และความเชี่ยวชาญของตนไว้ เพื่อให้ นักศึกษาหลักสูตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเข้าไป ขอให้ เป็นพยาบาลพี่เลี้ยง (Preceptor) แล้วนักศึกษา จะไปเสนอชื่อ APN ที่เลือกเป็นพี่เลี้ยงกับสถาบัน การศึกษา เมื่อสถาบันพิจารณาเห็นชอบแล้วสถาบันจะ เจริญจากลงเรื่องการฝึกทางคลินิก แต่งตั้งให้พี่เลี้ยง ให้เอกสารรายวิชา วัตถุประสงค์ แบบประเมินผล นักศึกษา APN ที่เป็นพี่เลี้ยงจะรู้เกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ของวิชาที่นักศึกษามาฝึก และช่วยจัดกิจกรรมการฝึก ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ จัดตารางเวลาให้นักศึกษา ได้ฝึกกับตน เป็นต้นแบบให้นักศึกษา การประสาน งานและประเมินผลนักศึกษาร่วมกับอาจารย์ ซึ่ง APN ที่เป็นพี่เลี้ยงจะมีบทบาทสำคัญในการช่วยให้พยาบาล ผู้มาฝึกด้วยปรับเปลี่ยนเข้าสู่บทบาทผู้ปฏิบัติการ พยาบาลขั้นสูง<sup>15</sup>

จะเห็นว่าพัฒนาการผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ของไทย เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาการผู้ปฏิบัติการพยาบาล ขั้นสูงของประเทศไทย ซึ่งมีจุดกำเนิดจากอาจารย์ พยาบาลที่สนใจการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกที่ เป็นเลิศ เพื่อผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยและญาติ และเป็น ที่ยอมรับของทีมงานสุขภาพ นำไปสู่การสร้างหลักสูตร การศึกษาทางการพยาบาลระดับปริญญาโทที่มุ่งเน้น เป็นผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก และพัฒนาเป็นหลักสูตร พยาบาลระดับปริญญาโทที่มุ่งเน้นผู้ปฏิบัติการ พยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์- ศัลยศาสตร์ ที่สภาการพยาบาลควบคุมคุณภาพของ หลักสูตร ผู้สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตรมีแนวทาง

พัฒนาสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเพื่อดูแล ผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรค และสอบเพื่อขอรับ วุฒิบัตร จากสภาการพยาบาล เมื่อเวลาผ่านไปหนึ่ง ทศวรรษหลังจาก สภาการพยาบาลให้มีการสอบรับ วุฒิบัตร จำนวนผู้ที่ได้วุฒิบัตรไม่ได้มากขึ้นตามเป้า หมาย เนื่องปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอก ทำให้ผู้สำเร็จการศึกษาไม่ทุกคนที่สามารถพัฒนา สมรรถนะ สร้างผลงาน และสอบเพื่อรับวุฒิบัตร สภาการพยาบาล โดยวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ ขั้นสูงแห่งประเทศไทย ทำหลักสูตรการฝึกอบรม พยาบาลขั้นระดับวุฒิบัตร (เทียบเท่าปริญญาเอก) เพื่อให้สถาบันการศึกษาพยาบาลในไปจัดการฝึก อบรม ซึ่งสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ และสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตเป็นสอง สาขาแรกที่เปิดรับผู้ฝึกอบรมรุ่นแรกในปี พ.ศ. 2557 สำหรับพยาบาลที่สำเร็จปริญญาโทและมีผลงานของ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงโดยไม่ได้ผ่านหลักสูตรฝึก อบรมพยาบาลขั้นระดับวุฒิบัตร สามารถสมัครสอบ เพื่อขอรับหนังสืออนุมัติผู้มีความรู้ความชำนาญ เฉพาะการพยาบาลและการผดุงครรภ์สาขาการ พยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ จากสภาการ พยาบาลได้ด้วย ซึ่งสองวิธีการนี้จะทำให้มีผู้ปฏิบัติ การพยาบาลขั้นสูงที่มีความเชี่ยวชาญทางคลินิก เพื่อ ตอบสนองความต้องการของสังคมมีจำนวนมากขึ้น

### เอกสารอ้างอิง

1. สมจิต หนูเจริญกุล. พัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล ขั้นสูง. ใน: สมจิต หนูเจริญกุล, อรรสา พันธุ์ภักดี, บรรณาธิการ. การปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง:บูรณาการ สู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฑทอง; 2555. หน้า 13-40.

2. สมจิต หนูเจริญกุล, อรสา พันธักดิ์, ประคอง อินทรสมบัติ, พิกุล นันทชัยพันธ์, สุภามาศ ผาติประจักษ์, รัชนิ นามจันทร์, และคณะ. ประสิทธิภาพและความคุ้มค่าของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในระบบสุขภาพไทย. รายงานการวิจัย. นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการสภา; 2554.
3. สภาการพยาบาล. ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2549 เพื่อให้มีคุณสมบัติที่จะขอสอบวัดความรู้เพื่อรับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2549 [เข้าถึงเมื่อ 4 ธ.ค. 2552]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.tnc.or.th./Law/PDF\\_file/52.pdf](http://www.tnc.or.th./Law/PDF_file/52.pdf)
4. อรสา พันธักดิ์, อัมภพร นามวงศ์พรหม, รัชนิ นามจันทร์, มณี อาภานันท์กุล, อัจฉริยา ปทุมวัน, พรทิพย์ มาลาธรรม, และคณะ. รูปแบบการจัดการศึกษาและการพัฒนาอาจารย์เพื่อผลิตพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในประเทศไทย. สภาการพยาบาล 2553;25(3):89-107.
5. ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ หลักสูตรปรับปรุง พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล; 2552.
6. สภาการพยาบาล. ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง เกณฑ์มาตรฐานหลักสูตรระดับปริญญาโท สาขาพยาบาลศาสตร์ พ.ศ. 2552 เพื่อให้มีคุณสมบัติที่จะขอสอบวัดความรู้เพื่อรับวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2552 [เข้าถึงเมื่อ 26 ม.ค. 2558]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.tnc.or.th./files/2010/02/page-123/\\_31789.pdf](http://www.tnc.or.th./files/2010/02/page-123/_31789.pdf)
7. วิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย สภาการพยาบาล. สรุปจำนวนผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546-2556 [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 26 ม.ค. 2558]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.apnthai.org/CAPNT/main/index.php?page\\_name=APNs](http://www.apnthai.org/CAPNT/main/index.php?page_name=APNs)
8. สภาการพยาบาล. ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง ขอบเขตและสมรรถนะการปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาต่างๆ [อินเทอร์เน็ต]. 2551 [เข้าถึงเมื่อ 26 ม.ค. 2558]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.tnc.or.th./files/2010/02/page-125/\\_20344.pdf](http://www.tnc.or.th./files/2010/02/page-125/_20344.pdf)
9. จุฬารัตน์ สุริยาทัย. กรณีศึกษา: ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในผู้ป่วยโรคฮีโมฟีเลีย. ใน: สมจิต หนูเจริญกุล, อรสา พันธักดิ์, บรรณาธิการ. การพัฒนาบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฬทอง; 2555. หน้า 231-36.
10. ยุพิน วัฒนสิทธิ์. กรณีศึกษา: ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในผู้ป่วยที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ. ใน: สมจิต หนูเจริญกุล, อรสา พันธักดิ์, บรรณาธิการ. การพัฒนาบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฬทอง; 2555. หน้า 237-46.
11. พิกุล นันทชัยพันธ์. พัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง. ใน: สมจิต หนูเจริญกุล, อรสา พันธักดิ์, บรรณาธิการ. การพัฒนาบทบาทผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฬทอง; 2555. หน้า 77-86.
12. สภาการพยาบาล. ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยหลักเกณฑ์การออกหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2556. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 330, ตอนพิเศษ 31 ง (8 มีนาคม 2556): 75-83.

13. วิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย สภากาชาดพยาบาล. หลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลชั้นสูง ระดับวุฒิบัตรสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์- ศัลยศาสตร์พ.ศ. 2556 [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 26 ม.ค. 2558]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.apnThai.org/CAPNT/page/document/CBP / CBP\\_Med.pdf](http://www.apnThai.org/CAPNT/page/document/CBP / CBP_Med.pdf)
14. สมจิต หนูเจริญกุล. ประธานคณะกรรมการบริหาร วิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย. สัมภาษณ์, วันที่ 20 พฤศจิกายน 2557.
15. Link DG. The teaching- coaching role of the APN. J Perinat Neonat Nurs 2009;23(3): 279-83.

## Development of Thai Medical– Surgical Advanced Practice Nurse

Orasa Panpakdee<sup>1</sup> RN, DNS, Dip. APMSN

**Abstract:** Advanced practice nursing reflects advancement of the nursing profession in clinical practice. Advanced practice nurses in Medical–Surgical Nursing provide care for patients with complex health problems. They use competency in advanced practice nursing for patients’ desirable outcomes in treatment, functional ability, self-care ability, and quality of life, resulting in good organizational outcomes in terms of reduced cost, length of hospital stay, teamwork development, and human resource development, as well as prestige of their hospital. Advanced practice nursing was initiated by clinical nurse faculties in Medical Nursing value the excellence of clinical practice. The Master of Nursing Science Program is developed for preparing advanced practice nurses. However, the healthcare policy factor, the personal factor of advanced practice nurses, the organizational factor, and the educational factor for preparing the advanced practice nurses do not adequately facilitate their roles. Therefore, the number of certified advanced practice nurses in Medical–Surgical Nursing is less than requirement. To enhance the number of advanced practice nurses, two strategies should be performed by strengthening competency of advanced practice nurses in the Board Certified Training Program in Medical –Surgical Nursing and promoting advanced practice roles of nurses who do not enroll in the training program to be able to pass the examination for the Diplomate certificate, Thai Board of Advance Practice in Medical–Surgical Nursing (Dip. APMSN). These two strategies should increase the number of advanced practice nurses and thereby, serving to the healthcare demands of people in the Thai society.

*Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2014; 1(1) 31-46*

**Keywords:** Advanced Practice Nurse in Medical– Surgical Nursing Development Certified Process, Role development

---

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

# ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุกับสังคมสูงอายุไทย

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

**บทคัดย่อ:** การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุ และองค์ประกอบของผู้สูงอายุวัยปลายคืออายุ 80 ปีขึ้นไปเพิ่มมากขึ้นด้วยการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป การอยู่กับคู่สมรสเท่านั้นและอยู่คนเดียวเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุมีความซับซ้อนขึ้นและเป็นผู้ใช้บริการสุขภาพส่วนใหญ่ ทั้งภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลัน เรื้อรัง และการดูแลระยะยาว วิชาชีพพยาบาลรองรับสังคมสูงอายุด้วยการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุที่ผ่านการศึกษาและฝึกอบรมเฉพาะ โอกาสสำคัญคือการใช้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุในองค์กรและกำหนดนโยบายกำลังคนเพื่อพัฒนาบริการสุขภาพสำหรับกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยสูงอายุ

*วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2557; 1 (1) 47-56*

**คำสำคัญ:** ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านการพยาบาลผู้สูงอายุ, สังคมสูงอายุไทย

---

<sup>1</sup>รองศาสตราจารย์ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ปรึกษา คณะอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

## บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรอันเนื่องมาจากอัตราการเจริญพันธุ์ลดลงและอัตราการรอดชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ส่งผลให้ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุ ประชากรวัยสูงอายุ คืออายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มอย่างต่อเนื่อง และใช้เวลารอดเร็วกว่าประเทศอื่นจาก 1.2 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2503 เป็นประมาณ 8.5 ล้านคนในปี พ.ศ. 2553 และจะเพิ่มเกิน 20 ล้านคนในปีพ.ศ. 2583 โดยสัดส่วนประชากรสูงอายุเพิ่มจากร้อยละ 4.6 ใน ปี พ.ศ. 2503 เป็นร้อยละ 5.5 และร้อยละ 13.2 ในปี พ.ศ. 2523 และ 2553 ตามลำดับและคาดประมาณว่าจะเป็นร้อยละ 32.1 ในปีพ.ศ. 2583 ประชากรวัยเด็กจะเท่ากับสัดส่วนของประชากรวัยสูงอายุในปีพ.ศ. 2560<sup>1</sup> ทศวรรษหน้าผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไปจะมีจำนวนมากกว่าเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี<sup>2</sup> สำหรับประชาคมอาเซียน มีเพียงประเทศสิงคโปร์เท่านั้นที่สัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าประเทศไทย นอกจากประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมากแล้ว ผลการคาดประมาณประชากรปีพ.ศ. 2553 - พ.ศ. 2583 พบว่าสัดส่วนประชากรวัยปลาย (อายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป) มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นชัดเจนจากร้อยละ 12.7 ของประชากรสูงอายุทั้งหมดเป็นเกือบ 1 ใน 5 ของประชากรสูงอายุ นำไปสู่การเพิ่มขึ้นของประชากรที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง นอกจากนี้สัดส่วนประชากรกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปเป็นผู้สูงอายุหญิงถึงร้อยละ 63 สำหรับสถานภาพสมรส ผู้สูงอายุหญิงเป็นหม้ายมากกว่าผู้ชายสูงอายุ คือร้อยละ 41.2 และร้อยละ 13.1 การเข้าสู่สังคมสูงอายุเป็นความท้าทายและโอกาสของสังคมไทยที่จะต้องกำหนดนโยบายและโปรแกรมด้านผู้สูงอายุโดยรัฐบาล องค์กรเอกชนและวิชาชีพสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถเป็น

อิสระ ช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่มีหลักประกันในชีวิต และอยู่อย่างมีคุณค่าสมศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ระบบการเกื้อหนุนของสังคมไทยบุตรที่เป็นผู้ใหญ่ยังคงเป็นผู้ให้การสนับสนุนพ่อแม่ที่เป็นผู้สูงอายุ แต่อัตราการเจริญพันธุ์ที่เปลี่ยนแปลง ทำให้ครอบครัวขนาดเล็กและเป็นที่มาของการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไป การอาศัยอยู่กับบุตรลดลงอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ พ.ศ. 2529 - 2554 จากร้อยละ 76.9 เป็นร้อยละ 56.5<sup>2</sup> การอยู่อาศัยคนเดียว หรืออาศัยอยู่กับคู่สมรส เท่านั้นเพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับปีพ.ศ. 2550 และปีพ.ศ. 2554 นอกจากนี้ยังเกิดครอบครัวหัวงกลางที่มีหลาน อาศัยอยู่กับปู่ย่าตายาย แสดงถึงการเกื้อหนุนระหว่างบุตร และผู้สูงอายุที่ต่างให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน รวมทั้งผู้สูงอายุยังดูแลบ้านและทำงานบ้านให้กับบุตรด้วย

## สุขภาพและการใช้บริการสุขภาพ

สุขภาพเป็นเรื่องสำคัญสำหรับผู้สูงอายุ และเป็นปัจจัยของการอยู่ดีมีสุข<sup>3</sup> ปัญหาสุขภาพมีผลจากกระบวนการเปลี่ยนแปลงจากความสูงวัยรวมทั้งปัจจัยเสี่ยงสุขภาพในผู้สูงอายุมีหลายมิติ เป็นมากกว่ามิติทางการแพทย์ หรือโรค ครอบคลุมความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันขั้นต่อเนื่องการศึกษาการรับรู้ความสุขของผู้สูงอายุพบว่าดัชนีความสุขเฉลี่ย 7.4 คะแนน จาก 10 คะแนน กลุ่มอายุเพิ่มขึ้นคะแนนดัชนีความสุขมีแนวโน้มลดลง<sup>1</sup> การประเมินสุขภาพโดยตนเองของผู้สูงอายุซึ่งเป็นการรับรู้สุขภาพทั่วไป ผู้สูงอายุวัยปลาย คืออายุ 80 ปีขึ้นไปประเมินสุขภาพที่ลดลงรับรู้สุขภาพดีและดีมาก เพียงร้อยละ 26 และสุขภาพไม่ดีร้อยละ 30 ยิ่งสูงอายุมากการรับรู้ภาวะสุขภาพไปในทางเสื่อมลง<sup>2</sup>



สำหรับการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นตัวชี้วัดสุขภาพของผู้สูงอายุภาวะทุพพลภาพเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน กิจวัตรขั้นพื้นฐานที่มีข้อจำกัดมากที่สุดคือการใช้ห้องสุขาและการเดินไปมาในบ้านการกลั้นปัสสาวะและอุจจาระไม่ได้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นต่อเนื่อง(Instrumental activity of daily living) ที่มีข้อจำกัดมากที่สุดคือการใช้โทรศัพท์ เดินไกล 400 เมตร การหิ้วของหนักการทำงานบ้านหนัก ขับรถหรือใช้ขนส่งมวลชน ส่วนกิจกรรมอื่นที่มีข้อจำกัดได้แก่การจัดการจัดยากินเองและการเดินออกนอกบ้าน<sup>3</sup> ครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไป มีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวันขึ้นต่อเนื่อง 3 กิจกรรมขึ้นไป

ส่วนปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่พบบ่อยซึ่งเกี่ยวข้องกับความเสี่ยง ได้แก่ปัญหาการมองเห็น ความชุกของต่อกระดูก ปัญหาการได้ยินการบาดเจ็บคือมีพื้นที่น้อยกว่า 20 ซี และการหกล้ม ปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาซ่อนเร้น นอกจากนี้ภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พบความชุกถึงร้อยละ 12.3 เมื่อพิจารณาตามอายุและเพศยังพบว่าภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นตามอายุ สูงสุดในกลุ่ม 80 ปีขึ้นไป ซึ่งพบร้อยละ 32.5 ความชุกในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย และยังพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่รู้หนังสือมีความชุกของภาวะสมองเสื่อมมากที่สุดถึงร้อยละ 26.7<sup>3</sup> ส่วนภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุจากการสัมภาษณ์ประวัติที่เคยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ได้แก่โรคข้อเสื่อมโรคเก๊าท์ นิ้วในทางเดินปัสสาวะ โรคไตเรื้อรังและโรคหอบหืด ส่วนโรคในกลุ่มหัวใจและหลอดเลือดในประชากรไทย อายุ 60 ปีขึ้นไปคือ ความดันโลหิตสูงเบาหวานคอเลสเตอรอลในเลือดสูง โรคอ้วนลงพุง เมตาบอลิกซินโดรม กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

และโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับการสำรวจปัญหาสุขภาพจิตความชุกของภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้นตามอายุเช่นกัน ผู้สูงอายุมักเป็นโรคหลายโรคพร้อม ๆ กันและมีผลกระทบซึ่งกันและกัน ใช้ยาหลายชนิด ดังนั้นปัญหาและความต้องการจึงซับซ้อน เมื่อมีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน เกิดการบาดเจ็บ หรือโรคเรื้อรังกำเริบจะมีผลต่อสุขภาพโดยรวมและความสามารถในการกิจวัตรประจำวันถดถอย ประชากรสูงอายุเป็นกลุ่มที่ใช้บริการสุขภาพสูงกว่ากลุ่มอื่น การดูแลผู้สูงอายุต้องการการดูแลอย่างบูรณาการ ต่อเนื่อง ประสานเชื่อมโยงกันระหว่างบ้าน ชุมชน โรงพยาบาล หรือสถานบริการ และการบริการสุขภาพต้องควบคู่กับบริการทางสังคม

### กฎหมายและแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ

การเข้าสู่สังคมสูงอายุเป็นเรื่องสำคัญมีผลต่อสภาพสังคม เศรษฐกิจ และการจ้างงาน ดังนั้นรัฐจึงมีการเตรียมการอย่างเหมาะสมเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางสังคมโดยมีนโยบายและแผนงานรองรับทั้งระยะสั้นและระยะยาว เริ่มจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้ระบุถึงภารกิจที่มีต่อประชากรสูงอายุ จัดทำปฏิญญาผู้สูงอายุไทยในปี พ.ศ. 2542 ออกพระราชบัญญัติผู้สูงอายุแห่งชาติ (พ.ศ. 2546) และแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ซึ่งเป็นแผนระยะยาว 20 ปี แผนผู้สูงอายุฯ เป็นแผนยุทธศาสตร์หลักในการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุเพื่อให้มีกรอบและแนวปฏิบัติงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุสำหรับทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง อันจะนำไปสู่บูรณาการงานด้านผู้สูงอายุที่สอดประสานบริการสุขภาพและบริการสังคมแผนผู้สูงอายุฯ ฉบับที่ 2 กำหนดยุทธศาสตร์ไว้ 5 ด้านคือยุทธศาสตร์ที่ 1 การเตรียมความพร้อมของประชากรเพื่อวัยสูงอายุที่มีคุณภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การส่งเสริมผู้สูงอายุและพัฒนาผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ ยุทธศาสตร์ที่ 4 การบริหารจัดการเพื่อการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุระดับชาติและการพัฒนาบุคลากร และยุทธศาสตร์ที่ 5 ประมวลและพัฒนางานองค์ความรู้ด้านผู้สูงอายุและการติดตามประเมินผลการดำเนินการแผนฯ เมื่อวิจัยติดตามและประเมินแผนฯ ระยะที่ 1 ช่วงปีพ.ศ. 2545 – 2549<sup>4</sup> พบว่างานด้านผู้สูงอายุซึ่งมีทั้งหมด 57 ดัชนี ผ่านการประเมินเพียงร้อยละ 57.9 จึงจำเป็นต้องมีการปรับปรุงแผนฯ ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ. 2552<sup>5</sup> ในยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านระบบการคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสุขภาพมีเพิ่มเติมคือ ส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางสุขภาพและการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างทั่วถึง ให้อัตราที่จำเป็นตามมาตรฐานการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแล จัดตั้งและพัฒนาบริการทางสุขภาพและสังคมรวมทั้งระบบการดูแลระยะยาวในชุมชนที่เข้าถึงผู้สูงอายุโดยเน้นบริการถึงบ้าน และมีการดูแลสอดประสานกันระหว่างบริการทางสุขภาพและทางสังคม จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียง 120 เตียงขึ้นไป นอกจากนี้ในยุทธศาสตร์ที่ 4 มาตรการสนับสนุนส่งเสริมพัฒนาบุคลากรด้านการผลิตและฝึกอบรมด้านผู้สูงอายุระดับวิชาชีพและผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างเพียงพอและได้มาตรฐานเมื่อติดตามประเมินแผนฯ ระยะที่ 2 (พ.ศ. 2550 – 2554) พบว่ายุทธศาสตร์ที่ 1 และ 3 ผ่านเกณฑ์ตามตัวชี้วัดยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายโดยเฉพาะมาตรการส่งเสริมการเข้าถึงบริการทางสุขภาพและการตรวจสุขภาพประจำปีอย่างทั่วถึง ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพซึ่งมีภาวะพึ่งพิงได้รับการเยี่ยมบ้านเพียงร้อยละ 38.7 มีข้อเสนอให้ขยายระบบการดูแลระยะยาว

## วิชาชีพพยาบาลกับสังคมสูงอายุไทย

สังคมสูงอายุเป็นความท้าทายสำหรับวิชาชีพพยาบาลเนื่องจากวิชาชีพการพยาบาลรับผิดชอบสุขภาพของบุคคลตลอดช่วงวัยของชีวิตและปฏิบัติงานด้านหน้า กว้างขวางทั้งในสถานบริการทุกระดับทั้งที่บ้านและชุมชน การเข้าสู่สังคมสูงอายุทำให้ผู้ใช้บริการสุขภาพส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและต้องเป็นบริการเชิงรุกเพื่อคงสภาพ (restoration) คือดำรงสภาพไม่ให้มีภาวะทุพพลภาพ สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวันได้ยาวนานที่สุด เมื่อเจ็บป่วยเฉียบพลันได้รับการรักษาพยาบาล ป้องกันกลุ่มอาการในผู้ป่วยสูงอายุ (geriatric syndrome) การเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ (functional decline) ภาวะพ้อ เป็นต้นและฟื้นฟูสภาพให้ใกล้เคียงภาวะปกติโดยเร็วองค์ประกอบของการดูแลผู้สูงอายุมีดังนี้

1. ส่งเสริมให้เข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีความสุขชาติโดยช่วงเวลาที่จะช่วยเหลือตนเองได้ยาวนานและทุพพลภาพสั้นที่สุด
2. ส่งเสริมให้เกิดสุขภาพแม้จะมีโรคเรื้อรัง 1 อย่างหรือมากกว่า 1 อย่าง
3. ให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ที่เจ็บป่วยซับซ้อนและเปราะบางได้เข้าถึงและสนับสนุนช่วยเหลือในภาวะวิกฤต
4. การดูแลในภาวะเฉียบพลันอย่างมีคุณภาพ
5. วางแผนจำหน่ายและดูแลสนับสนุนหลังจำหน่าย
6. การฟื้นฟูสภาพ และให้กลับมีความสามารถใกล้เคียงสภาพเดิมโดยเร็ว
7. การดูแลระยะยาวอย่างมีคุณภาพและสมศักดิ์ศรี
8. การดูแลในระยะท้ายของชีวิต

พยาบาลรองรับสังคมสูงอายุด้วยการพัฒนาหลักสูตรเพิ่มเนื้อหาการพยาบาลผู้สูงอายุตั้งแต่หลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล หลักสูตรพยาบาลศาสตรระดับปริญญาตรี การเปิดหลักสูตรบัณฑิตศึกษาศาขการพยาบาลผู้สูงอายุ และสภากการพยาบาลโดยวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงเปิดหลักสูตรฝึกอบรมเพื่อวุฒิบัตรผู้มีความรู้ความชำนาญสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ และออกหนังสืออนุมัติบัตร

การเข้าสู่สังคมสูงอายุกิ่งทำให้ปัญหาสุขภาพมีความซับซ้อน จากการเพิ่มสัดส่วนและจำนวนผู้สูงอายุวัยปลาย การขยายเวลาของการเจ็บป่วยและเพิ่มภาวะพึ่งพา การลดลงของศักยภาพการเคลื่อนไหวของครอบครัว<sup>1</sup> การเปลี่ยนแปลงจากความสูงวัยและภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังจึงพบว่าผู้สูงอายุมีภาวะเรื้อรังหลายอย่าง (multiple chronic conditions) และใช้ยาหลายชนิดรวมทั้งใช้บริการสุขภาพหลายแห่ง ดังนั้นอาจเกิดการดูแลแบบแยกส่วน ร่วมกับปัญหาและความต้องการการดูแลที่เพิ่มขึ้นและความสามารถในการดูแลตนเองมีความจำกัด การดูแลผู้สูงอายุจึงต้องการการดูแลต่อเนื่อง เชื่อมโยงประสานกัน ทั้งการดูแลในสถานบริการ การดูแลที่บ้านและชุมชน รวมทั้งสถานบริบาลระยะยาว โดยครอบคลุมการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและกลุ่มอาการสูงอายุ คัดกรองโรค รักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ วิทยาลัยพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นสูงเปิดหลักสูตรฝึกอบรมวุฒิบัตรในสาขาการพยาบาลและออกหนังสืออนุมัติบัตรเฉพาะทางการพยาบาลสาขาต่าง ๆรวมทั้งสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ เป็นแผนการพัฒนาบุคลากรพยาบาล ซึ่งเป็นไปตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ตามมาตรการการผลิตและฝึกอบรมด้านผู้สูงอายุระดับวิชาชีพให้เพียงพอได้มาตรฐาน ในปัจจุบันมีพยาบาลที่สำเร็จการศึกษาผ่านการสอบวุฒิบัตรสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

114 คน ซึ่งเป็นตำแหน่งผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงกระจายอยู่ในโรงพยาบาลทุกระดับทั่วประเทศ

### ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุและการเข้าสู่สังคมสูงอายุกไทย

การพัฒนาผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุในปัจจุบันสอดคล้องและเป็นความต้องการกับการเข้าสู่สังคมสูงอายุกของประเทศไทย เนื่องจากเป็นผู้นำทางคลินิกและออกแบบระบบการบริการผู้สูงอายุทั้งภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน กิ่งเฉียบพลัน และการพยาบาลผู้สูงอายุในระยะยาว โดยกำหนดขอบเขตการปฏิบัติและสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุโดยขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุหมายถึง การกระทำการพยาบาลโดยตรงในผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนหรือมีปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ในภาวะเจ็บป่วยระยะเฉียบพลันเรื้อรังระยะยาว และ/หรือระยะสุดท้าย โดยใช้การจัดการรายกรณี หรือวิธีการอื่น ๆ รวมทั้งการจัดการให้มีระบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพ บูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ ผลการวิจัย ความรู้ ทฤษฎีการพยาบาล และทฤษฎีอื่น ๆที่เกี่ยวข้อง ให้เหตุผลและตัดสินใจจริยธรรม ปฏิบัติการพยาบาลด้วยความชำนาญและทักษะการพยาบาลชั้นสูง มุ่งเน้นผลลัพธ์ทั้งระยะสั้นและระยะยาว พัฒนานวัตกรรมและกระบวนการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุกกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่อง เป็นที่ปรึกษาให้กับผู้ร่วมงานในการพัฒนาความรู้และทักษะงานเชิงวิชาชีพ ตลอดจนติดตามประเมินคุณภาพและจัดการผลลัพธ์ โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงประเมินผลการดูแลผู้สูงอายุ/

ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเป้าหมาย การปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุแบ่งเป็น 2 แขนงวิชาคือ<sup>6</sup>

แขนงการพยาบาลผู้สูงอายุในภาวะเฉียบพลันและกึ่งเฉียบพลัน ผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน

แขนงการพยาบาลผู้สูงอายุในระยะยาวผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเป้าหมายคือ ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนหรือมีปัญหาสภาพที่สำคัญในภาวะเจ็บป่วยระยะเรื้อรัง/ระยะยาว และ/หรือระยะสุดท้าย และมีความต้องการการดูแลระยะยาว สมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุมี 9 สมรรถนะคือ

สมรรถนะที่ 1 มีความสามารถในการพัฒนาจัดการและกำกับระบบการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มเป้าหมาย (Care Management)

สมรรถนะที่ 2 มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสภาพซับซ้อน (DirectCare)

สมรรถนะที่ 3 มีความสามารถในการประสานงาน (Collaboration)

สมรรถนะที่ 4 มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowering) การสอน (educating) การฝึก (coaching) และการเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (mentoring)

สมรรถนะที่ 5 มีความสามารถในการให้คำปรึกษาทางคลินิกในการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเป้าหมาย (Consultation)

สมรรถนะที่ 6 มีความสามารถในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent)

สมรรถนะที่ 7 มีความสามารถในการให้เหตุผลและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethicalreasoning and decision making)

สมรรถนะที่ 8 มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice)

สมรรถนะที่ 9 มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเป้าหมาย (outcome management and evaluation)

ขอยกตัวอย่างสมรรถนะและการปฏิบัติที่แสดงถึงการปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะของแขนงการพยาบาลผู้สูงอายุในภาวะเฉียบพลันและกึ่งเฉียบพลันในสมรรถนะที่ 1 และสมรรถนะที่ 2 จาก 9 สมรรถนะรวมทั้งการปฏิบัติเพื่อแสดงถึงสมรรถนะ ดังนี้

สมรรถนะที่ 1 มีความสามารถในการพัฒนาจัดการและกำกับระบบการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุในภาวะเฉียบพลัน และกึ่งเฉียบพลัน (Care Management)

การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ

1. วิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้เจ็บป่วยในภาวะเจ็บป่วยระยะเฉียบพลันและกึ่งเฉียบพลัน

2. สร้างทีมการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้เจ็บป่วยในภาวะเจ็บป่วยระยะเฉียบพลันและกึ่งเฉียบพลันในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลในหอผู้ป่วยแผนกต่างๆ เช่น แผนกผู้ป่วยนอก ตลอดจนหอผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติหรือหอผู้ป่วยเฉพาะต่างๆ

3. จัดระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลโดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์

4. กำกับและควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างต่อเนื่องในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล ในหอผู้ป่วย แผนกต่างๆ

5. สร้างระบบส่งต่อผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพระหว่าง สถานบริการสุขภาพ สถานดูแลผู้ป่วย ที่บ้าน และในชุมชน

6. ช่วยเหลือผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุให้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพพิทักษ์สิทธิประโยชน์ตลอดจนการป้องกันการทารุณกรรมผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล ในหอผู้ป่วยแผนกต่าง ๆ

7. สร้างฐานข้อมูลผู้ดูแลและครอบครัวผู้สูงอายุเพื่อใช้ประโยชน์ในการควบคุมคุณภาพและในการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มเป้าหมาย

สมรรถนะที่ 2 มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อนในภาวะเฉียบพลัน และกึ่งเฉียบพลัน (DirectCare)

การปฏิบัติที่แสดงถึงสมรรถนะ

1. ประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบครอบคลุมทั้งสุขภาพกาย จิตสังคมจิตวิญญาณและความสามารถในการทำหน้าที่โดยเลือกใช้เครื่องมือประเมินสุขภาพและเทคโนโลยีที่ได้มาตรฐานและเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม

2. วินิจฉัยปัญหาและแยกแยะความแตกต่างระหว่างความสูงอายุปกติกับกระบวนการเจ็บป่วยและการเกิดโรคโดยใช้ศาสตร์ด้านสูงอายุ ทฤษฎีความสูงอายุ พยาธิสรีรวิทยาทฤษฎีการพยาบาลและทฤษฎีอื่น ๆ ตลอดจนประสบการณ์ทางคลินิก

3. ประเมิน ป้องกันและบำบัดรักษากลุ่มอาการหรือปัญหาทางคลินิกที่ซับซ้อนโดยใช้ความรู้ ทฤษฎีและหลักฐานเชิงประจักษ์ใช้เหตุผลทางคลินิกและจริยธรรมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนแบบองค์รวม

4. คัดกรองและค้นหาภาวะผิดปกติหรือการเจ็บป่วยที่พบบ่อยในผู้สูงอายุได้ตั้งแต่แรกเริ่มเพื่อการป้องกัน ชะลอความก้าวหน้า โดยใช้เครื่องมือมาตรฐาน การตรวจร่างกายและ แปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและจัดการได้ปลอดภัย

5. จัดโปรแกรมส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อ ป้องกันและหรือชะลอความเสื่อมถอยของความสามารถในการทำหน้าที่ทางกาย ทางจิตและการรู้คิดด้วยโปรแกรมที่อาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์เช่น โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย โภชนาการ และการคิดรู้ เป็นต้น

6. สร้างภาคีเครือข่ายกับชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรศาสนา ศูนย์อุปกรณ์การแพทย์ เพื่อใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว

7. การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยสูงอายุที่เปราะบาง (frailty) มีปัญหาซับซ้อนและต้องการความช่วยเหลือในครอบครัว

8. ประเมินแผนการวางแผนจัดการประสานงานและส่งต่อเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยสูงอายุเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

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

10. จัดการกับปัจจัยเสี่ยงหรือสิ่งแวดล้อมที่อาจทำให้เกิดความเสื่อมถอยของการทำหน้าที่คุณภาพชีวิตและภาวะทุพพลภาพอย่างมีประสิทธิภาพ

11. ประเมินและคาดการณ์ปัญหาที่ซับซ้อนจากอาการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคร่วมหรือมีปัญหาซับซ้อนและวางแผนป้องกันแก้ไขได้อย่างถูกต้องและทันเหตุการณ์

12. มีความสามารถในการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ในการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน

13. ตรวจจับโรคเบื้องต้น และจัดการภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

14. ตัดสินใจและวางระบบการให้วัคซีนและภูมิคุ้มกันในผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุที่ทันเวลาและอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์

15. นัดหมายติดตามให้การบำบัดรักษาและประเมินผลลัพธ์ผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุที่พ้นหายจากภาวะเจ็บป่วยระยะเฉียบพลัน/กึ่งเฉียบพลัน

16. สร้างระบบและจัดการบริหารยาในผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุภาวะเจ็บป่วยระยะเฉียบพลัน/กึ่งเฉียบพลันอย่างปลอดภัยและมีประสิทธิภาพ

17. สร้างระบบพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล อาสาสมัคร และหรือผู้ดูแลเป็นทางการในการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุภาวะเจ็บป่วยระยะเฉียบพลัน/กึ่งเฉียบพลัน

เมื่อพิจารณาสมรรถนะและการปฏิบัติที่แสดงสมรรถนะจะเห็นว่าผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุมีบทบาทสำคัญตั้งแต่การพัฒนาจัดการและกำกับระบบการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุในสถานบริการสุขภาพและหรือในชุมชน รวมทั้งการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีการวิเคราะห์สถานการณ์ผู้สูงอายุ จัดทำฐานข้อมูลเพื่อวางแผนกลุ่มเป้าหมายอย่างครอบคลุมสำหรับ ผู้สูงอายุทุกกลุ่ม เช่น ผู้ป่วยสูงอายุในแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน แผนกอายุรศาสตร์ ศัลยศาสตร์ ผู้ป่วยแผนกอร์โธปิดิกส์ (กลุ่มที่ผ่าตัดข้อสะโพก) ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้มีปัญหาและความต้องการเฉพาะที่เป็นการดูแลเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ (geriatric specific care) ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุที่ผ่าน

การเตรียมมาทั้งความรู้ชั้นสูง ความชำนาญและประสบการณ์สามารถพัฒนาแนวปฏิบัติ ออกแบบระบบ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงการดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติงานร่วมกับพยาบาล เป็นที่ปรึกษา เพื่อปรับปรุงระบบการดูแลผู้สูงอายุในหน่วยงาน ระหว่างสถาบันและระดับชาติ รวมทั้งการเผยแพร่ความรู้ ในวารสารวิชาการหรือช่องทางอื่น ๆ ตัวอย่างการออกแบบระบบระดับโรงพยาบาล ได้แก่ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ (hospital elder life program) เป้าหมายเพื่อป้องกัน สับสนเฉียบพลันหรือเพื่อและป้องกันความเสื่อมถอยของการทำหน้าที่หน่วยดูแลผู้สูงอายุเจ็บป่วยเฉียบพลัน (acute care for elders unit) ที่มีเป้าหมายป้องกันและหรือจัดการปัญหาเฉพาะที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ เป็นการทำงานร่วมกันเชิงสหวิชาชีพ นอกจากนี้ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสามารถพัฒนาและนำไปใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน (transitional care model) ทั้งโรงพยาบาลตั้นนั้นจะเห็นได้ว่าผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุสามารถปรับปรุงคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้ป่วยสูงอายุในภาวะเฉียบพลัน กึ่งเฉียบพลันและมีแนวคิดการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน ช่วยให้อยู่ที่บ้านยาวนานที่สุด รวมทั้งเกิดโปรแกรมช่วยเหลือครอบครัวและผู้ดูแล ลดการเข้ารับการรักษาซ้ำ สามารถลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยและรัฐบาล ผู้บริหารโรงพยาบาลและผู้บริหารทางการพยาบาลจึงควรได้ใช้ศักยภาพของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุที่มีอยู่ในปัจจุบันให้เต็มที่ จะได้เห็นการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นการอาศัยหลักฐานอ้างอิง

กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่ต้องการพึ่งพิง เพราะบาง อาจอยู่ที่บ้าน ชุมชน โรงพยาบาล หน่วยบริการสุขภาพหรือสถานดูแลระยะยาว เป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความต้องการบริการสุขภาพและความต้องการทางสังคมเพิ่มขึ้นอย่างมาก การจัดระบบให้ผู้สูงอายุเข้าถึงบริการด้วยกลวิธีต่าง ๆ เช่นการดูแลสุขภาพที่บ้าน telehealth ร่วมมือกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีความต้องการบุคลากรระดับวิชาชีพและผู้ดูแลไม่เพียงพอและเป็นทางการและเป็นการป้องกันการป้องกันโรค ชลอภาวะเสื่อมถอยทั้งร่างกายและการรู้คิดและกลุ่มอาการผู้ป่วยสูงอายุอื่น การคัดกรองโรค ตรวจรักษาพยาบาลและฟื้นฟูสภาพ ดังนั้นมาตรการหนึ่งในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติคือส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพและการตรวจสุขภาพประจำปี การดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง การเยี่ยมบ้าน การให้ภูมิคุ้มกันโรค ที่ผู้สูงอายุทุกคนเข้าถึงอย่างเท่าเทียม รวมทั้งการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาล 120 เตียงขึ้นไป บริการเหล่านี้ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุสามารถพัฒนาโปรแกรมขึ้นโดยการประสานร่วมมือกับวิชาชีพแพทย์และอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เป็นรูปแบบการบริการที่มีมุมมองใหม่ อาศัยหลักฐานอ้างอิง ตัวอย่างเช่น โปรแกรมประเมินผู้สูงอายุสมบูรณแบบ (comprehensive assessment program) สามารถป้องกันหรือชะลอภาวะทุพพลภาพผู้สูงอายุในชุมชน เป็นโปรแกรมที่มากกว่าการตรวจโรคประจำปีแต่มีการคัดกรองสุขภาพ ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ รวมถึงการเยี่ยมบ้านทุก 3 เดือน เพื่อติดตามให้คำแนะนำเกี่ยวกับสุขภาพ และกระตุ้นให้ผู้สูงอายุดูแลตนเอง สามารถค้นหาปัญหา ซึ่งสามารถลดการเข้ารับการรักษาในแผนกฉุกเฉิน ลดค่าใช้จ่ายลดการใช้ยาผิดพลาด

## สรุป

การเข้าสู่สังคมสูงอายุของไทย เป็นความท้าทาย การเตรียมและพัฒนาบุคลากรเป็นมาตรการสำคัญ วิชาชีพพยาบาลเตรียมการเพื่อรองรับสังคมสูงอายุ ด้วยการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอน การฝึกอบรมและสอบความรู้ความชำนาญสาขา การพยาบาลผู้สูงอายุ การมีผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงจำเป็นจะต้องใช้เต็มศักยภาพเพื่อผลลัพธ์ที่ คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัว และคุ้มค่าใช้จ่าย

## เอกสารอ้างอิง

1. วิพรรณ ประจวบเหมาะ, บรรณานิติกร. 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, บรรณานิติกร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขสุขภาพ; 2553.
4. คณะกรรมการส่งเสริมและประสานงานผู้สูงอายุแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2545.
5. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ 2 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์; 2552.
6. วิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูง. ขอบเขตและสมรรถนะผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ. นนทบุรี: สภาการพยาบาล; 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



# พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนกับการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศไทย

สุวรรณ จันทร์ประเสริฐ<sup>1</sup> RN, ส.ต. อพย. (การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและการพยาบาลชุมชน)

**บทคัดย่อ:** การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน เป็นสาขาการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาหนึ่งของประเทศไทย มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรคเบื้องต้นในกลุ่มโรคหรืออาการทั่วไป ในภาวะซับซ้อนก่อนส่งต่อ และและการฟื้นฟูสุขภาพ ตลอดจนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการสุขภาพบุคคล ครอบครัว และกลุ่มคนในชุมชนในการบริการระดับปฐมภูมิ ในหน่วยบริการสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ หรือในหน่วยบริการภาคเอกชน ความก้าวหน้าในการศึกษาเชิงวิชาชีพสามารถพัฒนาเพื่อขอรับหนังสืออนุมัติ หรือฝึกอบรมหลักสูตรผู้มีความรู้หรือความชำนาญเฉพาะทางวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ได้ อย่างไรก็ตามความก้าวหน้าในตำแหน่งการปฏิบัติตามโครงสร้างการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุขยังคงมีข้อจำกัดที่ต้องคำนึงต่อไป

*วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2557; 1 (1) 57-65*

**คำสำคัญ:** พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ

---

<sup>1</sup>รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อนุกรรมการฝึกอบรมและสอบความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และสาขาการพยาบาลชุมชน

## บทนำ

การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นการปฏิบัติ การพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญใน การดูแลสุขภาพ ที่ต้องใช้องค์ความรู้ ความสามารถที่ ผ่านกระบวนการศึกษาอบรมฝึกฝน บ่มเพาะที่เฉพาะ เจาะจงจนสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเชี่ยวชาญหรือ ชำนาญการ ด้วยกระบวนการคิดวิเคราะห์บูรณาการ หลักฐานเชิงประจักษ์ ร่วมกับการปฏิบัติอย่างมี ประสิทธิภาพ จนเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ใช้บริการ ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ได้แก่ บุคคล ครอบครัว กลุ่มคน ชุมชน และสังคมโดยรวมสภาการพยาบาล ได้กำหนดให้การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเป็นสาขา การพยาบาลในการจัดการศึกษาระดับปริญญาโท ทางการพยาบาล<sup>1</sup>และเป็นการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาหนึ่งในการออกหนังสืออนุมัติหรือการฝึกอบรม ระดับวุฒิบัตรผู้มีความรู้หรือความชำนาญเฉพาะทาง วิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์<sup>2</sup>นอกจากนี้ ตามประกาศสภาการพยาบาล เรื่องมาตรฐานการ พยาบาลและผดุงครรภ์ในระดับปฐมภูมิ (ม. ๒) ได้ กำหนดให้การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคลใน โครงสร้างของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิต้องมี ตำแหน่งพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปที่ผ่านการอบรม หรือพยาบาลวุฒิปริญญาโททางการพยาบาลชุมชน หรือวุฒิบัตรผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาพยาบาล ชุมชนอย่างน้อย 1 ตำแหน่ง<sup>3</sup>การพยาบาลเวชปฏิบัติ ชุมชนประเทศไทยจึงเป็นการพยาบาลเฉพาะทางที่ องค์การวิชาชีพให้ความสำคัญกำหนดเป็นสาขาการ จัดการศึกษาพยาบาลสาขาหนึ่งและการกำหนดหน้าที่ ในการให้บริการการพยาบาลในระดับปฐมภูมิ

ในช่วงการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทย ได้ให้นิยามของ การบริการระดับปฐมภูมิหมายถึง การ บริการทางสุขภาพที่ผสมผสานความรู้ด้านต่าง ๆ ทั้ง

ทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพและสังคม ที่สามารถให้ บริการแก่ประชาชนทุกวัย เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันเจ็บป่วย การคัดกรองโรคเบื้องต้น และการดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะอาการไม่รุนแรง ทั่วไป ภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน ภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง และการฟื้นฟูสุขภาพในลักษณะบูรณาการ (integration) เป็นบริการแบบองค์รวม (holistic care) อย่างต่อเนื่อง ในชุมชนที่ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย มี ระบบการส่งต่อและเชื่อมโยงกับโรงพยาบาลหรือ หน่วยบริการระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิได้อย่าง เหมาะสม มีเครือข่ายการประสานกับองค์กรชุมชนใน ท้องถิ่นเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับประชาชนในการ ดูแลตนเองเพื่อให้บรรลุสู่การมีสุขภาพและคุณภาพ ชีวิตที่ดีต่อไป<sup>4,5</sup> เป็นการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ซึ่งหมายรวมถึงหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนระดับ ต่าง ๆ ได้แก่ โรงพยาบาลสร้างเสริมสุขภาพตำบล สถานีอนามัยการบริการสุขภาพของโรงพยาบาล ชุมชนในกลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน กลุ่มงานเวชศาสตร์ครอบครัวและบริการด้านปฐมภูมิ ศูนย์สุขภาพชุมชน (primary care unit : PCU) ศูนย์แพทย์ชุมชน (community medical care unit : CMU) ฯลฯ การบริการสุขภาพของโรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ ในภารกิจด้านบริการปฐมภูมิ ในกลุ่มงานเวชกรรมสังคม (งานรักษาพยาบาลชุมชน งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน) ในศูนย์สุขภาพ ชุมชนเขตเมือง (ศสม.)<sup>6</sup> รวมทั้งหน่วยบริการสุขภาพ ในชุมชนของภาคเอกชนต่าง ๆ ในที่อยู่อาศัยของผู้รับ บริการ มีโรงเรียน โรงงาน เป็นต้น

## ขอบเขตการปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

การปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง หมายถึง การ กระทำการพยาบาลให้แก่ผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมาย

หรือ กลุ่มเฉพาะที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนสำหรับการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนผู้ใช้บริการกลุ่มเป้าหมายครอบคลุมทั้ง บุคคล ครอบครัว กลุ่มคน และองค์กรต่างๆ ของชุมชนการปฏิบัติพยาบาลต้องใช้ความรู้ ความชำนาญและทักษะทางการพยาบาลชุมชนขั้นสูง และทางเวชปฏิบัติในการวิเคราะห์ปัญหาด้านสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยที่เป็นเหตุแห่งภาวะสุขภาพ ออกแบบและดำเนินการจัดการกับปัญหาสุขภาพ สร้างเสริมความเข้มแข็งพัฒนานวัตกรรม สร้างสรรงานบริการเพื่อคุณภาพชีวิตประชาชนอย่างมีประสิทธิภาพโดยเชื่อมโยงความรู้จากศาสตร์ทางการพยาบาล การแพทย์ การสาธารณสุข วิทยาการระบาด ประชากรศึกษา เทคโนโลยีสารสนเทศ และหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งจริยธรรม จรรยาบรรณ กฎหมาย ศิลปะการพยาบาล การพัฒนานโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพ ตลอดจนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ บุคคล ครอบครัวและชุมชน<sup>2</sup>

ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาเวชปฏิบัติชุมชนจึงต้องใช้ความรู้ ความสามารถ ทักษะทางการปฏิบัติพยาบาลชุมชนขั้นสูง บูรณาการกับศาสตร์ต่างๆ ร่วมกับความรู้ ความสามารถทางด้านเวชปฏิบัติหรือการรักษาโรคเบื้องต้นเพื่อให้สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยๆ ในชุมชน ซึ่งส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 60 เป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อยที่พยาบาลเวชปฏิบัติในชุมชนสามารถรักษาให้หายได้ในการบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ มีบางส่วนที่มีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยเบื้องต้นจากพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนเพื่อตัดสินใจส่งต่อไปให้ได้รับการวินิจฉัยเพิ่มจากบุคลากรทางการแพทย์ ทั้งนี้การบริการรักษาโรคเบื้องต้นของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในสองกลุ่มนี้เพื่อช่วยให้ประชาชนได้รับบริการรักษาโรคที่มีประสิทธิภาพ ช่วยลดต้นทุนการดูแลสุขภาพทั้งของผู้ป่วยและของรัฐ ลดจำนวนผู้ป่วยที่ไปใช้บริการใน

โรงพยาบาลที่มีมากเกินกว่ากำลังบุคลากรจะให้บริการได้อย่างเต็มศักยภาพนอกจากนี้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนยังให้การรักษาโรคเบื้องต้นในภาวะฉุกเฉิน ในผู้ประสบอุบัติเหตุ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการปฐมพยาบาล หรือได้รับการพยาบาลเพื่อลดอันตรายและความเสี่ยงต่อชีวิตก่อนที่จะส่งต่อไปยังหน่วยบริการระดับทุติยภูมิ หรือตติยภูมิต่อไป

### สมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนขั้นสูง

สภาการพยาบาลได้ออกข้อบังคับว่าด้วยการออกหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรเกี่ยวกับความรู้หรือความชำนาญเฉพาะทางในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน พ.ศ. 2556 โดยแบ่งเป็นแขนงย่อย 2 แขนงคือ เวชปฏิบัติครอบครัว และระบบสุขภาพชุมชน ซึ่งพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนขั้นสูง ทั้ง 2 แขนงต้องมีสมรรถนะสำคัญหลัก 9 ประการ สรุปได้ดังนี้<sup>2</sup>

1. มีความสามารถในการดูแลและให้การพยาบาลกลุ่มผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้พิการ วัยรุ่น ผู้สูงอายุ มารดาและทารก ผู้ป่วยระยะท้าย และกลุ่มอื่นๆ ในชุมชนที่มีปัญหาซับซ้อน (direct care)
2. มีความสามารถในการพัฒนาจัดการและกำกับระบบการดูแลสุขภาพบุคคลครอบครัว และชุมชน ด้านการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาโรคเบื้องต้น และการฟื้นฟูสภาพ
3. มีความสามารถในการประสานงานความร่วมมือ (collaboration)
4. มีความสามารถในการเสริมสร้างพลังอำนาจ (empowering) การสอน (educating) การฝึก (coaching) การเป็นพี่เลี้ยงในการปฏิบัติ (mentoring)
5. มีความสามารถในการให้คำปรึกษาด้านการดูแลบุคคล ครอบครัว กลุ่มคนและชุมชน (consultation)

6. มีความสามารถในการเป็นผู้ดำเนินการเปลี่ยนแปลง (change Agent)

7. มีความสามารถในการให้เหตุผลทางจริยธรรมและการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (ethical reasoning and ethical decision making)

8. มีความสามารถในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based practice)

9. มีความสามารถในการจัดการและประเมินผลลัพธ์ (outcome management and evaluation)

ในช่วงเดือนกรกฎาคม - ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2557 ที่ผ่านมาได้มีกิจกรรมการศึกษาเพื่อวิเคราะห์บทเรียนบทบาทวิชาชีพการพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพในบริการสุขภาพทุกระดับ เพื่อนำผลการศึกษาเสนอในเวทีข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อขับเคลื่อนบทบาทพยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพในพื้นที่ต่างๆ ทั่วทุกภาคของประเทศไทย โดยการสนับสนุนงบประมาณของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสภาการพยาบาล ซึ่งมีตัวอย่างกรณีนวัตกรรมพยาบาลที่เป็นผลจากการใช้สมรรถนะของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการพยาบาลแก่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ ที่น่าสนใจ ซึ่งขอสรุปเป็นตัวอย่างให้เห็นศักยภาพของพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ดังนี้

กรณีตัวอย่าง “การพยาบาลถึงบ้าน ถึงใจ ในชุมชน” ของพยาบาลชั้นสูง (APN) สุรียรัตน์ ธนากิจ ตำแหน่งรองผู้อำนวยการโรงพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน โรงพยาบาลคลองใหญ่ จังหวัดตราด ซึ่งได้ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพในชุมชน จากปัญหาผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนสิ้นจำนวนเตียงที่มีอยู่ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ มีอัตราครองเตียงร้อยละ 123 อัตราผู้ป่วยรับกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล

(re admission) ร้อยละ 10 หลังจากดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง โดยการจัดระบบการประเมินผู้ป่วยกลับบ้าน (discharge planning) การประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพเพื่อร่วมบริการในชุมชนตามความจำเป็นของผู้ป่วย พัฒนาสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้มีความพร้อมในการรองรับผู้ป่วยให้มีศักยภาพเท่าเทียมกับหอผู้ป่วยในโรงพยาบาล พัฒนาศักยภาพแก่ผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวและอาสาสมัครจิตอาสา (ผู้ดูแล) ในชุมชนให้สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลพื้นฐานที่จำเป็นในแต่ละวันของผู้ป่วยได้ ส่วนกิจกรรมการดูแลที่ซับซ้อนหรือต้องใช้ทักษะเฉพาะเป็นบทบาทที่พยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ต้องเข้าไปให้บริการตามบทบาทวิชาชีพ การพัฒนาจิตวิญญาณที่ทำให้เกิดความร่วมมือร่วมใจรับผิดชอบสุขภาพร่วมกัน การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่บ้านอย่างมีคุณค่า การประสานกับองค์กรปกครองท้องถิ่นในการสนับสนุนกิจกรรม รวมทั้งรถยนต์เพื่อการนำส่งผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง การพัฒนาความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการกับปัญหาโรคเรื้อรังและผู้ป่วยเรื้อรังในชุมชนจนเกิดกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพหลายลักษณะรวมทั้งการจัดตั้งกองทุนเพื่อธนาคารอุปกรณ์การแพทย์ของผู้ป่วยที่บ้านที่ได้จากงบประมาณจากจัดกิจกรรมที่ชุมชนร่วมมือกันผลการดำเนินการอย่างต่อเนื่องดังกล่าวทำให้ปัจจุบันปีพ.ศ. 2557 โรงพยาบาลคลองใหญ่มีอัตราครองเตียงลดลงเหลือร้อยละ 45 อัตราผู้ป่วยรับกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล เหลือร้อยละ 0.6 เท่านั้น มีผู้ป่วยนอนเตียงอยู่ที่บ้าน 36 หลัง ซึ่งเทียบเท่าผู้ป่วยในโรงพยาบาลหนึ่งหน่วย (Ward) และหากนับผู้ป่วยที่ได้ดำเนินการมาแล้วต่อเนื่องจำนวนรวม 85 เตียง<sup>7,8</sup> ช่วยลดค่าใช้จ่ายและภาระของโรงพยาบาลและของ

ครอบครัวในการต้องเดินทางไปดูแลผู้ป่วยที่โรงพยาบาล ปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยที่บ้านของโรงพยาบาล คลองใหญ่เป็นสถานที่การเรียนรู้ระบบ Home Ward ของโรงพยาบาลต่าง ๆ เป็นสถานที่ฝึกปฏิบัติด้าน เวชศาสตร์ครอบครัวของคณะแพทยศาสตร์รามธิบดี และสถานที่เรียนรู้การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ของคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา อย่างไรก็ตาม ผลกระทบจากการลดอัตราครองเตียงใน โรงพยาบาล เพิ่มเตียงในชุมชน ก็มีผลให้การจัดสรร งบประมาณบริหารจัดการโรงพยาบาลลดลง เนื่องจาก กระทรวงสาธารณสุขใช้จำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาล เป็นงานพิจารณาบริหารจัดการโรงพยาบาล

กรณีตัวอย่าง “พิการไม่ท้อ” ของพยาบาล ชั้นสูง (APN) พรเพ็ญ ภัทรการ หัวหน้าศูนย์แพทย์ ชุมชนตำบลบ้านบึง จังหวัดชลบุรี เป็นการพยาบาลที่ สร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน เพื่อการดูแลผู้พิการ อย่างยั่งยืน โดยการประสานความร่วมมือจากสหสาขา วิชาชีพและองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เสริม สร้างพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพของตนเองแก่ ผู้พิการ ครอบครัว และแกนนำในชุมชน จนเกิดการ รวมกลุ่มกันของผู้พิการ มีการดำเนินโครงการต่าง ๆ เพื่อการดูแลผู้พิการอย่างต่อเนื่อง ทั้งทางด้านสุขภาพ การดำเนินชีวิตประจำวัน และการประกอบอาชีพ ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2552 จนถึง ปัจจุบัน มีการประสาน ความร่วมมือกับหน่วยงานและองค์กรต่าง ๆ ในชุมชน เพื่อพัฒนาสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้ผู้พิการสามารถดำเนิน ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ พัฒนาเครือข่ายความร่วมมือ ของหน่วยงานต่าง ๆ ในการจัดทำแผนงานเพื่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตผู้พิการ<sup>๑</sup> เป็นศูนย์เรียนรู้ด้านการ ดูแลผู้พิการในชุมชนขององค์กรต่าง ๆ

กรณีตัวอย่าง “วัณโรค 4 วัน เอาอยู่” ของ พยาบาลชั้นสูง (APN) จันทรนิภา เกตรา หัวหน้ากลุ่ม งานเวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชนโรงพยาบาล

วังน้ำเย็น จังหวัดสระแก้ว ที่เป็นบุคลากรสำคัญในการ ร่วมพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวัณโรคตั้งแต่ได้ รับการวินิจฉัยว่าป่วยจากการตรวจเสมหะพบเชื้อ Mycobacterium tuberculosis (M+) โดยการลด จำนวนวันที่ผู้ป่วยต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล ตามแนวทางการควบคุมจาก 14 วัน ที่เป็นภาวะ เครียดของผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องอยู่โรงพยาบาล เป็นเวลานาน เพิ่มจำนวนผู้ป่วยครองเตียงใน โรงพยาบาล เพิ่มโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อของ บุคลากรและผู้ป่วยอื่น ๆ ตลอดจนเพิ่มภาระงานและ งบประมาณของโรงพยาบาล โดยลดจำนวนวันเหลือ เพียง 4 วัน ที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่ การจัดทำแนว ปฏิบัติที่กำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบของบุคลากร สุขภาพที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยให้ทำหน้าที่ในแต่ละวัน อย่างชัดเจน มีระบบการติดตาม กำกับ ประเมินผล เป็นลายลักษณ์อักษร มีการประสานงานกับหน่วย บริการสุขภาพในชุมชนที่จะค้นหาผู้สัมผัสเชื้อทันทีที่ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัย รวมทั้งดำเนินการตรวจคัด กรองและให้ได้รับการรักษาทันที พัฒนาศักยภาพและ ความเข้มแข็งของผู้ป่วย ครอบครัว อาสาสมัคร (อสม. DOTs) และองค์กรในชุมชนเพื่อการควบคุมโรค การ ปรับวิธีคิดในการอยู่ร่วมกันของผู้ป่วย ครอบครัว และ คนในชุมชน ตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการ ทำงานดูแลผู้ป่วย ประสานงานกับองค์กรปกครอง ท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนและรับผิดชอบกิจกรรมการ ค้นหา คัดกรอง และการรักษาผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ตลอดระยะเวลาการรับการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย (ระยะเวลาอย่างต่ำ 6 เดือน) ดำเนินการจัดหางบทุน เพื่อช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่าง ต่อเนื่อง ผลการดำเนินการดังกล่าวทำให้อัตราความ สำเร็จในการรักษาวัณโรค (success rate) ในปี พ.ศ. 2554 ซึ่งมีจำนวน ร้อยละ 82.8 เพิ่มขึ้นร้อยละ 97.9 ในปี พ.ศ. 2556 และอัตราการขาดยาลดลงจาก

ร้อยละ 4.6 เป็นไม่มีผู้ป่วยขาดยาเลย<sup>10</sup>

กรณีตัวอย่าง “รู้ทันมะเร็ง” ของพยาบาลชั้นสูง (APN) สุรภา สุขสวัสดิ์ โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา จังหวัดชลบุรีเป็นการดำเนินงานพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการตรวจคัดกรองโรคที่เป็นปัญหาสำคัญของกลุ่มสตรี คือ มะเร็งเต้านมและมะเร็งปากมดลูก จากสภาพบริบทของพื้นที่บริการที่เป็นเขตอุตสาหกรรม มีแรงงานสตรีที่อพยพมาจากพื้นที่อื่นเข้ามาทำงานจำนวนมาก ปัญหาที่ผ่านมามีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและมะเร็งเต้านมจำนวนน้อย เนื่องจากลักษณะการประกอบอาชีพในเวลางานและการทำงานเป็นกะทำให้ไม่สะดวกที่จะมารับบริการตรวจคัดกรองในเวลาราชการได้เพราะต้องลาหยุดงาน รวมทั้งมีความหวาดกลัว วิตกกังวล และอาย พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจึงได้ออกแบบการบริการให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ใช้บริการด้วยบริการเชิงรุก ปรับกระบวนการบริการให้สะดวก มีความเท่าเทียมกันในการเข้าถึงบริการ การมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชน แกนนำในโรงงานอุตสาหกรรม อาสาสมัครสตรีจิตอาสา ออัครภคินีและเอกชน มีการประเมินผล ปรับปรุง และพัฒนาระบบอย่างต่อเนื่องทุก 3 เดือน ดำเนินการพัฒนาศักยภาพการทำงานของอาสาสมัครสตรีที่ร่วมปฏิบัติงานทุก 6 เดือน มีการออกแบบอุปกรณ์สิ่งอำนวยความสะดวกในการจัดสิ่งแวดล้อมในการให้บริการนอกสถานที่ที่สามารถนำไปประยุกต์ในพื้นที่ต่างๆ ได้สะดวก สะอาด และปลอดภัย ทั้งในการตรวจคัดกรองในโรงงานอุตสาหกรรม ห้างสรรพสินค้า ในหมู่บ้าน หรือชุมชนต่างๆ มีระบบการส่งต่อ และติดตามผลที่มีประสิทธิภาพ จากการดำเนินงานตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 ถึงปัจจุบัน มีผลทำให้อุบัติการณ์เกิดโรคมะเร็งระยะที่เป็นปัญหาในพื้นที่ลดลง ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจในการเฝ้าระวังด้วยการตรวจคัดกรองประชาชนและ

ชุมชนมีเจตคติที่ดีต่อการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และการตรวจคัดกรองมะเร็งเต้านมด้วยตนเอง<sup>11</sup>

จากกรณีตัวอย่างการปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการใช้สมรรถนะต่างๆ ร่วมกัน เพื่อให้สามารถดำเนินงานพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนให้ประสบผลสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ

### ความก้าวหน้าของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

ความก้าวหน้าในวิชาชีพพยาบาลสำหรับผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ตามข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยหลักเกณฑ์การออกหนังสืออนุมัติและวุฒิบัตรฯ พ.ศ. 2556 กำหนดให้พยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโททางการพยาบาล สามารถสมัครเพื่อรับหนังสืออนุมัติ หรือขอรับการฝึกอบรมเพื่อรับวุฒิบัตรเกี่ยวกับความรู้หรือความชำนาญเฉพาะทางวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ได้ ซึ่งจะขอเสนอหลักเกณฑ์ฯ สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ซึ่งแบ่งเป็นแขนงย่อย 2 แขนง คือ (1) แขนงเวชปฏิบัติครอบครัว และ (2) แขนงระบบสุขภาพชุมชน<sup>2</sup> โดยสรุปดังนี้

การขอรับหนังสืออนุมัติเกี่ยวกับความรู้หรือความชำนาญเฉพาะทางวิชาชีพการพยาบาลและผดุงครรภ์ สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน ต้องเป็นพยาบาลวิชาชีพที่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาโททางการพยาบาล สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 6 ปีหลังสำเร็จการศึกษา ยื่นความจำนงขอรับรองการปฏิบัติงานและตรวจสอบคุณสมบัติก่อนสอบ 1 ปีการสมัครสอบเพื่อรับหนังสืออนุมัติ ต้องยื่นแบบฟอร์มแสดงหลักฐานตามคุณสมบัติและ

ผลงาน ประกอบด้วย (1) บทความวิจัยที่มีส่วนรับผิดชอบ ดำเนินการหลักร้อยละ 50 ขึ้นไป เป็นบทความที่ได้ลงเผยแพร่ในวารสารที่ปรากฏชื่ออยู่ในฐานข้อมูลของ TCI หรือฐานข้อมูลวารสารต่างประเทศและบทความวิจัยนี้ต้องไม่เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาหรือวิทยานิพนธ์ (2) สำหรับผู้ที่ต้องการสอบในแขนงเวชปฏิบัติครอบครัวต้องจัดส่งรายงานการปฏิบัติงานเวชปฏิบัติครอบครัวที่ซับซ้อน 5 ครอบครัว หรือผู้ต้องการสอบในแขนงระบบสุขภาพชุมชน ต้องส่งรายงานการปฏิบัติงานดูแลสุขภาพชุมชนที่ซับซ้อน 1 ชุมชน ก่อนการสอบ ตามที่วิทยาลัยการพยาบาลและผดุงครรภ์ ชั้นสูงแห่งประเทศไทยประกาศการสอบสำหรับผู้ที่ไม่เคยสอบมาก่อนต้องสอบ (1) ข้อเขียน (2) สอบสัมภาษณ์จากกรณีศึกษา 2 ครอบครัว หรือ 1 ชุมชน ในแขนงที่สมัครสอบ (3) สอบสัมภาษณ์กรณีสถานการณ์ครอบครัวหรือชุมชนที่คณะอนุกรรมการสอบฯ กำหนดขึ้น และ (4) สอบสัมภาษณ์รายงานการวิจัยที่ได้ลงเผยแพร่แล้วนั้นนอกจากนี้ผู้ที่เคยผ่านการสอบเป็นพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง (APN) หรือเคยสอบผ่านเฉพาะข้อเขียนแล้วประสงค์ต้องการขอรับหนังสืออนุมัติก็จะมีรายละเอียดในวิธีการสอบที่ต่างออกไป ทั้งนี้ผู้อ่านควรศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมในข้อบังคับฯ และประกาศฯ ของวิทยาลัยฯ ในแต่ละปีด้วย

การขอรับวุฒิปัตถ์ คุณสมบัติต้องเป็นผู้สำเร็จ การศึกษาระดับปริญญาโททางการพยาบาล สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่สภาการพยาบาลรับรอง สมัครเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรพยาบาลปฏิบัติการขั้นสูง ในสาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนจากสถาบันการศึกษาที่สภาการพยาบาลให้การรับรอง เป็นการฝึกอบรมหลักสูตรที่ใช้ระยะเวลาในการอบรมทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ตามรายวิชาที่กำหนดในหลักสูตรประมาณ 3 ปี จัดทำกรณีศึกษา รวมทั้งทำการ

วิจัยการปฏิบัติพยาบาลในแขนงที่ศึกษา และเผยแพร่ในวารสารที่ปรากฏชื่อในฐานข้อมูล TCI หรือวารสารต่างประเทศ

จากเส้นทางการพัฒนาสู่วิชาชีพการพยาบาล ผู้มีความรู้หรือความชำนาญเฉพาะทางขั้นสูงถือเป็นเกียรติภูมิในวิชาชีพที่น่าภาคภูมิใจสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนอย่างไรก็ตามสำหรับความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การทำงานสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่ให้บริการในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิตามโครงสร้างการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุขส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มงานในบังคับบัญชาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ตามโครงสร้างบริหารงานภูมิภาค ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข<sup>6</sup> ไม่ได้อยู่ในโครงสร้างการบริหารงานของกลุ่มงานการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป หรือโรงพยาบาลศูนย์รวมทั้งตำแหน่งหน้าที่การปฏิบัติงานพยาบาลอาจต้องดำรงตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุขด้วยไม่สามารถเลือกตำแหน่งเมื่อเข้าปฏิบัติงานในหน่วยงานได้ หรือหากเข้าสู่ตำแหน่งผู้บริหารหน่วยงานระดับสูงเช่น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ก็ต้องเปลี่ยนชื่อตำแหน่งจากพยาบาลวิชาชีพเป็นตำแหน่งผู้บริหาร ทั้งที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทของพยาบาล หรือพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนตามสมรรถนะและวุฒิการศึกษาที่ได้ศึกษาอบรมมาซึ่งข้อจำกัดตามโครงสร้างการบริหารงานของกระทรวงสาธารณสุขที่ให้ความสำคัญในงานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและพยาบาลวิชาชีพในสายงานดังกล่าวแต่ความก้าวหน้าในหน้าที่การทำงานของผู้ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิลำดับมีไม่มากนัก ซึ่งเมื่อถึงจุดที่ไม่สามารถก้าวหน้าต่อไปได้ บางคนต้องเปลี่ยนหน่วยงานหรือเปลี่ยนที่ทำงานเพื่อให้มีโอกาสก้าวหน้าต่อไป ซึ่งเป็นการสูญเสียบุคลากรที่มีความสามารถในการบริการระดับปฐมภูมิ ทำอย่างไรที่ความก้าวหน้า

ในตำแหน่งหน้าที่งานจะสอดคล้องกับความก้าวหน้าในการศึกษา อบรม และสมรรถนะในวิชาชีพ โดยเฉพาะพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในระดับปฐมภูมิที่ไม่ใช่บริการพื้นฐานที่ง่าย ๆ แต่มีความซับซ้อนเชิงสังคม บริบท และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

### เอกสารอ้างอิง

1. สภาการพยาบาล. ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการให้ความเห็นชอบหลักสูตรการจัดการศึกษาวิชาชีพ การพยาบาลและผดุงครรภ์ หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต พ.ศ. 2555 [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 8 ต.ค. 2557.] เข้าถึงได้จาก: [http://www.tnc.or.th/files/2014/06/page-9207/14\\_28129.pdf](http://www.tnc.or.th/files/2014/06/page-9207/14_28129.pdf).
2. สภาการพยาบาล. ข้อบังคับสภาการพยาบาลว่าด้วยการออกหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรเกี่ยวกับความรู้หรือความชำนาญเฉพาะทางในวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์ พ.ศ. 2556. ราชกิจจานุเบกษา เล่มที่ 130 ตอนพิเศษ 31 ง, 8 มีนาคม 2556.
3. สภาการพยาบาล. ประกาศสภาการพยาบาลเรื่องมาตรฐานการบริการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในระดับปฐมภูมิ. ราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 122 ตอนที่ 62 ง, 4 สิงหาคม 2548.
4. ทศนา บุญทอง. การปฏิรูประบบบริการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต. กรุงเทพฯ: ศิริยอดการพิมพ์, 2542.
5. สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข. บริการปฐมภูมิ: บริการสุขภาพที่ใกล้ชิดและใกล้บ้าน. นนทบุรี: สำนักงานโครงการปฏิรูประบบบริการสาธารณสุข, 2545.
6. โครงสร้างหน่วยงานในราชการการบริหารส่วนภูมิภาค สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. โรงพยาบาลขอนแก่น. [อินเทอร์เน็ต]. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2555 [เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2557.] เข้าถึงได้จาก: <http://www.kkh.go.th/main.php?page=announce&r=1104>.

7. สมสมัย รัตนกริฑากุล, นิสากร กรุงไกรเพชร, อริสรา ฤทธิงาม. ระบบการดูแลผู้ป่วยถึงบ้าน ถึงใจ ในชุมชน (Home Ward). ใน: คณะทำงานโครงการการจัดเวทีข้อเสนอเชิงนโยบายฯ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. บทเรียนจากกรณีศึกษา นวัตกรรมบริการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ. ชลบุรี: กองบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา, 2557.
8. วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัลย์ เสนารักษ์, ชนิษฐา นันทบุตร, บรรณฉัตร. Home Ward: สร้างโรงพยาบาลที่บ้านเรา. ใน นวัตกรรม สานฝันพยาบาล. มปป.: สสส. สภาการพยาบาล และคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มหาวิทยาลัยบูรพา มหาวิทยาลัยมหิดล และมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, มปป.
9. ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี, ศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์, อรวรรณ กุลจรัส. การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย: พิการไม่ท้อ. ใน: คณะทำงานโครงการ การจัดเวทีข้อเสนอเชิงนโยบายฯ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา. บทเรียนจากกรณีศึกษา นวัตกรรมบริการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ. ชลบุรี: กองบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา, 2557.
10. สุวรรณา จันทร์ประเสริฐ, อริสรา ฤทธิงาม, ชัญญากร วิริยะ, ตรีกุลวงศ์ ฤาชา, เจนจิรา เจริญการไกร, นิสากร กรุงไกรเพชร, และคณะ. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยวิกฤตโรงพยาบาลวังน้ำเย็น (4 days เอาอยู่). ใน: คณะทำงานโครงการ การจัดเวทีข้อเสนอเชิงนโยบายฯ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. บทเรียนจากกรณีศึกษา นวัตกรรมบริการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ. ชลบุรี : กองบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา, 2557.
11. ศิริยุพา สนั่นเรื่องศักดิ์, ตติรัตน์ เตชะศักดิ์ศรี. รุ้ทันมะเร็ง โรงพยาบาลสมเด็จพระบรมราชเทวี ณ ศรีราชา. ใน: คณะทำงานโครงการ การจัดเวทีข้อเสนอเชิงนโยบายฯ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. บทเรียนจากกรณีศึกษา นวัตกรรมบริการพยาบาลเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ. ชลบุรี : กองบริการการศึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา, 2557.



## Community Nurse Practitioner and Primary Health Care in Thailand

Suwanna Junprasert<sup>1</sup> RN, Dr.P.H., Dip. ACNP

**Abstract:** Community nurse practitioner (CNP) is one tract of advanced practice nursing in Thailand. Those focus the performance in promotion of health, prevention of disease or illness, basic medical care: in common disease, primary investigate complex disease for refer to appropriate sector and in crisis patient or in case of emergency; rehabilitation and continuing care for chronic illness clients in community. Include of the strengthening individual, family, and aggregate groups' health management in primary health care level. That can work in primary health care unit of the health promotion hospital in sub-district, community hospital, general /or region hospital and in unit care of private sector. The career paths of CNP in education process are acceptable. However, the career paths on administration positions in public health ministry are limited.

*Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2014; 1(1) 57-65*

**Keywords:** community nurse practitioner; advanced practice nurse; primary health care

---

<sup>1</sup>Associate Professor, Faculty of Nursing, Burapha University

# พัฒนาการของวิสัญญีพยาบาลไทยในการก้าวสู่การเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลด้านการให้ยาระงับความรู้สึก

นันทวรรณ มั่นตราภรณ์<sup>1</sup> RN, CRNA, MPA, อพย. (การพยาบาลด้านการให้ยาระงับความรู้สึก)

**บทคัดย่อ:** บทความนี้นำเสนอจุดกำเนิดของวิสัญญีพยาบาลในประเทศไทย ขอบเขตหน้าที่ ความรับผิดชอบของวิสัญญีพยาบาล มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลและมาตรฐานผลลัพธ์ การพยาบาลด้านการให้ยาระงับความรู้สึก การก้าวสู่การเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลด้านการให้ยาระงับความรู้สึก ความสำเร็จของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ในระดับหนึ่งสี่อนุมัติ และความก้าวหน้าในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาวิสัญญีพยาบาล

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2557; 1 (1) 66-71

**คำสำคัญ:** วิสัญญีพยาบาล ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง มาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาล

---

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการพิเศษ เลขานุการคณะกรรมการบริหารวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ ชั้นสูงแห่งประเทศไทย (วาระ พ.ศ. 2558-2560) และประธานอนุกรรมการฝึกอบรมและสอบความรู้ ความชำนาญเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลด้านการให้ยาระงับความรู้สึก

## จุดกำเนิดของวิสัญญีพยาบาลในประเทศไทย

วิสัญญีพยาบาลในประเทศไทย<sup>1</sup> เริ่มจากกรมการแพทย์ได้เปิดโรงเรียนการให้ยาระงับความรู้สึกเป็นแห่งแรกในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2499 โดยรับพยาบาลที่สำเร็จพยาบาลผดุงครรภ์และอนามัยที่จบและปฏิบัติงานมาแล้วอย่างน้อย 2 ปี เข้าฝึกอบรมในหลักสูตรวิสัญญีพยาบาล เป็นหลักสูตร 1 ปี โดย กพ. ให้การรับรองหลักสูตร รับนักเรียนรุ่นแรกเพียง 8 คน โดยมีวัตถุประสงค์ของการฝึกอบรมคือ ทำหน้าที่ช่วยวิสัญญีแพทย์และศัลยแพทย์ในการระงับความรู้สึกให้ผู้ป่วยฟื้นและหายเร็ว ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการได้ยาระงับความรู้สึก หลังจากสำเร็จจากการอบรมวิสัญญีพยาบาลทั้ง 8 คน สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้อย่างดีเยี่ยม เป็นที่ไว้วางใจของผู้ป่วย ญาติและแพทยงานของวิสัญญีพยาบาล (Nurse Anesthetist) เป็นการปฏิบัติงานในการให้ยาระงับความรู้สึกแก่ผู้ป่วย โดยเริ่มตั้งแต่การประเมินและวินิจฉัยปัญหาของผู้ป่วย เพื่อเลือกและวางแผนการดำเนินการให้ยาระงับความรู้สึกได้อย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ภายใต้ระเบียบหรือกฎกระทรวงของกระทรวงสาธารณสุข ปฏิบัติการช่วยผู้ป่วยในภาวะวิกฤติเกี่ยวกับระบบทางเดินหายใจและให้การอภิบาลผู้ป่วยภาวะวิกฤติภายหลังการได้รับยาระงับความรู้สึก<sup>2</sup>

## ขอบเขต หน้าที่ความรับผิดชอบของวิสัญญีพยาบาล

ขอบเขต หน้าที่ความรับผิดชอบของวิสัญญีพยาบาล<sup>3,4</sup> ตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2539 ข้อ 12 (2) ให้ผู้ประกอบวิชาชีพทางการพยาบาลหรือผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลและผดุงครรภ์ซึ่งได้รับประกาศนียบัตรการศึกษาหรืออบรมในหลักสูตรวิสัญญีพยาบาลจากกระทรวงทบวงกรมกรุงเทพมหานคร

หรือสถาบันการศึกษาของรัฐบาลทำการให้ยาสลบได้เฉพาะการให้ยาสลบชนิด General Anesthesia คือ การทำให้หมดความรู้สึกตัวแต่ไม่รวมถึงการให้ยาชาทางไขสันหลังหรือการระงับความรู้สึกทางไขสันหลัง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมอย่างใกล้ชิดโดยมีภารกิจหลักของงานการพยาบาลวิสัญญี ดังนี้<sup>5</sup>

1. การประเมินผู้ป่วยและเตรียมความพร้อมเพื่อระงับความรู้สึก
2. การให้ยาระงับความรู้สึกแบบทั่วไป (General Anesthesia)
3. การเฝ้าระวังผู้ป่วยและแก้ไขภาวะวิกฤติระหว่างได้รับยาระงับความรู้สึก
4. การพยาบาลหลังการได้รับยาระงับความรู้สึกในระยะพักฟื้นและส่งต่อ
5. การติดตามประเมินผลหลังการระงับความรู้สึกและจัดการความเจ็บปวดหลังผ่าตัด
6. การศึกษาวิจัยและการนำผลการวิจัยไปใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพการบริการพยาบาลวิสัญญี (Research and Utilize of Evidence Based Practice in Nursing Service)
7. การพัฒนาคุณภาพ/มาตรฐานการพยาบาลวิสัญญี (Quality Improvement and Development of Standards/ Guidelines)

8. การสอนและให้คำปรึกษาในการพัฒนางานและการปฏิบัติงานด้านการพยาบาลวิสัญญี

9. การจัดการและควบคุมมลภาวะ และป้องกันการติดเชื้อในห้องผ่าตัด

ในฐานะที่เป็นวิสัญญีพยาบาล วิเคราะห์ลักษณะและขั้นตอนการปฏิบัติงาน จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งสภาการพยาบาลได้พิจารณาและร่างเป็นมาตรฐานการ

ปฏิบัติการพยาบาล (Nursing Practice Standard)<sup>5</sup> ประกอบด้วยมาตรฐานหลัก 5 มาตรฐาน ดังนี้

**มาตรฐานที่ 1** การใช้กระบวนการพยาบาลตามศาสตร์และศิลปะการพยาบาล โดยเริ่มจากการประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก การวินิจฉัยปัญหาที่เกี่ยวข้องและอาจมีผลต่อการให้ยาระงับความรู้สึก การวางแผนการพยาบาล สามารถเลือกวิธีให้การระงับความรู้สึกที่เหมาะสมปฏิบัติการพยาบาล สามารถเฝ้าระวัง ดูแลผู้ป่วยขณะได้รับการระงับความรู้สึกได้อย่างปลอดภัยและประเมินผลการให้ยาระงับความรู้สึก ไม่มีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้น

**มาตรฐานที่ 2** สิทธิผู้ป่วย จริยธรรม และจรรยาบรรณวิชาชีพโดยการเคารพในสิทธิผู้ป่วยให้ความเสมอภาค การรักษาความลับของผู้ป่วย การให้ข้อมูลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และเป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ (Advocacy) ที่เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลให้กับผู้ใช้บริการ

**มาตรฐานที่ 3** การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล ที่มีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง โดยกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติงาน ดัชนีชี้วัดคุณภาพ มีระบบการตรวจสอบและประเมิน มีการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

**มาตรฐานที่ 4** การจัดการและการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการวางแผนร่วมกันกับผู้ใช้บริการ และผู้ที่เกี่ยวข้อง ส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

**มาตรฐานที่ 5** การบันทึกและรายงานทางการพยาบาลเกี่ยวกับการให้ยาระงับความรู้สึก โดยการบันทึกนั้นถูกต้องตามความเป็นจริง มีความชัดเจนและตามลำดับเหตุการณ์ กะทัดรัดต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มให้การดูแลจนถึงสิ้นสุดการดูแล ที่สำคัญคือสามารถตรวจสอบได้

**มาตรฐานผลลัพธ์การพยาบาลด้านการให้ยาระงับความรู้สึก** พิจารณาจากตัวชี้วัดดังนี้

1. ความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ
2. การได้รับยาที่ถูกต้อง
3. การติดเชื้อในโรงพยาบาล
4. การบรรเทาทุกข์ทรมารจากความเจ็บปวด
5. ความรู้ของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ
6. ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ใช้บริการ
7. ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ

**การก้าวสู่การเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลด้านการให้ยาระงับความรู้สึก**

เมื่อวันที่ 14-15 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2551 สภาการพยาบาลได้จัดประชุมวิชาการเรื่อง การจัดการศึกษาเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในประเทศไทย ในการประชุมครั้งนี้คณะผู้จัดทำฯ ได้รวบรวมข้อบังคับสภาการพยาบาล กฎกระทรวงระเบียบและประกาศต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการผลิตผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ตลอดจนได้กำหนดสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในสาขาต่าง ๆ 10 สาขา เพื่อประกอบการพิจารณาในการระดมความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุม สรุปได้กำหนดสมรรถนะไว้ 9 สมรรถนะ แต่สำหรับสาขาการพยาบาลด้านการให้ยาระงับความรู้สึก จะมี 14 สมรรถนะ ดังนี้

**สมรรถนะที่ 1** มีความสามารถประเมินสภาพผู้ป่วยก่อนให้ยาระงับความรู้สึก

**สมรรถนะที่ 2** มีความสามารถบริหารยาระงับความรู้สึกและเฝ้าระวังผู้ป่วยระหว่างให้ยาระงับความรู้สึกตามประกาศของสภาการพยาบาล

**สมรรถนะที่ 3** มีความสามารถในการประเมินผู้ป่วยในระยะพักฟื้นหลังให้ยาระงับความรู้สึก

สมรรถนะที่ 4 มีความสามารถตัดสินใจแก้ไข ปัญหาภาวะวิกฤติ

สมรรถนะที่ 5 มีความสามารถกระทำหัตถการ

สมรรถนะที่ 6 มีความสามารถประสานงาน ระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพและทีมงานวิสัญญี

สมรรถนะที่ 7 มีความสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพ กับผู้ป่วยและญาติ

สมรรถนะที่ 8 มีความสามารถสมรรถนะด้าน การใช้เทคโนโลยี

สมรรถนะที่ 9 ร่วมพัฒนาแนวปฏิบัติ/หรือ มาตรฐานการให้ยาระดับความรู้สึกตามหลักฐานเชิง ประจักษ์ ประเมินผล และปรับปรุงแนวปฏิบัติ/ มาตรฐาน/ตัวชี้วัดให้เป็นปัจจุบันเสมอ

สมรรถนะที่ 10 วางแผนและดำเนินการเพื่อ พัฒนาและฟื้นฟูความรู้ทัศนคติ และทักษะในการให้ ยาระดับความรู้สึก ตามขอบเขตหรือข้อตกลงกับ แพทย์

สมรรถนะที่ 11 สอนและร่วมมือในการจัดการ เรียนการสอนภาคปฏิบัติผู้เข้าอบรมวิสัญญีพยาบาล และนักศึกษาวิทยาศาสตร์สุขภาพอื่นๆ

สมรรถนะที่ 12 เป็นที่ปรึกษา/ให้คำปรึกษา แก่บุคลากรทางการพยาบาล และญาติในการให้ยา ยาระดับความรู้สึก ยาระดับปวด

สมรรถนะที่ 13 ศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ ความรู้และพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเกี่ยวกับการ ให้ยาระดับความรู้สึก รวมทั้งประยุกต์ผลการวิจัยใน การพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงาน

สมรรถนะที่ 14 เป็นตัวแทนผู้ปฏิบัติการ พยาบาลด้านการระงับความรู้สึก เพื่อกำหนดนโยบาย เสนอแนะมาตรการ/แนวทางที่มีประสิทธิภาพเพื่อ ความปลอดภัยของผู้ป่วย แนวทางปฏิบัติ(guideline) ในการให้บริการทางวิสัญญีวิทยาของวิสัญญีพยาบาล

## ความสำเร็จของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ใน ระดับหนังสืออนุมัติ

หลักสูตรการฝึกอบรมพยาบาลชั้นสูงระดับ วุฒิบัตร สถาบันที่จะเปิดอบรมได้จะต้องเป็นสถาบัน การศึกษาการพยาบาลและการผดุงครรภ์ที่เปิดสอน หลักสูตรในระดับบัณฑิตศึกษาทั้งระดับปริญญาโท และเอกมาแล้วไม่น้อยกว่า 5 ปี และต้องมีคณาจารย์ ที่ได้รับหนังสืออนุมัติหรือวุฒิบัตรแสดงความรู้ความ ชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์จาก สภาการพยาบาล ในสาขาที่เปิดการฝึกอบรม จำนวน ไม่น้อยกว่า 3 คน จากคุณสมบัติดังกล่าว ทำให้สถาบัน ที่จะเปิดการฝึกอบรมได้นั้น มีน้อย และสำหรับสาขา การพยาบาลด้านการให้ยาระงับความรู้สึก ไม่สามารถ เปิดการฝึกอบรมระดับวุฒิบัตรในสถาบันการศึกษา พยาบาลได้ เนื่องจากเหตุผลดังกล่าว ดังนั้นสาขาการ พยาบาลด้านการให้ยาระงับความรู้สึกจึงขอสอบ หนังสืออนุมัติได้เพียงอย่างเดียว โดยวิชาแกนที่จะ สอบ สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงจะเปิดอบรม ในการประชุมของสมาคม ในหัวข้อที่ต้องการ สำหรับ วิชาเฉพาะสาขา ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย จะเปิดอบรมในโครงการ ฟื้นฟูวิชาการ วิสัญญีพยาบาล ซึ่งได้จัดทำให้ทุกปีวิทยาลัยพยาบาล และผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทยได้เปิดให้มีการ สอบเพื่อรับหนังสืออนุมัติครั้งแรกและประกาศ ผลการสอบ เมื่อวันที่ 29 สิงหาคม 2557 มีผู้ผ่านการสอบทั้งหมด 17 คน<sup>6</sup> ดังนี้

1. สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ จำนวน 4 คน
2. สาขาการพยาบาลเด็ก จำนวน 1 คน
3. สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต จำนวน 2 คน
4. สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน จำนวน 3 คน

5. สาขาการพยาบาลชุมชน จำนวน 1 คน
6. สาขาการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อและการควบคุมการติดเชื้อ จำนวน 1 คน
7. สาขาการพยาบาลด้านการให้ยาระงับความรู้สึก จำนวน 5 คน

### สรุปความก้าวหน้าในการก้าวสู่การเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ของวิสัญญีพยาบาล

พัฒนาการของวิสัญญีพยาบาลไทยในการก้าวสู่การเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลด้านการให้ยาระงับความรู้สึก แบ่งออกเป็น 2 ระดับ

1. ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในระดับความชำนาญ ตามข้อบังคับของสภาการพยาบาลฯ ปี พ.ศ. 2551 การดำเนินการขับเคลื่อนเพื่อให้ก้าวสู่การเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลด้านการให้ยาระงับความรู้สึก ทำได้ยาก ลำบาก แต่ด้วยความมุ่งมั่น ที่จะพัฒนาวิชาชีพ ทำให้เราสามารถก้าวผ่านมาได้อย่างสมศักดิ์ศรีจริงๆ ถึง 165 คน ภายใน 5 ปี เมื่อเทียบกับสาขาอื่นๆ

2. ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงในระดับเชี่ยวชาญ การขับเคลื่อน จะนำไปตามขั้นตอนของข้อบังคับฯ ปี พ.ศ. 2556 แต่มีปัญหาเกี่ยวกับการเปิดหลักสูตรฝึกอบรมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงระดับวุฒิบัตร จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น แต่ก็ได้เป็นการปิดหนทางที่ก้าวสู่การสอบหนังสืออนุมัติ ถือว่าเป็นความก้าวหน้าในวิชาชีพในระดับเดียวกัน

ดังนั้นวิสัญญีพยาบาลไทยจะมุ่งมั่นพัฒนาตนเองต่อไป เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ทักษะทางคลินิกที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางสามารถใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ กระบวนการวิจัย ระบบสารสนเทศและการทำงานร่วมทีมสหสาขาที่พัฒนาวิชาการไปอย่างไม่หยุดยั้ง พัฒนานวัตกรรม ระบบบริการเพื่อเพิ่ม

คุณภาพที่เป็นประโยชน์กับประชาชน และมีวุฒิบัตรแสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางที่ทัดเทียมกับวิชาชีพแพทย์ทันตแพทย์และเภสัช โดยอยู่ภายใต้การกำกับของวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ขั้นสูงแห่งประเทศไทย สภาการพยาบาล

### เอกสารอ้างอิง

1. ชมรมวิสัญญีพยาบาล. จุดกำเนิดของวิสัญญีพยาบาลในประเทศไทย. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ; 2552.
2. สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, ชมรมวิสัญญีพยาบาลแห่งประเทศไทย. หน้าที่รับผิดชอบหลักและสมรรถนะวิสัญญีพยาบาล. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2549.
3. กระทรวงสาธารณสุข. ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยบุคคลซึ่งกระทรวง ทบวง กรม กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นอื่นหรือสภาวิชาชีพ หมายความว่า ซึ่งเป็นผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม พ.ศ. 2539. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2539.
4. ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย. ระเบียบราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ว่าด้วยขอข่ายการประกอบเวชปฏิบัติสาขาวิสัญญีวิทยาของพยาบาลวิชาชีพและการพยาบาลผดุงครรภ์ ซึ่งได้รับประกาศนียบัตรผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรวิสัญญีพยาบาลจากสถานฝึกอบรมซึ่งรับรองโดยราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย ฉบับที่ 1 พ.ศ. 2541. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยวิสัญญีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2541.
5. พระราชบัญญัติวิชาชีพการพยาบาลและการผดุงครรภ์. ราชกิจจานุเบกษา ฉบับกฤษฎีกา, เล่ม 114, ตอนที่ 74 ก, 23 ธันวาคม 2540.
6. สภาการพยาบาล. รายชื่อผู้สอบผ่านการสอบเพื่อขอรับหนังสืออนุมัติ แสดงความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ ประจำปี พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สภาการพยาบาล; 2557.

## Development of Thai Nurse Anesthetist : Diplomate Thai Board of Advance Practice Nursing Anesthesia

*Nimnual Muntraporn<sup>1</sup> RN, CRNA, MPA, Dip. APNA*

**Abstract:** This paper presents origin of Thai nurse anesthetist, scope and responsibilities of nurse anesthetist, standards of nursing practice, and standard of nursing anesthetist outcomes. The steps to success of advanced practice nurses, and Diplomate Thai Board of Advance Practice Nursing Anesthesia are discussed.

*Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2014; 1(1) 66-71*

**Keywords:** Nurse Anesthetist, Advance Practice Nursing, Standard of nursing practice

---

<sup>1</sup>Registered Nurse Senior Professional Level, Secretariat of Advance Practice Nursing Board Members, The College of Advance Practice Nurse and Midwife Thailand, Nursing and Midwifery Council

# ผลลัพธ์ของการใช้ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังภาคขยาย ในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

จุฬารัตน์ สุริยาทัย์<sup>1</sup> RN, MNS, อพย. (การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยกรรมศาสตร์)

**บทคัดย่อ:** โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน ได้นำโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดไปใช้กับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยความร่วมมือของบุคลากรทั้งในโรงพยาบาลและรพ.สต. พบว่ายังมีปัญหาและอุปสรรคในการพึงพาาระบบสาธารณสุข จึงได้นำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังภาคขยาย มาใช้ใน 3 ระยะ คือ 1) ระยะเตรียมการ วิเคราะห์ความพร้อมและข้อจำกัดของโรงพยาบาลและของ รพ.สต. ดำเนินการเตรียมหุ่นส่วนในชุมชน เตรียมทีมสุขภาพเชิงรุก 2) ระยะดำเนินการ ดำเนินการตามแต่ละองค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง คือ ด้านระบบสุขภาพ-องค์การดูแลสุขภาพ ออกแบบระบบการจัดการดูแลสำหรับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ด้านระบบข้อมูลทางคลินิก การสนับสนุนการตัดสินใจ พัฒนา CPG ร่วมกันระหว่าง ทีมสหสาขาวิชาชีพ และ รพ.สต. การออกแบบระบบบริการสุขภาพ จัดบริการให้มีياسารองรักษาอย่างเพียงพอที่ รพ.สต. การสนับสนุนการตัดสินใจ/พัฒนาทักษะส่วนบุคคล พัฒนาทักษะให้กับผู้ป่วย ผู้ดูแล และชุมชน และด้าน การดำเนินการในชุมชน ได้แก่ สร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ จากประชาคมในชุมชนเกิดมาตรการการสร้างสภาพแวดล้อมในชุมชนและการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน จัดประชุมร่วมนักพัฒนา 3) ระยะประเมินผลลัพธ์ พบมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีขึ้น ผลกระทบต่อผู้ป่วยลดลง และมีความพึงพอใจที่ดี รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชนภาคขยายนี้ สามารถนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ผลลัพธ์ที่ดีในทุกขั้นตอน

วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2557; 1 (1) 72-82

คำสำคัญ รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย, ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

<sup>1</sup>พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลท่าวังผา อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน กรรมการอำนวยการฝ่ายวิชาการ สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (ประเทศไทย) วาระ พ.ศ. 2558-2560



## บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease, COPD) ที่เกิดจากการอุดกั้นการระบายอากาศในปอด และเป็นสาเหตุให้เกิดการเจ็บป่วยเรื้อรัง ทุพพลภาพและเสียชีวิตที่มากขึ้นของประชากรโลก โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะรวมหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) และถุงลมโป่งพอง (pulmonary emphysema) องค์การอนามัยโลกได้รายงานอุบัติการณ์ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังว่ามีจำนวนผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังทั่วโลกจนถึงปี พ.ศ. 2550 มีจำนวน 210 ล้านคน และคาดว่าในปี พ.ศ. 2573 จะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3<sup>1</sup> สำหรับประชากรที่ป่วยในประเทศไทยผู้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีจำนวนเพิ่มขึ้นมาก จำนวน 200,946 218,280 และ 234,033 ราย คิดเป็นอัตรา 347.95 , 376.35 และ 400.10 รายต่อ 100,000 ประชากร ในปี พ.ศ. 2552 – 2554 ตามลำดับ<sup>2</sup> และเป็นสาเหตุการเสียชีวิต อันดับที่ 5 ของประเทศ ภาคเหนือ มีอัตราการความชุกของโรค COPD สูง พบว่า ในปี 2552 โรคเรื้อรังระบบหายใจส่วนล่างมีจำนวน 63,279 ราย คิดเป็นอัตรา 535.15 ราย ต่อ 100,000 ประชากร นับว่าเป็นอัตราที่สูงกว่าทุกภูมิภาค เนื่องจากภาคเหนือ เป็นแหล่งปลูกยาสูบ มีความนิยมในการสูบบุหรี่มาก มีการเผาทำลายป่า และควันไฟจากพื้นที่ใช้ประกอบอาหารจำนวนมาก จากสถิติดังกล่าว โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ถือเป็นปัญหาสุขภาพที่ก่อให้เกิดภาระหนักอย่างหนึ่งของประเทศไทย

สถิติผู้ป่วยที่โรงพยาบาลท่าวังผา จังหวัดน่าน<sup>3</sup> ในปี 2551–2553 พบจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ที่ขึ้นทะเบียน 689, 665 และ 686 คน จำนวนครั้งการมารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน 545, 522 และ 515 ครั้ง ผู้ป่วยเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง 21,

14 และ 21 คน อัตราเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ คิดเป็นร้อยละ 9.52, 9.32 และ 9.68 ค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยใน เป็นอันดับหนึ่งของโรงพยาบาล 1,640,645, 1,496,687 และ 1,425,871 บาท ต่อปี ที่ผ่านมาระยะเวลาได้ดำเนินโครงการวิจัยฟื้นฟูสมรรถภาพปอดโดยอาศัยความรู้เชิงประจักษ์เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตามแนวทางของสมาคมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและหัวใจของสหรัฐอเมริกา<sup>4,5</sup> และประยุกต์ให้เหมาะสมกับโรงพยาบาลชุมชน ดำเนินการในปี 2548–2549 นาน 1 ปี โดยศึกษาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 30 ราย ร่วมกับทีมเยี่ยมบ้านหรือทีมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยการทำงานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เน้นการฝึกทักษะต่างๆ ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล การออกกำลังกาย การประเมินต่างๆ การดูแลด้านจิตสังคม และการดูแลต่อเนื่อง ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังหลังเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าวมีคุณภาพชีวิตดีกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>6</sup>

ต่อมาจึงได้มีการขยายโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดไปสู่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตอำเภอท่าวังผาทุกรายโดยอาศัยความร่วมมือจากบุคลากรทุกระดับทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เนื่องจากโรงพยาบาลท่าวังผาได้พัฒนาระบบบริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลได้ผลดีระดับหนึ่ง โรงพยาบาลน่านจึงได้ส่งกลับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในระยะที่ 3 – 4 และผู้ป่วยที่อยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิตให้มาดูแลรักษาใกล้บ้านมากขึ้น พบปัญหาและอุปสรรค คือผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ บางคนอาศัยอยู่ตามลำพังขาดปัจจัยในการดำรงชีวิตหลายด้าน เช่น เศรษฐกิจ

สังคม ขาดผู้ดูแลเมื่อเกิดอาการหายใจลำบากมักช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่สามารถปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดได้อย่างต่อเนื่อง ไม่สามารถพยายายหลดดลมได้อย่างถูกต้อง เมื่อผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากและเหนื่อยล้า ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่ตนเองไม่สามารถควบคุมโรคได้ ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั้งแบบฉุกเฉิน 1-2 ครั้ง/เดือนและกลับมานอนรักษาในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน คิดเป็นร้อยละ 9.68 (ปี 2553) และ 13.19 (ปี 2554) ส่งผลให้ดัชนีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ<sup>7</sup> การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ เมื่อเกิดปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินชีวิตที่เกี่ยวข้องกับโรคมักต้องพึ่งพาระบบสาธารณสุขด้วยการรักษาในโรงพยาบาล

การดำเนินการที่ผ่านมาพบปัญหาและอุปสรรคคือ ขาดระบบการเชื่อมโยงและต่อเนื่องในการรักษาพยาบาลจนถึงระดับเครือข่ายในชุมชน และยังไม่พบว่ามีระบบที่เชื่อมโยงอย่างชัดเจนในโรงพยาบาลชุมชนต่อเนื่องไปถึงบ้าน มีเพียงแต่การวางแผนจำหน่ายและการติดตามเยี่ยมที่บ้าน ซึ่งดำเนินการเฉพาะเครือข่ายของระบบสาธารณสุขเท่านั้น มีการดำเนิน

การแยกแต่ละภาคส่วน มีการประสานงานบางส่วนที่เกี่ยวข้อง แต่ยังคงขาดการบูรณาการเชื่อมโยงโดยมีภาคีเครือข่ายและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายที่นับเป็นแหล่งประโยชน์ที่จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสภาพแวดล้อมที่ตนเองอาศัยอยู่ได้ดี

จึงได้นำต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย (Expanded Chronic Care Model) โดยบาร์และคณะ<sup>8,9,10</sup> ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง ใน 2 ชุมชน คือชุมชนบ้านดอนตัน ตำบลศรีภูมิ และชุมชนบ้านแห่น ตำบลผาทอง อำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน ที่มีกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อนอาศัยในชุมชน และผู้นำชุมชนตามตำแหน่งและผู้นำตามธรรมชาติ มีความเข้มแข็งให้ความสำคัญและความร่วมมือในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่รับผิดชอบพื้นที่ให้ความร่วมมือให้ความสำคัญกับปัญหาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ชุมชนมีแหล่งประโยชน์และทรัพยากรในชุมชนอย่างเพียงพอมี ดังแสดงในรูปที่ 1



รูปที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย โดย บาร์และคณะ (2003)<sup>8</sup>

## การเตรียมการ

ได้วิเคราะห์ความพร้อมและข้อจำกัดของโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล พบว่าการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลมีการจัดระบบสุขภาพและองค์การบริการสุขภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยมีบริการตั้งรับที่ห้องฉุกเฉินและผู้ป่วยใน และการจัดตั้งคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในวันจันทร์ภาคเช้า ตั้งแต่ปี 2548 โดยแยกให้บริการเฉพาะโรคมีการวางแผนจำหน่าย และการติดตามเยี่ยมที่บ้าน ซึ่งดำเนินการเฉพาะเครือข่ายของระบบสาธารณสุขเท่านั้น การดูแลในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในระยะสงบรับการส่งต่อจากโรงพยาบาลเพื่อดูแลต่อเนื่องและรับยา ตั้งแต่ปี 2553 มีการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และการติดตามเยี่ยมบ้านกรณีผู้ป่วยถูกส่งต่อจากโรงพยาบาล แต่ไม่มีความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลและชุมชน

การเตรียมหุ้นส่วนในชุมชนเชิงรุก (prepared proactive community partner) เตรียมทีมทางด้านสุขภาพ (prepared proactive practice team) โดยการพัฒนาศักยภาพของทีมทั้งในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จัดอบรมเรื่อง ต้นแบบแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย การทำกลุ่ม การจัดการความรู้ เทคนิคการเป็นผู้เอื้ออำนวยและการบันทึกที่ดี การเข้าสู่ชุมชน และการเสริมพลังและพัฒนาด้านวิชาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เทคนิคการเสริมสร้างพลังอำนาจ การใช้ทักษะชักจูงให้เลิกบุหรี่ การติดตามประเมินผลลัพธ์ เตรียมนักพัฒนาและคนในชุมชน โดยเข้าสู่ชุมชนเพื่อ

แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพกับชุมชนและจัดประชุมร่วมกับนักพัฒนาซึ่งประกอบด้วย ผู้นำชุมชนระดับตำบล (นายกองค์การบริหารส่วนตำบล, รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล, สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล, ประธานสภาวัฒนธรรม และ สารวัตรกำนัน) ผู้นำชุมชนระดับหมู่บ้าน (ผู้ใหญ่บ้าน, ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และประธานแม่บ้าน) อาสาสมัคร และชมรมที่จัดตั้งในชุมชน โดยการสนทนากลุ่มเพื่อให้แกนนำชุมชนได้รับทราบถึงปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เพื่อสร้างความตระหนักต่อผู้ป่วย การให้ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รวมทั้งการชี้แจงจุดประสงค์ของการทำงาน กระบวนการ และการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมอย่างชัดเจนและรวดเร็ว ด้านบทบาทและหน้าที่ กรอบ ระยะเวลาในการดำเนินการสนับสนุนด้านงบประมาณ ผลลัพธ์ที่เกิดจากการทำโครงการครั้งนี้

ความตื่นตัวของชุมชน (active community) ผู้ป่วย ผู้ดูแลที่ได้รับข้อมูลมีความตื่นตัว (informed active patient) ได้จัดประชุมในชุมชน เพื่อคืนข้อมูลภาวะสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญ มีอุปสรรคในการดำรงชีวิตท่ามกลางสิ่งแวดล้อมในชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ ทั้งนี้ได้สอดแทรกสาเหตุของโรคต่างๆ ที่มาจากการสูบบุหรี่ ควันไฟในบ้าน ชี้แจงจุดประสงค์การมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทั้งในระยะสงบและระยะกำเริบ ร่วมหาแนวทางป้องกันผู้ป่วยรายใหม่โดยการคัดกรอง (screening) ในกลุ่มที่เคยสูบบุหรี่ และส่งเสริมการเลิกบุหรี่ ป้องกันนักสูบบุหรี่รุ่นใหม่ ผู้นำชุมชนหรือหน่วยงานของรัฐเป็นแบบอย่างที่ดีในการงดสูบบุหรี่

ระยะดำเนินการ ได้มีการดำเนินการตามแต่ละองค์ประกอบของต้นแบบการดูแลผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังดังนี้

1. ระบบสุขภาพ-องค์การดูแลสุขภาพ (Health System organization) ออกแบบระบบการจัดการดูแลสำหรับ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เน้นการเสริมสร้างพลังอำนาจและการจัดการตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว เน้นความต่อเนื่องของการดูแล วางแผนจำหน่ายแบบมีส่วนร่วมกับชุมชนโดยเฉพาะรายที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน เน้นการกำกับติดตามผลลัพธ์ และการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น ถึงออกซิเจน อุปกรณ์สายออกซิเจน และยาพ่นขยายหลอดลม โดยความร่วมมือจากท้องถิ่นและชุมชน มีการนำเครื่องมือวัดสมรรถภาพปอด (Spirometry) มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยรายใหม่เพื่อคัดกรองผู้ป่วยและทบทวนการรักษาสำหรับผู้ป่วยรายเก่า เพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสมโดยการประเมินผู้ป่วย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน

การพัฒนาาระบบส่งต่อ กรณีผู้ป่วยนอนรักษาในโรงพยาบาลและเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน มีการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยและผู้ดูแล และฟื้นฟูสมรรถภาพการใช้ยาพ่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยโดยการสอนข้างเตียงและการจัดทำคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง วางแผนจำหน่ายแบบมีส่วนร่วมกับชุมชนโดยเฉพาะรายที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน เน้นการกำกับติดตามผลลัพธ์ และการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เช่น ถึงออกซิเจน อุปกรณ์สายออกซิเจน และยาพ่นขยายหลอดลม เชิญโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล อสม.และชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนทางการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน

ทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และมีการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ (NCD clinic, จิตเวช, IPD และ กลุ่มเวชฯ) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และชุมชน กรณีผู้ป่วย ER-revisit ในโรงพยาบาล และเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ทีม home health care ลงไปประเมินปัญหาที่บ้าน และวางแนวทางการแก้ปัญหา มีกระบวนการเช่นเดียวกับข้างต้น โดยพูดคุยที่บ้านผู้ป่วย และทีม home health care ลงไปติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนกว่าผู้ป่วยจะสามารถควบคุมโรคได้ (ประมาณ 1-4 ครั้ง แล้วแต่ความรุนแรง) และส่งต่อให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลด้านข้อมูลและส่งต่อ ยา อุปกรณ์เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องต่อไป พร้อมทั้งส่งผู้ป่วยที่สามารถควบคุมโรคได้กลับไปรักษาต่อเนื่องจากที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล เกณฑ์การส่งต่อ ได้แก่ ความถี่ในผู้ป่วยที่ควบคุมโรคได้ ไม่มีอาการกำเริบ (exacerbation) ไม่มีโรคร่วม พื้นที่ห่างไกล มีความจำเป็นเนื่องจากปัญหาการเข้าถึงบริการของผู้ป่วย

การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ได้พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ โดย พัฒนาศักยภาพพยาบาลเวชปฏิบัติทุก ๆ ปี ให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ทั้งทั้งเครือข่ายบริการสาธารณสุขอำเภอท่าวังผา ใช้แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เป็นแนวทางเดียวกัน จัดระบบให้คำปรึกษาพยาบาลวิชาชีพ (Case manager) ทางโทรศัพท์ การใช้ยา และการพ่นยาขยายหลอดลม โดยโรงพยาบาลท่าวังผามีการสนับสนุนการเลือกอุปกรณ์และยา เพื่อลดค่าใช้จ่าย และสนับสนุนด้านอุปกรณ์ในการพ่นยา เนื่องจากปัญหาด้านระยะทาง การขนส่งออกซิเจน ภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย มีความเสี่ยงสูง และผู้บริหารเห็นความสำคัญ ส่งผลให้ทาง

เครือข่ายบริการสาธารณสุขอำเภอท่าวังผา เห็นความสำคัญและมีการจัดสรรงบประมาณในการดูแลผู้ป่วย (oxygen concentrator) การประเมินผู้ป่วย ได้แก่ การประเมินสภาวะสุขภาพเพื่อการพิจารณาเรื่องการส่งต่อจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และการเยี่ยมบ้าน พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเมื่อมีอาการกำเริบ พัฒนาแนวทางการดูแลด้านจิตใจ การส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันภาวะซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย และส่งเสริมภาวะโภชนาการร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพจากโรงพยาบาล พัฒนาระบบติดตามเยี่ยมบ้านกรณีผู้ป่วยถูกส่งต่อ ร่วมกับโรงพยาบาลท่าวังผา

**1.1 ระบบข้อมูลทางคลินิก (Clinical Information System) จัดระบบจัดเก็บข้อมูลทั้งระบบ IT และ การบันทึก ออกแบบบันทึกที่จำเป็น ได้แก่ แบบบันทึกการมารับบริการแบบฉุกเฉิน (ER visited) การเก็บข้อมูลการกลับมารักษาซ้ำ (Re-admitted) แบบบันทึกการพ่นยาขยายหลอดลม แบบบันทึกข้อมูลในการตรวจแบบบันทึกการติดตามเยี่ยมที่บ้าน เพื่อเป็นข้อมูลย้ำเตือนผู้ปฏิบัติในการบันทึกให้ครบถ้วนเป็นข้อมูลที่สามารถค้นหาผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อนเพื่อสนับสนุนวางแผนการดูแลผู้ป่วยในทั้งรายกรณีและการวางแผนในระบบดูแล รวมทั้งเป็นข้อมูลที่รวบรวมเพื่อประเมินผลลัพท์ การดำเนินการ และผู้ที่เกี่ยวข้องทุกคนสามารถใช้ประโยชน์ร่วมกัน**

**1.2 สนับสนุนการตัดสินใจ (Decision Support) พัฒนา CPG ร่วมกันระหว่าง ทีมสหสาขาวิชาชีพ และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล โดยอ้างอิงแนวทางการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของ Global COPD<sup>11</sup> สมาคมออร์เวซแห่งประเทศไทย<sup>12</sup> และ แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง**

พ.ศ. 2553<sup>13</sup> เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยทั้งในภาวะสงบและอาการกำเริบ (มีการปรับปรุงทุก 1 ปี) การเข้าร่วมระบบดูแลระบบ Easy COPD และการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด 5 โดยปรับให้เหมาะกับบริบทของโรงพยาบาลท่าวังผา ประกอบด้วย 3 ระยะ 6 ขั้นตอน ระยะที่ 1 การพบกันในครั้งแรก เริ่มดำเนินการขั้นตอนที่ 1 การให้ความรู้เกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การรักษา และการดูแลตนเอง ขั้นตอนที่ 2 การประเมินและจัดการกับอาการของตนเอง ระยะที่ 2 การพบกันครั้งที่ 2 ห่างจากครั้งแรก 1 เดือน เป็นการดำเนินการขั้นตอนที่ 3 การประเมินและ บริหารการหายใจ ออกกำลังกาย ขั้นตอนที่ 4 การดูแลด้านจิตสังคม ขั้นตอนที่ 5 การเลิกสูบบุหรี่ ในผู้ที่ยังไม่เลิกสูบบุหรี่ระยะที่ 3 เป็นขั้นตอนที่ 6 การติดตามการดูแลต่อที่บ้าน และกำหนดการติดตามผลลัพท์ ได้แก่ คุณภาพชีวิต (QOL) , Six minute walk distance test , Oxygen saturation, COPD Assessment Test , มาตรฐานความรู้สึกเหนื่อยในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (MMRC), Dyspnea visual analogue scale อัตราการรักษาแบบฉุกเฉิน และ อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

**1.3 การออกแบบระบบบริการ/การจัดกระบวนการสุขภาพใหม่ (Delivery System Design/ Re-orient Health Services ) จัดบริการให้มียาสำรองรักษาอย่างเพียงพอที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลสำหรับการรักษาโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรัง จัดให้มีชุดพ่นยาละอองฝอย และชุดให้ออกซิเจนในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ประชาสัมพันธ์ ช่องทางการเข้าถึงบริการ การติดตามเยี่ยมบ้านโดย การมีส่วนร่วมระหว่าง โรงพยาบาลท่าวังผา โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลและแกนนำชุมชน การพัฒนาศักยภาพคนในชุมชนให้สามารถดูแลผู้ป่วย**

และฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การวางแผนจำหน่าย ร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลและชุมชน การดูแลผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าจากโรคเรื้อรังและการอาศัยเพียงลำพัง โดยพยาบาลจิตเวชและชุมชนมีส่วนร่วม การดูแลผู้ป่วยวาระสุดท้ายของชีวิต ให้ได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นท่ามกลางญาติมิตรและสมาชิกที่ดีศรีความเป็นมนุษย์ ลดความทุกข์ทรมาน ส่งเสริมให้ญาติสามารถเผชิญภาวะสูญเสียได้อย่างเหมาะสมโดยอาศัยความร่วมมือจากโรงพยาบาล ทาวิงผาและชุมชน

**1.4 การสนับสนุนการตัดสินใจ/พัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Self-Management/Develop Personal skill)** พัฒนาทักษะให้กับผู้ป่วย ผู้ดูแล และชุมชน ในการส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วย การรับประทานยา และการพ่นยาขยายหลอดลม การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การใช้ ออกซิเจนระยะยาวที่บ้าน การนำส่งกรณีฉุกเฉิน สามารถร้องขอความช่วยเหลือเมื่ออยู่ในภาวะฉุกเฉิน ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลทั้งภาวะสงบ ภาวะกำเริบ และภาวะสุดท้ายของชีวิต

## 2. การดำเนินการในชุมชน

จากการจัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในชุมชน พบว่าชุมชนไม่ทราบปัญหาว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มีปัญหาอะไรบ้าง ต้องการความช่วยเหลืออะไรบ้าง ภายหลังจากจัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และญาติ เข้าร่วมแลกเปลี่ยน พบว่า ปัญหาของผู้ป่วยคือผู้ป่วยยากจนไม่มีค่าเดินทาง ญาติต้องออกไปทำงานหาเลี้ยงชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่สามารถเดินทางเพื่อเข้ารับบริการในโรงพยาบาลตามนัดหมาย ไม่มีศักยภาพในการขนถ่ายออกซิเจน ญาติไม่มีศักยภาพในการดูแลด้านอาหาร การฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกาย ไม่สามารถจัดการสิ่งกระตุ้นที่รบกวนเช่นการเผาขยะ

ในชุมชน การตากยาสูบ การบ่มยาสูบ การสูบบุหรี่ ของบุคคลใกล้ชิด ผู้ป่วยมีที่อยู่อาศัยไม่เหมาะสมกับโรคของผู้ป่วยสภาพแวดล้อมมีฝุ่นละอองมาก มีต้องการความช่วยเหลือภาวะฉุกเฉินเมื่อเกิดอาการกำเริบ ต้องการบริการใกล้บ้านอยากให้โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลสำรองยาพ่นและยาที่เกี่ยวข้องกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อยากให้มีถังออกซิเจนสำรองให้ยืมกรณีมีผู้ป่วยรักษาด้วยออกซิเจนที่บ้าน ชุมชนจึงสามารถระบุปัญหาเพื่อวางแผนการจัดการ แก้ไขต่อไปโดยการทำความเข้าใจในชุมชน

**2.1 สร้างนโยบายสาธารณะที่เอื้อต่อสุขภาพ (Build Healthy Public Policy)** จากประชาคมในชุมชนเกิดมาตรการการสร้างสภาพแวดล้อมในชุมชน มีการกำจัดขยะในชุมชนโดยหลีกเลี่ยงการเผา จัดระบบสุขาภิบาลในการจัดการขยะ เปลี่ยนขยะเป็นปุ๋ย การจัดโซนนิ่งของสถานที่ตากยาสูบ การจัดสรรเวลาในการบ่มยาของโรงบ่ม อพยพาใช้ระยะเวลาสั้นที่สุด และใช้เชื้อเพลิงเป็นไฟฟ้าแทนถ่านหินลิกไนต์ จัดสรรงบประมาณด้านการรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน (EMS) จัดบริการขนถ่ายออกซิเจนขององค์การบริหารส่วนตำบล และมีแนวทางการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในสถานการณ์อุทกภัย บูรณาการร่วมกับโครงการที่มีอยู่ในชุมชน เช่น โครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ (สนับสนุนโดย สสส.) โครงการโรงเรียนครอบครัวในกลุ่มเยาวชนที่เสี่ยงและครอบครัว มีมาตรการที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ในชุมชน มีการณรงค์ต้านบุหรี่ในชุมชน จัดทำข้อบัญญัติท้องถิ่น เพื่อจัดสรรงบประมาณลดปัจจัยเสี่ยงสุขภาพด้านบุหรี่

**2.2 สร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพ (Create Supportive Environments)** 1) กลุ่มผู้ป่วย : จัดบริการยาพ่นขยายหลอดลมไว้ที่โรงพยาบาล

ส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล จัดซื้อเครื่องผลิตออกซิเจน จัดสถานที่ฟื้นฟูสมรรถภาพปอด เช่น ศูนย์การเรียนรู้ในชุมชน (Community Learning Center) จัดสภาพแวดล้อมในบ้านที่เหมาะสม จัดระบบการนำส่งฉุกเฉิน (EMS) องค์การบริหารส่วนตำบล มีส่วนร่วมกรณีผู้ป่วยมีอาการกำเริบและนำส่งผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การขนถ่ายอุปกรณ์ออกซิเจนโดยตรงขององค์การบริหารส่วนตำบล เยี่ยมให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือโดยชมรมผู้สูงอายุ ตั้งกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนทำกิจกรรมร่วมกัน การลดสิ่งกระตุ้นอาการกำเริบ เช่น การเผาขยะในชุมชน มีอาสาสมัครช่วยในการกำจัดฝุ่นละอองในบ้านผู้ป่วยที่ชรายากจน ไม่มีผู้ดูแล การจัดสถานที่ตากยาสูบ กำหนดเวลาบ่มยาสูบและปรับเปลี่ยนเชื้อเพลิง 2) กลุ่มผู้สูบบุหรี่ : มีนโยบาย ห้ามสูบบุหรี่ในงานเลี้ยง งานบุญในชุมชน ขอความร่วมมือ งดจำหน่ายบุหรี่ในร้านค้าภายในชุมชน คัดกรองด้วยสไปโรเมทรีรี่ จัดโปรแกรมบำบัดเลิกบุหรี่ในชุมชน เกิดจากการจัดกิจกรรมในชุมชน และใช้เวลาหลังเลิกงานประจำ (โดยเสี่ยงคำว่าคลินิกอดบุหรี่ เปลี่ยนมาใช้เป็นโครงการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง) สร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่และการติดตามให้กำลังใจโดยคนในชุมชนด้วยกันเอง ยกย่องชื่นชมผู้ที่เลิกบุหรี่สำเร็จ 3) กลุ่มเยาวชน : พระสงฆ์ สอดแทรกธรรมะทุกครั้งที่เทศนา หรือสอนหนังสือเยาวชน แกนนำชุมชนสอดส่องดูแลสถานที่มั่วสุมของเยาวชน การวักกล่าวตักเตือน ชักชวนร่วมโครงการโรงเรียนครอบครัว

**2.3 เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน (Strengthen Community Action) จัดประชุมร่วมกัน** นักพัฒนา ซึ่งประกอบด้วย ผู้นำชุมชน และชมรมที่จัดตั้งในชุมชนที่มีความสนใจร่วมกัน พบว่าชุมชนสนับสนุนงบประมาณ มีแผนการจัดซื้อออกซิเจน

สำรองสำหรับการพญาในยามวิกาล การจัดสภาพแวดล้อม สนับสนุนการสร้างอาชีพ ทั้งนี้ผู้นำชุมชนและผู้ดูแลหาแนวทางดูแลร่วมกัน พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครในการดูแลผู้ป่วยเพื่อการติดตามและดูแลผู้ป่วย ได้ขอความร่วมมือจากหน่วยงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ บูรณาการกับโครงการด้านสุขภาพที่มีอยู่แล้วในชุมชน ได้แก่ โครงการหมู่บ้านจัดการสุขภาพ และชาวบ้านลงแรงในการดำเนินการด้วยตนเอง

### ผลลัพธ์ของการใช้ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังภาคขยายในกลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

พบว่าผู้ป่วยในหมู่บ้านดอนตันจำนวน 33 คน และหมู่บ้านแหน จำนวน 24 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 84.85 และ 87.5 ตามลำดับ คิดเป็นสัดส่วนเพศชาย : เพศหญิง เป็น 2 : 1 และ 1.4 : 1 ในหมู่บ้านดอนตันและหมู่บ้านแหนตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ ในหมู่บ้านดอนตันกลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษาและไม่ได้รับการศึกษาในหมู่บ้านแหนส่วนใหญ่ไม่ประกอบอาชีพเนื่องจากสูงอายุและรองลงมาคือประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 36.36 และ 29.17 ส่วนใหญ่มีรายได้ของผู้ป่วยในหมู่บ้านดอนตันและหมู่บ้านแหน ต่อเดือนต่ำกว่า 1,000 บาท จากเบี้ยเลี้ยงผู้สูงอายุ ร้อยละ 58.33 และ 78.79 อาศัยอยู่กับบุตรหลาน มีรายงานผู้ป่วยมีประวัติสูบบุหรี่ใน ร้อยละ 84.84 และ 87.5 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีระยะเวลาการสูบบุหรี่ 21-30 ปี เลิกสูบบุหรี่แล้วร้อยละ 92.86 และ 95.23 มีระดับภาวะซึมเศร้าในหมู่บ้านดอนตันจำนวน 2 ราย ดัชนีมวลกายอยู่ในภาวะน้ำหนัก

น้อยกว่ามาตรฐานและระดับปกติ ส่วนใหญ่สูบบุหรี่จำนวน 11-20 มวนต่อวัน มีระยะเวลาในการเลิกบุหรี่นานมากกว่า 10 ปี และส่วนใหญ่มีระดับความรุนแรงของโรคในระดับ 2

เปรียบเทียบผลการลัพธ์ทางคลินิกในกลุ่มผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ ในหมู่บ้านดอนตันและหมู่บ้านแหน พบว่า

1. อาการหายใจลำบาก (MMRC) การรับรู้อาการหายใจลำบาก (DVAS) ระยะทางการเดินบนแนวราบ มาตรฐานใน 6 นาที (6MWT) โดยเดินได้เพิ่มขึ้น 30 เมตร และ 54 เมตร (เดินไกลขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ) เป็นร้อยละ 62.07 และ 20.69 ในหมู่บ้านดอนตัน และ ร้อยละ 60 และ 25 ในหมู่บ้านแหน เนื่องจากผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น (อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$ ) สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างสม่ำเสมอจากการกระตุ้นและความร่วมมือของผู้ดูแล ชุมชน และเจ้าหน้าที่ รพ.สต. มีการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ลดสิ่งกระตุ้นไม่ให้เกิดอาการกำเริบ มียารักษาและได้รับการฟื้นฟูขยายหลอดลมที่ รพ.สต. ใกล้บ้าน ได้รับการออกซิเจนที่บ้านและได้รับการเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง

2. การประเมินผลกระทบ COPD ต่อผู้ป่วย (COPD Assessment Test (CAT)) คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (QOL) และ ER-visited ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่  $p < 0.05$  แต่มีแนวโน้มดีขึ้น ต้องมีการติดตามผลลัพธ์ด้านนี้ในระยะยาวต่อไป

3. มีระดับความพึงพอใจหลังการเข้าร่วมการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นอย่างต่อเนื่องของกลุ่มตัวอย่างโดยเฉลี่ยร้อยละ 90.17 และ 91.33 ในหมู่บ้านดอนตันและหมู่บ้านแหนตามลำดับ

ผลการดำเนินการพบว่ามีผู้สูบบุหรี่สมัครใจเข้าโครงการป้องกันโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนหรือคลินิกเลิกบุหรี่ในชุมชน จำนวน 39 คน พบว่าความสำเร็จของการจัดโปรแกรมบำบัดเลิกบุหรี่ในชุมชน เกิดจากการจัดกิจกรรมในชุมชน และใช้เวลาหลังเลิกงานประจำ ผู้สูบบุหรี่ที่ต้องการเลิกบุหรี่จึงสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ง่ายกว่าการเดินทางไปเข้ารับการบำบัดที่โรงพยาบาลซึ่งต้องรับบริการในเวลาราชการเท่านั้นและผู้สูบบ่อยต้องมีความตั้งใจตนเองที่แน่วแน่เป็นสำคัญ จากการประเมินช่วง 6 เดือน และ 12 เดือน พบว่าส่วนมากสามารถลดปริมาณการสูบลงร้อยละ 43.75 และ 65.22 ที่มีอัตราการเลิกบุหรี่สำเร็จในช่วง 12 เดือน ร้อยละ 31.9

จากผลการดำเนินการที่มีการนำการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังภาคขยาย เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบมีส่วนร่วมของชุมชนอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการป้องกันการเกิดโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า นอกจากการจัดระบบบริการตามมาตรฐานในโรงพยาบาลท่าวังผาแล้วยังมีการสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ให้สามารถดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และการจัดซื้อเครื่องผลิตออกซิเจนด้วยกระแสไฟฟ้าเพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ให้บริการในการเปลี่ยนถ้ำออกซิเจนและขยายผลทั่วทั้งเครือข่ายสาธารณสุขอำเภอท่าวังผา ทั้งนี้เนื่องจากผู้บริหารเครือข่ายสาธารณสุขอำเภอท่าวังผา ได้เห็นความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตพื้นที่เป็นลำดับต้น ๆ ชุมชนและองค์การบริหารส่วนตำบลได้รับรู้ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจนกระทั่งเกิดกระบวนการมีส่วนร่วมและร่วมสนับสนุนทรัพยากรในการส่งต่อและดูแลผู้ป่วย เช่น การจัดรถสำหรับนำส่งผู้ป่วยในกรณี



ฉุกเฉินหรือการสนับสนุนการทำแผนจัดซื้อเครื่องสร้างออกซิเจนเพื่อใช้พ่นยาผู้ป่วยในระยะกำเริบ และการสร้างมาตรการป้องกันการสูบบุหรี่ในชุมชน พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเป็นโรคเรื้อรังในชุมชนภาคขยาย เป็นรูปแบบที่สามารถนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ ผลลัพธ์ที่ดี โดยชุมชนสามารถร่วมดูแลผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตกับโรคเรื้อรังได้ ทุกขั้นตอน

### เอกสารอ้างอิง

- World Health Organization. What Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) [Internet]. [Cited 2010 Mar 24]. Available from: <http://www.who.int/features/qa/48/en/index.html>.
- สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราผู้ป่วยในตามกลุ่มสาเหตุ (75 กลุ่มโรค) จากสถานบริการสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขรายภาคต่อประชากร 1 แสนคน จำแนกตามเพศและสาเหตุ 2552-2554 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.พ.2555]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.moph.go.thopst>.
- งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลท่าวังผา. รายงานสถิติผู้ป่วยในโรงพยาบาลท่าวังผา: งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลท่าวังผา 2551-2553. น่าน: โรงพยาบาลท่าวังผา; 2553.
- American Thoracic Society. Pulmonary Rehabilitation. American Journal of Respiratory Critical Care Medicine 1999; 159: 1666-82.
- American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Pulmonary Rehabilitation AACVPR Guideline for Pulmonary Rehabilitation Programs. National Black Lung Respiratory Disease Clinics Conference, Chicago Illinois 1999; October 7-9.
- จุฬารัตน์ สุริยาทัย, นภาพร มหายศนันท์, หทัยรัตน์ เวชมนัส. ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด โดยอาศัยความรู้เชิงประจักษ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. น่าน: โรงพยาบาลท่าวังผา; 2549.
- จุฬารัตน์ สุริยาทัย, สารภี วงศ์สิทธิ์, ศรีมาศ พันธุ์แก้ว, มณีวรรณ วงศ์สุขพิศาล. ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจแบบกลุ่มต่ออาการหายใจลำบากและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาซับซ้อน. วิชาการสาธารณสุข 2554; 20: 313-22.
- Barr JV, Robinson S, Marin-Link B, Underhill L, Dotts A, Ravensdale D, et al. The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model. Hospital Quarterly 2003; 7: 73-82.
- วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี. ต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรังภาคขยาย. ระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2553-2557; 2: 48-56.
- วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี. ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วิจัยระบบสาธารณสุข 2550; 2: 82-90.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease [Internet]. 2009 [Cited 2010 Jan 11]. Available from: <http://www.goldcopd.org/guidelineitem.asp>.
- สมาคมออร์เวชซ์แห่งประเทศไทย. แนวทางการวินิจฉัยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2548). กรุงเทพฯ: สมาคมออร์เวชซ์แห่งประเทศไทย; 2548.
- คณะกรรมการพัฒนาแนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. แนวปฏิบัติบริการสาธารณสุขโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: ยูเนียนอุลตราไวโอเล็ตจำกัด; 2553.

## Outcomes of Expanded Chronic Care Model Utilization in Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease

Jurarat Suriyathai<sup>1</sup> RN, MNS, Dip. APMSN

**Abstract:** Tha Wang Pha hospital, Nan province, employed lung rehabilitation program for use with COPD patients under the collaboration of health professionals from the hospital and health promoting hospitals. Barriers existed when patients were relying on health system. Then, the hospital utilized Expanded Chronic Care Model, ECCM, in three phases: 1) Preparation phase, analyzed the readiness and barriers of the hospital and HPHs, prepared proactive community partner and practice team; 2) Implementation phase, based on each components of the model were, manage health system organization, clinical information system, decision making support, and delivery system design/re-orient health services. Implementations in the community were, built healthy public policy, developed self-management/personal skills, and strengthened community action; 3) Evaluation phase, clinical outcomes, patients impact and patients' satisfaction were better for COPD patients under the model. It is suggested that this model can be use for chronically ill patients for better outcomes.

*Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2014; 1(1) 72-82*

**Keywords:** Expanded Chronic Care Model, chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients

---

<sup>1</sup>Nurse Specialis, Member of the Administrative Committee for Academic Affairs, Advanced Practice Nursing Association (Thailand)

## บทบาทสู่ความสำเร็จของ APN ในการใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

เรณู พุกบุญมี<sup>1</sup> พย.ด. อพย. (การพยาบาลเด็ก)

**บทคัดย่อ:** เป้าหมายของการจัดบริการด้านสุขภาพในยุคปัจจุบันมุ่งเน้นที่คุณภาพของบริการประสิทธิภาพของระบบ ความเสมอภาคในการเข้าถึงบริการและความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์ การจัดการผู้ป่วยรายกรณีจึงเป็นรูปแบบหนึ่งที่จะนำพาการบริการด้านสุขภาพไปสู่เป้าหมายเหล่านี้ได้ ซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในการทำงานลักษณะสหสาขาวิชาการซึ่งต้องการการนำทีมการดูแลอย่างใกล้ชิดและมีประสิทธิภาพ โดยมีเครื่องมือสำคัญคือแผนการดูแลที่พัฒนาหรือกำหนดโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ความสำเร็จในบทบาทนี้ของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงนอกจากจะต้องเก่งทั้งในบทบาทหน้าที่การดูแลผู้ป่วยทั้งโดยทางตรงและทางอ้อมแล้ว จะต้องเก่งในบทบาทการจัดการประสานงาน จัดการข้อมูลและการสื่อสาร จัดการการเปลี่ยนแปลง และจัดการด้านการเงิน/งบประมาณด้วย

*วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย 2557; 1 (1) 83-91*

**คำสำคัญ:** ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง การจัดการผู้ป่วยรายกรณี

<sup>1</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประธานหลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิบัตร โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล และนายกสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ประเทศไทย) วาระ พ.ศ. 2558-2560

## บทนำ

เป้าหมายของการจัดบริการด้านสุขภาพในยุคหลังการปฏิรูประบบสุขภาพของประเทศไทยได้มุ่งเน้นที่คุณภาพของบริการ ประสิทธิภาพของระบบ ความเสมอภาคในการเข้าถึงระบบและบริการที่มีคุณภาพ และความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์ของการให้บริการ สถานบริการสุขภาพทุกระดับจึงมีความพยายามที่จะพัฒนางานบริการสุขภาพให้เกิดคุณภาพสูงสุดในขณะเดียวกันก็พยายามควบคุมค่าใช้จ่ายเพื่อให้เกิดประโยชน์อย่างคุ้มค่ามากที่สุด พยาบาลซึ่งเป็นวิชาชีพทางด้านสุขภาพที่มีจำนวนบุคลากรมากที่สุด และใกล้ชิดกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยมากที่สุด เป็นวิชาชีพที่มีเอกลักษณ์ มีความรับผิดชอบตามกฎหมาย ในการให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพ จำเป็นต้องให้ความสนใจในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อให้สามารถบรรลุเป้าหมายคุณภาพและความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์ดังกล่าว การจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management) เป็นรูปแบบของการให้บริการหนึ่งที่สำคัญอันจะนำพาการบริการด้านสุขภาพไปสู่เป้าหมายเหล่านี้ได้ ซึ่งเป็นบทบาทหนึ่งที่สำคัญของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice Nurse) ทั้งนี้เนื่องจาก Case Management เป็นกระบวนการให้บริการที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางของการดูแล (Person-Centered Care) มีกระบวนการประสานการทำงานอย่างเป็นระบบ (System-Based Practice) เพื่อลดความซ้ำซ้อนในการให้บริการ ซึ่งเน้นทั้งคุณภาพและประสิทธิภาพสูงสุดของการให้บริการ โดยการใช้ทรัพยากรอย่างคุ้มค่ามากที่สุด ซึ่งกระบวนการเหล่านี้อยู่บนพื้นฐานของการทำงานในลักษณะสหสาขาวิทยาการ (Multidisciplinary Team) ต้องการการนำทีมการดูแลอย่างใกล้ชิดและมีประสิทธิภาพโดยผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case

Manager) ซึ่งพบว่าผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่ทำบทบาทผู้จัดการรายกรณีจะเป็นผู้ที่ทำหน้าที่นี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดคือ Advanced Practice Nurse Case Manager: APN-CM) ทั้งนี้โดยมีเครื่องมือสำคัญคือแผนการดูแล (Care Map/ Clinical Pathway/ Critical Pathway) ที่พัฒนาหรือกำหนดโดยทีมสหสาขาวิชาชีพโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based) ที่มุ่งเน้นการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ โดยจะต้องกำหนดผลลัพธ์ของการดูแลที่ต้องการ (Outcome-Based) ไว้ล่วงหน้าเพื่อให้สามารถควบคุมการทำงานในระบบได้ ทั้งนี้โดยคำนึงถึงความเป็นองค์รวมของผู้ป่วยและการดูแลที่ต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและส่งต่อไปที่บ้าน โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของกระบวนการจัดการให้บริการด้วย การจัดการผู้ป่วยรายกรณีจึงมีผลทำให้สามารถเพิ่มคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วยป้องกันและลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ส่งผลให้สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยได้ ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และที่สำคัญที่สุดคือคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยและครอบครัว จึงเป็นบทบาทหนึ่งของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงจะต้องพัฒนาเพื่อเพิ่มคุณภาพและประสิทธิภาพของการดูแลผู้ป่วย

การจัดการผู้ป่วยรายกรณีจึงเป็นระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการมากที่สุดในยุคปัจจุบันนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง กลุ่มผู้ป่วยที่มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลสูง กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญหลาย ๆ สาขา เช่น จากแพทย์สาขาเชี่ยวชาญเฉพาะโรคต่างๆ พยาบาล นักกำหนดอาหาร หรือนักกายภาพบำบัด กลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรัง

ที่มีแนวโน้มจะกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลเป็นประจำ หรือกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีแบบแผนการรักษาที่แน่นอน เป็นต้น ทั้งนี้โดยสามารถใช้ร่วมกับระบบการดูแลที่ใช้อยู่เดิม เช่น ระบบพยาบาลเจ้าของไข้ (Primary Nursing System) ระบบการดูแลแบบรายบุคคล (Case Method) หรือระบบการดูแลแบบทำงานเป็นหน้าที่ (Functional Method) ในปัจจุบันจึงมีการใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยในหลายองค์กร ซึ่งประสบความสำเร็จมากบ้างน้อยบ้าง บทนี้จะได้กล่าวถึงบทบาทสู่ความสำเร็จของผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงในการใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี

### **บทบาทสู่ความสำเร็จในการใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี (Case Management)**

การใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยมีกลยุทธ์ที่สำคัญที่จะทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ จะต้องประกอบด้วย

#### **1. การเตรียมความพร้อมด้านนโยบาย**

ก่อนเริ่มดำเนินการในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี การเตรียมความพร้อมตั้งแต่ระดับนโยบายของโรงพยาบาล หน่วยงาน ควรมีการกำหนดเป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานที่ชัดเจนว่าต้องการพัฒนาอะไรเพื่อจะได้วางแผน และติดตามประเมินผลการดำเนินงานได้อย่างเหมาะสม

#### **2. การเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร**

การให้ความรู้เกี่ยวกับระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ทั้งกระบวนการ ขั้นตอน รวมถึงการสร้าง ความเข้าใจในหลักการที่ถูกต้องแก่บุคลากรและทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถนำไปปฏิบัติได้ทั้งในระดับของผู้ปฏิบัติและผู้บริหาร และ

อาจต้องชี้แจงกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้ รับทราบด้วย นอกจากนี้การให้ข้อมูลเพื่อสร้างความเชื่อมั่นและศรัทธาในระบบซึ่งมีจุดเน้นที่การพัฒนาคุณภาพการบริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของการดูแลและเน้นการใช้ทรัพยากรและแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ อย่างเหมาะสมและคุ้มค่า บุคลากรที่เกี่ยวข้องในระบบจำเป็นต้องมีความเชื่อ ศรัทธา และมีความเข้าใจในระบบจึงจะสามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากเป็นการเริ่มใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นครั้งแรกในหน่วยงาน ควรจัดทำในกลุ่มผู้ป่วยที่โรคไม่ซับซ้อนเกินไป และกลุ่มสหสาขาวิชาชีพที่ไม่ใหญ่โตมากนัก เพื่อให้สามารถวางแผนประสานงานและจัดการได้สำเร็จเป็นประสบการณ์ครั้งแรก แล้วค่อยขยายผลไปยังกลุ่มที่ซับซ้อนมากขึ้น โอกาสจะประสบความสำเร็จจะมีมากขึ้น

#### **3. การพัฒนาแผนการดูแล (Clinical Pathway)**

การพัฒนาแผนการดูแล (Clinical Pathway / Critical Pathway / Care MAP: Multidisciplinary Approach Plan) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยในแต่ละวันที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายว่าจะได้รับกิจกรรมการรักษายาพยาบาลหรือการบำบัดใด ๆ ในช่วงเวลาใดบ้างและได้รับจากใครบ้าง แผนในการปฏิบัติในแต่ละสาขาวิชาชีพ ควรถูกกำหนดโดยทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยอย่างจริงจัง และรับผิดชอบปรับเปลี่ยนในแต่ละสาขาให้ทันต่อความรู้ที่เปลี่ยนแปลงหรือเมื่อมีความแปรปรวนเกิดขึ้น โดยคำนึงถึงความเป็นองค์รวม (Holistic) ของผู้ป่วย และควรใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based) เป็นฐานในการพัฒนา ทั้งนี้เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยที่ดีที่สุดและปลอดภัยมากที่สุด ซึ่งแผนการดูแลหาก

พัฒนาได้อย่างเหมาะสมจากทีมสหสาขาวิชาชีพ จะช่วยกำกับควบคุมทรัพยากรและลดกิจกรรมที่อาจซ้ำซ้อนโดยไม่เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย และยังสร้างความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยจากแต่ละสาขาวิชาชีพและเชื่อมโยงประสานการดูแลในสหสาขาวิชาชีพให้เกิดประสิทธิภาพได้อย่างสูงสุด ดังนั้นหากแผนการดูแล (Clinical Pathway) มีความชัดเจน ถูกต้อง และสามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้สามารถควบคุมระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วย และควบคุมค่าใช้จ่ายได้ รวมทั้งให้บริการได้สะดวกรวดเร็ว เกิดความพึงพอใจทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการ นอกจากนี้ในการพัฒนาแผนการดูแลควรวิเคราะห์ให้ไว้ล่วงหน้าว่า ขณะใช้แผนการดูแลร่วมกันดูแลผู้ป่วยนั้น มีความแปรปรวน (Variance) อะไรที่อาจจะเกิดขึ้นได้บ้าง และจะมีวิธีการจัดการอย่างไรได้บ้าง โดยให้ทุกคนทราบแนวทางปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการแก้ปัญหา ปฏิบัติการแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างรวดเร็ว และป้องกันการเกิดความขัดแย้งในการดำเนินการแก้ไขด้วย

#### 4. ความร่วมมือ (Coordination) จากสหสาขาวิชาชีพ

การดำเนินการในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีเป็นการทำงานร่วมกันโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้นหากทีมประสานและร่วมมือกันทำงานอย่างเป็นระบบที่ดี ปฏิบัติตามแผนการดูแล (Clinical Pathway) ด้วยความเต็มใจและเห็นประโยชน์จากการใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมีการร่วมคิดร่วมตัดสินใจ และแสดงความคิดเห็นที่จะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย และกระบวนการทำงาน ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่รับผิดชอบซึ่งกันและกันและมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันก็จะนำไปสู่ความสำเร็จในการบริหารจัดการระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้พยาบาลผู้จัดการ

ผู้ป่วยควรมีความรู้เกี่ยวกับการตลาดและการสร้างเครือข่ายในการจัดการผู้ป่วยรายกรณี ซึ่งเป็นทักษะที่จำเป็นที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี การสร้างเครือข่ายจะเป็นการพัฒนาและคงไว้ซึ่งการติดต่อกัน รวมทั้งสัมพันธ์ภาพของผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ที่ทำงานร่วมกัน

#### 5. การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) แก่บุคลากรทุกฝ่าย

การเสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้บุคลากรทุกสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องและทุกคนในสาขาร่วมกันรับผิดชอบปฏิบัติตามแผนการดูแลอย่างเคร่งครัด และติดตามประเมินผลลัพธ์ตามที่กำหนด และหากพบความแปรปรวนต้องสกัดให้ได้โดยเร็ว ปรึกษาสาเหตุและปฏิบัติการแก้ไขให้เร็วที่สุด ระบบก็จะดำเนินต่อไปได้

#### 6. การทำ Quality Case Management Round

ในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีนอกจากการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยร่วมกันระหว่างแพทย์และพยาบาลทุกวันที่ถูกกำหนดโดยระบบแล้ว การทำ Quality Case Management Round ร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพทุกสัปดาห์ซึ่งควรนำทีมโดยพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย โดยทำหน้าที่ประสานงานและกำหนดประเด็นเพื่อร่วมกันอภิปราย โดยมีเป้าหมายมุ่งการดำเนินงานที่จะทำให้สามารถเพิ่มคุณภาพและเกิดความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์มากยิ่งขึ้น ทักษะที่จำเป็นต้องพัฒนาเพื่อให้ได้ประโยชน์จากการทำ Quality Round คือความสามารถในการคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อนำไปสู่การแก้ปัญหาด้วยวิธีที่ดีที่สุด นอกจากนี้จากการทำ Quality Round น่าจะนำไปสู่แนวคิดเพื่อการวิจัยแบบสหสาขาวิชาชีพ ที่จะส่งเสริมความเป็นผู้เชี่ยวชาญสามารถอธิบายเป็นองค์ความรู้ได้อย่าง

ถูกต้องเหมาะสม เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย  
รายการณีให้มีคุณภาพสูงขึ้นได้ด้วย

#### 7. การกำกับติดตาม ประสานงาน จาก พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยรายการณี

การกำกับติดตาม ประสานงาน จากพยาบาล  
ผู้จัดการผู้ป่วยรายการณี เป็นสิ่งสำคัญมากที่จะเอื้อให้  
เกิดผลลัพธ์ตามที่คาดหวัง ภาวะผู้นำและการบริหาร  
จัดการจึงเป็นสิ่งสำคัญสำหรับพยาบาลผู้จัดการผู้ป่วย  
รายการณี การติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดทันต่อ  
การเกิดเหตุการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ความ  
รอบรู้ทางคลินิก และความสามารถในการสืบสวน  
สถานการณ์ที่อาจจะมี ความซับซ้อนและหลากหลาย  
ควรพิจารณาใช้แนวทางที่หลากหลายในการสืบสวน  
เช่น การจัดการกระทำข้อมูลให้กระจ่างชัด การให้ความ  
สนใจในรายละเอียด นอกจากนี้ทักษะด้านมนุษย  
สัมพันธ์ การเจรจาต่อรอง การติดต่อประสานงาน และ  
ทักษะด้านการสื่อสาร จากการศึกษาวิจัยพบว่า เป็น  
ทักษะที่จำเป็นที่จะทำให้สามารถจัดการการดูแล  
ผู้ป่วยรายการณี ได้อย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาล  
ผู้จัดการผู้ป่วยเป็นผู้ประสานงานร่วมกับทีมสหสาขา  
วิชาชีพ จะต้อง มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและครอบครัว  
รวมทั้งหน่วยงานสุขภาพภายนอก จึงจำเป็นจะต้องมี  
ทักษะในด้าน การพูดและการเขียน ที่สื่อสารเข้าใจ  
ได้ง่าย พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางของ  
ความร่วมมือ จึงต้องมีทักษะในการส่งเสริมการ  
สนทนอย่างเปิดเผยของสมาชิกทีม และการเจรจา  
เพื่อโน้มน้าวใจให้บุคคลอื่นทำตาม การสร้างความน่า  
เชื่อถือ ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพ มีความยืดหยุ่น  
สามารถเจรจาต่อรองได้ ซึ่งจะทำให้สามารถพิทักษ์  
สิทธิของผู้ใช้บริการได้ อย่างไรก็ตามการใช้ทักษะการ  
จูงใจบุคลากรในระบบด้วยการสะท้อนคิดหรือ Reflection  
Technique ด้วยการคิดเชิงบวก (Positive Thinking)

ในสิ่งที่เกิดขึ้นให้และให้เป็นตัวขับเคลื่อนผู้ปฏิบัติให้  
มีการพัฒนาตนเองมากยิ่งขึ้น และมองปัญหาให้เป็น  
โอกาสพัฒนา

#### 8. ระบบบันทึกที่มีคุณภาพ

ระบบบันทึกที่มีคุณภาพได้มาตรฐาน สามารถ  
บันทึกและสื่อสารข้อมูลต่าง ๆ ได้อย่างครบถ้วน ซึ่งจะ  
ช่วยให้สามารถเกิดการประสานงาน ติดตาม กำกับ  
ดูแลการดำเนินงานของระบบได้อย่างมีประสิทธิภาพ  
ตลอดจนสามารถทวนสอบการปฏิบัติและผลลัพธ์ที่  
เกิดขึ้นในแต่ละช่วงเวลา การวิเคราะห์ความแปรปรวน  
ทั้งนี้เพื่อให้สามารถพิจารณาปรับแผนการดูแลให้มี  
คุณภาพและเกิดคุ้มค่าคุ้มประโยชน์ หรือใช้แหล่ง  
ประโยชน์ได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้นได้มากยิ่งขึ้น

#### 9. การพัฒนาสื่อต่าง ๆ คู่มือ เอกสารความรู้ และสิ่งประดิษฐ์

การพัฒนาสื่อต่าง ๆ คู่มือ เอกสารความรู้ใน  
การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย เพื่อความเข้าใจยิ่งขึ้นจะ  
ส่งผลให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลตนเองของ  
ผู้ป่วยและญาติตลอดจนการพัฒนาสิ่งประดิษฐ์ที่จะ  
เอื้อให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลสามารถใช้หรือเกิดทักษะการ  
ดูแลที่ถูกต้องมากยิ่งขึ้น หรือประหยัดค่าใช้จ่าย  
ดังนั้นความคิดสร้างสรรค์เป็นสิ่งที่จะช่วยให้กระบวนการ  
จัดการผู้ป่วยรายการณีซึ่งเกี่ยวข้องกับแหล่งทรัพยากร  
ที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ใช้บริการด้วยวิธีการต่าง ๆ  
พยาบาลผู้จัดการผู้ป่วยจึงควรเป็นผู้ที่มีความคิดริเริ่ม  
สร้างสรรค์ที่สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์ต่าง ๆ ได้

#### 10. การพัฒนาความสามารถในการบริหาร จัดการและบทบาทของ APN ในการเป็นผู้จัดการ ผู้ป่วยรายการณีที่มีประสิทธิภาพ

ในปัจจุบันจากการศึกษาวิจัยพบว่าผู้ทำหน้าที่  
จัดการผู้ป่วยรายการณีได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุดคือ  
ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (Advanced Practice

Nurses) ซึ่งจากคุณสมบัติที่กำหนดให้จบการศึกษาในระดับบัณฑิตศึกษาทางการพยาบาล และมีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ตนเชี่ยวชาญอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยที่ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงต้องรับผิดชอบ ตลอดจนบทบาทหน้าที่รับผิดชอบโดยปกติของ APN มีความเกี่ยวข้องกับบทบาทการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้การบริหารจัดการในระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีประสบความสำเร็จด้วย ได้แก่

#### 1. Direct Care : ให้การดูแล

APN-CM จะต้องใช้ความรู้ความสามารถที่จะให้การดูแลผู้ป่วยในสาขาที่ตนเชี่ยวชาญ โดยมุ่งเน้นทั้งการดูแล ให้ความรู้และฝึกทักษะที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งตนเองและดูแลตนเองได้ในที่สุด สามารถประเมินสถานะของผู้ป่วยที่ตนชำนาญหรือรับผิดชอบได้เป็นอย่างดี สามารถจัดลำดับความสำคัญของการการดูแลรักษา และเชื่อมโยงหรือส่งต่อระหว่างหน่วยงานได้ โดยมุ่งเน้นผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่จะเกิดจากการดูแล

#### 2. Expert Coaching and Guidance : สอน ชี้แนะ

จากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยกลุ่มที่ APN เชี่ยวชาญ เป็นผลให้ APN-CM จะสามารถสอนให้คำแนะนำ ชี้แนะการดูแลผู้ป่วยให้กับพยาบาลที่เกี่ยวข้อง หรือให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติโดยตรงได้

#### 3. Consultation : ให้คำปรึกษา

จากความเชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยที่ APN รับผิดชอบ ทำให้ APN-CM จะสามารถให้คำปรึกษาเพื่อแก้ปัญหาให้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว พยาบาลและผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

#### 4. Collaboration : ประสานงาน

APN จะปฏิบัติหน้าที่ประสานการดูแลให้แก่ผู้ป่วย ดังนั้น APN-CM จึงมีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยอยู่เดิม ทำงานร่วมกับสหสาขาวิชาชีพ ความเข้าใจและสามารถนำทีมในการประยุกต์ใช้แผนการดูแลร่วมกับสหสาขาวิชาชีพได้ สามารถรวบรวมข้อมูลเพื่อให้ผู้ป่วย ครอบครัว และทีมสหสาขาวิชาชีพมีการร่วมมือหรือประสานงานเพื่อการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มีการจัดการบริการที่จำเป็นและกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน สามารถที่จะทำให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแล มีการสื่อสารในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้มั่นใจได้ว่าจะมีการวางแผนร่วมกันระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ สามารถเรียนรู้ว่าต้องทำอะไรหรืออะไร ในทรัพยากรบุคคลและสิ่งของที่จะนำไปสู่ความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้โดยใช้ทรัพยากรอย่างประหยัดและคุ้มค่ามากที่สุด

#### 5. Leadership : ผู้นำในคลินิก

APN-CM สามารถทำหน้าที่เป็นคนกลางและเป็นผู้นำในคลินิกในการบริหารจัดการทรัพยากรและบริการต่างๆ ไปสู่ผู้ป่วย โดยจัดให้มีการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมผู้รักษาพยาบาลกับผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ โดยประสานให้สามารถเจรจาตกลงกับผู้ป่วยได้ทุกเรื่อง สามารถควบคุมการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดหรือทำให้เกิดประโยชน์สูงสุด คิดและสร้างสรรค์นวัตกรรมบริการหรือเทคนิคการรักษาพยาบาลใหม่ๆ หรืออุปกรณ์ เพื่อค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมและประหยัดแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้ APN-CM จะทำหน้าที่พิทักษ์สิทธิประโยชน์ให้กับผู้ป่วย โดยให้ข้อมูลรายละเอียดของการบริการแก่ผู้ป่วยและครอบครัว กระตือรือร้นที่จะทำให้งานนั้นบรรลุจุดมุ่งหมาย และให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ทรัพยากร และการสนับสนุนให้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อการตัดสินใจ



## 6. Ethical Decision Making and Conflict Resolution : ตัดสินทางจริยธรรมและแก้ไขข้อขัดแย้ง

APN มีบทบาทในการให้การตัดสินทางจริยธรรมและการแก้ไขข้อขัดแย้งที่เกิดกับผู้ป่วย ครอบครัวหรือพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย โดยใช้องค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องร่วมกับ Clinical Knowledge ในสาขาความเชี่ยวชาญของตน จากข้อมูลทางคลินิกและความเชี่ยวชาญทางคลินิกของ APN-CM จะสามารถส่งเสริมให้พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถเฝ้าระวังและบริหารจัดการกับความขัดแย้งและปัญหาทางจริยธรรมที่อาจเกิดแก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

## 7. Research Utilization & CQI : ใช้ผลงานวิจัยและพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

APN จะถูกเตรียมมาให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาทางคลินิก สืบค้นผลงานวิจัย ประเมิน วิเคราะห์ และสังเคราะห์ผลงานวิจัยเพื่อนำมาใช้แก้ปัญหาได้ APN-CM จึงสามารถใช้ความรู้ทั้งในส่วนที่เป็น Explicit Knowledge และ Implicit Knowledge ร่วมกับทักษะที่เชี่ยวชาญ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นเลิศได้เป็นอย่างดี และสามารถปรับให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้นได้อย่างต่อเนื่อง

จากบทบาท สมรรถนะและหน้าที่รับผิดชอบของ APN หากพัฒนาได้เป็นอย่างดีจะทำให้ APN-CM มีความพร้อมในบทบาทที่จะสู่ความสำเร็จในการใช้ระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีได้อย่างครอบคลุมและเป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยทั้งในด้านคุณภาพและความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์ได้มากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ APN-CM จะต้องมีความสามารถในการบริหารจัดการใน 5 ด้านต่อไปนี้ด้วย ได้แก่

### 1. การจัดการการดูแลผู้ป่วย (Patient Care Management)

โดย APN-CM จะต้องทำหน้าที่รับผิดชอบในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว และทำการประเมินข้ออย่างสม่ำเสมอในด้านร่างกาย จิตสังคม ด้านจิตวิญญาณ และด้านการเงินของผู้ป่วย วางแผนให้การดูแลช่วยเหลือเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายและแนวทางที่กำหนดไว้ โดยจะต้องมีการเตรียมพร้อมรับการเปลี่ยนแปลงที่อาจจะเกิดขึ้น และต้องสามารถควบคุมหรือแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ทันเวลา

### 2. การจัดการประสานงาน (Coordination Management)

โดย APN-CM จะต้องทำจะต้องสามารถประสานงานในทีมสหสาขาวิชาชีพ ติดตามกระบวนการปฏิบัติ การรักษา การให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว มีการประเมินคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่กำหนดไว้ และป้องกันการบริการที่ซ้ำซ้อนและฟุ่มเฟือยโดยไม่จำเป็น มีการปรับปรุงคุณภาพของแผนการดูแล

### 3. การจัดการข้อมูลและสื่อสาร (Information & Communication Management)

โดย APN-CM จะต้องทำสามารถสื่อสารข้อมูล การเจรจาต่อรอง การรายงาน การอธิบาย การควบคุม การปรึกษาหารือปัญหาของผู้ป่วย และการสะท้อนกลับของผลงาน เพื่อการปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยหรือเพื่อป้องกันการเกิดการแปรปรวนของแผนการดูแล

### 4. การจัดการเปลี่ยนแปลง (Change Management)

โดย APN-CM จะต้องสามารถจัดการเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติไปสู่คุณภาพที่ดีขึ้นได้ โดยได้รับความร่วมมือจากผู้ปฏิบัติที่เกี่ยวข้อง

### 5. การจัดการด้านการเงิน/ งบประมาณ (Financial Management)

โดย APN-CM จะต้องสามารถดำเนินการวางแผนให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ โดยต้องควบคุมการใช้ทรัพยากรและค่าใช้จ่ายอย่างเหมาะสม รวมทั้งการกำหนดระยะเวลาในการรักษาพยาบาล สามารถวิเคราะห์ความแปรปรวนของแผนการดูแลได้ เช่น การเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือความล่าช้าในการดูแล

ด้วยความสำคัญของทักษะและสมรรถนะต่างๆ เหล่านี้ของ APN จึงเป็นส่วนหนึ่งที่ถูกบรรจุอยู่ในหลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิปริญญาตรีที่วิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย สภากาพยาบาลได้พัฒนาขึ้นเมื่อพ.ศ.2556 ทั้งนี้เพื่อให้ APN-CM หนึ่งในบทบาทของ APN คือ การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีนั้นเกิดประสิทธิภาพในการดำเนินการที่ครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรองผู้ป่วยเพื่อเข้าระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี การประเมินและการประเมินซ้ำ ความต้องการของผู้ป่วยแบบองค์รวม พึงทักษ์สิทธิประโยชน์ผู้ป่วย ปกป้องความเป็นส่วนตัวและสร้างความเชื่อมั่นในการดูแลรักษา ประสานงานเมื่อแผนการดูแลเปลี่ยนแปลง และวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วย ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย

และครอบครัวเกี่ยวกับโรคที่เป็น การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ติดตามผลการรักษาตั้งแต่เข้าโรงพยาบาลจนกระทั่งจำหน่าย ประเมินว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพหรือไม่ ผลของการรักษาที่พบเป็นไปตามเป้าหมายมากน้อยเพียงใด วิเคราะห์ค่าใช้จ่ายและความคุ้มค่าคุ้มประโยชน์ อันจะนำมาซึ่งการแสดงความมีเอกลักษณ์ทางวิชาชีพทำให้ผู้ใช้บริการและทีมสหสาขาวิชาชีพยอมรับในบทบาทของพยาบาลมากขึ้น APN-CM เกิดความภาคภูมิใจ และมีแนวคิดในการพัฒนาตนเอง พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยและพัฒนาองค์กรต่อไป

### เอกสารอ้างอิง

1. หลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิปริญญาตรี. วิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย. นนทบุรี: สภากาพยาบาล; 2556.
2. CMSA. Standards of practice for case management, Revised 2010 [Internet]. Arkansas: Case Management Society of America, [cited 2015 Jan 16]. Available from: <http://www.cmsa.org/portals/0/pdf/memberonly/standardsofpractice.pdf>

## Success Roles of APN in Using Case Management

Renu Pookboonmee<sup>1</sup> RN, D.N.S., Dip. APPN

**Abstract:** Aims of health care service in the present focus on quality, effectiveness, accessibility and cost benefit. Case management is a system that can pave the way to these aims. It is an important of APNs role, and a role of success in multidisciplinary team work. Since this system needs closely and effective team leading by case manager and using Care of Multidisciplinary Approach Planning / Care MAP. So, Success in this role Advanced Practice Nurse-Case Manager / APN-CM needs to practice very well not only direct and indirect patient care, but also management in coordination, information, communication, change and financing.

*Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice 2014; 1(1) 83-91*

**Keywords:** Advanced practice nurse; case management

---

<sup>1</sup>Assistant Professor, Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, President, Advanced Practice Nurse Association (Thailand)

สรุปลงสาระสำคัญการประชุมใหญ่สามัญ ประจำปี 2557  
สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ประเทศไทย)

ผศ.ดร.แสงทอง อีระทองคำ

การประชุมใหญ่สามัญ ประจำปี 2557 สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ประเทศไทย) ได้จัดขึ้นในวันที่ 24 ตุลาคม 2557 เวลา 16.30 น. ซึ่งเป็นช่วงการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 2/2557 ระหว่างวันที่ 23-25 ตุลาคม 2557 มีสมาชิกผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 135 คน จากจำนวนสมาชิกทั้งหมด 367 คน สรุปลงสาระสำคัญดังนี้

1. วัตถุประสงค์และรายนามคณะกรรมการฯ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรณู พุกบุญมี นายกสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ประเทศไทย) แจ้งว่า สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ประเทศไทย) ก่อตั้งขึ้นเมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน 2552 ตามข้อบังคับของสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ประเทศไทย) พ.ศ. 2552 มีวัตถุประสงค์ เพื่อ

- 1) สนับสนุนการสร้างความรู้และนวัตกรรมสาขาพยาบาลศาสตร์โดยเฉพาะด้านการปฏิบัติการพยาบาล
- 2) ส่งเสริมและควบคุมคุณภาพของผู้ปฏิบัติและการปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง
- 3) สนับสนุนการสอบวุฒิปัตร์เป็นผู้มีความรู้ความชำนาญเฉพาะทางการพยาบาลและการผดุงครรภ์ในสาขาต่าง ๆ
- 4) สนับสนุนการพัฒนานโยบายสุขภาพเพื่อการมีสุขภาวะของประชาชนไทยและประชาคมโลก
- 5) เผยแพร่ความรู้และนวัตกรรมของการปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง ในระดับชาติ และนานาชาติ
- 6) ส่งเสริมความสามัคคีระหว่างผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง และผดุงเกียรติศักดิ์แห่งวิชาชีพการพยาบาล
- 7) ร่วมมือกับองค์กรวิชาชีพและหน่วยงานของรัฐ ในการพัฒนาสุขภาพประชาชนและกิจการสาธารณประโยชน์
- 8) แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมมือ และสร้างเครือข่ายทั้งในและต่างประเทศ
- 9) ส่งเสริมความก้าวหน้าในการพัฒนาผู้ปฏิบัติและการปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง
- 10) ไม่ตั้งโต๊ะบิลเลียดหรือไม่จัดให้มีการพนันแต่อย่างใด

คณะกรรมการของสมาคม มี 2 ประเภท ได้แก่ คณะกรรมการที่ปรึกษาและที่ปรึกษาทิตติมศักดิ์ และคณะกรรมการอำนวยการ ดังนี้

1) คณะกรรมการที่ปรึกษาและที่ปรึกษาทิตติมศักดิ์ ได้แก่ สมาชิกของสมาคมหรือผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งคณะกรรมการอำนวยการมีมติให้เชิญมาเป็นกรรมการ มีวาระ 2 ปี ตามวาระการปฏิบัติงานของคณะกรรมการอำนวยการ ปัจจุบันคณะกรรมการที่ปรึกษาและที่ปรึกษาทิตติมศักดิ์ มีจำนวน 5 คน ได้แก่ 1.1) ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.วิจิตร ศรีสุพรรณ 1.2) ศาสตราจารย์เกียรติคุณ ดร.สมจิต หนูเจริญกุล 1.3) รองศาสตราจารย์ ดร.ทัศน บุญทอง 1.4) รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธ์ และ 1.5) รองศาสตราจารย์ประคอง อินทรสมบัติ

2) คณะกรรมการอำนวยการ มีวาระ 2 ปี และต่อเนื่องได้ไม่เกิน 2 วาระ ปัจจุบัน คณะกรรมการอำนวยการ วาระ พ.ศ. 2556-2558 มีจำนวน 17 คน ได้แก่

2.1)	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรณู	พุกบุญมี	นายกสมาคม
2.2)	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิกุล	นันทชัยพันธ์	อุปนายกคนที่ 1
2.3)	นางนันทนวล	มนตราภรณ์	อุปนายกคนที่ 2
2.4)	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ	โตสิงห์	เหรัญญิกและผู้จัดการสมาคม
2.5)	รองศาสตราจารย์ ดร.สุวรรณ	จันทร์ประเสริฐ	นายทะเบียน
2.6)	รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ	สิทธิมงคล	ปฏิคม
2.7)	รองศาสตราจารย์ ดร.ชนิษฐา	นันทบุตร	จัดหาทุน
2.8)	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสเพ็ญ	ชุนวล	จัดหาทุน
2.9)	รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณภา	ศรีธัญรัตน์	วิชาการและวารสาร
2.10)	นางจุฬารัตน์	สุริยาทัย	วิชาการและวารสาร
2.11)	รองศาสตราจารย์ ดร.ศิริอร	สินธุ์	วิชาการและวารสาร
2.12)	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสภณภัทร	ศรไชย	วิชาการและวารสาร
2.13)	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พูลสุข	ศิริพูล	ประชาสัมพันธ์
2.14)	นางสาวอุบลรัตน์	ต้อยมาเมือง	ผู้ช่วยประชาสัมพันธ์
2.15)	นางเอมิตา	เกาะสมบัติ	สวัสดิการ
2.16)	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงทอง	ธีระทองคำ	เลขานุการ
2.17)	นางสกวรัตน์	พวงลัดดา	ผู้ช่วยเลขานุการ

## 2. สมาชิก ประจำปี 2557

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงทอง ธีระทองคำ เลขานุการ แจ้งว่า ในปี 2557 สมาคมฯ รับสมาชิกใหม่ จำนวน 235 คน ตั้งแต่วันที่ 23 ตุลาคม พ.ศ. 2555 มีสมาชิกจำนวนทั้งสิ้น 367 คน โดยสมาชิก มี 3 ประเภท ได้แก่ สมาชิกสามัญ สมาชิกสมทบ และ สมาชิกกิตติมศักดิ์ มีสิทธิและหน้าที่ ดังนี้

- 1) มีสิทธิรับประโยชน์ทุกอย่างที่สมาคมจัดขึ้น เพื่อสมาชิกตามเงื่อนไขและข้อบังคับของสมาคม
- 2) สมาชิกสามัญมีสิทธิในการเลือกตั้ง หรือได้รับการเลือกตั้งหรือแต่งตั้งเป็นกรรมการสมาคม และมีสิทธิออกเสียงลงมติต่าง ๆ ในที่ประชุมได้
- 3) มีสิทธิร้องขอต่อคณะกรรมการ เพื่อตรวจสอบเอกสารและบัญชีทรัพย์สินของสมาคม
- 4) มีสิทธิเข้าชื่อรวมกันอย่างน้อย 1 ใน 3 ของสมาชิกสามัญทั้งหมด ร้องขอต่อคณะกรรมการให้จัดประชุมใหญ่วิสามัญได้
- 5) มีหน้าที่ปฏิบัติตามข้อบังคับและระเบียบของสมาคม
- 6) มีหน้าที่ปฏิบัติตามจรรยาบรรณวิชาชีพ
- 7) มีหน้าที่เสนอแนะ สนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมของสมาคม
- 8) มีหน้าที่แจ้งให้นายทะเบียนทราบเป็นลายลักษณ์อักษรทุกครั้ง ที่มีการเปลี่ยนชื่อ-สกุล ยศ บรรดาศักดิ์ และย้ายที่อยู่
- 9) มีหน้าที่รับผิดชอบในทรัพย์สินและชื่อเสียงของสมาคม ซึ่งตนเป็นผู้ก่อให้เกิดความเสียหาย

### 3. ผลการดำเนินงาน ประจำปี 2557

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงทอง ธีระทองคำ เลขานุการสมาคม แจ้งว่า สมาคมฯ จัดประชุมวิชาการในปี 2557 จำนวน 2 ครั้ง ได้แก่ 1) วันที่ 4-6 มิถุนายน 2557 จัดประชุมวิชาการ เรื่อง Outcome Management and Evaluation: Cost Analysis ณ โรงแรมพักพิงอิงทาง บุติคโฮเต็ล จำนวนผู้เข้าประชุม 47 คน และ วันที่ 23-25 ตุลาคม 2557 เรื่อง โครงการบูรณาการการวิจัยกับการปฏิบัติเพื่อพัฒนาคุณภาพบริการแบบครบวงจร (Capstone Project : All in one) ณ โรงแรม ดิเอมเมอรัลด์ จำนวนผู้เข้าประชุม 312 คน

นอกจากนี้ มีการจัดทำวารสาร ชื่อ “วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย” โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร.วรรณภา ศรีธัญรัตน์ เป็นบรรณาธิการ รองศาสตราจารย์ ดร.พนิชฐา พานิชชิวะกุล และ รองศาสตราจารย์ ดร.ภัทราภรณ์ ทุ่งป็นคำ เป็นผู้ช่วยบรรณาธิการ โดยวารสารจะออกฉบับปฐมฤกษ์ กรกฎาคม-ธันวาคม 2557

### 4. บัญชีรายรับรายจ่ายและบัญชีงบดุล ประจำปี 2556

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงทอง ธีระทองคำ เลขานุการแจ้งที่ประชุมว่า สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ประเทศไทย) ได้จัดทำงบดุล และงบกำไรขาดทุน ประจำปี 2556 ณ วันที่ 31 ธันวาคม 2556 และได้ผ่านการตรวจสอบจากผู้สอบบัญชีแล้ว

### 5. การเลือกตั้งคณะกรรมการอำนวยการ วาระปี 2558-2560

การดำเนินการเกี่ยวกับการเลือกตั้งกรรมการอำนวยการ วาระปี 2558-2560 มี รองศาสตราจารย์ ประคอง อินรสมบัติ เป็นประธานกรรมการสรรหา ซึ่งตามระเบียบสมาคมฯ สามารถเลือกตั้งได้ 2 วิธี คือ 1) จาก การประชุมใหญ่สามัญประจำปี หรือการประชุมวิชาการประจำปี โดยต้องมีสมาชิกร่วมประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่ง 2) การดำเนินการของคณะกรรมการสรรหาให้สมาชิกส่งชื่อผู้ที่เหมาะสมมายังคณะกรรมการ เมื่อคณะกรรมการ สรรหาได้รายชื่อมาจะทำการคัดเลือกรายชื่อ เพื่อเสนอชื่อให้สมาชิกเลือกตั้งทางไปรษณีย์ เมื่อได้รับรายชื่อ คณะกรรมการอำนวยการแจ้งให้ปิดประกาศที่สำนักงานของสมาคม ภายใน 30 วัน

อย่างไรก็ตาม การประชุมใหญ่สามัญมีสมาชิกร่วมประชุมไม่ถึงกึ่งหนึ่ง ดังนั้น จึงต้องมีการเลือกตั้ง กรรมการอำนวยการ วาระ พ.ศ. 2558-2560 โดยให้จัดทำบัญชีรายชื่อสมาชิก ระบุสาขา พร้อมกับแบบเสนอ รายชื่อกรรมการอำนวยการ ส่งทางไปรษณีย์ และให้สมาชิกเสนอชื่อผู้สมควรเป็นคณะกรรมการอำนวยการได้ ไม่เกิน 17 คน โดย ต้องมีผู้แทนจากแต่ละสาขา จำนวน 8 สาขา สาขาละ 1 คน ส่วนที่เหลือจะเป็นสาขาใดก็ได้ จำนวน ไม่เกิน 9 คน และส่งกลับมายังสมาคมฯ ภายในเดือน ธันวาคม 2557 และคณะกรรมการสรรหา รับการ เสนอชื่อของสมาชิกดังกล่าว ไปพิจารณาดำเนินการสรรหาต่อไป

# รายนามคณะกรรมการอำนวยการสมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ประเทศไทย)

วาระ พ.ศ. 2558-2560

1. รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา	ยุนิพันธ์ุ์	นายกสมาคม
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิกุล	นันทชัยพันธ์	อุปนายก คนที่หนึ่ง
3. ดร.ยวดี	เกตุสัมพันธ์	อุปนายก คนที่สอง
4. รองศาสตราจารย์ ดร.แสงทอง	ธีระทองคำ	เลขานุการและผู้จัดการสำนักงาน
5. นางสมพร	คำพรรณ	เหรัญญิก
6. รองศาสตราจารย์ ดร.สุกัญญา	ปรีศัญญกุล	นายทะเบียน
7. พ.ต.หญิง เพ็ญแข	วิจิตร	ปฏิคม
8. นายสุรชัย	สินธวชีวะ	ปฏิคม
9. อาจารย์ ดร.เสริมศรี	สันตติ	ประชาสัมพันธ์
10. อาจารย์พิชญา	หวังปิติพาณิชย์	ประชาสัมพันธ์
11. รองศาสตราจารย์ ดร.วิลาวัลย์	พิเชียรเสถียร	วิชาการและวารสาร
12. รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ	สิทธิมงคล	วิชาการและวารสาร
13. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พูนสุข	ศิริพูล	วิชาการและวารสาร
14. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ	โตสิงห์	วิชาการและวารสาร
15. นางเอมิตา	เกาะสมบัติ	สวัสดิการ
16. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.โสเพ็ญ	ชุนวล	จัดหาทุน
17. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ รุ่งศักดิ์	ศิริชัยนิยม	จัดหาทุน

ขอเชิญผู้สนใจสมัครเข้ารับการฝึกอบรม “หลักสูตรฝึกอบรมพยาบาลชั้นสูงระดับวุฒิปัตถสาขาต่าง ๆ” เพื่อเป็นผู้นำทางคลินิกที่มีความรู้ ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน โดยมีระยะเวลาการฝึกอบรม 3 ปี ขณะนี้เปิดอบรมอยู่ 4 สาขา คือ

- 1) การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
- 2) การพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์
- 3) การพยาบาลเด็ก

ทั้ง 3 สาขานี้ เปิดอบรมที่ โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

4) การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต เปิดอบรมที่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย และในปี 2559 จะเปิดสาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์-ศัลยศาสตร์ ที่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่

โดยมีค่าใช้จ่าย ประมาณปีละ 100,000 บาท

สนใจรายละเอียดเข้าเยี่ยมชม Web site ของวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย ที่ [www.apnthai.org](http://www.apnthai.org) หรือ โทรศัพท์ 02 - 5967535 หรือ โทรสาร 02 - 951015

**ใบสมัครสมาชิก**  
**วารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย**  
**Thai Journal of Nursing and Midwifery Practice**

ประเภท ( ) บุคคล (นางสาว/นาง/นาย) ..... นามสกุล .....

เลขที่สมาชิกสมาคม .....

( ) หน่วยงาน/ บริษัท (ระบุ) .....

ที่อยู่ .....

e-mail: ..... โทรศัพท์ ..... มือถือ .....

มีความประสงค์จะสมัครเป็นสมาชิกวารสารการปฏิบัติการพยาบาลและการผดุงครรภ์ไทย ดังนี้  
กำหนดวารสารออกวารสาร (ปีละ 2 ฉบับ)

ฉบับที่ 1 มกราคม-มิถุนายน    ฉบับที่ 2 กรกฎาคม-ธันวาคม

สมัครเป็นสมาชิก มีกำหนด ..... ปี เริ่มตั้งแต่ฉบับที่ ..... ปี ..... ถึงฉบับที่ ..... ปี .....

**อัตราค่าสมาชิก**

สมาชิกสมาคมและ/หรือวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย

( ) 1 ปี 300 บาท      ( ) 3 ปี 800 บาท      ( ) 5 ปี 1,200 บาท

ผู้ไม่ใช่สมาชิกสมาคม และ/หรือสมาชิกวิทยาลัยพยาบาลและผดุงครรภ์ชั้นสูงแห่งประเทศไทย

( ) 1 ปี 400 บาท      ( ) 3 ปี 1,000 บาท      ( ) 5 ปี 1,500 บาท

ข้าพเจ้าได้ส่งค่าสมาชิกจำนวน ..... บาท มาชำระพร้อมนี้แล้ว โดย

( ) เงินสด (เฉพาะที่ชำระเงินด้วยตนเองที่สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ประเทศไทย))

( ) เงินสด โอนเงินเข้าบัญชีออมทรัพย์ ธนาคารกรุงไทย จำกัด (มหาชน)

ชื่อบัญชี สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (วารสาร) บัญชีเลขที่ 142-0-19768-1

ขอให้ผู้รับผิดชอบจัดส่งวารสารให้ข้าพเจ้าตามที่อยู่ ที่บ้าน หรือ ที่ทำงาน (เลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง) ดังนี้

**ที่บ้าน**

ชื่อ ..... นามสกุล .....

บ้านเลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน ..... ตำบล .....

อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

**ที่ทำงาน**

ชื่อ ..... นามสกุล ..... หน่วยงาน .....

แผนก ..... เลขที่ ..... หมู่ที่ ..... ถนน ..... ตำบล .....

อำเภอ ..... จังหวัด ..... รหัสไปรษณีย์ .....

ส่งใบสมัครวารสารได้โดยตรง หรือส่งทางไปรษณีย์ ที่ สมาคมผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูง (ประเทศไทย)

อาคารนครินทร์ศรี ในกระทรวงสาธารณสุข อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 และสามารถ Download ใบสมัครสมาชิกวารสารและแบบชำระเงินทางธนาคารได้ที่เว็บไซต์ [www.apnthai.org](http://www.apnthai.org) โทรศัพท์ 02-1495635 และโทรสาร 02-9510150