

บทบาทพยาบาลในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

The Role of Nurses in Managing an Age-Friendly Health System (AFHS) in Hospitals

จุฬาลักษณ์ ใจแปง มลธิรา อุดชุมพิสัย* ณัฐธรรษา ตันติทวีวัฒน์

Chulaluk Jaipang Monthira Udchumpisai* Natthasa Thanthitaweewat

สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย กรุงเทพฯ ประเทศไทย 10330

Srisavarindhira Thai Red Cross Institute of Nursing, Bangkok, Thailand 10330

บทคัดย่อ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นมักมีโรคประจำตัวที่ต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในโรงพยาบาล ระบบบริการแบบเดิมสำหรับผู้สูงอายุเป็นการดูแลที่แยกส่วนตามสาขาความเชี่ยวชาญและอาการมากกว่าเป็นไปตามเป้าหมายชีวิตและความต้องการเฉพาะของผู้ป่วย ทำให้ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ได้รับการประเมินและจัดการไม่ครบถ้วนหรือไม่ประสานกันในทุกจุดบริการ ดังนั้นพยาบาลจึงควรมีการพัฒนาารูปแบบการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุ บทความนี้นำเสนอบทบาทของพยาบาลในการจัดระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล (4Ms) ซึ่งเน้นการดูแลใน 4 ด้าน คือ 1) การดูแลที่เน้นสิ่งสำคัญ (What Matters) 2) การดูแลเรื่องการใช้ยาอย่างเหมาะสม (Medication) 3) การดูแลสุขภาพจิตและการทำงานของสมอง (Mentation) และ 4) การส่งเสริมความสามารถในการเคลื่อนไหว (Mobility) เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษา

นอกจากนี้บทความนี้ได้นำเสนอการบูรณาการระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล กับกระบวนการพยาบาลใน 5 ขั้นตอน (การประเมิน การวินิจฉัย การวางแผน การปฏิบัติ และการประเมินผล) เพื่อให้พยาบาลสามารถประยุกต์แนวคิดระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุได้ครอบคลุม รวมถึงกลยุทธ์สู่ความสำเร็จสำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของโรงพยาบาล เพื่อการพัฒนาและจัดการระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุที่ยั่งยืน อันจะช่วยให้ผู้สูงอายุในสังคมไทยมีสุขภาวะที่ดี

คำสำคัญ: บทบาทพยาบาล, ผู้สูงอายุ, ระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ, โรงพยาบาล

Abstract

Thailand is now entering a fully aged society. Older adults commonly have chronic illnesses and health issues that require ongoing hospitalization. The traditional health service for older adults delivers care in fragmented silos based on specialties and symptoms rather than aligning with patients' life goals and individualized needs, resulting in key geriatric issues being incompletely or inconsistently assessed and managed across care settings. Therefore, nurses must develop care models that meet the needs of older people in society. This article aims to present the role of nurses in organizing age-friendly health services in

Corresponding Author: *Email: monthira.u@stin.ac.th

วันที่รับ (received) 12 ส.ค 2568 วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 19 ต.ค 2568 วันที่ตอบรับ (accepted) 11 พ.ย 2568

hospitals based on the 4Ms framework. This concept emphasizes four key areas of care for older adults: 1) focusing on what matters to the patient, 2) ensuring appropriate medication use, 3) promoting mental health and cognitive function, and 4) encouraging mobility. These address common issues encountered among hospitalized older adults.

Additionally, this article discusses the integration of the age-friendly health service system in hospitals with the five steps of the nursing process (assessment, diagnosis, planning, implementation, and evaluation). This is to enable nurses to apply the age-friendly concept comprehensively in the care of older adults. The article also covers strategies for nursing administrators to successfully develop and sustain age-friendly health service systems in hospitals. Such development and management will contribute to better health and well-being for older people in Thai society.

Keywords: Nurse role, Older adults, Age-Friendly Health System, Hospital

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยอยู่ในสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ รายงานของสำนักงานผู้สูงอายุ ประจำปีงบประมาณ 2567 ระบุว่าประเทศไทยมีจำนวนประชากรผู้สูงอายุจำนวน 13,542,400 คน คิดเป็นร้อยละ 20.53 ของประชากรทั้งหมด และในปี 2583 จะมีแนวโน้มของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็น 20.5 ล้านคน¹ โดยทั่วไปประชากรไทยจะมีอายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy: LE) เท่ากับ 74.3 ปี (เพศชาย 70.5 ปี และเพศหญิง 78.3 ปี) และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพ (Health Adjusted Life Expectancy: HALE) เท่ากับ 67.8 ปี (เพศชาย 65.3 ปี และเพศหญิง 69.7 ปี) แสดงให้เห็นว่าประชากรโดยส่วนใหญ่ของไทยจะเข้าสู่วัยผู้สูงอายุก่อนการเสียชีวิต และเมื่อคำนวณถึงจำนวนปีที่มีความแตกต่างระหว่างอายุคาดเฉลี่ย และอายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพ จะเห็นได้ว่าประชากรไทยส่วนใหญ่มีช่วงเวลาที่ต้องอยู่กับความเจ็บป่วยหรือพิการเฉลี่ยประมาณ 9.5 ปีก่อนการเสียชีวิต (เพศชาย 5.2 ปี และเพศหญิง 8.6 ปี)²

อายุขัยที่ยืนยาวในผู้สูงอายุมาพร้อมกระบวนการเปลี่ยนแปลงตามวัยของร่างกาย และการมีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุ 5 ใน 10 คน หรือครึ่งหนึ่งมีโรคเรื้อรัง หรือปัจจัยเสี่ยงของโรค โดยโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง พบได้ร้อยละ 60.7 โรคเบาหวาน ร้อยละ 20.4 โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 23.8 เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีปัญหาสุขภาพทั่วไปที่พบได้บ่อย เช่น ต้อกระจก การมีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ และปัญหา การได้ยิน เป็นต้น³ โรคเรื้อรังและปัญหาสุขภาพเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุต้องเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลอย่าง

ต่อเนื่อง ข้อมูลจากการวิเคราะห์ภาวะสุขภาพ ภาวะโรค และความต้องการบริการด้านสุขภาพในผู้สูงอายุไทย พบว่า สัดส่วนของผู้สูงอายุที่ใช้บริการในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ใช้บริการทั้งหมด และการรักษาพยาบาลในระบบบัตรทองของผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีอัตราการใช้บริการสูงเป็น 2 เท่าของทุกกลุ่มอายุ⁴ ดังนั้นจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุในสังคมมีการใช้บริการของโรงพยาบาลเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ระบบบริการแบบเดิมเป็นการดูแลที่แยกส่วนตามสาขาความเชี่ยวชาญและอาการเจ็บป่วย มากกว่าเป็นไปตามเป้าหมายชีวิตและความต้องการเฉพาะของผู้สูงอายุ ทำให้ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เช่น การใช้ยาอย่างสมเหตุผล ภาวะการคิดรู้หรืออารมณ์ และการเคลื่อนไหว ได้รับการประเมินและจัดการไม่ครบถ้วนหรือไม่ประสานกันในทุกจุดบริการ อันจะเห็นได้จากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมของผู้สูงอายุไทยในหน่วยบริการปฐมภูมิ ที่พบสูงถึงร้อยละ 65.9 โดยปัจจัยเสี่ยงสำคัญคือการใช้ยาหลายชนิด การมีโรคร่วมมากกว่าหรือเท่ากับ 3 โรค และการมีอายุมากกว่า 75 ปี สะท้อนให้เห็นว่ายังมีช่องว่างของระบบการทบทวนยาระหว่างทีมบุคลากรทางสุขภาพ⁵ นอกจากนั้นยังพบว่าความชุกของการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยาอันตรายแรง ในผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจังหวัดอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นความเสี่ยงจากการบริหารจัดการยาที่กระจายตัวและขาดการประสานงาน⁶ ผู้สูงอายุยังมีแนวโน้มและอัตราการตายจากภาวะสับสนเฉียบพลันเพิ่มขึ้น โดยทำให้เพิ่มวันนอนเฉลี่ย 10 วัน และส่งผลให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่อครั้งสูงขึ้น

ตามมา สะท้อนให้เห็นว่าระบบการประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน ยังไม่มีการจัดการที่ต่อเนื่องและทันทั่วที่ทำให้ขาดการป้องกันและจัดการอย่างเหมาะสม⁷ การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อการดูแลที่ตอบสนองต่อความต้องการและครอบคลุมปัญหาจึงเป็นสิ่งจำเป็น แนวคิดการพัฒนา ระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล จะเป็นแนวทางหนึ่งที่จะช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้

แนวคิดสังคมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ หรือ age-friendly cities and communities (AFCC) หมายถึง การจัดสภาพแวดล้อม (เช่น บ้านหรือชุมชน) ที่ส่งเสริมการมีอายุยืนยาวอย่างมีสุขภาพดี และกระฉับกระเฉง โดยการสร้างและคงไว้ซึ่งความสามารถตลอดช่วงชีวิตของบุคคลตลอดจนส่งเสริมความสามารถในการทำงานที่มากขึ้นในบุคคลที่มีข้อจำกัด แนวคิดนี้เริ่มมีการใช้อย่างแพร่หลายในปี พ.ศ. 2545 หลังการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุครั้งที่ 2 ณ ประเทศสเปน โดยมองว่าสภาพแวดล้อมเป็นส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพที่ดี (Healthy aging)⁸ สถานพยาบาล หรือโรงพยาบาล เป็นสถานที่ที่ผู้สูงอายุจำนวนมากใช้เวลาในการเข้ารับการรักษาพยาบาล ทั้งในส่วนของ การเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยนอก หรือการต้องพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน จึงได้มีการนำแนวคิดสังคมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ มาบูรณาการและพัฒนาระบบบริการโดยใช้แนวคิดระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-Friendly Health System: AFHS) มีเป้าหมายสำคัญเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุ โดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ การไม่ทำอันตรายต่อผู้สูงอายุ การเคารพความต้องการ และการคำนึงความชอบส่วนบุคคลของผู้สูงอายุ⁹ พยาบาลในฐานะบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุในโรงพยาบาลจึงควรมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถจัดบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลได้ อันเป็นการสนับสนุน และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดี

บทความนี้จึงมีวัตถุประสงค์สำคัญในการอธิบาย บทบาทพยาบาลกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล และกลยุทธ์สำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสู่ความสำเร็จ โดยนำเสนอประเด็น 1) สังคมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ 2) ระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ 3) แนวทางการบูรณาการระบบบริการ

สุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล 4) บทบาทของพยาบาลในการสร้างระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล และ 5) กลยุทธ์สำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสู่ความสำเร็จ

สังคมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-friendly cities and communities: AFCC)

Healthy Aging หรือการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี ถูกกำหนดให้เป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (The Sustainable Development Goals: SDGs) ระหว่างปี ค.ศ. 2021-2030 โดยองค์การสหประชาชาติ (The United Nations: UN) มีเป้าหมายในการดำเนินการ 4 เรื่อง คือ การเปลี่ยนแปลงวิธีคิด ความรู้สึก และการกระทำต่อ กระบวนการสูงวัย หรือความชราของคนในสังคม การสร้างสังคมหรือชุมชนที่ส่งเสริมความสามารถของผู้สูงอายุ การส่งเสริมรูปแบบการดูแลที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางและ บริการสุขภาพขั้นพื้นฐานที่ตอบสนองต่อความต้องการของผู้สูงอายุ และการจัดให้มีการเข้าถึงบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ¹⁰

สำหรับประเทศไทยรัฐบาลได้กำหนดเป้าหมายการดูแลผู้สูงอายุที่สอดคล้องกับเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนขององค์การสหประชาชาติ โดยเน้นความสำคัญในเรื่องของการพัฒนาคนตลอดชีวิต มีการขับเคลื่อนนโยบายงานกลุ่มผู้สูงอายุ ที่เน้นการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-Friendly Communities/Cities) มีเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ 3S ประกอบด้วย Strong ส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง Security ส่งเสริมความมั่นคงปลอดภัย และ Social Participation ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคม โดยในส่วนของ Security ได้กำหนดให้ชุมชน ท้องถิ่น ดำเนินงานสิ่งแวดล้อมหรือเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ¹¹ จะเห็นได้ว่าแนวคิดสังคมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่สำคัญ และเป็นเป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุทั้งในระดับชาตินานาชาติ

องค์ประกอบของแนวคิดสังคมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ได้แก่ การจัดบริการที่อำนวยความสะดวก และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตนเองได้ใน 8 ด้าน คือ 1) อาคารและพื้นที่บริเวณภายนอก 2) ระบบขนส่งและยานพาหนะ 3) ที่อยู่อาศัย 4) การมีส่วนร่วมทางสังคม 5) การให้ความเคารพ

และการยอมรับ 6) การมีส่วนร่วมในฐานะพลเมืองและการจ้างงาน 7) การสื่อสารและข้อมูลสารสนเทศ และ 8) การบริการชุมชนและการบริการสุขภาพ¹¹ ต่อมาจึงได้มีการพัฒนาแนวคิดระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-Friendly Health System) ขึ้น เพื่อให้โรงพยาบาล และสถานพยาบาลสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

ระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-Friendly Health System)

แนวคิดระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุถูกพัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2560 จากการทำงานร่วมกันของ The John A. Hartford Foundation และ Institute for Healthcare Improvement (IHI) ร่วมกับ American Hospital Association (AHA) และ Catholic Health Association (CHA) โดยมีวัตถุประสงค์ในการสนับสนุนให้โรงพยาบาล ศูนย์บริการสาธารณสุข บ้านพักคนชรา สถานพักฟื้นผู้สูงอายุ หรือสถานบริการต่าง ๆ ด้านผู้สูงอายุจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตร ไม่ก่อให้เกิดอันตราย และสอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว มุ่งเน้นการดูแลสุขภาพ และการเสริมสร้างความสามารถของผู้สูงอายุ แทนการดูแลโรคหรือโรคประจำตัวเพียงอย่างเดียว ทำให้นักคิดนี้สามารถนำไปใช้กับการดูแลผู้สูงอายุได้ทุกกลุ่มโรคที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป¹²

องค์ประกอบของระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุประกอบด้วย 4Ms¹³ คือ

1. การดูแลที่เน้นสิ่งสำคัญในผู้สูงอายุ (What Matters) บุคลากรด้านสุขภาพหรือผู้ดูแลต้องทราบเป้าหมายและความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุแต่ละคน เพื่อให้สามารถจัดแนวทางการดูแลให้สอดคล้องกับเป้าหมายและความต้องการของผู้สูงอายุได้ในทุกช่วงของการดูแลตั้งแต่การเจ็บป่วยในระยะเริ่มต้นจนถึงระยะสุดท้าย ทั้งนี้การสอบถามความต้องการที่สำคัญในผู้สูงอายุแต่ละคนจะช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพมีเป้าหมายการดูแลที่ตรงกันกับผู้สูงอายุ

2. การดูแลเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม (Medication) บุคลากรด้านสุขภาพหรือผู้ดูแลต้องมีการประเมินการใช้ยาในผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม ถ้าหากผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องใช้ยา ควรเลือกใช้ยาที่ไม่มีผลข้างเคียงในเรื่องของการคิดรู้ หรือการเคลื่อนไหว

3. การดูแลสุขภาพจิตและการทำงานของสมองในผู้สูงอายุ (Mentation) บุคลากรด้านสุขภาพหรือผู้ดูแลควรมีการประเมินสุขภาพจิตและการทำงานของสมองในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในเรื่องของภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า หรือภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งจะพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ตลอดจนการวางแผนในการรักษาพยาบาล และการจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

4. การดูแลส่งเสริมความสามารถในการเคลื่อนไหวในผู้สูงอายุ (Mobility) บุคลากรด้านสุขภาพหรือผู้ดูแลควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหวร่างกายอยู่เสมอ เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการทำงาน หรือการทํากิจวัตรประจำวัน ไม่ใช่แค่เรื่องการป้องกันการพลัดตกหกล้ม

แนวคิด Age-Friendly Health Systems¹³ มีจุดแข็งที่บูรณาการ “4Ms” เป็นแพลตฟอร์มปฏิบัติการเดียว ซึ่งช่วยให้บุคลากรทีมสุขภาพจัดระเบียบขั้นตอนการทำงาน การดูแลผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับเป้าหมายชีวิต ลดอันตรายจากการใช้ยา ดูแลภาวะสมองหรือการคิดรู้ และคงการเคลื่อนไหวอย่างปลอดภัยได้อย่างเป็นระบบและวัดผลได้ อย่างไรก็ตาม กระบวนการทำงานจะสำเร็จได้ขึ้นกับวินัยขององค์กรในการเก็บข้อมูล 4Ms อย่างสม่ำเสมอ การกำหนดตัวชี้วัด การประยุกต์ใช้ในบริบทบริการต่าง ๆ และการสื่อสาร “What Matters” ในแผนการดูแลให้เชื่อมต่อทุกจุดบริการอย่างต่อเนื่อง

แนวทางการบูรณาการระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

The John A. Hartford Foundation และ Institute for Healthcare Improvement (IHI) ร่วมกับ American Hospital Association (AHA) และ Catholic Health Association (CHA)¹⁴ เสนอแนวทางการบูรณาการระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุของโรงพยาบาลใน 6 ขั้นตอนหลัก โดยแต่ละขั้นตอนหลักประกอบด้วย 2 ขั้นตอนย่อยคือการประเมินและการลงมือปฏิบัติ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การทำความเข้าใจบริบทหรือสภาพแวดล้อมของการทำงาน เป็นการประเมินลักษณะของผู้สูงอายุที่มารับบริการ เช่น กลุ่มอายุ เชื้อชาติ ภาษา ศาสนา วัฒนธรรม และความเชื่อ ตลอดจนระดับความรู้หรือความรอบรู้ทางสุขภาพ และการประเมินลักษณะรูปแบบหรือระบบบริการสุขภาพเดิมที่มีอยู่ ค้นหาจุดแข็ง และโอกาสในการพัฒนางาน การลงมือปฏิบัติในการเลือกสถานที่หรือหน่วยงานในการเป็นจุดเริ่มต้น

ของการนำแนวคิด 4Ms มาใช้และจัดตั้งทีมงานจากนั้น การกำหนดบทบาทของสมาชิกในทีม

ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์รูปแบบการดูแลให้ สอดคล้องกับแนวคิด 4Ms เป็นการประเมินบริบทหรือ สภาพแวดล้อมของการทำงานในปัจจุบันว่ามีรูปแบบการทำงาน หรือการให้บริการในส่วนใดที่เกี่ยวข้อง หรือสอดคล้องกับ หลัก 4Ms หรือไม่ เช่น มีการประเมินและบันทึกเป้าหมาย และความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ การใช้ยา การดูแล สุขภาพจิตและการทำงานของสมองในผู้สูงอายุเป็นต้น ลงมือ ปฏิบัติในการกำหนดเป้าหมายที่ต้องการให้บรรลุ โดยทั่วไปมัก กำหนดการวัดผลที่ 6 เดือน

ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบหรือพัฒนาขั้นตอนการ ทำงานให้สอดคล้องกับแนวคิด 4Ms เป็นการประเมินสิ่งสำคัญ สำหรับผู้สูงอายุ การกำหนดเป้าหมายสุขภาพหรือการดูแล ร่วมกัน การลงบันทึกความต้องการและเป้าหมายการดูแล ของผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลัก การประเมินและบันทึกการใช้ยา ที่มีความเสี่ยงสูง การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันอย่างน้อย ทุก 12 ชั่วโมง หรือเมื่อผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงระดับ การคิดรู้ หรือพฤติกรรม การประเมินข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว จากนั้นลงมือปฏิบัติโดยวางแผนการดูแลที่สอดคล้องกับ ความต้องการและเป้าหมายของผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 4 การให้บริการหรือการดูแลตามหลัก 4Ms คือ การนำแนวคิด 4Ms ที่พัฒนาขึ้นไปใช้กับผู้สูงอายุกลุ่ม เป้าหมาย โดยเริ่มใช้แนวคิดนี้ได้ตั้งแต่การพัฒนาในขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์รูปแบบการดูแลให้สอดคล้องกับแนวคิด 4Ms หรือ ขั้นตอนที่ 3 การออกแบบหรือพัฒนาขั้นตอนการทำงานให้ สอดคล้องกับแนวคิด 4Ms เพื่อเรียนรู้และปรับปรุงขั้นตอนการ ดำเนินงานต่าง ๆ จากนั้นจึงทำการขยายกลุ่มเป้าหมายให้ ครอบคลุมมากขึ้น

ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการให้บริการหรือ การดูแลตามหลัก 4Ms คือ การประเมินทีมผู้ให้บริการ เช่น ทีมสามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลตามหลัก 4Ms ได้หรือไม่ แผนการดูแลสะท้อนถึงหลัก 4Ms หรือไม่ และการประเมิน ผู้รับบริการ เช่น จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลตามหลัก 4Ms

ขั้นตอนที่ 6 การนำผลการประเมินมาพัฒนาการ ให้บริการหรือการดูแลตามหลัก 4Ms ให้ดียิ่งขึ้น โดยการใช้ หลัก MOCHA ในการประเมินและติดตาม ทั้งนี้หลัก MOCHA ประกอบด้วย Measurement การวัดผล สิ่งที่มีผู้ให้บริการ ต้องคำนึงถึงคือ เครื่องมือ และตัวแปรที่ใช้ในการติดตาม

ผล Ownership ความเป็นเจ้าของ ใครเป็นผู้รับผิดชอบหลัก ของงาน Communication การสื่อสารระหว่างทีม และ การสื่อสารกับผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพหรือไม่ จะมีแนวทาง ในการพัฒนาการสื่อสารอย่างไร Hardwire the change การเชื่อมโยงการเปลี่ยนแปลง และการให้บริการหรือการดูแล ตามหลัก 4Ms ที่พัฒนาขึ้นมีการบูรณาการกับงานเดิมหรือไม่ มีเครื่องมือหรือการดำเนินการใดสนับสนุนการให้บริการ หรือการดูแลตามหลัก 4Ms และ Assess the workload การประเมินภาระงานผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง

แนวทางบูรณาการระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตร กับผู้สูงอายุในการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 6 ขั้นตอนนี้ถือเป็นแนว ปฏิบัติและเป็นสะพานเชื่อมหลักฐานเชิงประจักษ์สู่การปฏิบัติ งานจริงในคลินิก อย่างเป็นขั้นตอน มีแบบบันทึกติดตาม และแนวทางการสื่อสารระหว่างทีมบุคลากรสุขภาพ ทำให้ การดูแลมีความต่อเนื่องและสอดคล้องกันระหว่างหน่วยบริการ ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญของคุณภาพและความปลอดภัยสำหรับ ผู้สูงอายุ ประเด็นท้าทายที่สำคัญ คือ การบันทึกข้อมูลอย่าง ละเอียด ครอบคลุม และการกำหนดตัวชี้วัดที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

บทบาทพยาบาลในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็น มิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาล

การบูรณาการระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับ ผู้สูงอายุใน 6 ขั้นตอนหลัก¹⁴ มาประยุกต์ใช้ร่วมกับกระบวนการ พยาบาลใน 5 ขั้นตอน¹⁵ ซึ่งเป็นกรอบคิดและขั้นตอนมาตรฐาน ที่ช่วยให้การประเมิน วินิจฉัย วางแผน ปฏิบัติ และประเมินผล เป็นระบบ สม่าเสมอ และตรวจสอบได้ ได้แก่

1. **การประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment)** คือ ขั้นตอนที่ 1 พยาบาลทำการประเมินบริบทของหน่วยงาน หรือสถานที่ทำงาน ว่ามีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ มากน้อยเพียงใด ลักษณะและประเภทของผู้สูงอายุที่มาใช้ บริการ เพื่อพิจารณาความเหมาะสมของการนำระบบบริการ สุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมาใช้ ร่วมกับการ พิจารณารูปแบบการให้บริการเดิมว่ามีจุดดี และโอกาส ในการพัฒนาอย่างไรบ้าง จากนั้นต้องมีการประสานพูดคุยกับ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และสร้างทีมในการดำเนินงาน¹⁴

2. **การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)** คือ ขั้นตอนที่ 2 การวิเคราะห์รูปแบบการดูแลให้สอดคล้อง กับแนวคิด 4Ms เป็นการกำหนดปัญหาของรูปแบบการดูแล

เดิมที่มีอยู่ว่าจะสามารถนำแนวคิด 4Ms มาพัฒนางาน หรือประยุกต์ใช้ได้ หรือไม่ ปัญหาที่พบอาจจะเป็น มีแนวคิด 4Ms แต่ยังไม่ชัดเจน หรืออาจจะมีแนวคิด 4Ms ในรูปแบบการดูแล ทั้งนี้การกำหนดว่ามีหรือไม่ ยังไม่ชัดเจน หรือไม่ครบถ้วนในเรื่องแนวคิด 4Ms สามารถประเมินย้อนหลังได้จากเอกสารว่ามีการบันทึกไว้หรือไม่ ภายหลังจากพบปัญหาที่ต้องพัฒนาแล้ว ให้กำหนดวัตถุประสงค์และเกณฑ์การประเมินความสำเร็จของการพัฒนางานที่ 6 เดือน¹⁴

3. การวางแผนการพยาบาล (Planning) คือ ขั้นตอนที่ 3 เป็นการออกแบบบริการสุขภาพที่สอดคล้องกับแนวคิด 4Ms ประกอบด้วย

1) การดูแลที่เน้นสิ่งสำคัญในผู้สูงอายุ (What Matters) โดยสอบถามผู้สูงอายุแต่ละคนเกี่ยวกับความต้องการที่สำคัญ อาจเริ่มจากสอบถามค่านิยมหรือความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพโดยทั่วไป¹⁶ ตัวอย่างคำถามที่ใช้ เช่น “เมื่อคุณคิดถึงสุขภาพของตัวเอง รวมถึงโรคและการรักษา สิ่งที่คุณกังวลมากที่สุดคืออะไร” “คุณมีความกลัวหรือความกังวลอะไรบ้างเกี่ยวกับสุขภาพของตัวเอง รวมถึงโรคและการรักษา” และเป้าหมายการดูแลสุขภาพ ตัวอย่างคำถามที่ใช้ เช่น “เป้าหมายของคุณในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้คืออะไรบ้าง” “หลังจากที่รักษาตัวในโรงพยาบาลแล้ว คุณอยากกลับไปทำอะไรได้มากที่สุด” “ถ้าสุขภาพของคุณแย่ลง เป้าหมายหรือสิ่งสำคัญที่สุดที่คุณอยากให้เกิดขึ้นคืออะไร”¹⁴ ประเด็นสำคัญที่มักพบในผู้สูงอายุ เช่น กลัวความเจ็บปวด ต้องการให้มีการจัดการกับความปวด ความต้องการในการอยู่กับบุคคลที่รัก และความต้องการในการกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ¹⁷ จากนั้นต้องบันทึกและแจ้งข้อมูลให้บุคลากรทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลทราบ ตลอดจนวางแผนการพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการและเป้าหมายของผู้สูงอายุ บนพื้นฐานความเชื่อ ภาษา วัฒนธรรม หรือปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ ดังนั้นการประเมินและการประสานข้อมูลการดูแลในส่วนต่าง ๆ กับบุคลากรทีมสุขภาพจึงเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลในการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง^{14,18} ความต้องการและเป้าหมายการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุแต่ละคน อาจเปลี่ยนแปลงเมื่อเวลาผ่านไป หรือสุขภาพเสื่อมถอยมากขึ้น พยาบาลจึงควรมีการประเมินซ้ำเป็นระยะ¹⁴

2) การดูแลเรื่องการใช้ยาในผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม (Medication) ทบทวนรายการยาที่ผู้สูงอายุได้รับ

ในปัจจุบัน เมื่อแรกรับผู้สูงอายุในหอผู้ป่วย จากนั้นบันทึกยาที่มีความเสี่ยงสูง หรือมีการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม เช่น ยา Benzodiazepines ยาระงับปวดกลุ่มโอปิออยด์ (opioid analgesics) ยาที่มีฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก (anticholinergic) ยาระงับประสาท หรือยานอนหลับ (sedative-hypnotic drugs) ยาคลายกล้ามเนื้อ (Muscle relaxant) ยาที่ใช้รักษาโรคซึมเศร้าและภาวะทางจิตเวชอื่น ๆ (tricyclic antidepressants) และยาด้านอาการทางจิต (antipsychotics) หรือพิจารณาตาม Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults ของ the American Geriatrics Society¹⁹ จากนั้นประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น เภสัชกร หรือแพทย์ เพื่อหาแนวทางการบริหารยาร่วมกัน รวมถึงการให้ความรู้กับผู้สูงอายุและครอบครัวเพื่อหลีกเลี่ยงการใช้ยากลุ่มเสี่ยง^{9,14,16,18}

3) การดูแลสุขภาพจิตและการทำงานของสมองในผู้สูงอายุ (Mentation) มีการประเมินภาวะสมองเสื่อมภาวะซึมเศร้า อย่างน้อย 1 ครั้งเมื่อแรกรับในหอผู้ป่วย เครื่องมือที่แนะนำในการใช้ประเมินภาวะสมองเสื่อม เช่น Mini-Cog Saint Louis University Mental Status (SLUMS) และ Montreal Cognitive Assessment (MoCA) เครื่องมือที่แนะนำในการใช้ประเมินภาวะซึมเศร้า เช่น the Geriatric Depression Scale (GDS) และ the Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) และแนะนำให้ประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ เมื่อแรกรับและอย่างน้อยทุก 12 ชั่วโมง เพื่อติดตาม เครื่องมือที่แนะนำในการใช้ประเมิน เช่น Confusion Assessment Method (CAM) 3-Minute Diagnostic Assessment for Delirium using the CAM algorithm (3D-CAM) CAM for the Intensive Care Unit (CAM-ICU) Brief CAM (bCAM) Ultrabrief Two-Item Bedside Test for Delirium (UB-2) The Ultra-Brief CAM (UB-CAM) application และ Nursing Delirium Symptom Checklist (NuDESC) นอกจากนั้นพยาบาลควรวางแผนการพยาบาลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ โดยดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับน้ำอย่างเพียงพอ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับวันเวลา สถานที่และเหตุการณ์ การดูแลให้ผู้สูงอายุใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ เช่น แวนตา เครื่องช่วยฟัง การงด การปรับ หรือการหลีกเลี่ยงยาที่มีความเสี่ยงสูงในผู้สูงอายุ การดูแลส่งเสริมการนอนหลับโดยไม่ใช้ยา การค้นหาสาเหตุของการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ และการให้ข้อมูลกับครอบครัว

หรือผู้ดูแล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันใน
อนาคต^{14,16,18}

4) การดูแลส่งเสริมความสามารถในการ
เคลื่อนไหวในผู้สูงอายุ (Mobility) ประเมินและบันทึก
ความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ ร่วมกับการ
ประเมินความสามารถในการพลัดตกหกล้มเมื่อแรกรับ
ผู้สูงอายุในหอผู้ป่วย เครื่องมือที่แนะนำในการประเมิน
ความสามารถในการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ เช่น Get Up
and Go Timed Get Up and Go (TUG) Johns Hopkins
Highest Level of Mobility (JH-HLM) และ Tinetti
Performance Oriented Mobility Assessment (POMA)
จากนั้นควรกำหนดเป้าหมายการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ
แต่ละราย เช่น ต้องมีการเคลื่อนไหวร่างกายโดยการเดิน
อย่างน้อย 3 ครั้ง/วัน ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีการเคลื่อนไหว
เช่น การลุกจากเตียง หรือการทำกิจกรรม ส่งเสริมและประสาน
ให้ผู้สูงอายุได้รับการทำกายภาพบำบัดและหลีกเลี่ยงการผูกยึด
ที่ไม่จำเป็น^{14,16,17,18}

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation)
คือ ขั้นตอนที่ 4 ของการให้บริการหรือการดูแลตามหลัก 4Ms
พยาบาลดำเนินการตามที่ได้วางแผนไว้ ทั้งนี้อาจเริ่มจาก
การทดลองปฏิบัติ โดยเริ่มจากพยาบาล 1 คน ประเมินและ
คัดกรองในผู้สูงอายุ 1 คน จากนั้นเพิ่มการปฏิบัติเป็นพยาบาล
1 คน ประเมินและคัดกรองในผู้สูงอายุใน 1 วัน จากนั้นขยาย
การปฏิบัติเป็นพยาบาลทุกคนในหน่วยงานประเมินและคัดกรอง
ในผู้สูงอายุ 1 คน เป็นเวลา 1 วัน และพยาบาลทุกคนในหน่วย
งานประเมินและคัดกรองในผู้สูงอายุทุกคนเป็นเวลา 1 วัน¹⁴

5. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)
คือ ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการให้บริการหรือการดูแล
ตามหลัก 4Ms และขั้นตอนที่ 6 การนำผลการประเมินมา
พัฒนาการให้บริการหรือการดูแลตามหลัก 4Ms ให้ดียิ่งขึ้น
พยาบาลจะต้องทำการติดตามประเมินผลการนำระบบบริการ
สุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลมาใช้ ตาม
วัตถุประสงค์และเกณฑ์ที่ตั้งไว้ จากนั้นทำการประชุมทีม
เพื่อหาจุดเด่นและโอกาสในการพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง โดย
อาจจะพิจารณาตามหลัก MOCHA¹⁴ ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น

จะเห็นได้ว่าพยาบาลเป็นหัวใจของการพัฒนาระบบบริการที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุให้สามารถเกิดขึ้นได้จริง
ในโรงพยาบาล โดยยึดหลัก 4Ms เป็นขั้นตอนการทำงาน
เดียวกันของบุคลากรทีมสุขภาพและบูรณาการเข้ากับ

กระบวนการพยาบาลตั้งแต่ประเมิน วินิจฉัย วางแผน ปฏิบัติ
จนถึงประเมินผลตลอดจนสื่อสารกับบุคคลากรทีมสุขภาพ
ในทุกเวร และจัดทำคู่มือและแบบฟอร์ม 4Ms เป็นมาตรฐาน
ในเวชระเบียน เพื่อความต่อเนื่องของการดูแลผู้สูงอายุทุกจุด
บริการในโรงพยาบาล

กลยุทธ์สำหรับผู้บริหารทางการพยาบาลในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลสู่ความสำเร็จ

American Organization of Nursing Leaders (AONL) ได้ประสบความสำเร็จในการนำแนวการดูแลตามหลัก 4Ms ไปใช้ในสถานพยาบาล 1,000 แห่ง โดยมีกลยุทธ์ที่สำคัญในการเปลี่ยนแปลง 20 ดังนี้

1. ผู้นำในตัวคุณ (Leader within) ส่งเสริมภาวะผู้นำในพยาบาลทุกคน โดยการสร้างวัฒนธรรม และสนับสนุนสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เปิดโอกาสให้พยาบาลมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางวิชาการกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องคนอื่น ๆ การให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นและสะท้อนคิด

2. ความเป็นมืออาชีพ (Professionalism) ส่งเสริมความเป็นมืออาชีพของพยาบาล โดยเน้นย้ำให้พยาบาลทุกคนยึดหลักจริยธรรมของวิชาชีพ และสนับสนุนให้พิทักษ์สิทธิให้กับผู้ป่วยกลุ่มที่เปราะบาง เปิดโอกาสให้พยาบาลได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการทำงาน เคารพศักดิ์ศรี คุณค่าและความเชื่อของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานทุกคน

3. การสื่อสารและการจัดการความสัมพันธ์ (Communication and relationship management) ส่งเสริมการสื่อสารและการจัดการความสัมพันธ์ โดยเป็นผู้นำหลักในการดำเนินงาน เพื่อเป็นตัวอย่างของการทำงาน เปิดโอกาสให้ผู้ปฏิบัติงานได้แบ่งปันเรื่องราวเกี่ยวกับความท้าทายและความสำเร็จในการดำเนินงาน ตลอดจนให้การยกย่องชื่นชมความสำเร็จของผู้ปฏิบัติงาน

4. ความรู้เกี่ยวกับบริบทด้านการดูแลสุขภาพ (Knowledge of the health care environment) ส่งเสริมการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับบริบทด้านการดูแลสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลปฏิบัติการในการออกแบบรูปแบบการดูแลและจัดทำเอกสารที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนพัฒนาเอกสารที่ใช้ให้เป็นส่วนหนึ่งของแนวทางการประเมินและการให้การพยาบาล และนำไปสู่การเผยแพร่เครื่องมือ

ที่ใช้ออกไปในวงกว้าง เพื่อให้ผู้ที่สนใจ หรือผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถ
เรียนรู้และนำแนวทางที่พัฒนาขึ้นไปใช้ได้

บทสรุป

การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-Friendly Health System) คือแนวทางที่พยาบาล
สามารถพัฒนาได้อย่างอิสระร่วมกับทีมสุขภาพ เพื่อยกระดับ
คุณภาพการดูแลและสอดคล้องกับสังคมสูงวัย โดยมี 4 ประเด็น
สำคัญ ได้แก่ การดูแลที่เน้นสิ่งสำคัญเฉพาะบุคคล, การใช้ยา
อย่างเหมาะสม, การดูแลสุขภาพจิตและสมองเพื่อป้องกัน
ภาวะสับสน และการส่งเสริมความสามารถในการเคลื่อนไหว
ทั้งหมดเชื่อมโยงกับกระบวนการพยาบาลและเป้าหมาย
การพัฒนาที่ยั่งยืนในระดับประเทศและนานาชาติ

ข้อเสนอแนะ

พยาบาลสามารถประยุกต์ใช้ระบบบริการสุขภาพ
ที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (Age-Friendly Health System)
ผ่านแนวคิด 4Ms ได้แก่ What Matters (สิ่งสำคัญกับผู้สูงอายุ),
Medication (การใช้ยาที่เหมาะสม), Mentation (สุขภาพจิต
และสมอง), Mobility (ความสามารถในการเคลื่อนไหว) โดยมี
ข้อเสนอแนะดังนี้ 1) ด้านวิชาการ สามารถบูรณาการ 4Ms
ในหลักสูตรและการฝึกอบรม ทำแบบคำถามมาตรฐาน และ
ใช้เครื่องมือตรวจคัดกรองภาวะต่าง ๆ พร้อมสื่อสารร่วม
กับทีมสุขภาพ 2) ด้านบริการควรรออกแบบแพลตฟอร์มเดียว
ครอบคลุมเส้นทางผู้ป่วยพร้อมกำหนดทีมเจ้าภาพและ
แบบฟอร์มมาตรฐาน 3) ด้านการบริหารและนโยบาย ควรตั้ง
นโยบายให้ 4Ms เป็นมาตรฐาน พร้อมกำหนดตัวชี้วัด สนับสนุน
ทรัพยากรฝึกอบรมและระบบสารสนเทศ และวางโครงสร้าง
กำกับดูแล เช่น คณะกรรมการขับเคลื่อน 4Ms เพื่อการพัฒนา
คุณภาพและทบทวนอย่างต่อเนื่อง

References

1. Bureau of Elderly Health, Department of Health. Annual report of the Bureau of Elderly Health for fiscal year 2024. Nonthaburi: Bureau of Elderly Health, Department of Health;2025. (in Thai)

2. Enhancing Capacity for Burden of Disease Study in Thailand Project, International Health Policy Program Foundation. National and provincial life expectancy and healthy life expectancy of the Thai population, 2019–2022. Bangkok: International Health Policy Program Foundation;2025. (in Thai)
3. Aekplakorn W, editor. The 6th Thai National Health Examination Survey, 2019-2020. Bangkok: Graphic and Design Publishing;2021. (in Thai)
4. Bunnag S, Aekplakorn W, Triyamanirat K, & Phansila N. Analysis of health status, burden of disease and health service needs in Thai elderly. Bangkok: Department of Medical Service;2020. (in Thai)
5. Vatcharavongvan P, Prasert V, Ploylearmsang C, & Puttawanchai V. Prevalence and Factors that Influence Potentially Inappropriate Medication Use among Thai Elderly in Primary Care Settings. Canadian Geriatrics Journal. 2021; 24(4): 332-40.
6. Kiangkraipetch B. Prevalence of Drug Interactions in Elderly Patients at Ambulatory Care in Chonburi Hospital. Chonburi Hospital Journal. 2022; 47(2): 129-38. (in Thai)
7. Manjavong M, Limpawattana P, Chindaprasirt J, & Wareechai P. Trends and Mortality Predictors of Delirium Among Hospitalized Older Adults: A National 5-Year Retrospective Study in Thailand. Geriatrics (Basel). 2025; 10(4): 1-11.
8. World Health Organization. National Programs for Age-Friendly Cities and Communities: A Guide. Geneva: World Health Organization; 2023.
9. Gleason LJ, & Thompson K. Age-Friendly Health Systems: From metrics to meaningful change. Journal of the American Geriatrics Society. 2024; 72(S3): S79-81.

10. World Health Organization. Decade of healthy aging: baseline report. Geneva: World Health Organization;2021.
11. Bureau of Elderly Health, Department of Health. Guidelines for driving the elderly group policy on age-friendly communities/cities for the fiscal year 2021. Nonthaburi: Bureau of Elderly Health, Department of Health;2021. (in Thai)
12. The John A. Hartford Foundation. Age-friendly health systems initiative. New York: The John A. Hartford Foundation;2025.
13. Fulmer T, Pelton L, & Zhang J. Age-Friendly Health Systems: A guide to using the 4Ms while caring for older adults. Boston: Institute for Healthcare Improvement;2022.
14. Institute for Healthcare Improvement. Age-Friendly Health Systems: Guide to Using the 4Ms in the Care of Older Adults. Boston: Institute for Healthcare Improvement;2020.
15. Harnyoot, O. Nursing process and implications. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2014; 15(3): 137-43. (in Thai)
16. Mate K, Fulmer T, Pelton L, Berman A, Bonner A, Huang W, et al. Evidence for the 4Ms: Interactions and outcomes across the care continuum. Journal of Aging and Health. 2021; 33(7-8): 469-81.
17. Emery-Tiburcio EE, Mack L, Zonsius MC, Carbonell E, & Newman M. The 4Ms of an age-friendly health system: an evidence-based framework to ensure older adults receive the highest quality care. Home Healthcare Now. 2022; 40(5): 252-7.
18. Pettis J. Nurses leading the way to age-friendly care using the 4Ms model. Geriatric Nursing. 2020; 41(2): 195-7.
19. American Geriatrics Society. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. Journal of the American Geriatrics Society. 2023; 71(7): 2052-81.
20. Pohnert AM, Dolansky MA, & Patterson A. Implementing and leading the Age-Friendly Health Systems 4Ms Framework in nursing practice: A competency-based approach. Nurse Leader. 2025; 23(1): 62-6.