



กรมการแพทย์

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ





แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ (Comprehensive Geriatric Clinic)

แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ

คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์วีรวิทย์ อิ่มสำราญ

ศาสตราจารย์นายแพทย์วีรศักดิ์ เมืองไพศาล

บรรณาธิการ

นายแพทย์สกลันต์ บุญนาค

นางนิตกุล ทองน่วม

รองอธิบดีกรมการแพทย์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล

ผู้อำนวยการ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

คณะทำงาน สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

นางสาวสมจินต์ โฉมวัฒนะชัย

นางสาวอรรวรรณ คูหา

นางสมฤดี เนียมหอม

นางสาวปณิดา มุ่งกลาง

นางสาวพิมพ์นารา ดวงดี

นางสาวคุณัญญา แก้วภาพ

นักจิตวิทยาคลินิกชำนาญการ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ

ผู้ช่วยนักวิจัย

พิมพ์ครั้งที่ 1 กันยายน 2564

จำนวน 3,000 เล่ม

พิมพ์ที่ บริษัทซีจูล จำกัด

คำนำ

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยแบบสมบูรณ์ (Complete Aged Society) โดยมีประชากรสูงอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 19 และผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไปร้อยละ 12.4 เมื่อประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ความเสื่อมสภาพในวัยสูงอายุรวมถึงการดูแลสุขภาพตนเองไม่เหมาะสมจะนำมาซึ่งการเจ็บป่วย โดยเฉพาะกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndrome) ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team Approach)

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุจึงจัดทำ “แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ” เพื่อเป็นคู่มือการดำเนินงานสำหรับบุคลากรสุขภาพในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในคลินิกผู้สูงอายุและสถานบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแล ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพให้สามารถดำรงชีวิตและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

นายแพทย์สกลันต์ บุณนาค
ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

สารบัญ

หน้า

คำนำ	ก
การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ	3
แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ	9
รูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ	
- ภาวะสมองเสื่อม	16
- ภาวะหกล้ม	50
- ภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้	64
ภาคผนวก เอกสาร 1 Mini-Cog	73
- เอกสาร 2 MMSE-Thai 2002	74
- เอกสาร 3 Timed Up and Go (TUG) test	77
- เอกสาร 4 30-Second Chair Stand test	78
- เอกสาร 5 การคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)	79
- เอกสาร 6 การคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)	80
- เอกสาร 7 Short Falls Efficacy Scale International (Short FES-I)	81
- เอกสาร 8 หลักในการประเมินผู้ป่วยสูงอายุทางคลินิก (Principles in clinical geriatric assessment)	82

การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ

แนวคิดการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ

การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุต้องเน้นการเชื่อมต่อของการป้องกัน วินิจฉัย ดูแลฟื้นฟู จัดรูปแบบบริการแบบไร้รอยต่อ (seamless care) มีการเชื่อมโยงระบบสารสนเทศสุขภาพ บูรณาการข้อมูลสุขภาพ จัดบริการสำหรับทุกช่วงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุตามช่วงอายุและลักษณะสุขภาพ (health status) ดังนี้

- ก่อนวัยสูงอายุ (pre-aging) เน้นการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค
- กลุ่มสูงอายุสุขภาพดี (healthy aging) เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นในชุมชน โดยคัดกรองปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ การรู้คิด การได้ยิน การมองเห็น สุขภาพช่องปาก การเคลื่อนไหว โภชนาการ การกลืนปัสสาวะ ภาวะซึมเศร้าและการทำงานวัตรประจำวัน (ADLs)
- กลุ่มเจ็บป่วยเฉียบพลัน (acute care) การดูแลระยะวิกฤต การดูแลระยะกลาง (intermediate care) โดยสหสาขาวิชาชีพเพื่อฟื้นฟูสภาพในปัจจุบันยังครอบคลุมเพียงบางปัญหา ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง อุบัติเหตุที่สมอง (traumatic brain injury), spinal cord injury และกระดูกข้อสะโพกหัก
- กลุ่มเจ็บป่วยเรื้อรังและภาวะพึ่งพิง เน้นการดูแลต่อเนื่องและการดูแลระยะยาว (long term care) เพื่อป้องกันการถดถอยและการเจ็บป่วยเฉียบพลันที่ป้องกันได้และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล
- กลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย เน้นการดูแลแบบประคับประคองและการดูแลระยะท้าย ตลอดจนการทำ advance care plan ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน

องค์ประกอบของคลินิกผู้สูงอายุ การดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุควรประกอบด้วย 3 ส่วนดังนี้

1. การประเมินสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุแบบองค์รวมที่ครอบคลุม (comprehensive geriatric assessment) ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ การประเมินทางกายภาพ (physical assessment) การประเมินทางสุขภาพจิต (psychomental assessment) การประเมินด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (social assessment) และการประเมินความสามารถในการทำวัตรประจำวัน (functional assessment)

2. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในผู้สูงอายุโดยประสานไปกับการดูแลผู้ป่วยที่มารับบริการ ทุกรายเน้นหลัก 4 ด้าน ได้แก่

- การคัดกรองโรค (screening) โดยคัดกรองโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น โรคเมเร็ง โรคระบบหัวใจ และหลอดเลือด ภาวะทุโภชนาการ ความเสี่ยงหกล้ม สมองเสื่อม ซึมเศร้า กระดูกพรุน เป็นต้น

- การให้ยาป้องกันโรคแบบประมุขภูมิสำหรับผู้ป่วยที่ยังไม่เป็นโรคนั้นๆ แต่มีความเสี่ยงสูง เช่น การให้ aspirin ในผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น
- การให้วัคซีนป้องกันโรคที่สำคัญได้แก่ วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่
- การให้สุขศึกษาและคำแนะนำ เช่น การรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การใช้ยา ที่ถูกต้อง การป้องกันหกล้ม เป็นต้น การให้ความรู้ควรเป็นแบบกลุ่มคือให้ความรู้ 30 นาทีที่คลินิก ก่อนเข้ารับการรักษาจากแพทย์หรือการให้ความรู้เฉพาะรายเมื่อพบแพทย์และบุคลากรในคลินิก โดยกำหนดเกณฑ์การส่งพบบุคลากรในคลินิก เช่น มีประวัติหกล้ม ใช้อุปกรณ์ช่วยเดินหรือ มีการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว (immobility) จะได้รับการประเมินและแนะนำจากแพทย์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีรูปแบบการให้ความรู้และทักษะวิธีอื่นๆ เช่น การใช้สื่อ แผ่นพับ จดหมายข่าว หรือการจัดอบรมผู้สนใจ ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นประจำทุกปี

3. การทำงานประสานกันแบบสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary care team) โดยบทบาทของแต่ละวิชาชีพ มีดังนี้

แพทย์ที่ได้รับการอบรมเพิ่มเติมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ซึ่งอาจเป็นอายุรแพทย์ด้านผู้สูงอายุกรณีที่ไม่มีความเพิ่มพูนทักษะแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวหรือแพทย์สาขาอื่นๆ ให้ความรู้และทักษะด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำหน้าที่ประเมินปัญหาสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยและวางแผนการดูแลรักษาปัญหาต่างๆ เช่น สมอลืม สับสน ทุโภชนาการ โรคประจำตัว ตลอดจนการใช้ยาตามการเจ็บป่วย

แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว เดินไม่มั่นคง หกล้ม ติดเตียงหรือมีปัญหาการกลืน หรือให้คำแนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาเฉพาะโรค นอกจากนี้ยังสามารถทำการวินิจฉัย บำบัดปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น อาการปวดไหล่ติด กรณีที่ไม่มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูอาจบริหารจัดการนักกายภาพบำบัดให้การดูแลตามความเหมาะสมของบริบท

พยาบาลที่มีความชำนาญในการดูแลผู้สูงอายุ หากไม่มีพยาบาลเฉพาะด้านผู้สูงอายุอาจให้เป็นพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาทักษะด้วยการอบรมหลักสูตรระยะสั้นต่างๆ โดยให้มีหน้าที่ประสานการดูแล ตั้งแต่ก่อนจนถึงหลังพบแพทย์ กรณีที่ต้องปรึกษาแผนกอื่นหรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก็จะทำหน้าที่ประสานการดูแลจนครบวงจร นอกจากนี้ยังให้การดูแลทางการพยาบาล ประเมินและให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติในด้านระบบการดูแลและการดูแลปัญหาสุขภาพเฉพาะเรื่อง เช่น การดูแลแผลกดทับ การดูแลสายให้อาหาร สายสวนปัสสาวะ ปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์

นักจิตวิทยาคลินิก ทำหน้าที่ประเมินการรู้คิด (cognitive function) โดยใช้เครื่องมือต่างๆ เช่น Thai Mental State Examination (TMSE), The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้ Thai Geriatric Depression Scale (TGDS) กรณีที่มีอาการไม่ชัดในการแยกภาวะสมองเสื่อมระยะแรก การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (mild cognitive impairment) หรือการเปลี่ยนแปลงตามอายุ อาจนัดทดสอบทางจิตประสาทชุดใหญ่ (full neuropsychiatric batteries) เพิ่มเติมต่างหาก นอกจากนี้

ยังรับหน้าที่การทำการกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดและกิจกรรมด้านจิตวิทยาอื่นๆ

เภสัชกรมีหน้าที่หลักคือทบทวนการใช้ยา (medication reconciliation: MR) โดยเฉพาะผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาจากการใช้ยา เช่น ผู้ที่ใช้ยาหลายชนิด (polypharmacy) ผู้ที่ใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง (high alert drug) ผู้ที่มีภาวะทุพพลภาพ ผู้ที่เพิ่งย้ายสถานที่รักษา ผู้ที่เพิ่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นต้น โดยตรวจสอบความถูกต้องของการสั่งใช้ยา การเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา (drug interaction) และการใช้ยาของผู้ป่วยว่าถูกต้องหรือไม่

ทันตภิบาลหรือทันตแพทย์ โดยให้ความรู้ด้านทันตสุขศึกษาและตรวจคัดกรองสุขภาพฟันและช่องปาก การบดเคี้ยวอาหาร ตลอดจนให้บริการเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุในคลินิกทันตกรรม

นักโภชนาการให้คำแนะนำการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคและวัย รวมถึงการปรับลักษณะของอาหารให้เหมาะกับผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลืน การเคี้ยว เป็นต้น

นักสังคมสงเคราะห์ให้คำปรึกษา ประเมินและให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับสิทธิในการรักษาพยาบาลและหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องที่จะสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้

เจ้าหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ เช่น นักสุขศึกษา ผู้ช่วยพยาบาล เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป คนงาน ซึ่งบุคคลเหล่านี้ล้วนมีหน้าที่ในการอำนวยความสะดวกทั้งทางเอกสาร ให้คำแนะนำขั้นตอนในการมารับบริการในคลินิกให้กับผู้สูงอายุครอบครัวและผู้ดูแล

นโยบายที่เกี่ยวข้องกับการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ

1. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ยุทธศาสตร์ที่ 3 ด้านระบบคุ้มครองทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ มาตรการที่ 4 ระบบบริการและเครือข่ายการเกื้อหนุน 4.7 จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลของรัฐที่มีจำนวนเตียงตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไปและยุทธศาสตร์ที่ 4 ด้านการบริหารจัดการเพื่อการพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุอย่างบูรณาการระดับชาติและการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ มาตรการที่ 2 ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาบุคลากรด้านผู้สูงอายุ 2.1 ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการผลิตหรือฝึกอบรมบุคลากรด้านผู้สูงอายุในระดับวิชาชีพอย่างเพียงพอและมีมาตรฐาน ซึ่งบุคลากรด้านผู้สูงอายุในระดับวิชาชีพหมายถึงพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ อาสาสมัครและนักวิชาการด้านผู้สูงอายุ

2. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 มาตรา 11 ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนในด้านต่างๆ ⁽¹⁾ การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและความรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ

ประกาศกระทรวงสาธารณสุขเรื่องการบริหารทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ กำหนดให้หน่วยงานรับผิดชอบในการดำเนินการตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 โดยให้หน่วยบริการระดับโรงพยาบาลของรัฐให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขแก่ผู้สูงอายุ ⁽¹⁾ จัดให้มีช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุแยกจากผู้รับบริการทั่วไปในแผนกผู้ป่วยนอก ⁽²⁾

กำหนดขั้นตอนและระยะ เวลาในการให้บริการแก่ผู้สูงอายุโดยปิดประกาศไว้ให้ชัดเจนและให้มีการประชาสัมพันธ์ในระหว่างให้บริการด้วย

3. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2560-2579) ของกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย ยุทธศาสตร์ที่มีความเป็นเลิศ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคเป็นเลิศ (Prevention & Promotion Excellence) 2) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) ด้านบริหารจัดการ (Governance Excellence) ครอบคลุม 16 แผนงาน 48 โครงการ (อ่านเพิ่มเติมได้ที่ <http://bps.moph.go.th>)

4. แนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2564 ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) แผนงานการพัฒนาคุณภาพชีวิตคนไทยทุกกลุ่มวัย (ด้านสุขภาพ) ตัวชี้วัดร้อยละของโรงพยาบาล ขนาด M2 ขึ้นไปที่มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุโดยการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุแบ่งออกเป็นคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐานและคลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ

รูปแบบการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ

การจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอกในปีพ.ศ. 2564 มีแนวคิดในการพัฒนาบริการ 2 แบบ ดังนี้

1. คลินิกผู้สูงอายุแบบครบวงจร (one stop service) ที่มีครบ 3 องค์ประกอบ คือ

- 1.1 Comprehensive geriatric assessment มีการประเมินทั้งด้าน physical, psychomental, function และ social, caregiver, environment
- 1.2 Health promotion and disease prevention มีการดำเนินการด้าน screening, immunization, chemoprophylaxis และแนะนำการดูแล
- 1.3 Multidisciplinary care team มีสหสาขาวิชาชีพและผ่านตามเกณฑ์ประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

2. คลินิกที่ให้บริการผู้สูงอายุในคลินิกอื่นๆ เช่น คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังและมีประเด็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่ให้แต่ละงานบริการเหล่านี้พิจารณาดูแลปีงบประมาณ 2564 การตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขกำหนดการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุออกเป็น 2 แบบ ดังนี้

1. **คลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน**เป็นการจัดบริการสุขภาพแบบผู้ป่วยนอกที่ครอบคลุม 5 ประเด็น ดังนี้

- 1.1 มีการคัดกรองหรือรับส่งต่อจากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุระดับชุมชน (community screening)
- 1.2 มีการประเมิน วินิจฉัยกลุ่มอาการหรือปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุอย่างน้อย 2 ด้าน

- 1.3 มีระบบการดูแลรักษากลุ่มอาการหรือปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุอย่างน้อย 2 ด้าน
- 1.4 มีคู่มือการดูแลรักษากลุ่มอาการหรือปัญหาสุขภาพที่สำคัญของผู้สูงอายุที่พร้อมใช้อ้างอิงในแผนกผู้ป่วยนอก
- 1.5 มีผู้รับผิดชอบในการประสานงานส่งต่อและติดตามให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม

การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุระดับชุมชน (community screening)

ประเด็น	การทดสอบ	ส่งต่อประเมินเชิงลึก ถ้าพบอย่างน้อย 1 ข้อ
ความคิดความจำ	• ทดสอบความคิดความจำด้วย Mini cog	☐ ผิดปกติ
การเคลื่อนไหว ร่างกาย	• ทดสอบ time up and go test (TUG) ใช้เวลาไม่น้อยกว่า 12 วินาที • มีประวัติหกล้มภายใน 6 เดือนอย่างน้อย 1 ครั้ง	☐ ไม่สามารถทำได้ ☐ มี
การขาดสารอาหาร	• น้ำหนักลดมากกว่า 3 กิโลกรัมภายใน 3 เดือน ที่ผ่านมา (โดยไม่ตั้งใจลดน้ำหนัก) • มีความอยากอาหารลดลงหรือไม่	☐ มี ☐ มี
การมองเห็น	• มีปัญหาเกี่ยวกับดวงตา เช่น การมองระยะไกล การอ่านหนังสือ	☐ มี
การได้ยิน	• อยู่นิ่งไปกับนิ้วชี้ห่างจากหูผู้สูงอายุประมาณ 1 นิ้ว ที่ละข้าง ทั้งหูขวาและหูซ้าย (Finger rub test)	☐ ไม่ได้ยินทั้ง 2 ข้าง ☐ ไม่ได้ยินข้างเดียว
ภาวะซึมเศร้า	• ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้รู้สึกหดหู เศร้า หรือท้อแท้ ลึนหวัง • ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ รู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่ เพลิดเพลิน	☐ มี ☐ มี
การกลืนปัสสาวะ	• มีภาวะปัสสาวะเล็ดหรือปัสสาวะราดจนทำให้เกิดปัญหาใน การใช้ชีวิตประจำวัน	☐ มี

ประเด็น	การทดสอบ	ส่งต่อประเมินเชิงลึก ถ้าพบอย่างน้อย 1 ข้อ
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	• ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันโดยไม่ต้องพึ่งคนอื่น ลดลงหรือไม่ (กินอาหาร ล้างหน้า/แปรงฟัน/หวีผม ลุกนั่งจากที่นอนหรือเตียง เข้าห้องน้ำ เคลื่อนที่ไปมาในบ้าน สวมใส่เสื้อผ้า ขึ้นลงบันได 1 ชั้น อาบน้ำ กลั้นอุจจาระ กลั้นปัสสาวะ)	☐ ลดลง
ช่องปาก	• มีความยากลำบากในการเคี้ยวอาหารแข็งหรือไม่ • มีอาการเจ็บปวดในช่องปากหรือไม่	☐ มี ☐ มี

การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน

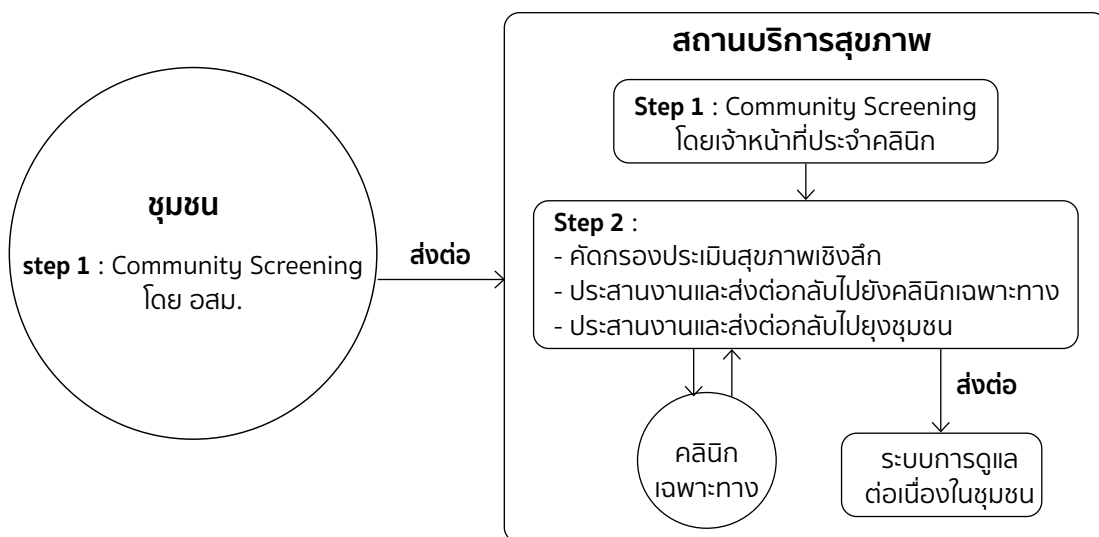
ขั้นตอนที่ 1 คัดกรองด้วยแบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุระดับชุมชน (community screening)

กรณีผู้สูงอายุอยู่ในชุมชนให้คัดกรองด้วยแบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุระดับชุมชนโดยอสม. หากผู้สูงอายุมารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุให้คัดกรองด้วยแบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุระดับชุมชนโดยเจ้าหน้าที่ประจำคลินิกผู้สูงอายุ

ขั้นตอนที่ 2 การจัดบริการสุขภาพในคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน

กรณีคัดกรองด้วยแบบคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุระดับชุมชนแล้วพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงให้ส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการสุขภาพในคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน ซึ่งพยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุจะคัดกรองหรือประเมินเชิงลึกต่อไป หากยังพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงจะประสานงานและส่งต่อไปยังคลินิกเฉพาะทางที่ตรงกับปัญหาที่พบเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจ วินิจฉัยและรักษาโดยแพทย์และสหสาขาวิชาชีพและส่งข้อมูลและแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (care plan) กลับมายังคลินิกผู้สูงอายุเพื่อประสานงานและส่งต่อไปยังชุมชนเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลต่อเนื่อง

แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุระดับพื้นฐาน



2. คลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ เป็นการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่ครอบคลุมตั้งแต่การคัดกรองประเมิน ดูแลรักษาจนถึงการติดตามประเมินผลโดยมีมาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุกำกับซึ่งเกณฑ์มาตรฐานประกอบด้วย

- มาตรฐานด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อมคือต้องมีสถานที่ที่ชัดเจน สามารถรับส่งต่อผู้ป่วยกับแผนกต่างๆ ได้โดยสะดวก มีทรัพยากรทางกายภาพที่เหมาะสมเอื้ออำนวยกับผู้สูงอายุ (Elderly friendly environment) อาคาร ทางลาด ห้องตรวจ ความกว้างของประตู ราวจับ ห้องน้ำ ลิฟต์ ที่จอดรถ
- มาตรฐานด้านบุคลากรที่รับผิดชอบโดยตรงและบุคลากรร่วมปฏิบัติงานเน้นการมีผู้รับผิดชอบงานนี้โดยตรง และทีมสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งบุคลากรต้องมีความรู้ความชำนาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุและได้รับการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง
- มาตรฐานกระบวนการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ (process indicator) มีการกำหนดข้อบ่งชี้ เช่น จะคัดกรองการบกพร่องของการรู้คิด(cognitive impairment) ในผู้ป่วยสมองเสื่อมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งหรืออัตราญาติของผู้ป่วย (หรือผู้ป่วย) ที่ได้รับการอบรมความรู้
- มาตรฐานกระบวนการประเมินผลและติดตาม (outcome indicator) มีการกำหนดกระบวนการประเมินผลและติดตาม โดยกำหนดเป้าหมาย ความถี่ของการประเมินวิธีการประเมินและระยะเวลาโดยมีประเด็นต่างๆ ที่ประยุกต์เข้ากับบริบทของการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอกดังนี้

- Safety เช่น อัตราการหกล้ม การหลงทาง อัตราการคาดเคลื่อนต่อการสั่งใช้ยาหลังผ่านการคัดกรองจากเภสัชกรการที่ผู้ป่วยเกิดภาวะฉุกเฉินในคลินิก
- Quality ตัวอย่าง เช่น อัตราการเกิดภาวะต่างๆ: การเกิดโรคการเกิดภาวะหกล้ม การเกิดปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยา (drug-related problems: DRP) การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอัตราตายและความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลลดลง (caregiver burden) หลังได้รับคำปรึกษาหรืออบรม
- Delivery/time เช่น ระยะเวลาการเข้ารับบริการในคลินิกและระยะเวลาตรวจผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินมีการส่งต่อหน่วยแพทย์เวรฉุกเฉินภายใน 10 นาที เป็นต้น
- Cost (direct/indirect) เช่น ระยะเวลาการให้บริการซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้เวลาของบุคลากรและสถานที่ ระยะเวลาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นต้น
- Satisfaction เช่น ความพึงพอใจของผู้ป่วย/ ผู้ปฏิบัติงาน อัตราการร้องเรียน ความรับผิดชอบต่อสังคมและสิ่งแวดล้อมขององค์กร (Corporate Social Responsibility: CSR) การบริจาค
- Innovation/impact มีผลงานนวัตกรรมที่คิดค้นใหม่ ที่มีผลต่อการนำไปใช้อย่างแพร่หลาย
- Network มีเครือข่ายในการส่งต่อผู้ป่วยทั้งขาขึ้นไปโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าและขาลงไปโรงพยาบาลใกล้บ้าน เช่น รพ.สต. หรือการดูแลต่อเนื่องใกล้บ้าน
- นอกจากนั้นในบริบทของคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลศูนย์หรือโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยอาจมีประเด็นอื่นเพิ่มเติม เช่น งานวิจัย ผลงานทางวิชาการ ชื่อเสียงทางด้านวิชาการ การบริหารการศึกษา การได้รับการยอมรับจากนานาชาติ การแลกเปลี่ยนดูงาน เป็นต้น

เกณฑ์ประเมินการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ

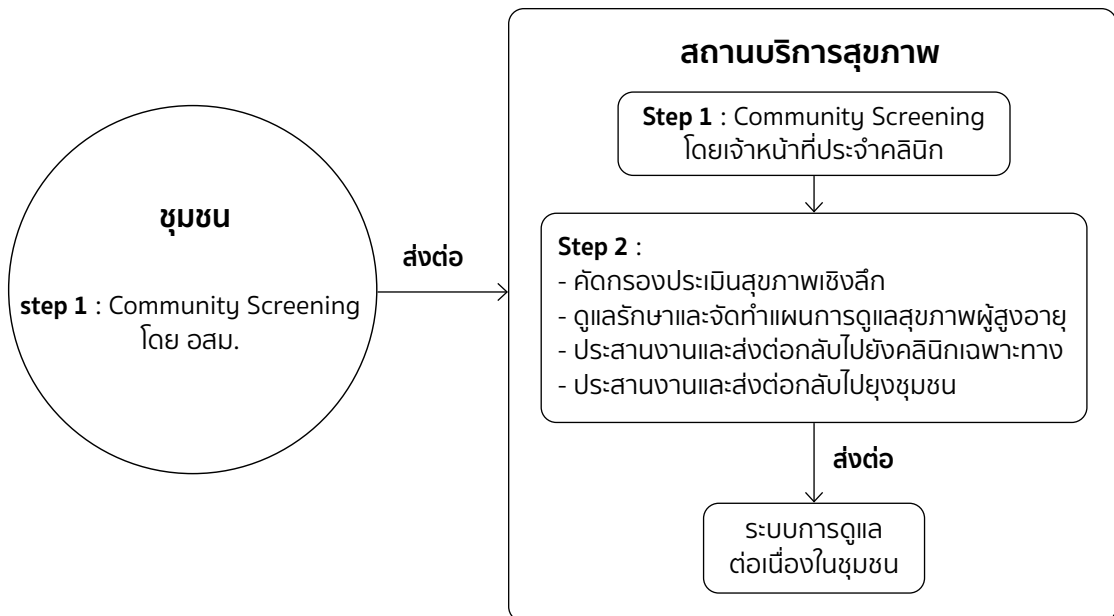
เกณฑ์ประเมินการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพสามารถประเมินสถานบริการสุขภาพได้ทุกระดับ แต่การประเมินระดับ รพ.สต. ให้ประเมิน 14 ข้อจาก 16 ข้อ โดยไม่ต้องประเมินข้อ 5, 6, 11 และ 12 ซึ่ง รพ.สต. ที่ระดับพื้นที่ภายในอาคาร หรือพื้นที่ภายในกับภายนอกอาคาร หรือพื้นที่ภายนอกอาคารมีความต่างระดับกันไม่เกิน 20 มิลลิเมตรไม่ต้องมีทางลาดแต่ต้องปาดมุมพื้นส่วนที่ต่างระดับกันไม่เกิน 45 องศา (ไม่ต้องประเมินข้อ 3.4)

หัวข้อ	คะแนน			
	0	1	2	3
อาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม				
1. มีคลินิกผู้สูงอายุ	ไม่มี	มี		
2. มีสถานที่ชัดเจน เป็นสัดส่วน ให้บริการแบบผู้ป่วยนอก	ไม่มี	มี		
3. ความเหมาะสมของอาคารสถานที่ สิ่งแวดล้อม 3.1 มีป้ายบ่งชี้คลินิกผู้สูงอายุ/หน่วยบริการอย่างชัดเจน	ไม่มี	มี		
3.2 มีประตูและพื้นที่ที่ห้องตรวจกว้างเพียงพอที่จะให้ผู้ที่นั่งรถเข็นเข้ารับบริการได้	ไม่มี	มี		
3.3 มีราวจับทางเดินอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ ตั้งแต่ด้านหน้า รพ. จนถึงคลินิกผู้สูงอายุ	ไม่มี	มี	มีตามมาตรฐาน	มีสูงกว่ามาตรฐาน
3.4 มีทางลาดที่ได้มาตรฐาน ตั้งแต่ด้านหน้า รพ. จนถึงคลินิกผู้สูงอายุ	ไม่มี	มี	มีตามมาตรฐาน	มีสูงกว่ามาตรฐาน
3.5 มีห้องน้ำผู้สูงอายุ/ผู้พิการ บริเวณใกล้ๆ คลินิกผู้สูงอายุ	ไม่มี	มี	มีตามมาตรฐาน	มีมากกว่าบริเวณใกล้ๆ คลินิกฯ
บุคลากร				
4. มีพยาบาลปฏิบัติงานประจำที่คลินิกผู้สูงอายุ	ไม่มี	มี	มีและผ่านการอบรมระยะสั้น	มีและผ่านการอบรมเฉพาะทาง; ป.โท
5. มีแพทย์ปฏิบัติงานที่คลินิกผู้สูงอายุ	ไม่มี	มี	มีแพทย์ผ่านการอบรมระยะสั้นปฏิบัติงานประจำ	มีอายุรแพทย์ผู้สูงอายุปฏิบัติงานประจำ

หัวข้อ	คะแนน			
	0	1	2	3
6. มีสหสาขาวิชาชีพร่วมเป็นทีมปฏิบัติงาน คลินิกผู้สูงอายุ (ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุข ฯลฯ)	ไม่มี	มี 2 สาขา	มี >2 สาขา	มีการประชุมเพื่อแก้ ปัญหาผู้ป่วยอย่างน้อย เดือนละ 1 ครั้ง
7. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ ได้รับการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ อย่างต่อเนื่อง (อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง)	ไม่ได้ รับ	ได้รับ ปีละ 1 ครั้ง	ได้รับมากกว่า ปีละ 1 ครั้ง	ได้รับอย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป
การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ				
8. ความถี่ของการเปิดให้บริการคลินิก ผู้สูงอายุ	ไม่เปิด บริการ	เดือนละ 1 ครั้ง	บริการ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	บริการ สัปดาห์ละ >1 ครั้ง
9. คลินิกผู้สูงอายุมีการประเมิน ADL, IADL	ไม่มี	ประเมิน ADL หรือ IADL	ประเมิน ADL และ IADL	นำผลการประเมิน เสนอต่อ ผอ. รายไตรมาส
10. คลินิกผู้สูงอายุมีการประเมินกลุ่ม อาการสูงอายุ (GS) ในผู้สูงอายุที่อาจมี ปัญหาจากประวัติ/ ตรวจเบื้องต้น	ไม่มี	ประเมิน 1 GS	ประเมิน >1 GS และ นำผลการประเมิน เสนอต่อ ผอ. รายไตรมาส	ประเมินและ ร่วมแก้ไขปัญห โดยสหสาขาวิชาชีพ
11. การรับส่งต่อภายในโรงพยาบาล	ไม่มี	มีการส่งต่อไป ยังบริการเฉพาะ ทาง	บุคลากร แผนกอื่น ขอรับคำปรึกษา	แพทย์แผนกอื่น ขอรับคำปรึกษา

หัวข้อ	คะแนน			
	0	1	2	3
11. การรับส่งต่อภายในโรงพยาบาล	ไม่มี	มีการส่งต่อไปยังบริการเฉพาะทาง	บุคลากรแผนกอื่นขอรับคำปรึกษา	แพทย์แผนกอื่นขอรับคำปรึกษา
12. การดูแลต่อเนื่อง	ไม่มี	ติดตามผู้ที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องมารับบริการและประสานทีม HHC ดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	ร่วมกับทีม HHC ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้าน (บางราย)	ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ ward กรณี admit
13. มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ	ไม่มี	ประเมิน	นำผลการประเมินเสนอต่อ ผอ.	นำผลการประเมินปรับปรุง/ พัฒนางาน
14. มีนวัตกรรมในการจัดการปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ	ไม่มี	มี	มีสิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆ ทุกปี	มีสิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆ ทุกปีและได้รับรางวัล
15. มีการจัดการองค์ความรู้ (KM)	ไม่มี	มีภายในคลินิกผู้สูงอายุ	มีภายในโรงพยาบาล	มีและนำเสนอในการประชุมวิชาการหรือตีพิมพ์
16. มีการวางแผนการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุในอนาคต	ไม่มี	มี SWOT	มีแผนยุทธศาสตร์ตาม SWOT	มีการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์

แนวทางการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุระดับคุณภาพ



เอกสารอ้างอิง

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. การจัดตั้งองค์ประกอบที่สำคัญและการพัฒนาคุณภาพคลินิกผู้สูงอายุ (Geriatric clinic: development, key components and quality improvement). ใน วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, บรรณาธิการ. พญามาวิทยาและเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุขั้นต้นนนทบุรี: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์, 2560.

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทยและการดูแลระยะยาว (Situation of Thai aging society and long term care). ใน วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, บรรณาธิการ. ประเด็นสำคัญในทางปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว. นนทบุรี: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์, 2564.

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. รูปแบบการดูแลสุขภาพระยะกลางของผู้สูงอายุในประเทศไทย (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: ปิยอนต์ พับลิชชิ่ง, 2562. คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 พ.ศ.2552. เข้าถึงได้จาก https://www.dop.go.th/download/laws/law_th_20152309144546_1.pdf

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546. เข้าถึงได้จาก https://www.dop.go.th/download/laws/regulation_th_20152509163042_1.pdf

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษพ.ศ.2548. ราชกิจจานุเบกษาเล่ม 122 ตอนที่ 45ง วันที่ 7 มิถุนายน 2548. เข้าถึงได้จาก http://law.m-society.go.th/law2016/uploads/law-file/20150923_14_01_11_6822.pdf

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ 20 ปี (Strategy plan 20 years) และ PA. เข้าถึงได้จาก https://bps.moph.go.th/new_bps/

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียดตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุขประจำปีงบประมาณ 2564. เข้าถึงได้จาก https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/fileskpi_template_edit%201.pdf

การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ : ภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการซึ่งแสดงให้เห็นถึงความเสื่อมลงในความจำ ความคิด การรับรู้เวลา สถานที่และบุคคล ภาษา ความสามารถในการเรียนรู้และการตัดสินใจ รวมถึงความสามารถที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ สามารถเกิดร่วมกับการเสื่อมถอยของการควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมทางสังคม หรือแรงจูงใจ ซึ่งบางกรณีอาจเกิดนำมาก่อน ภาวะสมองเสื่อม มักพบในผู้สูงอายุ และพบได้มากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ทั่วโลกมีอุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อม เพิ่มขึ้นอย่างทวีคูณตามอายุที่เพิ่มขึ้น โดยเพิ่มเป็น 2 เท่าทุกๆ อายุที่มากขึ้น 6.3 ปี กล่าวคือ จากจำนวน 3.9 ต่อ 1000 คน เมื่ออายุ 60-64 ปี จะเพิ่มเป็นจำนวน 104.8 ต่อ 1000 คน เมื่ออายุ 90 ปีขึ้นไป ส่วนในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก Alzheimer Disease International (ADI) รายงานจำนวนประชากรที่มีภาวะสมองเสื่อม ว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จาก 23 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 71 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2593 โดยคาดว่า ประเทศไทย ในปีพ.ศ. 2558 มีผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม 600,000 ราย และในปี พ.ศ. 2573 จะมี 1,117,000 รายและเพิ่มขึ้นอย่างมากใน ปี พ.ศ.2593 เป็นจำนวน 2,077,000 ราย ซึ่งใกล้เคียงกับการรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 คาดประมาณ จำนวนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย ใน พ.ศ. 2559 มีจำนวน 617,000 คนและเพิ่มขึ้นใน พ.ศ. 2580 มีจำนวน 1,350,000 คน ข้อมูลทางสถิติเหล่านี้ แสดงให้เห็นถึง จำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งควรได้รับการดูแลรักษาที่เพิ่มสูงขึ้นในประเทศไทยซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับทั่วโลก จำเป็นที่จะต้องมีการตื่นตัวและมีการเตรียมพร้อมรองรับผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ทั้งในด้านการรู้เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม การรักษา การป้องกัน และชะลอความเสื่อมของสมอง

จากแผนโครงการพัฒนาและสร้างศักยภาพคนไทยทุกกลุ่มวัย ในปี พ.ศ. 2564 กระทรวงสาธารณสุขได้ มุ่งเน้นการพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุเชิงปริมาณและคุณภาพ เพื่อจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุให้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้สะดวก รวดเร็ว และทั่วถึง ซึ่งได้กำหนดตัวชี้วัด คลินิกผู้สูงอายุ คือ 7. ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็น Geriatric Syndromes ได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 7.1 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะสมองเสื่อมและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ 7.2 ร้อยละของผู้สูงอายุที่ผ่านการคัดกรองและพบว่าเป็นภาวะพลัดตกหกล้มและได้รับการดูแลรักษาในคลินิกผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) และปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างเหมาะสม หลังจากที่ได้รับการคัดกรองสุขภาพ และ 2) ส่งเสริม หรือ คงสมรรถภาพทางร่างกาย สมอง สุขภาพจิต และสังคมของผู้สูงอายุ ป้องกันหรือลดการเกิดภาวะพึ่งพิงในผู้สูงอายุ

ในบทนี้จะกล่าวถึง การจัดการบริการคลินิกผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม ของระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (Comprehensive Dementia Care System ; CDC system) นิยามของ CDC system คือ ชุดของระบบบริการดูแลผู้สูงอายุทุกภาวะสุขภาพสมอง ที่ให้บริการดูแลอย่างครบถ้วน (comprehensive) ด้วยชุดบริการใน 3 ระบบ ด้วยกัน คือ ระบบการคัดกรองคัดแยก ระบบการคัดกลุ่มหรือวินิจฉัย และระบบการดูแลต่อเนื่อง ทั้งในชุมชนและในสถาบันสุขภาพ ซึ่งทั้งสามระบบต้องต่อเนื่อง เชื่อมโยงสัมพันธ์กันอย่างชัดเจน ทันเหตุการณ์ และไร้รอยต่อ (seamless) ชุดของระบบทั้งหมดจะตอบสนองการดูแลสุขภาพสมองผู้สูงอายุทุกคนและทุกสถานะสุขภาพอย่างครอบคลุม (coverage) และให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้โดยสะดวก (access) การให้บริการในระบบเป็นการทำงานร่วมกัน (participation) ของภาคสุขภาพทุกระดับบริการ และทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาคสุขภาพ สังคม ท้องถิ่น และประชาชน การจัดการบริการจะมีการบูรณาการ (integration) ชุดของบริการในระบบเข้ากับงานประจำที่มีอยู่ให้มีดำเนินการอย่างต่อเนื่องเป็นงานประจำ ระบบนี้มีเป้าหมายรวม คือ ให้การส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพสมองในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง ให้การป้องกัน ชะลอหรือฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเกิดขึ้นแล้ว ให้การบำบัดรักษา และให้ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อสุขภาวะของผู้สูงอายุทุกสภาพสมองและเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล ครอบครัว และชุมชน

6 คุณลักษณะ ของ CDC system ประกอบด้วย

1. Comprehensive หรือ ครบวงจร: ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องครบวงจร คือ มี 3 ระบบย่อย 1) ระบบการคัดกรองคัดแยก 2) ระบบการคัดกลุ่มหรือ การวินิจฉัยบำบัดรักษา และ 3) ระบบการดูแลต่อเนื่อง (ในชุมชน/สถาบัน)

2. Seamless หรือ ความต่อเนื่อง ไร้รอยต่อ: การดำเนินงานของระบบย่อย มีการประสาน ส่งต่ออย่างต่อเนื่อง ชัดเจน และทันการณ์

3. Coverage หรือ ความครอบคลุม: ระบบให้บริการครอบคลุมผู้สูงอายุในทุกสภาวะสมอง ทั้งผู้ที่มีสภาพสมองปกติ ผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment; MCI) และผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ครอบคลุมผู้สูงอายุทุกกลุ่มทั้งผู้ที่ติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง โดยครอบคลุมร้อยละ 80 ของประชากรแต่ละกลุ่มเป้าหมาย

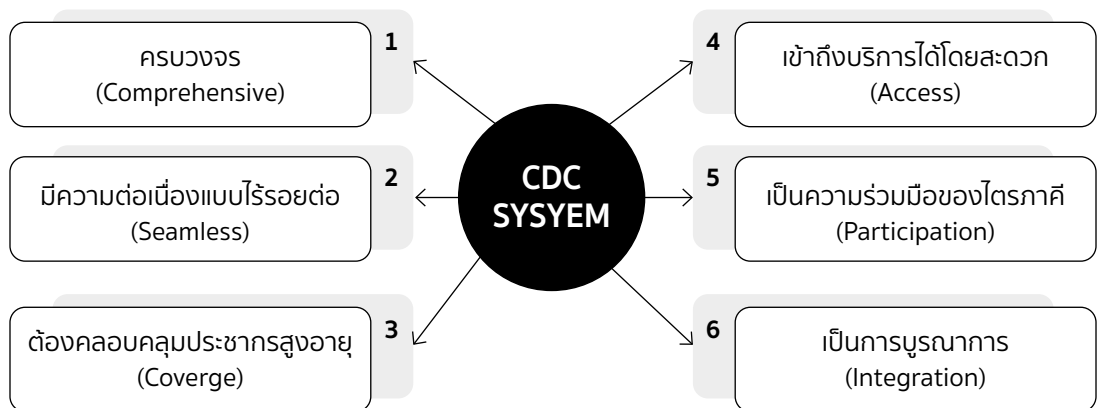
4. Access หรือ การเข้าถึง: การให้ความเป็นธรรมแก่ประชาชนทุกคนในการเข้าถึงบริการสุขภาพ บริการสังคมและสิทธิที่พึงได้รับของผู้สูงอายุ ในที่นี้ คือ ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพภาวะสมองเสื่อมครบวงจร ทั้งสามระบบย่อยได้ โดยสะดวก รวดเร็ว และสามารถเข้าถึงบริการสังคมและสิทธิที่พึงได้รับอย่างเหมาะสม

5. Participation หรือ ความร่วมมือ: เป็นความร่วมมือในการจัดการระบบครบวงจร ของภาคสุขภาพทุกระดับบริการ คือทั้งระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ และที่สำคัญเป็นการดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมของภาคสังคม ชุมชน/ท้องถิ่น ทั้งภาครัฐและภาคเอกชนตามบริบทของพื้นที่

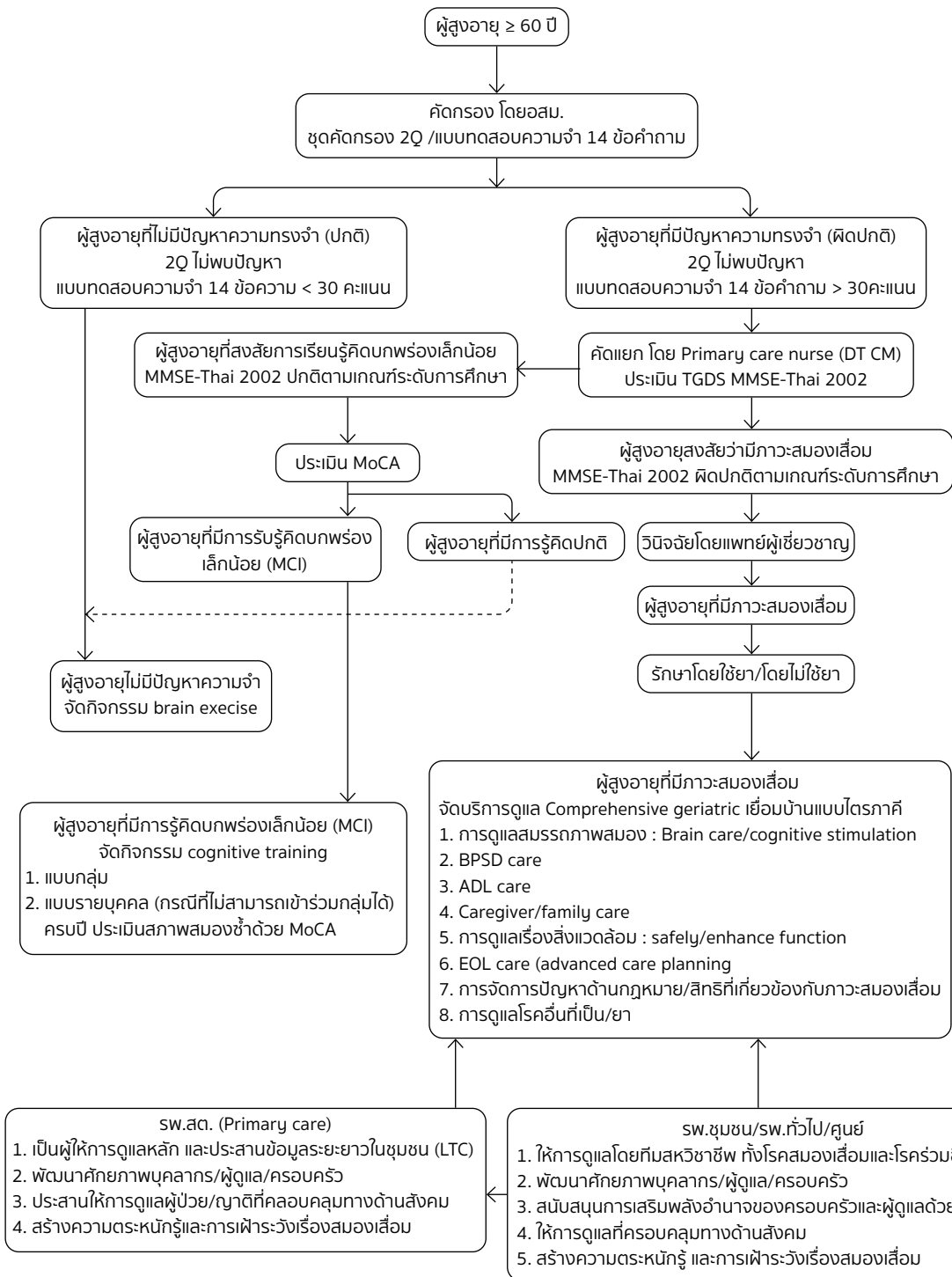
6. Integration หรือ การบูรณาการ: การบูรณาการการดูแลภาวะสมองเสื่อมครบวงจรเข้ากับบริการที่มีอยู่ของทุกภาคส่วน ทั้งภาคสุขภาพ ภาคสังคม ท้องถิ่น ชุมชน/ท้องถิ่น อื่น ๆ ตลอดจนการบูรณาการเข้ากับงานประจำที่ทำอยู่ รวมถึงเป็นการบูรณาการทรัพยากร/แหล่งประโยชน์ ในการดำเนินงานจัดบริการโดยมีรูปแบบมีแผนการชัดเจน เป็นเส้นทางเฉพาะของการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ตั้งแต่เริ่มต้นคัดกรองจนถึงการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อเนื่องทั้งในชุมชนและในสถาบัน และที่สุดจะเป็นส่วนหนึ่งในระบบการดูแลผู้สูงอายุของพื้นที่

ผังไหลของระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

ผังไหล (flow chart) แผนปฏิบัติการการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร จัดเป็นเครื่องมือหนึ่งในการพัฒนาระบบ เป็นพิมพ์เขียวของการทำงานในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป็นเอกสารหนึ่งหน้าทำหน้าที่ให้แนวคิดของการพัฒนา เส้นทางพัฒนาที่ลำดับเป็นขั้นตอนในการปฏิบัติทั้งหมด มีการกำหนดเป้าหมายที่ต้องการ และความสอดคล้องเชื่อมโยงระหว่างกันที่ทำให้สามารถศึกษา ตั้งเป้าหมาย เข้าใจ และใช้เป็นแผนที่ปทุมจุดที่กำลังดำเนินการได้ แผนปฏิบัติการหนึ่งใบนี้สามารถใช้เป็นเครื่องมือทำงาน และใช้ติดตามการดำเนินงาน ประโยชน์ที่ได้ นอกจากการกำกับแล้ว ยังใช้ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานให้กับผู้ที่เกี่ยวข้องได้อย่างกระชับเห็นลำดับและกิจกรรมที่จะเข้าร่วมได้ชัดเจน

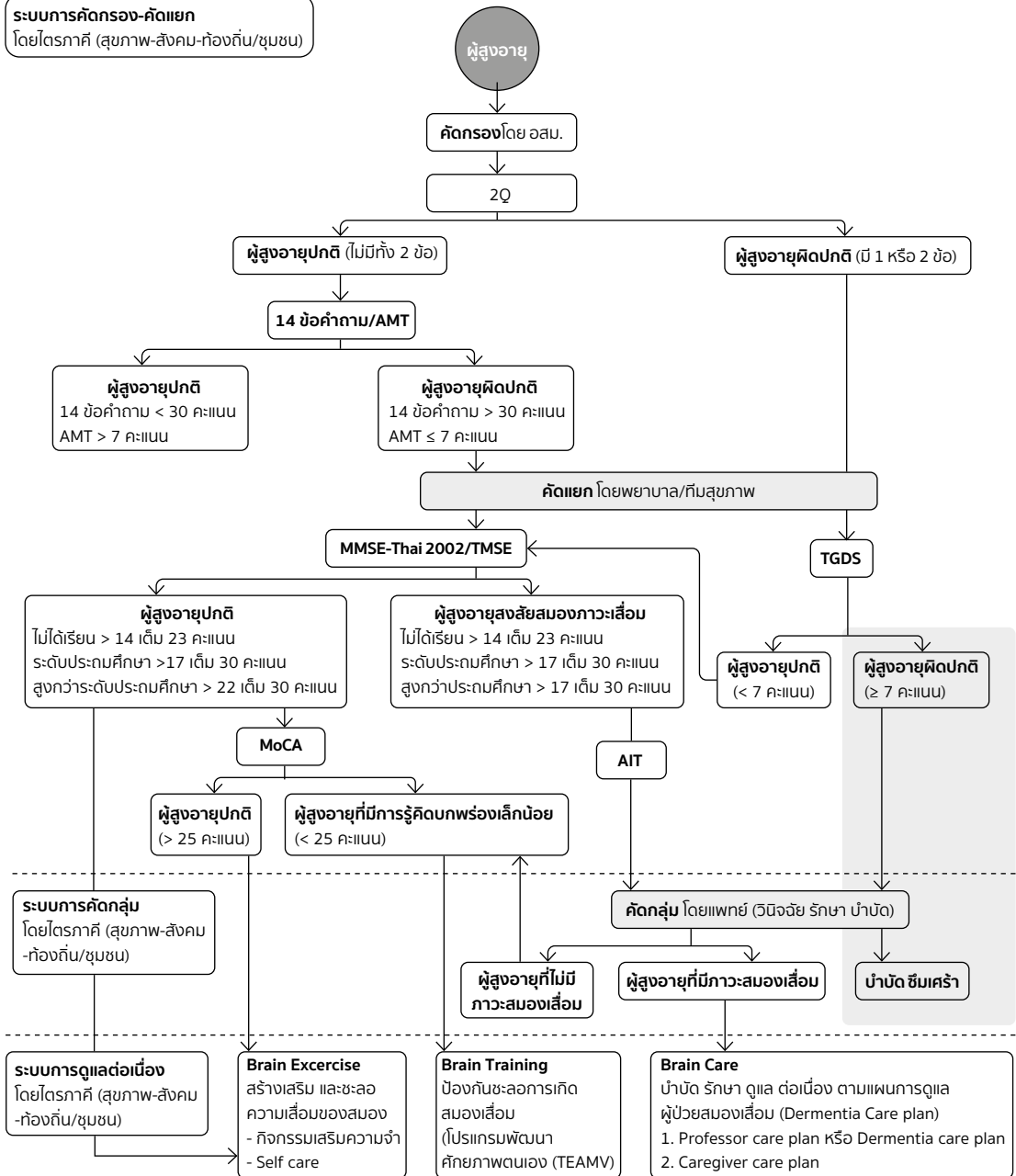


**ภาพที่ 1 คุณลักษณะของระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร
(Comprehensive Dementia Care System For older persons : CDC System)**



ภาพที่ 2 แนวทางการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร

ระบบการคัดกรอง-คัดแยก
โดยไตรภาคี (สุขภาพ-สังคม-ท้องถิ่น/ชุมชน)



หมายเหตุ Aging illness Trajectory : (AIT) วิถีโครงความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุคือ แบบบันทึกข้อมูลผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม
เพื่อการคัดกลุ่มโดยบันทึกประวัติสุขภาพผู้สูงอายุให้รู้ วัตรกิจ วัตรกิจอย่างกระชั้นชิดโดย Dementia Care Manager

ภาพที่ 3 ระบบการคัดกรอง/คัดแยก ระบบการคัดกลุ่ม (วินิจฉัย) และระบบการดูแลต่อเนื่อง (ในชุมชน/สถาบัน) ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (Comprehensive Dementia Care system)

การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุที่เชื่อมโยงกับระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม KSUWJCS (Comprehensive Dementia Care system; CDC system)

1. ระบบการคัดกรองและคัดแยก

การคัดกรองและคัดแยกเป็นระบบแรกที่เป็นหัวใจสำคัญในเส้นทางการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเป็นบริการค้นหาผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมในประชากรสูงอายุทุกคนในพื้นที่ ระบบนี้ทำให้เกิดการค้นหาผู้ที่อาจผิดปกติได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของการมีความผิดปกติ (Early detection) อันส่งผลต่อโอกาสแห่งการได้รับการวินิจฉัยและบำบัดรักษา ระบบนี้ยังแบ่งออกเป็น 2 ส่วนย่อยที่เกี่ยวข้องกัน แต่ต่างกันในการบริการ คือ 1) การคัดกรอง และ 2) การคัดแยก

1.1 การคัดกรอง

วัตถุประสงค์การคัดกรอง คือ การคัดหรือแยกผู้สูงอายุเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่มีความจำปกติ และกลุ่มที่มีความจำผิดปกติ

กลุ่มเป้าหมายการคัดกรอง คลอบคลุมประชากรผู้สูงอายุทุกคนในพื้นที่ (ในทางปฏิบัติ ยอมรับความครอบคลุมร้อยละ 80)

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง เครื่องมือในการคัดกรองมีหลากหลาย เพื่อให้เป็นในทิศทางเดียวกัน และสามารถเปรียบเทียบกันได้ นำเสนอให้ใช้ตามคู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ (คาตฟ้า) คือ Mini-cog

ผู้ทำการคัดกรอง คือ อาสาสมัครสาธารณสุข โดยอาจขยายถึง ผู้ดูแล (caregiver) จิตอาสาของชุมชนได้ ทั้งนี้ทุกคนต้องผ่านการอบรมและได้รับการฝึกฝนการใช้เครื่องมือ

ผู้รับผิดชอบการคัดกรอง คือ Dementia Care Manager (DT CM) ของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิของโรงพยาบาลนั้น โดยอาจมีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เช่น ผู้รับผิดชอบคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลในเครือข่าย

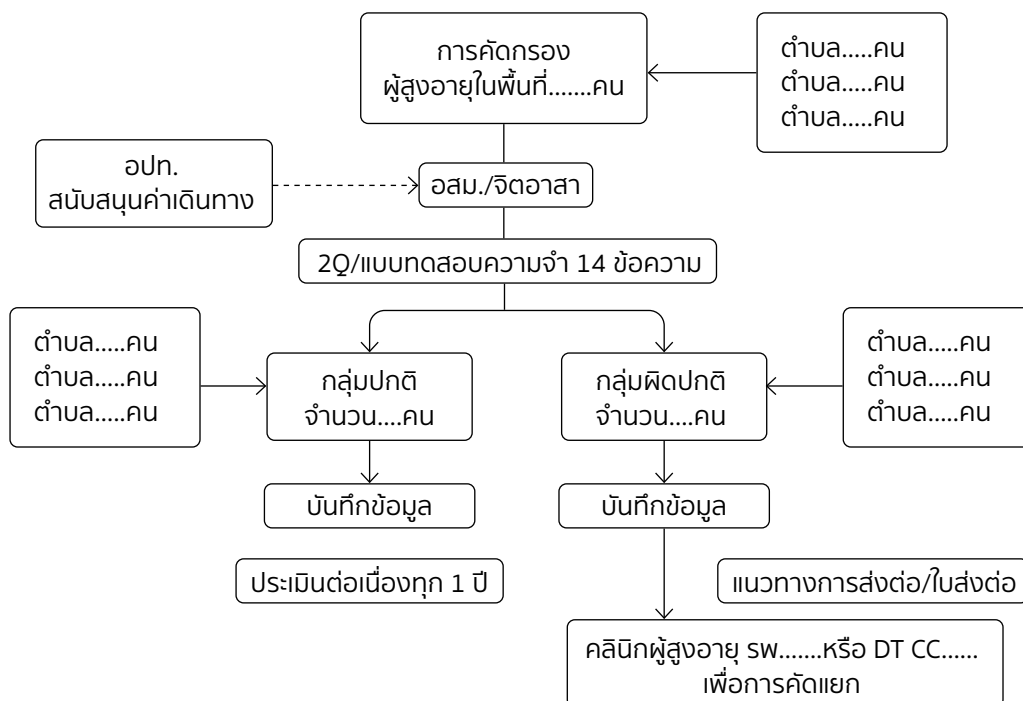
การคัดกรอง ผลลัพธ์จะมี DT CM ดูแลและกำกับความถูกต้องของข้อมูล ถ้าผู้สูงอายุที่ได้รับการคัดกรองด้วยแบบคัดกรองตามคู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ คือ Mini-Cog ถ้าพบว่ามีผลคะแนนผิดปกติ คือ มีคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 คะแนน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะส่งเข้าการคัดแยก ต่อไป

การดำเนินงานการคัดกรอง คือ มีการดำเนินการคัดกรองในชุมชน หรือ สถานบริการระดับปฐมภูมิ โดยเชื่อมโยงกับคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลเครือข่าย

Dementia Care Manager (DT CM) หมายถึง ผู้จัดการการดูแลภาวะสมองเสื่อมหรือ Dementia Care Manager Dementia Care Coordinator (DT CC) หมายถึง ผู้ทำหน้าที่ประสานงานในระบบทั้ง 3 ย่อยให้ดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องหรือไร้รอยต่อ ในระบบ CDC system

การบันทึกผลการคัดกรอง ข้อมูลผลลัพธ์ของการคัดกรอง คือ รายชื่อ/จำนวนผู้สูงอายุที่ทำการคัดกรอง คือ คะแนน 2Q คะแนนตามแบบคัดกรอง/ประเมิน ตามที่พื้นที่เลือกใช้ หรือ ตามคู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ วันที่ประเมิน ผู้ประเมิน และมีหมายเหตุ กรณีที่ประเมินไม่ได้ หรือไม่ได้ประเมินเพราะสาเหตุอะไร เช่น ไปรับการรักษาในโรงพยาบาลยังไม่กลับ หรือไปอยู่กับญาติต่างจังหวัด และข้อมูลการสรุปผลการคัดกรองเพื่อการส่งต่อการคัดแยก

ผังไคร่ระบบการคัดกรอง



1.2 การคัดแยก

การคัดแยกเป็นบริการตามหลังการคัดกรอง มีเป้าหมายเพื่อยืนยันและแยกแยะผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านความจำ โดยการใช้แบบประเมินมาตรฐาน ดังนั้นความผิดปกติที่ได้จากขั้นตอนการคัดแยก ยังไม่ถือว่าเป็นการวินิจฉัยโรค แต่ให้เป็นความผิดปกติตามแบบประเมิน ที่จะต้องได้รับการวินิจฉัยอย่างถูกต้องต่อไป

วัตถุประสงค์การคัดแยก คือ คัดผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment; MCI) ผู้สูงอายุที่สงสัยว่าจะมีภาวะสมองเสื่อม ออกจากกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความจำผิดปกติ หรือ ผู้ที่คะแนนตามแบบประเมินในการคัดกรองอยู่ในเกณฑ์ความจำผิดปกติ ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ได้จากการคัดกรอง ดังนั้นการคัดแยกจะได้ผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่สงสัยว่าจะมีภาวะสมองเสื่อม ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) และ ผู้สูงอายุที่มีสมองปกติ

กลุ่มเป้าหมายการคัดแยก ผู้สูงอายุที่มีความจำผิดปกติ หรือ ผู้ที่คะแนนตามแบบประเมินความจำในการคัดกรองอยู่ในเกณฑ์ความจำผิดปกติ

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดแยก คือ

- 1) แบบประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย Thai Geriatric Depression Scale ในที่นี้ใช้ TGDS
- 2) แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย: MMSE-Thai 2002 ในที่นี้ใช้ MMSE-Thai 2002
- 3) แบบทดสอบ Montreal Cognitive Assessment (MoCA) ในที่นี้ใช้ MoCA

ลำดับการคัดแยก

1) ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย TGDS ก่อน เพื่อคัดออกผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ที่อาจมีปัญหาด้านจิตใจที่กระทบความจำและทำให้สมรรถภาพสมองถดถอย และไม่เข้าข่ายที่จะวินิจฉัยความผิดปกติสมองได้ กรณีที่พบภาวะซึมเศร้าหรือคะแนนที่ได้เท่ากับหรือมากกว่า 7 (คะแนนเต็ม 20 คะแนน คะแนนที่สูงแสดงว่ามีภาวะซึมเศร้ามาก) ไม่ต้องทำการประเมินต่อ

2) ประเมินสภาพสมอง โดยใช้ MMSE เพื่อคัดผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมออก (บางครั้งเรียกว่า มีภาวะสมองเสื่อมตามแบบประเมิน) โดยอิงกับเกณฑ์ที่ใช้ระดับการศึกษาที่กำหนดไว้ คือ ผู้สูงอายุปกติ ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) คะแนนเต็ม 23 (ไม่ต้องทำข้อ 4, 9, 10) จุดตัดที่ < 14 ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับประถมศึกษา คะแนนเต็ม 30 จุดตัด < 17 ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา คะแนนเต็ม 30 จุดตัด < 22

ผู้สูงอายุที่มีคะแนน MMSE อยู่ในเกณฑ์ผิดปกติหรือสงสัยภาวะสมองเสื่อม จะถูกจัดเตรียมส่งเป็นตัวป้อนเข้าของระบบที่ 2 การคัดกลุ่มต่อไป ส่วนผู้ที่มีคะแนน MMSE ปกติ จะทำการประเมินด้วยแบบประเมิน MoCA ต่อไป

3) ประเมินการรู้คิดด้วยแบบทดสอบ MoCA เพื่อแยกผู้ที่มีคะแนน MMSE ปกติ ว่าเป็นกลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยหรือไม่ และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยนี้ ตัดสินที่คะแนน MMSE ปกติตามเกณฑ์ และมีคะแนน MoCA ต่ำกว่า 25 คะแนน ทั้งนี้ยังถือว่าเป็นกลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยตามแบบประเมิน ยังไม่ใช้การวินิจฉัยตามมาตรฐาน

ผู้ทำการคัดแยก คือ เจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพในการใช้แบบประเมิน

ผู้รับผิดชอบการคัดแยก คือ DT CM ของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ หรือ พยาบาลประจำคลินิก (Geriatric Nurse) ผู้สูงอายุโรงพยาบาลเครือข่าย ของพื้นที่นั้น ดังนี้

*สถานบริการสุขภาพเลือกใช้แบบคัดกรอง/แบบประเมิน

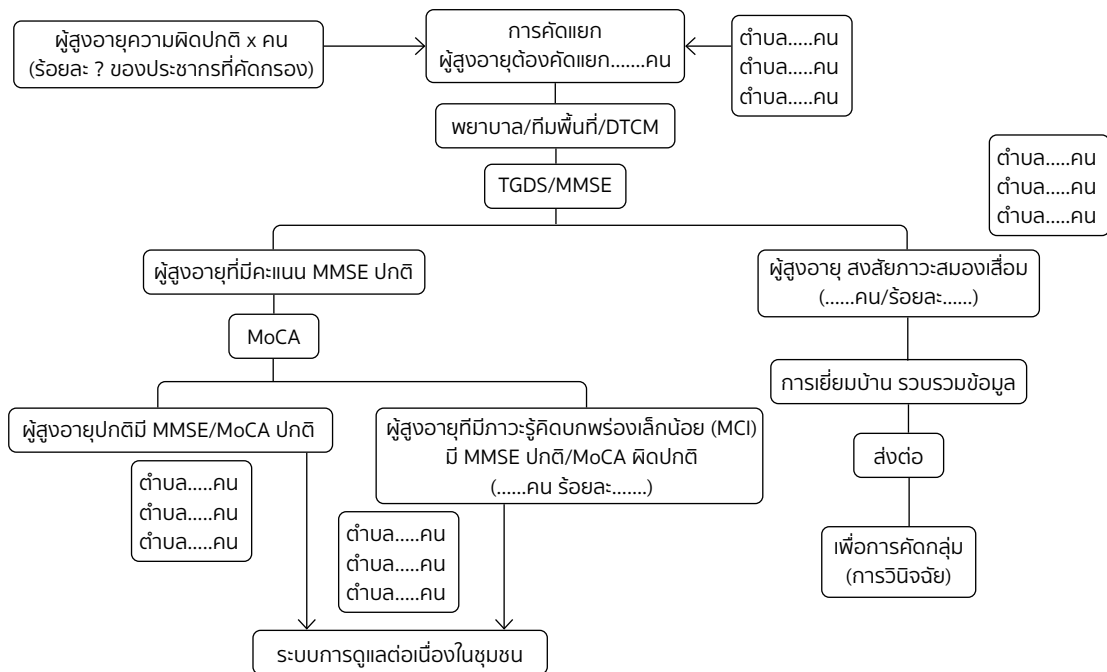
การคัดแยก เป็นบทบาทของ DT CM (ระดับปฐมภูมิ; รพ.สต. PCU ศูนย์แพทย์ชุมชน) ในการทำการคัดแยกผู้สูงอายุ โดยจะใช้เครื่องมือการคัดแยก คือ แบบทดสอบสภาพสมอง MMSE-Thai 2002 และแบบประเมิน MoCA และเครื่องมือประเมินภาวะซึมเศร้า คือ TGDS เพื่อแยกภาวะสมองเสื่อมออกจากภาวะซึมเศร้า

การคัดแยก ดำเนินการได้ที่สถานบริการระดับปฐมภูมิ หรือ คลินิกผู้สูงอายุ ขึ้นกับแนวทางการดำเนินงานและบริบทของพื้นที่ DT CM จะทำหน้าที่คัดแยก ถ้าพบว่าผลคะแนนแบบทดสอบสภาพสมอง MMSE-Thai 2002 ผิดปกติ (แบ่งตามระดับการศึกษา) ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะสงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม จะส่งเข้าการคัดกลุ่มต่อ แต่ถ้า แบบทดสอบสภาพสมอง MMSE-Thai 2002 ปกติ จะทำแบบประเมิน MoCA ต่อ ถ้าพบว่าคะแนน < 25 คะแนน ผู้สูงอายุมีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) จะส่งเข้าโปรแกรมกระตุ้นสมอง (TEAMV) เพื่อป้องกันและชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม แต่ถ้าคัดแยกแล้วปกติ ผู้สูงอายุกลุ่มนี้จะส่งเข้ากลุ่มปกติเพื่อทำกิจกรรม brain exercises

การคัดแยกที่คลินิกผู้สูงอายุ โดยพยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำหน้าที่เป็น DT CM ถ้าผู้พบว่าผู้สูงอายุมีคะแนนผิดปกติ ก็จะนำส่งแพทย์ประจำคลินิกผู้สูงอายุ นอกจากนี้พยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุสามารถพัฒนาเป็นพี่เลี้ยงให้กับ DT CM ในระดับปฐมภูมิ ในการให้คำปรึกษาการใช้เครื่องมือการคัดแยกสำหรับ DT CM ที่ยังใช้เครื่องมือและมีปัญหา รวมทั้งการสนับสนุนหรือเสริมกำลังลงไปช่วย DT CM เพื่อคัดแยกผู้สูงอายุในระดับปฐมภูมิ

การบันทึกผลการคัดแยก ผลการคัดแยกควรต่อเนื่องรวมเป็นชุดเดียวกันกับการคัดกรอง เพื่อจะได้เห็นความต่อเนื่องของข้อมูลทั้งข้อมูลทั่วไป ข้อมูลการคัดกรองและข้อมูลการคัดแยก และเป็นฐานข้อมูลผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในระบบ/พื้นที่ และใช้เพื่อการเตรียมการในงานประจำปีต่อไปที่ผู้สูงอายุรายใหม่ที่เข้ามาตามปีปฏิทินกับผู้สูงอายุเดิมที่มีความจำปกติจะรวมกัน เมื่อทำให้เป็นปัจจุบันจะเป็นข้อมูลนำเข้าของระบบคัดกรอง คัดแยก ในรอบปีต่อไป

ผังไกระบบการคัดแยก



2. ระบบคัดกลุ่ม หรือการวินิจฉัยและบำบัดรักษา

เป็นการจัดบริการสุขภาพเพื่อคัดผู้สูงอายุสมองเสื่อมออกจากผู้สูงอายุที่สงสัย โดยผู้สูงอายุจะถูกจำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้ที่ไม่มีปัญหาความจำ ผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ครบถ้วน เพื่อให้การดูแลตามสภาพสมอง

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อมเป็น clinical diagnosis แพทย์จึงเป็นหลักของระบบ ตามมาตรฐานการรักษาแล้ว ผู้ทำการวินิจฉัยต้องเป็นแพทย์เฉพาะทางหรือผ่านการฝึกอบรมการวินิจฉัยและดูแลภาวะสมองเสื่อม ดังนั้นการวินิจฉัยจึงทำได้ในโรงพยาบาลที่มีผู้เชี่ยวชาญ แต่โรงพยาบาลชุมชนที่เป็นเครือข่ายของรพ.สต.ต่างๆ และต้องรับหน้าที่ในการวินิจฉัย อาจมีแพทย์เฉพาะทางหรือผู้เชี่ยวชาญด้านนี้หรือมีน้อยมาก ดังนั้นในระบบจำเป็นต้องจัดสรรให้มีกำลังคนในการวินิจฉัย ด้วยการประสานงานกับเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

การคัดกลุ่มส่วนใหญ่เกิดในโรงพยาบาลที่หน่วยปฐมภูมินั้นสังกัด เป็นการส่งต่อกันในงานต่างระดับบริการ ดังนั้นจึงต้องการการส่งต่อที่ดี และมีผู้ประสานงานการรับและส่งต่อ โดยทั่วไปจะเป็น DT CM หรือพยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุ รับข้อมูลผู้สูงอายุที่จะทำการวินิจฉัย จัดลำดับการวินิจฉัย ประสานงานแพทย์ จัดเตรียม OPD card ผลตรวจต่างๆ รวมทั้งข้อมูลของผู้สูงอายุที่รับมาจากขั้นตอนการคัดแยก อีกทั้งต้องเข้าร่วมการวินิจฉัย สรุปผลการวินิจฉัยการบำบัดรักษา ส่งต่อกัน DT CM เจ้าของไข้ด้วย นอกจากนี้ยังทำหน้าที่บันทึกการวินิจฉัยทั้งกระบวนการและผลลัพธ์ เพื่อการจัดทำฐานข้อมูลของระบบด้วย

วัตถุประสงค์การคัดกลุ่ม คือ การตัดสินผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ว่ามีภาวะสมองเสื่อมจริงหรือไม่ กรณีมีสมองเสื่อมต้องวินิจฉัยว่ารักษาได้หรือไม่ ต้องส่งตรวจ/ส่งต่อเพื่อการวินิจฉัยรักษาหรือไม่ เป็นโรคอะไร ระยะใดและมีแผนการรักษาดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างไร (ส่วนที่ไม่ใช่สมองเสื่อมจะให้การบำบัดรักษาตามปัญหา)

โดยหลักการแล้วแพทย์จะทำการซักประวัติและตรวจประเมินทั้งหมด แต่พบว่ากรณีที่แพทย์จะวินิจฉัยได้นั้น บางครั้งต้องมีการนัดติดตามถึงสามสี่ครั้ง อันทำให้ผู้สูงอายุมีความลำบากและเป็นภาระต่อผู้ดูแลอย่างมาก ดังนั้นการช่วย lean ระบบ หรือทำให้การคัดกลุ่มกระชับเข้า มีทางเลือก คือ การเตรียมข้อมูลที่เป็นเบื้องต้น ด้วยการเยี่ยมบ้านของ DT CM ที่เห็นสภาพความเป็นจริง ได้ข้อมูลจากผู้ใกล้ชิดทั้งญาติและผู้แวดล้อม

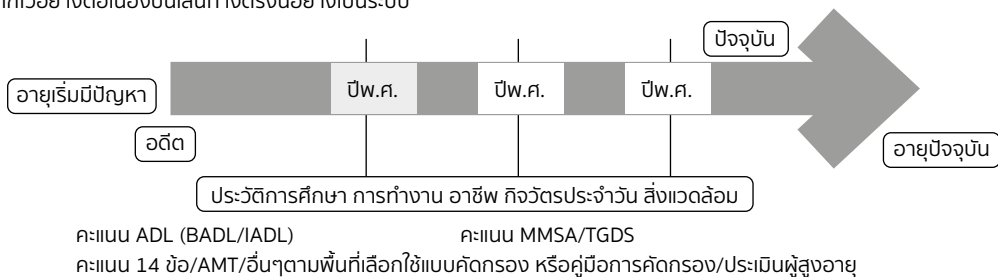
กลุ่มเป้าหมายการคัดกลุ่ม คือ ผู้สูงอายุที่สงสัยว่าจะมีภาวะสมองเสื่อมทุกคนที่ได้จากการคัดแยก

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกลุ่ม คือ แบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม ซึ่ง DT CM ทำการเยี่ยมบ้านและรวบรวมข้อมูล ตามหลักการของสถานบริการ/สถาบันนั้นๆ ในที่นี้จะนำเสนอแบบประเมิน/บันทึก เพื่อการประยุกต์ใช้ที่เรียกว่า วิถีโคจรความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ หรือ Aging Illness Trajectory : AIT ที่เป็นแบบบันทึกแผ่นเดียว (one page) ด้านหนึ่งนั้นสรุปข้อมูลทำการประเมิน บันทึกให้เห็นข้อมูลสุขภาพกายและสมองตั้งแต่เริ่มเกิดปัญหาสุขภาพสมอง อย่างเป็นระบบ และสะท้อนความก้าวหน้าของอาการผิดปกติต่างๆ อีกด้านหนึ่งการของการรู้คิดที่ผิดปกติเอาไว้เป็นหมวดหมู่ (ภาพที่ 4)

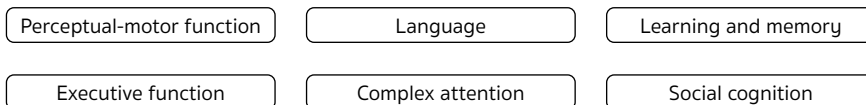
ผู้รับผิดชอบการคัดกลุ่ม คือ แพทย์ หรือ แพทย์และทีมสุขภาพ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับรูปแบบที่ใช้

วิถีโคจรความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ (Aging Illness Trajectory)

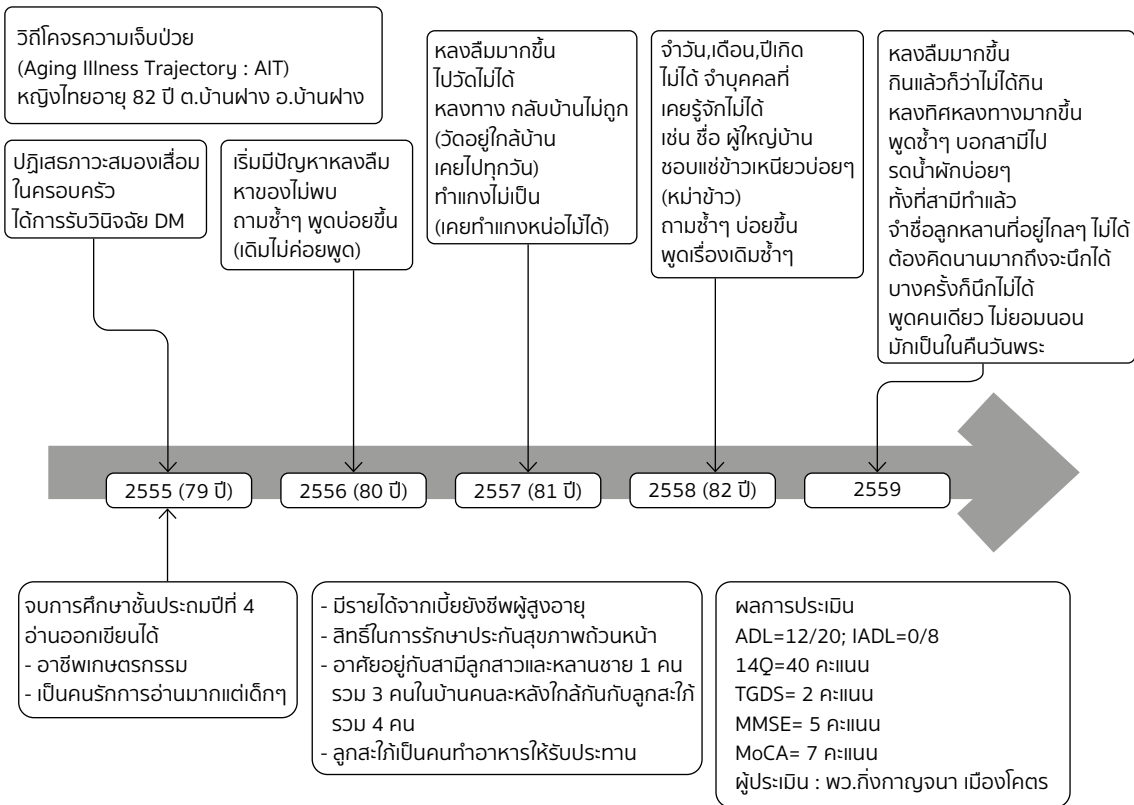
อาการความผิดปกติของสมอง ตั้งแต่เริ่มแรกจนถึงปัจจุบัน แต่ช่วงเวลาของชีวิตที่รวมการดูแลตนเอง การดูแลโดยครอบครัวและการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำหน้าที่ ตลอดจนการสนับสนุนทางสังคม และสถานะ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ของผู้สูงอายุนั้นก็ถือว่าอย่างต่อเนื่องบนเส้นทางตรงนี้อย่างเป็นระบบ



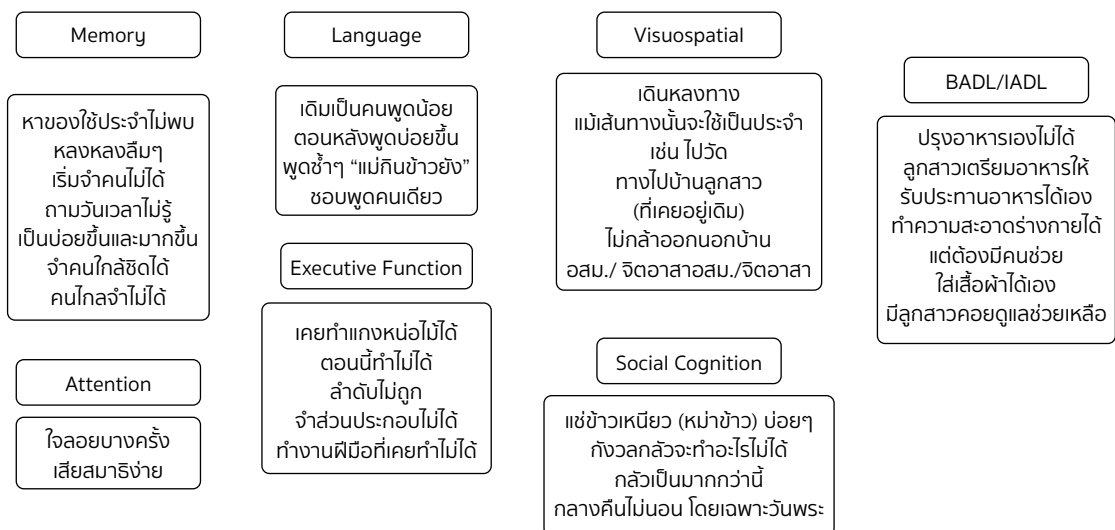
สรุปอาการผิดปกติตาม Neurocognitive domains ที่ประเมิน



ภาพที่ 4 วิถีโคจรความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุหรือ Aging Illness Trajectory : AIT
AIT (one page) เสนอในสภากาชาดเพื่อประกอบการวินิจฉัย : โรงพยาบาลบ้านฝาง



ความเปลี่ยนแปลงของคุณยาย (82 ปี)



รูปแบบการคัดกลุ่ม (วินิจฉัยและบำบัดรักษา)

1. แบบดั้งเดิม คือ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญทำการวินิจฉัยผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมในโรงพยาบาลที่ประจำการ หรือสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิเครือข่าย

กระบวนการเริ่มที่ Dementia Care manager; DT CM พื้นที่ส่งต่อ และประสานข้อมูล รายชื่อผู้สูงอายุที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมเข้ามารับการวินิจฉัย ดังนั้นจึงต้องการผู้ประสานงานรับข้อมูลและ จัดให้มีการวินิจฉัย หรือ Dementia Care Coordinator; DT CC โดยอาจเป็นพยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุ หรือ DT CM ที่อยู่ในระบบโรงพยาบาลที่แพทย์นั้นประจำ

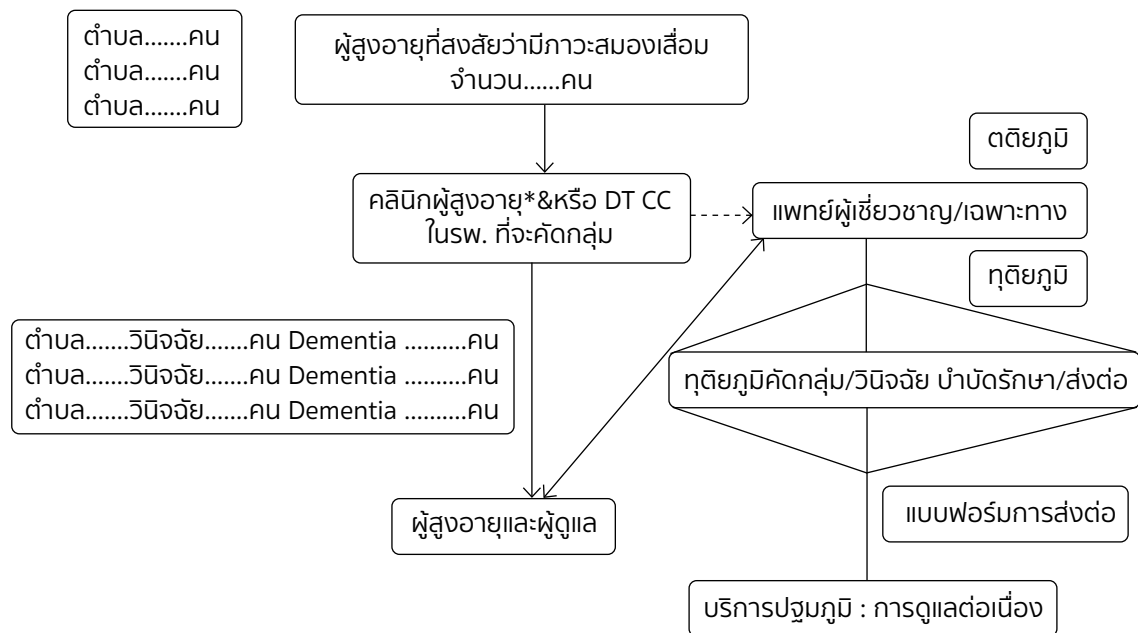
DT CC จึงเป็นผู้จัดการให้เกิดการวินิจฉัยตามทรัพยากรและต้นทุน พร้อมทั้งรับผิดชอบส่งกลับผลการวินิจฉัยและแผนการรักษาให้ DT CM เจ้าของไข้ด้วย

กระบวนการดำเนินงานคัดกลุ่ม (วินิจฉัย) แบบดั้งเดิม

บทบาทของทีมสุขภาพ	กระบวนการดำเนินงานคัดกลุ่ม (วินิจฉัย)		
	ขั้นเตรียมการ	ขั้นดำเนินการ	ขั้นประเมินผล
DT CM / เจ้าหน้าที่หน่วยปฐมภูมิ/ศสม.	- ทำการประเมินผู้สูงอายุที่สงสัยว่าจะมีภาวะสมองเสื่อมและบันทึกในแบบประเมินผู้สูงอายุ หรือแบบบันทึก AIT - เตรียมรายชื่อและแบบบันทึก ส่งให้ DT CC เพื่อจัดลำดับการเข้ารับการวินิจฉัย - นัดหมายผู้สูงอายุและญาติตามวันเวลาที่นัดหมายและประสานการเดินทาง	- นำข้อมูลแบบประเมินเสนอในแฟ้มประวัติ ให้กับแพทย์ประจำคลินิก - รวบรวมแผนการรักษาและการดูแลเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน - ประสานการได้รับสิทธิการส่งตัวกลับ	- จัดทำทะเบียนผู้สูงอายุที่เข้ารับและได้รับการวินิจฉัย - จัดทำทะเบียนผู้สูงอายุที่วินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมเพื่อส่งต่อให้ ทีม COC เพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน - สรุปจำนวนผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการ เป็น 3 กลุ่ม โดยจำแนกเพศ ช่วงอายุ (หลังการวินิจฉัย) 1. ผู้สูงอายุปกติ 2. ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) แต่ถ้าผลการวินิจฉัยผู้สูงอายุ ไม่มีภาวะสมองเสื่อมจะกลับเข้ากลุ่มปกติ 3. ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

บทบาทของทีมสุขภาพ	กระบวนการดำเนินงานคัดกลุ่ม (วินิจัย)		
	ขั้นเตรียมการ	ขั้นดำเนินการ	ขั้นประเมินผล
DT CC หรือ DT CM ที่เป็นผู้ประสานงาน/พยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุ/ทีม COC	- ลงทะเบียนผู้สูงอายุ - ประสานสม. นัดหมายผู้สูงอายุและญาติ เพื่อลงเยี่ยมบ้าน	- ประสานการเข้ารับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน - ส่งบันทึกผลการตรวจและแนวทางการรักษาการเพื่อการส่งตัวกลับพื้นที่	- สรุปจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อเตรียมการเยี่ยมบ้าน - การประเมินและติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัว
แพทย์/แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ		- ทำการตรวจวินิจัย - และตัดสินใจเป็นผู้พิจารณาทางสมอง (กรณีมีภาวะสมองเสื่อม)	

ผังไหลระบบการคัดกลุ่ม (วินิจัยและการบำบัดรักษา) แบบส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ



2) แบบสภาลูกขุน คือ สภาลูกขุนประกอบด้วยทีมลูกขุน ได้แก่ แพทย์/แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ มีตัวแทนสหสาขาวิชาชีพ เช่น เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ พยาบาลหน่วยการดูแลต่อเนื่อง DT CM และ DT CC โดยแพทย์/แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เป็นผู้ทำการวินิจฉัยผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม แต่ดำเนินการวินิจฉัยในพื้นที่หรือหน่วยปฐมภูมิ ในโรงพยาบาลชุมชน ทีมลูกขุนร่วมให้ข้อมูลและข้อคิดเห็นในการดูแลอย่างรอบด้าน ในการคัดกลุ่มอย่างน้อยต้องมี DT CM, DT CC และแพทย์ เป็นองค์ประกอบสภาลูกขุน

สภาลูกขุน/ทีมลูกขุน จะจัดประชุมร่วมรับฟังข้อมูลของผู้สูงอายุที่นำเสนอโดย DT care manager ที่เป็นเจ้าของไข้ และร่วมกันประมวลข้อมูลเพิ่ม ทำการตรวจร่างกาย (กรณีสามารถพาผู้สูงอายุมาร่วมการประชุมได้) วิเคราะห์ วินิจฉัย สั่งแผนการรักษาและพิจารณาให้แนวทางในการดูแล ทีมดำเนินการเรียกกระบวนการประชุมพิจารณานี้ว่าการประชุมสภาลูกขุน โดยตัวแทนสหสาขาวิชาชีพที่นอกเหนือจากทีมลูกขุนจะร่วมให้ข้อมูล เพื่อประโยชน์ต่อการวินิจฉัย บำบัดรักษา รวมทั้งการดูแลต่อเนื่องด้วย

จุดเริ่มต้นของระบบการคัดกลุ่มอยู่ที่ DT CM เจ้าของไข้ ส่งข้อมูลที่ได้จากการเยี่ยมบ้าน ส่งมา DT CC จะเป็นผู้ประสานงานกับแพทย์ที่จะทำการวินิจฉัยและทีมสหวิชาชีพ จากนั้นจะมีการลงทะเบียน จัดลำดับการเข้าสภาลูกขุนตามความจำเป็นเร่งด่วน และความพร้อมของทีม

กระบวนการดำเนินงานคัดกลุ่ม (วินิจฉัย) แบบสภาลูกขุน

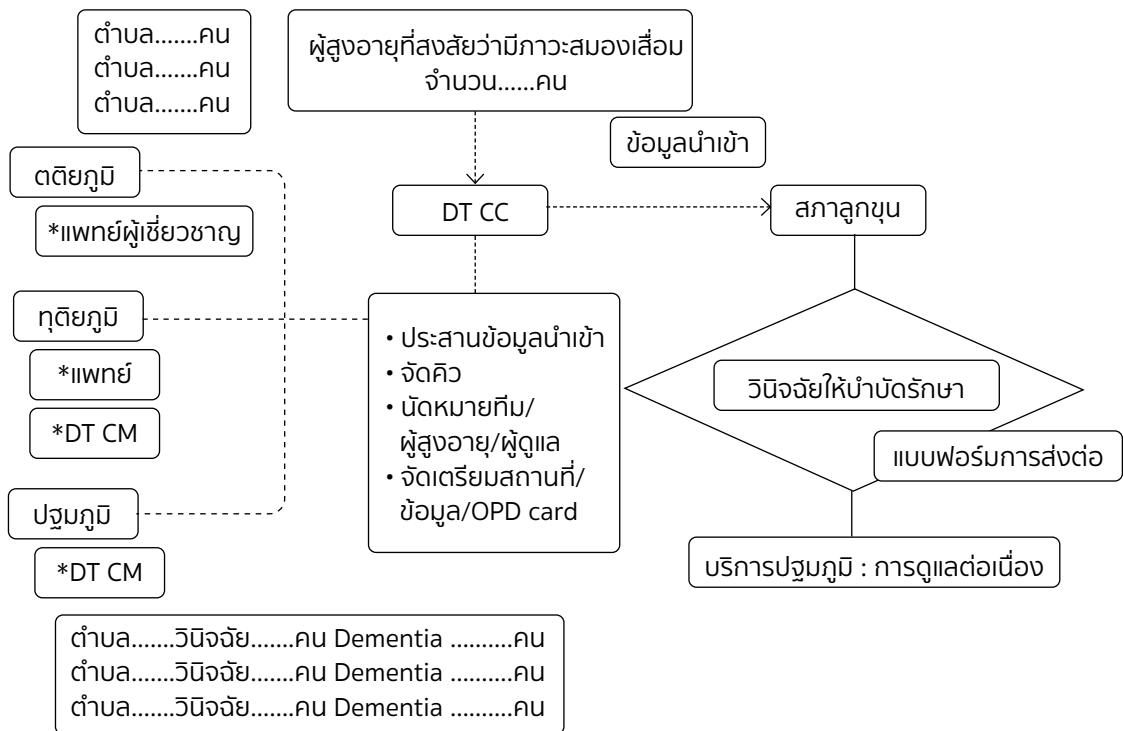
บทบาทของทีมสุขภาพ	กระบวนการดำเนินงานคัดกลุ่ม (วินิจฉัย)		
	ขั้นเตรียมการ	ขั้นดำเนินการ	ขั้นประมวลผล
DT CM / เจ้าหน้าที่หน่วยปฐมภูมิ/ศสม.	- ทำการประเมินผู้สูงอายุที่สงสัยว่าจะมีภาวะสมองเสื่อมและบันทึกในแบบประเมินผู้สูงอายุ หรือแบบบันทึก AIT - ส่งรายชื่อผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมและแบบบันทึก AIT ให้ DT CC นัดหมายผู้สูงอายุและญาติ	- ร่วมทีมลูกขุนในการคัดกลุ่ม บำบัดรักษาดูแล และส่งต่อ - เตรียมข้อมูลเพื่อการนำเสนอและเตรียมผู้สูงอายุและครอบครัวตามที่นัดหมาย - นำเสนอข้อมูลผู้สูงอายุในที่ประชุมสภาลูกขุน - ร่วมในการให้ข้อมูลเพื่อการวินิจฉัย บำบัดรักษาดูแลและส่งต่อ - รวบรวมแผนการรักษาและการดูแลเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน - รับการส่งตัวกลับ	- จัดทำทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ต้องทำการดูแลต่อเนื่องในชุมชน - สรุปจำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ เป็น 3 กลุ่ม คือ โดยจำแนก เพศ วัย และตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 1. กลุ่มปกติ 2. กลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่อง: MCI 3. กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม - กรณีการวินิจฉัยผู้สูงอายุไม่มีภาวะสมองเสื่อมจะกลับเข้ากลุ่มการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

บทบาทของทีมสุขภาพ	กระบวนการดำเนินงานคัดกลุ่ม (วินิจัย)		
	ขั้นเตรียมการ	ขั้นดำเนินการ	ขั้นประเมินผล
DT CM / เจ้าหน้าที่หน่วยปฐมภูมิ/ศสม.	- ทำการประเมินผู้สูงอายุที่สงสัยว่าจะมีภาวะสมองเสื่อมและบันทึกในแบบประเมินผู้สูงอายุ หรือแบบบันทึก AIT - ส่งรายชื่อผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมและแบบบันทึก AIT ให้ DT CC นัดหมายผู้สูงอายุและญาติ	- ร่วมทีมลูกขุนในการคัดกลุ่ม บำบัดรักษาดูแล และส่งต่อ - เตรียมข้อมูลเพื่อการนำเสนอและเตรียมผู้สูงอายุและครอบครัวตามที่นัดหมาย - นำเสนอข้อมูลผู้สูงอายุในที่ประชุมสภาลูกขุน - ร่วมในการให้ข้อมูลเพื่อการวินิจฉัย บำบัดรักษาดูแล และส่งต่อ - รวบรวมแผนการรักษาและการดูแลเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน - รับการส่งตัวกลับ	- จัดทำทะเบียนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมที่ต้องทำการดูแลต่อเนื่องในชุมชน - สรุปจำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่ เป็น 3 กลุ่ม คือ โดยจำแนก เพศ วัย และตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน 1. กลุ่มปกติ 2. กลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่อง: MCI 3. กลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม - กรณีการวินิจฉัยผู้สูงอายุไม่มีภาวะสมองเสื่อมจะกลับเข้ากลุ่มการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย
DT CC	- ลงทะเบียนผู้สูงอายุ - จัดเตรียมแบบบันทึกประวัติฯ (OPD card) ข้อมูลสุขภาพ (เพิ่มเติม) - จัดลำดับและตารางการเข้ารับการคัดกลุ่ม - ประสานแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทีมสหสาขา DT CM - พร้อมนัดหมายการวินิจัยประสาน DT CM เพื่อนัดหมายผู้สูงอายุและญาติ	- ประสานการเข้ารับการคัดกลุ่ม - ร่วมทีมลูกขุนการคัดกลุ่ม บำบัดรักษาดูแล และส่งต่อ - ส่งบันทึกการวินิจัยข้อมูล และแนวทางการดูแลรักษา ให้กับ DT CM เจ้าของไข้ - จัดเตรียมใบรับรองการได้รับสิทธิการเป็นผู้พร้อมความสามารถ - ประสานการได้รับสิทธิกรณีผลการวินิจัยมีภาวะสมองเสื่อม - ประสานการดูแลระหว่าง DT CM กับแพทย์ที่ทำการรักษา	- สรุปจำนวนและผลการวินิจัยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม - สรุปกระบวนการคัดกลุ่ม ผลลัพธ์การคัดกลุ่ม จัดทำฐานข้อมูลการคัดกลุ่ม

บทบาทของทีมสุขภาพ	กระบวนการดำเนินงานคัดกลุ่ม (วินิจฉัย)		
	ขั้นเตรียมการ	ขั้นดำเนินการ	ขั้นประเมินผล
แพทย์/แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ	-ประสาน DT CM เพื่อการนัดหมาย	- ทำการตรวจวินิจฉัยและตัดสินใจเป็นผู้พิจารณาทางสมอง (กรณีมีภาวะสมองเสื่อม)	

ที่มา : โครงการวิจัยพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร กรณีศึกษาอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น

ผังไหลระบบการคัดกลุ่ม (การวินิจฉัยและบำบัดรักษา) แบบสภาลูกขุน



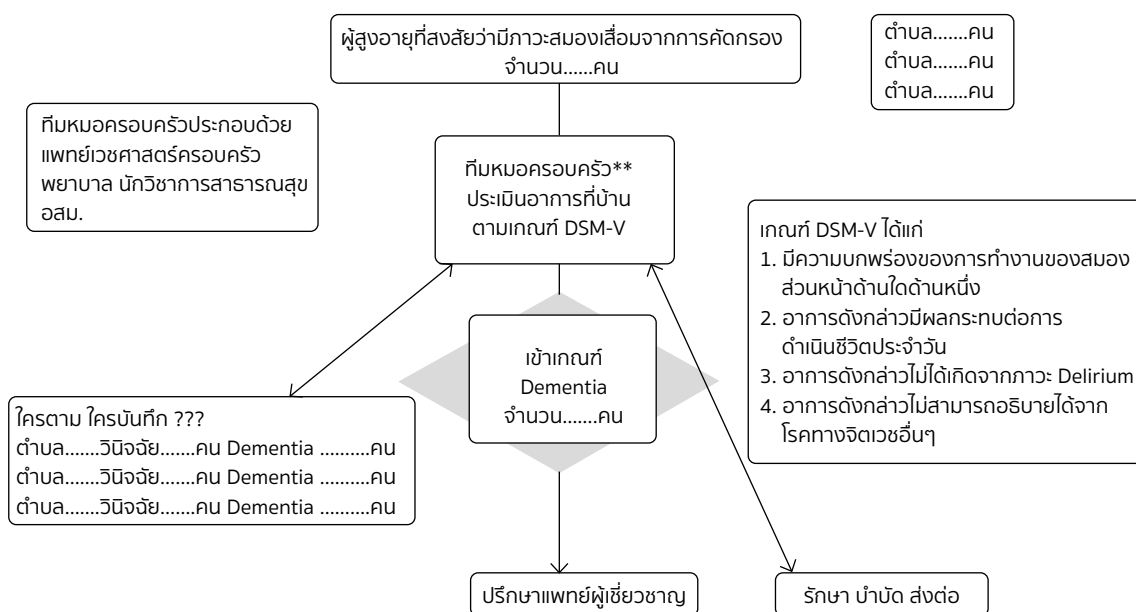
3) แบบ Primary Diagnosis คือ ทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข โดยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว/แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เป็นผู้ทำการวินิจฉัยผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม โดยดำเนินการวินิจฉัยในพื้นที่ หรือหน่วยบริการระดับปฐมภูมิในโรงพยาบาลชุมชน และส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญโรงพยาบาลเครือข่าย

DT CM เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการเตรียมข้อมูลผู้สูงอายุจากการคัดแยกและประสานเข้าการคัดกลุ่ม (วินิจฉัย) กับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว ในกรณีจะต้องส่งต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ในการคัดกลุ่ม (วินิจฉัย) DT CM จะประสานและส่งข้อมูลกับพยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุ ที่จะเป็นผู้จัดการให้เกิดการวินิจฉัยที่คลินิกผู้สูงอายุ

บทบาทของแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

1. History taking ทั้งหมด ทางกายและทางสมอง
2. Physical examination และ Lab
 - R/O ปัญหาต่าง ๆ ที่ยังไม่วินิจฉัย DT ตาม DSM-V และ Lab เอาออกจากกระบวนการคัดกลุ่ม (วินิจฉัย)
 - R/O สาเหตุ Dementia ที่รักษาได้
 - R/O Dementia ที่มาจากสาเหตุอันตราย
3. การบันทึก ใช้ วิถีโคจรความเจ็บป่วย (Aging Illness Trajectory: AIT) (มิติสมอง) ที่เป็น one page ที่จะบอก (ภาพที่ 4)
 - อาการทางสมองที่เปลี่ยนไปอย่างเป็น symptoms และเป็น Dynamic process
 - Cognitive domain 6 ด้านที่เปลี่ยนไป โดยบันทึก หน้า-หลัง เป็น 1 แผ่น สำหรับการสรุป

ผังไหลระบบการคัดกลุ่ม (วินิจฉัยและบำบัดรักษา) แบบ PRIMARY DIAGNOSIS



4. แบบสหาลูกขุน ร่วมการให้คำปรึกษาทางไกล (Telemedicine) คือ ประกอบด้วยทีมการดำเนินงาน เพื่อให้การให้คำปรึกษาทางไกลฯ ของทั้ง 4 ทีม คือ ทีมพื้นที่ผู้ขอคำแนะนำในการวินิจฉัยและดูแลรักษาภาวะสมองเสื่อม ทีมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางจากส่วนกลางในเครือข่ายโครงการฯ ทีมศูนย์กลางประสานงานการให้คำปรึกษาทางไกลจากส่วนกลาง และทีมพื้นที่เครือข่ายในโครงการฯ และทีมการดูแลที่สนใจโดยในแต่ละทีมจะมีบทบาทและหน้าที่ คือ

ทีมพื้นที่ผู้ขอคำแนะนำในการวินิจฉัยและดูแลรักษาภาวะสมองเสื่อม จะการเตรียมข้อมูลนำเข้าสภาลูกขุน ร่วมการให้คำปรึกษาทางไกล (Telemedicine) ดังนี้

1. ข้อมูลผู้ป่วย เตรียมโดยเครื่องมือ AIT

- บันทึก อาการที่ผิดปกตินั้น มีอะไรบ้าง ผิดปกติตั้งแต่เมื่อไหร่ การดำเนินของอาการหรืออาการกำเริบอย่างไร จวบจนปัจจุบัน มีอาการอะไรบ้าง (เริ่มต้น การดำเนินของอาการ ระยะเวลา)
- บันทึก คะแนน ADL (BADL/IADL) คะแนน 14 ข้อคำถาม/AMT คะแนน TGDS, MMSE, MoCA/อื่นๆ รวมทั้ง ประวัติการศึกษา ประวัติการทำงาน/อาชีพ การทำงาน/กิจวัตรประจำวัน ประวัติการใช้ยา ประวัติการมีปัญหาด้านจิต ประวัติครอบครัวที่มีปัญหาโดยย่อ
- บันทึก อาการที่แสดงถึงการมีโรคที่ผิดปกติใน 6 มิติ คือ Memory & Learning; Language; Visuospatial & Motor; Attention; Executive Functions; Social Activities และบันทึกผลกระทบของอาการผิดปกติดังกล่าวต่อ การทำกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living, ADL) ทั้งกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Basic Activity of Daily Living, BADL) และ/หรือกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (Instrumental Activity of Daily Living, IADL)

2. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย

- CBC, BUN, Cr, Electrolyte, LFT, TSH, VDRL, ESR

3. ผลการตรวจร่างกายเบื้องต้น (ถ้ามี เช่น ประเมินการทรงตัว/เดิน)

ทีมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะจากส่วนกลาง ประกอบด้วย

- แพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
- อายุรแพทย์สาขาประสาทวิทยา
- จิตแพทย์
- อายุรแพทย์
- แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

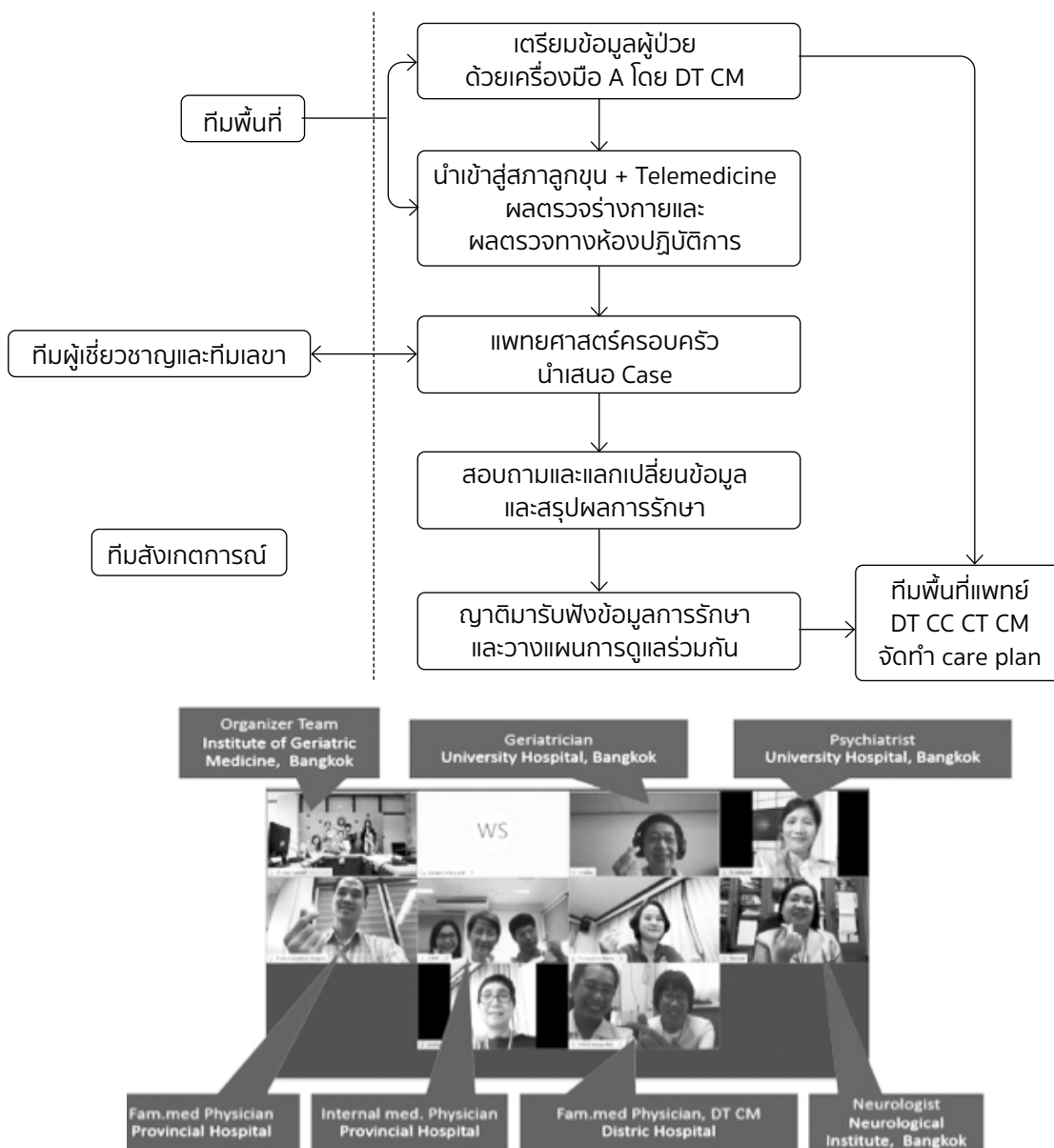
ทีมศูนย์กลางประสานงาน

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ จะทำหน้าที่เป็นเลขานุการเพื่อสรุปผลการคัดกลุ่ม (วินิจฉัย) เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการ สหาลูกขุน ร่วมกับ Telemedicine ข้อสรุปและแผนการรักษาจากผู้เชี่ยวชาญส่วนกลางในรูปแบบฟอร์ม (Expert Guide) ที่สถาบันฯ พัฒนาขึ้น เพื่อส่งต่อข้อมูลการคัดกลุ่ม (วินิจฉัย) ให้กับ

แพทย์/แพทย์ที่เกี่ยวข้อง หรือ แพทย์ประจำคลินิกผู้สูงอายุที่เป็นเครือข่าย ในพื้นที่นั้น

ทีมพื้นที่เครือข่ายในโครงการและทีมการดูแลที่สนใจ จะเข้าร่วมสังเกตการณ์

ฟังไทรูปแบบการคัดกลุ่มแบบสภาลูกขุนร่วมกับการให้คำปรึกษาทางไกล (Telemedicine)



ภาพที่ 5 การคัดกลุ่ม (วินิจฉัย) แบบ สภาลูกขุน ร่วมกับ Telemedicine

การบันทึกข้อมูล การคัดกลุ่มจะทำให้ได้ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ส่วนผู้ที่ไม่มีภาวะสมองเสื่อมจะกลับไปรวมกับกลุ่มการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ผลการคัดกลุ่มจะได้ผู้สูงอายุ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มปกติ กลุ่มการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย และกลุ่มสมองเสื่อม โดยทั้งสามกลุ่มนี้จะถูกส่งเข้าดูแลในระบบการดูแลต่อเนื่อง จำนวนผู้สูงอายุและคุณลักษณะของผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มเป็นตัวกำหนดแนวทางการดูแลต่อเนื่อง

3. ระบบการดูแลต่อเนื่อง

การดูแลต่อเนื่องไม่เพียงแต่หมายถึงการต่อเนื่องจากระบบคัดกรอง คัดแยก และคัดกลุ่ม แต่รวมไปถึงการให้การดูแลจนเพิ่มศักยภาพกลุ่มเป้าหมาย สามารถให้การดูแลตนเองได้เองอย่างต่อเนื่องตลอดไป ภายใต้การสนับสนุนและการเฝ้าระวังของภาคีเครือข่าย การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ต้องตระหนักว่า ต้องเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องและตลอดไป เป็นการดูแลผู้ที่มีความเสี่ยงต่อความเสื่อมที่ก้าวหน้ามากขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นไม่เพียงแต่ให้การดูแลเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้เท่านั้น แต่หมายถึงการพัฒนาต่อยอดการดูแลที่ตอบสนองความต้องการที่เปลี่ยนไป

การดูแลใน CDC system นี้ มีทั้งในชุมชน และการดูแลในสถาบัน แต่ในที่นี้เน้นที่ระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ที่จัดให้ผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุปกติ (กลุ่มที่ไม่พบความผิดปกติทางสมอง) กลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) และกลุ่มที่มีภาวะสมองเสื่อม มีเป้าหมายการดูแล และมีเครื่องมือในการดูแลที่แตกต่าง

วัตถุประสงค์การดูแลต่อเนื่อง คือ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตและเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง ของผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม ดังนั้นเป้าหมายการดูแลแต่ละกลุ่มจึงมีความจำเพาะ คือ

- 1) ผู้สูงอายุปกติ (กลุ่มที่ไม่พบความผิดปกติทางสมอง) เป้าหมายการดูแล คือ การพัฒนาความจำ ด้วยการออกกำลังกายสมอง (brain exercise)
- 2) ผู้สูงอายุที่มีการคิดรู้บกพร่องเล็กน้อย เป้าหมายการดูแล คือ การฟื้นฟูศักยภาพสมอง ด้วยการฝึกฝนสมอง (brain training)
- 3) ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เป้าหมายการดูแล คือ คงสภาพสมองผู้สูงอายุไว้ให้มากที่สุด หรือ brain care และการดูแลครอบครัวให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างไม่เป็นภาระมากเกินไป ในที่นี้จะนำเสนอบริการเบื้องต้นที่พึงจัดให้กลุ่มผู้สูงอายุตามสภาพสมองทั้งสามกลุ่ม

1. การพัฒนาความจำในผู้สูงอายุที่ไม่พบความผิดปกติทางสมอง (brain exercise)

เป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่พบความผิดปกติ คือ การชะลอความเสื่อมและเพิ่มการจำ

เครื่องมือในการดูแล คือ ชุดออกกำลังกายสมอง (Brain exercise) ตัวอย่างเช่น กิจกรรมการเคลื่อนไหวที่ส่งเสริมสุขภาพสมองและการใช้สมองสองซีก เช่น กิจกรรมฝึกบริหารสมองซีกซ้ายซีกขวา เพื่อเสริมสมรรถภาพการทรงตัว และเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่อง จำนวน 16 ท่า

การดำเนินการ การพัฒนาการบริการนี้อย่างเป็นรูปธรรม โดยให้กับชุมชน ท้องถิ่น หรือภาคสังคมอื่นๆ ในพื้นที่ ดำเนินการจัดบริการนี้โดยหวังให้บูรณาการการพัฒนาสมองเข้าไปในทุกกิจกรรม

ที่มีผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงมีการเตรียมความพร้อมของชุมชน เพื่อให้ชุมชนทำเองและเป็นเจ้าของ ทีมพื้นที่ต้อง ประยุกต์ ชุดออกกำลังสมอง หรือโปรแกรมกระตุ้นสมอง เช่น โปรแกรม TEAMV (cognitive stimulation program) มาจัดเป็นชุดการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ได้ และบูรณาการบริการนี้เข้าไป ในกิจกรรมที่มีผู้สูงอายุทุกโครงการ และการขอสนับสนุนจากแหล่งทุนต่าง ๆ ในการจัดกิจกรรม

2. การฟื้นฟูศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild Cognitive Impairment)

เป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ให้ดำรงศักยภาพให้ที่เหลือนานที่สุด และชะลอการการเกิดภาวะสมองเสื่อม จากข้อมูลพบว่าผู้ที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมได้ร้อยละ 10-15 ต่อปี ดังนั้นผู้สูงอายุกลุ่มนี้ต้องได้รับการดูแล จึงจะลดปัญหาการเกิดภาวะสมองเสื่อม และปัญหาอันเนื่องจากการรู้คิดบกพร่อง

เครื่องมือในการดูแล คือ Cognitive stimulation program ต่างๆ ในที่นี้นำเสนอโปรแกรม TEAMV (คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยสำหรับบุคลากรสุขภาพ; Hand Book of Cognitive Training in Older Persons with Mild Cognitive Impairment for Health Care Personnel) ที่มีหลักการ ขั้นตอนการดำเนินการโปรแกรม และแนวทางการนำไปใช้ให้ศึกษา

รูปแบบการดูแล การดำเนินการผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย มีบริการจัดให้ 2 รูปแบบ คือ

การจัดบริการแบบรายบุคคล ให้บริการกับผู้สูงอายุที่มีปัญหาค่อนข้างมากและไม่สามารถร่วม กิจกรรมกลุ่มได้ การจัดกิจกรรมโดยการประยุกต์โปรแกรม TEAMV ที่มีความจำเพาะตอบสนองต่อปัญหา ที่ต้องการแก้ไข และความพึงพอใจของผู้สูงอายุ และโดยอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวที่จะสนับสนุนให้ ผู้สูงอายุทำอย่างต่อเนื่อง

การจัดบริการแบบกลุ่ม ให้บริการสำหรับผู้ที่มีความพร้อมในการเข้าร่วมทำกิจกรรมกลุ่มตาม โปรแกรม ซึ่งใช้เวลาทำกิจกรรมตามโปรแกรมประมาณ 6 เดือน และมีความสามารถที่จะฝึกฝนต่อเนื่อง ด้วยตนเอง

การดำเนินงาน กระบวนการดูแลในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย รูปแบบกิจกรรม กลุ่มในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างหนึ่งคือ การสร้างทีมการทำงาน การเพิ่ม ศักยภาพทีมสังคม ท้องถิ่น และชุมชนให้สามารถดำเนินการดูแลได้ ซึ่งจะช่วยให้เกิดการขยายการบริการได้ กว้างขวางรองรับความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ในที่นี้นำเสนอการจัดบริการในชุมชนโดยความร่วมมือ ที่ยังมี DT CM เป็นตัวหลัก สำหรับรายละเอียดสามารถศึกษาเพิ่มเติมจาก คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมอง ในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยสำหรับบุคลากรสุขภาพ (Hand Book of Cognitive Training in Older Persons with Mild Cognitive Impairment for Health Care Personnel)

กระบวนการจัดกิจกรรม

บทบาทของทีมนิสิต/ท้องถิ่น/ชุมชน	กระบวนการดำเนินงานคัดกลุ่ม (วินิจัย)		
	ขั้นเตรียมการ	ขั้นดำเนินการ	ขั้นประเมินผล
พยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุ/DT CM/เจ้าหน้าที่ของหน่วยบริการปฐมภูมิ	- สร้างทัศนคติที่ดีต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ และให้ตระหนักในความจำเป็นที่ต้องมีการฟื้นฟูสมรรถภาพ และโดยความร่วมมือกับทุกภาคส่วน - พัฒนาศักยภาพทีมงานในการเป็นผู้จัดการและผู้นำการจัดโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ ที่มีความจำเป็นที่ควรต้องทำ - วางแผน ประสานงานความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ในการจัดทำและดำเนินงานโครงการพัฒนาศักยภาพสมรรถภาพผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นที่ควรต้องทำ - วางแผนการจัดบริการฟื้นฟูโดยครอบคลุมผู้สูงอายุกลุ่มนี้ - จัดกลุ่มที่เข้ารับการฝึกฝนแต่ละกลุ่มให้มีความใกล้เคียงกัน ในคุณสมบัติที่จำเป็น ในการทำกิจกรรม	- เป็นผู้นำและผู้จัดการจัดกิจกรรมพัฒนาสมรรถภาพโปรแกรมพัฒนาสมรรถภาพมาตรฐาน - ติดตามการดำเนินงาน และการฟื้นฟูตนเองของผู้สูงอายุ	- ทำการประเมินผลสามารถมองเห็นผลของการจัดกิจกรรมตามแบบประเมินมาตรฐาน - หากวิธีที่ดีติดตามและส่งเสริมให้มีการฝึกฝนด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง
อสม.	- ประชาสัมพันธ์การดำเนินงาน - นัดหมายผู้สูงอายุและญาติ	- อำนวยความสะดวก - ประสานการนัดหมาย - กระตุ้นการฟื้นฟูตนเองของผู้สูงอายุ	- ร่วมในการประเมินและอำนวยความสะดวก

บทบาทของทีมสุขภาพ/ ท้องถิ่น/ชุมชน	กระบวนการดำเนินงานคัดกลุ่ม (วินิจัย)		
	ขั้นเตรียมการ	ขั้นดำเนินการ	ขั้นประเมินผล
ท้องถิ่น/ชุมชน	- ร่วมเป็นผู้นำกลุ่มจัดกิจกรรมพัฒนาสมองตามโปรแกรมพัฒนาสมองมาตรฐาน - ประชาสัมพันธ์การดำเนินงาน - อำนวยความสะดวกด้านสถานที่ การเดินทางและอาหารเครื่องดื่ม - สนับสนุนงบประมาณการดำเนินงาน	- ร่วมเป็นผู้นำกลุ่มจัดกิจกรรมพัฒนาสมองตามโปรแกรมพัฒนาสมองมาตรฐาน - อำนวยความสะดวกด้านสถานที่ การเดินทางและอาหารเครื่องดื่ม	- ร่วมในการประเมินติดตามผล และอำนวยความสะดวก

3. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ไม่ได้สิ้นสุดที่การวินิจฉัยและให้การรักษาหรือการได้รับสิทธิผู้พิการเท่านั้น จำเป็นต้องมีการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว/ผู้ดูแลต่อเนื่อง ให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ตามบริบท

เป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ การจัดการให้มีดูแลสมอง (Brain care) เพื่อการคงศักยภาพสมองของผู้สูงอายุไว้มากที่สุด และให้ผู้สูงอายุมีการดำเนินชีวิตอย่างปลอดภัย ได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ และดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และรวมถึงการจัดการให้มีผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่อง โดยไม่มีทฤษฎีภาระที่มากเกินไป ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวจึงครอบคลุมทุกมิติ ทั้งการดูแลสุขภาพกาย จิต สังคม จิตวิญญาณสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ รวมถึงอาชีพการงานของผู้ดูแล

การจัดบริการใน CDC system นี้ DT CM เป็นผู้รับผิดชอบหลัก ทั้งการประเมินผู้สูงอายุและครอบครัวในทุกมิติ การวางแผนการดำเนินงานร่วมกับไตรภาคี การประสานงานและติดตามผลการดูแลของทีม การประสานงานสหวิชาชีพและให้การดูแลสมอง (brain care) รวมถึง การวางแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับ DT CM และ แผนการดูแลสำหรับ Care giver (แบบการวางแผนการดูแลของกรมอนามัย) นอกจากนี้ยังมีการติดตามเฝ้าระวังและประเมินผลการดูแล และท้ายสุดคือการส่งเข้าระบบการดูแลระยะยาว

ผู้ช่วยในการดูแลที่สำคัญของ DT CM คือ อสม. ที่จะต้องพัฒนาการดูแลสภาพสมองเบื้องต้นได้ สามารถให้การดูแลได้ต่อเนื่องและทันการณ์ จำเป็นต้องพัฒนาศักยภาพในการดูแล ในบทนี้จะนำเสนอแนวทางการดูแลอย่างง่าย ๆ ที่เรียกว่า “อ ส ย” ให้ อสม. นำใช้ในการเยี่ยมบ้าน

โดย อ ส ย นั้นมี 5 อ. 3 ส. 1 ย. และ 5 อ คือ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ อนามัย/อากาศ อูจจาระ 3 ส คือ สิทธิสมอง (brain care) สิ่งแวดล้อม และ 1 ย คือ ยา ที่สามารถเติมรายละเอียดการดูแลได้ตามสภาพผู้สูงอายุแต่ละราย สามารถศึกษาการนำไปใช้จากคู่มือการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรสำหรับอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน โดยชุดการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวใน CDC system จะมุ่งให้บริการการดูแลผู้สูงอายุและครอบครัวจนได้คุณภาพระดับหนึ่งด้วย ทีมไตรภาคี (ทีมสุขภาพ ทีมสังคม ทีมท้องถิ่น และทีมชุมชน) ก่อนส่งต่อเข้าระบบการดูแลระยะยาว (LTC) ที่เป็นงานประจำของพื้นที่นี้ และถือว่า เป็นการดูแลระยะกลาง ระยะเปลี่ยนผ่าน หรือ intermediated care

เครื่องมือในการดูแล คือ การเยี่ยมบ้าน ที่กำหนดวัตถุประสงค์ในการเยี่ยมบ้านเอาไว้ จำนวนการเยี่ยมบ้านจริงแปรผันตามกิจกรรม แต่ขั้นตอนการเยี่ยมที่กำหนดวัตถุประสงค์ของแต่ละขั้นตอนไว้ มีดังนี้

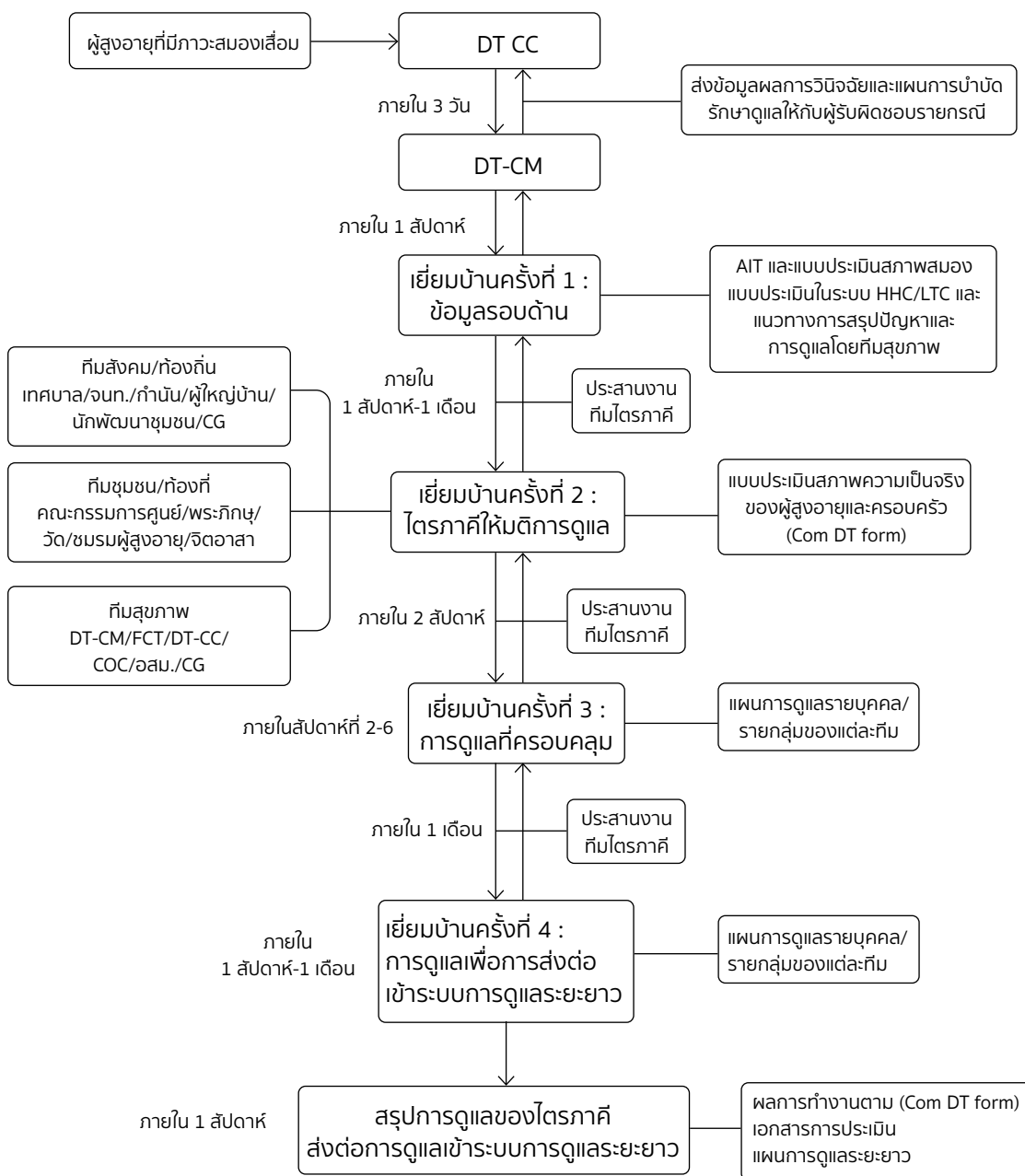
การเยี่ยมบ้าน	ครั้งที่ 1	ข้อมูลผู้สูงอายุรอบด้าน
การเยี่ยมบ้าน	ครั้งที่ 2	ทีมไตรภาคีให้มิติการดูแล
การเยี่ยมบ้าน	ครั้งที่ 3	การดูแลที่ครอบคลุม มีแผนการดูแลรายบุคคล (CP)
การเยี่ยมบ้าน	ครั้งที่ 4	การดูแลเพื่อการส่งต่อเข้าระบบการดูแล LTC
แผนการดูแลรายบุคคล และแผนการดูแลระยะยาว		

กระบวนการดำเนินงาน การจัดการระบบนี้สามารถบูรณาการร่วมกับงาน COC หรืองานเวชกรรมสังคมที่ดำเนินการอยู่ในพื้นที่ได้ ในที่นี้จะนำเสนอขั้นตอนดำเนินงาน และ แผนการเยี่ยมบ้านโดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง สามารถศึกษาการนำไปใช้จากคู่มือการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรสำหรับผู้จัดการ

การดูแลภาวะสมองเสื่อม; Handbook Comprehensive Dementia Care Management for Older Persons for Dementia Care Manager

บทบาทของทีมสุขภาพ/ ท้องถิ่น/ชุมชน	กระบวนการดำเนินงานคัดกลุ่ม (วินิจฉัย)		
	ขั้นเตรียมการ	ขั้นดำเนินการ	ขั้นประเมินผล
พยาบาลประจำคลินิก ผู้สูงอายุ/DT CM/เจ้าหน้าที่ ของหน่วยบริการปฐมภูมิ	- รับข้อมูลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม - พัฒนาศักยภาพในการเป็นผู้จัดการและผู้นำการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน - วางแผน ประสานงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน - ประสานงานกับไตรภาคีและผู้สูงอายุ/ครอบครัว ในการเยี่ยมบ้าน - ร่วมกับทีมชุมชนและพื้นที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน โดยชุมชน (คณะกรรมการศูนย์ฟื้นฟูความจำ)	- เยี่ยมบ้านและจัดทำแผนการดูแล ด้านยาและการบำบัดรักษาต่อเนื่อง ด้านการรับรู้ ด้านพฤติกรรม/อารมณ์ ด้านกิจวัตรประจำวัน ด้านการฟื้นฟูสภาพ ด้านความปลอดภัยและสิ่งแวดล้อม ด้านกฎหมายและระยะสุดท้ายของชีวิต และด้านการดูแลทั่วไป รวมทั้งแผนการดูแลผู้ดูแลในครอบครัวให้สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ - จัดการเยี่ยมบ้านร่วมกับไตรภาคีเพื่อตัดสินใจความต้องการและมอบหมายผู้ให้การช่วยเหลือ - เยี่ยมบ้านเพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุมความต้องการและสรุปการดูแลที่ต้องได้รับตามการตกลง - ให้คำปรึกษาการดูแลส่งต่อเข้าระบบการดูแลระยะยาว (สรุปข้อมูลการดูแลเพื่อส่งต่อ)	- จัดทำทะเบียนการดูแลผู้สูงอายุ และครอบครัวในชุมชน - สรุปประเมินผล การดูแลผู้สูงอายุ และครอบครัวในพื้นที่ และการส่งต่อ

บทบาทของทีมสุขภาพ/ ท้องถิ่น/ชุมชน	กระบวนการดำเนินงานคัดกลุ่ม (วินิจัย)		
	ขั้นเตรียมการ	ขั้นดำเนินการ	ขั้นประเมินผล
อสม.	- เข้ารับการพัฒนาศักยภาพ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชน ตามบทบาท (คู่มือ....) - ประสานงานการนัดหมายผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล/ครอบครัว - ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานและนัดหมายผู้สูงอายุและญาติ	- เข้ารับการพัฒนาศักยภาพ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชนตามบทบาท (คู่มือ) - ประสานงานการนัดหมายผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล/ครอบครัว - ประชาสัมพันธ์การดำเนินงานและนัดหมายผู้สูงอายุและญาติ	
ท้องถิ่น/ชุมชน	- เตรียมข้อมูลกองทุนแหล่งประโยชน์ที่ให้ความช่วยเหลือ - ประชาสัมพันธ์การดำเนินงาน	- ช่วยเหลือตามบทบาทและต้นทุนทางสังคม - ทำการเยี่ยมบ้านให้การช่วยเหลือด้านสิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ/สังคมแก่ผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล/ครอบครัว - ประสานการได้รับสิทธิผู้พิการพัฒนาพื้นที่/สิ่งแวดล้อมเพื่อความปลอดภัย - อำนวยความสะดวกด้านสถานที่ การเดินทางและอาหารเครื่องดื่ม - สนับสนุนงบประมาณ รายงานความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรค การช่วยเหลือผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล/ครอบครัวส่งให้ DT CM - สรุปจำนวนผู้สูงอายุ/ผู้ดูแล/ครอบครัวที่ได้รับการดูแล ประเมินการดูแลที่ให้และงบประมาณ	ประเภหการดูแลที่ให้ และงบประมาณ



ภาพที่ 6 การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัวในชุมชนโดยไตรภาคี

ตารางที่ 1 การเยี่ยมบ้านแบบไตรภาคี เครื่องมือที่ใช้ ระยะเวลาการดำเนินงาน ผู้รับผิดชอบ

การเยี่ยมบ้าน	เป้าหมายที่ต้องการ	เครื่องมือที่ใช้	ระยะเวลาการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ/ประเมิน
ครั้งที่ 1	ข้อมูลผู้สูงอายุรอบด้าน เพื่อใช้วางแผนการดูแลโดยทีมสุขภาพ กำหนดความร่วมมือที่ต้องการจากไตรภาคี และวางแผนขอความร่วมมือไตรภาคี	-แบบประเมินสภาพสมอง -แบบประเมิน HHC/LTC -แนวทางการสรุปปัญหาและการดูแลโดยทีมสุขภาพ การประเมินประกอบด้วย 1) การดูแลด้านการรู้คิด 2) การดูแลด้านพฤติกรรมและอารมณ์ 3) การประสานและติดตามการส่งต่อ 4) การดูแลโรค/ปัญหาสุขภาพ 5) การดูแลสุขภาพโดยรวม 6) การดูแลเสริมโดยจิตอาสา/ชุมชน (อ ส ย) 7) การดูแลผู้ดูแลและครอบครัว	ภายใน 1 สัปดาห์ ที่ได้รับการส่งต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมไว้ในความดูแล	-DT CM -อสม./จิตอาสา/ Care giver
ครั้งที่ 2	ทีมไตรภาคีให้มิติการดูแล เพื่อให้ไตรภาคีที่ร่วมเยี่ยมบ้านเห็นสภาพจริง ตัดสินการดูแล ช่วยเหลืออย่างครอบคลุม	-แบบประเมินสภาพความเป็นจริงของผู้สูงอายุและครอบครัว ประเด็นในการประเมิน 1) สุขภาพจิต-สภาพสมอง 2) สุขภาพกาย 3) การเคลื่อนไหว และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ 4) สภาพแวดล้อม/ที่อยู่อาศัย 5) สมาชิกครอบครัว/การดูแลเกื้อหนุน 6) สุขภาพสังคม/การได้รับสิทธิและความเป็นธรรม	ภายใน สัปดาห์ที่ 2-8	-ทีมสุขภาพ -ทีมสังคม/ท้องถิ่น -ทีมชุมชน/ท้องที่

การเยี่ยมบ้าน	เป้าหมายที่ต้องการ	เครื่องมือที่ใช้	ระยะเวลาการดำเนินการ	ผู้รับผิดชอบ/ประเมิน
ครั้งที่ 3*	การดูแลที่ครอบคลุมทีมสุขภาพมีแผนการดูแลรายบุคคล ทีมอื่นมีแผนการดำเนินงานให้การช่วยเหลือ	แผนการดูแลรายบุคคลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม ของ DT CM -แผนการดูแลผู้สูงอายุ (care plan) ของ Care giver -แผนการช่วยเหลือของทีม ลังคม/ ท้องถิ่น/ชุมชน	ภายใน ลับตาที่ 4-16	-ทีมสุขภาพ -ทีมสังคม/ท้องถิ่น -ทีมชุมชน
ครั้งที่ 4 การดูแลเพื่อ การส่งต่อ เข้าระบบ การดูแล	การดูแลเพื่อการส่งต่อเข้าระบบการดูแลระยะยาว	-เอกสารสรุป/ประเมินผลการดูแลสุขภาพรายบุคคล -แผนการดูแลระยะยาว -ใบส่งต่อเข้าระบบการดูแลระยะยาว -เอกสารสรุป/ประเมินผลดำเนินงานช่วยเหลือ		โดย DT CM สรุปการดูแลที่ได้รับผลการดูแล และการดูแลที่ต้องต่อเนื่อง และจัดทำส่งต่อ

หมายเหตุ * จำนวนครั้งในการเยี่ยม ขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาและการบรรลุเป้าหมาย

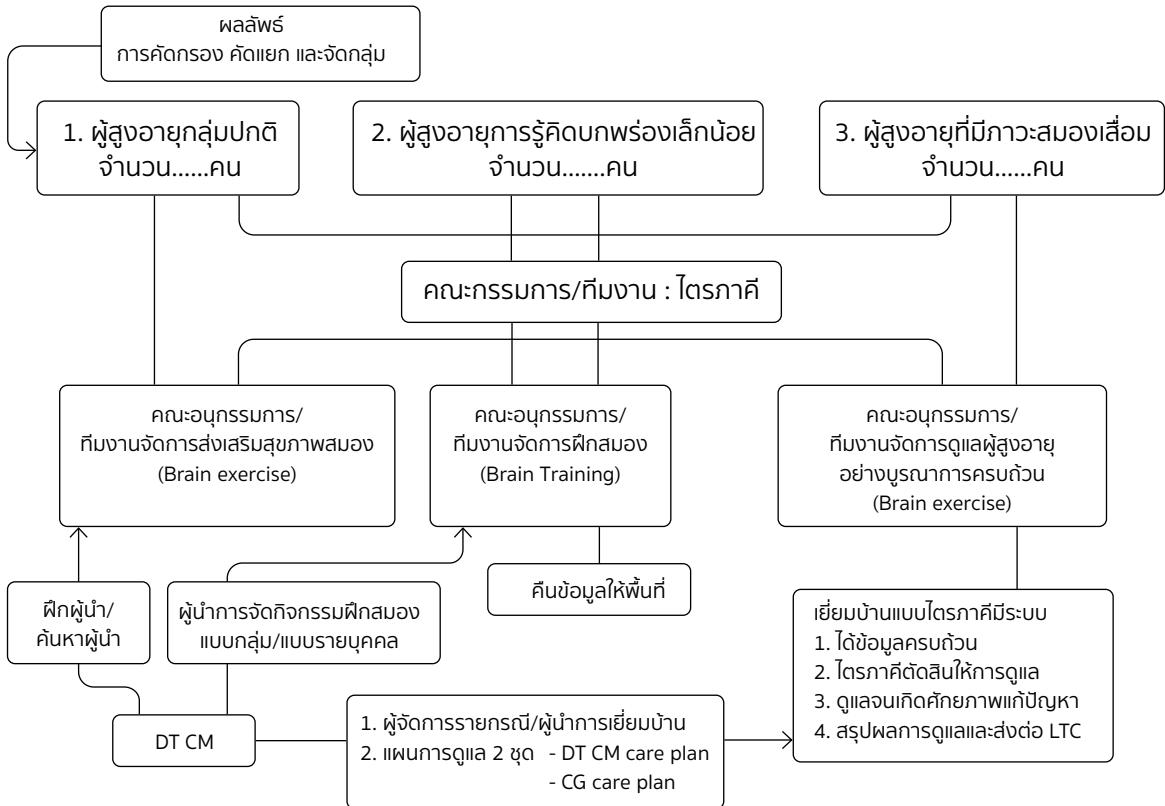
ทีมไตรภาคี คือ การดูแลร่วมกันระหว่างทีมสุขภาพ ลังคม ท้องถิ่น และชุมชน

ทีมสุขภาพประกอบด้วย DT CM, FCT, DT CC, COC, อสม./Care giver

ทีมสังคม/ท้องถิ่นประกอบด้วย เทศบาล/เจ้าหน้าที่/กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน/นักพัฒนาชุมชน/Care giver

ทีมชุมชนประกอบด้วย พระภิกษุ วัด ชุมรมผู้สูงอายุ จิตอาสา คณะกรรมการศูนย์ต่างๆ ในชุมชน

ผังไ้ระบบการดูแลต่อเนื่อง



การดำเนินงานการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม

จากระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร เชื่อมโยงเข้ากับการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม จากการดำเนินงานของระบบจะเห็นได้ว่าจะมีความเชื่อมโยง ประสาน และส่งต่อ การดำเนินงานตั้งแต่ต้นน้ำถึงปลายน้ำ ด้วย 3 ระบบ ด้วยกัน คือ ระบบการคัดกรอง คัดแยก ระบบการคัดกลุ่ม และระบบการดูแลต่อเนื่อง โดย คลินิกผู้สูงอายุ เป็นหลักในระบบการคัดกลุ่ม (การวินิจฉัยและบำบัดรักษา) ภาวะสมองเสื่อม

จากแนวทางการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุ ที่มีขั้นตอนดำเนินงาน ดังนี้

Step 1 การคัดกรองในชุมชน ดำเนินการโดย อาสาสมัครสาธารณสุข (หมอคนที่ 1) เมื่อผลการคัดกรองผิดปกติ คือ มีระดับคะแนนผิดปกติ ตามเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรอง จะถูกส่งต่อเข้าไปใน Step 2

Step 2 Primary care หน้าที่ คือการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจาก การคัดกรองและดำเนินการคัดแยก พยาบาลที่รับผิดชอบ หรือ DT CM ของสถานบริการนั้น จะสรุปข้อมูลจากการคัดกรอง นำเข้า

สู่การคัดแยก ด้วยเครื่องมือที่เป็นมาตรฐาน (Gold Standard) โดยสามารถทำการคัดแยกได้ที่ระดับปฐมภูมิ ขึ้นกับทรัพยากรบุคคลและศักยภาพที่มีของ รพ.สต./ศสม./PCU นั้น หรือส่งต่อส่งไป Step ที่ 2 ในระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ (รพช./รพท./รพศ.) เพื่อทำการคัดแยก

Step 2 Institute care หน้าที่ คือ จะรับส่งต่อผู้สูงอายุที่มีคะแนนแบบคัดกรอง/ประเมินที่มีคะแนนผิดปกติ เพื่อทำการคัดแยกที่คลินิกผู้สูงอายุ รวมทั้งการประเมินภาวะร่วมอื่นๆ และสรุปข้อมูลผู้สูงอายุที่มีผลคะแนนการคัดแยกผิดปกติ และสรุปจำนวนผู้สูงอายุเพื่อนำเข้าการคัดกลุ่ม (การวินิจฉัย) โดยพยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุ ดังนี้ เริ่มจากการประเมินภาวะซึมเศร้าด้วย แบบประเมิน TGDS ก่อน เพื่อคัดออกผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า ที่อาจมีปัญหาด้านจิตใจที่กระทบความจำและทำให้สมรรถภาพสมองถดถอย กรณีที่พบภาวะซึมเศร้าหรือคะแนนที่ได้เท่ากับหรือมากกว่า 7 (คะแนนเต็ม 20 คะแนน คะแนนที่สูง แสดงว่ามีภาวะซึมเศร้ามาก) ไม่ต้องทำการประเมินต่อ ถ้าไม่มีปัญหาภาวะซึมเศร้า ก็ทำการประเมินสภาพสมองต่อ โดยใช้แบบประเมินสภาพสมอง MMSE หรือ TMSE ขึ้นกับการเลือกใช้เครื่องมือของสถานบริการนั้น เพื่อคัดแยกผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม

กรณีใช้แบบประเมินสภาพสมอง MMSE จะอิงกับเกณฑ์ที่ใช้ระดับการศึกษากำหนดไว้ คือ ผู้สูงอายุปกติ ไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) คะแนนเต็ม 23 (ไม่ต้องทำข้อ 4, 9, 10) จุดตัดที่ < 14 ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับประถมศึกษา คะแนนเต็ม 30 จุดตัด < 17 ผู้สูงอายุปกติ เรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา คะแนนเต็ม 30 จุดตัด < 22 ผู้สูงอายุที่มีคะแนน MMSE อยู่ในเกณฑ์ผิดปกติหรือสงสัยภาวะสมองเสื่อม จะถูกจัดเตรียมส่งไปที่คลินิกผู้สูงอายุ เพื่อทำการคัดกลุ่มต่อไป

ส่วนผู้ที่มีคะแนน MMSE ปกติ จะทำการประเมินด้วยแบบประเมิน MoCA ว่าเป็นกลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยหรือไม่ โดยกลุ่มผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยนี้ ตัดสินที่คะแนน MMSE ปกติ ตามเกณฑ์ และมีคะแนน MoCA ต่ำกว่า 25 คะแนน ทั้งนี้ยังถือว่าเป็นกลุ่มที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยตามแบบประเมิน ยังไม่ใช่ การวินิจฉัยตามมาตรฐาน

การคัดกลุ่ม (การวินิจฉัย) โดยแพทย์/แพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ดำเนินการที่คลินิกผู้สูงอายุ จะทำให้ได้กลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม และผู้สูงอายุจะถูกแยกเป็น 3 กลุ่ม เพื่อให้การดูแลและบำบัดรักษา ซึ่งจะนำส่งระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมจะได้รับการดูแลรักษาเพื่อให้คงศักยภาพสมองไว้ให้นานที่สุด รวมทั้งให้การดูแลผู้ดูแลและครอบครัวด้วย ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยจะให้การป้องกัน และชะลอหรือฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเกิดขึ้นแล้ว ให้การบำบัดรักษาป้องกันภาวะสมองเสื่อม และสุดท้ายคือ กลุ่มที่ไม่มีปัญหาความจำ (ผู้สูงอายุทั่วไป) จะให้การส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพสมอง ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง



ภาพที่ 6 ขั้นตอนการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม

เอกสารอ้างอิง

World Health Organization [homepage on the Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [cited 2019 Sep 10]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali GC, Wu YT, Prina M, et al. World Alzheimer Report 2015: The global impact of dementia an analysis of prevalence, incidence, cost and trends, summary sheet; 2015 [cited 2019 Sep 10]. Available from: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015-sheet.pdf>

Alzheimer's Disease International, Alzheimer's Australia. Dementia in the Asia Pacific Region [Internet]. London: Alzheimer's Disease International; 2014. [cited 2019 Sep 10]. Available from: <https://www.alz.co.uk/adi/pdf/Dementia-Asia-Pacific-2014.pdf>

ปราโมทย์ ประสาทกุล. การคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่มีอาการสมองเสื่อมในประเทศไทย. ใน: ปราโมทย์ ประสาทกุล, บรรณาธิการ. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. นครปฐม: พรินท์เฮอร์; 2560. หน้า 42-43.

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. แนวทางการจัดการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมแบบครบวงจร. ไซเบอร์พริ้นท์ จำกัด: สมุทรสาคร: พิมพ์ครั้งที่ 1; 2562.

อรรวรรณ คูหา. บรรณาธิการ. คู่มือการจัดการผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรสำหรับผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม. พิมพ์ครั้งที่ 1 พฤษภาคม 2563; บริษัทหอกลัสจำกัด. 2563.

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. 2564.

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. กิจกรรมฝึกบริหารสมองซีกซ้ายซีกขวาเพื่อเสริมสมรรถภาพการทรงตัว และเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่อง จำนวน 16 ท่า. ใน: โปสเตอร์กิจกรรมฝึกบริหารสมองซีกซ้ายซีกขวาเพื่อเสริมสมรรถภาพ การทรงตัว และเคลื่อนไหวร่างกายอย่างต่อเนื่อง จำนวน 16 ท่า. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ; 2562.

อรรวรรณ คูหา (บรรณาธิการ). คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย สำหรับทีมบุคลากรสุขภาพ. สันทวีการพิมพ์ จำกัด. กรุงเทพฯ: พิมพ์ครั้งที่ 1; 2563.

อรรวรรณ คูหา นิตดา คำนิยม บรรณาธิการ. คู่มือการจัดการการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจรสำหรับอาสาสมัครผู้ดูแลในชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1 พฤษภาคม 2563; บริษัทสันทวีการพิมพ์ จำกัด. 2563.

วรรณภา ศรีธิญรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ. รายงานฉบับสมบูรณ์โครงการวิจัยพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมครบวงจร กรณีศึกษาอำเภอบ้านฝาง จังหวัดขอนแก่น. 2560.

การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ : ภาวะหกล้ม

ภาวะหกล้มเป็นภาวะที่ร่างกายของบุคคลล้มลงไปอยู่ที่พื้นหรือพื้นผิวที่ต่ำกว่าร่างกายโดยไม่ได้ตั้งใจ ซึ่งในแต่ละปีผู้สูงอายุมากกว่า 1 ใน 3 เกิดภาวะหกล้มโดยครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุที่หกล้มจะหกล้มซ้ำและเกิดการบาดเจ็บที่รุนแรง เช่น กระดูกหัก บาดเจ็บที่ศีรษะ เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมองถึงร้อยละ 10ภาวะหกล้มและภาวะแทรกซ้อนจากการหกล้มมีผลต่อปัญหาทั้งด้านสุขภาพด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ เมื่อผู้สูงอายุหกล้มอาจนำมาซึ่งความทุกข์ทรมานทั้งตัวผู้สูงอายุเองครอบครัวและประเทศ เนื่องจากผู้สูงอายุอาจเกิดการสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ภาวะทุพพลภาพหรือความพิการ ต้องได้รับการดูแลระยะยาว บุคคลในครอบครัวก็ต้องสูญเสียเวลาในการทำงานเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ รวมถึงค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลส่วนผลกระทบต่อประเทศได้แก่ค่ารักษาพยาบาลขณะอยู่ในโรงพยาบาล การสูญเสียทางเศรษฐกิจของประเทศที่ต้องซื้ออุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อรักษาภาวะกระดูกหักหลังจากหกล้ม เป็นต้น

การป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุไม่ยากเหมือนการป้องกันโรคทั่วไปเพราะภาวะหกล้มถูกจัดเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndrome) ซึ่งมีอาการแสดงที่ไม่จำเพาะ (atypical presentation) อาจเกิดจากหลายสาเหตุทั้งด้านสุขภาพ สังคมและเศรษฐกิจ หรืออาจเกิดจากสาเหตุเดียวหรือหลายสาเหตุส่งเสริมกัน ซึ่งแต่ละสาเหตุอาจเกิดจากปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัย องค์การอนามัยโลกได้เสนอรูปแบบการป้องกันภาวะหกล้มตามแนวทาง Active Ageing ที่ถูกเสนอไว้ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2002 มี 3 องค์ประกอบ ดังนี้

- องค์ประกอบที่ 1 การสร้างความตระหนักให้กับผู้สูงอายุถึงความสำคัญของการป้องกันภาวะหกล้ม
- องค์ประกอบที่ 2 การประเมินปัจจัยเสี่ยงภาวะหกล้มทั้งในผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยทางสังคม
- องค์ประกอบที่ 3 การออกแบบและการจัดการที่เหมาะสมกับบริบทในแต่ละชุมชนเพื่อป้องกันภาวะหกล้ม

1. การสร้างความตระหนักให้กับผู้สูงอายุถึงความสำคัญของการป้องกันภาวะหกล้ม

ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่ทราบว่าภาวะหกล้มป้องกันได้ คิดว่าเกิดจากความชราที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มบุคคลที่สำคัญที่จะต้องตระหนักและพยายามช่วยเหลือตัวเองในการป้องกันภาวะหกล้ม จึงควรสร้างความตระหนักในการป้องกันภาวะหกล้มให้กับผู้สูงอายุ นอกจากนี้ทุกภาคส่วนก็ควรตระหนักและทราบถึงความสูญเสียที่เกิดจากการไม่ป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งหมายรวมถึงครอบครัวและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ควรตระหนักถึงการค้นหาปัจจัยเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุและลดปัจจัยเสี่ยงนั้น เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่อาศัยอยู่ในชุมชนดังนั้นองค์กรชุมชนควรตระหนักต่อการจัดสิ่งแวดล้อม

ในชุมชนให้เกิดความปลอดภัยเพื่อป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุบุคลากรทางสุขภาพควรมีทัศนคติทางบวก มีความรู้ทักษะและให้ความสำคัญต่อการป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ รัฐบาลเป็นองค์กรที่กำหนดนโยบายรวมถึงการจัดสรรทรัพยากรในการดำเนินกิจกรรมสาธารณะของประเทศ บุคลากรรัฐทุกระดับจึงควรตระหนักถึงปัญหา ผลดีและความคุ้มค่าในการสนับสนุนนโยบายดังกล่าวและสื่อต่างๆ ควรเผยแพร่ให้สังคมเกิดทัศนคติทางบวกในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การให้ความรู้ต่างๆ ในการป้องกันภาวะหกล้ม

2. การประเมินปัจจัยเสี่ยงภาวะหกล้มทั้งในผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยทางสังคม

ความเสี่ยงและการบาดเจ็บจากภาวะหกล้มเกิดจากหลายปัจจัยทั้งปัจจัยที่เป็นระดับบุคคล ชุมชน และประเทศ การป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุจึงต้องประเมินอย่างเป็นระบบดังนี้

- 2.1 การบริการทางสุขภาพและสังคม ควรให้การป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุเกิดขึ้นเป็นงานประจำในเวชปฏิบัติการเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงได้ โดยคัดกรองปัจจัยเสี่ยงภาวะหกล้มทั้งด้านสุขภาพและสังคม ตลอดจนการติดตามเพื่อแก้ไขปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่ตรวจพบด้วยวิธีที่คุ้มค่าและเหมาะสมกับบริบทของแต่ละบุคคลและชุมชน
- 2.2 การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของภาวะหกล้ม เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่และดื่มสุรา รวมทั้งประเมินความพร้อมของผู้สูงอายุว่าต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือไม่ อย่างไร เพราะผู้สูงอายุบางคนที่เคยหกล้มอาจเกิดการกลัวหกล้ม (fear of falling) จนไม่ยอมทำอะไรอีก
- 2.3 การประเมินปัจจัยเสี่ยงตามแนวทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแบบองค์รวมที่ครอบคลุมจะทำให้แก้ไขปัญหาที่ตรงประเด็น เช่น กำลังกล้ามเนื้อ การทรงตัว สายตา การรู้คิด การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม
- 2.4 การประเมินสิ่งแวดล้อม เช่น แสงสว่างตามทางเดินสาธารณะที่เพียงพอ การใช้พื้นกันลื่น เมื่อเปียกน้ำ การมีเพื่อนบ้านที่คอยช่วยเหลือ ตลอดจนสิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่ช่วยป้องกันหกล้ม เช่น ราวจับตามทางเดินหรือในห้องน้ำ สิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ (age-friendly environment) มีส่วนสำคัญอย่างมากที่ทำให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อิสระด้วยตนเอง ลดการพึ่งพาผู้อื่น
- 2.5 การประเมินปัจจัยเสี่ยงทางสังคม เช่น ความรู้ถึงอันตรายและวิธีการป้องกันภาวะหกล้ม การป้องกันความรุนแรงภายในครอบครัวและชุมชน การป้องกันการอยู่โดดเดี่ยวหรือถูกทอดทิ้ง ซึ่งการช่วยเหลือทางสังคมมีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุในบางกรณี
- 2.6 การประเมินปัจจัยทางเศรษฐกิจ ความยากจนย่อมทำให้ผู้สูงอายุขาดการคำนึงถึงความปลอดภัยของตนในชีวิตประจำวัน การทำงานในวัยสูงอายุอาจเป็นดาบสองคมด้านดีคือทำให้ผู้สูงอายุยังมีรายได้ ได้พบปะผู้คน อีกด้านหนึ่งคือเสี่ยงต่อการเกิดภาวะหกล้มหรืออุบัติเหตุได้ง่าย

3. การออกแบบและการจัดการที่เหมาะสมกับบริบทในแต่ละชุมชนเพื่อป้องกันภาวะหกล้ม

ปัจจัยเสี่ยงภาวะหกล้มในผู้สูงอายุมีมากมาย หลายมิติและมักจะเกิดร่วมกัน การป้องกันภาวะหกล้มอย่างได้ผลจำเป็นต้องใช้รูปแบบการจัดการหลายด้าน (multiple domain) หรือการจัดการหลายปัจจัย (multifactorial domain)

- 3.1 การประเมินทางการแพทย์เพื่อคัดกรองปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพต่อภาวะหกล้มแล้วให้การแก้ไขตรงประเด็นอย่างทันทั่วทั้งที่ เช่น ติดตามการใช้ยาที่ไม่เหมาะสมโดยเฉพาะยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท การแก้ไขปัญหายา การรักษาโรคพาร์กินสันและอื่นๆ ย่อมเกิดประสิทธิผลสูงสุดต่อการป้องกันภาวะหกล้ม กรณีที่เกิดภาวะหกล้มแล้วยังมีความจำเป็นที่จะต้องส่งต่อเพื่อรับการดูแลทางการแพทย์ ตรวจหาสาเหตุเพื่อป้องกันการหกล้มซ้ำต่อไป
- 3.2 การจัดการความปลอดภัยภายในบ้านและสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่เสี่ยงหกล้มสูง เช่น การปรับแสงสว่างไม่ให้มีมุมมืด การจัดสิ่งของที่ขวางทางเดิน การติดตั้งราวจับในห้องน้ำ ห้องสุขา การปรับสภาพแวดล้อมในที่สาธารณะให้เป็นมิตร เช่น ทางเดินไม่ลื่น ความกว้างเพียงพอสำหรับรถเข็นผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกีดขวาง มีทางลาดลงสู่พื้นถนน ถนนมีแสงสว่างเพียงพอ
- 3.3 การส่งเสริมกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายโดยการเพิ่มกิจกรรมทางกายทำให้เกิดผลดีต่อผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตและด้านสังคม และยังช่วยลดอุบัติเหตุของกลุ่มโรคไม่ติดต่อ การทำกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอสามารถลดความเสี่ยงภาวะหกล้มได้ในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงหกล้มต่ำ ส่วนผู้ที่มีความเสี่ยงหกล้มสูงควรฝึกออกกำลังกายที่จำเพาะ มีการกำหนดวิธีออกกำลังกายไว้ล่วงหน้า เช่น ออกกำลังกายที่เน้นการเสริมกล้ามเนื้อ ฝึกการทรงตัวและท่าทางการเดิน
- 3.4 การประเมินความพร้อมในการปรับพฤติกรรม การที่ผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับภาวะหกล้มอย่างเดียวยังไม่เพียงพอที่จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ บุคลากรสุขภาพสามารถนำทฤษฎีการรับรู้สถานะภาพของตนเอง (self-perception) ไปปรับใช้ได้
 - » การรับรู้ความเสี่ยงที่ตนเองจะเป็นโรค (perceived susceptibility) ถ้าบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคมามากจึงจะทำตามคำแนะนำนั้น
 - » การรับรู้ความรุนแรงของโรค (perceived severity) ถ้าบุคคลรับรู้ว่าเมื่อตนเองเป็นโรคนั้นแล้ว จะมีผลต่อคุณภาพชีวิตอย่างมากจึงจะทำตามคำแนะนำนั้น
 - » การรับรู้ประโยชน์ที่ได้จากการทำตามคำแนะนำ (perceived benefit) ถ้าบุคคลรับรู้ว่าเมื่อทำตามคำแนะนำนั้นจะเกิดประโยชน์ต่อตนเองจริงจึงจะทำตามคำแนะนำนั้น
 - » การรับรู้อุปสรรคที่จะต้องพบ (perceived barrier) ถ้าบุคคลรับรู้ว่าตนเองสามารถเอาชนะอุปสรรคต่างๆ โดยทำตามคำแนะนำจึงจะทำตามคำแนะนำนั้น

แนวทางการป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะหกล้มมากกว่าวัยอื่นๆ ยิ่งอายุที่มากขึ้นยิ่งเสี่ยงที่จะหกล้มสูงขึ้น ดังนั้นบุคลากรสุขภาพจึงควรตระหนักและให้การป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ เริ่มจากคัดกรองความเสี่ยงหกล้มเบื้องต้นด้วยคำถาม 3 ข้อคือ 1) มีการหกล้มใน 1 ปีที่ผ่านมาหรือไม่ 2) รู้สึกว่ายืนหรือเดินไม่มั่นคงหรือไม่ และ 3) กลัวหกล้มหรือไม่ จากนั้นควรประเมินปัจจัยเสี่ยงในผู้ที่มีความเสี่ยงหกล้มโดยการประเมินปัจจัยเสี่ยงที่ครอบคลุม รวมทั้งให้การรักษาย่างเหมาะสมช่วยลดการเกิดภาวะหกล้มและภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดตามมาได้ ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงหกล้มสูงควรได้รับการประเมินปัจจัยเสี่ยงแบบหลายปัจจัยเป็นรายบุคคล (multifactorial assessment) ดังนี้

1. การรู้คิด ผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องจากการประเมิน MMSE ได้น้อยกว่า 26 คะแนนมีความเสี่ยงที่จะหกล้มแล้วได้รับบาดเจ็บเพิ่มขึ้นประมาณ 2 เท่า หากความสามารถในการบริหารจัดการตนเอง (executive function) บกพร่องจะเพิ่มความเสี่ยงหกล้ม 1.4 เท่า แนะนำให้ถามประวัติจากผู้สูงอายุ ผู้ดูแลหรือญาติใกล้ชิดว่าผู้สูงอายุมีปัญหาในด้านความจำ ความสามารถของสมอง ความสามารถในการทำกิจกรรมลดลงหรือไม่ ถ้ามีปัญหาให้ประเมินเพิ่มเติมด้วยเครื่องมือที่ทำได้ง่าย เช่น Mini-Cog, MMSE

2. ระบบประสาทสมอง ผู้ที่มีความผิดปกติของระบบประสาทสมอง เช่น การรู้คิดบกพร่อง โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสันหรืออาการมินิง เวียนศีรษะ มีความเสี่ยงหกล้มเพิ่มขึ้น แนะนำให้ซักประวัติและตรวจร่างกายเพื่อค้นหาโรคทางระบบประสาทสมองที่จะทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงหกล้ม

3. ระบบหัวใจและหลอดเลือด ผู้ที่มีระบบหัวใจและหลอดเลือดทำงานผิดปกติมีความเสี่ยงหกล้ม ได้แก่ carotid sinus syndrome, vasovagal syncope, bradyarrhythmias, tachyarrhythmias นอกจากนี้ภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่าที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงหกล้มเช่นกัน แนะนำ

- คลำชีพจรเพื่อประเมินการเต้นของหัวใจว่าสม่ำเสมอหรือไม่ เต้นเร็วหรือช้ากว่าปกติหรือไม่
- ตรวจภาวะความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า (postural hypotension) โดยวัดความดันโลหิตในท่านอนและท่านยืน (หากทำท่านยืนไม่ได้ให้วัดท่านอนและท่านั่งแทน) ระยะเวลาห่างกันไม่เกิน 3 นาที หากความดันโลหิตท่านยืนตัวบนลดลงอย่างน้อย 20 มิลลิเมตรปรอทหรือตัวล่างลดลงอย่างน้อย 10 มิลลิเมตรปรอทแสดงว่ามีภาวะดังกล่าว

4. ระบบทางเดินปัสสาวะ ผู้มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะที่มีสาเหตุหลักจากปัญหาการเคลื่อนไหว (functional incontinence) มีความเสี่ยงหกล้มมากขึ้น ซึ่งปัญหาการกลั้นปัสสาวะแบบ mixed และ urge incontinence จะเพิ่มความเสี่ยงหกล้ม แต่ stress incontinence ไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะหกล้ม การกลั้นปัสสาวะช่วงกลางวันตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไปก็เสี่ยงหกล้มเช่นเดียวกัน แนะนำให้ซักถามปัญหาการกลั้นปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะบ่อยกว่าปกติ (increased daytime frequency) ปัสสาวะบ่อยช่วงกลางคืน (nocturia) ปวดปัสสาวะเฉียบพลัน (urgency) และปัสสาวะเล็ดราด (urinary incontinence)

5. การรับรู้ความรู้สึกของเส้นประสาทส่วนปลาย ผู้ที่มีระบบประสาทส่วนปลายผิดปกติข้างทั้งสองข้างมีความเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้น 17 เท่า และมีอุบัติการณ์ของภาวะหกล้มเพิ่มขึ้น 1.4 เท่า แนะนำให้ตรวจการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกของเส้นประสาทส่วนปลายโดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานโดยใช้ monofilament ชนิด 10-g Semmes-Weinstein การรับรู้ความรู้สึกสัมผัสโดยใช้ลวดเส้นชนิดความถี่ 128 เฮิร์ตซ์และการรับรู้ความรู้สึกเจ็บปวดระดับต้นโดยใช้ไม้ปลายแหลม ผู้ป่วยเบาหวานแต่ละรายจะมีการสูญเสียการรับรู้ความรู้สึกของเส้นประสาทแตกต่างกัน หากตรวจการรับรู้ความรู้สึกชนิดเดียวมีโอกาสผิดพลาดได้ร้อยละ 25-50 หากตรวจด้วย monofilament และลวดเส้นร่วมกันจะมีความไวร้อยละ 90 ความจำเพาะร้อยละ 85-89

6. การมองเห็น ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการมองเห็นจะมีความเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้น 2.5 เท่า ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการมองเห็นควรได้รับการตรวจประเมินเพื่อแก้ไขปัญหา แนะนำให้วัดความสามารถในการมองเห็นหรือวัดระดับสายตา (visual acuity test) ด้วยแผ่นทดสอบ Snellen chart ซึ่งทำได้ง่าย

7. การได้ยิน ผู้ที่มีการได้ยินผิดปกติเสี่ยงต่อการหกล้ม 1.21 เท่า การหกล้มซ้ำ 1.53 เท่า แนะนำตรวจการได้ยินด้วยวิธี finger rub test ซึ่งเป็นวิธีที่ง่าย สะดวก ไม่ซับซ้อน มีความไวร้อยละ 99 ความจำเพาะร้อยละ 75

8. ภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือโรคเรื้อรัง การเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือมีโรคเรื้อรังต่างๆ จะเพิ่มความเสี่ยงหกล้ม แนะนำให้สอบถามเพื่อประเมินว่าขณะนั้นมีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือโรคเรื้อรังหรือไม่ เช่น ไข้หรือขาดน้ำ โรคเบาหวาน ภาวะทุโภชนาการ โรคเลือดจาง ข้ออักเสบ โรคตับ โรคไตวาย โรคกระดูก โรคถุงลมโป่งพอง ปัจจัยเหล่านี้ทำให้เสี่ยงหกล้มเพิ่มขึ้นได้

9. ภาวะเป็นลมหมดสติ ผู้สูงอายุที่หกล้มจากภาวะเป็นลมหมดสติอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บที่รุนแรง เช่น ศีรษะแตก กระโหลกร้าว เลือดออกใต้เยื่อหุ้มสมอง แนะนำให้สอบถามว่ามีภาวะเป็นลมหมดสติหรือไม่ ถ้ามีให้ประเมินเพิ่มเติมโดยขั้นตอนแรกต้องวินิจฉัยแยกภาวะเป็นลมหมดสติออกจากภาวะอื่นที่ทำให้มีอาการหมดสติได้ เช่นเดียวกัน เช่น ชัก การชักประวัติมีความสำคัญในการบอกสาเหตุของภาวะเป็นลมหมดสติและแนวทางการส่งตรวจที่เหมาะสม

10. ภาวะซึมเศร้า ผู้มีภาวะซึมเศร้ามีความเสี่ยงหกล้มสูงกว่าผู้ไม่มีภาวะซึมเศร้า 1.63 เท่าและเสี่ยงหกล้มซ้ำสูงกว่า 1.86 เท่า เนื่องจากผู้ป่วยโรคซึมเศร้ามีความเร็วของการเดินช้าลงเมื่อต้องทำภารกิจที่ต้องใช้ความสามารถของสมองเต็มที่และผิดพลาดมากขึ้นเมื่อต้องทำ 2 ภารกิจในเวลาเดียวกัน ซึ่งเกี่ยวข้องกับความสามารถของสมอง การคิดวิเคราะห์ที่ลดลงก็เพิ่มความเสี่ยงหกล้ม นอกจากนี้ภาวะซึมเศร่ายังพบร่วมกับโรคทางสมองได้บ่อย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง อัลไซเมอร์และพาร์กินสันทำให้เพิ่มความเสี่ยงหกล้มได้เช่นกัน แนะนำให้คัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถาม (2Q) ถ้าพบความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าชนิด 9 คำถาม (9Q) หรือ Thai Geriatric Depression Scale(TGDS) ต่อไป

11. ภาวะการก้นหกล้ม ผู้สูงอายุที่มีภาวะการก้นหกล้มจะมีการจำกัดการทำกิจกรรม โดยผู้สูงอายุที่ก้นหกล้มจะเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าผู้ที่ไม่ก้นหกล้ม 4.14 เท่า เสี่ยงหกล้มซ้ำมากกว่า 2.51 เท่า แนะนำ ให้ประเมินภาวะการก้นหกล้มในผู้สูงอายุที่เคยหกล้มเพราะมีความเสี่ยงต่อการหกล้มซ้ำสูง โดยใช้เครื่องมือ Short Falls Efficacy Scale International (Short FES-I) เป็นต้น

12. ความผิดปกติของเท้าหรือข้อเท้า ความผิดปกติของเท้าหรือข้อเท้าที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้มได้ เช่น หัวแม่เท้าเอียง (bunion หรือ hallux valgus) หรือข้อเท้าผิดรูป ข้อโคนนิ้วหัวแม่เท้า ข้อนิ้วเท้าหรือข้อเท้าอักเสบเฉียบพลันหรือเรื้อรัง ลักษณะหนังหนาตื้น (callus) ที่มีเนื้อเยื่อผิวหนังหนาตัวและนูนขึ้นจากการเสียดสี กดทับเป็นเวลานานหรือโรคตาปลา (corn) ที่เป็นตุ่มนูน มีจุดแข็งอยู่ตรงกลางตุ่มนูน มักมีอาการเจ็บ และการมีเล็บเท้าที่หนาวยาวทำให้เสี่ยงต่อการสะดุดหกล้มได้ ผู้มีความผิดปกติดังกล่าวเพิ่มอุบัติการณ์ของภาวะหกล้มแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ แนะนำ ให้ตรวจเท้าหรือข้อเท้าเพื่อประเมินความผิดปกติที่จะเสี่ยงหกล้ม

13. การเดิน การทรงตัวและการเคลื่อนไหวร่างกาย ผู้สูงอายुर้อยละ 20-50 มีความบกพร่องของการเดินและการทรงตัว ผู้ที่มีการเดินผิดปกติเสี่ยงหกล้มเพิ่มขึ้น 2.06 เท่าและเสี่ยงหกล้มซ้ำเพิ่มขึ้น 2.16 เท่า แนะนำ ให้ถามอาการผิดปกติในการเดิน การทรงตัว ตรวจประเมินการลุกยืน การยืน ท่าก้าวเดิน ความเร็วและระยะก้าว อาการเจ็บขณะเดิน เครื่องมือที่ทำได้ง่ายคือ Timed Up and Go test ซึ่งควรใช้ร่วมกับการประเมินทางคลินิกเพื่อเพิ่มความแม่นยำ ซึ่งผู้ประเมินต้องระวังและเตรียมการช่วยเหลือตลอดเวลาเพื่อป้องกันผู้สูงอายุหกล้ม

14. กล้ามเนื้อขาอ่อนแรง ไยกล้ามเนื้อที่ทำหน้าที่หลักด้านกำลังและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุฝ่อลีบลงและจำนวนก็ลดลงด้วยโดยเกิดขึ้นที่ขามากกว่าแขนและมือ ทำให้กำลังกล้ามเนื้อขาของผู้สูงอายุน้อยกว่าคนหนุ่มสาวร้อยละ 20-40 หากผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายลดลงประกอบกับโรคเรื้อรังที่มีมากขึ้น กล้ามเนื้อจะยิ่งมีกำลังและความแข็งแรงน้อยลงไปอีก การมีกล้ามเนื้อขาอ่อนแรงจะเพิ่มความเสี่ยงหกล้ม หกล้มซ้ำและหกล้มที่ทำให้เกิดการบาดเจ็บ แนะนำ ประเมินภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงโดยการตรวจร่างกาย อาจใช้เครื่องมือประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยตรง เช่น hand grip dynamometer หรือ knee extension strength dynamometer หรือประเมินโดยอ้อม เช่น 30-second chair stand test

15. ความสามารถในการทำกิจกรรม การรับรู้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ลดลงเสี่ยงต่อการหกล้มซ้ำสูงขึ้น โดยผู้สูงอายุที่รับรู้ว่าคุณสมบัติในการทำกิจกรรมลดลงจะเกิดความไม่มั่นใจ ก้นหกล้ม จึงทำให้มีการเคลื่อนไหวร่างกายลดลง แนะนำ ให้สอบถามการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุว่าเปลี่ยนแปลงหรือไม่ อย่างไร

16. การใช้ยา ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีภาวะโรคเรื้อรังมากทำให้มีโอกาสที่จะใช้ยาาร่วมกันหลายชนิดมากขึ้น ซึ่งการใช้ยาาร่วมกันหลายชนิดจะเพิ่มความเสี่ยงหกล้ม 1.75 เท่า โดยจำนวนชนิดของยาที่เพิ่มขึ้นจะเพิ่มอัตราการหกล้มมากขึ้นด้วย แม้ผู้สูงอายุที่รับประทานยาจำนวนไม่มากแต่เป็นยาที่อยู่ในกลุ่มที่มีความเสี่ยง

หกล้มสูงและมีตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไปก็จะมีอัตราการหกล้มเพิ่มมากขึ้นด้วย ปัญหาจากการใช้ยาเป็นปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มซ้ำโดยผู้สูงอายุที่ใช้ยากลุ่มต้านเศร้า ยาที่มีผลต่อจิตประสาท ยากลุ่ม benzodiazepines ยาแก้ชักหรือยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic จะมีโอกาสเกิดการหกล้มซ้ำได้มากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ใช้ยากลุ่มนี้ ผู้สูงอายุที่มีการใช้ยาหลายชนิด (≥ 4 ชนิด) มีโอกาสเกิดการหกล้มซ้ำมากเป็น 1.5-2 เท่าของผู้ที่ใช้ยาน้อยกว่า 4 ชนิด การหยุดยาที่เป็นปัจจัยเสี่ยงหกล้มซ้ำในผู้สูงอายุจะช่วยลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ แนะนำ ให้ทบทวนการใช้กลุ่มยาที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มสูง

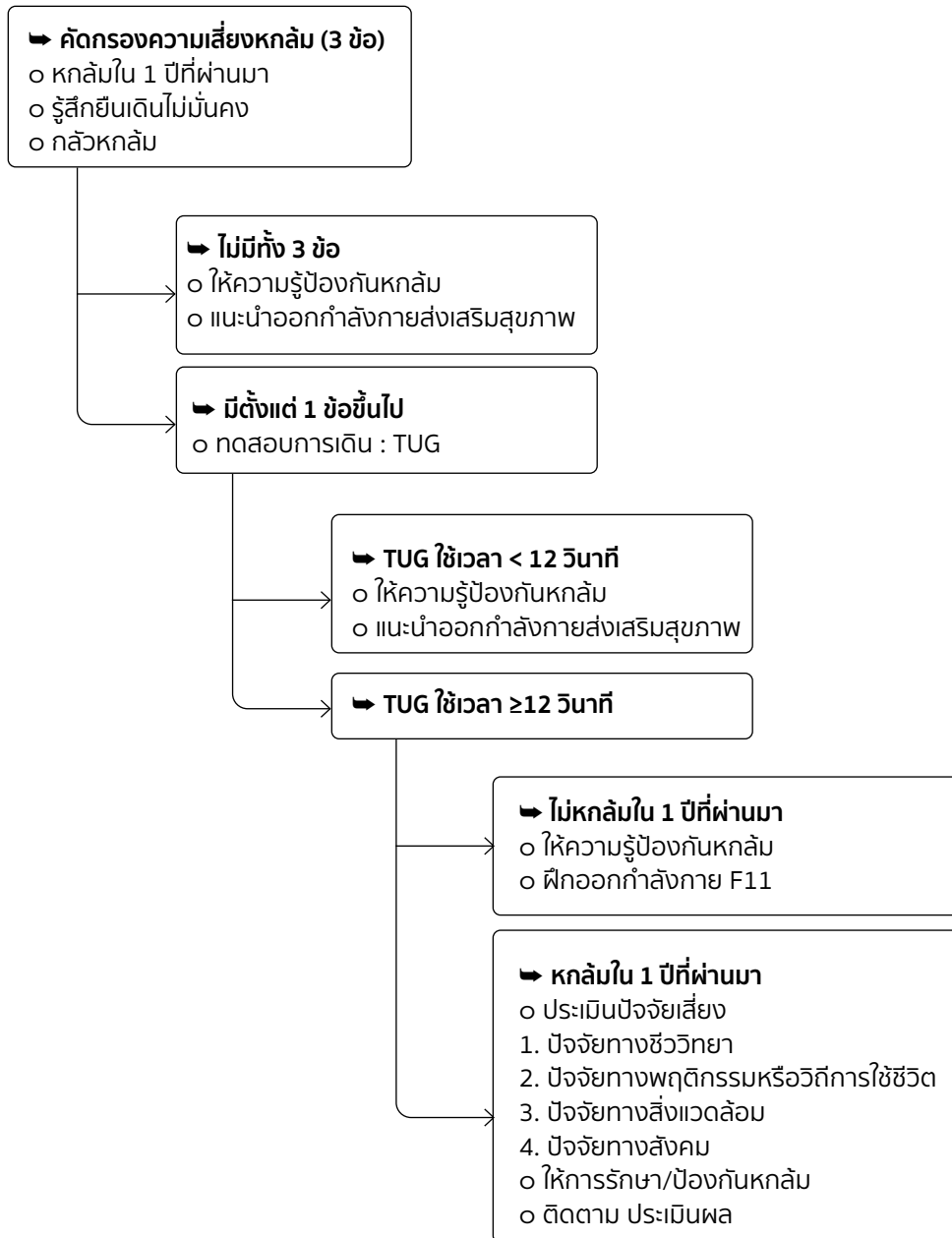
17. การออกกำลังกาย การออกกำลังกายที่เพิ่มกำลังความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการทรงตัวจะช่วยลดภาวะหกล้มและการบาดเจ็บจากการหกล้มได้ โปรแกรมออกกำลังกายที่มีความจำเพาะกับแต่ละบุคคลช่วยลดภาวะหกล้มได้ร้อยละ 54 การออกกำลังกายที่มีองค์ประกอบหลายชนิด (multi-component exercise) ได้แก่ ฝึกการทรงตัวร่วมกับเพิ่มกำลังกล้ามเนื้อและความยืดหยุ่นจะได้ผลในการลดภาวะหกล้มมากกว่าการออกกำลังกายที่มีเพียงองค์ประกอบเดียวและการออกกำลังกายหลายประเภทร่วมกัน เช่น ไทเก็ก หรือ Otago (เป็นรูปแบบการออกกำลังกายที่ฝึกการทรงตัวและเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแบบเฉพาะราย พัฒนาขึ้นในประเทศนิวซีแลนด์) ป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุได้ สามารถลดจำนวนผู้สูงอายุหกล้มได้ร้อยละ 13-18 ลดอัตราการบาดเจ็บจากการหกล้มได้ร้อยละ 37-56 และลดอัตราการเกิดกระดูกหักจากการหกล้มได้ร้อยละ 61-66 แนะนำ ให้ฝึกการออกกำลังกายที่ช่วยเรื่องการทรงตัวและเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อสะโพก กล้ามเนื้อเหยียดเข้าและกล้ามเนื้อน่องอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ชั่วโมง ต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

18. รองเท้าที่สวมใส่ประจำ ผู้สูงอายุที่ใส่รองเท้าที่ไม่เหมาะสม เช่น ขนาดเล็กหรือใหญ่เกินกว่าเท้า ไม่กระชับ พื้นรองเท้าลื่นและลื่นเป็นสาเหตุให้ผู้สูงอายุหกล้ม ผู้สูงอายุที่ใส่รองเท้าที่เล็กกว่าขนาดเท้าของตนเองทำให้เกิดอาการปวดเท้าอาจนำไปสู่การหกล้มได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่สวมรองเท้าแตะเดินนอกบ้านจะเสี่ยงต่อการหกล้มมากกว่าผู้ที่สวมรองเท้าชนิดอื่น 2.3 เท่า แนะนำ ให้ตรวจประเมินรองเท้าผู้สูงอายุที่สวมใส่ประจำและแนะนำให้ผู้สูงอายุสวมใส่รองเท้าที่เหมาะสม ได้แก่ รองเท้าหุ้มส้นซึ่งส่วนที่หุ้มส้นควรมีความแข็งแรงพอสมควรเพื่อให้ข้อเท้ามั่นคง ส้นรองเท้าเตี้ยและกว้างเพื่อเพิ่มเนื้อที่สัมผัสพื้น พื้นรองเท้ามีดอกยางเพื่อกันลื่นและยึดติดกับพื้นได้ดี หรือมีสายรัดหรือเชือกผูกเพื่อป้องกันรองเท้าหลุดขณะเดิน

19. บ้านและที่อยู่อาศัย บริเวณบ้านและชุมชนที่มีสภาพแวดล้อมไม่ปลอดภัยอาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะหกล้ม สาเหตุที่พบได้บ่อยคือเดินสะดุด ลื่น หกล้มขณะเคลื่อนไหวตัวและหกล้มขณะขึ้นลงบันไดหรือก้าวข้ามสิ่งกีดขวาง การสำรวจบ้านของผู้สูงอายุในชุมชนหนึ่งพบว่าบ้านมีสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยอย่างน้อย 1 อย่างร้อยละ 80 มีสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัยตั้งแต่ 5 อย่างขึ้นไปร้อยละ 39 ได้แก่ วางของเกะกะ สายไฟขวางทางเดิน พรหมปูพื้นที่ไม่เรียบ ไฟไม่สว่าง พื้นลื่น บันไดไม่มีราวจับ ความสูงของตู้และเก้าอี้ไม่เหมาะสม และมีสัตว์เลี้ยง เป็นต้น นอกจากนี้บ้านหลายหลังยังมีอุปสรรคหรือสิ่งกีดขวางต่อการทำกิจวัตรประจำวันอย่างปลอดภัย เช่น ห้องน้ำที่ไม่ปลอดภัย การก้าวข้ามพื้นต่างระดับนอกบ้าน และ

การขึ้นลงบันได แนะนำ ให้ประเมินบ้านและที่อยู่อาศัยที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้มและจัดบ้านและที่อยู่อาศัยให้มีความเหมาะสมจะช่วยลดภาวะหกล้มในผู้สูงอายุได้

แนวทางการป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ



เอกสารอ้างอิง

Nevitt MC, Cummings SR, Hudes ES. Risk factors for injurious falls: a prospective study. *J Gerontol*. 1991; 46: M 164-70.

Sterling DA, O'Connor JA, Bonadies J. Geriatric Falls: injury is high and disproportionate to mechanism. *J Trauma*. 2001; 50: 116-9.

World Health Organization. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. WHOPress. 2008; Geneva.

Cuevas-Trisan R. Balance problems and fall risks in the elderly. *Clin Geriatr Med*. 2019; 35: 173-83.

Janz N, Champion V, Strecher V. The health belief model. In : Glanz K, Rimer BK, Lewis FM, eds. *Health Behavior and Health Education: Theory, Research and Practice*. 3rd ed: San Francisco, CA: Jossey-Bass; 2002: 45-66.

Muir SW, Gopaul K, Odasso MMM. The role of cognitive impairment in fall risk among older adults: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing*. 2012; 41: 299-308.

Vaseenon T, Luevitoonvechkij S, Wongtriratanachai P, Rojanasthien S. Long-term mortality after osteoporotic hip fracture in Chiang Mai, Thailand. *J Clin Densitom*. 2010 Jan-Mar; 13(1): 63-7.

Morris V, Wagg A. Lower urinary tract symptoms, incontinence and falls in elderly people: time for an intervention study. *Int J Clin Pract*. 2007; 61(2): 320-3.

Chiarelli P, Mackenzie L, Osmotherly P. Urinary incontinence is associated with an increase in falls: a systematic review. *Australian Journal of Physiotherapy*. 2009; 55(2): 89-95.

Rubenstein LZ, Josephson KR. Falls and their prevention in elderly people: what does the evidence show?. *Med Clin N Am*. 2006; 90: 807-24.

Moreland JD, Richardson JA, Goldsmith CH, Clase CM. Muscle weakness and falls in older adults: a systematic review and meta-analysis. *J Am Geriatr Soc*. 2004 Jul; 52(7): 1121-9.

Cumming RG, Ivers R, Clemson L, Cullen J, Hayes MF, Tanzer M, et al. Improving vision to prevent falls in frail older people: a randomized trial. *J Am Geriatr Soc*. 2007; 55: 175-81.

Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, Lamb SE. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Sep 12; 9: CD007146.

Kuhirunyarath P, Prasomrak P, Jindawong B. Factors related to falls among community elderly. Southeast Asian J Trop Med Public Health. 2013; 44(5): 906-15.

Pynoos J, Sabata D, Choi IH. The role of the environment in fall prevention at home and in the community. Falls free: promoting a National falls prevention action plan. Washington, DC: National Council on the Aging. 2005: 41-54.

Carter SE, Campbell EM, Sanson-Fisher RW, Gillespie WJ. Accidents in older people living at home: a community-based study assessing prevalence, type, location and injuries. Aust N Z J Public Health. 2000 Dec; 24(6): 633-6.

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. พิมพ์ที่บริษัทสินทวีการพิมพ์ จำกัด, กันยายน 2562.

ท่าออกกำลังกายป้องกันหกล้ม : F11



ท่าที่ 1 บริหารกล้ามเนื้อเข่า

ท่าเตรียม นั่งเก้าอี้ ตัวตรง ข้อเข่าติดขอบเก้าอี้

ปฏิบัติ ค่อยๆ ยกขาขวาขึ้นจนเหยียดตรง
กระดกข้อเท้าขึ้น ค้างไว้ นับ 1-10 กลับมาท่าเดิม
ทำซ้ำ 10 ครั้ง เปลี่ยนทำขาซ้ายเช่นเดียวกัน



ท่าที่ 2 บริหารกล้ามเนื้อเหยียดสะโพก

ท่าเตรียม ยืนหลังพนักเก้าอี้ มือทั้งสองข้างจับพนักเก้าอี้

ปฏิบัติ ค่อยๆ ยกขาขวาไปด้านหลัง ค้างไว้ นับ 1-10
กลับมาท่าเดิม ทำซ้ำ 10 ครั้ง เปลี่ยนทำขาซ้าย
เช่นเดียวกัน



ท่าที่ 3 บริหารกล้ามเนื้อกางสะโพก

ท่าเตรียม ยืนหลังพนักเก้าอี้ มือทั้งสองข้างจับพนักเก้าอี้

ปฏิบัติ ค่อยๆ ยกขาขวาไปด้านข้าง ค้างไว้ นับ 1-10
กลับมาท่าเดิม ทำซ้ำ 10 ครั้ง เปลี่ยนทำขาซ้าย
เช่นเดียวกัน



ท่าที่ 4 ยืนบนปลายเท้า

ท่าเตรียม ยืนหลังพนักเก้าอี้ มือทั้งสองข้างจับพนักเก้าอี้

ปฏิบัติ ค่อยๆ ยกส้นเท้าทั้งสองข้างขึ้น ค้างไว้ นับ 1-10
กลับมาท่าเดิม ทำซ้ำ 10 ครั้ง



ท่าที่ 5 ยืนบนส้นเท้า

ท่าเตรียม ยืนหลังพนักเก้าอี้ มือทั้งสองข้างจับพนักเก้าอี้

ปฏิบัติ ค่อยๆ ยกปลายเท้าทั้งสองข้างขึ้น ค้างไว้ นับ 1-10
กลับมาท่าเดิม ทำซ้ำ 10 ครั้ง



ท่าที่ 6 ยืนย่อเข่า

ท่าเตรียม ยืนหลังพนักเก้าอี้ มือทั้งสองข้างจับพนักเก้าอี้

ปฏิบัติ ค่อยๆ ย่อเข่าท่าเหมือนจะนั่ง ค้างไว้ นับ 1-10
กลับมาท่าเดิม ทำซ้ำ 10 ครั้ง



ท่าที่ 7 ยืนต่อเก้าอี้

ท่าเตรียม ยืนหลังพนักเก้าอี้โดยให้ลำตัวด้านขวาเข้าใกล้พนักเก้าอี้ มือขวาจับพนักเก้าอี้

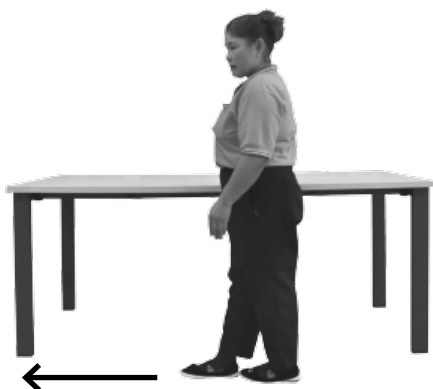
ปฏิบัติ ยกเท้าซ้ายวางหน้าเท้าขวาโดยให้ส้นเท้าอยู่ชิดปลายเท้าขวา ค้างไว้ นับ 1-10 กลับมาท่าเดิม ทำซ้ำ 10 ครั้ง เปลี่ยนทำอีกข้างเช่นเดียวกัน



ท่าที่ 8 ยืนขาเดียว

ท่าเตรียม ยืนหลังพนักเก้าอี้โดยให้ลำตัวด้านขวาเข้าใกล้พนักเก้าอี้ มือขวาจับพนักเก้าอี้

ปฏิบัติ ยกเท้าซ้ายขึ้น ยืนด้วยเท้าขวาข้างเดียว ค้างไว้ นับ 1-10 วางเท้าขวาลง กลับมาท่าเดิม ทำซ้ำ 10 ครั้ง เปลี่ยนทำอีกข้างเช่นเดียวกัน



ท่าที่ 9 เดินต่อเก้าอี้

ท่าเตรียม ยืนข้างโต๊ะหรือราวจับ ให้ลำตัวด้านขวาเข้าใกล้ขอบโต๊ะหรือราวจับ มือขวาจับขอบโต๊ะหรือราวจับ มองตรงไปข้างหน้า

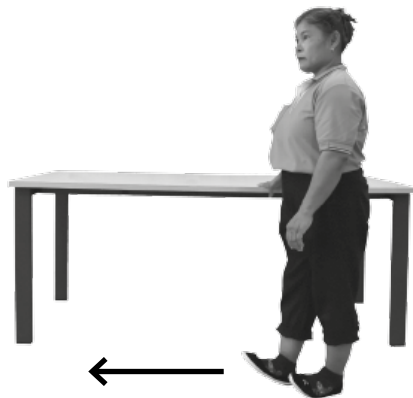
ปฏิบัติ ยกเท้าขวาวางหน้าเท้าซ้ายโดยให้ส้นเท้าอยู่ชิดปลายเท้าซ้าย จากนั้นสลับเท้าซ้ายวางหน้าเท้าขวา เดินสลับไปเรื่อยๆ 10 ก้าว เปลี่ยนทำอีกข้างเช่นเดียวกัน



ท่าที่ 10 เดินบนปลายเท้า

ท่าเตรียม ยืนข้างโต๊ะหรือราวจับ ให้ลำตัวด้านขวา
เข้าใกล้ขอบโต๊ะหรือราวจับ มือขวาจับขอบโต๊ะ
หรือราวจับ มองตรงไปข้างหน้า

ปฏิบัติ ยืนด้วยปลายเท้า แล้วเดินด้วยปลายเท้า
ตรงไปด้านหน้า เดินสลับขวา-ซ้ายไปเรื่อยๆ
10 ก้าว เปลี่ยนทำอีกข้างเช่นเดียวกัน



ท่าที่ 11 เดินบนส้นเท้า

ท่าเตรียม ยืนข้างโต๊ะหรือราวจับ ให้ลำตัวด้านขวา
เข้าใกล้ขอบโต๊ะหรือราวจับ มือขวาจับขอบโต๊ะ
หรือราวจับ มองตรงไปข้างหน้า

ปฏิบัติ ยืนด้วยส้นเท้า แล้วเดินด้วยส้นเท้าตรงไป
ด้านหน้าเดินสลับขวา-ซ้ายไปเรื่อยๆ 10 ก้าว
เปลี่ยนทำอีกข้างเช่นเดียวกัน

การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ : ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ ถือว่าเป็นกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) ที่สำคัญเพราะไม่เพียงแต่เป็นภาวะที่ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียคุณภาพชีวิตและสุขภาพจิต เกิดความอับอาย และยังมีผลกระทบถึงภาวะสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ โรคติดเชื้อทางระบบปัสสาวะซ้ำซ้อน โรคผิวหนังโดยเฉพาะบริเวณที่สัมผัสกับปัสสาวะเป็นเวลานานจนเปื่อยและเกิดรอยแยก ภาวะหกล้มและกระดูกหักซึ่งมักเกิดในผู้มีปัญหาปัสสาวะบ่อยตอนกลางคืน และสุขภาพโดยรวมลดลงนำไปสู่การสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน รวมถึงการเป็นโรคซึมเศร้าที่สูงขึ้น

การเกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้มักมีพยาธิสภาพร่วมกันหลายอย่าง ตั้งแต่ความเสื่อมหรือผิดปกติของระบบปัสสาวะเอง ระบบประสาทหรือสมองและพยาธิสภาพทางจิตหรือความผิดปกติทางกาย การบกพร่องของระบบเหล่านี้แม้เพียงส่วนหนึ่งก็ส่งผลให้เกิดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ดังนี้

1. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบเฉียบพลันเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันโดยส่วนใหญ่ มักเกิดจากการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือมีปัญหามีสาเหตุชัดเจนซึ่งสาเหตุที่พบบ่อยได้แก่

- ความผิดปกติของทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง ได้แก่ การติดเชื้อซึ่งมักมีอาการปัสสาวะแสบขัด ปวดแสบหรือปัสสาวะกะปริดกะปรอยร่วมด้วย ผนังช่องคลอดบางและอักเสบ (atrophic vaginitis) ท่อปัสสาวะอักเสบ (urethritis) หลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก (อาการมักดีขึ้นช้าๆ) อุจจาระแข็งอุดตัน เป็นต้น
- ความผิดปกติที่ทำให้ปริมาณปัสสาวะเพิ่มขึ้น ได้แก่ อาการทางเมตาบอลิกเช่น hyperglycemia, hypercalcemia การดื่มน้ำมากเกินไป ภาวะน้ำเกิน เลื่อนเลือดต่ำอุดตันและมีภาวะบวมซึ่งมักจะมีปัสสาวะราดเวลากลางคืน เป็นต้น
- ภาวะหัวใจล้มเหลว
- การไม่สามารถเดินไปถึงห้องน้ำได้ทัน เช่น เคลื่อนที่ไม่ได้หรือถูกผูกมัดไว้กับเตียง
- การเจ็บป่วยเรื้อรังที่ทำให้เคลื่อนไหวไม่สะดวก
- ภาวะทางจิตเวช
- ผลไม่พึงประสงค์จากยา

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบเฉียบพลันจะหายได้ (reversible incontinence) ถ้าสามารถแก้ไขสาเหตุได้ เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะอาจจะแก้ไขได้โดยยาปฏิชีวนะ งดเครื่องดื่มที่ผสมคาเฟอีนไม่ว่าจะเป็นชา

กาแฟ หรือน้ำอัดลม และอีกสาเหตุที่พบได้บ่อยคือจากการใช้ยาซึ่งสามารถแก้ไขได้ด้วยการซักประวัติการใช้ยาอย่างละเอียด การปรับเปลี่ยนขนาดยา การเปลี่ยนเวลารับประทานยา การเปลี่ยนชนิดยาหรือการหยุดยาที่น่าจะเป็นสาเหตุ

2. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบเรื้อรัง เป็นผลมาจากความผิดปกติของการทำหน้าที่ของระบบปัสสาวะ 2 กลไกหลักคือ

2.1 การไม่สามารถกักเก็บปัสสาวะไว้ได้เกิดจากการทำงานผิดปกติของกระเพาะปัสสาวะเอง

2.2 การไม่สามารถขับปัสสาวะออกจนหมดได้เกิดจากกระเพาะปัสสาวะบีบตัวลดลงหรือเกิดจากความผิดปกติที่ขวางทางเดินปัสสาวะ

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบเรื้อรังจำนวนมากจะมีพยาธิสภาพมากกว่าหนึ่งชนิดซึ่งส่วนใหญ่มักเป็นชนิด stress ร่วมกับ urge incontinence (mixed incontinence) ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบเรื้อรังจำแนกตามพยาธิสภาพทางคลินิกได้เป็น 4 ชนิด ดังนี้

1. Stress incontinence เป็นปัญหาการกลั้นปัสสาวะที่เกิดจากความดันในช่องท้องเพิ่มกะทันหัน เช่น ไอ จาม เบ่ง ยกของหนักหรือออกกำลังกายหนัก ขณะเดียวกันหูรูดบริเวณท่อปัสสาวะส่วนปลายไม่สามารถต้านความดันที่เพิ่มขึ้นในกระเพาะปัสสาวะได้ทำให้ปัสสาวะเล็ดกะปริบะปรอย ปริมาณไม่มากในผู้หญิงอาจมีความเกี่ยวข้องกับการพร่องฮอร์โมนเพศหญิง (estrogen) อ้วนลงพุง (obesity) และมีประวัติคลอดบุตรทางช่องคลอดซึ่งทำให้ supporting tissue อ่อนแอลงและเกิดความผิดปกติของการทำมุมระหว่างท่อปัสสาวะ (urethra) และ bladder neck ส่วนเพศชายจะพบค่อนข้างน้อยซึ่งความเสี่ยงที่สำคัญคือ ประวัติการผ่าตัดต่อมลูกหมากและTransurethral surgery

2. Urge incontinence พบได้มากที่สุดและผู้ที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบเรื้อรังผู้ที่มีอาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ชนิดนี้จะมีรู้สึกอยากจะปัสสาวะทันทีอย่างมากจนไปห้องน้ำไม่ทัน (urgency) ปริมาณปัสสาวะที่ออกมาจะมากหรือน้อยขึ้นกับความสามารถในการทำงานของหูรูดท่อปัสสาวะ ส่วนใหญ่ปริมาณจะค่อนข้างมากเมื่อเทียบกับชนิดอื่นๆ

3. Overflow incontinence เกิดจากกระเพาะปัสสาวะไม่สามารถขับปัสสาวะออกได้หมดหรือสูญเสียความสามารถในการบีบตัวมักเกิดจากการอุดตันของทางเดินปัสสาวะ ความผิดปกติของระบบประสาทในการควบคุมการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ มีอาการปวดปัสสาวะบ่อย ปัสสาวะส่วนที่เกินความจุของกระเพาะปัสสาวะจะออกมาปริมาณน้อยๆ แต่ไหลออกมาเรื่อยๆ สาเหตุที่พบได้บ่อยคือต่อมลูกหมากโต diabetic neuropathic bladder, urethral stricture สาเหตุที่พบรองลงมาได้แก่ การบาดเจ็บของไขสันหลัง pelvic prolapsed จนเกิดการบิดงอของท่อปัสสาวะแล้วเกิดการอุดตัน หรือการรับประทานยาที่ทำให้เกิดปัสสาวะคั่ง

4. Functional incontinence เป็นปัญหาการกลั้นปัสสาวะที่ไม่ได้เกิดจากพยาธิสภาพของระบบควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะโดยตรง แต่เกิดจากปัญหาทางสมองที่มีการบกพร่องของการรู้คิด (cognitive impairment) เช่น ภาวะสมองเสื่อมซึ่งผู้ป่วยจะสูญเสียการรับรู้ที่ต้องเข้าห้องน้ำเพื่อปัสสาวะ ภาวะซึมเศร้า (delirium) ภาวะซึมเศร้าหรือสูญเสียความสามารถในการเดิน เช่น มีปัญหาเข้าเสื่อม มีภาวะเหนื่อยง่ายจากโรคหัวใจและปอด มีอาการเดินลำบากจากโรคพาร์กินสันหรือภาวะอ่อนแรงจากโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้นยังรวมถึงปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เช่น ห้องน้ำอยู่ไกล มีราวกั้นเตียงทำให้ขึ้นลงลำบาก

แนวทางการประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้

วัตถุประสงค์ของการประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้เพื่อแยกชนิดของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ว่าสามารถรักษาให้หายขาดได้หรือไม่ ต้องได้รับการรักษาอย่างไร เช่น การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยการปรับหรือฝึกพฤติกรรม

1. การซักประวัติการซักประวัติควรครอบคลุม ดังนี้

- อาการทางระบบปัสสาวะ ได้แก่
 - อาการที่บ่งบอกถึงการเก็บกักปัสสาวะ เช่น ความถี่ของการปัสสาวะราด การปัสสาวะกลางคืน ความรู้สึกอยากปัสสาวะอย่างรีบด่วน (urgency)
 - อาการที่บ่งบอกถึงการขับปัสสาวะ เช่น ปัสสาวะลำบาก ลำปัสสาวะเล็กลง ปัสสาวะเป็นหยดๆ
 - ประวัติการมีปัสสาวะเป็นเลือดและการติดเชื้อระบบปัสสาวะซ้ำซ้อน
- การขับถ่ายอุจจาระ ได้แก่ ท้องผูก การเบ่งอุจจาระ อาการอุจจาระราด
- การได้รับสารน้ำ โดยเฉพาะเครื่องดื่มผสมคาเฟอีน ปริมาณการดื่ม
- ประวัติในอดีต ได้แก่ การผ่าตัดมดลูก การผ่าตัดต่อมลูกหมาก ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร น้ำหนักตัวลูกแรกเกิด
- ประวัติการได้รับยา
- ประวัติทางสังคม
- ประวัติการเดินไปห้องน้ำและการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน
- ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

2. Bladder record หรือ bladder diaryช่วยในการแยกลักษณะอาการและสามารถใช้ติดตามผลการรักษาได้ ที่นิยมใช้มีหลากหลายซึ่งส่วนใหญ่ครอบคลุมปริมาณปัสสาวะ เวลาที่ปัสสาวะและปัสสาวะเล็ด/ราด หรือแม้แต่ปริมาณน้ำที่ดื่ม แนะนำให้ทำ bladder diary ติดต่อกันไม่น้อยกว่า 3 วัน

ตัวอย่างการบันทึก bladder diary

ช่วงเวลา (นาฬิกา)	ปัสสาวะใน ห้องน้ำ (ครั้ง)	ปริมาณที่ ปัสสาวะ (ซีซี)	ปัสสาวะเล็ด	ปัสสาวะราด/ ไหล	สาเหตุที่เกิดอาการ ปัสสาวะเล็ด/ ราด/ ไหล
6 - 8	1	150	2	0	จาม
8-10					
10-12					

3. การตรวจร่างกายและการสังเกตตรวจทางห้องปฏิบัติการ ที่สำคัญคือการตรวจช่องท้อง ระบบปัสสาวะ ระบบประสาทโดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะปัสสาวะไม่ออกเฉียบพลัน (acute urinary retention; AUR) มักจะคลำพบกระเพาะปัสสาวะและกดเจ็บ อาจคลำได้เป็นก้อนแข็งอยู่บริเวณแนวกกลาง(midline)เมื่อเคาะก็จะได้เสียงทึบ แต่หากไม่มีอาการเจ็บปวดและระยะเวลาที่เป็นค่อนข้างเรื้อรัง การตรวจร่างกายจะต้องทำอย่างละเอียดเพื่อวินิจฉัยและหาปัจจัยอื่นที่เป็นได้ทั้งความเสี่ยงและสาเหตุของการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ เช่น

- ประเมินสมรรถภาพสมองเพื่อความรู้คิด (cognition) และประเมินโรคซึมเศร้า
- ประเมินการเคลื่อนไหวหรืออุปสรรคของการเคลื่อนไหว เช่น การเดิน การทำ Time Up and Go Test สายตา การมองเห็น เป็นต้น
- ตรวจระบบประสาท โดยเฉพาะกลุ่มของเส้นประสาทที่ทำหน้าที่รับความรู้สึกจากผิวหนังและควบคุมกล้ามเนื้อของสะโพก เขิงกราน ท้องส่วนล่างและยางค์ล่าง(lumbosacral plexus)เช่น perianal sensation, bulbocavernosus reflex แรงขมิบก้น เป็นต้น
- ตรวจทวารหนักเพื่อประเมินต่อมลูกหมาก ภาวะท้องผูก อุจจาระแข็ง
- ตรวจภายในสำหรับเพศหญิงเพื่อหาภาวะ uterine prolapse, atrophic vaginitis เป็นต้น
- cough test โดยให้ผู้ป่วยลองไอแล้วดูว่ามีปัสสาวะเล็ดหรือไม่ หากปัสสาวะเล็ดทันทีหลังไอมักจะเป็น stress incontinence หากปัสสาวะเล็ดหลังจากไอไปแล้วมากกว่า 3 วินาทีให้นึกถึงภาวะ cough induced bladder contraction หรือภาวะที่การไอไปกระตุ้นการหดตัวของกระเพาะปัสสาวะมากกว่า
- สังเกตตรวจปัสสาวะเมื่อนึกถึงภาวะติดขัดหรือมีปัสสาวะเป็นเลือดมีน้ำตาลออกมาในปัสสาวะ แต่พึงระวังว่าภาวะ asymptomatic bacteriuria นั้นอาจไม่สัมพันธ์กับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ การรักษา asymptomatic bacteriuria จึงไม่ช่วยให้อาการปัสสาวะราดดีขึ้นแต่อย่างใด ทั้งนี้ต้องพิจารณาเป็นรายๆ ขึ้นกับบริบทของแต่ละคน

- Post void residual measurement (PVR) เป็นการวัดปริมาณปัสสาวะที่เหลือค้างในกระเพาะปัสสาวะหลังขับถ่ายปัสสาวะเสร็จ ควรทำในผู้ที่มีภาวะไม่สามารถขับถ่ายน้ำปัสสาวะให้หมดจากกระเพาะปัสสาวะได้ (retention) หรือผู้ที่มีความเสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุเบาหวานหรือมีโรคทางระบบประสาทและไขสันหลัง หากปริมาณปัสสาวะเหลือค้างในกระเพาะปัสสาวะน้อยกว่า 100 ลูกบาศก์เซนติเมตรถือว่าปกติ และปริมาณมากกว่า 200 ลูกบาศก์เซนติเมตร ถือว่าผิดปกติ ผู้สูงอายุที่กลั้นปัสสาวะไม่ได้ส่วนใหญ่จะสามารถรักษาแบบประคับประคองในระดับปฐมภูมิได้ แต่ก็มีข้อบ่งชี้บางอย่างที่ควรส่งพบแพทย์เฉพาะทางเพื่อรับการตรวจพิเศษโดยเร็ว ข้อบ่งชี้ที่แนะนำได้แก่ ประวัติการฉวยรังสีบริเวณทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง ประวัติการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะซ้ำซ้อน ภาวะกระบังลมหย่อนรุนแรง (severe pelvic prolapsed) ต่อมลูกหมากโตมากหรือสงสัยมะเร็ง การไม่สามารถใส่สายสวนปัสสาวะเบอร์ 14 ได้โดยง่ายหรือปัสสาวะเป็นเลือดปริมาณมาก เป็นต้น

แนวทางการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

1. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต

- ภาวะอ้วนจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิด stress และ urge incontinence ดังนั้นการลดน้ำหนักในคนอ้วนจึงเป็นสิ่งที่ควรทำในทันที
- ป้องกันท้องผูกด้วยการรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง
- ดื่มน้ำให้เหมาะสมหรือไม่ให้ร่างกายมีภาวะขาดน้ำ เนื่องจากปัสสาวะที่มีความเข้มข้นสูงอาจระคายเคืองต่อกระเพาะปัสสาวะและทำให้มีอาการปัสสาวะราดเล็ดลงได้
- ลดการดื่มเครื่องดื่มที่ผสมคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ น้ำอัดลม

2. การรักษาตามชนิดของการกลั้นปัสสาวะไม่ได้

Stress incontinence การรักษาที่ถือว่าเป็นมาตรฐานขั้นแรกสำหรับชนิดนี้คือการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (pelvic floor muscle training) ที่เรียกว่า Kegel exercise โดยขมิบก้นกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานแล้วเกร็งค้างไว้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ (อาจนานได้มากถึง 10 วินาที) จากนั้นคลายกล้ามเนื้อและหยุดพักนานอย่างน้อยเท่ากับเวลาที่เกร็งกล้ามเนื้อ ทำซ้ำๆ เป็นจังหวะ “ขมิบ เกร็งค้างและคลาย” ให้ได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ อาจทำรอบละ 8-12 ครั้ง วันละ 3 รอบทุกวันเป็นเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนและพึงระลึกไว้เสมอว่าขณะทำ Kegel exercise ไม่ควรกลั้นหายใจ นอกจากการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานแล้วก็ยังควรขมิบก้นขณะไอหรือจามเพื่อป้องกันการปัสสาวะเล็ดอีกด้วย การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุไปห้องน้ำให้บ่อยขึ้น การจัดสถานที่ให้เกิดความสะดวกในการเดินไปเข้าห้องน้ำ การแนะนำให้ดื่มน้ำในแต่ละครั้งไม่มากเกินไป รวมถึงการไม่ควรนั่งไขว่ขา (ไขว่ห้าง) ขณะไอ ก็อาจลดอาการปัสสาวะเล็ดราดได้

Urge incontinence การรักษาที่ถือว่าเป็นมาตรฐานขั้นแรกสำหรับชนิดนี้คือการฝึกกระเพาะปัสสาวะ (bladder training) ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้สูงอายุสามารถควบคุมกระเพาะปัสสาวะและเพิ่ม bladder capacity

โดยแนะนำให้ทำติดต่อกันไม่น้อยกว่า 6 สัปดาห์ การฝึกกระเพาะปัสสาวะสามารถลดปัสสาวะราดได้ถึงร้อยละ 57 เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ฝึก ซึ่งวิธีฝึกมีหลายวิธี ดังนี้

- Prompted and timed voiding programs เหมาะกับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถไปห้องน้ำได้เองโดยสะดวก เช่น ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม การทำ prompted voiding เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้ถึงความต้องการที่จะไปปัสสาวะเป็นระยะๆ อาจใช้ตัวกระตุ้นช่วย เช่น การเปิดเสียงน้ำให้ได้ยิน การนวดหน้าท้องเบาๆ การถามผู้สูงอายุว่าปวดปัสสาวะหรือยัง ส่วน timed voiding คือการจัดตารางเวลาการไปปัสสาวะให้แน่นอนเป็นระยะๆ อาจเริ่มจากน้อยแล้วค่อยๆ เพิ่มเวลาให้นานขึ้น
- ฝึกกลั้นปัสสาวะให้นานที่สุด อาจใช้วิธีนี้สำหรับผู้สูงอายุที่สามารถเดินไปห้องน้ำได้สะดวกหรือไปได้เอง โดยเริ่มจาก 1-2 ชั่วโมงก่อนแล้วค่อยๆ เพิ่มเวลาจนรู้สึกพอใจ การฝึกกลั้นปัสสาวะหรือกระเพาะปัสสาวะแบบนี้จะต้องอาศัยความร่วมมือและความอดทนของผู้สูงอายุและผู้ดูแล หากผู้สูงอายุมีภาวะเปราะบาง (frailty) หรือมีความบกพร่องของการรู้คิด (cognitive impairment) การฝึกด้วยวิธีนี้จะมีความยากลำบากอาจมีบางส่วนที่ไม่ประสบความสำเร็จจึงต้องใช้ยาหรือใช้เครื่องมือช่วยต่อไป ยาที่นิยมใช้คือยากลุ่ม anti-muscarinic drugs ซึ่งมีข้อดีข้อเสียที่ต้องพิจารณาหลายประการ แพทย์ต้องมีความแม่นยำในข้อห้ามและผลข้างเคียงของยา

ข้อห้ามและผลข้างเคียงของยากลุ่ม anti-muscarinic drugs

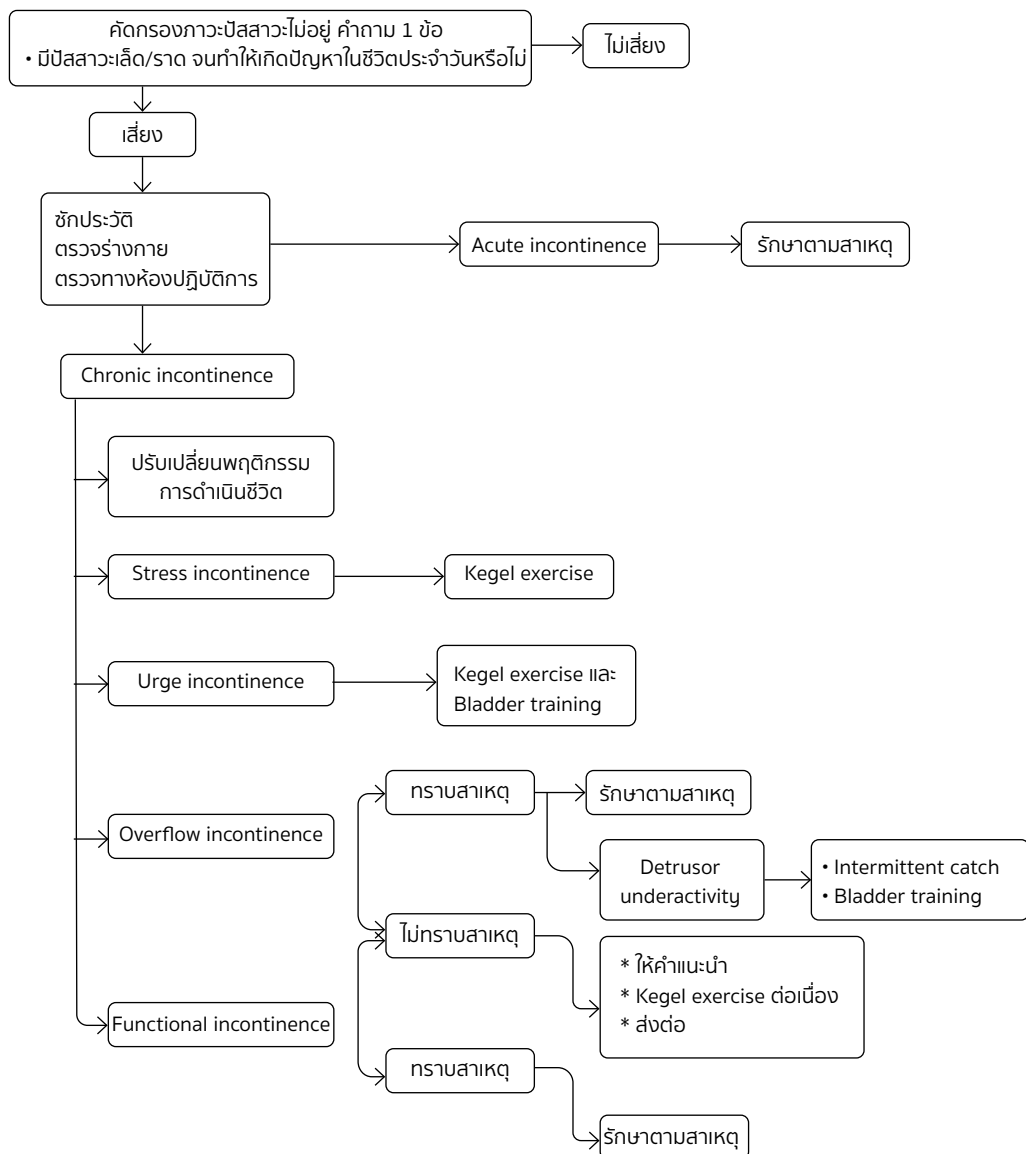
ข้อห้าม	ผลข้างเคียง
• ต้อหินเฉียบพลัน • กล้ามเนื้ออ่อนแรง (myasthenia gravis) • ภาวะปัสสาวะคั่ง (urinary retention) • การอุดตันของท่อปัสสาวะ (outflow obstruction) • ลำไส้อักเสบ (severe ulcerative colitis) • ทางเดินอาหารอุดตัน	• ปากแห้ง • ท้องผูก • ตาพร่ามัว • วิงเวียน • คลื่นไส้ • สับสน • ใจเต้นและหัวใจเต้นผิดจังหวะ • นอนไม่หลับ

Overflow incontinence ในระยะเฉียบพลันเมื่อคลำหน้าท้องพบว่ากระเพาะปัสสาวะโตขึ้นจากปัสสาวะคั่ง ให้พิจารณาคายสวนปัสสาวะโดยเร็วแล้วรักษาตามสาเหตุที่พบภายหลัง ซึ่งการรักษามีดังนี้

- การอุดตันของท่อปัสสาวะที่พบบ่อยในเพศชายคือโรคต่อมลูกหมากโต หากอาการไม่รุนแรงก็รักษาโดยใช้ยาก่อนซึ่งยาที่ใช้มักจะเป็นกลุ่ม alpha adrenergic antagonist แต่หากไม่ตอบสนองต่อการรักษาหรืออาการรุนแรงก็ต้องใช้วิธีผ่าตัดซึ่งต้องส่งต่อไปยังสถานพยาบาลระดับสูงขึ้น

- ภาวะกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนแรง (detrusor underactivity) เกิดจากกล้ามเนื้อ detrusor ทำงานไม่ดี อาจต้องใช้วิธีสวนปัสสาวะเป็นครั้งๆ (intermittent catheterization) แล้วพยายามหาสาเหตุไปด้วย เช่น ผลไม่พึงประสงค์จากยาโดยเฉพาะกลุ่มที่มีฤทธิ์ anticholinergic ร่วมกับการกระตุ้นกล้ามเนื้อหน้าท้องด้วยการนวด กด หากการรักษาแบบประคับประคองนี้ไม่ได้ผลหรือปัสสาวะยังเหลือค้างในกระเพาะปัสสาวะมากต้องส่งต่อไปยังสถานพยาบาลระดับสูงขึ้น

แนวทางการดูแลรักษาผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่



เอกสารอ้างอิง

Fantyl JA, Newman DK, Calling J, et al. Urinary Incontinence in Adults and Chronic Management. Clinical Practice Guideline No.2, 1996. AHCPR publication 96-0682.

ประเสริฐ อัสสันตชัย. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น จำกัด; 2552.

Wilson MG. Urinary Incontinence: selected current concepts. Med Clin N Am. 2006; 90: 825-36.

วันทน ศรีเบญจลักษณ์, ปณิตา ลิ้มปะพัฒนะ. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุ. North-Eastern Thai Journal of Neuroscience.

Kane RL, Ouslander JG, Itamar B, et al. Essential of clinical Geriatric 5th ed. New York: McGraw-Hill; 2003.

Dumoulin C, Hay-Smith EJ, MacHabe-Sguin G. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev. 2014 May 14; 5: CD005654.

Griebeling TL. Re: Virtual reality rehabilitation as a treatment approach for older women with mixed urinary incontinence: a feasibility study. J Urol. 2015 Feb; 193 (2): 609-10.

Fantl JA, Wyman JF, McClish DK, Harkins SW, Elswick R, Taylor JR, et al. Efficacy of bladder retraining in older women with urinary incontinence. JAMA 1991; 265: 609-13.

สมาคมศัลยแพทย์ระบบปัสสาวะแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. ภาวะฉุกเฉินทางศัลยศาสตร์ ยูโรวิทยา (Urological Emergency). พิมพ์ที่ บริษัท ปียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรส์ จำกัด, มกราคม 2563.

ກາດພູນວກ

เอกสาร 1 Mini-Cog

1. Three Word Registration ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า “ให้ตั้งใจฟังดีๆ เดี่ยวจะบอกคำ 3 คำ เมื่อพูดจบแล้วให้พูดตามและจำไว้ เดี่ยวจะกลับมาถามซ้ำ”

☐

หลานสาว

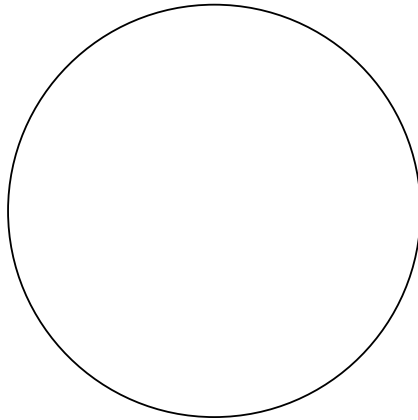
☐

สวรรค์

☐

ภูเขา

2. Clock Drawing (2 คะแนน) ให้ผู้ถูกทดสอบวาดรูปนาฬิกาโดยใส่ตัวเลขและเข็มนาฬิกาที่เวลา 11.10 น.



3. Three Word Recall (3 คะแนน) ให้ผู้ถูกทดสอบบอกคำ 3 คำที่ให้จำเมื่อสักครู่ว่ามีอะไรบ้าง

☐

หลานสาว

☐

สวรรค์

☐

ภูเขา

การแปลผลคะแนนเต็ม 5 คะแนน

ถ้าได้คะแนนรวม ≤ 3 คะแนน ถือว่า มีภาวะการรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment)

ที่มา : Mini-Cog™ © S. Borson. All rights reserved. Reprinted with permission of the author solely for clinical and educational purposes. May not be modified or used for commercial, marketing, or research purposes without permission of the author (soob@uw.edu). v. 01.19.16 อ้างอิงมาจากสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข การพัฒนาเครื่องมือที่เหมาะสมสำหรับการคัดกรองสมองเสื่อมในบริบทประเทศไทย 2561-2562

เอกสาร 2 MMSE-Thai 2002

ผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหรือไม่รู้หนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) ไม่ต้องทำข้อ 4 ข้อ 9 และข้อ 10

1. Orientation for time: ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับเวลาในปัจจุบัน (5 คะแนน)

- 1.1 วันนี้..วันที่เท่าไร
- 1.2 วัน..วันอะไร
- 1.3 เดือนนี้..เดือนอะไร
- 1.4 ปีนี้..ปีอะไร
- 1.5 ฤดูนี้..ฤดูอะไร

2. Orientation for place: ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับที่อยู่ในปัจจุบัน (5 คะแนน)

2.1 กรณีอยู่สถานพยาบาล

- 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และชื่อว่าอะไร
- 2.1.2 ขณะนี้อยู่ชั้นที่เท่าไรของของตัวอาคาร
- 2.1.3 ที่นี้อยู่ในอำเภออะไร
- 2.1.4 ที่นี้จังหวัดอะไร
- 2.1.5 ที่นี้ภาคอะไร

2.2 กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ

- 2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร และเลขที่เท่าไร
- 2.2.2 ที่นี้หมู่บ้าน (หรือละแวกคุ้มย่านถนน) อะไร
- 2.2.3 ที่นี้อำเภอหรือ เขตอะไร
- 2.2.4 ที่นี้จังหวัดอะไร
- 2.2.5 ที่นี้ภาคอะไร

3. Registration: ทดสอบการบันทึกความจำโดยให้จำชื่อของ 3 อย่าง(3 คะแนน)

ต่อไปนี้จะเป็นการทดสอบความจำโดยจะบอกชื่อของ 3 อย่างให้คุณ (ตา,ยาย...) ฟังดีๆ นะคะ
จะบอกเพียงครั้งเดียวเมื่อพูดจบแล้วให้คุณ (ตา,ยาย...) พูดทวนตามที่ได้ยินทั้ง 3 ชื่อ
แล้วจำไว้ให้ดีนะคะ เดี่ยวจะถามซ้ำ

☐ ดอกไม้ ☐ แม่น้ำ ☐ รถไฟ

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

☐ ต้นไม้ ☐ ทะเล ☐ รถยนต์

9. Written command: ทดสอบการอ่าน การเข้าใจความหมาย (1 คะแนน)

ให้คุณ (ตา,ยาย...) อ่านแล้วทำตาม จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา”

☐ หลับตาได้

หลับตา

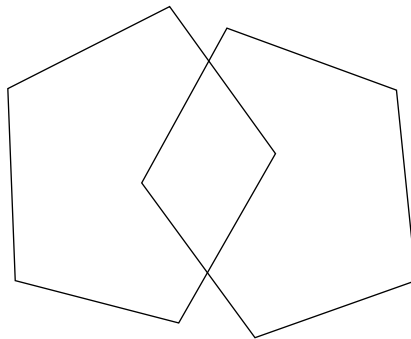
10. Writing: ทดสอบการเขียนภาษาอย่างมีความหมาย (1 คะแนน)

ให้คุณ (ตา,ยาย) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่องหรือมีความหมาย 1 ประโยค

.....
☐ ประโยคมีความหมาย

11. Visuoconstruction: ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตากับมือ (1 คะแนน)

ให้คุณ (ตา,ยาย) วาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง



การแปลผล

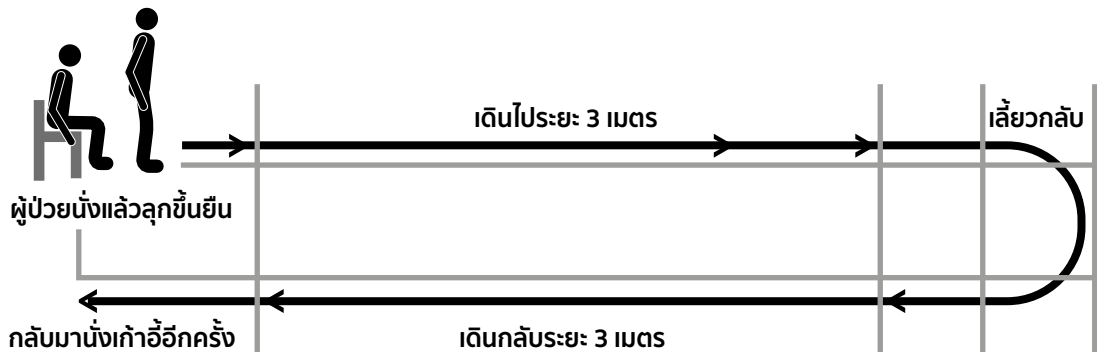
ถ้าคะแนนรวมเท่ากับจุดตัด (cut-off point) ให้สงสัยว่ามีความผิดปกติทางด้านความสามารถของสมอง (cognitive impairment)

ที่มา : คณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

เอกสาร 3 Timed Up and Go (TUG) test

วิธีการ

วางเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขนที่จุดตั้งต้น วัดระยะทาง 3 เมตรทำเครื่องหมายบนพื้นบอกให้ผู้สูงอายุทราบว่าเมื่อเริ่มจับเวลาให้ลุกขึ้นจากเก้าอี้แล้วเดินเป็นเส้นตรงด้วยความเร็วปกติ (สามารถใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่ใช้ประจำได้) เมื่อเดินถึงระยะทางที่กำหนดให้หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม



การแปลผล

ถ้าใช้เวลา ≥ 12 วินาที หรือทำไม่ได้ถือว่ามีความเสี่ยงหกล้ม

เอกสาร 4 30-Second Chair Stand test

30 second chair stand เป็นการทดสอบที่ใช้ประเมินกำลังและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา

อุปกรณ์ เก้าอี้ที่มีพนักพิงและที่เท้าแขน ความสูงของที่นั่งจากพื้น 17 นิ้ว หรือ 43 เซนติเมตร นาฬิกาจับเวลา

วิธีการ ให้ผู้สูงอายุกอดตอที่นั่งกึ่งกลางเก้าอี้ หลังตรง เท้า 2 ข้างวางบนพื้น ลูกเขยขึ้นยืนและลงนั่งนับเป็น 1 ครั้งทำต่อเนื่องในเวลา 30 วินาที นับจำนวนครั้งที่ทำได้ หากครบเวลาแล้วผู้สูงอายุทำได้เกือบจะนับได้ว่าเป็น 1 ครั้งให้นับเป็น 1 ครั้ง



การแปลผล

ถ้าทำได้ <8 ครั้งถือว่ามีความเสี่ยงหกล้ม/ มีระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองต่ำ

ที่มา : สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes)

เอกสาร 5 การคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

วิธีการ

สอบถามผู้สูงอายุถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันที่สัมภาษณ์ ถามทีละข้อไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป พยายามให้ได้คำตอบทุกข้อถ้าผู้สูงอายุไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายหรือขยายความ ควรถามซ้ำจนกว่าผู้สูงอายุจะตอบตามความเข้าใจของตัวเอง

คำถาม	มี	ไม่มี
1. ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่		
2. ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่		

การแปลผล

ถ้าตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 ข้อ

ถือว่า ปกติ ไม่เป็นโรคซึมเศร้า

ถ้าตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ

ถือว่า เป็นผู้มีความเสี่ยง/ มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า

ให้ประเมินต่อด้วยแบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

ที่มา : คู่มือวิทยาการการอบรมเรื่องระบบการบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข ปี 2558
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

เอกสาร 6 การคัดกรองโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)

วิธีการ

สอบถามผู้สูงอายุถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันที่สัมภาษณ์ ถามทีละข้อไม่ซ้ำหรือเร็วเกินไป พยายามให้ได้คำตอบทุกข้อถ้าผู้สูงอายุไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายหรือขยายความ ควรถามซ้ำจนกว่าผู้สูงอายุจะตอบตามความเข้าใจของตัวเอง

คำถาม	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน (1-7 วัน)	เป็นบ่อย (>7 วัน)	เป็นทุกวัน
1 เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2 ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3 หลับยาก หรือ หลับๆ ตื่นๆ หรือ หลับมากไป	0	1	2	3
4 เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5 เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	0	1	2	3
6 รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7 สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8 พูดซ้ำ ทำอะไรซ้ำลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9 คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3

การแปลผล คะแนนเต็ม 27 คะแนน

- <7 คะแนน ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก
7-12 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย
13-18 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง
≥19 คะแนน มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

ที่มา : คู่มือวิทยาการการอบรมเรื่องระบบการบริการผู้ป่วยโรคซึมเศร้าสำหรับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข ปี 2558 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

เอกสาร 7 Short Falls Efficacy Scale International (Short FES-I)

Short Falls Efficacy Scale International (Short FES-I) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะความกลัวหรือกังวลเกี่ยวกับการหกล้มโดยพัฒนามาจาก Falls Efficacy Scale International (FES-I) ซึ่งข้อคำถามจะสั้นลงเพื่อใช้ในทางคลินิกหรืองานวิจัยได้ง่ายขึ้น มีทั้งหมด 7 ข้อ

Short FES-I มีการแปลเป็นหลายภาษารวมทั้งภาษาไทย การใช้เครื่องมือนี้ไม่ต้องเสียค่าธรรมเนียม

การตอบคำถามให้คำนึงว่าเมื่อทำกิจกรรมเหล่านี้แล้วกลัวหรือกังวลเกี่ยวกับการหกล้มอย่างไร หากปัจจุบันไม่ได้ทำกิจกรรมเหล่านี้ด้วยตัวเอง ให้ตอบว่ามีความกลัวหรือกังวลเกี่ยวกับการหกล้มอย่างไรถ้าทำกิจกรรมด้วยตัวเอง

	ไม่กังวลหรือ ไม่กลัว	กังวลหรือ กลัวเล็กน้อย	กังวลหรือ กลัวปานกลาง	กังวลหรือ กลัวมาก
1 การใส่หรือถอดเสื้อผ้า	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
2 การอาบน้ำ	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
3 การนั่งหรือลุกจากเก้าอี้	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
4 การขึ้นหรือลงบันได	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
5 การเอื้อมมือหยิบของเหนือศีรษะหรือก้มลง เก็บของบนพื้น	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
6 การเดินขึ้นหรือลงที่ลาดชัน	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐
7 การออกไปร่วมกิจกรรมทางสังคม เช่น กิจกรรม ทางศาสนา การรวมญาติหรือกิจกรรมชมรม	1 ☐	2 ☐	3 ☐	4 ☐

การแปลผล คะแนนเต็ม 28 คะแนน

7-8 คะแนน กลัวหกล้มต่ำ

9-13 คะแนน กลัวหกล้มปานกลาง

14-28 คะแนน กลัวหกล้มสูง

ที่มา : Short FES-I translated to Thai language by SasipornOunjaichon from Kempen GJM, Zijlstra GAR, van Haastregt JCM, Beyer N, Hauer K, Yardley L, Todd C. The Short FES-I: a shortened version of the Falls Efficacy Scale-International to assess fear of falling. Age&Ageing. 2008. 37: 45-50. doi:https://doi.org/10.1093/ageing/afm157

เอกสาร 8 หลักในการประเมินผู้ป่วยสูงอายุทางคลินิก (Principles in clinical geriatric assessment)

ศ.บว.วิรัชศักดิ์ เมืองไพศาล

ผู้สูงอายุมีอายุชั้ยยืนยาวขึ้นและป่วยเป็นโรคต่างๆ ที่มีความซับซ้อนและมีปัจจัยที่หลากหลายที่กระทบต่อภาวะสุขภาพ แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์จึงควรมีความรู้ที่จะสามารถประเมินผู้ป่วยสูงอายุอย่างครบถ้วน (comprehensive geriatric assessment: CGA) ต้องประเมินผู้ป่วยครบทุกด้าน (multi-dimensional process) ทั้งทางด้าน medical, functional และ psychosocial problems โดยอาศัยข้อมูลจาก 3 แหล่ง ส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 85 เป็นข้อมูลที่ได้รับจากการซักประวัติ จากการตรวจร่างกายร้อยละ 10 และจากการส่งตรวจเพิ่มเติมทางห้องปฏิบัติการร้อยละ 5 การประเมินผู้ป่วยสูงอายุอย่างครบถ้วนจะทำให้สามารถวางแผนการป้องกัน ดูแลและรักษาอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลจากการประเมินควรนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างครบถ้วนโดยบุคลากรทางการแพทย์จากสหสาขาวิชา (multi-disciplinary team: MDT) จึงจะเป็นการดูแลอย่างครบถ้วนแท้จริง

ข้อควรคำนึงในการประเมินผู้สูงอายุ

แพทย์พึงระลึกเสมอว่าปัญหาที่ผู้สูงอายุมีอยู่มักไม่ได้เป็นแค่ปัญหาระบบใดระบบหนึ่งหรือป่วยเพียงโรคใดโรคหนึ่งเพียงโรคเดียว เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการทรงตัว อาจเกิดจากโรคข้อ กล้ามเนื้อ โรคระบบประสาทหรือระบบไหลเวียนโลหิตก็ได้ เป็นต้น สาเหตุของปัญหามักมีมากกว่า 1 ปัญหา (multifactorial process) ต่างจากวัยหนุ่มสาว ดังนั้นแพทย์ผู้ดูแลจึงควรตระหนักไว้ตลอดเวลาว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุอาจเกิดจากหลายสาเหตุซึ่งมีผลต่อกัน

ประโยชน์ของการประเมินผู้ป่วยสูงอายุแบบครบถ้วน

การเปลี่ยนแปลงลักษณะทางคลินิกดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่อาจเกิดปัญหาจากโรคต่างๆ และการดูแลรักษาได้ง่าย การประเมินผู้ป่วยสูงอายุแบบครบถ้วนจะทำให้เกิดประโยชน์ดังนี้

1. ทำให้เข้าใจปัญหาของผู้ป่วยโดยครบทุกด้าน เพิ่มความถูกต้องของการวินิจฉัยโรค
2. ทำให้มองเห็นถึงความซับซ้อนของปัญหาที่ผู้ป่วยมีและสามารถวางแผนการให้การดูแลผู้ป่วยและแผนในการติดตามผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี
3. ทำให้เลือกวิธีการแก้ไขปัญหามิฉะนั้นผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
4. สะดวกในการติดตามการเปลี่ยนแปลง
5. สามารถคาดการณ์ปัญหาและพยากรณ์โรคล่วงหน้าได้
6. สามารถเน้นการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นล่วงหน้าซึ่งดีกว่าการที่ต้องแก้ไขเมื่อเกิดปัญหาต่างๆ ขึ้นแล้ว

7. เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย สามารถลดอัตราการเสียชีวิตและการเกิดความเจ็บป่วยลงได้
8. สามารถลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลประจำปีลงได้
9. สามารถลดความจำเป็นของการพักในสถานพักคนชราได้

หลายๆ การศึกษายืนยันถึงผลดีที่ชัดเจนของการประเมินผู้ป่วยสูงอายุแบบครบถ้วนเช่น การประเมินผู้ป่วยสูงอายุแบบครบถ้วนในผู้ป่วยกระดูกข้อสะโพกหักสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดอาการสับสนฉับพลัน (delirium) ในผู้ป่วยได้ อย่างไรก็ตาม แพทย์อาจมีความรู้สึกรู้ว่าต้องใช้เวลาในการประเมินค่อนข้างมากซึ่งการประเมินผู้ป่วยสูงอายุครั้งแรกอาจต้องใช้เวลาพอสมควร โดยเฉลี่ยแล้วใช้เวลา 45-90 นาที ถ้าผู้ป่วยนั้นเคยได้รับการดูแลรักษาจากแพทย์อยู่แล้วสามารถใช้เวลาไม่ถึง 20 นาที การประเมินครั้งแรกสามารถลดระยะเวลาในการประเมินขณะติดตามการรักษาได้นอกจากนั้นยังมีแบบประเมินผู้ป่วยสูงอายุแบบครบถ้วนอย่างรวดเร็ว (rapid geriatric assessment) ที่ใช้ประเมินกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndrome) โดยแพทย์เวชปฏิบัติระดับปฐมภูมิ

แพทย์สมควรประเมินปัญหาอย่างครบถ้วนในผู้สูงอายุรายใด

เนื่องจากเวลาในการดูแลผู้ป่วยค่อนข้างจำกัดและการประเมินอย่างครบถ้วนในผู้สูงอายุที่แข็งแรงมากๆ หรือมีความพิการที่ไม่สามารถแก้ไขได้แล้วอาจไม่เกิดประโยชน์เท่ากับการประเมินผู้สูงอายุในกลุ่มเหล่านี้

1. อายุมากกว่า 75 ปี
2. มีภาวะทุพพลภาพในตั้งแต่ระดับเล็กน้อยถึงปานกลาง
3. มีแนวโน้มที่จะต้องอยู่ในสถานพักคนชรา
4. มีการสนับสนุนทางสังคมไม่ดี (poor social network) หรืออาศัยอยู่ที่บ้านคนเดียว
5. ผู้สูงอายุที่มีการลดลงของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือการช่วยเหลือตนเอง (functional impairment หรือ functional decline)
6. ผู้สูงอายุที่มีกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) หรือ Geriatric giants ได้แก่
 - Intellectual impairment ได้แก่ อาการสมองเสื่อม (dementia) อาการสับสนฉับพลัน (delirium) อาการซึมเศร้า (depression)
 - Instability และ Falls การเดินและทรงตัวไม่มั่นคงทำให้หกล้มและเดินลำบาก
 - Immobility สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว
 - Urinary incontinence การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่
 - Lanition มีภาวะทุโภชนาการ (malnutrition) เบื่ออาหาร น้ำหนักลด (weight loss)
7. ผู้สูงอายุที่จัดว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงสูง (high risk) ที่อาจเกิดปัญหาขึ้นได้ เช่น เพิ่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่งมีเรื่องเศร้าโศกเสียใจเป็นต้น

หลักการประเมินสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุแบบองค์รวมที่ครอบคลุม (comprehensive geriatric assessment) ประกอบด้วย 4 ด้าน

1. การประเมินทางกายภาพ (physical assessment) ได้แก่ การซักประวัติและตรวจร่างกายโดยซักประวัติเกี่ยวกับอาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน ประวัติอดีต ประวัติส่วนตัวและประวัติการใช้ยาเป็นสิ่งที่บุคลากรสุขภาพต้องได้ข้อมูลโดยละเอียดเพราะอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมาพบแพทย์ในครั้งนี้ได้ นอกจากอาการเจ็บป่วยที่ทราบอยู่แล้ว ควรประเมินผู้ป่วยเพิ่มเติมด้านสุขภาพกายด้านต่างๆ ที่สำคัญคือ

1.1 ประเมินกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndrome) ได้แก่

- Intellectual impairment ได้แก่ อาการสมองเสื่อม (dementia) และอาการสับสนฉับพลัน (delirium) อาการซึมเศร้า (depression)
- Instability and Falls การเดินและทรงตัวไม่มั่นคงทำให้หกล้มและเดินลำบากโดยการถามประวัติการหกล้ม เดินไม่มั่นคง กลัวการหกล้ม ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน โดยอาจใช้แบบประเมินความเสี่ยงต่างๆ เช่น Fall risk assessment tool หรือประเมิน “Get up and Go” test หรือ Timed Up and Go test เป็นต้น
- Immobility สูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว ต้องหาสาเหตุที่อาจแก้ไขได้และประเมินภาวะแทรกซ้อนของการเคลื่อนไหวได้น้อย
- Urinary incontinence การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่โดยถามอาการปัสสาวะเล็ดของผู้ป่วยซึ่งอาจใช้เป็นแบบประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่
- Inanition ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโดยอาจสอบถามอาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด อาการทางระบบทางเดินอาหารหรือแบบคัดกรองภาวะโภชนาการ
- Iatrogenesis โรคหมอกทำ (หรือโรคที่เกิดจากการได้รับบริการทางการแพทย์ ตลอดจนการรักษาที่ไม่เหมาะสม) ที่สำคัญคือการใช้ยาของผู้ป่วย
- Insomnia ปัญหาการนอนหลับโดยเฉพาะที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตในช่วงกลางวันหรือทำให้จำเป็นต้องใช้ยานอนหลับ
- นอกจากนั้นยังมีภาวะอื่นๆ ที่เข้าจัดเป็นกลุ่มอาการสูงอายุ เช่น ภาวะเปราะบาง (frailty) มวลกล้ามเนื้อน้อย (sarcopenia) มึนศีรษะ (dizziness) และกลืนลำบาก (dysphagia)

1.2 การประเมินอวัยวะการรับรู้และสุขภาพช่องปาก ได้แก่ การตรวจความคมชัดของการมองเห็น (visual acuity) การได้ยินโดยใช้ finger rub test, whispering test หรือ app-based digits in noise test ปัญหาสุขภาพช่องปาก เช่น ฟันโยกคลอน มีรู เศษอาหารติด เจ็บในช่องปาก เลือดออกในช่องปาก ปัญหาฟันปลอมไม่พอดี เคี้ยวลำบาก แผลในช่องปาก ปากแห้ง

1.3 การประเมินอาการและอาการแสดงที่บ่งชี้ว่าอาจเป็นโรคเมเร็ง เช่น ไอเรื้อรัง การเปลี่ยนแปลงของการขับถ่ายอุจจาระ หูดไฝปานโตเร็วกว่าปกติ หูอื้อข้างเดียว น้ำหนักลด เป็นต้น

2. การประเมินทางสุขภาพจิต (psychomental assessment) เป็นการประเมินเพื่อให้ทราบความผิดปกติทางสุขภาพจิตที่อาจซ่อนอยู่ ได้แก่ อาการสับสนฉับพลัน (delirium) ภาวะซึมเศร้า (depression) และภาวะสมองเสื่อม (dementia) เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมักมีพยาธิสภาพในระบบจิตประสาทร่วมกับพยาธิสภาพทางกาย แพทย์ควรประเมินสภาวะทางจิต (mental status) โดยอาจใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐานต่างๆ หากมีความผิดปกติจึงพิจารณาวินิจฉัยแยกโรคเพื่อให้ได้การวินิจฉัยโรคที่จำเพาะต่อไป เช่น

2.1 ตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อมโดยซักถามการเปลี่ยนแปลงของความจำระยะสั้น การรู้คิด (cognition) ที่ถดถอย การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมและอารมณ์ในระยะเวลาไม่กี่เดือนที่ผ่านมาหรือการถดถอยของความสามารถในการทำกิจกรรม (functional decline) ซึ่งอาจเป็นอาการนำของภาวะสมองเสื่อมหรืออาจประเมินโดยการสอบถามญาติผู้ใกล้ชิดเทียบกับ 10 ปีก่อนด้วย modified IQCODE ตลอดจนการใช้เครื่องมือต่างๆ ในการคัดกรองผู้ที่สงสัยว่าอาจมีการรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment) โดยเครื่องมือ Mini-Cog, Thai Mental State Examination (TMSE), Mini-Mental State Examination-Thai 2002 (MMSE-Thai 2002), Montreal Cognitive Assessment (MoCA), MoCA-basic, Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) เป็นต้น

2.2 ตรวจคัดกรองอาการสับสนฉับพลันด้วยการซักถามการรับรู้หรือพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปในระยะเวลาสั้นๆ ก่อนหน้านั้นไปจากพื้นฐานเดิมของผู้ป่วยและใช้เครื่องมือ Confusion Assessment Method (CAM) ประเมินเพิ่มเติม หากมีอาการสับสนฉับพลันต้องหาสาเหตุต่อไป

2.3 คัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย Thai Geriatric Depression Scale (Thai GDS) หรือแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (Patient Health Questionnaire-9: PHQ-9 หรือ 9Q) อย่างไรก็ตาม ในสถานการณ์ที่มีเวลาประเมินจำกัดอาจคัดกรองด้วย 2 คำถาม (2Q) ก่อน ประกอบด้วย 1) ภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมนั้น ท่านรู้สึกหดหู่ เศร้าหรือท้อแท้สิ้นหวังหรือไม่ และ 2) ภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมนั้น ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลินหรือไม่ หากตอบว่า “ใช่” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อจึงประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) หรือ TGDS ต่อไป

US Preventive Service Task Force ไม่ได้แนะนำให้ตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อมด้วยเครื่องมือประเมินทุกราย ยกเว้นรายที่สงสัยว่ามีความผิดปกติของการรู้คิด (cognitive impairment) หรือมีการลดลงของความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (functional decline) แต่ผู้สูงอายุทุกรายควรได้รับการสอบถามเรื่องความจำและประเมินเพิ่มเติมหากสงสัยว่าอาจมีปัญหาและหากอยู่ในคลินิกที่น่าจะมีความสุขของผู้ป่วยสมองเสื่อมสูง อาจใช้แบบประเมินเป็นเครื่องมือประเมินคัดกรองได้เลย

3. การประเมินด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (social assessment) ประเด็นที่ต้องประเมินคือเศรษฐกิจฐานสิทธิการรักษา สิทธิผู้พิการ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ แหล่งรายได้และรายจ่าย สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุโดยเน้นการประเมินเพื่อดูเรื่องความปลอดภัย เช่น ความเสี่ยงหกล้ม สุขอนามัย การระบายอากาศ แหล่งน้ำเสีย ตลอดจนความยากง่ายในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น นอกจากนั้นยังต้องประเมินผู้ดูแล

ผู้สูงอายุ (care giver) เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสำคัญอย่างมากโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความพิการหรือสมองเสื่อม ซึ่งควรประเมินในประเด็นต่างๆ เหล่านี้ คือ

3.1 ผู้ดูแลเป็นใคร มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอย่างไร เช่น เป็นภรรยา บุตร หรือเป็นผู้ดูแลที่จ้างมาใครเป็นผู้ดูแลหลัก

3.2 มีความสัมพันธ์เป็นอย่างไรกับผู้สูงอายุ (relationship)

3.3 ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ตลอดเวลาหรือไม่ ซึ่งขึ้นกับลักษณะการเจ็บป่วยของผู้ดูแลเช่นกัน

3.4 ลักษณะของผู้ดูแลเป็นอย่างไร เช่น อายุ การศึกษา สถานภาพการสมรส เศรษฐฐานะ เป็นต้น

3.5 การสนับสนุนของครอบครัวและสังคม (family and social support)

3.6 บุคลิกภาพ ความสามารถในการจัดการกับปัญหา (coping strategies) แหล่งทักษะภายในตนเอง (learned resourcefulness) และทัศนคติ (attitude) ต่อปัญหาและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและการที่ต้องเป็นผู้ดูแล

3.7 สุขภาพกายและสุขภาพจิตของผู้ดูแลเป็นอย่างไร

3.8 ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะและทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างไร

3.9 ผู้ดูแลได้รับผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยมานาน้อยเพียงใด (caregiver burden) ทั้งทางสุขภาพกาย สุขภาพจิต เวลา ความสัมพันธ์กับคนอื่นในครอบครัว เป็นต้น

4. ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (functional assessment) การถดถอยของความสามารถในการทำกิจกรรม (functional decline) อาจเกิดจากปัญหาทางกาย เช่น ปวดข้อ หอบเหนื่อย ทรงตัวไม่ดี หกล้ม อัมพฤกษ์ การมองเห็นผิดปกติ เป็นต้น หรืออาจเกิดจากปัญหาทางจิตใจ เช่น ซึมเศร้า เบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไร หรือปัญหาการบกพร่องของการรู้คิด เช่น ทำไม่เป็น หลงทิศทาง นอกจากนั้นยังอาจเกิดจากปัญหาทางสังคม ผู้ดูแลและสิ่งแวดล้อมได้อีกด้วย กล่าวได้ว่าการประเมินด้านนี้ในผู้สูงอายุเป็นความท้าทายที่สำคัญในเวชศาสตร์ผู้สูงอายุที่ทำให้บุคลากรสุขภาพรับรู้ปัญหาที่แท้จริงจนนำไปสู่การแก้ปัญหาที่ตรงจุดทำให้ผู้ป่วยสูงอายุจำนวนมากสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้อีกครั้ง แม้ผู้ป่วยสูงอายุจะเจ็บป่วยจากพยาธิสภาพที่เป็นความเสื่อมตามอายุที่รักษาไม่หายขาดและยังมีหลายพยาธิสภาพในเวลาเดียวกัน การทำให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถกลับมาทำกิจวัตรประจำวันได้ทั้งที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังดังกล่าวถือเป็นความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยตามหลักเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เพราะสิ่งสำคัญคือ ถ้าผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองและจัดระเบียบกิจกรรมในแต่ละวันได้โดยไม่ต้องมีการเปลี่ยนแปลงขั้นตอนไปจากที่เคยทำเป็นประจำในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยจะทำให้ผู้ป่วยคงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองไปได้นานเท่าที่จะทำได้ ลดภาวะพึ่งพิง ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี หากไม่สามารถทำกิจวัตรได้ก็ต้องสอบถามถึงสาเหตุที่ทำให้ไม่ได้ด้วยเสมอ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีหลายประเภท บางประเภทต้องใช้เทคโนโลยีหรือการรู้คิดในการคิดอ่านค่อนข้างมาก เช่น การใช้อินเทอร์เน็ต การโอนเงินทางมือถือ เป็นต้น อาจเหมาะสำหรับการประเมินในผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะแรกมากๆ ในผู้ที่มีการศึกษาดี

มีพื้นฐานทางเทคโนโลยีและสามารถเข้าถึงได้อยู่เดิมแต่โดยทั่วไประดับความสามารถออกเป็น 2 ระดับ ได้แก่

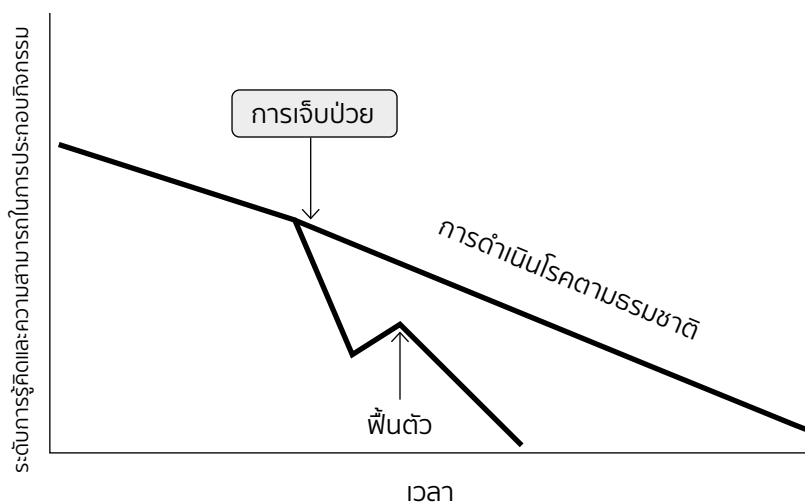
4.1 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (basic activities of daily living: basic ADLs) เช่น การลุกจากที่นอน การล้างหน้า แปรงฟัน อาบน้ำ ใส่เสื้อผ้า การรับประทานอาหาร ลุกจากเตียง เดิน ไปมาในบ้าน เดินขึ้นลงบันได เข้าห้องน้ำได้ด้วยตนเองและการกลั้นปัสสาวะ อูจจะโดยประเมินว่าผู้สูงอายุ สามารถทำกิจกรรมเหล่านี้ได้ด้วยตนเองหรือทำได้โดยต้องมีผู้ช่วยหรือทำไม่ได้เลย เช่น Barthel index หรือ Katz ADL index เป็นต้น

4.2 ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์ (instrumental activities of daily living: instrumental ADLs) เป็นความสามารถในการช่วยเหลือตนเองที่ต้องใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์ ซึ่งซับซ้อน กว่า basic ADLs เช่น การทำความสะอาดบ้าน ปรงอาหาร ซักรีดเสื้อผ้า จ่ายตลาด เดินทางออกนอกบ้าน พุดโทรศัพท์ จัดการเรื่องยาและการเงินด้วยตนเองใน Lawton IADL scale เป็นต้น

การประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมอื่นๆ แพทย์อาจต้องพิจารณาร่วมด้วย เช่น ความสามารถในการขับรถ (driving) ซึ่งในอนาคตจะมีผู้สูงอายุที่ขับรถมากขึ้น แพทย์อาจต้องประเมินการเคลื่อนไหวของ คอ แขนและขา การมองเห็น การได้ยิน การรู้คิด (cognitive function) เป็นต้น การประเมินความสามารถ ในการประกอบอาชีพต่อหลังเกษียณ ประเมินความสามารถในการเดินทางไปต่างประเทศ เป็นต้น

การเจ็บป่วยด้วยโรคเฉียบพลัน (acute illness) ทำให้เกิดการถดถอยของความสามารถในการทำ กิจกรรม (functional decline) และการรู้คิด (cognitive decline) ซึ่งอาจเกิดจากการมีการติดเชื้อ เกิด อาการสับสนเฉียบพลัน (delirium) ถึงแม้การเจ็บป่วยเฉียบพลันผ่านพ้นไปแล้ว ผู้สูงอายุก็อาจไม่ฟื้นคืนใน ด้านความสามารถในการทำกิจกรรมและการรู้คิดได้เท่าระดับเดิมก่อนป่วย

การถดถอยของการรู้คิดและความสามารถในการทำกิจกรรมเมื่อมีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน



การซักประวัติผู้สูงอายุ

การซักประวัติผู้ป่วยสูงอายุนั้นนอกจากจะต้องซักประวัติโดยทั่วไปเหมือนผู้ป่วยกลุ่มวัยอื่นแล้วยังต้องซักถึงภาวะหรือโรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ (geriatric syndromes) ความยากของการให้ได้ประวัติที่ถูกต้องในผู้ป่วยสูงอายุนั้นอาจเกิดจากสาเหตุ ดังนี้

- ผู้ป่วยมักมีอาการหลายระบบ (multiple systems)
- การเจ็บป่วยหนึ่งๆ มักมีสาเหตุปัจจัยที่หลากหลาย (multi-factorial process) เช่น การหกล้มอาจเกิดจากสายตาไม่ดี กล้ามเนื้อต้นขาอ่อนแรงจากข้อเข่าเสื่อมและพื้นต่างระดับร่วมกัน การประเมินพบปัจจัยเดียวอาจไม่สามารถแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้ทั้งหมด
- มีประวัติการรักษาที่ยาวนานโดยเฉพาะการรักษาหลายแผนกหรือหลายสถานพยาบาลทำให้เกิดความไม่ต่อเนื่องในการได้ข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ป่วย
- ปัญหาเรื่องการสื่อสาร (communication problems) เนื่องจากผู้ป่วยอาจได้ยินไม่ชัด (hearing loss) หรือมีปัญหาเรื่องการพูด เช่น มี aphasia พูดภาษาไทยไม่ได้ เป็นต้น
- มีปัญหาหลงลืมหรือสับสนทำให้ซักประวัติจากผู้ป่วยไม่ได้ เป็นต้น
- ผู้สูงอายุอาจมีอาการที่ไม่ตรงไปตรงมา (atypical presentation) ซึ่งอาจพบได้เกือบหนึ่งในสามของผู้ป่วยสูงอายุที่แผนกฉุกเฉิน เช่น ติดเชื้อแต่ไม่มีไข้ หรือติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะแต่มาด้วยเรื่องซึม เบื่ออาหาร เดินไม่ได้ หกล้ม ปัสสาวะราด แทนที่จะมาด้วยไข้ ปัสสาวะแสบขัดขุ่น ปวดหลัง หรือ ไทรอยด์เป็นพิษอาจมาด้วยอาการเบื่ออาหาร ซึมเศร้า โดยไม่มี exophthalmos ไทรอยด์โตหรือเหงื่อออก ไข้จ্বরเร็ว เป็นต้น นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยบางอย่างอาจมาพบแพทย์ด้วยอาการเดียวคือการถดถอยของความสามารถในการทำกิจกรรม (functional decline)
- ผู้สูงอายุอาจบอกอาการเจ็บป่วยน้อยกว่าความเป็นจริง (underreport illness) เช่น ท้องผูก ปัสสาวะเล็ด หลงลืม เดินทรงตัวไม่ดี เป็นต้น ซึ่งอาจเกิดจากความคิดที่ว่าเป็นอาการปกติในผู้สูงอายุหรืออาจพบในผู้สูงอายุที่กลัวการต้องตรวจเพิ่มเติมหรือรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล

ดังนั้นแพทย์จึงต้องใช้เวลาในการซักประวัติให้เพียงพอ ใช้คำพูดที่ช้า ชัดเจน ออกเสียงด้วยระดับเสียงดังพอสมควร และพูดในระดับสายตาของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอ่านริมฝีปากได้ บริเวณที่ซักประวัติควรเป็นที่ส่วนตัวและไม่มีเสียงรบกวนเนื่องจากอาจดึงดูดความสนใจของผู้ป่วยไปจากคำถามของแพทย์และผู้ป่วยอาจได้ยินเสียงแพทย์ไม่ชัด นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีอาการหลงลืม สับสน หรือซึม แพทย์ต้องซักประวัติเพิ่มเติมจากญาติใกล้ชิดและผู้ดูแล ตลอดจนศึกษาประวัติในเวชระเบียน (medical records) เพื่อช่วยในการประเมิน อย่างไรก็ตามควรถามอาการและความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยด้วยเสมอ แม้ผู้ป่วยจะมีภาวะสมองเสื่อมแล้วโดยเฉพาะสมองเสื่อมระยะต้นที่ยังสามารถให้ข้อมูลได้ระดับหนึ่งและยังรับรู้การพูดคุยของแพทย์กับญาติ การซักประวัติในผู้สูงอายุนั้นประกอบไปด้วยประวัติการเจ็บป่วยทั่วไปเหมือนในผู้ป่วยกลุ่มอื่นคือ ข้อมูลทั่วไป อาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน ประวัติอดีต ประวัติส่วนตัว ประวัติครอบครัวและประวัติ

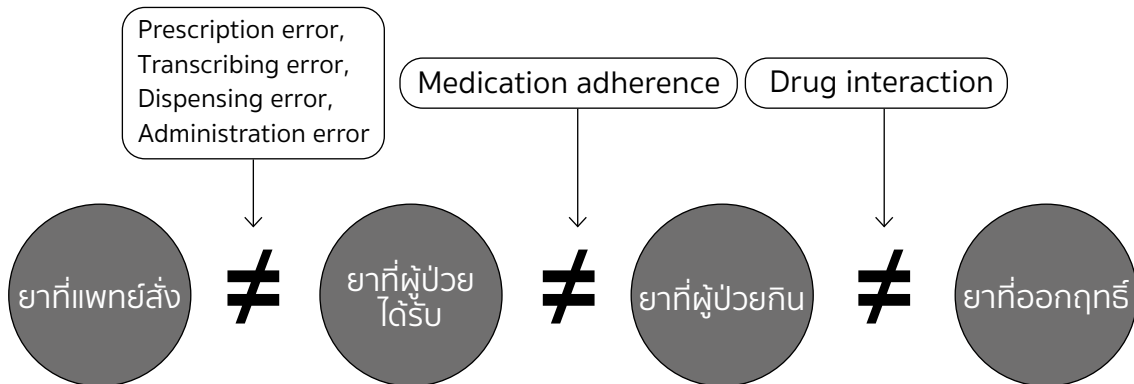
อาการตามระบบ นอกจากนั้นแล้วต้องมีประวัติที่จำเพาะสำหรับผู้ป่วยสูงอายุอีกด้วย การซักประวัติและการตรวจร่างกายเบื้องต้นเพื่อหาปัญหาที่อาจจะถูกละเลยไป เช่น ถ้าแพทย์ไม่ถามเรื่องความจำ อารมณ์เศร้า กลั้นปัสสาวะไม่อยู่หรือหกล้ม เป็นต้น ก็อาจทำให้ไม่สามารถวินิจฉัยโรคหรือแก้ปัญหาให้ผู้ป่วยได้และควรซักประวัติด้านความสามารถในการทำกิจกรรม (function) ความจำ อารมณ์ ผู้ดูแล สิ่งแวดล้อมและสิทธิการรักษาพยาบาล เศรษฐฐานะตามหลักการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมที่ครอบคลุม (comprehensive geriatric assessment) ที่กล่าวไปข้างต้น หลังจากที่ได้ข้อมูลเบื้องต้นแล้วจึงทำการซักประวัติและตรวจร่างกายเพิ่มเติมในปัญหาที่สงสัยนั้น

ข้อมูลการซักประวัติ

- ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยอายุ เพศ เชื้อชาติและสถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ (รวมถึงอาชีพในอดีต) ที่มาของข้อมูล ความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูล ผู้นำผู้ป่วยมาส่ง ผู้ดูแล รายได้และประกันสุขภาพ เป็นต้น
- อาการสำคัญ ผู้สูงอายุอาจมีอาการสำคัญมากกว่า 1 อย่างเนื่องจากมีหลายปัญหา ดังนั้นจึงควรที่จะถามถึงเหตุผลที่แท้จริงที่มาตรวจ รวมถึงระยะเวลาที่มีอาการ
- ประวัติปัจจุบัน อาการของผู้ป่วยมักมีหลายอาการคาบเกี่ยวกัน ควรสนใจเฉพาะอาการที่มีความสำคัญทางคลินิก ได้แก่ อาการที่รบกวนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ควรซักถามเกี่ยวกับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำงาน การทำกิจวัตรประจำวันด้วย การลดลงของความสามารถในการทำกิจกรรม (functional decline) อย่างรวดเร็ว เช่น การรับประทานอาหาร การกลั้นปัสสาวะอุจจาระ เป็นต้น มักมีสาเหตุหรือเกิดจากโรคมมากกว่าการเปลี่ยนแปลงตามวัย
- ประวัติอดีต ไม่จำเป็นต้องถามถึงการเจ็บป่วยทุกโรคในวัยเด็กเนื่องจากได้ประโยชน์น้อยมาก ควรถามถึงความเจ็บป่วยที่ร้ายแรงที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือต้องหยุดงาน นอกจากนั้นแพทย์ควรซักถามถึงโรคที่อาจมีผลต่อการเจ็บป่วยในปัจจุบันและอนาคต เช่น วัณโรค เบาหวาน โรคในกลุ่ม atherosclerotic cardiovascular disorders เช่น ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น
- ประวัติครอบครัว โรคที่ถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ที่มีผลต่อผู้ป่วยซึ่งมีไม่มากนัก ที่สำคัญคือประวัติสมองเสื่อมในครอบครัวหากผู้ป่วยเริ่มมีอาการสมองเสื่อมก่อน 65 ปี premature atherosclerotic disorders/ death ประวัติที่แพทย์ควรให้ความสำคัญมากคือความสัมพันธ์ในครอบครัว ญาติพี่น้อง ลูกหลานและผู้ดูแลผู้ป่วยและการดูแลผู้ป่วย

- ประวัติส่วนตัวและสังคม ควรถามถึงสภาพแวดล้อม ที่อยู่อาศัยโดยเฉพาะประเด็นที่อาจส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยในการดำรงชีวิต เสี่ยงต่อการหกล้ม ความยากง่ายในการเข้าถึงระบบบริการการสุขภาพ (healthcare access) เศรษฐฐานะของครอบครัว อาชีพ หน้าที่การงาน ความเป็นอยู่ สถานภาพการสมรสด้วยเสมอ
- ประวัติการใช้ยา ผู้สูงอายุมักมีการใช้ยาหลายชนิดทั้งที่ได้รับจากแพทย์หลายสถานพยาบาลและจากที่ซื้อหามาเองหรือได้จากแหล่งอื่นๆ เช่น เพื่อนบ้าน ญาติพี่น้อง เป็นต้น จึงควรต้องซักรายละเอียดยาที่ได้รับทั้งหมด รวมทั้งยาหยุดตา ยาทาผิวหนัง ยาระบาย ยานอนหลับ วิตามิน ยาลูกกลอนสมุนไพรต่างๆ ถ้าเป็นไปได้ควรให้ผู้สูงอายุนำยามาให้แพทย์ดูด้วยและควรประเมินความถูกต้องของการใช้ยาในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีการใช้ยาไม่ตรงกับที่แพทย์สั่ง (medication nonadherence) ค่อนข้างบ่อยและคำนึงว่ายาที่แพทย์ได้สั่งใช้อาจไม่ใช่ยาที่ผู้ป่วยได้รับและใช้จริง และยาที่ใช้จริง อาจไม่ได้แปลว่ายาจะออกฤทธิ์ตามนั้น หากมียาที่อาจมีอันตรกิริยากับยา (drug interaction) ดังกล่าว

ความสัมพันธ์ของการรับประทานยาและผลต่อการออกฤทธิ์ของยาต่อร่างกาย



- ประวัติมุมมอง ความรู้สึกรู้สีกของผู้ป่วยต่อการเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลของตนเอง ทักษะคิดต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและการรับการรักษา

อาการตามระบบ

- อาการทั่วไป : ซักประวัติไข้ เบื่ออาหาร น้ำหนักลด อ่อนเพลีย
- ผิวหนัง : ซักประวัติผื่นคัน ตุ่มน้ำ pigmentation ไข้หรือก้อนที่โตเร็ว แผลเรื้อรัง แผลกดทับ การหลังเหยงที่ผิดปกติ เล็บ ผมหักผิดปกติ

- ศีรษะ : ชักประวัติอาการปวดศีรษะ มึนงง (dizziness) เวียนศีรษะ (vertigo) อาการเป็นลม (syncope) อุบัติเหตุที่ศีรษะอาการหมดสติ (loss of consciousness)
- หู ตา คอ จมูกปาก : ประวัติการมองเห็น การได้ยินเสียง เสียงดังในหู ear discharge, epistaxis, postnasal drip เลือดออกตามไรฟัน ปวดฟัน การใช้ฟันปลอม แผลในปาก การรับรส เป็นต้น
- หัวใจและหลอดเลือด : เจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น (palpitation) เหนื่อยง่าย (dyspnea) นอนราบแล้วเหนื่อย (orthopnea) บวม intermittent claudication ประวัติโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ ประวัติการตรวจพิเศษการทำงานของหัวใจ
- ระบบหายใจ : ประวัติหายใจหอบเหนื่อย ไอ มีเสมหะปนเลือด ใกล้เคียงผู้ป่วยวัณโรค ภาพเอกซเรย์ทรวงอก
- ระบบทางเดินอาหาร : ความอยากอาหาร (appetite) การกลืนลำบาก คลื่นไส้อาเจียน ท้องอืด การขับถ่ายอุจจาระ ถ่ายอุจจาระดำหรือมีเลือดปน ท้องผูก
- ระบบทางเดินปัสสาวะ : ปัสสาวะขัด การกลั้นปัสสาวะ ปัสสาวะกลางคืน (nocturia) ปัสสาวะมีเลือดปน (hematuria) ปัสสาวะมากเกินไป (polyuria) ปัสสาวะไม่พุ่งต้องเบ่ง เป็นต้น
- ระบบโลหิต : ภาวะซีด อาการเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย จ้ำเลือดออกตามตัวหรือเลือดออกผิดปกติ
- ระบบต่อมไร้ท่อ : ก่อนต่อมน้ำเหลืองโตตามตัว
- ระบบต่อมไร้ท่อ : ประวัติคอไต (ต่อมไทรอยด์) ขี้หนาวหรือขี้ร้อน น้ำหนักลดหรือเพิ่มโดยไม่มีสาเหตุชัดประวัติโรคเบาหวาน ภาวะปัสสาวะมากเกินไป (polyuria) เป็นต้น
- ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก : ข้อฝืด ปวดข้อ ขยับข้อลำบาก ข้อบวมแดงร้อน
- ระบบประสาท : ประวัติเป็นลมหมดสติ ชัก อ่อนแรง ชาหรือความรู้สึกลึบผิดปกติ (tremor) เดินเซ การเดินที่ผิดปกติ ประวัติหกล้ม การหลงลืม การมองเห็นและการได้ยิน เป็นต้น
- จิตเวช : อารมณ์เศร้า ท้อแท้ เบื่อหน่าย หงุดหงิด วิตกกังวล การนอนหลับ พฤติกรรมแปลกๆ
- ระบบสืบพันธุ์ : ประวัติความต้องการทางเพศ (libido) ภาวะหย่อนสมรรถภาพทางเพศ (impotence) การตรวจภายในครั้งสุดท้าย เลือดออกผิดปกติทางช่องคลอด ตกขาวคันบริเวณอวัยวะเพศ เป็นต้น
- เต้านม : ก่อนบริเวณเต้านมเจ็บ เต้านมหวั่นมบวมหรือมี nipple discharge การตรวจเต้านมด้วยตนเองและแพทย์ครั้งสุดท้าย การตรวจ mammogram

การตรวจร่างกายผู้ป่วยสูงอายุ

การตรวจร่างกายผู้ป่วยสูงอายุต้องพยายามรบกวนผู้ป่วยให้น้อยที่สุด วางแผนการตรวจเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยต้องนอนและลุก สลับไปมา ควรตรวจโดยใช้เวลาที่จำกัด เนื่องจากผู้ป่วยอาจอ่อนเพลียหรือผู้ป่วยสมองเสื่อม อาจเกิดอาการหงุดหงิด ไม่ร่วมมือได้ บางครั้งอาจต้องแบ่งตรวจเป็นหลายครั้ง แพทย์ควรที่จะทราบและแยกความผิดปกติของโรคออกจาก การเปลี่ยนแปลงตามอายุได้ การตรวจผู้ป่วยสูงอายุมีข้อควรคำนึงเพิ่มขึ้นกว่าคนหนุ่มสาวดังนี้

- **ลักษณะทั่วไป**

- ดูลักษณะทั่วไปที่อาจบ่งถึงการที่ดูแลตัวเองถดถอยลง เช่น ความสะอาดของร่างกาย ลักษณะที่อาจบ่งถึงการเกิดอุบัติเหตุหรือการถูกทำร้ายร่างกาย
- วัดความสูงและชั่งน้ำหนัก การมาตรวจควรชั่งน้ำหนักเพื่อดูการเปลี่ยนแปลงทุกครั้ง ถ้าน้ำหนักลดลงมากกว่าร้อยละ 2 ใน 1 สัปดาห์ หรือร้อยละ 5 ใน 3 เดือน หรือร้อยละ 10 ใน 6 เดือนควรหาสาเหตุ
- วัดอุณหภูมิร่างกาย ถ้าต่ำกว่า 36.5 องศาเซลเซียสควรวัดทางทวารหนักด้วยว่ามี hypothermia จริงหรือไม่
- วัดความดันโลหิตว่ามี orthostatic hypotension หรือไม่ และดู heart rate response ว่าถ้าเพิ่มขึ้นน้อยกว่า 10 ครั้งต่อนาทีในขณะที่ความดันโลหิตตกลง บ่งชี้ว่ามี baroreceptor reflex impairment
- ผู้สูงอายุอาจมี pseudohypertension เนื่องจาก atherosclerotic arteries ให้ทำ Osler maneuver ถ้า systolic blood pressure สูงกว่า 160 มม.ปรอท และยังคลำ radial pulse ได้ แม้เพิ่มความดันโลหิตใน cuff วัดความดันโลหิตเกิน 160 มม.ปรอท แล้ว

- **HEENT (Head, eye, ear, nose, throat)**

ศีรษะ : ผู้ป่วยสูงอายุที่มาด้วยเรื่องปวดศีรษะบริเวณขมับ ปวดกราม ปวดหูและไข่มุ่ไม่ทราบสาเหตุ แพทย์ผู้ตรวจควรคลำ temporal arteries ด้วยเสมอว่าเจ็บหรือหนาตัวขึ้นหรือไม่เพื่อดูภาวะ temporal arteritis

ตา : ผู้สูงอายุอาจมี arcus senilis ซึ่งพบได้ตั้งแต่อายุประมาณ 50 ปีขึ้นไป การตรวจดู fundus อาจทำได้ยากขึ้นเนื่องจากมีต้อกระจก (cataracts) และ papillary constriction ควรตรวจ visual acuity ด้วย Snellen chart ทุกรายเนื่องจากผู้สูงอายุมีปัญหาการมองเห็นอย่างมากประมาณร้อยละ 8 และยังพบว่ามีต้อหิน (glaucoma) และ senile macular degeneration ได้

หู : ควรตรวจการได้ยินเนื่องจากผู้สูงอายุอาจมี impacted-cerumen, external otitis หรือลิ้งแปลงปลอมในหูได้โดยการตรวจ friction rub หากผิดปกติจึงตรวจ otoscope ต่อ

ช่องปากและฟัน : ตรวจฟันผุ ฟันคุดสบ ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันปลอมควรตรวจดูว่าฟันปลอมพอดีกับเหงือกหรือไม่ และให้ผู้ป่วยถอดฟันปลอมเพื่อดูว่ามีคราบหินปูน เศษอาหารซ่อนอยู่หรือไม่ และตรวจดูว่ามีแผลจากการเสียดสีหรือไม่ สำรวจบริเวณใต้ลิ้นซึ่งเป็นตำแหน่งที่พบมะเร็งระยะเริ่มแรกได้บ่อย ถ้าผู้ป่วยมีเหงือกบวมแดง อักเสบ เลือดออกหรือฟันปลอมไม่พอดีควรส่งปรึกษาทันตแพทย์ นอกจากนั้นตรวจดูลิ้นเลื่อน (atrophic glossitis) ปากและคอแห้ง (xerostomia) ด้วย

คอ : ตรวจดูการเคลื่อนไหวของกระดูกคอ คลำต่อมไทรอยด์ว่าโตหรือมีก้อนหรือไม่ ตรวจดู jugular venous pulse และฟัง bruit ที่หลอดเลือดแดง carotid อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่มี bruit ที่หลอดเลือดแดง carotid แต่ไม่มีอาการ อาจไม่มีการลดลงของการไหลเวียนเลือดไปสมองมากนัก การตรวจพบ bruit มีความสัมพันธ์กับ generalized atherosclerosis และ coronary insufficiency มากกว่าโรคหลอดเลือดสมองตีบ

- หัวใจและหลอดเลือด ผู้ที่มี kyphoscoliosis อาจคลำ point of maximal impulse (PMI) คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ผู้สูงอายุอาจมี aortic valve sclerosis โดยไม่มีผลต่อ hemodynamic มากนัก ตรวจร่างกายพบ short, early-peaking systolic ejection murmur ความดังมักไม่เกิน grade II/VI และมักไม่ radiate ไปหลอดเลือด carotid นอกจากนั้นผู้ป่วยสูงอายุยังอาจมี S4 ได้บ่อยโดยไม่ค่อยมีความสำคัญทางคลินิก ส่วน S3 gallop มักเกิดในกรณีที่มี congestive heart failure การตรวจพบ diastolic murmur ในผู้สูงอายุถือว่าผิดปกติเสมอ คลำหลอดเลือดแขนขาทั้ง 2 ข้างเนื่องจากอาจมี atherosclerosis มากจนทำให้ pulsation ไม่เท่ากัน และอาจมี peripheral arterial disease (PAD) ในผู้สูงอายุอาจคลำได้แค่ posterior tibial หรือ dorsalis pedis pulsation อย่างใดอย่างหนึ่ง ถ้าคลำไม่ได้ทั้งคู่ควรตรวจหา signs of ischemia อื่น เช่น ขนร่วง เท้าเย็นและเจ็บ gangrene, poor capillary refill กรณีที่สงสัย PAD ควรวัด ankle brachial index หรือตรวจ doppler ultrasonography นอกจากนั้นต้องดูแผลบริเวณเท้าด้วย เช่น venous stasis ulcer (แผลมักมี hyperpigmentation และอยู่ด้าน medial side)

- ระบบหายใจ การขยายตัวของทรวงอก (chest expansion) มักลดลงเนื่องจากผนังทรวงอกสูญเสียการยืดหยุ่น (elasticity) นอกจากนั้นอาจตรวจพบ basilar rales โดยไม่มีโรคใดๆ ไม่จำเป็นต้องมีหัวใจวาย (Heart failure) หรือปอดอักเสบ การตรวจอาจทำได้โดยให้ผู้ป่วยหายใจลึกๆ 2-3 ครั้งหรือไอ แล้วจึงตรวจซ้ำ ดังนั้นจึงควรมีการตรวจ rales และบันทึกไว้ในช่วงที่ผู้ป่วยอาการปกติดี การฟังได้ localized wheezing อาจบ่งถึง obstructive bronchial lesion เช่น โรคหอบหืด

- เต้านม โรคหอบหืดเต้านมเป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ แพทย์ควรแนะนำให้ผู้สูงอายุตรวจเต้านมด้วยตนเองทุกเดือนและตรวจโดยแพทย์ทุก 1 ปี การตรวจโดยแพทย์มีความไวในการพบก้อนขนาดมากกว่า 1 ซม. ร้อยละ 87 ในผู้สูงอายุมักไม่ค่อยพบ fibrocystic disease เนื่องจากขาดฮอร์โมนกระตุ้น นอกจากนั้นผู้สูงอายุอาจมีหัวนมบุ๋มได้แต่สามารถถกดรอบๆ หัวนมให้กลับคืนเป็นปกติได้ ขณะที่หัวนมบุ๋ม (nipple retraction) จากมะเร็งเต้านมไม่สามารถถกดกลับคืนเป็นปกติได้ การตรวจเต้านมในผู้ป่วยกลุ่มนี้แพทย์ควรตรวจดูผิวหนังที่ถูกเต้านมทับอยู่ว่ามีการอักเสบหรือติดเชื้อหรือไม่

- ช่องท้อง เริ่มจากดู ฟัง เคาะ คลำ ตรวจหาว่ามี distension หรือแผลเป็นจากการผ่าตัดที่บริเวณใดหรือไม่ ผู้สูงอายุที่มี kyphosis มากอาจนอนราบไม่ได้ทำให้ดูเหมือนมี distension ของช่องท้อง ในผู้ป่วยที่มี osteoporosis และกระดูกสันหลังยุบหลายอันอาจเห็นผิวหนังหน้าท้องยื่นมาพับรวมกันเป็นชั้นๆ ผู้สูงอายุบางรายอาจมีผนังหน้าท้องบางทำให้สามารถคลำก้อนอุจจาระในลำไส้ใหญ่ได้ถ้าผู้ป่วยท้องผูกและคิดว่า

เป็นก้อนผิดปกติ กรณีนี้แพทย์ควรจะให้ยาระบายแล้วตรวจซ้ำอีกครั้ง อาการของการอักเสบของเยื่อช่องท้อง (peritonitis) อาจไม่ชัดเจน บางครั้งอาจคลำได้ pulsatile mass จาก tortuous aorta หรือ aortic aneurysm ซึ่งมักมีขนาดใหญ่กว่า 3 เซนติเมตร

นอกจากนั้นการตรวจช่องท้องแพทย์ผู้ตรวจควรดูด้วยว่าผู้ป่วยมี urinary retention หรือไม่และคลำ hernial orifice ว่ามี hernia หรือไม่ ในการตรวจ digitalrectal examination แพทย์ควรสังเกตว่ามี fecal impaction หรือไม่ ซึ่งอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยท้องผูกมี agitation หรือ spurious diarrhea ได้ ตรวจ anal sphincter tone ในรายที่สงสัย blood loss ควรส่งอุจจาระที่ได้ตรวจ stool occult blood นอกจากนั้นควรคลำต่อมลูกหมากและสังเกตว่ามี rectal mass หรือไม่

- ระบบอวัยวะสืบพันธุ์สตรีในผู้ที่ sexually inactive postmenopausal stage หรือมี musculoskeletal deformity อาจต้องตรวจภายในท่า left lateral position โดยนิ้วมือข้างหนึ่งตรวจใน rectum มืออีกข้างหนึ่งคลำบริเวณ suprapubic area เพื่อประเมิน bimanual palpation คลำขนาดรังไข่และมดลูก ผู้สูงอายุควรมี atrophic uterus และคลำรังไข่ไม่ได้ ควรตรวจโดยใช้ vaginal speculum และทำ pap smear เป็นครั้งคราว ถ้า sexually active ควรตรวจปีละครั้ง ถ้าปกติติดต่อกัน 3 ปีจึงตรวจประเมินทุก 3 ปี ถ้าปกติจนอายุ 65 ปีสามารถงดการตรวจ pap smear ในครั้งต่อไปได้

การตรวจภายใน แพทย์ควรสังเกตด้วยว่าผู้ป่วยมี cystocele, rectocele, uterine prolapse, และ atrophic vaginitis หรือไม่ เนื่องจากกล้ามเนื้อในช่องเชิงกรานหย่อนลง ผู้ป่วยที่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะ ควรตรวจ stress incontinence ด้วยโดยให้ผู้ป่วยลองไอแล้วดูว่ามีปัสสาวะเล็ดหรือไม่ กรณีที่ไม่มีปัสสาวะเล็ดและสงสัย overflow incontinence ให้ตรวจ postvoiding residual urine ถ้าปัสสาวะเหลือค้างเกิน 100 มล. ถือว่าผิดปกติ

- แขน ขา ตรวจดูว่ามีข้ออักเสบหรือผิดรูปหรือไม่ อาจพบ Heberden's node ที่ distal interphalangeal joints ในผู้ที่มีข้อนิ้วมือเสื่อม หรืออาจพบ tophi ในโรคเกาต์ บางรายอาจมีนิ้วหัวแม่มือเท้าเอียง (hallux valgus)

- เท้า ตรวจดูว่ามีแผลหรือไม่ เช่น diabetic foot ulcer, fungal infection ของเท้าและเล็บเท้า callus, bunion, plantar wart ดูลักษณะของรองเท้าที่ใส่ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการหกล้ม

- หลัง ตรวจดูว่ามีกระดูกสันหลังบริเวณ spinous process หรือไม่ ซึ่งพบได้ใน vertebral compression fracture ดูว่ามี kyphosis, scoliosis หรือไม่

- ผิวหนัง ผู้สูงอายุอาจจะมีผิวแห้งลง (xerosis) ทำให้คันและมีการลดลงของ skin turgor ทำให้ประเมินภาวะ dehydration ไม่ได้จาก skin turgor ผิวหนังผู้สูงอายุยังมี hyperpigmented macular lesions เรียกว่า lentigines นอกจากนั้นยังมี seborrheic keratosis ซึ่งมักพบในผู้ที่มีโรคระบบประสาท เช่น พาร์กินสัน อัลไซเมอร์ จะพบ erythematous patch ที่มี greasy scales บริเวณหนังศีรษะ คิ้ว ร่องแก้ม หลังหู เป็นต้น senile purpura, actinic keratosis ได้ อาจพบการติดเชื้อของแบคทีเรียใน

cellulitis, erysipelas หรือเชื้อราของผิวหนัง ได้แก่ tinea และ cutaneous candidiasis และเล็บ (onychomycosis) หรือรอยโรคของงูสวัด นอกจากนั้นควรตรวจดูแผลเรื้อรังซึ่งอาจเป็นมะเร็งผิวหนัง (basal cell carcinoma และ squamous cell carcinoma) ในบริเวณที่ถูกแสงแดดบ่อย หรือตรวจดูหูตาดำ ฟังปอด ที่โตเร็ว โรคถุงน้ำต่างๆ เช่น bullous pemphigoid เป็นต้นในผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวได้น้อย ต้องตรวจหาแผลกดทับ (pressure ulcer) ซึ่งแบ่งเป็น 4 ระดับด้วย

- ระบบประสาท

- Higher cortical function: 1) ตรวจดูระดับความรู้สึกตัว (consciousness) 2) ทดสอบการใช้ภาษา ได้แก่ ความคล่องของการพูด (fluency) การพูดตาม (repetition) ให้เรียกชื่อสิ่งของ (naming) และความเข้าใจภาษา (comprehension) 3) ทดสอบการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล (orientation) และ 4) ทดสอบ mental status examination โดยเฉพาะความจำระยะสั้น (short term memory) และสมาธิจดจ่อ (attention)
- Motor tone เพิ่มขึ้น muscle wasting บริเวณ temporalis muscle และ deltoids ตรวจดูว่ามี spasticity, rigidity และการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติ (abnormal movement) เช่น tremor ซึ่งพบได้ใน Parkinson's disease, Cerebellar disease, Hyperthyroid และ Essential tremor เป็นต้น
- ผู้สูงอายุอาจมีการลดลงของ vibratory sensation โดยเฉพาะที่เท้าทั้ง 2 ข้างได้
- Deep tendon reflex อาจลดลงหรือหายไปบริเวณ ankle jerk และตรวจพบ frontal lobe releasing signs ได้ เช่น palmomental reflex, snout reflex เป็นต้น
- ตรวจดูการทรงตัวและการเดิน (gait and balance) โดยใช้ "get-up and go test" โดยให้ผู้ป่วยลุกจากเก้าอี้ เดินเป็นระยะทาง 10 เมตร หมุนตัวกลับแล้วเดินไปนั่งที่เดิม แพทย์ผู้ตรวจสังเกตการเดิน การยกเท้า ฐานของการวางเท้า ความยาวและความถี่ของการก้าวเท้า (stride) การทรงตัวว่ามี instability หรือไม่ เดินเซ (ataxia) หรือไม่ มี stooped posture หรือไม่ การแกว่งแขนเป็นอย่างไร (arm swing) มี hesitation และ festination หรือไม่ ดูการหมุนกลับตัว ผู้ตรวจตรวจการเดินต้องระวังไม่ให้ผู้ป่วยหกล้มและควรให้ผู้ช่วยเหลือหรือญาติผู้ป่วยเดินในระยะเวลาที่สามารถช่วยประคองผู้ป่วยได้ทัน การสังเกตการเดินสามารถช่วยวินิจฉัยโรคและประเมิน function ของผู้ป่วยได้มาก

ตัวอย่างชุดคำถามและการตรวจเบื้องต้นเพื่อค้นหาปัญหาในผู้สูงอายุ

การมองเห็น (vision) : ตรวจการมองเห็นโดยสามารถให้ผู้สูงอายุใช้เลนส์หรือแว่นสายตาช่วยได้ ถ้าการมองเห็นน้อยกว่า 20/40 ให้ตรวจเพิ่มเติมโดยจักษุแพทย์ หรือ หากไม่มีอุปกรณ์อาจทดสอบโดยให้อ่านตัวอักษรขนาดประมาณ 0.5 เซนติเมตรที่ระยะห่าง 1 ฟุต (ทำทีละข้าง)

การได้ยิน (hearing) : กระซิบคำถามง่ายๆ (whispering test) ที่ระยะห่างจากผู้ป่วย 2 ฟุตโดยผู้ป่วยไม่เห็นริมฝีปากผู้ทดสอบ หรือ ทำ friction rub ถ้าไม่ได้ยินโดยที่หูชั้นนอกปกติให้ตรวจ audiometry เพิ่ม

การทำงานของแขนและขา (upper and lower extremity function) : ให้ผู้ป่วยยกแขนขึ้น 2 ข้างไปไว้ด้านหลังศีรษะ ตรวจดูว่ามี tremor หรือ rigidity หรือไม่ และ ให้ผู้ป่วยลุกจากเก้าอี้ เดินประมาณ 10 ฟุต อาจใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ถ้าการเดินผิดปกติให้ตรวจระบบประสาท กล้ามเนื้อและกระดูกเพิ่ม

ปัสสาวะเล็ด (urinary incontinence) : ถามผู้ป่วยว่าเคยกลั้นปัสสาวะไม่อยู่หรือไม่ ถ้าเคยให้ซักรายละเอียดเพิ่มเติม ดูว่ามี การติดเชื้อ (infection) การอุดตันทางเดินปัสสาวะ (obstruction) ผลข้างเคียงจากยาหรือไม่ อาจต้องตรวจเพิ่มเติมทางนรีเวชหรือระบบทางเดินปัสสาวะ

ภาวะโภชนาการ (nutrition) : ให้ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ซักประวัติความอยากอาหาร อาการเกี่ยวกับทางเดินอาหาร การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก ถ้ามี่น้ำหนักลดเกินร้อยละ 2 ใน 1 สัปดาห์หรือร้อยละ 10 ใน 6 เดือนให้ประเมินหาสาเหตุเพิ่มเติม

การรู้คิด (cognitive function) : ซักถามการเปลี่ยนแปลงของความจำระยะสั้น พฤติกรรมและอารมณ์ หรือ มีการถดถอยของความสามารถในการทำกิจกรรม (functional decline) หากสงสัยการรู้คิดผิดปกติให้ตรวจเพิ่มเติมด้วย Mini-Mental State Examination (MMSE) หรือเครื่องมือประเมินอื่นๆ

ภาวะซึมเศร้า (depression) : คัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q) ก่อน 1) ภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึกหดหู เศร้าหรือท้อแท้สิ้นหวัง หรือไม่ และ 2) ภายใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่ หากตอบว่า “ใช่” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ ให้ประเมินต่อด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) หรือ TGDS ต่อไปและส่งต่อจิตแพทย์ถ้ามีภาวะซึมเศร้า

การทำกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living: ADLs) : ซักถามความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันทั้ง basic ADLs และ instrumental ADLs

สิ่งแวดล้อมที่บ้าน (home environment) : อาจต้องเยี่ยมบ้านในรายที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวหรือซักประวัติแล้วเห็นว่าสภาพบ้านอาจไม่เหมาะสม

การสนับสนุนทางสังคม (social support) : ถามถึงบุคคลที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ในกรณีฉุกเฉิน ผู้ดูแล ค่าใช้จ่าย สิทธิการรักษา

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและความคุ้มค่า (cost-effectiveness) ของการส่งตรวจเป็นสิ่งที่ไม่แพทย์ควรระลึกไว้เสมอ ซึ่งผลของการตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้สูงอายุอาจมีค่าเปลี่ยนแปลงได้ ค่าปกติต่างๆ ของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการมักอยู่ในช่วงค่าเบี่ยงเบนร้อยละ 95 ของประชากร

กลุ่มอ้างอิงซึ่งมักไม่ใช่ประชากรที่อายุมากๆ แต่เกณฑ์การแปลผลการตรวจบางอย่างยังคงเหมือนกับวัยหนุ่มสาว

ความคลาดเคลื่อนที่อาจเกิดขึ้นของผลการตรวจอาจเกิดจาก

- Preanalytical variation เป็นความคลาดเคลื่อนที่เกิดจากขั้นตอนการเตรียมผู้ป่วย ทำของผู้ป่วย ขณะถูกเจาะเลือด หลอดทดลองและสารเคมีภายในที่ใช้บรรจุเลือด ชนิดของตัวอย่างส่งตรวจ การนำส่งและการเก็บตัวอย่างส่งตรวจ เป็นต้น ดังเช่นทำนอนและทำนั่งของการเจาะเลือดอาจทำให้ผล total cholesterol และ HDL cholesterol เบี่ยงเบนได้ร้อยละ 15 ผู้สูงอายุบางรายหาตำแหน่งเจาะเลือดยากและต้องรัดแขนด้วย tourniquet นานทำให้ค่า cholesterol เพิ่มขึ้น หรือการตรวจ complete blood count (CBC) capillary blood แทนที่จะใช้ venous blood ทำให้ platelet count ลดลงได้ถึงร้อยละ 32 Hemoglobin เพิ่มขึ้นได้ถึงร้อยละ 10 และ white cell count เพิ่มขึ้นได้ถึงร้อยละ 23 นอกจากนี้ผู้สูงอายุอาจเจาะเลือดได้ยากทำให้มีเม็ดเลือดแดงแตกและเกิดโพแทสเซียมสูงในหลอดทดลองได้
- Analytical variation เป็นความคลาดเคลื่อนจากการใช้เครื่องมือ automate ในการวัดค่าต่างๆ
- Biological variation เช่น ปัจจัยจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากอายุโดยตรง

การเปลี่ยนแปลงของผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในผู้ป่วยสูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี

ชนิด	ค่าที่ไม่เปลี่ยนแปลง	ค่าที่เปลี่ยนแปลง	ระดับของการเปลี่ยนแปลง
Blood chemistry	Serum bilirubin AST ALT GGT	Alkaline phosphatase	เพิ่มขึ้นในผู้ชาย 0-20% ในผู้หญิง* 0-37%
		Serum albumin	ลดลงเล็กน้อย
		Serum magnesium	ลดลงร้อยละ 15 *
		Serum calcium	ลดลงเล็กน้อย
		Uric acid	เพิ่มขึ้นเล็กน้อย
Lipids		Total cholesterol	เพิ่มขึ้นในผู้หญิงช่วงอายุ 55 ปี ผู้ชาย 60 ปี 30-40 มก./ดล. แนวโน้มลดลงหลังอายุ 70 ปี
		HDL cholesterol	เพิ่ม 30% ในผู้ชายและลด 30% ในผู้หญิง*
		Triglycerides	เพิ่ม 30% ในผู้ชายและ 50% ในผู้หญิง *
		Fasting blood glucose	เพิ่ม 30% ในผู้ชายและ 50% ในผู้หญิง *
Blood glucose		Fasting blood glucose	เพิ่มขึ้น 2 มก./ดล. ทุก 10 ปี หลังอายุ 30 ปี

ชนิด	ค่าที่ไม่เปลี่ยนแปลง	ค่าที่เปลี่ยนแปลง	ระดับของการเปลี่ยนแปลง
Pulmonary arterial blood gas	pH PaCO ₂	PaO ₂	ลดลง 25% *
	PaO ₂ (mm Hg) = 100.1 - (0.325 x อายุ (ปี))		
Renal function	Serum creatinine	Creatinine clearance	ลดลง 10 มล./ นาที/ 1.73 ม ² / 10 ปี
	Creatinine clearance = $\frac{(140 - \text{อายุ}) \times \text{น้ำหนัก (กก.)}}{72 \times \text{serum creatinine}}$ (ในผู้หญิงคูณด้วย 0.85)		
Thyroid function	T ₄	T ₃	อาจลดลงเล็กน้อย
		TSH	อาจลดลงเล็กน้อย
Hematology	Hematocrit Hemoglobin Red blood cell indices Platelet count Coagulation profile	Leukocyte count	ลดลงเล็กน้อยหรือไม่เปลี่ยนแปลง
		ESR	อาจเพิ่มได้ถึง 69 มม./ชม. (40 มม./ชม. ในผู้ชายและ 45 มม./ชม. ในผู้หญิง)
		Vitamin B ₁₂	อาจลดลงเล็กน้อย

ALT, alanine aminotransferase; AST, aspartate aminotransferase; ESR, erythrocyte sedimentation rate; GGTP, gamma-glutamyl transpeptidase; HDL, high-density lipoprotein; TSH, thyrotropin; T4, thyroxine; T3, triiodothyronine

บทสรุป

แพทย์ผู้ดูแลควรตระหนักตลอดเวลาว่าปัญหาที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุอาจเกิดจากหลายสาเหตุซึ่งมีผลต่อกันและเมื่อประเมินปัญหาแล้วมักพบว่ามีความจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขโดยเฉลี่ย 6 อย่าง (พิสัย 3-8 อย่าง) การประเมินผู้ป่วยสูงอายุแบบองค์รวมที่ครอบคลุม (Comprehensive geriatric assessment: CGA) นั้น นอกจากประวัติและการตรวจร่างกายซึ่งมีข้อควรคำนึงเฉพาะในการเก็บข้อมูลและการแปลผล ยังรวมถึงการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและการกิจกรรม (functional status) การประเมินความสามารถของสมองและจิตใจ (mental and psychiatric status) การประเมินสังคมแวดล้อมของผู้ป่วย ครอบครัวและฐานะทางเศรษฐกิจ (social and economic factors) และการวางแผนเพื่อป้องกัน ดูแลและรักษาสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุอย่างเหมาะสม ซึ่งการประเมินเหล่านี้แพทย์ผู้ดูแลควรเน้นด้านการป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ รวมถึงพยายามมองหาปัญหาที่ผู้ป่วยมีอยู่

เอกสารอ้างอิง

Rockwood K, Silviu JL, Fox RA. Comprehensive geriatric assessment. Helping your elderly patients maintain functional well-being. Postgrad Med 1998; 103: 247-9, 254-8, 264.

Gallo JJ, Stanley L, Zack NE, Reichel W. Multidimensional assessment of the older patient. In: Reichel W, editors. Care of the elderly. Clinical aspects of aging. 4th ed. USA: William & Wilkins; 1995. p. 15-30.

Gudmundsson D, Carnes M. Geriatric assessment: making it work in primary care practice. Geriatrics 1996; 51: 55-7, 61-2, 65.

Palmer RM. Geriatric assessment. Med Clin North Am 1999; 83: 1503-23.

Reuben DB. Principles of geriatric assessment. In: Hazzard WR, Blass JP, Ettinger W, editors. Principles of geriatric medicine and gerontology. 4th ed. New York: McGRAW-Hill; 1999. p. 467-81.

Shields L, Henderson V, Caslake R. Comprehensive Geriatric Assessment for Prevention of Delirium after hip fracture: a systematic review of randomized controlled trials. J Am Geriatr Soc 2017; 65:1559-65.

Morley JE. Rapid geriatric assessment: secondary prevention to stop age-associated disability. Clin Geriatr Med 2017; 33: 431-40.

ดุษฎีพรารณา พิศาลสารกิจ สุทธิศาเรืองรัศมี วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. การประเมินผู้สูงอายุอย่างครบถ้วน การคัดกรองและการจำแนกผู้ป่วยในคลินิกผู้สูงอายุ (Comprehensive geriatric assessment, screening, and triage in a geriatric clinic). ใน: วีรศักดิ์เมืองไพศาล, บรรณาธิการ. การจัดการภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ (Emergency management for the elderly). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์; 2557. หน้า 35-54.

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. การจัดตั้งองค์ประกอบที่สำคัญและการพัฒนาคุณภาพคลินิกผู้สูงอายุ (Geriatric clinic: development, key components and quality improvement). ใน: วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, บรรณาธิการ. พหุวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุขั้นต้น (Gerontology and Geriatrics for Primary Care Practice). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์; 2560. หน้า 31-50.

วีรศักดิ์เมืองไพศาล. ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุและการป้องกันใน: ประเสริฐอัสสันชัย, บรรณาธิการ. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. กรุงเทพฯ: ยูเนี่ยนครีเอชั่น; 2554. หน้า 129-59.

วีรศักดิ์เมืองไพศาล. การตรวจคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในชุมชน. ใน: วีรศักดิ์เมืองไพศาล, บรรณาธิการ. การป้องกันการประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์; 2559. หน้า 25-33.

Agency for Healthcare Research and Quality/ U.S. Preventive Services Task Force. The guide to clinical preventive services 2012.

Fields SD. History-taking in the elderly: obtaining useful information. *Geriatrics* 1991; 46: 26-8, 34-5.

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. หลักในการประเมินผู้ป่วยสูงอายุ. *คลินิก*. 2547; 238: 1-13.

Limpawattana P, Phungoen P, Mitsungrern T, Laosuangkoon W, Tansangworn N. Atypical presentations of older adults at the emergency department and associated factors. *Arch GerontolGeriatr* 2016; 62: 97-102.

Muangpaisan W, Pisalsalakij D, Intalaporn S, Chatthanawaree W. Medication non-adherence in elderly patients in a Thai Geriatric clinic. *Asian Biomed* 2014; 8: 541-45.

Mathias S, Nayak US, Isaacs B. Balance in elderly patients: the get-up and go test. *Arch Phys Med Rehabil* 1986; 67: 387-9.

Duthie EH Jr, Abbasi AA. Laboratory testing: current recommendations for older adults. *Geriatrics* 1991; 46: 41-5, 49-50.

Brigden ML, Heathcote JC. Problems in interpreting laboratory tests. What do unexpected results mean? *Postgrad Med* 2000; 107: 145-6, 151-2, 155-8.



กรมการแพทย์

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ