กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES
สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ
Siriraj Health Policy
หน่วยวิจัยเพื่อขับเคลื่อนนโยบายสุขภาพ

# แนวทางการดูแล ผู้สูงอายุที่มี ภาวะเปราะบาง



สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์












# แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์

# แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง

## บรรณาธิการ


| | |
|---|---|
| แพทย์หญิงบุษกร โลหารชุน | สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ |
| รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงวราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ | คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล |
| ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์หฤษฎ์ ปัณณะรัฐ | คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล |
| แพทย์หญิงพรพิศ ตรีบุพชาติสกุล | โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก |


## คณะผู้จัดทำ


| | |
|---|---|
| แพทย์หญิงบุญญรัตน์ มณี | โรงพยาบาลพุทธชินราช พิษณุโลก |
| นายแพทย์อธิป กฤตยสิงห์ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ |
| แพทย์หญิงมานิตา กิตติเลิศวรกุล | สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ |
| นางสาวสุทิศา ปิติญาณ | โรงพยาบาลศิริราช |
| นางกฤษณา ตรียมณีรัตน์ | สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ |
| นางกมลาศ ทองมีสิทธิ์ โยสท์ | สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ |
| นางพงางาม พงศ์จตุรวิทย์ | สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ |
| นางสาวปนิตา มุ่งกลาง | สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ |
| นางสาวเกศราภรณ์ ไค่นุ่นภา | สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ |



**พิมพ์ครั้งที่ 1** กันยายน 2568 จำนวน 2,000 เล่ม

ISBN: 978-616-11-5526-1

**จัดพิมพ์โดย** สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

**พิมพ์ที่ :** บริษัท สินทวีการพิมพ์ จำกัด
64/2 หมู่ที่ 5 ถนนบางกรวย-ไทรน้อย ตำบลบางกรวย จังหวัดนนทบุรี 11130
โทร. 0 2408 2602



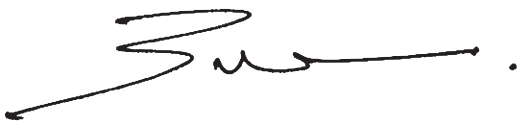
# คำนำ

จากการเข้าสู่สังคมสูงอายุของประเทศไทย ได้มีการคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2580 สัดส่วนประชากรสูงอายุจะสูงกว่าประชากรวัยเด็กกว่าเท่าตัว และในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องถึงร้อยละ 4.5 จากการเปลี่ยนแปลงของสัดส่วนประชากรดังกล่าว ส่งผลให้อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุเพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ประกอบกับอัตราส่วนเกื้อหนุนลดลง สะท้อนให้เห็นว่ายิ่งประชากรมีอายุยืนยาวขึ้น ยิ่งมีแนวโน้มที่จะต้องพึ่งพาการดูแลช่วยเหลือจากผู้อื่นเพิ่มขึ้น

ภาวะเปราะบาง (Frailty) เป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ อันเกิดจากการเสื่อมถอยของร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยความชุกของภาวะเปราะบางทั่วโลกนั้นอยู่ที่ร้อยละ 12 - 24 ของจำนวนประชากร สำหรับการเก็บข้อมูลในประเทศไทยพบว่ามีความชุกของภาวะเปราะบางร้อยละ 22 - 42 และภาวะก่อนเปราะบางร้อยละ 10 - 19 ในกลุ่มของผู้ที่มีภาวะเปราะบางนั้น พบร้อยละ 29.1 มีการสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง และร้อยละ 81.8 มีโรคประจำตัวอย่างน้อย 1 โรค รวมถึงสัมพันธ์กับการถดถอยของการทำงานของร่างกาย เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหว และการช่วยเหลือตัวเองล้วนแล้วทำให้เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดเหตุที่ไม่พึงประสงค์แก่ผู้สูงอายุ คือ การพลัดตกหกล้ม กระดูกหัก การนอนโรงพยาบาล และการเสียชีวิต

ภาวะเปราะบาง (Frailty) จึงเป็นความท้าทายของบุคลากรทางการแพทย์ในด้านการวินิจฉัยเนื่องจากไม่มีอาการจำเพาะเช่นเดียวกับโรคหรือภาวะอื่น ๆ ทางการแพทย์ ร่วมกับบุคลากรส่วนใหญ่ยังขาดความตระหนักถึงผลของภาวะเปราะบาง อย่างไรก็ตาม ภาวะเปราะบางนับว่าเป็นภาวะที่เปลี่ยนแปลงไปมาได้ สุขภาพของผู้สูงอายุจะมีการดำเนินตั้งแต่แข็งแรง ภาวะเปราะบาง ภาวะพึ่งพิง และเสียชีวิต หากสามารถรักษาความแข็งแรงไว้ได้ร่างกายก็จะเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงได้ยาก

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง จัดทำขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการประเมิน และดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางแก่แพทย์และบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อจัดระบบการดูแลให้รองรับผู้สูงอายุที่ยังคงสมรรถนะร่างกายดีให้คงอยู่ และชะลอหรือป้องกันในกลุ่มที่เสี่ยง ส่วนกลุ่มเปราะบาง กลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงก็จะได้รับการดูแลในระบบการดูแลระยะยาว และเชื่อมโยงระบบการดูแลตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิอย่างไร้รอยต่อ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไทย



(นางบุษกร โลหารชุน)
ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

# สารบัญ


| | | หน้า |
|---|---|---|
| **คำนำ** | | |
| **สารบัญ** | | |
| **สารบัญภาพ** | | ก |
| **สารบัญตาราง** | | ข |
| **คำย่อ** | | ค |
| **บทนำ** | ผู้สูงอายุกับภาวะเปราะบาง | 1 |
| **บทที่ 1** | ภาวะเปราะบาง (Frailty) : นิยาม ความสำคัญ กลไกการเกิด และการวินิจฉัย | 5 |
| **บทที่ 2** | การดูแลผู้สูงอายุเปราะบางในระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน (Acute care for frail older persons) | 13 |
| **บทที่ 3** | การดูแลผู้สูงอายุเปราะบางระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional care for frail older persons) | 23 |
| **บทที่ 4** | การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุเปราะบาง (Hospital-based intermediate care for frail older persons) | 39 |
| **บทที่ 5** | การดูแลระยะกลางในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุเปราะบาง (Community-based intermediate care for frail older persons) | 53 |
| **บทที่ 6** | การดูแลระยะกลางที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุเปราะบาง (Home-based Intermediate care for frail older persons) | 61 |
| **บทที่ 7** | การตรวจติดตามการรักษาแบบผู้ป่วยนอกสำหรับผู้สูงอายุเปราะบาง (Outpatient department follow up for frail older persons) | 73 |
| **บทที่ 8** | การดูแลผู้สูงอายุเปราะบางที่มารับการผ่าตัด (Perioperative care for frail older persons) | 83 |
| **บทสรุป** | รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง (Frailty care model) | 93 |
| **ภาคผนวก** | | |
| เอกสารแนบหมายเลข 1 | Modified Thai Frailty Index | 98 |
| เอกสารแนบหมายเลข 2 | Modified Thai Frailty Index ฉบับปรับเข้ากับ Barthel index | 100 |
| เอกสารแนบหมายเลข 3 | FRAIL scale | 103 |
| เอกสารแนบหมายเลข 4 | Potential inappropriate medication ที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้สูงอายุเปราะบาง | 104 |
| เอกสารแนบหมายเลข 5 | รายการยาที่ควรหลีกเลี่ยงหรือปรับลดขนาดในผู้สูงอายุเปราะบางที่มีการทำงานของไตลดลง | 107 |
| เอกสารแนบหมายเลข 6 | Thai Frailty Index with frailty domain intervention | 109 |

# สารบัญ (ต่อ)


| | | หน้า |
|---|---|---|
| เอกสารแนบหมายเลข 7 | Transitional care plan for frailty | 113 |
| เอกสารแนบหมายเลข 8 | แบบประเมินความเหมาะสมในการเข้า hospital-based IMC | 116 |
| เอกสารแนบหมายเลข 9 | แบบสรุปผลการประเมิน CGA สำหรับ IMC | 118 |
| เอกสารแนบหมายเลข 10 | Standing order สำหรับ IMC | 120 |
| เอกสารแนบหมายเลข 11 | Progress note สำหรับ IMC | 121 |
| เอกสารแนบหมายเลข 12 | MDT meeting and discharge checklist | 122 |
| เอกสารแนบหมายเลข 13 | Discharge summary สำหรับ IMC | 123 |
| เอกสารแนบหมายเลข 14 | แบบประเมินผู้สูงอายุที่บ้าน INHOMESSS และการบันทึก CROP with SOAP | 126 |

# สารบัญภาพ


| ภาพที่ | | หน้า |
|---|---|---|
| ภาพที่ 1 | การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเฉียบพลัน | 1 |
| ภาพที่ 2 | ระยะของการดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง ระบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน และการดูแลระยะกลางจะลดโอกาสทุพลภาพ | 4 |
| ภาพที่ 1.1 | การดำเนินสุขภาพของผู้สูงอายุ | 5 |
| ภาพที่ 1.2 | การดำเนินสุขภาพของผู้สูงอายุ ระดับความแข็งแรงที่เปลี่ยนแปลงหลังมีอาการเจ็บป่วย | 6 |
| ภาพที่ 1.3 | กลไกการเกิดภาวะเปราะบาง | 7 |
| ภาพที่ 3.1 | สายธารการดูแลผู้สูงอายุเปราะบางเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเฉียบพลัน | 23 |
| ภาพที่ 3.2 | การเปลี่ยนแปลงของระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้สูงอายุในระยะต่าง ๆ ของความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุเปราะบาง | 24 |
| ภาพที่ 5.1 | การดูแลแบบรอบด้านในชุมชนและที่บ้าน สำหรับผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟูภาวะเปราะบาง | 54 |
| ภาพที่ 6.1 | แนวทางลดการสั่งใช้ยา 5 ขั้นตอน (CEASE deprescribing framework) | 66 |
| ภาพที่ 7.1 | ตัวอย่าง flow การตรวจติดตามแบบผู้ป่วยนอกหลังออกจากโรงพยาบาลในคลินิกผู้สูงอายุ | 80 |
| ภาพที่ 8.1 | แผนภูมิการดูแลผู้สูงอายุเปราะบางที่เข้ารับการผ่าตัด | 85 |
| ภาพที่ 9.1 | ตัวอย่าง flow ในการจัดระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุเปราะบางเจ็บป่วยเฉียบพลัน | 94 |

# สารบัญตาราง

**ตารางที่** **หน้า**

ตารางที่ 1.1 ความสัมพันธ์ของภาวะเปราะบาง กับโรคร่วมหรือภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 8

# คำย่อ (Abbreviation)

| คำย่อ | ความหมาย |
|---|---|
| รพ.สต. | โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล |
| อสม. | อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน |
| อพม. | อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ |
| ACP | Advance care plan |
| ADE | Adverse drug event |
| ADL | Activities daily of living (BADLs: Basic ADLs, IADLs: Instrumental ADLs) |
| BPSD | Behavioral and psychological symptoms of dementia |
| CAREGIVER | Care, Affection, Rest, Empathy, Goal of care, Information, Ventilation, Empowerment, Resources |
| CAM | Confusion assessment method |
| CEASE | Clinic features, Effectiveness, Ask, Stop, Explain |
| CGA | Comprehensive geriatric assessment |
| CROP | Conclusion, Record, Obstacle, Plan for next visit |
| CrCl | Creatinine clearance |
| DRPs | Drug-related problems |
| ERAS | Enhanced Recovery After Surgery |
| FICA | Faith and Belief, Importance and Influence, Community, Address and Application |
| IMC | Intermediate care |
| MDT | Multidisciplinary team |
| MMSE | Mini-mental state examination |
| MNA | Mini nutritional assessment |
| MoCA | Montreal cognitive assessment |
| MR | Medication reconciliation |
| NCDs | Non-communicable diseases |
| OPD | Out-patient department |
| OT | Occupational therapist |
| PIM | Potential inappropriate medication |

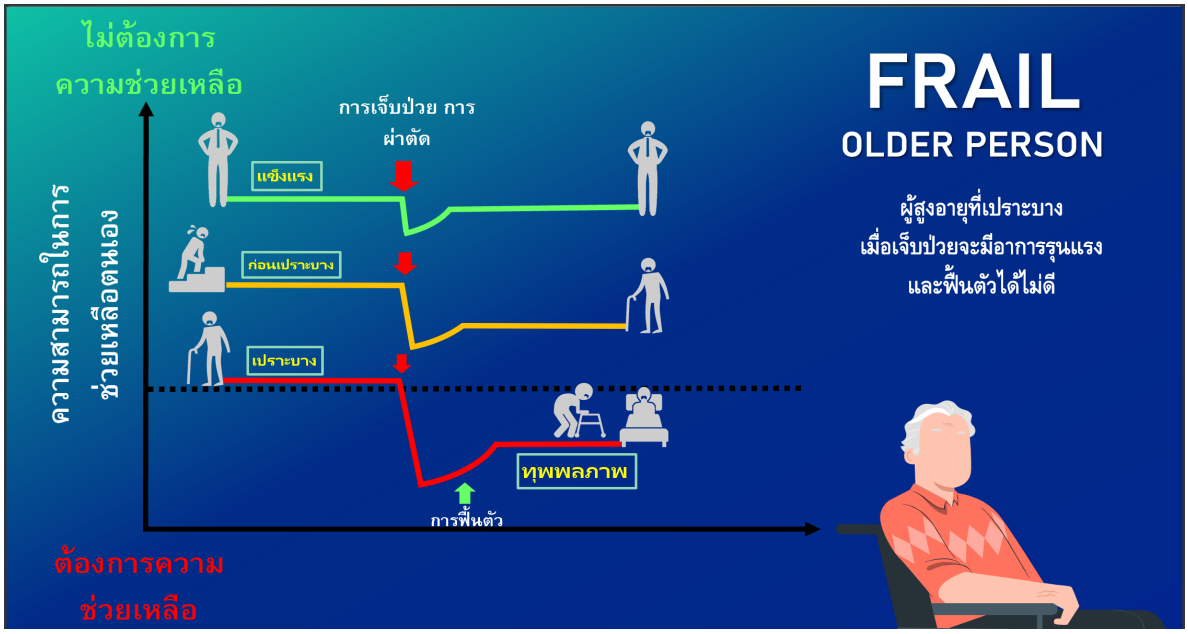
| คำย่อ | ความหมาย |
|---|---|
| PM&R | Physical medicine and rehabilitation |
| PT | Physical therapist |
| TFI | Thai frailty index |
| TGDS | Thai geriatric depression scale |
| TMSE | Thai mental state examination |
| TUG | Time up and go |
| SOAP | Subjective, Objective, Assessment, Planning |
| SPENT | Society of Parenteral and Enteral Nutrition of Thailand |
| SPPB | Short physical performance battery test |
| ZBI | Zarit burden interview |

# บทนำ
# ผู้สูงอายุกับภาวะเปราะบาง

**ผู้สูงอายุเปราะบางคือกลุ่มเสี่ยงสำคัญ**

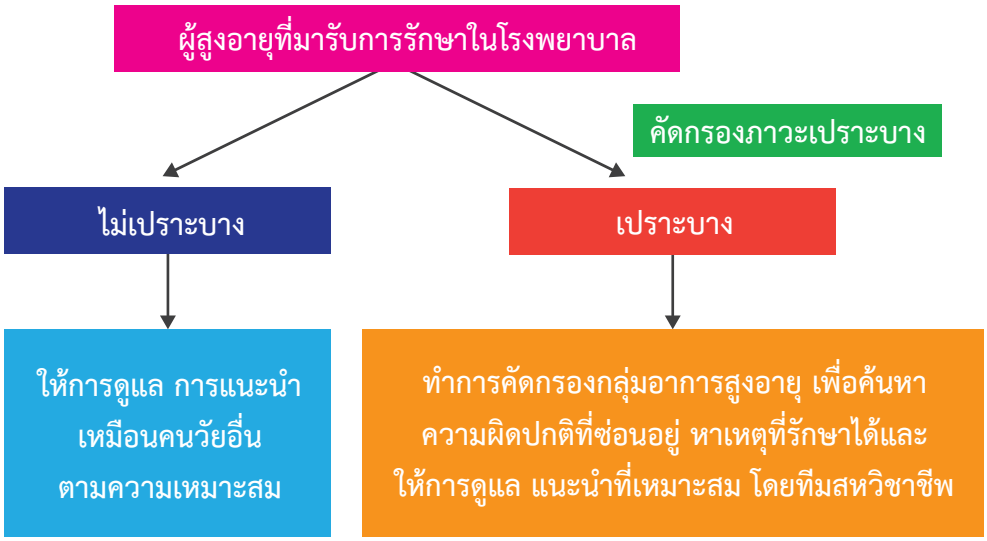
ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุ (aged society) คือมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 10 ตั้งแต่ปี 2548 และปัจจุบันได้เข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (complete aged society) คือมีประชากรที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 และสัดส่วนนี้มีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากอัตราการเกิดลดลง และอายุขัยเฉลี่ยของคนไทยที่มากขึ้น

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีความหลากหลาย (heterogeneity) โดยผู้ที่มีอายุ (chronological age) เท่ากันอาจมีความแข็งแรงไม่เท่ากัน เนื่องจากผู้สูงอายุอาจมีโรคทางกายที่แตกต่างกัน ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน และมีสมรรถภาพสมองที่แตกต่างกัน อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีระดับความสามารถในการดำรงชีวิตอยู่ด้วยตัวเองที่แตกต่างกันไป ผู้สูงอายุเปราะบาง (frail older persons) เป็นคำที่ใช้กันในวงกว้าง เพื่อสื่อถึงผู้สูงอายุที่ไม่ค่อยแข็งแรง ช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง มีแนวโน้มที่จะต้องการความช่วยเหลือและต้องการการดูแลเป็นพิเศษจากบุคคลในครอบครัวและจากบุคคลด้านต่าง ๆ เพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปลอดภัยและมีคุณภาพ ในขณะเดียวกันในทางการแพทย์และการสาธารณสุข มีการใช้คำว่าเปราะบาง (frailty) อย่างกว้างขวางเช่นกัน โดยก็ยังคงหมายถึงกลุ่มผู้ที่มีความถดถอยของสมรรถภาพทางกาย ทางสมอง และมีการลดลงของสมรรถนะในการดูแลตัวเองในชีวิตประจำวัน แต่ยังไม่ได้มีปัญหามาก จนก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพ (disability) โดยเราอาจแบ่งผู้สูงอายุเป็นกลุ่มได้ตามภาพที่ 1 ซึ่งทำให้เห็นภาพของความแตกต่างของผู้สูงอายุตามความเปราะบางได้




ภาพที่ 1 การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเฉียบพลัน
จะแตกต่างกันไปตามระดับความเปราะบาง

การคัดกรองภาวะเปราะบางมีประโยชน์ในการค้นหาผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เพราะผู้สูงอายุเปราะบางมีโอกาสเกิดกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) ได้บ่อย มีโอกาสสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะทุพพลภาพตามหลังความเจ็บป่วย การคัดกรองภาวะเปราะบางจึงเป็นจุดเริ่มต้นที่จะทำให้เกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมมากขึ้น เพราะสามารถคัดเลือกเฉพาะกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมาประเมินแบบรอบด้าน (comprehensive geriatric assessment : CGA) ทำการวินิจฉัยกลุ่มอาการสูงอายุร่วมไปกับโรคทางกาย อันจะนำไปสู่การวางแผนดูแลที่เหมาะสมต่อไป




แพทย์และบุคลากรทางสาธารณสุขควรตระหนักว่า เมื่อผู้สูงอายุเปราะบางเกิดการเจ็บป่วยทางกาย จะส่งผลกระทบต่อสมอง จิตใจ และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองเสมอ ความถดถอยในด้านต่าง ๆ เกิดขึ้นพร้อม ๆ กับการเจ็บป่วยทางกาย และเมื่อโรคทางกายดีขึ้นแล้ว ผู้สูงอายุเปราะบางจะยังคงมีปัญหาในมิติอื่นที่ต้องใช้เวลาในการฟื้นตัว ต้องการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและสมรรถภาพทางสมอง ต้องการสารอาหารที่มากขึ้นและเหมาะสม ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ในช่วงเวลาที่เหมาะสม จะถดถอยมากขึ้น จนเป็นภาวะทุพพลภาพถาวร

**ระบบการดูแลผู้สูงอายุเปราะบางคือความท้าทาย**

ภาวะเปราะบางสัมพันธ์กับการเข้าโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ ระยะเวลาครองเตียงที่นานกว่ามีอัตราการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ (re-visit , re-admission) ที่ระยะเวลา 1 เดือนในอัตราที่สูงมาก จึงเป็นประเด็นท้าทายของระบบสุขภาพของประเทศไทยและทั่วโลก การตระหนักถึงภาวะนี้ ทำให้เกิดระบบการดูแลที่รอบด้าน เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการรักษา ลดผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการรักษา ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุและครอบครัว การทำให้เกิดระบบการดูแลภาวะเปราะบางในสังคมไทย ที่ก้าวหน้าทัดเทียมกับประเทศอื่น ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทวีปยุโรป ซึ่งมีการวางแผนอย่างเป็นระบบทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติการ องค์ประกอบที่ควรมีประกอบด้วย

1. การเผยแพร่องค์ความรู้เกี่ยวกับภาวะเปราะบางให้กับบุคลากรทางสาธารณสุขให้ทั่วถึง และการสร้างความตระหนักให้เห็นความสำคัญของการวินิจฉัย การป้องกัน และการดูแล

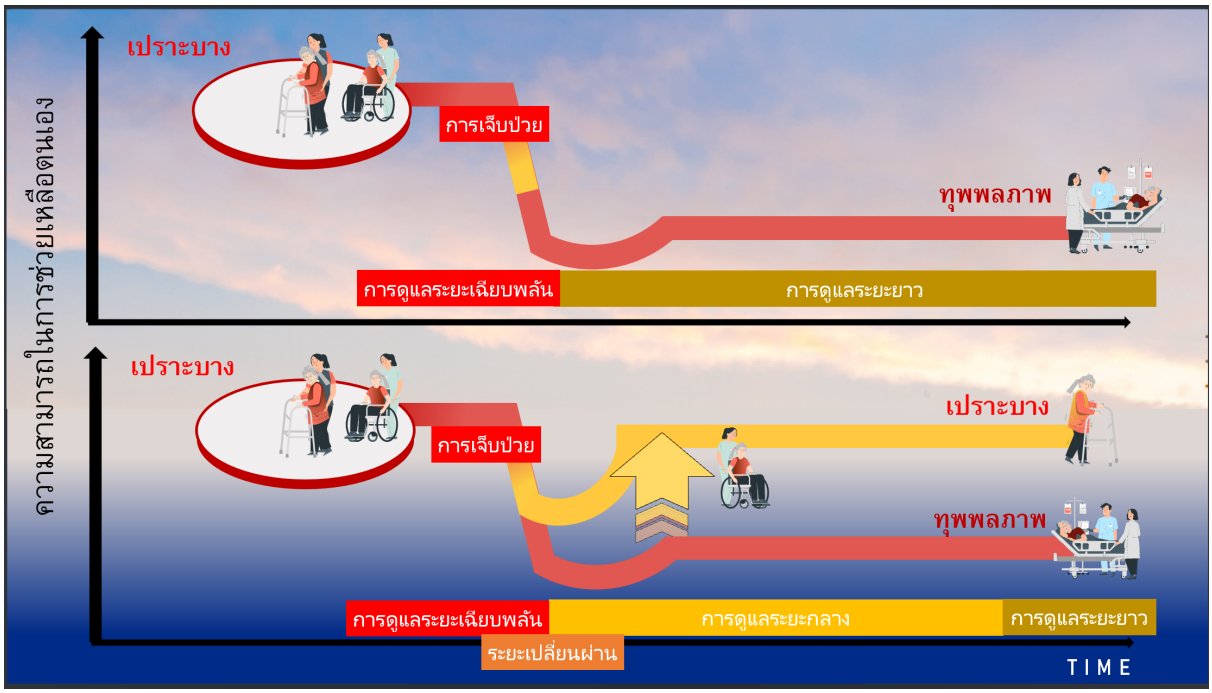
2. มีนโยบายภาครัฐด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ครอบคลุมกลุ่มเปราะบาง ก่อนเปราะบาง และกลุ่มแข็งแรง รวมถึงการสนับสนุนให้สหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องได้มีองค์ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง
3. มีการสร้างความเข้มแข็งของชุมชน มีความตระหนักรู้ เข้าใจ ดูแลภาวะเปราะบางเบื้องต้นได้ สนับสนุนให้เกิดระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุเปราะบางในชุมชน ลดการพึ่งพิงระบบบริการสุขภาพภาครัฐ
4. มีงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง ระบบการดูแลสุขภาพและสุขภาวะในผู้สูงอายุ
5. การร่วมมือขององค์กรภาครัฐและเอกชนในการดูแลและพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุเปราะบางในสังคม

## ระบบการดูแลผู้สูงอายุเปราะบางที่พึงประสงค์

ระบบบริการทางสาธารณสุขประกอบด้วยการรักษาในช่วงต่าง ๆ โดยในบริบทหลักที่บุคลากรและประชาชนรู้จักและเข้าใจมากที่สุดคือ การรักษาระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน (acute care) เป็นการดูแลรักษาในช่วงที่ผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยทางกายที่ต้องการการดูแลทางการแพทย์ที่เข้มข้น ซึ่งเป้าหมายหลักของการรักษาระยะเฉียบพลันนี้คือการรักษาให้หายจากการเจ็บป่วย เมื่อฟื้นตัวจากโรคก็จะได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลไปดูแลฟื้นตัวที่บ้าน และหากมีภาวะทุพพลภาพตามมาก็เข้าระบบบริการการดูแลระยะยาว (long-term care)

การดูแลผู้สูงอายุเปราะบางในประเทศไทยที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ยังขาดระบบที่ชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุหลังจากพ้นระยะเฉียบพลัน ส่งผลให้ผู้สูงอายุเปราะบางที่มีสมรรถภาพถดถอยหลังความเจ็บป่วย จึงเกิดความถดถอยต่อเนื่องจนเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงและตกเป็นภาระของระบบบริการการดูแลระยะยาว (long-term care) การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (transitional care) และการดูแลระยะกลาง (intermediate care) จึงเป็นทางเชื่อมและจุดเปลี่ยนสำคัญที่จะป้องกันภาวะทุพพลภาพถาวรได้

สำหรับผู้สูงอายุเปราะบาง หากมีแต่บริการการดูแลในระยะเจ็บป่วยเฉียบพลันโดยไม่มีการดูแลอย่างเป็นระบบในระยะเปลี่ยนผ่าน จะมีผู้ป่วยจำนวนมากที่ต้องกลายเป็นผู้มีภาวะทุพพลภาพถาวร ติดเตียง ต้องการการดูแลระยะยาว อันเป็นภาระให้กับครอบครัวและสังคมสูง แต่หากมีการดูแลที่เหมาะสม คือมีการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านและการดูแลระยะกลางที่ดี จะช่วยให้ผู้สูงอายุเปราะบางฟื้นตัวได้ดีขึ้น ลดความถดถอย สามารถกลับไปดูแลตัวเองได้ใกล้เคียงเดิม ลดภาระของครอบครัวและสังคมลงได้




ภาพที่ 2 ระยะของการดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง ระบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน และการดูแลระยะกลางจะลดโอกาสทุพพลภาพ

คู่มือนี้จะกล่าวถึงแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางตลอดวิถีความเจ็บป่วย (patient journey) โดยเริ่มตั้งแต่การคัดกรองในขณะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยความเจ็บป่วยเฉียบพลัน ไปจนถึงการดูแลเมื่อกลับไปสู่ชุมชน ระบบการดูแลที่เป็นการทำงานบูรณาการร่วมกันของสหวิชาชีพเพื่อให้ได้ประสิทธิผลสูงสุด จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ลดภาระของครอบครัวและสังคม

# บทที่ 1
# ภาวะเปราะบาง (Frailty):
# นิยาม ความสำคัญ กลไกการเกิด และการวินิจฉัย

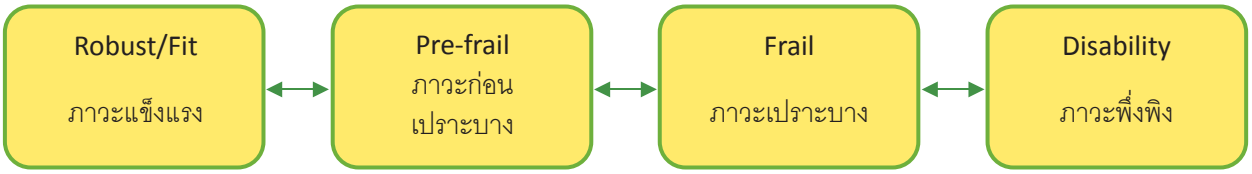
ภาวะเปราะบาง (frailty) เป็นหนึ่งในกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (geriatric syndromes) ซึ่งพบได้บ่อยและมีความท้าทายในการวินิจฉัย เนื่องจากมีอาการไม่จำเพาะเจาะจง แตกต่างจากโรคหรือภาวะอื่น ๆ ทางการแพทย์ ภาวะเปราะบางทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงต่อภาวะที่ไม่พึงประสงค์ เช่น การหกล้ม การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตลอดไปจนถึงมีอัตราการเสียชีวิตที่สูงขึ้น หากบุคลากรทางสาธารณสุขสามารถประเมินและให้การดูแลรักษาอย่างถูกต้องและทันท่วงที ก็จะสามารถลดปัญหาและผลกระทบที่จะเกิดขึ้นในผู้สูงอายุและครอบครัวได้

## นิยาม

มีนักวิจัยกำหนดนิยามภาวะเปราะบางมานานกว่า 30 ปี ถึงแม้จะมีการปรับปรุงพัฒนามาอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังมีความหลากหลาย ในการประชุมร่วมของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ได้กำหนดความหมายของภาวะเปราะบางว่าคือ **กลุ่มโรค (medical syndrome) ที่เกิดจากหลายสาเหตุ และมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายมิติ อันส่งผลให้มีอาการถดถอยของความแข็งแรง ความทนทาน และการทำงานในระบบต่าง ๆ ของร่างกาย นำไปสู่ความอ่อนแอและเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะพึ่งพิงหรือเสียชีวิต**

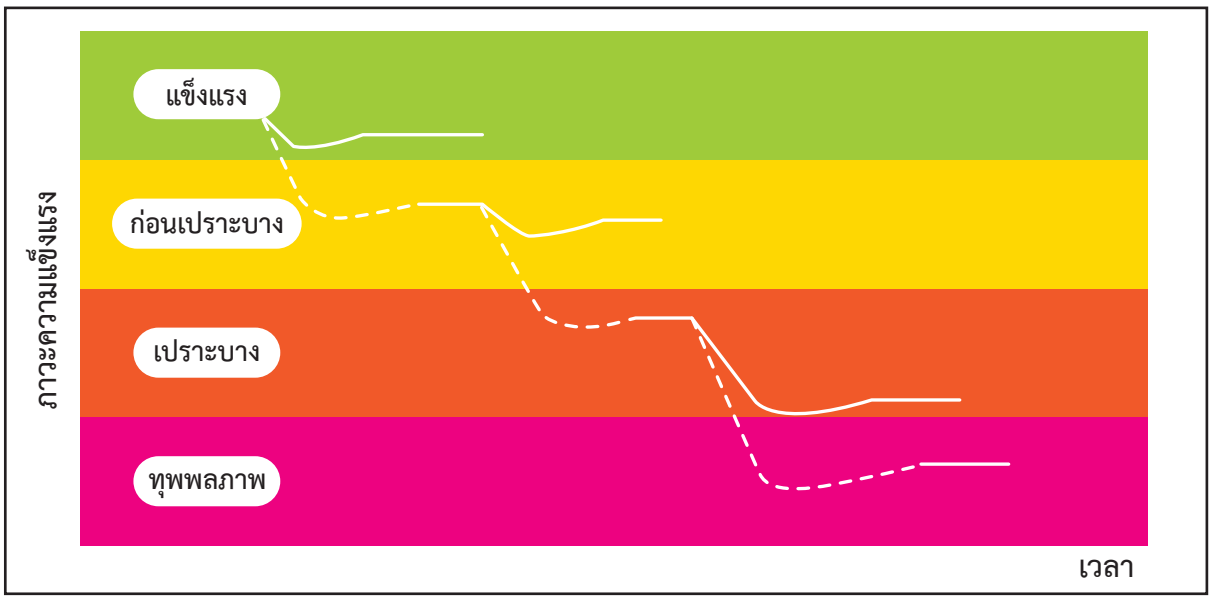
## ความสำคัญ

การดำเนินสุขภาพของผู้สูงอายุ แบ่งตามความแข็งแรงได้ 4 ภาวะ ดังภาพที่ 1.1 โดยภาวะความแข็งแรงนี้สามารถเปลี่ยนแปลงไปและกลับได้ หากมีการดูแลที่เหมาะสม ผู้สูงอายุสามารถลดความเปราะบาง เพิ่มความแข็งแรง นำไปสู่การชะลอการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง ในทางกลับกันหากผู้สูงอายุที่มีภาวะก่อนเปราะบาง หรือเปราะบางแต่ขาดการประเมินเพื่อหาสาเหตุและให้การดูแลฟื้นฟูที่เหมาะสม จะดำเนินเข้าสู่ภาวะพึ่งพิงเร็วกว่าที่ควรจะเป็น




ภาพที่ 1.1 การดำเนินสุขภาพของผู้สูงอายุ

ภาวะการเจ็บป่วยและคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ ส่งผลกระทบต่อการดำเนินสุขภาพของผู้สูงอายุเสมอ ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะแข็งแรง เมื่อมีการเจ็บป่วยเฉียบพลันความแข็งแรงของร่างกายจะถดถอยลง หากได้รับการดูแลที่เหมาะสม ร่างกายจะฟื้นตัวกลับไปสู่ภาวะแข็งแรงเช่นเดิมได้ ในทางกลับกันหากได้รับการดูแลไม่เหมาะสมทำให้การฟื้นตัวไม่สมบูรณ์ ทำให้เข้าสู่ภาวะเปราะบางก่อนเวลาอันควร ดังนั้นการคัดกรองผู้สูงอายุเพื่อค้นหาผู้มีภาวะเปราะบาง และทำการประเมินรอบด้าน ให้การดูแลโดยสหวิชาชีพอย่างเหมาะสม จะช่วยลดความเสี่ยงในการที่ร่างกายจะถดถอยมากหลังมีภาวะเจ็บป่วย และป้องกันการดำเนินเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง




ภาพที่ 1.2 การดำเนินสุขภาพของผู้สูงอายุ ระดับความแข็งแรงที่เปลี่ยนแปลงหลังมีอาการเจ็บป่วย
เส้นทึบ เป็นการหายที่ได้รับการดูแลเหมาะสมมีการฟื้นตัวสมบูรณ์
เส้นประ เป็นการหายที่ไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม มีการฟื้นตัวไม่สมบูรณ์ เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับความแข็งแรง

**ความชุก**

ข้อมูลความชุกของภาวะเปราะบางในแต่ละรายงานมีความหลากหลาย ขึ้นกับบริบทที่ศึกษาและเกณฑ์การวินิจฉัยที่ใช้ ข้อมูลที่รวบรวมการศึกษาจากทั่วโลกพบว่า ความชุกของภาวะนี้ในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน (community-dwelling older people) อยู่ในช่วงร้อยละ 12-24 สำหรับประเทศไทยพบความชุกของภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุในชุมชนมากถึงร้อยละ 22 ในการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเฉียบพลัน (acute care setting) พบความชุกของภาวะเปราะบางสูงกว่าผู้ที่อยู่ในชุมชนเฉลี่ยร้อยละ 48 โดยสูงสุดในกลุ่มคือหอผู้ป่วยโรคกระดูกและข้อร้อยละ 68 และต่ำสุดคือหอผู้ป่วยโรคหัวใจร้อยละ 38 สำหรับหอผู้ป่วยอายุรกรรมและศัลยกรรมทั่วไป พบเฉลี่ยร้อยละ 45

**กลไกการเกิดภาวะเปราะบาง**

ภาวะเปราะบางไม่ใช่กระบวนการชราภาพ แต่เกิดจากสาเหตุหลายปัจจัยร่วมกัน ซึ่งอาจแบ่งได้เป็นปัจจัยด้านพันธุกรรมและปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม โดยมีปัจจัยเหนือพันธุกรรม (epigenetics) เข้ามาเกี่ยวข้องในแต่ละบุคคล ส่งผลให้การทำงานระดับเซลล์ถูกทำลายลง ทำให้เกิดการถดถอยของการทำงานของระบบต่าง ๆ ในร่างกายร่วมกับการเกิดพยาธิสภาพจากการมีโรคร่วม ภาวะทุพโภชนาการ และการขาดกิจกรรมทางกาย ส่งผลให้ร่างกายเกิดภาวะเปราะบางขึ้น

ภาพที่ 1.3 กลไกการเกิดภาวะเปราะบาง

**ปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยป้องกัน**

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ ได้แก่ เพศหญิง การศึกษาน้อย รายได้ต่ำ อาศัยอยู่ในพื้นที่แออัด ภาวะอ้วน สูบบุหรี่ และภาวะซึมเศร้า ปัจจัยป้องกันที่ช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะเปราะบาง ได้แก่ การกินอาหารที่มีประโยชน์ จากการศึกษาคืออาหารเมดิเตอร์เรเนียน และการมีกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ

**โรคหรือภาวะที่มีความความสัมพันธ์ระหว่างภาวะเปราะบาง**

ภาวะเปราะบาง มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคต่าง ๆ โดยเป็นความสัมพันธ์ทั้งสองทางคือ การพบโรคและภาวะนั้นมากขึ้นในผู้ที่มีภาวะเปราะบาง และความเสี่ยงของโรคนั้นต่อการเกิดภาวะเปราะบาง ดังแสดงในตารางที่ 1.1 ตารางที่ 1.1 ความสัมพันธ์ของภาวะเปราะบาง กับโรคร่วมหรือภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

| ภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ | สัดส่วนที่พบภาวะร่วมในผู้มีภาวะเปราะบาง (ร้อยละ) | ความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะเปราะบางในผู้ที่มีโรค (OR, 95% CI) |
|---|---|---|
| หัวใจล้มเหลว | 31 | 3.44 (0.75–15.7) |
| โรคหลอดเลือดในสมอง | 10 | 2.32 (2.11–2.55) |
| โรคร่วมหลายโรค | 72 | 2.27 (1.97–2.62) |
| ภาวะซึด | 36 | 2.24 (1.53–3.30) |
| ถุงลมโป่งพอง | 22 | 1.97 (1.53–2.53) |
| ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย | 40 | 1.67 (0.95–2.96) |
| การใช้ยาหลายขนาน | 59 | 1.59 (0.90–2.83) |
| ความดันโลหิตสูง | 72 | 1.33 (0.94–1.89) |
| ภาวะสมองเสื่อม | 40 | ไม่มีการศึกษาอย่างเป็นระบบ |

**การวินิจฉัยและการคัดกรองภาวะเปราะบาง**

ในระยะเริ่มแรก การวินิจฉัยภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุใช้วิธีการประเมินผู้สูงอายุแบบรอบด้าน (comprehensive geriatric assessment : CGA) เป็นเกณฑ์มาตรฐาน ซึ่งจะต้องอาศัยความชำนาญและใช้เวลานาน ซึ่งอาจไม่เหมาะสมกับบริบทที่มีบุคลากรและเวลาที่จำกัด ต่อมาจึงมีการพัฒนาเกณฑ์ที่ง่ายขึ้นอีกหลายชนิด และมีการศึกษาวิจัยตามมาอีกมาก โดยเกณฑ์เหล่านี้ มีความเที่ยงตรงเพียงพอและสามารถทำได้ในเวลาอันสั้นโดยบุคลากรที่ไม่ต้องชำนาญมากนัก

ความเปราะบางสามารถแบ่งกลุ่มตามด้านหลักที่ประเมินได้เป็น ความเปราะบางทางกาย (physical frailty) ความเปราะบางทางสมรรถภาพสมอง (cognitive frailty) และความเปราะบางทางสังคม (social frailty) ซึ่งเกณฑ์หลายชนิดได้มีการรวมด้านต่าง ๆ เหล่านี้ไว้ด้วยในสัดส่วนที่มากน้อยต่างกัน หากแบ่งชนิดของเกณฑ์การประเมินภาวะเปราะบางที่มีการศึกษาการอย่างแพร่หลาย อาจแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ Fried Frailty Phenotype และ Frailty Index โดย Fried phenotype เน้นการประเมินทางกายเป็นหลัก ซึ่งจะมีเกณฑ์ 5 ข้อ คือ ความอ่อนแอ (weakness) ความเร็วในการเดินที่ลดลง (reduced gait speed) การมีกิจกรรมทางกายลดลง (reduced physical activity) ความเหนื่อยล้า (exhaustion) และการมีน้ำหนักลดโดยไม่ตั้งใจ (unintentional weight loss)

ส่วน Frailty index เป็นการวัดความความบกพร่อง ความถดถอยของร่างกาย สมอง และจิตใจ รวมถึงความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง นับรวมคะแนนตามความบกพร่องนั้น คะแนนยิ่งมาก ยิ่งบ่งบอกถึงความเปราะบางที่มากขึ้น

ระยะต่อมา มีการพัฒนาเกณฑ์การประเมินภาวะเปราะบางให้เหมาะสมกับบริบทที่จำเพาะมากขึ้น หรือเพื่อให้มีความสะดวกกับผู้ใช้งานมากขึ้น ปัจจุบันมีเกณฑ์มากกว่า 20 ชนิด อย่างไรก็ตามกลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้ให้คำแนะนำว่า ควรเลือกใช้เกณฑ์ที่มีการแปลและประเมินความเที่ยงแล้วในบริบทของภาษาที่ใช้

เกณฑ์การคัดกรองภาวะเปราะบางที่ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยและประเมินความเที่ยงแล้วในประเทศไทย ได้แก่

1. Thai Frailty Index (TFI) และ Modified Thai Frailty Index (Modified-TFI) (เอกสารแนบหมายเลข 1 และ หมายเลข 2) เป็นแบบประเมินที่ใช้หลักการของ cumulative deficit วัดความบกพร่องของมิติต่าง ๆ คะแนนเต็ม 30 คะแนน ฉบับ modified (เอกสารแนบหมายเลข 2) มีการปรับคำถามให้สั้นขึ้นและสะดวกขึ้น สามารถประเมินได้โดยบุคลากรทางสาธารณสุข ใช้เวลาประเมินประมาณ 10 นาที แบบประเมินทั้ง 2 แบบนี้ได้รับการประเมินความเที่ยงในการพยากรณ์โอกาสเสียชีวิตในผู้สูงอายุระยะยาวได้

2. FRAIL Scale (เอกสารแนบหมายเลข 3) เป็นแบบประเมินที่ง่ายและรวดเร็ว สามารถทำได้โดยบุคลากรทางสาธารณสุขหรือบุคคลทั่วไป ใช้เวลาไม่เกิน 3-5 นาที เป็นการประเมินด้านร่างกายเป็นหลัก มีคำถาม 5 ข้อ เป็นแบบประเมินที่ได้มีการประเมินความเที่ยงแล้ว โดยเทียบกับ Thai Frailty Index และอยู่ในคู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 ของกรมการแพทย์

3. Kihon checklist ได้รับการพัฒนาขึ้นมาในประเทศญี่ปุ่นและแปลเป็นไทยแล้ว ใช้ในการคัดกรองภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน โดยเป็นการประเมินแบบรอบด้าน มีจำนวนทั้งหมด 25 ข้อ สามารถทำได้โดยบุคลากรทางสาธารณสุขหรือบุคคลทั่วไป ใช้เวลาประมาณ 10 นาที เกณฑ์ในการแบ่งกลุ่ม คือ คะแนนตั้งแต่ 8 ขึ้นไป ถือว่ามีภาวะเปราะบาง คะแนนระหว่าง 4 ถึง 7 คะแนน ถือว่าเสี่ยงต่อภาวะเปราะบาง

**เอกสารอ้างอิง**

1. สถิติผู้สูงอายุรวบรวมจากข้อมูลของกรมการปกครอง [Internet]. กองยุทธศาสตร์และแผนงานกรมกิจการผู้สูงอายุ. พ.ศ.2565. Available from: https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/2387.

2. Morley JE, Vellas B, Abellan van Kan G, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, et al. Frailty Consensus: A Call to Action. Journal of the American Medical Directors Association. 2013;14(6):392-7.

3. Wong CH, Weiss D, Sourial N, Karunananthan S, Quail JM, Wolfson C, et al. Frailty and its association with disability and comorbidity in a community-dwelling sample of seniors in Montreal: a cross-sectional study. Aging Clin Exp Res. 2010;22(1):54-62.

4. Lee L, Patel T, Costa A, Bryce E, Hillier LM, Slonim K, et al. Screening for frailty in primary care: Accuracy of gait speed and hand-grip strength. Can Fam Physician. 2017;63(1):e51-e7.

5. Fang X, Shi J, Song X, Mitnitski A, Tang Z, Wang C, et al. Frailty in relation to the risk of falls, fractures, and mortality in older Chinese adults: results from the Beijing Longitudinal Study of Aging. J Nutr Health Aging. 2012;16(10):903-7.

6. Gill TM, Gahbauer EA, Han L, Allore HG. The relationship between intervening hospitalizations and transitions between frailty states. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2011;66(11):1238-43.

7. O'Caoimh R, Galluzzo L, Rodríguez-Laso Á, Van der Heyden J, Ranhoff AH, Lamprini-Koula M, et al. Prevalence of frailty at population level in European ADVANTAGE Joint Action Member States: a systematic review and meta-analysis. Ann Ist Super Sanita. 2018;54(3):226-38.

8. Srinonprasert V, Chalermsri C, Aekplakorn W. Frailty index to predict all-cause mortality in Thai community-dwelling older population: A result from a National Health Examination Survey cohort. Arch Gerontol Geriatr. 2018;77:124-8.

9. Morkphrom E, Srinonprasert V, Sura-amornrat U, Siriussawakul A, Sainimnuan S, Preedachitkun R, Aekplakorn W. Severity of frailty using modified Thai Frailty Index, social factors and prediction of mortality among community-dwelling older adults in a middle-income country Front Med (Lausanne). 2022 Dec

10. Theou O, Squires E, Mallery K, Lee JS, Fay S, Goldstein J, et al. What do we know about frailty in the acute care setting? A scoping review. BMC geriatrics 2018;18(1):139.

11. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. Lancet. 2013;381(9868):752-62.

12. Feng Z, Lugtenberg M, Franse C, Fang X, Hu S, Jin C, et al. Risk factors and protective factors associated with incident or increase of frailty among community-dwelling older adults: A systematic review of longitudinal studies. PLoS One. 2017;12(6):e0178383.
13. Myers V, Drory Y, Goldbourt U, Gerber Y. Multilevel socioeconomic status and incidence of frailty post myocardial infarction. Int J Cardiol. 2014;170(3):338-43.
14. Taylor JA, Greenhaff PL, Bartlett DB, Jackson TA, Duggal NA, Lord JM. Multisystem physiological perspective of human frailty and its modulation by physical activity. Physiol Rev. 2023;103(2):1137-91.
15. W TS, Mahavisessin W, Srinonprasert V, Siriussawakul A, Aekplakorn W, Limpawattana P, et al. Validity and reliability of the Thai version of the simple frailty questionnaire (T-FRAIL) with modifications to improve its diagnostic properties in the preoperative setting. BMC Geriatr. 2022;22(1):161.
16. Fried LP, Tangen CM, Walston J, Newman AB, Hirsch C, Gottdiener J, et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. J Gerontol A Biol Sci Med Sci. 2001;56(3):M146-56.
17. Assantachai P, Muangpaisan W, Intalapaporn S, Jongsawadipatana A, Arai H. Kihon Checklist: Thai version. Geriatr Gerontol Int. 2021;21(8):749-52.

# บทที่ 2
# การดูแลผู้สูงอายุเปราะบางในระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน
# (Acute care for frail older persons)

ผู้สูงอายุเปราะบางมีโอกาสเจ็บป่วยเฉียบพลันและเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยกว่าผู้สูงอายุที่แข็งแรง เพราะผู้สูงอายุเปราะบางนั้นมีความแข็งแรงในทุกด้านลดลง รวมถึงภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้มีโอกาสเจ็บป่วยได้ง่ายขึ้น มีโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากความเจ็บป่วย และเกิดผลข้างเคียงจากการรักษาได้ง่ายขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลนานขึ้น ใช้ทรัพยากรในการดูแลมากขึ้น

บทความนี้กล่าวถึงผลกระทบจากการนอนโรงพยาบาลในผู้สูงอายุเปราะบาง และแนวทางการดูแลของแพทย์และสหวิชาชีพ

**ผลกระทบจากการนอนโรงพยาบาลในผู้สูงอายุเปราะบาง**

ผู้สูงอายุเปราะบางจะเกิดความถดถอยลงของทุกมิติสุขภาพในช่วงที่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ซึ่งมักจะเป็นมากและรุนแรงกว่ากลุ่มวัยอื่นรวมถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เปราะบาง ปัญหาที่พบได้บ่อย ได้แก่

**อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้น (Increase complication rate)**

- ภาวะแทรกซ้อนที่เป็นกลุ่มอาการสูงอายุ เนื่องจากความถดถอยในหลายระบบ รวมถึงสมรรถภาพสมองและอวัยวะต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุเปราะบาง เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นผลจากหลายเหตุปัจจัยได้บ่อย เช่น ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) พบได้บ่อยร้อยละ 12 - 50 ปัญหาจากการใช้ยาไม่เหมาะสม (inappropriate medication) พบได้ร้อยละ 40 ภาวะสูญเสียกล้ามเนื้อ (sarcopenia) และการไม่เคลื่อนไหว (immobility)
- ภาวะแทรกซ้อนทั่วไป เนื่องจากภูมิคุ้มกันร่างกายที่ลดลง ร่วมกับการไม่ค่อยได้เคลื่อนไหว ทำให้มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนเพิ่มขึ้น เช่น ปอดอักเสบ การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ ท้องผูก

**ภาวะโภชนาการถดถอย (Deterioration in nutritional condition)**

เนื่องจากการเจ็บป่วยทำให้ความอยากอาหารลดลง ขับถ่ายยาก และอาจได้รับยาที่ส่งผลต่อความอยากอาหาร ยิ่งไปกว่านั้น ผู้สูงอายุเปราะบาง มักมีความต้องการอาหารเฉพาะ เช่น เคี้ยวง่าย ย่อยง่าย ซึ่งอาหารของโรงพยาบาลอาจไม่ใช่ตัวเลือกที่เหมาะสม ปัจจัยเหล่านี้ทำให้กินอาหารได้น้อยลง ทั้งที่ร่างกายต้องการสารอาหารสูงขึ้น โดยเฉพาะโปรตีน ส่งผลให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ อันกระทบต่อระบบอื่น ๆ และส่งผลให้ความสามารถในการฟื้นตัวช้าลง

**การถดถอยของความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง (Deconditioning syndrome)**

ผู้สูงอายุเปราะบางจำนวนมากมีอาการถดถอยของความสามารถในการทำกิจกรรม (functional decline) เป็นอาการนำของการเจ็บป่วย และอาจเป็นมาก่อนหลายวันจนถึงหลายสัปดาห์แล้ว โดยอาจถดถอยทั้งสมรรถภาพทางกาย (physical function) และ สมรรถภาพทางสมอง (cognitive function) ซึ่งมีแนวโน้มจะถดถอยมากขึ้นไปอีกระหว่างที่นอนโรงพยาบาล จนก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพชั่วคราว และหากไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมจะกลายเป็นทุพพลภาพถาวร

## แนวทางการดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง และการป้องกันผลกระทบจากการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล

### บทบาทของแพทย์ในการดูแลระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน

- **การดูแลโรคทางกาย (Care for physical domain)**

นอกจากการประเมินโรคทางกายตามปกติแล้ว แพทย์พึงระลึกว่าผู้สูงอายุเปราะบางอาจมีอาการแสดงที่ไม่ตรงไปตรงมา (atypical presentation) เช่น มีอาการแสดงน้อยกว่าคนวัยอื่น หรือมีอาการนำที่ไม่ตรงกับโรคที่เป็นอยู่ โดยมักมีอาการที่เป็นกลุ่มอาการสูงอายุที่ไม่ได้บ่งชี้ไปที่ระบบใดระบบหนึ่งอย่างชัดเจน เช่น ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) หกล้ม (falls) ช่วยเหลือตัวเองได้ลดลง (functional decline) หรือการกินอาหารได้น้อย (inappetite) แพทย์จึงจำเป็นต้องตระหนักถึงความเป็นจริงดังกล่าว ไม่ละเลยในการมองหาสาเหตุของกลุ่มอาการสูงอายุ เพราะหากไม่ค้นหาสาเหตุของปัญหา (ซึ่งอาจเป็นภาวะติดเชื้อ เกลือแร่ผิดปกติ หรือเป็นผลข้างเคียงจากยา) อาจจะนำไปสู่ภาวะทุพพลภาพหรือเสียชีวิตได้

ประเด็นในการดูแลทางกายที่แตกต่างจากวัยอื่นคือ การที่แพทย์ตั้งเป้าหมายการดูแล (goal of treatment) ของโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุเปราะบางเมื่อเจ็บป่วยนอนโรงพยาบาลให้ได้เหมือนตอนที่แข็งแรง อาจส่งผลเสียมากกว่า เช่น การควบคุมระดับน้ำตาลเข้มงวดในผู้ที่เป็นเบาหวาน อาจนำไปสู่การเกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากขึ้น การควบคุมอาหารเหมือนตอนไม่เจ็บป่วย อาจทำให้ผู้สูงอายุเปราะบาง ยิ่งกินได้น้อยลง ส่งผลให้ฟื้นตัวช้าลง

- **การดูแลด้านยา (Care for medication use)**

ผู้สูงอายุเปราะบาง มักมีโรคร่วมหลายชนิด ได้รับยาหลายชนิดจากหลายแหล่ง ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับอาการเจ็บป่วยก็ได้ จึงถือเป็นโอกาสอันดีที่จะทำการทบทวนยา นอกจากนี้แพทย์ต้องระมัดระวังว่าในขณะเจ็บป่วยเฉียบพลันผู้สูงอายุเปราะบาง อาจมีการเปลี่ยนแปลงของ serum creatinine, serum albumin ส่งผลให้ยาบางอย่างมีการดูดซึม กระจายตัว และการขับออกที่เปลี่ยนแปลงไป อาจมีความจำเป็นต้องปรับขนาดยา ยาที่มีความเสี่ยงสูง (high alert drugs) หรือยาที่ไม่เหมาะสม (inappropriate medications) ก็ควรได้รับการปรับเปลี่ยน การประสานรายการยา (medication reconciliation) โดยเภสัชกรจึงเป็นประโยชน์อย่างยิ่งที่จะทำให้แพทย์ได้รับทราบข้อมูลยาที่ครบถ้วน และให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมต่อไป

- **การดูแลด้านจิตใจ (Care for mental domain)**

ประเด็นหลักในระยะเฉียบพลันคือ ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) และภาวะซึมเศร้า (depression) ผู้สูงอายุเปราะบางที่มีภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน ต้องหาสาเหตุทางกายและให้การรักษาให้เหมาะสมอย่างทันท่วงที โดยให้การรักษาแบบไม่ใช้ยาเป็นหลัก และพิจารณาใช้ยาเมื่อมีความจำเป็น นอกจากนี้ผู้สูงอายุมักมีปัญหาทางอารมณ์ร่วมด้วย แพทย์ควรให้ความสำคัญกับปัญหาดังกล่าวโดยภาวะซึมเศร้าเกิดได้บ่อยในผู้สูงอายุเปราะบาง ซึ่งอาจเกิดก่อนหรือเกิดในช่วงที่มีความเจ็บป่วยก็ได้ นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร้ายังส่งผลต่อการฟื้นตัวด้วย หากสงสัยควรพิจารณาปรึกษาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสม

- **การดูแลด้านการเคลื่อนไหว (Care for mobility domain)**

การได้เคลื่อนที่เคลื่อนไหว (ambulation, mobilization) มีผลต่อการหายของโรคทางกาย ทำให้ฟื้นตัวเร็วขึ้น กิจกรรมที่สามารถทำได้โดยเร็วที่สุด ตั้งแต่ระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน มีดังต่อไปนี้

1. กระตุ้นให้มีกิจกรรมเคลื่อนไหวร่างกายโดยเร็วที่สุด โดยอาศัยความร่วมมือสหวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล บางกรณีอาจปรึกษาแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด ร่วมประเมินเพื่อออกแบบโปรแกรมกิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยเน้นความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การทรงตัว และการเคลื่อนไหวร่างกาย

2. การออกกำลังกายบนเตียง การขยับข้อ การพลิกตะแคงตัว (bed mobility training) การนั่งทรงตัวและควบคุมกล้ามเนื้อลำตัว (sitting balance and trunk control) การออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน (resistance exercise) ซึ่งจะช่วยรักษาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและลดการเกิดภาวะสูญเสียกล้ามเนื้อ (sarcopenia)
3. การเดิน กระตุ้นให้มีการเดินตามสภาพของผู้ป่วยในขณะนั้น ๆ โดยค่อย ๆ เพิ่มระยะทาง และความเร็วเป้าหมายเพื่อเพิ่มความทนทาน (endurance) และเพิ่มความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง
4. การใช้อุปกรณ์พยุงเดินที่เหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงที่เกิดการหกล้ม
5. การให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความสำคัญของการเคลื่อนไหว และกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากที่สุดเท่าที่ทำได้ขณะนอนโรงพยาบาล ประสานงานกับสหวิชาชีพเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและญาติสามารถทำได้อย่างมั่นใจ

- **การดูแลด้านโภชนาการ (Care for nutritional aspect)**

ภาวะโภชนาการเป็นสิ่งที่สำคัญต่อการหายและการฟื้นตัวของผู้สูงอายุเปราะบาง แพทย์ควรให้ความสำคัญในการสั่งการดูแลที่เหมาะสม โดยนอกจากการคำนึงถึงปริมาณแคลอรี่และสัดส่วนทางโภชนาการแล้ว สิ่งที่สำคัญในผู้สูงอายุ คือลักษณะของอาหารและรสชาติที่เหมาะสม ที่จะกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเปราะบางกินได้อย่างเพียงพอ ลดการจำกัดชนิดและรสชาติของอาหาร และในบางครั้ง หากไม่มีข้อห้ามการให้ญาตินำอาหารที่ถูกปากและสะอาดมาให้ผู้ป่วย อาจช่วยให้ผู้สูงอายุกินอาหารได้มากขึ้น

- **การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan, ACP) ร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว**

ในผู้ป่วยสูงอายุเปราะบางรุนแรงหรือเริ่มมีภาวะทุพพลภาพ อาจมีความเสี่ยงที่จะมีอาการรุนแรงจนเสียชีวิต แพทย์ควรประชุมครอบครัว เพื่อให้มีการพูดคุยเกี่ยวกับการวางแผนการดูแลรักษาในช่วงที่เจ็บป่วยวิกฤติจนถึงช่วงสุดท้ายของชีวิตว่าการดูแลในระดับใดที่เหมาะสม ที่ทำให้ยังมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เกิดการยื้อชีวิต ยื้อความทรมานโดยไม่จำเป็น

**บทบาทของพยาบาลในการดูแลระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน**

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางจะเกิดความถดถอยของทุกมิติสุขภาวะ ในช่วงที่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ส่งผลให้การตัดสินว่า การดูแลอย่างไรที่เรียกว่าเหมาะสมนั้น มีความซับซ้อนยิ่งขึ้น จึงต้องมีการวางแผนที่รอบด้าน มีความจำเพาะเจาะจง มีประสิทธิภาพ เป็นไปตามมาตรฐานการพยาบาล โดยการพยาบาลในระยะเฉียบพลัน มุ่งเน้นการจัดการแก้ไขภาวะที่มีอันตรายแก่ชีวิต และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นสำหรับบทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเปราะบางในการดูแลระยะเฉียบพลัน ได้แก่

- **การประเมินผู้สูงอายุรอบด้าน (Comprehensive geriatric assessment, CGA)**

เป็นขั้นตอนแรกที่มีความสำคัญมาก การประเมินนี้จะช่วยให้สามารถระบุสาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุได้อย่างถูกต้อง ทำให้สามารถวางแผนให้การพยาบาลและให้การสนับสนุนที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุ ซึ่งหากพยาบาลมีเวลาค่อนข้างจำกัดในการประเมิน ประเด็นสำคัญในระยะเจ็บป่วยเฉียบพลันคือกลุ่มอาการสูงอายุต่อไปนี้

- ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) เพื่อให้การวินิจฉัยเบื้องต้น แจ้งแพทย์ และให้การดูแลแบบไม่ใช้ยา
- การไม่เคลื่อนไหว (immobility) เป็นปัญหาที่ทำให้เกิดผลกระทบตามมาอีกมาก พยาบาลเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้สูงอายุ ได้เคลื่อนไหวเร็ว เคลื่อนไหวเหมาะสม ปลอดภัย เพื่อลดการเกิดผลกระทบระยะยาว
- การกินอาหารได้น้อย (inappetite) เสี่ยงทุพโภชนาการ ส่งผลต่อการหายและการฟื้นตัว พยาบาลมีบทบาทในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุกินอาหารได้มากขึ้น ทั้งจากการพยาบาล การให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจตลอดจนปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม

- **การตรวจติดตาม (Monitoring)**

ผู้สูงอายุเปราะบาง มีความอ่อนไหวทั้งร่างกายและจิตใจ เปลี่ยนแปลงทรุดลงได้ง่าย อาการและอาการแสดงไม่ชัดเจน ไม่ตรงไปตรงมา พยาบาลมีบทบาทสำคัญมากในการตรวจติดตามสัญญาณ อาการต่าง ๆ อย่างสม่ำเสมอ จะช่วยตรวจจับ ความผิดปกติหรือการเปลี่ยนแปลงได้ตั้งแต่เนิ่น ๆ อันจะนำไปสู่การจัดการปัญหาได้อย่างรวดเร็วและทันเหตุการณ์

- **การทำงานร่วมกันกับสหวิชาชีพ (Multidisciplinary collaboration)**

พยาบาลในทุกบริบท มักมีบทบาทในการให้การพยาบาลและเป็นผู้ประสานเชื่อมโยงระหว่างสหวิชาชีพอยู่แล้ว และในการดูแลผู้สูงอายุเปราะบางนั้นต้องการความประสานงานของสหวิชาชีพต่าง ๆ อย่างยิ่ง เช่น แพทย์อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านต่าง ๆ รวมไปถึงสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง เช่น เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และนักสังคมสงเคราะห์ รวมไปถึงพยาบาลในหน่วยงานอื่น ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลและตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม

- **การวางแผนการดูแลเฉพาะบุคคล (Individual care plan)**

ผู้สูงอายุมีความต้องการและความซับซ้อนในการให้การดูแลรักษาพยาบาลที่แตกต่างกัน บทบาทในการวางแผนให้การพยาบาลรายบุคคลเป็นสิ่งสำคัญ โดยคำนึงถึงระดับความเปราะบาง ภาวะทางการแพทย์ (medical condition) ความเสี่ยง และภาวะแทรกซ้อน การวางแผนที่ดีมีการระบุเป้าหมายและแผนการดูแลรักษาพยาบาล ที่ตอบสนองตามความต้องการของผู้สูงอายุอย่างชัดเจน จะนำไปสู่ผลลัพธ์และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

- **การบริหารยา (Medication management)**

ผู้สูงอายุเปราะบางมีความไวในการตอบสนองต่อยา และมีแนวโน้มที่จะเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยาได้บ่อย จากการใช้ยาหลายชนิดและยาความเสี่ยงสูง พยาบาลมีบทบาทในการดูแลให้ยาอย่างถูกต้อง ติดตาม และประเมินอาการไม่พึงประสงค์ หรือปฏิสัมพันธ์ที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยา การทำให้เกิดการประสานรายการยา (medication reconciliation) โดยเภสัชกร นอกจากนี้พยาบาลอาจจะมีบทบาทในการให้คำแนะนำแก่ญาติเพื่อให้การดูแลการกินยาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่กินยาหลายชนิดหรือมีภาวะสมองเสื่อม

- **การเคลื่อนไหวโดยเร็ว (Early mobilization)**

พยาบาลมีบทบาทในการกระตุ้นและส่งเสริม ให้มีการเคลื่อนไหวและการออกกำลังกายตามความสามารถของผู้ป่วยให้ได้เต็มศักยภาพมากที่สุด เพราะนอกจากจะสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการลดการเคลื่อนไหวของร่างกาย ยังเป็นการเพิ่มพลังงานสำรอง สร้างความแข็งแรงและมวลกล้ามเนื้อ ทำให้ผู้ป่วยฟื้นตัวได้เร็วขึ้น

- **การป้องกันการพลัดตกหกล้ม (Falls prevention)**

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดการพลัดตกหกล้ม โดยสาเหตุเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกันตั้งแต่ความเจ็บป่วยทางกาย ผลของยา การอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ซึ่งหากเกิดการหกล้มมีโอกาสทำให้เกิดผลกระทบตามมาได้มาก พยาบาลมีบทบาทในการประเมินปัจจัยเสี่ยงและป้องกันการพลัดตกหกล้ม รวมถึงการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุและครอบครัวเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ทำให้ร่างกายแข็งแรงขึ้นเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

- **การป้องกันภาวะแทรกซ้อน (Complication prevention)**

ผู้สูงอายุเปราะบางมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น แผลกดทับ การติดเชื้อ ขาดสารอาหารและน้ำ การเกิดข้อติด ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน พยาบาลมีบทบาทในการประเมินปัจจัยเสี่ยง และใช้กลยุทธ์ในการป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น รวมถึงการปรึกษาสหวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมดูแล

- **การสื่อสารและการตัดสินใจ (Communication and decision-making)**

การสื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว เป็นสิ่งสำคัญสำหรับการตัดสินใจในการให้การดูแลรักษาพยาบาลร่วมกันระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษา เป้าหมายของการดูแล และภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น พยาบาลมีบทบาทในการเป็นผู้สื่อสาร ถ่ายทอดเนื้อหา บทความ คำพูด ความรู้และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับแผนการดูแลรักษาพยาบาลร่วมกับสหวิชาชีพและผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ

- **การพิทักษ์สิทธิ์ (Advocacy)**

การพิทักษ์สิทธิ์สำหรับผู้สูงอายุเปราะบางเป็นกระบวนการที่เน้นความสำคัญของการปกป้องและส่งเสริมสิทธิและความเป็นมนุษย์ เพื่อให้ผู้สูงอายุเปราะบางได้รับการดูแลรักษาพยาบาลตามความต้องการ โดยเน้นไปที่การให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ สิทธิการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ สวัสดิการสังคมที่ควรได้รับการสนับสนุนทางสังคมต่าง ๆ พยาบาลมีบทบาทสนับสนุนเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับสิทธิและสร้างความมั่นใจว่าความต้องการและความพึงพอใจเฉพาะของผู้สูงอายุได้รับการเคารพและได้รับแผนการดูแลรักษาพยาบาลอย่างครบถ้วนและเป็นธรรม

- **การดูแลประคับประคองและการดูแลระยะสุดท้าย (Palliative care and end-of-life care)**

ผู้สูงอายุเปราะบางทุกคนควรได้รับโอกาสในการเข้าถึงการดูแลประคับประคอง เช่น ควรสนับสนุนให้ทำ advance care plan หรือ living will แต่เนิ่น ๆ หากผู้ป่วยและครอบครัวเปิดรับและมีความพร้อม เพราะเป็นส่วนสำคัญในการดูแลมิติสุขภาวะทางจิตวิญญาณ นอกจากนี้ผู้สูงอายุเปราะบางรุนแรง หรือทุพพลภาพ อาจจำเป็นต้องได้รับการดูแลในระยะสุดท้ายเพื่อลดความทุกข์ทรมาน พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ความสะดวกสบาย

การสนับสนุนทางอารมณ์ และคำแนะนำแก่ผู้ป่วยร่วมกับครอบครัว ในการผ่านช่วงเวลาที่ยากลำบากนี้ ตามความต้องการและตามบริบทของสังคม

**บทบาทของเภสัชกรในการดูแลระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน**

ผู้สูงอายุเปราะบาง มีโอกาสใช้ยาหลายชนิด เมื่อได้รับยาที่มีความเสี่ยงสูงต่าง ๆ มีโอกาสเกิดผลข้างเคียงจากยาได้ง่ายกว่า นอกจากนี้การเจ็บป่วยเฉียบพลันอาจทำให้การทำงานของไตและค่า ระดับโปรตีนในเลือด (albumin) เปลี่ยนแปลง ส่งผลให้ยาบางชนิดมีการดูดซึม กระจายตัว และการขับออกที่เปลี่ยนแปลงไป บทบาทของเภสัชกรในฐานะสหวิชาชีพที่จะส่งเสริมให้เกิดคุณภาพการดูแลและป้องกันความเสี่ยงจากการใช้ยาในระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน มีดังต่อไปนี้

- **การทบทวนประวัติการใช้ยา (Medication review) และประสานรายการยา (Medication reconciliation; MR) ภายใน 24 ชั่วโมงของการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล**
    - สอบถามผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับโรคประจำตัว สถานพยาบาลที่ไปใช้บริการเป็นประจำ ยาประจำตัว และวิธีที่ผู้ป่วยใช้ยาจริง รวมถึงยาที่ผู้ป่วยซื้อมาใช้เอง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร วิตามินต่างๆ โดยสอบถามด้วยว่าใช้อย่างต่อเนื่องหรือใช้เป็นครั้งคราว
    - บันทึกข้อมูลประวัติยา และรายการยาทั้งหมดพร้อมแหล่งที่มาของยา เพื่อส่งต่อข้อมูลให้บุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรในทีมทราบตรงกัน ข้อมูลประวัติยาถือเป็นข้อมูลสำคัญในผู้สูงอายุเปราะบางในหลายแง่มุม เช่น อาการทางคลินิกที่แสดงอาจเป็นผลจากการใช้ยา การตัดสินใจการดูแลรักษา หรือการเลือกใช้ยาในโอกาสต่อ ๆ ไป
    - ติดตามความต่อเนื่องในการใช้ยา โดยเมื่อได้ประวัติยาเดิมที่ผู้ป่วยได้รับอย่างครบถ้วนแล้ว ต้องทำการเปรียบเทียบรายการยาเดิมที่ผู้ป่วยได้รับกับคำสั่งการรักษาของแพทย์แรกรับว่ามีความครบถ้วนสมบูรณ์หรือไม่ หากไม่สมบูรณ์ควรมีการสื่อสารกับแพทย์เพื่อให้ทราบว่ามียาที่แตกต่างจากประวัติยาเดิม และยืนยันรายการยาที่ควรได้รับ
- **การทบทวนการใช้ยาเพื่อติดตามปัญหาเกี่ยวกับยา (Drug-related problems : DRPs) ขณะอยู่ในโรงพยาบาล**
    - เภสัชกรทำหน้าที่ตรวจสอบรายการยาจากคำสั่งการรักษาของแพทย์และบันทึกเป็นข้อมูลรายการยาผู้ป่วย (patient’s drug profile) เป็นประจำทุกวัน
    - ค้นหาเพื่อเฝ้าระวังและแก้ไขปัญหาที่เกี่ยวกับยา โดยมีหัวข้อในการติดตามปัญหาเกี่ยวกับยา ดังต่อไปนี้
        - การต้องการได้รับการรักษาด้วยยาเพิ่มเติม
        - การได้รับยาที่ไม่จำเป็นในการรักษา/ไม่มีข้อบ่งชี้
        - การเลือกใช้ยาที่ไม่เหมาะสมในการรักษา
        - การได้รับยาขนาด/ระดับยาต่ำกว่าที่ให้ผลในการรักษา
        - การได้รับยาขนาด/ระดับยาสูงกว่าที่ให้ผลในการรักษา
        - การเกิดอาการอันไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
        - การเกิดอันตรกิริยาของยา (drug interaction)
        - ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

- **การให้คำปรึกษาด้านยาก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Discharge counseling)**
    - ประสานรายการยา (medication reconciliation : MR) จัดทำเอกสารรายการยาปัจจุบันของผู้ป่วย และบันทึกข้อมูลลงในเวชระเบียน
    - เภสัชกรทบทวนความถูกต้องของรายการยากลับบ้าน ทั้งขนาดการรักษา ความแรงของยา วิธีการใช้ยา รวมถึงการตรวจสอบข้อมูลการแพ้ยา และข้อมูลอันตรกิริยาของยาที่ได้รับร่วมกัน หากพบปัญหาจากการทบทวน ควรปรึกษาแพทย์ ถ้ามีการแก้ไข เพิ่มเติมคำสั่งการรักษา ประสานพยาบาล เพื่อยืนยันรายการยากลับบ้านที่ครบถ้วนสมบูรณ์
    - จัดเตรียมยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้าน โดยรวมยาเก่าที่มาจากที่บ้านและยาที่ได้รับกลับบ้านเข้าด้วยกัน
    - ประสานพยาบาลล่วงหน้าให้แจ้งผู้ดูแลเพื่อเข้าร่วมรับฟังการให้คำปรึกษาด้านยา
    - ก่อนการให้คำแนะนำปรึกษาด้านยา เภสัชกรควรทบทวนข้อมูลการรักษา ยาที่ผู้ป่วยได้รับ รวมทั้งความสามารถในการจัดยา การสังเกตผลข้างเคียงจากยาด้วยตนเอง
    - การให้คำแนะนำปรึกษาด้านยาแก่ผู้สูงอายุเปราะบางและผู้ดูแล มีดังนี้
        - **กรณียาใหม่** ต้องแจ้งข้อบ่งใช้ของยาให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการใช้ยานั้น วิธีใช้ยา รวมถึงการเฝ้าระวังและแก้ไขอาการข้างเคียงที่อาจจะเกิดจากการใช้ยา
        - **กรณียาเดิม (ยารักษาโรคประจำตัว)** ควรสอบทวนวิธีการกินยา รวมถึงข้อบ่งใช้ของยาแต่ละตัว ว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเข้าใจถูกต้องหรือไม่ หากยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อน เภสัชกรควรแนะนำและปรับความเข้าใจของผู้ป่วยและผู้ดูแลให้เข้าใจให้ถูกต้อง นอกจากนี้อาจสอบถามอาการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยาและแนะนำการปฏิบัติตัว และการแก้ไขอาการข้างเคียงนั้น ๆ
        - **กรณีแพทย์ให้หยุดยาเดิมบางรายการ** เภสัชกรควรอธิบายและทำความเข้าใจกับผู้ป่วยถึงสาเหตุการหยุดยา เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยจะไม่กลับไปกินยานั้นอีก และหากมียาอื่นที่ต้องกินแทนยาเดิม ควรอธิบายควบคู่ไปพร้อมกัน เพื่อให้เกิดความชัดเจนและผู้ป่วยเห็นความสำคัญของยารายการใหม่ที่ได้รับ
    - มอบเอกสารรายการยากลับบ้าน (home medication list) ซึ่งเป็นข้อมูลรายการยาที่เป็นปัจจุบันแก่ผู้ป่วยภาวะเปราะบาง เพื่อเป็นการส่งต่อข้อมูลและสื่อสารกับสถานพยาบาลอื่น ๆ หรือเมื่อมารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกต่อไป และเพื่อให้ผู้ป่วยภาวะเปราะบางได้ใช้ทบทวนวิธีใช้ยาเมื่อออกจากโรงพยาบาล
    - กรณีที่ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลในช่วงเวลาที่เภสัชกรไม่สามารถทำหน้าที่ได้ พยาบาลสามารถให้คำแนะนำเรื่องยาโดยใช้กระบวนการแบบเดียวกันได้เช่นกัน

**บทบาทของนักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการในการดูแลระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน**

ผู้สูงอายุเปราะบางในระยะเฉียบพลัน ควรได้รับการประเมินและดูแลด้านโภชนาการตั้งแต่แรกรับ

- ประเมินภาวะโภชนาการ (nutrition Assessment) โดยการวัดสัดส่วนร่างกายของผู้ป่วย เช่น การชั่งน้ำหนักตัว การวัดส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย ร่วมกับการซักประวัติการกินอาหาร เพื่อมาคำนวณพลังงานและสารอาหารที่ผู้ป่วยควรได้รับ เพื่อค้นหาปัญหาด้านโภชนาการและจัดกลุ่มตามระดับปัญหาเพื่อให้การดูแลทางโภชนาการได้อย่างเหมาะสม
- สื่อสารแนวทางการดูแลด้านโภชนาการ ภาวะโภชนาการให้กับแพทย์และสหวิชาชีพต่าง ๆ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันนำไปสู่การดำเนินการไปสู่เป้าหมายอย่างรวดเร็ว

- วางแผนโภชนบำบัด (nutrition intervention) และติดตามประเมินผลของแผนโภชนบำบัด (nutrition monitoring & evaluation) การวางแผนและตั้งเป้าหมายต้องทำร่วมกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้ทราบถึงข้อจำกัดของผู้สูงอายุเปราะบางและครอบครัว เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถทำตามแผนได้จริง ในการสื่อสารกับผู้สูงอายุ ควรเลือกใช้วิธีการโดยคำนึงถึงความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การให้คำปรึกษาด้านโภชนาการแบบรายบุคคล การให้โภชนศึกษา การวางแผนเมนูอาหาร

**บทบาทของนักจิตวิทยาคลินิกในการดูแลระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน**

ในระยะที่ผู้สูงอายุเปราะบางเจ็บป่วยเฉียบพลัน ญาติหรือผู้ดูแลมักมีความรู้สึกไม่สบายใจ กระวนกระวาย วิตกกังวล บางคนอาจมีความรู้สึกผิด หรือโทษตัวเองที่ดูแลผู้ป่วยไม่ดี นักจิตวิทยาคลินิกหรือบุคลากรในทีมควรช่วยดูแลจิตใจญาติและผู้ดูแลในเบื้องต้น เพื่อลดความรู้สึกดังกล่าว โดยการรับฟังอย่างเข้าอกเข้าใจ ให้ญาติหรือผู้ดูแลได้ระบายความรู้สึกอัดอั้นเหล่านั้น หากญาติหรือผู้ดูแลบางคนที่มีภาวะเปราะบางทางจิตใจ ประกอบกับความรู้สึกภายใน จนกระทบกับการใช้ชีวิตประจำวัน อาจพิจารณาให้เข้ารับการทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง (supportive psychotherapy) เพื่อให้ญาติหรือผู้ดูแลได้รับการดูแลจิตใจ ลดความวิตกกังวล รวมถึงการสนับสนุนทางอารมณ์ (emotional support) จนสามารถผ่านช่วงเวลาเหล่านี้ได้

**บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการดูแลระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน**

นักสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์เป็นหนึ่งในสหวิชาชีพในการช่วยกันสืบค้นสาเหตุของปัญหาทางด้านสังคมที่เกี่ยวข้อง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมสุขภาวะในมิติสังคมได้มากขึ้น ในระยะเจ็บป่วยเฉียบพลันนักสังคมสงเคราะห์ มีบทบาทดังต่อไปนี้

- **การประเมินสุขภาวะทางสังคม**

ประเด็นที่ควรให้ความสำคัญในระยะการดูแลเฉียบพลันคือ ข้อมูลของผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์ในบ้าน และข้อมูลทางด้านเศรษฐานะ เพื่อประเมินความพร้อมในการดูแลต่อเนื่อง

ข้อมูลมิติทางสังคม เป็นสิ่งสำคัญในผู้สูงอายุเปราะบาง เป็นไปได้ว่าความเจ็บป่วยที่ทำให้ต้องเข้าโรงพยาบาลในครั้งนี้ อาจสัมพันธ์กับข้อจำกัดทางสังคม เช่น ความขาดแคลนปัจจัยสี่เพราะรายได้น้อย หรือปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว เมื่อรักษาพ้นระยะเฉียบพลันแล้ว การดูแลด้านอื่น ๆ ล้วนมีความจำเป็นต่อการฟื้นตัว เช่น อาหาร อุปกรณ์ต่าง ๆ สุขอนามัย การขาดพร่องในสิ่งเหล่านี้ อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุเปราะบาง ต้องกลับมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ เพราะปัญหาทางสังคมของผู้ป่วยยังไม่ได้รับดูแลพร้อมกันไปด้วย

- **การวางแผนร่วมกับสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ**

นักสังคมสงเคราะห์ ควรสื่อสารกับทีมถึงข้อค้นพบสำคัญ เช่น ข้อจำกัดของปัญหาเชิงสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยบันทึกในเวชระเบียนและแจ้งแพทย์เจ้าของไข้ เพื่อพิจารณาแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและญาติ และนำแนวทางนี้พูดคุยกับผู้สูงอายุและผู้ดูแลเพื่อออกแบบการดูแลให้ตรงตามเป้าหมายของทั้งผู้สูงอายุ ครอบครัวและทีมรักษา

- **จัดหาและสนับสนุนทรัพยากรทางสังคม**

ในผู้สูงอายุบางราย จำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นจากการรักษา เนื่องจากในระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน เป้าหมายคือการรักษาชีวิตของผู้ป่วยให้ทันท่วงที แต่อาจมีผลที่ตามมาคือค่าใช้จ่ายจากการรักษาที่สูง

หากเป็นค่าใช้จ่ายนอกเหนือจากสิทธิการรักษา หากประเมินแล้วว่าผู้ป่วยและญาติไม่สามารถชำระได้เนื่องจากรายได้น้อย นักสังคมสงเคราะห์อาจดำเนินการขอรับการช่วยเหลือจากกองทุนช่วยผู้ป่วยยากไร้ หรือขอรับบริจาคอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ยังสภาพดีแต่ไม่ได้ใช้แล้ว เพื่อส่งต่อให้กับผู้ป่วยที่มีความจำเป็นต่อไป หรือประสานกับหน่วยงานเอกชนภายนอก เพื่อขอทุนหรือความช่วยเหลือทางสังคม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติ มีแนวทางให้การช่วยเหลือตนเองและเติมเต็มด้านปัจจัยสี่ได้มากขึ้น

**สรุป**

ผู้สูงอายุเปราะบางที่เจ็บป่วยเฉียบพลันที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากการดูแลเพื่อมุ่งรักษาโรคทางกายที่นำมาโรงพยาบาล ผู้สูงอายุเปราะบางควรได้รับการประเมินแบบรอบด้าน (comprehensive geriatric assessment : CGA) เพื่อค้นหาว่ามีปัญหาในมิติต่าง ๆ ทั้งทางกาย ทางจิตใจ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและทางสังคม เพื่อให้การดูแลแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ไปพร้อมกันอันจะส่งผลให้ผู้ป่วยที่หายจากโรคทางกาย ได้รับการดูแลที่ดีมีคุณภาพ ลดภาระของผู้ป่วย ครอบครัวและสังคมต่อไป

## เอกสารอ้างอิง

1. กรกต วีรเธียร. กระบวนการให้โภชนบำบัด (Nutrition Care Process) [internet]. กรุงเทพฯ: สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย; 2562 [cited 2023 August 5]. Available from: http://www.thaidietetics.org/wp-content/uploads/2019/04/240462-Lecture-documents-1.pdf

2. Suthisansanee T. Maslow's hierarchy of needs: ลูกค้าต้องการอะไร [Internet]. Bangkok: The Wisdom; [cited 2023 Aug 21]. Available from: https://thewisdom.co/content/maslows-hierarchy-of-needs/

3. Clegg A, Young J, Iliffe S, et al. Frailty in elderly people. Lancet. 2013;381(9868):752-762.

4. Elliot A, Hull L, Conroy SP. Frailty identification in the acute care setting: a systematic review. J Am Geriatr Soc. 2015;63(4):902-910.

5. Fulmer T, Mezey M, Dyer CB. Frailty assessment in the care of older adults. J Gerontol Nurs. 2007;33(2):18-23.

6. McCloskey R, Jarrett P, Stewart C, et al. Acute care for frail older people: an international perspective. Int J Older People Nurs. 2016;11(1):56-63.

7. Uchmanowicz I, Jankowska-Polańska B, Wleklik M, Lisiak M, Gobbens R. Frailty syndrome: nursing interventions. SAGE Open Nurs. 2018;4:2377960818759449. doi:10.1177/2377960818759449.

8. Grover S, Avasthi A, Jagiwala M. Clinical practice guidelines for practice of supportive psychotherapy. Indian J Psychiatry. 2020;62(Suppl 2):S173-S182. doi:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_768_19.

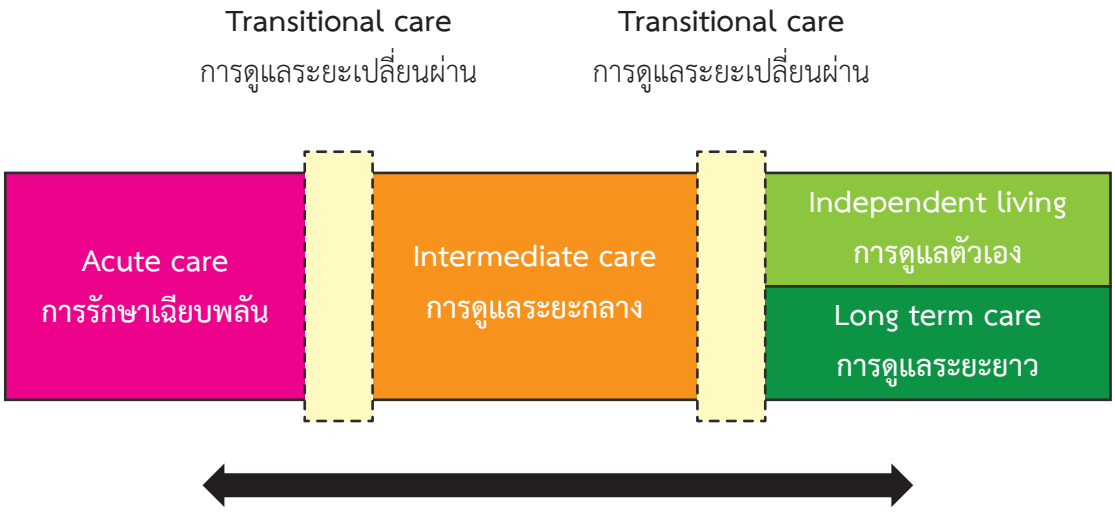
# บทที่ 3
# การดูแลผู้สูงอายุเปราะบางระยะเปลี่ยนผ่าน
# (Transitional care for frail older persons

**ความหมาย ที่มา ความสำคัญของการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน**

Transitional care หรือการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน เป็นคำที่มีผู้ใช้ในความหมายที่หลากหลาย โดยมีการใช้คำนี้ในความหมายของระยะการดูแล (phasing of care) ซึ่งหมายถึงช่วงจังหวะของการเปลี่ยนย้ายสถานพยาบาล หรือเปลี่ยนระดับการดูแล และยังมีการใช้คำนี้ในความหมายที่กว้างขึ้น โดยหมายถึง รูปแบบการดูแล (model of care) ที่เป็นการดูแลในช่วงเวลาคาบต่อเมื่อจะมีการเปลี่ยนระดับการดูแล ซึ่งในการดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง มักจะหมายถึงช่วงต่อของการเปลี่ยนถ่ายจากการดูแลระยะเฉียบพลัน (acute care) ไปสู่การดูแลระยะกลาง (intermediate care) หรือการดูแลระยะยาว (long term care)

เป้าหมายของการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน คือ เพื่อให้เกิดการดูแลที่เป็นองค์รวม ให้การป้องกันหรือรักษากลุ่มอาการสูงอายุที่แก้ไขได้ มีการส่งต่อข้อมูลที่เหมาะสม มีความต่อเนื่อง การดูแลมีประสิทธิภาพซึ่งช่วยให้ผู้สูงอายุเปราะบางสามารถฟื้นฟูได้ใกล้เคียงเดิม สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (independent living) ลดการเกิดทุพพลภาพถาวรที่ต้องการการดูแลระยะยาว (long term care)

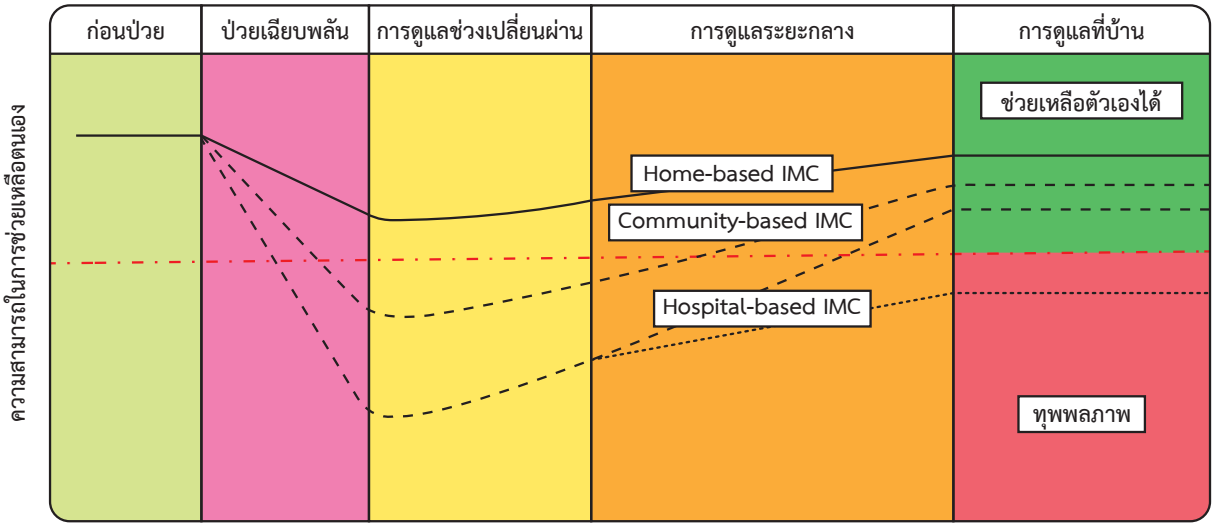
การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน เป็นองค์ประกอบสำคัญของระบบการดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง เพื่อคัดผู้ป่วยที่คาดว่าจะได้รับประโยชน์สูงสุดจากโปรแกรมการดูแล ได้เข้าสู่ระบบการดูแลระยะกลางที่เหมาะสมกับภาวะโรค ระดับความเปราะบางรวมถึงเหมาะสมตามบริบทในมิติทางสังคม ทั้งนี้เพื่อทำให้สัดส่วนผู้สูงอายุที่จะทุพพลภาพและต้องเข้าสู่การดูแลระยะยาวลดลง ลดภาระของครอบครัวและสังคมได้




ภาพที่ 3.1 สายธารการดูแลผู้สูงอายุเปราะบางเมื่อเกิดการเจ็บป่วยเฉียบพลัน

รูปแบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านสำหรับผู้สูงอายุเปราะบางในแต่ละประเทศ แม้จะมีความแตกต่างกันไปตามบริบทของประเทศนั้น ๆ แต่ในภาพรวม องค์ประกอบของโปรแกรมระยะเปลี่ยนผ่านประกอบด้วย การให้บริการของสถานพยาบาลระดับต่าง ๆ สำหรับผู้สูงอายุเปราะบางในโรงพยาบาล การมีสวัสดิการทางสุขภาพในชุมชน การมีสวัสดิการทางสังคมที่จัดโดยองค์กรของรัฐ ในรูปแบบและความครอบคลุมที่แตกต่างกันไปตามบริบท ซึ่งส่งผลให้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ในชุมชน และการดูแลตนเองของประชาชน (ผู้สูงอายุเปราะบางและครอบครัว) มีความแตกต่างไปด้วย

ในประเทศไทย ระบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านนั้นยังไม่มีความชัดเจน และการดูแลระยะกลาง (intermediate care) ที่มีอยู่ในปัจจุบันของกระทรวงสาธารณสุขยังไม่ครอบคลุมถึงผู้สูงอายุเปราะบาง อย่างไรก็ตามการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านและการดูแลระยะกลาง (intermediate care) มีความจำเป็นอย่างยิ่งโดยเฉพาะผู้สูงอายุเปราะบางที่มีการถดถอยหลังความเจ็บป่วยเฉียบพลัน จากการศึกษาพบว่า เกิดความถดถอยทั้งสมรรถภาพทางกายและทางสมอง ในสัดส่วนมากถึงร้อยละ 30-50 ความถดถอยนี้ในแต่ละคนก็มีระดับความรุนแรงที่แตกต่างกัน ดังนั้นระดับความเข้มข้นของการดูแลฟื้นฟูจึงแตกต่างกัน การดูแลระยะกลางสามารถแบ่งได้เป็น การดูแลในโรงพยาบาล (hospital-based intermediate care) การดูแลระดับกลางในชุมชน (community-based IMC) และการดูแลระดับกลางที่บ้าน (home-based IMC) ซึ่งแบ่งตามความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุร่วมกับความพร้อมของครอบครัว




ภาพที่ 3.2 การเปลี่ยนแปลงของระดับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของผู้สูงอายุ ในระยะต่าง ๆ ของความเจ็บป่วยในผู้สูงอายุเปราะบาง โดยแสดงให้เห็นถึงการถดถอยที่แตกต่างกัน ทำให้ระดับความต้องการในช่วงการดูแลระยะกลางนั้นแตกต่างกัน และการดูแลระยะกลางจะช่วยลดความถดถอย ช่วยฟื้นฟูให้ผู้สูงอายเปราะบาง ช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น

**การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้**

ในบทที่ 2 ได้กล่าวถึงรายละเอียดของผลกระทบที่เกิดขึ้นขณะที่ผู้สูงอายุเปราะบางเข้าโรงพยาบาล อันสืบเนื่องจากความถดถอยของสมรรถภาพทางกายและทางสมอง ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองลดลง จึงเกิดภาวะแทรกซ้อน และเมื่อเกิดภาวะแทรกซ้อนระยะเวลานอนโรงพยาบาลจึงนานขึ้น โอกาสที่จะเกิดภาวะทุพพลภาพสูงขึ้น ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เหล่านี้ มากกว่าหนึ่งในสามเป็นภาวะกลุ่มอาการสูงอายุที่ป้องกันได้ (preventable geriatric syndromes) ได้แก่ ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) การกินอาหารได้น้อย (inappetite) ภาวะการใช้ยามากเกินความจำเป็น (polypharmacy) การไม่เคลื่อนไหว (immobility) ภาวะเหล่านี้เกิดจากปัจจัยภายในผู้ป่วยและปัจจัยแวดล้อมที่แก้ไขได้ โดยบุคลากรสาธารณสุขต้องเห็นความสำคัญของการจัดสรรทรัพยากรเพื่อป้องกันสิ่งที่ป้องกันได้เหล่านี้ บูรณาการการทำงานแบบสหวิชาชีพเพื่อปรับเปลี่ยนแนวคิดและวิธีการในการดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง สร้างรูปแบบการดูแลที่ดีกว่า (better model of care) มุ่งเป้าหมายของการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ลดการกลับมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ ซึ่งจะส่งผลลดอัตราการเกิดทุพพลภาพและอัตราการตายได้ด้วย

การดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน คือรูปแบบการดูแลเมื่อผู้ป่วยสูงอายุเปราะบางผ่านพ้นภาวะวิกฤติจากการเจ็บป่วยทางกายแล้ว สัญญาณชีพเริ่มคงที่ โดยเป็นการทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ ในการประเมินผู้สูงอายุแบบรอบด้าน (comprehensive geriatric assessment : CGA) เพื่อค้นหาความถดถอยและความเสี่ยง นำมาวางแผนการให้การดูแลรักษาและป้องกันกลุ่มอาการสูงอายุ การวางแผนการดูแลต่อเนื่องว่าผู้ป่วยควรจะได้รับการเปลี่ยนระดับการดูแลเมื่อใด โดยบุคลากรกลุ่มใด และมีรูปแบบการดูแลอย่างไร

**แนวทางการดูแลผู้สูงอายุเปราะบางระยะเปลี่ยนผ่าน**

**สหวิชาชีพ**

องค์ประกอบของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุเปราะบางระยะเปลี่ยนผ่าน อาจมีความแตกต่างกันตามบริบทสถานพยาบาลและความซับซ้อนของผู้ป่วย โดยในโรงพยาบาลขนาดเล็ก ขนาดกลาง อาจประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด สำหรับโรงพยาบาลที่ใหญ่ขึ้น ซึ่งผู้ป่วยมีความซับซ้อนมากขึ้นและมีความพร้อมด้านบุคลากรที่มากขึ้น ควรมีบุคลากรอื่น ๆ เข้ามาเป็นในทีม เพื่อทำให้การดูแลได้ครอบคลุมมากขึ้น ได้แก่ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาคลินิก นักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร นักกิจกรรมบำบัด

ทีมที่ทำหน้าที่ในระยะเปลี่ยนผ่าน อาจเป็นทีมเดิมที่ดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันอยู่แล้ว โดยต้องเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องกลุ่มอาการสูงอายุและความถดถอยที่เกิดขึ้น เข้าใจในหลักการของการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน แล้วปรับบทบาทการดูแลให้สอดคล้องกับหลักการนี้ หรืออาจเป็นทีมเฉพาะที่มีการจัดตั้งเพิ่มเติมที่เข้ามารับช่วงอย่างต่อเนื่องกับทีมที่ดูแลในระยะเฉียบพลัน สำหรับในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ซึ่งมีผู้ป่วยปริมาณมาก การจัดตั้งทีมเฉพาะ ที่มีความชำนาญเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง จะช่วยทำให้เกิดระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพต่อเนื่อง และมีความยั่งยืน

**บทบาทของแพทย์ในการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน**

นอกจากการทำหน้าที่ดูแลรักษาตามปกติแล้ว แพทย์ที่ดูแลระยะเปลี่ยนผ่านจะมีบทบาทเพิ่มเติม คือการทำงานในสหวิชาชีพ รับฟังการประเมินแบบรอบด้าน มองให้ครอบคลุมทุกมิติ วางแผนการรักษาร่วมกับทีมโดยมีความเข้าใจบริบทความถดถอยและความต้องการการรักษาฟื้นฟูแบบองค์รวม เข้าใจปัญหาของผู้สูงอายุที่อาจมีลักษณะที่ไม่ตรงไปตรงมา และความต้องการความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เพื่อให้มีสามารถฟื้นฟูได้อย่างเหมาะสม รวมถึงเข้าใจของการดูแลในระยะกลางระดับต่าง ๆ รวมถึงการดูแลในชุมชนด้วย เพื่อทำให้เกิดการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ทำให้ผู้สูงอายุเปราะบางได้รับการดูแลที่เหมาะสม

- **การดูแลโรคทางกาย (Care for physical domain)**
    - ดูแลโรคหลักและโรคร่วม วางแผนการรักษาให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุเปราะบาง
    - หลีกเลี่ยงการตั้งเป้าหมายเข้มงวดเกินจำเป็น โดยไม่มีหลักฐานว่าเกิดประโยชน์ เช่น การคุมระดับน้ำตาลให้ค่อนต่ำ (tight control) การคุมให้ความดันต่ำเกินความจำเป็น การคุมอาหารที่เข้มงวด
    - ป้องกันและรักษาภาวะซึมสับสนเฉียบพลันอย่างรอบด้าน ประเมินผลการดูแลอย่างต่อเนื่อง เหมาะสม
    - ประเมินกลุ่มอาการสูงอายุอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง หาเหตุที่แก้ไขได้และให้การดูแล
- **การดูแลด้านยา (Care for medication use)**
    - ดูแลต่อเนื่อง โดยใช้หลักการเดียวกับการดูแลในระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน
    - ยาที่ควรระมัดระวังเป็นพิเศษ ได้แก่ ยาความเสี่ยงสูง (เอกสารแนบหมายเลข 4) ควรหลีกเลี่ยงการสั่งใช้ยาเหล่านี้ ยาที่ต้องปรับลดตามการทำงานของไต (เอกสารแนบหมายเลข 5) ควรสั่งด้วยความระมัดระวัง และยาที่ส่งผลกระทบต่อความอยากอาหาร อาจส่งผลต่อภาวะโภชนาการและทำให้การฟื้นตัวของผู้สูงอายุช้าลง จึงควรพิจารณาเลือกใช้ยาอื่นที่มีผลข้างเคียงน้อยกว่า
- **การดูแลด้านจิตใจ (Care for mental domain)**
    - การดูแลต่อเนื่อง สำหรับภาวะซึมสับสนเฉียบพลันและภาวะซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษาต่อเนื่อง การฟื้นฟู การกินอาหาร
    - การดูแลโดยไม่ใช้ยา (non-pharmacological treatment) อย่างต่อเนื่อง เช่น กระตุ้นการมีส่วนร่วมในการทำกิจวัตรประจำวัน การสนับสนุนให้มีกิจกรรมที่เหมาะสม โดยอาจเป็นกิจกรรมที่ญาติช่วยหรือกิจกรรมที่จัดขึ้นโดยบุคลากร
- **การดูแลด้านการเคลื่อนไหว (Care for mobility domain)**

จัดให้มีกิจกรรมกระตุ้นการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องและเพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสม เมื่อความเจ็บป่วยทางกายเริ่มคงที่ โดยสิ่งที่ต้องคำนึงถึงสำหรับผู้สูงอายุเปราะบาง คือ หากจะรอให้ความเจ็บป่วยทางกายมีความคงที่อย่างมากจึงค่อยให้ทำกิจกรรม อาจจะเป็นการชะลอโอกาสในการฟื้นฟูโดยไม่จำเป็น และยิ่งทำให้ผู้สูงอายุมีความถดถอยมากไปกว่าเดิม แพทย์ควรพิจารณาปรึกษาผู้เกี่ยวข้อง จัดโปรแกรมให้ผู้สูงอายุได้รับการฟื้นฟูที่ไม่เข้มข้น (non-intensive rehabilitation) อย่างสม่ำเสมอ เช่น การเคลื่อนไหวบนเตียง การฝึกนั่งข้างเตียง การฝึกเดินระยะสั้น การมีส่วนร่วมในการทำกิจวัตรประจำวันด้วย (รายละเอียดกิจกรรมในบทที่ 2) โดยกิจกรรมเหล่านี้ สามารถเริ่มได้ทันทีที่ผู้ป่วยผ่านภาวะวิกฤติแล้ว เช่น ความดันไม่ต่ำ ชีพจรไม่เร็วเกินไป (< 120 beat/min) การให้ออกซิเจนในปริมาณต่ำ (oxygen supplement < 5 LPM)

- **การดูแลด้านโภชนาการ (Care for nutritional aspect)**

ภาวะโภชนาการเป็นสิ่งสำคัญต่อการฟื้นตัวของผู้สูงอายุเปราะบาง แพทย์ควรติดตามว่า ผู้สูงอายุได้กินอาหารได้จริงตามที่มีการจัดให้ในโรงพยาบาลหรือไม่ ลักษณะของอาหาร ควรเป็นอาหารที่ผู้สูงอายุสามารถเคี้ยวได้ รสชาติอาหารช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอยากอาหาร นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงความเป็นไปได้ที่จะกลับไปกินอาหารอย่างเพียงพอที่บ้านเพื่อให้ได้รับสารอาหารที่เพียงพอ สัดส่วนเหมาะสมกับการฟื้นตัว หากมีนักกำหนดอาหารหรือนักโภชนาการในทีมอาจทำหน้าที่ในการสื่อสาร วางแนวทางร่วมกันกับผู้ป่วยและญาติ เพื่อให้มีความเข้าใจและสามารถจัดหาอาหารได้อย่างเหมาะสมเมื่อออกจากโรงพยาบาล

- **การวางแผนจำหน่ายแบบรอบด้าน (Comprehensive discharge planning)**

ในการดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเป็นเรื่องสำคัญ โดยต้องเริ่มวางแผนตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มพ้นภาวะวิกฤติ บ่อยครั้ง ลืมคิดไปว่า ผู้สูงอายุเปราะบางที่เดิมสามารถช่วยเหลือตัวเองได้โดยญาติไม่ต้องให้การดูแลใกล้ชิด แต่เมื่อมีความเจ็บป่วยเฉียบพลัน จะเกิดความถดถอยจนถึงจุดที่ต้องการการดูแลจากญาติเพิ่มเติมเมื่อออกจากโรงพยาบาล หากญาติไม่ได้เตรียมพร้อมในการดูแล หรือเรียนรู้ประเด็นต่าง ๆ ที่ต้องดูแล จะทำให้การกลับออกจากโรงพยาบาลของผู้สูงอายุเปราะบางเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบอย่างมากครอบครัวของผู้ป่วยอาจต้องมีการเตรียมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งผลกระทบเหล่านี้หากไม่มีการเตรียมตัวที่ดี อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ต้องกลับมานอนโรงพยาบาลด้วยปัญหาอันเกิดจากการดูแลไม่ดีพอและเกิดภาวะแทรกซ้อนมีภาวะทุพพลภาพถาวร หรืออาจเสียชีวิตก่อนเวลาอันควร

การวางแผนการให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ต้องมีการพิจารณาคู่ขนานในการประเมินผู้ป่วยและความพร้อมของครอบครัว ว่าสภาวะของผู้ป่วยเมื่อหายจากการเจ็บป่วยทางกายแล้วเกิดความถดถอยขึ้นมากน้อยเพียงใด ต้องการความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ อย่างไรบ้าง แล้วประเมินความพร้อมของครอบครัวในการให้ความช่วยเหลือนั้น ๆ **สิ่งที่เป็นประเด็นหลักที่แพทย์ควรมีการประเมิน เพื่อตั้งเป้าหมายร่วมกับสหวิชาชีพ คือ ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองในกิจวัตรประจำวัน หากก่อนเจ็บป่วยผู้สูงอายุเคยช่วยเหลือตัวเองได้และผู้ป่วยไม่มีความเจ็บป่วยที่จะทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพถาวร ควรตั้งเป้าหมายให้ผู้ป่วยกลับไปช่วยเหลือตัวเองได้** โดยอาจมีช่วงเวลาในการฟื้นตัวที่ต่างกันขึ้นกับความรุนแรงของปัญหาที่เกิดขึ้น และควรประเมินความช่วยเหลือทางการแพทย์และความช่วยเหลือทางสังคมที่ผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับ เพื่อให้การดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสม โดยการดูแลในช่วงของการฟื้นตัวของผู้สูงอายุเปราะบางนี้ คือการดูแลระยะกลาง (intermediate care)

- **การวางแผนการส่งต่อการดูแลระยะกลางและระยะยาว**

บทบาทของแพทย์ที่ต้องทำงานร่วมกับสหวิชาชีพในการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน คือ การประเมินผู้ป่วยและญาติ เพื่อคัดเลือกให้ผู้ป่วยไปสู่การดูแลระยะกลาง (intermediate care) ที่เหมาะสมหรือสอดคล้องกับสภาวะผู้ป่วย และสอดคล้องกับบริบท หลังจากนั้นดำเนินการบันทึกและส่งต่อข้อมูล เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพและปลอดภัย (เอกสารแนบหมายเลข 7 และ หมายเลข 12)

**บทบาทของพยาบาลในการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน**

วิชาชีพพยาบาลเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเปราะบาง ตั้งแต่ระยะเจ็บป่วยเฉียบพลันจนไปสู่ระยะเปลี่ยนผ่านเพื่อการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังนั้นเพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเปราะบางและครอบครัว ให้ผ่านระยะเปลี่ยนผ่านและออกจากโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสม

และมีคุณภาพ พยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ ความเข้าใจ ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุเปราะบาง โดยเฉพาะกลุ่มอาการสูงอายุ ได้แก่ ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน การช่วยเหลือตัวเองลดลง มีความเสี่ยงในการเกิดแผลกดทับ และความสามารถในความช่วยเหลือตัวเองถดถอย โดยพยาบาลควรมีความสามารถในการเตรียมความพร้อมของผู้สูงอายุเปราะบางและครอบครัวให้มีความสามารถในการดูแลจัดการกับปัญหาในมิติต่าง ๆ ด้วยความเข้าใจ และมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุฟื้นตัวได้ใกล้เคียงเดิม มีคุณภาพชีวิตที่ดี และป้องกันการกลับมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ (re-admission) จากภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากการดูแลที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพที่รุนแรงมากขึ้น ควรมีจุดเน้นรูปแบบการบริการเชิงรุก ได้แก่

- **การประเมินผู้สูงอายุรอบด้าน (comprehensive geriatric assessment : CGA)**

พยาบาลควรประเมิน CGA ต่อเนื่องจากการดูแลในช่วงเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือหากยังไม่มีการประเมินมาก่อน จำเป็นที่ต้องประเมิน CGA ในระยะเปลี่ยนผ่าน เพื่อการวางแผนการให้การพยาบาล การสนับสนุนที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ และให้คำแนะนำกับครอบครัวในการเตรียมตัวออกจากโรงพยาบาล ควรประเมินภาวะซึมสับสนเฉียบพลันอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ระยะเจ็บป่วยเฉียบพลันด้วยวิธีการประเมินแบบสั้นที่สามารถใช้ขณะดูแลให้การพยาบาลอื่น ๆ ได้ เพื่อให้การวินิจฉัยที่ทันต่อเหตุการณ์ หากพบความผิดปกติ ควรแจ้งแพทย์ผู้ดูแล และให้การดูแลแบบไม่ใช้ยา หากประเมินไม่พบภาวะซึมสับสนเฉียบพลันก็ให้การดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดภาวะนี้

- **การประเมินความพร้อมและความต้องการการดูแล**

พยาบาลควรสอบถามผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวว่าบุคคลใดในครอบครัวที่วางแผน ไว้ให้เป็นผู้ดูแลหลัก หากยังไม่ได้มีการวางแผนไว้ พยาบาลควรให้คำแนะนำแนวทางเพื่อช่วยให้ครอบครัววางตัวผู้ดูแลหลักที่เหมาะสม เพราะผู้สูงอายุเปราะบางมีความเสี่ยงต่อการถดถอยซึ่งต้องมีคนช่วยดูแลอย่างน้อยเป็นการชั่วคราวในช่วงที่ฟื้นตัว โดยบุคคลที่มีคุณลักษณะที่ดีคือ ผู้ที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยสูงอายุ มีอายุไม่มากหรือน้อยจนเกินไป มีวุฒิภาวะที่ดี มีจิตใจที่อ่อนโยน มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ และการดูแลในการฟื้นฟู เป็นต้น โดยการค้นหาควรทำตั้งแต่วันแรกที่รับไว้ในหอผู้ป่วย หรือเมื่อผู้ป่วยสูงอายุเปราะบางผ่านพ้นภาวะวิกฤติจากการเจ็บป่วยทางกายไปแล้ว

- **การให้ความรู้ในการดูแลแก่ครอบครัวและผู้สูงอายุเปราะบาง ช่วงระยะการเปลี่ยนผ่านก่อนเข้าสู่การดูแลระยะกลาง**

  - **การกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวโดยเร็ว (Early mobilization) :** ผู้สูงอายุเปราะบางมักมีการเคลื่อนไหวไม่มากในช่วงหลังการเจ็บป่วย เพิ่มความเสี่ยงในการสูญเสียกล้ามเนื้อและกำลังกล้ามเนื้อ การจัดให้มีการเคลื่อนไหวจะช่วยลดการสูญเสียกล้ามเนื้อ พยาบาลมีบทบาทสำคัญโดยเฉพาะในระยะเปลี่ยนผ่านช่วยกระตุ้นและส่งเสริมให้มีการเคลื่อนไหว โดยการออกกำลังกายตามความสามารถของผู้ป่วยให้ได้เต็มศักยภาพมากที่สุด ซึ่งสามารถพิจารณาเริ่มได้เมื่ออาการทางกายเริ่มดีขึ้นผ่านภาวะวิกฤติแล้ว ไม่มีปัญหาความดันต่ำ ไม่มีปัญหาชีพจรเร็วเกิน ไม่ต้องใช้ ออกซิเจน ในปริมาณที่สูงนอกจากจะช่วยเพิ่มพลังงานสำรองสร้างความแข็งแรงในผู้สูงอายุ ยังสามารถป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน จากการลดความเคลื่อนไหวของร่างกาย และทำให้ผู้ป่วยสามารถหายและฟื้นตัวได้เร็วขึ้น โดยแนวทางในการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเปราะบางมีการเคลื่อนไหวมากขึ้นในช่วงเปลี่ยนผ่านอาจทำได้โดย

- กระตุ้นให้มีการลุกนั่งข้างเตียง มีการเดินตามความเหมาะสมของผู้ป่วยในขณะนั้น ๆ โดยค่อย ๆ เพิ่มระยะทางและความเร็ว เป้าหมายเพื่อเพิ่มความทนทาน (endurance) และเพิ่มความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง โดยอาจใช้อุปกรณ์พยุงเดินที่เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงที่เกิดการหกล้ม
- การออกกำลังกายบนเตียงเพื่อให้มีการขยับข้อ เพิ่มการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน (resistance exercise) ซึ่งจะรักษาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและป้องกันกล้ามเนื้อฝ่อลีบ
- กระตุ้นให้มีกิจกรรมหรือมีการเคลื่อนไหวร่างกายในระหว่างวัน โดยอาศัยความร่วมมือจากสหวิชาชีพในการจัดให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมโปรแกรมกิจกรรมการออกกำลังกายตามความเหมาะสม มีการเคลื่อนไหวร่างกาย กิจกรรมกระตุ้นศักยภาพสมอง กิจกรรมที่มีความหมายสร้างสรรค์อารมณ์ทางบวก ร่วมกับสหวิชาชีพต่าง ๆ โดยอาจให้ครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้วย
- การให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความสำคัญของการเคลื่อนไหว และกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากที่สุดเท่าที่ทำได้ขณะนอนโรงพยาบาล

- **การทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลความสะอาดของร่างกาย:** ควรมีการประเมินว่าผู้สูงอายุมีความพร้อมในการดูแลตัวเองและดูแลความสะอาดตัวเองได้มากน้อยเพียงใด เมื่อผู้ป่วยสูงอายุเปราะบางผ่านพ้นภาวะวิกฤติจากการเจ็บป่วยทางกายไปแล้ว สัญญาณชีพเริ่มคงตัว และผู้ป่วยไม่สับสน ควรมีการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุประกอบกิจวัตรประจำวันของตนเอง โดยมีพยาบาลคอยช่วยเหลือ หากยังทำได้ไม่ดี โดยการเน้นการทำความสะอาดปากฟัน ร่างกาย อวัยะสืบพันธุ์ การขับถ่าย และการแต่งตัว
- **การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ:** พยายามให้มีการนอนหลับพักผ่อนในช่วงกลางคืนให้ได้อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ควรหลีกเลี่ยงการนอน ในช่วงกลางวัน อย่างไรก็ตาม หากผู้สูงอายุง่วงมาก ก็อาจปล่อยให้นอนในช่วงสาย ๆ ในช่วงเวลาที่ไม่นานเกินไป อาจจัดหากิจกรรมทำระหว่างวันเพื่อลดการนอนกลางวัน
- **ส่งเสริมการกินอาหาร:** ผู้สูงอายุเปราะบางมีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ เพราะมีปัจจัยหลายอย่างที่เกิดขึ้นเมื่อมีความเจ็บป่วยและนอนโรงพยาบาล ทำให้ผู้สูงอายุกินอาหารน้อยลง ควรมีการประเมินมองหาสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่กินอาหาร เช่น อาหารกินยาก อาหารเย็นชืด รสชาติอาหารไม่ถูกปาก ท้องผูก ซึ่งอาจแก้ไขได้ไม่ยากหากใส่ใจในการหาสาเหตุ ดังนั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุเปราะบางกินอาหารได้ดี ควรส่งเสริมให้มีการฟื้นตัวที่ดีและรวดเร็ว พยาบาลควรมีบทบาทในการดูแลปัญหาที่แก้ไขได้ และส่งเสริมให้มีการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้สูงอายุได้กินอาหารได้มากขึ้น อาจมีจุดให้ผู้ป่วยได้เดินไปนั่งกินอาหารกับญาติเพื่อเพิ่มบรรยากาศอิ่มสุขในการกินอาหาร หากเบื่ออาหารอาจให้จัดมื้ออาหาร เป็นมื้อละน้อย ๆ หากหมดค่อยเพิ่มภายหลังวิธีการต่างๆเหล่านี้ช่วยลดความเสี่ยงที่ทำให้ต้องได้รับอาหารทางสายยาง แต่หากผู้สูงอายุมีเหตุปัจจัยที่ทำให้ไม่สามารถกินได้เพียงพอ ต้องได้รับอาหารทางสายยาง พยาบาลควรเริ่มวางแผนสอนญาติผู้ดูแลให้เรียนรู้เทคนิคการให้อาหารทางสายยางที่ถูกต้องตั้งแต่เนิ่น ๆ เพื่อให้เวลาในการเรียนรู้ เช่น เทคนิคการให้อาหารทางสายยางที่ถูกต้อง การจัดผู้ป่วยให้อยู่ในท่านั่งศีรษะสูงลำคอตรง ป้องกันการสำลัก

- **การป้องกันภาวะแทรกซ้อน**

ในช่วงระยะเปลี่ยนผ่านนี้ ผู้สูงอายุยังมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนได้หลายรูปแบบ ดังนั้นพยาบาลยังคงต้องมีการเฝ้าระวังอาการ ป้องกันการเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การป้องกันภาวะท้องผูก และการป้องกันอุบัติเหตุ พลัดตกหกล้มโดยการจัดให้มีการเคลื่อนไหวที่เหมาะสมและปลอดภัย นอกจากนั้นควรหมั่นสังเกตกลุ่มอาการสูงอายุ เพราะอาจเป็นอาการนำของภาวะแทรกซ้อน เช่น การที่ผู้สูงอายุซึมลง คุยน้อยลง เดินได้น้อยลง พยาบาลต้องให้ความใส่ใจในการหาสาเหตุ เพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที

- **บทบาทการเป็นผู้ติดตามและประสานทีมในการดูแลต่อเนื่องและการเตรียมตัวให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล**

การประสานระหว่างทีมบุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุเปราะบางระยะเปลี่ยนผ่านถือเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล ควรประสานงานให้ได้ข้อมูลจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทั้งแผนการดูแลจากแพทย์ แผนการฟื้นฟูจากทีมกายภาพเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูจนช่วยเหลือตัวเองได้ แผนการจัดการเรื่องอาหาร แผนการดูแลด้านจิตใจจากทีมที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้พยาบาลจะเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุดในหอผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่เป็นผู้ประสาน โดยสรุปแผนการดูแลที่ครอบคลุมมิติต่าง ๆ จากบุคลากรที่ดูแลในโรงพยาบาลเตรียมส่งต่อข้อมูลและแผนการดูแลให้กับหน่วยงานทางสุขภาพที่เกี่ยวข้อง และหน่วยงานทางสังคมที่จะสามารถให้การสนับสนุนการดูแลในชุมชนได้

นอกจากนั้นพยาบาลยังมีบทบาทในการติดตามอาการของผู้ป่วยสูงอายุเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้คำแนะนำหากเกิดปัญหาการดูแลขึ้นที่บ้าน ให้คำแนะนำอย่างเหมาะสม หรือปรึกษาแพทย์เพื่อให้การดูแลแก้ไขปัญหาที่อาจกลับไปเกิดที่บ้าน

**บทบาทของเภสัชกรในการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน**

การจัดการเรื่องยาของผู้สูงอายุเปราะบางระยะเปลี่ยนผ่าน มีประเด็นที่สำคัญ คือ การประสานรายการยา (medication reconciliation) และส่งต่อข้อมูลรายการยาที่เป็นปัจจุบัน (transfer of medication list) ของผู้ป่วยไปยังต่างสถานพยาบาล หรือระดับการดูแลที่แตกต่าง รวมทั้งมีการสื่อสารเรื่องแผนการรักษา รายการยาที่เปลี่ยนแปลงไปกับทีมแพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาลของสถานพยาบาลที่รับดูแลต่อเนื่อง หากเป็นกรณีกลับบ้านควรสื่อสารกับผู้ดูแลที่บ้าน รวมถึงผู้ดูแลในชุมชน ดังนั้นบทบาทหน้าที่ของเภสัชกรในการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านมีดังนี้

- **ทบทวนรายการยา (medication review) และทำการประสานรายการยา (medication reconciliation)**

เภสัชกรทำหน้าที่ทบทวนข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ที่บ้าน ช่วงก่อนเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล (รวมถึงยาที่ผู้ป่วยซื้อเอง ผลิตภัณฑ์เสริมอาหาร สมุนไพร วิตามินต่าง ๆ) เมื่อได้ข้อมูลรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ต่อเนื่องแล้วทำการเปรียบเทียบกับรายการยาที่แพทย์สั่งเมื่อแรกรับ ขณะอยู่ในโรงพยาบาลหรือช่วงที่มีการย้ายหอผู้ป่วย และรายการยาในวันกลับบ้าน หากพบว่ามีความแตกต่างของรายการยา ควรสื่อสารกับแพทย์ผู้รักษาเพื่อทำการทบทวนให้ได้รายการยาที่จำเป็นและเหมาะสมกับผู้ป่วยให้ครบถ้วน หากมีการเปลี่ยนแปลงรายการยาต้องมีการบันทึกเหตุผลเพื่อสื่อสารข้อมูลกับผู้เกี่ยวข้อง เมื่อสิ้นสุดกระบวนการทั้งหมดจะได้รายการยา (medication list) ที่เป็นปัจจุบันของผู้ป่วย ซึ่งรายการยาดังกล่าวนี้ต้องติดตามผู้ป่วยไปทุกรอยต่อของการให้บริการ ทั้งในสถานพยาบาลเดียวกันและต่างสถานพยาบาล กระบวนการนี้จะช่วยลดความคลาดเคลื่อนทางยาในทุกช่วงรอยต่อของการรักษาได้เพื่อให้เกิดความปลอดภัยสูงสุดในการใช้ยา

- **สื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแล หรือบุคลากรทางการแพทย์ของสถานพยาบาลอื่น ๆ**

เภสัชกรทำหน้าที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับรายการยาที่เปลี่ยนแปลงไปรวมถึงแผนการรักษาที่เกี่ยวกับยา

- **ประเมินและวางแผนการจัดการด้านยาของผู้ป่วยโดยอ้างอิงตามความสามารถของผู้ป่วยหรือผู้ดูแล**

กรณีเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลกลับบ้าน เภสัชกรจะทำหน้าที่ประเมินความสามารถในการจัดยาของผู้ป่วยว่ายังสามารถทำได้อย่างถูกต้องหรือไม่ เนื่องจากผู้สูงอายุเปราะบางบางรายก่อนเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลยังมีความสามารถจัดการด้านยาเองได้ แต่หลังเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล ความสามารถในการจัดการด้านยาอาจถดถอยลง รวมถึงอาจมีรายการยาที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เภสัชกรจึงควรประเมินความสามารถในการจัดการด้านยาของผู้ป่วยที่มีภาวะเปราะบางก่อนออกจากโรงพยาบาล โดยประเด็นที่ต้องประเมินได้แก่

1) การมองเห็นและความสามารถในการอ่านฉลากยา
2) ปัญหาด้านความจำที่ส่งผลกระทบต่อการจัดยา การหยิบยากินได้เอง
3) ความสามารถในการเปิดขวดยา แกะยาออกจากแผง หรือหักแบ่งเม็ดยา
4) ความสามารถในการกลืนยา ผู้ป่วยสูงอายุเปราะบางบางรายอาจมีการถดถอยของความสามารถในการกลืน ทำให้ต้องบดยา
5) มีปัญหาเรื่องความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence) หรือไม่

หากพบว่าผู้สูงอายุเปราะบางมีความสามารถในการจัดการด้านยาบกพร่อง มีแนวโน้มจัดได้ไม่ถูกต้อง เภสัชกรควรจัดหาอุปกรณ์ในการช่วยจัดยา เช่น กล่องใส่ยา ปฏิทิน การใช้แอปพลิเคชั่น เตือนให้กินยา หรือหาผู้ดูแลในการจัดยา เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการจัดการด้านยาของผู้ป่วย

**บทบาทของนักจิตวิทยาคลินิกในการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน**

นักจิตวิทยาคลินิกมีหน้าที่ประเมินผู้ป่วย และญาติ เพื่อเป็นข้อมูลกับสหวิชาชีพสำหรับวางแผนการรักษาตลอดจนการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องและเหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยประเมินใน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ ภาวะบกพร่องทางการรู้คิด ภาวะซึมเศร้า และภาวะเหนื่อยล้าของญาติหรือผู้ดูแล ซึ่งประเด็นเหล่านี้เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางและญาติของผู้สูงอายุเปราะบาง

- **ภาวะบกพร่องทางการรู้คิด/ ภาวะสมองเสื่อม**

เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุรวมถึงกลุ่มที่มีภาวะเปราะบาง หากความบกพร่องส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันจะจัดเป็นภาวะสมองเสื่อม แต่หากยังไม่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันจะจัดเป็นภาวะบกพร่องทางการรู้คิด ซึ่งภาวะเหล่านี้จะส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ส่งผลให้การดูแลและการฟื้นฟูยากขึ้น ดังนั้นการวินิจฉัยภาวะบกพร่องทางการรู้คิด/ภาวะสมองเสื่อมได้ จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมและช่วยให้ครอบครัวมีความตระหนักรู้ ความเข้าใจ สามารถเรียนรู้ วางแผนการดูแล การช่วยเหลือให้เหมาะสมได้

การประเมินภาวะบกพร่องทางการรู้คิด/ภาวะสมองเสื่อม เป็นการประเมินทางคลินิก ซึ่งอาศัยการซักประวัติเกี่ยวกับความจำและสมรรถภาพสมองด้านต่าง ๆ ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง และมีการประเมินภาวะปริชาน (congnition) โดยใช้แบบประเมินที่เหมาะสม ในสถานการณ์ผู้สูงอายุเปราะบางที่รับการรักษาในโรงพยาบาล การใช้แบบประเมินต่าง ๆ ที่ประเมินจากผู้ป่วยโดยตรง อาจมีปัจจัยกวนเพราะผู้สูงอายุอาจมีการเจ็บป่วยทางกาย มีภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน มีปัญหาทางอารมณ์ที่จะทำให้คะแนนที่ได้จากการประเมินต่ำกว่าปกติ โดยไม่ได้เกิดจากภาวะสมองเสื่อม แต่หากเป็นการประเมินโดยใช้การสอบถามญาติ เช่น การใช้ modified IQ code ก็จะสามารถให้ข้อมูลที่ดีพอในการประเมินได้

- **ภาวะซึมเศร้า**

เป็นภาวะหนึ่งที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุเปราะบาง ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ ความเจ็บป่วยหรือโรคทางกาย ความไม่สมดุลของระดับฮอร์โมน การเสื่อมลงของอวัยวะหรือระบบต่าง ๆ ในร่างกาย รวมถึงภาวะบกพร่องทางการรู้คิด/ภาวะสมองเสื่อม การเผชิญกับความสูญเสียและพลัดพรากของบุคคลสำคัญในชีวิต เป็นต้น จากปัจจัยต่าง ๆ ข้างต้นอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุ มองเห็นคุณค่าในตนเองน้อยลง พึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น มีความเครียดหรือวิตกกังวล ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางมีแนวโน้มที่จะประสบกับภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป โดยลูกหลานหรือคนในชุมชนตลอดจนผู้สูงอายุเอง สามารถสังเกตอาการที่น่าสงสัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าได้จากอาการทางกาย เช่น นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป อ่อนเพลีย ไม่สดชื่น เบื่ออาหาร อาการทางจิตใจ เช่น รู้สึกไม่มีความสุข มองโลกในแง่ร้าย หงุดหงิด โมโหง่าย เอาแต่ใจตนเอง มองโลกในแง่ร้าย หากพบอาการเหล่านี้ควรแจ้งให้ทีมแพทย์ผู้รักษาทราบเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการประเมิน เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมต่อไป โดยอาจมีการใช้แบบคัดกรองเบื้องต้น ตามด้วยแบบประเมินเพื่อวินิจฉัย และหากมีความจำเป็นก็อาจต้องปรึกษาผู้เชี่ยวชาญร่วมดูแลรักษา

**แบบประเมินภาวะซึมเศร้า**

1. **แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)** เป็นแบบคัดกรองผู้ที่มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า
2. **แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)** เป็นแบบประเมินเพื่อประกอบการวินิจฉัยและจำแนกระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยใช้ประเมินต่อจากผู้สูงอายุหรือกลุ่มเสี่ยงที่มีผลบวกจากการคัดกรองโรคซึมเศร้า
3. **แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS)** เป็นแบบประเมินที่พัฒนาเพื่อให้เหมาะกับการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย คะแนนที่ได้จากการประเมินสามารถนำไปใช้เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวินิจฉัยโรคและจำแนกระดับของภาวะซึมเศร้า

**หมายเหตุ:** แบบประเมิน 9Q และ TGDS ควรเลือกประเมินแบบทดสอบใดแบบทดสอบหนึ่งเพียงแบบทดสอบเดียว เนื่องจากทั้งสองแบบทดสอบประเมินในประเด็นเดียวกัน

- **ภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแลของญาติหรือผู้ดูแล**

เมื่อต้องอยู่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ญาติหรือผู้ดูแลหลายคนมักเกิดภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแล โดยภาวะนี้มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย เช่น การดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียว การที่ผู้ดูแลยังต้องทำงานประจำค่าใช้จ่ายต่าง ๆ รวมถึงภาวะเครียดสะสมหรือความวิตกกังวลที่มาจากการดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน บุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลควรต้องมีความตระหนัก และมีการประเมินอย่างเหมาะสม เพื่อให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุม โดยอาจมีการใช้แบบประเมินเพื่อช่วยในการดูแลได้

แบบประเมินภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแลที่นิยมใช้ คือ Zarit Burden Interview (ZBI) เป็นแบบประเมินที่วัดภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแลได้ มีหลาย version ซึ่งจะมีจำนวนข้อไม่เท่ากัน ได้แก่ 22 ข้อคำถาม 12 ข้อคำถาม และ 4 ข้อคำถาม ซึ่งสามารถเลือกใช้แบบทดสอบตามวัตถุประสงค์ของผู้ใช้งาน หากต้องการคัดกรองเบื้องต้นและมีเวลาในการประเมินไม่นานอาจจะเลือกใช้แบบ 4 ข้อคำถาม หรือ 12 ข้อคำถาม

หลังจากประเมินแล้วพบภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแล นักจิตวิทยาคลินิกหรือทีมแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม สาเหตุของภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแลที่พบได้บ่อย เช่น ความไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วยซึ่งมีส่วนทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับอาการหรือพฤติกรรมบางอย่างได้อย่างเหมาะสม ปัญหาทางด้านการเงินและอื่น ๆ ซึ่งเมื่อพบสาเหตุของภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแล ทีมแพทย์ผู้รักษาจะนำข้อมูลดังกล่าวเข้าที่ประชุมเพื่อปรึกษาสหวิชาชีพและวางแผนร่วมกับผู้ดูแลในการหาทางออกเพื่อช่วยลดภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแลและเป็นข้อมูลให้ผู้ดูแล/ญาตินำกลับไปใช้หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล

**บทบาทของนักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการในการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน**

การดูแลด้านโภชนาการของผู้ป่วยที่มีภาวะเปราะบางระยะเปลี่ยนผ่าน เป็นบทบาทสำคัญของนักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น โดยจะเน้นไปที่การประเมินภาวะโภชนาการและการติดตามผลการให้โภชนบำบัด เพื่อค้นหาสาเหตุหรือปัจจัยที่ยังทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านโภชนาการ พร้อมทั้งวางแผนเพื่อเตรียมผู้ป่วยให้มีความพร้อมในการฟื้นฟูสภาพร่างกายให้แข็งแรง สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ใกล้เคียงเดิม บทบาทของนักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการในการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านมีประเด็นสำคัญ ดังนี้

- **การติดตามการกินอาหารของผู้ป่วย** รวมถึงอาหารทางการแพทย์โดยสังเกตว่าผู้สูงอายุกินได้หมดตามที่จัดให้หรือไม่ เพื่อนำมาคำนวณปริมาณพลังงานและสารอาหารที่ผู้ป่วยได้รับว่ามีความเหมาะสมหรือไม่ และมีปัญหาใดที่สามารถแก้ไขได้ หากผู้สูงอายุเปราะบางยังได้รับอาหารไม่เพียงพอหรือไม่เหมาะสม นักกำหนดอาหารหรือนักโภชนาการควรคิดหาแนวทางแก้ไขให้คำแนะนำและคำปรึกษาเพิ่มเติม ร่วมกับมีการปรึกษากับแพทย์ และสหวิชาชีพและวางแผนดูแลให้ดีขึ้นต่อไป
- **การติดตามผลการรักษาประเมินภาวะโภชนาการซ้ำ (re-Assessment)** โดยติดตามน้ำหนักตัวของผู้ป่วยเพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ใด เพื่อวางแผนการให้โภชนบำบัดที่เหมาะสม สามารถแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นได้ หลังจากนักกำหนดอาหารหรือนักโภชนาการ ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยแล้วพบสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาด้านโภชนาการของผู้ป่วย นักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการควรให้คำปรึกษาเพิ่มเติมพร้อมกับการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล
- **การวางแผนแนวทางการดูแลด้านโภชนาการร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว** สิ่งสำคัญในการวางแผนร่วมกัน คือนักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการควรประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stage of change) ของผู้ป่วยรวมทั้งการดูแลของผู้ดูแลก่อนว่ามีความพร้อมอยู่ในระดับใด จากนั้นจึงทำการวางแผนการดูแลด้านโภชนาการร่วมกันโดยอาจใช้วิธีการให้คำปรึกษา การให้โภชนศึกษา การจัดทำคู่มือแนะนำอาหาร การวางแผนเมนูอาหาร ซึ่งนักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการควรวางแผนการดูแลให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงสภาพร่างกาย สภาวะโรค สภาพสังคม วิถีชีวิตและฐานะทางสังคมของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลสามารถทำตามแผนได้จริงและประสบความสำเร็จทำให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น หากเป็นผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องได้รับการให้อาหารทางสายยางต้องมีการสอนวิธีการทำอาหารทางสาย วิธีการให้อาหารสายยาง และวิธีการชงอาหารทางการแพทย์

**บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน**

นักสังคมสงเคราะห์ในทีมการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านมีบทบาทที่ช่วยเสริมข้อมูลทางสังคมให้ทีมการรักษา โดยเป็นการประเมินปัจจัยทางสังคมที่ขาดและต้องได้รับการช่วยเหลือ หรือการสรรหาทรัพยากรทางสังคมที่สามารถช่วยสนับสนุนให้การดูแลฟื้นฟูไปได้ตามแผนการรักษา โดยแบ่งออกเป็น 3 กระบวนการ ได้แก่

- **การประเมินทางสังคมใน 4 ประเด็น ดังนี้**
    1. **ผู้ดูแล (care giver)** ค้นหาผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย ประเมินความรู้ความเข้าใจต่ออาการของผู้ป่วย ทัศนคติ (attitude) ในการดูแลและอยู่ร่วมกับผู้ป่วย ข้อจำกัดของผู้ดูแล เช่น ผู้ดูแลต่างชาติไม่เข้าใจภาษาไทย เป็นผู้สูงอายุในกลุ่มที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องเช่นเดียวกับผู้ป่วย
    2. **สถานะทางการเงินของผู้ป่วย** ประเมินว่าใครเป็นผู้ดูแลค่าใช้จ่ายในครอบครัว รายได้ ภาระหนี้สิน ภาระค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้นในครอบครัว โดยจุดมุ่งหมายในการประเมินในหัวข้อนี้ เพื่อดูความสามารถของผู้ป่วยและครอบครัวในการเข้าถึงทรัพยากรในการดูแลรักษาผู้ป่วย ซึ่งนำไปสู่การวางแผนการรักษาของสหวิชาชีพที่จะเกิดขึ้น เช่น ความสามารถในการชำระค่ายานอกบัญชีฯ ได้ ทำให้แพทย์สามารถเลือกใช้ยาในการรักษาผู้ป่วยได้หลากหลายมากขึ้น
    3. **ครอบครัวและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย** ประเมินจำนวนสมาชิก รวมไปถึงความสัมพันธ์ในครอบครัว เพราะในหลายครั้งความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดี ทำให้แผนของการดูแลดำเนินไปถึงเป้าหมายได้อย่างรวดเร็ว ในทางกลับกันความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ไม่ดี อาจนำไปสู่การใช้ความรุนแรงในการดูแลผู้ป่วยตามมา ด้านสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย นักสังคมสงเคราะห์ควรประเมินและคำนึงถึงสภาพชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยและเพื่อนบ้าน หน่วยงานทางสุขภาพใกล้บ้าน เพื่อรวบรวมแหล่งทรัพยากรทางสังคมของผู้ป่วยที่จะช่วยให้เป้าหมายของการรักษาเป็นไปได้มากขึ้น
    4. **สิทธิการรักษาของผู้ป่วย** ข้อมูลของสิทธิการรักษาเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากในการวางแผนการรักษา เนื่องจากทีมการรักษาจะได้วางแผนการรักษาได้เหมาะสม มีแนวทางเลือกใช้การรักษาที่คำนึงถึงความเป็นไปได้ โดยผู้ป่วยต้องได้รับทราบข้อมูลสิทธิประโยชน์ของตนเอง และนักสังคมสงเคราะห์จะมีบทบาทในการให้คำแนะนำสิทธิประโยชน์ทางสังคมต่าง ๆ ที่ผู้สูงอายุและครอบครัวมีสิทธิจะได้รับ เพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิ และทำให้ผู้สูงอายุและครอบครัวได้รับการช่วยเหลือเพื่อให้เป็นประโยชน์ต่อการฟื้นฟูของผู้ป่วยและประโยชน์ต่อเศรษฐานะทางสังคมของครอบครัว
- **การให้ความช่วยเหลือทางสังคมและการส่งต่อข้อมูล**

นักสังคมสงเคราะห์จัดทำบันทึกข้อมูลทางสังคมของผู้ป่วย เพื่อส่งต่อให้กับทีมการรักษา/หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยและญาติต่อไป แต่หากในผู้ป่วยบางรายที่นักสังคมสงเคราะห์ประเมินแล้วว่ามีปัญหาทางสังคมที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ แต่หน่วยงานปลายทางไม่มีนักสังคมสงเคราะห์หรือไม่มีการให้บริการทางสังคม นักสังคมสงเคราะห์ที่ประเมินพบปัญหาสามารถให้ความช่วยเหลือตามกระบวนการได้ทันที

**สรุป**

การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านเริ่มต้นจากการประเมินผู้สูงอายุรอบด้าน (เอกสารแนบหมายเลข 6) เพื่อค้นหาปัญหาแล้วมีการประเมินร่วมกันในสหวิชาชีพ การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านควรเริ่มที่หอผู้ป่วยเฉียบพลัน โดยมีเป้าหมายเพื่อการวางแผนรูปแบบการดูแลหลังจากออกจากหอผู้ป่วยระยะเฉียบพลัน โดยย้ายสถานที่ไปยังหอผู้ป่วยดูแลระยะกลาง หรือสถานบริการระยะกลางในชุมชน หรือหากผู้ป่วยมีการฟื้นตัวที่ดีและครอบครัวพร้อมในการดูแลอาจเป็นการกลับไปดูแลระยะกลางที่บ้านได้ บทความนี้กล่าวถึงบทบาทของแต่ละสหวิชาชีพ **ซึ่งในบริบทที่ไม่มีสหวิชาชีพเหล่านี้ การวางแผนดูแลโดยใช้มุมมองของสหวิชาชีพนั้น ๆ จะช่วยให้การดูแลเป็นองค์รวมได้มากขึ้น** ประเด็นที่สำคัญอีกเรื่องของการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านคือ การมีแผนการดูแลที่รอบด้าน (เอกสารแนบหมายเลข 8) และสื่อสาร ส่งต่อข้อมูลอย่างไร้รอยต่อทั้งกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องและครอบครัวผู้สูงอายุ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลที่ปลอดภัย ไม่เกิดสิ่งไม่พึงประสงค์จากความคลาดเคลื่อนระหว่างรอยต่อของระบบบริการต่าง ๆ อันเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้การฟื้นฟูมีความต่อเนื่อง ผู้ป่วยได้กลับคืนสู่ความแข็งแรงโดยเร็ว

## เอกสารอ้างอิง

1. เมียนเกิด ว. การจัดการรายกรณีสำหรับผู้สูงอายุ. 1st ed. กรุงเทพฯ: คณะสังคมสงศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2561.

2. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม. [ออนไลน์]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 28 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก https://neuronetworks.org/?p=3217

3. คู่มือพัฒนาศักยภาพสมองของผู้ที่มีสมรรถภาพสมองบกพร่องระยะต้น [ออนไลน์]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 30 มิถุนายน 2566]. เข้าถึงได้จาก http://agingthai.dms.go.th/agingthai/type_manual/คู่มือการพัฒนาศักยภาพส/

4.. แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; [ออนไลน์]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก https://dmh-elibrary.org/items/show/1138

5. ธิดา นิงสานนท์, ปรีชา มนทกานติกุล, สุวัฒนา จุฬาวัฒนทล, บรรณาธิการ. Medication reconciliation. กรุงเทพฯ: สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาล (ประเทศไทย); 2552.

6. อรวรรณ ศิลปกิจ, รสสุคนธ์ ชมชื่น, ชัชวาล ศิลปะกิจ. คุณสมบัติทางจิตวิทยาของแบบประเมินภาระการดูแล Zarit ในผู้ป่วยจิตเวช. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 2558; 23(1): 12-24

7. World Health Organization. Transitions of care: technical series on safer primary care. Geneva: World Health Organization; 2016. Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/252272/9789241511599-eng.pdf

8. Cline DD. A concept analysis of vulnerability during transitions. Nursing Education Perspectives. 2016; 37(2): 91–96

9. St-Louis L, Brault D. A clinical nurse specialist intervention to facilitate safe transfer f rom ICU. Clinical Nurse Specialist. 2011; 25(6): 321–326..

10. Kleinpell RM. Promoting continuity for patients experiencing transitions in care. Australian Critical Care. 2010; 23(2): 51–52..

11. Jeffs L, Law MP, Straus S, Cardoso R, Lyons RF, Bell C. Defining quality outcomes for complex-care patients transitioning across the continuum using a structured panel process. BMJ Quality Safety. 2013; 22(12): 1014–1024.

12. Paksee N, Srivisai T, Khunkaew S. Preparation of Family Caregivers of Patient with Stroke on Transitional Care from Hospital to Home. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal 2021; 13(1): 47-61. (in Thai)

13. Dementia Australia. The dementia guide for people living with dementia, their families and cares [Internet]. 2019[cited 2023 July 2]. Available from https://www.dementia.org.au/resources/the-dementia-guide

14. World Health Organization. Medication safety in transitions of care: technical report. Geneva: World Health Organization;. 2019. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/325453.

# บทที่ 4
# การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาลสำหรับผู้สูงอายุเปราะบาง
# (Hospital-based intermediate care for frail older persons)

**การดูแลระยะกลาง (intermediate care : IMC)**

การดูแลระยะกลาง (intermediate care : IMC) หมายถึงรูปแบบการดูแลที่ก่อให้เกิดการดูแลที่บูรณาการของทีมสหวิชาชีพและมีความต่อเนื่องหลังมีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน เพื่อป้องกันการเกิด re-admission จากเหตุอันหลีกเลี่ยงได้ และเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเปราะบางมีสมรรถภาพทางกายและทางสมองถดถอยลงไปอีก ซึ่งสามารถจัดการบริการเพื่อให้เกิดการประเมินผู้สูงอายุแบบรอบด้าน (comprehensive geriatric assessment: CGA) มีการเสริมสร้างสมรรถภาพและฟื้นฟู เพื่อให้ผู้สูงอายุฟื้นคืนกลับไปสู่สภาพที่ช่วยเหลือตนเองได้ (optimize independency)

การดูแลระยะกลาง เป็นการดูแลที่ต่อเนื่องมาจากการดูแลในระยะเฉียบพลัน การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่าน และมาถึงการดูแลในระยะกลาง สำหรับคนที่สมรรถภาพทางกายและทางสมองยังไม่ฟื้นกลับสู่ระดับที่ใกล้เคียงเดิม โดยเป้าหมายสำคัญของการดูแลระยะกลาง ยังคงเป็นการดูแลภาวะทางกายต่อเนื่อง ฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายและทางสมอง ร่วมกับการสร้างการเรียนรู้เพื่อให้ผู้ดูแลในครอบครัว มีทักษะในการดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่อง

การดูแลระยะกลางแบ่งออกเป็น 3 แบบ ได้แก่

**1. การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล (Hospital-based IMC)** เป็นการดูแลที่เหมาะกับผู้สูงอายุเปราะบางที่มีโรคร่วมหลายชนิด หรือ มีภาวะสมองเสื่อมปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งมักจะมีการถดถอยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การถดถอยสมรรถภาพสมอง ภายหลังการเจ็บปวยเฉียบพลัน ที่มากจนส่งผลกระทบต่อการดูแลและการฟื้นตัว ผู้ป่วยกลุ่มนี้ มีโอกาสจะได้รับประโยชน์จากการดูแลต่อโดยแพทย์และทีมสหสาขาในโรงพยาบาล โดยจัดให้มีการดูแลในรูปแบบที่สร้างเสริมการฟื้นฟู ควบคู่ไปกับการดูแลโรคทางกาย เพื่อให้โรคทางกายอยู่ในสภาวะที่เหมาะสม ได้รับยาที่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดหลังการเจ็บปวดเฉียบพลัน และในขณะเดียวกันก็ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย ทางสมอง และยิ่งไปกว่านั้น ควรเป็นช่วงที่มีการเตรียมเพิ่มศักยภาพของญาติอย่างเข้มข้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ที่บ้าน ได้ด้วยความปลอดภัยมากขึ้น สามารถฟื้นตัวกลับไปใกล้เคียงเดิมได้มากขึ้น

โดยทั่วไป นอกจากโรคที่เห็นการเปลี่ยนแปลงของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันอย่างชัดเจน เช่น ภาวะ stroke ในผู้ป่วยสูงอายุอื่น ควรมีการประเมินผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบาง ตั้งแต่เริ่มมีอาการดีขึ้นจากความเจ็บป่วยวิกฤต ว่ามีการถดถอยของ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันหรือไม่ เช่น Barthel index ลดลงจากก่อนป่วย หรือ มีคะแนนน้อยก็สามารถใช้เป็นแนวทางในการช่วยคัดกรอง เลือกผู้ที่เหมาะสมกับการดูแลแบบ hospital-based IMC ซึ่งโดยทั่วไป อาจใช้เวลาประมาณ 1-3 สัปดาห์ ในการดูแลเพื่อให้กลับไปมีความสามารถใกล้เคียงเดิม หรือ ญาติมีความชำนาญเพียงพอในการดูแล ฟื้นฟูต่อที่บ้าน หรือ เหมาะกับการดูแลด้วย Community-based IMC

**หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้สูงอายุที่ควรได้รับการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล**

การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาลเหมาะกับผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองถดถอยมากจนถึงจุดที่ต้องการความช่วยเหลือค่อนข้างมากในการประกอบกิจวัตรประจำวัน โดยเกณฑ์ที่เลือกอาจพิจารณาจาก

1) ผู้ที่มี Barthel index <15 และยังมีปัญหาทางการแพทย์ (medical issues) ที่ต้องปรับให้เหมาะสม เช่น ต้องปรับยา ปรับ goal การรักษา หรือต้องมีการปรับการดูแลทางโภชนาการ
2) ผู้ที่มี Barthel index <15 ร่วมกับมีความรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment) หรือ Barthel index อาจมากกว่า 15 แต่มีความรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment) ที่ทำให้ยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
3) ผู้สูงอายุที่มีการถดถอยของสมรรถภาพทางกาย หรือทางสมอง โดย Barthel index อาจมากกว่า 15 แต่ยังช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และญาติไม่สามารถให้การดูแลฟื้นฟูที่บ้านได้

**แนวทางการดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง ในระยะกลางในโรงพยาบาล**

**องค์ประกอบของทีมสหวิชาชีพ**

องค์ประกอบของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้สูงอายุเปราะบางระยะกลางในโรงพยาบาล อาจมีความแตกต่างกันตามบริบทสถานพยาบาล ความซับซ้อนของผู้ป่วย ทั้งในแง่โรคร่วมทางกายและการมีความถดถอยของศักยภาพสมอง โดยทั่วไปผู้สูงอายุเปราะบาง เมื่อมีการเจ็บป่วยเฉียบพลันไม่ว่าจะเป็นโรคทางอายุรกรรม โรคทางศัลยกรรม เมื่ออาการทางกายเริ่มดีขึ้นแล้ว ผู้ป่วยเหล่านี้จะยังคงมีความเปลี่ยนแปลงที่อ่อนไหวต่อการกลับไปเจ็บป่วยใหม่หรือมีภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย แต่ก็เป็นช่วงเวลาทอง (golden period) ของการฟื้นตัวและการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย โดยไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยมีความถดถอยจนกลายเป็นภาวะทุพพลภาพถาวร ดังนั้น แพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยในช่วงเวลาสำคัญนี้จึงควรมีความเข้าใจจุดฟื้นตัวที่สำคัญ ไม่รอให้โรคทางกายหายสนิทดีแล้วค่อยคิดเรื่องการฟื้นฟู

ในสถานพยาบาลขนาดเล็ก ขนาดกลาง ทีมสหวิชาชีพอาจประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด ส่วนในสถานพยาบาลที่ใหญ่ขึ้น ผู้ป่วยมีความซับซ้อนมากขึ้น และมีบุคลากรที่มีความพร้อมมากขึ้น ก็ควรจะมีบุคลากรที่มาร่วมดูแลเป็นองค์ประกอบที่สมบูรณ์ขึ้น เพื่อทำให้การดูแลได้ครอบคลุมมากขึ้น เช่น มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญมากขึ้น เพื่อดูแลโรคทางกายและการถดถอยของสมรรถภาพสมอง ซึ่งอาจเป็นอายุรแพทย์สูงอายุ (geriatrician) หรืออายุรแพทย์ (internist) มีแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู (physical medicine and rehabilitation: PM&R) เพื่อดูแลการฟื้นฟูให้รอบด้าน ร่วมกับการมีทีมสหวิชาชีพของการฟื้นฟู นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาคลินิก นักโภชนาการ/นักกำหนดอาหาร เป็นต้น โดยองค์ประกอบที่สำคัญ คือ ต้องมีแพทย์ที่เป็นผู้มองภาพรวม การรักษาโรค การฟื้นฟู และมีผู้ประสานงาน (care coordinator) ที่คอยติดตามความเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สื่อสารกับทีมสหวิชาชีพและครอบครัว การมีทีมที่รอบด้าน มีการประสานงานที่ดี จะช่วยให้การดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีความต่อเนื่อง มีคุณภาพ ทำให้ผู้สูงอายุอายุและญาติมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

**บทบาทของแพทย์ในการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล**

แพทย์มีบทบาทหน้าที่ในการเป็นผู้นำทีมดูแลรักษาผู้ป่วย ที่ต้องมีการสื่อสารกับทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง มีการรับทราบปัญหาในมิติอื่น ๆ มีการวางแผนการรักษาโดยมีความเข้าใจบริบทความถดถอยและความต้องการการรักษาและฟื้นฟูแบบเป็นองค์รวม เข้าใจปัญหาของผู้สูงอายุที่อาจมีลักษณะที่ไม่ตรงไปตรงมา และความต้องการความช่วยเหลือในด้านต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูได้อย่างเหมาะสม เข้าใจว่าผู้สูงอายุเปราะบางที่รับการรักษาโรคทางกายในช่วงไม่วิกฤติ ควรได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูที่เหมาะสมได้ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยหายเร็วขึ้น

ลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนและฟื้นตัวกลับสู่ภาวะใกล้เคียงเดิมได้เร็วขึ้น ซึ่งแพทย์ควรมีบทบาทการรักษาภาวะทางกายควบคู่ไปกับการให้ข้อคิดเห็นต่อการวางแผนการรักษาของทีมสหวิชาชีพเพื่อให้แผนการรักษามีความรอบด้านมีการสื่อสารให้ทีมทราบว่า ผู้สูงอายุมีศักยภาพด้านต่าง ๆ อย่างไร มีการถดถอยที่เป็นข้อจำกัดของการวางแผนรักษาหรือไม่ ข้อจำกัดนั้นแก้ไขได้หรือไม่ หากแก้ไขได้ ทีมมีบทบาทอย่างไรในการแก้ไข นอกจากนี้แพทย์ยังควรมีความเข้าใจบริบทของการดูแลในระยะกลางในชุมชน หรือการดูแลระยะกลางที่บ้าน และการดูแลระยะยาวเพื่อการพิจารณาส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ให้ผู้สูงอายุเปราะบางได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องไร้รอยต่อ

- **การดูแลโรคทางกาย (Care for physical domain)**

แพทย์มีหน้าที่ในการดูแลความเจ็บป่วยทางร่างกายให้ต่อเนื่อง มีการประเมินและติดตามอาการอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะกลุ่มอาการสูงอายุ หากยังประเมินไม่ครบ ควรทำการประเมินเพื่อหาแนวทางแก้ไข หากประเมินแล้วและมีปัญหาตั้งแต่ระยะเฉียบพลันและระยะเปลี่ยนผ่านก็มีการดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสม โรคทางกายกลุ่มที่เป็นโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ควรมีการตั้งเป้าหมาย (goal of treatment) ให้เหมาะสม หลีกเลี่ยงการตั้งเป้าหมายเข้มงวดเกินความจำเป็นโดยไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-based) ว่าเกิดประโยชน์หรืออาจมีหลักฐานว่าอาจมีโทษ เช่น การคุมระดับน้ำตาลให้ค่อนข้างเข้มงวด (tight control of blood sugar) การคุมระดับความดันให้ค่อนข้างเข้มงวด การคุมอาหารที่เข้มงวด ควรมีการประเมิน เฝ้าติดตาม และป้องกันการเกิดภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน ผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เป็นกลุ่มที่ความเสี่ยงสูงอยู่แล้ว และในผู้ที่มีภาวะซึมสับสนเฉียบพลันอยู่ก็ควรมีการดูแลรอบด้าน ติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง

- **การดูแลด้านยา (Care for medication use)**

มีการดูแลต่อเนื่องด้วยหลักการเดียวกับการดูแลในระยะเจ็บป่วยเฉียบพลัน (acute phase) มีการทำประสานรายการยา (medication reconciliation) ร่วมกับทีมเภสัชกร หรือพยาบาล มีการประเมินยาที่จำเป็นและไม่จำเป็น อาจพิจารณาหยุดยาที่ไม่จำเป็น ไม่เหมาะสม ด้วยกระบวนการลดการสั่งใช้ยา (deprescribing) ควรมีการหลีกเลี่ยงยาที่ควรระมัดระวังเป็นพิเศษ ได้แก่ ยาความเสี่ยงสูง (เอกสารแนบหมายเลข 4) หรือหากจะมีการใช้ ก็ใช้ตามความจำเป็น หยุดเมื่อหมดข้อบ่งชี้ ยาที่มีการเปลี่ยนแปลงตามภาวะเภสัชจลนศาสตร์ในผู้สูงอายุก็ควรได้รับการปรับตามความเหมาะสม เช่น การปรับลดยาตามค่าการทำงานของไต (Creatinine clearance : CrCl) ซึ่งมักลดลงในผู้สูงอายุ (เอกสารแนบหมายเลข 5) และอาจพิจารณาหลีกเลี่ยงหรือลดขนาดยาที่ส่งผลกระทบต่อความอยากอาหาร เช่น Metformin เพราะการสั่งยาที่อาจมีผลลดความอยากอาหารในผู้ป่วยสูงอายุเปราะบาง อาจส่งผลให้ผู้ป่วยกินอาหารได้น้อย ทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งจะทำให้การฟื้นตัวของผู้สูงอายุช้าลงได้

- **การดูแลด้านจิตใจ (Care for mental domain)**

ภาวะสำคัญที่ควรมีการประเมิน วางแผนป้องกัน และรักษาในการดูแลระยะกลาง คือ ภาวะซึมสับสนเฉียบพลันและภาวะซึมเศร้า เพราะปัญหา 2 เรื่องนี้ มีอาการคล้ายกันในบางครั้ง ร่วมกับส่งผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษาต่อเนื่อง และการฟื้นฟูได้ทั้งคู่ การดูแลภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน มีหลักการที่สำคัญ คือ การหาเหตุทางกาย เหตุจากยา เพื่อให้การรักษา และต้องให้การดูแลโดยไม่ใช้ยา (nonpharmacological management) ควบคู่ไปด้วย ซึ่งประกอบด้วยการจัดสิ่งแวดล้อม การมีแผนการดูแลและการพยาบาลที่เหมาะสม และการให้ผู้สูงอายุมีการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเอง มีการสนับสนุนให้มีการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมให้ผู้ป่วย อาจเป็นการจัดกิจกรรมที่ให้ญาติมามีส่วนร่วม เพื่อให้มีความเข้าใจและนำไปปรับใช้ต่อได้

- **การดูแลด้านการเคลื่อนไหว (Care for mobility domain)**

การดูแลรักษาที่สำคัญของการดูแลระยะกลาง แพทย์ควรมีบทบาทในการทำให้มั่นใจได้ว่า ทีมสหวิชาชีพที่ร่วมดูแลจะจัดให้มีกิจวัตรที่มีการเคลื่อนไหวอย่างสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง และเพิ่มขึ้นอย่างเหมาะสม โดยไม่ควรทำให้ความเจ็บป่วยทางกายที่ไม่วิกฤติ เป็นข้อจำกัดในการฟื้นฟู ควรให้มีการจัดโปรแกรมให้ผู้สูงอายุได้รับการฟื้นฟูซึ่งอาจเป็นแบบเข้มข้น (intensive rehabilitation) ในผู้สูงอายุที่มีความพร้อม ไม่มีข้อจำกัดทางกายและทางสมอง หรือเป็นการฟื้นฟูแบบไม่เข้มข้น (non-intensive rehabilitation) ในผู้ที่อาจจะยังมีภาวะทางกายยังไม่นิ่งมาก เช่น ยังมีอาการไข้ ยังต้องการ oxygen ขนาดน้อย ๆ อาจเป็นโปรแกรมการเคลื่อนไหวระยะสั้น ๆ แต่สม่ำเสมอ เช่น พาเดินรอบเตียง เดินตามทางเดินในหอผู้ป่วย พาเดินไปทานอาหารทุกมื้อ ควรให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองอย่างสม่ำเสมอ

- **การดูแลด้านโภชนาการ (Care for nutritional aspect)**

การดูแลด้านภาวะโภชนาการเป็นสิ่งที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุเปราะบางในทุกสถานการณ์ สิ่งที่จำเป็นต้องคำนึงถึงในการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล คือ

อาจมีภาวะทุพโภชนาการหรือมีความเสี่ยงสูง การดูแลควรมีการจัดสารอาหารให้ครบถ้วนและเพียงพอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโปรตีน ซึ่งโดยปกติในผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคไตเรื้อรัง ควรได้รับโปรตีนถึงวันละ 1.2 -1.5 g/kg/day และหากมี low serum albumin การให้โปรตีนต้องมีสัดส่วนที่สูงขึ้นไปอีก และสิ่งที่สำคัญคือ ในการจัดอาหารให้ผู้สูงอายุเปราะบาง ลักษณะของอาหารที่เหมาะสมกับการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ให้สามารถเคี้ยวกลืนได้สะดวก และต้องคำนึงถึงรสชาติ ในระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล ถือเป็นโอกาสที่ให้ผู้สูงอายุและญาติได้เรียนรู้ถึงการกินอาหารที่เหมาะสม เพื่อการไปดูแลต่อที่บ้าน ซึ่งหากมีนักกำหนดอาหารหรือนักโภชนาการร่วมทีมอยู่ด้วยก็ควรมีการสื่อสารให้เห็นความสำคัญของการเน้นให้ผู้สูงอายุเปราะบางสามารถได้กินอาหารอย่างเพียงพอ และญาติมีความเข้าใจ สามารถจัดหาอาหารได้อย่างเหมาะสมเมื่อออกจากโรงพยาบาล

- **การวางแผนให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Comprehensive discharge planning)**

ในการดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง การวางแผนให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลเป็นเรื่องสำคัญมาก การดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล ควรมีการวางแผนการดูแลพูดคุยกับผู้ป่วยและครอบครัว (family meeting) ตั้งแต่ก่อนรับเข้าโรงพยาบาล เพื่อวางเป้าหมายในการดูแล คำนึงถึงความเป็นไปได้ที่ญาติจะสามารถดูแลที่บ้าน และเตรียมให้ความรู้ความเข้าใจกับญาติให้เหมาะสม อาจต้องมีการสอนการดูแลด้านต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง จนญาติมีความเข้าใจและสามารถทำได้ เพราะการดูแลหลายอย่างที่บ้านที่อาจเกิดขึ้นหลังการฟื้นตัว จะเป็นงานใหม่ที่ญาติไม่เคยต้องให้การดูแลมาก่อน

การวางแผนการให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลในการดูแลระยะกลาง ควรเป็นการพิจารณาว่า ผู้ป่วยมีการฟื้นตัวได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ โดยเป้าหมายที่ต้องการให้ผู้สูงอายุฟื้นตัวไปช่วยเหลือตัวเองได้ หรืออาจยังช่วยเหลือตัวเองได้ไม่เต็มที่ แต่ญาติสามารถช่วยเหลือได้อย่างเหมาะสมในการฟื้นฟูต่อเนื่อง

โดยเกณฑ์การให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (discharge) ประกอบด้วย

1) **Barthel index >15** โดยให้ความสำคัญของการเคลื่อนย้าย (transfer) และ การเดินไปมาในตัวบ้าน (mobility) ซึ่งอย่างน้อย ควรทำได้โดยมีคนช่วยเล็กน้อย
2) **Cognitive ความรู้คิด ความจำดี** ทำตามคำสั่งได้ ช่วยให้ประกอบกิจวัตรประจำวันได้ดี หรือหากผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่เดิม ก็ควรให้ความคิดความจำฟื้นคืนขึ้นใกล้เคียงเดิม
3) **Medical status** คงที่ ไม่มีการให้ยาทางน้ำเกลือ ไม่ต้องมีการปรับยาบ่อย

อย่างไรก็ตาม หากไม่ครบเกณฑ์ทั้ง 3 ข้อ แต่ญาติมีความสามารถในการดูแลที่ดี มีศักยภาพดีในการไปทำการฟื้นฟูต่อที่บ้านได้ ก็น่าจะพิจารณาให้กลับบ้านได้ หรืออาจให้กลับบ้านโดยมี home-based IIMC ต่ออีกสักระยะหนึ่ง

**บทบาทของพยาบาลในการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล**

พยาบาลควรมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุเปราะบางให้สามารถฟื้นฟูในด้านต่าง ๆ ในระหว่างที่อยู่ในการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล มีความสามารถในการดูแลจัดการกับปัญหาในมิติต่าง ๆ ด้วยความเข้าใจและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุฟื้นตัวได้ใกล้เคียงเดิม และมีคุณภาพชีวิตที่ดี และยังป้องกันการกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาล (re-admission) อันเกิดจากภาวะแทรกซ้อนในการดูแลที่ไม่เหมาะสม ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพที่รุนแรงมากขึ้น

- **บทบาทในการประเมินผู้สูงอายุแบบรอบด้าน (Comprehensive geriatric assessment)**

ทำการประเมินทั้งทางด้านร่างกาย การรับรู้ และทางสังคม เพื่อการวางแผนดูแล ให้การพยาบาล ให้การสนับสนุนที่เหมาะสมให้กับผู้สูงอายุ และให้คำแนะนำกับครอบครัวในการเตรียมตัวออกจากโรงพยาบาล โดยประเด็นสำคัญของการประเมินในด้านที่เกี่ยวกับกลุ่มอาการสูงอายุ คือ ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) ควรมีการประเมิน เฝ้าติดตาม และป้องกันการเกิดภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน เพราะผู้สูงอายุเปราะบางเป็นกลุ่มที่ความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะ delirium ในผู้ที่มีภาวะซึมสับสนเฉียบพลันอยู่ ควรมีการดูแลรอบด้าน ติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง ด้วยวิธีการประเมินแบบสั้นที่มีความไวดีพอ เพื่อให้การวินิจฉัยที่ทันต่อเหตุการณ์ หากพบความผิดปกติมีการแจ้งแพทย์ผู้ดูแล และให้การดูแลแบบไม่ใช้ยา หากไม่พบภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน ก็ให้การดูแลเพื่อการป้องกันภาวะนี้อย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ ควรมีการประเมินกลุ่มอาการสูงอายุอื่น ๆ เพื่อให้คำแนะนำการดูแลที่เหมาะสม เช่น ภาวะปัสสาวะเล็ด ภาวะอุจจาระเล็ด

- **บทบาทในการให้ความรู้และการดูแลแก่ครอบครัวและผู้สูงอายุภาวะเปราะบางในการดูแลระยะกลาง**

ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

  - **การกระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวในอย่างเพียงพอ เหมาะสม และต่อเนื่อง:** การดูแลผู้สูงอายุเปราะบางระยะกลางในโรงพยาบาล เพื่อมุ่งหวังให้ผู้สูงอายุมีศักยภาพทางกายที่ดีขึ้น มีการเคลื่อนไหวที่ดีขึ้น จนสามารถเคลื่อนไหวได้เอง หรือมีผู้ช่วยเหลือเล็กน้อย ควรทำให้การดูแลส่วนใหญ่ เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวให้ได้มากที่สุดเท่าที่ผู้ป่วยจะมีความสามารถทำได้ โดยมีแนวทางดังต่อไปนี้
    - กระตุ้นให้มีการลุกนั่งข้างเตียง มีการเดินตามความเหมาะสมของผู้ป่วยในขณะนั้น ๆ โดยค่อย ๆ เพิ่มระยะทางและความเร็วเป้าหมายเพื่อเพิ่มความทนทาน (endurance) และเพิ่มความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง โดยอาจมีการใช้อุปกรณ์พยุงเดินที่เหมาะสม เพื่อลดความเสี่ยงที่เกิดการหกล้ม
    - การออกกำลังกายบนเตียง เพื่อให้มีการขยับข้อ มีการออกกำลังกายแบบมีแรงต้าน (resistance exercise) ซึ่งจะรักษาความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและป้องกันกล้ามเนื้อฝ่อลีบ
    - กระตุ้นให้มีกิจกรรม มีการเคลื่อนไหวร่างกายในระหว่างวัน โดยอาศัยความร่วมมือจากสหวิชาชีพในการจัดให้ผู้สูงอายุร่วมให้โปรแกรมกิจกรรม มีการออกกำลังกายตามความเหมาะสม มีการเคลื่อนไหวร่างกาย มีกิจกรรมกระตุ้นศักยภาพสมอง กิจกรรมที่มีความหมายสร้างสรรค์อารมณ์ทางบวก ร่วมกับทีมสหวิชาชีพต่าง ๆ โดยอาจให้ครอบครัวผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมด้วย

- การให้ความรู้กับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับความสำคัญของการเคลื่อนไหว และกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองให้ได้มากที่สุดเท่าที่ทำได้ขณะนอนโรงพยาบาล

- **การประกอบกิจวัตรประจำวัน การดูแลความสะอาดของร่างกาย:** ควรมีการประเมินว่า ผู้สูงอายุมีความพร้อมในการดูแลตัวเอง และดูแลความสะอาดตัวเองได้มากน้อยเพียงใด ควรมีการส่งเสริมกระตุ้นให้ผู้สูงอายุประกอบกิจวัตรประจำวันของตนเอง ใกล้เคียงกับความสามารถเดิมก่อนเจ็บป่วย โดยมีพยาบาลคอยช่วยเหลือหากยังทำได้ไม่ดี แต่ตั้งเป้าหมายให้ผู้สูงอายุกลับไปทำเองให้ได้มากที่สุด
- **การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสูงอายุนอนหลับพักผ่อนต่อเนื่องที่เพียงพอ:** สำหรับผู้ป่วยให้มีการนอนหลับพักผ่อนในช่วงกลางคืนให้ได้อย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง หลีกเลี่ยงการรบกวนในตอนกลางคืนโดยไม่จำเป็น เช่น การวัดสัญญาณชีพหลัง 4 ทุ่ม ในช่วงกลางวันหลีกเลี่ยงการนอน เพราะจะทำให้กลางคืนนอนไม่หลับ จัดหากิจกรรมทำระหว่างวัน โดยอาจเป็นกิจกรรมที่เสริมศักยภาพสมอง กิจกรรมสันทนาการที่เหมาะสม
- **ส่งเสริมการรับประทานอาหาร:** จัดให้มีสภาพแวดล้อมที่สร้างบรรยากาศส่งเสริมการกินอาหารให้ได้มากขึ้น เช่น การจัดสถานที่ให้ได้กินอาหารร่วมกันในกลุ่มผู้ป่วย หรือมีการกินอาหารพร้อมญาติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีมีความอยากอาหารมากขึ้น มีการติดตามดูแลปัญหาที่แก้ไขได้ และส่งเสริมให้มีการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้สูงอายุได้กินอาหารได้มากขึ้น จัดสรรเวลาการให้อาหารที่เหมาะสม ไม่ปล่อยให้อาหารเย็นชืดเมื่อถึงเวลามื้ออาหาร
- **การป้องกันภาวะแทรกซ้อน:** มีการเฝ้าระวัง ป้องกันการเกิดแผลกดทับ การติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การป้องกันภาวะท้องผูก การป้องกันอุบัติเหตุ การพลัดตกหกล้ม โดยการจัดให้มีการเคลื่อนไหวที่เหมาะสมและปลอดภัย นอกจากนั้นหมั่นสังเกตกลุ่มอาการสูงอายุเพราะอาจเป็นอาการนำของภาวะแทรกซ้อน เช่น การที่ผู้สูงอายุซึมลง คุยน้อยลง เดินได้น้อยลงพยาบาล ต้องให้ความใส่ใจในการหาสาเหตุเพื่อให้การรักษาที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที

- **บทบาทการเป็นผู้ติดตามและประสานทีมในการดูแลต่อเนื่อง**

ถือเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาลในการประสานระหว่างทีมสหวิชาชีพที่มีส่วนร่วมในการดูแล ผู้สูงอายุเปราะบางในช่วงการดูแลระยะกลาง ติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยและการประสานงานกับทีมที่เกี่ยวข้อง หากคิดว่าผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในด้านใด ๆ ที่ต้องการการดูแลเพิ่มเติม ต้องมีการเปลี่ยนแผนการดูแลให้เหมาะสม ทั้งนี้พยาบาลจะเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยสูงอายุมากที่สุดในหอผู้ป่วย สามารถทำหน้าที่เป็นผู้ประสานทีมที่สำคัญ โดยการสรุปให้แผนการดูแลที่ครอบคลุมมิติต่าง ๆ จากบุคลากรที่ดูแลในโรงพยาบาล เตรียมส่งต่อข้อมูลและแผนการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมให้กับหน่วยงานทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องและหน่วยงานทางสังคมที่จะสามารถให้การสนับสนุนการดูแลในชุมชนได้

- **จัดให้มีการประชุมครอบครัว (family meeting)**

พยาบาลควรทำหน้าที่เป็นผู้ประสานจัดประชุมร่วมกันระหว่างทีมบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัว เพื่อหาข้อมูลเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แนวโน้มการที่ผู้สูงอายุจะต้องมีการดูแลต่อที่บ้าน เพื่อจะได้มีความเข้าใจตรงกัน มีการวางแผนหรือตัดสินใจเรื่องการดูแลรักษาร่วมกันได้ ควรจัดประชุมครอบครัว (family meeting) 2 ครั้งเป็นอย่างน้อย โดยครั้งที่ 1 ควรจัดก่อนหรือวันแรกที่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล และครั้งที่ 2 ควรจัดให้มีภายหลังให้การรักษาไปแล้ว 1 สัปดาห์ อีก 1 ครั้ง เพื่อสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะการดำเนินของโรคและการพยากรณ์โรค เพื่อวางเป้าหมายหลักของการดูแลรักษาและแนวทางในการฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยสูงอายุขณะพักรักษาในหอผู้ป่วย และการวางแผนจำหน่ายร่วมกัน

- **การวางแผนให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล (Comprehensive discharge planning)**

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อการออกจากโรงพยาบาล มีการประเมินความพร้อมรอบด้าน ติดตามว่ายังต้องมีการดูแลด้านใดที่ยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย การให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลนั้น ญาติต้องมีความพร้อมในการดูแล มีความเข้าใจ และมีศักยภาพในการดูแลที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟูต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการวางแผนให้คำแนะนำการติดตามอาการของผู้ป่วยสูงอายุเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้คำแนะนำหากเกิดปัญหาการดูแลขึ้นที่บ้าน หรือปรึกษาแพทย์เพื่อให้การดูแลแก้ไขปัญหาที่อาจกลับไปเกิดที่บ้าน

**บทบาทของเภสัชกรในการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล**

การจัดการเรื่องยาของผู้สูงอายุเปราะบางในระยะกลาง มีประเด็นที่สำคัญ คือ การประสานรายการยา (medication reconciliation) มีการสื่อสารเรื่องแผนการรักษา รายการยาที่เปลี่ยนแปลงไปกับทีมสหวิชาชีพ

1. การสัมภาษณ์ประวัติการใช้ยาของผู้ป่วยและทำการประสานรายการยา (medication reconciliation : MR) จากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเปราะบางมีการใช้ยาร่วมกันหลายขนาน (polypharmacy) ดังนั้นเภสัชกรจึงมีบทบาทสำคัญในการสัมภาษณ์ประวัติและประสานรายการยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยสูงอายุใช้ก่อนเข้าโรงพยาบาลและก่อนย้ายมาที่หอผู้ป่วยเพื่อให้เชื่อมต่อและเป็นรายการยาปัจจุบัน ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเปราะบางทุกรายควรได้รับการทำ MR จากเภสัชกรเมื่อแรกรับเข้าหอผู้ป่วย โดยรายการยาปัจจุบัน (current medication list) ควรทำเสร็จก่อนแพทย์ทำการสั่งยา และการทำ MR ทั้งกระบวนการ ควรทำให้เสร็จสิ้นภายใน 24 ชั่วโมงนับตั้งแต่เข้ามาในหอผู้ป่วย

2. ประเมินความร่วมมือในการใช้ยาโดยเภสัชกร เพื่อวางแผนการจัดการยาเมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน มีขั้นตอนสำคัญในการประเมินการใช้ยาในผู้สูงอายุคือการระบุตัวผู้จัดการเรื่องยาของผู้ป่วยว่าเป็นตัวผู้ป่วยสูงอายุหรือผู้ดูแลเพื่อข้อมูลที่ถูกต้องและการให้คำแนะนำที่เหมาะสม การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้สูงอายุอาจต้องใช้หลายวิธีในการช่วยประเมิน เช่น การถามทวนวิธีใช้ยาโดยให้ผู้ป่วยอธิบายวิธีใช้ยา การให้ผู้ป่วยรายงานการลืมรับประทานยา การนับเม็ดยา ร่วมกับการดูอาการทางคลินิก เป็นต้น นอกจากนี้ควรมีการประเมินความสามารถในการอ่านฉลากยา เปิดขวดยาและการกลืนยาของผู้ป่วยเป็นระยะว่ามีปัญหาหรือไม่ และส่งผลต่อการใช้ยาของผู้ป่วยหรือไม่ ประเด็นที่สำคัญอีกเรื่อง คือ การประเมินศักยภาพของผู้ป่วยในการกินยา และ จัดยาเอง หากมีการประเมินโดยทีมว่าผู้ป่วยมีปัญหาด้านความจำ มีภาวะสมองเสื่อม กระบวนการประเมิน ให้ความรู้ ทั้งหมด อาจต้องประเมินและสอน โดยมีญาติร่วมด้วย เพราะญาติอาจเป็นผู้ที่ต้องให้การดูแลด้านยา เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน

3. การค้นหาปัญหาเกี่ยวกับยาของผู้ป่วยแต่ละราย เภสัชกรค้นหาปัญหาเกี่ยวกับยาของผู้ป่วย ทั้งปัญหาที่มีโอกาสเกิดขึ้นในอนาคตหรือปัญหาที่เกิดขึ้นไปแล้ว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สามารถป้องกันหรือแก้ไขได้อย่างรวดเร็ว การค้นหาปัญหาเกี่ยวกับยาเริ่มจากการประเมินรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ทั้งหมดว่ามีความเหมาะสมกับผู้ป่วยสูงอายุรายนั้น ๆ หรือไม่ทั้งในแง่ของข้อบ่งชี้ ขนาดยา ความถี่ในการใช้ยา ยาที่ได้รับเป็นยาที่มีแนวโน้มไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุหรือไม่ มีโอกาสการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยาหรือยากับโรคหรือไม่ รวมถึงสอบถามอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นหลังการใช้ยาเพื่อประเมินเป็นอาการไม่พึงประสงค์จากยาหรือไม่

4. การปรึกษาแพทย์เพื่อแก้ปัญหาเกี่ยวกับยาของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นและร่วมนำเสนอวิธีการป้องกันหรือแก้ไขปัญหา

5. ร่วมทำ Family meeting กับครอบครัวผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน พร้อมทีมสหวิชาชีพ นำเสนอข้อแนะนำด้านยาของผู้ป่วยรายนั้น ๆ

6. การให้คำแนะนำเรื่องยาแก่ผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเปราะบางแต่ละรายก่อนกลับบ้าน (discharge counseling) เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความเข้าใจในตัวโรคและยาที่จำเป็นต้องรับประทาน รวมถึงการช่วยผู้ป่วยและผู้ดูแลปรับวิธีใช้ยาให้เหมาะกับการใช้ชีวิตประจำวันเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา

7. การจัดทำรายการยากลับบ้านที่มีรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ล่าสุด ทั้งยาที่แพทย์สั่งให้ใหม่และยาเดิมที่เคยได้รับก่อนเข้าโรงพยาบาลที่แพทย์สั่งใช้ต่อ เพื่อความต่อเนื่องของการใช้ยา

**บทบาทของนักจิตวิทยาคลินิกในการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล**

นักจิตวิทยาคลินิก มีหน้าที่ประเมินผู้ป่วย ญาติของผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลกับสหวิชาชีพสำหรับวางแผนการรักษาตลอดจนการจัดกิจกรรมให้สอดคล้องเหมาะสมกับความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยนักจิตวิทยาคลินิกจะมีการประเมิน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ ภาวะบกพร่องทางการรู้คิด (cognitive impairment) ภาวะซึมเศร้า (depression) และภาวะเหนื่อยล้าของญาติหรือผู้ดูแล (caregiver burden) ซึ่งประเด็นข้างต้น มักเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางและญาติของผู้ป่วย

- **ภาวะบกพร่องทางการรู้คิด/สมองเสื่อม**

เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุรวมถึงกลุ่มที่มีภาวะเปราะบางโดยเกิดจากสมองทำงานถดถอยลง หากส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันก็จะจัดเป็นภาวะสมองเสื่อม แต่หากความจำที่ถดถอยยังไม่มีผลการต่อการใช้ชีวิตประจำวันก็จะจัดเป็นภาวะภาวะบกพร่องทางการรู้คิด ภาวะเหล่านี้จะส่งผลต่ออารมณ์และพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ซึ่งอาจส่งผลให้การดูแลและการฟื้นฟูยากขึ้น ดังนั้นการวินิจฉัยภาวะบกพร่องการรู้คิด/สมองเสื่อมได้จึงเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมและช่วยให้ครอบครัว มีความตระหนักรู้ มีความเข้าใจ สามารถเรียนรู้ วางแผนการดูแลและการช่วยเหลือให้เหมาะสมได้

การประเมินภาวะบกพร่องการรู้คิด/สมองเสื่อม เป็นการประเมินทางคลินิก ซึ่งอาศัยการซักประวัติเกี่ยวกับความจำและสมรรถภาพสมองด้านต่าง ๆ ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง และมีการประเมินความรู้คิดโดยใช้แบบประเมินที่เหมาะสมในสถานการณ์ผู้สูงอายุเปราะบางที่รับการรักษาในโรงพยาบาล การใช้แบบประเมินต่าง ๆ ที่ประเมินจากผู้ป่วยโดยตรงอาจมีปัจจัยกวน เพราะผู้สูงอายุอาจมีการเจ็บป่วยทางกาย มีภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน มีปัญหาทางอารมณ์ที่จะทำให้คะแนนที่ได้จากการประเมินต่ำกว่าปกติ โดยไม่ได้เกิดจากภาวะสมองเสื่อม แต่หากเป็นการประเมินโดยใช้การสอบถามญาติ เช่น การใช้ modified IQ code ก็จะสามารถให้ข้อมูลที่ดีพอในการประเมินได้

- **ภาวะซึมเศร้า**

เป็นภาวะหนึ่งที่พบได้บ่อยทั้งในผู้สูงอายุเปราะบางซึ่งมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ได้แก่ ความเจ็บป่วยหรือโรคทางกาย ความไม่สมดุลของระดับฮอร์โมน การเสื่อมลงของอวัยวะ/ระบบต่าง ๆ ในร่างกายรวมถึง ภาวะบกพร่องทางการรู้คิด/สมองเสื่อม การเผชิญกับความสูญเสียและพลัดพรากของบุคคลสำคัญในชีวิต เป็นต้น จากปัจจัยต่าง ๆ ข้างต้นอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุ มองเห็นคุณค่าในตนเองน้อยลง พึ่งพิงผู้อื่นมากขึ้น มีความเครียด/วิตกกังวล ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าได้

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางมีแนวโน้มที่จะประสบกับภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป โดยลูกหลานคนในชุมชนตลอดจนผู้สูงอายุเอง สามารถสังเกตอาการที่น่าสงสัยเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้าได้จากอาการ ทางร่างกาย เช่น นอนไม่หลับ/หลับมากเกินไป อ่อนเพลีย ไม่สดชื่น เบื่ออาหาร เป็นต้น อาการทางจิตใจ เช่น รู้สึกไม่มีความสุข มองโลกในแง่ร้าย หงุดหงิด โมโหง่าย เอาแต่ใจตนเอง มองโลกในแง่ร้าย เป็นต้น

หากพบอาการเหล่านี้ควรแจ้งให้ทีมแพทย์ผู้รักษาทราบ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการประเมิน และให้การดูแลที่เหมาะสมต่อไป โดยอาจมีการใช้แบบคัดกรองเบื้องต้น ตามด้วยแบบประเมิน และหากมีความจำเป็นก็อาจต้องปรึกษาผู้เชี่ยวชาญร่วมดูแลรักษา

**แบบประเมินภาวะซึมเศร้า**

1. **แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)** เป็นแบบคัดกรองผู้ที่มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า
2. **แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)** เป็นแบบประเมินที่นำมาใช้เพื่อประกอบการวินิจฉัยและจำแนกระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า โดยใช้ประเมินต่อจากผู้สูงอายุหรือกลุ่มเสี่ยงที่มีผลบวกจากการคัดกรองโรคซึมเศร้า
3. **แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS)** เป็นแบบประเมินที่พัฒนาเพื่อให้เหมาะกับการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย คะแนนที่ได้จากการประเมิน สามารถนำไปใช้เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวินิจฉัยโรคและบอกระดับของภาวะซึมเศร้า

**หมายเหตุ:** แบบประเมิน 9Q และ TGDS ควรเลือกประเมินแบบทดสอบใดแบบทดสอบหนึ่งเพียงแบบทดสอบเดียว เนื่องจากทั้งสองแบบทดสอบประเมินในประเด็นเดียวกัน

- **ภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแลของญาติหรือผู้ดูแล**

เมื่อต้องอยู่ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ญาติหรือผู้ดูแลหลายคนมักเกิดภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแล โดยภาวะนี้มีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย เช่น การดูแลผู้ป่วยเพียงคนเดียว การที่ผู้ดูแลยังต้องทำงานประจำ ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ รวมถึงภาวะเครียดสะสม หรือความวิตกกังวลที่มาจากการดูแลผู้ป่วยในระยะเฉียบพลัน เป็นต้น บุคลากรทางการแพทย์ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลควรต้องมีความตระหนักในด้านนี้ และมีการประเมินอย่างเหมาะสม เพื่อให้การดูแลที่มีประสิทธิภาพและครอบคลุม โดยอาจมีการใช้แบบประเมินได้

แบบประเมินภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแลที่นิยมใช้ คือ Zarit Burden Interview (ZBI) เป็นแบบประเมินที่วัดภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแลได้ในระดับดี โดยมีหลายเวอร์ชั่น แต่ละเวอร์ชั่นจะมีจำนวนข้อไม่เท่ากัน ได้แก่ แบบ 22 ข้อคำถาม แบบ 12 ข้อคำถาม และแบบ 4 ข้อคำถาม ซึ่งสามารถเลือกใช้แบบประเมินตามวัตถุประสงค์ของผู้ใช้งาน หากต้องการคัดกรองเบื้องต้นและมีเวลาในการประเมินไม่นาน อาจจะเลือกใช้ แบบ 4 ข้อคำถาม หรือ 12 ข้อคำถาม

หลังจากประเมินแล้วพบภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแล นักจิตวิทยาหรือทีมแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยอาจจำเป็นต้องสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม สาเหตุของภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแลที่พบได้บ่อย เช่น ความไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคของผู้ป่วย ซึ่งมีส่วนทำให้ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับอาการหรือพฤติกรรมบางอย่างได้อย่างเหมาะสม ปัญหาทางด้านการเงินและอื่น ๆ ซึ่งเมื่อพบสาเหตุของภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแลแล้ว ทางทีมแพทย์ผู้รักษาจะนำข้อมูลดังกล่าวเข้าที่ประชุมเพื่อปรึกษาสหวิชาชีพและวางแผนร่วมกับผู้ดูแลในการหาทางออกเพื่อช่วยลดภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแลและเป็นข้อมูลให้ผู้ดูแล/ญาตินำกลับไปใช้หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากสถานพยาบาล

**บทบาทของนักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการในการดูแลระยะกลาง**

การดูแลด้านโภชนาการของผู้ป่วยที่มีภาวะเปราะบางในระยะกลาง เป็นบทบาทสำคัญของนักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น ซึ่งในการดูแลด้านโภชนาการของผู้ป่วยที่มีภาวะเปราะบางในระยะกลาง นั้นมีประเด็นสำคัญ ดังนี้

- **การติดตามการกินอาหารของผู้ป่วย** รวมถึงอาหารทางการแพทย์ ดูว่าผู้สูงอายุกินได้หมดตามที่จัดให้หรือไม่ เกิดจากปัญหาใด เพื่อนำมาคำนวณปริมาณพลังงาน และสารอาหารที่ผู้ป่วยได้รับว่า มีความเหมาะสมหรือไม่ และมีปัญหาใดที่สามารถแก้ไขได้ หากผู้สูงอายุเปราะบางยังได้รับอาหารไม่เพียงพอ ไม่เหมาะสมนักกำหนดอาหารหรือนักโภชนาการควรคิดหาแนวทางแก้ไขให้คำแนะนำ และคำปรึกษาเพิ่มเติมร่วมกับมีการปรึกษากับแพทย์และทีมสหวิชาชีพและวางแผนดูแลให้ดีขึ้นต่อไป
- **การติดตามผลการรักษา ประเมินภาวะโภชนาการซ้ำ (Re-assessment)** รวมถึงการติดตามน้ำหนักตัวของผู้ป่วย เป็นการประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการอยู่ในเกณฑ์ใดเพื่อวางแผนการให้โภชนบำบัดที่เหมาะสมและสามารถแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการของผู้ป่วยที่ยังเกิดขึ้นได้
- **การให้โภชนบำบัดเพิ่มเติม** หลังจากนักกำหนดอาหารหรือนักโภชนาการติดตามผลการรักษาการกินอาหารของผู้ป่วยและประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยซ้ำแล้วพบสาเหตุหรือปัจจัยที่ทำให้เกิดปัญหาด้านโภชนาการของผู้ป่วย นักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการควรให้คำปรึกษาเพิ่มเติมพร้อมกับการตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหาร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล
- **การวางแผนแนวทางการดูแลด้านโภชนาการของผู้ป่วยหลังจากออกจากโรงพยาบาล** เป็นการวางแผนแนวทางการดูแลร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวโดยอาจมีผู้ดูแลร่วมวางแผนด้วย แต่สิ่งสำคัญในการวางแผนร่วมกันนี้ นักกำหนดอาหารหรือนักโภชนาการควรประเมินความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Stage of Change) ของผู้ป่วยรวมทั้งการดูแลของผู้ดูแลก่อนว่ามีความพร้อมอยู่ในระดับใด จากนั้นจึงทำการวางแผนการดูแลด้านโภชนาการร่วมกันโดยอาจใช้วิธีการให้คำปรึกษาการให้โภชนศึกษา การจัดทำคู่มือแนะนำอาหาร การวางแผนเมนูอาหาร ซึ่งนักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการควรวางแผนการดูแลให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ โดยคำนึงถึงสภาพร่างกาย สภาวะโรค สภาพสังคม วิถีชีวิตและฐานะทางสังคมของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลสามารถทำตามแผนได้จริงและประสบความสำเร็จ ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้น หากเป็นผู้สูงอายุที่มีความจำเป็นต้องได้รับการให้อาหารทางสายยางก็จะต้องมีการสอนวิธีการทำอาหารทางสาย วิธีการให้อาหารสายยางและวิธีการชงอาหารทางการแพทย์

**บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล**

บทบาทนักสังคมสงเคราะห์ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในโรงพยาบาล รับผิดชอบหน้าที่ในการค้นหาประเมิน วางแผนทางด้านสังคม ร่วมกับหาแนวทางการดูแลรักษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปแบบองค์รวม (Holistic View) กระบวนการทำงานทางสังคมสงเคราะห์ ประกอบด้วย

**1. การเข้าสู่การให้บริการทางสังคมและการแสวงหาข้อมูล (Intake and Fact Finding)**

ในขั้นแรกของกระบวนการปฏิบัติงานทางสังคมสงเคราะห์ คือ การทำความรู้จักกับผู้ป่วย ครอบครัว สภาพแวดล้อม ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับบุคคลต่าง ๆ และข้อมูลเกี่ยวกับรายได้ในครอบครัวผ่านการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้ยังต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างนักสังคมสงเคราะห์และผู้ป่วยให้เกิดขึ้น เพื่อให้เกิดบรรยากาศการที่ดีในการดูแลที่จะเกิดขึ้น

**2. การประเมินสภาพปัญหา (Assessment)**

นักสังคมสงเคราะห์แบ่งการประเมินความต้องการและความสามารถของผู้ป่วยออกเป็น 3 ด้าน คือ กาย จิต สังคม

- **ด้านกาย** ประเมินอาการของโรคหรือยาที่ส่งผลต่อผู้ป่วย โดยอาศัยการแลกเปลี่ยนข้อมูลกับ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด เภสัชกร และอื่น ๆ
- **ด้านจิต** ประเมินด้านอารมณ์ ความรู้สึก ความรู้คิด พฤติกรรม ภาวะความเจ็บป่วยทางจิตเวช รวมไปถึงการจัดการทางอารมณ์ของผู้ป่วย หากนักสังคมสงเคราะห์รู้สึกไม่คุ้นเคย หรือไม่เชี่ยวชาญ อาจปรึกษากับนักจิตวิทยาคลินิก หรือนักจิตวิทยาการให้คำปรึกษา เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลการทางด้านนี้ได้
- **ด้านสังคม** การประเมินด้านสังคม เป็นบทบาทหลักที่นักสังคมสงเคราะห์สามารถประเมินกับผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเชี่ยวชาญ โดยการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางนั้น ข้อสำคัญทางสังคมที่ควรนึกถึงได้แก่ ใครเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย ความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถในการที่จะดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ในครอบครัว รวมไปถึงสถานะทางการเงินของครอบครัว สิทธิการรักษา สิทธิสวัสดิการต่าง ๆ ของรัฐ และเครือข่ายทางสังคมที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงหรือให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้

**3. การกำหนดเป้าหมายและวางแผน (Planning)**

การกำหนดเป้าหมายและวางแผน นักสังคมสงเคราะห์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพและผู้ป่วย ผ่านการทำ Family Meeting เพื่อแผนการดูแลครอบคลุมประเด็นสำคัญตามที่ควรต้องทำ นักสังคมสงเคราะห์ช่วยเสริมข้อมูลทางสังคม เพื่อให้แผนการรักษาเกิดขึ้นเหมาะสมกับผู้ป่วยและญาติ โดยให้ใกล้เคียงกับช่วงที่อยู่ที่บ้านมากที่สุด หรือหากเป็นปัญหาทางด้านสังคมที่นักสังคมสงเคราะห์ประเมินพบ การกำหนดเป้าหมายและ การวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติ อาจแบ่งแผนการให้บริการทางสังคมออกเป็นการแผนระยะสั้นและระยะยาว ในแผนระยะสั้นอาจเน้นการทำที่จำเป็นเร่งด่วนก่อน เช่น ปัญหาด้านสิทธิการรักษา ค่ารักษาการหาผู้ดูแล เป็นต้น หากในระยะยาวอาจชวนผู้ป่วยและญาติมองเป็นปลายทางที่อยากให้เกิด เช่น การหารายได้เพิ่มระหว่างวัน การประสานงานส่งต่อให้กับชุมชน หรือการเตรียมความพร้อมในวาระสุดท้ายของชีวิต เป็นต้น

**4. การปฏิบัติตามแผน (Implementation)**

การปฏิบัติตามแผนที่ได้ตั้งไว้ นักสังคมสงเคราะห์ปฏิบัติตามแผนที่ตั้งไว้ โดยในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยในระยะกลางนั้น บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการช่วยดูแลมีดังนี้

- หากประเมินว่า ผู้สูงอายุและครอบครัวไม่พร้อมในการกลับไปดูแลต่อที่บ้านหลังการดูแลระยะกลาง และมีความจำเป็นต้องไปอยู่ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (nursing home)
- ประสานส่งต่อทีมสหวิชาชีพ หรือหน่วยงานอื่น ๆ ช่วยค้นหาข้อมูลศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (nursing home) ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยดูจากรายได้และระยะทางจากบ้านของครอบครัว โดยการเลือกศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเป็นผู้เลือกด้วยตนเอง แต่หากผู้ป่วยมีรายได้น้อย นักสังคมสงเคราะห์ประสานส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่อาศัยหรือชุมชนของผู้ป่วย เพื่อให้หน่วยงานในระดับปฐมภูมิในพื้นที่ของผู้ป่วยช่วยดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
- ส่งต่อข้อมูลให้กับทีมการรักษา เพื่อให้การช่วยเหลือเพิ่ม เช่น การตรวจประเมินภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแล การให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินของโรค เพื่อทำให้ผู้ดูแลเข้าใจและลดความเหนื่อยล้าจากการดูแล
- ประสานงานหน่วยงานภาครัฐ/ กองทุน/มูลนิธิ/ หน่วยงานเอกชน เพื่อขอความอนุเคราะห์ช่วยเหลือปัญหาทางสังคมของผู้ป่วยเพิ่มเติม เช่น กองทุนช่วยเหลือปรับปรุงซ่อมแซมบ้านของกรมกิจการผู้สูงอายุ หรือทุนการประกอบอาชีพจากมูลนิธิต่าง ๆ เป็นต้น
- สงเคราะห์ช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินจากสิทธิการรักษา จากกองทุนช่วยเหลือของโรงพยาบาลเป็นการช่วยเหลือในระยะสั้น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวยังสามารถมีทุนสำหรับการใช้ชีวิตหลังออกจากโรงพยาบาล โดยนักสังคมสงเคราะห์ขอความอนุเคราะห์จากกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยยากไร้ของโรงพยาบาล
- พิทักษ์สิทธิและให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิสวัสดิการที่ผู้ป่วยควรได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับสิทธิที่พึงได้รับตามสวัสดิการและตามสิทธิขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ควรได้รับ เช่น เบี้ยผู้สูงอายุ สิทธิการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เป็นต้น หรือพิทักษ์ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ที่ผู้ป่วยพึงได้รับ ไม่ถูกทำร้ายจากการดูแลของผู้ดูแล การได้รับและเข้าถึงปัจจัยสี่อย่างเหมาะสม เป็นต้น หากเจอผู้ป่วยหรือญาติได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิไม่ถูกต้อง นักสังคมสงเคราะห์ต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิสวัสดิการที่พึงได้รับอย่างเหมาะสม

**5. การประเมินผลและการสิ้นสุดการให้บริการ (Evaluate and Terminate)**

ก่อนออกจากโรงพยาบาล นักสังคมสงเคราะห์จะประเมินเกี่ยวกับแนวทางการดูแลของผู้ป่วยและญาติเมื่อได้รับการสอนและข้อมูลจากสหวิชาชีพในหอผู้ป่วยแล้ว ผู้ดูแลและผู้ป่วยจะมีแนวทางการดูแลในระยะยาวอย่างไรและเป็นไปได้ตามทรัพยากรที่ผู้ป่วยมีหรือไม่ หากเป็นไปได้และไม่ได้มีปัญหาทางสังคมที่ต้องติดตามต่อ นักสังคมสงเคราะห์จะยุติการให้บริการทางสังคม หลังจากที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล แต่ถ้าผู้ป่วยและญาติมีข้อสงสัยหรือมีพบกับปัญหาทางสังคมในภายหลังสามารถกลับมาพบนักสังคมสงเคราะห์ได้ใหม่ในระยะการติดตามที่ แผนกผู้ป่วยนอก (OPD)

บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางนั้น โดยกระบวนการไม่ได้แตกต่างไปจากการให้บริการในระยะอื่น แต่วัตถุประสงค์และการมุมมองต่อผู้ป่วยในระยะนี้อาจต้องอาศัยข้อมูลทางสังคมละเอียดมากขึ้น เพื่อให้ทีมการรักษาและตัวผู้ป่วย/ผู้ดูแล เห็นภาพแนวทางการดูแลที่จะเกิดขึ้นที่บ้านชัดเจนมากขึ้น ตรงกับจุดประสงค์ในการดูแลระยะกลางคือ เพื่อฟื้นฟูผู้ป่วยและเตรียมความพร้อมในการดูแลที่บ้าน ลดความพึ่งพาการดูแลจากโรงพยาบาล

**สรุป**

การดูแลระยะกลางเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องมาจากการดูแลในระยะเฉียบพลัน การดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล hospital-based IMC เหมาะกับผู้สูงอายุเปราะบาง ที่มีโรคร่วมหลายชนิด หรือมีภาวะสมองเสื่อมปานกลางถึงรุนแรง ซึ่งมักจะมีการถดถอยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การถดถอยของสมรรถภาพสมอง ภายหลังการเจ็บป่วยเฉียบพลัน ต้องการการฟื้นฟูที่เหมาะสม ร่วมกับยังมีโรคทางกายที่ต้องการการดูแลต่อเนื่อง เช่น ต้องการการให้ยาทางเส้นเลือด ต้องมีการปรับยาผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการการฟื้นฟูอีกประมาณ 1-3 สัปดาห์ เพื่อให้กลับไปมีความสามารถใกล้เคียงเดิม โดยเกณฑ์ในการคัดเข้า อาจกำหนดโดย Barthel index น้อยกว่า 15 หรือมีสมรรถภาพทางสมองถดถอย นอกจากนี้ เป้าหมายของ Hospital-based IMC คือการฝึกทักษะที่จำเป็นให้ญาติหรือผู้ดูแล มีความชำนาญเพียงพอในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้

## เอกสารอ้างอิง

1. Sezgin D, O'Caoimh R, Liew A, O'Donovan MR, Illario M, Salem MA, et al. The effectiveness of intermediate care including transitional care interventions on function, healthcare utilisation and costs: a scoping review. European geriatric medicine. 2020;11(6):961-74.

2. Liebzeit D, Rutkowski R, Arbaje AI, Fields B, Werner NE. A scoping review of interventions for older adults transitioning from hospital to home. J Am Geriatr Soc. 2021;69(10):2950-62.

# บทที่ 5
# การดูแลระยะกลางในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุเปราะบาง
# (Community-based intermediate care for frail older persons)

**บทนำ**

โดยทั่วไปการบริการสุขภาพในชุมชนมุ่งเน้นไปที่การป้องกันระดับปฐมภูมิ ผู้สูงอายุเปราะบางที่เจ็บป่วยเฉียบพลันจึงถูกมองว่าเป็นหน้าที่ของสถานพยาบาล หรือบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น อย่างไรก็ดี ผู้สูงอายุเปราะบางที่พ้นระยะวิกฤติแล้วควรถือว่าเป็นกลุ่มเป้าหมายของบริการสุขภาพในชุมชนด้วย เนื่องจากภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อโรคความเจ็บป่วยเฉียบพลัน การนอนโรงพยาบาลซ้ำ คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี และเสี่ยงเสียชีวิต จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการดูแลให้รอบด้านไม่เพียงทางการแพทย์เท่านั้น แต่รวมถึงการดูแลในแง่มุมทางสังคม จิตใจ และมุ่งเน้นคุณภาพชีวิตทั้งผู้ป่วยและญาติด้วย ในบทความนี้กล่าวถึงภาพรวมของการดูแลแบบรอบด้านในชุมชนและที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุ การดูแลระยะกลางในชุมชนที่นำโดยทีมสหวิชาชีพที่ให้การสนับสนุนแบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุเปราะบาง โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชน ส่งเสริมการใช้บริการสุขภาพที่เหมาะสม ช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพให้ผู้สูงอายุและครอบครัว และรักษาดุลยภาพของระบบสาธารณสุขในภาพรวม

**การดูแลแบบรอบด้านในชุมชนและที่บ้าน สำหรับผู้สูงอายุ: ส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู ภาวะเปราะบาง Comprehensive community and home-based health care**

คือหลักของการบูรณาการการให้บริการสุขภาพในชุมชนและที่บ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างรวดเร็วและเหมาะสม ทำให้ความเป็นอยู่ดีขึ้น เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี เท่าที่บริบทด้านสุขภาพทั้งกาย จิต สังคมของผู้ป่วยและครอบครัวจะมีศักยภาพทำได้ โดยอาศัยการสนับสนุนจากทีมสุขภาพในชุมชน

การดูแลแบบรอบด้านในชุมชนและที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วยหลักการป้องกัน 3 ระดับ ได้แก่ การป้องกันระดับปฐมภูมิ การป้องกันระดับทุติยภูมิ และการป้องกันระดับตติยภูมิ ดังภาพที่ 5.1

ผู้สูงอายุเปราะบางและครอบครัว ต้องเผชิญกับค่าใช่จ่ายทั้งทางตรงและทางอ้อมจากการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การดูแลระดับกลางในชุมชน (community-based intermediate care) ช่วยลดโอกาสการกลับมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ และค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลต่ำกว่า เมื่อเทียบกับการตั้งค่าการดูแลแบบดั้งเดิม โดยการดูแลระยะกลางในชุมชน ถือเป็นส่วนหนึ่งของการป้องกันระดับตติยภูมิ ซึ่งหากชุมชนใดมีความพร้อมสามารถดำเนินการให้มีสถานบริการสำหรับผู้สูงอายุเปราะบางในชุมชน ซึ่งผู้สูงอายุเหล่านี้ เมื่อออกจากโรงพยาบาลมามักจะยังมีภาวะถดถอยของความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน อาจมีปัญหาด้านความจำบ้าง จึงมีความจำเป็นที่ต้องได้รับการดูแล การแนะนำต่อเนื่องอีกสักระยะ เพื่อให้เกิดการฟื้นฟูที่เหมาะสม ลดโอกาสการมีภาวะทุพพลภาพถาวรหรือ การเข้าสู่การดูแลระยะยาว (long term care) ดังนั้นการดูแลระยะกลางในชุมชนแบบใกล้บ้านใกล้ใจจึงนับเป็นทางเลือกที่ดีที่สุดทางหนึ่งสำหรับผู้สูงอายุและครอบครัว

**การดูแลระยะกลางในชุมชน เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดการกลับมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ ลดค่าใช้จ่าย**

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่ได้เข้าโปรแกรมการดูแลระยะกลางในชุมชนหลังกลับจากโรงพยาบาล เทียบกับผู้ที่ไม่ได้เข้าโปรแกรม สามารถลดการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำใน 30 วัน ได้ร้อยละ 34 ใน 60 วัน ร้อยละ 22 และใน 90 วัน ร้อยละ 19 ลดค่าใช้จ่ายในเดือนแรกหลังการออกจากโรงพยาบาล ได้ร้อยละ 25 นอกจากนี้ ข้อมูลในสหราชอาณาจักรและออสเตรเลีย พบว่าระบบการดูแลผู้สูงอายุเปราะบางในระยะเปลี่ยนผ่านที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลโดยเร็วเพื่อรับโปรแกรมการดูแลระยะกลางในชุมชน ฟื้นฟูความสามารถในการกิจวัตรในชีวิตประจำวัน (ADL) อย่างต่อเนื่องจะช่วยลดการนอนโรงพยาบาล และเพิ่มสุขภาวะทางจิตใจในผู้สูงอายุ การดูแลระยะกลางในชุมชนที่ดำเนินการโดยคนในชุมชนร่วมกับทีมสหวิชาชีพ จึงมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อทุกฝ่าย โดยสามารถทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พฤติกรรมการใช้บริการด้านสุขภาพดีขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลลดลง เป็นการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขให้ได้ทั้งคุณภาพและคุณค่า




ภาพที่ 5.1 การดูแลแบบรอบด้านในชุมชนและที่บ้าน สำหรับผู้สูงอายุ
เพื่อส่งเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู ภาวะเปราะบาง

**ความสำคัญของทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน**

การดูแลระดับกลางในชุมชนควรเป็นการทำงานของทีมสหวิชาชีพ ซึ่งอาจมีองค์ประกอบที่แตกต่างกันขึ้นกับบริบท โดยทั่วไป ควรมีแพทย์ทำงานร่วมกับทีมพยาบาล และบุคลากรอื่นๆ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัดเภสัชกรรวมถึงแพทย์ทางเลือก(โดยการทำงานอาจไม่ต้องมีครบทุกองค์ประกอบและอาจทำงานร่วมกับทีมของโรงพยาบาล) ร่วมกับอาสาสมัครในชุมชน เช่น การจัดกิจกรรมในชุมชน เพื่อเผยแผ่ความรู้และเปิดช่องทางการสื่อสารให้ชุมชนได้เข้าถึงข้อมูลทางการแพทย์เกี่ยวกับการดูแลระยะเปลี่ยนผ่านและการดูแลระยะกลางจากทีมสหวิชาชีพผ่านช่องทางต่าง ๆ ตามบริบทของชุมชนนั้น ๆ

**บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเปราะบางระยะกลางในชุมชน**

การฟื้นฟูผู้ป่วยสูงอายุภาวะเปราะบางระยะกลางในชุมชนนั้น อาศัยความร่วมมือจากทีมสหวิชาชีพและองค์กรในชุมชน จากทุกภาคส่วนที่เข้ามาเกี่ยวข้อง บทบาทสำคัญของพยาบาลชุมชนนั้นมีความสำคัญในหลายเรื่อง โดยเฉพาะบทบาทการเป็นผู้ประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมมือร่วมใจในการดูแลฟื้นฟูสภาพของผู้สูงอายุเปราะบางให้สามารถกลับมาดำเนินชีวิตได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุดตามศักยภาพ บทบาทของพยาบาลในการดูแลระยะกลางในชุมชน มีดังนี้

- **บทบาทการเป็นผู้ประสานงาน** พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประสานการจัดการการดูแลผู้ป่วยสูงอายุร่วมกับทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล เพื่อประสานชุมชนหรืออาสาสมัครในการรับดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะเปราะบางต่อเนื่องจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการฟื้นฟูสภาพทั้งที่บ้านและในชุมชนอย่างต่อเนื่องจนครบระยะ 6 เดือน
- **บทบาทการสอนและให้คำแนะนำ** พยาบาลมีส่วนสำคัญในการสอนผู้ดูแลหรืออาสาสมัครในชุมชนในการช่วยเหลือฟื้นฟูผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องการการฟื้นฟูสภาพในชุมชนหรือที่บ้าน ตลอดจนการจัดกิจกรรมการสอนทั้งแบบกลุ่มและเดี่ยวได้ เช่น การจัดโครงการต่าง ๆ ที่ให้อาสาสมัครสาธารณสุขหรือหน่วยงานภาครัฐมีบทบาทในการดูแลฟื้นฟูผู้สูงอายุระยะกลางในชุมชน หรือการสอนผู้ป่วยสูงอายุและผู้ดูแลเฉพาะราย เช่น การสอนเรื่องการทำแผล การสอนเรื่องการให้อาหารทางสายยางการดูแลสายสวนปัสสาวะ เป็นต้น
- **บทบาทผู้ให้การพยาบาลตามมาตรฐาน** หากผู้ป่วยสูงอายุภาวะเปราะบางในชุมชนต้องได้รับการดูแลทางการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง พยาบาลจะให้การพยาบาลดูแลผู้ป่วยสูงอายุตามรายกรณี เช่น การเปลี่ยนสายให้อาหารหรือสายสวนปัสสาวะให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุทุกเดือน การทำแผลกดทับ เป็นต้น รวมทั้งกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการผิดปกติสามารถให้การพยาบาลเบื้องต้นและส่งต่อเมื่อมีอาการผิดปกติได้
- **บทบาทในการประเมินผลลัพธ์** พยาบาลทำหน้าที่ร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนในการประเมินผลลัพธ์ความสำเร็จของผู้ป่วยสูงอายุภาวะเปราะบางที่ได้รับการฟื้นฟูระยะกลางในชุมชน เช่น การประเมินและบันทึกความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเดิน การส่งตัว ประวัติการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล เพื่อส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วยให้กับทีมสหวิชาชีพในการจัดการกับผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างเหมาะสม

**บทบาทของนักจิตวิทยาในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเปราะบางระยะกลางในชุมชน**

เนื่องจากจำนวนนักจิตวิทยาที่สามารถดูแลจิตใจผู้สูงอายุได้ ในประเทศไทยอาจมีจำนวนไม่มากนัก จึงอาจทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนไม่ได้รับการดูแลจิตใจอย่างทั่วถึง ดังนั้นในบริบทของชุมชน จำเป็นต้องอาศัยวิชาชีพอื่น เช่น พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ รวมถึงกลุ่มบุคคลที่ไม่ใช่วิชาชีพ เช่น อาสาสมัครในชุมชนที่ได้รับการฝึกทักษะช่วยคัดกรองและดูแลจิตใจในเบื้องต้นในประเด็นด้านจิตใจสำคัญ 3 ด้าน ได้แก่

- **การประเมินความสามารถด้านการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย/ภาวะสมองเสื่อม** แบบประเมินที่ใช้ควรเป็นแบบประเมินที่สั้น ใช้เวลาไม่นาน เช่น Mini-cog หรือ TMSE ประกอบกับการซักประวัติเพิ่มเติมเกี่ยวกับความจำเล็กน้อย เพื่อเป็นข้อมูลเบื้องต้น อย่างไรก็ตามในบางบริบทอาจไม่ต้องประเมินโดยใช้แบบประเมิน แต่เป็นการซักประวัติ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เหมาะสมในการวางแผนดูแลต่อเนื่อง
- **การประเมินภาวะซึมเศร้า** การใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าแบบ 2 ข้อคำถามและแบบ 9 ข้อคำถาม ก็เพียงพอสำหรับการคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้าเบื้องต้นในผู้สูงอายุ เมื่อพบภาวะซึมเศร้า ผู้ประเมินสามารถให้คำแนะนำหรือให้กำลังใจผู้ป่วยในเบื้องต้นได้ หลังจากนั้นอาจมีการส่งตัวผู้ป่วยไปพบนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์ ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ารุนแรงและเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองหรือมีความคิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย สำหรับในบางพื้นที่อาจพิจารณาให้มีระบบปรึกษาจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาแบบออนไลน์ (Telemedicine) เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการแบบทันท่วงที
- **การประเมินญาติหรือผู้ดูแล** ว่ามีภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแลหรือไม่ เป็นอีกประเด็นหนึ่งที่ควรให้ความสำคัญ เพราะหากญาติหรือผู้ดูแลมีความรู้สึกเหนื่อยล้าจากการดูแลมากเกินไปและไม่สามารถจัดการกับความรู้สึกเหล่านั้นได้อย่างเหมาะสม อาจส่งผลกระทบกับการดูแล ตลอดจนคุณภาพชีวิตของทุกคนด้วย แบบประเมินอาจใช้เป็น Zarit Burden Interview (ZBI) แบบ 4 ข้อคำถาม เนื่องจากใช้เวลาประเมินไม่นาน หากประเมินแล้วพบภาวะดังกล่าว พิจารณาส่งต่อให้กับนักจิตวิทยาคลินิกหรือบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้/ความสามารถด้านการดูแลจิตใจ เพื่อทำการพูดคุยหรือให้คำปรึกษากับญาติ/ผู้ดูแล อาจเป็นในรูปแบบของการนัดหมายที่สถานพยาบาลหรือการพูดคุยแบบทางไกล (Telemedicine)

หากบุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัคร ตลอดจนคนในชุมชน ช่วยกันเฝ้าระวังและสังเกตอาการต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นในผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางที่อาศัยอยู่ในชุมชน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็จะได้รับการรักษาได้อย่างทันท่วงที และอาจมีส่วนช่วยลงอัตราการการเจ็บป่วยที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางได้ไม่มากก็น้อย

**บทบาทของนักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเปราะบางระยะกลางในชุมชน**

นักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการมีบทบาทสำคัญในการชี้นำให้มีระบบติดตามและประเมินภาวะโภชนาการ เพื่อให้เกิดแนวทางการให้โภชนบำบัด การให้คำปรึกษา/คำแนะนำหรือความรู้เพิ่มเติมแก่ผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์และอาสาสมัครในชุมชน ซึ่งรูปแบบการทำงานเพื่อให้เกิดการดูแลด้านโภชนาการของผู้ป่วยในชุมชน มีได้หลากหลายรูปแบบ เช่น การลงพื้นที่ในสถานดูแลระยะกลางในชุมชน การเยี่ยมบ้านร่วมกัน การติดตามและให้คำปรึกษาผ่านทางโทรศัพท์หรือผ่านทางเทคโนโลยีการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) หากผู้ป่วยได้รับการดูแลและติดตามด้านโภชนาการอย่างต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความเอาใจใส่ในการดูแลด้านโภชนาการทำให้มีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้นได้

- **การประเมินภาวะโภชนาการ** มีเป้าหมายเพื่อค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาด้านโภชนาการและวางแผนแนวทางการดูแล รวมถึงการให้คำแนะนำกับญาติหรือผู้ที่ดูแลในการประเมินภาวะโภชนาการหรือสังเกตอาการแสดงเบื้องต้นที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการดีขึ้นหรือถดถอยลง เช่น การติดตามน้ำหนักตัว การคำนวณดัชนีมวลกาย การสังเกตพฤติกรรมการกินอาหารของผู้ป่วย เป็นต้น
- **การซักประวัติการกินอาหารของผู้ป่วยและแนวทางการดูแลของผู้ดูแล** จะทำให้สามารถประเมินว่าผู้ป่วยได้รับพลังงานและสารอาหารเพียงพอและเหมาะสมหรือไม่ อีกทั้งยังสามารถประเมินผลของแผนโภชนบำบัดและการให้ความร่วมมือในการดูแลด้านโภชนาการของผู้ดูแล หากพบว่าผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลไม่สามารถปฏิบัติตามแผนโภชนบำบัดได้สำเร็จ ทีมผู้ดูแลระยะกลางในชุมชนควรค้นหาสาเหตุและแก้ไข โดยปรึกษานักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการร่วมปรับแผนโภชนบำบัด
- **การให้คำปรึกษา/คำแนะนำหรือการให้ความรู้ด้านโภชนาการ** เมื่อพบสาเหตุที่อาจจะยังทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านโภชนาการ ควรดำเนินการแก้ไขทันทีโดยการให้คำปรึกษา/คำแนะนำเพิ่มเติม การให้โภชนศึกษา การใช้อุปกรณ์ แผ่นพับหรือตัวอย่างอาหารประกอบการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยและ/หรือผู้ดูแลมีความเข้าใจที่ชัดเจนมากขึ้น นอกจากนี้นักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการอาจมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้ด้านโภชนาการแก่ผู้ดูแลและอาสาสมัครในชุมชน เพื่อให้บุคคลเหล่านี้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้สูงอายุและชุมชนมากกว่า มีความรู้นำไปใช้ในการดูแลด้านโภชนาการของคนในชุมชนได้อย่างเหมาะสมและเข้มแข็ง
- **การวางแผนการติดตามระยะยาว** ควรมีการวางแผนเพื่อการติดตามครั้งถัดไปเพื่อให้การดูแลด้านโภชนาการเป็นไปอย่างต่อเนื่องโดยอาจติดตามทุก ๆ 3 เดือนหรือ 6 เดือน ในกรณีที่ไม่สะดวกอาจมีการติดตามผ่านทางโทรศัพท์หรือการใช้เทคโนโลยีการพบแพทย์ทางไกล

**บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเปราะบางระยะกลางในชุมชน**

เมื่อผู้สูงอายุถูกส่งต่อเข้าระบบการดูแลระยะกลางในชุมชน นักสังคมสงเคราะห์ควรทำงานร่วมกับชุมชน โดย

- การเยี่ยมบ้านร่วมกัน โดยมีวัตถุประสงค์
    - **เพื่อค้นหาข้อมูลทางสังคมเพิ่มเติม** เพื่อให้ทีมการรักษาได้เห็นลักษณะการใช้ชีวิตและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยมากขึ้น โดยอาศัยข้อมูลจากคนในชุมชน เช่น ครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์สุขภาพประจำตำบล ผู้นำชุมชน เป็นต้น เมื่อทีมการรักษาเข้าใจข้อมูลในส่วนนี้มากขึ้น จะทำให้เกิดการวางแผนรักษาต่อเนื่องได้เหมาะสมยิ่งขึ้น
    - **เพื่อติดตามอาการต่อเนื่อง** โดยนักสังคมสงเคราะห์และทีมจากโรงพยาบาลเยี่ยมบ้านร่วมกับสมาชิกในชุมชน เพื่อให้เป้าหมายของการดูแลสอดคล้องกัน
    - **เพื่อค้นหาเครือข่ายทางสังคมที่สามารถช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน** เนื่องจากในปัจจุบัน ผู้สูงอายุจำนวนมากต้องอาศัยอยู่บ้านเพียงลำพังในช่วงกลางวัน เพราะผู้ดูแลหรือครอบครัว ต้องออกไปทำงานเพื่อหารายได้ ทำให้การดูแลไม่อาจทำได้อย่างต่อเนื่อง จึงจำเป็นที่จะต้องหาเครือข่ายทางสังคมที่สามารถเข้ามาช่วยเติมช่องว่างส่วนนี้ได้
    - **การประสานหน่วยงานในชุมชน** เช่น ผู้นำชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์สาธารณสุข เป็นต้น เพื่อส่งต่อข้อมูลการรักษาให้กับชุมชนได้ทราบและผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง โดยเน้น

การใช้ทรัพยากรของชุมชนที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ เพื่อให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมดูแลอย่างเข้มแข็ง หัวใจสำคัญอีกประการหนึ่งของการดูแลผู้สูงอายุเปราะบางระยะกลางในชุมชนคือการให้ผู้สูงอายุยังสามารถรักษาความสัมพันธ์กับสังคมรอบตัวได้เหมือนเดิม แม้ว่าความเจ็บป่วยบางอย่างจะทำให้เกิดข้อจำกัดต่อการใช้ชีวิตประวัน เพื่อให้เกิดการดูแลที่เป็นองค์รวม ครบทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม

- **การสร้างความเข้าใจ** มีทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ให้กับชุมชน

นอกจากการดูแลผู้ป่วยแบบรายบุคคลแล้ว นักสังคมสงเคราะห์ยังมีบทบาทสำคัญในการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ลดการตีตราและแบ่งแยก (stigma and discrimination) ที่มักเกิดขึ้นเพราะขาดความเข้าใจกันและกันของคนในสังคม โดยเฉพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะพฤติกรรมก้าวร้าวและอารมณ์รุนแรงร่วมด้วย (BPSD) หรือแม้กระทั่งการมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป ทำให้ชุมชนหรือกลุ่มคนรอบข้างกีดกัน ด้อยค่า หรือตัดขาดความสัมพันธ์ที่ผู้ป่วยเคยมีกับคนในชุมชนออกไป เกิดเป็นความรู้สึกตัวเองไร้ค่าในตนเองของผู้สูงอายุ และอาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตตามมา

ข้อท้าทายหนึ่งของการทำงานด้านผู้สูงอายุในชุมชน คือการสร้างความตระหนักรู้และความเข้าใจร่วมกันในสังคมว่า ผู้สูงอายุไม่ว่า active aging หรือผู้สูงอายุเปราะบาง ไม่ใช่ภาระหรือความอ่อนแอ แต่ผู้สูงอายุยังเป็นผู้ที่มีศักยภาพและมีศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ที่เราเองต้องคำนึงถึงให้ความเคารพต่อการเลือกและตัดสินใจ บ่อยครั้งที่เรามักคิดแทน ตัดสินใจแทน เพราะมองอย่างตัดสิน ว่าผู้สูงอายุมีความสามารถในการตัดสินใจไม่ดี หรือหากการตัดสินใจนั้นอาจไม่ถูกใจกับสิ่งที่คนในสังคมส่วนใหญ่มอง จะเป็นเหตุทำให้ผู้สูงอายุ ถูกกีดกัน และลดคุณค่าลง

**ระบบการดูแลผู้สูงอายุเปราะบางระยะกลางในชุมชน: ความหวัง ความท้าทาย**

ภาพรวมของการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ส่วนมากยังเน้นการทำงานในเชิงการป้องกัน ทำกิจกรรมผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงช่วยเหลือตนเองได้ดี เช่น การรวมกลุ่มออกกำลังกาย ชมรมผู้สูงอายุ หรือกลุ่มสร้างผลิตภัณฑ์ในชุมชน เป็นต้น ส่วนในกลุ่มผู้สูงอายุเปราะบางนั้นยังเป็นการทำงานแบบตั้งรับ ขาดนโยบายที่จะเข้ามาดูแลแบบเชิงรุกเหตุหนึ่งเพราะมุมมองของสังคมส่วนใหญ่มองว่าการดูแลผู้สูงอายุเปราะบางเป็นหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์หรือต้องดูแลในโรงพยาบาลเท่านั้น แท้จริงแล้วการดูแลผู้สูงอายุนั้นไม่สามารถทำได้อย่างมีคุณภาพหากดูแลเพียงด้านเดียว การดูแลผู้สูงอายุต้องอาศัยมุมมองแบบองค์รวม และการดูแลแบบรอบด้านอย่างแท้จริงจะเกิดขึ้นได้ มีหัวใจหลักสำคัญคือ การที่บุคคลผู้เกี่ยวข้อง มีความรู้ความเข้าใจและมุมมองต่อผู้สูงอายุไปในทิศทางเดียวกัน หากต่างคนต่างทำหรือมีมุมมองที่แตกต่างกันมาก ย่อมส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ และไม่ก่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องได้

การดูแลระยะกลางในชุมชน ที่ดำเนินการโดยคนในชุมชน นำโดยทีมสหวิชาชีพ จึงมีประโยชน์อย่างยิ่งต่อทุกฝ่าย เช่น ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลที่ลดลง คุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พฤติกรรมการใช้บริการด้านสุขภาพที่ดีขึ้น เป็นการบริหารจัดการระบบสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นอย่างมีคุณค่า ปัจจุบันการดูแลระยะกลางในชุมชนของประเทศ ยังไม่มีข้อกำหนดเชิงนโยบาย หากแต่ได้มีการจัดตั้งขึ้นเองโดยองค์กรชุมชนหลายพื้นที่ ซึ่งขึ้นอยู่กับบริบทต้นทุนทางสังคม วัฒนธรรม งบประมาณและทรัพยากรของแต่ละชุมชน

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยระยะกลางในชุมชน[ออนไลน์].; 2563 [เข้าถึงเมื่อ 8 สิงหาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hpc2service.anamai.moph.go.th/ltcdata/files/25.pdf.

2. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. Facebook [ออนไลน์].; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2566 สิงหาคม] 18. เข้าถึงได้จาก: https://web.facebook.com/ThaiPsychiatricAssociation/posts/709375345833151/?_rdc=1&_rdr2

3. Misky GJ, Wald HL, Coleman EA (2010) Post-hospitalization transitions: examining the effects of timing of primary care provider follow-up. J Hosp Med 5(7):392–397. https://doi.org/10.1002/jhm.666

4. Miller P, Gladman JR, Cunliffe AL, Husbands SL, Dewey ME, Harwood RH (2005) Economic analysis of an early discharge rehabilitation service for older people. Age Ageing 34(3):274– 280. https://doi.org/10.1093/ageing/afi058

5. Courtney MD, Edwards HE, Chang AM, Parker AW, Finlayson K, Bradbury C et al (2012) Improved functional ability and independ- ence in activities of daily living for older adults at high risk of hos- pital readmission: a randomized controlled trial. J Eval Clin Pract 18(1):128–134. https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01547

6. Warin H, Portawin T. The Development of Caregiver's Community Engagement-based Guideline for Elderly People with Dementia. Journal of Social Work. 2022 January-June;

7. Polly Yeung. Social Work with Older People. In Munford R, O'donoghue K, editors. New Theories for Social Work Practice. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publisher; 2019. p. 110-129.

8. Narra M. The role of the social worker with older persons. (IASW) TIAoSW. academia.edu. [Online].; 2011 [cited 2023 august]. Available from: https://www.academia.edu/29003051/The_Role_of_the_Social_Worker_with_Older_Persons..

# บทที่ 6
# การดูแลระยะกลางที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุเปราะบาง
# (Home-based intermediate care for frail older persons)

**ระบบบริการดูแลระยะกลางที่บ้าน (Home-based intermediate care)**

คือการดูแลที่บ้านโดยทีมหมอครอบครัวหรือทีมสุขภาพในพื้นที่ เป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการสุขภาพในชุมชนสำหรับผู้สูงอายุเปราะบางที่มีความจำเป็นและต้องการการดูแลรักษาต่อเนื่อง โดยมุ่งเน้นการฟื้นฟูสภาพภายหลังออกจากโรงพยาบาล และป้องกัน ส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงค้นหาปัจจัยเสี่ยง คัดกรองโรคและกลุ่มอาการผู้สูงอายุที่อาจพบร่วม โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ และเข้าถึงบริการสุขภาพได้ง่าย สะดวก ต่อเนื่อง เพื่อลดการเกิดภาวะทุพพลภาพ ลดอัตราการกลับมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำลดค่าใช้จ่ายระยะยาวในการดูแลผู้ป่วยในอนาคตและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ยังเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และทีมสุขภาพ ซึ่งช่วยสร้างความไว้วางใจและลดความกังวลใจของครอบครัวและผู้ดูแลอีกด้วย

**การจัดระบบบริการดูแลระยะกลางที่บ้านสำหรับผู้สูงอายุเปราะบาง**

การจัดบริการเพื่อผู้สูงอายุเปราะบางที่เข้าโรงพยาบาลด้วยเหตุเจ็บป่วยเฉียบพลันได้รับการดูแลต่อเนื่องระยะกลางที่บ้าน ควรวางแผนตั้งแต่ผู้สูงอายุเปราะบางเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีองค์ประกอบและขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. **กำหนดให้มีระบบพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (nurse case managers)**

พยาบาลผู้จัดการรายกรณี เป็นผู้ประสานข้อมูลเพื่อการติดตามและประเมินผู้ป่วยสูงอายุเปราะบางนับตั้งแต่เข้าโรงพยาบาลจนกลับบ้าน พยาบาลผู้จัดการรายกรณีที่จะเชื่อมโยงระบบบริการ ลดช่องว่างของรอยต่อการให้บริการระยะเปลี่ยนผ่านสู่ระยะกลาง ทำหน้าที่สื่อสาร บริหารจัดการประสานงานอย่างเป็นระบบระหว่างโรงพยาบาลบ้านและชุมชน รวมทั้งให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และเหมาะสมแก่ผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง

2. **กำหนดให้มีระบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (transitonal) ประเมินความเหมาะสม วางแผนการดูแลระยะกลาง ประสานเรื่องการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายและส่งต่อข้อมูลให้ทีมเยี่ยมบ้าน**

ทีมเยี่ยมบ้านควร ได้ทราบประวัติความเจ็บป่วยระหว่างที่อยู่โรงพยาบาลและหากเป็นไปได้ควรมีโอกาสอภิปรายแลกเปลี่ยนมุมมองร่วมกับทีมดูแลระยะเฉียบพลัน เพื่อให้เห็นภาพเป้าหมายที่เป็นไปได้จริงของการดูแลรายนั้น ๆ และใช้เป็นข้อมูลในการติดตามประเมิน ตั้งเป้าหมายและวางแผนกิจกรรมฟื้นฟูร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว

ทีมระยะเปลี่ยนผ่าน ต้องประเมินความเหมาะสมเกี่ยวกับสภาวะโรคและระดับความถดถอย ความพร้อมและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลและครอบครัว เพื่อส่งต่อข้อมูลให้ทีมเยี่ยมบ้าน หากเป็นไปได้ควรประสานทีมเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้านก่อนจำหน่าย ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกโรงพยาบาลที่สามารถร่วมดูแลผู้ป่วยสูงอายุเปราะบางที่บ้าน แหล่งสนับสนุนอุปกรณ์สำหรับใช้ที่บ้าน เช่น เครื่องผลิตออกซิเจน อุปกรณ์ทำแผล อุปกรณ์ช่วยเดิน สอนสาธิตและทบทวนซ้ำเกี่ยวกับวิธีการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ รวมทั้งแนะนำแหล่งประโยชน์ใกล้บ้าน

**3. กำหนดให้มีทีมเยี่ยมบ้าน และใช้หลักการเยี่ยมบ้านตามแนวทาง INHOMESSS**

(เอกสารแนบหมายเลข 11)

การดูแลที่บ้านหรือการเยี่ยมบ้าน จำเป็นต้องมีการวางแผนเพื่อเตรียมการให้บริการและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านร่วมกับทีมสุขภาพและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ในพื้นที่ โดยอ้างอิงจากใบสรุปประวัติและแผนการรักษาจากทีมระยะเปลี่ยนผ่านของโรงพยาบาล เพื่อให้ทราบว่าควรจะสานต่อการดูแลติดตาม เฝ้าระวังในประเด็นใดบ้าง เพื่อให้สามารถวางแนวทางและเป้าหมายในการดูแลต่อเนื่องทั้งในระยะสั้นและระยะยาวได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน

**1) Immobility (การจำกัดการเคลื่อนไหว)/ Instability (การเสียการทรงตัว)**

ผู้สูงอายุเปราะบางหลังจากการนอนโรงพยาบาล มักมีความถดถอยและเสี่ยงต่อภาวะหกล้มมากขึ้น จึงต้องมีการประเมิน การทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน (Barthel ADL) และความเสี่ยงพลัดตกหกล้มทุกครั้งในการติดตามการดูแลระยะกลางที่บ้าน ตามขั้นตอนดังนี้

- ขั้นตอนที่ 1 คัดกรองด้วยคำถาม 3 ข้อ 1) มีประวัติการล้มใน 1 ปีที่ผ่านมาหรือไม่ 2) รู้สึกไม่มั่นคงเวลาเดินหรือยืนหรือไม่ 3) กังวลเรื่องเกี่ยวกับการล้มหรือไม่ หากผิดปกติอย่างน้อย 1 ข้อให้ดำเนินการต่อ
- ขั้นตอนที่ 2 ประเมินการเดิน ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการทรงตัวโดย Timed Up and Go Test (TUG) มากกว่า 12 วินาทีหรือ Short Physical Performance Battery test (SPPB) คะแนนอยู่ระหว่าง 0-9/12 คะแนน ให้ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (multifactorial assessment) ตามแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อสูงอายุ,2562) และดำเนินการต่อขั้นตอนที่ 3
- ขั้นตอนที่ 3 ค้นหาและแก้ไขปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะหกล้มแบบองค์รวมทั้งปัจจัยภายในตนเองและภายนอก โดยปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะหกล้มที่พบบ่อยในผู้สูงอายุเปราะบางที่พบบ่อย และแนวทางแก้ไขมีดังนี้

| ปัจจัยภายใน | แนวทางการจัดการ |
|---|---|
| กำลังกล้ามเนื้อขาไม่ดีจากภาวะสูญเสียกล้ามเนื้อ (sarcopenia) | ประเมินสาเหตุ เช่น การขาดสารอาหารโดยเฉพาะโปรตีน ขาดการออกกำลังกาย และให้รักษาอย่างบูรณาการ |
| ความดันโลหิตตกขณะเปลี่ยนท่า (orthostatic hypotension) | ค้นหาสาเหตุและแก้ไข เช่น ยาลดความดันโลหิตที่มากเกินไป ยาขับปัสสาวะทำให้เกิดการขาดน้ำ (dehydration) |
| ได้รับยาที่ทำให้เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม เช่น ยาที่ทำให้ง่วงซึม ยานอนหลับ | ทบทวนการใช้ยาและใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล ตาม CEASE abbreviation framework |
| ปัญหากระดูกและข้อ เช่นปวดเข่าจากข้อเสื่อม(osteoarthritis) หรือข้อติด ทำให้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว | การรักษาเพื่อลดปวด การกายภาพบำบัด อาจส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทางและสหสาขาที่เกี่ยวข้อง |
| มีประวัติหกล้มทำให้กังวลในการล้ม | ให้ความมั่นใจและแนะนำวิธีการป้องกันภาวะหกล้ม |
| สภาพแวดล้อมของที่อยู่อาศัยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม | จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม ตามหัวข้อ 3) Housing |
| การใช้อุปกรณ์ช่วยเดินไม่เหมาะสม | เลือกใช้อุปกรณ์ช่วยเดินให้เหมาะสม และแนะนำวิธีใช้ที่ถูกต้อง |

**2) Nutrition ภาวะโภชนาการ**

ภาวะโภชนาการสำคัญมากต่อการฟื้นตัว ซึ่งการเยี่ยมบ้าน ทำให้ทราบข้อมูลการกินอาหารตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด เนื่องจากเห็นชนิดและปริมาณอาหาร รวมถึงอาหารเสริมอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยกินขณะอยู่ที่บ้าน ทีมเยี่ยมบ้านควรประเมินภาวะโภชนาการตามขั้นตอนดังนี้

- ขั้นตอนที่ 1 การคัดกรองความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการด้วยคำถาม 2 ข้อ 1). ความอยากอาหารลดลงหรือไม่ 2). มีประวัติน้ำหนักลดภายใน 3 เดือน โดยไม่ได้ตั้งใจลดหรือไม่ หากมีข้อใดข้อหนึ่งให้ดำเนินการต่อขั้นตอนที่ 2 หากไม่มีทั้ง 2 ข้อ ให้ความรู้และแนะนำอาหารที่เหมาะสมครบ 5 หมู่โดยเฉพาะโปรตีน ให้วิตามินเสริม ได้แก่ vitamin D และ vitamin B12 ในกรณีที่สงสัยว่ามีการขาดวิตามินร่วมด้วย
- ขั้นตอนที่ 2 การประเมินภาวะทุพโภชนาการด้วยแบบประเมิน Mini nutritional assessment (MNA) (short form) หากคะแนนรวมน้อยกว่า 11/14 ให้ประเมินต่อด้วย MNA (full form) หากคะแนนรวมน้อยกว่า 23.5/30 ให้ทำต่อ ขั้นตอนที่ 3
- ขั้นตอนที่ 3 การจัดการภาวะทุพโภชนาการ
  - **ค้นหาปัจจัยภายใน** โรคประจำตัวเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคตับ โรคไต โรคมะเร็ง โรคสมอง ภาวะแทรกซ้อนจากตัวโรค การรักษา ยาที่กินประจำ ที่อาจส่งผลต่อการดูดซึม การย่อยอาหาร การขับถ่าย ทำให้ท้องผูก คลื่นไส้ เบื่ออาหาร ลิ้นไม่รับรส สุขภาพช่องปากที่เปลี่ยนไป
  - **ค้นหาปัจจัยภายนอก** เช่น มีฐานะยากจน อยู่ในพื้นที่ที่ไม่สามารถเข้าถึงอาหารได้ อาศัยอยู่เพียงลำพัง ปลีกตัวออกจากสังคม มีความรู้ในเรื่องการทำอาหารหรือโภชนาการค่อนข้างจำกัด
  - **วางแผนโภชนบำบัดและตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้ป่วยและผู้ดูแล** สามารถทำได้หลายรูปแบบ เช่น การให้คำปรึกษา/คำแนะนำ การให้โภชนศึกษา การสอนวิธีการทำอาหารทางสายให้อาหาร โดยอาจมีอุปกรณ์เพิ่มเติม ได้แก่ แผ่นพับ แผ่นภาพ สื่อวิดีทัศน์ ตัวอย่างอาหารและอุปกรณ์อื่น ๆเพื่อทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความเข้าใจมากยิ่งขึ้น
  - **ติดตามภาวะโภชนาการ** ควรมีการติดตาม แบบประเมิน MNA ทุกครั้ง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับโภชนบำบัดอย่างต่อเนื่องและช่วยให้ทีมสามารถประเมินผลของแผนโภชนบำบัดได้ และควรปรับเปลี่ยนแผนหากไม่เป็นไปตามเป้าหมาย

**3) Housing ที่อยู่อาศัย**

การออกแบบสภาพแวดล้อมและที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุยึดหลัก 4 ประการ ได้แก่

1) ความปลอดภัยทางกายภาพ เช่น แสงสว่างเพียงพอ โดยเฉพาะบริเวณบันไดและทางเข้าออก มีราวจับในห้องน้ำ พื้นไม่ลื่น ประตูเปิดปิดได้ง่ายโดยไม่ต้องใช้แรงมาก
2) สามารถเข้าถึงได้ง่าย ออกแบบให้เอื้อต่อการหยิบจับของและใช้ชีวิตประจำวัน
3) สามารถสร้างแรงกระตุ้นให้มีความรู้สึกมีชีวิตชีวา เปิดโอกาสหรือกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ใช้ความสามารถหรือศักยภาพในการเคลื่อนไหวได้อย่างเต็มที่และปลอดภัย
4) ดูแลรักษาง่าย เพื่อความสะดวกสบายในการดูแล

ทั้งนี้ในการดูแลและให้คำแนะนำเพื่อปรับปรุงสภาพบ้านและสภาพแวดล้อมควรคำนึงถึงบริบทของผู้สูงอายุแต่ละรายเป็นสำคัญ ศึกษารายละเอียดของแบบประเมินบ้านและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุได้ในเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

**4) Other people บุคคลอื่น ๆ**

- ประเมินข้อมูลและความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวของผู้สูงอายุ เพื่อให้เข้าใจบทบาทของสมาชิกในบ้าน ค้นหาบุคคลที่จะเป็นตัวแทนหรือมีอำนาจตัดสินใจแทนผู้สูงอายุกรณีเกิดเหตุฉุกเฉิน
- ประเมินโรคและความเจ็บป่วยของสมาชิกในบ้านโดยเฉพาะผู้ดูแล ช่วยส่งเสริมศักยภาพและการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบางตั้งแต่ระยะต้น ป้องกันการทอดทิ้งผู้สูงอายุในระยะยาว แนวทางการประเมินและดูแลผู้ดูแล
- ประเมินผู้ดูแล เนื่องจากผลลัพธ์การดูแลของผู้สูงอายุเปราะบางสัมพันธ์กับสุขภาวะผู้ดูแล หากผู้ดูแลได้รับการเตรียมความพร้อมที่ดีแต่แรกเริ่มจะส่งผลให้ภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมของผู้สูงอายุดีขึ้นอีกทั้งยังลดความเครียดและภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแลด้วย การประเมินใช้หลัก CAREGIVER ดังนี้
  - o Care สอบถามบทบาทการดูแล ต้องทำอะไรบ้าง ประเมินว่าเกินขีดความสามารถที่จะรับไหว ทำให้เครียดหรือไม่
  - o Affection ประเมินสภาพทางอารมณ์และความรู้สึกของผู้ดูแล เช่น ภูมิใจ น้อยใจ สิ้นหวัง หรือเหนื่อยเพียงใด
  - o Rest ประเมินว่าผู้ดูแลได้พักผ่อนเพียงพอหรือไม่ มีผู้ดูแลรองผลัดเปลี่ยนดูแลหรือมีกิจกรรมคลายเครียดบ้างหรือไม่
  - o Empathy แสดงความเห็นอกเห็นใจผู้ดูแล
  - o Goal of care สอบถามและตั้งเป้าหมายร่วมกันกับผู้สูงอายุและผู้ดูแล โดยบอกประโยชน์และโทษของการรักษาวิธีต่าง ๆ
  - o Information ให้ความรู้เรื่องโรค การพยากรณ์โรค ขีดจำกัดของการรักษา แนวทางการดูแล เทคนิคการดูแลต่าง ๆ
  - o Ventilation เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลระบายความรู้สึก ความคับข้องใจหรือปัญหาที่พบ
  - o Empowerment ชื่นชมให้กำลังใจ ให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าการดูแลนั้นมีความหมาย มีคุณค่าหรือได้ตอบแทนบุญคุณ
  - o Resources หาแหล่งสนับสนุน จ้างผู้ดูแลในชุมชนหรือให้ผู้สูงอายุไปอยู่สถานดูแลในระยะสั้นเพื่อให้ผู้ดูแลมีเวลาพักผ่อน

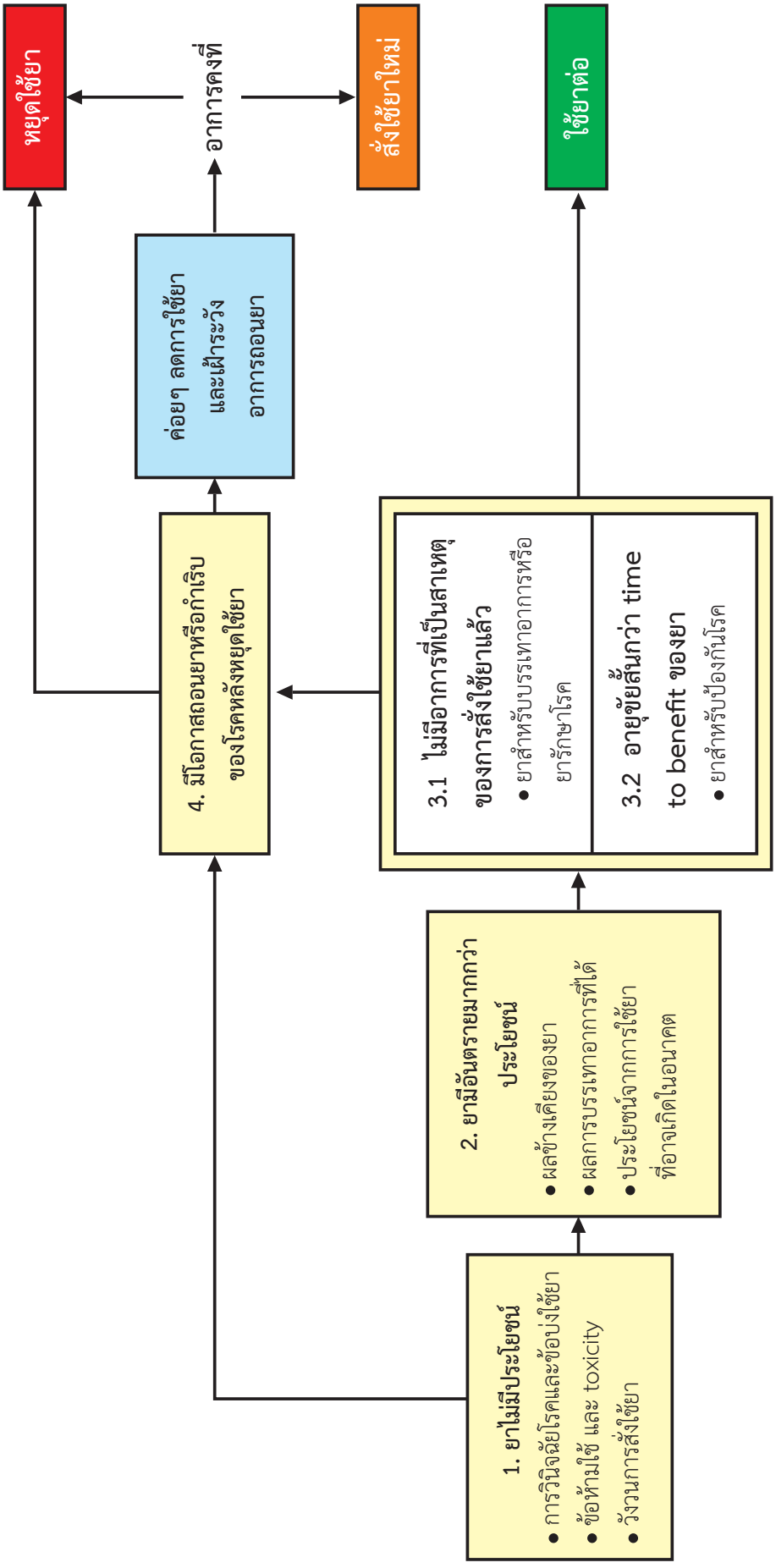
หากพบว่าผู้ดูแลมีภาระการดูแลมากเกินไป เช่น ผู้สูงอายุเปราะบางรุนแรงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลตลอดเวลา หรือผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้าทางร่างกายและจิตใจ ควรประเมินหาภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแล (Caregiver burden) หากมีภาระจากการดูแลเรื่องใด ควรมีการจัดการช่วยเหลืออย่างเหมาะสมโดยสหวิชาชีพต่อไป

**5) Medications การใช้ต่าง ๆ**

ผู้สูงอายุเปราะบางมีโอกาสเกิดปัญหาจากยาได้บ่อย ทั้งการใช้ยาที่หลากหลาย (polypharmacy) จนเกิดผลข้างเคียงจากยา และการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง โดยผู้สูงอายุที่พบว่ามักเกิดปัญหาในการใช้ยา ได้แก่

- ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาทางกาย เช่น การมองเห็น การอ่าน การได้ยิน การรับรู้ กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปัญหาการกลืน
- ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาทางสมอง เช่น โรคสมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน
- ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาทางจิต เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคจิตเภท สารเสพติด
- ผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาสังคมและเศรษฐกิจ เช่น ด้านผู้ดูแล ด้านการเงิน ด้านการเดินทาง
- ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับยามากเกินกว่า 5 ชนิดขึ้นไป และ/หรือ มีวิธีการใช้ยาที่ซับซ้อน
- ผู้ป่วยที่มีผลการรักษาที่ไม่ได้ตามเป้าหมาย
- ผู้ป่วยที่สงสัยว่าเกิดผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา

หากมีปัญหา polypharmacy หรือสงสัยว่าเกิดผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แพทย์และเภสัชกรควรร่วมกันประเมินความจำเป็นว่าต้องใช้ต่อหรือสามารถหยุดยาได้หรือไม่ โดยอาศัยแนวทางตาม CEASE framework




ภาพที่ 6.1 แนวทางลดการสั่งใช้ยา 5 ขั้นตอน (CEASE deprescribing framework)

ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

1. Confirm current medication การสืบค้นรายการยาทั้งหมดในปัจจุบัน และมีข้อบ่งชี้ของการสั่งใช้ยาอยู่หรือไม่
2. Estimate risk of drug-related harm โอกาสเกิดผลข้างเคียงหรืออันตรายจากยามีมากกว่าประโยชน์หรือไม่
3. Assess each medication for discontinuation ประเมินความเป็นไปได้ในการหยุดยาแต่ละชนิด
4. Sort medications for discontinuation จัดลำดับของยาที่จะหยุดใช้ โดยเลือกหยุดยาที่มีอันตรายมากกว่าและมีประโยชน์น้อยที่สุด หยุดสั่งแล้วโอกาสที่โรคจะกำเริบน้อยเมื่อหยุดยา และเป็นยาที่ผู้ป่วยเองต้องการหยุดใช้ โดยการหยุดยาในขั้นตอนนี้ควรเป็นไปอย่างระมัดระวังและค่อย ๆ ลดการใช้ยาเพื่อป้องกันอาการถอนยาที่อาจเกิดขึ้น
5. Eliminate medications according to agreed deprescribing plan การเริ่มต้นหยุดใช้ยาและติดตามผลหลังการหยุดยา หากอาการคงที่สามารถหยุดใช้ยาถาวรได้ หรือหากมีอาการถอนยาค่อยพิจารณาเริ่มสั่งใช้ยาใหม่

นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยที่หลากหลายที่ส่งผลให้เกิดปัญหาในการใช้ยา เช่น ปัญหาการถูกทอดทิ้งในผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพัง ปริมาณยาที่ได้รับมีความซับซ้อนของการบริหารยา การเปลี่ยนรูปลักษณ์ของผลิตภัณฑ์ยา ความสัมพันธ์และความเชื่อมั่นของผู้ป่วยสูงอายุต่อบุคลากรการแพทย์ ดังนั้นการดูแลด้านการใช้ยาในผู้สูงอายุจึงควรพิจารณาผลการประเมิน CGA ร่วมด้วยเสมอ เพื่อให้สามารถประเมินปัญหาได้อย่างครอบคลุม และแก้ไขได้ตรงจุด

**6) Examinations**

ผู้สูงอายุเปราะบางหลังการนอนโรงพยาบาล นอกจากมีความถดถอยจากการนอนโรงพยาบาล (hospital deconditioning syndrome) และกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndrome) ด้านต่าง ๆ แล้ว ผู้ป่วยยังอาจเกิดปัญหาแทรกซ้อนที่ทำให้อาการทรุดลง เช่น การติดเชื้อ แผลกดทับ เกลือแร่ผิดปกติ โรคประจำตัวกำเริบ ดังนั้นทีมเยี่ยมบ้านควรตรวจประเมินสัญญาณชีพ น้ำหนักตัวและการตรวจร่างกายในส่วนที่จำเป็นเพื่อค้นหาปัญหาเหล่านี้อย่างเหมาะสม โดยไม่จำเป็นต้องตรวจร่างกายโดยละเอียดครบทุกระบบในทุกครั้งที่เยี่ยมบ้าน ขึ้นอยู่กับสภาพผู้ป่วย เวลาในการทำงาน ความสะดวกของผู้สูงอายุและครอบครัว อย่างไรก็ตามมีข้อควรคำนึงที่สำคัญได้แก่

- ผู้สูงอายุเปราะบางที่มีโรคเรื้อรังซับซ้อนหลายโรค ควรได้รับการตรวจร่างกายทางระบบหัวใจและหลอดเลือด และระบบประสาท
- ผู้สูงอายุเปราะบางที่มีภาวะเคลื่อนไหวน้อย ควรตรวจระบบทางเดินอาหารและทางเดินปัสสาวะเพื่อคัดกรองภาวะแทรกซ้อนที่พบบ่อย เช่น ท้องผูก neurogenic bladder มีปัสสาวะค้าง ทำให้ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะตามมา และส่งผลให้เกิดความถดถอยและความเปราะบางในระดับที่รุนแรงมากขึ้น
- ผู้สูงอายุเปราะบางที่มีกำลังกล้ามเนื้อลดลง มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว ทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง ควรได้รับการตรวจประเมินระบบประสาท กระดูกและข้อ สุขภาวะทางตาและการได้ยิน ภาวะขาดสารอาหาร ภาวะปริชานบกพร่อง และภาวะซึมเศร้า เพื่อติดตามแก้ไขตามปัจจัยร่วมที่ทำให้เกิดภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุรายนั้น ๆ

**7) Safety ความปลอดภัย**

การประเมินความปลอดภัยของผู้สูงอายุเปราะบาง พิจารณาจากภาวะโรค ความเจ็บป่วย ยาที่ได้รับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การจำกัดการเคลื่อนไหว การทรงตัว และสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย เพื่อเชื่อมโยงความเสี่ยงและสถานการณ์อันตรายที่อาจเกิดขึ้น โดยสิ่งคุกคามสุขภาพของผู้สูงอายุสามารถแบ่งได้เป็น 5 กลุ่ม ดังนี้

- ทางกายภาพ เช่น อากาศร้อนจัดทำให้เป็นลมแดด แสงสว่างไม่เพียงพอทำให้มองเห็นไม่ชัด สะดุด และพลัดตกหกล้ม
- ทางเคมี เช่น ฝุ่นควันกระตุ้นให้อาการหอบหืดกำเริบ ผู้สูงอายุสมองเสื่อมหยิบขวดสารเคมีที่วางใกล้มือมาทานจนเกิดพิษ
- ทางชีวภาพ เช่น ไม่มีห้อง/อุปกรณ์ที่สะอาดปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุที่ล้างไตทางช่องท้อง ทำให้เสี่ยงติดเชื้อในช่องท้อง
- ทางจิตใจ เช่น ความเครียดหรือปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว กระตุ้นให้ความดันโลหิตสูง ควบคุมไม่ได้
- ทางชีวกลศาสตร์ เช่น ห้องน้ำไม่มีราวจับ รองเท้าที่สวมใส่ไม่เหมาะสม ทำให้เสี่ยงต่อการหกล้ม หรือผู้สูงอายุติดเตียงที่ไม่สามารถพลิกตะแคงตัวเองได้ ทำให้เกิดแผลกดทับ

เมื่อพบสิ่งคุกคามสุขภาพของผู้สูงอายุในด้านใด ควรปรับเปลี่ยนหรือแก้ไขโดยหาแนวทางร่วมกับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว เพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุเฉพาะราย และอยู่บนพื้นฐานความเป็นจริงที่สามารถปฏิบัติได้

**8) Spiritual health ความเชื่อและจิตวิญญาณ**

ใช้แบบประเมินภาวะจิตวิญญาณ FICA assessment

1. Faith and Belief ความเชื่อหรือสิ่งสำคัญต่อการมีชีวิตของผู้สูงอายุ
2. Importance and Influence ความเชื่อดังกล่าวมีความสำคัญต่อสุขภาพอย่างไร
3. Community ชุมชนหรือสังคมที่มีความเชื่อเดียวกับผู้สูงอายุ มีความหมายต่อเขาอย่างไร
4. Address and Application ผู้สูงอายุต้องการให้ผู้ดูแลและทีมปฏิบัติต่อเขาอย่างไร ให้เหมาะสมตามความเชื่อของเขา

การประเมินนี้ จะช่วยให้ทีมเยี่ยมบ้านสามารถสนับสนุนให้เกิดการวางแผนการดูแลในระยะท้ายของชีวิต (advanced care plan) ของผู้สูงอายุเปราะบางได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการทางการแพทย์ที่ตรงตามความต้องการของตนเองมากที่สุด และได้การรักษาที่ไม่เป็นความเปลืองเปล่าทางการแพทย์ (medical futility) ทั้งนี้ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพด้านจิตวิญญาณที่ดี มีแนวโน้มที่จะได้วางแผนระยะท้ายและทำพินัยกรรมชีวิต (living will) ได้สำเร็จ โดยข้อกำหนดที่สำคัญคือ ผู้สูงอายุรายนั้นจำเป็นต้องได้รับการประเมินความสามารถในการแสดงเจตจำนงเพื่อทำพินัยกรรมชีวิตตามองค์ประกอบครบทั้ง 3 ส่วน ได้แก่

1. Capacity ความสามารถในการแยกแยะผลดีและผลเสียที่จากการรักษาหลัก เทียบกับการรักษาอื่น ๆ หรือการไม่รักษา
2. Disclosure การได้รับทราบข้อมูลที่มากเพียงพอที่จะเข้าใจและใช้ตัดสินใจเลือกทางรักษาได้อย่างเหมาะสม
3. Voluntariness สามารถตัดสินใจโดยปราศจากการขู่เข็ญบังคับทั้งทางตรงและทางอ้อม

**9) Services การบริการ**

ประเมินและตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาล รวมถึงหน่วยบริการสุขภาพหลักที่ผู้สูงอายุไปใช้บริการเมื่อมีความเจ็บป่วย ให้คำแนะนำและประสานงานเรื่องสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งสถานพยาบาลในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ที่สามารถเข้าใช้บริการได้อย่างเหมาะสม ทั้งในกรณีเจ็บป่วยทั่วไปและในกรณีฉุกเฉิน

มีการมอบหมายหรือสร้างการมีส่วนร่วมในภาคชุมชน โดยอาจให้ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)เป็นผู้ติดต่อ ประสาน และปรึกษา กับทีมสุขภาพที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อร่วมประเมินและปรึกษาแพทย์ รวมถึงสหวิชาชีพที่จำเป็นเพื่อร่วมดูแลรักษาหรือฟื้นฟูสภาพอย่างเหมาะสม หากเกินศักยภาพจึงพิจารณาส่งต่อไปยังโรงพยาบาลตามสิทธิการรักษาต่อไป

มีการประเมินและค้นหาแหล่งสนับสนุนในชุมชนที่สามารถให้ความช่วยเหลือทางสังคมแก่ผู้สูงอายุเปราะบางที่ขาดผู้ดูแลหรือมีภาวะพึ่งพิงมาก อันทำให้ผู้ดูแลเกิดภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแล หรือเพื่อขอการสนับสนุนด้านเครื่องใช้อุปกรณ์ที่จำเป็น รวมถึงการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัย เพื่อให้เอื้อต่อสภาพความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุเปราะบางแต่ละราย

**4. กำหนดให้มีระบบการบันทึกการเยี่ยมบ้าน**

(ในเอกสารแนบหมายเลข 14)

ทุกครั้งที่เยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเปราะบาง ควรมีการบันทึกอย่างเป็นระบบ เพื่อใช้สื่อสาร และประเมินติดตามผู้สูงอายุเปราะบางภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ควรทำอย่างน้อย 1-3 เดือนแรก หรือจนกว่าจะฟื้นคืนสภาพ เพื่อให้เกิดความชัดเจนในเป้าหมายการดูแลร่วมกัน ระหว่างทีมสุขภาพภาคชุมชน (community-based) และทีมสุขภาพในสถานพยาบาล (hospital-based) เพื่อให้ผู้สูงอายุเปราะบางได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมทั้งการรักษา การฟื้นฟูสภาพ การลดปัจจัยเสี่ยงและภัยคุกคามสุขภาพ รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ช่วยลดการกลับมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ และช่วยให้ผู้สูงอายุ คงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี ช่วยเหลือตัวเองได้มากเท่าที่จะทำได้อย่างปลอดภัย ภายใต้การดูแลของผู้ดูแล ทีมสุขภาพและสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตร

## เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:บริษัทอิส ออกัส จำกัด; 2558

2. สายพิณ หัตถีรัตน์. คู่มือหมอครอบครัวฉบับสมบูรณ์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน; 2553

3. คณะสถาปัตยกรรมศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ข้อแนะนำการออกแบบสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ. มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ; 2559. Available from: https://www.dop.go.th/download/knowledge/knowledge_th_20160906103629_1.pdf.

4. คู่มือเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม:ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย; 2561

5. สรญา แก้วพิทูลย์. เวชศาสตร์ครอบครัวและชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครราชสีมา:สำนักวิชาแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2561

6. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. แนวทางการป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี:บริษัทสินทวีการพิมพ์จำกัด; 2565

7. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. พฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุขั้นต้น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย; 2561

8. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย. [อินเตอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 6 กรกฎาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก https://env.anamai.moph.go.th/web-upload/migrated/files/env/n1231_31cd5dc3ee36ef10396022f1d2e2d534_รายงานฉบับสมบูรณ์ผู้สูงอายุ.pdf

9. You H, Kwon Y, Kim S, Kim Y, Kim Y, Kim Y, et al. Clinical Practice Guideline for Management Frailty in Community-Dwelling Korean Elderly Adults in Primary Care Settings. Korean J of Fam Med 2021:42:413-24.

10. World Health Organization. Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva:World Health Organization; 2019.

11. Home Health Nursing: Scope and standards of practice [internet]. American Nurse Association (ANA); 2016 [cited July 6, 2023]. Available from: http://www.nursingworld.org/scopeandstandard-sofpractice

12. Kono A, Kanaya Y, Tsumura C, Rubenstein LZ. Effects of preventive home visits on health care costs for ambulatory frail elders: a randomized controlled trial. Aging Clin Exp Res 2013;25:575-81.

13. Kempen JA, Robben SH, Zuidema SU, Rikkert MG, Melis RJ, Schers HJ. Home visits for frail older people: a qualitative study on the needs and preferences of frail older people and their informal Caregivers. Br J Gen Pract 2012;62:e554-60.

14. Wirojratana V. Development of the Thai Family Care Inventory. Oregon: Oregon Health and Science University School of Nursing; 2002.

# บทที่ 7
# การตรวจติดตามการรักษาแบบผู้ป่วยนอกสำหรับผู้สูงอายุเปราะบาง
# (Outpatient department follow up for frail older persons)

หลังจากออกจากโรงพยาบาล ผู้สูงอายุเปราะบางส่วนใหญ่ประสบกับภาวะถดถอย (deconditioning syndrome) ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) การกลับมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ (re-admission) การพลัดตกหกล้ม (falls) บางรายอาจมีโอกาสติดเตียง (bed-ridden) และเพิ่มอัตราตาย (mortality) การดูแลต่อเนื่องและการประสานการดูแลเป็นสิ่งสำคัญในการป้องกันเหตุเหล่านี้ ดังนั้นการติดตามการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่เหมาะสม จึงเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นในระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ การติดตามแบบองค์รวมโดยสหวิชาชีพจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพ และหากรูปแบบคลินิกเป็น One-stop service ได้ จะเป็นการลดภาระให้กับผู้ดูแลและผู้สูงอายุเปราะบางได้อย่างมาก

**บทบาทของแพทย์ในการติดตามดูแลผู้สูงอายุเปราะบางแบบผู้ป่วยนอก**

- **การดูแลทางด้านร่างกาย (physical domain)**
  - ประเมินภาวะเจ็บป่วยที่ทำให้เข้าโรงพยาบาล โรคร่วม และความผิดปกติอื่นที่ตรวจพบขณะนอนโรงพยาบาลว่าอาการดีขึ้นตามเป้าหมายหรือไม่ มีภาวะแทรกซ้อนใดที่ควรได้รับการดูแลเพิ่มเติม หรือภาวะอื่นที่ควรส่งต่อแก่ทางสหวิชาชีพหรือไม่
  - ประเมินติดตามภาวะเปราะบางด้วยเกณฑ์เดียวกับที่ใช้ในการประเมินครั้งก่อนหน้า ประเมินกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (geriatric syndromes) อื่น ๆ ร่วมด้วย หากพบให้ประเมินหาสาเหตุและดูแลจัดการอย่างเหมาะสม
  - ประเมินภาวะโภชนาการ (nutrition) ในกรณีที่ภาวะโภชนาการไม่ดีขึ้นหรือยังไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่ตั้งไว้ แพทย์ต้องค้นหาสาเหตุที่ผ่านมาว่าแก้ไขได้ครบถ้วนหรือไม่ หรือมีสาเหตุใหม่เพิ่มเติม เพื่อทำการรักษาดูแลอย่างเหมาะสม
  - ประเมินการกินยา (medication) ช่วยเฝ้าระวังการกินยา ดูยาที่ไม่จำเป็น และผลข้างเคียงจากยาร่วมกับเภสัชกร และแนะนำวัคซีนให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับอย่างครบถ้วน
- **การดูแลด้านอารมณ์ จิตใจ และสมอง (psychomental domain)**
  - ประเมินภาวะซึมเศร้า (depression) เนื่องด้วยความสามารถของร่างกายลดลง หรือการเจ็บป่วยรักษาตัวนาน อาจทำให้ผู้ป่วยมีภาวะจิตใจที่เศร้าหมอง หรือไม่ร่วมมือในการรักษา
  - ประเมินภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) หาสาเหตุและแก้ไข ซึ่งอาจเกิดจากความผิดปกติบางอย่างในระบบร่างกายของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นจากโรคที่รักษาแล้วมีอาการแย่ลง มีภาวะแทรกซ้อน หรือมีสาเหตุจากยาที่ได้รับ ซึ่งจะนำไปสู่ผลการรักษาที่แย่ลง

- ประเมินสมรรถภาพทางปริชานของสมอง (cognitive function) ผู้ป่วยสูงอายุบางรายอาจมีภาวะความจำเสื่อมหลังจากการรักษา จึงควรมีการประเมินติดตามว่า ผู้ป่วยนั้นเกิดความถดถอยชั่วคราวหรืออาจมีปัญหาความจำอยู่ก่อนแล้วหรือไม่ เพื่อวางแผนดูแลรักษาต่อเนื่องในระยะยาว

- **การดูแลทางด้านความสามารถในการดูแลช่วยเหลือตนเอง (function domain)**
  - ประเมินความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living : ADLs) โดยเปรียบเทียบกับก่อนเจ็บป่วย สามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้ตามเดิมหรือไม่ มีความถดถอยลงหรือ
  - การฟื้นฟู การฝึกกายภาพบำบัด ได้ทำอย่างสม่ำเสมอหรือไม่ ความเข้าใจของผู้ดูแลต่อวิธีการกายภาพเพื่อพิจารณาปรึกษานักกายภาพบำบัด
- **การดูแลทางด้านสังคม (social domain)**
  - ประเมินผู้ดูแลว่ามีภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแล (caregiver burden) หรือไม่
  - ผู้สูงอายุถูกละเลยทอดทิ้ง (neglect) หรือไม่ เพื่อพิจารณาปรึกษานักสังคมสงเคราะห์และวางแผนรักษาต่อได้อย่างเหมาะสม

**บทบาทของพยาบาลในการติดตามดูแลผู้สูงอายุเปราะบางแบบผู้ป่วยนอก**

พยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุ ควรมีทักษะการประเมินและคัดกรองผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน (comprehensive geriatric assessment : CGA) ซึ่งเป็นการประเมินผู้สูงอายุให้ครบถ้วนในทุกมิติของการดูแลรักษา โดยบทบาทหลักของพยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุมีองค์ประกอบหลักดังต่อไปนี้

- **บทบาทการประเมินของพยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุ**
  - การคัดกรองผู้สูงอายุเข้าคลินิกตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้แก่
    - ผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป
    - ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปร่วมกับมีโรคประจำตัวหลายโรค และ/หรือมีกลุ่มอาการสูงอายุ เช่น มีความผิดปกติด้านสติปัญญาและการรู้คิด (intellectual impalrment) มีปัญหาการเคลื่อนไหว (immobilization) หกล้มบ่อย (falls) ทรงตัวไม่ดี (instability) มีภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition) มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะอุจจาระ (incontinence) เป็นต้น
    - ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากหอผู้ป่วย intermediate care (IMC) หรือหอผู้ป่วยในที่เคยส่งผู้ป่วยปรึกษาแพทย์ผู้สูงอายุ
    - ผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการส่งปรึกษาจากแพทย์เฉพาะทางด้านอื่น ๆ
  - การประเมินผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนเข้าพบแพทย์ ต้องมีการประเมินอาการและอาการแสดงการประเมินสัญญาณชีพ คัดกรองและจำแนกผู้ป่วยเป็นประเภทในการดูแลรักษาได้ (screening and triage) เช่น ผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ผู้ป่วยเร่งด่วน ผู้ป่วยไม่เร่งด่วน ดังนั้นพยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุ จึงต้องมีความรู้ทักษะในการคัดกรอง สามารถจำแนกผู้ป่วยสูงอายุออกเป็นประเภทต่าง ๆ ได้ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
- **บทบาทการบริหารจัดการคลินิก**
  - การจัดการให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการตามแผนการรักษา โดยพยาบาลทำหน้าที่ในการบริหารจัดการการเข้ารับการปรึกษากับสหวิชาชีพและทำการบันทึกข้อมูลการเข้ารับบริการ

- การจัดบริการการตรวจและปรึกษารายที่มีปัญหาเฉพาะเจาะจง
- การอำนวยการดูแลส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เช่น การส่งเสริมในการรับวัคซีนสำหรับผู้สูงอายุ การให้คำแนะนำในการดูแลแผล
- การประสานส่งต่อ เมื่อผู้ป่วยสูงอายุ/ครอบครัว ได้รับการบริการจากทีมสุขภาพ ในรายที่จำเป็นในเรื่องการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การสังเกตอาการที่ห้องฉุกเฉิน ส่งต่อหน่วยตรวจต่าง ๆ หรือจำเป็นต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล พยาบาลจะทำหน้าที่ในการประสานงานกับสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวได้รับการดูแลที่เหมาะสม
- การนัดหมาย พยาบาลเป็นผู้ออกแบบการนัดหมายโดยมอบหมายให้เจ้าหน้าที่ธุรการดำเนินการออกใบนัดตามแผนการรักษาที่ระบุมาในแฟ้มการตรวจ เช่น การนัดหมายพบแพทย์ออนไลน์ การนัดหมายเพื่อพบนักกายภาพบำบัด

โดยสรุปพยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุ มีการบริหารจัดการทางคลินิกตามมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ ซึ่งต้องมีทักษะทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ สามารถประเมินผู้ป่วยสูงอายุแบบรอบด้าน (comprehensive geriatric assessment : CGA) พร้อมทั้งมีทักษะทางกระบวนการพยาบาลตามหลักวิชาชีพครอบคลุมความปลอดภัย มีคุณธรรมจริยธรรมและด้วยหัวใจของความเป็นมนุษย์

**บทบาทของเภสัชกรในการติดตามดูแลผู้สูงอายุเปราะบางแบบผู้ป่วยนอก**

หลังออกจากโรงพยาบาล รายการยาของผู้ป่วยที่มีภาวะเปราะบางมักมีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เนื่องจากสภาวะร่างกายที่เปลี่ยนแปลง อาจส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีภาวะเปราะบางและผู้ดูแลมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนและความยากลำบากในการจัดการเรื่องยา ดังนั้นการติดตามผู้ป่วยที่มีภาวะเปราะบางหลังออกจากโรงพยาบาลจึงมีความสำคัญ เพื่อติดตามผลของการใช้ยาหลังจากออกจากโรงพยาบาลทั้งในด้านประสิทธิภาพของยา เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากยาและความคาดเคลื่อนทางยา อีกทั้งช่วยให้ผู้ป่วยที่มีภาวะเปราะบางและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการใช้ยามากขึ้น

- **การบริบาลทางเภสัชกรรมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะเปราะบางแบบผู้ป่วยนอก**

ดูแลการใช้ยาของผู้ป่วยแต่ละรายและให้คำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องยา โดยผู้ป่วยที่มีภาวะเปราะบางที่มารับบริการทุกราย จะได้พบเภสัชกรก่อนและหลังพบแพทย์ทุกครั้ง เพื่อประเมินเรื่องยา ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

- การทบทวนรายการยา (medication review) และทำการประสานรายการยา (medication reconciliation) ผู้ป่วยที่มีภาวะเปราะบางหลังออกจากโรงพยาบาลมักมีการเปลี่ยนแปลงรายการยาที่ใช้อยู่เดิม ดังนั้นเภสัชกรจึงมีบทบาทสำคัญในการทบทวนรายการยาและประสานรายการยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยที่มีภาวะเปราะบางใช้อยู่
- ประเมินความร่วมมือในการใช้ยา (medication adherence) การประเมินความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยที่มีภาวะเปราะบางอาจต้องใช้หลายวิธี เช่น การถามทวนวิธีใช้ยาโดยให้ผู้ป่วยอธิบายวิธีใช้ยา การให้ผู้ป่วยรายงานการลืมกินยา การนับเม็ดยา ร่วมกับการดูอาการทางคลินิกนอกจากนี้ควรมีการประเมินความสามารถในการอ่านฉลากยา เปิดขวดยาและการกลืนยาของผู้ป่วยเป็นระยะว่ามีปัญหาหรือไม่ และส่งผลต่อการใช้ยาของผู้ป่วยหรือไม่

- การค้นหาปัญหาเกี่ยวกับยา (drug-related problems : DRPs) ทั้งปัญหาที่มีโอกาสเกิดขึ้นในอนาคต หรือปัญหาที่เกิดขึ้นไปแล้ว โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้สามารถป้องกันหรือแก้ไขได้อย่างรวดเร็ว การค้นหาปัญหาเกี่ยวกับยาเริ่มจากประเมินรายการยาที่ผู้ป่วยใช้ทั้งหมดว่ามีความเหมาะสมกับผู้ป่วยที่มีภาวะเปราะบางรายนั้น ๆ หรือไม่ โดยมีประเด็นที่ต้องประเมินดังนี้
  - ยาที่ได้รับมีข้อบ่งชี้ในการรักษาหรือไม่
  - ผู้ป่วยมีอาการที่จำเป็นต้องได้รับยาในการรักษาแต่ยังไม่ได้รับหรือไม่
  - ขนาดยาที่ใช้ ความถี่ในการใช้ยา รวมถึงระยะเวลาในการได้รับยามีความเหมาะสมหรือไม่
  - ยาที่ได้รับเป็นยาที่มีข้อห้ามใช้หรือเป็นยาที่มีแนวโน้มไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ (potential inappropriate medication : PIM) หรือไม่
  - มีโอกาสการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยากับยาหรือยากับโรค (drug interaction) หรือไม่
  - มีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug event : ADEs) หรือไม่
- การปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับปัญหาด้านยาของผู้สูงอายุหากค้นพบปัญหาเพื่อให้ข้อเสนอแนะเพื่อป้องกันติดตามเฝ้าระวัง หรือแก้ปัญหาเกี่ยวกับยานั้น ๆ
- การให้คำปรึกษาด้านยา (medication counseling) แก่ผู้ป่วยและญาติโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการใช้ยา การให้คำปรึกษาด้านยามุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจในตัวโรคและวิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง คำแนะนำพิเศษของยาแต่ละรายการ ผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น การเฝ้าระวังและปฏิบัติตัวเมื่อเกิดผลข้างเคียงนั้น ๆ รายการยาที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ทั้งยาที่เพิ่มขึ้น หยุดใช้ หรือปรับเปลี่ยนวิธีใช้ รวมถึงการช่วยผู้ป่วยและผู้ดูแลปรับวิธีใช้ยาให้เหมาะกับการใช้ชีวิตประจำวันเพื่อสามารถใช้ยาได้อย่างสม่ำเสมอ
- การให้ความรู้ด้านยาแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลระหว่างรอพบแพทย์ โดยเป็นกิจกรรมกลุ่มร่วมกับสหวิชาชีพอื่น (group education activity) เภสัชกรให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยาที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุในระหว่างรอพบแพทย์ มุ่งเน้นผลให้ผู้ป่วยสูงอายุมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ต้องใช้หรือวิธีใช้ยาที่เหมาะสม

**บทบาทของนักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการในการติดตามดูแลผู้สูงอายุเปราะบางแบบผู้ป่วยนอก**

นักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการจะมีบทบาทสำคัญในการติดตามภาวะโภชนาการของผู้ป่วยซึ่งเป็นหนึ่งในกระบวนการให้โภชนบำบัดที่มีความสำคัญโดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะเปราะบางการติดตามน้ำหนักตัวและประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยจะทำให้รับรู้ถึงภาวะโภชนาการ แนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและการดูแลของผู้ดูแลภายหลังออกจากโรงพยาบาล อีกทั้งยังช่วยหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยยังคงมีปัญหาด้านโภชนาการ หากสามารถค้นหาสาเหตุและวินิจฉัยได้รวดเร็วอาจจะทำให้ผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการที่ดีขึ้นส่งผลต่อปัญหาสุขภาพอื่น ๆ จะมีแนวโน้มที่ดีขึ้นตามไปด้วย ทำให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาของแพทย์ได้ดีและลดอัตราการกลับมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ โดยประเด็นสำคัญในการติดตามภาวะโภชนาการของผู้ป่วย มีดังนี้

- การวัดส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น การชั่งน้ำหนักตัว การวัดส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกายรวมถึงการวัดองค์ประกอบของร่างกาย ซึ่งในกรณีที่ผู้ป่วยมีน้ำหนักลดลงอาจเกิดจากการได้รับพลังงานและสารอาหารที่ไม่เพียงพอ นักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการควรซักประวัติการกินอาหารเพิ่มเติม
- ข้อมูลจากห้องปฏิบัติการ เช่น ระดับน้ำตาล ไขมันและแร่ธาตุต่าง ๆ ในเลือด ค่าน้ำตาลหรือโปรตีนในปัสสาวะ ซึ่งผลเหล่านี้จะบ่งบอกถึงพฤติกรรมการกินอาหาร แนวทางการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยรวมถึงการเตรียมอาหารของผู้ดูแล
- อาการแสดงที่เกิดขึ้นจากการขาดสารอาหารบางชนิดหรือความผิดปกติของร่างกาย เช่น ผิวหนังแห้ง เส้นผมหลุดร่วง กล้ามเนื้อฝ่อลีบ
- การซักประวัติการกินอาหารรวมทั้งอาหารเสริมทางการแพทย์ การสอบถามถึงความสามารถในการเข้าถึงอาหาร การเบื่ออาหาร ปัญหาการเคี้ยวและการกลืนที่มีผลต่อการกินอาหาร รวมทั้งการเตรียมอาหารของผู้ดูแลเพื่อประเมินการกินอาหารของผู้ป่วยและนำมาใช้ในการคำนวณปริมาณพลังงานและสารอาหารที่ผู้ป่วยได้รับว่าเพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละวันหรือไม่

นอกจากการติดตามภาวะโภชนาการในประเด็นดังกล่าว นักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการสามารถติดตามภาวะโภชนาการโดยใช้เครื่องมือเป็นแบบประเมิน เช่น แบบประเมินภาวะโภชนาการ (Mini Nutritional Assessment) ที่มีความง่ายและไม่ซับซ้อน ซึ่งหลังจากนักกำหนดอาหารนักโภชนาการประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยและค้นพบปัญหาหรืออุปสรรคที่ยังทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านโภชนาการ นักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการควรให้คำปรึกษาเพิ่มเติมและตั้งเป้าหมาย เพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาร่วมกันกับผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมถึงให้กำลังใจและวางแผนติดตามครั้งถัดไป

**บทบาทของนักจิตวิทยาคลินิกในการติดตามดูแลผู้สูงอายุเปราะบางแบบผู้ป่วยนอก**

สำหรับบทบาทของนักจิตวิทยาคลินิกที่มีต่อการติดตามการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะเปราะบาง คือ การติดตามเกี่ยวกับความสามารถด้านการรู้คิดหรือการทำงานของสมองและภาวะซึมเศร้าที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วย การดูแลจิตใจให้กับผู้ดูแลที่ประสบกับภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแล (caregiver burden)

- การติดตามเกี่ยวกับความสามารถด้านการรู้คิดหรือสมรรถภาพทางปริชานของสมอง (cognitive function) ในส่วนของการติดตามเกี่ยวกับความสามารถด้านการรู้คิดอาจมีการใช้แบบประเมินเช่น MoCA หรือ MMSE เพื่อเฝ้าระวังหรือชะลอการเสื่อมถอยลงของความสามารถด้านการรู้คิดของผู้ป่วยที่มีภาวะเปราะบาง และหากมีการตรวจพบการเสื่อมถอยของความสามารถด้านการรู้คิดที่รวดเร็วผิดปกติ ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที
- การติดตามเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า การติดตามควรมีการคัดกรองอย่างสม่ำเสมอโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2 ข้อคำถาม (2Q) เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าในเบื้องต้นประกอบกับการพิจารณาแสดงออกทางสีหน้าและอารมณ์ของผู้ป่วยขณะที่พูดคุย เนื่องจากภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ หากตรวจพบได้อย่างรวดเร็วและได้รับการรักษาด้วยยาหรือเข้ารับการให้คำปรึกษาจะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุขมากยิ่งขึ้น
- การติดตามเกี่ยวกับภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแล (caregiver burden) การดูแลจิตใจของผู้ดูแล

มีความสำคัญ เพราะหากผู้ดูแลมีภาวะเหนื่อยล้าสะสม จะส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยลดลง หากตรวจพบภาวะดังกล่าว ผู้ดูแลควรได้รับคำปรึกษาจากนักจิตวิทยาคลินิกหรือบุคคลกรทางการแพทย์ที่สามารถรับฟังและดูแลจิตใจผู้ดูแลในเบื้องต้นได้

**บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการติดตามดูแลผู้สูงอายุเปราะบางแบบผู้ป่วยนอก**

หลังออกจากโรงพยาบาล การดูแลทางสังคม เป็นส่วนที่ต้องให้ความสำคัญ เนื่องจากเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้แผนการรักษาที่เหมาะสมดำเนินไปถึงเป้าหมายได้ ในหลายครั้งปัจจัยทางสังคมยังเป็นสาเหตุหลักในการที่ผู้ป่วยต้องกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำหลายครั้ง ปัญหาทางสังคมที่พบบ่อยและส่งผลให้เกิดการกลับมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำหรือการดูแลไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ได้แก่

- ปัญหาผู้ดูแลไม่พร้อมดูแลโดยมี โดยมีสาเหตุที่พบได้บ่อย ได้แก่
  - ภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแล (caregiver burden) ส่วนใหญ่อาจเกิดจากมีผู้ดูแลเพียงคนเดียว ไม่มีผู้ช่วยดูแล ภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุซึ่งมีโรคประจำตัวหลายโรค อาการที่เปลี่ยนแปลงง่าย ทำให้การดูแลต้องปรับเปลี่ยนตลอดเวลา ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลได้ง่าย
  - ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจอาการของโรค ปัญหานี้เป็นปัญหาสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีภาวะอารมณ์และพฤติกรรมร่วมด้วย เช่น อารมณ์หงุดหงิด พฤติกรรมด่าทอผู้ดูแล ผู้สูงอายุอาจมีพฤติกรรมหรืออารมณ์เปลี่ยนไป ไม่ใช่คนเดิมที่เคยรู้จัก ผู้ดูแลบางคนไม่สามารถรับมือกับอารมณ์และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นได้ และบางคนเลือกใช้การลงโทษผู้ป่วยเพื่อหยุดพฤติกรรม หรือจนถึงขั้นสุดท้ายคือทอดทิ้งผู้ป่วย ซึ่งนับเป็นการแก้ปัญหาด้วยความรุนแรงที่ไม่ควรเกิดขึ้น
- ปัญหาทางเศรษฐานะ (financial problem) เป็นปัญหาหลักและปัญหาสำคัญที่มีผลต่อการรักษาอย่างมาก เมื่อผู้สูงอายุและครอบครัวมีรายได้น้อย อาจทำให้บางรายเลือกที่จะยุติการรักษาต่อ เพราะในการดูแลต้องเสียค่าใช้จ่ายหลายอย่าง เช่น ค่าเดินทางมาโรงพยาบาล ค่ารักษาพยาบาลที่ต้องเสียเพิ่มจากสิทธิการรักษา ซึ่งข้อจำกัดทางการเงินยังเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยต้องอาศัยอยู่คนเดียว เพราะลูกหลานต้องจากบ้านเกิดมาเพื่อหารายได้มาเลี้ยงดูครอบครัว หรือในบางรายไม่สามารถดูแลได้เนื่องจากต้องออกไปทำงานหารายได้

**แนวทางการให้บริการทางสังคมของนักสังคมสงเคราะห์**

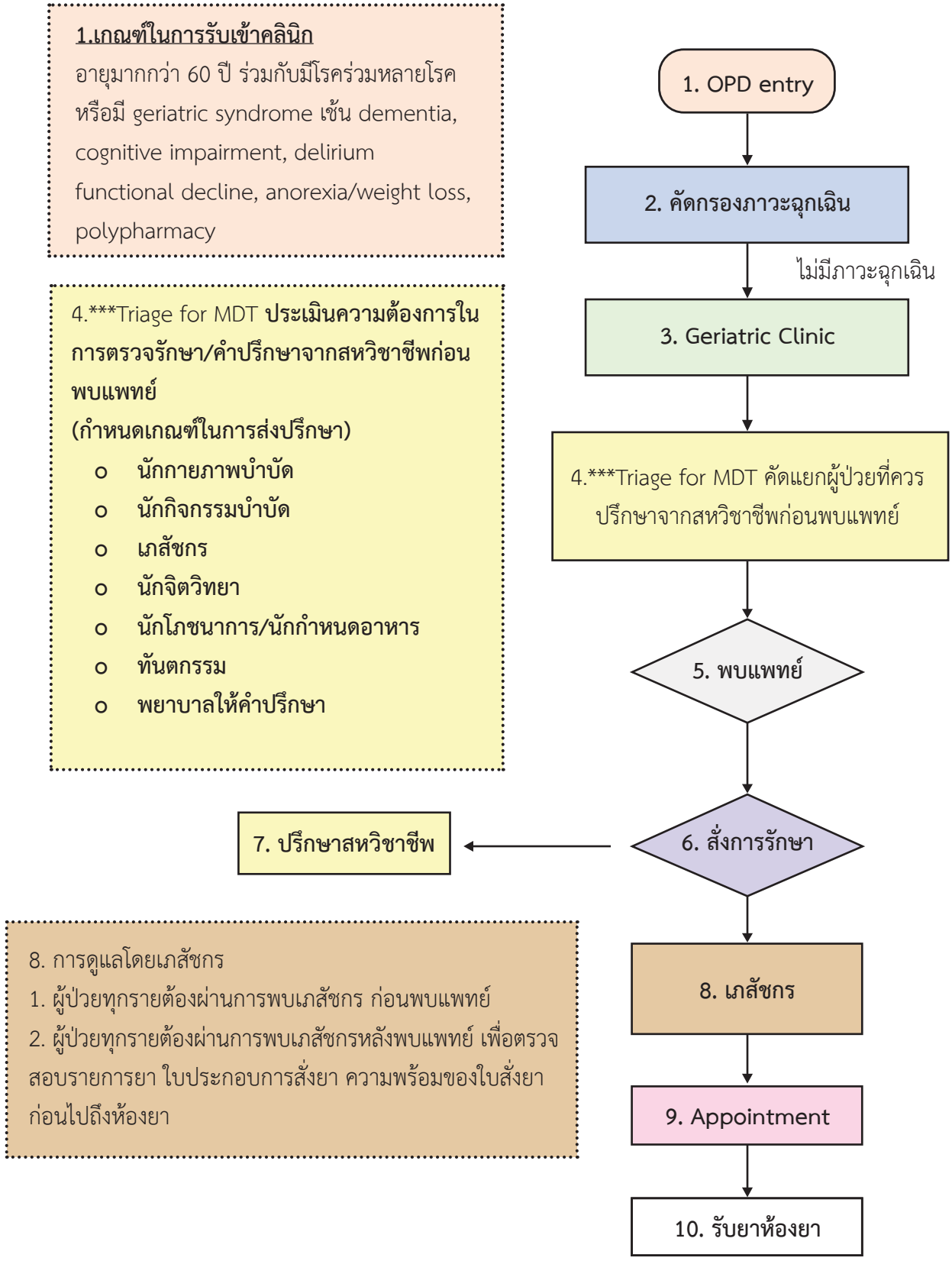
- ประสานส่งต่อสหวิชาชีพ หรือหน่วยงานอื่น ๆ
- ช่วยค้นหาข้อมูลศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ (nursing home) ที่เหมาะสมกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยดูจากรายได้และระยะทางจากบ้านของครอบครัว โดยการเลือกศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ป่วยและครอบครัวต้องเป็นผู้เลือกด้วยตนเอง แต่หากผู้ป่วยมีรายได้น้อย นักสังคมสงเคราะห์ประสานส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือชุมชนของผู้ป่วย เพื่อให้หน่วยงานในระดับปฐมภูมิในพื้นที่ของผู้ป่วยช่วยดูแลต่อเนื่องที่บ้าน โดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (อพม.)
- ส่งต่อข้อมูลให้กับทีมการรักษา เพื่อให้การช่วยเหลือเพิ่มเติม เช่น การตรวจประเมินภาวะเหนื่อยล้าจากการดูแล การให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินของโรคเพื่อทำให้ผู้ดูแลเข้าใจและลดความเหนื่อยล้าจากการดูแล

- ประสานงานหน่วยงานภาครัฐ/กองทุน/มูลนิธิ/หน่วยงานเอกชน เพื่อขอความอนุเคราะห์ช่วยเหลือค่าครองชีพของผู้ป่วยและครอบครัว
- สงเคราะห์ช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลส่วนเกินจากสิทธิการรักษา จากกองทุนช่วยเหลือของโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่อง
- รับบริจาคอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ไม่ได้ใช้แล้วแต่ยังคุณภาพดี เช่น Walker ไม้เท้า ผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่ นม อาหารเสริม เป็นต้น เพื่อส่งต่อให้กับผู้ป่วยที่จำเป็นต้องใช้แต่มีรายได้น้อย

ปัญหาทางสังคมและแนวทางการให้บริการทางสังคมของผู้ป่วยข้างต้นเป็นเพียงส่วนหนึ่ง โดยในแต่ละพื้นที่มีสภาพปัญหาแตกต่างกัน และแนวทางการให้บริการทางสังคมนั้น อาจเปลี่ยนไปตามนโยบายของหน่วยงานที่นักสังคมสงเคราะห์สังกัด หรือนโยบายทางสังคมของภาครัฐที่ปรับเปลี่ยน **แต่สิ่งสำคัญนอกเหนือจากการพึ่งพิงนโยบายจากหน่วยงาน คือการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เพราะช่วยสร้างความสบายใจและแรงจูงใจให้ผู้ป่วยและญาติยังอยู่ในกระบวนการรักษาต่อเนื่อง การติดตามต่อเนื่องประเด็นทางสังคมของผู้ป่วยและครอบครัวช่วยทำให้การดูแลรักษาเป็นไปตามเป้าหมายมากที่สุด** การดูแลผู้ป่วยหนึ่งคนต้องอาศัยการมองค์รวม กาย จิตใจ สังคมไปพร้อมกัน และเมื่อทั้ง 3 ด้านได้รับการดูแลต่อเนื่องพร้อมกันจะช่วยลดการกลับมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำและมีสุขภาพดีขึ้น

**สรุป**

การตรวจติดตามผู้ป่วยสูงอายุเปราะบางแบบผู้ป่วยนอก เป็นการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหลังอาการเจ็บป่วยที่มีโอกาสเกิดในผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง เช่น การกลับมานอนรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 30 วัน ความสามารถของร่างกายถดถอย และความเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นในระยะยาว โดยการดูแลจะแบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ทางร่างกาย จิตใจ ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน และทางสังคม โดยแพทย์ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ




ภาพที่ 7.1 ตัวอย่าง flow การตรวจติดตามแบบผู้ป่วยนอกหลังออกจากโรงพยาบาลในคลินิกผู้สูงอายุ

## เอกสารอ้างอิง

1. ดุจปรารถนา พิศาลสารกิจ. บทบาทพยาบาลด้านการคัดกรองในการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคในผู้สูงอายุ. ใน วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, บรรณาธิการ. โรคติดเชื้ออุบัติใหม่ในผู้สูงอายุและคลินิกผู้สูงอายุ: การจัดตั้งและการดำเนินงาน. กรุงเทพฯ: บริษัท ภาพพิมพ์ จำกัด; 2565. หน้า 229-250.

2. กรกต วีรเธียร. กระบวนการให้โภชนบำบัด (Nutrition Care Process) [อินเตอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สมาคมนักกำหนดอาหารแห่งประเทศไทย; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 5 ส.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก: http://www.thaidietetics.org/wp-content/uploads/2019/04/240462-Lecture-documents-1.pdf

3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). พิมพ์ครั้งที่ 4. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2558

4. National Guideline Centre (UK). Emergency and acute medical care in over 16s: service delivery and organisation. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE) 2018;94(Chapter 37, Post-discharge early follow-up clinics):5-19.

5. Satake S., Arai H. Clinical guide for frailty. Japan: Japanese Association on Sarcopenia and Frailty, Japan Geriatrics Society and National Center for Geriatrics and Gerontology (NCGG) (Japan); 2020. (Chapter 1):7-13.

6. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. The Lancet. 2013;381(9868):752-62.

7. Chu W, Chang SF, Ho HY. Adverse Health Effects of Frailty: Systematic Review and Meta-Analysis of Middle-Aged and Older Adults With Implications for Evidence-Based Practice. Worldviews Evid Based Nurs. 2021;18(4):282-9.

8. Formiga F, Ferrer A, Sanz H, Marengoni A, Alburquerque J, Pujol R. Patterns of comorbidity and multimorbidity in the oldest old: the Octabaix study. Eur J Intern Med. 2013;24(1):40-4.

9. Shamliyan T, Talley KM, Ramakrishnan R, Kane RL. Association of frailty with survival: a systematic literature review. Ageing Res Rev. 2013;12(2):719-36

10. Bell HT, Granas AG, Enmarker I, Omli R, Steinsbekk A. Nurses' and pharmacists' learning experiences from participating in interprofessional medication reviews for elderly in primary health care - a qualitative study. BMC Fam Pract. 2017;18(1):30.

11. Morley JE, Vellas B, van Kan GA, Anker SD, Bauer JM, Bernabei R, Cesari M, Chumlea WC, Doehner W, Evans J, Fried LP, Guralnik JM, Katz PR, Malmstrom TK, McCarter RJ, Gutierrez Robledo LM, Rockwood K, von Haehling S, Vandewoude MF, Walston J. Frailty consensus: a call to action. J Am Med Dir Assoc. 2013 Jun;14(6):392-7. doi: 10.1016/j.jamda.2013.03.022. PMID: 23764209; PMCID: PMC4084863.

12. Soysal P, Veronese N, Thompson T, Kahl KG, Fernandes BS, Prina AM, Solmi M, Schofield P, Koyanagi A, Tseng PT, Lin PY, Chu CS, Cosco TD, Cesari M, Carvalho AF, Stubbs B. Relationship between depression and frailty in older adults: A systematic review and meta-analysis. Ageing Res Rev. 2017 Jul;36:78-87. doi: 10.1016/j.arr.2017.03.005. Epub 2017 Mar 31. PMID: 28366616.

13. Mhaolain AMN, Fan CW, Romero-Ortuno R, Cogan L, Cunningham C, Kenny R-A, et al. Frailty, depression, and anxiety in later life. Int Psychogeriatr. 2012;24(8):1265.

14. Lopez M, MD. Geriatric Frailty. Originally published: December 27, 2012. Last updated: April 20, 2022. Available from: https://now.aapmr.org/geriatric-frailty/#:~:text=Definition,%2C%20hospitalizations%2C%20institutionalization%20and%20death

15. Brodier EA, Cibelli M. Postoperative cognitive dysfunction in clinical practice. BJA Education. 2021;21(2):75-82.

16. Mazya AL, Garvin P, Ekdahl AW. Outpatient comprehensive geriatric assessment: effects on frailty and mortality in old people with multimorbidity and high health care utilization. Aging Clin Exp Res. 2019 Apr;31(4):519-525. doi: 10.1007/s40520-018-1004-z. Epub 2018 Jul 23. PMID: 30039453; PMCID: PMC6439176.

17. Spinewine A, Byrne S, Dalleur O. The role of pharmacists in optimizing drug therapy. In: Cherubini A, Mangoni AA, O'Mahony D, Petrovic M, editors. Optimizing pharmacotherapy in older patients:an interdisciplinary approach. 1sted. Cham, Switzerland: Springer Nature; 2023.p. 105-117

18. O'Toole C. Kilty M. Bowens C., Murphy M., Daly PB; Original SIGA drafting sub-committee. 2006. Revised by Madhuri N. Irish Association of Social Workers' Special Interest Group on Ageing. The role of the social worker with older persons. 2011

# บทที่ 8
# การดูแลผู้สูงอายุเปราะบางที่มารับการผ่าตัด
# (Perioperative care for frail older persons)

ในสังคมสูงอายุที่มีสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดก็ย่อมมีจำนวนของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นตามลำดับ แนวเวชปฏิบัติในระดับสากลที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มารับผ่าตัดมีการแนะนำที่หลากหลาย อย่างไรก็ตาม เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุโดยแบ่งตามความเปราะบาง (frailty status) สามารถคาดการณ์การเกิดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตได้ดีกว่าใช้เลขแสดงอายุ (chronological age) จึงมีแนวเวชปฏิบัติที่น่าสนใจ ที่แนะนำให้ใช้การประเมินภาวะเปราะบางช่วยคัดกรองและนำไปสู่การดูแลรักษาอย่างเป็นระบบ คือ Recommendations for Preoperative Management of Frailty from the Society for Perioperative Assessment and Quality Improvement (SPAQI) และ Guideline for Perioperative Care for People Living with Frailty Undergoing Elective and Emergency Surgery

ในบทความนี้จะเป็นการนำแนวเวชปฏิบัติทั้งสองซึ่งเป็นบริบทของสหรัฐอเมริกาและสหราชอาณาจักรมาประยุกต์ให้เข้ากับบริบทของประเทศไทย เนื่องจากประเทศไทยยังมีอายุรแพทย์สูงอายุในปริมาณไม่เพียงพอกับการดูแลในทุกระดับสถานพยาบาล และอายุรแพทย์ที่มีความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ก็สามารถทำงานร่วมกับสหวิชาชีพ และให้การดูแลตามแนวทางได้อย่างเหมาะสมเช่นกัน ในขณะเดียวกันเนื่องจากผู้สูงอายุมีโรคร่วมหลายชนิด มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว การช่วยเหลือตัวเอง ปัญหาด้านความจำ และมักจะมีครอบครัวมาร่วมดูแล ดังนั้นสิ่งที่สำคัญและได้ประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้สูงอายุ คือการดูแลโดยสหวิชาชีพ ทั้งแพทย์เฉพาะทางที่เกี่ยวข้อง บุคลากรทางสาธารณสุขอื่น ๆ และบุคลากรที่ให้การช่วยเหลือทางสังคมแก่ผู้สูงอายุ มาร่วมกันดูแลผู้สูงอายุร่วมไปกับครอบครัว

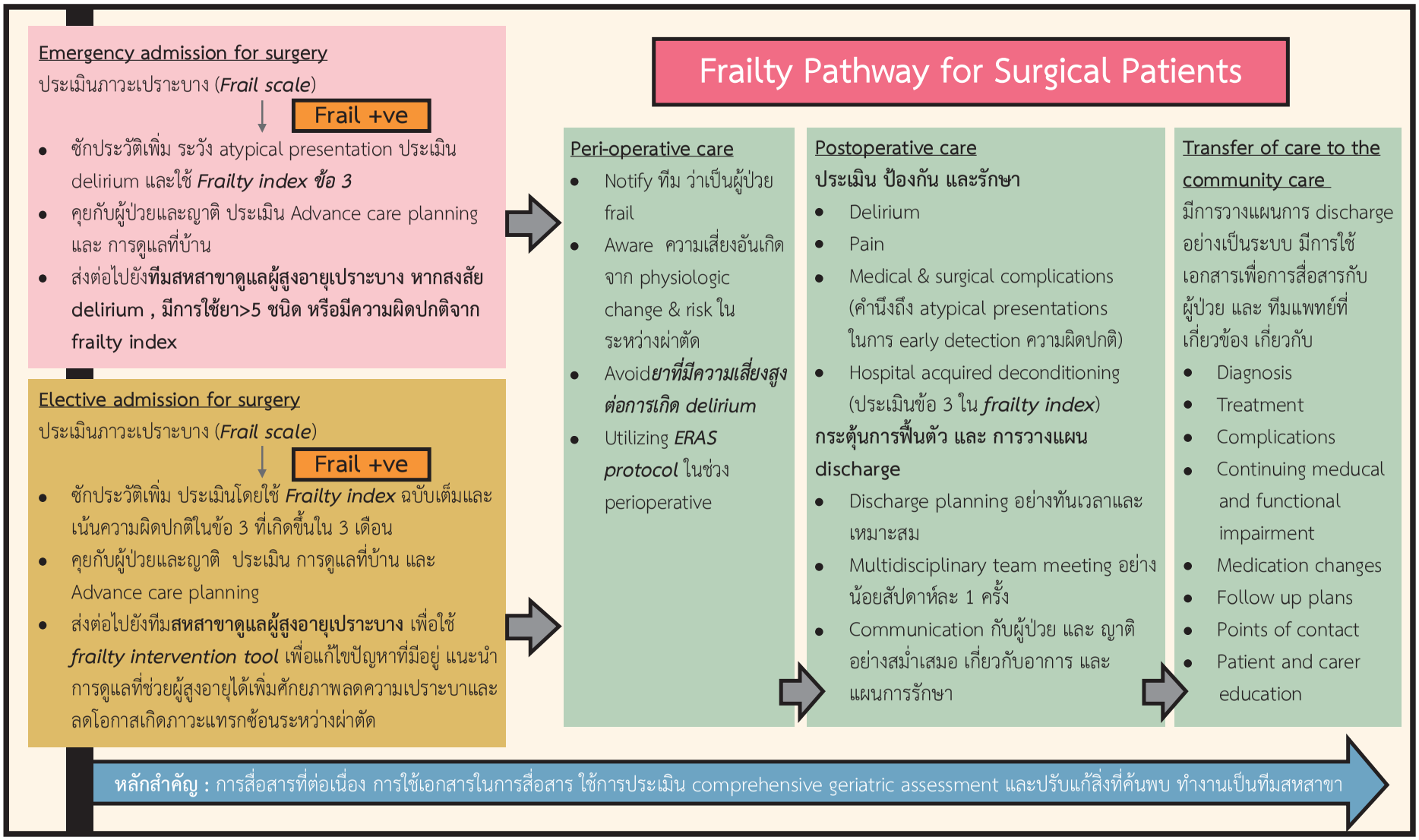
**แนวทางการคัดกรองและดูแลผู้สูงอายุที่มารับการผ่าตัด**

ผู้สูงอายุที่มารับการผ่าตัด แบ่งตามความรีบด่วนของผู้ป่วยได้เป็น ผู้ที่มานอนโรงพยาบาลเพื่อรับการผ่าตัดแบบรีบด่วน (emergency admission for surgery) และผู้ที่มารับการผ่าตัดตามการนัดหมาย (elective admission for surgery) ซึ่งโดยทั่วไปความเสี่ยงของผู้ป่วยต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนและภาวะทุพพลภาพก็จะแตกต่างกัน ตามความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และลักษณะการผ่าตัด โดยในผู้ป่วยที่มารับการผ่าตัดแบบรีบด่วนด้วยร่างกายมีความเจ็บป่วยเฉียบพลัน แพทย์มีเวลาในการประเมินและการเตรียมตัวผู้ป่วยน้อยกว่า จึงมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนสูงกว่า ในขณะที่ผู้ป่วยที่นัดหมายมารับการผ่าตัด เป็นกลุ่มที่สามารถได้รับการเตรียมตัวในการประเมินและวางแผนการดูแลได้ดีกว่า จึงมีโอกาสที่จะได้รับการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่ดีกว่า

ในผู้ป่วยสูงอายุที่มีภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน แพทย์มีความจำเป็นต้องให้การผ่าตัดในเวลาอันรวดเร็ว นอกเหนือจากการดูแลโรคที่ต้องผ่าตัดและโรคร่วมทางกายแล้ว การประเมินผู้สูงอายุเปราะบางทำเพื่อวินิจฉัยกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes) ที่สำคัญต่อการฟื้นตัว และมีผลกระทบต่ออัตราการตายและการเกิดทุพพลภาพ อันได้แก่ภาวะสับสนเฉียบพลัน (delirium) และภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition) นอกจากนี้แล้วภาวะการเคลื่อนไหวลดลง (immobility) ซึ่งเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นบ่อยในผู้สูงอายุที่เปราะบางและส่งผลกระทบระยะยาวคือความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง และอัตราการตายเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันและแก้ไขได้ แพทย์และบุคลากร

ที่เกี่ยวข้อง จึงควรให้ความสำคัญในการประเมินและให้การดูแลกลุ่มอาการดังกล่าวข้างต้น เพื่อช่วยลดการเกิดทุพพลภาพและลดอัตราการตายของผู้สูงอายุ

ส่วนผู้สูงอายุที่มารับการผ่าตัดตามนัดหมายเป็นกลุ่มที่ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง มีโอกาสในการวางแผนการดูแลได้นานกว่า การประเมินผู้สูงอายุเปราะบางในกลุ่มนี้จึงมีแนวทางการประเมินที่รอบด้านมากขึ้น และเมื่อพบความผิดปกติ ก็มีโอกาสให้การดูแลแก้ไขปัญหาที่มีอยู่ มีโอกาสเพิ่มศักยภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุแข็งแรงขึ้น เปราะบางลดลง อันจะนำไปสู่การลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนระหว่างผ่าตัด การลดภาวะทุพพลภาพหลังการผ่าตัด และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น




ภาพที่ 8.1 แผนภูมิการดูแลผู้สูงอายุเปราะบางที่เข้ารับการผ่าตัด

ภาพที่ 8.1 แสดงให้เห็นความต่อเนื่องของการดูแลตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงห้องฉุกเฉินจนถึงกลับบ้าน หรือตั้งแต่ผู้ป่วยเตรียมตัวเพื่อการผ่าตัดและดูแลต่อเนื่องไปจนกลับบ้าน ซึ่งต้องมีการส่งต่อข้อมูลอย่างรอบด้าน เพื่อการดูแลที่เหมาะสม ซึ่งจะเกิดได้ ต้องมีกระบวนการที่สำคัญที่เกิดขึ้นตั้งแต่แรก คือการประเมินผู้สูงอายุอย่างรอบด้าน เมื่อพบความผิดปกติ หรือพบความเสี่ยงที่จะเกิดผลกระทบตามมา ต้องมีการให้การดูแลแก้ไขตามความเหมาะสม

**บทบาทของสหวิชาชีพ ในการดูแลผู้สูงอายุเปราะบางที่มารับการผ่าตัด**

| Frailty Domain (ผู้ประเมินหลัก) | การประเมิน | frailty intervention |
|---|---|---|
| **1. Medication use** (พยาบาล/เภสัชกร) | - ซักประวัติจากผู้ป่วยและผู้ดูแล<br>- ทำ medication reconciliation (MR) | - ประเมินยาความเสี่ยงสูงในผู้สูงอายุ หากไม่มีข้อบ่งชี้ควรปรับยาที่มีความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic (เอกสารแนบหมายเลข 4)<br>- หากพบมียาความเสี่ยงสูง ปรึกษาเภสัชกร/อายุรแพทย์/อายุรแพทย์ผู้สูงอายุ เพื่อช่วยพิจารณาปรับยา<br>- พิจารณาความจำเป็นในการให้ญาติมาเป็นผู้จัดยา<br>- พิจารณาปรึกษาเภสัชกร/อายุรแพทย์ มาช่วยประเมินเมื่อผู้ป่วยกินยามากกว่า 10 ชนิด เพื่อประเมินโอกาสมีความเสี่ยงจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม<br>- มีการทำ medication reconciliation ทั้งตอนเข้านอนโรงพยาบาลและก่อนกลับบ้าน โดยมีการส่งต่อข้อมูลการใช้ยา การปรับเปลี่ยนยา ให้กับบุคลากรการแพทย์ในชุมชน และ ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ |
| **2. Multimorbidity** (แพทย์) | - ซักประวัติจากผู้ป่วยและผู้ดูแล ตรวจร่างกายเพิ่มเติมอย่างเหมาะสม<br>- ประเมินโรคร่วมและมีการเขียน problem list โรคร่วมทั้งหมด มีการวางแผนการป้องกันและรักษาภาวะแทรกซ้อน | - วางแผนการดูแลโรคร่วมอย่างเหมาะสม โดยการตั้งเป้าหมายขณะผ่าตัดที่คำนึงถึงการฟื้นตัวหลังการผ่าตัดและโภชนาการที่เหมาะสม ซึ่งอาจไม่ได้เป็นการตั้งเป้าหมายเหมือนการดูแลในระยะยาว |
| **3. Nutrition** (พยาบาล/แพทย์) | - ซักประวัติจากผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการประเมินภาวะโภชนาการอย่างเป็นระบบ โดยเลือกใช้ | - ให้ได้รับโภชนาการที่เหมาะสม โดยเน้นการได้รับโปรตีนและสารน้ำอย่างเพียงพอ<br>- ประเมินสุขภาพช่องปากและฟัน และให้การดูแลที่เหมาะสม อาจรวมถึงการปรับอาหารให้เหมาะกับสุขภาพฟัน |

| Frailty Domain (ผู้ประเมินหลัก) | การประเมิน | frailty intervention |
|---|---|---|
| | แนวทางแบบฟอร์มมาตรฐาน | - พิจารณาปรึกษานักโภชนาการ นักกำหนดอาหารร่วมดูแล<br>- หากมีปัญหาการกลืน พิจารณาปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ |
| **4. Falls**<br>(พยาบาล/แพทย์/นักกายภาพบำบัด/นักกิจกรรมบำบัด) | - ซักประวัติจากผู้ป่วยและผู้ดูแล<br>- ประเมินหาสาเหตุที่แก้ไขได้ | - ประเมินความเสี่ยงปัจจัยภายใน เช่น โรคร่วม ยา การเดินที่ไม่มั่นคง และปัจจัยภายนอก เช่น สิ่งแวดล้อม<br>- พิจารณาปรึกษาเพื่อการทำกายภาพบำบัด เพื่อเพิ่มการทรงตัว ความแข็งแรงกล้ามเนื้อขา และวางแผนระยะยาวหลังผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน |
| **5. Cognition**<br>(พยาบาล/แพทย์) | - ซักประวัติจากผู้ป่วยและผู้ดูแล<br>- ประเมินภาวะ delirium และ dementia โดยพิจารณาใช้แบบประเมินอย่างเป็นระบบ เช่น ใช้ 4AT หรือ CAM สำหรับภาวะ delirium และใช้ TSME, MMSE, MoCA หรือ modified IQ code สำหรับภาวะ dementia<br>- ประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ delirium | - ดูแลและป้องกันการเกิด delirium ปรับปัจจัยเสี่ยงที่ปรับแก้ได้<br>- ให้คำแนะนำญาติให้เข้าใจและร่วมดูแลความเสี่ยงต่อการเกิด delirium<br>- ลดยาความเสี่ยงสูงต่อภาวะ cognitive impairment<br>- มีการวางแผนระยะยาวในการดูแลภาวะ dementia หลังออกจากโรงพยาบาล ส่งพบผู้เชี่ยวชาญหากมีข้อบ่งชี้<br>- หากผู้ป่วยมีภาวะ delirium ในโรงพยาบาล ก่อนกลับบ้านต้องประเมินว่ายังต้องมีการดูแลในด้านใดบ้าง เช่น การจัดยา การทำกิจวัตรประจำวัน |
| **6. Mood**<br>(พยาบาล/แพทย์) | - ซักประวัติจากผู้ป่วยและผู้ดูแล อาจใช้ TGDS หรือ 9Q for depression | - ให้คำแนะนำการเตรียมจิตใจสำหรับการผ่าตัด<br>- พิจารณาปรึกษาผู้เชี่ยวชาญหากมีข้อบ่งชี้<br>- มีการวางแผนระยะยาวในการดูแลภาวะ depression หลังออกจากโรงพยาบาล โดยพิจารณาการส่งพบผู้เชี่ยวชาญหากมีข้อบ่งชี้ |

| Frailty Domain (ผู้ประเมินหลัก) | การประเมิน | frailty intervention |
|---|---|---|
| | - ประเมินสาเหตุที่แก้ไขได้ | |
| **7. Activities of daily living** (พยาบาล) | - ซักประวัติจากผู้ป่วยและผู้ดูแลเพิ่มเติมเพื่อหาสาเหตุที่แก้ไขได้ | - ประเมินความต้องการความช่วยเหลือ ประเมินสาเหตุที่แก้ไขได้<br>- พิจารณาปรึกษานักกายภาพบำบัด/นักกิจกรรมบำบัด |
| **8. Continence** (พยาบาล/แพทย์) | - ซักประวัติจากผู้ป่วยและผู้ดูแล<br>- ประเมินสาเหตุที่แก้ไขได้<br>- ประเมิน post-void residual urine | - ให้คำแนะนำการดูแลโดยไม่ใช้ยา แนะนำ bladder training<br>- ปรับยาที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะ incontinence<br>- ประเมิน หาสาเหตุและให้การรักษาหากมีภาวะ urinary retention และ ท้องผูก |
| **9. Physiological/ functional status** (พยาบาล/แพทย์/ นักกายภาพบำบัด) | - ประเมินสมรรถภาพร่างกายตามความเหมาะสม เช่น หากเป็นผู้ป่วยที่เตรียมตัวก่อนผ่าตัด อาจตรวจ gait speed, time up and go, six minute walk test | - <u>ในผู้ป่วยผ่าตัดฉุกเฉิน</u> ควรปรึกษาให้มีการทำกายภาพตั้งแต่เนิ่น ๆ หลังการผ่าตัด มีการดูแลให้มี early ambulation และให้มีการทำฟื้นฟูต่อเนื่องเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตัวเองให้ใกล้เคียงภาวะเดิม (ก่อนผ่าตัด 3 เดือน) ให้ได้มากที่สุด<br>- <u>ในผู้ป่วยที่สามารถเตรียมตัวก่อนผ่าตัดได้</u> อภิปรายแนวทางกับผู้ป่วยเพื่อให้มีการเพิ่มกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสม ให้มีการเดินออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและเพิ่มเวลาเดินขึ้นตามลำดับ การฝึกความแข็งแรงกล้ามเนื้อและการทรงตัว<br>- หากเป็นไปได้ พิจารณาส่งปรึกษา เพื่อให้ได้รับการทำ rehabilitation exercise program |
| **10. Social support** (พยาบาล/แพทย์) | - ซักประวัติจากผู้ป่วยและผู้ดูแล ประเมินความพร้อมทางสังคมของผู้ป่วย ความพร้อมผู้ดูแลในการดูแลหลังการผ่าตัด | - พิจารณาปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ตามความเหมาะสม หรือ ส่งต่อเพื่อรับสวัสดิการที่เหมาะสม |

**การจัดการอาการปวด**

ปัญหาที่จำเพาะเจาะจงหลังการผ่าตัด คือ การจัดการอาการปวด ซึ่งมีความสำคัญมากในผู้สูงอายุเปราะบาง ทั้งในแง่ความเสี่ยงที่เกิดจากการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม การไม่ได้รับการรักษาอาการปวดอย่างเพียงพอและเหมาะสม มีข้อแนะนำคือ

- การให้ยา paracetamol around the clock ในช่วงวันแรก ๆ ของการผ่าตัด
- การใช้ NSAIDS ต้องคำนึงถึงความเสี่ยงเรื่องผลข้างเคียง ถ้าไม่มีข้อห้ามและมีความจำเป็น ก็สามารถใช้ในระยะสั้น ๆ และติดตามผลข้างเคียง
- การใช้ยาในกลุ่ม opioid ควรเลือกใช้ morphine ในขนาดที่เหมาะสม เพื่อให้ควบคุมอาการปวดได้ เพราะไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ delirium แต่ควรหลีกเลี่ยง pethidine, tramadol ซึ่งเป็นยาที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ delirium

**การดูแลโรคร่วม**

สิ่งสำคัญในการดูแลโรคร่วมในผู้สูงอายุเปราะบาง ได้แก่

- การตั้งเป้าหมายการรักษา (goals of care) สำหรับโรคเรื้อรังที่มีอยู่ ให้คำนึงถึงการฟื้นตัวเร็ว และภาวะโภชนาการที่เพียงพอ บ่อยครั้งที่บุคลากรการแพทย์ใช้เป้าหมายการดูแลเหมือนผู้ป่วยที่ไม่เปราะบาง และไม่มีการเจ็บป่วยเฉียบพลัน โดยการตั้งเป้าหมายการรักษาที่ค่อนข้างเข้มงวด ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับโภชนาการที่ไม่เพียงพอ หรือ มีผลข้างเคียงจากการรักษาที่เข้มงวด เช่น น้ำตาลในเลือดต่ำเกิน ความดันโลหิตต่ำเกิน แล้วผู้ป่วยไม่สามารถลุกมาทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ส่งผลให้ฟื้นตัวช้า
- Atypical presentation อาจเป็นอาการนำของ medical & surgical complications ในผู้สูงอายุที่เปราะบาง บุคลากรการแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ควรมีความตระหนักว่า ผู้ป่วยอาจมีอาการสับสน หกล้ม ไม่ยอมกิน หรือไม่ยอมเดิน เป็นอาการนำของการติดเชื้อ ความผิดปกติของเกลือแร่ หรือความเจ็บป่วยอื่น ๆ ดังนั้น หากพบผู้สูงอายุเปราะบางที่มีอาการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมในระหว่างที่นอนอยู่ในโรงพยาบาล ต้องรีบให้ความสำคัญในการตรวจร่างกาย หาความผิดปกติ หรือมีการส่งตรวจค้นเพิ่มเติม เพื่อให้การรักษาอย่างทันท่วงที ก่อนที่ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติมากจนถึงขั้นวิกฤติ

**การประชุมร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ**

ควรมีการวางแผนประชุมสม่ำเสมอในหอผู้ป่วยที่ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ เพื่อวางแผนการดูแลผู้ป่วยให้รอบด้าน และเพื่อวางแผนการ discharge planning อย่างเหมาะสม อันจะหมายถึงการดูแลทั้งด้านโรคร่วม ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง การดูแลด้านความจำ ด้านจิตใจ และวางแผนในการส่งต่อไปถึงบุคลากรที่ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

**เอกสารอ้างอิง**

1. Engel JS, Tran J, Khalil N, Hladkowicz E, Lalu MM, Huang A, et al. A systematic review of perioperative clinical practice guidelines for care of older adults living with frailty. British Journal of Anaesthesia. 2023;130(3):262-71.

2. Alvarez-Nebreda ML, Bentov N, Urman RD, et al. Recommendations for preoperative management of frailty from the society for perioperative assessment and quality improvement (SPAQI). J Clin Anesth 2018; 47: 33e42

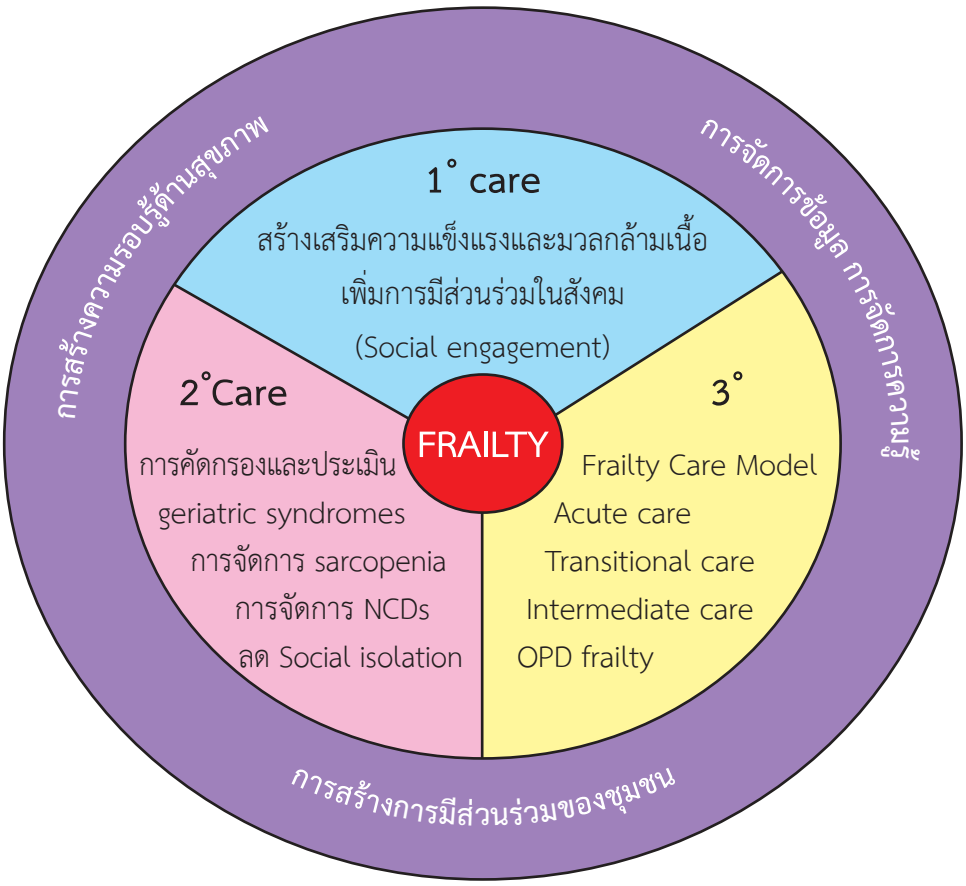
3. Partridge J, Dhesi J, Selwyn D. Guideline for perioperative care for people living with frailty undergoing elective and emergency surgery. 1.0. Centre for Perioperative Care; 2021. Available from: https://www.bgs.org.uk/sites/default/files/content/CPOC-BGS-Guideline for Perioperative Care for People Living with Frailty Undergoing Elective and Emergency Surgery.pdf

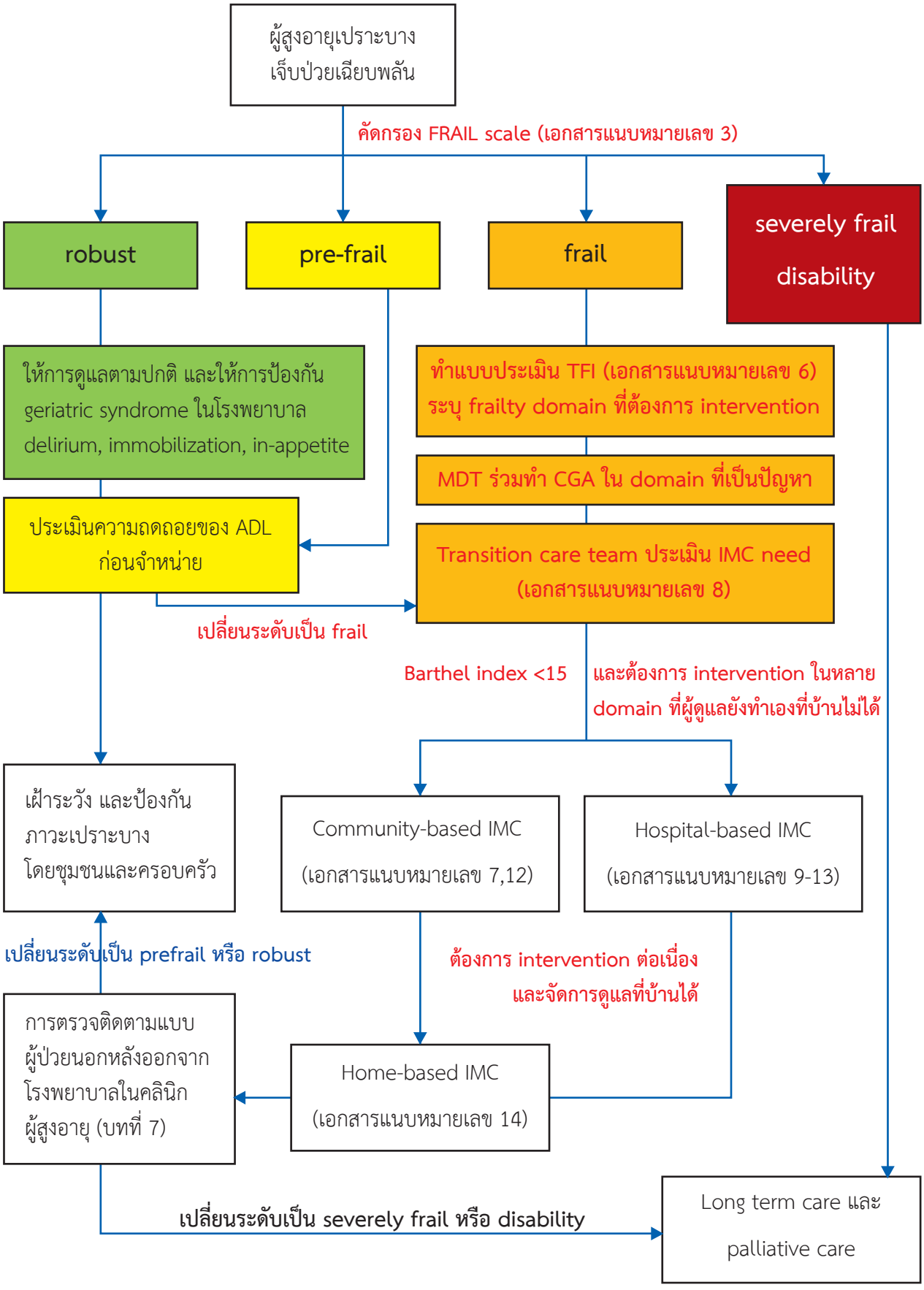
# บทสรุป
# รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง (Frailty care model)

ผู้สูงอายุเปราะบาง ต้องเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงมากมายทั้งภายในและภายนอก นอกจากการมีโรคร่วมหลายโรครุมเร้า ความถดถอยทางร่างกาย การเปลี่ยนแปลงสภาพสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม เทคโนโลยี การอยู่ลำพัง ก่อให้เกิดความถดถอยทางสังคม และความถดถอยทางความคิดจิตใจ และเมื่อผู้สูงอายุเปราะบางเจ็บป่วย โรงพยาบาลของรัฐก็มีเตียงรองรับได้จำกัด ระบบบริการสุขภาพจำเป็นต้องปรับเปลี่ยน เพื่อให้การดูแลรักษาได้อย่างครอบคลุม ลดภาวะถดถอย (deconditioning syndrome) การขับเคลื่อนบูรณาการระหว่างระบบบริการสุขภาพและบริการสังคมโดยร่วมกันพัฒนาระบบดูแลสุขภาพในระยะเปลี่ยนผ่านและระยะกลางอย่างมีประสิทธิภาพ จึงเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มนี้

**กรอบแนวคิดระบบการดูแลผู้สูงอายุเปราะบาง (Frailty-focused Care System)**

ภาวะเปราะบางสัมพันธ์กับการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ เกิดภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพและภาระทางสังคม ปัญหานี้เป็นประเด็นท้าทายของระบบสุขภาพของประเทศไทยและทั่วโลก การตระหนักถึงภาวะนี้เพื่อร่วมกันทุกภาคส่วน สร้างระบบการดูแลภาวะเปราะบางที่รอบด้าน เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการดูแลรักษา ลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา เติมคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุและครอบครัว เพิ่มคุณภาพและคุณค่าของระบบบริการสุขภาพ

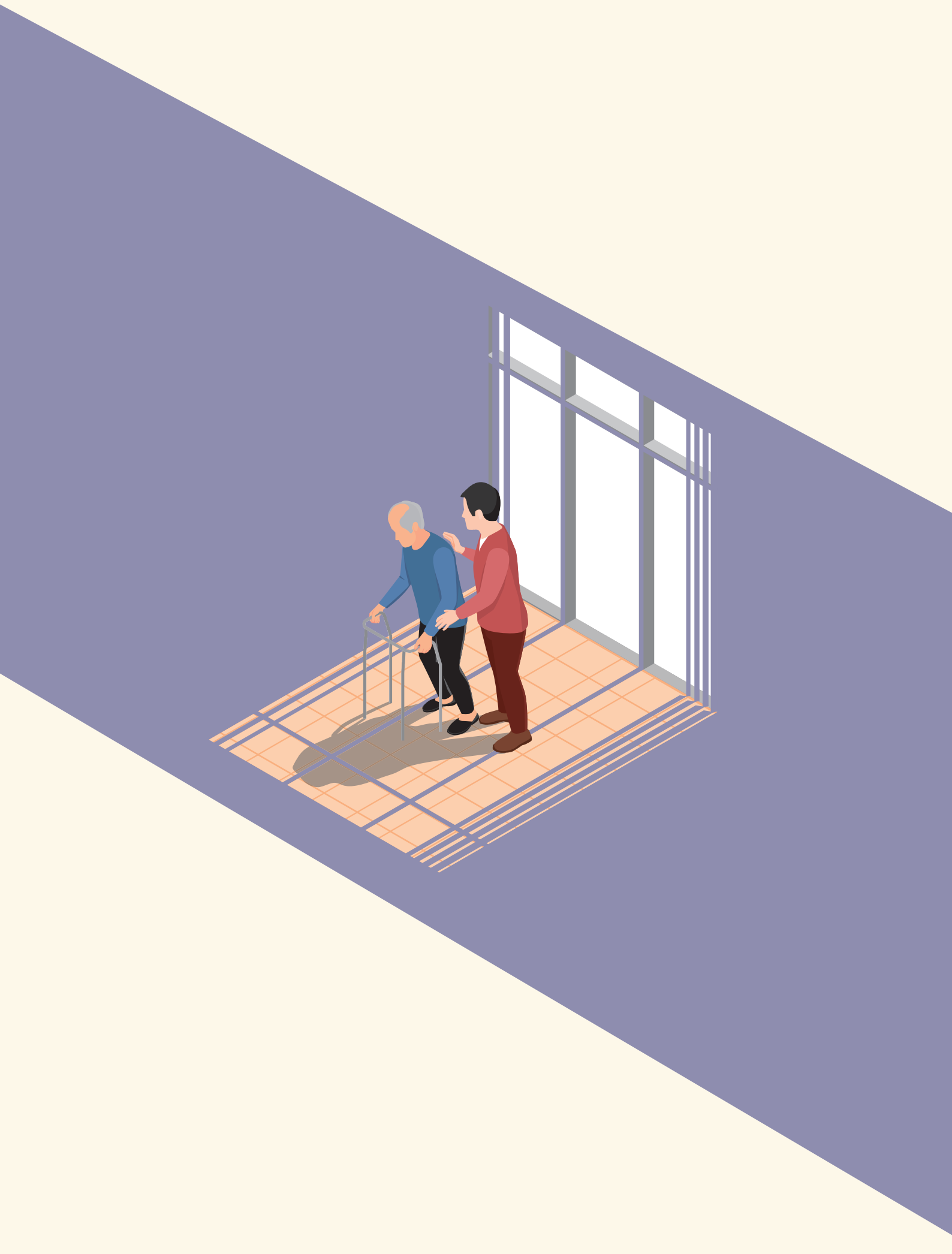





ภาพที่ 9 ตัวอย่าง flow ในการจัดระบบบริการสำหรับผู้สูงอายุเปราะบางเจ็บป่วยเฉียบพลัน

**frailty care intervention ในการดูแลระยะกลางสำหรับผู้สูงอายุเปราะบาง**

| frailty domain | frailty intervention ในการดูแลระยะกลาง |
|---|---|
| **1. Medication** | ทบทวน ประเมิน และแก้ไข ยาที่ไม่เหมาะสมในผู้สูงอายุ (เอกสารแนบหมายเลข 4 และ 5)<br>พิจารณาความจำเป็นในการให้ญาติมาเป็นผู้จัดยา<br>ทำ medication reconciliation และส่งต่อข้อมูลการใช้ยา การปรับเปลี่ยนยา ให้กับบุคลากรการแพทย์ในชุมชน และ ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและญาติ |
| **2. Multimorbidity** | วางแผนการดูแลโรคร่วมอย่างครอบคลุมและเหมาะสม โดยการตั้งเป้าหมายคำนึงถึงการฟื้นตัวและโภชนาการที่เหมาะสม ซึ่งอาจเหมือนการดูแลในระยะยาว หรือกลุ่ม robust aging<br>กรณีโรคเรื้อรังอยู่ในระยะท้าย ควรปรึกษา palliative และ advance care plan |
| **3. Nutrition** | ให้ได้รับโภชนาการที่เหมาะสม โดยเน้นการได้รับโปรตีนและสารน้ำอย่างเพียงพอ<br>ประเมินสุขภาพช่องปากและฟัน รวมถึงการปรับอาหารให้เหมาะกับสุขภาพฟัน<br>หากมีปัญหาการกลืน พิจารณาปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ |
| **4. Falls** | ประเมินความเสี่ยงปัจจัยภายใน เช่น โรคร่วม ยา การเดินที่ไม่มั่นคง และปัจจัยภายนอก<br>ปรึกษากายภาพบำบัด เพื่อเพิ่มการทรงตัว ความแข็งแรงกล้ามเนื้อขา และร่วมออกแบบการฟื้นฟูต่อเนื่องในระยะกลางที่บ้านและระยะยาว<br>ประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้าน และจัดหาอุปกรณ์ช่วยเดินที่เหมาะสม |
| **5. Cognition** | ดูแลและป้องกันการเกิด delirium ปรับลดปัจจัยเสี่ยง ให้คำแนะนำญาติให้เข้าใจและร่วมดูแลความเสี่ยงต่อการเกิด delirium ลดยาความเสี่ยงสูงต่อภาวะ cognitive impairment<br>หากพบว่ามี dementia ควรวางแผนระยะยาวในการดูแล |
| **6. Mood** | คัดกรองภาวะ depression รวมทั้งการให้คำแนะนำในการป้องกัน depression หลังออกจากโรงพยาบาล |
| **7. Activities of daily living** | ประเมินความต้องการความช่วยเหลือ ประเมินสาเหตุที่แก้ไขได้<br>ปรึกษานักกายภาพบำบัด/นักกิจกรรมบำบัดเพื่อออกแบบการฟื้นฟูต่อเนื่องในระยะกลางที่บ้านและระยะยาว |
| **8. Continence** | ให้คำแนะนำการดูแลโดยไม่ใช้ยา แนะนำ bladder training ปรับยาที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะ incontinence ประเมินและให้การรักษาหากมีภาวะ urinary retention และท้องผูก |
| **9. Physiological/ functional status** | การดูแลให้มี early ambulation และให้มีการทำฟื้นฟูต่อเนื่องเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตัวเองให้ใกล้เคียงภาวะเดิมให้ได้มากที่สุด<br>การฝึกความแข็งแรงกล้ามเนื้อและการทรงตัว |
| **10. Social support** | พิจารณาปรึกษานักสังคมสงเคราะห์ตามความเหมาะสม ประสานชุมชนและแหล่งสนับสนุนเพื่อรับสวัสดิการที่จำเป็น |



# ภาคผนวก

**เอกสารแนบหมายเลข 1**

**ชื่อ สกุล.** .....
**วันที่**...../...../.....

Modified Thai Frailty Index

| คำถาม | คะแนน = 0 | คะแนน = 1 |
|---|---|---|
| **1. ผู้ป่วยมีโรคหรือภาวะต่อไปนี้หรือไม่ (13 คะแนน)** | | **คะแนน** = X/13 |
| 1.1 โรคความดันโลหิตสูง | ☐ ไม่มี | ☐ มี |
| 1.2 โรคเบาหวาน | ☐ ไม่มี | ☐ มี |
| 1.3 โรคหลอดเลือดสมอง | ☐ ไม่มี | ☐ มี |
| 1.4 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง | ☐ ไม่มี | ☐ มี |
| 1.5 โรคไตเรื้อรัง (CKD stage3 ขึ้นไป) | ☐ ไม่มี | ☐ มี |
| 1.6 มี BMI < 18.5 kg/m2 หรือ น้ำหนักลดมากกว่า 5% ของน้ำหนักตัวใน 1 ปี | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ |
| 1.7 มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ หรือใช้ฟันปลอม | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ |
| 1.8 มีปัญหาการได้ยิน จนต้องตะโกนสื่อสาร | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ |
| 1.9 ประวัติหกล้มภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา | ☐ ไม่มี | ☐ มี |
| 1.10 Hand grip dynamometer ต่ำกว่าปกติ | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ |
| 1.11 ความจำลดลง<br>( ถาม ต้นไม้ รถยนต์ มือ หลังถามไป 3 นาที) | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ (จำได้น้อยกว่า 2) |
| 1.12 การคำนวณผิดปกติ ( ลบเลข 100-7 ไป 3 ครั้ง) | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ (ลบไม่ถูกเลย) |
| 1.13 ต้องการความช่วยเหลือในการจัดยา กินยาหรือไม่ | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ |
| **2. ภาวะจิตใจ คุณภาพชีวิต (6 คะแนน)** | | **คะแนน** = y/6 |
| 2.1 ท่านจัดคุณภาพชีวิตของท่านโดยรวมอยู่ในระดับใด | ☐ ดี | ☐ ไม่ดี |
| 2.2 โดยรวม ท่านมีความพอใจในชีวิตทุกวันนี้ระดับใด | ☐ ดี | ☐ ไม่ดี |
| 2.3 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เคยมีช่วงเวลาหลายวันที่รู้สึกเศร้า ว่างเปล่า หรือซึมเศร้าหรือไม่ | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ |
| 2.4 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เคยมีช่วงเวลาหลายวันที่รู้สึกพลังในร่างกายลดลงหรือรู้สึกเหนื่อย เบื่อ ตลอดเวลา | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ |
| 2.5 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เคยมีช่วงเวลาหลายวันที่รู้สึกไม่สนใจอะไรในสิ่งที่เคยชอบ เช่น งาน งานอดิเรก ความสัมพันธ์กับคนสนิท | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ |
| 2.6 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาในการนอน ได้แก่ ง่วงนอนกลางวัน ตื่นบ่อยกลางคืน หรือ ตื่นเช้าเกินไป | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ |

| 3. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (11 คะแนน) | | คะแนน = z/11 |
|---|---|---|
| 3.1 การกินอาหาร | ☐ ไม่มีปัญหา | ☐ ต้องมีคนช่วย |
| 3.2 การอาบน้ำ | ☐ ไม่มีปัญหา | ☐ ต้องมีคนช่วย |
| 3.3 การแต่งตัวสวมใส่เสื้อผ้า | ☐ ไม่มีปัญหา | ☐ ต้องมีคนช่วย |
| 3.4 การกลั้นอุจจาระ | ☐ ไม่มีปัญหา | ☐ มีปัญหา |
| 3.5 การกลั้นปัสสาวะ | ☐ ไม่มีปัญหา | ☐ มีปัญหา |
| 3.6 การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม | ☐ ไม่มีปัญหา | ☐ ต้องมีคนช่วย |
| 3.7 การเคลื่อนย้าย ลุกขึ้นจากเก้าอี้หรือเตียง | ☐ ไม่มีปัญหา | ☐ ต้องมีคนช่วย |
| 3.8 การเดินไปมา ภายในตัวบ้าน | ☐ ไม่มีปัญหา | ☐ ต้องมีคนช่วย |
| 3.9 การขึ้นลงบันได 1 ชั้น | ☐ ไม่มีปัญหา | ☐ ต้องมีคนช่วย |
| 3.10 ต้องการความช่วยเหลือในการทำงานบ้านอย่างเบา เช่น กวาดบ้าน เก็บของ ทำเตียง หรือไม่ | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ |
| 3.11 ท่านสามารถเดินไกลรวดเดียวอย่างน้อย 400 เมตร หรือ 10 ช่วงเสาไฟฟ้า หรือ 8 ช่วงตึกห้องแถวหรือไม่ | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ |

**<u>การแปลผล</u>**

Frailty index (FI) = จำนวนปัญหาที่พบ ÷ จำนวนปัญหาที่ประเมิน

=x+y+z/30

**เกณฑ์วินิจฉัยภาวะเปราะบาง ≥ 0.25**

**หรือ**

**คิดคะแนน x+y+z**

- แข็งแรง ≤ 3 คะแนน
- ภาวะก่อนเปราะบาง 4-7 คะแนน
- ภาวะเปราะบาง 8-13 คะแนน
- ภาวะเปราะบางรุนแรง ≥ 14 คะแนน

**เอกสารแนบหมายเลข 2**

**ชื่อ สกุล.** .....
**วันที่**...../...../.....

Modified Thai Frailty Index ฉบับปรับเพิ่ม

| คำถาม | คะแนน = 0 | คะแนน = 1 |
|---|---|---|
| **1. ผู้ป่วยมีโรคหรือภาวะต่อไปนี้หรือไม่ (13 คะแนน)** | | **คะแนน** = X/13 |
| 1.1 กินยามากกว่า 5 ชนิด (ไม่คิดคะแนน) | ☐ ไม่มี | ☐ มี |
| 1.2 โรคความดันโลหิตสูง | ☐ ไม่มี | ☐ มี |
| 1.3 โรคเบาหวาน | ☐ ไม่มี | ☐ มี |
| 1.4 โรคหลอดเลือดสมอง | ☐ ไม่มี | ☐ มี |
| 1.5 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง | ☐ ไม่มี | ☐ มี |
| 1.6 โรคไตเรื้อรัง (CKD stage3 ขึ้นไป) | ☐ ไม่มี | ☐ มี |
| 1.7 มี BMI < 18.5 kg/m2 หรือ น้ำหนักลดมากกว่า 5% ของน้ำหนักตัวใน 1 ปี | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ |
| 1.8 มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ หรือใช้ฟันปลอม | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ |
| 1.9 มีปัญหาการได้ยิน จนต้องตะโกนสื่อสาร | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ |
| 1.10 ประวัติหกล้มภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา | ☐ ไม่มี | ☐ มี |
| 1.11 Hand grip dynamometer ต่ำกว่าปกติ (เมื่อแรงบีบมือต่อน้ำหนักตัว ≤ 0.48 ในเพศชาย หรือ ≤ 0.35 ในเพศหญิง) | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ |
| 1.12 ความจำลดลง ( ถาม ต้นไม้ รถยนต์ มือ หลังถามไป 3 นาที) | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ (จำได้น้อยกว่า 2) |
| 1.13 การคำนวณผิดปกติ (ลบเลข 100-7 ไป 3 ครั้ง) | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ (ลบไม่ถูกเลย) |
| 1.14 ต้องการความช่วยเหลือในการจัดยา กินยาหรือไม่ | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ |
| **2. ภาวะจิตใจ คุณภาพชีวิต (6 คะแนน)** | | **คะแนน** = y/6 |
| 2.1 ท่านจัดคุณภาพชีวิตของท่านโดยรวมอยู่ในระดับใด | ☐ ดี (ดีมาก ดี) | ☐ ไม่ดี (ปานกลาง แย่ แย่มาก) |
| 2.2 โดยรวม ท่านมีความพอใจในชีวิตทุกวันนี้ระดับใด | ☐ ดี (ดีมาก ดี) | ☐ ไม่ดี (ปานกลาง แย่ แย่มาก) |
| 2.3 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เคยมีช่วงเวลาหลายวันที่รู้สึกเศร้า ว่างเปล่า หรือซึมเศร้าหรือไม่ | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ |
| 2.4 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เคยมีช่วงเวลาหลายวันที่รู้สึกพลังในร่างกายลดลง หรือรู้สึกเหนื่อย เบื่อ ตลอดเวลา | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ |
| 2.5 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เคยมีช่วงเวลาหลายวันที่รู้สึกไม่สนใจอะไรในสิ่งที่เคยชอบ เช่น งาน งานอดิเรก ความสัมพันธ์กับคนสนิท | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ |
| 2.6 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาในการนอน ได้แก่ ง่วงนอนกลางวัน ตื่นบ่อยกลางคืน หรือ ตื่นเช้าเกินไป | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ |

| 3. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (11 คะแนน) | | คะแนน = z/11 |
|---|---|---|
| 3.1 การกินอาหาร | ☐ ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ เมื่อเตรียมอาหารวางไว้ให้ | ☐ ต้องมีคนป้อนให้ หรือรับอาหารทางสายยาง<br>☐ ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย |
| 3.2 การอาบน้ำ | ☐ อาบน้ำเองได้ | ☐ ต้องมีคนช่วย |
| 3.3 การแต่งตัวสวมใส่เสื้อผ้า | ☐ ช่วยตัวเองได้ | ☐ ใส่เองได้น้อยมาก<br>☐ ช่วยตัวเองได้ประมาณ 50% |
| 3.4 ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา (ไม่คิดคะแนน) | ☐ ทำได้เอง (0) | ☐ ต้องการคนช่วย |
| 3.5 การกลั้นอุจจาระ | ☐ กลั้นได้เป็นปกติ | ☐ กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระ<br>☐ กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์) |
| 3.6 การกลั้นปัสสาวะ | ☐ กลั้นได้เป็นปกติ | ☐ กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ<br>☐ กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อวัน) |
| 3.7 การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม | ☐ ช่วยตัวเองได้ดี | ☐ ช่วยตัวเองไม่ได้<br>☐ ทำเองได้บ้าง แต่ต้องมีคนช่วย |
| 3.8 การเคลื่อนย้าย ลุกขึ้นจากเก้าอี้หรือเตียง | ☐ ทำได้เอง | ☐ นั่งไม่ได้ ต้องใช้ 2 คนช่วยยก<br>☐ ต้องมีคนช่วย 1-2 คน พยุงหรือดัน จะนั่งได้<br>☐ ต้องการความช่วยเหลือ เช่น พยุงเล็กน้อย |
| 3.9 การเดินไปมา ภายในตัวบ้าน | ☐ เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง | ☐ เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้<br>☐ ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้)<br>☐ เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง บอกให้ทำตาม ดูแลเพื่อความปลอดภัย |

| | | |
|---|---|---|
| 3.10 การขึ้นลงบันได 1 ชั้น | ☐ ขึ้นลงได้เอง | ☐ ไม่สามารถทำได้<br>☐ ต้องการคนช่วย |
| 3.11 ต้องการความช่วยเหลือในการทำงานบ้านอย่างเบา เช่น กวาดบ้าน เก็บของ ทำเตียง หรือไม่ | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ |
| 3.12 ท่านสามารถเดินไกลรวดเดียวอย่างน้อย 400 เมตร หรือ 10 ช่วงเสาไฟฟ้า หรือ 8 ช่วงตึกห้องแถวหรือไม่ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |

**<u>การแปลผล</u>**

Frailty index (FI) = จำนวนปัญหาที่พบ ÷ จำนวนปัญหาที่ประเมิน

=x+y+z/30

**เกณฑ์วินิจฉัยภาวะเปราะบาง ≥ 0.25**

**หรือ**

**คิดคะแนน x+y+z**

- แข็งแรง ≤ 3 คะแนน
- ภาวะก่อนเปราะบาง 4-7 คะแนน
- ภาวะเปราะบาง 8-13 คะแนน
- ภาวะเปราะบางรุนแรง ≥ 14 คะแนน

**เอกสารแนบหมายเลข 3**

**ชื่อ สกุล.** .....
**วันที่**...../...../.....

## FRAIL scale

| คำถาม | คะแนน = 0 | คะแนน = 1 |
|---|---|---|
| 1 ในช่วง 4 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านรู้สึกอ่อนเพลียบ่อยมากแค่ไหน (ให้เลือกตอบ : *1 = ตลอดเวลา, 2 = เกือบตลอดเวลา, 3 = บางเวลา, 4 = ส่วนน้อย, 5 = ไม่เคยเลย*) | ☐ บางเวลา<br>☐ ส่วนน้อย<br>☐ ไม่เคยเลย | ☐ ตลอดเวลา<br>☐ เกือบตลอดเวลา |
| 2 ท่านมีปัญหาเวลาท่านเดินขึ้นบันได 10 ขั้นด้วยตัวเองโดยไม่หยุดพัก และไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย หรือไม่ | ☐ ไม่มี | ☐ มี |
| 3 ท่านมีปัญหาเวลาท่านเดิน 300-400 เมตร ด้วยตัวเองโดยไม่หยุดพักและไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย หรือไม่ | ☐ ไม่มี | ☐ มี |
| 4 แพทย์เคยแจ้งว่าท่านมีโรคต่างๆ เหล่านี้หรือไม่ ได้แก่<br>☐ โรคความดันโลหิตสูง<br>☐ โรคเบาหวาน<br>☐ โรคมะเร็ง (ไม่รวมมะเร็งผิวหนัง)<br>☐ โรคปอดเรื้อรัง<br>☐ โรคหลอดเลือดหัวใจกำเริบ<br>☐ ภาวะหัวใจวาย<br>☐ อาการแน่นหน้าอกจากโรคหลอดเลือดหัวใจ<br>☐ โรคหอบหืด<br>☐ ภาวะข้ออักเสบ<br>☐ โรคหลอดเลือดสมอง<br>☐ โรคไตเรื้อรัง | ☐ 0-4 โรค | ☐ 5-11 โรค |
| 5 น้ำหนักท่านลดลงมากกว่า 5 % ใน 1 ปีหรือไม่ | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ |
| **คะแนนรวม** | | **...../5** |

**การแปลผล**

| | | |
|---|---|---|
| กลุ่มแข็งแรง | 0 | คะแนน |
| กลุ่มก่อนเปราะบาง | 1-2 | คะแนน |
| กลุ่มเปราะบาง | ≥ 3 | คะแนน |

**เอกสารแนบหมายเลข 4**

**ตัวอย่าง potential inappropriate medication ที่ควรหลีกเลี่ยงในผู้สูงอายุเปราะบาง**

| กลุ่มยา | ชื่อยา | อาการไม่พึงประสงค์ | คำแนะนำการจัดการ |
|---|---|---|---|
| **ยากลุ่มที่มีฤทธิ์ต้านโคลิเนอจิกสูง (drug with high anticholinergic activity)** | **First generation antihistamines:**<br>Brompheniramine<br>Chlorpheniramine (ชนิดกิน)<br>Cyproheptadine<br>Dimenhydrinate<br>Diphenhydramine (ชนิดกิน)<br>Hydroxyzine<br>Triprolidine | - Anticholinergic symptoms (สับสน ง่วงซึม ปากแห้ง ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก หัวใจเต้นเร็ว ตาพร่า) เพิ่มความเสี่ยงต่อการซึมสับสนฉับพลัน ความจำถดถอย และเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม | - การรักษาโรคภูมิแพ้จมูก หรือภูมิแพ้ผิวหนัง พิจารณาใช้ยากลุ่ม non-sedating antihistamines เช่น loratadine, cetirizine หรือยาพ่นจมูกชนิดที่มีสเตียรอยด์แทน<br>- กรณีน้ำมูกไหลจากการติดเชื้อไวรัส พิจารณาใช้การล้างจมูกด้วยน้ำเกลือแทน<br>- ไม่ใช้ยา cyproheptadineเพื่อเพิ่มความอยากอาหาร แต่ให้หาสาเหตุและแก้ไขด้วยวิธีอื่น |
| | **Tricyclic antidepressant (TCA):**<br>Clomipramine<br>Desipyramine<br>Doxepine<br>Imipramine<br>Amitriptyline<br>Nortriptyline | - Anticholinergic symptoms (สับสน ง่วงซึม ปากแห้ง ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก หัวใจเต้นเร็ว ตาพร่า) เพิ่มความเสี่ยงต่อการซึมสับสนฉับพลัน ความจำถดถอยและเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม<br>- มึนงง orthostatic hypotension | - โรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล ควรเลือกยาอื่นที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยมากกว่า ยกเว้นกรณีที่มีภาวะดื้อต่อการรักษาด้วยยา<br>- neuropathic pain ควรเลือกยาอื่นที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยมากกว่า เช่น gabapentin<br>- ไม่ควรใช้เพื่อช่วยให้นอนหลับ<br>- สำหรับ nortriptyline เพื่อป้องกันโรคปวดศีรษะไมเกรนที่ไม่ได้ผลด้วยยาอื่น ควรเริ่มขนาดต่ำ ไม่เกิน 25 mg/วัน และหลีกเลี่ยงการใช้ในกลุ่มเปราะบางสมองเสื่อม หรืออายุมากกว่า 75 ปี |
| | **Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs):** | - Anticholinergic symptoms (สับสน ง่วงซึม ปากแห้ง ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก หัวใจเต้นเร็ว | - สำหรับการรักษาโรคซึมเศร้าหรือโรควิตกกังวล ไม่แนะนำให้เลือกใช้เป็นอันดับแรก เนื่องจาก |

| กลุ่มยา | ชื่อยา | อาการไม่พึงประสงค์ | คำแนะนำการจัดการ |
|---|---|---|---|
| | Paroxetine | ตาพร่า) รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการซึมสับสนฉับพลัน ความจำถดถอยและเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม<br>- เพิ่มความเสี่ยงการเกิดเลือดออก | มียาอื่นที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยมากกว่าให้เลือกใช้ |
| | **Conventional antipsychotics:**<br>Chlorpromazine<br>Tioridazine | - Anticholinergic symptoms (สับสน ง่วงซึม ปากแห้ง ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก หัวใจเต้นเร็ว ตาพร่า) รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการซึมสับสนฉับพลัน ความจำถดถอยและเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม<br>- มึนงง orthostatic hypotension<br>- เพิ่มความเสี่ยงการเกิด QTc prolongation และ EPS | - สำหรับการรักษาโรคจิตเภทไม่แนะนำให้เลือกใช้เป็นอันดับแรกเพราะมียาอื่นที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยมากกว่าให้เลือกใช้<br>- ไม่ควรใช้เพื่อช่วยให้นอนหลับ |
| **ยากลุ่มที่มีฤทธิ์ต้านโคลิเนอจิกสูง (drug with high anticholinergic activity)** | **Atypical antipsychotics:**<br>Clozapine | - Anticholinergic symptoms (สับสน ง่วงซึม ปากแห้ง ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก หัวใจเต้นเร็ว ตาพร่า) รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการซึมสับสนฉับพลัน ความจำถดถอยและเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม<br>- มึนงง orthostatic hypotension<br>- เม็ดเลือดขาวต่ำ<br>- เยื่อหุ้มหัวใจอักเสบ | - สำหรับการรักษาโรคจิตเภทไม่แนะนำให้เลือกใช้เป็นอันดับแรกเพราะมียาอื่นที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัยมากกว่าให้เลือกใช้ ยกเว้นกรณีที่มีภาวะดื้อต่อการรักษาด้วยยา |
| | **ยาคลายกล้ามเนื้อ:**<br>Orphenadrine | - Anticholinergic symptoms (สับสน ง่วงซึม ปากแห้ง ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก หัวใจเต้นเร็ว ตาพร่า) รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อการซึมสับสนฉับพลัน ความจำถดถอยและเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม รวมถึงอาจเพิ่มความเสี่ยงของการนำไปใช้ในทางที่ผิด | - พิจารณาการรักษาโดยไม่ใช้ยาในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับการปวดตึงของกล้ามเนื้อ หรือการรักษาเฉพาะที่ ร่วมกับการใช้ยา paracetamol ที่ให้เป็น regular schedule ระยะสั้นเพื่อช่วยลดอาการปวด |
| | **Antispasmodics:**<br>Atropine<br>Belladonna alkaloids<br>Hyoscine | - Anticholinergic symptoms (สับสน ง่วงซึม ปากแห้ง ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก หัวใจเต้นเร็ว ตาพร่า) รวมถึงเพิ่มความเสี่ยงต่อ | - พิจารณาใช้เมื่อมีข้อบ่งใช้เท่านั้น |

| กลุ่มยา | ชื่อยา | อาการไม่พึงประสงค์ | คำแนะนำการจัดการ |
|---|---|---|---|
| | Hyoscyamine<br>Dicyclomine<br>Flavoxate<br>Propiverine<br>Propantheline | การซึมสับสนฉับพลัน ความจำถดถอยและเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม | |
| **ยาแก้ปวด ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน** | Pethidine<br>Tramadol | - เพิ่มความเสี่ยงต่อการซึมสับสนฉับพลัน ความจำถดถอยและเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม | - หากเป็นอาการปวดหลังการผ่าตัด ใช้ยา paracetamol around the clock เป็นพื้นฐาน หรือ opioid อื่น เช่น morphine ในขนาดต่ำ ๆ around the clock ในช่วง 2-3 วันแรกหลังผ่าตัด |
| **ยานอนหลับกลุ่ม Benzodiazepines และ Non-benzodiazepine** | Alprazolam<br>Triazolam<br>Chlordiazepoxide<br>Clonazepam<br>Clorazepate<br>Diazepam<br>Lorazepam<br>Oxazepam<br>Temazepam | - ง่วงซึม สับสน กล้ามเนื้ออ่อนแรง เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มและกระดูกหัก เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม | - หาสาเหตุของการนอนไม่หลับเพื่อแก้ต้นเหตุ และเลือกใช้การรักษาโดยไม่ใช้ยาก่อน เช่น การมีพฤติกรรมการนอนที่เหมาะสม<br>- หากจำเป็น ควรเริ่มยาในขนาดต่ำ และเพิ่มอย่างช้า ๆ<br>- ในผู้ที่ได้รับยามาเป็นเวลานานหลายเดือน ไม่ควรหยุดใช้ยาทันที เพราะทำให้เกิดอาการซึมสับสนเฉียบพลันได้ |

**เอกสารแนบหมายเลข 5**

**ตัวอย่างรายการยาที่ควรหลีกเลี่ยงหรือปรับลดขนาดในผู้สูงอายุเปราะบางที่มีการทำงานของไตลดลง**

| กลุ่มยา | CrCl (mL/min) ที่ต้องปรับลดยา | เหตุผลที่ต้องปรับลด | คำแนะนำการจัดการ |
|---|---|---|---|
| ยาปฏิชีวนะ | | | |
| - Ciprofloxacin | < 30 | เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดผลข้างเคียง ต่อระบบประสาท เช่น ชัก สับสน | ลดขนาด เมื่อ CrCl<30 |
| - Trimethoprim-sulfamethoxazole | < 30 | เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดพิษต่อไตและ hyperkalemia โดยเฉพาะเมื่อใช้ร่วมกับ ACEI, ARB, ARNI | ลดขนาด เมื่อ CrCl<30 หลีกเลี่ยง ถ้า CrCl<15 |
| - Acyclovir | < 25 | เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดพิษต่อระบบประสาท เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดพิษที่ไต | ลดขนาดเมื่อ CrCl<25 |
| - Valcyclovir | < 50 | เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดพิษต่อระบบประสาท | ลดขนาด เมื่อ CrCl<50 |
| ยาเบาหวาน | | | |
| - Metformin | < 45 | เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดภาวะ Lactic acidosis | ลดขนาด เมื่อ CrCl <45 ไม่เกิน 1000 mg/day หลีกเลี่ยง ถ้า CrCl<30 |
| Cardiovascular and anti-thrombotics | | | |
| - Dabigatan | < 30 | ไม่มีข้อมูลความปลอดภัยในกรณีที่ CrCl <30 | หลีกเลี่ยง ถ้า CrCl<30 ลดขนาดถ้าใช้ร่วมกับยาที่มี drug interaction |
| - Edoxaban | < 30 | ไม่มีข้อมูลความปลอดภัยในกรณีที่ CrCl <30 | ลดขนาด เมื่อ CrCl<50 หลีกเลี่ยง ถ้า CrCl<15 |
| - Enoxaparin | < 30 | เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออก | ลดขนาด เมื่อ CrCl<30 |
| - Fondaparinux | < 30 | เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดเลือดออก | หลีกเลี่ยง ถ้า CrCl<30 |
| - Rivaroxaban | < 50 | ไม่มีข้อมูลความปลอดภัยในกรณีที่ CrCl <15 | ลดขนาด เมื่อ CrCl<50 หลีกเลี่ยง ถ้า CrCl<15 |
| - Spironolactone | < 30 | hyperkalemia | หลีกเลี่ยง ถ้า CrCl<30 |
| Central nervous system and analgesics | | | |
| - Baclofen | < 60 | เพิ่มความเสี่ยงในการเกิด encephalopathy ที่ต้องนอนโรงพยาบาลในผู้สูงอายุที่ CrCl <60 หรือคนที่ล้างไต | หลีกเลี่ยง ถ้า CrCl<60 หรือใช้ขนาดต่ำและติดตามใกล้ชิด |
| - Gabapentin | < 60 | ผลข้างเคียงต่อระบบประสาท | ลดขนาด เมื่อ CrCl<60 |
| - Levetiracetam | < 80 | ผลข้างเคียงต่อระบบประสาท | ลดขนาด เมื่อ CrCl<60 |
| - NSAIDs ทั้งกลุ่ม non-selective และ | < 50 | เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดพิษต่อไต | |

| กลุ่มยา | CrCl (mL/min) ที่ต้องปรับลดยา | เหตุผลที่ต้องปรับลด | คำแนะนำการจัดการ |
|---|---|---|---|
| **COX2 selective ทั้งแบบกินและฉีด** | | | |
| - **Pregabalin** | < 60 | ผลข้างเคียงต่อระบบประสาท | ลดขนาด เมื่อ CrCl<60 |
| - **Tramadol** | < 30 | ผลข้างเคียงต่อระบบประสาท | ลดขนาด เมื่อ CrCl<30 |
| Gastrointestinal | | | |
| - **Cimetidine** | < 50 | ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง | ลดขนาด เมื่อ CrCl<50 |
| - **Famotidine** | < 50 | ความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง | ลดขนาด เมื่อ CrCl<50 |
| Hyperuricemia | | | |
| - **Colchicin** | < 30 | ผลข้างเคียงต่อระบบทางเดินอาหาร ประสาท กล้ามเนื้อ ไขกระดูก | ลดขนาด เมื่อ CrCl<30 และติดตามใกล้ชิด |
| - **Probenecid** | < 30 | ไม่มีประสิทธิภาพ | |

**เอกสารอ้างอิง**

1. American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. Journal of the American Geriatrics Society. 2023;71(7):2052-81.

2. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. Journal of the American Geriatrics Society. 2019;67(4):674-94.

3. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางป้องกันเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาในผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข (หนังสือ).2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 ก.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก http://agingthai.dms.go.th/agingthai/wp-content/uploads/2022/11/66_Manual01.pdf

เอกสารแนบหมายเลข 6

ชื่อ สกุล. .....
วันที่...../...../.....

## แบบประเมินภาวะเปราะบาง Thai Frailty index for intervention

| คำถาม | คะแนน = 0 | คะแนน = 1 | Domain |
|---|---|---|---|
| **1. ผู้ป่วยมีโรคหรือภาวะต่อไปนี้หรือไม่ (13 คะแนน)** | | คะแนน = X/13 | |
| 1.1 กินยามากกว่า 5 ชนิด (ไม่คิดคะแนน) | ☐ ไม่มี | ☐ มี | 1 |
| 1.2 โรคความดันโลหิตสูง | ☐ ไม่มี | ☐ มี | 2 |
| 1.3 โรคเบาหวาน | ☐ ไม่มี | ☐ มี | 2 |
| 1.4 โรคหลอดเลือดสมอง | ☐ ไม่มี | ☐ มี | 2 |
| 1.5 โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง | ☐ ไม่มี | ☐ มี | 2 |
| 1.6 โรคไตเรื้อรัง (CKD stage3 ขึ้นไป) | ☐ ไม่มี | ☐ มี | 2 |
| 1.7 มี BMI < 18.5 kg/m2 หรือ น้ำหนักลดมากกว่า 5% ของน้ำหนักตัวใน 1 ปี | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ | 3 |
| 1.8 มีฟันน้อยกว่า 20 ซี่ หรือใช้ฟันปลอม | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ | 3 |
| 1.9 มีปัญหาการได้ยิน จนต้องตะโกนสื่อสาร | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ | |
| 1.10 ประวัติหกล้มภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา | ☐ ไม่มี | ☐ มี | 4 |
| 1.11 Hand grip dynamometer ต่ำกว่าปกติ (เมื่อแรงบีบมือต่อน้ำหนักตัว ≤ 0.48 ในเพศชาย หรือ ≤ 0.35 ในเพศหญิง) | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ | 4 |
| 1.12 ความจำลดลง (ถาม ต้นไม้ รถยนต์ มือ หลังถามไป 3 นาที) | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ (จำได้< 2) | 5 |
| 1.13 การคำนวณผิดปกติ (ลบเลข 100-7 ไป 3 ครั้ง) | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ (ลบไม่ถูกเลย) | 5 |
| 1.14 ต้องการความช่วยเหลือในการจัดยา กินยาหรือไม่ | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ | 5 |
| **2. ภาวะจิตใจ คุณภาพชีวิต (6 คะแนน)** | | คะแนน = y/6 | |
| 2.1 ท่านจัดคุณภาพชีวิตของท่านโดยรวมอยู่ในระดับใด | ☐ ดี (ดีมาก ดี) | ☐ ไม่ดี (ปานกลาง แย่ แย่มาก) | 6 |
| 2.2 โดยรวม ท่านมีความพอใจในชีวิตทุกวันนี้ระดับใด | ☐ ดี (ดีมาก ดี) | ☐ ไม่ดี (ปานกลาง แย่ แย่มาก) | 6 |
| 2.3 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เคยมีช่วงเวลาหลายวันที่รู้สึกเศร้า ว่างเปล่า หรือ ซึมเศร้าหรือไม่ | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ | 6 |
| 2.4 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เคยมีช่วงเวลาหลายวันที่รู้สึกพลังในร่างกายลดลง หรือรู้สึกเหนื่อย เบื่อ ตลอดเวลา | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ | 6 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| 2.5 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เคยมีช่วงเวลาหลายวันที่รู้สึกไม่สนใจอะไรในสิ่งที่เคยชอบ เช่น งาน งานอดิเรก ความสัมพันธ์กับคนสนิท | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ | 6 |
| 2.6 ในช่วง 30 วันที่ผ่านมา ท่านมีปัญหาในการนอน ได้แก่ ง่วงนอนกลางวัน ตื่นบ่อยกลางคืน หรือ ตื่นเช้าเกินไป | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ | 6 |
| **3. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (11 คะแนน)** | | **คะแนน** = z/11 | |
| 3.1 การกินอาหาร | ☐ ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ เมื่อเตรียมอาหารวางไว้ให้ (2) | ☐ ต้องมีคนป้อนให้หรือรับอาหารทางสายยาง (0)<br>☐ ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย (1) | 7 |
| 3.2 การอาบน้ำ | ☐ อาบน้ำเองได้ (1) | ☐ ต้องมีคนช่วย (0) | 7 |
| 3.3 การแต่งตัวสวมใส่เสื้อผ้า | ☐ ช่วยตัวเองได้ (2) | ☐ ใส่เองได้น้อยมาก (0)<br>☐ ช่วยตัวเองได้ประมาณ 50% (1) | 7 |
| 3.4 ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา (ไม่คิดคะแนน) | ☐ ทำได้เอง (0) | ☐ ต้องการคนช่วย (1) | 7 |
| 3.5 การกลั้นอุจจาระ | ☐ กลั้นได้เป็นปกติ (2) | ☐ กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระ (0)<br>☐ กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์) (1) | 8 |
| 3.6 การกลั้นปัสสาวะ | ☐ กลั้นได้เป็นปกติ (2) | ☐ กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะ (0)<br>☐ กลั้นไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อวัน) (1) | 8 |
| 3.7 การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม | ☐ ช่วยตัวเองได้ดี (2) | ☐ ช่วยตัวเองไม่ได้ (0)<br>☐ ทำเองได้บ้าง แต่ต้องมีคนช่วย (1) | 9 |
| 3.8 การเคลื่อนย้าย ลุกขึ้นจากเก้าอี้หรือเตียง | ☐ ทำได้เอง (3) | ☐ นั่งไม่ได้ ต้องใช้ 2 คนช่วยยก (0)<br>☐ ต้องมีคนช่วย 1-2 คน พยุงหรือดัน จะนั่งได้ (1) | 9 |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | ☐ ต้องการความช่วยเหลือเช่น พยุงเล็กน้อย (2) | |
| 3.9 การเดินไปมา ภายในตัวบ้าน | ☐ เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง (3) | ☐ เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ (0)<br>☐ ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) (1)<br>☐ เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง บอกให้ทำตาม ดูแลเพื่อความปลอดภัย(2) | 9 |
| 3.10 การขึ้นลงบันได 1 ชั้น | ☐ ขึ้นลงได้เอง (2) | ☐ ไม่สามารถทำได้ (0)<br>☐ ต้องการคนช่วย (1) | 9 |
| 3.11 ต้องการความช่วยเหลือในการทำงานบ้านอย่างเบา เช่น กวาดบ้าน เก็บของ ทำเตียง หรือไม่ | ☐ ไม่ใช่ | ☐ ใช่ | 9/10 |
| 3.12 ท่านสามารถเดินไกลรวดเดียวอย่างน้อย 400 เมตร หรือ 10 ช่วงเสาไฟฟ้า หรือ 8 ช่วงตึกห้องแถวหรือไม่ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ | 9/10 |

**<u>การแปลผล</u>**

Frailty index (FI) = จำนวนปัญหาที่พบ ÷ จำนวนปัญหาที่ประเมิน

=x+y+z/30

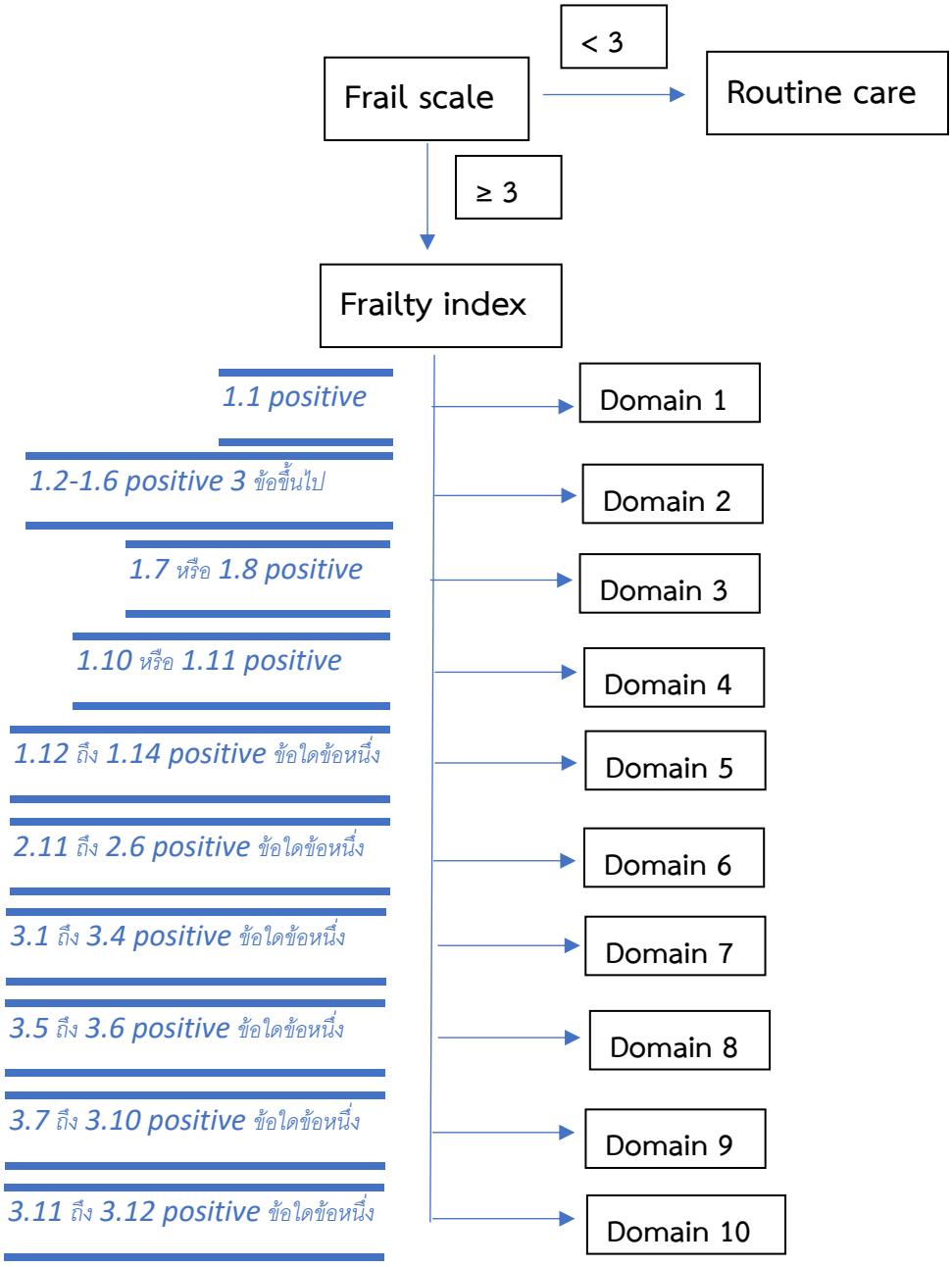
**เกณฑ์วินิจฉัยภาวะเปราะบาง ≥ 0.25**

**หรือ**

**คิดคะแนน x+y+z**

- แข็งแรง ≤ 3 คะแนน
- ภาวะก่อนเปราะบาง 4-7 คะแนน
- ภาวะเปราะบาง 8-13 คะแนน
- ภาวะเปราะบางรุนแรง ≥ 14 คะแนน

## แนวทางการใช้แบบประเมิน frailty หลังจากการคัดกรอง



**เอกสารแนบหมายเลข 7**

**แผนการดูแลสำหรับผู้สูงอายุเปราะบางระยะเปลี่ยนผ่าน**
**(Transition care plan for frail older patient)**

Sticker

**พยาบาล**

**เลขบัตรประจำตัวประชาชน** .....

**สิทธิการรักษา**

☐ ข้าราชการ/กรมบัญชีกลาง/ต้นสังกัด ☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งตัว ระบุ.....

☐ ประกันสังคม ☐ ประกันสังคมส่งตัว รพ. ..... ☐ เงินสด ☐ อื่นๆ ระบุ.....

**เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล** ตั้งแต่วันที่ ...../...../.....ถึงวันที่ ...../...../..... รวม..... วันนอน

☐ Intensive Unit Care ตั้งแต่วันที่ ...../...../.....ถึงวันที่ ...../...../..... รวม..... วันนอน

☐ Acute Care ตั้งแต่วันที่ ...../...../.....ถึงวันที่ ...../...../..... รวม..... วันนอน

☐ Intermediate Care ตั้งแต่วันที่ ...../...../.....ถึงวันที่ ...../...../..... รวม..... วันนอน

**สถานะที่ออกจากรพ.** ☐ กลับบ้าน ..... ☐ Nursing home.....

☐ ส่งต่อโรงพยาบาล.....

**ผู้ดูแล**..... **เบอร์โทรศัพท์สำหรับติดต่อ** .....

**การวินิจฉัย** .....

**แพทย์เจ้าของไข้** .....

**<u>สถานะผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล</u>**

**ความสามารถในการดูแลตัวเอง (Barthel Index)**

Feeding ☐0 ☐1 ☐2 Grooming ☐0 ☐1 Transfer ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 Toilet use ☐0 ☐1 ☐2

Mobility ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 Stairs ☐0 ☐1 ☐2 Bowels ☐0 ☐1 ☐2 Bladder ☐0 ☐1 ☐2

Dressing ☐0 ☐1 ☐2 Bathing ☐0 ☐1 รวมคะแนน..... (เต็ม 20 คะแนน)

**แพทย์**

**โรคประจำตัว**

☐ โรคเบาหวาน (DM) ☐ โรคความดันโลหิตสูง (HT) ☐ โรคไขมันในเลือดสูง (DLP) ☐ ภาวะกระดูกพรุน

☐ โรคพาร์กินสัน (Parkinson' s disease) ☐ ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ☐ ภาวะสมรรถภาพสมองถดถอย (MCI)

☐ โรคหลอดเลือดสมอง (Old CVA/Stroke) ☐ โรคหัวใจวาย (Heart failure) ☐ โรคหลอดเลือดหัวใจ (CAD)

☐ ภาวะไตเสื่อม (CKD) ☐ ภาวะไตวาย (ESRD) ☐ อื่น ๆ ระบุ .....

**ความเจ็บป่วยเฉียบพลันที่เข้านอนโรงพยาบาล**

.....

.....

.....

**ภาวะแทรกซ้อนที่พบ<u>ระหว่าง</u>อยู่โรงพยาบาล**

☐ ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (Delirium) ☐ มีภาวะทุพโภชนาการ

☐ มีแผลกดทับ (Pressure Injury). ☐ มีผิวหนังอักเสบจากภาวะกลั้นอุจจาระปัสสาวะไม่ได้ (Incontinence Associated Dermatitis: IAD)

☐ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ**<u>หลัง</u>**นอนโรงพยาบาล ☐ อื่น ๆ ระบุ .....

**สรุปการรักษาที่ได้รับ**

.....

.....

**เอกสารแนบหมายเลข 7**

**แผนการดูแลสำหรับผู้สูงอายุเปราะบางระยะเปลี่ยนผ่าน**
**(Transition care plan for frail older patient)**

Sticker

**สรุปแผนในการดูแลต่อเนื่อง สิ่งที่ต้องระวัง**

.....

.....

.....

.....

**เภสัชกร/เภสัชกร**

**Medicine reconciliation เมื่อจำหน่าย (แนบรายการยาปัจจุบัน)**

☐ มีรายการยาที่เพิ่มขึ้นจากก่อนเข้ารพ

.....

.....

.....

.....

☐ มีรายการยาที่หยุดไป (เหตุผล) คือ

.....

.....

.....

.....

**OT/PM&R**

**ความสามารถในการกลืน** ☐ ปกติ ☐ มีปัญหา ระบุ .....

**คำแนะนำปรับสภาพบ้านเพิ่มเติม**

- หน้าบ้าน ☐ ทางลาด ☐ ติดเทปสี ☐ อื่น ๆ .....
- ภายในบ้าน ☐ ติดเทปสี ☐ จัดระเบียบบ้าน ☐ อื่น ๆ .....
- ห้องนอน ☐ ย้ายลงมาชั้นล่าง ☐ จัดหาเตียง ☐ อื่น ๆ .....
- ห้องน้ำ ☐ ติดเทปสี ☐ เก็บพรมเช็ดเท้า ☐ แผ่นกันลื่น ☐ ติดราวจับ ☐ เก้าอี้อาบน้ำ ☐ เก้าอี้ขับถ่าย

**คำแนะนำเพิ่มเติม** .....

**PT/PM&R**

- **Cooperation** ☐ Yes ☐ No
- **ROM:** .....
- **Bed mobility:** ☐ able ☐ unable.....
- **Sitting balance:** .....
- **Sit to stand:** ☐ able ☐ unable .....
- **Standing balance:** .....

- **Ambulation:** ☐ able ☐ unable
- Gait aid.....
- Assistance.....
- **Stair:** ☐ able ☐ unable
- Gait aid.....
- Assistance.....
- Number of steps.....

**นักจิตวิทยาคลินิก/**

☐ การรู้คิด (Cognition) ..... ☐ อารมณ์ (Mood) .....

☐ ความรู้สึกกดดันเป็นภาระของญาติผู้ดูแล (Caregiver Burden) .....

**คำแนะนำสำหรับดูแลต่อเนื่อง**

.....

.....

**เอกสารแนบหมายเลข 7**

**แผนการดูแลสำหรับผู้สูงอายุเปราะบางระยะเปลี่ยนผ่าน**
**(Transition care plan for frail older patient)**

Sticker

**นักกำหนดอาหาร/**

☐ อาหารที่เหมาะสม (Diet) .....

**คำแนะนำสำหรับดูแลต่อเนื่อง**

.....

.....

**พยาบาล**

**คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (EQ-5D-5L) วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล** ..... (.....%)

**ประเด็นสำคัญที่ต้องดูแลต่อเนื่อง**

- อุปกรณ์/สายต่างๆ ☐ NG Tube No..... ☐ Foley's Catheter No..... ☐ O2 ระบุ.....
- แผลกดทับ (PI) ☐ Stage 1 ☐ Stage 2 ☐ Stage 3 ☐ Stage 4 ☐ Unstageable ☐ Deep tissue pressure injury
- ผิวหนังอักเสบจากอุจจาระ/ปัสสาวะ (IAD) ☐ mild ☐ moderate ☐ severe
- อื่นๆ ระบุ .....

**ข้อควรระวังในผู้ป่วยรายนี้**

.....

.....

.....

**การนัดตรวจติดตามผลการรักษา**

☐ ออร์โธปิดิกส์ (Orthopedic) วันที่ ...../...../.....ห้องตรวจ ☐ อื่น ๆ .....

☐ แพทย์ผู้สูงอายุ (Geriatric) วันที่...../...../.....ห้องตรวจ ☐ OPD 499 ☐ อื่น ๆ .....

☐ เวชศาสตร์ฟื้นฟู (PM&R) วันที่...../...../.....ห้องตรวจ ☐ OPD 499 ☐ ตึกศรีสังวาลย์ชั้น 1 ☐ อื่น ๆ.....

☐อื่น ๆ .....

**จำหน่ายโดย (ระบุชื่อหอผู้ป่วย)** ..... **เบอร์โทรหอผู้ป่วย** .....

**ผู้สูงอายุและญาติ**

| **สิ่งที่ผู้สูงอายุให้ความสำคัญ ได้แก่** | **แนวทางในการจัดการ คือ** |
|---|---|
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| **สิ่งที่ผู้สูงอายุกลัวหรือกังวลใจ ได้แก่** | **แนวทางในการจัดการ คือ** |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| **สิ่งที่ผู้สูงอายุอยากให้เกิดขึ้น ได้แก่** | **แนวทางในการจัดการ คือ** |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |
| ..... | ..... |

**<u>หมายเหตุ</u>**
เอกสารนี้มอบให้ผู้ป่วยเมื่อจำหน่าย เพื่อเป็นข้อมูลส่งต่อการรักษากับสถานบริการทางการแพทย์และผู้เกี่ยวข้อง

Edit Date
กย 2566

## เอกสารแนบหมายเลข 8 แบบประเมินความเหมาะสมในการเข้า hospital-based IMC



IMC-01

**หอผู้ป่วยเดิม**..... **วันที่ประเมิน**.....

**1. แบบประเมินภาวะเปราะบาง (Frailty) และการทำกิจวัตรประจำวัน (bADL) ของผู้ป่วย**

**1.1 แบบประเมินภาวะเปราะบางของผู้ป่วย*ใน 1 เดือนที่ผ่านมา*** **(Frailty)**

[ ] มีอาการเหนื่อยล้า หรืออ่อนเพลียค่อนข้างมาก

[ ] เดินระยะ 300 – 400 เมตรต้องหยุดพักหรือใช้อุปกรณ์ช่วย

[ ] เดินขึ้นบันได 1 ชั้น ต้องหยุดพักหรือขึ้นไม่ได้เลย

[ ] น้ำหนักลดลงโดยไม่ได้ตั้งใจ

[ ] มีโรคประจำตัวมากกว่า 4 โรค*** →

***โรคประจำตัวที่เกี่ยวข้องกับภาวะเปราะบาง**

[ ] โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน [ ]

[ ] โรคปอดเรื้อรัง (COPD)โรคหลอดเลือดหัวใจกำเริบ [ ]

[ ] ภาวะหัวใจวาย โรคหอบหืด [ ]

[ ] ภาวะข้ออักเสบ [ ] โรคหลอดเลือดสมอง

[ ] โรคไต [ ] โรคมะเร็ง (ไม่รวมมะเร็งผิวหนัง)

[ ] อาการแน่นหน้าอกจากโรคหลอดเลือดหัวใจ

***มีอาการ ≥ 3 ข้อ*** ⇨ ☐ **ผู้ป่วยมีภาวะเปราะบาง (Frailty)**

**1.2 แบบประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน Barthel ADL (bADL)**

**1) การรับประทานอาหาร (Feeding)**

[ 0 ] ตักอาหารเองไม่ได้, On NG-tube

[ 1 ] ตักอาหารได้แต่ต้องมีคนช่วย [ 2 ] ตักอาหารและช่วยตัวเองได้ปกติ

**2) ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 – 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา (Grooming)**

[ 0 ] ต้องการความช่วยเหลือ [ 1 ] ทำเองได้ (รวมถึงเตรียมอุปกรณ์ให้)

**3) ลุกจากที่นอน หรือเตียงไปยังเก้าอี้ (Transfer)**

[ 0 ] นั่งไม่ได้ นั่งแล้วล้มเสมอ [ 1 ] ต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก

[ 2 ] ต้องการความช่วยเหลือบ้างเพื่อความปลอดภัย [ 3 ] ทำได้เอง

**4) การใช้ห้องน้ำ (Toilet use)**

[ 0 ] ช่วยตัวเองไม่ได้

[ 1 ] ทำเองได้บ้างแต่ต้องช่วยเหลือบางสิ่ง [ 2 ] ช่วยตัวเองได้ดี

**5) การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน (Mobility)**

[ 0 ] เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้ [ 1 ] ใช้รถเข็นเคลื่อนที่ได้เอง

[ 2 ] เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย [ 3 ] เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

**6) การสวมใส่เสื้อผ้า (Dressing)**

[ 0 ] ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองไม่ได้

[ 1 ] ทำเองได้ร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย [ 2 ] ช่วยตัวเองได้ดี

**7) การขึ้นลงบันได (Stairs)**

[ 0 ] ไม่สามารถทำได้หรือไม่ได้ทำเลย

[ 1 ] ต้องการคนช่วย [ 2 ] ขึ้นลงได้เองรวมถึงใช้อุปกรณ์ช่วย

**8) การอาบน้ำ (Bathing)**

[ 0 ] ต้องมีคนช่วยหรือทำให้ [ 1 ] อาบน้ำเองได้

**9) การกลั้นอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bowels)**

[ 0 ] กลั้นไม่ได้หรือต้องสวนอุจจาระอยู่เสมอ

[ 1 ] กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็น < 1 ครั้ง/สัปดาห์) [ 2 ] กลั้นได้ปกติ

**10) การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา (Bladder)**

[ 0 ] กลั้นไม่ได้, On foley's catheter

[ 1 ] กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็น < 1 ครั้ง/วัน) [ 2 ] กลั้นได้ปกติ

**สรุป bADL** .....**คะแนน**

***คะแนน ≤ 15 คะแนน*** ⇨ ☐ **มีความบกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน**

**2. แบบประเมินความเหมาะสมในการเข้าพักที่หอผู้ป่วย IMC สลากฯ ชั้น 5 (Intermediate Care)**

**2.1 ข้อกำหนดหลักของผู้ป่วยสูงอายุ *หากมีข้อใดข้อหนึ่งถือว่าเข้าเกณฑ์***

[ ] ผู้สูงอายุมีภาวะเปราะบาง (มีอาการตามข้อ 1.1 ≥ 3 ข้อ)

[ ] มีคะแนนรวมการทำกิจวัตรประจำวัน ≤ 15 คะแนน (ข้อ 1.2)

[ ] เป็นผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัด

**2.2 ข้อกำหนดรองของผู้ป่วยสูงอายุ *ต้องเข้าเกณฑ์ทุกข้อ****

[ ] ไม่ใช่ผู้ป่วยระยะสุดท้าย

[ ] ไม่ใช่ผู้ป่วยติดเตียง

[ ] เป็นผู้ป่วยที่คาดว่าจะได้รับประโยชน์จากการฟื้นฟู

[ ] ผู้ป่วยสามารถเข้าร่วมกิจกรรมการฟื้นฟูระยะกลางที่จัดขึ้นในหอผู้ป่วยได้อย่างน้อย 1-3 ชั่วโมง/วัน

**2.3 ข้อกำหนดของญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย *ต้องเข้าเกณฑ์ทุกข้อ****

[ ] สามารถเข้าร่วมการเรียนรู้และฝึกกิจกรรมพร้อมผู้ป่วยได้อย่างน้อย 3 ครั้ง

[ ] มีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาลของผู้ป่วยบางอย่าง เช่น การจัดยา

[ ] สามารถชำระค่ารักษาพยาบาลส่วนที่เกินจากสิทธิการรักษาได้

[ ] กำหนดระยะเวลาการพักในหอผู้ป่วยไม่เกิน 2 สัปดาห์ (14 วัน)

**2.ข้อกำหนดของผู้ป่วยสูงอายุก่อนรับย้าย 4 *ต้องเข้าเกณฑ์ทุกข้อ****

[ ] ผู้ป่วยมีสัญญาณชีพคงที่ ≥ 48 ชั่วโมง (ต้องมีครบทุกข้อ***)

[ ] T = 36.5 – 37.5 °C

[ ] P = 60 – 100 /min

[ ] RR = 12 – 20 /min & O2 used ≤ 3 LPM

[ ] Systolic BP ≥ 90 mmHg.

[ ] ไม่มีการติดเชื้อรุนแรงหรืออยู่ในภาวะแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่น

**ลงชื่อ**.....

(.....)

**โปรดระบุตำแหน่ง**.....

วันที่.....

วันที่แก้ไขแบบฟอร์ม 16 มิ.ย. 2566

**ข้อกำหนดการเข้าพักเพื่อการดูแลระยะกลางในโรงพยาบาล (hospital-based intermediate care)**

1) หอผู้ป่วย IMC เป็นหอผู้ป่วยพิเศษรวม กำหนดระยะเวลาผู้ป่วยพักในหอผู้ป่วยไม่เกิน 2 สัปดาห์ (14 วัน) และเปิดให้ญาติเยี่ยมทุกวัน เวลา 10.00 - 19.00 น. โดยทางหอผู้ป่วยขอความร่วมมือเข้าเยี่ยมผู้ป่วยครั้งละไม่เกิน 2 ท่าน
2) มีญาติ/ผู้ดูแลเฝ้าผู้ป่วยตลอดระยะเวลาการรักษาในหอผู้ป่วย และสามารถเข้าร่วมฝึกกิจกรรมและเรียนรู้โปรแกรมการฟื้นฟูพร้อมผู้ป่วยได้อย่างน้อย 3 ครั้งตลอดระยะเวลาที่พักรักษาในหอผู้ป่วย หากมีเหตุจำเป็นไม่สามารถเฝ้าได้ กรุณาแจ้งพยาบาลประจำหอผู้ป่วยล่วงหน้าทุกครั้ง
3) อุปกรณ์ของใช้ที่ต้องเตรียมก่อนเข้าพักรักษา
    - อุปกรณ์ของใช้ส่วนตัวของผู้ป่วย ได้แก่ รองเท้าหุ้มส้น แว่นตา เครื่องช่วยฟัง ไม้เท้า ฟันปลอม กล่องสำหรับจัดเก็บฟันปลอม
    - ยาประจำตัวเดิมของผู้ป่วย
    - อุปกรณ์อาบน้ำ ได้แก่ สบู่ ยาสีฟัน ยาสระผม
    - อุปกรณ์ของใช้ส่วนตัวของญาติ/ผู้ดูแล
4) **หอผู้ป่วยขออนุญาตบันทึกภาพ เสียงและ/หรือวิดีทัศน์ที่มีผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลเพื่อนำไปติดตามผลการรักษาและ/หรือเป็นสื่อการสอน ตีพิมพ์ในแผ่นพับเอกสารของทางโรงพยาบาลฯ หรือสิ่งตีพิมพ์อื่นๆ เพื่อประโยชน์ทางการเรียนการสอนและความก้าวหน้าทางวิชาการแพทย์ และเพื่อเป็นหลักฐานทางการแพทย์โดยไม่ระบุชื่อของผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล
5) หอผู้ป่วยขอความร่วมมือไม่นำของมีค่าติดตัวมาที่หอผู้ป่วย หากมีการสูญหายทางหอผู้ป่วยจะไม่รับผิดชอบทุกกรณี
6) ไม่อนุญาตให้นำของมีคมเข้ามาในหอผู้ป่วย
7) ไม่อนุญาตให้นำสารเสพติดและสิ่งที่มีส่วนผสมของสารเสพติดเข้ามาในหอผู้ป่วย เช่น กัญชา บุหรี่ สุรา เป็นต้น
8) ไม่อนุญาตให้นำอาหารที่มีกลิ่นรุนแรงเข้ามารับประทานในหอผู้ป่วย
9) พื้นที่ทำกิจกรรมภายในหอผู้ป่วย ทางหอผู้ป่วยขอความร่วมมือให้ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแลช่วยรักษาความสะอาด
    - ห้องอาหาร เป็นพื้นที่สำหรับรับประทานอาหารร่วมกันของผู้ป่วยและเป็นพื้นที่สำหรับทำกิจกรรมของทีมสหสาขาวิชาชีพต่างๆ เช่น การสอนทำอาหารโดยนักกำหนดอาหาร เป็นต้น
        - ญาติ/ผู้ดูแลและผู้ป่วยสามารถใช้ตู้เย็นและไมโครเวฟภายในห้องอาหาร ได้โดยมีข้อปฏิบัติดังนี้
            - ✓ *ตู้เย็น* สามารถนำอาหารมาแช่ได้โดยระบุความเป็นเจ้าของให้เรียบร้อย หากมีการสูญหายทางหอผู้ป่วยจะไม่รับผิดชอบทุกกรณี
            - ✓ *ไมโครเวฟ* สามารถนำอาหารมาอุ่นได้โดยใช้ภาชนะหรือบรรจุภัณฑ์ที่สามารถนำเข้าไมโครเวฟได้เท่านั้น
    - ห้องกิจกรรม เป็นพื้นที่สำหรับรับประทานอาหารร่วมกันของผู้ป่วยและเป็นพื้นที่สำหรับทำกิจกรรมของทีมสหสาขาวิชาชีพต่างๆ เช่น กิจกรรมบำบัด นันทนาการบำบัด ดนตรีบำบัด เป็นต้น
    - ห้องกายภาพ เป็นพื้นที่สำหรับฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด

เนื่องจากห้องอาหาร และห้องกิจกรรม เป็นพื้นที่สำหรับรับประทานอาหารร่วมกันของผู้ป่วยและเป็นพื้นที่สำหรับทำกิจกรรมของทีมสหสาขาวิชาชีพต่างๆ ทางหอผู้ป่วยจึงขอความร่วมมือขอสงวนพื้นที่ไว้ในเวลาทำกิจกรรมดังกล่าว และไม่อนุญาตให้ปิดประตูห้อง (ยกเว้นเวลาที่มีการทำกิจกรรมโดยมีเจ้าหน้าที่หรือเวลาที่เจ้าหน้าที่เข้าใช้งาน)

☐ **ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแลรับทราบข้อกำหนดการเข้าพัก**

**ลงชื่อ**..... **ผู้ป่วย** **ลงชื่อ**..... **ญาติ/ผู้ดูแลโดยชอบธรรม**

(.....) (.....)

วันที่ ..... โปรดระบุความสัมพันธ์.....วันที่ .....

**เอกสารแนบหมายเลข 9**

**แบบสรุปผลการประเมิน Comprehensive Geriatric Assessment**
**สำหรับ Admission หอผู้ป่วย IMC**

Sticker
ชื่อ สกุล
HN

วันที่ประเมิน ..... Fellow/Staff.....
หอผู้ป่วยก่อนจะย้าย ..... วันที่ admit เข้าหอผู้ป่วยเดิม .....
วันที่คาดว่าจะย้ายไป IMC .....

**Physical**

- Principle Diagnosis: .....

- Frail Scale ☐ Fit ☐ Pre-frail ☐ Frail
- Medication problems ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ .....
  Medication reconciliation with preadmission list (ใบยาแนบ)

- SPENT ..... คะแนน ☐ ไม่มี Malnutrition/eating problem ☐ มี ระบุ .....
- Pressure injury ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ Stage ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ Unstageable
  ☐ Deep tissue pressure injury
  ระบุขนาด .....
- IAD ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ grade ☐ mild ☐ moderate ☐ severe ☐ Fungal

**Psycho-Mental**

- Cognition ☐ Dementia ☐ มี ระบุ ชนิด ☐ AD ☐ non AD
  ☐ MCI
  TMSE/MOCA (ใบประเมิน) คะแนน..... REMARKS: .....
- Mood ☐ ปกติ ☐ Depress mood
  TGDS/PHQ9 (ใบประเมิน) คะแนน..... REMARKS: .....
- Delirium ใน admit ครั้งนี้ ☐ ไม่มี ☐ มี ระบุ ชนิด ☐ Hypoactive ☐ Hyperactive ☐ Mixed

**Function**

- Basic ADL
  ☐ Feeding (0-2) ☐ Grooming (0-1) ☐ Transfer (0-3) ☐ Toilet use (0-2)
  ☐ Mobility (0-3) ☐ Dressing (0-2) ☐ Stairs (0-2) ☐ Bathing (0-1)
  ☐ Bladder (0-2) ☐ Bowels (0-2)
  รวมคะแนน..... REMARKS: .....
- Instrumental ADL
  ☐ Telephone (0-1) ☐ Shopping (0-1) ☐ Transfer (0-1) ☐ Cooking (0-1)
  ☐ Housekeeping (0-1) ☐ Transportation (0-1) ☐ Medications (0-1) ☐ Finance (0-1)
  รวมคะแนน..... REMARKS: .....

- Gait Aids
  ☐ ไม่ได้ใช้ ☐ ใช้ ระบุชนิด ☐ Cane ☐ Walker ☐ Wheelchair ☐ Stretcher (bedridden)

<table>
<tr><td>Social</td><td colspan="2">สิทธิ์การรักษา<br>☐ 30บาท ☐ ผู้พิการ ☐ ประกันสังคม ☐ ข้าราชการ ☐ รัฐวิสาหกิจ<br>☐ จ่ายเอง ☐ อื่น ๆ ระบุ.....<br>ญาติผู้ดูแล<br>ชื่อสกุล .....<br>ระบุความสัมพันธ์ ..... เบอร์โทร .....<br><br>Caregiver Burden (ใบประเมิน) ☐ มี caregiver burden (คะแนน ≥ 8/16)<br>☐ ไม่มี caregiver burden (คะแนน ≤ 8/16)<br>REMARKS: .....</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Family Meeting</td><td>ทีมผู้ให้คำปรึกษา<br>☐ TCC Team<br>☐ แพทย์<br>☐ พยาบาล<br>☐ นักจิตวิทยาคลินิก<br>☐ เภสัชกร<br>☐ นักกำหนดอาหาร<br>☐ นักสังคมสงเคราะห์<br>☐ อื่นๆ.....</td><td>ผู้รับคำปรึกษา<br>☐ ผู้ป่วย<br>☐ ชื่อ-สกุล .....ความสัมพันธ์ .....<br>☐ ชื่อ-สกุล .....ความสัมพันธ์ .....<br>☐ ชื่อ-สกุล .....ความสัมพันธ์ .....<br>☐ ชื่อ-สกุล .....ความสัมพันธ์ .....</td></tr>
<tr><td>Goal of Care<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....</td><td>Planning & Suggestion<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....</td></tr>
</table>

เอกสารแนบหมายเลข 10

## STANDING ORDER SHEET

## สำหรับ Intermediate Care

Sticker

| Progress | Order for one day | Order for continuation |
|---|---|---|
| วันที่ Admission<br>_____<br>วันที่คาดว่าจะรับย้ายเข้า IMC<br>_____<br><br>Estimated IMC LOS _____ วัน<br>(ไม่ควรเกิน 14 วัน)<br><br>Premorbid status ก่อนรับย้าย<br>ADL _____<br>Ambulation_____<br><br>ผู้ดูแลหลัก _____<br>ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย _____<br><br>Training for nursing care<br>☐ NG tube feeding<br>☐ Gastrostomy tube feeding<br>☐ Pressure injury care<br>grade _____<br>site _____<br>☐ IAD grade _____<br>☐ Surgical wound care<br>site _____<br>☐ Foley's catheter care<br><br>สภาพบ้าน _____<br>_____<br>_____<br>_____ | Date _____ Time _____<br><br>- Admit หอผู้ป่วย IMC<br>☐ Notify แพทย์ประจำหอผู้ป่วย<br>☐ Notify แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู<br>ท่านเดิม (ถ้ามี)<br>☐ Consult แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู<br>(กรณียังไม่เคยปรึกษามาก่อน)<br><br>ลงชื่อแพทย์ _____ | Date _____ Time _____<br><br>- Diet: _____<br>_____<br>- Record vital signs<br>☐ Record I/O<br>☐ Ambulation as tolerate<br>☐ เข้าร่วมกิจกรรมของ MDT as tolerate<br>☐ _____<br>☐ _____<br><br><u>Medication</u><br><br>ลงชื่อแพทย์ _____ |

**เอกสารแนบหมายเลข 11**

PROGRESS NOTE IMC (สหวิชาชีพ)

**Day..... (Date.....) จำนวนก้าวเดิน.....**

Name..... Age.....

HN ..... AN.....

| แพทย์<br>(Time.....) | พยาบาลวิชาชีพ<br>(Time.....) | นักกายภาพบำบัด<br>(Time.....) |
|---|---|---|
| **1. Delirium** ☐ Yes ☐ No<br>.....<br>**2. Medical Issues**<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>**Signature**..... | **1. Delirium** ☐ Yes ☐ No<br>.....<br>**2. Pressure injury** ☐ Yes ☐ No<br>.....<br>**3. IAD** ☐ Yes ☐ No<br>.....<br>**5. Nurse Issues**<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>**Signature** ..... | **Physical Examination**<br>- **Cooperation** ☐ Yes ☐ No<br>- **ROM:**.....<br>- **Bed mobility**: able/unable<br>.....<br>- **Sitting balance**:.....<br>- **Sit to stand**: able/unable<br>.....<br>- **Standing balance**:.....<br>- **Ambulation: able/unable**<br>- Gait aid.....<br>- Assistance.....<br>- **Stair: able/unable**<br>- Gait aid.....<br>- Assistance.....<br>- Number of steps.....<br>- **Bicycling:** Gear.....Time.....<br>Others: .....<br>.....<br>**Signature**..... |

| นักกิจกรรมบำบัด<br>(Time.....) | แพทย์แผนไทย<br>(Time.....) | ○ นักกำหนดอาหาร ○ นักโภชนาการ<br>(Time.....) |
|---|---|---|
| **1. Cooperation** ☐ Yes ☐ No<br>.....<br>**2. Treatment**<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>**Signature** ..... | **1. Cooperation** ☐ Yes ☐ No<br>.....<br>**2. Focus**<br>☐อาการ ปวด/ชา.....<br>☐อาการ เกร็ง/อ่อนแรง.....<br>☐อื่นๆ.....<br>**3. Treatment**<br>☐หัตถการ (นวด/ประคบ/แปะยา)<br>☐ยาสมุนไพร ☐คำแนะนำ<br>**รายละเอียด Treatment**.....<br>.....<br>.....<br>.....<br>**4. Evaluation** .....<br>.....<br>.....<br>☐VAS ก่อน.....☐VAS หลัง.....<br>**Signature**..... | **Energy and protein intake** ..... % of requirement.<br>☐ Inadequate/Excessive<br>..... intake<br>☐ ..... Malnutrition<br>☐ Underweight<br>☐ Overweight/Obesity<br>☐ Poor appetite<br>☐ Chewing/Swallowing difficulty<br>☐ Other.....<br>**Intervention**<br>.....<br>.....<br>.....<br>**Monitoring & Evaluation**<br>.....<br>.....<br>.....<br>**Signature** ..... |

## เอกสารแนบหมายเลข 12

### MDT Meeting Summary: Care Plan & Discharge checklist

| | |
|---|---|
| ชื่อ .....นามสกุล..... [ ] ชาย [ ] หญิง<br>อายุ.....Admit.....D/C.....<br>.....<br>ที่อยู่..... | ผู้ดูแล.....<br>ความสัมพันธ์ ..... .....<br>ที่อยู่..... |

Current problem & care plan

.....

.....

| MDT | DISCHARGE CHECKLIST | ชื่อ |
|---|---|---|
| แพทย์ | **D - Diagnosis** การวินิจฉัย วางแผนการดูแลรักษา ให้คำแนะนำ<br>☐ Acute disease Geriatric syndrome ☐ Instability ☐ Immobility ☐ Incontinence ☐ Inanition ☐ Vision<br>☐ Chronic disease ☐ Hearing ☐ Intellectual impairment (☐ dementia ☐ delirium ☐ depression) | |
| แพทย์เภสัชกร | **M - Medication** ยาที่ใช้ ข้อควรระวัง<br>ความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับ ชื่อยา ฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์ วิธีการใช้ ขนาดปริมาณ จำนวน ครั้ง ระยะเวลา ข้อควรระวัง ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ<br>High alert drug ..... | |
| พยาบาล<br>กายภาพบำบัด | **E - Environment / Economic / Equipment**<br>MORSE Fall risk: ☐ NO (0-24) ☐ LOW (21-50) ☐ HIGH ≥ 51<br>☐ ประเมินสภาพแวดล้อมที่บ้านและให้คำแนะนำ ☐ การประสานชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย<br>อุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ต้องใช้ที่บ้าน ☐ Oxygen ☐ Bed &Mattress ☐ suction<br>Living situation ☐ Living alone ☐ Family..... ☐ Nursing home | |
| พยาบาล | **T - Treatment** ผู้ดูแลมีทักษะการดูแลทางการพยาบาล<br>☐ Good ☐ Fair ☐ Poor ทราบวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับ ข้อจำกัดด้านสุขภาพ และการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ<br>☐ Feeding ☐ Wound care ☐ Suction ☐ Foley's catheter ☐ Position ☐ Tracheostomy | |
| พยาบาลกายภาพบำบัด<br>กิจกรรมบำบัด | **H - Health** ผู้ดูแลมีทักษะการทำกายภาพบำบัดและกิจกรรมบำบัดฟื้นฟูสภาพ<br>☐ Good ☐ Fair ☐ Poor<br>Function assessment Bed Mobility ..... To Sit ..... To Stand..... Transfer.....<br>Ambulation .....<br>Assistive devices ☐ Single cane ☐ Tripod cane ☐ Walker ☐ Wheelchairs<br>1. dependent<br>2. moderate assist<br>3, minimal assist<br>4. supervision<br>5. independent | |
| Nurse | **O -Output Referral** ข้อมูลการส่งต่อ/ ติดตาม<br>กำหนดวันมาตรวจติดตามอาการ.....<br>เบอร์ติดต่อขอความช่วยเหลือกรณีเกิดภาวะฉุกเฉินหรือมีอาการเฉียบพลัน.....<br>การส่งต่อข้อมูลแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องระหว่างเจ้าหน้าที่ ส่งต่อ ..... | |
| Nutrition<br>/dietitians | **D -Diet** ประเมินภาวะโภชนาการ<br>**การกลืน** ☐ มีปัญหา ☐ ไม่มีปัญหา **Oral health** ☐ Good ☐ Fair ☐ Poor<br>☐ Normal ☐ Mild ☐ Moderate ☐ Severe Malnutrition ☐ Pressure ulcer Grade.....at.....<br>☐ แนะนำอาหารที่เหมาะสมกับภาวะของโรคที่เป็น และข้อจำกัดด้านสุขภาพ | |
| Palliative care | **P -Advance Care Plan** การวางแผนการรักษา<br>☐ อุปกรณ์ยาที่จำเป็น ☐ Advance care plan / living will ☐ ติดต่อเจ้าหน้าที่ศูนย์ประคับประคอง ..... | |
| Primary care<br>team | **P- Intermediate and Long Term Care** ประสานข้อมูลส่งต่อ ติดตามเยี่ยมบ้าน<br>ประสานท้องถิ่น ต้องการความช่วยเหลือ ☐ ด้านสวัสดิการ ☐ ที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม ☐ การเดินทาง ☐ ผู้ดูแล | |

| Barthel Index<br>(รวม 20 คะแนน) | **ทานอาหาร**<br>**0,1,2** | **อาบน้ำ**<br>**0,1** | **ล้างหน้า**<br>**/หวีผม**<br>**0,1** | **สวมเสื้อผ้า**<br>**0,1,2** | **เข้าห้องน้ำ**<br>**0,1,2** | **ลุกจากเตียง**<br>**/เก้าอี้**<br>**0,1,2** | **เดินในบ้าน**<br>**0,1** | **ขึ้น/ลงบันได**<br>**0,1** | **กลั้นปัสสาวะ**<br>**0,1,2** | **กลั้นอุจจาระ**<br>**0,1,2** | **รวม** |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Baseline | | | | | | | | | | | |
| Discharge | | | | | | | | | | | |

**เอกสารแนบหมายเลข 13**

**แบบสรุปข้อมูลผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยระยะกลาง**
**(Intermediate Care Discharge Summary)**

Sticker

**Nurse ward**

**เลขบัตรประจำตัวประชาชน** .....

**สิทธิการรักษา**

☐ ข้าราชการ/กรมบัญชีกลาง/ต้นสังกัด ☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ☐ ประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบุ .....

☐ ประกันสังคม ☐ ประกันสังคม รพ. ..... ☐ เงินสด ☐ อื่น ๆ ระบุ .....

**เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล** ตั้งแต่วันที่ ...../...../.....ถึงวันที่ ...../...../..... รวม..... วันนอน

☐ Intensive Unit Care ตั้งแต่วันที่ ...../...../.....ถึงวันที่ ...../...../..... รวม..... วันนอน

☐ Acute Care ตั้งแต่วันที่ ...../...../.....ถึงวันที่ ...../...../..... รวม..... วันนอน

☐ Intermediate Care ตั้งแต่วันที่ ...../...../.....ถึงวันที่ ...../...../..... รวม..... วันนอน

**สถานะที่ออกจากรพ.** ☐ กลับบ้าน ..... ☐ Nursing home..... ☐ ส่งต่อโรงพยาบาล.....

**ผู้ดูแล**.....**เบอร์โทรศัพท์สำหรับติดต่อ**.....

**การวินิจฉัย** .....

**แพทย์เจ้าของไข้** .....

**Geriatrics**

**โรคประจำตัว**

☐ โรคเบาหวาน (DM) ☐ โรคความดันโลหิตสูง (HT) ☐ โรคไขมันในเลือดสูง (DLP) ☐ ภาวะกระดูกพรุน

☐ โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) ☐ ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ☐ ภาวะสมรรถภาพสมองถดถอย (MCI)

☐ โรคหลอดเลือดสมอง (Old CVA/Stroke) ☐ โรคหัวใจวาย (Heart failure) ☐ โรคหลอดเลือดหัวใจ (CAD)

☐ ภาวะไตเสื่อม (CKD) ☐ ภาวะไตวาย (ESRD) ☐ อื่นๆ ระบุ .....

**ภาวะทางอายุรกรรมที่พบ<u>ระหว่าง</u>อยู่โรงพยาบาล**

☐ ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) ☐ มีภาวะทุพโภชนาการ ☐ มีแผลกดทับ (Pressure Injury)

☐ มีผิวหนังอักเสบจากภาวะกลั้นอุจจาระปัสสาวะไม่ได้ (Incontinence Associated Dermatitis: IAD)

☐ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ**<u>หลัง</u>**นอนโรงพยาบาล ☐ อื่นๆ ระบุ .....

**<u>สถานะผู้ป่วยก่อนออกจากโรงพยาบาล</u>**

**ความสามารถในการดูแลตัวเอง**

Feeding ☐0 ☐1 ☐2 Grooming ☐0 ☐1 Transfer ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 Toilet use ☐0 ☐1 ☐2

Mobility ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 Stairs ☐0 ☐1 ☐2 Bowels ☐0 ☐1 ☐2 Bladder ☐0 ☐1 ☐2

Dressing ☐0 ☐1 ☐2 Bathing ☐0 ☐1 รวมคะแนน..... (เต็ม 20 คะแนน)

**สรุปการรักษาที่ได้รับ**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**แบบสรุปข้อมูลผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยระยะกลาง**
**(Intermediate Care Discharge Summary)**

Sticker

**Pharmacist**

**Home medication**

Medicine reconciliation **เมื่อกลับบ้าน**

☐ มีรายการยาที่เพิ่มขึ้นจากก่อนเข้ารพ

.....

.....

.....

.....

☐ มีรายการยาที่หยุดไป (เหตุผล) คือ

.....

.....

.....

.....

**PM&R; OT**

**ความสามารถในการกลืน** ☐ ปกติ ☐ มีปัญหา ระบุ .....

**คำแนะนำปรับสภาพบ้านเพิ่มเติม**

- หน้าบ้าน ☐ ทางลาด ☐ ติดเทปสี ☐ อื่น ๆ .....
- ภายในบ้าน ☐ ติดเทปสี ☐ จัดระเบียบบ้าน ☐ อื่น ๆ .....
- ห้องนอน ☐ ย้ายลงมาชั้นล่าง ☐ จัดหาเตียง ☐ อื่น ๆ .....
- ห้องน้ำ ☐ ติดเทปสี ☐ เก็บพรมเช็ดเท้า ☐ แผ่นกันลื่น ☐ ติดราวจับ ☐ เก้าอี้อาบน้ำ ☐ เก้าอี้ขับถ่าย

**คำแนะนำเพิ่มเติม** .....

**PM&R; PT**

- **Cooperation** ☐ Yes ☐ No
- **ROM**: .....
- **Bed mobility**: ☐ able ☐ unable.....
- **Sitting balance**: .....
- **Sit to stand**: ☐ able ☐ unable .....
- **Standing balance**: .....
- **Ambulation:** ☐ able ☐ unable
- Gait aid.....
- Assistance.....
- **Stair:** ☐ able ☐ unable
- Gait aid.....
- Assistance.....
- Number of steps.....

**นักจิตวิทยาคลินิก**

☐ การรู้คิด (Cognition) .....

☐ อารมณ์ (Mood) .....

☐ ความรู้สึกกดดันเป็นภาระของญาติผู้ดูแล (Caregiver Burden) .....

**แบบสรุปข้อมูลผู้ป่วยสูงอายุในหอผู้ป่วยระยะกลาง**
**(Intermediate Care Discharge Summary)**

Sticker

**คำแนะนำสำหรับดูแลต่อเนื่อง**

.....

.....

.....

.....

**นักกำหนดอาหาร**

☐ อาหารที่เหมาะสม (Diet) .....

**คำแนะนำสำหรับดูแลต่อเนื่อง**

.....

.....

.....

.....

**Nurse ward**

**คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพ (EQ-5D-5L) วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล** ..... (.....%)

**ประเด็นสำคัญที่ต้องดูแลต่อเนื่อง**

- อุปกรณ์/สายต่างๆ ☐ NG Tube No..... ☐ Foley's Catheter No..... ☐ O2 ระบุ.....
- แผลกดทับ (PI) ☐ Stage 1 ☐ Stage 2 ☐ Stage 3 ☐ Stage 4 ☐ Unstageable ☐ Deep tissue pressure injury
- ผิวหนังอักเสบจากอุจจาระ/ปัสสาวะ (IAD) ☐ mild ☐ moderate ☐ severe
- อื่นๆ ระบุ .....

**ข้อควรระวังในผู้ป่วยรายนี้**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**การนัดตรวจติดตามผลการรักษา**

☐ ออร์โธปิดิกส์ (Orthopedic) วันที่ ...../...../.....ห้องตรวจ ☐ อื่นๆ .....

☐ แพทย์ผู้สูงอายุ (Geriatric) วันที่ ...../...../.....ห้องตรวจ ☐ OPD 499 ☐ อื่นๆ .....

☐ เวชศาสตร์ฟื้นฟู (PM&R) วันที่...../...../.....ห้องตรวจ ☐ OPD 499 ☐ ตึกศรีสังวาลย์ชั้น 1 ☐ อื่น ๆ .....

**จำหน่ายโดย (ระบุชื่อหอผู้ป่วย)** ..... **เบอร์โทรหอผู้ป่วย** .....

**<u>หมายเหตุ</u>**

Scan เอกสารชุดนี้เข้าระบบและให้เอกสารนี้กับผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน เพื่อเป็นข้อมูลส่งต่อการรักษากับสถานบริการทางการแพทย์ใกล้บ้านของผู้ป่วย

Edit Date

**เอกสารแนบหมายเลข 14**

## ตัวอย่างแบบประเมินผู้สูงอายุที่บ้านตามหลัก INHOMESSS

RCFPT2018

วันที่.....

### แบบบันทึกการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ

ชื่อ-สกุลผู้ป่วย.....อายุ.....ปี เลขบัตรประชาชน..... HN .....

ที่อยู่..... เบอร์โทรผู้ป่วย/ญาติ..... สิทธิ์การรักษา.....

**ปัญหาสุขภาพ**.....

.....

.....

.....

.....

.....

**การประเมินความเจ็บป่วย** (ควรบันทึกเป็นประโยคคำพูดที่ผู้ป่วยพูดออกมา)

Idea (ความคิดต่อการเจ็บป่วย): .....

Feeling (ความรู้สึกต่อการเจ็บป่วย): .....

Function (ความสามารถ, การทำงาน): .....

Expectation (ความคาดหวังต่อการรักษา): .....

1. **การเคลื่อนไหว** (Immobility) ●ความเสี่ยงต่อการล้ม: TUG.....วินาที Thai-FRAT.....คะแนน ☐เสี่ยง ☐เสี่ยงน้อย

●คะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน.....คะแนน ☐ปกติ ☐พึ่งพิงบ้าง ☐พึ่งพิงมาก/ทั้งหมด

2. **โภชนาการ** (Nutrition) ●น้ำหนัก.....กก. ●รอบเอว.....ซม. ●BMI..... ☐NG (วันที่ใส่.....ข้างที่ใส่.....)

●จำนวนมื้ออาหาร..... ●ของโปรด..... ●รสชาติอาหารที่ชอบ..... ☐เหล้า ☐บุหรี่

3. **สภาพบ้าน** (Housing) ☐ความปลอดภัยทางกายภาพ ☐เข้าถึงง่าย ☐กระตุ้นความมีชีวิตชีวา ☐ดูแลรักษาง่าย

4. **สมาชิกในบ้านและเพื่อนบ้าน** (Other People) ☐ผู้ดูแล (ใคร)..... (ความสัมพันธ์)..... ☐Burden?

☐การช่วยเหลือจากชุมชน/สังคม..... ☐ผู้ตัดสินใจเรื่องการรักษาแทนผู้ป่วย .....

●เพื่อนบ้าน (ใคร)..... ☐สนิท ☐ไม่สนิท

5. **การใช้ยา** (Medications) ☐จัดยากินเอง ☐มีคนจัดยาให้ ระบุ..... ●กินยาตามแพทย์สั่ง ☐ใช่ ☐ไม่ใช่

●ยาที่สั่งจ่ายโดยแพทย์ ระบุ.....

.....

●ยาที่ซื้อหามาเอง/อาหารเสริม ระบุ.....

6. **การตรวจร่างกาย** (Examinations) V/S: T.....°C, BP.....mmHg, PR...../min, RR...../min ☐อ่อนแรง

DTX .....mg% (เจาะเวลา..... กินอาหารเวลา.....) ☐ข้อติด..... ☐แผลกดทับ (grade/ ตำแหน่ง).....

●ปัญหาการมองเห็น ☐มี ☐ไม่มี ●ปัญหาช่องปาก ☐มี ☐ไม่มี

●ความเสี่ยงโรคหัวใจ/หลอดเลือดสมอง ☐เสี่ยง ☐เสี่ยงสูง ☐เสี่ยงสูงมาก

●ปัญหาข้อเข่าเสื่อม ☐มี ☐ไม่มี ●ปัญหาการกลั้นปัสสาวะ ☐มี ☐ไม่มี ☐สายสวนปัสสาวะ (วันที่ใส่ .....)

●ภาวะสมองเสื่อม MMSE.....คะแนน ☐มี ☐ไม่มี

●ภาวะซึมเศร้า TGDS.....คะแนน ☐ปกติ ☐เศร้าเล็กน้อย ☐เศร้าปานกลาง ☐เศร้ารุนแรง

● ความผิดปกติอื่นๆ.....

7. **ความปลอดภัย** (Safety) ●สิ่งคุกคาม ☐ทางกายภาพ ☐ทางเคมี ☐ทางชีวภาพ ☐ทางจิตใจ ☐ทางชีวกลศาสตร์

ความปลอดภัย: ☐ครัว ☐ห้องน้ำ ☐บันได ☐เครื่องใช้ไฟฟ้า ☐อากาศในบ้าน ☐น้ำกินน้ำใช้ ☐พร้อมภาวะฉุกเฉิน

☐ระบบไฟฟ้า ☐แสงสว่าง ☐พร้อมอัคคีภัย ☐พื้นห้อง ☐อุปกรณ์ในบ้าน ☐สัตว์เลี้ยง ● อื่นๆ .....

8. **สุขภาวะทางจิตวิญญาณ** (Spiritual Health) ●สิ่งที่ทำให้ชีวิตมีคุณค่า/จิตใจเบิกบาน.....

●เจตจำนงในวาระสุดท้ายของชีวิต.....

9. **แหล่งให้บริการสุขภาพ** (Services) ☐รพ..... ☐คลม..... ☐รพ.สต.....

☐อื่นๆ..... ●การเดินทาง ☐รถส่วนตัว ☐รถประจำทาง ☐รถรับจ้าง ☐อบต. ☐อื่นๆ.....

**ผู้บันทึก**.....

Reference: คู่มือเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม. ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวแห่งประเทศไทย; 2561

**แนวทางการสรุปประเด็นปัญหาหลังการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน (CROP with SOAP)**




**Conclusion** การสรุปปัญหาแบบองค์รวมทั้งด้าน Bio-Psycho-Socioeconomic-Spiritual problem

Biological/cognitive problem > ปัญหาโรค/ความเจ็บป่วยทางกายและภาวะรู้คิดบกพร่อง

Psychological problem > ปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์

Socioeconomic problem > ปัญหาด้านสังคม/สิ่งแวดล้อม และเศรษฐกิจ

Spiritual problem > ปัญหาด้านค่านิยม ความเชื่อ

**Record** การบันทึกแต่ละประเด็นปัญหาในรูปแบบของ SOAP ประกอบด้วย

**S** = Subjective > ข้อมูลที่มาจากคำบอกเล่าของผู้สูงอายุและญาติ โดยแปลถ้อยคำให้เป็นข้อความและยืนยันความเข้าใจให้ตรงกัน อาจเป็นอาการของโรค ความเจ็บปวดหรือ ความรู้สึก เป็นต้น

**O** = Objective > ข้อมูลสุขภาพที่ได้จากการตรวจพบโดยทีมสุขภาพที่ลงเยี่ยมดูแลที่บ้าน

**A** = Assessment > การประเมิน วิเคราะห์และระบุปัญหา/การวินิจฉัยโรค ผลประเมินภาวะโรค ระบุเป็น active หรือ inactive และผลติดตามการดำเนินโรค เช่น ดีขึ้น คงที่หรือแย่ลง

**P** = Planning > การวางแผนดูแลรักษาและแก้ปัญหาอย่างครอบคลุมและเป็นองค์รวม โดยสิ่งที่บันทึกต้องเป็นข้อมูลจริงจากการปฏิบัติและอยู่ในขั้นตอนการดูแล

**Obstacle** อุปสรรคที่พบระหว่างการดูแลที่บ้าน ทั้งจากทีมสุขภาพภาคชุมชนและทีมครอบครัวผู้สูงอายุ

**Planning for next visit** การนัดหมายติดตามต่อเนื่อง แก้ไขปัญหาอุปสรรคที่พบ และวางแผนประเมิน/ให้การดูแลในครั้งต่อไป

**แบบฟอร์มการบันทึกประเด็นปัญหาในรูปแบบ SOAP**

| Summary | S | O | A | P |
|---|---|---|---|---|
| **Biological/cognitive problem** | | | | |
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| **Psychological problem** | | | | |
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| **Socioeconomic problem** | | | | |
| 1. | | | | |
| **Spiritual problem** | | | | |
| 1. | | | | |

## Note

## Note

## Note

## Note

## Note

## Note

## Note

## Note

# แนวทางการดูแล
# ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง



สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
ถนนติวานนท์ ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทร 0 2024 8481-87