รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

: บทเรียนจากพื้นที่ต้นแบบคลินิกผู้สูงอายุ







กรมการแพทย์

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
: บทเรียนจากพื้นที่ต้นแบบคลินิกผู้สูงอายุ

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
: บทเรียนจากพื้นที่ต้นแบบคลินิกผู้สูงอายุ

ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
รศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
ผศ.พญ.วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ	คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
พ.ท.ผศ.พญ.พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
นพ.ธงธน เพิ่มบถศรี	สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

ที่ปรึกษาในการจัดทำรูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

อาจารย์จักรกฤษณ์ พลราชม	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
อาจารย์รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์

คณะผู้จัดทำรูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

นางสาวสมจินต์ โฉมวัฒนะชัย	สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
นางสมฤดี เนียมหอม	สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
นางสาวสุจิตรา ดวงดี	สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
อาคาร 2 ชั้น 4 ถนนติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 0 2590 6254 โทรสาร 0 2591 8277
เว็บไซต์ http://agingthai.dms.moph.go.th
พิมพ์ครั้งที่ 1 มิถุนายน 2560
พิมพ์ที่ บริษัท อิส ออกัส จำกัด

คำนำ

การเปลี่ยนแปลงทางเสื่อมถอยของกายวิภาคและสรีรวิทยา การมีลักษณะทางเวชกรรมที่ไม่จำเพาะ และการเกิดพยาธิสภาพหลายชนิดหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกันรวมถึงการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรคที่ทำให้ต้องได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน นอกจากนี้ความแตกต่างกันของสุขภาพพื้นฐาน ลักษณะทางคลินิกและความต้องการการดูแลสุขภาพ ทำให้ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งคลินิกผู้สูงอายุเป็นคลินิกที่ให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุตามหลักเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ สามารถจัดการปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม โดยนโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพด้านผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุขมีเป้าหมายให้สถานบริการสุขภาพสามารถจัดบริการสุขภาพให้ตอบสนองปัญหาและความต้องการกลุ่มผู้สูงอายุในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิผลที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถกลับมาใช้ชีวิตที่บ้านได้อย่างมีศักยภาพ โดยใช้กลไกการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุที่เชื่อมโยงสถานบริการสุขภาพตั้งแต่ปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ และมีการสนับสนุนจากชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่ครบวงจรโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย

สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย รศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล และ ผศ.พญ.วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐจากคณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล พ.ท.ผศ.พญ.พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ จากโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และนพ.ธงธน เพิ่มบถศรี ที่ให้คำแนะนำและข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ ขอขอบคุณอาจารย์จักรกฤษณ์ พลราชม และอาจารย์รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ ที่ให้คำปรึกษาและสนับสนุนให้การถอดบทเรียนสำเร็จลุล่วง

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณผู้บริหารและทีมงานในพื้นที่ต้นแบบจังหวัดพระนครศรีอยุธยา อุดรธานี น่าน และสุราษฎร์ธานี ที่ให้ข้อมูลอันจะนำไปสู่การสรุปบทเรียนที่สามารถนำไปเป็นต้นแบบสู่การเรียนรู้ซึ่งสถานบริการสุขภาพที่จัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุสามารถปรับประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานต่อไป

(นายประพันธ์ พงศ์คณิตานนท์)
ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

สารบัญ

บทนำ 1

วัตถุประสงค์ 2

กรอบแนวคิด 2

ขั้นตอนการดำเนินงาน 3

กลุ่มเป้าหมายพื้นที่ศึกษา 3

ผลการศึกษา 4

ผลการสังเคราะห์รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุจากพื้นที่ต้นแบบคลินิกผู้สูงอายุ 4

การบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับปฐมภูมิ 4

การบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับทุติยภูมิ 5

การบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับตติยภูมิ 6

การบริการสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา 9

บริบทของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา 9

จุดเริ่มต้นของการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ 9

ความเชื่อมโยงของการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ 9

ผลที่เกิดขึ้นจากการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : ประเด็นและโอกาสพัฒนา 11

ปัจจัยความสำเร็จในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ 11

ปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ 12

การบริการสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี 17

บริบทของจังหวัดอุดรธานี 17

จุดเริ่มต้นของการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ 17

การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ 17

ความเชื่อมโยงของการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ 18

ผลที่เกิดขึ้นจากการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : ประเด็นและโอกาสพัฒนา 20

ปัจจัยความสำเร็จในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ 21

ปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ 21

การบริการสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดน่าน 27
บริบทของจังหวัดน่าน 27
จุดเริ่มต้นของการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ 27
ความเชื่อมโยงของการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ 28
ผลที่เกิดขึ้นจากการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : ประเด็นและโอกาสพัฒนา 29
ปัจจัยความสำเร็จในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ 30
ปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ 30
การบริการสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดสุราษฎร์ธานี 35
บริบทของจังหวัดสุราษฎร์ธานี 35
จุดเริ่มต้นของการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ 35
ความเชื่อมโยงของการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ 35
ผลที่เกิดขึ้นจากการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : ประเด็นและโอกาสพัฒนา 37
ปัจจัยความสำเร็จในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ 38
ปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ 38

ภาคผนวก

เอกสาร 1 แบบคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม แบบประเมินโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก 46
เอกสาร 2 การคัดกรองภาวะหกล้ม : Timed Up and Go Test (TUGT) 47
เอกสาร 3 Falls Risk Assessment Tool 48
เอกสาร 4 Morse Fall Scale 49
เอกสาร 5 แบบประเมินความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม (14 คำถาม) 50
เอกสาร 6 แบบทดสอบสภาพสมองฉบับภาษาไทย : MMSE-Thai 2002 51
เอกสาร 7 MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) 54
เอกสาร 8 เกณฑ์ประเมินการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ 55
เอกสาร 9 มาตรฐานการบริการคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ 56

สารบัญตาราง

ตาราง 1	การบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุระดับปฐมภูมิ (รพ.สต./ศสม.)	5
ตาราง 2	การบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุระดับทุติยภูมิ (รพช.)	6
ตาราง 3	การบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุระดับตติยภูมิ (รพท./รพศ.)	7
ตาราง 4	หน่วยบริการสุขภาพผู้สูงอายุและเครือข่าย : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา	13
ตาราง 5	การบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา	14
ตาราง 6	ร้อยละความคิดเห็นต่อบริการสุขภาพ : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา	14
ตาราง 7	ร้อยละความคิดเห็นด้านอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา	15
ตาราง 8	ร้อยละความคิดเห็นด้านบุคลากร : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา	15
ตาราง 9	ร้อยละความคิดเห็นด้านการจัดบริการ : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา	15
ตาราง 10	หน่วยบริการสุขภาพผู้สูงอายุและเครือข่าย : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี	22
ตาราง 11	การบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี	23
ตาราง 12	ร้อยละความคิดเห็นต่อบริการสุขภาพ : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี	24
ตาราง 13	ร้อยละความคิดเห็นด้านอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี	24
ตาราง 14	ร้อยละความคิดเห็นด้านบุคลากร : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี	24
ตาราง 15	ร้อยละความคิดเห็นด้านการจัดบริการ : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี	25
ตาราง 16	หน่วยบริการสุขภาพผู้สูงอายุและเครือข่าย : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดน่าน	31
ตาราง 17	การบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดน่าน	32
ตาราง 18	ร้อยละความคิดเห็นต่อบริการสุขภาพ : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดน่าน	32
ตาราง 19	ร้อยละความคิดเห็นด้านอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดน่าน	33
ตาราง 20	ร้อยละความคิดเห็นด้านบุคลากร : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดน่าน	33
ตาราง 21	ร้อยละความคิดเห็นด้านการจัดบริการ : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดน่าน	33
ตาราง 22	หน่วยบริการสุขภาพผู้สูงอายุและเครือข่าย : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดสุราษฎร์ธานี	39
ตาราง 23	การบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดสุราษฎร์ธานี	40
ตาราง 24	ร้อยละความคิดเห็นต่อบริการสุขภาพ : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดสุราษฎร์ธานี	41
ตาราง 25	ร้อยละความคิดเห็นด้านอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดสุราษฎร์ธานี	41
ตาราง 26	ร้อยละความคิดเห็นด้านบุคลากร : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดสุราษฎร์ธานี	41
ตาราง 27	ร้อยละความคิดเห็นด้านการจัดบริการ : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดสุราษฎร์ธานี	42

สารบัญรูปภาพ

รูปภาพ 1	การสังเคราะห์รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุจากพื้นที่ต้นแบบคลินิกผู้สูงอายุ	8
รูปภาพ 2	รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : พระนครศรีอยุธยา	16
รูปภาพ 3	รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : อุดรธานี	26
รูปภาพ 4	รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : น่าน	34
รูปภาพ 5	รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : สุราษฎร์ธานี	43

รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ

คลินิกผู้สูงอายุ รพ.สต. / ศสม.

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยสูงอายุ / ผู้สูงอายุในชุมชน

เป้าหมาย ป้องกันและดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุระดับปฐมภูมิ

กิจกรรมหลัก

- คัดกรองสุขภาพ / GS ในผู้ป่วยสูงอายุ walk in และผู้สูงอายุในชุมชน
- ประเมิน GS ในผู้สูงอายุที่ผลการคัดกรองผิดปกติ ครอบคลุม 4 มิติ ได้แก่ Physical, Mental, Functional, Social โดยใช้แบบประเมินระดับ รพ.สต.
- ส่งเสริมสุขภาพ : ให้ความรู้การดูแลสุขภาพ โภชนาการ การใช้ยา พัฒนานวัตกรรมการดูแลสุขภาพ สนับสนุนการออกกำลังกาย
- ดูแลรักษาระดับปฐมภูมิ
- บริการอื่นๆ เพิ่มเติม

คลินิกผู้สูงอายุ รพช.

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่สามารถดูแลรักษาในระดับปฐมภูมิ

เป้าหมาย ป้องกันและดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุระดับทุติยภูมิ

กิจกรรมหลัก

- ประเมิน GS โดยใช้แบบประเมินระดับ รพช.
- ดูแลรักษาระดับทุติยภูมิเพื่อป้องกันไม่ให้พยาธิสภาพของโรคลุกลาม โดยการตรวจหาเป็นระยะ และเชื่อมโยงการดูแลรักษาใน IPD
- มีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน และมารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา โภชนากร
- ติดตาม เยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับชุมชน อปท.
- จัดบริการเช่นเดียวกับ รพ.สต. / ศสม. เพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่รับผิดชอบ

คลินิกผู้สูงอายุ รพท. / รพศ.

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่สามารถดูแลรักษาในระดับทุติยภูมิ

เป้าหมาย ป้องกันและดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุระดับตติยภูมิ

กิจกรรมหลัก

- ประเมิน GS โดยใช้แบบประเมินที่เพิ่มเติมจากระดับ รพช.
- ดูแลรักษาระดับตติยภูมิเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ความพิการ ทุพพลภาพ และเชื่อมโยงการดูแลรักษาใน IPD และ specialist
- วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุนำมาวางแนวทางการดูแลรักษา และจัดทำเป็นนโยบายในภาพรวมของจังหวัด
- จัดบริการเช่นเดียวกับ รพช. ในเรื่องทีมสหสาขาวิชาชีพและการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับชุมชน อปท.
- จัดบริการเช่นเดียวกับ รพ.สต. / ศสม. เพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่รับผิดชอบ

บริการอื่นๆ เพิ่มเติม

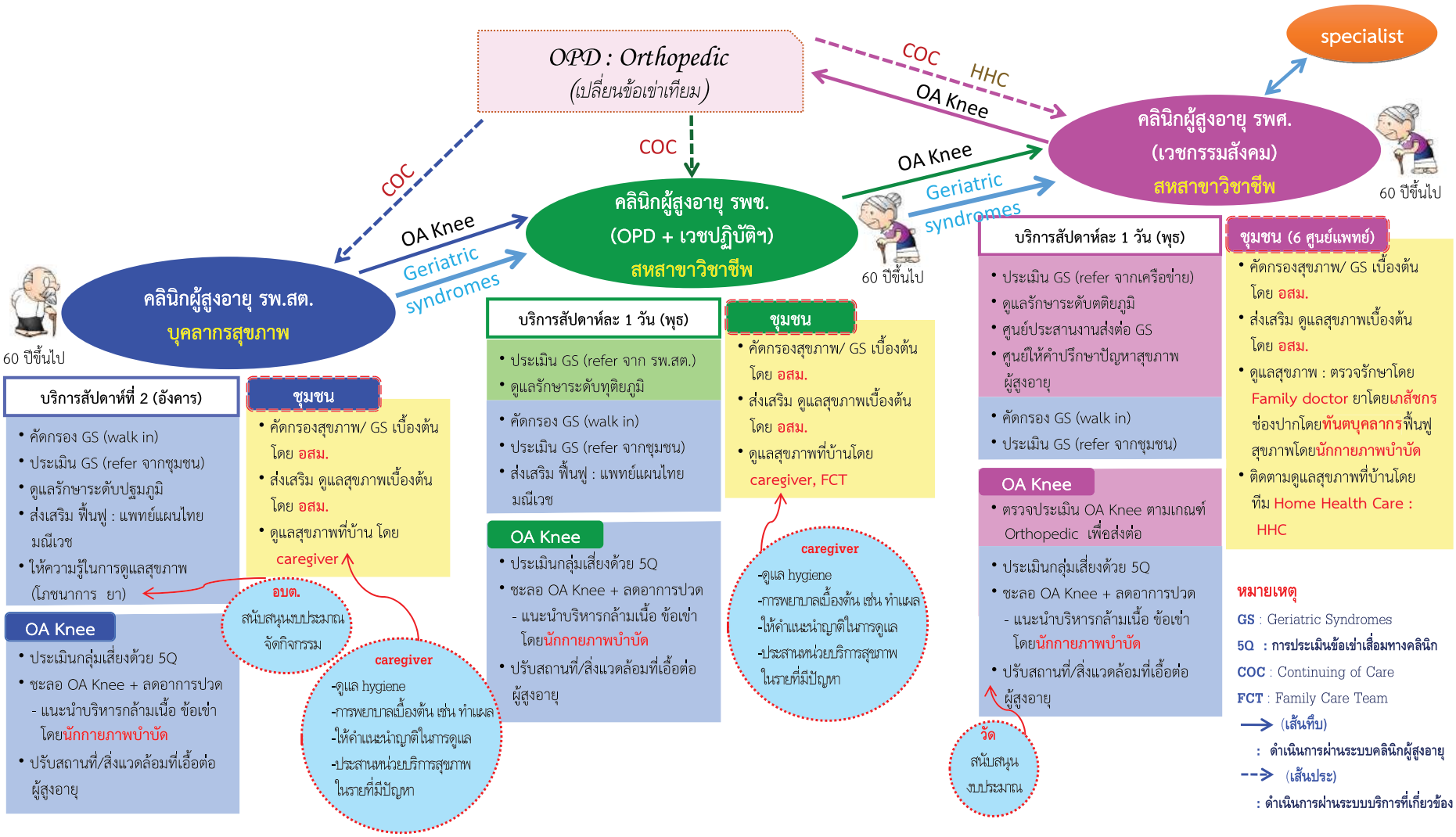
- บริการแนะนำ ช่วยเหลือ ผู้สูงอายุที่มารับบริการสุขภาพ
- ติดตามดูแลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง จัดการลดปัจจัยเสี่ยง ติดตามเยี่ยมบ้านเมื่อมีข้อบ่งชี้
- ประสานความร่วมมือกับชุมชน อปท. หรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง
- มีฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนและที่มารับบริการ

หมายเหตุ

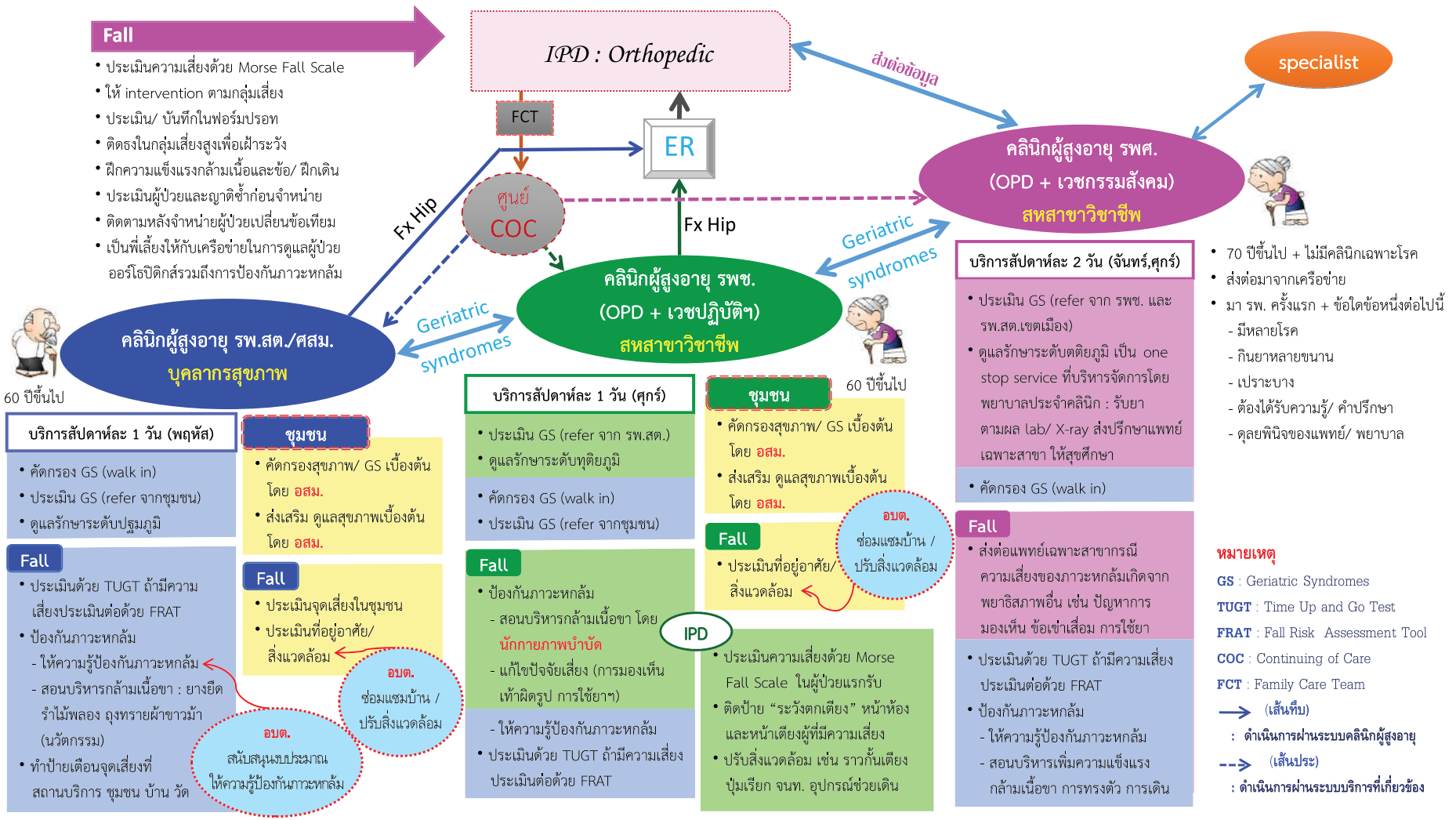
GS : Geriatric Syndromes หมายถึง กลุ่มอาการสูงอายุ หาข้อมูลเพิ่มเติมได้จาก สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ หรือดาวน์โหลดได้ที่ agingthai.dms.moph.go.th

การคัดกรองสุขภาพ / GS หมายถึง การค้นหาความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ หาข้อมูลเพิ่มเติมได้จาก สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ คู่มือการคัดกรอง / ประเมินผู้สูงอายุ หรือดาวน์โหลดได้ที่ agingthai.dms.moph.go.th

รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : พระนครศรีอยุธยา



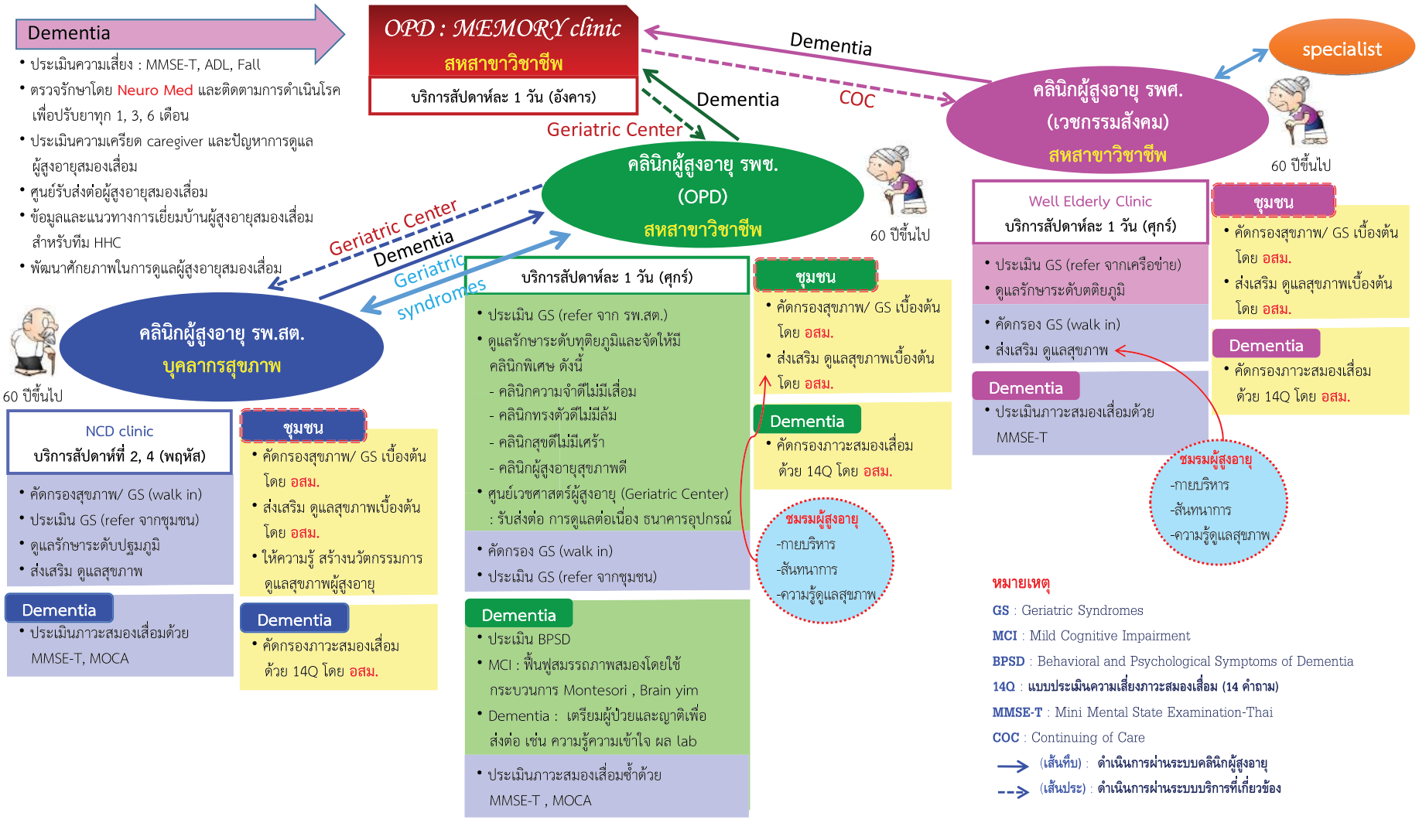
รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : อุดรธานี



รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : น่าน



รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : สุราษฎร์ธานี



รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
: บทเรียนจากพื้นที่ต้นแบบคลินิกผู้สูงอายุ

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุมีลักษณะรวมเรียกว่า **RAMPS** ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางเสื่อมถอยของกายวิภาคและสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา (**R :** reduced body reserve) ลักษณะทางเวชกรรมที่ไม่จำเพาะ (**A :** atypical presentation) มีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะเวลาเดียวกัน (**M :** multiple pathology) ได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน (**P :** polypharmacy) และการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เช่น การเกษียณอายุจากการทำงาน การแยกบ้านของลูก หรือการจากไปของคู่ครอง (**S :** social adversity) ความแตกต่างกันของสุขภาพพื้นฐานในผู้สูงอายุแต่ละคน (heterogeneity) ลักษณะทางคลินิกและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุแตกต่างจากผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่าทำให้ผู้สูงอายุมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับบริการสุขภาพในหน่วยบริการสุขภาพที่ให้การดูแลรักษาครอบคลุมลักษณะดังกล่าว

ปัจจุบันการบริการสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุของประเทศไทยเป็นการให้บริการแบบคลินิกเฉพาะโรคที่ส่วนใหญ่จะเป็นโรคเรื้อรัง เช่น คลินิกเบาหวาน คลินิกความดันเลือดสูง เป็นต้น ผู้ป่วยสูงอายุจะได้รับบริการสุขภาพเฉพาะโรคใดโรคหนึ่งเพียงโรคเดียวในแต่ละคลินิก หากผู้ป่วยสูงอายุเกิดความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมากกว่าหนึ่งโรคจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องใช้เวลาในการรอรับบริการจากหลายๆ คลินิก เป็นเวลานานหรือรอรับบริการในวันเดียวไม่แล้วเสร็จ หากมีคลินิกที่ให้บริการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุแบบครบวงจร (comprehensive geriatric clinic) และเป็นการให้บริการแบบเบ็ดเสร็จในจุดเดียว (one stop service) จะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุได้รับการดูแลรักษาสุขภาพที่เหมาะสม ลดระยะเวลาในการรอคอย รวมถึงลดค่าใช้จ่ายการรักษาพยาบาลของผู้สูงอายุและครอบครัวผู้ดูแล

คลินิกผู้สูงอายุจึงเป็นทางเลือกสำหรับการได้รับบริการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุแบบองค์รวม (holistic) มีบุคลากรที่มีความรู้ ความชำนาญและทักษะจากหลายๆ ฝ่ายที่เรียกว่าสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team) ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล นักกายภาพบำบัด โภชนากร นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ รวมไปถึงญาติ ครอบครัว หรือชุมชน ที่จะค้นหาปัญหาต่างๆ นำไปสู่การแก้ปัญหาที่ตรงจุด ช่วยให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถกลับมาทำกิจวัตรประจำวันได้ทั้งที่มีโรคเรื้อรัง ซึ่งถือเป็นความสำเร็จในการดูแลรักษาตามหลักเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จากแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545 - 2564) ยุทธศาสตร์ที่ 3 มาตรการที่ 4.7 กำหนดให้โรงพยาบาลของรัฐที่มีขนาดตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไปจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุขโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ ขับเคลื่อนเรื่องนี้โดยผลักดันให้การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุเป็นนโยบายของกระทรวงสาธารณสุขและสนับสนุนให้สถานบริการสุขภาพดำเนินการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ พร้อมกันนี้ได้พัฒนาแนวทางและองค์ความรู้เพื่อให้บุคลากรสุขภาพใช้เป็นแนวทางการดำเนินงาน ได้แก่ มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ **(เอกสาร 9 ในภาคผนวก)** แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ คู่มือการคัดกรอง/ ประเมินผู้สูงอายุ เป็นต้น รวมถึงการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสุขภาพด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุด้วย

การถอดบทเรียนจะทำให้เกิดต้นแบบการทำงานที่ดี (best practice) การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นการถอดบทเรียนจากปฏิบัติการจริงในพื้นที่ที่ประสบความสำเร็จในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุที่เป็นภาพรวมของจังหวัดตั้งแต่ระดับนโยบาย ผู้บริหาร ผู้ให้บริการ รวมถึงผู้รับบริการสุขภาพ

ด้วยเพื่อให้ได้ประเด็นสำคัญทั้งเชิงความรู้เพื่อการปฏิบัติและการสนับสนุนที่เอื้อต่อการพัฒนา นอกจากจะเกิดประโยชน์กับพื้นที่หรือเครือข่ายบริการสุขภาพผู้สูงอายุแล้วยังเป็นประโยชน์ต่อทีมพัฒนาในส่วนกลางที่จะสังเคราะห์รูปแบบ กระบวนการ ทำให้การบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุมีความเป็นไปได้และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการดำเนินการต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษากระบวนการปฏิบัติที่ดีในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ ของสถานบริการสุขภาพทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ

2. สังเคราะห์รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ จากพื้นที่ต้นแบบ

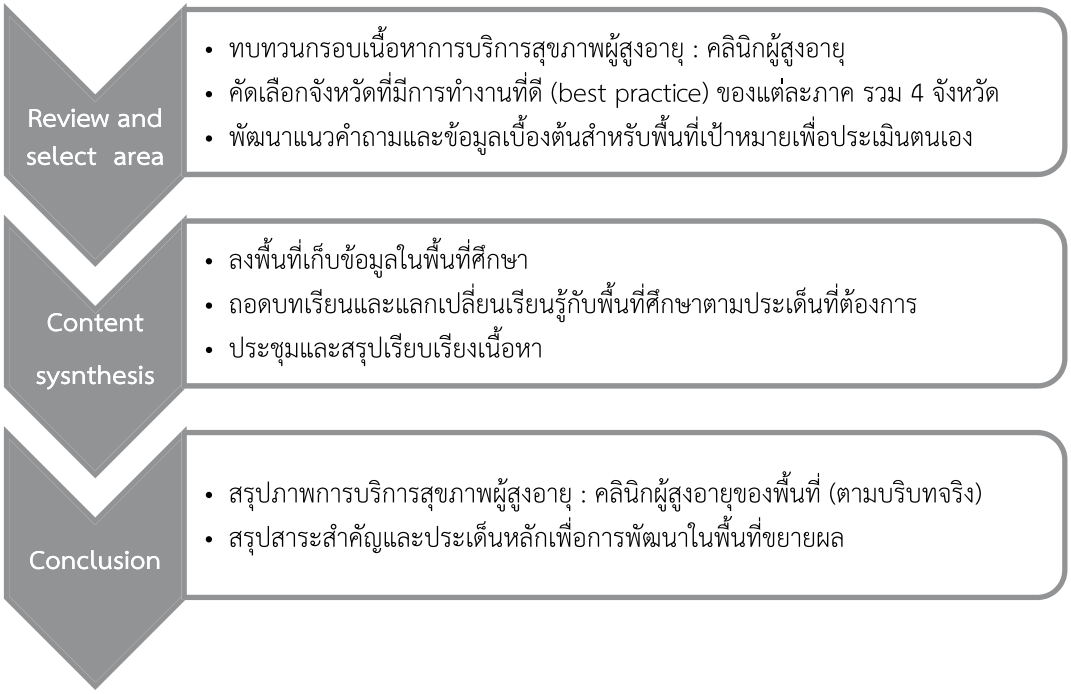
กรอบแนวคิด

การถอดบทเรียนครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดในการศึกษาในรูปแบบการประเมิน CIPP เป็นกรอบแนวคิดนำในการถอดบทเรียน ซึ่ง CIPP เป็นการนำตัวอักษรตัวแรกของมิติการประเมิน 4 ด้านมาประกอบกัน ได้แก่ การประเมินบริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) และผลผลิต (Product) เพื่อได้มาซึ่งกระบวนการปฏิบัติที่ดีในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุและนำมาซึ่งการสังเคราะห์รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุโดยแต่ละองค์ประกอบมีมิติในการพิจารณาสำหรับการประเมินดังนี้



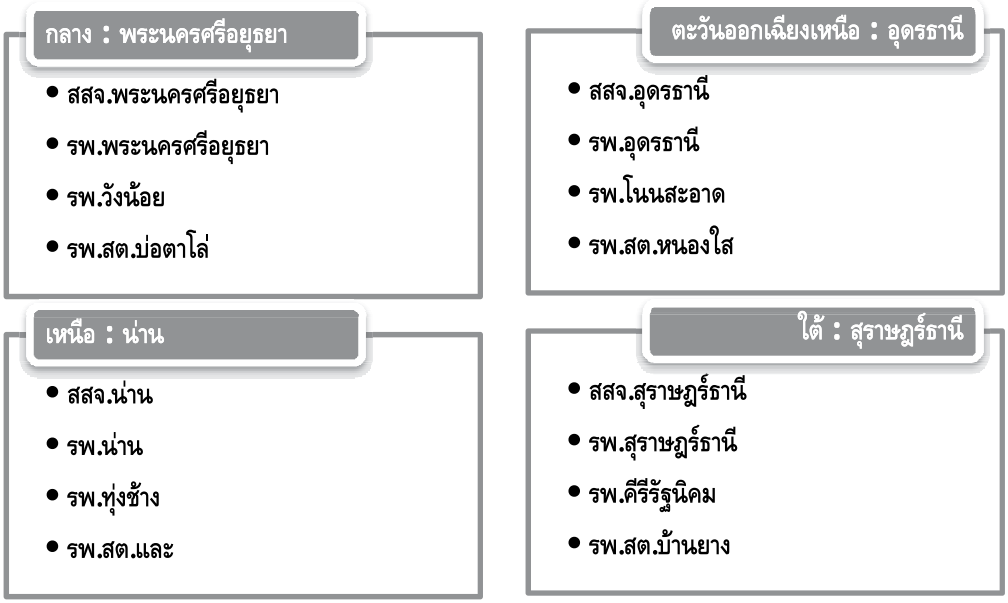
ขั้นตอนการดำเนินงาน

กระบวนการศึกษาในการถอดบทเรียนประกอบด้วยการประชุมกลุ่มย่อยร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องกับคลินิกผู้สูงอายุ การใช้ข้อมูลเชิงประจักษ์จากเอกสารรายงาน การประเมินตนเองของสถานบริการสุขภาพ และการประเมินสถานบริการสุขภาพโดยผู้รับบริการ ซึ่งมีขั้นตอนการดำเนินงานดังนี้



กลุ่มเป้าหมายพื้นที่ศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการถอดบทเรียนการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ จากจังหวัดนำร่อง 29 จังหวัดโดยคัดเลือกจังหวัดที่มีการทำงานที่ดี (best practice) ภาคละ 1 จังหวัดที่ประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุตามเกณฑ์ประเมินการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ **(เอกสาร 8 ในภาคผนวก)** ในระดับนโยบายคือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และสถานบริการสุขภาพซึ่งแบ่งออกเป็นระดับตติยภูมิคือโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) หรือโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) ระดับทุติยภูมิคือโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) และระดับปฐมภูมิคือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) หรือศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง (ศสม.)



ผลการศึกษา

การถอดบทเรียนรูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุจากพื้นที่ต้นแบบคลินิกผู้สูงอายุ นำเสนอผลการศึกษาออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการสังเคราะห์รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุจากพื้นที่ต้นแบบคลินิกผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 กระบวนการปฏิบัติที่ดีในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุจากพื้นที่ต้นแบบคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ ของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา อุดรธานี น่านและสุราษฎร์ธานี

ส่วนที่ 1

ผลการสังเคราะห์รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุจากพื้นที่ต้นแบบคลินิกผู้สูงอายุ

การศึกษากระบวนการปฏิบัติที่ดีในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุของสถานบริการสุขภาพต้นแบบจังหวัดพระนครศรีอยุธยา อุดรธานี น่านและสุราษฎร์ธานี สามารถสรุปรูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุได้ดังนี้

การบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับปฐมภูมิ

การบริการสุขภาพผู้สูงอายุในระดับนี้มุ่งให้การดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาใน รพ.สต. หรือ ศสม. และผู้สูงอายุในชุมชนโดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันและดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุระดับปฐมภูมิ มีกิจกรรมหลักดังนี้

1. คัดกรองสุขภาพและกลุ่มอาการสูงอายุในผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการรักษาใน รพ.สต. หรือ ศสม. และผู้สูงอายุในชุมชน

2. ประเมินกลุ่มอาการสูงอายุในผู้สูงอายุที่ผลการคัดกรองผิดปกติโดยครอบคลุม 4 มิติ คือ ร่างกาย (physical) จิตใจ (mental) การทำหน้าที่ (functional) และสังคม (social) โดยใช้แบบประเมินระดับ รพ.สต.

3. ส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ให้ความรู้การดูแลสุขภาพ โภชนาการ การใช้ยา พัฒนานวัตกรรมการดูแลสุขภาพ สนับสนุนการออกกำลังกาย

4. ดูแลรักษาระดับปฐมภูมิตามศักยภาพของ รพ.สต. หรือ ศสม.

5. บริการอื่นๆ เพิ่มเติม ได้แก่

- บริการแนะนำ ช่วยเหลือ ผู้สูงอายุที่มารับบริการสุขภาพ
- ติดตามดูแลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง จัดการลดปัจจัยเสี่ยง ติดตามเยี่ยมบ้านเมื่อมีข้อบ่งชี้
- ประสานความร่วมมือกับชุมชน อปท. หรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง
- มีฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนและที่มารับบริการ (**ตาราง 1**)

ตาราง 1 การบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุระดับปฐมภูมิ (รพ.สต. / ศสม.)

คลินิกผู้สูงอายุ รพ.สต. / ศสม.	
กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยสูงอายุ / ผู้สูงอายุในชุมชน	
เป้าหมาย ป้องกันและดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุระดับปฐมภูมิ	
กิจกรรมหลัก • คัดกรองสุขภาพ / GS ในผู้ป่วยสูงอายุ walk in และผู้สูงอายุในชุมชน • ประเมิน GS ในผู้สูงอายุที่ผลการคัดกรองผิดปกติ ครอบคลุม 4 มิติ : Physical, Mental, Functional, Social โดยใช้แบบประเมินระดับ รพ.สต. • ส่งเสริมสุขภาพ : ให้ความรู้การดูแลสุขภาพ โภชนาการ การใช้ยา พัฒนานวัตกรรมการดูแลสุขภาพ สนับสนุนการออกกำลังกาย • ดูแลรักษาระดับปฐมภูมิ	**บริการอื่นๆ เพิ่มเติม** • บริการแนะนำ ช่วยเหลือ ผู้สูงอายุที่มารับบริการสุขภาพ • ติดตามดูแลแบบองค์รวมอย่างต่อเนื่อง จัดการลดปัจจัยเสี่ยง ติดตามเยี่ยมบ้านเมื่อมีข้อบ่งชี้ • ประสานความร่วมมือกับชุมชน อปท. หรือหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง • มีฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนและที่มารับบริการ

การบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับทุติยภูมิ

การบริการสุขภาพผู้สูงอายุในระดับนี้มุ่งให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่สามารถดูแลรักษาในระดับปฐมภูมิ โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันและดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุระดับทุติยภูมิ รวมถึงผู้สูงอายุในชุมชนที่รับผิดชอบ มีกิจกรรมหลักดังนี้

1. ประเมิน GS โดยใช้แบบประเมินระดับ รพช.

2. ดูแลรักษาระดับทุติยภูมิเพื่อป้องกันไม่ให้พยาธิสภาพของโรคลุกลามโดยการตรวจหาเป็นระยะและเชื่อมโยงการดูแลรักษาใน IPD

3. มีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนและมารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา โภชนากร

4. ติดตาม เยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับชุมชน อปท.

5. จัดบริการเช่นเดียวกับ รพ.สต. / ศสม. เพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่รับผิดชอบ (**ตาราง 2**)

ตาราง 2 การบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุระดับทุติยภูมิ (รพช.)

คลินิกผู้สูงอายุ รพช.	
กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่สามารถดูแลรักษาในระดับปฐมภูมิ	
เป้าหมาย ป้องกันและดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุระดับทุติยภูมิ	
กิจกรรมหลัก • ประเมิน GS โดยใช้แบบประเมินระดับ รพช. • ดูแลรักษาระดับทุติยภูมิเพื่อป้องกันไม่ให้พยาธิสภาพของโรคลุกลามโดยการตรวจหาเป็นระยะ และเชื่อมโยงการดูแลรักษาใน IPD • มีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อนและมารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา โภชนากร • ติดตาม เยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมกับชุมชน อปท.	• จัดบริการเช่นเดียวกับ รพ.สต. / ศสม. เพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่รับผิดชอบ

การบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับตติยภูมิ

การบริการสุขภาพผู้สูงอายุในระดับนี้มุ่งให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่สามารถดูแลรักษาในระดับทุติยภูมิ โดยมีเป้าหมายเพื่อป้องกันและดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุระดับตติยภูมิ รวมถึงผู้สูงอายุในชุมชนที่รับผิดชอบ มีกิจกรรมหลักดังนี้

1. ประเมิน GS โดยใช้แบบประเมินที่เพิ่มเติมจากระดับ รพช.

2. ดูแลรักษาระดับตติยภูมิเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ความพิการ ทุพพลภาพ และเชื่อมโยงการดูแลรักษาใน IPD และ specialist

3. วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุนำมาวางแนวทางการดูแลรักษาและจัดทำเป็นนโยบายในภาพรวมของจังหวัด

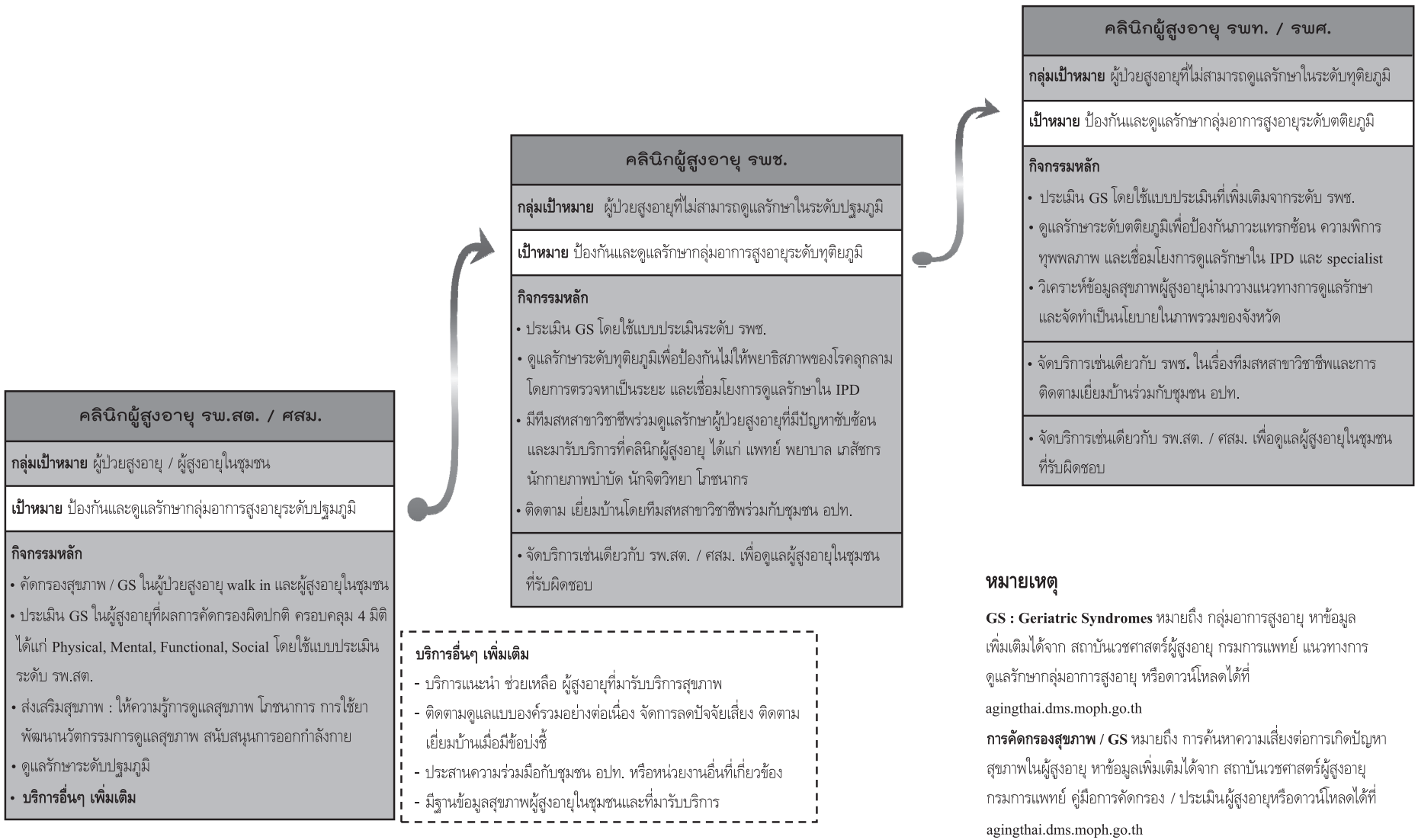
4. จัดบริการเช่นเดียวกับ รพช. ในเรื่องทีมสหสาขาวิชาชีพและการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับชุมชน อปท.

5. จัดบริการเช่นเดียวกับ รพ.สต. / ศสม. เพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่รับผิดชอบ (**ตาราง 3**)

ตาราง 3 การบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุระดับตติยภูมิ (รพท. / รพศ.)

<table>
<tr><th colspan="2">คลินิกผู้สูงอายุ รพท. / รพศ.</th></tr>
<tr><td colspan="2">กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่สามารถดูแลรักษาในระดับทุติยภูมิ</td></tr>
<tr><td colspan="2">เป้าหมาย ป้องกันและดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุระดับตติยภูมิ</td></tr>
<tr><td rowspan="2">กิจกรรมหลัก
• ประเมิน GS โดยใช้แบบประเมินที่เพิ่มเติมจากระดับ รพช.
• ดูแลรักษาระดับตติยภูมิเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน ความพิการ ทุพพลภาพ และเชื่อมโยงการดูแลรักษาใน IPD และ specialist
• วิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุนำมาวางแนวทางการดูแลรักษาและจัดทำเป็นนโยบายในภาพรวมของจังหวัด</td><td>• จัดบริการเช่นเดียวกับ รพช. ในเรื่องทีมสหสาขาวิชาชีพและการติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับชุมชน อปท.</td></tr>
<tr><td>• จัดบริการเช่นเดียวกับ รพ.สต. / ศสม. เพื่อดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่รับผิดชอบ</td></tr>
</table>

รูปภาพ 1 การสังเคราะห์รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุจากพื้นที่ต้นแบบคลินิกผู้สูงอายุ



หมายเหตุ

GS : Geriatric Syndromes หมายถึง กลุ่มอาการสูงอายุ หาข้อมูลเพิ่มเติมได้จาก สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ แนวทางการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ หรือดาวน์โหลดได้ที่ agingthai.dms.moph.go.th

การคัดกรองสุขภาพ / GS หมายถึง การค้นหาความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ หาข้อมูลเพิ่มเติมได้จาก สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ คู่มือการคัดกรอง / ประเมินผู้สูงอายุหรือดาวน์โหลดได้ที่ agingthai.dms.moph.go.th

ส่วนที่ 2

กระบวนการปฏิบัติที่ดีในการบริการสุขภาพผู้สูงอายุจากพื้นที่ต้นแบบคลินิกผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา อุดรธานี น่าน และสุราษฎร์ธานี

การบริการสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

บริบทของจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

พระนครศรีอยุธยาเป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่บริเวณที่ราบลุ่มภาคกลางตอนล่างของประเทศ น้ำท่วมถึง พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นทุ่งนา ไม่มีภูเขา ไม่มีป่าไม้ มีแม่น้ำไหลผ่าน 4 สาย ได้แก่ แม่น้ำเจ้าพระยา แม่น้ำป่าสัก แม่น้ำลพบุรีและแม่น้ำน้อย มีเนื้อที่ประมาณ 2,556.64 ตารางกิโลเมตรหรือ 1,579,900 ไร่ นับว่าเป็นจังหวัดที่มีขนาดใหญ่เป็นอันดับที่ 63 ของประเทศไทยและเป็นอันดับที่ 11 ของจังหวัดในภาคกลาง แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 16 อำเภอ 209 ตำบล ประชากรทั้งสิ้น 803,599 คน เป็นประชากรสูงอายุ 126,247 คนคิดเป็นร้อยละ 15.7 โดยเป็นผู้สูงอายุตอนต้น 66,396 คน คิดเป็นร้อยละ 52.6 ตอนกลาง 38,668 คนคิดเป็นร้อยละ 30.6 และตอนปลาย 21,183 คนคิดเป็นร้อยละ 16.8 สถานบริการสุขภาพแบ่งออกเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 205 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) 14 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) 1 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) 1 แห่ง

จุดเริ่มต้นของการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ

จากนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่ให้สถานบริการสุขภาพตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไปดำเนินการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาก็ได้จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุขึ้นในแผนกผู้ป่วยนอกและจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุตามแนวทางการบริการคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด แต่ก็ได้ปิดตัวไปในที่สุดในปี พ.ศ.2557 เมื่อสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เชิญให้จังหวัดพระนครศรีอยุธยาเข้าร่วมพัฒนาการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในปี พ.ศ.2558 กลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จึงจัดให้มีบริการสุขภาพผู้สูงอายุ “คลินิกผู้สูงอายุ” โดยมีพยาบาลประจำคลินิกบริหารจัดการในการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ รวมถึงประสานงานเพื่อส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากกลุ่มอาการสูงอายุ นอกจากนี้ยังมีการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วยโดยให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุที่ศูนย์แพทย์ที่อยู่ในความรับผิดชอบของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม

ความเชื่อมโยงของการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

นโยบายการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

จังหวัดพระนครศรีอยุธยาเห็นความสำคัญของการเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่เข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” และคาดว่าอีก 5 ปีข้างหน้าจะเข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” ซึ่งจะมีผู้สูงอายุร้อยละ 20 ประเด็นเรื่องผู้สูงอายุจึงเข้ามาอยู่ในแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัดในปลายปี พ.ศ.2558 ประกอบกับที่สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุเชิญให้เข้าร่วมพัฒนาการบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มุ่งเน้นกลุ่มอาการสูงอายุและเชื่อมโยงการบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ จังหวัดพระนครศรีอยุธยาจึงขอนำร่องในสถานบริการสุขภาพที่สมัครใจเพื่อเป็นต้นแบบสำหรับสถานบริการสุขภาพอื่นๆ และผลจากการสำรวจสุขภาพของผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยาที่พบว่าปัญหา

สุขภาพลำดับต้นๆ ได้แก่ ฟัน เข่า สมองเสื่อม ดังนั้นสถานบริการสุขภาพนำร่องจึงลงความเห็นที่จะดำเนินการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมก่อน สำหรับการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุของสถานบริการสุขภาพอื่นๆ อยู่ระหว่างการทำความเข้าใจและแนะนำแนวทางในการดำเนินงานโดยผู้รับผิดชอบงานด้านผู้สูงอายุของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เนื่องจากสถานบริการสุขภาพส่วนใหญ่ยังไม่เห็นความจำเป็นที่จะต้องแยกจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุออกมาต่างหากเพราะจะทำให้การบริหารจัดการของสถานบริการเกิดปัญหาได้โดยเฉพาะปัญหาด้านบุคลากร ซึ่งคาดว่าสถานบริการสุขภาพในจังหวัดพระนครศรีอยุธยาจะจัดให้บริการที่ดูแลรักษาสุขภาพเฉพาะผู้สูงอายุครบทุกสถานบริการสุขภาพในอนาคต

การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับปฐมภูมิ

ผู้สูงอายุในชุมชนจะได้รับการคัดกรอง ส่งเสริมและดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดย อสม. และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) ที่ผ่านการอบรมจะร่วมให้การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนด้วย โดยดูแลด้านสุขอนามัย (hygiene) การพยาบาลเบื้องต้น เช่น ทำแผล ให้คำแนะนำญาติ และประสานหน่วยบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกรณีผู้สูงอายุมีปัญหา หากคัดกรองแล้วพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงจะส่งเข้าคลินิกผู้สูงอายุใน รพ.สต. ซึ่งจะทำการประเมินสุขภาพและกลุ่มอาการสูงอายุซ้ำ หากพบมีปัญหาสุขภาพก็จะให้การดูแลรักษา หรือฟื้นฟูสุขภาพด้วยแพทย์แผนไทย มณีเวช และให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ ถ้าอาการไม่ดีขึ้นก็จะส่งเข้ารับการรักษาระดับทุติยภูมิต่อไป ส่วนการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชนจะดำเนินการโดย อสม. ซึ่งจะคัดกรองภาวะข้อเข่าเสื่อมก่อนและจะส่งกลุ่มเสี่ยงเข้าคลินิกผู้สูงอายุ รพ.สต. เพื่อประเมินด้วยแบบประเมินข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก (**เอกสาร 1 ในภาคผนวก**) และให้คำแนะนำในการบริหารกล้ามเนื้อและข้อเข่าเพื่อลดอาการปวดและชะลอภาวะข้อเข่าเสื่อม นอกจากนี้ยังมีการปรับสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุด้วย (**ตาราง 4, 5**)

การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับทุติยภูมิ

คลินิกผู้สูงอายุ รพช. จะประเมินกลุ่มอาการสูงอายุซ้ำในผู้สูงอายุที่ส่งต่อมาจาก รพ.สต. หากพบมีปัญหาสุขภาพก็จะให้การดูแลรักษาหรือฟื้นฟูสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย มณีเวช ถ้าอาการไม่ดีขึ้นก็จะส่งเข้ารับการรักษาในระดับตติยภูมิต่อไป ส่วนการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชนจะดำเนินการโดย อสม. ซึ่งจะคัดกรองภาวะข้อเข่าเสื่อมก่อนและจะส่งกลุ่มเสี่ยงเข้าคลินิกผู้สูงอายุ รพช. เพื่อประเมินด้วยแบบประเมินข้อเข่าเสื่อมทางคลินิกและให้คำแนะนำในการบริหารกล้ามเนื้อและข้อเข่าเพื่อลดอาการปวดและชะลอภาวะข้อเข่าเสื่อม และปรับสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุด้วย ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนในความรับผิดชอบของ รพช. ก็จะดำเนินการเช่นเดียวกับ รพ.สต. คือ คัดกรอง ส่งเสริมและดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดย อสม. ถ้าพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงจะส่งคลินิกผู้สูงอายุใน รพช. (**ตาราง 4, 5**)

การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับตติยภูมิ

คลินิกผู้สูงอายุ รพศ. จะประเมินกลุ่มอาการสูงอายุซ้ำในผู้สูงอายุที่ส่งต่อมาจาก รพช. หากพบมีปัญหาสุขภาพก็จะให้การดูแลรักษา ส่วนการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมในชุมชนจะดำเนินการโดย อสม. ซึ่งจะคัดกรองภาวะข้อเข่าเสื่อมก่อนและจะส่งกลุ่มเสี่ยงเข้าคลินิกผู้สูงอายุ รพศ. เพื่อประเมินด้วยแบบประเมินข้อเข่าเสื่อมทางคลินิกและให้คำแนะนำในการบริหารกล้ามเนื้อและข้อเข่า

เพื่อลดอาการปวดและชะลอภาวะข้อเข่าเสื่อม ปรับสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุด้วย หากผลการประเมินข้อเข่าเสื่อมทางคลินิกพบว่าผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดภาวะข้อเข่าเสื่อมก็จะตรวจประเมินด้วยเกณฑ์ออร์โธปิดิกส์เพื่อส่งต่อไปยังแผนกออร์โธปิดิกส์ สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมเมื่อจำหน่ายจะประสานงานเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องโดยศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (continuing of care : COC) ของ รพศ. ซึ่งจะประสานไปยังศูนย์ดูแลต่อเนื่องของ รพช. รวมถึงครอบครัวและชุมชน ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนในความรับผิดชอบของ รพศ. ก็จะดำเนินการเช่นเดียวกับ รพ.สต. คือคัดกรอง ส่งเสริมและดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดย อสม. ถ้าพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงจะส่งเข้าคลินิกผู้สูงอายุ รพศ. นอกจากนี้ยังจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนที่ศูนย์แพทย์ทั้ง 6 ศูนย์แพทย์โดยมีแพทย์ให้การตรวจรักษา เภสัชกรจัดยาและแนะนำการใช้ยา ทันตบุคลากรดูแลสุขภาพช่องปาก นักกายภาพบำบัดฟื้นฟูสุขภาพ และจัดทีม (Home Health Care : HHC) ติดตามดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านด้วย **(ตาราง 4, 5)**

ผลที่เกิดขึ้นจากการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : ประเด็นและโอกาสพัฒนา

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางการบริการสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในชุมชนและคลินิกผู้สูงอายุตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิจนถึงระดับตติยภูมิในสถานบริการสุขภาพนำร่อง โดยมีชุมชนและหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมให้การดูแลผู้สูงอายุด้วย ซึ่งสามารถเป็นต้นแบบในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุจึงควรขยายการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมให้ครอบคลุมสถานบริการทุกพื้นที่ทั้งจังหวัด นอกจากนี้ควรเพิ่มการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มอาการสูงอายุอื่น เช่น ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (Delirium) ภาวะนอนไม่หลับ (Insomnia) ภาวะขาดสารอาหาร (Inanition) ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Incontinence) ด้วย

2. สถานบริการสุขภาพนำร่องทั้ง 3 ระดับมีการรับและส่งต่อผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ แต่ยังไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในผู้สูงอายุที่มีการส่งต่อไปยังสถานบริการสุขภาพในระดับที่สูงกว่า รวมถึงการเปรียบเทียบข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุก่อนการให้บริการสุขภาพ ระหว่างการให้บริการสุขภาพ และหลังการให้บริการสุขภาพ ดังนั้นการวางแผนการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจึงทำได้ค่อนข้างยาก หากมีการพัฒนาโปรแกรมข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพที่สถานบริการสุขภาพสามารถเข้าถึงข้อมูลได้จะทำให้การดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุมีคุณภาพมากขึ้น

3. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการจัดบริการสุขภาพ : คลินิกผู้สูงอายุในภาพรวมร้อยละ 84.7 ด้านอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อมร้อยละ 83.1 ด้านบุคลากรร้อยละ 85.2 ด้านการจัดบริการสุขภาพร้อยละ 85.4 เมื่อพิจารณาความไม่เห็นด้วยต่อการจัดบริการสุขภาพรายด้านพบว่าสิ่งที่ผู้สูงอายุไม่เห็นด้วยสูงสุดด้านอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อมคือเรื่องทางเดินที่มีราวจับร้อยละ 21.1 ด้านบุคลากรคือการมีบุคลากรหลากหลายวิชาชีพร้อยละ 16.7 ด้านการจัดบริการสุขภาพคือมีการดูแลต่อเนื่องที่บ้านร้อยละ 12.2 และการบริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จร้อยละ 8.9 เมื่อพิจารณาความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อบริการในคลินิกผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจร้อยละ 97.8 **(ตาราง 6 - 9)**

ปัจจัยความสำเร็จในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ

สิ่งที่ทำให้การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุของจังหวัดพระนครศรีอยุธยาประสบความสำเร็จคือการมีบุคลากรสุขภาพที่นอกจากจะมีความรู้ความเข้าใจในลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุที่ต่างจากวัยอื่น รวมถึงความแตกต่างของสุขภาพพื้นฐานและความต้องการดูแลสุขภาพที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่าแล้ว บุคลากรยังมีใจและพร้อมที่จะช่วยเหลือผู้สูงอายุโดยการให้บริการสุขภาพแบบ

องค์รวม และมีทีมสหสาขาวิชาชีพร่วมค้นหาปัญหาต่างๆ นำไปสู่การแก้ปัญหาที่ตรงจุดซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถกลับมาทำกิจวัตรประจำวันได้ นอกจากนี้ยังมีชุมชนไม่ว่าจะเป็นองค์กรศาสนาที่สนับสนุนงบประมาณในการปรับปรุงสถานที่ที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ หรือองค์การบริหารส่วนตำบลที่สนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุด้วย

ปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ

1. แพทย์เป็นบุคลากรสุขภาพหลักที่สำคัญของคลินิกผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย โดยเฉพาะแพทย์ใน รพช. เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นแพทย์ใช้ทุน อีกทั้งแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (geriatric medicine) มีน้อย การที่จะมีแพทย์เฉพาะด้านผู้สูงอายุมาปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุจึงเป็นปัญหาสำคัญของการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ หากคลินิกผู้สูงอายุขาดแพทย์ผู้ให้การตรวจรักษาก็จะทำให้การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุต้องหยุดชะงัก หรือหยุดดำเนินการไปในที่สุด ผู้สูงอายุก็จะไม่ได้รับการดูแลรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องต้องกลับไปรับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรังซึ่งต้องรอรับบริการจากหลายๆ คลินิกหากผู้สูงอายุไม่ได้เจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งเพียงโรคเดียว

2. ความไม่ชัดเจนของนโยบายและการสนับสนุนนโยบายของจังหวัดที่จะขับเคลื่อนการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ รวมถึงการไม่เห็นความสำคัญของบุคลากรสุขภาพในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุทำให้ผู้สูงอายุไม่ได้รับดูแลรักษาแบบองค์รวมซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ หากการกำหนดนโยบายและการสนับสนุนชัดเจนจะทำให้บุคลากรสุขภาพสามารถนำนโยบายการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุไปสู่การปฏิบัติที่เกิดความสำเร็จ ต่อเนื่องและยั่งยืนได้

ตาราง 4 หน่วยบริการสุขภาพผู้สูงอายุและเครือข่าย : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

พื้นที่	สถานบริการสุขภาพ	หน่วยงานรับผิดชอบ	ผู้รับผิดชอบบริการ	หน่วยงานร่วมบริการ	เครือข่ายร่วมบริการ
พระนครศรีอยุธยา - พัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ - ต้นแบบการบริการสุขภาพผู้สูงอายุข้อเข่าเสื่อม (OA knee)	ปฐมภูมิ : รพ.สต.บ่อตาโล่	รพ.สต.	พยาบาล		**อบต.**สนับสนุนงบประมาณจัดกิจกรรม caregiver ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน
	ทุติยภูมิ : รพ.วังน้อย	ผู้ป่วยนอก เวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน	แพทย์ พยาบาลสหสาขาวิชาชีพ		caregiver ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน
	ตติยภูมิ : รพ.พระนครศรีอยุธยา	เวชกรรมสังคม	แพทย์ พยาบาลสหสาขาวิชาชีพ	**ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง** (COC) ประสานพื้นที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่บ้าน **บริการสุขภาพที่บ้าน** (HHC) ติดตามดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเปลี่ยนข้อเข่าเทียมที่บ้าน	**วัด**สนับสนุนงบประมาณปรับสถานที่สิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ

ตาราง 5 การบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

พระนครศรีอยุธยา	การบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
รพ.สต.บ่อตาโล่ บริการคลินิกผู้สูงอายุ เดือนละ 1 วัน	- คัดกรอง ประเมินสุขภาพและกลุ่มอาการสูงอายุ - ดูแลรักษาระดับปฐมภูมิและส่งต่อ รพช. กรณีไม่สามารถดูแลรักษาได้ - ส่งเสริมสุขภาพ (ให้ความรู้การดูแลสุขภาพ : โภชนาการ การใช้ยา) ฟื้นฟูสุขภาพ (แพทย์แผนไทย มณีเวช) การดูแลที่บ้านโดย caregiver
	- ดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม ◊ ประเมินกลุ่มเสี่ยงด้วยแบบประเมินข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก ◊ ชะลอและลดอาการปวดด้วยการแนะนำการบริหารกล้ามเนื้อข้อเข่า ◊ ปรับสถานที่และสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อผู้สูงอายุ ◊ ส่งต่อ รพช. กรณีผู้สูงอายุอาการไม่ดีขึ้น
รพ.วังน้อย บริการคลินิกผู้สูงอายุ สัปดาห์ละ 1 วัน	- ประเมินกลุ่มอาการสูงอายุในผู้สูงอายุที่รับส่งต่อจาก รพ.สต. - ดูแลรักษาระดับทุติยภูมิและส่งต่อ รพศ. กรณีไม่สามารถดูแลรักษาได้ - จัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุเช่นเดียวกับ รพ.สต. ในชุมชนที่รับผิดชอบ
	- ดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อมเช่นเดียวกับ รพ.สต. และส่งต่อ รพศ.กรณีผู้สูงอายุอาการไม่ดีขึ้น
รพ.พระนครศรีอยุธยา บริการคลินิกผู้สูงอายุ สัปดาห์ละ 1 วัน	- ประเมินกลุ่มอาการสูงอายุที่รับส่งต่อจาก รพช. และ รพ.เครือข่าย - ดูแลรักษาระดับตติยภูมิ - ศูนย์ประสานงานส่งต่อผู้ป่วยกลุ่มอาการสูงอายุ - ศูนย์ให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพผู้สูอายุ - จัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุเช่นเดียวกับ รพ.สต. ในชุมชนที่รับผิดชอบ
	- ดูแลผู้สูงอายุภาวะข้อเข่าเสื่อม เช่นเดียวกับ รพ.สต. และประเมินกลุ่มเสี่ยงหรือผู้สูงอายุที่รับส่งต่อตามเกณฑ์ของออร์โธปิดิกส์เพื่อส่งต่อ specialist

ตาราง 6 ร้อยละความคิดเห็นต่อบริการสุขภาพ : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ความคิดเห็น	ร้อยละ
ภาพรวมการบริการสุขภาพ	84.7
ด้านอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม	83.1
ด้านบุคลากร	85.2
ด้านการจัดบริการ	85.4

ตาราง 7 ร้อยละความคิดเห็นด้านอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ความคิดเห็น	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
แยกเป็นสัดส่วนในแผนกผู้ป่วยนอก	44.4	50.0	5.6	0
มีป้าย “คลินิกผู้สูงอายุ”	55.6	32.2	11.1	1.1
ทางเดินมีราวจับ	31.1	47.8	21.1	0
ทางลาดมีความชันเหมาะสม	46.7	42.2	11.1	0
มีห้องน้ำผู้สูงอายุ	45.6	46.6	6.7	1.1
เก้าอี้รอรับบริการเพียงพอ	42.2	50.0	5.6	2.2

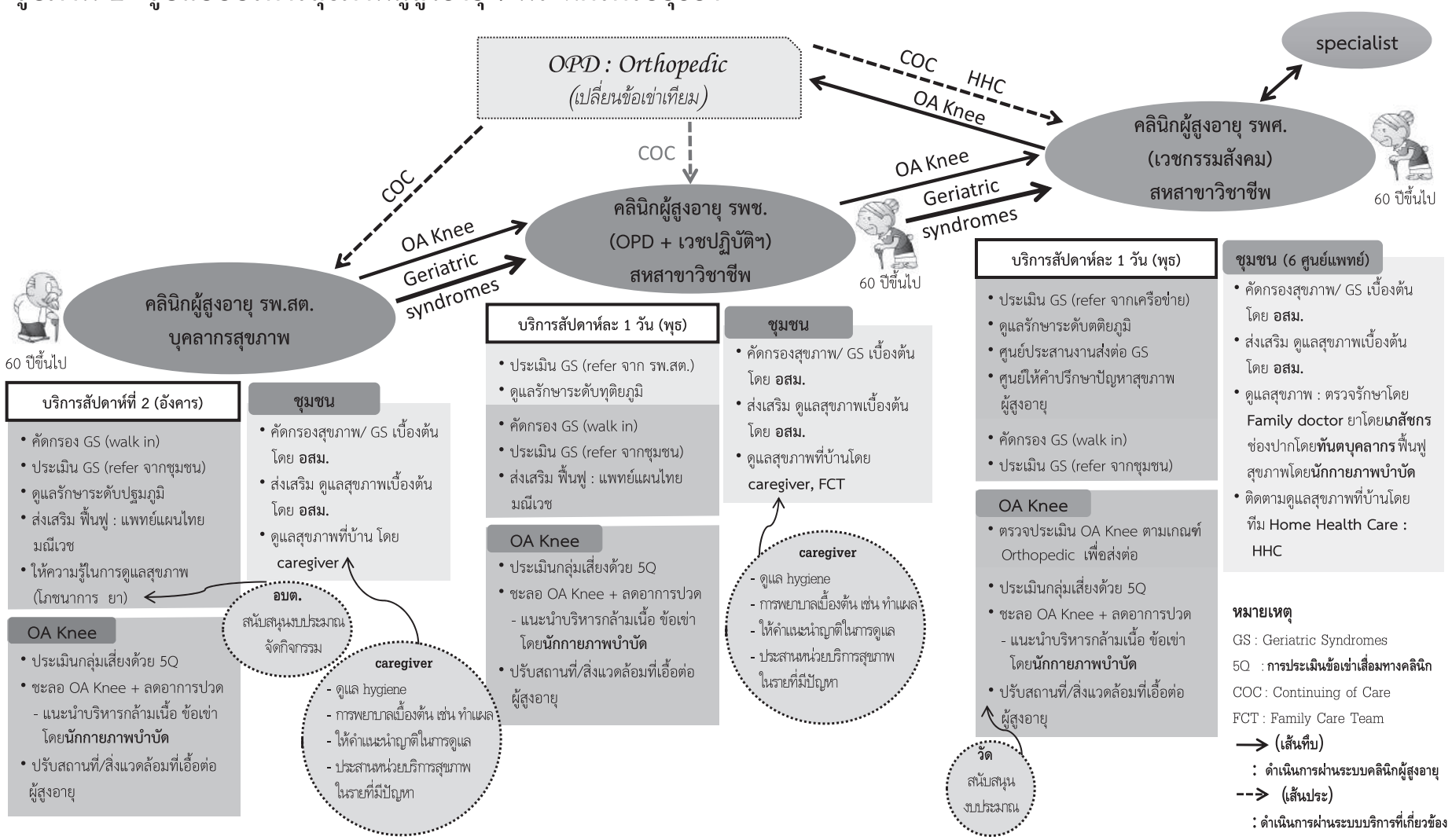
ตาราง 8 ร้อยละความคิดเห็นด้านบุคลากร : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ความคิดเห็น	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
บุคลากรมีความรู้เฉพาะด้านผู้สูงอายุ	40.0	57.8	2.2	0
ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคจากแพทย์	45.6	52.2	2.2	0
มีบุคลากรหลากหลายวิชาชีพ	37.8	45.5	16.7	0
บุคลากรพัฒนาความรู้ด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง	44.4	52.3	3.3	0
บุคลากรไม่แสดงกิริยารังเกียจ	61.1	37.8	1.1	0

ตาราง 9 ร้อยละความคิดเห็นด้านการจัดบริการ : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ความคิดเห็น	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ	41.1	50.0	7.8	1.1
ประเมินสุขภาพครบทุกด้าน	48.9	48.9	2.2	0
ดูแลปัญหาสุขภาพครบทุกด้าน	52.2	43.4	4.4	0
บริการสุขภาพที่ไม่ซ้ำซ้อน	42.2	54.5	3.3	0
บริการตามมาตรฐานที่กำหนด	47.8	48.9	3.3	0
หายจากการเจ็บป่วย	46.7	52.2	1.1	0
มีการส่งต่ออย่างเป็นระบบ	47.8	47.8	3.3	1.1
มีการติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ	38.9	56.7	3.3	1.1
มีการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	36.7	51.1	10.0	2.2
ความพึงพอใจจากบริการ	64.5	33.3	2.2	0

รูปภาพ 2 รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : พระนครศรีอยุธยา



การบริการสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี

บริบทของจังหวัดอุดรธานี

อุดรธานีเป็นจังหวัดที่มีขนาดใหญ่ลำดับที่ 11 ของประเทศ ลักษณะภูมิประเทศโดยทั่วไปเป็นที่ราบสูง ประกอบด้วยทุ่งนา ป่าไม้ และภูเขา มีเนื้อที่ประมาณ 11,730 ตารางกิโลเมตรหรือประมาณ 7.33 ล้านไร่ แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 20 อำเภอ 156 ตำบล ประชากรทั้งสิ้น 1,570,300 คน เป็นประชากรสูงอายุ 185,280 คนคิดเป็นร้อยละ 11.8 ซึ่งถือว่าเป็นจังหวัดที่เข้าสู่ “สังคมผู้สูงอายุ” (Aging society) โดยเป็นผู้สูงอายุตอนต้น 113,663 คนคิดเป็นร้อยละ 61.3 ตอนกลาง 52,170 คนคิดเป็นร้อยละ 28.2 และตอนปลาย 19,447 คนคิดเป็นร้อยละ 10.5 สถานบริการสุขภาพแบ่งออกเป็นระดับปฐมภูมิมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 237 แห่งและศูนย์สุขภาพชุมชนเขตเมือง (ศสม.) 4 แห่ง ระดับทุติยภูมิมีโรงพยาบาลชุมชน (รพช.) 19 แห่งและยกระดับเป็นโรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) 1 แห่งคือโรงพยาบาลกุมภวาปี ระดับตติยภูมิเป็นโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) 1 แห่งคือโรงพยาบาลอุดรธานี

จุดเริ่มต้นของการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ

จากนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่ให้สถานบริการสุขภาพตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไปดำเนินการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ สถานบริการสุขภาพของจังหวัดอุดรธานีที่อยู่ในกลุ่มดังกล่าวคือโรงพยาบาลอุดรธานี ซึ่งกลุ่มงานเวชกรรมสังคมรับผิดชอบในเรื่องนี้ก็ได้จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุขึ้น ส่วนการบริการสุขภาพในคลินิกผู้สูงอายุเป็นเพียงการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุของโรงพยาบาล แต่ดำเนินการได้ประมาณ 1-2 เดือนก็ต้องหยุดเพราะผู้สูงอายุไม่สามารถมาร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง เนื่องจากการทำกิจกรรมอยู่ในช่วงบ่ายซึ่งเป็นช่วงที่ผู้สูงอายุต้องทำภารกิจ เช่น รับหลานจากโรงเรียน จากนั้นปี พ.ศ.2552 มีการเปลี่ยนแปลงผู้รับผิดชอบงานคลินิกผู้สูงอายุและจะดำเนินการต่อจึงได้ศึกษาแนวทางการดำเนินงานจากที่ต่างๆ โดยพบเอกสารสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุที่แนะนำว่าการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุควรมีกลุ่มการพยาบาลร่วมด้วย จึงได้ไปปรึกษาหัวหน้ากลุ่มงานซึ่งแนะนำให้ปรึกษาแพทย์ที่ตรวจด้านอายุรกรรมด้วย จากนั้นจึงได้ดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุในรูปของคณะกรรมการโดยเชิญหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าร่วม เช่น จิตเวช ประสาทวิทยา ยูโรวิทยา ซึ่งแต่ละหน่วยงานจะส่งแพทย์และพยาบาลเข้าเป็นคณะกรรมการ การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุจึงเริ่มชัดเจนมากขึ้น มีแพทย์และพยาบาลให้บริการที่คลินิกผู้สูงอายุสัปดาห์ละ 1 วัน สำหรับแบบคัดกรองหรือแบบประเมินผู้สูงอายุซึ่งเป็นเครื่องมือหนึ่งในการดำเนินงานในคลินิกผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาขึ้นโดยคณะกรรมการสาขานั้นๆ

การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ

เริ่มแรกการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลอุดรธานีต้องคัดเลือกผู้สูงอายุที่มารับบริการตรวจรักษาที่แผนกอายุรกรรมซึ่งมีความคุ้นเคยกับแพทย์ประจำคลินิกผู้สูงอายุมารับบริการก่อน จากนั้นจะคัดเลือกผู้ที่อายุมากๆ ประมาณ 70-80 ปีหรือผู้สูงอายุที่รู้สึกหงุดหงิดเมื่อรอตรวจเป็นเวลานานมารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุ เนื่องจากแพทย์ที่ตรวจรักษาในคลินิกผู้สูงอายุจะมีเวลารับฟังปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุเป็นเวลานานและผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลแบบองค์รวมมากกว่าการแยกไปตรวจคลินิกเฉพาะโรคซึ่งจะได้รับการดูแลรักษาเพียงโรคใดโรคหนึ่งเพียงโรคเดียว สำหรับโรคที่เป็นโรคเฉพาะทางมากๆ เช่น สมองเสื่อมที่จำเป็นต้องใช้ยาก็จะส่งต่อไปยังแพทย์ประสาทวิทยาหรือจิตเวช จากนั้น

คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลอุดรธานีก็ได้กำหนดเกณฑ์ผู้สูงอายุที่จะเข้ารับการรักษาคือ ต้องเป็นผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไปและไม่ได้รับการตรวจรักษาในคลินิกเฉพาะโรค หรือ เป็นผู้ที่ส่งต่อมาจากเครือข่าย หรือ เป็นผู้ที่มาโรงพยาบาลครั้งแรกและมีข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ คือ มีหลายโรค กินยาหลายขนาน เปราะบาง ต้องได้รับความรู้หรือคำแนะนำ ดุลยพินิจของแพทย์หรือพยาบาลที่ให้การดูแล

บุคลากรสุขภาพที่ดำเนินงานในคลินิกผู้สูงอายุประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ นักจิตวิทยา นักสุขศึกษา และแพทย์แผนไทย ซึ่งบริหารจัดการโดยพยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุ การบริการเป็นแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (one stop service) ได้แก่ การประเมินและการดูแลรักษากลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndromes : GS) รวมถึงบริการรับยา ติดตามผล lab/x-ray ส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะทาง ให้สุขศึกษา นอกจากนี้ยังร่วมกับทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลออกเยี่ยมผู้สูงอายุด้วย กระบวนการให้บริการในคลินิกผู้สูงอายุประกอบด้วยการอธิบายขั้นตอนการให้บริการ การประเมินภาวะสุขภาพและกลุ่มอาการสูงอายุซึ่งพิจารณาตามปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุมีอาการวิงเวียนศีรษะก็จะประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม ข้อเข่าเสื่อมด้วย หากจำเป็นต้องส่งปรึกษาแผนกอื่นๆ ก็จะติดป้ายสีเหลืองที่ OPD card และโทรศัพท์ประสานงานกับแผนกนั้นๆ ซึ่งได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีเพราะถ้าเป็นผู้สูงอายุที่ได้รับการประสานงานมาจากคลินิกผู้สูงอายุก็จะได้รับบริการก่อน หากผู้สูงอายุต้องรับบริการแผนกอื่นอย่างต่อเนื่องอาจทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถมารับบริการสุขภาพที่คลินิกผู้สูงอายุได้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการนัดตรวจตรงหรือใกล้เคียงกัน พยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุก็จะแนะนำให้ผู้สูงอายุโทรศัพท์แจ้งและให้กลับมารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุอีกครั้งเมื่อหมดปัญหานั้นแล้ว

ความเชื่อมโยงของการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ นโยบายการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี

การที่สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุเชิญจังหวัดอุดรธานีเข้าร่วมพัฒนาการบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มุ่งเน้นกลุ่มอาการสูงอายุและเชื่อมโยงการบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุของจังหวัดอุดรธานีรับนโยบายดังกล่าวและกำหนดยุทธศาสตร์ด้านผู้สูงอายุเป็น 1 ใน 5 ยุทธศาสตร์เชิงรุกของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี พร้อมกันนี้ได้ประกาศเป็นวาระจังหวัด “เมืองผู้สูงอายุคุณภาพชีวิตดี” จึงนำร่องพัฒนาระบบการดูแลและป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ เนื่องจากจังหวัดอุดรธานีมีการศึกษาวิจัยด้านการป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุอยู่แล้ว จากนั้นจึงกำหนดนโยบายให้สถานบริการสุขภาพทุกระดับจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุและดำเนินการตามมาตรฐานการบริการคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพที่กำหนดโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โดยให้สถานบริการสุขภาพระดับ รพศ. รพท. รพช. ดำเนินการตามมาตรฐานการบริการคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพทั้ง 12 ข้อ ส่วนระดับ รพ.สต. ศสช. ดำเนินการตามมาตรฐานข้อ 1 - 8 และให้จัดบริการสุขภาพในการดูแลและป้องกันภาวะหกล้มสำหรับผู้สูงอายุด้วย ส่วนเครื่องมือในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุทั้งแบบคัดกรองสุขภาพและโปรแกรมบันทึกผลกำหนดโดยคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี ซึ่งสถานบริการสุขภาพสามารถส่งข้อมูลเพื่อจัดทำเป็นข้อมูลของจังหวัดอุดรธานี (old survey program) และยังสามารถนำข้อมูลมาเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วย ทั้งนี้ยังกำหนดผลการจัดระบบการดูแลและป้องกันภาวะหกล้มเป็นตัวชี้วัดของจังหวัดเพื่อการดำเนินงานที่มีคุณภาพ พร้อมมีการติดตามผลการดำเนินงานในพื้นที่ด้วย

การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับปฐมภูมิ

ผู้สูงอายุในชุมชนจะได้รับการคัดกรอง ส่งเสริมและดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดย อสม. เมื่อคัดกรองแล้วพบว่ามีความเสี่ยงจะส่งเข้าคลินิกผู้สูงอายุใน รพ.สต. ซึ่งจะทำการประเมินสุขภาพและกลุ่มอาการสูงอายุซ้ำ หากพบมีปัญหาสุขภาพก็จะให้การดูแลรักษา ถ้าอาการไม่ดีขึ้นก็จะส่งเข้ารับการรักษาระดับทุติยภูมิต่อไป ส่วนการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุภาวะหกล้มในชุมชนจะมีการประเมินด้วย Time Up and Go Test (TUGT) (**เอกสาร 2 ในภาคผนวก**) โดย อสม. ถ้าพบว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มจะส่งเข้าคลินิกผู้สูงอายุใน รพ.สต. ซึ่งจะประเมินซ้ำด้วย Fall Risk Assessment Tool (FRAT) (**เอกสาร 3 ในภาคผนวก**) และให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะหกล้ม ให้คำแนะนำในการบริหารกล้ามเนื้อขาด้วยยางยืดและถุงทรายผ้าขาวม้า (นวัตกรรม) รำไม้พลอง นอกจากนี้คลินิกผู้สูงอายุใน รพ.สต. ยังร่วมมือกับชุมชนทำการประเมินบ้านผู้สูงอายุ สถานที่ต่างๆ เช่น สถานบริการ ชุมชน วัด และสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้มโดย อบต. สนับสนุนงบประมาณในการทำป้ายเตือนจุดเสี่ยง ซ่อมแซมบ้านและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันภาวะหกล้ม กรณีผู้สูงอายุหกล้มและกระดูกสะโพกหักจะส่งต่อ รพศ. ตามแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่กำหนด และประสาน สนับสนุน เตรียมการดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องที่บ้านเมื่อจำหน่าย (**ตาราง 10, 11**)

การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับทุติยภูมิ

คลินิกผู้สูงอายุ รพช. จะประเมินกลุ่มอาการสูงอายุซ้ำในผู้สูงอายุที่ส่งต่อมาจาก รพ.สต. หากพบมีปัญหาก็จะให้การดูแลรักษา ถ้าอาการไม่ดีขึ้นก็จะส่งเข้ารับการรักษาในระดับตติยภูมิต่อไป ส่วนการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุภาวะหกล้มจะมีการประเมินผู้สูงอายุซ้ำด้วย FRAT ประเมินปัจจัยเสี่ยงและแก้ไข เช่น การมองเห็น เท้าผิดรูป การใช้ยา เป็นต้น พร้อมให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะหกล้ม ให้คำแนะนำในการบริหารกล้ามเนื้อขาโดยนักกายภาพบำบัด สำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในก็จะได้รับการประเมินความเสี่ยงด้วย Morse Fall Scale (**เอกสาร 4 ในภาคผนวก**) เมื่อแรกรับ ถ้าพบมีความเสี่ยงจะติดป้าย “ระวังตกเตียง” หน้าห้องและหน้าเตียงเพื่อเฝ้าระวัง มีการปรับสิ่งแวดล้อม เช่น ราวกั้นเตียง ปุ่มเรียก จนท. อุปกรณ์ช่วยเดิน นอกจากนี้ยังร่วมมือกับชุมชนทำการประเมินบ้านผู้สูงอายุและสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม โดย อบต. จะช่วยซ่อมแซมบ้านและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันภาวะหกล้ม กรณีผู้สูงอายุเกิดภาวะหกล้มและกระดูกสะโพกหักจะส่งต่อ รพศ. ตามแนวทางการบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่กำหนด และศูนย์ดูแลต่อเนื่องของ รพช. จะประสานครอบครัวและชุมชนพร้อมสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์เพื่อเตรียมการดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องเมื่อจำหน่าย ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนในความรับผิดชอบของ รพช. ก็จะดำเนินการเช่นเดียวกับ รพ.สต. คือ คัดกรอง ส่งเสริมและดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดย อสม. ถ้าพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงจะส่งเข้าคลินิกผู้สูงอายุ รพช. (**ตาราง 10, 11**)

การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับตติยภูมิ

คลินิกผู้สูงอายุ รพศ. จะประเมินกลุ่มอาการสูงอายุซ้ำในผู้สูงอายุที่ส่งต่อมาจาก รพช. และโรงพยาบาลเครือข่าย หากพบมีปัญหาสุขภาพก็จะให้การดูแลรักษาซึ่งเป็นแบบ one stop service ที่บริหารจัดการโดยพยาบาลประจำคลินิก ได้แก่ รับยา ตามผล lab/x-ray ให้สุขศึกษา รวมถึงการส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะสาขา ส่วนการบริการสุขภาพเกี่ยวกับภาวะหกล้มจะมีการประเมินผู้สูงอายุซ้ำด้วย

FRAT พร้อมให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะหกล้ม การบริหารกล้ามเนื้อขา กรณีความเสี่ยงของภาวะหกล้มเกิดจากพยาธิสภาพอื่น เช่น ปัญหาการมองเห็น ข้อเข่าเสื่อม การใช้ยา จะส่งต่อแพทย์เฉพาะทางเพื่อแก้ไขปัญหานั้นๆ สำหรับผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในแผนกออร์โธปิดิกส์จะได้รับการประเมินความเสี่ยงด้วย Morse Fall Scale เมื่อแรกรับและติดธงสีที่หน้าเตียงในกลุ่มเสี่ยงสูงเพื่อเฝ้าระวัง ประเมินความเสี่ยงของภาวะหกล้มและบันทึกในฟอร์มปรอททุกวัน ให้การดูแลป้องกัน (intervention) ตามความเสี่ยง ฝึกความแข็งแรงกล้ามเนื้อและข้อ ฝึกเดิน ประเมินผู้ป่วยและญาติซ้ำก่อนจำหน่าย ติดตามหลังจำหน่ายผู้สูงอายุเปลี่ยนข้อเทียม มีการส่งข้อมูลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในแผนกออร์โธปิดิกส์ที่มาด้วยภาวะหกล้มต่อคลินิกผู้สูงอายุ ศูนย์ดูแลต่อเนื่องของ รพศ. จะประสานงานกับศูนย์ดูแลต่อเนื่องของ รพช. และ รพ.สต. ที่รับผิดชอบ รวมถึงครอบครัวผู้สูงอายุเพื่อเตรียมการดูแลอย่างต่อเนื่องเมื่อจำหน่ายผู้สูงอายุเปลี่ยนข้อเทียม ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนในความรับผิดชอบของ รพศ. ก็จะมี ศสม. ที่ดำเนินการเช่นเดียวกับ รพ.สต. คือ คัดกรอง ส่งเสริมและดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดย อสม. ถ้าพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงจะส่งคลินิกผู้สูงอายุ รพศ. **(ตาราง 10, 11)**

ผลที่เกิดขึ้นจากการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : ประเด็นและโอกาสพัฒนา

1. ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการสุขภาพในคลินิกผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลรักษาที่เชื่อมโยงกันตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิจนถึงระดับตติยภูมิโดยมีแนวทางการจัดบริการสุขภาพและการส่งต่อข้อมูลผู้สูงอายุที่ชัดเจน ตั้งแต่คลินิกผู้สูงอายุ แผนกผู้ป่วยใน จนถึงครอบครัวและชุมชน ซึ่งบุคลากรสุขภาพสามารถใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานได้ แม้มีการส่งต่อข้อมูลกรณีผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในแต่ก็ขาดการเข้าไปประเมินหรือการดูแลอย่างต่อเนื่องโดยบุคลากรสุขภาพของคลินิกผู้สูงอายุ

2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะหกล้มได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางการบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะหกล้มทั้งในชุมชนและคลินิกผู้สูงอายุตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิจนถึงระดับตติยภูมิ โดยมีชุมชนและหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมให้การดูแลผู้สูงอายุด้วย ซึ่งสามารถเป็นต้นแบบในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุจึงควรขยายการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะหกล้มให้ครอบคลุมสถานบริการทุกพื้นที่ทั้งจังหวัด นอกจากนี้ควรเพิ่มการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มอาการสูงอายุอื่นด้วย

3. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ (old survey program) ของสถานบริการสุขภาพที่สามารถนำข้อมูลมาวางแผนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้นสามารถเชื่อมโยงกันได้ตามลำดับทั้ง 3 ระดับ กรณีมีการส่งต่อ ซึ่งสถานบริการสุขภาพที่รับส่งต่อสามารถแก้ไขข้อมูลให้เป็นปัจจุบันได้ ส่วนสถานบริการสุขภาพที่ส่งต่อไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุที่แก้ไขโดยสถานบริการสุขภาพที่รับส่งต่อได้ทำให้การติดตามข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุยังมีข้อจำกัด หากมีการพัฒนาโปรแกรมข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นจะทำให้การดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุมีคุณภาพมากขึ้น

4. การสนับสนุนเชิงนโยบายของจังหวัดดำเนินการในรูปแบบของคณะกรรมการที่มีผู้แทนด้านสุขภาพระดับตำบล อำเภอ และจังหวัดร่วมเป็นคณะกรรมการ ภายใต้ข้อตกลงร่วมกันในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุภาวะหกล้ม โดยให้สถานบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับมีบทบาทในการขับเคลื่อนตามแผนหรือมาตรการที่กำหนด ส่วนการทำงานร่วมกับชุมชนหรือท้องถิ่นเป็นไปตามความคุ้นเคยมากกว่าการกำหนดเป็นข้อตกลงร่วมกันเพื่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนจะทำให้การขับเคลื่อนเป็นไปอย่างมีประสิทธิผลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ใกล้ชิดผู้สูงอายุมากขึ้น

5. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการจัดบริการสุขภาพ : คลินิกผู้สูงอายุ ในภาพรวมร้อยละ 82.9 ด้านอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อมร้อยละ 87.8 ด้านบุคลากรร้อยละ 79.5 ด้านการจัดบริการสุขภาพร้อยละ 81.7 เมื่อพิจารณาความไม่เห็นด้วยต่อการจัดบริการสุขภาพรายด้านพบว่าสิ่งที่ผู้สูงอายุไม่เห็นด้วยสูงสุดด้านอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อมคือเรื่องทางเดินที่มีราวจับร้อยละ 5.6 และการมีป้ายคลินิกผู้สูงอายุร้อยละ 4.5 ด้านบุคลากรคือการมีบุคลากรหลากหลายวิชาชีพร้อยละ 12.5 ด้านการจัดบริการสุขภาพคือการดูแลปัญหาสุขภาพครบทุกด้านร้อยละ 9.1 และการประเมินสุขภาพครบทุกด้านร้อยละ 8.0 เมื่อพิจารณาความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อบริการในคลินิกผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจร้อยละ 98.9 **(ตาราง 12-15)**

ปัจจัยความสำเร็จในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ

สิ่งที่ทำให้การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุของจังหวัดอุดรธานีประสบความสำเร็จคือ

1. การมีแบบแผนขับเคลื่อนการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่เชื่อมโยงสถานบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับ พร้อมทั้งมีแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่ชัดเจนทำให้สถานบริการสุขภาพสามารถนำไปเป็นแนวทางในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาสุขภาพครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ได้แก่ ร่างกาย จิตใจ การทำหน้าที่ และสังคม

2. ความร่วมมือร่วมใจของบุคลากรสุขภาพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล สหสาขาวิชาชีพ ที่ให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ รวมถึงการประสานส่งต่อเพื่อให้เกิดการดูแลผู้สูงอายุที่ต่อเนื่องจากโรงพยาบาลไปถึงบ้านโดยศูนย์ดูแลต่อเนื่อง และทีมหมอครอบครัวที่ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพทั้งด้านการแพทย์และสาธารณสุข อสม. อปท. ชุมชน มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทางด้านร่างกายที่ครอบคลุมทั้งการรักษา ส่งเสริม ป้องกัน ด้านจิตใจและด้านสังคม รวมถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วย

3. การสนับสนุนการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุจากผู้บริหารทั้งระดับนโยบายของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสถานบริการสุขภาพทุกระดับเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้จัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ ดำเนินไปได้อย่างต่อเนื่อง เกิดความยั่งยืน ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็นแหล่งประโยชน์สำคัญของการพัฒนาระดับบุคคลและยังเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพชีวิตด้วย

ปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ

แพทย์เป็นบุคลากรสุขภาพหลักที่สำคัญของคลินิกผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย โดยเฉพาะแพทย์ใน รพช. เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นแพทย์ใช้ทุน แม้กระทั่ง รพศ. ที่มีแพทย์พร้อมให้บริการสุขภาพ : คลินิกผู้สูงอายุ อย่างเพียงพอแต่อนาคตก็ยังต้องการแพทย์มาปฏิบัติงานที่คลินิกผู้สูงอายุแทน ปัญหาการขาดแพทย์ที่มาตรวจรักษาในคลินิกผู้สูงอายุเป็นเรื่องสำคัญของการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่อาจทำให้การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุต้องหยุดชะงัก หรือหยุดดำเนินการไปในที่สุด ผู้สูงอายุก็จะไม่ได้รับการดูแลรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องต้องกลับไปรับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรังซึ่งต้องรอรับบริการจากหลายๆ คลินิกหากผู้สูงอายุไม่ได้เจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งเพียงโรคเดียว

ตาราง 10 หน่วยบริการสุขภาพผู้สูงอายุและเครือข่าย : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี

พื้นที่	สถานบริการสุขภาพ	หน่วยงานรับผิดชอบ	ผู้รับผิดชอบบริการ	หน่วยงานร่วมบริการ	เครือข่ายร่วมบริการ
อุดรธานี - พัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ - ต้นแบบการบริการสุขภาพผู้สูงอายุภาวะหกล้ม (Fall)	ปฐมภูมิ : รพ.สต.หนองใส	รพ.สต.	พยาบาล		**อบต.**สนับสนุนงบประมาณจัดกิจกรรมให้ความรู้ ซ่อมแซมบ้าน ปรับสิ่งแวดล้อม
	ทุติยภูมิ : รพ.โนนสะอาด	ผู้ป่วยนอก เวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน	แพทย์ พยาบาล สหสาขาวิชาชีพ	**ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง** (COC) ประสานพื้นที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุข้อสะโพกหัก **ผู้ป่วยใน** จัดบริการสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุเพื่อป้องกันภาวะหกล้ม	**อบต.**สนับสนุนการซ่อมแซมบ้านปรับสิ่งแวดล้อม
	ตติยภูมิ : รพ.อุดรธานี	ผู้ป่วยนอก เวชกรรมสังคม	แพทย์ พยาบาล สหสาขาวิชาชีพ	**ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง** (COC) ประสานพื้นที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมที่บ้าน **ผู้ป่วยใน** (Orthropedic) จัดบริการสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุเพื่อป้องกันภาวะหกล้ม	

ตาราง 11 การบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี

อุดรธานี	การบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
รพ.สต.หนองใส บริการคลินิกผู้สูงอายุ สัปดาห์ละ 1 วัน	- คัดกรอง ประเมินสุขภาพและกลุ่มอาการสูงอายุ - ดูแลรักษาระดับปฐมภูมิและส่งต่อ รพช. กรณีไม่สามารถดูแลรักษาได้ - ส่งเสริมและดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดย อสม.
	- ดูแลผู้สูงอายุภาวะหกล้ม ◊ ประเมินผู้สูงอายุด้วย TUGT ถ้าพบความเสี่ยงประเมินต่อด้วย FRAT ◊ ป้องกันภาวะหกล้มโดยให้ความรู้ บริหารกล้ามเนื้อขาด้วยยางยืด รำไม้พลอง และถุงทรายผ้าขาวม้า (นวัตกรรม) ประเมินจุดเสี่ยงและทำป้ายเตือนที่สถานบริการ ชุมชน บ้าน วัด ประเมินและปรับปรุงบ้าน สิ่งแวดล้อม ◊ ส่งต่อ รพศ. กรณีผู้สูงอายุหกล้มและกระดูกสะโพกหัก
รพ.โนนสะอาด บริการคลินิกผู้สูงอายุ สัปดาห์ละ 1 วัน	- ประเมินกลุ่มอาการสูงอายุในผู้สูงอายุที่รับส่งต่อจาก รพ.สต. - ดูแลรักษาระดับทุติยภูมิและส่งต่อ รพศ. กรณีไม่สามารถดูแลรักษาได้ - จัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุเช่นเดียวกับ รพ.สต. ในชุมชนที่รับผิดชอบ
	- ดูแลผู้สูงอายุภาวะหกล้มและส่งต่อ รพศ. กรณีผู้สูงอายุหกล้มและกระดูกสะโพกหัก ◊ OPD : ป้องกันภาวะหกล้มโดยประเมินผู้สูงอายุเช่นเดียวกับ รพ.สต. สอนบริหารกล้ามเนื้อขาโดยนักกายภาพบำบัด แก้ไขปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ การมองเห็น เท้าผิดรูป การใช้ยา เป็นต้น ◊ IPD : ป้องกันภาวะหกล้มโดยประเมินความเสี่ยงด้วย Morse Fall Scale ในผู้ป่วยแรกรับ ติดป้าย “ระวังตกเตียง” หน้าห้องและหน้าเตียงในกลุ่มเสี่ยง และปรับสิ่งแวดล้อม เช่น ราวกั้นเตียง ปุ่มเรียก จนท. อุปกรณ์ช่วยเดิน
รพ.อุดรธานี บริการคลินิกผู้สูงอายุ สัปดาห์ละ 2 วัน	- ประเมินกลุ่มอาการสูงอายุที่รับส่งต่อจาก รพช. และ รพ.เครือข่าย - ดูแลรักษาระดับตติยภูมิ เป็น one stop service ที่บริหารจัดการโดยพยาบาลประจำคลินิก ได้แก่ รับยา ตามผล lab / x-ray ส่งปรึกษาแพทย์เฉพาะสาขา ให้สุขศึกษา - จัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุเช่นเดียวกับ รพ.สต. ในชุมชนที่รับผิดชอบ
	- ดูแลผู้สูงอายุภาวะหกล้ม ◊ OPD : ป้องกันภาวะหกล้มโดยประเมินผู้สูงอายุเช่นเดียวกับ รพ.สต. สอนบริหารกล้ามเนื้อขา กรณีความเสี่ยงของภาวะหกล้มเกิดจากพยาธิสภาพอื่น เช่น ปัญหาการมองเห็น ข้อเข่าเสื่อม การใช้ยาจะส่งต่อ specialist ◊ IPD : ป้องกันภาวะหกล้มโดยประเมินความเสี่ยงด้วย Morse Fall Scale ในผู้ป่วยแรกรับ ประเมินความเสี่ยงของภาวะหกล้มและบันทึกในฟอร์มปรอททุกวัน ให้ intervention ตามความเสี่ยง ฝึกความแข็งแรงกล้ามเนื้อและข้อ ฝึกเดิน ติดธงในกลุ่มเสี่ยงสูงเพื่อเฝ้าระวัง ก่อนจำหน่ายจะประเมินผู้ป่วยและญาติซ้ำ ติดตามหลังจำหน่ายผู้ป่วยเปลี่ยนข้อเทียม

ตาราง 12 ร้อยละความคิดเห็นต่อบริการสุขภาพ : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี

ความคิดเห็น	ร้อยละ
ภาพรวมการบริการสุขภาพ	82.9
ด้านอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม	87.8
ด้านบุคลากร	79.5
ด้านการจัดบริการ	81.7

ตาราง 13 ร้อยละความคิดเห็นด้านอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี

ความคิดเห็น	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
แยกเป็นสัดส่วนในแผนกผู้ป่วยนอก	38.6	60.3	1.1	0
มีป้าย “คลินิกผู้สูงอายุ”	38.6	56.9	4.5	0
ทางเดินมีราวจับ	44.3	50.1	4.5	1.1
ทางลาดมีความชันเหมาะสม	58.0	40.9	1.1	0
มีห้องน้ำผู้สูงอายุ	85.2	14.8	0	0
เก้าอี้รอรับบริการเพียงพอ	59.1	38.7	1.1	1.1

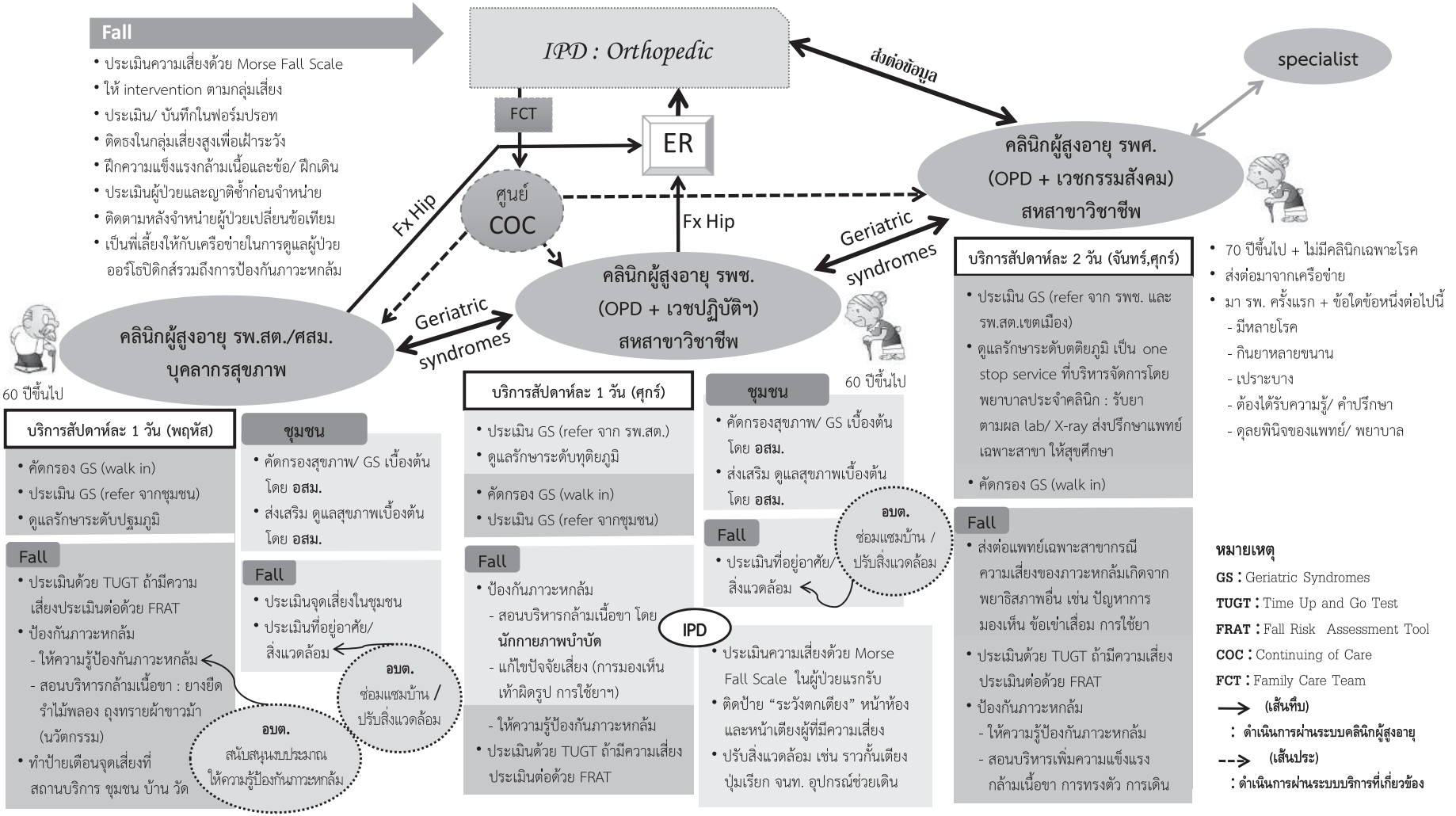
ตาราง 14 ร้อยละความคิดเห็นด้านบุคลากร : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี

ความคิดเห็น	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
บุคลากรมีความรู้เฉพาะด้านผู้สูงอายุ	30.7	69.3	0	0
ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคจากแพทย์	23.9	40.9	1.1	34.1
มีบุคลากรหลากหลายวิชาชีพ	45.5	42.0	12.5	0
บุคลากรพัฒนาความรู้ด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง	25.0	75.0	0	0
บุคลากรไม่แสดงกิริยารังเกียจ	46.6	53.4	0	0

ตาราง 15 ร้อยละความคิดเห็นด้านการจัดบริการ : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดอุดรธานี

ความคิดเห็น	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ	44.3	55.7	0	0
ประเมินสุขภาพครบทุกด้าน	30.7	61.3	8.0	0
ดูแลปัญหาสุขภาพครบทุกด้าน	14.8	76.1	9.1	0
บริการสุขภาพที่ไม่ซ้ำซ้อน	23.9	76.1	0	0
บริการตามมาตรฐานที่กำหนด	27.3	70.4	2.3	0
หายจากการเจ็บป่วย	22.7	72.8	4.5	0
มีการส่งต่ออย่างเป็นระบบ	15.9	84.1	0	0
มีการติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ	29.5	69.4	1.1	0
มีการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	42.0	54.6	3.4	0
ความพึงพอใจจากบริการ	45.5	53.4	1.1	0

รูปภาพ 3 รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : อุดรธานี



การบริการสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดน่าน

บริบทของจังหวัดน่าน

น่านมีสภาพพื้นที่เป็นทิวเขาที่มีความสูง 600-1,200 เมตรเหนือระดับน้ำทะเลทอดผ่านทั่วจังหวัดคิดเป็นพื้นที่ประมาณร้อยละ 40 โดยประมาณร้อยละ 85 ของพื้นที่เป็นลูกคลื่น ลอนชันเกิน 30 องศา มีพื้นที่รวมทั้งสิ้น 7,170,045 ไร่ หรือ 11,472.07 ตารางกิโลเมตร แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 15 อำเภอ 99 ตำบล ประชากรทั้งสิ้น 478,264 คน เป็นประชากรสูงอายุ 72,022 คนคิดเป็นร้อยละ 15.0 โดยเป็นผู้สูงอายุตอนต้น 40,578 คนคิดเป็นร้อยละ 56.3 ตอนกลาง 21,438 คนคิดเป็นร้อยละ 29.8 และตอนปลาย 10,006 คนคิดเป็นร้อยละ 13.9 สถานบริการสุขภาพแบ่งออกเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 124 แห่ง สถานบริการสาธารณสุขชุมชน (สสช.) 23 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) 14 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) 1 แห่ง

จุดเริ่มต้นของการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ

จากแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ.2545-2564) มาตรการ 4 ดัชนี 44 ที่กำหนดให้โรงพยาบาลรัฐที่มีจำนวนตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไปมีคลินิกผู้สูงอายุแต่ก็พบว่าการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติยังพบปัญหา แม้ในปี พ.ศ.2548 กระทรวงสาธารณสุขได้ออกประกาศไปให้สถานบริการสุขภาพตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไปจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ แต่จังหวัดน่านก็ยังไม่ได้ดำเนินการใดๆ จนกระทั่งปี พ.ศ.2552 มีการประเมินผลการดำเนินงานตามแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 และรายงานในการประชุมสมัชชาผู้สูงอายุซึ่งเรื่องการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลรัฐก็อยู่ในรายงานนี้ด้วย ผู้สูงอายุจากชมรมผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกสาขาสภาผู้สูงอายุจังหวัดน่านจึงได้ทวงถามถึงคลินิกผู้สูงอายุในโรงพยาบาลน่าน ทำให้ผู้บริหารของโรงพยาบาลน่านขณะนั้นต้องนำเรื่องดังกล่าวเข้าที่ประชุมหน่วยงานภายในโรงพยาบาล ซึ่งหน่วยงานที่รับผิดชอบมีความเห็นที่แตกต่างกันไปโดยส่วนใหญ่ไม่เห็นด้วยกับการแยกดำเนินการคลินิกผู้สูงอายุออกมาต่างหาก ทำให้ผู้บริหารโรงพยาบาลน่านจึงต้องหาทางออกของปัญหานี้ โดยจัดให้มีการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุในวันอาทิตย์และเชิญแพทย์เกษียณอายุราชการที่มีจิตอาสามาช่วยตรวจรักษา มีพยาบาลเป็นผู้ช่วยในเรื่องของการซักประวัติ คัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ถ้าผู้สูงอายุมารับบริการที่คลินิกผู้สูงอายุจะได้รับบริการแบบ one stop service และเวลาพูดคุยซักถามปัญหาสุขภาพจากแพทย์ที่นานกว่าคลินิกอื่นๆ เมื่อมีการประชาสัมพันธ์ออกไปทำให้ผู้สูงอายุสนใจเป็นจำนวนมากทำให้ต้องจำกัดจำนวนผู้สูงอายุที่จะเข้ารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โดยกำหนดเป็นเกณฑ์สำหรับผู้สูงอายุที่จะเข้ารับการรักษาในคลินิกผู้สูงอายุซึ่งคัดเลือกผู้สูงอายุที่มีภาวะซ้ำซ้อนก่อนโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มารับการตรวจรักษาไม่ตรงตามนัดหรือขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังกำหนดจำนวนผู้สูงอายุที่จะเข้ารับบริการในคลินิกวันละ 10-15 คน จากนั้นในปี พ.ศ.2556 โรงพยาบาลน่านได้แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวเพิ่มขึ้นจึงเปิดให้บริการคลินิกผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอีกหนึ่งวัน คือวันศุกร์

ความเชื่อมโยงของการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ

นโยบายการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดน่าน

การกำหนดนโยบายผู้สูงอายุของจังหวัดน่านในแต่ละปีจะแตกต่างกัน ซึ่งการจัดทำยุทธศาสตร์จะประกอบด้วยนโยบายจากส่วนกลางและนโยบายที่ผู้รับผิดชอบรับมาจากกรม กอง หรือสถาบันต่างๆ เมื่อรับนโยบายมาแล้วจะมีการประชุมหารือกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดก่อน ได้แก่ กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มพัฒนาคุณภาพและรูปแบบบริการ กลุ่มงานควบคุมโรค จากนั้นจึงนำเข้าที่ประชุมระดับจังหวัด ซึ่งคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) จะจัดทำแผนงาน โครงการระดับอำเภอ ในปีนี้ (พ.ศ.2559) เน้นประเด็นการคัดกรอง การจัดบริการสุขภาพ โดยกำหนดผู้รับผิดชอบและบทบาทของผู้ดำเนินการ จากนั้นก็ถ่ายทอดลงไปสู่การปฏิบัติ สำหรับประเด็นคลินิกผู้สูงอายุจะถูกกำหนดว่าจะต้องประเมินอะไร ซึ่งยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องได้แก่ การจัดบริการสุขภาพตามกลุ่มวัย ระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุของสถานบริการสุขภาพระดับต่างๆ ส่วนการสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น แบบประเมิน การปรับปรุงสถานบริการ เช่น ทางลาด จะมีกลุ่มงานอื่นๆ ร่วมรับผิดชอบ สำหรับการติดตามงานใช้การรายงานด้วยไลน์ โทรศัพท์ และหนังสือราชการ นอกจากนี้ยังมีการนิเทศผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคโดยส่วนกลางด้วยการสอบทานกับผู้รับผิดชอบ จากนั้นจึงสรุปเสนอผู้บริหารของพื้นที่ทราบ เมื่อสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุเชิญให้จังหวัดน่านเข้าร่วมพัฒนาการบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มุ่งเน้นกลุ่มอาการสูงอายุและเชื่อมโยงการบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ จังหวัดน่านจึงเลือกที่จะจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุภาวะหกล้มก่อนเนื่องจากโรงพยาบาลน่านมีการดำเนินการค้นหาความเสี่ยงและป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุมาตั้งแต่ พ.ศ.2554 แล้ว

การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับปฐมภูมิ

ผู้สูงอายุในชุมชนจะได้รับการคัดกรอง ส่งเสริมและดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดย อสม. มีชมรมผู้สูงอายุสนับสนุนให้ผู้สูงอายุร่วมทำกิจกรรมด้วย ได้แก่ การออกกำลังกาย (รำไม้พลอง) เพื่อนช่วยเพื่อน หากคัดกรองแล้วพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงจะส่งเข้าคลินิกผู้สูงอายุใน รพ.สต. ซึ่งจะทำการประเมินสุขภาพและกลุ่มอาการสูงอายุซ้ำ หากพบมีปัญหาสุขภาพก็จะให้การดูแลรักษา หรือฟื้นฟูสุขภาพด้วยแพทย์แผนไทย ถ้าอาการไม่ดีขึ้นก็จะส่งเข้ารับการรักษาระดับทุติยภูมิต่อไป ส่วนการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุภาวะหกล้มในชุมชนจะดำเนินการโดย อสม. ซึ่งจะคัดกรองภาวะหกล้มก่อนและจะส่งกลุ่มเสี่ยงเข้าคลินิกผู้สูงอายุ รพ.สต. นอกจากนี้ยังมีการประเมินบ้านผู้สูงอายุร่วมกันระหว่าง อสม. รพ.สต. และองค์การบริหารส่วนตำบล ถ้าพบว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มก็จะซ่อมแซมบ้าน รวมทั้งปรับปรุงสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันภาวะหกล้มโดยองค์การบริหารส่วนตำบลหรือเทศบาลตำบลหรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดด้วย **(ตาราง 16, 17)**

การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับทุติยภูมิ

คลินิกผู้สูงอายุ รพช. จะประเมินกลุ่มอาการสูงอายุซ้ำในผู้สูงอายุที่ส่งต่อมาจาก รพ.สต. หากพบมีปัญหาสุขภาพก็จะให้การดูแลรักษาหรือฟื้นฟูสุขภาพด้วยการแพทย์แผนไทย ได้แก่ ประคบอบสมุนไพร ถ้าอาการไม่ดีขึ้นก็จะส่งเข้ารับการรักษาในระดับตติยภูมิต่อไป ส่วนการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุภาวะหกล้มจะมีการประเมินผู้สูงอายุซ้ำด้วยแบบประเมินที่ประยุกต์จาก Fall Risk Assessment Tool (FRAT apply) และให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะหกล้ม สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงจะได้รับการติดตามและประเมินด้วย FRAT apply ทุกเดือน นอกจากนี้ยังร่วมมือกับชุมชนทำการประเมินบ้านผู้สูงอายุและ

สิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม โดย อบต. จะซ่อมแซมบ้านและปรับปรุงสิ่งแวดล้อม และคืนข้อมูลภาวะหกล้มสู่แกนนำเพื่อป้องกันภาวะหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนในความรับผิดชอบของ รพช. ก็จะดำเนินการเช่นเดียวกับ รพ.สต. คือ คัดกรอง ส่งเสริมและดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดย อสม. ซึ่งชมรมผู้สูงอายุสนับสนุนให้ผู้สูงอายุร่วมทำกิจกรรมด้วย ได้แก่ การออกกำลังกาย (ไทเก็ก) สมาธิ / สวดมนต์ ชมรมรักษ์สมุนไพร ถ้าพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงจะส่งคลินิกผู้สูงอายุใน รพช. **(ตาราง 16, 17)**

การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับตติยภูมิ

คลินิกผู้สูงอายุ รพท. จะประเมินกลุ่มอาการสูงอายุซ้ำในผู้สูงอายุที่ส่งต่อมาจาก รพช. หากพบมีปัญหาสุขภาพก็จะให้การดูแลรักษา ส่วนการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุภาวะหกล้มจะมีการประเมินซ้ำด้วย FRAT apply ประเมินความเสื่อมของพื้นรองเท้าที่เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม พร้อมให้ความรู้เพื่อป้องกันภาวะหกล้ม ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนในความรับผิดชอบของ รพท. ก็จะดำเนินการเช่นเดียวกับ รพ.สต. คือ คัดกรอง ส่งเสริมและดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดย อสม. ซึ่งชมรมผู้สูงอายุสนับสนุนให้ผู้สูงอายุร่วมทำกิจกรรมด้วยการออกกำลังกาย ได้แก่ ยางยืด รำวงย้อนยุค รำไม้พลอง ถ้าพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงจะส่งคลินิกผู้สูงอายุ รพท. นอกจากนี้คลินิกผู้สูงอายุ รพท. ยังจัดทีมสหสาขาวิชาชีพที่ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย ให้การดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วย และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุดูแลสุขภาพตนเองโดยสะสมคะแนนจากพฤติกรรมสุขภาพที่ดี เรียกว่า “ธนาคารสุขภาพ” และให้การดูแลเพื่อป้องกันภาวะหกล้มด้วย ได้แก่ ให้ความรู้ป้องกันภาวะหกล้ม ประเมินความเสื่อมพื้นรองเท้า ประเมินการใช้ยา ประเมินความดันเลือดท่านั่งและท่านอน ประเมินการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน **(ตาราง 16, 17)**

ผลที่เกิดขึ้นจากการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : ประเด็นและโอกาสพัฒนา

1. ผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการสุขภาพในคลินิกผู้สูงอายุจะได้รับการดูแลรักษาที่เชื่อมโยงกันตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิจนถึงระดับตติยภูมิโดยมีแนวทางการจัดบริการสุขภาพที่ชัดเจน แต่ยังขาดแนวทางการดูแลรักษาผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องกรณีส่งต่อผู้สูงอายุไปต่างแผนกจึงเป็นโอกาสที่จะพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้สูงอายุให้ครอบคลุม ชัดเจน ซึ่งจะทำให้บุคลากรสุขภาพสามารถใช้เป็นแนวทางการดำเนินงานได้

2. ผู้สูงอายุที่มีภาวะหกล้มจะได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะหกล้มที่กำหนดไว้ทั้งในชุมชนและคลินิกผู้สูงอายุ โดยมีชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานรัฐที่เกี่ยวข้องร่วมให้การดูแลผู้สูงอายุด้วย ซึ่งสามารถเป็นต้นแบบในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุจึงควรขยายการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะหกล้มให้ครอบคลุมสถานบริการทุกพื้นที่ทั้งจังหวัด นอกจากนี้ควรเพิ่มการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มอาการสูงอายุอื่นด้วย

3. การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุที่สามารถนำมาวางแผนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีเฉพาะโรงพยาบาลทั่วไปเท่านั้น หากพัฒนาโปรแกรมที่สามารถเชื่อมโยงกันได้ทั้ง 3 ระดับสถานบริการสุขภาพจะทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลรักษาอย่างครอบคลุม ต่อเนื่อง และตรงปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ซึ่งจะส่งผลต่อการคงอยู่ของภาวะสุขภาพที่ทำให้ผู้สูงอายุดำรงอยู่ได้อย่างมีศักยภาพ

4. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการจัดบริการสุขภาพ : คลินิกผู้สูงอายุ ในภาพรวมร้อยละ 85.2 ด้านอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อมร้อยละ 83.1 ด้านบุคลากรร้อยละ 85.2 ด้านการจัดบริการ

สุขภาพร้อยละ 86.6 เมื่อพิจารณาความไม่เห็นด้วยต่อการจัดบริการสุขภาพรายด้านพบว่าสิ่งที่ผู้สูงอายุไม่เห็นด้วยสูงสุดด้านอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อมคือการแยกเป็นสัดส่วนในแผนกผู้ป่วยนอกของคลินิกผู้สูงอายุ ทางเดินที่มีราวจับ และการมีป้ายคลินิกผู้สูงอายุร้อยละ 32.6 ด้านบุคลากรคือบุคลากรมีความรู้เฉพาะด้านผู้สูงอายุร้อยละ 32.6 ด้านการจัดบริการสุขภาพคือการบริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จร้อยละ 32.6 เมื่อพิจารณาความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อบริการในคลินิกผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจร้อยละ 100.0 (**ตาราง 18 - 21**)

ปัจจัยความสำเร็จในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ

นอกจากบุคลากรสุขภาพเห็นความสำคัญของปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุแล้ว การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้สูงอายุก็เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุของจังหวัดน่านประสบความสำเร็จ และยังมีบุคลากรสุขภาพที่เกษียณอายุราชการทั้งแพทย์ พยาบาล มาช่วยให้คลินิกผู้สูงอายุดำเนินการไปได้อย่างต่อเนื่อง บุคลากรในชุมชนไม่ว่าจะเป็นชมรมผู้สูงอายุ แกนนำชุมชนก็สนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ บุคลากรจากองค์กรต่างๆ ได้แก่ เทศบาลตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสนับสนุนงบประมาณและมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนด้วย

ปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ

1. แพทย์เป็นบุคลากรสุขภาพหลักที่สำคัญของคลินิกผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงบ่อย โดยเฉพาะแพทย์ใน รพช. เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นแพทย์ใช้ทุน นอกจากนี้แพทย์ใน รพช. ที่มีขนาดเล็กต้องทำหน้าที่ทั้งบริหารสถานบริการสุขภาพและบริการสุขภาพประชาชน จึงเป็นความยากที่จะมีแพทย์ปฏิบัติงานที่คลินิกผู้สูงอายุที่แยกออกมาต่างหากในแผนกผู้ป่วยนอก เมื่อผู้สูงอายุมารับการดูแลรักษาที่คลินิกผู้สูงอายุก็จะได้รับการตรวจประเมินโดยพยาบาลประจำคลินิกเท่านั้น ส่วนการตรวจรักษาโดยแพทย์ก็จะต้องไปรอรับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเช่นเดียวกับประชากรกลุ่มวัยอื่น

2. การเปลี่ยนแปลงของนโยบายจังหวัดที่ขึ้นอยู่กับนโยบายจากส่วนกลาง หรือ กรม กอง ต่างๆ ทำให้การขับเคลื่อนการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ ขาดความต่อเนื่อง ส่งผลต่อการดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุ หากมีการกำหนดนโยบายและสนับสนุนชัดเจนจะทำให้บุคลากรสุขภาพสามารถนำนโยบายการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุไปสู่การปฏิบัติที่เกิดความสำเร็จ ต่อเนื่องและยั่งยืนได้

ตาราง 16 หน่วยบริการสุขภาพผู้สูงอายุและเครือข่าย : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดน่าน

พื้นที่	สถานบริการสุขภาพ	หน่วยงานรับผิดชอบ	ผู้รับผิดชอบบริการ	หน่วยงานร่วมบริการ	เครือข่ายร่วมบริการ
น่าน - พัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ - ต้นแบบการบริการสุขภาพผู้สูงอายุภาวะหกล้ม (Fall)	ปฐมภูมิ : รพ.สต.และ	รพ.สต.	พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข		**ชมรมผู้สูงอายุ**ร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ รำไม้พลอง เพื่อนช่วยเพื่อน **อบต. เทศบาล พมจ.** สนับสนุนการซ่อมแซมบ้านปรับสิ่งแวดล้อม
	ทุติยภูมิ : รพ.ทุ่งช้าง	ผู้ป่วยนอก เวชปฏิบัติครอบครัวและชุมชน	แพทย์ พยาบาล สหสาขาวิชาชีพ		**ชมรมผู้สูงอายุ**ร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ ไทเก็ก สมาธิ/สวดมนต์ ชมรมรักษ์สมุนไพร **อบต. เทศบาล พมจ.** สนับสนุนการซ่อมแซมบ้านปรับสิ่งแวดล้อม
	ตติยภูมิ : รพ.น่าน	เวชกรรมสังคม	แพทย์ พยาบาล สหสาขาวิชาชีพ		**ชมรมผู้สูงอายุ แกนนำชุมชน** ร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ รำวงย้อนยุค ยางยืด รำไม้พลอง **อบต. เทศบาล พมจ.** สนับสนุนการซ่อมแซมบ้านปรับสิ่งแวดล้อม

ตาราง 17 การบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดน่าน

น่าน	การบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
รพ.สต.และ บริการคลินิกผู้สูงอายุ สัปดาห์ละ 1 วัน	- คัดกรอง ประเมินสุขภาพและกลุ่มอาการสูงอายุ - ดูแลรักษาระดับปฐมภูมิและส่งต่อ รพช. กรณีไม่สามารถดูแลรักษาได้ - ส่งเสริมและดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดย อสม.(ยา อาหาร ปฐมพยาบาล) ฟื้นฟูสุขภาพ (นวดแผนไทย)
	- ดูแลผู้สูงอายุภาวะหกล้มโดยประเมินด้วย TUGT ประเมินและปรับปรุงบ้าน สิ่งแวดล้อม
รพ.ทุ่งช้าง บริการคลินิกผู้สูงอายุ สัปดาห์ละ 1 วัน	- ประเมินกลุ่มอาการสูงอายุในผู้สูงอายุที่รับส่งต่อจาก รพ.สต. - ดูแลรักษาระดับทุติยภูมิและส่งต่อ รพท. กรณีไม่สามารถดูแลรักษาได้ - จัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุเช่นเดียวกับ รพ.สต. ในชุมชนที่รับผิดชอบ
	- ดูแลผู้สูงอายุภาวะหกล้ม ◊ ประเมินผู้สูงอายุด้วย TUGT ถ้าพบความเสี่ยงประเมินต่อด้วย FRAT apply ◊ ป้องกันภาวะหกล้มโดยให้ความรู้ ประเมินและปรับปรุงบ้าน สิ่งแวดล้อม ติดตามและประเมินกลุ่มเสี่ยงด้วย FRAT apply ทุกเดือน คืนข้อมูลภาวะหกล้มสู่แกนนำเพื่อวางแผนป้องกัน
รพ.น่าน บริการคลินิกผู้สูงอายุ สัปดาห์ละ 2 วัน	- ประเมินกลุ่มอาการสูงอายุในผู้สูงอายุที่รับส่งต่อจาก รพช. - ดูแลรักษาระดับตติยภูมิ - ศูนย์ข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุ - จัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุเช่นเดียวกับ รพ.สต. ในชุมชนที่รับผิดชอบโดยสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด แพทย์แผนไทย) และส่งเสริมสุขภาพโดยให้ผู้สูงอายุสะสมคะแนนจากพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (ธนาคารสุขภาพ)
	- ดูแลผู้สูงอายุภาวะหกล้ม ◊ ประเมินผู้สูงอายุด้วย TUGT ถ้าพบความเสี่ยงประเมินต่อด้วย FRAT apply ◊ ป้องกันภาวะหกล้มโดยให้ความรู้ ประเมินความดันเลือดท่านั่ง ท่านอน การใช้ยา การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน ความเสื่อมพื้นรองเท้า ประเมินและปรับปรุงบ้าน สิ่งแวดล้อม

ตาราง 18 ร้อยละความคิดเห็นต่อบริการสุขภาพ : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดน่าน

ความคิดเห็น	ร้อยละ
ภาพรวมการบริการสุขภาพ	85.2
ด้านอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม	83.1
ด้านบุคลากร	85.2
ด้านการจัดบริการ	86.6

ตาราง 19 ร้อยละความคิดเห็นด้านอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดน่าน

ความคิดเห็น	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
แยกเป็นสัดส่วนในแผนกผู้ป่วยนอก	65.2	2.2	0	32.6
มีป้าย “คลินิกผู้สูงอายุ”	65.2	2.2	0	32.6
ทางเดินมีราวจับ	38.2	29.2	0	32.6
ทางลาดมีความชันเหมาะสม	64.0	33.8	2.2	0
มีห้องน้ำผู้สูงอายุ	70.8	29.2	0	0
เก้าอี้รอรับบริการเพียงพอ	88.8	11.2	0	0

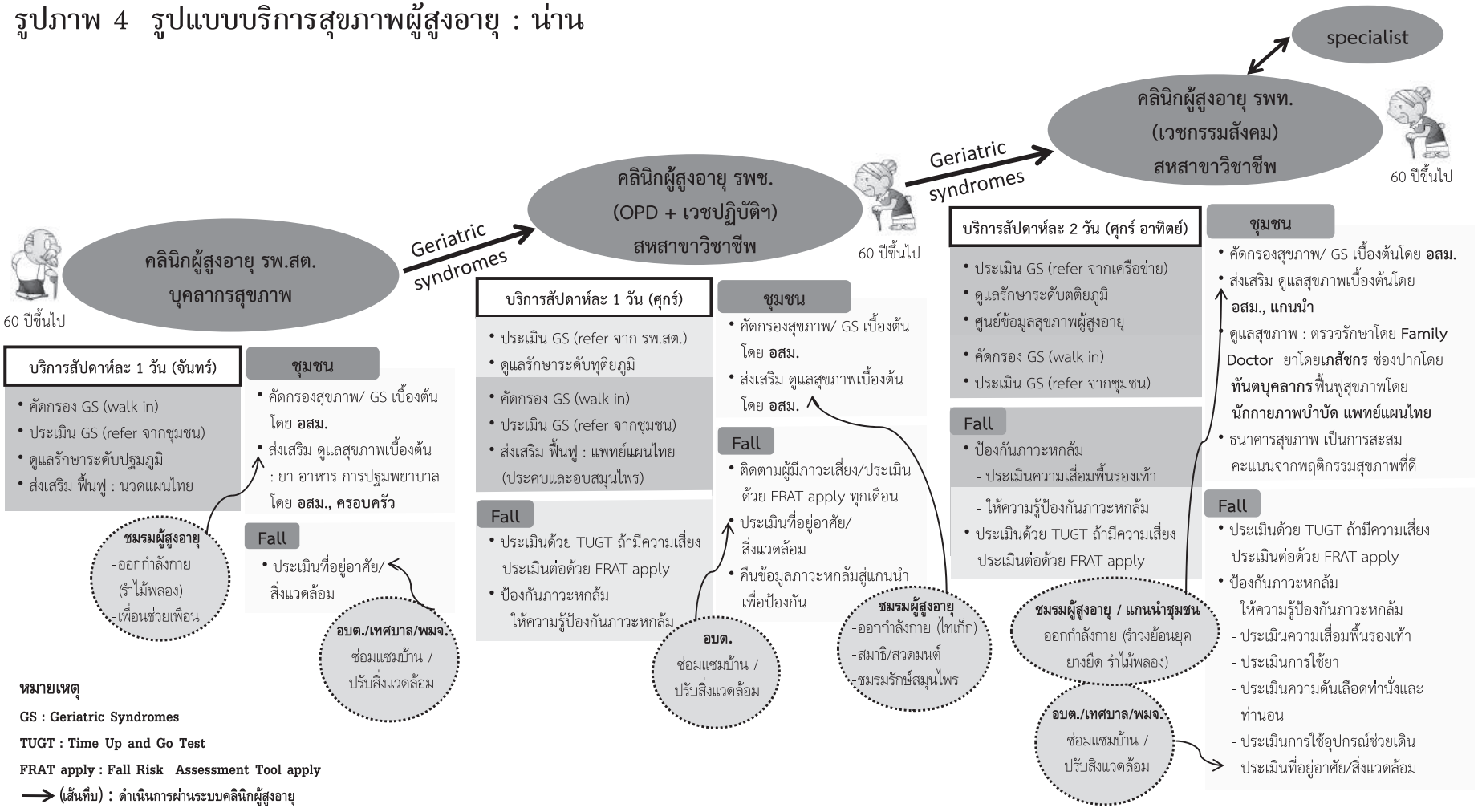
ตาราง 20 ร้อยละความคิดเห็นด้านบุคลากร : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดน่าน

ความคิดเห็น	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
บุคลากรมีความรู้เฉพาะด้านผู้สูงอายุ	52.8	14.6	32.6	0
ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคจากแพทย์	48.3	51.7	0	0
มีบุคลากรหลากหลายวิชาชีพ	33.7	66.3	0	0
บุคลากรพัฒนาความรู้ด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง	42.7	57.3	0	0
บุคลากรไม่แสดงกิริยารังเกียจ	58.4	41.6	0	0

ตาราง 21 ร้อยละความคิดเห็นด้านการจัดบริการ : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดน่าน

ความคิดเห็น	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ	36.0	31.4	0	32.6
ประเมินสุขภาพครบทุกด้าน	48.3	51.7	0	0
ดูแลปัญหาสุขภาพครบทุกด้าน	46.1	53.9	0	0
บริการสุขภาพที่ไม่ซ้ำซ้อน	47.2	52.8	0	0
บริการตามมาตรฐานที่กำหนด	52.8	47.2	0	0
หายจากการเจ็บป่วย	70.8	28.1	1.1	0
มีการส่งต่ออย่างเป็นระบบ	34.8	65.2	0	0
มีการติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ	39.3	60.7	0	0
มีการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	80.9	19.1	0	0
ความพึงพอใจจากบริการ	73.0	27.0	0	0

รูปภาพ 4 รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : น่าน



การบริการสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดสุราษฎร์ธานี

บริบทของจังหวัดสุราษฎร์ธานี

สุราษฎร์ธานีเป็นจังหวัดที่ตั้งอยู่ภาคใต้ตอนบน ฝั่งทะเลด้านตะวันตกของอ่าวไทย มีพื้นที่ประมาณ 12,891.4 ตารางกิโลเมตร นับว่ามีพื้นที่มากที่สุดในภาคใต้และเป็นอันดับ 6 ของประเทศ แบ่งเขตการปกครองออกเป็น 19 อำเภอ 131 ตำบล ประชากรทั้งสิ้น 1,023,288 คน เป็นประชากรสูงอายุ 118,005 คนคิดเป็นร้อยละ 11.5 โดยเป็นผู้สูงอายุตอนต้น 59,567 คนคิดเป็นร้อยละ 50.5 ตอนกลาง 38,004 คนคิดเป็นร้อยละ 32.2 และตอนปลาย 20,434 คนคิดเป็นร้อยละ 17.3 สถานบริการสุขภาพแบ่งออกเป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 158 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชน (ศสช.) 16 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) 18 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) 1 แห่ง โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) 1 แห่ง

จุดเริ่มต้นของการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ

จากนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่ให้สถานบริการสุขภาพตั้งแต่ 120 เตียงขึ้นไปดำเนินการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีก็ได้จัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุขึ้นในแผนกผู้ป่วยนอกปี พ.ศ. 2553 โดยจัดบริการสัปดาห์ละ 1 วันตามแนวทางที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ดำเนินการโดยทีมแพทย์ พยาบาล และสหสาขาวิชาชีพจาก MEMORY clinic ที่มีการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุอยู่ก่อนแล้ว เมื่อแพทย์ซึ่งเป็นบุคลากรสุขภาพหลักที่สำคัญของคลินิกผู้สูงอายุลาออกก็ทำให้การจัดบริการสุขภาพในคลินิกผู้สูงอายุต้องมาสะดุดลง จากนั้นกลุ่มงานเวชกรรมสังคมจึงเข้ามาจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ ขึ้นอีกครั้งแต่ก็มีปัญหาเรื่องสถานที่ ในปี พ.ศ.2556 อบจ.สุราษฎร์ธานีได้สร้างโรงพยาบาลขึ้นและให้โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีเข้าร่วมจัดบริการสุขภาพด้วย ซึ่งคลินิกผู้สูงอายุของกลุ่มงานเวชกรรมสังคม โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีจัดให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุในที่นี้ด้วย โดยใช้ชื่อว่า well elderly clinic ซึ่งเปิดให้บริการสัปดาห์ละ 1 วัน มีแพทย์และพยาบาลให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ รวมถึงประสานงานเพื่อส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาจากกลุ่มอาการสูงอายุด้วย

ความเชื่อมโยงของการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ นโยบายการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุจังหวัดสุราษฎร์ธานี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานีโดยคณะกรรมการผู้สูงอายุที่มีตัวแทนจากสถานบริการสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมเป็นคณะกรรมการได้จัดทำยุทธศาสตร์ด้านผู้สูงอายุของจังหวัดเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นอย่างเท่าเทียมกันและการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ จึงประกาศนโยบาย SALE model ให้สถานบริการสุขภาพดำเนินการให้ครอบคลุมทั้งจังหวัด นโยบาย SALE model ประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ โดย S หมายถึง screening คือมีการคัดกรองสุขภาพและกลุ่มอาการสูงอายุ รวมถึงการจัดทำฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อวางแผนให้การดูแลรักษา A หมายถึง aging health club เป็นการสนับสนุนและเสริมสร้างศักยภาพชมรมผู้สูงอายุให้คงกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุเพื่อการมีสุขภาพดีและเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุตอนปลาย L หมายถึง long term care เป็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน และ E หมายถึง end of life care เป็นการบูรณาการการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุระยะท้ายที่เชื่อมโยงกับชุมชน เมื่อสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุเชิญให้จังหวัดสุราษฎร์ธานีเข้าร่วม

พัฒนาการบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มุ่งเน้นกลุ่มอาการสูงอายุและเชื่อมโยงการบริการทั้งระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ จังหวัดสุราษฎร์ธานีจึงเลือกนำร่องจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากโรงพยาบาลสุราษฎร์ธานีมีการจัดบริการสุขภาพผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม “MEMORY clinic” อยู่แล้วจึงต้องการต่อยอดการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุของจังหวัดในเรื่องเดียวกัน

การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับปฐมภูมิ

ผู้สูงอายุในชุมชนจะได้รับการคัดกรอง ส่งเสริมและดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดย อสม. เมื่อคัดกรองแล้วพบว่ามีความเสี่ยงจะส่งเข้า รพ.สต. ใน NCD clinic ซึ่งจะทำการประเมินสุขภาพและกลุ่มอาการสูงอายุซ้ำ หากพบมีปัญหาสุขภาพก็จะให้การดูแลรักษา ให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพ และนำนวัตกรรมการดูแลสุขภาพที่พัฒนาขึ้นมาใช้สำหรับผู้สูงอายุ ถ้าอาการไม่ดีขึ้นก็จะส่งเข้ารับการรักษาระดับทุติยภูมิต่อไป ส่วนการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจะมีการคัดกรองด้วยแบบประเมินความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม (14 Q) (**เอกสาร 5 ในภาคผนวก**) โดย อสม. ถ้าพบว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมจะส่งเข้า รพ.สต. ซึ่งจะประเมินซ้ำด้วยแบบประเมินสมรรถภาพสมอง ได้แก่ Mini Mental State Examination-Thai 2002 (MMSE-T 2002) (**เอกสาร 6 ในภาคผนวก**) และ Montreal Cognitive Assessment (MOCA) (**เอกสาร 7 ในภาคผนวก**) เมื่อประเมินแล้วพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงจะส่งต่อ รพช. ตามแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่กำหนด (**ตาราง 22, 23**)

การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับทุติยภูมิ

คลินิกผู้สูงอายุ รพช. จะประเมินกลุ่มอาการสูงอายุซ้ำในผู้สูงอายุที่ส่งต่อมาจาก รพ.สต. หากพบมีปัญหาสุขภาพก็จะให้การดูแลรักษา ซึ่งการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุของ รพช. ในแต่ละสัปดาห์จะจัดเป็นคลินิกต่างกันดังนี้ คลินิกความจำดีไม่มีเสื่อม คลินิกทรงตัวดีไม่มีล้ม คลินิกสุขดีไม่มีเศร้า และคลินิกผู้สูงอายุสุขภาพดี นอกจากนี้ยังจัดตั้งศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (Geriatric Center) ที่ให้บริการรับส่งต่อ การดูแลต่อเนื่อง และเป็นธนาคารอุปกรณ์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ยืมอุปกรณ์ไปใช้ที่บ้าน ถ้าอาการไม่ดีขึ้นก็จะส่งเข้ารับการรักษาในระดับตติยภูมิต่อไป ส่วนการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจะดำเนินการโดย อสม. ซึ่งจะคัดกรองด้วย 14 Q และส่งกลุ่มเสี่ยงเข้า รพช. เพื่อประเมินด้วย MMSE-T 2002 และ MOCA ประเมินปัญหาด้านพฤติกรรมและอาการทางจิต (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia : BPSD) ในผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมก่อนส่งต่อไปยัง MEMORY clinic ใน รพศ. โดยจะมีการเตรียมผู้ป่วยและญาติ เช่น ความรู้ความเข้าใจต่อภาวะสมองเสื่อม ผล lab สำหรับผู้สูงอายุที่เป็น Mild Cognitive Impairment (MCI) จะฟื้นฟูสมรรถภาพสมองโดยใช้กระบวนการ Montesori หรือ Brain yim ตามแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่กำหนด ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนในความรับผิดชอบของ รพช. จะดำเนินการเช่นเดียวกับ รพ.สต. คือ คัดกรอง ส่งเสริมและดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดย อสม. ถ้าพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงจะส่งคลินิกผู้สูงอายุใน รพช. (**ตาราง 22, 23**)

การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุระดับตติยภูมิ

การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเชื่อมโยงสถานบริการสุขภาพทั้ง 3 ระดับของ รพศ. เป็นเรื่องของภาวะสมองเสื่อมที่ดำเนินการโดย MEMORY clinic ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญด้านระบบประสาทเป็นแพทย์ประจำคลินิก มีพยาบาลเป็นผู้บริหารจัดการ สำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่รับส่งต่อโดยผ่านศูนย์รับส่งต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะได้รับการประเมินความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมซ้ำด้วย MMSE-T 2002 ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม (Fall) ติดตามการดำเนินโรคเพื่อปรับยาทุก 1, 3, 6 เดือน ประเมินความเครียดและปัญหาการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม นอกจากนี้ยังมีการส่งต่อข้อมูลและจัดทำแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุสมองเสื่อมสำหรับทีม HHC ด้วย ส่วนการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ ใน รพศ. เป็นการดำเนินการในรูปแบบของ well elderly clinic ที่มีการประเมินสุขภาพและกลุ่มอาการสูงอายุ หากพบว่ามีปัญหาสุขภาพก็จะให้การดูแลรักษาโดยแพทย์ประจำคลินิก มีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพซึ่งชมรมผู้สูงอายุสนับสนุนให้ผู้สูงอายุร่วมทำกิจกรรมกายบริหาร สันทนาการ ถ้าผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการรักษากับแพทย์เฉพาะทางก็จะส่งเข้ารับการรักษาคลินิกเฉพาะทางใน รพศ. ต่อไป ส่วนผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนในความรับผิดชอบของ รพศ. ก็จะดำเนินการเช่นเดียวกับ รพ.สต. คือคัดกรอง ส่งเสริมและดูแลสุขภาพเบื้องต้นโดย อสม. ถ้าพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงจะส่งเข้า well elderly clinic สำหรับการบริการสุขภาพผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในชุมชนจะคัดกรองด้วย 14 Q โดย อสม. และส่งกลุ่มเสี่ยงเข้า well elderly clinic เพื่อประเมินด้วย MMSE-T2002 ถ้าพบว่าผู้สูงอายุมีความเสี่ยงจะส่ง MEMORY clinic ผ่านศูนย์รับส่งต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม (**ตาราง 22, 23**)

ผลที่เกิดขึ้นจากการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : ประเด็นและโอกาสพัฒนา

1. ผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้รับการดูแลรักษาตามแนวทางการบริการสุขภาพผู้สูงอายุทั้งในชุมชนและสถานบริการสุขภาพตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิจนถึงระดับตติยภูมิของสถานบริการสุขภาพนำร่อง ซึ่งสามารถเป็นต้นแบบในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมได้จึงควรขยายการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมให้ครอบคลุมสถานบริการสุขภาพทั้งจังหวัด นอกจากนี้ควรเพิ่มการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในกลุ่มอาการสูงอายุอื่นด้วย

2. สถานบริการสุขภาพนำร่องทั้ง 3 ระดับมีการรับและส่งต่อผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นระบบ แต่ข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุที่จะนำมาวางแผนการดูแลรักษายังขาดความต่อเนื่อง ถ้าไม่มีการส่งต่อข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุสถานบริการสุขภาพที่รับส่งต่อจะต้องค้นหาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุซ้ำ อาจทำให้การดูแลรักษาปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุเกิดความล่าช้า หากมีการพัฒนาโปรแกรมข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพที่สถานบริการสุขภาพสามารถเข้าถึงข้อมูลได้จะทำให้การดูแลรักษาสุขภาพผู้สูงอายุมีคุณภาพมากขึ้น

3. ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการจัดบริการสุขภาพ : คลินิกผู้สูงอายุ ในภาพรวมร้อยละ 84.7 ด้านอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อมร้อยละ 83.8 ด้านบุคลากรร้อยละ 85.3 ด้านการจัดบริการสุขภาพร้อยละ 84.9 เมื่อพิจารณาความไม่เห็นด้วยต่อการจัดบริการสุขภาพรายด้านพบว่าสิ่งที่ผู้สูงอายุไม่เห็นด้วยสูงสุดด้านอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อมคือเรื่องทางเดินที่มีราวจับร้อยละ 10.0 การมีป้ายคลินิกผู้สูงอายุร้อยละ 8.4 การมีห้องน้ำผู้สูงอายุและเก้าอี้รอรับบริการเพียงพอร้อยละ 6.7 ด้านบุคลากรคือเรื่องบุคลากรมีความรู้เฉพาะด้านผู้สูงอายุร้อยละ 3.3 ด้านการจัดบริการสุขภาพคือการบริการแบบ

จุดเดียวเบ็ดเสร็จ การส่งต่ออย่างเป็นระบบและการติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอร้อยละ 3.3 เมื่อพิจารณาความพึงพอใจของผู้สูงอายุต่อบริการในคลินิกผู้สูงอายุพบว่าส่วนใหญ่มีความพึงพอใจร้อยละ 100.0 (**ตาราง 24 - 27**)

ปัจจัยความสำเร็จในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ

1. ผู้บริหารระดับจังหวัดเป็นผู้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุเป็นเวลานานและมุ่งมั่นที่จะทำงานเพื่อให้ผู้สูงอายุของจังหวัดสุราษฎร์ธานีมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงการมีสัมพันธภาพที่ดีกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจัยสำคัญเหล่านี้ทำให้การขับเคลื่อนการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุดำเนินการไปได้อย่างเลื่อนไหลและมีทิศทาง

2. ข้อตกลงของสถานบริการสุขภาพในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลดำเนินการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุเพื่อให้สถานบริการสุขภาพนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มารับบริการสุขภาพได้รับการดูแลสุขภาพอย่างมีประสิทธิผล ครอบคลุม สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น

3. บุคลากรสหสาขาวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจในลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุ และพร้อมให้ความช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่คลอบคลุม 4 มิติคือ ร่างกาย จิตใจ การทำหน้าที่ และสังคม นำไปสู่การแก้ปัญหาที่ตรงจุดซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถกลับมาทำกิจวัตรประจำวันได้ นอกจากนี้ยังมีชมรมผู้สูงอายุที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วย

ปัญหาอุปสรรคในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ

1. แพทย์ซึ่งเป็นบุคลากรสุขภาพหลักที่สำคัญของคลินิกผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย โดยเฉพาะแพทย์ใน รพช. เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นแพทย์ใช้ทุน หากคลินิกผู้สูงอายุขาดแพทย์ผู้ให้การตรวจรักษาก็จะทำให้การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุต้องหยุดชะงัก หรือหยุดดำเนินการไปในที่สุด ผู้สูงอายุก็จะไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องต้องกลับไปรับการรักษาในคลินิกโรคเรื้อรังซึ่งต้องรอรับบริการจากหลายๆ คลินิกหากผู้สูงอายุไม่ได้เจ็บป่วยด้วยโรคใดโรคหนึ่งเพียงโรคเดียว

2. บุคลากรที่ให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในลักษณะทางคลินิกและความต้องการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า แต่บุคลากรสุขภาพที่ให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุจะต้องรับผิดชอบงานอื่นๆ ด้วย และบางครั้งยังต้องรับการพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ การจะหาบุคลากรสุขภาพจากหน่วยบริการอื่นมาแทนที่จึงเป็นเรื่องยาก อาจทำให้การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุต้องสะดุดลง ผู้สูงอายุจึงไม่ได้รับการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่ต่อเนื่อง

ตาราง 22 หน่วยบริการสุขภาพผู้สูงอายุและเครือข่าย : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดสุราษฎร์ธานี

พื้นที่	สถานบริการสุขภาพ	หน่วยงานรับผิดชอบ	ผู้รับผิดชอบบริการ	หน่วยงานร่วมบริการ	เครือข่ายร่วมบริการ
สุราษฎร์ธานี - พัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ - ต้นแบบการบริการสุขภาพผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม (Dementia)	ปฐมภูมิ : รพ.สต.บ้านยาง	รพ.สต.	พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข		
	ทุติยภูมิ : รพ.คีรีรัฐนิคม	ผู้ป่วยนอก	แพทย์ พยาบาล สหสาขาวิชาชีพ	**ศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ** (Geriatric center) รับส่งต่อ ดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม	**ชมรมผู้สูงอายุ**ร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ กายบริหาร สันทนาการ
	ตติยภูมิ : รพ.สุราษฎร์ธานี	เวชกรรมสังคม	แพทย์ พยาบาล สหสาขาวิชาชีพ		**ชมรมผู้สูงอายุ**ร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ กายบริหาร สันทนาการ
		ผู้ป่วยนอก (Memory clinic)	แพทย์ พยาบาล สหสาขาวิชาชีพ	**ศูนย์ดูแลต่อเนื่อง (COC)** ประสานพื้นที่รับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม	

ตาราง 23 การบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดสุราษฎร์ธานี

สุราษฎร์ธานี	การบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
รพ.สต.บ้านยาง บริการผู้สูงอายุเดือนละ 2 วัน (NCD clinic)	- คัดกรอง ประเมินสุขภาพและกลุ่มอาการสูงอายุ - ดูแลรักษาระดับปฐมภูมิและส่งต่อ รพช. กรณีไม่สามารถดูแลรักษาได้ - ส่งเสริมสุขภาพ (ให้ความรู้การดูแลสุขภาพ สร้างนวัตกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ)
	- ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยคัดกรอง ประเมินภาวะสมองเสื่อมและส่งต่อ รพช. กรณีเป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง
รพ.คีรีรัฐนิคม บริการคลินิกผู้สูงอายุ สัปดาห์ละ 1 วัน	- ประเมินกลุ่มอาการสูงอายุในผู้สูงอายุที่รับส่งต่อจาก รพ.สต. - ดูแลรักษาระดับทุติยภูมิและจัดให้มีคลินิกความจำดีไม่มีเสื่อม คลินิกทรงตัวดีไม่มีล้ม คลินิกสุขดีไม่มีเศร้าและคลินิกผู้สูงอายุสุขภาพดี - ศูนย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (Geriatric Center) ที่มีบริการรับส่งต่อ รพศ. กรณีไม่สามารถดูแลรักษาได้ การดูแลต่อเนื่อง ธนาคารอุปกรณ์ - จัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุเช่นเดียวกับ รพ.สต. ในชุมชนที่รับผิดชอบ
	- ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยประเมินภาวะสมองเสื่อมซ้ำและประเมิน BPSD ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ◇ กลุ่ม MCI : ฟื้นฟูสมรรถภาพสมองโดยใช้กระบวนการ Montesori , Brain yim ◇ กลุ่ม Dementia : เตรียมผู้ป่วยและญาติเพื่อส่งต่อ MEMORY clinic เช่น ความรู้ความเข้าใจ ผล lab
รพ.สุราษฎร์ธานี บริการผู้สูงอายุสัปดาห์ละ 1 วัน (well elderly clinic)	- คัดกรอง ประเมินสุขภาพและกลุ่มอาการสูงอายุ - ดูแลรักษาระดับตติยภูมิ - ส่งเสริมสุขภาพ (ให้ความรู้การดูแลสุขภาพ สร้างนวัตกรรมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ)
	- ดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมโดยคัดกรอง ประเมินภาวะสมองเสื่อมและส่งต่อ MEMORY clinic กรณีเป็นผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง
MEMORY clinic	- ประเมินความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม (MMSE-T) ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ภาวะหกล้ม (Fall) - ประเมินความเครียดของ caregiver และปัญหาการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม - ตรวจรักษาและติดตามการดำเนินโรคเพื่อปรับยาทุก 1, 3, 6 เดือน - ศูนย์รับส่งต่อผู้สูงอายุสมองเสื่อม - ส่งต่อข้อมูลและแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุสมองเสื่อมสำหรับทีม HHC

ตาราง 24 ร้อยละความคิดเห็นต่อบริการสุขภาพ : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ความคิดเห็น	ร้อยละ
ภาพรวมการบริการสุขภาพ	84.7
ด้านอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม	83.8
ด้านบุคลากร	85.3
ด้านการจัดบริการ	84.9

ตาราง 25 ร้อยละความคิดเห็นด้านอาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ความคิดเห็น	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
แยกเป็นสัดส่วนในแผนกผู้ป่วยนอก	35.0	63.3	1.7	0
มีป้าย “คลินิกผู้สูงอายุ”	35.0	56.6	6.7	1.7
ทางเดินมีราวจับ	35.0	55.0	10.0	0
ทางลาดมีความชันเหมาะสม	56.7	38.3	5.0	0
มีห้องน้ำผู้สูงอายุ	50.0	43.3	6.7	0
เก้าอี้รอรับบริการเพียงพอ	40.0	53.3	6.7	0

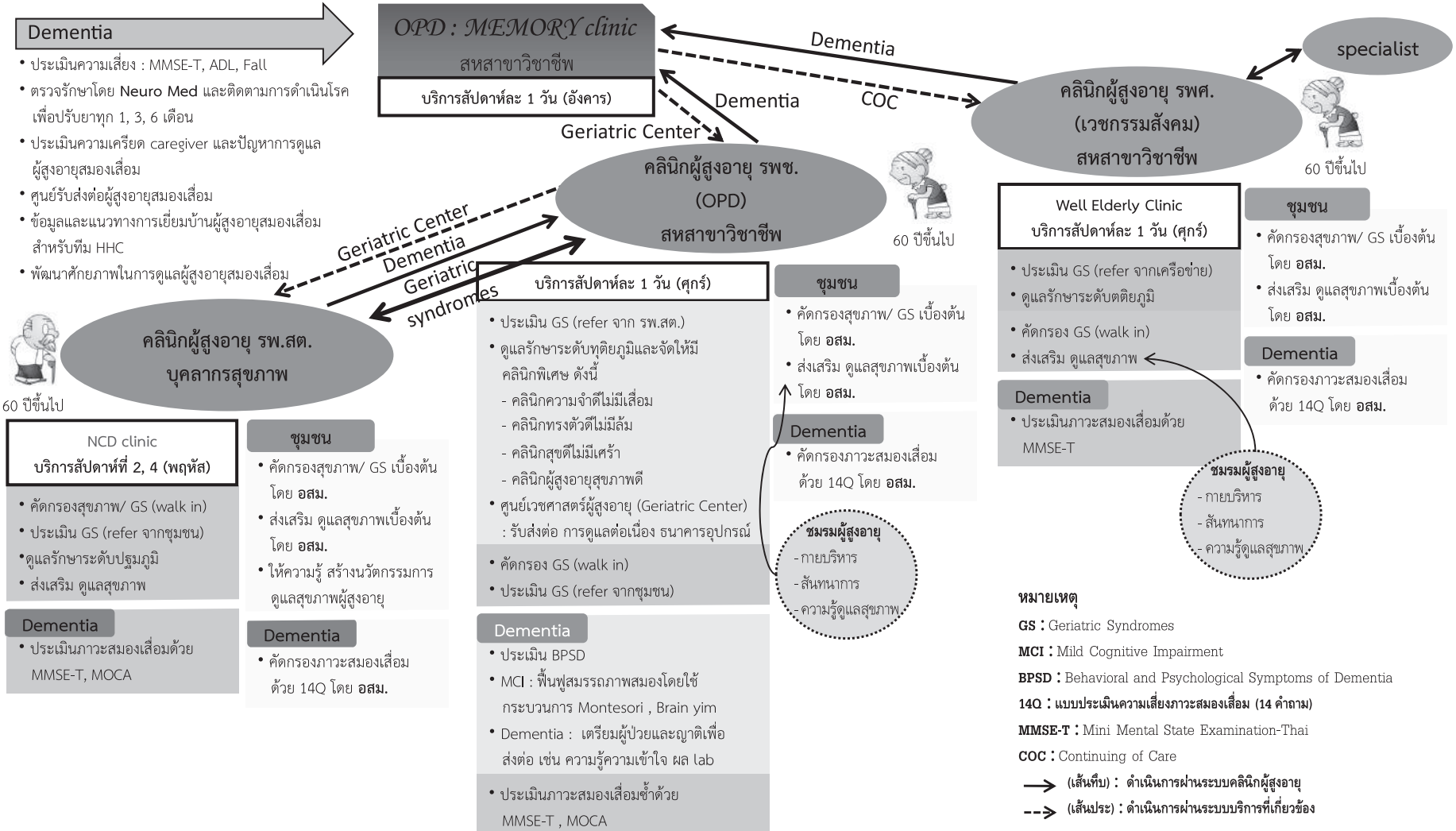
ตาราง 26 ร้อยละความคิดเห็นด้านบุคลากร : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ความคิดเห็น	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
บุคลากรมีความรู้เฉพาะด้านผู้สูงอายุ	40.0	56.7	3.3	0
ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคจากแพทย์	35.0	65.0	0	0
มีบุคลากรหลากหลายวิชาชีพ	46.7	51.6	1.7	0
บุคลากรพัฒนาความรู้ด้านผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง	45.0	53.3	1.7	0
บุคลากรไม่แสดงกิริยารังเกียจ	46.7	53.3	0	0

ตาราง 27 ร้อยละความคิดเห็นด้านการจัดบริการ : คลินิกผู้สูงอายุจังหวัดสุราษฎร์ธานี

ความคิดเห็น	เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
บริการแบบจุดเดียวเบ็ดเสร็จ	33.3	63.4	3.3	0
ประเมินสุขภาพครบทุกด้าน	45.0	55.0	0	0
ดูแลปัญหาสุขภาพครบทุกด้าน	45.0	55.0	0	0
บริการสุขภาพที่ไม่ซ้ำซ้อน	38.3	61.7	0	0
บริการตามมาตรฐานที่กำหนด	35.0	65.0	0	0
หายจากการเจ็บป่วย	43.3	56.7	0	0
มีการส่งต่ออย่างเป็นระบบ	41.7	55.0	3.3	0
มีการติดตามอาการอย่างสม่ำเสมอ	41.7	55.0	3.3	0
มีการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	41.7	56.6	1.7	0
ความพึงพอใจจากบริการ	43.3	56.7	0	0

รูปภาพ 5 รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : สุราษฎร์ธานี



ภาคผนวก

เอกสาร 1

แบบคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม

การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อมเป็นการคัดกรองเบื้องต้นเพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

ผู้สูงอายุมีอาการปวดเข่าหรือไม่

☐ ไม่ปวดเข่า

☐ ปวดเข่า

การพิจารณา

ถ้าตอบ “ปวดเข่า” แสดงว่า มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ให้ประเมินด้วยแบบประเมินโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก

แบบประเมินโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิก

แบบประเมินโรคข้อเข่าเสื่อมทางคลินิกใช้ประเมินผู้สูงอายุที่มีอาการปวดเข่าเพื่อค้นหาโอกาสที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม และส่งต่อแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยและทำการรักษา

ข้อ	คำถาม	ไม่ใช่	ใช่
1	ข้อเข่าฝืดตึงหลังตื่นนอนตอนเช้านาน <30 นาที (stiffness)		
2	เสียงดังกรอบแกรบในข้อเข่าขณะเคลื่อนไหว (crepitus)		
3	กดเจ็บที่กระดูกข้อเข่า (bony tenderness)		
4	ข้อใหญ่ผิดรูป (bony enlargement)		
5	ไม่พบข้ออุ่น (no palpable warmth)		

การพิจารณา

ถ้ามีอาการ “ปวดเข่า” และ ตอบว่า “ใช่” 2 ข้อ แสดงว่ามีโอกาสที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ให้ส่งต่อแพทย์ตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผลและทำการรักษา

เอกสาร 2

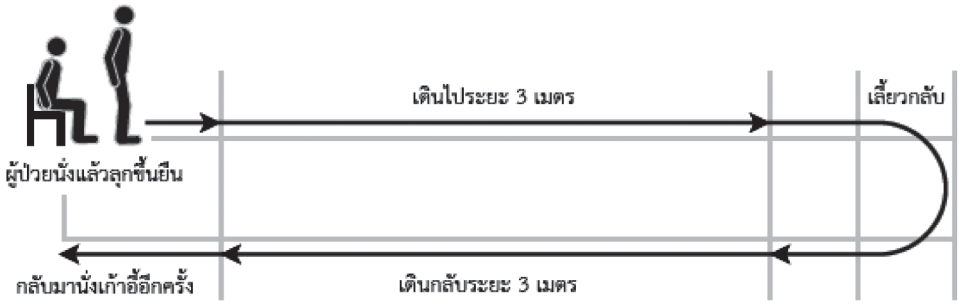
การคัดกรองภาวะหกล้ม : Timed Up and Go Test (TUGT)

การคัดกรองภาวะหกล้มด้วย TUGT เป็นการทดสอบด้วยการเดินตามวิธีที่กำหนด โดยสังเกตท่าเดิน และจับเวลาที่ใช้ในการเดิน

วิธีการประเมิน

ให้ผู้สูงอายุลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีที่ท้าวแขน เดินเป็นเส้นตรงระยะทาง 3 เมตร หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม จับเวลาได้ ☐☐ นาที ☐☐ วินาที

○ <30 วินาที ○ ≥30 วินาที ○ เดินไม่ได้



การพิจารณา

ถ้าใช้เวลา “≥30 วินาที” แสดงว่า มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม

ข้อควรระวัง

ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะหกล้มมากกว่าวัยอื่น ดังนั้น ผู้ทดสอบจึงควรระมัดระวังขณะทำการทดสอบ

เอกสาร 3

Falls Risk Assessment Tool

คะแนน	เกณฑ์ให้คะแนน			
	0	1	2	3
วันนอนนับจากแรกเข้า	วันแรก	เจ็ดวันแรก	8-14 วัน	มากกว่า 14 วัน
อายุ	0-19 ปี	20-59 ปี	60-70 ปี	มากกว่า 70 ปี
ประวัติหกล้ม	ไม่หกล้มในปีก่อน	หกล้มใน 6 เดือนก่อน	หกล้มใน 3 เดือนก่อน	หกล้มในเดือนก่อน
การทรงตัว	ยืนและหมุนตัวได้ด้วยการช่วยเหลือจากผู้อื่น	เดินโดยใช้อุปกรณ์หรือคนช่วย 2 คน	เดินโดยใช้อุปกรณ์หรือคนช่วย 1 คน	เดินโดยไม่ใช้อุปกรณ์หรือไม่ต้องการคนช่วย
การรับรู้	รู้เวลา, สถานที่, บุคคล	รู้สถานที่และบุคคล	รู้บุคคล	ไม่รับรู้, การตัดสินใจบกพร่อง
สภาพร่างกายทั่วไป	อาหารเพียงพอ, การนอนหลับปกติ	ไม่เจริญอาหาร, การนอนหลับผิดปกติ	การนอนหลับผิดปกติมาก	ขาดอาหาร, น้ำหนักลด
การมองเห็น	ปกติ	ใช้แว่นตา	การมองเห็นไม่ชัดเจน, ตาต้อ	การมองเห็นผิดปกติมากถึงขั้นตาบอด
การพูด	ปกติ	มีปัญหาการพูดแต่เข้าใจภาษาดี	พูดไม่ชัด/มีปัญหาการสื่อสาร	การสื่อสารบกพร่องขั้นรุนแรง
การใช้ยา	ไม่มียาที่มีผล	มียาระบบหัวใจและหลอดเลือดที่มีผล เช่น β - blocker, ยาขับปัสสาวะ, ยาลดความดันเลือด	มียาระบบประสาทที่มีผล เช่น ยากล่อมประสาท, ยานอนหลับ, ยากลุ่ม psychoactive	มีทั้งยาระบบหัวใจและหลอดเลือดและระบบประสาทที่มีผล
ภาวะโรคเรื้อรัง	ไม่มี	มีโรคเรื้อรัง 1 โรค	มีโรคเรื้อรัง > 1 โรค	มีโรคเรื้อรังหลายโรค
ไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย	ไม่มีปัญหา	ปัสสาวะบ่อย	ปัสสาวะกลางคืน, ปัสสาวะราด (stress incontinence)	ปัสสาวะราด (urge incontinence), คาสายปัสสาวะ
คะแนนรวม				

การพิจารณา

0 – 10 คะแนน แสดงว่า มีความเสี่ยงต่ำ
11 – 20 คะแนน แสดงว่า มีความเสี่ยงปานกลาง
21 – 33 คะแนน แสดงว่า มีความเสี่ยงสูง

เอกสาร 4

Morse Fall Scale

ลำดับ	หัวข้อการประเมิน	เกณฑ์คะแนน	คะแนนที่ได้
1.	มีประวัติล้มก่อนเข้าโรงพยาบาลหรือภายใน 3 เดือน	ไม่ใช่ 0 ใช่ 25	
2.	ได้รับการวินิจฉัยโรคมากกว่า 1 โรค	ไม่ใช่ 0 ใช่ 15	
3.	การใช้เครื่องช่วยเดิน - นอนติดเตียง / ต้องการพยาบาลช่วย/ใช้รถเข็น - ใช้ไม้เท้า/ไม้ค้ำยัน/คอกช่วยเดิน - เดินโดยเกาะเฟอร์นิเจอร์	0 15 30	
4.	มีสายน้ำเกลือ	ไม่ใช่ 0 ใช่ 20	
5.	การเดิน/การเคลื่อนย้ายตนเอง - เดินปกติ/นอนเตียง/ไม่ขยับตัว - เดินท่าโค้งไปหน้า ก้าวเท้าสั้นๆ - ท่าเดินผิดปกติ (ลุกลำบาก เดินก้มหน้า)	0 10 20	
6.	การรับรู้ - รับรู้ระดับความสามารถของตนเอง - มักลืมข้อจำกัดในความสามารถของตน	0 15	

การพิจารณา

0 – 24 คะแนน แสดงว่า ไม่มีความเสี่ยงที่จะหกล้ม
11 – 20 คะแนน แสดงว่า มีความเสี่ยงที่จะหกล้มต่ำ
21 – 33 คะแนน แสดงว่า มีความเสี่ยงที่จะหกล้มสูง

เอกสาร 5

แบบประเมินความเสี่ยงภาวะสมองเสื่อม (14 คำถาม)

แบบประเมินความเสี่ยงใช้ทดสอบสมรรถภาพสมองด้านความจำเพื่อดูโอกาสของการเป็นโรคสมองเสื่อม ซึ่งทำได้ง่าย สามารถประเมินได้ด้วยตัวผู้สูงอายุเอง รวมถึงผู้ดูแลผู้สูงอายุ และ อสม.

คำถาม	การให้คะแนน			
	1	2	3	4
1 หาของใช้ในบ้านไม่พบ				
2 จำสถานที่ที่เคยไปบ่อยๆ ไม่ได้				
3 ต้องกลับไปทบทวนงานที่แม้จะตั้งใจทำซ้ำถึง 2 ครั้ง				
4 ลืมของที่ตั้งใจว่าจะนำเอาออกไปนอกบ้านด้วย				
5 ลืมเรื่องที่ได้รับฟังมาเมื่อวานนี้หรือเมื่อสองสามวันก่อน				
6 ลืมเพื่อนสนิทหรือญาติสนิทหรือบุคคลที่คบหากันบ่อยๆ				
7 ไม่สามารถเข้าใจเนื้อเรื่องในหนังสือพิมพ์หรือวารสารที่อ่าน				
8 ลืมบอกข้อความที่คนอื่นวานให้มาบอกอีกคนหนึ่ง				
9 ลืมข้อมูลส่วนตัวของตนเอง เช่น วันเกิด ที่อยู่				
10 สับสนในรายละเอียดของเรื่องที่ได้รับฟังมา				
11 ลืมที่ที่เคยวางสิ่งของนั้นเป็นประจำหรือมองหาสิ่งของนั้นในที่ที่ไม่น่าจะวางไว้				
12 ขณะเดินทางหรือเดินเล่นหรืออยู่ในอาคารที่เคยไปบ่อย ๆ มักเกิดเหตุการณ์หลงทิศหรือหลงทาง				
13 ต้องทำกิจวัตรประจำวันบางอย่างซ้ำถึงสองครั้งเพราะมีความผิดพลาดเกิดขึ้น เช่น ใส่น้ำตาลมากเกินไปในเวลาปรุงอาหาร หรือเดินไปหวีผมซ้ำอีกครั้งซึ่งเมื่อสักครู่เพิ่งได้หวีผมเสร็จ				
14 เล่าเรื่องเดิมซ้ำอีกครั้งซึ่งเมื่อสักครู่เพิ่งได้เล่าเสร็จ				

การให้คะแนน พิจารณาจากความถี่ของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริง

เหตุการณ์นั้นไม่เคยเกิดขึ้นหรือเกิดขึ้นนานๆ ครั้งใน 1 ปี	1	คะแนน
เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นไม่บ่อยหรือเกิดขึ้น 1-2 ครั้งใน 1 เดือน	2	คะแนน
เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นค่อนข้างบ่อยหรือเกิดขึ้นเกือบทุกสัปดาห์	3	คะแนน
เหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเกือบทุกวัน	4	คะแนน

การแปรผลสมรรถภาพความจำ

14-19	คะแนน	อยู่ในเกณฑ์ดีมาก
20-29	คะแนน	อยู่ในระดับปานกลาง ควรได้รับคำแนะนำเพื่อปรับปรุงความจำให้ดีขึ้น
30-39	คะแนน	อยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ เนื่องจากมีภารกิจค่อนข้างมากทำให้ชีวิตประจำวัน ค่อนข้างยุ่ง ควรจะต้องได้รับคำแนะนำ เพื่อปรับปรุงความจำให้ดีขึ้น
40-56	คะแนน	อยู่ในระดับต่ำ ควรจะพบแพทย์

เอกสาร 6

แบบทดสอบสภาพสมองฉบับภาษาไทย: MMSE-Thai 2002

แบบทดสอบสภาพสมองใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สามารถใช้ได้ในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหรือไม่รู้หนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) ด้วย โดยไม่ต้องทำข้อ 4 ข้อ 9 และข้อ 10

1 **Orientation for time :** ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับเวลาในปัจจุบัน **(5 คะแนน)**

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

2 **Orientation for time :** ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับเวลาในปัจจุบัน **(5 คะแนน)**

2.1 **กรณีอยู่สถานพยาบาล**

2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร **และ** ชื่อว่าอะไร ..... ☐
2.1.2 ขณะนี้อยู่ชั้นที่เท่าไรของของตัวอาคาร ..... ☐
2.1.3 ที่นี่อยู่ในอำเภออะไร ..... ☐
2.1.4 ที่นี่จังหวัดอะไร ..... ☐
2.1.5 ที่นี่ภาคอะไร ..... ☐

2.2 **กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ**

2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร **และ** เลขที่เท่าไร ..... ☐
2.2.2 ที่นี่หมู่บ้าน (หรือ ละแวก คุ้ม ย่าน ถนน) อะไร ..... ☐
2.2.3 ที่นี่อำเภอ หรือ เขตอะไร ..... ☐
2.2.4 ที่นี่จังหวัดอะไร ..... ☐
2.2.5 ที่นี่ภาคอะไร ..... ☐

3 **Registration :** ทดสอบการบันทึกความจำโดยให้จำชื่อของ 3 อย่าง **(3 คะแนน)** ต่อไปนี้จะเป็นการทดสอบความจำโดยจะบอกชื่อของ 3 อย่าง ให้คุณ (ตา,ยาย...) ฟังดีๆ นะคะ จะบอกเพียงครั้งเดียว เมื่อพูดจบแล้วให้คุณ (ตา,ยาย...) พูดทวนตามที่ได้ยินทั้ง 3 ชื่อ แล้วจำไว้ให้ดีนะคะ เดี๋ยวจะถามซ้ำ

○ **ดอกไม้** ○ **แม่น้ำ** ○ **รถไฟ** ..... ☐

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

○ **ต้นไม้** ○ **ทะเล** ○ **รถยนต์** ..... ☐

4 **Attention or Calculation :** ทดสอบสมาธิโดยให้คิดเลขในใจ **(5 คะแนน)**
ถามผู้ถูกทดสอบว่า “คิดเลขในใจเป็นหรือไม่” **ถ้าคิดเป็นให้ทำข้อ 4.1**
ถ้าคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 ข้อนี้คิดเลขในใจโดยเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา

.... ☐

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง
ถ้าลบได้ 1, 2 หรือ 3 ครั้งแล้วตอบไม่ได้ ให้คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องเปลี่ยนไปทำข้อ 4.2

4.2 “เดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่ามะนาวให้คุณ (ตา,ยาย...) ฟัง แล้วให้คุณ (ตา,ยาย...) สะกดถอยหลัง จากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาวสะกดว่า มอม้า-สระอะ-นอหนู-สระอา-วอแหวน คุณ (ตา,ยาย...) สะกดถอยหลังให้ฟังสิครับ (คะ)”

.... ☐
ว า น ะ ม

5 **Recall :** ทดสอบความจำระยะสั้นของชื่อสิ่งของ 3 อย่างที่ให้จำไว้แล้ว **(3 คะแนน)**
เมื่อสักครู่ที่ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหม มีอะไรบ้าง

○ **ดอกไม้** ○ **แม่น้ำ** ○ **รถไฟ** ..... ☐

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

○ **ต้นไม้** ○ **ทะเล** ○ **รถยนต์** ..... ☐

6 **Naming :** ทดสอบการบอกชื่อสิ่งของที่ได้เห็น **(2 คะแนน)**
6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร” ..... ☐
6.2 ชี้นาฬิกาข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า “ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร” ..... ☐

7 **Repetition :** ทดสอบการพูดซ้ำคำที่ได้ยิน **(1 คะแนน)**
ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้แล้วให้คุณ (ตา,ยาย...) พูดตาม ผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงเที่ยวเดียว **“ใครใคร่ขายไก่ไข่”** ..... ☐

8 **Verbal command :** ทดสอบการเข้าใจความหมายและทำตามคำสั่ง **(3 คะแนน)**
ข้อนี้ให้ทำตามที่บอก ตั้งใจฟังดีๆ นะ เดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา,ยาย...) รับด้วยมือขวา พับครึ่งด้วยมือทั้ง 2 ข้าง เสร็จแล้ววางไว้ที่...” (พื้น, โต๊ะ, เตียง)

ผู้ทดสอบส่งกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ 4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

○ รับด้วยมือขวา ○ พับครึ่งด้วยมือ 2 ข้าง ○ วางไว้ที่(พื้น, โต๊ะ, เตียง) ..... ☐

9 **Written command :** ทดสอบการอ่าน การเข้าใจความหมาย สามารถทำตามได้ **(1 คะแนน)**
ให้คุณ (ตา,ยาย...) อ่านแล้วทำตาม จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้
ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา”

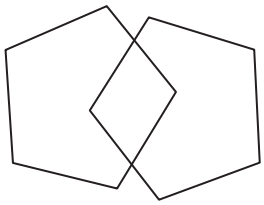
○ **หลับตาได้** ..... ☐

10 **Writing :** ทดสอบการเขียนภาษาอย่างมีความหมาย **(1 คะแนน)**
ให้คุณ (ตา,ยาย...) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่องหรือมีความหมาย 1 ประโยค

.....

○ ประโยคมีความหมาย ..... ☐

11 **Visuoconstruction :** ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตากับมือ **(1 คะแนน)**
ให้คุณ (ตา,ยาย...) วาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง



..... ☐

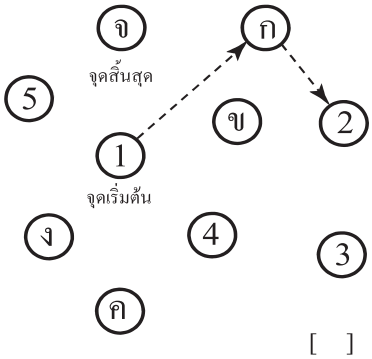
จุดตัด (cut-off point) สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	**เต็ม**
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4,9,10)
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา	≤ 17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30

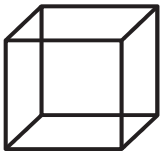
เอกสาร 7

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

VISUOPATIAL / EXECUTIVE — คะแนน



คัดลอก ลูกบาศก์



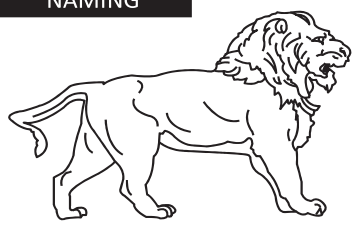
[ ] [ ]

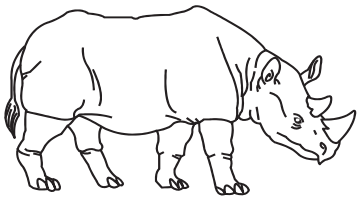
วาดหน้าปัดนาฬิกา บอกเวลาที่ 11.10 น. (3 คะแนน)

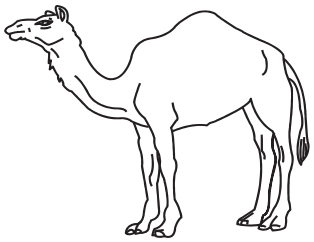
[ ] รูปร่าง [ ] ตัวเลข [ ] เข็ม

___/5

NAMING







[ ] [ ] [ ]

___/3

MEMORY อ่านชุดคำเหล่านี้แล้วให้ผู้ทดสอบทวนซ้ำ ทดสอบ 2 ครั้ง และถามซ้ำอีกครั้งหลัง 5 นาที

	หน้า	ผ้าไหม	วัด	มะลิ	สีแดง
ทวนครั้งที่ 1					
ทวนครั้งที่ 2					

ATTENTION อ่านตัวเลขต่อไปนี้ตามลำดับ (1 ตัว/วินาที) ให้ผู้ทดสอบทวนซ้ำตามลำดับ [ ] 2 1 8 5 4

ผู้ทดสอบทวนซ้ำตามลำดับ [ ] 7 4 2

___/2

อ่านออกเสียงตัวเลขต่อไปนี้แล้วให้ผู้ทดสอบเคาะโต๊ะเมื่อได้ยินเสียงอ่านเลข "1" (ไม่มีคะแนนเต้าผิดเกิน 2 ครั้ง)

[ ] 5 2 1 3 9 4 1 1 8 0 6 2 1 5 1 9 4 5 1 1 1 4 1 9 0 5 1 1 2

___/1

เริ่มจาก 100 ลบไปเรื่อยๆ ทีละ 7 [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65

ลบถูก 4 หรือ 5 ตัว ได้ 3 คะแนน , 2 หรือ 3 ตัว ได้ 2 คะแนน , 1 ตัว ได้ 1 คะแนน , 0 ตัวไม่ได้คะแนน

___/3

LANGUAGE Repeat : ฉันรู้ว่าจอมเป็นคนเดียวที่มาช่วยงานนี้ [ ]

แมวมักซ่อนตัวอยู่หลังเก้าอี้เมื่อมีหมาอยู่ในห้อง [ ]

___/2

Fluency : บอกคำที่ขึ้นต้นด้วยตัวอักษร "ก" ให้มากที่สุด 1 นาที ก [ ] _____ (N ≥ 11 คำ)

___/1

ABSTRACTION บอกความเหมือนระหว่าง 2 สิ่ง เช่น กล้วย-ส้ม เป็นผลไม้ [ ] รถไฟ - จักรยาน [ ] นาฬิกา - ไม้บรรทัด

___/2

DELAYED RECALL ให้ทวนชุดคำที่จำไว้ก่อนหน้านี้ โดยไม่มีการให้ตัวช่วย

	หน้า	ผ้าไหม	วัด	มะลิ	สีแดง	ให้คะแนนเฉพาะคำที่ทวนได้โดยไม่ให้ตัวช่วย
	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
Optional: Category cue						
Optional: Multiple choice cue						

___/5

ORIENTATION [ ] วันที่ [ ] เดือน [ ] ปี [ ] วัน [ ] สถานที่ [ ] จังหวัด

___/6

ค่าปกติ ≥ 25 / 30

คะแนนรวม ___/30

เพิ่ม 1 คะแนนถ้าการศึกษา ≤ ป.6

เอกสาร 8

เกณฑ์ประเมินการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : คลินิกผู้สูงอายุ

อาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม

- มีคลินิกผู้สูงอายุทุกระดับสถานบริการ
- สถานที่ชัดเจน เป็นสัดส่วน การให้บริการแบบผู้ป่วยนอก
- ความเหมาะสม (ป้ายบ่งชี้คลินิกผู้สูงอายุ ราวจับ ทางเดิน ทางลาด ห้องน้ำผู้สูงอายุ)

บุคลากร

- มีพยาบาลปฏิบัติงานประจำที่คลินิกผู้สูงอายุผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
- มีแพทย์ปฏิบัติงานที่คลินิกผู้สูงอายุ
- มีบุคลากรสหสาขาวิชาชีพร่วมเป็นทีมปฏิบัติงานคลินิกผู้สูงอายุ
- บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุได้รับการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

การจัดบริการสุขภาพ

- เปิดให้บริการอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
- มีการประเมิน / คัดกรอง : ADL, IADL, GS ในผู้สูงอายุที่อาจมีปัญหาจากประวัติ / ตรวจเบื้องต้น
- ปฏิบัติตามแนวทางการจัดระบบบริการสุขภาพ (flow chart)
- มีระบบการรับส่งต่อ / ติดตามผู้ป่วยสูงอายุ
- การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน (โดยสหสาขาวิชาชีพ ภาคีเครือข่าย)
- ประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ
- มีนวัตกรรมในการจัดการปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ
- มีการจัดการองค์ความรู้ (KM)
- มีการวางแผนการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุในอนาคต
- จัดทำข้อมูลผู้ป่วยกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes)

เอกสาร 9

มาตรฐานการบริการคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

1. มีสถานที่ชัดเจนเป็นสัดส่วนในรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยนอก
2. สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่ (ครบ 4 ข้อ)
   - 2.1 มีป้ายบ่งชี้คลินิกผู้สูงอายุ/ หน่วยบริการอย่างชัดเจน
   - 2.2 ราวจับทางเดินอำนวยความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ
   - 2.3 ทางลาดที่ได้มาตรฐาน
   - 2.4 ห้องน้ำผู้สูงอายุ/ ผู้พิการ
3. คลินิกผู้สูงอายุให้บริการอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
4. พยาบาลที่ดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุเคยผ่านการฝึกอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
5. บุคลากรสหสาขาวิชาชีพ (แพทย์ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ นักวิชาการสาธารณสุขฯ) ร่วมเป็นทีมที่ปรึกษาของคลินิกผู้สูงอายุ
6. มีการรวบรวมจำนวนผู้ป่วยสูงอายุของโรงพยาบาลที่มี geriatric syndromes ทุก 3 เดือนดังนี้ Dementia, Osteoarthritis of knee, Incontinence, Fall, Depression
7. คลินิกผู้สูงอายุมีการประเมิน / คัดกรอง ADL; IADL, Dementia (Cognitive impairment)
8. มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ
9. คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพมีการดำเนินงานตามมาตรฐานที่กำหนด
10. บุคลากรที่ให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุได้รับการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง)
11. คลินิกผู้สูงอายุมีการประเมิน/ คัดกรอง geriatric assessment ในผู้สูงอายุที่อาจมีปัญหาจากประวัติและการตรวจเบื้องต้น ได้แก่ Incontinence, Fall, Malnutrition, Depression
12. มีแพทย์รับผิดชอบประจำปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ



รายงานการสำรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย : ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557