



การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ
ในแผนกผู้ป่วยนอก

**Development and Evaluation of the Geriatric Health Assessment Guideline
For Outpatient Department**

พัฒนมณท์ แก้วแสง

Pattamon Kaewsang

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science Community Nurse Practitioner
Prince of Songkla University**

2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ
ในแผนกผู้ป่วยนอก

**Development and Evaluation of the Geriatric Health Assessment Guideline
For Outpatient Department**

พัฒนมณท์ แก้วแสง

Pattamon Kaewsang

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

**A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of
Master of Nursing Science Community Nurse Practitioner
Prince of Songkla University**

2560

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ การพัฒนาและประเมินแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ
 ในแผนกผู้ป่วยนอก
 ผู้เขียน นางสาวพัฒนมณฑ์ แก้วแสง
 สาขาวิชา การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	คณะกรรมการสอบ
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย)ประธานกรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อุมพร ปุญญโสพรรณ)
กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย)
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	
..... (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์)กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์)
กรรมการ (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ขนิษฐา นาคะ)
กรรมการ (ดร.มารีสา สุวรรณราช)

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้
 เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
 พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

.....
 (รองศาสตราจารย์ ดร.ธีระพล ศรีชนะ)

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และ ได้แสดงความขอบคุณบุคคล
ที่มีส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ.....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.แสงอรุณ อิศระมาลัย)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ.....

(นางสาวพัฒนฉัตร แก้วแสง)

นักศึกษา

(4)

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ.....

(นางสาวพัฒนฉัตร แก้วแสง)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุใน แผนกผู้ป่วยนอก
ผู้เขียน	นางสาวพัฒนมณต์ แก้วแสง
สาขาวิชา	การพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน
ปีการศึกษา	2559

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา คือ พยาบาลวิชาชีพ แผนกผู้ป่วยนอก 10 ราย และผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก 30 ราย โดยแบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน (ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.91) และการทดสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (ได้ค่าความสอดคล้องตรงกันเท่ากับ 0.95) และระยะที่ 2 การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้และประเมินผล โดยพยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก และผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก วิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นของผู้ใช้ต่อความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ความยาก-ง่ายในการใช้ ความพึงพอใจต่อการใช้ และประสิทธิผลในการนำไปใช้เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพ ด้วยสถิติพรรณนา สำหรับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการใช้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการจัดกลุ่มเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ 1) การคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นอย่างเป็นองค์รวม และ 2) การประเมินสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทุกคน ระบุว่า แนวปฏิบัติสามารถนำไปใช้ได้ง่าย มีเพียง 2 รายซึ่งเป็นพยาบาลจบใหม่ มีประสบการณ์น้อย ระบุว่า การประเมินด้านสังคมและจิตวิญญาณทำได้ยาก และพยาบาลทุกคนมีความพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในระดั้มาก ในส่วนความครอบคลุมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม ได้พิจารณาจากการวินิจฉัยภาวะสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ (26 ราย) ได้รับการวินิจฉัยภาวะสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นแนวปฏิบัตินี้สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอกได้ อย่างไรก็ตาม แนวปฏิบัตินี้ไม่ได้กำหนดแนวทางในการวินิจฉัยภาวะสุขภาพให้แก่พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ทำให้การวินิจฉัยภาวะสุขภาพยังไม่มีมาตรฐานและชัดเจนเพียงพอที่จะนำไปสู่การ

(6)

จัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ จึงควรมีแนวทางในการวินิจฉัยภาวะสุขภาพให้แก่พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ทั้งนี้อาจพัฒนาต่อยอดเป็นระบบสารสนเทศ เพื่อการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทยต่อไป

Thesis Title	Development and Evaluation of the Geriatric Health Assessment Guideline for Outpatient Department
Author	Miss Pattamon Kaewsaeng
Major	Community Nurse Practitioner
Academic Year	2016

ABSTRACT

This study aimed to develop and evaluate the utilization of a clinical practice guideline for assessing geriatric health in an outpatient department. The participants comprised 2 groups: 10 registered nurses and 30 elder patients in an outpatient department. Two processes were conducted: 1) developing the clinical practice guideline, examining its content validity using a panel of 5 experts (CVI = 0.91) and determining its inter-rater reliability (percentage of raters' agreement = 95), and 2) implementing and evaluating the guideline by the participants. The users' opinions on feasibility and ease of use of the guideline and satisfaction with adopting the guideline including its efficacy on making diagnosis for each elder's health problems were collected. Barriers and obstacles including suggestions on its utilization were analyzed using content analysis.

The newly developed clinical practice guideline comprised 2 implementing steps: 1) holistic health screening and 2) holistic health assessment. The feasibility/ease of use of the guideline, and satisfaction with adopting the guideline were confirmed by all users. Only 2 new graduates with less nursing experience reported difficulty in social and spiritual assessment. The efficacy of using the guideline in making diagnosis revealed that most elder participants (n=26) were diagnosed in all health dimensions (physical, psychological, social, and spiritual). Therefore, the clinical practice guideline can be used for geriatric health assessment in an outpatient department. However, a manual for making diagnosis on the elderly health should be provided in the guideline operation package. The further development of an information management system using digital technology is highly recommended for advancing the implementation of the clinical practice guideline.

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดียิ่งจากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. แสงอรุณ อิศระมาลัย และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กาญจน์สุนภัส บาลทิพย์ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้ความรู้ คำปรึกษา ข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์และช่วยตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ทำให้ผู้วิจัยได้เรียนรู้และมีประสบการณ์ในการทำวิจัย ซึ่งนับเป็นสิ่งที่มิคุณค่าอย่างยิ่ง ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่ได้กรุณาให้แนวคิด ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ได้กรุณาเสียสละเวลาในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ และให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาให้แนวคิด ความรู้ เนื้อหาที่เป็นประโยชน์และนำมาใช้เป็นแนวทางในการศึกษา

ขอขอบพระคุณพยาบาลวิชาชีพทุกท่าน ที่ช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไข

ท้ายสุดกราบระลึกพระคุณของคุณพ่อและคุณแม่ที่ปลูกฝังให้คุณค่าทางการศึกษา และครอบครัว ญาติพี่น้องทุกท่านที่ให้กำลังใจช่วยเหลือสนับสนุนผู้วิจัย ทำให้มีกำลังใจและพยายามต่อสู้อุปสรรคต่างๆจนทำให้วิทยานิพนธ์นี้ลุล่วงไปด้วยดี

พัฒนฉัตร แก้วแสง

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(7)
กิตติกรรมประกาศ.....	(8)
สารบัญ.....	(9)
สารบัญตาราง.....	(11)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิด.....	6
นิยามศัพท์.....	7
ขอบเขตการวิจัย.....	8
ความสำคัญของการวิจัย.....	8
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	9
ภาวะสุขภาพและความต้องการบริการสุขภาพในผู้สูงอายุ.....	9
การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ.....	20
การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้สูงอายุ.....	35
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	49
ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติ.....	49
ระยะนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้และประเมินผล.....	53
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	55

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	56
ผลการวิจัย.....	56
การอภิปรายผล.....	66
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	73
สรุปผลการวิจัย.....	73
ข้อจำกัดในกาวิจัย.....	74
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	74
บรรณานุกรม.....	76
ภาคผนวก.....	87
ก หลักฐานเชิงประจักษ์.....	88
ข แนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก.....	101
ค เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	102
ง ผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ.....	106
จ ผลการประเมินความยาก-ง่ายในการใช้แนวปฏิบัติ.....	108
ฉ แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง.....	110
ช รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	111
ประวัติผู้เขียน.....	112

สารบัญตาราง

ตาราง		หน้า
1.	จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการใช้แนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพในคลินิก ผู้สูงอายุจำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล.....	60
2.	จำนวนพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติ แล้วประเมินความยาก-ง่ายในการนำแนวปฏิบัติ ไปใช้จำแนกตามข้อมูลการประเมินสุขภาพสังคมและสุขภาพจิตวิญญาณ.....	63
3.	จำนวนของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติที่ระบุปัญหาและอุปสรรคในการนำแนว ปฏิบัติไปใช้.....	64
4.	จำนวนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในผู้สูงอายุจำแนกตามมิติสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเรียงลำดับจากข้อวินิจฉัยสุขภาพด้านดี ข้อวินิจฉัยที่เป็นความเสี่ยง และข้อวินิจฉัยที่เป็นปัญหาซึ่งเกิดขึ้นแล้ว.....	65
5.	ตารางหลักฐานเชิงประจักษ์.....	88

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยขณะนี้ทั่วโลกมีจำนวนผู้สูงอายุประมาณ 600 ล้านคน ทั้งยังมีแนวโน้มที่จะเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ (United Nation, 2013) ประเทศไทยเองได้ก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติ คือ มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสัดส่วนเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) โดยประเทศไทยมีระยะเวลาในการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุค่อนข้างสั้น กล่าวคือ มีจำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มเป็นหนึ่งเท่าตัวภายในเวลา 20 ปี ในขณะที่ประเทศพัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้เวลาประมาณ 70 ปีถึง 100 ปี ขณะนี้ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 15.5 ของประชากรทั้งหมด (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559) ซึ่งมากเป็นอันดับหนึ่งในอาเซียน และคาดว่าในอีก 20 ปีข้างหน้า ประเทศไทยจะมีจำนวนประชากรสูงอายุมากถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (วิทยาลัยประชากร, 2556) จากการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุมีผลกระทบต่อประเทศในหลายๆด้าน หนึ่งในนั้นคือปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุที่จะต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ (นันทศักดิ์, 2557)

ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ เกิดเนื่องจากเป็นวัยที่มีภาวะเสื่อมสภาพการทำงานในระบบต่างๆของร่างกาย ทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บตามมา โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุมักจะเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น (วิพรรณ, 2555) รวมทั้งกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) ได้แก่ การมองเห็นและการได้ยินลดลง การพลัดตกหกล้ม การกลืนปัสสาวะไม่ได้ ภาวะโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อม (ประเสริฐ, 2552; สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2552) และนอกจากนี้ ยังส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่แตกต่างจากวัยอื่นในลักษณะต่างๆ คือ 1) สมรรถนะของร่างกายเสื่อมถอยลงเนื่องจากความชรา 2) อาการและอาการแสดงของโรคไม่เจาะจง เช่น การติดเชื้อแต่อาจจะไม่มีไข้เนื่องจากการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง 3) มีพยาธิสภาพร่วมกันหลายโรคในเวลาเดียวกัน และ 4) การได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน (ประเสริฐ, 2554) จากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนี้จะส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ รวมทั้งนำไปสู่ภาวะพึ่งพาและภาวะทุพพลภาพมากยิ่งขึ้น โดยสามารถแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามภาวะสุขภาพได้เป็น 3 กลุ่ม คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

(พึ่งตนเองได้) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (พึ่งตนเองได้บางส่วน) และผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง (พึ่งตนเองไม่ได้) (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2552) โดยปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่มนี้ สามารถชะลอได้หากได้รับการคัดกรองและการประเมินสุขภาพอย่างครอบคลุม แต่ในปัจจุบันยังพบว่า การดูแลที่มีอยู่โดยทั่วไปมักไม่เพียงพอสำหรับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มดังกล่าวยังคงได้รับการดูแลไม่แตกต่างจากผู้รับบริการวัยอื่นๆ คือ มุ่งเน้นการรักษาโรค (ประเสริฐ, 2554) มากกว่าการดูแลอย่างเป็นองค์รวม (วิไลวรรณ, 2554)

การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (holistic care) เป็นการดูแลสุขภาพที่ไม่ได้พิจารณาเฉพาะโรคที่เป็นหรือเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่พิจารณาองค์ประกอบทุกส่วนของมนุษย์ไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เนื่องจากเมื่อองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งมีความผิดปกติก็จะส่งผลกระทบต่อองค์ประกอบอื่นๆด้วยเช่นกัน (กรรณิกาและพนัส, 2555) อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมามีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในหน่วยบริการสาธารณสุขมักเน้นการดูแลสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจเท่านั้น ในขณะที่ด้านสังคม หน่วยงานด้านการปกครองจะเป็นผู้ให้การดูแล (ลินจง, มนุ, และศิริรัตน์, 2553) แต่ด้านจิตวิญญาณนั้นยังไม่มีหน่วยงานใดที่ให้การดูแลอย่างชัดเจน ทั้งๆที่มีความสำคัญต่อความหวังในการดำรงชีวิตอยู่ (ชนิกา, 2549; วิไลวรรณ, 2554) สำหรับผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงในทุกๆด้านไปพร้อมๆกัน การดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยไม่มีการแบ่งแยก จึงมีความจำเป็นอย่างมากเพื่อคงความสมดุลของสุขภาพความเป็นคนที่สมบูรณ์ไว้ให้นานที่สุด (Craven & Hirmler, 2002) ซึ่งการดูแลที่ครอบคลุมจะเกิดได้ต้องมาจากการประเมินปัญหาหรือข้อมูลสุขภาพที่ครอบคลุมโดยการคัดกรองหรือการประเมินสุขภาพที่ผสมผสานความเป็นองค์รวมในผู้สูงอายุ เพื่อนำข้อมูลมาวางแผนดูแลให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย (ยุพาพิน, 2539)

การคัดกรองและการประเมินสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกของการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อจะนำไปสู่การบ่งชี้ภาวะสุขภาพและทราบความต้องการของผู้รับบริการ (ชวลีกร, 2552) โดยการคัดกรองสุขภาพ เป็นการซักถามหรือตรวจอย่างเป็นระบบในเบื้องต้น เพื่อค้นหาความเสี่ยงหรือโรคในระยะเริ่มแรก (ยศ, ปฤษฎุพร, ศรีเพ็ญ และธนัญญา, 2557) และการประเมินสุขภาพ เป็นการซักถามหรือตรวจอย่างละเอียดเพื่อให้ได้ข้อมูลทางสุขภาพมาเป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยภาวะสุขภาพที่เป็นปัญหาเร่งด่วน เพื่อวางแผนดูแลรักษา รวมทั้งการติดตามผล การค้นหาปัญหาสุขภาพโดยการคัดกรองและการประเมินสุขภาพในผู้สูงอายุ ซึ่งมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนและไม่เฉพาะเจาะจงจึงเป็นสิ่งจำเป็น (สุพรรณ, 2557) ที่จะช่วยให้ค้นพบปัญหาที่ตรงตามความต้องการหรือความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ นำไปสู่การวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพ

ป้องกันโรค รักษาพยาบาล ฟันฟูสภาพ รวมทั้งการดูแลต่อเนื่องแก่ผู้สูงอายุแต่ละราย ให้มีความถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากที่สุด (สุริยะ, 2557) โดยพยาบาลผู้มีหน้าที่ในการคัดกรองหรือการประเมินสุขภาพต้องทำให้ครอบคลุมเป็นองค์รวม ซึ่งในส่วนของ การประเมินสุขภาพ ข้อมูลที่ได้อาจจะไม่ได้ครบถ้วนภายในครั้งเดียวของการประเมิน แต่ควรได้ข้อมูลอย่างน้อยหนึ่งด้านที่ต้องดูแลอย่างเร่งด่วน (ยูพาฟิน, 2539; Elsayy & Higgins, 2011) และในปัจจุบันมีเครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุหลากหลาย และยังไม่มีความชัดเจนในการเลือกใช้เครื่องมืออย่างถูกต้องเหมาะสม (สรณ์รัตน์, 2556) ประกอบกับภาระงานที่มากเนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมาก พยาบาลจึงต้องทำงานอย่างเร่งด่วนเพื่อให้ทันเวลา ทำให้การคัดกรองและการประเมินสุขภาพมีความครอบคลุมน้อยลง (ดวงเดือน, 2544; Elsayy & Higgins, 2011) การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุจึงอาจทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร

ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกก็ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ดังจะเห็นได้จากการจัดให้มีพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (care manager) เป็นผู้ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุและทำแผนเยี่ยมบ้าน เพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านของประเทศญี่ปุ่น (คณะกรรมการกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุและผู้พิการสภาผู้แทนราษฎร, 2555) การคัดกรองสุขภาพอย่างง่ายโดยบุคลากรสาธารณสุขและส่งต่อผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติมาประเมินสุขภาพเพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมของประเทศสิงคโปร์ (ศูนย์ข้อมูลข่าวสารอาเซียน กรมประชาสัมพันธ์, 2013) การดูแลแบบผสมผสานในการเยี่ยมบ้าน ของหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิในประเทศเนเธอร์แลนด์ (สำนักงานส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ ณ กรุงเฮก, 2558) และการดูแลโดยให้ผู้รับบริการสูงอายุเป็นศูนย์กลางทั้งด้านการประเมินภาวะสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ ฟันฟูสภาพ การติดต่อประสานงาน และการส่งกลับบ้านในประเทศอเมริกา (Gibson, Gregory & Pandya, 2003)

สำหรับประเทศไทยได้กำหนดแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ. ศ. 2545 - 2564) และมีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่จะให้ความสะดวกรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุในการรับบริการสุขภาพเป็นกรณีพิเศษ และให้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในหน่วยบริการสุขภาพทุกแห่ง (คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ, 2552) จุดมุ่งหมายเพื่อให้บริการสุขภาพที่เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุที่แผนกผู้ป่วยนอก โดยให้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุไม่น้อยกว่าร้อยละ 70 ทั่วประเทศ ปัจจุบันประเทศไทยมีโรงพยาบาลของรัฐที่มีบริการดังกล่าวรวม 115 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 28 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 67 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 20 แห่ง (นันทศักดิ์, 2557) ทั้งนี้สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ได้กำหนดมาตรฐานการดำเนินงานในคลินิกผู้สูงอายุ (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณ

สังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ประกอบด้วย 1) ข้อบ่งชี้ในการส่งผู้สูงอายุเข้าคลินิก คือ ผู้สูงอายุที่มาโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก และได้รับคัดกรองจากแพทย์หรือพยาบาลว่ามีความเจ็บป่วยหลายโรค มีอาการที่น่าสงสัยในกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (geriatric syndromes) โดยพิจารณาเป็นรายๆ เช่น ผู้สูงอายุที่กินยาหลายขนาน ผู้สูงอายุที่ป่วยหลายโรคแต่ไม่เคยได้รับความรู้ หรือคำแนะนำในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุที่เปราะบาง (frail elderly) ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลที่ต้องการ ได้รับความรู้ หรือคำแนะนำในการดูแลตนเอง 2) ได้รับการรักษาจากคลินิกเฉพาะทาง 3) ได้รับการรักษาจากหอผู้ป่วยใน 4) ผู้สูงอายุอยากจะมีรักษาที่คลินิกโดยตรง 5) ได้รับการส่งต่อให้เข้าคลินิกจากหน่วยงานภายนอก 6) มีแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยสรุปปัญหาในประเด็นต่างๆ ได้แก่ ปัญหาความสามารถในการดูแลตนเอง โรคและปัญหาทางกาย จิตใจ และสังคม และระบบการส่งต่อไปยังหน่วยบริการเฉพาะทาง โดยคลินิกผู้สูงอายุควรมีการติดตามเพื่อประเมินผลการรักษาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง แต่ปัญหาที่มักพบ คือ ความไม่ชัดเจนของรูปแบบการจัดบริการในคลินิกผู้สูงอายุ (พรฤดี, 2551; สรรค์รัตน์, 2556) โดยกิจกรรมที่โรงพยาบาลสามารถจัดได้อย่างเป็นรูปธรรม ได้แก่ การจัดทำป้ายทางด่วนสำหรับผู้สูงอายุ ทำป้ายคลินิกผู้สูงอายุ ส่วนรูปแบบการคัดกรองและการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุยังไม่ปรากฏชัดเจน ทำให้โรงพยาบาลไม่มีแนวทางในการดำเนินงานที่ถูกต้องเหมาะสม (สรรค์รัตน์, 2556) อีกทั้งคลินิกส่วนใหญ่ยังขาดการประเมินผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม (นันทศักดิ์, 2557) นอกจากนี้ ยังมีการดูแลซึ่งนำรูปแบบจากประเทศญี่ปุ่นมาปรับใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในระยะยาว โดยมีพยาบาลผู้จัดการรายกรณีเป็นผู้ดำเนินการประเมินสุขภาพและวางแผนการดูแล (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2559) หากมีเครื่องมือและแนวทางในการประเมินสุขภาพที่ชัดเจนและครอบคลุม ก็จะสามารถนำข้อมูลจากการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุดังกล่าวไปใช้ในการวางแผนดูแลในระยะยาวได้

จากการทบทวนวรรณกรรม จะเห็นว่าผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีปัญหาด้านสุขภาพในหลายๆด้าน ประเทศต่างๆรวมทั้งประเทศไทยเองได้มีแนวทางเพื่อให้การดูแลด้านสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ ได้แก่ การดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว การคัดกรองและการประเมินภาวะสุขภาพเพื่อให้การดูแลสุขภาพที่เหมาะสม การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน การดูแลสุขภาพโดยมีผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง และการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุเพื่อให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเฉพาะ โดยในส่วนของคลินิกผู้สูงอายุของประเทศไทยนั้น ยังมีปัญหาในการจัดบริการหลายประเด็น ได้แก่ แนวทางในการคัดกรองและการประเมินสุขภาพรวมทั้งการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุไม่มีความชัดเจน และไม่มี ความครอบคลุมเป็นองค์รวม ดังนั้น การพัฒนาคุณภาพบริการของคลินิกผู้สูงอายุจึงต้องพัฒนา ระบบการคัดกรองและการประเมินสุขภาพให้ครอบคลุมเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม

และจิตวิญญาณแก่ผู้สูงอายุก่อน โดยเริ่มจากการคัดกรองปัญหาสุขภาพเบื้องต้น เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพที่เรื้อรัง และประเมินสุขภาพเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาการรักษาของแพทย์ รวมถึงการฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการดูแลต่อเนื่อง ตามความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย อันจะนำไปสู่เป้าหมายในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตสูงสุด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก
2. เพื่อประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย ความสามารถในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ความพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และความครอบคลุมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม

คำถามการวิจัย

1. แนวปฏิบัติการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก ประกอบด้วยอะไรบ้าง
2. การประเมินผลแนวปฏิบัติการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย
 - 2.1 ความสามารถในการนำแนวปฏิบัติการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอกไปใช้ ได้แก่ ความยาก - ง่าย ความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และปัญหา อุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ อยู่ในระดับใด
 - 2.2 ความพึงพอใจของพยาบาลในการใช้แนวปฏิบัติการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก อยู่ในระดับใด
 - 2.3 ความครอบคลุมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม อยู่ในระดับใด

กรอบแนวคิด

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติในการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (National Health and Medical Research Council [NHMRC], 1999) ประกอบด้วย ขั้นตอนการดำเนินการ 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติ และระยะที่ 2 การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้และประเมินผล ร่วมกับแนวคิดการดูแลสุขภาพเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยมุ่งเน้นการคัดกรองและการประเมินสุขภาพโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ โรคเรื้อรังต่างๆ และกลุ่มอาการที่พบบ่อย (geriatric syndrome) ในผู้สูงอายุทั้งกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง เพื่อให้การดูแลสุขภาพที่สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม (วรรณิภา, 2554) มีรายละเอียดดังนี้

1. สุขภาพด้านกาย (physical health assessment) หมายถึง สุขภาพกายทั่วไป โรคประจำตัว อาการเจ็บป่วย โรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การกลืนปัสสาวะไม่ได้ การนอนหลับ ภาวะโภชนาการ สุขภาพช่องปาก การมองเห็นและการได้ยิน

2. สุขภาพจิตใจ (psychological health assessment) หมายถึง สภาวะทางจิตใจและการทำงานของสมอง ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยของผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อม

3. สุขภาพทางสังคม (social health assessment) หมายถึง ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น สัมพันธภาพของผู้สูงอายุกับคนในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน แหล่งสนับสนุนทางการเงิน และแหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล

4. สุขภาพจิตวิญญาณ (spiritual health assessment) หมายถึง ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการเตรียมพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น ความเชื่อ ความศรัทธา และการเห็นคุณค่าในตนเอง

ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากการคัดกรองและการประเมินสุขภาพจะต้องนำมาใช้ในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ เพื่อกำหนดแนวทางในการให้การดูแลรักษาฟื้นฟูสภาพส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการดูแลต่อเนื้อที่เป็นรูปธรรมชัดเจน โดยข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ที่กำหนดอาจมีได้ใน 2 ลักษณะ (เรณู, 2550) ดังนี้

1. ข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพเชิงบวก เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลสุขภาพดี ซึ่งต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ลักษณะการกำหนดข้อวินิจฉัย ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพด้านดีและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ภาวะสุขภาพดี + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง)

2. ข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพเชิงลบ หรือปัญหาทางการพยาบาล ซึ่งมี 3 ระดับ

2.1 ปัญหาในปัจจุบัน (actual problem) คือ ปัญหาที่กำลังเกิดขึ้นมีข้อมูลสนับสนุนและมีอาการหรืออาการแสดงชัดเจน ซึ่งต้องได้รับการแก้ปัญหาโดยการเยียวยาและฟื้นฟูสภาพ ลักษณะการกำหนดข้อวินิจฉัย ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพที่เป็นปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ปัญหาสุขภาพ + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง)

2.2 ปัญหาเสี่ยง (potential problem) คือ ปัญหาที่ยังไม่เกิดแต่มีแนวโน้มว่าจะเกิดถ้าไม่ป้องกันหรือแก้ไขเพราะพบปัจจัยเสี่ยง จึงต้องได้รับการป้องกันโดยการควบคุมสาเหตุของปัญหา ลักษณะการกำหนดข้อวินิจฉัย ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพที่มีความเสี่ยงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (เสี่ยงต่อการเกิด + ปัญหาสุขภาพ + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง)

2.3 ปัญหาที่มีโอกาสเกิด (possible problem) คือ ปัญหาที่ยังไม่เกิด แต่คิดว่าน่าจะเกิดขึ้นตามวิจรณ์ญาณ หรือจากประสบการณ์และความรู้ทางการพยาบาล แต่ยังไม่มามีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอ เช่น ปัญหาที่เกิดจากความเสื่อมสภาพของร่างกายในวัยสูงอายุ (ผ่องพรรณ, 2554) ซึ่งต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหรือปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ลักษณะการกำหนดข้อวินิจฉัย ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพที่มีโอกาสเกิดเป็นปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากประสบการณ์หรือความรู้ทางการพยาบาล (มีโอกาสเกิด + ปัญหาสุขภาพ + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง)

นิยามศัพท์

แนวปฏิบัติในการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก หมายถึง เครื่องมือที่กำหนดขึ้นสำหรับพยาบาล เพื่อให้การดูแลสุขภาพที่สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม โดยมุ่งเน้นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ โรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง รวมทั้งกลุ่มอาการที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ ได้แก่ การมองเห็นและการได้ยินลดลง ความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม การกลืนปัสสาวะไม่ได้ ภาวะทุพโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อม ในผู้สูงอายุทั้งกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง มีดำเนินการใน 2 ขั้นตอน คือ

1. การคัดกรองเบื้องต้นอย่างเป็นองค์รวม เป็นการใช้อุปกรณ์คัดกรองอย่างง่าย ในการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุได้ครอบคลุมในทุกๆด้าน หากพบความผิดปกติจึงทำการประเมินในด้านนั้นๆอย่างละเอียด เพื่อหาสาเหตุและให้การดูแลที่เหมาะสมต่อไป

2. การประเมินสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม เป็นการประเมินสุขภาพอย่างละเอียด เพื่อวินิจฉัยภาวะสุขภาพและให้การรักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และดูแลต่อเนื่องตามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย

ผลของแนวปฏิบัติในการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก หมายถึง การประเมินผลเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ การประเมินเชิงกระบวนการ ประกอบด้วย 1) ความสามารถในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ได้แก่ ความยาก – ง่าย ความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติ และปัญหา อุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ 2) ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้นโยบาย ส่วนการประเมินเชิงผลลัพธ์จะประเมินในเรื่อง ความครอบคลุมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพัฒนา (development research) เพื่อพัฒนาและประเมินผลของแนวปฏิบัติในการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งดำเนินการพัฒนาในช่วงเดือนมกราคม 2559 เดือนมีนาคม 2559 โดยทำการศึกษาในผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่แห่งหนึ่งในภาคใต้

ความสำคัญของการวิจัย

แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นจากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำไปเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในการประเมินภาวะสุขภาพแก่ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง ที่มีความครอบคลุมเป็นองค์รวม เพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการดูแลต่อเนื่องตามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย

บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อพัฒนาและประเมินผลการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ในแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดขอบเขตการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. ภาวะสุขภาพและความต้องการบริการสุขภาพในผู้สูงอายุ
 - 1.1 ความหมายและองค์ประกอบของสุขภาพ
 - 1.2 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ
 - 1.3 ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ
 - 1.4 การจัดกลุ่มผู้สูงอายุ
 - 1.5 ความต้องการบริการสุขภาพในผู้สูงอายุ
2. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ
 - 2.1 หลักการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ
 - 2.2 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในต่างประเทศ
 - 2.3 การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย
 - 2.4 การประเมินสุขภาพในผู้สูงอายุโดยทั่วไป
 - 2.5 การกำหนดข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ
3. การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้สูงอายุ
 - 3.1 ความหมายและขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก
 - 3.2 การประเมินประสิทธิภาพและผลลัพธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้
 - 3.3 แนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก

ภาวะสุขภาพและความต้องการบริการสุขภาพในผู้สูงอายุ

ภาวะสุขภาพ เป็นภาพรวมสุขภาพของบุคคล ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วย ที่เกิดขึ้นต่อเนื่องกันไปตลอดชีวิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้สูงอายุก็เช่นเดียวกัน โดยภาวะสุขภาพดีในผู้สูงอายุ หมายถึง การมีอิสระในการปฏิบัติกิจกรรมตามความต้องการ โดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น และมีคุณค่าในตนเอง (วิไลวรรณ, 2539) กล่าวโดยสรุป ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ หมายถึง สุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (ประเวศ, 2543)

ความหมายและองค์ประกอบของสุขภาพ

สุขภาพ หมายถึง ความสมดุลอย่างสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณอย่างชัดเจนและไม่สามารถแยกออกจากกันได้ ถึงแม้ว่าจะอยู่ในภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคหรือมีความพิการก็ตาม (World Health Organization, 2002; สำนักงานคณะกรรมการกฤษฎีกา, 2550) และนอกจากนี้ประเวศ (2543) ได้ให้ความหมายของสุขภาพไว้ว่า เป็นภาวะของการดำรงชีวิตที่มีความสมบูรณ์ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ดังนั้นสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง ความสมดุลของสุขภาพอย่างสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณทั้งในขณะที่มีภาวะสุขภาพดีและมีความเจ็บป่วย

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงต้องให้ความสำคัญกับภาวะสุขภาพทุกส่วน โดยไม่ได้เน้นที่การเจ็บป่วยเฉพาะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย แต่ควรให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นองค์รวม ซึ่งองค์ประกอบทั้งหมดนั้นจะต้องสัมพันธ์กันอย่างสมดุล สอดคล้องกับกรรณิกาและพนัส (2555) ซึ่งแยกองค์ประกอบของสุขภาพเป็น 4 ส่วน ด้วยกันคือ สุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม และสุขภาพจิตวิญญาณ มีรายละเอียดดังนี้

1. สุขภาพกาย (Physical Health) หมายถึง สภาพที่ดีของร่างกาย คือ อวัยวะต่างๆ อยู่ในสภาพที่ดี มีความสมบูรณ์แข็งแรง ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ ร่างกายสามารถทำงานได้ตามปกติ และมีประสิทธิภาพ

2. สุขภาพจิต (Mental Health) หมายถึง มีความสามารถในการควบคุมอารมณ์ได้เหมาะสมกับสถานการณ์ต่างๆ มีจิตใจเบิกบาน แจ่มใส ไม่เกิดความขัดข้องใจหรือมีความขัดแย้งกันภายในจิตใจ สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข

3. สุขภาพสังคม (Social Health) หมายถึง มีสภาพของความเป็นอยู่หรือการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวที่อบอุ่น สามารถมีปฏิสัมพันธ์และปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้อย่างดีและมีความสุข รวมทั้งการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ดี เช่น ผู้ดูแล รายได้ และที่อยู่อาศัยที่มีความปลอดภัย เป็นต้น

4. สุขภาพจิตวิญญาณ (Spiritual Health) หมายถึง มิติของสุขภาพที่เกี่ยวกับการรู้เท่าทันสิ่งต่างๆ ที่จะเปลี่ยนแปลงไป ทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม ทำให้เกิดแรงศรัทธาต่อตนเอง มีความหวังต่อความสำเร็จที่จะทำให้ตนเองมีความสุข และเป็นปัจจัยส่งผลต่อสภาวะสุขภาพโดยรวมของมนุษย์อย่างสมบูรณ์ จิตวิญญาณจึงเป็นสิ่งสำคัญของสุขภาพที่จะยึดกุมสุขภาพในด้านอื่นๆ หากมนุษย์มีความพร้อมถึงสิ่งมีคุณค่าสูงสุด ก็จะมีมีความสุขหรือสุขภาพที่ดีได้แม้ว่าจะบกพร่องทางกาย เช่น มีความพิการหรือเป็นโรคเรื้อรัง

การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

ธรรมชาติและการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ มีลักษณะโดยรวมเหมือนกันทุกคน คือ มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลงมากกว่าการเจริญเติบโต (วีรศักดิ์, 2553) โดยความเสื่อมที่เกิดขึ้นนี้ ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ (วิไลวรรณ, 2554; สกฤษณา, 2554) ดังรายละเอียดที่จะกล่าวต่อไป

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ เกิดจากมีการเสื่อมสภาพของเซลล์และเนื้อเยื่อทุกอวัยวะในระบบต่างๆของร่างกาย ทำให้ความสามารถในการทำงานลดน้อยลง (วิไลวรรณ, 2554; สกฤษณา, 2554) ผู้สูงอายุจึงมีโอกาสเกิดโรคหรืออาการต่างๆ อันเนื่องมาจากความเสื่อมได้มากกว่าวัยอื่นๆ (อรรณพ, 2552) ทั้งนี้สามารถสรุปการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายตามระบบได้ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงของระบบผิวหนัง ได้แก่ เซลล์ผิวหนังมีจำนวนลดลง ทำให้ผิวหนัง ขาดความยืดหยุ่น และเกิดการเหี่ยวย่น ต่อมาไขมันทำงานน้อยลงผิวจึงแห้งแตกง่าย การรับรู้ความรู้สึกต่ออุณหภูมิ และความเจ็บปวดบริเวณผิวหนังลดลง เซลล์สร้างเม็ดสีทำงานลดลง ทำให้สีผิวคล้ำลง รวมทั้งผมและขนสีจางลงหรือเป็นสีขาว (ศิริพันธ์, 2554)

2. การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทสัมผัส ได้แก่ รูม่านตาเล็กลงจึงมีปฏิกิริยาตอบสนองต่อแสงได้ไม่ดี อีกทั้งแก้วตาขุ่นมัว และกล้ามเนื้อลูกตาสื่อมทำให้ความไวในการมองภาพลดลง มีผลให้การมองเห็นไม่ดี การเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นในทำให้การได้ยินลดลง ต่อมารับรสมีจำนวนน้อยลงและเยื่อช่องปากฝ่อ จึงทำให้รับรู้รสได้ไม่ดี มีผลให้รับประทานอาหารไม่อร่อย และเกิดภาวะเบื่ออาหาร จึงทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านโภชนาการ (วิไลวรรณ, 2554)

3. การเปลี่ยนแปลงของระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ ได้แก่ จำนวนและขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลง มีการสลายของแคลเซียมออกจากกระดูกมากขึ้น ประกอบกับการเสื่อมของเอ็นและเยื่อหุ้มกระดูกอ่อน มีผลให้ผู้สูงอายุกระดูกบาง เปราะ พรุน หักง่าย และมีอาการปวดเจ็บกระดูกบ่อย ทำให้เคลื่อนไหวไม่สะดวก การควบคุมการทรงตัวไม่ดี จึงเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (ประเสริฐ, 2554)

4. การเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจและหลอดเลือด ได้แก่ หัวใจมีแรงบีบตัวน้อยลง ทำให้อัตราการเต้นของหัวใจลดลง ส่งผลให้ปริมาณเลือดที่ออกจากหัวใจลดลงด้วย นอกจากนี้

ผนังของหลอดเลือดจะมีลักษณะหนาและแข็งขึ้นเนื่องจากมีไขมันมาเกาะ รวมถึงความยืดหยุ่นของหลอดเลือดที่ลดลง เป็นปัจจัยให้เกิดความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ (ชวนชมและจิตติยา, 2550)

5. การเปลี่ยนแปลงของระบบการย่อยอาหาร ได้แก่ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่ค่อยมีฟันเนื่องจากฟันผุ ทำให้เคี้ยวอาหารไม่สะดวก ต่อม น้ำลายผลิตเอนไซม์และน้ำย่อยน้อยลง กระเพาะอาหารมีการหลั่งน้ำย่อยลดลง ทำให้ประสิทธิภาพการย่อยอาหารและดูดซึมสารอาหารไม่ดี เสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดสารอาหารได้ง่าย (ชวนชมและจิตติยา, 2550)

6. การเปลี่ยนแปลงของระบบขับถ่ายปัสสาวะ ได้แก่ ขนาดของไตเล็กลง ทำให้การทำหน้าที่ของไตเสื่อมลงจึงขับของเสียได้น้อยลง และกล้ามเนื้อหูรูดของกระเพาะปัสสาวะหย่อนทำให้กลั้นปัสสาวะไม่ได้ในผู้หญิง และต่อมลูกหมากโตในผู้ชายทำให้ปัสสาวะลำบากต้องถ่ายบ่อยครั้ง ผู้สูงอายุจึงมักประสบปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ (ผ่องพรรณ, 2554)

7. การเปลี่ยนแปลงของระบบต่อมไร้ท่อ ได้แก่ การหลั่งฮอร์โมนจากต่อมใต้สมองลดลง และต่อมเพศไม่ตอบสนองต่อการกระตุ้นของฮอร์โมนจากต่อมใต้สมอง ส่งผลให้ระบบสืบพันธุ์เสื่อมลงและเสียหน้าที่ ทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลง โดยในเพศหญิงจะลดลงมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้การทำงานของตับอ่อนเสื่อมลง การผลิตฮอร์โมนอินซูลินจึงลดลง เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานได้ง่าย (วิไลวรรณ, 2554)

8. การเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทและสมอง ได้แก่ ประสิทธิภาพการทำงานของระบบประสาทและสมองลดลง ทำให้ผู้สูงอายุคิดช้า เคลื่อนไหวไม่คล่องแคล่ว เกิดปัญหาความจำเสื่อม และมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มได้ง่าย นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงของสมองยังมีผลให้รูปแบบการนอนหลับของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปด้วย คือ การนอนหลับระยะหลับลึก (stage 3 NREM) และระยะหลับลึกที่สุด (stage 4 NREM) ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกเหมือนนอนไม่หลับเกือบตลอดคืน (ศิริพันธ์, 2554)

จากการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องประสบปัญหาสุขภาพ คือ มีโรคเรื้อรังหลายโรค เช่น โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น (แสงจันทร์, 2551) นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดกลุ่มอาการของโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) ได้แก่ ปัญหาการมองเห็น ปัญหาการได้ยิน ภาวะสมองเสื่อม นอนไม่หลับ กลั้นปัสสาวะไม่ได้ และมีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (วิไลวรรณ, 2554; ประเสริฐ, 2554) ซึ่งอาการเหล่านี้ทำให้เกิดการแปลงด้านสังคมเนื่องจากความสามารถในการพึ่งพาตนเองลดลง (ผ่องพรรณ, 2554)

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคม

การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมในผู้สูงอายุเกิดจากมีสุขภาพไม่แข็งแรง และการเกษียณอายุจากงาน ทำให้บทบาทหรือกิจกรรมที่เคยปฏิบัติเป็นประจำลดลง มีเวลาว่างมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันก็มีรายได้ที่น้อยลง นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในครอบครัวและสังคม จากที่เคยเป็นผู้นำของครอบครัวต้องกลายมาเป็นผู้ตาม (บุญศรี, 2550) หรือมีประโยชน์เป็นแค่คนเฝ้าบ้าน ช่วยดูแลหลาน (วิไลวรรณ, 2554) ขาดการสมาคมกับเพื่อนหรือผู้ร่วมงาน และบางครั้งผู้สูงอายุไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสังคมได้ ในขณะที่วัยอื่นๆ สามารถปรับตัวได้อย่างรวดเร็ว ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างวัย จากปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดเพื่อน และความสัมพันธ์กับบุคคลวัยอื่นไม่ราบรื่น โดยจากการศึกษาวิจัย พบว่า การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมที่เกิดขึ้น จะส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ ทำให้มีความวิตกกังวลหรือเกิดภาวะซึมเศร้า (สันต์ชัย, 2552) ซึ่งอาจนำไปสู่การแยกจากสังคมได้

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและสังคม มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจ กล่าวคือ การไม่สามารถปรับตัวต่อความเครียดในเรื่องต่างๆ ทำให้เกิดเป็นความทุกข์ไม่สบายใจโดยสาเหตุที่พบบ่อย ได้แก่ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น คู่ชีวิต ญาติพี่น้อง หรือเพื่อนสนิท การสูญเสียหน้าที่การงาน บทบาทในครอบครัว มีปัญหาทางเศรษฐกิจ การเจ็บป่วยทางกายที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เจ็บปวด เป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ล้วนมีอิทธิพลให้เกิดผลกระทบทางจิตใจ (สกุณา, 2554) ทำให้เกิดความวิตกกังวล และซึมเศร้า (นริสาและสายสมร, 2557) ซึ่งการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจที่เกิดขึ้น ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมากแต่มักเป็นสิ่งที่ถูกละเลย โดยคนส่วนใหญ่คิดว่าเป็นเรื่องธรรมดาของผู้สูงอายุ แต่ในความเป็นจริงอาการเหล่านี้เป็นความเจ็บป่วยทางจิตใจที่ต้องได้รับการดูแล (อรรรรณ, 2552) จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ปัญหาทางด้านจิตใจที่สำคัญ คือ ภาวะซึมเศร้า เนื่องจากเป็นสาเหตุการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ โดยมีรายงานว่าร้อยละ 90 ของการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ซึ่งภาวะซึมเศร้าเป็นสิ่งที่สามารถหลีกเลี่ยงหรือป้องกันไม่ให้เกิดขึ้นได้ หากผู้สูงอายุได้ทราบแนวทางที่สำคัญในการหลีกเลี่ยงหรือป้องกัน รวมทั้งแนวทางการดูแลตนเองเมื่อตกอยู่ในภาวะซึมเศร้า ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในทางตรงกันข้าม

หากละเลยหรือปล่อยทิ้งไว้ อาจกลายเป็นโรคซึมเศร้าที่รุนแรงจนกระทั่งคิดฆ่าตัวตายได้ (กรมสุขภาพจิต, 2011)

การเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณ

ผู้สูงอายุจะตระหนักถึงสภาวะร่างกายที่เสื่อมถอยมากขึ้น ความสามารถในด้านต่างๆ ที่ลดลง ทำให้ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น อำนาจในการควบคุมเหตุการณ์ต่างๆ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมของตนเองจึงมีน้อยลง มีผลทำให้ความเชื่ออำนาจภายในตนลดลง รู้สึกว่าตนเองไม่มีค่า ไม่มีความหวังในการดำรงชีวิต (สุพัตรา, 2552) ซึ่งส่งผลกระทบต่อทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความรู้สึกไม่มั่นใจ ความรู้สึกกลัวตาย และความรู้สึกหมดหวังหรือสิ้นหวัง (ชราธรและหิรัญญา, 2550) มีรายละเอียดดังนี้

ความรู้สึกไม่มั่นใจ เกิดจากการที่ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่นในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้านเศรษฐกิจ ด้านความคุ้มครองให้ปลอดภัย ทำให้ผู้สูงอายุหงุดหงิด โมโหง่าย สะเทือนใจง่ายด้วยเรื่องเล็กน้อยๆ เป็นสาเหตุนำไปสู่การขัดแย้งกับลูกหลานหรือผู้ดูแลได้

ความรู้สึกกลัวตาย ความกลัวตายทำให้ผู้สูงอายุกังวลกับความเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ ที่เกิดขึ้น จึงมักจะต้องพบแพทย์บ่อยๆ เพราะความกลัวตายนี้ทำให้ผู้สูงอายุเหมือนจะหาโรคร้ายไข้เจ็บใส่ตนเอง จนบางครั้งลูกหลานอาจเกิดความรำคาญและบ่นเคืองได้

ความรู้สึกหมดหวัง สิ้นหวัง ผู้สูงอายุอาจมีความคิดสร้างสรรค์สิ่งที่เป็นประโยชน์ให้แก่ครอบครัวหรือสังคม อาจกระทำตนให้เป็นประโยชน์ แต่ถูกจำกัดด้วยความเสื่อมถอยในด้านต่างๆ ที่ผู้สูงอายุไม่อาจจะยับยั้งได้ ซึ่งทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองไร้คุณค่า และไม่รู้ว่าจะมีชีวิตอยู่ไปเพื่ออะไร

ผู้สูงอายุซึ่งต้องเผชิญการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จึงส่งผลกระทบต่อให้มีการเปลี่ยนแปลงด้านจิตวิญญาณมากขึ้นตามไปด้วย (ชนิกา, 2549) การให้ความสำคัญในการดูแลด้านจิตวิญญาณ มีผลให้การดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น แต่ในขณะเดียวกันการละเลยการดูแลในด้านนี้ จะส่งผลเสียด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพ โดยทำให้ความสนใจในการแสวงหาความรู้ หรือให้ความร่วมมือในการดูแลสุขภาพลดลง (วิไลวรรณ, 2554)

จะเห็นได้ว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ บุคคลจะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยลงในทุกๆ ด้านทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อย่างต่อเนื่องและหลีกเลี่ยงไม่ได้ อีกทั้งการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นล้วนมีความสัมพันธ์กัน ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยที่เฉพาะในผู้สูงอายุซึ่งแตกต่างจากวัยอื่นๆ

ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ

ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุส่วนใหญ่เกิดจากความเสื่อมถอยของร่างกาย ทำให้การเจ็บป่วยในผู้สูงอายุมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากวัยอื่นๆ (ประเสริฐ, 2554) สามารถสรุปได้ดังนี้

1. กำลังสำรองลดลง (reduced body reserve) ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่างๆ ลดลง ดังนั้นอาการนำของความเจ็บป่วยจึงสามารถสังเกตได้จากความสามารถในการทำกิจกรรมที่ลดลง เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย หรืออาการสับสน เป็นต้น ผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องได้รับการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ทั้งก่อนเจ็บป่วยและขณะเจ็บป่วย

2. การตอบสนองต่อความเจ็บป่วยซ้ำและอาการแสดงไม่เฉพาะเจาะจง (atypical presentation) เป็นสิ่งที่ต้องได้รับการประเมินอย่างครอบคลุม ทุกครั้งที่ผู้สูงอายุมารับบริการ แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ

2.1 อาการแสดงที่จำเพาะในผู้ป่วยทั่วไป อาจไม่พบในผู้สูงอายุได้ เช่น มีภาวะติดเชื้อแต่ไม่มีไข้

2.2 อาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ แต่ไม่จำเพาะต่อระบบอวัยวะใดชัดเจน ซึ่งอาการเหล่านี้อาจเกิดจากโรคต่างๆ หลายระบบ ได้แก่ ภาวะหกล้ม การสูญเสียความสามารถในการเดิน ปัสสาวะอุจจาระรด ความสามารถทางสติปัญญาบกพร่อง การเกิดผลข้างเคียงจากยา และภาวะขาดสารอาหาร

3. มีพยาธิสภาพหลายระบบ จากความเสื่อมของร่างกายที่เกิดขึ้นทำให้มีพยาธิสภาพหลายระบบในเวลาเดียวกัน และมีความรุนแรงขึ้นในระยะเวลาอันรวดเร็ว หากได้รับการดูแลรักษาล่าช้า จะทำให้เกิดความรุนแรงของโรคได้ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาเมื่อเจ็บป่วยอย่างทันที่

4. ได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน (polypharmacy) จากการมีพยาธิสภาพหลายระบบทำให้ผู้สูงอายุได้รับยาหลายชนิดร่วมกัน ซึ่งอาจได้รับอันตรายจากการใช้ยา เช่น การเกิดพิษของยา เนื่องจากความเสื่อมของร่างกาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการดูดซึม และการขับยาออกจากร่างกาย หรือเกิดปฏิกิริยาต่อกันของยา การใช้ยาจึงเป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการดูแล

5. การเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่ไม่พึงประสงค์ (social adversity) ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ล้วนส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ

โดยปัจจัยทางสังคมที่ผู้สูงอายุต้องได้รับการประเมิน ได้แก่ ผู้ดูแล รายได้ และลักษณะที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ

จากการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆที่เกิดขึ้น และลักษณะปัญหาสุขภาพที่เฉพาะในผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความต้องการหรือความจำเป็นในด้านสุขภาพ ที่ต้องได้รับการดูแลแตกต่างจากวัยอื่นๆด้วยเช่นกัน จึงมีการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อให้การดูแลตามลักษณะภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม

การจัดกลุ่มผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุสามารถแบ่งเป็นกลุ่มได้อย่างหลากหลาย ได้แก่ การแบ่งตามอายุ การแบ่งตามการพึ่งพา และการแบ่งตามภาวะสุขภาพ มีดังนี้

1. การแบ่งผู้สูงอายุตามอายุ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2550) ได้แก่

- 1.1 กลุ่มผู้สูงอายุวัยต้น อายุ 60-69 ปี
- 1.2 กลุ่มผู้สูงอายุวัยกลาง อายุ 70-79 ปี
- 1.3 กลุ่มผู้สูงอายุวัยปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไป

2. การแบ่งผู้สูงอายุตามการพึ่งพาอาศัย (อรรถรรณและนันทศักดิ์, 2552) ได้แก่

2.1 กลุ่มที่พึ่งพาตนเอง (totally independence) คือ ผู้สูงอายุวัยต้น ซึ่งมีสุขภาพดี

2.2 กลุ่มพึ่งพาตนเองได้บางส่วน (part independence) คือ ผู้สูงอายุตอนกลาง ที่ร่างกายมีความเสื่อมเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง

2.3 กลุ่มที่ต้องพึ่งพาอาศัยทั้งหมด (totally dependence) คือ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย ได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังและส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีความพิการ

3. การแบ่งผู้สูงอายุตามภาวะสุขภาพ

3.1 การแบ่งตามภาวะสุขภาพของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (2548) ได้แก่

3.1.1 ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี มักเป็นผู้สูงอายุวัยต้น สามารถช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นได้ดี ส่วนใหญ่ยังมีศักยภาพในการทำงานไม่ต่างจากคนอ่อนวัยกว่า

3.1.2 ผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยง มักเป็นผู้สูงอายุวัยกลาง สุขภาพโดยรวมค่อนข้างดี ถึงแม้จะมีโรคเรื้อรังหรือความเจ็บป่วย แต่บางรายเริ่มอ่อนแรงและสูญเสียความคล่องแคล่วในการทำกิจกรรม เนื่องจากความเสื่อมถอยของร่างกาย ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ แต่ช่วยเหลือผู้อื่น ได้น้อยลง

3.1.3 ผู้สูงอายุในกลุ่มเจ็บป่วยเฉียบพลันและเรื้อรัง มักเป็นผู้สูงอายุตอนปลาย ในช่วงนี้ร่างกายจะเสื่อมถอยมากขึ้นและปรากฏชัดขึ้น ช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากขึ้น

3.2 การแบ่งตามภาวะสุขภาพของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2552) ได้แก่

3.2.1 ผู้สูงอายุกลุ่มดีดั่งคน (พึ่งตนเองได้) คือ เป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี ดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระ สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้ เป็นผู้มีสุขภาพทั่วไปดี ไม่มีโรคเรื้อรัง หรือมีโรคเรื้อรัง 1-2 โรคที่ยังควบคุมได้

3.2.2 ผู้สูงอายุกลุ่มดีดั่งคน (พึ่งตนเองได้บางส่วน) เป็นผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ต้องการความช่วยเหลือบางส่วน มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคม เป็นโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้ มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ จนส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน

3.2.3 ผู้สูงอายุกลุ่มดีดั่งคน (พึ่งตนเองไม่ได้) เป็นผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ ต้องอาศัยผู้อื่น มีโรคประจำตัวหลายโรคที่ควบคุมไม่ได้ เจ็บป่วยเรื้อรังยาวนาน และมีภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เป็นอยู่

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ มีการแบ่งอย่างหลากหลาย แต่โดยรวมแล้วทุกแนวคิดจะแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม เพื่อให้การดูแลทางด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม ซึ่งมีความต้องการการดูแลสุขภาพที่แตกต่างกัน

ความต้องการบริการสุขภาพในผู้สูงอายุ

จากการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพที่เกิดขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณมากขึ้นนั้น ทำให้ผู้สูงอายุมีความต้องการด้านสุขภาพที่เป็นลักษณะเฉพาะ (วรรณภาและลัดดา, 2553; วรรณนิภา, 2554; สุทธิพงษ์, 2554) ดังนี้

1. ความต้องการด้านร่างกาย เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานที่สุดในชีวิตมนุษย์ โดยเฉพาะวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมถอย มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค และอุบัติเหตุต่างๆ ได้ง่าย ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการทางด้านร่างกาย เพื่อให้มีสุขภาพที่ดียืนยาวมากที่สุด และช่วยชะลอการเกิดภาวะพึ่งพา ประกอบด้วย การมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สมบูรณ์ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ มีที่อยู่อาศัยสะอาด อากาศและสิ่งแวดล้อมดี อาหารการกินที่ถูกสุขลักษณะตามวัย ได้พักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ บำรุงรักษาร่างกาย และการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ได้รับการตรวจสุขภาพ และการรักษาพยาบาลที่สะดวก รวดเร็ว และทันทั่วถึง มีผู้ดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิดเมื่อยามเจ็บป่วย ดังนั้นผู้ให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุจึงควรตอบสนองความต้องการด้านร่างกายของผู้สูงอายุโดยการให้ความรู้และช่วยเหลือในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ การออกกำลังกายที่เหมาะสมตามสภาพร่างกายและความสามารถของตนเอง การเลือกรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพ ทั้งนี้ ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมควรได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่ ย่อยง่าย มีกากใยสูง ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงควรได้รับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค ควรหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง เช่น งดสูบบุหรี่และดื่มสุรา หลีกเลี่ยงการซื้อยามารับประทานเองหรือนำยาผู้อื่นมาใช้ มีสภาพแวดล้อมในบ้าน/นอกบ้านที่มีแสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทได้สะดวก และมีการจัดข้าวของเครื่องใช้ให้เป็นระเบียบเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ

2. ความต้องการด้านสังคม การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมที่เกิดขึ้น ที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุ มีบทบาททางสังคมลดลง กลายเป็นคนว่างงานต้องอยู่เฝ้าบ้านนั้น เป็นมุมมองของบุคคลวัยอื่นๆ แต่ในความเป็นจริงแล้ว ผู้สูงอายุยังมีความต้องการที่จะทำให้ชีวิตสดชื่นมีชีวิตชีวาและมีประโยชน์ เช่น การพบปะพูดคุยกันในกลุ่มผู้สูงอายุด้วยกัน การทำสวน ปลูกต้นไม้และการทำงานอดิเรกต่างๆ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความต้องการที่จะใช้เวลาที่เหลืออยู่ชีวิตตนร่วมกับบุคคลอื่น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในครอบครัวของตนเอง เช่น ช่วยทำหน้าที่เลี้ยงดูหลานหรือคอยให้คำแนะนำ ตลอดจนช่วยเหลือเมื่อครอบครัวประสบปัญหาในด้านต่างๆ และที่สำคัญต้องการลดภาวะที่ต้องพึ่งพาคนอื่นในการทำกิจกรรมต่างๆ ให้น้อยลง นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังต้องการสภาพแวดล้อมทางสังคม ที่ช่วยอำนวยความสะดวกและป้องกันอุบัติเหตุ มีที่อยู่อาศัยที่สะอาดและอากาศดี ผู้ให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุจึงควรตอบสนองความต้องการด้านสังคมของผู้สูงอายุโดยการแนะนำกลุ่มหรือชมรมต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ตัดสินใจเข้าร่วม เช่น การเป็นจิตอาสา ทำประโยชน์ต่อครอบครัวและสังคม รวมทั้งคำแนะนำในการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม

3. ความต้องการด้านจิตใจ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและสังคม ทำให้จิตใจของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปด้วย ผู้สูงอายุจะปรับจิตใจไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและสังคม จะ

เห็นได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีการปรับปรุงและพัฒนาจิตใจของตัวเองเป็นไปในทางที่ดีงาม สามารถควบคุมใจได้ดีกว่าวัยหนุ่มสาว แต่ทั้งนี้การแสดงออกจะขึ้นอยู่กับบุคลิกลักษณะของแต่ละบุคคล การศึกษา ประสบการณ์ และสิ่งแวดล้อมในชีวิตของคนคนนั้น ลักษณะความต้องการทางด้านจิตใจที่พบ เช่น ต้องการความรัก ความห่วงใย ได้รับการยอมรับ เคารพยกย่องนับถือในตัวผู้สูงอายุจากสมาชิกในครอบครัวและสังคม ต้องการความมั่นคงและปลอดภัยในชีวิต ได้แก่ มีที่อยู่อาศัยที่ปลอดภัย สามารถเหลือช่วยตัวเองได้ หรือแม้จะช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ทุกเรื่อง แต่ผู้สูงอายุก็ยังมี ความพอใจที่จะเป็นอิสระในการที่จะทำสิ่งต่างๆได้ด้วยตนเอง โดยไม่ต้องอยู่ในกฎเกณฑ์ของผู้อื่นมากนัก ผู้ให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุจึงควรตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของผู้สูงอายุโดยการแนะนำบุคคลในครอบครัวให้ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ ให้ความรัก ความเคารพ ยกย่องยอมรับนับถือ รับฟังประสบการณ์ของผู้สูงอายุอย่างตั้งใจ

4. ความต้องการด้านจิตวิญญาณ จากการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลงทุกๆ ด้าน ซึ่งเป็นผลให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ความเชื่ออำนาจภายในตัวตนลดลง จึงมีความต้องการสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ หรือกิจกรรมที่ช่วยส่งเสริมด้านจิตวิญญาณมากขึ้น เช่น กิจกรรมทางศาสนา การได้ทำบุญหรือทำความดี (วิลลาวัลย์และคณะ, 2547) ที่เหมาะสมกับสภาพ เศรษฐกิจ เวลา และสภาพร่างกาย (สุพล, 2547) ต้องการได้รับการยอมรับว่ามีคุณค่า รู้สึกมีความสำคัญและสามารถเป็นที่ปรึกษาของบุคคลรอบข้าง สามารถปรับตัวเพื่อลดภาระแก่ผู้อื่น และที่สำคัญได้เลือกทางชีวิตหรือได้ทำกิจกรรมต่างๆ ตามความต้องการของตนเอง บุคลากรทางการแพทย์ควรตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ โดยการสอบถามเกี่ยวกับความเชื่อและเปิดโอกาสให้พูดถึงความเชื่ออย่างอิสระ รวมทั้งกระตุ้นให้ค้นหาเป้าหมาย และสิ่งมีค่าในชีวิต (ชนิกา, 2549)

มนุษย์ทุกคนในวัยต่างๆมีลักษณะความต้องการเหมือนกันอยู่หลายประการ เช่น ความต้องการในด้านสนองตอบความจำเป็นพื้นฐานเรื่องปัจจัยสี่ และการตอบสนองด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (วรรณนิภา, 2554) แต่สำหรับผู้สูงอายุจะมีความต้องการด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อตอบสนองตามสภาพปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น ผู้สูงอายุที่เจ็บป่วย มักจะมีปัญหาสุขภาพหลายด้าน การดูแลผู้สูงอายุที่ให้ความสำคัญเฉพาะในส่วนของโรค จึงไม่สามารถตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุได้ การดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมจึงเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะช่วยให้ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

หลักการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มวัยที่ควรได้รับการดูแลสุขภาพเป็นพิเศษ เนื่องจากส่วนใหญ่จะมีความเสื่อมของร่างกายตามวัย ทำให้มีโรคเรื้อรังที่ต้องดูแล เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง รวมทั้งกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ, 2555) การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงต้องครอบคลุมในด้านต่างๆ (วิไลวรรณ, 2554) ดังนี้

1. การส่งเสริมสุขภาพ เป็นกลไกการสร้างความเข้มแข็งให้แก่สุขภาพกาย สุขภาพจิต สุขภาพสังคม และสุขภาพจิตวิญญาณ เช่น การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ การออกกำลังกายให้เหมาะสมกับวัยและโรคประจำตัว

2. การป้องกันโรค เป็นการลดความเสี่ยงในการเกิดโรคทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่ โรคเรื้อรังต่างๆ และกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ

3. การรักษาโรค เป็นสิ่งที่ต้องเร่งวินิจฉัยโรคที่เกิดขึ้นว่าเป็นโรคอะไร แล้วรีบให้การรักษาด้วยวิธีที่ได้ผลดีและปลอดภัยที่สุดเท่าที่สามารถให้การรักษาได้ เพื่อลดความเสียหายแก่สุขภาพ หรือแม้แต่การป้องกันไม่ให้เสียชีวิต สำหรับผู้สูงอายุสิ่งที่จะต้องระมัดระวังในการรักษา คือ มีโรคหลายโรคในหนึ่งคน ทำให้ได้รับยาหลายชนิดเวลาเดียวกัน จึงมีโอกาสจะมีผลข้างเคียงจากการใช้ยามากกว่าคนทั่วไป 2-3 เท่า ดังนั้น การเลือกใช้ยาเท่าที่จำเป็นจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อหลีกเลี่ยงผลเสียดังกล่าว

4. การฟื้นฟูสุขภาพ เป็นการฟื้นฟูสุขภาพให้กลับมามีสภาพใกล้เคียงปกติที่สุดเท่าที่จะทำได้ เนื่องจากหลายโรคเมื่อเป็นแล้วก็อาจเกิดความเสียหายต่อการทำงานของอวัยวะต่างๆ หรือทำให้เกิดความพิการ การฟื้นฟูสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญ เพื่อคงสมรรถภาพต่างๆ ทางร่างกายเอาไว้ให้ได้ยาวนานที่สุด

5. การดูแลต่อเนื่อง เป็นการดูแลแบบองค์รวมที่ตอบสนองความต้องการหรือปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการที่ครอบคลุมตั้งแต่โรงพยาบาลถึงบ้าน ประกอบด้วย การส่งต่อผู้รับบริการไปยังสถานบริการใกล้บ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้าน เพื่อสนับสนุนและช่วยเหลือผู้รับบริการให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้อย่างต่อเนื่อง

โดยสรุป การที่ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพที่ดีได้นั้น เกิดจากการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสมในด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพและการดูแลต่อเนื่อง ทั้งนี้ควรมีแนวทางในการประเมินสุขภาพที่ถูกต้องและครอบคลุมก่อนให้การดูแล ซึ่งหลายๆประเทศรวมทั้งประเทศไทยก็ได้มีการพัฒนาเครื่องมือ และรายการประเมินสุขภาพที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้สูงอายุ

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในต่างประเทศ

เนื่องจากหลายๆประเทศกำลังประสบปัญหาการเพิ่มจำนวนประชากรสูงอายุอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ประเทศต่างๆให้ความสำคัญ จึงได้มีความพยายามในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยมุ่งเน้นการพัฒนาเครื่องมือในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ เพื่อนำไปใช้ในการออกแบบการดูแลที่เหมาะสมต่อไป ดังรายละเอียดของประเทศนิวซีแลนด์ สหรัฐอเมริกา เนเธอร์แลนด์ สิงคโปร์ และญี่ปุ่น ดังนี้

1. ประเทศนิวซีแลนด์ (Kempen et al, 2013) ได้มีการพัฒนาเครื่องมือที่เรียกว่า “EASY-care” ประกอบด้วย 14 คำถามที่ใช้วัดภาวะเปราะบางในด้านต่างๆของผู้สูงอายุ คือ การมีโรคประจำตัวหลายโรค การได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน ภาวะสติปัญญาบกพร่อง ปัญหาการมองเห็น/การได้ยิน การทำกิจวัตรประจำวัน การเคลื่อนไหว การพลัดตกหกล้ม การดูแลที่ได้รับจากผู้ใกล้ชิด ความโดดเดี่ยว เครือข่ายทางสังคมที่มี ปัญหาซึมเศร้า/วิตกกังวล ปัญหาทางกาย และปัญหาทางจิตเวช เพื่อใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ สำหรับการประเมินสมรรถภาพด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้สูงอายุ โดยการคัดกรองภาวะสุขภาพด้วยเครื่องมือนี้จะทำการแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มไม่เปราะบาง (not frail) กลุ่มเปราะบาง (frail) และกลุ่มที่อาการไม่ชัดเจน (unclear) เพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมตามภาวะสุขภาพต่อไป

2. ประเทศสหรัฐอเมริกา (Elsawy & Higgins, 2011) ได้มีการรวบรวมแบบประเมินผู้สูงอายุในด้านต่างๆเพื่อความครอบคลุมในการประเมิน ประกอบด้วย การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะโภชนาการ ปัญหาการมองเห็นและการได้ยิน ความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม ภาวะสมองเสื่อม และการได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน เพื่อประเมินภาวะสุขภาพและให้การดูแลที่เหมาะสมตามภาวะสุขภาพต่อไป

3. ประเทศเนเธอร์แลนด์ (Vriese et al., 2011) ได้มีการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบ เกี่ยวกับผลของเครื่องมือประเมินภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ เพื่อหาเครื่องมือประเมินภาวะ

เปราะบางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ดีที่สุดในการใช้ประเมินผู้สูงอายุทางคลินิกซึ่ง พบว่า มี 8 ปัจจัยที่ใช้วินิจฉัยความเปราะบางในผู้สูงอายุ คือ ภาวะโภชนาการ ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ภาวะพึ่งพา อาการอ่อนเพลีย ความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า และการมีปฏิสัมพันธ์กับสังคม แล้วจึงได้นำเครื่องมือต่างๆดังกล่าวมาพัฒนาเป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพเพื่อให้การดูแลที่เหมาะสมตามภาวะสุขภาพต่อไป

4. ประเทศสิงคโปร์ (Spoorenberg et al., 2013) ได้มีการประยุกต์ใช้ “chronic care model” (CCM) ในการดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน ร่วมกับการแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่มตามภาวะสุขภาพ ทั้งนี้ได้มีเป้าหมายเพื่อประเมินภาวะสุขภาพ และติดตามประสิทธิภาพของการดูแลแล้วประเมินผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ ร่วมกับคุณภาพการดูแลเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่าย

5. ประเทศญี่ปุ่น (คณะกรรมการกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุและผู้พิการสภาผู้แทนราษฎร, 2555) ได้นำระบบการดูแลผู้สูงอายุเป็นรายกรณีในระยะยาว ซึ่งให้พยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณีได้ทำการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ และให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งช่วยให้ทราบปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุตั้งแต่เริ่มแรก และให้การดูแลที่เหมาะสมตามภาวะสุขภาพต่อไป

โดยสรุป จะเห็นว่าประเทศต่างๆที่ประสบปัญหาการเพิ่มของประชากรสูงอายุได้มีรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่คล้ายคลึงกัน คือ มุ่งเน้นการดูแลโรคเรื้อรัง และกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดภาวะพึ่งพาแก่ผู้สูงอายุ โดยการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม และมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสะดวก มีคุณภาพชีวิตสูงสุดตามศักยภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย ประเทศไทยเองก็ได้มีการออกแบบรูปแบบการดูแลสุขภาพในผู้สูงอายุด้วยเช่นกัน ดังรายละเอียดที่จะกล่าวต่อไป

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในประเทศไทย

ประเทศไทยมีรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหลายรูปแบบ เพื่อรองรับต่อปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในผู้สูงอายุ ได้แก่ ปัญหาโรคเรื้อรังต่างๆ รวมถึงปัญหาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทต่างๆ ได้แก่ การดูแลโดยชุมชน และการดูแลในคลินิก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เป็น โรคเรื้อรังเชิงรุก (พิสิษฐ์, 2550) โดยใช้แนวคิดบูรณาการการบริการสุขภาพ การมีส่วนร่วมของชุมชนในระบบบริการสุขภาพ และนโยบายด้านการพัฒนาสาธารณสุขในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 ที่น้อมนำปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงเป็นแนวทางในการพัฒนา พบว่า รูปแบบและแนวทางการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) การจัดการดูแล

สุขภาพตนเองแบบพอเพียงด้านสุขภาพจิต 2) ด้านโภชนาการ 3) ด้านการใช้ยา 4) ด้านการออกกำลังกาย 5) ด้านการรับบริการจากระบบบริการสุขภาพและชุมชน

2. รูปแบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในระยะยาวโดยชุมชน (สัมฤทธิ์, กนิษฐา, ศิริพันธุ์และขวัญใจ, 2552) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ เลือกพื้นที่ที่มีการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ 4 แห่ง คือ จังหวัดพะเยา จังหวัดยโสธร จังหวัดสุพรรณบุรี และจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ครอบครัวยังมีบทบาทหลักในการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุทั้งด้านสุขภาพและสังคม มีการจัดบริการประเมินสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่มีภาวะพึ่งพาค่อนข้างครอบคลุมโรคของผู้สูงอายุ แต่ยังคงมีปัญหาด้านคุณภาพบริการ ขาดความเชื่อมโยงและต่อเนื่องอย่างเป็นระบบ

3. รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุตามแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ. ศ. 2545 - 2564) และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ได้กำหนดให้มีการจัดตั้งขึ้นเพื่อความสะดวกรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุในการรับบริการสุขภาพเป็นกรณีพิเศษ แต่ปัญหาที่มักพบคือ คลินิกส่วนใหญ่คำนึงถึงเพียงการจัดบริการที่สะดวก ดังสโลแกนที่กล่าวว่า “70 ปีไม่มีคิว” แต่ผู้สูงอายุก็ยังได้รับการดูแลสุขภาพไม่แตกต่างจากกลุ่มผู้รับบริการวัยอื่นๆ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จึงได้กำหนดมาตรฐานการดำเนินงานในคลินิกผู้สูงอายุ (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2556) ประกอบด้วย 1) ขอบ่งชี้ในการส่งผู้สูงอายุเข้าคลินิก คือ ผู้สูงอายุที่มาโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก และได้รับคัดกรองจากแพทย์หรือพยาบาลว่ามีความเจ็บป่วยหลายโรค มีอาการที่น่าสงสัยในกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (geriatric syndromes) โดยพิจารณาเป็นรายๆ เช่น ผู้สูงอายุที่กินยาหลายขนาน ผู้สูงอายุที่ป่วยหลายโรคแต่ไม่เคยได้รับความรู้ หรือคำแนะนำในการดูแลตนเอง ผู้สูงอายุที่เปราะบาง (frail elderly) ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลที่ต้องการได้รับความรู้ หรือคำแนะนำในการดูแลตนเอง 2) ได้รับการรักษาจากคลินิกเฉพาะทาง 3) ได้รับการรักษาจากหอผู้ป่วยใน 4) ผู้สูงอายุอยากจะทำรักษาที่คลินิกโดยตรง 5) ได้รับการส่งต่อให้เข้าคลินิกจากหน่วยงานภายนอก 6) มีแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยสรุปปัญหาในประเด็น ดังต่อไปนี้ 1) ปัญหาความสามารถในการดูแลตนเอง 2) โรคและปัญหาทางกาย จิตใจ และสังคม 3) ระบบการส่งต่อไปยังหน่วยบริการเฉพาะทาง โดยคลินิกผู้สูงอายุควรมีการติดตามเพื่อประเมินผลการรักษาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุนั้น จะต้องให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แต่การที่จะประเมินให้ครอบคลุมทุกด้าน จะต้องใช้เวลานาน ฉะนั้นจึงควรนำเครื่องมือที่สั้น กระชับ ใช้ง่าย มาใช้ในการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นของ

ผู้สูงอายุ เพื่อค้นหาความผิดปกติ และทำการประเมินอย่างละเอียดเพื่อให้การดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ และการดูแลต่อเนื่อง ตามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละรายต่อไป

จากการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุที่ผ่านมา พบว่า การประเมินสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม มีผลให้ผู้สูงอายุที่มารับบริการมีความพึงพอใจคุณภาพของบริการที่ได้รับในระดับมาก (สุนนทิพย์, จิตติมา, นฤมลและรุ่งรัตน์, 2553) และช่วยให้ค้นพบความชุกของโรคในผู้สูงอายุได้มากกว่าการดูแลแบบทั่วๆ ไป (Panta, Kittisak, Suvanee & Wilawan, 2011) แต่การประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุแบบองค์รวมต้องใช้เวลาานาน อาจไม่เหมาะสมกับบริบทในแผนกผู้ป่วยนอกที่ผู้ป่วยต้องการความรวดเร็วในการรับบริการแต่ละจุด แต่สามารถใช้เครื่องมือคัดกรองอย่างง่าย (พัฒนศรี, 2554) คัดกรองสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุได้ครอบคลุมในทุกๆด้าน หากพบความผิดปกติจึงทำการประเมินในด้านนั้นๆอย่างละเอียด เพื่อหาสาเหตุและให้การดูแลที่เหมาะสมต่อไป

แม้ว่าจะมีรูปแบบสำหรับให้บริการสุขภาพแก่ผู้สูงอายุในหลายรูปแบบ แต่สำหรับการประเมินสุขภาพ ทั้งที่ผ่านมาและในปัจจุบันยังไม่มีมาตรฐานชัดเจน และไม่ตอบสนองความต้องการหรือความจำเป็นด้านสุขภาพอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุ จึงควรมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพและเป็นมาตรฐานเดียวกัน ในการตอบสนองต่อความต้องการหรือความจำเป็นด้านสุขภาพดังกล่าว ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยหรือพิการที่อาจเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ

การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้การดูแลที่ครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลต่อเนื่อง โดยประยุกต์ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุเข้ากับการพยาบาลทั่วไป ให้สอดคล้องกับปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่สามารถตอบสนองความจำเป็นด้านสุขภาพที่แท้จริงของผู้สูงอายุ และมุ่งเน้นการชะลอความเสื่อมจากการสูงอายุ รวมทั้งให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงความสามารถในการช่วยเหลือตนเองให้ได้ยาวนานที่สุด (ผ่องพรรณ, 2554) มีรายละเอียด ดังนี้

1. ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เนื่องจากธรรมชาติและการเปลี่ยนแปลงในทางที่เสื่อมลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ นำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุและจึงควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถทางด้านร่างกายและส่งเสริมการทำงานของระบบอวัยวะต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพ ได้แก่ การให้คำแนะนำการดูแลสุขภาพด้านต่างๆ เช่น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การงดเหล้า งดบุหรี่ การระมัดระวังอุบัติเหตุ

โดยเฉพาะการหกล้ม การใช้ยาเท่าที่จำเป็น ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพบปะพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่น ให้โอกาสผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการคิดหรือตัดสินใจเกี่ยวกับความเป็นไปในบ้าน การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เหมาะแก่การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การสนทนาเรื่องของศาสนา (Bauer & Barron, 1995)

2. การป้องกันโรค (condition prevention) คือ การป้องกันก่อนที่จะเกิดความผิดปกติขึ้นทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การป้องกันโรคในผู้สูงอายุ ได้แก่ การคัดกรองและประเมินสุขภาพก่อนที่จะแสดงอาการของโรคเรื้อรังและกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ปัญหาการมองเห็น ปัญหาการได้ยิน ความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม การกลืนปัสสาวะไม่ได้ ภาวะโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม (วิรัชศักดิ์, 2553) การได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน (ประเสริฐ, 2552) ความมั่นคงปลอดภัยของที่อยู่อาศัย (วิไลวรรณ, 2554) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รวมถึงความเชื่อ ความศรัทธา และการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุ (ชนิกา, 2549)

3. การรักษาพยาบาล คือ การรักษาผู้ที่มีความเจ็บป่วย ความบกพร่อง หรือผิดปกติให้กลับสู่สภาพปกติก่อนจะเกิดอันตรายต่อสุขภาพ (วิไลวรรณ, 2554) สำหรับผู้สูงอายุหลักสำคัญของการรักษาพยาบาล คือ 1) ช่วยให้ผู้สูงอายุคงความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเองให้มากที่สุด 2) ป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุกลายเป็นผู้ไร้ประโยชน์ 3) ตระหนักในความแตกต่างของผู้สูงอายุแต่ละคน ใช้กิจกรรมที่เหมาะสม โดยให้การดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณในภาวะเจ็บป่วย และส่งเสริมให้กลับมามีสุขภาพดี การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเป็นการทำให้ผู้สูงอายุคงความสามารถในการทำกิจกรรมด้วยตนเองให้มากที่สุด ให้ได้ระบายความรู้สึก ไม่ให้อยู่เพียงลำพังเมื่อเกิดอารมณ์เศร้า พบแพทย์เพื่อขอความช่วยเหลือหากมีอาการรุนแรง หรือมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย หาแหล่งสนับสนุน ช่วยเหลือผู้สูงอายุทางด้านผู้ดูแล รายได้ และที่อยู่อาศัยที่มั่นคงปลอดภัย ดูแลให้คงไว้ซึ่งศักยภาพและความภาคภูมิใจแห่งตน ไม่ให้ผู้สูงอายุกลายเป็นผู้ไร้ประโยชน์ การสนทนาที่ช่วยให้ผู้สูงอายุได้ค้นหาความหมายและเป้าหมายของชีวิต และการช่วยเหลือทางศาสนา (วาริณี, 2556)

4. การฟื้นฟูสภาพ คือ การฟื้นฟูร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณภายหลังการเจ็บป่วยให้กลับมามีสุขภาพปกติ หรือใกล้เคียงปกติให้มากที่สุด (วิไลวรรณ, 2554) การฟื้นฟูสภาพในผู้สูงอายุจะต้องทำกันเป็นระบบ มีส่วนร่วมกับบุคคลในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด (ศูนย์พยาบาลสิริธร, 2553) โดยการถ่ายภาพบำบัดตามสภาวะของโรค การออกกำลังกายเพื่อให้กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกายแข็งแรง หางานหรือกิจกรรมเพื่อความเพลิดเพลินและเกิดประโยชน์ สนับสนุนและให้โอกาสผู้สูงอายุได้ร่วมกิจกรรมทางสังคม ตามความชอบและความ

สนใจของผู้สูงอายุ การให้ความสนใจ ความเคารพ ความเอื้ออาทร และกำลังใจแก่ผู้สูงอายุ (Bauer & Barron, 1995)

สำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ผ่านมาเป็นการดูแลแบบเชิงรับ คือ ให้การดูแลรักษาพยาบาลหรือฟื้นฟูสุขภาพเมื่อมีความเจ็บป่วย และได้รับการดูแลเฉพาะด้านร่างกายเป็นหลัก (พรฤดี, 2551) อีกทั้งบุคลากรผู้ให้บริการจะให้บริการเฉพาะในส่วนของตนเอง ทำให้การจัดบริการเป็นลักษณะแยกส่วน และไม่ครอบคลุมภาวะสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ (วิไลวรรณ, 2554) แต่ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลสุขภาพอย่างครอบคลุมทั้ง 4 มิติ ดังกล่าว โดยมุ่งเน้นจัดบริการแบบเชิงรุก คือ การคัดกรองและประเมินภาวะสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรครุนแรงกว่าการรักษาพยาบาลหรือฟื้นฟูสุขภาพเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นแล้ว เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมและคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพดียาวนานยิ่งขึ้น

การประเมินสุขภาพในผู้สูงอายุโดยทั่วไป

การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ โดยใช้หลักการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม เป็นการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุทั้ง 4 ด้าน คือ 1) การประเมินสุขภาพด้านร่างกาย 2) การประเมินสุขภาพด้านจิตใจ 3) การประเมินสุขภาพด้านสังคม และ 4) การประเมินสุขภาพด้านจิตวิญญาณ ซึ่งการประเมินสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมนั้น สามารถนำไปใช้ได้ทั้งผู้สูงอายุทั่วไปและที่เจ็บป่วย (วิไลวรรณ, 2554) จึงสามารถนำมาใช้ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุได้ เนื่องจากการดูแลสุขภาพในโรงพยาบาลควรดูแลทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพ และการดูแลต่อเนื่อง แต่ในบริบทของโรงพยาบาลทุกแห่งที่มีผู้รับบริการจำนวนมาก และไม่มีแนวทางในการค้นหาโรคหรืออาการอื่นๆ ในผู้สูงอายุที่ชัดเจน (สรณ์รัตน์, 2556) ทำให้การดูแลมุ่งเน้นเพียงการรักษาโรคหรือฟื้นฟูสุขภาพตามอาการสำคัญที่ผู้สูงอายุมารับบริการเป็นหลัก แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า การดูแลที่เน้นการรักษาโรคและฟื้นฟูสุขภาพนั้น ไม่เพียงพอสำหรับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (ประเสริฐ, 2554) การมีแนวทางการคัดกรองโรคและประเมินสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมจึงสามารถช่วยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสุขภาพและการดูแลต่อเนื่อง โดยเริ่มที่การคัดกรองปัญหาสุขภาพเบื้องต้นในผู้สูงอายุ และประเมินสุขภาพเพื่อพิจารณาการดูแล (พัฒนศรี, 2554) ซึ่งการคัดกรองและประเมินสุขภาพแต่ละด้าน มีรายละเอียดดังนี้

1. การคัดกรองและประเมินสุขภาพกาย เป็นการประเมินประวัติสุขภาพกายทั่วไป ความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม ความสามารถในการกลืนปีศาจ การนอนหลับ ภาวะโภชนาการ สุขภาพช่องปาก การมองเห็นและการได้ยิน (ผ่องพรรณ, 2554; วิไลวรรณ, 2554) ซึ่งมีรายละเอียด ดังนี้

1.1 สุขภาพกายทั่วไป เพื่อทราบภาวะเสี่ยงทางสุขภาพกายของผู้สูงอายุ

1.1.1 การชั่งน้ำหนัก ใช้เป็นข้อมูลในการคำนวณค่าดัชนีมวลกาย และคำนวณขนาดยาที่จะใช้ในการรักษาผู้สูงอายุ

1.1.2 การวัดส่วนสูง ใช้เป็นข้อมูลในการคำนวณดัชนีมวลกาย กรณีผู้สูงอายุยืนไม่ได้ จะวัดความยาวของช่วงแขนแทนส่วนสูง ซึ่งวัดได้โดยให้ผู้สูงอายุกางแขนทั้งสองข้างและเหยียดแขนให้ตรง วัดความยาวจากปลายนิ้วกลางข้างหนึ่งถึงอีกข้างหนึ่ง

1.1.3 ดัชนีมวลกาย เป็นดัชนีที่ใช้เปรียบเทียบความสมดุล ระหว่างน้ำหนักต่อส่วนสูง คำนวณโดยนำน้ำหนักตัวหน่วยเป็นกิโลกรัมหารด้วยกำลังสองของ ส่วนสูงหน่วยเป็นเมตร การแปลผลดัชนีมวลกาย 1) น้อยกว่า 18.5 น้ำหนักน้อยกว่าปกติ 2) 18.5-24.9 น้ำหนักปกติ 3) 25-29 น้ำหนักเกิน 4) 30 ขึ้นไป อ้วน

1.1.4 การวัดรอบเอว เป็นการประเมินภาวะอ้วนลงพุง การแปลผล ในเพศชาย 1) รอบเอวตั้งแต่ 94 เซนติเมตรขึ้นไป เริ่มอ้วน 2) รอบเอวตั้งแต่ 102 เซนติเมตรขึ้นไป อ้วนมาก และเพศหญิง 1) รอบเอวตั้งแต่ 80 เซนติเมตรขึ้นไป เริ่มอ้วน 2) รอบเอวตั้งแต่ 88 เซนติเมตรขึ้นไป อ้วนมาก

1.1.5 ความดันโลหิต เพื่อประเมินระดับความดันโลหิต ใช้ในการวินิจฉัยหรือติดตามโรคความดันโลหิตสูง การแปลผล 1) ระดับความดันโลหิตปกติ ความดันตัวบน (systolic) > 90 – 139 มิลลิเมตรปรอท ความดันตัวล่าง (diastolic) > 60 – 89 มิลลิเมตรปรอท 2) ความดันโลหิตสูง ความดันตัวบน (systolic) \geq 140 มิลลิเมตรปรอท ความดันตัวล่าง (diastolic) \geq 90 มิลลิเมตรปรอท

1.1.6 ระดับน้ำตาลในเลือด เพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือด ใช้ในการวินิจฉัยหรือติดตามโรคเบาหวาน สามารถเจาะได้หลายรูปแบบแต่แบบที่สะดวก ได้แก่ 1) การเจาะน้ำตาลแบบสุ่ม (random blood sugar) คือ เจาะเลือด โดยไม่ต้องงดน้ำงดอาหาร วิธีนี้จะต้องนัดผู้รับบริการมาตรวจซ้ำแบบงดน้ำงดอาหารอีกครั้ง เพื่อใช้ในการวินิจฉัย การแปลผล ค่าปกติสำหรับผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป น้อยกว่า 160 มิลลิกรัม/เดซิลิตร 2) การเจาะน้ำตาลหลังงดน้ำงดอาหาร (fasting blood sugar) ต้องงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงก่อนเจาะเลือด การแปลผล ค่า

ปกติอยู่ 70-100 มิลลิกรัม/เดซิลิตร กลุ่มเสี่ยง 100-125 มิลลิกรัม/เดซิลิตร และ ระดับน้ำตาล ≥ 126 มิลลิกรัม/เดซิลิตร จะวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวาน

1.1.7 โรคประจำตัว เป็นข้อมูลที่บอกถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ เนื่องจากเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุระบบต่างๆในร่างกายจะเสื่อมลงทำให้เกิดโรคเรื้อรังต่างๆตามมา ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ซึ่งอาจมีความเกี่ยวข้องกับอาการสำคัญที่ผู้สูงอายุมารับบริการในครั้งนั้นได้ เช่น อาการปวดศีรษะอาจมีผลมาจากโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น

1.1.8 ประวัติยาที่ใช้ประจำ เพื่อแยกแยะอาการเจ็บป่วยที่มีผลจากยา เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวหลายโรค ทำให้ได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกันจึงอาจมีปฏิกิริยาระหว่างยา หรือเพื่อป้องกันการจ่ายยาซ้ำซ้อนเนื่องจากผู้สูงอายุอาจได้รับยาจากหลายแหล่ง เพราะมีโรคประจำตัวหลายโรค

1.2 ความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุไทยมีสาเหตุการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มร้อยละ 10.63 เป็นอันดับสองรองจากอุบัติเหตุบนท้องถนน (สำนักโรคไม่ติดต่อ, 2560) การคัดกรองผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม สามารถสอบถามประวัติการพลัดตกหกล้มในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา เดินเซ หรือไม่มีแรง (Kostas, Paquin & Rudolph, 2013) สำหรับการประเมินระดับความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม มีแบบประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้มที่ใช้ในประเทศไทย Fall risk assessment tool: Morse ซึ่งสอบถามในด้านประวัติการพลัดตกหกล้ม มีการวินิจฉัยโรคมกกว่า 1 รายการ การช่วยในการเคลื่อนย้าย ให้สารละลายทางหลอดเลือด การเดิน (gait)/การเคลื่อนย้าย (transferring) สภาพจิตใจ และ Fall risk assessment tool: Hendrich II สอบถามในเรื่องอาการสับสน ไม่รู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล อาการซึมเศร้า การขับถ่ายผิดปกติ อาการวิงเวียน/บ้านหมุน เพศ ได้รับยากลุ่มยากันชัก ได้รับยากลุ่มยา benzodiazepines และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่ช่วยเวลาขึ้นและเดิน (ทดสอบด้วยการลุกขึ้นจากเก้าอี้) (get up & go test) แต่จากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมการออกกำลังกายความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและความเสี่ยงในพลัดตกหกล้มของประชากรสูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน พบว่าความสามารถในกิจกรรมการออกกำลังกาย และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันในระดับปานกลางถึงระดับน้อยมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Yokoya, Demura & Sato, 2007) และจากการศึกษาอุบัติการณ์ผู้ป่วยหลอดเลือดสมองหกล้มหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลของวิรุฒา ปรีดาและณัฐเศรษฐ (2553) พบว่า ระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตัวเองได้น้อยถึงปานกลาง (คะแนน BAI 25-75) เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนโรคประจำตัวประวัติการใช้ยา อาการเกร็ง อาการอ่อนแรง

ความสามารถรับรู้ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า และความสามารถทรงตัวไม่สัมพันธ์ต่อการหกล้ม ผู้วิจัยจึงเลือกใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ในการประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ เนื่องจากมีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มและเป็นแบบประเมินที่ใช้กันอยู่ทั่วไปในโรงพยาบาลทุกแห่ง และนอกจากนี้คะแนน ADL สามารถนำไปเชื่อมโยงกับความต้องการผู้ดูแลในผู้สูงอายุได้ ซึ่งช่วยประหยัดเวลาในการใช้แบบประเมินในคลินิก

1.3 การกลืนปัสสาวะไม่ได้ เป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ความชุกในผู้สูงอายุทั่วไปประมาณร้อยละ 14-25 และผู้สูงอายุที่มารักษาในโรงพยาบาลมีความชุกประมาณร้อยละ 30 (Limpawattana, Sawanyawisuth, Soonpornrai & Huangthaisong, 2011) ภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุทั้งในด้านสุขภาพกาย เช่น ปัสสาวะที่ราดออกมากจะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อผิวหนัง เพิ่มอุบัติเหตุพลัดตกหกล้ม และในส่วนของสุขภาพจิต พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะดังกล่าวจะรู้สึกกว่าตนเองไม่ปกติ มีภาวะซึมเศร้า และอายุที่จะเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม (วันทินและปณิตา, 2556) การคัดกรองผู้สูงอายุที่มีปัญหาการกลืนปัสสาวะไม่ได้สามารถสอบถามอาการกลืนปัสสาวะไม่ได้ ปัสสาวะบ่อย และปัสสาวะไม่พุ่ง (Kostas, Paquin & Rudolph, 2013) สำหรับการประเมินการกลืนปัสสาวะไม่ได้ โดยสอบถามความถี่ในการปัสสาวะ ความสามารถในการกลืนปัสสาวะเมื่อรู้สึกปวดปัสสาวะ ต้องเบ่งเวลาปัสสาวะ การมีปัสสาวะไหลรินตลอดเวลา ปัสสาวะกะปริดกะปรอย หรือรู้สึกเหมือนปัสสาวะไม่สุดในช่วงเวลา 1 วัน ผู้ที่ได้คะแนน 7 คะแนนขึ้นไปควรพบแพทย์เพื่อทำการรักษา

1.4 ปัญหาการนอนหลับ ผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 50 มีปัญหานอนไม่หลับ ตอนกลางคืน ทำให้มีภาวะง่วงซึมตอนกลางวัน และอาจเกิดอุบัติเหตุจากการง่วงได้ (นิภาภัทร, 2552) การคัดกรองปัญหานอนไม่หลับ สามารถสอบถามอาการนอนไม่หลับตอนกลางคืน (Kostas, Paquin & Rudolph, 2013) สำหรับการประเมินปัญหาการนอนหลับ มีแบบประเมินคุณภาพการนอนหลับ ประกอบด้วย 9 ข้อคำถาม ได้แก่ เวลาเข้านอน เวลาตื่นนอน จำนวนชั่วโมงในการนอน ปัญหาเกี่ยวกับการนอนหลับ การใช้ยานอนหลับ อาการง่วงนอนตอนกลางวัน ความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรม และคุณภาพการนอนโดยรวมในความรู้สึกของผู้รับบริการ และแบบประเมินปัญหานอนหลับของเขาวพา (2547) มีจำนวน 4 ข้อคำถาม ประกอบด้วยปัญหาการนอนหลับ 3 ชนิด ได้แก่ การนอนหลับยาก นอนหลับไม่ต่อเนื่อง ระยะเวลาการนอนหลับไม่เพียงพอ และความรู้สึกว่าการนอนหลับไม่เพียงพอหรือไม่ดี ทั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินปัญหาการนอนหลับของเขาวพา เนื่องจากเป็นข้อคำถามที่สั้น กระชับ และเข้าใจได้ง่าย

1.5 ภาวะโภชนาการ ผู้สูงอายุร้อยละ 91.7 มีภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 76.2 มีความเสี่ยงทางโภชนาการ ร้อยละ 45.7 มีน้ำหนักเกิน และร้อยละ 8.8 มีน้ำหนักน้อย ซึ่งภาวะ

โภชนาการที่ดีมีผลให้ผู้สูงอายุสามารถฟื้นฟูสภาพร่างกายภายหลังเจ็บป่วยได้ดีและเร็วขึ้น (จันทร์เพ็ญ, 2540) การคัดกรองภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ สามารถสอบถามอาการเบื่ออาหาร ปัญหาการกลืน และคุณลักษณะรูปร่าง อ้วนหรือผอม (Kostas, Paquin & Rudolph, 2013) สำหรับเครื่องมือการประเมินภาวะโภชนาการมีแบบประเมินที่นิยมใช้ในประเทศไทย คือ การประเมินภาวะโภชนาการทางคลินิกโดยรวม (Subjective Global Assessment [SGA]) และแบบประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพโภชนาการ (Mini Nutritional Assessment [MNA]) (ผ่องพรรณ, 2554) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมิน SCG เนื่องจากสั้น กระชับ และสามารถใช้ได้กับผู้ป่วยติดเตียงซึ่งไม่ทราบน้ำหนัก ซึ่งประเมินการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว อาการเบื่ออาหาร/กลืนไม่ลง อาเจียน ติดต่อกันนานกว่า 2 สัปดาห์ การประกอบกิจวัตรประจำวัน อาการบวมที่เท้า/ขา/แขน/ก้นกบ ความผอมซบ/เส้นรอบวงของจุดกึ่งกลางแขนท่อนบนลดลง และกล้ามเนื้อต้นแขน /ต้นขาลีบ คะแนนเต็ม 18 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนน 15 คะแนนขึ้นไป มีภาวะโภชนาการปกติ ผู้ที่ได้คะแนน 8-14 คะแนน มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร และผู้ที่ได้คะแนน 0-7 คะแนน เป็นผู้ที่มีภาวะขาดสารอาหาร

1.6 สุขภาพช่องปาก จากการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 6 (พ.ศ. 2549 - 2550) พบว่า ประมาณร้อยละ 94 ของผู้สูงอายุมีการสูญเสียฟันอย่างน้อย 1 ซี่ ร้อยละ 96 มีปัญหาฟันผุ ร้อยละ 84 มีปัญหาโรคปริทันต์ (กมลพรรณ, 2557) ซึ่งปัญหาทั้งหมดเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ ทั้งในแง่การใช้งาน ได้แก่ การเคี้ยวอาหารและการพูดออกเสียง ความเจ็บปวดไม่สบาย รวมไปถึงความสวยงาม และความมั่นใจในการเข้าสังคม การคัดกรองปัญหาสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ สามารถสอบถามปัญหาการเคี้ยวอาหาร ฟันโยก และอาการปวดฟัน สำหรับการประเมินสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุมีแบบประเมินสุขภาพช่องปากของกระทรวงสาธารณสุข (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2557) โดยสอบถามการมีปุ่ม ก้อนเนื้อ แผลเรื้อรังในช่องปาก เหงือกอักเสบ ฟันผุ ฟันโยก เสียวฟัน ปัญหาการเคี้ยวอาหาร การกลืน และการใส่ฟันปลอม หากพบปัญหาข้อใดข้อหนึ่งให้ส่งตรวจทางทันตกรรม

1.7 การได้ยิน ปัญหาการได้ยินในผู้สูงอายุ พบได้บ่อยเป็นอันดับ 3 ของโรคเรื้อรังต่างๆที่เกิดกับผู้สูงอายุ โดยพบได้ถึงร้อยละ 25 - 40 ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี และมีอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามวัย ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในการสื่อสารกับผู้อื่นน้อยลง (ปารยะ, 2557) การคัดกรองปัญหาการได้ยินในผู้สูงอายุสามารถสอบถามอาการได้ยินไม่ชัด (Kostas, Paquin & Rudolph, 2013) สำหรับการประเมินปัญหาการได้ยิน นิยมใช้แบบประเมินการได้ยินห้านาทีฉบับภาษาไทย (Five Minute Hearing Test [FMHT]) (ขวัญชนก, 2554) ประกอบด้วย คำถามปัญหาในการฟังเสียงทางโทรศัพท์ ความลำบากในการปะติดปะต่อเรื่องราวเวลา มี 2 คนขึ้นไปพูดพร้อมกัน

คนรอบข้างมักบ่นว่าผู้สูงอายุเปิดทีวีเสียงดัง ต้องพยายามอย่างหนักที่จะเข้าใจการพูดคุย ไม่ได้ยินเสียงต่างๆไป เช่น โทรศัพท์หรือกริ่งประตูลำบากในการฟังเสียงการพูดคุยในที่ที่มีเสียงรบกวน เช่น งานเลี้ยง รู้สึกสับสนไม่รู้ว่าจะเสียงมาจากทางไหน ไม่เข้าใจในสิ่งที่คนอื่นพูดต้องขอให้พูดซ้ำ หรือโต้ตอบผิดพลาด รู้สึกว่าคำพูดของผู้หญิงและเด็กเข้าใจยาก ญาติหรือคนรอบข้างมักกล่าวหาว่ามีปัญหาการได้ยิน ผู้สูงอายุที่ได้คะแนน 0-5 คะแนน หมายถึง การได้ยินปกติ 6-9 คะแนน ควรส่งปรึกษาแพทย์ 10 คะแนนขึ้นไป ควรส่งพบแพทย์เฉพาะทางหู คอ จมูก

1.8 การมองเห็น ผู้สูงอายุกว่าร้อยละ 70 มีปัญหาทางสายตา เช่น การมองเห็นไม่ชัดเจน เกิดภาวะสายตาเอียงหรืออาจตาบอด ซึ่งจะส่งผลให้ผู้สูงอายุช่วยเหลือตนเองได้น้อยลง (สุพรรณ, 2559) การคัดกรองการมองเห็นในผู้สูงอายุ สามารถสอบถามอาการมองเห็นไม่ชัด สำหรับการประเมินปัญหาการมองเห็นในผู้สูงอายุ โดยให้นับนิ้วในระยะ 3 เมตร อ่านหนังสือพิมพ์ในระยะ 1 ฟุต ให้ปิดตาทีละข้าง และประวัติการเดินชนสิ่งของบ่อยๆ ถ้าพบความผิดปกติเพียง 1 อาการให้ประเมินต่อด้วยแผ่นวัดสายตา (snellen chart) (Kostas, Paquin & Rudolph, 2013)

2. การคัดกรองและประเมินสุขภาพจิตและภาวะสมองเสื่อม เป็นการประเมินความรู้สึกรวม และการมีปฏิสัมพันธ์ของผู้สูงอายุกับบุคคลอื่น ซึ่งปัญหาด้านจิตใจที่พบบ่อยคือ ภาวะซึมเศร้า (ผ่องพรรณ, 2554) แต่การประเมินภาวะซึมเศร้าอาจเกิดความผิดพลาดได้หากผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อม จึงต้องประเมินภาวะสมองเสื่อมก่อน เนื่องจากผู้สูงอายุมีความซุกซนของภาวะสมองเสื่อมมากกว่าวัยอื่นๆ ทำให้เกิดผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน เนื่องจากทักษะการตัดสินใจ การเรียนรู้ และความจำลดลง

2.1 การคัดกรองและประเมินภาวะสมองเสื่อม สามารถสอบถามเบื้องต้นเกี่ยวกับอาการหลงลืมบ่อย (Kostas, Paquin & Rudolph, 2013) สำหรับเครื่องมือประเมินภาวะสมองเสื่อมที่นิยมใช้ได้แก่ แบบทดสอบสมองของจุฬา (Chula Mental Test) แบบทดสอบการทำงานของสมอง (Mental State Examination) แบบทดสอบสภาพสมองอย่างง่าย (Abbreviated Mental Test [AMT]) แบบทดสอบสมองเบื้องต้นภาษาไทย (Mini-Mental State Examination Thai version [MMSE-Thai]) แบบทดสอบวาดหน้าปัดนาฬิกา (Clock Drawing Test [CDT]) (จิตติมา, 2552; ประเสริฐ, 2552) โดยเครื่องมือ MMSE-Thai ต้องใช้ควบคู่กับ CDT เนื่องจาก MMSE-Thai ตรวจความผิดปกติด้านการบริการจัดการได้ไม่ไวพอ แต่ก็ยังพบปัญหาผลบวกลวงค่อนข้างสูง (false positive) ในผู้สูงอายุที่อายุมากๆ หรือผู้ที่ไม่ได้รับการศึกษา (จิตติมา, 2552) และมีความยากในการนำไปใช้ สำหรับการประเมินภาวะสมองเสื่อมในคลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งมีต้องการความรวดเร็ว

ในการประเมินจึงควรใช้แบบทดสอบสภาพสมองอย่างง่าย เนื่องจากมีข้อคำถามสั้น กระชับ สามารถทดสอบความผิดปกติของการรู้คิดได้ (Sutthichai, Isweri & Shah, 1991)

2.2 การคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้า สามารถสอบถามเบื้องต้นเกี่ยวกับความรู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่อยากทำอะไร สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินภาวะซึมเศร้า ได้แก่ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเริ่มต้นโดยการคัดกรอง 2 คำถาม (2Q) หากตอบว่าไม่ทั้ง 2 ข้อแสดงว่าไม่มีภาวะซึมเศร้า หากตอบว่าใช่ข้อใดข้อหนึ่ง ให้ถามอีก 9 คำถาม (9Q) ซึ่งแปลผล ดังนี้ คะแนน 0-6 หมายถึง ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีในระดับน้อยมาก คะแนน 7-12 หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย คะแนน 13-18 หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง และคะแนน 19-27 หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง เป็นเครื่องมือที่ใช้ได้ง่าย แบบสอบถามภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุอย่างสั้น (Short Geriatric Depression Scale [SGDS]) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ การแปลผลมี 3 ระดับ ได้แก่ คะแนนมากกว่า 5 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้า คะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 10 หมายถึง มีภาวะซึมเศร้าตลอดเวลา คะแนนเท่ากับ 15 หมายถึง ต้องการการประเมินแบบครบถ้วน แบบวัดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุไทย (Thai Geriatric Depression Scale [TGDS]) ประกอบด้วยข้อคำถาม 30 ข้อ แปลผล ดังนี้ คะแนน 0-12 หมายถึง ผู้สูงอายุปกติ คะแนน 13-18 หมายถึง มีความเศร้าเล็กน้อย คะแนน 19-24 หมายถึง มีความเศร้าปานกลาง และคะแนน 25-30 หมายถึง มีความเศร้าระดับรุนแรง การประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในการวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากมีทั้งคำถามที่ใช้ในการคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้า ที่ใช้ได้ง่ายและรวดเร็ว อีกทั้งเป็นแบบประเมินที่ใช้ทั่วไปในโรงพยาบาลต่างๆ ทำให้พยาบาลมีความชำนาญในการใช้มากกว่าแบบประเมินอื่นๆ ที่กล่าวมา สำหรับการประเมินภาวะสมองเสื่อมใช้แบบประเมินสภาพสมองอย่างง่าย เนื่องจากมีสั้น กระชับ และใช้ง่ายเหมาะกับบริบทแผนกผู้ป่วยนอก

3. การคัดกรองและประเมินด้านสังคม ปัญหาที่มักพบในผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วย ไม่มีผู้ดูแลที่ชัดเจน หรือบางรายอาศัยอยู่เพียงลำพัง รวมทั้งบ้านที่อยู่อาศัยไม่ได้เตรียมการรองรับสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ไม่มีราวจับ มีพื้นต่างระดับ การประเมินด้านสังคมจะประเมินเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างผู้สูงอายุกับครอบครัวและชุมชน รวมถึงสิ่งแวดล้อมรอบตัวที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน สำหรับการคัดกรองปัญหาด้านสังคมของผู้สูงอายุ สามารถสอบถามความต้องการผู้ดูแลช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน และประเมินลักษณะการอาศัยในครอบครัว ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว ระดับสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล และการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม สำหรับการประเมินสิ่งแวดล้อมจะประเมินสภาพที่อยู่อาศัย ได้แก่ ความคงทนถาวร แสงสว่างเพียงพอ การระบาย

อากาศในที่พัก การจัดวางเฟอร์นิเจอร์ พื้นต่างระดับ ราวจับในห้องน้ำ ลักษณะส้วมที่ใช้ และ ตำแหน่งของห้องนอน ดังนั้นการประเมินสุขภาพทางสังคมของผู้สูงอายุ ในการวิจัยครั้งนี้จึง ประเมินลักษณะครอบครัว เช่น การอาศัยอยู่เพียงลำพัง หรือมีผู้ดูแล สัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุ และสมาชิกในครอบครัว แหล่งรายได้ของผู้สูงอายุและผู้ดูแล สภาพที่อยู่อาศัยคงทนถาวร ห้องนอนอยู่ชั้นล่าง หรืออยู่ชั้นบนแต่สามารถขึ้นลงได้สะดวก มีส้วมชักโครก มีแสงสว่างเพียงพอ บ้านสะอาดเป็นระเบียบ และความต้องการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม

4. การคัดกรองและประเมินด้านจิตวิญญาณ จิตวิญญาณมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการรับรู้สุขภาพ และความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ เนื่องจากการที่มีสภาพร่างกายเสื่อมถอยทำให้สุขภาพอ่อนแอ ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพและการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง เนื่องจากพบว่าสุขภาพด้านจิตวิญญาณมีผลในการช่วยผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังจัดการกับปัญหาสุขภาพที่พวกเขาต้องเผชิญในชีวิตประจำวันได้ (Pennapa, Rachanee, Wanlapa, O'Brien & McMullen, 2012) การคัดกรองด้านจิตวิญญาณสามารถสอบถามความรู้สึกไม่มีคุณค่าหรือหมดหวังในชีวิต สำหรับการประเมินสุขภาพด้านจิตวิญญาณ เป็นการประเมินเกี่ยวกับความเชื่อ ศาสนา สิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ โดยในต่างประเทศ มีการพัฒนาเครื่องมือทางจิตวิญญาณขึ้นมาหลายชุด เช่น The Spiritual Well-being Scale (SWBS) ของ Paloutizian and Ellison (1982) แบบวัด Spiritual Experience Scale (SES) ของ Beazley (1998) แบบวัด The Spiritual Assessment Inventory (SAI) ของ Hall & Edwards (2002) แบบวัด The Index of Core Spiritual Experience (INSPIRIT) ของ Kass et. al. (1991) และแบบวัด The Spiritual Scale (SS) ของ Jagers & Smith (1996) สำหรับแบบประเมินด้านจิตวิญญาณที่นิยมใช้ในประเทศไทย คือ FICA ซึ่งประเมินครอบคลุม 4 ด้านของจิตวิญญาณ ประกอบด้วย ด้านความเชื่อทางศาสนา (Faith and belief) ความสำคัญต่อความศรัทธาหรือความเชื่อในชีวิต (Importance) ความเป็นส่วนหนึ่งของความเชื่อ (Community) ความต้องการเกี่ยวกับความเชื่อ (Address in care) (Borneman, Ferrell & Puchalski, 2010) อย่างไรก็ตามมีการศึกษาการพัฒนาและทดสอบคุณภาพแบบประเมินการสูงวัยอย่างมีศักยภาพสำหรับประชาชนไทยของกัตติกา (Kattika, 2013) ซึ่งมีการประเมินด้านจิตวิญญาณของผู้สูงอายุโดยแบบสอบถาม ประกอบด้วย การทำความดี การมีสติยอมรับและปล่อยวาง ความศรัทธาและการปฏิบัติตามหลักศาสนา สำหรับการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้เลือกใช้แบบประเมินด้านจิตวิญญาณดังกล่าว เนื่องจากสั้น กระชับ เข้าใจง่าย

ข้อมูลที่ได้จากการคัดกรองและประเมินสุขภาพในแต่ละด้าน สามารถนำมาใช้ในการกำหนดข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพ เพื่อกำหนดแนวทางในการให้การดูแลรักษาฟื้นฟูสภาพส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการดูแลต่อเนื่องที่มีระบบเป็นรูปธรรมชัดเจนต่อไป

การกำหนดข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

ข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการดูแลปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการแบบองค์รวม เพื่อนำไปสู่การวางแผนการดูแลที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม โดยสามารถสรุปความรู้ที่เกี่ยวข้องกับข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพได้ ดังนี้

ข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพ หมายถึง ข้อความที่แสดงถึงภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งในภาวะสุขภาพดีและภาวะเจ็บป่วย โดยอาศัยข้อมูลจากการประเมินสุขภาพ อาจจะเป็นภาวะสุขภาพในปัจจุบันที่เป็นอยู่หรือภาวะที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้ ซึ่งเป็นพื้นฐานของการเลือกวิธีการให้การดูแล โดยข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพที่กำหนดอาจมีได้ใน 2 ลักษณะ (เรณู, 2550) ดังนี้

1. ข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพเชิงบวก เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลสุขภาพดี ซึ่งต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ลักษณะการกำหนดข้อวินิจฉัย ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพด้านดีและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ภาวะสุขภาพดี + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง)

2. ข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพเชิงลบ หรือปัญหาทางการพยาบาล ซึ่งมี 3 ระดับ

2.1 ปัญหาในปัจจุบัน (actual problem) คือ ปัญหาที่กำลังเกิดขึ้นมีข้อมูลสนับสนุนและมีอาการหรืออาการแสดงชัดเจน ซึ่งต้องได้รับการแก้ปัญหาโดยการเยียวยาและฟื้นฟูสภาพ ลักษณะการกำหนดข้อวินิจฉัย ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพที่เป็นปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ปัญหาสุขภาพ + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง)

2.2 ปัญหาเสี่ยง (potential problem) คือ ปัญหาที่ยังไม่เกิดแต่มีแนวโน้มว่าจะเกิดถ้าไม่ป้องกันหรือแก้ไขเพราะพบปัจจัยเสี่ยง จึงต้องได้รับการป้องกันโดยการควบคุมสาเหตุของปัญหา ลักษณะการกำหนดข้อวินิจฉัย ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพที่มีความเสี่ยงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (เสี่ยงต่อการเกิด + ปัญหาสุขภาพ + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง)

2.3 ปัญหาที่มีโอกาสเกิด (possible problem) คือ ปัญหาที่ยังไม่เกิด แต่คิดว่าน่าจะเกิดขึ้นตามวิจารณ์ญาณ หรือจากประสบการณ์และความรู้ทางการพยาบาล แต่ยังไม่มีข้อมูลสนับสนุนเพียงพอ เช่น ปัญหาที่เกิดจากความเสื่อมสภาพของร่างกายในวัยสูงอายุ (ผ่องพรรณ, 2554) ซึ่งต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหรือปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ลักษณะการกำหนดข้อวินิจฉัย ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพที่มีโอกาสเกิดเป็นปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากประสบการณ์หรือความรู้ทางการพยาบาล (มีโอกาสเกิด + ปัญหาสุขภาพ + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง)

โดยสรุป จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการดูแลปัญหาสุขภาพของผู้รับบริการเป็นรายบุคคลแบบองค์รวม โดยการนำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติ ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการพยาบาล สร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้รับบริการในคุณภาพของการบริการที่ได้รับ และพยาบาลมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานมากขึ้น การวินิจฉัยภาวะสุขภาพจึงเป็นมาตรฐานในการประเมินคุณภาพทางการพยาบาล (อรนันท์, 2557)

การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับผู้สูงอายุ

ความหมายและขั้นตอนพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

การปฏิบัติงานโดยอิงหลักฐานเชิงประจักษ์ (evidence-base practice) ที่ได้มีการพิสูจน์แล้วว่าก่อให้เกิดผลลัพธ์ในคุณภาพบริการที่ดี ทำให้รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้รับบริการไปในทิศทางเดียวกัน ลดความหลากหลาย เนื่องจากแนวทางปฏิบัติทางคลินิกเป็นตัวชี้แนะทางการตัดสินใจแก่ผู้ปฏิบัติ การพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นการส่งเสริมการทำงานระหว่างวิชาชีพ โดยเน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลที่ครอบคลุม ต่อเนื่อง มีมาตรฐาน ลดโอกาสความผิดพลาด ลดกิจกรรม ขั้นตอนที่ซ้ำซ้อนหรือไม่จำเป็น เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (NHMRC, 1999) โดยมีแนวปฏิบัติทางคลินิก (clinical practice guideline) เป็นเครื่องมือที่สำคัญ ที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์และการวิจัยกับการปฏิบัติ (จิตรและคณะ, 2543) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของแนวปฏิบัติทางคลินิกไว้มากมายซึ่งส่วนใหญ่จะมีความคล้ายคลึงกัน จึงขอกล่าวที่เป็นหลักใหญ่ๆ ดังนี้

แนวปฏิบัติทางคลินิก หมายถึง ข้อความที่พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยในการตัดสินใจของผู้ปฏิบัติและผู้รับบริการเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมสำหรับภาวะใดภาวะหนึ่ง (Graham & Harrison, 2005) และยังมีผู้ให้ความหมายว่า แนวปฏิบัติทางคลินิก คือ ข้อความที่ผ่านการจัดทำหรือสร้างอย่างเป็นระบบ โดยยึดหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเป็นแนวทางที่ช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของบุคลากรทางการแพทย์ที่เหมาะสมกับสภาวะหรือสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งตามแนวทางที่ระบุไว้ (Miller & Kearney, 2549)

โดยสรุป แนวปฏิบัติทางคลินิก หมายถึง ข้อความหรือเอกสารที่มีการพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ โดยอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อเป็นแนวทางในการตัดสินใจอย่างเหมาะสมของบุคลากรทางการแพทย์ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้รับบริการในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่งที่เฉพาะเจาะจง

สำหรับขั้นตอนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ได้มีองค์กรด้านสุขภาพหลาย องค์กรพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกขึ้น เช่น สภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ ประเทศ ออสเตรเลีย (NHMRC) แนวปฏิบัติระหว่างเครือข่ายมหาวิทยาลัย ประเทศสกอตแลนด์ (Scottish Intercollegiate Guidelines Network [SIGN]) สำนักงานการด้านการดูแลสุขภาพและคุณภาพการ บริการ (Agency for Health Care Research and Quality [AHRQ]) สมาคมการพยาบาลออนตาริโอ (Registered Nurses Association of Ontario [RNAO]) ราชวิทยาลัยการพยาบาล (Royal College of Nurses [RCN]) สถาบันความเป็นเลิศทางคลินิกนานาชาติ (National Institute for Clinical Excellence [NICE]) เป็นต้น (AHCPR, 1991; Graham & Harison, 2005; NHMRC, 1999; NICE, 2002 cited in Hewitt – Taylor, 2005) แต่ละองค์กรได้มีการกำหนดแนวทางการพัฒนาแนวปฏิบัติ ทางคลินิกที่มีความหลากหลายของขั้นตอน ตั้งแต่ 4-5 ขั้นตอน จนกระทั่งถึง 17-18 ขั้นตอน แต่ หลักการใหญ่ๆจะมีความคล้ายคลึงกัน และอิงกรอบแนวคิดของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ เช่น ต้องสืบค้นและประเมินหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ ต้องบูรณาการความข้อคิดเห็นจาก ผู้เชี่ยวชาญ การมีส่วนร่วมของผู้ใช้บริการ ต้องผ่านการทดลองใช้และมีการปรับปรุง เป็นต้น ในที่นี้ จะขอระบุขั้นตอนที่เกิดจากการทบทวนขั้นตอนของทุกองค์กรและสถาบันดังที่กล่าวมาใน กระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก มีรายละเอียด ดังนี้ (ฉวีวรรณ, 2548; AHCPR, 1991; NHMRC; 1999; NICE, 2002 cited in Hewitt – Taylor, 2005)

1. การกำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแก้ไข โดยการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิก

เนื่องจากแนวปฏิบัติทางคลินิกเป็นข้อความที่ได้จากการทบทวนอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยในการตัดสินใจแก่ผู้ปฏิบัติในการดูแลสุขภาพในประเด็นใดประเด็นหนึ่ง ดังนั้นการ กำหนดประเด็นปัญหาที่ต้องการแนวปฏิบัติทางคลินิก ควรเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องการปรับปรุง คุณภาพ

2. การกำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และผลลัพธ์

การกำหนดวัตถุประสงค์ต้องมีความชัดเจน สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย มีการ กำหนดผลลัพธ์ที่จะเกิดจากการให้การดูแลตามแนวทางปฏิบัติ ผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้รับบริการ ส่วนใหญ่จะเป็นผลลัพธ์ด้านสุขภาพ (health outcome) เช่น ลดภาวะทุพพลภาพ ลดการเกิด ภาวะแทรกซ้อน มีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นต้น

3. การสืบค้นและประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์

ในการสืบค้นต้องกระทำอย่างเป็นระบบและทั่วถึงทุกแหล่งของข้อมูล เนื่องจาก เป้าหมายหลักของการมีแนวปฏิบัติทางคลินิก คือ การทำให้เกิดประโยชน์สูงสุด (ฉวีวรรณ, 2548) ดังนั้นจึงต้องมีขั้นตอนการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังต่อไปนี้

3.1 การกำหนดคำสำคัญในการสืบค้น การกำหนดคำสำคัญที่ถูกต้องจะทำให้ได้หลักฐานเกี่ยวข้องกับหัวเรื่องที่จะพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก

3.2 การกำหนดแหล่งสืบค้นและวิธีการสืบค้นที่สามารถสืบค้นงานวิจัยที่เป็นระบบ ซึ่งมีแหล่งสืบค้นข้อมูลทางเทคโนโลยี นอกจากนี้ยังมีแหล่งสืบค้นอื่นๆอีก เช่น จากวารสาร จากเอกสารอ้างอิง และจากผู้เชี่ยวชาญ เป็นต้น

3.3 การคัดเลือกและประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ จะต้องมีการประเมินหลักฐานที่เป็นงานวิจัย โดยต้องพิจารณาให้ครอบคลุมถึงการออกแบบงานวิจัย การควบคุมและการลดอคติที่อาจเกิดขึ้นในการดำเนินการวิจัย วิธีการวัดผลลัพธ์ เป็นต้น การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ต้องมีการพิจารณาคุณสมบัติของงานวิจัยที่นำมาทบทวน พิจารณาข้อสรุปที่ได้จากการทบทวนว่า มีความไวต่อการนำไปใช้เพียงใด และข้อสรุปเชิงปริมาณได้รับการอภิปรายอย่างมีเหตุผลและเหมาะสม โดยคำนึงถึงการนำไปใช้เพื่อแก้ไขปัญหาด้านคลินิกหรือไม่

3.4 การจัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ (level of evidence) หลักฐานเชิงประจักษ์ที่เป็นงานวิจัย จะมีการจัดแบ่งระดับหลักฐานเชิงประจักษ์หลายระดับ ตั้งแต่ 3 ถึง 5 ระดับ ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ ผู้พัฒนาจะต้องระบุว่ามีการเลือกใช้วิธีการวัดระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์ขององค์กรใด และมีหลักการประเมินอย่างไร ในการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการจัดระดับหลักฐานเชิงประจักษ์หลายลักษณะ แต่ลักษณะจะมีหลักในการพิจารณาที่คล้ายคลึงกัน ในการพิจารณาว่าจะนำหลักฐานระดับใดไปใช้ โดยส่วนใหญ่จะพยายามหาหลักฐานที่มีค่าระดับมากก่อนถ้าไม่มีก็จะพิจารณาหลักฐานที่ลดระดับลงไป (จิตรและคณะ, 2543) ในที่นี้จะขอกกล่าวถึงรายละเอียดการแบ่งระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ที่นำเสนอโดยสถาบันโจแอนนาบริกซ์ (The Joanna Briggs Institute, 2014) ดังต่อไปนี้

ระดับ 1 งานวิจัยเชิงทดลองที่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทั้งหมด (experimental design)

ระดับ 1a การทบทวนงานวิจัยทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุมอย่างเป็นระบบ (systematic review of randomized controlled trials [RCTs])

ระดับ 1b การทบทวนงานวิจัยทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม รวมทั้งงานวิจัยอื่นๆ อย่างเป็นระบบ (systematic review of RCTs and other study designs)

ระดับ 1c งานวิจัยทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (RCTs)

ระดับ 1d งานวิจัยทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม แต่ยังไม่สมบูรณ์ (pseudo - RCTs)

ระดับ 2 งานวิจัยกึ่งทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่ม (quasi-experimental designs)

ระดับ 2a การทบทวนงานวิจัยกึ่งทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มอย่างเป็นระบบ (systematic review of quasi-experimental designs)

ระดับ 2b การทบทวนงานวิจัยกึ่งทดลองที่ไม่มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มและงานวิจัยอื่นๆ ที่ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ต่ำกว่าอย่างเป็นระบบ (systematic review of quasi-experimental and other lower study designs)

ระดับ 2c งานวิจัยที่ศึกษาไปข้างหน้าแบบกึ่งทดลองและมีกลุ่มควบคุม (quasi-experimental prospectively controlled study)

ระดับ 2d งานวิจัยที่วัดก่อนและหลังการทดลอง/ศึกษาย้อนหลังแบบมีกลุ่มควบคุม (pre-test – post-test or historic/retrospective control group study)

ระดับ 3 งานวิจัยศึกษาเชิงสังเกตแบบวิเคราะห์ (observational – analytic designs)

ระดับ 3a การทบทวนและเปรียบเทียบงานวิจัยไปข้างหน้าอย่างเป็นระบบ (systematic review of comparable cohort studies)

ระดับ 3b การทบทวนและเปรียบเทียบงานวิจัยไปข้างหน้ากับงานวิจัยที่มีระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ต่ำกว่าอย่างเป็นระบบ (systematic review of comparable cohort studies and other lower study designs)

ระดับ 3c งานวิจัยที่ศึกษาไปข้างหน้าแบบมีกลุ่มควบคุม (cohort study with control group)

ระดับ 3d การศึกษารายกรณีแบบมีการควบคุม (case controlled study)

ระดับ 3e งานวิจัยเชิงสังเกตแบบไม่มีกลุ่มควบคุม (observational study without a control group)

ระดับ 4 งานวิจัยสังเกตแบบบรรยาย (observational - descriptive Studies)

ระดับ 4a การทบทวนงานวิจัยเชิงสังเกตแบบบรรยายอย่างเป็นระบบ (systematic review of descriptive studies)

ระดับ 4b การวิจัยเชิงบรรยาย ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งแบบตัดขวาง (cross-section study)

ระดับ 4c การแบบศึกษารายกรณีหลายๆคน (case series)

ระดับ 4d การศึกษาแบบรายกรณี (case study)

ระดับ 5 งานวิจัยจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านประสบการณ์ทางคลินิก (expert opinion and bench research)

ระดับ 5a การทบทวนงานวิจัยจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (systematic review of expert opinion)

ระดับ 5b งานที่ศึกษาจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ (expert consensus)

ระดับ 5c งานที่ศึกษาจากความเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านประสบการณ์ทางคลินิกผู้เดียว (bench research/single expert opinion)

นอกจากนี้ สถาบันโจแอนนาบิกซ์ยังได้แบ่งระดับข้อเสนอแนะที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ดังนี้

A ข้อเสนอแนะสามารถนำไปปฏิบัติได้ทันที เป็นที่ยอมรับทางด้านจริยธรรม มีเหตุผลสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติระดับมาก ประสิทธิภาพที่ได้ดีเลิศสมควรนำไปประยุกต์ใช้

B ข้อเสนอแนะที่ได้ควรมีการพิจารณาความเหมาะสมในการนำไปปฏิบัติ การยอมรับทางจริยธรรม เหตุผลสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ และประสิทธิภาพของการนำไปประยุกต์ใช้ให้ครบทุกประเด็นและมีการรับรองก่อน

C ข้อเสนอแนะที่ได้ไม่สามารถเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ไม่เป็นที่ยอมรับทางด้านจริยธรรม ไม่มีเหตุผลสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติ ไม่มีประสิทธิภาพ

4. การยกร่างแนวปฏิบัติ ประกอบด้วยขั้นตอน ดังนี้

4.1 การสรุปสาระสำคัญ โดยรวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ถูกประเมินและคัดเลือกมาแล้ว นำมาจัดหมวดหมู่สาระสำคัญของแนวปฏิบัตินั้น ซึ่งสามารถจัดทำแตกต่างกันไปตามลักษณะของประเด็นทางคลินิก ขั้นตอนนี้ต้องมีผู้เชี่ยวชาญให้ความคิดเห็น สำหรับสาระสำคัญของแนวปฏิบัติการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก ประกอบด้วยสาระสำคัญ ดังตาราง 1

ตาราง 1

ตารางสรุปสาระสำคัญในการยกร่างแนวปฏิบัติ

ขั้นตอนของ แนวปฏิบัติ	ที่มา	ข้อเสนอแนะ
1. การประเมิน สุขภาพผู้สูงอายุ	<p>- Elsayy B. & Higgins K. E. (2011), Ladda T. et al. (2008), Panta L., Kittisak S., Suvanee S. & Wilawan H. (2011), จุฑาทิพย์ งามจันทร์ศรี และอรสา กงตาล (2555)</p> <p>- ผ่องพรรณ อรุณแสง (2554), วิไลวรรณ ทองเจริญ (2554)</p> <p>- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2541), Yokoya, T., Demura, S. & Sato, S. (2007)</p>	<p>- การประเมินสุขภาพแบบองค์รวมที่ประกอบด้วย ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ช่วยให้เห็นพบปัญหาสุขภาพได้มากกว่าการประเมินสุขภาพแบบทั่วไป</p> <p>- การประเมินสุขภาพด้านร่างกาย ประกอบด้วย</p> <p>1) การประเมินประวัติสุขภาพกายทั่วไป ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ดัชนีมวลกาย วัดรอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด โรคประจำตัว ประวัติยาที่ใช้ประจำ ช่วยให้ทราบภาวะเสี่ยงทางสุขภาพกายของผู้สูงอายุ</p> <p>2) การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม สามารถประเมินโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยฮาโมนีและบาร์เชล ที่ครอบคลุมด้านการเคลื่อนย้ายตัวเอง การเดิน การใช้ห้องน้ำ การล้างหน้า การถ่ายปัสสาวะ การถ่ายอุจจาระ การอาบน้ำ การทานอาหาร การใส่เสื้อผ้า การเดินลงบันได ทั้งนี้เพราะคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มและเป็นแบบประเมินที่ใช้กันอยู่ทั่วไป</p>

ขั้นตอนของ แนวปฏิบัติ	ที่มา	ข้อเสนอแนะ
	<p>- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2556)</p> <p>- เขียวพา ชูถึง (2547)</p> <p>- ชนิดา ปโชติการ (2012)</p>	<p>ในโรงพยาบาลทุกแห่ง นอกจากนี้คะแนน ADL สามารถนำไปเชื่อมโยงกับการประเมินความต้องการผู้ดูแลสำหรับผู้สูงอายุได้ ซึ่งช่วยประหยัดเวลาในการใช้แบบประเมินในแผนกผู้ป่วยนอก</p> <p>3) การประเมินความสามารถในการกลั้นปัสสาวะโดยใช้แบบประเมินความสามารถในการกลั้นปัสสาวะของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จะครอบคลุมเรื่อง ความถี่ในการปัสสาวะ ความสามารถในการกลั้นปัสสาวะ การแบ่งเวลาปัสสาวะ และการมีปัสสาวะไหลริน และยังเป็นแบบประเมินที่สั้น กระชับ เข้าใจง่าย เหมาะกับบริบทแผนกผู้ป่วยนอกและมีการใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ</p> <p>4) การประเมินการนอนหลับ โดยใช้แบบประเมินปัญหาการนอนหลับของเขียวพา จะครอบคลุมปัญหาการนอนหลับยาก นอนหลับไม่ต่อเนื่อง ระยะเวลาการนอนหลับไม่เพียงพอ และความรู้สึกว่าการนอนหลับไม่เพียงพอ ทั้งนี้ได้ผ่านการทดสอบคุณภาพด้านความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าความเที่ยง 0.91 และแบบประเมินมีข้อความที่สั้น กระชับ เข้าใจได้ง่าย เหมาะสมกับบริบทแผนกผู้ป่วยนอก</p> <p>5) การประเมินภาวะโภชนาการ โดยใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการทางคลินิกโดยรวม (Subjective Global Assessment [SGA]) พัฒนาขึ้นโดยเดทสกีและคณะ จะครอบคลุมการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว อาการเบื่ออาหาร/</p>

ขั้นตอนของ แนวปฏิบัติ	ที่มา	ข้อเสนอแนะ
	<p>- กระทรวงสาธารณสุข (2554)</p> <p>- วิทยาลัยนวก ยิ้มแต่และคณะ (2554)</p> <p>- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2556)</p> <p>- ผ่องพรรณ อรุณแสง (2554)</p>	<p>คลื่นไส้อาเจียน การประกอบกิจวัตรประจำวัน อาการบวมที่เท้า/ขา/แขน/ก้นกบ ความพอม/เส้นรอบวงแขน และกล้ามเนื้อต้นแขน /ต้นขาลีบ และยังเป็นแบบประเมินที่สั้น กระชับ สามารถใช้ได้กับผู้ป่วยติดเตียงซึ่งไม่ทราบน้ำหนักและนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย</p> <p>6) การประเมินสุขภาพช่องปาก โดยใช้แบบประเมินสุขภาพช่องปากของกระทรวงสาธารณสุข จะครอบคลุมการประเมินความผิดปกติในช่องปาก ฟัน และการเคี้ยว/กลืน รวมทั้งการใช้ฟันปลอม และยังเป็นแบบประเมินที่สั้น กระชับ และนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย</p> <p>7) การประเมินการได้ยิน โดยใช้แบบประเมินการได้ยินห้านาทีฉบับภาษาไทย (Five Minute Hearing Test [FMHT]) จะครอบคลุมปัญหาในการฟังเสียงต่างๆในชีวิตประจำวัน ความลำบากในการปะติดปะต่อเรื่องราว และการโต้ตอบผิดพลาด ซึ่งเป็นที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย</p> <p>8) การประเมินการมองเห็น โดยใช้แบบประเมินการมองเห็นของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จะครอบคลุมการมองเห็นในระยะใกล้และไกล รวมถึงประวัติการเดินชนสิ่งของบ่อยๆ และยังเป็นแบบประเมินที่มีข้อคำถามที่สั้น กระชับ เข้าใจได้ง่าย เหมาะสมกับบริบทแผนกผู้ป่วยนอก</p> <p>- การประเมินสุขภาพด้านจิตใจ ประกอบด้วย</p> <p>1) การประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกระทรวงสาธารณสุข จะครอบคลุมอาการเบื่อ ซึมเศร้า</p>

ขั้นตอนของ แนวปฏิบัติ	ที่มา	ข้อเสนอแนะ
	<p>- จิตติมา บุญเกิด (2552), ประเสริฐ อุตสันตชัย (2554)</p> <p>- ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ (2555), วิไลวรรณ ทองเจริญ (2554), ประเสริฐ อุตสันตชัย (2554)</p> <p>- Kattika Thanakwang (2013)</p>	<p>ข้อแก้ ลักษณะการหลับ อาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร ความรู้สึกที่มีต่อตนเองรวมถึงการคิดทำร้ายตนเอง ทั้งนี้คำถามที่ใช้ในการคัดกรองและประเมินภาวะซึมเศร้า ที่ใช้ได้ง่ายและรวดเร็ว อีกทั้งเป็นแบบประเมินที่ใช้ทั่วไปในโรงพยาบาลต่างๆ พยาบาลจึงมีความชำนาญในการใช้มากกว่าแบบประเมินอื่นๆ</p> <p>2) การประเมินภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองอย่างง่าย (Abbreviated Mental Test [AMT]) จะครอบคลุมความจำเกี่ยวกับอายุ เวลา ที่อยู่ปัจจุบัน ปีปัจจุบัน สถานที่ วัน/เดือน/ปี/เกิด การนับเลขถอยหลัง และยังมีข้อคำถามสั้น กระชับ เหมาะสมกับบริบทแผนกผู้ป่วยนอก</p> <p>- การประเมินสุขภาพด้านสังคม โดยใช้แบบประเมินของผ่องพรรณและคณะ จะครอบคลุมปัญหาด้านผู้ดูแล สภาพที่อยู่อาศัย และสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งครอบคลุมปัญหาทางด้านสังคมในทุกๆด้าน ทั้งนี้ได้ผ่านการประเมินคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาและหาความเที่ยงของเครื่องมือก่อนการนำไปใช้แล้ว ได้ค่าความเที่ยง 0.88</p> <p>- การประเมินด้านจิตวิญญาณ โดยใช้แบบประเมินด้านจิตวิญญาณของกัตติกา จะครอบคลุมด้านการทำความดี การมีสติยอมรับและปล่อยวาง ความศรัทธาและการปฏิบัติตามหลักศาสนา อีกทั้งยังเป็นเครื่องมือที่สั้น กระชับ เข้าใจง่ายและผ่านการทดสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา</p>

ขั้นตอนของ แนวปฏิบัติ	ที่มา	ข้อเสนอแนะ
2. การดูแล สุขภาพผู้สูงอายุ	<p>- Inouye K. S., Studenski S., Tinetti E. M. & Kuchel A. G. (2007)</p> <p>- เบญจพร สุธรรมชัย จิราพร เกศพิชญวัฒนา และนภัส แก้ววิเชียร (2558)</p>	<p>ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา 0.91 และความสอดคล้องภายใน ได้ค่าอัลฟาครอนบาช 0.97</p> <p>- การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ควรประเมินทั้งโรคเรื้อรังที่พบบ่อย และกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ (geriatric syndromes) ซึ่งจะช่วยให้ค้นพบโรคหรือความเจ็บป่วยนอกเหนือจากอาการสำคัญที่ผู้สูงอายุมารับบริการได้</p> <p>- การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ควรดูแลให้ครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลต่อเนื่อง รวมทั้งมีแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบ โดยสรุปปัญหาในประเด็น ดังต่อไปนี้</p> <p>1) ความต้องการการดูแล 2) โรคและปัญหาทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ 3) ระบบการส่งต่อไปยังหน่วยบริการเฉพาะทาง ซึ่งจะช่วยให้สามารถติดตามปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างต่อเนื่อง</p>

4.2 การจัดทำแผนประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติไว้ล่วงหน้า โดยจัดทำแบบประเมินผลให้ครอบคลุมด้าน โครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ วางแผนวิธีการรวบรวมข้อมูล เช่น การใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต หรือการรวบรวมข้อมูลจากรายงานผู้ป่วย เป็นต้น การประเมินของกระบวนการใช้แนวปฏิบัติ จะต้องครอบคลุมการประเมินการเปลี่ยนแปลง การปฏิบัติของบุคลากรว่ามีความถูกต้องตามแนวปฏิบัติ การประเมินความรู้ ความเข้าใจในแนวปฏิบัติของบุคลากร ประเมินความสะดวก ความยากง่าย ประเมินปัญหา อุปสรรค ความพึงพอใจ และทัศนคติของผู้ใช้แนวปฏิบัติ

4.3 การจัดทำรูปแบบแนวปฏิบัติฉบับร่าง รูปแบบแนวปฏิบัติ ควรประกอบด้วย ส่วนสำคัญ คือ 1) ชื่อแนวปฏิบัติ คำนำ สารบัญ 2) วัตถุประสงค์ ขอบเขตและผลลัพธ์ 3) สาระสำคัญของแนวปฏิบัติเป็นหมวดหมู่ 4) แหล่งอ้างอิง และ 5) ภาคผนวก

5. การตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ รูปเล่มแนวปฏิบัติฉบับยกร่าง ต้องได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ โดยกำหนดให้มีผู้เชี่ยวชาญในประเด็นทางคลินิกที่พัฒนาแนวปฏิบัติภายหลังจากการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้พัฒนานำมาปรับปรุงเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานก่อนนำไปทดลองใช้

6. การทดลองใช้ โดยการนำร่างแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายจำนวน 5-10 คน หรือใช้ระยะเวลา 1-2 สัปดาห์ (จิตรและคณะ, 2543) ผู้พัฒนาทำการประเมินผลการทดลองใช้ ซึ่งจะเป็นการประเมินเชิงโครงสร้างและกระบวนการมากกว่าเป็นการประเมินเชิงผลลัพธ์ หลังจากนั้นนำผลการประเมินมาปรับปรุงแนวปฏิบัติและจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มให้สมบูรณ์ก่อนนำไปใช้จริง

การประเมินประสิทธิภาพและผลลัพธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

สำหรับขั้นตอนการประเมินประสิทธิภาพและผลลัพธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ในการพัฒนาแนวปฏิบัติควรมีการจัดทำแผนการประเมินไว้ล่วงหน้า โดยจัดทำแบบประเมินประสิทธิภาพให้มีความครอบคลุมทั้งด้าน โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ (ฉวีวรรณ, 2548) และมีการวางแผนวิธีรวบรวมข้อมูล เช่น การใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์ การสังเกต หรือการรวบรวมข้อมูลจากรายงานผู้ป่วย เป็นต้น การประเมินผลด้านกระบวนการใช้แนวปฏิบัติ จะต้องครอบคลุมการประเมินการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติของบุคลากร ว่าปฏิบัติถูกต้องตามแนวปฏิบัติหรือไม่ การประเมินผลเปรียบเทียบก่อนและหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ หรืออาจมีการประเมินผลในระหว่างการดำเนินงานการนำแนวปฏิบัติไปใช้ การประเมินความรู้ ความสามารถในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ของบุคลากร ได้แก่ ประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ ความยาก – ง่าย ในการใช้แนวปฏิบัติ ประเมินปัญหาและอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติ ทั้งด้าน โครงสร้างและกระบวนการ ประเมินความพึงพอใจ และทัศนคติของผู้ใช้แนวปฏิบัติ (ฉวีวรรณ, 2548)

ในงานวิจัยที่ผ่านมา ได้มีการศึกษาเพื่อประเมินเชิงกระบวนการและผลลัพธ์ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหลายแง่มุม ส่วนใหญ่จะศึกษาในประเด็นของความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (กันยา, 2549; จิราภรณ์, 2551; สุนิดา, 2552) การประเมินด้านกระบวนการของการใช้แนวปฏิบัติ คือ ประเมินด้านความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติและผู้รับบริการ (มยุรี, ฉวีวรรณ, และ พิภูล, 2548; สุรีย์และคณะ, 2551; สุนิดา, 2552) ส่วนการประเมินด้านอื่นๆ ได้แก่ ประสิทธิภาพเชิงผลลัพธ์ต่อผู้รับบริการในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ตลอดจนปัญหาและอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (มยุรีและคณะ, 2548; จิราภรณ์, 2551; ชาลิตาและคณะ, 2551)

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการประเมินผลของแนวปฏิบัติ โดยการประเมินผล ทั้งเชิงกระบวนการและเชิงผลลัพธ์ ซึ่งเป็นการประเมินผลที่ครอบคลุมทั้งด้านผู้ใช้แนวปฏิบัติและ ผู้รับบริการ โดยประเมินเชิงกระบวนการกับพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) ความสามารถในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ได้แก่ ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ความ ยาก – ง่ายและปัญหา อุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ 2) ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนว ปฏิบัติ ส่วนการประเมินเชิงผลลัพธ์จะประเมินในเรื่อง ผู้สูงอายุแต่ละรายได้รับการดูแลสุขภาพ ได้ถูกต้องและครอบคลุมเป็นองค์รวมโดยการวินิจฉัยภาวะสุขภาพ

แนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก

ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อน การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่ประเทศ ต่างๆซึ่งกำลังประสบปัญหาการเพิ่มจำนวนของประชากรสูงอายุให้ความสำคัญ จึงได้มีความ พยายามในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุโดยมุ่งเน้นการพัฒนาเครื่องมือในการ ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ เพื่อนำไปใช้ในการออกแบบการดูแลที่เหมาะสม โดย ส่วนใหญ่มีรูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่คล้ายคลึงกัน คือ มุ่งเน้นการดูแลโรคเรื้อรัง และกลุ่ม อาการในผู้สูงอายุ อันเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดภาวะพึ่งพาแก่ผู้สูงอายุ ทั้งนี้โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ คงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสะดวก และมีคุณภาพชีวิต สูงสุดตามศักยภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า มีการ พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้สูงอายุในด้านต่างๆอย่างหลากหลาย แต่ปัญหาที่มักพบ คือ การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุยังไม่มีแนวทางที่ชัดเจน ไม่มีความครอบคลุมเพียงพอสำหรับการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ รวมถึงขาดความต่อเนื่องในการดูแล การมีแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพ ผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่จะช่วยให้มีแนวทางการประเมินสุขภาพที่ชัดเจน และได้ข้อมูลภาวะ สุขภาพที่ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อันจะนำไปสู่ การดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และการดูแลต่อเนื่อง โดยเริ่มจากการคัดกรองปัญหาสุขภาพเบื้องต้นเพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพของ ผู้สูงอายุ แล้วจึงประเมินสุขภาพและวินิจฉัยภาวะสุขภาพเพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุต่อไป

แนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอกที่พัฒนาขึ้นนี้ จึงมี 2 องค์ประกอบหลัก คือ 1) การคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น และ 2) การประเมินสุขภาพ โดยมี รายละเอียดดังนี้

1.1 การคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น เมื่อผู้สูงอายุมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลผู้ทำหน้าที่ซักประวัติจะเป็นผู้คัดกรอง โดยใช้แบบประเมินการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น ซึ่งเป็นข้อคำถามที่สั้น กระชับ สามารถคัดกรองได้อย่างรวดเร็ว เพื่อช่วยในการค้นหาความเสี่ยงหรือปัญหาสุขภาพ (ยศ, ปฤษฎธร, ศรีเพ็ญและธัญญา, 2557) ซึ่งการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นอย่างเป็นองค์รวม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1.1 ด้านร่างกาย ประกอบด้วย การคัดกรองความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม การคัดกรองความสามารถในการกลืนปัสสาวะ ปัญหาการนอนหลับ ภาวะโภชนาการ สุขภาพช่องปาก การได้ยิน การมองเห็น และการได้รับยาหลายชนิด

1.1.2 ด้านจิตใจ ประกอบด้วย การคัดกรองภาวะซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อม

1.1.3 ด้านสังคม ประกอบด้วย การคัดกรองความต้องการผู้ดูแล และปัญหาด้านการเงิน

1.1.4 ด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วย การคัดกรองการเห็นคุณค่าในตนเอง

1.2 การประเมินสุขภาพ การประเมินสุขภาพนี้เป็นการประเมินอย่างละเอียดตามแบบประเมินในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ในหัวข้อที่คัดกรองแล้วพบว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่ต้องให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยพยาบาลจะนำผลการประเมินไปใช้ประกอบการวินิจฉัยภาวะสุขภาพ วางแผนส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ให้การดูแลรักษาฟื้นฟูสภาพ และดูแลภาวะสุขภาพต่อเนื่อง แล้วจึงนัดมาประเมินสุขภาพในด้านที่คัดกรองแล้วแต่ยังไม่พบว่าเป็นปัญหาที่สำคัญในคราวต่อไป รวมทั้งค้นหาปัจจัยสนับสนุนที่จะนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพที่ดี (วิธดาและวรรณิ, 2556) ทั้งนี้จะทำการนัดตามความสะดวกของผู้สูงอายุ ซึ่งการประเมินสุขภาพนี้ต้องกระทำด้วยความถูกต้อง แม่นยำ และเป็นระบบ (วิไลวรรณ, 2554) จึงเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ด้านร่างกาย ประกอบด้วย 1) สุขภาพกายทั่วไป ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง ดัชนีมวลกาย การวัดรอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด โรคประจำตัว และประวัติยาที่ใช้ประจำ 2) การประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) 3) การประเมินการกลืนปัสสาวะไม่ได้ โดยใช้แบบประเมินการกลืนปัสสาวะ 4) การประเมินปัญหาการนอนหลับ โดยใช้แบบประเมินปัญหานอนหลับของเขาวพา (2547) 5) การประเมินภาวะโภชนาการ โดยใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการ (SGA) 6) การประเมินสุขภาพช่องปาก โดยใช้แบบประเมินสุขภาพช่องปากของกระทรวง

สาธารณสุข 7) การประเมินการได้ยิน โดยใช้แบบประเมินการได้ยินห้านาทีฉบับภาษาไทย (FMHT) และ 8) การประเมินการมองเห็น โดยใช้แบบประเมินการมองเห็น

ด้านจิตใจ ประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้าของกระทรวงสาธารณสุข (9Q) และ 2) การประเมินภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองอย่างง่าย (AMT)

ด้านสังคม ประกอบด้วย 1) การประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 2) การประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว 3) การประเมินสภาพที่อยู่อาศัย และ 4) การประเมินแหล่งรายได้ของผู้สูงอายุและผู้ดูแล

ด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วย 1) การประเมินสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และ 2) การประเมินความเชื่อและความศรัทธา โดยดัดแปลงจากแบบประเมินการสูงวัยอย่างมีศักยภาพสำหรับประชาชนไทยในส่วนของความงอกงามทางปัญญา (Growing spiritual wisdom) ของ กัตติกา (Kattika, 2013)

ดังนั้น เมื่อประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแล้วพบขาดในคลินิกผู้สูงอายุ จะต้องกำหนดข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพและแผนการพยาบาลที่ได้ให้การดูแลช่วยเหลือ และปัญหาที่ส่งเพื่อการดูแลต่อเนื่อง ในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ

สรุปผลการทบทวนวรรณกรรม

ปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นในวัยสูงอายุ เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะพึ่งพา ทั้งจากโรคเรื้อรังต่างๆ รวมถึงกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) การประเมินสุขภาพจึงเป็นสิ่งจำเป็น ทั้งนี้เพื่อให้ค้นพบปัญหาสุขภาพนอกเหนือจากอาการสำคัญที่ผู้สูงอายุมารับบริการ จาก การทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีการพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม และออกแบบการดูแลสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตสูงสุด ซึ่งผลการศึกษาล้วนส่วนใหญ่ล้วนทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้นกว่าเดิม ดังนั้นในการศึกษารั้งนี้ ผู้วิจัยจึงพัฒนาแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม โดยได้มีการดำเนินการใน 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น และ 2) การประเมินสุขภาพ เพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพ และดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสมตามภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละราย ซึ่งผลที่ได้จะสามารถป้องกันหรือชะลอความรุนแรงของโรค รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคหรือกลุ่มอาการต่างๆในผู้สูงอายุ อีกทั้งยังก่อให้เกิดประโยชน์ต่อพยาบาลวิชาชีพในการใช้เป็นแนวทางการพยาบาลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพัฒนามีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งประกอบด้วย 2 ระยะ คือ 1) ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ และ 2) ระยะนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้และประเมินผล ดังรายละเอียดที่จะกล่าวต่อไป

ระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติ

ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก ได้นำแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก ของสภาวิจัยทางการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ซึ่งเป็นสถาบันที่ได้รับการยอมรับและมีความน่าเชื่อถือขององค์กรทางด้านสุขภาพ และได้มีการจัดทำเผยแพร่ไว้มากมาย ประกอบด้วย 7 ขั้นตอน สำหรับระยะการพัฒนาแนวปฏิบัติ มีการดำเนินการ 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย 1) การกำหนดประเด็นและขอบเขตของปัญหา 2) การกำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์ 3) การสืบค้นและประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ 4) การยกร่างแนวปฏิบัติ และ 5) การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 1 กำหนดประเด็นและขอบเขตของปัญหา

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ได้ประเด็นและขอบเขตของปัญหาที่จะนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก

การดำเนินการ

ทบทวนแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ. ศ. 2545 - 2564) และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อศึกษานโยบายและประเด็นปัญหาในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบัน

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย และผลลัพธ์

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ได้ทิศทางที่ชัดเจนในการออกแบบแนวปฏิบัติ

การดำเนินการ โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ประกอบด้วย

1. กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ใช้แนวปฏิบัติ คือ พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอก
2. กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ได้รับการใช้แนวปฏิบัติ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก

ผลลัพธ์ที่ต้องการให้เกิดขึ้นจากการพัฒนาแนวปฏิบัติ คือ

1. พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ มีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น
2. ผู้สูงอายุแต่ละรายได้รับการดูแลสุขภาพครอบคลุมเป็นองค์รวมโดยการวินิจฉัยภาวะสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 3 การสืบค้นและประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ที่น่าเชื่อถือ ทันสมัยและสอดคล้องกับปัญหาที่ต้องการศึกษา แล้วนำไปวิเคราะห์และกำหนดเป็นรูปแบบในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก

การดำเนินการ

1. การสืบค้นและคัดเลือกหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ มีรายละเอียดดังนี้

1.1 รวบรวมหลักฐานเชิงประจักษ์โดยใช้กรอบแนวคิด PICO ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2014) ได้แก่

ประชากร (P: population) คือ ผู้สูงอายุ

การปฏิบัติ (I: intervention) คือ การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ

การเปรียบเทียบ (C: comparision) คือ เปรียบเทียบการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบเดิม

ผลลัพธ์ (O: outcome) คือ แนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก มีผลให้พยาบาลมีความพึงพอใจในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ และผู้สูงอายุแต่ละรายได้รับการวินิจฉัยภาวะสุขภาพ เพื่อให้การดูแลสุขภาพได้ถูกต้องและครอบคลุมเป็นองค์รวม

1.2 ดำเนินการสืบค้น โดยกำหนดคำสำคัญในการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยกำหนดคำสำคัญ ดังนี้ ผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุ คลินิกผู้สูงอายุ กลุ่มโรคผู้สูงอายุ การประเมินสุขภาพ การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม การพัฒนาแนวปฏิบัติ ageing, older adult, elderly, geriatric, ageing care,

elderly care, geriatric care, elderly clinic, geriatric syndrome, health assessment, holistic care และ clinical practice guideline

1.3 ดำเนินการสืบค้นด้วยมือ จากวารสาร เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตามคำสำคัญที่กำหนด

2. นำหลักฐานเชิงประจักษ์ที่รวบรวมได้มาประเมินคุณค่า และจัดระดับความน่าเชื่อถือโดยใช้เกณฑ์ของสถาบันโจแอนนาบริกส์ (JBI, 2014) แล้วนำมาจัดเป็นข้อเสนอแนะและพัฒนาเป็นแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก

ขั้นตอนที่ 4 ยกร่างแนวปฏิบัติ

วัตถุประสงค์ เพื่อกำหนดองค์ประกอบเนื้อหาของร่างแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก

การดำเนินการ

1. ผู้วิจัยได้สรุปสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ โดยรวบรวมข้อเสนอแนะที่ได้จากหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่ถูกประเมินและคัดเลือกนำมาจัดหมวดหมู่สาระสำคัญ โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ให้ความคิดเห็นในการสรุปสาระสำคัญของแนวปฏิบัติ

2. การจัดทำแผนประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติไว้ล่วงหน้า โดยจัดทำแบบประเมินผลให้ครอบคลุมด้านโครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ของแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย การประเมินความยาก-ง่าย ความสามารถในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ ปัญหา อุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติ และผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ (ฉวีวรรณ, 2548) คือ ผู้สูงอายุแต่ละรายได้รับการดูแลสุขภาพครอบคลุมเป็นองค์รวม

3. จัดทำเป็นรูปเล่มฉบับร่าง ประกอบด้วย ชื่อแนวปฏิบัติ คำนำ สารบัญ วัตถุประสงค์ เป้าหมาย หลักการสำคัญ แผนผังแสดงขั้นตอนการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ สาระสำคัญของแนวปฏิบัติ และบรรณานุกรม เพื่อให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา และปรับปรุงแก้ไขตามความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิก่อนนำไปใช้ (ฟองคำ, 2549)

ขั้นตอนที่ 5 การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่มีความถูกต้อง ครอบคลุมสาระสำคัญในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก และสามารถนำไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5.1 การตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา

ผู้มีส่วนร่วม

ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุ 2 ท่าน และพยาบาลในคลินิกโรคเรื้อรัง 1 ท่าน

เครื่องมือ

แนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก (ภาคผนวก ข)

การดำเนินการ

ภายหลังจากพัฒนาแนวปฏิบัติฉบับร่างแล้ว ได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) ของแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบประเมินที่ได้สร้างขึ้น ประกอบด้วย เกณฑ์การตัดสินใจ 4 ระดับ (คะแนน 1-4) คือ 1 = ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 = ไม่เห็นด้วย 3 = เห็นด้วย และ 4 = เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งหากข้อเสนอแนะข้อใด มีการให้คะแนนระดับ 1 หรือ 2 ขอให้ผู้ทรงคุณวุฒิระบุข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงแก้ไข โดยรวบรวมความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาหาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) ซึ่งโดยทั่วไปต้องมีค่าไม่น้อยกว่า 0.80 (บุญใจ, 2553) หลังจากนั้นนำแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพในคลินิกผู้สูงอายุฉบับร่างไปปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ

5.2 การหาค่าความเที่ยง

ผู้มีส่วนร่วม

1. พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 2 ราย
2. ผู้มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 10 ราย

เครื่องมือ

แนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก (ภาคผนวก ข)

การดำเนินงาน

นำแนวปฏิบัติที่ปรับปรุงแก้ไขตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิไปหาค่าความเที่ยงใช้วิธีการวัดซ้ำของตัวอย่างโดยผู้วัดคนละคน (inter-rater reliability) มีขั้นตอน ดังนี้

1. จัดแจงวัตถุประสงค์ การรวบรวมข้อมูล และอธิบายขั้นตอนในการใช้แนวปฏิบัติแก่พยาบาลทั้ง 2 ราย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล
2. ตรวจสอบความเที่ยงของแนวปฏิบัติที่สร้างขึ้น โดยให้พยาบาลทั้ง 2 รายนำแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพไปทดลองใช้ในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปรายเดียวกันจำนวน

10 ราย จากนั้นนำคะแนนที่ได้มาหาค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน โดยการคำนวณความสอดคล้องตรงกันระหว่างผู้ประเมิน ซึ่งค่าที่ได้จะต้องไม่ต่ำกว่า 0.80 (บุญใจ, 2553)

ระยณะนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้และประเมินผล

ในการศึกษาคั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ 1) การนำแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอกไปทดลองใช้ และ 2) การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก ที่สามารถนำไปใช้ได้จริงอย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้มีส่วนร่วม

1. พยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งในภาคใต้จำนวน 10 ราย

2. ผู้สูงอายุ อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 30 ราย ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี ดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระ สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้ เป็นผู้มีสุขภาพทั่วไปดี ไม่มีโรคเรื้อรัง หรือมีโรคเรื้อรัง 1-2 โรคที่ยังควบคุมได้ 10 ราย 2) ผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ต้องการการช่วยเหลือบางส่วน มีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคม เป็นโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้ มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ จนส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน 10 ราย และ 3) ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ ต้องอาศัยผู้อื่น มีโรคประจำตัวหลายโรคที่ควบคุมไม่ได้ เจ็บป่วยเรื้อรังยาวนาน และมีภาวะแทรกซ้อนของโรคที่เป็นอยู่ 10 ราย

เครื่องมือ

1. แนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก (ภาคผนวก ข)
2. แบบประเมินการใช้แนวปฏิบัติสำหรับพยาบาล (ภาคผนวก ค) ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

2.1 แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ปรับจากแบบสำรวจความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติของฉวีวรรณและพิกุล (2547) ประกอบด้วย ความยากง่ายของแนวปฏิบัติ และความสามารถในการนำไปใช้ โดยสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลผู้ปฏิบัติต่อการใช้แนวปฏิบัติ ลักษณะให้เลือกตอบ 2 ประเด็น คือ ความยาก-ง่ายให้ตอบว่ายากหรือง่ายในการนำไปใช้ และความสามารถในการนำไปใช้ให้ตอบว่าได้หรือไม่ได้

2.2 แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ ปรับจากแบบประเมินความพึงพอใจการใช้แนวปฏิบัติในการจัดการภาวะไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บสมองของดวงเพ็ญ (2554) โดยมาตรวัดความพึงพอใจแบบตัวเลขเทียบเคียงระดับความพึงพอใจ (numerical rating scales) 0-10 ให้ผู้ประเมินวงกลมรอบตัวเลขที่ตรงกับระดับความพึงพอใจ และกำหนดการแปลความหมายระดับความพึงพอใจ ไว้ดังนี้

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความพึงพอใจ

คะแนน 1-3 หมายถึง มีความพึงพอใจน้อย

คะแนน 4-6 หมายถึง มีความพึงพอใจปานกลาง

คะแนน 7-10 หมายถึง มีความพึงพอใจมาก

2.3 คำถามปลายเปิดเพื่อสอบถาม ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติ

2.4 แบบประเมินความครอบคลุมการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมโดยการวินิจฉัยภาวะสุขภาพ

การดำเนินการ

1. ขออนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของคณะพยาบาลศาสตร์ และผู้อำนวยการ โรงพยาบาลให้เก็บข้อมูล ณ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาล จากนั้นขออนุญาตหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย รายละเอียดของแนวปฏิบัติ และขอความร่วมมือจากพยาบาลในการเข้าร่วมวิจัย

2. การเตรียมพยาบาลผู้เข้าร่วมวิจัยก่อนดำเนินการนำแนวปฏิบัติไปใช้ โดยอธิบายรายละเอียดของแบบคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นและแบบประเมินสุขภาพในสมุดบันทึกสุขภาพวิธีการใช้ ขั้นตอนและแนวทางการใช้แบบประเมิน การกำหนดข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพ รวมทั้งการบันทึกข้อมูล และเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย

3. ให้พยาบาลที่เข้าร่วมวิจัยนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้กับผู้มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ดังรายละเอียดที่กล่าวมาแล้วข้างต้น

4. ให้พยาบาลตอบแบบสอบถามเพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในประเด็นเกี่ยวกับความยาก-ง่าย ความสามารถในการนำไปใช้ และความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินผลของแนวปฏิบัติ

วัตถุประสงค์ เพื่อสรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำเป็นแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอกฉบับสมบูรณ์

การดำเนินการ

เมื่อใช้แนวปฏิบัติครบตามกำหนดแล้ว ผู้วิจัยเก็บข้อมูลความสามารถในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติจากแบบสอบถาม และเก็บข้อมูลความครอบคลุมข้อวินิจฉัยพยาบาลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม หลังจากนั้นนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติพรรณนา มีรายละเอียดดังนี้

1. ความสามารถในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ได้แก่ ความยาก-ง่าย และความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ นำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงในรูปของความถี่
2. ความพึงพอใจของผู้ใช้แนวปฏิบัติ นำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงในรูปของความถี่
3. ข้อมูลปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ นำมาวิเคราะห์โดยการจัดกลุ่มเนื้อหา และวิเคราะห์ความถี่ของแต่ละประเด็น
4. ความครอบคลุมเป็นองค์รวมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล นำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงในรูปของความถี่

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

เมื่อพบกลุ่มตัวอย่างแต่ละรายจะทำการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ในระหว่างการเข้าร่วมวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการให้การพยาบาลหรือการรักษาแต่อย่างใด สำหรับข้อมูลของผู้ป่วยจะเก็บเป็นความลับ และการนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นการนำเสนอโดยภาพรวม เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างเช่นยินยอมเพื่อเข้าร่วมวิจัยโดยไม่มีการบังคับใดๆ (ภาคผนวก ฉ)

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งได้พัฒนาแนวปฏิบัติภายใต้แนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย (NHMRC, 1999) ประกอบด้วย ขั้นตอนการดำเนินการ 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติ และ ระยะที่ 2 การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้และประเมินผล ร่วมกับแนวคิดการดูแลสุขภาพเป็นองค์รวม ดังนี้

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติ

ผลการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก แบ่งเป็น 5 ขั้นตอน คือ (1) การกำหนดประเด็นและขอบเขตของปัญหา (2) การกำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์ (3) การสืบค้นและประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ (4) การยกร่างแนวปฏิบัติ และ (5) การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดประเด็นและขอบเขตของปัญหา

ผลจากการทบทวนแผนพัฒนาผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ. ศ. 2545 - 2564) และประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข พบว่า มีนโยบายที่จะให้ความสำคัญรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุ ในการรับบริการสุขภาพเป็นกรณีพิเศษ และให้มีการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุในหน่วยบริการสุขภาพทุกแห่ง โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการรักษาโรคฟื้นฟูสภาพ ส่งเสริมสุขภาพ หรือป้องกันโรคอย่างเหมาะสม โดยให้มีการคัดกรองโรคที่พบบ่อย และให้บริการอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งจะช่วยลดอัตราการเจ็บป่วยหรือพิการ รวมทั้งสามารถตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ แต่ในปัจจุบันมีคลินิกผู้สูงอายุที่จัดตั้งขึ้นเพียงร้อยละ 40 และปัญหาที่มักพบ คือ คลินิกส่วนใหญ่คำนึงถึงเพียงการจัดบริการที่สะดวก ดังสโลแกนที่กล่าวว่า “70 ปีไม่มีคิว” แต่ผู้สูงอายุก็ยังคงได้รับการดูแลสภาพไม่แตกต่างจากกลุ่มผู้รับบริการวัยอื่น คือ มุ่งเน้นการรักษาอาการสำคัญที่ผู้สูงอายุ

มารับบริการในครั้งนั้น ซึ่งไม่ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ นอกจากนี้ยังพบว่า คลินิกส่วนใหญ่ยังไม่มีแนวปฏิบัติเฉพาะในการประเมินสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่เหมาะสม

โดยสรุป การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ นอกจากจำเป็นต้องประเมินอย่างรวดเร็วแล้ว จะต้องมุ่งเน้นการดูแลอย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณแก่ผู้สูงอายุทั้งกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน และติดเตียง เพื่อให้การดูแลรักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพส่งเสริมสุขภาพ หรือป้องกันโรคที่เหมาะสม รวมทั้งการประสานงานหรือส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดวัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมายและผลลัพธ์

แนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ให้การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์จากการใช้แนวปฏิบัติ คือ ผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจในการปฏิบัติ ผู้สูงอายุแต่ละรายได้รับการดูแลสุขภาพอย่างครอบคลุมเป็นองค์รวม

ขั้นตอนที่ 3 การสืบค้นและประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์

สำหรับการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวน 20 เรื่องที่เกี่ยวข้องกับการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ เมื่อนำมาประเมินคุณค่าและความน่าเชื่อถือได้หลักฐานเชิงประจักษ์ 7 เรื่อง (ภาคผนวก ก) โดยเป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีการทบทวนอย่างเป็นระบบ 1 เรื่อง คือ Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept (Inouye, Studenski, Tinetti & Kuchel, 2007) เชิงทดลอง 2 เรื่อง คือ Prevalence and recognition of geriatric syndromes in an outpatient clinic at a tertiary care hospital of Thailand (Panta, Kittisak, Suvanee & Wilawan, 2011) และ Development and Psychometric Testing of the Healthy Aging Instrument (Ladda et al, 2008) การทบทวนและเปรียบเทียบงานวิจัยไปข้างหน้ากับงานวิจัยที่มีระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ต่ำกว่าอย่างเป็นระบบ 2 เรื่อง คือ การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์ (จุฑาทิพย์ และอรสา, 2555) และการสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (เบญจพร, จิราพรและนภัส, 2558) และบทความวิชาการ 1 เรื่อง คือ The geriatric assessment (Elsawy & Higgins, 2011) หลังจากนั้นนำมาจัดทำเป็นข้อเสนอแนะการปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยเลือกรูปแบบการประเมินแบบองค์รวมในการประเมินสุขภาพเนื่องจากมีมาตรฐานเป็นสากล ร่วมกับการประเมินโรคในผู้สูงอายุ โดยประเมินโรคเรื้อรังที่พบบ่อย และกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ (geriatric syndromes) และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เน้นความรวดเร็ว เพื่อให้การ

รักษาพยาบาล ฟันฟูสภาพ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและดูแลต่อเนื่องตามภาวะสุขภาพของผู้รับบริการแต่ละราย

ขั้นตอนที่ 4 การยกร่างแนวปฏิบัติ

นำข้อเสนอแนะจากหลักฐานเชิงประจักษ์ มาจัดทำเป็นแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก โดยมีอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ให้ข้อคิดเห็นในการจัดทำสำหรับโครงสร้างของแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย ชื่อแนวปฏิบัติ วัตถุประสงค์ เป้าหมาย หลักการสำคัญ ขั้นตอนของแนวปฏิบัติ แผนผังกระบวนการทำงาน ตารางการใช้แบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีแบบคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น และการประเมินภาวะสุขภาพซึ่งจัดทำในรูปแบบของสมุดบันทึกสุขภาพเป็นองค์ประกอบหลัก เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพและให้การดูแลที่เฉพาะในผู้สูงอายุแต่ละราย มีรายละเอียดดังนี้

1. การคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น ดำเนินการโดยพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก รวมถึงพยาบาลคลินิกพิเศษต่างๆที่มีผู้สูงอายุไปใช้บริการ เพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ประกอบด้วย การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ความสามารถในการกลืนปัสสาวะ การนอนหลับ ภาวะโภชนาการ สุขภาพช่องปาก การมองเห็น การได้ยิน ยาที่ได้รับ ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม ความต้องการผู้ดูแล รายได้หรือสภาพการเงิน และความรู้สึกลดลงเสียคุณค่าในตัวเอง

2. การประเมินภาวะสุขภาพ โดยใช้แบบประเมินในสมุดบันทึกสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินสุขภาพกาย แบบประเมินสุขภาพจิต แบบประเมินสุขภาพสังคม แบบประเมินสุขภาพจิตวิญญาณ การวินิจฉัยภาวะสุขภาพ การดูแลที่ได้รับ และปัญหาที่ส่งดูแลต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 5 การตรวจสอบคุณภาพของแนวปฏิบัติ

ผลการศึกษา พบว่า การตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาของแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพในคลินิกผู้สูงอายุ โดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.91 และตรวจสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน โดยดำเนินการให้พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอก 2 รายนำแนวปฏิบัติไปใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกรายเดียวกันจำนวน 10 ราย พบว่ามีความสอดคล้องตรงกันเท่ากับ 0.95 ซึ่งถือว่าเป็นค่าที่มีความเหมาะสม (บุญใจ, 2553)

ระยะที่ 2 ผลการนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้และการประเมินผล

โครงสร้างของแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย ชื่อแนวปฏิบัติ วัตถุประสงค์ เป้าหมาย หลักการสำคัญ ขั้นตอนของแนวปฏิบัติ แผนผังกระบวนการทำงาน ตารางการใช้แบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ โดยมีแบบคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น และการประเมินภาวะสุขภาพเป็นองค์ประกอบหลัก เริ่มทดลองใช้ตั้งแต่เดือนเมษายน-พฤษภาคม 2559 ผลการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในกลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 10 ราย และผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 30 ราย โดยพยาบาลได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย รายละเอียดของแนวปฏิบัติ ขั้นตอนและแนวทางการนำแนวปฏิบัติไปใช้ตั้งแต่การคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น การประเมินสุขภาพ และการบันทึกข้อมูล รวมทั้งเปิดโอกาสให้สอบถามข้อสงสัย สำหรับผู้สูงอายุและครอบครัวได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ ผลการใช้แนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก พบว่า เมื่อพยาบาลผู้ทำหน้าที่คัดกรองผู้สูงอายุที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้แบบคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น (ภาคผนวก ข) เพื่อค้นหาความเสี่ยงหรือปัญหาสุขภาพ พบว่า สามารถคัดกรองได้อย่างรวดเร็วโดยใช้เวลาเพียง 3-5 นาที ในส่วนของการประเมินสุขภาพภายหลังการคัดกรอง พยาบาลจะประเมินในหัวข้อที่คัดกรองแล้ว และพบว่าเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่ต้องให้การช่วยเหลือ และนำผลการประเมินไปใช้ประกอบการวินิจฉัยภาวะสุขภาพ วางแผนส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ให้การดูแลรักษาฟื้นฟูสภาพ และดูแลภาวะสุขภาพต่อเนื่องโดยใช้เวลาเพียง 10-15 นาที

สำหรับการประเมินผลแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก ภายหลังจากนำไปใช้ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลพยาบาลผู้ใช้นโยบายปฏิบัติ ข้อมูลผู้สูงอายุที่มารับบริการ ประเมินผลความสามารถในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ ความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ ปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอของพยาบาลผู้ใช้นโยบายปฏิบัติ ความครอบคลุมเป็นองค์รวมในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ข้อมูลพยาบาลผู้ใช้นโยบายปฏิบัติ

การศึกษานี้มีพยาบาลผู้ใช้นโยบายปฏิบัติจำนวน 10 ราย อายุน้อยกว่า 40 ปี 6 คน อายุ 40-58 ปี 4 คน จบการศึกษาระดับปริญญาตรีทั้งหมด ระยะเวลาปฏิบัติงาน 1 ปี 2 คน ระยะเวลาปฏิบัติงาน 3-5 ปีและมากกว่า 5 ปีกลุ่มละ 4 คน พยาบาลทุกคนไม่มีประสบการณ์การอบรมเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ

ข้อมูลผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุจำนวน 30 รายที่ได้รับการประเมินสุขภาพ โดยใช้แนวปฏิบัติที่ได้พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) กลุ่มติดสังคม 10 ราย อายุเฉลี่ย 73.9 ปี (SD = 10.79, Max -Min = 93 - 60) โดยเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว 3 ราย เป็นโรคเบาหวาน 1 ราย ความดันโลหิตสูง 4 ราย เป็นทั้งเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2 ราย 2) กลุ่มติดบ้าน 10 ราย อายุเฉลี่ย 76 ปี (SD = 9.23, Max - Min = 80 - 60) ทุกคนมีโรคประจำตัวตั้งแต่ 2 โรคขึ้นไป คือ โรคเบาหวานและโรคไตวายเรื้อรัง 1 ราย เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 2 ราย เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตวายเรื้อรัง 2 ราย เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมอง 5 ราย 3) กลุ่มติดเตียง 10 ราย อายุเฉลี่ย 79.4 ปี (SD = 9.89, Max-Min = 88-62) เป็นโรคกระดูกพรุน 2 ราย ความดันโลหิตสูงและหลอดเลือดสมอง 4 ราย โรคความดันโลหิตสูง เบาหวานและหลอดเลือดสมอง 4 ราย ดังรายละเอียดในตาราง 1

ตาราง 1

จำนวนผู้สูงอายุที่ได้รับการใช้แนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก จำแนกตามลักษณะส่วนบุคคล (N = 30)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน
ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม	
อายุ (ปี) (Max = 93, Min = 60, M = 73.9, SD = 10.79)	
60 - 70	3
> 70 - 80	3
> 80 - 93	4
โรคประจำตัว	
ไม่มี	3
โรคเบาหวาน	1
โรคความดันโลหิตสูง	4

ตาราง 1 (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน
โรคเบาหวาน & ความดันโลหิตสูง	2
ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน	
อายุ (ปี) (Max = 84, Min = 60, M = 76.0, SD = 9.23)	
60 - 70	3
> 70 - 80	3
> 80 - 84	4
โรคประจำตัว	
โรคเบาหวาน & โรคไตวายเรื้อรัง	1
โรคเบาหวาน & โรคความดันโลหิตสูง	2
โรคเบาหวาน & โรคความดันโลหิตสูง & โรคไตวายเรื้อรัง	2
โรคเบาหวาน & โรคความดันโลหิตสูง & โรคหลอดเลือดสมอง	5
ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง	
อายุ (ปี) (Max = 88, Min = 62, M = 79.4, SD = 9.89)	
60 - 70	2
> 70 - 80	3
> 80 - 88	5
โรคประจำตัว	
โรคกระดูกพรุน	2
โรคความดันโลหิตสูง & โรคหลอดเลือดสมอง	4
โรคความดันโลหิตสูง & โรคเบาหวาน & โรคหลอดเลือดสมอง	4

1. ความสามารถในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

1.1 ความยาก-ง่ายของแนวปฏิบัติ

ในประเด็นความยาก-ง่ายของการใช้แนวปฏิบัติ จากเนื้อหาของแนวปฏิบัติทั้ง 2 ส่วน พบว่า พยาบาล 8 ราย ระบุว่าแนวปฏิบัติในส่วนแบบคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นเป็นข้อคำถามที่สั้น กระชับ เข้าใจง่าย และสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุมีแบบประเมินที่ใช้อยู่แล้วในหน่วยงาน ได้แก่ แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน (ADL) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) เนื้อหาในแบบประเมินทั้งสองส่วนนี้จึงมีความง่ายต่อการนำไปใช้ โดยสามารถคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุด้วยเวลาเพียงคนละ 3-5 นาที และประเมินสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่ด้วยเวลา 10-15 นาที อย่างไรก็ตาม แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบประเมินที่นอกเหนือจากแบบประเมินที่ใช้ประจำในหน่วยงาน ได้แก่ แบบประเมินด้านสังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งพยาบาล 2 ราย ระบุว่า แบบคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นและแบบประเมินด้านจิตวิญญาณทำได้ยาก นอกจากนี้ ยังมีพยาบาลอีก 1 ราย ระบุว่า แบบประเมินสุขภาพสังคมในด้านสัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และแหล่งสนับสนุนด้านการเงินทำได้ยากเช่นกัน โดยพยาบาลทุกคนที่ระบุว่ายากต่างให้เหตุผลว่า เป็นด้านที่ต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ประเมินและผู้สูงอายุจึงจะได้ข้อมูล ทั้งนี้รายละเอียดรายการประเมินที่พยาบาลทั้ง 3 ราย ระบุว่ายาก ได้แก่ 1) การประเมินสุขภาพสังคมในด้านสัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน และ 2) การประเมินสุขภาพจิตวิญญาณในส่วนการคัดกรองเบื้องต้นในด้านความรู้สึกไม่มีคุณค่า/รู้สึกหมดหวังในชีวิต การประเมินด้านความเชื่อและศรัทธา และการเห็นคุณค่าในตนเอง ดังตาราง 2

ตาราง 2

จำนวนพยาบาลที่ใช้แนวปฏิบัติ แล้วประเมินความยาก-ง่ายในการนำแนวปฏิบัติไปใช้จำแนกตามข้อมูลการประเมินสุขภาพสังคมและสุขภาพจิตวิญญาณ (N=10)

การประเมินสุขภาพสังคมและสุขภาพจิตวิญญาณ	จำนวนพยาบาลผู้ประเมิน	
	ยาก	ง่าย
สุขภาพสังคม		
สัมพันธภาพในครอบครัว	1	9
การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน	1	9
แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน	1	9
สุขภาพจิตวิญญาณ		
สิ่งมีค่าที่สุดในชีวิต	2	8
การประเมินความเชื่อและศรัทธา	2	8

1.2 ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

ในประเด็นความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ จากเนื้อหาของแนวปฏิบัติทั้งหมด 2 ส่วน พบว่า พยาบาลผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาทั้ง 10 ราย มีความเห็นว่าแนวปฏิบัตินี้สามารถนำไปใช้ได้ ถึงแม้ว่าพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติจำนวน 2 รายจะระบุว่า ในส่วนการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นด้านจิตวิญญาณและการประเมินสุขภาพด้านจิตวิญญาณทำได้ยาก และพยาบาล 1 ราย ระบุว่า การประเมินสุขภาพสังคมในด้านสัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และแหล่งสนับสนุนด้านการเงินทำได้ยากเช่นกัน

1.3 ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะในการนำแนวปฏิบัติไปใช้

ในประเด็นปัญหา อุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติไปใช้จากแบบสอบถาม ปลายเปิด พบว่า พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทั้ง 10 ราย มีความเห็นว่า ขั้นตอนการนัดผู้สูงอายุมา ประเมินภาวะสุขภาพหลังการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียงไม่ได้มา ตามนัด พยาบาล 3 ราย มีความเห็นว่าแนวปฏิบัตินี้มีแบบประเมินมาก ต้องใช้เวลานานในการ ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ (30 นาที) และพยาบาล 2 ราย มีความเห็นว่าแบบคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น ด้านจิตวิญญาณและการประเมินสุขภาพด้านจิตวิญญาณไม่สามารถประเมินได้ในครั้งแรกที่ ผู้สูงอายุมารับบริการ ดังตาราง 3

ตาราง 3

จำนวนของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติที่ระบุปัญหาและอุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ (N=10)

ปัญหา อุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติ	จำนวน
ผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงไม่มาตามนัดเพื่อประเมินสุขภาพ	10
แนวปฏิบัติมีแบบประเมินมาก	3
การประเมินด้านจิตวิญญาณไม่สามารถทำได้ในครั้งแรก	2

หมายเหตุ: พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ 1 ราย ระบุปัญหาและอุปสรรคได้มากกว่า 1 ข้อ

2. ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ

ในประเด็นความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ พบว่า พยาบาลผู้ใช้แนว ปฏิบัติทุกคนให้คะแนนความพึงพอใจในระดับมาก (7 คะแนนขึ้นไป จากคะแนนเต็ม 10 : 7 คะแนน = 1 ราย, 8 คะแนน = 3 ราย, 9 คะแนน = 4 ราย, 10 คะแนน = 2 ราย) ทั้งนี้ไม่พบว่ามี พยาบาลที่ระบุว่าไม่พึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วย นอก ทั้งในภาพรวมหรือรายกิจกรรมเลย

3. ความครอบคลุมการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมโดยการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ผู้สูงอายุจำนวน 30 ราย ได้รับการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อให้การดูแลสุขภาพ โดยข้อวินิจฉัยที่เป็นปัญหาสุขภาพซึ่งต้องได้รับการรักษาพยาบาลหรือฟื้นฟูสภาพที่พบในผู้สูงอายุส่วนใหญ่ ได้แก่ นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ (22 ราย) วิตกกังวลในการทำกิจวัตรประจำวันเนื่องจากมองเห็นไม่ชัด (21 ราย) และไม่สุขสบายเนื่องจากกลิ่นปัสสาวะไม่ได้ (13 ราย) ข้อวินิจฉัยที่เป็นความเสี่ยงซึ่งต้องได้รับการป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพตามมา ได้แก่ เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม (18 ราย) เสี่ยงต่อภาวะอ้วนลงพุง (17 ราย) และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม (9 ราย) และข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพในด้านดีซึ่งควรได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ มีความเชื่อมั่นศรัทธาในตนเอง (26 ราย) เพลิดเพลินใจได้ดี (21 ราย) และปรับตัวเข้ากับสังคมได้ดี (15 ราย) อย่างไรก็ตาม พบว่า ยังมีผู้สูงอายุจำนวน 4 ราย ไม่ได้รับการกำหนดข้อวินิจฉัยปัญหาด้านจิตวิญญาณ แม้ว่าจะมีข้อมูลในแบบประเมินภาวะสุขภาพ ที่บ่งชี้ว่าผู้สูงอายุทั้ง 4 รายมีปัญหาในด้านนี้ ดังรายละเอียดในตาราง 4

ตาราง 4

จำนวนข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุจำแนกตามมิติสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเรียงลำดับจากข้อวินิจฉัยสุขภาพด้านดี ข้อวินิจฉัยที่เป็นความเสี่ยง และข้อวินิจฉัยที่เป็นปัญหาซึ่งเกิดขึ้นแล้ว ($N = 30$)

ข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพ	จำนวน
ด้านร่างกาย	
สุขภาพกายดีเนื่องจากสนใจดูแลตนเอง	8
เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	18
เสี่ยงต่อภาวะอ้วนลงพุง	17
เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย	11
เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน	4
นอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ	22

ตาราง 4 (ต่อ)

ข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพ	จำนวน
วิตกกังวลในการทำกิจวัตรประจำวันเนื่องจากมองเห็นไม่ชัด	21
ไม่สุขสบายเนื่องจากกลิ่นปัสสาวะไม่ได้	13
ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดฟัน/ฟันโยก	9
วิตกกังวลในการเข้าร่วมสังคมเนื่องจากได้ยินไม่ชัด	6
ด้านจิตใจ	
เผชิญความเครียดได้ดี	21
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม	9
เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า	8
ด้านสังคม	
ปรับตัวเข้ากับสังคมได้ดี	15
รายได้ไม่เพียงพอกับรายจ่าย	15
ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงจากความเจ็บป่วย	7
พร้อมความสามารถในการดูแลตนเองเนื่องจากความชรา	2
ด้านจิตวิญญาณ	
มีความเชื่อมั่นศรัทธาในตนเอง	26
ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองลดลง	3
ขาดสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ	1

การอภิปรายผลการวิจัย

แนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก ที่พัฒนาขึ้นโดยใช้กระบวนการทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์อย่างเป็นระบบ โดยผลการศึกษาดังกล่าวสามารถอภิปรายผลตามคำถามการวิจัย โดยแบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ 1) องค์ประกอบของแนวปฏิบัติในการ

ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก และ 2) ผลการประเมินแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. องค์ประกอบของแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก

แนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอกที่พัฒนาขึ้นนี้มี 2 องค์ประกอบหลัก คือ 1) การคัดกรองสุขภาพ และ 2) การประเมินสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 การคัดกรองสุขภาพ การคัดกรองสุขภาพเป็นการซักถามหรือตรวจอย่างเป็นระบบในเบื้องต้น เพื่อค้นหาความเสี่ยงหรือโรคในระยะเริ่มแรกของผู้สูงอายุ ซึ่งไม่ทราบมาก่อนว่าตนเองมีความเสี่ยงหรือเป็นโรคนั้นแล้ว โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะป้องกันโรค ลดความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรค (ยศ, ปฤษฎฐพร, ศรีเพ็ญและชนัญญา, 2557) สำหรับผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ง่าย การคัดกรองสุขภาพจึงมีความจำเป็นที่จะช่วยให้ค้นพบโรคและเข้ารับการรักษาพยาบาลหรือฟื้นฟูสภาพได้โดยเร็ว เพื่อลดความรุนแรงของโรคหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค โดยจากสถิติของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2540-2549 รายงานว่า การคัดกรองหาผู้ที่เป็นโรคเรื้อรังโดยไม่รู้ตัว พบว่า ผู้ป่วยอาจมีอาการของโรค 4-7 ปี ก่อนที่จะได้รับการวินิจฉัย การคัดกรองสุขภาพจึงเป็นหนทางหนึ่งอันจะนำไปสู่การช่วยเหลือและเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดียิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการคัดกรองและป้องกันผู้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ พบว่า ภายหลังจากการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุมีความรู้เรื่องโรค มีการปฏิบัติตัวถูกสุขลักษณะ และลดความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 63 (รัตนวิษณุ, สุรเชษฐและกัลยา, 2555)

1.2 การประเมินสุขภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ข้อมูลทางสุขภาพมาเป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยโรค วางแผนดูแลรักษา รวมทั้งการติดตามผล การประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็น ที่จะต้องดำเนินการเพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพว่ามีด้านใดที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน รวมทั้งค้นหาปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เพื่อทราบถึงปัจจัยที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี (วิรดาและวรรณิ, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการประเมินภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังในชุมชน เทศบาลเมืองแสนสุขจังหวัดชลบุรี ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเขตเมือง เทศบาลเมืองแสนสุข มีปัญหาภาวะสุขภาพจิตด้านความเครียดและภาวะซึมเศร้าในระดับมาก สมควรเร่งดำเนินการดูแลรักษาและเอาใจใส่เพื่อพัฒนาผู้สูงวัยในชุมชนให้สามารถปรับตัว มีความสุขและพัฒนาคุณภาพชีวิตตนเองให้ดีขึ้น (สรร, เวชกา, พวงทองและพลอยพันธุ์, 2558)

2. ผลการประเมินแนวปฏิบัติการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก

ด้านคุณภาพของแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก แบ่งเป็น 2 ประเด็น คือ คุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาและความเที่ยงในการนำไปใช้ โดยเนื้อหาของแนวปฏิบัติได้รับการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.91 แสดงว่าเนื้อหาของแนวปฏิบัติมีความครอบคลุมประเด็นต่างๆที่ต้องการศึกษา มีความถูกต้องด้านภาษา เข้าใจได้ง่าย และสามารถนำไปปฏิบัติได้ในหน่วยงาน อย่างไรก็ตาม ผู้ทรงคุณวุฒิได้ให้ข้อคิดเห็นในการปรับแบบประเมินในสมุดบันทึกสุขภาพของผู้สูงอายุ ได้แก่ แบบประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้มให้ปรับเป็นแบบประเมินที่ไม่ต้องใช้เวลาและอัตราค่าล้างเจ้าหน้าที่มากเกินไป จึงปรับจากแบบประเมินความสามารถในการทรงตัว (Time Up and Go Test) เป็นแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน แล้ววิเคราะห์ความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม เนื่องจากระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม (Yokoya, Demura & Sato, 2007; วิรุฒา, ปรีดาและณัฐเศรษฐ, 2553) และเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินผู้สูงอายุทั่วไปทุกพื้นที่ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนตามข้อกำหนดของกระทรวงสาธารณสุข (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2552) นอกจากนี้คะแนน ADL สามารถนำไปเชื่อมโยงกับความต้องการผู้ดูแลในผู้สูงอายุได้ ซึ่งช่วยประหยัดเวลาและใช้อัตราค่าล้างเจ้าหน้าที่ในการประเมินน้อยกว่า นอกจากนี้ได้นำแนวปฏิบัติไปตรวจสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน ได้ค่าความสอดคล้องตรงกันเท่ากับ 0.95 แสดงว่าแนวปฏิบัติมีความเที่ยงในระดับที่เชื่อถือได้ (บุญใจ, 2553) สำหรับประเด็นการประเมินที่ยังพบความไม่สอดคล้องของผลการทดสอบความเที่ยงดังกล่าว ผู้วิจัยได้นำข้อคิดเห็นจากผู้ประเมินมาวิเคราะห์และปรับปรุง อาทิเช่น การระบุปัญหาสุขภาพสังคมของผู้สูงอายุ ซึ่งพยาบาลผู้ประเมินให้ข้อคิดเห็นว่าคุณมีเกณฑ์ที่ช่วยให้ระบุว่าผู้สูงอายุมีปัญหาในด้านดังกล่าวให้แก่พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ

ด้านความสามารถในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ แบ่งเป็น 2 ประเด็น ดังนี้

1. ความเป็นไปได้ และความยาก-ง่ายในการนำแนวปฏิบัติการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอกไปใช้ ซึ่งพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติทุกคนให้ความเห็นว่าสามารถนำไปปฏิบัติได้ และพยาบาลส่วนใหญ่ (8 ราย) ระบุว่า แนวปฏิบัติมีความง่ายในการนำไปใช้ อาจเพราะแบบประเมินส่วนใหญ่ของแนวปฏิบัติเป็นสิ่งที่ผู้ปฏิบัติคุ้นเคยและทำอยู่เดิม รวมทั้งมีหลักการ/ความเป็นมา เป้าหมายของการดำเนินการ กระบวนการ/ขั้นตอนที่ชัดเจน และเป็นเครื่องมือนำความรู้ไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของฉวีวรรณ (2548) ซึ่งพบว่า แนวปฏิบัติเป็นตัวเชื่อมระหว่างหลักฐานเชิงประจักษ์และการปฏิบัติให้บังเกิดผลลัพธ์ของการให้บริการ อย่างไรก็ตามพยาบาลบางราย (3 ราย) ระบุว่า การ

ประเมินสุขภาพด้านสังคมและจิตวิญญาณมีความยาก อาจเพราะผู้ที่ระบุว่ายากนี้เป็นพยาบาลจบใหม่ยังมีประสบการณ์ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลจบใหม่ในโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งพบว่า พยาบาลจบใหม่ต้องการการเรียนรู้จากการปฏิบัติงาน เป็นประสบการณ์การเพิ่มทักษะ ความชำนาญจากการปฏิบัติงานจริง (ศิริภัทร, 2546)

2. ความพึงพอใจของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก รวมถึงปัญหาอุปสรรคในการใช้แนวปฏิบัติ พยาบาลทุกคนมีความพึงพอใจแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก โดยพยาบาลกว่าครึ่งหนึ่งให้คะแนนความพึงพอใจในระดับ 9 และ 10 คะแนน อาจเป็นเพราะแนวทางที่ปฏิบัติอยู่เดิม พยาบาลไม่มีแนวทางในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ แต่แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นช่วยให้พยาบาลมีแบบประเมินที่ชัดเจนและสามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ เพื่อให้การดูแลได้ตามลำดับ โดยเฉพาะปัญหาที่ต้องให้การช่วยเหลือเบื้องต้น ทำให้เกิดความมั่นใจในการดูแลผู้รับบริการสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการไข้ในผู้ป่วยเด็ก (เพชรภรณ์, วิลาวัณย์และอุษณีย์, 2552) ซึ่งพบว่า หลังจากนำแนวปฏิบัติไปใช้ สามารถช่วยให้พยาบาลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น และเมื่อนำแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพในคลินิกผู้สูงอายุไปใช้ พบว่า สามารถช่วยให้ค้นพบปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุ นอกเหนือจากอาการสำคัญที่มารับบริการในแต่ละครั้ง และทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลด้านการรักษาพยาบาลฟื้นฟูสภาพส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และดูแลต่อเนื่องได้อย่างเป็นองค์รวมในระดับมาก สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติจะมีความพึงพอใจในระดับมาก (ชาลีลาและคณะ, 2551; บุญผา, 2550) อาจเพราะแนวปฏิบัติมีหลักการ/ความเป็นมาเป้าหมายของการดำเนินการ กระบวนการ/ขั้นตอน รวมถึงประโยชน์ที่ผู้รับบริการได้รับในระดับดีมากเช่นเดียวกัน สำหรับพยาบาลบางราย (4 ราย) ที่ให้คะแนนความพึงพอใจในระดับ 7 และ 8 คะแนนนั้น อาจเนื่องจากมีเนื้อหาบางส่วน of แนวปฏิบัติที่ระบุว่ายาก ประกอบกับภาระงานที่ค่อนข้างมากเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่ดูแลในแต่ละวัน โดยมีพยาบาลปฏิบัติงาน 10 คนต่อผู้รับบริการ 300-400 คน จึงอาจทำให้ระดับความพึงพอใจลดลง สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสระบุรี ที่พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ระบุว่าการใช้แนวปฏิบัติทำให้ภาระงานเพิ่มและเหนื่อยมากขึ้น แต่การบริการต้องมีคุณภาพจึงทำให้มีการนำแนวปฏิบัติไปใช้ต่อไป (เมธิณี, บังอร, ประหยัดและพัชรี, 2555)

อย่างไรก็ตาม จากแบบสอบถามปลายเปิดในด้านปัญหา อุปสรรคภายหลังการนำแนวปฏิบัติไปใช้ของพยาบาล พบว่า 1) ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านจำนวน 3 ราย ติดเตียงจำนวน 5 ราย

ไม่ได้มาตามนัด เพื่อรับการประเมินภายหลังการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น อาจเนื่องมาจาก ผู้รับบริการกลุ่มติดบ้านและติดเตียงไม่สามารถเดินทางมาโรงพยาบาลได้เอง ต้องพึ่งพาญาติหรือ ผู้ดูแลในการมาส่งทำให้ไม่สะดวกในมารับบริการที่โรงพยาบาลบ่อยๆ จึงเป็นผลให้ไม่ได้มาตาม นัด 2) แนวปฏิบัติมีเนื้อหาหมาก สำหรับปัญหาด้านเนื้อหาของแนวปฏิบัติเกิดจากผู้รับบริการบางราย (10 ราย) เป็นผู้สูงอายุวัยกลาง (70-80 ปี) และวัยปลาย (> 80 ปีขึ้นไป) ซึ่งโรคที่เกิดจากความเสื่อม ของร่างกายมีมากกว่าผู้สูงอายุวัยต้น (60-70 ปี) (Edelman & Mandle, 1997 อ้างตาม ผ่องพรรณ, 2554) เมื่อคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นจึงพบความผิดปกติทุกด้าน ส่งผลให้ต้องได้รับการประเมิน สุขภาพทั้งหมดซึ่งถือว่ามากและต้องใช้เวลาเพิ่มขึ้นจาก 10 ถึง 15 นาทีเป็น 30 นาที ผลการศึกษา ในเรื่องปัญหา อุปสรรคในข้อนี้เป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาถึงปัญหา อุปสรรคในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ พบว่า แนวปฏิบัติมีเนื้อหาหมาก (ชาลิลาและคณะ, 2551) และ 3) ทักษะส่วนบุคคลของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพด้านจิตวิญญาณ ซึ่งไม่พบใน ครั้งแรกที่ทำให้การประเมินอาจต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการเพื่อให้ได้ข้อมูล สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการดูแลด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยเรื้อรัง ประสบการณ์ของพยาบาล วิชาชีพ (ระวีวรรณ, จินตนาและรัชชนก, 2552) ที่แนะนำว่าจะต้องใช้เวลาในการประเมิน โดย อาจจะทำภายหลังการประเมินด้านจิตใจ หรือต้องใช้เวลาในการสร้างสัมพันธภาพ ซึ่งอาจประเมิน ไม่ได้ในครั้งแรก ประกอบกับพยาบาลที่ระบุน่ายากเป็นพยาบาลจบใหม่ซึ่งอาจไม่มีความรู้และ ประสบการณ์เพียงพอในการประเมินสุขภาพด้านจิตวิญญาณ และอาจด้วยมีภาระงานมาก ทำให้มี เวลาในการพูดคุยกับผู้รับบริการค่อนข้างน้อย หรือสถานที่ไม่เอื้ออำนวยสอดคล้องกับการศึกษา เรื่องอุปสรรคการพยาบาลด้านจิตสังคม (กิตติกร, วราภรณ์, สิริินทร์, ยูพาและศิริวรรณ, 2548) ซึ่ง พบว่า สภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้ออำนวยในการพูดคุย ภาระงานที่มากทำให้ไม่มีเวลาพูดคุยกับ ผู้รับบริการ รวมทั้งพยาบาลไม่มีความรู้เพียงพอทำให้ผู้รับบริการไม่ได้รับการดูแลด้านจิตวิญญาณ

3. ความครอบคลุมในการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม สำหรับผู้สูงอายุทั้ง 30 รายที่ได้รับการปฏิบัติการพยาบาลตามแนวปฏิบัติที่ได้พัฒนาขึ้นนั้น พิจารณาได้จากลักษณะข้อ วินิจฉัยภาวะสุขภาพที่ได้กำหนดภายหลังการประเมินภาวะสุขภาพ (ดังตาราง 4) ซึ่งพบว่า ผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ (26 ราย) ได้รับการวินิจฉัยปัญหาเพื่อให้การดูแลสุขภาพได้อย่างครอบคลุมทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ แต่มี 4 รายที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพด้านจิต วิญญาณ ทั้งนี้อาจเชื่อมโยงมาจากปัญหาอุปสรรคที่พบจากการใช้แนวปฏิบัติในครั้งนี้ คือ การ ประเมินด้านจิตวิญญาณไม่สามารถทำได้ในครั้งแรก เมื่อวิเคราะห์ข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพที่ผู้ใช้ แนวปฏิบัติได้กำหนด พบว่า ข้อวินิจฉัยที่ได้รับบ่งชี้ส่วนใหญ่เป็นข้อวินิจฉัยที่เป็นปัญหาสุขภาพที่ต้อง ได้รับการดูแลหรือฟื้นฟูสภาพมากกว่าข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพด้านดีหรือมีความเสี่ยง ทั้งนี้เนื่องจาก

วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมลงของร่างกาย ทำให้เกิดโรค/อาการเจ็บป่วยต่างๆอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ (Edelman & Mandel, 1997 อ้างตามผ่องพรรณ, 2554) กอปรกับผู้สูงอายุที่ได้รับการใช้แนวปฏิบัติในครั้งนี้ เป็นผู้สูงอายุวัยกลางและปลายมากกว่าวัยต้น ด้วยความจริงที่ว่าคนยังมีอายุมากขึ้นก็ยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย หรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ข้อวินิจฉัยเรื่องการนอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ วิตกกังวลในการทำกิจวัตรประจำวัน เนื่องจากมองเห็นไม่ชัด วิตกกังวลในการเข้าร่วมสังคมเนื่องจากได้ยินไม่ชัด และพร่องความสามารถในการดูแลตนเองเนื่องจากความชราที่พบในการศึกษานี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของศิริมาศ (2559) ซึ่งพบว่า ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุที่พบบ่อยนอกเหนือจากโรคความดันโลหิต และโรคเบาหวาน คือ อาการนอนไม่หลับ และการมองเห็นไม่ชัด และสอดคล้องกับสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 ที่พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการมองเห็น การได้ยิน และการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557)

เมื่อพิจารณาในส่วนข้อวินิจฉัยสุขภาพด้านดี จะเห็นว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีสุขภาพด้านจิตวิญญาณ ด้านจิตใจ และด้านสังคมในระดับที่ดีกว่าด้านร่างกาย ซึ่งเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาวิถีชีวิตและแนวทางการมีสุขภาพของผู้สูงอายุในภาคตะวันออก ซึ่งพบว่า สุขภาวะของผู้สูงอายุโดยรวมมีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก โดยเรียงอันดับจากมากไปหาน้อย ได้แก่ สุขภาวะด้านจิตวิญญาณ สุขภาวะด้านสังคม สุขภาวะด้านจิตใจ และสุขภาวะด้านร่างกาย (พรทิพย์, จันทร์ชลิและรุ่งฟ้า, 2557) อาจเป็นเพราะผู้สูงอายุที่ศึกษาแม้มีอายุมากแล้วแต่ก็ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในระดับหนึ่ง จึงทำให้สุขภาวะด้านอื่นๆ ไม่ได้รับผลจากโรคหรือปัญหาสุขภาพทางกายที่เกิดขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุ ตำบลคูบัว จังหวัดราชบุรี ที่พบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะสุขภาพด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ (วิรดาและวรรณิ, 2556)

สำหรับข้อวินิจฉัยที่เป็นความเสี่ยงที่พบในการศึกษานี้มากที่สุด คือ เสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุมีโรคหรืออาการที่ทำให้เกิดความเสี่ยงดังกล่าว ได้แก่ โรคกระดูกพรุน การมองเห็นไม่ชัด การเหยียบปัสสาวะตนเองเนื่องจากการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (ผ่องพรรณ, 2554) เป็นต้น อาการเหล่านี้มีผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุได้ง่าย และอาจเกิดร่วมกับปัจจัยภายนอก เช่น ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมในบ้าน คือ แสงสว่างไม่เพียงพอ บ้านมีพื้นต่างระดับ การจัดสิ่งของในบ้านไม่เป็นระเบียบ (ละออม, จริยาวัตรและกนกพร, 2557) ปัญหาเรื่องความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มจึงเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ (ประเสริฐ, 2554) นอกจากนี้ในเรื่องความเสี่ยงต่อภาวะอ้วนลงพุง ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปแล้วว่าเมื่อคนมีอายุมากขึ้นการเผาผลาญของร่างกายจะลดลง ประกอบกับผู้สูงอายุมักจะมีปัญหากระดูกและข้อ จึงมี

การออกกำลังกายน้อยลง ส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุง สอดคล้องกับการศึกษาของศิริมาศ (2559) ที่พบว่าผู้สูงอายุกว่าครึ่งหนึ่งของเทศบาลนครหาดใหญ่มีภาวะอ้วน สำหรับในเรื่องเสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอก็เช่นกัน ซึ่งเป็นความจริงที่ต้องยอมรับว่าเมื่อบุคคลเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีปัญหาสุขภาพช่องปากทำให้เคี้ยวอาหารลำบาก นอกจากนี้ โรคประจำตัวของผู้สูงอายุที่ทำให้ต้องควบคุมอาหารหรือป่วยเป็นเวลานานจนเกิดปัญหาด้านจิตใจ เช่น มีภาวะซึมเศร้าก็ทำให้ความอยากรับประทานอาหารลดลง หรือจากปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย (15 ราย) ทำให้ความสามารถในการเลือกซื้ออาหารที่ดีมีประโยชน์มารับประทานได้น้อยลง จึงเลือกที่จะรับประทานอาหารที่มีคุณภาพลดลงตามรายได้ที่มีอยู่ (ปาลิรัตน์, 2550) ปัจจัยดังกล่าวทั้งหมดนี้ล้วนเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษาของมณีรัตน์ พรรณวดีและมณี (2555) ที่พบว่าสาเหตุของการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอในผู้สูงอายุเกิดจากการรับประทานอาหารได้ไม่เพียงพอ การได้รับความกระทบกระเทือนทางด้านจิตใจ เกิดความคับข้องใจ และจากความเครียด

นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้สูงอายุเพียงไม่กี่รายที่ได้รับการวินิจฉัยปัญหาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม เสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557 ที่พบว่า ภาวะสมองเสื่อมและปัญหาด้านจิตใจจะพบได้น้อยกว่าปัญหาด้านร่างกายอื่นๆ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) แต่ในส่วนของความเสี่ยงโรคเบาหวาน พบว่า มีการตั้งข้อวินิจฉัยน้อยเนื่องจากผู้สูงอายุกว่าครึ่งหนึ่งที่ได้รับการใช้แนวปฏิบัติในครั้งนี้มีโรคประจำตัวเป็นเบาหวานอยู่แล้ว (17 ราย) ซึ่งสอดคล้องกับภาพรวมของประเทศไทย (วิพรรณ, 2555) ที่พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังที่พบบ่อย ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและไตวายเรื้อรัง

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเชิงพัฒนานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ระยะพัฒนาแนวปฏิบัติ และ ระยะที่ 2 ให้นำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้และประเมินผล โดยมีกลุ่มเป้าหมายคือพยาบาลที่ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 10 ราย และผู้รับบริการที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 30 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) แนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก 2) แบบบันทึกข้อมูลของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอกไปใช้ แบบสอบถามเกี่ยวกับความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก คำถามปลายเปิดเพื่อสอบถามปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติ ซึ่งแนวปฏิบัติการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุดังกล่าว ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ 1 ท่าน พยาบาลผู้ปฏิบัติงานในแผนกผู้ป่วยนอก 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเรื้อรัง 1 ท่าน พบว่า เนื้อหาของแนวปฏิบัติได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.91 และนำไปหาค่าความเที่ยงระหว่างผู้ประเมินได้เท่ากับ 0.95

ผลการวิจัยพบว่า

1. สาระสำคัญของแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย การคัดกรองความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ความสามารถในการกลืนปีศาจวะ ปัญหาการนอนหลับ ภาวะโภชนาการ สุขภาพช่องปาก การมองเห็น การได้ยิน ยาที่ได้รับ ภาวะซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม ความต้องการผู้ดูแล รายได้หรือสภาพการเงิน และความรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตัวเอง 2) แบบประเมินสุขภาพซึ่งจัดทำในรูปแบบของสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของ

ผู้สูงอายุ แบบประเมินสุขภาพกาย แบบประเมินสุขภาพจิต แบบประเมินสุขภาพสังคม แบบประเมินสุขภาพจิตวิญญาณ ข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพ การดูแลที่ได้รับ และปัญหาที่ส่งดูแลต่อเนื่อง

2. ผลการนำแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอกไปใช้ พบว่า พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ 8 ราย ระบุว่าแนวปฏิบัตินี้ง่าย พยาบาล 2 ราย ระบุว่า การคัดกรองเบื้องต้นและการประเมินด้านจิตวิญญาณทำได้ยาก พยาบาล 1 ราย ระบุว่า การประเมินสุขภาพสังคมในด้านสัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมใจชุมชน และแหล่งสนับสนุนด้านการเงินทำได้ยาก อย่างไรก็ตาม พยาบาลทุกคน ระบุว่า แนวปฏิบัตินี้สามารถนำไปใช้ได้

3. พยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก

4. ผู้สูงอายุจำนวนมาก (26 ราย) ได้รับการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลเพื่อให้การดูแลสุขภาพนอกเหนือจากอาการสำคัญที่ผู้สูงอายุมารับบริการ ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อย่างไรก็ตาม จากการวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับลักษณะของข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลของผู้ใช้แนวปฏิบัติ พบว่า ยังไม่มีความถูกต้องและชัดเจนเพียงพอต่อการนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

ข้อจำกัดในการวิจัย

แนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอกนี้ ไม่ได้มีการอบรมการเขียนข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพแก่พยาบาลก่อนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ จึงทำให้ข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพ ไม่มีความถูกต้องและชัดเจนเพียงพอต่อการนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพในคลินิก ผู้สูงอายุผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ดังนี้

ข้อเสนอแนะด้านการนำไปใช้

1. ก่อนการนำแนวปฏิบัติไปใช้ควรมีการจัดอบรมการเขียนข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพ เพื่อให้การกำหนดข้อวินิจฉัยมีความถูกต้องและชัดเจน รวมทั้งหาแนวทางในช่วยเหลือการเขียนข้อวินิจฉัยของพยาบาลเพื่อช่วยลดภาระงานและเวลาที่ใช้ในการเขียนข้อวินิจฉัย
2. ควรมีการจัดอบรมเพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจในแนวปฏิบัติแก่พยาบาลทุกคนที่จะมีส่วนเกี่ยวข้อง ทั้งพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก พยาบาลผู้ป่วยใน และพยาบาลในหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้การดูแลที่มีความเชื่อมโยงกันทุกหน่วยงาน
3. สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มช่วยเหลือตนเองได้น้อยหรือไม่ได้เลยที่มาตามนัดเพื่อประเมินภาวะสุขภาพภายหลังการคัดกรองเบื้องต้นได้ยาก ควรส่งข้อมูลไปยังหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านต่อไป
4. ควรมีการนำแนวปฏิบัติไปพัฒนาเป็นแผนการดูแลผู้สูงอายุโดยทีมสหวิชาชีพ เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลที่ครอบคลุมอย่างเป็นระบบต่อไป
5. แนวปฏิบัตินี้เหมาะแก่การนำไปใช้ในผู้รับบริการที่รู้สึกตัวและสามารถสื่อสารได้

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการประเมินผลลัพธ์จากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระยะยาว เช่น ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ
2. ควรมีการทำวิจัยพัฒนาแนวทางในการกำหนดข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพที่ถูกต้องเพื่อนำไปสู่การจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพ อีกทั้งเพื่อความสะดวกและลดภาระงานของพยาบาลวิชาชีพ รวมทั้งอาจพัฒนาต่อยอดเป็นระบบสารสนเทศ เพื่อการจัดการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทยต่อไป
3. ควรมีการพัฒนาต่อยอดแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุเฉพาะกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง

เอกสารอ้างอิง

- กมลพรรณ กักดี. (2557). การดูแลสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ. ค้นเมื่อ 18 ธันวาคม 2558, จาก <http://www.dentistry.tu.ac.th/Dentistry/Page.pdf>
- กรรณิกา ปัญญาวงศ์และพนัส พุกภัยสุนันท์. (2555). การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม *Holistic Health Care*. สมุทรสงคราม: คณะศิลปศาสตร์.
- กิตติกร นิลมานัต, วราภรณ์ คงสุวรรณ, สิริรินทร์ ศาตราอนุรักษ์, ยุพา อ่องโกศย์และศรีวรรณ ชัยอนุภูถ. (2548). อุปสรรคการพยาบาลด้านจิตสังคม: เสี่ยงจากพยาบาลปฏิบัติการ. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 23(5), 296-298.
- กรมสุขภาพจิต. (2011). บทความด้านสุขภาพจิตและจิตเวช. ค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2557, จาก <http://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=1045>
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2553). ภาพสุขภาพผู้สูงอายุ. ค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2557, จาก http://hpc.anamai.moph.go.th/index.php?option=com_k2&view=item&task=download&id=47
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2554). คู่มือการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข. นนทบุรี: กลุ่มอนามัยผู้สูงอายุ.
- คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ. (2552). แผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2545-2564) ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1. ค้นเมื่อ 18 ธันวาคม 2557, จาก http://www.oppo.opp.go.th/pages/law/law_15.html
- คณะกรรมการกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุและผู้พิการ สภาผู้แทนราษฎร. (2555). สรุปผลการเดินทาง ศึกษาดูงานด้านกิจการเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุและผู้พิการ ณ ประเทศญี่ปุ่น. ค้นเมื่อ 18 ธันวาคม 2557, จาก http://cda.parliament.go.th/ewtcommittee/ewt/special/download/article/article_20130423133346.pdf
- จันทร์จิรัส จันท์จารุพงศ์. (2549). ผลการส่งเสริมการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งเต้านมที่เข้ารับเคมีบำบัด. ค้นเมื่อ 30 ตุลาคม 2559, จาก <http://www.thaicam.go.th>
- จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ. (2540). การสำรวจสุขภาพประชากรวัย 50 ปีขึ้นไปในประเทศไทยปี 2540. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

- จิตติมา บุญเกิด. (2552). การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวมกับทิศทางการเปลี่ยนแปลงระบบการบริการปฐมภูมิสำหรับผู้สูงอายุในปัจจุบัน. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 32(2), 32-36.
- เจ๊ะยารีเยาะ เจ๊ะโซ๊ะ. (2556). ความต้องการบริการสุขภาพและแบบแผนบริการสุขภาพของผู้สูงอายุที่ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสภาพ คณะพยาบาลศาสตร์. วิทยานิพนธ์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ฉวีวรรณ ชงชัย. (2548). การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิก. *วารสารสภาการพยาบาล*, 20(2), 63-74.
- ฉวีวรรณ ชงชัยและพิกุล นันทชัยพันธ์. (2547). แบบสำรวจความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แนวปฏิบัติ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชนิกา เจริญจิตต์กุล. (2549). *จิตวิญญาณ: การดูแล*. ค้นเมื่อ 1 ตุลาคม 2557, จาก http://www.academic.hcu.ac.th/forum/board_posts.asp?FID=33&UID
- ชาติรี บานชื่น. (2548). *การจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.
- ชาลิตา พรหมทอง, พินิจ ปรีชานนท์, ศรารวรรณ ภวพัฒนานุสรณ์, ศรีสุวรรณ ชูกิจและกานดา กาญจนโพธิ์. (2551). การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลคลินิกเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยผ่าตัดมะเร็งเต้านมสำหรับพยาบาลห้องผ่าตัด. *รามาศิบัติพยาบาลสาร*, 14(1), 42-53.
- ชุลีกร ด่านยุทธศิลป์. (2552). *หลักการประเมินสุขภาพ*. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ชมรมสถานีนอนามัยแห่งประเทศไทย. (2554). *ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ตติยภูมิ*. ค้นเมื่อ 18 กันยายน 2557, จาก http://hcot.blogspot.com/2011/01/blog-post_17.html
- ชวนชม พีชพันธ์ไพศาลและจิตติยา สมบัติบุรณ์. (2549). *สารระทบทวน การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: บริษัท จุดทอง จำกัด.
- ณิภา แสงกิตติไพบูลย์. (2554). *การศึกษาปัญหาของระบบบันทึกทางการแพทย์พยาบาล ศูนย์มะเร็งรังสีลพบุรี*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, นนทบุรี.
- ดวงเดือน ไชยน้อย. (2544). *การใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจิตเวช*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- ดวงเพ็ญ แว่ววันจิตร. (2554). *การพัฒนาและประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการจัดการ กับภาวะไข้ในผู้ป่วยบาดเจ็บสมอง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

- ชราธร ดวงแก้วและหิรัญญา เดชอุดม. (2550). พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลโพรงมะเดื่อ อำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม. งานวิจัยวิทยาศาสตร์บัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม, นครปฐม.
- ธีรภัทร แสนบุคคา. (2546). ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลจบใหม่ในโรงพยาบาลทั่วไป. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์. (2551). *ตั้งศูนย์ดูแลสุขภาพคนชราในชุมชนครบวงจร สกัดโรคเรื้อรัง ความดัน สมอเงี้ยว*. ค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2555, จาก <http://www.manager.co.th/QOL/ViewNews.aspx?NewsID=9510000082310>
- นริสา วงศ์พนารักษ์และสายสมร เฉลยกิตติ. (2557). ภาวะซึมเศร้า : ปัญหาสุขภาพจิตสำคัญในผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก, 15(3), 24-30.
- นันทศักดิ์ ชรรมานวัตร์. (2557). *คลินิกผู้สูงอายุ อดีต ปัจจุบัน อนาคต*. ค้นเมื่อ 17 ธันวาคม 2557, จาก <http://slideplayer.in.th/slide/2215174/#>
- นิภาภัทร อยู่พุ่ม. (2552). *การนอนหลับอย่างมีคุณภาพของผู้สูงอายุ*. ค้นเมื่อ 19 ธันวาคม 2559, จาก http://www.stou.ac.th/stoukc/elder/main1_2.html
- นงลักษณ์ พะโกยะ. (2551). *ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพในการดูแลผู้สูงอายุ*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, นนทบุรี: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. (2553). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- บุญศรี นุเกตุ. (2550). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- บุญศรี นุเกตุและปาลีรัตน์ พรทวีกันหา. (2550). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- บุปผา จันทจรรัส. (2550). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อป้องกันการลื่นล้มตกเตียงในผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์. วารสารพยาบาลสวนดอก, 13(1), 21-26.
- ประราลี โอภาสนันท์. (2550). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- ปารยะ อาศนะเสน. (2557). *ปัญหาการไต่ยีนในผู้สูงอายุ*. ค้นเมื่อ 25 กันยายน 2558, จาก <http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articleDetail.asp?id=1102>
- ปาลีรัตน์ พรทวีกันหา. (2550). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.

- ปนัดดา นามสอน. (2552). *องค์ประกอบของสุขภาพ*. ค้นเมื่อ 27 กันยายน 2557, จาก http://healthycear.blogspot.com/2009_08_01_archive.html
- ประเวศ วะสี. (2543). *สุขภาพในฐานะอุดมการณ์ของมนุษย์ (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. นนทบุรี: สำนักงานปฏิรูปสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2552). *การบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทยในระดับปฐมภูมิ*. *วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 32(2), 37-38.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2554). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น จำกัด.
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2014). *Strategic research on community-based health promotion for Thai*. ค้นเมื่อ 14 ธันวาคม 2557, จาก <http://neuroscience.mahidol.ac.th/drspbmb/pdf/Conference-allfile.pdf>
- ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2557). *การพัฒนาคลินิกผู้สูงอายุ*. ค้นเมื่อ 17 ธันวาคม 2557, จาก <http://slideplayer.in.th/slide/2215163/>
- ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2556). *สถานการณ์ผู้สูงอายุ แนวโน้ม และผลกระทบจากการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน*. เอกสารการนำเสนอ งานสัมมนา ณ โรงแรมมิราเคิล แกรนด์ คอนเวนชั่น. ค้นเมื่อ 13 พฤศจิกายน 2557, จาก <http://hp.anamai.moph.go.th/download.pdf>
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). *การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ: การนำใช้*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
- พิสิษฐ์ พิริยาพรณ. (2550). *พัฒนาแนวทางและรูปแบบการจัดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังเชิงรุก*. โครงการวิจัยมหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- เพชรภรณ์ ศิริทรัพย์, วิลาวัณย์ พิเชียรเสถียรและอุษณีย์ จินตะเวช. (2552). *การพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจัดการใช้ในผู้ป่วยเด็ก*. วิทยานิพนธ์สาขาการพยาบาลเด็ก. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พรฤดี ปัทม. (2551). *การมีส่วนร่วมในการพัฒนาบริการสุขภาพที่คลินิกผู้สูงอายุของกลุ่มชนเผ่ากระโซ่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- พรทิพย์ สุขอคิษฐ์, จันทร์ชลิ มาพุทธและรุ่งฟ้า กิติญาณัฐนต์. (2557). *วิถีชีวิตและแนวทางการมีสุขภาพภาวะของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. *วารสารการศึกษาและการพัฒนาสังคม*, 10(1), 90-102.
- พองคำ ติลกสกุลชัย. (2549). *การปฏิบัติกรพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์ หลักการและวิธีปฏิบัติ*. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด พีริ-วัน.

- มณีนรัตน์ ศรีสวัสดิ์, พรธณวดี พุชวัฒน์และมณี อากานันท์กุล. (2555). ภาวะโภชนาการของผู้ป่วย
สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทั่วไป. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*, 18(3), 327-339.
- เมธินี เกตวาทิมาตร, บังอร เผ่าน้อย, ประหยัด พึ่งทิมและพัชรี กิตติธาร. (2555). การศึกษา
ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดในผู้ป่วย
โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลสระบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 12, 49-
62.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุในงานวิจัย. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*,
2(3), 58-63.
- ยศ ตีระวัฒนานนท์, ปฤษฎธร กิ่งแก้ว, ศรีเพ็ญ ตันติเวสสและธัญญา คู่พิทักษ์ขจร. (2557). *เช็ก
ระยะสุขภาพ ตรวจได้ ตรวจร้ายเสีย: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้าน
สุขภาพ*. นนทบุรี: บริษัท ดีเซมเบอร์ จำกัด.
- เขาวพา ชูถึง. (2547). *ผลของการฟังดนตรีไทยประยุกต์ต่อคุณภาพการนอนหลับของผู้สูงอายุใน
สถานสงเคราะห์คนชรา*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ระวีวรรณ พิไลเกียรติ, จินตนา ฤทธามย์และธัญชนก บุตรจันทร์. (2552). การดูแลด้านจิตวิญญาณ
ในผู้ป่วยเรื้อรัง: ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพ. *วารสารสภาการพยาบาล*, 24(1), 62-74.
- รัตนวิษณุ มินพิมาย, สุรเชษฐ ลำคำและกัลยา ภาไรโดย. (2555). การคัดกรองและป้องกันผู้มีความ
เสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุ. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย*, 74-83.
- ละออม สร้อยแสง, จริยาวัตร คมพักษณ์และกนกพร นทีชนสมบัติ. (2557). การศึกษาแนวทางการ
ป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุชุมชนมิตรภาพพัฒนา. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(1),
122-129.
- วันทิน ศรีเบญจลักษณ์, ปณิศา ลิ้มปะพัฒนะ. (2556). ภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ในผู้สูงอายุ. *วารสาร
สมาคมประสาทวิทยาศาสตร์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 8(2), 82-91.
- วรรณภา ศรีธัญรัตน์และลัดดา คำวิภากรเลิศ. (2553). *แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ:
บริษัท สหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
- วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาล
ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

- วิพรรณ ประจวบเหมาะ. (2555). รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554. ใน
วารเวรศม์ สุวรรณระดา, มาลินี วงษ์สิทธิ์, วิราภรณ์ โพธิศิริ, ชลธิชา อัสวนิรันดร,
และหฤทัย ไวยัญญา (บรรณาธิการ), สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2554 (หน้า 1- 96).
กรุงเทพมหานคร: พงษ์พานิชย์เจริญผล.
- วิรดา อรรถเมธากุลและวรรณี ศรีวิสัย. (2556). ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ตำบลคู
บัว จังหวัดราชบุรี. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ , 7(2), 18-27.
- วรรณนิภา บุญระยอง. (2554). แนวคิดในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ. ค้นเมื่อ 27 กันยายน
2556, จาก <http://www.google.co.th/url>
- วารภรณ์ ภูมิสวัสดิ์. (2548). การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขา. นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์
ผู้สูงอายุ.
- วาริณี เอี่ยมสวัสดิ์กุล. (2556). การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ. นนทบุรี:
มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- วิทยาลัยประชากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. (2556). ประชากรสูงอายุ. ค้นเมื่อ 16 สิงหาคม 2556,
จาก http://www.cps.chula.ac.th/cps/html_th/pop_base/ageing/ageing_202.htm
- วิลาวลัย นอระเทศและคณะ. (2547). การพยาบาลพื้นฐาน. ค้นเมื่อ 18 กันยายน 2557, จาก
http://syllabus.swu.ac.th/old/2548_2/141218221B01/Doc/Syllabus.doc
- วิรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2553). สุขภาพดีสมใจในวัยสูงอายุ. กรุงเทพฯ: บริษัท ซีเอ็ดดูเคชั่น จำกัด
(มหาชน).
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. (2554). การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล.
กรุงเทพฯ: บริษัท แอคทีฟ พริน จำกัด.
- ศิริมาศ ภูมิไชยา. (2559). การศึกษาภาวะสุขภาพและภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลนคร
หาดใหญ่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาเวชปฏิบัติชุมชน
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- ศิริอร สิ้นธุและพิเชต วงรอด. (2556). การจัดการรายกรณีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิต
สูง. กรุงเทพมหานคร: วัฒนาการพิมพ์.
- ศูนย์ข้อมูลข่าวสารอาเซียน กรมประชาสัมพันธ์. (2013). นโยบายสวัสดิการสังคมของสิงคโปร์. ค้น
เมื่อ 18 กันยายน 2557, จาก [http://www.asean thai.net/ewt_news.php?nid=](http://www.asean thai.net/ewt_news.php?nid=4133&filename=index_2)
4133&filename=index_2

- สุทธิพงษ์ บุญผดุง. (2554). รายงานการวิจัยการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่น โดยใช้
โรงเรียนเป็นฐานตามหลักเศรษฐกิจพอเพียง. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา, กรุงเทพฯ.
- สุพัตรา ศรีวิเศษชากร. (2552). มิติที่ต้องพิจารณาใหม่ในการจัดระบบดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารระบบ
บริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว*, 32(2), 4-5.
- สุพรรณ ศรีธรรมมา. (2557). *คู่มือการคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรง
พิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.
- สุพรรณ ศรีธรรมมา. (2559). โรคตาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ. ค้นเมื่อ 18 ธันวาคม 2559, จาก
<http://www.thaihealth.or.th/Content/32599>
- สุพรรณิ เป็ยวนาลาว, วาสนา หลวงพิทักษ์, สุภาวดี นพรุจจินดา, สุนทรี ขะชาตย์และทิวา
มหาพรหม. (2556). การศึกษารูปแบบการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุในจังหวัดสุพรรณบุรี.
โครงการวิจัยวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี, สุพรรณบุรี.
- สุพรรณิ ทรายกุล, อัญชลี นวลคล้าย, กรรณิการ์ คงทองและกานต์ ฉลาดชัยญูกิจ. (2553). การสร้าง
สุขภาพในชุมชนเมืองภายใต้มาตรฐานการจัดระบบบริการปฐมภูมิ. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*,
14(3), 56-72.
- สุพล เป้าศรีวงษ์. (2547). *การดูแลผู้สูงอายุ ฉบับอิเล็กทรอนิกส์*. ค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2555, จาก
http://www.moe.go.th/moe/th/news/detail.php?NewsID=10587&Key=news_research
- สุทธิพงษ์ บุญผดุง. (2554). การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในท้องถิ่น โดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน ตาม
หลักเศรษฐกิจพอเพียง . โครงการวิจัยมหาวิทยาลัยราชภัฏ, กรุงเทพฯ.
- สุนันทิพย์ ไพรสวรรณา, จิตติมา บุญเกิด, นฤมล พระใหญ่และรุ่งรัตน์ เพิ่มเกียรติขจร. (2553). การ
ประเมินโครงการคลินิกประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์รวม. *รามาศิษย์พยาบาลสาร*,
10(3), 443-453.
- สุริยะ วงศ์คงคาเทพ. (2557). *คู่มือการคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรง
พิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.
- แสงจันทร์ ทองมาก. (2551). *การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ เล่ม 1*. นนทบุรี: บริษัท ยุทธรินทร์
การพิมพ์ จำกัด.
- สำนักงานส่งเสริมการค้าระหว่างประเทศ ณ กรุงเฮก. (2558). รายงานแนวโน้มผู้สูงอายุใน
เนเธอร์แลนด์. ค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2558, จาก <http://60plusthailand.com/th/information>
- สำนักงานส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *อนามัยผู้สูงอายุ*. ค้นเมื่อ 20
ธันวาคม 2559, จาก <http://hp.anamai.moph.go.th/main.php?filename=index5>

- สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย. (2552). สุขภาพผู้สูงอายุ. *รายงานสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย*, 4(1), 257-258.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2554). *ผู้สูงอายุในประเทศไทย*. ค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2555, จาก http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/older_work.pdf
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (2559). *การสำรวจการเปลี่ยนแปลงของประชากร พ.ศ. 2558-2559*. ค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2559, จาก https://www.msociety.go.th/article_attach/18419/20306.pdf
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2546). *ข้อมูลจำนวนและอัตราป่วย-ตาย จากโรคความดัน/โรคความดันโลหิตสูง*. ค้นเมื่อ 20 พฤศจิกายน 2559, จาก http://ncd.ddc.moph.go.th/ncd%20web1/Cncd/bur_eauncd.htm
- สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *การปลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ*. ค้นเมื่อ 10 มกราคม 2560, จาก www.thaincd.com
- สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ. (2554). *สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย*. ค้นเมื่อ 20 ธันวาคม 2556, จาก http://www.m-society.go.th/ewt_news.php?nid=9599
- เสาวนีย์ ฤดี. 2554. *สุขภาพของครัวเรือนแนวพุทธ: กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคเบาหวานโรงพยาบาลราชวิถี*. วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาชีวิตและความตาย มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.
- อรนันท์ หาญยุทธและคณะ. (2554). *แนวทางการเขียนข้อวินิจฉัยการพยาบาล*. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย.
- อรนันท์ หาญยุทธ. (2557). *กระบวนการพยาบาลและการนำไปใช้*. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 15(3), 137-143.
- อรรรรณ แผนคง. (2552). *การพยาบาลผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก.
- Bauer T. & Barron C. R. (1995). Nursing interventions for spiritual care: Preferences of the community based elderly. *Journal of Holistic Nursing*, 13(1), 268-279.
- Craven, R. F. & Hirnle, C. J. (2002). *Fundamental of nursing: Human health and functions*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Elsawy, B & Higgins, E. K. (2011). The geriatric assessment. *Am Fam Physician*, 83, 48-56.
- Gibson, M. J., Gregory, S. R., & Pandya, S. M. (2003). Long-term care in developed nations: A brief overview. *AARP Public Policy Institute*. Retrieved from <http://assets.aarp.org>.

- Joanna Briggs Institute. (2014). JBI Levels of Evidence and Grades of Recommendation. Retrieve from <http://www.Joannabriggs>
- Kattika Thanakwang. (2013). *Development and psychometric testing of the active ageing scale for Thai People (AAS-Thai)*. Doctor of Nursing Science Thesis. Prince of Songkla University, Songkla.
- Kempen, J. A., Schers, H. J., Jacobs, A., Zuidema, S. U., Ruikes, F., Robben, S. H., Melis R. J. & Rikkert, M. G. (2013). Development of an instrument for the identification of frail older people as a target population for integrated care. *British journal of general practice*, 63(608), 225-231.
- Limpawattana P., Sawanyawisuth K., Soonpornrai S. & Huangthaisong W. (2011). Prevalence and recognition of geriatric syndromes in an outpatient clinic at a tertiary care hospital of Thailand. *Asian Biomedicine*, 5, 493-7.
- National Health and Medical Research Council. (1999). A guideline to the developmental implementation and evaluation of clinical practice guidelines. Retrieved from http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/publications/synopses/cp30.pdf
- Nixon V. A., Narayanasamy A. & Penny V. (2013). *An investigation into the spiritual needs of neuro-oncology patients from a nurse perspective*. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com/1472-6955/12/2>
- Panta L., Kittisak S., Suvanee S. & Wilawan H. (2011). Prevalence and recognition of geriatric syndromes in an outpatient clinic at a tertiary care hospital of Thailand. *Asian Biomedicine*, 5(4), 493-497.
- Pennapa U., Rachanee S., Wanlapa K., O'Brien M. & McMullen C. (2012). Development and Evaluation of the Thai Spiritual Well-Being Assessment Tool for Elders with a Chronic Illness. *Pacific rim international journal of nursing research*.
- Sellers S. C. & Haag B. A. (1998). Spiritual Nursing Interventions. *Journal of Holistic Nursing*, 16, 338-354.
- Sherman F. T. (2009). *The 10 Minute Geriatric Assessment*. Retrieved from <http://www.slideshare.net/MedicineAndHealthNeurolog/the-10-min-geriatric-assessment>

- Spoorenberg, S., Ronald, J. U., Berrie M., Berry P. H. K., Sijmen A. R. & Klaske W. (2013). Embrace a model for integrated elderly care: study protocol of a randomized controlled trial on the effectiveness regarding patient outcomes, service use, costs, and quality of care. Retrieved from <http://www.biomedcentral.com>
- United Nation. (2013). World population ageing 2013. Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Retrieved from <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2013.pdf>
- Vriese, J. B., Staala, C. D., Ravensberg, J. S. M., Hobbelen, M.G.M., Rijkerte, M. W. G. & Nijhuis, S. (2011). Outcome instruments to measure frailty: A systematic review. *Ageing Research Reviews*, 10, 104-114.
- World Health Organization. (1946). *Definition of an older or elderly person*. Retrieved from <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- Yokoya, T., Demura, S. & Sato, S. (2007). Relationships between Physical Activity, ADL Capability and Fall Risk in Community-Dwelling Japanese Elderly Population *Environmental Health and Preventive Medicine*, 12, 25-32.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ตารางการวิเคราะห์งานวิจัยที่สำคัญในการนำมาพัฒนาแนวปฏิบัติ

เรื่องที่ 1. Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy Implications of a Core Geriatric Concept

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่ตีพิมพ์ เผยแพร่)	ระดับของ หลักฐานเชิง ประจักษ์	วัตถุประสงค์	แบบวิจัย/กลุ่ม ตัวอย่าง	การดำเนินงานวิจัย	ผลการวิจัย	การนำไปใช้
Inouye K. S., Studenski S., Tinetti E. M. & Kuchel A. G. (2007).	Level 1	1. เพื่ออธิบายข้อดี และข้อจำกัดของ เกณฑ์ที่เป็นที่ยอมรับ สำหรับกลุ่มอาการใน ผู้สูงอายุ 2. เพื่อประเมินปัจจัย เสี่ยงเกี่ยวกับกลุ่ม อาการในผู้สูงอายุ 5 ส่วน 3. เพื่อพิจารณาโลก ที่สำคัญในการทำงาน	A systematic review	ทบทวนวรรณกรรมทางการ แพทย์ที่สืบค้นจาก PubMed ตั้งแต่เดือนมกราคม 1990 ถึงธันวาคม 2005 โดย กำหนดคำสำคัญ คือ กลุ่ม อาการในผู้สูงอายุ เงื่อนไข การใช้บริการหรือทำนาย ปัจจัยเสี่ยงที่เป็นอิสระหรือ แบบจำลองสำหรับทำนาย กลุ่มอาการในผู้สูงอายุและ จำแนกปัจจัยเสี่ยงของโรค	ผลการศึกษา พบว่า 1. ปัจจัยเสี่ยงการเกิด แผลกดทับ มี 12 ปัจจัย 2. ปัจจัยเสี่ยงปัญหา การกลืนปีศาจวะ มี 9 ปัจจัย 3. ปัจจัยเสี่ยงพลัดตก หกล้ม มี 12 ปัจจัย 4. ปัจจัยเสี่ยงภาวะ สับสนมี 8 ปัจจัย 5. ปัจจัยเสี่ยงร่วมใน	นำหลักเกณฑ์การ ประเมินกลุ่ม อาการในผู้สูงอายุ ไปใช้ในการเลือก แบบประเมิน สุขภาพผู้สูงอายุ

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่ตีพิมพ์ เผยแพร่)	ระดับของ หลักฐานเชิง ประจักษ์	วัตถุประสงค์	แบบวิจัย/กลุ่ม ตัวอย่าง	การดำเนินงานวิจัย	ผลการวิจัย	การนำไปใช้
		วิจัยเกี่ยวกับกลุ่ม อาการในผู้สูงอายุไป ใช้ในเชิงนโยบายและ เป็นแนวปฏิบัติ		ในผู้สูงอายุ	กลุ่มอาการผู้สูงอายุ มี 4 ปัจจัย	

เรื่องที่ 2. Prevalence and recognition of geriatric syndromes in an outpatient clinic at a tertiary care hospital of Thailand

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่ ตีพิมพ์ เผยแพร่)	ระดับของ หลักฐาน เชิง ประจักษ์	วัตถุประสงค์	แบบวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	การดำเนินงานวิจัย	ผลการวิจัย	การนำไปใช้
Panta L., Kittisak S., Suvanee S. & Wilawan H. (2011)	Level 2	วัตถุประสงค์หลัก ของการศึกษาคั้งนี้ คือ การตรวจสอบ ระบบการดูแล ผู้ป่วยนอกอายุ-	การวิจัยกึ่ง ทดลอง ไม่มี การสุ่มเข้า กลุ่ม จำนวน	สุ่มผู้สูงอายุของคลินิกผู้ป่วยนอกอายุกรรมของ โรงพยาบาลศรีนครินทร์จำนวน 120 คน ที่มารับ บริการระหว่างเดือนมกราคม 2008 ถึงเดือน พฤษภาคม 2010 เลือกผู้สูงอายุที่ปรากฏโรค ผู้สูงอายุจากการศึกษาย้อน	ผลการศึกษา พบว่า การใช้แบบ ประเมิน อย่างเป็น องค์รวม มีการ ค้นพบโรค	นำการประเมิน สุขภาพอย่าง เป็นองค์รวมมา ใช้ในการ ออกแบบแนว

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่ ตีพิมพ์ เผยแพร่)	ระดับของ หลักฐาน เชิง ประจักษ์	วัตถุประสงค์	แบบวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	การดำเนินงานวิจัย	ผลการวิจัย	การนำไปใช้
		กรรมของ โรงพยาบาลศรี นครินทร์ ความชุก ของกลุ่มอาการของ โรคในผู้สูงอายุ รวมทั้งความ บกพร่องทาง สติปัญญา ภาวะ ซึมเศร้า ภาวะพึ่งพา การกลืนปัสสาวะ ไม่ได้ การพลัดตก หกล้ม วัตถุประสงค์รอง คือ การเปรียบเทียบ	ขนาดกลุ่ม ตัวอย่างโดย การประมาณ จากความชุก ของกลุ่ม อาการใน ผู้สูงอายุจาก ประชากรใน คลินิก ผู้สูงอายุ โดย ขนาดของ กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 50 คน	หลัง ข้อมูลในเวชระเบียนผู้ป่วย โดยให้ผู้สูงอายุ 50 คน ได้รับการประเมินด้วยแบบประเมิน อย่าง เป็นองค์รวม และอีก 70 คน ประเมินแบบทั่วไป การประเมินผลกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาความ ชุกและอัตราความชุกของแต่ละโรคเปรียบเทียบ ระหว่างทั้ง 2 กลุ่ม โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและ การทดสอบไคสแควร์ในการวิเคราะห์ผล	ผู้สูงอายุมากกว่า การประเมินแบบ ทั่วไป โดยพบ ความชุกของโรค ตาม ลำดับ ดังนี้ การพลัดตกหกล้ม 30 : 1% สมอง เลื่อน 19 : 16% การกลืนปัสสาวะ ไม่ได้ 24 : 9% ภาวะพึ่งพา 50 : 17% ภาวะ ซึมเศร้า 22 : 14% พบแต่ละกลุ่ม	ปฏิบัติ การ ประเมิน สุขภาพใน ผู้สูงอายุ

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่ ตีพิมพ์ เผยแพร่)	ระดับของ หลักฐาน เชิง ประจักษ์	วัตถุประสงค์	แบบวิจัย/ กลุ่มตัวอย่าง	การดำเนินงานวิจัย	ผลการวิจัย	การนำไปใช้
		ความชุกของ โรค ในผู้สูงอายุจากการ ใช้ แบบประเมิน ทั่วไป และแบบ ประเมินแบบองค์ รวม			อาการมีความชุก เพิ่มขึ้นเมื่ออายุ มากขึ้นและการ ประเมินอย่างเป็น องค์รวมพบความ ชุกของกลุ่มอาการ ใน ผู้ สู ง อ า ย มากกว่าการ ประเมินแบบ ทั่วไป อย่าง มี นัยสำคัญทางสถิติ	

เรื่องที่ 3. Development and Psychometric Testing of the Healthy Aging Instrument

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่ ตีพิมพ์เผยแพร่)	ระดับของ หลักฐานเชิง ประจักษ์	วัตถุประสงค์	แบบวิจัย/กลุ่ม ตัวอย่าง	การดำเนินงานวิจัย	ผลการวิจัย	การนำไปใช้
Ladda T. et al. (2008)	Level 2	เพื่อพัฒนาและทดสอบ คุณสมบัติของเครื่องมือ ประเมินการสูงวัยอย่างมี สุขภาวะ	การวิจัยกึ่ง ทดลอง กลุ่ม ตัวอย่างเป็นผู้ที่ มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในภาคใต้ของ ประเทศไทย แบ่งเป็น 5 กลุ่ม คือ 1. เลือกแบบ เจาะ จง 14 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ส อ บ ถ ำ ม เจาะลึกความ สนใจ	การวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนา เครื่องมือ ซึ่งมีองค์ประกอบ หลายมิติ เพื่อใช้ในการ ประเมินการสูงวัยอย่างมีสุข ภาวะ ในบริบทของผู้สูงอายุ ไทย เครื่องมือชิ้นนี้มี 46 คำ ถาม โดยขั้นตอนการพัฒนา เครื่องมือมี 3 ขั้นตอน ดังนี้ 1. กำหนดนิยามและ ขอบเขตของเนื้อหา 2. สร้างและเลือกรายการวัด 3. ทดสอบประสิทธิภาพ ของเครื่องมือ	ผลการวิจัย พบว่า เครื่องมือมีความตรง เชิงเนื้อหา ความ ตรง เชิงโครงสร้างและ ความเชื่อมั่นชนิดความ สอดคล้องภายในที่ดี และยอมรับได้ เป็น เครื่องมือที่ใช้ง่าย ใช้ เวลาตอบ 15 นาที จาก การใช้เครื่องมือนี้ ค้นพบ 9 ปัจจัยที่ช่วย ให้ผู้สูงอายุอยู่อย่างมี สุขภาวะ คือ การใช้ ชีวิตเรียบง่าย การ จัดการกับความเครียด	นำปัจจัยที่พบว่า ทำให้ผู้สูงอายุอยู่ อย่างมีสุขภาวะมา ใช้ในการแบบการ ประเมินผู้สูงอายุ ในแนวปฏิบัติด้าน สังคม และด้านจิต วิญญาณ

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่ ตีพิมพ์เผยแพร่)	ระดับของ หลักฐานเชิง ประจักษ์	วัตถุประสงค์	แบบวิจัย/กลุ่ม ตัวอย่าง	การดำเนินงานวิจัย	ผลการวิจัย	การนำไปใช้
			2. เลือกแบบ เจาะจงเพื่อ สัมภาษณ์เชิง ลึก 10 คน 3. เลือกแบบ เจาะจง เพื่อ ทดสอบความ ยาก-ง่าย และ ความเข้าใจของ คำถาม 4. เลือกแบบ เจาะจง 30 คน เพื่อทดสอบ ก่อน-หลัง 5. คัดเลือกแบบ		การมีสัมพันธภาพที่ดี และได้รับการ สนับสนุนจากคนใน ครอบครัวและเพื่อน บ้าน การทำบุญและทำ ความดี การตระหนักรู้ และดูแลตนเอง การไม่ อยู่นิ่งเฉยด้านกาย การ บริหารความคิด การมี ปฏิบัติสัมพันธ์กับ สังคม และการยอมรับ การสูงวัย	

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่ ตีพิมพ์เผยแพร่)	ระดับของ หลักฐานเชิง ประจักษ์	วัตถุประสงค์	แบบวิจัย/กลุ่ม ตัวอย่าง	การดำเนินงานวิจัย	ผลการวิจัย	การนำไปใช้
			สุ่ม 403 คน เพื่อเก็บข้อมูล			

เรื่อง4. การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียง ในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่ ตีพิมพ์เผยแพร่)	ระดับของ หลักฐานเชิง ประจักษ์	วัตถุประสงค์	แบบวิจัย/กลุ่ม ตัวอย่าง	การดำเนินงานวิจัย	ผลการวิจัย	การนำไปใช้
จุฑาทิพย์ งาม จันทร์ศรีและ อรสา กงตาล	Level 3b	วัตถุประสงค์เพื่อศึกษา สถานการณ์ และพัฒนา แนวทางการดูแลต่อเนื่อง	งาน วิจัย เชิง ป ฏิ บั ติ ก า ร เลือกกลุ่มตัว	เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินสุขภาวะอย่าง เป็นองค์รวม ด้านร่างกาย	ผลการวิจัย พบว่า ทีมผู้ ให้บริการ มี แนว ปฏิบัติการดูแลสุขภาพ	นำองค์ประกอบ การ ประเมิน สุขภาพอย่างเป็น

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่ ตีพิมพ์เผยแพร่)	ระดับของ หลักฐานเชิง ประจักษ์	วัตถุประสงค์	แบบวิจัย/กลุ่ม ตัวอย่าง	การดำเนินงานวิจัย	ผลการวิจัย	การนำไปใช้
(2555)		สำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติด บ้านติดเตียง ในเขต เทศบาลเมืองเพชรบูรณ์	อ ย่ า ง แ บ บ เฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย ผู้สูง อายุ ติด บ้านติดเตียง จำนวน 20 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 20 คน อาสาสมัคร ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 10 คน แ ล ะ ที ม ใ ห้ บริการจำนวน 10 คน	จิตใจ สังคมและความ สามารถในการทำหน้าที่ ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 การ ประเมินภาวะสุขภาพ ด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่วนที่ 3 แบบประเมินความ สามารถในการทำกิจวัตร ประจำวัน โดยใช้แบบ Barthel's Index ส่วน ที่ 4 แบบประเมินความสามารถ ในการทำกิจวัตรประจำวัน ต่อเนื่อง ใช้วิธีการสัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม เพื่อให้ ทราบถึงปัญหาที่ซับซ้อน	อย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ สูง อายุกลุ่มติดบ้านติด เตียง ผู้สูงอายุและ ผู้ดูแลมีความพึงพอใจ ในบริการสุขภาพที่มี ความต่อเนื่องมากขึ้น	ongค์รวม ไปพัฒนา แนวปฏิบัติ

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่ ตีพิมพ์เผยแพร่)	ระดับของ หลักฐานเชิง ประจักษ์	วัตถุประสงค์	แบบวิจัย/กลุ่ม ตัวอย่าง	การดำเนินงานวิจัย	ผลการวิจัย	การนำไปใช้
				และความต้องการการ ช่วยเหลืออย่างครอบคลุม ทุกด้านสำหรับผู้สูงอายุกลุ่ม ติดบ้านติดเตียง และพัฒนา ระบบการดูแลต่อเนื่อง		

เรื่องที่ 5. การสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่)	ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	วัตถุประสงค์	แบบวิจัย/กลุ่มตัวอย่าง	การดำเนินงานวิจัย	ผลการวิจัย	การนำไปใช้
เบญจพร สุธรรมชัย จิราพร เกศพิชญวัฒนา และ นภัส แก้ววิเชียร (2558)	Level 3b	วัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการปัจจัยนำเข้าในการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และข้อเสนอเชิงนโยบาย ยุทธศาสตร์ในการจัดระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ	วิจัยเชิงคุณภาพ เก็บข้อมูลในช่วงเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2557 โดยทำการคัดเลือกจังหวัดแบบเจาะจงเป็นพื้นที่ต้นแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ	เก็บข้อมูลโดยการประชุมกลุ่มอย่างมีส่วนร่วมและประชุมกลุ่มย่อยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียของแต่ละพื้นที่ โดยจัดเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน เพื่อสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย ทบทวนข้อมูลเอกสารแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของประเทศไทย	ผลการวิจัย ได้สรุปข้อเสนอรูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ดังนี้ 1. การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ 1) การจัดทำสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุสำหรับผู้สูงอายุทุกคนเพื่อจัดบริการสุขภาพให้เหมาะสมตามสถานะสุขภาพ	นำรูปแบบการบริการสุขภาพผู้สูงอายุมาใช้เป็นองค์ประกอบในแนวปฏิบัติ ได้แก่ การจัดทำสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ การคัดกรองโรคที่สำคัญในผู้สูงอายุ และการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่ ตีพิมพ์เผยแพร่)	ระดับของ หลักฐานเชิง ประจักษ์	วัตถุประสงค์	แบบวิจัย/กลุ่ม ตัวอย่าง	การดำเนินงานวิจัย	ผลการวิจัย	การนำไปใช้
			ตัวอย่างภาคละ 1 จังหวัด คือ อุ ด ร ธ า นิ ลำปาง พังงา และกาญจนบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ บ ริ ห า ร ห น ่ ย ง า น ผู้รับผิดชอบ งานผู้สูงอายุใน พื้ น ที่ แ ล ะ ผู้เชี่ยวชาญด้าน การดูแลผู้สูง อายุ		ของผู้สูงอายุแต่ละกลุ่ม 2) การจัดกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคให้กับ ผู้สูงอายุทุกคน 3) การคัดกรองค้น หา ผู้ป่วยในโรคที่สำคัญ เพื่อจัดบริการดูแล รักษาพยาบาลผู้สูงอายุ ตามสถานะการเจ็บได้ ตั้งแต่ระยะแรก รวมถึง การให้องค์ความรู้เป็น การเฉพาะต่อกลุ่มเสี่ยง	2. การจัดบริการ รักษาพยาบาลและ

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่ ตีพิมพ์เผยแพร่)	ระดับของ หลักฐานเชิง ประจักษ์	วัตถุประสงค์	แบบวิจัย/กลุ่ม ตัวอย่าง	การดำเนินงานวิจัย	ผลการวิจัย	การนำไปใช้
					<p>ฟื้นฟูสภาพใน สถานพยาบาล ได้แก่ การจัดบริการผู้ป่วย นอกสำหรับผู้ป่วย สูง อายุ ใน สถานพยาบาลทุก ระดับ</p> <p>3. การดูแลสุขภาพ ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ในชุมชน</p>	

เรื่องที่ 6. Identifying frailty: do the Frailty Index and Groningen Frailty Indicator cover different clinical perspectives a cross-sectional study

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่ตีพิมพ์เผยแพร่)	ระดับของหลักฐานเชิงประจักษ์	วัตถุประสงค์	แบบวิจัย/กลุ่มตัวอย่าง	การดำเนินงานวิจัย	ผลการวิจัย	การนำไปใช้
Drubbel I. et al. (2013)	Level 4b	เพื่อประเมินดัชนีความเปราะบางในผู้สูงอายุ (Frailty Index) โดยใช้แนวทางของ ICPC และ ATC ในข้อมูลบริการปฐมภูมิและการใช้ GFI ในการประเมินผู้สูงอายุกลุ่มเดิมเพื่อค้นหาความเปราะบาง	งานวิจัยเชิงสังเกตภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่างผู้มีอายุ ≥ 60 ปี จำนวน 1,580 คนในหน่วยบริการปฐมภูมิในประเทศเนเธอร์แลนด์	ผู้สูงอายุได้รับการสอบถามด้วยแบบประเมิน GFI ซึ่งมีคำถาม 15 ข้อเพื่อประเมินภาวะสุขภาพเบื้องต้นซึ่งสั้นกระชับ ใช้งานง่ายเปรียบเทียบกับแบบประเมิน FI ซึ่งมีความละเอียด	ผู้สูงอายุที่มีคะแนน GFI สูงมักจะอยู่คนเดียวโดยสอดคล้องกับกลุ่มที่แบ่งตามคะแนน FI จึงสรุปได้ว่า แบบประเมิน GFI ซึ่งสั้นกระชับ และใช้งานง่ายกว่า GFI แต่ผลการประเมินไม่แตกต่างกัน	นำแนวคิดการคัดกรองผู้สูงอายุด้วยเครื่องมือที่สั้นกระชับ ใช้งานง่าย เหมาะสมกับบริบทแผนกผู้ป่วยนอกมาใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติ

เรื่องที่ 7. The geriatric assessment

แหล่งที่มา (ผู้วิจัย/ปีที่ ตีพิมพ์เผยแพร่)	ระดับของ หลักฐานเชิง ประจักษ์	วัตถุประสงค์	แบบวิจัย/กลุ่ม ตัวอย่าง	การดำเนินงานวิจัย	ผลการวิจัย	การนำไปใช้
Elsawy B. & Higgins K. E. (2011)	Level 5	-	Review article	-	-	มีการรวบรวม แบบประเมินที่ ครอบคลุมสำหรับ ผู้สูง อายุ สามารถ นำแบบประเมิน สุขภาพผู้สูงอายุ บางด้านมาปรับใช้ ในแบบประเมิน สุขภาพของแนว ปฏิบัติ

ภาคผนวก ข

แนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก

The Geriatric Health Assessment Guideline For Outpatient Department



จัดทำโดย

นางสาวพัฒนมณฑ์ แก้วแสง

พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

คำนำ

ปัจจุบันผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง จากการเพิ่มจำนวนของผู้สูงอายุมีผลกระทบต่อประเทศในหลายๆด้าน หนึ่งในนั้นคือปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุที่จะต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือ

ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยของผู้สูงอายุ เกิดเนื่องจากเป็นวัยที่มีภาวะเสื่อมสภาพการทำงานในระบบต่างๆของร่างกาย ทำให้เกิดโรคภัยไข้เจ็บตามมา โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุมักจะเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น รวมทั้งกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) ได้แก่ การมองเห็นและการได้ยินลดลง การพลัดตกหกล้ม การกลืนปัสสาวะไม่ได้ ภาวะโภชนาการ ภาวะซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อม โดยปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่เกิดขึ้นนั้น สามารถชะลอได้หากได้รับการคัดกรองและการประเมินสุขภาพอย่างครอบคลุม แต่ในปัจจุบันยังพบว่า การดูแลที่มีอยู่โดยทั่วไปมักไม่เพียงพอสำหรับการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้เพราะผู้สูงอายุยังคงได้รับการดูแลไม่แตกต่างจากผู้รับบริการวัยอื่นๆ คือ มุ่งเน้นการรักษาโรคมกกว่าการคัดกรองภาวะสุขภาพเพื่อให้การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

การคัดกรองและการประเมินสุขภาพเป็นขั้นตอนแรกของการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพ เพื่อจะนำไปสู่การบ่งชี้ภาวะสุขภาพและทราบความต้องการของผู้รับบริการ โดยการคัดกรองสุขภาพ เป็นการซักถามหรือตรวจอย่างเป็นระบบในเบื้องต้น เพื่อค้นหาความเสี่ยงหรือโรคในระยะเริ่มแรก และการประเมินสุขภาพ เป็นการซักถามหรือตรวจอย่างละเอียดเพื่อให้ได้ข้อมูลทางสุขภาพมาเป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยโรคว่ามีด้านใดที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน เพื่อวางแผนดูแลรักษา รวมทั้งการติดตามผล การค้นหาปัญหาสุขภาพโดยการคัดกรองและการประเมินสุขภาพในผู้สูงอายุ จึงเป็นสิ่งจำเป็น ที่จะช่วยให้ค้นพบปัญหาที่ตรงตามความต้องการหรือความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ นำไปสู่การวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลหรือฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุแต่ละราย ให้มีความถูกต้องเหมาะสมและมีประสิทธิภาพมากที่สุด

สารบัญ

	หน้า
คำนำ.....	(1)
สารบัญ.....	(2)
วัตถุประสงค์.....	1
กลุ่มเป้าหมาย.....	1
สรุปข้อเสนอแนะ.....	1
หลักการสำคัญ.....	5
แผนผังการใช้แนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก.....	8
ตารางการใช้แบบประเมินสุขภาพในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ.....	9
การคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ.....	10
การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ.....	10
บรรณานุกรม.....	13
ภาคผนวก.....	15
แบบคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นสำหรับพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก.....	16
สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ.....	18

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก

กลุ่มเป้าหมาย

ผู้สูงอายุแต่ละรายที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก ได้รับการประเมินภาวะสุขภาพ อย่างเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ได้รับการดูแลด้านการรักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการดูแลต่อเนื่องอย่างเหมาะสมกับภาวะสุขภาพ

สรุปข้อเสนอแนะ (RECOMMENDATIONS)

ขั้นตอนของ แนวปฏิบัติ	ที่มา	ข้อเสนอแนะ
1. การประเมิน สุขภาพผู้สูงอายุ	- Elsayy B. & Higgins K. E. (2011), Ladda T. et al. (2008), Panta L., Kittisak S., Suvanee S. & Wilawan H. (2011), จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรี และอรสา กงตาล (2555) - ผ่องพรรณ อรุณแสง (2554), วิไลวรรณ ทอง เจริญ (2554)	- การประเมินสุขภาพแบบองค์รวมที่ประกอบด้วย ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ช่วยให้ค้นพบปัญหาสุขภาพได้มากกว่าการประเมินสุขภาพแบบทั่วไป (Grade A) - การประเมินสุขภาพด้านร่างกาย ประกอบด้วย 1) การประเมินประวัติสุขภาพกายทั่วไป ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ดัชนีมวลกาย วัดรอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด โรคประจำตัว ประวัติยาที่ใช้ประจำ ช่วยให้ทราบภาวะเสี่ยงทางสุขภาพกายของผู้สูงอายุ (Grade A)

ขั้นตอนของ แนวปฏิบัติ	ที่มา	ข้อเสนอแนะ
	<p>- สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ (2541), Yokoya, T., Demura, S. & Sato, S. (2007)</p> <p>- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2556)</p> <p>- เขาวพา ชูถึง (2547)</p>	<p>2) การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม สามารถ ประเมิน โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน (ADL) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยฮาโมนีและบาร์เรล ที่ครอบคลุมด้านการเคลื่อนย้ายตัวเอง การเดิน การใช้ห้องน้ำ การล้างหน้า การถ่ายปัสสาวะ การถ่ายอุจจาระ การอาบน้ำ การทานอาหาร การใส่เสื้อผ้า การเดินลงบันได ทั้งนี้เพราะคะแนนความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มและเป็นแบบประเมินที่ใช้กันอยู่ทั่วไปในโรงพยาบาลทุกแห่ง นอกจากนี้คะแนน ADL สามารถนำไปเชื่อมโยงกับการประเมินความต้องการผู้ดูแลสำหรับผู้สูงอายุได้ ซึ่งช่วยประหยัดเวลาในการใช้แบบประเมินในแผนกผู้ป่วยนอก (Grade B)</p> <p>3) การประเมินความสามารถในการกลั้นปัสสาวะ โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการกลั้นปัสสาวะของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จะครอบคลุมเรื่อง ความถี่ในการปัสสาวะ ความสามารถในการกลั้นปัสสาวะ การแบ่งเวลาปัสสาวะ และการมีปัสสาวะไหลริน และยังเป็นแบบประเมินที่สั้น กระชับ เข้าใจง่าย เหมาะกับบริบทแผนกผู้ป่วยนอกและมีการใช้กันอย่างแพร่หลายในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ (Grade B)</p> <p>4) การประเมินการนอนหลับ โดยใช้แบบประเมินปัญหาการนอนหลับของเขาวพา จะครอบคลุมปัญหา</p>

ขั้นตอนของ แนวปฏิบัติ	ที่มา	ข้อเสนอแนะ
	<p>- ชนิตา ปโชติการ (2012)</p> <p>- กระทรวงสาธารณสุข (2554)</p> <p>- ขวัญชนก ยิ้มแต่และคณะ (2554)</p>	<p>การนอนหลับยาก นอนหลับไม่ต่อเนื่อง ระยะเวลาอนหลับไม่เพียงพอ และความรู้สึกว่า การนอนหลับไม่เพียงพอ ทั้งนี้ได้ผ่านการทดสอบ คุณภาพด้านความเที่ยงของเครื่องมือ ได้ค่าความ เที่ยง 0.91 และแบบประเมินมีข้อคำถามที่สั้น กระชับ เข้าใจได้ง่าย เหมาะสมกับบริบทแผนก ผู้ป่วยนอก (Grade B)</p> <p>5) การประเมินภาวะโภชนาการ โดยใช้แบบ ประเมินภาวะโภชนาการทางคลินิกโดยรวม (Subjective Global Assessment [SGA]) พัฒนาขึ้น โดยเดชศักดิ์และคณะ จะครอบคลุมการ เปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว อาการเบื่ออาหาร/ คลื่นไส้ อาเจียน การประกอบกิจวัตรประจำวัน อาการบวมที่เท้า/ขา/แขน/ก้นกบ ความพอม/เส้น รอบวงแขน และกล้ามเนื้อต้นแขน /ต้นขาลีบ และ ยังเป็นแบบประเมินที่สั้น กระชับ สามารถใช้ได้ กับผู้ป่วยติดเตียงซึ่งไม่ทราบน้ำหนักและนิยมใช้ กันอย่างแพร่หลาย (Grade B)</p> <p>6) การประเมินสุขภาพช่องปาก โดยใช้แบบ ประเมินสุขภาพช่องปากของกระทรวง สาธารณสุข จะครอบคลุมการประเมินความ ผิดปกติในช่องปาก ฟัน และการเคี้ยว/กลืน รวมทั้งการใช้ฟันปลอม และยังเป็นแบบประเมิน ที่สั้น กระชับ และนิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย (Grade B)</p> <p>7) การประเมินการไคยีน โดยใช้แบบประเมินการ ไคยีนห้านาทีฉบับภาษาไทย (Five Minute</p>

ขั้นตอนของ แนวปฏิบัติ	ที่มา	ข้อเสนอแนะ
	<p>- สถาบันเวชศาสตร์ ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2556)</p> <p>- ผ่องพรรณ อรุณแสง (2554)</p> <p>- จิตติมา บุญเกิด (2552), ประเสริฐ อิตสันตชัย (2554)</p>	<p>Hearing Test [FMHT]) จะครอบคลุมปัญหาใน การฟังเสียงต่างๆในชีวิตประจำวัน ความลำบาก ในการปะติดปะต่อเรื่องราว และการโต้ตอบ ผิดพลาด ซึ่งเป็นที่นิยมใช้กันอย่างแพร่หลาย (Grade B)</p> <p>8) การประเมินการมองเห็น โดยใช้แบบประเมิน การมองเห็นของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จะ ครอบคลุมการมองเห็นในระยะใกล้และไกล รวมถึงประวัติการเดินชนสิ่งของบ่อยๆ และยังเป็น แบบประเมินที่มีข้อคำถามที่สั้น กระชับ เข้าใจได้ง่าย เหมาะสมกับบริบทแผนกผู้ป่วยนอก (Grade B)</p> <p>- การประเมินสุขภาพด้านจิตใจ ประกอบด้วย</p> <p>1) การประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมิน ภาวะซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q) ของกระทรวง สาธารณสุข จะครอบคลุมอาการเบื่อ ซึมเศร้า ท้อแท้ ลักษณะการหลับ อาการอ่อนเพลีย เบื่อ อาหาร ความรู้สึกที่มีต่อตนเองรวมถึงการคิดทำ ร้ายตนเอง ทั้งนี้คำถามที่ใช้ในการคัดกรองและ ประเมินภาวะซึมเศร้า ที่ใช้ได้ง่ายและรวดเร็ว อีก ทั้งเป็นแบบประเมินที่ใช้ทั่วไปในโรงพยาบาล ต่างๆ พยาบาลจึงมีความชำนาญในการใช้มากกว่า แบบประเมินอื่นๆ (Grade B)</p> <p>2) การประเมินภาวะสมองเสื่อม โดยใช้ แบบทดสอบสภาพสมองอย่างง่าย (Abbreviated Mental Test [AMT]) จะครอบคลุมความจำ เกี่ยวกับอายุ เวลา ที่อยู่ปัจจุบัน ปีปัจจุบัน สถานที่</p>

ขั้นตอนของ แนวปฏิบัติ	ที่มา	ข้อเสนอแนะ
2. การดูแล สุขภาพผู้สูงอายุ	<p>- ผ่องพรรณ อรุณแสง และคณะ (2555), วิไล วรรณ ทองเจริญ (2554), ประเสริฐ อุตสันตชัย (2554)</p> <p>- Kattika Thanakwang (2013)</p> <p>- Inouye K. S., Studenski S., Tinetti E. M. & Kuchel A. G. (2007)</p> <p>- เบญจพร สุธรรมชัย จิราพร เกศพิชญวัฒนา</p>	<p>วัน/เดือน/ปี/เกิด การนับเลขถอยหลัง และยังมีข้อ คำถามสั้น กระชับ เหมาะสมกับบริบทแผนก ผู้ป่วยนอก (Grade B)</p> <p>- การประเมินสุขภาพด้านสังคม โดยใช้แบบ ประเมินของผ่องพรรณและคณะ จะครอบคลุม ปัญหาด้านผู้ดูแล สภาพที่อยู่อาศัย และ สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่ง ครอบคลุมปัญหาทางด้านสังคมในทุกๆด้าน ทั้งนี้ ได้ผ่านการประเมินคุณภาพด้านความตรงเชิง เนื้อหาและหาความเที่ยงของเครื่องมือก่อนการ นำไปใช้แล้ว ได้ค่าความเที่ยง 0.88 (Grade B)</p> <p>- การประเมินด้านจิตวิญญาณ โดยใช้แบบ ประเมินด้านจิตวิญญาณของกัตติกา จะครอบคลุม ด้านการทำความดี การมีสติยอมรับและปล่อยวาง ความศรัทธาและการปฏิบัติตามหลักศาสนา อีกทั้ง ทั้งยังเป็นเครื่องมือที่สั้น กระชับ เข้าใจง่ายและ ผ่านการทดสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา 0.91 และความ สอดคล้องภายใน ได้ค่าอัลฟาครอนบาช 0.97 (Grade B)</p> <p>- การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ ควรประเมินทั้งโรค เรื้อรังที่พบบ่อย และกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ (geriatric syndromes) ซึ่งจะช่วยให้ค้นพบโรค หรือความเจ็บป่วยนอกเหนือจากอาการสำคัญที่ ผู้สูงอายุมารับบริการได้ (Grade B)</p> <p>- การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ควรดูแลให้ครอบคลุม การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การ</p>

ขั้นตอนของ แนวปฏิบัติ	ที่มา	ข้อเสนอแนะ
	และนภัส แก้ววิเชียร (2558)	รักษาพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ และการดูแล ต่อเนื่อง รวมทั้งมีแบบฟอร์มบันทึกข้อมูลอย่าง เป็นระบบ โดยสรุปปัญหาในประเด็น ดังต่อไปนี้ 1) ความต้องการการดูแล 2) โรคและปัญหาทาง กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ 3) ระบบการส่ง ต่อไปยังหน่วยบริการเฉพาะทาง ซึ่งจะช่วยให้ สามารถติดตามปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่าง ต่อเนื่อง (Grade B)

หลักการสำคัญ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติในการประเมินภาวะสุขภาพสำหรับคลินิกผู้สูงอายุ โดยผู้วิจัยได้นำแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยแห่งชาติ ประเทศออสเตรเลีย ประกอบด้วย ขั้นตอนการดำเนินการ 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 การพัฒนาแนวปฏิบัติ และระยะที่ 2 การนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้และประเมินผล ร่วมกับแนวคิดการดูแลสุขภาพเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ โดยมุ่งเน้นการคัดกรองและการประเมินสุขภาพโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ คือ โรคเรื้อรังต่างๆ และกลุ่มอาการที่พบบ่อย (geriatric syndrome) ในผู้สูงอายุทั้งกลุ่มติดสังคม กลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง เพื่อให้การดูแลสุขภาพในคลินิกผู้สูงอายุสามารถตอบสนองต่อความจำเป็นด้านสุขภาพของผู้สูงอายุแต่ละรายได้อย่างเหมาะสม มีรายละเอียดดังนี้

1. สุขภาพด้านกาย (physical health assessment) หมายถึง สุขภาพกายทั่วไป โรคประจำตัว อาการเจ็บป่วย โรคเรื้อรังต่างๆ ได้แก่ โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ ได้แก่ ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การกลืนปัสสาวะไม่ได้ การนอนหลับ ภาวะโภชนาการ สุขภาพช่องปาก การมองเห็นและการได้ยิน

2. สุขภาพจิตใจ (psychological health assessment) หมายถึง สภาวะทางจิตใจและการทำงานของสมอง ซึ่งเป็นปัญหาที่พบบ่อยของผู้สูงอายุ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อม

3. สุขภาพทางสังคม (social health assessment) หมายถึง ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพและการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น สัมพันธภาพของผู้สูงอายุกับคนในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน แหล่งสนับสนุนทางการเงิน และแหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล

4. สุขภาพจิตวิญญาณ (spiritual health assessment) หมายถึง ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการเตรียมพร้อมต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น ความเชื่อ ความศรัทธา และการเห็นคุณค่าในตนเอง

ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จากการคัดกรองและการประเมินสุขภาพจะต้องนำมาใช้ในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เพื่อกำหนดแนวทางในการให้การดูแลรักษาฟื้นฟูสภาพส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการดูแลต่อเนื่องที่เป็นรูปธรรมชัดเจน โดยข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่กำหนดอาจมีได้ 2 ลักษณะ ดังนี้

1. ข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพเชิงบวก เป็นข้อวินิจฉัยการพยาบาลสุขภาพดี ซึ่งต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ลักษณะการกำหนดข้อวินิจฉัย ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพด้านดีและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ภาวะสุขภาพดี + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง)

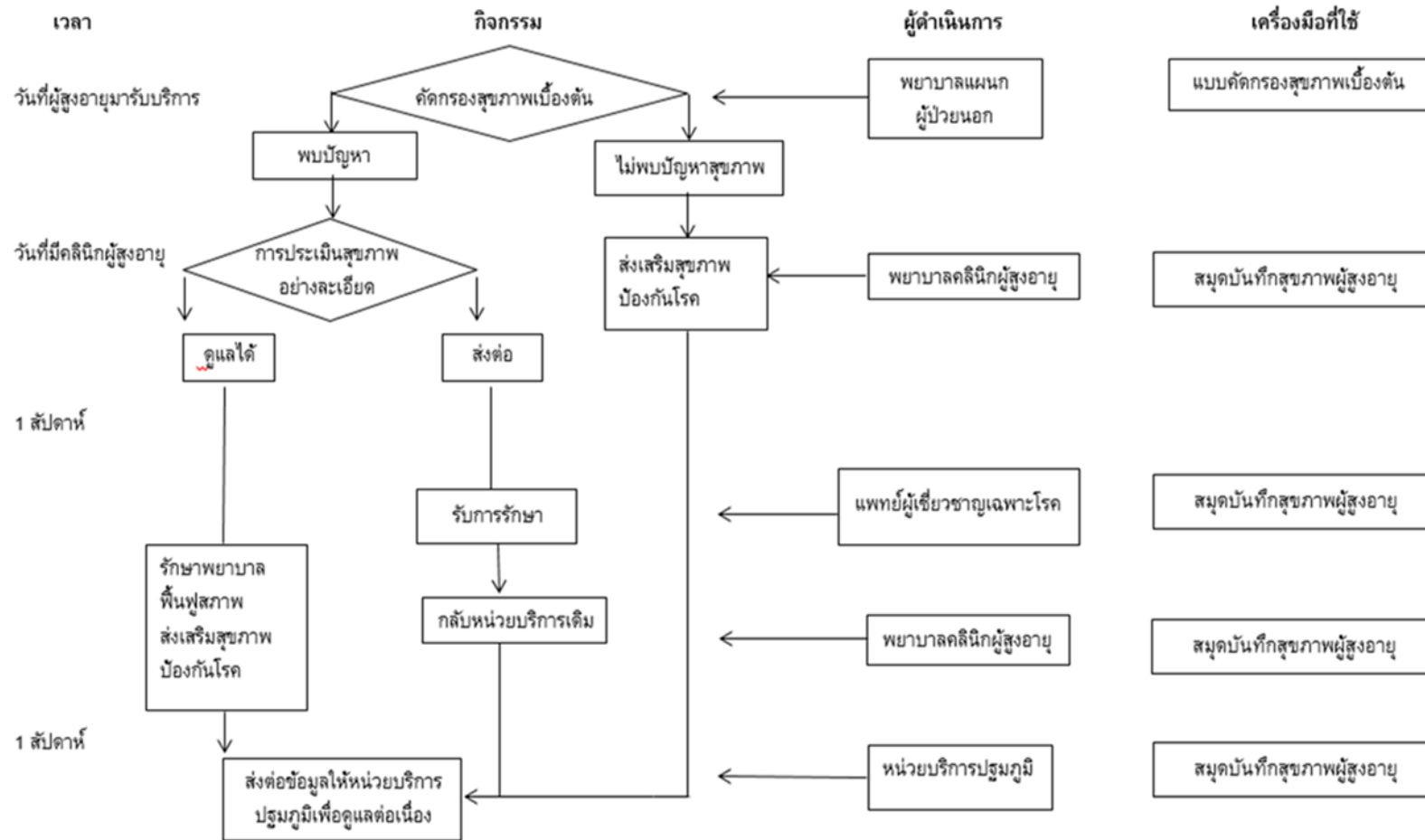
2. ข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพเชิงลบ หรือปัญหาทางการพยาบาล ซึ่งมี 3 ระดับ

2.1 ปัญหาในปัจจุบัน (actual problem) คือ ปัญหาที่กำลังเกิดขึ้นมีข้อมูลสนับสนุนและมีอาการหรืออาการแสดงชัดเจน ซึ่งต้องได้รับการแก้ปัญหาโดยการเยียวยาและฟื้นฟูสภาพ ลักษณะการกำหนดข้อวินิจฉัย ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพที่เป็นปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (ปัญหาสุขภาพ + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง)

2.2 ปัญหาเสี่ยง (potential problem) คือ ปัญหาที่ยังไม่เกิดแต่มีแนวโน้มว่าจะเกิดถ้าไม่ป้องกันหรือแก้ไขเพราะพบปัจจัยเสี่ยง จึงต้องได้รับการป้องกันโดยการควบคุมสาเหตุของปัญหา ลักษณะการกำหนดข้อวินิจฉัย ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพที่มีความเสี่ยงและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (เสี่ยงต่อการเกิด + ปัญหาสุขภาพ + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง)

2.3 ปัญหาที่มีโอกาสเกิด (possible problem) คือ ปัญหาที่ยังไม่เกิด แต่คิดว่าน่าจะเกิดขึ้นตามวิจรณ์ญาณ หรือจากประสบการณ์และความรู้ทางการพยาบาล แต่ยังไม่มข้อมูลสนับสนุนเพียงพอ เช่น ปัญหาที่เกิดจากความเสื่อมสภาพของร่างกายในวัยสูงอายุ (ผ่องพรรณ, 2554) ซึ่งต้องได้รับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคหรือปัญหาที่อาจเกิดขึ้น ลักษณะการกำหนดข้อวินิจฉัย ประกอบด้วย ภาวะสุขภาพที่มีโอกาสเกิดเป็นปัญหาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องจากประสบการณ์หรือความรู้ทางการพยาบาล (มีโอกาสเกิด + ปัญหาสุขภาพ + เนื่องจาก + ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง)

แผนผังการใช้แนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก



*หมายเหตุ สำหรับโรงพยาบาลที่ไม่มีคลินิกผู้สูงอายุ พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกจะเป็นผู้ดำเนินการแทนพยาบาลคลินิกผู้สูงอายุ

ตารางการใช้แบบประเมินสุขภาพในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ

รายการประเมิน	ระยะเวลาที่ประเมิน				ผู้ประเมิน	
	ประเมินเมื่อแรกเริ่ม/ทุกครั้งที่ผู้สูงอายุมารับบริการ	ประเมินซ้ำทุก 3 เดือน	ประเมินซ้ำทุก 6 เดือน	ประเมินเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง	พยาบาล/ผู้ช่วยพยาบาล*	ผู้สูงอายุ/ญาติ
1. ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ	√			สถานภาพสมรส ที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์	√	√
2. ประวัติการเจ็บป่วย	√			มีโรคหรืออาการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้น	√	√
3. ยาที่ใช้ในปัจจุบัน	√		√		√	
4. การตรวจร่างกายเบื้องต้น	น้ำหนัก คีโชนิมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต และชีพจร	√			√	
	ระดับน้ำตาลในเลือด	√	√		√	
5. การคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น	√		√		√	
6. ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดตกหล่น			√		√	
7. ประเมินความสามารถในการกลืนปัสสาวะ		√			√	
8. ประเมินปัญหาการนอนหลับ		√			√	
9. ประเมินภาวะโภชนาการ		√			√	
10. ประเมินสุขภาพช่องปาก			√		√	
11. ประเมินการได้ยิน			√		√	
12. ประเมินการมองเห็น			√		√	
13. ประเมินภาวะซึมเศร้า			√		√	
14. ประเมินความจำ			√		√	
15. ประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว				มีปัญหาเกี่ยวกับคนในครอบครัว	√	√
16. ประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน				เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนน้อยลง	√	√
17. ประเมินแหล่งสนับสนุนด้านการเงิน				มีปัญหาทางการเงิน	√	√
18. ประเมินแหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล				เปลี่ยนผู้ดูแล	√	√
19. ประเมินความเชื่อและศรัทธา			√	เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาลดลง	√	√
20. ประเมินการเห็นคุณค่าในตัวเอง					√	

* กรณีผู้ช่วยพยาบาลประเมิน ต้องได้รับการฝึกอบรม/นิเทศจากพยาบาลที่รับผิดชอบในการประเมินโดยตรง

การคัดกรองสุขภาพ

การคัดกรองสุขภาพเป็นการซักถามหรือตรวจอย่างเป็นระบบในเบื้องต้น เพื่อค้นหาความเสี่ยงหรือโรคในระยะเริ่มแรกของผู้สูงอายุ ซึ่งไม่ทราบมาก่อนว่าตนเองมีความเสี่ยงหรือเป็นโรคนั้นแล้ว โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะป้องกันโรค ลดความเสี่ยงหรือภาวะแทรกซ้อนจากโรคสำหรับผู้สูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ง่าย การคัดกรองสุขภาพจึงมีความจำเป็นที่จะช่วยให้ค้นพบโรคและเข้ารับการรักษาพยาบาลหรือฟื้นฟูสภาพได้โดยเร็ว เพื่อลดความรุนแรงของโรคหรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค

การประเมินสุขภาพ

การประเมินสุขภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ข้อมูลทางสุขภาพมาเป็นประโยชน์ในการวินิจฉัยโรค วางแผนดูแลรักษา รวมทั้งการติดตามผล การประเมินภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะต้องดำเนินการเพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพว่ามีด้านใดที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเร่งด่วน รวมทั้งค้นหาปัจจัยสนับสนุนที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เพื่อทราบถึงปัจจัยที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี

ขั้นตอนการดำเนินการตามแนวปฏิบัติ

แนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอกที่พัฒนาขึ้นนี้มี 2 องค์ประกอบหลัก คือ 1) การคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น และ 2) การประเมินสุขภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1.1 การคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น เมื่อผู้สูงอายุมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกพยาบาลผู้ทำหน้าที่ซักประวัติจะเป็นผู้คัดกรอง โดยใช้แบบประเมินการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น ซึ่งเป็นข้อคำถามที่สั้น กระชับ สามารถคัดกรองได้อย่างรวดเร็ว เพื่อช่วยในการค้นหาความเสี่ยงหรือปัญหาสุขภาพ (ยศ, ปฤษฎพร, ศรีเพ็ญและธนัญญา, 2557) แล้วจึงนัดมาประเมินสุขภาพในวันที่มีคลินิกผู้สูงอายุ ซึ่งการคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นเป็นองค์รวม มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1.1.1 ด้านร่างกาย ประกอบด้วย การคัดกรองความเสี่ยงในการพลัดตกหกล้ม การคัดกรองความสามารถในการกลืนปัสสาวะ ปัญหาการนอนหลับ ภาวะโภชนาการ สุขภาพช่องปาก การได้ยิน การมองเห็น และการได้รับยาหลายชนิด

1.1.2 ด้านจิตใจ ประกอบด้วย การคัดกรองภาวะซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อม

1.1.3 ด้านสังคม ประกอบด้วย การคัดกรองความต้องการผู้ดูแล และปัญหาด้านการเงิน

1.1.4 ด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วย การคัดกรองการเห็นคุณค่าในตนเอง

1.2 การประเมินสุขภาพ การประเมินสุขภาพนี้เป็นการประเมินอย่างละเอียดตามแบบประเมินในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ในหัวข้อที่คัดกรองแล้วพบว่าปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่ต้องให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยพยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกผู้สูงอายุจะนำผลการประเมินไปใช้ประกอบการวินิจฉัยภาวะสุขภาพ วางแผนส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ให้การดูแลรักษาฟื้นฟูสภาพ และดูแลภาวะสุขภาพต่อเนื่อง แล้วจึงนัดมาประเมินสุขภาพในด้านที่คัดกรองแล้วแต่ยังไม่พบว่าเป็นปัญหาที่สำคัญในคราวต่อไป รวมทั้งค้นหาปัจจัยสนับสนุนที่จะนำไปสู่การส่งเสริมสุขภาพที่ดี (วิรดาและวรรณิ, 2556) ทั้งนี้จะทำการนัดตามความสะดวกของผู้สูงอายุ ซึ่งการประเมินสุขภาพนี้ต้องกระทำด้วยความถูกต้อง แม่นยำ และเป็นระบบ (วิไลวรรณ, 2554) จึงเป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีรายละเอียดดังนี้

ด้านร่างกาย ประกอบด้วย 1) สุขภาพกายทั่วไป ได้แก่ การชั่งน้ำหนัก การวัดส่วนสูง ดัชนีมวลกาย การวัดรอบเอว ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด โรคประจำตัว และประวัติยาที่ใช้ประจำ 2) การประเมินความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) 3) การประเมินการกลืนปัสสาวะไม่ได้ โดยใช้แบบประเมินการกลืนปัสสาวะ 4) การประเมินปัญหาการนอนหลับ โดยใช้แบบประเมินปัญหานอนหลับของเขาวพา (2547) 5) การประเมินภาวะโภชนาการ โดยใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการ (SGA) 6) การประเมินสุขภาพช่องปาก โดยใช้แบบประเมินสุขภาพช่องปากของกระทรวงสาธารณสุข 7) การประเมินการได้ยิน โดยใช้แบบประเมินการได้ยินห้านาทีฉบับภาษาไทย (FMHT) และ 8) การประเมินการมองเห็น โดยใช้แบบประเมินการมองเห็น

ด้านจิตใจ ประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมินคำถาม (9Q) ของกระทรวงสาธารณสุข และ 2) การประเมินภาวะสมองเสื่อม โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองอย่างง่าย (AMT)

ด้านสังคม ประกอบด้วย 1) การประเมินการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม 2) การประเมินสัมพันธภาพระหว่างผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว 3) การประเมินสภาพที่อยู่อาศัย และ 4) การประเมินแหล่งรายได้ของผู้สูงอายุและผู้ดูแล

ด้านจิตวิญญาณ ประกอบด้วย 1) การประเมินสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ และ 2) การประเมินความเชื่อและความศรัทธา โดยคัดแปลงจากแบบประเมินการสูงวัยอย่างมีศักยภาพ สำหรับประชาชนไทยในส่วนของความงอกงามทางปัญญา (Growing spiritual wisdom) ของกัตติกา (Kattika, 2013)

เมื่อประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแล้วพยาบาลในคลินิกผู้สูงอายุ จะต้องกำหนดข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพและแผนการพยาบาลที่ได้ให้การดูแลช่วยเหลือ (ส่วนที่ 6) และปัญหาที่ส่งเพื่อการดูแลต่อเนื่อง (ส่วนที่ 7) ในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ

บรรณานุกรม

1. Kattika Thanakwang. (2013). *Development and psychometric testing of the active ageing scale for Thai People (AAS-Thai)*. Doctor of Nursing Science Thesis. Prince of Songkla University, Songkla.
2. จุฑาทิพย์ งอยจันทร์ศรีและอรสา กงตาล. (2555). การพัฒนาการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชนเขตเทศบาลเมืองเพชรบูรณ์. *Graduate Research Conference*, 2012, 658-669.
3. นันทศักดิ์ ธรรมานวัตร. (2557). *คลินิกผู้สูงอายุ อคติ ปัจจุบัน อนาคต*. ค้นเมื่อ 17 ธันวาคม 2557, จาก <http://slideplayer.in.th/slide/2215174/#>
4. เบลุจพร สุธรรมชัย, จิราพร เกศพิชญวัฒนาและณภัศ แก้ววิเชียร. (2558). การสังเคราะห์รูปแบบบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 24(6), 1017-1029.
5. ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2554). *ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น จำกัด.
6. ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2554). *การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ: การนำใช้*. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.
7. พรฤดี ปัทม. (2551). การมีส่วนร่วมในการพัฒนาบริการสุขภาพที่คลินิกผู้สูงอายุของกลุ่มชนเผ่ากระโซ่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน. มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
8. ยศ ศิระวัฒนานนท์, ปฤษฐพร กิ่งแก้ว, ศรีเพ็ญ ตันติเวสสและธัญญา คู่พิทักษ์จร. (2557). *เช็คระยะสุขภาพ ตรวจดีได้ ตรวจร้ายเสีย: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ*. นนทบุรี: บริษัท ดีเซมเบอร์ จำกัด.
9. วรรณภา ศรีชัยรัตน์และลัดดา คำการเลิศ. (2553). *แนวปฏิบัติในการบริการผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: บริษัท สหมิตรพรีนติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด.
10. วิไลวรรณ ทองเจริญ. (2554). *ศาสตร์และศิลป์การพยาบาลผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
11. วรรณนิภา บุญระยอง. (2554). *แนวคิดในการจัดกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ*. ค้นเมื่อ 27 กันยายน 2556, จาก <http://www.google.co.th/url>

12. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2548). *คู่มือแนวทางการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ*. กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
13. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *คู่มือมาตรฐานและการดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ*. ค้นเมื่อ 15 ธันวาคม 2556, จาก <http://www.slideshare.net/dmslibrary1/ss-32973208>
14. สุริยะ วงศ์คงคาเทพ. (2557). *คู่มือการคัดกรองและประเมินผู้สูงอายุ*. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพยาบาลสงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.
15. Elsayy, B & Higgins, E. K. (2011). The geriatric assessment. *Am Fam Physician*, 83, 48-56.
16. National Health and Medical Research Council. (1999). A guideline to the developmental implementation and evaluation of clinical practice guidelines. Retrieved from http://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/publications/synopses/cp30.pdf

ภาคผนวก

แบบคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก

ชื่อ-สกุลผู้รับบริการ.....อายุ.....ปี HN.....

คำชี้แจง การคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นในผู้สูงอายุ เพื่อให้ทราบปัญหาสุขภาพนอกเหนือจากอาการที่ผู้สูงอายุมารับบริการที่โรงพยาบาลในครั้งนั้น ซึ่งควรคัดกรองผู้สูงอายุทุกรายที่ไม่เคยได้รับการนี้มาก่อน ทั้งนี้พยาบาลผู้คัดกรองจะต้องซักประวัติตามรายการในแบบคัดกรองนี้และทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพ

รายการประเมิน	ครั้ง/วัน เดือน ปีที่ประเมิน				
	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....	ครั้งที่ 4 วันที่.....	ครั้งที่ 5 วันที่.....
- เคยพลัดตกหกล้มใน ระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา/ เดินเซ/ไม่มีแรง					
- กลืนปัสสาวะไม่ได้/ ปัสสาวะบ่อย/ปัสสาวะ ไม่พุ่ง					
- นอนไม่หลับตอน กลางคืน					
- เบื่ออาหาร/มีปัญหา การกลืนอาหาร/ผอม/ อ้วนมาก					
- มีปัญหาการเคี้ยว อาหาร/ฟันโยก/ปวด ฟัน/เจ็บเหงือก					
- ได้ยินไม่ชัด					
- มองเห็นไม่ชัด					
- มียาเกิน 4 ชนิดขึ้นไป					

รายการประเมิน	ครั้ง/วัน เดือน ปีที่ประเมิน				
	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....	ครั้งที่ 4 วันที่.....	ครั้งที่ 5 วันที่.....
- รู้สึกเบื่อหน่าย/ท้อแท้/ ไม่อยากทำอะไร					
- หลงลืมบ่อย					
- มีภาวะพึ่งพาและ จำเป็นต้องมีผู้ดูแล หรือต้องการผู้ดูแล ช่วยเหลือในชีวิต ประจำวัน					
- ขัดสนเรื่องการเงิน					
- รู้สึกไม่มีคุณค่า/รู้สึก หมดหวังในชีวิต					

- หมายเหตุ
1. ควรประเมินซ้ำทุก 6 เดือนในหัวข้อที่ยังไม่พบปัญหาสุขภาพ
 2. ข้อที่มีหลายตัวเลือกทำเครื่องหมาย ✓ แม้มีเพียง 1 อาการ พร้อมทั้งขีดเส้นใต้
อาการที่ผู้สูงอายุเป็น
 3. หากมี ✓ ให้ส่งต่อคลินิกผู้สูงอายุเพื่อประเมินปัญหาสุขภาพด้านที่คัดกรองแล้ว
พบความผิดปกติและให้การรักษาพยาบาลหรือฟื้นฟูสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรค
ด้านที่ไม่พบความผิดปกติจากการคัดกรอง

สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ

สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ



ชื่อ.....สกุล.....

ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์.....

คำชี้แจง สมุดบันทึกนี้ได้ออกแบบเพื่อใช้ในการประเมินและบันทึกผลการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม รวมทั้งใช้เพื่อการส่งต่อข้อมูลในการดูแลต่อเนื่อง ประกอบด้วย 7 ส่วน โดยแบบประเมินแต่ละส่วนจะมีช่องให้ประเมินได้หลายครั้งเพื่อเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงผลของการประเมินแต่ละครั้ง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 2 สุขภาพกายของผู้สูงอายุ

2.1 โรคและการเจ็บป่วย

2.2 การตรวจร่างกายเบื้องต้น

2.3 กลุ่มอาการในผู้สูงอายุ

- 1) การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม
- 2) การประเมินความสามารถในการกลืนปัสสาวะ
- 3) การประเมินปัญหาการนอนหลับ
- 4) การประเมินภาวะโภชนาการ
- 5) การประเมินสุขภาพช่องปาก
- 6) การประเมินการได้ยิน
- 7) การประเมินการมองเห็น

ส่วนที่ 3 สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

3.1 ภาวะซึมเศร้า

3.2 ภาวะสมองเสื่อม

ส่วนที่ 4 สุขภาพสังคมของผู้สูงอายุ

4.1 สัมพันธภาพในครอบครัว

4.2 การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน

4.3 แหล่งสนับสนุนทางการเงิน

4.5 แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล

ส่วนที่ 5 สุขภาพจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ

5.1 ความเชื่อและศรัทธา

5.2 การเห็นคุณค่าในตนเอง

ส่วนที่ 6 สรุปภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพ และการดูแลที่ได้รับ

ส่วนที่ 7 ปัญหาที่ส่งดูแลต่อเนื่อง

คำแนะนำในการใช้สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ

1. สมุดบันทึกสุขภาพเล่มนี้ ให้พยาบาลประจำคลินิกผู้สูงอายุใช้สำหรับประเมินและบันทึกข้อมูลผลการประเมินภาวะสุขภาพ รวมทั้งการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพที่ผู้สูงอายุได้รับ เพื่อเป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องทั้งในส่วนของโรงพยาบาลและหน่วยบริการปฐมภูมิ

2. แจกสมุดบันทึกสุขภาพเล่มนี้ให้ผู้สูงอายุ พร้อมทั้งแนะนำให้ผู้สูงอายุนำสมุดเล่มนี้มาด้วยทุกครั้ง เมื่อมารับบริการตรวจรักษาหรือขอคำแนะนำจากบุคลากรทางการแพทย์ โดยให้ผู้สูงอายุมอบสมุดบันทึกสุขภาพให้เจ้าหน้าที่เพื่อบันทึกข้อมูลปัญหาสุขภาพ คำแนะนำ หรือการดูแลที่ได้รับ รวมทั้งปัญหาที่ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่องในแต่ละครั้งลงในสมุดบันทึกส่วนที่ 6 สรุปภาวะสุขภาพของผู้สูงอายรรวมถึงการดูแลที่ได้รับ และส่วนที่ 7 ปัญหาที่ส่งดูแลต่อเนื่อง เพื่อให้หน่วยบริการปฐมภูมิในพื้นที่ใกล้บ้านผู้สูงอายุดูแลสุขภาพต่อไป ทั้งนี้หน่วยบริการปฐมภูมิจะบันทึกข้อมูลการดูแลต่อเนื่องในสมุดบันทึกสุขภาพส่วนที่ 7 ด้านการดูแลที่ได้รับ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

คำชี้แจง การบันทึกข้อมูลส่วนนี้ ใช้เพื่อเป็นประโยชน์ในการติดตามดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง โดยผู้บันทึกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่อง หรือเติมคำในช่องว่าง ทั้งนี้อาจสอนให้ผู้สูงอายุบันทึกเอง หรือญาติบันทึกให้ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถบันทึกได้

เพศ

ชาย หญิง

วัน เดือน ปีเกิด.....อายุ.....ปี.....เดือน

เชื้อชาติศาสนา.....

สถานภาพสมรส

โสด คู่ หม้าย หย่า / แยก

ที่อยู่.....

หมายเลขโทรศัพท์.....

อาชีพ/การทำงานในปัจจุบัน

ไม่ได้ทำงาน เกษตรกรรม ระบุ.....
 ธุรกิจส่วนตัว ระบุ..... ข้าราชการเกษียณ ข้าราชการบำนาญ
 อื่นๆ ระบุ.....

สิทธิในการรับการรักษาพยาบาล

ไม่มี สิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคม
 สิทธิบัตรทอง อื่นๆระบุ.....

พฤติกรรมสุขภาพ

การออกกำลังกาย

ไม่ได้ทำ ทำ ชนิดของการออกกำลังกาย.....ระยะเวลา.....นาที/ครั้ง
ความถี่.....ครั้ง/สัปดาห์

การสูบบุหรี่/ใบจาก

ไม่สูบ สูบ ปริมาณ.....มวน/วัน

2.3 การตรวจร่างกายเบื้องต้น

คำชี้แจง การบันทึกข้อมูลส่วนนี้ เพื่อใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพพื้นฐานของผู้สูงอายุ โดยเติมข้อมูลลงในช่องประเมิน ทั้งนี้ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิต และชีพจร ประเมินได้ทุกครั้งที่คุณผู้สูงอายุมารับบริการ สำหรับระดับน้ำตาลในเลือดครั้งแรกสามารถประเมินได้ โดยไม่ต้องงดน้ำงดอาหาร (random blood sugar) ถ้าระดับน้ำตาลในเลือด \leq 200 มก./ดล. ควรนัด มาตรวจยืนยัน โดยให้งดน้ำงดอาหารอีกครั้ง (แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน, 2557) และสามารถประเมินซ้ำได้ทุก 6 เดือนในรายที่ยังไม่พบความผิดปกติ

รายการประเมิน	ครั้งที่/วัน เดือน ปีที่ประเมิน				
	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....	ครั้งที่ 4 วันที่.....	ครั้งที่ 5 วันที่.....
น้ำหนัก (กิโลกรัม)					
ส่วนสูง (เซนติเมตร)					
ดัชนีมวลกาย (กก./ตร.ม.)					
รอบเอว (เซนติเมตร)					
ความดันโลหิต (มิลลิเมตรปรอท)					
ชีพจร (ครั้ง/นาที)					
ระดับน้ำตาลในเลือด (มก./ดล.)					
การแปลผล					

2.4 การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

คำชี้แจง การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) เพื่อค้นหาโอกาสที่จะเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ โดยให้ผู้ประเมินซักประวัติผู้สูงอายุและใส่คะแนนตามที่กำหนดไว้ในแต่ละข้อลงในช่องวันที่ทำการประเมิน สามารถประเมินซ้ำได้ทุก 6 เดือน

รายการประเมิน	ครั้งที่/วัน เดือน ปีที่ประเมิน				
	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....	ครั้งที่ 4 วันที่.....	ครั้งที่ 5 วันที่.....
1. feeding การรับประทานอาหาร 0 ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง ต้องป้อนอาหารให้ หรือรับอาหารทางสายยาง 5 ต้องมีผู้คอยดูแลช่วยเหลือในการเตรียมอาหาร เช่น ช่วยตัดหรือหั่นอาหาร 10 ช่วยตัวเองได้เมื่อเตรียมอาหารวางไว้ให้					
2. Transfer การเคลื่อนย้าย 0 ไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้ 5 ต้องมีผู้ช่วยเหลือ 1-2 คน ในการเคลื่อนย้าย นั่งทรงตัวได้ 10 เคลื่อนย้ายได้โดยมีผู้ช่วยเหลือ 1 คน คอยช่วยพยุงหรือชี้แนะ 15 สามารถลุกจากเตียง ที่นอนหรือเคลื่อนย้ายลงมาเก้าอี้เงินและสามารถถือค้ำเก้าอี้เงินได้					

รายการประเมิน	ครั้งที่/วัน เดือน ปีที่ประเมิน				
	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....	ครั้งที่ 4 วันที่.....	ครั้งที่ 5 วันที่.....
3. Mobility การเดินทางเคลื่อนที่ 0 เคลื่อนไหวไม่ได้ 5 สามารถใช้เก้าอี้เข็น คลาน หรือถัดได้ 10 เดินได้โดยมีคนช่วยพยุง 1 คน 15 เดินได้เอง โดยอาจใช้ไม้ เท้า หรือเครื่องพยุงเดิน					
4. Dressing การแต่งตัว สวมใส่ เสื้อผ้า 0 ไม่สามารถแต่งตัวหรือสวม ใส่เสื้อผ้าได้เอง 5 ต้องมีผู้ช่วยเหลือบางขั้นตอน 10 แต่งตัว สวมใส่เสื้อผ้าได้					
5. Bathing การอาบน้ำ เช็ดตัว 0 ไม่สามารถอาบน้ำ หรือเช็ด ตัว ดูแลความสะอาดของร่างกาย ได้ต้องการความช่วยเหลือในบาง ขั้นตอน 5 สามารถอาบน้ำ ทำความ สะอาดร่างกายได้ ทั้งฟอกสบู่ ตัก น้ำราดตัว หรือเช็ดตัวได้ทุกส่วน					
6. Grooming สุขวิทยาส่วนบุคคล 0 ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นทั้งหมด ในการล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม หรือโกนหนวด					

รายการประเมิน	ครั้งที่/วัน เดือน ปีที่ประเมิน				
	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....	ครั้งที่ 4 วันที่.....	ครั้งที่ 5 วันที่.....
5 สามารถล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวดได้					
7. Toilet use การใช้ห้องสุขา หรือ กระโถน 0 ต้องพึ่งพาเกี่ยวกับการเข้า- ออกห้องสุขา หรือ การสอดคืบ กระโถนรวมทั้งการถอด/ใส่ เสื้อผ้า การล้างทำความสะอาด หลังการขับถ่าย 5 ต้องการความช่วยเหลือใน บางขั้นตอน 10 สามารถเข้า-ออก ห้องสุขา หรือการสอด-คืบกระโถน รวมทั้ง การถอด/สวมเสื้อผ้า การล้างทำ ความสะอาดภายหลังจากการ ขับถ่าย					
8. Bowels การควบคุมการถ่าย อุจจาระ 0 กลั้น ไม่ได้ อุจจาระราด กระปริดกระปรอย หรือท้องผูก ต้องสวนอุจจาระให้ 5 กลั้น ได้เป็นส่วนใหญ่ แต่อาจ กลั้นไม่ได้ประมาณสัปดาห์ละ 1 ครั้งหรือต้องการความช่วยเหลือ ในการสวนอุจจาระ 10 กลั้น ได้ และ/หรือ ต้องสวน					

รายการประเมิน	ครั้งที่/วัน เดือน ปีที่ประเมิน				
	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....	ครั้งที่ 4 วันที่.....	ครั้งที่ 5 วันที่.....
อุจจาระแต่สามารถทำได้เอง					
9. Bladder การควบคุมการถ่าย ปัสสาวะ 0 กลั้นไม่ได้ ถ่ายปัสสาวะ กระปิบกระปรอย/ต้องสวน ปัสสาวะหรือดูแลเมื่อคาสายสวน ปัสสาวะให้ 5 กลั้นปัสสาวะไม่ได้ประมาณ วันละ 1 ครั้ง และต้องการความ ช่วยเหลือให้การสวนปัสสาวะ หรือดูแลเมื่อคาสายสวนปัสสาวะ 10 กลั้นได้ ไม่มีปัสสาวะกระ ปริดกระปรอย ในกรณีที่คาสาย สวนปัสสาวะสามารถดูแลได้เอง					
10. Stairs การขึ้นลงบันได 0 ไม่สามารถทำได้ 5 ต้องการคนช่วยเหลือ 10 ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้ เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)					
คะแนนรวม					
การแปลผล					

การแปลผล	คะแนน 0-20	หมายถึง	ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เลย
	คะแนน 25-45	หมายถึง	สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เล็กน้อย
	คะแนน 50-70	หมายถึง	สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ปานกลาง

คะแนน 75-95 หมายถึง สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้มาก

* กลุ่มคะแนนความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 25 - 70 คะแนน เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ต้องได้รับคำแนะนำเพื่อป้องกันความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม

2.5 การประเมินความสามารถในการกลั้นปัสสาวะ ดัดแปลงจากแบบประเมินของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2556)

คำชี้แจง การประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะ โดยใช้แบบสอบถามนี้ เพื่อให้ทราบว่าผู้สูงอายุมีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้มากน้อยเพียงใดในช่วงเวลา 1 วัน โดยให้ผู้ประเมินเติมค่าคะแนน 0 – 4 ในข้อที่ผู้สูงอายุมีอาการ หากไม่สามารถประเมินได้ในครั้งนั้น ให้ผู้สูงอายุกลับไปสังเกตอาการและนัดประเมินได้ในครั้งถัดไป สามารถประเมินซ้ำได้ทุก 3 เดือน โดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่มีอาการเลย	=	0 คะแนน
มีอาการบ้าง (1 – 2 ครั้ง/วัน)	=	1 คะแนน
มีอาการค่อนข้างมาก (3 - 4 ครั้ง/วัน)	=	2 คะแนน
มีอาการมากเกือบทุกครั้ง (5 ครั้งขึ้นไป/วัน)	=	3 คะแนน
มีอาการทุกครั้ง	=	4 คะแนน

รายการประเมิน	ครั้งที่/วัน เดือน ปีที่ประเมิน				
	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....	ครั้งที่ 4 วันที่.....	ครั้งที่ 5 วันที่.....
1. ถ่ายปัสสาวะบ่อย กลั้นได้ไม่เกิน 2 ชั่วโมง					
2. เมื่อปวดปัสสาวะจะกลั้นไม่ได้ ต้องเข้าห้องน้ำทันที					
3. เมื่อเริ่มถ่ายปัสสาวะต้องเบ่ง หรือรอนานกว่าจะถ่าย ปัสสาวะออกมาได้					
4. ปัสสาวะไหลตลอดเวลา					
5. ปัสสาวะกะปริดกะปรอย คือ					

รายการประเมิน	ครั้งที่/วัน เดือน ปีที่ประเมิน				
	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....	ครั้งที่ 4 วันที่.....	ครั้งที่ 5 วันที่.....
ถ่ายๆ หยุดๆ หลายครั้ง					
6. รู้สึกเหมือนปีศาจจะไม่สุด					
คะแนนรวม					
การแปลผล					

การแปลผล 1-7 คะแนน หมายถึง อาการน้อยควรให้คำแนะนำในการ
สุขภาพไม่จำเป็นต้องพบแพทย์ทันที

7 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ควรพบแพทย์เพื่อขอคำปรึกษาและรับ
การรักษา

2.6 การประเมินปัญหาการนอนหลับ คัดแปลงจากแบบประเมินปัญหาการนอนหลับของเขาวพา ชู ถึง (2547)

คำชี้แจง แบบประเมินการนอนหลับนี้ เพื่อใช้ประเมินคุณภาพการนอนของผู้สูงอายุ โดย
ให้ผู้ประเมินทำเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องการนอนหลับ

รายการประเมิน	ครั้งที่/วัน เดือน ปีที่ประเมิน				
	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....	ครั้งที่ 4 วันที่.....	ครั้งที่ 5 วันที่.....
1. หลับยากใช้เวลากว่า 30 นาทีจึงจะหลับ					
2. ตื่นบ่อยในตอนกลางดึก					
3. ตื่นเช้ามากและหลับต่อ ไม่ได้					
4. อ่อนเพลียหลังจากตื่น นอน ไม่สดชื่น รู้สึก เหมือนหลับไม่เต็มที่					

รายการประเมิน	ครั้งที่/วัน เดือน ปีที่ประเมิน				
	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....	ครั้งที่ 4 วันที่.....	ครั้งที่ 5 วันที่.....
การแปลผล					

การแปลผล หากมีอาการข้อใดข้อหนึ่งหรือมากกว่า 1 ข้อขึ้นไป แสดงว่ามีปัญหาการนอนหลับ
พิจารณาให้คำแนะนำหรือดูแลรักษา

2.7 การประเมินภาวะโภชนาการ คัดแปลงจากประเมินอาการทางคลินิกโดยรวม (Subjective Global Assessment; SGA) พัฒนาขึ้นโดยเดตสกีและคณะ (Detsky et al, 1987) ฉบับภาษาไทยแปลโดยชนิศา ปโซติการ (2012)

คำชี้แจง แบบประเมินภาวะโภชนาการนี้ ใช้เพื่อค้นหาโอกาสที่จะเกิดภาวะขาดสารอาหาร
ในผู้สูงอายุ โดยให้ผู้ประเมินซักประวัติของผู้สูงอายุในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาและใส่คะแนน 1-3
ตามอาการที่ประเมินได้ในแต่ละข้อลงในช่องวันที่ที่ประเมิน สามารถประเมินซ้ำได้ทุก 3 เดือน

รายการประเมิน	ครั้งที่/วัน เดือน ปีที่ประเมิน				
	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....	ครั้งที่ 4 วันที่.....	ครั้งที่ 5 วันที่.....
1. การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว 1) ไม่เปลี่ยนแปลง 2) น้ำหนักลดลง 1-3 กิโลกรัม 3) น้ำหนักลดมากกว่า 3 กิโลกรัม					
2. อาการเบื่ออาหาร/คลื่นไส้อาเจียน ติดต่อกันนานกว่า 2 สัปดาห์ 1) ไม่มี 2) มีเล็กน้อย 3) มีมาก					

รายการประเมิน	ครั้งที่/วัน เดือน ปีที่ประเมิน				
	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....	ครั้งที่ 4 วันที่.....	ครั้งที่ 5 วันที่.....
3. การประกอบกิจวัตรประจำวัน 1) ปกติ 2) ลดลงแต่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ 3) นั่ง/นอนบนเตียง					
4. บวมที่เท้า/ขา/แขน/ก้นกบ 1) ไม่มี 2) มีเล็กน้อย 3) มีมาก					
5. ผอมซุบ/เส้นรอบวงของจุดกึ่งกลาง แขนท่อนบนลดลง (ค่าปกติ ผู้ชาย 29.5 ซม. ผู้หญิง 28.5 ซม.) 1) ไม่มี 2) มีเล็กน้อย 3) มีมาก					
6. กล้ามเนื้อต้นแขน /ต้นขาลีบ 1) ไม่มี 2) มีเล็กน้อย 3) มีมาก					
คะแนนรวม					
การแปลผล					

หมายเหตุ 1. ในข้อที่มีหลายตัวเลือก/หลายอาการ ให้คะแนนได้แม้เพียง 1 รายการหรือหลายรายการร่วมกัน

2. การวัดเส้นรอบวงของจุดกึ่งกลางแขนท่อนบน วัดบริเวณจุดกึ่งกลางของแขนท่อนบนข้างที่ไม่ถนัด หาจุดกึ่งกลาง โดยวัดจากกระดูกหัวไหล่ Acromial Process ถึง Olecanon Process บริเวณข้อศอก ใช้เทปวัดเป็นเซนติเมตร

การแปลผล	7	คะแนน	หมายถึง	มีภาวะโภชนาการปกติควรให้
คำแนะนำการรับประทานอาหาร				
	8-14	คะแนน	หมายถึง	มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร
ควรให้คำแนะนำการรับประทานอาหาร				
	15	คะแนนขึ้นไป	หมายถึง	มีภาวะขาดสารอาหารควรได้รับการ
ดูแลรักษา				

2.8 การประเมินสุขภาพช่องปาก คัดแปลงจากแบบประเมินสุขภาพช่องปากในคู่มือคัดกรอง/ ประเมินผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข (2557)

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ช่วยให้ทราบถึงภาวะเสี่ยงของสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เพื่อเป็น
เกณฑ์ในการส่งเข้ารับบริการตรวจรักษาทางทันตกรรม สามารถประเมินได้ทุก 6 เดือน มีเกณฑ์การ
ให้คะแนน ดังนี้

ใช่ = 0 คะแนน

ไม่ใช่ = 1 คะแนน

รายการประเมิน	ครั้งที่/วัน เดือน ปี ที่ประเมิน				
	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....	ครั้งที่ 4 วันที่.....	ครั้งที่ 5 วันที่.....
1. มีปุ่ม/ก้อนเนื้อ/แผลเรื้อรัง ในช่องปาก					
2. เหงือกอักเสบเป็นหนอง/มี เลือดออก					
3. ฟันผุ/ฟัน โยก/เสียวฟัน					
4. มีปัญหาการเคี้ยวอาหาร/ การกลืน					
5. ใส่ฟันปลอม*					
6. เคยได้รับการตรวจรักษา จากทันตบุคลากร					
7. ปัจจุบันต้องการได้รับการ					

รายการประเมิน	ครั้งที่/วัน เดือน ปี ที่ประเมิน				
	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....	ครั้งที่ 4 วันที่.....	ครั้งที่ 5 วันที่.....
รักษาทางทันตกรรม*					
คะแนนรวม					
การแปลผล					

หมายเหตุ ข้อ 5 และ 7 หากตอบไม่ใช่ ให้ 0 คะแนน

การแปลผล ถ้าได้คะแนนในข้อใดข้อหนึ่งให้ส่งตรวจทางทันตกรรมเพื่อพิจารณาการดูแลรักษา

2.9 การประเมินการได้ยิน ดัดแปลงจากแบบประเมินการได้ยินฉบับห้านาที (Five Minute Hearing Test) พัฒนาขึ้น โดยสถาบันโสต ศอ นาสิกแห่งสหรัฐอเมริกา (The American Academy of Otolaryngology Head and Neck Surgery, 1994) ฉบับภาษาไทยแปลโดยขวัญชนก ยิ้มแต่และคณะ (2554)

คำชี้แจง แบบทดสอบการได้ยินโดยการสอบถามนี้ เป็นการประเมินเพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติด้านการได้ยินที่ส่งผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน และเพื่อพิจารณาการดูแลรักษาสามารถประเมินซ้ำได้ทุก 6 เดือน โดยให้ผู้ประเมินเติมคะแนนตามคำตอบของผู้สูงอายุในแต่ละรายการประเมิน ซึ่งมีหลักเกณฑ์ดังต่อไปนี้

ไม่เคย = 0 คะแนน

เป็นครั้งคราว = 1 คะแนน

เป็นบ่อย = 2 คะแนน

เป็นตลอดเวลา = 3 คะแนน

รายการประเมิน	ครั้งที่/วัน เดือน ปี ที่ประเมิน				
	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....	ครั้งที่ 4 วันที่.....	ครั้งที่ 5 วันที่.....
1. มีปัญหาในการฟังเสียงพูดคุยทางโทรศัพท์					

รายการประเมิน	ครั้งที่/วัน เดือน ปีที่ประเมิน				
	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....	ครั้งที่ 4 วันที่.....	ครั้งที่ 5 วันที่.....
2. มีความลำบากที่จะปะติดปะต่อ เรื่องที่พูดคุยเวลามี 2 คนขึ้นไปพูด พร้อมกัน					
3. คนรอบข้างมักบ่นว่าผู้สูงอายุ เปิดทีวีเสียงดัง					
4. ต้องพยายามอย่างหนักที่จะ เข้าใจการพูดคุย					
5. ไม่ได้ยินเสียงต่างๆไป เช่น โทรศัพท์หรือกริ่งประตู					
6. ลำบากในการฟังเสียงการพูดคุย ในที่ที่มีเสียงรบกวน					
7. รู้สึกสับสนไม่รู้ว่าเสียงมาจาก ทางไหน					
8. ไม่เข้าใจในสิ่งที่คนอื่นพูดต้อง ขอให้พูดซ้ำ หรือโต้ตอบผิดพลาด					
9. คำพูดของผู้หญิงและเด็กเข้าใจ ยาก					
10.ญาติหรือคนรอบข้างมัก กล่าวหาว่าท่านมีปัญหาการได้ยิน					
คะแนนรวม					
การแปลผล					

การแปลผล	0-5 คะแนน	หมายถึง	การได้ยินปกติ
	6-9 คะแนน	หมายถึง	ควรส่งปรึกษาแพทย์
	10 คะแนนขึ้นไป	หมายถึง	ส่งพบแพทย์เฉพาะทางหู คอ จมูก

2.10 การประเมินการมองเห็น

คำชี้แจง แบบประเมินการมองเห็น โดยแบบสอบถามนี้ ใช้เพื่อคัดกรองผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติด้านการมองเห็นระยะใกล้-ไกลที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันและลักษณะการมองเห็นผิดปกติที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ต้อกระจก ต้อหิน และจอตาเสื่อม โดยให้ผู้ประเมินใส่ ✓ ในข้อที่ผู้สูงอายุมีปัญหา สามารถประเมินซ้ำได้ทุก 6 เดือน

รายการประเมิน	ครั้ง/วัน เดือน ปีที่ประเมิน				
	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....	ครั้งที่ 4 วันที่.....	ครั้งที่ 5 วันที่.....
1. นับนิ้วในระยะ 3 เมตร ได้ถูกต้องน้อยกว่า 3 ใน 4 ครั้ง					
2. อ่านหนังสือพิมพ์หน้าหนึ่งในระยะ 1 ฟุตไม่ได้					
3. ปิดตาคูทีละข้างพบว่าตามัวคล้ายมีหมอกบัง					
4. ปิดตาคูทีละข้างพบว่ามองเห็นชัดแต่ตรงกลางไม่เห็นรอบข้าง					
5. ปิดตาคูทีละข้างพบว่ามองเห็นจุดดำกลางภาพหรือเห็นภาพบิดเบี้ยว					
6. มักเดินชนประตูหรือสิ่งของบ่อยๆ					
การแปลผล					

การแปลผล ถ้ามีความผิดปกติเพียงหนึ่งอาการ แสดงว่า มีปัญหาการมองเห็น ให้ประเมินต่อด้วยแผ่นวัดสายตา (Snellen chart) หรือส่งต่อแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยและยืนยันผลเพื่อทำการรักษาต่อไป

ส่วนที่ 3 สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

3.1 การประเมินภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมิน 9 คำถาม (9Q)

คำชี้แจง ให้ประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโดยใส่หมายเลข 0 - 3 ในช่องด้านล่างให้ตรงกับอาการที่ผู้สูงอายุเป็น โดยการถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา (ให้คะแนนได้แม้มีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่างร่วมกัน) สามารถประเมินซ้ำได้ทุก 6 เดือน โดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่มีเลย	=	0 คะแนน
เป็นติดต่อกันไม่เกิน 1 สัปดาห์	=	1 คะแนน
เป็นบ่อยติดต่อกันเกิน 1 สัปดาห์	=	2 คะแนน
เป็นทุกวัน	=	3 คะแนน

รายการประเมิน	ครั้งที่/วัน เดือน ปีที่ประเมิน				
	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....	ครั้งที่ 4 วันที่.....	ครั้งที่ 5 วันที่.....
1. เบื่อ ไม่อยากทำอะไร					
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้					
3. หลับยาก หรือหลับ ๆ ตื่น ๆ หรือหลับมากไป					
4. เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง					
5. เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป					
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่า ล้มเหลวผิดหวัง หรือทำให้ ครอบครัวผิดหวัง					
7. ต้องใช้ความตั้งใจในการทำ กิจกรรมต่างๆ เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ					
8. พุดซ้ำ และทำอะไรซ้ำ จนคน อื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับ กระส่าย ไม่สามารถอยู่นิ่งได้					

รายการประเมิน	ครั้งที่/วัน เดือน ปีที่ประเมิน				
	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....	ครั้งที่ 4 วันที่.....	ครั้งที่ 5 วันที่.....
เหมือนที่เคยเป็น					
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้า ตายไปคงจะดี					
คะแนนรวม					
การแปลผล					

การแปลผล 7-12 คะแนน หมายถึง ซึมเศร้าระดับน้อย ให้คำแนะนำวิธีการจัดการความเครียด
 13 -18 คะแนน หมายถึง ซึมเศร้าระดับปานกลาง ส่งคลินิกจิตเวช
 19 คะแนน หมายถึง ซึมเศร้าระดับมาก ส่งคลินิกจิตเวช

3.2 การประเมินความจำ โดยใช้แบบทดสอบสภาพสมองอย่างง่าย (Abbreviated Mental Test (AMT))

คำชี้แจง เติมเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ผู้รับบริการตอบได้ถูกต้อง

รายการประเมิน	ครั้งที่/วัน เดือน ปีที่ประเมิน				
	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....	ครั้งที่ 4 วันที่.....	ครั้งที่ 5 วันที่.....
1. อายุ เท่าไร					
2. ขณะนี้ เวลา...อะไร					
3. ที่อยู่ปัจจุบันของท่าน คือ					
4. ปีนี้...ปีอะไร					
5. สถานที่ตรงนี้เรียกว่า อะไร					
6. คนนี้ คือใคร (ชี้คนที่ สวมกษัตริย์) และคนนี้ คือใคร (ชี้ที่คนใกล้ๆญาติ)					
7. วัน เดือน ปี เกิดของท่านคือ					

รายการประเมิน	ครั้งที่/วัน เดือน ปีที่ประเมิน				
	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....	ครั้งที่ 4 วันที่.....	ครั้งที่ 5 วันที่.....
8. เหตุการณ์ 14 ตุลา หรือวัน มหาวิโยค เกิดในปี พ.ศ. อะไร					
9. พระมหากษัตริย์องค์ ปัจจุบันมีพระนามว่าอะไร					
10. ให้นับถอยหลัง จาก 20 จนถึง 1					
คะแนนรวม					
การแปลผล					

การแปลผล ถ้าตอบ “ถูก” < 7 ข้อ แสดงว่า การรู้คิดผิดปกติ ให้ดูแลช่วยเหลือเพื่อฟื้นฟูสภาพ
สมอง

ส่วนที่ 4 สุขภาพสังคมผู้สูงอายุ

4.1 สัมพันธภาพในครอบครัว

คำชี้แจง ผู้ประเมินสอบถามผู้สูงอายุหรือญาติเกี่ยวกับสัมพันธภาพในครอบครัว ระหว่างตัวผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว แล้วเติมคะแนนตามรายการประเมินแต่ละข้อ ประเมินครั้งแรกที่ผู้สูงอายุมารับบริการและเมื่อมีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ทำเป็นประจำ = 2 คะแนน

ทำนานๆครั้ง = 1 คะแนน

ไม่เคยทำเลย = 0 คะแนน

รายการประเมิน	ครั้งที่/วัน เดือน ปีที่ประเมิน				
	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....	ครั้งที่ 4 วันที่.....	ครั้งที่ 5 วันที่.....
1. มีความรักและความห่วงใยกันเสมอ					
2. มีความสนใจเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน					
3. พุดจรรักษาน้ำใจกันและกัน					
4. มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นต่อกัน					
5. รับฟังคำตักเตือนของกันและกัน					
6. ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่ในบ้านร่วมกัน (ดูทีวีฟังวิทยุ อ่านหนังสือ)					
7. สามารถพูดความลับให้คนในครอบครัวฟังได้					
8. ไว้วางใจกันและกันได้					
9. ปรึกษาหารือกันเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น/หรือก่อนตัดสินใจใดๆ					
10. ช่วยเหลือกันเมื่อคนใดคนหนึ่งเดือดร้อน					

รายการประเมิน	ครั้งที่/วัน เดือน ปีที่ประเมิน				
	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....	ครั้งที่ 4 วันที่.....	ครั้งที่ 5 วันที่.....
คะแนนรวม					
การแปลผล					

การแปลผล คะแนนสูงกว่า 10 ถือว่ามีสัมพันธภาพในครอบครัวดี
คะแนน 1-10 ต้องได้รับการช่วยเหลือโดยการให้คำปรึกษาแก่
ครอบครัว หรือให้การดูแลผู้สูงอายุตามสภาพปัญหา/ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ

4.2 การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของชุมชน

- ไม่ต้องการเข้าร่วม ต้องการเข้าร่วม
- ได้เข้าร่วม
- ระบุ กิจกรรมและองค์กรที่เข้าร่วม
- 1.....
- 2.....
- 3.....
- ไม่ได้เข้าร่วม เพราะเหตุใด.....
- สรุปผล** ไม่มีปัญหา มีปัญหา ระบุ.....
- หมายเหตุ เกณฑ์ตัดสินว่ามีปัญหา คือ ผู้สูงอายุอยากเข้าร่วมกิจกรรมแต่ไม่สามารถเข้าร่วม
ได้

4.3 แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน

แหล่ง/ผู้ช่วยเหลือด้านการเงินคือใคร (เลือกได้มากกว่า 1 คำตอบ)

- คู่สมรส
- บุตร
- หลาน
- ญาติ ระบุ.....
- บำเหน็จ บำนาญ

- รัฐบาลหรือชุมชน
- หน่วยงาน ระบุ.....
- อื่นๆ ระบุ.....

รายได้ต่อเดือน.....บาท

- เพียงพอกับรายจ่าย ไม่เพียงพอกับรายจ่าย

4.4 แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล

1. สมาชิกทั้งหมดในบ้านรวมทั้งตัวผู้สูงอายุเอง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- อยู่บ้านคนเดียว คู่สมรส
- บุตร จำนวน.....คน สะใภ้ จำนวน.....คน
- บุตรเขย จำนวน.....คน หลาน จำนวน.....คน
- ญาติ/พี่น้อง จำนวน.....คน อื่นๆ ระบุ.....จำนวน.....คน
- รวมสมาชิกในครอบครัวทั้งหมด.....คน

2. ผู้ดูแลประจำเมื่อผู้สูงอายุเจ็บป่วย (สามารถตอบได้มากกว่า 1 คำตอบ)

- ไม่มี
- มี ระบุ
- คู่สมรส เจ้าหน้าที่บ้านพักผู้สูงอายุ
- บุตร เจ้าหน้าที่ด้านบริการสังคม ระบุ.....
- หลาน สมาชิกครอบครัว ระบุ.....
- เพื่อน อื่นๆ ระบุ.....

3. อาชีพของผู้ดูแลหลัก (หากไม่มีผู้ดูแลไม่ต้องถามข้อนี้)

- ไม่มี
- มี ระบุ
- ทำงานนอกบ้าน ระบุ..... ทำงานที่บ้าน ระบุ.....

4. ผู้ที่ดูแลจัดหาอาหาร ดูแลการกินยา ทำความสะอาดที่อยู่อาศัย เสื้อผ้าของผู้สูงอายุ

- ตัวผู้สูงอายุเอง บุคคลอื่น ระบุ..... ผู้สูงอายุและบุคคลอื่นร่วมกัน

5. สภาพที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- สภาพคงทนถาวร
- มีการระบายอากาศและแสงสว่างเพียงพอ

มีส่วนชักโครกแบบนั่ง และมีราวจับพยุงตัว

มีประตู หน้าต่างมิดชิด

มีความสะอาดและเป็นระเบียบเรียบร้อย

ภายในบ้านมีพื้นต่างระดับหรือข้าวของไม่เป็นระเบียบ

สรุปผล ไม่มีปัญหา มีปัญหา ระบุ.....

หมายเหตุ เกณฑ์การตัดสินว่ามีปัญหา คือ ต้องการผู้ดูแลแต่ไม่มีผู้ดูแล หรือมีผู้ดูแลไม่

ประจำ

ส่วนที่ 5 สุขภาพจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ ประเมินจากสิ่งมีค่าที่สุดในชีวิต ความเชื่อ และความศรัทธา

5.1 สิ่งมีค่าที่สุดในชีวิต ระบุ

.....

.....

.....

5.2 การประเมินความเชื่อและความศรัทธา คัดแปลงจากแบบประเมินการสูงวัยอย่างมีศักยภาพ สำหรับประชาชนไทยในส่วนของความงอกงามทางปัญญา (Growing spiritual wisdom) ของกัตติกา ฐนะขว้าง (Kattika, 2013)

คำชี้แจง เติมเครื่องหมาย ✓ ในข้อที่ตรงกับสิ่งที่ผู้รับบริการเชื่อถือหรือปฏิบัติ

รายการประเมิน	ครั้งที่/วัน เดือน ปีที่ประเมิน				
	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....	ครั้งที่ 4 วันที่.....	ครั้งที่ 5 วันที่.....
1. เชื่อในกฎแห่งกรรมและ การทำความดี					
2. ชอบทำบุญทำทานอยู่เสมอ					
3. หมั่นทำความดี					
4. สบายใจ สุขใจเมื่อได้ทำ ความดี					
5. พยายามควบคุมตนเองให้					

รายการประเมิน	ครั้งที่/วัน เดือน ปีที่ประเมิน				
	ครั้งที่ 1 วันที่.....	ครั้งที่ 2 วันที่.....	ครั้งที่ 3 วันที่.....	ครั้งที่ 4 วันที่.....	ครั้งที่ 5 วันที่.....
มีสต็อกอยู่เสมอ					
6. พยายามไม่ยึดมั่นถือมั่นในสิ่งใด					
7. ยอมรับที่จะอยู่กับปัญหาแม้ว่ายังแก้ไขไม่ได้					
8. มองโลกในแง่บวกอยู่เสมอ					
9. เชื่อมมั่นและศรัทธาในศาสนาที่นับถือ					
10. ปฏิบัติศาสนกิจหรือเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเป็นประจำ					
คะแนนรวม					
การแปลผล					

การแปลผล ถ้ามีเครื่องหมาย $\sqrt{\geq 6}$ ข้อ แสดงว่า มีสุขภาพจิตวิญญาณที่ดี
ถ้ามีเครื่องหมาย $\sqrt{< 5}$ ข้อ แสดงว่า ต้องได้รับคำปรึกษาเพื่อพัฒนาสุขภาพจิต
วิญญาณให้ดีขึ้น

ส่วนที่ 6 สรุปผลการประเมินสุขภาพ ข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพ และการดูแลที่ได้รับ

คำชี้แจง ผู้บันทึกสรุปผลการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในแต่ละส่วน ข้อวินิจฉัย

ภาวะสุขภาพและการดูแลที่ผู้สูงอายุได้รับลงใน

ครั้งที่/ วัน เดือน ปี ที่ประเมิน	รายการประเมิน	การแปลผล		ข้อวินิจฉัยภาวะ สุขภาพ	การดูแลที่ได้รับ
		ปกติ	ผิดปกติ		

ลงชื่อผู้ประเมิน/ดูแล.....ตำแหน่ง.....ชื่อหน่วยบริการ.....

ส่วนที่ 7 ปัญหาที่ส่งดูแลต่อเนื่อง

คำชี้แจง คลินิกผู้สูงอายุสรุปปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่ต้องส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องลงในแบบบันทึกด้านล่างนี้เพื่อส่งให้หน่วยบริการปฐมภูมิดูแลต่อเนื่องต่อไป

วัน เดือน ปีที่ส่งต่อ/ ปัญหาสุขภาพที่ได้รับ การส่งต่อ	วัน เดือน ปี ที่ได้รับการดูแล/การดูแลช่วยเหลือ ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

ลงชื่อผู้ให้การดูแล.....ตำแหน่ง.....ชื่อหน่วยบริการ

สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ

กรณีฉุกเฉินกรุณาติดต่อ

ชื่อ.....สกุล.....

ความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุ.....

ที่อยู่.....

เบอร์โทรศัพท์.....

จัดทำโดย

พัฒนภรณ์ แก้วแสง

นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ภาคผนวก ก
เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย \surd ลงใน () หรือเติมข้อความลงไป

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี

2. เพศ () ชาย () หญิง

3. วุฒิการศึกษาสูงสุดของท่าน

() ปริญญาตรี

() ปริญญาโท

4. ประสบการณ์การทำงานของท่าน.....ปี

5. ประสบการณ์การอบรมเฉพาะทางด้านผู้สูงอายุ () เคยอบรม ระบุรายละเอียด.....

() ไม่เคยอบรม

() อบรมเฉพาะทางด้านอื่นๆ ระบุ.....

2. แบบประเมินแนวปฏิบัติสำหรับพยาบาลผู้ใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

1. แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ของแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก

2. แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก

3. คำถามปลายเปิด ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะของแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก

ส่วนที่ 1 แบบประเมินความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอกไปใช้

คำชี้แจง แสดงความคิดเห็นของท่าน โดยทำเครื่องหมาย / ตามความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

หัวข้อประเมิน	ความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ			
	ความสามารถในการนำไปใช้		ความยาก-ง่าย	
	ได้	ไม่ได้	ยาก	ง่าย
1. แบบคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น ในผู้สูงอายุ สำหรับพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก - ด้านร่างกาย ได้แก่ ความเสี่ยงพลัดตกหกล้ม การกลืนปัสสาวะไม่ได้ การนอนไม่หลับ ภาวะโภชนาการ การมองเห็น การได้ยิน และการได้รับยาหลายชนิด				
- ด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าและภาวะสมองเสื่อม				
- ด้านสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล				
- ด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การเห็นคุณค่าในตนเอง และความหวังในการดำเนินชีวิต				
2. สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ 2.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ				

หัวข้อประเมิน	ความเป็นไปได้ในการใช้แนวปฏิบัติ			
	ความสามารถในการนำไปใช้		ความยาก-ง่าย	
	ได้	ไม่ได้	ยาก	ง่าย
- โรคและการเจ็บป่วย				
- การตรวจร่างกายเบื้องต้น				
- กลุ่มอาการในผู้สูงอายุ (geriatric syndromes) ได้แก่ การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม การประเมินภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ การประเมินปัญหาการนอนหลับ การประเมินภาวะโภชนาการ การประเมินการได้ยิน การประเมินการมองเห็น				
2.3 สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ				
- ภาวะซึมเศร้า				
- ภาวะสมองเสื่อม				
2.4 สุขภาพสังคมของผู้สูงอายุ				
- สัมพันธภาพในครอบครัว				
- การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน				
- แหล่งสนับสนุนทางการเงิน				
- แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล				
2.5 สุขภาพจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ				
- ความเชื่อและศรัทธา				
- การเห็นคุณค่าในตนเอง				
2.6 ความครอบคลุมในการกำหนดข้อวินิจฉัยภาวะสุขภาพ การดูแลที่ได้รับ และปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง				
2.7 การดูแลต่อเนื่อง				

ภาคผนวก ง

ผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติแต่ละส่วน

การประเมินสุขภาพ	ความสามารถในการปฏิบัติ ตามแนวปฏิบัติในแต่ละส่วน	
	ได้ จำนวน	ไม่ได้ จำนวน
แบบคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก		
เคยพลัดตกหกล้มในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา/เดินเซ/ไม่มีแรง	10	-
กลืนปัสสาวะไม่ได้/ปัสสาวะบ่อย/ปัสสาวะไม่พุ่ง	10	-
นอนไม่หลับตอนกลางคืน	10	-
เบื่ออาหาร/ผอม/มีปัญหาการกลืนอาหาร	10	-
อ้วนมาก	10	-
มีปัญหาการเกี่ยวอาหาร/ฟันโยก/ปวดฟัน/เจ็บเหงือก	10	-
ได้ยินไม่ชัด	10	-
ภาวะซึมเศร้า	10	-
มองเห็นไม่ชัด	10	-
มียาเกิน 4 ชนิดขึ้นไป	10	-
หลงลืมบ่อย	10	-
รู้สึกเบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่ยอมทำอะไร	10	-
มีภาวะพึ่งพาและจำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือ	10	-
ขัดสนเรื่องการเงิน	10	-
รู้สึกไม่มีคุณค่า/รู้สึกหมดหวังในชีวิต	10	-
สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ		
ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ	10	-
สุขภาพกายของผู้สูงอายุ	10	-
ประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ	10	-

การประเมินสุขภาพ	ความสามารถในการปฏิบัติ ตามแนวปฏิบัติในแต่ละส่วน	
	ได้ จำนวน	ไม่ได้ จำนวน
ยาที่ใช้ในปัจจุบัน	10	-
การตรวจร่างกายเบื้องต้น	10	-
การประเมินความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	10	-
การประเมินความสามารถในการกลั้นปัสสาวะ	10	-
การประเมินปัญหาการนอนหลับ	10	-
การประเมินภาวะโภชนาการ	10	-
การประเมินสุขภาพช่องปาก	10	-
การประเมินการได้ยิน	10	-
การประเมินการมองเห็น	10	-
สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ		
ภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมิน 9 คำถาม	10	-
การประเมินความจำ	10	-
สุขภาพสังคมของผู้สูงอายุ		
สัมพันธภาพในครอบครัว	9	1
การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของชุมชน	9	1
แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน	9	1
แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล	9	1
สุขภาพจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ		
การประเมินความเชื่อและศรัทธา	8	2
การประเมินการเห็นคุณค่าในตัวเอง	8	2
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การดูแลที่ได้รับ	10	-
และปัญหาที่ส่งดูแลต่อเนื่องการดูแลต่อเนื่อง	10	-

ภาคผนวก จ

ผลการประเมินความยาก-ง่ายในการใช้แนวปฏิบัติแต่ละส่วน

รายการประเมิน	ความยาก จำนวน	ความง่าย จำนวน
แบบคัดกรองสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุสำหรับพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอก		
เคยพลัดตกหกล้มในระยะ 3 เดือนที่ผ่านมา/เดินเซ/ไม่มีแรง	-	10
กลืนปัสสาวะไม่ได้/ปัสสาวะบ่อย/ปัสสาวะไม่พุ่ง	-	10
นอนไม่หลับตอนกลางคืน	-	10
เบื่ออาหาร/ผอม/มีปัญหาการกลืนอาหาร	-	10
อ้วนมาก	-	10
มีปัญหาการเกี่ยวอาหาร/ฟันโยก/ปวดฟัน/เจ็บเหงือก	-	10
ได้ยินไม่ชัด	-	10
ภาวะซึมเศร้า	-	10
มองเห็นไม่ชัด	-	10
มียาเกิน 4 ชนิดขึ้นไป	-	10
หลงลืมบ่อย	-	10
รู้สึกเบื่อหน่าย/ท้อแท้/ไม่อยากทำอะไร	-	10
มีภาวะพึ่งพาและจำเป็นต้องมีผู้ดูแลช่วยเหลือ	-	10
ขัดสนเรื่องการเงิน	-	10
รู้สึกไม่มีคุณค่า/รู้สึกหมดหวังในชีวิต	2	8
สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ		
ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ	-	10
สุขภาพกายของผู้สูงอายุ		
ประวัติการเจ็บป่วยที่สำคัญ	-	10
ยาที่ใช้ในปัจจุบัน	-	10

รายการประเมิน	ความยาก จำนวน	ความง่าย จำนวน
การตรวจร่างกายเบื้องต้น	-	10
การประเมินความสามารถในการกลืนปัสสาวะ	-	10
การประเมินปัญหาการนอนหลับ	-	10
การประเมินภาวะโภชนาการ	-	10
การประเมินสุขภาพช่องปาก	-	10
การประเมินการได้ยิน	-	10
การประเมินการมองเห็น	-	10
สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ		
ภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมิน 9 คำถาม	-	10
การประเมินความจำ	-	10
สุขภาพสังคมของผู้สูงอายุ		
สัมพันธภาพในครอบครัว	1	9
การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของชุมชน	1	9
แหล่งสนับสนุนด้านการเงิน	1	9
แหล่งสนับสนุนด้านผู้ดูแล	-	10
สุขภาพจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ		
การประเมินความเชื่อและศรัทธา	2	8
การประเมินการเห็นคุณค่าในตัวเอง	2	8
ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การดูแลที่ได้รับ	-	10
และปัญหาที่ต้องดูแลต่อเนื่อง		
การดูแลต่อเนื่อง	-	10

ภาคผนวก ฉ
แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ด้วยข้าพเจ้า นางสาวพัฒนฉัตร แก้วแสง นักศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ได้ดำเนินการทำวิจัยเรื่อง “การพัฒนาและประเมินผลของแนวปฏิบัติในการจัดบริการสุขภาพในคลินิกผู้สูงอายุ” ซึ่งการศึกษาครั้งนี้จะเป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันหรือช่วยชะลอการเกิดภาวะพึ่งพิงสำหรับผู้สูงอายุ และท่านจะได้รับการดูแลจากแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ที่ดูแลตามปกติ ดังนั้นการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะเป็นสิทธิ์ของท่าน และจะไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาลใดๆทั้งสิ้น ท่านสามารถเข้าร่วมการวิจัยได้โดยความสมัครใจ และสามารถถอนตัวได้ทุกเมื่อหากไม่ประสงค์ที่จะร่วมการวิจัย ชื่อของท่านจะไม่ปรากฏในผลการวิจัย และขอรับรองว่าข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับทุกประการ ท่านมีสิทธิยกเลิก หรือขอถอนตัวออกจากการวิจัยได้ไม่ว่ากรณีใดๆ และหากท่านมีข้อสงสัยในขั้นตอนการวิจัยหรือการเก็บรวบรวมข้อมูล ท่านสามารถซักถามจากผู้วิจัยได้โดยตรง ผู้วิจัยจึงขอขอบคุณทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

(.....)

นางสาวพัฒนฉัตร แก้วแสง ผู้วิจัย

สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าได้รับทราบคำชี้แจงเกี่ยวกับการวิจัยตามรายละเอียดข้างต้น ข้าพเจ้ามีความเข้าใจอย่างชัดเจนและมีความยินดีในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. 2559

ภาคผนวก ข

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

- | | |
|---------------------------------------|---|
| 1. นายแพทย์พนพัฒน์ โตเจริญวานิช | กลุ่มงานเวชกรรมสังคม
โรงพยาบาลหาดใหญ่ |
| 2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ขนิษฐา นาคะ | ภาควิชาการพยาบาลศัลยศาสตร์
คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ |
| 3. คุณจรรยาเพ็ญ ภัทรเดช | กลุ่มภารกิจการพยาบาล
โรงพยาบาลสงขลา |
| 4. คุณยุพา หनुฟอง | ศูนย์บริการปฐมภูมิ
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ |
| 5. คุณจารุมน ลักนาวิวัฒน์ | กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลห้วยยอด |

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางสาวพัฒนมณฑ์ แก้วแสง	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5510421019	
วุฒิการศึกษา		
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
พยาบาลศาสตรบัณฑิต	มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์	2550

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

ตำแหน่ง	พยาบาลวิชาชีพ
สถานที่ทำงาน	โรงพยาบาลห้วยยอด ตำบลห้วยยอด อำเภอห้วยยอด จังหวัดตรัง

การตีพิมพ์เผยแพร่ผลงาน

การพัฒนาและประเมินผลแนวปฏิบัติในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในแผนกผู้ป่วยนอก