

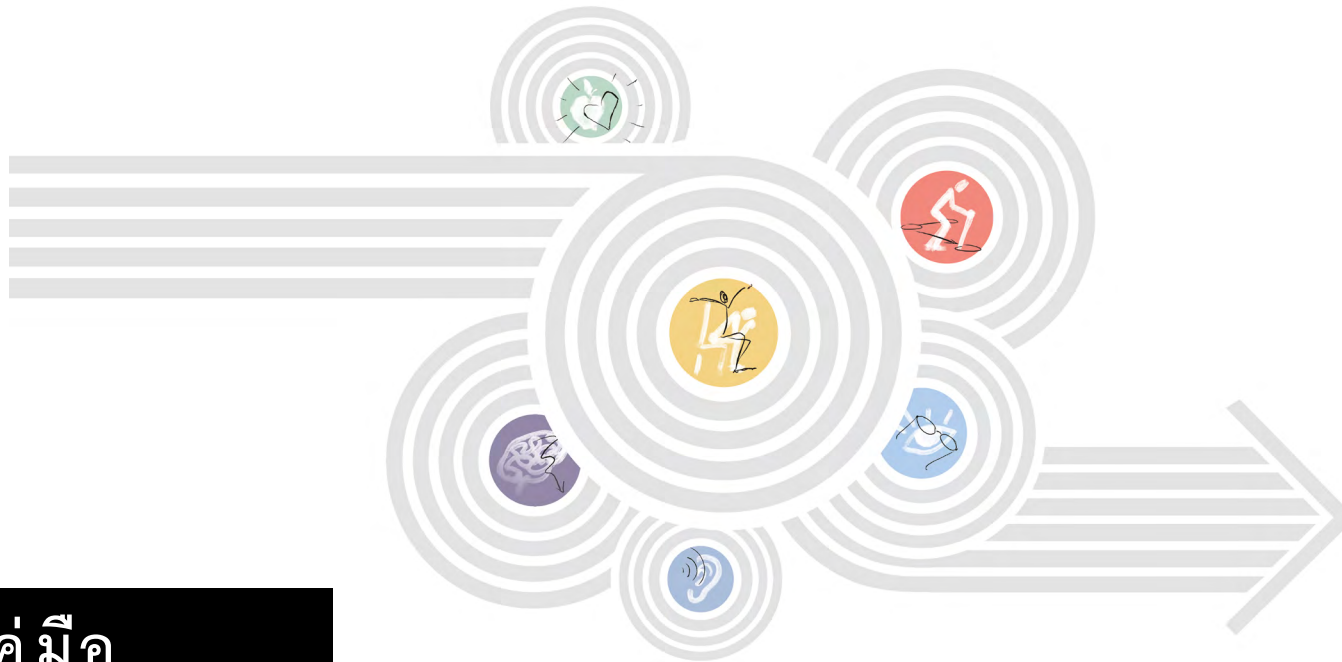
คู่มือ

คำแนะนำในการประเมินโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง
และแนวทางการดำเนินงานในหน่วยการดูแลระดับปฐมภูมิ



World Health
Organization

Thailand



คู่มือ

คำแนะนำในการประเมินโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง
และแนวทางการดำเนินงานในหน่วยการดูแลระดับปฐมภูมิ



World Health
Organization

Thailand

การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ:คำแนะนำในการประเมินโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางและแนวทางการดำเนินงานในหน่วยการดูแลระดับปฐมภูมิ

WHO/FWC/ALC/19.1

© World Health Organization 2019

สงวนลิขสิทธิ์บางส่วน เนื่องจากคู่มือเล่มนี้เผยแพร่ภายใต้ Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO licence (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>)

ภายใต้ลิขสิทธิ์นี้ ท่านสามารถคัดลอกสำเนา เผยแพร่และปรับปรุงเอกสารได้โดยไม่หวังผลทางการค้าและอ้างอิงได้ตามเงื่อนไขด้านล่าง การนำเอกสารไปใช้ในกรณีใด ๆ ไม่ควรกล่าวอ้างถึงองค์การอนามัยโลกว่าเกี่ยวข้องกับองค์การผลิตภัณฑ์หรือและบริการต่าง ๆ และห้ามใช้ตราสัญลักษณ์ขององค์การอนามัยโลก เมื่อมีการประยุกต์เอกสารนี้ใหม่ท่านต้องยื่นขอลิขสิทธิ์ภายใต้ลิขสิทธิ์ของ Creative Commons License หรือเทียบเท่า หากมีการแปลเอกสารดังกล่าว ท่านควรอ้างอิงดังนี้ “This translation was not created by the World Health Organization (WHO). WHO is not responsible for the content or accuracy of this translation. The original English edition shall be the binding and authentic edition” หรือ “งานแปลชิ้นนี้ไม่ได้ผลิตขึ้นโดยองค์การอนามัยโลก และองค์การอนามัยโลกไม่มีส่วนรับผิดชอบต่อเนื้อหาและความถูกต้องของการแปล เอกสารต้นฉบับภาษาอังกฤษเท่านั้นที่ได้รับอนุญาต”

การใกล้เคียงใดๆ ที่เกิดจากข้อผิดพลาดภายใต้ลิขสิทธิ์นี้ให้ดำเนินการตามกฎหมายการใกล้เคียงของ องค์การทรัพย์สินทางปัญญาแห่งโลก (the World Intellectual Property Organization)

การอ้างอิงผลิตภัณฑ์ขั้นนี้ Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care. Geneva: World Health Organization; 2019 (WHO/FWC/ALC/19.1). Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

Cataloguing-in-Publication (CIP) data. CIP data are available at <http://apps.who.int/iris>.

การค้า สิทธิ และลิขสิทธิ์ หากต้องการสั่งซื้อผลิตภัณฑ์ตีพิมพ์ขององค์การอนามัยโลก สามารถดูข้อมูลได้ที่ <http://apps.who.int/bookorders>. หากต้องการยื่นความประสงค์สำหรับใช้เชิงพาณิชย์และแจ้งความจำนงค์ขอสิทธิรวมทั้งลิขสิทธิ์ สามารถดูข้อมูลได้ที่ <https://www.who.int/publishing/copyright/>

วัสดุของบุคคลที่สาม หากคุณต้องการนำวัสดุจากงานนี้กลับมาใช้ใหม่ นั่นคือมิติของบุคคลที่สาม ได้แก่ ตาราง ตัวเลข หรือรูปภาพ เป็นความรับผิดชอบของคุณในการพิจารณาว่าจำเป็นต้องได้รับอนุญาตหรือไม่ สำหรับการใช้นั้นและต้องได้รับอนุญาตจากผู้ถือลิขสิทธิ์ ความเสี่ยงของการเรียกร้องเป็นผลมาจากการละเมิดความเป็นเจ้าของลิขสิทธิ์โดยบุคคลที่สาม

ข้อจำกัดความรับผิดชอบทั่วไป การออกแบบและนำเสนอเอกสารเผยแพร่ไม่ควรแสดงความคิดเห็นใด ๆ ว่าเป็นส่วนหนึ่งขององค์การอนามัยโลก ซึ่งให้ความสำคัญกับสถานะทางกฎหมายของประเทศ ดินแดน เมืองหรือพื้นที่หรือหน่วยงานของรัฐใด ๆ หรือเกี่ยวกับขอบเขตหรือเขตแดน จุดและเส้นประบนแผนที่แสดงถึงเส้นขอบโดยประมาณสำหรับซึ่งอาจจะยังไม่มีข้อตกลงฉบับสมบูรณ์

การกล่าวถึงบริษัทใดบริษัทหนึ่ง หรือผลิตภัณฑ์ของผู้ผลิตบางรายไม่ได้หมายความว่าได้รับการรับรองหรือแนะนำโดยองค์การอนามัยโลก ที่ให้ความสำคัญที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันซึ่งไม่ได้กล่าวถึง ข้อผิดพลาดและการละเว้น ยกเว้นชื่อของกรรมสิทธิ์ผลิตภัณฑ์ที่มีความโดดเด่นจะพิมพ์เริ่มต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่

ข้อมูลที่อยู่ในเอกสารฉบับนี้ องค์การอนามัยโลกได้ใช้มาตรการป้องกันที่เหมาะสมทั้งหมดในการตรวจสอบความถูกต้อง อย่างไรก็ตามการเผยแพร่ที่มีการแจกจ่ายโดยไม่มีการรับประกันใด ๆ ทั้งโดยชัดแจ้งหรือโดยนัย ความรับผิดชอบในการตีความและการใช้งานของเนื้อหาอยู่กับผู้อ่าน ไม่ว่าในกรณีใด องค์การอนามัยโลกจะไม่รับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดจากการใช้งาน

ISBN (e-book) : 978-974-680-453-0

เรียบเรียงภาษาไทยโดยองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย และคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วางรูปแบบฉบับแปลภาษาไทยโดย บริษัท สแกนดีมีเดีย คอร์ปอเรชั่น จำกัด

ออกแบบและจัดวางฉบับภาษาอังกฤษ โดย Erica Lefstad

จัดพิมพ์ในสวีทเซอร์แลนด์

จัดพิมพ์ฉบับภาษาอังกฤษใน สวีทเซอร์แลนด์

จัดทำในประเทศไทย โดยองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย
88/20 อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข อาคาร 3 ชั้น 4
กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02 547 0100 โทรสาร 02 591 8199

สารบัญ

	กิตติกรรมประกาศ	iv
	รายนามอักษรย่อ	v
1	การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (Integrated care for older people; ICOPE)	1
2	การเพิ่มสมรรถนะและความสามารถ: ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีถ้วนหน้า (Optimizing Capacities and Abilities:towards Healthy Ageing For All)	5
3	การประเมินความต้องการของผู้สูงอายุและการพัฒนาแผนการจัดการดูแลให้เหมาะสมกับบุคคล (Assessing Older People's Needs and Developing a Personalized Care Plan)	9
4	แนวทางการดูแลเพื่อจัดการการรู้คิดที่เสื่อมลง (Care pathways to manage COGNITIVE DECLINE)	19
5	แนวทางการดูแลเพื่อเพิ่มความคล่องตัว (Care pathways to improve MOBILITY)	25
6	แนวทางการดูแลเพื่อจัดการภาวะทุพโภชนาการ (Care pathways to manage MALNUTRITION)	33
7	แนวทางการดูแลเพื่อจัดการความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น (Care pathways to manage VISUAL IMPAIRMENT)	41
8	แนวทางการดูแลเพื่อจัดการกับการสูญเสียการได้ยิน (Care pathways to manage HEARING LOSS)	51
9	แนวทางการดูแลเพื่อจัดการอาการซึมเศร้า (Care pathways to manage DEPRESSIVE SYMPTOMS)	59
10	แนวทางการดูแลเพื่อการดูแลทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม (Care pathways for SOCIAL CARE AND SUPPORT)	67
11	แนวทางการดูแลเพื่อสนับสนุนผู้ให้การดูแล/ผู้รับบาล (Care pathways to SUPPORT THE CAREGIVER)	73
12	การพัฒนาแผนการดูแลเฉพาะบุคคล (Develop a personalized care plan)	78
13	ระบบสุขภาพและการดูแลในระยะยาวสามารถสนับสนุนการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการได้อย่างไร (How health and long-term care systems can support implementation of the WHO ICOPE approach)	81
14	เอกสารอ้างอิง (References)	86

กิตติกรรมประกาศ

คู่มือเล่มนี้ได้รับรวบรวมงานของหลายท่านทั่วโลกที่ได้อุทิศตนในการดูแลเอาใจใส่ต่อผู้สูงอายุ ผู้ที่รับผิดชอบหลักของงาน 2 ท่านนี้คือ Islene Araujo do Carvalho และ Yuka Sumi ซึ่งปฏิบัติงาน ณ World Health Organisation (WHO) Department of Ageing and Life Course คณะทำงานที่รับผิดชอบหลักในการเขียนคู่มือและพัฒนาแผนการจัดการต่าง ๆ ได้แก่ Islene Araujo de Carvalho John Beard Yuka Sumi Andrew Briggs (Curtin University, ออสเตรเลีย) และ Finbarr Martin (King's College ลอนดอน สหราชอาณาจักร) โดยบรรณาธิการ ได้แก่ Sarah Johnson และ Ward Rinehart

เจ้าหน้าที่ขององค์การอนามัยโลก จากสำนักงานในส่วนภูมิภาค และแผนกต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้มีส่วนร่วมเขียนแผนการดูแลผู้สูงอายุต่าง ๆ ได้แก่ Shelly Chadha (WHO Department of Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention) Neerja Chowdhary และ Tarun Dua (WHO Department of Mental Health and Substance Abuse) Maria De Las Nieves Garcia Casal (WHO Department of Nutrition for Health and Development) Zee A Han (WHO Department of Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention) Dena Javadi (WHO Department of Alliance for Health Policy and Systems Research) Silvio Paolo Mariotti (WHO Department of Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention) Alarcos Cieza (WHO Department of Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention), Alana Margaret Officer (WHO Department of Ageing and Life Course) Juan Pablo Peña-Rosas (WHO Department of Nutrition for Health and Development) Taiwo Adedamola Oyelade (Family and

Reproductive Health Unit, WHO Regional Office for Africa) Ramez Mahaini (Reproductive and Maternal Health, WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean) Karen Reyes Castro (WHO Department of Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention) และ Enrique Vega Garcia (Healthy Life Course, Pan American Health Organization/WHO).

เนื้อหาของคู่มือเล่มนี้ได้จากผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการที่มีความเชี่ยวชาญร่วมกันเขียนไว้ ได้แก่ Matteo Cesari (Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Italy) Jill Keefe (WHO Collaborating Centre for Prevention of Blindness, India) Elsa Dent (The University of Queensland, Australia), Naoki Kondo (University of Tokyo, Japan) Arunee Laiteerapong (Chulalongkorn University, Thailand) Mikel Izquierdo (Universidad Pública de Navarra, Spain) Peter Lloyd-Sherlock (University of East Anglia, United Kingdom), Luis Miguel Gutierrez Robledo (Institutos Nacionales de Salud de México, Mexico) Catherine McMahon (Macquarie University, Australia) Serah Ndegwa (University of Nairobi, Kenya) Hiroshi Ogawa (Niigata University, Japan), Hélène Payette (Université de Sherbrooke, Canada) Ian Philp (University of Stirling, United Kingdom) Leocadio Rodriguez Mañas (University Hospital of Getafe, Spain) John Starr (University of Edinburgh, United Kingdom) Kelly Tremblay (University of Washington, United States of America) Michael Valenzuela (University of Sydney, Australia) Bruno Vellas (WHO Collaborating Centre for Frailty, Clinical Research and Geriatric Training, Gérotopôle, Toulouse University Hospital,

France) Marjolein Visser (Vrije Universiteit Amsterdam, the Netherlands), Kristina Zdanys (University of Connecticut, United States of America) and the WHO Collaborating Centres for Frailty, Clinical Research and Geriatric Training (Gérotopôle, Toulouse University Hospital, France) and for Public Health Aspects of Musculoskeletal Health and Aging (University of Liège, Belgium)

ทั้งนี้ Australian National Health and Medical Research Council, Global Alliance for Musculoskeletal Health และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประเทศไทย ได้ร่วมกันสนับสนุนการพัฒนาแนวทางนี้ โดยให้การสนับสนุนด้านกำลังคน องค์ความรู้ผ่านการจัดประชุมระหว่างผู้เชี่ยวชาญเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ที่บรรจุในคู่มือนี้

นอกจากนี้เรายังได้รับข้อมูลต่าง ๆ จากผู้เข้าร่วมประชุมประจำปีของสมาคมคลินิกผู้สูงอายุสุขภาพดี องค์การอนามัยโลก ที่จัดในเดือนธันวาคม 2561 (2018)

The WHO Department of Ageing and Life Course ขอขอบพระคุณรัฐบาลญี่ปุ่น รัฐบาลแห่งสมาพันธรัฐเยอรมัน และจังหวัดคานางาวะ ญี่ปุ่น ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณนี้

เรียบเรียงโดย Green Ink

รายนามอักษรย่อ

ADLs	กิจวัตรประจำวัน (activities of daily living)
BMI	ดัชนีมวลกาย (body mass index)
CBT	การบำบัดด้วยความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavioural therapy)
ICOPE	การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (integrated care for older people)
MNA	การประเมินภาวะโภชนาการ (mini nutritional assessment)
OSN	การอาหารเสริมชนิดรับประทาน (oral supplemental nutrition)
PTA	การทดสอบระดับการได้ยิน (pure tone audiometry)
SPPB	การประเมินความสามารถทางกายในผู้สูงอายุ (short physical performance battery)
WHO	องค์การอนามัยโลก (World Health Organization)
★	ใช้แสดงส่วนที่เป็นองค์ความรู้และทักษะเฉพาะที่ จำเป็นในการจัดแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ

The background of the slide features a series of concentric circles in a light gray color, centered on a white background. The circles create a tunnel-like or ripple effect, drawing the eye towards the center where the text is located.

การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

1

การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (Integrated care for older people; ICOPE)

ประเด็นสำคัญ

- ✓ สำหรับระบบดูแลสุขภาพ กฎเกณฑ์สำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้นคือการเพิ่มสมรรถนะภายในตัวบุคคล (Intrinsic capacity) และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน (Functional ability) เป็นการช่วยชะลอความเสี่ยงถดถอยของผู้สูงอายุ
- ✓ สภาพะພິພາของผูสูงอายุ สามารถป้องกันผูสูงอายุที่มีการเสื่อมถอยด้วยการวินิจฉัยและจัดการอย่างทันที่
- ✓ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและนักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานในชุมชนในระดับปฐมภูมิ สามารถจำแนกผู้สูงอายุสูญเสียสมรรถนะด้านใดและให้การดูแลที่เหมาะสมเพื่อชะลอการสูญเสียอื่นๆ โดยการปฏิบัติตามคำแนะนำในคู่มือเล่มนี้ ซึ่งเป็นวิธีที่ง่ายและใช้ต้นทุนต่ำ
- ✓ สภาพะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงถดถอยของสมรรถนะภายในบุคคลผู้สูงอายุ สัมพันธ์กับปัจจัยหลายอย่างและต้องการแนวทางการดูแลแบบบูรณาการแบบบุคคลเป็นศูนย์กลางในการประเมินและจัดการโรค

ในรายงานระดับโลกปี 2558 (2015) ได้มีการกำหนดเป้าหมายเกี่ยวกับอายุและสุขภาพของผู้สูงอายุสุขภาพดีไว้ ซึ่งเป้าหมายเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ที่จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุได้พัฒนาและรักษาความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันซึ่งจะช่วยให้มีความเป็นอยู่ที่ดีได้ โดยความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันนั้น มีนิยามว่า "คุณลักษณะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ช่วยให้บุคคลนั้น สามารถที่จะกระทำการต่าง ๆ เพื่อสร้างคุณค่าได้" ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ประกอบด้วยสมรรถนะภายในตัวบุคคล สภาพแวดล้อมของแต่ละบุคคลและปฏิสัมพันธ์ระหว่างสองสิ่งดังกล่าวข้างต้น โดยสมรรถนะภายในตัวบุคคล หมายถึง "องค์ประกอบที่เกิดจากความสามารถทางร่างกายและจิตใจทั้งหมดที่แต่ละบุคคลสามารถดึงมาใช้ได้" (1)

แนวคิดเรื่องผู้สูงอายุสุขภาพดีนี้เป็นแรงบันดาลใจให้เกิดจุดสนใจใหม่ ๆ สำหรับการดูแลสุขภาพในวัยสูงอายุโดยมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มสมรรถนะภายในตัวบุคคลและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันให้สอดคล้องกับอายุที่มากขึ้น

ในเดือนตุลาคม 2017 องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้เผยแพร่หนังสือ *การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ: แนวทางการจัดการระดับชุมชน เพื่อการจัดการภาวะถดถอยสมรรถนะภายในตัวบุคคล หรือ Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity* (2) แนวทางนี้ได้กล่าวถึงคำแนะนำที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ทั้งหมด 13 เรื่อง สำหรับบุคลากรด้านสุขภาพและผู้ให้การดูแล โดยแนวทางปฏิบัตินี้สามารถช่วยพัฒนาชุมชนและดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (ICOPE) โดยวิธีการของ ICOPE ได้เน้นการเพิ่มสมรรถนะภายในตัวบุคคลและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ซึ่งเป็นกฎเกณฑ์สำคัญสำหรับผู้สูงอายุสุขภาพให้มีสุขภาพที่ดี คำแนะนำเหล่านี้สามารถใช้เป็นพื้นฐาน

สำหรับการจัดทำหลักเกณฑ์ระดับชาติ สามารถใช้เพื่อสนับสนุน โดยการรวมไว้ในโปรแกรมการดูแลสุขภาพและชุดสิทธิประโยชน์ ในหลักประกันสุขภาพ หรือการจัดบริการเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุ อยู่ในสภาวะพึ่งพาการดูแล เป็นต้น

คำแนะนำในคู่มือเล่มนี้จะช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพในชุมชน สามารถนำคำแนะนำของ ICOPE ไปปฏิบัติได้ โดยคู่มือมีแนวทางการจัดลำดับปัจจัยทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะภายในที่ เสื่อมลง ได้แก่ การสูญเสียความคล่องตัว (loss of mobility) ภาวะ ทุพโภชนาการ (malnutrition) ความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น (visual impairment) การสูญเสียการได้ยิน (hearing loss) กระบวนการทางความคิดที่เสื่อมลง (cognitive decline) อาการ ซึมเศร้า (Depressive symptoms) โดยแนวทางจัดการสุขภาพนี้ เริ่มต้นจากการคัดกรองเพื่อระบุว่าสมรรถนะภายในตัวบุคคลของผู้สูงอายุเสื่อมลงอย่างไร บุคลากรทางด้านสุขภาพและ สังคมสงเคราะห์สามารถทำการตรวจคัดกรองในชุมชนได้เอง วิธีนี้คือประตูสู่การประเมินความต้องการด้านการดูแลสุขภาพและ สังคมของผู้สูงอายุในเชิงลึกมากขึ้น ในทางกลับกันการประเมินนี้ นำไปสู่กลยุทธ์การดูแลเพื่อชะลอหรือป้องกันไม่ให้สมรรถนะของผู้สูงอายุ ลดลง นอกจากนี้ยังช่วยในการรักษาโรคและตอบสนอง ความต้องการทางสังคม การประเมินโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง และพัฒนาแผนการดูแลซึ่งต้องการบุคลากรด้านการแพทย์และ สาธารณสุขที่ผ่านการฝึกอบรมมาทำงานในสถานพยาบาลระดับ ปฐมภูมิ อย่างไรก็ตามการจัดการดูแลผู้สูงอายุที่มีผู้ให้การดูแล หรือผู้บริบาลอยู่ด้วยกันในชุมชน ควรได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือโดยทีมสหสาขาวิชาชีพด้วย

ทำไมเราต้องดูแลผู้สูงวัยแบบบูรณาการ (ICOPE)

ปัจจุบัน ผู้สูงอายุเพิ่มจำนวนขึ้น พบว่าประชากรโลกที่อายุ 60 ปี ขึ้นไปประมาณ 962 ล้านคนในปี 2560(2017) คิดเป็น13% ของ ประชากรทั่วโลก (3) และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วใน ทศวรรษต่อไปโดยเฉพาะประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง คาดว่า ภายในปี พ. ศ. 2593 (2050) ประชากร 5 คน จะพบ 1 คนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป แนวโน้มนี้เริ่มขึ้นเมื่อ 50 ปีที่แล้ว ซึ่งเป็นผลกระทบ ร่วมกันของอัตราการเจริญพันธุ์ที่ลดลงอย่างรวดเร็วและอายุขัยที่ เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งมักจะมาพร้อมกับการพัฒนาทางเศรษฐกิจ และสังคม

การรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นการลงทุนในส่วนของทุนมนุษย์ และทุนทางสังคมเพื่อไปสู่เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืนของ สหประชาชาติ (SDGs) (4) ขณะเดียวกันการดูแลสุขภาพสูงอายุที่ เพิ่มขึ้นท้าทายต่อระบบสุขภาพ ทั้งนี้ทรัพยากรด้านการดูแลสุขภาพ จะต้องได้รับการปรับสมดุลในทุกกลุ่มอายุ ดังนั้น การเปลี่ยนแปลง แนวทางสาธารณสุขพื้นฐานที่คำนึงถึงอายุที่เพิ่มขึ้นจึงเป็นสิ่งจำเป็น

แนวทางเดิมในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุได้มุ่งเน้นไปที่สภาวะ ต่าง ๆ ทางกายภาพ โดยให้การวินิจฉัยและการจัดการภาวะ สุขภาพต่าง ๆ เป็นหลักในการดำเนินงาน การจัดการกับโรคเหล่านี้ ยังคงมีความสำคัญ แต่การให้ความสำคัญกับการวินิจฉัยและ จัดการโรคมากขึ้นไปมักจะทำให้มองข้ามปัญหาอื่นๆ ได้ เช่น

ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการได้ยินการมองเห็น การจดจำ การเคลื่อนไหว และการสูญเสียสมรรถนะภายในตัวบุคคลด้านอื่น ๆ ที่พบได้บ่อย และมักจะมาพร้อมกับอายุที่มากขึ้น หากมีการระบุและจัดการ ปัญหาเหล่านี้ได้ จะเป็นประโยชน์อย่างมากและทำให้มีความเป็นอยู่ ที่ดีขึ้น ระบบการดูแลสุขภาพที่คำนึงถึงสมรรถนะภายในตัวบุคคล ของผู้สูงอายุจะส่งผลอย่างกว้างขวางต่อสวัสดิภาพและการเติบโต ของประชากร

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขส่วนใหญ่ยังขาดแนวทาง ปฏิบัติและการฝึกอบรมเพื่อรับรู้และจัดการกับสมรรถนะภายในตัว บุคคลของผู้สูงอายุที่เสื่อมลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ เมื่อประชากร มีอายุมากขึ้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาแนวทางปฏิบัติ ในชุมชนให้มีความครอบคลุมในเรื่องต่าง ๆ ซึ่งรวมถึงมาตรการ ต่าง ๆ เพื่อป้องกันการเสื่อมถอยของสมรรถนะภายในตัวบุคคล รวมทั้งการส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่แข็งแรงและเป็นการ สนับสนุนผู้บริบาลหรือผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุอีกด้วย ซึ่งคู่มือเล่มนี้ได้ บรรจข้อมูลที่สำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานได้เป็นอย่างดี

คำแนะนำในคู่มือเล่มนี้เหมาะสำหรับใคร

กลุ่มเป้าหมายหลักสำหรับคู่มือเล่มนี้คือบุคลากรทางสุขภาพและ นักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานในชุมชนต่าง ๆ รวมทั้งสถานบริการ ปฐมภูมิ คำแนะนำเหล่านี้ได้บรรจุข้อมูลความรู้เฉพาะทางสำหรับ เจ้าหน้าที่ที่สามารถนำมาใช้ได้เมื่อจำเป็นเพื่อประเมินและวางแผน การดูแลผู้สูงอายุที่สูญเสียสมรรถนะภายในตัวบุคคล และความสามารถใน การทำกิจวัตรประจำวันอีกด้วย

นอกจากนี้ผู้เชี่ยวชาญที่รับผิดชอบในการพัฒนาการฝึกอบรมด้าน แพทยศาสตร์ พยาบาลศาสตร์ และสาธารณสุขศาสตร์อาจนำ แนวคิดและแนวทางปฏิบัติที่อธิบายไว้ในคู่มือเล่มนี้ไปใช้ประโยชน์ ได้ ส่วนกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ ที่สามารถใช้ประโยชน์จากคู่มือเล่มนี้ ได้แก่ ผู้จัดการด้านการดูแลสุขภาพและผู้กำหนดนโยบาย เช่น ผู้จัดการโครงการระดับชาติ ระดับภูมิภาค และระดับเขต ที่รับผิดชอบ ในการวางแผนและจัดบริการด้านการดูแลสุขภาพตลอดจนหน่วยงาน ที่ให้ทุนและ/หรือดำเนินโครงการด้านสาธารณสุขและไม่ใช่องค์กร ของรัฐและองค์กรการกุศลที่ให้บริการผู้สูงอายุในชุมชน

หลักการแนะแนว

การแนะแนวกระทำภายใต้หลักการต่อไปนี้:

- ✓ ผู้สูงอายุมีสิทธิที่จะมีสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
- ✓ ผู้สูงอายุควรได้รับโอกาสเท่าเทียมกันในการเข้าถึง บัณฑิตกำหนดการมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุ โดยไม่คำนึง ถึงสถานะทางสังคมหรือเศรษฐกิจ สถานที่เกิดหรือที่ อยู่อาศัย หรือปัจจัยทางสังคมอื่น ๆ
- ✓ ควรให้ความดูแลแก่ทุกคนอย่างเท่าเทียมกันโดยไม่ เลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการไม่เลือกปฏิบัติโดย แบ่งแยกเพศ หรืออายุ

คำแนะนำในคู่มือเล่มนี้มีประโยชน์อย่างไร

ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ในชุมชนสามารถใช้ คำแนะนำเหล่านี้สนับสนุนการดำเนินงานในการตรวจหาพร้อมทั้ง จัดการกับสมรรถนะภายในตัวบุคคลที่เสื่อมลงในผู้สูงอายุได้ โดยใช้ แนวทางขององค์การอนามัยโลกเป็นพื้นฐาน และนำมาตราการระดับ ชุมชนมาใช้ในการจัดการสมรรถนะภายในตัวบุคคลที่ถดถอยของ ผู้สูงอายุ (2) นอกจากนี้คู่มือเล่มนี้ยังระบุความต้องการของบุคลากร ด้านสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้การดำเนินงานครอบคลุม วยผู้ใหญ่ที่กำลังเข้าสู่วัยสูงอายุต่อไป

คำแนะนำอธิบายถึงวิธีการต่าง ๆ ดังนี้

- ตั้งเป้าหมายโดยให้ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (บทที่ 2)
- สนับสนุนให้มีการจัดการตนเอง (บทที่ 2)
- พัฒนาแผนการดูแลที่มีมาตรฐานต่าง ๆ ในการจัดการกับปัจจัย อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียสมรรถนะภายในตัวบุคคล (บทที่ 3)
- คัดกรองเพื่อค้นหาสมรรถนะภายในตัวบุคคลที่สูญเสียไปและ ประเมินความต้องการการดูแลด้านสุขภาพและสังคม (บทที่ 4-10)
- การช่วยเหลือเกื้อกูลนักบริหารหรือผู้ให้การดูแล (บทที่ 11)
- การพัฒนาแผนการดูแลเฉพาะบุคคล (บทที่ 12)

เนื้อหาของคู่มือเล่มนี้

หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นรากฐานในการบรรลุ วัตถุประสงค์ด้านสุขภาพของเป้าหมายเพื่อการพัฒนาที่ ยั่งยืน (SDGs) (4) เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ 3 (SDG3) ซึ่งเน้นในเรื่องความต้องการด้านสุขภาพและ สังคมสงเคราะห์สำหรับผู้สูงอายุจะต้องเป็นลักษณะ แบบบูรณาการและมีการดูแลอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการขององค์การอนามัยโลก (5) ระบุว่าบทบาทของระบบสุขภาพในการส่งเสริมการสูงวัยให้ มีสุขภาพดี ทำได้โดยการเพิ่มขีดสมรรถนะภายในตัวบุคคล ที่ระบุไว้ใน “คู่มือการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการหรือ ICOPE” (2) ซึ่งคำแนะนำนี้จะช่วยให้การดำเนินงานตามกลยุทธ์ ต่าง ๆ บรรลุเป้าหมายได้

คำแนะนำในคู่มือเล่มนี้เป็นเครื่องมือในการดำเนินการตาม กรอบขององค์การอนามัยโลกในเรื่องการบูรณาการบริการ สุขภาพที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (6) กรอบการดำเนินงานดังกล่าวได้มีการเรียกร้องให้มีการเปลี่ยนวิธีการจัดการ และให้บริการสุขภาพไปสู่แนวทางบูรณาการที่มีประชาชน เป็นศูนย์กลาง ดังนั้น ภายใต้บริบทของกรอบการดำเนินงาน นี้ ICOPE จึงเสนอแนวทางการดูแลผู้สูงอายุโดยพิจารณา จาก:

- การประเมินความต้องการ ความชอบ และเป้าหมาย เฉพาะบุคคล
- การพัฒนาแผนการดูแลเฉพาะบุคคล
- การบริการแบบการประสานงานร่วมกัน มีการขับเคลื่อนสู่เป้าหมายเดียวกันในการรักษาสสมรรถนะ ภายในตัวบุคคลและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเอาไว้ รวมทั้งให้บริการให้มากที่สุดผ่านการดูแลแบบ ประชุมภูมิและการให้ชุมชนเป็นฐาน



2

การเพิ่มสมรรถนะและความสามารถ: ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีถ้วนหน้า (OPTIMIZING CAPACITIES AND ABILITIES:TOWARDS HEALTHY AGEING FOR ALL)

องค์การอนามัยโลกได้เผยแพร่รายงานด้านผู้สูงอายุและสุขภาพ โดยกำหนดไว้ว่า การที่ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพที่ดีจะต้องมีการพัฒนาและรักษาความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันซึ่งจะเป็นสิ่งที่ช่วยส่งเสริมสุขภาพที่ดีได้ (1)

คำแนะนำในคู่มือนี้จะช่วยสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีโดยจัดลำดับความสำคัญของเงื่อนไขต่าง ๆ ที่ทำให้สมรรถนะภายในตัวบุคคลเสื่อมลง (รูปที่ 1) ความต้องการการดูแลทางสังคมของผู้สูงอายุ และการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลหรือผู้บริบาล

- การรู้คิดลดลง (บทที่ 4)
- ความคล่องตัวที่มีขีดจำกัด (บทที่ 5)
- ภาวะทุพโภชนาการ (บทที่ 6)
- ความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น (บทที่ 7)
- การสูญเสียการได้ยิน (บทที่ 8)
- อาการซึมเศร้า (บทที่ 9)
- การดูแลและสนับสนุนทางสังคม (บทที่ 10)
- การสนับสนุนผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาล (บทที่ 11)

ภาพที่ 1 ภูมยาศาสตร์สำคัญของสมรรถนะภายในตัวบุคคล



สมรรถนะภายในตัวบุคคลของแต่ละช่วงชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงอย่างไร

ภาพที่ 2 แสดงแบบแผนทั่วไปของสมรรถนะภายในตัวบุคคลและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ซึ่งทั้ง 2 สิ่งนี้จะเสื่อมลงเมื่ออายุมากขึ้นซึ่งเป็นผลจากกระบวนการความชรา (ageing process) เช่นเดียวกับการมีโรคประจำตัว แบบแผนนี้สามารถแบ่งได้เป็น 3 ช่วง ได้แก่ ช่วงที่มีความสามารถสูงและมีเสถียรภาพ ช่วงที่ความสามารถถดถอยลง และช่วงที่มีการสูญเสียความสามารถหรือสมรรถนะบางอย่างไป โดยแต่ละช่วงแบ่งโดยพิจารณาจากการเข้าสู่ภาวะพึ่งพิง

แบบแผนของสมรรถนะภายในตัวบุคคลที่มีในแต่ละบุคคลนั้นพบได้หลากหลายรูปแบบซึ่งมีช่วงความแตกต่างที่กว้างมาก ความแตกต่างเหล่านี้สามารถพบได้ชัดเจนในประชากรประเทศเดียวกัน หรือในประเทศอื่น ๆ สิ่งที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลสะท้อนจากการเปลี่ยนแปลงอายุช้อยอย่างต่อเนื่อง เช่น ออสเตรเลีย ญี่ปุ่น และสวิตเซอร์แลนด์ ซึ่งพบประชากรมีอายุช้อยตั้งแต่ 82 ปีขึ้นไป แต่บางประเทศ เช่น สาธารณรัฐแอฟริกากลาง ชาดและโซมาเลีย พบว่าประชากรมีอายุช้อยเฉลี่ยน้อยกว่า 55 ปี เป็นต้น

ความผันแปรของสมรรถนะภายในตัวบุคคลมักพบในผู้สูงอายุมากกว่าประชากรที่อายุน้อย ความหลากหลายดังกล่าวเป็นหนึ่งในเครื่องหมายแสดงความชราภาพ โดยที่บุคคลหนึ่งอาจมีอายุต่างจากอีกคน ตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไป แต่สมรรถนะภายในตัวบุคคลและ/หรือความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันมีความคล้ายคลึงกัน นั่นจึงเป็นสาเหตุที่ว่าทำไมอายุจึงเป็นตัวบ่งชี้สถานะสุขภาพได้ไม่ดีนัก

[...]

สมรรถนะภายในตัวบุคคลและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน

องค์การอนามัยโลกได้นิยามไว้ว่า สมรรถนะภายในตัวบุคคล เป็นการผสมผสานระหว่างร่างกายและจิตใจของแต่ละบุคคลรวมทั้งทางจิตวิทยาและสมรรถนะต่าง ๆ ส่วน ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน คือการผสมผสานและปฏิสัมพันธ์ของสมรรถนะภายในกับสิ่งแวดล้อมที่บุคคลนั้นอาศัยอยู่

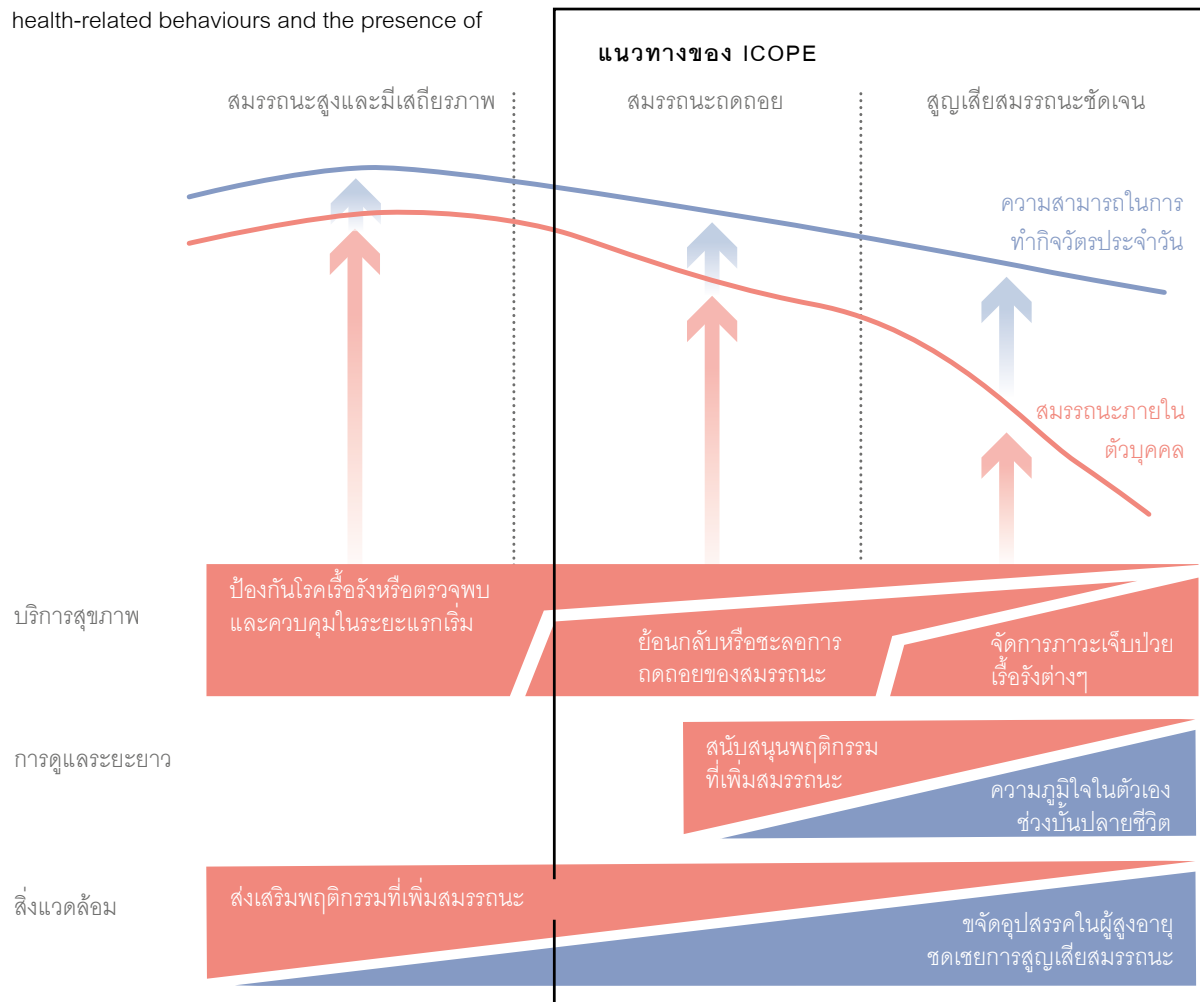
มาตรการในการเพิ่มสมรรถนะภายในตัวบุคคล

การระบุเงื่อนไขที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียสมรรถนะภายในตัวบุคคลนั้นเป็นการเปิดโอกาสให้มีการนำมาตรการต่าง ๆ มาช่วยในการชะลอ หยุด หรือย้อนกลับความถดถอยดังกล่าว (รูปที่ 2) ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพในสถานพยาบาลและในชุมชนสามารถตรวจติดตามภาวะอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเสื่อมลงของสมรรถนะภายใน ดังนั้นการประเมินซ้ำ ๆ ในช่วงเวลาหนึ่งทำให้สามารถกำกับการติดตามการเปลี่ยนแปลงได้มากกว่าที่คาดไว้ เนื่องจากเราสามารถที่จะดำเนินการตามมาตรการพิเศษได้ล่วงหน้าก่อนที่จะสูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันไป

การดำเนินมาตรการในชุมชนสามารถที่จะป้องกันคนเหล่านี้ไม่ให้เข้าสู่ภาวะอ่อนแอหรือพึ่งพาการดูแลจากคนอื่น มาตรการนี้ประกอบด้วยหลายองค์ประกอบที่จะช่วยให้การป้องกันมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการดำเนินงานทางสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุสุขภาพดี: โอกาสในการปฏิบัติการด้านสาธารณสุขเพื่อให้ครอบคลุมทุกช่วงวัย

intrinsic capacity can be modified. These include health-related behaviours and the presence of



Source: World Health Organization, 2015 (1).

สมรรถนะภายในตัวบุคคลสามารถปรับเปลี่ยนได้เนื่องจากมีคุณลักษณะหลายประการที่เป็นตัวกำหนด ปัจจัยดังกล่าวได้แก่ พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและทำให้เกิดโรค ดังนั้น การนำมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มสมรรถนะภายในตัวบุคคลมาใช้ จึงเป็นเหตุผลสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (ICOPE) และแนวทางในการปฏิบัติเพื่อใช้สนับสนุนการดำเนินงานได้

สภาวะสุขภาพที่แตกต่างกันมีความเกี่ยวข้องกับการสูญเสียสมรรถนะภายในตัวบุคคล ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กันในหลายระดับ ตัวอย่างเช่น การสูญเสียการได้ยินมีความสัมพันธ์กับการรู้คิดที่ลดลง นอกจากนี้ โภชนาการสามารถช่วยให้การออกกำลังกายมีประสิทธิภาพมากขึ้นและมีผลกระทบโดยตรงต่อการเพิ่มมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรง ปฏิสัมพันธ์เหล่านี้เป็นสิ่งจำเป็นต่อการผสมผสานวิธีต่าง ๆ เข้าไปในแต่ละขั้นตอน ตั้งแต่การคัดกรอง การประเมิน และการจัดการกับสมรรถนะภายในตัวบุคคลที่เสื่อมลง



3

การประเมินความต้องการของผู้สูงอายุและ การพัฒนาแผนการจัดการดูแลให้เหมาะสมกับบุคคล

(ASSESSING OLDER PEOPLE'S NEEDS AND DEVELOPING A PERSONALIZED CARE PLAN)

ประเด็นสำคัญ

- ✓ การจำแนกผู้สูงอายุในชุมชนโดยการจัดลำดับข้อจำกัดที่ส่งผลกระทบต่อลดลงของสมรรถนะภายในตัวบุคคล โดยเครื่องมือคัดกรองการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (ICOPE)
- ✓ การจำแนกอาการที่ส่งต่อมาหน่วยบริการปฐมภูมิเพื่อการประเมินเชิงลึกซึ่งมีประโยชน์ในการพัฒนาแผนการดูแลเฉพาะบุคคล
- ✓ แผนการดูแลประกอบด้วยความหลากหลายเพื่อจัดการสมรรถนะภายในตัวบุคคลที่เสื่อมลงและเพื่อเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารเสริม การกระตุ้นการรู้คิดและการปรับบ้านเพื่อป้องกันการหกล้ม

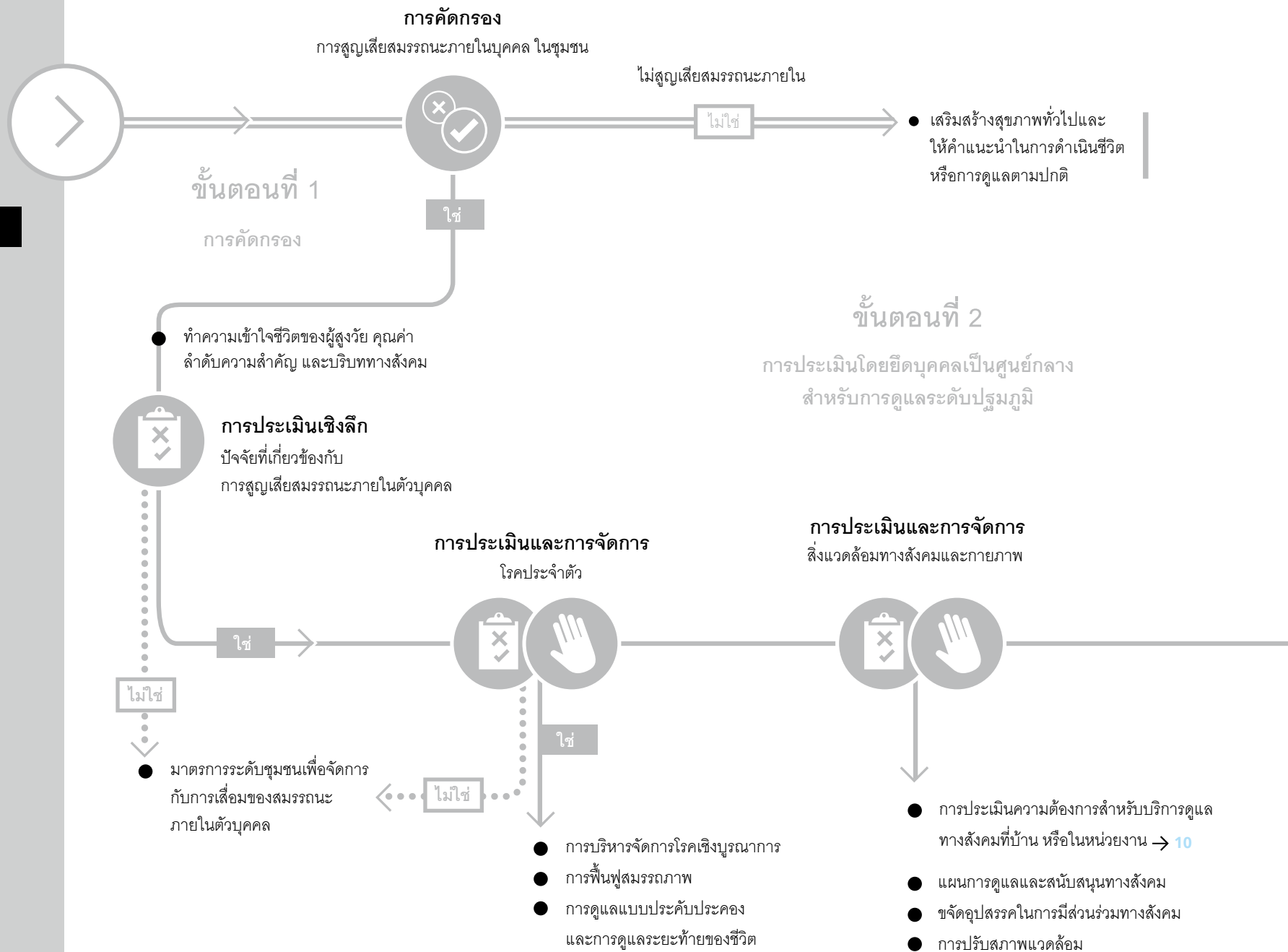
การดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางมีพื้นฐานมาจากมุมมองที่ว่าผู้สูงอายุเป็นมากกว่าส่วนย่อยของความผิดปกติหรือข้อจำกัดด้านสุขภาพ ดังนั้น ทุกคนไม่ว่าจะอยู่ในวัยใดเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ความต้องการและความชอบที่มีลักษณะเฉพาะ การดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางคือการดูแลด้านสุขภาพและการดูแลทางสังคมของแต่ละบุคคลมากกว่าการดูแลเฉพาะข้อจำกัดด้านสุขภาพและอาการเจ็บป่วยออกจากกัน วิธีการดูแลแบบบูรณาการที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางยังรวมบริบทชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคลผลกระทบของสุขภาพและความต้องการที่มีต่อผู้ใกล้ชิดและในชุมชน

ขั้นตอนทั้งหมด 5 ขั้นตอน ในการดูแลด้านสุขภาพและการดูแลทางสังคมของผู้สูงอายุด้วยวิธีการดูแลแบบบูรณาการดังที่แสดงไว้ในแนวทางทั่วไปดังต่อไปนี้

3

แนวทางการดูแลทั่วไป

การประเมินโดยยึดบุคคล
เป็นศูนย์กลางและแนวทางดูแล
ในระดับปฐมภูมิ



ขั้นตอนที่ 3

พัฒนาแผนการดูแลส่วนบุคคล

- กำหนดเป้าหมายโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง
- ทิมสหวิชาชีพ
- ออกแบบแผนการดูแลที่มีมาตรการหลายองค์ประกอบ
การจัดการกับโรคประจำตัว การดูแลและจัดการตนเอง
และการสนับสนุนและการดูแลทางสังคม

ขั้นตอนที่ 5

มีส่วนร่วมในชุมชน
และสนับสนุนผู้ดูแล/ผู้บริบาล

ขั้นตอนที่ 4

ตรวจสอบแนวทางการส่งต่อและกำกับติดตามแผนการดูแล
โดยให้เชื่อมโยงกับการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะทาง



ตารางที่ 1

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองสำหรับการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลก (WHO ICOPE SCREENING TOOL)

ลำดับภาวะที่เกี่ยวข้อง กับการเสื่อมสมรรถนะของผู้สูงอายุ	การทดสอบ	ประเมินโดยการ ใส่เครื่องหมายถูกในช่องวงกลม
การรู้คิดที่ลดลง (COGNITIVE DECLINE) บทที่ 4	1. ให้จำคำ 3 คำ เช่น ดอกไม้ ประตู่ ข้าว 2. ถามเรื่องเวลาหรือสถานที่ เช่น วันนี้วันเดือนปีเท่าไร หรือ ตอนนี้คุณอยู่ที่ไหน (บ้าน คลินิก อื่นๆ) 3. ทวนคำที่ให้จำ 3 คำในข้อ 1. อีกครั้ง	☐ ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งผิดหรือไม่ทราบ ☐ ไม่สามารถทวนคำ 3 คำที่ให้จำตอนแรกได้
การเคลื่อนไหวที่จำกัด (LIMITED MOBILITY) บทที่ 5	การทดสอบการลุกนั่ง 5 ครั้ง ภายใน 14 วินาทีได้หรือไม่ ให้ผู้ทดสอบนั่งบนเก้าอี้ จากนั้นให้ลุกขึ้นยืน ทำซ้ำประมาณ 5 ครั้งโดยไม่ใช้แขนยันเก้าอี้หรือโต๊ะ	☐ ทำไม่ได้
ภาวะทุพโภชนาการ (MALNUTRITION) บทที่ 6	1. น้ำหนักตัวลดลง; ใน 3 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักตัวของท่านลดลงเกิน 3 กิโลกรัม โดยที่ท่านไม่ได้ตั้งใจลดน้ำหนักหรือไม่ 2. สูญเสียความอยากอาหาร; ท่านเคยรู้สึกเบื่ออาหารไม่อยากรับประทานอาหารหรือไม่	☐ ใช่ ☐ ใช่
ความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น (VISUAL IMPAIRMENT) บทที่ 7	ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับตาหรือไม่ เช่น มองเห็นที่ไกลไม่ชัด อ่านหนังสือไม่ชัด มีโรคทางจักษุหรือปัจจุบันรักษาโรคอยู่ (เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง)	☐ ใช่
การสูญเสียการได้ยิน (HEARING LOSS) บทที่ 8	ทดสอบฟังเสียงกระซิบ หรือ ผลการคัดกรองโดยใช้เครื่องวัดสมรรถภาพการได้ยิน (audiometry) อยู่ที่ 35 เดซิเบลหรือต่ำกว่า หรือผ่านการทดสอบ automated app-based digits-in-noise test	☐ ไม่ผ่าน
อาการซึมเศร้า (DEPRESSIVE SYMPTOMS) บทที่ 9	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่ - รู้สึกหดหู่ ซึมเศร้า หรือสิ้นหวัง - มีความสนใจหรือพอใจที่จะทำกิจกรรมต่าง ๆ น้อย	☐ Yes ☐ Yes

ขั้นตอนที่ 1

คัดกรองการเสื่อมของสมรรถนะภายในตัวบุคคล

ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพที่ได้รับการฝึกอบรมสามารถ
จำแนกผู้สูงอายุที่สูญเสียสมรรถนะภายในบุคคลในชุมชนหรือที่บ้าน
โดยใช้กระบวนการและเครื่องมือต่าง ๆ ที่อยู่ในคู่มือ เครื่องมือเหล่านี้
ได้แก่ เครื่องมือคัดกรองการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (ตารางที่ 1)
ซึ่งการคัดกรองเป็นขั้นตอนแรกของแนวทางการดูแลทั้งหมดใน
บทที่ 4 ถึงบทที่ 9 และครอบคลุมปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องของ
สมรรถนะภายในตัวบุคคลด้านต่าง ๆ

ผู้สูงอายุที่สูญเสียสมรรถนะภายในบุคคลในขั้นตอนแรกควรเข้ารับ
การประเมินแบบเต็มรูปแบบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพที่มี
การฝึกอบรมที่จำเป็นบ่อยครั้งที่ไม่จำเป็นต้องเป็นแพทย์

เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพและการดูแลต้องตรวจสอบให้แน่ใจว่าข้อ
จำกัดด้านขีดสมรรถนะต่าง ๆ ที่ระบุในเครื่องมือคัดกรองการดูแล
ผู้สูงอายุแบบบูรณาการนี้จะต้องมีการประเมินเชิงลึกเพิ่มเติมเสมอ
การค้นพบต่าง ๆ ควรมีการลงข้อมูลในการพัฒนาแผนการดูแลส่วนบุคคล

ขั้นตอนที่ 2

ดำเนินการประเมินโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางในหน่วย ดูแลปฐมภูมิ

การประเมินความต้องการด้านสุขภาพและการดูแลทางสังคมของ
ผู้สูงอายุที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางในหน่วยดูแลปฐมภูมิมีความ
สำคัญอย่างยิ่งต่อการเพิ่มประสิทธิภาพของสมรรถนะภายในตัว
บุคคล มีดังนี้

2A. ทำความเข้าใจชีวิตของผู้สูงอายุ

การประเมินโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางไม่เพียงแต่เริ่มต้นด้วยการ
ซักประวัติแบบดั้งเดิมเท่านั้น แต่ยังต้องทำความเข้าใจอย่างถ่องแท้
เกี่ยวกับชีวิต ค่านิยม ลำดับความสำคัญ และความชอบของผู้สูงอายุ
เพื่อวิถีในด้านสุขภาพและการจัดการ

2B. การประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการสูญเสียสมรรถนะ ภายในตัวบุคคลในเชิงลึกมากขึ้น

การประเมินปัจจัยเกี่ยวข้องกับความสามารถสูญเสียสมรรถนะภายในตัว
บุคคลยังมีการประเมินภาพรวมในเชิงลึกอีกด้วย ซึ่งแนวทางการ
ดูแลปัจจัยหลักของสมรรถนะภายในแต่ละด้านแสดงในบทที่ 4 ถึง 9
โดยทั่วไปจะจัดแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบโดยมีการคัดกรองใน
ชุมชนที่อยู่บนสุด การประเมินในหน่วยดูแลปฐมภูมิอยู่ในระดับกลาง
และการวางแผนการดูแลเฉพาะบุคคลที่อยู่ล่างสุด

2C. การประเมินและการจัดการโรคประจำตัว

การตรวจหาโรคเรื้อรัง ซึ่งการใช้ยาหลายขนานร่วมกัน ทำให้เกิด
ผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์และเกิดความสูญเสียสมรรถนะภายใน
หลายด้าน ดังนั้น จึงควรมีการตรวจวินิจฉัยเสมอ (ดูกล่องข้อความ
การใช้ยาหลายขนานร่วมกัน หน้า 18)

การวินิจฉัยโรคที่อาจจะแฝงอยู่ เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคซึมเศร้า
โรคข้อเข่าเสื่อม โรคกระดูกพรุน ต้อกระจก เบาหวาน และความดัน
โลหิตสูงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการประเมินโดยยึดบุคคลเป็น
ศูนย์กลาง การวินิจฉัยดังกล่าวอาจต้องใช้การตรวจวินิจฉัยที่ซับซ้อน
ซึ่งไม่สามารถใช้ได้โนคลินิกระดับปฐมภูมิ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับหน่วย
บริการแต่ละแห่ง ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องส่งต่อ หน่วยดูแลผู้สูง
อายุเฉพาะทางในระดับทุติยภูมิหรือตติยภูมิ

2D การประเมินสภาพแวดล้อมทางสังคมและกายภาพและ ความจำเป็นของการดูแลและสนับสนุนทางสังคม

การประเมินสภาพแวดล้อมทางสังคมและกายภาพและการระบุ
ความต้องการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องบริการทางสังคมและการสนับสนุน
เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่สูญเสียสมรรถนะภายในบุคคล ซึ่งเป็นส่วน
สำคัญของการประเมินผู้สูงอายุที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางในการดูแล
ระดับปฐมภูมิ ความต้องการการดูแลทางสังคมสามารถระบุได้โดย
การถามผู้สูงอายุว่าพวกเขาสามารถทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้
หรือไม่โดยไม่ต้องให้ผู้อื่นช่วยเหลือ ซึ่งแนวทางในบทที่ 10 แสดงชุด
คำถามสำหรับการประเมินและกำหนดความต้องการการดูแลทาง
สังคมโดยทั่วไปไว้ นอกจากนี้แนวทางการดูแลแต่ละด้านในบทที่ 4
ถึง 9 ยังกล่าวถึงความต้องการการดูแลทางสังคมที่เป็นไปได้ต้องมีความ
เฉพาะกับลำดับความสำคัญของปัจจัยต่าง ๆ

การสนับสนุนให้มีการจัดการตนเองเกี่ยวข้องกับการให้ข้อมูล ทักษะและเครื่องมือแก่ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องใช้ในการจัดการสภาวะสุขภาพ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน เพิ่มสมรรถนะภายใน และคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ซึ่งไม่ได้หมายความว่าผู้สูงอายุจะถูกคาดหวังว่าจะ “ไปตามลำพัง” หรือมีความต้องการที่ไม่สมเหตุผลหรือมากเกินไป แต่ให้ยอมรับว่าสิ่งเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการดูแลตัวเองอย่างอัตโนมัติในการให้คำปรึกษาและให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ดูแลสุขภาพครอบครัวและผู้ให้การดูแลคนอื่น ๆ

โครงการ mobile health for ageing หรือ mAgeing ขององค์การอนามัยโลกสามารถเสริมการดูแลตามปกติของเจ้าหน้าที่ที่สัมผัสภาพด้วยการ สนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีการดูแลตนเองและการจัดการตนเอง โดยการส่งข้อมูลคำแนะนำและการแจ้งเตือนด้านสุขภาพผ่านโทรศัพท์มือถือ ซึ่งเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมที่ดีต่อสุขภาพและช่วยให้ผู้สูงอายุพัฒนาสมรรถนะภายในตนเองดีขึ้น

สำหรับข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับโปรแกรม mAgeing และข้อความแนะนำ โปรดดูที่ <https://www.who.int/ageing/health-systems/mAgeing>



ขั้นตอนที่ 3

กำหนดเป้าหมายของการดูแลและพัฒนาแผนการดูแลส่วนบุคคล

3A. กำหนดเป้าหมายของการดูแลกับผู้สูงอายุ

เป้าหมายสำคัญสองด้านคือ การเพิ่มประสิทธิภาพสมรรถนะภายในตัวบุคคลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ จะช่วยให้มั่นใจว่าการดูแลเป็นแบบบูรณาการ และการกำกับการดูแลผู้สูงอายุทั้งความก้าวหน้าและผลกระทบที่เกิดขึ้นโดยผู้สูงอายุ และผู้ให้การดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจและกำหนดเป้าหมาย ตามลำดับความต้องการราย

3B. ออกแบบแผนการดูแล

รูปแบบการประเมินโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางด้วยการพัฒนาแผนการดูแลเฉพาะบุคคล โดยใช้วิธีการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ในการออกแบบการจัดการความสูญเสียสมรรถนะภายในด้านต่าง ๆ ทั้งนี้ มาตรการทั้งหมดควรได้รับการพิจารณาและประยุกต์ใช้ร่วมกัน

แนวทางการดูแลทั่วไป

การประเมินโดยยึดบุคคล
เป็นศูนย์กลางและแนวทางดูแล
ในระดับปฐมภูมิ

แนวทางการดูแลที่มีความสำคัญเนื่องจากการจัดลำดับการสูญเสียสมรรถนะภายในบุคคลบนพื้นฐานทางสรีรวิทยาและพฤติกรรม ส่งผลให้มาตรการต่าง ๆ มีประโยชน์ในทุก ๆ ด้าน ตัวอย่างเช่น การออกกำลังกายช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และยังปกป้องสมองทางอ้อมในการลดภาวะซึมเศร้าและความรู้คิดตลอดจนป้องกันการหกล้ม โภชนาการช่วยเพิ่มผลลัพธ์ของการออกกำลังกายและเพิ่มมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรง ด้วยวิธีการแบบบูรณาการร่วมกัน ลดการพึ่งพาการดูแล

แผนการดูแลเฉพาะส่วนบุคคลมีองค์ประกอบดังนี้

- ชุดของการดูแลประกอบด้วย การดูแลหลากหลายที่จะช่วยจัดการสมรรถนะภายในบุคคล ซึ่งแผนการดูแลส่วนใหญ่จะช่วยในการดูแล เช่น เพื่อเพิ่มภาวะโภชนาการและส่งเสริมการออกกำลังกาย
- การจัดการและการรักษาโรค ภาวะเจ็บป่วยซับซ้อน กลุ่มอาการ ผู้สูงอายุ องค์การอนามัยโลกได้พัฒนาแนวทางการดำเนินงานทางคลินิกในการจัดการโรคเรื้อรังซึ่งอาจมีส่วนทำให้สมรรถนะภายในบุคคลลดลง (2) หน่วยบริการดูแลสุขภาพทุกแห่งควรเข้าถึงแนวทางเล่มนี้ได้

- สนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการตนเอง
- การจัดการภาวะเรื้อรังที่ซับซ้อน (การดูแลระยะสุดท้าย การฟื้นฟูสุขภาพ) หรือตรวจสอบว่าผู้สูงอายุยังสามารถที่จะมีชีวิตต่อไปอย่างมีความหมายและเกียรติภูมิ
- การดูแลทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมเพื่อชดเชยการสูญเสียสมรรถนะภายในบุคคล
- แผนการดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลทางสังคม ด้วยความช่วยเหลือของครอบครัวสมาชิกเพื่อนและบริการในชุมชน

ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพและสังคมสามารถให้การสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนการดูแลทั้งในชุมชนหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งนี้ การจัดการตนเองด้วยการให้คำแนะนำปรึกษา การให้ความรู้ และให้กำลังใจจากผู้ปฏิบัติงานในชุมชน สามารถปรับเปลี่ยนที่ปัจจัยบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับการเสื่อมถอยของสมรรถนะภายในบุคคลได้ ดังนั้น ความร่วมมือระหว่างผู้สูงอายุ ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ ครอบครัวและชุมชน จะช่วยรักษาสุขภาพที่ดีได้ตามวัยที่ควรจะเป็น

3

แนวทางการดูแลทั่วไป

การประเมินโดยยึดบุคคล
เป็นศูนย์กลางและแนวทางดูแล
ในระดับปฐมภูมิ

ขั้นตอนที่ 4

ตรวจสอบแนวทางการส่งต่อและการกำกับติดตามแผนการ
ดูแลที่เชื่อมโยงกับการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะทาง

การดูแลอย่างบูรณาการด้วยการติดตามดูแลต่อเนื่องอย่าง
สม่ำเสมอและยั่งยืน โดยในระดับต่าง ๆ และรูปแบบบริการการดูแล
ที่แตกต่างกันเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำเนินการตามมาตรการที่
แนะนำในเอกสารเล่มนี้ ด้วยการประเมินภาวะแทรกซ้อนหรือการ
เปลี่ยนแปลงสถานะการทำงานของร่างกายในระยะเริ่มต้น ทำให้
สามารถหลีกเลี่ยงเหตุฉุกเฉินที่ไม่จำเป็นและเป็นการประหยัด
ค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ตั้งแต่เนิ่น ๆ

การติดตามการดูแลอย่างสม่ำเสมอเป็นการเฝ้าระวังด้วยการติดตาม
ความคืบหน้าของแผนการดูแล เช่นเดียวกับ การจัดเตรียมให้การ
สนับสนุนเพิ่มเติมเมื่อจำเป็น การติดตามและการสนับสนุนอาจมี
ความสำคัญอย่างยิ่งหลังจากการเปลี่ยนแปลงทางสถานะสุขภาพ
ครั้งใหญ่ รวมทั้งการเปลี่ยนแผนการรักษา หรือเปลี่ยนบทบาทหรือ
สถานการณ์ทางสังคมของบุคคล (ยกตัวอย่างเช่น การเปลี่ยนที่อยู่
อาศัย การเสียชีวิตของคู่ชีวิต)

แนวทางการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเข้มแข็งเป็นสิ่งสำคัญเพื่อให้สามารถ
เข้าถึงการดูแลผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบกะทันหันได้อย่าง
รวดเร็ว ในกรณีที่เกิดเหตุการณ์ไม่คาดฝัน เช่น การหกล้ม การดูแล
แบบประคับประคองและระยะสุดท้าย หรือหลังจำหน่ายออกจาก
โรงพยาบาล

การเชื่อมโยงไปยังการดูแลผู้สูงอายุเฉพาะทางมีความสำคัญเช่นกัน
ระบบสุขภาพจำเป็นต้องช่วยให้ประชาชนเข้าถึงการดูแลเฉพาะทาง
และการดูแลวิกฤตได้ทันเวลาเมื่อจำเป็น มีหลักฐานเชิงประจักษ์ระบุ
ว่าหอผู้ป่วยผู้สูงอายุที่ดูแลผู้ป่วยระยะเฉียบพลันแบบเฉพาะทางได้
ให้การดูแลที่มีคุณภาพสูงขึ้น โดยใช้ระยะเวลาการพักรักษาที่สั้นกว่า
เดิมและค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่าการดูแลในโรงพยาบาลทั่วไป

บทบาทของการดูแลผู้สูงอายุแบบเฉพาะทาง

แพทย์เฉพาะทางผู้สูงอายุ (geriatricians) เป็นผู้เชี่ยวชาญ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะซับซ้อนในระยะยาว เช่น กลุ่มอาการของ
ผู้สูงอายุ (กลืนปัสสาวะไม่อยู่ หกล้ม สับสน ฯลฯ) การใช้
ยาหลายขนานร่วมกัน และโรคต่าง ๆ เช่น ภาวะสมองเสื่อม
และให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมใน
ชีวิตประจำวัน รวมทั้งการเจ็บป่วยหลายอย่างเพิ่มขึ้นตาม
อายุและส่งผลให้เกิดภาพทางคลินิกที่ซับซ้อน อายุรแพทย์
ในหน่วยบริการปฐมภูมิควรส่งต่อไปยังแพทย์เฉพาะทาง
ผู้สูงอายุ

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการนี้ แพทย์เฉพาะ
ทางผู้สูงอายุถือเป็นส่วนหนึ่งของทีมสหสาขาวิชาชีพที่รับ
ผิดชอบการดูแลผู้สูงอายุและช่วยดูแลทีมดูแลผู้สูงอายุใน
เบื้องต้น และเข้ามาดูแลเมื่อผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการ
ดูแลเฉพาะทาง

ขั้นตอนที่ 5

การมีส่วนร่วมในชุมชนและการสนับสนุนผู้ให้การดูแล/
ผู้บริบาล

การดูแลเป็นเรื่องที่ต้องการและผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุเสียสละสละภาพ
มักรู้สึกโดดเดี่ยวและมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดความทุกข์ทางจิตใจ
และภาวะซึมเศร้า แผนการดูแลเฉพาะบุคคลควรมีมาตรการที่เป็น
หลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อสนับสนุนผู้ให้การดูแล นอกจากนี้ผู้ให้การ
ดูแลยังต้องการข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ
และการฝึกอบรมเพื่อพัฒนาทักษะการปฏิบัติที่หลากหลาย เช่น
วิธีการเคลื่อนย้ายบุคคลจากเก้าอี้ไปสู่การนอนลงอย่างปลอดภัย
หรือวิธีการช่วยอาบน้ำ

ผู้สูงอายุและผู้ให้การดูแลควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับทรัพยากรที่มีใน
ชุมชน ด้วยการมีส่วนร่วมกิจกรรมในชุมชนและเพื่อนบ้านโดยตรง
มากขึ้น โดยการสนับสนุนการดูแลโดยเฉพาะอย่างยิ่งโดยการ
ส่งเสริมให้เป็นอาสาสมัครและให้สมาชิกในชุมชนที่มีอายุมากมี
ส่วนร่วม กิจกรรมดังกล่าวมักเกิดขึ้นในสมาคมและกลุ่มต่าง ๆ
ที่ดึงดูดผู้สูงวัยเข้าด้วยกัน

บทที่ 11 มีแนวทางสำหรับการประเมินภาระของผู้ดูแลและการ
จัดการกับความต้องการของผู้ดูแลที่ไม่ได้รับค่าจ้างในการดูแลและ
ช่วยเหลือตนเอง

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ตั้งอยู่บนพื้นฐานของระดับ
ชุมชนหรือระดับปฐมภูมิ ซึ่งสามารถเข้าถึงคนจำนวนมากได้มาก
ที่สุด ในขณะเดียวกันแนวทางดังกล่าวเรียกร้องให้มีการเชื่อมโยงที่
เข้มแข็งเข้ากับการดูแลเฉพาะทาง และระดับตติยภูมิสำหรับผู้
ที่ต้องการ เช่น กับนักโภชนาการ และเภสัชกร



ICOPE HANDBOOK APP

เป็นแอปพลิเคชันมือถือพร้อมใช้งาน เพื่อให้คำแนะนำแก่
ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพและการดูแลทางสังคมในทุกชั้น
ตอนการดำเนินการ ตั้งแต่การคัดกรอง การประเมิน ไป
จนถึงการออกแบบแผนการดูแลส่วนบุคคล นอกจากนี้
แอปพลิเคชันดังกล่าวยังจะจัดทำสรุปผลการประเมินและ
มาตรการ ที่สามารถพิมพ์ได้และรวมไว้ในแผนการดูแล
ในรูปแบบ PDF

แนวทางการดูแลทั่วไป

การประเมินโดยยึดบุคคล
เป็นศูนย์กลางและแนวทางดูแล
ในระดับปฐมภูมิ

3

แนวทางการดูแลทั่วไป

การประเมินโดยยึดบุคคล
เป็นศูนย์กลางและแนวทางดูแล
ในระดับปฐมภูมิ

การใช้ยาหลายขนานร่วมกัน

การใช้ยาหลายขนานร่วมกัน คือ การใช้ยา 5 ชนิด หรือมากกว่าในเวลาเดียวกันและทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา การใช้ยาหลายชนิดนี้จะเพิ่มความเสี่ยงต่อผลกระทบด้านสุขภาพในทางลบและอาจส่งผลให้สูญเสียสมรรถนะภายในบุคคลโดยไม่จำเป็น นอกจากนี้ยังเป็นสาเหตุของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉียบพลัน ผู้สูงอายุที่ไปพบเจ้าหน้าที่ดูแลสุขภาพหลายคนหรือเพิ่งเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อเร็ว ๆ นี้มีความเสี่ยงต่อการใช้ยาหลายขนานร่วมกันมากขึ้น โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยหลายอย่างมีแนวโน้มที่จะได้รับผลกระทบมากขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับอายุซึ่งสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์และเภสัชพลศาสตร์ได้

เนื่องจากการใช้ยาหลายขนานร่วมกันสามารถนำไปสู่การสูญเสียสมรรถนะภายในบุคคลหลายด้าน การประเมินโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางควรรวมถึงการทบทวนยาที่ผู้สูงอายุรับประทาน

การใช้ยาหลายขนานร่วมกันสามารถทำให้ลดลงได้ โดยการลดยาที่ไม่จำเป็นและรักษาไม่ได้ผลเช่นเดียวกับยาที่มีผลซ้ำซ้อน

วิธีการสั่งยาอย่างเหมาะสมและลดข้อผิดพลาดในการรักษา:

- กรอประวัติการใช้ยาให้ครบ
- พิจารณายาอาจมีผลต่อความสามารถต่าง ๆ
- หลีกเลี่ยงการสั่งยาก่อนทำการวินิจฉัยยกเว้นในกรณีที่มีอาการปวดเฉียบพลันรุนแรง
- ทบทวนการรักษาอย่างสม่ำเสมอและทบทวนก่อนสั่งจ่ายยาใหม่
- รับทราบถึงปฏิกริยาของยา ผลข้างเคียง ปฏิกริยาระหว่างยา ข้อกำหนดในการติดตาม และความเป็นพิษของยาที่ใช้รักษา
- พยายามใช้ยาหนึ่งตัวเพื่อรักษา 2 โรค ขึ้นไป
- จัดทำบัตรยาสำหรับผู้ป่วย และ
- ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลเกี่ยวกับยาแต่ละชนิด

หากมีข้อสงสัยว่าสามารถหยุดยาได้อย่างปลอดภัยหรือไม่ให้ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางตามความเหมาะสม

4

สมรรถนะการรู้คิด

แนวทางการดูแลเพื่อจัดการ การรู้คิดที่เสื่อมลง



เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะการรู้คิดที่เสื่อมลงจะทำให้หลงลืมง่ายขึ้น นอกจากนี้ยังขาดความใส่ใจ และความสามารถด้านการแก้ปัญหา ยิ่งลดลงอีกด้วย ซึ่งในขณะนี้ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัดว่าอะไรที่เป็นสาเหตุให้เกิดภาวะนี้ขึ้น อาจจะเป็นไปได้ว่าการรู้คิดที่ลดลงเกี่ยวข้องกับอายุของสมองที่เพิ่มมากขึ้น หรือมีโรคอื่นที่เกี่ยวข้อง (ยกตัวอย่างเช่น โรคหัวใจหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมอง หรืออัลไซเมอร์) หรือแม้กระทั่งปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น กิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ การแยกตัวออกจากสังคม และระดับการศึกษาที่ไม่สูงมาก เป็นต้น

ภาวะการรู้คิดที่เสื่อมลงนี้เป็นสิ่งที่น่ากังวลเนื่องจากอาจรบกวนความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันแล้ว ภาวะนี้อาจทำให้ผู้สูงอายุเป็นโรคสมองเสื่อม (dementia) ได้ในภายหลัง

แนวทางการดูแลนี้ มุ่งหวังที่จะใช้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดที่เสื่อมลงในบางระดับแต่ยังไม่เป็นโรคสมองเสื่อม หรือ dementia ดังนั้นเจ้าหน้าที่ต้องสามารถประเมินความต้องการในการสนับสนุนและดูแลผู้สูงอายุได้

ประเด็นสำคัญ

- สมรรถนะการรู้คิดที่เสื่อมลงนี้ สามารถที่จะทำให้เกิดได้บ่อยที่สุดและบางครั้งอาจจะรักษาได้โดยการใช้วิธีทั่วไป เช่น การปรับวิถีชีวิตเพื่อสุขภาพ การกระตุ้นความจำ และการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม เป็นต้น
- การรักษาในผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ เช่น เบาหวานและความดันโลหิตสูงอาจจะใช้วิธีป้องกันไม่ให้สมรรถนะด้านการรู้คิดลดลง
- ควรมีการประเมินและระบุสมรรถนะที่เกี่ยวข้องด้านอื่นๆ ที่อาจจะส่งผลให้ความรู้มีความแปรปรวนได้ เช่น สมรรถนะด้านการได้ยินและด้านความคล่องตัว
- สำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จำเป็นต้องมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางผู้สูงอายุที่จะช่วยวางแผนและเสริมมาตรการอื่น ๆ ที่มีความซับซ้อนเข้าไปได้

4

สมรรถนะการรู้คิด

แนวทางการดูแลเพื่อจัดการการรู้คิดที่เสื่อมลง

การทดสอบความจำและการรับรู้เบื้องต้น

1. การจำ 3 คำ:

ขอให้บุคคลนั้นจำคำ 3 คำที่คุณจะพูด โดยใช้คำที่เรียบง่ายและเป็นรูปธรรม เช่น "ดอกไม้" "ประตู" "ข้าว"

2. การรับรู้เวลาและสถานที่:

จากนั้นถามว่า "วันนี้ วันที่ เดือน ปีอะไร" และ "ตอนนี้คุณอยู่ที่ไหน" (บ้าน คลินิก ฯลฯ)

3. นึกถึงคำ 3 คำ:

ตอนนี้ขอให้บุคคลนั้นพูดตามคำ 3 คำที่คุณกล่าวถึง

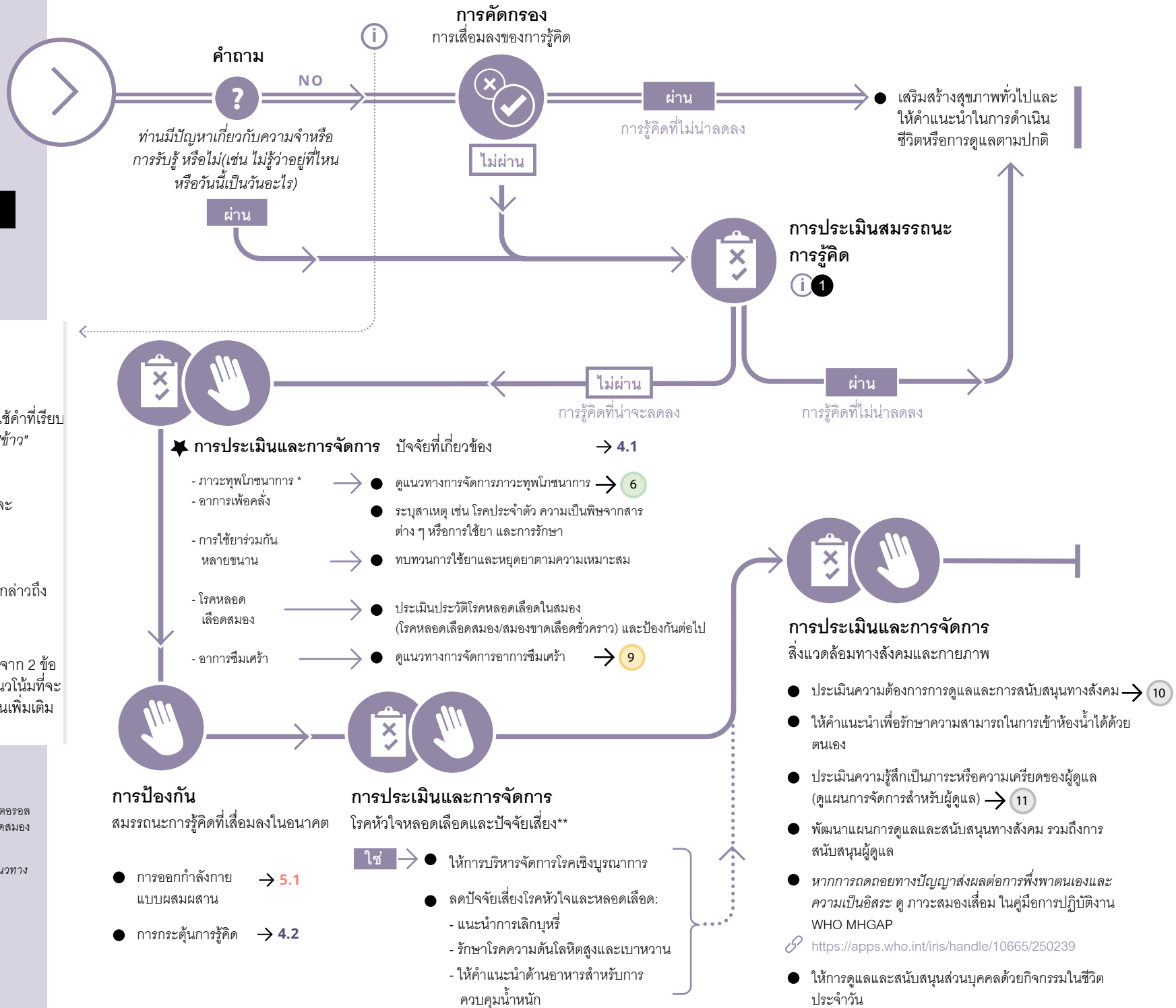
ผ่านหรือไม่ผ่าน?

หากบุคคลไม่สามารถตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งจาก 2 ข้อเกี่ยวกับการรับรู้ หรือจำคำทั้งสามคำไม่ได้ มีแนวโน้มที่จะมีการรู้คิดที่น่าจะลดลง และต้องมีการประเมินเพิ่มเติม

* การขาดวิตามิน ภาวะผิดปกติของเกลือแร่ในร่างกาย การขาดน้ำอย่างรุนแรง

** ปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด: ความดันโลหิตสูง คอเลสเตอรอลสูง เบาหวาน การสูบบุหรี่ โรคหัวใจ ภาวะหัวใจขาดเลือด หรือสมองขาดเลือดชั่วคราว

การลดความเสี่ยงของการรู้คิดที่เสื่อมลงและภาวะสมองเสื่อม: แนวทางของ WHO - <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312180>





การประเมินการรู้คิด

การประเมินสมรรถวิสัยการรู้คิดในเชิงลึกหากเป็นไปได้จะใช้เครื่องมือที่มีการตรวจสอบความถูกต้องของแต่ละแห่งแล้วสำหรับทางเลือกอื่น ๆ ที่ใช้ในการประเมินการรู้คิดของผู้สูงอายุในหน่วยบริการปฐมภูมิแสดงไว้ข้อความด้านขวามือ

ในกรณีที่ผู้ถูกประเมินไม่ได้รับการศึกษาใด ๆ เนื่องจากมาตรฐานการประเมินจะทำการคัดกรองหรือวินิจฉัยความแปรปรวนของการรู้คิดในผู้ที่ได้รับการศึกษาระดับประถมศึกษาขึ้นไป ดังนั้นหากผู้ที่ถูกประเมินเคยศึกษาในโรงเรียนในระยะเวลาต่ำกว่า 5-6 ปีหรือไม่เคยได้รับการศึกษาใด ๆ การประเมินการรู้คิดจะมีข้อจำกัดเกิดขึ้น ดังนั้น การประเมินจะต้องใช้การสัมภาษณ์และประเมินอาการทางคลินิก ในกรณีนี้จึงแนะนำให้พิจารณาให้ผู้ถูกประเมินเข้าร่วมโปรแกรมความรู้รอบรู้ เนื่องจากจะเป็นการช่วยส่งเสริมให้มีการรู้คิดด้านสุขภาพมากขึ้น

หากไม่มีเครื่องมือการประเมินแบบมาตรฐานหรือมีแต่ไม่เหมาะสม เจ้าหน้าที่สามารถสอบถามข้อมูลจากผู้ใกล้ชิดที่รู้จักผู้ถูกประเมินได้ดีเนื่องจากจะช่วยลดปัญหาเรื่องการจำ การเขียน ถ้อยคำ และภาษารวมทั้งปัญหาอื่น ๆ ที่เป็นอุปสรรคที่มีบทบาทต่อกิจวัตรประจำวัน

หากการประเมินการรู้คิดไม่ผ่านหรือมีปัญหาเกี่ยวกับความจำหรือมีความแปรปรวนการรู้คิด ผู้ถูกประเมินควรจะได้รับการประเมินความยากง่ายของการใช้ชีวิตประจำวันหรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ข้อมูลเหล่านี้เป็นข้อมูลที่สำคัญในการวางแผนการดูแลและสนับสนุนและเป็นส่วนหนึ่งของแผนการดูแลแบบเฉพาะบุคคล

หากการรู้คิดที่ลดลงมีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติงานต่าง ๆ ในสภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุเองแล้ว การประเมินแบบเฉพาะทางอาจจะช่วยให้สามารถวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมและอัลไซเมอร์ได้ (สาเหตุหลักของสมองเสื่อม) ขั้นตอนการประเมินและจัดการโรคสมองเสื่อมสามารถสืบค้นได้ที่ WHO mhGAP Intervention Guide, at <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>

เมื่อใดที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ

- เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมและกำลังรักษา
- เมื่อมีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ร่วม เช่น อาการสับสนเฉียบพลัน และป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ประเมินการรู้คิดสำหรับใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิ

เครื่องมือ/แบบทดสอบ	ข้อดี	ข้อเสีย	เวลา
Mini-Cog http://mini-cog.com/wp-content/uploads/2015/12/Universal-Mini-Cog-Form-011916.pdf	สั้น ภาษากระชับ ลดอคติเกี่ยวกับระดับการศึกษาและเชื้อชาติ	ใช้คำที่แตกต่างกันมากอาจจะมีผลต่อการให้คะแนน	2-4 นาที
Montreal cognitive assessment (MoCA) https://www.mocatest.org/	สามารถระบุความแปรปรวนทางการรู้คิดในระดับไม่รุนแรงได้และมีหลายภาษาให้เลือกใช้	มีอคติเรื่องการศึกษาและวัฒนธรรมและข้อมูลที่เผยแพร่มีจำกัด	10-15 นาที
Mini mental state examination (MMSE) https://www.parinc.com/products/pkey/237	มีการศึกษาและนำมาใช้อย่างกว้างขวาง	มีอคติเรื่องอายุและวัฒนธรรมได้ผลระดับหนึ่ง	7-10 นาที
General practitioner assessment of cognition (GPCOG) http://gpcog.com.au/index/downloads	ลดอคติเรื่องการศึกษาและวัฒนธรรมได้และมีหลายภาษาให้เลือกใช้	อาจมีความท้าทายในการเก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล	5-6 นาที

โรคสมองเสื่อมคืออะไร

โรคสมองเสื่อมเป็นกลุ่มอาการที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงของสมองแบบเรื้อรัง โรคสมองเสื่อมนี้ส่งผลให้การรู้คิดเสื่อมถอยลงและรบกวนการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การชักล้าง การแต่งกาย การรับประทานอาหาร สุขอนามัยส่วนบุคคล และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการใช้ห้องน้ำ

อ่านข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ WHO mhGAP intervention guide (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>)

สมรรถนะการรู้คิด

แนวทางการดูแลเพื่อจัดการการรู้คิดที่เสื่อมลง

4

สมรรถนะการรู้คิด

แนวทางการดูแลเพื่อจัดการ การรู้คิดที่เสื่อมลง

การที่จะทราบปัจจัยย้อนกลับที่เป็นสาเหตุทำให้
การรู้คิดเสื่อมลงนั้นจะต้องทำการวินิจฉัยแบบเต็ม
รูปแบบ ซึ่งจำเป็นจะต้องทราบและอธิบายอาการที่
เป็นไปได้ต่าง ๆ เพื่อที่จะวางแผนการจัดการดูแล
สุขภาพได้อย่างถูกต้อง



การจัดการ ปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนสำคัญในการที่จะวินิจฉัยว่าผู้นั้นประสบภาวะการรู้คิด
หรือไม่ คือการประเมินปัจจัยอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นและรักษาก่อนเป็น
สิ่งแรก

★ 4.1 ปัจจัยที่เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์

ปัจจัยย้อนกลับที่พบบ่อย ๆ ที่ทำให้การรู้คิดเสื่อมลง ได้แก่ สภาวะ
ขาดน้ำ ภาวะทุพโภชนาการ การติดเชื้อ และปัญหาที่เกิดจากการ
รักษา หากผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสม สภาวะเหล่านี้
อาจไม่ปรากฏให้เห็น

สภาวะขาดน้ำรุนแรง และปัญหาทางโภชนาการอื่น ๆ สามารถทำให้
เกิดอาการสับสนเฉียบพลันได้ (ซึ่งมีอาการร่วมกับภาวะสมองเสื่อม)
และในบางรายหากรุนแรงอาจจะเสียชีวิตได้

อาการสับสนเฉียบพลัน เกิดจากการสูญเสียความสามารถในการ
ควบคุมตนเองให้สนใจสิ่งใดสิ่งหนึ่งไป ผู้ที่มีอาการเพ้อคลั่งอย่าง
รุนแรงจะมีอาการสับสนว่าตนเองอยู่ที่ไหนและเป็นเวลาเท่าไร
อาการเพ้อคลั่งเกิดขึ้นในช่วงเวลาสั้น ๆ และมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นได้
ตลอดวัน โดยอาจจะเป็นผลจากการที่อวัยวะต่าง ๆ ที่ทำงานผิดปกติ
อย่างเฉียบพลัน เช่น เกิดการติดเชื้อ ผลจากการใช้ยารักษาโรค ความ
ผิดปกติของเมตาบอลิซึม (เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง หรือภาวะ
โซเดียมในเลือดต่ำ) สารพิษ หรือการขาดสารเสพติด

การใช้ยาร่วมกันหลายขนาน การใช้ยาเพียง 2 ชนิดหรือมากกว่า
อาจจะทำให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์และอาการข้างเคียงได้ (โปรดดู
กล่องข้อความในบทที่ 3 หน้า 18) กลุ่มยาที่มีฤทธิ์กล่อมประสาทและ
ยานอนหลับมักจะเป็นกลุ่มยาที่พบว่าทำให้เกิดความผิดปกติทางการ
รับรู้ความเข้าใจในผู้สูงอายุ

การผ่าตัดใหญ่และการใช้ยาสลบ เป็นที่ทราบกันดีว่าการผ่าตัด
ใหญ่และการใช้ยาสลบเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้การรู้คิดเสื่อมลง แพทย์
ควรจะประเมินว่ามีภาวะการรู้คิดเสื่อมลงหลังจากการผ่าตัดใหญ่หรือ
ไม่ หากเป็นเช่นนั้น มีแนวโน้มว่าผู้ป่วยมีความเสี่ยงอย่างมากที่จะเข้า
สู่ภาวะการรู้คิดเสื่อมลงในอนาคต ซึ่งปัจจัยเสี่ยงสูงนี้จะต้องมีการระบุ
และทีมศัลยแพทย์รวมทั้งวิสัญญีจำเป็นต้องมีการพิจารณาก่อนที่จะ
ทำการผ่าตัดหรือให้ยาสลบ

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคที่เกี่ยวกับหลอดเลือดที่พบในสมองซึ่ง
เกี่ยวข้องอย่างมากกับภาวะการรู้คิดเสื่อมลง หากผู้ป่วยมีประวัติเป็น
โรคหลอดเลือดสมองแตก สมองขาดเลือดชั่วคราว ในเบื้องต้น ควรจะ
ต้องได้รับการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะการรู้คิดเสื่อมลงในอนาคต



การจัดการ เมื่อพบว่าการรู้คิดเสื่อมลง

4

สมรรถนะการรู้คิด

แนวทางการดูแลเพื่อจัดการ
การรู้คิดที่เสื่อมลง

- ผู้ที่ประสบภาวะการรู้คิดเสื่อมลงจะได้รับประโยชน์จากการกระตุ้นการรู้คิด (cognitive stimulation)
- อาจจะทำร่วมกับมาตรการการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการอื่น ๆ ได้ เช่น การออกกำลังกายแบบผสมผสาน หรือ multimodal exercise (โปรดดูบทที่ 5 ความคล่องตัวที่จำกัด) ซึ่งจะช่วยให้ในเรื่องการทำงานของสมองได้ด้วย → 5
- การสูญเสียสมรรถนะด้านอื่นๆ โดยเฉพาะ การได้ยิน การมองเห็น และอารมณ์ มีผลต่อการรู้คิด ดังนั้นเพื่อให้ได้ผลดีที่สุดจึงควรระบุภาวะเหล่านี้เพิ่มเติมด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละคนมีการรู้คิดเสื่อมลงในระดับที่แตกต่างกันรวมทั้งแบบแผนของสมรรถวิสัยด้านอื่นๆ ก็ต่างกันด้วย

4.2 การกระตุ้นการรู้คิด

การกระตุ้นการรู้คิดจะทำให้การรู้คิดที่ถดถอยเกิดขึ้นช้าลง หรือเป็นการชะลอภาวะดังกล่าว (7) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะกระตุ้นผ่านการทำกิจกรรม ต่าง ๆ ที่มีผลช่วยกระตุ้น ความจำ ความรู้ ความเข้าใจ รวมทั้งการกระตุ้นประสาทสัมผัสอื่น ๆ ที่ใช้ในการติดต่อกับบุคคลอื่น

การกระตุ้นการรู้คิดอาจจะทำเดี่ยวหรือทำเป็นกลุ่มก็ได้ เนื่องจากกิจกรรมที่ทำเป็นกลุ่มอาจจะได้ผลดีในบางรายโดยจะมีประสิทธิภาพและเหมาะสมสำหรับใช้ในกลุ่มผู้ที่มีความต้องการคล้ายกัน เช่น กลุ่มผู้ที่ต้องการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นต้น

วิธีที่มาตรฐานสำหรับทำกิจกรรมกลุ่ม จะมี 14 รอบ รอบละ 45 นาที โดยแต่ละรอบจะมีเนื้อหาทั้งหมด 14 หัวข้อ ซึ่งจะจัด 2 ครั้งต่อสัปดาห์ ผู้ดำเนินการจะต้องเป็นผู้นำกิจกรรมนั้น ๆ

แต่ละรอบอาจจะเริ่มจากกิจกรรมเตรียมความพร้อมที่ไม่เกี่ยวกับการรู้คิด จากนั้นจึงเริ่มกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิดแบบต่าง ๆ ได้แก่ กิจกรรมกระตุ้นการรับรู้ตามความเป็นจริง (ยกตัวอย่างเช่น การใช้กระดานที่มีข้อมูลต่าง ๆ เช่น สถานที่ วันที่ เวลา เป็นต้น) โดยในแต่ละรอบจะมีหัวข้อที่แตกต่างกัน เช่น ช่วงวัยเด็ก การใช้จ่ายเงิน การจดจำใบหน้าหรือสถานที่เกิดเหตุการณ์ต่าง ๆ โดยกิจกรรมเหล่านี้จะหลีกเลี่ยงการระลึกถึงข้อเท็จจริงแต่จะเน้นไปที่คำถามต่าง ๆ เช่น “สิ่งเหล่านี้มีอะไรที่เหมือนกันบ้าง”

ใครจะเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมกระตุ้นการรู้คิด ในประเทศที่มีรายได้สูงมักจะมีนักจิตวิทยาเป็นผู้ให้การบำบัดด้วยวิธีนี้ แต่ในประเทศอื่น ๆ สามารถที่จะปรับโดยการอบรมให้กับผู้ที่ไม่ได้เชี่ยวชาญด้านนี้ได้ แต่อย่างไรก็ตาม การออกแบบและการจัดมาตรการที่เหมาะสมส่วนบุคคลสำหรับผู้ที่มีภาวะการรู้คิดเสื่อมลงนี้ต้องประเมินและวางแผน ซึ่งจำเป็นต้องใช้ผู้ที่มีทักษะเฉพาะทางเท่านั้น ดังนั้น วิธีการปฏิบัติในแต่ละแห่งจึงควรมีเกณฑ์ในการที่จะส่งต่อผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตเพื่อที่จะเข้ารับการบำบัดด้วยวิธีนี้ต่อไป

สมาชิกในครอบครัวและผู้บริบาลหรือผู้ให้การดูแล เป็นผู้ที่มีความสำคัญในการกระตุ้นการรู้คิดในผู้สูงอายุ ดังนั้นสิ่งสำคัญคือการส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวและผู้บริบาล สื่อสารข้อมูลต่าง ๆ แก่ผู้สูงอายุ เช่น วันที่ อากาศ เวลา ชื่อของบุคคลต่าง ๆ และอื่น ๆ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะช่วยให้ผู้สูงอายุคุ้นเคยกับเวลาและสถานที่ต่าง ๆ นอกจากนี้ยังอาจจัดหาอุปกรณ์ต่าง ๆ เช่น สิ่งพิมพ์ วิทยุ รายการโทรทัศน์ อัลบั้มที่มีรูปครอบครัวและอุปกรณ์ใช้สอยในบ้าน ส่งเสริมการสื่อสารระหว่างกัน ชวนไปร่วมงานต่าง ๆ การกระตุ้นความทรงจำ และทำให้ผู้สูงอายุแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่มีคุณค่า เป็นต้น

4

สมรรถนะการรู้คิด

แนวทางการดูแลเพื่อจัดการ การรู้คิดที่เสื่อมลง



การประเมินและการจัดการ ด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมและกายภาพ

หากการรู้คิดที่เสื่อมลงนี้ทำให้การเคลื่อนไหวมีข้อจำกัด ไม่สามารถทำได้อย่างอิสระ ผู้สูงอายุควรจะได้รับ การดูแลเป็นพิเศษ เจ้าหน้าที่ที่สามารถที่จะช่วยผู้ให้ การดูแลปรับเปลี่ยนการทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ที่จะช่วยให้การทำกิจกรรมอื่น ๆ มีอิสระมากขึ้น รวมทั้งเป็นการเพิ่มความสามารถการทำงาน ของร่างกาย ช่วยในการปรับและพัฒนาทักษะอื่น ๆ และลดความต้องการการดูแลจากผู้อื่นได้

สมาชิกในครอบครัวและนักบริบาลหรือผู้ให้การดูแลสามารถที่จะ

- รวบรวมข้อมูล เช่น วันที่ งานกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน ผู้ที่มาเยี่ยม สภาพอากาศ รวมทั้งข่าวคราวของสมาชิกในครอบครัว
- ส่งเสริมและสนับสนุนหมายเพื่อนและสมาชิกในครอบครัวในบ้านและในชุมชนเพื่อพบปะสังสรรค์
- การลดความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้มและการบาดเจ็บได้โดยการทำให้บ้านเป็นที่ปลอดภัย
- การช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเดินทางห้องต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้นโดยการติดป้ายสัญลักษณ์ต่าง ๆ ไว้ในบ้าน เช่น ห้องน้ำ ห้องนอน ประตู ด้านนอก
- เตรียมและร่วมกิจกรรมที่ทำในงานประจำ (ควรเป็นกิจกรรมที่เหมาะสมกับสมรรถนะของผู้สูงอายุ)

ผู้บริบาลที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีประสพปัญหาการรู้คิดเสื่อมลงอย่างรุนแรงที่มีความต้องการการดูแลเอาใจใส่ค่อนข้างมาก จึงอาจจะทำให้ผู้บริบาลมีภาวะเครียดและเสี่ยงต่อสุขภาพ โปรดอ่านบทที่ →

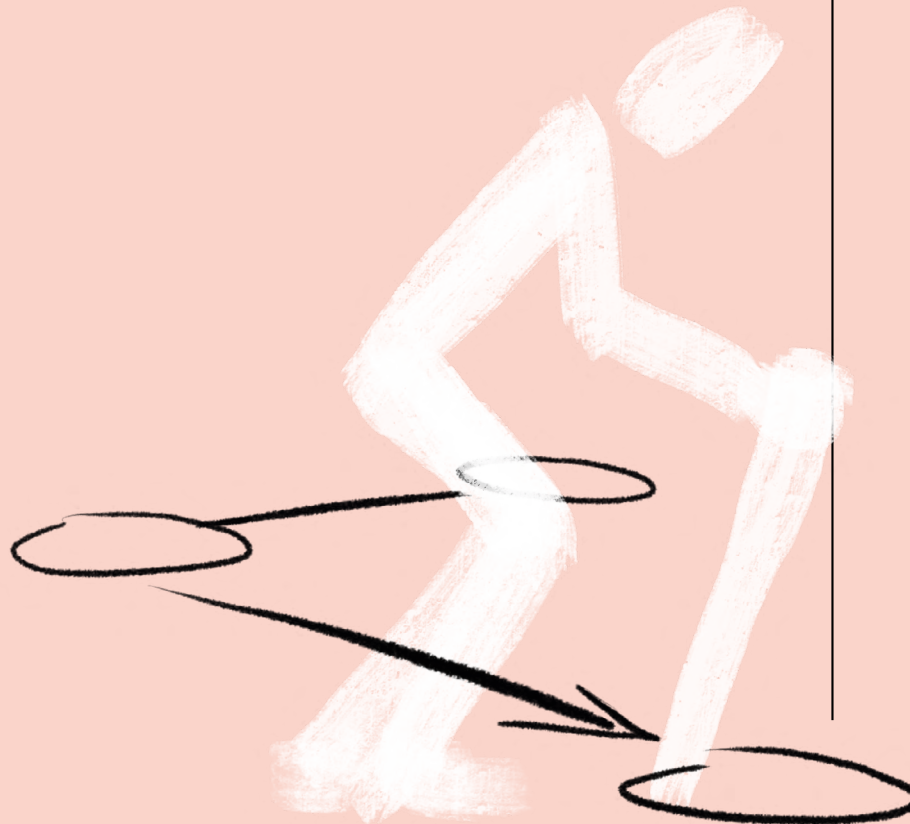
11

ในส่วนของการระบุความต้องการสำหรับผู้บริบาล

5

สมรรถนะการเคลื่อนไหว

แนวทางการดูแลเพื่อเพิ่มความคล่องตัว



ความคล่องตัวเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับการเข้าสู่วัยสูงอายุสุขภาพดี ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการเคลื่อนไหวอย่างอิสระและป้องกันภาวะพึ่งพาผู้อื่นได้อีกด้วย ดังนั้นสมรรถนะของร่างกายในแต่ละบุคคลในการที่จะเคลื่อนที่จากที่หนึ่งไปอีกที่หนึ่งจึงเรียกว่า สมรรถนะการเคลื่อนไหว (locomotor capacity)

ผู้สูงอายุและครอบครัวหลายรายมักจะยอมรับการสูญเสียสมรรถนะการเคลื่อนไหวและความเจ็บปวดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ แท้จริงแล้วยังมีกลยุทธ์อื่น ๆ ที่มีประสิทธิภาพที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรักษาและเพิ่มความคล่องตัวไว้ได้

ประเด็นสำคัญ

- ความคล่องตัวที่จำกัดเป็นเรื่องปกติในผู้สูงอายุแต่สามารถหลีกเลี่ยงได้
- บุคลากรด้านการดูแลสุขภาพในระดับชุมชนสามารถคัดกรองผู้ที่มีแนวโน้มจะสูญเสียความคล่องตัวโดยใช้การทดสอบอย่างง่าย
- โปรแกรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เป็นวิธีที่สำคัญมากที่สุดในการที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถรักษาและเพิ่มความคล่องตัวไว้ได้ โดยโปรแกรมสามารถปรับให้เหมาะกับแต่ละบุคคลได้ตามสมรรถนะและความต้องการของคนนั้น ๆ
- การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมและการใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ เป็นวิธีที่ดีในการรักษาความคล่องตัวไว้แม้ว่าจะลดสมรรถนะการเคลื่อนไหวก็ตาม

5

สมรรถนะการเคลื่อนไหว

แนวทางการดูแล เพื่อเพิ่มความคล่องตัว

การออกกำลังกายแบบผสมผสาน → 5.1

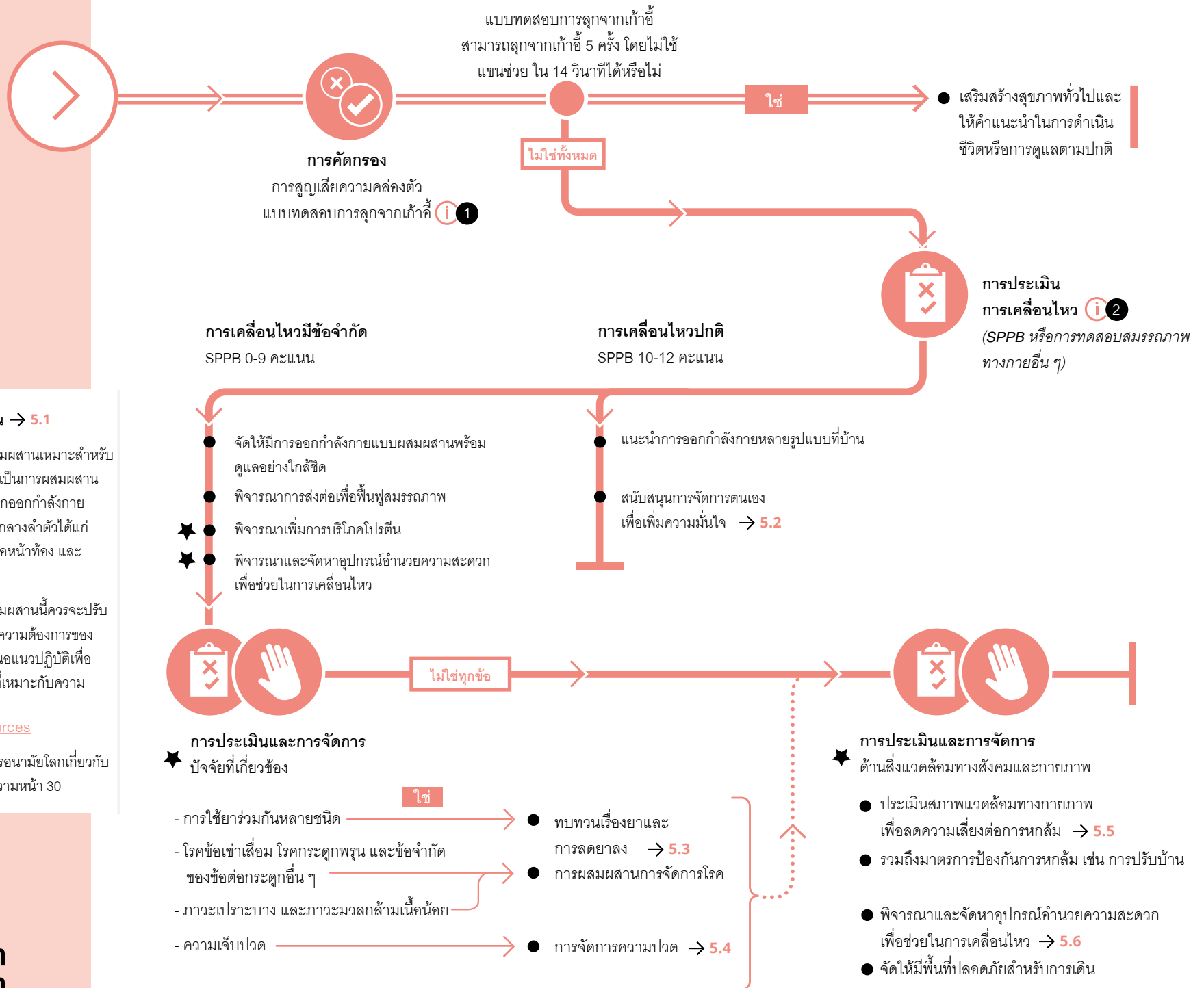
โปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสานเหมาะสำหรับ
ผู้ที่มีข้อจำกัดเรื่องความคล่องตัว ซึ่งเป็นการผสมผสาน
ระหว่างการออกกำลังกายและการฝึกออกกำลังกาย
หลายแบบ โดยเน้นที่กล้ามเนื้อแกนกลางลำตัวได้แก่
มัดกล้ามเนื้อที่แผ่นหลัง มัดกล้ามเนื้อหน้าท้อง และ
ร่างกายส่วนล่าง

โปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสานนี้จะปรับเปลี่ยน
แต่งให้เหมาะกับความสามารถและความต้องการของ
แต่ละบุคคล Vivifrail project นำเสนอแนวปฏิบัติเพื่อ
พัฒนาโปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับความสามารถ รายละเอียด

<http://www.vivifrail.com/resources>

สำหรับคำแนะนำทั่วโลกขององค์การอนามัยโลกเกี่ยวกับการ
การออกกำลังกายโปรดดูกล่องข้อความหน้า 30

★ ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ



สมรรถนะการเคลื่อนไหว

แนวทางการดูแล
เพื่อเพิ่มความคล่องตัว

เมื่อใดที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ

ควรจะมีการประเมินสมรรถนะการเคลื่อนไหวร่วมกับสมรรถนะด้านอื่น เช่น การรู้คิด ประสาทความรู้สึก พลังชีวิต และความสามารถทางจิตวิทยา หากสมรรถนะทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจเสื่อมลงอย่างมีนัยสำคัญ หรือมีโรคอื่น ๆ ให้แนะนำการออกกำลังกายแบบผสมผสาน ทั้งนี้จำเป็นต้องให้ผู้เชี่ยวชาญโดยเฉพาะเข้ามาช่วยจัดโปรแกรมที่เหมาะสม อาจจะมีการพิจารณาส่งต่อให้เข้ารับการรักษาฟื้นฟูได้อีกทางหนึ่ง

1

การทดสอบลุกนั่งจากเก้าอี้ (CHAIR RISE TEST)

เป็นการทดสอบอย่างง่ายที่จะทำให้ทราบความต้องการในการประเมินเพื่อหาข้อจำกัดด้านความคล่องตัวของผู้สูงอายุต่อไป

ขั้นตอน เริ่มจากการถามผู้เข้ารับการทดสอบว่า

“ท่านคิดว่าหากท่านลุกขึ้นยืนจากเก้าอี้ 5 ครั้ง จะปลอดภัยหรือไม่” (พร้อมทั้งแสดงให้ดู)

หากผู้เข้ารับการทดสอบตอบว่าใช่ ให้ปฏิบัติดังนี้

- นั่งลงตรงกลางเก้าอี้
- ยกแขนไขว้กันไว้เหนืออก
- ลุกขึ้นยืนตรงจากนั้นให้นั่งลงอีกครั้ง
- ทำซ้ำ 5 ครั้ง ใช้ความเร็วเท่าที่จะทำได้โดยไม่หยุดพัก

หากผู้เข้ารับการทดสอบลุกนั่ง 5 ครั้ง ใช้เวลามากกว่าที่กำหนด (14 วินาที) ให้ทำการประเมินเพิ่มเติม



2

การทดสอบสมรรถภาพทางกายแบบสั้น
(SHORT PHYSICAL PERFORMANCE BATTERY, SPPB)

แนะนำให้ใช้แบบทดสอบ SPPB เนื่องจากเป็นแบบทดสอบที่เหนือกว่าแบบทดสอบอื่น ๆ โดยแบบทดสอบนี้สามารถวัดความสามารถของผู้เข้าทดสอบได้หลากหลายระดับ ซึ่งการทดสอบจะให้คะแนนตามระยะเวลาที่ใช้ และการทดสอบแบ่งเป็น 3 ประเภท แต่ละประเภทคะแนนเต็ม 4 คะแนน เมื่อรวมคะแนนจะมีตั้งแต่ 0 คะแนน (สมรรถนะแย่ที่สุด) ไปจนถึง 12 คะแนน (สมรรถนะดีที่สุด)

ขั้นตอนแรกจะต้องอธิบายการทดสอบแต่ละประเภทให้ผู้เข้ารับการทดสอบฟังเพื่อให้รู้สึกรู้ว่าสามารถทำได้ หากได้ทำให้สามารถเริ่มการทดสอบได้เลย การทดสอบมีดังนี้

1. การทดสอบการทรงตัว ให้ผู้เข้าทดสอบยืน 10 วินาที โดยให้ฝ่าเท้าจัดวางตามตำแหน่งที่กำหนดและคิดคะแนนตามภาพด้านขวา

2. การทดสอบความเร็วในการเดิน ให้ผู้เข้าทดสอบเดินเป็นระยะทาง 4 เมตร

เกณฑ์การให้คะแนนตามระยะเวลาที่ใช้ในการเดิน 4 เมตร	
น้อยกว่า 4.82 วินาที	4 คะแนน
4.82-6.20 วินาที	3 คะแนน
6.21-8.70 วินาที	2 คะแนน
มากกว่า 8.70 วินาที	1 คะแนน
ไม่สามารถทำได้	0 คะแนน

3. การทดสอบลุกนั่งจากเก้าอี้ ให้จับเวลาที่ผู้เข้าทดสอบใช้สำหรับการลุกนั่ง 5 ครั้ง (ดูภาพซ้ายมือประกอบ)

น้อยกว่า 11.19 วินาที	4 คะแนน
11.2-13.69 วินาที	3 คะแนน
13.7-16.69 วินาที	2 คะแนน
16.7-59.9 วินาที	1 คะแนน
มากกว่า 60 วินาทีหรือไม่สามารถทำได้	0 คะแนน

คะแนน SPPB = ผลรวมของคะแนนจากการทดสอบทั้ง 3 ประเภท

รายละเอียดเพิ่มเติม

http://hdcs.fullerton.edu/csa/research/documents/sppbinstructions_scoresheet.pdf



ยืนเท้าสองข้างชิดกัน

ยืนค้างไว้ได้ 10 วินาที	1 คะแนน
ยืนค้างไว้ไม่ถึง 10 วินาที	0 คะแนน
ทำไม่ได้	0 คะแนน

หากไม่สามารถทำได้ให้สิ้นสุดการทดสอบ



ยืนให้เท้าข้างใดข้างหนึ่งก้าวไปข้างหน้าครึ่งหนึ่ง

ยืนค้างไว้ได้ 10 วินาที	1 คะแนน
ยืนค้างไว้ไม่ถึง 10 วินาที	0 คะแนน
ทำไม่ได้	0 คะแนน

หากไม่สามารถทำได้ให้สิ้นสุดการทดสอบ



ยืนต่อเท้า

ยืนค้างไว้ได้ 10 วินาที	2 คะแนน
ยืนค้างไว้ได้ 3-9.99 วินาที	1 คะแนน
ยืนค้างได้น้อยกว่า 3 วินาที	0 คะแนน
ทำไม่ได้	0 คะแนน

5

สมรรถนะการเคลื่อนไหว

แนวทางการดูแล
เพื่อเพิ่มความคล่องตัว



การประเมิน ความคล่องตัว

การประเมินความคล่องตัวสามารถทำได้ในรูปแบบเต็มโดย
การให้คะแนนสมรรถภาพของแต่ละคนจากการทดสอบอย่าง
ง่าย 3 ประเภท เมื่อสมรรถนะทั้ง 3 ประเภทมารวมกันแล้วจะได้แบบ
ทดสอบนี้เรียกว่า แบบทดสอบสมรรถภาพแบบสั้น (Short Physical
Performance Battery, SPPB).

★ เมื่อใดที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ (ข้อมูลเพิ่มเติม)

ผู้ที่มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ ได้แก่

- ผู้ที่มีอาการเจ็บปวดอย่างต่อเนื่องและส่งผลกระทบต่ออารมณ์หรืออวัยวะอื่นในการทำงาน
- ความบกพร่องที่สำคัญในการเคลื่อนไหวข้อ
- กระดูกหัก หลังจากได้รับบาดเจ็บรุนแรงเพียงเล็กน้อย
- ผู้ที่ทำงานเสี่ยงภัย
- ผู้ที่ต้องการเลือกอุปกรณ์อำนวยความสะดวกที่เหมาะสมเพื่อช่วยเรื่องความคล่องตัว

การทดสอบโดยการให้ลูกนั่งจากเก้าอี้ที่กล่าวถึงนี้ควรจะทำซ้ำหลังจากทำการทดสอบอีก 2 ประเภทเรียบร้อยแล้ว ได้แก่

- **การทดสอบการทรงตัว** - โดยให้ยืนเป็นเวลา 10 วินาที สำหรับการยืนแต่ละแบบ (ทั้งหมด 3 แบบ)
- **การทดสอบความเร็วในการเดิน** - จะเป็นการจับเวลาที่ใช้ทั้งหมดสำหรับการเดินระยะทาง 4 เมตร

คะแนนแต่ละประเภทการทดสอบให้นำมารวมกัน หากได้คะแนนต่ำ แปลว่า ความคล่องตัวมีขีดจำกัด ดังนั้น แผนการจัดการนี้จึงแบ่งเป็น 2 แบบขึ้นกับคะแนนของผู้ทดสอบ

ข้อมูลอื่นๆ ที่เกี่ยวกับการทดสอบและการให้คะแนนสามารถกลับไปดูได้ที่หน้าก่อนหน้านี้นี้



การจัดการ

เมื่อพบว่ามีข้อจำกัดด้านความคล่องตัวเกิดขึ้น

สมรรถนะการเคลื่อนไหว

แนวทางการดูแล
เพื่อเพิ่มความคล่องตัว

5.1 การจัดโปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสาน

สำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดด้านความคล่องตัว ควรมีการจัดโปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสานให้เหมาะสมกับสมรรถวิสัยและความต้องการของบุคคลนั้น ๆ ด้วย

โครงการ Vivifrail ได้เผยแพร่แนวปฏิบัติในการจัดโปรแกรมการออกกำลังกาย สามารถเข้าดูได้ตามลิงค์ข้างล่าง

<http://www.vivifrail.com/resources>

โปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสานสำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดด้านความคล่องตัวสามารถทำได้ดังนี้

- **การออกกำลังกายแบบใช้แรงต้านหรือเพื่อเพิ่มความแข็งแรง** (strength/resistance training) เป็นการออกกำลังกายโดยใช้กล้ามเนื้อหรือวางไว้ได้สิ่งของที่มีน้ำหนัก จากนั้นใช้แรงต้านสิ่งนั้น เช่น การทำสควอท การลุกนั่ง เป็นต้น
- **การออกกำลังกายแบบแอโรบิกหรือการเน้นการทำงานของกล้ามเนื้อหัวใจ** (aerobic/cardiovascular training) เช่น การเดินเร็วหรือปั่นจักรยานซึ่งการออกกำลังกายแบบนี้จะช่วยเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจจนทำให้ผู้ที่ออกกำลังกายหายใจหอบเหนื่อยแต่ยังสามารถออกกำลังกายต่อไปได้
- **การออกกำลังกายแบบเน้นการทรงตัว** (balance training) ซึ่งการออกกำลังกายแบบนี้เป็นการฝึกร่างกายสามารถทรงตัวได้ทั้งแบบอยู่กับที่หรือแบบเคลื่อนไหว ทั้งนี้ยังสามารถที่จะฝึกได้บนพื้นที่แตกต่างกัน เช่น แบบล้มตาหรือล้มตาฝึกก็ได้ เช่น การยืนด้วยขาข้างใดข้างหนึ่งเป็นระยะเวลาหนึ่งและการเดินต่อเท้าตามเส้นตรง
- **การออกกำลังกายแบบเพิ่มความยืดหยุ่น** (flexibility training) การออกกำลังกายวิธีนี้จะช่วยให้เนื้อเยื่อต่าง ๆ เป็นต้นว่า กล้ามเนื้อ ข้อต่อที่ช่วยในการเคลื่อนไหว เช่น การยืดเหยียดและโยคะ และพิลาทิส (Pilates exercises คือโยคะแบบใช้เครื่อง)

- **โภชนาการ** การรับประทานโปรตีนเพิ่มหรือสารอาหารอื่น ๆ สามารถที่จะช่วยให้โปรแกรมออกกำลังกายเห็นผลดีขึ้น โปรดดูบทที่ 6 เรื่องภาวะทุพโภชนาการ ประกอบกัน → 6

การออกกำลังกายที่ปลอดภัย ก่อนที่จะให้คำแนะนำในการออกกำลังกายหรือการวางแผนออกกำลังกายนั้น ควรสอบถามถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจจะมีผลกระทบต่อระยะเวลาและความหนักของการออกกำลังกายในคนนั้น ๆ ว่าเป็นอย่างไร

หากบุคคลนั้นตอบ ใช่ ในทุกคำถามด้านล่างแล้ว การจัดโปรแกรมการออกกำลังกายจึงควรที่จะให้ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพเป็นผู้ดูแล คำถามต่าง ๆ มีดังนี้

- ท่านเคยเจ็บหน้าอกขณะพักหรือไม่
- ใน 6 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยมีอาการหัวใจล้มเหลวหรือไม่
- ท่านเคยเป็นลมหรือหมดสติหรือไม่
- ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยหกล้มหรือไม่
- ใน 1 เดือนที่ผ่านมา กระดูกท่านแตกหักหรือไม่
- ขณะที่ท่านทำกิจวัตรประจำวัน เช่น ขณะกำลังแต่งตัว ท่านเคยหายใจไม่ออกหรือไม่
- ท่านมีโรคเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหรือข้อต่อที่ทำให้การออกกำลังกายมีข้อจำกัดหรือไม่
- ท่านเคยได้รับการบอกกล่าว/แจ้งจากเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพว่าท่านมีข้อจำกัดในการออกกำลังกายหรือไม่

5

สมรรถนะการเคลื่อนไหว

แนวทางการดูแล เพื่อเพิ่มความคล่องตัว

การจัดการกับข้อจำกัดที่มีอยู่ เมื่อใดก็ตามที่ความเจ็บปวดนำมาซึ่งข้อจำกัดความคล่องตัว การจัดการกิจกรรมทางกายในช่วงระยะเวลาหนึ่งและการค่อยๆ เพิ่มกิจกรรมทางกายจะช่วยให้ร่างกายมีความยืดหยุ่นและจัดการกับความเจ็บปวดได้ สำหรับผู้ที่ความคล่องตัวลดลงอย่างรุนแรง สามารถเริ่มออกกำลังกายบนเตียงหรือบนเก้าอี้ได้ สำหรับผู้ที่มีขีดจำกัดจำกัด เช่น มีภาวะสมองเสื่อม โปรแกรมออกกำลังกายที่เหมาะสมคือต้องง่ายและไม่ซับซ้อน

5.2 การสนับสนุนการจัดการตนเอง

การสนับสนุนให้มีการจัดการตนเองช่วยเพิ่มการออกกำลังกายและประโยชน์จากการออกกำลังกายที่หลากหลาย สำหรับผู้ที่ได้คะแนน SPPB ระหว่าง 10-12 คะแนนสามารถออกกำลังกายที่บ้านหรือที่ชุมชนได้ แต่ผู้ที่ความคล่องตัวลดลงอย่างรุนแรงต้องการผู้ให้คำแนะนำขณะออกกำลังกาย

คู่มือ mAgeing (the WHO mobile health for ageing) ขององค์การอนามัยโลกได้อธิบายว่าโทรศัพท์มือถือสามารถนำมาช่วยในการปฏิบัติงานตามปกติของเจ้าหน้าที่สุขภาพในการสนับสนุนการดูแลตนเองและการจัดการตนเองได้อย่างไร



ข้อมูลเพิ่มเติมสืบค้นได้ที่

<http://www.who.int/ageing/health-systems/mAgeing>

คำแนะนำขององค์การอนามัยโลกด้านกิจกรรมทางกาย

ผู้สูงอายุทุกคนจะได้รับประโยชน์จากคำแนะนำเหล่านี้ ซึ่งเหมาะสมกับผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป รวมทั้งผู้ที่มีภาวะทางสุขภาพอื่น ๆ ตามคำแนะนำมีดังนี้

- ✓ ควรมีกิจกรรมทางกายแบบแอโรบิกในระดับปานกลางอย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือ ระดับหนักอย่างน้อย 75 นาทีต่อสัปดาห์ หรือ ทั้งสองอย่างรวมกันในเวลาเท่าๆ กัน
- ✓ ควรออกกำลังกายติดต่อกันอย่างน้อย 10 นาที ต่อครั้ง
- ✓ เพื่อให้เกิดประโยชน์มากขึ้น ควรออกกำลังกายที่มีความหนักระดับปานกลางอย่างน้อย 300 นาทีต่อสัปดาห์ หรือ ออกกำลังกายแบบแอโรบิก 150 นาทีต่อสัปดาห์ หรือ ทั้งสองอย่างรวมกัน
- ✓ ควรมีกิจกรรมทางกายที่เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออย่างน้อย 2 วันต่อสัปดาห์
- ✓ หากเคลื่อนไหวได้ช้าลงมาก ควรมีกิจกรรมทางกายที่ช่วยเพิ่มความสมดุลอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์
- ✓ หากไม่สามารถออกกำลังกายได้ตามคำแนะนำที่ให้ไว้ ควรมีกิจกรรมทางกายให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้



ข้อมูลเพิ่มเติมสืบค้นได้ที่

<http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html>

แนวทางการดูแล
เพื่อเพิ่มความคล่องตัว

31

สมรรถนะการเคลื่อนไหว

แนวทางการดูแล เพื่อเพิ่มความคล่องตัว

สมรรถนะภายในของผู้สูงอายุที่เสื่อมลงสามารถทำให้เสี่ยงที่จะหกล้มได้มากขึ้นดังนั้นสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและแนวทางการทำกิจกรรมหรืองานต่าง ๆ ที่ปฏิบัติอยู่นั้นก็เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องด้วยเช่นกัน

← การประเมินสภาพแวดล้อมทางกายภาพเพื่อ ประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มแบบเต็มรูปแบบ มีสิ่งที่ควรทำเพิ่มเติมดังนี้

- ชักประวัติการหกล้มรวมทั้งรายละเอียดการทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วย
- ประเมินการเดิน การทรงตัว ความคล่องตัว และการทำงานของกล้ามเนื้อและข้อต่อ รวมทั้งความยืดหยุ่น
- ประเมินความกลัวที่จะหกล้ม ทักษะวิสัยการมองเห็น การรู้คิด หัวใจหลอดเลือด และระบบประสาท รวมทั้งการอ่อนปัสสาวะหรือปัสสาวะบ่อยในตอนกลางคืน
- ทบทวนการรักษาโดยใช้ยาหลายขนานผสมกัน (โปรดดูบทที่ 3 เรื่องการประเมินและพัฒนาแผน

ผู้สูงอายุบางรายจำเป็นต้องมีการประเมินเพิ่มเติมและจัดการปัญหาต่าง ๆ เช่น การหมดสติ ลมชัก และความผิดปกติทางระบบประสาท เช่น พาร์กินสัน



การประเมินและการจัดการ ด้านสิ่งแวดล้อมทางสังคมและกายภาพ

ผู้ที่ประสบปัญหาร่างกายขาดความคล่องตัวอาจต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ดังนั้น ขั้นตอนแรกจะต้องประเมินความต้องการการดูแลจากสังคมสงเคราะห์ (โปรดดูบทที่ 10) ความต้องการด้านสังคมสงเคราะห์แบบเฉพาะทางสำหรับผู้สูงอายุที่ขาดความคล่องตัวด้านการเคลื่อนไหวอาจต้องให้ทำการประเมินสภาพแวดล้อมทางกายภาพหรือความต้องการการใช้อุปกรณ์ช่วย นอกจากนี้การจัดโปรแกรมสำหรับออกกำลังกายยังสามารถช่วยป้องกันการหกล้มได้อีกทางหนึ่ง

สำหรับการอบรมแบบเฉพาะนั้น หน่วยบริการในชุมชน หรือหน่วยบริการระดับปฐมภูมิสามารถประเมินบ้านผู้สูงอายุได้เลย หากไม่สามารถเยี่ยมบ้านได้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถให้คำแนะนำทั่วไปได้โดยตรงกับผู้สูงอายุหรือผู้บริบาลในการทำให้สิ่งแวดล้อมในบ้านมีความปลอดภัยขึ้น

สำหรับการประเมินและการจัดการความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุแบบเต็มรูปแบบนั้นจำเป็นต้องอาศัยองค์ความรู้เฉพาะทาง

★ 5.5 การประเมินสิ่งแวดล้อมทางกายภาพเพื่อลดความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

การประเมินสิ่งแวดล้อมทางกายภาพด้วยการประเมินบริเวณรอบบ้านเพื่อค้นหาจุดเสี่ยงภัยและให้ข้อเสนอในการแก้ไข ตัวอย่างเช่น จัดบ้านให้เป็นระเบียบ การนำพรมเก่าที่ไม่ใช่แล้วไปทิ้ง การปรับพื้นและบันไดให้เรียบ การเคลื่อนย้ายเฟอร์นิเจอร์ที่กีดขวางทางเดินออกไป การติดไฟเพื่อแสงสว่างที่เพียงพอและให้เห็นทางเดินไปห้องน้ำได้ง่าย โดยเฉพาะในเวลากลางคืน (อาจจะติดไฟเพิ่มที่ฝ่าผนังเป็นต้น) การทำทางลาดที่จะเข้าประตูบ้านจะเป็นการอำนวยความสะดวกให้แก่ผู้สูงอายุที่ใช้เก้าอี้รถเข็นรวมทั้งผู้ที่มีปัญหาในการขึ้นบันไดได้ สำหรับผู้ที่มีข้อจำกัดด้านความคล่องตัวเป็นพิเศษจะได้รับคำแนะนำว่าปัจจัยแวดล้อมสิ่งไหนที่ควรปรับปรุงก่อน

★ 5.3 การพิจารณาและเลือกใช้อุปกรณ์อำนวยความสะดวก

ผู้ที่มีข้อจำกัดในเรื่องความคล่องตัวอาจจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์อำนวยความสะดวกเพื่อช่วยให้เคลื่อนไหวได้ง่ายขึ้น อุปกรณ์เหล่านี้มีวัตถุประสงค์เบื้องต้นในการที่จะช่วยรักษาหรือทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น และช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติได้เองโดยไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่นซึ่งเป็นการเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ (10) อุปกรณ์เหล่านี้ได้แก่ ไม้เท้า ไม้ค้ำยัน วอล์กเกอร์ช่วยเดิน เก้าอี้รถเข็น และขาเทียมหรือกายอุปกรณ์ การจะเลือกใช้อุปกรณ์ชนิดใดนั้นอาจจะมีข้อจำกัดเรื่องความพร้อมและราคา แต่สามารถขอคำแนะนำในการเลือกอุปกรณ์ที่เหมาะสมได้จากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่มีความรู้เฉพาะด้านกายภาพบำบัด ผู้ที่สามารถให้คำแนะนำในการใช้งานได้อย่างปลอดภัย

6

พลังชีวิต

แนวทางการดูแลเพื่อจัดการ ภาวะทุพโภชนาการ



องค์การอนามัยโลก นำคำว่า พลังชีวิต (vitality) มาใช้อธิบายปัจจัยทางสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับสมรรถนะการเคลื่อนไหว ซึ่งพลังชีวิตนั้นอาจจะครอบคลุมไปถึงความสมดุลและการเผาผลาญพลังงานของร่างกายอีกด้วย คู่มือเล่มนี้จึงมุ่งเน้นไปที่สาเหตุซึ่งเป็นกุญแจสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุมีพลังชีวิตลดลง นั่นคือ การเข้าสู่ภาวะทุพโภชนาการ (malnutrition)

ประเด็นสำคัญ

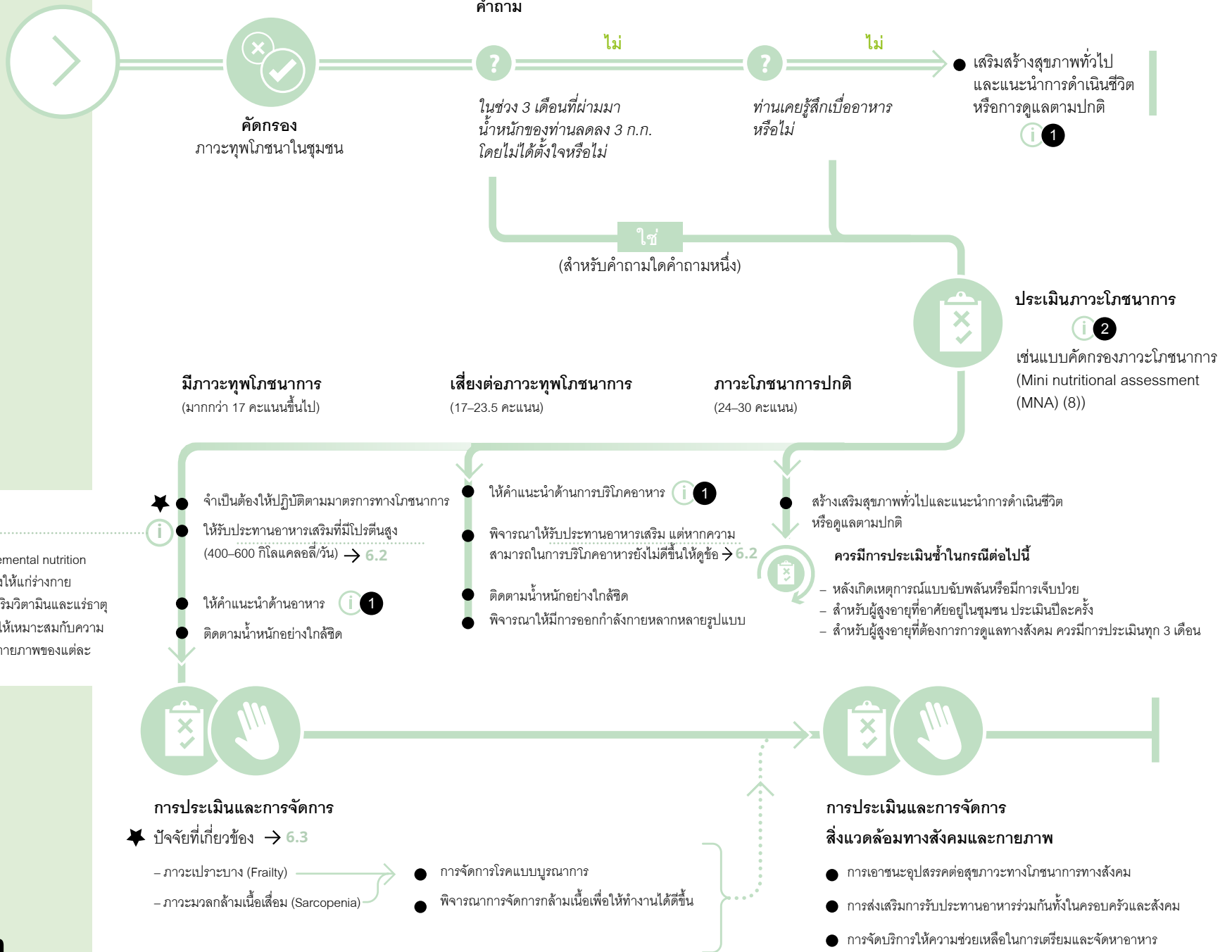
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิสามารถทำการประเมินภาวะโภชนาการเบื้องต้นได้ โดยควรประเมินร่วมกับการประเมินสุขภาพอื่น ๆ ของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ การประเมินภาวะโภชนาการโดยรวมต้องใช้ความรู้เฉพาะทาง บางกรณีจำเป็นต้องใช้ผลการตรวจเลือดร่วมด้วย
- การได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอและการมีกิจกรรมทางกายน้อย ทำให้สูญเสียทั้งมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อไปด้วย
- การได้รับอาหารที่สมดุลในปริมาณที่เพียงพอ มักจะเป็นแหล่งให้วิตามินและแร่ธาตุที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ ยกเว้นการขาดวิตามิน D และ B12 ซึ่งพบได้โดยทั่วไป
- ภาวะทุพโภชนาการไม่ได้ทำให้น้ำหนักลดลงเสมอไป เนื่องจากมวลไขมันสามารถแทนที่มวลกล้ามเนื้อได้ โดยน้ำหนักไม่เปลี่ยนแปลง
- ลักษณะอีกประการหนึ่งของภาวะทุพโภชนาการ คือ โรคอ้วน ซึ่งไม่ได้ระบุไว้ในแนวทางเล่มนี้

แนวทางการดูแลเพื่อจัดการ ภาวะทุพโภชนาการ

★ การรับประทานอาหารเสริม

การรับประทานอาหารเสริม Oral supplemental nutrition (OSN) เป็นการเพิ่มโปรตีนที่มีคุณภาพสูงให้แก่ร่างกาย นอกจากนี้ยังเป็นการเพิ่มพลังงานและเสริมวิตามินและแร่ธาตุที่พอเพียงในแต่ละบุคคล โดยมีการปรับให้เหมาะสมกับความต้องการ ความชื่นชอบและข้อจำกัดทางกายภาพของแต่ละบุคคล

★ จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ



แนวทางการดูแลเพื่อจัดการ ภาวะทุพโภชนาการ

1

คำแนะนำการปฏิบัติงานด้านโภชนาการ

- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สามารถให้คำแนะนำผู้สูงอายุและส่งเสริมการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ได้ โดยให้ผู้สูงอายุทุกคนสามารถได้รับประโยชน์จากคำแนะนำนี้รวมถึงผู้ที่มีความเสี่ยงหรือได้รับผลกระทบจากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุที่ต้องทำการดูแลเป็นพิเศษหรือไม่ เนื่องจากการรับประทานอาหารที่ดื่มนั้น สามารถทำได้ง่าย ๆ โดยการจดบันทึกอาหารที่รับประทานทั้งอาหารมื้อหลักและมื้อย่อยที่รับประทานลงในตารางทุกวัน
- ให้ความช่วยเหลือในการจำแนกอาหารเฉพาะที่มีอยู่ในท้องถิ่นให้พลังงานเพียงพอ อาทิ คาร์โบไฮเดรต โปรตีน และสารอาหารรอง เช่น วิตามินและแร่ธาตุได้ โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับปริมาณอาหารที่เพียงพอเพิ่มเติม
- เนื่องจากการดูดซึมโปรตีนจะลดลงตามอายุ ดังนั้น จึงควรแนะนำผู้สูงอายุให้รับประทานโปรตีนเพิ่มขึ้น ประมาณ 1.0-1.2 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม สำหรับผู้สูงอายุที่เพิ่งฟื้นตัวจากการลดน้ำหนัก หรือมีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลัน หรือได้รับบาดเจ็บ อาจต้องการโปรตีน มากถึง 1.5 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม แต่อย่างไรก็ตาม ต้องมีการติดตามการทำงานของไตควบคู่กันไป เนื่องจากการบริโภคโปรตีนสูงอาจทำให้ความดันภายในโกลเมอรูลัส (intraglomerular pressure) และการทำหน้าที่กรองสารต่าง ๆ ของโกลเมอรูลัส เพิ่มขึ้นได้ ส่งผลให้ไตทำงานมากขึ้น
- ให้คำแนะนำเรื่องกิจกรรมทางกาย เนื่องจากกิจกรรมทางกายจะทำให้โปรตีนถูกนำไปเสริมสร้างกล้ามเนื้อมากขึ้น
- ส่งเสริมให้มีการสัมผัสแสงแดดมากขึ้นเพื่อให้ผิวหนังผลิตวิตามินดี เนื่องจากวิตามินดีที่ได้จากการรับประทานอาหารไม่เพียงพอสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งนี้ จะต้องมีการตรวจเลือดเพื่อวัดระดับวิตามินดีของแต่ละท่านว่าอยู่ในระดับที่เพียงพอหรือไม่
- บ่อยครั้งที่พบว่าผู้สูงอายุรับประทานอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการ เพื่อเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารมากขึ้น จึงควรแนะนำให้รับประทานอาหารร่วมกับครอบครัว หรือการสังสรรค์ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังหรือชอบแยกตัวออกจากสังคม

ข้อพึงระลึก

ผู้ปฏิบัติงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมีความจำเป็นต้องให้ข้อมูลเหล่านี้แก่สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลท่านอื่น ๆ เช่นเดียวกับที่ผู้สูงอายุได้รับ

เมื่อใดที่จำเป็นต้องใช้องค์ความรู้เฉพาะทางประกอบการให้คำแนะนำ

เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนและสถานพยาบาลสามารถให้คำแนะนำและให้การสนับสนุนเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุทุกคนรับประทานอาหารที่มีประโยชน์อยู่เสมอ สำหรับผู้ที่มีภาวะทุพโภชนาการหรือมีความเสี่ยงสูงนั้น จำเป็นที่จะต้องได้รับคำแนะนำจากผู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางเพื่อค้นหาสาเหตุและปัจจัยเสี่ยง เพื่อกำหนดแผนโภชนาการ ซึ่งมีความจำเพาะในแต่ละบุคคล

หากมีการระบุสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงได้แล้ว ให้ทำการประเมินปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ที่อาจจะนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการ แม้ว่าภาวะโภชนาการในปัจจุบันดูเหมือนว่าจะเพียงพอแล้วก็ตาม ทั้งนี้ สัญญาณสัญญาณของภาวะทุพโภชนาการดังกล่าว ได้แก่ น้ำหนักที่ลดลงอย่างรวดเร็ว ปวดบริเวณช่องปาก ปวดหรือกลืนอาหารลำบาก อาเจียนหรือท้องร่วงเรื้อรัง และมีอาการปวดบริเวณช่องท้อง

2

การประเมินภาวะโภชนาการ

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ประเมินภาวะโภชนาการ (11)

- แบบประเมินภาวะโภชนาการ (Mini nutritional assessment หรือ MNA)(8)
- แบบประเมินความเสี่ยงด้านโภชนาการ (DETERMINE nutrition risk assessment) (<https://www.dads.state.tx.us/providers/AAA/Forms/standardized/NRA.pdf>)
- เครื่องมือคัดกรองภาวะทุพโภชนาการฉบับสากล (Malnutrition universal screening tool) (https://www.bapen.org.uk/pdfs/must/must_full.pdf)
- แบบสอบถามประเมินความเสี่ยงต่อการรับประทานอาหารและโภชนาการของผู้สูงอายุในชุมชน (Seniors in the community risk evaluation for eating and nutrition questionnaire) (<https://www.flintbox.com/puElic/proMect/2750/>)
- แบบสอบถามประเมินภาวะโภชนาการฉบับสั้น สำหรับผู้สูงอายุ ปีขึ้นไป (Short nutritional assessment questionnaire 65+, SNAQ65+) (<http://www.fightmalnutrition.eu/toolkits/summary-screening-tools>)

แนวทางการดูแลในหน้านี้ใช้แบบประเมินภาวะโภชนาการแบบย่อ (mini nutritional assessment หรือ MNA)

แนวทางการดูแลเพื่อจัดการ ภาวะทุพโภชนาการ



การประเมิน สภาวะทางโภชนาการ

ประเด็นคำถามในแบบประเมินภาวะโภชนาการ มีดังนี้

- การบริโภคอาหารและเครื่องดื่ม
- น้ำหนักตัวที่ลดลง เมื่อไม่นานมานี้ (เป็นคำถามเกี่ยวกับการค้นหาผู้ป่วย)
- การเคลื่อนไหว
- ความเครียดทางจิตใจหรือโรคเฉียบพลัน เมื่อไม่นานมานี้
- ปัญหาทางจิตใจ
- สถานะความเป็นอยู่

นอกจากประเด็นคำถามดังกล่าวแล้ว แบบประเมินยังมีการบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ดังนี้

- น้ำหนัก
- ส่วนสูง
- ดัชนีมวลกาย น้ำหนักหน่วยกิโลกรัม ส่วนสูงหน่วยตารางเมตร (kg/m²)
- เส้นรอบวงแขนและน่อง

องค์ประกอบมวลกายและการมีอายุมากขึ้น

โดยปกติหลังจากอายุประมาณ 70 ปี มวลกล้ามเนื้ออาจลดลงโดยและส่งผลเป็นอย่างมากและมีแนวโน้มที่จะเป็นอันตรายต่อการพลั้งชีวิต โดยการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออาจมีสาเหตุมาจากการได้รับสารอาหารและการออกกำลังกายที่ไม่เพียงพอ

ซึ่งในขณะเดียวกันมวลไขมันอาจเพิ่มขึ้น แต่น้ำหนักตัวอาจจะลดลงหรือเท่าเดิม ทำให้การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ อาจจะเป็นอันตรายแก่ผู้สูงอายุได้ เนื่องจากผู้ที่มีการขาดสารอาหารมีการสูญเสียเนื้อเยื่อที่สำคัญต่อร่างกายและยังคงมีดัชนีมวลกายที่อยู่ในข่ายที่ยอมรับได้ แม้ว่าจะมีภาวะน้ำหนักเกิน

ทั้งนี้ผู้ผ่านการฝึกอบรมที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ สามารถประเมินการทำงาน ของกล้ามเนื้อ และภาวะทุพโภชนาการจากการขาดโปรตีนได้ โดยใช้เครื่องมือในการประเมิน เช่น เครื่องวัดแรงบีบมือ เพื่อวัดความยากของการบีบเครื่องมือด้วยมือข้างเดียว สำหรับผู้ที่มีความแข็งแรงในการบีบมือต่ำ มีความจำเป็นต้องออกกำลังกายร่วมกับการรับประทานอาหารที่มีโปรตีนมากขึ้น



การจัดการ ภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ

6

พลังชีวิต

แนวทางการดูแลเพื่อจัดการ
ภาวะทุพโภชนาการ

ปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ มักจะเกิดจาก ความบกพร่องทางประสาทสัมผัส (ความรู้สึกรับรสและกลิ่นลดลง) สุขภาพช่องปากที่ไม่ดี เช่น ปัญหาการเคี้ยวและกลืนลำบาก ความโดดเดี่ยว ความเหงา รายได้ต่ำ และภาวะเรื้อรังที่ซับซ้อนในระยะยาว

6.1 ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ

ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ (เช่น ผู้ได้คะแนนประเมินภาวะโภชนาการ หรือ MNA อยู่ระหว่าง 17.23.5 คะแนน) สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำด้านโภชนาการ (ระบุไว้ที่หน้า 35) หากเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเข้าสู่ภาวะทุพโภชนาการ ควรจะเข้ารับการดูแลโภชนาการ เพื่อป้องกันไม่ให้อาหารเข้าสู่ภาวะขาดสารอาหาร หรือภาวะทุพโภชนา

6.2 ผู้สูงอายุอยู่ในภาวะทุพโภชนาการ

สำหรับผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะทุพโภชนาการ เช่น (เช่น ผู้ได้คะแนนประเมินภาวะโภชนาการ หรือ MNA ต่ำกว่า 17 คะแนน) ควรได้รับการดูแลทางโภชนาการทันที โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิสามารถให้คำแนะนำด้านอาหารตามมาตรฐาน (ดูหน้า 35) และหากเป็นไปได้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีความเชี่ยวชาญด้านโภชนาการ ควรจะให้คำแนะนำให้เร็วที่สุด และอาจจะพิจารณาให้อาหารเสริมได้ในกรณีที่จำเป็น (ให้ดูข้อมูลด้านล่างประกอบ)

ทั้งนี้ มาตรการควรเป็นส่วนหนึ่งของแผนการดูแลที่ครอบคลุมปัจจัยพื้นฐานที่ส่งผลต่อโภชนาการที่ไม่ดี รวมไปถึงมาตรการอื่นๆ ที่ระบุความสามารถด้านอื่นๆ เช่น ข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับพลังงานและโปรตีนอย่างเพียงพอจะทำให้โปรแกรมการออกกำลังกายที่หลากหลายมีประสิทธิภาพมากขึ้น (ดูบทที่ 5 ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว) → 5

การรับประทานอาหารเสริม

การรับประทานอาหารเสริม (Oral supplemental nutrition; ONS) เป็นการเพิ่มโปรตีนที่มีคุณภาพสูงให้กับร่างกาย นอกจากนี้ยังเป็นการเพิ่มพลังงาน รวมทั้งวิตามินและแร่ธาตุที่เพียงพอในแต่ละบุคคล ดังนั้น องค์ความรู้เฉพาะทางโภชนาการจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นในการพัฒนาแผนการรับประทานอาหารเสริม ที่มีการปรับให้เหมาะสมกับความต้องการ ความชื่นชอบและข้อจำกัดทางกายภาพ ของแต่ละคน ซึ่งการประเมินจะช่วยให้สามารถเลือกวิธีการเสริมโภชนาการที่ดีที่สุดได้ ไม่ว่าจะเป็นการเสริมโภชนาการผ่านอาหารที่ อุดมด้วยสารอาหาร วิตามินหรือยาเสริมแร่ธาตุ

6

พลังชีวิต

แนวทางการดูแลเพื่อจัดการ ภาวะทุพโภชนาการ

หรือผ่านทางผลิตภัณฑ์ทางการค้าชนิดพิเศษ หรือสูตรอาหารที่ไม่ได้มี
วัตถุประสงค์เพื่อการค้า ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชนสามารถที่
จะได้ให้การสนับสนุนและติดตามการบริโภคอาหารเสริมของผู้สูงอายุ
ได้ (กรุณาดูรายละเอียดเพิ่มเติมในกล่องข้อความ - ประเด็นสำคัญ
เกี่ยวกับการรับประทานอาหารเสริม)

ควรให้รับประทานอาหารเสริม เมื่อผู้สูงอายุไม่สามารถบริโภค
อาหารปกติที่มีแคลอรีและสารอาหารที่เพียงพอ หรือใช้เป็น
กลยุทธ์ชั่วคราวที่เพิ่มเข้าไปในอาหารปกติเพื่อเพิ่มปริมาณ
แคลอรีเท่านั้น

การตรวจเลือด

การตรวจเลือดจะทำให้ทราบแผนโภชนาการเฉพาะราย ซึ่งผลเลือดจะ
สามารถระบุภาวะขาดวิตามินและเกลือแร่ที่เฉพาะเจาะจงได้ นำไปสู่
การรักษาโดยการรับประทานอาหารเสริมหรือการฉีดยาที่เฉพาะมาก
ขึ้น ยกตัวอย่างเช่น การฉีดวิตามินดี และ บี 12 เพื่อรักษาภาวะขาด
วิตามินดังกล่าว ซึ่งพบได้ทั่วไป

ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการรับประทานอาหารเสริม

- ✓ อาหารต้องมาก่อน เว้นแต่มีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องรับประทาน
อาหารเสริม หากเป็นไปได้ ควรมีการปรับอาหารโดยทดลองปรับเพิ่ม
ความถี่ของมื้ออาหารให้มากขึ้น
- ✓ ควรให้อาหารเสริมควบคู่กับอาหารปกติ ไม่ควรเปลี่ยนอาหารที่รับ
ประทานปกติ และผู้ที่รับประทานอาหารเสริมควรเข้าใจความจำเป็น
ในการรับประทานอาหารเท่าที่ทำได้
- ✓ ประชาชนทั่วไป ยังต้องการคำแนะนำในการผสมอาหารเสริม ซึ่งรวมถึง
ปริมาณการรับประทานต่อครั้ง และเมื่อใดควรรับประทาน
- ✓ ควรรับประทานอาหารเสริมระหว่างมื้ออาหาร ไม่ควรรับประทานพร้อม
กับอาหารที่รับประทานในมื้อปกติ
- ✓ ประชาชนทั่วไป มักจะต้องการการสนับสนุนและส่งเสริมอย่างต่อเนื่อง
(ไม่ว่าจะเป็นกำลังใจจากสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่
สาธารณสุข) เพื่อรักษาความต่อเนื่องของการรับประทานอาหารเสริมให้
มากที่สุด
- ✓ เมื่อผ่านไปช่วงระยะเวลาหนึ่ง ผู้ที่รับประทานอาหารเสริมอาจรู้สึกเบื่อ
รสชาติและเนื้อสัมผัสของอาหารเสริมที่กินเป็นประจำ ดังนั้น ซึ่งการปรับ
เปลี่ยนไปกินอาหารเสริมที่มีรสชาติที่หลากหลายอาจจะสามารถช่วยได้
- ✓ ควรติดตามและบันทึกน้ำหนักตนเองเป็นประจำ
- ✓ ตามหลักการแล้ว เป้าหมายของการหยุดรับประทานอาหารเสริมคือ เมื่อ
พื้นภาวะเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารและอาหารที่ได้รับมีสารอาหารที่
เพียงพอแล้ว

แนวทางการดูแลเพื่อจัดการ ภาวะทุพโภชนาการ



การประเมินและการจัดการ ภาวะอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

★ 6.3 ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย และภาวะเปราะบาง (SARCOPENIA AND FRAILTY)

ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยและภาวะเปราะบางนั้น มีส่วนเกี่ยวข้องกับการได้รับโภชนาการที่ไม่ดี ซึ่งมาตรการที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตที่สามารถช่วยลดภาวะดังกล่าวได้แก่ การปรับภาวะทางโภชนาการให้ดีขึ้น และการออกกำลังกาย

ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Sarcopenia) โดยทั่วไปจะหมายถึงการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ ความแข็งแรง และแม้กระทั่งการทำงานของกล้ามเนื้อ ที่อาจเป็นผลมาจากโรคต่าง ๆ การมีโภชนาการที่ไม่ดี หรือ

การขาดกิจกรรมทางกาย (เช่น การนอนอยู่คนเดียวเป็นเวลานาน) หรืออาจไม่มีสาเหตุที่ชัดเจน และอาจเกี่ยวข้องกับการเข้าสู่วัยสูงอายุ (ชราภาพ)

ภาวะเปราะบาง (Frailty) ภาวะนี้สามารถทำให้น้ำหนักตัวลดลง กล้ามเนื้ออ่อนแอ มีกิจกรรมทางกายในระดับต่ำ อ่อนเพลีย และเชื่องช้า (เช่น เดินช้า) ทั้งนี้ ภาวะเปราะบางอาจเป็นผลมาจากความเครียดทางร่างกายหรือจิตใจ เช่น การบาดเจ็บรุนแรง โรคต่าง ๆ หรือการสูญเสียคนที่รัก ซึ่งผู้ที่มีภาวะเปราะบางอาจสูญเสียความสามารถในการทำงาน และต้องพึ่งพาการดูแล



การประเมินและการจัดการ สังคมและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ

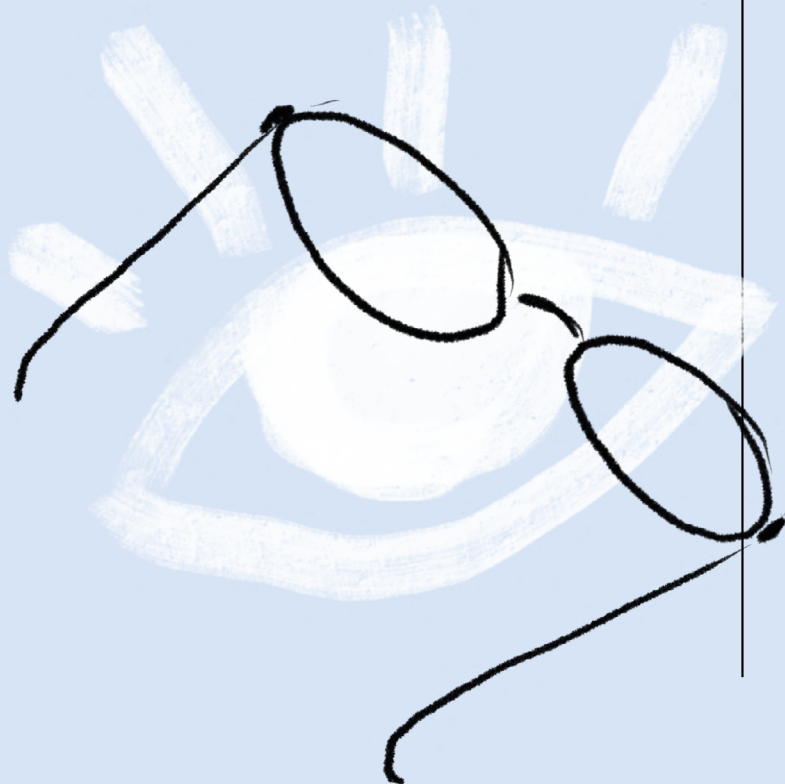
ผู้ดูแลและชุมชนสามารถช่วยผู้สูงอายุให้เอาชนะภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งจัดว่าเป็นอุปสรรคต่อสุขภาพได้ ยกตัวอย่างเช่น องค์กรชุมชนอาจจัดงานเลี้ยงสังสรรค์สำหรับผู้สูงอายุ เป็นต้น

ในส่วนของผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขชุมชนสามารถอำนวยความสะดวกในการเข้าถึงร้านขายของชำ การเข้าถึงความช่วยเหลือในการจัดการการเงิน หรือการเข้าถึงแหล่งที่มาของการสนับสนุนรายได้ นอกจากนี้ยังอาจช่วยอำนวยความสะดวกในการเตรียมหรือรับประทานอาหารที่เตรียมไว้ เช่น ผ่านบริการจัดเลี้ยงในชุมชน เป็นต้น

7

สมรรถนะการมองเห็น

แนวทางการดูแลเพื่อจัดการ ความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น



การมองเห็นเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของสมรรถนะภายในบุคคล ที่ทำให้มนุษย์สามารถเคลื่อนไหวและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและ สิ่งแวดล้อมได้อย่างปลอดภัย สาเหตุบางประการของความผิดปกติ เกี่ยวกับการมองเห็นที่มักเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ได้แก่ สายตาสั้นและ สายตายาว ต้อกระจก ต้อหิน และจอประสาทตาเสื่อม

ความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็นอาจทำให้เกิดความยากลำบากใน การรักษาความสัมพันธ์ในครอบครัวและสังคม รวมทั้งการเข้าถึง ข้อมูล การเคลื่อนไหวที่ปลอดภัย (โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของ ความสมดุล และความเสี่ยงต่อการหกล้ม) และการปฏิบัติการกิจ ด้วยตนเอง ปัญหาดังกล่าวอาจนำไปสู่ความวิตกกังวลและโรค ซึมเศร้าได้

ดังนั้น การประเมินการมองเห็นจึงจัดว่าเป็นองค์ประกอบที่สำคัญของ การประเมินโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

ประเด็นสำคัญ

- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ และในชุมชน สามารถทดสอบการสูญเสียการมองเห็น โดยใช้ แผ่นทดสอบสายตาง่าย
- การสูญเสียการมองเห็นสามารถรักษาได้ตามอาการ ดังนั้นจึง จำเป็นต้องมีการสอบถาม มีการประเมิน หรือตรวจสอบการ ปะการุกของโรคตาที่เกิดขึ้น
- การสวมแว่นสายต้ามักจะช่วยให้การมองเห็นระยะใกล้หรือ ระยะไกลได้ดีขึ้น
- อุปกรณ์ช่วยเหลืออื่น ๆ (แว่นขยาย กล้องโทรทรรศน์) สามารถ ช่วยเหลือผู้ที่สูญเสียการมองเห็นที่ไม่สามารถแก้ไขด้วยแว่นตา ได้
- การจัดการเบื้องต้นในบ้านและชุมชน เช่น การเพิ่มแสงสว่างให้ มากขึ้น สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุที่สูญเสียการมองเห็นสามารถ ทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น

สมรรถนะการมองเห็น

แนวทางการดูแลเพื่อจัดการความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น

มีความจำเป็นต้องมีการส่งต่อเสมอ หากไม่สามารถมองเห็นระยะไกลได้ เพื่อการดูแลที่ครอบคลุม

ความบกพร่องทางการมองเห็น (14)

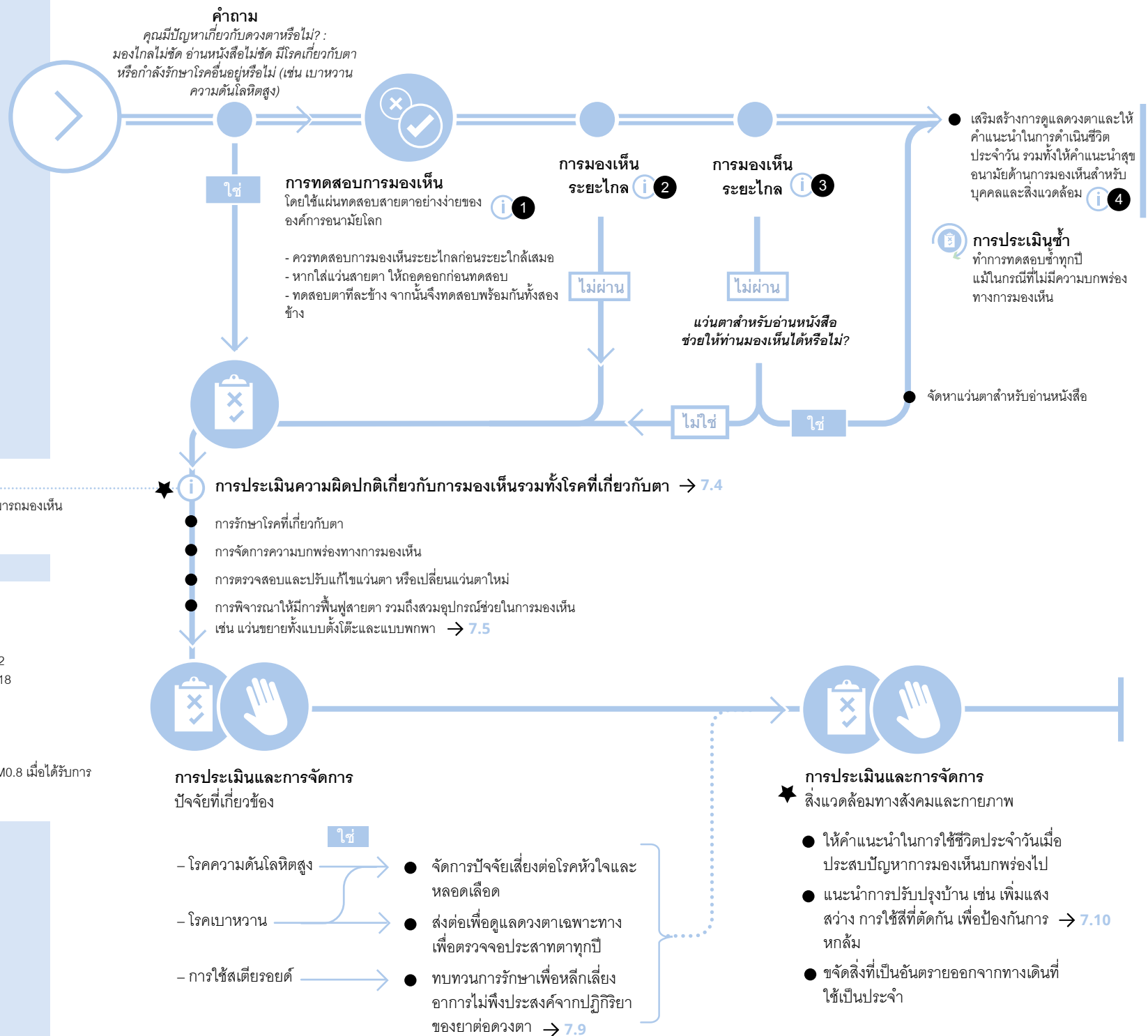
ความบกพร่องทางการมองเห็นระยะไกล

- ไม่รุนแรง – ระดับการมองเห็นน้อยกว่า 6/12
- ปานกลาง – ระดับการมองเห็นมากกว่า 6/18
- รุนแรง – ระดับการมองเห็นมากกว่า 6/60
- ตาบอด – ระดับการมองเห็นมากกว่า 3/60

ความบกพร่องทางการมองเห็นระยะใกล้

- ระดับการมองเห็นระยะใกล้กว่า N6 หรือ •M0.8 เมื่อได้รับการแก้ไขแล้ว

★ จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ



เมื่อใดที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ

หากผู้ใดมีโรคที่เกี่ยวกับตาหรือถูกระบุว่าเป็นโรคที่เกี่ยวกับตา ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพตาจะพิจารณาเลือกประเภทการตรวจ พร้อมทั้งให้มีการตรวจบ่อยขึ้น

1

การวัดสายตาในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ

- ควรตรวจคัดกรองการสูญเสียการมองเห็นแบบง่าย อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง สำหรับผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป
- การตรวจคัดกรองสามารถทำได้โดยใช้ แผ่นทดสอบสายตาง่าย ขององค์การอนามัยโลก (WHO simple eye chart) เพื่อทดสอบการมองเห็นทั้งระยะไกลและระยะใกล้ (ดูคำแนะนำในกรอบขวามือ)
- ผู้ให้บริการด้านสุขภาพในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สามารถทำการคัดกรองได้ โดยไม่จำเป็นต้องมีการฝึกอบรมอย่างเป็นทางการในการประเมินการดูแลสุขภาพตา (13)
- หากแว่นตาสำหรับอ่านหนังสือ ช่วยแก้ปัญหาการมองเห็นของบุคคลได้ อาจไม่จำเป็นต้องได้รับการตรวจอย่างละเอียด

4

สุขอนามัยการมองเห็น

สุขอนามัยในการมองเห็นเกี่ยวข้องกับทั้งสิ่งแวดล้อมและบุคคล ซึ่งปัจจัย สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมสามารถช่วยเรื่องไว้วิสัยทัศน์ (เช่น แสงสว่าง การใช้สีที่ตัดกัน) หรืออาจทำให้เกิดอันตรายได้ เช่น การดูสื่ออิเล็กทรอนิกส์เป็นเวลานาน ใช้การมองเห็นระยะใกล้เป็นเวลานาน) ดังนั้น สุขอนามัยส่วนบุคคลจะรวมถึง พฤติกรรมที่มีผลต่อสุขอนามัยของดวงตา เช่น การล้างมือบ่อย ๆ การไม่ขยี้ตา การสูบบุหรี่ ในการล้างเปลือกตาและการงดใช้เครื่องสำอางสำหรับดวงตา

2

การทดสอบการมองเห็นระยะไกล

ด้วยแผ่นทดสอบสายตาเบื้องต้นขององค์การอนามัยโลก

เริ่มจากการสาธิตวิธีการใช้ทดสอบ E ใกล้กับผู้รับการทดสอบ โดยแสดงทิศทางของจุด E เริ่มทดสอบจาก E ขนาดเล็กไปจนถึง E ขนาดใหญ่

1. ทดสอบการมองเห็นอักษร E ขนาดเล็ก 4 ตัว ที่ระยะ 3 เมตร 7.1

หากสามารถมองเห็นทิศทางของตัวอักษร E ขนาดเล็กอย่างน้อย 3 ใน 4 ตัว ถือว่าในระยะการมองเห็นคือ 6/18 หรือดีกว่า (ถือว่า ผ่าน การตรวจคัดกรองการมองเห็นระยะไกล)

หากไม่สามารถมองเห็นตัวอักษร E ขนาดเล็กได้ 3 ตัวขึ้นไป (ให้ถือว่า ไม่ผ่าน การตรวจคัดกรองการมองเห็นระยะไกล) จำเป็นต้องมีการประเมินความบกพร่องทางการมองเห็นรวมทั้งโรคที่เกี่ยวกับตาอื่น ๆ ทั้งนี้ การทดสอบเพิ่มเติมด้านล่าง อาจช่วยประมาณระดับสายตาได้

2. ทดสอบการมองเห็นอักษร E ขนาดใหญ่ ที่ระยะ 3 เมตร 7.2

หากสามารถมองเห็นตัวอักษร E ได้ ถือว่าระยะการมองเห็นคือ 6/60

แต่หากไม่สามารถมองเห็น E ขนาดใหญ่ อย่างน้อย 3 ตัวที่ระยะ 3 เมตร ให้ทดสอบตามข้อ 3

3. ทดสอบการมองเห็นอักษร E ขนาดใหญ่ ที่ระยะ 1.5 เมตร 7.2

หากสามารถมองเห็นตัวอักษร E อย่างน้อย 3 ใน 4 ตัว ถือว่าระยะการมองเห็นคือ 3/60

3

การทดสอบการมองเห็นระยะใกล้

ด้วยแผ่นทดสอบสายตาเบื้องต้นขององค์การอนามัยโลก 7.3

ให้ผู้รับการทดสอบ ถือแผ่นทดสอบการมองเห็นระยะใกล้ให้ใกล้ที่สุด เริ่มทดสอบจากการอ่านตัวอักษร E เรียงจากตัวใหญ่ที่สุดไปยังที่เล็กที่สุด

หากผู้รับการทดสอบ สามารถระบุทิศทางของตัวอักษร E ใหญ่ที่ใหญ่ที่สุด ได้อย่างน้อย 3 ใน 4 ตัว ถือว่า ผ่าน การตรวจคัดกรองการมองเห็นระยะใกล้

หากไม่ผ่าน ให้ทดสอบโดยสวมแว่นอ่านหนังสือแล้วให้อ่านตัวอักษรดังกล่าวข้างต้น ถ้าไม่สามารถมองเห็น E ที่ใหญ่ที่สุดอย่างน้อย 3 ตัว ให้ถือว่า ไม่ผ่าน การตรวจคัดกรองการมองเห็นระยะใกล้ กรณีนี้มีความจำเป็นต้องมีการประเมินความบกพร่องทางการมองเห็นและโรคทางจักษุอื่น ๆ ทั้งนี้ตัวอักษร E ขนาดกลางและขนาดเล็กจะเทียบขนาดใกล้เคียงกับตัวอักษรที่พิมพ์ในหนังสือหรือสิ่งพิมพ์ทั่วไป (ตัวอักษรขนาดเล็กที่สุดจะไม่ใช้ในการทดสอบ)

สมรรถนะการมองเห็น

แนวทางการดูแลเพื่อจัดการความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น

M



E



W



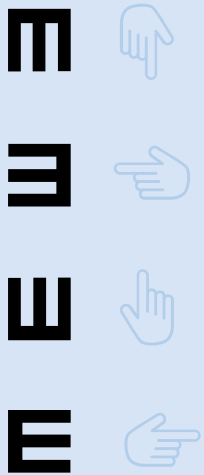
E



7

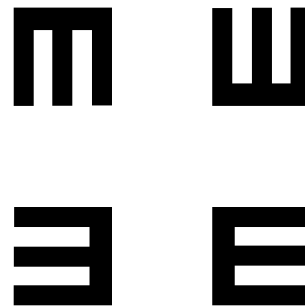
สมรรถนะการมองเห็น

แนวทางการดูแลเพื่อจัดการ
ความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น



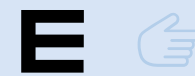
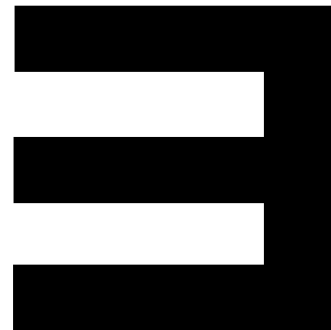
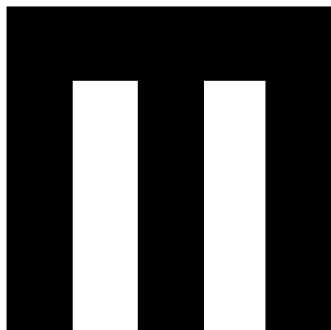
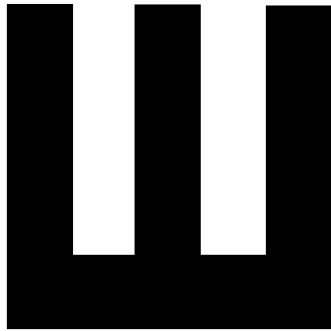
7.1 แผ่นทดสอบการอ่านอย่างง่ายขององค์การอนามัยโลก (E ขนาดเล็ก 4 ตัว สำหรับทดสอบการมองเห็นระยะไกล)

- ตัว E ขนาดเล็ก มีขนาด 1.3 ซม. x 1.3 ซม. ห่างจากกัน 1.3 ซม.
- ตัว E สีดำ บนกระดาษเปล่าสีขาว



7.2 แผ่นทดสอบการอ่านอย่างง่ายขององค์การอนามัยโลก (E ขนาดใหญ่ 4 ตัว สำหรับทดสอบการมองเห็นระยะไกล)

- ตัว E ขนาดใหญ่ มีขนาด 4.2 ซม. x 4.2 ซม. ห่างจากกัน 4.5 ซม.
- ตัว E สีดำ บนกระดาษเปล่าสีขาว



7

สมรรถนะการมองเห็น

แนวทางการดูแลเพื่อจัดการ
ความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น

m 

≡ 

W 

E 

7.3 แผ่นทดสอบการอ่านอย่างง่ายขององค์การอนามัยโลก (สำหรับทดสอบระยะใกล้)

W E E W
E W E m
W E W



การจัดการ

เมื่อพบว่ามีคามผิดปกติของการมองเห็นและมีโรคทางตาเกิดขึ้น

7

สมรรถนะการมองเห็น

แนวทางการดูแลเพื่อจัดการ
ความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น

7.4 การประเมินความผิดปกติของการมองเห็นและโรคทางตา

- เมื่อตาข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้งสองข้างสูญเสียการมองเห็นอย่างรวดเร็วหรือกะทันหัน ต้องได้รับการตรวจตาและการมองเห็นเบื้องต้น และส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญด้านจักษุด้วย
- ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิสามารถตรวจตาผู้สูงอายุได้ หากมีความผิดปกติ เช่น ตาแดง ขี้ตา แผลเป็น ปวดตาอย่างต่อเนื่อง แพ้แสงหรือมีต้อกระจก ให้ส่งต่อผู้เชี่ยวชาญด้านจักษุ (จักษุแพทย์หรือนักทัศนมาตร)
- ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สามารถตรวจตาเพื่อค้นหาโรคตาที่พบบ่อย แต่การตรวจตาแบบทั่วไปนี้ยังไม่ครอบคลุม และจำเป็นต้องมีการตรวจโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะ
- แว่นตาอ่านหนังสือช่วยให้ผู้สูงอายุหลายคนมองเห็นสิ่งของที่อยู่ใกล้ตัว แต่อย่างไรก็ตามสำหรับบางคนแว่นตาอ่านหนังสือยังไม่ใช่ว่าตอบ ตัวอย่างเช่น ผู้ที่มีสายตาวายหรือผู้ที่มีสายตาเอียง จำเป็นต้องใช้แว่นสายตาที่ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพตาเป็นผู้กำหนดให้ภายหลังการตรวจ
- ตามมาตรฐานการตรวจวินิจฉัยจำเป็นต้องมี ผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการฝึกอบรมการใช้กล้อง slit lamp (กล้องจุลทรรศน์ชนิดพิเศษที่ช่วยให้จักษุแพทย์ส่องดวงตาได้ทั้งภายในและภายนอกแบบ 3 มิติ) เพื่อตรวจดวงตอย่างละเอียด เครื่องมือนี้สามารถใช้เพื่อตรวจหาต้อกระจก และช่วยตัดสินใจว่าจำเป็นต้องผ่าตัดหรือไม่ การตรวจจอประสาทตาและเส้นประสาทตาจำเป็นต้องใช้เครื่องมืออื่นๆ และการถ่ายภาพเพื่อตรวจจับการเปลี่ยนแปลงในระยะแรก เพื่อเป็นแนวทางในการรักษาที่สามารถป้องกันการสูญเสียการมองเห็นได้ ดังนั้น การตรวจจอประสาทตาอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

★ ต้อกระจก

ต้อกระจก คือ ภาวะที่เลนส์แก้วตาที่มีความขุ่นมัวทำให้การมองเห็นไม่ชัดเจน โดยส่วนใหญ่จะเกิดในกระบวนการเข้าสู่วัยสูงอายุและต้อกระจกยังเป็นสาเหตุหลักของการตาบอดอีกด้วย

ซึ่งการลดการสูบบุหรี่และการลดการสัมผัสแสงเหนือม่วง (ultraviolet, UV) จะช่วยป้องกันหรือชะลอการเกิดต้อกระจกได้ ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่เพิ่มโอกาสในการเป็นต้อกระจกได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคอ้วน ทั้งนี้วิธีทัศนการมองเห็นที่บกพร่องและตาบอดที่เกิดจากต้อกระจกสามารถหลีกเลี่ยงได้โดยการผ่าตัด ซึ่งเป็นวิธีที่ปลอดภัยและทำให้การมองเห็นกลับมาได้



การจัดการ เมื่อพบว่าการมองเห็นผิดปกติ

7.5 การใช้แว่นสำหรับอ่านหนังสือ

ผู้ที่มียายุ 50 ปีขึ้นไปหลายคนมักจะประสบปัญหาในการมองเห็นหรือการอ่านหนังสือในระยะใกล้ ดังนั้นการใช้แว่นตาสำหรับอ่านหนังสือ (หรือเครื่องอ่าน) จึงมีประโยชน์เป็นอย่างมาก

แว่นอ่านหนังสือแบบธรรมดาจะมีจำหน่ายทั่วไปและราคาไม่แพงมาก และมักจะมีกำลังขยายที่หลากหลาย โดยหลักการแว่นตาสำหรับอ่านหนังสือแบบธรรมดาจะช่วยให้การมองวัตถุระยะใกล้มีขนาดใหญ่ขึ้น แต่ในกรณีที่แว่นอ่านหนังสือธรรมดาไม่สามารถแก้ปัญหาดังกล่าวได้ ผู้สูงอายุจึงควรได้รับการตรวจวัดสายตารวมทั้งวิสัยทัศน์ของการมองเห็นอย่างละเอียด

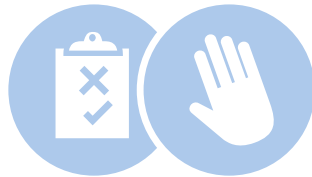
ทั้งนี้ หากเป็นไปได้ ทุกคนที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ควรได้รับการตรวจโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพตาเป็นระยะ ๆ เนื่องจากการทดสอบการมองเห็นและการอ่านอย่างง่ายไม่สามารถทดแทนการตรวจที่ครอบคลุมปัญหาดังกล่าวโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพตาได้

7.6 วิสัยทัศน์การมองเห็นที่เลือนรางและไม่สามารถแก้ไขได้

ผู้ที่ประสบปัญหานี้การใช้แว่นสายตามตามที่จักษุแพทย์สั่งไม่สามารถจะช่วยให้การมองเห็นชัดเจนขึ้นเท่าใดนัก ดังนั้นการจัดการจึงจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์อื่นๆ เพื่อช่วยในการมองเห็น เช่น แว่นขยายตั้งโต๊ะหรือแบบพกพาที่ให้กำลังขยายที่มากกว่าแว่นตา จะสามารถช่วยให้การดำเนินชีวิตประจำวันที่ต้องใช้การมองระยะใกล้ดีขึ้น เช่น การอ่านหนังสือหรือสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ การระบุนับัตรหรือเหรียญ การอ่านฉลาก และตรวจสอบวัตถุนขนาดเล็ก หรือชิ้นส่วนของวัตถุนขนาดใหญ่

ผู้ปฏิบัติงานในหน่วยบริการระดับชุมชนหรือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถช่วยผู้ที่มีปัญหาดังกล่าวในการเข้าถึงอุปกรณ์เหล่านี้ได้

★ **การฟื้นฟูวิสัยทัศน์การมองเห็น** ผู้ที่มีสายตาเลือนรางที่ไม่สามารถแก้ไขได้ การได้รับการฟื้นฟูที่ครอบคลุมจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง เนื่องจากการบริการจะมีผู้ที่คอยให้คำแนะนำและช่วยเหลือด้านจิตใจตลอดจนการปรับตัวด้านการเคลื่อนไหว และการฝึกทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลและฟื้นฟูการมองเห็น สามารถฝึกทักษะผู้ที่มีปัญหาวิสัยทัศน์การมองเห็นต่ำให้มีทักษะที่เพิ่มขึ้น เช่น ทักษะด้านความตระหนัก การแก้ปัญหา การประเมิน และการติดตาม โดยทั่วไปทักษะเหล่านี้จำเป็นสำหรับการใช้แว่นขยายอย่างมีประสิทธิภาพ แต่ในสถานการณ์อื่น ๆ ต่างก็มีประโยชน์เช่นกัน



การประเมินและการจัดการ ปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

7

สมรรถนะการมองเห็น

แนวทางการดูแลเพื่อจัดการ
ความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น

7.7 โรคความดันโลหิตสูง

ความดันโลหิตสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของโรคจอประสาทตาและต้อหิน

7.8 โรคเบาหวาน

ผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับการตรวจตา โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพตา ปีละ 1 ครั้ง เพื่อตรวจหาภาวะเบาหวานขึ้นตา

7.9 การใช้สเตียรอยด์

ในผู้ป่วยบางรายที่มีการใช้ยาสเตียรอยด์มาเป็นเวลานาน อาจประสบภาวะความดันในลูกตาสูง (intraocular pressure) หรือทำให้เป็นต้อกระจกได้ เนื่องจากความดันที่เพิ่มขึ้นนี้จะทำให้สูญเสียวิสัยทัศน์การมองเห็น ซึ่งเกิดจากการที่ปลายประสาทการมองเห็นหรือปลายประสาทตาถูกทำลายและหากไม่ได้รับการรักษาอาจทำให้ตาบอดได้ ดังนั้นผู้ป่วยที่ใช้สเตียรอยด์มาเป็นเวลานานจำเป็นต้องมีการตรวจสุขภาพตาและความดันในลูกตาอย่างสม่ำเสมอ

แนวทางการดูแลเพื่อจัดการ ความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็น



การประเมินและการจัดการ สิ่งแวดล้อมทางสังคมและกายภาพ

การช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะการมองเห็นเลือนรางให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นนั้นมีหลากหลายวิธีที่สมาชิกในครอบครัวและผู้บริหารสามารถให้ความช่วยเหลือได้โดยการนำคำแนะนำไปปรับใช้ในการหาอุปกรณ์ช่วยเหลือหรือจะเข้าถึงบริการได้อย่างไร ซึ่งสิ่งเหล่านี้ขึ้นอยู่กับสถานที่นั้น ๆ

7.10 การปรับตัวต่อภาวะสายตาเลือนราง

นอกจากการจัดหาอุปกรณ์ช่วยการมองเห็นแล้ว การเปลี่ยนแปลงง่าย ๆ ที่สามารถช่วยให้ผู้ที่ประสบการมองเห็นเลือนรางสามารถทำกิจวัตรประจำวันของตัวเองได้ตามปกติเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถทำได้ที่บ้านและในพื้นที่ที่ทำการกรรรมยามว่างและกิจกรรมอื่น ๆ ได้อย่างปลอดภัยและไม่ยุ่งยาก ยกตัวอย่างเช่น

การปรับปรุงแสงสว่าง แสงสว่างที่ดีมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการมองเห็นโดยเฉพาะในระยะใกล้ แสงสว่างที่ดีที่สุดควรส่องมาจากด้านข้างของตัวคน (แสงที่ส่องผ่านคนแล้วไม่สร้างเงา)

ลดแสงจ้า แสงที่สว่างกว่ามักจะดีกว่า แต่แสงจ้าจากดวงอาทิตย์หรือหลอดไฟ อาจรบกวนผู้อื่นได้

เคลื่อนย้ายสิ่งกีดขวาง สิ่งที่เป็นอันตราย เช่น เฟอร์นิเจอร์และวัตถุแข็งอื่น ๆ ควรเคลื่อนย้ายออกจากทางเดิน หรือหากไม่สามารถเคลื่อนย้ายได้ควรจัดให้อยู่ที่เดิมเสมอ

สร้างความเปรียบเทียบ ความเปรียบเทียบที่ดีภายในและระหว่างวัตถุช่วยให้มองเห็น ค้นหา หรือหลีกเลี่ยงได้ง่ายขึ้น ตัวอย่างเช่นการทำเครื่องหมายบนขอบขั้นบันได ด้วยสีที่ตัดกันกับขั้นบันได (โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่มีมองเห็นด้วยตาเพียงข้างเดียว)

ใช้สีที่โดดเด่น สำหรับสิ่งพิมพ์ หน้าจออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์ เช่น คอมพิวเตอร์ และโทรศัพท์ ควรใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่ที่ไม่มีขีด เช่น FreesiaUPC (ดังเช่นแบบอักษรในคู่มือเล่มนี้) ตัวอักษรเหล่านี้จะต้องมองเห็นได้ชัด และง่ายต่อการอ่าน พื้นหลังจะมีสีต่าง ๆ

เลือกอุปกรณ์ที่ใช้ในบ้านที่มีขนาดใหญ่และมองเห็นชัด ปกติแล้วของที่นำมาใช้ในบ้านมักจะมาจากร้ายขายของ ซึ่งอุปกรณ์เหล่านี้มักจะเขียนตัวอักษรและตัวเลขที่ชัดเจน เช่น นาฬิกาติดฝาผนัง นาฬิกาข้อมือ หนังสือเล่มใหญ่ ส่วนอุปกรณ์ที่ใช้ทำกิจกรรมเวลาว่าง เช่น กระดานเกมขนาดใหญ่ ไฟที่มีขนาดและรูป/ตัวอักษรที่พิมพ์/สัญลักษณ์ที่มีขนาดใหญ่ด้วย เป็นต้น

ใช้เครื่องมือช่วยในการได้ยินและการมองเห็น สิ่งของหลายรายการในร้านค้าสามารถใช้/รับคำสั่งด้วยเสียงได้ เช่น นาฬิกาพูดได้ เครื่องวัดอุณหภูมิและเครื่องชั่ง โทรศัพท์มือถือ และในปัจจุบันโปรแกรมคอมพิวเตอร์มีฟังก์ชันแปลงข้อความเป็นคำพูดได้

8

สมรรถนะการได้ยิน

แนวทางการดูแลเพื่อจัดการ กับการสูญเสียการได้ยิน



การสูญเสียการได้ยินที่เกี่ยวข้องกับอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นความบกพร่องทางประสาทสัมผัสที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ ซึ่งหากไม่ได้รับการรักษาจะมีผลต่อการสื่อสารและอาจนำไปสู่การแยกตัวออกจากสังคม ข้อจำกัดของสมรรถนะด้านอื่น ๆ เช่น สมรรถนะการรู้คิดที่เสื่อม ก็สามารถทำให้เกิดผลเสียด้านการเข้าสังคมได้เช่นกัน การสูญเสียการได้ยินยังเชื่อมโยงกับปัญหาสุขภาพอื่น ๆ อีกมากมาย รวมถึงสมรรถนะด้านการรู้คิดลดลงและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมองเสื่อม มีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล การทรงตัวไม่ดี การหกล้ม การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

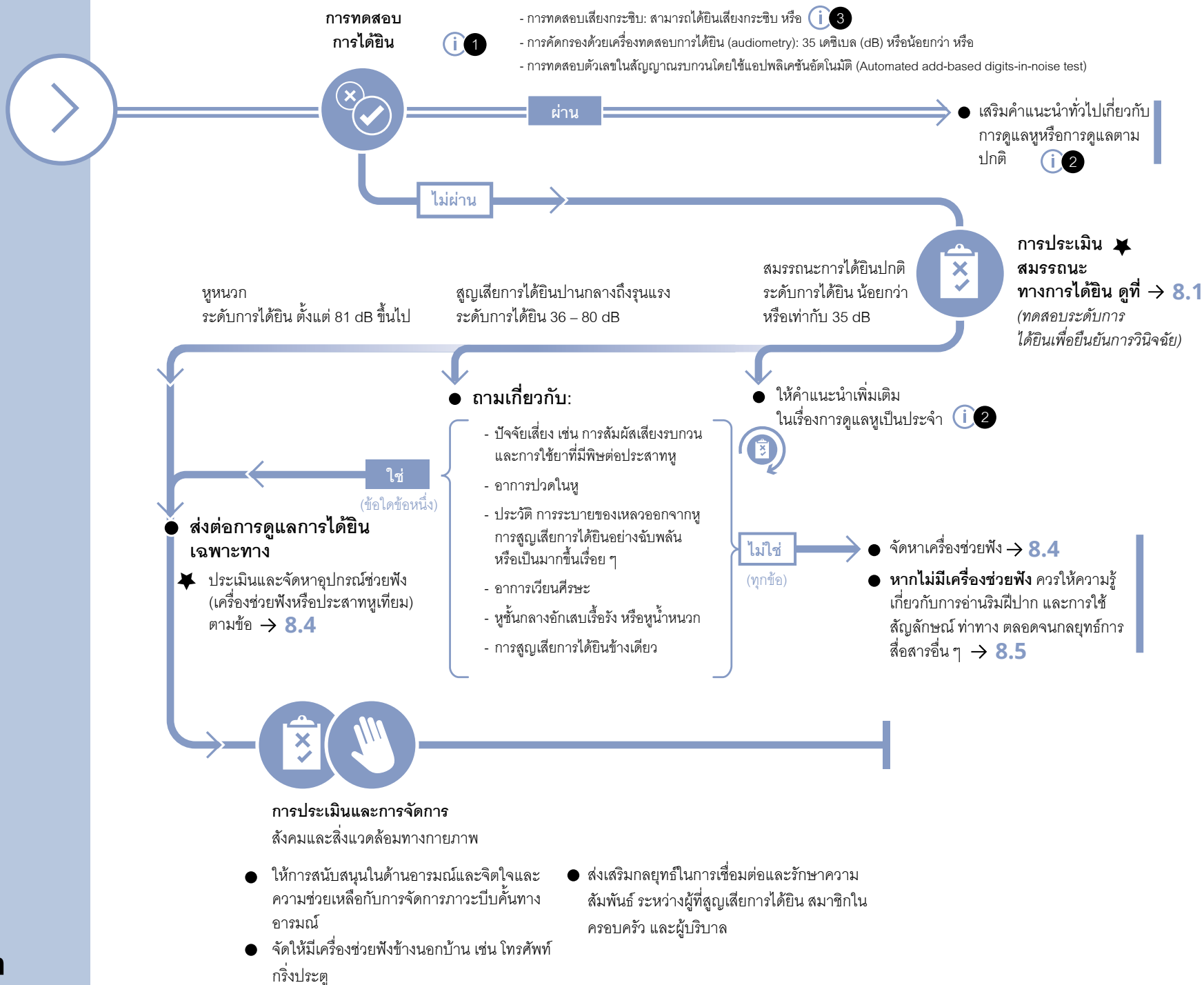
ดังนั้น การประเมินการได้ยิน จึงเป็นส่วนสำคัญในการติดตามสมรรถนะภายในของผู้สูงอายุในระดับชุมชน ซึ่งการประเมินการได้ยินในเชิงลึกเป็นส่วนสำคัญของการประเมินความต้องการด้านสุขภาพและการดูแลทางสังคมของผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์

ประเด็นสำคัญ

- ผู้ปฏิบัติงานในชุมชนและในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ สามารถตรวจคัดกรองการสูญเสียการได้ยินได้ ด้วยอุปกรณ์พกพาเบื้องต้น หรือการทดสอบการฟังเสียงกระซิบ
- สิ่งที่ทำได้ง่ายและสามารถทำได้ในบ้านและชุมชน สามารถลดผลกระทบของการสูญเสียการได้ยินได้ คือการใช้กลยุทธ์ทางการสื่อสารเพื่อช่วยให้การได้ยินง่ายขึ้น ได้แก่ การพูดชัด ถ้อยชัดคำ การคุยกันกับผู้สูงอายุโดยให้หันหน้า รวมทั้งการลดเสียงรบกวนรอบข้าง
- การทำให้การได้ยินดีขึ้นอาจจะต้องใช้อุปกรณ์ช่วยฟัง เช่น เครื่องช่วยฟัง และการฝังประสาทหูเทียม ทั้งนี้ควรให้ความรู้เกี่ยวกับอุปกรณ์พิเศษเหล่านี้อีกด้วย

สมรรถนะการได้ยิน

แนวทางการดูแลเพื่อจัดการ
กับการสูญเสียการได้ยิน



★ ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ



กระซิบคำที่คุ้นหูผู้รับการทดสอบ ตัวอย่างเช่น:

- | | |
|-----------|------------|
| - โรงงาน | - ปลา |
| - ห้องฟ้า | - จักรยาน |
| - ไฟ | - สวน |
| - หมายเลข | - สีเหลือง |

เมื่อใดที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ

- การประเมินบุคคลที่สูญเสียการได้ยินอย่างรุนแรง/หูหนวก
- การติดตั้งอุปกรณ์ช่วยการได้ยิน
- การจัดการปัญหาพื้นฐานที่เป็นสาเหตุหรือก่อให้เกิดการสูญเสียการได้ยิน

1

การทดสอบการได้ยิน

ทำการประเมินเบื้องต้นให้โดย 1 ใน 3 ของการทดสอบที่เป็นไปได้ ดังต่อไปนี้

การทดสอบเสียงกระซิบ

การทดสอบเสียงกระซิบเป็นเครื่องมือคัดกรองที่สามารถช่วยตรวจสอบว่าบุคคลนั้นมีการได้ยินปกติหรือจำเป็นต้องตรวจวินิจฉัยด้วยเครื่องทดสอบการได้ยิน (AUDIOMETRY) เพิ่มเติมหรือไม่

การคัดกรองด้วยเครื่องทดสอบการได้ยิน (15)

ใช้การตรวจคัดกรองด้วยเครื่องทดสอบการได้ยิน หากมีอุปกรณ์ ซึ่งการคัดกรองด้วยอุปกรณ์นี้จะนำเสนอโทนเสียงในช่วงเสียงพูด (500 ถึง 4,000 เฮิรตซ์) ที่ขีดจำกัดสูงสุดของการได้ยินปกติ โดยผลลัพธ์จะถูกบันทึกว่าผ่านหรือต้องส่งต่อ ซึ่งถ้าค่าที่อ่านได้เท่ากับ 35 DB หรือน้อยกว่าจะแสดงถึงการได้ยินปกติ ทั้งนี้ หากมีการฝึกอบรมเฉพาะระยะสั้นแล้ว ผู้ผ่านการฝึกอบรมถึงแม้จะไม่ได้เชี่ยวชาญก็สามารถทดสอบการได้ยินด้วยอุปกรณ์นี้ได้ อย่างแม่นยำ

การทดสอบตัวเลขในสัญญาณรบกวนโดยใช้แอปพลิเคชันอัตโนมัติ (AUTOMATED ADD-BASED DIGITS-IN-NOISE TEST) สามารถใช้การทดสอบนี้ได้เช่นกัน เพื่อพิจารณาว่าจำเป็นต้องใช้การตรวจด้วยเครื่องตรวจสอบสมรรถภาพการได้ยินหรือไม่ ซึ่งเปิดให้บริการในรูปแบบแอปพลิเคชันโทรศัพท์มือถือ ดังตัวอย่างข้างล่าง

 **hearWHO:** <https://www.who.int/deafness/hearWHO> (ฟรี ภาษาอังกฤษ)

 **hearZA:** <https://www.hearza.co.za/> (ฟรี ภาษาอังกฤษ)

 **uHear:** <http://unitron.com/content/unitron/nz/en/professional/practice-support/uhear.html> (ฟรี สำหรับผู้ใช้ไอโฟน ภาษาอังกฤษ ฝรั่งเศส เยอรมัน และสเปน)

ให้บริการทางเว็บไซต์:

 **from HearCom:** http://hearcom.eu/prof/DiagnosingHearingLoss/SelfScreenTests/ThreeDigitTest_en.html (ฟรี ภาษาดัตช์ อังกฤษ เยอรมัน โปแลนด์ และสวีเดน)

2

คำแนะนำทั่วไปเกี่ยวกับการดูแล

- **อย่า** ใช้นิ้วสกปรกแหย่เข้าไปในหู อย่าลืมหาล้างมือก่อนทำอาหาร และอย่ารับประทานอาหารด้วยมือที่สกปรก
- **ทุกครั้ง** หลังเข้าห้องน้ำต้องล้างมือให้สะอาด
- **อย่า** ว่ายน้ำหรืออาบน้ำสกปรก
- **อย่า** ใส่อะไรเข้าไปในหู ไม่ว่าจะเป็น:
 - น้ำมันร้อนหรือเย็น
 - สมุนไพร
 - ของเหลว เช่น น้ำมันก๊าด

3

การทดสอบเสียงกระซิบ

- ยืนห่างจากผู้รับการทดสอบ ทางด้านหลัง ด้านใดด้านหนึ่ง
- ขอให้ผู้รับการทดสอบ หรือผู้ช่วย ปิดหูด้านตรงข้ามโดยกดที่บริเวณหน้าต่อหู (tragus) ซึ่งเป็นส่วนที่ยื่นออกมาด้านหน้าและปิดบางส่วนของช่องเปิดของหู
- หายใจออกแล้วกระซิบเบา ๆ 4 คำ โดยใช้คำทั่วไปที่ไม่เกี่ยวข้องกัน
- ขอให้ผู้รับการทดสอบทวนคำที่ได้ยิน โดยควรพูดทีละคนและรอการตอบกลับของแต่ละคนในเวลาเดียวกัน หากผู้รับการทดสอบพูดซ้ำมากกว่า 3 คำ และผู้ทดสอบแน่ใจว่าเขาได้ยินชัดเจน แสดงว่าบุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะมีการได้ยินเป็นปกติ ในหูข้างที่ทดสอบ
- เลื่อนไปอีกด้านหนึ่งของผู้รับการทดสอบ แล้วทดสอบหูอีกข้างหนึ่ง โดยใช้คำที่แตกต่างกัน



การประเมิน สมรรถวิสัยการได้ยิน

★ 8.1 การทดสอบ 3 รูปแบบ เพื่อการประเมินที่ครอบคลุม

การประเมินการได้ยินอาจทำการทดสอบ 3 รูปแบบ ด้วยอุปกรณ์พิเศษ ได้แก่ การทดสอบการได้ยินสำหรับการวินิจฉัย โดยใช้เสียงความถี่เดียว (pure tone) การทดสอบการได้ยินโดยใช้คำพูด (speech audiometry) และการทดสอบโดยใช้เครื่องทดสอบการทำงานของหูชั้นกลาง (tympanometer) ซึ่งการทดสอบเหล่านี้สามารถช่วยระบุความจำเป็นในการฟื้นฟูได้ ทั้งนี้ ผู้ทำการทดสอบจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมเฉพาะทางด้วย

การทดสอบการได้ยินโดยใช้เสียงความถี่เดียว (Pure tone audiometry หรือ PTA) เป็นการทดสอบความสามารถของบุคคลในการได้ยินเสียงในความถี่โทนเสียงที่แตกต่างกัน (ระดับเสียง) โดยการเล่นเสียงที่บันทึกไว้ล่วงหน้าให้ดังขึ้นเรื่อย ๆ จนกว่าบุคคลนั้นจะได้ยิน หรือค่าระดับเริ่มการได้ยิน เป็นการทดสอบการนำทางอากาศและการนำกระดูกของเสียง เพื่อประเมินค่าระดับเริ่มการได้ยินที่ความถี่ตั้งแต่ 125 Hz (ต่ำมาก) ถึง 8000 Hz (สูงมาก) การทดสอบนี้ช่วยในการกำหนดระดับและประเภทของการสูญเสียการได้ยิน

การทดสอบการได้ยินโดยใช้คำพูด (speech audiometry)

ผู้สูงอายุจะได้รับประโยชน์จากการทดสอบเพิ่มเติม ในรูปแบบการทดสอบการได้ยินโดยใช้คำพูด การทดสอบนี้ จะมีการเปิดเสียงคำศัพท์ของคำง่าย ๆ ที่ถูกบันทึกไว้ล่วงหน้า โดยเปิดเพิ่มระดับเสียงขึ้นไปเป็นระยะและได้รับการทดสอบนั้นจะถูกขอให้พูดตามคำที่ได้ยิน ซึ่งการทดสอบนี้จะช่วยยืนยันผลการทดสอบการได้ยินโดยใช้เสียงความถี่เดียว (PTA) นอกจากนี้ยังจะช่วยทำให้ทราบว่าความรู้จำเสียงพูดสอดคล้องกับผลของ PTA หรือไม่ ทำให้ทราบว่าผลการทดสอบการรับรู้คำพูดมีความไม่สมมาตรซึ่งใน PTA ไม่ได้คาดการณ์ไว้ หรือเป็นการช่วยระบุว่าควรใส่เครื่องช่วยฟังที่หูข้างใด หากสามารถติดตั้งเครื่องช่วยฟังได้เพียงเครื่องเดียว

การทดสอบการทำงานของหูชั้นกลาง (tympanometry)

ขั้นสุดท้ายจะเป็นการทดสอบการทำงานของหูชั้นกลาง จะเป็นการทดสอบทำงานประสานกัน (หรือความคล่องตัว) ของเยื่อแก้วหู ซึ่งการทดสอบนี้สามารถยืนยันผลการทดสอบการได้ยินโดยใช้เสียงความถี่เดียว และการทดสอบโดยใช้คำพูด เพื่อระบุประเภทของปัญหาการได้ยินได้



การจัดการ การสูญเสียการได้ยิน

ควรมีการพิจารณาทั้งกลยุทธ์การสื่อสารและอุปกรณ์ช่วยฟัง แกไขปัญหาการสูญเสียการได้ยิน

แนวทางที่ดีที่สุดในการจัดการกับการสูญเสียการได้ยินควรพิจารณาจากการประเมินสมรรถนะภายในตัวบุคคลฉบับเต็ม ไม่ว่าจะเป็นสมรรถนะการรับรู้ที่เสื่อมลง การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหวไปยังที่ต่าง ๆ หรือการสูญเสียความชำนาญในการใช้แขนหรือมือ รวมทั้งการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน ล้วนแล้วแต่มีความจำเป็นต้องได้รับการพิจารณา

8.2 สำหรับผู้สูงอายุที่สูญเสียการได้ยินปานกลางถึงรุนแรง

- อธิบายให้ผู้สูญเสียการได้ยินและครอบครัว ได้รู้ถึงประโยชน์ของอุปกรณ์ช่วยการได้ยิน เช่น เครื่องช่วยฟัง หาข้อได้ที่ไหน และใช้อย่างไร เมื่อผู้สูงอายุมีเครื่องช่วยฟังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถสนับสนุนและส่งเสริมการใช้งานได้
- ไม่ควรตัดสินใจว่าบุคคลนั้นจำเป็นต้องใช้เครื่องช่วยฟังหรือไม่ด้วยการทดสอบการได้ยินเพียงอย่างเดียว โดยส่วนใหญ่ผู้ที่สูญเสียการได้ยินจะบ่นเกี่ยวกับความยากลำบากในการสื่อสารเมื่อมีเสียงรบกวน ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการประเมินความต้องการโดยรวมก่อนที่จะแนะนำให้ใช้เครื่องช่วยฟัง

- ให้คำแนะนำที่ชัดเจนแก่ผู้สูญเสียการได้ยิน รวมทั้งครอบครัวและผู้ให้การดูแล ในเรื่องของกลยุทธ์การสื่อสารที่สามารถช่วยให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น → 8.5
- ยาบางชนิดอาจทำให้เกิดความเสียหายต่อหูชั้นใน ส่งผลให้สูญเสียการได้ยินและ/หรือสูญเสียความสมดุล ซึ่งรวมถึงยาปฏิชีวนะ เช่น สเตอโรไมซิน และเจนตามัยซิน และยาต้านมาลาเรียเช่น คิวินิน และคลอโรควิน รวมถึงยาอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อการได้ยิน หากเป็นไปได้การลดการใช้ยาเหล่านี้ อาจช่วยป้องกันการสูญเสียการได้ยินได้

8.3 สำหรับผู้สูงอายุที่หูหนวก

ผู้สูงอายุที่สูญเสียการได้ยินในระดับสูง (หูตึงรุนแรงหรือหูหนวก) หรือผู้ที่ไม่ได้รับประโยชน์จากมาตรการดังกล่าวข้างต้น จะต้องได้รับการดูแลเฉพาะทางการได้ยิน เช่น การติดตั้งอุปกรณ์ช่วยการได้ยิน ทั้งนี้ การจัดหาอุปกรณ์ช่วยการได้ยินจำเป็นต้องใช้ทักษะเฉพาะสำหรับการทดสอบ การกำหนดและติดตั้ง

สมรรถนะการได้ยิน

แนวทางการดูแลเพื่อจัดการกับ การสูญเสียการได้ยิน

★ สัญญาณอันตรายอื่น ๆ เพื่อการดูแลการได้ยินเป็นพิเศษ

ภาวะที่อาจแฝงอยู่ของการสูญเสียการได้ยินจำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยและการจัดการโดยเฉพาะ ซึ่งรวมถึง:

- อาการปวดในหู
- หูชั้นกลางอักเสบเรื้อรัง (หูน้ำหนวก)
- สูญเสียการได้ยินอย่างฉับพลันหรือเป็นมากขึ้นเรื่อย ๆ
- เวียนศีรษะและสูญเสียการได้ยินระดับปานกลางถึงรุนแรง
- การระบายของเหลวออกจากหู
- มีปัจจัยเสี่ยง เช่น การสัมผัสกับเสียงรบกวน และการใช้ยาที่อาจทำลายการได้ยิน

สมรรถนะการได้ยิน

แนวทางการดูแลเพื่อจัดการกับ
การสูญเสียการได้ยิน

★ 8.4 อุปกรณ์ช่วยฟัง

เครื่องช่วยฟัง เครื่องช่วยฟังมักเป็นเทคโนโลยีที่ดีที่สุดสำหรับผู้สูงอายุที่สูญเสียการได้ยิน เครื่องช่วยฟังทำให้เสียงดังขึ้น สามารถใช้ได้ผลกับคนส่วนใหญ่และมีความสะดวกเพราะสวมเข้ากับหูได้ สิ่งสำคัญคือต้องอธิบายให้ประชาชนเข้าใจว่าเครื่องช่วยฟังไม่สามารถบำบัดหรือรักษาการสูญเสียการได้ยินได้

การฝังประสาทหูเทียม ประสาทหูเทียมมีประโยชน์ต่อผู้ที่สูญเสียการได้ยินระดับสูงที่ไม่ได้รับประโยชน์จากการใช้เครื่องช่วยฟัง ประสาทหูเทียมจะถูกใส่เข้าไปในหูโดยการผ่าตัด เพื่อเปลี่ยนเสียงเป็นแรงกระตุ้นทางไฟฟ้าและส่งไปยังเส้นประสาทของหู ทั้งนี้ บุคคลต้องได้รับการประเมินอย่างรอบคอบเพื่อดูว่าประสาทหูเทียมจะสามารถช่วยการได้ยินได้หรือไม่ หากไม่สามารถทำการการปลูกถ่ายประสาทหูเทียมได้ ผู้สูงอายุและครอบครัวควรได้รับแจ้งและได้รับการฝึกฝนในการอ่านริมฝีปากและการใช้ภาษาท่าทางแทน

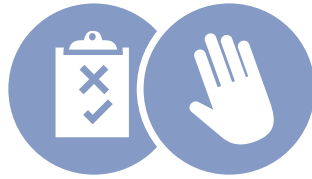
ห่วงเหินยวนำเสียงและเครื่องขยายเสียงส่วนบุคคล

อุปกรณ์นำเสียงและเครื่องขยายเสียงส่วนบุคคล ก็มีประสิทธิภาพในการช่วยการได้ยินได้เช่นกัน ห่วงเหินยวนำเสียงหรือห่วงช่วยฟัง เป็นสายลวดหรือสายไฟที่วางไว้รอบ ๆ ช่องว่าง เช่น ห่องประชุม หรือเคาน์เตอร์บริการ ซึ่งจะส่งสัญญาณจากไมโครโฟนและเครื่องขยายเสียงไปยังเครื่องช่วยฟัง



แนวทางของ WHO เพิ่มเติมสำหรับเครื่องช่วยฟังและบริการอื่น ๆ สำหรับประเทศกำลังพัฒนา:

<http://apps.who.int/iris/handle/10665/43066>



การประเมินและการจัดการ สิ่งแวดล้อมทางสังคมและกายภาพ

8

สมรรถนะการได้ยิน

แนวทางการดูแลเพื่อจัดการกับ
การสูญเสียการได้ยิน

การลดผลกระทบของการสูญเสียการได้ยินให้น้อยที่สุด สามารถช่วยรักษาความเป็นอิสระ และลดความจำเป็นที่ผู้สูงอายุต้องพึ่งพาบริการชุมชนในการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งสมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแลคนอื่น ๆ และชุมชนสามารถช่วยลดผลกระทบนี้ได้เช่นกัน

การสูญเสียการได้ยินมักนำไปสู่ความทุกข์ทางจิตใจและการแยกตัวออกจากสังคม ด้วยเหตุนี้การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการได้ยินจึงมีความสำคัญ กับการพิจารณาทางจิตสังคมมากขึ้น โดยปรับให้เข้ากับผู้สูงอายุและผู้บริบาล

- การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเป็นประจำ อาจลดความเสี่ยงต่อการรู้คิดที่เสื่อมได้ รวมทั้งภาวะซึมเศร้า จากอารมณ์และพฤติกรรมอื่น ๆ ที่เป็นผลจากการสูญเสียการได้ยิน ซึ่งในช่วงเวลาแห่งความทุกข์ยากเหล่านี้ เครือข่ายสนับสนุนทางสังคมสามารถให้ความช่วยเหลือได้
- คู่ครองและสมาชิกในครอบครัวสามารถช่วยป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุที่สูญเสียการได้ยินประสบกับความเหงาและความโดดเดี่ยวได้ ซึ่งอาจต้องการคำแนะนำในการปฏิบัติสิ่งเหล่านี้ เช่น ควรหมั่นสื่อสารกับผู้สูญเสียการได้ยินและจัดระเบียบกิจกรรมที่ทำให้มีส่วนร่วมในเครือข่ายสังคม (ดูคำแนะนำในการพูดคุยกับที่สูญเสียการได้ยินในกรอบขวามือ) → 8.5
- การแก้ปัญหาสิ่งแวดล้อมที่บ้าน อาจทำได้โดยการติดตั้งสัญญาณและโทรศัพท์ที่สามารถได้ยินได้ทั่วบริเวณบ้าน

8.5 กลยุทธ์การสื่อสารสำหรับสมาชิกในครอบครัวและผู้ให้การดูแลหรือผู้บริบาล

ผู้ปฏิบัติงานสามารถให้คำแนะนำสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแล ในการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติง่าย ๆ เมื่อพูดคุยกับผู้สูญเสียการได้ยิน (14) ดังนี้

- ✓ ให้นุคนั้นเห็นใบหน้าของคุณเมื่อคุณพูด
- ✓ ตรวจสอบให้แน่ใจว่ามีแสงสว่างเพียงพอบนใบหน้า เพื่อช่วยให้ผู้ฟังมองเห็นริมฝีปากของคุณ
- ✓ ดึงดูดความสนใจก่อนที่จะพูด
- ✓ พยายามหลีกเลี่ยงสิ่งรบกวนโดยเฉพาะเสียงดังและเสียงรบกวน
- ✓ พูดอย่างช้า ๆ และชัดเจน ห้ามตะโกน
- ✓ อธิบายก่อนการพูดกับผู้ที่มีความยากลำบากในการได้ยิน ซึ่งสิ่งนี้จะแบ่งแยกพวกเขาและอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า

กลยุทธ์เหล่านี้มีประโยชน์ไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีอุปกรณช่วยฟังหรือไม่ก็ตาม

9

สมรรถนะทางจิตวิทยา

แนวทางการดูแลเพื่อจัดการ อาการซึมเศร้า



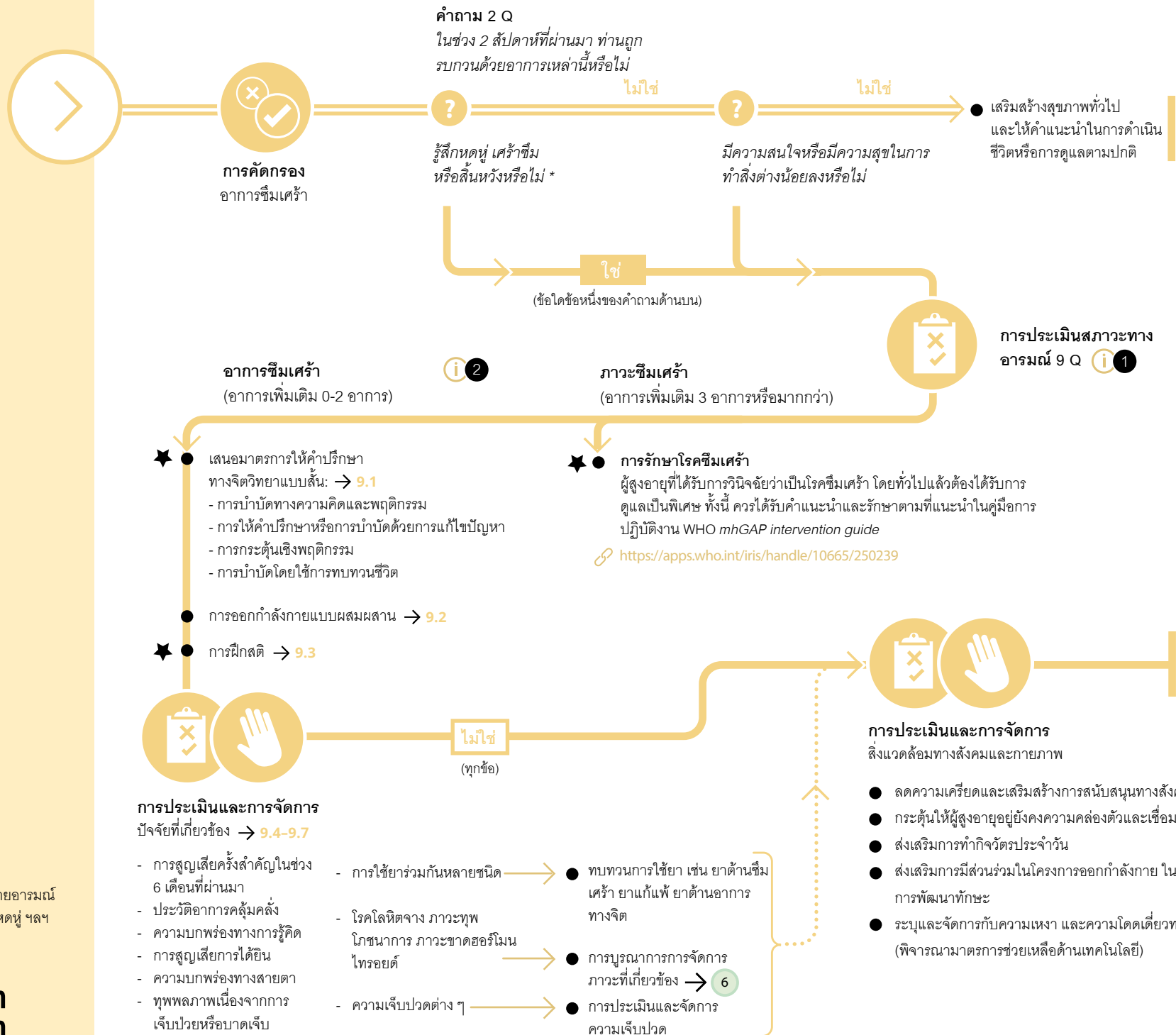
คำว่า “อาการซึมเศร้า” (หรืออารมณ์เศร้า) ใช้กับผู้สูงอายุที่มีอาการของภาวะซึมเศร้าพร้อมกัน 2 อาการขึ้นไป เกือบตลอดเวลา เป็นเวลาอย่างน้อย 2 สัปดาห์ แต่เป็นผู้ที่ไม่ผ่านเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะซึมเศร้า อาการซึมเศร้าพบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพระยะยาว ความโดดเดี่ยวทางสังคม หรือเป็นผู้ดูแลที่ต้องการมีหน้าที่ในการดูแล ซึ่งประเด็นเหล่านี้ควรได้รับการพิจารณาเป็นส่วนหนึ่งของแนวทางที่ครอบคลุมในการจัดการกับอาการซึมเศร้า

อาการซึมเศร้าเป็นแง่มุมที่สำคัญของสมรรถนะทางจิตวิทยา แต่เป็นเพียงมิติเดียว ซึ่งยังมีด้านอื่น ๆ อีก เช่น ความวิตกกังวล ลักษณะบุคลิกภาพ การรับมือและความเชี่ยวชาญในการแก้ปัญหา ซึ่งมิติเหล่านี้จำเป็นต้องใช้การวัดที่ซับซ้อน

ในบทนี้จะให้คำแนะนำในการป้องกันและจัดการอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุ ซึ่งคำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับมาตรการสำหรับภาวะซึมเศร้าสามารถดูได้จากคู่มือการปฏิบัติงาน WHO mhGAP intervention guide สามารถดาวน์โหลดได้ที่ <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>

ประเด็นสำคัญ

- การถามคำถามต่าง ๆ ที่อยู่ในชุดคำถาม จะช่วยผู้ปฏิบัติงานในชุมชนสามารถระบุได้ว่าผู้สูงอายุท่านใดมีอาการซึมเศร้าหรืออารมณ์เศร้าและจำแนกอาการซึมเศร้าจากภาวะซึมเศร้าได้
- การใช้มาตรการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาแบบย่อ โดยผู้ผ่านการฝึกอบรมและเจ้าหน้าที่วิชาชีพสาธารณสุขที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญซึ่งอยู่ภายใต้การกำกับดูแล สามารถช่วยเหลือผู้ที่มีอาการซึมเศร้าในชุมชนและกำหนดการดูแลระดับปฐมภูมิหน่วยอื่นได้
- อาการซึมเศร้าจำเป็นต้องใช้แนวทางที่ครอบคลุมและมักจะให้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเป็นผู้ให้การรักษา
- สมรรถนะภายในตัวบุคคลด้านอื่น ๆ ที่เสื่อมลง เช่น ในการได้ยินหรือการเคลื่อนไหว อาจทำให้เสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ลดการมีส่วนร่วมทางสังคม และทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้





การประเมินสภาวะทางอารมณ์

หากผู้สูงอายุรายงานว่ามีอาการหลักอย่างน้อย 1 อาการ ได้แก่ รู้สึกหดหู่ เศร้าซึม หรือสิ้นหวัง และมีความสนใจหรือมีความสุขในการทำสิ่งต่าง ๆ น้อยลง ให้ทำการประเมินสภาวะทางอารมณ์เพิ่มเติม โดยสามารถใช้คำอื่นได้หากผู้ถูกประเมินไม่คุ้นเคยกับคำที่อยู่ในคำถามคัดกรองทั้งสองคำถาม

คำถาม:

- “ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านเคยมีปัญหาลำบากใจหรือไม่?”*
- นอนหลับยากหรือนอนมากเกินไป
- รู้สึกเหนื่อยหรือมีพลังงานน้อย
- ไม่อยากอาหารหรือกินมากเกินไป
- รู้สึกแสบกับตนเอง หรือรู้สึกว่าตนเองเป็นคนล้มเหลวหรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง
- มีปัญหาในการจดจ่อกับสิ่งต่าง ๆ เช่น อ่านหนังสือพิมพ์ หรือดูโทรทัศน์
- เคลื่อนไหวหรือพูดช้าจนผู้อื่นสังเกตเห็นได้
- อยู่ไม่สุขหรือกระสับกระส่ายมากจนเคลื่อนไหวไปมามากกว่าปกติ
- คิดว่าจะดีกว่าถ้าตนเองตายไปหรือทำร้ายตัวเองด้วยวิธีการใดวิธีการหนึ่ง

* คำถามเหล่านี้สามารถพบได้ใน แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย หรือ Patient Health Questionnaire (PHQ-9) สามารถดาวน์โหลดได้จาก http://www.cqaimh.org/pdf/tool_phq9.pdf ซึ่งเป็นเครื่องมือหนึ่งในการประเมินอาการซึมเศร้า หรือดูส่วนของภาวะซึมเศร้าในคู่มือการปฏิบัติงาน WHO mhGAP intervention guide ซึ่งสามารถอ่านเพิ่มเติมได้ที่ <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>

เมื่อใดที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ

- ในกรณีที่มีความจำเป็นต้องใช้แนวทางที่ครอบคลุมมากขึ้นในการจัดการภาวะซึมเศร้า ซึ่งโดยปกติแล้วจะเป็นแนวทางเฉพาะทางในการพัฒนาแผนการดูแลส่วนบุคคล
- ในการจัดการอาการซึมเศร้าบุคลากรด้านสุขภาพจำเป็นต้องได้รับการฝึกอบรมเพื่อให้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะในด้านมาตรการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาที่มีโครงสร้างแบบย่อ
- ภาวะแทรกซ้อนบางอย่าง เช่น ภาวะขาดฮอร์โมนไทรอยด์ อาจจำเป็นต้องให้ผู้สูงอายุเข้ารับการวินิจฉัยและการจัดการเฉพาะทาง



อาการซึมเศร้า

หากผู้สูงอายุมีอาการหลักอย่างน้อย 1 อาการ และมีอาการเพิ่มเติม 1 หรือ 2 อาการ อาจะหมายถึงการอยู่ในอาการซึมเศร้า แต่ถ้ามีอาการมากกว่า 2 อาการ อาจมีสิทธิ์ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมีภาวะซึมเศร้า ทั้งนี้ สิ่งสำคัญคือต้องจำแนกอาการซึมเศร้าออกจากภาวะซึมเศร้าเนื่องจากใช้วิธีการรักษาที่แตกต่างกัน

- การรู้คิดเสื่อมลงและภาวะสมองเสื่อมอาจเกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้า โดยทั้ง 2 อย่างจะต้องได้รับการประเมินด้วย ซึ่งผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมักจะมาพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้วยปัญหาเกี่ยวกับอารมณ์หรือพฤติกรรม เช่น อาการเฉยเมย การควบคุมอารมณ์ไม่ได้ หรือมีความยากลำบากในการทำกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งการทำกิจกรรมในบ้านหรือในสังคม
- ในขณะเดียวกันการเสื่อมถอยของสมรรถนะภายในบุคคลด้านอื่น ๆ เช่น ประสาทสัมผัส หรือความคล่องตัว อาจลดความสามารถในการทำวัตรต่าง ๆ รวมทั้งการมีส่วนร่วมทางสังคม ซึ่งอาจจะทำให้มีอาการซึมเศร้าได้
- มาตรการต่าง ๆ ที่ใช้ในการลดการเสื่อมถอยของสมรรถนะภายในบุคคลด้านอื่น ๆ เช่น การรู้คิด หรือการได้ยิน อาจมีประสิทธิผลมากขึ้นหากมีการจัดการกับอาการซึมเศร้าไปพร้อม ๆ กัน ซึ่งควรนำมาพิจารณาในการพัฒนาแผนการดูแลส่วนบุคคลด้วย

9

สมรรถนะทางจิตวิทยา

แนวทางการดูแลเพื่อจัดการ อาการซึมเศร้า



การจัดการ อาการซึมเศร้า

★ 9.1 มาตรการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาที่มีโครงสร้างแบบย่อ

มาตรการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาที่มีโครงสร้างแบบย่อ เช่น การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม วิธีการแก้ไขปัญห การกระตุ้นเชิงพฤติกรรม และการบำบัดโดยใช้การทบทวนชีวิต อาจช่วยลดอาการซึมเศร้าได้มากในผู้สูงอายุ นอกจากนี้ การออกกำลังกายแบบผสมผสาน และการฝึกสติก็สามารถลดอาการซึมเศร้าได้เช่นกัน

สามารถใช้มาตรการทางจิตวิทยาลายมาตรการ ซึ่งได้รับความยินยอมจากผู้สูงอายุแล้ว ทั้งนี้ควรคำนึงถึงความกังวลของผู้สูงอายุด้วย เช่น ความยากลำบากในการแก้ไขปัญหา นอกจากนี้ยังควรพิจารณาเรื่องการออกกำลังกายที่นอกเหนือจากการรักษาทางจิตวิทยาที่มีโครงสร้างชัดเจน เนื่องจากการออกกำลังกายให้ผลในเชิงบวกซึ่งช่วยทำให้อารมณ์ดีขึ้น (ดูบทที่ 5 การเคลื่อนไหวที่จำกัด) → 5

ไม่แนะนำให้ย่นย่อการให้คำปรึกษาทางจิตวิทยาโดยแพทย์ในหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ ที่ไม่มีความรู้เฉพาะทางด้านสุขภาพจิต

- ★ บุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่ได้รับการฝึกอบรมด้านสุขภาพจิต มักจะเป็นผู้บริหารจัดการตามมาตรการเหล่านี้ โดยผู้ปฏิบัติงานในชุมชนก็สามารถช่วยในการบริหารจัดการมาตรการนี้ได้ หากมีทักษะในการใช้มาตรการ และได้รับการฝึกฝนในประเด็นสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ซึ่งมาตรการเหล่านี้ไม่มีอันตรายใด ๆ

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม

การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive behavioural therapy (CBT)) มีพื้นฐานมาจากแนวคิดที่ว่า ความรู้สึกได้รับผลกระทบจากทั้งความเชื่อและพฤติกรรม ผู้ที่มีอาการซึมเศร้า (หรือได้รับการวินิจฉัยว่ามีความผิดปกติทางจิต)อาจมีความคิดบิดเบือนจากความเป็นจริง หรือในเชิงลบ ซึ่งถ้าไม่ได้รับการบำบัดอาจนำไปสู่พฤติกรรมที่เป็นอันตราย ดังนั้น CBT โดยทั่วไปจึงมีองค์ประกอบด้านการรู้คิด ที่ช่วยให้บุคคลพัฒนาความสามารถที่จะระบุและท้าทายความคิดเชิงลบจากความเป็นจริง เช่นเดียวกับองค์ประกอบทางพฤติกรรมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมเชิงบวกและลดพฤติกรรมเชิงลบ ตามขั้นตอน ได้แก่ (1) การระบุปัญหาชีวิต (2) การตระหนักถึงความคิด อารมณ์ และความเชื่อเกี่ยวกับปัญหาเหล่านี้ (3) การระบุความคิดเชิงลบหรือการคิดที่ไม่ถูกต้อง และ (4) การปรับเปลี่ยนความคิดตามความเป็นจริงมากขึ้น

การให้คำปรึกษาหรือการบำบัดด้านการแก้ไขปัญห

วิธีการแก้ไขปัญหานั้นควรได้รับการพิจารณาสำหรับรักษาผู้ที่มีอาการซึมเศร้าที่รู้สึกเป็นทุกข์ หรือผู้ที่มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตทางสังคมในระดับหนึ่ง (ในกรณีที่ไม่พบภาวะซึมเศร้าหรือความผิดปกติที่ได้รับการวินิจฉัยแล้ว)

การบำบัดด้วยการแก้ไขปัญห จะให้การสนับสนุนโดยตรงและเป็นประโยชน์ในทางปฏิบัติให้กับผู้ที่มีอาการซึมเศร้า โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพซึ่งทำหน้าที่เป็นนักบำบัดทำงานร่วมกันกับผู้สูงอายุ เพื่อระบุและจำแนกประเด็นปัญหาสำคัญที่อาจมีส่วนทำให้เกิดอาการซึมเศร้า แบ่งออกเป็น การจัดการการแก้ไขปัญหายากได้ และพัฒนาการจัดการปัญหาเฉพาะ เป็นต้น

พฤติกรรมบำบัด

พฤติกรรมบำบัดเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมด้วยการให้รางวัล เพื่อลดอาการซึมเศร้า

วิธีการนี้ทำให้ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้ได้เร็วกว่าการรักษาทางจิตวิทยาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่อาจมีการเรียนรู้โดยผู้ที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ ดังนั้น จึงสามารถเพิ่มการเข้าถึงการดูแลอาการซึมเศร้าให้มากขึ้น ซึ่งมาตรการที่ได้ทำการศึกษาแล้วเป็นแบบมาตรการหลายชุด โดยผู้เชี่ยวชาญ เป็นไปได้ว่าสามารถปรับเปลี่ยนเป็นการให้คำปรึกษาแบบสั้นและดำเนินการโดยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ผ่านการฝึกอบรม ซึ่งเป็นขั้นตอนแรกของแนวทางการดูแลแบบครอบคลุมในการดูแลระดับปฐมภูมิ

การบำบัดโดยใช้การทบทวนชีวิต

การบำบัดโดยใช้การทบทวนชีวิต เกี่ยวข้องกับนักบำบัดที่แนะนำบุคคลให้จดจำและประเมินอดีตของตนเพื่อให้บรรลุความรู้สึกสงบหรือการยอมรับเกี่ยวกับชีวิต การบำบัดประเภทนี้สามารถช่วยให้มุมมองชีวิตถูกต้องตามความเป็นจริง และฟื้นคืนความทรงจำที่สำคัญเกี่ยวกับเพื่อนและคนที่รักได้ การบำบัดด้วยการทบทวนชีวิตสามารถช่วยในการรักษาภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและสามารถช่วยผู้ที่กำลังเข้าสู่ปัจฉิมวัยของชีวิตได้ได้ โดยนักบำบัดจะเน้นการบำบัดทบทวนชีวิตในหัวข้อที่เกี่ยวกับชีวิตหรือด้วยการมองย้อนกลับไปในบางช่วงเวลาของชีวิต เช่น วัยเด็ก ความเป็นพ่อแม่ ปู่ย่าตายาย หรือช่วงเวลาที่อยู่ในวัยทำงาน

9.2 การออกกำลังกายแบบผสมผสาน

โปรแกรมการออกกำลังกายที่ปรับให้เหมาะสมกับความสามารถทางกายภาพและความชอบของบุคคล สามารถลดอาการซึมเศร้าได้ในระยะสั้นและในระยะยาว ดูบทที่ 5 การเคลื่อนไหวที่จำกัด) → 5

★ 9.3 การฝึกสติ

สติ ประกอบด้วย การให้ความสนใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นในขณะปัจจุบัน แทนที่จะเป็นไปตามกระแสแห่งความคิดเกี่ยวกับอดีต อนาคต ความปรารถนา ความรับผิดชอบ หรือความเสียใจ ซึ่งอาจกลายอยู่ในกันบึงแห่งความคิดของคนที่มีอาการซึมเศร้า ทั้งนี้ การฝึกสติมีหลายประเภท วิธีการที่ใช้กันอย่างแพร่หลาย คือ การนั่งหรือนอนเงียบ ๆ และเน้นความสนใจไปที่ลมหายใจ นอกจากนี้ ยังมีการฝึกสติรวมกับการเคลื่อนไหวทางกาย เช่น ในระหว่างโยคะหรือเดิน ซึ่งมีประโยชน์เช่นกัน



การประเมินและการจัดการ ภาวะหรือปัจจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

หากมีภาวะหรือปัจจัยต่าง ๆ เหล่านี้ อาจจะแนะนำการรักษาที่แตกต่างจากการรักษาซึมเศร้า ภาวะหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ มีดังนี้

- **มีการสูญเสียครั้งสำคัญในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา**
- **มีประวัติอาการอารมณ์เปลี่ยนแปลง** อาการอารมณ์เปลี่ยนแปลงเป็นช่วงของอารมณ์ที่มีพลังงานและมีการทำกิจกรรมต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ซึ่งคนที่เคยมีอาการอารมณ์เปลี่ยนแปลงจะถูกจำแนกว่าเป็นโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) ประวัติอารมณ์เปลี่ยนแปลง สามารถระบุได้โดยการตรวจอาการหลายอย่างที่เกิดขึ้นพร้อมกัน เป็นเวลาอย่างน้อย 1 สัปดาห์ และรุนแรงพอที่จะรบกวนการทำกิจวัตรประจำวันและการเข้าสังคม หรือต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือการกักบริเวณ (สามารถอ่านข้อมูลเพิ่มเติมได้ใน the mhGAP intervention guide ดาวน์โหลดได้ที่ https://www.paho.org/mhgap/en/bipolar_flowchart.html)
- **การรู้คิดที่เสื่อมลง** ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้าและการรู้คิดที่เสื่อมลงมีความซับซ้อน การศึกษาทางระบาดวิทยาได้เชื่อมโยงภาวะซึมเศร้ากับพัฒนาการของโรคอัลไซเมอร์มายาวนาน ความสามารถทางสติปัญญาที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า คือ ความสนใจ การเรียนรู้ และการจดจำผ่านการมองเห็น ตลอดจนความสามารถในการบริหารจัดการ นอกจากนี้ อาการซึมเศร้าอาจเป็นการตอบสนองทางจิตวิทยาต่อการตระหนักรู้ของตนเองที่เกิดจากการรู้คิดที่เสื่อมลงที่ทำยังไม่ได้เริ่มรบกวนการทำงานประจำวัน
- **การสูญเสียการได้ยิน** ผู้สูงอายุที่สูญเสียการได้ยินอาจมีแนวโน้มที่จะประสบความอับอาย วิตกกังวล และสูญเสียความนับถือตนเองและไม่ค่อยมีส่วนร่วมในกิจกรรมสังคมรวมทั้งการออกกำลังกาย จึงทำให้ผู้สูงอายุแยกตัวออกจากสังคมทำให้เหงาและเข้าสู่ภาวะซึมเศร้าในที่สุด (15)
- **ความบกพร่องทางสายตาและการปรากฏของโรคทางตาซึ่งเกี่ยวข้องกับอายุ** เช่น โรคจอประสาทตาเสื่อมในผู้สูงอายุ และต้อหิน มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะซึมเศร้า (16) ผู้ที่มีการมองเห็นไม่ดีมักรายงานว่าพวกเขารู้สึกไม่มีความสุข โดดเดี่ยว หรือแม้กระทั่งสิ้นหวัง
- **ปฏิกิริยาต่อความพิการเนื่องจากการเจ็บป่วยหรือการบาดเจ็บ** ภาวะซึมเศร้าเป็นภาวะทุติยภูมิที่พบบ่อยในผู้ที่มีความพิการ ซึ่งผู้ที่ประสบความพิการเนื่องจากความเจ็บป่วยและการบาดเจ็บต้องเผชิญกับความเครียด และยังต้องรับมือกับการเปลี่ยนแปลงของชีวิต โดยขั้นตอนของการปรับตัวให้เข้ากับรูปแบบใหม่ของความพิการ ได้แก่ ความตกใจ การปฏิเสธ ความโกรธ ภาวะซึมเศร้าและการปรับตัว และการยอมรับ นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่มีความพิการรายใหม่มีความเสี่ยงที่จะเกิดความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าได้

★ 9.4 การใช้ยาร่วมกันหลายขนาน

การใช้ยาร่วมกันหลายขนาน สามารถนำไปสู่อาการซึมเศร้าและอาการซึมเศร้าอาจนำไปสู่การใช้ยาร่วมกันหลายขนานได้ ดังนั้น การจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยาร่วมกันหลายขนานและอาการซึมเศร้าจึงเป็นสิ่งสำคัญเพื่อทำลายวงจรของปัญหา นอกเหนือจากยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางเป็นหลักแล้ว ยาที่มีคุณสมบัติต่อจิตและประสาท เช่น ยาแก้แพ้และยาด้านอาการทางจิต ยากล่อมกล้ามเนื้อ และยาที่ไม่ใช่ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทอื่น ๆ ที่มีคุณสมบัติแอนตี้โคลิเนอร์จิก (anticholinergic) อาจสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า ดังนั้นหากมีการกำจัดการที่ไม่จำเป็นและไม่ได้ผลในการรักษาจะเท่ากับว่าได้ลดผลกระทบจากการใช้ยาร่วมกันหลายขนานได้ถึง 2 เท่า

★ 9.5 โรคโลหิตจาง ภาวะทุพโภชนาการ

โรคโลหิตจางและภาวะทุพโภชนาการอาจนำไปสู่อาการซึมเศร้า เนื่องจากการขาดธาตุเหล็ก วิตามิน เช่น โฟเลต วิตามินบี 6 และ วิตามินบี 12 อาการซึมเศร่ายังมีส่วนในการพัฒนาของโรคโลหิตจางด้วย นอกจากนี้ ภาวะเบื่ออาหาร และขาดความสนใจในการทำกิจวัตรประจำวัน (เช่น การซื้อของ และการปรุงอาหาร) สามารถลดคุณภาพและปริมาณโภชนาการของผู้สูงอายุซึ่งเอื้อต่อการพัฒนาของโรคโลหิตจางและภาวะทุพโภชนาการได้ ดังนั้น ในการจัดการอาการซึมเศร้าสิ่งสำคัญคือต้องจัดการทั้งภาวะโลหิตจางและปรับโภชนาการให้ดีขึ้น (ดูบทที่ 6 ภาวะทุพโภชนาการ) → 6

★ 9.6 ภาวะขาดฮอร์โมนไทรอยด์

ภาวะขาดฮอร์โมนไทรอยด์ เป็นความผิดปกติที่พบบ่อยในผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้หญิง ซึ่งอาการอาจไม่เฉพาะเจาะจงและแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล แต่อาจรวมถึงอาการซึมเศร้า ภาวะขาดฮอร์โมนไทรอยด์ควรได้รับการประเมินและจัดการโดยเจ้าหน้าที่สุขภาพที่มีความรู้เฉพาะทาง

★ 9.7 ความเจ็บปวด

ผู้ที่มีอาการปวดเรื้อรังมักมีอาการซึมเศร่าย่วมด้วย ดังนั้นสิ่งสำคัญที่จะต้องทำคือการประเมินและการจัดการความเจ็บปวด (ดูบทที่ 5 การเคลื่อนไหวที่จำกัด) → 5

9

สมรรถนะทางจิตวิทยา

แนวทางการดูแลเพื่อจัดการ อาการซึมเศร้า



การประเมินและการจัดการ สิ่งแวดล้อมทางสังคมและกายภาพ

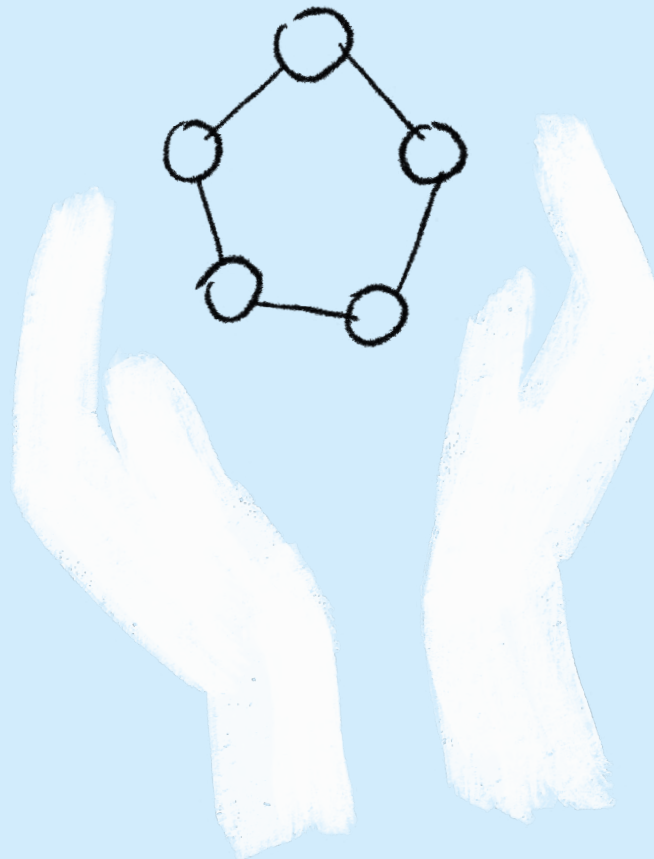
การขาดความสนใจในกิจกรรมที่เคยสนใจหรือพึงพอใจเป็นอาการ
ปกติของผู้ที่อยู่ในภาวะซึมเศร้า ซึ่งสมาชิกในครอบครัวและผู้ให้การ
ดูแลสามารถให้กำลังใจและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายและ
เข้าสังคมมากขึ้น เช่น มีส่วนร่วมในโครงการออกกำลังกายในชุมชน
และการพัฒนาทักษะ เป็นต้น

หากผู้สูงอายุประสบกับการสูญเสียสมรรถนะด้านต่าง ๆ เช่น การสูญเสียการได้ยิน หรือสมรรถนะการเคลื่อนไหวจำกัด สมาชิกในครอบครัว
และผู้ให้การดูแลสามารถให้ความสนใจเป็นพิเศษเพื่อหลีกเลี่ยงไม่ให้
ผู้สูงอายุแยกตัวจากสังคม ซึ่งสามารถนำไปสู่อาการซึมเศร้าได้
นอกจากนี้ ควรพิจารณามาตรการด้านเทคโนโลยีที่อำนวยความสะดวก
สะดวกเข้ามาช่วยได้ โดยใช้โทรศัพท์หรืออินเทอร์เน็ตเพื่อจัดการกับ
ความโดดเดี่ยวได้

10

การดูแลทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม

แนวทางการดูแลเพื่อการดูแลทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคม



ผู้ที่สูญเสียสมรรถนะภายในบุคคล คัดค้านความเป็นมนุษย์มากขึ้นอยู่กับการได้รับการดูแล การสนับสนุนช่วยเหลือจากผู้อื่น ความพร้อมของสังคมที่จะให้การดูแลและการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการมีชีวิตที่มีศักดิ์ศรีและมีความหมาย การได้รับการดูแลและช่วยเหลือทางสังคมไม่เพียงแต่ช่วยในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (ADL) และการดูแลส่วนบุคคลเท่านั้น แต่การเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกของชุมชนและที่สาธารณะอีกด้วย ทำให้ลดความโดดเดี่ยวและการแยกตัวออกจากสังคม การช่วยเหลือด้านความมั่นคงทางการเงิน การจัดหาสถานที่ที่เหมาะสมในการอยู่อาศัยที่ปลอดภัยและการส่งเสริมและกระตุ้นการมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ จะช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้ว่าตนเองมีความหมายได้

บุคคลที่เหมาะสมในการถามเกี่ยวกับความต้องการการดูแลและการสนับสนุนทางสังคมอาจมีความแตกต่างกัน หากผู้สูงอายุมีความรู้คิดเชื่อมโยงการถามคำถามเกี่ยวกับกิจกรรมที่ทำประจำในแต่ละวัน และการเงินอาจถามจากคนที่รู้จักผู้สูงอายุได้ดี เช่น สมาชิกในครอบครัวผู้ให้การดูแลหรือเพื่อน

ประเด็นสำคัญ

- ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ลดลงเป็นเรื่องปกติในผู้สูงอายุโดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีสมรรถนะภายในบุคคลลดลงเป็นตัวอย่าง
- ผู้ปฏิบัติงานในชุมชนสามารถคัดกรองความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยแบบสอบถามง่าย ๆ
- การออกแบบการดูแลเฉพาะเจาะจงผู้สูงอายุแต่ละรายตามลำดับความสำคัญปัญหาของผู้สูงอายุ สามารถช่วยเพิ่มทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้น
- การออกแบบการดูแลที่มีประสิทธิภาพหมายถึงการเพิ่มขึ้นของสมรรถนะภายในบุคคล ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน และการให้การดูแลทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม

การดูแลทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม

แนวทางการดูแลเพื่อการดูแลทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม

การประเมิน
ความต้องการการดูแลและ
สนับสนุนทางสังคม

คำถาม

ใช่

1. ท่านมีปัญหาในการเดินในบ้านหรือไม่
2. ท่านมีปัญหาในการใช้ห้องน้ำ (หรือห้องสุขา) หรือไม่
3. ท่านมีปัญหาในการแต่งตัวหรือไม่
4. ท่านมีปัญหาในการใช้อ่างอาบน้ำหรือฝักบัวหรือไม่
5. ท่านมีปัญหาในการรักษารูปลักษณ์หรือไม่
6. ท่านมีปัญหาในการเลี้ยงชีพหรือไม่

การช่วยเหลือด้วยการดูแลทางสังคม (ความช่วยเหลือส่วนบุคคล)

- ประเมินและปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมทางกายภาพ เพื่อลดความเสี่ยงการสูญเสียความสามารถภายใน ปรับปรุงการเคลื่อนไหว และป้องกันการหกล้ม
- พิจารณาใช้เทคโนโลยีอำนวยความสะดวก อุปกรณ์ช่วยเหลือ และการปรับตัว
- ประเมินการสนับสนุนจากคู่ชีวิต ครอบครัว หรือผู้ดูแลอื่น ๆ ที่ไม่ได้รับค่าตอบแทน และรวมถึงการประเมินความต้องการของผู้ดูแล
- ทบทวนความต้องการการสนับสนุนจากผู้ดูแลที่ได้รับค่าตอบแทน
- ควรมีผู้ดูแลและบริการต่าง ๆ เช่น การดูแลที่บ้าน สถานดูแลตอนกลางวัน ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ

ถามคำถามเพิ่มเติม

คุณมีความกังวลเนื่องจาก:

1. ความปลอดภัยของท่านและความปลอดภัยในที่อยู่อาศัย
2. สภาพบ้านของท่าน
3. ที่ตั้งของบ้านของท่าน
4. ค่าใช้จ่ายของที่อยู่อาศัย
5. การซ่อมแซมและบำรุงรักษาร้านของท่าน
6. การจัดการกับชีวิตโดยพึ่งพาตนเองในที่ที่ท่านอยู่

ใช่

พิจารณา:

- การปรับบ้าน
- ที่พักทางเลือก
- ส่งต่อสวัสดิการสังคม หรือโครงการที่อยู่อาศัยในชุมชน หรือเครือข่ายการสนับสนุนที่มีอยู่

ถามคำถามเพิ่มเติม

1. โดยทั่วไปแล้วการเงินของท่านเป็นอย่างไรในช่วงสิ้นเดือน
2. ท่านสามารถจัดการเงินและการเงินของท่านได้หรือไม่
3. ท่านต้องการคำแนะนำเกี่ยวกับค่าลดหย่อนทางการเงินหรือสิทธิประโยชน์ด้านการเงินหรือไม่

ใช่

พิจารณา:

- การส่งต่อเพื่อรับสำหรับคำแนะนำทางการเงินจากผู้เชี่ยวชาญ
- แนะนำการมอบหมายให้การตัดสินใจทางการเงินได้รับความคุ้มครองจากการละเมิดทางการเงิน

ใช่

ใช่

9. ท่านรู้สึกโดดเดี่ยวหรือไม่

ทบทวนวิธีการเพิ่มเติม:

- การเชื่อมต่อทางสังคมที่ใกล้ชิด (คู่สมรส ครอบครัว เพื่อน สัตว์เลี้ยง)
- การใช้ทรัพยากรของชุมชนในท้องถิ่น (ชมรม กลุ่มศรัทธา ศูนย์ดูแลตอนกลางวัน กีฬา สันทนาการ การศึกษา)
- โอกาสในการมีส่วนร่วม (อาสาสมัคร การจ้างงาน)
- การเชื่อมต่อโดยใช้เทคโนโลยีการสื่อสาร

ไม่ใช่

11. ประเมินความเสี่ยงของการล่วงละเมิดผู้สูงอายุ

ข้อมูลเชิงสังเกตตามพฤติกรรมของผู้สูงอายุ พฤติกรรมของผู้ดูแล หรือญาติ หรือจากสัญญาณของการทำร้ายร่างกาย ควรใช้เพื่อระบุถึงการล่วงละเมิดที่อาจเกิดขึ้น

1

- หากมีภัยคุกคามที่เกิดขึ้นฉับพลัน ให้ส่งต่อเพื่อรับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญผ่านงานสังคมสงเคราะห์ การคุ้มครองผู้ใหญ่ หรือระบบบังคับใช้กฎหมาย

ถามคำถามเพิ่มเติมเพื่อระบุปัญหาและอุปสรรค:

คุณไม่สามารถสิ่งเหล่านี้ได้เนื่องจาก:

1. ค่าใช้จ่าย 2. ระยะทาง 3. การขนส่ง 4. ขาดโอกาส 5. อื่น ๆ

- จัดทำรายการบริการชุมชนในท้องถิ่นสำหรับผู้สูงอายุ เช่น สิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการพักผ่อน และสโมสร ผู้ให้บริการการศึกษาผู้ใหญ่ อาสาสมัคร และบริการให้คำปรึกษาด้านการจ้างงาน
- ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุใช้บริการเหล่านี้เพื่อเพิ่มการเข้าสังคม

เมื่อใดที่จำเป็นต้องใช้องค์ความรู้เฉพาะทาง

เจ้าหน้าที่สุขภาพควรทราบว่าผู้สูงอายุควรได้รับการส่งต่อเพื่อรับการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งวิธีการจะแตกต่างกันไปขึ้นอยู่กับความพร้อม ดังนั้น ผู้นำหมู่บ้าน ครูใหญ่โรงเรียน พระสงฆ์ หรือหัวหน้ากลุ่มผู้ที่มีศรัทธาเรื่องเดียวกัน ในบางแห่ง บุคคลเหล่านี้เป็นผู้ที่เหมาะสมที่จะทำงานด้านนี้แทนนักสังคมสงเคราะห์ การดำเนินงานดูแลทางสังคมและสนับสนุนทางสังคมแบบบูรณาการจำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนจากหลายมิติ การประชุมอย่างสม่ำเสมอเพื่อสร้างความไว้วางใจระหว่างผู้เชี่ยวชาญและผู้ให้บริการ ตัวอย่างของผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเชี่ยวชาญในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้

- ด้านสภาพความเป็นอยู่: บริการบ้านพัก นักสังคมสงเคราะห์ นักกิจกรรมบำบัด
- ด้านการเงิน: นักสังคมสงเคราะห์ ผู้ให้คำแนะนำด้านสิทธิประโยชน์
- ด้านความโดดเดี่ยว: นักสังคมสงเคราะห์ อาสาสมัครที่ให้บริการ แพทย์ในระดับปฐมภูมิ

- ด้านการมีส่วนร่วม: นักสังคมสงเคราะห์ อาสาสมัครสนับสนุนการ การจ้างงาน และอาสาสมัครที่ให้บริการ
- ด้านความรุนแรงในครอบครัว: นักสังคมสงเคราะห์ บริการการคุ้มครองในผู้ใหญ่ บริการด้านกฎหมาย
- ด้านกิจกรรมในชีวิตประจำวัน: นักอาชีวบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ พยาบาลหรือทีมสหสาขาวิชาชีพผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุ
- ด้านการเคลื่อนไหวในสถานบริการ: นักกายภาพบำบัด นักอาชีวบำบัด นักสังคมสงเคราะห์หรือทีมผู้เชี่ยวชาญของสหวิชาชีพสำหรับผู้สูงอายุ
- ด้านการเคลื่อนไหวนอกสถานบริการ: นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ อาสาสมัครบริการขนส่ง

1 สิ่งที่ต้องสังเกตสำหรับการละเมิดในผู้สูงอายุผู้ที่เป็ไปได้

พฤติกรรมของผู้สูงอายุ

- แสดงท่าทางกลัวญาติหรือเจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแล/นักบริบาล
- ไม่ต้องการตอบเมื่อถูกถาม หรือมองไปที่ผู้ให้การดูแล/ญาติก่อนที่จะตอบสนอง ด้วยความวิตกกังวล
- พฤติกรรมเปลี่ยนไปเมื่อผู้ให้การดูแล/ญาติเข้าหรือออกจากห้อง
- พูดถึงผู้ให้การดูแลในแง่ลบ ๆ เช่น “เอาแต่ใจอย่างแรง” หรือ มักจะ “เหนื่อย” หรือ “อารมณ์ไม่ดี” หรือ หงุดหงิด/วิตกกังวลมาก/เครียดมาก/เสียอารมณ์ได้ง่ายมาก
- แสดงความเคารพผู้ให้การดูแลอย่างเกินจริงหรือคล้อยตามอย่างมาก

พฤติกรรมของผู้ให้การดูแล/ญาติ

- ขัดขวางหรือป้องกันไม่ให้เจ้าหน้าที่และผู้สูงอายุพูดคุยเป็นการส่วนตัวหรือคอยหาเหตุผลที่จะขัดขวางขั้นตอนของการสัมภาษณ์แบบประเมิน (เช่น เข้ามาในห้องซ้ำ ๆ)
- ยืนกรานที่จะการตอบคำถามแทนผู้สูงอายุ
- วางของกีดขวางทางเดินที่ผู้สูงอายุใช้เพื่อช่วยอำนวยความสะดวกในบ้าน
- แสดงให้เห็นถึงความไม่พอใจในระดับสูงที่ต้องดูแลผู้สูงอายุ
- พยายามโน้มน้าวเจ้าหน้าที่เห็นว่าผู้สูงอายุ “บ้า” หรือเป็นโรคสมองเสื่อมหรือบุคคลนั้นไม่รู้ว่าตนกำลังพูดอะไรเนื่องจากความสับสนเมื่อไม่เป็นเช่นนั้น
- ไม่ให้ความร่วมมือ เหนื่อย หรือไม่อดทนในระหว่างการสัมภาษณ์ และผู้สูงอายุจะกระสับกระส่ายหรือเฉยเมยเมื่ออยู่ต่อหน้าผู้ให้การดูแล

ความรุนแรงทางร่างกาย

- บาดแผลไฟไหม้ฟกช้ำและรอยขีดข่วน
- การบาดเจ็บที่ไม่ตรงกับคำอธิบายที่ให้ไว้
- การบาดเจ็บที่ไม่น่าจะเกิดขึ้นโดยบังเอิญ
- การบาดเจ็บและบาดแผลในสถานที่ปกปิด
- รอยฟกช้ำที่มีรูปร่างเหมือนนิ้วมือจากการจับแรง ๆ (มักเป็นต้นแขน)
- การบาดเจ็บในพื้นที่สงวนเช่น ใต้แขน.
- การบาดเจ็บที่ไม่ได้รับการรักษา
- การบาดเจ็บหลายครั้งในขั้นตอนต่าง ๆ ของการรักษา
- การใช้ยาน้อยเกินไปหรือใช้มากเกินไป

10

การดูแลทางสังคมและ การสนับสนุนทางสังคม

แนวทางการดูแลเพื่อการดูแลทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคม



การประเมินและการจัดการ ความต้องการการสนับสนุนทางสังคม

10.1 การประเมินและการจัดการความต้องการการดูแล ส่วนบุคคลและความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน (แนวทางส่วน A)

คำถามหาคำชี้แจงเพื่อประเมินว่าบุคคลนั้นมาถึงจุดที่ไม่สามารถดูแลตนเองได้อีกต่อไปโดยไม่ได้รับความช่วยเหลือจากผู้อื่น ผู้สูงอายุที่สูญเสียสมรรถนะภายในบุคคลอย่างมีนัยสำคัญจะได้รับประโยชน์จากการประเมินนี้

การไปไหนมาไหนในบ้านครอบคลุมกิจกรรมทางกายหลายอย่าง เช่น การย้ายจากเตียงไปนั่งเก้าอี้ การเดิน การเข้าห้องน้ำ และการใช้บันได และการจัดชั้นบันได การเคลื่อนไหวที่จำกัด นำไปสู่ความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นและความจำเป็นในการดูแลส่วนบุคคล การแต่งกาย การให้อาหาร การอาบน้ำ และการโกนขนเป็นกิจกรรมที่ทำประจำวัน การที่ไม่สามารถทำกิจกรรมเหล่านี้ได้ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลส่วนบุคคล ผู้สูงอายุจำนวนมากไม่ต้องการพึ่งพาผู้อื่นเพื่อขอความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวันโดยเลือกที่จะสามารถจัดการด้วยตนเองได้

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับการทำกิจวัตรประจำวัน และ/หรือมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวนั้นจะได้รับประโยชน์จากการใช้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่มุ่งเน้นไปที่การเพิ่มขีดสมรรถนะ และยังอาจรวมถึงเทคนิคในโลยีอำนวยความสะดวกและการปรับตัวด้านสิ่งแวดล้อมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพความสามารถในการทำงานแม้จะมีข้อจำกัด

ข้อจำกัดด้านสมรรถนะภายในบุคคล ซึ่งบริการขนส่งสามารถช่วยความคล่องตัวเมื่อออกจากบ้านเท่านั้น หากยังคงมีความยากลำบากในการทำกิจกรรมต่าง ๆ อยู่ ควรพิจารณาการได้รับการสนับสนุนจากคู่มือชีวิต ครอบครัว และผู้ดูแลอื่น ๆ ที่ไม่ได้รับค่าจ้าง รวมถึงการพิจารณาถึงความต้องการของตนเอง หากต้องการการสนับสนุนเพิ่มเติมควรจัดให้มีบริการดูแลที่บ้านโดยสมัครใจ หรือ บริการดูแลในบ้าน เป็นต้น

10.2 การประเมินและจัดการความต้องการการสนับสนุน จากสังคม (แนวทางส่วน B)

การประเมินความต้องการการสนับสนุนทางสังคมจะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ ไม่ว่าผู้สูงอายุจะมีระดับสมรรถนะภายในบุคคลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมากน้อยเพียงใดก็ตาม การให้การสนับสนุนทางสังคมจะเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุสามารถทำสิ่งที่สำคัญสำหรับพวกเขาได้ ซึ่งรวมถึงการสนับสนุนสภาพความเป็นอยู่ ความมั่นคงทางการเงิน ความเหงา การเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชนและบริการสาธารณะรวมทั้งการสนับสนุนการต่อต้านความรุนแรงในผู้สูงอายุ

B7 สภาพความเป็นอยู่

สถานที่อยู่อาศัยผู้สูงอายุอาจส่งผลต่อสุขภาพ การพึ่งพาตนเอง และสุขภาวะได้ ปัญหาทั้งหลายอาจเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ เช่น ขนาดของสถานที่ การเข้าถึง สภาพความปลอดภัย และการรักษาความปลอดภัย การถามคำถามเพิ่มเติมสามารถช่วยในการระบุประเด็นเฉพาะที่จะจัดการได้

ปัญหาเกี่ยวกับสภาพความเป็นอยู่สามารถบรรเทาได้โดยการแนะนำให้ใช้มาตรการรักษาความปลอดภัยแบบใหม่ มีหมายเลขโทรติดต่อในกรณีฉุกเฉิน และมีการปรับตัวเพื่อรักษาความเป็นอยู่ที่เป็นอิสระไม่ต้องพึ่งพาอาศัยใคร อาจให้สิทธิพิเศษทางการเงินเพื่อช่วยเหลือค่าที่พักและค่าซ่อมแซมและบำรุงรักษา หากทุกอย่างล้มเหลวควรพิจารณาย้ายไปยังที่พักที่เหมาะสมกว่า

B8 การเงิน

ทรัพยากรทางการเงินมีความเกี่ยวข้องอย่างมากกับสุขภาพความเป็นอิสระ และความเป็นอยู่ที่ดีในวัยสูงอายุ ปัญหาเรื่องการเงินอาจจะรวมถึงการมีเงินน้อยเกินไปไม่เพียงพอที่จะตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานหรือมีส่วนร่วมในสังคมอย่างเต็มที่ และผู้สูงอายุอาจกังวลว่าเงินจะหมดหรือไม่สามารถจัดการการเงิน คำถามเพิ่มเติมสามารถช่วยในการระบุเรื่องเฉพาะที่ต้องจัดการ

ปัญหาทางการเงินสามารถบรรเทาได้ โดยการแนะนำอิสระเกี่ยวกับการวางแผนทางการเงินและการจัดการทางการเงิน ผู้สูงอายุสามารถจัดเตรียมการเพื่อมอบอำนาจให้กับบุคคลที่สามที่เชื่อถือได้ ในการจัดการการเงินหาก รวมทั้งการคุ้มครองทางกฎหมายเพื่อป้องกันการละเมิดทางการเงิน

B9 ความโดดเดี่ยว

ความโดดเดี่ยวหรือความเหงาเป็นเรื่องปกติในวัยสูงอายุและมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเพิ่มขึ้น ดูปทที่ 9 สำหรับคำแนะนำในการคัดกรองอาการซึมเศร้า การอยู่คนเดียวไม่เหมือนกับความโดดเดี่ยว - ผู้สูงอายุสามารถรู้สึกโดดเดี่ยวได้แม้ว่าจะอยู่ท่ามกลางผู้คนอื่น ๆ หากคุณภาพของความสัมพันธ์ไม่ดี

การถามผู้สูงอายุที่อยู่อย่างโดดเดี่ยวจะเป็นประโยชน์มากขึ้น หากเพิ่มการติดต่อทางสังคมกับครอบครัวและเพื่อนฝูง หรือพบปะผู้อื่นที่มีความสนใจเหมือนกันจะช่วยลดความรู้สึกเหงา แต่เมื่อถามผู้สูงอายุว่าการติดต่อที่เพิ่มขึ้นอาจช่วยได้หรือไม่ให้สร้างความมั่นใจว่าคำถามเป็นเรื่องส่วนตัว แต่จะช่วยให้เขาตระหนักถึงความกลัวต่อการเปิดเผยความสัมพันธ์ส่วนตัว

การมีสัตว์เลี้ยงสามารถช่วยลดความโดดเดี่ยวได้ ผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมให้มีการเข้าถึงสถานที่ต่าง ๆ ในชุมชน เช่น ชมรม กลุ่มที่ศรัทธา เรื่องเดียวกัน ศูนย์กีฬา บริการสนทนาและการศึกษา อาจจะเป็นโอกาสที่จะมีอาสาสมัครหรือมีการจ้างงานเกิดขึ้น การติดต่อทางสังคมสามารถทำให้เพิ่มขึ้นได้ผ่านเทคโนโลยีการสื่อสาร ซึ่งจากการทบทวนโดยทั่วไป พบว่า มาตรการเหล่านี้จะช่วยขจัดความเหงาออกไปได้ ผู้ประเมินควรระมัดระวังว่าในแต่ละพื้นที่มีหลากหลายรูปแบบ

10

การดูแลทางสังคมและ การสนับสนุนทางสังคม

แนวทางการดูแลเพื่อการดูแลทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคม

B10 การเข้าร่วมและมีส่วนร่วมในสังคม

เป้าหมายของแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการคือการช่วยให้ผู้สูงอายุทำสิ่งที่สำคัญสำหรับพวกเขา การค้นหาวะไรที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุผ่านการทำความเข้าใจชีวิต ลำดับความสำคัญ และความชอบของผู้สูงอายุ อาจเป็นช่องทางที่สามารถทำให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในสังคมมากขึ้น

กิจกรรมยามว่าง งานอดิเรก การทำงาน การเรียนรู้ และกิจกรรมทางจิตวิญญาณ เป็นตัวอย่างของการเข้าสังคม ผู้สูงอายุทุกคนมีเอกลักษณ์เฉพาะตัวและจะมีลำดับความสำคัญที่แตกต่างกันที่มีความพิเศษมาก ดังนั้น คุณควรถามและบันทึกสิ่งเหล่านี้เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการจัดทำแผนการดูแลส่วนบุคคลได้

ควรถามคำถามเพิ่มเติมเพื่อระบุอุปสรรคต่าง ๆ เช่น ค่าใช้จ่ายความสามารถในการเข้าถึงสิ่งต่าง ๆ และโอกาส ผู้ประเมินควรทราบเกี่ยวกับความพร้อมของสิ่งอำนวยความสะดวกและสโมสรสันทนาการในท้องถิ่น ผู้ให้บริการการศึกษาผู้ใหญ่ บริการจิตอาสา และบริการที่ปรึกษาการจ้างงานและหรือว่าสิ่งเหล่านี้อาจเป็นที่สนใจของผู้สูงอายุหรือไม่ การขนส่งอาจเป็นปัญหาสำคัญและอาจมีบริการเพื่อเพิ่มการเข้าถึงค่าบริการบางส่วนอาจได้รับการอุดหนุนเพื่อให้ผู้สูงอายุและผู้ที่มีรายได้ลดลงสามารถเข้าร่วมได้

B11 การละเมิดผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุจำนวนมากที่ต้องพึ่งพาการดูแลมีความเสี่ยงต่อการถูกล่วงละเมิด และพบว่าผู้สูงอายุราว 1 ใน 6 คนต้องเผชิญกับการล่วงละเมิดบางรูปแบบ ซึ่งเป็นตัวเลขที่สูงกว่าที่ประเมินไว้ก่อนหน้านี้ (20) การล่วงละเมิดอาจมีได้หลายรูปแบบรวมถึงการเพิกเฉย การทำร้ายจิตใจ การทำร้ายร่างกาย การล่วงละเมิดทางเพศ และการล่วงละเมิดทางการเงิน

ข้อมูลการสังเกต ประกอบด้วยพฤติกรรมของผู้สูงอายุพฤติกรรมของผู้ให้การดูแลหรือญาติ หรืออาการแสดงความรุนแรงทางร่างกาย  1 หากมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับความรุนแรงทางร่างกายต้องมีการประเมินและการจัดการจากผู้เชี่ยวชาญ ด้วยการสะท้อนให้ผู้สูงอายุทราบว่าผู้สูงอายุมีข้อกังวลและควรขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ ผู้ปฏิบัติงานควรบันทึกข้อกังวลที่พบและแจ้งให้ผู้สูงอายุทราบเพื่อขอความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญ หากผู้ปฏิบัติงานค้นพบปัญหาภัยคุกคามที่เกิดขึ้นควรขอการประเมินจากผู้เชี่ยวชาญในทันทีผ่านงานสังคมสงเคราะห์ การคุ้มครองผู้ใหญ่ หรือระบบบังคับใช้กฎหมาย

11

การสนับสนุนผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาล

แนวทางการดูแล เพื่อสนับสนุนผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาล



เมื่อสมรรถนะภายในบุคคลเสื่อมลง ทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทำให้ผู้สูงอายุพึ่งพาการดูแลจากคนอื่น ซึ่งมักจะเป็นคู่สมรส สมาชิกในครอบครัว หรือสมาชิกในบ้านคนอื่น ๆ จะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ให้การดูแลหรือผู้บริบาล ขึ้นอยู่กับว่าผู้สูงอายุอยู่ในภาวะพึ่งพิงมากน้อยเพียงใด

ผู้ปฏิบัติงานหรือนักสังคมสงเคราะห์ในชุมชนสามารถที่จะติดตามความเป็นอยู่ของผู้ให้การดูแลหรือผู้บริบาลได้และให้การสนับสนุนการดูแลเรื่องสุขภาพและได้รับความช่วยเหลือหรือไม่

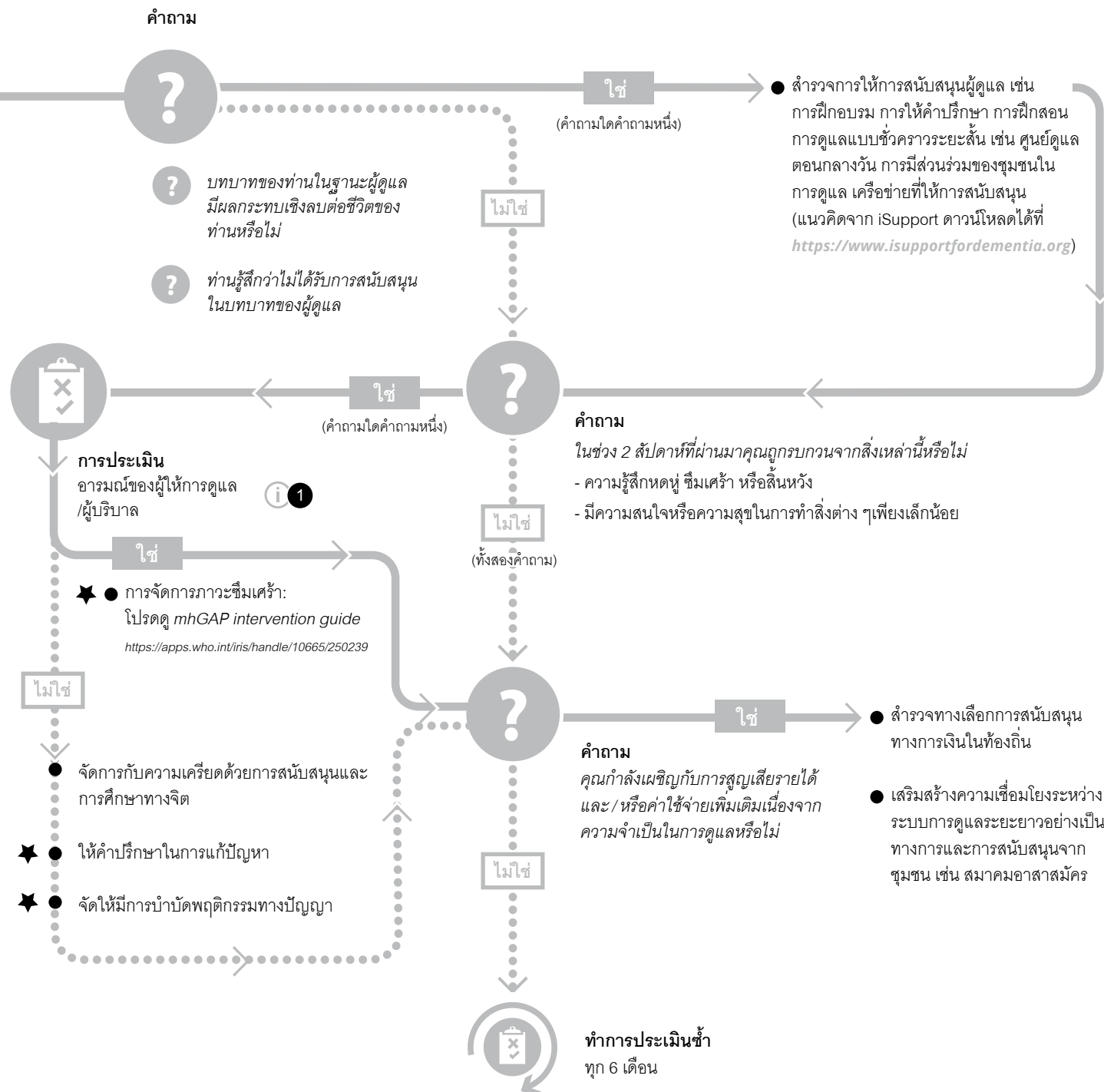
ประเด็นสำคัญ

- ภาระและความเครียดที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีสมรรถนะภายในบุคคลและทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลงนั้น ทำให้ผู้ให้การดูแลหรือผู้บริบาลประสบปัญหาทางสุขภาพได้ ดังนั้น การที่จะช่วยให้ผู้ให้การดูแลโดยเฉพาะเพศหญิงได้ คือการให้ออกจากงานประจำ
- การที่จะค้นหาผู้ผู้ให้การดูแลหรือผู้บริบาลว่าต้องการความช่วยเหลือหรือไม่เป็นสิ่งที่สำคัญในการระบุว่าผู้สูงอายุมีสมรรถนะเสื่อมลงอย่างไร
- ระดับการดูแล เช่น การผ่อนปรนการดูแล การให้คำแนะนำ การศึกษา การสนับสนุนทางการเงิน และมาตรการทางจิตวิทยา สามารถที่จะช่วยให้ผู้บริบาลรักษาความพึงพอใจและสัมพันธภาพการดูแลที่ดีต่อสุขภาพได้
- บางครั้ง สัมพันธภาพในการดูแลผู้สูงอายุอาจกลายเป็นความรุนแรง ผู้ที่ปฏิบัติงานในชุมชนอาจประเมินความรุนแรง ระหว่างผู้สูงอายุและผู้ให้การดูแลหรือ ผู้บริบาล ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องส่งต่อไปให้ผู้เชี่ยวชาญ

การสนับสนุนผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาล

แนวทางการดูแล
เพื่อสนับสนุนผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาล

★ ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ



เมื่อใดที่จำเป็นต้องใช้ความรู้เฉพาะทาง

- เมื่อต้องการรักษาอาการซึมเศร้า
- เมื่อต้องให้คำปรึกษาในการแก้ไขปัญหาหรือการบำบัดพฤติกรรมรู้คิดให้กับผู้บริบาลที่มีอาการซึมเศร้า
- เมื่อคาดว่าจะเกิดความสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม



การประเมินสภาวะทางอารมณ์ของผู้บริบาล

หากผู้บริบาลที่ให้การดูแลผู้สูงอายุบอกว่ามีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งที่อยู่ในกลุ่มอาการหลัก เช่น รู้สึกหดหู่ ซึมเศร้า หรือสิ้นหวัง และใส่ใจสิ่งต่าง ๆ น้อยลง ให้ประเมินสภาวะทางอารมณ์เพิ่มเติมโดยอาจจะใช้คำอื่น ๆ ได้ หากผู้ถูกถามไม่คุ้นเคยกับคำต่าง ๆ ที่อยู่ในแบบคัดกรอง

คำถาม: “ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ท่านเคยมีปัญหานี้เหล่านี้จนใจหรือไม่ว่าง?”

- นอนหลับยากหรือนอนมากเกินไป
- รู้สึกเหนื่อยหรือไม่มีแรง
- รับประทานอาหารน้อยลงหรือมากเกินไป
- รู้สึกว่าตัวเองแย่ หรือรู้สึกว่าตัวเองผิดพลาด หรือทำให้ตัวเองหรือครอบครัวรู้สึกตกต่ำ
- มีปัญหาเกี่ยวกับการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น เมื่ออ่านหนังสือพิมพ์ หรือ ดูโทรทัศน์
- เคลื่อนไหวหรือพูดช้าจนคนอื่นสังเกตได้
- กระวนกระวาย หรืออยู่นิ่งไม่ได้จนทำให้ต้องขยับตัวไปเรื่อย ๆ มากกว่าปกติ
- คิดว่าหากตัวเองตายไปอะไร ๆ อาจจะดีกว่านี้หรือพยายามทำให้ตัวเองได้รับความเจ็บปวดด้วยวิธีต่าง ๆ

ความเสี่ยงในการเกิดความสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม

ความสัมพันธ์ 2 ทางระหว่างผู้รับการดูแลและผู้ดูแลเป็นสิ่งที่ซับซ้อน การที่ผู้บริบาลจะมีสภาวะที่ดีและมีความสุขนั้นจะต้องได้รับการสนับสนุนมากกว่าปกติ แต่บางครั้งความสัมพันธ์เหล่านี้อาจเกิดความไม่พึงประสงค์กับฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งหรือทั้งสองฝ่ายซึ่งทำให้เกิดความขัดแย้งในเวลาต่อมาและอาจทำให้ผู้สูงอายุอ่อนไหวต่อการกระทำที่ไม่เหมาะสมได้ การกระทำเหล่านี้มีหลายรูปแบบ เช่น การเพิกเฉยไม่ดูแล การหยิกฉวยของมีค่า (เช่น เงิน) หรือการละเมิดทางร่างกายและอารมณ์ เป็นต้น การเพิกเฉยไม่ดูแลอาจเกิดจากการทอดทิ้ง การขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วย หรือขาดการสนับสนุนจากภายนอก หรือการควบคุมดูแล ไม่ว่าผู้สูงอายุและผู้บริบาลอาจจะไม่เอ่ยถึงการกระทำที่ไม่เหมาะสมเหล่านี้ให้กับเจ้าหน้าที่ทราบ เจ้าหน้าที่ควรมีการสังเกตจากพฤติกรรมของผู้สูงอายุเอง พฤติกรรมของผู้บริบาล หรือญาติ หรือสัญญาณที่บ่งบอกว่าถูกละเมิด (โปรดดูบทที่ 10 เรื่องการดูแลและการประคับประคองทางสังคม)

ปัจจัยที่เพิ่มความเป็นไปได้ที่จะเกิดความสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสมได้แก่

- มีความสัมพันธ์ที่ไม่ดีเป็นระยะเวลานาน
- มีประวัติความรุนแรงในครอบครัว
- ผู้ให้การดูแลหรือผู้บริบาลมีปัญหาในการจัดระดับชนิดของการดูแลที่ผู้สูงอายุต้องการ
- ผู้ให้การดูแลหรือผู้บริบาลมีปัญหาทางสุขภาพกายและสุขภาพจิต โดยเฉพาะ โรคซึมเศร้าและโดยเฉพาะผู้ชายจะพบการใช้สารเสพติดและเสพแอลกอฮอล์

ความเป็นไปได้ที่จะเกิดความไม่เหมาะสมไม่เพียงแต่จะเกี่ยวข้องกับธรรมชาติของการจัดการดูแล หรือแม้แต่ปัจจัยอื่น ๆ ที่มักจะเกี่ยวข้องกับความเครียดของผู้บริบาล เช่น ท่าทางที่ท้าทาย ซึ่งเกิดจากพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคสมองเสื่อม

หากมีการคาดการณ์ว่าจะเกิดความสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสมแล้ว สิ่งจำเป็นคือให้ผู้เชี่ยวชาญทำการประเมินรายละเอียดเพิ่มเติมตามด้วยการส่งต่อไปยังหน่วยงานในพื้นที่ต่อไป

* คำถามเหล่านี้สามารถอ่านเพิ่มเติมได้ที่ the Patient Health Questionnaire หรือ PHQ-9 (http://www.cqaimh.org/pdf/tool_phq9.pdf) ซึ่งเป็นเครื่องมือในการประเมินอาการซึมเศร้า หรืออ่านเพิ่มเติมที่หัวข้อภาวะซึมเศร้า ซึ่งอยู่ใน the mhGAP intervention guide (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>)

11

การสนับสนุนผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาล

แนวทางการดูแล

เพื่อสนับสนุนผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาล

11.1 การสอบถามผู้บริบาลหรือผู้ให้การดูแล

แผนการจัดการในหน้า 74 ได้แนะแนวทางการสนทนากับผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาลไว้ ซึ่งการสัมภาษณ์ผู้บริบาลจะแบ่งคำถามเป็น 3 ส่วน ดังนี้

1. ภาระที่ผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาลกำลังทำอยู่ (มี 2 คำถาม) แนวโน้มในการที่จะใช้กลยุทธ์เชิงปฏิบัติเพื่อประคับประคอง ผู้ให้การดูแลหรือผู้บริบาลไว้
2. อาการหลักของโรคซึมเศร้า ได้แก่ แนวโน้มที่จะใช้การประเมินภาวะซึมเศร้าฉบับเต็ม (โปรดดูบทที่ 9 เรื่องอาการซึมเศร้า)
3. ค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุ แนวโน้มที่จะนำไปสู่แหล่งสนับสนุนทางการเงินและหน่วยงานสังคมสงเคราะห์

เมื่อมีการพูดคุยกับผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาล เจ้าหน้าที่ควรค้นหาสัญญาณที่แสดงความเหนื่อย ความเครียด ความซับซ้อนของอาการ หรือการไม่ให้เกียรติกัน รวมทั้งการสอบถามผู้บริบาลว่าต้องการที่จะรับการประเมินเพิ่มเติมหรือการสนับสนุนจากหน่วยงานสังคมสงเคราะห์หรือไม่ หากปล่อยทิ้งไว้นานปัญหาในการดูแลจะพอกพูนขึ้น ดังนั้นจึงควรประเมินซ้ำทุก 6 เดือน

สำหรับการประเมินบทบาทของผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาล และผลกระทบเพื่อให้ได้ผลดีที่สุด จะต้องทำเมื่อไม่มีผู้สูงอายุอยู่ใกล้ เพื่อให้ผู้บริบาลลดความขัดแย้ง หรือการลึงเลที่จะพูดแบบเปิดใจอย่างเต็มที่ ปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างผู้สูงอายุและผู้บริบาลอาจจะแตกต่างกันซึ่งมาจากหลายสาเหตุ รวมทั้งปัญหาของผู้สูงอายุเรื่องการจดจำสิ่งต่าง ๆ ดังนั้นการประเมินควรถูกพิจารณาในเรื่องของการเพิ่มความรู้ที่ได้จากการประเมินสมรรถกวีสัยภายในฉบับเต็ม

11.2 การเสนอให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาล

การให้การเกื้อกูลและดูแลผ่านทางบริการด้านสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ที่สามารถทำได้โดยให้ผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการอบรมและผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาลที่ได้รับค่าจ้างให้การสนับสนุนระดับประคอง ผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาล ที่ไม่ได้รับเงินค่าจ้างใด ๆ สำหรับการให้การสนับสนุนในระดับชุมชนนั้นเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพและนักสังคมสงเคราะห์ ทั้งผู้เชี่ยวชาญและอาสาสมัครสามารถสร้างเครือข่ายเพื่อที่จะแลกเปลี่ยนข้อมูลในการสนับสนุนผู้บริบาลที่ไม่ได้รับค่าจ้างนั้น

องค์การอนามัยโลกได้จัดทำโปรแกรมการอบรมแบบออนไลน์ที่ชื่อว่า iSupport เพื่อจะช่วยให้ผู้บริบาลที่อยู่กับผู้ที่ เป็นโรคสมองเสื่อมได้รับการดูแลที่ดีและสามารถดูแลตัวเองได้ โปรดดูข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ <https://www.isupportfordementia.org>

การสนับสนุนนี้จะเน้นไปที่ผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเพื่อที่จะทำความเข้าใจความต้องการ ดังนั้น หน่วยบริการสามารถถามเกี่ยวกับงานที่รับผิดชอบอยู่ตอนนี้ เป็นอย่างไรและทำบ่อยเพียงใด พร้อมทั้งให้คำแนะนำในแง่ของการดูแล หรือช่วยปฏิบัติ หรือใช้นวัตกรรมเทคโนโลยีเข้ามาช่วยเหลือ (โปรดดูกล่องข้อความหน้า 77) การให้การสนับสนุนนี้ควรสะท้อนทางเลือกให้กับผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาลและตระหนักในการปรับเปลี่ยนประสิทธิภาพความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ดูแล

การสนับสนุนผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาล

แนวทางการดูแล เพื่อสนับสนุนผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาล

เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพและสังคมสงเคราะห์สามารถที่จะ

- จัดอบรมและสนับสนุนให้มีทักษะด้านการดูแลเฉพาะให้กับผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาล เช่น การจัดการพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์
- พิจารณาให้หรือจัดสนับสนุนในทางปฏิบัติ เช่น การหยุดพักการดูแลของผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาล
- สืบหาผู้สูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันเพื่อประโยชน์อื่น ๆ หรือการเบิกสวัสดิการต่าง ๆ จากรัฐบาลหรือแหล่งเงินอื่นที่ไม่ได้มาจากรัฐบาล

การให้คำแนะนำ ให้ความชื่นชมผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาลซึ่งเป็นผู้ที่มีโอกาสจะมีความคับข้องใจและเครียดสูงมาก ที่บางครั้งอาจจะเป็นเรื่องซับซ้อนเนื่องจากความรู้สึก ความทุกข์จากการสูญเสียจากความสัมพันธ์ก่อนหน้านี้ระหว่างผู้สูงอายุและผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาลเป็นคู่ชีวิตกัน

ส่งเสริมให้ผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาล ถึงการให้เกียรติและเคารพศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุโดยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตและให้การดูแลเท่าที่จะทำได้

การเตรียมพร้อมปรนการดูแลของผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาล เมื่อการให้การดูแลมาถึงจุดที่เป็นภาระหนักหน่วงหรือทำให้เหนื่อยล้าแล้ว สามารถที่จะให้ผู้อื่นมาควบคุมและดูแลผู้สูงอายุแบบชั่วคราวได้หรือไม่ หากเกิดเหตุการณ์แบบนี้ขึ้น ผู้ที่จะมาทำหน้าที่ต่อควรเป็นสมาชิกในครอบครัวหรือสมาชิกในบ้านท่านอื่นได้ หรืออาจจะเป็นนักสังคมสงเคราะห์ที่ผ่านการอบรมแล้ว ไม่ว่าจะเป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญหรืออาสาสมัคร การผ่อนปรนของผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาล สามารถทำได้ ยกตัวอย่างเช่น การดูแลในระหว่างวันสามารถให้ผู้ดูแลหลักหยุดพักได้เพื่อพักผ่อนหรือทำกิจกรรมอื่น ๆ การดูแลระหว่างวันเป็นรูปแบบหนึ่งของการจัดบริการสนับสนุนในชุมชนที่ให้การดูแลส่วนบุคคล (เช่น การอาบน้ำ การป้อนอาหาร กำจัดขน การเข้าห้องน้ำ เป็นต้น) รวมทั้งการฟื้นฟู การจัดโปรแกรมที่มีกิจกรรมส่งเสริมการเข้าสังคมและกิจกรรม สันทนาการ การจัดหาอาหารให้รับประทานและสนับสนุนด้านการเดินทาง โดยอาจจัดประมาณ 2-3 ชั่วโมงต่อวัน และ 2-3 วันต่อสัปดาห์ นอกจากนี้ยังมีบริการเพื่อให้การสนับสนุนผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาลเช่น การเยี่ยมบ้าน การมีกิจกรรมครอบครัว การสนับสนุนกลุ่มและอบรมผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาล การผ่อนปรนการดูแลอาจจะช่วยให้ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาลและผู้สูงอายุเป็นไปด้วยดีและยั่งยืน และมีช่วงเวลาที่น่าไกลจากการดูแลไม่มีความจำเป็นต้องเป็นอันตรายต่อบุคคลที่ได้รับการดูแล

การให้การสนับสนุนด้านจิตใจ พยายามจัดการกับความเครียดของผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาลโดยการให้คำปรึกษาและการแก้ปัญหา โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการดูแลที่ค่อนข้างซับซ้อนและยืดเยื้อออกไปซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดเป็นอย่างมาก

เทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เป็นนวัตกรรมใหม่

นวัตกรรมเทคโนโลยีอำนวยความสะดวกด้านสุขภาพ เช่น เครื่องกำกับติดตามระยะไกล และหุ่นยนต์ช่วยเหลือ เป็นสิ่งที่มีความหมายอย่างมากในการเพิ่มประสิทธิภาพการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตรวมทั้งผู้ดูแลด้วย เป็นการเพิ่มทางเลือกความปลอดภัย ความเป็นอิสระและความรู้สึกรับรู้ของการควบคุม และสำหรับทำให้สามารถทำกิจกรรมในสถานที่ต่าง ๆ ได้ การใช้งานเทคโนโลยีเหล่านี้ควรจะอยู่บนพื้นฐานของความต้องการของผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล และจำเป็นต้องมีการอบรมการใช้งานที่เหมาะสมแก่ผู้ใช้งาน ข้อควรคำนึงอย่างละเอียดถี่ถ้วนคือ นวัตกรรมเหล่านี้ควรได้รับการพัฒนาโดยใช้กลไกทางการเงินเพื่อการวิจัยและพัฒนาและเพื่อให้แน่ใจว่ามีการนำไปใช้อย่างเหมาะสมอีกด้วย

ตัวอย่างของเทคโนโลยีสิ่งอำนวยความสะดวกที่เป็นนวัตกรรมใหม่

- หุ่นยนต์ที่อำนวยความสะดวกในการเข้าถึงสังคม PARO (Socially assistive robot) หุ่นยนต์ชนิดนี้เป็นหุ่นยนต์แมวน้ำใช้ไว้เป็นเพื่อน (22) (<http://www.parorobots.com>)
- อุปกรณ์ค้ำยันหลังหรือ Hybrid Assistive Limb (HAL) lumbar type อุปกรณ์นี้เป็นหุ่นยนต์ที่ช่วยลดการกดทับของกล้ามเนื้อ จะช่วยผู้ดูแลในการยกและเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุจากเตียงไปยังเก้าอี้เพื่ออาบน้ำ https://www.cyberdyne.jp/english/products/Lumbar_CareSupport.html

12

การพัฒนาแผนการดูแลเฉพาะบุคคล (Develop a personalized care plan)

ประเด็นสำคัญ

- ✓ การดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางนั้นเป็นการดูแลแบบองค์รวมซึ่งได้จากการปรับรูปแบบการดูแลโดยเน้นความร่วมมือระหว่างเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพและผู้สูงอายุ รวมทั้งครอบครัวและเพื่อนที่คอยช่วยเหลือเกื้อกูลกัน
- ✓ การทำงานแบบทีมสหวิชาชีพสามารถที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุตั้งเป้าหมายในการดูแลตัวเองได้
- ✓ มาตรการที่จะช่วยสนับสนุนการดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางควรได้รับความเห็นชอบในเรื่องการจัดลำดับความต้องการและเป้าหมายของผู้สูงอายุเอง
- ✓ การติดตามผลอย่างต่อเนื่องเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อการบรรลุเป้าหมายอย่างยั่งยืน

การวางแผนการดูแลให้เหมาะกับแต่ละบุคคลนั้นเป็นแนวทางที่ช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ด้วยกันโดยเน้นไปที่ความต้องการ คุณค่า และความพึงพอใจของแต่ละบุคคล และหลีกเลี่ยงจากการรักษาโรคแบบดั้งเดิม เมื่อใดก็ตามที่มีแผนการดูแลเฉพาะบุคคล แผนนี้จะช่วยชี้แนะแนวทางการดูแลทั้งทางสุขภาพและสังคมรวมทั้งช่วยเหลือเกื้อกูลให้บรรลุเป้าหมายที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางได้อย่างเป็นรูปธรรม

ขั้นตอนในการพัฒนาแผนการดูแลเฉพาะบุคคล

1. ทบทวนสิ่งที่ค้นพบและหรือประเด็นที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้น

ผู้สูงอายุและสมาชิกในครอบครัว และ/หรือผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาล ทีมสหวิชาชีพ (ตามความเหมาะสม) จะต้องทบทวนผลการประเมินโดยใช้บุคคลเป็นศูนย์กลางและเสนอมาตรการต่าง ๆ เพื่อจัดทำแบบแผนการดูแลในขั้นตอนต่อไป ซึ่งแบบประเมินโดยใช้บุคคลเป็นศูนย์กลางจะมีการจัดทำรายการของมาตรการที่น่าเสนอที่สามารถรวมกับแผนการดูแลได้และหรือกับผู้ป่วย ในขั้นตอนนี้ การนำแอปพลิเคชันของ ICOPE สามารถช่วยอำนวยความสะดวกให้กับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพได้ โดยทีมสหวิชาชีพอาจจะประกอบไปด้วยผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เช่น อายุรแพทย์ในหน่วยบริการปฐมภูมิ แพทย์เฉพาะทาง พยาบาล ผู้ปฏิบัติงานด้านการดูแลสุขภาพในชุมชน นักสังคมสงเคราะห์ นักบำบัด (นักกายภาพบำบัด นักอาชีวศาสตร์ นักแก้ไขการพูด นักจิตวิทยา) ผู้ดูแลทั้งที่ได้รับค่าตอบแทนและไม่ได้รับค่าตอบแทน เภสัชกร และอาสาสมัคร

2. การตั้งเป้าหมายโดยยึดเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง

การตั้งเป้าหมายโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางจะต้องมีการระบุเป้าหมาย และจัดลำดับความสำคัญของเป้าหมายที่เป็นองค์ประกอบสำคัญสำหรับการพัฒนาแผนการดูแล สิ่งสำคัญสำหรับทีมสหวิชาชีพในการที่จะให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง และทำความเข้าใจ ให้เคารพความต้องการ คุณค่า ความพึงพอใจและการจัดลำดับความสำคัญของผู้สูงอายุ ซึ่งสิ่งเหล่านี้สามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพกับผู้ป่วยได้ในทุกวันนี้

เป้าหมายในการดูแลสามารถกำหนดได้ไกลถึงขั้นลดผลกระทบโดยตรงจากภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากการรักษาและเน้นไปที่สิ่งต่าง ๆ ที่จะเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุทำในสิ่งที่ตนเองให้คุณค่ามากที่สุด เช่น การอยู่ในสถานที่ต่าง ๆ อย่างปลอดภัยและไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ยังคงพัฒนาตนเองได้ เป็นส่วนหนึ่งและทำงานให้กับชุมชนที่อาศัยอยู่ในขณะเดียวกันก็เป็นการรักษาสุขภาพและร่างกายไปในคราวเดียว ในการตั้งเป้าหมายในระยะกลางไปจนถึงระยะยาว (6 ถึง 12 เดือน) ควรจะมีการตั้งเป้าหมายระยะสั้น (3 เดือน) เข้าไปด้วย เพื่อที่จะเสริมพลังในการเปลี่ยนแปลงหรือได้รับประโยชน์มากขึ้นในการที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีกำลังใจและมีส่วนร่วมต่อไป

3. ข้อตกลงในการจัดทำมาตรการต่าง ๆ

การเสนอมาตรการต่าง ๆ เพื่อบรรจุเข้าไปในแผนการดูแลเพื่อประเมิน และเป็นแนวทางในการดูแลโดยเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางนั้น จะต้องประกอบด้วยสิ่งต่าง ๆ ดังนี้

- ความร่วมมือจากผู้สูงอายุ
- สอดคล้องกับเป้าหมาย ความต้องการ ความพึงพอใจ และลำดับความสำคัญของผู้สูงอายุ
- รองรับสิ่งแวดล้อมทางสังคมและกายภาพของผู้สูงอายุ

ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพหรือนักสังคมสงเคราะห์ควรจะมีการหารือกับผู้สูงอายุเพื่อขอความเห็นชอบในเรื่องมาตรการ โดยทำเป็นรายบุคคล จะทำให้ได้แผนการดูแลในขั้นตอนสุดท้าย

4. การสรุปและการใช้แผนการดูแลร่วมกัน

ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพควรจะมีการจัดทำเอกสารที่เกี่ยวกับแผนการดูแลต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นผลจากการหารือและแบ่งปันให้กับผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัว ผู้ดูแล และบุคคลอื่นๆ ที่อาจจะเกี่ยวข้องกับการดูแล โดยให้มีการลงนามในใบยินยอม โดยในขั้นตอนนี้สามารถใช้แอปพลิเคชันของ ICOPE ในการที่จะเตรียมความพร้อมให้ทุกคนที่เกี่ยวข้องได้ทราบแผนการดูแลโดยสรุป และยังรวมถึงลำดับเป้าหมาย และการระบุปัจจัยต่าง ๆ อีกด้วย

5. การกำกับและติดตาม

การกำกับและติดตามการใช้แผนการดูแลอย่างสม่ำเสมอเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อที่จะบรรลุวัตถุประสงค์ อีกทั้งยังเพิ่มโอกาสในการที่จะพบปัญหาในระหว่างการทำงาน แม้กระทั่งสิ่งไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการใช้มาตรการต่าง ๆ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงสถานะการทำงานของร่างกายผู้สูงอายุเอง ขั้นตอนนี้ยังช่วยรักษาความสัมพันธ์อันดีระหว่างผู้สูงอายุและผู้ให้บริการดูแลได้ กระบวนการต่าง ๆ เหล่านี้ได้แก่

- ทำให้มั่นใจว่าการปฏิบัติตามแผนการดูแลที่ละขั้นตอนจะประสบผลสำเร็จ
- การประเมินโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางซ้ำและบันทึกการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น
- สรุปผลที่ได้ อุปสรรค ความยุ่งยาก ของการดำเนินงานตามมาตรการการดูแลทางสุขภาพและสังคม
- ระบุการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและความต้องการใหม่ ๆ
- ให้ความเห็นชอบกับการเปลี่ยนแปลงและความต้องการต่าง ๆ ที่ได้รับไว้ รวมทั้งการปรับปรุงมาตรการใหม่ ๆ หากจำเป็น และทบทวนพร้อมทั้งปรับปรุงแผนการดูแลเท่าที่จำเป็น
- การทำซ้ำตั้งแต่ขั้นตอนแรก

ขอบเขตของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

1. การได้รับความต้องการขั้นพื้นฐาน เช่น ความมั่นคงทางการเงิน ที่อยู่อาศัย และความปลอดภัยส่วนบุคคล
2. การเรียนรู้ การเติบโต และการตัดสินใจ ที่รวมถึงความทุ่มเทที่จะเรียนรู้และประยุกต์องค์ความรู้ การมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา การพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่อง และสามารถในการสร้างทางเลือก
3. ความคล่องตัวซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รอบบ้าน การไปร้านขายของ การเข้ารับบริการและสิ่งอำนวยความสะดวกในชุมชน และมีส่วนร่วมกับการกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม
4. การสร้างและรักษาสัมพันธ์ภาพในวงกว้างกับเด็กเล็ก สมาชิกในครอบครัว ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม เช่น เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน แม้กระทั่งสัมพันธ์ภาพที่เป็นทางการ เช่น สัมพันธ์ภาพกับผู้ดูแลชุมชน
5. การมีส่วนร่วมกับการกิจกรรมทางสังคมและวัฒนธรรมอย่างใกล้ชิด เช่น การช่วยเหลือเพื่อนฝูงและเพื่อนบ้าน การให้คำแนะนำและเป็นเพื่อนกับผู้ที่ยังอายุน้อย และการดูแลสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ และสมาชิกในชุมชน

การดำเนินการกำหนดเป้าหมายโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางอย่างไร

ระบุเป้าหมาย

ระบุเป้าหมายร่วมกับผู้สูงอายุ สมาชิกในครอบครัวและ
ผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาล (23)

- คำถามที่ 1
กรุณาอธิบายว่าอะไรที่มีความสำคัญมากที่สุดในชีวิต
- คำถามที่ 2
เป้าหมายพิเศษในชีวิตของท่านมีอะไรบ้าง
- คำถามที่ 3
เป้าหมายเฉพาะเรื่องสุขภาพของท่านมีอะไรบ้าง
- คำถามที่ 4
จากที่ได้คุยกันเรื่องเป้าหมายชีวิตและสุขภาพ ท่าน
ช่วยเลือกมา 3 อย่างที่ท่านคิดว่าจะเน้นทำในอีก
3 เดือนข้างหน้า และ ในระยะ 6 ถึง 12 เดือนด้วย

ตั้งเป้าหมาย

เป้าหมายต่าง ๆ สามารถปรับให้เข้ากับความต้องการและ
ปัญหาส่วนตัวของผู้สูงอายุได้

- คำถามที่ 5
เป้าหมายที่ 1 2 และ 3 มีอะไรที่พิเศษที่อยากจะทำ
ในอีก 3 เดือน 6 เดือน และ 12 เดือน
- คำถามที่ 6
ตอนนี้ท่านทำอะไรอยู่บ้าง (ขอบเขตของเป้าหมาย)
- คำถามที่ 7
อะไรที่เป็นจุดมุ่งหมายที่คิดว่าจะทำเพื่อให้บรรลุ
เป้าหมายนี้

การจัดลำดับเป้าหมาย

ข้อตกลงในการจัดลำดับเป้าหมายในการดูแลระหว่างผู้สูงอายุ
และผู้บริบาลจะทำให้ได้ผลที่ดีขึ้น

- คำถามที่ 8
เป้าหมายทั้งหมดเหล่านี้ มีอันไหนที่ท่านอยากทำมากที่สุด
ไม่ว่าจะทำด้วยตัวเองหรือมีคนช่วย (ระบุชื่อ) ในอีก 3 เดือน
ข้างหน้า และอีก 6 ถึง 12 เดือนต่อไป

Source: adapted from original by Health Tapestry (<http://healthtapestry.ca>)

13

ระบบสุขภาพและการดูแลในระยะยาวสามารถสนับสนุนการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (the WHO ICOPE approach) ได้อย่างไร (How health and long-term care systems can support implementation of the WHO ICOPE approach)

ประเด็นสำคัญ

- ✓ การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการจำเป็นต้องใช้การบูรณาการที่เชื่อมโยงกับบริการสุขภาพและสังคมสงเคราะห์เข้าด้วยกัน
- ✓ การเพิ่มสมรรถนะภายในบุคคลและการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุเริ่มจากในชุมชนและระดับผู้ปฏิบัติงานในชุมชน ระบบต่าง ๆ ในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับทางสุขภาพและสังคมควรให้การสนับสนุนการดูแลต่าง ๆ ซึ่งเน้นการดูแลในระดับชุมชนก่อน
- ✓ แผนการดูแลของแต่ละบุคคลเป็นหัวใจของวิธีการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ดังนั้นการที่จะให้แผนสามารถดำเนินการและมีการจัดการต่อไปได้ ผู้ปฏิบัติงานอาจจะต้องมีความจำเป็นจะต้องได้รับการอบรมแบบเฉพาะทางในด้านการจัดการรายกรณี

รายงานขององค์การอนามัยโลกในด้านสุขภาพและวัยสูงอายุ (WHO World report on ageing and health) ได้กำหนดทิศทางระบบสุขภาพและการดูแลในระยะยาวไว้ (1) และได้เรียกร้องให้ระบบเหล่านี้เน้นไปที่การเพิ่มสมรรถนะภายในที่แท้จริงของผู้สูงอายุโดยมีเป้าหมายที่จะคงไว้และทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุดีขึ้น นอกจากนี้ แนวทางมาตรการระดับชุมชนในการจัดการสมรรถนะภายในของบุคคลที่เสื่อมลงโดยองค์การอนามัยโลก (the WHO Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity) ได้เผยแพร่ในปี 2560 (2017) ได้มีการแปลทิศทางใหม่นี้เป็นแนวปฏิบัติในการประเมินและดูแลในระดับชุมชน (2) เอกสารทั้ง 2 ฉบับนี้ได้ส่งเสริมการยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง บูรณาการและสนับสนุนการดูแลสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ โดยแนวทางนี้ได้เริ่มจากการประเมินความต้องการการดูแลด้านสุขภาพและสังคมสงเคราะห์โดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางในระดับที่ผู้ปฏิบัติงานในชุมชนสามารถทำได้

ในบทนี้จะเน้นข้อควรพิจารณาในการดำเนินงานตามแนวทางการบูรณาการผู้สูงอายุ โดยรายละเอียดคำแนะนำสำหรับการดำเนินงานในระบบบริการสามารถดาวน์โหลดได้ที่ (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325669>)

13.1 การสนับสนุนการดำเนินงานในระดับประเทศ

ขั้นตอนแรก องค์การอนามัยโลกแนะนำว่า คู่มือเล่มนี้จะต้องมีการปรับปรุงเพื่อให้เข้ากับบริบทของแต่ละพื้นที่ ทั้งในด้านวัฒนธรรม และภาษาที่ใช้ต้องมีความเหมาะสมสำหรับเจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพ และสังคมสงเคราะห์ ผู้ให้การดูแล/ผู้บริหาร รวมทั้งผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล ดังนั้น กระบวนการโดยสรุปนี้สามารถเริ่มจากการสร้างการให้การสนับสนุนในวงกว้างเพื่อที่จะได้แนวทางใหม่ ๆ เกิดขึ้น

การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการนี้จะต้องมีความร่วมมือระหว่างผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในทุกระดับทุกขั้นตอน โดยผู้มีส่วนได้ส่วนเสียนี้ประกอบไปด้วยผู้มีส่วนอำนาจในการกำหนดนโยบาย บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นักสังคมสงเคราะห์ นักวิจัย ชุมชน และตัวผู้สูงอายุเอง องค์ความรู้ในระดับพื้นที่จะสนับสนุนการแปลความจากคำแนะนำระดับโลกไปสู่การกำหนดบริการที่มีความเป็นไปได้และได้รับการยอมรับ

การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีนั้นต้องการการมีส่วนร่วมจากทั้งหน่วยงานที่มีหน้าที่ดูแลสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ หากทั้ง 2 หน่วยงานสามารถที่จะแก้ไขและนำแนวทางนี้ไปประยุกต์ใช้จะทำให้การดำเนินงานดีขึ้น ในด้านการสนับสนุนนโยบายระดับชาติ โดยการบูรณาการแนวทางนี้เข้ากับการดูแลสุขภาพและสังคม นโยบายควรจะต้องถึงความเชื่อมโยงระหว่างการดูแลสุขภาพและสังคมสงเคราะห์จะสามารถทำงานร่วมกันระดับชาติ ระดับพื้นที่ และระดับชุมชนได้อย่างไร

การให้รางวัลและแรงจูงใจ กลไกทางการเงิน และศักยภาพในการกำกับติดตาม จะสามารถส่งเสริมให้มีการยกระดับการดูแลผู้สูงอายุในแง่ของการเพิ่มสมรรถนะภายในที่แท้จริงของบุคคลและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันได้ ระบบข้อมูลจึงควรจะมุ่งเน้นที่การกำกับติดตามการเปลี่ยนแปลงนั้นระดับชาติและระดับพื้นที่

13.2 ความต้องการด้านงบประมาณและทรัพยากรบุคคล

ผลกระทบของการนำแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการไปใช้ควรได้รับการวิเคราะห์เพื่อระบุจุดที่จำเป็นต้องลงทุนเพิ่มเติม ตัวอย่างเช่น การฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ การใช้เทคโนโลยี และการปรับระบบข้อมูลสุขภาพ เป็นต้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนและสังคมสงเคราะห์ รวมทั้งทีมดูแลระดับปฐมภูมิจะต้องได้รับการสนับสนุนเพื่อให้ทำความเข้าใจและนำแนวทางใหม่นี้ไปใช้ได้ สมาคมที่มีความเชี่ยวชาญระดับชาติและระดับพื้นที่ สามารถมีบทบาทสำคัญในเรื่องนี้โดยการเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการมีส่วนร่วม ในฐานะที่เป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

ข้อพิจารณาที่สำคัญสำหรับการดำเนินงานในระดับชาติ

การวางแผนที่จะบูรณาการแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการเข้ากับระบบสุขภาพและการดูแลระยะยาว มีข้อควรพิจารณาดังนี้

- **ความเป็นไปได้** – การเงินและหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง
- **ความยั่งยืน** - ประสิทธิภาพและขีดความสามารถของบุคลากร
- **การเชื่อมโยงกัน** - สอดคล้องกับนโยบายที่สนับสนุนการสูงวัยให้มีสุขภาพดี
- **บูรณาการ** - การเชื่อมโยงระหว่างบริการด้านสุขภาพและสังคมสงเคราะห์

13.3 การบูรณาการการดูแลและสนับสนุนผ่านทางบริการสุขภาพและสังคมสงเคราะห์

การดูแลแบบบูรณาการทั้งหมดควรเป็นไปตามหลักการองค์การอนามัยโลกที่ระบุไว้ในปี 2548 (2005) คือ“ การสังเคราะห์ การแลกเปลี่ยนและการประยุกต์ใช้องค์ความรู้จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องเพื่อเร่งดำเนินการอันนำมาซึ่งประโยชน์จากนวัตกรรมระดับโลกและระดับท้องถิ่นในการเสริมสร้างระบบสุขภาพและการพัฒนาสุขภาพของประชาชน” กรอบแนวคิดปี 2555 (2012) ขององค์การอนามัยโลก ในเรื่องสุขภาพและผู้สูงอายุได้รับการพัฒนาขึ้นโดยเฉพาะ เพื่อการนำหลักการเหล่านี้ไปประกอบการประยุกต์ใช้สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวหลายอย่างและ/หรือปัญหาในการเข้าถึงบริการสุขภาพ (24)

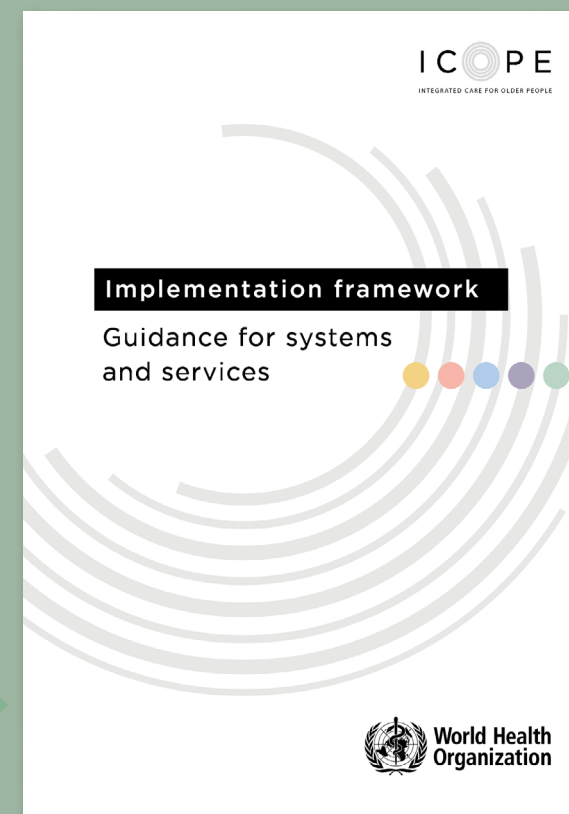
กรอบการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลกประจำปี 2559 (2016) เกี่ยวกับบริการสุขภาพที่ยืดประชาชนเป็นศูนย์กลางได้เสนอแนวทางที่สำคัญเพื่อให้แน่ใจว่าการดูแลแบบบูรณาการจะได้คุณภาพสูง (6) องค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลแบบบูรณาการคือ การจัดการรายการกรณีผู้ที่เข้มแข็งเพื่อสนับสนุนการออกแบบ การประสานงาน และการติดตามแผนการดูแลซึ่งมีแนวโน้มที่จะครอบคลุมการดูแลสุขภาพและสังคมหลายด้าน ผู้ปฏิบัติงานดูแลสุขภาพและสังคมสงเคราะห์อาจต้องการการฝึกอบรมเฉพาะในการจัดการกับกรณีดังกล่าว เช่นเดียวกับข้อเสนอแนะทางคลินิกในการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

กรอบการดำเนินการขององค์การอนามัยโลกเรื่องการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ได้เน้นย้ำถึงการดำเนินการที่สำคัญในระดับระบบบริการในการดำเนินงานดังกล่าว (25) คำแนะนำยังครอบคลุมการดำเนินการ (หน้า 84) ที่ต้องให้ผู้จัดการดูแลและผู้จัดการระบบบริการเป็นผู้ถ่ายทอดการดูแลแบบบูรณาการนี้ การใช้กรอบแนะนำในการดำเนินงานแบบเฉพาะขึ้นอยู่กับขอบเขตของบริการด้านสุขภาพและสังคมที่มีอยู่

13.4 การจัดบริการสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ในพื้นที่เพื่อสนับสนุนการดำเนินงาน

ควรดำเนินการมาตรการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ในมุมมองของการรองรับผู้สูงอายุในสถานที่นั้น ๆ ได้แก่ การจัดบริการสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ เพื่อเปิดให้ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านและชุมชนของตนเองอย่างปลอดภัย มีความเป็นอิสระ และสะดวกสบาย มาตรการเหล่านี้ถูกออกแบบผ่านรูปแบบการดูแลที่ให้ความสำคัญกับการดูแลเบื้องต้นและชุมชนเป็นหลัก รวมถึงการมุ่งเน้นไปที่มาตรการการมีส่วนร่วมในบ้าน ชุมชน ระบบส่งต่อแบบครบวงจร

การให้ความสำคัญนี้สามารถบรรลุเป้าหมายได้เพียงการให้รับทราบและสนับสนุนบทบาทสำคัญของผู้ปฏิบัติงานในชุมชน ในการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิและประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งนี้แนวทางขององค์การอนามัยโลกที่เกี่ยวกับนโยบายสุขภาพและการสนับสนุนระบบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพของโปรแกรมสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพของชุมชนในการให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ในเรื่องการคัดเลือก การฝึกอบรม ความสามารถหลัก การกำกับดูแลและค่าตอบแทนของผู้ปฏิบัติงานในชุมชน (26)



สรุปการปฏิบัติการจากกรอบการดำเนินงานการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

การปฏิบัติการสำหรับการบริการ

- ✓ **เสริมพลังและการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน**
โดยการมีส่วนร่วมกับผู้สูงอายุ ครอบครัว สังคมในการให้บริการ ช่วยเหลือเกื้อกูลและอบรมผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาล
- ✓ **สนับสนุนบริการความร่วมมือโดยทีมสหวิชาชีพ**
ทำได้โดยการระบุผู้สูงอายุที่ต้องการการได้รับการดูแลในชุมชน จากนั้นทำการประเมินให้ครอบคลุม รวมทั้งพัฒนาแผนการดูแล สร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพและสังคมสงเคราะห์
- ✓ **บริการแนะแนวให้การดูแลแบบบิใช้ชุมชนเป็นฐาน**
ถ่ายทอดการดูแลที่มีประสิทธิภาพและเป็นที่ยอมรับโดยมุ่งเน้นไปที่ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันผ่านทางผู้ปฏิบัติงานในชุมชนและสนับสนุนผ่านโครงสร้างพื้นฐานที่เพียงพอ

การปฏิบัติการสำหรับระบบ

- ✓ **เสริมสร้างธรรมาภิบาลและระบบความรับผิดชอบให้เข้มแข็ง**
ให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมีส่วนร่วมในนโยบายและการพัฒนาบริการ พัฒนานโยบาย และกฎระเบียบเพื่อสนับสนุนการดูแลแบบบูรณาการ และการตอบสนองต่อการทำร้ายผู้สูงอายุ ดำเนินการการประกันคุณภาพและปรับปรุงคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ทบทวนความสามารถในการให้การให้การดูแลอย่างเท่าเทียมกันสม่ำเสมอ
- ✓ **เสริมสร้างระบบให้เข้มแข็ง**
พัฒนากำลังคน การจัดการแหล่งเงินและทรัพยากรมนุษย์ การใช้เทคโนโลยีเพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยบริการ รวบรวมและรายงานข้อมูลสมรรถนะภายในของบุคคล และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ใช้เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสนับสนุนการจัดการตนเอง

เมื่อมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลแบบพิเศษ เครือข่ายด้านสุขภาพในระดับทุติยภูมิและตติยภูมิจะต้องให้การสนับสนุนการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่ในชุมชนในการส่งต่อที่ชัดเจน เกณฑ์และแนวทางจะต้องจัดทำขึ้นผ่านการเห็นชอบจากทุกหน่วยงานในระดับปฏิบัติการและจากนั้นกำกับติดตามเพื่อประกันคุณภาพต่อไป การจัดเตรียมเพื่อการติดตามจำเป็นต้องมีความชัดเจนและทำให้แน่ใจว่าแผนการดูแลยังคงมีความเหมาะสมที่ทำให้การดูแลและสนับสนุนในด้านสุขภาพมีประสิทธิภาพ การติดตามและการสนับสนุนเป็นสิ่งที่สำคัญหากมีการเปลี่ยนแปลงสถานะทางสุขภาพครั้งใหญ่ หรือหากผู้สูงอายุประสบกับปัญหาครั้งใหญ่ในชีวิต เช่น การเปลี่ยนที่อยู่หรือการเสียชีวิตของคู่ชีวิตหรือผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาล

13.5 การมีส่วนร่วมของชุมชนและการช่วยเหลือเกื้อกูล ผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาล

เมื่อเจ้าหน้าที่ดูแลต้องการความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์อื่นในชุมชน ดังนั้น การมีส่วนร่วมแบบตรงไปตรงมาและกระตือรือร้นของชุมชนและละแวกใกล้เคียงในการดูแลและสนับสนุนสำหรับผู้สูงอายุ อาจต้องการทั้งการจัดระเบียบในท้องถิ่นและการสนับสนุนทางการเมืองโดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อส่งเสริมให้มีอาสาสมัครและอำนวยความสะดวกในการมีส่วนร่วมของสมาชิกในชุมชน ดังนั้น ผลลัพธ์อาจจะมีสโมสรหรือสมาคมผู้สูงอายุเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ

ในขณะที่เดียวกันระบบการดูแลสุขภาพยังติดค้างเรื่องความรับผิดชอบต่อพันธมิตรต่าง ๆ ในการสนับสนุนการสูงอายุให้มีสุขภาพดี ไม่ว่าจะเป็นชุมชน องค์การในชุมชน และสมาชิกครอบครัว รวมทั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับค่าจ้างอื่น ๆ ความรับผิดชอบนี้รวมถึงความใส่ใจต่อสุขภาพและสุขภาวะผู้ให้การดูแล/ผู้บริบาลตามที่กล่าวไว้ในบทที่ 11 และการสนับสนุนซึ่งกันและกัน การทำงานร่วมกันและความร่วมมือในชุมชน และองค์การในชุมชน เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ

REFERENCES

- World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization (WHO); 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>, accessed 2 April 2019).
- Integrated care for older people: Guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: WHO; 2017 (<http://apps.who.int/iris/handle/10665/258981>, accessed 2 April 2019).
- Department of Economic and Social Affairs. World Population Ageing 2017: Highlights. New York: United Nations; 2017 (http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2017_Highlights.pdf, accessed 2 April 2019).
- Sustainable Development Goals [website]. New York: United Nations; no date (<https://sustainabledevelopment.un.org/sdgs>, accessed 2 April 2019).
- Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: WHO; 2017 (<http://www.who.int/ageing/global-strategy>, accessed 2 April 2019).
- Framework on integrated, people-centred health services: report by the secretariat. Geneva: WHO; no date (A69/39; <https://apps.who.int/iris/handle/10665/252698>, accessed 2 April 2019).
- Rebok GW, Ball K, Guey LT, Jones RN, Kim HY, King JW, et al. Ten-year effects of the advanced cognitive training for independent and vital elderly cognitive training trial on cognition and everyday functioning in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2014;62(1):16–24. doi: 10.1111/jgs.12607.
- American Geriatrics Society 2015 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2015 updated Beers criteria for potentially inappropriate medication use in older adults. *J Am Geriatr Soc*. 2015;63(11):2227–46. doi: 10.1111/jgs.13702.
- painHEALTH. Pain management. East Perth: Department of Health, Western Australia; no date (<https://painhealth.csse.uwa.edu.au/pain-management>, accessed 1 May 2019).
- Assistive devices and technologies. Geneva: WHO; no date (<https://www.who.int/disabilities/technology>, accessed 1 May 2019).
- Texas Department of Aging and Disability Services. Instructions for completing the Nutrition Risk Assessment (NRA): DETERMINE Your Nutritional Health. Washington (DC): Nutrition Screening Initiative; 2010 (<https://www.dads.state.tx.us/providers/AAA/Forms/standardized/NRA.pdf>, accessed 2 April 2019).
- Guigoz Y, Vellas B, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly: the mini nutritional assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev*. 1996;54(1,part 2):S59–65. doi: 10.1111/j.1753-4887.1996.tb03793.x.
- Camicelli AP, Keefe JE, Martin K, Carbone J, Balding C, Taylor H. Vision screening for older people: the barriers and the solutions. *Australas J Ageing*. 2003;22(4):179–85.
- Blindness and vision impairment Global strategy and action plan on ageing and health. Geneva: WHO; 2018 (<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/blindness-and-visual-impairment>, accessed 2 April 2019).
- Acceptability, benefit and costs of early screening for hearing disability: a study of potential screening tests and models. Davis A, Smith P, Ferguson M, Stephens D, Gianopoulos I. *Health Technology Assessment*, 2007, 11(42).
- Primary ear and hearing care training resource. Geneva: WHO; 2006 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43333>, accessed 2 April 2019).
- Li CM, Zhang X, Hoffman HJ, Cotch MF, Themann CL, Wilson MR. Hearing impairment associated with depression in us adults, national health and nutrition examination survey 2005–2010. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*. 2014;140(4):293–302. doi: 10.1001/jamaoto.2014.42.
- Zhang X, Bullard KM, Cotch MF, Wilson MR, Rovner BW, McGwin G Jr, et al. Association between depression and functional vision loss in persons 20 years of age or older in the United States, NHANES 2005–2008. *JAMA Ophthalmol*. 2013;131(5):573–81. doi: 10.1001/jamaophthalmol.2013.2597.
- Spotting the signs of harm, abuse and neglect Scotland. Streatham: Action on Elder Abuse; no date (<https://www.elderabuse.org.uk/spotting-the-signs-of-harm-abuse-and-neglect>, accessed 2 April 2019).
- Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017;5(2):e147–e156. doi: 10.1016/S2214-109X(17)30006-2.
- Douglas SL, Daly BJ, Kelley CG, O'Toole E, Montenegro H. Impact of a disease management program upon caregivers of chronically critically ill patients. *Chest*. 2005;128(6):3925–36. doi: 10.1378/chest.128.6.3925.
- Liang A, Piroth I, Robinson H, MacDonald B, Fisher M, Nater UM, et al. A pilot randomized trial of a companion robot for people with dementia living in the community. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18(10):871–8. doi: 10.1016/j.jamda.2017.05.019.
- Javadi D, Lamarche L, Avilla E, Siddiqui R, Gaber J, Bhamani M, et al. Feasibility study of goal setting discussions between older adults and volunteers facilitated by an eHealth application: development of the Health TAPESTRY approach. *Pilot Feasibility Stud*. 2018;4:184. doi: 10.1186/s40814-018-0377-2.

24. Knowledge translation. Geneva: WHO; no date (https://www.who.int/ageing/projects/knowledge_translation, accessed 2 April 2019).
25. Integrated care for older people: Guidance for systems and services. Geneva: WHO; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/325669>, accessed June 2019).
26. Community-based health workers (CHWs). Geneva: WHO; no date (<https://www.who.int/hrh/community>, accessed 2 April 2019).

www.who.int/ageing/health-systems/icope

Department of Ageing and Life Course
World Health Organization
Avenue Appia 20
1211 Geneva 27
Switzerland
ageing@who.int



**World Health
Organization**

Thailand