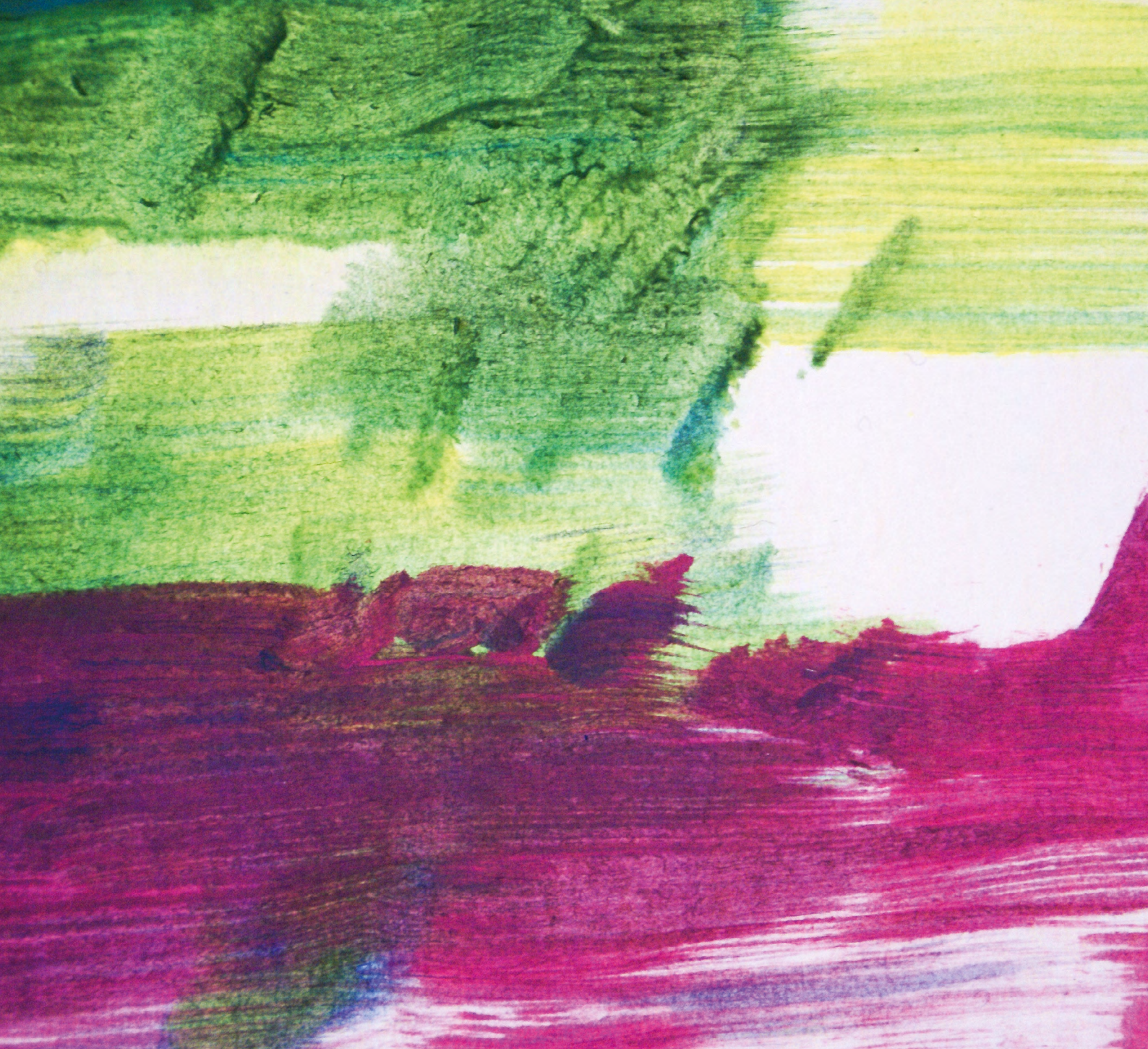




การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

แนวทางการจัดมาตรการระดับชุมชนเพื่อการจัดการสมรรถนะภายใน
ที่เสื่อมลงในผู้สูงอายุ



**World Health
Organization**

Thailand

การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

แนวทางการจัดมาตรการระดับชุมชนเพื่อการจัดการสมรรถนะภายใน
ที่เสื่อมลงในผู้สูงอายุ



**World Health
Organization**

Thailand

การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ : แนวทางการจัดมาตรการระดับชุมชนเพื่อการจัดการสมรรถนะภายในที่เสื่อมลงในผู้สูงอายุ

© World Health Organization 2017

สงวนลิขสิทธิ์บางส่วน เนื่องจากคู่มือเล่มนี้เป็นข้อมูลที่เคยเผยแพร่ภายใต้ 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>)

ภายใต้เงื่อนไขแห่งลิขสิทธิ์นี้ ท่านสามารถคัดลอกสำเนา เผยแพร่และปรับปรุงเพื่อวัตถุประสงค์ที่ไม่หวังผลทางการค้าและอ้างอิงผลงานชิ้นนี้ตามรายละเอียดด้านล่าง ไม่ว่ากรณีใดๆก็ตาม หากมีการนำผลงานนี้ไปใช้ไม่ควรกล่าวอ้างถึงองค์การอนามัยโลกให้สิทธิ์แก่หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง โดยเฉพาะซึ่งรวมทั้งผลิตภัณฑ์และการบริการต่าง ๆ ท่านจะต้อง อ้างลิขสิทธิ์ภายใต้ลิขสิทธิ์อื่นที่เป็นของ Creative Commons License หรือเทียบเท่า หากท่านมีการแปลงานชิ้นนี้ ท่านควรจะต้องอ้างถึง “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 และองค์การอนามัยโลกไม่มีส่วนรับผิดชอบทั้งเนื้อหาและความถูกต้องที่ เกิดจากการแปล ผลิตภัณฑ์ต้นฉบับที่เป็นภาษาอังกฤษเท่านั้นที่ได้รับอนุญาต ”

การใกล้เคียงใดๆ ที่เกิดจากการคัดค้านภายใต้ลิขสิทธิ์นี้ให้ดำเนินการสอดคล้องกับกฎการใกล้เคียงของ องค์การทรัพย์สินทางปัญญาโลก (the World Intellectual Property Organization)

การอ้างอิงผลิตภัณฑ์ชิ้นนี้ Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity. Geneva: World Health Organization; 2017. 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>. หากต้องการยื่นความประสงค์สำหรับให้เชิงพาณิชย์และแจ้งความจำนงค์ขอสิทธิรวมทั้งลิขสิทธิ์ สามารถดูข้อมูลได้ที่ <http://www.who.int/about/licensing>

วัสดุของบุคคลที่สาม หากต้องการนำวัสดุจากงานนี้กลับมาใช้ใหม่ ที่มาจากบุคคลที่สาม เช่น ตารางตัวเลข หรือรูปภาพ เป็นความรับผิดชอบของท่านในการพิจารณาว่าจำเป็นต้องได้รับอนุญาตหรือไม่ สำหรับการใช้นั้นและต้องได้รับอนุญาตจากผู้ถือลิขสิทธิ์ ความเสี่ยงของการเรียกร้องที่เป็นผลมาจากการละเมิดองค์ประกอบที่บุคคลภายนอกเป็นเจ้าของในงานนั้นขึ้นอยู่กับผู้ใช้ แต่เพียงผู้เดียว

ข้อจำกัดความรับผิดชอบทั่วไป การกำหนดที่ใช้และการนำเสนอเนื้อหาในสิ่งพิมพ์นี้ไม่ได้หมายความว่าแสดงออกความคิดเห็นใด ๆ ในส่วนขององค์การอนามัยโลก เกี่ยวกับกฎหมายสถานะของประเทศดินแดนเมืองหรือพื้นที่หรือหน่วยงานของรัฐใด ๆ หรือเกี่ยวกับการกำหนดเขตแดนหรือขอบเขต จุดและเส้นประบนแผนที่แสดงถึงเส้นขอบโดยประมาณสำหรับซึ่งอาจจะยังไม่มีข้อตกลงฉบับสมบูรณ์

การกล่าวถึงบริษัทใดบริษัทหนึ่ง หรือผลิตภัณฑ์ของผู้ผลิตบางรายไม่ได้หมายความว่าได้รับการรับรองหรือแนะนำโดยองค์การอนามัยโลก ที่ให้ความสำคัญที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันซึ่งไม่ได้กล่าวถึง ข้อผิดพลาดและการละเว้นย่นย่อของกรรมาธิการผลิตภัณฑ์มีความโดดเด่นจะพิมพ์เริ่มต้นด้วยตัวพิมพ์ใหญ่

ข้อมูลที่มีอยู่ในเอกสารฉบับนี้ องค์การอนามัยโลกได้ใช้มาตรการป้องกันที่เหมาะสมทั้งหมดในการตรวจสอบความถูกต้อง อย่างไรก็ตามการเผยแพร่ที่มีการแจกจ่ายโดยไม่มีการรับประกันใดๆ ทั้งโดยชัดแจ้งหรือโดยนัย ความรับผิดชอบในการตีความและการใช้งานของเนื้อหาอยู่กับผู้อ่าน ไม่ว่าในกรณีใด องค์การอนามัยโลกจะไม่รับผิดชอบต่อความเสียหายที่เกิดจากการใช้งาน



ปกหนังสือ : ออกแบบและวาดโดย Gusta van der Meer ในชื่อ “Wet in Wet” เมื่อ Gusta อายุได้ 75 ปี จุดเด่นของงานศิลปะของ Gusta คือสไตล์ที่สดใส โดดเด่น และมีชีวิตชีวา แม้ว่าเธอจะพบว่าเธอมีภาวะสมองเสื่อม แต่ก็ไม่เป็นอุปสรรคต่อการสร้างสรรค์ผลงานศิลปะของเธอ ด้วยใจรักที่มีมานาน การที่ผลงานของเธอได้รับความชื่นชมยังเป็นการสนับสนุนและให้กำลังใจแก่เธอในการที่จะสร้างสรรค์งานศิลปะเพื่อผู้ป่วยสมองเสื่อมเช่นเดียวกับเธอ Gusta ได้เข้าร่วมสัปดาห์ศิลปะที่จัดขึ้น งานศิลปะทั้งหมดเป็นลิขสิทธิ์ของ Gusta van der Meer

สงวนลิขสิทธิ์

ISBN (e-book) : 978-974-680-454-7

เรียบเรียงภาษาไทยโดยองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย และคณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

วางรูปแบบฉบับแปลภาษาไทยโดย บริษัท สแกนดี้มีเดีย คอร์ปอเรชั่น จำกัด

ออกแบบและจัดวางฉบับภาษาอังกฤษ โดย Erica Lefstad

จัดพิมพ์ฉบับภาษาอังกฤษใน สวิสเซอร์แลนด์

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
อักษรย่อ.....	v
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร.....	vii
1. บทนำ.....	1
1.1 เหตุผลที่มีแนวทางเหล่านี้.....	2
1.2 ขอบเขต.....	2
1.3 กลุ่มเป้าหมาย.....	3
1.4 หลักการของคำแนะนำ.....	3
2. กระบวนการพัฒนาแนวทาง.....	5
2.1 คณะทำงานพัฒนาแนวทาง.....	5
2.2 การเปิดเผยผลประโยชน์และการจัดการผลประโยชน์ทับซ้อน.....	5
2.3 การระบุ การประเมิน และการสังเคราะห์หลักฐานที่มีอยู่.....	5
2.4 การตัดสินใจที่เป็นขั้นตอนจากการประชุมคณะทำงานพัฒนาแนวทาง.....	6
2.5 การเตรียมเอกสารและการทบทวนโดยนักวิชาการภายนอก (peer review).....	6
3. หลักฐานและคำแนะนำ.....	7
3.1 ชุดความรู้ที่ 1 สมรรถนะทางกายและจิตใจที่เสื่อมลง.....	8
3.2 ชุดความรู้ที่ 2 กลุ่มอาการผู้สูงอายุ.....	17
3.3 ชุดความรู้ที่ 3 การสนับสนุนผู้ดูแล.....	21
4. ข้อควรพิจารณาในการดำเนินการ.....	25
5. การตีพิมพ์ การเผยแพร่ และการประเมินผล.....	29
5.1 การตีพิมพ์และเผยแพร่.....	29
5.2 การติดตามและประเมินผล.....	29
5.3 การตรวจสอบและการปรับปรุงในอนาคต.....	30
เอกสารอ้างอิง.....	31
ภาคผนวก 1 คณะทำงานพัฒนาแนวทาง.....	34
ภาคผนวก 2 การประเมินผลประโยชน์ทับซ้อน.....	35
ภาคผนวก 3 ขอบเขตของคำถาม.....	38
ภาคผนวก 4 กระบวนการพิจารณาหลักฐาน.....	41
อภิธานศัพท์.....	44

กิตติกรรมประกาศ

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการได้รับการประสานงานความร่วมมือโดย Department of Ageing and Life Course องค์การอนามัยโลก โดย Islene Araujo de Carvalho, Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan, Yuka Sumi and John Beard เป็นผู้ดูแลเอกสารในภาพรวม และขอขอบคุณ Susanna Volk เป็นผู้จัดการ

องค์การอนามัยโลกขอขอบคุณคณะทำงานพัฒนาแนวทางที่ดำเนินงานด้านเทคนิค โดยเรียงตามลำดับตัวอักษร ได้แก่ Emiliano Albanese (WHO Collaborating Centre, University of Geneva, Geneva, Switzerland); Olivier Bruyère (University of Liège, Liège, Belgium); Matteo Cesari (Gérontopôle, Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, Toulouse, France); Alan Dangour (London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland); Amit Dias (Goa Medical College, Goa, India); Astrid Fletcher (London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, United Kingdom); Dorothy Forbes (University of Alberta, Edmonton, Canada); Anne Forster (University of Leeds, Leeds, United Kingdom); Mariella Guerra (Institute of Memory, Depression and Related Disorders, Lima, Peru); Jill Keffe (WHO Collaborating Centre for Prevention of Blindness, Hyderabad, India); Ngaire Kerse (University of Auckland, Auckland, New Zealand); Qurat ul Ain Khan (Aga Khan University Hospital, Karachi, Pakistan); Chiungju Liu (Indiana University, Indianapolis, Indiana, United States of America); Gudlavalleti V.S. Murthy (Indian Institute of Public Health, Hyderabad, Madhapur, India); Serah Nyambura Ndegwa (University of Nairobi, Nairobi, Kenya); Joseph G. Ouslander (Florida Atlantic University, Boca Raton, United States); Jean-Yves Reginster (University of Liège, Liège, Belgium); Luis Miguel F. Gutiérrez Robledo (Institutos Nacionales de Salud de México, Mexico City, Mexico); John F. Schnelle (Vanderbilt University Medical Center, Nashville, United States); Kelly Tremblay (University of Washington, Seattle, United States); Jean Woo (The Chinese University of Hong Kong, Hong Kong, China). Special thanks go to the chair of the GDG, Martin Prince (King's College London, London, United Kingdom). The WHO Department of Ageing and Life Course would like to express its appreciation to the external review group: A.B. Dey (All India Institute of Medical Science, New Delhi, India); Minha Rajput-Ray (Global Centre for Nutrition and Health, Cambridge, United Kingdom); Sumantra Ray (Medical Research Council, Cambridge, United Kingdom); Richard Uwakwe (Nnamdi Azikiwe University, Awka, Nigeria).

องค์การอนามัยโลกขอขอบคุณคณะอำนวยการจัดทำแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ได้แก่ Said Arnaout (WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean); Anjana Bhushan (WHO Regional Office for the Western Pacific); Alessandro Rhyt Demaio

(WHO Department of Nutrition for Health and Development); Shelly Chadha (WHO Department for Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention); Tarun Dua (WHO Department of Mental Health and Substance Abuse); Manfred Huber (WHO Regional Office for Europe); Silvio Paolo Mariotti (WHO Department for Management of Noncommunicable Diseases, Disability, Violence and Injury Prevention); Maria Alarcos Moreno Cieza (WHO Department for 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); Anne Margriet Pot (WHO Department of Ageing and Life Course); Ritu Sadana (WHO Department of Ageing and Life Course); Céline Yvette Seignon Kandissounon (WHO Regional Office for Africa); Maria Pura Solon (WHO Department of Nutrition for Health and Development); Mark Humphrey Van Ommeren (WHO Department of Mental Health and Substance Abuse); Enrique Vega Garcia (WHO Regional Office for the Americas); Temo Waqanivalu (WHO Prevention of Noncommunicable Diseases Management Team).

Department of Ageing and Life Course ขององค์การอนามัยโลกขอขอบคุณคณะทำงานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบขององค์การอนามัยโลก ได้แก่ Alessandra Stella (Independent Consultant, Rome, Italy); Kralj Carolina (King's College London, London, United Kingdom); Meredith Fendt-Newlin (King's College London, London, United Kingdom).

King's College London, London, United Kingdom ได้ให้การสนับสนุนการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยให้เจ้าหน้าที่ที่มีหน้าที่ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและช่วยจัดการให้แก่คณะทำงานพัฒนาแนวทาง ทั้งนี้ King's College London ไม่ได้รับทุนสนับสนุนจากภายนอก เพื่อการมีส่วนร่วมในการพัฒนาแนวทางกับองค์การอนามัยโลก สุดท้าย ขอขอบคุณสำหรับข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์จาก นักวิชาการท่านอื่นที่ร่วมกันทบทวนแนวทางเบื้องต้นเหล่านี้

Department of Ageing and Life Course ขององค์การอนามัยโลกขอขอบคุณรัฐบาลญี่ปุ่นที่ได้ให้ทุนสนับสนุนในการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการครั้งนี้

ผู้ให้การบริจาคไม่ได้ให้เงินสนับสนุนเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่งและไม่ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวปฏิบัติรวมถึงองค์ประกอบของคำถามการวิจัย การเป็นสมาชิกของคณะทำงานแนวปฏิบัติ การดำเนินการ และการตีความการทบทวนอย่างเป็นระบบ หรือการกำหนดข้อเสนอแนะ

เรียบเรียง ออกแบบ และจัดวางรูปแบบโดย Green Ink, สหราชอาณาจักร (greenink.co.uk).

อักษรย่อ

ADLs	กิจวัตรประจำวัน
AGREE	การประเมินแนวทางสำหรับการวิจัยและการประเมินผล.
GDG	คณะทำงานพัฒนาแนวทาง
GRADE	การพัฒนาและการประเมินผล การประเมินคำแนะนำโดยการแบ่งระดับต่าง ๆ
ICOPE	การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ
mhGAP	โปรแกรมปฏิบัติการเพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพจิต
PFMT	การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน
PICO	ประชากร มาตรการ การเปรียบเทียบ ผลลัพธ์
RCT	การทดลองแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม
WHO	องค์การอนามัยโลก

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ในช่วง 50 ปีที่ผ่านมา การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในภูมิภาคส่วนใหญ่มาพร้อมกับภาวะการเจริญพันธุ์ที่ลดลงอย่างมากประกอบกับอายุขัยที่เพิ่มขึ้น ปรากฏการณ์นี้ได้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางประชากรอย่างรวดเร็วทั่วโลก โดยเฉพาะสัดส่วนของผู้สูงอายุในประชากรทั่วไปที่มีการเพิ่มขึ้นอย่างมากภายในระยะเวลาอันสั้น

เมื่ออายุที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาพื้นฐานมากมาย ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเรื้อรังและอยู่ในภาวะพึ่งพาการดูแลเพิ่มขึ้น เมื่ออายุ 60 ปีเป็นต้นไป ความพิการและการเสียชีวิตเป็นภาวะที่สำคัญ ซึ่งสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้สูญเสียการได้ยิน การมองเห็นและการเคลื่อนไหว และสภาวะทางสุขภาพอื่น ๆ เช่น โรคสมองเสื่อม โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจเรื้อรัง โรคเบาหวานและภาวะกล้ามเนื้อและกระดูกอื่น ๆ เช่น โรคข้อเข่าเสื่อมและอาการปวดหลัง

ในปี 2558 องค์การอนามัยโลกได้มีเอกสาร World report on ageing and health (WHO) และได้กำหนดเป้าหมายของผู้สูงอายุสุขภาพในการช่วยให้ผู้คนในเรื่อง “การพัฒนาและการรักษาความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่มีความเป็นอยู่ที่ดี” โดยได้กำหนดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันไว้ว่า “เป็นคุณลักษณะที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่ช่วยให้ผู้คนเป็นและทำในสิ่งที่พวกเขาให้คุณค่า” ส่วนสมรรถนะภายในบุคคล คือ “ส่วนประกอบทั้งหมดทั้งทางกายภาพและความสามารถทางจิตที่แต่ละคนสามารถดึงมาใช้ได้” กรอบการดำเนินงานด้านการสาธารณสุขขององค์การอนามัยโลกเพื่อผู้สูงอายุที่มีสุขภาพได้มุ่งเน้นไปที่เป้าหมายในการรักษาสมรรถนะภายในบุคคลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันไว้ให้ได้ตลอดช่วงชีวิต

ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพในสถานพยาบาลสามารถตรวจพบภาวะเสื่อมของสมรรถนะทางร่างกายและจิตใจ (แสดงความบกพร่องทางคลินิก) และให้มาตรการที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันและชะลอกระบวนการเสื่อมถอย โดยสามารถสังเกตได้จากสมรรถนะที่เสื่อมถอย เช่น ความเร็วในการเดินหรือความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง ซึ่งมักจะไม่มีการระบุ การรักษา หรือการติดตามไว้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากความเสื่อมถอยนี้สามารถที่จะชะลอหรือทำให้ดีขึ้นได้ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่ขาดคำแนะนำหรือการฝึกอบรมเพื่อการรับรู้และจัดการความบกพร่องในผู้สูงอายุ

ซึ่งมีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีความครอบคลุมและจัดมาตรการการดูแลในระดับปฐมภูมิเพื่อป้องกันการเสื่อมของสมรรถนะด้านต่าง ๆ ในผู้สูงอายุ ซึ่งมีเนื้อหาเหล่านี้ไว้ด้วย

คำแนะนำในที่นี้ เป็นคำแนะนำการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุ ที่โดยอ้างอิงจากหลักฐานเชิงประจักษ์ แก่ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพที่เหมาะสมในระดับชุมชน ในการตรวจพบ และจัดการสมรรถนะทางร่างกายและจิตใจที่ถดถอยหรือเสื่อมลง ของผู้สูงอายุและมาตรการในการสนับสนุนผู้ดูแล มาตรฐานเหล่านี้เป็นพื้นฐานสำหรับการบูรณาการแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในระดับชาติและระดับปฐมภูมิเข้าไว้ด้วยกัน โดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง

ส่วนเสริมของคำแนะนำในปัจจุบันคือการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ หรือ ICOPE ซึ่งกล่าวถึงวิธีการตั้งเป้าหมายของการดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง การวางแผนเพื่อพัฒนาการดูแลแบบบูรณาการ และให้การสนับสนุนการจัดการตนเอง ซึ่งรวมถึงคำแนะนำเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานดำเนินงานผ่านกระบวนการประเมิน การจำแนกและจัดการกับสมรรถนะทางร่างกายและจิตใจที่เสื่อมลงในวัยสูงอายุในวิธีการแบบบูรณาการ

แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุปัจจุบันและส่วนเสริมของคำแนะนำนำมาจัดเป็นชุดความรู้ (Module) 3 ชุดคือ

- **ชุดความรู้ที่ 1** สมรรถนะภายในที่เสื่อมถอย: การสูญเสียความคล่องตัว ภาวะทุพโภชนาการ ความบกพร่องการมองเห็น และการสูญเสียการได้ยิน ความบกพร่องการรู้คิด และอาการซึมเศร้า
- **ชุดความรู้ที่ 2** กลุ่มอาการผู้สูงอายุเกี่ยวข้องกับการพึ่งพาการดูแล: ภาวะกลืนไม่ลงและไม่อยู่และ ความเสี่ยงต่อการหกล้ม
- **ชุดความรู้ที่ 3** การสนับสนุนผู้ดูแล: มาตรการเพื่อสนับสนุนการดูแลและป้องกันเกิดความเครียดของผู้ดูแล

ความบกพร่องทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงอายุถูกเลือกให้เป็นตัวแทนของการดำเนินการจัดทำแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ เนื่องจากมีความสอดคล้องกับกรอบการดำเนินงานผู้สูงอายุสุขภาวะ หรือ Healthy Ageing ซึ่งสมรรถนะทางร่างกายและจิตใจลดลงมีความสำคัญในทางคลินิก และเป็นตัวทำนายการเสียชีวิตและการพึ่งพาการดูแลเมื่ออายุมากขึ้นได้อย่างชัดเจน คำแนะนำจะต้องมีการดำเนินการโดยยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางและเป็นวิธีการแบบบูรณาการ หลักการและเหตุผล รวมทั้งหลักฐานเชิงประจักษ์สำหรับประกอบการให้คำแนะนำตามแนวทางเหล่านี้ ได้กล่าวไว้ใน WHO World report on ageing and health

แนวทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการจะกล่าวถึงองค์ประกอบสำคัญที่ควรคำนึงถึง ในระดับคลินิก โดยเฉพาะเมื่อดำเนินการออกแบบการดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุรวมทั้งการกำหนดขั้นตอนที่จำเป็นในการให้ข้อเสนอแนะที่เป็นลักษณะบูรณาการในระดับชุมชน

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ และผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องเหล่านี้ เป็น เครื่องมือสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานตาม แผนยุทธศาสตร์ระดับโลกขององค์การอนามัยโลก หรือ WHO Global strategy and action plan on ageing and health ที่ได้รับการรับรองจากสมัชชาอนามัยโลกในปี 2559 ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกจะร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุข องค์การเอกชนสมาคมวิชาชีพ และสถาบันวิชาการ เพื่อเผยแพร่แนวทางเหล่านี้และสนับสนุนการประยุกต์และนำไปใช้ในการดำเนินงานโดยประเทศสมาชิก

วิธีการพัฒนาแนวทางการดำเนินงาน

กระบวนการพัฒนาแนวทางดำเนินงานเป็นไปตามกรอบแนวคิดที่ได้อธิบายไว้ในคู่มือขององค์การอนามัยโลกที่ชื่อ WHO handbook for guideline development ซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

- (1) การจัดตั้งคณะอำนวยการ คณะทำงานพัฒนาแนวทาง (Guideline Development Group หรือ GDG), คณะทำงานตรวจสอบภายนอก และคณะผู้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ
- (2) ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนของคณะทำงานพัฒนาแนวทางและคณะทำงานอื่น
- (3) การระบุ การประเมินและการสังเคราะห์หลักฐานที่มีอยู่
- (4) การจัดทำข้อเสนอแนะที่ได้จากผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่มีความหลากหลาย และ
- (5) การเตรียมเอกสารและแผนการเผยแพร่

คณะทำงานพัฒนาแนวทาง หรือ GDG เป็นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจากประเทศต่าง ๆ (ภาคผนวก 1) ซึ่งเป็นตัวแทนขององค์การอนามัยโลกจาก 6 ภูมิภาค ขอบเขตของแนวทางการดำเนินงาน และคำถาม (ภาคผนวก 3) ได้ถูกสรุปรวบรวมจากการประชุมฉันทามติระหว่างสมาชิกของคณะทำงานพัฒนาแนวทาง คำถาม 9 ประเด็นอยู่บนหลักการของ PICO (Population, Intervention, Comparison group, Outcomes) ถูกกำหนดโดยคณะทำงานพัฒนาแนวทางและคณะอำนวยการโดยได้รับข้อมูลจากคณะผู้ทบทวนจากภายนอก กระบวนการทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบรวมทั้งงานวิจัยแบบทดลอง ได้รับการสืบค้น

จากฐานข้อมูลต่าง ๆ ได้แก่ Cochrane Library, Embase, Ovid MEDLINE และ PsycINFO ใช้กลยุทธ์การค้นหาคำจำกัดความของ the United States Library of Medicine's MeSH และปรับตามความเหมาะสม(ภาคผนวก 4) คำถามสำคัญที่เลือกไว้ล่วงหน้า ชุดข้อมูลหลักฐานต่าง ๆ ได้ถูกเตรียมไว้เพื่อการประเมินคุณภาพตามหลักเกณฑ์ของ การประเมินพัฒนาการและการประเมินผล (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation: GRADE) หลักฐานต่าง ๆ เหล่านี้ได้แก่ การทบทวนอย่างเป็นระบบหรือการทบทวนอย่างเป็นระบบที่ได้ทำการปรับปรุงเพิ่มข้อมูลใหม่เข้ามาแล้ว

คณะทำงานพัฒนาแนวทางได้ประชุมที่ องค์การอนามัยโลกสำนักงานใหญ่ ณ กรุงเจนีวา สวิตเซอร์แลนด์ ระหว่างวันที่ 24–26 พฤศจิกายน 2558 ได้ให้ข้อเสนอแนะต่าง ๆ ตามวิธีของ GRADE ในการเตรียมข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ ที่เกี่ยวข้องกับหัวข้อที่เลือกไว้ล่วงหน้าช่วยให้การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบให้เป็นปัจจุบัน สมาชิกของคณะทำงานพัฒนาแนวทางมีการอภิปรายแจกแจงประเด็นและวิเคราะห์ตีความข้อค้นพบเพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะให้มีความสอดคล้องกับผู้สูงอายุโดยคำนึงถึงความสมดุลระหว่างผลประโยชน์กับอันตรายที่เกิดจากมาตรการต่าง ๆ รวมทั้ง ค่านิยมและความชอบส่วนบุคคลของผู้สูงอายุตลอดจนต้นทุนและการใช้ทรัพยากร ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญที่เกี่ยวข้องกับข้อปฏิบัติอื่น ๆ โดยคำนึงถึงผู้ให้บริการในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางอีกด้วย

คำแนะนำที่มีขณะนี้ได้ถูกกำหนดไว้ในแนวทางการดำเนินงาน เพื่อให้มีความสอดคล้องกัน และมุ่งหวังที่จะเสริมสร้างสมรรถนะภายในและความสามารถในการปฏิบัติงานประจำวันของผู้สูงอายุแต่ละบุคคล แม้ว่าข้อเสนอแนะเหล่านี้มาจากมาตรการที่หลากหลายแตกต่างกัน แต่ยังเป็นที่ยอมรับว่าการดำเนินงานตามคำแนะนำเหล่านี้ จะเป็นการดำเนินงานที่ดีที่สุดภายใต้บริบทที่มีการประเมินความต้องการอย่างครอบคลุมและมีแผนการดูแลแบบบูรณาการ

คำแนะนำที่สำคัญสำหรับการป้องกันสมรรถนะทางร่างกายและจิตใจที่เสื่อมลงในระดับทุติยภูมิได้ถูกจำแนกไว้เป็นกลุ่มตามระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐานที่สนับสนุนข้อเสนอแนะดังกล่าว เมื่อคณะทำงานพัฒนาแนวทางเห็นว่าคำแนะนำนั้นมีความน่าเชื่อถือสูง หมายถึงว่า คณะทำงานฯ มั่นใจว่ามีผลลัพธ์ที่พึงปรารถนามีมากกว่าผลลัพธ์ที่ไม่พึงปรารถนา ส่วนคำแนะนำที่มีเงื่อนไข หมายถึงว่า คณะทำงานเห็นว่าผลลัพธ์ที่พึงปรารถนาแต่อาจมีความเสี่ยงอื่น ๆ ด้วย คณะทำงานฯ มีมติเป็นเอกฉันท์สำหรับคำแนะนำที่มาจากเสียงส่วนใหญ่และคะแนนระดับสูง การลงคะแนนเสียงถูกนำมาใช้สำหรับการลงมติเกี่ยวกับการฝึกอบรมการรู้คิดและการดูแลชั่วคราวระยะสั้น ทั้งนี้คณะทำงานได้ตัดสินใจว่า เนื่องจากไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์สนับสนุนมาตรการการดูแลทั้ง 2 ประเด็นนี้ จึงทำให้คณะทำงานไม่สามารถให้คำแนะนำใด ๆ เพื่อจัดมาตรการเหล่านี้ได้

Recommendations

ชุดความรู้ที่ 1 สมรรถนะภายในด้านร่างกายและจิตใจที่เสื่อมถอย	
การสูญเสีย ความคล่องตัว	คำแนะนำที่ 1: การออกกำลังกายแบบผสมผสาน ประกอบด้วย การออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน และการออกกำลังกายแบบอื่น ๆ (เน้นการทรงตัว ความยืดหยุ่น และการออกกำลังกายแบบแอโรบิก) ผู้สูงอายุที่สมรรถนะทางกายถดถอยหรือเสื่อมลงควรได้รับคำแนะนำนี้โดยประเมินสมรรถนะจาก ความเร็วของการเดิน ความแข็งแรงของข้อมือ และการวัดสมรรถนะร่างกายอื่น ๆ (คุณภาพของหลักฐาน - มีคุณภาพปานกลาง และ ประสิทธิภาพคำแนะนำ - เหมาะสมเป็นอย่างยิ่ง)
ภาวะทุพโภชนาการ	คำแนะนำที่ 2: การให้รับประทานอาหารเสริมพร้อมกับคำแนะนำด้านโภชนาการ เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีอยู่ในสภาวะที่ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ (คุณภาพของหลักฐาน - มีคุณภาพปานกลาง และประสิทธิภาพคำแนะนำ - เหมาะสมเป็นอย่างยิ่ง)
ภาวะพร่อง การมองเห็น	คำแนะนำที่ 3: ผู้สูงอายุควรได้รับคำแนะนำให้ได้รับการคัดกรองความบกพร่องการมองเห็นเป็นประจำ ในหน่วยดูแลระดับปฐมภูมิและควรให้การดูแลดวงตาอย่างครอบคลุม และทันทั่วทั้ง (คุณภาพของหลักฐาน - มีคุณภาพต่ำ และประสิทธิภาพคำแนะนำ - เหมาะสมเป็นอย่างยิ่ง)
การสูญเสีย การได้ยิน	คำแนะนำที่ 4: คัดกรองและจัดให้มีอุปกรณ์ช่วยในการฟังเพื่อจำแนกและจัดการการสูญเสียการได้ยินของผู้สูงอายุได้อย่างทันทั่วทั้ง (คุณภาพของหลักฐาน - มีคุณภาพต่ำ และประสิทธิภาพคำแนะนำ - เหมาะสมเป็นอย่างยิ่ง)
ภาวะพร่อง การรู้คิด	คำแนะนำที่ 5: เสนอให้มีการฝึกการกระตุ้นการรู้คิดสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องการรู้คิด ไม่ว่าจะได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมอย่างเป็นทางการหรือไม่ (คุณภาพของหลักฐาน - มีคุณภาพต่ำ และประสิทธิภาพคำแนะนำ - มีเงื่อนไข)
อาการซึมเศร้า	คำแนะนำที่ 6: เสนอให้ผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า ควรได้รับการดูแลทางจิตใจให้สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินงานเพื่อลดช่องว่างทางสุขภาพจิต (mhGAP) ซึ่งเป็นการให้บริการโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพที่มีความเข้าใจด้านการดูแลสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างดี (คุณภาพของหลักฐาน - มีคุณภาพต่ำ และประสิทธิภาพคำแนะนำ - มีเงื่อนไข)
ชุดความรู้ที่ 2 กลุ่มอาการผู้สูงอายุ	
ภาวะกลั้น ปัสสาวะไม่อยู่	คำแนะนำที่ 7: เสนอให้มีการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุขับถ่ายปัสสาวะทันที (Prompted voiding) สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องการรู้คิด (คุณภาพของหลักฐาน - มีคุณภาพต่ำมาก และประสิทธิภาพคำแนะนำ - มีเงื่อนไข) คำแนะนำที่ 8: ควรแนะนำให้หญิงสูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (ในสภาวะถูกกระตุ้น กระเพาะปัสสาวะถูกกดทับ หรือทั้ง 2 อย่าง) ให้ฝึกกลั้นเนื้อเชิงกรานหรือแนะนำให้ฝึกพร้อมกับกลยุทธ์ในการควบคุมกระเพาะปัสสาวะ และฝึกอย่างต่อเนื่องด้วยตนเอง (คุณภาพของหลักฐาน - มีคุณภาพปานกลาง และประสิทธิภาพคำแนะนำ - เหมาะสมเป็นอย่างยิ่ง)
ความเสี่ยงต่อ การหกล้ม	คำแนะนำที่ 9: แนะนำให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้มควรได้รับการทบทวนการรักษาและเลิกใช้ยาบางชนิดที่ไม่จำเป็นและมีผลเสีย (คุณภาพของหลักฐาน - มีคุณภาพต่ำ และประสิทธิภาพคำแนะนำ - มีเงื่อนไข) คำแนะนำที่ 10: แนะนำให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้ม ได้ออกกำลังกายแบบผสมผสาน (เน้นการทรงตัว ความแข็งแรง ความยืดหยุ่น และการออกกำลังกายแบบใช้ร่างกายทุกส่วน) (คุณภาพของหลักฐาน - มีคุณภาพปานกลาง และประสิทธิภาพคำแนะนำ - เหมาะสมเป็นอย่างยิ่ง) คำแนะนำที่ 11: แนะนำให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้มควรได้รับการประเมินความเสี่ยง โดยเฉพาะการปรับปรุงบ้านเพื่อลดความเสี่ยงจากสภาพแวดล้อมที่อาจจะทำให้หกล้ม (คุณภาพของหลักฐาน - มีคุณภาพปานกลาง และประสิทธิภาพคำแนะนำ - เหมาะสมเป็นอย่างยิ่ง) คำแนะนำที่ 12: แนะนำให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้มลดความเสี่ยงและอุบัติการณ์การหกล้ม โดยการประเมินแบบบูรณาการที่เหมาะสมเฉพาะบุคคล (คุณภาพของหลักฐาน - มีคุณภาพต่ำ และประสิทธิภาพคำแนะนำ - มีเงื่อนไข)
ชุดความรู้ที่ 3 การให้การสนับสนุนผู้ดูแล	
	คำแนะนำที่ 13: เสนอมาตรการทางสุขภาพจิต การฝึกอบรม และการให้การสนับสนุนให้แก่สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลท่านอื่นที่ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะพึ่งพา โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ไม่ใช่เฉพาะเมื่อมีความจำเป็นที่ต้องให้การดูแลมีความซับซ้อนและมีเงื่อนไขเพิ่มเติมและ / หรือผู้ดูแลมีความเครียดอย่างมาก (คุณภาพของหลักฐาน - มีคุณภาพปานกลาง และประสิทธิภาพคำแนะนำ - เหมาะสมเป็นอย่างยิ่ง)

1 บทนำ

ในช่วง 50 ปีที่ผ่านมา หลายภูมิภาคมีการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมที่มาพร้อมกับภาวะการเจริญพันธุ์ที่ลดลงอย่างมากและอายุขัยที่เพิ่มขึ้น ปรากฏการณ์นี้ส่งผลให้ประชากรสูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว อัตราการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง แม้แต่ในอนุภูมิภาคซาราวา ซึ่งอยู่ในทวีปแอฟริกาซึ่งมีโครงสร้างประชากรที่อายุน้อยที่สุดในโลก ได้มีการคาดการณ์ว่าจำนวนคนที่อายุมากกว่า 60 ปี จะเพิ่มขึ้นมากกว่าสามเท่า จาก 46 ล้านคนในปี 2558 เป็น 147 ล้านคนในปี 2593

เมื่ออายุมากขึ้นการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เกิดขึ้นมากมายทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่เป็นโรคเรื้อรังและการพึ่งพาการดูแลเพิ่มขึ้น ประชากรส่วนใหญ่ที่อายุมากกว่า 60 ปี จะมีภาวะความพิการและการเสียชีวิตซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากการสูญเสียการได้ยิน การมองเห็น และการเคลื่อนไหว ที่เสื่อมตามอายุและภาวะต่าง ๆ เช่น ภาวะสมองเสื่อม โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคทางเดินหายใจเรื้อรังโรคเบาหวาน และโรคข้อเข่าเสื่อม สิ่งเหล่านี้ไม่ใช่ปัญหาสำหรับประเทศที่มีรายได้สูงเท่านั้น ในความเป็นจริงการที่เกี่ยวข้องกับสภาวะทางสุขภาพเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุโดยทั่วไป มากกว่าในประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง

ประชากรที่มีอายุเพิ่มขึ้น จะเพิ่มสัดส่วนและจำนวนคนที่ต้องการการดูแลระยะยาวในหลายประเทศและต้องการการพัฒนาในทุกระดับเป็นอย่างมาก ซึ่งจะเกิดขึ้นในเวลาเดียวกับที่สัดส่วนของผู้ที่มีอายุน้อยกว่าที่มีความพร้อมในการให้บริการดูแลจะลดลง รวมทั้งผู้หญิงซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาททางสังคมและเป็นผู้ให้การดูแลหลักกำลังเปลี่ยนไป ดังนั้นแนวทางในการป้องกันและทำให้การเสื่อมสภาพของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายกลับมาทำงานได้ รวมทั้งการพึ่งพาการดูแลในวัยสูงอายุจึงมีความสำคัญต่อการปรับปรุงการดำเนินงานทางสาธารณสุขในประชากรสูงอายุได้อย่างทันทั่วถึง ซึ่งมีหลายแนวทางที่จำเป็นต้องกระทำอย่างเร่งด่วน

รายงานประจำปี 2558 ขององค์การอนามัยโลก (WHO) เกี่ยวกับการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุและสุขภาพ ได้กำหนดเป้าหมายของ ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพ (Healthy Aging) ในการช่วยให้สามารถพัฒนาและรักษาความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันได้เพื่อช่วยให้มีความเป็นอยู่ที่ดี ซึ่งความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันได้อธิบายไว้ในรายงานว่าเป็น “คุณลักษณะทางสุขภาพที่ทำให้ผู้คนสามารถเป็นและทำในสิ่งที่คนผู้นั้นให้คุณค่า” สมรรถนะภายในตัวบุคคลคือ องค์ประกอบของสมรรถนะทางร่างกายและจิตใจทั้งหมดที่แต่ละคนสามารถดึงมาใช้ได้ ซึ่งจำกัดความเหล่านี้ได้สรุปไว้ในกล่องข้อความด้านล่าง

กรอบการดำเนินงานด้านสาธารณสุขขององค์การอนามัยโลกสำหรับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพได้เน้นไปที่เป้าหมายในการรักษาการทำงานจิตรไว้ได้ตลอดช่วงชีวิต (รูปที่ 1) มาตรการในระยะเริ่มต้นเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากจะเป็นการชะลอการถดถอย หรือการพึ่งพาได้ หรือชะลอหรือทำให้การดำเนินกิจกรรมบางอย่างกลับมาดีขึ้นโดยการดำเนินมาตรการในช่วงระยะเริ่มต้นที่พบว่าความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เริ่มถดถอย (3-5) ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพในสถานพยาบาลสามารถตรวจพบสมรรถนะทางร่างกายและจิตใจที่กำลังเสื่อมลงได้ (มีความบกพร่องทางคลินิกที่แสดงออกให้เห็น) และให้มาตรการที่มีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันและชะลอหรือหยุดความบกพร่องที่ตรวจพบ

ปี 2559 รายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO World Report) เกี่ยวกับผู้สูงอายุและสุขภาพ (1) ยุทธศาสตร์ระดับโลกและแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุและสุขภาพได้รับการรับรองโดยสมัชชาอนามัยโลก (6) ทั้งสองสะท้อนให้เห็นถึงรูปแบบแนวคิดใหม่สำหรับผู้วัยที่มีสุขภาพดี ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดของสมรรถนะภายในตัวบุคคลและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุมากกว่าการไม่มีโรค เหตุผลและหลักฐานในการให้การดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางและการดูแลแบบบูรณาการได้ระบุไว้ในรายงานระดับโลกเรื่องผู้สูงอายุและสุขภาพ และ ตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสาร The Lancet (7) ถึงการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการระดับชุมชนในปัจจุบัน (ICOPE)

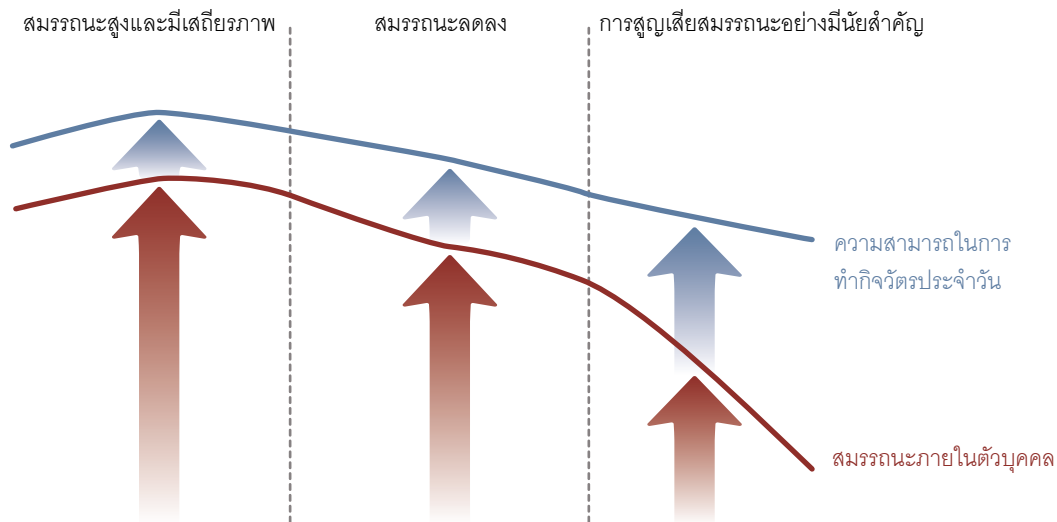


สมรรถนะภายในตัวบุคคล และ ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน

องค์การอนามัยโลกได้กำหนด สมรรถนะภายในตัวบุคคล (IC) ว่าเป็นการผสมผสานระหว่างร่างกายและจิตใจของแต่ละบุคคล รวมทั้งความสามารถทางด้านจิตใจ และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน (FA) ซึ่งเป็นปฏิสัมพันธ์ของสมรรถนะภายในตัวบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่

Fig 1: กรอบการทำงานด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงวัยที่มีสุขภาพดี โอกาสในการปฏิบัติการด้านสาธารณสุขตลอดช่วงชีวิต

สมรรถนะภายในตัวบุคคลและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันทำงานที่ไม่คงที่ แต่ลดลงตามอายุอันเป็นผลมาจากโรคประจำตัวและกระบวนการเข้าสู่วัยชรา



แนวทางปัจจุบันนี้ได้เขียนขึ้นใหม่เพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดใหม่ขององค์การอนามัยโลก เรื่อง ผู้สูงวัยที่มีสุขภาพดี แนวทางการดำเนินงานที่มาพร้อมกันนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้คำแนะนำตามหลักฐานเชิงประจักษ์ให้แก่ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ เพื่อดำเนินการตามแนวทางที่เหมาะสมในการตรวจและจัดการการกับการถดถอยของสมรรถนะทางร่างกายและจิตใจที่สำคัญและเพื่อให้มาตรการต่าง ๆ ที่เป็นการสนับสนุนผู้ดูแล

1.1 เหตุผลที่มีแนวทางเหล่านี้

สมรรถนะภายในตัวบุคคลที่ลดลงมักมาจากปัญหาที่พบบ่อยในวัยสูงอายุ เช่น ปัญหาในการได้ยิน การมองเห็น การจดจำการเคลื่อนไหว หรือการทำการกิจประจำวันหรือกิจกรรมทางสังคม แต่ปัญหาเหล่านี้มักถูกมองข้าม ตัวบ่งชี้การลดลงในช่วงต้นของสมรรถนะภายในตัวบุคคล เช่น ความเร็วในการเดินลดลง หรือความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง มักไม่ได้รับการระบุ รักษา หรือตรวจสอบ ปัญหาเหล่านี้เป็นสิ่งที่สำคัญที่ต้องทำในการชะลอการเสื่อมหรือทำให้สามารถกลับมาทำการกิจกรรมต่าง ๆ ได้ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพส่วนใหญ่ขาดคำแนะนำหรือการฝึกอบรมเพื่อรับรู้และจัดการกับความบกพร่องให้แก่ผู้สูงอายุ

จากความเชื่อที่ว่าไม่มีวิธีการรักษา สภาวะต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ทำให้ผู้สูงอายุเองอาจเลิกใช้บริการทางสุขภาพ ไม่เข้ารับการรักษาและ / หรือไม่เข้ารับบริการที่คลินิกสาธารณสุขมูลฐาน ดังนั้น จึงมีความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้องพัฒนาแนวทางสำหรับผู้สูงวัยที่มีความครอบคลุม และมีข้อเสนอแนะสำหรับการให้มาตรการเพื่อป้องกันสมรรถนะที่กำลังและให้การสนับสนุนผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ แนวทางเหล่านี้ได้อธิบายไว้เป็นอย่างดี

แนวทางสำหรับผู้สูงวัยผ่านมุมมองเรื่องสมรรถนะภายในตัวบุคคลและสภาวะแวดล้อมที่อาศัยอยู่ จะช่วยให้มั่นใจได้ว่าบริการด้านสุขภาพจะมุ่งเน้นเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่เกี่ยวข้องกับชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุมากที่สุดวิธีนี้ยังสามารถช่วยหลีกเลี่ยงการรักษาที่ไม่จำเป็น การใช้จ่ายหลายขนานร่วมกัน และหลีกเลี่ยงผลข้างเคียงได้ (1)

1.2 ขอบเขต

แนวทางเหล่านี้ครอบคลุมถึงการจัดการตามหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อจัดการกับสมรรถนะภายในตัวบุคคลที่ลดลง ที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุโดยทั่วไป ซึ่งครอบคลุมถึงการเคลื่อนไหวโภชนาการ หรือพลังชีวิต การมองเห็น การได้ยิน การรู้คิด และอารมณ์ ตลอดจนกลุ่มอาการของผู้สูงอายุที่สำคัญ เช่น ภาวะกลืนไม่ลง ภาวะไม่อยู่ และความเสี่ยงต่อการหกล้ม

สภาวะต่าง ๆ ได้ถูกเลือกมา เนื่องจากเป็นการแสดงออกถึงสมรรถนะทางร่างกายและจิตใจที่ลดลง ดังที่ระบุไว้ในกรอบการดำเนินงานขององค์การอนามัยโลก เรื่องผู้สูงวัยที่มีสุขภาพดี (7) และเป็นตัวพยากรณ์อิสระที่ชัดเจน ในเรื่องของการเสียชีวิตและการพึ่งพาการดูแลในวัยสูงอายุ (8)

สมรรถนะทางร่างกายและ / หรือจิตใจที่ลดลงหรือเสื่อมลงสามารถระบุได้โดยการมีตัวบ่งชี้ต่อไปนี้อย่างน้อยหนึ่งตัวต่อไปนี้

การสูญเสียความคล่องตัว หลังจากกล้ามเนื้อได้เจริญถึงจุดสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น จากนั้นมวลกล้ามเนื้อจะมีแนวโน้มลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น และอาจเกี่ยวข้องกับความแข็งแรงและการทำงานของกล้ามเนื้อและกระดูกที่เสื่อมลง (9) วิธีหนึ่งในการวัดการทำงานของกล้ามเนื้อคือการวัดกำลังมือ (Grip strength) ซึ่งเป็นตัวทำนายการเสียชีวิตที่ชัดเจน (10, 11)

ภาวะทุพโภชนาการ: การขาดสารอาหารเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อของผู้สูงอายุ ร้อยละ 22 (12) กล้ามเนื้อและมวลกระดูกลดลง สะท้อนถึงภาวะเปราะบางของผู้สูงอายุ ภาวะทุพโภชนาการยังเกี่ยวข้องกับการทำงานของกระดูกที่เสื่อมลง ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และเพิ่มความเสี่ยงการพึ่งพาการดูแล

ความบกพร่องทางการมองเห็นและการสูญเสียการได้ยิน: ความชราัมกับเกี่ยวข้องกับการลดลงของทั้งการมองเห็นและการได้ยิน ทั่วโลกมีผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีมากกว่า 180 ล้านคนประสบกับการสูญเสียการได้ยินซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการทำความเข้าใจกับการสนทนาตามปกติ ความบกพร่องทางการมองเห็นอย่างรุนแรงมักเกิดขึ้นอย่างแพร่หลายในผู้ที่มีอายุมากกว่า 70 ปีและยังเป็นสาเหตุสำคัญของการตาบอดในประเทศที่มีรายได้สูงและรายได้ปานกลางระดับบน (13, 14)

ความบกพร่องทางการรู้คิด: ทั่วโลกมีผู้สูงอายุ 46.8 ล้านคนที่มีภาวะสมองเสื่อม ตัวเลขนี้คาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าทุก ๆ 20 ปี และประมาณการณ์ไว้ว่า 74.7 ล้านคน ในปี 2573 (15) ความสามารถในการรู้คิดมักจะเริ่มลดลงตั้งแต่อายุยังน้อย โดยความสามารถต่าง ๆ จะลดลงในอัตราที่แตกต่างกัน ความบกพร่องทางการรู้คิดจะมีความรุนแรงน้อยกว่าภาวะสมองเสื่อม และโดยทั่วไปจะคงไว้ซึ่งการดำเนินกิจวัตรประจำวันตามปกติ ภาวะเรื้อรังนี้เป็นจุดเริ่มต้นของภาวะสมองเสื่อมถึง 1 ใน 3 ของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (16)

อาการซึมเศร้า: ช่วงเวลาของความผิดปกติทางอารมณ์ คาดว่าจะพบมากในวัยสูงอายุเนื่องจากความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นของเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ในช่วงชีวิตเมื่อเทียบกับผู้ที่อายุน้อยกว่า ผู้สูงอายุมักมีอาการซึมเศร้าอย่างมากโดยไม่เป็นไปตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ภาวะนี้มักเรียกว่าภาวะซึมเศร้า เกือบถึงเกณฑ์ (subthreshold depressive symptomatology) และมีผลต่อผู้ใหญ่มากกว่า 1 ใน 10 คน (17) ภาวะซึมเศร้าเกือบถึงเกณฑ์นี้ ยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญสำหรับโรคซึมเศร้า (18)

ความสัมพันธ์ของตัวบ่งชี้เหล่านี้กับการพึ่งพาการดูแล ความพิการ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์ที่สำคัญอื่น ๆ ได้ถูกนำเสนอภายใต้แนวคิดที่แตกต่างกันจำนวนมาก และการศึกษาในระยะยาวได้แสดงให้เห็นถึงความถูกต้องในการทำนายที่ชัดเจนว่า ตัวบ่งชี้เหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการเริ่มของภาวะการพึ่งพาการดูแลและการเสียชีวิต (8) ความเข้าใจที่ชัดเจนเกี่ยวกับธรรมชาติของสมรรถนะทางร่างกายและจิตใจที่ลดลงสัมพันธ์กับภาวะผู้สูงอายุและโรคเรื้อรังเป็นสิ่งที่จะต้องให้ความสำคัญกับข้อมูลและการจัดลำดับความสำคัญของมาตรการและกลยุทธ์ต่าง ๆ

1.3 กลุ่มเป้าหมาย

ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพที่ทำงานในชุมชนและในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักสำหรับแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในเรื่องของมาตรการชุมชน แนวทางเหล่านี้ยังมุ่งเป้าไปที่ผู้เชี่ยวชาญที่รับผิดชอบในการพัฒนาหลักสูตรการฝึกอบรมด้านการแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุขอย่างเท่าเทียมกัน

กลุ่มเป้าหมายอื่น ๆ ที่สามารถใช้เอกสารนี้ได้รวมถึง ผู้จัดการด้านการดูแลสุขภาพ เช่น ผู้จัดการโครงการที่จัดบริการด้านการดูแลสุขภาพใน

ระดับชาติ ระดับภูมิภาคและระดับเขต – หน่วยงานที่ให้เงินสนับสนุน และดำเนินโครงการด้านสาธารณสุข และองค์กรเอกชน และองค์กรการกุศลที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุในการจัดบริการในสถานที่ต่าง ๆ ในชุมชน

1.4 หลักการของคำแนะนำ

หลักการต่อไปนี้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางต่าง ๆ รวมทั้งควรมีการชี้แนะการดำเนินงานตามข้อเสนอแนะต่าง ๆ หลักการต่าง ๆ มีดังนี้

- แนวทางการดำเนินงานดังกล่าวนำไปสู่การบรรลุเป้าหมายสำคัญระดับโลกตามยุทธศาสตร์องค์การอนามัยโลกและแผนปฏิบัติการด้านผู้สูงอายุและสุขภาพ (6, 19) ซึ่งสรุปบทบาทของระบบสุขภาพในการส่งเสริมผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีโดยการปรับวิถีสมรรถนะภายในตัวบุคคลให้ดีขึ้นและมีความเหมาะสม
- แนวทางการดำเนินงานยังเป็นเครื่องมือในการดำเนินการตามกรอบขององค์การอนามัยโลกในเรื่องการให้บริการสุขภาพโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง (20) กรอบแนวคิดนี้เรียกร้องให้เปลี่ยนวิธีการจัดการและการให้บริการสุขภาพ รวมทั้งเสนอแนวทางสำคัญที่จะนำมาใช้ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้คนทั่วไปรวมทั้งผู้สูงอายุได้รับการดูแลแบบบูรณาการที่มีคุณภาพ ซึ่งเป็นระบบการจัดการที่เข้มแข็งที่มีการประเมินความต้องการของแต่ละบุคคล การพัฒนาแผนการดูแลที่ครอบคลุม และบริการที่ขับเคลื่อนไปสู่เป้าหมายในการรักษาสมรรถนะภายในตัวบุคคล และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน
- นอกเหนือจากการส่งเสริมการดูแลโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางแบบบูรณาการแล้วควรนำคำแนะนำไปใช้เพื่อสนับสนุนการผู้สูงอายุในสถานที่ต่าง ๆ ได้แก่ หน่วยบริการด้านสุขภาพที่ควรให้การดูแลในที่ที่อาศัยอยู่ มาตรการเหล่านี้ได้รับการออกแบบให้ดำเนินการผ่านรูปแบบการดูแลที่ให้ความสำคัญกับการดูแลปฐมภูมิและการดูแลโดยชุมชน ซึ่งรวมถึงการให้ความสำคัญกับมาตรการต่าง ๆ ที่เน้นในบ้านเป็นหลัก รวมทั้งการมีส่วนร่วมของชุมชนและระบบการส่งต่อแบบครบวงจร

แนวทางเหล่านี้มีข้อมูลหลักฐานที่เกี่ยวข้องกับมาตรการต่าง ๆ ที่ช่วยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ไม่ได้มีความเชี่ยวชาญสามารถนำไปใช้ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นและหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชนได้ หลักการสำคัญประการหนึ่งที่จะสนับสนุนการพัฒนาแนวทางเหล่านี้คือ การตระหนักถึงบทบาทสำคัญของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในชุมชน ในการเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพที่จำเป็นที่มีคุณภาพตามบริบทของการสาธารณสุขมูลฐานแห่งชาติและหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า คำแนะนำขององค์การอนามัยโลกนี้ มีไว้สำหรับผู้จัดการโครงการในประเทศและพันธมิตรระดับโลก โดยเน้นให้ความสำคัญกับองค์ประกอบหลักที่เสริมสร้างขีดสมรรถนะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนให้เข้มแข็ง โดยครอบคลุมด้านต่าง ๆ เช่น ข้อพิจารณาและแผนงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและบทบาทและสมรรถนะหลักของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขในชุมชน (21)

2 กระบวนการพัฒนาแนวทาง

คู่มือขององค์การอนามัยโลก สำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติ (22) ได้สรุปกระบวนการที่ใช้ในการพัฒนาแนวทางที่เกี่ยวข้อง ซึ่ง ประกอบไปด้วย

2.1 คณะทำงานพัฒนาแนวทาง

มีการจัดตั้งคณะทำงานจัดทำแนวทางขององค์การอนามัยโลก นำโดย the Department of Aging and Life Course โดยมีตัวแทนจากหน่วยงานและโครงการขององค์การอนามัยโลกที่เกี่ยวข้อง ที่มีความสนใจในการให้คำแนะนำเชิงวิทยาศาสตร์เกี่ยวกับผู้สูงอายุ กลุ่มขับเคลื่อนแนวทางให้การกำกับดูแลกระบวนการพัฒนาแนวปฏิบัติ ในภาพรวม มีการจัดตั้งคณะทำงานเพิ่มเติมอีก 2 ชุด ได้แก่ คณะทำงานเพื่อพัฒนาแนวทาง (GDG) และคณะผู้ทบทวนจากภายนอก

คณะทำงานเพื่อพัฒนาแนวทาง ประกอบไปด้วยคณะนักวิชาการและแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญแบบสหสาขาวิชาชีพในเงื่อนไขที่ครอบคลุม โดยแนวทางนี้รวมทั้งแพทย์ผู้สูงอายุ / แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุ มีการพิจารณาถึงความสมดุลของทั้งสองเพศและการเป็นตัวแทนที่มีความหลากหลายทางภูมิศาสตร์ (ดูภาคผนวก 1)

สมาชิกที่มีศักยภาพของคณะทำงานเพื่อพัฒนาแนวทาง ได้รับการคัดเลือก โดยมีพื้นฐานการมีส่วนร่วมดำเนินงานในพื้นที่ รวมทั้งความต้องการความหลากหลายในระดับภูมิภาคและพื้นที่ที่มีความเชี่ยวชาญ ในฐานะนักวิจัยที่ได้รับการยอมรับในสาขานี้ ซึ่งประธานได้รับการคัดเลือกจากประสบการณ์ที่กว้างขวางด้านแนวทางการพัฒนาแนวทางและการมีส่วนร่วมในกลุ่มพัฒนาแนวทางอื่น ๆ ทั้งนี้สมาชิกคณะทำงานเพื่อพัฒนาแนวทางได้กรอกแบบฟอร์มแจ้งยืนยันความสนใจมายังองค์การอนามัยโลก เอกสารดังกล่าวผ่านการทบทวนโดยคณะอำนวยการ

2.2 การเปิดเผยผลประโยชน์และการจัดการผลประโยชน์ทับซ้อน

สมาชิกในคณะทำงานเพื่อพัฒนาแนวทางทุกคน รวมทั้งผู้ทบทวนเนื้อหาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบได้รับการร้องขอให้กรอกแบบฟอร์มยินยอมให้เปิดเผยผลประโยชน์ทับซ้อนก่อนที่จะเข้ากระบวนการการตรวจสอบหลักฐานสำหรับการพัฒนาแนวปฏิบัติดังกล่าว มีการส่งคำเชิญชวนให้เข้าร่วมคณะทำงานเพื่อพัฒนาแนวทาง หลังจากที่ยินยอมให้เปิดเผยผลประโยชน์ทับซ้อน ได้รับการตรวจสอบและอนุมัติแล้วเท่านั้น

โดยกระบวนการเหล่านี้เจ้าหน้าที่ขององค์การอนามัยโลกเป็นผู้รับผิดชอบโดยผู้อำนวยการ the Department of Ageing and Life Course

และเมื่อมีความจำเป็น จะมีการปรึกษานักกฎหมายกฎหมายต่อไป จากนั้นจึงมีการสรุปองค์ประกอบของคณะทำงานกลุ่มนี้ในตอนสุดท้าย ข้อมูลสรุปของการเปิดเผยผลประโยชน์ทับซ้อนสามารถอ่านเพิ่มเติมได้ที่ภาคผนวก 2

การเปิดเผยดังกล่าว จะถูกประเมินแนวโน้มที่จะมีผลประโยชน์ทับซ้อนอีกครั้งก่อนที่จะนำเข้าสู่ที่ประชุมในกรุงเจนีวา สมาชิกที่มีส่วนร่วมในการทำวิจัยเบื้องต้นหรือการทบทวนอย่างเป็นระบบไม่ได้มีส่วนร่วมในการกำหนดข้อเสนอแนะใด ๆ ด้วยตนเอง สมาชิกส่วนใหญ่จึงไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อน มีเพียงส่วนน้อยที่มีผลประโยชน์ทับซ้อน (ประมาณ 2 ราย) ซึ่งได้ถูกจำกัดการมีส่วนร่วมในขั้นตอนที่เกี่ยวข้องของการประชุมกลุ่มพัฒนาแนวทาง เอกสารการตัดสินใจทั้งหมดได้ถูกเก็บไว้ (ดูภาคผนวก 2)

2.3 การระบุ การประเมิน และการสังเคราะห์หลักฐานที่มีอยู่

มีการกำหนดขอบเขตของแนวทางและคำถามต่าง ๆ (ภาคผนวก 3) ซึ่งใช้หลักการของ PICO (ประชากร มาตรการ กลุ่มเปรียบเทียบ ผลลัพธ์) มีทั้งหมด 9 ประเด็น (23) ซึ่งกำหนดโดยกลุ่มพัฒนาแนวทางและคณะอำนวยการ ผลลัพธ์ (Outcome) จากเอกสารจะถูกนำมาจัดอันดับความสำคัญโดยคณะทำงานเพื่อพัฒนาแนวทางและผู้เชี่ยวชาญทบทวนภายนอกเพื่อให้สอดคล้องกับมุมมองของผู้ป่วยและผู้ให้บริการ แบ่งเป็น ไม่สำคัญ (อันดับ 1-3) สำคัญ (4-6) หรือวิกฤต (7-9) ผลลัพธ์ที่ได้รับการจัดอันดับว่าวิกฤตจะถูกคัดเลือกเพื่อรวมไว้ในการวิเคราะห์ PICO ทั้งนี้กลุ่มพัฒนาแนวทางจะเป็นผู้มีส่วนร่วมในการสื่อสารทางอีเมลและการอภิปรายโดยการประชุมทางไกลอย่างสม่ำเสมอ

เมื่อมีการกำหนดขอบเขตของคำถามและดำเนินการทบทวน จะมีการเน้นไปที่หลักฐานที่ใช้เฉพาะกับผู้สูงอายุที่อ่อนแอหรือต้องพึ่งพาการดูแลหรืออยู่ในสถานะที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลก่อน รวมทั้งมาตรการที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญสามารถนำไปใช้ได้ในพื้นที่ชุมชนหรือใช้ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น ขั้นตอนที่ใช้ในการเรียกค้นหลักฐานการประเมินและการสังเคราะห์สรุปไว้ในภาคผนวก 4

รายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับวิธีการตรวจสอบและหลักฐานต่าง ๆ สรุปไว้ใน ชุดหลักฐานเพื่อใช้ในการสนับสนุนแนวทางต่าง ๆ คุณภาพของหลักฐานได้มาจากการประเมินตามวิธีการของ GRADE (Grading of Recommendations Assessment) (24) และคู่มือแนวทางขององค์การอนามัยโลกและชุดหลักฐานนี้สามารถอ่านได้ที่

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

สืบค้นและวิธีการประเมินคุณภาพและการประเมินจะรวมไว้และแยกเป็นชุด วิธีการ GRADE สำหรับหลักฐานเชิงประจักษ์ในทางการแพทย์ยังสามารถนำมาใช้ในการให้ข้อเสนอแนะการจัดมาตรการต่าง ๆ โดยการจัดลำดับของคุณภาพหลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ ข้อเสนอแนะทั้งหมดอยู่บนพื้นฐานของการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้มาจากหลักฐานโดยตรง

2.4 การตัดสินใจที่เป็นจรรยาบรรณจากการประชุม คณะกรรมการพัฒนาแนวทาง

คณะกรรมการพัฒนาแนวทางได้มาประชุมที่องค์การอนามัยโลก สำนักงานใหญ่ ณ กรุงเจนีวา สวิตเซอร์แลนด์ ระหว่างวันที่ 24–26 พฤศจิกายน 2558 โดยเอกสารทั้งหมดได้มีการส่งไปยังสมาชิกเพื่อทบทวนและนำเสนอแบบสรุปในระหว่างการประชุม นอกจากนี้ได้มีการหารือเกี่ยวกับข้อแย้งประเด็นต่าง ๆ และมีการตีความผลการวิจัยเพื่อพัฒนาข้อเสนอแนะตามร่างที่จัดทำโดยสำนักเลขาธิการองค์การอนามัยโลก จากนั้นกลุ่มพัฒนาแนวทางได้ดำเนินการพิจารณาคำแนะนำที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ซึ่งมีหลักดังนี้

- ความสมดุลของผลประโยชน์และผลเสียที่อาจเกิดขึ้นจากมาตรการแต่ละชนิด
- การให้คุณค่าและความต้องการของผู้สูงอายุ
- ต้นทุนและการใช้ทรัพยากร
- การยอมรับมาตรการในการให้บริการของผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง
- ความเป็นไปได้ในการนำไปดำเนินงาน
- ผลกระทบต่อความเสมอภาคและสิทธิมนุษยชน

เพื่อเป็นการประเมินคุณค่าและความต้องการของผู้สูงอายรรวมทั้งการยอมรับมาตรการที่เสนอให้สำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ อีกทั้งไม่มีการสำรวจอย่างเป็นทางการ จึงได้มีการอภิปรายและการประเมินขอบเขตของเนื้อหาเหล่านี้ด้วยความเชี่ยวชาญ และการสังเกตการณ์ของกลุ่มพัฒนาแนวทาง ในทำนองเดียวกันยังไม่มีการศึกษาความคุ้มค่าต้นทุนอย่างเป็นทางการ ดังนั้น กลุ่มพัฒนาแนวทางจึงได้แจ้งไว้ว่าการประเมินข้อจำกัด ด้านทรัพยากรตามความรู้และประสบการณ์ของคณะกรรมการ

เมื่อพิจารณาประเด็นทั้งหมดที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น จึงได้มีข้อตกลงว่าหากคำแนะนำนั้นเป็นประโยชน์สำหรับคนโดยทั่วไป ให้จัดอยู่ในกลุ่มที่มี

ความชัดเจน อย่างไรก็ตามหากหลักฐานเหล่านี้มีข้อควรระวังที่เกี่ยวข้องกับประโยชน์ที่จะได้รับในบริบทที่แตกต่างกันและ / หรือคุณภาพของหลักฐานมีประสิทธิภาพน้อยกว่า ให้จัดอยู่ในกลุ่มที่มีเงื่อนไข ในกรณีที่มีความขัดแย้งเกิดขึ้น ประธานและนักระเบียบวิธีจะตรวจสอบให้แน่ใจว่าข้อพิพาทนั้นเกี่ยวข้องกับการตีความข้อมูลหรือวิธีการกำหนดข้อเสนอแนะ หากไม่บรรลุข้อตกลงฉันทามติ สมาชิกคณะทำงานเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติจะทำการลงคะแนนเพื่อรับคำแนะนำเสียงข้างมาก (51% / 49%) ซึ่งการลงคะแนนเพื่อตัดสินใจนี้ใช้วิธียกมือ คณะทำงานเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติมีสิทธิ์ที่จะไม่ให้บันทึกการคัดค้านใด ๆ ทั้งนี้ เจ้าหน้าที่ขององค์การอนามัยโลก ที่เข้าร่วมการประชุมและผู้เชี่ยวชาญด้านเทคนิคที่มีความเกี่ยวข้องกับการรวบรวมเอกสาร หลักฐานต่าง ๆ ไม่มีสิทธิ์ลงคะแนน

การดำเนินงานของคณะกรรมการเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติ ได้บรรลุข้อตกลงฉันทามติเกี่ยวกับคำแนะนำ 13 ข้อ และการจัดอันดับโดยการให้คะแนนไว้ในเอกสารนี้ ในขั้นตอนการลงคะแนนเพื่อให้คำแนะนำเกี่ยวกับการฝึกอบรมเรื่องการรู้คิด และการผ่อนปรนการดูแลนั้น ไม่ได้รับการสนับสนุนเนื่องจากมีหลักฐานไม่เพียงพอ

2.5 การเตรียมเอกสารและการทบทวนโดยนัก วิชาการภายนอก (peer review)

นอกเหนือจากคณะกรรมการเพื่อพัฒนาแนวทาง ที่ทำหน้าที่เรื่องนี้แล้ว ยังมี ผู้ทบทวนที่เป็นนักวิชาการภายนอก จำนวน 4 ท่าน ที่มีความเชี่ยวชาญในสาขาเฉพาะทาง ได้แก่ จิตเวช โภชนาการ กายภาพบำบัด และผู้สูงอายุ ในเบื้องต้น หลักเกณฑ์ต่าง ๆ และชุดข้อมูลหลักฐานที่จัดทำโดยเจ้าหน้าที่องค์การอนามัยโลก และ คณะทำงานเพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติได้ถูกส่งต่อไปยังผู้ทบทวนที่เป็นนักวิชาการภายนอก และ คณะอำนวยการขององค์การอนามัยโลก โดยข้อมูลและข้อสังเกตทั้งหมดที่ได้จากผู้ทำการทบทวนซึ่งเป็นนักวิชาการภายนอก ได้มีการหารือและลงความเห็นระหว่างคณะกรรมการเพื่อพัฒนาแนวทาง ผ่านทางอีเมล นอกจากนี้ผู้ทบทวนที่เป็นนักวิชาการภายนอก จะได้รับการขอให้ประเมินคุณภาพของแนวทางโดยใช้เครื่องมือที่มีการปรับเปลี่ยนเล็กน้อย ได้แก่ การประเมินแนวทางสำหรับการวิจัยและการประเมินผล (AGREE II) ซึ่งเดิมมีรายการสำคัญ 23 รายการ คลอบคลุมขอบเขตในเรื่อง ต่าง ๆ ได้แก่ ขอบเขตและวัตถุประสงค์ การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย การพัฒนาที่เข้มแข็ง ความชัดเจนของการนำเสนอ การบังคับใช้ และ ความเป็นอิสระของกองบรรณาธิการ (25) ทั้งนี้ ผู้ทบทวนได้ให้คะแนน AGREE II ระหว่าง 22 ถึง 154 คะแนน และค่าเฉลี่ยอยู่ที่ 122.2 คะแนน

3 หลักฐานและคำแนะนำ

สภาวะต่าง ๆ ที่กล่าวถึงในแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (ICOPE) นี้ประกอบไปด้วยสภาวะที่มีปัจจัยและตัวกำหนดร่วมกัน ซึ่งอาจเป็นไปได้ที่จะนำมาใช้ช่วยในการป้องกันหรือชะลอการเริ่มต้นของการสูญเสียสมรรถนะภายในบุคคลผ่านการนำแนวทางต่าง ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนต่าง ๆ ที่ทำนายการเกิดความสูญเสียได้ ยกตัวอย่างเช่น การฝึกอบรมอย่างเข้มข้นซึ่งเป็นมาตรการสำคัญที่จำเป็นในการป้องกันและทำให้ความคล่องตัวที่บกพร่องกลับมาดีขึ้น และยังช่วยปกป้องสมองจากภาวะซึมเศร้าและความบกพร่องทางการรู้คิดทางอ้อม รวมทั้งการป้องกันการหกล้ม ทั้งนี้โภชนาการยังมีส่วนช่วยให้การออกกำลังกายมีประสิทธิภาพมากขึ้นรวมทั้งช่วยเพิ่มมวลและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

ดังนั้นจึงจำเป็นต้องดำเนินการตามแนวทางเหล่านี้โดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางและแนวทางการบูรณาการ คำแนะนำเหล่านี้มีความจำเพาะสำหรับการจัดการในชุมชน แต่ยังสามารถประยุกต์ใช้กับสถานพยาบาลได้

หลักการ เหตุผล และหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการได้อธิบายไว้ในรายงานขององค์การอนามัยโลกเรื่อง *World report on ageing and health* (1)

ผู้ให้บริการต้องให้ความเชื่อมั่นในประเด็นต่าง ๆ ดังนี้

1. การประเมินความบกพร่องของแต่ละบุคคล / ความสามารถต่าง ๆ ที่ลดลง การประเมินเหล่านี้ใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแผนการดูแลที่ครอบคลุมและมีการประเมินร่วมกันในทุกด้าน
2. แผนการดูแลส่วนใหญ่จะมีมาตรการที่ช่วยปรับปรุงโภชนาการและส่งเสริมกิจกรรมทางกาย รวมทั้งมาตรการอื่น ๆ ที่จะเป็นทั้งหมดที่จะให้บริการควบคู่กันไป
3. การพบความบกพร่อง / การลดลงของสมรรถนะต่าง ๆ จะกระตุ้นให้มีการส่งต่ออย่างเร่งด่วนเพื่อประเมินทางการแพทย์รวมทั้งโรคที่เกี่ยวข้อง (เช่น ภาวะความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และภาวะสมองเสื่อม) องค์การอนามัยโลก ได้พัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อจัดการกับโรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้อง และผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพทุกรายควรเข้าถึงสิ่งเหล่านี้ได้ (กรอบที่ 1)

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ แบ่งเกณฑ์ออกเป็น 3 ส่วน ได้แก่

- **ชุดความรู้ที่ 1** สมรรถนะทางกายภาพที่ลดลง รวมถึงการสูญเสียการเคลื่อนไหว ภาวะทุพโภชนาการ และความบกพร่องทางการมองเห็น และการสูญเสียการได้ยิน ตลอดจนสมรรถนะทางจิตที่ลดลง เช่น ความบกพร่องทางการรู้คิด และอาการซึมเศร้า
- **ชุดความรู้ที่ 2** กลุ่มอาการผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับการพึ่งพาการดูแลในวัยสูงอายุ รวมถึงภาวะกลืนบัสสาวะไม่อยู่ และความเสี่ยงต่อการหกล้ม
- **ชุดความรู้ที่ 3** การให้การสนับสนุนผู้ดูแล

ข้อความที่ 1:

แนวทางและแหล่งข้อมูลขององค์การอนามัยโลกที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) – *mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*, version 2.0 (2016): http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02

Package of essential noncommunicable (PEN) disease interventions for primary health care in low-resource settings (2010): http://www.who.int/nmh/publications/essential_ncd_interventions_lr_settings.pdf

Guidelines for hearing aids and services for developing countries (2004): http://www.who.int/pbd/deafness/en/hearing_aid_guide_en.pdf

Global recommendations on physical activity for health (2010): http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations

3.1 ชุดความรู้ที่ 1 สมรรถนะทางกายและจิตใจที่เสื่อมลง

3.1.1 การสูญเสียความคล่องตัว

ความคล่องตัวเป็นองค์ประกอบสำคัญของสมรรถนะทางกายของผู้สูงอายุ การสูญเสียมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ทำให้ความยืดหยุ่นลดลงและมีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัวมีผลต่อความคล่องตัวทั้งหมด ความบกพร่องทางการเคลื่อนไหวพบ 39% ของผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ซึ่งก็คือสูงกว่าสามเท่าของ ประชากรในวัยทำงาน (26) การสูญเสียความคล่องตัวสามารถตรวจพบและหยุดหรือชะลอได้ หากมี

คำแนะนำที่ 1

การออกกำลังกายแบบผสมผสาน รวมทั้ง การออกกำลังกายแบบใช้แรงต้าน และการออกกำลังกายแบบอื่น ๆ (เน้นการทรงตัว ความยืดหยุ่น และการออกกำลังกายแบบแอโรบิก) ผู้สูงอายุที่สมรรถนะทางกายถดถอยหรือเสื่อมลงควรได้รับคำแนะนำนี้ สามารถประเมินสมรรถนะได้จาก ความเร็วของการเดิน ความแข็งแรงของข้อมือ และการวัดสมรรถนะร่างกาย

คุณภาพของหลักฐาน: ระดับปานกลาง
ประเภทคำแนะนำ: เหมาะสมเป็นอย่างยิ่ง

การกระตุ้นให้ออกกำลังกายอย่างเหมาะสมในช่วงต้นเมื่อเริ่มพบว่าสูญเสียความคล่องตัว (27)

ข้อควรพิจารณาตามคำแนะนำที่ 1

- การออกกำลังกายสามารถเพิ่มผลลัพธ์ให้ได้มากกว่าเดิม โดย การเพิ่มการบริโภคโปรตีนและมาตรการทางโภชนาการอื่น ๆ
- หากเป็นไปได้ ควรปรึกษานักกายภาพบำบัดหรือผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้คำแนะนำก่อนที่จะออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ
- อ้างอิงเพื่อให้มีการสอบสวน และการรักษาโรคประจำตัวที่เกี่ยวข้อง เช่น โรคที่เกี่ยวข้องหลอดเลือด และโรคปอด ความเปราะบาง และการสูญเสียกล้ามเนื้อเมื่ออายุเพิ่มขึ้น
- พิจารณาปรับโปรแกรมการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีข้อจำกัด ด้านการรู้คิด ให้มีความง่ายและไม่ซับซ้อน สำหรับผู้สูงอายุที่มีสมรรถนะลดลงอย่างรุนแรง แนะนำให้เริ่มฝึกออกกำลังกายบนเตียงและเก้าอี้เป็นหลัก

- ลักษณะสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมทางกายมากขึ้น ได้แก่ การจัดให้มีพื้นที่ปลอดภัยสำหรับการเดิน เพื่อความสะดวกในการเข้าถึงสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ รวมทั้งการซื้อสินค้าและบริการในท้องถิ่น การพบปะคนอายุใกล้เคียงที่ออกกัน ออกกำลังกายในเวลาเดียวกัน และการมีส่วนร่วมในการออกกำลังกายกับเพื่อนและครอบครัวเป็นประจำ
- ผลของการออกกำลังกายแบบผสมผสาน จะมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นเมื่อกำหนดรูปแบบร่วมกับการสนับสนุนให้มีการจัดการตนเองเพื่อเพิ่มความคุ้นเคยและทำเป็นประจำ
- มาตรการแบบผสมผสานเป็นการรวมรูปแบบการออกกำลังกายที่แตกต่างกัน (แบบแอโรบิก ใช้แรงต้าน เพิ่มความยืดหยุ่น เพิ่มการทรงตัว) โดยเน้นที่กลุ่มกล้ามเนื้อที่สำคัญและทำให้สามารถทำกิจกรรมได้ตามปกติ ผู้สูงอายุควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับอายุและสภาวะสุขภาพ องค์การอนามัยโลกได้ ให้คำแนะนำโดยพิจารณาจุดเริ่มต้นและระดับความสามารถในการออกกำลังกายที่แตกต่างกันรักษาสุขภาพ (โปรดดู http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations)(27)

หลักฐานที่สนับสนุนข้อเสนอแนะที่ 1

การค้นหอย่างเป็นระบบได้ระบุบทความที่เป็นบทความพหุวิชาถึง 130 ชิ้น โดยในจำนวนนี้ บทความ 11 ชิ้น ได้สรุปข้อค้นพบที่ใช้เป็นพื้นฐานของคำแนะนำนี้ ดังนี้

- รายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับหลักฐานประกอบอยู่ในแฟ้ม: การสูญเสียความคล่องตัว <http://www.who.int/ageing/health-systems/icope>

บทความ 7 ชิ้น จากประเทศที่มีรายได้สูงได้รายงานว่ามีการใช้โปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสานในการเสริมสร้างกล้ามเนื้อให้มีความแข็งแรงขึ้นหรือการฝึกความแข็งแรงทั่วไป การออกกำลังกายเพื่อฝึกความสมดุล การฝึกแบบแอโรบิก และการฝึกความยืดหยุ่น ข้อมูลจากการทดลองที่กล่าวถึงในบทความชี้ให้เห็นว่า การจัดโปรแกรมนี้ช่วยให้ผลลัพธ์ดีขึ้นได้อย่างมีนัยสำคัญ ผลลัพธ์เหล่านี้รวมถึงความแข็งแรงของกล้ามเนื้อของขาส่วนล่าง (10 การทดลอง จำนวนผู้เข้าร่วม 1,259 คน) ความสมดุล (การทดลอง 16 ครั้ง จำนวนผู้เข้าร่วม 1,313 คน) ความเร็วในการเดิน (การทดลอง 15 ครั้ง มีผู้เข้าร่วม 1,543 คน) คะแนนการทดสอบการลุกยืนจากเก้าอี้ (การทดลอง 9 ครั้ง จำนวนผู้เข้าร่วม 827 คน) การทำงานของร่างกายโดยรวม (การทดลอง 9 ครั้ง จำนวนผู้เข้าร่วม 976 คน) และกิจกรรมในชีวิตประจำวัน (7 การทดลอง 551 ราย) ทั้งนี้ คุณภาพโดยรวมของหลักฐานอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากผลการศึกษาเป็นประโยชน์และสอดคล้องกับผลลัพธ์ที่สำคัญ ดังนั้น GDG จึงได้พิจารณาว่าผลลัพธ์ที่สำคัญหลายประการนั้น เพียงพอที่จะสนับสนุนคำแนะนำสำหรับมาตรการการออกกำลังกาย

จากรายงานการทบทวน 4 ฉบับ พบว่า มีการศึกษาทั้งหมด 11 การทดลองที่ศึกษาประโยชน์ของการฝึกออกกำลังกายแบบใช้แรงต้านที่ค่อยๆ เพิ่มความหนักให้ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเรื่องความคล่องตัว จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการฝึกออกกำลังกายดังกล่าว ช่วยเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนล่าง (8 การทดลอง มีผู้เข้าร่วม 655 คน) และคะแนนการลุกนั่งจากเก้าอี้ (2 การทดลอง มีผู้เข้าร่วม 38 คน) คุณภาพของงานโดยรวมพบว่า ความแข็งแรงของกล้ามเนื้ออยู่ในระดับปานกลางและการทดสอบการลุกนั่งจากเก้าอี้ที่อยู่ในระดับต่ำ ผลการฝึกออกกำลังกายแบบต้านแรงไม่มีผลต่อความสามารถด้านอื่น (ความสมดุล ความเร็วในการเดิน คะแนนการทรงตัวและเดิน การทำงานของร่างกาย และการทำกิจวัตรประจำวัน) นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบแบบทดสอบ 3 เรื่องที่พบว่า การฝึกไทเก็ก มีผลต่อการทรงตัวดีขึ้นเป็นอย่างมาก (348 ราย) แต่ไม่มีผลต่อความเร็วในการเดิน การลุกนั่งจากเก้าอี้ การทำกิจวัตรประจำวัน หรือจำนวนครั้งการหกล้ม ในภาพรวม พบว่ามีผลต่อการทรงตัวอยู่ในระดับต่ำ

เหตุผลสนับสนุนคำแนะนำที่ 1

คุณภาพหลักฐานสนับสนุนการใช้การฝึกออกกำลังกายแบบผสมผสานเพื่อช่วยให้การทำงานของร่างกายของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการเคลื่อนไหว อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้คณะทำงานพัฒนาแนวทางได้ยอมรับว่า การออกกำลังกายแบบผสมผสานมีประโยชน์อย่างมากต่อการทำงานของร่างกาย ส่วนผลกระทบและคุณภาพของหลักฐานที่ศึกษาเฉพาะการออกกำลังกายแบบใช้แรงต้านและค่อยๆ เพิ่มความหนัก และ 'ไทเก็ก' นั้น ยังไม่มีข้อมูลเพียงพอที่จะแนะนำให้ปฏิบัติโดยไม่ได้ร่วมกับการออกกำลังกายแบบอื่น

เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่เกิดขึ้นบ่อยที่สุด คืออาการปวดกล้ามเนื้อและปวดข้อ มีการทดลองน้อยมากที่รายงานถึงเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรง เช่น กระดูกแตกหรือร้าว การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือการเสียชีวิต แต่ไม่ได้มีการระบุชัดเจนว่า มีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย และเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ดังกล่าวในการวิจัยเชิงทดลอง

คณะทำงานพัฒนาแนวทางยอมรับว่าการฝึกออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุมักจะมีค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมสำหรับผู้ให้การฝึก และคณะทำงานฯ รู้สึกว่า สามารถลดค่าใช้จ่ายดังกล่าวได้หากมีการฝึกให้สมาชิกในครอบครัวและแนะนำแนวทางการฝึกด้วยตัวเองให้แก่ผู้สูงอายุ

คณะทำงานพัฒนาแนวทาง เห็นพ้องกันว่า การออกกำลังกายแบบผสมผสานมีความสำคัญต่อการรักษาสมรรถภาพทางร่างกายในผู้สูงอายุและเป็นสิ่งที่ตัวผู้สูงอายุเองและสมาชิกในครอบครัวและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียอื่นๆ ยอมรับได้ ทั้งนี้ จากคุณภาพของหลักฐานระดับปานกลางนั้น ได้ระบุว่าการออกกำลังกายแบบผสมผสานได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง และมีความเป็นไปได้ในการเปลี่ยนงานด้านการดูแลสุขภาพแบบก้าวกระโดด ดังนั้น คณะทำงานพัฒนาแนวทางจึงลงความเห็นว่าการแนะนำนี้มีความเหมาะสมเป็นอย่างยิ่ง

3.1.2 ภาวะทุพโภชนาการ

ความชราภาพมักมาพร้อมกับการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่อาจส่งผลเสียต่อภาวะโภชนาการ และส่งผลต่อสมรรถนะภายในตัวบุคคลของร่างกายเปลี่ยนไป ทั้งนี้ทำให้เกิดความบกพร่องทางประสาทสัมผัส (ความรู้สึกสัมผัสและกลิ่นลดลง เป็นต้น) ปัญหาทางสุขภาพช่องปาก การแยกตัว ความโดดเดี่ยว และภาวะซึมเศร้าได้ ไม่ว่าจะเกิดขึ้นในรายบุคคลหรือร่วมกัน ล้วนเพิ่มความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหารในวัยสูงอายุ ความชราภาพมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงองค์ประกอบของร่างกาย โดยเฉพาะหลังอายุ 60 ปี น้ำหนักตัวจะลดลงอย่างต่อเนื่องเกิดจากกล้ามเนื้อที่ไม่มีไขมันลดลง แต่มวลไขมันเพิ่มขึ้น การที่น้ำหนักคงที่อาจทำให้ไม่เห็นการเปลี่ยนแปลงส่วนประกอบภายในร่างกาย ผู้สูงอายุที่รับประทานโปรตีนไม่เพียงพอจะมีความเสี่ยงในการเป็นโรคกล้ามเนื้อเสื่อมตามอายุ (Sarcopenia) โรคกระดูกพรุน (osteoporosis) และการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง (impaired immune response)

คำแนะนำที่ 2

การรับประทานอาหารเสริมพร้อมกับคำแนะนำด้านโภชนาการ เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีอยู่ในสภาวะที่ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ

คุณภาพของหลักฐาน - มีคุณภาพปานกลาง

ประเภทคำแนะนำ - เหมาะสมเป็นอย่างยิ่ง

ข้อพิจารณาตามคำแนะนำที่ 2

- ควรมีการประเมินทางโภชนาการเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้สูงอายุและรวมถึงการพิจารณาประวัติทางโภชนาการ การบันทึกการบริโภคอาหาร หรือการบันทึกอาหารที่รับประทานไปเมื่อ 24 ชม.ที่ผ่านมา ให้เน้นการตรวจร่างกายที่มีสัญญาณของการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ หรือการบริโภคที่มากเกินไป และมีการทดสอบทางห้องปฏิบัติการเฉพาะ เครื่องมือที่ใช้ประเมินมีหลายรูปแบบสามารถค้นหาได้ตามเอกสารอ้างอิง (28, 29)
- การประเมินของภาวะโภชนาการ ต้องมีการประเมินมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อควบคู่ไปด้วย
- การให้คำปรึกษาด้านอาหาร ให้เน้น ว่าผู้สูงอายุจะต้องได้รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ให้พลังงาน โปรตีนในปริมาณที่เพียงพอ และควรให้สารอาหารรองสำหรับผู้สูงอายุทุกคนรวมทั้งผู้ที่มีความเสี่ยง หรือได้รับผลกระทบจากการขาดสารอาหารอีกด้วย

- สิ่งสำคัญคือต้องพิจารณารูปแบบอาหารเสริมที่ต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษ (รูปแบบพร้อมรับประทานหรือแบบบด) ซึ่งมีการปรับเปลี่ยนความหนาแน่นของสารให้พลังงาน เช่น สัดส่วนระหว่างโปรตีน ไขมัน หรือสารอาหารรอง เพื่อให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ
- มาตรการเพื่อการเจริญอาหาร (รวมถึง การรับประทานอาหารร่วมกับครอบครัวหรือเมื่อเช้าสังคม) เป็นมาตรการที่มีความสำคัญสำหรับเป็นแนวปฏิบัติในการจัดการภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุ ทั้งนี้ รูปแบบดังกล่าวอาจจะเป็นการรับประทานอาหารร่วมกับครอบครัว หรือสังสรรค์กับผู้อื่น เพื่อให้ผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวหรือแยกตัวจากสังคมเจริญอาหารมากขึ้น
- การดูดซึมโปรตีนจะลดลงตามอายุ ส่งผลให้มวลกล้ามเนื้อลดลง และการบริโภคโปรตีนสัดส่วนตามมาตรฐานอาจไม่เพียงพอสำหรับผู้สูงอายุ
- หากผู้สูงอายุมีอาการหรือมีแนวโน้มที่จะเจ็บป่วยทางกายรุนแรง เช่น อยู่ในภาวะผอมแห้ง น้ำหนักลดลงอย่างรวดเร็ว รู้สึกเหมือนมีก้อนที่คอหรือกลืนลำบาก อาเจียนเรื้อรัง ท้องเสีย ปวดท้องหรือบวม ให้ส่งต่อเพื่อให้แพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางทบทวนการรักษา

ข้อความที่ 2:

การให้รับประทานอาหารเสริม

การให้รับประทานอาหารเสริม ได้แก่ การให้โปรตีนคุณภาพสูง รวมทั้ง แคลอรี และวิตามินและแร่ธาตุในปริมาณที่เพียงพอ ซึ่งเหมาะสมกับความต้องการของแต่ละบุคคล ทั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพที่ผ่านการฝึกอบรมจะเป็นผู้ประเมิน การประเมินช่วยให้สามารถกำหนดแหล่งที่มาและสารที่จะนำสารอาหารเหล่านี้ไปใช้ ซึ่งอาจจะเป็นอาหารเสริม อาหารที่อุดมด้วยสารอาหาร หรือสูตรโภชนาการเฉพาะทางการค้า หรือสูตรอาหารที่ไม่ใช่เชิงพาณิชย์

หลักฐานประกอบคำแนะนำที่ 2

จากค้นหาการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ พบว่า มีผลงานตีพิมพ์จำนวน 3 เรื่องที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับคำแนะนำนี้ (30–32) กลยุทธ์ในการค้นหาแบบอิสระในปี 2558 และได้ปรับปรุงข้อมูลใหม่ที่เคยตีพิมพ์ในปี 2552 (31) ทำให้สามารถระบุการทดลองเพิ่มเติมอีก 29 การทดลอง

- รายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับหลักฐานประกอบอยู่ในชุดข้อมูลหลักฐาน: ภาวะทุพโภชนาการ สามารถเข้าดูได้ที่ <http://www.who.int/ageing/health-systems/icope>

กลยุทธ์การค้นหาทั้งหมดเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงหรือได้รับผลกระทบการได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอ มีเพียง 2 การทดลองที่ดำเนินการในประเทศที่มีรายได้สูง การทดลองส่วนใหญ่ดำเนินการในโรงพยาบาลหรือสถานที่ดูแลระยะยาว (บ้านสำหรับให้การบริบาล หรือสำหรับผู้เกษียณ หรือบ้านผู้สูงอายุ) คำจำกัดความของภาวะทุพโภชนาการแตกต่างกันไปในแต่ละการทดลอง ส่วนใหญ่ใช้การวัดทางมานุษยวิทยา โดยทั่วไปคือดัชนีมวลกาย (BMI) – เป็นตัวบ่งชี้ภาวะโภชนาการ และเปรียบเทียบกับเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (น้ำหนักน้อย คือ BMI ต่ำกว่า 18.50 กก. / ตร.ม2) มาตรการหรือที่ได้รับการประเมิน จะต้องมีส่วนร่วมเพื่อปรับปรุงการบริโภคโปรตีนและพลังงาน โดยให้รับประทานตามปกติ มีการบริโภคโปรตีนร่วมกับแหล่งพลังงานที่ไม่ใช่โปรตีนเช่น คาร์โบไฮเดรตและไขมัน และมีหรือไม่มีแร่ธาตุและวิตามินเสริม ประเภทของมาตรการต่าง ๆ ในการทดลองจะพิจารณาในเรื่องอาหารเสริมแบบเดิมในทางการค้า ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารจากนม อาหารเสริมที่สร้างจากแหล่งอาหารปกติ ในส่วนของการเติมนม (ไขมันต่ำหรือปราศจากไขมัน) เช่น ในรูปแบบการบริโภคประจำวันตามปกติ เครื่องดื่มบำรุงทางการค้าที่ประกอบด้วยนมหรือผสมน้ำ การให้อาหารเสริมโปรตีนสูงและแคลอรีสูงสำหรับอาหารที่ผลิตในโรงพยาบาล ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเชิงพาณิชย์ หรือเครื่องดื่มทดแทนอาหาร สูตรอาหารอื่น ๆ ที่มีนอกเหนือจากมื้ออาหารปกติ และผลิตภัณฑ์โภชนาการสูตรพิเศษอื่น ๆ การทดลองอาหารเสริมส่วนใหญ่มีเป้าหมายเพื่อทดลองต่อหนึ่งหน่วยบริโภค หรือ 300–400 กิโลแคลอรีหรือโปรตีน 12–20 กรัม และ/หรือวิตามินและแร่ธาตุเพิ่มเติมหลักฐานที่สนับสนุน ได้แสดงให้เห็นว่าการบริโภคสารอาหารเสริมช่วยลดอัตราการตายได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับ

ผู้ที่ได้รับยาหลอกหรือการดูแลตามปกติ สำหรับการวิเคราะห์กลุ่มย่อยนั้น ได้รวมข้อมูลจากการทดลองที่ดำเนินการในพื้นที่ที่อยู่ในชุมชน และไม่พบผลกระทบที่ทำให้เสียชีวิตในขณะที่ผลการรักษามีผลต่อการเสียชีวิตยังคงมีนัยสำคัญในการทดลอง โดยเฉพาะการศึกษาที่ดำเนินการในโรงพยาบาลและหน่วยบริการที่ให้การดูแลระยะยาว

ผลลัพธ์ที่สำคัญในการใช้วัดคือการมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น และมีรายงานการทดลอง 70 การทดลอง กล่าวถึงการมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นว่ามาตรการดังกล่าวสามารถช่วยเพิ่มน้ำหนักให้กับผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ จากการวิเคราะห์กลุ่มย่อยพบว่า การเพิ่มน้ำหนักในผู้สูงอายุมีประโยชน์มากโดยเฉพาะในกลุ่มทดลองที่ดำเนินการทั้งในชุมชนและในโรงพยาบาลหรือหน่วยบริการที่ให้การดูแลระยะยาว

เหตุผลสนับสนุนคำแนะนำที่ 2

คุณภาพของหลักฐานที่เกี่ยวกับการให้รับประทานอาหารเสริมและการคำแนะนำทางโภชนาการสามารถป้องกันการเสียชีวิตและเพิ่มน้ำหนักตัวในผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากภาวะได้รับสารทุพโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้คณะทำงานพัฒนาแนวทางได้ทบทวนผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์แล้วพบว่า จากงานวิจัยเชิงการทดลอง 15 เรื่องได้รายงานอาการไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

แต่มีเพียง 4 การทดลอง (ศึกษาวิจัยเชิงทดลองในโรงพยาบาล 2 เรื่อง ศึกษาในสถานดูแลผู้สูงอายุ 1 เรื่อง และ ศึกษาในชุมชน 1 เรื่อง) มีการประเมินผลอย่างเป็นระบบและเปรียบเทียบผลข้างเคียงไม่พึงประสงค์ ในสภาวะการรักษาและการควบคุม ผลข้างเคียงทั่วไปที่รายงานในการศึกษา ได้แก่ อาการทางระบบทางเดินอาหาร คลื่นไส้และท้องร่วง ผลข้างเคียงที่พบมากคือ รายงานในการศึกษาที่ดำเนินการในสถานพยาบาล ซึ่งเป็นสิ่งที่อาจสะท้อนถึงความรุนแรงขั้นต้นของภาวะการได้รับสารอาหารที่ไม่เพียงพอ ความเข้มข้นของอาหารเสริม การมีอาหารปวยเจิบปนร่วมด้วย หรืออาจเพิ่มการติดตามผลข้างเคียง ส่วนการทดลองอื่น ๆ ได้ รายงานความชุกของผลข้างเคียงทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่รายงานว่าไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มในผลข้างเคียง ดังนั้นคณะทำงานพัฒนาแนวทางจึงสรุปว่าความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการมาตรการทางโภชนาการมีแนวโน้มเกิดขึ้นน้อย

รายละเอียดของมาตรการทางโภชนาการได้มีการวิจารณ์กันระหว่างคณะทำงานพัฒนาแนวทาง ซึ่งได้เสนอแนะให้ผู้สูงอายุได้รับประทานอาหารเสริม และจะช่วยเหลือผู้ที่มีความเสี่ยงหรือได้รับผลกระทบจากการขาดสารอาหาร ให้ได้รับสารอาหารโดยเป็นไปตามข้อกำหนดทางโภชนาการ ทั้งนี้คณะทำงานฯ ได้ลงความเห็นเห็นว่าคำแนะนำเหล่านี้จะทำให้ผู้สูงอายุได้รับความพอใจและเป็นสิ่งที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่สำคัญให้การยอมรับ

การดำเนินงานตามคำแนะนำนี้อาจมีผลกระทบด้านทรัพยากรที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ อย่างไรก็ตามในประเทศที่มีรายได้อยู่ในระดับต่ำและปานกลางหลายประเทศ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชนได้ดำเนินการมาตรการทางโภชนาการสำหรับเด็กที่ได้รับผลกระทบจากการขาดสารอาหารและสำหรับมารดาที่ตั้งครรภ์อยู่แล้ว ดังนั้น จากประสบการณ์นี้คณะทำงานฯ จึงสรุปได้ว่าการฝึกอบรมนี้ สามารถดำเนินการได้เลยโดยตรงกับเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้อยู่แล้วเพื่อนำคำแนะนำเหล่านี้ไปปฏิบัติต่อไป

คณะทำงานพัฒนาแนวทาง พิจารณาว่าหากจำเป็นต้องขอความช่วยเหลือในเรื่องการให้อาหารเสริมหรือผลิตภัณฑ์อาหารที่เฉพาะเจาะจง เพื่อเพิ่มการบริโภคโปรตีน พลังงานหรือวิตามินและแร่ธาตุในอาหารของแต่ละบุคคล นั้น ควรดำเนินการร่วมกับการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านโภชนาการด้วยเสมอ ข้อกำหนดของคำแนะนำด้านโภชนาการจะช่วยให้ผู้สูงอายุเข้าใจถึงความจำเป็นในการรับประทานสารอาหารเสริมและจะทำให้มั่นใจได้ว่าตนได้รับการเคารพในศักดิ์ศรีและสิทธิมนุษยชน

จากหลักฐานที่มี คณะทำงานฯ จึงได้แนะนำการให้รับประทานอาหารเสริมสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ มีความเหมาะสมเป็นอย่างยิ่ง

คณะทำงานฯ ยังได้พิจารณาหลักฐานในการเพิ่มการบริโภคอาหารและมาตรการเพื่อการเจริญอาหาร แม้ว่าจะมีหลักฐานที่เพียงพอที่จะสนับสนุนอยู่แล้ว แต่คณะทำงานฯ ได้ลงความเห็นว่าจะมีความเหมาะสมกว่าถ้าไม่ได้ออกคำแนะนำ เนื่องจากมาตรการทั้ง 2 นี้มีลักษณะที่ปฏิบัติกันทั่วไปอยู่แล้ว

3.1.3 ความบกพร่องทางการมองเห็น

อายุที่มากขึ้นมักจะทำให้สูญเสียวิสัยทัศน์การมองเห็น ส่งผลให้มีข้อจำกัดในเรื่อง สมรรถภาพทางกายและการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละวัน ผู้สูงอายุกว่าครึ่งหนึ่งที่มีการมองเห็นบกพร่องและได้รับการแก้ไขให้มองเห็นได้ดีขึ้นโดยวิธีที่ไม่ทำให้ได้รับบาดเจ็บ ซึ่งมักจะเป็นการใช้เลนส์หรือแว่นช่วยให้มองเห็นชัดขึ้น พบว่าผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 79 เป็นต้อกระจก และอายุ 70 ปีขึ้นไปเป็นต้อกระจกมากถึง ร้อยละ 90 ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดที่ทำให้สูญเสียการมองเห็น (1) ผู้ป่วยสามารถกลับไปมองเห็นได้โดยการผ่าตัดต้อกระจก แต่ผู้สูงอายุจำนวนมากที่อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ต่ำไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพตา จึงทำให้มีโอกาสน้อยมากในการเข้าถึงบริการดูแลสุขภาพตา การค้นหาผู้ป่วยในชุมชนและการให้การดูแลดวงตาหรือการส่งต่อเพื่อการผ่าตัดต้อกระจกทันที สามารถช่วยให้สมรรถนะทางกายและความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันของผู้สูงอายุดีขึ้น

คำแนะนำที่ 3

ผู้สูงอายุควรได้รับคำแนะนำให้สำรวจความบกพร่องทางการมองเห็นเป็นประจำ โดยเฉพาะในหน่วยดูแลระดับปฐมภูมิ และควรให้การดูแลดวงตาอย่างครอบคลุม และทันทั้งที่

คุณภาพของหลักฐาน – มีคุณภาพต่ำ

ประเภทคำแนะนำ – เหมาะสมเป็นอย่างยิ่ง

ข้อพิจารณาตามคำแนะนำที่ 3

- ควรมีการตรวจคัดกรองด้วยสายตาในเบื้องต้น ซึ่งสามารถทำได้โดยใช้ให้อ่านแผนภูมิ Snellen เพื่อคัดกรองความสามารถในการมองเห็นที่ชัดเจน
- สิ่งสำคัญคือต้องทำให้ประชาชนรับรู้มากขึ้นและมีบริการที่ตอบสนองความต้องการผ่านทางกิจกรรมเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ชุมชนอย่างสม่ำเสมอ
- การส่งเสริมการค้นหาผู้ป่วยในสถานดูแลปฐมภูมิและในชุมชน ที่มีบุคลากรเช่นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชนที่ได้รับการฝึกฝนเรื่องการคัดกรองความสามารถในการมองเห็นชัดเจน
- การจัดตั้งหน่วยบริการดูแลสุขภาพตาอย่างครบวงจร โดยมีการบริการตรวจการหักของแสงที่ตกระจกบนเลนส์ตาโดยใช้เครื่องมือที่เหมาะสมในการตรวจในการให้บริการดูแลสุขภาพระดับปฐมภูมิ

- การจัดหาแว่นตาโดยเฉพาะ ซึ่งต้องเป็นของใหม่ คุณภาพสูง เข้าถึงได้ และราคาไม่แพง ในบางแห่งที่มีรายได้ต่ำ
- สาเหตุที่พบบ่อยที่สุดที่ทำให้ผู้สูงอายุมีความบกพร่องในการมองเห็น ได้แก่ สายตาวายตามวัย ต้อกระจก ต้อหิน เบาหวานขึ้นตา และจอประสาทตาเสื่อมตามอายุ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรมีการประเมินความบกพร่องของการมองเห็นร่วมกับการประเมินสภาวะต่าง ๆ ด้วย
- ผู้สูงอายุที่เป็นเบาหวานมานานมากกว่า 5 ปี จะต้องได้รับการส่งต่อเพื่อรับการประเมินกับจักษุแพทย์ นอกจากนี้ควรแนะนำให้ผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคต้อหิน (รวมถึงผู้ที่มียาเสพติดและคนที่มีความผิดปกติของฮอร์โมน) ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน หรือผู้ที่มีสายตาสั้นรุนแรง ได้รับการประเมินจากจักษุแพทย์เป็นระยะ เอกสารเผยแพร่ขององค์การอนามัยโลกที่เกี่ยวข้อง คือ Prevention of blindness from diabetes mellitus (33) สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://www.who.int/diabetes/publications/prevention_diabetes2006
- ส่งต่อผู้ป่วยไปยังเจ้าหน้าที่ด้านการดูแลสุขภาพตา หรือนักบำบัดโรคจากการประกอบอาชีพ ที่มีความเชี่ยวชาญด้านการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม (การปรับสีและความแตกต่างของสภาพแวดล้อมสำหรับบุคคลที่มีปัญหาการมองเห็นเลือนราง) และสามารถสอนการทำกิจกรรมและทักษะต่าง ๆ ที่ใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น การซักผ้า ได้

ข้อความที่ 3:

คำจำกัดความของการมองเห็นเลือนราง

คำจำกัดความของการมองเห็นเลือนราง มีดังนี้ (34):

- กำหนดโดยองค์การอนามัยโลก : การมองเห็นน้อยกว่า 6/18 ในตาข้างเดียวและเท่ากับหรือดีกว่า 3/60 ในสายตาสองข้างที่มองเห็นได้ดีกว่า
- ค่าที่ใช้ในการให้บริการหรือการดูแลผู้ที่มีสายตาเลือนราง: ความบกพร่องของการมองเห็นของบุคคลแม้หลังจากการรักษาและ / หรือการแก้ไขด้วยวิธีการหักเหของแสงมาตรฐาน และความสามารถในการมองเห็นน้อยกว่า 6/18 หรือขอบเขตการมองเห็นน้อยกว่า 10 องศา แต่ยังสามารถหรือมีแนวโน้มที่จะมองเห็น โดยเฉพาะการวางแผนหรือการทำกิจกรรมใด ๆ ที่จำเป็นต้องพึ่งการมองเห็นได้

หลักฐานประกอบคำแนะนำที่ 3

หลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจำนวน 3 เรื่อง ซึ่งงานวิจัยทั้ง 3 เรื่อง ระบุการทดลองใหม่ที่เพิ่มจากข้อมูลเดิมที่มีอยู่จำนวน 5 เรื่องการศึกษาเกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งต่อ อีก 2 การศึกษาเกี่ยวกับการคัดกรองร่วมกับการจัดให้มีการส่งต่อเพื่อดูแลด้านจักษุแบบเร่งด่วน และ 3 การศึกษา เป็นเรื่องเกี่ยวกับการผ่าตัดต้อกระจกแบบเร่งด่วน

- รายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับหลักฐานประกอบอยู่ในชุดข้อมูลหลักฐาน เรื่องความบกพร่องทางการมองเห็น สามารถดาวน์โหลดได้ที่ <http://www.who.int/ageing/health-systems/icope>

ทั้งนี้การทบทวนอย่างเป็นระบบขององค์การอนามัยโลกที่ตีพิมพ์ในปี 2549 ไม่ได้ระบุว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับการคัดกรองและการส่งต่อมาก่อน แต่ครั้งนี้มีการปรับปรุงข้อมูลจึงระบุเพิ่มเติม 5 การศึกษา (35) ดังนั้นการจัดทำแนวทางในครั้งนี้จึงได้รวมหลักฐานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบทั้งหมด 3 ชิ้นนั้น ประกอบไปด้วย ข้อมูลจากการศึกษา 5 การศึกษานี้ มีผู้เข้าร่วม 3,494 รายชี้ให้เห็นว่าการคัดกรองการมองเห็นเพียงอย่างเดียวไม่สามารถทำให้การมองเห็นดีขึ้นได้ในผู้สูงอายุ ผู้เขียนจึงสรุปว่าสาเหตุที่ทำให้สูญเสียประโยชน์ได้แก่ การขาดการติดตามผลการมีมาตรการอื่นมาปะปนระหว่างดำเนินการ ความผิดปกติของโรคทางจักษุที่ตรวจพบและให้การรักษาในทั้ง 2 กลุ่ม การคัดกรองโดยใช้คำถามเพียงคำถามเดียวเพื่อระบุผู้ที่ต้องการการทดสอบในขั้นต่อไป และการปฏิบัติตามมาตรการที่ได้แนะนำไปค่อนข้างน้อย

การศึกษาวิจัย 2 เรื่องที่เกี่ยวกับการคัดกรองร่วมกับการจัดให้มีการส่งต่อเพื่อดูแลด้านจักษุแบบเร่งด่วนเพื่อได้รับการแก้ไขนั้นแสดงให้เห็นว่ามีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ การศึกษาเรื่องแรก ได้ทำการทดลองให้ใบสั่งตัดแว่นและคู่มือสำหรับรับแว่นตาฟรี (36) ในขณะที่ผู้เข้าร่วมในการศึกษาเรื่องที่ 2 ได้รับแว่นตาเพื่อแก้ไขปัญหาด้านที่ (37) ผู้เข้าร่วมการศึกษาเรื่องแรกเป็นผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปและอาศัยอยู่ในชุมชนที่ทำการศึกษ ส่วนการศึกษาเรื่องที่ 2 ได้คัดเลือกผู้สูงอายุอาศัยในบ้านพักคนชราที่มีอายุ 55 ปีขึ้นไป ผลการศึกษาทั้ง 2 เรื่องขึ้นพบว่า กลุ่มทดลองมีการมองเห็นดีขึ้น โดยเฉพาะเมื่อได้รับการแก้ไขปัญหาด้านที่

การศึกษาวิจัยอีก 3 เรื่อง เป็นการประเมินประสิทธิภาพของการผ่าตัดต้อกระจกแบบเร่งด่วน พบว่า ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดแบบเร่งด่วนมีการมองเห็นที่ดีขึ้นเป็นอย่างมากเมื่อเทียบกับกลุ่มที่รอการผ่าตัดที่มีรายชื่อบริ (38-40)

เหตุผลสนับสนุนคำแนะนำที่ 3

คณะทำงานพัฒนาแนวทางรับทราบ ว่า ความชุกของความบกพร่องทางการมองเห็นในผู้สูงอายุมีมากกว่าคนอายุน้อยกว่า หากไม่มีการรักษาจะเป็นภาระต่อสังคมและคนหนุ่มมาก คณะทำงานฯ พิจารณาจากหลักฐานที่สนับสนุนให้ผู้สูงอายุรายงานคุณภาพการมองเห็นหลังจากผ่านการคัดกรองและการส่งต่อการรักษา (35) แต่หลักฐานเหล่านี้มีข้อจำกัด คณะทำงานฯ เห็นพ้องกันว่าไม่แนะนำการใช้มาตรการการคัดกรองเพียงมาตรการเดียว แต่ควรมีการคัดกรองร่วมกับการให้การดูแลสุขภาพตาโดยทันทีเพื่อให้การมองเห็นดีขึ้นโดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น นอกจากนี้ การศึกษา 3 เรื่อง ที่พบว่า การผ่าตัดต้อกระจกแบบเร่งด่วนมีประโยชน์อย่างมาก คณะทำงานฯ จึงได้สนับสนุนหากมีการตรวจพบต้อกระจกให้มีการผ่าตัดทันที ไม่มีการศึกษาใด ๆ ที่ระบุผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากการคัดกรองและให้การดูแลสุขภาพตาทันที และคณะทำงานฯ ยอมรับและเห็นว่าการคัดกรองและให้การดูแลไปพร้อมกันมีความเป็นไปได้สูง ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลจึงได้กล่าวไว้ว่า ในหลายประเทศรวมทั้งประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลาง มีโครงการระดับชาติในการจัดการกับภาวะตาบอดซึ่งได้มีการฝึกฝนผู้เชี่ยวชาญให้ได้รับการฝึกอบรมการคัดกรองเพื่อระบุและหลีกเลี่ยงภาวะตาบอด การคัดกรองเดิมได้ดำเนินการในเด็กแต่ในผู้สูงอายุยังมีความลำบากในการเข้าถึง คณะทำงานฯ เห็นว่า การคัดกรองควบคู่กับการให้การดูแลจะช่วยเพิ่มความเท่าเทียมกันได้

เนื่องจากคำแนะนำขึ้นกับความพึงพอใจและมีค่าใช้จ่ายแทบไม่แตกต่างกันมาก รวมทั้งมาตรการมีความเป็นไปได้และยอมรับได้โดยธรรมชาติ ผู้สูงอายุจะได้รับประโยชน์โดยไม่เกิดอันตรายใด ๆ คณะทำงานฯ จึงลงความเห็นว่าคำแนะนำนี้มีความเหมาะสมอย่างยิ่ง ถึงแม้ว่าหลักฐานที่มีอยู่ตอนนี้จะมีคุณภาพอยู่ในระดับต่ำก็ตาม

3.1.4 การสูญเสียการได้ยิน

การสูญเสียการได้ยินโดยไม่ได้รับการรักษาจะส่งผลกระทบต่อสื่อสารและสามารถนำไปสู่การแยกตัวออกจากสังคมและการสูญเสียความเป็นอิสระในตัวเอง รวมทั้งความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าและความบกพร่องทางการรู้คิด แม้จะมีผลกระทบต่อบุคคลและสังคมเป็นอย่างมาก แต่การสูญเสียการได้ยินส่วนใหญ่ยังไม่มีการตรวจพบและผู้สูงอายุยังไม่ได้รับการรักษา ข้อจำกัดของสมรรถนะภายในตัวบุคคลนี้สามารถจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วยมาตรการและการปรับเปลี่ยนแบบง่าย ๆ ได้แก่ การใช้เครื่องช่วยฟัง การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม และพฤติกรรมโดยรวมถึงการลดเสียงรบกวนขณะพูด รวมทั้งการสื่อสารด้วยวิธีการง่าย ๆ เช่น การพูดออกเสียงให้ชัดเจน

คำแนะนำที่ 4

สำรวจและจัดให้มีอุปกรณ์ช่วยฟังเพื่อระบุและจัดการการสูญเสียการได้ยินอย่างทันท่วงที

คุณภาพของหลักฐาน - มีคุณภาพต่ำ

ประเภทคำแนะนำ - เหมาะสมเป็นอย่างยิ่ง

ข้อพิจารณาสำหรับคำแนะนำที่ 4

- ชุมชนมีความตระหนัก เกี่ยวกับการสูญเสียการได้ยินและประโยชน์ของการฟื้นฟูการฟัง/การได้ยินของผู้สูงอายุผ่านการค้นหา ผู้ป่วยในชุมชนและควรส่งเสริมกิจกรรมการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์
- ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ ควรสนับสนุนให้ตรวจคัดกรองผู้สูงอายุเพื่อค้นหาผู้ที่สูญเสียการได้ยิน โดยดำเนินการสอบถามเกี่ยวกับการได้ยิน/การฟังเสียงเป็นระยะ และแนะนำให้ผู้สูงอายุเข้าทำการทดสอบทางโสตวิทยา การตรวจเยื่อแก้วหู และการทดสอบเสียงกระซิบ
- การใช้เครื่องช่วยฟังเป็นอีกทางเลือกหนึ่งในการรักษาผู้สูงอายุที่สูญเสียการได้ยิน เนื่องจากเครื่องช่วยฟังจะช่วยลดเสียงรบกวนและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละวันได้
- ควรทบทวนการใช้ยาอาจจะเป็นพิษต่อประสาทหู
- ผู้ที่เป็นโรคหูน้ำหนวกเรื้อรัง หรือสูญเสียการได้ยินอย่างกะทันหัน หรือผู้ที่ไม่ผ่านการตรวจคัดกรองใด ๆ ควรได้รับการส่งต่อเพื่อพบแพทย์เฉพาะทางโสต คอ นาสิก
- คำแนะนำเพิ่มเติมขององค์การอนามัยโลกเรื่อง Guidelines for hearing aids and services for developing countries (41) สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://www.who.int/pbd/หูหนวก/th/hearing_aid_guide_en.pdf

หลักฐานประกอบคำแนะนำที่ 4

หลักฐานที่สนับสนุนคำแนะนำนี้ได้จากการศึกษา 2 เรื่อง ที่เป็นแบบทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (Randomised control trial, RCTs) โดยการศึกษาทั้ง 2 เรื่องได้แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรองและการจัดหาเครื่องช่วยฟังในผู้สูงอายุในทันที ซึ่งก่อนหน้านี้ งานทั้ง 2 เรื่องพบว่าการจัดหาเครื่องช่วยฟังให้ทันทีหลังจากคัดกรองแล้วพบปัญหาความสัมพันธ์กับการรับฟัง/ได้ยินที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเฉพาะการให้คะแนนคุณภาพชีวิตในด้านการได้ยิน/การฟังเมื่อประเมินด้วยแบบประเมิน Hearing Handicap Inventory for Elderly (HHIE) และแบบประเมิน Quantified Denver Scale of Communication Function (QDS) (42) ในการศึกษาเรื่องที่ 2 พบว่ากลุ่มทดลองที่ใส่เครื่องช่วยฟังมีการได้ยินดีขึ้นมากเมื่อเทียบกับการไม่

ได้รับการรักษา (หรือไม่ใส่เครื่องช่วยฟัง) และอุปกรณ์ช่วยฟังอื่น ๆ (43) ข้อสังเกตคือคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มควบคุมที่ประเมินด้วยแบบประเมิน HHIE เพิ่มขึ้นเพียงเล็กน้อย (2.2 คะแนน) และกลุ่มทดลอง (ได้รับเครื่องช่วยฟัง) มีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นมากกว่า (4.4 คะแนน) ผู้ที่ได้รับอุปกรณ์ทั่วไปมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้น (17.4 คะแนน) และผู้ที่ได้รับอุปกรณ์ที่มีการตั้งโปรแกรมได้มีค่าเฉลี่ยเพิ่มมากที่สุด (31.1 คะแนน)

- ข้อมูลที่สนับสนุนหลักฐานนี้อยู่ในชุดข้อมูลหลักฐานที่ชื่อ hearing loss สามารถดาวน์โหลดได้ที่ <http://www.who.int/ageing/health-systems/icope>

เหตุผลสนับสนุนคำแนะนำที่ 4

คณะทำงานพัฒนาแนวทาง พิจารณาแล้วว่าหลักฐานที่สนับสนุนการใช้การคัดกรองและการจัดให้มีการใช้เครื่องช่วยฟังเป็นวิธีหนึ่งในการทำให้ผู้สูงอายุมีการได้ยินฟังดีขึ้นนั้น มีคุณภาพต่ำ แต่อย่างไรก็ตาม นอกเหนือจากหลักฐานแล้ว คณะทำงานพัฒนาแนวทาง ยังพิจารณาประเด็นต่าง ๆ เช่น ต้นทุนค่าเสียโอกาส และประโยชน์ของมาตรการดังกล่าว เนื่องจากความชุกของผู้สูงอายุที่สูญเสียการได้ยินมีสูงมาก โดยเฉพาะผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยและไม่ได้รับการรักษาจะส่งผลกระทบต่อสังคม เนื่องจาก ผู้สูงอายุ 1 ใน 3 คนทั่วโลกประสบปัญหาสูญเสียการได้ยินระดับหนึ่ง

ดังนั้น คณะทำงานพัฒนาแนวทาง จึงเห็นพ้องกันว่ามาตรการดังกล่าวจะให้ประโยชน์มากกว่าผลเสียและค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ทั้งนี้ การตรวจคัดกรองและการใช้เครื่องช่วยฟังดูเหมือนจะไม่ใช่อันตรายต่อบุคคล เนื่องจากปัจจุบันเครื่องช่วยฟังคุณภาพสูงสามารถจัดทำได้ในราคาที่เหมาะสม และผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่คัดค้านหากถูกประเมินในเรื่องดังกล่าว เมื่อพิจารณาจากความสามารถในการยอมรับ ความเป็นไปได้ และความสามารถในการใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นสำหรับการซื้อเครื่องช่วยฟัง พร้อมพิจารณาควบคู่ไปกับผลประโยชน์จำนวนมากที่ผู้สูงอายุจะได้รับ โดยเฉพาะผู้ที่อาศัยอยู่ในประเทศที่มีภาระโรคสูงจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถมีส่วนร่วมและสื่อสารได้อย่างมีประสิทธิภาพภายในชุมชนของตนเอง คณะทำงานพัฒนาแนวทางจึงตัดสินใจว่าคำแนะนำนี้มีความเหมาะสมเป็นอย่างยิ่งแม้ว่าหลักฐานที่สนับสนุนจะมีคุณภาพต่ำ

3.1.5 ความบกพร่องการรู้คิด

ความบกพร่องการรู้คิดเป็นตัวอย่างที่ การรู้ความสามารถในการทำงาน และมีความจำเป็นที่ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแล ความบกพร่องทางการรู้คิดแบบอ่อน จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเป็นโรคสมองเสื่อมและหลักฐานที่มีอยู่แสดงให้เห็นว่าการชะลอความบกพร่องนี้ออกไปอีก 5 ปีนับจากเริ่มมีอาการ จะช่วยลดความชุกของภาวะสมองเสื่อมได้ครึ่งหนึ่ง (44) การบำบัดด้วยการกระตุ้นให้เกิดความรู้ความเข้าใจ เช่น การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อช่วยให้สมองที่ทำงานเกี่ยวกับการรู้คิดและการเข้าถึงสังคมทำงานได้ดีขึ้น ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการป้องกันและทำให้ความสามารถในการรู้คิดที่ลดลงนี้สามารถย้อนกลับมาดีขึ้นได้ และยังช่วยป้องกันผู้สูงอายุเป็นบุคคลไร้ความสามารถรวมทั้งพึ่งพาการดูแลได้

คำแนะนำที่ 5

เสนอให้มีการกระตุ้นการรู้คิดแก่ผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการรู้คิดไม่ว่าจะได้รับหรือไม่ได้รับการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมอย่างเป็นทางการหรือไม่

คุณภาพของหลักฐาน: ต่ำ

ประเภทคำแนะนำ: มีเงื่อนไข

ข้อพิจารณาสำหรับคำแนะนำที่ 5

- การประเมินการทำงานของสมองด้านการรู้คิดสามารถทำได้โดยใช้เครื่องมือที่ตรวจสอบความถูกต้องที่มีอยู่แล้วได้
- ในกรณีที่ไม่มีผลการประเมินที่ได้มาตรฐาน ผู้รู้หรือบุคคลใกล้ชิดกับผู้สูงอายุควรสอบถาม ซึ่งเป็นคำถามที่เกี่ยวกับความจำ การวางแผน การพูดและการใช้ภาษา รวมถึงความยากลำบากในการทำกิจวัตรหลักและกิจกรรมต่าง ๆ ดังนั้นจึงควรมีการประเมินความจำ การปรับตัว และการใช้ภาษา
- การกระตุ้นให้เกิดความรู้ความเข้าใจสามารถทำได้ในช่วงสั้น ๆ ปกติแล้วประเทศที่มีรายได้สูงมักจะดำเนินการโดยนักจิตบำบัด โดยสามารถปรับรายละเอียดของมาตรการที่ใช้บำบัดได้ เช่น ระยะเวลา หรือความถี่ เพื่อให้เหมาะสมกับการให้บริการซึ่งทำให้ผู้ที่ได้รับการอบรมมาแล้วและฝ่ายสนับสนุนสามารถบริหารจัดการได้
- สิ่งสำคัญคือต้องสนับสนุนให้สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลให้ข้อมูลแก่ผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นข้อมูลง่าย ๆ เพื่อให้ปรับตัวได้อย่างสม่ำเสมอ (เช่น วัน วันที่ เวลา สภาพอากาศชื่อของบุคคล และอื่น ๆ) เพื่อช่วยให้จำเวลาและสถานที่ได้ ทั้งนี้ อาจมีการใช้หนังสือพิมพ์ วิทยุ และรายการโทรทัศน์ อัลบั้มครอบครัว และของใช้ในบ้านเพื่อ ส่งเสริมให้มีการสื่อสาร การปรับตัวให้เข้ากับเหตุการณ์ปัจจุบัน การกระตุ้นความจำและเป็นการทำให้ผู้สูงอายุได้แบ่งปันประสบการณ์ที่มีคุณค่าได้อีกด้วย
- ความบกพร่องของสมองเกี่ยวกับการรู้คิดนั้นอาจเกี่ยวข้องกับการสูญเสียความทรงจำ และความยากลำบากในการจัดการกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ในชีวิตประจำวัน เช่น การเงิน และการใช้จ่ายใช้สอย รวมทั้งมีปัญหในการเข้าถึงสังคม ผู้สูงอายุบางรายควรส่งต่อเพื่อรับการประเมินทางการแพทย์
- คำแนะนำเพิ่มเติมเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม มีรายละเอียดในคู่มือขององค์การอนามัยโลก เรื่อง mhGAP intervention guide (45) สามารถดาวน์โหลดได้ที่ http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02

ข้อความที่ 4:

วิธีระบุความบกพร่องการรู้คิด

- การประเมินการทำงานด้านการรู้คิดสามารถทำได้โดยใช้เครื่องมือที่ตรวจสอบความถูกต้องภายใน
- ในกรณีที่ไม่มีเครื่องมือมาตรฐาน: (a) ประเมินความจำโดยขอให้บุคคลนั้นพูดคำทั่วไป 3 ครั้งทันที จากนั้นให้พูดอีกครั้งโดยเว้นให้ห่าง 3-5 นาที (b) ประเมินการวางแผนทางเป็นครั้งคราว ถามเวลาของวัน วันในสัปดาห์ฤดูกาล และปี พร้อมทั้งประเมินการวางแผนทางโดยถามว่าผู้ที่ได้รับการทดสอบว่าอยู่ที่ไหน หรือตลาด หรือร้านค้าที่ใกล้ที่สุด และบ้านอยู่ที่ไหน (c) ทดสอบทักษะทางภาษาโดยขอให้บุคคลนั้นเรียกชื่อส่วนต่างๆ ของร่างกายและเพื่ออธิบายการทำงานของสิ่งของ (ตัวอย่างเช่น “คุณใช้ก้อนทำอะไร”) ”

ให้การยืนยันว่าผู้สูงอายุมีความบกพร่องการรู้คิด โดยบอกกล่าวแก่สมาชิกในครอบครัว หรือใครบางคนรู้จักบุคคลนั้นดี ดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ในคู่มือ mhGAP (45) หรือ http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02ง 4:

หลักฐานสนับสนุนคำแนะนำที่ 5

หลักฐานเกี่ยวกับประสิทธิผลของมาตรการการกระตุ้นความรู้ความเข้าใจสำหรับผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางสติปัญญาได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (44) มาตรการที่ทำการศึกษาคือ ได้แก่ การดูแลในช่วงกลางวัน หรือการดูแลระยะยาว และกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือความบกพร่องการรู้คิดเล็กน้อยหรือทั้งสองอย่าง การทบทวนได้วิเคราะห์ข้อมูลรวมจากการศึกษา 17 เรื่อง โดยที่ เป็นการประเมินการรู้คิด โดยใช้แบบประเมิน Mini Mental State Examination (MMSE) จำนวน 2 เรื่อง (ผู้เข้าร่วม 810 คน) ในขณะที่อีก 5 การศึกษาได้ประเมินการรู้คิดโดยใช้แบบประเมิน Alzheimer's Disease Assessment Scale – Cognitive subscale (ADAS-Cog) หลักฐานจากการศึกษาทั้งหมดนี้แสดงให้เห็นว่าการทำงานของสมองด้านการรู้คิดดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญหลังจากได้รับการดูแล การประเมินคุณภาพโดยรวมของหลักฐานอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม (RCTs) เพิ่มเติม เพื่อทดสอบประสิทธิภาพของมาตรการที่เกี่ยวข้องกับการรู้คิดประเภทต่าง ๆ ที่เน้นกลุ่มเป้าหมายคือผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการรู้คิด

- สามารถอ่านรายละเอียดและหลักฐานสนับสนุนเพิ่มเติมได้ที่ชุดข้อมูลหลักฐาน เรื่อง cognitive impairment ดาวนโหลดได้ที่ <http://www.who.int/ageing/health-systems/icope>

เหตุผลสนับสนุนคำแนะนำที่ 5

คุณภาพของหลักฐานอยู่ในระดับต่ำ ซึ่งแนะนำให้ใช้มาตรการกระตุ้นการรู้คิด เพื่อให้การรู้คิดดีขึ้น โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องการรู้คิดแบบไม่รุนแรงและผู้ที่มีความเสี่ยงสูง

คณะทำงานพัฒนาแนวทาง แนะนำให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพดำเนินการตามมาตรการนี้ให้แก่ผู้ที่อยู่ในภาวะดังกล่าวข้างต้น ทั้งนี้ คณะทำงานพัฒนาแนวทาง ระบุว่าแม้ว่าหลักฐานที่มีคุณภาพต่ำ แต่มาตรการดังกล่าวช่วยให้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่สำคัญเป็นไปในทางที่ดีขึ้น จึงสรุปว่า มาตรการนี้ให้ประโยชน์แก่ผู้สูงอายุแทบจะไม่มีผลข้างเคียง มาตรการนี้ไม่ได้ลบล้างผู้สูงอายุและไม่มีการวิจัยเชิงทดลองใดรายงานว่ามีอาการไม่พึงประสงค์ ที่เกิดจากการกระตุ้นการรู้คิด รวมทั้งคำนึงถึงความชอบส่วนบุคคลมีความแปรปรวนน้อย และมาตรการถือว่ามีความเป็นไปได้และสามารถยอมรับได้

ความต้องการทรัพยากรสำหรับการดำเนินการตามมาตรการการกระตุ้นการรู้คิดในขั้นต้นจึงมีความสำคัญมาก แต่คณะทำงานพัฒนาแนวทาง ยังว่าการปรับมาตรการให้เฉพาะในแต่ละแห่ง และการลงทุนฝึกอบรมให้แก่ผู้ที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ อาจช่วยลดค่าใช้จ่ายในอนาคตได้ ดังนั้น คำแนะนำนี้จึงได้กำหนดเงื่อนไข เนื่องจากคุณภาพของหลักฐานที่ต่ำ การศึกษาส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงและผลของมาตรการการกระตุ้นการรู้คิดในผู้ที่มีความบกพร่องทางการรู้คิดแบบไม่รุนแรงโดยไม่มีความเสี่ยงสูงยังไม่มีความชัดเจน

3.1.6 อาการซึมเศร้า

อาการซึมเศร้า (หรือภาวะซึมเศร้าระดับย่อย) ใช้กับผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าพร้อมกัน 2 แบบขึ้นไป แบบที่เกิดขึ้นขณะนั้น หรือมีอาการตลอดเวลา เป็นระยะเวลาอย่างน้อยสองสัปดาห์ แต่ไม่ตรงตามเกณฑ์สำหรับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) ซึ่งเป็นภาวะทางสุขภาพที่สำคัญที่มีผลต่อผู้สูงอายุที่อยู่ในหน่วยดูแลปฐมภูมิ ร้อยละ 6 – 10 และร้อยละ 30 พบในผู้ที่อยู่ในหน่วยดูแลทางการแพทย์และการดูแลระยะยาว ซึ่งอาการนี้มีผลทำให้สมรรถนะภายในเสื่อมลงได้ (46)

คำแนะนำที่ 6

เสนอมาตรการทางจิตวิทยาสั้น ๆ และมีโครงสร้างที่ชัดเจน ให้แก่ผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า โดยจัดทำตามแนวทางมาตรการขององค์การอนามัยโลกโปรแกรม mhGAP และให้บริการโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพที่มีความเข้าใจเรื่องการดูแลสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุ

คุณภาพของหลักฐาน: ต่ำมาก

ประเภทคำแนะนำ: มีเงื่อนไข

ข้อพิจารณาสำหรับคำแนะนำที่ 6

- ผู้สูงอายุอาจมีปัญหาทางสุขภาพจิตที่สอดคล้องกับอาการของโรคซึมเศร้า แต่ไม่ได้หมายความว่าจำเป็นต้องเป็นโรคซึมเศร้า ปานกลางถึงรุนแรง เมื่อต้องประเมินในผู้สูงอายุ สิ่งสำคัญที่จะต้องประเมิน คือบุคคลนั้นมีอาการซึมเศร้าหรือไม่ มีการแยกตัวออกจากสังคมหรือไม่ และมีปัญหาในการทำงานประจำวันเนื่องจากอาการซึมเศร้าหรือไม่
- อาจมีความบกพร่องการรู้คิดและภาวะสมองเสื่อมที่เกี่ยวข้องกับอาการซึมเศร้าและจำเป็นต้องมีการประเมิน ซึ่งคนที่เป็นโรคสมองเสื่อมมักจะมีปัญหาทางอารมณ์และพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ความไม่แยแสกับสิ่งใด ๆ การควบคุมอารมณ์ไม่ได้ หรือมีปัญหาในการทำงานประจำ หรือกับคนในบ้าน หรือการเข้าสังคม
- การจัดการและการประเมินอาการซึมเศร้าแบบครอบคลุมโดยองค์การอนามัยโลกได้ตีพิมพ์ไว้ ชื่อเรื่อง mhGAP intervention guide (45) (อยู่ในส่วน “อารมณ์อื่น ๆ ที่สำคัญ หรือความเจ็บป่วยทางร่างกายที่อธิบายไม่ได้ในทางการแพทย์ โปรดดูรายละเอียดได้ในกล่องข้อความที่ 5)
- ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติที่ควรได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ควรได้รับคำแนะนำและปฏิบัติตามคำแนะนำในที่อยู่ใน แนวทาง mhGAP
- การออกกำลังกายควรถือเป็นส่วนเสริมการบำบัดทางจิตวิทยาที่มีโครงสร้างเพื่อทำให้สมรรถนะภายในบุคคลของผู้สูงอายุดีขึ้น (ดูคำแนะนำในหัวข้อ 3.1.1 เรื่องการสูญเสียความคล่องตัว)

หลักฐานประกอบคำแนะนำที่ 6

หลักฐานเกี่ยวกับประโยชน์ของมาตรการทางจิตวิทยาสำหรับการจัดการอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ 2 เรื่อง (47, 48) การศึกษาทั้งหมดดำเนินการในประเทศที่มีรายได้สูง และทำการศึกษาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพจิตที่ผ่านการฝึกอบรมแล้ว

ข้อมูลที่รวบรวมจากการทดลอง 6 ครั้ง (ผู้สูงอายุจำนวน 826 คน) ใช้การบำบัดพฤติกรรมทางกระบวนกรู้คิด การบำบัดโดยการฝึกการแก้ปัญหา และการบำบัดโดยการทบทวนชีวิต ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่ามาตรการเหล่านี้สามารถลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้มาก แต่คุณภาพโดยรวมของหลักฐานอยู่ในระดับต่ำ ส่วนการทบทวนอีกเรื่องหนึ่งได้ศึกษาประสิทธิภาพของการกระตุ้นพฤติกรรม เน้น การลดอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ อย่างไรก็ตามมีการทดลองเพียง 3 ครั้งที่คัดเลือกผู้สูงอายุเป็นกลุ่มตัวอย่าง หลักฐานจากการทดลองเหล่านี้ (ผู้สูงอายุจำนวน 102 คน) แสดงให้เห็นว่าการกระตุ้นพฤติกรรมในกลุ่มทดลองทำให้อาการซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่คุณภาพของหลักฐานโดยรวมยังถือว่าต่ำมาก

- รายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับหลักฐานสนับสนุนอยู่ในชุดข้อมูลหลักฐาน ชื่อเรื่อง depressive symptoms ดาวน์โหลดได้ที่ <http://www.who.int/ageing/health-systems/icope>

ข้อความที่ 5:

สรุปย่อข้อมูลในการรักษาผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า

สรุป โครงสร้างของการรักษา การรักษาทางจิตวิทยา มีดังนี้

- การบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และการบำบัดพฤติกรรมการรู้คิด (CBT) (รวมถึงการกระตุ้นพฤติกรรม) และการรักษาโดยการฝึกการแก้ปัญหา ควรพิจารณาให้การรักษาทางจิตวิทยาสำหรับอาการซึมเศร้า/โรคซึมเศร้า ในหน่วยงานดูแลสุขภาพที่ไม่ได้มีความเชี่ยวชาญ หากหน่วยงานที่ให้บริการมีทรัพยากรบุคคลเพียงพอ (ตัวอย่างเช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน) อาจพิจารณาให้การรักษาแบบเสริมในผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าปานกลางและปานกลางถึงรุนแรง
- ควรพิจารณาแนวปฏิบัติในการแก้ปัญหาสำหรับผู้ที่มีอาการซึมเศร้า (ในช่วงที่ไม่มีอาการซึมเศร้า) ซึ่งเป็นผู้ที่อยู่ในความทุกข์หรือมีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวันในระดับหนึ่ง
- การรักษาทางจิตวิทยาตามหลักการ CBT ควรได้รับการพิจารณาให้ดำเนินการซ้ำในผู้ที่มีความผิดปกติของร่างกายที่ไม่สามารถอธิบายได้ในทางการแพทย์และต้องการความช่วยเหลือ ซึ่งอยู่ในช่วงกำลังมีความทุกข์และไม่ผ่านเกณฑ์การประเมินโรคซึมเศร้า/อาการซึมเศร้า

รายละเอียดและคำแนะนำเพิ่มเติมถูกจัดเก็บไว้ใน mhGAP intervention guide (45) ดาวน์โหลดได้ที่ http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02

เหตุผลสนับสนุนคำแนะนำที่ 6

แม้ว่าหลักฐานสนับสนุนการใช้มาตรการทางจิตวิทยา (การบำบัดพฤติกรรมการรู้คิด การบำบัดโดยการฝึกการแก้ปัญหา การให้คำปรึกษาความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การบำบัดด้วยการกระตุ้นพฤติกรรม และการบำบัดด้วยการทบทวนชีวิต) เพื่อลดอาการซึมเศร้าในผู้สูงอายุนั้นมีคุณภาพต่ำมาก แต่ไม่มีการรายงานอันตรายที่เกิดจากมาตรการเหล่านี้ ดังนั้น คณะทำงานพัฒนาแนวทางจึงให้ข้อสรุปว่ามาตรการเหล่านี้มีข้อจำกัดด้านแนวโน้มที่จะเกิดอันตราย การกระตุ้นพฤติกรรมที่กระทำโดยผู้ที่ไม่ได้มีความเชี่ยวชาญสามารถเรียนรู้ได้อย่างรวดเร็ว การบริหารการกระตุ้นพฤติกรรมเป็นการแทรกแซงที่ค่อนข้างไม่ซับซ้อน ซึ่งสามารถเรียนรู้ได้เร็วกว่าการรักษาทางจิตวิทยารูปแบบอื่น ๆ

มาตรการที่ทำการศึกษานั้น ส่วนใหญ่ดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญ ซึ่งผู้ที่ไม่ได้มีความเชี่ยวชาญอาจจะไม่สามารถเข้าใจได้เนื่องจากความซับซ้อนของแต่ละขั้นตอน อย่างไรก็ตามมาตรการดังกล่าวสามารถปรับเปลี่ยนเป็นการรักษาแบบสั้น ๆ ซึ่งอาจจะเป็นแบบเสริม หรือเป็นส่วนหนึ่งของขั้นตอนแรกของการดูแลสุขภาพที่ครอบคลุมสำหรับการดูแลสุขภาพเบื้องต้น แม้ว่าจะมีหลักฐานที่มีการศึกษาเฉพาะผู้สูงอายุที่หายาก องค์การอนามัยโลกจึงได้มีเครื่องมือและแนวทางที่ครอบคลุมการจัดการกับการซึมเศร้าผู้ใหญ่ เนื่องจากภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลดลงอย่างรุนแรงในผู้สูงอายุ รวมทั้งคำแนะนำที่สนับสนุนการเตรียมมาตรการทางจิตวิทยาโดยย่อ นั้น สอดคล้องกับคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก เรื่อง mhGAP recommendation for depression (45) ดังนั้น คณะทำงานพัฒนาแนวทางจึงได้ข้อสรุปว่า ประโยชน์ที่ได้รับจากการดำเนินการมาตรการนี้ มีมากกว่าอันตราย แต่เนื่องจากคุณภาพของหลักฐานต่ำมาก คณะทำงานจึงได้ให้คำแนะนำแบบมีเงื่อนไขในการรักษาผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้า เนื่องจากมาตรการเหล่านี้ไม่สามารถปฏิบัติทั่วไปได้ในหน่วยบริการ ให้การดูแลในชุมชน

3.2 ชุดความรู้ที่ 2 กลุ่มอาการผู้สูงอายุ

3.2.1 ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่

ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ - อาการปัสสาวะเล็ด ส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั่วโลกประมาณ 1 ใน 3 (49-51) การกลืนปัสสาวะได้หรือไม่ขึ้นไม่เพียงแต่ขึ้นกับการทำงานของระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่างเท่านั้นแต่ยังขึ้นกับการเคลื่อนไหว การรู้คิดและแรงกระตุ้น

คำแนะนำที่ 7 และ 8

7. เสนอให้มีการกระตุ้นให้มีการขับถ่ายทันทีเพื่อจัดการภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องทางการรู้คิด

คุณภาพของหลักฐาน: ต่ำมาก

ประเภทคำแนะนำ: มีเงื่อนไข

8. ควรแนะนำให้หญิงสูงอายุที่มีภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ (ในสภาวะถูกกระตุ้น กระเพาะปัสสาวะถูกกดทับ หรือทั้ง 2 อย่าง) ให้ฝึกกลัมน้ำแข็งหรือน้ำหรือแนะนำให้ฝึกกล้ามเนื้อในการควบคุมกระเพาะปัสสาวะ และติดตามด้วยตนเอง

คุณภาพของหลักฐาน: ปานกลาง

ประเภทคำแนะนำ: เหมาะสมเป็นอย่างยิ่ง

ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่มีผลกระทบทางการแพทย์ที่สำคัญและอาจจะทำให้เกิด แผลเปื่อย ภาวะติดเชื้อ ไตวาย การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ และอาจเสียชีวิตได้ ผลกระทบทางจิตสังคมที่เกิดจากภาวะกลืนปัสสาวะไม่ได้ นี้ ได้แก่ การสูญเสียความนับถือตนเอง การมีข้อจำกัดในการเข้าสังคมและกิจกรรมทางเพศ รวมทั้งภาวะซึมเศร้า ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่เป็นภาวะสำคัญเช่นกัน เนื่องปัจจัยกำหนดที่อาจจะทำให้ผู้สูงอายุมีการพึ่งพาการดูแลในเวลาต่อมา

ข้อควรพิจารณาสำหรับคำแนะนำที่ 7 และ 8

- ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ เกิดจากหลายปัจจัยและต้องการการประเมินและการรักษาที่ไม่ได้มุ่งเน้นไปที่ระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่างเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แม้ว่าการประเมินภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่สามารถทำได้โดยผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพที่ไม่ได้มีความเชี่ยวชาญเฉพาะ แต่การประเมินแบบเต็มรูปแบบยังอยู่ในความรับผิดชอบของแพทย์หรือแพทย์เฉพาะทาง การประเมินแบบเต็มรูปแบบมีความจำเป็นเนื่องจากมีปัจจัยตามธรรมชาติหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ ควรมีการตรวจเพิ่มเติมได้แก่ การตรวจระบบหัวใจและหลอดเลือด ช่องท้องและระบบประสาท ตลอดจนการประเมินความคล่องตัวและการรู้คิดเพิ่มเติม
- การประเมินภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ให้รวมการประเมินการบริโภคของเหลว ยารักษาโรค สมรรถนะทางร่างกายและการรู้คิด (รวมทั้งความคล่องตัว) และประวัติการผ่าตัดระบบทางเดินปัสสาวะ
- คำถามที่ดีที่สุดเพียงข้อเดียวที่ควรถามเมื่อวินิจฉัยภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่คือ “ท่านมีแรงกระตุ้นที่รุนแรงและเกิดขึ้นฉับพลันที่ทำให้คุณปัสสาวะเล็ดก่อนเข้าห้องน้ำหรือไม่”
- คำถามที่ดีที่ควรถามเมื่อวินิจฉัยภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่คือ “ภาวะปัสสาวะเล็ดของท่านเกิดจากการโอเฆาะ การยกของ การเดินหรือวิ่งหรือไม่”
- บุคคลนั้นจำเป็นต้องได้รับการประเมินว่าสามารถรักษาสาเหตุของการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ เพื่อให้กลับมาเป็นเหมือนเดิมได้หรือไม่ เช่นอาการเพ้อ การติดเชื้อ ช่องคลอดอักเสบจากหลอดเลือดสาเหตุทางเภสัชกรรม เช่น ยาที่ชักนำให้ขับปัสสาวะ ความผิดปกติทางจิตใจ (ภาวะซึมเศร้า) ปัสสาวะออกมากเกินไป (เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง) และการเบ่งอุจจาระ
- การรักษาแบบขั้นแรก คือการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการฝึกควบคุมการขับถ่ายของกระเพาะปัสสาวะเป็นเวลาอย่างน้อย 6 สัปดาห์ การฝึกแบบนี้แนะนำให้ผู้สูงอายุปฏิบัติตามตารางเวลาที่เข้มงวดในการเข้าห้องน้ำ ตารางการเข้าห้องน้ำ เริ่มจากให้เข้าทุก 2 ชั่วโมง แต่ควรค่อย ๆ เพิ่มเวลาให้ให้นานขึ้นเพื่อควบคุมกระเพาะปัสสาวะได้ดีขึ้น

- การฝึกกลัมน้ำอวัยวะเชิงกราน (PFMT) จะช่วยเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่รองรับท่อปัสสาวะและช่วยให้ขยับเข้ามามีติดกันมากขึ้น มักใช้สำหรับช่วยภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่เกิดจากแรงกดทับ การฝึก PFMT อาจช่วยกระตุ้นให้ปัสสาวะเล็ดได้เช่นกัน การฝึกแบบนี้จะเป็นการฝึกหดกล้ามเนื้อบริเวณเชิงกรานอย่างหนักและค้างไว้ให้นานที่สุด จากนั้นทำซ้ำ เริ่มต้นอาจทำ 10 ครั้ง/1 ชุด และทำซ้ำ 3 ชุด (พักด้วยการคลายกล้ามเนื้อในแต่ละครั้ง) ความถี่ 2-3 ครั้งต่อสัปดาห์
- ภาวะความเครียดของการฝึก PFMT คือการระบุงกล้ามเนื้อเป้าหมายที่ถูกต้องและแรงจูงใจที่เหมาะสมในการดำเนินการต่อไป

หลักฐานสนับสนุนคำแนะนำ 7 และ 8

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบพบงานวิจัยตีพิมพ์ที่เกี่ยวข้องจำนวน 5 เรื่อง โดย 2 เรื่องกล่าวถึงพื้นฐานเบื้องต้นของมาตรการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุขับถ่ายปัสสาวะทันที (prompted voiding) และการฝึกกลัมน้ำอวัยวะเชิงกราน (52, 53)

7: การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุขับถ่ายปัสสาวะทันที (Prompted voiding)

การทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาวิจัยจำนวน 4 เรื่องที่ดำเนินการในสหรัฐอเมริกา และผู้เข้าร่วมการศึกษาล้วนมีภาวะบกพร่องทางการรู้คิดอยู่ในระดับปานกลางถึงรุนแรง แต่มี 1 การศึกษาที่มีผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่ได้รับการรักษาในสถานพยาบาลเข้าร่วมการศึกษา ระยะเวลาของมาตรการที่ใช้ในการศึกษาอยู่ในช่วง 20 วันถึง 32 สัปดาห์ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุขับถ่ายปัสสาวะทันทีสามารถลดจำนวนครั้งการเกิดปัสสาวะเล็ดได้ภายใน 24 ชั่วโมงอย่างมีนัยสำคัญ

ผลการศึกษาวิจัยจำนวน 4 เรื่อง รายงานข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าห้องน้ำเพื่อขับถ่ายปัสสาวะ แต่มีเพียง 1 การศึกษาที่รายงานข้อมูลเพียงพอที่จะพิจารณาได้ แต่อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาทุกชิ้นแสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีปัญหาดังกล่าว เข้าห้องน้ำบ่อยขึ้น หลังจากได้รับมาตรการกระตุ้นให้ขับถ่ายปัสสาวะทันที แต่คุณภาพของหลักฐานในภาพรวมยังอยู่ในระดับต่ำ

- รายละเอียดเกี่ยวกับหลักฐานที่สนับสนุนคำแนะนำให้กระตุ้นให้ผู้สูงอายุปัสสาวะทันทีที่ร่วมกับการฝึกกลัมน้ำอวัยวะเชิงกราน สามารถดาวน์โหลดได้ที่ ชุดข้อมูลหลักฐาน เรื่อง urinary incontinence หรือ <http://www.who.int/ageing/health-systems/icope>

8: การฝึกกลัมน้ำอวัยวะเชิงกราน หรืออวัยวะเชิงกราน (PFMT)

หลักฐานสนับสนุนคำแนะนำนี้ได้จากการศึกษาวิจัยทั้ง 5 เรื่องที่กล่าวไว้ข้างต้น ซึ่งได้ศึกษาประโยชน์ของการฝึกกลัมน้ำอวัยวะเชิงกรานเปรียบเทียบกับการใช้ยาหลอกหรือกลุ่มควบคุม การศึกษาดำเนินการในบราซิล 2 เรื่อง ในญี่ปุ่น 2 เรื่อง และ ในอเมริกา 1 เรื่อง

อายุเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมการศึกษายูระหว่าง 60.2 ปี ถึง 76.6 ปี เป็นผู้สูงอายุเพศหญิงทั้งหมดและอาศัยอยู่ในชุมชนที่ทำการศึกษามีการศึกษาวิจัยจำนวน 3 เรื่อง ให้ผู้เข้าร่วมการศึกษารายงานผลการรับรู้ว่าถึงเวลาต้องเข้าห้องน้ำ ผลการศึกษาพบว่า การฝึกกลัมน้ำอวัยวะเชิงกรานเพิ่มอัตราการรับรู้ถึงเวลาต้องเข้าห้องน้ำได้อย่างมีนัยสำคัญและลดอาการปัสสาวะเล็ดอย่างมีนัยสำคัญ แต่การประเมินคุณภาพโดยรวมของหลักฐานยังอยู่ในระดับต่ำ

การประเมินประโยชน์ของกลยุทธ์การฝึกกลัมน้ำอวัยวะเชิงกรานร่วมกับการควบคุมการทำงานของกระเพาะปัสสาวะทั้งแบบมีและไม่มีกรายงานผลทางสุขภาพ พบว่า การทดลองทั้งหมดได้เลือกผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนและผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่มีปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ รวมทั้งได้รับมาตรการแบบผสมผสานแบบที่ฝึกที่บ้าน และที่หน่วย/สถานบริการ/คลินิก โดยอายุเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมการศึกษายูระหว่าง 65.4 ปี ถึง 74.7 ปี ทั้งหมด ยกเว้น 1 การศึกษาที่คัดเลือกเฉพาะผู้สูงอายุเพศหญิงรวม 5 การศึกษามีผู้เข้าร่วมทั้งหมด 709 คน ซึ่งให้คะแนนมาตรการดังกล่าวสามารถช่วยลดการเกิดปัสสาวะเล็ด ได้อย่างมีนัยสำคัญในช่วงเวลามากกว่า 6–24 สัปดาห์ของการติดตามผล การประเมินคุณภาพโดยรวมของหลักฐานอยู่ในระดับปานกลาง

เหตุผลสนับสนุนคำแนะนำ 7 และ 8

แม้ว่าหลักฐานที่สนับสนุนการกระตุ้นให้มีการขับถ่ายปัสสาวะทันทีเพื่อลดภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องการรู้คิดจะมีคุณภาพต่ำ แต่ปัญหาดังกล่าวเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปกติในผู้สูงอายุที่บกพร่องการรู้คิด ซึ่งต้องการการดูแลอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ แต่ไม่มีการศึกษาใดที่รายงานผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากมาตรการนี้ และการทดลองทั้งหมดศึกษาในประเทศที่มีรายได้สูงและมีหน่วยบริการดูแลระยะยาว ดังนั้น คณะทำงานพัฒนาแนวทางจึงยอมรับว่า มาตรการนี้อาจทำได้ยากสำหรับหน่วยบริการในชุมชน จึงให้คำแนะนำที่มีเงื่อนไขในการปฏิบัติ เนื่องจากหลักฐานมีคุณภาพต่ำและมีแนวโน้มที่จะเกิดปัญหาในหน่วยบริการในชุมชน

หลักฐานสนับสนุนการฝึกกลัมน้ำอวัยวะเชิงกรานเพื่อลดความถี่ของการปัสสาวะเล็ดมีคุณภาพต่ำ แต่เมื่อพิจารณาพร้อมกับกลยุทธ์ในการควบคุมการทำงานของกระเพาะปัสสาวะและการสังเกตตนเอง ทำให้หลักฐานสนับสนุนคำแนะนำนี้เพิ่มมาอยู่ในระดับปานกลาง ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่มีผลกระทบอย่างมากต่อคุณภาพชีวิตและการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ และเพิ่มความต้องการในการดูแล เนื่องจากไม่มีการศึกษาใดรายงานผลข้างเคียงที่เกิดจากการใช้มาตรการนี้และคณะทำงานพัฒนาแนวทางพิจารณาว่า การฝึกกลัมน้ำอวัยวะเชิงกรานมีแนวโน้มที่จะเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์อยู่ในระดับต่ำ

เนื่องจากมาตรการนี้ไม่ได้ลบล้างร่างกายผู้ป่วย คณะทำงานพัฒนาแนวทาง ยังระบุว่าคำแนะนำนี้จะทำให้ผู้สูงอายุเพศหญิงได้รับความพึงพอใจ และมาตรการดังกล่าวยังเป็นที่ยอมรับอย่างมากในหน่วยบริการด้านการดูแลสุขภาพ ด้วยคุณภาพหลักฐานอยู่ในระดับปานกลาง วิธีการแบบผสมผสาน และมีอันตรายที่น้อยที่สุด คณะทำงานพัฒนาแนวทางจึงได้ข้อสรุปว่าคำแนะนำนี้มีความเหมาะสมเป็นอย่างยิ่ง หากมีการฝึกกล้ามเนื้อเชิงกรานเพียงอย่างเดียวหรือผสมผสานกับกลยุทธ์อื่น ๆ

3.2.2 ความเสี่ยงต่อการหกล้ม

สมรรถนะทางกายที่ลดลงในผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุหกล้มและได้รับบาดเจ็บจากการหกล้ม พบว่า ในแต่ละปีผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 65 ปี ที่หกล้ม มีประมาณ 1 ใน 3 ที่อาศัยอยู่ในชุมชน ซึ่งหลายคนประสบปัญหาหกล้มมากกว่า 1 ครั้ง (54, 55) การหกล้มเป็นสาเหตุสำคัญของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บ

คำแนะนำที่ 9-12

9. แนะนำให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้มทบทวนการรักษา และเลิกใช้ยาบางชนิดที่ไม่จำเป็นและมีผลเสีย

คุณภาพของหลักฐาน - มีคุณภาพต่ำ

ประเภทคำแนะนำ - มีเงื่อนไข

10. แนะนำให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้ม ได้ออกกำลังกายแบบผสมผสาน (เน้นการทรงตัว ความแข็งแรง ความยืดหยุ่น และการออกกำลังกายแบบใช้ร่างกายทุกส่วน)

คุณภาพของหลักฐาน - มีคุณภาพปานกลาง

ประเภทคำแนะนำ - เหมาะสมเป็นอย่างยิ่ง

11. แนะนำให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้มประเมินความเสี่ยง โดยเฉพาะการปรับปรุงบ้านเพื่อลดความเสี่ยงจากสภาพแวดล้อมที่อาจจะทำให้หกล้ม

คุณภาพของหลักฐาน - มีคุณภาพปานกลาง

ประเภทคำแนะนำ - เหมาะสมเป็นอย่างยิ่ง

12. แนะนำให้ผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้มลดความเสี่ยงและอุบัติเหตุการหกล้มได้ โดยการประเมินปรับแต่งมาตรการจากหลายองค์ประกอบแบบบูรณาการที่เหมาะสมเฉพาะบุคคล

คุณภาพของหลักฐาน - มีคุณภาพต่ำ

ประเภทคำแนะนำ - มีเงื่อนไข

อัตราการหกล้มและเสียชีวิตเพิ่มขึ้นในทุก 5 ปี นับตั้งแต่อายุ 60 ปีขึ้นไป (56) การหกล้มเป็นอุบัติเหตุเกิดจากปัจจัยภายนอก (สิ่งแวดล้อม) และปัจจัยภายใน (ความผิดปกติของระบบอวัยวะที่มีผลต่อการควบคุมการเคลื่อนไหว) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ อันตรายจากสิ่งแวดล้อม เช่น สะดุดพรม สิ่งของรกรุงรัง แสงไฟสว่างไม่เพียงพอ และการสวมใส่รองเท้าที่ไม่เหมาะสม เช่น รองเท้าแตะที่หลวมไม่กระชับ ปัจจัยภายใน ได้แก่ ความผิดปกติของอวัยวะที่ควบคุมการเคลื่อนไหวส่วนใดส่วนหนึ่ง เช่น ระบบประสาทสัมผัสกล้ามเนื้อและโครงกระดูก และระบบประสาทส่วนกลาง ผู้สูงอายุสามารถลดความเสี่ยงในการหกล้มได้ด้วยการออกกำลังกาย การบำบัดทางกายภาพ การประเมินและการปรับปรุงสถานที่เพื่อหลีกเลี่ยงสิ่งที่เป็นอันตรายภายในบ้าน และการงดยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท

ข้อพิจารณาสำหรับคำแนะนำ 9-12

- ผู้สูงอายุที่หกล้มต้องไปพบแพทย์ เพื่อรายงานการหกล้มในปีที่ผ่านมา หรือเพื่อเข้ารับการประเมินความผิดปกติของการเดินและ/หรือการทรงตัวอย่างครอบคลุม
- การประเมินที่ครอบคลุมอาจรวมถึงรายการต่อไปนี้ ได้แก่ ประวัติการหกล้ม การเดิน การทรงตัว การเคลื่อนไหว และความอ่อนแอของกล้ามเนื้อ ความเสี่ยงโรคกระดูกพรุน ความกลัวการหกล้ม การมองเห็น ความบกพร่องทางการรู้คิด การตรวจระบบประสาท ภาวะกลืนไม่ลง อยู่นิ่ง อันตรายที่อาจเกิดจากสิ่งแวดล้อมในบ้าน การตรวจหัวใจและหลอดเลือด และการทบทวนการใช้ยา
- การออกกำลังกายแบบผสมผสาน รวมถึงการฝึกแบบใช้แรงต้านทานเพิ่มความหนักเป็นระยะ รวมทั้งการออกกำลังกายแบบอื่น ๆ (การทรงตัว ความยืดหยุ่น และการฝึกแบบแอโรบิค) จะต้องรวมอยู่ในทุกแผนการดูแลสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้ม (โปรดดูคำแนะนำที่ 1 เรื่อง การสูญเสียความคล่องตัว)
- การระบุว่าผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็นและการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อดำเนินการในมาตรการใดมาตรการหนึ่ง กระทำเพื่อป้องกันการหกล้มส่วนการป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่เปราะบางจะรวมด้วย ควรแนะนำให้ทำการผ่าตัดตัดต่อกระจกทันที
- การทบทวนการใช้ยาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพที่ผ่านการฝึกอบรมเฉพาะทางนั้น กระทำเพื่อลดการใช้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อระบบจิตประสาทจะช่วยลดการหกล้มได้ ดังนั้น ผู้สูงอายุควรได้รับการสนับสนุนให้ลดการใช้สิ่งที่ช่วยให้ผ่อนคลาย ซึ่งรวมถึงยาที่ไม่จำเป็นต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์ ได้แก่ ยาที่มีฤทธิ์กล่อมประสาท (diphenhydramine) หรือยาแก้แพ้ที่ทำให้ง่วง (sedative antihistamine) และยาอื่น ๆ ที่มีผลทำให้หกล้มได้แก่ยาด้านการซึมเศร้า (antidepressants) และกลุ่มยานอนหลับและคลายเครียด (Benzodiazepines)

หลักฐานสนับสนุนคำแนะนำที่ 9–12

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ มีงาน 1 เรื่อง ที่ระบุเกี่ยวกับมาตรการที่ออกแบบมาเพื่อลดอุบัติการณ์การหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน (55) การทบทวนได้รวมการทดลองแบบสุ่มโดยมีกลุ่มควบคุมจำนวน 159 การศึกษา มีผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 79,193 ราย ซึ่งส่วนใหญ่เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มที่ได้รับมาตรการการป้องกันการหกล้มกับกลุ่มที่ไม่ได้รับมาตรการ หรือไม่ได้คาดว่าจะลดการหกล้ม

9: การทบทวนการรักษาและการยกเลิกการใช้ยา

หลักฐานที่มีนั้นไม่มีข้อจำกัดเรื่องประสิทธิภาพของมาตรการและการกำหนดเป้าหมายการรักษา (การเลิกใช้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ตัวอย่างเช่น โพรแกรมการศึกษาสำหรับแพทย์ประจำครอบครัว เป็นต้น) มีเพียงการศึกษาเรื่องเดียวที่แสดงให้เห็นว่าการเลิกใช้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทมีประสิทธิภาพในการลดอัตราการหกล้ม ส่วนการศึกษาอื่นระบุว่าโพรแกรมการศึกษาเกี่ยวกับการทบทวนและการปรับเปลี่ยนการรักษาสำหรับผู้ปฏิบัติงานทั่วไปมีประสิทธิภาพในลดจำนวนการหกล้มได้อย่างไรก็ตามคุณภาพของหลักฐานยังอยู่ในระดับต่ำ

10: การออกกำลังกายแบบผสมผสาน

การทดลอง 59 การศึกษา (ผู้เข้าร่วม 13,264 คน) ได้ทดสอบผลของการออกกำลังกายที่มีต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ ซึ่งการออกกำลังกายเป็นแบบ 2 ประเภทขึ้นไป จึงจะถือว่าเป็นมาตรการการออกกำลังกายแบบผสมผสาน ซึ่งได้ให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาเข้ารับการทดลองทั้งแบบเป็นกลุ่มและแบบรายบุคคล ซึ่งมีทั้ง การเดิน การทรงตัว และการฝึกการพัฒนาร่างกายเพื่อให้ตอบสนองต่อการเคลื่อนไหวของกิจกรรมในชีวิตประจำวัน การฝึกความแข็งแรงและความต้านทาน ความยืดหยุ่น ไทเก็ก การมีกิจกรรมทางกายทั่วไป และการออกกำลังกายแบบใช้เวลานาน

การศึกษา 16 เรื่อง (ผู้เข้าร่วมจำนวน 3,622 คน) พบว่า การออกกำลังกายแบบหลายองค์ประกอบ มีผลช่วยในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ แต่คุณภาพของหลักฐานยังอยู่ในระดับต่ำ

การศึกษา 5 เรื่อง (ผู้เข้าร่วมจำนวน 1,563 คน) ได้ทดสอบการออกกำลังกายแบบไทเก็กแบบกลุ่มพบว่าการออกกำลังกายแบบไทเก็กนี้ ลดอัตราการหกล้มและลดความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ ประโยชน์ของการออกกำลังกายแบบไทเก็ก มีผลต่ออัตราการหกล้มมากกว่าในกลุ่มย่อยที่ไม่ได้ถูกเลือกมาทำการเปรียบเทียบ เพราะมีความเสี่ยงสูงในการหกล้ม ดังนั้นไทเก็กจึงดูเหมือนจะมีประสิทธิภาพมากกว่าในผู้ที่ไม่มีความเสี่ยงสูงที่จะหกล้ม แต่คุณภาพโดยรวมของหลักฐานยังอยู่ในระดับต่ำ

การศึกษา 8 เรื่อง เป็นการศึกษามาตรการการออกกำลังกายแบบรายบุคคล ซึ่งเน้นการปฏิบัติที่บ้านเป็นหลัก มาตรการออกกำลังกายในบ้านช่วยลดอัตราการหกล้มและความเสี่ยงต่อการหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การทดลองนี้ได้พิจารณาการฝึกความสมดุลและความแข็งแรงในการทำกิจกรรมประจำวัน และผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าอัตราการหกล้มลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยภาพรวมของหลักฐานอยู่ในระดับปานกลาง

11: การปรับเปลี่ยนบ้านหรือที่อยู่อาศัย

การศึกษา 6 เรื่อง (ผู้เข้าร่วมจำนวน 4,208 คน) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของมาตรการรักษาความปลอดภัยในบ้าน เพื่อลดอัตราการหกล้มและความเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยอายุเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมการทดลองคือ 75 ปี และระยะเวลาติดตามผลอยู่ระหว่าง 3 ถึง 18 เดือน ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า การประเมินความปลอดภัยและการแก้ไขดัดแปลงบ้านโดยรวมมีประสิทธิภาพในการลดอัตราการหกล้มได้ ส่วนการวิเคราะห์กลุ่มย่อยพบว่า มาตรการด้านความปลอดภัยในบ้านตามคำแนะนำของนักกิจกรรมบำบัด (occupational therapist) มีประสิทธิภาพในการลดอัตราการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการล้ม เมื่อเปรียบเทียบการให้คำแนะนำการปรับปรุงบ้านที่ไม่ได้มาจากนักกิจกรรมบำบัด (รวมทั้งพยาบาลและเจ้าหน้าที่วิจัยที่ผ่านการฝึกอบรม) การประเมินคุณภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

12: มาตรการแบบหลายปัจจัย

การศึกษา 19 เรื่อง ได้ศึกษาถึงประโยชน์ของมาตรการแบบหลายปัจจัย (การประเมินและการส่งต่อการรักษา หรือการจัดมาตรการที่กำลังดำเนินการอยู่) ในการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่า มาตรการแบบหลายปัจจัยซึ่งรวมการประเมินเข้ากับมาตรการแบบรายบุคคลโดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามาเกี่ยวข้องนั้น มีประสิทธิภาพในการลดอัตราการหกล้มได้ การทดลองทั้งหมดคัดเลือกผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน แต่มีเพียงการศึกษาเดียวเท่านั้นที่มาจากประเทศที่มีรายได้ปานกลาง (ประเทศไทย) การศึกษาอีก 18 เรื่องที่เหลือส่วนใหญ่ดำเนินการในประเทศที่มีรายได้สูง เช่น ออสเตรเลีย แคนาดา จีน เดนมาร์ก ฟินแลนด์ เนเธอร์แลนด์ ไต้หวัน สหราชอาณาจักร และสหรัฐอเมริกา แต่คุณภาพโดยรวมของหลักฐานอยู่ในระดับต่ำ

เหตุผลสนับสนุนคำแนะนำที่ 9–12

9: การทบทวนการรักษาและการยกเลิกการใช้ยา

หลักฐานสนับสนุนประสิทธิภาพของการทบทวนการรักษาและการยกเลิกการใช้ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาทการถอนยาเพื่อลดอุบัติการณ์ของการหกล้มในผู้สูงอายุนั้นมีคุณภาพในระดับต่ำ เนื่องจาก คณะทำงานพัฒนาแนวทาง เห็นว่ายังไม่มีความชัดเจนเกี่ยวกับอันตรายที่เป็นผลจากการใช้มาตรการเหล่านี้ และยังไม่มีความชัดเจนเกี่ยวกับอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาหลายขนานร่วมกัน ซึ่งที่มีการยอมรับว่าการใช้ยาหลายขนานเป็นหนึ่งในปัจจัยเสี่ยงหลักต่อการหกล้ม การทบทวนการรักษาโดยเฉพาะการยกเลิกการใช้ยาบางชนิด จึงจำเป็นต้องปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง (เภสัชกร แพทย์ที่รักษาผู้สูงอายุ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพจิต) คณะทำงานพัฒนาแนวทาง รับทราบว่า

คำแนะนำอาจมีความเป็นไปได้น้อยที่จะปรับใช้ในหน่วยให้การดูแลต่าง ๆ ที่มีข้อจำกัดด้านการให้การสนับสนุนโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ด้วยคุณภาพของหลักฐานที่ต่ำและความท้าทายหรือปัญหาที่อาจเกิดขึ้นเมื่อนำแนวทางไปปฏิบัติในหน่วยงานที่ขาดแคลนผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ดังนั้น คณะทำงานพัฒนาแนวทาง จึงได้ข้อสรุปให้คำแนะนำนี้เป็นแบบมีเงื่อนไข

10: การออกกำลังกายแบบผสมผสาน

หลักฐานสนับสนุนการใช้การออกกำลังกายแบบผสมผสานเพื่อป้องกันการหกล้มนั้น มีคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสอดคล้องกับความสัมพันธ์ทางสรีรวิทยาและความแข็งแรงที่ลดลงเนื่องจากการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อเมื่อคนอายุมากขึ้น คณะทำงานพัฒนาแนวทาง จึงได้ให้คำแนะนำนี้ มีความเหมาะสมอย่างยิ่งที่แนะนำให้ผู้สูงอายุออกกำลังกายแบบผสมผสาน เพื่อช่วยให้สมรรถนะทางกายที่เสื่อมลงนั้นสามารถทำงานได้ดีขึ้น และจากการทบทวนหลักฐาน พบว่า มาตรการนี้มีความเสี่ยงต่ำมาก ดังนั้น คณะทำงานพัฒนาแนวทาง จึงสรุปว่าคำแนะนำนี้มีประโยชน์มากกว่าอันตราย แต่มีเงื่อนไขว่าต้องเป็นการออกกำลังกายแบบผสมผสาน (ส่วนใหญ่เป็นแบบเน้นความแข็งแรงและการทรงตัว) และได้รับการดูแลโดยผู้เชี่ยวชาญที่ได้รับการฝึกอบรมมาอย่างเหมาะสม คณะทำงานพัฒนาแนวทางยังระบุว่าผู้สูงอายุจะให้คุณค่าการออกกำลังกายแบบผสมผสานนี้เป็นอย่างมาก และการจัดการการออกกำลังกายยังเป็นที่ยอมรับในหน่วยบริการหลายแห่ง รวมทั้งมีความเป็นไปได้สำหรับการนำไปใช้ในชุมชน คณะทำงานพัฒนาแนวทางยอมรับว่าความต้องการทรัพยากรนั้นอาจมีมาก แต่ให้สมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมแทนการจ้างผู้เชี่ยวชาญ สามารถลดค่าใช้จ่ายโดยรวมได้หากมีการฝึกฝนที่เพียงพอ ด้วยคุณภาพของหลักฐานในระดับปานกลางทำให้เห็นว่าการลดความเสี่ยงที่เป็นไปได้จากมาตรการนี้จะเกิดขึ้นมาก มีการยอมรับและมีความเป็นไปได้สูง คณะทำงานพัฒนาแนวทาง จึงได้ข้อสรุปว่าให้คำแนะนำสำหรับการออกกำลังกายแบบผสมผสานเพื่อป้องกันการหกล้มสอดคล้องกับคำแนะนำก่อนหน้านี้เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความคล่องตัวเป็นคำแนะนำที่มีความเหมาะสมเป็นอย่างยิ่ง

11: การปรับเปลี่ยนบ้าน

หลักฐานที่สนับสนุนประสิทธิผลของการประเมินอันตรายในบ้านและการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่เสี่ยงต่อการหกล้มนั้น มีคุณภาพในระดับปานกลาง การนำมาตรการการให้ความรู้เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่น ตระหนักความเสี่ยงและความปลอดภัยในบ้านจะเกิดประสิทธิภาพสูงสุด แต่ยังมีข้อถกเถียงกันอย่างยาวนานว่าใครควรเป็นผู้ดำเนินการประเมินนี้ คณะทำงานพัฒนาแนวทางยอมรับว่าในทางปฏิบัติอาจดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญที่ผ่านการฝึกอบรมแล้ว ไม่จำเป็นต้องเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพเสมอไป จากหลักฐานพบว่า การศึกษาส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับการประเมินโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพที่ผ่านการฝึกอบรม รวมถึงแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และผู้ประเมินที่ผ่านการฝึกอบรม

คณะทำงานพัฒนาแนวทาง ยอมรับว่าทรัพยากรบุคคลที่มีความเชี่ยวชาญในหน่วยให้บริการนั้นมีจำกัด (เช่น นักกิจกรรมบำบัด เป็นต้น) และใช้ต้นทุนสูง ในการให้การประเมินที่เหมาะสมและเพียงพอโดยผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง คณะทำงานพัฒนาแนวทางจึงเห็นว่าการฝึกอบรมที่ผู้เชี่ยวชาญที่ไม่ได้มีความรู้เฉพาะด้านการดูแลสุขภาพให้เพียงพอ จะทำให้สามารถประเมินความเสี่ยงภัยสำหรับผู้สูงอายุที่อาจเกิดขึ้นได้บ้านได้ ดังนั้น คุณภาพของหลักฐานและศักยภาพในการดำเนินงานจึงถูกจัดอยู่ในระดับปานกลาง และคำแนะนำนี้จัดอยู่ในกลุ่มมีความเหมาะสมเป็นอย่างยิ่ง

12: มาตรการที่ประกอบด้วยหลายปัจจัย

หลักฐานที่สนับสนุนมาตรการที่ประกอบด้วยหลายปัจจัย ได้มุ่งเป้าไปที่ปัจจัยเสี่ยงของการหกล้มเพื่อลดลดอุบัติการณ์ในผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน นั้น มีคุณภาพระดับต่ำ คำจำกัดความของคำแนะนำนี้ ถ้าพิจารณาจากหลักฐานจึงเป็นเรื่องยากที่จะระบุองค์ประกอบเฉพาะเจาะจง ดังนั้นกลยุทธ์ที่สมเหตุสมผล อาจหมายถึง มาตรการที่ผู้สูงอายุได้รับทราบปัจจัยเสี่ยง ดังนั้น คณะทำงานพัฒนาแนวทาง จึงเห็นว่ามาตรการที่ประกอบด้วยหลายปัจจัยนี้อาจมีผลกระทบด้านทรัพยากรสำหรับการดูแลสุขภาพ และสำหรับแต่ละบุคคล จากหลักฐานที่มีทำห้ตัดสินใจความคุ้มค่าคุ้มทุนของมาตรการเหล่านี้เป็นไปได้ยาก อย่างไรก็ตามหากผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง ได้รับการตรวจพบและดำเนินการตามมาตรการต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ มาตรการที่ประกอบด้วยหลายปัจจัยนี้ จะมีความคุ้มค่าเมื่อเปรียบเทียบกับกรณีที่ไม่ได้รับการรักษาใด ๆ จากข้อมูลพื้นฐานนี้ คณะทำงานฯ จึงได้ข้อสรุปว่าคำแนะนำนี้มีเงื่อนไขเนื่องจากคุณภาพของหลักฐานที่มีอยู่ในระดับต่ำ

3.3 ชุดความรู้ที่ 3 การสนับสนุนผู้ดูแล

การคาดการณ์ประชากรทั่วโลกที่จำเป็นต้องพึ่งพิงการดูแล มีประมาณ 349 ล้านคน ในจำนวนนี้มีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี 18 ล้านคน (ร้อยละ 5) และผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 101 ล้านคน (ร้อยละ 29) (57) การพึ่งพิงการดูแลเกิดขึ้นเมื่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงจนถึงจุดที่บุคคลนั้นไม่สามารถทำได้อีกต่อไปหากปราศจากความช่วยเหลือ ซึ่งผู้สูงอายุที่มีโรคหลายโรค (multimorbidity) มักต้องการการดูแลสุขภาพและสังคม (58) การดูแลดังกล่าวในหลายประเทศจะดำเนินการโดยผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (ยกตัวอย่างเช่น คู่สมรสของผู้รับการดูแล เด็ก ผู้ใหญ่ หรือญาติ หรือเพื่อน) และผู้ดูแลหลักมักเป็นผู้หญิง (59) ผู้ดูแลผู้ที่มีสมรรถนะภายในลดลงอย่างรุนแรงมีความเสี่ยงสูงที่จะประสบความทุกข์ทางจิตใจและภาวะซึมเศร้า (60)

ประเทศที่มีรายได้ต่ำและปานกลางจำนวนมากประสบกับปัญหาในด้านระบบการดูแลสุขภาพ เนื่องจากได้รับการพัฒนาไม่ดีเท่าที่ควร ดังนั้น ผลเสียที่เกิดขึ้นจากการดูแลสุขภาพจึงมีผลกระทบอย่างมากต่อสถานะทางกายภาพ อารมณ์ และเศรษฐกิจของผู้ดูแลที่เป็นผู้หญิงและบุคคลในครอบครัว

คำแนะนำที่ 13

เสนอมาตรการทางสุขภาพจิต การฝึกอบรม และการให้การสนับสนุนให้แก่สมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแลท่านอื่นที่ดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในสภาวะพึ่งพา แต่ไม่ใช่เฉพาะเมื่อความจำเป็นที่ต้องการให้การดูแลมีความซับซ้อนและมีเงื่อนไขเพิ่มเติมและ / หรือผู้ดูแลมีความเครียดอย่างมาก

คุณภาพของหลักฐาน – มีคุณภาพปานกลาง

ประเภทคำแนะนำ – เหมาะสมเป็นอย่างยิ่ง

ข้อพิจารณาสำหรับคำแนะนำที่ 13

- จุดสำคัญของมาตรการในการสนับสนุนควรเน้นที่ผู้ดูแลในครอบครัวเป็นหลัก สำหรับการพูดคุยครั้งแรกขอให้ผู้สูงอายุระบุผู้ดูแลหลักของพวกเขาเอง
- ควรให้ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพที่ได้รับการฝึกอบรมอย่างเหมาะสมและได้รับการสนับสนุนและการดูแลที่เกี่ยวข้องกับระดับการมีส่วนร่วม เป็นผู้ให้การสนับสนุนผู้ดูแล
- ควรระบุความทุกข์ทางจิตใจและผลกระทบทางจิตสังคมของผู้ดูแล
- ผู้ดูแล และครอบครัวที่มีความเครียดควรได้รับการประเมินความต้องการและการเข้าถึงหน่วยบริการที่ดูแลเบื้องต้น หรือระดับยุติภูมิตลอดจนการให้การสนับสนุนทางจิตใจและสังคม
- ผู้ดูแลในครอบครัวที่ระบุว่ามีความเครียดในการดูแล ควรได้รับการประเมินภาวะซึมเศร้า ตามคู่มือมาตรการ mhGAP ซึ่งเป็นรายละเอียดสำหรับข้อมูลเกี่ยวกับการประเมินและการจัดการภาวะซึมเศร้า (45)
- จุดเน้นของมาตรการการสนับสนุนผู้ดูแลควรให้ผู้ดูแลเป็นผู้เลือกและให้ความสำคัญ และควรเพิ่มประสิทธิภาพความเป็นอยู่ของผู้ดูแลด้วยอีกทางหนึ่ง
- ควรแจ้งให้ผู้ดูแลทราบว่า การดูแลคนที่มีภาวะสมองเสื่อม อาจเป็นเรื่องที่น่าหงุดหงิดและก่อให้เกิดความเครียดอย่างมาก อย่างไรก็ตาม สิ่งสำคัญคือต้องช่วยให้มั่นใจว่าผู้ดูแลยังคงให้ช่วยเหลือผู้สูงอายุให้ได้รับการดูแลเอาใจใส่ และหลีกเลี่ยงการมองเป็นฝ่ายตรงข้าม หรือทอดทิ้ง

- ผู้ดูแลสามารถได้รับการสนับสนุนให้เคารพศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุผ่านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับชีวิตของบุคคลนั้นเท่าที่จะทำได้
- การฝึกอบรมและการสนับสนุนสามารถจัดให้ผู้ดูแลได้ โดยเฉพาะการฝึกทักษะเฉพาะ เช่น การจัดการพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่ยาก
- หากเป็นไปได้ ควรพิจารณาให้การสนับสนุนในทางปฏิบัติ การช่วยผ่อนปรนการดูแลตามบ้าน เป็นตัวอย่างหนึ่งที่สมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลอื่นที่เหมาะสม สามารถให้การดูแลและดูแลผู้สูงอายุแทนผู้ดูแลหลักได้ ซึ่งอาจจะช่วยบรรเทาภาระแก่ผู้ดูแลหลัก ทำให้สามารถพักผ่อนหรือทำกิจกรรมอื่น ๆ ได้
- หากเป็นไปได้ การแก้ปัญหาความเครียดทางจิตใจของผู้ดูแลสามารถทำได้ด้วยการให้การสนับสนุนและการให้คำปรึกษาในการแก้ปัญหา
- การสำรวจสามารถทำได้ เพื่อให้ทราบว่าผู้สูงอายุนั้นมีคุณสมบัติที่จะได้รับประโยชน์หรือการสนับสนุนทางสังคม หรือทางการเงินอื่น ๆ หรือไม่ ซึ่งผลประโยชน์ที่ได้มาจากจากรัฐบาลหรือหน่วยงานนอกภาครัฐ

หลักฐานประกอบคำแนะนำที่ 13

หลักฐานเกี่ยวกับมาตรการการสนับสนุนผู้ดูแลถูกดึงมาจากเอกสารที่ได้รับการทบทวนอย่างเป็นระบบ 3 ฉบับ (61–63) หนึ่งในจำนวนนี้มีการทดลอง 78 ครั้ง โดยมีมาตรการที่แตกต่างกัน 6 วิธีรวมถึงมาตรการทางจิตศึกษา มาตรการแบบประคับประคอง จิตบำบัด การผ่อนปรนการดูแล การฝึกผู้รับการดูแล และมาตรการที่มีหลายองค์ประกอบ (62) หลักฐานจากการทดลองเหล่านี้ชี้ให้เห็นว่ามาตรการสนับสนุนผู้ดูแลช่วยเพิ่มผลลัพธ์ที่สำคัญ และทำให้ผลลัพธ์ที่วิกฤตดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญ (ภาวะของผู้ดูแล ภาวะซึมเศร้า ความเป็นอยู่ที่ดี ความสามารถ / ความรู้) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการศึกษาทางจิตวิทยาสำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีความผิดปกติทางจิต พบว่า มีผลอย่างมากในการลดความเครียดของผู้ดูแล และเพิ่มความสามารถและความรู้ รวมทั้งมาตรการที่สนับสนุน (รวมถึงการสนับสนุนและการอภิปราย ที่นำโดยผู้เชี่ยวชาญ และเพื่อน) ยังส่งผลต่อการดูแล ทั้งนี้คุณภาพโดยรวมของหลักฐานอยู่ในระดับปานกลาง

เหตุผลของคำแนะนำที่ 13

หลักฐานมีคุณภาพปานกลาง ช่วยสนับสนุนประสิทธิผลของมาตรการทางจิตวิทยา การสนับสนุนและการฝึกอบรมเพื่อลดความเครียดของผู้ดูแล ทั้งนี้ผลประโยชน์ที่สำคัญของมาตรการทางจิตวิทยาต่อผลลัพธ์ที่สำคัญที่เป็นภาวะผู้ดูแลรวมทั้งภาวะซึมเศร้า

ถือว่าเพียงพอที่จะรับประกันว่า คำแนะนำเพื่อสนับสนุนมาตรการเหล่านี้ มีความสมดุลระหว่างผลเสียกับประโยชน์ที่ได้รับ ซึ่งได้พิจารณาโดย คณะทำงานพัฒนาแนวทาง รวมทั้งไม่มีการทดลองใดที่ระบุถึงอันตรายที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลหรือผู้ดูแล ดังนั้น คณะทำงานพัฒนาแนวทางจึงสรุปว่ามาตรการนี้ มีโอกาสเกิดผลเสียได้จำกัด โดยมาตรการดังกล่าวมักต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เข้มข้นและอาจจะต้องให้ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเป็นผู้ให้ข้อมูล

คณะทำงานพัฒนาแนวทางได้ยอมรับการดำเนินการตามแนวทางเหล่านี้ ซึ่งอาจเผชิญกับความท้าทายกับหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน ที่นำไปใช้งาน คณะทำงานฯ จึง ตกลงว่ามาตรการจะมีคุณค่าสูง หากผู้ดูแลและผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพให้การยอมรับ ในมุมมองของความเท่าเทียมกัน เรื่องสุขภาพของผู้ดูแลมักถูกละเลยเมื่อมีการให้บริการใด ๆ ดังนั้นจึงควรมีการดูแลผู้ดูแลควบคู่ไปกับการดูแลผู้สูงอายุ และเมื่อพิจารณาควบคู่ไปกับคุณภาพของหลักฐานที่อยู่ในระดับปานกลาง ทางคณะทำงานฯ จึงได้ให้คำแนะนำนี้อยู่ในกลุ่มที่มีความเหมาะสมเป็นอย่างยิ่ง สำหรับการให้มาตรการทางจิตวิทยาสำหรับผู้ดูแล

4 ข้อควรพิจารณาในการดำเนินการ

คำแนะนำที่อยู่ในแนวทางเหล่านี้จำเป็นต้อง ดำเนินการโดยยึดบุคคล เป็นศูนย์กลางและ วิธีการแบบบูรณาการ เหตุผลและหลักฐานในการ ยึดแนวทางนี้ได้ให้รายละเอียดไว้ในรายงานขององค์การอนามัยโลก the WHO World on ageing and health (1) ที่กล่าวถึงถึงการดูแล สุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่สิ่งจำเป็นคือการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (ICOPE)

โดยทั่วไปการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ สามารถบูรณาการในระดับ นโยบายหรือภาคส่วน (ระดับใหญ่) ในระดับองค์กรหรือระดับมืออาชีพ (ระดับกลาง) และในระดับคลินิกหรือมาตรการ (ระดับเล็ก) (64, 65) แนวทางขององค์การอนามัยโลกครอบคลุมประชากรผู้สูงอายุทุกระดับ แต่จุดเริ่มต้นได้เน้นการดูแลแบบบูรณาการในระดับชุมชน

แนวทางนี้โดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางโดยมีพื้นฐานมาจากมุมมองที่ว่า ผู้สูงอายุเป็นมากกว่าเส้นเลือดที่มีความผิดปกติหรือเงื่อนไขทางสุขภาพ อื่น ๆ แต่พวกเขาเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ความต้องการ และความชอบ ที่ไม่เหมือนใคร การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ยังมีความครอบคลุมถึง บริบทของชีวิตประจำวันของแต่ละบุคคลทั้งในแง่ของคนใกล้ชิดและคนที่ ร่วมกับผู้สูงอายุในชุมชน

องค์ประกอบที่สำคัญในการออกแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ สำหรับผู้ที่มีภาวะเรื้อรังและมีโรคประจำตัวหลายโรค คือ มาตรการชุมชน และอื่น ๆ ได้แก่ (66)

- แผนการประเมินและการดูแลที่ครอบคลุม ที่มีการแลกเปลี่ยนกัน กับผู้ให้บริการทั้งหมด
- เป้าหมายการรักษา / การดูแลทั่วไป
- การส่งต่อและการกำกับติดตามที่เข้มแข็ง
- การมีส่วนร่วมของชุมชนและการสนับสนุนผู้ดูแล

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ เหล่านี้สอดคล้องกับกรอบการ ดำเนินงานขององค์การอนามัยโลก เกี่ยวกับการเสริมสร้างบริการสุขภาพ แบบบูรณาการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง (20) ซึ่งประกาศใช้ในปี 2559 โดยการประชุมสมัชชาอนามัยโลกครั้งที่ 69 (67)

การให้การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ประกอบไปด้วย 5 ขั้นตอน คำแนะนำในลักษณะบูรณาการ ได้แสดงไว้ใน รูปที่ 2

การประเมินและแผนการดูแลที่ครอบคลุม

เพื่อให้ได้มาตรวจการที่มีประสิทธิภาพ จึงเริ่มจากความครอบคลุมของการ ประเมินความสามารถที่แท้จริงของผู้สูงอายุและสภาวะต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งความบกพร่องพฤติกรรมและความเสี่ยงที่อาจมีผลต่อความ สามารถในอนาคตและสภาพแวดล้อมของแต่ละบุคคล การประเมิน เหล่านี้ ไม่เพียงแต่เป็นการซักประวัติแบบดั้งเดิมและการตรวจร่างกาย หากเหมาะสม แต่ยังรวมถึงการวิเคราะห์อย่างละเอียดเกี่ยวกับการให้ คุณค่า การลำดับความสำคัญ และความชอบของผู้สูงอายุที่เกี่ยวข้องกับ สุขภาพและการจัดการของผู้สูงอายุนั้นด้วย การประเมินและแผนการ ดูแลที่ครอบคลุมควรส่งเสริมการระบุ สภาวะทางสุขภาพร่วมกับความ บกพร่องไว้ด้วย เช่น ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และภาวะสมอง เสื่อม และสร้างเส้นทางสำหรับการส่งต่อและการรักษา

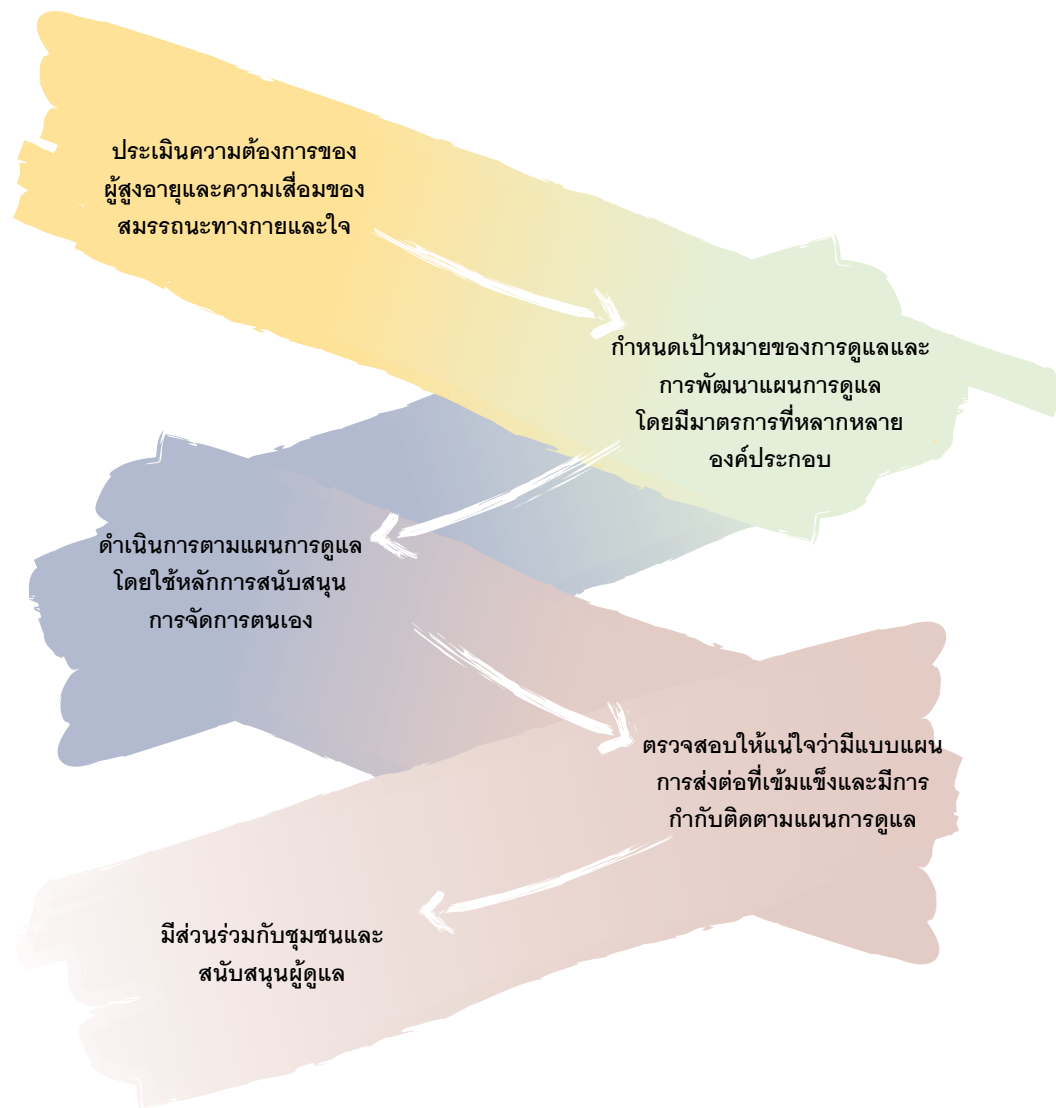
การประเมินนี้มีความสำคัญต่อการพัฒนาแผนการดูแลและการปรับ มาตรการให้เป็นที่ยอมรับและมีความเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ การประเมิน และแผนการดูแลที่ครอบคลุมรวมผู้ให้บริการหลากหลายรูปแบบทำงาน เพื่อเป้าหมายเดียวคือการรักษาสรรถะภายในบุคคลและความสามารถในการ ทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุไว้ให้ได้ จึงจำเป็นต้องมีการ ติดตามและเชื่อมโยงระหว่างการดูแลสุขภาพและสังคมเข้าไว้ด้วยกัน

คู่มือการใช้งานการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ที่มาพร้อมกับเอกสารที่ มีชื่อนี้มุ่งเน้นไปที่กระบวนการนี้เพื่อพัฒนาการประเมินและแผนการ ดูแลผู้สูงอายุให้มีความครอบคลุม

การตัดสินใจและการตั้งเป้าหมายร่วมกัน

การบูรณาการการดูแลจะสำเร็จได้ก็ต่อเมื่อการให้บริการและผู้ให้บริการ มีการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเดียวกันในการรักษาสรรถะภายใน บุคคลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันไว้ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้สูงอายุจะต้องมีส่วนร่วมในการตัดสินใจและการตั้ง เป้าหมายตั้งแต่เริ่มแรก และเป้าหมายนั้นได้รับการกำหนดให้สอดคล้อง กับความต้องการและความชอบส่วนบุคคลของผู้สูงอายุด้วย

รูปที่ 2: การให้การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ



การส่งต่อที่เข้มแข็ง การกำกับติดตาม และการให้การสนับสนุน

การติดตามผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องโดยมีการบูรณาการระดับการดูแลที่แตกต่างกัน เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับการดำเนินการตามมาตรการต่าง ๆ ตามที่คำแนะนำที่ได้ให้ไว้ในแนวทางต่าง ๆ ซึ่งแนวทางดังกล่าวส่งเสริมการตรวจหาภาวะแทรกซ้อนในระยะเริ่มต้นหรือการเปลี่ยนแปลงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ซึ่งจะช่วยป้องกันการเกิดเหตุฉุกเฉินที่ไม่จำเป็น และความรู้ประสิทธิภาพได้ด้วย แนวทางเหล่านี้ยังช่วยให้มีเวทีสำหรับการติดตามความคืบหน้าของแผนการดูแล ตลอดจนวิธีการเตรียมการให้สนับสนุนเพิ่มเติมตามความจำเป็น การติดตามและการให้การสนับสนุนอาจมีความสำคัญอย่างยิ่งหลังจากการเปลี่ยนแปลงครั้งใหญ่ เช่น สถานะโรคที่เป็นอยู่ แผนการรักษา หรือบทบาท/สถานการณ์ทางสังคม (การเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัย ยกตัวอย่างเช่น การเสียชีวิตของคู่ชีวิต เป็นต้น)

การมีส่วนร่วมของชุมชนและการสนับสนุนผู้ดูแล

การดูแลจะเป็นแบบใดขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้สูงอายุ และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่สมรรถนะถดถอยลงมากนั้นมักจะถูกแยกออกไปและมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะเครียดทางจิตรวมทั้งเกิดภาวะซึมเศร้า นอกเหนือจากคำแนะนำที่อยู่ในแนวทางต่าง ๆ เพื่อให้การสนับสนุนผู้ดูแลแล้ว ผู้ดูแลยังต้องการข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุและการสนับสนุนให้พัฒนาทักษะการปฏิบัติที่หลากหลาย เช่น วิธีการย้ายผู้สูงอายุจากเก้าอี้ไปสู่เตียงเพื่อเข้านอนอย่างปลอดภัย หรือจะช่วยเหลืออาบน้ำได้อย่างไร ผู้สูงอายุและ / หรือผู้ดูแลควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งเหล่านี้จากชุมชน จึงมีความจำเป็นต้องมีการสำรวจโอกาสในการมีส่วนร่วมในชุมชนและละแวกใกล้เคียงโดยตรงให้มากขึ้น เพื่อเป็นการสนับสนุนการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนอาสาสมัครในพื้นที่ และให้สมาชิกในชุมชนที่มีอายุโสมมากกว่าเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น รวมทั้งสมาคมและกลุ่มต่าง ๆ ที่ตั้งผู้สูงอายุมารวมกัน ซึ่งเป็นกลไกหนึ่งที่ทำให้กิจกรรมดังกล่าวเกิดขึ้นได้

คำแนะนำของแนวทางต่าง ๆ ควรได้รับการปรับให้มีการรวบรวมเป็น เอกสารที่มีความเหมาะสมในแต่ละท้องถิ่น ซึ่งสามารถตอบสนองความต้องการของแต่ละประเทศและบริการด้านสุขภาพของแต่ละประเทศได้ สำนักงานใหญ่ขององค์การอนามัยโลกจะดำเนินงานอย่างใกล้ชิดกับ สำนักงานในแต่ละภูมิภาคและในแต่ละประเทศ ตลอดจนพันธมิตรของ องค์การอนามัยโลก เพื่อให้แน่ใจว่าแนวทางสื่อสารและการปรับให้ เหมาะกับแต่ละประเทศได้ผ่านการประชุมระดับภูมิภาคและระดับชาติ

ในขณะที่ประเทศต่าง ๆ พิจารณาว่าจะดำเนินการตามแนวทางนี้ได้ อย่างไรนั้น ควรมีการวิเคราะห์ข้อกำหนดด้านงบประมาณและทรัพยากร บุคคล รวมทั้งผลกระทบของระบบสุขภาพอื่น ๆ เพื่อระบุปัจจัยนำเข้า และระบบที่พร้อมใช้งาน และพื้นที่ใดที่ต้องการลงทุนเพิ่มเติม ซึ่งการ ได้ข้อมูลเพิ่มเติมอาจจำเป็นต่อการจัดอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมทั้งการใช้ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ และเทคโนโลยี ต่าง ๆ หรือ เกี่ยวกับการปรับตัวเข้ากับระบบข้อมูลสุขภาพเพื่อรวบรวมข้อมูลที่ เกี่ยวข้องกับสมรรถนะภายในบุคคลและความสามารถในการทำกิจวัตร ประจำวันไว้ในระบบ

ควรเปิดให้สภาพแวดล้อมมีการสร้างสิ่งต่าง ๆ ตามคำแนะนำ โดยผ่าน ทางการให้การสนับสนุนผู้ประกอบการวิชาชีพด้านการดูแลสุขภาพในการใช้ แนวปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งในกระบวนการนี้ สมาคมวิชาชีพ ในท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทสำคัญ และควรส่งเสริมให้มีกระบวนการที่ ครอบคลุมและสร้างการมีส่วนร่วม

ควรพิจารณารวมเรื่องผู้สูงอายุและสุขภาพไว้ในนโยบายและแผนระดับ ชาติ การสร้างและเสริมสร้างความเชื่อมโยงกับโครงการด้านสุขภาพและ ที่ไม่ใช่ด้านสุขภาพเพื่อบรรลุเป้าหมายที่กว้างขึ้นสามารถ จะช่วยเพิ่ม ความยั่งยืนและประสิทธิผลได้อย่างมาก

เพื่อสนับสนุนการดำเนินการในประเทศต่อไป องค์การอนามัยโลกอยู่ ระหว่างการจัดทำชุดเครื่องมือย่อยเพื่อจัดการด้านคลินิก และการให้ บริการด้านต่าง ๆ ตามคำแนะนำของแนวทางดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบ บูรณาการ

5 การตีพิมพ์ การเผยแพร่ และการประเมินผล

5.1 การตีพิมพ์และเผยแพร่

แนวทางเหล่านี้ถูกเผยแพร่ในรูปแบบสิ่งพิมพ์และทางอิเล็กทรอนิกส์ที่เว็บไซต์องค์การอนามัยโลก (<http://www.who.int/ageing/health-systems/icope>) ข้อมูลในที่นี้จัดเรียงตามลำดับความสำคัญของยุทธศาสตร์โลกขององค์การอนามัยโลก (WHO Global Strategy) และแผนปฏิบัติการ (action plan on ageing and health) (6) ชุดข้อมูลหลักฐานทั้งหมดเก็บไว้ในรูปแบบออนไลน์ โดยมีข้อมูลอย่างละเอียดเกี่ยวกับคุณภาพของหลักฐานที่ประเมินตามแนวทางของ GRADE (การประเมินข้อเสนอแนะการพัฒนาและการประเมินผล) ส่วนการวิเคราะห์เชิงคุณภาพ และคำอธิบายบรรยายของหลักฐาน แต่ไม่ได้รวมอยู่ในตาราง GRADE และข้อควรพิจารณา คุณค่า ความชอบส่วนบุคคล และความเป็นไปได้

ชุดผลิตภัณฑ์ย่อยที่ได้มาจากแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการสนับสนุนการดำเนินงานตามชุดเรียนรู้ที่ 1 (module I) (สมรรถนะทางร่างกายและจิตใจที่เสื่อมลง) ชุดเรียนรู้ที่ 2 (module II) (กลุ่มอาการป่วยในผู้สูงอายุ) และชุดเรียนรู้ที่ 3 (module III) (การให้การสนับสนุนผู้ดูแล) ผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ เหล่านี้ ได้แก่

- แนวทางการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (ICOPE) เพื่อใช้บูรณาการในคลินิกที่มีการดูแลผู้สูงอายุ โดยประกอบไปด้วย
 - ▶ ขั้นตอนในการกำหนดเป้าหมายการดูแลที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง การพัฒนาแผนการดูแลแบบบูรณาการและให้การสนับสนุนการจัดการตนเอง
 - ▶ ชุดรหัสสีเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถนำไปใช้ผ่านกระบวนการแบบบูรณาการด้านการประเมิน การจำแนก และการจัดการสมรรถนะทางร่างกายและจิตใจที่เสื่อมลงในวัยสูงอายุ
- ชุดเครื่องมือสำหรับใช้ในระดับประเทศที่ประกอบด้วยแนวทางในการดำเนินงานและการประเมินบริการการดูแลสุขภาพและสังคมแบบบูรณาการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน
- การใช้เทคโนโลยีโทรศัพท์มือถือเข้ามาช่วยดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ซึ่งเหมาะสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพและผู้สูงอายุ (ริเริ่มโดยองค์การอนามัยโลก ชื่อโครงการ WHO mAgeing)

แนวทางและผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ถูกพัฒนาเป็นภาษาอังกฤษเพื่อสามารถเอื้อให้แปลเป็นภาษาวิชาการอื่น ๆ ที่องค์การอนามัยโลกใช้ สำหรับการเผยแพร่ในวงกว้างโดยได้รับความร่วมมือกับองค์การอนามัยโลกภูมิภาคต่าง ๆ

การเผยแพร่จะเป็นในรูปแบบผลงานตีพิมพ์ การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและหลักฐานจากวารสารที่ผ่านการทบทวนโดยผู้รู้เท่ากัน ที่ได้ทำการคัดเลือกมาไว้ และการนำเสนอรวมทั้งการประชุมเชิงปฏิบัติการที่เป็นการประชุมและกิจกรรมที่สำคัญต่าง ๆ

แนวทางและผลิตภัณฑ์การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการเหล่านี้เป็นเครื่องมือสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินการตามยุทธศาสตร์ระดับโลก (Global strategy and action plan on ageing and health) กิจกรรมในการเผยแพร่ได้รวมไว้เป็นส่วนหนึ่งของแผนปฏิบัติการของยุทธศาสตร์ที่ได้รับการอนุมัติโดยสมัชชาอนามัยโลกในปี 2559 กิจกรรมต่าง ๆ ได้รวมการนำร่องและการประเมินแนวทางไว้แล้ว ซึ่งมีทั้งหมด 20 ประเทศที่ได้รวม 2 กิจกรรมนี้ไว้ภายในปี 2020

5.2 การติดตามและประเมินผล

การดำเนินการตามคำแนะนำต่าง ๆ จะถูกตรวจสอบในระดับชุมชนและระดับสถานพยาบาล ข้อมูลจะถูกรวบรวมผ่านแบบสำรวจหรือรายการปรับปรุงความพร้อมในการให้บริการ การศึกษาพิเศษสามารถพิจารณากระทำได้ในกรณีที่การเฝ้าติดตามเป็นประจำไม่เป็นไปตามที่วางแผนไว้หรือยังไม่เหมาะสม ดังนั้นกรอบการติดตามและประเมินผลจึงได้รวมรายการตัวชี้วัดหลักจะต้องได้รับการพัฒนาและรวมไว้ในชุดเครื่องมือสำหรับใช้ระดับประเทศ ตัวชี้วัดดังกล่าวจะวัดประสิทธิภาพของการให้บริการ (ปัจจัยนำเข้า ระบบสุขภาพ และกระบวนการ และผลลัพธ์ของการให้บริการ) ตลอดจนความเป็นไปได้และความสามารถในการยอมรับของข้อเสนอแนะ คณะทำงานระหว่างประเทศของผู้เชี่ยวชาญรวมถึงตัวแทนของภูมิภาคและประเทศขององค์การอนามัยโลก จะพัฒนากรอบการดำเนินงานและดูแลกิจกรรมการติดตามและประเมินผล การมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่กว้างขึ้น ทั้งนี้ออกแบบนโยบายการนำไปใช้ และการติดตามและประเมินผลจะช่วยให้มั่นใจได้ว่าการปรับแนวทางเหล่านี้ในระดับประเทศส่งผลให้เกิดโครงการที่ถูกต้องตามกฎหมาย สามารถยอมรับได้ มีประสิทธิภาพเท่าเทียมกัน และตอบสนองความต้องการของชุมชนได้

ผลลัพธ์ของระบบสุขภาพในระดับกลาง และผลกระทบจากการใช้มาตรการต่าง ๆ จะวัดได้จากการสำรวจทั่วโลกในนาม WHO global survey on Healthy Ageing ซึ่งได้รวมอยู่ในยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการระดับโลกขององค์การอนามัยโลก (WHO Global strategy and action plan on ageing and health) ที่รับรองโดยสมัชชาอนามัยโลก (6)

การสำรวจทั่วโลกจะได้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานะสุขภาพความต้องการด้านสุขภาพและความต้องการที่ตอบสนองได้ดีเพียงใด ซึ่งเป็นภาพรวมในระดับประเทศ ข้อมูลนี้จะเป็นพื้นฐานสำหรับการเปรียบเทียบระหว่างประเทศและเป็นพื้นฐานในการวัดผลกระทบของโครงการ

หน่วยงานขององค์การอนามัยโลก the WHO Department of Ageing and Life Course จะทำงานอย่างใกล้ชิดกับ Health Data Collaborative¹ เพื่อให้แน่ใจว่ามาตรฐานและเครื่องมือ เป็นไปในทิศทางเดียวกันและสอดคล้องกับตัวบ่งชี้สุขภาพหลัก 100 ตัว ที่อยู่ในรายการอ้างอิงระดับโลกขององค์การอนามัยโลก ปี 2015 (68)

5.3 การตรวจสอบและการปรับปรุงในอนาคต

หน่วยงาน the WHO Department of Ageing and Life Course จะมีหน้าที่ในการกำกับ ติดตามหลักฐานใหม่ที่เกิดขึ้นอย่างสม่ำเสมอ โดยได้รับความช่วยเหลือจากศูนย์ความร่วมมือขององค์การอนามัยโลก นอกจากนี้ the WHO Department of Ageing and Life Course จะรวบรวมข้อเสนอแนะจากคณะดำเนินการใช้งานผลิตภัณฑ์การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการในประเทศนั้น ๆ

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการจะมีการปรับปรุงในอีก 4 ปี โดยใช้วิธีการที่เข้มงวดกวัดขึ้น แต่องค์การอนามัยโลกยังยินดีรับข้อเสนอแนะหากมีประเด็นอื่น ๆ เพิ่มเติมที่ควรได้รับการพิจารณาเพื่อนำไปรวมไว้ในแนวทางในอนาคต หากต้องการเสนอแนะโปรดส่งอีเมลถึง

Dr Islene Araujo de Carvalho: araujodecarvalho@who.int

¹ Further information is available at <http://www.healthdatacollaborative.org>

เอกสารอ้างอิง

1. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization (WHO); 2015 (<http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015>, accessed 4 July 2017).
2. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World population ageing 2015. New York (NY): United Nations (ST/ESA/SER.A/390; http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WPA2015_Report.pdf, accessed 11 September 2017).
3. Clegg A, Young J, Iliffe S, Rikkert MO, Rockwood K. Frailty in elderly people. *Lancet*. 2013;381(9868):752–62. doi:10.1016/S0140-6736(12)62167-9.
4. Daniels R, van Rossum E, de Witte L, Kempen GI, van den Heuvel W. Interventions to prevent disability in frail community-dwelling elderly: a systematic review. *BMC Health Serv Res*. 2008;8:278. doi:10.1186/1472-6963-8-278.
5. Daniels R, van Rossum E, Metzelthin S, Sipers W, Habets H, Hobma S, et al. A disability prevention programme for community-dwelling frail older persons. *Clin Rehabil*. 2011;25(11):963–74. doi:10.1177/0269215511410728.
6. Global strategy and action plan on ageing and health. In: WHO [website]. Geneva: WHO; 2017 (<http://who.int/ageing/global-strategy>, accessed 5 July 2017).
7. Beard JR, Officer A, de Carvalho IA, Sadana R, Pot AM, Michel J-P, et al. The world report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing. *Lancet*. 2016;387(10033):2145–54. doi:10.1016/S0140-6736(15)00516-4.
8. Jotheeswaran AT, Bryce R, Prina M, Acosta D, Ferri CP, Guerra M, et al. Frailty and the prediction of dependence and mortality in low- and middle-income countries: a 10/66 population-based cohort study. *BMC Med*. 2015;13:138. doi:10.1186/s12916-015-0378-4.
9. Cruz-Jentoft AJ, Baeyens JP, Bauer JM, Boirie Y, Cederholm T, Landi F, et al. Sarcopenia: European consensus on definition and diagnosis. *Age Ageing*. 2010;39(4):412–23. doi:10.1093/ageing/afq034.
10. Leong DP, Teo KK, Rangarajan S, Lopez-Jaramillo P, Avezum A Jr., Orlandini A, et al. Prognostic value of grip strength: findings from the Prospective Urban Rural Epidemiology (PURE) study. *Lancet*. 2015;386(9990):266–73. doi:10.1016/S0140-6736(14)62000-6.
11. Rantanen T, Volpato S, Ferrucci L, Heikkinen E, Fried LP, Guralnik JM. Handgrip strength and cause-specific and total mortality in older disabled women: exploring the mechanism. *J Am Geriatr Soc*. 2003;51(5):636–41. doi:10.1034/j.1600-0579.2003.00207.x.
12. Kaiser MJ, Bauer JM, Ramsch C, Uter W, Guigoz Y, Cederholm T, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging*. 2009;13(9):782–8.
13. Olusanya BO, Neumann KJ, Saunders JE. The global burden of disabling hearing impairment: a call to action. *Bull World Health Organ*. 2014;92(5):367–73. doi:10.2471/BLT.13.128728.
14. Pascolini D, Mariotti SP. Global estimates of visual impairment: 2010. *Br J Ophthalmol*. 2012;96(5):614–8. doi:10.1136/bjophthalmol-2011-300539.
15. Prince M, Jackson J, editors. World Alzheimer Report 2009. London: Alzheimer's Disease International; 2009 (<http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport.pdf>, accessed 8 August 2017).
16. Mavrodaris A, Powell J, Thorogood M. Prevalences of dementia and cognitive impairment among older people in sub-Saharan Africa: a systematic review. *Bull World Health Organ*. 2013;91:773–83. doi:10.2471/BLT.13.118422.
17. Preventing suicide: a global imperative (executive summary). Geneva: WHO; 2014:WHO/MSD/MER/14.2 (http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/exe_summary_english.pdf, accessed 9 August 2017).
18. Meeks TW, Vahia IV, Lavretsky H, Kulkarni G, Jeste DV. A tune in “a minor” can “b major”: a review of epidemiology, illness course, and public health implications of subthreshold depression in older adults. *J Affect Disord*. 2011;129(1–3):126–42. doi:10.1016/j.jad.2010.09.015.
19. Sixty-ninth World Health Assembly agenda item 13.4. The global strategy and action plan on ageing and health 2016–2020: towards a world in which everyone can live a long and healthy life. Geneva: WHO; 2016 (WHA69.3; http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R3-en.pdf, accessed 12 September 2017).
20. WHO framework on integrated people-centred health services. In: WHO [website]. Geneva: WHO; 2017 (<http://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care>, accessed 6 July 2017).

21. Lehmann U, Sanders D. Community health workers: what do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. Geneva: WHO; 2007 (http://www.who.int/hrh/documents/community_health_workers.pdf, accessed 11 September 2017).
22. WHO handbook for guideline development – 2nd ed. Geneva: WHO; 2011 (http://www.who.int/publications/guidelines/handbook_2nd_ed.pdf, accessed 30 June 2017).
23. Cochrane PICO ontology. In: Cochrane linked data [website]. London: The Cochrane Collaboration; 2017 (<http://linkeddata.cochrane.org/pico-ontology>, accessed 30 June 2017).
24. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction – GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *J Clin Epidemiol*. 2011;64(4):383–94. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.04.026.
25. Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ*. 2010;182(18):E839–42. doi:10.1503/cmaj.090449.
26. Mitra S, Sambamoorthi U. Disability prevalence among adults: estimates for 54 countries and progress toward a global estimate. *Disabil Rehabil*. 2014;36(11):940–7. doi:10.3109/09638288.2013.825333.
27. Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO; 2010 (http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations, accessed 11 July 2017).
28. Bauer JM, Kaiser MJ, Anthony P, Guigoz Y, Sieber CC. The Mini Nutritional Assessment – its history, today's practice, and future perspectives. *Nutr Clin Pract*. 2008;23(4):388–96. doi:10.1177/0884533608321132.
29. Kabir ZN, Ferdous T, Cederholm T, Khanam MA, Streatfield K, Wahlin A. Mini nutritional assessment of rural elderly people in bangladesh: the impact of demographic, socio-economic and health factors. *Public Health Nutr*. 2006;9(8):968-74. doi:10.1017/PHN2006990.
30. Baldwin C, Weekes CE. Dietary advice with or without oral nutritional supplements for disease-related malnutrition in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011;(9):CD002008.
31. Milne AC, Potter J, Vivanti A, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009;(2):CD003288.
32. Munk T, Tolstrup U, Beck AM, Holst M, Rasmussen HH, Hovhannisyan K, Thomsen T. Individualised dietary counselling for nutritionally at-risk older patients following discharge from acute hospital to home: a systematic review and meta-analysis. *J Hum Nutr Diet*. 2016;29(2):196–208. doi:10.1111/jhn.12307.
33. Prevention of blindness from diabetes mellitus: report of a WHO consultation held in Geneva, 9-11 November 2005. Geneva: WHO; 2006 (<http://www.who.int/blindness/Prevention%20of%20Blindness%20from%20Diabetes%20Mellitus-with-cover-small.pdf>, accessed 11 July 2017).
34. Prevention of blindness and visual impairment: priority eye diseases: refractive errors and low vision. In: World Health Organization [website]. Geneva: WHO; 2017 (<http://www.who.int/blindness/causes/priority/en/index4.html>, accessed 30 June 2017).
35. Smeeth L, Iliffe S. Community screening for visual impairment in the elderly. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(3):CD001054.
36. Coleman AL, Yu F, Keeler E, Mangione CM. Treatment of uncorrected refractive error improves vision-specific quality of life. *J Am Geriatr Soc*. 2006;54(6):883–90. doi:10.1111/j.1532-5415.2006.00817.x.
37. Owsley C, McGwin G, Jr., Scilley K, Meek GC, Seker D, Dyer A. Effect of refractive error correction on health-related quality of life and depression in older nursing home residents. *Arch Ophthalmol*. 2007;125(11):1471–7. doi:10.1001/archophth.125.11.1471.
38. Foss AJE, Harwood RH, Osborn F, Gregson RM, Zaman A, Masud T. Falls and health status in elderly women following second eye cataract surgery: a randomised controlled trial. *Age Ageing*. 2006;35(1):66–71. doi:10.1093/ageing/afj005.
39. Harwood RH, Foss AJE, Osborn F, Gregson RM, Zaman A, Masud T. Falls and health status in elderly women following first eye cataract surgery: a randomised controlled trial. *Br J Ophthalmol*. 2005;89(1):53–9. doi:10.1136/bjo.2004.049478.
40. Laidlaw DAH, Harrad RA, Hopper CD, Whitaker A, Donovan JL, Brookes ST, et al. Randomised trial of effectiveness of second eye cataract surgery. *Lancet*. 1998;352(9132):925–9. doi:10.1016/S0140-6736(97)12536-3.
41. Guidelines for hearing aids and services for developing countries, second edition. Geneva: WHO; 2004 (http://www.who.int/pbd/deafness/en/hearing_aid_guide_en.pdf, accessed 11 July 2017).
42. Mulrow CD, Aguilar C, Endicott JE, Tuley MR, Velez R, Charlip WS, et al. Quality-of-life changes and hearing impairment: a randomized trial. *Ann Intern Med*. 1990;113(3):188–94. doi:10.7326/0003-4819-113-3-188.
43. Yueh B, Souza PE, McDowell JA, Collins MP, Loois CF, Hedrick SC, et al. Randomized trial of amplification strategies. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2001;127(10):1197–204. doi:10.1001/archotol.127.10.1197.
44. Kurz AF, Leucht S, Lautenschlager NT. The clinical significance of cognition-focused interventions for cognitively impaired older adults: a systematic review of randomized controlled trials. *Int Psychogeriatr*. 2011;23(9):1364–75. doi:10.1017/S1041610211001001.
45. mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings, version 2.0. Geneva: WHO; 2016 (<http://www.who.int/mhg>).

- who.int/mental_health/mhgap/mhGAP_intervention_guide_02, accessed 19 September 2017).
46. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2003;58(3):249–65.
47. Ekers D, Webster L, Van Straten A, Cuijpers P, Richards D, Gilbody S. Behavioural activation for depression; an update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *PLoS One*. 2014;9(6):e100100. doi:10.1371/journal.pone.0100100.
48. van Zoonen K, Buntrock C, Ebert DD, Smit F, Reynolds CF, 3rd, Beekman ATF, et al. Preventing the onset of major depressive disorder: a meta-analytic review of psychological interventions. *Int J Epidemiol*. 2014;43(2):318–29. doi:10.1093/ije/dyt175.
49. Prince M, Acosta D, Ferri CP, Guerra M, Huang Y, Jacob K, et al. The association between common physical impairments and dementia in low and middle income countries, and, among people with dementia, their association with cognitive function and disability. A 10/66 Dementia Research Group population-based study. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2011;26(5):511–9. doi:10.1002/gps.2558.
50. Regional Office for the Western Pacific. Ageing and Health: a health promotion approach for developing countries. Manila: WHO; 2003 (http://www.wpro.who.int/publications/docs/Ageing_and_Health.pdf, accessed 14 July 2017).
51. Smith AL, Wang P-C, Anger JT, Mangione CM, Trejo L, Rodriguez LV, et al. Correlates of urinary incontinence in community-dwelling older Latinos. *J Am Geriatr Soc*. 2010;58(6):1170–6. doi:10.1111/j.1532-5415.2010.02814.x.
52. Eustice S, Roe B, Paterson J. Prompted voiding for the management of urinary incontinence in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000(2):CD002113.
53. Dumoulin C, Hay-Smith J, Habée-Séguin GM, Mercier J. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or inactive control treatments, for urinary incontinence in women: a short version Cochrane systematic review with meta-analysis. *Neurourol Urodyn*. 2015;34(4):300–8. doi:10.1002/nau.22700.
54. Soriano TA, DeCherrie LV, Thomas DC. Falls in the community-dwelling older adult: a review for primary-care providers. *Clin Interv Aging*. 2007;2(4):545–53. doi:10.2147/CIA.S1080.
55. Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Sherrington C, Gates S, Clemson LM, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(9):CD007146.
56. WHO global report on falls prevention in older age. Geneva: WHO; 2007 (http://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf, accessed 4 August 2017).
57. Current and future long-term care needs. Geneva: WHO; 2002 (http://www.who.int/chp/knowledge/publications/ltc_needs.pdf, accessed 11 September 2017).
58. Fortin M, Soubhi H, Hudon C, Bayliss EA, van den Akker M. Multimorbidity's many challenges. *BMJ*. 2007;334(7602):1016–7. doi:10.1136/bmj.39201.463819.2C.
59. Alzheimer's Disease International, WHO. Supporting informal caregivers of people living with dementia. Thematic brief for the first WHO Ministerial Conference on Global Action Against Dementia, 16–17 March 2015. Geneva: WHO; 2015 (http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_informal_care.pdf, accessed 11 September 2017).
60. 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.
61. Shaw C, McNamara R, Abrams K, Cannings-John R, Hood K, Longo M, et al. Systematic review of respite care in the frail elderly. *Health Technol Assess*. 2009;13(20):1–224, iii. doi:10.3310/hta13200.
62. Sorensen S, Pinquart M, Duberstein P. How effective are interventions with caregivers? An updated meta-analysis. *Gerontologist*. 2002;42(3):356–72. doi:10.1093/geront/42.3.356.
63. Mason A, Weatherly H, Spilsbury K, Golder S, Arksey H, Adamson J, Drummond M. The effectiveness and cost-effectiveness of respite for caregivers of frail older people. *J Am Geriatr Soc*. 2007;55(2):290–9. doi:10.1111/j.1532-5415.2006.01037.x.
64. Valentijn PP, Schepman SM, Opheij W, Bruijnzeels MA. Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care. *Int J Integr Care*. 2013;13:e010. doi:10.5334/ijic.886.
65. Curry N, Ham C. Clinical and service integration: the route to improved outcomes. London: The King's Fund; 2010 (<http://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/Clinical-and-service-integration-Natasha-Curry-Chris-Ham-22-November-2010.pdf>, accessed 8 August 2017).
66. Goodwin N, Sonola L, Thiel V, Kodner DL. Co-ordinated care for people with complex chronic conditions. London: The King's Fund; 2013 (http://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/co-ordinated-care-for-people-with-complex-chronic-conditions-kingsfund-oct13.pdf, accessed 11 September 2017).
67. Sixty-ninth World Health Assembly agenda item 16.1: Strengthening integrated, people-centred health services. Geneva: WHO; 2016 (WHA69.24; http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/252804/1/A69_R24-en.pdf, accessed 11 September 2017).
68. 2015 global reference list of 100 core health indicators. Geneva: WHO; 2015 (http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/173589/1/WHO_HIS_HSI_2015.3_eng.pdf, accessed 11 September 2017).

ภาคผนวก 1 คณะทำงานพัฒนาแนวทาง

(Guideline development group, GDG)

Emiliano Albanese, World Health Organization (WHO) Collaborating Centre, University of Geneva, Geneva, Switzerland.

Olivier Bruyère, Department of Public Health, Epidemiology and Health Economics, University of Liège, Liège, Belgium.

Matteo Cesari, Gérontopôle, Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, Toulouse, France.

Alan Dangour, London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland.

Amit Dias, Department of Preventive and Social Medicine, Goa Medical College Bambolim, Goa, India.

Astrid Fletcher, Department of Epidemiology and Population Health, London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, United Kingdom.

Dorothy Forbes, Faculty of Nursing, University of Alberta, Edmonton Clinic Health Academy, Edmonton, Alberta, Canada.

Anne Forster, Stroke Rehabilitation, Academic Unit of Elderly Care and Rehabilitation, University of Leeds, Leeds, United Kingdom.

Mariella Guerra, Institute of Memory, Depression and Related Disorders, Lima, Peru.

Jill Keefee, L.V. Prasad Eye Institute, WHO Collaborating Centre for Prevention of Blindness, Hyderabad, India.

Ngaire Kerse, School of Population Health Faculty of Medical and Health Sciences, University of Auckland, Auckland, New Zealand.

Qurat ul Ain Khan, Department of Psychiatry, Aga Khan University Hospital, Karachi, Pakistan.

Chiung-ju Liu, Department of Occupational Therapy, School of Health and Rehabilitation Sciences, Indiana University, Indianapolis, Indiana, United States of America.

Gudlavalleti V.S. Murthy, Indian Institute of Public Health, Hyderabad, Madhapur, India.

Serah Nyambura Ndegwa, University of Nairobi, Nairobi, Kenya.

Joseph G. Ouslander, Department of Integrated Medical Sciences, Charles E. Schmidt College of Medicine, Florida Atlantic University, Boca Raton, Florida, United States.

Martin Prince (GDG chair), Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, United Kingdom.

Jean-Yves Reginster, Department of Public Health, Epidemiology and Health Economics, University of Liège, Liège, Belgium.

Luis Miguel F. Gutiérrez Robledo, Instituto Nacional de Geriátria, Institutos Nacionales de Salud de México, Mexico City, Mexico.

John F Schnelle, Center for Quality Aging Geriatric Research, Education and Clinical Center, Vanderbilt University Medical Center, Nashville, Tennessee, United States.

Kelly Tremblay, University of Washington, Seattle, Washington, United States.

Jean Woo, Department of Medicine and Therapeutics, and Institute of Aging, The Chinese University of Hong Kong, Hong Kong, China.

ภาคผนวก 2 การประเมินผลประโยชน์ทับซ้อน

รายนามผู้ที่ประเมินการมีผลประโยชน์ทับซ้อน ประกอบไปด้วย

- John Beard, Director, Department of Ageing and Life Course, WHO headquarters
- Islene Araujo De Carvalho, Senior Policy and Strategy Adviser, Department of Ageing and Life Course, WHO headquarters
- Nandi Siegfried, Independent Consultant, Guideline Methodologist
- Jotheeswaran Amuthavalli Thiyagarajan, Technical Officer, Department of Ageing and Life Course, WHO headquarters
- Martin Prince (guideline development group [GDG] chair), Professor of Epidemiological Psychiatry, Health Services and Population Research Institute of Psychiatry, King's College London, London, United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland.

การประชุมประกอบไปด้วยประธานคณะทำงานพัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการและ Director of the Department of Ageing and Life Course เป็นผู้พิจารณาการจัดการเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อนให้คณะทำงานรวมทั้งบุคคลภายนอกที่เข้าร่วมประชุมคณะทำงานพัฒนาแนวทางซึ่งจัดขึ้น ณ องค์การอนามัยโลก สำนักงานใหญ่ กรุงเจนีวา การประชุมสรุปได้ดังนี้

1. องค์การอนามัยโลกอยู่ภายใต้การตรวจสอบข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการจัดการเรื่องการรับทราบและรับรู้ผลประโยชน์ทับซ้อน การทบทวนนโยบายการประกาศผลประโยชน์ทับซ้อนสำหรับผู้เชี่ยวชาญ² และกรอบการมีส่วนร่วมของบุคคลที่ไม่ใช่รัฐ³ มีดังต่อไปนี้

2. ความขัดแย้งเรื่องผลประโยชน์ทับซ้อนเป็นเรื่องส่วนตัวและเป็นสิ่งสำคัญมากที่ไม่เพียงแต่ต้องรับทราบเท่านั้น แต่ยังต้องมีการประกาศให้เป็นที่รับรู้และมีการจัดการอย่างเหมาะสมโดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับการพัฒนาแนวทางปฏิบัติขององค์การอนามัยโลก
3. การประกาศจะต้องแจ้งให้กับคณะอำนวยการในการพัฒนาแนวทางขององค์การอนามัยโลกเท่านั้น และต้องสรุปผลการประกาศให้กับผู้เข้าร่วมประชุมรับทราบ
4. สำหรับรายที่มีแนวโน้มจะมีความขัดแย้งทางผลประโยชน์ทับซ้อนได้ซึ่งได้ประกาศแล้วจะมีการพิจารณาและทำข้อตกลงและต้องปฏิบัติตามนี้
5. ผู้เข้าร่วมประชุมคณะทำงานพัฒนาแนวทางสามารถมีส่วนร่วมเท่าที่จะทำได้และไม่ต้องเป็นตัวแทนของหน่วยงานใด ๆ
6. สำนักงานเลขาธิการองค์การอนามัยโลกและบุคคลภายนอกสามารถเข้าร่วมการพิจารณาที่นำไปสู่การตัดสินใจ (การลงคะแนน) แต่ไม่ได้มีส่วนร่วมใด ๆ สำหรับ การประชุมที่ไม่ได้เปิดให้บุคคลภายนอกเข้าร่วม

A. สมาชิกและผู้ร่วมดำเนินงานที่ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนที่ได้ลงนามประกาศว่าไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนและไม่มีความเกี่ยวข้องใด ๆ กับผลประโยชน์ที่อาจจะเกิดขึ้นและระบุใน CV/resume ได้แก่

- Martin Prince, GDG chair, Professor of Epidemiological Psychiatry, Health Services and Population Research Institute of Psychiatry, King's College London, London, United Kingdom
- Emiliano Albanese, Head, Division of Public Mental Health, and Aging, Institute of Global Health, Geneva, Switzerland
- Olivier Bruyère, Department of Public Health, Epidemiology and Health Economics, University of Liège, Liège, Belgium
- Kralj Carolina, King's College London, London, United Kingdom

² Available at http://www.who.int/occupational_health/declaration_of_interest.pdf

³ Available at <http://www.who.int/about/collaborations/non-state-actors>

- A.B. Dey, Professor and Head of Department, Department of Geriatric Medicine, All India Institute of Medical Science, New Delhi, India
 - Amit Dias, Department of Preventive and Social Medicine, Goa Medical College Bambolim, Goa, India
 - Meredith Fendt-Newlin, Social Care Workforce Research Unit, King's College London, London, United Kingdom
 - Astrid Fletcher, Faculty of Epidemiology and Population Health, London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, United Kingdom
 - Dorothy Forbes, Faculty of Nursing, University of Alberta, Edmonton Clinic Health Academy, Alberta, Canada
 - Anne Foster, Professor of Stroke Rehabilitation, Faculty of Medicine and Health, Leeds Institute of Health Sciences, University of Leeds, Leeds, United Kingdom
 - Mariella Guerra, Institute of Memory, Depression and Related Disorders, Lima, Peru
 - Jill Keeffe, L.V. Prasad Eye Institute, WHO Collaborating Centre for Prevention of Blindness, Hyderabad, India
 - Qurat Khan, Assistant Professor, Department of Psychiatry, Aga Khan University Hospital, Karachi, Pakistan
 - Gudlavalleti V.S. Murthy, Indian Institute of Public Health, Hyderabad, Madhapur, India
 - Joseph G. Ouslander, Chair, Department of Integrated Medical Science, and Senior Associated Dean of Geriatric Programs, Charles E. Schmidt College of Medicine, Florida Atlantic University, Boca Raton, Florida, United States of America
 - Minha Rajput-Ray, Medical Director, Need for Nutrition Education/Innovation Programme, Global Centre for Nutrition and Health, Cambridge, United Kingdom
 - Sumantra Ray, Lead Clinician (National Diet and Nutrition Survey), Medical Research Council (Human Nutrition Research), Cambridge, United Kingdom
 - Luis Miguel F. Gutiérrez Robledo, Director-General, Instituto Nacional de Geriatria Institutos Nacionales de Salud de México, Mexico City, Mexico
 - John F. Schnelle, Professor of Medicine, Director, Center for Quality Aging Geriatric Research, Education and Clinical Center, Vanderbilt Center for Quality Aging, Nashville, Tennessee, United States
 - Alessandra Stella, Independent consultant, Rome, Italy
 - Richard Uwakwe, Faculty of Medicine Nnamdi Aikiwe University Nnewi Campus, Awka, Nigeria
 - Abebaw Fekadu Wassie, Associate Professor, Addis Ababa University, College of Health Science, Department of Psychiatry, Addis Ababa, Ethiopia
 - Jean Woo, Department of Medicine and Therapeutics, and Institute of Aging, The Chinese University of Hong Kong, Hong Kong, China
- B. สมาชิกในคณะกรรมการพัฒนาแนวทางที่ลงนามในเอกสารประกาศผลประโยชน์ทับซ้อนหรือผู้ที่มีแนวโน้มจะมีผลประโยชน์ทับซ้อนโดยพิจารณาจากข้อความที่ระบุไว้ใน CV/ resume มีดังนี้**
1. Olivier Bruyère, Department of Public Health, Epidemiology and Health Economics, University of Liège, Liège, Belgium
- Professor Bruyère ไม่ได้ยื่นแบบฟอร์มประกาศผลประโยชน์ทับซ้อน แต่ใน CV ได้หมายเหตุไว้ว่า Professor Bruyère เป็นสมาชิกขององค์กร ESCEO หรือ the Scientific Advisory Board of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases ซึ่งเป็นองค์กรไม่แสวงหาผลกำไร มีภารกิจในการปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิดระหว่างนักวิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวข้องทางคลินิกด้านความผิดปกติของกระดูก ข้อต่อ และกล้ามเนื้อ ด้านการพัฒนาสารประกอบใหม่ ๆ เพื่อใช้ในอุตสาหกรรมยา กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบในการลงทะเบียนเวชภัณฑ์ต่าง ๆ และผู้กำหนดนโยบายด้านสุขภาพ บุคลากรการจัดการโรคกระดูกพรุนและข้อเข่าเสื่อม ที่มีมุมมองที่ครอบคลุมในเรื่องการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพ
- วัตถุประสงค์ขององค์กร ESCEO นี้ คือเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับข้อมูลล่าสุดเกี่ยวกับทางคลินิกและเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ปฏิบัติสามารถจัดระเบียบการปฏิบัติงานประจำวันได้ โดยใช้มุมมองด้านการแพทย์ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีการคำนึงถึงค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ทั้งนี้ รายละเอียดทางการเงินสามารถสืบค้นได้ในรายงานประจำปีขององค์กรนี้⁴

⁴ Available at <http://www.esceo.org/reports>

การดำเนินการ : ผู้พิจารณาว่าผลประโยชน์นี้ไม่มีนัยสำคัญหรือน้อยมาก และไม่น่าจะส่งผลกระทบใด ๆ หาก Professor Bruyère ให้ข้อพิจารณาเพื่อการพัฒนาแนวทางนี้ ดังนั้น จึงไม่จำเป็นต้องมีการดำเนินการใด ๆ

2. Alan Dangour, London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, United Kingdom

Dr Dangour ได้แจ้งในเอกสารประกาศการมีผลประโยชน์ทับซ้อนว่า ได้รับทุนสนับสนุนสำหรับทำวิจัยด้านโภชนาการในผู้สูงอายุจาก the United Kingdom Department of Health จำนวน 660,000 ปอนด์ และ Dr Dangour ยังได้เป็นผู้เชี่ยวชาญที่ให้ความเห็นด้านการพิจารณาคดีที่เกี่ยวข้องกับโภชนาการในผู้สูงอายุ

การดำเนินการ – เข้าร่วมประชุมและให้ถ้อยคำอย่างเปิดเผยเนื่องจากผู้พิจารณาว่าผลประโยชน์ทับซ้อนที่มีนัยน้อยมาก และเห็นว่า Dr Dangour ควรมีส่วนร่วมในคณะทำงานพัฒนาแนวทางต่อไป โดยเมื่อเริ่มการประชุม Dr Dangour ได้ถูกร้องขอให้เปิดเผยด้วยวาจาให้ที่ประชุมทราบว่าตนเองมีส่วนเกี่ยวข้องกับงานวิจัยที่กำลังดำเนินการอยู่

3. Jean-Yves Reginster, Department of Public Health Sciences, University of Liège, Liège, Belgium

Professor Reginster ประกาศว่าตนเองเป็นประธานองค์กร ESCEO หรือ the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis, Osteoarthritis and Musculoskeletal Diseases ซึ่งเป็นองค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร มีการกึ่งในการปฏิบัติงานอย่างใกล้ชิดระหว่างนักวิทยาศาสตร์ที่เชี่ยวชาญทางคลินิกด้านความผิดปกติของกระดูก ข้อต่อ และกล้ามเนื้อ ด้านการพัฒนาสารประกอบใหม่ ๆ เพื่อใช้ในอุตสาหกรรมยา กฎระเบียบที่เกี่ยวข้องกับความรับผิดชอบในการลงทะเบียนเวชภัณฑ์ต่าง ๆ และผู้กำหนดนโยบายด้านสุขภาพ บูรณาการการจัดการโรคกระดูกพรุนและข้อเข่าเสื่อมที่มีมุมมองที่ครอบคลุมในเรื่องการใช้ทรัพยากรด้านสุขภาพ วัตถุประสงค์ขององค์กร ESCEO นี้ คือเพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้รับข้อมูลล่าสุดเกี่ยวกับทางคลินิกและเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้ปฏิบัติสามารถจัดระเบียบการปฏิบัติงานประจำวันได้ โดยให้มุมมองด้านการแพทย์ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ โดยมีการคำนึงถึงค่าใช้จ่ายต่าง ๆ ทั้งนี้ รายละเอียดทางการเงินสามารถสืบค้นได้ในรายงานประจำปีขององค์กรนี้⁵

การดำเนินการ – ให้มีส่วนร่วมในบางเรื่อง เนื่องจากผู้พิจารณาเห็นว่า Professor Reginster สามารถที่จะเป็นคณะทำงานพัฒนาแนวทางได้ ในแง่ของการพิจารณาหลักฐานที่เป็นข้อมูลสนับสนุนแนวทางต่าง ๆ แต่ Professor Reginster จะ

ถูกดัดไม่ให้เข้าร่วมลงคะแนนในกระบวนการตัดสินใจใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับร่างคำแนะนำในหมวดอาหารเสริมเพื่อเสริมสร้างมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ดังนั้น เมื่อเริ่มการประชุม Professor Reinster ได้ถูกร้องขอให้เปิดเผยด้วยวาจาให้ที่ประชุมทราบว่าตนเองมีฐานะอะไรในองค์กร ESCEO ผลประโยชน์ทางปัญญา และผลประโยชน์ต่อองค์กรที่มีในแนวทางต่าง ๆ ในหมวดมาตรการทางโภชนาการที่มีผลลัพธ์ต่อมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ

4. Matteo Cesari, G rontop le, Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, Toulouse, France

Professor Cesari ได้ประกาศว่าตนเองเป็นโฆษกให้กับบริษัท Nestlé ซึ่งบริษัทที่ผลิตอาหารเสริมสำหรับผู้สูงอายุเน้นความต้องการด้านโภชนาการที่เป็นเอกลักษณ์ ซึ่งการทดลองไม่ก็ขึ้นรวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัท Nestlé หรือเพื่อการทดสอบอาหารเสริมสำหรับผู้สูงอายุที่ผลิตโดย Nestlé

การดำเนินการ – ให้มีส่วนร่วมในบางเรื่อง เนื่องจาก Professor Cesari สามารถที่จะเป็นคณะทำงานพัฒนาแนวทางได้ ในแง่ของการพิจารณาหลักฐานที่เป็นข้อมูลสนับสนุนแนวทางต่าง ๆ แต่ Professor Cesari จะถูกดัดไม่ให้เข้าร่วมลงคะแนนในกระบวนการตัดสินใจใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับร่างคำแนะนำในหมวดการรับประทานอาหารเสริมสำหรับผู้สูงอายุที่ได้รับโภชนาการไม่เพียงพอ

C. บุคคลภายนอกที่ไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนและได้ลงนามในแบบฟอร์มหรือผู้ที่ประกาศว่าผลประโยชน์ที่มีนัยน้อยสำคัญหรือน้อยมาก

1. Nandi Siegfried, Consultant, Guideline Methodologist, Independent Consultant

Dr Siegfried ไม่ได้แจ้งในแบบฟอร์มประกาศผลประโยชน์ทับซ้อน แต่ได้ระบุใน CV/résumé ว่าเธอสามารถสนับสนุนด้านเทคนิค ข้อมูลนำเข้าที่สำคัญ และสามารถช่วยอำนวยความสะดวกในเรื่องกระบวนการพัฒนาแนวทางทางคลินิกขององค์การอนามัยโลกได้ โดยเฉพาะในหมวดโภชนาการ และ HIV/ AIDS

การดำเนินการ - เนื่องจาก Dr Siegfried เป็นบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญในเชิงเทคนิค จึงได้ไม่ได้เข้าร่วมการประชุมที่ไม่ได้เปิดให้บุคคลภายนอกเข้าร่วม (การลงคะแนน หรือการร่างคำแนะนำในรอบสุดท้าย)

⁵ Available at <http://www.esceo.org/reports>

ภาคผนวก 3 ขอบเขตของคำถาม

1. การสูญเสียความคล่องตัว

การออกกำลังกาย (แบบใช้แรงต้านหรือแบบผสมผสาน)
ให้ประโยชน์หรือให้โทษแก่ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม
ในแต่ละวันหรือไม่

ประชากร

- ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมประจำวัน

มาตรการ

- การออกกำลังกายแบบแรงต้านที่มีความหนักเพิ่มขึ้น
- การออกกำลังกาย (แบบสมดุล หรือแบบผสมผสาน)
- การฟื้นฟูทางกายภาพ (ปรับแต่งตามความต้องการของผู้สูงอายุ)

การเปรียบเทียบ

- กลุ่มที่ไม่ได้มีการทดลองหรือมีมาตรการใด ๆ
- กลุ่มควบคุม (มีกิจกรรมทางกายหรือทางสังคมต่ำหรือรับมาตรการอื่น ๆ
- ได้รับการดูแลสุขภาพเป็นประจำ

ผลลัพธ์

- การวัดการทำงานหลัก (คะแนนสูงสุด = ร่างกายสามารถทำงานได้ดี)
- การสำรวจการวัดการทำงานของร่างกายโดยใช้แบบสำรวจอย่างย่อ (SF-36/SF-12)
- การวัดการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละวัน
- การวัดระดับการทำกิจกรรมต่าง ๆ
- การวัดความแข็งแรงของขา
- การวัดการวัดการทำงานแบบแอโรบิก
- การทดสอบการเดิน 6 นาที (เมตร)
- การวัดการทรงตัว (คะแนนสูง = ทรงตัวได้ดี)
- ความเร็วของการเดิน (เมตร/วินาที)
- เวลาในการเดิน (วินาที)
- เวลาในการลุกและเดิน (วินาที)
- เวลาที่ใช้ในการลุกขึ้นยืนจากเก้าอี้
- เวลาในการเดินขึ้นบันได (วินาที)
- การยืนบนเก้าอี้ตามครั้งที่กำหนด (จำนวนครั้ง)
- พลังชีวิต (SF-36/Vitality plus scale, higher = more vitality)
- ระดับความเจ็บปวด (คะแนนสูง = ความเจ็บปวดน้อย วัดความเจ็บปวดของร่างกายโดยใช้แบบประเมิน SF-36)
- ความเจ็บปวด (คะแนนน้อย = ความเจ็บปวดน้อย)
- อัตราการเสียชีวิต
- อาการไม่พึงประสงค์

2. การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ

การรับประทานอาหารเสริมพร้อมกับการรับประทานอาหาร
มีประโยชน์แก่ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงที่จะอยู่ในภาวะได้รับสาร
อาหารไม่เพียงพอ หรือผู้ที่ขาดสารอาหารหรือไม่

ประชากร

- ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (ทั้งชายและหญิง) ที่มีความเสี่ยงได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ
- ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (ทั้งชายและหญิง) ที่อยู่ในภาวะได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ

มาตรการ

- การรับประทานอาหารเสริม (สารอาหารหลัก และ/หรือ สารอาหารรอง)
- การให้คำแนะนำด้านโภชนาการ
- กลยุทธ์การรับประทานอาหารเพื่อปรับปรุงการบริโภคอาหาร

การเปรียบเทียบ

- ยาหลอก
- การดูแลตามปกติ
- กลุ่มควบคุม (อยู่ระหว่างรอการทดลอง/มาตรการ)

ผลลัพธ์

- ความวิตกกังวล: การเสียชีวิต การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนัก
- ความสำคัญ: ความแข็งแรงของข้อมือ กิจกรรมที่ทำประจำวัน

สถานที่ศึกษา

- หน่วยดูแลสุขภาพปฐมภูมิ/ชุมชน

3. ความบกพร่องทางการมองเห็น

การค้นหาลู่ทางผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการมองเห็น การให้การ
ดูแล หรือการส่งต่อนั้น ก่อให้เกิดประโยชน์และ / หรืออันตราย
ใด ๆ หรือไม่เมื่อเทียบกับกลุ่มควบคุม

ประชากร

- ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (ทั้งชายและหญิง) ที่มีโรคสายตาสั้นหรือต้อกระจก

มาตรการ

- การค้นหาลู่ทางผู้ที่มีโรคสายตาสั้นและต้อกระจกและการส่งต่อ
- การค้นหาลู่ทางผู้ที่มีโรคสายตาสั้นและให้การดูแลทันที

การเปรียบเทียบ

- การดูแลตามปกติ

ผลลัพธ์

- ความวิกฤต: การมองเห็นที่ชัดเจน คุณภาพชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการมองเห็น รายงานการปรับปรุงตนเอง
- ความสำคัญ: การเข้าถึงคน ภาวะซึมเศร้า

สถานที่ศึกษา

- หน่วยดูแลสุขภาพปฐมภูมิ/ชุมชน

4. การสูญเสียการได้ยิน

การค้นหาผู้สูงอายุที่สูญเสียการได้ยินและการจัดหาเครื่องช่วยฟังหรืออุปกรณ์ช่วยฟังก่อให้เกิดประโยชน์หรือเป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปที่สูญเสียการได้ยินหรือไม่

ประชากร

- ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (ทั้งชายและหญิง) ที่สูญเสียการได้ยิน

มาตรการ

- การค้นหาและการจัดหาเครื่องช่วยฟังหรืออุปกรณ์ช่วยฟัง
- มาตรการให้ความรู้เพื่อเพิ่มความคุ้นเคยในการใช้เครื่องช่วยฟังได้ดีขึ้น

การเปรียบเทียบ

- การส่งต่อ หรือ ไม่มีบริการใด ๆ หรือ ชะลอการรักษา

ผลลัพธ์

- ความวิกฤต: มีการสื่อสารที่ดีขึ้น การเข้าถึงคนรวมทั้งการฟังดีขึ้น
- ความสำคัญ: ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต การใช้วาจา กลยุทธ์การสื่อสาร การได้ยินรายงานระดับการได้ยินสำหรับผู้สูงอายุด้วยตนเอง

5. ความบกพร่องทางการรู้คิด

การกระตุ้นการรู้คิด การฝึกการรู้คิด หรือการฟื้นฟู ก่อให้เกิดประโยชน์ใด ๆ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการรู้คิดหรือภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้นหรือไม่

ประชากร

- ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (ทั้งชายและหญิง) ที่มีความบกพร่องทางการรู้คิดหรือมีในระดับอ่อน
- ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (ทั้งชายและหญิง) ที่มีเป็นโรคอัลไซเมอร์ระยะแรกและหลอดเลือดสมองเสื่อม

มาตรการ

- การกระตุ้นการรู้คิด
- การฝึกการรู้คิด
- การฟื้นฟูการรู้คิด

การเปรียบเทียบ

- ไม่มีการรักษา/การได้รับการดูแลตามปกติ/การรักษาตามมาตรฐาน
- กลุ่มควบคุมที่อยู่ในรายชื่อรอ
- กลุ่มควบคุมที่กำลังดำเนินการแบบมีเงื่อนไข

ผลลัพธ์

- ความวิกฤต: การประเมินความรู้ความเข้าใจโดยใช้แบบประเมิน MMSE (Mini Mental State Examination) ประเมินระดับโรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's Disease Assessment Scale) ระดับความรู้ความเข้าใจ (ADAS-Cog) อยู่ดี ๆ ก็นึกไม่ออก หรือนึกช้า
- ความสำคัญ: การเข้าถึงคน ภาวะซึมเศร้า

6. อาการซึมเศร้า

มาตรการทางจิตวิทยา (การกระตุ้นพฤติกรรม การบำบัดพฤติกรรมทางความคิด การบำบัดทางจิตศึกษา, การบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล, การบำบัดด้วยการฝึกแก้ปัญหา, การบำบัดด้วยการดูแลเป็นขั้นตอน หรือการบำบัดด้วยการฝึกทบทวนชีวิต) ก่อให้เกิดประโยชน์หรือเป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าหรือไม่

ประชากร

- ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป (ทั้งชายและหญิง) ที่มีอาการซึมเศร้าทั้งที่เข้ารับและไม่ได้รับการวินิจฉัย (อยู่ในช่วงซึมเศร้าหรือมีความผิดปกติ)

มาตรการ

- การกระตุ้นพฤติกรรม การบำบัดพฤติกรรมทางความคิด การบำบัดทางจิตศึกษา, การบำบัดความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล, การบำบัดด้วยการฝึกแก้ปัญหา, การบำบัดด้วยการดูแลเป็นขั้นตอน หรือการบำบัดด้วยการฝึกทบทวนชีวิต

การเปรียบเทียบ

- การได้รับการดูแลตามปกติ ผู้ที่อยู่ในรายชื่อรอ

ผลลัพธ์

- ความวิกฤต: อาการซึมเศร้า อุบัติการณ์ของภาวะซึมเศร้าทางคลินิกที่สำคัญ (ช่วงซึมเศร้า หรือ เป็นโรคซึมเศร้า)

7. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

การใช้มาตรการที่ไม่ต้องใช้ยาหรือสารเคมีในการรักษา (ได้แก่ การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุขับถ่ายปัสสาวะทันที การกำหนดเวลาขับถ่ายปัสสาวะ การฝึกการใช้ห้องน้ำเมื่อต้องการขับถ่าย การฝึกนิสัยการขับถ่าย และการฝึกบริหารกล้ามเนื้อเชิงกราน) มีประโยชน์ และ/หรือเป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่หรือไม่

ประชากร

- ผู้สูงอายุที่ปัสสาวะเล็ดเมื่ออยู่ในสภาวะถูกกระตุ้น กระเพาะปัสสาวะถูกกดทับ หรือทั้ง 2 อย่าง

มาตรการ

- การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุขับถ่ายปัสสาวะทันที
- การกำหนดเวลาขับถ่ายปัสสาวะ
- การฝึกการใช้ห้องน้ำเมื่อต้องการขับถ่าย
- การฝึกนิสัยการขับถ่าย
- การฝึกบริหารกล้ามเนื้อเชิงกราน

การเปรียบเทียบ

- ไม่มีมาตรการ/การดูแลตามปกติ

ผลลัพธ์

- ความวิกฤต: สัดส่วนของการเปลี่ยนแปลงค่าเฉลี่ยของความถี่ของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ การเปลี่ยนแปลงสัดส่วนค่าเฉลี่ยของความเปียกชื้นต่อชั่วโมง จำนวนผู้ป่วยที่มีอุบัติการณ์ของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในเวลากลางวันลดลง จำนวนผู้ป่วยที่มีอุบัติการณ์ของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในเวลากลางคืนลดลง ค่าเฉลี่ยของจำนวนครั้งที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ใน 24 ชั่วโมง อุบัติการณ์ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่เฉลี่ยต่อ 24 ชั่วโมง และอาการของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่
- ความสำคัญ: การรับรู้การรักษา การเข้าห้องน้ำด้วยตนเอง ร้อยละมัธยฐานของความเปียกชื้น จำนวนครั้งที่กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ การปัสสาวะทันที ความถี่ของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ความถี่ของการตื่นมาปัสสาวะในเวลากลางคืน และ คุณภาพชีวิต

8. ความเสี่ยงต่อการหกล้ม

มาตรการในการป้องกันการหกล้มมีประโยชน์หรือโทษแก่ผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มหรือไม่

ประชากร

- ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป (ทั้งชายและหญิง) ที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม

มาตรการ

- โปรแกรมการออกกำลังกายแบบผสมผสาน/การออกกำลังกายแบบสร้างความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อ
- การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มโดยนักกายภาพบำบัดเพื่อพัฒนาการป้องกันการบาดเจ็บจากการหกล้มรายบุคคล

- โปรแกรมการออกกำลังกายที่ออกแบบเฉพาะสำหรับบุคคลนั้น ๆ
- การทบทวนแผนการรักษา
- การงดใช้ยาทางจิตเวช
- มาตรการที่ประกอบด้วยหลากหลายปัจจัยร่วมกับการประเมินผู้สูงอายุแบบครอบคลุม
- การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อเพิ่มความปลอดภัย
- การใช้เทคโนโลยีช่วยอำนวยความสะดวก (อุปกรณ์ช่วยในการเดิน อุปกรณ์ช่วยฟัง ระบบแจ้งเตือนส่วนบุคคล)
- การประเมินรองเท้าที่สวมใส่
- การใส่เครื่องกระตุ้นหัวใจ (สำหรับผู้ที่อยู่ในภาวะคาโรติดซินัสตอบสนองไวเกิน หรือ carotid sinus hypersensitivity)

การเปรียบเทียบ

- การได้รับการดูแลตามปกติ/การรักษาตามมาตรฐาน
- การให้ยาหลอกหรือไม่ใช้มาตรการกระตุ้นใด ๆ
- ผู้ที่อยู่ในรายชื่อรอ
- มาตรการกระตุ้นที่มีการควบคุม

ผลลัพธ์

- ความวิกฤต: อัตราการหกล้ม

สถานที่ศึกษา

- หน่วยดูแลสุขภาพปฐมภูมิ/ชุมชน

9. การให้การสนับสนุนผู้ดูแล

การผ่อนปรนการดูแลหรือการสนับสนุนทางจิตสังคม ก่อให้เกิดประโยชน์หรือเป็นอันตรายต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในครอบครัว ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและอยู่ในภาวะพึ่งพิงหรือไม่

ประชากร

- ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นสมาชิกในครอบครัว (ทั้งชายและหญิง) ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและอยู่ในภาวะพึ่งพิง

มาตรการ

- การผ่อนปรนการดูแล
- การให้การสนับสนุนด้านจิตสังคม
- มาตรการที่ใช้เทคโนโลยีเป็นหลัก

การเปรียบเทียบ

- การได้รับการดูแลตามปกติ/การรักษาตามมาตรฐาน
- ผู้ที่อยู่ในรายชื่อรอ
- มาตรการกระตุ้นที่มีการควบคุม

ผลลัพธ์

- ความวิกฤต: ภาวะของผู้ดูแล ภาวะซึมเศร้าที่เกิดกับผู้ดูแล อาการต่าง ๆ ของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแล
- ความสำคัญ: สุขภาวะ ความรู้ความสามารถ คุณภาพชีวิต ความโกรธ ความวิตกกังวล

ภาคผนวก 4 กระบวนการพิจารณาหลักฐาน

ขั้นตอนที่ 1

การสืบค้น

การสังเคราะห์เอกสารได้ดำเนินการสืบค้นเพื่อให้ครอบคลุมงานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบที่ได้มีการตีพิมพ์เผยแพร่และการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม โดยสืบค้นจากฐานข้อมูล Cochrane Library, Embase, Ovid MEDLINE และ PsycINFO⁶ กลยุทธ์ในการสืบค้นได้มาจากขอบเขตของคำถามที่อยู่ในภาคผนวก 3 ส่วนรายละเอียดของกลยุทธ์ในการสืบค้นสามารถอ่านได้จากตาราง GRADE⁷ ส่วนชุดข้อมูลหลักฐานที่อยู่ในแนวทางนี้สามารถดาวน์โหลดได้จาก <http://www.who.int/ageing/healthsystems/icope>

ขั้นตอนที่ 2

การคัดเลือก

เป็นนำเอกสารอ้างอิงเข้าไปเก็บไว้ที่โปรแกรมจัดการหรือ reference manager ซึ่งจะช่วยให้สามารถระบุเอกสารที่มีความซ้ำซ้อนและลบออกไปได้ การคัดเลือกเอกสารเริ่มจากการพิจารณาชื่อเรื่องและบทคัดย่อ จากนั้นพิจารณาจากบทความฉบับเต็ม รายละเอียดการประเมินเอกสารและขั้นตอนต่าง ๆ สามารถอ่านรายละเอียดได้ที่ PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and MetaAnalyses) ส่วนแผนผังของ PICO ของแต่ละคำถามที่แยกตาม GRADE ได้ถูกเก็บไว้ในชุดข้อมูลหลักฐาน

ขั้นตอนที่ 3

เอกสารที่มีความเป็นไปได้สำหรับใช้เป็นหลักฐาน

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเป็นการประเมินคุณภาพของระเบียบวิธีวิจัยของการศึกษาที่ใช้เป็นหลักฐาน โดยเฉพาะการทดลองที่เป็นแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุม ซึ่งในขั้นตอนนี้ได้เอกสารทั้งหมด 32 ชิ้น ในจำนวนนี้มี 20 ชิ้นตีพิมพ์ระหว่างปี พ.ศ. 2554 - 2558 และมีการปรับปรุงข้อมูลเกี่ยวกับการทดลองแบบสุ่มที่มีกลุ่มควบคุมให้เป็นปัจจุบัน โดยผ่านการปรึกษาหารือภายในคณะทำงานพัฒนาแนวทาง ส่วนเอกสารอีก 12 ชิ้น ถูกตีพิมพ์ก่อนปี พ.ศ. 2554 และการปรับปรุงข้อมูลได้จากการระบุการทดลองที่ใหม่กว่าระหว่างการดำเนินการคัดเลือก

ขั้นตอนที่ 4

การประเมินคุณภาพของหลักฐาน

ใช้วิธีการ AMSTAR ในการประเมินเอกสารทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและแสดงไว้ในภาพที่ 3 และการดำเนินการครั้งนี้ไม่ได้คัดเอกสารใดๆ ออกจากการพิจารณาเนื่องจาก AMSTAR ไม่ได้แนะนำการจัดกลุ่มคุณภาพของเอกสารโดยการให้คะแนนไว้

ขั้นตอนที่ 5

Meta-analysis

เมื่อใดที่มีการทดลองใหม่ๆ เกิดขึ้นและได้นำมาเปรียบเทียบกับมาตรการและผลลัพธ์แล้วนั้นจะวิเคราะห์ด้วยวิธี meta-analysis ต่อไป โดยใช้โปรแกรม Review Manager 5 (RevMan 5) ในการคำนวณค่าความแตกต่างของค่าเฉลี่ย หรือ mean differences และ standardized mean differences ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เมื่อได้ค่า Relative risks or odds ratios จึงนำมาแสดงในตารางผลลัพธ์

⁶ See:

— Cochrane Library (<http://www.cochranelibrary.com/cochrane-database-of-systematic-reviews>)

— Embase (<http://www.elsevier.com/solutions/embase-biomedical-research>)

— Ovid MEDLINE (<http://ovid.com/site/catalog/databases/901.jsp>)

— PsycINFO (<http://www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/index.aspx>)

⁷ Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J et al. GRADE guidelines: 1. Introduction – GRADE evidence profiles and summary of findings tables. J Clin Epidemiol. 2011;64(4):383–94. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.04.026.

⁸ GRADE's software for summary of findings tables, health technology assessment and guidelines [website]. Hamilton (ON): McMaster University and Evidence Prime; 2015 (<http://gradeprimo.org>, accessed 11 September 2017).

ขั้นตอนที่ 6

การประเมินตามวิธีของ GRADE

ผลจากการวิเคราะห์ด้วย meta-analysis จะนำมาประเมินโดยใช้โปรแกรม GRADE profiler software^๖ เพื่อจัดระดับคุณภาพของหลักฐาน แบ่งเป็น ต่ำมาก ต่ำ ปานกลาง หรือสูง ขึ้นกับข้อจำกัดของหลักฐานที่มี โดยเฉพาะในแง่ของความไม่สอดคล้อง ความไม่ตรงไปตรงมา ความไม่เที่ยง และอคติของงานตีพิมพ์ จากหลักฐานทั้งหมดมี 1 ชิ้น ได้จาก Cochrane review ที่ไม่ได้ประเมินคุณภาพตามวิธี GRADE โดยใช้ GRADE profiler software.

ขั้นตอนที่ 7

การจัดทำรายงาน

ผลจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ การวิเคราะห์ด้วย meta-analysis และ การจัดระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน ได้ถูกนำมาสรุปในตาราง 2x2 ซึ่งมีทั้งมาตรการ และผลการศึกษา เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับคณะทำงานพัฒนาแนวทางให้การพิจารณา

ภาพที่ 3 การประเมินคุณภาพของหลักฐานที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม
 อย่างเป็นระบบโดยใช้คำถาม 11 คำถามตาม AMSTAR⁹

Study ¹⁰		1. มีการออกแบบการศึกษาอย่างเหมาะสมหรือไม่	2. มีการศึกษาที่หักล้างในขั้นตอนการคัดเลือกและการสกัดข้อมูลหรือไม่	3. มีการศึกษาที่หักล้างในขั้นตอนการคัดเลือกและการสกัดข้อมูลหรือไม่	4. มีการประเมินคุณภาพของหลักฐานที่คัดสรรมาทั้งหมดหรือไม่	5. มีการประเมินคุณภาพของหลักฐานที่คัดสรรมาทั้งหมดหรือไม่	6. มีการประเมินคุณภาพของหลักฐานที่คัดสรรมาทั้งหมดหรือไม่	7. มีการประเมินคุณภาพของหลักฐานที่คัดสรรมาทั้งหมดหรือไม่	8. มีการประเมินคุณภาพของหลักฐานที่คัดสรรมาทั้งหมดหรือไม่	9. มีการประเมินคุณภาพของหลักฐานที่คัดสรรมาทั้งหมดหรือไม่	10. มีการประเมินคุณภาพของหลักฐานที่คัดสรรมาทั้งหมดหรือไม่	11. หลักฐานมีการประกาศผลประโยชน์หรือไม่
ความคล่องตัวบกพร่อง	Cadore et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Chou et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Daniels et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	de Vries et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Gine-Garriga et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Howe et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Van Abbema.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Liu C et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Burton et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Forbes et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Pitkala et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
การได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ	Milne et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Baldwin et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Munk et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
การหกล้ม	Gillespie et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
ความบกพร่องทางการรู้คิด	Martin et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Kurz et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
อาการคล้ายภาวะซึมเศร้า	Ekers et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Cuijpers et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	van Zoonen et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ (ปัสสาวะเล็ด)	Wallace et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Ostaszkiwicz.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Eustice et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Ostaszkiwicz et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
ความเครียดของผู้ดูแล	Dumoulin et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Mason et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Shaw et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Sorensen et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Pinquart et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
	Lopez-Hartmann et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
การมองเห็นบกพร่อง	Smeeth et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
การสูญเสียการได้ยิน	Barker et al.	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Key:
 + Yes - No ? Unclear

⁹ Shea BJ, Grimshaw JM, Wells GA, Boers M, Andersson N, Hamel C, et al. Development of AMSTAR: a measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. BMC Med Res Methodol. 2007;7(1):10. doi:10.1186/1471-2288-7-10.
¹⁰ For full study details, see the ICOPE evidence profiles available at <http://www.who.int/ageing/health-systems/icope>.

อภิธานศัพท์

กิจวัตรประจำวัน (ADLs) กิจกรรมพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับชีวิตประจำวัน เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การเข้าหรือออกจากเตียงหรือเก้าอี้ การใช้ห้องน้ำ และการเดินไปมาภายในบ้าน

การกระตุ้นพฤติกรรม การนำพฤติกรรมมาใช้รักษาภาวะซึมเศร้า ซึ่งคำแนะนำให้เพิ่มกิจกรรมที่ให้อารมณ์ให้แก่นักคนนั้น

การฝึกกระบวนเฉพาะปัสสาวะ พฤติกรรมบำบัดเพื่อรักษาภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เพื่อเพิ่มระยะเวลาการกลั้นปัสสาวะให้นานขึ้น การฝึกนี้ประกอบด้วย การให้ความรู้ผู้ป่วย การจัดตารางและการเสริมแรงเชิงบวก

ผู้ดูแล บุคคลที่ให้การดูแลและสนับสนุนผู้อื่น ซึ่งอาจรวมถึงสิ่งต่อไปนี้

- การช่วยผู้ป่วยดูแลตนเอง การทำงานบ้าน ความคล่องตัว การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและกิจกรรมที่สร้างคุณค่า
- การให้ข้อมูล คำแนะนำและการสนับสนุนทางอารมณ์ ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการให้การสนับสนุน การอำนวยความสะดวกในการตัดสินใจและการสนับสนุนแบบเพื่อนและช่วยในการวางแผนการดูแลล่วงหน้า
- เสนอตัวช่วยเพื่อให้ผู้ดูแลผ่อนคลายความเครียด
- การมีส่วนร่วมในกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะภายในบุคคล

ผู้ดูแลอาจรวมถึงสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน อาสาสมัครผู้ดูแลและผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ

ความเครียดของผู้ดูแล ผลลัพธ์ที่เกิดจากการสะสมความกดดัน ทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และเศรษฐกิจ ซึ่งเกิดในผู้ดูแล

การค้นหาผู้ป่วย กลยุทธ์ในการกำหนดเป้าหมายทรัพยากรที่บุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่ต้องสงสัยว่ามีความเสี่ยงต่อโรคใดโรคหนึ่งหรือผลลัพธ์ที่ไม่พึงประสงค์ต่อสุขภาพ เกี่ยวข้องกับการค้นหาผู้ที่มีความเสี่ยงอย่างเป็นระบบ มากกว่าที่จะรอให้ผู้ป่วยแสดงอาการหรือสัญญาณของโรคหรือสภาวะสุขภาพ

การพึ่งพาการดูแล เกิดขึ้นเมื่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลงถึงจุดที่บุคคลผู้นั้นไม่สามารถทำได้อีกต่อไปโดยปราศจากความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรขั้นพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการดำรงชีวิตประจำวัน

ภาวะเรื้อรัง โรค ความผิดปกติ การบาดเจ็บ หรือการบาดเจ็บรุนแรงที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องหรือมีผลกระทบระยะยาว

การประเมินผู้สูงอายุที่ครอบคลุม การประเมินผู้สูงอายุหลายมิติซึ่งรวมถึง องค์ประกอบทางการแพทย์ ร่างกาย การรู้คิด สังคม และจิตวิญญาณ อาจรวมถึงการใช้เครื่องมือประเมินมาตรฐานและ / หรือทีมสหวิทยาการเพื่อสนับสนุนกระบวนการดังกล่าว

การบำบัดพฤติกรรมทางปัญญา (CBT) ประเภทของการบำบัดทางจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องกับการระบุและแก้ไขความเชื่อที่ผิดเพี้ยนจากการปรับเปลี่ยน โดยใช้แบบฝึกหัดทางความคิดและประสบการณ์จริงเพื่อช่วยในการลดอาการไม่พึงประสงค์และเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีขึ้น

ความบกพร่องการรู้คิด การสูญเสียหรือความผิดปกติ ในด้านการให้ความสนใจ (attention functions) ด้านความจำ (memory functions) หรือด้านการรู้คิดในระดับสูงขึ้นไป (higher-level cognitive functions)

- การให้ความสนใจ เป็นกระบวนการทำงานของจิตที่จดจ่อไปที่สิ่งเร้าภายนอกหรือประสบการณ์ภายใน ในช่วงเวลาหนึ่ง
- ด้านความจำ เป็นกระบวนการทำงานทางจิตที่มีการจัดและจัดเก็บข้อมูลต่าง ๆ ไว้ในสมองและสามารถนำข้อมูลเหล่านั้นมาใช้เมื่อต้องการ
- ด้านการรู้คิดในระดับสูง มักเรียกว่าฟังก์ชันผู้บริหาร ซึ่งเป็นการทำงานของจิตที่เกี่ยวข้องกับสมองส่วนหน้า รวมถึงพฤติกรรมที่จดจ่อไปที่เป้าหมายที่ซับซ้อน เช่นการตัดสินใจ การคิดเชิงนามธรรม การวางแผนและการดำเนินการตามแผน ความยืดหยุ่นทางความคิด และการตัดสินใจว่าพฤติกรรมใดเหมาะสมภายใต้สถานการณ์ที่มีความเฉพาะ

การฟื้นฟูการรู้คิด วิธีการเพิ่มหน่วยความจำและการทำงานของ การรู้คิด แม้บุคคลนั้นจะมีปัญหาทางระบบประสาท การฟื้นฟูการรู้คิดมุ่งเน้นไปที่การระบุและจัดการกับความต้องการและเป้าหมายของแต่ละบุคคล ซึ่งอาจต้องใช้กลยุทธ์ในการรับข้อมูลใหม่ หรือใช้วิธีการชดเชย เช่นการใช้อุปกรณ์ช่วยจำ

การกระตุ้นการรู้คิด การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ที่ออกแบบมาเพื่อปรับการทำงานของสมองในด้านความรู้คิดและสังคมดีให้ขึ้น

การฝึกการรู้คิด แนวปฏิบัติสำหรับมาตรฐานเฉพาะที่ออกแบบมาเพื่อช่วยเพิ่มการทำงานของสมองด้านการรู้คิดให้ดีขึ้น

นักสาธารณสุขชุมชน บุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพ การส่งต่อและการติดตาม การจัดการผู้ป่วย และการดูแลสุขภาพเชิงป้องกันขั้นพื้นฐาน และการให้บริการเยี่ยมบ้านในชุมชน นักสาธารณสุขชุมชนเป็นผู้ให้การสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วย/ผู้สูงอายุ และครอบครัว ในการแนะแนวระบบบริการสุขภาพและสังคมให้ประชาชน

อาการซึมเศร้า การแสดงความรู้สึก หรือระดับการทำงานที่บกพร่องในระดับหนึ่งโดยไม่แสดงระยะซึมเศร้า / ความผิดปกติใด ๆ

คำแนะนำด้านโภชนาการ คำแนะนำเพื่อรับประทานอาหารเช้าที่มีประโยชน์ เพื่อช่วยป้องกันการขาดสารอาหารและภาวะทุพโภชนาการ รวมทั้งโรคไม่ติดต่อ

การหกล้ม เหตุการณ์ที่ไม่ได้ตั้งใจที่จะล้มลงไม่ว่าจะเป็นบนพื้นดิน พื้น หรือระดับที่ต่ำกว่าที่อื่น ๆ

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างสมรรถนะภายในบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่

กลุ่มอาการผู้สูงอายุ สภาวะสุขภาพที่มีความซับซ้อนซึ่งมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น และไม่จำกัดอยู่ในประเภทของโรคใดโรคหนึ่งซึ่งมักเป็นผลมาจากปัจจัยพื้นฐานหลายประการ และความผิดปกติในระบบอวัยวะต่าง ๆ

การฝึกอุปนิสัยใหม่ รูปแบบของการให้ความช่วยเหลือในการเข้าห้องน้ำที่ผู้ดูแลเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือสำหรับผู้ที่มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ วิธีนี้เกี่ยวข้องกับการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุขับถ่ายปัสสาวะทันที และการจัดทำตารางการเข้าห้องน้ำเพื่อให้ ซึ่งช่วยให้กระเพาะปัสสาวะมีที่ว่างป้องกันปัสสาวะเล็ดโดยไม่รู้ตัว

ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพ กระบวนการพัฒนาและรักษาสสมรรถนะภายในบุคคลและความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความเป็นอยู่ที่ดี

การสูญเสียการได้ยิน การสูญเสียหรือความผิดปกติในการทำงานของประสาทสัมผัสที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การมีอยู่ของเสียง รวมทั้งสูญเสียการแยกแยะ ตำแหน่งระดับเสียง ความดัง หรือคุณภาพของเสียง

สมรรถนะภายในบุคคล การผสมผสานระหว่างร่างกายและจิตใจของแต่ละบุคคลรวมทั้งความสามารถทางจิตวิทยา

ภาวะทุพโภชนาการ การขาดสารอาหาร การได้รับสารอาหารมากเกินไป หรือความไม่สมดุลในการบริโภค รวมทั้งพลังงานและ/หรือสารอาหารของบุคคล คำว่าภาวะทุพโภชนาการครอบคลุม 2 กลุ่ม ประการหนึ่งคือ "การขาดสารอาหาร" ซึ่งรวมถึงการอดอาหาร (ความสูงน้อยเมื่อเทียบกับอายุ) ผอม (น้ำหนักน้อยเมื่อเทียบกับส่วนสูง) น้ำหนักน้อย (น้ำหนักน้อยเมื่อเทียบกับอายุ) และการขาดธาตุอาหารรองหรือความไม่เพียงพอ (การขาดวิตามินและแร่ธาตุที่สำคัญ) อีกประการหนึ่งคือ "น้ำหนักเกิน โรคอ้วน และโรคไม่ติดต่อที่เกี่ยวข้องกับอาหาร (เช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง เบาหวาน และมะเร็ง)"

เพิ่มกลยุทธ์ช่วงการกินอาหาร มาตรการในการปรับปรุงกิจวัตรประจำวัน ประสิทธิภาพ หรือสภาพแวดล้อมในการใช้เวลารับประทานอาหาร โดยการให้ความช่วยเหลือ (ทางตรงหรือทางอ้อม): ส่งเสริมการกินอาหาร การอยู่สภาพที่กระตุ้นให้กินอาหารมากขึ้น การเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงอาหาร การเลือกอาหารหรืออาหารที่ดึงดูดใจมากขึ้น (ทางสายตาทงประสาทสัมผัส)

ความบกพร่องทางการรู้คิดระดับอ่อน ความผิดปกติที่เกิดจากความจำเสื่อม ปัญหาในการเรียนรู้ และสมาธิในการทำงานลดลง ผู้ป่วย มักจะมีความรู้สึกละเลเยื่ออย่างเห็นได้ชัดเมื่อพยายามทำกิจกรรมที่ต้องใช้ความคิดรวมทั้งการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ และพบว่าเป็นเรื่องยากแม้ว่าผู้ป่วยจะประสบความสำเร็จในด้านวัตถุ แต่อาการเหล่านี้ไม่รุนแรงจนสามารถวินิจฉัยว่าเป็นโรคสมองเสื่อมหรืออาการพอได้

การสูญเสียความคล่องตัว การสูญเสียหรือความผิดปกติของการเคลื่อนไหวในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง ที่มีการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นจากตำแหน่งของร่างกาย หรือสถานที่ หรือ การเคลื่อนย้ายจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง โดยการบรรทุก เคลื่อนย้าย หรือจัดการกับวัตถุโดยการเดิน วิ่ง หรือปีนเขา หรือโดยการเดินทางในรูปแบบต่าง ๆ

การเจ็บป่วยหลายโรค สภาวะทางการแพทย์ที่เรื้อรังมากกว่า 1 หรือ 2 โรค ที่เกิดขึ้นในคน ๆ เดียว

การฝึกออกกำลังกายแบบผสมผสาน การออกกำลังกายประกอบด้วยรูปแบบต่าง ๆ เช่น การฝึกความแข็งแรง การฝึกแบบแอโรบิค การฝึกการทรงตัว หรือการออกกำลังกายเพื่อความยืดหยุ่น

การประเมินหลายปัจจัย การประเมินที่ครอบคลุมเพื่อกำหนดปัจจัยที่เป็นไปได้ทั้งหมดที่อาจก่อให้เกิดอาการหรือสภาวะอื่น ๆ

มาตรการที่ประกอบด้วยปัจจัยหลายปัจจัย มาตรการในการจัดการกับปัจจัยที่เอื้อประโยชน์หลายประการ ได้แก่ แนวทางต่าง ๆ ที่อาจรวมถึงการปรับเปลี่ยนและการให้ความรู้ หรือการดำเนินการเพื่อลดปัจจัยเสี่ยง

ผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพที่ไม่ใช่ผู้เชี่ยวชาญ แพทย์ทั่วไป แพทย์ประจำครอบครัว พยาบาล และเจ้าหน้าที่คลินิกอื่น ๆ ที่ทำงานในศูนย์สุขภาพ หรือเป็นส่วนหนึ่งของทีมที่ดูแลทางคลินิกซึ่งโดยทั่วไปจะปฏิบัติการอยู่ในสถานพยาบาลระดับปฐมภูมิ

ผู้สูงอายุ บุคคลที่อายุเลยอายุขัยเฉลี่ย

การให้บริการที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง แนวทางการดูแลที่คำนึงถึงมุมมองของบุคคล ครอบครัว และชุมชน และมองว่าผู้คนเหล่านี้ เป็นผู้มีส่วนร่วมในฐานะเป็นผู้รับผลประโยชน์โดยตรงจากการดูแลสุขภาพและระบบการดูแลระยะยาวที่ตอบสนองความต้องการและความชอบส่วนบุคคล ด้วยวิธีการที่มีมนุษยธรรมและอยู่ในสภาพที่อบอุ่น เพื่อให้แน่ใจว่าการดูแลได้ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางนั้น จึงจำเป็นต้องให้ผู้คนได้รับความรู้และได้รับการสนับสนุนที่จำเป็นเพื่อการตัดสินใจและมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง การดูแลที่ยึดบุคคลเป็นศูนย์กลางจัดให้มีขึ้นโดยคำนึงถึงความต้องการด้านสุขภาพและความคาดหวังของผู้คนมากกว่าการจัดการโรค

การฝึกกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (PFMT) การออกกำลังกายที่เกี่ยวข้องกับการหดตัวและคลายตัวของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานโดยมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างกล้ามเนื้อและเพิ่มความดันปิดท่อปัสสาวะ

ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลเบื้องต้น สมาชิกของทีมให้บริการระดับปฐมภูมิ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ปฏิบัติงานร่วมกัน ให้ความเคารพซึ่งกันและกัน และรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน ทีมบริการปฐมภูมิจะให้บริการโดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ดังนั้นองค์ประกอบและรูปแบบของบริการจึงสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา

การฝึกความต้านทานแบบก้าวหน้า ประเภทของการออกกำลังกายที่ผู้ออกกำลังกายแบบใช้กล้ามเนื้อต้านแรงหรือแรงต้านบางประเภทที่มีความหนักเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เพื่อให้กล้ามเนื้อเมื่อความแข็งแรงเพิ่มขึ้น

การบำบัดด้วยการฝึกแก้ปัญหา ประเภทของการบำบัดทางจิตวิทยาที่ให้ผู้เข้ารับการบำบัดฝึกแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ และสร้างทางเลือกที่ดีที่สุดสำหรับการแก้ปัญหา ประกอบไปด้วยการฝึกพัฒนาและดำเนินการตามแผน รวมทั้งการประเมินว่าวิธีที่เลือกมานี้ช่วยแก้ปัญหาได้หรือไม่

การบำบัดทางจิตวิทยา การให้การรักษาสัมพันธภาพระหว่างบุคคลหรือแบบรายบุคคล เพื่อช่วยบำบัดความผิดปกติ ปัญหา หรือเหตุไม่พึงประสงค์ที่เกี่ยวข้องกับจิตวิทยา หรือจิตเวช การให้การรักษาวางแผนถึงการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม การบำบัดด้วยการฝึกการแก้ปัญหา การบำบัดสัมพันธภาพระหว่างบุคคล หรือเทคนิคการบำบัดแบบผสมผสาน

กิจกรรมทางกาย การเคลื่อนไหวของร่างกายใด ๆ ที่เกิดจากกล้ามเนื้อลาย ซึ่งต้องใช้พลังงาน – รวมถึงกิจกรรมที่ทำในขณะที่ทำงาน เล่น ทำงาน บ้านเดินทาง หรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมสันทนาการ

การออกกำลังกาย กิจกรรมทางกายประเภทย่อยที่มีการวางแผน มีโครงสร้าง มีการทำซ้ำ และมีจุดมุ่งหมายเพื่อปรับปรุงหรือรักษาสภาพประกอบของสมรรถภาพทางกายอย่างน้อยหนึ่งอย่าง

การดูแลสุขภาพเบื้องต้น (ปฐมภูมิ) แนวคิดที่อยู่บนพื้นฐานของหลัก การแห่งความเสมอภาค การมีส่วนร่วม การดำเนินการระหว่างภาคส่วน มีเทคโนโลยีที่เหมาะสมและมีบทบาทสำคัญในระบบสุขภาพ ผู้ป่วยมักจะสามารถเข้าถึงได้โดยตรงโดยไม่จำเป็นต้องมีการส่งต่อ

การกระตุ้นให้ผู้สูงอายุขับถ่ายปัสสาวะทันที วิธีการบำบัดแบบไม่ใช้ยา เป็นวิธีการใช้พฤติกรรมบำบัดอาการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่โดยใช้คำพูดกระตุ้นและการเสริมแรงในเชิงบวกสำหรับผู้ที่มีหรือไม่มีภาวะสมองเสื่อม

การผ่อนคลายการดูแล เป็นการให้ผู้ดูแลได้พักผ่อนเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถฟื้นฟูและรักษาสุขภาพกายและใจของตนเองได้

การขาดสารอาหาร ภาวะระดับโลกที่มักเกิดจากการขาดอาหาร หรืออาหารบางประเภทที่มีปริมาณสารอาหารเฉพาะหรือส่วนประกอบอาหารอื่น ๆ ไม่เพียงพอ เช่น โปรตีน โยอาอาหารและธาตุอาหารรอง

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ภาวะปัสสาวะเล็ดโดยไม่ตั้งใจ แบ่งออกเป็น 3 ประเภท

- ปัสสาวะเล็ดที่เกิดจากการกระตุ้น เกิดจากการที่ปัสสาวะเล็ดแบบไม่ได้ตั้งใจ หรือ ปัสสาวะเล็ดหลังจากต้องการหลักเล็งสถานการณ์บางอย่างอย่างเร่งด่วน
- ปัสสาวะเล็ดเนื่องจากกระเพาะปัสสาวะถูกกดทับ ปัสสาวะเล็ดเกิดจากการมีกิจกรรมทางกาย การไอ หรือจาม
- ปัสสาวะเล็ดจากทั้ง 2 สาเหตุ เกิดจากการกระตุ้นและกระเพาะปัสสาวะถูกกดทับ

ภาวะพร่องทางการมองเห็น การสูญเสียหรือความผิดปกติในการทำงานของประสาทสัมผัสที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การมีอยู่ของแสง หรือการรับรู้ รูปแบบ ขนาด รูปร่าง หรือสีของสิ่งเร้าทางสายตา

World Health Organization
Department of Ageing and Life Course
Avenue Appia 20
1211 Geneva 27
Switzerland

Email: ageing@who.int
Website: www.who.int/ageing



**World Health
Organization**

Thailand