

บทความวิชาการ

การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน: บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติ

ลลิตา แก้ววิไล*

บทคัดย่อ

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาด้านสุขภาพทำให้ต้องได้รับการดูแลในหลากหลายมิติ ดังนั้นการคัดกรองค้นหาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่าง ๆ เช่นภาวะซึมเศร้า สมองเสื่อม หรือ การเดินและการทรงตัวผิดปกติจึงมีความสำคัญและจำเป็นเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่เหมาะสมตามความต้องการด้านสุขภาพ พยาบาลเวชปฏิบัติมีบทบาทสำคัญในการค้นหาผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพในชุมชนโดยการตรวจคัดกรองตามระบบและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวม โดยคำนึงถึงลักษณะพิเศษของผู้สูงอายุที่แตกต่างจากวัยอื่น และเน้นการประเมินสุขภาพ 3 ด้าน คือ 1) สุขภาพกาย และ สมรรถนะทางกาย 2) สุขภาพจิตใจและการรู้คิด และ 3) สังคมและสิ่งแวดล้อม โดยสหสาขาวิชาชีพช่วยค้นหาปัญหาที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ พร้อมทั้งวางแผนการดูแลตามความต้องการด้านสุขภาพเพื่อคงไว้ซึ่งความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ลดภาวะพึ่งพา วัตถุประสงค์ของบทความนี้เพื่ออธิบายหลักการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในด้านต่างๆ เพื่อนำไปสู่การประยุกต์ใช้การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

คำสำคัญ: ผู้สูงอายุ/ การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ/ พยาบาลเวชปฏิบัติ

*ผู้รับผิดชอบหลัก อาจารย์ ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

E-mail: lalita.kae@mahidol.ac.th

Comprehensive Geriatric Assessment in Community: Roles of Nurse Practitioner

Lalita Kaewwilai*

Abstract

As people age, they often have complex health problems requiring multidimensional care. It is essential to identify older adults at risk for a particular condition such as depression, dementia, and gait abnormality so they will receive the care they need. Nurse practitioners play an important role in identifying older adults with health problems in the community through systematically screens and comprehensive geriatric assessment (CGA) by concerning the unique characteristics of older adults that are different from other ages and focusing on health assessment in 3 domains: 1) physical and functional health, 2) psychological health and cognitive, and 3) social and environment. The multidisciplinary approach helps find problem lists that affect the health of the older adults, leading to the development of an individual care plan to meet those needs to maintain activities of daily living and dependency. This article aims to explain how to apply CGA in community settings to address each domain of aging.

Keywords: Older people/ Aging/ Comprehensive geriatric assessment/
Nurse practitioner

Article info: Received January 1, 2022; Revised April 20, 2022; Accepted April 28, 2022

*Corresponding Author, Lecturer, Department of Public Health Nursing Faculty of Public Health Mahidol University. E-mail: lalita.kae@mahidol.ac.th

บทนำ

ในปัจจุบันประเทศไทยเป็นสังคมผู้สูงอายุ โดยมีประชากรผู้สูงอายุเฉลี่ยในอยู่ที่ร้อยละ 18.3¹ (ข้อมูลเมื่อเดือนมกราคม 2565) การเพิ่มขึ้นของประชากรผู้สูงอายุย่อมส่งผลให้ระบบสุขภาพต้องรองรับการดูแลรักษาสุขภาพของผู้สูงอายุซึ่งมีความแตกต่างและซับซ้อนกว่าประชากรกลุ่มวัยอื่น ๆ และ ต้องการการดูแลที่ครอบคลุมและต่อเนื่อง เนื่องจากความเสื่อมถอยทางสุขภาพตามวัย ปัญหาสุขภาพโรคเรื้อรังต่างๆ รวมถึงกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) ส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพาในผู้สูงอายุ^{2,3} นอกจากนี้การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร การขยายตัวของสังคมเมืองและการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ อาจส่งผลให้ครอบครัวมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุลดลง⁴ ดังนั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลตามความจำเป็นอย่างเหมาะสม ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้พัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนขึ้นในปี พ.ศ. 2559 เพื่อจัดบริการดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบการจัดบริการสาธารณสุข และบริการทางสังคมทั้งในรูปแบบที่เป็นทางการ (ดูแลโดยบุคลากรสาธารณสุขและสังคม) และไม่เป็นทางการ (ดูแลโดยครอบครัวอาสาสมัครเพื่อนบ้าน) เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคัดกรองส่งเสริมป้องกันโรค ฟื้นฟูสุขภาพและได้รับการดูแลตามความจำเป็นในการดูแลระยะยาวอย่าง

เหมาะสม ส่งผลให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

พยาบาลเวชปฏิบัติเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีคุณสมบัติและความสามารถในการดำเนินการในบทบาทผู้จัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Long Term Care manager) ซึ่งมีบทบาทในการจัดทำข้อมูลของผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลในชุมชนโดยการคัดกรองประเมินความต้องการการดูแล และการวางแผนการดูแลผู้สูงอายุทั้ง 3 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มติดสังคม 2) กลุ่มติดบ้าน และ 3) กลุ่มติดเตียง ซึ่งการคัดกรองเบื้องต้นสามารถดำเนินการรวมกับอาสาสมัคร โดยมีสมาชิกในครอบครัวและชุมชนเป็นผู้ดูแลหลัก และบุคลากรสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด ฯลฯ เป็นผู้สนับสนุนการดูแล เพื่อวางแผนการดูแลเฉพาะราย (Care plan) แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และติดตามประเมินผลการเปลี่ยนแปลงสร้างความตระหนักของคนในชุมชนและนำไปวางแผนปรับปรุงการบริการเฉพาะรายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุและการวางแผนการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อดูแลผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมากเพื่อดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดี ทั้งสุขภาวะทางร่างกาย สุขภาวะทางจิต และสุขภาวะทางสังคม

ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุมักจะเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง² นอกจากนี้ ยังรวมถึงทั้งกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า ภาวะ

โภชนาการ ปัญหาการทรงตัว การพลัดตกหกล้ม การมองเห็นและการได้ยินลดลง การกลืน ปัสสาวะไม่ได้ และปัญหาการนอนหลับ ซึ่งกลุ่มอาการเหล่านี้ส่งผลให้เกิดภาวะพึ่งพาและภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ⁵ ดังนั้น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคได้อย่างครอบคลุม พยาบาลเวชปฏิบัติต้องเชื่อมโยงความรู้เกี่ยวกับโรคเรื้อรังและกลุ่มอาการในผู้สูงอายุร่วมกับทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ และทักษะการติดต่อประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ วางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อลดภาวะพึ่งพิงและภาวะทุพพลภาพในผู้สูงอายุ

ในปัจจุบันหน่วยบริการสุขภาพในระดับตติยภูมิ มีคลินิกผู้สูงอายุเพื่อให้บริการสุขภาพเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ แต่ปัญหาที่มักพบ คือ การดูแลผู้สูงอายุยังคงมุ่งเน้นการรักษาโรคมมากกว่าการดูแลเป็นรายกรณี² ผู้สูงอายุจึงไม่ได้รับการตรวจคัดกรองหรือประเมินสุขภาพได้ตามเกณฑ์ที่กำหนด² นอกจากนี้ด้วยข้อจำกัดด้านบุคลากรและระยะเวลาในการให้บริการ อาจทำให้การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร² เช่น พยาบาลผู้ประเมินสุขภาพผู้สูงอายุนั้นต้องมีทักษะและประสบการณ์ในการประเมินผู้สูงอายุ เนื่องจากเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสุขภาพมีความหลากหลาย ซึ่งมีข้อดี และข้อจำกัดที่แตกต่างกัน ผู้ประเมินต้องเลือกประเมินตามสภาวะสุขภาพผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มให้เหมาะสม เพื่อป้องกันความเสี่ยงจากวิธีการประเมิน และลดความคลาดเคลื่อนในการแปล

ผลการประเมิน³ อีกทั้งแบบประเมินข้อคำถามเป็นจำนวนมาก ต้องใช้เวลาในการประเมินค่อนข้างนาน ประกอบกับจำนวนผู้สูงอายุที่มารับบริการมีจำนวนมาก ความรีบเร่งในการให้บริการ ส่งผลให้การคัดกรอง และการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอาจทำได้ไม่มีประสิทธิภาพ²

การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลโดยคำนึงถึงลักษณะพิเศษของผู้สูงอายุที่แตกต่างจากวัยอื่น และเน้นการประเมินสุขภาพ 3 ด้าน คือ 1) สุขภาพกาย และสมรรถนะทางกาย 2) สุขภาพจิตใจและการรู้คิด และ 3) สังคมและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่จะนำไปสู่การวางแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีคุณภาพได้นั้น พยาบาลเวชปฏิบัติต้องมีความรู้ ทักษะและประสบการณ์ในใช้เครื่องมือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ สามารถซักประวัติ ตรวจร่างกาย และเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินสุขภาพได้อย่างเหมาะสม เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพที่สำคัญที่ต้องให้การดูแลอย่างเร่งด่วน เพื่อวางแผนการดูแลอย่างครอบคลุม

การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ (Comprehensive Geriatric Assessment)

การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ หมายถึง การประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุในหลากหลายมิติซึ่งครอบคลุมทั้ง 3 ด้าน คือ 1) สุขภาพกาย และสมรรถนะทางกาย 2) สุขภาพจิตใจและการรู้คิด และ 3) สังคมและสิ่งแวดล้อม⁶ โดยสหสาขาวิชาชีพช่วยค้นหา

ปัญหา ประเมินบริการที่จำเป็นและวางแผนการดูแลตามความต้องการด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ โดยการซักถามประวัติ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ร่วมกับการใช้แบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุให้ครอบคลุมกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ ขณะให้การบริการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พยาบาลต้องคำนึงถึงลักษณะพิเศษของผู้สูงอายุที่แตกต่างจากวัยอื่น (R-A-M-P-S)⁵ ได้แก่

R-Reduced body reserve

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายเนื่องจากความชรา ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพลังสำรองลดลงทั้งในการทำงานของระบบหัวใจ ปอด ตับ ไต กล้ามเนื้อและภูมิคุ้มกัน

A-Atypical presentation

อาการและอาการแสดงที่เป็นลักษณะจำเพาะของโรคที่พบในผู้ป่วยทั่วไป อาจไม่พบในผู้สูงอายุ นอกจากนี้อาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุอาจไม่จำเพาะต่อระบบอวัยวะใดชัดเจน อาจเกิดจากโรคต่าง ๆ ได้มากมายหลายระบบ ทำให้ยากต่อการวินิจฉัยแยกโรค อาการเหล่านี้เรียกว่า “big’s I”^{5,7} ได้แก่ (1) Instability หมายถึง ภาวะหกล้ม (2) Immobility หมายถึง การสูญเสียความสามารถในการเดิน (3) Incontinence หมายถึง อาการปัสสาวะราดหรืออุจจาระราด (4) Intellectual impairment หมายถึง ความสามารถทางสติปัญญาบกพร่อง ถ้าเป็นในระยะเฉียบพลัน จะบ่งถึงภาวะซึ่มสับสนเฉียบพลัน (Delirium) และถ้าเป็นเรื้อรังจะบ่ง

ถึงภาวะสมองเสื่อม (Dementia) (5) Iatrogenesis หมายถึง การเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse drug reaction) และ (6) Inanition หมายถึง ภาวะขาดสารอาหาร

M-Multiple pathology

ผู้สูงอายุมีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะ และมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในเวลาอันรวดเร็ว หากไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงทีและมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งจากพยาธิสภาพเองและจากการดูแลรักษา

กลุ่มโรคที่พบได้บ่อยในคลินิก

ผู้สูงอายุจะมี 3 กลุ่มโรค⁵ ได้แก่

1. กลุ่มโรคในระบบกล้ามเนื้อ กระดูก และข้อ (Musculoskeletal disorder) เช่น โรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) โรคกระดูกพรุน (Osteoporosis) ภาวะกระดูกหัก เป็นต้น
2. กลุ่มโรคที่เกี่ยวกับภาวะหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) เช่น โรคความดันเลือดสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน (Peripheral arterial disease) เป็นต้น
3. กลุ่มโรคที่เกิดจากความเสื่อมของระบบประสาท (Neurodegenerative disease) เช่นภาวะสมองเสื่อมชนิดต่าง ๆ เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer’s disease) ภาวะสมองเสื่อมเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง (Vascular dementia) เป็นต้น ภาวะซึ่มสับสนเฉียบพลัน (Delirium) โรคพาร์กินสัน

(Parkinson's disease) และกลุ่มโรคทางจิตประสาท เช่น ภาวะซึมเศร้า (Depression)

P-Polypharmacy ผู้สูงอายุที่มีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกัน ทำให้ผู้สูงอายุมักได้รับยาหลายขนานในเวลาเดียวกันด้วย นอกจากนี้ผู้สูงอายุอาจได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่เหมาะสม หรือซื้อยารับประทานเองโดยไม่จำเป็น การใช้ยาหลายขนานร่วมกันเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดต่อการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาในผู้สูงอายุ

S-Social adversity จากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เช่น เกษียณอายุจากการทำงาน การแยกบ้านของลูกที่เติบโตขึ้น หรือการจากไปของคู่ครองของผู้สูงอายุล้วนส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ

จากลักษณะพิเศษของผู้สูงอายุดังกล่าวข้างต้น ผู้สูงอายุจึงควรได้รับการประเมินสุขภาพอย่างครบถ้วนในทุกมิติโดยแบ่งการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุออกเป็น 3 ด้านดังต่อไปนี้

1. สุขภาพกาย และ สมรรถนะทางกาย (Physical health and functional assessment) เนื่องจากอายุที่มากขึ้นจึงพบความเสื่อมถอยของอวัยวะในหลายระบบ ซึ่งส่งผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ การประเมินสุขภาพกายสามารถทำได้โดยการซักถามประวัติต่าง ๆ (อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติครอบครัว) การประเมินอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุอาการในกลุ่ม "big's 1"^{5,7} การ

ตรวจร่างกายตามระบบ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจเลือดเป็นต้น การประเมินภาวะโภชนาการ ดัชนีมวลกาย (BMI) รวมถึงยาที่ผู้สูงอายุใช้ในปัจจุบัน เช่น การได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน ปริมาณและขนาดยาที่เหมาะสม ผลข้างเคียงจากการใช้ยา และการเกิดอันตรกิริยาระหว่างยา รวมถึงประวัติการได้รับวัคซีน

การประเมินสมรรถนะทางกายช่วยในการพิจารณาถึงข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน และการเข้าถึงสังคมของผู้สูงอายุ รวมถึงช่วยในการติดตาม พยากรณ์โรคในผู้สูงอายุที่มีการถดถอยของการช่วยเหลือตนเอง (Functional decline) ซึ่งจะส่งผลถึงการพยากรณ์โรคที่แยกลง โดยประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันทั้งความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (Activity of daily living, basic ADL) เช่น การลุกจาก ที่นอน การล้างหน้าแปรงฟัน การเดิน เป็นต้น และความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์ (Instrumental Daily Livings: IADLs) ซึ่งเป็นระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่ซับซ้อนขึ้น เช่น การปรุงอาหาร รับประทานเอง การไปจ่ายตลาด การใช้จ่ายเงิน เป็นต้น นอกจากนี้ การประเมินสมรรถนะกายยังเป็นการประเมินเพื่อคัดกรองความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการหกล้มและอุบัติเหตุต่าง ๆ การประเมินการเดินและการทรงตัว ประวัติหกล้ม การประเมินภาวะกระดูกพรุน (OSTA index)

และข้อเข้าเสื่อม รวมถึงการมองเห็น (Visual acuity) และการได้ยิน

2. สุขภาพจิตใจและการรู้คิด (Psychological health and cognitive assessment) เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุต้องปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เช่น สภาพจิตใจที่อาจเกิดจากสูญเสีย การเจ็บป่วยเรื้อรัง ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์ในครอบครัว รวมถึงผู้สูงอายุต้องประสบภาวะพึ่งพิงในด้านสุขภาพ การทำกิจวัตรประจำวัน ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคมและจิตใจ ความเปลี่ยนแปลงนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้า เป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบมากขึ้นในสังคมผู้สูงอายุ⁸ ภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้สูงอายุ แสดงอาการหงุดหงิด วิตกกังวล ขาดความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ น้ำหนักลด มีปัญหาการนอน อ่อนเพลีย รู้สึกผิดและไร้ค่า และเพิ่มความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพต่าง ๆ⁸ และอาจส่งผลให้เกิดความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน และอาจร้ายแรงถึงฆ่าตัวตายได้ จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุถึงร้อยละ 72.3 มีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า และร้อยละ 15.6 มีภาวะซึมเศร้า⁹

ภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild cognitive impairment) และสมองเสื่อม (Dementia) เป็นอีกอาการที่พบได้ในผู้สูงอายุในชุมชน¹⁰ ความจำของผู้สูงอายุในแต่ละวัย ทั้งที่มีโรคประจำตัวและไม่มีโรคประจำตัว ก็อาจจะมีความแตกต่าง จากการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายในปี พ.ศ. 2557 พบอุบัติการณ์การเกิดโรคสมองเสื่อม

ประมาณร้อยละ 8.10 เป็นเพศชายร้อยละ 6.80 และเพศหญิงร้อยละ 9.20 พบในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 4.80 กลุ่มอายุ 70-79 ปี ร้อยละ 7.70 และกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป ร้อยละ 22.60¹¹ จากสถิติโดยภาพรวม แสดงให้เห็นว่าเมื่ออายุเพิ่มขึ้น ภาวะสมองเสื่อมก็เพิ่มขึ้นด้วย ดังนั้นผู้สูงอายุควรได้รับการคัดกรองภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมเพื่อจัดการด้านปัจจัยเสี่ยง เช่น โรคหรือภาวะแทรกซ้อน ปัญหาจิตสังคม วิถีชีวิต และภาวะโภชนาการ เพื่อวางแผนการดูแล และจัดกิจกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมถอยของสมอง

3. สังคมและสิ่งแวดล้อม (Social and Environmental assessment) ผู้สูงอายุควรได้รับการประเมินปัจจัยด้านสังคม สิ่งแวดล้อม และเศรษฐฐานะ ตั้งแต่ลักษณะที่อยู่อาศัย ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ผู้ดูแล ผู้สูงอายุ เพื่อนบ้าน การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การเข้าถึงสวัสดิการสุขภาพต่าง ๆ หรือแหล่งสนับสนุนทางสังคม เช่น ชมรมผู้สูงอายุ บ้านพักคนชรา รวมถึงการเข้าถึงบริการสาธารณะต่าง ๆ การเดินทางคมนาคม และการใช้เทคโนโลยี เช่น การบริการทางการแพทย์ผ่านอินเทอร์เน็ต (Telehealth) เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ดูแลควรได้รับการประเมินสุขภาพกาย จิตใจ และภาวะความเครียดของผู้ดูแล หากมีปัญหาควรได้รับการช่วยเหลือสนับสนุน เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุมีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ป้องกันการทอดทิ้งผู้สูงอายุ และลดการเกิดความรุนแรงต่อผู้สูงอายุ (Elderly abused)^{5,12}

การประเมินสุขภาพแบบครบถ้วน ทั้ง 3 ด้านดังกล่าว ช่วยให้มีการค้นพบปัญหาสุขภาพต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ เพื่อวางแผนการดูแลรักษาให้ได้ผลอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้สูงอายุได้รับการวางแผนการดูแลอย่างต่อเนื่องจากทีมสหสาขาวิชาชีพได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เกษัชกร พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักรรณบำบัด โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ ตลอดจนญาติ หรือเพื่อนของผู้สูงอายุเอง กลุ่มผู้สูงอายุที่สุขภาพดี สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ควรได้รับการประเมินสุขภาพอย่างน้อยปีละครั้ง และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง มีภาวะแทรกซ้อน หรือมีข้อจำกัดในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน ควรได้รับการประเมินสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อวางแผนในการดูแล และส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป³

การประยุกต์ใช้การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนควรเน้นที่การคัดกรองและการประเมินสุขภาพในโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุหรือมีกลุ่มอาการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ (Geriatric syndrome) ก่อน โดยกลุ่มอาการที่พบบ่อยที่สุด 3 อันดับ ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ภาวะซึมเศร้า (Depression) และภาวะการเดินและการทรงตัวผิดปกติ (Gait disturbance)¹² นอกจากนี้พยาบาลควรประเมินการดูแลรวมถึงปัญหาสุขภาพจิตของผู้ดูแล เพื่อเข้าใจถึงความคาดหวัง ความต้องการของสมาชิกในครอบครัว เพื่อวางแผน

แผนการดูแลในครอบครัวให้เหมาะสม คงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของทั้งผู้สูงอายุ และผู้ดูแล

ตัวอย่างกรณีศึกษา

ผู้สูงอายุ เพศหญิง อายุ 85 ปี อาศัยอยู่บ้านเพียงลำพัง มีประวัติหกล้ม ตกบันไดเมื่อ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา หลังจากการหกล้ม ผู้สูงอายุก้าวเดินอย่างช้า ๆ และต้องคอยจับเฟอร์นิเจอร์ภายในบ้านทุกครั้งที่ก้าวเดิน มีความกังวลไม่กล้าออกนอกบ้าน นอกจากนี้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกไม่อยากรับประทานอาหาร และคอยเรียกหาลูกสาวหลาย ๆ ครั้ง ในแต่ละวัน แต่เนื่องจากลูกสาวต้องดูแลสามีที่ป่วยด้วยโรคมะเร็งปอด จึงมาเยี่ยมผู้สูงอายุเพียงสัปดาห์ละ 1 ครั้งเท่านั้น ผู้สูงอายุรายนี้ควรได้รับการประเมินสุขภาพดังต่อไปนี้

1. การประเมินภาวะสุขภาพทางกาย และสมรรถนะทางกาย (Physical health and Functional assessment)

1.1 การซักประวัติ และทบทวนการใช้

ยา ผู้สูงอายุควรได้รับการซักประวัติสุขภาพการเจ็บป่วยและการใช้ยาในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ทั้งนี้ในการซักประวัติผู้สูงอายุนั้น พยาบาลควรสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมจากผู้ดูแลร่วมด้วย เพื่อสามารถระบุปัญหา และวางแผนการดูแลร่วมกัน

1.2 การตรวจร่างกายตามระบบ และการประเมินภาวะโภชนาการ เมื่อซักประวัติเรียบร้อยแล้ว ผู้สูงอายุควรได้รับการตรวจร่างกายตามระบบ รวมถึงการประเมินภาวะโภชนาการ โดยการคำนวณดัชนีมวลกาย (BMI)

และการประเมินภาวะทุพโภชนาการด้วยแบบประเมิน Mini Nutrition Assessment (MNA)¹³ เนื่องจากผู้สูงอายุกรณีศึกษามีความรู้สึกไม่ยอมรับประทานอาหาร พยาบาลควรค้นหาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ เช่น ภาวะซึมเศร้า ปัญหาการเคี้ยว และการกลืน ปัญหาในเรื่องของการเคลื่อนไหว ทำให้ไม่สามารถปรุงอาหารเองได้ ผลข้างเคียงจากการรับประทานยาบางชนิด ข้อจำกัดด้านการเงิน ความรู้เรื่องอาหาร เป็นต้น

1.3 ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ผู้สูงอายุกรณีศึกษาอาศัยอยู่เพียงลำพัง และมีประวัติหกล้ม ดังนั้นการประเมินการทำกิจวัตรประจำวันนั้น มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งเพื่อประเมินความผิดปกติของร่างกายหรือความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังเป็นตัวชี้วัดที่บ่งบอกถึงภาวะพึ่งพิงของผู้สูงอายุ¹² โดยการประเมินกิจวัตรประจำวันสามารถประเมินด้วยแบบประเมิน Barthel Index for ADL^{12,14} และประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ซับซ้อน ด้วยแบบประเมินดัชนีจุฬา^{12,15}

1.4 ประเมินการเดินและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ผู้สูงอายุกรณีศึกษา มีประวัติหกล้ม ตกบันได เมื่อ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา หลังจากการหกล้ม ผู้สูงอายุก้าวเดินอย่างช้า ๆ และต้องคอยจับเฟอร์นิเจอร์ภายในบ้าน ทุกครั้งที่ก้าวเดิน มีความกังวลไม่กล้าออกนอกบ้าน ปัญหาการหกล้มเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ^{16,17} โดยสาเหตุของการหกล้มลำดับแรก

คือ การลื่นล้มของผู้สูงอายุหญิงและชาย ส่วนสาเหตุรองลงมา ได้แก่ การสะดุดสิ่งกีดขวาง และการเสียการทรงตัว¹⁷ การหกล้มส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุด้านร่างกาย เกิดการบาดเจ็บ เช่น ฟกช้ำ เกิดแผล จนกระทั่งบาดเจ็บรุนแรงเช่นภาวะกระดูกสะโพกหักและการบาดเจ็บของสมอง¹⁶ ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผลกระทบด้านสุขภาพจิตพบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 66.3 ที่เคยหกล้มจะมีอาการกลัวการหกล้มซ้ำ ตลอดจนสูญเสียความมั่นใจในการเดินและ การทำกิจกรรมต่าง ๆ มีความวิตกกังวลและมีภาวะซึมเศร้า^{17,18} นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อด้านสังคมและเศรษฐกิจ ทำให้สูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งต่อครอบครัวของผู้สูงอายุเอง และต่อสังคมส่วนรวม ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาลหลังการหกล้ม การสูญเสียเวลาทำงานของญาติเมื่อเกิดความพิการหรือต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล เป็นต้น^{16,17} ดังนั้นเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มได้ถูกคัดกรองหรือตรวจพบ และนำไปสู่การแก้ไขหรือลดปัจจัยเสี่ยงการหกล้ม จึงมีแนวทางในการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม ดังรูปที่ 1

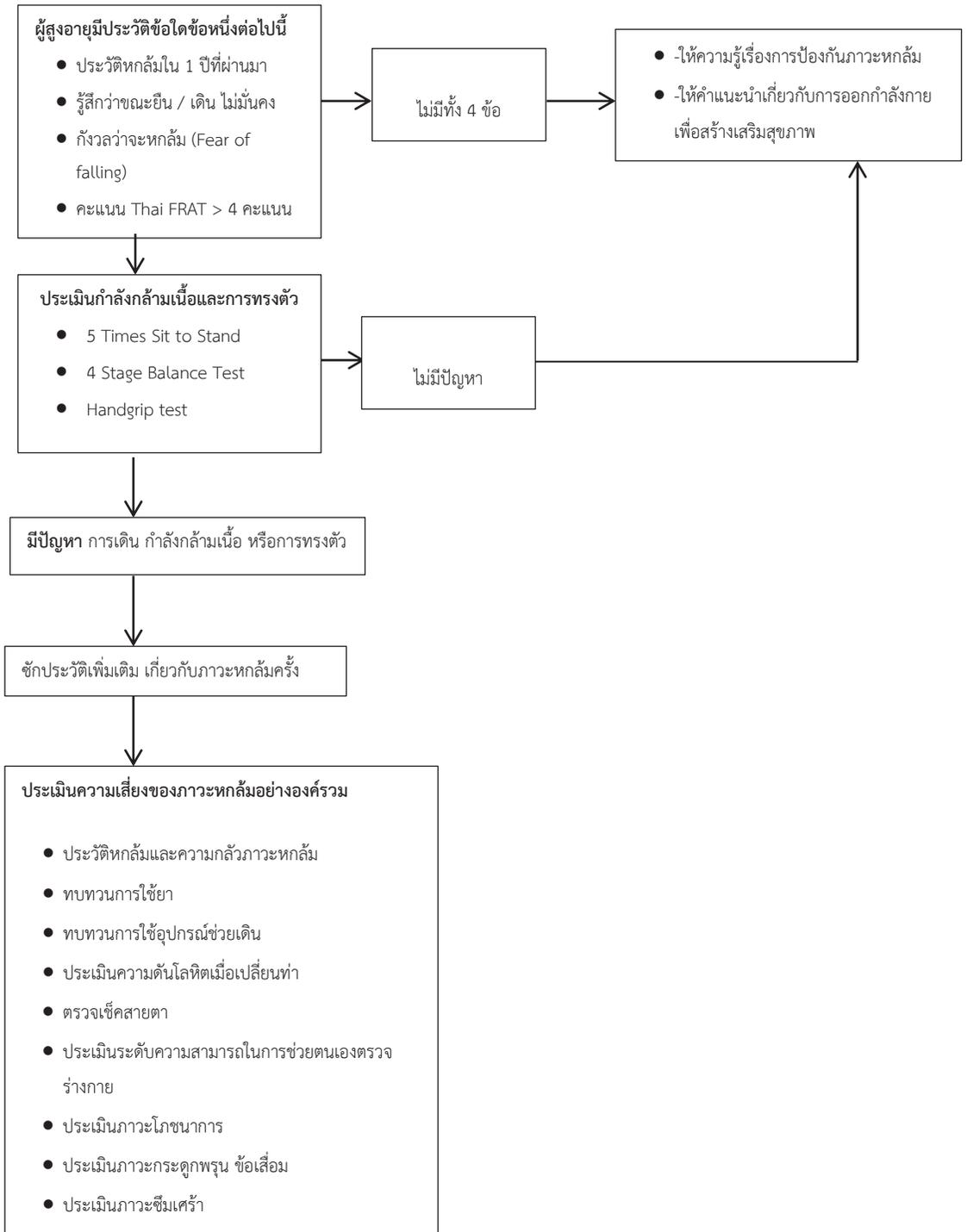
1.4.1 การซักประวัติการหกล้ม ใน 6 เดือน และ 12 เดือน ที่ผ่านมา และการประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนไทย (Thai-FRAT)¹⁹ และความกลัวการหกล้ม (Fear of Falling)²⁰ หากไม่พบความเสี่ยงพยาบาลควรให้คำแนะนำเรื่องการป้องกันภาวะหกล้ม และส่งเสริมการออกกำลังกายเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ

1.4.2 ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อการหกล้ม ดังเช่นผู้สูงอายุกรณีศึกษา ที่มีประวัติการหกล้มใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา และมีความกลัวการหกล้ม ควรได้รับการประเมินการเคลื่อนไหวการทรงตัว โดยทดสอบการลุกนั่ง เช่น Fived Times Sit to Stand โดยเกณฑ์ในการวินิจฉัยว่าผู้สูงอายุมีปัญหาการเคลื่อนไหวและการทรงตัว คือผู้สูงอายุที่ใช้เวลาในการทดสอบ มากกว่าหรือเท่ากับ 14 วินาที^{16,21} นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะได้รับการประเมิน การทรงตัวโดย 4 Stage Balance Test โดยเกณฑ์ในการวินิจฉัยว่าผู้สูงอายุมีปัญหาการเคลื่อนไหวและการทรงตัวคือผู้สูงอายุที่ทรงตัวได้น้อยกว่า 10 วินาที^{16,22} รวมถึงการทดสอบกำลังของกล้ามเนื้อมือ (Handgrip)

1.4.3 ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคลื่อนไหวและการทรงตัว ควรได้รับการ

ประเมินปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกที่สัมพันธ์กับการเคลื่อนไหวและการทรงตัว^{16, 17}

1) ปัจจัยภายใน ได้แก่ สายตาและการมองเห็น ภาวะสมองเสื่อม การใช้ยา การเคลื่อนไหวบกพร่อง ข้อเข่าเสื่อม ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL) ภาวะโภชนาการ และ 2) ปัจจัยภายนอก ได้แก่ สิ่งแวดล้อม/ที่อยู่อาศัย การสวมใส่รองเท้าและแผ่นรองรองเท้าที่เหมาะสม การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่นไม้เท้า หากพบความเสี่ยงส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางแต่ละปัญหา เช่น สายตา ส่งพบ จักษุแพทย์, สมองเสื่อม ส่งพบ จิตแพทย์/อายุรแพทย์ ข้อเข่าเสื่อม ส่งพบ แพทย์ออร์โธปิดิกส์ หรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงส่งพบ นักกายภาพบำบัด ภาวะทุพโภชนาการ ส่งพบ นักโภชนาการ เป็นต้น



รูปที่ 1 แนวทางในการประเมินความเสี่ยงของภาวะหกล้มในผู้สูงอายุในชุมชน

2. การประเมินภาวะสุขภาพจิตใจ

และการรู้คิด (Psychological health and Cognitive assessment) ผู้สูงอายุกรณีศึกษาอาศัยอยู่เพียงลำพัง เนื่องจากลูกสาวแยกครอบครัว และมีภาระในการดูแลสามีซึ่งป่วยด้วยโรคมะเร็งปอด ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ตลอดเวลา การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายจากการหกล้ม ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะพึ่งพิงในด้านสุขภาพ และการทำกิจวัตรประจำวัน อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า นอกจากนี้ผู้สูงอายุกรณีศึกษาอาจมีปัญหาในเรื่องของความจำ เนื่องจากมีอายุ 85 ปี และมีประวัติการเรียกหาลูกสาวหลาย ๆ ครั้งใน 1 วัน ดังนั้นผู้สูงอายุควรได้รับการประเมินภาวะสุขภาพจิตใจและการรู้คิดดังต่อไปนี้

2.1 การประเมินและคัดกรองภาวะซึมเศร้า²³ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถจัดการกับความเครียด และผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าก็ได้รับการช่วยเหลืออย่างมีประสิทธิภาพและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ โดยมีแนวทางในการประเมินภาวะซึมเศร้า ดังรูปที่

2

2.1.1 การคัดกรองภาวะ

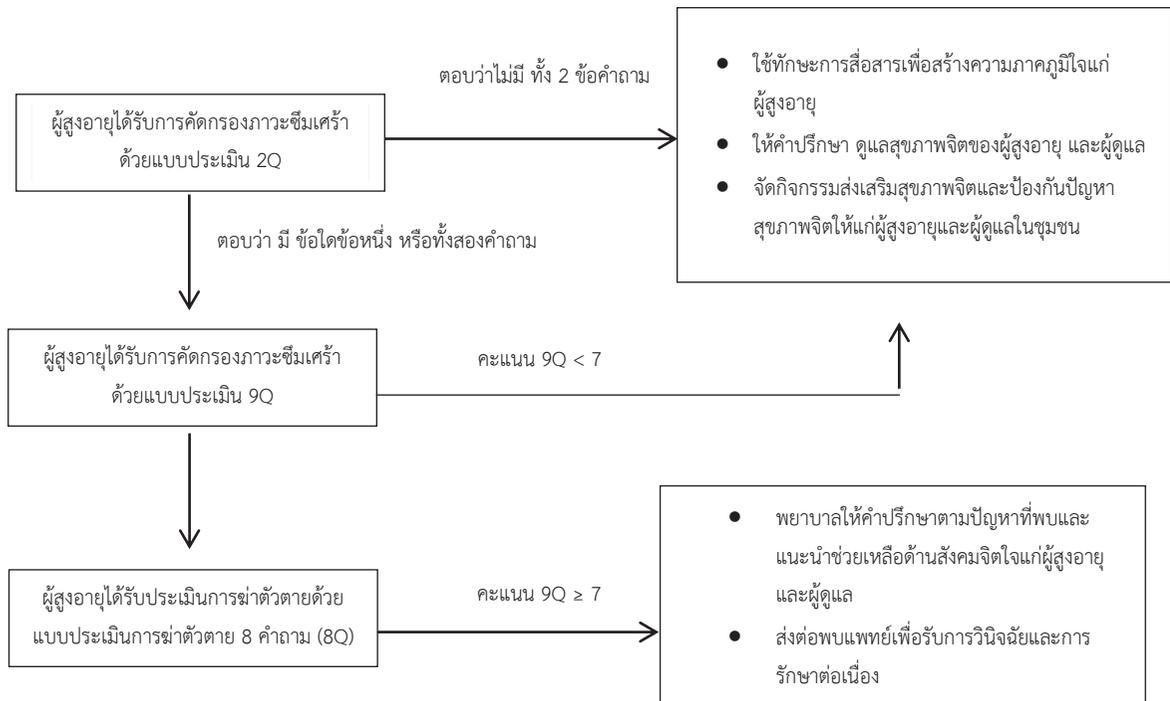
ซึมเศร้า พยาบาลประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2Q หากไม่พบความเสี่ยง (คะแนน 2Q = 0) พยาบาลควรใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างความภาคภูมิใจผู้สูงอายุ ดูแลสุขภาพจิตผู้และให้ความรู้เรื่องสุขภาพจิตแก่ผู้สูงอายุและผู้ดูแล

2.1.2 ผู้สูงอายุที่มีความ

เสี่ยงโรคซึมเศร้า พยาบาลประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q หากไม่พบอาการโรคซึมเศร้า (คะแนน 9Q < 7) พยาบาลควรใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อสร้างความภาคภูมิใจผู้สูงอายุและดูแลสุขภาพจิตผู้ดูแลผู้สูงอายุโดยการให้คำปรึกษาตามปัญหาที่พบ

2.1.3 หากผู้สูงอายุมีความ

เสี่ยงโรคซึมเศร้า 9Q มีคะแนน ≥ 7 ผู้สูงอายุควรได้รับการประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q) พยาบาลควรให้คำแนะนำช่วยเหลือด้านสังคมจิตใจแก่ผู้สูงอายุ และผู้ดูแล และ ส่งต่อพบแพทย์เพื่อรับการวินิจฉัยและการรักษาต่อเนื่อง



รูปที่ 2 แนวทางในการประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในชุมชน

2.2 การประเมินความแตกต่างของภาวะ
รู้คิดบกพร่องเล็กน้อย ภาวะสมองเสื่อม
สามารถประเมินเบื้องต้นได้ จากการซักประวัติ
การพูดคุยกับผู้สูงอายุโดยตรง และพูดคุยกับ
ญาติ ผู้ดูแล และผู้ใกล้ชิด เพื่อรวบรวมข้อมูล
ความผิดปกติเกี่ยวกับ ความจำ การตัดสินใจ
การวางแผน การใช้ภาษา พฤติกรรม อารมณ์
และการประกอบกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ
รวมทั้งการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น
ดังรูปที่ 3

ภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (Mild
cognitive impairment: MCI) หมายถึง
ภาวะที่สมรรถภาพการทำงานของสมองถดถอย
บกพร่อง ภาวะรู้คิด (ด้านความจำ ด้านการ
ตัดสินใจ ด้านการวางแผน มิติสัมพันธ์ ด้านการ

ใช้ภาษา และ ด้านสมาธิ) ด้านใดด้านหนึ่งแย่ง
เมื่อเปรียบเทียบกับ คนปกติในวัยเดียวกัน และ
ระดับการศึกษาเท่ากัน แต่ยังสามารถทำกิจวัตร
ประจำวันหรือเข้าสังคมได้ แต่กิจกรรมที่มีความ
ยุ่งยากซับซ้อน เช่น การทำอาหาร การจ่ายบิล
ค่าน้ำค่าไฟ การไปซื้อของอาจทำได้ไม่ดีเท่าเดิม
หรือใช้เวลามากกว่าเดิม¹⁰

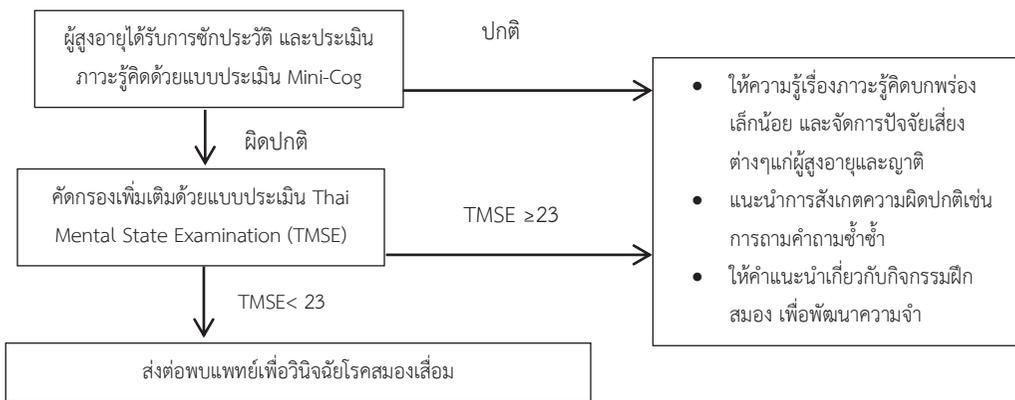
ภาวะสมองเสื่อม (dementia) หมายถึง
ภาวะที่สมรรถภาพการทำงานของสมองถดถอย
บกพร่อง ภาวะรู้คิด (ด้านความจำ ด้านการ
ตัดสินใจ ด้านการวางแผน มิติสัมพันธ์ ด้านการ
ใช้ภาษา และด้านสมาธิ) แย่งมากกว่าหนึ่ง
ด้าน เมื่อเปรียบเทียบกับ คนปกติในวัยเดียวกัน
และระดับการศึกษาเท่ากัน โดยมีผลกระทบ
ต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตร

ประจำวัน และการเข้าสังคม แต่ต้องไม่มีภาวะเพ้อ (Delirium) โรคซึมเศร้า โรคทางจิตเวชเรื้อรัง หรือวิตกกังวล¹⁰

2.2.1 การคัดกรองผู้สูงอายุเบื้องต้นในชุมชนด้วยแบบประเมิน Mini-Cog²⁴ ซึ่งเป็นแบบทดสอบ 2 ข้อคำถามเพื่อระลึกคำ 3 คำ การลบเลข รวมถึง การวาดรูปนาฬิกา หากไม่พบความผิดปกติ พยาบาลให้ความรู้เรื่องภาวะรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย การสังเกตความผิดปกติ เช่น การถามคำถามซ้ำซ้ำ รวมถึงให้คำแนะนำเกี่ยวกับกิจกรรมฝึกสมอง เช่น จีบ-แอล โป้ง-

ก้อย หรือการเล่นเกมส์ต่าง ๆ เช่นเกมส์บวกลบเลข เกมส์จับคู่ภาพ เป็นต้น

2.2.2 หากพบความผิดปกติจากการคัดกรองด้วยแบบคัดกรอง Mini-Cog ผู้สูงอายุควรได้รับการคัดกรองเพิ่มเติมด้วยแบบประเมิน Thai Mental State Examination (TMSE)²⁵ โดยแบ่งเป็นทดสอบ 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้วัน เวลา สถานที่ การจดจำ สมาธิ การคำนวณ ความจำระยะสั้นและการใช้ภาษา และหากพบความผิดปกติ (TMSE < 23 คะแนน) ผู้สูงอายุควรได้รับการส่งต่อแพทย์อายุรกรรมระบบประสาท/จิตแพทย์ เพื่อวินิจฉัยโรคต่อไป



รูปที่ 3 แนวทางในการประเมินภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุในชุมชน

3. การประเมินสุขภาวะทางสังคม

(Social and environmental assessment) ผู้สูงอายุกรณีศึกษาอาศัยอยู่เพียงลำพัง ไม่มีผู้ดูแลหลัก ลูกสาวของผู้สูงอายุกรณีศึกษามีภาระในการดูแลสามีที่ป่วยด้วยโรคมะเร็ง ทำให้ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ ในกรณีนี้ พยาบาลควรประเมินความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุ สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ ลักษณะที่อยู่อาศัย

เศรษฐกิจ สังคม รวมถึงความสัมพันธ์ภายในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อน เพื่อวางแผนการดูแลผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุกรณีศึกษามีภาวะพึ่งพิง ต้องได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน ดังนั้นจึงควรมีผู้ดูแลหลัก พยาบาลต้องร่วมวางแผนกับครอบครัวเกี่ยวกับแนวทางในการดูแล เพื่อเข้าใจถึงความ คาดหวัง ความ

ต้องการของสมาชิกในครอบครัวให้เหมาะสม นอกจากนี้ ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรได้รับคำแนะนำช่วยเหลือเพื่อให้สามารถปรับตัวและยอมรับกับบทบาทในการเป็นผู้ดูแล มีความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม และผู้ดูแลมีเวลาในการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนเองให้ดียิ่งขึ้น สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การลดภาระในความดูแล ส่งผลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดียิ่งขึ้น

3.1 ภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลต้องดูแลผู้สูงอายุทั้งทางด้านร่างกายและสภาพจิตใจ รวมถึงค่าใช้จ่ายต่าง ๆ สำหรับการดูแล ส่งผลกระทบทั้งในด้านร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านการเงิน ด้านเวลาและการเข้าถึงสังคมของผู้ดูแล ซึ่งเป็นสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต และความรู้สึกรับภาระในการดูแล (Care burden) และคุณภาพชีวิตที่แย่ลง²⁶ จากการรายงานพบว่าผู้ดูแลหลัก และสมาชิกในครอบครัวมีประสบการณ์ของปัญหาด้านอารมณ์ (Mood problems) เช่น ภาวะซึมเศร้า (Depression) วิตกกังวล (Anxiety) เหนื่อยล้า (Fatigue) และมีภาวะเครียดในระดับปานกลางถึงสูงต่อความรู้สึกรับภาระในการดูแล^{26,27} ดังนั้น ผู้ดูแลควรได้รับการประเมิน ภาระการดูแล ภาวะซึมเศร้า และภาวะความเครียดจากการดูแล ดังต่อไปนี้

3.1.1 การประเมินภาระในการดูแล ด้วยแบบประเมิน Thai version of the Burden Interview)²⁸ เพื่อประเมินปัจจัยต่าง ๆ ที่ทำให้เกิด เนื่องจากภาระการดูแลมีหลากหลายมิติ และมีการเปลี่ยนแปลง

ตลอดเวลา ภาระการดูแลอาจเพิ่มขึ้นตามอาการและความรุนแรงของโรค ส่งผลให้ผู้ดูแลไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้

3.1.2 การประเมินภาวะซึมเศร้า สามารถประเมินโดยใช้แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q/9Q²¹ ตามที่กล่าวไว้ในข้างต้น

3.1.3 การประเมินภาวะความเครียด สามารถประเมินโดยใช้แบบประเมินความเครียด(ST-5) ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข²⁹

สรุป

การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนเป็นการคัดกรอง เพื่อค้นหาผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงก่อนการเกิดโรค และภาวะแทรกซ้อน เพื่อลดภาวะพึ่งพิง และวางแผนการดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาพดีอย่างเป็นองค์รวม การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ไม่จำเป็นต้องประเมินสุขภาพให้ครบทั้ง 3 ด้านในครั้งเดียว หากไม่สามารถประเมินสุขภาพในครั้งนี้ได้ ก็สามารถประเมินในครั้งต่อไปเมื่อมีโอกาส นอกจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแล้ว การดูแลสุขภาพของผู้ดูแลก็เป็นเรื่องสำคัญ เนื่องจากผู้ดูแลอาจจะได้รับผลกระทบด้านลบทั้งด้านร่างกาย จิตอารมณ์ และสังคม เนื่องจากบทบาท ภาระดูแลที่เพิ่มขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียดเรื้อรังซึ่งจะส่งผลเสียต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลโดยตรง ดังนั้น ผู้ดูแลควรได้รับการเตรียมความพร้อมด้านต่างๆ ในการดูแลผู้สูงอายุ การฝึกทักษะในการจัดการความเครียดรวมถึงการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลเอง เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีต่อทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล

References

1. Department of Older persons. Aging population in Thailand.2022. [cited 2022 Apr 26]. Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/1159>
2. Kaewsang P, Isaramalai S-a. Development and Evaluation of a Health Assessment Procedure for Elderly Patients in an Out-Patient Department. *JTNMC* 2017; 32(3): 91-103. (in Thai)
3. Powwattana A, Kalampakorn S, Lagampan S, Rawiworrakul T. Health promotion and disease prevention in community : an application of concepts and theories to practice. 2nd ed. Bangkok: M N Compute Offset Co., Ltd; 2018.
4. Sringemyuang L, Felix M, Torut B, Wongjinda S, Chaimongkol U, Wongjinda T. Thailand: Case Studies of Filial Piety, Family Dynamics, and Family Finances – Unexpected Findings of a Country-Wide Research of The Evaluation of Project Performance Supported by Older Persons Fund. *Asia-Pac Soc Sci* 2020; 20(1): 145-58. (in Thai)
5. Assantachai P. Health Services for Thai Older Adults in Primary Health Care. *The PCFM* 2009; 1(2): 37-40. (in Thai)
6. Parker SG, McCue P, Phelps K, McCleod A, Arora S, Nockels K, et al. What is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)? An umbrella review. *Age Ageing* 2018; 47(1): 149-55.
7. Isaacs B. *The Giants of Geriatric. The challenge of geriatric medicine.* 1st ed. Oxford: Oxford University Press; 1992.
8. Wongpanarak N, Chaleoykitti S. Depression: A Significant Mental Health Problem of Elderly. *J Royal Thai Army Nurses* 2014; 15(3): 24-31. (in Thai)
9. Nansupawat W, Siriwattanamethanon J, Hornboonherm P. Mental Health of the Elderly. *JNATNO* 2009; 21(1): 27-32. (in Thai)
10. Tanglakmankhong K. The Role of Nurses in Screening and Caring for Older Adults with Mild Cognitive Impairment in Community. *JHNR* 2021; 31(1): 1-13. (in Thai)
11. Prasartkul P, Vapattanawong P, Rittirong J, Chuanwan S,

- Kanchanachitra M, Jaratsit S. The Situation of the Thai elderly 2016. Institute for Population and Social Research, Mahidol University and Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute; 2017.
12. Boongird C. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA): How to change the system of primary care. PCFM 2009;1(2): 32-26. (in Thai)
13. Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature--What does it tell us? J Nutr 2006; 10(6): 466-85.
14. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Chandraprasert S, Bunnag S. Disability among Thai elderly living in Klong Toey slum. J Med Assoc Thai 1994; 77(5): 231-8. (in Thai)
15. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. Age Ageing 1994; 23(2): 97-101
16. Kittipimpanon K. Fall Risk Assessment and Management Among Older Adults in The Community: The Role of The Public Health Nurse in The Primary Care. J Pub Health Nurse 2016; 30(3): 184-95. (in Thai)
17. Rodseeda P. Fall Prevention among the Elderly Living in a Community: The Nursing Role in Home Health Care. TRCN J 2018;11(2): 15-25. (in Thai)
18. Kitkumhang V, Kittimanon N, Pannarunothai S. Risk Factors of Fall in Elderly in the Community. JHS 2006; 15(5): 787-99. (in Thai)
19. Thiamwong L, Thamarpirat J, Maneesriwongul W, Jitapunkul S. Thai falls risk assessment test (Thai-FRAT) developed for community-dwelling Thai elderly. J Med Assoc Thai 2009; 91(12): 1823-31. (in Thai)
20. Thiamwong L, Suwanno J. Fear of Falling and Related Factors in a Community-based Study of People 60 Years and Older in Thailand. Int J Gerontol 2017; 11(2): 80-4.
21. Milisen K, Geeraerts A, Dejaeger E. Use of a fall prevention practice guideline for community-dwelling older persons at risk for falling: a feasibility study. Gerontology 2009; 55(2): 169-78.

22. Phelan EA, Mahoney JE, Voit JC, Stevens JA. Assessment and management of fall risk in primary care settings. *Med Clin North Am* 2015 ;99(2): 281-93.
23. Soonthornchaiya R, Kongsuk T, Arunpongpaisal S, Wisetrit W, Sukhawaha S, Leejongpermpool J. The Development and Construct Validity Testing of Depressive Symptom Inventory for Thai Older Persons with Depressive Disorders. *JPNMH* 2018; 32(2): 100-12. (in Thai)
24. Trongsakul S, Lambert R, Clark A, Wongpakaran N, Cross J. Development of the Thai version of Mini-Cog, a brief cognitive screening test. *Geriatr Gerontol Int* 2015; 15(5): 594-600.
25. Muangpaisan W, Assantachai P, Sitthichai K, Richardson K, Brayne C. The distribution of thai mental state examination scores among non-demented elderly in suburban bangkok metropolitan and associated factors. *J Med Assoc Thai* 2015; 98(9): 916-24. (in Thai)
26. Supaporn K. Caregiver Burden and Mental Health Problems among the Caregivers of the Elderly at Home-based Palliative Stage. *KJN* 2020; 27(1): 150-61. (in Thai)
27. Aggar C. Caring burden. *Aust Nurs J.* 2012; 20(5): 35-35.
28. Toonsiri C, Sunsem R, Lawang W. Development of the burden interview for caregivers of patients with chronic illness. *J Nurs Educ* 2011; 4(1): 62-75. (in Thai)
29. Silpakit O. Srithanya stress scale. *J Ment Health Thai* 2008; 16(3): 177-85. (in Thai)