

แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ หลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท 0401/1019 ลงวันที่ 16 ธันวาคม 2564
ซึ่งข้าพเจ้า ชื่อ 1. นางสาวกนกวรรณ นามสกุล เจริญสุข
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัด / งาน / ฝ่าย / โรงเรียน ฝ่ายการพยาบาล
กอง โรงพยาบาลกลาง สำนัก / สำนักงานเขต สำนักงานการแพทย์
2. นางสาวอรทัย นามสกุล ยินดี
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัด / งาน / ฝ่าย / โรงเรียน ฝ่ายการพยาบาล
กอง โรงพยาบาลกลาง สำนัก / สำนักงานเขต สำนักงานการแพทย์
3. นางสาวพรณิการ์ นามสกุล ธนะนิล
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สังกัด / งาน / ฝ่าย / โรงเรียน ฝ่ายการพยาบาล
กอง โรงพยาบาลกลาง สำนัก / สำนักงานเขต สำนักงานการแพทย์
ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ
หลักสูตร การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ.2565 เรื่อง “Emerging infections in the geriatric
population และ Geriatric Clinic year 2022”
ระหว่างวันที่ 9-11 มีนาคม 2565 จัดโดย สมาคมพดตมาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย
ณ รูปแบบออนไลน์ เบิกค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น 6,000 บาท

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

1. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการอบรมฯ
2. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน / ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนางาน
3. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย ดังกล่าว
เช่น เนื้อหา / ความคุ้มค่า / วิทยากร / การจัดทำหลักสูตร เป็นต้น
(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)



ลงชื่อ _____ ผู้รายงาน
(_____)

ลงชื่อ _____
ผู้รายงาน

(_____)

QR code แบบรายงานผลการฝึกอบรม

ลงชื่อ _____ ผู้รายงาน
(_____)

รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน 90 วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ 90 วันขึ้นไป)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

- 1.1.1 ชื่อ - นามสกุล นางสาวกนกวรรณ เจริญสุข
อายุ 37 ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน -
- 1.2.1 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) ปฏิบัติงานประจำหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิงสามัญ ให้การดูแล
ผู้ป่วยอายุรกรรมและผู้สูงอายุ
- 1.1.2 ชื่อ - นามสกุล นางสาวอรทัย ยินดี
อายุ 32 ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ
- 1.2.2 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ ให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหา
สุขภาพ
- 1.1.3 ชื่อ - นามสกุล นางสาวพรรณิการ์ ณะนะนิล
อายุ 34 ปี การศึกษา พยาบาลศาสตรบัณฑิต
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน -
- 1.2.3 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ) ปฏิบัติงานแผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรมให้การดูแลผู้ป่วย
อายุรกรรมที่มีปัญหาสุขภาพ
- 1.3 ชื่อเรื่อง / หลักสูตร การประชุมวิชาการประจำปี พ.ศ.2565 เรื่อง “Emerging infections
in the geriatric population และ Geriatric Clinic year 2022”
สาขา -
- เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล

ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน 6,000 บาท

ระหว่างวันที่ 9-11 มีนาคม 2565 สถานที่ รูปแบบออนไลน์

คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ -

- 2 -

ส่วนที่ 2 ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย
(โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

2.1 วัตถุประสงค์

- เพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจด้านวิชาการ ระบบการบริการและสวัสดิการ ตลอดจน
ทิศทางการพัฒนาและนโยบายของประเทศเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ
- เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิวัฒนาการและงานวิจัยด้านผู้สูงอายุ
- เพื่อนำความรู้ไปสู่การพัฒนาศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุ

2.2 เนื้อหา ตามเอกสารแนบ

2.3 ประโยชน์ที่ได้รับ

2.3.1 ต่อตนเอง

- ได้รับความรู้เกี่ยวกับนวัตกรรมและผลงานวิจัยใหม่ๆเกี่ยวกับผู้สูงอายุ
- ได้เพิ่มพูนความรู้ให้ทันสมัยกับปัจจุบัน
- ได้พัฒนาการทำงานเป็นทีม การสร้างเครือข่ายด้านการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อส่งเสริมให้
บุคลากรได้รับการพัฒนาและการปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.3.2 ต่อหน่วยงาน

- สามารถให้การพยาบาลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ พัฒนาหน่วยงานให้เกิดงาน
ที่มีคุณภาพต่อไป รวมทั้งนำนวัตกรรมและงานวิจัยใหม่ๆมาปรับใช้ในงานผู้สูงอายุ

2.3.3 อื่น ๆ ระบุ

- การพัฒนางานด้านคำแนะนำในการดูแลผู้สูงอายุ

ส่วนที่ 3 ปัญหาและอุปสรรค

3.1 การปรับปรุง การอบรมแบบออนไลน์มีปัญหาการเข้าระบบ และสัญญาณอินเทอร์เน็ต

3.2 การพัฒนา การส่งผู้เข้าอบรมจากแผนกอื่นๆ เพื่อพัฒนาความรู้

ส่วนที่ 4 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

ควรส่งเสริมสนับสนุนให้บุคลากรเข้ารับการศึกษอบรมในหลักสูตรนี้ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมและนำความรู้ที่ได้รับมาปรับใช้ในการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ

ลงชื่อ _____ ผู้รายงาน
(_____)

ลงชื่อ _____ ผู้รายงาน
(_____)

ลงชื่อ _____ ผู้รายงาน
(_____)

- 3 -

ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

การฝึกอบรมฯ เป็นการเสริมสร้างความรู้ให้กับบุคลากร เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานให้เกิดประโยชน์สูงสุด และเป็นหลักสูตรที่เหมาะสมในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

ลงชื่อ _____ หัวหน้าส่วนราชการ
(นางค์ชรินทร์ เจียมศรีพงษ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

การทำงานทีมสหวิชาชีพกับผู้สูงอายุในสถานการณ์โรคอุบัติใหม่

ปัญหาที่พบในผู้สูงอายุกับโรคอุบัติใหม่

1. ไม่ออกจากบ้าน รับเชื้อจากสมาชิกในบ้านที่ไปข้างนอกหรือคนที่มาหา
2. ผู้ป่วยสูงอายุติดเชื้อ มีโรคประจำตัว ไม่ได้ฉีด vaccine ทำให้ป่วยรุนแรง
3. สมาชิกครอบครัวปรับวิธีการดูแลไม่ทัน แยกปัญหาสุขภาพเดิมกับโควิดไม่ได้
4. ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เช่น ไม่ยอมกินยา ไม่อยากไปโรงพยาบาล ไม่กินอาหาร
5. อยู่ตามลำพังใช้สมาร์ทโฟนไม่เป็น

หน้าที่ของนักสังคมสงเคราะห์

1. ให้คำแนะนำ ส่งปรึกษาแพทย์ออนไลน์
2. แนะนำญาติลงทะเบียน เข้าสู่ระบบการศึกษา
3. ประสานงานจัดหา ยา อุปกรณ์จำเป็นในการรักษาเบื้องต้นระหว่างรอเตียง เช่น เครื่องวัดออกซิเจนปลายนิ้ว เครื่องผลิตออกซิเจน ยาที่พอจัดหาได้
4. ในกรณีแพทย์แนะนำ Palliative ประสานงานแพทย์เข้ากลุ่มไลน์เพื่อวิดีโอคอลกับสมาชิกครอบครัว

และตัวผู้สูงอายุเอง

สรุปบทเรียนจากเหตุการณ์โรคอุบัติใหม่

1. การใช้ Telemedicine ผ่าน platform digital เช่น application line วิดีโอคอล การสื่อสารผ่านวิดีโอเพื่อประเมินอาการ การส่งคลิปสอนการใช้อุปกรณ์ เครื่องมือ วัดความดัน วัดน้ำตาล วัดไข้ ซึ่งรวมถึงระบบ internet ที่ราคาถูก มีความเสถียร
2. สร้างความรู้ความเข้าใจเรื่อง palliative care ให้ทั้งตัวผู้สูงอายุและลูกหลานเพื่อรับมือสถานการณ์ในวันข้างหน้า ทีมสหสาขาวิชาชีพที่จะต้องทำงานร่วมมือกันเพื่อผู้สูงอายุในชุมชน ประกอบด้วย
 - 1) ผู้นำชุมชน 2) อสม./ออส./นักบริบาล 3) โรงเรียนผู้สูงอายุ 4) รพ.สต./ศบส. 5) นักสังคมสงเคราะห์ 6) นักกายภาพ 7) นักกำหนดอาหาร 8) พยาบาลเยี่ยมบ้าน 9) แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว

COVID-19 pandemic in LTC Facilities

หลัก 5Ps for preparing

1. P = patient & Resident

- Education and training
- Immunization
- health

2. P = Personnel

- Education - Immunization 1. Covid 19 vaccination 2. Influenza vaccination
- Adequate and appropriate staffing

3. P = Place

- Office
- Residents area
- Isolation room/area
- Dining area

- Infections waste management

4. P = PPEs & Other supplies

- Medical mask - N95 - Face shield
- Gloves - Gown - ATK
- Disinfection solution - Personal care products
- IPC consumables

5. P = COVID-19 action plan มีมาตรการดังนี้

ผู้ป่วย : 1. ตรวจ RT-PCR ก่อนเข้าศูนย์ ต่อมากักตัว 10 – 14 วัน

2. ตรวจ ATK ทุกวันที่ 3 , 5 , 7 จากนั้นวันที่ 9 ของการกักตัวให้ตรวจ RT-PCR ก่อนเข้าห้องพักปกติ

พนักงานดูแลผู้ป่วย : ตรวจ ATK ทุก 2 ครั้งต่อสัปดาห์ (จันทร์,ศุกร์)

พนักงาน office และแม่บ้าน : ตรวจ ATK 1 ครั้งต่อสัปดาห์ (ศุกร์)

COVID-19 screening and Quarantine Measure for STAFF

- ตรวจ ATK 1 ครั้งต่อสัปดาห์ - healthcare worker : ATK 1-3 ครั้ง
- Risk assessment

For higher risk of contracting COVID-19

- Quarantine 7 – 14 days - Serial ATK every 3-4 days
- Negative RT-PCR test result within 24 hrs required prior to start working

3 LOCK

1. LOCK : ญาติ จำกัดญาติเยี่ยม (VDO Call/จัดสถานที่)
2. LOCK : การรับใหม่ กักตัวอยู่ห้องแยก
3. LOCK : ทีมผู้ดูแล แยกโซน แยกทีมดูแล จำกัดการเข้าออก

Current status of COVID-19 in older people health and social aspect :Lesson learned and renovation of care

New normal COVID-19

DMHT : D = Distancing

M = Mask wearing

H = Hand washing

T = Temperature screening

ATK negative : health passport (vaccination) → HERD immunity

ATK positive : home isolation (self care)

COVID-19 สายพันธุ์ Omicron

- อาการไข้ เจ็บคอ ไอแห้งๆ
- ระยะแพร่เชื้อ 2-3 วัน ก่อนมีอาการ และ 3-5 วัน หลังมีอาการ

- บางรายมีอาการปอดอักเสบ แต่ไม่มากนัก
- การรักษา ให้อา Favipiravir หลังมีอาการภายใน 3 วัน ผู้ป่วยอาการดีขึ้นและหายเป็นปกติ

การเตรียมความพร้อมเตียงรองรับผู้ป่วย

เตียงระดับ 0 : Home isolation & Community isolation

เตียงระดับ 1 : ไม่ใช้ออกซิเจน

เตียงระดับ 2 มี 2.1 ใช้ออกซิเจน low flow

2.2 ใช้ออกซิเจน high flow

การเตรียมความพร้อมรองรับผู้ป่วย COVID-19

- HI คุณภาพ สำหรับผู้ติดเชื้อที่สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้ โดยต้องติดต่อกับผู้ป่วยให้เร็วที่สุด ภายใน 6 ชั่วโมง หลังทราบผลการติดเชื้อ และเตรียมความพร้อมของอุปกรณ์ เวชภัณฑ์ Telemonitor
- CI ที่ภาครัฐจัดไว้สำหรับดูแลรักษาผู้ป่วยในชุมชน
- ปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษา COVID-19 อย่างต่อเนื่อง
- จัดหายาด้านไวรัสใหม่ๆ เพิ่มเติมและให้การรักษาตามอาการ

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อโควิด19

1. ผู้ที่เสี่ยงติดเชื้อแยกตัวออกและไม่เข้าไปใกล้ชิดหรือสัมผัสผู้สูงอายุอย่างเด็ดขาด
2. ห้ามไม่ให้ผู้ที่มีไข้หรือมีอาการผิดปกติทางระบบทางเดินหายใจเข้าเยี่ยมผู้สูงอายุโดยเด็ดขาด
3. งด/ลดการมาเยี่ยมจากคนนอกบ้านให้น้อยที่สุด โดยแนะนำให้ใช้การเยี่ยมทางโทรศัพท์หรือสื่อสังคมออนไลน์ต่างๆแทน
4. ในขณะที่เข้าเยี่ยมผู้สูงอายุ ใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าทุกครั้ง โดยรักษาระยะห่างอย่างน้อย 2 เมตร

การดูแลผู้สูงอายุเมื่อต้องเก็บตัวอยู่กับบ้าน

เพื่อป้องกันผู้สูงอายุไม่ให้เกิดการถดถอยของร่างกาย สมอง และเกิดความเครียดโดยยึดหลัก 5อ. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ เอนกายพักผ่อน ออกห่างสังคมนอกบ้าน

คำแนะนำการปฏิบัติตัว กรณีผู้ติดเชื้อ COVID-19 กักตัวที่บ้าน

1. ไม่ให้ผู้อื่นมาเยี่ยม
2. อยู่ในห้องส่วนตัวตลอดเวลา
3. หากจำเป็นต้องเข้าใกล้ผู้อื่นต้องสวมหน้ากากอนามัย อยู่ห่างอย่างน้อย 1 เมตร
4. ไอจาม (กรณีสวมหน้ากากอนามัยไม่ต้องเอามือปิดปาก) หากไม่ได้สวมหน้ากากอนามัยให้ใช้ต้นแขนด้านในปิดปากและจมูก
5. ภูมิด้วยเจลแอลกอฮอล์ หรือล้างมือด้วยน้ำสบู่และน้ำเป็นประจํา
6. ให้นมบุตรได้ (กรณีมารดาให้นมบุตร)
7. ใช้ห้องน้ำแยกจากผู้อื่น

8. การทำความสะอาดห้องน้ำและโถสุขภัณฑ์ด้วยน้ำและ 5% ไฮโดรคลอไรด์
9. แยกสิ่งของส่วนตัวไม่ใช้ร่วมกับผู้อื่น
10. ไม่ร่วมรับประทานอาหารกับผู้อื่น
11. ซักเสื้อผ้า ผ้าขนหนู ผ้าปูเตียง ฯลฯ ด้วยน้ำ สบู่ ผงซักฟอก
12. ทิ้งหน้ากากอนามัย ขยะปนเปื้อนในถุงพลาสติกปิดปากถุงให้สนิทก่อนทิ้ง

เกณฑ์การส่งต่อผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล

1. เมื่อมีอาการไข้สูงกว่า 39 องศาเซลเซียส ระยะเวลาานานกว่า 24 ชั่วโมง
2. หายใจเร็วกว่า 25 ครั้งต่อนาที
3. Oxygen saturation < 94 %
4. โรคประจำตัวที่มีการเปลี่ยนแปลง
5. สำหรับในเด็กอาการหายใจลำบาก ซึมลง ตึมนมหรือทานอาหารลดลง

Dementia, Delirium and COVID-19 (During & Post Pandemic)

ผลกระทบของโรคโควิด-19 ต่อ Cognitive function ของผู้สูงอายุ

4 pathogenic mechanisms for the effects of COVID-19 on the CNS

1. Direct viral encephalitis
2. Systemic inflammation
 - 2.1 Central and peripheral nervous system
 - Anxiety, Depression, PTSD, OCD, Insomnia
 - 2.2 Endocrine system
 - Pancreas, Thyroid
 - 2.3 Immune system
 - Infection, Inflammation, Delirium
3. Peripheral organ dysfunction
4. Cerebrovascular changes

Mechanisms of COVID-19 Neurological complications

1. lung infection : severe inflammation, acute respiratory distress syndrome (ARDS), hypoxia, encephalitis, seizure
2. brain damage : encephalitis
3. severe systemic inflammation
 - hypercoagulability → stroke : 1. ischemic stroke 2. hemorrhagic stroke

ภาวะเพื่อสับสนและโรคโควิด-19 ในผู้สูงอายุ

เป็นอาการแสดงในช่วงแรกของโรคโควิด-19 โดยเฉพาะในวัยผู้ใหญ่ตอนปลายและผู้สูงอายุ และเป็นภาวะแทรกซ้อนขณะอยู่โรงพยาบาล

COVID-19 in older persons

ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่มีการเจ็บป่วย คือ ความอยากอาหารลดลง โดยจะมีความรุนแรงในผู้สูงอายุที่มีภาวะ delirium หรือ dementia

ภาวะ LONG COVID

อาการและอาการแสดงของโรคโควิด-19 คล้ายคลึงกับการติดเชื้อไวรัสทางเดินหายใจอื่น ๆ เช่น ไข้ ไอ น้ำมูก เจ็บคอ ปวดศีรษะ มึนศีรษะ หอบเหนื่อย หายใจเร็ว และอาจมีบางอาการที่มีความจำเพาะต่อเชื้อไวรัสตัวนี้ เช่น การไม่ได้กลิ่นหรือการไม่ได้รส อย่างไรก็ตามผู้ป่วยที่เคยติดเชื้อสามารถมีอาการที่เกิดขึ้นภายหลังจากการรักษาหายจากโรคแล้วได้ด้วย ซึ่งกลุ่มอาการเหล่านั้นเรียกว่า ภาวะโพสต์โควิด (Post – COVID 19 Condition) หรือ ลอนโควิด (Long COVID)

กลุ่มอาการหรือภาวะโพสต์โควิด (Post – COVID 19 Condition) หรือ ลอนโควิด (Long COVID) นั้นมีชื่อเรียกต่าง ๆ กันไป เช่น COVID Long Hauler, Post – acute COVID syndrome, ภาวะหลังการติดเชื้อโควิด เป็นต้น อุบัติการณ์ของกลุ่มอาการนี้แตกต่างกันไปตามการศึกษาและงานวิจัยของแต่ละประเทศ ซึ่งขึ้นกับอุบัติการณ์ของการติดเชื้อ COVID-19 ทำให้มีรายงานอุบัติการณ์ของภาวะนี้ตั้งแต่ 32% จนถึง 96% ที่ 90 วันหลังการติดเชื้อ โดยข้อมูลล่าสุดของการทบทวนหลักฐานจากข้อมูลทางสถิติ (Meta – Analysis) ที่มีผู้ป่วย COVID-19 ประมาณ 10,000 คน พบว่า หลังจากติดเชื้อ 60 วัน มีผู้ป่วยถึง 73% ที่ยังคงมีอาการแม้ว่าจะรักษาโรคจนหายแล้ว (โดยการตรวจไม่พบสารพันธุกรรมไวรัส)

ภาวะ Long COVID ถูกแบ่งเป็นทั้งหมด 3 ประเภท ซึ่งแบ่งแยกตามลักษณะอาการดังนี้

1. ภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการใหม่ หรืออาการเดิมไม่หายไป (New or ongoing symptoms)

คือการที่ผู้ป่วยโรคโควิด-19 นั้นมีอาการยาวนานต่อเนื่องไปเป็นระยะเวลาหลายเดือนหลังจากติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นครั้งแรก มักพบในคนไข้อาการรุนแรงตั้งแต่ต้น และทวิคูณความรุนแรงมากยิ่งขึ้นเมื่อออกกำลังกายหรือใช้สมาธิจดจ่อมาก ๆ โดยมีอาการ เช่น

- เป็นไข้ ปวดหัว วิงเวียนศีรษะคล้ายจะเป็นลม
- หายใจเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม ไอ แน่นหน้าอก อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย
- ปวดท้อง ท้องเสีย รับประทานอาหารไม่ลง
- ปวดหู หรือมีเสียงในหู
- ใจสั่น ขาดสมาธิ หรือคิดอะไรไม่ออก หัวตื้อ นอนไม่หลับ อารมณ์แปรปรวน
- มีอาการชา ปวดกล้ามเนื้อและข้อ
- ไม่ได้กลิ่นหรือรับรสได้ไม่ดี
- ผื่นตามตัว
- รอบประจำเดือนมาผิดปกติ

2. ภาวะที่ผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความผิดปกติในหลายอวัยวะ (multiorgan effects) คือการที่ผู้ป่วยนั้นมีการผิดปกติเกี่ยวเนื่องกับอวัยวะหลายส่วนในร่างกาย โดยมีสาเหตุจากปฏิกิริยาทางสรีรวิทยาที่รุนแรงอย่าง cytokine storm ที่ร่างกายของผู้ป่วยโควิด-19 ไม่สามารถควบคุมการหลั่งสารในระบบภูมิคุ้มกันกลุ่ม cytokine ได้ส่งผลให้เนื้อเยื่อของอวัยวะหลายส่วนถูกทำลายโดยระบบภูมิคุ้มกันของตัวเอง มักพบมากที่บริเวณเนื้อเยื่อหัวใจ ปอด ไต สมอ และผิวหนัง และในเด็กอาจจะพบการเกิดโรค Multisystem Inflammatory Syndrome in Children Associated with COVID-19 (MIS-C) ที่มีอาการโรคคาวาซากิ (Kawasaki Disease) คือเกิดการอักเสบในหลายอวัยวะ มีไข้สูง ผื่นขึ้น ตาแดง ต่อม้ำเหลืองโต อาจเกิดขึ้นได้ในขณะที่ติดเชื้อโควิด-19 อยู่หรือหลังหายทันที โดยโรคนี้อาจมีผลกระทบต่อหลายอวัยวะ (multiorgan effects) ในระยะยาวได้

3. ผลกระทบระยะยาวจากการนอนโรงพยาบาลและจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มักเกิดในกลุ่มผู้ป่วยโควิด-19 ที่มีการนอนโรงพยาบาล โดยเฉพาะห้อง ICU ที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจ อาจทำให้แขนขาไม่ค่อยมีแรงและยังคงรู้สึกเหนื่อยล้าอยู่แม้จะไม่มีเชื้อโควิดอยู่แล้ว ในบางกรณีอาจมีผลต่อเรื่องการคิดและคำพูด นำไปสู่ภาวะที่มีอาการผิดปกติทางจิตใจหลังจากประสบเหตุการณ์รุนแรง (post-traumatic stress disorder; PTSD) เช่น การได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจ หรือถูกบีบหัวใจในการช่วยชีวิต ส่งผลให้เกิดความเครียดฉับพลันและอาจสะสมมาอย่างต่อเนื่อง

LONG COVID กับโรคทางระบบประสาทและสมอง

จากข้อมูลปัจจุบันพบว่า การมีโรคประจำตัวทางสมอง เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคลมชัก โรคสมองเสื่อม หรือโรคพาร์กินสัน ไม่ถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโพสต์โควิด (Post – COVID 19 Condition) หรือ ลองโควิด (Long COVID) แต่ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวดังกล่าว หากมีการติดเชื้อโควิด-19 มีความเสี่ยงที่จะกระตุ้นให้โรคกำเริบและทำให้อาการของตัวโรคแย่ลงเร็วกว่าคนที่ไม่มีอาการติดเชื้อ ยิ่งไปกว่านั้น มีข้อมูลพบว่าการติดเชื้อโควิด-19 จะทำให้มีโอกาสเป็นโรคแทรกซ้อนทางสมอง หรือทำให้มีอาการโรคเดิมแย่ลงได้มากกว่าการติดเชื้อทางเดินหายใจชนิดอื่น โดยพบว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อโควิด-19 นั้นมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง (สมองขาดเลือดและเลือดออกในสมอง) โรคสมองเสื่อม และโรคทางจิตเวช (เช่น ซึมเศร้า วิทกกังวล) มากกว่าคนที่ติดเชื้อไวรัสไข้หวัดใหญ่หรือเชื้อไวรัสทางเดินหายใจชนิดอื่นอย่างมีนัยสำคัญ และยังพบว่าคนไข้จะมีความเสี่ยงต่อโรคดังกล่าวมากขึ้น หากมีประวัติการติดเชื้อโควิด-19 ที่ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล หรือได้รับการรักษาในหอผู้ป่วยวิกฤติ (Intensive Care Unit, ICU) หรือมีภาวะสับสน (Delirium) ขณะรักษาในโรงพยาบาล

ผู้สูงอายุกับวัคซีนป้องกัน COVID-19

เมื่ออายุมากขึ้นร่างกายย่อมมีการเสื่อมถอยไปตามธรรมชาติ และถ้าหากมีโรคประจำตัวหรือภาวะผิดปกติในร่างกายยิ่งต้องดูแลเป็นพิเศษ และในสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19 ในขณะนี้ที่เราได้เห็นการรณรงค์ให้ไปรับการฉีดวัคซีนป้องกัน COVID-19 บางคนยังลังเลและรีรอ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุ ที่มีความกังวลใจ ไม่แน่ใจว่าจะไปรับวัคซีนหรือไม่ ทั้งๆ ที่ในความจริงผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดอาการรุนแรงและเสียชีวิตจากโรคโควิด-19 โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะเปราะบาง ซึ่งมักเกิดจากการเสื่อมถอยของร่างกาย

ตามอายุและการมีโรคประจำตัวหลายอย่าง โดยพบว่า อาจมีโอกาการเสียชีวิตได้ถึง 1 ใน 3 ของผู้สูงอายุกลุ่มนี้ ดังนั้นผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงซึ่งจำเป็นต้องได้รับการฉีดวัคซีนป้องกัน COVID-19 เป็นอย่างยิ่ง โดยคำแนะนำของสมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย เดือน พ.ค.64 ได้แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง มีโรคประจำตัวเรื้อรังที่อาการคงที่ เช่น โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคหัวใจและหลอดเลือด อัมพฤกษ์ อัมพาต สมองเสื่อม โรคไตเรื้อรัง โรคตับ โรคหอบหืด ถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็ง หากอาการคงที่ ผู้ที่เคยแพ้ยา อาหาร หรือผู้ที่รับประทานยาต้านเกล็ดเลือด เช่น aspirin, clopidogrel ยาต้านการแข็งตัวของเลือดที่ไม่ใช่วาร์ฟาริน หรือหากรับประทานวาร์ฟาริน ที่ระดับการแข็งตัวของเลือด (INR) ต่ำกว่า 3 มาตลอด หรือหากเพิ่งตรวจ INR ภายใน 1 สัปดาห์ก่อนฉีดยา ได้ค่าต่ำกว่า 4 สามารถเข้ารับการฉีดวัคซีนได้ มีข้อมูลการศึกษาวิจัย พบว่า การฉีดวัคซีนป้องกัน COVID-19 สามารถป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 และลดความรุนแรงของการเกิดโรคได้มาก อีกทั้งโอกาสที่จะเกิดผลข้างเคียงที่รุนแรงมีน้อยมาก ซึ่งไม่แตกต่างจากกลุ่มประชากรวัยอื่น และไม่ต่างจากธรรมชาติของการเจ็บป่วยด้วยโรคประจำตัวของผู้ป่วยเอง แต่อาจเกิดผลข้างเคียงเล็กน้อย เช่น ปวดบริเวณที่ฉีดวัคซีน ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย ไข้ต่ำๆ เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้มักจะหายไปเองภายใน 1-2 วัน และโอกาสเกิดผลข้างเคียงเล็กน้อยเหล่านี้มีโอกาสน้อยกว่าวัยหนุ่มสาว

2. ผู้สูงอายุที่เพิ่งมีอาการเจ็บป่วยที่อาการยังควบคุมอาการไม่ได้ มีอาการไม่คงที่ หรือได้ยากดภูมิคุ้มกันที่อาการของโรคยังไม่สงบ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนกับการฉีดวัคซีนป้องกัน COVID-19

3. ผู้สูงอายุระยะท้ายของชีวิตที่คาดว่าจะเสียชีวิตภายในระยะเวลาไม่กี่เดือน การพิจารณาการฉีดวัคซีนจะเป็นรายกรณีไป เนื่องจากวัคซีนต้องฉีด 2 ครั้งในระยะเวลาห่างกัน 10-12 สัปดาห์ (ห่างกันอย่างน้อย 4 สัปดาห์) และยังไม่มียาในผู้ป่วยกลุ่มนี้มากนัก

สำหรับผู้ฉีดวัคซีนป้องกันการติดเชื้อของโรคอื่นๆ เช่น ไข้หวัดใหญ่ อาจเว้นระยะการฉีดให้ห่างจากวัคซีนป้องกันโควิด-19 อย่างน้อย 1 สัปดาห์ แต่หากเป็นวัคซีนที่จำเป็นต้องฉีดตามที่แพทย์แนะนำ เช่น วัคซีนโรคพิษสุนัขบ้า วัคซีนบาดทะยัก ไม่จำเป็นต้องเว้นระยะเวลากับการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 แต่ให้ฉีดคนละตำแหน่งกัน

วัคซีนสามารถฉีดได้ในผู้ที่อายุเท่าใด เพราะอะไร

หากไม่นับตัวอย่างที่เห็นการฉีดในคนที่อายุเกิน 100 ปี เป็นกรณีๆ ไปแล้ว รายงานการฉีดในผู้สูงอายุในอเมริกา ช่วง 4 เดือน (14 ธ.ค.63-10 เม.ย.64) มีผู้สูงอายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป ได้รับการฉีดวัคซีนโควิดอย่างน้อย 1 เข็ม ประมาณ 17.7 ล้านคน และในอังกฤษ มีการศึกษาถึงการฉีดวัคซีนในกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า 90 ปี (ถึงแม้ร้อยละของผู้สูงอายุที่เกิน 90 ปี ในการวิจัยอาจน้อยกว่ากลุ่มผู้ใหญ่และผู้สูงอายุวัยต้นที่อายุน้อยกว่า 70 ปี) นอกจากนั้นข้อมูลในประเทศที่มีการรายงานโดยแบ่งกลุ่มผู้ที่มีอายุมากๆ เช่น 80 ปีขึ้นไป มีอยู่ในบางประเทศ ก็พบว่าได้ผล ลดโอกาสการติดเชื้อโควิด-19 ลดการแพร่เชื้อหากเกิดการติดเชื้อ (ข้อมูลยังมีรายงานเฉพาะ

ในวัคซีนบางชนิด) ส่วนข้อมูลที่มีในทุกชนิดของวัคซีนคือ ลดการมีอาการรุนแรงจากการติดเชื้อ ลดโอกาสการเสียชีวิต

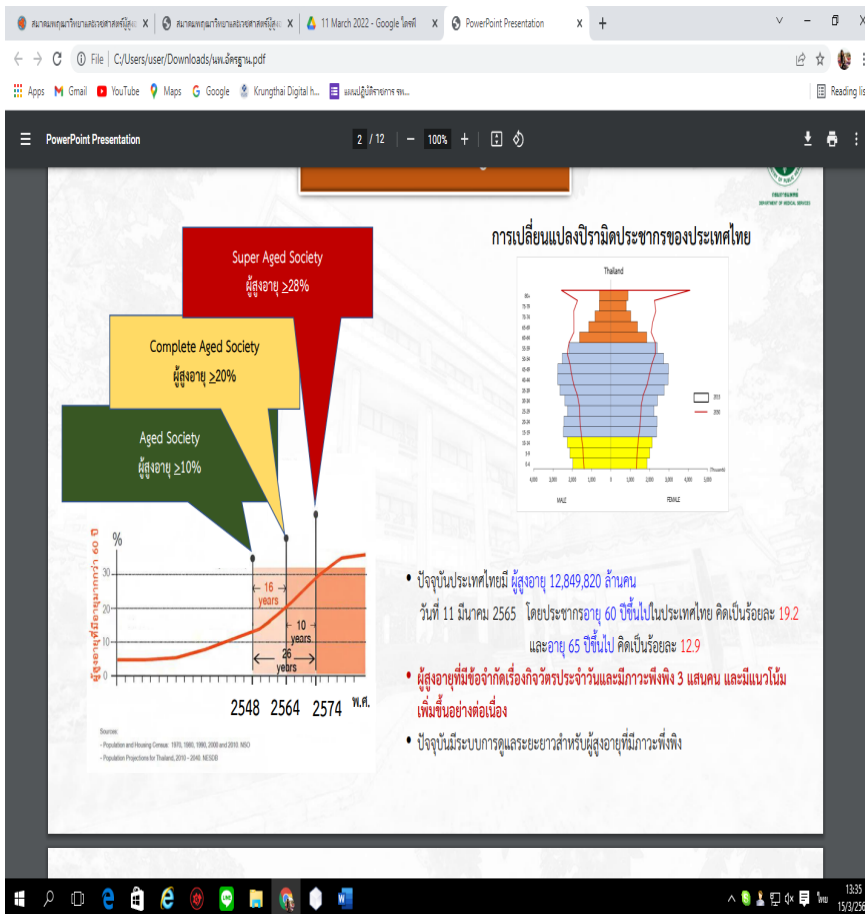
เมื่อผู้สูงอายุได้รับวัคซีนป้องกัน COVID-19 เข็มแรกแล้ว ควรปฏิบัติตัวอย่างไร

ถึงแม้การฉีดวัคซีน จะลดโอกาสการติดโควิด-19 และลดอาการที่รุนแรง และการเสียชีวิต แต่ก็ยังมีโอกาสติดเชื้อนี้ได้ โดยเฉพาะในสัปดาห์แรกๆ ของการฉีดวัคซีนที่ภูมิคุ้มกันยังค่อยๆ เพิ่มขึ้น ผู้ที่ได้รับการฉีดวัคซีน จึงยังควรป้องกันการติดโควิด-19 ด้วยวิธีมาตรฐานอื่นๆ ด้วย คือ การสวมใส่หน้ากากอนามัย การรักษาระยะห่างและการล้างมือบ่อยๆ

เมื่อได้รับเข็มที่ 2 แล้ว จะสามารถป้องกัน COVID-19 ได้ในระดับไหน อย่างไร

ผลของวัคซีนในการป้องกันโควิด-19 อาจมีความแตกต่างกันบ้างตามชนิดของวัคซีน แหล่งประชากร ช่วงเวลาที่ศึกษาและการป้องกันการติดเชื้อด้วยวิธีอื่น จึงอาจเปรียบเทียบประสิทธิภาพระหว่างชนิดของวัคซีนได้ยาก โดยเฉพาะข้อมูลจำเพาะในผู้สูงอายุ โดยปกติหลังฉีดครบ 2 เข็มจะป้องกันการติดเชื้อได้ร้อยละ 60-90 และป้องกันการเกิดอาการจากการติดเชื้อได้ร้อยละ 65-90 ป้องกันการต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาลได้ร้อยละ 83-95 และป้องกันการเสียชีวิตจากการติดเชื้อได้ร้อยละ 83-99

การเปลี่ยนแปลงประชากรของประเทศไทย



- ปัจจุบันประเทศไทยมี ผู้สูงอายุ 12,849,820 ล้านคน
- วันที่ 11 มีนาคม 2565 โดยประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปในประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 19.2 และอายุ 65 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 12.9
- ผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดเรื่องกิจวัตรประจำวันและมีภาวะพึ่งพิง 3 แสนคน และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง
- ปัจจุบันมีระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางประชากร(Demographic Change) กำลังเป็นปรากฏการณ์ข้อเท็จจริงที่ไม่เพียงแต่จะอยู่ในกระแสความสนใจของนักประชากรศาสตร์ในภูมิภาคต่างๆ ของโลก หากแต่กำลังเป็นข้อเท็จจริงที่ผู้บริหารนโยบายผู้นำระดับชาติและระดับโลกในภูมิภาคต่างๆ รวมไปถึงจนถึงนักธุรกิจและนักลงทุน โดยเฉพาะในภาคธุรกิจมหภาค ต่างกำลังให้ความสนใจและจับตามอง โดยได้มีการศึกษาวิเคราะห์ ทิศทางแนวโน้ม เพื่อคาดการณ์สถานการณ์ด้านประชากร เพื่อจะนำไปสู่การวางแผน กำหนดแนวทางในการรับมือกับโอกาสของความเปลี่ยนแปลงสำคัญของโครงสร้างทางประชากรดังกล่าว ขณะเดียวกันก็ไม่ละเลยที่จะพยายามวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ข้อเท็จจริงดังกล่าว เพื่อนำไปสู่การพิจารณาแนวทางเพื่อที่จะช่วยลดผลกระทบ รวมทั้งการกำหนดยุทธศาสตร์และวิธีปฏิบัติรับมือกับการเปลี่ยนแปลงโครงสร้าง ของประชากร ที่เป็นเงื่อนไขสำคัญในทศวรรษของการการพัฒนา ประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ (Ageing Society) มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา โดย 1 ใน 10 ของประชากรไทยเป็นประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป และ คาดว่าประเทศไทยจะเป็น “สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์” (Complete Aged Society) ในปี พ.ศ. 2564 คือประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นถึง 1 ใน 5 และเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” (Super Aged Society) ภายในอีก 20 ปีต่อจากนี้ไปคือใน พ.ศ. 2578 โดยประมาณการว่าจะมี ประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ของจำนวนประชากรทั้งหมด

การเตรียมการเพื่อรองรับสังคมสูงวัย ที่คนไทยกำลังมีอายุยืนยาวขึ้นเรื่อย ๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องวางมาตรการเพื่อรองรับสังคมสูงวัยคนไทยอายุยืนทั้งระบบในทุกมิติ ได้แก่ เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม สุขภาพ และสังคม โดยใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมสนับสนุนการขับเคลื่อนงานทุกมิติ เริ่มตั้งแต่การเตรียมความพร้อมให้ประชากรไทยมีความพร้อมก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุอย่างมีคุณภาพ ควบคู่ไปกับการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุคงความเป็นพลเมือง (Active Ageing) ยาวนานที่สุด สามารถใช้ชีวิตยามสูงวัยอย่างมีคุณภาพในทุกมิติ ร่วมเป็นพลังขับเคลื่อนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศให้เจริญก้าวหน้ายิ่งขึ้นไป กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ โดยคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ จึงมีความเห็นว่า ประเทศไทยมีความจำเป็นต้องมีมาตรการรองรับสังคมสูงวัยคนไทยอายุยืน ๔ มิติ ได้แก่ เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม สุขภาพ และสังคม โดยใช้เทคโนโลยีและนวัตกรรมสนับสนุนการขับเคลื่อนงานทุกมิติ ดังนี้

1. มิติเศรษฐกิจ

1.1 การบูรณาการระบบบำนาญและระบบการออมเพื่อยามสูงวัยและการปฏิรูประบบการเงินการคลังที่เหมาะสมเพื่อรองรับสังคมสูงวัย

1.2 การส่งเสริมและสนับสนุนประชากรวัยทำงานกลุ่มที่ไม่ใช่ลูกจ้างในการเตรียมความพร้อม เพื่อการเข้าสู่การใช้ชีวิตยามสูงวัย

1.3 การส่งเสริมและสนับสนุนประชากรวัยทำงานกลุ่มลูกจ้างในการเตรียมความพร้อมเพื่อการเข้าสู่การใช้ชีวิตยามสูงวัย

1.4 การกำหนดให้มีมาตรการบังคับการออม โดยสะสมจากการใช้จ่ายของบุคคลเก็บรวมไปกับภาษีมูลค่าเพิ่ม แต่กันเงินส่วนนี้เพื่อเป็นการออมของแต่ละบุคคล และจะทยอยคืนให้เจ้าของเงินพร้อมดอกผล และเงินสมทบของรัฐ เป็นเงินบำนาญรายเดือนเมื่อเป็นผู้สูงอายุ

2. มิติสภาพแวดล้อม การปรับปรุงกฎหมายให้มีผลใช้บังคับให้สอดคล้อง ครอบคลุม และมีประสิทธิภาพมากขึ้น จำนวน 3 ฉบับ ดังนี้

2.1 กฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา พ.ศ. ๒๕๔๘

2.๒ กฎกระทรวงกำหนดลักษณะ หรือการจัดให้มีอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก หรือบริการ ในอาคาร สถานที่ หรือบริการสาธารณะอื่น เพื่อให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ พ.ศ. ๒๕๕๕

2.3 กฎกระทรวง กำหนดลักษณะ หรือการจัดให้มีอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวก หรือบริการ ในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ และบริการขนส่ง เพื่อให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ พ.ศ. ๒๕๕๖

3. มิติสุขภาพ

3.๑ การขยายกองทุนระบบการดูแลระยะยาวให้ครอบคลุมความจำเป็นพื้นฐานทุกด้านสำหรับ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3.๒ การกระจายอำนาจให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการบูรณาการ และขับเคลื่อนงานพัฒนาคุณภาพชีวิตประชาชนในทุกมิติ

3.๓ บูรณาการศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล เพื่อทำหน้าที่เป็นหน่วยปฏิบัติการ (Operation Unit) ในการบูรณาการกิจกรรมและทรัพยากร

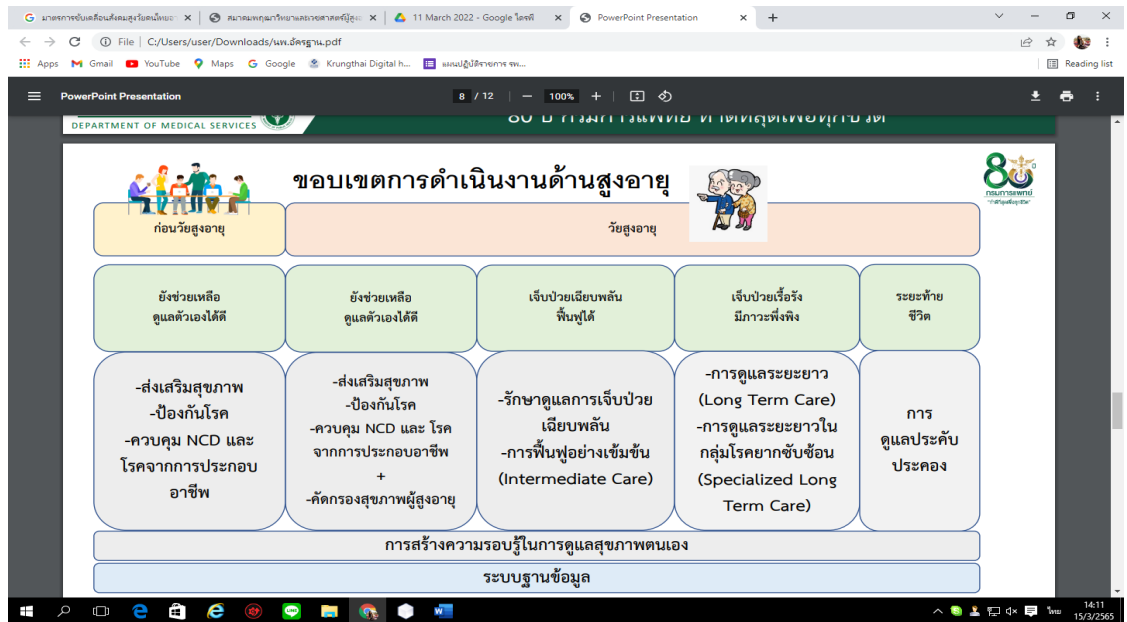
3.๔ การยกระดับผู้ดูแลมืออาชีพ Formal (Paid) Care Giver ให้เป็นวิชาชีพ

๓.๕ การจัดให้มีศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ ทุกอำเภอควบคู่กับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยส่งเสริมให้โรงพยาบาลชุมชน (ประจำอำเภอ) มีศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพทุกอำเภอ ควบคู่กับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate Care) โดยเริ่มปีละอย่างน้อย ร้อยละ ๑๐ และครบทุกอำเภอ ภายใน ๕ ปี(พ.ศ. ๒๕๖๗)

4. มิติสังคม

4.๑ เพิ่มบทบาทองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาระบบรองรับสังคมสูงวัยคนไทยอายุยืน ได้ อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับบริบทของแต่ละท้องถิ่น

4.๒ การสร้างการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ “บวร” (บ้าน วัด วิสาหกิจเพื่อสังคม โรงเรียน โรงพยาบาล) ในการรองรับสังคมสูงวัยในชุมชน



การจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

เกณฑ์การประเมิน

สถานบริการ สุขภาพ	คะแนน				
	เต็ม	ผ่าน	ดี	ดีมาก	ดีเด่น
โรงพยาบาล	52	20	36	44	52

แบบประเมินคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

รายการประเมิน	คะแนน			
	0	1	2	3
อาคาร สถานที่ สิ่งแวดล้อม				
1. มีคลินิกผู้สูงอายุ	ไม่มี	มี		
2. มีสถานที่ชัดเจนเป็นส่วนในรูปแบบการให้บริการผู้ป่วยนอก	ไม่มี	มี		

3. สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่	ไม่มี	มี		
2.1 มีป้ายบ่งชี้คลินิกผู้สูงอายุ/ หน่วยบริการอย่างชัดเจน	ไม่มี	มี		
2.2 มีประตูและพื้นที่ห้องตรวจกว้าง เพียงพอที่จะให้ผู้ที่นั่งรถเข็นเข้ารับบริการได้	ไม่มี	มี		
	คะแนน			
รายการประเมิน	0	1	2	3
2.3 มีราวจับทางเดินอำนวยความสะดวก สะดวกแก่ผู้สูงอายุ	ไม่มี	มี	มีตามมาตรฐาน	มีสูงกว่ามาตรฐาน
2.4 มีทางลาดที่ได้มาตรฐาน	ไม่มี	มี	มีตามมาตรฐาน	มีสูงกว่ามาตรฐาน
2.5 มีห้องน้ำผู้สูงอายุ/ ผู้พิการ	ไม่มี	มี	มีตามมาตรฐาน	มีมากกว่าบริเวณ ใกล้เคียง คลินิก
บุคลากร				
4. มีพยาบาลปฏิบัติงานประจำที่คลินิกผู้ สูงอายุ	ไม่มี	มี	มีและผ่านการ อบรมระยะสั้น	มีและผ่านการอบรม เฉพาะทาง, ป.โท
5. มีแพทย์ปฏิบัติงานที่คลินิกผู้สูงอายุ	ไม่มี	มี	มีแพทย์ที่ผ่าน การอบรมระยะ สั้น	มีอายุรแพทย์ผู้ สูงอายุ
6. มีบุคลากรสหสาขาวิชาชีพร่วมเป็นทีม ปฏิบัติงานคลินิกผู้สูงอายุวิชาชีพ (แพทย์ นัก กายภาพบำบัด เภสัชกร นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ นักวิชาการ สาธารณสุข ฯลฯ)	ไม่มี	มี 2 สาขา	มี > 2 สาขา	มีการประชุมเพื่อแก้ ปัญหาผู้ป่วยอย่าง น้อยเดือนละ 1 ครั้ง

7. บุคลากรที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุได้ รับการฝึกอบรมเพื่อเพิ่มศักยภาพด้าน เวชศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (อย่างน้อย ปีละ 1 ครั้ง)	ไม่ได้ รับ	ได้รับปีละ 1 ครั้ง	ได้รับมากกว่า ปีละ 1 ครั้ง	ได้รับอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง ตั้งแต่ 2 คน ขึ้นไป
การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ				
8. ความถี่ของการเปิดให้บริการคลินิกผู้ สูงอายุ	ไม่เปิด	เดือนละ 1 ครั้ง	สัปดาห์ละ 1 ครั้ง	มากกว่าสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
9. มีการรวบรวมจำนวนผู้ป่วยสูงอายุของโรง พยาบาลที่มี Geriatric Syndromes ทุก 3 เดือน ดังนี้ Dementia Osteoarthritis of knee Incontinence, Fall, Depression	ไม่มี	ประเมิน 1 GS	ประเมิน > 1 GS และ/หรือ นำผลการ ประเมินเสนอ ต่อผู้อำนวยการ รายไตรมาส	ประเมินและร่วม แก้ไขปัญหาโดย สหสาขาวิชาชีพ
	คะแนน			
รายการประเมิน	0	1	2	3
10. คลินิกผู้สูงอายุมีการประเมิน/ คัดกรอง Geriatric Assessment ดังนี้ ADL , IADL	ไม่มี	ประเมิน ADLหรือ IADL	ประเมิน ADL และ IADL	นำผลการประเมิน เสนอต่อผู้อำนวยการ การ รายไตรมาส
11. การรับส่งต่อภายในโรงพยาบาล	ไม่มี	มีการส่ง ต่อไปยัง บริการ เฉพาะ ทาง	บุคลากรแผนก อื่นขอรับคำ ปรึกษา ปรึกษา	แพทย์แผนกอื่น ขอรับคำปรึกษา
12. การดูแลต่อเนื่อง	ไม่มี	มีการดูแล ต่อเนื่องที่ บ้านและ	ร่วมกับทีม HHC ดูแลผู้	ดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่ word กรณี admit

		ประสาน ทีม HHC	ป่วยต่อเนืองที่ บ้าน	
13. มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับ บริการ	ไม่มี	ประเมิน	นำผลการ ประเมินเสนอ ต่อผู้อำนวยการ	นำผลการประเมิน มาปรับปรุง/พัฒนา งาน
14. มีนวัตกรรมในการจัดการปัญหาสุขภาพผู้ สูงอายุ	ไม่มี	มี	มีสิ่งประดิษฐ์ ใหม่ๆทุกปี	มีสิ่งประดิษฐ์ใหม่ๆ ทุกปีและได้รับ รางวัล
15. มีการจัดการองค์ความรู้ (KM)	ไม่มี	มีภายใน คลินิกผู้ สูงอายุ	มีภายในโรง พยาบาล	มีและนำเสนอใน การประชุมวิชาการ หรือตีพิมพ์
16. มีการวางแผนการดูแลกลุ่มอาการผู้ สูงอายุในอนาคต	ไม่มี	มี SWOT	มีแผน ยุทธศาสตร์ตาม SWOT	มีการดำเนินงาน ตามแผนยุทธศาสตร์

กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes)

ผู้ป่วยสูงอายุมีลักษณะทางเวชกรรมและต้องการการดูแลที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่าคล้ายกับการดูแลผู้ป่วยวัยทารกและวัยเด็กที่แตกต่างจากผู้ใหญ่ทั่วไป ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยสูงอายุไม่ว่าจะเป็นเฉพาะทางสาขาใด ถ้าได้มีความรู้ที่เป็นหลักพื้นฐานทางเวชกรรมในเวชศาสตร์ผู้สูงอายุแล้ว มาประยุกต์ใช้กับความรูที่เป็นเฉพาะทางของแต่ละคน ย่อมทำให้เกิดผลดีอย่างยิ่งต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ หลักพื้นฐานทางเวชกรรมที่สำคัญในเวชศาสตร์ผู้สูงอายุที่ควรทราบมี 3 ประการ ดังนี้

1. การเข้าใจลักษณะผู้ป่วยสูงอายุที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า ดังคำช่วยจำที่ว่า

R-A-M-P-S

R – reduced body reserve ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายภาพและสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีลักษณะทางเวชกรรมแตกต่างจากผู้ป่วยวัยอื่น

A – atypical presentation ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุอาจมีลักษณะทางเวชกรรมที่ไม่จำเพาะทั้งอาการและอาการแสดงใน 2 ลักษณะดังต่อไปนี้

- อาการและอาการแสดงที่เป็นลักษณะจำเพาะของโรคที่พบในผู้ป่วยทั่วไปอาจไม่พบในผู้ป่วย
- อาการที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุแต่ไม่จำเพาะต่อระบบอวัยวะใดชัดเจน ที่เรียกรวมอาการสูงอายุ (Geriatric syndromes) อาการเหล่านี้อาจเกิดจากโรคต่างๆ ได้มากมายหลายระบบ ทำให้ยากต่อการวินิจฉัยแยกโรค อาการเหล่านี้อาจเรียกว่า “big I’s” ได้แก่
 - Instability ภาวะหกล้ม
 - Immobility การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว
 - Incontinence การกลั้นปัสสาวะไม่ได้
 - Intellectual impairment ความสามารถทางสติปัญญาบกพร่อง ถ้าเป็นในระยะเฉียบพลัน จะบ่งถึงภาวะซึ่มสับสนเฉียบพลัน (delirium) และถ้าเป็นเรื้อรังจะบ่งถึงภาวะสมองเสื่อม (dementia)
 - Iatrogenesis หมายถึง โรคที่เกิดจากการปฏิบัติทางการแพทย์ โดยเฉพาะการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug reaction)
 - Inanition หมายถึง ภาวะขาดสารอาหาร

M – multiple pathology นอกจากผู้สูงอายุจะมี พยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกันแล้ว พยาธิสภาพเหล่านั้นยังมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในเวลาอันรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันที่และมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิด ภาวะแทรกซ้อนทั้งจากพยาธิสภาพเองและจากการดูแลรักษาที่ไม่เหมาะสม

P – polypharmacy ผลจากการที่ผู้สูงอายุมี พยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกัน ทำให้ผู้สูงอายุมักได้รับยาหลายขนานในเวลาเดียวกันด้วย แม้ว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาในผู้สูงอายุจะเกิดจาก หลายสาเหตุ

S – social adversity ผลจากการเปลี่ยนแปลงทาง ด้านสังคมหลังจากที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องเกษียณอายุจากการ ทำงาน การแยกบ้านของลูกที่เติบโตขึ้น เนื่องจากการย้ายบ้าน ไปใกล้ที่ทำงานหรือการออกเรือนไปตั้งครอบครัวของตนเอง หรือการจากไปของคู่ครองของผู้สูงอายุ ล้วนส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ

2. การประเมินผู้ป่วยสูงอายุแบบองค์รวม (Geriatric assessment)

2.1 การประเมินสุขภาพด้านร่างกาย (physical assessment)

นอกจากการซักประวัติต่างๆ ได้แก่ อาการสำคัญประวัติปัจจุบัน ประวัติอดีต ประวัติส่วนตัวแล้ว ประวัติยาเป็นสิ่งที่แพทย์ต้องได้ข้อมูลโดยละเอียด เพราะอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมาพบแพทย์ ในครั้งนี้ได้ นอกจากนั้น ข้อมูลด้านโภชนาการ (เช่น น้ำหนักตัว เครื่องมือ Mini-Nutritional Assessment: MNA) การประเมินท่าเดิน (เช่น get-up-and-go test) ประวัติหกล้มและอาการในกลุ่ม “big’s I” อื่นๆ การ

ตรวจความคมชัดของการมองเห็น (visual acuity) การได้ยิน แผลกดทับ ล้วนมีความสำคัญที่ต้องได้รับการประเมินเป็นระยะเสมอ

2.2 การประเมินสุขภาพด้านจิตใจ (mental assessment)

เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมักมีพยาธิสภาพในระบบจิตประสาทร่วมกับพยาธิสภาพทางกาย แพทย์จึงควรประเมินสภาวะทางจิต (mental status) โดยอาจใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐานต่างๆ เช่น Thai Mental State Examination (TMSE), Chula Mental test (CMT), Mini-Mental State Examination-Thai version (MMSE-Thai) เพื่อตรวจคัดกรองสภาวะทางจิตถ้ามีความผิดปกติค่อยพิจารณาส่งต่อผู้ป่วยไปยังโรงพยาบาลในระดับสูงขึ้น เพื่อให้ได้การวินิจฉัยแยกโรคที่จำเพาะต่อไป เช่น ภาวะซึมเศร้า (ใช้ Confusion Assessment Method: CAM) ภาวะซึมเศร้า (ใช้ Geriatric Depression Scale: GDS) หรือภาวะสมองเสื่อม (เช่น clock drawing test, Modified Short Blessed test, ADAS-cog) เป็นต้น

2.3 การประเมินด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (social assessment)

ประเด็นที่ต้องทำการประเมินคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เศรษฐฐานะ และสังคมสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ

2.4 การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (functional assessment)

3. การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุ (preventive geriatrics)