



สำนักงานพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์
 สำนักงานพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์
 54452
 วันที่ ๒๗ มิ.ย. ๒๕๖๕
 09.20
 ๒๗ มิ.ย. ๒๕๖๕
 ๒๗ มิ.ย. ๒๕๖๕
 ๒๗ มิ.ย. ๒๕๖๕

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลกลาง (งานศึกษาและฝึกอบรมฝ่ายวิชาการและแผนงาน โทร. ๐-๒๒๒๖-๘๐๐๐ ต่อ ๑๑๒๓๕)
 ที่ กท ๐๖๐๕/ ๑๑๐๙ วันที่ ๒๗ มิถุนายน ๒๕๖๕ สทพ

เรื่อง ขอส่งการรายงานตัวกลับเข้าปฏิบัติราชการและรายงานการฝึกอบรม ราย นางสาวอุไรพร อินทนิล
 เรียน ผู้อำนวยการสำนักงานการแพทย์

ตามที่กรุงเทพมหานครได้มีหนังสือที่ กท ๐๔๐๑/๑๒๕๗ ลงวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๓ และที่ กท ๐๔๐๑/๒๗๙ ลงวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๕ อนุมัติให้ นางสาวอุไรพร อินทนิล ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลกลาง เข้ารับการฝึกอบรมและเปลี่ยนแปลงกำหนดการฝึกอบรม หลักสูตรการพยาบาล เฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ ณ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย ใช้เวลาราชการ ดังนี้

- จากเดิม มีกำหนด ๑๑๐ วัน ตั้งแต่วันที่ ๓ พฤษภาคม ถึงวันที่ ๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๔
- เปลี่ยนแปลงเป็น มีกำหนด ๑๐๘ วัน
- ภาคทฤษฎี ตั้งแต่วันที่ ๓ พฤษภาคม ถึงวันที่ ๑๘ มิถุนายน ๒๕๖๔
- ภาคปฏิบัติ ตั้งแต่วันที่ ๔ เมษายน ถึงวันที่ ๓ มิถุนายน ๒๕๖๕ นั้น

ในการนี้ข้าราชการดังกล่าวได้เสร็จสิ้นการเข้ารับการฝึกอบรมในหลักสูตรดังกล่าวแล้ว และได้ รายงานตัวกลับเข้าปฏิบัติราชการ ตั้งแต่วันที่ ๔ มิถุนายน ๒๕๖๕ ดังนั้นโรงพยาบาลกลางจึงขอส่งแบบรายงาน ตัวกลับเข้าปฏิบัติราชการและรายงานการฝึกอบรมตามที่แนบมาพร้อมนี้ เพื่อดำเนินการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา

Handwritten signature

(นางคัชรินทร์ เจียมศรีพงษ์)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง

๒๗ มิ.ย. ๒๕๖๕

ส่งคืน (แก้ไข / เพิ่มเติมรายละเอียด)

- ๒๐๖๖๑๐ กท ๐๖๐๒/๒๑๑๕ ลง ๑๑๓๒๖
 ๑๑๓๒๖๑๑๖

- กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ
- กลุ่มงานพัฒนาการบริหาร

Handwritten signature

(นางรัตนา มูลนางเดี่ยว)

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
 กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ ส่วนบริหารบุคลากร
 จักษุวิทยาในต้อกระจกผู้สูงอายุ สภากาชาดไทย
 สำนักงานพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์ มิ.ย. ๒๕๖๕
 ๒๗ มิ.ย. ๒๕๖๕

Handwritten signature

แบบรายงานผลการฝึกอบรมฯ ในประเทศ หลักสูตรที่หน่วยงานภายนอกเป็นผู้จัด

ตามหนังสืออนุมัติที่ กท ๐๔๐๑/๑๒๕๗ ลงวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๖๓

และที่ กท.๐๔๐๑/๒๗๙ ลงวันที่ ๔ มีนาคม ๒๕๖๕

ซึ่งข้าพเจ้า ชื่อ นางสาวอุไรพร นามสกุล อินทนิล

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สังกัด / งาน / ฝ่าย / โรงเรียน ฝ่ายการพยาบาล

กอง โรงพยาบาลกลาง สำนัก / สำนักงานเขต สำนักการแพทย์

ได้รับอนุมัติให้ไป (ฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย) ในประเทศ

หลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

- ภาคทฤษฎี ตั้งแต่วันที่ ๓ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๑๘ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕

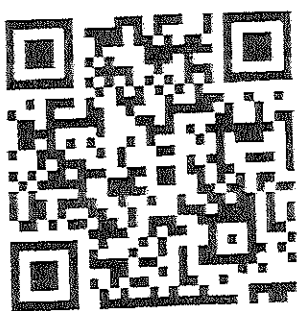
- ภาคปฏิบัติ ตั้งแต่วันที่ ๔ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๓ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕

จัดโดย สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย

ณ สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย เบิกค่าใช้จ่ายทั้งสิ้น ๕๕,๐๐๐ บาท

ขณะนี้ได้เสร็จสิ้นการอบรมฯ แล้ว จึงขอรายงานผลการอบรมฯ ในหัวข้อต่อไปนี้

๑. เนื้อหา ความรู้ ทักษะ ที่ได้เรียนรู้จากการอบรมฯ
๒. การนำมาใช้ประโยชน์ในงานของหน่วยงาน / ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา
๓. ความคิดเห็นต่อหลักสูตรการฝึกอบรม / ประชุม / ดูงาน / ปฏิบัติการวิจัย ดังกล่าว
เช่น เนื้อหา / ความคุ้มค่า / วิทยากร / การจัดทำหลักสูตร เป็นต้น
(กรุณาแนบเอกสารที่มีเนื้อหาครบถ้วนตามหัวข้อข้างต้น)



QR Code รายงานผลการฝึกอบรม
หลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทาง
สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ

ลงชื่อ อุไรพร อินทนิล ผู้รายงาน
(นางสาวอุไรพร อินทนิล)

รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ
(ระยะสั้นไม่เกิน ๙๐ วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ ๙๐ วันขึ้นไป)

ส่วนที่ ๑ ข้อมูลทั่วไป

๑.๑ ชื่อ - นามสกุล.....นางสาวอุไรพร อินทนิล.....

อายุ ๔๒ ปี การศึกษา.....พยาบาลศาสตรบัณฑิต.....

ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน.....การพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ.....

๑.๒ ตำแหน่ง.....พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ.....

หน้าที่ความรับผิดชอบ (โดยย่อ)ทำหน้าที่ประเมินคัดกรองผู้ป่วยผู้สูงอายุห้องตรวจอายุรกรรม.....

๑.๓ ชื่อเรื่อง / หลักสูตร.....การพยาบาลเฉพาะทาง.....

สาขา.....การพยาบาลผู้สูงอายุ.....

เพื่อ ศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

งบประมาณ เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร เงินบำรุงโรงพยาบาล

ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน.....๔๕,๐๐๐.....บาท

ระหว่าง ระยะที่ ๑ วันที่ ๓ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. ๒๕๖๔ ถึงวันที่ ๑๘ เดือน มิถุนายน พ.ศ.

๒๕๖๔ ระยะที่ ๒ วันที่ ๔ เดือน เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๕ ถึงวันที่ ๓ เดือน มิถุนายน พ.ศ. ๒๕๖๕

สถานที่.....สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย.....

คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ.....ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ.....

ส่วนที่ ๒ ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกรอบม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย

๒.๑ วัตถุประสงค์ อธิบายแนวคิดและหลักการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ ใช้เครื่องมือและ/หรือเทคโนโลยี ที่จำเป็นและเหมาะสมในการคัดกรองและประเมินลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุที่แตกต่างจากวัยอื่น ภาวะเสี่ยง กลุ่มอาการปัญหาที่พบบ่อยและ/หรือ การเปลี่ยนรูปแบบของอาการแสดงของโรคในผู้สูงอายุ การตรวจวินิจฉัย การแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวิเคราะห์และการประมวลผลข้อมูลเพื่อการตัดสินใจทางคลินิกและการบันทึกทางการแพทย์ได้

๒.๑.๑ อธิบายแนวคิดและหลักการการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบได้

๒.๑.๒ ประยุกต์ใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีที่จำเป็นและเหมาะสมในการคัดกรองและประเมินลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุที่แตกต่างจากวัยอื่น ภาวะเสี่ยง กลุ่มอาการและปัญหาที่พบบ่อย และ/หรือการเปลี่ยนรูปแบบของอาการแสดงของโรคในผู้สูงอายุได้

๒.๑.๓ ตรวจร่างกายผู้สูงอายุวินิจฉัยปัญหาสุขภาพและแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้

๒.๑.๔ วิเคราะห์และประมวลผลข้อมูลเพื่อการตัดสินใจทางคลินิกได้

๒.๑.๕ เลือกใช้บันทึกทางการแพทย์ที่เหมาะสมได้

๒.๒ นิยาม ผู้สูงอายุ หมายถึง คนที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ประเทศที่พัฒนาแล้วใช้เกณฑ์อายุ ๖๕ ปี การแบ่งผู้สูงอายุตามช่วงวัย

- ผู้สูงอายุวัยต้น (The young old) อายุ ๖๐-๖๙ ปี เป็นวัยช่วยเหลือตนเองได้ดี
- ผู้สูงอายุวัยกลาง (The middle age old) อายุ ๗๐-๗๙ ปี เป็นช่วง ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัว
- ผู้สูงอายุวัยปลาย (The old old) อายุ ๘๐ ปีขึ้นไป เป็นช่วงที่อวัยวะเสื่อมสภาพ เจ็บป่วยบ่อย

การแบ่งประเภทของผู้สูงอายุตามความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

- กลุ่มติดสังคม (Well elder) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดี มีกิจกรรมในสังคม สุขภาพดีหรือมีโรคเรื้อรังที่ควบคุมได้
- กลุ่มติดบ้าน (Home- bound elder) ช่วยเหลือตนเองได้หรือต้องการความช่วยเหลือบางส่วน มีปัญหาสุขภาพ หรือโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้
- กลุ่มติดเตียง (Bed- bound elder) ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีโรคเรื้อรังหลายโรคเปราะบาง

คำที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

๑) Ageing/aging หมายถึงการสูงอายุ การเปลี่ยนแปลงตามวัย การสูงวัยขึ้น

๒) Age ism หมายถึง การไม่ชอบผู้สูงอายุหรือการมีอคติต่อการมีอายุมาก

๓) Elderly หมายถึง การมีอายุ การสูงอายุมาก เป็นไปในทางลบ เช่น ไม่มีกำลังใจ

๔) Older หมายถึงผู้สูงอายุ เป็นคำสุภาพที่ใช้เรียกผู้สูงอายุ

๕) Active ageing หรือ พหุพลัง หมายถึงภาวะสุขสมบูรณ์ของผู้สูงอายุผู้สูงอายุยังมีกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ชุมชน หรือสังคม

๖) Productive Aging หมายถึง ผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีความสามารถด้านการผลิตสินค้าและบริการ ทั้งที่มีผลตอบแทนเป็นตัวเงินหรือรูปแบบอื่น หรือการให้ ผลตอบแทนเป็นมูลค่ากับ

สถานการณ์ผู้สูงอายุ การแบ่งระดับการเข้าสู่สังคมสูงอายุ(องค์การสหประชาชาติ)

- ระดับที่ ๑ ระดับการก้าวสู่สังคมสูงอายุ (Aging society) คือ มีประชากรอายุตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งประเทศ

- ระดับที่ ๒ ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) คือ มีประชากรอายุ ตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งประเทศ

- ระดับที่ ๓ ระดับสังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มที่ (Super aged society) คือ มีประชากรอายุตั้งแต่ ๖๕ ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งประเทศ

ประชากรผู้สูงอายุของโลก

ปี ๑๙๙๐ ผู้สูงอายุ ๙.๒%

ปี ๒๐๑๙ ผู้สูงอายุ ๑ ๓.๒% ประมาณ จำนวน ๑๐๐๐ ล้านคน

คาดการณ์ปี ๒๐๔๐ ผู้สูงอายุ ๑๘.๙%

ประชากรผู้สูงอายุเอเชีย

ปี ๒๐๑๙ มีผู้สูงอายุ ๕๘๖ ล้านคน คิดเป็น ๑๒.๗%

ประเทศที่มีผู้สูงอายุมากที่สุดคือ ญี่ปุ่น ๓๔.๐%

รองลงมา ได้แก่ ฮองกง ๒๕.๘% เกาหลีใต้ ๒๒.๑%

สำหรับประเทศไทย ๑ ๘.๕ % อยู่ลำดับ ๘

สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย

ปี ๒๕๐๓ มีผู้สูงอายุ ๑.๒๑ ล้านคน

ปี ๒๕๔๓ มีประมาณ ๕ คน

ปี ๒๕๕๓ มี ๗.๔๙ ล้านคน

ปี ๒๕๖๓ มี ๑๑,๖๒๗,๑๓๐ คิดเป็นร้อยละ ๑ ๗.๕๗ (ประชากร ๖๖.๑๘ ล้านคน)

ปี ๒๕๖๕ ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุโดยสมบูรณ์ ประชากรผู้สูงอายุร้อยละ ๒๐

ปี ๒๕๗๔ จะเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างเต็มที่

Individualized aging ความเป็นปัจเจกบุคคลของผู้สูงอายุลักษณะความเป็นผู้สูงอายุไม่มีรูปแบบที่ตายตัว แม้ว่าจะอายุเท่ากันแต่เป็นเรื่องเฉพาะตัวที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะ เป็น สุขภาพ ความแข็งแรง ต้นทุน/ทรัพยากรที่มี ความต้องการ ความคาดหวัง...เป็นนัยยะว่าผู้สูงอายุแต่ละคนต้องการ การประเมินเป็นรายบุคคลอย่างละเอียดและครอบคลุมทุกมิติ (Comprehensive assessment)

Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)

- การประเมินที่ช่วยค้นหาปัญหาที่ซับซ้อนหลายด้านของผู้สูงอายุ ทั้งด้านร่างกายจิตใจ สังคม และความสามารถในการทำหน้าที่(Functional ability)
- ค้นหาแหล่งประโยชน์ และความเข้มแข็ง (Strength) ของบุคคลเพื่อใช้บำบัดรักษาปัญหาของผู้สูงอายุ
- การประเมิน CGA ต้องทำโดยสหสาขาวิชาชีพ
- CGA เป็นเครื่องมือสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุของทุกสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ
- งานวิจัยพบว่า การประเมินอย่างสมบูรณ์แบบโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
 - เพิ่มผลลัพธ์การดูแล
 - ลดจำนวนวันที่อยู่โรงพยาบาล
 - เพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
 - ลดภาวะแทรกซ้อน

- Inappetite = ภาวะไม่เจริญอาหาร
- Insomnia = การนอนไม่หลับ
- Iatrogenesis = โรค/ภาวะที่เกิดจากการปฏิบัติทางการแพทย์
- Sarcopenia = ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย

กระบวนการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุ

- การซักประวัติ
- การสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพ
- การตรวจร่างกายในแต่ละระบบ
- การบันทึกผลการประเมินภาวะสุขภาพ

การประเมินภาวะสุขภาพ (Health assessment) หมายถึง กระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของบุคคลและครอบครัวอย่างเป็นระบบเพื่อนำไปสู่การบ่งชี้ของภาวะสุขภาพ และความต้องการของผู้ป่วย

การสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ

- ตั้งใจฟัง
- ความเห็นอกเห็นใจ เคารพ สุขภาพ และเข้าใจ
- นั่งตรงข้ามกับผู้ป่วยในระดับสายตา
- ประเมินการได้ยินของผู้สูงอายุ อย่าลืมฟังปलอมและแวนสายตา
- พูดให้ชัดเจน ระดับเสียงพอสมควรไม่ต้องใช้เสียงดัง ไม่พูดยึดเยื้อซับซ้อน และหลีกเลี่ยงการพูดแทรก
- ไม่ควรทำกิจกรรมหลายอย่างในเวลาเดียวกัน

๑. การประเมินสุขภาพกาย (physical assessment) ได้แก่ การซักประวัติและตรวจร่างกาย ในการซักประวัติประกอบด้วยอาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน ประวัติอดีต ประวัติส่วนตัวสำหรับประวัติยาเป็นสิ่งที่บุคลากรทางสุขภาพต้องได้ข้อมูลโดยละเอียด เพราะอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมาพบแพทย์ในครั้งนี้ได้นอกจากนั้นยังต้องทำการประเมินที่จำเพาะต่อบางโรคหรือบางพยาธิสภาพที่สำคัญและพบบ่อยในผู้สูงอายุด้วย เช่น ภาวะหกล้ม (การประเมินท่าเดิน get-up-and-go test ประวัติหกล้มในอดีต) ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ภาวะทุโภชนาการ (น้ำหนักตัว เครื่องมือ Mini-Nutritional Assessment : MNA สุขภาพในช่องปากและความสามารถในการบดเคี้ยวอาหาร เป็นต้น) ผลกดทับ และอาการในกลุ่ม "big's I" อื่นๆ การตรวจความคมชัดของการมองเห็น (visual acuity) การได้ยินล้วนมีความสำคัญที่ต้องได้รับการประเมินเป็นระยะด้วย

ประวัติปัจจุบัน

๑. หัวข้อการซักประวัติเหมือนในผู้ป่วยทั่วไป เช่น อาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน เป็นต้น แต่ถ้าผู้ป่วยมีสติปัญญาเสื่อมถอย เช่น ซึม สับสน ให้พยายามซักประวัติจากผู้ดูแลที่ใช้เวลาอยู่กับผู้ป่วยมากที่สุด เพราะจะเป็นประวัติที่เชื่อถือได้มากที่สุด อาจคิดถึงภาวะที่เรียกว่า "๕D" คือ deafness (หูตึง) dysphasia (มีโรคทางสมองที่ทำให้ความสามารถในการใช้ภาษาเสียไป) depression (ภาวะซึมเศร้า) delirium (ภาวะซึ่ม สับสนเฉียบพลัน) dementia (ภาวะสมองเสื่อม)

๒. ควรซักประวัติในที่ที่มีแสงสว่างเพียงพอ โดยไม่ฉายไฟเข้าตรงหน้าผู้ป่วยเพราะผู้ป่วยอาจมีต่อกระจก ทำให้แสบตาและน้ำตาไหลได้ ควรอยู่ในบริเวณที่เป็นส่วนตัวเพื่อลดสิ่งดึงดูดความสนใจของผู้ป่วยไปจากคำถาม และลดเสียงรบกวนเพราะผู้ป่วยอาจมีหูตึงร่วมด้วยทำให้ได้ยินเสียงพูดไม่ชัด ควรตรวจด้วย otoscope เพื่อตรวจหาขี้หู (ear wax impaction) ที่อาจอุดตันการนำเสียงจนสูญเสียการได้ยิน ซึ่งภาวะนี้แก้ไขได้ง่ายต้องคิดถึงภาวะนี้ก่อนที่จะคิดว่าผู้ป่วยหูตึงจากความชรา (presbycusis) ที่ไม่สามารถแก้ไขได้

แพทย์ควรพูดตรงหน้าผู้ป่วยซ้ำๆ ซัดๆ เพื่อให้ผู้ป่วยอ่านริมฝีปากบุคคลากรทางสุขภาพได้ หรืออาจใช้วิธีเขียน หรือใช้เครื่องช่วยฟัง (hearing aids) ที่ผู้ป่วยอาจมีอยู่

๓. อาการของผู้ป่วยมักมีหลายอย่างคาบเกี่ยวกัน ควรจับประเด็นอาการหลักที่มีความสำคัญทางคลินิกที่นำผู้ป่วยมาโรงพยาบาล โดยเฉพาะอาการที่รบกวนความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน เช่น อาการที่นำไปสู่การหกล้ม ไม่เดินไม่กินอาหาร ที่เพิ่งเกิดขึ้นมาไม่นาน

๔. กรณีผู้ป่วยมี motor aphasia ให้ใช้คำถามประเภทที่ต้องการคำตอบว่า "ใช่" หรือ "ไม่ใช่" เท่านั้น ไม่ควรให้ผู้ป่วยต้องบอกเล่าอะไรเพราะทำไม่ได้

๕. ควรให้เวลาในการซักประวัติมากกว่าผู้ป่วยทั่วไป เพราะผู้ป่วยมักสูญเสียความจำระยะสั้น (recent memory) และควรพยายามติดตามรายงานทางการแพทย์ที่มีอยู่เดิมของผู้ป่วยมาศึกษาพร้อมด้วยเสมอ

๖. เนื่องจากผู้ป่วยมักมีพยาธิสภาพหลายระบบในเวลาเดียวกัน จึงไม่จำเป็นที่ทุกอาการของผู้ป่วยจะต้องอธิบายได้ด้วยการวินิจฉัยเพียงโรคเดียวเหมือนในผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า แพทย์ควรพยายามคำนึงถึงทุกพยาธิสภาพที่ซ่อนเร้นอยู่ในผู้ป่วยเสมอ

๗. ควรซักประวัติการมีน้ำหนักตัวลดหรือการกินอาหารในช่วงเวลาที่เจ็บป่วย เพื่อช่วยประเมินภาวะโภชนาการด้วย หรือการใช้เครื่องมือ Mini-Nutritional Assessment: MNA

ประวัติอดีต

๑. ไม่จำเป็นต้องถามถึงการเจ็บป่วยทุกโรคในที่เกิดขึ้นในวัยเด็ก อาจถามเพียงความเจ็บป่วยร้ายแรงที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนต้องขาดเรียนหรือไม่สามารถปฏิบัติงานได้ชั่วคราว

๒. ต้องถามถึงโรคในอดีตที่สำคัญได้แก่ วัณโรค โรคในกลุ่ม atherosclerotic cardiovascular disease เช่น ความดันเลือดสูงเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง

ประวัติส่วนตัวและครอบครัว

๑. ควรประเมินสถานะครอบครัวและความช่วยเหลือจากคนใกล้ชิด เพื่อป้องกันการทิ้งผู้ป่วยไว้กับโรงพยาบาลในภายหลัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า ๘๐ ปี อยู่คนเดียว คู่สมรสที่เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม นอกจากการซักประวัติเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวแล้ว การถามสภาพสิ่งแวดล้อมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ สภาพเศรษฐกิจฐานะของครอบครัวก็มีความสำคัญในการประเมินผู้ป่วยสูงอายุ

๒. ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตร (functional assessment ประโยชน์ของ BADL และ ADL คือ เป็นตัวชี้วัดที่ดีที่บ่งถึงสภาวะของผู้ป่วยสูงอายุ โดยเฉพาะกรณีในระดับ ADL ลดลงในระยะไม่นานมานี้ ทำให้คิดถึงภาวะเจ็บป่วยในระยะแรกที่ซ่อนเร้นอยู่หรือใช้ติดตามระยะการดำเนินของโรค ตลอดจนการวางแผนการรักษา การตั้งเป้าหมายในการให้กายภาพบำบัดในผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยพบว่า BADL มีความไวในการบ่งชี้ถึงสภาวะในผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วน ADL จะมีความไวในผู้ป่วยที่แผนผู้ป่วยนอกหรือที่คลินิกผู้สูงอายุ

ประวัติการใช้ยา

๑. เนื่องจากผู้ป่วยมักมีปัญหา polypharmacy ซึ่งนำไปสู่การเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาได้บ่อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น จึงควรถามประวัติการใช้ยาทุกชนิด รวมทั้งยาหยอดตา ยาทาผิวหนัง ยาที่ซื้อกินเอง เช่น ยาลูกกลอน ยาแก้หวัด ยาแก้ไอ และวิตามินต่างๆ ยาที่เพื่อนให้หรือแนะนำให้ไปซื้อกินเอง

๒. ให้ญาตินำยาทั้งหมดที่ผู้ป่วยกินอยู่มาให้ดูร่วมด้วยเสมอ

ประวัติตามระบบ

นอกจากอาการตามระบบอวัยวะต่างๆ แล้ว ควรถามอาการในกลุ่ม geriatric syndromes ได้แก่ อาการสับสน ความจำเสื่อมหกล้ม ไม่เดิน ปัสสาวะราด นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร และอาการในกลุ่ม "big 1" อื่นๆ

ข้อควรคำนึงในการตรวจร่างกายผู้ป่วยสูงอายุ

๑. การตรวจสัญญาณชีพ (vital signs)

๑.๑ การวัดความดันเลือด

กรณีผู้ป่วยไม่เคยได้รับการวัดความดันเลือดเลย ควรวัดความดันเลือดทั้งสองแขนเสมอ ถ้าค่าที่วัดได้ต่างกันมากกว่า ๑๐ / ๕ มม.ปรอท ต้องบันทึกที่บัตรผู้ป่วยนอกให้เห็นชัดเจน เพื่อคราวต่อไป ควรวัดที่แขนข้างที่ให้ค่าความดันเลือดสูงกว่า เพราะผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ ๑๐ จะมีความดันเลือดซิสโตลิกของแขนทั้งสองข้างต่างกันมากกว่า ๑๐ มม.ปรอทได้ ผู้สูงอายุที่มีชีพจรเต้นไม่สม่ำเสมอโดยเฉพาะผู้ที่มี atrial fibrillation ควรวัดหลายๆ ครั้งเพื่อหาค่าที่ตรงกันมากที่สุด ความดันเลือดของผู้สูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากอาจถึงร้อยละ ๕๐ ในแต่ละช่วง เวลาของวัน ผู้ป่วยสูงอายุมักมีภาวะ white-coat hypertension แม้ในผู้ป่วยสูงอายุที่ได้รับการรักษาโรงพยาบาลอยู่แล้วก็พบปรากฏการณ์ของ white-coat effect ได้ โดยระดับความดันเลือดที่วัดได้ขณะอยู่ในโรงพยาบาล มีค่าสูงกว่าระดับความดันเลือดที่วัดได้เมื่อผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายให้ไปพักฟื้นที่บ้าน การแก้ไขปัญหาคความแปรปรวนของความดันเลือดที่วัดได้ในผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่

- ความดันเลือดที่วัดที่บ้านจะสัมพันธ์กับภาวะแทรกซ้อนต่ออวัยวะเป้าหมาย (Target organ damage) รวมทั้งอัตราการตายได้ดีกว่าความดันเลือดที่วัดที่โรงพยาบาล ดังนั้นควรใช้ความดันเลือดที่วัดที่บ้านของผู้สูงอายุจะดีกว่าความดันเลือดที่วัดที่โรงพยาบาล เพื่อการวินิจฉัยโรคและการปรับยารักษาโรคความดันเลือดสูง

- เนื่องจากความดันเลือดในผู้สูงอายุอาจลดลงได้มากพอสมควรภายใน ๒ ชั่วโมงแรก หลังรับประทานอาหาร (postprandial hypotension) การวัดความดันเลือดที่บ้านควรวัดในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน ควรวัดความดันเลือดทั้งในท่านั่งหรือนอน และทำยืน เว้นระยะห่างราว ๑ นาที เพื่อประเมินภาวะความดันเลือดลดลงจากการเปลี่ยนอิริยาบถ (postural hypotension) ถ้าพบว่ามีความดันเลือดสูง ขณะที่ตรวจไม่พบ end organ damage ต้องคิดถึงภาวะ pseudohypertension และ white coat hypertension

๑.๒ การคลำชีพจร ควรพยายามตรวจความสม่ำเสมอของจังหวะชีพจรว่ามีแบบแผนหรือมีความสม่ำเสมอขนาดใด ถ้าพบที่ไม่มีแบบแผนหรือไม่มีจังหวะใดๆเลย ให้คิดถึงภาวะ atrial fibrillation ซึ่งมีความสำคัญอย่างมากในผู้ป่วยสูงอายุ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและการเกิดภาวะหัวใจวายได้ง่าย โดยเฉพาะการให้สารน้ำทางหลอดเลือดเร็วเกินไป นอกจากนี้ ยังมีผลต่อการวัดความดันเลือดด้วย

๑.๓ กรณีที่อุณหภูมิทางปากน้อยกว่า ๙๘ °F ควรวัดอุณหภูมิทางทวารหนักด้วย เพื่อประเมินภาวะ hypothermia โดยเฉพาะช่วงอากาศหนาว

๑.๔ การนับอัตราการหายใจ ควรนับให้ครบหนึ่งนาทีด้วยตนเองทุกครั้ง เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุอาจมี Cheyne-Stokes respiration

๒. การตรวจร่างกายบางอย่างที่มีความสำคัญหรือมักถูกมองข้ามได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุ ได้แก่

การตรวจทั่วไป : ลักษณะใบหน้าและท่าเดินของ parkinsonism, hypothyroidism, anemia, depression

ตา : การตรวจความคมชัดของการมองเห็น (visual acuity) แม้การตรวจ fundoscopy จะทำได้ลำบากเนื่องจาก cataract และ pupillary constriction แต่อาจช่วยการวินิจฉัย systemic illness บางอย่าง ตรวจหา glaucoma, หรือ senile macular degeneration

หู : ตรวจการได้ยิน ภาวะ ear wax impaction, external otitis ที่อาจเกิดจากการแพ้เครื่องช่วยฟัง

ช่องปาก : ตรวจ periodontal disease บริเวณใต้ลิ้นที่อาจพบมะเร็งในช่องปาก หรือบริเวณที่เสียดสีกับฟันปลอมบ่อยๆ

คอ : range of motion เนื่องจาก cervical spondylosis และสังเกตอาการวิงเวียนขณะหันศีรษะ ต่อม thyroid, jugular venous pressure ข้างขวา, การฟัง carotid bruit ซึ่งต้องแยกจาก transmitted cardiac murmur

ระบบหัวใจ : aortic valve sclerosis ทำให้มี murmur คล้ายภาวะ aortic stenosis พบได้บ่อยในคนอายุมากกว่า ๗๐ ปี อาจฟังได้เสียง S. แต่ไม่มีความสำคัญทางคลินิก ยกเว้นพิสูจน์ได้ว่าเพิ่งเกิดขึ้นซึ่งบ่งถึง acute ischemic heart disease

ปอด : ทรวงอกขยายตัวลดลงจากการสูญเสีย elasticity ของ chest wall, crepitation ที่ขยายปอดไม่มีความสำคัญทางคลินิก ถ้าลองให้หายใจลึกๆ หรือไอ ๒ - ๓ ครั้งแล้วหายไป บ่งถึง atelectasis

เต้านม : คลำหาก้อนผิดปกติเสมอ ในกลุ่มผู้สูงอายุมักไม่ได้เกิดจาก fibrocystic disease อาจพบ nipple retraction ได้ แต่เมื่อกดรอบๆ เบาะ จะทำให้ nipple ยื่นออกมาได้ตามปกติ ต่างจากที่เกิดจากมะเร็งเต้านมตรวจใต้ราวนมเพื่อหาเชื้อรา candidiasis

ด้านหลัง : จุดกดเจ็บที่ spinous process อาจเกิดจาก compression fracture ของ vertebrae, kyphosis, scoliosis แผลกดทับที่ buttock, sacrum, trochanter และที่สันเท้า

หน้าท้อง : การคลำพบกระดูกชายโครงร่นลงมาถึง anterior superior iliac spine บ่งถึง multiple vertebral collapse

: คลำหา full bladder เสมอ อาจคลำได้ fecal mass ที่คล้ายกับมะเร็งได้ abdominal aortic aneurysm จะมี pulsation ทั้งในแนว antero-posterior และ lateral direction กรณีนี้ห้ามคลำรุนแรงเพราะอาจทำให้ aneurysm แตกได้

: การตรวจทางทวารหนัก (PR) เพื่อตรวจหามะเร็งลำไส้ใหญ่ ถ้าคลำต่อมลูกหมากได้แข็งขรุขระจะบ่งถึงมะเร็งต่อมลูกหมาก

: การพบ cystocele ขนาดใหญ่ อาจเป็นสาเหตุของ urinary retention ที่นำไปสู่ภาวะ acute pyelonephritis

เท้า : แผลจากโรคเบาหวาน (diabetic ulcer) เล็บยาวม้วน (onychogryphosis) ตาปลา (callus), bunion

ระบบประสาท : mental status examination, sign ที่ไม่มีความสำคัญทางคลินิก ได้แก่ absent ankle jerk, decreased vibratory sense ที่เท้า, frontal lobe releasing signs เช่น palmomental, grasping, glabella, snout reflex ในผู้ป่วยที่มีประวัติการหกล้ม ตรวจ get-up-and-go test ทำเดินผิดปกติที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ hemiplegic, parkinsonian, sensory ataxic, apraxic และ waddling gait

๒. การประเมินทางสุขภาพจิต (mental assessment) เป็นการประเมินเพื่อให้ทราบความผิดปกติทางสุขภาพจิตที่อาจซ่อนอยู่ ได้แก่ ภาวะสับสน (delirium) ภาวะซึมเศร้า (depression) และภาวะสมองเสื่อม (dementia) ตัวอย่างเช่นการถามชื่อ อายุ วัน เวลา สถานที่ ชื่อของญาติที่พาผู้ป่วยมา และการนับถอยหลังจาก ๒๐ ไป ๑ หรือนับถอยหลังจากวันอาทิตย์ไปจนถึงวันจันทร์

เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมักมีพยาธิสภาพในระบบจิตประสาทร่วมกับพยาธิสภาพทางกาย ผู้สูงอายุจึงควรได้รับการประเมินสภาวะทางจิต (mental status) โดยอาจใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐานต่างๆ เช่น Abbreviated Mental Test (AMT), Thai Mental State Examination (TMSE), Chula Mental test (CMT) และ Mini-Mental State Examination-Thai ๒๐๐๒ (MMSE-๒๐๐๒) เพื่อตรวจคัดกรองสภาวะทางจิต ถ้ามีความผิดปกติ จึงพิจารณาวินิจฉัยแยกโรคเพื่อให้ได้การวินิจฉัยโรคที่จำเพาะต่อไป เช่น ภาวะซึมเศร้า (Confusion Assessment Method : CAM) ภาวะซึมเศร้า (Geriatric Depression Scale : GDS) หรือภาวะสมองเสื่อม (เช่น clock drawing test, MoCA, ADAS-cog)

๓. การประเมินด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (Social assessment)

ประเด็นที่ต้องทำการประเมินคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (carer หรือ caregiver) เศรษฐฐานะ และสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสำคัญอย่างมากโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความพิการหรือมีภาวะสมองเสื่อม การประเมินลักษณะของผู้ดูแลประจำตัวผู้สูงอายุ และการให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ามาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการป้องกันการทอดทิ้งผู้ป่วยสูงอายุไว้ในโรงพยาบาล และยังเป็น การป้องกันการมีผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มนั้นนอนอยู่เต็มห้องผู้ป่วยที่เรียกว่า bed-blocker เพราะนอกจากจะทำให้ไม่มีการหมุนเวียนผู้ป่วยเพื่อสามารถรับผู้ป่วยรายใหม่เข้ามาได้แล้ว ยังทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาล (nosocomial infection) นอกจากนี้ยังรวมถึงภาวะที่ผู้สูงอายุถูกกระทำ (elderly abuse) โดยเฉพาะผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารกับญาติได้และถูกดูแลโดยผู้ที่ไม่ใช่ญาติ

๔. การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตร (functional assessment)

การประเมินความสามารถด้านนี้ในผู้สูงอายุ เป็นความก้าวหน้าที่สำคัญในเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ที่ทำให้บุคลากรทางสุขภาพรับรู้ปัญหาที่แท้จริง จนนำไปสู่การแก้ปัญหาที่ตรงจุด ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุจำนวนมากสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้อีกครั้ง เพราะแม้ผู้ป่วยสูงอายุจะเจ็บป่วยจากพยาธิสภาพที่เป็นความเสื่อมตามอายุ ที่รักษาไม่หายขาดและยังมีหลายพยาธิสภาพในเวลาเดียวกัน การทำให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถกลับมาประกอบกิจวัตรประจำวันได้ทั้งที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังถือเป็นความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยตามหลักเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โดยทั่วไป อาจแบ่งระดับความสามารถออกเป็น ๒ ระดับ ได้แก่

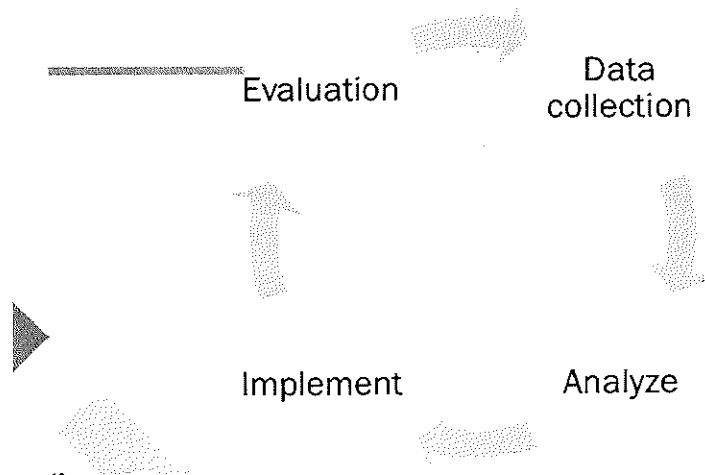
๑. ความสามารถในการทำกิจวัตรพื้นฐาน (BADL เครื่องมือมาตรฐานที่มีผู้นิยมใช้ทั่วโลกเช่น Barthel index เป็นการถามความพื้นฐาน เช่น การลุกจากที่นอน การล้างหน้าแปรงฟัน การเดิน การแต่งตัว การรับประทานอาหาร ซึ่งเหมาะที่จะใช้ประเมินผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อใช้ติดตามผลการรักษาและยังใช้เป็นเป้าหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุก่อนกลับบ้านด้วย โดยพยายามให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรให้ได้เท่ากับก่อนเกิดการเจ็บป่วยในครั้งนี้

๒. ความสามารถในการทำกิจวัตรที่ต้องใช้อุปกรณ์ (Instrumental ADL) เป็นระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ซับซ้อนขึ้น เช่น การปรุงอาหารรับประทานเอง การไปจ่ายตลาด การใช้จ่ายเงิน ซึ่งเหมาะที่จะใช้ประเมินผู้ป่วยสูงอายุที่รับการติดตามที่แผนกผู้ป่วยนอก

ผลจากการประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุแบบครบถ้วนทั้ง ๔ ด้านดังกล่าวข้างต้น ทำให้มีการค้นพบปัญหาต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ไม่เพียงปัญหาทางสุขภาพโดยตรงแต่อย่างเดียว การแก้ปัญหาต่างๆ เหล่านี้จำเป็นต้องอาศัยความรู้ความชำนาญและทักษะจากบุคลากรหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึงจะประสบผลสำเร็จ ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team approach) บุคลากรในกลุ่มสหสาขาวิชาชีพควรประกอบด้วย แพทย์เจ้าของไข้ แพทย์ที่ปรึกษา ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลเยี่ยมบ้าน นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด โภชนากร นักสังคมสงเคราะห์ ตลอดจนญาติหรือเพื่อนของผู้สูงอายุเอง

แม้ว่าการซักประวัติและตรวจร่างกายจะสามารถช่วยวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยทั่วไปได้มากกว่าร้อยละ ๙๐ แต่ในผู้ป่วยสูงอายุจะพบว่าทำได้ลำบากตั้งแต่การซักประวัติ เนื่องจากผู้ป่วยมักมีพยาธิสภาพหลายอย่าง ทำให้มีประวัติยาว ผู้สูงอายุเองก็มักมีความผิดปกติของสมองที่ทำให้ไม่สามารถให้ประวัติด้วยตนเองได้ เช่น delirium, dementia การซักประวัติจากผู้ดูแลจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง และควรเป็นผู้ดูแลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ประวัติอาการบางอย่างเช่น หกล้ม ไม่เดิน ไม่กินอาหาร เป็นอาการที่ไม่จำเพาะเจาะจง ทำให้แพทย์มองข้ามไปทั้งที่อาจมีความสำคัญอย่างยิ่ง นอกจากนั้นในการตรวจร่างกายแพทย์ยังต้องแปลผลการตรวจให้ได้ว่าอาการแสดงนั้นเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของความชราหรือจากพยาธิสภาพ

Process of Nursing Documentation



ตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในผู้สูงอายุ

Delirium

- เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน เนื่องจาก ความไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์
- เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน เนื่องจาก มีการเปลี่ยนแปลงสภาพแวดล้อม
- เสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน เนื่องจาก ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว/ การรับรู้ลดลง
- ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง เนื่องจากมีภาวะสับสนเฉียบพลัน

Dementia

- คงไว้ซึ่งศักยภาพในการรู้คิดที่มีประสิทธิภาพ
- เสี่ยงต่อการเกิดภาวะการรับรู้คิดบกพร่อง/สมองเสื่อม เนื่องจาก มีการถดถอยจากสังคม
- ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เนื่องจากการรู้คิดบกพร่อง

Instability

- เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม เนื่องจากความสามารถในการทรงตัวลดลง
- เสี่ยงต่อภาวะหกล้ม เนื่องจากมีภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย
- เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เนื่องจาก ความสามารถในการมองเห็นลดลง

Incontinence

- มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดเฉียบพลัน เนื่องจากกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานและกล้ามเนื้อหูรูดท่อน

ปัสสาวะอ่อนแรง

- เสี่ยงต่อการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ เนื่องจาก มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่
- เสี่ยงต่อการเกิดภาวะผิวหนังอักเสบ เนื่องจาก มีภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

๒.๓ ประโยชน์ที่ได้รับ

๒.๓.๑ ต่อตนเอง

- ได้สร้างเสริมประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในรูปแบบผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน และผู้สูงอายุในชุมชน ทำให้เข้าใจและยอมรับในความเป็นผู้สูงอายุมากขึ้น

ส่วนที่ ๔ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ควรมีการพัฒนาบุคลากรโดยการส่งอบรมทั้งระยะสั้น และระยะยาว ในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุเนื่องจากประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบทำให้ผู้รับบริการที่เป็นผู้สูงอายุมีมากขึ้น ดังนั้นหน่วยงานควรมีบุคลากรที่มีความสามารถในด้านการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการที่เพิ่มมากขึ้น

ลงชื่อ อโรพร อินทนิล ผู้รายงาน
(นางสาวอโรพร อินทนิล)

ส่วนที่ ๕ ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

การฝึกอบรมฯ เป็นการเสริมสร้างความรู้ให้กับบุคลากร เพื่อนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานให้เกิดประโยชน์สูงสุด และเป็นหลักสูตรที่เหมาะสมในการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร

ลงชื่อ นางคัชรินทร์ เจียมศรีพงษ์ หัวหน้าส่วนราชการ
(นางคัชรินทร์ เจียมศรีพงษ์)
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลกลาง