

โครงการฝึกอบรมหลักสูตร “การพัฒนาศักยภาพแพทย์ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
หลักสูตร Case based learning in Geriatric Ambulatory Care”

โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

ทั้งหมด ๓ ระยะ ดังนี้ ระยะที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๑๕ - ๑๙ มกราคม ๒๕๖๗

ระยะที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๑๒ - ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

ระยะที่ ๓ ระหว่างวันที่ ๑๑ - ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๗

ณ โรงแรมเอเชีย กรุงเทพมหานคร

ชื่อผู้เข้าร่วม : นางสาวนันทิชา ศรีวิจารณ์ ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ

สังกัด ฝ่ายป้องกันและควบคุมโรค กองสาธารณสุข

ประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึกอบรม

๑. ต่อตนเอง ได้แก่

๑) นำความรู้ที่ได้รับจากการเข้ารับการอบรมมาพัฒนาสมรรถนะด้านการดูแลรักษาโรคเบื้องต้นในผู้สูงอายุ รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมและเหมาะสมเพื่อเตรียมรับมือกับสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย

๒) ได้มีการสร้างเครือข่ายในการจัดการระบบสุขภาพผู้สูงอายุ

๓) นำความรู้และทักษะที่ได้รับมาพัฒนาตนเองในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ

๔) ได้มีการพัฒนาความรู้ทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง

๕) มีแรงจูงใจในการพัฒนาระบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการและชุมชน รวมทั้งพัฒนานวัตกรรมในการให้บริการ

๒. ต่อหน่วยงาน ได้แก่

๑) เพื่อเพื่อพัฒนาระบบการดูแลและการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพและชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

๒) สร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายระบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ

๓) มีต้นแบบของระบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการและชุมชนที่เหมาะสมตามบริบท และสามารถต่อยอดได้ในสถานบริการอื่น ๆ

(ลงชื่อ)..... นันทิชา

(นางสาวนันทิชา ศรีวิจารณ์)

ตำแหน่ง นายแพทย์ปฏิบัติการ

รายงานสรุปผลการฝึกอบรม/ประชุม/สัมมนา/ศึกษาดูงานของบุคลากรองค์การบริหาร
ส่วนจังหวัดพิษณุโลก

เรียน นายองค์การบริหารส่วนจังหวัดพิษณุโลก (ผ่านผู้อำนวยการกองการเจ้าหน้าที่)

ตามคำสั่ง/หนังสือ/บันทึกข้อความที่ พล ๕๑๐๒๙/๐๓๔ ลงวันที่ ๘ มกราคม ๒๕๖๗ อนุญาต
ให้ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นางสาว/อื่นๆ ระบุ)..... นันทิชา ศรีวิจารณ์..... ตำแหน่ง..... นายแพทย์.....
ระดับ..... ปฏิบัติการ..... สังกัด..... ฝ่ายป้องกันและควบคุมโรค..... กองสาธารณสุข.....

เดินทางไปราชการเพื่อเข้าร่วมการฝึกอบรม/ประชุม/สัมมนา/ศึกษาดูงานหลักสูตร การพัฒนาศักยภาพแพทย์ใน
การจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ : หลักสูตร Case based learning in Geriatric Ambulatory Care ซึ่งหลักสูตร
ดังกล่าวจัดโดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ซึ่งใช้เวลาในการอบรมทั้งสิ้น ๑๕ วัน
(ไม่มีค่าใช้จ่ายในการลงทะเบียน) โดยแบ่งเป็น ๓ ระยะ ณ โรงแรมเอเชียกรุงเทพมหานคร ดังนี้

ระยะที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๑๕ - ๑๙ มกราคม ๒๕๖๗

ระยะที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๑๒ - ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗

ระยะที่ ๓ ระหว่างวันที่ ๑๑ - ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๗

บัดนี้ ข้าพเจ้าได้เข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตรดังกล่าวเรียบร้อยแล้ว จึงขอรายงานสรุปผลการ
ฝึกอบรมให้ทราบ ดังนี้

๑. การฝึกอบรม ดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้และทักษะในการดูแล
รักษา ป้องกันและฟื้นฟูผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุมและเหมาะสม มีเครือข่ายของระบบการจัดการสุขภาพ
ผู้สูงอายุ รวมทั้งสามารถนำความรู้และทักษะมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาระบบการจัดการบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
ในสถานบริการสุขภาพได้เพื่อรองรับต่อสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย

๒. เนื้อหาและหัวข้อวิชาของหลักสูตรการฝึกอบรม สรุปสาระสำคัญได้ดังนี้

๑. Principle of Geriatric Medicine & Practical Geriatric Assessment

สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย

เดิมประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งปี 2548 โดยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นจากเดิมประมาณ
ร้อยละ 10 และภายในปี 2564 ที่ผ่านมา เริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุมากขึ้น โดยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอีก
ประมาณร้อยละ 20 และคาดการณ์ว่าในปี 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ ซึ่งมีผู้สูงอายุ
เพิ่มขึ้นมากถึงร้อยละ 28

ลักษณะพิเศษของกลุ่มอาการผู้สูงอายุ “RAMPS”

- Reduced body reserve – อวัยวะเสื่อมถอย
- Atypical presentation – อาการค่อนข้างไม่ตรงไปตรงมา
- Multiple pathology – มีโรคร่วมหลายอย่าง
- Polypharmacy – ได้ยาหลายชนิด โดยส่วนใหญ่มากกว่า 5 ชนิด
- Social adversity – ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการดูแลสุขภาพมากขึ้น

ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ

๑. Emergency condition : falls, accidents, Emergency medical conditions

๒. Common health problems : โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD)

- Cardio - metabolic : DM HT DLP Cardiovascular disease
- Neuro - psychiatric : Dementia, Parkinson disease
- Mental health : loneliness, depression, Suicide
- Musculoskeletal
- Organ of special senses : vision (cataract), Hearing, Oral health
- Nutrition
- Cancer

๓. Geriatric syndrome

๔. Abuse

Geriatric care (การดูแลผู้สูงอายุโดยภาพรวม)

- การประเมินผู้ป่วยสูงอายุแบบครบถ้วน (Comprehensive geriatric assessment : CGA)
- การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Health promotion & disease prevention)
- การดูแลทุกช่วงของการเจ็บป่วย (Preaging-Health aging, Chronic disease, Acute care, Intermediate care, Long – term care, Paliative care)
- การประสานเชื่อมต่อการบริการทั้งเชิงกายภาพและเทคโนโลยี (Seamless care)

๒. Case study : Health Promotion & Disease prevention

องค์ประกอบของการประเมินผู้สูงอายุ (CGA)

- ปัญหาสุขภาพทางกาย (Physical health)
- ปัญหาสุขภาพทางจิตใจและสมอง (Psycho-mental health 3D : Dementia Delirium Depression)
- ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันและการทำงาน (Functional status)
- สภาพทางสังคม ผู้ดูแล เศรษฐกิจและสิ่งแวดล้อม (Social,economic and environmental status)

ผู้สมควรได้รับการประเมิน CGA

- Age > 75 year
- Multiple comorbidity
- Mild to moderate disability
- ผู้สูงอายุที่ต้องเตรียมเข้ารับการรักษาผ่าตัดหรือรักษาโรคมะเร็ง
- ผู้ที่มีแนวโน้มที่อาจจะต้องอยู่ในสถานดูแลผู้สูงอายุ (Nursing home)
- Poor social network, Living alone
- Functional impairment/decline (Deconditioning)
- Geriatric syndrome
 - Intellectual impairment (ความสามารถทางสติปัญญาบกพร่อง)
 - Instability and falls (ภาวะหกล้ม)
 - Immobility (การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว)

- Incontinence (ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้)
- Inanition (ภาวะขาดสารอาหาร)
- Iatrogenesis (โรคที่เกิดจากการปฏิบัติการทางการแพทย์)
- High risk ตัวอย่างเช่น เพิ่งออกจากโรงพยาบาล ประสบเรื่องผิดหวังหรือเสียใจ

Health promotion and Disease prevention (การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค “SICA”)

- *Screening* : Cancer, vascular risk, nutrition, falls, vision, hearing, oral health, anemia, osteoporosis, mood/ cognitive impairment
- *Immunization* : Influenza, pneumococcal, tetanus, diphtheria, pertussis, herpes zoster
- *Chemoprophylaxis* : Primary prevention > aspirin, statins
- *Advice* : Diet, exercise, smoking, alcohol, drug use, safety, caregiving

๓. Case study : Common pitfalls and rational drug use to reduce drug-related problems in older patients

ความคลาดเคลื่อนทางยาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่ควรระวัง (Medication errors in older persons)

๑) ความคลาดเคลื่อนที่เกิดขึ้นจากการสั่งยา (errors in prescribing stage)

- เลือกยาผิดข้อบ่งชี้
- ยาผิดขนาด
- การให้การศึกษากับผู้ป่วยไม่เพียงพอ
- สั่งยาที่มีปฏิกริยากับยาอื่น

๒) ผลไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากผู้ป่วยไม่ได้ใช้ยาตามสั่ง (Non-adherence)

- ทานยาผิดขนาด
- ทานต่อเนื่องทั้ง ๆ ที่แพทย์สั่งให้หยุดยา
- ปฏิเสธการทานยาที่จำเป็น
- ทานยาทั้งที่มีผลข้างเคียง
- ทานยาของคนอื่น

๓) Prescribing cascade (วังวนของการสั่งยา)

- มักเริ่มจากการวินิจฉัยคลาดเคลื่อน คิดว่าผลไม่พึงประสงค์จากยา เป็นจากโรคใหม่ แพทย์จึงสั่งยาตัวใหม่เพื่อรักษาผลไม่พึงประสงค์ดังกล่าว ซึ่งจริงๆ แล้วอาจเป็นการเพิ่มความเสี่ยงของการเกิดผลไม่พึงประสงค์ต่อ ๆ ไปได้
- เพื่อป้องกัน Prescribing cascade แพทย์จึงควรคิดเสมอ เมื่อผู้ป่วยมีอาการใดใหม่ ว่าอาการนั้นอาจเกิดจากยาใด ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับอยู่หรือไม่

๔. Case study : Nutritional problems

ประเด็นเกี่ยวกับอาหารและสารอาหารที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

๑. ผู้ที่ทานอาหารไม่หลากหลาย ขาดวิตามินบางอย่าง เช่น
 - ผู้ที่ไม่มีฟัน ฟันเทียม
 - ผู้ที่อยู่คนเดียว หรือขาดความรู้
๒. ผู้ที่ได้รับอาหารไม่เพียงพอ ขาดวิตามินหลายอย่าง เช่น
 - ผู้ที่มีฐานะยากจน ขาดความรู้ มักเป็นผู้ที่ขาดวิตามินบีหนึ่ง โฟเลท และขาดพลังงานโดยรวม
 - ผู้ที่อายุมากๆ มักขาดวิตามินซี
๓. ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อภาวะโรคในระบบไหลเวียนเลือด (เช่น เพศชาย โรคความดันเลือดสูง ประวัติโรคหัวใจ)
 - ผู้ป่วยในกลุ่มนี้มักจะขาดโฟเลทและวิตามินอี
๔. วิตามินที่ขาดบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ ได้แก่ วิตามินอี โฟเลท บีหนึ่ง

คำแนะนำด้านโภชนาการในผู้สูงอายุ

- ผู้สูงอายุ ต้องการพลังงานโดยเฉลี่ย 30 กิโลแคลอรีต่อน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมต่อวัน แต่ขึ้นกับการออกกำลังกาย ใช้พลังงานออกไป โดยปกติมีค่าระหว่าง 24-36 กิโลแคลอรี/กิโลกรัม/วัน หากเป็นผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 21 กิโลกรัม /เมตร² ควรได้พลังงาน 32-38 กิโลแคลอรี/กิโลกรัม/วัน
- ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีโปรตีนอย่างน้อย 1.0 กรัม/กิโลกรัมของน้ำหนักตัว/วัน หากเป็นผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือเรื้อรัง อาจต้องการโปรตีนเพิ่มเป็น 1.2-1.5 กรัม/กิโลกรัมของน้ำหนักตัว /วัน หรือหากเจ็บป่วยหนักรุนแรง หรือมีภาวะทุโภชนาการอาจต้องได้ถึง 2 กรัม/กิโลกรัมของน้ำหนักตัว /วัน
- รับประทานอาหารที่มีกากใย (fiber) มาก อย่างน้อยวันละ 25 กรัม เพื่อช่วยเรื่องการขับถ่าย
- วิตามินและแร่ธาตุ โดยปกติไม่มีเกณฑ์เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ โดยทั่วไปใช้เกณฑ์ของคนที่เป็นคนแข็งแรงวัยหนุ่มสาวถึงวัยกลางคน ซึ่งหากผู้สูงอายุไม่มีการขาดวิตามินหรือแร่ธาตุใดโดยเฉพาะก็ให้เกณฑ์นั้นได้ ยกเว้นบางวิตามินและแร่ธาตุที่ผู้สูงอายุมักจะขาดหรือได้ไม่เพียงพอ เช่น แคลเซียม ธาตุเหล็ก วิตามินบี 6 และ บี 12 อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุไทยไม่ค่อยขาดวิตามินบี 12 มากนัก แต่ขาดวิตามินบี 1, บี 2 และ บี 3 (ในเอเชีย)
- การจำกัดอาหารในผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุตอนปลาย อายุมากกว่า 75 ปี ซึ่งผลดีของการจำกัดอาหารต่อสุขภาพในระยะยาวอาจไม่เกิดขึ้น แต่อาจเกิดผลเสียทำให้เกิดภาวะทุโภชนาการได้ จึงไม่ควรทำ ยกเว้นในภาวะที่จำเป็นมากๆ
- ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุโภชนาการและขาดสารน้ำ ควรได้รับการประเมินหาสาเหตุที่อาจเป็นไปได้และให้การแก้ไข
- หากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการรับประทานอาหารรับประทานเอง ควรมีผู้ช่วยในการบ่อนอาหาร
- ควรมีการประเมินภาวะทุโภชนาการในผู้สูงอายุและหากมีความเสี่ยงหรือมีภาวะทุโภชนาการ ควรให้การประเมินอย่างเป็นระบบและให้การดูแล ติดตามเป็นระยะ
- ควรมีการจัดบรรยากาศการรับประทานอาหาร ให้เหมือนอยู่ที่บ้าน สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่ที่บ้าน อาจพักรักษาตัวในสถานพยาบาลหรือสถานพักฟื้นคนชรา เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและการรับประทานอาหารได้มากขึ้น

- ควรจัดมื้ออาหารให้มีการรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น สำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการหรือมีภาวะทุพโภชนาการอยู่แล้วเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและการรับประทานอาหารได้มากขึ้น
- ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดทุพโภชนาการควรได้อาหารที่มีการเสริมอาหารหรืออาหารว่างเพิ่มเติม
- ผู้ที่มีปัญหาการเคี้ยวและการกลืน ควรให้อาหารที่มีพลังงานสูงปรับเนื้ออาหารให้อ่อนนุ่มหรือข้นเป็นเนื้อเดียวกัน เพื่อช่วยในการกลืน
- ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดทุพโภชนาการโดยเฉพาะผู้ที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล หากได้รับคำแนะนำด้านโภชนาการและรับประทานอาหารเสริมอาหารแล้วยังไม่ดีขึ้น ควรได้รับอาหารเสริมทางปากเพิ่มเติม เพื่อเพิ่มอาหารที่รับประทานได้และน้ำหนักตัว
- หากคาดการณ์ว่าจะรับประทานไม่ได้ติดต่อกันอย่างน้อย 3 วันหรือรับประทานได้น้อยกว่าครึ่งหนึ่งเกิน 1 สัปดาห์ อาจพิจารณาให้อาหารทางสายยาง โดยหากคาดว่าน่าจะได้อาหารทางสายยางไม่เกิน 1 เดือน พิจารณาให้อาหารทางสายยางผ่านจมูก (NG tube) หากต้องได้อาหารทางสายยางนานกว่า 1 เดือน อาจพิจารณาให้เป็นสายให้อาหารทางหน้าท้อง (PEG) ยกเว้นแต่เป็นผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต อาจพิจารณาให้อาหารทางปากเท่าที่เป็นไปได้
- ในช่วงสามวันแรกของการได้อาหารทางสายยางหรือสารอาหารทางหลอดเลือด ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการอยู่เดิมควรได้รับการตรวจเลือดเพื่อวัดระดับฟอสเฟต แมกนีเซียม โพแทสเซียมและวิตามินบี 1 เนื่องจากอาจมีความผิดปกติได้
- ควรให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายเพื่อคงมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อไว้

๕. Case study : Physical Frailty & Cognitive Frailty

Frailty (ภาวะเปราะบาง)

- เป็นภาวะที่ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงที่จะเกิด negative health outcome มากขึ้น ไม่ว่าจะเกี่ยวข้องกับด้านใดก็ตาม เช่น การเจ็บป่วย การนอนโรงพยาบาล ด้านจิตใจหรือสังคมเศรษฐกิจ
- สามารถคัดกรองภาวะเปราะบางเบื้องต้นได้โดยการประเมินต่าง ๆ เช่น Frail scale, Fried criteria, Rockwood's clinical frailty scale เป็นต้น

Item	FRAIL	0 = No, 1 = Mild	Severe
F	Fatigue	ใช้เวลามากกว่า 4 สัปดาห์ในการฟื้นตัวหลังจากเจ็บป่วย	
R	Resistance	รับประทานน้อยกว่า 10 ชิ้นต่อวันหรือใช้ยาต้านมะเร็งหรือยาต้านเชื้อรา	
A	Ambulation	การเดินช้าลงหรือใช้ไม้เท้าในการเดิน	
I	Illness	การเจ็บป่วยเรื้อรังหรือการเจ็บป่วยเฉียบพลัน	
L	Loss of weight	น้ำหนักตัวลดลง	

Rockwood's Clinical Frailty Scale: CFS

1. ภูมิคุ้มกันแข็งแรง (Very fit) - แข็งแรง, รับประทานอาหาร, มีพลังงานเพียงพอที่จะทำกิจกรรมประจำวัน, ควบคุมน้ำหนักอย่างเหมาะสมและปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์

2. ภูมิคุ้มกันแข็งแรงดี (Well) - แข็งแรง, รับประทานอาหาร, ควบคุมน้ำหนักอย่างเหมาะสมและปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์

3. ภูมิคุ้มกันแข็งแรงพอใช้, ควบคุมโรคเรื้อรังได้ (Well, well treated chronic disease) - รับประทานอาหาร, ควบคุมน้ำหนักอย่างเหมาะสมและปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์

4. มีความเปราะบาง (vulnerable) - รับประทานอาหาร, ควบคุมน้ำหนักอย่างเหมาะสมและปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์

5. ภาวะเปราะบางเล็กน้อย (Mildly frail) - รับประทานอาหาร, ควบคุมน้ำหนักอย่างเหมาะสมและปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์

6. ภาวะเปราะบางปานกลาง (Moderately frail) - รับประทานอาหาร, ควบคุมน้ำหนักอย่างเหมาะสมและปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์

7. ภาวะเปราะบางรุนแรง (Severely frail) - รับประทานอาหาร, ควบคุมน้ำหนักอย่างเหมาะสมและปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์

8. ภาวะเปราะบางรุนแรงมาก (Very severely frail) - รับประทานอาหาร, ควบคุมน้ำหนักอย่างเหมาะสมและปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์

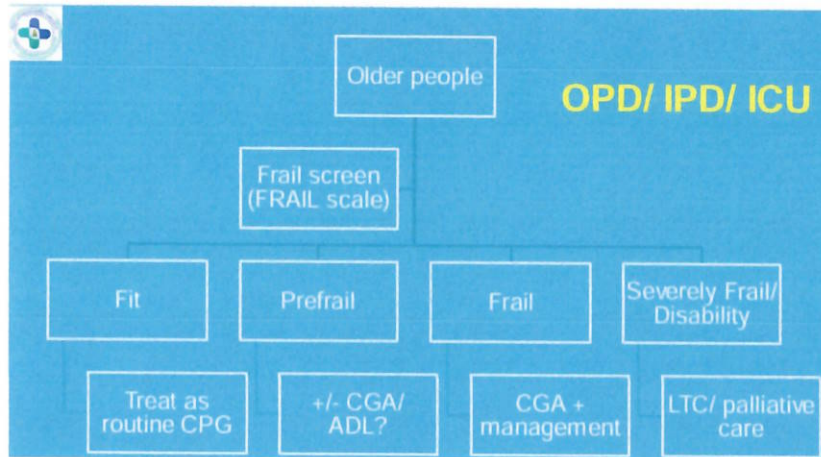
9. ภาวะใกล้เสียชีวิต (Terminal Illness) - รับประทานอาหาร, ควบคุมน้ำหนักอย่างเหมาะสมและปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์

การวัดความเปราะบางของผู้ป่วยสูงอายุ

ระดับความเปราะบางของผู้ป่วยสูงอายุจะเพิ่มขึ้นตามอายุ, ภาวะเปราะบางเล็กน้อย, ภาวะเปราะบางปานกลาง, ภาวะเปราะบางรุนแรง, ภาวะเปราะบางรุนแรงมาก, ภาวะใกล้เสียชีวิต

ตัวอย่างแบบคัดกรองภาวะเปราะบางในผู้สูงอายุ

แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่สงสัยภาวะเปราะบาง



ผู้ป่วยที่ปกติ >> ให้รักษาและส่งเสริมสุขภาพที่ดีอย่างสม่ำเสมอ

ผู้ป่วยที่พบว่าเริ่มเข้าสู่ภาวะเปราะบาง >> ควรได้รับการคัดกรอง ประเมินและให้การดูแลรักษาเกี่ยวกับด้านสุขภาพต่าง ๆ อย่างครบถ้วนและสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการเข้าสู่ภาวะเปราะบาง

ผู้ป่วยที่มีภาวะเปราะบาง >> ให้การดูแลรักษาอย่างเหมาะสมและตรวจติดตามอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันไม่ให้อาการไปสู่ภาวะเปราะบางระยะท้าย

ผู้ป่วยที่มีภาวะเปราะบางอย่างรุนแรง >> Long term care / เข้าสู่การรักษาแบบประคับประคอง

๖. Case study : Oral health and swallowing in older patients

Oral health/hygiene

- ใช้นิ้วพันผ้าก๊อช หรือไม้พันสาลี (sterile cotton swab 6”) หรือ ไม้พันสาลีพันผ้าก๊อช หรือแปรงขนนุ่มพิเศษเพื่อกำจัดเศษอาหาร คราบเมือก/ เสมหะ ก่อนการ ทาความสะอาดขั้นตอนต่อไป

- หากผู้ป่วยมีฟันธรรมชาติให้แปรงฟันวันละ2ครั้งด้วยแปรงสีฟันขนาดหัวแปรงเล็กขนแปรงนุ่มหรือนุ่มพิเศษ อาจใช้แปรงไฟฟ้าหรือแปรงธรรมดาก็ได้ ร่วมกับการใช้ยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ที่มีปริมาณฟลูออไรด์อย่างน้อย 1000 ppm

- ยาสีฟันที่มีฟองน้อยหรือไม่มีฟอง sodium lauryl sulfate (SLS) ทำให้ใช้เทคนิค“แปรงแห้ง” ได้นั้นคือให้ผู้ป่วยบ้วนยาสีฟันหรือดูด/ซบออกด้วยผ้าสะอาดหลังแปรงฟันเสร็จโดยไม่ต้องบ้วนน้ำหรือจืดน้ำ

➤ ฟันเทียม ทำความสะอาดก่อนใช้

- การแช่ sodium hypochlorite เจือจาง หรือ 2% Chlorhexidine digluconate solution >3 นาที
- ฟันเทียมที่มีโครงหรือตะขอโลหะให้แช่ใน sodium hypochlorite เจือจางนานเพียง 1 นาที

➤ กรณีไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการแปรงฟัน

- แนะนำให้ใช้ 0.12% Chlorhexidine gluconate mouthwash ทุก 12 ชั่วโมง
- ผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากไม่ควรบ้วนน้ำยาบ้วนปากเพื่อป้องกันการสำลัก ควรเปลี่ยนไปใช้น้ำยาบ้วนปากในขวดสเปรย์ หรือซบผ้าก๊อชเช็ดเหงือกและเยื่อช่องปาก (mucosa)

➤ ปากแห้ง

- ใช้ water-based moisturizer แทนปิโตรเลียมเจล ในการทำริมฝีปาก เนื่องจากมีความเสี่ยงในการสะสมเกาะตัวของเชื้อโรค แล้วเกิดการสำลักจนนำไปสู่ปอดอักเสบได้

๓. Case study : Instability and falls/hip fracture

สรุปแนวทางการดูแลรักษาและฟื้นฟูผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกหัก

ระยะฟื้นฟู (Rehab Stage)	Acute	Post operative (Recovery)	Community (Recovery & Chronic)
สถานที่	รพศ./รพท.	รพศ./รพท./รพช.	รพ.สต./ บ้าน (Home)
ทีม	ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ร่วมดูแลและฟื้นฟูสภาพ		ทีมฟื้นฟูในระดับชุมชน
โปรแกรมการฟื้นฟู (Rehab intervention)	IPD-based Rehabilitation - MDT approach - Rehab assessment (Functional assessment) - Goals setting - Rehab program - Discharge plan	Referral for ongoing IPD-based Rehabilitation OPD-based rehabilitation	Referral for ongoing Home-Based Rehabilitation/ Community-Based Rehabilitation

หมายเหตุ: MDT = Multidisciplinary team, IPD = Inpatient Department, OPD = Outpatient Department

การป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ

๑. ให้ความรู้แก่ครอบครัวและผู้สูงอายุ

- ครอบครัวมีส่วนร่วมและตระหนักถึงความสำคัญ

๒. ปรับปรุงบ้านและที่อยู่อาศัย

- แสงสว่างเพียงพอ
- ไม่มีของวางเกะกะ/ทางเดินเรียบเสมอกัน
- ห้องน้ำมีราวจับ
- ระวังเรื่องสัตว์เลี้ยงภายในบ้าน

๓. สวมใส่เสื้อผ้าและรองเท้าที่พอดีเหมาะสม

- ตรวจสอบประเมนรองเท้าและรองเท้า
- อุปกรณ์ช่วยเดินที่เหมาะสม

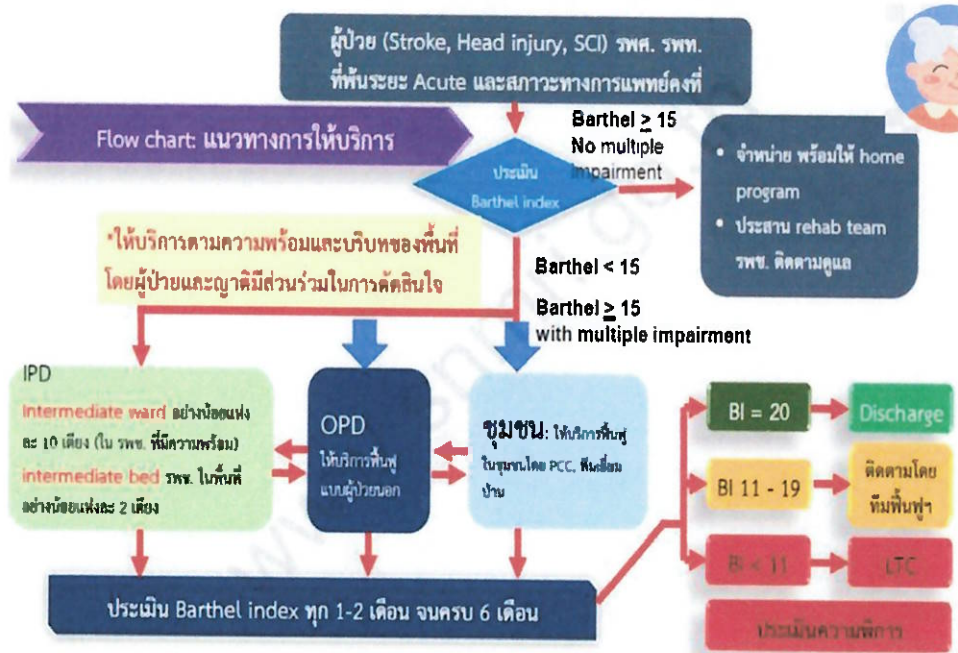
๔. การออกกำลังกาย

- ออกกำลังกายที่ช่วยเรื่องการเดินและการทรงตัว เช่น โไทเก๊ก
- ออกกำลังกายเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อสะโพก กล้ามเนื้อเหยียดเข่าและกล้ามเนื้อรอบข้อเท้า

๕. หาปัจจัยเสี่ยงและดูแลโดยสหสาขาวิชาชีพ

- ตรวจสอบคัดกรองเรื่องการล้ม TUG
- หาปัจจัยเสี่ยงภายในและภายนอก
- คำแนะนำป้องกันการหกล้ม

๘. Case study : Stroke rehabilitation , Comprehensive care of stroke



ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หากได้รับการประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) น้อยกว่า 15 คะแนน หรือมากกว่า 15 คะแนน แต่มีโรคร่วมหรือความผิดปกติร่วมหลายอย่าง ควรได้รับการฟื้นฟูโดยเร็ว ในช่วงระยะแรก โดยเข้าสู่ intermediate care หากได้รับการฟื้นฟูจนอาการดีขึ้นและคงที่ จึงจะสามารถกลับมาฟื้นฟูต่อภายในชุมชนได้ แต่หากผู้ป่วยรายใดมีคะแนนมากกว่า 15 และไม่มีโรคร่วมมาก สามารถจำหน่ายผู้ป่วยให้กลับไปฟื้นฟูที่บ้านหรือชุมชนได้เลย โดยต้องมีการติดตามผู้ป่วยเป็นระยะทั้งใน 2 กลุ่มนี้

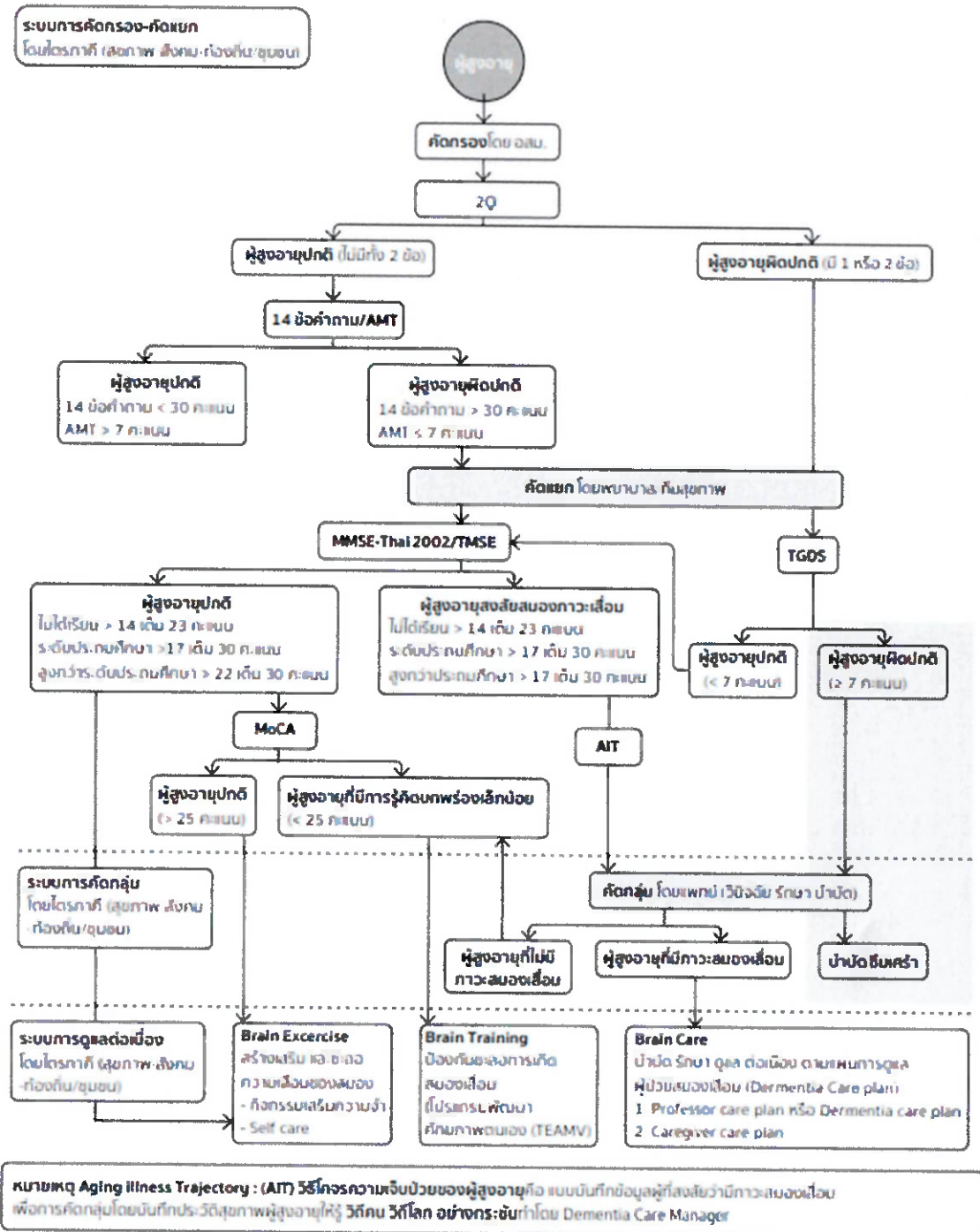
๙. Case study : Memory impairment

การพัฒนาและบริหารกลไกระดับนโยบายสาธารณะเรื่องสมองเสื่อม

ก่อนวันสูงอายุ		วัยสูงอายุ		
ยังช่วยเหลือดูแลตัวเองได้ดี	ยังช่วยเหลือดูแลตัวเองได้ดี	เจ็บป่วยเฉียบพลันฟื้นฟูได้	เจ็บป่วยเรื้อรัง มีภาวะพึ่งพิง	ระยะท้ายชีวิต
-ส่งเสริมสุขภาพ -ป้องกันโรค -ควบคุม NCD และ โรคจากการประกอบอาชีพ	-ส่งเสริมสุขภาพ -ป้องกันโรค -ควบคุม NCD และ โรคจากการประกอบอาชีพ + -คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ	-รักษาดูแลการเจ็บป่วยเฉียบพลัน -การฟื้นฟูอย่างเข้มข้น (Intermediate Care)	-การดูแลระยะยาว (Long Term Care) -การดูแลระยะยาวในกลุ่มโรคยากซับซ้อน (Specialized Long Term Care)	การดูแลระดับประคอง
การสร้างความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง				
ระบบฐานข้อมูล				

แนวทางระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมครบวงจร (Comprehensive Dementia Care system; CDC system)

- คุณลักษณะของ CDC system: บูรณาการ ดูแลแบบองค์รวม อาศัยความร่วมมือของหลายภาคส่วน เข้าถึงบริการได้ สะดวกและครอบคลุม เชื่อมโยงประสานงานอย่างไร้รอยต่อ



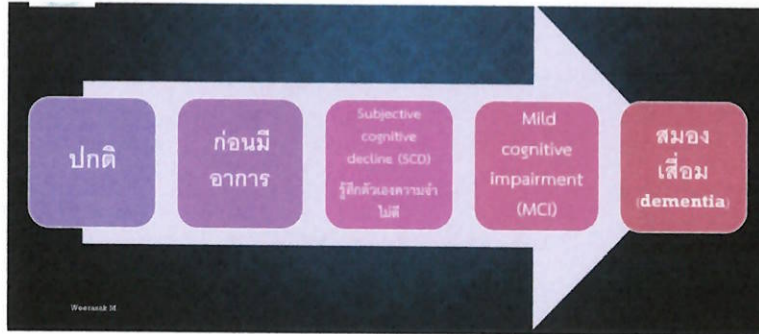
๑๐. Dementia (ภาวะสมองเสื่อม)

การประเมินเบื้องต้น

“ABC”

- ADLs – การประเมินการทำกิจวัตรประจำวัน
- BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms in Dementia) – กลุ่มอาการโรคจิต ภาวะวุ่นวาย ความผิดปกติของอารมณ์ และปัญหาด้านการนอนหลับ
- Cognition – กระบวนการรู้คิด

การเปลี่ยนแปลงในภาวะสมองเสื่อม



Mild cognitive impairment (ภาวะปรีชานบกพร่องเล็กน้อย)

- บางรายมีอาการคงที่ กลับเป็นปกติหรือบางรายกลายเป็นสมองเสื่อม
- 14-55 % กลับสู่ปกติได้
- โอกาสกลายเป็นสมองเสื่อมสูง 3.3 เท่า , เป็นโรคอัลไซเมอร์ 3 เท่า

Diagnostic process

๑. History taking (การซักประวัติที่สำคัญ)

- ประวัติอาการที่สำคัญและเกี่ยวข้องต่าง ๆ
- ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ ความถี่ของอาการผิดปกติ ระยะเวลาการดำเนินของอาการ
- ประวัติความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยทั้งในอดีตและปัจจุบัน ประวัติเกี่ยวกับอารมณ์หรือการนอนหลับที่ผิดปกติ
- ประวัติส่วนตัวเช่น การศึกษา อาชีพ
- ประวัติความเจ็บป่วย หรือโรคประจำตัว
- ปัจจัยเสี่ยง เช่น ประวัติเกี่ยวกับโรคหลอดเลือด ประวัติอุบัติเหตุบริเวณศีรษะ ประวัติโรคมะเร็ง ประวัติโรคในครอบครัว ประวัติการใช้ยา/สารเสพติด ประวัติการดื่มสุรา สูบบุหรี่ เป็นต้น
- ประวัติอื่น ๆ เช่น การเข้าสังคม การอยู่อาศัย ผู้ดูแล หรือภาวะเกี่ยวกับการเงินหรือเศรษฐกิจ เป็นต้น

REDFLAGS for Non-Alzheimer disease (สัญญาณที่บ่งบอกว่าไม่เกี่ยวข้องกับโรคอัลไซเมอร์)

- Age < 60 yr.
- Rapid decline in Cognition and ADL
- Motor symptoms and signs
- Unexplained neurological symptoms
- Atypical cognitive symptoms
- History of head injury, falls
- History of cancers
- Bleeding disorder/use of anticoagulant
- Triad : gait instability, urinary incontinence

Potentially reversible dementia (สาเหตุของสมองเสื่อมที่สามารถกลับสู่สภาวะปกติได้)

- D : Drugs
- E : Emotional disorders
- M : Metabolic and endocrine disorders
- E : Eye and ear dysfunction
- N : Nutritional deficiency, Normal pressure hydrocephalus
- T : Tumors, Trauma
- I : Infections
- A : Alcohol, Atherosclerotic risk factors

๒. Physical examination

- R/O treatable causes of dementia
- Identify signs of other illnesses eg hypothyroidism liver or kidney failure
- Identify motor signs: corticospinal/ corticobulbar/ extrapyramidal: long tract signs/ tone/DTR/ gait/ EPS/ speech
- Identify atypical dementia eg. abnormal movement, fasciculation, language, frontal lobe releasing signs, apraxia

๓. Neuropsychological test

➤ Cognitive screening instrument

- Mini-cog



- Mini-Mental State Examination (MMSE): TMSE, MMSE-Thai 2002

- การแปลผล TMSE หากคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 สงสัยว่ามีการบกพร่องของการทำงานของสมอง เป็นตัวช่วยประกอบการวินิจฉัย ติดตาม ไม่ใช่ตัวตัดสิน โดยขึ้นกับอายุ การศึกษา ภาษา การได้ยิน การมองเห็น ผู้ประเมิน ฯลฯ
- MMSE, TMSE ไม่ไวพอในรายที่เป็น MCI, early dementia (high education), FTD, subcortical dementia

- The Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

- หากคะแนนน้อยกว่า 25 นี้ถึงภาวะ cognitive impairment

๔. Laboratory investigations

Recommended : CBC, renal function, thyroid function , folate, blood sugar, calcium, LFT?, atherosclerotic risk factors

Optional : VDRL, HIV ,Heavy metal , Autoimmune

๕. Neuroimaging

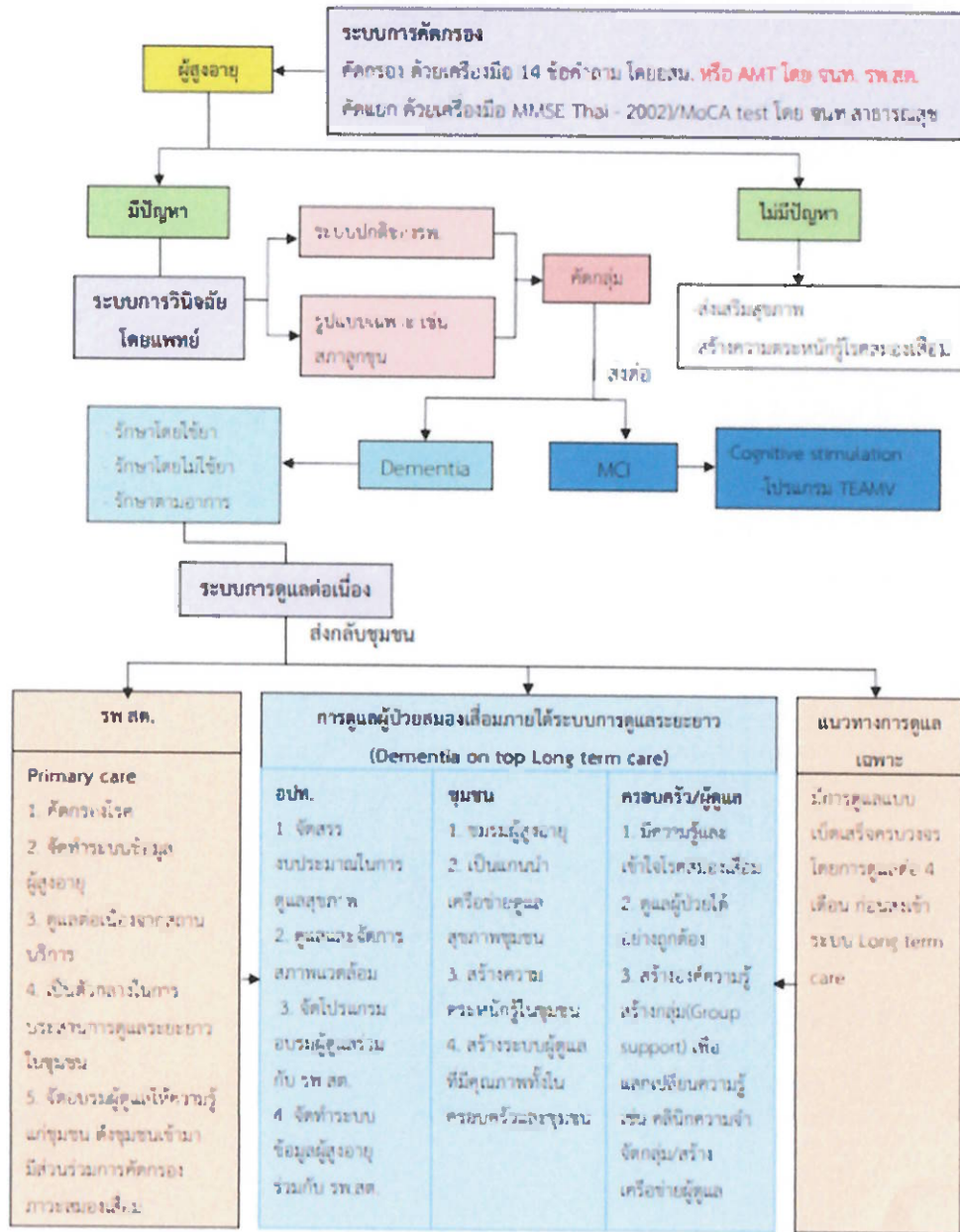
- Structural imaging : CT, MRI
- Functional/ Molecular imaging : Amyloid/ tau PET, 18 FDG PET

๑๑. Management of Mild cognitive impairment and dementia

การวางแผนร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

วิชาชีพ	บทบาท
แพทย์	ประเมินการเจ็บป่วย อากาการ ประเมิน ABCDEF: ADL, BPSD, Cognitive symptoms, Drug/ Disease, Event of concerns, Family and Caregivers หาสาเหตุ ให้การดูแลรักษา วางแผนการดูแล
Care manager (CM, DCM)	ประสานการจัดการดูแลสถานพยาบาล- บ้าน-ชุมชน-แหล่งสนับสนุน
พยาบาล	สอบถามอาการปัญหา ทดสอบ MMSE, ADL ให้คำแนะนำจัดการ ADL, BPSD ดูแลต่อเนื่อง ทางแหล่งสนับสนุน สวดศีล เยี่ยมบ้าน
พยาบาลจิตเวช/นักจิตวิทยา	ประเมินจิตใจของผู้ป่วยและผู้ดูแล BPSD, caregiver burden ให้คำปรึกษา
เภสัชกร	ติดตามการใช้ยา ADR, drug interaction, adherence การเก็บยา การเข้ายาที่บ้าน ภาวะติดและ feel
นักโภชนาการ	ภาวะโภชนาการ แนะนำอาหารเหมาะสม
นักกิจกรรมบำบัด	ระยะ 1-2 กิจกรรมทางบ้าน, ระยะ 3 ประเมินการกเดิน บริหารการกเดิน
นักกายภาพบำบัด	ประเมินการเคลื่อนไหว แนะนำกกำลังกาย, ระยะ 3 แนะนำการตรวจผู้ดูแล
นักวิชาการสาธารณสุข	ประเมินสิ่งแวดล้อม ศูนย์ดูแล อื่นควาย บริบทสภาพแวดล้อม
นักสังคมสงเคราะห์	ประเมินความต้องการด้านเศรษฐกิจ ประสานดูแลรักษา แนะนำสนับสนุน ส่งต่อปัญหาให้สถานบริการในพื้นที่ทราบ

แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมบริบทของประเทศไทย



คำแนะนำสำหรับผู้ที่มี Mild cognitive impairment/Dementia

- ควบคุมปัจจัยเสี่ยงของหลอดเลือด ทั้งเบาหวาน ความดัน ไขมันสูง หัวใจเต้นผิดจังหวะ (atrial fibrillation) ป้องกัน stroke
- ป้องกันการเกิดอุบัติเหตุที่สมอง
- พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม (อาหาร เหล้า บุหรี่ BMI การนอน)
- ออกกำลังกาย + กิจกรรมกระตุ้นสมอง
- การเข้าสังคม ไม่ปลีกตัว
- หาสาเหตุที่ส่งผลกระทบต่อ เช่น อารมณ์ซึมเศร้า วิดก เครียด ยาที่รบกวนการทำงานของสมอง
- คุยเรื่อง products ที่อาจช่วยชะลอการถดถอย
- คุยเรื่องการวางแผนต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการใช้ชีวิต ความปลอดภัย ที่อยู่ ทรัพย์สิน การเงิน และการดูแลระยะยาว ผู้ดูแล
- ติดตาม ABC เป็นระยะ เช่น ทุก 6 เดือน

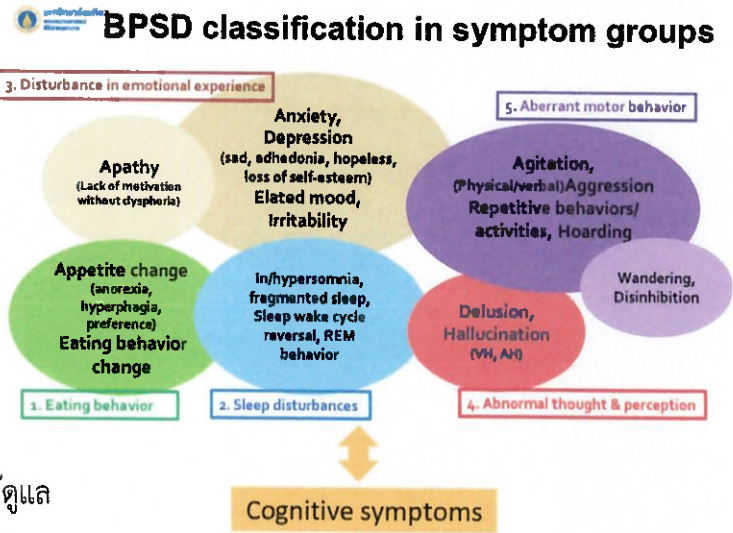
๑๒. How to manage BPSD in primary care

Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) คือ อาการและอาการแสดงของความผิดปกติของการรับรู้ ความคิด อารมณ์และพฤติกรรม

ปัญหาของพฤติกรรม อารมณ์และการรับรู้ ที่พบในผู้ป่วยซึ่งมีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งพฤติกรรมนั้นก่อให้เกิดปัญหาในทางใดทางหนึ่ง โดยอาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน หรือไม่สบายใจ ต้องพึ่งพา (independent) ผู้ดูแล หรือส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยยากลำบาก

ชนิดของกลุ่มอาการ BPSD

1. ความผิดปกติด้านพฤติกรรมกรทานอาหาร
2. ความผิดปกติด้านการนอน
3. ความผิดปกติด้านอารมณ์
4. ความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้
5. ความผิดปกติด้านพฤติกรรม



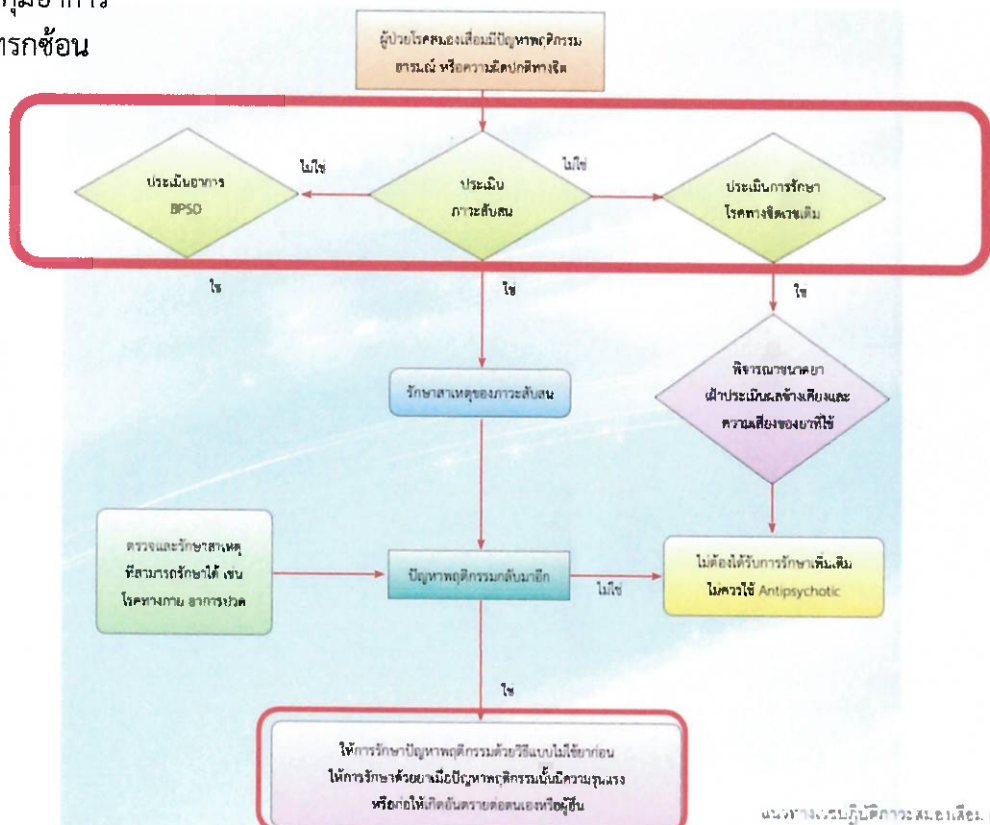
การรักษา

การรักษาแบบไม่ใช้ยา (Non-Pharmacological)

- ให้ความรู้ ความเข้าใจผู้ป่วย ครอบครัวและผู้ดูแล
- ให้การดูแลตามอาการ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน
- จัดกิจกรรมที่กระตุ้น บำบัดให้สม่ำเสมอ

การรักษาแบบใช้ยา (Pharmacological)

- ให้ยาเพื่อกระตุ้นการทำงานของระบบประสาท
- ให้ยาเพื่อควบคุมอาการ
- รักษาภาวะแทรกซ้อน



ยาที่แนะนำให้ใช้ในการรักษา BPSD

๑) Antipsychotics (hallucination and delusion, agitation/aggression, disinhibition, vocalization)

- Risperidone, Quetiapine, Aripiprazole, Olanzapine
- Clozapine (hallucination and delusion เท่านั้น)
- Haloperidol ไม่ควรใช้ในผู้ป่วย DLB, FTD, Parkinson's disease with dementia หรือผู้ป่วยที่มี parkinsonism หรือเกิด EPS (Extrapyramidal syndrome) ง่าย

๒) Insomnia, Sundown syndrome

- Trazodone
- Lorazepam ใช้ยาในระยะสั้น ระวัง ผลข้างเคียง

๓) Mood stabilizers(Agitation/aggression)

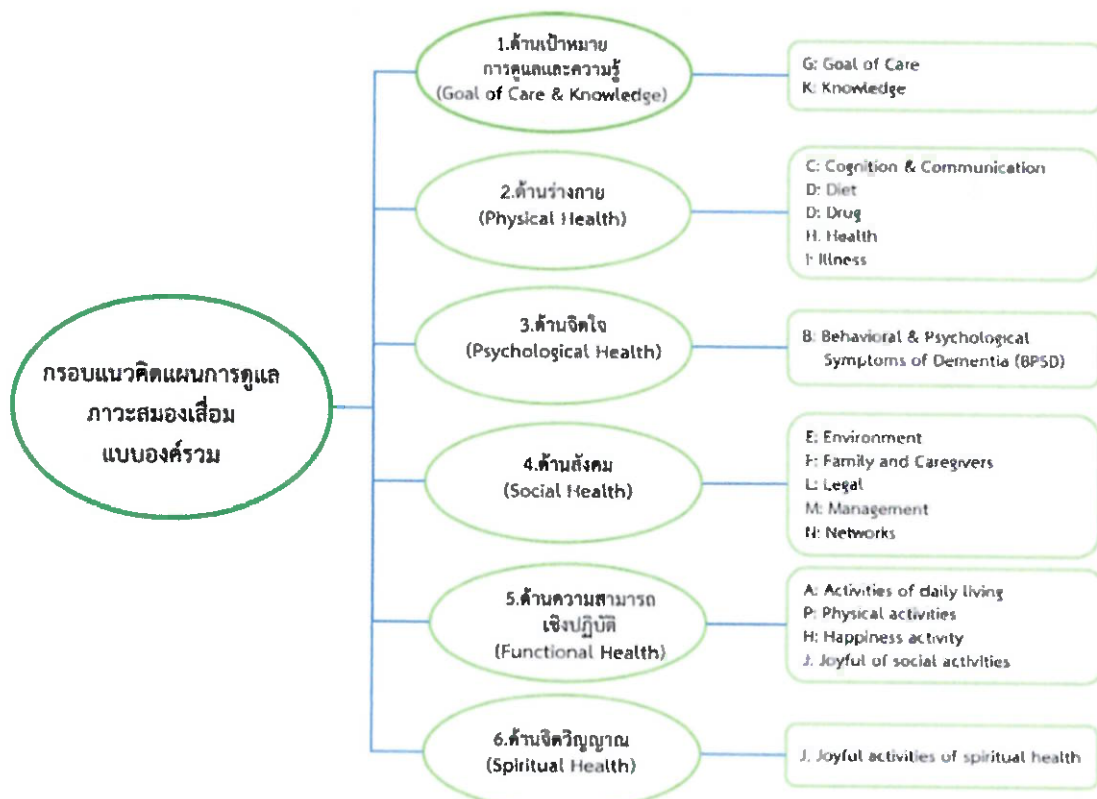
- Sodium valproate
- Carbamazepine (disinhibition)

๔) Antidepressants (Agitation/aggression, depression, anxiety, apathy, disinhibition, repetitive behavior)

- SSRIs: Sertraline, Escitalopram (ไม่ควรใช้ TCAs)

๑๓. การวางแผนการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม (Dementia care plan)

- วิเคราะห์ สรุปและตกลงร่วมกันเพื่อให้เกิดแผนปฏิบัติงาน/แผนการดูแลรักษาเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย หรือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ตั้งไว้อย่างเป็นองค์รวม



- ขั้นตอนการดำเนินการ
 - a. ประเมินก่อนให้บริการและวางแผนการดูแลรายบุคคลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Care plan)
 - b. ให้บริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข โดยบุคลากรสาธารณสุข/ทีมหมอบรรเทา
 - c. บริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน และให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้สูงอายุ โดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) หรือเครือข่ายสุขภาพอื่น ๆ หรืออาสาสมัครจิตอาสา
 - d. จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์
 - e. ประเมินผลการดูแลและปรับแผนการดูแลรายบุคคล

ตัวอย่างการบันทึกแผนการดูแล

ประเมินด้าน (Assessment)	อาการ/ปัญหา (symptoms/problems)	วินิจฉัย (Diagnosis)	แผนการดูแล (Planning)	วิธีการปฏิบัติ (Intervention)	ประเมินผล (Evaluation)
A: activities of daily living (กิจวัตรประจำวัน)					
B: behavioral and psychological problems (ปัญหาพฤติกรรม อารมณ์และจิตใจ)					
C: cognition (การรู้คิด)					
D: drug (ยา)					
E: environment (สภาพแวดล้อม)					
F: family and caregivers (ครอบครัว และผู้ดูแล)					
G: goal of care (เป้าหมายการดูแล)					
H: health (สุขภาพทั่วไป)					
L: legal (กฎหมาย)					
M: money (การเงิน)					
N: network (ระบบการดูแล)					

๑๔. การสนับสนุนการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย

สถานการณ์ในประเทศไทย

- "ประชากรรุ่นเกิดล้าน" ในระหว่างพ.ศ. 2506 – 2526 อัตราเกิดของประชากรไทยสูงที่สุดจากกรณีเด็กเกิดใหม่ถึง 1.2 ล้านคน จะกลายเป็น "สิ้นามิผู้สูงวัย" ในระหว่างปีพ.ศ. 2566 – 2586 กล่าวคือ จะมีผู้สูงอายุกว่า 20 ล้านคน เพิ่มขึ้นใน 20 ปีข้างหน้า ขณะที่อัตราการเกิดจะลดต่ำลงจนถึงขั้นติดลบ
- ในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2563 พบผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมรวมทั้งสิ้น 651,950 คน โดยจำนวนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ดังกล่าวยังไม่รวมผู้ที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาหรืออยู่นอกระบบ
- อัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นในอนาคต ขณะนี้ประเทศไทยยังไม่มีนโยบายหรือ แผนการด้านเศรษฐกิจที่เป็นรูปธรรม อีกทั้งยังไม่มีหน่วยงานที่ชัดเจนในการรับมือกับสถานการณ์ดังกล่าว

การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (Integrated care for older people; ICOPE)

- ช่วยพัฒนาชุมชนในการดำเนินงานผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยเน้นการเพิ่มสมรรถนะภายในบุคคล (Intrinsic Capacity; IC) และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน
- บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสามารถจำแนกผู้สูงอายุว่าสูญเสียสมรรถนะด้านใดและให้การดูแลที่เหมาะสมเพื่อชะลอการสูญเสียอื่น ๆ ที่จะเกิดขึ้น
- ประกอบด้วย 6 IC ได้แก่ Nutrition (โภชนาการ), Visual (การมองเห็น), Hearing (การได้ยิน), Cognition (การรู้คิด), Depressive symptom (อารมณ์) และ Mobility (การเคลื่อนไหว)

ICOPE กับแนวทางการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย

- ความผิดปกติด้าน IC (Intrinsic Capacity) มักเกิดความผิดปกติร่วมกันอาทิเช่น ADL, Mobility เป็นต้น ดังนั้นการชะลอความผิดปกติ การป้องกันและการรักษาการสูญเสียด้าน IC ด้านอื่นๆ ต้องควบคู่กัน
- การนำ ICOPE มาพัฒนาแนวทางเพื่อให้ชุมชนเป็นมิตรต่อผู้มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia Friendly Community) ซึ่งเป็นกลุ่มผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป
- ประกอบด้วย 6 + 3 IC ได้แก่ Nutrition, Visual, Hearing, Cognition, Depressive symptom, Mobility + ADL (การดำเนินกิจกรรมประจำวัน), Oral health (สุขภาพช่องปาก) และ Urinary incontinence (การควบคุมการขับถ่าย)

๑๕. คลินิกผู้สูงอายุ

เกณฑ์คลินิกผู้สูงอายุคุณภาพ

องค์ประกอบที่ ๑ สถานที่ สิ่งแวดล้อม (Structure)

- สถานที่และป้ายคลินิกชัดเจน
- ห้องน้ำผู้สูงอายุ/ผู้พิการใกล้คลินิกผู้สูงอายุ
- ราวจับ/ทางลาด ที่อำนวยความสะดวก
- ห้องตรวจสามารถนำรถเข็นเข้าได้สะดวก

องค์ประกอบที่ ๒ บุคลากร (Staff)

- มีหลักฐานมอบหมายเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงาน
- มีแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ
- มีแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
- มี Aging coordinator ที่ปฏิบัติงานในคลินิกผู้สูงอายุ

องค์ประกอบที่ ๓ รูปแบบและการจัดบริการ (Service)

- ความถี่ในการเปิดบริการ
- คัดกรอง ประเมิน 9 ด้าน ดูแล รักษา ติดตามรวมถึงโรคประจำตัวที่ควบคุมได้
- มีการให้บริการฉีควัคซีน การให้คำแนะนำสื่อให้ความรู้
- มีการบันทึกข้อมูล
- รูปแบบการจัดบริการที่หลากหลาย สำหรับผู้สูงอายุ เช่น Teleconsultation/Telemedicine Aging mobile clinic
- มีระบบการรับ-ส่งต่อ : ภายใน – ภายนอกโรงพยาบาล
- มีโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพและชะลอความเสื่อม

องค์ประกอบที่ ๔ ด้านการบริหารจัดการคลินิก (System)

- มีการประเมินความพึงพอใจของผู้รับบริการ
- มีการพัฒนานวัตกรรม
- มีการจัดการองค์ความรู้
- มีการวิเคราะห์ อัตรากำลังและจัดสรรอัตรากำลัง
- มีการจัดตั้งคณะกรรมการระดับโรงพยาบาล
- มีการประชุมวิเคราะห์ ทบทวน วางแผนพัฒนาอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

ขั้นตอนการจัดบริการคลินิกผู้สูงอายุ

๑. ก่อนจะเริ่มดำเนินการจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ควรวิเคราะห์สถานการณ์ของสถานบริการที่กำลังเริ่มงานก่อน โดย SWOT จุดแข็ง จุดอ่อน ภาวะคุกคามและโอกาส ซึ่งแต่ละที่จะมีไม่เหมือนกัน โดยอาจพิจารณาตาม Six Building Blocks of a Health System คือ งานบริการสุขภาพ กำลังคนด้านสุขภาพ ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ การเข้าถึงยาและเวชภัณฑ์ที่จำเป็น กลไกการคลังด้านสุขภาพ ภาวะผู้นำและธรรมาภิบาล

๒. ควรทราบฐานข้อมูลของผู้ป่วยสูงอายุที่ให้บริการ เช่น อายุเฉลี่ย โรคหลักที่เป็น และอื่น ๆ ความสนใจ ปัญหาที่พบที่ควรแก้ไข

๓. โดยทั่วไปมักพบว่า มีหลายปัญหาที่พบในผู้สูงอายุ ควรจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (priority setting)ว่าจะเลือกเรื่องใดมาดำเนินการ โดยการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา อาจพิจารณาจากหลายด้าน ดังเช่น

- ก. ขนาดของปัญหา โดยเลือกปัญหาที่พบบ่อย รุนแรง เร่งด่วน ส่งผลกระทบมาก
- ข. วิธีการแก้ไข ควรเลือกเรื่องที่มีวิธีที่ได้ผล โดยคำนึงถึงความยากง่ายของวิธีดังกล่าว ทั้งด้านทรัพยากร คน เวลา เงิน และอุปกรณ์
- ค. การยอมรับของชุมชน ทั้งด้านความสำคัญ ผลกระทบต่อประชากร ปัญหาของกลุ่มประชากร การยอมรับ
- ง. ความเป็นไปได้ของการสนับสนุน โดยเลือกเรื่องที่สอดคล้องกับนโยบาย

๔. วางแนวทางในการเลือกผู้ป่วยว่ามาจากแหล่งใด มีเกณฑ์ในการเข้าคลินิกอย่างไร เช่น เกณฑ์อายุ หรือกลุ่มอาการสูงอายุ หรือการมีโรคร่วมหลาย ๆ โรค

๕. วางแผนในการดำเนินการว่าจะมีขั้นตอนอย่างไร ด้วยวิธีใด บ่อยแค่ไหน ที่ใด ใครรับผิดชอบ ติดตาม กระบวนการดำเนินการและติดตามผลลัพธ์ด้วยวิธีใด

๖. วางแผนการเชื่อมประสานทั้งในแนวรับเข้าจากหน่วยงานระดับต้นกว่า แนวส่งปรึกษาหรือส่งต่อหน่วยงานระดับสูงกว่า แนวประสานในทีมต่าง ๆ ของโรงพยาบาล เช่น ในบริบทของโรงพยาบาลชุมชน อาจพิจารณาการรับส่งต่อจากรพ.สต. การส่งปรึกษาโรงพยาบาลทั่วไป และการปรึกษากันภายในโรงพยาบาลชุมชนนั่นเอง

มาตรฐานคลินิกผู้สูงอายุคุณภาพสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

๑. มาตรฐานด้านสถานที่และสิ่งแวดล้อม

- การเข้าถึง ความสะดวก ความปลอดภัย เครื่องมืออุปกรณ์พร้อมใช้ ได้มาตรฐานเอื้อต่อความผาสุก

๒. มาตรฐานด้านบุคลากร

- มีบุคลากรรับผิดชอบประจำมีความรู้ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และมีสหสาขาวิชาชีพ วัตถุประสงค์ความพึงพอใจความสุข สมดุลชีวิต และความผูกพันในองค์กร

๓. มาตรฐานกระบวนการดำเนินงาน

- คัดกรองเพื่อจัดลำดับตามความรุนแรงของความเจ็บป่วย
- คัดกรองกลุ่ม Geriatric Syndromes

- การตรวจรักษาแบบองค์รวมตามมาตรฐานวิชาชีพ
- การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
- มาตรฐานการรักษาสิทธิผู้ป่วย จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพ

๔. มาตรฐานกระบวนการประเมินผลและติดตาม

- มีการตรวจติดตามเป้าหมายตัวชี้วัดต่างๆ และประเมินความพึงพอใจ ความไม่พึงพอใจ และอัตราความผูกพันผู้ป่วยและญาติต่อคลินิก

การดำเนินงานคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลศิริราช

จุดเด่นของคลินิก

๑. Holistic care มีการประเมิน Comprehensive geriatric assessment เป็นระยะและครบทุกด้าน ได้แก่ physical, menta , function social/caregiver/environment
๒. Health promotion and disease prevention มีการดำเนินการด้าน screening, immunization, chemoprophylaxis และ advice ในการดูแลต่างๆ
๓. Multidisciplinary care team มีทีมสหสาขาวิชาชีพอันได้แก่ แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ แพทย์อายุรศาสตร์ปัจฉิมวัย พยาบาล นักจิตวิทยา เภสัชกร นักสุขศึกษา นักสังคมสงเคราะห์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ (one stop service service) หรือหน่วยงานอื่น เช่น ประสาน HHC

การรับผู้ป่วยเข้าคลินิก

- ผู้สูงอายุ 70 ปีขึ้นไป
- ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่มี
 - multiple comorbid diseases
 - กลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndrome)
 - ผู้ป่วยที่ถูกจำหน่ายจากหอผู้ป่วยในที่เคยปรึกษาแพทย์ในแผนกไปดูแล
 - ผู้ป่วยที่ได้รับการส่งมาปรึกษาจากแพทย์เฉพาะทางอายุรกรรม

การคัดกรอง

- ผู้ช่วยพยาบาล ประเมิน vital signs
- พยาบาลซักประวัติ คัดกรอง
 - Emergency: ประเมินภาวะฉุกเฉินในผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินตามมาตรฐานของงานการพยาบาลตรวจรักษาผู้ป่วยนอก ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลว่าด้วยเรื่องระเบียบข้อปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยฉุกเฉิน
 - คัดกรอง geriatric syndrome
- Multidisciplinary Team (MDT): ประเมินความต้องการในการตรวจรักษา/คาปรึกษาจากทีมสหสาขาวิชาชีพก่อนที่จะพบแพทย์เฉพาะทางสูงอายุ

การวัดผล

๑. จำนวนผู้ป่วยที่มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในคลินิกที่ตรวจคัดกรองได้เร็ว
 - 1.1 ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อภาวะฉุกเฉินมีการส่งต่อหน่วยแพทย์เวรฉุกเฉินภายใน 10 นาที มากกว่า 90 %
 - 1.2 ผู้ป่วยที่มีภาวะเร่งด่วนจัดให้ได้พบแพทย์เพื่อตรวจรักษาภายใน 30 นาที มากกว่า 90 %
๒. ได้ฐานข้อมูล geriatric syndrome ของคลินิก

๑๖. การดำเนินการบูรณาการดูแลผู้สูงอายุโดยบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เทศบาลเมืองบึงยี่โถ ปทุมธานี

❖ ระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม

ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ		
ศูนย์บ้านฟ้ารังสิต Community Center	ศูนย์ปิยะวารามย์ Life Long Learning Center	ศูนย์สกลาพร Wellness Center
		
เปิด 10 กันยายน 2557	เปิด 1 พฤษภาคม 2558	เปิด 12 มีนาคม 2559
สมาชิก 1,899 คน	สมาชิก 1,093 คน	สมาชิก 1,364 คน
ผู้สูงอายุ 382 คน	ผู้สูงอายุ 207 คน	ผู้สูงอายุ 303 คน

“สังคม STRONG แบบมี STYLE ที่บึงยี่โถ”

STRONG LIFE PROGRAM STRONG COMMUNITY ชีวิตดี กิจกรรมเหมาะสม ชุมชนเข้มแข็ง



S: Socialization (มีปฏิสัมพันธ์กับทุกคน) เช่น กิจกรรมอาหารบอกเล่า กิจกรรมเล่า ตื่น เล่น กิน กิจกรรม จิบชา เสวนาพาเพลิน เป็นต้น

T: Treatment (มีการบำบัดรักษาที่ดี) เช่น กิจกรรมแอโรบิก กิจกรรมลาไม้พลอง กิจกรรมโยคะเพื่อสุขภาพ กิจกรรมวารีบำบัด และการออกกกำลังกายในน้ำ การใช้ลูกบอลออกกกำลังกาย

R: Recreation (มีกิจกรรมนันทนาการ) เช่น กิจกรรมเต้นลีลาศ กิจกรรมเต้นไลน์แดนซ์ กิจกรรมเต้น บาสโลบ กิจกรรมสูงวัย หัวใจ STRONG กิจกรรมจูงหลาน สานกระทง

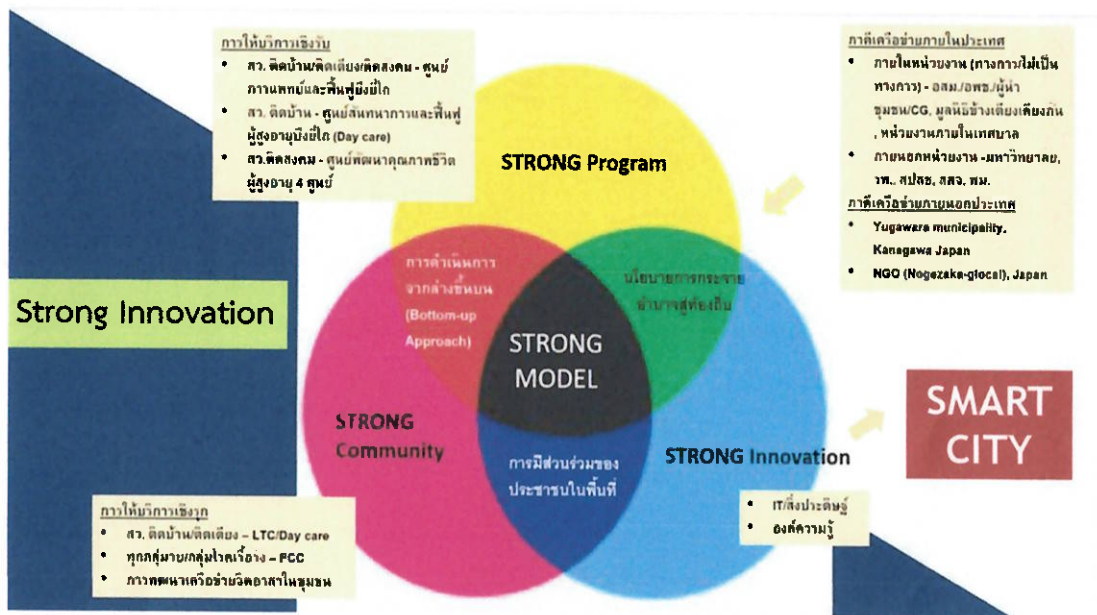
O: Opportunity (มีโอกาสนในการเรียนรู้และยังประโยชน์เพื่อผู้อื่นและส่วนรวม) เช่น กิจกรรมการเรียน ภาษาอังกฤษ/ญี่ปุ่น/จีน กิจกรรมการเรียนคอมพิวเตอร์ กิจกรรมทากระเป่าผ้าและกระเป๋าเชือกถัก กิจกรรม การทำผ้ามัดย้อม โครงการส่งเสริมการเรียนรู้ผู้สูงอายุในชุมชน

N: Nutrition (มีการดูแลด้านอาหารและโภชนาการ) เช่น โครงการอาหารเป็นยา อาหารเพื่อสุขภาพ

G: Group (มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรมและดูแลซึ่งกันและกัน) เช่น โครงการสุข ๕ มิติ

กระบวนการพัฒนา “รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการโดยใช้ชุมชนเป็นฐาน” หรือ “Strong Model” ประกอบด้วย ๓ กระบวนการหลัก

- Strong Program
- Strong Community
- Strong Innovation



กิจกรรมในศูนย์การแพทย์และฟื้นฟูบึงยี่โถ

บริการเชิงรับ

- คลินิกตรวจรักษาโรคทั่วไป
- คลินิกทันตกรรม
- คลินิกกายภาพบำบัด
- คลินิกแพทย์แผนไทย
- คลินิกแพทย์แผนจีน
- คลินิกสุขภาพจิต

บริการเชิงรุก (คลินิกหมอครอบครัวดูแลทุกกลุ่มวัย)

- งานส่งเสริมสุขภาพอนามัยโรงเรียน (ตรวจสุขภาพช่องปาก, ตรวจพัฒนาการ)
- งานเยี่ยมบ้านแม่หลังคลอด
- งานเยี่ยมบ้านกลุ่มวัยทำงาน/ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง
- งานเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง/ผู้ป่วยระยะสุดท้าย/ผู้พิการ
- งานลงพื้นที่คัดกรองโรค
- งานเฝ้าระวังและควบคุมโรคในชุมชน

การลงดำเนินการในชุมชนระหว่างเยี่ยมบ้าน

- การทำงานร่วมกันเป็นทีม ลงเยี่ยมบ้านระยะยาวอย่างต่อเนื่อง
- การใช้องค์ความรู้ใหม่ๆ มาร่วมกันสร้างสรรค์นวัตกรรมทางสุขภาพเพื่อผู้ป่วย
- การแนะนำวิธีการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง
- การประเมินสภาวะร่างกายและจิตใจ
- การให้กำลังใจในการดูแลผู้ป่วย
- การประเมินภาวะเศรษฐกิจและข้อจำกัดในครอบครัว
- การประเมินสภาพแวดล้อมในบ้าน
- การดูแลไปจนถึงญาติและผู้ดูแลในบ้าน
- เกิดเครือข่ายการทำงาน เกิดการพัฒนาทีม อสม./CG/จิตอาสา
- การร่วมกันสรุปเคสและกิจกรรมภายหลังลงเยี่ยมบ้าน
- การจัดตั้งกลุ่ม Line PCC
- ศูนย์การแพทย์และฟื้นฟูบึงยี่โถ เพื่อประสานการทำงานกันของเจ้าหน้าที่

❖ ระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง

มูลนิธิข้างเตียงเคียงกัน

- เป็นการรวมกลุ่มภาคประชาชน/ผู้นำในชุมชนในพื้นที่ เพื่อดำเนินการกิจด้านสาธารณสุขกุลในการช่วยเหลือประชาชนในพื้นที่
- เพื่อจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์/กายอุปกรณ์ที่จำเป็นให้ผู้ป่วยโดยไม่แสวงหาผลกำไร
- ให้การช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและญาติ เช่น การเคลื่อนย้ายเตียงผู้ป่วย, การซ่อมแซมกายอุปกรณ์ที่ชำรุดให้ผู้ป่วย เป็นต้น
-

❖ ระบบการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน

- จากการสำรวจในพื้นที่ตำบลบึงยี่โก พบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน (ADL ๕-๑๑) จำนวนหนึ่ง เทศบาลเมืองบึงยี่โกเห็นถึงความสำคัญของความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังหรือขาดการดูแล รวมถึงผู้ที่อยู่ในระยะพักฟื้นร่างกาย และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เทศบาลจึงได้จัดตั้ง ศูนย์สังเคราะห์การและฟื้นฟูผู้สูงอายุบึงยี่โก (Bueng Yitho Day Care and Day service)
- กระบวนการดำเนินงาน

๑) ขั้นตอนเตรียมการ

- ๑.๑) การสร้างเครือข่ายการดำเนินงาน บันทึกข้อตกลงความร่วมมือทางวิชาการ (MOU)
- ๑.๒) การประเมินความต้องการของชุมชน (Assessment of local needs)
- ๑.๓) การออกแบบและก่อสร้างอาคารสังเคราะห์การและฟื้นฟูผู้สูงอายุบึงยี่โก
- ๑.๔) การพัฒนาศักยภาพบุคลากร
- ๑.๕) การแต่งตั้งทีมงานและเครือข่ายการดำเนินงาน
- ๑.๖) การกำหนดหลักการพื้นฐานและกรอบแนวคิดในการดำเนินงานของศูนย์

๒) ขั้นตอนการเปิดให้บริการ - ปรับสถานที่และเตรียมอุปกรณ์/ครุภัณฑ์ให้เหมาะสม



๓. ประโยชน์ที่ได้รับจากการฝึกอบรม

ต่อตนเอง ได้แก่

๑. นำความรู้ที่ได้รับจากการเข้ารับการอบรมมาพัฒนาสมรรถนะด้านการดูแลรักษาโรคเบื้องต้นในผู้สูงอายุ รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมและเหมาะสมเพื่อเตรียมรับมือกับสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย
๒. ได้มีการสร้างเครือข่ายในการจัดการระบบสุขภาพผู้สูงอายุ
๓. นำความรู้และทักษะที่ได้รับมาพัฒนาตนเองในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ
๔. ได้มีการพัฒนาความรู้ทางวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง
๕. มีแรงจูงใจในการพัฒนาระบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการและชุมชน รวมทั้งพัฒนานวัตกรรมในการให้บริการ

ต่อหน่วยงาน ได้แก่

๑. เพื่อเพื่อพัฒนาระบบการดูแลและการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพและชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ
๒. สร้างความเข้มแข็งของภาคีเครือข่ายระบบการจัดการสุขภาพผู้สูงอายุ
๓. มีต้นแบบระบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการและชุมชนที่เหมาะสม

๔. แนวทางในการนำความรู้ ทักษะที่ได้รับจากการฝึกอบรมครั้งนี้ ไปปรับใช้ให้เกิดประโยชน์แก่หน่วยงาน มีดังนี้

- ๔.๑ นำความรู้ที่ได้รับมาถ่ายทอดให้เจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพเพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะในการบริการผู้สูงอายุได้อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ
- ๔.๒ พัฒนาระบบการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม
- ๔.๓ มีการพัฒนาและต่อยอดระบบการให้บริการสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องและเข้มแข็ง

๕. ปัญหาและอุปสรรคที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการนำความรู้ และทักษะที่ได้รับไปปรับใช้ในการปฏิบัติงาน

- ๕.๑ การริเริ่มพัฒนาระบบบริการผู้สูงอายุ โดยเฉพาะการคัดกรอง เกณฑ์คัดเข้าผู้ป่วยและการจัดบริการที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่
- ๕.๒ ความรู้ ความเข้าใจต่อสถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทยและการดูแลผู้สูงอายุของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ
- ๕.๓ ความเข้าใจของประชาชนเกี่ยวกับสังคมผู้สูงอายุ

๖. ความต้องการการสนับสนุนจากผู้บังคับบัญชา เพื่อส่งเสริมให้สามารถนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปปรับใช้ในการปฏิบัติงานให้สัมฤทธิ์ผล ได้แก่

- ๖.๑ ผู้บังคับบัญชาสนับสนุนให้นำความรู้ที่ได้รับมาเผยแพร่ต่อให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการตามความเหมาะสม
- ๖.๒ ส่งเสริมให้มีการสร้างระบบการดูแลผู้สูงอายุทั้งในสถานบริการและชุมชน เพื่อประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน
- ๖.๓ ส่งเสริมให้ทีมสหวิชาชีพได้เข้ารับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเพิ่มความสามารถในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพ

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

(ลงชื่อ).....นันทิชา.....

(นางสาวนันทิชา ศรีวิจารณ์)

ผู้เข้ารับการฝึกอบรม

หมายเหตุ : ๑. การฝึกอบรม หมายถึง กระบวนการในการพัฒนาบุคคลอย่างเป็นระบบ เพื่อช่วยให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเกิดความรู้ ความเข้าใจ ความชำนาญ และมีทัศนคติที่ถูกต้องในเรื่องใดเรื่องหนึ่งถึงขั้นสามารถนำความรู้ในเรื่องนั้นไปปฏิบัติภาระหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๒. การฝึกอบรม หมายความว่า การอบรม การประชุมทางวิชาการหรือเชิงปฏิบัติการ การสัมมนาทางวิชาการหรือเชิงปฏิบัติการ การบรรยายพิเศษ การศึกษาดูงาน การดูงาน หรือที่เรียกชื่ออย่างอื่นทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยมีโครงการหรือหลักสูตรและช่วงเวลาจัดที่แน่นอนที่มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาบุคคลหรือเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน โดยไม่มีการรับปริญญาหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ

๓. ส่งแบบรายงานสรุปผลการฝึกอบรมพร้อมทั้งแนบสำเนาประกาศนียบัตร วุฒิบัตร หนังสือสำคัญหรือหนังสือรับรองการเข้ารับการฝึกอบรม/ประชุม/สัมมนา/ศึกษาดูงานที่เกี่ยวข้องไปกับรายงานฉบับนี้กลับมายังกองการเจ้าหน้าที่ เพื่อนำเสนอผู้บังคับบัญชาตามลำดับชั้นภายใน ๖๐ วัน นับแต่วันเดินทางกลับจากการฝึกอบรมถึงสถานที่ปฏิบัติราชการ

รูปภาพประกอบการอบรม “การพัฒนาศักยภาพแพทย์ในการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุ
หลักสูตร Case based learning in Geriatric Ambulatory Care”

ทั้งหมด ๓ ระยะ ดังนี้ ระยะที่ ๑ ระหว่างวันที่ ๑๕ - ๑๙ มกราคม ๒๕๖๗
ระยะที่ ๒ ระหว่างวันที่ ๑๒ - ๑๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗
ระยะที่ ๓ ระหว่างวันที่ ๑๑ - ๑๕ มีนาคม ๒๕๖๗

