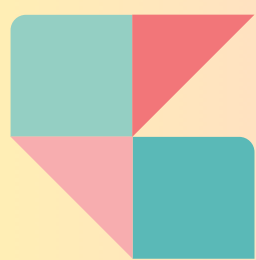


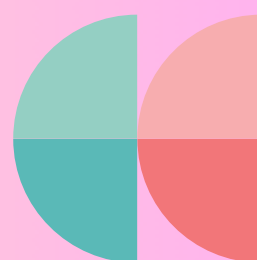
ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแล ผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและดูแลผู้สูงอายุ
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์
ปีงบประมาณ 2569





สารบัญ



บทสรุปผู้บริหาร	02
กรอบแนวคิดเชิงปฏิบัติการ	02
กลไกการประเมินผลและพัฒนาคุณภาพ	03
กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี	06
ทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลผู้สูงอายุ	07
ระบบการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูล	08
ระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ	11
การพัฒนาแนวทางการดูแล	15
การสืบค้นและสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	17
สรุปประเด็นสำคัญและระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน	31
การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ	32
ผลการดำเนิน	35
เอกสารอ้างอิง	38
ภาคผนวก	41

ผลการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและผู้สูงอายุ
มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์
ปีงบประมาณ 2569

บทสรุปผู้บริหาร

หลักการและเหตุผล

บริบทการก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสมบูรณ์ (Super-Aged Society) ทำให้ระบบสาธารณสุขต้องเผชิญกับความท้าทายจากภาวะเปราะบาง (Frailty) และโรคเรื้อรังที่ซับซ้อน การดูแลแบบแยกส่วน (Fragmented Care) แบบดั้งเดิมไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของผู้สูงอายุได้อีกต่อไป โครงการนี้จึงมุ่งพัฒนา "แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการสหสาขาวิชาชีพ" เพื่อสร้างมาตรฐานการทำงานร่วมกันระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล แพทย์ เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ และภาคประชาชน อสม. อาสาสมัคร ในพื้นที่ชุมชนกึ่งตะเกา โดยใช้สุนทรียภาพทางการพยาบาลและนวัตกรรมท้องถิ่นเป็นแกนกลางขับเคลื่อน

กรอบแนวคิดเชิงปฏิบัติการ

แนวปฏิบัตินี้ขับเคลื่อนผ่านนวัตกรรมการประเมิน ดัชนี URU-FRAILITY ซึ่งบูรณาการแนวทาง ICOPE ขององค์การอนามัยโลก เข้ากับเกณฑ์ภาวะเปราะบางระดับสากล ประเมินครอบคลุม 4 มิติ คือ ร่างกาย จิตใจ สมอ่ง คลินิก และสังคม เพื่อนำไปสู่การจัดกลุ่มผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ (Seamless) และกำหนดบทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพ (MDT) แบบบูรณาการความร่วมมือ

แนวปฏิบัติการดูแลแบบบูรณาการ 4 ระดับ (4-Tier Integrated Care Pathways)

แนวปฏิบัติได้กำหนดบทบาทหน้าที่ของทีม MDT และชุมชน แบ่งตามระดับสุขภาวะ ดังนี้

ระดับที่ 1: กลุ่มแข็งแรง (Robust) "แนวปฏิบัติการสร้างมูลค่าและวิสาหกิจชุมชน" เป้าหมายเพื่อคงสมรรถนะ (Maintenance) และสร้างคุณค่าเชิงประจักษ์ (Productive Aging) โดยสนับสนุนการจัดตั้งวิสาหกิจชุมชนผลิตผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดจากสมุนไพรท้องถิ่น และยกระดับผู้สูงอายุสู่การเป็น "อาสาสมัคร" เพื่อเป็นพี่เลี้ยงดูแลกลุ่มเปราะบาง

ระดับที่ 2 กลุ่มเริ่มเปราะบาง (Pre-frail) "แนวปฏิบัติการฟื้นฟูระยะงาทอง (Golden Period)" เป้าหมายเพื่อผันกลับภาวะเปราะบางสู่สภาวะปกติ (Reversible Intervention) โดยใช้โปรแกรมพหุมิติ 12 สัปดาห์ บูรณาการการออกกำลังกายร่วมกับนวัตกรรม "ปันโตนาทอง" และเครื่องดัดสมุนไพรรักษาโรคเสริมโปรตีน เพื่อเพิ่มมวลกล้ามเนื้อและกระตุ้นการทำงานของสมอ่ง

ระดับที่ 3 กลุ่มเปราะบางปานกลาง (Moderately Frail) "แนวปฏิบัติการคงสภาพและลดภาระ" เป้าหมายเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ ลดภาวะแทรกซ้อน และสนับสนุนผู้ดูแล (Caregiver Support)

บทบาททีมบูรณาการ คือ เกสซ์กรและแพทย์ร่วมกันทบทวนและถอนยาที่ไม่จำเป็น (Deprescribing) นักกายภาพบำบัดและทีมช่างชุมชนร่วมประเมินและปรับสภาพแวดล้อมที่บ้าน (Home Modification)

ระดับที่ 4 กลุ่มเปราะบางรุนแรง (Severely Frail) “แนวปฏิบัติการดูแลระดับประคับประคองระยะท้าย” เป้าหมาย คือ ลดความทุกข์ทรมาน (Symptom Control) และรักษาศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Palliative Care) บทบาททีมบูรณาการ คือ พยาบาลและแพทย์เน้นการจัดการความปวด ผสานสุนทรีย์สัมผัส (Aesthetic Touch) และดนตรีบำบัด ร่วมกับการทำความเข้าใจกับครอบครัวเพื่อจัดทำสมุดเบ้าใจ (Living Will) ให้ผู้ป่วยจากไปอย่างสงบ

กลไกการประเมินผลและการพัฒนาคุณภาพ

เพื่อให้แนวปฏิบัตินี้เกิดความยั่งยืน ได้มีการกำหนดตัวชี้วัดประสิทธิภาพ (KPIs) ที่ครอบคลุมทั้ง:

- 1.ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcomes) อัตราการลดลงของภาวะหกล้ม และอัตราการเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Readmission rate)
- 2.ประสบการณ์และคุณภาพชีวิต ความสุขของผู้สูงอายุและการลดลงของความเครียดในกลุ่มผู้ดูแล
- 3.การเรียนรู้ของระบบ (System Learning) การใช้กระบวนการถอดบทเรียน (After Action Review: AAR) เพื่อปรับปรุงแนวปฏิบัติอย่างต่อเนื่องตามวงจร PDCA

ผลสัมฤทธิ์ที่คาดหวัง

การประกาศใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการสหสาขาวิชาชีพนี้ จะพลิกโฉมระบบบริการสุขภาพของศูนย์ URU-CARE จากการตั้งรับ เป็นการสร้าง "ระบบนิเวศสุขภาพที่เกื้อกูล (Compassionate Health Ecosystem)" ลดความซ้ำซ้อนในการทำงานของบุคลากรทางการแพทย์ ลดภาระค่าใช้จ่ายทางสาธารณสุข และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุในชุมชนคั้งตะเกา ให้สามารถก้าวเข้าสู่วัยเกษียณได้อย่างมีพลัง มีคุณค่า และมีสุนทรียภาพอย่างยั่งยืน

หลักการและเหตุผลของการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการสหสาขาวิชาชีพ

การก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์นำมาซึ่งความท้าทายในการจัดการระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุมักเผชิญกับกับความเสื่อมถอยของสมรรถนะทางกาย (Intrinsic capacity) ภาวะโรคเรื้อรังร่วมหลายโรค (Multimorbidity) และกลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) ที่มีความ

ซับซ้อน ตลอดจนปัญหาความเปราะบางทางสังคมและจิตใจ การจัดการปัญหาสุขภาพเหล่านี้ไม่สามารถบรรลุผลได้ด้วยระบบบริการรูปแบบเดิมที่เน้นการรักษาโรคแบบแยกส่วน (Fragmentation) ซึ่งมักนำไปสู่ความซ้ำซ้อนในการประเมินและเกิดช่องโหว่ในการส่งต่อข้อมูล เพื่อแก้ไขข้อจำกัดดังกล่าว การปรับเปลี่ยนรูปแบบบริการสู่การดูแลแบบบูรณาการ (Integrated Care) ที่ยึดผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลางจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง การขับเคลื่อนแนวปฏิบัติที่อาศัยการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team) อย่างเป็นระบบ ผ่านการประเมินแบบครอบคลุม (Comprehensive Geriatric Assessment) ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าสามารถลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ชะลอความเสื่อมถอยของการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญ (Kuluski et al., 2021; Briggs et al., 2018) องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้เสนอแนวคิด **การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (Integrated Care for Older People: ICOPE)** ซึ่งเป็นการพลิกโฉมระบบสุขภาพจากการมุ่งเน้นการรักษาโรค (Disease-oriented) ไปสู่การรักษาสมรรถนะภายใน (Intrinsic capacity) แบบยึดบุคคลเป็นศูนย์กลาง การวิเคราะห์อภิमानล่าสุดยืนยันว่าการใช้กรอบแนวคิด ICOPE สามารถฟื้นฟูสมรรถนะทางกาย ลดความเปราะบาง และยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุได้อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับการดูแลแบบดั้งเดิม (Liu et al., 2025) ในบริบทของประเทศไทย กรมอนามัยได้นำร่องกรอบแนวคิดนี้มาใช้ในระดับปฐมภูมิ (กรมอนามัย, 2564) ทว่าการประเมินผลการดำเนินงานยังพบข้อจำกัดสำคัญด้านระบบฐานข้อมูลที่ยังแยกส่วนและภาระงานที่เพิ่มขึ้นของบุคลากร (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2565) จึงมีความจำเป็นต้องพัฒนาแนวปฏิบัติระดับพื้นที่ที่สามารถอุดช่องโหว่เหล่านี้ได้

นอกจากกลไกทางคลินิกแล้ว การดูแลแบบองค์รวมที่แท้จริงต้องผสานหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence-Based Practice) เข้ากับบริบททางสังคม วัฒนธรรม และภูมิปัญญาท้องถิ่น และการใช้ทรัพยากรท้องถิ่นอย่างสมนไพรพื้นถิ่นเข้ามาบูรณาการร่วมกับการรักษาหลัก มีส่วนสำคัญในการเยียวยาจิตใจ ลดอัตราซึมเศร้า และสร้างความสุขให้แก่ผู้สูงอายุในระยะยาว (นริรัตน์ และคณะ, 2567; วรรณ และคณะ, 2566) และหัวใจสำคัญของความสำเร็จในการดูแลแบบบูรณาการ คือ การทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team) อย่างไรก็ดีตาม งานวิจัยทั้งในและต่างประเทศชี้ให้เห็นตรงกันว่าอุปสรรคสำคัญในการปฏิบัติงานจริงคือบทบาทหน้าที่ที่ทับซ้อนกัน ขาดความเข้าใจในขอบเขตของวิชาชีพอื่น และขาดระบบการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (รัตน และคณะ, 2564; Valentijn et al., 2023) การมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจน ซึ่งผสานการทำงานของแพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการเข้าด้วยกัน ไม่เพียงแต่ช่วยลดความคลาดเคลื่อนทางคลินิก (Mofina et al.,

2022) แต่การนำระบบผู้จัดการรายกรณี (Case Management) มาใช้ประสานงาน ยังช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้อย่างเป็นรูปธรรม (Kuluski et al., 2021)

การผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นและสุนทรียภาพทางการแพทย์ การดูแลแบบองค์รวมที่สมบูรณ์จะต้องครอบคลุมมิติทางจิตใจและสังคม โดยดึงศักยภาพของชุมชนมาเป็นฐานราก (Community-based approach) การพัฒนารูปแบบการดูแลที่ชุมชนมีส่วนร่วมร่วมคิดร่วมทำ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ดีขึ้นและสร้างเครือข่ายที่เข้มแข็ง (สมศักดิ์ และคณะ, 2566) นอกจากนี้ การบูรณาการ "นวัตกรรมสุนทรียภาพทางการแพทย์" (Nursing Aesthetic Innovation) เช่น การใช้ศิลปะและดนตรีบำบัด ได้รับการพิสูจน์แล้วว่าช่วยยกระดับความสุขและลดภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุได้ (นริรัตน์ และคณะ, 2567; จินตนา และคณะ, 2565) ควบคู่ไปกับการใช้ทรัพยากรในพื้นที่ เช่น การจัดการภาวะเปราะบางด้วยภูมิปัญญาสมุนไพรท้องถิ่น ซึ่งเป็นการต่อยอดการดูแลสุขภาพไปสู่การขับเคลื่อนเศรษฐกิจฐานราก (วรรณ และคณะ, 2566)

วัตถุประสงค์

การพัฒนา "แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวมแบบบูรณาการสหสาขาวิชาชีพ" วัตถุประสงค์ที่สำคัญ ดังนี้

1. เพื่อสร้างมาตรฐานการดูแลไร้รอยต่อ (Seamless Care): แปลงแนวคิด ICOPE ระดับสากลสู่การปฏิบัติจริง
2. โดยมีเส้นทางคลินิก (Clinical pathway) ที่หลายไซโลของวิชาชีพ เพื่อความปลอดภัยและประสิทธิภาพสูงสุด
3. เพื่อบูรณาการหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP) เข้ากับบริบทพื้นที่ ในการยกระดับคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยนวัตกรรมสุนทรียภาพทางการแพทย์และภูมิปัญญาท้องถิ่น ตอบสนองต่อความต้องการที่แท้จริงของชุมชนเป้าหมาย
4. เพื่อเป็นกลไกขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ศูนย์กลางความรู้: แนวปฏิบัตินี้จะเป็นรากฐานสำคัญในการผลักดันให้หน่วยงานก้าวขึ้นเป็น Hub of Talent and Knowledge ด้านการดูแลผู้สูงอายุ ที่ผสานความเป็นเลิศทางวิชาการเข้ากับการรับใช้สังคมอย่างยั่งยืน

กรอบแนวคิดเชิงทฤษฎี

กรอบแนวคิดนี้พัฒนาขึ้นบนพื้นฐานของกระบวนการเชิงระบบ (System Approach: Input-Process-Output) โดยมีองค์ประกอบหลัก 4 เสาหลัก (Pillars) ที่สอดคล้องกัน ดังนี้

1. ปัจจัยนำเข้า (Inputs)

1.1 ฐานรากทางวิชาการและบริบทพื้นที่แนวคิด ICOPE (Integrated Care for Older People) นำร่องด้วยกรอบคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่เปลี่ยนผ่านจากการรักษาโรคแยกส่วน มาเป็นการมุ่งรักษาสมรรถนะภายใน (Intrinsic Capacity) ทั้ง 6 ด้าน ความรู้คิด, การเคลื่อนไหว, โภชนาการ, การมองเห็น, การได้ยิน, สุขภาพจิต

1.2 หลักฐานเชิงประจักษ์ โดยบูรณาการกับหลักฐานเชิงประจักษ์ (EBP) และการประเมินแบบครอบคลุม (CGA) ใช้เครื่องมือคัดกรองที่มีมาตรฐานสากล เพื่อให้ได้ข้อมูลสุขภาพที่แม่นยำที่สุด

1.3 บริบทและทุนทางสังคมของชุมชน การวิเคราะห์โครงสร้างประชากร ความเชื่อ และทรัพยากรที่มีอยู่จริงในพื้นที่ เช่น บริบทของชุมชนคั่งตะเกา เพื่อให้การดูแลไม่แปลกแยกจากวิถีชีวิตเดิม

2. กลไกการขับเคลื่อน (Process) การทำงานของทีมและการใช้นวัตกรรมกระบวนการนี้ถูกขับเคลื่อนด้วย 2 กลไกคู่ขนาน

2.1 กลไกที่ 1 การทำงานของทีมสหสาขาวิชาชีพภายใต้ค่านิยม URU-CAR ยึดพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) ประสานงานอย่างไร้รอยต่อกับ แพทย์ นักกายภาพบำบัด เกสเซอร์ และผู้นำชุมชนภายใต้ค่านิยม URU-CARE ซึ่งเป็นวัฒนธรรมองค์กรเพื่อลดการทำงานแบบแยกส่วน สร้างความเห็นอกเห็นใจ (Empathy) ในการสะท้อนปัญหาพร้อมกัน

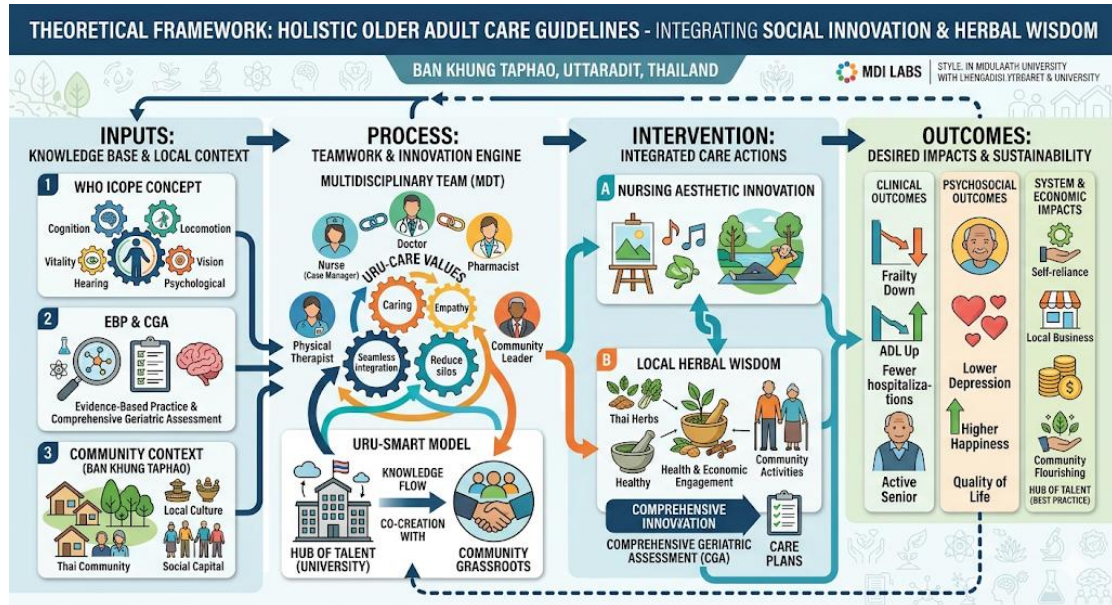
2.2 กลไกที่ 2 นวัตกรรมสังคมผ่านโมเดล "URU-SMART" เปลี่ยนองค์ความรู้จากบนลงล่าง (Top-down) สู่การสร้างนวัตกรรมร่วมกับชุมชน (Co-creation) มหาวิทยาลัยทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางความรู้ (Hub of Talent) ถ่ายทอดเทคโนโลยีและกระบวนการดูแล ลงสู่รากหญ้า เพื่อให้อาสาสมัครได้มีส่วนร่วมในการพัฒนา นวัตกรรม (Intervention) โดยบูรณาการภูมิปัญญาสมุนไพรท้องถิ่น เป็นฐานรองรับการสร้างกิจกรรมทางสังคม (Social Engagement) ยกระดับเศรษฐกิจชุมชนไปพร้อมกับการส่งเสริมสุขภาวะของผู้สูงอายุ

3. ผลลัพธ์ที่คาดหวัง (Outcomes / Impacts)

3.1 ผลลัพธ์ทางคลินิก (Clinical Outcomes) ผู้สูงอายุมีสมรรถนะภายในที่ดีขึ้น ชะลอภาวะฟุ้งฟิง(Frailty)

3.2 ผลลัพธ์ทางจิตใจและสังคม (Psychosocial Outcomes) ผู้สูงอายุมีความสุขและเห็นคุณค่าในตนเองเพิ่มขึ้น

3.3 ผลกระทบระดับมหภาค ชุมชนสามารถพึ่งพาตนเองได้ด้านสุขภาพ เกิดผลิตภัณฑ์หรือบริการสุขภาพที่ยกระดับเศรษฐกิจฐานราก



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติ

ทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลผู้สูงอายุ

การดูแลผู้สูงอายุแบบเดิมที่เน้นการรักษาโรคเป็นหลัก (medical model) ไม่สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่ซับซ้อนของผู้สูงอายุได้อย่างเพียงพอ เนื่องจากผู้สูงอายุมักเผชิญกับปัญหาสุขภาพหลายด้านพร้อมกัน เช่น โรคเรื้อรัง (chronic diseases) ภาวะซึมเศร้า (depression) ปัญหาด้านสังคม (social problems) และปัญหาการใช้ยา (polypharmacy) (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ [สสส.], 2561) ทำให้การรักษาโดยแพทย์เพียงคนเดียวอาจไม่ครอบคลุมทุกมิติ แนวคิดการดูแลแบบทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team: MDT) จึงเกิดขึ้นเพื่อนำผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายสาขาทำงานร่วมกันในการประเมินและวางแผนการดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบและครอบคลุม (holistic care) (กระทรวงสาธารณสุข โดยมีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ ทีมสหสาขาวิชาชีพแสดง ดังภาพ



ภาพที่ 2 ทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลผู้สูงอายุ

ระบบการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูล

การวางระบบการสื่อสารและการส่งต่อข้อมูล เป็นกลไกที่สำคัญที่สุดของทีมสหสาขาวิชาชีพ (MDT) เนื่องจากความคลาดเคลื่อนในการส่งต่อข้อมูลคือสาเหตุหลักที่ทำให้เกิดข้อผิดพลาดทางการรักษา และลดคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (รัตนา และคณะ, 2564) ระบบการสื่อสารของทีมสหสาขาวิชาชีพควรประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

การใช้เครื่องมือสื่อสารที่มีมาตรฐาน (Standardized Communication Tools) การสื่อสารข้ามวิชาชีพ เช่น ระหว่างพยาบาลกับแพทย์ หรือเภสัชกร มักพบปัญหาความเข้าใจคลาดเคลื่อน เนื่องจากใช้ภาษาหรือกรอบความคิดที่ต่างกัน การนำเครื่องมือมาตรฐานมาใช้ เช่น **รูปแบบ SBAR** (Situation, Background, Assessment, Recommendation) จะช่วยจัดระเบียบความคิดให้กระชับ และตรงประเด็น ซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์ยืนยันว่าสามารถลดความคลาดเคลื่อนทางยาและข้อผิดพลาดทางคลินิกได้อย่างมีนัยสำคัญ (Mofina et al., 2022)

ระบบบันทึกข้อมูลและแพลตฟอร์มร่วม ระบบสุขภาพแบบดั้งเดิมมักมีแฟ้มประวัติแยกกันตามวิชาชีพ ทำให้เกิดความซ้ำซ้อนในการซักประวัติ การดูแลแบบบูรณาการตามแนวคิด ICOPE

จำเป็นต้องมีระบบฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (EHR) ที่ทุกคนในทีมเข้าถึงได้แบบเรียลไทม์ (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2565) นอกจากนี้ การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและระบบแพทย์ทางไกล (Telehealth) ยังช่วยเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลและผู้ดูแลในชุมชนได้อย่างไร้รอยต่อ (Wang et al., 2022; สุภัทรา และคณะ, 2567)

ปัจจุบันโรงพยาบาลอุตรดิตถ์มีแฟ้มประวัติผู้สูงอายุส่วนบุคคล (Personal Health Record) แบบรวมศูนย์ ที่ทีมสามารถล็อกอินเข้าไปอัปเดตข้อมูลการประเมิน CGA (Comprehensive Geriatric Assessment) ร่วมกันได้

การประชุมวางแผนการดูแลร่วมกัน (MDT Case Conference)

แพลตฟอร์มดิจิทัลไม่สามารถทดแทนการปรึกษาหารือแบบเผชิญหน้าได้ การจัดประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างสม่ำเสมอเพื่อทบทวนแผนการดูแล (Care Plan) เป็นสิ่งจำเป็น สิ่งสำคัญที่สุดในการประชุมคือให้ทุกวิชาชีพ รวมถึงตัวแทนชุมชน กล่าวสะท้อนปัญหาและแสดงความคิดเห็นโดยไม่รู้สึกถูกจับผิด (Stoop et al., 2021)

ระบบการดูแลระยะเปลี่ยนผ่าน (Transitional Care & Handoff Protocols) จุดที่เปราะบางที่สุดของการส่งต่อข้อมูลคือช่วงเปลี่ยนผ่าน เช่น ย้ายจากโรงพยาบาลกลับสู่ศูนย์ดูแลหรือกลับบ้าน ระบบที่สมบูรณ์ต้องมี "ผู้ประสานงานหลัก (Node)" ซึ่งมักเป็นพยาบาลผู้จัดการรายกรณี ทำหน้าที่สรุปแผนการรักษา จัดการเรื่องยา และส่งมอบข้อมูลที่จำเป็นทั้งหมดให้กับอาสาสมัคร หรือญาติผู้ดูแลในชุมชน (พรทิพย์ และคณะ, 2565) การประสานงานที่รัดกุมในระยะนี้จะช่วยลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Readmission) ได้อย่างชัดเจน (Kuluski et al., 2021)

ICOPE-Uttaradit Model

ICOPE-Uttaradit Model เป็นรูปแบบการประเมินและดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการเชิงรุกประจำจังหวัดอุตรดิตถ์ โมเดลนี้ได้นำกรอบการทำงานระดับโลก (WHO ICOPE) มาประยุกต์ใช้กับบริบทสาธารณสุขและบริบทของชุมชนในจังหวัดอุตรดิตถ์ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการนี้เน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง และเชื่อมโยงบริการสุขภาพ โรงพยาบาล และชุมชนเข้าด้วยกันโดยใช้เทคโนโลยีดิจิทัล การพัฒนาผู้ดูแล และศูนย์เรียนรู้ต้นแบบ เพื่อส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่ดี อยู่บ้านได้อย่างมีคุณค่า ชะลอความเสื่อมและรักษาสมรรถนะของร่างกายให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองได้นานที่สุดและมีชุมชนร่วมดูแลอย่างยั่งยืนสามารถอธิบายความหมายของตัวอักษรแต่ละตัวได้ดังนี้ โดยปรับให้สอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2019) และบริบทของจังหวัดอุตรดิตถ์ ที่เน้นการบูรณาการบริการสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน

ICOPE-UTTARADIT Model

ตัวอักษร	ความหมาย
I	การดูแลแบบบูรณาการ (Integrated Care) คือ การบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุร่วมกันระหว่างโรงพยาบาล ชุมชน และครอบครัว
C	การประสานการดูแล (Care Coordination) คือ การเชื่อมโยงข้อมูลและการทำงานระหว่างทีมสหวิชาชีพและอาสาสมัคร
O	ผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง (Older Person) คือ ผู้สูงอายุเป็นหัวใจของระบบบริการ โดยเน้นคุณภาพชีวิตและสมรรถนะภายใน (Intrinsic Capacity)
P	แผนการดูแลเฉพาะบุคคล (Person-Centered Plan) คือ การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลตามความต้องการและศักยภาพ
E	การเสริมพลังและการมีส่วนร่วม (Empowerment & Engagement) คือ การสร้างศักยภาพให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง
U	เครือข่ายเอกภาพ (Unity Network) คือ การรวมพลังของทุกภาคส่วนในจังหวัดอุดรดิตถ์ ทั้งภาครัฐ เอกชน และชุมชน
T	ขับเคลื่อนด้วยเทคโนโลยี (Technology-Driven) คือ การใช้เทคโนโลยีดิจิทัล เช่น Telehealth, E-health records
T	การฝึกอบรมและถ่ายทอดความรู้ (Training & Transfer) คือ พัฒนาผู้ดูแล ผู้สูงอายุ และบุคลากรในพื้นที่ให้มีสมรรถนะตาม ICOPE
A	การส่งเสริมพหุพลัง (Active Aging) คือ เป้าหมายในการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุอุดรดิตถ์มีสุขภาพแข็งแรง กระฉับกระเฉง และพึ่งพาตนเองได้
R	การฟื้นฟูความเข้มแข็ง (Resilience) คือ การเน้นประเมินความถดถอย 6 ด้าน (Intrinsic Capacity) และริบฟื้นฟูสมรรถนะให้ผู้สูงอายุกลับมาเข้มแข็ง เพื่อป้องกันการติดบ้านและติดเตียง
A	ศูนย์ประเมินและติดตามสุขภาพ (Active Aging Academy Hub) คือ พัฒนา “ศูนย์เรียนรู้ต้นแบบ” สำหรับการประเมินสุขภาพและอบรมผู้ดูแล
D	การเชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพ (Data Integration) คือ สร้างฐานข้อมูลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการระดับจังหวัด

ตัวอักษร	ความหมาย
I	นวัตกรรมและการนำสู่ปฏิบัติ (Innovation & Implementation) คือ ส่งเสริมนวัตกรรมดูแลผู้สูงอายุในพื้นที่จริง
T	การเปลี่ยนผ่านสู่ระบบดูแลผู้สูงอายุยั่งยืน (Transformation) คือ ขับเคลื่อนจังหวัดอุดรธานีสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super-aged society)

ระบบและกลไกการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

การพัฒนาระบบและกลไกเป็นหัวใจสำคัญของการให้บริการผู้สูงอายุแบบครบวงจรตามแนวคิด ICOPE (Integrated Care for Older People) ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญอยู่ที่การคงไว้ซึ่งสมรรถนะภายใน (Intrinsic Capacity - IC) เพื่อป้องกันภาวะพึ่งพิงและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

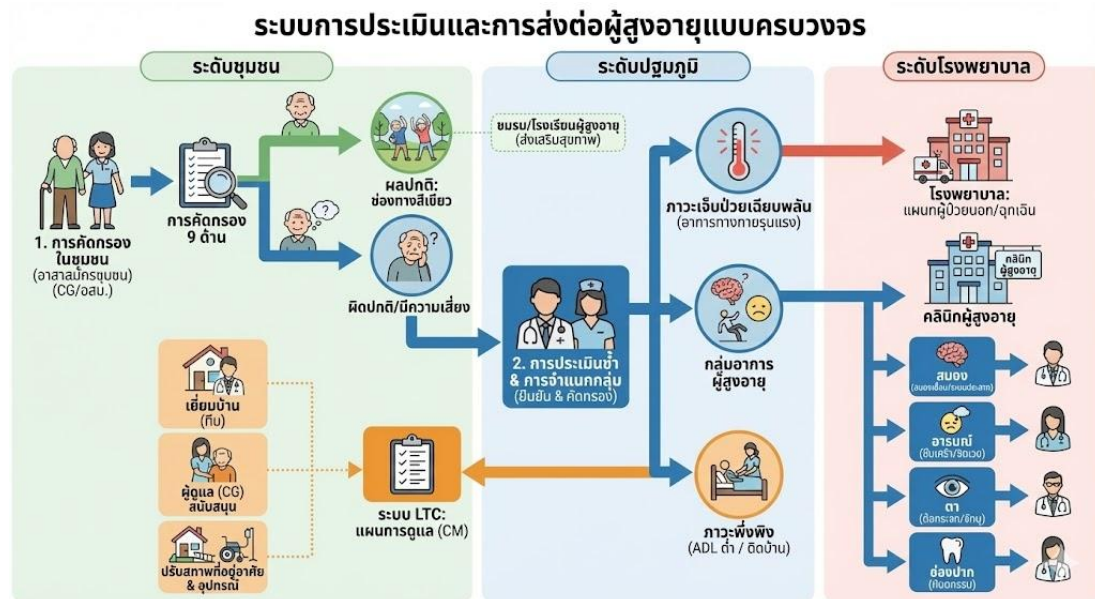
ระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

โครงสร้างของระบบ เป็นระบบการดูแลผู้สูงอายุเชื่อมโยงระหว่าง ชุมชน และสถานบริการ สาธารณสุข โดยมีผู้สูงอายุและผู้ดูแลเป็นศูนย์กลาง

ระดับชุมชน (Community Level) อสม., Caregiver (CG), ผู้นำชุมชน มีบทบาทสำคัญในการคัดกรองเบื้องต้น ติดตามเยี่ยมบ้าน ส่งเสริมกิจกรรมกลุ่ม

ระดับปฐมภูมิ (Primary Care Level) รพ.สต., ศูนย์แพทย์ชุมชน, Care Manager (CM) มีบทบาท คือ ประเมินละเอียด วางแผนดูแลรายบุคคล (Care Plan) ส่งการรักษาเบื้องต้น

ระดับทุติยภูมิ/ตติยภูมิ (Referral Level) โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลทั่วไป มีบทบาทรักษาโรคเฉพาะทาง พื้นฟูสมรรถภาพขั้นสูง Geriatric Clinic



ภาพที่ 3 ระบบการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

ผลลัพธ์(Output & Outcome)

- เป้าหมายระยะสั้นคือการชะลอความเสื่อม หรือฟื้นฟูสมรรถนะภายใน 5 ด้าน คือ การเคลื่อนไหว โภชนาการ การรับรู้ สมอง จิตใจ
- เป้าหมายระยะยาว หรือเป้าหมายสูงสุด คือ ผู้สูงอายุยังคงความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional Ability) สามารถใช้ชีวิตได้อิสระตามอัตภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี แม้จะมีโรคเรื้อรังก็ตาม

กลไกการให้บริการผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

กลไกการให้บริการ 5 ขั้นตอน กลไกนี้ขับเคลื่อนผ่าน 5 ขั้นตอนหลัก (ICOPE Steps) เพื่อให้กระบวนการประเมินและส่งต่อผู้สูงอายุแบบครบวงจร (Comprehensive Elderly Assessment and Referral Process) ที่ครอบคลุมทั้งมิติด้านสุขภาพ สังคม และสภาพแวดล้อม โดยเน้นหลักการ Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) ซึ่งเหมาะสำหรับการนำไปปรับใช้ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ ใช้กระบวนการดูแลต่อเนื่อง 5 ขั้นตอนตามแนวทางของ WHO ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การคัดกรองเบื้องต้นในชุมชน การคัดกรองที่สำคัญ คือ ความถดถอย 6 ด้าน (Intrinsic Capacity) ได้แก่ การมุ่งประเมินสมรรถนะสำคัญของผู้สูงอายุ ได้แก่ การเคลื่อนไหว, ภาวะโภชนาการ, การมองเห็น, การได้ยิน, ความจำ/สติปัญญา, และอารมณ์/ภาวะซึมเศร้า

ขั้นที่ 1 การคัดกรองความถดถอยของสมรรถนะ (Screening) เป็นการคัดกรองเบื้องต้นเพื่อหาความเสี่ยงหรือความถดถอยของสมรรถนะร่างกาย (Intrinsic Capacity) ใน 6 ด้าน ได้แก่ การเคลื่อนไหว, ภาวะโภชนาการ, การมองเห็น, การได้ยิน, ความจำ/สติปัญญา และสภาพอารมณ์/ภาวะซึมเศร้า ดำเนินการโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ผู้ดูแล หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับปฐมภูมิ (รพ.สต.) โดยใช้เครื่องมือคัดกรองแบบง่าย (ICOPE Screening Tool)

ขั้นที่ 2 การประเมินอย่างละเอียดโดยเน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง (Person-centred Assessment) ทีมสหสาขาวิชาชีพ ร่วมประเมินสุขภาวะของผู้สูงอายุอย่างละเอียด เพื่อจัดกลุ่ม ถ้าพบความถดถอยจากการคัดกรองในขั้นที่ 1 จะต้องนำผู้สูงอายุเข้าสู่การประเมินเชิงลึก เพื่อหาสาเหตุของปัญหาทางการแพทย์ สภาพแวดล้อม และข้อจำกัดทางสังคม รวมถึงประเมินความต้องการของตัวผู้สูงอายุเอง

ขั้นตอนที่ 3 การจัดทำแผนการดูแลเฉพาะบุคคล (Personalized Care Plan) ทีมสหวิชาชีพ (Multidisciplinary team) ร่วมกับผู้สูงอายุและครอบครัว นำข้อมูลจากการประเมินในขั้นที่ 2 มาวางแผนการดูแลรักษาร่วมกัน โดยเน้นการตั้งเป้าหมายที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้สูงอายุ แผนนี้อาจรวมถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การทำกายภาพบำบัด การจ่ายยา หรือการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้าน

ขั้นตอนที่ 4 การส่งต่อและดูแลอย่างไร้รอยต่อ (Seamless Care) ทีมผู้ให้บริการสาธารณสุขในทุกระดับ รพ.สต. เชื่อมโยงกับ รพช. และ รพท./รพศ. โดยเชื่อมโยงข้อมูลและการทำงานร่วมกันตั้งแต่ระดับครอบครัว, อสม., ชุมชน, รพ.สต., ไปจนถึงโรงพยาบาลประจำจังหวัด เพื่อให้ผู้สูงอายุในอุตรดิตถ์ได้รับการดูแลอย่างครอบคลุม ถ้าการดำเนินการตามแผนที่วางไว้ หากพบว่าปัญหามีความซับซ้อนเกินกว่าระดับปฐมภูมิจะจัดการได้ จะต้องมีการส่งต่อ (Referral) ไปยังโรงพยาบาลชุมชนหรือโรงพยาบาลศูนย์อย่างรวดเร็ว และที่สำคัญคือต้องมีการติดตามผล (Follow-up) เป็นระยะว่าสมรรถนะของผู้สูงอายุดีขึ้นหรือทรงตัวหรือไม่

ขั้นที่ 5 การมีส่วนร่วมของชุมชนและการสนับสนุนผู้ดูแล (Engaging Communities and Supporting Caregivers) ผู้นำชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และหน่วยงานพัฒนาสังคม มีส่วนร่วมในการจัดระบบนิเวศรอบตัวผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ ขั้นตอนนี้เน้นการให้ความรู้ การฝึกทักษะ และการดูแลสุขภาพจิตของ "ผู้ดูแล (Caregiver)" เพื่อป้องกันภาวะเครียดหรือเหนื่อยล้า (Caregiver burden) รวมถึงการสร้างเครือข่ายชมรมผู้สูงอายุ หรือตั้งชุมชน/อปท. เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการใช้ชีวิต



ภาพที่ 4 กลไกการให้บริการผู้สูงอายุแบบบูรณาการ 5 ขั้นตอน

การคัดกรองสมรรถนะภายใน

การคัดกรองสมรรถนะภายใน (Intrinsic Capacity) ตามแนวทาง Integrated Care for Older People (ICOPE) ขององค์การอนามัยโลก (WHO) เป็นกระบวนการประเมินเชิงรุกเพื่อค้นหาความบกพร่องในระยะเริ่มต้น (Early decline) โดยเน้นมิติที่สำคัญต่อการดำรงชีวิตอิสระของผู้สูงอายุ 6 ด้านดังนี้

1. ความรู้คิด (Cognition) เป้าหมาย เพื่อคัดกรองภาวะความจำบกพร่องหรือภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้น วิธีคัดกรอง ใช้การทดสอบความจำ (Recall) โดยให้จำคำ 3 คำ และการถามทิศทาง วัน เวลา สถานที่ (Orientation) เกณฑ์การส่งต่อ หากจำคำไม่ได้ทั้ง 3 คำ หรือตอบวัน/เวลา/สถานที่ผิดอย่างใดอย่างหนึ่ง ถือว่าผิดปกติ (World Health Organization [WHO], 2019)

2. การเคลื่อนไหว (Locomotion) เป้าหมาย เพื่อประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อส่วนล่าง และการทรงตัวเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม วิธีคัดกรอง ใช้แบบทดสอบลุก-นั่งบนเก้าอี้ 5 ครั้ง (Chair Rise Test) โดยให้กอดตอกลูกยีนและนั่งลงสลับกัน เกณฑ์การส่งต่อ หากใช้เวลาในการทำมากกว่า 14 วินาที แสดงว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อยหรือสูญเสียการทรงตัว (WHO, 2019; สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ, 2566)

3. โภชนาการ (Vitality/Nutrition) เป้าหมาย เพื่อคัดกรองภาวะทุพโภชนาการที่ส่งผลต่อพลังกล้ามเนื้อและมวลกล้ามเนื้อ วิธีคัดกรองประเมินจากการลดลงของน้ำหนักตัวโดยไม่ได้ตั้งใจ และการ

ลดลงของความอยากอาหารเกณฑ์การส่งต่อ น้ำหนักตัวลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัมภายใน 3 เดือน หรือ
รับประทานอาหารได้น้อยลงอย่างเห็นได้ชัด (กรมอนามัย, 2564)

4. การมองเห็น (Vision) เป้าหมาย เพื่อค้นหาปัญหาทางจักษุที่ขัดขวางการทำกิจวัตรประจำวัน
และเพิ่มความเสี่ยงอุบัติเหตุ วิธีคัดกรอง ใช้การสอบถามปัญหาการมองเห็นเบื้องต้น (เช่น มองตัวเลขหรือ
ทีวีไม่ชัด) และการทดสอบ Snellen Chart หรือนับนิ้วในระยะที่กำหนด เกณฑ์การส่งต่อ มีปัญหาในการ
อ่านหนังสือ มองไกล หรือตรวจพบความผิดปกติของสายตาแม้จะใช้แว่นสายตาเดิม (WHO, 2019)

5. การได้ยิน (Hearing) เป้าหมายเพื่อ ตรวจสอบความสามารถในการสื่อสารและการรับรู้
สิ่งแวดล้อม วิธีคัดกรอง ใช้การทดสอบด้วยการกระซิบข้างหู (Whisper Voice Test) ในระยะ 60
เซนติเมตร เกณฑ์การส่งต่อ หากไม่สามารถได้ยินหรือตอบคำถามจากการกระซิบได้ถูกต้องเกินกึ่งหนึ่ง
ถือว่ามีความบกพร่องทางการได้ยิน (กรมอนามัย, 2564; WHO, 2019)

6. สุขภาพจิต (Psychological) เป้าหมาย เพื่อคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลใน
ผู้สูงอายุ วิธีคัดกรอง ใช้คำถามคัดกรองภาวะซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) เกี่ยวกับความรู้สึกเศร้า ท้อแท้ หรือ
หมดความสนใจในกิจกรรมที่เคยชอบ เกณฑ์การส่งต่อ หากตอบ "มี" ในข้อใดข้อหนึ่ง จำเป็นต้องประเมิน
ด้วยแบบวัดความซึมเศร้า เช่น 9Q หรือ TGD ต่อไป (สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร
เพื่อผู้สูงอายุ, 2566)

การพัฒนาแนวทางการดูแล

วิธีการพัฒนาแนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

1. สืบค้นผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเรื่อง แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ ทั้งจาก
การศึกษาภายในประเทศและ ต่างประเทศ โดยการศึกษาภายในประเทศไทยได้รวบรวมจากฐานข้อมูลใน
PubMed, The Cochran Library, World Health Organization, Science Direct จากรายงาน
วิทยานิพนธ์ของนักศึกษาระดับปริญญาโท และปริญญาเอก และทำการคัดเลือกแนวทางเวชปฏิบัติที่เป็น
ที่ยอมรับในต่างประเทศ เพื่อ นำมาประกอบการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฉบับนี้

2. ประชุมคณะทำงานจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติในการคัดเลือกผลการศึกษาวิจัยที่นำมา
ประกอบ การจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติโดยพิจารณาจากคุณสมบัติของงานวิจัย ในด้าน

2.1 กลุ่มประชากรตัวอย่างที่การศึกษานั้นครอบคลุมถึง ตรงกับกลุ่มผู้สูงอายุที่แนวทางเวช
ปฏิบัติ ฉบับนี้ถูกนำไปใช้ได้แก่ ผู้ป่วยสูงอายุที่มารับการดูแลรักษาในโรงพยาบาล ทั้งที่แผนกผู้ป่วยนอก
และผู้ป่วยใน ทั้งขณะที่กำลังรับการรักษาในโรงพยาบาล และกำลังได้รับคำแนะนำก่อนกลับบ้าน

2.2 รูปแบบการศึกษาวิจัย เช่น การออกแบบการวิจัย วิธีการเก็บข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

3. การให้ความเห็นของคณะกรรมการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติในการจัดลำดับคุณภาพของงานวิจัยที่นำมา ประกอบการทำแนวทางเวชปฏิบัติโดยจัดลำดับคุณภาพของหลักฐาน ดังนี้

ระดับ I หลักฐานที่ได้มาจากการศึกษาที่มีการควบคุมแบบสุ่ม (randomized controlled trial) อย่างน้อย 1 การศึกษา หรือการศึกษาแบบ meta-analysis ที่ใช้การศึกษาแบบที่มี การควบคุมแบบสุ่ม หรือเป็นหลักฐานที่ได้จาก clinical practice guideline ที่เป็น มาตรฐานแล้ว

ระดับ II หลักฐานที่ได้มาจากการศึกษาที่มีการควบคุมโดยไม่มีการสุ่ม (non-randomized controlled trial) อย่างน้อย 1 การศึกษา หรือการศึกษาแบบทดลองอย่างน้อย 1 การศึกษา

ระดับ III หลักฐานที่ได้มาจากการศึกษาที่ไม่ใช่การทดลอง เช่น การศึกษาแบบ comparative หรือ แบบ correlation หรือแบบ case-controlled

ระดับ IV หลักฐานที่ได้มาจากรายงานหรือความเห็น (ฉันทามติ) ของคณะผู้เชี่ยวชาญ หรือ ประสบการณ์ของนักวิชาการอาวุโส

4. ยกร่างแนวปฏิบัติและนำไปทดลองใช้และนำมาปรับปรุงแนวปฏิบัติให้สามารถนำไปใช้ได้จริง ถูกต้องและ เหมาะสมกับบริบทของชุมชน

5. การจัดทำและพิมพ์แนวทางเวชปฏิบัติฉบับสมบูรณ์ เพื่อการเผยแพร่

6. การประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติหลังการเผยแพร่แล้วเป็นระยะเวลาตามความเหมาะสม

การสืบค้นและสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ตารางที่ 1 งานวิจัยและแนวปฏิบัติระดับนานาชาติ (International Studies)

ข้อมูล บรรณานุกรม (ผู้แต่ง, ปี, ชื่อ เรื่อง)	วัตถุประสงค์การวิจัย / คำถามการ วิจัย	รูปแบบ การศึกษา , กลุ่ม ตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้ / การ รวบรวม ข้อมูล	ผลการวิจัย หลัก (Main Findings)	ระดับความ น่าเชื่อถือ (Level of Evidence) / ข้อจำกัด	การนำมา ประยุกต์ใช้กับ งานนี้
Tavassoli, N., et al. (2022). Implementati on of the WHO integrated care for older people (ICOPE) programme in clinical practice: a prospective study.	เพื่อศึกษา ความ เป็นไปได้ และผลลัพธ์ ทางคลินิก ของการนำ โปรแกรม ดูแลแบบ บูรณาการ มาใช้ใน สถานการณ์ จริง	Prospec tive Study กลุ่ม ตัวอย่าง: ผู้สูงอายุ ในชุมชน มากกว่า 8,000 คน	เครื่องมือคัด กรองผ่าน แอปพลิเคชัน (Digital Tools) และ ติดตามผล ระยะยาว	การคัดกรอง เชิงรุกด้วย เครื่องมือ ดิจิทัลช่วยให้ ค้นพบปัญหา ได้เร็ว (Early detection) และสามารถ จัดทำแผน ดูแล รายบุคคล (Care plan) เพื่อชะลอ ภาวะถดถอย ได้จริง	Level IV ข้อจำกัด: ขาด กลุ่มควบคุม (Control group) เพื่อ เปรียบเทียบ ผลลัพธ์ โดยตรง	นำแนวคิดการใช้ เครื่องมือคัด กรองที่ใช้งาน ง่ายไปปรับปรุง แบบฟอร์ม เพื่อให้นักศึกษา พยาบาล หรือ อสม. นำไปลง พื้นที่เก็บข้อมูล ในชุมชนคั้ง ตะเถาได้สะดวก และแม่นยำ ยิ่งขึ้น
Wang, Y., et al. (2022). Integrated care for older people based on	เพื่อศึกษา ประสพการ ณ์และ ผลลัพธ์ของ การใช้ เทคโนโลยี	Scoping Review	ทบทวน วรรณกรรม ผ่าน ฐานข้อมูล หลักและ	เทคโนโลยี ช่วยเพิ่ม ประสิทธิภาพ การสื่อสาร ของทีมสห สาขาวิชาชีพ	Level V ข้อจำกัด: บริบทความ พร้อมด้าน เทคโนโลยีใน	ประยุกต์ใช้เป็น ฐานข้อมูลในการ พัฒนาระบบ ติดตามผู้สูงอายุ ในแผน ยุทธศาสตร์ 5 ปี

ข้อมูล บรรณานุกรม (ผู้แต่ง, ปี, ชื่อ เรื่อง)	วัตถุประสงค์การวิจัย / คำถามการ วิจัย	รูปแบบ การศึกษา , กลุ่ม ตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้ / การ รวบรวม ข้อมูล	ผลการวิจัย หลัก (Main Findings)	ระดับความ น่าเชื่อถือ (Level of Evidence) / ข้อจำกัด	การนำมา ประยุกต์ใช้กับ งานนี้
information and communicati on technology: a scoping review.	สารสนเทศ ในการดูแล แบบบูรณา การ		Grey Literature	และการส่ง ต่อข้อมูล แบบไร้ รอยต่อ	แต่ละประเทศ แตกต่างกัน	เพื่อมุ่งสู่การเป็น Hub of Talent and Knowledge
Valentijn, P. P., et al. (2023). Facilitators and Barriers of Integrated Care for Older Adults with Multimorbidity using Rainbow Model.	เพื่อค้นหา ปัจจัย ความสำเร็จ และ อุปสรรคใน การดูแล ผู้สูงอายุที่มี โรคเรื้อรัง ร่วมหลาย โรค	Qualitative Study, บุคลากร ทาง การแพทย์และ ผู้บริหาร 35 คน	In-depth Interviews, Thematic Analysis	ปัจจัยหลักคือ การสื่อสาร ข้ามสายงาน และการมี ค่านิยม ร่วมกัน ส่วน อุปสรรคคือ ภาระงานที่ ซ้ำซ้อน	Level VI ข้อจำกัด: มุมมองจากฝั่ง บุคลากร อาจ ขาดมุมมองฝั่ง ผู้รับบริการ	นำโมเดลปัจจัย ความสำเร็จนี้ไป ใช้ตั้งโจทย์ใน Workshop (MDT Reflection) เพื่อออกแบบ แนวปฏิบัติที่ลด ใช้โลการทำงาน
Gonzalez, A., et al. (2023). Evaluating	เพื่อ ประเมิน กรอบ	Action Research, ผู้มี	Nominal Group Technique,	การปรับปรุง แนวปฏิบัติให้ เข้ากับบริบท	Level VI	ใช้เป็นแนวทาง ในการทำ Table-top

ข้อมูล บรรณานุกรม (ผู้แต่ง, ปี, ชื่อ เรื่อง)	วัตถุประสงค์การวิจัย / คำถามการ วิจัย	รูปแบบ การศึกษา , กลุ่ม ตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้ / การ รวบรวม ข้อมูล	ผลการวิจัย หลัก (Main Findings)	ระดับความ น่าเชื่อถือ (Level of Evidence) / ข้อจำกัด	การนำมา ประยุกต์ใช้กับ งานนี้
the design of the Integrated Care for Older People (ICOPE) approach in a primary care program.	แนวคิด (Theory of Change) ของ ICOPE ก่อน นำไปใช้จริง ในชุมชน	ส่วนได้ ส่วนเสีย 91 คน	Focus Group	ท้องถิ่น ช่วย ให้ทีมสุขภาพ ยอมรับและ พร้อมนำไป ปฏิบัติจริง มากขึ้น	ข้อจำกัด: เป็น การศึกษา เฉพาะพื้นที่	Exercise นำร่าง แนวปฏิบัติมา จำลอง สถานการณ์ เพื่อให้สอดคล้อง กับวิถีชีวิตจริง ของชุมชน
Chen, H., et al. (2025). Development of planning of the integrated care for older people in middle- income settings.	เพื่อ ออกแบบ และวาง แผนการใช้ การดูแล แบบบูรณา การในกลุ่ม ประเทศ รายได้ปาน กลาง	Mixed- method s Study, ผู้เชี่ยวชาญ 36 คน	แบบสอบถาม และ Group Workshop 5 ระยะ	โมเดลการ ดูแลต้องเน้น ที่บ้าน (Home- care) และ บูรณาการ ทรัพยากร ท้องถิ่นเพื่อ ลดค่าใช้จ่าย ทาง สาธารณสุข	Level V ข้อจำกัด: เน้น ที่กระบวนการ วางแผน ยัง ไม่ได้ ประเมินผล ผลลัพธ์ทาง คลินิกระยะ ยาว	เป็นแนวคิด สนับสนุน เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ URU-SMART ในการขับเคลื่อน นวัตกรรมจาก มหาวิทยาลัยลง สู่รากหญ้า
Kuluski, K., et al. (2021). Integrated	เพื่อ เปรียบเทียบ รูปแบบ	Systema tic Review	วิเคราะห์ งานวิจัยที่มี กลุ่มควบคุม	โปรแกรมที่ เน้นการ ประเมินแบบ	Level I ข้อจำกัด: ความ	นำแนวคิด Case Management มาเป็นกลไก

ข้อมูล บรรณานุกรม (ผู้แต่ง, ปี, ชื่อ เรื่อง)	วัตถุประสงค์การวิจัย / คำถามการ วิจัย	รูปแบบ การศึกษา , กลุ่ม ตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้ / การ รวบรวม ข้อมูล	ผลการวิจัย หลัก (Main Findings)	ระดับความ น่าเชื่อถือ (Level of Evidence) / ข้อจำกัด	การนำมา ประยุกต์ใช้กับ งานนี้
care models for frail older adults: A systematic review.	การดูแล บูรณาการ ต่างๆ ที่มี ผลต่อ ผู้สูงอายุที่มี ภาวะ เปราะบาง		แบบสุ่ม (RCTs) จำนวน 28 เรื่อง	องค์รวม ร่วมกับการ จัดการราย กรณี (Case Manageme nt) ช่วยลด การเข้ารพ.ซ้ำ	หลากหลาย ของเครื่องมือ วัดผลในแต่ละ การศึกษา	หลักในการร่าง คู่มือ (CNPg) ให้ พยาบาลทำ หน้าที่ ประสานงาน หลัก
Uittenbroek, R. J., et al. (2023). Effectiveness of proactive, community- based integrated care implementati on.	เพื่อ ประเมิน ประสิทธิผล ของการ ดูแลเชิงรุก แบบบูรณา การโดย ชุมชนเป็น ฐาน	Cluster- Random ized Controll ed Trial, ผู้สูงอายุ 1,200 คน	เครื่องมือวัด คุณภาพชีวิต (EQ-5D), บันทึกการใช้ บริการ สุขภาพ	การดูแลเชิง รุกช่วยรักษา สมรรถนะ การทำ กิจวัตร ประจำวัน (ADL) แต่ ต้องใช้เวลา ประเมินผล มากกว่า 1 ปี จึงจะเห็น ความคุ้มค่า	Level II ข้อจำกัด: อัตราการสูญ หายของกลุ่ม ตัวอย่างใน ระยะยาว	ตอกย้ำ ความสำคัญของ การดึงตัวแทน ชุมชนเข้ามามี ส่วนร่วมตั้งแต่ เริ่มโครงการ เพื่อรักษาความ ยั่งยืนของระบบ ในระยะยาว
Mofina, A., et al. (2022). Multidisciplin ary team	เพื่อศึกษา ผลของการ แทรกแซง โดยทีมสห	Meta- analysis	ฐานข้อมูล CINAHL, PubMed, Cochrane	ทีมที่ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล	Level I ข้อจำกัด: ปัญหาการ เบิกจ่าย	ใช้เป็นข้อมูล อ้างอิงเชิง ประจักษ์ (EBP) ประกอบการ

ข้อมูล บรรณานุกรม (ผู้แต่ง, ปี, ชื่อ เรื่อง)	วัตถุประสงค์การวิจัย / คำถามการ วิจัย	รูปแบบ การศึกษา , กลุ่ม ตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้ / การ รวบรวม ข้อมูล	ผลการวิจัย หลัก (Main Findings)	ระดับความ น่าเชื่อถือ (Level of Evidence) / ข้อจำกัด	การนำมา ประยุกต์ใช้กับ งานนี้
interventions in primary care for older adults.	สาขาต่อ ผลลัพธ์ทาง สุขภาพ ผู้สูงอายุ			เภสัชกร และ นักกายภาพฯ ช่วยลดความ คลาดเคลื่อน ทางยาได้ สูงสุด	คำตอบแทน ของบุคลากร บางสาขาใน ระบบจริง	เขียนตำราเรียน "Nursing Research and Innovation"
Ma, C. H. K., et al. (2024). The feasibility of implementing the WHO Integrated Care for older People (ICOPE) Framework in Singapore.	เพื่อทำ ความเข้าใจ ถึงความ เป็นไปได้ อุปสรรค และปัจจัย สนับสนุน ในการใช้ กรอบ แนวคิด บูรณาการ ในบริบท สังคมเอเชีย	Qualitati ve Study กลุ่ม ตัวอย่าง: บุคลากร สาธารณสุข และ ตัวแทน ผู้สูงอายุ	การ สัมภาษณ์เชิง ลึก (In- depth Interviews) และสนทนา กลุ่ม (Focus Group)	ความสำเร็จ ในการดูแล ไม่ได้อยู่ที่ทีม แพทย์ พยาบาล เท่านั้น แต่ ต้องอาศัย การบูรณา การด้านการ สนับสนุนทาง สังคม (Social support) และการเสริม พลังชุมชน ร่วมด้วย	Level VI ข้อจำกัด: บริบทสังคม เมืองอาจมี ความแตกต่าง จากโครงสร้าง ของสังคมกึ่ง เมืองกึ่งชนบท	สะท้อนให้เห็น ว่าการขับเคลื่อน ตามโมเดล URU-SMART สู่ การเป็น Hub of Talent ต้อง ให้ความสำคัญ กับการต่อยอด แนวปฏิบัติลงสู่ เครือข่ายและภูมิ ปัญญาท้องถิ่น อย่างเป็น รูปธรรม

ข้อมูล บรรณานุกรม (ผู้แต่ง, ปี, ชื่อ เรื่อง)	วัตถุประสงค์การวิจัย / คำถามการ วิจัย	รูปแบบ การศึกษา , กลุ่ม ตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้ / การ รวบรวม ข้อมูล	ผลการวิจัย หลัก (Main Findings)	ระดับความ น่าเชื่อถือ (Level of Evidence) / ข้อจำกัด	การนำมา ประยุกต์ใช้กับ งานนี้
Li, M., et al. (2024). Efficacy of comprehensive geriatric assessment (CGA) in transitional care.	เพื่อดู ผลลัพธ์ของ การ ประเมิน ผู้สูงอายุ แบบ ครอบคลุม ในระยะ เปลี่ยนผ่าน การดูแล	Quasi- experim ental Study, ผู้ป่วย สูงอายุ 250 คน	CGA Tools, อัตราการ กลับมารักษา ซ้ำ 30 วัน	ผู้ป่วยที่ได้รับ การทำ CGA ครบถ้วนมี โอกาส กลับมาเกิด ภาวะแทรกซ้ อนที่บ้าน ลดลง 35%	Level III ข้อจำกัด: กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกเฉพาะผู้ที่มี ความเสี่ยงสูง ปานกลางขึ้น ไป	นำเครื่องมือ ประเมินใน บทความมา ดัดแปลงใช้ ในช่วงของการ ทดลองระบบ ระยะฟื้นฟู (Transitional Phase)
Liu, W., et al. (2025). Effectiveness of integrated care for older people (ICOPE) in improving intrinsic capacity in older adults: a systematic review and	เพื่อ ประเมิน ประสิทธิผล ของการ ดูแลแบบ บูรณาการ (ICOPE) ใน การฟื้นฟู สมรรถนะ ภายในของ ผู้สูงอายุ	Systema tic Review & Meta- analysis (การ วิเคราะห์ อภิมาน)	ฐานข้อมูล งานวิจัยแบบ สุ่มและมีกลุ่ม ควบคุม (RCTs) และ Quasi- experiment al	การใช้ แนวทาง บูรณาการ ช่วยเพิ่ม สมรรถนะ ทางกาย ลด ความ เปราะบาง และยกระดับ คุณภาพชีวิต ได้อย่างมี นัยสำคัญเมื่อ	Level I ข้อจำกัด: วิธีการ ประยุกต์ใช้ใน แต่ละ การศึกษามี ความ หลากหลาย (Heterogene ity) สูง	เป็นหลักฐานเชิง ประจักษ์ (EBP) ที่แข็งแกร่งใน การโน้มน้าวทีม สหสาขาวิชาชีพ ใน Workshop ให้เห็น ความสำคัญของ การลดไซโล (Silo) ในการ ทำงานตาม ค่านิยม URU- CARE

ข้อมูล บรรณานุกรม (ผู้แต่ง, ปี, ชื่อ เรื่อง)	วัตถุประสงค์การวิจัย / คำถามการ วิจัย	รูปแบบ การศึกษา , กลุ่ม ตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้ / การ รวบรวม ข้อมูล	ผลการวิจัย หลัก (Main Findings)	ระดับความ น่าเชื่อถือ (Level of Evidence) / ข้อจำกัด	การนำมา ประยุกต์ใช้กับ งานนี้
meta- analysis.				เทียบกับการ ดูแลแบบเดิม		
Stoop, A., et al. (2021). Health professionals' perspectives on overcoming barriers to integrated care.	เพื่อสำรวจ มุมมองของ ทีมสุขภาพ ต่อการ เอาชนะ ข้อจำกัด การดูแล แบบบูรณา การ	Qualitati ve Descripti ve Study, ทีมสห สาขา 40 คน	สัมภาษณ์เชิง ลึก	การสร้าง "ความ ปลอดภัยทาง จิตวิทยา (Psychologi cal Safety)" ในการ ประชุมทีม คือกุญแจ หลักในการ แชร์ข้อมูล	Level VI ข้อจำกัด: บริบทองค์กร แต่ละแห่งมี วัฒนธรรม ต่างกัน	ใช้เป็นเทคนิค การจัดกิจกรรม ละลาย พฤติกรรมในวัน แรกของ Workshop เพื่อ กระตุ้นให้ทุก วิชาชีพกล้า เสนอแนะ ร่วมกันตาม วัฒนธรรม URU-CARE
Smith, J., et al. (2024). Telehealth applications in long-term holistic care for older adults.	เพื่อ รวบรวม แนว ทางการใช้ ระบบ แพทย์ ทางไกลใน การดูแล ระยะยาว	Systema tic Review	การศึกษาที่ เน้น Telehealth และ Holistic care	บริการ ทางไกลช่วย เพิ่มความถี่ใน การดูแล สุขภาพจิต แต่ไม่สามารถ ทดแทนการ ดูแลด้าน ร่างกาย	Level I ข้อจำกัด: ความท้าทาย ด้านทักษะ ทางดิจิทัลของ ผู้สูงอายุ	

ข้อมูล บรรณานุกรม (ผู้แต่ง, ปี, ชื่อ เรื่อง)	วัตถุประสงค์การวิจัย / คำถามการ วิจัย	รูปแบบ การศึกษา , กลุ่ม ตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้ / การ รวบรวม ข้อมูล	ผลการวิจัย หลัก (Main Findings)	ระดับความ น่าเชื่อถือ (Level of Evidence) / ข้อจำกัด	การนำมา ประยุกต์ใช้กับ งานนี้
	แบบองค์ รวม			(Physical touch) ได้ ทั้งหมด		

ส่วนที่ 2: งานวิจัยและแนวปฏิบัติระดับประเทศ

ข้อมูล บรรณานุกรม (ผู้แต่ง, ปี, ชื่อ เรื่อง)	วัตถุประสงค์การวิจัย / คำถามการ วิจัย	รูปแบบ การศึกษา, กลุ่ม ตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้ / การ รวบรวม ข้อมูล	ผลการวิจัย หลัก (Main Findings)	ระดับความ น่าเชื่อถือ (Level of Evidence) / ข้อจำกัด	การนำมา ประยุกต์ใช้กับ งานนี้
กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข. (2564). แนว ทางการ จัดบริการ สุขภาพผู้สูงอายุ แบบบูรณาการ (Integrated Care for Older People: ICOPE).	เพื่อเป็น คู่มือ แนวทางใน การ จัดบริการ สุขภาพ ผู้สูงอายุใน ระบบ บริการปฐม ภูมิของ ประเทศ ไทย	National Operatio nal Guidelin e	สังเคราะห์ องค์ความรู้ จาก WHO สู่ บริบทการ ปฏิบัติงานใน ประเทศไทย	ควรมุ่งเน้นคัด กรอง สมรรถนะ 6 มิติ (ความรู้ คิด, การ เคลื่อนไหว, โภชนาการ, สายตา, การ ได้ยิน, สุขภาพจิต) และเชื่อมโยง บริการผ่าน ทีมหมอ ครอบครัว	Level VII ข้อจำกัด: ภาระงานของ ทีมบริการ ระดับปฐมภูมิ ที่อาจมีมาก เกินไปในบาง พื้นที่	ใช้กรอบ สมรรถนะ 6 มิติ นี้เป็นเช็คลิสต์ มาตรฐาน (Standardized Checklist) ระหว่างการทำ ร่างแนวปฏิบัติ ไปทดลองใช้ (Pilot Testing) 4 วัน เพื่อ ตรวจสอบความ ครอบคลุม
สถาบันวิจัย ระบบ สาธารณสุข. (2565). การ ประเมิน ประสิทธิผลแนว ทางการ จัดบริการ	เพื่อ ประเมินผล การนำ แนวทาง ICOPE ไป ใช้ในระดับ หน่วย	Evaluatio n Research , รพ.สต. และหน่วย บริการ 50 แห่ง	แบบบันทึก ตัวชี้วัด, สัมภาษณ์ ผู้ปฏิบัติงาน	พบว่าการ จัดตั้งทีม บูรณาการ ช่วยคัดกรอง ความเสี่ยงได้ รวดเร็วขึ้น แต่ ยังมีจุดอ่อน ด้านระบบ	Level IV ข้อจำกัด: ระยะเวลา ติดตามผลยัง สั้น	นำข้อค้นพบ เรื่องฐานข้อมูล ที่แยกส่วน มา ออกแบบฟอร์ม กลางที่ทุก วิชาชีพเข้าถึง และใช้งาน ร่วมกันได้ในการ

ข้อมูล บรรณานุกรม (ผู้แต่ง, ปี, ชื่อ เรื่อง)	วัตถุประสงค์การวิจัย / คำถามการ วิจัย	รูปแบบ การศึกษา, กลุ่ม ตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้ / การ รวบรวม ข้อมูล	ผลการวิจัย หลัก (Main Findings)	ระดับความ น่าเชื่อถือ (Level of Evidence) / ข้อจำกัด	การนำมา ประยุกต์ใช้กับ งานนี้
สุขภาพผู้สูงอายุ แบบบูรณาการ (ICOPE) ใน ประเทศไทย.	บริการปฐม ภูมิ			ฐานข้อมูลที่ แยกส่วนกัน		ประชุมเชิง ปฏิบัติการ
สถาบันเวช ศาสตร์สมเด็จ พระสังฆราช ญาณสังวรเพื่อ ผู้สูงอายุ กรมการ แพทย์. (2566). แนวทางเวช ปฏิบัติการดูแล รักษาผู้สูงอายุ แบบองค์รวม.	เพื่อสร้าง มาตรฐาน และ เส้นทาง คลินิก (Clinical pathway) ให้ทีม แพทย์ พยาบาลใน การจัดการ กลุ่มอาการ ผู้สูงอายุ แบบองค์ รวม	Clinical Practice Guidelin e (CPG)	ทบทวน หลักฐานเชิง ประจักษ์และ ฉันทามติของ ผู้เชี่ยวชาญ ระดับประเทศ	การแก้ปัญหา ที่ซับซ้อนต้อง ใช้การ ประเมินแบบ ครอบคลุม (CGA) เพื่อ ประเมินมิติ ทางชีวภาพ จิตใจ สังคม และ สิ่งแวดล้อมไป พร้อมๆ กัน	Level VII ข้อจำกัด: กระบวนการ CGA ต้อง อาศัยเวลา และความ เชี่ยวชาญ เฉพาะด้าน ของทีม	นำกระบวนการ CGA มาเป็น โครงร่างหลักใน การร่างแนว ปฏิบัติ (CNPG) และเสริมจุดเด่น ด้วยการใช้ "สุนทรียภาพ ทางการ พยาบาล" เพื่อ ลดความตึง เครียดของ กระบวนการ ประเมิน
สมศักดิ์ และ คณะ. (2566). รูปแบบการดูแล ระยะยาว	เพื่อพัฒนา รูปแบบการ ดูแลระยะ ยาวที่ดี	Action Research , ผู้สูงอายุ	แบบประเมิน ADL, การ สนทนากลุ่ม ระดับพื้นที่	รูปแบบที่ ชุมชนร่วม ออกแบบ ทำ ให้ผู้สูงอายุมี	Level VI ข้อจำกัด: ผลลัพธ์อิงกับ ศักยภาพของ	ใช้เป็นโมเดล ต้นแบบในการ วิจัยท้องถิ่นที่ พื้นที่คุ้งตะเภา

ข้อมูล บรรณานุกรม (ผู้แต่ง, ปี, ชื่อ เรื่อง)	วัตถุประสงค์การวิจัย / คำถามการ วิจัย	รูปแบบ การศึกษา, กลุ่ม ตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้ / การ รวบรวม ข้อมูล	ผลการวิจัย หลัก (Main Findings)	ระดับความ น่าเชื่อถือ (Level of Evidence) / ข้อจำกัด	การนำมา ประยุกต์ใช้กับ งานนี้
สำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยชุมชนมีส่วนร่วม.	ศักยภาพ ของชุมชน มาเป็นฐาน หลัก	และผู้ดูแล 120 คน		คุณภาพชีวิต และ ADL ดี ขึ้น รวมถึง สร้างความ เข้มแข็งของ เครือข่ายสม.	ผู้นำชุมชนแต่ ละแห่งเป็น หลัก	โดยให้ชุมชนมี บทบาทกำหนด ทิศทางการดูแล ร่วมกับ มหาวิทยาลัย
นริรัตน์ และ คณะ. (2567). การพัฒนา นวัตกรรม สุนทรียภาพ ทางการ พยาบาลเพื่อ ส่งเสริม สุขภาพจิต ผู้สูงอายุ.	เพื่อศึกษา ผลของ นวัตกรรม เชิง สุนทรียภาพ ต่อ ความสุข และการ เห็นคุณค่า ในตนเอง	Quasi- experime ntal Study, ผู้สูงอายุ 60 คน	มาตรวัด ความสุข (TMHI-15), แบบประเมิน ความซึมเศร้า	กลุ่มที่ได้รับ นวัตกรรม สุนทรียภาพ ทางการ พยาบาล (ดนตรี/ศิลปะ บำบัด) มี คะแนน ความสุขสูง กว่ากลุ่ม ควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญ	Level III ข้อจำกัด: ระยะเวลา แทรกแซงสั้น (8 สัปดาห์)	เป็นแกนกลาง ในการเขียน เนื้อหาบท สำคัญในตำรา เรียน Nursing Research and Innovation ที่ กำลังจัดทำ
รัตนา และ คณะ. (2564). การทำงานของ ทีมสหสาขา วิชาชีพในการ	เพื่อ วิเคราะห์ บทบาท และปัญหา ในการ	Qualitati ve Study, บุคลากร 8 สาขา วิชาชีพ	In-depth Interviews	บทบาทที่ทับ ซ้อนและ ความไม่เข้าใจ กรอบวิชาชีพ อื่น เป็น	Level VI ข้อจำกัด: ศึกษาเฉพาะ บริบทของ โรงพยาบาล	สะท้อน ความสำคัญของ กิจกรรม Workshop วันที่ 1 ในหัวข้อ

ข้อมูล บรรณานุกรม (ผู้แต่ง, ปี, ชื่อ เรื่อง)	วัตถุประสงค์การวิจัย / คำถามการ วิจัย	รูปแบบ การศึกษา, กลุ่ม ตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้ / การ รวบรวม ข้อมูล	ผลการวิจัย หลัก (Main Findings)	ระดับความ น่าเชื่อถือ (Level of Evidence) / ข้อจำกัด	การนำมา ประยุกต์ใช้กับ งานนี้
ดูแลผู้ป่วย สูงอายุในชุมชน.	ทำงาน ร่วมกันของ ทีมสหสาขา			อุปสรรคต่อ การจัดทำ Care Plan สรุป	ชุมชนขนาดเล็ก	"มองมุมต่าง แต่ อย่างเดียวกัน" เพื่อเคลียร์ บทบาทอย่าง ชัดเจน
วรรณ และ คณะ. (2566). การจัดการ ภาวะเปราะบาง ของผู้สูงอายุ ด้วยภูมิปัญญา สมุนไพร ท้องถิ่น.	เพื่อพัฒนา โปรแกรม ฟื้นฟู สุขภาพที่ ผสาน ความรู้ ทางการ แพทย์และ ภูมิปัญญา ท้องถิ่น	Research and Develop ment (R&D), กลุ่มเป้าหมาย 80 คน	แบบประเมิน ภาวะ เปราะบาง (Frailty Phenotype)	การใช้ สมุนไพรพื้น ถิ่นควบคู่กับ การแพทย์ กระแสหลัก ช่วยส่งเสริม สุขภาพและ ขับเคลื่อน เศรษฐกิจฐาน ราก	Level VI ข้อจำกัด: ขาด การวัดผลเชิง ลึกทางชีวเคมี	สอดคล้อง โดยตรงกับ โครงการวิจัย ยกระดับ เศรษฐกิจ สุขภาพของ พื้นที่คุ้งตะเภา ผ่านภูมิปัญญา สมุนไพร นำมา เสริมเป็น EBP ในแนวปฏิบัติได้
พรทิพย์ และ คณะ. (2565). การพัฒนา ระบบบริการ สุขภาพไร้ รอยต่อ (Seamless	เพื่อพัฒนา ระบบการ ส่งต่อตั้งแต่ โรงพยาบาล จนถึง ระดับเตียง ในบ้าน	Systems Research , โรงพยาบาล ลพบุรีและ เครือข่าย	การวิเคราะห์ กระบวนการ ทำงาน (Workflow Analysis)	การกำหนดผู้ ประสานงาน หลัก (Node) และการสร้าง มาตรฐานคู่มือ ปฏิบัติงาน ร่วม ช่วยลด	Level V ข้อจำกัด: ต้อง ได้รับการ สนับสนุนเชิง นโยบายระดับ จังหวัด	เป็นแนวทางใน การกำหนด ตัวชี้วัด ความสำเร็จ (KPIs) ช่วงท้าย ของการประชุม เชิงปฏิบัติการ

ข้อมูล บรรณานุกรม (ผู้แต่ง, ปี, ชื่อ เรื่อง)	วัตถุประสงค์การวิจัย / คำถามการ วิจัย	รูปแบบ การศึกษา, กลุ่ม ตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้ / การ รวบรวม ข้อมูล	ผลการวิจัย หลัก (Main Findings)	ระดับความ น่าเชื่อถือ (Level of Evidence) / ข้อจำกัด	การนำมา ประยุกต์ใช้กับ งานนี้
Care) สำหรับ ผู้สูงอายุ.				วันนอนรพ. (Length of stay)		
สุภัทรา และ คณะ. (2567). การประยุกต์ใช้ เทคโนโลยี ดิจิทัลในการ ติดตามข้อมูล การดูแล ผู้สูงอายุระยะ ยาว.	เพื่อสร้าง แพลตฟอร์ม การ รายงานผล ที่ใช้งานง่าย สำหรับ Caregiver	Develop mental Research , อาสาสมัคร และ พยาบาล	แบบประเมิน ความพึง พอใจการใช้ ระบบ	แพลตฟอร์ม ช่วยให้ พยาบาล มองเห็น ปัญหาทาง สุขภาพแบบ เรียลไทม์ และ ลดความ หนาแน่นของ การใช้เอกสาร กระดาษ	Level V ข้อจำกัด: พื้นที่ห่างไกล บางแห่ง สัญญาณ อินเทอร์เน็ต ไม่เสถียร	สามารถปรับ แนวความคิด พัฒนาระบบ เทคโนโลยี สารสนเทศเพื่อ รองรับศูนย์ดูแล ผู้สูงอายุ มรภ. อุตรดิตถ์ ใน อนาคต
กฤษณา และ คณะ. (2564). บทบาท พยาบาล ผู้จัดการราย กรณี (Care Manager) ใน การยกระดับ คุณภาพชีวิต.	เพื่อศึกษา ความ เชื่อมโยง ของ สมรรถนะ Care Manager กับผลลัพธ์ การดูแล	Descripti ve Correlati onal Study, พยาบาล 150 คน	แบบสอบถา มสมรรถนะ, แบบประเมิน ผลลัพธ์ทาง คลินิก	สมรรถนะด้าน การ ประสานงาน สหสาขาและ ทักษะการ เจรจาต่อรอง มี ความสัมพันธ์ ทางบวกกับ	Level IV ข้อจำกัด: การ ตอบ แบบสอบถาม ประเมิน ตนเองอาจ เกิดความ ลำเอียง	ชี้ให้เห็นถึง ความจำเป็นใน การเป็นผู้นำ ของทีมพยาบาล ในการบูรณา การศาสตร์การ ดูแล คำนึง URU-CARE ต้องเน้นทักษะ

ข้อมูล บรรณานุกรม (ผู้แต่ง, ปี, ชื่อ เรื่อง)	วัตถุประสงค์การวิจัย / คำถามการ วิจัย	รูปแบบ การศึกษา, กลุ่ม ตัวอย่าง	เครื่องมือที่ใช้ / การ รวบรวม ข้อมูล	ผลการวิจัย หลัก (Main Findings)	ระดับความ น่าเชื่อถือ (Level of Evidence) / ข้อจำกัด	การนำมา ประยุกต์ใช้กับ งานนี้
				ระดับการทำ ADL ของ ผู้สูงอายุ		Soft Skills เหล่านี้
ทวิศักดิ์ และ คณะ. (2566). ถอดบทเรียน การขับเคลื่อน นโยบาย สาธารณะเพื่อ การดูแล ผู้สูงอายุระดับ ท้องถิ่น.	เพื่อศึกษา กลไก ความสำเร็จ ขององค์กร ปกครอง ส่วนท้องถิ่น ที่โดดเด่น ด้าน ผู้สูงอายุ	Case Study / Qualitati ve, พื้นที่ ต้นแบบ 4 แห่ง	การวิเคราะห์ เอกสาร, สนทนากลุ่ม	ความต่อเนื่อง ของนโยบาย การจัดสรร งบประมาณที่ ชัดเจน และ การเชื่อมโยง กับ สถาบันการศึ กษาในพื้นที่ คือปัจจัยหลัก	Level VI ข้อจำกัด: ผลสำเร็จ ขึ้นอยู่กับตัว แปรทาง การเมือง ท้องถิ่น	สนับสนุนแผน ยุทธศาสตร์ (Strategic Plan) 2569- 2573 ในการ ทำงานร่วมกัน ระหว่าง มหาวิทยาลัย และท้องถิ่น
จินตนา และ คณะ. (2565). ประสิทธิผลของ การบูรณาการ ศิลปะบำบัดใน การฟื้นฟู ผู้สูงอายุที่มี ภาวะซึมเศร้า.	เพื่อ เปรียบเทียบ ผลการ บำบัด ระหว่าง กิจกรรม ปกติกับการ แทรกแซง ด้วยศิลปะ บำบัด	Randomi zed Controll ed Trial (RCT), ผู้สูงอายุ 80 คน	แบบประเมิน ภาวะซึมเศร้า (TGDS-15)	ผู้สูงอายุที่ใช้ กิจกรรม ศิลปะมีอัตรา ภาวะซึมเศร้า ลดลงอย่างมี นัยสำคัญ และมีการ พัฒนาทักษะ กล้ามเนื้อมัด เล็ก	Level II ข้อจำกัด: การ ตอบสนองต่อ ศิลปะแต่ละ ประเภทเป็น เรื่องปัจเจก บุคคล	นำแนวคิด ศิลปะบำบัดมา ประยุกต์ใช้ใน การจัดกิจกรรม การฟื้นฟูจิตใจ ในร่างแนว ปฏิบัติ (CNPG) เพื่อสร้าง นวัตกรรมที่จับ ต้องได้

สรุปประเด็นสำคัญและระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน (Evidence Synthesis & Level of Evidence)

1. การเปลี่ยนผ่านจาก "การรักษาโรค" สู่ "การรักษาสมรรถนะ" (Paradigm Shift to Intrinsic Capacity)

ข้อค้นพบหลัก: การดูแลผู้สูงอายุต้องเปลี่ยนจุดโฟกัสไปที่การประเมินและรักษาสมรรถนะภายใน 6 มิติ (Intrinsic Capacity) ตามกรอบแนวคิด ICOPE มากกว่าการมุ่งเป้าไปที่ตัวโรคเพียงอย่างเดียว การประเมินอย่างครอบคลุม (CGA) จะช่วยชะลอความเปราะบางและลดการพึ่งพิงได้

ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน: มีการยืนยันอย่างชัดเจนจากงานวิจัยประเภท Systematic Review และ Meta-analysis เช่น Liu et al., (2025) ว่าแนวทาง ICOPE และ CGA ให้ผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีกว่าการดูแลแบบดั้งเดิม (Level I & II) และระดับนโยบาย ได้รับการรับรองเป็นแนวปฏิบัติมาตรฐาน (Clinical Practice Guidelines) ทั้งจากองค์การอนามัยโลก (WHO, 2019) และกระทรวงสาธารณสุขของไทย (Level VII)

2. พลังและข้อจำกัดของทีมสหสาขาวิชาชีพ (The Power and Pitfalls of MDT)

ข้อค้นพบหลัก การทำงานเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพ (MDT) ที่มีพยาบาลเป็นผู้จัดการรายกรณี (Case Manager) ช่วยลดความคลาดเคลื่อนในการรักษาและการเข้ารับการรักษาซ้ำ แต่อุปสรรคสำคัญที่บั่นทอนประสิทธิภาพคือ "การทำงานแบบแยกส่วน และบทบาทหน้าที่ที่ทับซ้อนกัน

ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน

การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (เช่น Kuluski et al., 2021; Mofina et al., 2022) ยืนยันถึงผลลัพธ์เชิงบวกของ MDT ต่อการลดอุบัติการณ์แทรกซ้อน (Level I)

งานวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative studies) ทั้งของไทยและต่างประเทศ (เช่น รัตนา และคณะ, 2564; Valentijn et al., 2023) สะท้อนให้เห็นถึงความจำเป็นในการสร้างความเข้าใจบริบทหน้างาน และการสื่อสารข้ามสายงานเพื่อหลายการทำงานของแต่ละวิชาชีพแบบแยกส่วน (Level VI)

3. พลังของชุมชน ภูมิปัญญาท้องถิ่น (Community)

ข้อค้นพบหลัก การดูแลที่ยั่งยืนต้องยึดชุมชนเป็นฐาน (Community-based) และ "ภูมิปัญญาท้องถิ่น" (เช่น สมุนไพรพื้นถิ่น) เข้าสู่กระบวนการดูแล ช่วยฟื้นฟูวิถีทางจิตวิญญาณ ลดภาวะซึมเศร้า และสร้างความสุขได้อย่างเป็นรูปธรรม

ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน

งานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) สนับสนุนว่าการให้ชุมชนมีส่วนร่วมและการใช้สมุนไพรท้องถิ่น เช่น (วรรณ และคณะ, 2566) ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพฐานราก (Level VI)

4. เทคโนโลยีและระบบข้อมูลไร้รอยต่อ (Technology and Seamless Data Flow)

ข้อค้นพบหลัก เทคโนโลยีดิจิทัลและระบบแพทย์ทางไกล (Telehealth) เป็นกลไกสำคัญในการเชื่อมโยงข้อมูลของทีมนสหสาขาเข้าด้วยกัน ช่วยแก้ปัญหาระบบฐานข้อมูลที่แยกส่วน ทำให้การติดตามผล (Monitoring) เป็นไปอย่างต่อเนื่อง

ระดับความน่าเชื่อถือของหลักฐาน

มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (เช่น Smith et al., 2024; Wang et al., 2022) ยืนยันว่าเทคโนโลยีช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการสื่อสารของทีมได้อย่างรวดเร็ว (Level I & V)

งานวิจัยเชิงประเมิณผลเตือนถึงการทำหายเรื่องความเสถียรของระบบในพื้นที่ห่างไกล และข้อจำกัดด้านทักษะดิจิทัลของผู้สูงอายุและผู้ดูแล (Level IV & V)

โดยสรุป พบว่าแนวปฏิบัติที่เราพัฒนานั้นมีรากฐานที่มั่นคงผสมผสานกัน ทั้งหลักฐานทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่แข็งแกร่ง (Level I) ความเข้าใจบริบทและข้อจำกัดในโลกความเป็นจริง (Level VI) และทิศทางนโยบายระดับชาติ (Level VII) ซึ่งจะช่วยให้ข้อเสนอแนะในการจัดตั้งศูนย์กลางองค์ความรู้ (Hub of Talent and Knowledge)

การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

กรอบแนวคิด (Operational Framework)

ในการจัดกลุ่มผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ (Seamless Stratification) ตามระบบนิเวศสุขภาพและวิสาหกิจชุมชนคึงตะเภากการจัดกลุ่มผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อเป็นกระบวนการบูรณาการการรับรู้รายมิติ การประเมินสมรรถนะเชิงวัตถุวิสัย และข้อมูลเชิงประจักษ์ทางคลินิก เพื่อแยกแยะระดับความเสี่ยงและความต้องการเฉพาะเจาะจงของผู้สูงอายุในชุมชน การดำเนินการดังกล่าวอาศัยกรอบแนวคิดเชิงปฏิบัติการที่เน้นการบูรณาการเครื่องมือคัดกรองมาตรฐานสากลเข้ากับบริบทท้องถิ่น ซึ่งประกอบด้วยกระบวนการ 3 ขั้นตอนหลัก ดังนี้

วิธีการดำเนินการ

1. ปัจจัยนำเข้า (Input Phase)

ในขั้นตอนนี้ ทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team: MDT) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลสุขภาพ 4 มิติ ซึ่งเป็นข้อมูลดิบเชิงประจักษ์ (Empirical Raw Data) ดังนี้

มิติทางกาย (Physical Dimension): การประเมินสมรรถนะการเคลื่อนไหวและการทรงตัว ผ่าน Timed Up and Go (TUG) test (Guralnik et al., 2000) และการตรวจคัดกรองการได้ยินเบื้องต้นด้วย Whisper test

มิติจิต/สมอง (Mental/Cognitive Dimension) การคัดกรองภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2Q (Kroenke et al., 2003) และการประเมินสภาพสมองเบื้องต้นด้วย Mini-Mental State Examination: MMSE (Folstein et al., 1975)

ข้อมูลเชิงประจักษ์ทางคลินิก (Clinical Evidence) การรวบรวมข้อมูลจำนวนโรคร่วม, ข้อมูลการใช้ยาหลายชนิด (Polypharmacy

ข้อมูลเชิงประจักษ์ที่บ่งชี้ความเสี่ยง, Gnjidic et al., 2012), และการวัดเส้นรอบวงน่อง (Calf Circumference) เพื่อเป็นตัวชี้วัดมวลกล้ามเนื้อน้อย (Rolland et al., 2003)

มิติทางสังคม (Social Dimension): การประเมินความกังวลหรือการรับรู้ภาวะทางสังคม เช่น ความโดดเดี่ยว, การสนับสนุนจากสังคม ผ่านการสอบถาม ซึ่งเป็นข้อมูลเชิงอัตวิสัย (Subjective Recall Data, Jorm, 1994)

2. วิธีการดำเนินการ กระบวนการบูรณาการ (Process Phase)

ขั้นตอนนี้คือหัวใจสำคัญของนวัตกรรม โดยการนำปัจจัยนำเข้า (Input Data) มาประมวลผลผ่านดัชนีชี้วัดแบบบูรณาการ (Synthesized Indicators Matrix) ที่ผนวก 2 แนวคิดหลักเข้าด้วยกัน คือ

1. ตัวชี้วัด ICOPE (WHO, 2019) การคัดกรอง (Screening Domains) โดยประเมินสมรรถนะภายใน (Intrinsic Capacity) ของแต่ละระบบ

2. เกณฑ์ภาวะเปราะบาง (Frailty criteria - Fried et al., 2001; Rockwood & Mitnitski, 2007) ใช้เป็น "มาตรวัด" (Scoring Matrix) เพื่อแปลงผลการตรวจร่างกายให้กลายเป็นดัชนีคะแนนภาวะเปราะบาง (Frailty index) อย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม

กลไกเชิงปฏิบัติการ

เมื่อผลการประเมินสุขภาพด้านใดด้านหนึ่งลดลงตามเกณฑ์ ICOPE เช่น ความเร็วการเดินที่ลดลงหรือหลงลืม ข้อมูลจะถูกคำนวณและสะท้อนออกมาเป็นระดับความรุนแรงของภาวะเปราะบาง (Frailty severity) ได้ในทันที กระบวนการนี้เปลี่ยนผ่านจากระบบแยกส่วน (Fragmented) ไปสู่ระบบการประเมินแบบเบ็ดเสร็จในขั้นตอนเดียวที่ให้ผลลัพธ์เชิงวิเคราะห์แบบทวิมิติ (Single assessment, dual insights) (Dent et al., 2019)

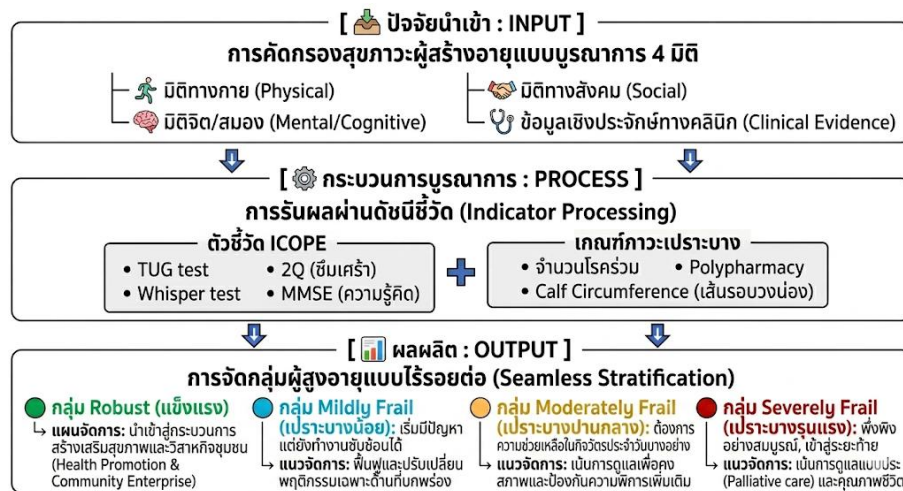
วิธีการดำเนินการ

ผลผลิตที่ได้จากกระบวนการบูรณาการคือ การจัดกลุ่มผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อ (Seamless Stratification) ซึ่งช่วยให้ทีมสหสาขาวิชาชีพสามารถวางแผนการดูแลรายบุคคล (Individualized Care Plan) ได้อย่างแม่นยำและไร้รอยต่อ โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มหลัก ดังนี้:

กลุ่ม Robust (แข็งแรง): นำเข้าสู่กระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและวิสาหกิจชุมชน เพื่อคงสถานะความแข็งแรง เพิ่มมวลกล้ามเนื้อ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมทางสังคมผ่านการใช้พลังปัญญา ป้องกันภาวะซึมเศร้า (WHO, 2015, 2017)

กลุ่ม Pre-frail (เริ่มเปราะบาง) เข้าสู่ระยะนาที่ทอง (Golden Period) ในการฟื้นฟูโดยชุมชน ซึ่งเป็นระยะที่การเสื่อมถอยสามารถผันกลับได้ (Reversible state) โดยใช้โปรแกรม multi-domain interventions เพื่อฟื้นฟูเฉพาะด้าน เช่น การออกกำลังกายเฉพาะจุด, สุนทรียบำบัด เพื่อป้องกันไม่ให้เข้าสู่ภาวะเปราะบางรุนแรง (Fairhall et al., 2011)

กลุ่ม Frail (เปราะบาง) เข้าสู่ระบบการดูแลระยะยาว (Long-Term Care) จัดการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team: MDT และ Case Manager เพื่อวางแผนการดูแลแบบองค์รวมที่ซับซ้อน ทบทวนยา และจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย (Ellis et al., 2011; WHO, 2019)



ภาพที่ 5 การดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

ผลการดำเนินงาน

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	3	10.00
หญิง	27	90.00
อายุ		
60-69	21	70.00
70-79	6	20.00
มากกว่า 79 ปี	3	10.00
ประวัติโรคประจำตัว		
ไม่มี	14	46.67
มี	16	53.33
รับประทานยาต่อเนื่อง	12	75.00
รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง	4	25.00
ค่า BMI		
ต่ำกว่าเกณฑ์	3	10.00
ตามเกณฑ์	8	26.67
สูงกว่าเกณฑ์	2	63.33

ตารางที่ 2 พบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มเปราะบางเป็นเพศหญิงร้อยละ 90.00 เพศชายร้อยละ 10.00 มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี มากที่สุด คือ ร้อยละ 70.00 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 53.33 พบว่ารับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 25.00 ค่าดัชนีมวลกายต่ำกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 10.00 เป็นโรคอ้วน ร้อยละ 63.33

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละความสามารถในการดูแลตนเองและความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง		
ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง	2	6.67
ช่วยเหลือตนเองได้มาก	28	93.33
ภาวะสมองเสื่อม		
มี	1	3.33
ไม่มี	29	96.67
ความเสี่ยงต่อการหกล้ม		0.00
ไม่มีความเสี่ยง	16	53.33
มีความเสี่ยง	11	36.67
มีความเสี่ยงอย่างมาก	3	10.00
ความสามารถในการทรงตัว		
ปกติ	23	76.67
ผิดปกติ	7	23.33

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้สูงอายุมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ดี ร้อยละ 93.33 ช่วยเหลือตนเองได้ปานกลาง ร้อยละ 6.67 มีภาวะสมองเสื่อม ร้อยละ 3.33 มีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 36.67 มีความเสี่ยงต่ออย่างมาก ร้อยละ 10.00 มีความผิดปกติในการทรงตัว ร้อยละ 23.33

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละผู้สูงอายุที่ได้รับการส่งต่อเพื่อการรักษาและดูแลต่อเนื่อง

ข้อมูลการส่งต่อเพื่อการรักษา	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลอุดรดิตถ์เพื่อการรักษาและฟื้นฟู	22	73.33
กายภาพบำบัด	11	36.67
กิจกรรมบำบัด	3	10.00
ส่งต่ออายุรแพทย์	4	13.33
ทันตแพทย์	1	3.33
ส่งต่อโภชนาการ	3	10.00
หน่วยกายอุปกรณ์เพื่อตัดรองเท้า	1	3.33
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล	22	73.33
ความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม	14	46.67
รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง	4	13.33
โภชนาการ	3	10.00
สมองเสื่อม	1	3.33

จากตารางที่ 4 ผู้สูงอายุได้รับการส่งต่อเพื่อรับการรักษาโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ ร้อยละ 73.33 โดยได้รับการทำกายภาพบำบัด ร้อยละ 36.67 กิจกรรมบำบัด ร้อยละ 10 ให้การรักษาโดยอายุรแพทย์เฉพาะทาง 13.33 ทันตแพทย์ ร้อยละ 3.33 และหน่วยกายอุปกรณ์เพื่อตัดรองเท้า 3.33 รักษาโดยกายภาพบำบัด ร้อยละ 36.67 กิจกรรมบำบัด ร้อยละ 10.00 ส่งต่ออายุรแพทย์ ร้อยละ 13.33 และส่งต่อโภชนาการ ร้อยละ 10.00 ได้รับการส่งต่อโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ร้อยละ 73.33

เอกสารอ้างอิง

- 1.American Occupational Therapy Association (AOTA). (2020). Occupational therapy practice framework: Domain and process (4th ed.). American Journal of Occupational Therapy, 74(Supplement_2), 7412410010p1–7412410010p87.
<https://doi.org/10.5014/ajot.2020.74S2001>
2. Beswick, A. D., Rees, K., Dieppe, P., Ayis, S., Gooberman-Hill, R., Horwood, J., & Ebrahim, S. (2008). Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: A systematic review and meta-analysis. The Lancet, 371(9614), 725–735. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)60342-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)60342-6)
3. Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K. (2013). Frailty in elderly people. The Lancet, 381(9868), 752-762. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)62167-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)62167-9)
4. Clemson, L., Mackenzie, L., Ballinger, C., Close, J. C., & Cumming, R. G. (2008). Environmental interventions to prevent falls in community-dwelling older people: A meta-analysis of randomized trials. Journal of Aging and Health, 20(8), 954–971.
<https://doi.org/10.1177/0898264308324605>
5. Dent, E., Martin, F. C., Bergman, H., Woo, J., Romero-Ortuno, R., & Walston, J. D. (2019). Management of frailty: Opportunities, challenges, and future directions. The Lancet, 394(10206), 1376-1386. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31785-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31785-4)
6. Ellis, G., Whitehead, M. A., Robinson, D., O'Neill, D., & Langhorne, P. (2011). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: Meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ, 343, d6553. <https://doi.org/10.1136/bmj.d6553>
7. Fairhall, N., Langron, C., Sherrington, C., & Lord, S. R. (2011). Interventions to reduce the transition from pre-frailty to frailty and dependence in older people: A systematic review. Age and Ageing, 40(3), 302-310. <https://doi.org/10.1093/ageing/afr024>
8. Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. Journal of Psychiatric Research, 12(3), 189-198.

9. Fried, L. P., Tangen, C. M., Walston, J., Newman, A. B., Hirsch, C., Gottdiener, J., ... McBurnie, M. A. (2001). Frailty in older adults: Evidence for a phenotype. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(3), M146-M156.
10. Gatz, M., Mortimer, J. A., Fratiglioni, L., & Johansson, B. (2006). Personality, stressful life events, social support, and risk of cognitive decline in twins. *Psychological Medicine*, 36(8), 1083-1092.
11. Guralnik, J. M., Simonsick, E. M., Ferrucci, L., Glynn, R. J., Berkman, L. F., Blazer, D. G., ... Wallace, R. B. (2000). A short physical performance battery assessing lower extremity function: Association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 55(6), M313-M321.
12. Jorm, A. F. (1994). A short form of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): Development and cross-validation. *Psychological Medicine*, 24(1), 145-153.
13. Jorm, A. F. (2004). The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): A review. *International Psychogeriatrics*, 16(3), 275-293.
<https://doi.org/10.1017/S104161020400039X>
14. Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. (2003). The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a two-item depression screener. *Medical Care*, 41(11), 1284-1292.
<https://doi.org/10.1097/01.MLR.0000093487.78664.3C>
15. Kuluski, K., Hoang, V., Schaink, A. K., Corpuz, G., Bennett, C., Im, J., ... & Wodchis, W. P. (2021). Integrated care models for frail older adults: A systematic review. *Journal of Integrated Care*, 29(4), 312-328. <https://doi.org/10.1108/JICA-06-2021-0027>
16. Mofina, A., D'Souza, S. A., Moore, A. E., Oulianova, N., & McCarthy, G. J. (2022). Multidisciplinary team interventions in primary care for older adults. *BMC Geriatrics*, 22(1), Article 112. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-02801-4>
17. Rockwood, K., & Mitnitski, A. (2007). Frailty in relation to the accumulation of deficits. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(7), 722-727.

18. Rolland, Y., Lauwers-Cances, V., Cristini, C., Grand, A., Abellan van Kan, G., & Vellas, B. (2003). Calf circumference as a marker of muscle mass and functional capacity in elderly people. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 7(6), 441-446.
19. Stoop, A., Maliepaard, K., Valentijn, P. P., Bruijnzeels, M. A., & Lette, M. (2021). Health professionals' perspectives on overcoming barriers to integrated care: A qualitative study with a focus on patients with multimorbidity. *International Journal of Care Coordination*, 24(3-4), 88-101. <https://doi.org/10.1177/20534345211051515>
20. Valentijn, P. P., et al. (2023). Facilitators and barriers of integrated care for older adults with multimorbidity: A scoping review using the Rainbow Model. *International Journal of Integrated Care*, 23(2), 1-14. <https://doi.org/10.5334/ijic.6543>
21. Wang, Y., et al. (2022). Integrated care for older people based on information and communication technology: A scoping review. *Digital Health*, 8, 1-15. <https://doi.org/10.1177/20552076221115897>
22. World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*.
23. World Health Organization. (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health*.
24. World Health Organization. (2019). *Integrated care for older people (ICOPE): Guidance for person-centred assessment and pathways in primary care*.
25. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *แนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการ (Integrated Care for Older People: ICOPE)*. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ.
26. กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *คู่มือการดูแลผู้สูงอายุแบบครบวงจร*. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์

ภาคผนวก

แบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุแบบองค์ตามการรับรู้ของผู้สูงอายุและทีมสหสาขาวิชาชีพ
(Holistic Elderly Well-being Assessment Form)

คำชี้แจง: แบบประเมินนี้ใช้สำหรับประเมินสุขภาพองค์รวมของผู้สูงอายุ โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง [] หรือเติมข้อความให้สมบูรณ์

วันที่ประเมิน: ผู้ประเมิน:

รหัส ผู้สูงอายุ:

อายุ: ปี เพศ: [] ชาย [] หญิง

โรคประจำตัว: [] ไม่มี [] มี (ระบุ)

ส่วนที่ 1 การประเมินการรับรู้และความรู้สึกของผู้สูงอายุ (Perception & Subjective - 5 คะแนน) เน้นการประเมินความรู้สึกภายในและการรับรู้สมรรถนะของตนเอง (Self-Reported)

ประเด็นการประเมิน	การประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน
1. ความเหนื่อยล้า (Fatigue)	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกเหนื่อยหน่ายหรือหมดไฟในการทำกิจกรรมต่างๆ หรือไม่?	☐ 0 = ไม่เคย, ☐ 1 = เป็นบางครั้ง/บ่อยครั้ง
2. ความสามารถในการทำกิจวัตร (ADL Perception):	ท่านรู้สึกว่าตนเองอาบน้ำหรือแต่งตัวได้ลำบากขึ้นกว่าปีที่ผ่านมาหรือไม่?	☐ 0 = ปกติ, ☐ 1 = ลำบากขึ้น
3. คัดกรองภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลในผู้สูงอายุ (Psychological) -คำถาม 2Q	1.ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือท้อแท้ สิ้นหวัง หรือไม่ 2.ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไร ก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่	☐ 0 = ไม่มี ☐ 1 = มีอย่างน้อย 1 ข้อ
4. ความรู้คิดที่รับรู้ได้ (Perceived Cognition)	ท่านรู้สึกว่าตนเองหลงลืมบ่อยจนส่งผลต่อการใช้ชีวิตหรือไม่?	☐ 0 = ไม่เลย, ☐ 1 = ลืมบ่อยมาก

5.ภาวะทุพโภชนาการ (Nutrition)	ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ท่านรู้สึกเบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารได้น้อยลงอย่างชัดเจนหรือไม่	☐ 0 = ไม่มี ☐ 1 = มี
คะแนนที่ได้/คะแนนรวม		/ 5 คะแนน

ส่วนที่ 2 การประเมินตามหลักฐานเชิงประจักษ์ประกอบด้วย

2.1 การประเมินสมรรถนะทางกาย (Physical Performance - 10 คะแนน) ตามมาตรฐาน ICOPE และ Fried's Phenotype

ประเด็นการประเมิน	วิธีการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน
1. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ	ทดสอบการลุก-นั่งบนเก้าอี้ 5 ครั้ง (Chair Rise Test) ภายใน 14 วินาที	☐ 0 = ปกติ ☐ 2 = ผิดปกติ
2. การทรงตัวและการเดิน (Gait Speed/Balance)	ทดสอบการทรงตัว (Timed Up and Go) เดินไปกลับ 6 เมตร ใน 12 วินาที	☐ 0 = ปกติ ☐ 2 = ผิดปกติ
3. แรงกำมือ (Handgrip Strength)	ใช้เครื่องมือวัด Handgrip หรือทดสอบบีบมือผู้ประเมินแรงๆ (ชาย ≥ 26 กก., หญิง ≥ 16 กก.)	☐ 0 = ปกติ ☐ 2 = ผิดปกติ
4. ประสาทสัมผัส (Vision & Hearing)	การมองเห็นสายตา การได้ยิน (Whisper Test)	☐ 0 = ปกติ ☐ 2 = ผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งหรือทั้งสอง
5. ภาวะโภชนาการและมวลกล้ามเนื้อ	ประเมิน MNA 24 – 30 คะแนน ปกติ 17 – 23.5 คะแนน มีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร น้อยกว่า 17 คะแนน ขาดสารอาหาร	☐ 0 = ปกติ ☐ 2 = มีความเสี่ยง/มีภาวะขาดสารอาหาร
คะแนนที่ได้/คะแนนรวม		/ 10 คะแนน

2.2 ประเมินความเสี่ยงและความสามารถด้านร่างกายและจิตใจ

ประเด็นการประเมิน	วิธีการประเมิน	เกณฑ์การให้คะแนน
1.ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)	แบบประเมิน ADL (Activities of Daily Living)	☐ 0= คะแนน ADL 12 - 20 คะแนน ☐ 1= คะแนน ADL 0 - 11 คะแนน
2.ภาวะโรคร่วมและยา (Multimorbidity & Polypharmacy):	มีโรคประจำตัวเรื้อรัง ≥ 2 โรค และต้องกินยามากกว่า 5 ชนิดต่อวัน	☐ 0 = ไม่ใช่ ☐ 1 = ใช่
2.ประวัติการหกล้มหรืออุบัติเหตุ (Falls History):	ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา เคยหกล้มหรือเกือบหกล้มอย่างน้อย 1 ครั้ง	☐ 0 = ไม่เคย ☐ 2 = เคย
4.ภาวะสมองเสื่อม	ขั้นตอนที่ 1 คัดกรองเร็ว: Mini-Cog (จำคำ 3 คำ + วาดนาฬิกา) ขั้นตอนที่ 2 ประเมินละเอียดด้วย MoCA หรือ MMSE-Thai ขั้นตอนที่ 3 ถามญาติ (IQCODE)	[] 0 = ปกติ [] 1 = ผิดปกติ
6.สุขภาพจิต	มีอาการปวดศีรษะ ปวดท้อง นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย"พร้อมๆ กัน ติดต่อกันมากกว่า 3 เดือน	[] 0 = ไม่มี [] 1 = มี
คะแนนที่ได้/คะแนนรวม		/ 5 คะแนน

Polypharmacy: การใช้ยาเกิน 5 ชนิด เป็นตัวพยากรณ์ (Predictor) ของการเกิด Adverse Drug Events ที่แม่นยำใกล้เคียงกับการตรวจเลือดดูค่าไต/ตับในเบื้องต้น (Mofina et al., 2022)

Falls History: เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ที่บ่งบอกถึงความเสี่ยงของสมรรถนะการควบคุมระบบประสาทและกล้ามเนื้อที่ชัดเจนที่สุด

เกณฑ์การให้คะแนนและแบ่งระดับสุขภาพ

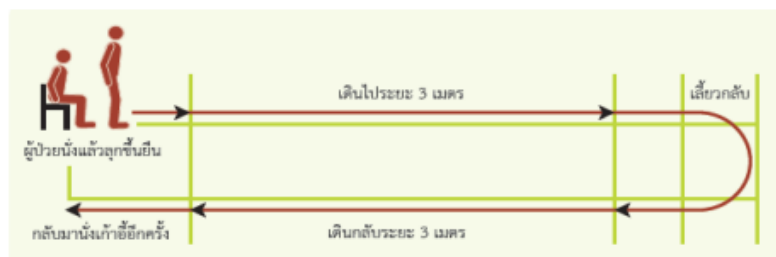
การตัดสินระดับสุขภาพโดยนำคะแนนจากทั้งสองส่วนมารวมกัน (Summation) มีคะแนนรวมทั้ง 2 ส่วนเท่ากับ 20 คะแนน

ส่วนที่	การประเมิน	คะแนนเต็ม
1	ประเมินตามการรับรู้ของผู้สูงอายุ	5
2	หลักฐานเชิงประจักษ์	
	2.1 สมรรถนะทางกาย	10
	2.2 ประวัติและผลการตรวจทางชีวเคมี	5
รวม		20

แบบประเมินการประเมินการเคลื่อนไหว (Movement & Fall Risk)

การทดสอบ Timed Up and Go (TUG)

ลุกจากเก้าอี้ -> เดิน 3 เมตร -> หันหลังกลับ -> เดินกลับมานั่ง



เวลาที่ใช้: วินาที

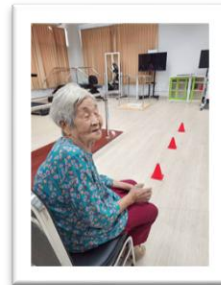
ผลการประเมิน:

[] ปกติ (น้อยกว่า 12 วินาที)

[] เสี่ยงต่อการหกล้ม (มากกว่า 12 วินาที) --> แนะนำพบแพทย์/ฝึกออกกำลังกาย

ภาพกิจกรรมการทดลองใช้แนวปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุแบบบูรณาการ

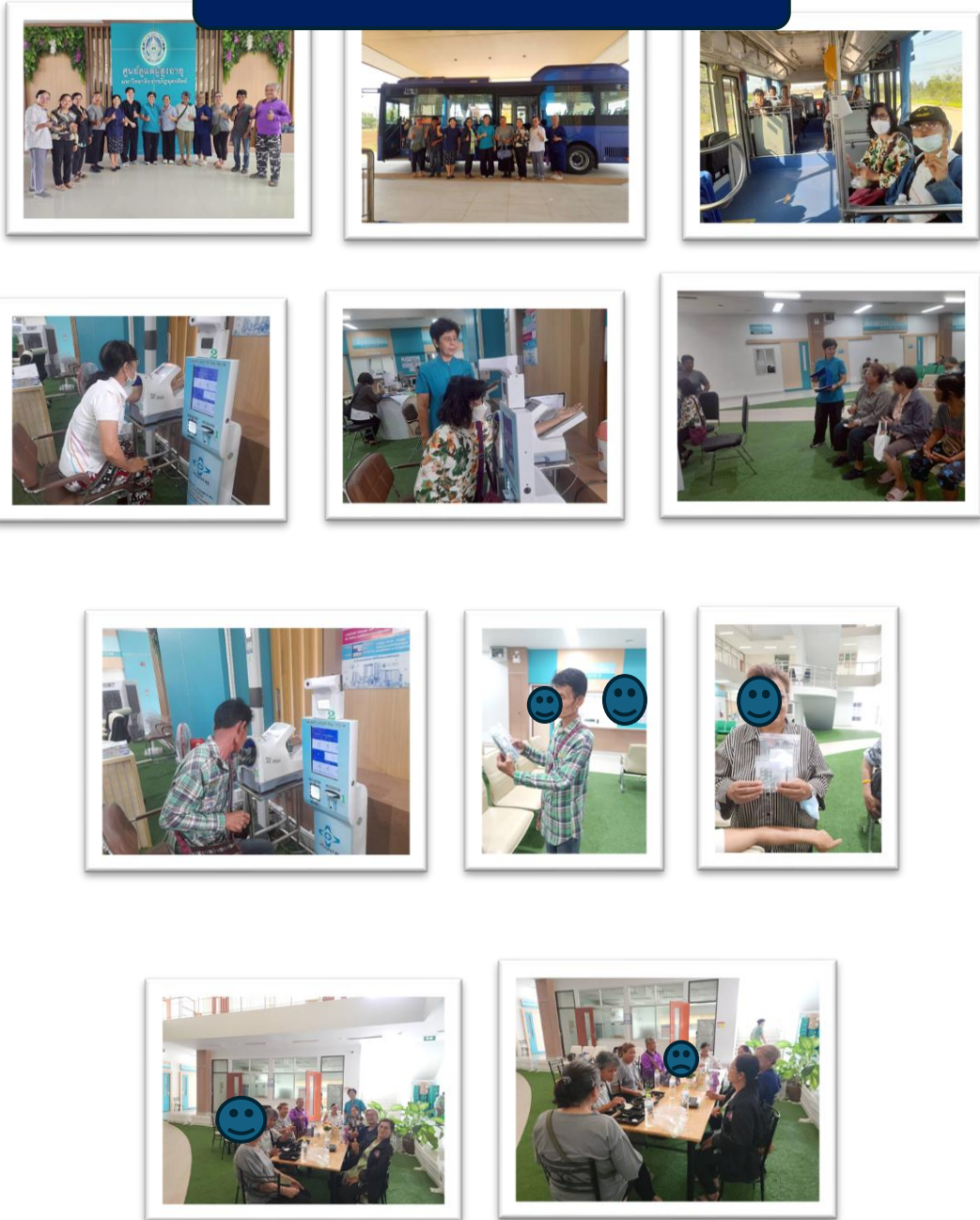
ทดลองใช้ในกลุ่มสุขภาพดี



ทดลองใช้ในกลุ่มเปราะบางเล็กน้อย



ทดลองใช้ในกลุ่มเปราะบางปานกลาง



ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์

