The Journal of Chulabhorn Royal Academy
eISSN : 3027-7418 (Online)

Academic article

การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน: สรุปแนวคิดและหลักฐานเชิงประจักษ์

Optimal Comprehensive Geriatric Assessment in Hospital-to-Home Transitional Care for Older Patients: A Review of Concept and Evidence-Based Practices

สุภาวดี เที่ยงธรรม*, จุฑามาศ โสมณวัฒน์
Supavadee Thiengtham*, Chuthamat Somanawat

สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
Gerontological Nursing Department, Faculty of Nursing, Khon Kaen University

*Corresponding Author, e-mail: supathi@kku.ac.th

Received : 16 September 2024; Revised: 8 May 2025; Accepted: 8 August 2025

บทคัดย่อ

การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านเป็นการประเมินผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลและการเข้ารับการรักษาซ้ำภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การประเมินนี้ช่วยให้การวางแผนการดูแลและจัดการปัจจัยเสี่ยงของผู้สูงอายุได้อย่างทันท่วงทีโดยสหสาขาวิชาชีพ การทบทวนวรรณกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อสรุปและเสนอแนวคิดเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยค้นหาวรรณกรรมจากฐานข้อมูล 5 ฐาน ได้แก่ CINAHL PubMed ScienceDirect และ Google Scholar โดยใช้คำสำคัญในการค้น คือ Comprehensive geriatric assessment Discharge plan Older adults และ Transitional care จากการสืบค้นพบบทความทั้งหมด 45 เรื่อง ใช้วิเคราะห์ทั้งหมด 19 เรื่อง โดยได้คัดบทความที่ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์หรือไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลฉบับเต็มได้ออก จากนั้นผู้เขียนแต่ละคนจะทำการอ่านและประเมินระดับงานวิจัยแต่ละเรื่อง ผลการประเมินได้ระดับ 1 จำนวน 17 เรื่อง และอีก 2 เป็นงานในระดับ 2 และระดับ 4 ตามลำดับ จากนั้นผู้เขียนได้ทำการสกัดเนื้อหาและเรียบเรียงผลการทบทวนร่วมกัน พบว่าการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมในระยะเปลี่ยนผ่านไม่มีรูปแบบที่ตายตัว หน่วยงานสามารถเลือกใช้เครื่องมือหรือพัฒนาแบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานตนเองได้ แต่แนะนำให้ประเมินให้ครอบคลุมทุกมิติ ได้แก่ ด้านปัญหาสุขภาพ สุขภาพกาย สุขภาพจิตใจและสติปัญญา ความสามารถในการทำหน้าที่ และด้านสิ่งแวดล้อม การประเมินควรมีการจัดตารางการประเมินอย่างเป็นระบบตั้งแต่แรกรับจนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครอบคลุมไปถึงการติดตามอาการเมื่อผู้สูงอายุอยู่ที่บ้าน โดยบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำการเยี่ยมบ้าน หรือการติดตามผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีสุขภาพทางไกลที่อาจเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และอาสาสมัครเข้ามามีบทบาทในการประเมินได้

คำสำคัญ: การประเมินผู้สูงอายุ, การประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม, การจำหน่ายจากโรงพยาบาล, ระยะเปลี่ยนผ่าน, ผู้สูงอายุ

Abstract

A comprehensive geriatric assessment (CGA) during the transition from hospital to home is essential for identifying those at risk of hospital-acquired complications and readmission to the hospital. The assessment enables timely care planning and risk management through a multidisciplinary approach.This literature review sought to provide empirical evidence on CGA during transitional care from hospital to home. Literature was searched across five databases-CINAHL, PubMed, ScienceDirect, and Google Scholar-using the keywords “comprehensive geriatric assessment,” “discharge plan,” “older adults,”

© Chulabhorn Royal Academy. Terms and conditions of Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY NC ND 4.0) apply

and “transitional care.” A total of 45 articles were identified, of which 19 were included in the analysis after excluding those that did not meet the objectives or lacked full-text access. Each article was independently reviewed and appraised by the authors. Seventeen studies were rated as level 1 evidence, while two were rated as level 2 and level 4 evidence, respectively. The extracted data were synthesized and presented collaboratively.

Findings indicate that there is no standardized model for conducting comprehensive geriatric assessment during care transitions. Institutions may adopt or develop assessment tools tailored to their specific context. Nevertheless, it is recommended that assessments address all relevant domains, including health problems, physical health, mental and cognitive status, functional ability, and environmental factors. Assessments should be systematically scheduled from admission through discharge and extended to follow-up at home. Post-discharge monitoring may be conducted by healthcare providers through home visits or telehealth technologies, which can also facilitate the active participation of patients, caregivers, and community volunteers in the assessment process.

Keywords: Geriatric Assessment, CGA, Discharge Plan, Older Adults, Transitional Care

บทนำ (Introduction)

อายุที่เพิ่มมากขึ้นมีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยหรือความพิการของผู้สูงอายุ อย่างไรก็ตามความซับซ้อนในการดูแลรักษาผู้สูงอายุไม่ได้ขึ้นอยู่กับความสูงอายุเพียงเท่านั้น แต่ขึ้นอยู่กับความเปราะบาง (frailty) ของร่างกายผู้สูงอายุแต่ละรายซึ่งแตกต่างกัน ความเปราะบางของผู้สูงอายุเป็นปฏิสัมพันธ์ที่ซับซ้อนระหว่างการเปลี่ยนแปลงตามวัย ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยและสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้ผู้สูงอายุสูญเสียความสามารถในการต้านทานความเจ็บป่วยและคงไว้ซึ่งสมดุลของความสามารถในการทำหน้าที่ (reduced functional homeostasis)[1] นำไปสู่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะเข้ารับการรักษามากกว่าผู้ป่วยในวัยอื่นๆ เช่น ภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยา การหกล้ม แผลกดทับ และภาวะสับสนเฉียบพลัน ซึ่งภาวะแทรกซ้อนเหล่านี้มักนำไปสู่การสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ภายหลังเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Functional decline) เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเจ็บป่วย2 ดังนั้นหลักการสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคือการป้องกันและดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูความสามารถในการทำหน้าที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือมีสภาพใกล้เคียงกับภาวะเดิมก่อนการเจ็บป่วยมากที่สุดเท่าที่สภาพร่างกายและสิ่งแวดล้อมจะเอื้ออำนวย[3]

การดูแลเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุจากการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลต้องเริ่มต้นโดยเร็วตั้งแต่เริ่มเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและทำอย่างต่อเนื่องจนกลับไปพักรักษาตัวที่บ้าน อย่างไรก็ตามการดูแลผู้สูงอายุในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านเป็นช่วงเวลาที่เปราะบางที่สุดช่วงหนึ่งในการดูแลเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุจากการเจ็บป่วยเฉียบพลัน เนื่องจากข้อจำกัดทางด้านเวลาอาจทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้รับข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์หรือผิดพลาด ได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายที่ไม่เหมาะสม หรือได้รับคำแนะนำที่ไม่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องกลับไปดูแลตนเองต่อที่บ้าน รวมถึงการขาดการดูแลติดตามการวางแผนการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันที่มีความซับซ้อนมากขึ้น[4]

ในปัจจุบันมีการสนับสนุนให้มีการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม (Comprehensive Geriatric Assessment; CGA) ในการพัฒนาแผนการดูแลรักษาและติดตามผลการรักษาอย่างบูรณาการ[5] เนื่องจากเป็นกระบวนการประเมินผู้สูงอายุในหลายมิติ ครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อม และความสามารถในการทำหน้าที่ เพื่อคัดกรองและประเมินความเสี่ยงต่อกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) ได้แก่ ภาวะบกพร่องทางสติปัญญา (impairment of cognition) ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ (Incontinence) ภาวะทุพโภชนาการ (Inanition) การบกพร่องด้านการทรงตัวและการหกล้ม (Instability) ความผิดปกติของการนอนหลับ (Insomnia) ภาวะสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว (Immobility) และการเจ็บป่วยที่เกิดจากการดูแลรักษา (Iatrogenesis) ภาวะเหล่านี้เป็นภาวะที่ไม่ได้เกิดจากโรคของผู้ป่วยโดยตรง แต่มักมีสาเหตุจากหลายปัจจัย ทั้งจากปัจจัยเดิมของผู้สูงอายุ ปัจจัยกระตุ้นทางด้านร่างกาย ร่วมกับปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมถือว่าเป็นขั้นตอนเริ่มต้นของการดูแลผู้สูงอายุโดยเน้นผู้สูงอายุเป็นศูนย์กลาง (Person-centered care) จากการประเมินความต้องการการดูแลที่แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญสำหรับการพัฒนาแผนการรักษาและการติดตามผลในระยะยาว เพื่อให้พยาบาลสามารถให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมกับผู้สูงอายุในแต่ละราย เช่น ผู้สูงอายุมีความบกพร่องด้านการรู้คิด จะมีข้อจำกัดในการเรียนรู้และเข้าใจสิ่งที่พยาบาลสอนการให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุโดยตรงอาจไม่เหมาะสมพยาบาลจะต้องปรับวิธีการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในครอบครัวแทน

ถึงแม้การบูรณาการการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุก่อนจำหน่ายกลับบ้าน จะส่งผลให้แผนการดูแลมีความเฉพาะเจาะจง

สำหรับผู้สูงอายุในแต่ละราย[6] แต่เนื่องจากการประเมินผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมไม่ได้ถูกออกแบบมาเพื่อใช้ในกระบวนการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านโดยเฉพาะ ดังนั้นจึงมีรูปแบบที่หลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละบริบท ส่งผลให้เกิดปัญหามากมายในทางปฏิบัติเนื่องจากขาดแนวปฏิบัติที่ชัดเจน เช่น ความสับสนในการใช้เครื่องมือและขั้นตอนการประเมินที่แตกต่างกันของบริบทในการดูแลระยะในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายกลับบ้าน[7-9] บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทบทวน สรุปและเสนอแนวคิดเกี่ยวกับแนวคิดการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน โดยการสืบค้นหลักฐานเชิงประจักษ์ จากฐานข้อมูล CINAHL PubMed ScienceDirect Google scholar และจากการสืบค้นด้วยมือ (Hand search) กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ได้แก่ Comprehensive geriatric assessment Discharge plan Older adults และ Transitional care และประเมินระดับหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของ The Joanna Briggs Institute[10] ผลจากการรวบรวมและวิเคราะห์หลักฐานเชิงประจักษ์ครั้งนี้จะเป็นประโยชน์แก่พยาบาลเฉพาะทางด้านการดูแลผู้สูงอายุ และพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยต่าง ๆ ที่ต้องการองค์ความรู้เฉพาะทางด้านการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในการให้ความรู้ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีความสามารถในการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุก่อนและหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางการแพทย์การสูญเสียความสามารถในการทำหน้าที่ และการสูญเสียความสามารถด้านสติปัญญาที่สัมพันธ์กับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้สูงอายุ

วิธีการศึกษา

การทบทวนวรรณกรรมในครั้งนี้ใช้วิธีการสืบค้นแบบหลายขั้นตอน โดยมุ่งนี้บทความวิชาการและบทความวิจัยที่เกี่ยวกับการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านในฐานข้อมูล CINAHL PubMed ScienceDirect และ Google scholar กำหนดคำสำคัญในการสืบค้นในแต่ละฐานข้อมูล ได้แก่ Comprehensive geriatric assessment Discharge plan Older adults และ Transitional care (รูปที่ 1) บทความที่ถูกอ้างอิงในบทความที่สืบค้นได้จะถูกตรวจสอบและสืบค้น เพื่อหาการอ้างอิงที่อาจเกี่ยวข้องซึ่งช่วยขยายขอบเขตการค้นหาให้กว้างขึ้น

บทความทั้งหมดที่ค้นได้จะถูกคัดกรองแยกกันโดยผู้เขียน 2 คน ผ่าน Rayyan (new.rayyan.ai) โดยมีเกณฑ์คัดเข้า ดังนี้ เป็นบทความที่ตีพิมพ์ภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ระหว่าง ค.ศ 2014–2025 และ พ.ศ 2557–2568 เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ศึกษาเกี่ยวกับการประเมินผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม และบทความจะถูกคัดออก หากเนื้อหาไม่เกี่ยวข้องกับการประเมินในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และไม่สามารถเข้าถึงบทความฉบับเต็มได้ (รูปที่ 2) เมื่อได้ข้อสรุปการคัดเข้าระหว่างผู้เขียนแล้ว บทความทั้งหมดจะถูกตรวจสอบเพื่อสังเคราะห์ความเข้าใจเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน การจัดลำดับความน่าเชื่อถือของข้อมูลหลักฐานพิจารณาจาก The Joanna Briggs Institute levels of Evidence[10] ซึ่งมีรายละเอียดดังตารางที่ 1 การประเมินระดับของคำแนะนำ (Grades of Recommendation) ไม่ได้ดำเนินการ เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมมุ่งเน้นไปที่แนวคิดและวิธีการนำไปใช้ มีการวิเคราะห์เนื้อหาอย่างง่ายเพื่อระบุคำอธิบายความหมายและวิธีการนำการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมไปใช้ในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

CINAHL

Comprehensive geriatric asessment	**OR**
Discharge plan older adults	
Transitional care	
AND	
Nursing Practice, Research-Based (MeSH)	**OR**
Research utilization	
Research implementation	
Evidence Based Practice (MeSH)	

PubMed

Comprehensive geriatric asessment	**OR**
Discharge plan older adults	
Transitional care	
AND	
Nursing Practice, Research-Based (MeSH)	**OR**
Research utilization	
Research implementation	
Evidence Based Practice (MeSH)	

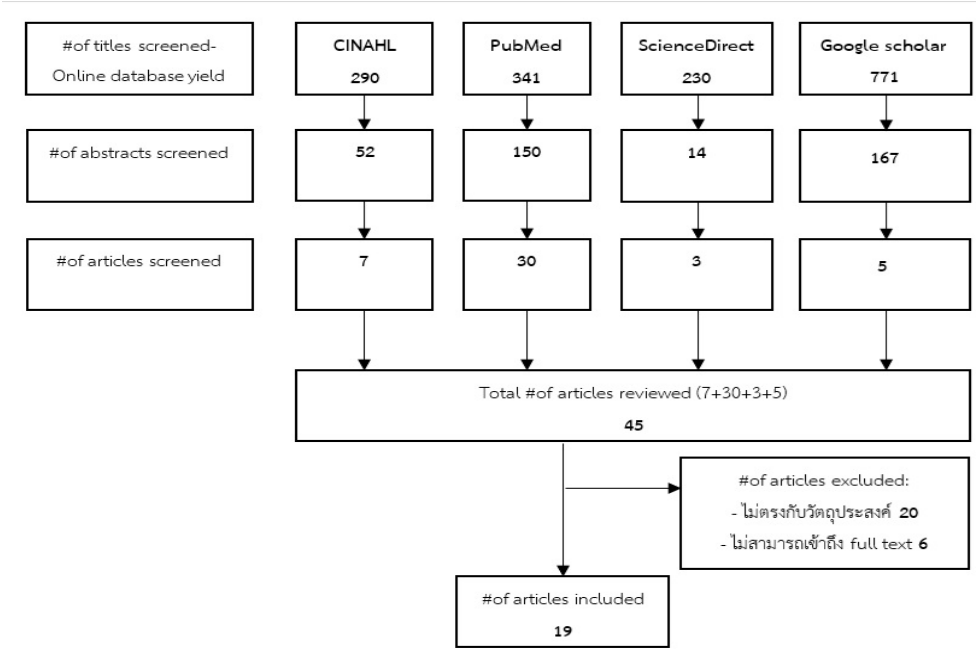
ScienceDirect

Comprehensive geriatric asessment	**OR**
Discharge plan older adults	
Transitional care	
AND	
Nursing Practice, Research-Based (MeSH)	**OR**
Research utilization	
Research implementation	
Evidence Based Practice (MeSH)	

Google scholar

Comprehensive geriatric asessment	**OR**	การประเมินผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม	หรือ
Discharge plan older adults		การวางแผนการจำหน่าย	
Transitional care		การดูแลผู้สูงอายุในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน	
AND			
Nursing Practice, Research-Based (MeSH)	**OR**	Nursing Practice, Research-Based	หรือ
Research utilization		Research utilization	
Research implementation		Research implementation	
Evidence Based Practice (MeSH)		Evidence Based Practice	

รูปที่ 1 วิธีการสืบค้นแบบหลายขั้นตอนในฐานข้อมูล CINAHL PubMed ScienceDirect และ Google scholar



รูปที่ 2 กระบวนการสืบค้นบทความในทุกฐานข้อมูล และการคัดเลือกบทความที่ตีพิมพ์ภาษาอังกฤษ ระหว่าง ค.ศ 2014–2025 และภาษาไทย ระหว่าง พ.ศ 2557–2568

ตารางที่ 1 ระดับความน่าเชื่อถือและคุณภาพของหลักฐานเชิงประจักษ์ตามเกณฑ์ของ The Joanna Briggs Institute [JBI][10]

Level 1 **Experimental Designs**	Level 1.a–Systematic Review of Randomized Controlled Trials (RCT) Level 1.b–Systematic Review of RCTs and Other Study Designs Level 1.c–RCT Level 1.d–Pseudo -RCTs
Level 2 **Quasi- Experimental Designs**	Level 2.a–Systematic Review of Quasi-Experimental Studies Level 2.b–Systematic Review of Quasi-Experimental and Other Lower Study Designs Level 2.c–Quasi-Experimental Prospectively Controlled Study Level 2.d–Pre-test-Post-test or Historic/Retrospective Control Group Study
Level 3 **Observational Analytic Designs**	Level 3.a–Systematic Review of Comparable Cohort Studies Level 3.b–Systematic Review of Comparable Cohort and Other Lower Study Designs Level 3.c–Cohort Study with Control Group Level 3.d–Case-Controlled Study Level 3.e–Observational Study Without a Control Group

Level 4 **Observational Descriptive Studies**	Level 4.a–Systematic Review of Descriptive Studies Level 4.b–Cross-Sectional Study Level 4.c–Case Series Level 4.d–Case Study
Level 5 **Expert Opinion and Bench Research**	Level 5.a–Systematic Review of Expert Opinion Level 5.b–Expert Consensus Level 5.c–Bench Research/Single Expert Opinion

แนวคิดและคุณลักษณะสำคัญของการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม

แนวคิดการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมถูกกล่าวถึงครั้งแรกโดยผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุช่วง ค.ศ.1980 ว่าเป็นแนวทางการประเมินที่แตกต่างจากมาตรฐานการประเมินทางการแพทย์ทั่วไป เนื่องจากมุ่งเน้นที่การประเมินความต้องการทางการแพทย์ (medical) สังคม (social) การทำหน้าที่ (functional) และจิตวิทยา (psychological) ของผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางและมีปัญหาที่ซับซ้อน เพื่อพัฒนาและออกแบบระบบหรือกระบวนการให้การดูแลที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ โดยเป็นการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ ในเวลาต่อมาองค์การอนามัยโลก (World Health Organization; WHO) ได้ระบุว่าการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมเป็นรูปแบบการดูแลที่มีการประเมินสุขภาพหลายมิติ ควบคู่ไปกับคำแนะนำสำหรับการจัดการสุขภาพและแผนการดูแลซึ่งมักเป็นการทำงานร่วมกันของหลายสาขาวิชา[11] ส่วนประกอบหลักของการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมได้รับการปรับปรุงในช่วงหลายปีที่ผ่านมา โดยมีการใช้องค์ประกอบของการตรวจร่างกายทางคลินิกแบบดั้งเดิม ร่วมกับแบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ ภาวะโภชนาการ และการประเมินทางจิตวิทยา เพื่อใช้สำหรับวางแผนให้การดูแล ช่วยทำนายผลลัพธ์ทางการรักษา และหากมีการประเมินทางด้านสติปัญญาร่วมด้วยจะส่งผลให้มีผลลัพธ์ในการดูแลที่ดีขึ้นและช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยสูงอายุ[12]

การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมนั้น มีความเข้มข้นแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่ม ในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมนั้น Rubenstein ได้ระบุว่าอาจจะได้จากการใช้ชุดการประเมินซึ่งประกอบด้วยเครื่องมือเชิงปริมาณหลายเครื่องมือ ดังนี้

1. การประเมินด้านความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional status) อาจใช้แบบประเมิน Activities of Daily Living (ADL) และ Instrumental ADL Scales เป็นต้น

2. การประเมินทางด้านสุขภาพจิต (Psychological health) อาจประกอบด้วยแบบประเมินด้านสติปัญญา เช่น แบบคัดกรองสมองเสื่อม แบบประเมินภาวะสับสนเฉียบพลัน และแบบประเมินด้านอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล เป็นต้น

3. มีการประเมินสถานะทางสังคมและสิ่งแวดล้อม (Social and environmental position) เน้นที่เครือข่ายปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ความต้องการและทรัพยากรการสนับสนุนทางสังคม ความเพียงพอและความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่าการนำใช้แนวคิดการประเมินผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมเพื่อประเมินผู้สูงอายุในสถานพยาบาลควรประกอบด้วย ภาวะสุขภาพทางกาย ความสามารถในการทำหน้าที่ ภาวะสุขภาพจิตใจ สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรทางด้านสุขภาพสามารถระบุปัญหาสุขภาพที่มีอยู่หรือความเสี่ยงของผู้สูงอายุได้อย่างรวดเร็ว เพื่อให้สามารถวางแผนการดูแลรักษาแบบสหสาขาวิชาชีพได้[13]

การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

การดูแลผู้สูงอายุในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านเป็นระบบการดูแลเพื่อเชื่อมต่อระหว่างโรงพยาบาลและชุมชนเพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุเกิดกระบวนการฟื้นหายของร่างกายอย่างสมบูรณ์เมื่อสิ้นสุดช่วงรักษาตัวในโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามศักยภาพในการฟื้นหายของร่างกายของผู้สูงอายุย่อมแตกต่างกันไปตามแต่ละบุคคลดังนั้นการให้การดูแลผู้สูงอายุในระยะเปลี่ยนผ่านจึงต้องการการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมในการการวางแผนการจำหน่ายที่เริ่มตั้งแต่ผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงวันที่ผู้สูงอายุออกจากโรงพยาบาล (Discharge planning) โดยต้องมีการการประสานงานส่งต่อข้อมูลที่ได้จากการประเมินระหว่างหน่วยบริการเพื่อวางแผนการดูแลรักษาและการติดตามผลในระยะยาวภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล[14] ซึ่งจะส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและราบรื่น เนื่องจากมีความเฉพาะเจาะจงสำหรับผู้สูงอายุในแต่ละราย[6]

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน จำนวน 19 เรื่อง สามารถสรุปขอบเขตการประเมิน ช่วงเวลาในการประเมิน ดังนี้

1. ขอบเขตการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม

การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านมีเป้าหมายเพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลและการเข้ารับการรักษาซ้ำหลังถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งมีคำแนะนำให้ทำการประเมินฯ ในผู้ป่วยทุกรายที่มีอายุตั้งแต่ 70 ปีขึ้นไป[15] โดยทีมสหวิชาชีพของผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และนักโภชนาการที่มีทักษะเฉพาะทางในการดูแลผู้สูงอายุตลอด 30 ปีที่ผ่านมาการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมถูกพัฒนาและปรับปรุงเพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนไปทั้งด้านความซับซ้อนในการประเมินและเครื่องมือที่ใช้โดยการประเมินผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมในการศึกษาในยุคหลังๆ ประกอบด้วยการประเมินผู้สูงอายุในด้านต่างๆ (ตารางที่ 2) ดังนี้[11,15-16]

1.1 ปัญหาสุขภาพ (Medical/physical assessment) เน้นการประเมินปัจจัยที่อาจส่งผลต่อการรักษาและกระทบต่อความสามารถในการฟื้นหายของผู้ป่วย ประกอบด้วย ความรุนแรงของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Disease severity indicators) จำนวนโรคร่วม จำนวนยาที่ได้รับ และกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ การประเมินในมิตินี้ควรได้รับการประเมินโดยแพทย์เพื่อให้เกิดการรักษาและควบคุมโรคอย่างเหมาะสม เช่น ตรวจสอบยาที่ผู้ป่วยได้รับปัจจุบัน การใช้ยาหลายชนิด ยาที่ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยใช้ START STOPP criteria หรือ Biers criteria นอกจากนี้เภสัชกรยังอาจมีบทบาทในการกำกับติดตามให้เป็นไปตามข้อกำหนดของการใช้ยา การจัดการปัญหาพิษจากยา และการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา[15]

1.2 มิติด้านร่างกาย เช่น ภาวะโภชนาการ (Nutritional status) เช่น การได้รับสารอาหาร และประวัติน้ำหนักลดการประเมินในมิตินี้สามารถทำการคัดกรองเบื้องต้นโดยพยาบาลหรือนักโภชนาการเพื่อวางแผนการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับแคลอรีอย่างเพียงพอสำหรับการรักษามวลกล้ามเนื้อเพื่อป้องกันการหกล้ม การปรับตารางการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคความสามารถในการทำหน้าที่ และระดับการรู้คิดที่บกพร่อง[15]

1.3 มิติด้านจิตใจและสติปัญญา (Psycho/Cognitive component)

1.3.1 สุขภาพจิต (Psychological status) อารมณ์และสถานะทางอารมณ์ ความเครียด วิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าการประเมินในมิตินี้ควรดำเนินการโดยนักจิตวิทยาเพื่อให้เกิดการรับรู้เข้าใจและดูแลตอบสนองทางอารมณ์ ความรู้สึกของผู้สูงอายุ การสนับสนุนทางสังคมของการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับภาวะกลัวการล้ม การบำบัดด้วย การพูด แสดงถึงการยอมรับและการเห็นคุณค่า[15]

1.3.2 สติปัญญา และความจำ (Mental status) เช่น สติปัญญาการรับรู้ ความจำ การประเมินในมิตินี้ควรดำเนินการโดยนักจิตวิทยาเพื่อจัดการปัญหาด้านอารมณ์ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาสมองเสื่อมในระยะแรก[15] นอกจากนี้พยาบาลควรประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน ดำเนินการจัดการดูแลปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้นเพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันขณะเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล[17]

1.4 ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional status) เช่น ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง ความสามารถในการการเคลื่อนไหว/การเดิน การประเมินในมิตินี้ควรประเมินโดยบุคลากรทางการแพทย์ 3 กลุ่ม ได้แก่

1.4.1 พยาบาล ทำการประเมินเพื่อวางแผนการดูแลช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน การป้องกันการหกล้มขณะมีกิจกรรมการดูแลการขับถ่าย การดูแลผิวหนัง การดูแลบริหารยา สารละลายทางหลอดเลือดดำ การประสานงาน หน่วยงานภายใน และนอกโรงพยาบาลสำหรับการจำหน่ายผู้สูงอายุที่มีปัญหาซับซ้อน และต้องการการดูแลต่อเนื่อง[15]

1.4.2 นักกายภาพบำบัด ทำการประเมินเพื่อปรับสมดุลขณะยืนและเดิน การจัดหาและสอนใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน การบริหารกล้ามเนื้ออื่นๆ เช่น การออกกำลังกายกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานเพื่อควบคุมการขับถ่าย[15]

1.4.3 นักกิจกรรมบำบัด ทำการประเมินสำหรับวางแผนการปรับปรุงสภาพแวดล้อม เพื่อเพิ่มความเป็นอิสระ ในการดำเนินชีวิตสูงสุดของผู้สูงอายุ เช่น การจัดวางเฟอร์นิเจอร์ให้มีความสูงที่เหมาะสมเพื่อให้ยืนได้สะดวก แสงไฟที่ไวต่อการเคลื่อนไหวสัญญาณเตือนแบบห้อย การฝึกกลืนในผู้สูงอายุที่มีปัญหากลืนลำบาก จัดหาอุปกรณ์ในการช่วยรับประทานอาหารสำหรับผู้ที่มีกล้ามเนื้อมืออ่อนแรง[15]

1.5 สังคมและสิ่งแวดล้อม (Socio-economic) คือการประเมินปัจจัยทางด้านสังคมที่มีผลต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ โดยเน้นที่ความเพียงพอและความปลอดภัยของสิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัย เครือข่ายปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สถานะทางการเงิน ความต้องการและทรัพยากรการสนับสนุนทางสังคมของผู้สูงอายุและผู้ดูแล ภาระของผู้ให้การดูแล การประเมินในมิตินี้ควรดำเนินการโดยนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุและญาติเกี่ยวกับสิทธิด้านการรักษา สิทธิด้านสวัสดิการสังคม ที่อยู่อาศัย

การทำงานและการมีรายได้ ความมั่นคงทางสังคม บริการสังคม และนันทนาการ รวมถึงการประสานหน่วยงานภายในและภายนอกโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้สูงอายุและญาติเข้าถึงสิทธิประโยชน์ด้านการรักษาและการดำเนินชีวิต[15]

ปัจจุบันการประเมินบางอย่างในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เช่น ความสามารถในการทำหน้าที่ (ADL/IADL) ถูกกำหนดให้เป็นส่วนหนึ่งของการประเมินมาตรฐานทางการพยาบาลแล้วแต่ยังมีแบบประเมินหลายอย่างที่ต้องประเมินโดยทีมสหสาขาวิชาชีพเพื่อให้ผู้เชี่ยวชาญแต่ละสาขาได้วางแผนการดูแลรักษาตามขอบเขตงานที่ตนเองถนัดความเข้มข้นในการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม อาจมีความแตกต่างกันไปสำหรับผู้ป่วยแต่ละราย โดยบางรายการคัดกรองอาจเพียงพอในขณะที่บางรายอาจต้องมีการใช้เครื่องมือประเมินที่ละเอียดขึ้นร่วมกับการตรวจพิเศษเพิ่มเติม สำหรับระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในชุมชนการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมอาจประเมินโดยบุคลากรที่ทำการเยี่ยมบ้าน[18] หรือโดยกลุ่มคนที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ เช่น อาสาสมัครจากองค์ต่างๆ[19] และตัวผู้สูงอายุเอง[20] อาจช่วยประเมินในมิติความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้สูงอายุหรือมิติด้านสิ่งแวดล้อมที่บ้านได้[21]

ตารางที่ 2 แบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน และระดับหลักฐานเชิงประจักษ์

การประเมิน	ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์	ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ประเมิน
1. มิติด้านปัญหาสุขภาพ (Medical component)		
1.1 การประเมินโรคร่วม	Level 1.c[22]	Comorbidity Index of the Cumulative Illness Rating Scale (CIRS-CI)
1.2 การใช้ยาหลายชนิด	Level 1.a[23]	
	Level 1.c[17,22,24-25]	
1.3 ความปวด	Level 1.c[24-26]	Pain Assessment Scales/Tools
2. มิติด้านร่างกาย (Physical component)		
2.1 ความเสี่ยงต่อการหกล้ม	Level 1.a[22]	Urinary incontinence assessment
	Level 1.c[17,24,26-27]	
	Level 4.a[28]	
2.2 ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้	Level 1.a[23]	
	Level 1.c[24,27]	
2.3 ความเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ	Level 1.a[29]	Risk of pressure sores
2.4 ปัญหาในการนอนหลับ	Level 1.c[24,26]	Sleep disturbance
2.5 ภาวะโภชนาการ	Level 1.a[23,29]	Mini Nutritional Assessment-Short
	Level 1.b[30]	Form (MNA-SF)
	Level 1.c[22,25-27]	
2.6 การทดสอบแรงบีบมือ	Level 1.c[22]	Hand grip strength test
3. มิติด้านจิตใจและสติปัญญา (Psycho/Cognitive component)		
3.1 ด้านสุขภาพจิต (Psychological status)		
3.1.1 ภาวะซึมเศร้า	Level 1.c[17,22,27]	Geriatric Depression Scale (GDS-15) Anxiety
3.1.2 ความวิตกกังวล	Level 1.c[27]	
3.2 ด้านสติปัญญา และความจำ (Mental status)		
3.2.2 ภาวะสมองเสื่อม	Level 1.c[17,22,25]	Mini-Mental Status Exam (MMSE)
	Level 4.a[28]	Mini-Cog
		แบบประเมินสติปัญญาการรู้คิดฉบับสั้น Questionnaire Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ)

การประเมิน	ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์	ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ประเมิน
3.2.3 การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย	Level 4.a[28]	Montreal Cognitive Assessment (MoCA)
3.2.3 การประเมินภาวะสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุ	Level 1.a[23]	Delirium
	Level 1.c[24]	
4. มิติด้านความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional component)		
4.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน	Level 1.a[29]	Activities of Daily Living (ADL)
	Level 1.c[17,21,25,27]	
	Level 4.a[28]	
4.2 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันขั้นสูง	Level 1.a[29]	Instrumental Activities of Daily Living (IADL)
	Level 1.c[25,27]	
5. มิติด้านสิ่งแวดล้อม (Environmental component)		
5.1 ครอบครัว และรูปแบบการอยู่อาศัย	Level 1.a[23]	Social data and living arrangements at home
	Level 1.c[17]	Barcelona version of the Gijón social-familial evaluation scale (Barcelona-SFES)
5.2 การสนับสนุนทางสังคม ความรู้และทักษะ ความเครียด และความต้องการการสนับสนุนทางสังคม	Level 1.c[22]	

โดยสรุปขอบเขตเนื้อหาการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านประกอบด้วยการประเมินหลายมิติ แต่ไม่มีรูปแบบที่ตายตัว หน่วยงานสามารถเลือกใช้เครื่องมือประเมินหรือพัฒนาเครื่องมือประเมินที่เหมาะสมกับบริบทของตนเองได้ แต่การดำเนินการประเมินควรครอบคลุมทั้งระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลซึ่งมีจุดมุ่งหมายในการประเมินที่ต่างกัน โดยในระยะแรกเข้ารับการรักษาเป็นการประเมินเพื่อค้นหาปัญหาสุขภาพและความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ดังนั้นมิติที่ควรมุ่งเน้นคือ มิติปัญหาสุขภาพมากกว่ามิติอื่น ในขณะที่การประเมินระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมความสามารถในการทำหนาที่ให้สามารถใช้ชีวิตได้อย่างอิสระในชุมชน ดังนั้นมิติที่ควรมุ่งเน้น คือ ความสามารถในการทำหน้าที่และสังคมสิ่งแวดล้อม

2. ช่วงเวลาในการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุม

การประเมินผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน ควรมีประเมินที่ครอบคลุมทั้งระยะในโรงพยาบาลและระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆ จากการเจ็บป่วยและนอนโรงพยาบาล ดังนั้นเพื่อให้สามารถวางแผนและจัดบริการสุขภาพได้อย่างครอบคลุม การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมควรดำเนินการ 3 ช่วงเวลา ดังนี้ การประเมินแรกเข้ารับการรักษา การประเมินก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และการประเมินหลังจำหน่าย ดังนี้

2.1 การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมแรกเข้ารับการรักษา (Hospital Admission CGA)

เป็นการประเมินครั้งแรกเมื่อผู้สูงอายุต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลซึ่งมีหลักฐานเชิงประจักษ์จำนวนมากสนับสนุนให้มีการประเมินผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมโดยเร็ว ช่วงเวลาในการประเมินที่เหมาะสมอาจเกิดระหว่างตั้งแต่ถูกรับเข้ารักษาในโรงพยาบาลจนถึง 24-72 ชั่วโมงหลังเข้ารับการรักษา[17,24,26,28,31-32] อย่างไรก็ตามหากผู้สูงอายุได้ถูกประเมินสุขภาพอย่างครอบคลุมเบื้องต้นมาจากแผนกฉุกเฉิน การประเมินแรกเข้ารับการรักษาอาจจะทำภายในวันที่ 4-5 ของการนอนโรงพยาบาลหากผู้ป่วยยังไม่ถูกจำหน่ายกลับบ้าน[33] จากการทบทวนวรรณกรรมสนับสนุนให้การประเมินซ้ำเพื่อติดตามอาการผู้สูงอายุในระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกว่าผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังขาดข้อมูลเกี่ยวกับความถี่ในการประเมินเพื่อติดตาม

อาการผู้สูงอายุ ในกรณีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานาน

2.2 การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Pre-hospital Discharge CGA) หลักฐานเชิงประจักษ์มีการสนับสนุนให้ทำการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล(ตารางที่ 3) โดยแนะนำให้ทำการประเมินก่อนวันที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล[21,23,27] อาจจะประเมินเป็นเวลา 72-24 ชั่วโมงก่อนจำหน่าย[23,27] หรือในวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล[30,34] ในบางการศึกษาระบุการประเมินระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเป็นการประเมินซ้ำจากระยะแรกรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล[23] บางการศึกษาทำการประเมินเพียงครั้งเดียวในระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานเปรียบเทียบกับระยะหลังออกจากโรงพยาบาล[27,35] อย่างไรก็ตามการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลของผู้ป่วยไม่สามารถกำหนดวันที่แน่นอนได้ การประเมินเพียงครั้งเดียวในระยะนี้อาจเป็นไปอย่างเร่งรีบและไม่สามารถนำไปวางแผนการดูแลที่ครอบคลุมได้

2.3 การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมหลังจำหน่าย (Post-hospital Discharge CGA) หลักฐานเชิงประจักษ์มีการสนับสนุนให้ทำการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมครั้งแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหลายช่วงเวลา ได้แก่ ภายใน 24 ชั่วโมง[31,36] 48 ชั่วโมง[26] 72 ชั่วโมง[27,34] และ 96 ชั่วโมง[37] จนถึงภายในสัปดาห์แรกหลังการจำหน่าย[38] ทั้งนี้อาจพิจารณาตามความเหมาะสมจากข้อมูลการประเมินผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล หรือควรมีการเยี่ยมต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ครั้งในสัปดาห์หลังออกจากโรงพยาบาล[24] นอกจากนี้ยังมีการแนะนำความถี่ในติดตามและการประเมินซ้ำทุก 1-2 สัปดาห์อย่างต่อเนื่อง โดยความยาวนานในการติดตามผู้ป่วยระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านขึ้นอยู่กับความสามารถในการฟื้นตัวของผู้สูงอายุ[31] หรือผลการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมระหว่างการติดตามเยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง[30] ทั้งนี้การพิจารณาจำหน่ายผู้ป่วยจากการดูแลในระยะเปลี่ยนผ่านขึ้นอยู่กับระดับการฟื้นหายหรือความสามารถในการทำหน้าที่ (ADL, IADL) ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

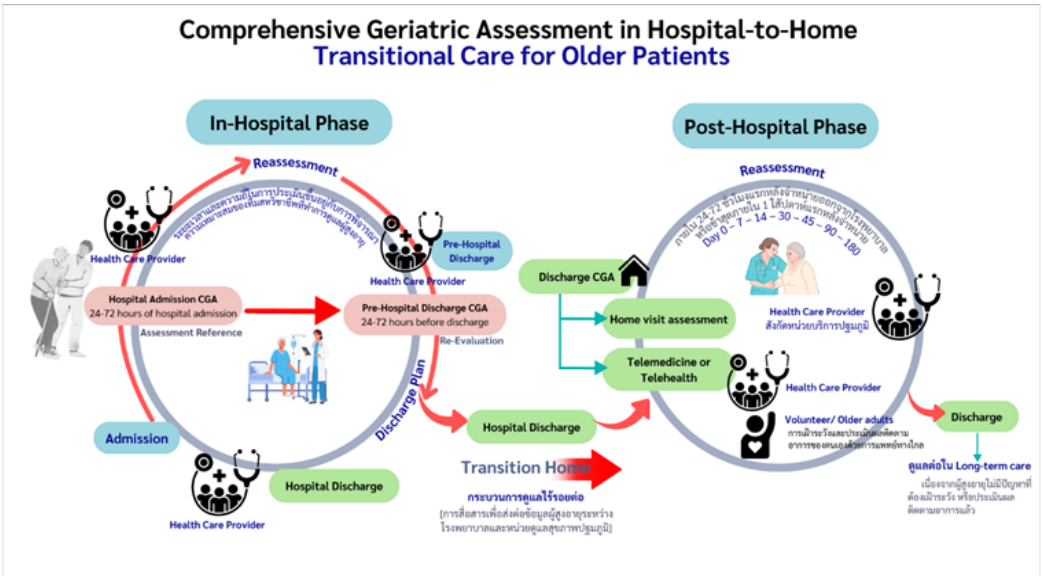
ตารางที่ 3 ช่วงเวลาการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมระยะในโรงพยาบาล (In-hospital CGA) และระดับหลักฐานเชิงประจักษ์

ระยะเวลาในการประเมิน	ข้อแนะนำจากหลักฐานเชิงประจักษ์	ระดับหลักฐานเชิงประจักษ์
ระยะในโรงพยาบาล	1. วันที่รับเข้ารับการรักษา	Level 4.a[28]
	2. ภายใน 24 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษา	Level 1.c[24,31]
	3. ภายใน 48 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษา	Level 1.c[26]
	4. ภายใน 72 ชั่วโมงแรกของการเข้ารับการรักษา	Level 1.c[17,26,32]
	5. วันที่ 4 หรือ 5 ของการเข้ารับการรักษา	Level 1.c[33]
ระยะก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	1. วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	Level 1.b[30]
	2. วันจำหน่าย หรือก่อนวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	Level 1.c[34]
	3. 24-48 ชั่วโมง ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	Level 1.a[23,39]
	4. 24-72 ชั่วโมง ก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	Level 1.c[27]
ระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	1. ภายใน 24 ชั่วโมงแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	Level 1.c[31,36]
	2. ภายใน 48 ชั่วโมงแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	Level 1.c[26]
	3. ภายใน 24-72 ชั่วโมงแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	Level 1.c[27,34]
	4. ภายใน 96 ชั่วโมงแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	Level 2.c[37]
	5. ภายในสัปดาห์แรกหลังการจำหน่าย	Level 1.c[38]

3. รูปแบบการประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านเป็นกระบวนการไม่ใช่การประเมินเพียงครั้งเดียวแล้วสิ้นสุดดังนั้นจึงควรมีการจัดตารางการประเมินอย่างเป็นระบบตั้งแต่วันที่รับผู้สูงอายุเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนถึงการติดตามอาการเมื่อผู้สูงอายุกลับไปพักฟื้นที่บ้าน ทั้งนี้ระยะเวลาและความถี่ในการประเมินขึ้นอยู่กับการพิจารณาความเหมาะสมของทีมสหวิชาชีพที่ทำการดูแลผู้สูงอายุ ช่วงเวลาที่กำหนดอาจเป็นวันที่ Day 0–7–14–3–45–90–180[26] ผลการประเมินผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมแรกเข้ารับการรักษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานหรือใช้สำหรับการอ้างอิงเกี่ยวกับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ (Assessment Reference) ในการเปรียบเทียบกับผลการประเมินในแต่ละระยะ นอกจากนี้เมื่อประเมินพบภาวะเสี่ยงต่างๆ ที่ต้องเฝ้าระวัง เช่น เสี่ยงต่อการหกล้ม เสี่ยงต่อภาวะสับสนเฉียบพลัน ควรมีการวางแผนป้องกันการเกิดภาวะเหล่านั้น เนื่องจากเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและมักส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลานานขึ้น[6] เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปสู่บ้านที่มีการเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมและสิ่งสนับสนุนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ดังนั้นจึงควรมีการตรวจเยี่ยมผู้สูงอายุโดยใช้การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมอย่างเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้[24]

การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมในระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล อาจทำได้ด้วยการนัดหมายมาตรวจที่คลินิก การเยี่ยมบ้าน หรือระบบติดตามผู้ป่วยที่มุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการเฝ้าระวังและประเมินติดตามอาการของตนเองด้วยการแพทย์ทางไกล และการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์หรือวิดีโอ[21] โดยมีการใช้ข้อมูลจากการประเมินในการปรับแผนการดูแลให้เหมาะสมครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย การสนับสนุนหรือการตรวจสอบอย่างต่อเนื่องกับผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวตามความจำเป็น การทบทวนและให้ข้อมูลที่จะสนับสนุนการฟื้นตัวของผู้สูงอายุ เช่น การปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องยา การป้องกันการหกล้ม และปัญหาที่ยังไม่ได้รับการแก้ไขหรือยังคงดำเนินอยู่ กระบวนการนี้ควรบูรณาการกับกายภาพบำบัด กิจกรรมบำบัด งานสังคมสงเคราะห์ และ/หรือหน่วยดูแลสุขภาพปฐมภูมิในชุมชน[40] สิ่งสำคัญอีกประการคือการสื่อสารเพื่อส่งต่อข้อมูลการประเมินผู้สูงอายุในระยะโรงพยาบาลและระยะหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลให้หน่วยดูแลสุขภาพปฐมภูมิ เพื่อให้แน่ใจว่ากระบวนการดูแลไร้รอยต่ออย่างแท้จริง โดยสรุปกระบวนการใช้การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านสามารถสรุปได้ดังรูปที่ 3



รูปที่ 3 สรุปกระบวนการใช้การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน

สรุปผล

การประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้านเป็นการประเมินผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนทางด้านการดูแลรักษา เนื่องจากความเปราะบางทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการนอนพักรักษาในโรงพยาบาลและการเข้ารับการรักษาซ้ำภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมช่วยให้การวางแผนการดูแลมีความครอบคลุมในทุกมิติและจัดการปัจจัยเสี่ยงของผู้สูงอายุได้อย่างทันท่วงทีโดยสหสาขาวิชาชีพ ข้อดีของการประเมินภาวะสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมคือการไม่มีรูปแบบที่ตายตัว ดังนั้นหน่วยงานสามารถเลือกใช้เครื่องมือหรือพัฒนาแบบประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมที่เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงานตนเองได้ เช่น ด้านบุคลากร ลักษณะการบริการ และภาระงาน อย่างไรก็ตามการประเมินควรมีการจัดตารางการประเมินอย่างเป็นระบบตั้งแต่

แรกรับจนถึงการติดตามอาการเมื่อผู้สูงอายุอยู่ที่บ้าน สำหรับการติดตามประเมินผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอาจทำโดยการเยี่ยมบ้านที่ต้องดำเนินการประเมินโดยบุคลากรทางการแพทย์หรือการติดตามผู้ป่วยโดยใช้เทคโนโลยีสุขภาพทางไกล ซึ่งการประเมินอาจดำเนินการโดยอาสาสมัครหรือตัวผู้สูงอายุเอง

เอกสารอ้างอิง

1. Lee L, Heckman G, Molnar FJ. Frailty: Identifying elderly patients at high risk of poor outcomes. *Can Fam Physician*. 2015;61(3):227-231.
2. De Wit NJ, Schuurmans MJ. Future care for older people in general practice: paradigm shifts are needed. *Br J Gen Pract*. 2017;67(664): 500-1.
3. Greysen SR, Stijacic Cenzer I, Auerbach AD, Covinsky KE. Functional impairment and hospital readmission in Medicare seniors. *JAMA Intern Med*. 2015;175(4): 559-65.
4. Madigan EA, Gordon NH, Fortinsky RH, Koroukian SM, Piña I, Riggs JS. Rehospitalization in a national population of home health care patients with heart failure. *Health Serv Res*. 2012;47(6): 2316–2338.
5. Stoop A, Lette M, van Gils PF, Nijpels G, Baan CA, de Bruin SR. Comprehensive geriatric assessments in integrated care programs for older people living at home: A scoping review. *Health Soc Care Community*. 2019;27(5):e549-e566. doi:10.1111/hsc.12793
6. Wong YG, Hang JA, Francis-Coad J, Hill AM. Using comprehensive geriatric assessment for older adults undertaking a facility-based transition care program to evaluate functional outcomes: a feasibility study. *BMC Geriatr*. 2022;22(1): 598.
7. Gardner M, Shepperd S, Godfrey M, et al. *Comprehensive Geriatric Assessment in hospital and hospital-at-home settings: a mixed-methods study*. Southampton (UK): NIHR Journals Library; March 2019.
8. Gladman JR, Conroy SP, Ranhoff AH, Gordon AL. New horizons in the implementation and research of comprehensive geriatric assessment: knowing, doing and the 'know-do' gap. *Age Ageing*. 2016;45(2):194-200. doi:10.1093/ageing/afw012
9. O'Shaughnessy Í, Fitzgerald C, Hayes C, et al. Stakeholders' experiences of comprehensive geriatric assessment in an inpatient hospital setting: a qualitative systematic review and meta-ethnography. *BMC Geriatr*. 2023;23(1):821.
10. Joanna Briggs Institute. *New JBI levels of evidence*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute. 2014;23(12):2019.
11. Parker SG, McCue P, Phelps K, McCleod A, Arora S, Nockels K, et al. What is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)? An umbrella review. *Age Ageing*. 2018;47(1): 149–55.
12. Shermon E, Vernon LO, McGrath AJ. Cognitive assessment of elderly inpatients: a clinical audit. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra*. 2015;5(1): 25–31.
13. Sun CH, Chou YY, Lee YS, et al. Prediction of 30-Day Readmission in Hospitalized Older Adults Using Comprehensive Geriatric Assessment and LACE Index and HOSPITAL Score. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;20(1):348.
14. Lowthian J. How do we optimise care transition of frail older people?.*Age Ageing*. 2017;46(1): 2-4.
15. Wilkinson I, Harper A. Comprehensive geriatric assessment, rehabilitation and discharge planning. *Medicine*. 2024;52(11): 656–61.
16. Schmidt H, Boese S, Lampe K, et al. Trans sectoral care of geriatric cancer patients based on comprehensive geriatric assessment and patient-reported quality of life - Results of a multicenter study to develop and pilot test a patient-centered interdisciplinary care concept for geriatric oncology patients (PIVOG) [published correction appears in J Geriatr Oncol. 2018;9(2):177-178. doi: 10.1016/j.jgo.2017.11.002.]. *J Geriatr Oncol*. 2017;8(4): 262-270. doi:10.1016/j.

jgo.2017.04.002
17. Schapira M, Outumuro MB, Giber F, et al. Geriatric co-management and interdis ciplinary transitional care reduced hospital readmissions in frail older patients in Argentina: results from a randomized controlled trial. *Aging Clin Exp Res*. 2022;34(1): 85-93.
18. Kono A, Izumi K, Yoshiyuki N, Kanaya Y, Rubenstein LZ. Effects of an Updated Preventive Home Visit Program Based on a Systematic Structured Assessment of Care Needs for Ambulatory Frail Older Adults in Japan: A Randomized Controlled Trial. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2016;71(12): 1631-1637. doi:10.1093/gerona/glw068
19. Faul AC, Yankeelov PA, Rowan NL, et al. Impact of geriatric assessment and self-management support on community-dwelling older adults with chronic illnesses. *J Gerontol Soc Work*. 2009;52(3):230-249. doi:10.1080/01634370802609288
20. Beauchet O, Launay CP, Merjagnan C, Kabeshova A, Annweiler C. Quantified self and comprehensive geriatric assessment: older adults are able to evaluate their own health and functional status. *PLoS One*. 2014;9(6):e100636. Published 2014 Jun 26. doi:10.1371/journal.pone.0100636
21. Provencher V, Clemson L, Wales K, et al. Supporting at-risk older adults transitioning from hospital to home: who benefits from an evidence-based patient-centered discharge planning intervention? Post-hoc analysis from a randomized trial. *BMC Geriatr*. 2020;20(1): 84. Published 2020 Mar 2. doi:10.1186/s12877-020-1494-3
22. Pilotto A, Morganti W, Barbagelata M, et al. A transitional care program in a technologically monitored in-hospital facility reduces the length of hospital stay and improves multidimensional frailty in older patients: a Randomized Clinical Trial. *Aging Clin Exp Res*. 2024;36(1): 160. Published 2024 Aug 6. doi:10.1007/s40520-024-02821-8
23. Pilotto A, Cella A, Pilotto A, et al. Three Decades of Comprehensive Geriatric Assessment: Evidence Coming From Different Healthcare Settings and Specific Clinical Conditions. *J Am Med Dir Assoc*. 2017;18(2): 192.e1-192.e11. doi:10.1016/j.jamda.2016.11.004
24. Borenstein JE, Aronow HU, Bolton LB, et al. Identification and team-based interprofessional management of hospitalized vulnerable older adults. *Nurs Outlook*. 2016;64(2): 137-145. doi:10.1016/j.outlook.2015.11.014
25. Ørum M, Eriksen SV, Gregersen M, et al. The impact of a tailored follow-up intervention on comprehensive geriatric assessment in older patients with cancer - a randomised controlled trial. *J Geriatr Oncol*. 2021;12(1): 41-48. doi:10.1016/j.jgo.2020.07.011
26. Buurman BM, Parlevliet JL, Allore HG, et al. Comprehensive Geriatric Assessment and Transitional Care in Acutely Hospitalized Patients: The Transitional Care Bridge Randomized Clinical Trial. *JAMA Intern Med*. 2016;176(3): 302-309.
27. Alizadeh-Khoei M, Fadayevatan R, Sharifi F , Chehrehgosha M, Aminalroaya R. Effects of hospital-to-home transitional care on health outcomes of elderly patients in Islamic Republic of Iran. *East Mediterr Health J*. 2023;29(6): 451-461.
28. Miller JM, Sabol VK, Pastva AM. Promoting Older Adult Physical Activity Throughout Care Transitions Using an Interprofessional Approach. *J Nurse Pract*. 2017;13(1): 64-71.e2. doi:10.1016/j.nurpra.2016.08.006
29. Mabire C, Dwyer A, Garnier A, Pellet J. Effectiveness of nursing discharge planning interventions on health-related outcomes in discharged elderly inpatients: a systematic review. *JBI Database System Rev Implement Rep*. 2016;14(9): 217-260. doi:10.11124/JBISRIR-2016-003085
30. Roma MFB, Garção NIB, Covinsky KE, Aliberti MJR. Delivering patient-centered care: outcomes of comprehensive geriatric

assessment across healthcare settings. *Geriatr Gerontol Aging*. 2022;16:e0220031. doi:10.53886/gga.e0220031

31. Hansen TK, Pedersen LH, Shahla S, Dam sgaard EM, Bruun JM, Gregersen M. Effects of a new early municipality-based versus a geriatric team-based tran sitional care intervention on readmission and mortality among frail older patients - a randomised controlled trial. *Arch Gerontol Geriatr*. 2021;97: 104511. doi:10.1016/j.archger.2021.104511
32. Jepma P, Verweij L, Buurman BM, et al. The nurse-coordinated cardiac care bridge transitional care programme: a randomised clinical trial. *Age Ageing*. 2021;50(6): 2105-2115. doi:10.1093/ageing/afab146
33. Styrborn K. Early discharge planning for elderly patients in acute hospitals--an intervention study. *Scand J Soc Med*. 1995;23(4): 273-285.
34. Siu AL, Kravitz RL, Keeler E, et al. Postdischarge geriatric assessment of hospitalized frail elderly patients. *Arch Intern Med*. 1996;156(1): 76-81.
35. Wang YC, Lu YP, Wang JH, et al. The Effectiveness of a Timely Discharge Plan in Older Adults: A Prospective Hospital-Based Cohort Study in Southern Taiwan. *Aging Med Healthc*. 2019;10(3):104-108. doi:10.33879/amh.2019.1902
36. Caplan GA, Williams AJ, Daly B, Abraham K. A randomized, controlled trial of comprehensive geriatric assessment and multidisciplinary intervention after discharge of elderly from the emergency department--the DEED II study. *J Am Geriatr Soc*. 2004;52(9):1417-1423.
37. Huckfeldt PJ, Reyes B, Engstrom G, et al. Evaluation of a Multicomponent Care Transitions Program for High-Risk Hospitalized Older Adults. *J Am Geriatr Soc*. 2019;67(12):2634-2642. doi:10.1111/jgs.16189
38. Clemson L, Lannin NA, Wales K, et al. Occupational Therapy Predischarge Home Visits in Acute Hospital Care: A Randomized Trial. *J Am Geriatr Soc*. 2016;64(10):2019-2026. doi:10.1111/jgs.14287
39. Spirgiene L, Brent L. Comprehensive geriatric assessment from a nursing perspective. *Fragility Fracture Nursing: Holistic Care and Management of the Orthogeriatric Patient*. 2018;16:41-52.
40. Brent L, Spirgiene L, O'Regan N, Diggin B. The Nursing Role in Orthogeriatric Comprehensive Geriatric Assessment (CGA). InFragility Fracture and Orthogeriatric Nursing: Holistic Care and Management of the Fragility Fracture and Orthogeriatric Patient 2023 Nov 9 (pp. 95-110). Cham: Springer International Publishing.

การอ้างอิง

สุภาวดี เที่ยงธรรม และจุฑามาศ โสมณวัฒน์. การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุอย่างครอบคลุมในระยะเปลี่ยนผ่านจากโรงพยาบาลสู่บ้าน : สรุปแนวคิดและหลักฐานเชิงประจักษ์ วารสารวิชาการราชวิทยาลัยจุฬาภรณ์. 2568. 7(4):431-445. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jcra/workflow/index/275790

Thiengtham S., and Thkom N. Optimal Comprehensive Geriatric Assessment in Hospitalto-Home Tran sitional Care for Older Patients : A Review of Concept and Evidence-Based Practices. J Chulabhorn Royal Acad.2025.7(4):431-445. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jcra/workflow/index/275790

Online Access

https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jcra/workflow/index/275790

