



คู่มือผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข



ตามพระราชบัญญัติ
สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
พ.ศ. 2559



คู่มือผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง เป็นคู่มือแนวทาง
เพื่อประยุกต์ใช้ในการจัดทำเนื้อหาประกอบการเรียนการสอน
ตามโครงสร้างหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และเป็นแนวทาง
ในการนำไปประยุกต์ใช้สำหรับกิจการ การดูแลผู้สูงอายุ
หรือผู้มีความพิการตามกฎหมายภายใต้
พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559



ชื่อหนังสือ : คู่มือผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง

ที่ปรึกษา

นายแพทย์สุระ วิเศษศักดิ์
ทันตแพทย์อาคม ประดิษฐสุวรรณ
นางปัทมากร สุวรรณภาส

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รักษาราชการแทนผู้อำนวยการ
กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

บรรณาธิการ

ศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล

นางสาวเปรมปวีร์ บุญยาพรทรัพย์

กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

ผู้จัดทำและเรียบเรียง

นางสาวเปรมปวีร์ บุญยาพรทรัพย์
นางสาวศิริพร รุ่งรัตน์ธวัชชัย
นางจิรวรรณ เกตุค้ำพลู
นางสาวศุภารัตน์ หงส์ประเสริฐ
นางสาวดวงฤทัย แสงเรืองรอง
นางสาวนันท์รัตน์ พันธุ์เดช

กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
กองกฎหมาย
กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

จัดพิมพ์โดย

: กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

ออกแบบปก

: นางสาวดวงฤทัย แสงเรืองรอง

พิมพ์ครั้งที่

: 1

ISBN

: 978-616-11-5174-4

จำนวนพิมพ์

: 630 เล่ม

สถานที่พิมพ์

: บริษัท โรงพิมพ์วินัย 2509 จำกัด

คำนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete-aged Society) อย่างเต็มรูปแบบ ในปี พ.ศ. 2564 ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2566 ได้กำหนดให้ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึง เพื่อเป็นการรองรับผู้สูงอายุที่มีจำนวนที่เพิ่มขึ้นในอนาคต จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมกิจการที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุให้ดำเนินการอย่างถูกต้องตามกฎหมาย มีคุณภาพ สร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพและมีความปลอดภัยต่อผู้สูงอายุ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีพันธกิจตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 ในการดำเนินการกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพให้เป็นไปอย่างมีมาตรฐานเป็นการคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งตามมาตรา 3(3) ได้กำหนดให้กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นกิจการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง พ.ศ. 2563 ในสถานการณ์ปัจจุบันธุรกิจด้านสถานประกอบการประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง มีอัตราการขยายตัวอย่างรวดเร็วเพื่อรองรับกับสถานการณ์การเพิ่มของจำนวนผู้สูงอายุ และตามประกาศคณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เรื่องหลักสูตรด้านการบริการเพื่อสุขภาพอื่น ๆ เพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2563 และได้ให้การรับรองหลักสูตรด้านการบริการเพื่อสุขภาพ หลักสูตรผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง 130 ชั่วโมง และหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง แก่สถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ ทั้งนี้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้ขับเคลื่อนการพัฒนาวิชาการ ด้านการบริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เพื่อให้ผู้ที่สำเร็จการเรียนการสอนในหลักสูตรดังกล่าว ให้สามารถบริการในสถานประกอบการประเภท กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ได้อย่างมีความรู้ ความสามารถในการให้การดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน เพื่อเป็นการยกระดับมาตรฐานด้านวิชาการแก่บุคลากรที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคและผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี

กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงได้จัดทำคู่มือผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง โดยรวบรวมเนื้อหาความรู้จากอาจารย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้เรียนใช้เป็นคู่มือประกอบการเรียนในหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง และสถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ ใช้เป็นแนวทางในการจัดการเรียนการสอนอย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ เพื่อผลิตบุคลากรที่มีคุณภาพ มีความรู้ ความสามารถในการเป็นผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพต่อไป

กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

กรกฎาคม 2566

สารบัญ

เรื่อง

หน้า

1. ความรู้ทั่วไปของผู้สูงอายุ	9
1.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุ	11
1.1.1 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร	12
1.1.2 สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ	18
1.1.3 สถานภาพทางเศรษฐกิจ	19
1.2 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ	22
1.2.1 ร่างกาย	22
1.2.2 จิตใจ	30
1.2.3 สังคมเศรษฐกิจ	31
1.3 สิทธิและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ	33
1.3.1 กฎหมายที่เกี่ยวข้อง	33
1.3.2 สิทธิและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ (การลดหย่อนค่าโดยสาร เบี้ยยังชีพ ผู้สูงอายุ)	33
1.3.3 เบี้ยยังชีพผู้พิการ	48
1.4 เจตคติต่อผู้สูงอายุ	51
1.5 การอยู่ร่วมกันและความเข้าใจซึ่งกันและกัน	56
1.5.1 การสื่อสารที่เหมาะสม	57
1.5.2 ทักษะการฟัง	58
2. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	61
2.1 อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ	63
2.2 การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	74
2.3 การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	78
2.4 การจัดกิจกรรมนันทนาการและชะลอความเสื่อม	85
2.5 การจัดสภาพแวดล้อม	90

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
2.5.1 การเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน ผ้าห่ม และเสื้อผ้า	91
2.5.2 การทำความสะอาดสภาพแวดล้อม	100
2.6 การใช้ภูมิปัญญาไทยและการแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ (การนวด การอบสมุนไพร)	110
3. การดูแลผู้สูงอายุ	159
3.1 การดูแลส่วนบุคคล	162
3.1.1 การปฏิบัติกรดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การทำความสะอาดช่องปาก	163
3.1.2 การดูแลมือและเท้า	168
3.1.3 การทำความสะอาดผม เล็บ ตา หู และจมูก	169
3.1.4 การอาบน้ำ หรือการเช็ดตัว	177
3.1.5 การแต่งตัว	182
3.1.6 การเปลี่ยนผ้าอ้อมผู้ใหญ่	184
3.2 การคัดกรองเบื้องต้น (สมองเสื่อม/ภาวะซึมเศร้า/ADL/IADL/ST5 /9Q/TGDS)	189
3.3 การวัดสัญญาณชีพและการบันทึกอาการ	199
3.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพและกิจกรรมทางกาย	215
3.5 การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุและการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน	220
3.6 ความรู้เกี่ยวกับยา สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ	240
3.7 การป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อในสถานประกอบการ	247
3.8 การชะลอความเสื่อมถอย	260
3.9 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	270
3.9.1 การดูแลระบบทางเดินอาหาร (การเตรียมอาหาร)	270
3.9.2 การให้อาหารทางสายยาง	274
3.9.3 การดูแลทางเดินหายใจ	280
(การให้ออกซิเจน การพ่นยา การเคาะปอด การดูดเสมหะ)	

สารบัญ

เรื่อง

หน้า

3.9.4 การดูแลระบบขับถ่าย (การดูแลสายสวนปัสสาวะ)	290
3.9.5 การดูแลป้องกันแผลกดทับ (จัดทำ เปลี่ยนท่านั่ง ท่านอน) การพลิกตะแคงตัว	297
3.10 การดูแลแบบประคับประคองและการดูแลผู้สูงอายุระยะท้าย	317
4. การประเมินภาวะวิกฤต การช่วยชีวิต การปฐมพยาบาลและการส่งต่อ	330
4.1 การดูแลอุบัติเหตุที่ประเมิน พบป่วย (ฟกช้ำ แผลถลอก แผลไฟไหม้ มีดบาด สัตว์กัดต่อย)	330
4.2 การประเมินภาวะวิกฤต	337
4.3 การช่วยชีวิตการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจอัตโนมัติ (AED)	340
4.4 การห้ามเลือด	346
4.5 การปฐมพยาบาลเมื่อกระดูกหักก่อนส่งต่อ	349
4.6 การส่งต่อและขอรับคำปรึกษาแหล่งให้ความช่วยเหลือ (แหล่งเบอร์ที่ควรรู้)	355
5. โรคกลุ่มอาการและปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ	363
5.1 ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (ข้อเข่าเสื่อม โรคตา)	366
5.2 โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่พบบ่อย (โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โรคหลอดเลือดสมอง)	378
5.3 กลุ่มอาการสูงอายุ	387
5.3.1 ภาวะสมองเสื่อม	389
5.3.2 อาการสับสนเฉียบพลัน	401
5.3.3 อาการซึมเศร้า	407
5.3.4 ภาวะนอนไม่หลับ	409
5.3.5 การเดินเซไม่มั่นคงและการหกล้ม	412
5.3.6 การสูญเสียความสามารถในการเดินและอยู่นิ่งบนเตียง	416

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
5.3.7 ภาวะเบื่ออาหาร น้ำหนักลด ขาดสารอาหารและกลืนลำบาก	419
5.3.8 ปัสสาวะเล็ดราด	426
6. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล	429
6.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล	430
6.1.1 ความเครียดและการจัดการความเครียดในผู้ช่วยดูแล	432
6.1.2 การดูแลตนเองของผู้ช่วยดูแล	439
6.1.3 บทบาทและหน้าที่ของผู้ช่วยดูแล	439
6.1.4 จริยธรรมของผู้ช่วยดูแล	441
6.2 กฎหมายว่าด้วยสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	446
6.2.1 กฎหมายว่าด้วยสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	446
6.2.2 กฎหมายเกี่ยวกับการประกันสังคมและกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองแรงงาน	452
7. การฝึกทักษะอาชีพด้านภาษาและคอมพิวเตอร์	459
7.1 ทักษะทางภาษา (คำศัพท์เทคนิคเฉพาะอาชีพ การสื่อสารเบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ)	460
7.2 ทักษะด้านการใช้ดิจิทัลพื้นฐาน (คอมพิวเตอร์ แอปพลิเคชัน)	482
8. การฝึกภาคปฏิบัติ	497
ตัวอย่างแบบบันทึกการฝึกงานในภาคปฏิบัติตามโครงสร้างหลักสูตร (การฝึกงานในสถานดูแลผู้สูงอายุหรือโรงพยาบาลที่มีการดูแลผู้สูงอายุ)	
ภาคผนวก	503
ก. ตัวอย่างสารทำความสะอาดน้ำยาฆ่าเชื้อ และวิธีใช้	504
ข. คำสั่งคณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเพื่อกำหนดมาตรการในส่งเสริมสถานประกอบกิจการการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงให้ได้มาตรฐาน ที่ 15/2565	509

หมวดที่ 1

ความรู้ทั่วไปของผู้สูงอายุ



วัตถุประสงค์การเรียนรู้การสอน

1.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุ

เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุในเนื้อหาวิชา ดังนี้

1.1.1 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร

1.1.2 สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ

1.1.3 สถานภาพทางเศรษฐกิจ

1.2 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจในผู้สูงอายุ

เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ ในเนื้อหาวิชา ดังนี้

1.2.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในผู้สูงอายุ

1.2.2 การเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจในผู้สูงอายุ

1.2.3 การเปลี่ยนแปลงของสังคมและเศรษฐกิจ

1.3 สิทธิและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ

เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องสิทธิและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ ในเนื้อหาวิชา ดังนี้

1.3.1 กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

1.3.2 สิทธิและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ

1.3.3 การลดหย่อนค่าโดยสาร

1.3.4 เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ

1.3.5 เบี้ยยังชีพผู้พิการ

1.4 เจตคติต่อผู้สูงอายุในทุกมิติ

เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องเจตคติต่อผู้สูงอายุในทุกมิติในเนื้อหาวิชา ดังนี้

1.4.1 ความหมายของเจตคติ

1.4.2 องค์ประกอบของเจตคติ

1.4.3 เจตคติต่อผู้สูงอายุ

1.5 การอยู่ร่วมกันและความเข้าใจซึ่งกันและกัน

เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการอยู่ร่วมกันและความเข้าใจซึ่งกันและกัน
ในเนื้อหาวิชา ดังนี้

1.5.1 การสื่อสารที่เหมาะสม

1.5.2 ทักษะการฟัง

1.1 สถานการณ์ผู้สูงอายุ

กรมกิจการผู้สูงอายุ

คำนิยามของผู้สูงอายุ

ปัจจุบันองค์การสหประชาชาติ (United Nations) ยังไม่ได้มีการกำหนดคำนิยามที่แน่นอนว่าบุคคลที่มีอายุเท่าไรจึงจะเรียกว่าเป็น “ผู้สูงอายุ” (older/elderly person) แต่องค์การสหประชาชาติได้มีการใช้เกณฑ์อายุ 60 ปีขึ้นไป ในการนำเสนอสถิติ ข้อมูล และตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งในขณะที่ประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ จะใช้การกำหนดอายุ 65 ปีขึ้นไป เป็นเกณฑ์ในการนิยาม “ผู้สูงอายุ”

สำหรับประเทศไทย ได้มีการกำหนดนิยาม “ผู้สูงอายุ” ไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 31 “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย

โดยนิยาม “ผู้สูงอายุ” (older person) หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สามารถกำหนดระดับของผู้สูงอายุ ดังนี้

- ผู้สูงอายุวัยต้น หมายถึง ผู้มีอายุ 60 - 69 ปี
- ผู้สูงอายุวัยกลาง หมายถึง ผู้มีอายุ 70 - 79 ปี
- ผู้สูงอายุวัยปลาย หมายถึง ผู้มีอายุ 80 ปีขึ้นไป

“ประชากรสูงอายุ” หมายถึง ประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป

คำนิยามของสังคมสูงอายุ

สังคมสูงอายุ และสังคมสูงวัย มีความหมายเหมือนกันและใช้แทนกันได้

“สังคมสูงอายุ” (aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 7)

“สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” (complete-aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 14)

“สังคมสูงอายุดระดับสุดยอด” (super-aged society) หมายถึง สังคมที่มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด (หรือประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20)

“สังคมสูงวัย” (ageing society) มีความหมายอีกอย่างหนึ่งคือ หมายถึง สังคม

ที่ประชากรกำลังมีอายุสูงขึ้นสังเกตได้จากอัตราส่วนร้อยละของประชากรสูงอายุเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ

“อัตราผู้สูงอายุ” (older person rate) หมายถึง สัดส่วนคิดเป็นร้อยละของผู้สูงอายุ ต่อประชากรทั้งหมด

“การสูงวัยของประชากร” (population ageing) เป็นปรากฏการณ์ทางประชากรที่เกิดขึ้นในประเทศต่างๆ ทั่วโลกในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา เมื่อประชากรในแต่ละพื้นที่ ตั้งแต่ชุมชน เขตปกครองระดับต่างๆ ประเทศ ภูมิภาค ฯลฯ มีอายุสูงขึ้น โดยสังเกตได้จาก สัดส่วนของประชากรสูงอายุ หรืออายุมัธยฐานของประชากรที่เพิ่มสูงขึ้นในประชากรปิด หรือ ประชากรที่เปลี่ยนไปโดยไม่นับรวมการย้ายถิ่น การสูงวัยของประชากรมีสาเหตุมาจากการ เกิดที่ลดลง และอายุของผู้คนยืนยาวขึ้น

“การสูงวัยอย่างมีพลัง” (active ageing) เป็นแนวคิดที่แสดงกระบวนการที่เราจะ สร้างโอกาสให้กับตนเอง หรือประชากรทุกเพศทุกวัยที่จะเติบโตเจริญวัยขึ้นอย่างมีความสุขที่ดี มีส่วนร่วมในทางเศรษฐกิจและสังคมและมีความมั่นคงในชีวิต เพื่อเป็นการยกระดับคุณภาพ ชีวิตของแต่ละบุคคล หรือของกลุ่มประชากรให้สูงขึ้นตั้งแต่เกิดจนตาย

“การสูงวัยที่ยังประโยชน์” (productive ageing) เป็นกระบวนการดึงเอาศักยภาพ ของประชากรทุกเพศทุกวัยให้มีความสามารถในการผลิตหรือบริการที่เป็นประโยชน์และมี คุณค่า ไม่ว่าผลผลิตหรือบริการนั้นจะให้ผลตอบแทนเป็นตัวเงินหรือไม่ก็ตาม

“การสูงวัยอย่างมีสุขภาพะ” (healthy ageing) เป็นกระบวนการในการพัฒนาและ รักษาไว้ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติการกิจประจำวันที่จะช่วยให้เกิดการอยู่ดีมีสุขในผู้สูงอายุ ซึ่งจะเป็นไปได้ด้วยการสร้างสภาพแวดล้อมและโอกาสที่จะช่วยให้ผู้คนได้เป็นและได้ทำในสิ่ง ที่ตนเห็นว่ามีความค่าตลอดช่วงชีวิต

“การสูงวัยในถิ่นที่อยู่” (ageing in place) เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นการอยู่อาศัยใน บ้านและชุมชนเดิมด้วยการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาวะทางด้านร่างกายและทาง จิตใจ รวมถึงเน้นความสำคัญของการจัดสรรสวัสดิการสังคมด้านต่างๆ ไปสู่บ้านและชุมชน เพื่อเพิ่มความสะดวกในการดำรงชีพและการมีสุขภาพชีวิตที่ดีของประชากรตลอดช่วงชีวิต

1.1.1 การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร

ประชากรสูงอายุในโลก

ปัจจุบันหลายประเทศทั่วโลกกำลังเผชิญกับสถานการณ์เปลี่ยนแปลงโครงสร้าง ประชากรของประเทศ โดยประชากรสูงอายุเป็นกลุ่มช่วงวัยที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทั่วโลกในรอบทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งส่วนใหญ่ประเทศที่พัฒนาแล้วได้กลายเป็นสังคมสูงอายุ

อย่างสมบูรณ์เกือบทั้งหมด ในขณะที่ประเทศที่กำลังพัฒนามีจำนวนประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็วเช่นกัน เนื่องจากทั่วโลกมีอัตราการเกิดที่ลดลง และผู้สูงอายุมีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้น

ประชากรโลกกำลังมีอายุสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยในปี พ.ศ. 2564 โลกมีประชากรรวมทั้งหมด 7,875 ล้านคน โดยเฉลี่ยโลกของเราเป็นสังคมสูงอายุแล้ว ซึ่งผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,082 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13.7 ของประชากรทั้งหมด แบ่งออกเป็นประชากรผู้สูงอายุในโลกที่เป็นเพศชาย จำนวน 499 ล้านคน และเพศหญิง จำนวน 583 ล้านคน อัตราส่วนเพศเท่ากับผู้สูงอายุชาย 86 คนต่อผู้สูงอายุหญิง 100 คน

ผู้สูงอายุวัยปลายที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีจำนวนมากถึง 151 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 1.9 ของประชากรโลก อัตราส่วนเพศเท่ากับผู้สูงอายุวัยปลายชาย 63 คนต่อผู้สูงอายุวัยปลายหญิง 100 คน

ซึ่งในปี พ.ศ. 2564 ทวีปยุโรปและอเมริกาเหนือทั้งหมดได้เป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์แล้ว คือ จำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดในทวีปอื่นๆ ซึ่งเป็นสังคมสูงอายุทั้งหมด โดยทวีปยุโรปมีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 26.1 ของประชากรทั้งหมด และทวีปอเมริกาเหนือมีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 23.5 ของประชากรทั้งหมด ยกเว้นทวีปแอฟริกาที่ยังเป็นสังคมเยาว์วัย คือ มีจำนวนผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 5.6 ของประชากรทั้งหมด

ทั้งนี้ ประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุที่สูงที่สุดในโลก 3 อันดับแรก ได้แก่ ญี่ปุ่น คิดเป็นร้อยละ 35 ซึ่งเป็นประเทศเดียวในเอเชียที่เป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด อิตาลี คิดเป็นร้อยละ 30 และโปรตุเกสคิดเป็นร้อยละ 30 ตามลำดับ

ประเทศที่มีอัตราผู้สูงอายุที่ต่ำที่สุดในโลก 3 อันดับแรก ได้แก่ ยูกันดา คิดเป็นร้อยละ 3.27 แคมเบีย คิดเป็นร้อยละ 3.47 และสหรัฐอเมริกาบริติช คิดเป็นร้อยละ 3.60 ตามลำดับ

ประชากรสูงอายุในอาเซียน

ปัจจุบันอาเซียนประกอบด้วยประเทศสมาชิกทั้งหมด 10 ประเทศ ได้แก่ บรูไน กัมพูชา อินโดนีเซีย ลาว มาเลเซีย พม่า ฟิลิปปินส์ สิงคโปร์ ไทย และเวียดนาม โดยในปี 2021 อาเซียนมีจำนวนประชากรรวมทั้งหมด 671 ล้านคน และมีจำนวนผู้สูงอายุในอาเซียนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 76 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 11.4 ของประชากรทั้งหมดอาเซียน ซึ่งปัจจุบันอาเซียนเป็นสังคมสูงอายุแล้ว กล่าวคือ มีจำนวนผู้สูงอายุมากถึงร้อยละ 11

ของประชากรทั้งหมด โดยผู้สูงอายุวัยปลาย ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จากเดิม 7.6 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2563 เพิ่มขึ้นเป็น 8.6 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2564 ซึ่งเท่ากับ เพิ่มขึ้นมากถึงร้อยละ 13

ประเทศสมาชิกอาเซียน 7 ประเทศ ซึ่งเป็นสังคมสูงอายุแล้ว คือ มีจำนวนผู้สูงอายุ มากกว่าร้อยละ 10 ได้แก่ สิงคโปร์ (ร้อยละ 22) ไทย (ร้อยละ 19) เวียดนาม (ร้อยละ 13) มาเลเซีย (ร้อยละ 11) อินโดนีเซีย (ร้อยละ 10) เมียนมา (ร้อยละ 10) และบรูไน (ร้อยละ 10) โดยประเทศอาเซียนที่ยังไม่เป็นสังคมสูงอายุ ได้แก่ ลาว กัมพูชา และฟิลิปปินส์

จากโครงสร้างประชากรของแต่ละประเทศในอาเซียนมีความแตกต่างกัน เนื่องจาก จำนวนและลักษณะทางประชากรดั้งเดิมของแต่ละประเทศที่ซับซ้อน ซึ่งจากการคาดการณ์ โครงสร้างประชากร ตามกลุ่มอายุในช่วงปี พ.ศ. 2523 - 2593 พบว่า ประชากรวัยเด็กตั้งแต่แรกเกิด จนถึงอายุ 14 ปี ในกลุ่มประเทศอาเซียนจะมีแนวโน้มจำนวนลดลงทุกประเทศ ยกเว้น ฟิลิปปินส์ โดยประเทศที่มีประชากรวัยเด็กเริ่มลดลงตั้งแต่ในปี พ.ศ. 2558 ได้แก่ ไทยและ เวียดนาม ซึ่งในส่วนของกลุ่มประเทศที่คาดว่าจะมีจำนวนลดลงในปี พ.ศ. 2573 ได้แก่ บรูไน พม่า สิงคโปร์ และอินโดนีเซีย รวมถึงกลุ่มประเทศที่คาดว่าจะมีจำนวนลดลงในปี พ.ศ. 2593 ได้แก่ กัมพูชา มาเลเซีย และลาว ตามลำดับ

ประชากรวัยแรงงาน ซึ่งมีอายุตั้งแต่ 15 จนถึง 59 ปี ซึ่งเป็นกำลังแรงงานหลัก ในการขับเคลื่อนและพัฒนาประเทศในกลุ่มอาเซียนในช่วงปี พ.ศ. 2523 - 2593 ภาพรวม ประชากรกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ได้แก่ กัมพูชา พม่า ฟิลิปปินส์ มาเลเซีย ลาว และอินโดนีเซีย ยกเว้น 3 ประเทศที่คาดการณ์ว่าจะมีแนวโน้มลดลงในปี พ.ศ. 2573 ได้แก่ ไทยและสิงคโปร์ โดยในส่วนของประเทศบรูไนคาดว่าจะลดลงในปี พ.ศ. 2593

การเข้าสู่ภาวะสังคมสูงอายุของในกลุ่มประเทศอาเซียน ส่วนหนึ่งมาจากสาเหตุการ ลดลงของภาวะเจริญพันธุ์อย่างรวดเร็วของประชากรในประเทศ ทำให้จำนวนเด็กแรกเกิดใหม่ มีจำนวนที่น้อยลง ส่งผลให้สัดส่วนของจำนวนประชากรผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากจำนวน ประชากรเด็กแรกเกิด โดยจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและมีจำนวนมากขึ้น ซึ่งอีก หนึ่งปัจจัยที่สำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวเกิดจากการที่ประชากรผู้สูงอายุมีอายุที่ยืนยาว มากขึ้น พิจารณาได้จากอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด พบว่า ทุกประเทศมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรก เกิดเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเพศหญิงจะมีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสูงกว่าเพศชาย และ ประเทศที่มีอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดสูงสุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ สิงคโปร์ บรูไน และเวียดนาม ซึ่งสิงคโปร์เป็นประเทศที่มีประชากรอายุคาดเฉลี่ยสูงสุด โดยมีอายุคาดเฉลี่ย 82.64 ปี และ

ในช่วงปี พ.ศ. 2553 - 2558 และคาดการณ์ว่าจะมีอายุคาดเฉลี่ยฯ เพิ่มสูงถึง 88.32 ปี ในช่วงปี พ.ศ. 2585 - 2593

เมื่อประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้น ในขณะที่สัดส่วนของกลุ่มประชากรวัยทำงานลดลงอย่างต่อเนื่องซึ่งจากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรดังกล่าว ส่งผลให้อัตราการพึ่งพิงของกลุ่มวัยประชากรผู้สูงอายุในอาเซียนสูงขึ้น หมายความว่า กลุ่มประชากรผู้ที่อยู่ในช่วงวัยแรงงานจะต้องรับภาระหน้าที่ในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น และพบว่าช่วงปี พ.ศ. 2523 - 2593 โดยทุกประเทศมีอัตราการพึ่งพิงวัยสูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขณะที่อัตราการพึ่งพิงวัยเด็กลดลงอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยเฉพาะประเทศสิงคโปร์ ซึ่งมีอัตราการพึ่งพิงวัยสูงอายุสูงสุด จากสถานการณ์ดังกล่าว ทำให้ผู้ที่อยู่ในวัยแรงงานต้องรับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นในส่วนผู้สูงอายุที่ไม่มีลูกหลานให้พึ่งพิงหรือมีรายได้ไม่เพียงพอจำเป็นต้องพึ่งพาตนเองและหารายได้เพื่อการเลี้ยงชีพ จะเห็นได้ว่าประเทศในอาเซียนส่วนใหญ่จะมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานของประชากรผู้สูงอายุ เพิ่มมากขึ้น โดยสัดส่วนของเพศชายจะสูงกว่าเพศหญิง ยกเว้นประเทศบรูไน และฟิลิปปินส์ ที่คาดการณ์ว่าการมีส่วนร่วมในกำลังแรงงานลดลง แต่ยังคงมีสัดส่วนเพศชายสูงกว่าเพศหญิง

ทั้งนี้ จากข้อมูลการเปลี่ยนแปลงสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุของประเทศอาเซียน จะเห็นได้ว่า ทุกประเทศในกลุ่มอาเซียนกำลังเผชิญกับสถานการณ์สังคมผู้สูงอายุอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้นและมีอัตราการเกิดที่ลดลง ซึ่งจะมีผลกระทบในหลายด้านต่อประชากรทุกกลุ่มในประเทศ ทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อม และเทคโนโลยี เป็นต้น จึงจำเป็นต้องมีการเตรียมความพร้อมเพื่อรองรับการสถานการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

ประชากรสูงอายุในประเทศไทย

ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีประชากรจำนวนรวมทั้งสิ้น 66.7 ล้านคน โดยประชากรสูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว ซึ่งเทียบกับเมื่อ 50 ปีก่อน ประเทศไทยมีผู้สูงอายุไม่ถึง 2 ล้านคน ซึ่งในปี พ.ศ. 2564 มีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มเป็น 12.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด โดยประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ภายในปี พ.ศ. 2565 และมีการคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนผู้สูงอายุมากถึง 20.5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2583 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 31.4 ของประชากรทั้งหมด โดยในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรรวมของประเทศไทยจะเพิ่มช้าลง และอัตราการเพิ่มขึ้นของประชากรจะลดต่ำลงจนถึงขั้นติดลบ แต่ประชากรสูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

โดยประชากรยังมีอายุสูงยิ่งเพิ่มขึ้นเร็ว ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 4 ต่อปี แต่ผู้สูงอายุวัยปลายที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไป จะเพิ่มด้วยอัตราเฉลี่ยถึงร้อยละ 7 ต่อปี

สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม ได้มีการจัดทำ การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537 – 2560 โดยดำเนินการสำรวจทุก 3 ปี ซึ่งในปี พ.ศ. 2564 เป็นการสำรวจครั้งที่ 7 เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือน ตุลาคม – ธันวาคม พ.ศ.2564 ซึ่งนำเสนอผลการสำรวจในระดับประเทศ ภาค และจังหวัด โดยนำเสนอข้อมูลที่สำคัญของผู้สูงอายุเกี่ยวกับลักษณะทางประชากร ลักษณะทางเศรษฐกิจ ภาวะสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพ และการเกื้อหนุนทางด้านการเงิน อาหาร เสื้อผ้า/ ของใช้ รวมทั้งข้อมูลผู้ดูแลผู้สูงอายุ จากการจัดทำข้อมูลสำรวจดังกล่าว พบว่า ประเทศไทย มีแนวโน้มสัดส่วนของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง โดยเพิ่มจากร้อยละ 6.8 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 19.6 ในปี พ.ศ. 2564 สัดส่วนประชากรผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เนื่องจากจำนวนคนเกิดลดลง และคนมีอายุที่ยืนยาวยิ่งขึ้น ซึ่งเป็นผลมาจากประเทศไทยมีการวางแผน และประสบผลสำเร็จในการดำเนินการตามนโยบายด้านประชากรและการวางแผนครอบครัว ทำให้อัตราเกิดลดลงอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งความเจริญก้าวหน้าทางด้านการแพทย์ สาธารณสุข และเทคโนโลยีนวัตกรรม ทำให้ประชากรมีอายุที่ยืนยาวขึ้น และโครงสร้างประชากรของ ประเทศไทยเปลี่ยนแปลงไปเป็นโครงสร้างแบบผู้สูงอายุ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสถานะทางสังคม และเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ ทำให้ต้องมีการจัดระบบการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาวให้ ประชากรมีคุณภาพชีวิตที่ดี การจัดสรรทรัพยากรต่างๆ ที่มีอยู่อย่างจำกัด การปรับปรุงระบบ เกษียณ การจัดสรรสวัสดิการที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งการเตรียมพร้อม ในการออกแบบสถาปัตยกรรมเพื่อคนทั้งมวล (Universal Design) หรือแนวคิดการออกแบบ สิ่งแวดล้อม การสร้างอาคารสถานที่ และสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึง การใช้ประโยชน์ และอำนวยความสะดวกในการดำเนินชีวิต

การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ในปี พ.ศ. 2564 มีประชากรผู้สูงอายุ ซึ่งมีอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 13,358,751 คน คิดเป็นร้อยละ 19.6 ของประชากรทั้งหมด โดยแบ่งออกเป็นเพศชาย จำนวน 5,974,022 คน คิดเป็นร้อยละ 44.7 และเพศหญิง จำนวน 7,384,729 คน คิดเป็นร้อยละ 55.3

แผนภูมิร้อยละของผู้สูงอายุจำแนกตามกลุ่มช่วงวัย และเพศ พ.ศ. 2564



ที่มา : แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕ - ๒๕๖๔)

เมื่อแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามช่วงวัย พบว่า ผู้สูงอายุวัยต้น (60 - 69 ปี) จำนวน 7,645,141 คน คิดเป็นร้อยละ 57.2 วัยกลาง (70 - 79 ปี) จำนวน 3,942,668 คน คิดเป็นร้อยละ 29.5 และวัยปลาย (80 ปีขึ้นไป) จำนวน 1,770,942 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 ซึ่งในทุกช่วงวัย มีผู้สูงอายุหญิงมากกว่าชาย ซึ่งสำหรับแนวโน้มของผู้สูงอายุไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและรวดเร็ว โดยเพิ่มขึ้นจากอดีต ร้อยละ 6.8 ในปี 2537 เป็นร้อยละ 9.6 ในปี พ.ศ. 2564

ร้อยละของผู้สูงอายุรายภาค และเขตการปกครอง เมื่อพิจารณาผู้สูงอายุในแต่ละภาค พบว่า ภาคเหนือมีร้อยละของผู้สูงอายุสูงสุด (ร้อยละ 25.2) รองลงมาคือภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 22.5) ส่วนภาคกลาง และภาคใต้ มีร้อยละของผู้สูงอายุใกล้เคียง (ร้อยละ 17.2 และ 16.6 ตามลำดับ) และกรุงเทพมหานครมีร้อยละของผู้สูงอายุต่ำสุด (ร้อยละ 15.1)

จังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุมากที่สุดมากที่สุด 5 อันดับแรก เป็นจังหวัดขนาดใหญ่ คือ นครราชสีมา ขอนแก่น เชียงใหม่ อุบลราชธานี และนครศรีธรรมราช ส่วนจังหวัดที่มีจำนวนผู้สูงอายุน้อยที่สุด 5 อันดับสุดท้าย เป็นจังหวัดที่มีจำนวนประชากรน้อย คือ ระนอง แม่ฮ่องสอน สตูล พังงา และตราด

จังหวัดที่มีร้อยละของผู้สูงอายุมากที่สุด 5 อันดับแรกอยู่ในภาคเหนือ คือ แพร่ อุตรดิตถ์ อุทัยธานี พิจิตร และลำปาง ในขณะที่จังหวัดที่มีร้อยละของผู้สูงอายุน้อยที่สุด 5 อันดับสุดท้าย จะเห็นได้ว่าเป็นจังหวัดท่องเที่ยวและอุตสาหกรรม คือ สมุทรสาคร ภูเก็ต ระนอง ชลบุรี และระยอง

ตารางแสดงจังหวัดที่จำนวนผู้สูงอายุมากที่สุด

			ชาย(ไทย)	หญิง(ไทย)	รวม	ชาย(ไม่ไทย)	หญิง(ไม่ไทย)	รวม	รวมทั้งหมด
อัตราส่วนทั่วประเทศ			5,546,306	7,030,642	12,576,948	75,768	45,646	121,414	12,698,362
ลำดับ	รหัส	ชื่อจังหวัด	ชาย(ไทย)	หญิง(ไทย)	รวม	ชาย(ไม่ไทย)	หญิง(ไม่ไทย)	รวม	รวมทั้งหมด
1	10	กรุงเทพมหานคร	492,028	699,422	1,191,450	12,473	6,905	19,378	1,210,828
2	11	สมุทรปราการ	99,575	135,362	234,937	949	446	1,395	236,332
3	12	นนทบุรี	114,134	155,651	269,785	933	393	1,326	271,111
4	13	ปทุมธานี	84,299	112,031	196,330	878	423	1,301	197,631
5	14	พระนครศรีอยุธยา	70,698	96,134	166,832	216	86	302	167,134
6	15	อ่างทอง	27,524	36,477	64,001	49	25	74	64,075
7	16	ลพบุรี	70,335	88,079	158,414	144	28	172	158,586
8	17	สิงห์บุรี	22,000	30,935	52,935	45	14	59	52,994
9	18	ชัยนาท	33,889	45,870	79,759	53	19	72	79,831
10	19	สระบุรี	52,469	69,120	121,589	215	102	317	121,906

1.1.2 สถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ

แนวโน้มดัชนีการสูงอายุ อัตราส่วนพึ่งพิงการสูงอายุ และอัตราส่วนเกื้อหนุน ดัชนีการสูงอายุ เป็นตัวชี้วัดที่แสดงการเปรียบเทียบโครงการทดแทนกันของกลุ่มประชากรสูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป กับกลุ่มประชากรวัยเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี จากผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564 มีแนวโน้มดัชนีการสูงอายุในช่วงเวลา 20 ปีเพิ่มขึ้นสูงเกือบ 6 เท่าตัว โดยในช่วงปี พ.ศ. 2537 – 2560 มีค่าดัชนีการสูงอายุต่ำกว่า 100 แสดงว่า จำนวนประชากรสูงอายุน้อยกว่าจำนวนประชากรเด็ก แต่ในปี พ.ศ. 2564 ดัชนีการสูงอายุมีค่าเท่ากับ 120.5 ซึ่งมากกว่า 100 นั่นคือประชากรสูงวัย 120.5 ต่อประชากรวัยเด็ก 100 คน

อัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ เป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงภาระการเลี้ยงดูผู้สูงอายุของประชากรวัยทำงาน ซึ่งอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุของประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2537 มีอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ เท่ากับ 10.7 หรือจะกล่าวได้ว่าในปี 2537 ประชากรวัยแรงงาน 100 คน รับภาระเลี้ยงดูผู้สูงอายุประมาณ 11 คน ในขณะที่ปี พ.ศ. 2564 มีอัตราส่วนพึ่งพิงวัยสูงอายุ เท่ากับ 30.5 นั่นคือ ประชากรวัยทำงาน 100 คน จะต้องรับภาระการเลี้ยงดูผู้สูงอายุประมาณ 31 คน

อัตราส่วนเกื้อหนุน เป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงจำนวนประชากรวัยแรงงานที่จะสามารถให้การเกื้อหนุนผู้สูงอายุ 1 คนได้ ซึ่งผลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564

พบว่า อัตราส่วนเกือหนุนมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยในปี พ.ศ. 2537 อัตราส่วนเกือหนุนเท่ากับ 9.3 ลดลงเป็น 3.3 ในปี พ.ศ. 2564 นั่นคือ ในปี พ.ศ. 2564 ผู้สูงอายุ 1 คน มีประชากรวัยทำงานที่ให้การเกือหนุนเพียงประมาณ 3 คนเท่านั้น

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

การจัดแบ่งประเภทผู้สูงอายุโดยประเมินจากความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน จัดจำแนกได้เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มติดเตียง คือ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งพาตนเองและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ พิกการ หรือทุพพลภาพ 2) กลุ่มติดบ้าน คือ ผู้สูงอายุที่ดูแลและช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และ 3) กลุ่มติดสังคม คือ ผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้

ผลจากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564 พบว่าผู้สูงอายุติดเตียงมีร้อยละ 1.3 ติดบ้าน ร้อยละ 1.8 และติดสังคม ร้อยละ 96.6 ผู้หญิงมีสัดส่วนกลุ่มติดเตียงและติดบ้านมากกว่าผู้ชาย และเมื่อพิจารณาในแต่ละภาค พบว่า ภาคกลางและภาคใต้มีสัดส่วนกลุ่มติดเตียงมากกว่าภาคอื่นเล็กน้อย ส่วนกรุงเทพมหานครมีกลุ่มติดบ้านมากกว่าภาคอื่น ๆ

1.1.3 สถานภาพทางเศรษฐกิจ

ผลสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564 พบว่า ในระหว่าง 7 วันก่อนวันสัมภาษณ์ ผู้สูงอายุร้อยละ 34.7 ยังคงทำงานอยู่ โดยผู้สูงอายุชายที่ทำงานมีสัดส่วนสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง คิดเป็นร้อยละ 44.4 และ 26.7 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการทำงานของผู้สูงอายุตามช่วงวัย พบว่าผู้สูงอายุวัยต้นที่มีอายุ 60 - 69 ปี มีสัดส่วนผู้ทำงานสูงที่สุดคือ ร้อยละ 49.2 ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอายุ 60 - 64 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.2 มากกว่ากลุ่มอายุ 65 - 69 ปี เล็กน้อย (ร้อยละ 41.8) โดยทุกกลุ่มช่วงวัยผู้สูงอายุชายที่ทำงานมีสัดส่วนสูงกว่าผู้สูงอายุหญิง

ผู้สูงอายุที่ทำงานส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 83.6 ทำงานของในธุรกิจของตัวเองหรือครอบครัว โดยเป็นผู้ที่ทำงานส่วนตัวโดยไม่มีลูกจ้างสูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 64.38 รองลงมาเป็นผู้ที่ช่วยธุรกิจในครัวเรือนโดย ไม่ได้รับค่าจ้างคิดเป็นร้อยละ 18.8 และเป็นนายจ้างร้อยละ 3 : 4 ส่วนผู้สูงอายุที่ทำงานเป็นลูกจ้าง รัฐบาล รัฐวิสาหกิจ และเอกชน มีร้อยละ 13.0

สำหรับผู้สูงอายุที่ยังคงทำงานอยู่ มีเหตุผลเนื่องจากสุขภาพแข็งแรง/ยังมีแรงทำงาน คิดเป็นร้อยละ 47.3 และต้องหารายได้เลี้ยงครอบครัวหรือตนเอง คิดเป็นร้อยละ 44.6 มีเพียงเล็กน้อยที่ยังทำงานเพราะอาชีพประจำไม่มีผู้ดูแลแทน คิดเป็นร้อยละ 3.0

สำหรับแหล่งรายได้หลักในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุมาจาก 2 แหล่งใหญ่ คือ รายได้จากการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 3.4 และจากบุตร คิดเป็นร้อยละ 32.2 นอกจากนี้ยังมีรายได้จากเบี้ยยังชีพจากทางราชการ คิดเป็นร้อยละ 19.2 จากบำเหน็จ/บำนาญ คิดเป็นร้อยละ 7.5 และจากค่าสมรส คิดเป็นร้อยละ 4.5 ส่วนผู้สูงอายุชายมีแหล่งรายได้จากการทำงานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 43.0 ซึ่งแตกต่างกับผู้สูงอายุหญิงที่มีแหล่งรายได้หลักจากบุตรมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 38.1 ตามลำดับ

บรรณานุกรม

- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2565.
- พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. (2546, 31 ธันวาคม). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 120 ตอนที่ 130 ก หน้า 1 – 8.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สารประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล ประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2564.[อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; 2564. [เข้าถึงเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2565] เข้าถึงได้จาก <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsbeta/th/Gazette.aspx>
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. ศัพท์านุกรมการวิจัยทางประชากรและสังคม. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; 2565. [เข้าถึงเมื่อ 12 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <http://www.popterms.mahidol.ac.th/>
- ราชบัณฑิตยสภา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ราชบัณฑิตยสภา; 2557. พจนานุกรมศัพท์ประชากรศาสตร์.
- สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. การคาดการณ์ประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553 - 2583 (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ : สำนักงานสภาพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ; 2562.
- สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. ประชากรสูงอายุอาเซียน. กรุงเทพฯ : ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร; 2559.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. (ม.ป.ป). สัมมะโนประชากรและเคหะ พ.ศ. 2533. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2564.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ : สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2565.
- สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. ระบบสถิติทางการทะเบียน. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; 2563.[เข้าถึงเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <http://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statyear/#/>
- ศุทธิตา ขวณวัน,ปราโมทย์ ประสาทกุล. ขนาดประชากรที่เหมาะสมสำหรับประเทศไทย. วารสารประชากรศาสตร์ ปีที่ 36 ฉบับวันที่ 1 มิถุนายน 2563; 2563.

1.2 การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

ศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล

1.2.1 การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในระบบต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

ระบบ	การเปลี่ยนแปลง	ผลที่เกิดขึ้น
ส่วนประกอบของร่างกาย ¹	- ส่วนประกอบของร่างกายที่เป็นน้ำลดลง - สัดส่วนไขมันสูงขึ้น - มวลกล้ามเนื้อและมวลกระดูกลดลง	- ยาที่การละลายตัวในน้ำได้ดี จะทำให้ระดับยาสูงกว่าปกติ - ยาที่ละลายในไขมันอยู่ตกค้างในร่างกายยาวนานกว่าปกติ - การทรงตัวไม่ดี หกล้มง่าย และกระดูกบาง/พรุน แตกหักได้ง่าย
ผิวหนัง ผม เล็บ ²	- ในชั้นหนังแท้ มีการลดลงของเซลล์สร้างเส้นใย เส้นใยคอลลาเจนและอีลาสตินของผิวหนังผู้สูงอายุจะลดลงและเรียงตัวไม่ดี - ไขมันชั้นใต้ผิวหนังลดลง และหลอดเลือดฝอยใต้ผิวหนังเปราะแตกง่าย - ต่อมไขมันและต่อมเหงื่อลดลง - น้ำในชั้นผิวหนังลดลง - การไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดฝอยที่ผิวหนังลดลง - เซลล์สร้างเม็ดสีที่ผิวหนังลดลง	- ผิวหนังบาง เหี่ยวย่น สูญเสียความยืดหยุ่น - เกิดจ้ำเลือดตามผิวหนังได้ง่ายจากการกระทบกระแทกเพียงเบาๆ หรือเกิดจ้ำเลือดเมื่อรับประทานยาที่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงของเลือดออก - ผิวแห้ง คัน - อาการผิวหนังอักเสบหรือผื่นแพ้ที่ผิวหนังไม่ชัดเจน - ผมหงอก - ขาดวิตามินดีได้

ระบบ	การเปลี่ยนแปลง	ผลที่เกิดขึ้น
ผิวหนัง ผม เล็บ ²	- การสร้างวิตามินดีที่ผิวหนังเมื่อได้รับแสงแดดไม่ดีเท่าคนหนุ่มสาว - การทดแทนเซลล์ลดลง - การงอกของเล็บลดลง - เซลล์สร้างเม็ดสีที่ชื่อเมลานินซึบและเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันของผิวหนัง ชื่อ เซลล์แลงเกอร์ฮานส์ ลดลง - การซ่อมแซมดีเอ็นเอ (DNA) ลดลง การควบคุมอนุมูลอิสระที่ผิวหนังลดลง	- แผลหายช้ากว่าปกติ และการลอกของชั้นผิวหนังและการงอกของเล็บช้ากว่าคนหนุ่มสาว - เพิ่มความเสี่ยงของการไหม้ของผิวหนังจากแสงแดด และเกิดมะเร็งผิวหนังได้ง่าย - เกิดตุ่มหรือถุงน้ำตามผิวหนังได้ง่ายขึ้น ร้อนหรือหนาวง่ายกว่าปกติ เกิดอนุมูลอิสระได้ง่าย
ระบบหัวใจและหลอดเลือด ^{3,4}	- เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจลดลงแต่ขนาดเซลล์ใหญ่ขึ้น มีพังผืดและไขมันแทรก - การทำงานของระบบนำกระแสประสาทในหัวใจช้าลง - หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจและหลอดเลือดแดงใหญ่ และหลอดเลือดแดงทั่วร่างกายมีการหนาตัวจากการมีการสะสมของไขมันและหินปูนตามผนังและเสียการยืดหยุ่น - กำลังสำรองของการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุมีความจำกัด การตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ มีจำกัด - แรงดันและขนาดหัวใจห้องบนซ้ายมากขึ้น	- ผื่นหัวใจหนาตัว - หัวใจจะเต้นช้ากว่าคนหนุ่มสาว - เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและความดันโลหิตสูง - เกิดภาวะช็อกได้ง่าย - หัวใจเต้นผิดจังหวะ

ระบบ	การเปลี่ยนแปลง	ผลที่เกิดขึ้น
ระบบการหายใจ ⁷	- ผนังทรวงอกแข็งขึ้น มีหินปูนเกาะตรงกระดูกอ่อน - การพับโบลึงแปลกปลอมของขนของเซลล์เยื่อบุทางเดินหายใจลดลง - ถุงลมในปอดมีประสานกันและขนาดใหญ่กว่าปกติ เยื่อบุถุงลมปอดหนาตัว - กล้ามเนื้อช่วยหายใจมีกำลังลดลง - ค่าความจุปอดโดยที่ผู้สูงอายุหายใจออกลึกที่สุดหลังจากหายใจเข้าลึกที่สุด 1 ครั้งมีค่าลดลง และปริมาตรอากาศที่ยังเหลืออยู่ในปอดหลังจากหายใจออกเต็มที่มีค่าลดลง	- ต้องใช้กล้ามเนื้อกะบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจด้วย - กำจัดเสมหะได้ไม่ดี - ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย - การแลกเปลี่ยนออกซิเจนได้ลดลง - เมื่อเกิดปอดอักเสบหรือน้ำท่วมปอด ทำให้เกิดการหายใจวายได้ง่าย
ระบบทางเดินอาหาร ¹	- กล้ามเนื้อของหลอดอาหารส่วนบนอ่อนแรง - หลอดด้านล่างของหลอดอาหารอ่อนแรง - ผนังของลำไส้อ่อนแรง - แรงบีบตัวของหลอดทวารหนักลดลง - เซลล์ประสาทที่ผนังลำไส้ลดลง - การบีบตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลง	- กลืนลำบาก กรดไหลย้อนง่าย - เกิดกระเพาะที่ผนังลำไส้ - ท้องผูก - กลืนอุจจาระไม่อยู่ - ท้องอืดง่าย อิ่มง่าย - กระเพาะอาหารมีแผลได้ง่าย - เสี่ยงต่อการเกิดการขาดสารอาหาร

ระบบ	การเปลี่ยนแปลง	ผลที่เกิดขึ้น
	- การหลังกรดที่กระเพาะอาหารลดลง - เยื่อบุกระเพาะอาหารและลำไส้บางลงและมีพื้นที่ในการดูดซึมอาหารลดลง	
ช่องปากและฟัน ¹	- เยื่อบุช่องปากฝ่อลง - ต่อมรับรสชาติของอาหารลดลง - ฟันโยกคลอนหรือหลุด - น้ำลายลดลง ทำให้ผู้สูงอายุปากคอแห้งและรับรสชาติได้ไม่ดี	- ปากคอแห้ง - รับรสชาติได้ไม่ดี - ความอยากอาหารลดลง - เคี้ยวและกลืนได้ลำบาก
ตับและทางเดินน้ำดี ¹	- จำนวนเซลล์ตับลดลง ตับมีน้ำหนักลดลง การไหลเวียนเลือดไปตับลดลง - กลไกการเปลี่ยนแปลงยาโดยตับเปลี่ยนแปลงไป	- ยาที่ยังออกฤทธิ์ค้างในร่างกายนานขึ้น - เกิดนิ่วในถุงน้ำดีง่ายขึ้น (สาเหตุยังไม่ชัด)
ระบบทางเดินปัสสาวะ ^๑	- หน่วยไต ซึ่งทำหน้าที่ในการคัดกรองของเสียออกจากร่างกาย มีจำนวนลดน้อยลง - การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงที่ไตก็ลดน้อยลง - การผลิตสารครีเอตินีนลดลงจากการที่มวลกล้ามเนื้อลดลง - หลอดไตทำงานถดถอย - การสร้างสารโปรตีนที่เป็นเอนไซม์ที่ช่วยในการรักษาสมดุลน้ำในร่างกายและควบคุมความดันโลหิต มีการตอบสนองลดลง - กระเพาะปัสสาวะไว - ผู้ชายมีต่อมลูกหมากโต	- การกรองของเสียและกำจัดยาที่ไตลดลง - เกิดไตวายได้ง่ายกว่าคนหนุ่มสาว - ค่าครีเอตินีนอาจไม่สามารถบ่งถึงการทำงานของไตที่แท้จริง - การดูดกลับของเกลือแร่และน้ำที่ไตลดลง - เกิดการเสียสมดุลของน้ำและเกลือแร่ และกรด ต่างได้ง่าย - ปัสสาวะบ่อย อาจกลั้นปัสสาวะเล็ดราด - ต้องแบ่งปัสสาวะมากขึ้น ปัสสาวะไม่ค่อยพุ่ง

ระบบ	การเปลี่ยนแปลง	ผลที่เกิดขึ้น
ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ¹	- มวลกล้ามเนื้อและเส้นใยกล้ามเนื้อลายชนิดหดตัวเร็วลดลง - มีไขมันและเส้นใยพังผืดแทรกในกล้ามเนื้อมากขึ้น - เอ็นกล้ามเนื้อและเอ็นยึดข้อมีปริมาณน้ำลดลงและมีการประสานกันไม่เหมือนเดิม - กระดูกอ่อนบุข้อมีการเสื่อมถูกทำลายไปมากขึ้น การสร้างเซลล์กระดูกอ่อนและคอลลาเจนเปลี่ยนแปลงไป ปริมาณน้ำในผิวข้อลดลงและเยื่อข้อเกิดพังผืด - มวลกระดูกโดยเฉพาะในส่วนแกนกระดูกจะลดลง	- ทำให้กำลังกล้ามเนื้อลดลง - ความยืดหยุ่นของเอ็นลดลง - องศาการขยับของข้อลดลง - ข้อเสื่อม ปวดข้อ - กระดูกพรุน หักง่าย
ระบบประสาทและสมอง ^{5,6}	- น้ำหนักของสมองจะลดลง โดยลดลงร้อยละ 5 ต่อ 10 ปีที่อายุมากขึ้น หลังจากอายุ 40 ปี และเมื่อหลังจากอายุ 70 ปี การลดลงของน้ำหนักสมองจะยิ่งรวดเร็วขึ้น - เซลล์สมองจะมีการเสื่อมสลายไปในสมองบางส่วน เช่น บริเวณเปลือกสมองส่วน พรีฟรอนทัล สมองน้อย และฮิปโปแคมปัส ซึ่งเป็นสมองที่ทำหน้าที่บรรจุความจำ - สารสื่อประสาทชนิดต่างๆ ในสมองลดลง เช่น โดปามีน อะเซทิลโคลีน	- ความจำลดลงโดยเฉพาะความจำระยะสั้น - การคิดประสานกับการเคลื่อนไหว ช้าลง - การคิด ตัดสินใจ บริหารจัดการลดลง - การแยกสมาธิได้ลดลง อาจทำให้ความสามารถในการทำอะไรพร้อมกันหลายอย่างในเวลาเดียวกันได้น้อยลง - มีแนวโน้มเกิดอาการพาร์กินสัน และอาการซึม สับสนได้ง่าย - การไหลเวียนเลือดไปสมองไม่ดี

ระบบ	การเปลี่ยนแปลง	ผลที่เกิดขึ้น
ระบบประสาทและสมอง ^{5,6}	- มีการสูญเสียสมองเนื้อสีขาของสมองโดยจะมีการสูญเสียไปมากกว่าสมองส่วนเนื้อสีเทา - การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง โดยมีการหนาตัวของผนังหลอดเลือดด้านใน โดยร้อยละ 50 เมื่ออายุราว 40 ปี และร้อยละ 80 เมื่ออายุ 80 ปี พบว่าหลอดเลือดสมองจะมีการหนาตัวของผนังหลอดเลือดด้านใน - มีการเสื่อมของเส้นประสาทและปลอกหุ้มเส้นประสาท - ระบบประสาทอัตโนมัติของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง - มีการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิร่างกายได้ง่าย	- การนำกระแสประสาทเปลี่ยนแปลงไป การรับรู้การสั่นและการสัมผัสลดลง - อาจมีความดันโลหิตต่ำลงเวลาลุกยืน - ทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะได้ - อุณหภูมิกายต่ำไปหรือสูงไปได้ง่าย
การมองเห็น ¹	- เปลือกตาหย่อน เปลือกตาล่างมีโอกาสดับเข้าหรือออก - การผลิตน้ำตาลดลง - ขนาดของม่านตาเล็กลง - กระจุกตาเริ่มขุ่น - การดูดกลับของน้ำเลี้ยงลูกตาลดลง - เลนส์หนา และแข็งขึ้น สูญเสียความยืดหยุ่นของเปลือกหุ้มเลนส์ - ระดับการมองเห็น ความคมชัดของภาพ การรับรู้ภาพที่เห็นว่ามี ความลึก ความเป็นสามมิติและการรับรู้แยกสีลดลง	- ทำให้ขนตาอาจทิ่มแทงลูกตาได้ - ทำให้ตาแห้ง - ต้อกระจก ต้อหิน จอประสาทตาเสื่อม - เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นสายตาสั้นสูงอายุ คือ มองใกล้ไม่ชัด - อาจเห็นแสงที่จ้า ทำให้ปรับตัวกับแสงสว่างได้ไม่ดี - การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในการมองเห็น มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายขึ้น

ระบบ	การเปลี่ยนแปลง	ผลที่เกิดขึ้น
การมองเห็น ¹	- การกลอกตาในผู้สูงอายุอาจมีการจำกัดมากขึ้นโดยเฉพาะในการมองขึ้น คือ ไม่สามารถเหลือกตามองขึ้นได้เต็มที่	
การได้ยิน ¹	- เยื่อแก้วหูหนาตัวขึ้น - กระดูกหูในหูชั้นกลางมีการเสื่อม - มีการลดลงของเซลล์ที่อยู่ในอวัยวะการรับเสียง และมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงหูชั้นใน - รูหูเล็กลงและซีหูมีความเหนียวมากขึ้น	- การได้ยินลดลง โดยมักเสียเสียงที่มีความถี่สูงก่อน - ซ้ำหูอุดตันได้ง่าย
การไต่กลืนและ การรับรส ¹	- เซลล์ประสาทส่วนเส้นประสาทสมองคู่ที่ 1 ที่ทำหน้าที่รับกลิ่นมีลดลง - การกระตุ้นการกระหายน้ำลดลง - การรับรสลดลง - การเคี้ยวได้ลดลง - การหลั่งน้ำลาย ปริมาณและคุณภาพของน้ำลายลดลง	- การไต่กลิ่นลดลง การแยกชนิดของกลิ่นได้ลดลง - ความอยากกระหายน้ำลดลง - ความสามารถในการรับรสเผ็ดจัด รสเค็ม ได้ลดลง ยังรับรสหวานได้ตามปกติ การรับประทานอาหารไม่อร่อย รสชาติเปลี่ยน - น้ำลายน้อยลง ปากแห้ง - เคี้ยวอาหารลำบากขึ้น
ระบบเมแทบอลิซึม และฮอร์โมน ¹	- ผู้หญิงมีฮอร์โมนเพศหญิงลดลง - ผู้สูงอายุชายมีฮอร์โมนเทสโทสเทอโรนซึ่งเป็นฮอร์โมนเพศชายลดลง - มีการต่อการออกฤทธิ์ของฮอร์โมนอินซูลิน	- ผู้สูงอายุหญิงทำให้มีอารมณ์แปรปรวนง่ายขึ้น มีอาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกของ อวัยวะสืบพันธุ์และเต้านมเหี่ยวเล็กลง ผนังช่องคลอดบางลงและแห้ง กระดูกบางและพรุน และมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดตีบสูงขึ้นกว่าวัยหมดประจำเดือน

ระบบ	การเปลี่ยนแปลง	ผลที่เกิดขึ้น
ระบบเมแทบอลิซึมและฮอร์โมน ¹	- ต่อมไทรอยด์ฝ่อลงและมีพังผืดมากขึ้น มีโอกาสเกิดการอักเสบของต่อมไทรอยด์จากภูมิคุ้มกันได้ง่ายขึ้น การเปลี่ยนของฮอร์โมนไทรอยด์แบบ T4 เป็น T3 ลดลง และการจับคืนของไอโอดีนลดลง - ต่อมใต้สมองมีฮอร์โมนที่ช่วยการเจริญเติบโต (growth hormone) ลดลง - ต่อมหมวกไต รูปแบบการหลั่งของฮอร์โมนคอร์ติซอลเปลี่ยนแปลง เพิ่มขึ้นในช่วงเย็น - ฮอร์โมนที่ตอบสนองต่อความเครียดของร่างกาย (อิพิเนพรีน และ นอร์อิพิเนพรีน) ลดการตอบสนองต่อการกระตุ้น	- ผู้สูงอายุชาย มีอาการจากการที่มีระดับฮอร์โมนเพศชายลดลงได้ ได้แก่ ความต้องการทางเพศลดลง อวัยวะเพศไม่แข็งตัวและกำลังกล้ามเนื้อลดลงอารมณ์เปลี่ยนแปลงไป - ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น - ระดับฮอร์โมนไทรอยด์เปลี่ยนแปลงไป - มวลกล้ามเนื้อและมวลกระดูกลดลง - สัดส่วนของไขมันในร่างกายมากขึ้น - นอนหลับในช่วงเวลาเร็วขึ้นของวันและตื่นเร็วขึ้น - เมื่อร่างกายมีภาวะเครียด การตอบสนองของระบบประสาทซิมพาเทติก ลดลง
ระบบภูมิคุ้มกัน ¹	- ภูมิคุ้มกันชนิดพึ่งเซลล์ลดลง - การทำงานของเซลล์แมคโคร-ฟาจลดลง - มีภูมิคุ้มกันของตัวเองทำปฏิกิริยากับแอนติเจนของตนเอง - ไขกระดูกผลิตเซลล์บี ที่ทำหน้าที่สร้างภูมิคุ้มกันลดลง - มีการลดลงของการผลิตแอนติบอดี ต่อต้านเชื้อโรค	- โอกาสติดเชื้อที่ปกติใช้ภูมิคุ้มกันชนิดพึ่งเซลล์กำจัด เช่น วัณโรค โรคเรื้อน - เกิดโรคที่เกิดจากภูมิคุ้มกันตัวเอง เช่น หลอดเลือดอักเสบ โรคตุ่มน้ำใส - การตอบสนองต่อการฉีดวัคซีนลดลง - เกิดการติดเชื้อที่รุนแรงได้ง่าย

1.2.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจในผู้สูงอายุ

เมื่ออายุมากขึ้น จะมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างทั้งด้านสรีรวิทยาทางร่างกาย จิตใจ สิ่งแวดล้อมและสัมพันธภาพในครอบครัว คนใกล้ชิด ตลอดจนการคิดถึงวาระท้ายของชีวิต ทำให้เกิดความผิดปกติของอารมณ์และจิตใจได้ง่าย ได้แก่ เครียด วิตกกังวล นอนไม่หลับ เหนง อ่างว้าง ซึมเศร้า เป็นต้น

ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ จากหลายสาเหตุ ดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ง่าย
2. การที่มีโรคทางกายบางอย่าง เช่น ภาวะสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง โรคกระเพาะ โรคต่อมไทรอยด์ เป็นต้น โดยโรคเหล่านั้นอาจมีผลโดยตรงหรือโดยอ้อมที่ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า หรืออาการทางจิต เช่น ในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม อาจเกิดอาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์ จากการเปลี่ยนแปลงของสมอง ในขณะที่การเจ็บป่วยทางกายที่ไม่ได้มีผลกระทบต่อสมองโดยตรงแต่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เจ็บปวด หรือเกิดความรู้สึกว่าร่างกายไม่แข็งแรง อาจทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ เช่น ป่วยเป็นโรคหัวใจ โรคไต ปวดข้อ
3. ยาหลายชนิดอาจทำให้มีอาการทางจิตได้เช่นกัน เช่น ยาลดความดันโลหิตสูง บางชนิดอาจมีผลต่ออารมณ์เศร้า ยาบางตัวอาจมีผลต่อการนอนหลับ เป็นต้น
4. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เช่น ต้องสูญเสียคู่ชีวิตหรือบุคคลใกล้ชิด ความเหงาเปล่าเปลี่ยว การที่ต้องอยู่แยกจากสังคม หรือต้องออกจากงานเนื่องจากเกษียณอายุการทำงาน ทำให้ต้องปรับตัวกับการดำเนินชีวิตแบบใหม่ ไม่มีเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น
5. การที่มีทุพพลภาพของร่างกาย การมองเห็น การได้ยิน การรับประทานอาหาร ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการช่วยการดำเนินกิจวัตรประจำวัน
6. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและรายได้ ตัวอย่างเช่น
 - ก. การต้องเปลี่ยนบทบาทจากหัวหน้า ผู้นำ ที่พึ่งของครอบครัวเป็นผู้ตาม
 - ข. ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว และคนใกล้ชิด การที่ไม่ได้รับการยอมรับนับถือจากลูกหลานเนื่องจากเห็นว่าอายุมากแล้ว ไม่ทันต่อเหตุการณ์
 - ค. การที่ต้องอยู่บ้านคนเดียว ในกรณีไม่มีบุตรหลาน หรือ บุตรหลานต้องไปทำงานในเวลากลางวัน หรือแยกครอบครัวออกไป
 - ง. การที่ขาดรายได้จากการทำงาน

1.2.3 การเปลี่ยนแปลงของสังคมและเศรษฐกิจ

ในผู้สูงอายุทั้งหมด ส่วนใหญ่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ แต่มีผู้ป่วยร้อยละ 2 ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย และร้อยละ 13.8 ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน⁹ จากการที่มีคุณภาพทำให้เกิดภาวะพึ่งพิง ต้องมีคนช่วยในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ในขณะที่สมาชิกครอบครัวมีจำนวนลดลงในปัจจุบัน ขนาดครัวเรือนลดลงเหลือเฉลี่ยประมาณ 3 คนในครัวเรือน ร้อยละ 33.4 ของผู้สูงอายุมีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย หย่า แยกกันอยู่ ร้อยละ 3.7 เป็นโสด ผู้สูงอายุสัดส่วนสูงขึ้นไปต้องอยู่อาศัยคนเดียวประมาณร้อยละ 10.41

อัตราส่วนเกือบนูน มีวัยแรงงานที่ดูแลผู้สูงอายุลดลง ทำให้ขาดผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกของครอบครัวเอง รูปแบบของครอบครัวที่มีความแตกต่าง หลากหลายไปจากในอดีตที่ผ่านมา ทั้งครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว ครอบครัวคนเดียว ครอบครัวเพศเดียวกัน ครอบครัวรุ่นกระโดด รวมถึงครอบครัวสูงวัยตามลำพัง หรือคู่สมรสสูงวัย ซึ่งกำลังมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้รูปแบบการดำรงชีวิตตามลำพังของผู้สูงอายุ ที่ห่างไกลจากลูกหลาน และญาติพี่น้องเป็นความเปราะบางที่ยากจะหลีกเลี่ยงได้

แหล่งรายได้หลักที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุตรลดลงอย่างมาก ในขณะที่รายได้จากการทำงานเองมีแนวโน้มสูงขึ้นในสังคมสูงอายุจะส่งผลกระทบต่อการออม ซึ่งในปัจจุบันแหล่งรายได้ของผู้สูงอายุจากเงินออมยังเป็นสัดส่วนน้อยมาก และแหล่งรายได้ของผู้สูงอายุ จากการที่ยังทำงานคิดเป็นสัดส่วนมากขึ้น ซึ่งหากเงินออมในวัยเกษียณ ไม่เพียงพอ จะนำไปสู่ภาวะยากจนในผู้สูงอายุ

บรรณานุกรม

- Halter JB, Ouslander JG, Studenski S, High KP, Asthana S, Supiano MA, et al. Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology, Seventh Edition. New York: McGraw-Hill Education; 2016.
- Geriatric dermatoses: a clinical review of skin diseases in an aging population
Jafferany M, Huynh TV, Silverman MA, Zaidi Z. Int J Dermatol. 2012 May;51(5):509-22.
- Biernacka A, Frangogiannis NG. Aging and cardiac fibrosis. Aging and Disease 2011; 2: 158-73.
- Strait JB, Lakatta EG. Aging-associated cardiovascular changes and their relationship to heart failure. Heart Fail Clin. 2012 Jan;8(1):143-64.
- Cox SR, Ritchie SJ, Tucker-Drob EM, Liewald DC, Hagenaars SP, Davies G, et al. Ageing and brain white matter structure in 3,513 UK Biobank participants. Nat Commun. 2016 Dec 15;7:13629.
- Harada CN, Natelson Love MC, Triebel KL. Normal cognitive aging. Clin Geriatr Med. 2013 Nov;29(4):737-52.
- Lalley PM. The aging respiratory system--pulmonary structure, function and neural control. Respir Physiol Neurobiol. 2013 Jul 1;187(3):199-210.
- Núñez J. The normal ageing kidney – morphology and physiology. Reviews in Clinical Gerontology.2008;18(3):175-197.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ: บริษัทอัมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2559.
- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานผลเบื้องต้นการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ; 2557.

1.3 สิทธิและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ

กรมกิจการผู้สูงอายุ

1.3.1 กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย เป็นกฎหมายแม่บทสูงสุดที่ใช้เป็นแนวทางในการปกครองประเทศ โดยมีบทบัญญัติที่กำหนดความสำคัญเกี่ยวกับผู้สูงอายุไว้อย่างชัดเจน ดังนี้

หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย

มาตรา 40 บุคคลย่อมมีสิทธิในกระบวนการยุติธรรม ดังต่อไปนี้

(6) เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ หรือผู้พิการหรือทุพพลภาพย่อมมีสิทธิได้รับความคุ้มครอง ในการดำเนินกระบวนการพิจารณาคดีอย่างเหมาะสมและย่อมมีสิทธิได้รับการปฏิบัติที่เหมาะสมในคดีที่เกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศ

หมวด 5 แผนนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ

มาตรา 53 บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับสวัสดิการ สิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรีและความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ

มาตรา 80 รัฐต้องดำเนินการตามแผนนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม ดังต่อไปนี้

(1) รัฐต้องคุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน สนับสนุนการอบรมเลี้ยงดูและให้การศึกษาปฐมวัย ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัวและชุมชน รวมทั้งต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้อยู่ในสภาวะยากลำบากให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตัวเองได้

มาตรา 84 รัฐต้องดำเนินการตามแผนนโยบายด้านเศรษฐกิจ ดังต่อไปนี้

1.3.2 สิทธิและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุเป็นกฎหมายเพื่อผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ตราขึ้นเพื่อรองรับสิทธิของผู้สูงอายุตามที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญ และเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่จะช่วยให้มีการนำนโยบายและแผนด้านผู้สูงอายุไปปฏิบัติให้เกิดประสิทธิภาพ

สิทธิและสวัสดิการของผู้สูงอายุ เริ่มต้นมาจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2540 มาตรา 54 ที่ได้บัญญัติเกี่ยวกับเรื่องสิทธิผู้สูงอายุ ให้มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ แล้วจึงได้มีการกำหนดพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ขึ้น มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2547 ซึ่งเป็นการให้บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย มีสิทธิได้รับการคุ้มครอง ส่งเสริม สนับสนุนในด้านต่างๆ ตามมาตรา 11 และต่อมาได้มีประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ. 2553 ซึ่งกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินการตามสิทธิและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุตามมาตรา 11

สิทธิผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2553

มาตรา 11 แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 กำหนดให้ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่างๆ ดังนี้

สิทธิผู้สูงอายุ	บริการที่จัดไว้ตามสิทธิผู้สูงอายุ
มาตรา 11 (1) การบริการทางการแพทย์ การสาธารณสุขที่จัดไว้ โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วเป็นพิเศษ	• จัดช่องทางพิเศษและเจ้าหน้าที่ให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวก รวดเร็ว • มีเจ้าหน้าที่คอยให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ • จัดอุปกรณ์ให้ความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ ที่ศูนย์บริการสาธารณสุข สถานพยาบาลของรัฐ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน
มาตรา 11 (2) การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต	• กระทรวงศึกษาธิการ มีการจัดศูนย์การเรียนรู้ในชุมชน และให้มีหลักสูตรการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ตั้งแต่การศึกษาขั้นพื้นฐาน ถึงขั้นอุดมศึกษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระบบ และนอกระบบ

สิทธิผู้สูงอายุ	บริการที่จัดไว้ ตามสิทธิผู้สูงอายุ
มาตรา 11 (2) การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต	• มีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ ในศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ นอกศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ในต่างจังหวัด และกรุงเทพมหานคร • การประชาสัมพันธ์ข่าวสารในรูปแบบต่างๆ บริการด้านข้อมูลข่าวสารและสิทธิประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ เช่น แจกแผ่นพับ เสียงตามสาย และสื่อออนไลน์ รวมทั้งเผยแพร่การจัดกิจกรรมทางศาสนาผ่านช่องทางสื่อโทรทัศน์ ป้ายประชาสัมพันธ์ และเว็บไซต์ของกรมการศาสนา • กิจกรรมส่งเสริมการศึกษาตามอัธยาศัยและการเรียนรู้ตลอดชีวิต ในกรุงเทพมหานคร เช่น กิจกรรมขับร้อง กิจกรรมภาษาต่างประเทศ กิจกรรมฝึกอาชีพ กิจกรรมศิลปะ กิจกรรมหัตถกรรม และกิจกรรมคหกรรม
มาตรา 11 (3) การประกอบอาชีพ หรือ ฝึกอาชีพที่เหมาะสม	• ให้ข้อมูล คำปรึกษา ข่าวดารตลาดแรงงาน การจัดหางาน รับสมัครงาน บริการข้อมูลทางอาชีพ ตำแหน่งว่างงาน โดยมีศูนย์กลางข้อมูลทางอาชีพและตำแหน่งงานสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการเฉพาะที่สำนักงานจัดหางานทุกแห่ง หรือที่เว็บไซต์ smartjob.doe.go.th และสายด่วนกรมการจัดหางาน 1506 กด 2

สิทธิผู้สูงอายุ	บริการที่จัดไว้ ตามสิทธิผู้สูงอายุ
มาตรา 11 (3) การประกอบอาชีพ หรือ ฝึกอาชีพที่เหมาะสม	• สถาบันพัฒนาฝีมือแรงงานและสำนักงานพัฒนาฝีมือแรงงานทั่วประเทศจัดอบรมทักษะอาชีพหรือฝึกอาชีพให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น การทำขนมไทย การประกอบอาหารว่าง การทำผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร การทำไม้กวาดดอกหญ้า การเพ้นท์ผ้าปาเต๊ะ การจักสานผลิตภัณฑ์จากไม้ไผ่ เป็นต้น
มาตรา 11 (4) การพัฒนาตนเองและ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมการ รวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน	• การส่งเสริมและสนับสนุนกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุ ให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมภายในชุมชน และ/หรือระหว่างชุมชน โดยสมาคมสภาผู้สูงอายุฯ และสภาสังคมสงเคราะห์ • คลังปัญญาผู้สูงอายุ ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีภูมิปัญญาสาขาต่างๆ ได้ถ่ายทอดความรู้ ทักษะแก่ชุมชนและสังคม ซึ่งติดต่อได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด และกรมกิจการผู้สูงอายุ • มีการจัดงานวันผู้สูงอายุแห่งชาติ เพื่อเป็นการรักษาขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมไทย แสดงความกตัญญูและยกย่องผู้สูงอายุ และทำกิจกรรมร่วมกัน
มาตรา 11 (5) การอำนวยความสะดวก และความปลอดภัยในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณะอื่น	• การปรับสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้สูงอายุ ให้เหมาะสมและปลอดภัย สามารถติดต่อขอรับบริการได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด และศูนย์พัฒนาการการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ปรับปรุง ซ่อมแซม โดยมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ

สิทธิผู้สูงอายุ	บริการที่จัดไว้ ตามสิทธิผู้สูงอายุ
มาตรา 11 (5) การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณะอื่น	1) ซ่อมแซมบ้านโดยไม่ปรับปรุงโครงสร้าง เช่น เปลี่ยนฝ้าผนัง ฝ้า เพดาน ประตู หน้าต่าง เปลี่ยน โถสุขภัณฑ์ และติดราวจับ ทงตัว เป็นต้น รวมทั้งค่าบริหารจัดการและค่าตอบแทนในอัตราเหมาจ่ายหลังละไม่เกิน 22,500 บาท โดยถัวจ่ายทุกรายการ 2) ซ่อมแซมบ้านโดยจำเป็นต้องปรับปรุง/เปลี่ยนแปลงโครงสร้าง เช่น การสร้าง/ย้ายห้อง น้ำหรือห้องนอนใหม่ ทำหลังคาใหม่ หรือทางลาดพร้อมราวจับ เป็นต้น รวมทั้งค่าบริหารจัดการและค่าตอบแทน ในอัตราเหมาจ่ายหลังละไม่เกิน 40,000 บาท โดยถัวจ่ายทุกรายการ รายละเอียดตามรายการค่าใช้จ่าย ข้อ 1 – 2 ดังนี้ - ค่าวัสดุในการปรับปรุง/ซ่อมแซม - ค่าตอบแทนผู้ช่วยในการซ่อมแซม - ค่าตอบแทนผู้มีวิชาชีพด้านการก่อสร้างเป็นผู้ประเมิน - ค่าบริหารจัดการ ได้แก่ ค่าประชุมชี้แจง ค่าป้ายบ้าน ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง ค่าภาพถ่ายก่อนดำเนินการ และหลังดำเนินการแล้วเสร็จ โดยเห็นองค์ประกอบของบริเวณที่ปรับปรุง/ซ่อมแซม และป้ายบ้าน ฯลฯ • การจัดที่นั่งสำรองสำหรับผู้สูงอายุจัด จัดเจ้าหน้าที่ไว้คอยอำนวยความสะดวกทั้ง ขสมก. บขส. การรถไฟ และเรือ • ให้สิทธิผู้โดยสารสูงอายุได้ขึ้นเครื่องบินเป็นลำดับแรก

สิทธิผู้สูงอายุ	บริการที่จัดไว้ ตามสิทธิผู้สูงอายุ
	● จัดให้มีลิฟท์ ทางลาด ห้องสุขา ลานจอดรถยนต์ อำนวยความสะดวกและความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ และคนพิการ ซึ่งสามารถใช้ร่วมกันได้ในอาคาร สถานที่ แหล่งเรียนรู้ทางศิลปะและวัฒนธรรม เช่น พิพิธภัณฑ์สถานแห่งชาติ โบราณสถานอุทยานประวัติศาสตร์ หอจดหมายเหตุแห่งชาติ หอสมุดแห่งชาติ หอศิลป์
มาตรา 11 (6) การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม	● ขสมก. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะได้รับส่วนลดจากองค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ สำหรับค่าโดยสารครึ่งราคา โดยแสดงบัตรประชาชนทุกครั้งที่ใช้บริการ ● รถไฟฟ้า BTS ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปสามารถซื้อบัตรแรบบิทสำหรับผู้สูงอายุได้ ซึ่งจะมีสิทธิประโยชน์ลดราคาโดยสารรถไฟฟ้า ● รถไฟ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปจะได้รับสิทธิโดยสารครึ่งราคา สามารถซื้อตั๋วโดยสารที่สถานีรถไฟทั่วประเทศ ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน – 30 กันยายน ของทุกปี ● รถไฟใต้ดิน MRT ผู้สูงอายุสามารถขึ้น MRT โดยได้รับส่วนลดร้อยละ 50 ของค่าโดยสารปกติในทุกเส้นทาง สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป สามารถซื้อบัตรผู้สูงอายุได้ โดยจะต้องออกบัตรขึ้นต่ำ ครั้งแรกราคา 180 บาท (ประกอบด้วย มูลค่าการเดินทาง 100 บาท ค่ามัดจำบัตร 50 บาท และค่าธรรมเนียมการออกบัตร 30 บาท)

สิทธิผู้สูงอายุ	บริการที่จัดไว้ ตามสิทธิผู้สูงอายุ
มาตรา 11 (6) การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม	• เครื่องบิน บางกอกแอร์เวย์ ผู้สูงอายุจะได้รับส่วนลดร้อยละ 10 จากราคาบัตรโดยสารราคาปกติ สำหรับทุกเส้นทางบินทั้งภายในและระหว่างประเทศได้เลยโดยไม่ต้องรอโปรโมชั่น นอกจากนี้ยังสะดวกสบายขึ้นไปอีกด้วย การขอรับเก้าอี้รถเข็นแบบฟรี เพียงแค่แจ้งความประสงค์ล่วงหน้า 24 ชั่วโมง ก่อนวันที่ออกเดินทาง • รถไฟฟ้าแอร์พอร์ตเรลลิงก์ ผู้สูงอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่ถือบัตร Senior Citizen Smart Pass จะได้รับส่วนลดค่าโดยสารครึ่งราคาร้อยละ 50 จากราคาปกติ 45 - 45 บาท • รถทัวร์ (บขส.) ผู้สูงอายุจะได้รับส่วนลดร้อยละ 50 ของราคาค่าโดยสาร (ลดเฉพาะค่าโดยสารไม่ลดค่าธรรมเนียม) ที่ใช้บริการรถโดยสารประจำทางหมวด 2 และหมวด 3 เฉพาะรถโดยสารของ บขส. เท่านั้น โดยผู้สูงอายุจะต้องแสดงบัตรประจำตัวต่อพนักงานจำหน่ายตั๋วเพื่อรับสิทธิ • เรือ กรมเจ้าท่าได้ลดหย่อนค่าโดยสารครึ่งราคาสำหรับผู้สูงอายุ ผู้มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป สำหรับเรือประจำทางในแม่น้ำเจ้าพระยา ทั้งเรือด่วนเจ้าพระยา เรือในคลองแสนแสบ คลองภาษีเจริญ และเรือข้ามฟากเพียงแสดงบัตรประจำตัวประชาชน

สิทธิผู้สูงอายุ	บริการที่จัดไว้ ตามสิทธิผู้สูงอายุ
มาตรา 11 (7) การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ	• อุทยานแห่งชาติทุกแห่งไม่เก็บค่าบริการเข้าชม • ยกเว้นค่าชมสถานที่ท่องเที่ยวขององค์การอุตสาหกรรมป่าไม้ • ยกเว้นค่าเข้าชมสวนสัตว์ทั้ง 6 แห่ง ได้แก่ สวนสัตว์เปิดเขาเขียว สวนสัตว์เชียงใหม่สวนสัตว์นครราชสีมา สวนสัตว์สงขลา สวนสัตว์อุบลราชธานี สวนสัตว์ขอนแก่น • ยกเว้นค่าเข้าชมสวนพฤกษศาสตร์ จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ สวนพฤกษศาสตร์สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ สวนพฤกษศาสตร์บ้านร่มเกล้า พิษณุโลกในพระราชดำริ สวนพฤกษศาสตร์ระยอง สวนพฤกษศาสตร์ขอนแก่น และสวนพฤกษศาสตร์พระแม่ย่า สุโขทัย
มาตรา 11 (8) ด้านการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกรังแก ทุพพลภาพ หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายหรือถูกทอดทิ้ง	• การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ ถูกรังแก ทุพพลภาพ หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายหรือถูกทอดทิ้ง ประสบปัญหาครอบครัว ด้านที่อยู่อาศัย อาหารและ
มาตรา 11 (9) ด้านการให้คำแนะนำปรึกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี	• เครื่องนุ่งห่ม ช่วยเหลือตามความจำเป็นและเหมาะสมได้ไม่เกินวงเงินครั้งละ 3,000 บาท ได้ไม่เกิน 3 ครั้ง/คน/ปี • การให้คำแนะนำ ปรึกษาทางกฎหมาย • ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือเยียวยาจากรัฐ เรื่องการยื่นคำขอรับค่าตอบแทนผู้เสียหาย ค่าทดแทน และค่าใช้จ่ายแก่จำเลยในคดีอาญา ตลอดจนรวมถึงการให้คำปรึกษาต่าง ๆ ทางกฎหมายจากการสอบถามของผู้สูงอายุ

สิทธิผู้สูงอายุ	บริการที่จัดไว้ ตามสิทธิผู้สูงอายุ
มาตรา 11 (9) ด้านการให้คำแนะนำ ปรึกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้อง ในทางคดี	• การอุปการะผู้สูงอายุที่ประสงค์เข้าใช้บริการ ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ โดยต้องมีคุณสมบัติของผู้รับบริการ ดังนี้
มาตรา 11 (10) การจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตาม ความ จำเป็นอย่างทั่วถึง	1. อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย 2. ไม่เป็นผู้ต้องหาว่ากระทำความผิดอาญา และอยู่ ระหว่างการสอบสวนของพนักงานสอบสวน หรืออยู่ระหว่างการพิจารณาคดีของศาล 3. ไม่เป็นโรคติดต่อ ตามพระราชบัญญัติ โรคติดต่อ พ.ศ. 2523 4. มีความสมัครใจ 5. สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในกิจวัตร ประจำวัน 6. ไม่มีอาการทางจิตที่รุนแรง หรือมีพฤติกรรม ด้านลบที่จะส่งผลกระทบต่อผู้อื่น 7. ไม่ติดสารเสพติด หรือติดสุรา 8. กรณีคนเร่ร่อน ถูกทอดทิ้ง หรือไร้ที่พึ่ง ต้องผ่านกระบวนการตามพระราชบัญญัติ คุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง พ.ศ. 2557 ก่อน 9. ต้องเป็นผู้ประสบปัญหาความเดือดร้อน อย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ - ฐานะยากจน - ไม่มีที่อยู่อาศัย - ขาดผู้อุปการะ หรือผู้ให้ความช่วยเหลือดูแล การสมัครเข้ารับบริการ 1. ผู้ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร ให้ติดต่อยื่นใบสมัครได้ที่ กรมกิจการผู้สูงอายุ หรือสำนักงานเขต ในเขตที่ผู้สูงอายุพักอาศัย

สิทธิผู้สูงอายุ	บริการที่จัดไว้ ตามสิทธิผู้สูงอายุ
	2. ผู้ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในต่างจังหวัด ให้ติดต่อยื่นใบสมัครได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ในจังหวัดที่ผู้สูงอายุพักอาศัย
มาตรา 11 (11) การจ่ายเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม	ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ สัญชาติไทย ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่ได้จัดให้อย่างเป็นประจำ จะได้รับการช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนตลอดชีวิต โดยแบ่งจ่ายตามช่วงอายุแบบขั้นบันได ดังนี้ - อายุ 60 - 69 ปี ได้รับเดือนละ 600 บาท - อายุ 70 - 79 ปี ได้รับเดือนละ 700 บาท - อายุ 80 - 89 ปี ได้รับเดือนละ 800 บาท - อายุ 90 ปีขึ้นไป ได้รับเดือนละ 1,000 บาท คุณสมบัติ - สัญชาติไทย - มีอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และผู้ที่เกิดก่อนวันที่ 2 กันยายน พ.ศ. 2507 - ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการ หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ ผู้รับเงินบำนาญ เบี้ยหวัด บำนาญพิเศษ หรือเงินอื่นใดในลักษณะเดียวกัน ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำ หรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐหรือ

สิทธิผู้สูงอายุ	บริการที่จัดไว้ ตามสิทธิผู้สูงอายุ
มาตรา 11 (11) การจ่ายเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้เป็นประจำ โดยไม่รวมถึงผู้พิการหรือผู้ป่วยเอดส์ตามระเบียบมหาดไทย ว่าด้วยการจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2548 หรือผู้ที่ได้รับสวัสดิการอื่นตามมติคณะรัฐมนตรี สถานที่ลงทะเบียน - สำนักงานเขต - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผู้สูงอายุมิ ภูมิภาค หลักฐานประกอบการขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ - บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย - ทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้าน (ที่เป็นปัจจุบัน) - สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ในนามผู้มีสิทธิ/ผู้ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ (สำหรับกรณีประสงค์รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร) หมายเหตุ : ในกรณีผู้สูงอายุไม่สามารถมาลงทะเบียนด้วยตนเองได้ สามารถมอบอำนาจเป็นลายลักษณ์อักษรให้ผู้อื่นเป็นผู้ยื่นคำขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุแทนได้ (11/1) การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐจากเงินบำรุงกองทุนผู้สูงอายุที่เก็บจากสุราและยาสูบตามกฎหมายว่าด้วยภาษีสรรพสามิต และจากโครงการบริจาคเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเข้ากองทุน

สิทธิผู้สูงอายุ	บริการที่จัดไว้ ตามสิทธิผู้สูงอายุ
	ผู้สูงอายุ ผ่านทางบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ โดยพิจารณาให้จ่ายตามเกณฑ์รายได้ของผู้สูงอายุที่ลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ดังนี้ - สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้ ไม่เกิน 30,000 บาทต่อปี จ่ายเดือนละ 100 บาท - สำหรับผู้สูงอายุที่รายได้เกิน 30,000 บาท แต่ไม่เกิน 100,000 บาท จ่ายเดือนละ 50 บาท
มาตรา 11 (12) การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี	ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (1) มีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป (2) มีสัญชาติไทย (3) ผู้สูงอายุที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ เว้นแต่ผู้สูงอายุ ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ แต่ยังไม่มียบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียนให้ผู้อำนวยการเขต หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองคการบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชนเป็นผู้ออกหนังสือรับรอง รวมถึงผู้สูงอายุซึ่งอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์ สถานดูแล สถานคุ้มครอง หรือสถานใดๆ ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดำเนินการในลักษณะเดียวกัน ซึ่งจัดการศพตามประเพณี โดยมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์ โดยยื่นคำขอภายในกำหนดระยะเวลา 6 เดือนนับตั้งแต่วันที่ออกใบมรณบัตร หากผ่านคุณสมบัติ จะได้รับการช่วยเหลือรายละ 3,000 บาท

สิทธิผู้สูงอายุ	บริการที่จัดไว้ ตามสิทธิผู้สูงอายุ
มาตรา 11 (13) การอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด (1) การจัดบริการเพื่ออำนวยความสะดวกด้านพิพิธภัณฑสถาน โบราณสถาน หอจดหมายเหตุแห่งชาติ และการจัดกิจกรรมด้านศาสนา ศิลปะ และวัฒนธรรม	1. การจัดบริการเพื่ออำนวยความสะดวกด้านพิพิธภัณฑสถานแห่งชาติ โบราณสถาน โบราณคดี หอจดหมายเหตุแห่งชาติ และการจัดกิจกรรมด้านศาสนา ศิลปะ และวัฒนธรรมตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติประกาศกำหนด - จัดบริการโดยตรงสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ลิฟต์ พื้นเรียบ ราวจับบันได ทางลาดห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ ที่จอดรถ - จัดเจ้าหน้าที่อำนวยความสะดวกและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ - จัดบริการรถเข็น
(2) การจัดบริการสถานที่ท่องเที่ยว การจัดกิจกรรมกีฬาและนันทนาการ	2. การจัดบริการสถานที่ท่องเที่ยว การจัดกิจกรรมกีฬาและนันทนาการ ตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติประกาศกำหนด • <u>ด้านการท่องเที่ยว</u> การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยจัดกิจกรรมโครงการนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ เช่น นันทนาการสัจจะผู้สูงอายุรีนรมย์ (ไหว้พระ 9 วัด) โครงการส่งเสริมการท่องเที่ยวสำหรับกลุ่มผู้สูงวัย กระตุ้นการออกเดินทางท่องเที่ยวในกลุ่มผู้สูงอายุในแคมเปญ “เก๋าก๊วนชวนเที่ยวไทย” <u>สามารถติดตามได้ที่</u> รายการโทรทัศน์ “เก๋ไม่เก๋” และบนสื่อออนไลน์ Facebook Page “เก๋ไม่เก๋ว่าไรดีวัยเก๋” โทรศัพท์ 0 2250 5500 ต่อ 1368

สิทธิผู้สูงอายุ	บริการที่จัดไว้ ตามสิทธิผู้สูงอายุ
(2) การจัดการบริการสถานที่ท่องเที่ยว การจัดกิจกรรมกีฬาและนันทนาการ	• ด้านกีฬาและนันทนาการ การกีฬาแห่งประเทศไทย มีการให้บริการ ดังนี้ - การบริการตรวจสุขภาพ ทดสอบสมรรถภาพทางร่างกาย - ใช้บริการในสนามฟุตบอล สวนสุขภาพ ลานกีฬาแอโรบิค สนาม เปตอง ฟิตเนส ศูนย์ฝึกกีฬาในร่ม - เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เช่น การแข่งขันกีฬา การลีลาศ
(3) การประชาสัมพันธ์ให้ทราบเกี่ยวกับสิทธิที่ได้รับ	3. การประชาสัมพันธ์ให้ทราบเกี่ยวกับสิทธิที่ได้รับ - จัดทำคู่มือสิทธิผู้สูงอายุ - โปสเตอร์สิทธิผู้สูงอายุ - Animation สิทธิผู้สูงอายุ - Gold application
(4) การได้รับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	4. การได้รับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยได้รับการดูแลจากอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นซึ่งทำงานบูรณาการด้านบริการสังคมและสุขภาพโดยเน้นให้บริการที่บ้าน ประกอบด้วย - ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวัน - บริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน - การให้คำปรึกษาเบื้องต้นกับครอบครัวและประสานงานความช่วยเหลือกับหน่วยงานต่างๆ - ประเมินปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นและประสานงานส่งต่อ - การให้บริการอื่นๆ ตามแผนการดูแลรายบุคคล

นอกจากสิทธิผู้สูงอายุทั้ง 13 อนุมาตราแล้วยังมีสิทธิผู้สูงอายุตามมาตรา 13 ด้าน กองทุนผู้สูงอายุ ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อเป็นทุนใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครอง ส่งเสริม และ สนับสนุนผู้สูงอายุให้มีศักยภาพความมั่นคงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมทั้งสนับสนุนกิจกรรม ขององค์กรที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสนับสนุนผู้สูงอายุให้มีความเข้มแข็งอย่าง ต่อเนื่อง โดยมีกิจกรรมหรือบริการสำหรับผู้สูงอายุ 2 ประเภท ได้แก่

1) การให้บริการกู้ยืมเงินทุนประกอบอาชีพ ประเภทรายบุคคล วงเงินไม่เกินคนละ 30,000 บาท และประเภทรายกลุ่ม กลุ่มละไม่เกิน 5 คน วงเงินไม่เกินกลุ่มละ 100,000 บาท โดยต้องชำระคืนเป็นรายงวด ภายในระยะเวลาไม่เกิน 3 ปี โดยไม่มีอัตราดอกเบี้ย

2) การสนับสนุนเงินอุดหนุนองค์กรที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในการดำเนิน โครงการ เพื่อส่งเสริมกิจกรรมผู้สูงอายุในลักษณะกลุ่ม ชมรม ศูนย์บริการ ศูนย์เอนกประสงค์ ในชุมชน และสำหรับองค์กรที่ดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ ซึ่งแบ่งเป็นโครงการขนาดเล็ก วงเงิน ไม่เกิน 50,000 บาท โครงการขนาดกลางวงเงินไม่เกิน 50,000 – 300,000 บาท และโครงการ ขนาดใหญ่ วงเงิน 300,000 บาท ขึ้นไป

สถานที่ยื่นคำขอรับบริการ

- กองทุนผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ กรุงเทพมหานคร (ส่วนกลาง)
- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ทุกจังหวัด

มาตรา 17 การลดหย่อนภาษี กรมสรรพากร ได้มีการยกเว้นภาษีเงินได้บุคคล ธรรมดาสำหรับผู้มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในประเทศไทยเฉพาะเงินได้ที่ได้รับส่วนที่ไม่เกิน 190,000 บาท ในปีภาษีนั้น ยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาจากเงินบำเหน็จดำรงชีพ มาตรการ นี้ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่รับบำนาญ แต่ต้องการใช้เงินที่เป็นบำเหน็จตกทอดขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ ผู้สูงอายุที่รับบำเหน็จดำรงชีพตามกฎหมาย ว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการและกฎหมาย ว่าด้วยกองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ จำได้รับการยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาจาก เงินบำเหน็จดำรงชีพนั้นลดหย่อนภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสำหรับบุตรที่เลี้ยงดูบิดาหรือมารดา ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยบิดาหรือมารดาจะต้องไม่มีเงินได้พึงประเมินเกิน 30,000 บาท ในปี ภาษีนั้นๆ และหักค่าลดหย่อนเงินหรือทรัพย์สินที่บริจาคให้แก่กองทุนผู้สูงอายุ

1.3.3 เบี้ยยังชีพความพิการ

ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2556) ได้กำหนดให้คนพิการมีสิทธิเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้จากสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะ ตลอดจนสวัสดิการและความช่วยเหลืออื่นจากรัฐ ดังนั้น เพื่อประโยชน์ในการได้รับสิทธิสวัสดิการต่างๆ ตามกฎหมายที่กำหนด บุคคลซึ่งมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันหรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่องทางร่างกาย รวมถึงอุปสรรคด้านต่างๆ จึงจำเป็นจะต้องมีการยื่นขอมีบัตรประจำตัวคนพิการตามประเภทและหลักเกณฑ์ความพิการ ดังนี้

- 1) ความพิการทางการเห็น
- 2) ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย
- 3) ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย
- 4) ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม
- 5) ความพิการทางสติปัญญา
- 6) ความพิการทางการเรียนรู้
- 7) ความพิการทางออทิสติก

ซึ่งสามารถยื่นขอทำบัตรประจำตัวคนพิการได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด โรงพยาบาลบางแห่ง องค์การบริหารส่วนตำบล หรือเทศบาล ตามทะเบียนบ้าน โดยตามมาตรา 20 (9) คนพิการมีสิทธิได้รับการจัดสวัสดิการเบี้ยความพิการตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่คณะกรรมการกำหนดในระเบียบ ซึ่งปัจจุบันคนพิการจะได้รับเบี้ยความพิการรายละ 800 บาทต่อเดือน และในส่วนกรณีของผู้ที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐจะได้เพิ่มเข้าในบัตรสวัสดิการแห่งรัฐอีกรายละ 200 บาทต่อเดือน โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจ่ายเป็นเงินสด หรือโอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารในนามผู้มีสิทธิได้รับเบี้ยความพิการ หรือในนามผู้ดูแลคนพิการเป็นรายเดือน ภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน หากล่าช้าเกินกว่ากำหนดดังกล่าว ต้องเป็นกรณีจำเป็นอันมิอาจก้ำกั้วได้

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้ถ่ายโอนภารกิจเบี้ยยังชีพคนพิการให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ ตั้งแต่ปี 2547 เป็นต้นมา โดยปัจจุบันการจ่ายเบี้ยยังชีพความพิการให้แก่คนพิการและการขอตั้งงบประมาณในเรื่องดังกล่าวเป็นความรับผิดชอบของกระทรวงมหาดไทย (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร และพัทยา)

คุณสมบัติของผู้มีสิทธิจะได้รับเงินเบี้ยความพิการ

- 1) สัญชาติไทย
- 2) มีบัตรประจำตัวคนพิการ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556
- 3) มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตพื้นที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามทะเบียนบ้าน
- 4) ไม่เป็นบุคคลซึ่งอยู่ในอุปการะของสถานสงเคราะห์ของรัฐหรือเอกชนที่ได้รับเงินอุดหนุนส่วนใหญ่จากรัฐ
- 5) คนพิการซึ่งได้รับสิทธิตามที่บัญญัติไว้ในกฎหมายหรือระเบียบอื่น ไม่เป็นการตัดสิทธิที่คนพิการจะได้รับสิทธิตามระเบียบนี้

ขั้นตอนการยื่นคำขอรับเงินเบี้ยความพิการ

- 1) สามารถลงทะเบียนและยื่นคำขอได้ภายในเดือนพฤศจิกายนของทุกปี
ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่คนพิการมีภูมิลำเนาอยู่
- 2) หลักฐานที่ใช้ในการลงทะเบียน
 - บัตรประจำตัวคนพิการ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 2556
 - ทะเบียนบ้าน
 - สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร (กรณีและผู้ขอรับเบี้ยประสงครับผ่านบัญชีธนาคาร)

การจ่ายเงินเบี้ยความพิการ

- 1) จ่ายในอัตราเดือนละ 800 บาท ตามมติคณะรัฐมนตรี
- 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จ่ายเงินเบี้ยความพิการแก่ผู้มีสิทธิเป็นรายเดือนภายในวันที่ 10 ของทุกเดือน โดย
- 3) สิทธิสิ้นสุดลงเมื่อคนพิการเสียชีวิต หรือแจ้งขอสละสิทธิ ทั้งนี้หลักเกณฑ์เป็นไปตามที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด

สอบถามข้อมูลเพิ่มเติม

- 1) กรุงเทพมหานคร ได้แก่ สำนักงานเขตทุกแห่งของกรุงเทพมหานครที่คนพิการมีภูมิลำเนาอยู่
- 2) ภูมิภาค ได้แก่ เทศบาลตำบล/เมือง/องค์การบริหารส่วนตำบล/พญา หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่คนพิการมีภูมิลำเนาอยู่

บรรณานุกรม

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546.

กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เทพเพ็ญวานิชย์; 2554.

กรมกิจการผู้สูงอายุ. คู่มือสิทธิผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546. กรุงเทพฯ; 2565.

กรมกิจการผู้สูงอายุ. รายงานผลการดำเนินงานรองรับสิทธิผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และแก้ไขเพิ่มเติม ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ; 2565.

กรมกิจการผู้สูงอายุ. การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุของประเทศไทยตามแผนปฏิบัติการระหว่างประเทศว่าด้วยเรื่องผู้สูงอายุ พ.ศ. 2599 – 2559. กรุงเทพฯ; 2565.

จอห์น โมเดล, นภาพร ชโยวรรณ. การสูงอายุทางประชากร และการอยู่ดีมีสุขของผู้สูงอายุในประเทศไทย แนวโน้มอดีต สถานการณ์ปัจจุบันและความท้าทายในอดีต. กรุงเทพฯ : กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ; (2552).

กองทุนผู้สูงอายุ. คู่มือกองทุนผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : บริษัท พิมพ์ดี จำกัด; 2563.

กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ. คู่มือคนพิการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2564.

พระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550. สหิทธิคนพิการตามพระราชบัญญัติส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ พ.ศ. 2550.

แก้ไขที่เพิ่มเติม (ฉบับที่ 2) พ.ศ. 25556. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ; 2552

[เข้าถึงเมื่อ 15 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก : <http://web1.dep.go.th/sites/default/files/files/law/197.p>

1.4 เจตคติต่อผู้สูงอายุในทุกมิติ

กรมกิจการผู้สูงอายุ

เจตคติ (Attitude) หมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อ และความคิดเห็นของบุคคล ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง และแสดงออกเป็นพฤติกรรมว่ายอมรับหรือปฏิเสธ โดยมีผลมาจากความคิด การวิเคราะห์ การเรียนรู้ และประสบการณ์ของบุคคลนั้น เป็นเครื่องมือในการตัดสินใจ โดยเป็นสภาวะของความพร้อมทางจิตใจ ซึ่งเกิดขึ้นจากประสบการณ์ โดยเป็นการกำหนดทิศทางของปฏิกิริยาระหว่างบุคคลที่มีต่อบุคคล สิ่งของ และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

เจตคติจึงกำหนดขึ้นได้จากการเรียนรู้ วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมในสังคม เป็นการสร้างความรู้สึก จากประสบการณ์ของตนเอง โดยประสบการณ์ที่ได้รับจากเดิม มีทั้งทางบวก และลบ จะส่งผลถึงเจตคติต่อสิ่งใหม่ที่คล้ายคลึงกัน และเป็นการเลียนแบบบุคคลที่ตนเองให้ความสำคัญ และรับเอาเจตคตินั้น มาเป็นของตน

ซึ่งบุคคลแสดงความรู้สึกทางด้านพฤติกรรม แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

1) พฤติกรรมภายนอก เป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้ เช่น ท่าทางหน้าตาบ่งบอก ความพึงพอใจ

2) พฤติกรรมภายใน เป็นพฤติกรรมที่สังเกตไม่ได้ เช่น ชอบหรือไม่ชอบก็ไม่แสดงออก

องค์ประกอบของเจตคติ 3 ประการ คือ

1. องค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Component) เป็นองค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้านั้นๆ เพื่อเป็นเหตุผลที่จะสรุปความ และรวมเป็นความเชื่อ โดยความรู้ความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ได้รับมาจากการเรียนรู้ การพูดคุย การอ่าน หรือการรับรู้จากสื่อต่างๆ ซึ่งมีผลต่อเจตคติของคนนั้นๆ ต่อสิ่งใดหรือบุคคลใด ในทางลบหรือบวกก็ได้ ขึ้นอยู่กับข้อมูลที่มีในความทรงจำของบุคคลนั้นๆ โดยจะมีสมองเป็นตัวคิดวิเคราะห์

2. องค์ประกอบด้านความรู้สึกและอารมณ์ (Affective Component) เป็นองค์ประกอบด้านความรู้สึกหรืออารมณ์ของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งเร้า คือ ผลที่เกิดตามมาภายหลังจากการได้ข้อมูล ความรู้ ผู้รับข้อมูลจะทำการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับมาจากที่ต่างๆ แล้วตัดสินใจจากประสบการณ์ของตนเองที่สะสมมาในอดีต

3. องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) เป็นองค์ประกอบทางด้านความพร้อม หรือความโน้มเอียงที่บุคคลประพฤติปฏิบัติ หรือตอบสนองต่อสิ่งเร้าในทิศทางที่จะสนับสนุน หรือคัดค้าน ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความเชื่อ หรือความรู้สึกของบุคคลที่ได้รับจากการประเมินค่าให้สอดคล้องกับความรู้สึกที่มีอยู่ เป็นสิ่งที่แสดงออกมาให้เราสามารถเห็นได้ด้วยท่าทางการแสดงออก

กล่าวโดยสรุป คือ เจตคติเป็นลักษณะทางจิตวิทยาของบุคคลที่เป็นแรงจูงใจของแต่ละบุคคล ซึ่งแสดงออกของความคิดเห็นทางพฤติกรรมไปในทางต่อต้านหรือสนับสนุนต่อสิ่งนั้นหรือสถานการณ์นั้น ที่เกิดขึ้น โดยการแสดงออกดังกล่าวจะสอดคล้องเป็นไปในทิศทางที่สอดคล้องกับเจตคติของบุคคล

มายาคติกับความจริงบางประการของผู้สูงอายุ

เจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ เมื่อกล่าวถึงการสูงอายุคนบางกลุ่มอาจมีเจตคติทางลบเกิดขึ้น เนื่องจากคิดว่าเมื่อสูงอายุแล้วจะมีความเสื่อมทางด้านร่างกาย มีภาวะเจ็บป่วย ความสามารถลดลง ไร้ประโยชน์ หรือไร้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิต โดยผู้สูงอายุอาจถูกเหมารวม (Stereotype) ว่าเป็นบุคคล ที่เป็นผู้อ่อนแอ ยึดติด ขาดความยืดหยุ่น และล้าสมัย ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดูแลผู้สูงอายุ อาจนำไปสู่การปฏิบัติ ที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุทั้งจากครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดผลกระทบตามมาได้

“วยาคติ” มาจากคำว่า วย (วัย หรืออายุ) สนธิกับคำว่า อคติ (ความลำเอียง หรือมีทัศนคติในทางลบ) วยาคติ หมายถึง อคติหรือการเลือกปฏิบัติต่อบุคคล หรือกลุ่มบุคคลด้วยเหตุแห่งอายุหรือวัย โดยอคติเช่นนี้อาจเกิดขึ้นจากความเชื่อ ทัศนคติ ค่านิยม หรือบรรทัดฐานในทางลบที่มีต่อคนบางกลุ่มอายุ ซึ่งนำไปสู่ความลำเอียงหรือการเลือกปฏิบัติ เช่น การไม่รับฟังความคิดเห็นของวัยรุ่น เพราะเห็นว่าเด็กเกินไป ไม่มีประสบการณ์หรือความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน หรือการไม่ยอมรับพฤติกรรมบางอย่างของผู้สูงอายุ เพราะมีทัศนคติที่ว่าผู้สูงอายุไม่ควรทำอย่างนั้นหรือผู้สูงอายุเป็นบุคคลล้าหลังและไม่เข้าใจสังคมในยุคปัจจุบัน โดยทั่วไป จะใช้คำว่า “วยาคติ” ที่มีความหมายถึง อคติ หรือทัศนคติเชิงลบ หรือการเลือกปฏิบัติต่อผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเฉพาะ เช่น การมองว่าผู้สูงอายุเป็นภาระของครอบครัวและสังคม ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงอาศัยจากคนวัยแรงงานหรือวัยอื่น ผู้สูงอายุมีภาพลักษณ์ของความทรุดโทรมองสังขารร่างกายและจิตใจ จนไม่สามารถเป็นผู้ที่มีผลผลิตอีกต่อไป

เจตคติทางลบต่อผู้สูงอายุ หมายถึง การรังเกียจ และการเหมารวม ที่ใช้กับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นพื้นฐานในการตัดสินหรือการมีเจตคติลบต่อผู้สูงอายุเป็นผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลง

จากสังคม ทำให้ผู้สูงอายุถูกมองในทางลบ โดยผ่านมาความเชื่อที่ว่ามายาคติ และการเหมารวมของสังคมต่อผู้สูงอายุจะเป็นส่วนหนึ่งของเจตคติทางลบต่อผู้สูงอายุ กล่าวคือ มายาคติหรือความเชื่อที่ผิด (Myth) และความจริงบางประการ (Reality) เกี่ยวกับการสูงอายุ²

มายาคติหรือความเชื่อที่ผิด (Myth)	ความจริงบางประการ (Reality)
ผู้สูงอายุไม่สามารถเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ที่ซับซ้อน	ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ได้ แต่ช้าลงกว่าเดิม
ผู้สูงอายุมักดื้อ ไม่เห็นด้วย และไม่เป็นมิตร	การมีพฤติกรรมเช่นนี้ในผู้สูงอายุอาจเกิดจากกระบวนการปกป้องตนเองหรือการเผชิญปัญหาในวัยหนุ่มสาวก็มีลักษณะเช่นนี้ได้
เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ บุคคลต้องการแยกจากสังคม	เนื่องจากผู้สูงอายุมีลักษณะเฉพาะแต่ละบุคคล จึงมีการตอบสนองแตกต่างกันในแต่ละสังคม
การเป็นหม้าย และเหตุการณ์ในชีวิตมีผลกระทบต่อ ผู้สูงอายุ	การให้ความหมายต่อเหตุการณ์ในชีวิตขึ้นอยู่กับ การประเมินเหตุการณ์ของแต่ละบุคคล และแหล่ง ประโยชน์ในการเผชิญความเครียด

เจตคติต่อผู้สูงอายุ

การสร้างสัมพันธภาพที่ดี เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินชีวิตและเป็นการเรียนรู้การอยู่ร่วมกัน โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุควรตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ และยอมรับเรียนรู้ ที่จะปรับตัวและมีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ เพื่อสร้างความเข้าใจผู้สูงอายุ รวมถึงการดูแลอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุอย่างเป็นปกติสุข

เจตคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อผู้สูงอายุ

1. การยอมรับและเข้าใจ

เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเฉพาะและแตกต่างจากบุคคลอื่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงควรยอมรับและเข้าใจในความแตกต่างของผู้สูงอายุ ทั้งในสภาวะทางร่างกายและจิตใจที่มีความแตกต่างจากบุคคลอื่นทั่วไป โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องปรับตัวเองให้ยอมรับ และปรับความคิดทัศนคติของตนเองให้เข้าใจผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลดีต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุและการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

2. การเห็นคุณค่าและความสำคัญผู้สูงอายุ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมองเห็นคุณค่าและให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ เพื่อดำรงความมีศักดิ์ศรีและความภูมิใจของผู้สูงอายุ โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ซึ่งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ อย่างมีส่วนร่วม เช่น การขอคำแนะนำ การรับฟังความคิดเห็น รวมทั้งการแสดงออกต่อผู้สูงอายุด้วยความเคารพและให้เกียรติผู้สูงอายุ โดยหมั่นพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้สูงอายุ ซึ่งคำถามที่ดีต้องเป็นคำถามปลายเปิดที่ให้ผู้สูงอายุสามารถแสดงความคิดเห็นได้ และเป็นการเห็นคุณค่าในผู้สูงอายุ

3. การดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ

ความต้องการของผู้สูงอายุคือการได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุควรเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี ทั้งในเรื่องของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการดูแลทางด้านจิตใจ

4. การสนับสนุนการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสริเริ่มทำกิจกรรมที่ตนเองสนใจและถนัด รวมถึงกิจกรรมในรูปแบบใหม่ๆ ที่แตกต่างไปจากเดิม ซึ่งจะช่วยเสริมความรู้สึกที่ดีและมีคุณค่า ต่อตัวผู้สูงอายุเองและผู้อื่น เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุจมอยู่กับอดีต หรือมีความวิตกกังวลกับอนาคตที่ยังมาไม่ถึง มากจนเกินไป ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุช่วยสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรม เพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุได้ เช่น การเรียนรู้การใช้เทคโนโลยีของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร ที่รวดเร็วและทันสมัยมากขึ้น

5. ไม่สร้างปัญหามารบกวนจิตใจ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่ควรนำปัญหาในเรื่องต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทั้งปัญหาในครอบครัวหรือปัญหาสังคมมาทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล หรือสร้างความเครียดให้กับผู้สูงอายุ เพราะจะส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุควรคำนึงถึงความสำคัญของการเลือกข้อมูลที่ใช้สื่อสาร ให้เหมาะสม โดยไม่สร้างความวิตกกังวลกับผู้สูงอายุ

เจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ

1. ความรับผิดชอบ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมีความรับผิดชอบต่อการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยศรัทธาและมีความตั้งใจดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุเป็นอย่างดี การมีวินัยในตัวเอง ไม่ละทิ้งการปฏิบัติหน้าที่ ดูแลผู้สูงอายุโดยเห็นแก่ประโยชน์ของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ

2. ความซื่อสัตย์

ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมีความซื่อสัตย์ต่อการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างตรงไปตรงมา ทั้งกาย วาจา และจิตใจ โดยการประพฤติตนตามระเบียบแบบแผนอย่างสม่ำเสมอ และมีความซื่อสัตย์ต่อผู้สูงอายุ รวมถึงครอบครัวของผู้สูงอายุ

3. ความเมตตากรุณา

ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมีความเข้าใจและความปรารถนาที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ

4. ความอดสาหัส อดทน

ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมีความพยายามอย่างเต็มที่ในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุประสบผลสำเร็จ ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ เสริมสร้างสุขภาพทางกายและใจให้แข็งแรง รวมถึงผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมีความขยันหมั่นศึกษาหาข้อมูลความรู้เพิ่มเติมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มพูนทักษะความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

บรรณานุกรม

- กึ่งแก้ว ทรัพย์พระวงศ์. อิทธิพลของเจตคติและการอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุที่มีต่อการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ; 2560.
- ผ่องพรรณ อรุณแสง. การพยาบาลปัญหาสำคัญของผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.; 2554.

1.5 การอยู่ร่วมกันและความเข้าใจซึ่งกันและกัน

นางขจิตรัตน์ ชุนประเสริฐ

นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ กรมสุขภาพจิต

ในการที่เราต้องอยู่ร่วมกันในครอบครัวในสังคมเดียวกันสิ่งที่ต้องคำนึงถึงประโยชน์และความจำเป็นที่ต้องอยู่ร่วมกัน สิ่งสำคัญคือการที่คนในครอบครัวสามารถใช้ชีวิตภายในบ้านได้อย่างราบรื่นและมีความสุข โดยเฉพาะการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงวัยภายในบ้านซึ่งถือว่าอยู่ในช่วงบั้นปลายของชีวิต หลังจากที่ต้องเหน็ดเหนื่อยกับการทำงานเพื่อก่อร่างสร้างตัวและเลี้ยงดูลูกหลานให้เติบโตจนสามารถดูแลตัวเองและสร้างครอบครัวของตัวเองต่อไปได้ จึงเป็นหน้าที่ของคนในครอบครัวที่จะต้องเรียนรู้และปรับตัวเข้าหาผู้สูงวัยด้วย

ข้อคิดสำคัญในการที่อยู่ร่วมกันที่อยู่ภายในบ้าน การทำความเข้าใจในลักษณะนิสัย ความคิด ทัศนคติและประสบการณ์ที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ ตลอดจนความเสื่อมถอยและเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจของ ผู้สูงวัยจึงเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่ออารมณ์ ความรู้สึกและการแสดงออกที่มักเต็มไปด้วยความวิตกกังวลและหวั่นไหวต่อสิ่งต่าง ๆ มากจนทำให้สมาชิกเกิดความรำคาญใจและถอยห่างออกมา เพื่อให้บรรยากาศภายในครอบครัวที่ประกอบด้วยสมาชิกจากหลากหลายช่วงวัยเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและเป็นพื้นที่ ที่น่าอยู่สำหรับสมาชิกทุกคน มีความรักความอบอุ่น ไม่เกิดความรู้สึกแปลกแยกและรู้สึกเหินห่างต่อกันต่อไปนี้เป็นวิธีที่จะทำให้เราสามารถอยู่ร่วมกับผู้สูงวัยภายในครอบครัวได้อย่างมีความสุข ดังนี้

- 1) การยอมรับและเข้าใจในความแตกต่าง ของพื้นฐานแต่ละคนไม่เหมือนกัน
- 2) ต้องรู้จักประนีประนอม เพราะแต่ละครอบครัวก็ถูกเลี้ยงดูมาแตกต่างกัน ขนาดพื้นที่ที่เกิดจากท้องเดียวกัน ยังมีนิสัยที่แตกต่างกัน จึงทำให้แต่ละคนแตกต่างกันทั้งความคิด ความชอบ และระเบียบวินัย

- 3) มองเห็นคุณค่าและความสำคัญ ผู้สูงอายุนานมากที่พ้นจากชีวิตการทำงานแล้ว อาจรู้สึกหมดคุณค่าที่ไม่สามารถทำประโยชน์ให้กับใครได้อีก คิดว่าตัวเองไม่มีค่า จนไปบั่นทอนสภาพจิตใจและส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายตามมา ซึ่งคนในครอบครัวสามารถช่วยได้ด้วยการให้ความสำคัญโดยการ ขอคำแนะนำ รับฟังความเห็นหรือให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ รวมทั้งแสดงออกต่อกันด้วยความเคารพเพื่อสร้างบรรยากาศที่ดีให้กับครอบครัว

- 4) อย่าตัดสินคนจากคำพูด แต่ให้มองที่ใจ เพราะการกระทำคือ ของที่จริงแท้แน่นอน เวลาได้ยินใครพูดอะไรหรือใส่ร้ายผู้อื่น อย่าเพิ่งไปปักใจเชื่อให้พิสูจน์ด้วยตัวเองเสียก่อน

ต้องฟังความทั้งสองฝ่ายอย่างมีเหตุผล

5) ยึดหลักการทำงานร่วมกับคนอื่น เพราะเราไม่สามารถทำทุกอย่างด้วยตนเองได้หมด ต้องฟังคนอื่น การใช้คนอื่นให้ทำอะไร ต้องรู้วิธีในการพูดขอร้องด้วยวิธีที่สุภาพ อีกทั้งควรใจกว้างหรือมีน้ำใจกับเพื่อน มีวิธีสื่อสารให้คนอื่นเข้าใจได้ง่ายๆ

6) ให้ความดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ความต้องการของผู้สูงอายุคือการได้รับความดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัวลูกหลาน การแสดงความรัก สร้างความอบอุ่น และความสัมพันธ์ที่ดีได้โดยการถามไถ่สารทุกข์สุกดิบและชวนพูดคุยถึงเรื่องต่างๆ คอยดูแลใกล้ชิด ไม่ปล่อยให้อยู่โดยลำพังดูแลเรื่องอาหารการกินความสะอาดและการออกกำลังกายไปตรวจสุขภาพและพบแพทย์ตามนัดหมาย

7) ไม่ควรตำหนิใคร ต่อหน้าคนอื่น เพราะจะทำให้เขารู้สึกเสียหน้า และจะเกิดความรู้สึกอับอาย ไม่พอใจ กลายเป็นสร้างปมเจ็บฝังลึกในใจ รวมทั้งไม่ควรนำเรื่องลับ ไปพูดในที่แจ้ง เมื่อเราได้รับฟังความลับของเพื่อนไม่ว่าจะเป็นเรื่องดีหรือไม่ดี ยิ่งเป็นเรื่องไม่ดีเพื่อนต้องยิ่งระวังให้มาก ถ้านำมาเปิดเผย ควรจะขออนุญาตอีกฝ่ายเสียก่อน มิฉะนั้นจะถูกตำหนิว่าไม่มีมารยาท และเพื่อนจะเกิดความไม่ไว้วางใจขึ้น

8) การยอมรับรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น

1.5.1 การสื่อสารที่เหมาะสม

ทักษะการสื่อสารเป็นทักษะที่สำคัญมากในการใช้ชีวิต การอยู่ร่วมกันในสังคมในครอบครัว ถึงแม้ว่าเราจะมีความคิดดีแค่ไหน แต่หากสื่อสารให้อย่างไม่มีประสิทธิภาพก็อาจไม่สามารถทำให้ผู้อื่นรับรู้ และเข้าใจได้ หลากๆ คนมักมองว่าการสื่อสารเป็นเรื่องที่ง่ายเลยไม่ได้ให้ความสำคัญ หรือใส่ใจมากเท่าที่ควร ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้วการสื่อสารเพื่อให้ได้ในสิ่งที่ต้องการนั้นไม่ใช่เรื่องง่ายเลย แต่จะว่ายาก ก็ไม่ยากขนาดนั้น ขอเพียงแค่ตั้งใจฝึกฝนและคิดตามดังข้อแนะนำต่างๆ ต่อไปนี้

1) ไม่พูดแทรก คือ ตั้งใจฟังผู้สูงอายุพูดให้จบ การพูดแทรกเป็นพฤติกรรมของคนใจร้อนเสียมารยาท และยังแสดงให้เห็นว่าผู้พูดไม่ให้เวลาสำหรับการฟังหรือไม่ตั้งใจฟังนั่นเอง จะทำให้เราพลาดข้อมูลที่สำคัญที่ผู้สูงอายุต้องการจะสื่อให้เราทราบ ความไม่รับร้อพูดแทรกจะทำให้เรามีลักษณะของความอ่อนโยน ใจเย็น

2) ทบทวนสิ่งที่สื่อสารหรือสิ่งที่จะพูดคุย เป็นลักษณะของการทวนคำ นอกจากจะช่วยให้เกิดความเข้าใจตรงกันแล้ว ผู้พูดจะรู้สึกที่เราสนใจในสิ่งที่เขากำลังพูด จะสร้างความรู้สึกที่ดีในการสนทนายิ่งขึ้น เช่น “คุณตาบอกว่าตอนนี้รู้สึกเจ็บที่ข้อเข่า อยู่ใช่ไหมคะ”

3) การจับมือไว้ หรือสัมผัสมือของผู้สูงอายุไว้ขณะที่สนทนา จะเป็นการบ่งบอกถึงความรัก เคารพ เห็นใจ และการอ่อนน้อม

4) การสื่อสารกับผู้สูงอายุต้องระวังเรื่อง “ความคิดที่ไม่ลงลอย” คือความคิดเห็นไม่ตรงกัน ผู้ดูแลควรเปลี่ยนประเด็นการสื่อสาร ไปพูดคุยในเรื่องที่ผู้สูงอายุให้ความสนใจ จะช่วยสร้างบรรยากาศการสื่อสารได้ดีขึ้น แล้วค่อยหาโอกาสในการสื่อสารใหม่หากเรื่องที่ต้องการจะสื่อสารนั้นเป็นเรื่องสำคัญกับผู้สูงอายุ

5) แสดงออกถึงความเข้าใจ และรับรู้ สิ่งที่เราได้สื่อสารกับผู้สูงอายุ

6) ไม่ใช้น้ำเสียงสูง การพูดกับผู้สูงอายุให้ใช้เสียงพูดธรรมดา ไม่ควรตะคอกหรือตวาดผู้สูงอายุโดยเด็ดขาด

7) ไม่ควรใส่อารมณ์ตัวเองเข้าไปในการพูดคุยกับผู้สูงอายุ ควรมีสติในการสื่อสาร

1.5.2 ทักษะการฟัง

1) มีสมาธิกับสิ่งที่ฟัง การมีสมาธิกับสิ่งที่กำลังฟังอยู่นั้นมีความสำคัญอย่างมาก ฟังโดยมีสมาธิ หมายถึง ฟังด้วยความตั้งใจมั่น จดจ่ออยู่กับเรื่องที่ฟัง ไม่ปล่อยจิตใจให้เลือนลอยไปที่อื่น

2) ควรฟังอย่างมีเหตุผล ฟังโดยไม่อคติ ผู้ฟังโดยไม่อคติต้องพิจารณาให้ละเอียดถี่ถ้วน ไม่เป็นโทษแก่ผู้อื่น

3) การตั้งใจฟังในสิ่งที่ได้ยินจะช่วยทำให้เห็นภาพชัดเจน รวมทั้งการฟังที่ดีทำให้สามารถจับประเด็นใจความสำคัญได้ไม่ตกหล่น

4) การฟังอย่างกระตือรือร้น ผู้ที่ฟังด้วยความกระตือรือร้นมักจะเป็นผู้ฟังที่มองเห็นประโยชน์หรือเห็นคุณค่าจึงสนใจเรื่องที่ตนจะฟัง

5) รู้จักเก็บอารมณ์ระหว่างฟัง อย่าแสดงอาการโกรธ สงสัย เครียด หรือสีหน้าที่แลคล้ายคูหมั่นความคิดผู้พูดแม้จะไม่ชอบใจในความคิดของเขา

6) รู้จักเลือกฟังแต่เรื่องที่ดี การให้ความสำคัญกับการฟังเรื่องดีๆ เข้าหาคนที่พูดแต่เรื่องดีๆ จะช่วยให้มี ความสุข

7) รู้จักมารยาทในการฟังมารยาทในการฟังเป็นอีกสิ่งที่เราควรรู้ ผู้ฟังที่ดีต้องทำให้ผู้พูดรู้สึกว่าการตั้งใจฟังสิ่งที่ผู้พูดต้องการบอก ไม่เหม่อลอยไปทางอื่นในขณะที่เขากำลังพูด ไม่รับโทรศัพท์ในทันทีหากมีสายเข้ามา หากเป็นสายสำคัญควรกล่าวขอภัยผู้พูดว่าเป็นสายสำคัญ แล้วจำเนื้อหาสุดท้ายก่อนรับสายอย่ารับสายในทันทีที่มีสายเรียกเข้า

บรรณานุกรม

- สุภาพร เทพยสุวรรณ. 7 วิธีอยู่ร่วมกับผู้สูงวัยอย่างมีความสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 29 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://mgronline.com/qol/detail/9630000071266>
- 10 วิธีอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างปรองดอง [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 29 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://40plus.posttoday.com/lifestyle/4226>

หมวดที่ 2

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ



2.1 อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ

2.1.1 เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุในเนื้อหาวิชา ดังนี้

2.1.1.1 เป้าหมายของการดูแลด้านอาหาร

2.1.1.2 ข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ

2.1.1.3 แนวทางการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

2.1.2 เพื่อให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติการและนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการวางแผน แนะนำ และจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

2.2 การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

2.2.1 เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุในเนื้อหาวิชา ดังนี้

2.2.1.1 รูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

2.2.1.2 ประโยชน์ของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

2.2.2 เพื่อให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติการและนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการวางแผน แนะนำ และจัดกิจกรรม การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

2.3 การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

2.3.1 เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุในเนื้อหาวิชา ดังนี้

2.3.1.1 สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

2.3.1.2 วิธีการสังเกตผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพจิต

2.3.1.3 ปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบบ่อย

2.3.1.4 วิธีการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

2.3.2 เพื่อให้ผู้เรียนสามารถนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

2.4 การจัดกิจกรรมนันทนาการและการชะลอความเสื่อม

2.4.1 เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมนันทนาการและการชะลอความเสื่อมในเนื้อหาวิชา ดังนี้

2.4.1.1 การเปลี่ยนแปลง ความเสื่อมถอย ของผู้สูงอายุ

2.4.1.2 กิจกรรมชะลอความเสื่อมถอยในด้านต่างๆ

2.4.2 เพื่อให้ผู้เรียนสามารถนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการจัดกิจกรรมนันทนาการและการชะลอความเสื่อมได้อย่างเหมาะสม

2.5 การจัดสภาพแวดล้อม

2.5.1. เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อม ในเนื้อหาวิชา ดังนี้

2.5.1.1 การเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน ผ้าห่ม และเสื้อผ้า

2.5.1.2 การทำความสะอาดสภาพแวดล้อม

2.5.2 เพื่อให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติการจัดสภาพแวดล้อม เปลี่ยนผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน ผ้าห่ม และเสื้อผ้า และการทำความสะอาดสภาพแวดล้อม ได้ถูกต้องตามขั้นตอน

2.6 การใช้ภูมิปัญญาชาวไทยและการแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2.6.1 เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจการใช้ภูมิปัญญาชาวไทยและการแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

2.6.2 เพื่อให้ผู้เรียนนำความรู้เกี่ยวกับการใช้ภูมิปัญญาชาวไทยและการแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

2.1 อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ

กรมอนามัย

กระทรวงสาธารณสุข

เมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ประสิทธิภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ เริ่มเสื่อมถอย เช่น ปัญหาสุขภาพช่องปากและฟัน ภาวะกลืนลำบาก การรับรู้กลิ่นรสชาติของอาหารลดลง ภาวะเบื่ออาหาร มักจะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุกินอาหารได้ลดลง ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะขาดสารอาหารได้ ดังนั้น การได้รับสารอาหารในสัดส่วนและปริมาณที่เหมาะสมจึงเป็นส่วนสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการป้องกันภาวะโภชนาการขาดและเกินของผู้สูงอายุ ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี ชะลอชรา ชีวียืนยาว แนะนำแนวทางปฏิบัติการกินอาหารตาม “ข้อแนะนำการบริโภคเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุไทย (Food-based Dietary Guidelines for Elderly : FBDGs)”

เป้าหมายของการดูแลด้านอาหารในผู้สูงอายุ

คือ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารในสัดส่วนและปริมาณที่เหมาะสม ซึ่งเป็นส่วนสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการป้องกันภาวะโภชนาการขาดและเกินของผู้สูงอายุ ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่ดี เพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกาย และสุขภาพแข็งแรง

ข้อแนะนำการบริโภคเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุไทย (FBDGs)

เป็นข้อปฏิบัติการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดี โดยจะเน้นการกินอาหารให้หลากหลาย มีความสมดุล ด้านการกระจายของปริมาณที่เหมาะสม และได้รับอาหารในปริมาณที่เพียงพอ

ข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ

- 1) กินอาหารให้ครบทุกกลุ่ม แต่ละกลุ่มให้หลากหลายในปริมาณที่แนะนำตามธงโภชนาการ และหมั่นดื่มน้ำหนักตัวและรอบเอว
- 2) กินข้าวเป็นหลัก เน้นข้าวกล้อง ข้าวขัดสีน้อย สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ
- 3) กินปลา ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์เป็นประจำ
- 4) กินผักให้มาก กินผลไม้เป็นประจำ และหลากหลายสี หลีกเลี่ยงผลไม้รสหวานจัด
- 5) ดื่มนมรสจืด และกินอาหารที่เป็นแหล่งแคลเซียมอื่นๆ

- 6) หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง หวานจัด เค็มจัด ให้ใช้เครื่องปรุงรสเค็มเสริมไอโอดีน
- 7) กินอาหารที่สะอาด ปลอดภัย และปรุงสุกใหม่ๆ ไม่กินอาหารสุกๆ ดิบๆ
- 8) ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มรสหวาน ชา กาแฟ และน้ำอัดลม
- 9) งดยาหรือหลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ใน 1 วัน ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 กลุ่ม มีความหลากหลาย ในสัดส่วนและปริมาณที่เหมาะสมตามธงโภชนาการ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่ดี แข็งแรง และเพิ่มภูมิต้านทานของร่างกาย



กิจกรรมเบามาก เช่น อ่านหนังสือ เย็บผ้า นั่งเล่นทำงานในสำนักงาน และไม่ได้ออกกำลังกาย
 กิจกรรมเบา เช่น งานบ้าน ดูแลเด็ก ประกอบอาหาร และออกกำลังกาย 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์
 กิจกรรมปานกลาง เช่น กวาดใบไม้ ทำความสะอาดบ้าน ตัดหญ้า และออกกำลังกาย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์

ปริมาณของอาหารกลุ่มต่าง ๆ ที่สามารถกินแลกเปลี่ยนกันได้

♦ **กลุ่มข้าว - แป้ง (กัณพี)**
 1 ทัพพี พลังงาน 80 กิโลแคลอรี

			
วันเ็น 2 ทัพพี	บะหมี่ 1 ทัพพี	ขนมจีน 1 ทัพพี	ข้าวโพด ½ ผักใหญ่
			
เผือก 1 ทัพพี	ขนมปัง 1 แผ่น	ข้าวสาลี 1 ทัพพี	ข้าวเหนียว ½ ทัพพี

♦ **กลุ่มเนื้อสัตว์ (ช้อนกินข้าว)**
 เนื้อสัตว์ 1 ช้อนกินข้าว พลังงาน 17 -50 กิโลแคลอรี

		
ไข่ ½ ฟอง	ปลา ½ ตัวกลาง	เนื้อหมู, ไก่ 1 ช้อนกินข้าว
		
เนื้อปลา 1 ช้อนกินข้าว	หอย 1 ช้อนกินข้าว	เต้าหู้แข็ง ¼ ช้อน

กลุ่มผัก

ผัก 1 ถ้วย ให้พลังงานน้อยมาก
ผักสดกินเป็น 2 เท่าของผักสุก
ผักสุก 1 ถ้วย = ผักสด 2 ถ้วย



กลุ่มผลไม้

ผลไม้ 1 ส่วน (ประมาณ 1 กำมือ) พลังงาน 60 กิโลแคลอรี

ผลไม้ขนาดใหญ่ 6-8 ชิ้นคำ	มะละกอ	แตงโม	สับปะรด
ผลไม้ขนาดกลาง ½ ผล	มะม่วง	ฝรั่ง	แก้วมังกร
ผลไม้ทั่วไป 1 ผล	ส้ม	กล้วยน้ำว้า	แอปเปิ้ล
ผลไม้ขนาดเล็ก 4 ผล	เงาะ	มีขลุ่ย	พุทรา
ผลไม้เล็กมาก 5-6 ผล	องุ่น	ลำไย	ลองกอง
ผลไม้อื่นๆ 2 ชิ้น	ขนุน	ลิ้นหอย	มะขาม



กลุ่มนมและผลิตภัณฑ์นม

นม 1 แก้ว (200 มล.) ให้พลังงาน 125 กิโลแคลอรี
นมพร่องมันเนย 1 แก้ว (200 มล.) ให้พลังงาน
100 กิโลแคลอรี

ลดหวาน กินน้ำตาล ไม่เกิน 6 ช้อนชา ต่อวัน	ลดมัน กินน้ำมัน ไม่เกิน 6 ช้อนชา ต่อวัน	ลดเค็ม กินเกลือ ไม่เกิน 1 ช้อนชา ต่อวัน หรือน้ำปลา ไม่เกิน 4 ช้อนชา ต่อวัน

1. กลุ่มข้าว-แป้ง: เลือกกินข้าวไม่ขัดสี หรือขัดสีน้อย ให้สารอาหารคาร์โบไฮเดรตเป็นหลัก เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ข้าวไรสเบอร์รี่ ข้าวมันปู เป็นแหล่งของใยอาหาร วิตามินแร่ธาตุต่างๆ และมีค่าดัชนีน้ำตาล (GI) ต่ำ และควรสลับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน วนเส้น ขนมปังโฮลวีต หากร่างกายได้รับอาหารประเภทข้าวและแป้งเกิน

ความต้องการ จะถูกเปลี่ยนเป็นไขมัน เก็บไว้ ตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เมื่อสะสมมากขึ้น ทำให้เกิดโรคอ้วนได้

2. กลุ่มเนื้อสัตว์ : ให้สารอาหารโปรตีนเป็นหลัก เลือกลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ ถั่ว เมล็ดแห้ง แหล่งของวิตามินบี12 และธาตุเหล็ก ควรหันอาหารเป็นขึ้นขนาดเล็ก ทำให้อ่อนนุ่มด้วยการต้ม นึ่ง ลวก เพื่อ่ายต่อการเคี้ยวและย่อย
 - ปลา เป็นแหล่งโปรตีนที่ดี ย่อยง่าย ไขมันที่ดีในปลา (กรดไขมันโอเมก้า 3 ช่วยด้านการอักเสบชะลอความเสื่อมของเซลล์ในร่างกาย) ปลาเล็กปลาน้อยเป็นแหล่งแคลเซียม
 - ไข่ มีกรดอะมิโนจำเป็น แร่ธาตุ และวิตามิน มีโคลีน วิตามินบี ช่วยการทำงานของสมองและความจำ แนะนำให้กินไข่สุก ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว กินไข่ได้ 1 ฟองต่อวัน สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน หัวใจ ไขมันในเลือดสูง แนะนำให้กินไข่ได้ 3 ฟองต่อสัปดาห์หรือตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์
 - ตับหรือเลือด อย่างน้อยวันเว้นวัน แหล่งของธาตุเหล็ก ลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะซีด
 - ถั่วเมล็ดแห้ง เป็นแหล่งอาหารโปรตีนที่ดี หาง่าย ถั่วเมล็ดแห้งสามารถนำมาประกอบอาหารได้ทั้งอาหารคาว-หวาน หรือจะกินในรูปของผลิตภัณฑ์ต่างๆ เช่น เต้าหู้ น้ำเต้าหู้ อาหารที่ทำจากถั่ว เช่น ถั่วต้ม ขนมใส่ถั่วต่างๆ ควรกินเป็นประจำ (วันละ 1 ช้อนกินข้าว)
3. กลุ่มผัก : ให้สารอาหารวิตามินและแร่ธาตุเป็นหลัก เลือกผักพื้นบ้าน ผักหลากหลาย สีและสลับชนิดกันไป นอกจากเป็นแหล่งของวิตามินและแร่ธาตุที่สำคัญ ยังมีใยอาหารและสารพฤกษเคมีที่ดีต่อร่างกาย นอกจากนี้ผักหลากหลายสียังมีส่วนช่วยให้อาหารมีสีส่นน่ารับประทาน เพิ่มความอยากอาหารมากขึ้น
4. กลุ่มผลไม้ : ให้สารอาหารวิตามินและแร่ธาตุเป็นหลัก เลือกผลไม้ที่มีความอ่อนนุ่ม เคี้ยวง่าย รสไม่หวานจัด เช่น กัลย ฝรั่ง มะละกอ โดยจัดผลไม้วันละ 1-3 ส่วน โดยผลไม้ 1 ส่วน จะประมาณ 6-8 ชิ้นคำ เลี่ยงผลไม้กระป๋อง ผลไม้แช่อิ่ม
5. กลุ่มนม : เป็นแหล่งของสารอาหารโปรตีน แร่ธาตุ แคลเซียม และวิตามินบี 2 ดื่มนมรสจืด นมพร่องมันเนย วันละ 1-2 แก้ว โยเกิร์ตธรรมชาติ น้ำเต้าหู้หรือนมถั่วเหลืองที่มีการเสริมแคลเซียมได้ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาท้องเสียหรือท้องเดินหลัง

จากตึมนม แนะนำให้ตึมนมหลังอาหารหรือตึมนมที่ละน้อย อาจทดลองตึมนมประมาณ 1 - 2 สัปดาห์ เพื่อให้แบคทีเรียในร่างกายปรับตัวได้และตึมนม 1 - 2 แก้วต่อวัน ได้หรือกินอาหารที่เป็นแหล่งแคลเซียมอื่นๆ เพิ่มเติม เช่น ปลาเล็กปลาน้อย เต้าหู้แข็ง ผักใบเขียวเข้ม (ใบขึ้นเหล็ก ตำลึง คื่นช่าย และกวางตุ้ง)

6. ลดหวาน มัน เค็ม (6:6:1) : น้ำตาล ไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน น้ำมัน ไม่เกิน 6 ช้อนชาต่อวัน เกลือ ไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อวันหรือน้ำปลาไม่เกิน 4 ช้อนชาต่อวัน (เทียบเท่ากับโซเดียมไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัมต่อวัน) แนะนำดังนี้

- 1) เน้นอาหารที่ปรุงสุกใหม่ โดยวิธีการปรุงแบบต้ม ตุ่น นึ่ง ลวก
- 2) กินเมนูผัดและกะทิ อาหารทอด แต่พอควร
- 3) ลดอาหารแปรรูป อาหารหมักดอง เช่น ปลาเค็ม ผักกาดดอง ไส้กรอก
- 4) ลดการปรุงอาหารรสจัด ลดการใช้เครื่องปรุงรสหวาน มัน เค็ม โดยใช้สมุนไพรและเครื่องเทศ เช่น พริก ตะไคร้ ขิง กระเทียม ในการปรุงแต่งเพิ่มรสชาติแทน

7. ตึมน้ำ: ตึมน้ำ วันละ 8 แก้ว เพื่อป้องกันภาวะการขาดน้ำ ลดหรือเลี่ยงเครื่องดื่มรสหวาน ชา กาแฟ น้ำอัดลม รวมถึงควรดื่มน้ำแอลกอฮอล์และเครื่องดื่มชูกำลังด้วย

การจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

การจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ	หมวดอาหาร	แนะนำ	ลด/เลี่ยง
1. เลือกข้าวไม่ขัดสีเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ (ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน วุ้นเส้น) ควรหุงข้าวให้มีความอ่อนนุ่ม เพื่อให้ง่ายต่อการเคี้ยวและย่อยง่าย	ข้าวแป้ง	ข้าวไม่ขัดสี เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ขนปังโฮลวีต ธัญพืชไม่ขัดสี	ข้าวขาว ขนปังขาว ข้าวเหนียวมูล น้ำตาลทราย ขนมอบเบเกอรี่
2. เลือกปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง มาปรุงประกอบอาหารเป็นประจำ กินปลา ตับ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง	เนื้อสัตว์	ปลา ไก่ ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน อาหารทะเล ถั่วเมล็ดแห้ง	เนื้อสัตว์ติดมัน อาหารทอดเนื้อ สัตว์แปรรูป เช่น หมูยอ กุนเชียง

การจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ	หมวดอาหาร	แนะนำ	ลด/เลี่ยง
3. จัดเมนูผักให้มีความหลากหลายสีและชนิดสลับกันไป	ผัก	ผักพื้นบ้าน ผักหลากหลายสี	ผักชุบแป้งทอด
4. จัดผลไม้ตามฤดูกาล เลือกรสไม่หวานจัดในทุกวัน ในปริมาณที่พอเหมาะ	ผลไม้	ผลไม้ที่รสไม่หวานจัด เช่น กล้วยน้ำว้า ชมพู ฝรั่ง มะละกอ	ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน ลำไย ขนุน ผลไม้กระป๋อง ผลไม้แช่อิ่ม ผลไม้กวน
5. ต้ม นมรสจืด วันละ 1-2 แก้ว	นม	นมรสจืด โยเกิร์ตรสธรรมชาติ	นมปรุงแต่งรส

เมนูสุขภาพ และ อาหารว่างเพื่อสุขภาพ (Healthy Break)

ลักษณะทั่วไปของเมนูสุขภาพ ประกอบด้วย

- เน้นเนื้อปลา ไก่ ไข่ และเนื้อสัตว์ไม่ติดมัน
- เน้นปรุงประกอบอาหารด้วยวิธีการต้ม ปิ้ง นึ่ง ย่าง ยำ อบ และเมนูน้ำพริก
- ปรุงประกอบอาหารลดหวาน มัน เค็ม
- ลดของทอด อาหารแปรรูป อาหารหมักดอง ขนมหวาน
- เพิ่มผัก ผลไม้รสไม่หวานจัด
- เลือกน้ำเปล่า นม นมจากธัญพืช รสจืด หรือรสหวานน้อย
- เลือกวัตถุดิบที่สด สะอาด ปลอดภัย

ตัวอย่างเมนูสุขภาพ

- แกงจืดเลือดหมู ปรับลดปริมาณการเติมซีอิ๊วขาว และเพิ่มผักลงไป
- ข้าวผัดผักรวมมิตร ปรับจากข้าวขาวเป็นข้าวขาวผสมข้าวกล้อง ลดปริมาณซีอิ๊วขาว น้ำตาล และเพิ่มธัญพืชลงไป
- แกงเขียวหวานไก่ ปรับจากกะทิเป็นใช้นมสดแทน ลดปริมาณน้ำตาล น้ำตาล และเพิ่มผักลงไป

หลักในการเลือกอาหารว่างเพื่อสุขภาพ (Healthy Break)

- คำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการ
- พลังงานไม่เกิน 100 กิโลแคลอรีต่อมื้อ กินวันละไม่เกิน 2 มื้อ
- เลือกผลไม้สดที่ไม่หวานจัด หลีกเลี่ยงผลไม้แปรรูป ประเภทอบ ดอง แช่อิ่ม
- เครื่องดื่ม เน้นเลือก
 - น้ำผลไม้สดที่ไม่เติมน้ำตาล
 - น้ำผลไม้สำเร็จรูป เลือกชนิดที่มีน้ำผลไม้แท้เป็นส่วนผสมไม่น้อยกว่าร้อยละ 50
 - นม เลือกนมขาดมันเนยหรือนมพร่องมันเนย
- เมนูแนะนำประเภทเบเกอรี่ เช่น แซนด์วิช ขนมปังไส้ถั่ว โม่จิ๋ม คุกกี้ ขนมเปียะ เค้กไม่มีหน้า หรือเลือกชนิดที่ทำมาจากแป้งโฮลวีต
- เมนูแนะนำประเภทอาหารคาว ควรเลือก ซาลาเปา ขนมจีบ สาकुไส้หมู ข้าวเกรียบปากหม้อ สลัดโรล ก๋วยเตี๋ยวลวกสวน บั๊นสับนึ่งไส้ปลา
- เมนูจากธัญพืช ถั่ว ผัก ผลไม้เป็นส่วนประกอบ เน้นเลือกชนิดที่มีไขมันต่ำ และไม่หวานจัด เช่น ถั่วแปบ ขนมตาล ขนมกล้วย ข้าวโพดต้ม มันต้ม

ตัวอย่างอาหารว่างเพื่อสุขภาพ

- สาकुไส้หมู 2 ลูกและผักสด + แดงโม 2 ชิ้น + กาแฟดำร้อน (ไม่เติมน้ำตาล) หรือน้ำเปล่า
- ขนมกล้วย 1 ชิ้น + มะละกอสุก 4 ชิ้น + ชาร้อน
- ข้าวเกรียบปากหม้อไส้ผัก 2 ชิ้น + ชมพู่ 2 ชิ้น + น้ำเปล่า

ตัวอย่างรายการอาหาร 1 สัปดาห์

มื้ออาหาร	วันจันทร์	วันอังคาร	วันพุธ	วันพฤหัสบดี	วันศุกร์	วันเสาร์	วันอาทิตย์
มื้อเช้า	-ข้าวผัดกระเทียม -แกงจืดมะระสอใส่	-ข้าวกล้อง -เต้าหู้ขาวผัดขิง -ต้มจืดผักกาดขาวใส่น้ำ -นมพร่องมันเนย	-ข้าวขาว -เกาเหลาเลือดหมูใบตำลึง	-ข้าวต้มปลา -มะละกอสุก	-ข้าวขาว -แกงจืดเต้าหู้หมูสับ -นมพร่องมันเนย	-ข้าวผัดปู -น้ำชุบพริกเขียว -นมรสจืด	-ข้าวกล้องต้มหมูทรงเครื่อง -น้ำส้มคั้นสด
ว่างเช้า	เต้าฮวยฟุดส์ลัด	แก้วมังกร	ขนมถั่วแปบ	กล้วยบวดชี	มะม่วงสุก	สับปะรด	ถั่วแดงเย็น
มื้อกลางวัน	-ข้าวย่ำปักษ์ใต้ -แกงจืดมะระสอใส่	-เส้นหมี่หมูสับน้ำใส -กล้วยน้ำว้า	-ราดหน้าทะเล -แคนดูลูป	-ข้าวกล้องเต้าหู้ -ทรงเครื่องแอปเปิ้ล	-ขนมจีนน้ำยา -ส้มเขียวหวาน	-ข้าวขาวลาบปลาหับทิม -ผัดมะเขือยาว -ชมพู	-เชียงใต้ -ผัดซีเมากุ้ง -ส้มโอ
ว่างบ่าย	แตงโม	- น้ำเต้าหู้หวานน้อย	- นมพร่องมันเนย - ฝรั่ง	ลูกเดือยนมสดหวานน้อย	ถั่วเขียวต้มน้ำตาลหวานน้อย	สาหร่ายเปียกมะพร้าวอ่อนใส่นมพร่องมันเนยลูกเดือย	- น้ำกระเจียนแดง - วนัมนมสดหวานน้อย
มื้อเย็น	-ข้าวกล้อง -ไรซ์นึ่งผักสามสี แกงเหลืองมะละกอสอ	-ข้าวกล้อง -ยำปลาทุ -ผัดผักนึ่ง	-ข้าวกล้อง -ปลาทอด -ขมิ้น -แกงส้มผักรวม	-ข้าวกล้อง -แกงเลียง -กุ้ง -ไก่ทอด	-ข้าวกล้อง -บวบผัดไข่ -หอมกมปลา -ซอส	-ข้าวกล้องหุงนิ่ม -ผักทองผัดไข่ -ต้มยำไก่	-ข้าวขาว -ปลาดุกทอด -น้ำพริกมะขามสดผัด + ผักต้ม (แตงกวา ถั่วพู แครอท ข้าวโพดอ่อน

2.1.8 การประเมินภาวะโภชนาการ

การประเมินดัชนีมวลกาย (BMI)

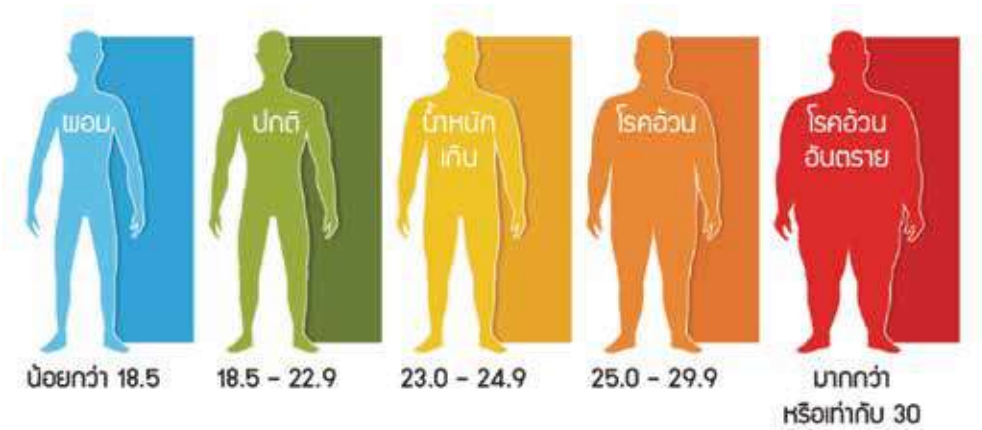
เป็นค่าที่แสดงความสมดุลของน้ำหนักตัวต่อส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมหรือไม่

$$\text{ดัชนีมวลกาย (BMI)} = \frac{\text{น้ำหนักตัว (กิโลกรัม)}}{\text{ส่วนสูง}^2 \text{ (เมตร)}}$$

การแบ่งระดับความอ้วนตามค่าดัชนีมวลกายของคนเอเชีย

ค่าดัชนีมวลกาย	การแปลผล
น้อยกว่า 18.5	ผอม
18.5 – 22.9	ปกติ
23.0 – 24.9	น้ำหนักเกิน
25.0 – 29.9	โรคอ้วน
มากกว่าหรือเท่ากับ 30	โรคอ้วนอันตราย

*เพื่อสุขภาพดี ห่างไกลโรค ควรควบคุมให้ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 18.5–22.9 กิโลกรัม/เมตร²



การประเมินรอบเอว

เป็นการวัดการกระจายของไขมันและมวลกล้ามเนื้อในร่างกายบริเวณช่วงเอวหรือช่องท้อง ซึ่งช่วยในการประเมินภาวะโภชนาการเกิน และอ้วนลงพุง ที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงได้

รอบเอวที่เหมาะสมของท่าน ไม่ควรเกินส่วนสูง (เซนติเมตร)หาร 2

รอบเอว (ซม.) ≤ $\frac{\text{ส่วนสูง (ซม.)}}{2}$

วิธีการวัดรอบเอว

- 1) อยู่ในท่ายืน ใช้สายรัดวัดรอบเอว โดยวัดผ่านสะดือ
- 2) วัดในช่วงหายใจออก (ท้องแฟบ) โดยให้สายวัดแนบกับลำตัว ไม่รัดแน่น และให้ระดับสายวัดที่รอบเอววางอยู่ในแนวนานกับพื้น

รูปแบบการกินอาหาร

กลุ่มน้ำหนักปกติ

กินอาหารยึดหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการ และธงโภชนาการ

กลุ่มน้ำหนักน้อย

อาหารที่ควรเพิ่ม: อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการมากขึ้น เช่น ปลา ไข่ นม ถั่ว ผัก และ ผลไม้เพิ่มอาหารว่างระหว่างมื้อ

กลุ่มน้ำหนักเกินและมีภาวะอ้วน

อาหารที่ควรลด: อาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต และไขมันสูง เช่น ของหวาน น้ำอัดลม อาหารทอด งดอาหารว่างและอาหารจุบจิบระหว่างมื้อ

อาหารที่ควรเพิ่ม: อาหารที่มีใยอาหารสูง เช่น ผัก ผลไม้ ข้าวขัดสีน้อย ถั่วเมล็ดแห้ง

สามารถดาวน์โหลด

คู่มือ/เอกสาร/สื่อต่าง ๆ ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุ

ได้ตาม QR code หรือ Link ด้านล่างนี้

<https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/elderlybook/>

สำนักโภชนาการ กรมอนามัย



อ่านเพิ่มเติมในบท 5.3.7 กลุ่มอาการสูงอายุ: เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ขาดสารอาหาร และกลืนลำบาก

2.2 การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

กรมอนามัย

กระทรวงสาธารณสุข

จากข้อมูลประชากรของประเทศไทยปี พ.ศ. 2559 มีประชากรไทย 65.9 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุ 9.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.07 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในอีก 20 ปีข้างหน้าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวเพราะมีจำนวนผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ทำให้ทั้งภาครัฐและเอกชนได้ร่วมกันร่วมมือเพื่อคุ้มครองและสนับสนุนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น การเพิ่มขึ้นของจำนวนของผู้สูงอายุทำให้การบริการทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอาจจะไม่สามารถรองรับปริมาณความต้องการได้เพียงพอ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ป้องกันเบื้องต้นได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต การรับประทานอาหาร และ การออกกำลังกาย เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและมีความสุขในการใช้ชีวิตได้

การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุควรคำนึงถึงอะไรบ้าง

เนื่องจากผู้สูงอายุจำนวนมากไม่ค่อยออกกำลังกายหรือไม่ชอบออกกำลังกายตั้งแต่วัยหนุ่มสาวทำให้ขาดความเข้าใจในเรื่องการดูแลสุขภาพร่างกาย เมื่ออายุมากขึ้นก็ส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอหรือมีปัญหาทางสุขภาพได้ง่าย อย่างไรก็ตามปัจจุบันผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะได้รับคำแนะนำทั้งจากแพทย์ อาสาสมัครผู้นำชุมชน หรือเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับสุขภาพ เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ทำให้หลายๆ ท่านเริ่มหันมาสนใจสุขภาพของตนเองมากขึ้น อย่างไรก็ตามในเรื่องของการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุนั้นจะมีสิ่งที่ควรคำนึงคือ

❖ ควรเริ่มจากการยืดกล้ามเนื้อและอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง เพราะเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายจะเริ่มเสื่อมสภาพลงทำให้การออกกำลังกายมากๆ เป็นเรื่องยาก และก่อให้เกิดอาการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อได้

❖ เลือกสวมรองเท้าออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อช่วยในการเคลื่อนไหวร่างกาย

❖ เลือกกิจกรรมที่ทำติดต่อกันได้ 10-15 นาที

❖ เลือกกิจกรรมที่ไม่ทำให้เกิดความเครียด

❖ ควรมีเพื่อนหรือคนในครอบครัวร่วมออกกำลังกายอย่างน้อย 1 คน

รูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุได้แก่

1. การเดินหรือวิ่งช้าๆ

ผู้สูงอายุควรเริ่มออกกำลังกายจากเบาไปหนักโดยเริ่มจากการเดินช้าๆ เพื่อให้ร่างกายปรับสภาพสักระยะหนึ่ง จนร่างกายเคยชินกับการเดินแล้วค่อยเพิ่มความเร็วขึ้นเป็นการเดินเร็วหรือการวิ่ง สำหรับผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับข้อเข่าหรือข้อเท้าก็ไม่ควรวิ่งเนื่องจากจะส่งผลให้เกิดอาการบาดเจ็บมากขึ้น

การเดินหรือวิ่งสามารถทำได้ทั้งที่สนามหรือสวนสาธารณะ ที่มีอากาศปลอดโปร่ง มีพื้นผิวที่เรียบเพื่อไม่ให้สะดุดล้ม นอกจากนี้ควรเลือกสวมรองเท้าผ้าใบที่กระชับเพื่อรักษาข้อต่อต่างๆ ไม่ให้ได้รับแรงกระแทกมากเกินไป

2. กายบริหาร

ทางเลือกสำหรับผู้ที่ต้องการออกกำลังกายที่บ้าน โดยสามารถออกกำลังกายได้ทุกสัดส่วน พร้อมทั้งฝึกความอดทน การทรงตัว และความยืดหยุ่นของร่างกาย ซึ่งกายบริหารมีหลายท่าให้เลือกตามความเหมาะสม เช่น เหยียดน่อง เขย่งปลายเท้า ย่อเข่า โยกลำตัว เป็นต้น

3. ว่ายน้ำหรือเดินในน้ำ

การออกกำลังกายในน้ำสำหรับผู้สูงอายุ เหมาะกับผู้ที่มีข้อเข่าเสื่อมเพราะการว่ายน้ำช่วยลดแรงกระแทกโดยตรงกับพื้นแข็ง ช่วยในการฝึกกล้ามเนื้อในทุกส่วนของร่างกายและฝึกการหายใจอย่างเป็นระบบได้ สำหรับผู้สูงอายุที่ว่ายน้ำไม่เป็น สามารถออกกำลังกายได้โดยการเดินในน้ำไปมาเพื่อให้กล้ามเนื้อได้ออกแรงมากขึ้น

4. ชีจักรยาน

การขี่จักรยานเหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีความแข็งแรง เนื่องจากต้องควบคุมจักรยานและออกแรงมากกว่าปกติ การขี่จักรยานช่วยเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขามากขึ้น อีกทั้งยังทำให้ได้รับความเพลิดเพลินจากการขี่ไปยังสถานที่ต่างๆ และเหมาะกับการไปเป็นหมู่คณะ

5. รำมวยจีน

รำมวยจีนเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ใหทั้งความอดทน ความแข็งแรง ความยืดหยุ่น ซึ่งนอกจากทางด้านร่างกายแล้วยังช่วยในการฝึกจิตใจ และการหายใจให้เป็นไปตามธรรมชาติ

การรำมวยจีนทำให้ผู้สูงอายุได้เข้าสังคมมากขึ้น เนื่องจากจะได้มาร่วมออกกำลังกายกัน เป็นกลุ่มและช่วยสร้างสังคมผู้สูงอายุที่มีความชอบในการดูแลตัวเองอีกด้วย

6. โยคะ

โยคะเป็นวิทยาศาสตร์แขนงหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติมีสุขภาวะที่ดีขึ้น ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แต่การออกกำลังกายด้วยโยคะจะต้องมีการฝึกฝนอย่างถูกวิธีถึงจะได้ผลดีต่อร่างกาย

7. รำกระบอง

ในส่วนของการรำกระบองนั้น เป็นการออกกำลังกายที่ส่งผลดีต่อกระดูกสันหลัง จนนำมาสู่การส่งผลดีต่ออวัยวะต่างๆ ที่อยู่ในส่วนปลายของร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นนิ้วเท้าหรือนิ้วมือ อีกทั้งยังช่วยยืดเอ็นร้อยหวายรวมถึงกล้ามเนื้อในส่วนของน่องได้เป็นอย่างดี ซึ่งกล้ามเนื้อน่องนั้นถือเป็นอวัยวะที่มีส่วนในการเคลื่อนไหวและการโค้งงอของส่วนปลายของร่างกาย จึงทำให้ร่างกายสามารถยืดหยุ่นได้มากขึ้น

ข้อดีและประโยชน์จากการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

1. ช่วยต้านทานโรคและรักษาโรคได้

การได้ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและถูกวิธีส่งผลให้มีโอกาสการเกิดโรคภัยไข้เจ็บลดลงได้ เนื่องจากร่างกายมีความแข็งแรงและระบบการทำงานภายในร่างกายที่ยังทำงานได้เป็นปกติ นอกจากนี้การออกกำลังกายเป็นประจำยังช่วยรักษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง ให้ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดลดลงได้

2. ชะลอการเสื่อมของอวัยวะ

เมื่อเข้าสู่ช่วงวัยสูงอายุระบบการทำงานของร่างกายจะเริ่มมีความอ่อนแอลง รวมถึงอวัยวะภายในที่อาจทำงานได้ไม่เป็นปกติ การออกกำลังกายจึงช่วยให้ความแข็งแรงของระบบการทำงานร่างกายได้ทำงานเป็นปกติอีกครั้ง ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของการออกกำลังกายของแต่ละบุคคลด้วย ถ้าผู้สูงอายุออกกำลังกายเป็นประจำก็จะช่วยในการชะลอการเสื่อมของอวัยวะได้มากขึ้น

3. ช่วยในการทรงตัวและมีรูปร่างดีขึ้น

เมื่อเข้าสู่ช่วงวัยสูงอายุจะมีปัญหาในเรื่องของกระดูกที่เริ่มไม่แข็งแรง ที่อาจมาจากปัญหาการมีน้ำหนักร่างกายมากเกินไปส่งผลให้กระดูกอ่อนแอและมีอาการเจ็บปวดตามข้อต่อร่างกายได้บ่อยๆ รวมถึงอาจเกิดการทรงตัวที่ไม่ค่อยดีการออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหรือการฝึกฝนกล้ามเนื้อให้แข็งแรงจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการทรงตัวให้ดีขึ้น ซึ่งนอกจากนั้นแล้วผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพและครบ 5 หมู่ด้วย เพื่อช่วยในการลดน้ำหนักตัวที่จะทำให้เกิดปัญหาเรื่องการทรงตัวได้

4. ช่วยสร้างสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

การออกกำลังกายนอกจากจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีร่างกายและระบบภายในที่แข็งแรงแล้ว ยังช่วยในการสร้างสุขภาพจิตที่ดีขึ้นด้วย เมื่อไม่มีโรคภัยหรืออาการเจ็บป่วยมารุมเร้าก็จะช่วยลดความกังวลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย นอกจากนี้แล้วเมื่อผู้สูงอายุได้มาออกกำลังกายร่วมกันตามสวนสุขภาพ ก็จะช่วยสร้างสังคมผู้สูงอายุที่อบอุ่นแลตัวเอง ทำให้เกิดสังคมใหม่ขึ้นมาได้

5. ส่งผลดีต่อการใช้ชีวิตประจำวันและการเข้าสังคม

เมื่อเข้าสู่ผู้สูงอายุสิ่งที่เคยทำได้อย่างรวดเร็วในตอนที่ยังหนุ่มก็จะทำได้ช้าลง ไม่ว่าจะเป็นการเดิน การลุก การนั่ง หรือกิจกรรมที่อาศัยการเคลื่อนไหวร่างกายมากๆ ก็ทำได้ไม่ไหว ดังนั้นการออกกำลังกายจึงช่วยให้ผู้สูงอายุยังสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้เป็นปกติหรือลดความลำบากในการทำกิจกรรมเหล่านั้นลงได้ เนื่องจากการมีร่างกายที่แข็งแรงมากขึ้น การออกกำลังกายเป็นประจำจะช่วยให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่ป่วยง่าย อีกทั้งยังช่วยกระตุ้นการหลั่งสารเคมีในสมองทำให้รู้สึกผ่อนคลายและ มีความสุขมากขึ้น บุคคลทั่วไปจึงควรออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อย 3 – 5 วันต่อสัปดาห์ แต่สำหรับวัยสูงอายุซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในหลายๆ ด้านโดยเฉพาะร่างกายและสมรรถภาพที่เริ่มเสื่อมถอย การออกกำลังกายจึงเป็นเรื่องที่ต้องเป็นไปอย่างเหมาะสมกับวัยและสภาพร่างกายเพื่อป้องกันอุบัติเหตุและปัญหาอื่นที่อาจตามมา

2.3 การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

นางขจิตรัตน์ ขุนประเสริฐ

นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ กรมสุขภาพจิต

ผู้สูงอายุ เป็นวัยของการเปลี่ยนแปลง มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกาย มีความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ เมื่ออายุมากขึ้น ผิวหน้า กล้ามเนื้อ ปวดเมื่อยข้อเข่า การเดินเหินไม่คล่องตัว สายตาแยลง ซึ่งนอกจากการเปลี่ยนแปลงทางกายแล้วผู้สูงอายุจะประสบกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพ บทบาททางสังคม เศรษฐกิจ การจากไปของคนใกล้ชิด สภาวะโรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อ ความทุกข์ทรมานจากสภาวะโรค สภาพร่างกายที่เปลี่ยนไป สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง ความภาคภูมิใจในชีวิต ถ้าผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิตได้มักจะมีปัญหาสุขภาพจิตหลายอย่างตามมาในชีวิต เช่น ความรู้สึกโดดเดี่ยววิตกกังวล เครียด ซึมเศร้า และฆ่าตัวตาย อีกทั้ง การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังยังเป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ด้วยการส่งผลต่อความรู้สึกวิตกกังวล ความเครียด ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น บางครั้งทำให้เกิดข้อจำกัดในการพึ่งพาตนเอง กระทบต่อการทำหน้าที่ต่างๆ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ในกรณีที่ การเจ็บป่วยทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย โดดเดี่ยว ซึมเศร้า วิตกกังวล เครียด ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย รวมทั้งเรื่องของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุก็เป็นเรื่องสำคัญ

สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

- เรื่องของการสูญเสีย เช่น สูญเสียคนในครอบครัวอันเป็นที่รัก สูญเสียคนใกล้ชิด คู่ชีวิต ทำให้อารมณ์ของผู้สูงอายุหวนไหวไปด้วย รู้สึกเศร้า และเกิดความรู้สึกกลัวว่าตนเองจะเสียชีวิต กลัวการอยู่คนเดียว กลัวการสูญเสียจะเกิดขึ้นอีก

- ออกจากหน้าที่การงาน ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับการยกย่องเหมือนเดิม รู้สึกว่าตนเองด้อยค่า รวมทั้งมีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย การเงิน คิดว่าตนเองไร้คุณค่า รู้สึกไม่เชื่อมั่นในตัวเอง ต้องพึ่งลูกหลาน กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวไม่มีคนดูแล กลัวขาดความสามารถ ไม่มีคุณค่า กลัวว่าจะไม่ได้รับ ความรัก ความดูแลจากลูกหลาน ทำให้อนไม่หลับ มีความเครียด อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เป็นลมง่าย เหนื่อยหอบ หายใจไม่ออก เบื่ออาหาร เป็นต้น

- การเก็บตัว ชอบอยู่คนเดียว ไม่ชอบเข้าสังคม เพราะคิดว่าตัวเองแก่แล้ว

- ภาวะทุกข์ใจ เรื่องในอดีตที่ผ่านมา เสียหาย อยากย้อนเวลา คิดซ้ำๆ กังวลในเรื่องของปัจจุบัน และอนาคต กลัวถูกทอดทิ้ง ในความคิดมีแต่ความยุ่งเหยิงคิดซ้ำๆ วนๆ ในสมอง

- ความจำน้อยลง ผู้สูงอายุจะจำเรื่องใหม่ ๆ ได้ไม่ดีเท่าเรื่องเก่า ๆ ในอดีต ต้องถามซ้ำ ๆ ทำให้รู้สึกไม่ดีกับตนเอง

วิธีสังเกตผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต

ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เป็นเรื่องสำคัญที่เราไม่ควรมองข้าม ดังนั้น คนในครอบครัว หรือผู้ดูแลต้องหมั่นสังเกตอาการของผู้สูงอายุ ดังนี้

- รับประทานอาหารมากขึ้น หรือน้อยลงกว่าปกติ
- นอนหลับมากกว่าปกติ หรือมีอาการนอนไม่หลับ ตกใจตื่นกลางดึกแล้วไม่สามารถหลับต่อได้
- อารมณ์เปลี่ยนแปลงบ่อย มีหลายอารมณ์
- พฤติกรรมเปลี่ยนไป เช่น เคยเป็นคนร่าเริงแจ่มใส กลับซึมเศร้า ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ ก็หันมาดื่ม เคยพูดน้อย กลายเป็นคนพูดมากขึ้น
- มีอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย ซึ่งหาสาเหตุไม่พบ

ปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

- นอนไม่หลับ โดยธรรมชาติคนเราเมื่ออายุมากขึ้น ผู้สูงอายุที่มีปัญหาการนอนมักจะตื่นกลางดึกบ่อยๆ หรือตื่นเช้ามิด แล้วหลับต่ออีกไม่ได้ อาจแอบงีบตอนกลางวัน โรคทางกายหลายโรคอาจรบกวนการนอนได้ เช่น ปวดเมื่อยตัว ปวดหลัง ท้องอืด หอบเหนื่อย หายใจลำบาก นอนราบไม่ได้ เป็นต้น

- วิตก กังวล ผู้สูงอายุจะรู้สึกเครียดง่าย เนื่องจากปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ยาก ความสามารถและประสิทธิภาพลดลง มักแสดงออกเป็นความกลัวขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง ย้ำคิดย้ำทำ ความวิตกกังวลอาจแสดงออกทางร่างกาย โดยการเจ็บป่วยไม่สบายก็ได้

- ภาวะเจ็บป่วยทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับจิตใจ มีหลายโรคในผู้สูงอายุที่เกิดจากสาเหตุทางจิตใจโดยตรงหรือโดยอ้อม เช่น อาการปวดต่าง ๆ วิงเวียน นอนไม่หลับ เป็นต้น มักตรวจไม่พบสาเหตุทางร่างกายชัดเจนหรือรุนแรงมากพอ บางครั้งการที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือโรค ที่รักษาไม่หาย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง เป็นต้น ผู้สูงอายุจะเกิดปัญหาทางจิตใจตามมา อาจรู้สึกเบื่อหน่ายการบำบัดที่ยืดเยื้อยุ่งยาก

- ภาวะทางจิต ผู้สูงอายุบางรายที่มีโรคภัยไข้เจ็บรุนแรง หรือหลายโรค โดยเฉพาะ

มีผลต่อการทำงานของสมอง อาจเกิดอาการทางจิตเฉียบพลัน เป็นลักษณะสับสน วุ่นวาย เห็นภาพหลอน จำคนไม่ได้ หรือบางรายมีอาการหลงผิดระแวงคู่ครองมีชู้ หรือคิดว่ามีใครปองร้าย เอาชีวิตโดยทั่วไปแล้วแม้อาการจะรุนแรงน่าตกใจในช่วงแรก หากได้รับการบำบัดรักษาทางจิตควบคู่กับโรคทางกายแล้ว มักจะดีขึ้น และอาจหายเป็นปกติได้

วิธีการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

1. ให้ความรักและความอบอุ่น

หมั่นพูดคุย ใกล้ชิด ให้ความรัก ความอบอุ่น สร้างเสียงหัวเราะ รวมถึงหาเวลาว่างทำกิจกรรมร่วมกันในครอบครัว เช่น รับประทานอาหาร ทำบุญ ท่องเที่ยว ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกอุ่นใจ รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าและมีความสำคัญ

2. ให้ความเคารพ นับถือ ยกย่อง

ให้ความเคารพ ยกย่อง นับถือ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ากับคนในครอบครัว หมั่นทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว คนในครอบครัวให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ กระตุ้นให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ปรึกษาของบุคคลในครอบครัวได้ เนื่องจากเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตมากกว่า มีความสุขุมรอบคอบเป็นหลักให้ความอบอุ่นแก่ครอบครัว

3. สร้างอารมณ์ขัน

การหัวเราะจะช่วยสร้างสุขภาพจิตที่ดี เนื่องจากการหัวเราะช่วยลดความดันโลหิต และช่วยเสริมสร้างระดับของภูมิคุ้มกันร่างกาย ให้เพิ่มขึ้นอีกด้วย และอารมณ์ขันทำให้โลกสดใส น่ารักขึ้น บุคคลที่มีอารมณ์ขันจะมีเสน่ห์และสามารถสร้างบรรยากาศให้ครึกครื้น สนุกสนาน เป็นกันเอง สิ่งเหล่านี้ถ้าผู้สูงอายุ มีอารมณ์ขันจะทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีด้วย

4. การระมัดระวังการเจ็บป่วยและการเกิดอุบัติเหตุ

การเจ็บป่วยและการเกิดอุบัติเหตุมักเกิดขึ้นง่ายในผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องสุขภาพ ต้องใช้เวลาในการดูแลนานกว่าคนทั่วไป ซึ่งอาจจะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกแค้นกับตนเอง เพราะฉะนั้น การออกกำลังกายก็เป็น อีกแนวทางหนึ่งในการส่งเสริม สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เพราะนอกจากจะช่วยให้อวัยวะแข็งแรง กล้ามเนื้อ ทำงานดีขึ้น ยังเป็นการพักผ่อนหย่อนใจ เพิ่มการหลั่งสารแห่งความสุข ทำให้มีความสุขมากขึ้น รวมทั้งลดความเครียด และยังทำให้เซลล์สมองทำงานได้ดีขึ้นอีกด้วย นอกจากนี้ อาหารที่มีประโยชน์ ก็ช่วยให้สุขภาพของผู้สูงอายุแข็งแรงเช่นกัน

5. ตระหนักและระวังความรู้สึก

ระมัดระวังภาวะอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว น้อยใจสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เพื่อให้ความสัมพันธ์กับครอบครัว และลูกหลานเป็นไปในทางที่ดี เป็นที่พึงพอใจของลูกหลาน

6. ทำงานอดิเรกที่ชื่นชอบเพื่อผ่อนคลาย

สนับสนุนผู้สูงอายุให้ทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ เล่นดนตรี ฟังวิทยุ ฟังเพลง ร้องเพลง อ่านหนังสือ เพื่อทำให้ใจเพลิดเพลิน

7. ฝึกกระบวนการคิด

ส่งเสริมความสามารถของผู้สูงอายุด้านความจำ การฝึก การวางแผน และการแก้ไขปัญหาเพื่อชะลอความเสื่อมของสมองในด้านต่างๆ เช่น ฝึกการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ลองทำกิจกรรมด้วยมือ ข้างที่ไม่ถนัด หรือทำกิจกรรมใหม่ๆ ที่ไม่เคยทำ

8. ฝึกสมอง

เล่นเกมที่ช่วยฝึกฝนด้านความจำหรือฝึกสมองได้เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหา การจัดลำดับความคิด เช่น หมากรุก อักษรไขว้ ต่อคำ ต่อเพลง คิดเลข หรือการจดจำข้อมูลต่าง ๆ เช่น วัน เวลา สถานที่ บุคคล หมายเลขโทรศัพท์ เป็นต้น

9. คนในครอบครัวควรพูดคุยกับผู้สูงอายุบ่อยๆ

คนในครอบครัวควรสอบถามสาเหตุ ที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล พูดคุย และรับฟัง แลกเปลี่ยนวิธีแก้ปัญหาร่วมกัน ไม่ควรให้ผู้สูงอายุเก็บปัญหา หรือความไม่สบายใจไว้เพียงลำพัง ทำความเข้าใจ ความคิดของผู้สูงอายุ ทั้งการพูดคุยกับผู้สูงอายุช่วยให้ผู้สูงอายุคลายเหงาคลายกังวลได้

10. หลีกเลี่ยงการให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวเพียงลำพัง

ครอบครัวไม่ควรทอดทิ้งผู้สูงอายุให้อยู่บ้านเพียงลำพัง ควรสนับสนุนให้ออกไปพบปะผู้คน เพื่อนฝูงหาสังคมใหม่ ๆ ทำกิจกรรม หรืองานอดิเรกต่าง หรือจิตอาสาในชุมชน ที่คิดว่าผู้สูงอายุร่วมทำได้

11. ดูแลสุขภาพให้แข็งแรง คล่องแคล่ว ชะลอความเสื่อมและคงสมรรถภาพทางกายให้นานที่สุด โดยออกกำลังกายที่ใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ เช่น การเดิน รำไทเก็ก ทำให้ต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 30 นาทีต่อครั้ง อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์หรือวันเว้นวัน

12. ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจและจัดการอารมณ์เพื่อให้เกิดความสงบทางใจผ่านกิจกรรมต่างๆ เช่น ฝึกสติ ฝึกสมาธิ บริหารจิต

13. หาสัตว์เลี้ยงเป็นเพื่อนให้ผู้สูงอายุ

การเลี้ยงสัตว์ หรือการให้เวลากับสัตว์เลี้ยงตัวโปรด ได้คุยเล่น หยอกล้อกับมัน

เสียบ้าง จะช่วยให้จิตใจที่ฟุ้งซ่าน สงบลงได้ รู้จักการให้ มองโลกในแง่ดีมากขึ้น

14. จัดสถานที่ให้เอื้ออำนวยกับการดำเนินชีวิต

สถานที่และสภาพแวดล้อมสำหรับคนทั่วไป อาจไม่เหมาะกับการใช้งานของผู้สูงอายุ และอาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุ หรือการหกล้มในผู้สูงอายุได้ ดังนั้น จึงควรจัดระเบียบหรือจัดสรรแวดล้อม ให้เอื้ออำนวยต่อผู้สูงอายุ เช่น ห้องน้ำผู้สูงอายุ ห้องนอนผู้สูงอายุ ทางเดินในบ้านรอบบ้าน ราวจับ เป็นต้น

15. การให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางกายและจิตใจของผู้สูงอายุ

ควรให้ความรู้ ทั้งทางร่างกายของผู้สูงอายุ ความรู้เรื่องอนามัย การดูแลรักษาตัวเองและความรู้อื่นๆ ในการดูแลสุขภาพกาย และใจของตนเองแก่ผู้สูงอายุ

การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยการสร้างสุข 5 มิติ

กรมสุขภาพจิต ได้วางแนวทางสำหรับยุค 4.0 เพื่อให้ผู้สูงอายุไทย สามารถสร้างความสุข ความพึงพอใจในชีวิตให้เกิดขึ้นได้อย่างยั่งยืน ด้วยการยอมรับ และปรับตัวให้ได้กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นใช้ชีวิตอยู่อย่างพอดี และมีคุณค่า ยึดหลัก 5 สุขในการดำเนินชีวิต ได้แก่

ด้านที่ 1 : สุขสบาย (Health) หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพร่างกาย ให้มีสมรรถภาพร่างกายที่แข็งแรงคล่องแคล่ว มีกำลัง สามารถตอบสนองต่อความต้องการทางกายภาพได้ตามสภาพที่เป็นอยู่ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุบัติเหตุหรืออันตรายมีสภาพแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ ไม่ติดสิ่งเสพติด

กิจกรรม เน้นไปที่การเคลื่อนไหวปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Functional mobility) โดยสมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรม คือความสามารถทางกายที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างอิสระและปลอดภัย โดยปราศจากความอ่อนล้า ซึ่งจะวัดความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องของกองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย (2552) ได้แก่

1. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscular Strength)
2. ความอดทนด้านแอโรบิก (Aerobic endurance)
3. ความอ่อนตัว (Flexibility)
4. ความว่องไวและการทรงตัว (Agility/dynamic balance)
5. ดัชนีมวลกาย (BMI)

และวัดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ (กองการพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข, 2536) ได้แก่ สุขภาพร่างกาย และ พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ

ด้านที่ 2 : สุขสนุก (Recreation) หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการเลือกวิถีชีวิตที่รื่นรมย์ สนุกสนาน ด้วยการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดอารมณ์เป็นสุข จิตใจสดชื่นแจ่มใส กระปรี้กระเปร่า มีคุณภาพชีวิต ที่ดี ซึ่งกิจกรรมที่เหล่านี้นี้สามารถลดความซึมเศร้า ความเครียด และความวิตกกังวลได้

กิจกรรม เน้นไปที่การจัดกิจกรรมนันทนาการ ที่สร้างความสดชื่น สร้างพลัง ความมีชีวิตชีวาอย่างสร้างสรรค์และดีงามในรูปแบบของการทำกิจกรรม การแสดงออกในด้านกีฬา ดนตรี ศิลปะ งานอดิเรก เป็นต้นและเป็นกิจกรรมที่ทำในเวลาว่าง ทำด้วยความสมัครใจ อาจทำกิจกรรมได้ทั้งเดี่ยวหรือการรวมกลุ่ม

ด้านที่ 3 : สุขสง่า (Integrity) หมายถึง ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต ความภาคภูมิใจในตนเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง เห็นคุณค่าในตนเอง การยอมรับนับถือตนเอง ให้กำลังใจตนเองได้ เห็นอกเห็นใจผู้อื่น มีลักษณะเอื้อเฟื้อแบ่งปัน และมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม

กิจกรรม จะเน้นไปที่กิจกรรมที่ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และตระหนักถึงความมีคุณค่าในตนเองการมีพฤติกรรมช่วยเหลือผู้อื่นในสังคมและเกิดมุมมองต่อการใช้ชีวิตในเชิงบวก ซึ่งจะประเมินจาก

3.1 การช่วยเหลือกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน

3.2 การมีจิตอาสา และให้การช่วยเหลือผู้อื่น

3.3 การช่วยเหลือคนในครอบครัว อาทิดูแลเด็ก เป็นต้น

ด้านที่ 4 : สุขสว่าง (Cognition) หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุด้านความจำ ความคิดอย่าง มีเหตุมีผล การสื่อสาร การวางแผน และการแก้ไขปัญหา ความสามารถในการคิดแบบนามธรรม รวมทั้งความสามารถในการ จัดการสิ่งต่างๆ ได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

กิจกรรม จะเน้นไปที่ กิจกรรมที่ช่วยในการชะลอความเสื่อมทางสมอง เพิ่มไหวพริบ ความจำการมี สติ การคิดอย่างมีเหตุผล และจัดการกับสิ่งต่างๆ อย่างมีประสิทธิภาพ ประเมินจาก

1. ความจำ

2. ความสามารถในการแก้ปัญหา (problem solving) ด้วยหลักเกณฑ์ที่มีเหตุผล

3. ความสามารถในการเชิงภาษา การติดต่อสื่อสารด้วยคำพูดและวาจา

4. มีความสามารถทางสังคม มีความสนใจผู้อื่น และสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์ต่อกันอย่าง มีประสิทธิภาพ

5. ใส่ใจเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ

6. การนำความรู้และประสบการณ์ที่สั่งสมในอดีต มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อื่นและต่อชุมชน

ด้านที่ 5 : สุขสงบ (Peacefulness) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรับรู้-เข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จักควบคุมอารมณ์ และสามารถจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่าง มีประสิทธิภาพ สามารถผ่อนคลายให้เกิดความสุขสงบกับ ตนเองได้ รวมทั้งความสามารถในการปรับตัวยอมรับสภาพสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง

กิจกรรม จะเน้นไปที่ ความสามารถของบุคคลในด้าน

1. การรู้อารมณ์ตน หมายถึง ตระหนักรู้ตนเอง สามารถรับรู้และเข้าใจความรู้สึก ความคิดและ อารมณ์ของตนตามความเป็นจริง

2. การควบคุมอารมณ์ หมายถึง ความสามารถในการจัดการ กับอารมณ์ตนเอง ได้อย่างเหมาะสม ตามสถานการณ์ เพื่อไม่ให้เกิดความเครียด สามารถคลายเครียด สลัดความวิตกกังวลรุนแรงได้อย่างรวดเร็ว ไม่ฉุนเฉียวง่าย ทำให้อารมณ์ชุ่มฉ่ำหายไปโดยเร็ว

3. การยอมรับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง หมายถึง ความสามารถในการยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น และสามารถเผชิญกับความจริงในชีวิตได้ มีความเข้าใจในธรรมชาติของชีวิตว่าต้องมีสุข-ทุกข์ สมหวัง-ผิดหวัง สำเร็จ-ล้มเหลว ได้มา-เสียไป เป็นต้น ไม่ยึดมั่นกับสิ่งใดมากเกินไป สามารถมองสิ่งต่าง ๆ ทั้งในด้านที่เป็นความสุขและความทุกข์ในชีวิต ยอมรับและกล้าที่จะเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรคต่างๆ ด้วยจิตใจที่มั่นคง

บรรณานุกรม

สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เรื่องสำคัญที่ไม่ควรมองข้ามความสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2563

[เข้าถึงเมื่อ 29 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://allwellhealthcare.com/elderly-mental-health/>

สุดา วงศ์สวัสดิ์, รัตติกาล วาเพชร, ขจิตรัตน์ ชุนประเสริฐ. คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ (ฉบับปรับปรุง) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 6 นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด; 2558.

2.4 การจัดกิจกรรมและการชะลอความเสื่อมของผู้สูงอายุ

นายรัฐ สุภากุล

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

วัยสูงอายุ เป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในลักษณะเสื่อมถอย โดยทั่วไปการเปลี่ยนแปลงจะแบ่งออกเป็น ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ¹

มีการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะ และระบบต่าง ๆ ของร่างกายที่เกิดจากความเสื่อม ไม่ว่าจะเป็นระบบกล้ามเนื้อและกระดูก อันส่งผลต่อการเคลื่อนไหวของร่างกายในลักษณะต่าง ๆ ที่ไม่คล่องตัว ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง รวมทั้งมีการเสื่อมของอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้และการสัมผัส เช่น การมองเห็นไม่เหมือนเดิม การได้ยินลดลง การรับกลิ่นบกพร่อง เป็นต้น ซึ่งอาการเหล่านี้มีผลทำให้ปฏิกิริยาการตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ ลดลง นอกจากนี้ความเสื่อมของเซลล์สมองยังทำให้ความคิดเชื่องช้าลง ซึ่งจะมีผลต่อการตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ เชื่องช้าลง เคลื่อนไหวได้ช้าลง ความสามารถในการทรงตัวลดลง จึงเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์¹

ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุเกิดจากหลายปัจจัย เช่น สภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลง ปัญหาสุขภาพ ส่งผลทำให้การทำงานของฮอร์โมนไม่สามารถปรับสมดุลได้ดังเดิม ทำให้เกิดอาการซึมเศร้า หงุดหงิด ชี้อารมณ์วิตกกังวลนอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีปัญหาภาวะทางความคิดความจำที่ลดลง อันเนื่องมาจากความเสื่อมของสมอง และพัฒนาไปสู่โรคสมองเสื่อมได้

การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม¹

ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทางสังคมแต่ในวัยสูงอายุจะมีการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลงจากการเปลี่ยนแปลงสถานะของตนเอง เช่น การเกษียณหรือการออกจากงาน ทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียบทบาทและสัมพันธภาพทางสังคม ขาดการเข้าสมาคม ทำกิจกรรมกับเพื่อนหรือผู้อื่น ขาดความรู้สึกว่าตนเองมีความสำคัญและการขาดยอมรับจากผู้อื่น หรือต้องพึ่งพาผู้อื่นมากขึ้น ทำให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ว้าเหว และขาดกำลังใจ

กิจกรรมชะลอความเสื่อมทางด้านต่างๆ ของผู้สูงอายุ

1. กรอบแนวคิดในจัดกิจกรรม

การทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมและชะลอความเสื่อมของผู้สูงอายุให้สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองตามศักยภาพสูงสุดที่มีและเป็นการลดภาระการดูแลจากผู้อื่นให้น้อยลง

2. หลักในการเลือกกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ

2.1 ความสนใจ เลือกจากกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจและอยากจะทำเป็นตัวเริ่มต้น

2.2 ความสามารถ เลือกกิจกรรมที่สามารถทำได้เป็นหลักไปก่อน เริ่มจากง่าย ปรับให้มีความยากขึ้นเพื่อเป็นแรงจูงใจในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ

2.3 ความปลอดภัย พิจารณาถึงขั้นตอนและอุปกรณ์ว่ามีความเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอันตรายกับผู้สูงอายุหรือไม่

3. วัตถุประสงค์และตัวอย่างกิจกรรมแต่ละด้าน

3.1 ทางด้านร่างกาย

วัตถุประสงค์ เพื่อให้เกิดความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการทรงตัวที่ดี นอกจากนั้นยังกระตุ้นระบบประสาทสัมผัสต่างๆ ทำให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง

ตัวอย่างกิจกรรม

3.1.1. กิจกรรมการออกกำลังกายบริหารกล้ามเนื้อส่วนต่างๆ เช่น ทำบริหารแขน ไหล่ มือ ลำตัวขา

3.1.2. กิจกรรมยืดเหยียดกล้ามเนื้อ

ตัวอย่างกิจกรรม

- ท่าหมุนศีรษะ
- ท่ายืดเหยียดไหล่
- ท่ายืดลำตัวด้านข้าง
- ท่ายืดปลายแขน
- ท่ายืดเหยียดหน้าอก
- ท่ายืดเหยียดกล้ามเนื้อหลัง
- ท่ายืดเหยียดต้นขาและน่อง

3.1.3 กิจกรรมกระตุ้นระบบประสาทสัมผัส การกระตุ้นการรับรส กลิ่น การรับสัมผัส เสียงและการมองเห็นเช่น

- ทายลของสิ่งนั้นคืออะไร (การให้ทายจากการสัมผัส การดมกลิ่นการชิมรสชาติ)

- ใช้การกระตุ้นภายในห้องบูรณาการประสาทสัมผัส (Snoezelen room) มีอุปกรณ์กระตุ้นระบบประสาทสัมผัสทั้ง 5

3.2 ทางด้านจิตใจและอารมณ์

วัตถุประสงค์ ช่วยส่งเสริมกระบวนการคิดและความจำ ทำให้เกิดความรู้สึกผ่อนคลาย สนุกสนานจากการทำกิจกรรม

ตัวอย่างกิจกรรม

3.2.1 ชมภาพยนตร์

3.2.2 กิจกรรมชมมรื่องเพลงและเต้นรำ

3.2.3 ทักษะศึกษาสถานที่ต่าง ๆ

3.2.4 กิจกรรมพักจิตสงบใจ เช่น การทำสมาธิ สวดมนต์ เป็นต้น

3.2.5 กิจกรรมสอนเทคนิคการจัดการความเครียด

3.2.6 กิจกรรมส่งเสริมทางด้านความจำ เช่น ปิดตาลำสิ่งของแล้วทายชื่อ จับคู่ภาพกับเงา บอกชื่อดอกไม้จากบัตรภาพ กิจกรรมฉันทอคือใคร เป็นต้น

3.2.7 กิจกรรมส่งเสริมด้านสมาธิและการจดจ่อ เช่น ต่อจิ๊กซอร์ จับผิดภาพ ร้อยโซ่

3.2.8 กิจกรรมด้านมิติสัมพันธ์ เช่น การโยนลูกบอลใส่ตะกร้า ปักหมุดใส่หลัก เกมโยนโบว์ลิ่ง เป็นต้น

3.2.9 กิจกรรมด้านการคิด ตัดสินใจและวางแผน เช่น เกมหมากรุก เกมอักษรไขว้ เป็นต้น

3.3 ทางด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม

วัตถุประสงค์ เพื่อกระตุ้นให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมให้มากขึ้น ลดการแยกตัว และส่งเสริมให้เกิดการเห็นคุณค่าในตนเอง

ตัวอย่างกิจกรรม

3.3.1 กิจกรรมกลุ่มทำอาหารกลางวัน

3.3.2 กิจกรรมกลุ่มตามประเพณีและวันสำคัญต่างๆ เช่น วันปีใหม่ สงกรานต์

3.3.3 กิจกรรมรวมกลุ่มสังสรรค์ พบปะพูดคุยยามเช้า

3.3.4 กิจกรรมจิตอาสาทำความดี เช่นกลุ่มประดิษฐ์เต้านมเทียม เพื่อบริจาคผู้ป่วยมะเร็ง กิจกรรมอ่านหนังสือเพื่อคนตาบอด (Read for the blind)

ประโยชน์ของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

1. ชะลอการเสื่อมของอวัยวะและระบบต่างๆ ในร่างกาย

การออกกำลังกายจะช่วยให้ระบบไหลเวียนเลือด ปอด หัวใจทำงานดีขึ้น ระบบต่างๆ ในร่างกายทำงานได้อย่างปกติ ช่วยชะลอความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. รักษาและต้านทานโรคบางชนิด

การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและถูกวิธีจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง เพราะการออกกำลังกายจะช่วยให้ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดลดลง อีกทั้งช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและโรคความดันโลหิตสูง

3. ช่วยในการทรงตัว

การออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น ข้อต่อต่างๆ ทำงานได้ดียิ่งขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อกลุ่มต่างๆ ประสานงานกันได้ดี นำไปสู่การเคลื่อนไหวอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ สามารถทรงตัวได้ดียิ่งขึ้น ป้องกันอาการข้อยึดติด

4. สุขภาพจิตดี แจ่มใส

นอกจากสุขภาพกายแล้ว การออกกำลังกายจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นด้วยเนื่องจากการเป็นการกระตุ้นการหลั่งสารในสมอง ช่วยผ่อนคลายความเครียด ไม่ซึมเศร้า ไม่วิตกกังวล สุขภาพจิตดีขึ้นและนอนหลับสบาย

5. ส่งเสริมการเข้าสังคม

หากผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายตามสวนสาธารณะหรือสวนสุขภาพจะทำให้ได้พบปะเพื่อนใหม่ และเป็นการส่งเสริมการเข้าสังคม ลดความรู้สึกเหงา ว้าเหว และได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ใหม่ๆ

6. ใช้ชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น

การออกกำลังกายช่วยให้ผู้สูงอายุเดิน ลุก นั่ง ขยับเขยื้อนร่างกายได้คล่องแคล่วยิ่งขึ้น ลดอัตราการหกล้ม และยังสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้เป็นปกติหรือลดความลำบากในการทำกิจกรรมเหล่านั้นลงได้ เนื่องจากการมีกล้ามเนื้อและร่างกายที่แข็งแรงมากขึ้น

บรรณานุกรม

ภาณุวัฒน์ ว่องตระกูลเรือง. ลูกหลานรู้จักเข้าใจ การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุตามวัย.

[อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 29 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก

<https://www.nakornthon.com/article>

2.5 การจัดสภาพแวดล้อม

ดร.สาตี สายทอง แฮมิลตัน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุสามารถทำได้ในหลายมิติทั้งในด้านร่างกาย และจิตใจ การจัดสภาพแวดล้อมให้สะอาด น่าอยู่ไม่ว่าจะเป็นความสะอาดของที่พักหรือความสะอาดร่างกายและเสื้อผ้ามีความสำคัญเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีข้อจำกัดในการดูแลความสะอาดร่างกายและที่อยู่อาศัยทั้งจากการเสื่อมของอวัยวะต่างๆ จากภาวะสูงวัยและจากปัญหาสุขภาพจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง ทำให้ไม่สามารถทำความสะอาดที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมได้ด้วยตนเอง หรือทำได้แต่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นอาการเหนื่อยง่าย กำลังแขน ขาที่ลดลง หรือมีการทรงตัวที่ไม่ดี ทำให้มีความกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัย กลัวการหกล้ม ไม่กล้าเดินหรือทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมที่สะอาดและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ¹

สภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุสามารถจำแนกได้แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับลักษณะและความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้สูงอายุ ในกรณีที่ผู้สูงอายุที่ยังลุก-เดินไปมาได้ ในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ สภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุในกลุ่มนี้อาจหมายถึงบ้านที่พักอาศัยและบริเวณรอบๆ ที่พัก ในขณะที่ สภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุที่ใช้เวลาอยู่บนเตียงตลอดเวลา อาจหมายถึงเตียงที่ประกอบด้วยที่นอนและชุดเครื่องนอน เช่น ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน และผ้าห่ม ตู้ข้างเตียงและโต๊ะคล่อมเตียงที่ใช้ในการวางอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ²

เนื้อหาในส่วนนี้ครอบคลุมเฉพาะการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในบทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

2.5.1. การเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน ผ้าห่ม และเสื้อผ้า

2.5.2. การทำความสะอาดสภาพแวดล้อม

การจัดสภาพแวดล้อม หมายถึง การดูแลสิ่งของต่างๆ ที่อยู่รอบตัวผู้สูงอายุ สภาพแวดล้อมในศูนย์ดูแลผู้สูงอายุมีความสำคัญและมีอิทธิพลต่อผู้สูงอายุมาก สภาพแวดล้อมที่สะอาดและได้รับการดูแลทุกวันรวมทั้งมีการระบายอากาศที่เหมาะสม ปราศจากกลิ่นรบกวน อุณหภูมิในห้องไม่อบอ้าว หรือเย็นจัดเกินไป รวมทั้งอุปกรณ์ในห้องสะดวกต่อการหยิบใช้

จัดวางอย่างเป็นระเบียบเรียบร้อยมีเฉพาะสิ่งของจำเป็นและมีจำนวนน้อยชิ้น ย่อมทำให้มองดูสบายตา น่าพักอาศัยและมีความปลอดภัยเพราะไม่เป็นที่สะสมของเชื้อจุลินทรีย์¹

2.5.1 การเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน ผ้าห่ม และเสื้อผ้า

ความสะอาดเสื้อผ้าและชุดเครื่องนอนเป็นสิ่งสำคัญและเป็นปัจจัยพื้นฐานที่ผู้ดูแลต้องให้ความสำคัญการได้สวมใส่เสื้อผ้ามีเครื่องนุ่งห่มที่สะอาด ปราศจากกลิ่นทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี นอกการซักทำความสะอาดเสื้อผ้าและการดูแลให้ผู้สูงอายุสวมใส่เสื้อผ้าและนอนในที่นอนและชุดเครื่องนอนที่สะอาดถือเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญของการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล ทั้งนี้เพื่อให้ผู้สูงอายุอยู่สภาพแวดล้อมที่สะอาด สุขสบาย และถูกสุขอนามัย³

การเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ปลอกหมอนและผ้าห่ม

ผ้าปูที่นอน ปลอกหมอนและผ้าห่มในที่นี้ขอเรียกรวมกันเป็นชุดเครื่องนอน หลายคนอาจมีข้อสงสัยว่าเมื่อไหร่ที่จะต้องเปลี่ยนชุดเครื่องนอนชุดใหม่และทำความสะอาดชุดที่ใช้แล้ว ที่นอนและชุดเครื่องนอนไม่ว่าจะเป็นผ้าปูที่นอน ปลอกหมอนและผ้าห่มเป็นสิ่งที่ผู้สูงอายุใช้ทุกคืนหรืออาจเป็นใช้ทั้งวันทั้งคืน ดังนั้น ความถี่ในการเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ปลอกหมอนหรือผ้าห่มสำหรับผู้สูงอายุแต่ละคนมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับระยะเวลาที่ผู้สูงอายุใช้เวลานอนเตียงหรือที่นอน ในกรณีที่ผู้สูงอายุใช้เฉพาะในการนอนเวลากลางคืน ชุดเครื่องนอนอาจเปลี่ยนอย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง ส่วนกรณีที่ผู้สูงอายุใช้เวลาส่วนใหญ่บนเตียงรวมทั้งการรับประทานอาหารหรือการขับถ่ายบนเตียง กรณีนี้อาจพิจารณาเปลี่ยนทุกวันหรืออย่างน้อยทุก 2 - 3 วันหรือสัปดาห์ละ 2 ครั้ง นอกจากนี้ ความถี่ในการเปลี่ยนชุดเครื่องนอนอาจขึ้นอยู่กับฤดูกาลที่มีผลต่อปริมาณเหงื่อและความอับชื้น ในหน้าร้อนที่อากาศอบอ้าว มีเหงื่อออกเยอะหากไม่ได้อยู่ในห้องปรับอากาศอาจพิจารณาเปลี่ยนถี่ขึ้นกว่าช่วงเวลาอากาศหนาว เย็น ไม่ค่อยมีเหงื่อ

ทั้งนี้เพื่อให้่ายต่อการปฏิบัติ ผู้ดูแลอาจกำหนดตารางในการเปลี่ยนชุดเครื่องนอนให้ชัดเจน ง่ายต่อการวางแผนหรือร่วมดูแลของผู้ดูแลคนอื่น โดยอาจกำหนดเป็นวันใดวันหนึ่งของสัปดาห์ เช่น กรณีที่เปลี่ยนทุกสัปดาห์อาจกำหนดเป็นเปลี่ยนชุดเครื่องนอนทุกวันเสาร์ หรือเปลี่ยนชุดเครื่องนอนทุกวันจันทร์และวันพฤหัสบดีในกรณีที่เปลี่ยนสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นต้น การกำหนดตารางเวลาในการเปลี่ยนชุดเครื่องนอนให้ชัดเจน ง่ายต่อการปฏิบัติ นอกจากจะช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลให้ผู้สูงอายุอยู่ในสภาพแวดล้อมที่สะอาด สุขสบาย และมีสุขอนามัยที่ดีแล้ว ยังช่วยให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลหรือวางแผนการดูแล

ผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีผลลัพธ์การดูแลที่ดี เมื่อปฏิบัติเป็นประจำ ผู้สูงอายุบางคนที่มีความจำยั้งดี อาจมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมนี้ เช่น เตือนผู้ดูแลเมื่อถึงกำหนดเปลี่ยนชุดเครื่องนอน หรือเปลี่ยนชุดเครื่องนอนร่วมกับผู้ดูแล เป็นต้น

ในการดูแลผู้สูงอายุ ควรมีชุดเครื่องนอนสำหรับผู้สูงอายุอย่างน้อย 3 ชุดสำหรับเปลี่ยนชุดเครื่องนอน และมีชุดสำรองหากจำเป็นต้องเปลี่ยนถี่ขึ้น

ขั้นตอนการเปลี่ยนผ้าปูที่นอน ปลอกหมอน และผ้าห่ม ในที่นี้จะกล่าวถึงเป็นการทำเตียงและการเปลี่ยนชุดเครื่องนอนเป็น 2 กรณีคือ การทำเตียงและเปลี่ยนชุดเครื่องนอนแบบที่มีผู้สูงอายุบนเตียง และการทำเตียงและเปลี่ยนชุดเครื่องนอนแบบที่ไม่มีผู้สูงอายุบนเตียง ก่อนอื่นขอกล่าวถึงเตียง ที่นอนและชุดเครื่องนอนที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

เตียงนอน เตียงนอนสำหรับผู้สูงอายุควรเป็นเตียงเตี้ย ความสูงของเตียงควรสามารถปรับระดับได้เพื่อให้เอื้อต่อการทำกิจกรรมด้วยตนเองของผู้สูงอายุและการให้การดูแลของผู้ดูแล ระดับความสูงสำหรับผู้สูงอายุควรปรับให้อยู่ในระดับที่ผู้สูงอายุนั่งแล้วสามารถวางเท้าได้ถึงพื้นในระดับตั้งฉากกับพื้น1 เพื่อความปลอดภัยในการลุกออกจากเตียงและกลับเข้าเตียง ขาเตียงยึดแน่นกับพื้น กรณีที่ขาเตียงมีล้อต้องมีระบบล้อคที่ล้อเตียงเพื่อป้องกันเตียง การเลื่อนของเตียงในขณะที่มีการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุหรือขณะให้การดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุบนเตียง เพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุและผู้ดูแล (Perry and Potter, 2010) มีราวกันเตียงที่ข้างเตียงทั้งสองด้านซึ่งช่วยป้องกันผู้ป่วยตกเตียง ช่วยให้ผู้ป่วย จับยึดเพื่อเปลี่ยนท่าและลุกขึ้นจากเตียง นอกจากนี้ ควรมีขนาดที่เหมาะสม เพื่อให้ตอบสนองความสบาย ความปลอดภัยและสามารถรองรับการเปลี่ยนท่าของผู้ป่วย

เตียงนอน ควรจัดวางในตำแหน่งที่เข้าถึงได้ง่าย ควรมีราวจับ ช่วยพยุงตัวเมื่อลุกขึ้นจากเตียงนอนและมีโต๊ะข้างหัวเตียงสำหรับวางสิ่งของที่เป็นประจำในตำแหน่งที่มีมือเอื้อมถึงได้ง่าย ทั้งนี้ สิ่งของที่ไม่จำเป็นไม่ควรนำมาวางในห้องนอนหรือใกล้เตียง เพราะนอกจากจะทำให้เป็นแหล่งสะสมของฝุ่นแล้ว ยังอาจทำให้ผู้สูงอายุเดินชนได้ นอกจากนี้ โต๊ะและเก้าอี้หากมีในห้องนอนหรือใกล้กับเตียงนอน ควรมีความแข็งแรง มั่นคงต่อการยึดเกาะของผู้สูงอายุและหลีกเลี่ยงชนิดที่มีล้อเลื่อน1 เพื่อป้องกันการหกล้ม

ที่นอน ไม่ควรนุ่ม หรือแข็งเกินไปเพราะจะทำให้ปวดหลังได้ ที่นอนหนาและหากเป็นไปได้ ที่นอนควรทำจากวัสดุที่กันน้ำได้ ทั้งนี้ผิวพื้นที่นอนต้องเรียบ เพื่อความสบายของผู้สูงอายุและป้องกันการเกิดแผลกดทับ

ชุดเครื่องนอน

ผ้าปูที่นอน อาจเป็นผ้าปูที่นอนทั้งที่เป็นแบบรัดม้วน และแบบไม่รัดม้วน ควรเป็นผ้าฝ้ายหรือผ้าที่ระบายอากาศได้ดี

หมอน นุ่มพอดี ไม่แข็งหรือนุ่มมากเกินไป

ปลอกหมอน ควรเป็นผ้าฝ้ายที่ระบายอากาศได้ดี

ผ้าห่ม มีความหนา นุ่ม น้ำหนักเบา

แผ่นรองซับความเปียกชื้น ควรเป็นแบบที่มีเม็ดเจลดูดซับความเปียกชื้น และระบายอากาศได้ดี

ก่อนจะปูเตียงหรือหลังจากรื้อเตียงเมื่อผู้สูงอายุกลับบ้านแล้ว จะต้องทำความสะอาดเตียงก่อน ทุกครั้ง(Perry and Potter, 2010) โดยใช้น้ำยาซึ่งชนิดของน้ำยาขึ้นอยู่กับนโยบายของแต่ละสถาบัน

การทำเตียง หมายถึง การเปลี่ยนชุดเครื่องนอนหรือดึงผ้าปูที่นอนให้เรียบตึงซึ่งปฏิบัติได้หลายแบบขึ้นอยู่กับสถานะของผู้สูงอายุและนโยบายของสถาบัน

ในการทำเตียง จะแบ่งประเภทของเตียงออกได้ดังนี้

1. เตียงว่าง (Unoccupied bed or closed bed or empty bed) เป็นเตียงที่ผู้สูงอายุลงจากเตียงได้ ไม่มีผู้สูงอายุนอนอยู่บนเตียง อาจเป็นการทำเตียงภายหลังจากผู้สูงอายุกลับบ้าน ย้ายและเป็นการเตรียมเตียงเพื่อรับผู้สูงอายุคนใหม่ อาจคลุมด้วยผ้าคลุมเตียงเพื่อรักษาที่นอนและหมอนให้สะอาดเสมอ แต่ในกรณีที่เตียงนั้นมีผู้สูงอายุเป็นเจ้าของเตียงแต่ไม่ได้นอนอยู่บนเตียง อาจนั่งข้างๆ เตียงหรือลุกไปห้องน้ำ การทำเตียงชนิดนี้จะเป็นการทำเตียงที่ไม่มีผู้ใช้บริการอยู่บนเตียง (Open bed) ซึ่งเมื่อทำเสร็จแล้วจะไม่คลุมเตียงเพื่อให้ผู้สูงอายุใช้งานได้สะดวก^{3,4}

2. เตียงที่มีผู้สูงอายุอยู่บนเตียง (Occupied bed) เป็นเตียงที่มีผู้สูงอายุอยู่บนเตียงไม่สามารถลุกจากเตียงได้ในขณะทำเตียงอันเนื่องมาจากสาเหตุใดๆ ก็ตาม การทำเตียงชนิดนี้ต้องใช้ความระมัดระวังในขณะทำเตียง เพื่อให้ผู้สูงอายุปลอดภัยและสุขสบายมากที่สุด^{3,4}

การประเมินก่อนการปฏิบัติการพยาบาล

การประเมินสภาพผู้ใช้บริการ

1. ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ต้องตัดสินใจว่าผู้ใช้บริการต้องการความช่วยเหลือมากน้อยเพียงใด

2. ตรวจสอบคำสั่งการดูแลที่เกี่ยวข้องกับการมีกิจกรรมของผู้สูงอายุ ข้อควรระมัดระวังเกี่ยวกับการเคลื่อนไหว

การประเมินสภาพแวดล้อม

1. ความเพียงพอของแสงสว่าง
2. การระบายอากาศที่เหมาะสม
3. สิ่งกีดขวางในการปฏิบัติการพยาบาล

จุดประสงค์ในการทำเตียง เพื่อให้ผู้สูงอายุได้นอนบนเตียงที่สะอาด เรียบดี เป็นระเบียบสวยงาม

การเตรียมเครื่องใช้

1. ผ้าปูที่นอน
2. ผ้ายางขวางเตียง ในกรณีที่มีการเปียกชื้น
3. ผ้าขวางเตียง หากมีผ้ายางขวางเตียง
4. ปลอกหมอน
5. ผ้าห่ม
6. ถังน้ำใส่น้ำสะอาด
7. ผ้าทำความสะอาดเตียง 1-2 ผืน
8. ถังหรือถุงสำหรับใส่ผ้าเปื้อน

การพับผ้า

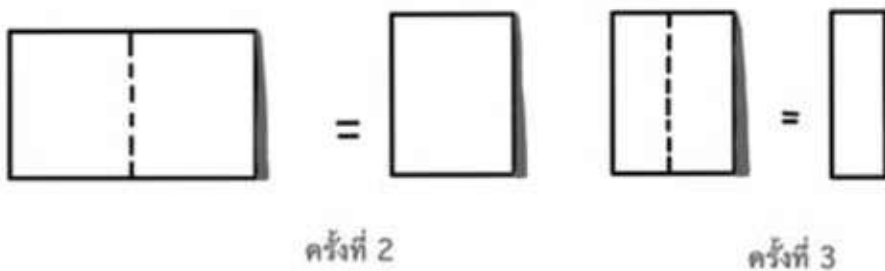
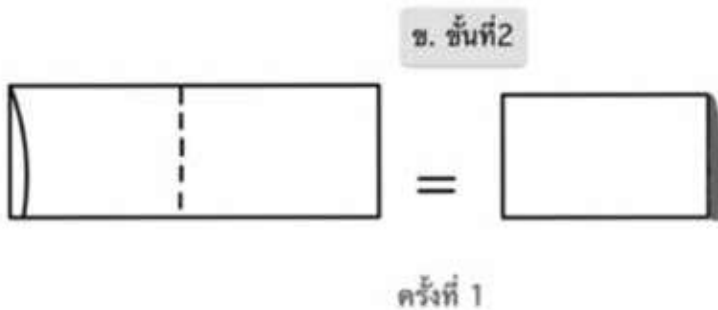
ให้พับผ้าชุดเครื่องนอนตามตัวอย่างการพับผ้าเพื่อสะดวกในการทำเตียง ดังนี้

1. ผ้าปูที่นอน

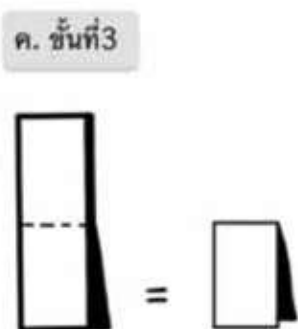
ขั้นที่ 1 พับครึ่งลงมาตามยาว



ขั้นที่ 2 พับครึ่งตามขวาง ทั้งหมด 3 ครั้ง

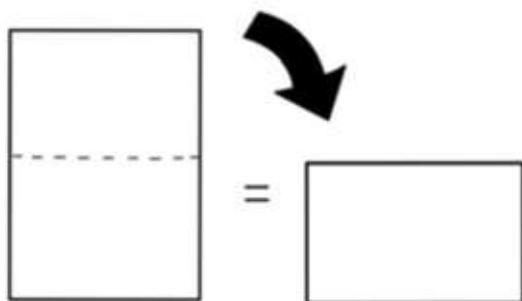


ขั้นที่ 3 พับครึ่งลงมาตามขวาง



การม้วนผ้าอย่าง ภาพที่ 1

พับครึ่งตามขวาง ม้วนผ้าอย่างตามขวางจากด้านที่เป็นสันพับไปหาชายผ้าอย่าง

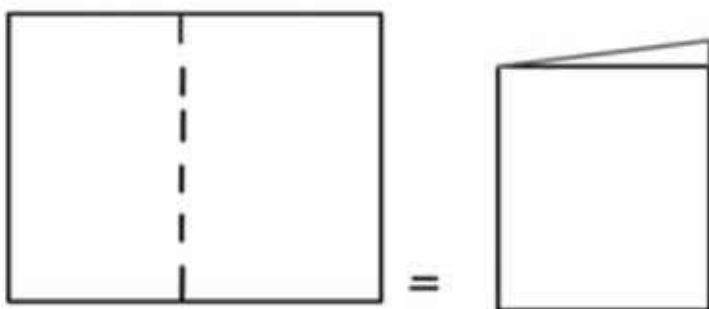


การพับผ้าขวางเตี๋ยง

ขั้นที่ 1 พับครึ่งจากชายผ้าด้านหนึ่งไปพบกับชายผ้าอีกด้านหนึ่ง

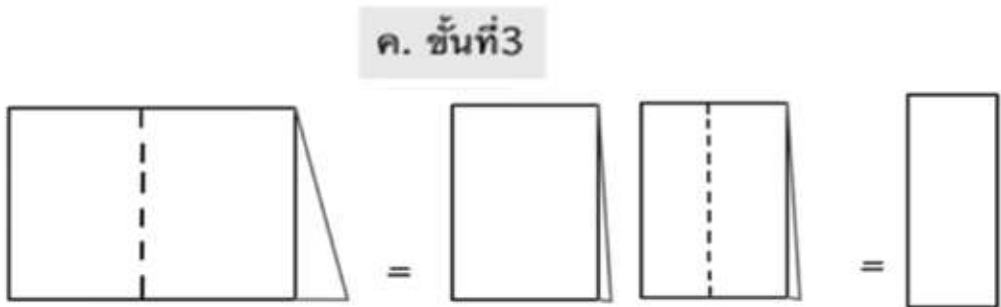
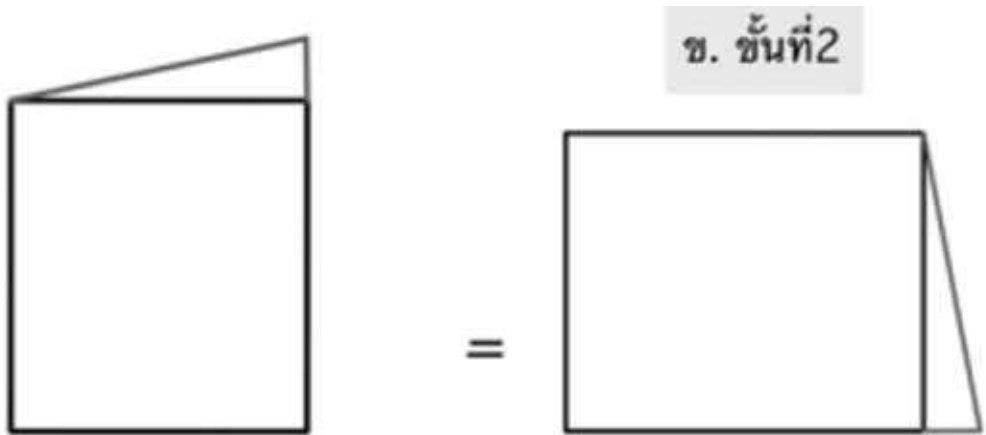
การพับผ้าขวางเตี๋ยง

ก. ขั้นที่ 1

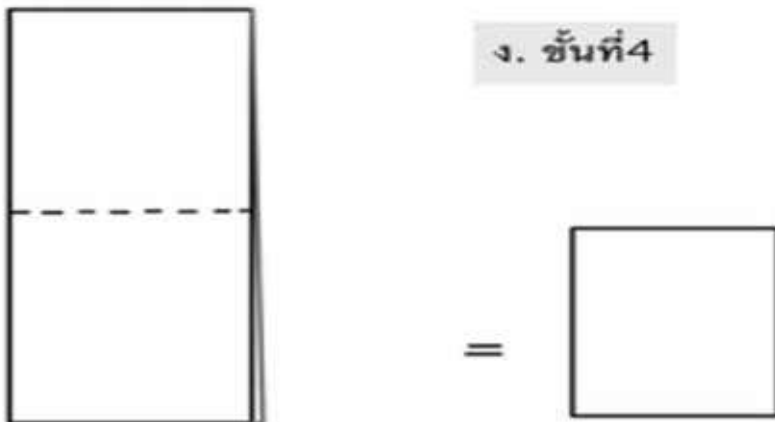


ขั้นที่ 2 จับสันผ้าให้อยู่ด้านบน ชายผ้าห้อยลงด้านล่าง

ชั้นที่ 3 พับครึ่งตามขวาง ทั้งหมด 2 ครั้ง



ชั้นที่ 4 พับครึ่งลงมาตามขวาง

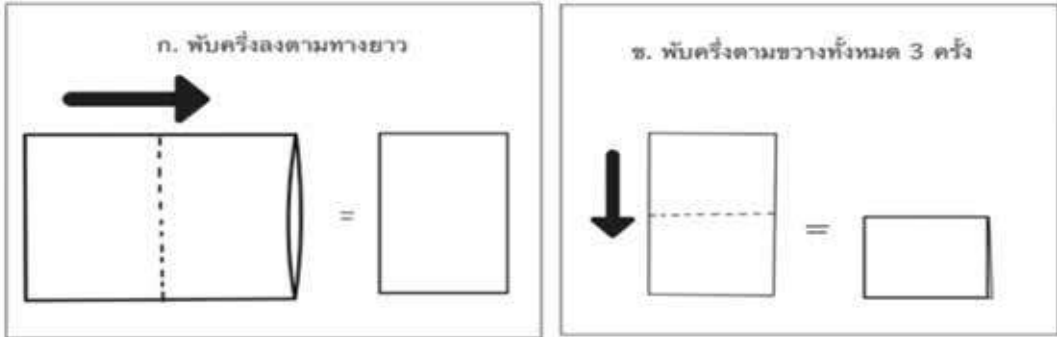


การพับบล็อกหมอน ภาพที่ 2

ชั้นที่ 1 กลับบล็อกหมอนจากด้านนอกเข้าด้านในเพื่อความสะดวกในการสวมบล็อกหมอน

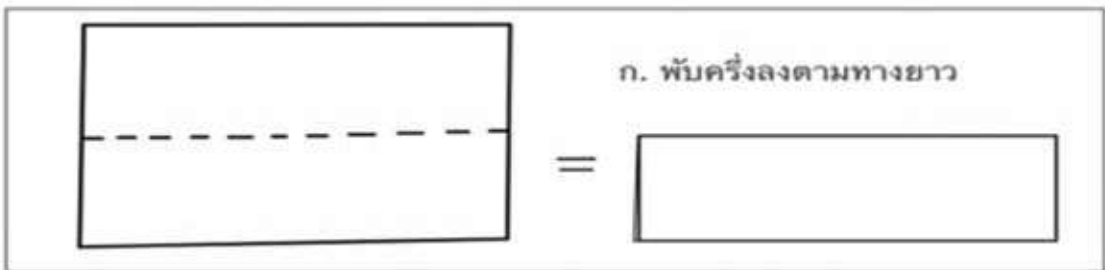
ชั้นที่ 2 พับครึ่งลงมาตามขวาง

การพับลอกหมอน

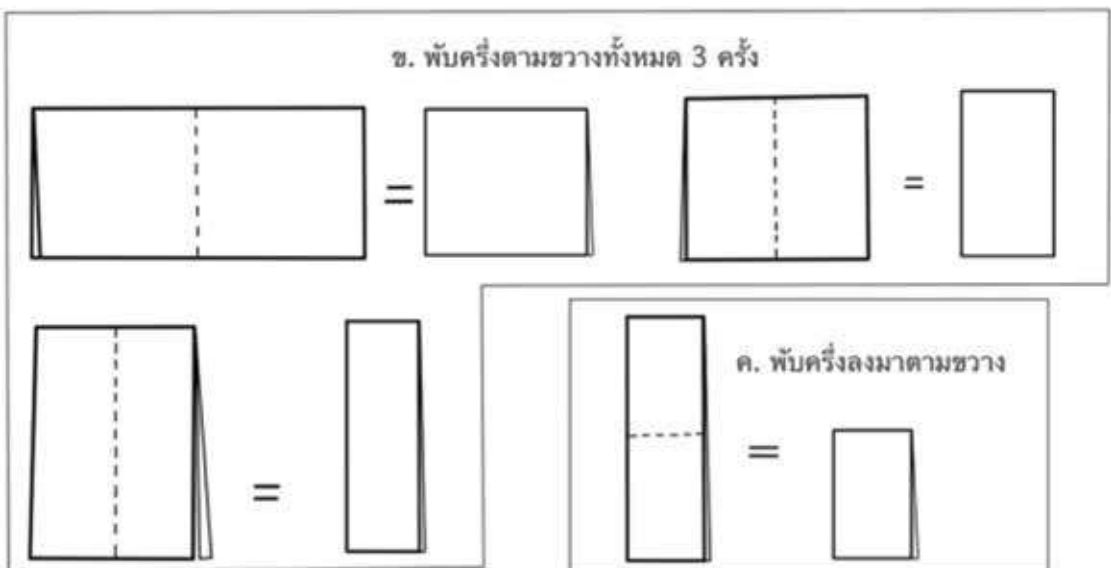


การพับผ้าห่ม: กรณีปูเตียงว่าง ภาพที่ 3
 ขั้นที่ 1 พับครึ่งลงมาตามยาว

การพับผ้าห่ม : ในกรณีปูเตียงว่าง



ขั้นที่ 2 พับครึ่งตามขวางทั้งหมด 3 ครั้ง และ ขั้นที่ 3 พับครึ่งลงมาตามขวาง



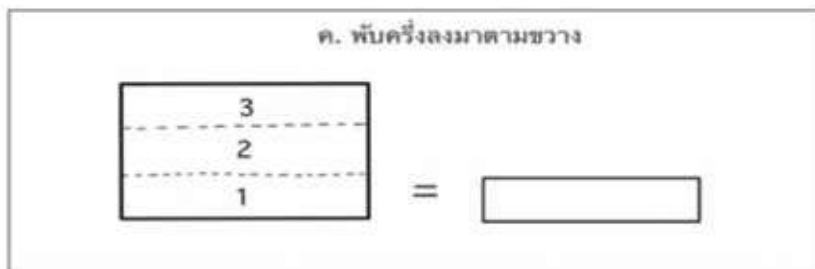
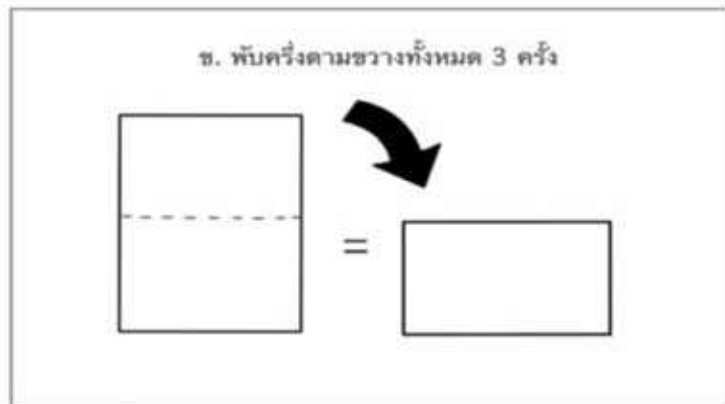
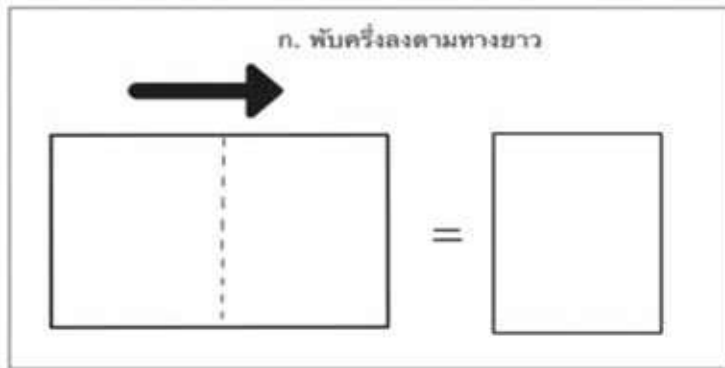
กรณีปูเตียงที่มีผู้ป่วยหรือเตรียมรับผู้ป่วย ให้หงายผ้าด้านใช้งานขึ้น
ภาพที่ 4

ขั้นที่ 1 พับครึ่งตามขวาง

ขั้นที่ 2 จับสันผ้าให้อยู่ด้านบน ชายผ้าห้อยลงด้านล่าง

ขั้นที่ 3 พับผ้าลงเป็น 3 ตอน ตามเส้นประโดยพับส่วนที่ 1 ขึ้นไปทับบนส่วนที่ 2
และพับส่วนที่ 3 ลง มาทับด้านบนสุดอีกครั้ง

การพับผ้าห่ม



2.5.2 การทำความสะอาดสภาพแวดล้อม

1. นำสิ่งของที่ไม่จำเป็นออกจากเตียงผู้สูงอายุ
2. จัดสภาพแวดล้อมในห้องผู้สูงอายุให้สะดวกต่อการทำเตียง เช่น มีแสงสว่างเพียงพอ มีการระบายอากาศ ตลอดจนจัดสิ่งของข้างเตียง เช่น เก้าอี้ ให้เป็นระเบียบ ป้องกันการกีดขวาง ขณะทำเตียง

3. ปิดพัดลมเพื่อป้องกันการฟุ้งกระจายของฝุ่นละอองและเชื้อจุลินทรีย์
4. ในกรณีกันเตียง ลดระดับของไม้กันเตียงด้านที่ผู้ดูแลยืนให้ต่ำกว่าระดับที่นอน

การเตรียมผู้สูงอายุ

1. ด้านร่างกาย ผู้ใช้บริการต้องปลอดภัยและสบาย ผู้สูงอายุที่ลุกจากเตียงไม่ได้ต้องจัด ให้นอนในท่าที่ถูกต้อง สบายตลอดเวลาในขณะที่ทำเตียง
2. ด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องบอกให้ผู้สูงอายุทราบ เพื่อให้ความร่วมมือ และควรอธิบายเหตุผลของการทำเตียงเพื่อให้ทราบว่าทำให้เตียงสะอาด เรียบและดี มองดู สวยงามเป็นระเบียบ และทำให้ผู้ใช้บริการสบาย

การทำเตียงที่ไม่มีผู้สูงอายุบนเตียง

เป็นการปูเตียงที่ไม่มีผู้ป่วยหรือผู้ป่วยลุกจากเตียงได้ เพื่อความสะดวกและความสบายของผู้ป่วย นอกจากนี้ การทำเตียงว่าง ยังเป็นการทำเตียงเพื่อเตรียมความพร้อมในการรับผู้สูงอายุรายใหม่

เครื่องมือ

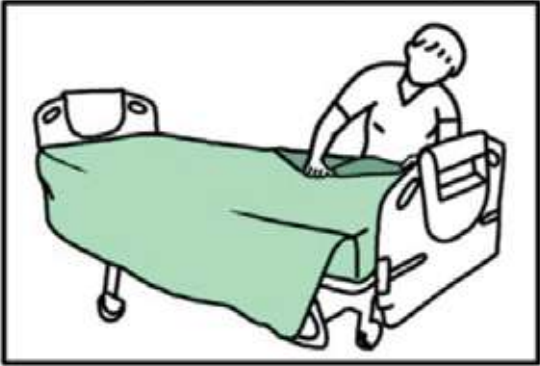
1. ชุดเครื่องนอน ได้แก่ ผ้าปูที่นอน ผ้ายางกันเปื้อนหรือแผ่นรองซับกันเปื้อน (หากจำเป็น) ผ้าขางเตียง (หากมีการใช้ผ้ายางกันเปื้อน) ปลอกหมอน ผ้าห่ม (ในกรณีที่รับผู้สูงอายุรายใหม่) อย่างละ 1 ผืน เรียงตามลำดับ และพับผ้าให้เรียบร้อย พร้อมใช้ โดยพับด้านที่จะเป็นด้านนอกไว้ข้างในตามตัวอย่างการพับผ้า

2. อุปกรณ์ในการทำความสะดวกเตียงและที่นอน ได้แก่ ถังน้ำผงซักฟอกหรือน้ำยาทำความสะอาดเตียงและที่นอนตามที่สถาบันกำหนด ผ้าเช็ดเตียง 2 ผืนสำหรับใช้เป็นผ้าแห้งและผ้าเปียก

ขั้นตอนปฏิบัติ

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. ล้างมือให้สะอาด เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้	เพื่อความสะดวกและสะดวกในการทำเตียง
2. พับผ้าแต่ละชั้นที่จะใช้ปูเตียงโดยพับด้านที่จะเป็นด้านนอกไว้ข้างใน - เรียงชุดเครื่องนอนตามลำดับการใช้งาน ได้แก่ ผ้าปูที่นอนผ้ายางขวางเตียง ผ้าขวางเตียง ปลอกหมอน และผ้าห่ม - นำผ้าที่จะใช้ปูเตียงทั้งหมดไปที่เตียงผู้ป่วย วางในตำแหน่งที่สะดวกต่อการใช้ของผู้ดูแล	เพื่อความสะดวกในการทำเตียง
3. ล้อคล้อเตียง ปรับเตียงให้อยู่ในแนวราบ และให้สูงเท่ากับระดับเอว	เพื่อความสะดวกสบายของผู้ดูแลขณะให้การดูแลและป้องกันการบาดเจ็บจากการทำงาน
4. ยกราวกันเตียงลง	เพื่อความสะดวกในการทำงาน
5. เก็บชุดเครื่องนอนชุดเดิม 5.1 ดึงชายผ้าปูที่นอนออกจากใต้ที่นอน 5.2 ถอดปลอกหมอน เช็ดทำความสะอาดหมอนด้วยผ้าเปียกและผ้าแห้ง วางหมอนเรียงไว้ต่อจากปลอกหมอนในชุดเครื่องนอน 5.3 เก็บชุดเครื่องนอนตามลำดับ 5.3.1 ผ้าขวางเตียง โดยพับม้วนผ้าให้ผ้าด้านที่ใช้เข้าด้านในเพื่อป้องกันการฟุ้งกระจายของฝุ่นละออง 5.3.2 ผ้ายางขวางเตียง ม้วนให้ด้านนอกอยู่ด้านใน เพื่อแยกทำความสะอาดภายหลัง 5.3.3 ผ้าปูที่นอน ม้วนให้ด้านที่สกปรกเข้าด้านใน ถือให้ห่างตัว ทิ้งลงในถังผ้าใช้แล้ว หรือทิ้งในถุงที่เตรียมมา	เพื่อความสะดวกในการทำงาน เพื่อป้องกันการฟุ้งกระจายของฝุ่นละออง

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
 5.3.4 ผ้าห่ม ในกรณีที่ใช้ซ้ำ พับให้พร้อมใช้	
6. เช็ดทำความสะอาดที่นอน และเตียงด้วยน้ำยาทำความสะอาดตามนโยบายของสถาบัน โดยเช็ดที่ละส่วนด้วยผ้าเปียกชุบน้ำยาทำความสะอาด และเช็ดตามด้วยผ้าแห้ง	เพื่อความสะดวก
7. ปูผ้าที่นอน 7.1 เริ่มปูเตียงด้านใกล้ตัว คลี่ผ้าปูที่นอนให้มีลักษณะ พับครึ่งตามแนวยาว ให้สันทบอยู่กึ่งกลางเตียง คลี่ชายผ้าไปทางหัวเตียงและปลายเตียง ตลบผ้าด้านบนทบไปมาให้ชายผ้าอยู่ด้านใกล้ตัว และอยู่ในระยะครึ่งเตียง 	เพื่อความเรียบร้อย และให้ผ้าปูที่นอนเรียบตึง ไม่มีรอยพับหรือรอยย่น เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
7.1.1 กรณีทำมุมเตียงโดยพับเป็นชายธง มีขั้นตอน ดังนี้ หันหน้าไปทางหัวเตียง ขั้นตอนที่ 1 พับมุมชายธงลงมาและดึงให้ตึงรวบไว้ในมือ ขั้นตอนที่ 2 ดึงชายผ้าด้านใต้ที่นอน ขั้นตอนที่ 3 เหน็บชายผ้าทั้งหมด ขั้นตอนที่ 4 ปูผ้าปูให้เรียบตึง และมีมุมเป็นชายธง  2. พับ “ชายธง” พับชายผ้าปูที่นอนรูปสามเหลี่ยม 7.1.2 กรณีมัดผ้ามุมเตียงเป็นปม ทำมุมหัวเตียงก่อนแล้ว จึงทำมุมปลายเตียง แล้วสอดชายผ้าด้านข้างเตียง เข้าใต้ที่นอนให้เรียบร้อยตลอดแนว 7.1.3 กรณีที่ใช้ผ้าปูที่นอนที่รัดมุม ให้ปูผ้าปูที่นอนให้ตำแหน่งที่รัดมุมอยู่ที่มุมขอบที่นอน	
8. ปูผ้าอย่างขวางเตียงบริเวณอวัยวะที่อาจ มีการเปื้อน โดยคลี่ผ้าอย่างออกจากม้วนให้ได้กึ่งกลางเตียง แล้วสอดชายผ้าอย่างเข้าใต้ที่นอนให้เรียบร้อยตลอดแนว	เพื่อป้องกันการซึมเปื้อนที่นอน ทั้งนี้ หากไม่มีโอกาสที่จะมีการ ซึมเปื้อน ไม่จำเป็นต้องปูผ้าอย่าง ขวางเตียง

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
9. ปูผ้าขาวางเตียงเช่นเดียวกับผ้าอย่าง 10. สวมปลอกหมอน ขั้นตอนที่ 1 นำปลอกหมอนที่กลับด้านนอก เข้าด้านในแล้ว มาสวมที่มือและแขนไว้ ขั้นตอนที่ 2 จับมุมปลอกหมอนในมือที่สอด เข้าในหมอนให้ชนกับมุมหมอนทั้ง 2 ข้าง แล้ว เลื่อนปลอกหมอนลงมาให้คลุมหมอนทั้งใบ ขั้นตอนที่ 3 ดึงปลอกหมอนด้านนอกลงมาคลุม หมอนให้มิดชิดล้นหมอนให้คลุมตัวหมอนวางไว้ที่หัวเตียง 	เพื่อความสะอาดในการสวม ปลอกหมอน
11. ปูผ้าห่ม เช่นเดียวกับผ้าปูที่นอนให้ชายผ้าด้านหัว เตียงคลุมหมอนให้เรียบร้อย เหน็บชายผ้าด้านปลาย เตียงโดยทำมุมชายธง แล้วปล่อยผ้าลงมาการปูผ้าห่ม ให้ทำด้านปลายเตียงก่อน ตามขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 ผู้ทำเตียงยืนหันหน้าไปทางปลายเตียง ขั้นตอนที่ 2 เก็บชายผ้าห่มด้านปลายเตียงเข้าใต้ที่นอน ขั้นตอนที่ 3 ดึงชายผ้าห่มด้านข้างเตียงขึ้นมา ขั้นตอนที่ 4 ทำชายผ้าห่มที่ดึงขึ้นมาให้เป็นมุมชายธง ขั้นตอนที่ 5 สอดชายผ้ามุมชายธงด้านล่างเข้าใต้ที่นอน ขั้นตอนที่ 6 ดึงผ้าห่มที่เป็นชายธงพลิกกลับลงมาห้อย ข้างเตียง ขั้นตอนที่ 7 ดึงชายผ้าห่มด้านข้างเตียงให้เรียบร้อย	เพื่อความเรียบร้อยและสะดวก ในการทำเตียง

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
12. เดินไปทำเตียงอีกด้านหนึ่งโดยคลี่ผ้าออกปูที่ละชั้น ให้เรียบตึง เริ่มจากผ้าปูที่นอน ผ้ายาง ผ้าขาวเตียง และ ผ้าห่ม เหน็บชายผ้าห่มด้านข้างเป็นแบบชายธง	ความสวยงาม เป็นระเบียบเรียบร้อย
13. จัดเตียง ดูแลความสะอาดเครื่องใช้ที่จำเป็นและ ตู้ข้างเตียง สภาพแวดล้อมรอบเตียงให้เรียบร้อย จัดตู้ ข้างเตียงให้อยู่ในระยะที่ผู้สูงอายุหยิบของใช้ได้สะดวก	เพื่อความสะดวกและความปลอดภัย ของผู้สูงอายุ
14. ล้างมือให้สะอาด	เพื่อความสะดวกและเพื่อป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อ

การทำเตียงแบบที่มีผู้สูงอายุบนเตียง (Occupied bed making)

อุปกรณ์

- ชุดเครื่องนอน ได้แก่ ผ้าปูที่นอน ผ้ายางกันเปื้อนหรือแผ่นรองซับก้นเปื้อน (หากจำเป็น) ผ้าขาวเตียง (หากมีการใช้ผ้ายางกันเปื้อน) ปลอกหมอน ผ้าห่ม อย่างละ 1 ผืน
- อุปกรณ์ในการทำความสะดวกเตียงและที่นอน ได้แก่ ถังน้ำผงซักฟอกหรือน้ำ ยาทำความสะอาดเตียงและที่นอนตามที่สถาบันกำหนด ผ้าเช็ดเตียง 2 ผืนสำหรับใช้เป็นผ้า แห้งและผ้าเปียก
- ถุงมือแบบใช้แล้วทิ้ง

ขั้นตอนปฏิบัติ

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. ล้างมือให้สะอาด เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้	เพื่อความสะดวกและสะดวก ในการทำเตียง
2. พับผ้าแต่ละชั้นที่จะใช้ปูเตียงโดยพับด้านที่จะ เป็นด้านนอกไว้ข้างใน 1) เรียงชุดเครื่องนอนตามลำดับการใช้งาน ได้แก่ ผ้าปูที่นอนผ้ายางขาวเตียง ผ้าขาวเตียง ปลอกหมอน และผ้าห่ม	เพื่อความสะดวกในการทำเตียง

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
2) นำผ้าที่จะใช้ปูเตียงทั้งหมดไปที่เตียงผู้ป่วยวางในตำแหน่งที่สะดวกต่อการใช้ของผู้ดูแล	
3. แจ้งผู้สูงอายุให้ทราบว่า จะทำความสะอาดเตียงและเปลี่ยนผ้าปูที่นอนให้ โดยทั่วไปการทำเตียงแบบที่มีผู้สูงอายุอยู่บนเตียงมักจะทำหลังจากการทำความสะอาดร่างกายให้ผู้สูงอายุ	เพื่อให้ข้อมูลก่อนการปฏิบัติการดูแล
4. ล้อคล้อเตียง ปรับเตียงให้อยู่ในแนวราบ และให้สูงเท่ากับระดับเอว	เพื่อความสะดวกสบายของผู้ดูแลขณะให้การดูแลและป้องกันการบาดเจ็บจากการทำงาน
5. จัดทำให้ผู้สูงอายุนอนในท่าตะแคง โดยพลิกตะแคงตัวผู้ป่วยเข้าหาตัวพยาบาลอย่างถูกต้อง จัดให้นอนในท่าที่สบายและปลอดภัย เลื่อนหมอนให้ผู้สูงอายุหนุนในท่าที่สบาย ก่อนทำเตียงให้ตรวจสอบความสะดวกของร่างกายผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ใช้ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ หรือควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ หากมีการขับถ่ายหรือเปื้อน ต้องเปลี่ยนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ให้ผู้สูงอายุ ก่อนการทำเตียงทุกครั้ง	เพื่อความสะดวกสบายและเพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ เพื่อให้ลดการรบกวนผู้สูงอายุโดยไม่จำเป็น
6. ยกราวกันเตียงขึ้น เดินไปด้านตรงข้ามทำเช่นเดียวกัน ยกราวกันเตียงด้านผู้ดูแล	เพื่อความสะดวกในการทำงาน
7. เก็บชุดเครื่องนอนชุดเดิม 7.1 ดึงชายผ้าปูที่นอนออกจากใต้ที่นอน 7.2 เก็บชุดเครื่องนอนตามลำดับ ผ้าปูที่นอน ด้านหลังผู้ใช้บริการโดยม้วน ผ้าปูที่นอน ผ้าขางเตียง และผ้าข้างขางเตียง ทีละชั้นเข้าชิดตัว ผู้ใช้บริการ เก็บด้านสัมผัสผู้ใช้ บริการไว้ข้างใน ดังนี้ 7.2.1 ผ้าขางเตียงโดยม้วนผ้าให้ผ้าด้านที่ใช้เข้าด้านในให้ชิดลำตัวผู้สูงอายุ	เพื่อความสะดวกในการทำงาน เพื่อป้องกันการฟุ้งกระจายของฝุ่นละออง

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
7.2.2 ผ้ายางขวางเตียง ในกรณีที่จะใช้ผ้าเช็ดทำความสะอาดด้วยน้ำยาทำความสะอาด เช็ดให้แห้ง ม้วนชายผ้ายางขวางเตียงให้ด้านนอกอยู่ด้านใน ม้วนให้ชิดตัวผู้สูงอายุ 7.2.3 ผ้าปูที่นอน ม้วนให้ด้านที่สกปรกเข้าด้านใน 7.2.4 ผ้าห่ม ในกรณีที่ใช้ผ้าพับให้พร้อมใช้ เรียงต่อจากปลอกหมอน	เพื่อป้องกันการฟุ้งกระจายของฝุ่นละออง
8. เช็ดทำความสะอาดที่นอน และเตียงด้านใกล้ตัวผู้ดูแล ด้วยน้ำยาทำความสะอาดตามนโยบายของสถาบัน เช็ดที่นอนให้สะอาด และแห้งโดยเช็ดที่ละส่วนด้วยผ้าเปียกชุบน้ำยาทำความสะอาด และเช็ดตามด้วยผ้าแห้ง ปล่อยให้แห้ง	เพื่อความสะอาด
9. พูผ้าที่นอน 9.1 เริ่มปูเตียงด้านใกล้ตัว คลี่ผ้าปูที่นอนให้มีลักษณะ พับครึ่งตามแนวยาว ให้สันทบอยู่กึ่งกลางเตียงคลี่ชายผ้าไปทางหัวเตียงและปลายเตียง ตลบผ้าด้านบนทบไปมาให้ชายผ้าอยู่ด้านใกล้ตัว และอยู่ในระยะครึ่งเตียง ให้รอยพับกลางผืนอยู่ กลางที่นอน คลี่ผ้าออกโดยม้วนให้ด้านที่จะสัมผัสกับผู้สูงอายุไว้ด้านในวางชิดกับผ้าผืนเก่า 9.2 พับผ้าปูที่นอนส่วนที่อยู่ด้านบน เป็นพับให้ชายผ้าหันไปด้านตัวผู้ป่วย 9.3 พูผ้าที่นอนเหมือนการทำเตียงว่าง	เพื่อความเรียบร้อย และให้ผ้าปูที่นอนเรียบตึง ไม่มีรอยพับหรือรอยย่น เพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ เพื่อความสะดวกในการปูผ้าที่นอนในส่วนที่เหลือ
10. พูผ้ายางขวางเตียงบริเวณอวัยวะที่อาจมีการเปื้อน โดยคลี่ผ้ายางออกจากม้วนให้ได้กึ่งกลางเตียง แล้วสอดชายผ้ายางเข้าใต้ที่นอนให้เรียบร้อย ตลอดแนว หรือคลี่ผ้ายางขวางเตียงผืนเดิมที่ใช้ซ้ำออก	เพื่อป้องกันการซึมเปื้อนที่นอน ทั้งนี้ หากไม่มีโอกาสที่จะมีการซึมเปื้อน ไม่จำเป็นต้องปูผ้ายางขวางเตียง

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
11. ปูผ้าขวางเตียง โดยวางชายผ้าขวางเตียงให้ปูทับขอบผ้าทางด้านบน จับชายผ้าข้างขวางเตียง และผ้าขวางเตียงให้ตึง สอดชายผ้าทั้งสองเข้าใต้ที่นอน	เพื่อให้เรียบตึง ไม่เกิดรอยย่น และป้องกันการเกิดรอยกดบริเวณผิวหนังของผู้สูงอายุ
12. ถอดปลอกหมอน ทำความสะอาด และสวมปลอกหมอน ขั้นตอนที่ 1 เลื่อนหมอนออกจากผู้สูงอายุ ถอดปลอกหมอน ม้วนให้ส่วนสกปรกเข้าด้านในทิ้งในถังผ้าใช้แล้ว ขั้นตอนที่ 2 เช็ดทำความสะอาดหมอน ขั้นตอนที่ 3 สวมปลอกหมอนตามขั้นตอน ขั้นตอนที่ 4 วางหมอนสะอาดลงบนที่นอนสะอาด	เพื่อความสะดวกในการสวมปลอกหมอน
13. ปูผ้าห่ม เช่นเดียวกับผ้าปูที่นอน เหน็บชายผ้าด้านปลายเตียงโดยทำมุมชายธง แล้วปล่อยผ้าลงมาการปูผ้าห่มให้ทำด้านปลายเตียงก่อน ตามขั้นตอน พับผ้าห่มลง เหน็บชายผ้าห่ม โดยสอดเข้าใต้ที่นอนให้เรียบร้อย	
14. จัดทำให้ผู้สูงอายุนอนตะแคง พลิกเข้าหาตัวผู้ดูแล จัดให้ผู้สูงอายุนอนในท่าที่สุขสบาย ยกไม้กั้นเตียงขึ้น	เพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ
15. เดินไปทำเตียงอีกด้านหนึ่งโดยคลี่ผ้าออกปูที่ละชั้น ให้เรียบตึง เริ่มจากผ้าปูที่นอน ผ้าข้าง ผ้าขวางเตียง และผ้าห่ม เหน็บชายผ้าห่มด้านข้างเป็นแบบชายธง ตามลำดับ	ความสวยงาม เป็นระเบียบเรียบร้อย
16. จัดเตียง ดูแลความสะอาดเครื่องใช้ที่จำเป็น และตู้ข้างเตียง สภาพแวดล้อมรอบเตียงให้เรียบร้อย จัดตู้ข้างเตียงให้อยู่ในระยะที่ผู้สูงอายุหยิบของใช้ได้สะดวก	เพื่อความสะดวกและความปลอดภัยของผู้สูงอายุ

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
17. ล้างมือให้สะอาด	เพื่อความสะดวกหลังให้การดูแลและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ สภาพแวดล้อมของผู้สูงอายุมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและภาวะพึ่งพาของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลมีบทบาทในการดูแลให้ผู้สูงอายุได้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่สะอาด และปลอดภัย รายละเอียดการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ หากสนใจผู้ดูแลสามารถศึกษาเพิ่มเติมได้ในคู่มือผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

บรรณานุกรม

สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2558.

กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์วินัย 2509 จำกัด; 2565.

สุปาณี เสนาดิสัย และวรรณภา ประไพพานิช (บรรณาธิการ). การพยาบาลพื้นฐาน. ปรับปรุงครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฑทองจำกัด; 2563.

อัจฉรา พุ่มดวง (บรรณาธิการ). การพยาบาลพื้นฐาน: ปฏิบัติการพยาบาล. กรุงเทพฯ: สาขาวิชาการพยาบาลพื้นฐานและบริหารการพยาบาล สถาบันการพยาบาลศรีสวรินทิรา สภากาชาดไทย; 2562.

Audrey Berman, S., Snyder, S., Frandsen, G. Kozier & Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice 11th Edition. Malaysia: Pearson; 2016.

2.6 การใช้ภูมิปัญญาไทยและการแพทย์ทางเลือก ในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

นางสาวธารทิพย์ โคกดอกไม้

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

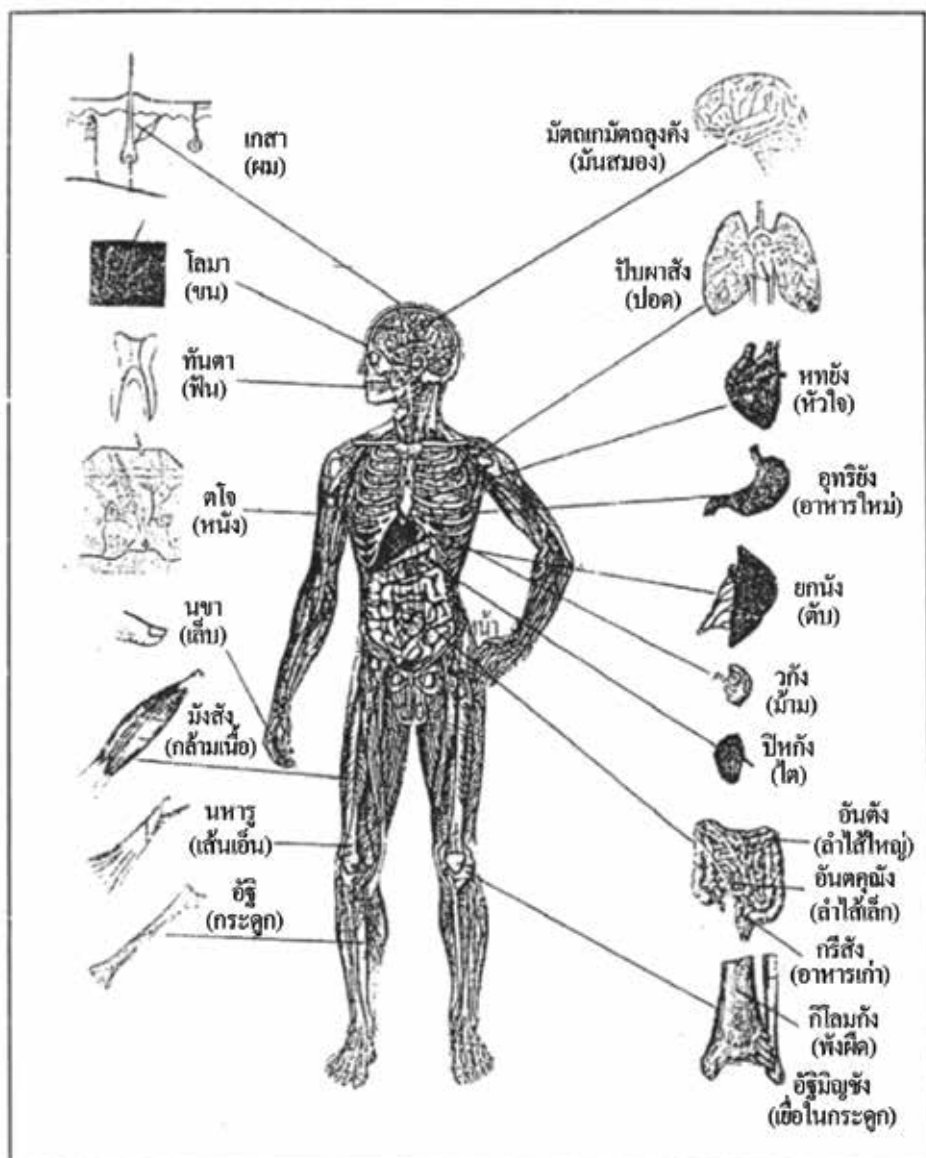
การแพทย์แผนไทย

การแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์แบบองค์รวม เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของคนไทย โดยอาศัยแนวทางของพระพุทธศาสนาเป็นหลัก และยังเกี่ยวข้องกับพิธีกรรมตามธรรมชาติ มีแบบแผนเป็นวัฒนธรรมในการดำรงชีวิต ตามทฤษฎีของการแพทย์แผนไทยนั้น มิได้มองความเจ็บป่วยเป็นเพียงแคโรค แต่เชื่อว่าความเจ็บป่วยไข้ได้ป่วยของมนุษย์มาจากสิ่งที่เหนือธรรมชาติ โดยมีสาเหตุมาจากอิทธิพลดังต่อไปนี้

1. มูลเหตุธาตุทั้ง 4 (ธาตุสมฐาน)

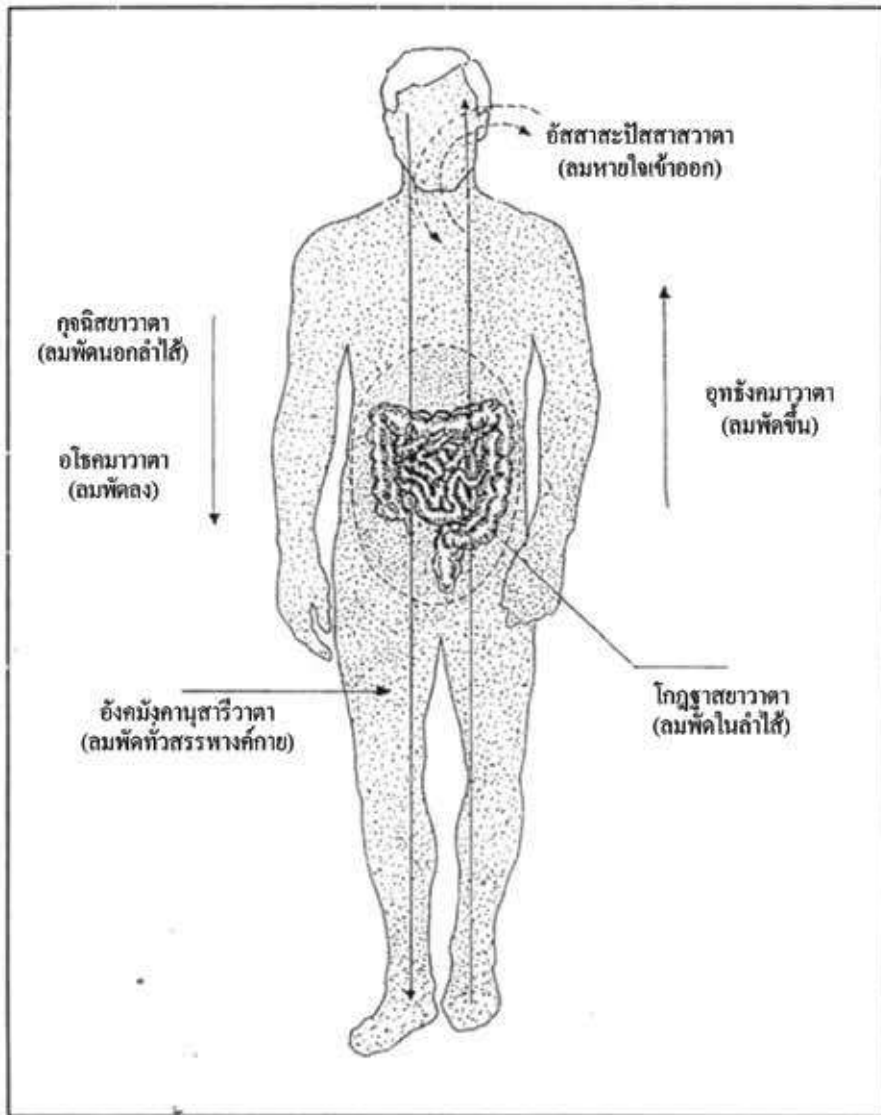
สิ่งมีชีวิตที่เกิดมาล้วนประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 อันได้แก่ดิน น้ำ ลม ไฟ ที่เรียกว่าสมฐานธาตุซึ่งอยู่ในภาวะสมดุลเกี่ยวข้องกันและกันโดยแบ่งรายละเอียดดังนี้ ธาตุดิน 20 ประการ ธาตุน้ำ 12 ประการ ธาตุลม 6 ประการ และธาตุไฟ 4 ประการ

ธาตุดิน (ปถวีธาตุ) คือ องค์ประกอบของสิ่งมีชีวิตที่มีลักษณะเป็นของแข็งมีความคงรูป เช่น อวัยวะต่างๆ ธาตุดิน โดยส่วนใหญ่มี 20 ประการ ได้แก่ ฝม ขน เล็บ ฟัน หนัง เนื้อ เส้นเอ็น กระดูกเยื่อในกระดูก ม้าม หัวใจ ตับ พังผืด ไต ปอด ไล่ใหญ่ ไล่ย่อย อาหาร ใหม่ อาหารเก่า สมอสังขาระ สิ่งเหล่านี้จัดเป็นธาตุดิน ภายในส่วนธาตุดินภายนอก ได้แก่ โต๊ะ เก้าอี้ ต้นไม้ ดิน เป็นต้น



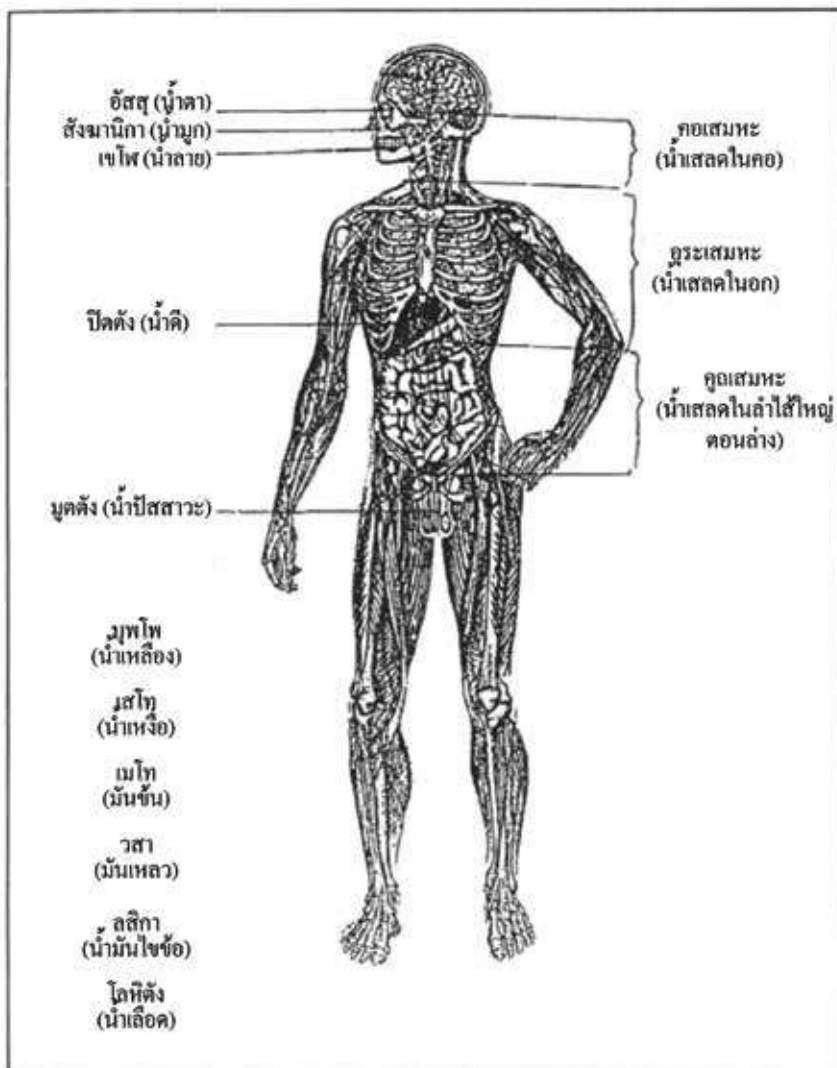
(ภาพองค์ประกอบของธาตุดิน)

ธาตุน้ำ (อาโปธาตุ) คือ องค์ประกอบของสิ่งมีชีวิตที่มีลักษณะเป็นน้ำเป็นของเหลว มีคุณสมบัติไหลไปมา ซึมซับทั่วไปในร่างกายอาศัยธาตุดินเพื่อการคงอยู่อาศัยธาตุลมเพื่อการเลื่อนไหล ธาตุน้ำภายในมี 12 ประการ ได้แก่ น้ำดีเสลด น้ำหนอง น้ำเลือด น้ำเหงื่อ มันทัน น้ำตา มันทเลว น้ำลาย น้ำมูก น้ำไขข้อ น้ำปัสสาวะหรือน้ำมูตร ธาตุน้ำภายนอก ได้แก่ น้ำฝน น้ำท่า น้ำหรือของเหลวในสิ่งแวดล้อมทั้งหลาย ภายในดินมีน้ำซึมซับอยู่ให้ความชุ่มชื้นแก่ดินและต้นไม้



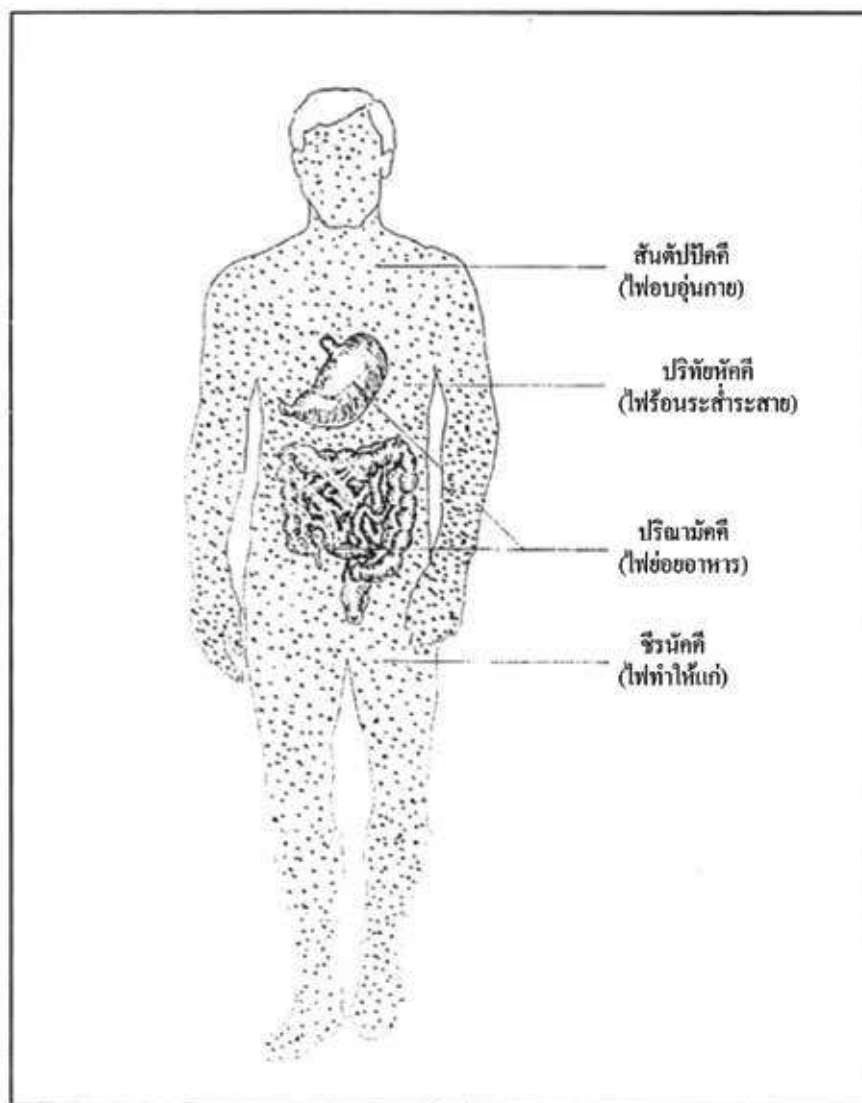
(ภาพองค์ประกอบของธาตุน้ำ)

ธาตุลม (วาโยธาตุ) คือ องค์ประกอบของสิ่งมีชีวิต มีลักษณะเคลื่อนไหวได้มีคุณสมบัติคือความเบา เป็นสิ่งที่มีพลังทำให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหว เดินนั่งนอนคู้เหยียดได้ ธาตุลมย่อมอาศัยดินและธาตุน้ำเป็นเครื่องนำพาพลัง และขณะเดียวกันธาตุลมพยุ้งดินและทำให้น้ำเคลื่อนไหวไปมาได้ธาตุลมที่สำคัญมี 6 ประการ จัดเป็นธาตุลมภายในได้แก่ ลมพัดจากเบื้องล่างสู่เบื้องบน-ลมพัดจากเบื้องบนสู่เบื้องต่ำลมพัดอยู่ในท้องนอกลำไส้ ลมพัดในกระเพาะและลำไส้ ลมพัดทั่วร่างกาย ลมหายใจเข้าออก ลมภายนอก ได้แก่ ลมต่างๆ ลมบก ลมทะเล ลมที่พัดอันเป็นปกติของโลก หรืออากาศที่มีการเคลื่อนไหวไปมานั่นเอง



(ภาพองค์ประกอบของธาตุลม)

ธาตุไฟ (เตโชธาตุ) คือ องค์ประกอบของสิ่งมีชีวิต มีลักษณะที่เป็นความร้อน มีคุณสมบัติเผาผลาญให้แหลกสลายไฟทำให้ลมและน้ำในร่างกายเคลื่อนที่ด้วยพลังแห่งความร้อนอันพอเหมาะ ไฟทำให้ดินอุ่น คือ อวัยวะต่าง ๆ ไม่น่าไฟภายในมี 4 ประการ ได้แก่ ไฟทำให้ร่างกายอบอุ่น ไฟทำให้ร้อนระส่ำระสาย ไฟทำให้ร่างกายเหี่ยวแห้งทรุดโทรม ไฟย่อยอาหาร ไฟภายนอก ได้แก่ ความร้อนต่าง ๆ จากภายนอก เช่น ความร้อนจากดวงอาทิตย์ ไฟที่จุดขึ้นหรือพลังความร้อนอื่น ๆ ที่มีคุณสมบัติเผาผลาญต่าง ๆ



(ภาพองค์ประกอบของธาตุไฟ)

2. อิทธิพลของฤดูกาล (อุตุสมณฐาน)

อุตุสมณฐาน คือ ฤดูต่าง ๆ มีผลทำให้ร่างกายแปรปรวน โดยช่วงรอยต่อระหว่างฤดูกาล เช่น ฤดูหนาวต่อฤดูร้อน ความเย็นจะเจือผ่านเข้าไปและความร้อนเริ่มเจือผ่านเข้ามา ฤดูร้อนต่อฤดูฝน ความร้อนย่อมเจือเข้ามีผลต่อธาตุลมที่กำลังมา มีผลกระทบ และธาตุลมย่อมเจือเข้ากระทบร้อนด้วย ฤดูฝนต่อฤดูหนาว เมื่อถึงอากาศหนาวกำลังมา ละอองฝนปลายฤดูฝน และธาตุลมเจือเข้าสู่ความเย็น ในขณะที่ความหนาวเย็นต้นฤดูหนาวเริ่มเจือเข้ามารับลมปลายฤดูฝนสภาวะดังกล่าวมนุษย์ต้องปรับตัวเป็นอย่างมากปีแล้วปีเล่าหากปรับตัวไม่ได้จะเกิดเสียสมดุล ทำให้เจ็บป่วยร่างกายจึงต้องพยายามปรับตัวให้เข้ากับฤดูกาลต่างๆ ซึ่งมี 3 ฤดูคือ

- 1) ฤดูร้อนเจ็บป่วยด้วยธาตุไฟ
- 2) ฤดูฝนเจ็บป่วยด้วยธาตุลม
- 3) ฤดูหนาวเจ็บป่วยด้วยธาตุน้ำ

3. อายุที่เปลี่ยนไปสามวัย (อายุสมณฐาน)

ร่างกายมนุษย์จะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุขัยแบ่งเป็น 3 วัยคือ

ปฐมวัย (แรกเกิด – 16 ปี) เกิดโรคทางธาตุน้ำ

มัชฌิมวัย (อายุ 16 – 32 ปี) เกิดโรคทางธาตุไฟ

ปัจฉิมวัย (อายุตั้งแต่ 32 ปีขึ้นไป) เกิดโรคทางธาตุลม

เรามักได้ยินเสมอว่าเลือดจะไปลมจะมา เป็นอาการของผู้ที่จะอย่างสู่วัยปัจฉิมวัย บางคนอาจสงสัยว่าเหตุใดจึงแบ่งวัยให้แก่เร็ว คือ 32 ทั้งนี้เพราะธาตุทั้ง 4 จะทยอยกันเสื่อม แม้จะยังไม่แสดงอาการชัดเจน ซึ่งการแพทย์แผนปัจจุบันก็ยอมรับว่า ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเริ่มเสื่อมเมื่ออายุเกิน 32 ปีปัจจุบันส่วนใหญ่เข้าใจว่าผู้สูงอายุคือผู้มีอายุ 60 ปีแล้ว จึงเริ่มส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุซึ่งอาจสายเกินไป การแบ่งวัยแบบไทยๆ เป็นการเตือนสติไม่ให้ประมาทในการดำรงชีวิต ให้เริ่มรอบคอบในการกินอยู่หลับนอน หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้แพทย์แผนไทยยังใช้อยู่สำหรับการจัดยาที่แตกต่างกันอีกด้วย เช่น วัยชราต้องจัดยาที่ค้ำึงถึงธาตุลมมากกว่าธาตุอื่นเป็นต้น

4. สถานที่ถิ่นที่อยู่อาศัย (ประเทศสมณฐาน)

ที่อยู่อาศัยหรือสิ่งแวดล้อมเรียกว่าประเทศสมณฐานย่อมมีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่ และสุขภาพ ได้แก่ ประเทศร้อน สถานที่ที่เป็นภูเขาสูง เนินผามักเจ็บป่วยด้วยธาตุไฟ ประเทศอุ่น สถานที่ที่เป็นน้ำฝนกรวดทราย เป็นที่เก็บน้ำ ไม่อยู่มักเจ็บป่วยด้วยธาตุน้ำ ประเทศเย็น สถานที่ที่เป็นน้ำฝนโคลนตมมีฝนตกชุก มักเจ็บป่วยด้วยธาตุลม และประเทศหนาวสถานที่ที่เป็นน้ำเค็มมีโคลนตมขึ้นขึ้นฉะ ได้แก่ชายทะเล มักเจ็บป่วยด้วยธาตุดิน

5. อิทธิพลของกาลเวลา (กาลสมมูลฐาน)

กาลสมมูลฐานคือสาเหตุของการเกิดโรคอันเนื่องมาจากเวลา คือการเปลี่ยนแปลงทุก 24 ชั่วโมง ในรอบ 1 วัน การที่โลกหมุนรอบตัวเองทำให้เกิดกลางวันและกลางคืน และน้ำขึ้นน้ำลงเกิดด้วยอิทธิพลจากแรงดึงดูดของดวงจันทร์

ยามใดเกิดจันทรุปราคาหรือสุริยุปราคามักเกิดปรากฏการณ์ทางธรรมชาติบนโลกมนุษย์ เช่น น้ำท่วม แผ่นดินไหว สิ่งมีชีวิตจะได้รับผลกระทบเพียงใดเป็นเรื่องที่นำศึกษาอย่างยิ่งยังมีดวงดาวอื่นๆ อีกมากมายที่คนโบราณได้สังเกตสรุปข้อมูลถึงอิทธิพลไว้ในตำราสุริยศาสตร์ การหมุนรอบตัวเองของโลกใน 24 ชั่วโมง เกิดการแปรปรวนของธาตุต่างๆ แตกต่างกันไป คือ

เวลา 06.00-10.00 น. 18.00-22.00 น.

ธาตุน้ำกระทำโทษ มักมีอาการน้ำมูกไหลหรือท้องเสีย

เวลา 10.00-14.00 น. 22.00-02.00 น.

ธาตุไฟกระทำโทษ มักมีอาการไข้หรือแสบท้องปวดท้อง

เวลา 14.00-18.00 น. 02.00-06.00 น.

ธาตุลมกระทำโทษ มักมีอาการวิงเวียนปวดเมื่อยอ่อนเพลียเป็นลมในยามบ่าย

6. พฤติกรรมมูลเหตุก่อโรค

ในปัจจุบันมีผู้ป่วยด้วยโรคทางพฤติกรรมมากขึ้น ทั้งนี้เกิดขึ้นด้วยการรู้เท่าไม่ถึงการณ์ และเกิดจากการตามใจตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการกินอาหาร การมีพฤติกรรมที่ก่อโรค เช่น การสำส่อนทางเพศ การติดสิ่งเสพติดต่าง ๆ ล้วนเกิดจากความอ่อนแอทางจิต การยึดติดในกิเลสตัณหา คนโบราณทราบว่าการเจ็บป่วยมีสาเหตุจากพฤติกรรมจึงได้สอนให้ยึดหลักมัชฌิมาปฏิปทา คือการเดินสายกลาง ดังในคัมภีร์โรคนิทาน และในตำราอื่น ๆ พอสรุปได้ดังนี้

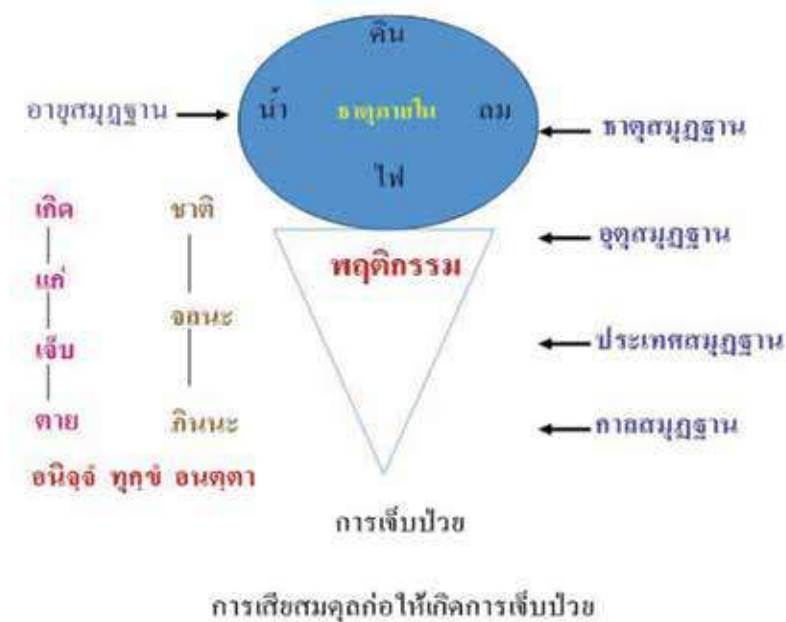
1) กินอาหารมากหรือน้อยเกินไปกินอาหารบูดหรืออาหารที่ไม่เคยกินกินอาหารไม่ถูกกับธาตุไม่ถูกกับโรค

2) ฟืนอิริยาบถได้แก่ การนั่งยืนเดินนอนไม่สมดุลกันทำให้โครงสร้างร่างกายเสียสมดุลและเสื่อมโทรม

3) อากาศไม่สะอาดอยู่ในอากาศร้อนหรือเย็นเกินไป

4) การอด ได้แก่ การอดข้าวอดนอนอดน้ำขาดอาหาร

5) การกลั่นแอกจระปัสสาวะ



- 6) ทำงานเกินกำลังมากหรือมีกิจกรรมทางเพศมากเกินไป
- 7) มีความโศกเศร้าเสียใจหรือดีใจจนเกินไปขาดอุเบกขา
- 8) มีโทษมากเกินไปขาดสติ

การดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมมานามัย

หลักธรรมมานามัย โดยศ.นพ.อวยเกตุสิงห์เป็นผู้คิดค้น

ธรรมมานามัย คือ การสาธารณสุขมูลฐานของการแพทย์แผนไทย สามารถประยุกต์ใช้ได้ทุกชาติทุกศาสนาเพื่อกระจายความรู้เรื่องสุขภาพชุมชนและปัจเจกชนให้สามารถพึ่งพาตนเองได้

ธรรมมานามัย หมายถึง ระบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยวิถีธรรมชาติให้ความสำคัญต่อสิ่งที่มีผลกระทบต่อนสุขภาพในทุกด้านทั้งทางด้านร่างกายด้านจิตใจด้านอารมณ์ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ธรรมมานามัยมีองค์ประกอบ 3 ส่วน ได้แก่

1. กายานามัยคือการส่งเสริมสุขภาพทางกาย
2. จิตตานามัยคือการส่งเสริมสุขภาพทางจิตใจ
3. ชีวิตานามัยคือการส่งเสริมคุณภาพชีวิตและครอบครัว

1. กายานามัย คือ การส่งเสริมสุขภาพทางกาย 2 อย่าง ได้แก่

1.1 การบริโภคอาหาร ควรรับประทานอาหารให้พอดีไม่มากและน้อยเกินไป ตามหลักทฤษฎีการแพทย์แผนไทยควรรับประทานให้หลากหลายและครบทุกรส เพื่อจะได้ช่วยปรับธาตุทั้ง 4 ให้สมดุล สิ่งสำคัญต้องคำนึงถึงความเหมาะสมของวัย เวลา ธาตุและโรคที่เป็น เช่น บุคคลที่อยู่ในวัยชรามักเจ็บป่วยด้วยโรคลม ท้องอืด ท้องเฟ้อ จึงไม่ควรรับประทานอาหารรสมันและอาหารที่ย่อยยาก ช่วงเวลาเข้านมดเป็นเวลาที่มักเกิดเสมหะ ไม่ควรรับประทานรสหวานมันเนื่องจากจะทำให้มีเสมหะมาก

อาหารประจำธาตุเจ้าเรือน

อาหารของผู้ที่มีธาตุดินเป็นธาตุเจ้าเรือน

รสอาหาร ควรรับประทานอาหารรสผาต รสหวาน รสมัน รสเค็ม เช่น ฝรั่งดิบ หัวปลี กล้วย มะละกอ เผือก ถั่วพู กะหล่ำปลี ผักกะเฉด ฯลฯ

สรรพคุณของอาหาร

อาหารรสผาต ช่วยสมานปิดธาตุหากรับประทานมากเกินไปทำให้ผิืดคอ ท้องอืด ท้องผูก

อาหารรสหวาน ชุ่มซาบไปตามเนื้อ ทำให้ชุ่มชื้นบำรุงกำลัง หากรับประทานมากเกินไป ทำให้กำเริบ ง่วงนอน เกียจคร้าน

อาหารรสมัน แก้เส้นเอ็นพิการปวดเสียว ขัดยอกกระดูก

อาหารรสเค็ม ชุ่มซาบไปตามผิวหนัง ประดง ซา คัน หากรับประทานมากเกินไป ทำให้มีอาการกระหายน้ำ ร้อนใน

ตัวอย่างอาหาร

อาหารเช้า ข้าวต้ม ถั่วลิสงคั่วเกลือ กุ้งหวาน ถั่วงอกผัดเต้าหู้เหลือง

อาหารกลางวัน วุ้นเส้นผัดไทย ขนมจีนน้ำพริก หมี่กะทิ ข้าวซอยไก่

อาหารเย็น แกงจืดเต้าหู้ แกงเผ็ดไก่ใส่ฟักทอง ปลาสุเลาเค็มทอด
แกงอ่อมไก่ ยำถั่วพู แกงแคไก่ หลนเต้าเจี้ยว ยำหัวปลี

ผักจิ้ม หัวปลี ยอดกระถิน ใบบัวบก ยอดมะม่วงหิมพานต์

ผลไม้ ฝรั่ง กล้วยน้ำว้า มะละกอ มะม่วงสุก มังคุด เงาะ ลำไย

เครื่องดื่ม น้ำฝรั่ง น้ำฟักทอง น้ำแตงโม น้ำเต้าหู้

ของหวาน ถั่วเขียวต้มน้ำว้า มะพร้าวชูด กล้วยหักมุกเผา ฟักทองนึ่ง มะพร้าวชูด
กล้วยบวชชี



อาหารของผู้ที่มีธาตุน้ำเป็นธาตุเจ้าเรือน

รสอาหาร ควรรับประทานอาหารรสเปรี้ยว เช่น มะเขือเทศ ส้มโอ สับปะรด มะนาว
ส้มเขียวหวาน ยอดมะพร้าวอ่อน หลีกเลี่ยงอาหารรสมันจัด

สรรพคุณของอาหาร

อาหารรสเปรี้ยว แก้เสมหะพิการ กัดฟอกเสมหะ กระตุ้นน้ำลาย
เจริญอาหาร หากรับประทานมากเกินไป
ทำให้ท้องอืดแฉะลงแลร้อนใน



ตัวอย่างอาหาร

อาหารเช้า ข้าวต้ม ยำกุ้งแห้ง ซีแซ่ฉี่ กระเทียมดองผัดไข่
อาหารกลางวัน ไก่ย่างสับตำ ลาบปลาตุ๋ก ต้มแซบ ข้าวยาปักขี้ไต้ ข้าวคลุกกะปิ กว๊ายเตี๋ย
ต้มยำสุโขทัย
อาหารเย็น ต้มยำไก่มะขามอ่อน น้ำพริกปลาลาย ผัดเปรี้ยวหวานปลากระพง แองส้ม
ผักบุ้งมะขามสด ปลาทอด ยำทะเล
ผักจิ้ม ยอดมะขามอ่อน ยอดมะกอก ยอดผักแต้ว
ผลไม้ สับปะรด ส้มเขียวหวาน ส้มโอ มะเฟือง
กลางสาด มะม่วงดิบ
เครื่องดื่ม น้ำส้ม น้ำมะนาว น้ำกระเจียบ น้ำระกำ
น้ำสับปะรด
ของหวาน กระทอนลอยแก้ว ส้มลอยแก้ว สับปะรดลอยแก้ว



อาหารของผู้ที่มีธาตุลมเป็นธาตุเจ้าเรือน

รสอาหาร ควรรับประทานอาหารรสเผ็ดร้อน เช่น กะเพรา โหระพา ตะไคร้ข่า
กระเทียม คื่นช่าย ขิง ยี่หระ ฯลฯ หลีกเลี่ยงอาหารรสหวานจัด

สรรพคุณของอาหาร

อาหารรสเผ็ดร้อน แก้โรคในกองลม ลมจุกเสียด ปวดท้อง ลมป่วง
หากรับประทานมากเกินไปทำให้เกิดอาการ
อ่อนเพลียและเผ็ดร้อน

ตัวอย่างอาหาร

อาหารเช้า ข้าวต้ม ขิงดอง เต้าเจี้ยว ผัดผักบุ้งไฟแดง
ยำปลาทูนน้ำใส่หอมใหญ่ โจ๊กหมูใส่ขิง
อาหารกลางวัน วุ้นเส้นผัดซีเม่า ข้าวผัดน้ำพริกขี้หนู รวบรวม ขนมน้ำยา ขนมน้ำแกงเขียวหวาน



อาหารเย็น	แกงเลียง ไก่ผัดขิงสด ปลาทอดราดพริก แกงป่าใส่ปลาช่อน น้ำพริกขิงเผือก ผัดพริกขิงปลาทุ ต้มส้มปลาทุสด ยำรวมมิตรทะเล ไก่ผัดพริกหยวก
ผักจิ้ม	ใบชะพลู ขมิ้นขาว ผักแขยง ผักชีล้อม ใบสะระแหน่ ใบแมงลัก ใบโหระพา
ผลไม้	ชมพู่มะเหมี่ยว แตงโม แตงไทย
เครื่องดื่ม	น้ำขิง น้ำตะไคร้
ของหวาน	เต้าฮวยน้ำขิง บัวลอยน้ำขิง มันต้มน้ำตาลใส ขิง ขนมหิย่นไส้เค็ม อาหารของผู้ที่มีธาตุไฟเป็นธาตุเจ้าเรือน
รสอาหาร	ควรรับประทานผัก และผลไม้ที่มีรสขม รสเย็น รสจืด เช่น สะเดา แตงโม หัวผักกาด ฟักเขียวแตงกวาคะน้ามะเขือขียวลวกเสิร์ฟอาหารรสเผ็ดร้อน

สรรพคุณของอาหาร

อาหารรสขม	แก้โลหิตเป็นพิษ ดีพิการ เพ้อคลั่ง หากรับประทานมากทำให้กำลั้ดตัก อ่อนเพลีย
อาหารเย็น	แก้ร้อนในแก้ไข้พิษ แก้ไข้เพื่อกำเดาด้บพิษร้อน
ตัวอย่างอาหาร	
อาหารเช้า	ซุปรากบัวเห็ดหอม ต้มมะระขี้นกโครงหมู ข้าวต้ม ใบโปผัด ปลาใบขุ่นนึ่งจิ้มเต้าเจี้ยว ต้มจับฉ่าย
อาหารกลางวัน	ข้าวแช่ ข้าวราดหน้าไก่ ก๋วยเตี๋ยวน้ำสุโขทัย
อาหารเย็น	แกงขี้เหล็ก ห่อหมกใบยอ น้ำปลาหวานสะเดา ปลาดุกย่าง แกงจืดตำลึง หมูสับ แกงปลาดุกใส่มะระ ปลาช่อนผัดคื่นช่าย ผัดมะเขือยาว
ผักจิ้ม	ถั่วพูแตงกวา ถั่วฝักยาว ผักกาดขาว กะหล่ำปลีฝักบั้ง ใบบัวบก กระเจียวบมอญ กุ่ม ดอกขจร ชะอม บัวส่าย ผักกะเฉด ผักกูด ผักขม ผักชีฝรั่ง
ผลไม้	ชมพู่มะเหมี่ยว มะละกอ แตงไทย ลูกตาลอ่อน
เครื่องดื่ม	น้ำบัวบก น้ำใบเตย น้ำเก็กฮวย น้ำมะตูม น้ำแตงโม
ของหวาน	เฉาก๊วย รากบัวต้มน้ำเม็ดบัว เต้าฮวยฟรุ๊ตสลัด



เครื่องต้มสมุนไพรตามธาตุเจ้าเรือน

น้ำดื่มเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตมนุษย์ภูมิปัญญาพื้นบ้านไทย ได้นำน้ำสมุนไพรมาเป็น เครื่องดื่มช่วยคลายร้อน ดับกระหาย และยังช่วยปรับธาตุบำรุงสุขภาพ และป้องกันโรค หรืออาการเจ็บป่วยบางอย่างได้เนื่องจากในน้ำสมุนไพร มีวิตามิน และสารหลายชนิดที่มีฤทธิ์ในการป้องกันโรค น้ำสมุนไพรได้รับความนิยมมากขึ้นโดยมีการปรับประยุกต์นำผักและผลไม้ทำเป็นเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

1) ธาตุดิน ควรรับประทานอาหารรสฝาดหวานมันเค็ม เครื่องดื่มสมุนไพรที่เหมาะสมกับคนธาตุดิน ได้แก่

- รสฝาด เช่น น้ำฝรั่ง น้ำมะตูม น้ำมะกอก น้ำมะขามป้อม น้ำลูกหว้า
- รสหวาน เช่น น้ำแตงโม น้ำมะละกอ น้ำกล้วยหอม น้ำขนุน น้ำเงาะ น้ำน้อยหน่า น้ำละมุด น้ำลำไยน้ำอ้อย
- รสมัน เช่น น้ำกระเจียบ น้ำข้าวโพด น้ำฟักทอง น้ำแห้ว

2) ธาตุน้ำ ควรรับประทานอาหารรสเปรี้ยวและขม เครื่องดื่มสมุนไพรที่เหมาะสมกับคนธาตุน้ำ ได้แก่

- รสเปรี้ยว เช่น น้ำมะขาม น้ำมะนาว น้ำกระเจียบแดง น้ำมะยม น้ำส้มโอ น้ำมะเขือเทศ น้ำสับปะรดน้ำส้ม น้ำอุ่น น้ำชมพู น้ำสตอเบอรี่ น้ำมะปราง น้ำมะเฟือง
- รสขม เช่น น้ำมะระขี้นก น้ำเห็ดหลินจือ น้ำใบบัวบก

3) ธาตุลม ควรรับประทานอาหารรสเผ็ดร้อนเครื่องดื่มสมุนไพรที่เหมาะสมกับคนธาตุลม ได้แก่ น้ำกระเพรา น้ำขิง น้ำตะไคร้ น้ำกานพลู

4) ธาตุไฟ ควรรับประทานอาหารรสขมหอมเย็น (สุขุม) และจืด เครื่องดื่มสมุนไพรที่เหมาะสมกับคนธาตุไฟ ได้แก่

- รสขม เช่น น้ำมะระขี้นก น้ำเห็ดหลินจือ น้ำใบบัวบก
- รสหอมเย็น เช่น น้ำใบเตย น้ำเม็ดแมงลัก น้ำแตงไทย น้ำมะพร้าว น้ำรากบัว น้ำลูกจาก น้ำลูกตาลอ่อน
- รสจืด เช่น น้ำผักคะน้า น้ำตำลึง น้ำแตงกวา น้ำคื่นฉ่าย น้ำดอกคำฝอย น้ำว่านหางจระเข้ น้ำผักกวางตุ้ง

1.2 การบริหารกาย

1.2.1 การออกกำลังกาย

การบริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีตัดต้นสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการสร้างสุขภาพทางกายด้วยท่าบริหารต่างๆ จะทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง และช่วยบรรเทาอาการของโรคบางอย่างได้เช่น การบริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีตัดต้น 15 ท่า ซึ่งสถาบันการแพทย์แผนไทยส่งเสริมให้นำมาใช้ในการออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน เพื่อคลายความเมื่อยล้าของร่างกาย

ประโยชน์การบริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีตัดต้นสำหรับผู้สูงอายุ

- 1) ช่วยให้การเคลื่อนไหวตามธรรมชาติของแขนหรือข้อต่อต่างๆ เป็นไปอย่างคล่องแคล่ว มีการเน้นการนวด โดยบางท่าจะมีการกดหรือบีบนวดร่วมไปด้วย
- 2) ทำให้โลหิตหมุนเวียน เลือดลมเดินได้สะดวก นับเป็นการออกกำลังกายที่สามารถกระทำได้ทุกอิริยาบถของคนไทย
- 3) เป็นการต่อต้านโรคภัย บำรุงรักษาสุขภาพให้มีอายุยืนยาว
- 4) มีการใช้สมาธิร่วมด้วย จะช่วยยกระดับจิตใจให้พ้นอารมณ์ขุ่นมัว หงุดหงิด ความวุ่น ความท้อแท้ ความเครียด และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการหายใจหากมีการฝึกหายใจ ให้ถูกต้อง

หมายเหตุ การฝึกปฏิบัติสามารถศึกษาได้ใน กายบริหารฤๅษีตัดต้น กรมการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก



(ตัวอย่างการบริหารฤๅษีตัดต้น)

การออกกำลังกายแบบโยคะสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุควรจะออกกำลังกายสม่ำเสมอเป็นประจำตามสภาพร่างกาย ท่าบริหารแบบโยคะสำหรับผู้สูงอายุนี้นี้เราได้นำมาดัดแปลงให้ง่ายขึ้นและใช้เก้าอี้มีพนักช่วยจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถฝึกได้ไม่ยาก ในผู้สูงอายุควรจะหลีกเลี่ยงท่าที่ยาก เพราะจะทำให้เกิดอาการบาดเจ็บได้ จะต้องดัดแปลงให้เหมาะสม

ข้อแนะนำก่อนการฝึก

- ผู้สูงอายุควรฝึกภายใต้การควบคุมดูแลของผู้ฝึกสอนในระยะแรกจนเข้าใจและสามารถฝึกได้เองที่บ้าน
- ควรฝึกท่าต่างๆ ช้าๆ ท่าที่จะทำได้ ท่าไหนยากเกินไปก็ให้งดไปก่อน แล้วค่อยๆ ฝึกเพิ่มขึ้นในภายหลัง ในผู้สูงอายุเราใช้ท่าฝึกง่ายๆ ก็เพียงพอที่จะทำให้สุขภาพดีได้ การฝึกเป็นประจำทุกวันอย่างสม่ำเสมอเป็นเรื่องสำคัญ
- ในขณะฝึกหากมีอาการเหนื่อยให้หยุดนั่งพักจนหายเหนื่อยแล้วค่อยฝึกต่อไม่ควรฝึกต่อเนื่องกันไปตลอด
- ควรฝึกก่อนรับประทานอาหารเช้าหรือหลังรับประทานอาหารเช้า ประมาณ 2 – 3 ชั่วโมง สวมเสื้อผ้าหลวมๆ ไม่ให้รัด กางเกงยืด เสื้อยืด จะเหมาะสำหรับการฝึก
- ถ้าย่อยจากระ ปัสสาวะ ก่อนการฝึก ขณะฝึกถ้ามีอาการปวดต้องหยุดฝึกและขับถ่ายให้เรียบร้อย

หมายเหตุ 1) ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวควรจะฝึกด้วยความระมัดระวัง

2) การฝึกปฏิบัติสามารถศึกษาได้ใน คู่มือโยคะสำหรับผู้สูงอายุ กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

การบริหารกายจิตแบบซิงก ซิงก หมายถึง วิธีปฏิบัติเพื่อเร่ง หมุนเวียน และทำงานกับ “ซิง” หรือพลังชีวิตภายในร่างกาย การปฏิบัติซิงกนั้นเพื่อประโยชน์ทางรักษาสุขภาพเพื่อฝึกจิตใจ และเป็นส่วนหนึ่งของศิลปะการต่อสู้ของประเทศจีน

ประโยชน์ของการฝึกซิงก ช่วงกว่า 10 ปีที่ผ่านมาได้มีผลงานวิจัยถึงผลของการฝึกฝนตนเองอยู่มากมาย ได้แก่

- ผลของจิตใจ จิตใจที่สงบสบายคลายเครียด และลดความวิตกกังวล อาการนอนไม่หลับ
- ผลของสมาธิ สมาธิที่เกิดระหว่างการฝึกจะทำให้สมองปลอดโปร่งผ่อนคลาย ปรับการทำงานของระบบประสาท ลดการทำงานของหัวใจ ความดันเลือดลดลง

- ผลของการฝึกหายใจ ประสิทธิภาพการหายใจดีขึ้นสามารถแลกเปลี่ยนออกซิเจนและขับคาร์บอนไดออกไซด์ได้ดีขึ้น
- ภูมิคุ้มกันที่ทำงานสมดุล พบว่าการฝึกตนเองจะทำให้มีการเพิ่มของเม็ดเลือดขาวในกระแสเลือด
- ทำให้ระบบฮอร์โมนเกิดการสมดุล ตั้งแต่ต่อมใต้สมองไปจนถึงต่อมหมวกไต
- การออกกำลังกายที่ทำพร้อมกันทั้งกายและจิต จะทำให้ระบบข้อต่อ กระดูก เส้นเอ็น มีความยืดหยุ่น ทนทาน และกล้ามเนื้อแข็งแรงมากยิ่งขึ้น

ข้อควรระวัง

- บางคนอาจจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไข้ขึ้น ท้องเสีย ซึ่งเราถือว่าเป็นอาการปกติ กระบวนการนี้เรียกว่าเป็นกระบวนการของการขับพิษอย่างหนึ่ง (detoxification)
- ปวดเมื่อยตามตัวและเท้า เป็นอาการของคนที่ไม่เคยออกกำลังกาย หากฝึกต่อเนื่องประมาณ 4 – 6 ครั้ง อาการดังกล่าวจะหายไป
- ปวดศีรษะ เกิดจากซีที่ค้างค้ำในบางตำแหน่งโดยเฉพาะที่ศีรษะ จากการเกร็งและหายใจไม่ถูกต้อง จึงควรผ่อนคลายขณะฝึกและเรียนรู้วิธีที่ถูกต้อง
- สำหรับข้อห้ามนั้น ที่สำคัญคือ ผู้ป่วยซึ่งมีอาการหัวใจวู่วาม ประสาทหลอน สับสน ผู้ป่วยเหล่านี้ อาจเกิดอันตรายจากการฝึกได้

หมายเหตุ การฝึกปฏิบัติสามารถศึกษาได้ใน คู่มือบริหารซึ่งสำหรับผู้สูงอายุ กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

1.2.2 การพักผ่อน การพักผ่อนที่ดีที่สุดคือการนอนหลับ เป็นการผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ แต่การนอนหลับพักผ่อนก็ต้องคำนึงถึงความพอดีที่ร่างกายต้องการ ไม่ควรนอนมากหรือน้อยเกินไป นอกจากการนอนหลับพักผ่อนแล้ววิธีพักผ่อนและผ่อนคลายที่ดียังมีอีกหลายวิธีแล้วแต่ความชอบและความพึงพอใจ ของแต่ละคน แต่ที่จะกล่าวถึงคือวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่างกายด้วยภูมิปัญญาไทยคือ การนวดผ่อนคลาย

1.2.3 การนวดผ่อนคลายและการนวดบำบัดโรค เป็นการนวดเพื่อสุขภาพและการนวดบำบัดโรคสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคลมจับโป่งเข้าแหว่ง (เข้าเสื่อม) โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น

1.2.4 การอบสมุนไพร เป็นการใช้น้ำเดือดที่ต้มสมุนไพรทำให้รู้ซุมขมขาย ช่วยขับเหงื่อและสิ่งสกปรกออกจากร่างกาย บรรเทาอาการผื่นคัน โรคผิวหนัง ทำให้ผิวพรรณเปล่งปลั่งสดใส สมุนไพรที่ใช้อบร่างกายใช้ได้ทั้งสมุนไพรสดและสมุนไพรแห้ง

1.2.5 การประคบสมุนไพร เป็นการนำความร้อนนำด้วยสมุนไพรในลูกประคบ ไปใช้ในการคลายกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น สมุนไพรที่ใช้ทำลูกประคบใช้ได้ทั้งสมุนไพรสดและสมุนไพรแห้ง ได้แก่ ไพล ขมิ้น ผิวมะกรูด ตะไคร้บ้าน ใบมะขาม ใบส้มป่อย เกลือ การบูร

2. จิตตานามัย การส่งเสริมและพัฒนาจิต 3 ประการ ได้แก่

2.1 พัฒนาคุณภาพจิต คือ การฝึกจิตใจให้มีคุณธรรม มีศรัทธา มีพรหมวิหาร 4 มีความกตัญญูทวาที มีหิริโอตตัปปะมีความเคารพ อ่อนน้อมสุภาพอ่อนโยนมีจิตใจกว้างขวาง เสียสละ โอบอ้อมอารีย์

- คุณธรรมบุคคล คือ การพิจารณาและจำแนกระหว่างสิ่งที่ถูกและผิด ตามเจตนาจงใจหรือการกระทำ

- ศรัทธา คือ ความเชื่อที่ประกอบด้วยปัญญา เชื่อมั่นในการทำคุณความดี

- พรหมวิหาร 4 คือ เมตตา กรุณา มุทิตา และอุเบกขา

- หิริโอตตัปปะ คือ ความละอายและเกรงกลัวต่อบาป

2.2 พัฒนาสมรรถภาพจิต คือ การฝึกจิตให้มีสติมีสมาธิมีความเพียรพยายามบาก บั่นอดทนมีความ รู้ผิดชอบชั่วดีมีกำลังใจเด็ดเดี่ยว ไม่หวั่นไหวต่อโลกธรรม 8 ประการ

- สติคือ ความระลึกได้นึกได้ความไม่เผลอ การคุมใจไว้กับกิจ หรือคุมจิตไว้กับ สิ่งที่เกี่ยวข้องหรือที่ปฏิบัติ

- สมาธิคือ ความสงบ ตั้งมั่น ไม่วอกแวกหวั่นไหว มีความใสกระจ่าง ราบเรียบ มีพลัง มีความนุ่มนวล

- โลกธรรม 8 ประการคือ ลาภ-เสื่อมลาภ ยศ-เสื่อมยศ สรรเสริญ-นินทา ความ สุข-ความทุกข์

2.3 พัฒนาสุขภาพจิต คือ ฝึกจิตให้มีปิตินดีมีความรัก มีความสุข มองโลกในแง่ดี ร่าเริง เบิกบาน สดชื่น แจ่มใสมีใจ

- การฝึกจิต เป็นการพัฒนาเพิ่มความเข้มแข็งให้กับจิต จิตที่เข้มแข็งจะมีพลังต่อต้านสิ่งเลวร้ายต่างๆ ได้แนวทางปฏิบัติในการฝึกจิตมีหลายแนวทาง สำหรับการแพทย์แผน ไทยมีแนวทางการฝึกดังนี้

- 1) การสวดมนต์แผ่เมตตา พิจารณาสังขาร และการไหว้ครูเพื่อพิจารณาตามให้เกิดศรัทธา ความเชื่อมั่นความกตัญญูและความเมตตา อนิสงค์ของการสวดมนต์

- เชื่อว่าได้เข้าเฝ้าพระสัมมาสัมพุทธเจ้า เพราะขณะสวดมนต์จิตรำลึกถึง พระพุทธ พระธรรม และพระสงฆ์ขณะสวดมนต์จิตใจสงบปราศจากความโลภ โกรธ หลง

- จิตเป็นสมาธิเข้มแข็งอดทน

- ได้ปัญญาารู้แจ้งเห็นจริง ในสัจธรรมในการดำเนินชีวิต

- เป็นการสั่งสมบุญบารมีจิตใจสงบนอนหลับไม่ฝันร้าย

- การสวดมนต์เป็นการบริหารร่างกายอย่างหนึ่ง เช่น การยกมือ ประนมมือ การกราบ การเปล่งเสียงทำให้ปอดขยายระบบทางเดินหายใจขึ้นสร้างภูมิคุ้มกันโรค

- การสวดมนต์เป็นหมู่คณะ สร้างระเบียบและความสามัคคี

2) การปฏิบัติธรรม โดยใช้หลักธรรมทางศาสนาที่สำคัญ คือ หลักไตรสิกขา อันเป็นที่พึ่งพิงของชีวิต ได้แก่ศีล สมาธิและปัญญา

- การรักษาศีล คือการรักษา กาย วาจา ใจ ให้งดเว้นจากการกระทำ พุท หรือคิด ในสิ่งที่เบียดเบียนตน และคนอื่นอันเป็นบาปกรรมทางกายวาจาและใจ

ศีล จะมั่นคงด้วย ความคุ้มครองของความละอายและเกรงกลัวต่อบาป ศีลเป็นมาตรฐานชีวิตสำหรับผู้มุ่งเจริญในธรรม และเป็นรากฐานของการเจริญสมาธิสัมมาสมาธิย่อมเกิดในผู้มีศีล อย่างน้อย ต้องมีศีล 5 เป็นพื้นฐานได้แก่

1) เว้นจากการฆ่าสัตว์ตัดชีวิต ทำให้จิตมีเมตตา ระวังโทษะ ซึ่งเป็นต้นเหตุแห่งการทำลายล้างกันบุคคลผู้ประพฤติศีลข้อนี้จะมีอานิสงส์ส่งผลให้ชีวิตยืนยาวสุขภาพแข็งแรงปราศจากโรคภัยเบียดเบียน

2) เว้นจากการลักทรัพย์ไม่ยึดเอาทรัพย์ของผู้อื่นที่เจ้าของมิได้เต็มใจให้มาเป็นของตน บุคคลผู้ประพฤติศีลข้อนี้จะมีอานิสงส์ส่งผลให้เจริญรุ่งเรืองในโภคทรัพย์และสามารถเก็บรักษาทรัพย์ไว้ได้โดยไม่ถูกผู้อื่นเบียดเบียนไป

3) เว้นจากการประพฤติดินในคู่ครอง หรือคนในปกครองของผู้อื่น บุคคลผู้ประพฤติศีลข้อนี้จะมีอานิสงส์ส่งผลให้โชคดีในความรักเมื่อมีบุตรธิดาก็ว่านอนสอนง่ายไม่ถูกผู้อื่นหลอกลวง

4) เว้นจากการพูดปด พูดบิดเบือนความจริง ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน บุคคลผู้ประพฤติศีลข้อนี้จะมีอานิสงส์ส่งผลให้เป็นผู้มีวาจาหนักแน่นเป็นที่เคารพเชื่อถือของบุคคลทั่วไปและมีไหวพริบในการเจรจา

5) เว้นจากการดื่มสุรา เครื่องดองของมีนเมา บุคคลผู้ประพฤติศีลข้อนี้จะมีอานิสงส์ส่งผลให้เป็นผู้มีมันสมองเปรี๊ญปราศจากปัญญาคิดแจ่มใสไม่หลงลืมพันเพื่อน การทำสมาธิ คือการฝึกให้จิตมีความตั้งมั่น

สมาธิ หมายถึง การมีจิตแน่วแน่ต่อสิ่งที่กำหนดอยู่ในอารมณ์ใดอารมณ์หนึ่งจนหยุดนิ่ง และมีจิตจดจ่อในสิ่งนั้น สมาธิเป็นบันไดขั้นต้นที่จะก้าวไปสู่การเจริญปัญญา (วิปัสสนา) วิธีที่นิยมปฏิบัติกันคือการนั่งสมาธิและเดินจงกรม

การเจริญสมาธิภาวนาแบ่งออกเป็น 2 อย่างหลักๆ กล่าวคือ

1) สมถภาวนาคือการฝึกอบรมจิตให้เกิดความสงบเพื่อการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขในปัจจุบัน

2) วิปัสสนาภาวนาคือการฝึกอบรมจิตให้เกิดปัญญาและรู้แจ้งในความเป็นไปของสภาวะต่างๆ ในโลก

ประโยชน์ของการทำสมาธิ

- ช่วยให้มีจิตใจอ่อนคลายสบายสงบ
- เสริมประสิทธิภาพการทำงานและการเล่าเรียน
- เสริมสุขภาพทางกายบรรเทาอาการของโรคทางกาย

ดังคำกล่าวที่ว่า “สมาธิทำให้จิตใจแจ่มใส หัวใจเบิกบาน ทำงานผิดพลาดน้อยลง ดำรงความทรงจำ ทำงานเสร็จตามมุ่งหมายคลายความเครียดไม่เบียดเบียนกันยึดมั่นในพระศาสนา มีใจเมตตา กรุณาต่อสังคม” ทำให้จิตใจที่เคยว่าวนกลับมาสงบเยือกเย็น คนเคยเอาแต่ใจตนเองเป็นคนอารมณ์ร้อนฉุนเฉียว ก็ทำให้หนักแน่นมีเหตุผลมากขึ้นไม่โกรธง่าย และรู้จักระงับอารมณ์ได้มีจิตใจตั้งมั่นส่งผลให้สภาพจิตปลอดโปร่งผ่องใส แก่ช้าลง เนื่องจากการเผาผลาญพลังงานในร่างกายดำเนินไปด้วยความมีระเบียบและทำงานช้าลง ทำให้แลดูอ่อนเยาว์กว่าวัย ถ้าฝึกได้ในระดับที่สูงขึ้น จะช่วยรักษาโรคภายในร่างกายได้ทำให้ร่างกายแข็งแรง เพราะสภาพจิตที่ผ่านการฝึกสมาธิ จะทำให้กระแสน้ำความถี่ในสมองมีระเบียบ

ปัญญา คือ ความรู้ที่ดับทุกข์ดับกิเลสได้ปัญญาในปัจจุบัน คือ ความรู้ระดับปัญญารู้ได้แก่ความจำที่เกิดจากการได้ยิน ได้ฟัง ได้อ่าน อารมณ์ทั้งดีและชั่วที่เราปรุงแต่งขึ้นด้วยความเห็นและความคิด ปัญญาในระดับสูงขึ้นเป็นปัญญาที่ให้ความรู้ความเข้าใจที่เกิดขึ้นในจิตของผู้มีศีลบริสุทธิ์และสมาธิหนักแน่น

การเจริญปัญญา พัฒนาต่อจากการทำสมาธิเพราะไม่ใช่ให้จิตตั้งมั่นในอารมณ์เดียวนิ่งอยู่เช่นนั้น แต่เป็นจิตที่คิดใคร่ครวญหาเหตุผลในสภาวะธรรมทั้งหลาย รู้แจ้งว่าสภาวะธรรมทั้งหลายล้วนแต่เป็นไตรลักษณ์คือ

- อนิจจัง ได้แก่ความไม่เที่ยงจะต้องเปลี่ยนแปลงไปไม่วันใดก็วันหนึ่ง
- ทุกขัง ได้แก่สภาพที่ทนอยู่ในสภาวะเดิมไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงไป

- อนัตตา ได้แก่ ความไม่ใช่ตัวตน แม้แต่ร่างกายของเราก็ไม่ใช่ตัวตนเป็นเพียงธาตุ 4 ที่มาประจุมรวมกันสุดท้ายย่อมสลายกลับไปเป็นสภาวะเดิม สมมติและปัญญาเป็นเหตุผลของกันและกัน อุปการะซึ่งกันและกัน จะมีวิปัสสนาปัญญาเกิดขึ้นโดยขาดกำลังสมมติสนับสนุนย่อมไม่ได้

สมมติบำบัดแบบ SKT

SKT คือตัวย่อที่มาจากชื่อของ รศ.ดร.สมพร กันทรดุษฎี - เตรียมชัยศรี ซึ่งเป็นผู้พัฒนาเทคนิคนี้ขึ้นมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2541 ถึงปัจจุบัน โดยอาจารย์ได้มีโอกาสศึกษาเรื่องสมมติและระบบประสาทของมนุษย์ในระหว่างการศึกษาในระดับปริญญาเอก จึงเข้าใจถึงความเชื่อมโยงของการปฏิบัติสมมติกับการทำงานของระบบประสาทมากขึ้น ประกอบกับเมื่อได้ทำงานวิจัย เรื่อง สมมติเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ จึงพบว่าแม้การทำสมมติแบบสมณะ หายใจเข้าพุท หายใจออกโท นั้น สามารถช่วยให้คลายเครียดได้อย่างดี แต่หากเราสามารถควบคุมการฝึกประสาทสัมผัสทั้ง 6 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น การสัมผัส และการเคลื่อนไหวด้วย ก็จะทำให้การทำสมมตินั้นมีผลดีต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทส่วนปลาย ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบอารมณ์และพฤติกรรม ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ระบบไหลเวียนเลือด และระบบอื่นๆ ในร่างกายได้เป็นอย่างดี จึงได้นำองค์ความรู้ทั้งเรื่องสมมติ โยคะ ชีกง การออกกำลังกายแบบยืดเหยียด การปฏิบัติสมมติด้วยเทคนิคกายหายใจ และการควบคุมประสาทสัมผัสทางตาและหู ผสมผสานกัน จนพัฒนาเป็นรูปแบบสมมติบำบัดแบบใหม่ขึ้น 7 เทคนิค หรือเรียกว่า SKT 1 – 7 สอนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพ ช่วยเยียวยาผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้าย ให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนี้

SKT 1 นั่งผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต

SKT 2 ยืนผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต

SKT 3 นั่งยืด-เหยียดผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต

SKT 4 ก้าวอย่างของไทย เยียวยากาย ประสานจิต

SKT 5 ยืดเหยียดอย่างไทย เยียวยากาย ประสานจิต

SKT 6 เทคนิคการฝึกสมาธิการเฝ้ายาวไทยจินตภาพ

SKT 7 เทคนิคสมาธิเคลื่อนไหวไทยชีกง

หมายเหตุ การฝึกปฏิบัติสามารถศึกษาได้ใน คู่มือการดูแลผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ผสมผสาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

3. ชีวิตานามัย เป็นการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตและครอบครัวแบ่งออกเป็น 2 ส่วนได้แก่

3.1 การดำเนินชีวิต ด้วยการทำหน้าที่ของแต่ละบุคคลด้วยความเหมาะสม ถูกต้อง ดีงาม ตามภาวะที่เป็นอยู่ 2 ภาวะ ได้แก่

1) ภาวะที่เป็นตามธรรมชาติคือ ความเป็นลูก หลาน พ่อ แม่ พี่ ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตา ยาย เครือญาติ ฯลฯ

2) ภาวะที่ถูกกำหนดขึ้นมาภายหลัง คือ ความเป็นนักเรียน ครูข้าราชการ พนักงานเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ นักร้องนักแสดง นักกฎหมาย นักบัญชี ฯลฯ

โดยการนำหลักธรรมทางพุทธศาสนาใช้ในการดำเนินชีวิต ซึ่งองค์ธรรมที่สำคัญคือมรรค 8 (หนทางอันประเสริฐ 8 ประการ) ทางนำชีวิตให้บริสุทธิ์ถึงซึ่งความหลุดพ้นจากทุกข์ได้แก่

1) สัมมาทิฐิมีศรัทธาที่ถูกทางมีความเห็นที่ถูกต้องอันเป็นมูลฐานที่ต้องถึงก่อนมรรคอื่น

2) สัมมาสังกัปปะ การดำริเพื่อผลอันชอบ คือผลที่เกิดขึ้นไม่ทำลายประโยชน์ของตนและไม่ทำลายประโยชน์ของผู้อื่น

3) สัมมาวาจา การปราศรัยถูกทาง คือ พูดแต่สิ่งที่เป็นจริง ไม่พูดให้ร้ายส่อเสียดใครเว้นจากการพูดดูหมิ่นผู้ใดไม่พูดด้วยความโกรธ ไม่ใช้คำพูดบิดเบือนให้เข้าใจผิด พูดด้วยวาจาอ่อนหวานด้วยเมตตากรุณา

4) สัมมากัมมันตะ การทำงานที่ถูกทาง คือ ให้งานที่ทำนั้นเป็นไปด้วยความสามัคคีให้เป็นไปตามแบบแผนอันถูกทาง

5) สัมมาอาชีวะ การดำเนินอาชีพถูกทาง คือทุกคนต้องมีอาชีพเลี้ยงตนและครอบครัวเลือกอาชีพที่ไม่เดือดร้อนและเป็นโทษภัยต่อตนเองและผู้อื่น

6) สัมมาวายามะ ความพยายามอย่างถูกต้อง คืออย่าพยายามทำอะไรไปด้วยความไม่รู้จักจริง และเมื่อลงมือทำสิ่งที่ถูกต้องแล้วต้องเพียรพยายามให้เกิดผลสำเร็จ ซึ่งผลสำเร็จนั้นต้องไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนและความไม่ยุติธรรมแก่ผู้ใด

7) สัมมาสติการมีสติระลึกอยู่เสมอ คือมีสติรู้ว่าเรากำลังจะทำอะไรและกำลังทำอะไรอยู่ ไม่เป็นคนเผลอการรู้ตัวอยู่เป็นนิจเป็นทางให้หลีกเลี่ยงจากการกระทำความชั่ว

8) สัมมาสมาธิความตั้งใจมั่นโดยถูกทาง คือการทำใจให้นิ่งอยู่ในกิจกรรมนั้นก็จะทำให้เกิดความสำเร็จ เกิดประโยชน์สูงสุดต่อกิจกรรมนั้นๆ เป็นสุดยอดแห่งมรรคทั้งหลาย

เมื่อมีสัมมาสมาธิจึงจะสามารถบรรลุถึงสัมมาทิฐิสัมมาสังกัปปะสัมมาวาจาสัมมากัมมันตะ
สัมมาอาชีวะและสัมมาวายามะ

3.2 การสร้างสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพกายและจิตใจ
ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

3.2.1 การสร้างสิ่งแวดล้อมครอบครัว ครอบครัวนับว่าเป็นรากฐานสำคัญของ
บุคคล ครอบครัวที่มีสภาพแวดล้อมภายในที่ดีก็จะส่งผลให้บุคคลในครอบครัวมีสุขภาพกาย
และจิตที่ดีเป็นคนดีของครอบครัวและพร้อมที่จะออกไปเป็นคนดีของชุมชนและสังคม

การสร้างสิ่งแวดล้อมครอบครัวเริ่มจากที่อยู่อาศัยจะต้องสะอาด อากาศถ่ายเท
ดีมีสิ่งแวดล้อมสวยงามสงบร่มรื่นที่อยู่อาศัยจะเล็กหรือใหญ่ไม่ใช่สิ่งสำคัญ เพียงขอให้
มีสุขลักษณะที่ดีต่อผู้อยู่อาศัย

การแต่งกายของบุคคลในครอบครัวนับว่าเป็นสิ่งสำคัญต่อความเจ็บป่วยของ
บุคคลเครื่องแต่งกายควรสะอาด เหมาะสมกับร่างกาย ฤดูกาล และสภาพอากาศ ครอบครัว
ที่มีความสุขสมบูรณ์ไม่ควรมีบุคคลที่เจ็บป่วยดังนั้นการดูแลสุขภาพและสุขอนามัยที่ดีจึงเป็น
สิ่งสำคัญ

ประการต่อมาเรื่องการบริโภคอาหารที่มีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อร่างกายก็เป็น
สิ่งที่สำคัญ ไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าอย่างอื่น สุดท้ายคือความรักความสามัคคีในครอบครัว เป็น
สิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ครอบครัวที่มีความสุขย่อมต้องมีความรักความสามัคคีของบุคคลในครอบครัว
ความรักย่อมจะแผ่ขยายไปสู่ชุมชนและสังคมต่อไป

3.2.2 การสร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชนและสังคม ชุมชนและสังคมมีส่วนสำคัญ
ต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลในชุมชนและสังคมนั้นๆ เป็นอย่างยิ่ง ชุมชนและสังคมได้มีการ
พัฒนาอยู่เสมอย่อมนำความเจริญมาสู่ชุมชนและบุคคลในชุมชน การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีด้วย
ความร่วมมือร่วมใจของบุคคลในชุมชน เพื่อให้เกิดสภาพแวดล้อมที่ปราศจากมลภาวะ กำจัด
ขยะ สิ่งปฏิกูลที่ก่อให้เกิดโรคดูแลสุขภาพสิ่งแวดล้อมให้สดชื่นอยู่เสมอ ถนนหนทางแม่น้ำลำคลองใน
เขตชุมชนสะอาด สวยงาม ทำให้เป็นชุมชนและสังคมที่น่าอยู่อาศัย ปลอดภัยจากอันตราย
สามารถใช้เป็นสถานที่พักผ่อนหย่อนใจคลายความเครียดย่อมเป็นชุมชนและสังคมที่สร้าง
เสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับบุคคลในชุมชนและสังคมนั้นๆ

การดูแลสุขภาพอาการเจ็บป่วยเบื้องต้นด้วยสมุนไพร

การเจ็บป่วยในปัจจุบัน ส่วนใหญ่เป็นโรคหรือการการที่ไม่รุนแรง สามารถรักษา
ให้หายได้ การแพทย์แผนไทยซึ่งเป็นภูมิปัญญาดั้งเดิมของคนไทยสามารถเข้ามามีบทบาท
มีส่วนร่วมในการบำบัดรักษาโรคหรืออาการเหล่านี้เบื้องต้นได้ ด้วยการใช้สมุนไพร และการ

ประคบสมุนไพร

หลักในการเลือกใช้ยาสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์สมุนไพร ได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย ดังนี้

1. ถูกต้น เนื่องจากสมุนไพรส่วนใหญ่มีชื่อพ้องหรือซ้ำกัน ชื่อเฉพาะท้องถิ่น ที่อาจเรียกชื่อแตกต่างกันทั้ง ที่เป็นพืชชนิดเดียวกัน หรือบางครั้งชื่อเหมือนกันแต่เป็นพืชคนละชนิด เพราะฉะนั้นจะใช้สมุนไพรอะไรก็ต้องใช้ให้ถูกต้องจริง โดยอาจใช้ชื่อพฤกษศาสตร์ของพืชแต่ละชนิดเป็นชื่อเรียกเพื่อป้องกันความสับสน และตรวจสอบเอกลักษณ์พืชโดยเปรียบเทียบกับตัวอย่างพืชที่อยู่ในสวนพฤกษศาสตร์หรือในหนังสือพฤกษศาสตร์ที่เชื่อถือได้

2. ถูกส่วน ส่วนของพืชสมุนไพรแต่ละส่วนราก ดอก ใบ เปลือก ผล หรือเมล็ด หรือความสุก แก่ อ่อน ดิบของสมุนไพร อาจมีองค์ประกอบทางเคมีหรือสารสำคัญที่เหมือนหรือแตกต่างกันได้ หรือในพืชบางชนิดส่วนต่างๆของพืชอาจมีสารสำคัญที่เหมือนกันแต่มีปริมาณแตกต่างกัน จึงทำให้ความแรงหรือประสิทธิภาพในการรักษาแตกต่างกันได้ หรือในพืชบางชนิดบางส่วนใช้เป็นยา บางส่วนมีพิษ

3. ถูกขนาด คือ แม้ว่ายาสมุนไพรหลายชนิดจะไม่อันตราย แต่ปริมาณ/ขนาดของการใช้ที่มากเกินไปขนาดอาจเกิดอันตรายต่อร่างกายได้หรือผลการรักษา โดยเฉพาะในเด็กเล็ก ที่มีความทนต่อน้อยกว่าผู้ใหญ่ และระยะเวลาการใช้ ที่ไม่ให้ใช้ติดต่อกันนานเกินกว่าคำแนะนำที่กำหนดควรหยุดยาเพื่อให้ร่างกายได้พักและกำจัดยาออกจากร่างกาย หากจำเป็น หรือมีความประสงค์ที่จะใช้สมุนไพรเป็นเวลานาน ควรมีการตรวจร่างกายทั้งก่อน ระหว่าง และหลังการใช้สมุนไพรเป็นระยะๆ ได้แก่ ตรวจการทำงานของตับ เช่น ตรวจเอนไซม์ตับ (AST, ALT) การทำงานของไต (BUN, Cr) ความดันโลหิต ระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น

4. ถูกวิธี วิธีการใช้ยาหรือการนำสมุนไพรมาปรุงประกอบยาให้ถูกต้องถูกตามหลัก เช่น บางชนิดต้องใช้ต้นสด คั้นน้ำ ต้มเคี้ยว ต้มกับน้ำ หรือดองเหล้า เป็นต้น ในกรณีที่ต้องการปรับเปลี่ยนเป็นวิธีอื่นที่แตกต่างจากวิธีโบราณหรือดั้งเดิม จำเป็นต้องศึกษาถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยก่อนจะใช้จริง เนื่องจากสารเคมีที่อยู่ในพืชแต่ละชนิดมีความหลากหลาย การเปลี่ยนวิธีเตรียมยาอาจทำให้สารที่ถูกสกัดออกมาแตกต่างกัน ซึ่งบางครั้งอาจเกิดอันตรายได้

5. ถูกโรค เช่น หากต้องการบรรเทาอาการท้องผูก ก็ต้องใช้สมุนไพรที่มีฤทธิ์ช่วยระบาย ถ้าไปใช้สมุนไพรที่มีรสฝาดจะทำให้ท้องยิ่งผูกมากขึ้นหรือถ้าหากจะใช้ร่วมกับการรักษาโรค หรือมุ่งหวังผลเพื่อการรักษาโดยตรง แนะนำให้หรือขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ เช่น แพทย์แผนไทยประยุกต์ แพทย์แผนไทย หรือเภสัชกร เป็นต้น เพื่อความปลอดภัยและประโยชน์สูงสุด

ยาสมุนไพรแก้อาการในระบบทางเดินอาหาร

ยาระบาย

1. ชุมเห็ดเทศ

ชื่ออื่น

ชุมเห็ดใหญ่ ลำหมื่นหลวง ส้มเห็ด จุมเห็ด หมากกะลิงเทศ

ส่วนที่ใช้ ใบ เก็บก่อนออกดอก นิยมเก็บตั้งแต่มีอายุสามเดือนขึ้นไป
ใช้ใบเพสลาด

การออกฤทธิ์ เป็นยาระบายโดยกระตุ้นให้ลำไส้บีบตัว

สรรพคุณ บรรเทาอาการท้องผูก ใช้ภายนอกทาแก้กลาก เกื้อน และเชื้อรา

ข้อห้าม ห้ามใช้ในผู้ที่มึนลำไส้อุดตัน ลำไส้อักเสบเฉียบพลัน (ไส้ติ่งอักเสบ)
ห้ามใช้ในกรณีที่มีอาการปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ในการใช้เป็น
ยาภายนอกยังไม่มีข้อมูลรายงานความเป็นพิษ

ข้อควรระวัง - ไม่ควรใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน ไม่ควรนานเกิน 2 สัปดาห์
เพราะจะทำให้ลำไส้ ชื่นต่อ ยาระบาย และไม่สามารถบีบตัว
ได้เองหากไม่ใช้ยา
- ไม่ควรใช้ติดต่อกันเป็นเวลานานในขนาดสูง เพราะอาจทำให้
สูญเสียน้ำและเกลือแร่มาก
- ไม่ควรใช้ในหญิงมีครรภ์และให้นมบุตร และเด็กอายุต่ำกว่า 12 ปี

ขนาดและวิธีใช้ ผู้ใหญ่ครั้งละ 3-6 กรัม ชงน้ำเดือด 120 มิลลิลิตร นาน 10 นาที
วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน รับประทานแก้อาการท้องผูก
ยาทาภายนอก เป็นครีมสกัดเข้มข้น 20% ทาวันละ 2-3 ครั้ง
นาน 3-4 สัปดาห์ รักษา กลาก เกื้อน แก่เชื้อรา

2. ยาถ่ายดีเกลือฝรั่ง

สูตรตำรับ ดีเกลือฝรั่ง (แมกนีเซียม ซัลเฟต) 20 ส่วน ยาดำ 4 ส่วน ใบมะกา
ใบมะขามใบส้มป่อย ฝักคูณ รากข้าแดง รากข้าขาว รากทองแตก
ฝักส้มป่อย สมอไทย สมอติงู เถาวัลย์เปรียง หัวหอม หนุ่ยไทร
ใบไผ่ป่า สิ่งละ 1 ส่วน ขี้เหล็กทั้งห้า 1 ส่วน

สรรพคุณ แก้อาการท้องผูก กรณีที่ใช้ยาอื่นแล้วไม่ได้ผล

ข้อห้าม ห้ามใช้ในสตรีมีครรภ์ ห้ามใช้เมื่อมีภาวะลำไส้อุดตัน ห้ามใช้ในผู้ที่
มีภาวะผิดปกติเฉียบพลันของทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน

- ข้อควรระวัง**
- ยาตำรับนี้เป็นยาถ่ายอย่างแรง ไม่ควรใช้ในผู้ป่วยที่อ่อนเพลียหรือมีภาวะขาดน้ำ
 - ไม่ควรใช้ยาติดต่อกันนาน เมื่อถ่ายแล้วควรเว้น 2 วันจึงใช้ยาใหม่อีกครั้ง
 - ระวังการใช้ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาในระบบตับและไต
- ขนาดและวิธีใช้** รับประทานครั้งละ 2 เม็ด วันละ 1 ครั้งก่อนนอน ถ้าไม่ถ่ายในคืนต่อไปให้เพิ่มขนาดยาอีก 1 เม็ดก่อนนอน (500 มิลลิกรัม/เม็ด)

ยาสมุนไพรธาตุท้องอืดท้องเฟ้อ อาหารไม่ย่อย

1. ขมิ้นชัน

ชื่ออื่น ขมิ้นแกง ขมิ้นหัว หมิ้น ขี้มัน

ส่วนที่ใช้ เหง้า

สรรพคุณ แก้จุกเสียด เนื่องจากลมในกระเพาะอาหารและลำไส้
แก้เสบท้องเวลาหิวหรือรับประทานอาหารรสจัด
บรรเทาอาการแน่นจุกเสียด

ข้อห้ามใช้ ห้ามใช้ในผู้ที่มีท่อน้ำดีอุดตัน ผู้ที่แพ้ขมิ้น

ข้อควรระวัง

- ต้องอยู่ในความดูแลของแพทย์ ในกรณีที่ใช้ในสตรีตั้งครรภ์และให้นมบุตร หรือ ผู้ที่เป็นนิ่วในถุงน้ำดี เนื่องจากยังไม่มีข้อมูลด้านประสิทธิภาพและความปลอดภัย
- ควรหยุดใช้ยาหลังใช้ยาแล้วอาการไม่ดีขึ้นใน 2 สัปดาห์
- ในบางรายอาจเกิดอาการผิวหนังอักเสบได้ จากการแพ้ขมิ้นชัน

ขนาดและวิธีใช้ ผู้ใหญ่รับประทานครั้งละ 2-4 แคปซูล(0.5-1กรัม) วันละ 4 ครั้ง หลังอาหารและก่อนนอน

2. ขิง

ส่วนที่ใช้ เหง้าแก่

สรรพคุณ

- ขับลม บรรเทาอาการอาหารไม่ย่อย ท้องอืด ท้องเฟ้อ จุกเสียดแน่น ปวดท้อง
- คลื่นไส้ บรรเทาอาการเมาเรือ



- ป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัด
- ข้อห้ามใช้** ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีการอุดตันของท่อน้ำดี เนื่องจากจึงมีฤทธิ์ในการกระตุ้นการหลั่งน้ำดี
- ข้อควรระวัง**
 - ควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้ในกรณีที่มีภาวะของนิ่วในถุงน้ำดี ผู้ที่มีปัญหาการแข็งตัวของเลือดและใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดอยู่ เนื่องจากจึงมีการยับยั้งการสร้าง Thromboxane และการจับตัวของเกล็ดเลือด
 - จึงกระตุ้นการสร้างกรดในกระเพาะอาหาร จึงอาจต้านฤทธิ์ของยารักษาแผลใน กระเพาะได้และอาจเกิดอาการแสบร้อนกลางอก
- ขนาดและวิธีใช้**
 - บรรเทาอาการจุกเสียด แน่นท้อง ท้องอืด รับประทาน 2- 4 กรัม/วัน
 - บรรเทาอาการเมารถ เมาเรือ รับประทาน 1-2 กรัม/วัน
 - ป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัด รับประทาน ครั้งละ 1 กรัม ก่อนผ่าตัด 1 ชั่วโมง

3. ยาธาตุบรรจบ

- ส่วนประกอบ** ชิง โกฐเขมา โกฐฟงปลา โกฐเชียง โกฐสอ เทียนดำ เทียนขาว เทียนแดง เทียนสัตตบุษย์ เทียนยาวพาณี ลูกจันทน์ ดอกจันทน์ กานพลู การบูร กระวาน สมุลแว้ง ลูกผักชีลา ใบพิมเสน รากไคร้เครือ ดีปลี เปราะหอม สิ่งละ 4 ส่วน โกฐก้านพร้าว 8 ส่วน เนื้อลูกสมอไทย 16 ส่วน น้ำประสานทองสด 1 ส่วน
- วิธีทำ** บดผง
- สรรพคุณ** แก้อาตุไม่ปกติ แก้อท้องเสีย ใช้เปลือกแค หรือเปลือกสะเดา หรือเปลือกลูกมังคุด ต้มกับน้ำปูนใส แก้อท้องขึ้นท้องเฟ้อ ใช้กระเทียมทุบ 3 กลีบชงน้ำร้อนหรือใช้ใบ กระเพรา หรือน้ำสุก
- ขนาดและวิธีใช้** รับประทานวันละ 3 เวลา ก่อนอาหาร ผู้ใหญ่ครั้งละ 1-2 ช้อนชา เด็กครั้งละ 1/2-1 ช้อนชา

4. ยาประสะกานพลู

ส่วนประกอบ เทียนดำ เทียนขาว โกฐสอ โกฐกระดูก กำมะถันเหลือง การบูร
กระวาน รากไคร้เครือ เปลือกเพกา เปลือกขี้ยาย ใบกระวาน
ลูกผักชีลา แผลกหอม ว่านน้ำห้วกระชาย
เปราะหอม รากแจง กรูงเขมา สิ่งละ 4 ส่วน
รากข้าวสาร เนื้อไม้ ลูกจันทน์ ขมิ้นชัน
สิ่งละ 8 ส่วน ขิง ดีปลี สิ่งละ 3 ส่วน
น้ำประสานทองสดๆ โพล เจตมูลเพลิงแดง
สะค้าน ข้าวลู่ สิ่งละ 2 ส่วน เปลือกขิก 10 ส่วน
พริกไทย 1 ส่วน กานพลู 131 ส่วน



วิธีทำ บดผง

สรรพคุณ แก้ปวดท้องเนื่องจากธาตุไม่ปกติ ใช้โพลเผาไฟฝนกับน้ำปูนใส

ขนาดและวิธีใช้ รับประทานทุก 3 ชั่วโมง ผู้ใหญ่ครั้งละ 1-2 ช้อนชา

ข้อควรระวัง ระวังการใช้ในสตรีมีครรภ์ ไม่ควรใช้ติดต่อกันนานเกิน 5 วัน
ไม่ใช้ในผู้ป่วยที่มีไข้สูง

5. ตะไคร้

ชื่ออื่น ไคร จะไคร หัวสิงไค

ส่วนที่ใช้ ลำต้นและเหง้าแก่

สรรพคุณ แก้ท้องอืด ท้องเฟ้อ ขับลม แน่นจุกเสียด ขับปัสสาวะ

ข้อห้ามใช้ ยังไม่มีข้อมูล

ขนาดและวิธีใช้ ครั้งละ 2 กรัม ชงน้ำร้อน 200 มิลลิลิตร ทิ้งไว้ 5-10 นาที
ดื่มวันละ 3 ครั้ง หลังอาหาร

ยารักษาอาการท้องเสีย

1. ฟ้าทะลายโจร

ชื่ออื่น ฟ้าทะลาย น้ำลายพังพอน ชีปังกี สามสิบตี
หญ้างักนงู

ส่วนที่ใช้ ส่วนเหนือดินหรือใบ

สรรพคุณ รักษาอาการท้องเสียที่ไม่ติดเชื้อ



ข้อห้ามใช้ ผู้ที่มีอาการแพ้ฟ้าทะลายโจร ไม่ใช้ในสตรี
มีครรภ์และให้นมบุตร (ในสัตว์ทดลอง
ทำให้แท้งได้) ถ้าใช้ติดต่อกัน 2-3 วัน อาการไม่ดีขึ้น
ควรหยุดใช้และพบแพทย์

ขนาดและวิธีใช้ ผู้ใหญ่ แก้วท้องเสีย 0.5-2 กรัม วันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร 3 เวลา
และก่อนนอน ถ้าใช้บรรเทาไข้หวัด อาการเจ็บคอ ขนาดใช้
1200 – 1500 มิลลิกรัม/วัน และไม่ควรใช้ ติดต่อกันเป็นเวลานาน
เพราะอาจทำให้แขนขามีอาการชาหรืออ่อนแรง หากใช้ติดต่อกัน
นาน 3 วัน แล้วไม่หายควรหยุดยาและพบแพทย์

2. ยาเหลืองปิดสมุทร

ส่วนประกอบ แห้วหมู ขมิ้นอ้อย เปลือกเพกา รากกล้วยดิบ กระเทียมคั่ว
ดีปลี ชันอ้อย ครั้ง สีเสียดเทศ สีเสียดไทย ใบเทียน ใบทับทิม
สิ่งละ 1 ส่วน ขมิ้นชัน 6 ส่วน

วิธีทำ บดผงหรือปั่นเม็ด ขนาด 0.1 กรัม

สรรพคุณ แก้วท้องเสีย ใช้น้ำเปลือกลูกทับทิม หรือเปลือกแคต้มกับน้ำปูนใส
น้ำสุก

ขนาดและวิธีใช้ วันละ 3 เวลา ก่อนอาหาร เด็กอายุ 3-5 เดือน ครั้งละ 2 เม็ด
เด็กอายุ 6-12 เดือน ครั้งละ 3-4 เม็ด เด็กโต ครั้งละ 5-7 เม็ด

3. ยารัตนบรรจบ

ส่วนประกอบ ขิง โกงฐเขมา โกงฐพุงปลา โกงฐเชียง โกงฐสอ เทียนดำ เทียนขาว
เทียนแดง เทียนสัตตบุษย์ เทียนยาวพาวณี ลูกจันทน์ ดอกจันทน์
กานพลู การบูร กระวาน สมุลแว้ง ลูกผักชีลา ใบพิมเสน
รากไคร้เครือ ดีปลี เปราะหอม สิ่งละ 4 ส่วน โกงฐก้านพร้าว 8 ส่วน
เนื้อลูกสมอไทย 16 ส่วน น้ำประสานทองสด 1 ส่วน

วิธีทำ บดผง

สรรพคุณ แก้วธาตุไม่ปกติ แก้วท้องเสีย ใช้เปลือกแค หรือเปลือกสะเดา
หรือเปลือกลูกมังคุด ต้มกับน้ำปูนใส แก้วท้องขึ้นท้องเฟ้อ
ใช้กระเทียมทุบ 3 กลีบชงน้ำร้อนหรือใช้ใบ กระเพรา หรือน้ำสุก

ขนาดและวิธีใช้ รับประทานวันละ 3 เวลา ก่อนอาหาร
ผู้ใหญ่ครั้งละ 1-2 ช้อนชา
เด็กครั้งละ ½-1 ช้อนชา

ยาสมุนไพรป้องกันและบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน

ชিং

ส่วนที่ใช้ เหง้าแก่

- สรรพคุณ
- ขับลม บรรเทาอาการอาหารไม่ย่อย ท้องอืดท้องเฟ้อ จุกเสียดแน่น ปวดท้อง
 - คลื่นไส้ บรรเทาอาการเมารถ เมาเรือ
 - ป้องกันอาการคลื่นไส้อาเจียนหลังผ่าตัด

ข้อห้ามใช้ ห้ามใช้ในผู้ป่วยที่มีการอุดตันของท่อน้ำดี เนื่องจากชিংมีฤทธิ์ในการกระตุ้นการหลั่งน้ำดี

- ข้อควรระวัง
- ควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้ในกรณีที่มีภาวะของนิ่วในถุงน้ำดี ผู้ที่มีปัญหาการแข็งตัวของเลือด และใช้ยาต้านการแข็งตัวของเลือดอยู่ เนื่องจากชিংมีการยับยั้งการสร้าง Thromboxane และการจับตัวของเกล็ดเลือด
 - ชิงกระตุ้นการสร้างกรดในกระเพาะอาหาร จึงอาจต้านฤทธิ์ของยารักษาแผลในกระเพาะได้ และอาจเกิดอาการแสบร้อนกลางอก

- ขนาดและวิธีใช้
- บรรเทาอาการจุกเสียด แน่นท้อง ท้องอืด รับประทาน 2- 4 กรัม/วัน
 - บรรเทาอาการเมารถ เมาเรือ รับประทาน 1-2 กรัม/วัน
 - ป้องกันอาการคลื่นไส้ อาเจียนหลังผ่าตัด รับประทานครั้งละ 1 กรัม ก่อนผ่าตัด 1 ชั่วโมง

ยาสมุนไพรป้องกันและบรรเทาอาการคลื่นไส้อาเจียน

พญาายอ

ชื่ออื่น พญาปล้องทอง เสดดพังพอนตัวเมีย พญาปล้องดำ ผักมันไก่ ผักลิ้นเหียด

ส่วนที่ใช้ ใบ

สรรพคุณ รักษาแผลในปาก รักษาอาการของโรคที่เกิดจากการติดเชื้อ herpes ในปากและตามผิวหนัง

ขนาดและวิธีใช้ ทาบริเวณที่มีอาการ วันละ 5 ครั้ง

ยารักษาริดสีดวงทวาร

เพชรสังฆาต

ชื่ออื่น ชันช้อ สามร้อยต่อ

ส่วนที่ใช้ เถา (ลำต้น)

สรรพคุณ บรรเทาอาการริดสีดวงทวารแบบเฉียบพลันที่ไม่ต้องผ่าตัด

ข้อควรระวัง ในบางรายอาจมีท้องผูก คลื่นไส้ อาเจียน

ขนาดและวิธีใช้ ครั้งละ 1.5 กรัม เข้า-เย็น 4 วันและครั้งละ 1 กรัม วันละ 3 ครั้ง
ก่อนอาหาร หรือขนาด 300 มิลลิกรัม/แคปซูล ครั้งละ 1 แคปซูล
วันละ 3 ครั้ง นาน 30 วัน หรือขนาด 500 มิลลิกรัม/แคปซูล
ครั้งละ 1-2 แคปซูล วันละ 2 ครั้งก่อนอาหาร นาน 3 สัปดาห์
ถ้าอาการดังกล่าวไม่หายควรพบแพทย์

ยาสมุนไพรระบบทางเดินหายใจ

ยาแก้ไอ

ยาประสะมะแว้ง

ส่วนประกอบ ลูกมะแว้งเครือ ลูกมะแว้งต้น หนักสิ่งละ 8 ส่วน ใบสวาด
ใบตานหม่อน

ใบกะเพรา หนักสิ่งละ 4 ส่วน ขมิ้นอ้อย หนัก 3 ส่วน สารส้ม หนัก 1 ส่วน

สรรพคุณ บรรเทาอาการไอ ขับเสมหะ

ข้อควรระวัง ไม่ควรใช้ติดต่อกันนานเกิน 15 วัน หากอาการไม่ดีขึ้น
ควรปรึกษาแพทย์

ขนาดและวิธีใช้ ละลายน้ำมะนาวแทรกเกลือรับประทานหรือใช้อม
เด็กอายุ 6- 12 ปี ครั้งละ 1- 2 เม็ด (200-400 มิลลิกรัม)
เมื่อมีอาการผู้ใหญ่ ครั้งละ 5- 7 เม็ด (1-1.4 กรัม) เมื่อมีอาการ

ยาแก้ไข้ เจ็บคอ และบรรเทาอาการหวัด

ฟ้าทะลายโจร

ชื่ออื่น ฟ้าทะลาย น้ำลายพังพอน ชีปังกี สามสิบดี หญ้าก้านงู

ส่วนที่ใช้ ส่วนเหนือดินหรือใบ

สรรพคุณ บรรเทาอาการหวัด อาการเจ็บคอ

- ข้อควรระวัง**
- ไม่ควรใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน เพราะอาจทำให้แขนขามีอาการชาหรืออ่อนแรง
 - หากใช้ติดต่อกัน 3 วันแล้วไม่ดีขึ้น ควรหยุดยาและพบแพทย์
 - อาจทำให้เกิดอาการแพ้ได้ เช่น ผื่นคัน ลมพิษ
 - ในผู้ป่วยบางรายอาจทำให้ ปวดท้อง ท้องเดิน เบื่ออาหาร คลื่นไส้ วิงเวียนศีรษะ ปวดเอว ใจสั่น

ขนาดและวิธีใช้ ผู้ใหญ่ครั้งละ 1.5 กรัม วันละ 4 ครั้ง หลังอาหาร และก่อนนอน
ไม่ควรใช้เกิน 9 กรัมต่อวัน รับประทานทันทีที่มีอาการ

ยาสมุนไพรในระบบผิวหนัง

ยารักษาโรคเรื้อรัง งูสวัด แผลในปาก

พญายอ

ชื่ออื่น พญาปล้องทอง เสลดพังพอนตัวเมีย พญาปล้องคำ ผักมันไก่ ผักลิ้นเหี้ยด

ส่วนที่ใช้ ใบ

สรรพคุณ มีฤทธิ์ต้านเชื้อไวรัสที่เป็นสาเหตุของโรคเรื้อรัง และช่วยให้แผลงูสวัดแห้ง และตกสะเก็ดเร็ว รักษาแผลในปาก อาการแพ้ ผื่นคัน ลมพิษ

ข้อห้ามใช้ ยังไม่มีข้อมูล

ขนาดและวิธีใช้ ครีมพญายอ กลีเซอลีนพญายอ หรือทิงเจอร์พญายอ ทาบริเวณผิวหนังภายนอก ที่เป็นเรื้อรัง หรืองูสวัด อาการแพ้ ผื่นคัน

ยาแก้เชอร์รา

ชุมเห็ดเทศ

ชื่ออื่น ชุมเห็ดใหญ่ จุมเห็ด ลับมันหลวง
หมากกะลิงเทศ

สรรพคุณ รักษากลากเกลื้อนในร่มผ้าหรือที่เท้า
(ในรูปแบบครีม หรือขี้ผึ้ง หรือตำคั้นน้ำทา)

ขนาดและวิธีใช้ ทาบริเวณที่เป็นวันละ 2-3 ครั้ง ติดต่อกันนาน 3 - 4 สัปดาห์



ยาแก้แพ้ แก้วคัน

พญายอ

ส่วนที่ใช้ ใบ

สรรพคุณ บรรเทาอาการผื่นคัน ลมพิษ ตุ่มคัน

ขนาดและวิธีใช้ ทาบริเวณที่มีอาการ วันละ 5 ครั้ง (โลชั่นที่มีสารสกัดพญายอ หรือ ทิงเจอร์)

ยาเร่งการหายของแผล

บัวบก

ชื่ออื่น ผักแว่น ผักหนอก

ส่วนที่ใช้ ส่วนเหนือดิน ทั้งต้น

สรรพคุณ เร่งการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ของแผล

ช่วยให้แผลหายเร็ว ช่วยลดอาการบวม

สมานแผล ลดการเกิดแผลเป็น

ข้อห้าม ห้ามใช้ในผู้ที่มีการแพ้

ข้อควรระวัง ผลิตรัณท์ที่ผลิตจากใบบัวบกที่ใช้รักษาแผล อาจทำให้เกิดอาการแพ้ทางผิวหนังได้

ขนาดและวิธีใช้ ใช้ใบบัวบกในรูปของครีมสารสกัด 7% ทาภายนอกวันละ

1-3 ครั้ง/วัน ในรูปแบบยารับประทาน ครั้งละ 1-2

แคปซูล 3 เวลาก่อนอาหาร นาน 15 วัน โดยรับประทาน 7 วัน
เว้น 4 วัน



ยาสมุนไพรในระบกก้ามเนื้อ

ยาบรรเทาอาการปวดและอักเสบ

1. ไพล

ชื่ออื่น ว่านไฟ ปูลอย ปูเลย

ส่วนที่ใช้ เหง้า

สรรพคุณ ด้านการอักเสบของกล้ามเนื้อและแก้ปวด ลดอาการบวมแก้ฟกช้ำ
เคล็ดขัดยอก

ข้อห้าม ห้ามทาบริเวณขอบตาหรือเนื้อเยื่ออ่อน ห้ามทาบริเวณผิวหนัง
ที่มีแผลเปิด อาจทำให้เกิดอาการคันบริเวณที่ทายา

ข้อควรระวัง ไม่ใช้ในสตรีมีครรภ์และให้นมบุตร หรือในเด็กเล็ก
ขนาดและวิธีใช้ ยาทาใช้ทาถูบริเวณที่มีอาการวันละ 2-3 ครั้ง
ครีมที่มีน้ำมัน 14 % หรือโพลเจลที่มีความเข้มข้น 10%

2. พริก

ชื่ออื่น พริกขี้หนู พริกขี้ฟ้า พริกขี้นก
ส่วนที่ใช้ ผล
สรรพคุณ บรรเทาอาการปวดข้อ ข้ออักเสบ บรรเทาอาการปวด
ปลายประสาท ปวดกล้ามเนื้อ
ข้อห้าม ห้ามใช้ในผู้ที่แพ้สารแคปไซซิน ห้ามทาบริเวณขอบตาและ
เนื้อเยื่ออ่อน หรือผิวหนังที่มีบาดแผล
ข้อควรระวัง ล้างมือให้สะอาดทุกครั้งหลังทายา เพราะอาจเข้าตา บางราย
เมื่อทาแล้วอาจทำให้ผิวหนังแดงปวดแสบปวดร้อน
ขนาดและวิธีใช้ ใช้ภายนอกในรูปเจลพริก หรือครีมที่มีสารสกัด 0.025%
ทาบริเวณที่ปวด 3-4 ครั้ง/วัน

3. เถาวัลย์เปรียง

ชื่ออื่น เครือเขาหนั่ง พานไสน เถาตาปลา
ส่วนที่ใช้ เถา (ลำต้น)
สรรพคุณ บรรเทาอาการปวดเมื่อย คลายกล้ามเนื้อ
ข้อห้ามใช้ ไม่มีข้อมูลในการห้ามใช้
ขนาดและวิธีใช้ รับประทานครั้งละ 0.5- 1 กรัม วันละ 3 ครั้งหลังอาหาร
ชาขง ครั้งละ 2 กรัม ชงน้ำ 200 มิลลิลิตร หลังอาหาร
วันละ 3 ครั้ง นาน 10 วัน

ยาแก้ไข้

1. ยาห้าราก

ชื่ออื่น ยาห้าราก ยาแก้หวัดดวง ยาเบญจโลกวิเชียร
สูตรตำรับ ด้วยหลัก รากหญ้านาง รากคนทา รากมะเดื่อชุมพร รากชิงช้า
รากเท้ายายม่อม หนักสิ่งละ 1 ส่วน ด้วยารอง 1 ตัวหรือหลายตัว
ได้แก่ สะเดา กล้วยาแฟรก บอระเพ็ด ชิงช้าชาลี ลูกใต้ใบจันทน์เทศ
จันทน์แดง ใบพิมเสน โกฐสอ โกฐก้านพร้าว โกฐจุฬาลัมพา

รากปลาไหลเผือก ลูกกระดอม หัวตีนนก พญามือเหล็ก
ต้นเหมือดคน รากไคร้เครือ กรุงเขมา เมล็ดในฝักเพกา
ข้ากทั้งสอง หนักสิ่งละไม่เกิน 1 ส่วน

สรรพคุณ บรรเทาอาการไข้

ข้อห้ามใช้ ไม่ใช่นานหลายวัน เนื่องจากเป็นยารสขมและเย็น และไม่ใช้
ในเด็กเล็ก เมื่อใช้นี้ใน 2-3 วัน อาการไม่ดีขึ้นควรพบแพทย์
ไม่ควรใช้ยาติดต่อกันเป็นเวลานาน

ขนาดและวิธีใช้ เด็กอายุ 6-12 ปี ครั้งละ ½-1 ช้อนชา (0.5-1 กรัม)

ละลายน้ำสุก 1-2 ช้อนโต๊ะ

ยาเม็ด รับประทานครั้งละ 2-3 เม็ด (600-900 มิลลิกรัม)

ผู้ใหญ่ ครั้งละ 1-1½ ช้อนชา (1-1.5 กรัม) ละลายน้ำสุก 2-4 ช้อนโต๊ะ

ยาเม็ด รับประทานก่อนอาหารวันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 3-5 เม็ด
(900-1500 มิลลิกรัม)

2. ยาเขียวหอม

ส่วนประกอบ ใบพิมเสน ใบผักกระฉอม ใบหมากผู้ ใบหมากเมีย ใบสันพร้าวหอม
แฝกหอม เปราะหอม จันทน์แดง จันทน์เทศ ว่านกับแรด
ว่านร้อนทอง เนระพูสี พิศนาค มหาสดำ ดอกพิกุล ไคร้เครือ
ดอกบุนนาค ดอกสารภี เกสรบัวหลวง สิ่งละ 1 ส่วน
ระย่อมหนัก ¼ ส่วน

วิธีทำ บดผง

สรรพคุณ แก้ตัวร้อน ร้อนใน ระบายน้ำ ละลายน้ำสุกหรือน้ำดอกมะลิ
แก้พิษหัด แก้สุกใส แก้ไข้ตัวร้อน ละลายน้ำรากผักชีต้ม
ทั้งรับประทานทั้งชโลมผิว

ขนาดและวิธีใช้ รับประทานวันละ 4-5 ครั้ง ผู้ใหญ่ 1-2 ช้อนชา เด็ก ½-1 ช้อนชา

3. ยาจันทลีลา

ส่วนประกอบ โกฐสอ โกฐเขมา โกฐจุฬาลัมพา จันทน์เทศ จันทน์แดง
ลูกกระดอม บอระเพ็ด รากปลาไหลเผือก สิ่งละ 4 ส่วน
พิมเสน 1 ส่วน

วิธีทำ ชนิตผง หรือเม็ด ขนาดเม็ดละ 0.5 กรัม

สรรพคุณ แก้ไข้ แก้ตัวร้อน แก้ร้อนใน

ขนาดและวิธีใช้ รับประทานทุก 4 ชั่วโมง ผู้ใหญ่ 1-2 ช้อนชา เด็ก ½-1 ช้อนชา
หรือ ผู้ใหญ่ 3-4 เม็ด เด็ก 1-2 เม็ด

4. บอระเพ็ด

ชื่ออื่น จูจิงตัวแม่ เจตมูลยาน เจตมูลหนาม เครือเขาฮ่อ

ส่วนที่ใช้ เถาที่โตเต็มที่

สรรพคุณ ลดไข้ ช่วยเจริญอาหาร

ข้อห้าม ห้ามใช้ในผู้ป่วยโรคตับและโรคไต ไม่ควรใช้ในขนาดสูงติดต่อกัน
เป็นเวลานาน อาจทำให้ตับอักเสบ อ่อนเพลีย ตัวเหลือง ตาเหลือง

ขนาดและวิธีใช้ ครั้งละ 500 มิลลิกรัม วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร (7-10 วัน)
หรือครั้งละ 0.9-1.35 กรัม วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร
หรือเมื่อมีอาการ

ยาสมุนไพรในระบบทางเดินปัสสาวะ

ยาขับปัสสาวะ

1. หล้าหนวดแมว

ชื่ออื่น พยับเมฆ อีตุ๋ตง

ส่วนที่ใช้ ส่วนเหนือดิน

สรรพคุณ ขับปัสสาวะ ขับนิ่วขนาดเล็ก และลดขนาดนิ่วในทางเดินปัสสาวะ

ข้อควรระวัง หล้าหนวดแมวมีโปรแตสเซียมสูง ต้องระวังการใช้ในผู้ป่วย
โรคหัวใจ และโรคไต

ขนาดและวิธีใช้ ขนาด 2 กรัม ชงน้ำร้อนดื่ม วันละ 3 เวลา ก่อนอาหาร
ชนิดแคปซูล ครั้งละ 2-3 แคปซูล (460-690 มิลลิกรัม)
วันละ 3 เวลา ก่อนอาหาร 10-15 วัน

2. ขลุ่

ชื่ออื่น หนาดจ้าว หนาดวัว ขี้ป่าน คลู

ส่วนที่ใช้ ส่วนเหนือดิน หรือ ใบ

สรรพคุณ ขับปัสสาวะ แก้อาการขัดเบา

ข้อห้าม หญิงมีครรภ์ ให้นมบุตร เด็กอายุน้อยกว่า 13 ปี

ข้อควรระวัง ระวังในผู้ป่วยโรคหัวใจ โรคไต เนื่องจากมีเกลือแร่สูง
ขนาดและวิธีใช้ ชาชงขนาด 2 กรัม ชงกับน้ำเดือด 1 แก้ว วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร

3. ตะไคร้

ชื่ออื่น ไคร จะไคร หัวสิงโค เชิดเกรย

ส่วนที่ใช้ ลำต้นและเหง้าแก่

สรรพคุณ ขับปัสสาวะ

ขนาดและวิธีใช้ ครั้งละ 2 กรัม ชงน้ำร้อน 200 มิลลิลิตร ทิ้งไว้ 5-10 นาที
รับประทานวันละ 3 เวลาหลังอาหาร

ยาสมุนไพรรดน้ำตาลในเลือด

มะระขี้นก

ชื่ออื่น ผักไห ผักเหย มะร้อยรู มะห้อย มะไห่

ส่วนที่ใช้ เนื้อผล

สรรพคุณ ยาขมเจริญอาหาร กระตุ้นความอยากอาหาร แก้ไข้ แก้ร้อนใน

ข้อห้าม ไม่ควรใช้ในสตรีมีครรภ์

ข้อควรระวัง รับประทานมะระขี้นกพร้อมกับยาลดน้ำตาลในเลือดไม่ว่าชนิด
รับประทาน หรือชนิดฉีด อาจทำให้เกิดการเสริมฤทธิ์ลดน้ำตาล
ในเลือดได้ทำให้น้ำตาลตก และอาจทำให้เกิดอาการชักในเด็กได้

ขนาดและวิธีใช้ ครั้งละ 1-2 แคปซูล (0.5-1 กรัม) วันละ 2 ครั้ง ก่อนอาหาร
(1-2 กรัม/วัน) ครั้งละ 1 แคปซูล (350 มิลลิกรัม)
วันละ 3 ครั้ง ก่อนอาหาร (1050 กรัม/วัน)

ยาสมุนไพรรดน้ำตาลในเลือด (แก้ลม)

1. ยาหอมเทพจิตร

ส่วนประกอบ ลูกจันทน์ ดอกจันทน์ กระวาน กานพลู จันทน์แดง จันทน์ขาว
กฤษณา กระลำพัก ขอนดอก ชะลูด อบเชย เปราะหอม เปลือกหอม
สิ่งละ 2 ส่วน ผิวมะกรูด ผิวมะขี้หนู ผิวมะนาว ผิวส้มตรังกราม
ผิวส้มจีน ผิวส้มโอ ผิวส้มเขียวหวาน สิ่งละ 4 ส่วน ผิวส้มซ่า 28 ส่วน
ดอกพิทูร ดอกบุนนาค ดอกสารภี ดอกบัวขม ดอกบัวเผื่อน

เกสรบัวหลวง โกฐสอ โกฐเขมา โกฐหัวบัว โกฐเชียง โกฐจุฬาลัมพา
 โกฐกระดูก โกฐก้านพร้าว โกฐพุงปลา โกศขมิ้นมั่งสี เทียนดำ
 เทียนขาว เทียนข้าวเปลือก เทียนแดง เทียนตาตุ๊กแตน เทียนยาว
 พาณิ เทียนตากบ เทียนเกล็ดหอย เทียนสัตตบุษย์ พิมเสน
 สิ่งละ 4 ส่วน ชะมดเข็ด การบูร สิ่งละ 1 ส่วน ดอกมะลิ 184 ส่วน

วิธีทำ บดผง ผสมน้ำดอกไม้มะเทศ ทำเม็ด เม็ดละ 0.2 กรัม

สรรพคุณ แก้ลม บำรุงหัวใจ มึนงง วิงเวียนศีรษะ

ขนาดและวิธีใช้ ครั้งละ ½ - 1 ช้อนชา หรือ ครั้งละ 5-7 เม็ด

2. ยาหอมนวโกฐ

ส่วนประกอบ เบญจกูล สิ่งละ 3 ส่วน โกฐทั้ง 9 เทียนทั้ง 9 หัวหมู สักชี ราชดัด
 สารพัดพิษ กระวาน กานพลู ลูกจันทน์ ดอกจันทน์ จันทน์เทศ
 จันทน์แดง อบเชยญวน สมุลแว้ง หล้าตีนนก แผลงหอม ชะลูด
 เปราะหอม รากไคร้เครือ เนื้อไม้ ขอนดอก กระลำพัก
 เนื้อลูกมะขามป้อม เนื้อลูกสมอ พิกาก ชะเอมเทศ ลูกผักชีลาว
 ลูกกระดอม บอระเพ็ด เกสรทั้ง 5 แก่นสน สิ่งละ 4 ส่วน พิมเสน
 สิ่งละ 1 ส่วน (น้ำประสานทองสะอาด ชะมดเข็ด ในบัญชียาหลัก
 ไม่มีตัวยา 2 ชนิดนี้)

วิธีทำ บดผง

สรรพคุณ แก้กลิ้นเหียน อาเจียน ใช้น้ำลูกผักชี หรือน้ำเทียนดำต้ม
 แก้ลมปลายไข้ ใช้ก้านสะเดา ลูกกระดอมและบอระเพ็ดต้ม
 เอน้ำหรือน้ำสุก

ข้อควรระวัง ระวังการใช้ในผู้แพ้และองเกสรดอกไม้ ในสตรีมีครรภ์ไม่ควรใช้
 ติดต่อกัน 5 วัน

ขนาดและวิธีใช้ รับประทานทุก 3-4 ชั่วโมง ครั้งละ ½-1 ช้อนชา หรือ
 ครั้งละ 5-7 เม็ด

การประคบสมุนไพร

การประคบสมุนไพร คือ การใช้สมุนไพรหลายอย่างมาห่อรวมกัน ส่วนใหญ่เป็นสมุนไพรที่มีน้ำมันหอมระเหย โดยนำไปนึ่งให้ร้อนแล้วนำมาประคบบริเวณที่มีอาการปวด หรือเคล็ด ขัด ยอก ซึ่งน้ำมันหอมระเหยเมื่อถูกความร้อนจะระเหยออกมา ความร้อนจากลูกประคบจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของโลหิตให้ดีขึ้น และยังมีส่วนสำคัญจากสมุนไพรบางชนิดที่ซึมเข้าทางผิวหนัง ช่วยรักษาอาการเคล็ด ขัด ยอก และบรรเทาอาการปวดได้



อุปกรณ์การทำลูกประคบ

1. ผ้าดิบสำหรับห่อลูกประคบ ขนาด 35 x 35 เซนติเมตร 2 ผืน
2. เชือก ด้ายดิบ หรือหนังยาง
3. ตัวยาที่ใช้ทำลูกประคบ
4. เตา พร้อมหม้อสำหรับนึ่งลูกประคบ
5. จานหรือชามอลูมิเนียมเงา (เพื่อให้ไอน้ำผ่านได้) สำหรับรองลูกประคบ

ตัวยาคินิยมใช้ทำลูกประคบ (ลูกประคบ 2 ลูก)

1. เหน้ไฟล (500 กรัม) สรรพคุณ แก้ปวดเมื่อย ลดอาการอักเสบ
2. ผิวมะกรูด ถ้าไม่มีให้ใช้ใบแทนได้ (200 กรัม) สรรพคุณ มีน้ำมันหอมระเหย แก้ลมวิงเวียน
3. ตะไคร้บ้าน (200 กรัม) สรรพคุณ แต่งกลิ่น แก้ปวดเมื่อย
4. ใบมะขาม (300 กรัม) สรรพคุณ แก้อาการคันตามร่างกาย ช่วยบำรุงผิว
5. ขมิ้นชัน (100 กรัม) สรรพคุณ ลดอาการอักเสบ แก้โรคผิวหนัง
6. ใบส้มป่อย (100 กรัม) สรรพคุณ ช่วยบำรุงผิว แก้โรคผิวหนัง ลดความดันโลหิต
7. เกลือแกง (1 ช้อนโต๊ะ) สรรพคุณ ช่วยดูดความร้อนและช่วยพาตัวยา ซึมผ่านผิวหนังได้สะดวกขึ้น
8. การบูร (2 ช้อนโต๊ะ) สรรพคุณ แต่งกลิ่น บำรุงหัวใจ
9. พิมเสน (2 ช้อนโต๊ะ) สรรพคุณ แต่งกลิ่น บำรุงหัวใจ แก้หวัด

วิธีการทำลูกประคบ

1. หั่นหัวไพล ขมิ้นชัน ต้นตะไคร้ ผิวมะกรูด เป็นชิ้นเล็กๆ แล้วนำมาตำพอหยาบๆ
2. นำใบมะขาม ใบส้มป่อย ผสมกับสมุนไพร ข้อ 1 เสร็จแล้วให้ใส่เกลือ การบูร คลุกเคล้าให้เป็นเนื้อเดียวแต่อย่าให้แฉะเป็นน้ำ
3. แบ่งตัวยาที่คลุกเคล้าเรียบร้อยแล้วใส่ผ้าดิบห่อเป็นลูกประคบประมาณลูกส้มโอ (น้ำหนักประมาณ 400 – 500 กรัม) รัดด้วยเชือกให้แน่น (ลูกประคบเวลาถูกความร้อนยาสมุนไพรจะปล่อยลงให้ร้อนใหม่ให้แน่นเหมือนเดิม)
4. นำลูกประคบที่ได้ไปนึ่งในหม้อนึ่ง ใช้เวลานึ่งประมาณ 15-20 นาที
5. นำลูกประคบที่ร้อนได้ที่แล้วมาประคบคนไข้ที่มีอาการต่างๆ โดยสับเปลี่ยนลูกประคบ

วิธีการประคบ

1. จัดท่าคนไข้ให้เหมาะสม เช่น นอนหงาย นั่ง นอนตะแคง ขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่จะทำการประคบสมุนไพร
2. นำลูกประคบที่รับความร้อนได้ที่แล้วมาประคบบริเวณที่ต้องการประคบ (ควรทดสอบความร้อนของลูกประคบก่อนทุกครั้ง คือแตะที่ท้องแขนหรือหลังมือของผู้ประคบ)
3. ในการวางลูกประคบบนผิวหนังคนไข้โดยตรงในช่วงแรกๆ ต้องทำด้วยความเร็วไม่วางแช่นานๆ เพราะคนไข้จะทนความร้อนไม่ได้มาก และเป็นการป้องกันคนไข้จากการถูกลวกด้วยความร้อน
4. เมื่อลูกประคบคลายความร้อนลงก็สามารถเปลี่ยนลูกประคบอีกลูกหนึ่งแทน (นำลูกเดิมไปนึ่งต่อ) ทำซ้ำตามข้อ 2, 3, 4

ประโยชน์ของการประคบ

1. บรรเทาอาการปวดเมื่อย
2. ช่วยลดอาการบวม อักเสบของกล้ามเนื้อ เอ็น ข้อต่อ หลัง 24-28 ชั่วโมง
3. ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ
4. ช่วยให้เนื้อเยื่อ พังผืด ยืดตัวออก
5. ลดอาการติดขัดของข้อต่อ

6. ลดอาการปวด

7. ช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือด

ข้อควรระวัง

1. ห้ามใช้ลูกประคบที่ร้อนเกินไป โดยเฉพาะกับบริเวณผิวหนังอ่อนๆ หรือบริเวณที่เคยเป็นแผลมาก่อน ถ้าต้องการใช้ควรมีผ้าขนหนูรองก่อนหรือรองจนกว่าลูกประคบจะคลายร้อนลงจากเดิม

2. ควรระวังเป็นพิเศษในผู้ป่วยเบาหวาน อัมพาต เด็ก และผู้สูงอายุ เนื่องจากกลุ่มบุคคลดังกล่าว ความรู้สึกตอบสนองต่อความร้อนช้า อาจจะทำให้ผิวหนังไหม้ หรือพองได้ง่าย ถ้าต้องการใช้ควรจะใช้ลูกประคบที่อุ่นๆ

3. ไม่ควรใช้ลูกประคบสมุนไพรในกรณีที่มีบาดแผล การอักเสบ (ปวด บวม แดง ร้อน) ในช่วง 24 ชั่วโมงแรกเพราะอาจจะทำให้บวมมากขึ้น

4. หลังจากประคบสมุนไพรแล้ว ไม่ควรอาบน้ำทันทีเพราะจะไปชะล้างตัวยาออกจากผิวหนัง และอุณหภูมิของร่างกายปรับเปลี่ยนไม่ทันอาจทำให้เป็นไข้ได้

วิธีเก็บรักษา

1. ลูกประคบสมุนไพรที่ทำในแต่ละครั้ง สามารถเก็บไว้ใช้ได้ 3-5 วัน
2. ควรเก็บลูกประคบไว้ในตู้เย็น จะทำให้เก็บได้นานขึ้น ควรดมลูกประคบด้วย ถ้ามีกลิ่นบูดหรือเหม็นเปรี้ยวไม่ควรเก็บไว้)
3. ถ้าลูกประคบแห้ง ก่อนใช้ควรพรมด้วยน้ำหรือเหล้าขาว
4. ถ้าลูกประคบที่ใช้ไม่มีสีเหลืองหรือสีเหลืองอ่อนลงแสดงว่ายาที่ใช้จืดแล้ว (คุณภาพน้อยลง) จะใช้ไม่ได้ผลควรเปลี่ยนลูกประคบใหม่

การพอกยาสมุนไพร

การพอกยาสมุนไพร หมายถึง การนำตำรับยาสมุนไพรที่มีสรรพคุณช่วยบรรเทาอาการปวดข้อเข่ามาพอกในผู้ป่วยที่มีอาการปวดเข่า เข่าไม่มีกำลัง ปวดเสียว ชัดในข้อเข่า คลายกล้ามเนื้อ อาการปวดจากข้อเข่าเสื่อม ที่เกิดจากตริธาตุเสมหะหย่อน



ประโยชน์ของการพอกเข้า

1. กระจายเลือดลมบริเวณข้อเข้า
2. ทำให้เพิ่มการไหลเวียนของเลือด
3. ช่วยลดอาการติดขัดของข้อเข้า
4. ช่วยลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ เส้นเอ็น
5. ช่วยลดอาการ บวม แดง ร้อนบริเวณเข้า

ขั้นตอนและวิธีการทำยาพอกเข้า

สูตรพอกเข้า (ตำรับพ่อหมอบุญทอง บุตรธรรมมา หมอพื้นบ้านโรงพยาบาลขุนหาญ)

ส่วนที่ 1 การเตรียมผงยาพอกเข้า

1. ดองดึง	100 กรัม
2. แป้งข้าวเจ้า	500 กรัม
3. แป้งข้าวหมาก	2 ลูก

ส่วนที่ 2 การเตรียมน้ำยาพอกเข้า

1. น้ำมันโพลสกัด	1,000 ซีซี
2. น้ำมันงา	20 ซีซี
3. น้ำมันขิง	100 ซีซี
4. การบูร	100 กรัม
5. เมนทอล	50 กรัม
6. พิมเสน	25 กรัม

ส่วนที่ 3 การทำน้ำต่าง

1. ปูนแดง	20 กรัม
2. น้ำเปล่า	1 ลิตร

วิธีทำ

นำส่วนผสมส่วนที่ 1 (ผงยาพอกเข้า) มาบดให้ละเอียด คลุกเคล้าให้เข้ากันแล้วพักไว้ จากนั้นนำส่วนผสมส่วนที่ 1 และส่วนที่ 2 (น้ำยาพอกเข้า) มาผสมคลุกเคล้าให้เข้ากัน โดยใช้ส่วนผสม ส่วนที่ 1 ปริมาณ 70 กรัม และ ส่วนผสม ส่วนที่ 2 (น้ำยาพอกเข้า) ปริมาณ 1 ช้อนโต๊ะ แล้วจึงใช้มีอนวดส่วนผสมทั้ง 2 ให้เข้ากัน จากนั้นจึงเติมส่วนผสมส่วนที่ 3 (น้ำต่าง) ปริมาตร 3 ช้อนโต๊ะ แล้วนวดให้ตัวยาทัง 3 ส่วน ผสมให้เป็นเนื้อเดียวกัน จนเหนียวและนุ่มพอเหมาะ จึงนำไปพอกเข้า

วิธีการผสมยาพอกเข้า

1. นำยาพอกเข้า 70 กรัม เทใส่ถ้วยที่เตรียมไว้
2. ใส่ น้ำต่างหรือน้ำเปล่า 3 ช้อนโต๊ะ นวดให้เข้ากัน นวดยาพอกเข้าไปเรื่อยๆ จนเข้ากัน จนเนื้อยานุ่มและเหนียวพอเหมาะ
3. เติมน้ำยาพอกเข้า 1 ช้อนโต๊ะ ใช้มือนวดยาให้เข้ากัน จนนุ่มและเหนียวพอเหมาะ นำยาที่ได้มาพอกเข้ารักษาอาการปวดเข้า

วิธีการพอกเข้า

1. เริ่มขั้นตอนแรกโดยการนวดเฉพาะจุดบริเวณเข้า ประมาณ 20 นาที
2. ประคบด้วยลูกประคบสมุนไพรบริเวณเข้า 5 นาที
3. จัดทำผู้ป่วยในท่านอนหงาย
4. นำยาพอกลงบริเวณเข้าทิ้งไว้ 20 นาที
5. เมื่อยาแห้งใช้ผ้ามือตบบริเวณที่พอกยาแล้วใช้ผ้ามือลูบตัวยาออก
6. หลังพอกเสร็จทุกครั้งให้กระดกปลายเท้าขึ้นลง 50 ครั้ง กอดเข้าชิดอก 10 ครั้ง และควรให้คำแนะนำการบริหารเข้าร่วมด้วย
7. รักษาอาการต่อเนื่องจนครบ 5 ครั้ง จากนั้นรักษาอาการต่อเนื่องด้วยวิธีการนวดรักษาโดยสูตรการรักษาจับโปงเข้า สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 3 สัปดาห์

คำแนะนำ

อาหารแสดง : หลีกเลี่ยงการรับประทานข้าวเหนียวมูน ของหมักดอง หน่อไม้ เครื่องในสัตว์ปีก เหล้า เบียร์ ไข่ต้มแดง แม่ต้มแดง และแมลงทุกชนิด

ข้อห้ามในการพอกเข้า

1. บริเวณที่เป็นแผลเปิด หรือเลือดออกใหม่ๆ
2. บริเวณที่มีการติดเชื้อของผิวหนังภายนอก (หนองกำพวด)
3. บริเวณที่เป็นแผลเรื้อรัง

ข้อควรระวัง

ถ้ามีการแพ้ยาสมุนไพร หรือมีอาการแทรกซ้อนจากการใช้ยาพอกสมุนไพรหยุดให้บริการทันที แล้วล้างทำความสะอาดบริเวณที่พอก หากอาการไม่ดีขึ้นให้ส่งพบแพทย์แผนไทย

(กรณีทำเองที่บ้าน)

นำผงยา 1 ซอง ผสมน้ำต่าง หรือน้ำเปล่า 3 ซ้อนโต๊ะ นวดตัวยาให้เข้ากันจนเหนียว และผสมน้ำยาพอกเข้า 1 ซ้อนโต๊ะ นวดตัวยาให้เป็นเนื้อเดียวกัน นำยามาพอกบริเวณเข้าทิ้งไว้ 20 นาที หรือจนยาแห้งหมด แล้วเอายาออก พอกวันละ 1 ครั้ง ทำ 5 วันติดต่อกัน อาการจะทุเลาจนหายในที่สุด หลังพอกเสร็จทุกครั้งให้กระดกปลายเท้าขึ้นลง 50 ครั้ง กอดเข้าชิดอก 10 ครั้งและควร ให้คำแนะนำการบริหารเข้าร่วมด้วย

คำแนะนำ

1. ปรคบความร้อน เข้า - เย็น ประมาณ 10 – 15 นาที
2. งดอาหารแสลง เช่น ข้าวเหนียว หน่อไม้ เครื่องในสัตว์ เหล้า เบียร์ และยาแก้ปวด
3. ทำกายบริหาร
 - นั่งยองๆ 90 องศา (ทำ 3 รอบ) เข้า – เย็น กรณีที่การอักเสบทุเลาลง
 - ทำบริหารอื่นๆ ตามความเหมาะสม
 - ห้ามบิด ดัด สลัดขา และเข้า

การฟื้นฟูสภาพด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน

1. โรคลมจับโปง (ข้อเข่าเสื่อม)

เป็นโรคในตระกูลลมชนิดหนึ่งที่เกิดจากอาหาร อากาศ น้ำ และเป็นเฉพาะข้อเข่ากับข้อเท้าเท่านั้น ลมจับโปง มี 2 ชนิด ได้แก่

- 1) ลมจับโปงน้ำ
- 2) ลมจับโปงแห้ง

ลักษณะอาการโรค

1) ลมจับโปงน้ำ มีอาการปวดเข่ามาก บวม แดง ร้อน และมีน้ำในข้อขณะที่บวมอักเสบจะมีความร้อนขึ้นเสมอ สามารถทำให้เป็นไข้ได้ เรียกใช้จับโปง ไข้มักจับเป็นช่วงเวลา พบกำเริบในฤดูฝนซึ่งอากาศมักจะร้อนอบอ้าว และมีหนาวเจือปน

2) ลมจับโปงแห้ง

มีอาการบวมที่เข่า มีความร้อนไม่มากนัก บางครั้งมีแดงเล็กน้อยแต่จะมีสภาวะหวั่นเข่าติด ขาโก่ง สะบ้าเฝ้า อาการปวดน้อยกว่าลมจับโปงน้ำ และมีน้ำในข้อเล็กน้อย

สาเหตุ

ลมจับโป่งน้ำ และลมจับโป่งแห้ง เกิดจากอาหาร อากาศ (เย็นชื้น) อิริยาบถ น้ำหนักตัว ความเสื่อมของร่างกาย

อาการ

1) ลมจับโป่งน้ำ

ปวดบวมเข้าเวลาเดิน เปลี่ยนอิริยาบถ มีความร้อนรอบเข่า อย่างชัดเจน มีน้ำในข้อ

2) ลมจับโป่งแห้ง

ปวดบวมเข้าเวลาเดิน เปลี่ยนอิริยาบถ มีความร้อนรอบเข่า เล็กน้อย บางรายขาโก่ง เนื่องจากมีหินปูนเกาะ

การตรวจ

1. ตรวจดูสันเท้าพบว่าข้างที่เป็นจะสั้นกว่า
2. ตรวจดูความโก่งของขาจะพบว่าบางรายขาโก่ง หรืออาจไม่พบก็ได้
3. งอพับเข่าเป็นเลข 4 พบว่าไม่ได้องศา
4. งอเข่าสันเท้าชิดกัน พบว่างอได้ไม่ชิดกัน
5. ตรวจดูความบวมแดงร้อนที่เข่า ลมจับโป่งน้ำพบว่ามีความร้อนอย่างชัดเจน ลมจับโป่งแห้งพบว่ามีความร้อนเล็กน้อย
6. เขี่ยข้อเข่า พบว่า มีเสียงดังกรอบแกรบ เนื่องจากน้ำไขข้อแห้ง
7. คลอนลูกสะบ้าพบว่า ส่วนใหญ่คลอนไม่ได้เนื่องจากมีหินปูนเกาะ หรือเกิดสะบ้าเฝ้า

การรักษา

1) ลมจับโป่งน้ำ

1. นวดพื้นฐานขาเปิดประตุลม
2. นวดสัญญาณเข่า 1, 2, 3 (3-5 รอบ) ใช้ทำนั้งพับเพียบ
3. นวดสัญญาณขาด้านนอก ส.4, ข้อพับเข่า ส. 1, 2, 3, 4, (3-5 รอบ) เน้น ส. 4 * ไม่เขี่ยข้อเข่า
4. นวดสัญญาณขาด้านใน 4, 3, 1, 2, 3, 4 (3-5 รอบ) เน้น ส. 3, 4 * ไม่เขี่ยข้อเข่า

2) ลมจับโป่งแห้ง

1. นวดพื้นฐานขาเปิดประตุลม
2. นวดสัญญาณเข้า 1, 2, 3 (3-5 รอบ) ใช้ท่าไขว้มือ
3. นวดสัญญาณขาต้านนอก 1, 2, 3, 4, ข้อพับเข้า (3-5 รอบ) เน้น ส. 4
*ใช้เทคนิคเขยื้อนข้อเข้าโดยรอบแรกและรอบสุดท้ายไม่ต้องเขยื้อน
4. นวดสัญญาณขาต้านใน 1, 2, 3, 4 (3-5 รอบ) เน้น ส. 3, 4 *ใช้เทคนิคเขยื้อน
ข้อเข้า โดยรอบแรกและรอบสุดท้ายไม่ต้องเขยื้อน

คำแนะนำ

1. งดอาหารแสลง (ข้าวเหนียว หน่อไม้ เหล้า-เบียร์ เครื่องในสัตว์ ยาแก้ปวด)
2. ประคบร้อนชื้น/สมุนไพร (เข้า-เย็น) 10-15 นาที
3. หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรค
4. ท่าบริหาร ทำน่อง ยอง ๆ 90 องศา (3 รอบ) / กระดกปลายเท้าขึ้นลง
5-10 ครั้ง/ ทำยืนเขย่งปลายเท้า

2. โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต

โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือโรคหลอดเลือดสมอง ทางกายภาพแผนไทยเกิดจากลมอุทกัฒมาวาตา และลมอโรคมาวาตาพัดระคนกัน ทำให้มีอาการอัมพฤกษ์ อัมพาต ดังนี้ อัมพฤกษ์ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน - ขา แต่สามารถยับยั้งได้ระดับหนึ่ง หรือหยาบจับสิ่งของที่มึนน้ำหนักตามปกติไม่ได้ เป็นโรคที่คล้ายคลึงกับอัมพาต แต่อาการน้อยกว่า

อัมพาต หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อแขน - ขา ไม่สามารถยับยั้งได้ระดับหนึ่งหรือลิ้นแข็งพูดไม่ชัด ปากเบี้ยว

สาเหตุ เกิดจากโรคความดันโลหิตสูง เส้นเลือดฝอยในสมองแตก อุบัติเหตุ

การตรวจ

1. วัดข้อต่อหัวไหล่
2. ตรวจจับชีพจร
3. ดูลักษณะทั่วไป
4. วัดส้นเท้า
5. กระดกปลายเท้าขึ้น-ลง
6. กระดิกนิ้วเท้า

7. ทดสอบแรงถีบเท้า
8. ทดสอบแรงเหยียดขาเข้า-ออกและการตั้งขาเพื่อดูข้อต่อสะโพก
9. บีบนิ้วเท้า
10. ทดสอบกำลังข้อต่อสะโพก
11. คว่ำมือ หายมือ
12. กำมือ เหยียดมือ
13. ทดสอบแรงบีบ
14. ตั้งข้อศอก กระดกข้อมือขึ้น-ลง
15. ชูแขน
16. ทดสอบแรงดิ่งกำลังมือและแขน
17. ทดสอบแรงดันมือและแขน

การรักษา

1. นวดพื้นฐานขา เน้นสัญญาณข้อเท้า เปิดประตูลมข้างที่เป็น
2. นวดพื้นฐานหลังและทับด้วยสัญญาณ 1, 2, 3, 4, 5 หลัง (ท่านอน)
3. นวดพื้นฐานขาด้านนอกและทับด้วยสัญญาณ 1, 2, 3, 4, 5
(ห้ามนวด ส. 2 ในกรณีที่ผู้ป่วยเหยียดคู้ขาไม่ได้)
4. นวดพื้นฐานขาด้านในและทับด้วยสัญญาณ 1, 2, 3, 4, 5
5. นวดพื้นฐานแขนด้านในและทับด้วยสัญญาณ 1, 2, 3, 4, 5
6. นวดพื้นฐานแขนด้านนอกและทับด้วยสัญญาณ 1, 2, 3, 4, 5
7. นวดท่าหมุนานถวายแหวน
8. นวดพื้นฐานบ่า 50, 70, 90, 90, 90 ปอนด์ จนบ่านุ่ม
9. นวดสัญญาณหัวไหล่ 1, 2, 3, 4, 5 (ห้ามนวด ส. 2 ในกรณีที่เหยียดงอแขนไม่ได้)

คำแนะนำ

1. งดอาหารแสลง (ข้าวเหนียว หน่อไม้ เหล้า-เบียร์ เครื่องในสัตว์ ยาแก้ปวด)
2. ประคบร้อนชื้น/สมุนไพร (เข้า-เย็น) 10-15 นาที
3. หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดโรค เช่น การรับประทานอาหาร, การพักผ่อน, ภาวะอารมณ์เครียด
4. ทำบริหาร ทำทดสอบแรงบีบ ดึง ดัน มือ แขน/น่อง ยอง ๆ 90 องศา/ยืนเขย่ง ปลายเท้า

3. การนวดไทยเพื่อสุขภาพ

การตรวจ

1. ตรวจสัญญาณชีพ ได้แก่ ความดันโลหิต ชีพจร การหายใจ และอุณหภูมิร่างกาย
2. ตรวจสภาพร่างกายทั่วไป เช่น ทดสอบกำลังกล้ามเนื้อ แขน ขา

ขั้นตอนการนวด

1) การนวดไทยเพื่อสุขภาพแบบทั่วไป

1. ทำนวดเตรียมความพร้อม
2. นวดท่านอนหงายนวดขา
3. นวดท่านอนตะแคง
4. นวดท่านอนคว่ำ
5. นวดท่านั่ง

2) การนวดไทยเพื่อสุขภาพแบบราชสำนัก

1. นวดพื้นฐานขาข้างซ้าย เปิดประตูลม
2. นวดพื้นฐานขาข้างขวา เปิดประตูลม
3. ให้ผู้ถูกนวดพลิกตะแคงซ้ายคู้เข่า 90 องศา เพื่อนวดพื้นฐานหลังข้างขวา
4. นวดพื้นฐานขาด้านนอก ข้างขวา
5. นวดพื้นฐานขาด้านในข้างซ้าย
6. ให้ผู้ถูกนวดพลิกตะแคงซ้ายคู้เข่า 90 องศา เพื่อนวดพื้นฐานหลังข้างซ้าย
7. นวดพื้นฐานขาด้านนอก ข้างซ้าย
8. นวดพื้นฐานขาด้านในข้างขวา
9. ให้ผู้ถูกนวดนอนหงายนวดพื้นฐานแขนด้านใน – ด้านนอก ข้างซ้าย
10. ให้ผู้ถูกนวดนอนหงายนวดพื้นฐานแขนด้านใน – ด้านนอก ข้างขวา
11. ให้ผู้ถูกนวดนั่งนวดหลังท่าหมุนมานถวายแหวน
12. นวดพื้นฐานบ่า ทั้ง 2 ข้าง
13. นวดแนวเส้นไค้คอทั้ง 2 ข้าง
14. นวดพื้นฐานศีรษะหลัง 3 จุด
15. นวดพื้นฐานไหล่ 1 จุด ทั้ง 2 ข้าง

ข้อห้าม ข้อควรระวังในการนวด

1. ไม่นวดผู้ที่รับประทานยาใหม่ ๆ ควรอย่างน้อย 30 นาที
2. ไม่นวดบริเวณที่เป็นมะเร็ง เพราะการนวดอาจทำให้มะเร็งกระจายไปที่อื่น
3. ไม่นวดขณะมีไข้ ครั่นเนื้อครั่นตัว มีไข้มากกว่า 38 องศาเซลเซียส เพราะอาจไปทำให้ไข้สูงขึ้น
4. สตรีตั้งครรภ์ไม่ควรนวดที่ท้อง หรือนวดที่หลังรุนแรง เพราะมีผลกระทบกับเด็กในครรภ์
5. ไม่ควรนวดผู้ที่เป็โรคติดต่อผิวหนังหรือโรคผิวหนังเรื้อรัง เพราะทำให้เชื้อแพร่ออกไป
6. ไม่นวดบริเวณที่มีการอักเสบ บวม แดง ร้อน เพราะทำให้เกิดอาการมากขึ้น หรือมีอาการซ้ำซ้อน
7. ไม่นวดบริเวณที่มีบาดแผลเปิด เพราะอาจเกิดการติดเชื้อ หรือแผลแยกทำให้หายช้า
8. ไม่ควรนวดผู้ที่หลังประสบอุบัติเหตุใหม่ๆ หรือมีอาการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นภายใน 24 – 48 ชั่วโมงเพราะจะทำให้เกิดการอักเสบ ควรได้รับการช่วยเหลือขั้นต้น
9. ไม่ควรนวดบริเวณที่กระดูกหัก หรือแตกร้าว หรือบริเวณที่มีข้อเทียม ภาวะข้อหลวม หรือเคลื่อน เช่น ผู้ป่วยไขข้อ รูมาตอยด์ การนวดจะทำให้เกิดการอักเสบมากขึ้น
10. ผู้ที่เป็นโรคหัวใจ ต้องนวดและกดเบาๆ ระวังไม่ให้เจ็บปวด
11. ผู้สูงอายุ ต้องนวดด้วยความระมัดระวัง และพ่อน้ำหนักมือให้เบา
12. ผู้มีโรคประจำตัวบางอย่าง เช่น เบาหวาน ผู้ที่เป็นเบาหวานจะมีกล้ามเนื้อที่อ่อนนิ่มกว่าคนปกติ เวลานวดอาจจะเกิดรอยช้ำ หรือเป็นแผลได้ง่าย
13. โรคความดันโลหิตสูง การนวดที่รุนแรงจะทำให้ความดันสูงมากขึ้น อาจทำให้เส้นเลือดในสมองแตกได้

ระมัดระวังในการวัดส่วนต่างๆ ของร่างกาย

ศีรษะ บริเวณทัดดอกไม้ เพราะเป็นส่วนบางที่กระดูกกะโหลกเชื่อมต่อกัน

ขมับ ไม่ควรกดแรงและนานเกินไป เพราะเป็นบริเวณที่มีเส้นเลือดไปเลี้ยงศีรษะ

คอใต้กกหู เพราะมีเส้นเลือดใหญ่ที่ไปเลี้ยงสมองและคอ ถ้ากดนานๆ อาจทำให้หน้ามืด ความดันเลือดลดน้อยลง

ใต้รักแร้ เพราะมีเส้นเลือดใหญ่ที่ไปเลี้ยงแขน ไม่ควรกดนานเพราะอาจทำให้เลือดไม่ไปเลี้ยงแขน

ข้อพับแขน ไม่ควรกดแรงเพราะทำให้ประสาทมืออักเสบ

กลางข้อพับขา มีเส้นประสาทควบคุมข้อเท้า ถ้ากดแรงจนเส้นประสาทอักเสบจะทำให้ข้อเท้ากระดกไม่ได้

บริเวณขาหนีบและโคนขา (การเปิดประตูลม) ไม่ควรกดนานเกิน 45 วินาที ถ้านานเกินไปอาจทำให้กล้ามเนื้อขาขาดเลือด

คำแนะนำหลังการวัด

1. ควรบริหารและออกกำลังกายทั่วไปเป็นประจำ
2. พักผ่อนให้เพียงพอทุกวัน
3. ควรรับประทานอาหารที่มีประโยชน์

บรรณานุกรม

กลุ่มงานฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย
กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. ตำราผู้ช่วยแพทย์
แผนไทย 372 ชั่วโมง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กองทุนภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย.
สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.
2553.

กลุ่มงานส่งเสริมบริการการแพทย์แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์
แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. คู่มือการดูแลผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทย
และการแพทย์ผสมผสาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.
2560.

หมวดที่ 3

การดูแลผู้สูงอายุ



วัตถุประสงค์การเรียนรู้การสอน

3.1 การดูแลส่วนบุคคล

3.1.1 เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลส่วนบุคคลในเนื้อหาวิชา
ดังนี้

3.1.1.1 ความหมายของการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

3.1.1.2 ประโยชน์ของการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

3.1.1.3 การทำความสะอาดช่องปาก การดูแลมือเท้า การทำความสะอาด
ผม เล็บ ตา หู และจมูก การอาบน้ำ เช็ดตัว และการแต่งตัว

3.1.2 เพื่อให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติการดูแลส่วนบุคคลสำหรับผู้สูงอายุได้อย่างถูก
ต้อง เหมาะสม

3.2 การคัดกรองเบื้องต้น

3.2.1 เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจ เรื่องการคัดกรองเบื้องต้น (สมองเสื่อม
ภาวะซึมเศร้า) ในเนื้อหาวิชา ดังนี้

3.2.1.1 การประเมินสุขภาพจิต

3.2.1.2 การคัดกรองผู้สูงอายุเบื้องต้นตามแบบประเมินสุขภาพจิต

3.2.2 เพื่อให้ผู้เรียนสามารถคัดกรองในผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มมีความผิดปกติด้าน
สุขภาพจิต และสามารถส่งต่อได้อย่างเหมาะสม

3.3 การวัดสัญญาณชีพและการบันทึกอาการ

3.3.1. เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการวัดสัญญาณชีพและการบันทึก
อาการ ในเนื้อหาวิชา ดังนี้

3.3.1.1 ความหมายของสัญญาณชีพ

3.3.1.2 ขั้นตอนและการปฏิบัติการวัดสัญญาณชีพและการบันทึกอาการ

3.3.1.3 การแปลผลสัญญาณชีพที่ปกติและผิดปกติที่ต้องรายงานและส่งต่อได้

3.3.2 เพื่อให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติการวัดสัญญาณชีพและการบันทึกอาการได้
อย่างถูกต้อง เหมาะสม

3.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพและกิจกรรมทางกาย

3.4.1 เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพและกิจกรรมทางกาย ในเนื้อหาวิชา ดังนี้

3.4.1.1 เป้าหมาย วัตถุประสงค์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุ

3.4.1.2 กิจกรรมทางกาย

3.4.2 เพื่อให้ผู้เรียนสามารถให้คำแนะนำและจัดกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพและกิจกรรมทางกายให้กับผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

3.5 การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุและการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน

3.5.1 เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุและการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินในเนื้อหาวิชา ดังนี้

3.5.1.1 หลักการยกและการเคลื่อนย้าย

3.5.1.2 เครื่องช่วยเดิน ประเภทต่าง ๆ

3.5.1.3 รถเข็นนั่ง (Wheelchair)

3.5.2 เพื่อให้ผู้เรียนสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุในเรื่อง การเคลื่อนย้ายและการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

3.6 ความรู้เกี่ยวกับยา

3.6.1 เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับยาในเนื้อหาวิชา ดังนี้

3.6.1.1 ความหมายของยา

3.6.1.2 การแบ่งประเภทของยา

3.6.1.3 แหล่งที่มาของยาที่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงใช้

3.6.1.4 ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

3.6.1.5 การเก็บรักษายาและลักษณะของยาเสื่อมสภาพหรือยาหมดอายุ
ก่อนกำหนด

3.6.1.6 ยาเม็ดที่ห้ามบด ห้ามแบ่ง

3.6.1.7 วิธีการใช้ยาที่มีรูปแบบพิเศษ

3.6.1.8 อาการแสดงของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่อาจมีสาเหตุมาจากยา

3.6.1.9 การบริหารยาตามหลัก 7

3.6.2 เพื่อให้ผู้เรียนนำความรู้เกี่ยวกับเรื่องยามาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม

3.7 การป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อในสถานประกอบการ

3.7.1 เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องการป้องกันการติดเชื้อในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

3.7.2 เพื่อให้สามารถนำแนวทางในการป้องกันการติดเชื้อในการดูแลผู้สูงอายุในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

3.8 การชะลอความเสื่อมถอย

เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการ ชะลอความเสื่อมถอยในเนื้อหาวิชา ดังนี้

3.8.1 ปัจจัยที่มีผลทำให้ร่างกายผู้สูงอายุมีความเสื่อมถอย

3.8.2 การชะลอความเสื่อมถอยด้าน ร่างกาย จิตใจ และสังคม

3.8.3 การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคกิจกรรมการชะลอความเสื่อมถอย

3.8.4 แนวทางการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุได้

3.9 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

3.9.1 เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเนื้อหาวิชา ดังนี้

3.9.1.1 การดูแลระบบทางเดินอาหาร

3.9.1.2 การดูแลทางเดินหายใจ

3.9.1.3 การดูแลระบบขับถ่าย

3.9.1.4 การดูแลป้องกันแผลกดทับ

3.9.2 เพื่อให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเรื่องการดูแลระบบทางเดินอาหาร การดูแล ทางเดินหายใจ การดูแลระบบขับถ่าย และการดูแลป้องกันแผลกดทับ ได้ถูกต้องเหมาะสมตามขั้นตอน

3.10 แนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง และการประยุกต์ใช้ในการจัดบริการ

3.10.1 เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง และการประยุกต์ใช้ในการจัดบริการ

3.10.2 เพื่อให้ผู้เรียนสามารถนำความรู้เกี่ยวกับแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง และการประยุกต์ใช้ในการจัดบริการ ในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

3.1 การดูแลส่วนบุคคล

ดร.พนารัตน์ วิศวเทพนิมิต

วัตถุประสงค์

การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงมีความสำคัญในการรักษาความสะอาดของร่างกาย เพื่อลดการติดเชื้อและเพิ่มความสุขสบายให้กับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้ ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงต้องสามารถประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง และสนับสนุนให้ช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด ในกรณีที่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถทำได้ ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงต้องผู้ดำเนินการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลให้ทั้งหมด ทั้งนี้ ในการดำเนินการควรเคารพสิทธิส่วนบุคคล และคำนึงถึงความปลอดภัยและความสุขสบายของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงมีความสำคัญเนื่องจากบุคคลเหล่านี้ อาจมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง ซึ่งเป็นผลจากความเสื่อมของร่างกาย หรือความเจ็บป่วย และความพิการ ทำให้ไม่สามารถดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลของตนเองได้หรือได้น้อย จำเป็นต้องได้รับ การช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ได้แก่ สมาชิกในครอบครัว หรือผู้ดูแล เป็นต้น ดังนั้น ผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลให้กับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน หรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เพื่อช่วยให้เกิดความสะอาดของ ร่างกาย ลดการติดเชื้อ เกิดความสุขสบาย และความปลอดภัยในการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขวิทยาของบุคคลอีกด้วย ในบทนี้ จะมีหัวข้อการเรียนการสอนเกี่ยวกับ

ความหมายของการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล (Personal hygiene care)

การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล หมายถึง การทำความสะอาดร่างกาย ได้แก่ ผิวหนัง ผม มือ เท้า ตา หู จมูก ช่องปาก หลับ และอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ทั้งนี้ แต่ละบุคคลจะมีการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความเจ็บป่วยหรือข้อจำกัดด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ ประเพณีและวัฒนธรรม

ประโยชน์ของการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

เมื่อผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลจะเกิดความรู้สึกสุขสบายมีสุขภาพดี ไม่มีกลิ่นตัวหรือกลิ่นปาก คลายความกังวล และส่งเสริมให้เกิด

กระบวนการซ่อมแซมร่างกายและฟื้นฟูหายจากโรคได้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขวิทยาส่วนบุคคล

1. ด้านร่างกาย ข้อจำกัดด้านร่างกายที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ หรือได้รับบาดเจ็บ เช่น มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว กระดูกหัก ไม่รู้สึกตัว ได้รับการผ่าตัด เป็นต้น จากสภาวะดังกล่าวผู้สูงอายุ หรือผู้มีภาวะพึ่งพิงอาจต้องการการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลบางส่วนหรือทั้งหมดจากผู้ดูแล

2. ด้านจิตใจ โดยเฉพาะผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น มีภาวะซึมเศร้า กลัว หลงลืมหรือจำไม่ได้ จะมีผลต่อระดับความสามารถและแรงจูงใจในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลด้วยตนเอง

3. ด้านเศรษฐกิจและสังคม ถ้าผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีจะมีข้อจำกัดในการจัดหาสิ่งของและอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ได้แก่ สบู่ ยาสีฟัน แปรงสีฟัน เป็นต้น

4. แบบแผนวัฒนธรรม ประเพณี และความเชื่อ ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ด้วย เช่น ความเชื่อของบุคคลบางกลุ่มที่เชื่อว่าห้ามสระผมเมื่อมีไข้ เป็นต้น

5. ภาวะสุขภาพของบุคคล ขึ้นอยู่กับความสนใจดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง บางรายอาจมีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงจากการที่ไม่สามารถดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลได้ด้วยตัวเอง

6. พัฒนาการของบุคคล เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นจะมีการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลมากเป็นพิเศษ และจะลดลงเมื่อ มีอายุมากขึ้น เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านต่าง ๆ

7. ความชอบส่วนบุคคล บุคคลมีความพึงพอใจในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน เช่น ผู้ชายชอบโกนหนวดก่อนอาบน้ำ

8. ระดับการศึกษา ผู้ที่มีการศึกษามีแนวโน้มที่จะดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย

3.1.1 การปฏิบัติการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล การทำความสะอาดช่องปาก

การปฏิบัติการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงจะมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองด้วย ดังนั้น ผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ต้องประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงก่อน โดยมุ่งเน้น ให้ช่วยเหลือตนเองเท่าที่จะทำได้มากที่สุด และดูแลช่วยเหลือในส่วนที่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถดำเนินการเองได้ โดยต้องคำนึงถึงความพร้อมของ

ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง สภาวะความเจ็บป่วยหรือความพิการที่อาจ ส่งผลต่อข้อจำกัด ในการปฏิบัติการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ความพร้อมของอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลสุขวิทยา ส่วนบุคคล ความปลอดภัยในการปฏิบัติการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและความสุขสบาย

1. แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่ม
2. ยาสีฟัน
3. น้ำยาบ้วนปาก (อาจพิจารณาใช้หรือไม่ใช้ก็ได้ ขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง และแผนการรักษาของแพทย์)
4. แก้วน้ำ
5. ชามรูปไต ผ้ารองกันเปื้อน
6. วาสลินทาปาก
7. ถุงมือสะอาด

ขั้นตอนการปฏิบัติ

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
1. แนะนำตนเอง บอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงทราบและอธิบายจุดประสงค์	เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเข้าใจ และให้ความร่วมมือ รวมทั้งเป็นการเคารพสิทธิของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง
2. นำอุปกรณ์ไปที่เตียง	เพื่อประหยัดเวลาและแรงงาน
3. จัดท่านั่งศีรษะสูงบนเตียง	เพื่อความสะดวกของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงและป้องกันการสำลักน้ำ
4. ล้างมือและสวมถุงมือ	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
5. ปูผ้ากันเปื้อนใต้คาง ให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงช่วยถือชามรูปไตใต้คาง หรือวางบนโต๊ะคร่อมเตียง (Over bed)	เพื่อป้องกันเสื้อผ้าและที่นอนเปื้อน

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
6. ให้บ้วนปากด้วยน้ำสะอาด และแปรงฟันตามขั้นตอน 6.1 แปรงฟันบนด้านนอก และด้านในวางแปรงหงายขึ้น วางขนแปรงที่รอยต่อระหว่างเหงือกและฟัน เอียงแปรงทำมุม 45 องศาบนฟัน 2-3 ซี่ และปัดขนแปรงลงล่างผ่านตลอดตัวฟัน ทำจนครบทุกซี่ทั้งด้านนอกและด้านใน 6.2 แปรงฟันล่างด้านนอกและด้านในวางแปรงคว่ำลง วางขนแปรงที่วางขนแปรงที่รอยต่อระหว่างเหงือกและฟัน เอียงแปรงทำมุม 45 องศาบนฟัน 2-3 ซี่ และปัดขนแปรงขึ้นบนผ่านตลอดตัวฟัน ทำจนครบทุกซี่ทั้งด้านนอกและด้านใน 6.3 วางขนแปรงบนด้านบนของฟันบนเคี้ยวขยับแปรงถูไปมาทั้งฟันบนและฟันล่าง 6.4 บ้วนปากด้วยน้ำสะอาด 6.5 ควรแปรงลิ้น ถ้าผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟุ้งฟิงทำได้ วางแปรงบริเวณกลางลิ้นลากแปรงมาตามยาวทางปลายลิ้นหลัง แปรงฟันเสร็จแล้ว	เพื่อจัดเศษอาหารและลดจำนวนแบคทีเรีย
7. ให้บ้วนปากและกลั้วคอด้วยน้ำยาบ้วนปาก	เพื่อให้ปากสะอาดสดชื่น
8. ถูริมฝีปากแห้งให้ทาวาสลีน	เพื่อให้ริมฝีปากชุ่มชื้น ไม่แตก
9. นำอุปกรณ์ไปทำความสะอาดและเก็บเข้าที่เดิม	เพื่อความสะดวกในการใช้ครั้งต่อไป
10. ล้างมือให้สะอาด	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
11. บันทึกและรายงานความผิดปกติที่พบ	เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับสื่อสารในทีมผู้ดูแล

การทำความสะอาดปากและฟันผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

อุปกรณ์

1. ถาดสี่เหลี่ยมหรือกล่องบรรจุถ้วยสำหรับใส่น้ำยา สำลีหรือไม้พันสำลี ปากคีบ (Forceps) (ใช้ในกรณีที่ใช้สำลี) ผ้าสี่เหลี่ยมปราศจากเชื้อ
2. น้ำยาบ้วนปาก เช่น น้ำเกลือ น้ำยาบ้วนปากพิเศษ
3. ไม้กดลิ้นพันด้วยผ้าก๊อซ
4. ในรายที่ปากและฟันสกปรกมาก เตรียมกระบอกฉีดยาขนาด 2-5 มิลลิลิตร สายยาง/ สายดูด เสมหะ 1 เส้น หรือลูกยางแดง สำหรับฉีดล้างในช่องปาก
5. วาสลินทาปาก
6. ไม้จิ้มฟัน หรือแปรงสำหรับแปรงชอกฟัน
7. ขามรูปไต หรือถุงพลาสติก
8. ถังมือสะอาด
9. เครื่องดูด

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
1. แนะนำตนเองและบอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้มิภาวะพึ่งพิงทราบ ทั้งนี้ผู้สูงอายุหรือผู้มิภาวะพึ่งพิงสามารถรับรู้ได้	เป็นการเคารพสิทธิของผู้สูงอายุหรือผู้มิภาวะพึ่งพิง
2. นำอุปกรณ์ไปที่เตียงผู้สูงอายุหรือผู้มิภาวะพึ่งพิง	เพื่อประหยัดเวลาและแรงงาน
3. ล้างมือและสวมถุงมือ	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
4. จัดให้ผู้สูงอายุหรือผู้มิภาวะพึ่งพิงนอนในท่าตะแคงหนุนหมอนหันหน้ามาทางผู้ดูแล บิดผ้าสี่เหลี่ยมกันเปื้อนใต้คาง คลุมอกและหมอน แก้ม และคางอยู่นอกหมอน ถ้าผู้สูงอายุหรือผู้มิภาวะพึ่งพิงรู้สึกตัว จัดศีรษะสูงหรือให้อยู่ในท่านั่ง วางขามรูปไตใต้แก้มและคาง	เพื่อป้องกันเสื้อผ้าและหมอนเปื้อก

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
5. ถ้าผู้สูงอายุหรือผู้มีความพิการรู้สึกตัวใช้ไม้กดลิ้นช่วยอำปาก แล้วใช้ปากคีบ คีบสำลี หรือใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำยาบ้วนปากพอมหาตเช็ดฟัน เหงือก กระพุ้งแก้ม ลิ้นให้ทั่วจนสะอาด	เพื่อให้ปากและฟันสะอาดสดชื่น
6. ถ้ามีเศษอาหารติดตามซอกฟันให้ใช้ไม้จิ้มฟันแคะออกหรือใช้แปรงสำหรับแปรงซอกฟันทำความสะอาด	เพื่อไม่ให้มีเศษอาหารตกค้างในช่องปาก
7. ถ้าปากสกปรกมาก ใช้กระบอกฉีดยาหยดต่อสายยางฉีดเข้าในช่องปากทีละน้อย ให้น้ำไหลลงขามรูปไต เสร็จแล้วใช้ลูกยางแดงดูดออกจากปาก หรือใช้เครื่องดูดเสมหะดูดน้ำออกจากปาก	เพื่อความสะดวกของช่องปากโดยการช่วยชะล้างสิ่งสกปรกให้ออกมาและป้องกันการสำลัก
8. ทาครีมฝีปากด้วยวาสลีนทาปาก	เพื่อให้ริมฝีปากชุ่มชื้นไม่แตก
9. นำอุปกรณ์ไปทำความสะอาดและเก็บเข้าที่เดิม	เพื่อความสะดวกในการใช้ครั้งต่อไป
10. ล้างมือให้สะอาด	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
11. บันทึกและรายงานความผิดปกติที่พบ	เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับสื่อสารในทีมผู้ดูแลหรือพยาบาล

การดูแลรักษาฟันปลอม

1. ควรทำความสะอาดฟันปลอมทุกครั้งหลังจากรับประทานอาหาร
2. สำหรับฟันปลอมชนิดติดแน่นควรแปรงฟันหลังอาหาร และจำเป็นจะต้องแปรงเป็นพิเศษบริเวณ คอฟัน โดยเฉพาะขอบฟันซึ่งที่ครอบด้วยฟันปลอม เพื่อขจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์และทำความสะอาดบริเวณซอกและ ใต้ฐานฟันปลอม ชนิดติดแน่นให้สะอาด
3. ควรใช้ไหมขัดฟันอย่างน้อยวันละครั้ง รวมทั้งถ้าเป็นชนิดถอดได้จะต้องถอดฟันปลอมออกมาล้าง ทำความสะอาด ด้วยน้ำสะอาด ยาสีฟัน หรือน้ำสบู่อ่อน โดยใช้แปรงสีฟันชนิดอ่อนขนนิ่ม เพื่อไม่ให้ฟันปลอม สึกกร่อนเร็ว แปรงทั้งด้านนอกด้านในแปรงหลายๆรอบ

4. การทำความสะอาดฟันปลอมชนิดถอดได้ควรมีภาชนะใส่น้ำรองรับทุกครั้ง เพื่อป้องกันไม่ให้ฟันปลอม พลัดหลุดจากมือตกลงไปแตกหรือบิดเบี้ยว

5. ควรทำความสะอาดช่องปากและฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่ด้วยทุกครั้ง

6. ควรถอดฟันปลอมก่อนนอนทุกวันและแช่ฟันปลอมไว้ในภาชนะบรรจุน้ำสะอาด ไม่ควรทิ้งไว้ข้างนอกให้โดนอากาศเพราะจะทำให้ฐานพลาสติกแห้งและบดงอได้และเป็นการให้เนื้อเยื่อในช่องปากได้พัก ไม่มีสิ่งใดไปกดทับ

7. แต่ในบางกรณีถ้าไม่สามารถถอดฟันปลอมออกในตอนกลางคืนได้ ก็ควรถอดตอนเช้าหรือตอนบ่าย อย่างน้อย 2-3 ชั่วโมง เพราะการใส่ฟันปลอมตลอด 24 ชั่วโมงอาจทำให้เนื้อเยื่อใต้ฟันปลอมเกิดการอักเสบขึ้นได้

3.1.2 การดูแลมือและเท้า

ผู้ดูแลจะดูแลทำความสะอาดมือและเท้าให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่รู้สีกตัว เป็นอัมพาตหรือเป็นเบาหวานที่มีการไหลเวียนเลือดมาที่อวัยวะส่วนปลายไม่ดี

อุปกรณ์

1. กะละมังใส่น้ำอุ่นครึ่งกะละมัง โดยน้ำอุ่นมีอุณหภูมิประมาณ 43 องศาเซลเซียส หรือใช้หลังมือแตะๆ ทดสอบเพื่อไม่ให้น้ำร้อนเกินไป

2. ผ้าขนหนูเช็ดตัว 1 ผืน

3. ผ้ายางรองอ่าง 1 ผืน

4. ครีมหาผิว

5. ถูมือสะอาด

ขั้นตอนการปฏิบัติ

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
1. แนะนำตนเองและบอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทราบ	เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าใจ และให้ความร่วมมือ
2. นำอุปกรณ์ไปที่เตียงผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	เพื่อประหยัดเวลาและแรงงาน
3. ล้างมือและสวมถุงมือ	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
4. การดูแลทำความสะอาดมือ นำกะละมังใส่น้ำมาวางข้างตัวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงบริเวณเอว รองด้วยผ้าขนหนูแช่มือที่ละข้างหรือพร้อมกันทั้งสองข้างในกะละมัง ใช้ผ้าถูตัวฟอกสบู่ ถูให้ทั่วมือ ซอกนิ้วและเล็บ ระวังผ้าฟอกสบู่จุ่มลงในกะละมังน้ำจะทำให้น้ำสกปรกล้างมือให้สะอาดซับให้แห้งด้วยผ้าขนหนู	เพื่อลดการสะสมสิ่งสกปรก
5. การทำความสะอาดเท้า ด้วยการแช่เท้าในกะละมังน้ำ ปฏิบัติดังนี้ 5.1 ให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงชันเข่าคลุมขาทั้ง 2 ข้าง ถึงใต้เข่าให้มิดชิด โดยการดึงมุมผ้าทั้ง 2 ข้าง สอดด้านตรงข้ามถึงใต้สะโพก 5.2 ปูผ้าเช็ดตัวที่บริเวณเท้าทั้ง 2 ข้าง วางกะละมังน้ำบนผ้าเช็ดตัว ยกเท้าแช่ที่ละข้างหรือพร้อมกัน ฟอกสบู่บริเวณเท้า ส้นเท้า ซอกนิ้วเท้า และเล็บจนสะอาด ระวังผ้าฟอกสบู่จุ่มลงอ่างน้ำจะทำให้ น้ำสกปรก ซับให้แห้งด้วยผ้าขนหนู	เพื่อหลีกเลี่ยงการเปิดเผยร่างกายเกินความจำเป็น
6. นำอุปกรณ์ไปทำความสะอาดและเก็บเข้าที่เดิม	เพื่อความสะอาดในการใช้ครั้งต่อไป
7. ล้างมือให้สะอาด	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
8. บันทึกและรายงานความผิดปกติที่พบ	เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับสื่อสารในทีมผู้ดูแลหรือพยาบาล

3.1.3 การทำความสะอาดผม เล็บ ตา หู และจมูก

1. การสระผมผู้สูงอายุบนเตียง

อุปกรณ์

1. น้ำอุ่นใส่ถังหรืออ่างและขันสำหรับตักน้ำ
2. ผ้าเช็ดตัว 2 ผืน

3. ผ่าตุ๋น 1 ผืน
4. ผ่าย่าง 1 ผืน
5. สบู่หรือแชมพูสระผม
6. หวีและแปรงผมสาลี 2 ก้อน
7. ที่หนีบผ้า 4-5 อัน
8. ถังสำหรับรองรับน้ำสกปรก 1 ใบ (ในกรณีที่มียางสำหรับสระผมสามารถใช้อ่างสระผมได้)

ขั้นตอนการปฏิบัติ

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
1. แนะนำตนเองและบอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีความพิการ ฟังฟังทราบ อธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการสระผมบนเตียงอย่างง่าย ๆ	เพื่อความร่วมมือและลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุหรือผู้มีความพิการ
2. นำอุปกรณ์ไปที่เตียงผู้สูงอายุหรือผู้มีความพิการวางไว้ในที่ที่เหมาะสมและหยิบใช้สะดวก	เพื่อประหยัดเวลาและแรงงาน
3. ปิดประตูหรือกั้นม่าน	เพื่อป้องกันผู้สูงอายุหรือผู้มีความพิการ หวาดกลัว
4. ล้างมือให้สะอาด	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
5. เลื่อนตัวผู้สูงอายุหรือผู้มีความพิการให้ลำตัวเอียงกับที่นอนเล็กน้อยให้ศีรษะอยู่ริมเตียงสระ	เพื่อความสะดวกในการสระผม
6. พับผ้าเช็ดตัว 4 ทบบริเวณต้นคอ ปูผ้ายางที่ม้วนเป็นราง รองบนผ้าเช็ดตัว โดยใช้ชายผ้าอ้อมมาทางด้านหน้าอกหลังจากวางผ้ายางแล้ว ปลายบนของผ้ายางโอบมาด้านหน้าอก ใช้เหล็กหนีบไว้ ส่วนปลายล่างให้อยู่ในถังเปล่า ใช้เหล็กหนีบไว้กับขอบถังเปล่าสำหรับกรองน้ำใช้แล้ว	เพื่อทำให้ไม่เมื่อยคอ และเพื่อความสะดวกในการสระผม
7. ใช้ผ้าเช็ดตัวอีกผืนคลุมหน้าอก	เพื่อให้ร่างกายอบอุ่นและป้องกันเสื้อผ้าเปียก

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
8. หวีแปรงผมให้ถึงหนังศีรษะ	เพื่อให้เศษผมและสิ่งสกปรกออก
9. ใช้สำลีอุดหูทั้งสองข้าง	เพื่อป้องกันน้ำเข้าหู
10. ใช้ผ้าอุดหูชุบน้ำพอมืดปิดตาผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟุ้งฟิง	เพื่อป้องกันยาสระผมและน้ำเข้าตา
11. เทน้ำจากด้านหน้าไปด้านหลังให้ผมเปียกทั่วศีรษะ เทแชมพูสระผมใส่ฝ่ามือ ผสมน้ำเล็กน้อยให้เกิดฟองจากนั้นใช้ปลายนิ้วนวดศีรษะเป็นวงกลมให้ทั่วเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตและล้างผมด้วยน้ำสะอาดทำซ้ำอีกครั้งแล้วล้างผมจนสะอาด	เพื่อทำให้ผมไม่เหนียวและไม่คันศีรษะ
12. หยิบสำลีที่หุและผ้าปิดตาออก ใช้ผ้าเช็ดตัวที่คลุมหน้าอกเช็ดผมให้แห้ง กดที่หนีบผ้าออกดึงผ้ายาวลงไปไว้ในถังรองน้ำ แล้วดึงผ้าเช็ดตัวที่รองใต้ต้นคอบนหมอน เลื่อนตัวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟุ้งฟิงขึ้นให้ศีรษะอยู่บนหมอน ถ้าผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟุ้งฟิงลุกนั่งได้ให้นั่งบนเตียงแล้วเช็ดผมให้แห้ง	เพื่อป้องกันหมอนเปียก
13. จัดให้อนในท่าที่สุขสบาย	เพื่อความสุขสบายของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟุ้งฟิง
14. หวีหรือแปรงผมให้เรียบร้อย	เพื่อป้องกันผมเกาะติดและมองดูสวยงาม
15. นำอุปกรณ์ไปทำความสะอาดและเก็บเข้าที่เดิม	เพื่อความสะดวกในการใช้ครั้งต่อไป
16. ล้างมือให้สะอาด	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
17. บันทึกและรายงานความผิดปกติที่พบ	เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับสื่อสารในทีมผู้ดูแลหรือพยาบาล

2. การดูแลเล็บ²

ผู้ดูแลจะดูแลความสะอาดมือและเท้าให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟัฟฟิงที่ช่วยเหลือนตนเองไม่ได้ไม่รู้สีก้าว เป็นอัมพาตหรือเป็นเบาหวานที่มีการไหลเวียนเลือดมาที่อวัยวะส่วนปลายไม่ดี

อุปกรณ์

1. กะละมังใส่น้ำอุ่นครึ่งอ่างที่มีอุณหภูมิประมาณ 43 องศาเซลเซียส หรือใช้หลังมือแตะทดสอบ เพื่อไม่ให้ น้ำร้อนเกินไป
2. ผ้าขนหนูเช็ดตัว 1 ผืน
3. ผ้ายารองกาะละมังน้ำ 1 ผืน
4. กรรไกรตัดเล็บ
5. ครีมหาผิว
6. ถังมือสะอาด

ขั้นตอนการปฏิบัติ

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
1. แนะนำตนเองบอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟัฟฟิงทราบ	ให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟัฟฟิงเข้าใจ และให้ความร่วมมือ
2. นำอุปกรณ์ไปที่เตียงผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟัฟฟิง	เพื่อประหยัดเวลาและแรงงาน
3. ล้างมือและสวมถุงมือ	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
4. ประเมินสภาพมือ เล็บและเท้า	เพื่อดูลักษณะเล็บของผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟัฟฟิง
5. แช่มือและเท้าในน้ำอุ่นประมาณ 10-20 นาที	เพื่อให้เล็บมีความอ่อนนุ่มขึ้น
6. การตัดเล็บ เล็บมือให้ตัดเป็นรูปมน ส่วนเล็บเท้าให้ตัดเป็นแนวตรง ไม่ตัดเนื้อข้างเล็บ ในกรณีผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟัฟฟิงเป็นเบาหวานไม่ตัดจุมกเล็บ ไม่ตัดเล็บให้สั้นจนเกินไป ให้ปลายเล็บเสมอปลายนิ้ว	เพื่อให้เกิดสุขลักษณะที่ดีของเล็บ
7. นำอุปกรณ์ไปทำความสะอาดและเก็บเข้าที่เดิม	เพื่อความสะดวกในการใช้ครั้งต่อไป
8. ล้างมือให้สะอาด	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
9. บันทึกและรายงานความผิดปกติที่พบ	เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับสื่อสารในทีมผู้ดูแลหรือพยาบาล

3. การดูแลตา

ในสถานะเจ็บป่วย ตาอาจมีการสร้างสารคัดหลั่งมากกว่าปกติหรือมีตาแห้งจึงต้องช่วยทำความสะอาดตาให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟางที่ไม่รู้สึกตัวหรือลืมตาตลอดเวลา

อุปกรณ์

1. สาลีสะอาดปราศจากเชื้อ 2 ถึง 4 ก้อน
2. น้ำเกลือความเข้มข้น 0.9 %
3. ผ้าขนหนูเช็ดหน้า 1 ผืน
4. กาละมังใส่น้ำสะอาด ½ ของกาละมัง
5. ถุงมือสะอาด

ขั้นตอนการปฏิบัติ

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
1. แนะนำตนเองบอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟางทราบและอธิบายจุดประสงค์	เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟางเข้าใจและให้ความร่วมมือ
2. นำอุปกรณ์ไปที่เตียงผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟางวางบนโต๊ะข้างเตียงหรือบนโต๊ะคร่อมเตียง	เพื่อความสะดวกในการหยิบใช้
3. ล้างมือและสวมถุงมือ	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
4. จัดให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟางอยู่ในท่านั่งหรือท่านอน	เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟางรู้สึกสบาย
5. พันมือโดยพันผ้าถั่วตัว 4 นิ้ว และนิ้วหัวแม่มือแยกออกมาพับเป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้าหรือพันมือเป็นรูปสามเหลี่ยมแล้วเหน็บชายผ้าให้เรียบร้อย	เพื่อสะดวกในการทำทำความสะอาดเพื่อป้องกันการเลื้อนหลุด

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
6. ทำความสะอาดตา ก่อนทำความสะอาดตาควรให้ถอดคอนแทคเลนส์ออกก่อน การทำความสะอาดให้ใช้ (ถ้ามี) ผ้าขนหนูผืนเล็กสำหรับเช็ดหน้าซุบน้ำสะอาด บิดพอหมาด ให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงหลับตา ใช้มุมผ้าด้านหนึ่งเช็ดบริเวณเปลือกตาตามยาวจากด้านหัวตาไปหางตาหรือจากด้านในไปด้านนอกและใช้มุมผ้าด้านหนึ่งเช็ดเปลือกตาดีกข้างเช่นกัน	เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อไปตาดีกข้างหนึ่ง
7. กรณีที่ตาสกปรกให้ใช้สำลีสะอาดปราศจากเชื้อซุบน้ำเกลือความเข้มข้น 0.9% บิดพอหมาดเช็ดจากหัวตาไปหางตาโดยไม่ใช้สำลีก้อนเดิมเช็ดซ้ำจนสะอาด	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
8. กรณีที่มีสารคัดหลั่งหรือขี้ตาติดอยู่ไม่สามารถลืมตาได้ให้ใช้ผ้าขนหนูผืนเล็กซุบน้ำอุ่นประคบตา 3-5 นาที	เพื่อให้สารคัดหลั่งหรือขี้ตาอ่อนตัวและสามารถลืมตาได้โดยไม่เจ็บ
9. นำอุปกรณ์ไปทำความสะอาดและเก็บเข้าที่เดิม	เพื่อความสะดวกในการใช้ครั้งต่อไป
10. ล้างมือให้สะอาด	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
11. บันทึกและรายงานความผิดปกติที่พบ	เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับสื่อสารในทีมผู้ดูแลหรือพยาบาล

4. การดูแลหู

การทำความสะอาดหู เป็นการดูแลความสะอาดหูภายนอก สังเกตอาการผิดปกติของหู การได้ยิน และการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงที่ใช้เครื่องช่วยฟัง

อุปกรณ์

1. ผ้าขนหนูเช็ดหน้า 1 ผืน
2. กะละมังใส่น้ำสะอาด 1/2 ของกะละมัง
3. ถังมือสะอาด

ขั้นตอนการปฏิบัติ

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
1. แนะนำตนเองบอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทราบและอธิบายจุดประสงค์	เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าใจและให้ความร่วมมือ
2. นำอุปกรณ์ไปที่เตียงผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	เพื่อความสะดวกในการหยิบใช้
3. ล้างมือให้สะอาดและสวมถุงมือ	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
4. ประเมินสภาพหูทั้ง 2 ข้างรวมทั้งการได้ยิน	เพื่อดูลักษณะหูและการได้ยินของผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
5. ใช้ผ้าขนหนูทำความสะอาดใบหูและรูหู	เพื่อความนุ่มนวลในการทำทำความสะอาด
6. แนะนำไม่ให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงใช้ไม้พันสำลี หรือไม้จิ้มฟันใส่เข้าไปในรูหู	เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้
7. นำผ้าขนหนูชุบน้ำบิดพอหมาด โดยพับผ้ารอบมือ 4 นิ้วและนิ้วหัวแม่มือแยกออกมาเป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้าหรือพับเป็นรูปสามเหลี่ยมแล้วเหน็บชายผ้าให้เรียบร้อย จากนั้นเช็ดใบหูทั้งด้านหน้าและด้านหลังให้สะอาดและซับให้แห้ง	เพื่อรักษาความสะอาดปราศจากเชื้อโรค
8. ถ้าผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงใส่เครื่องช่วยฟังแนะนำการตรวจสอบแบตเตอรี่ การทำความสะอาดส่วนที่เป็นหูฟัง การปรับระดับเสียงของเครื่องช่วยฟัง	เพื่อให้เครื่องช่วยฟังใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
9. นำอุปกรณ์ไปทำความสะอาดและเก็บเข้าที่เดิม	เพื่อความสะดวกในการใช้ครั้งต่อไป
10. ล้างมือให้สะอาด	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
11. บันทึกและรายงานความผิดปกติที่พบ	เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับสื่อสารในทีมผู้ดูแลหรือพยาบาล

5. การดูแลจุก

การทำความสะอาดจุกสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึงพิงที่ไม่สามารถทำได้เอง เช่น ผู้ที่ใส่สายให้อาหาร ใส่สายออกซิเจนทางจุก หรือนิรภัยที่ได้รับบาดเจ็บที่ใบหน้า มีเลือดหรือสารคัดหลั่งในจุก

อุปกรณ์

1. ผ้าขนหนูเช็ดหน้า 1 ผืน
2. กะละมังใส่น้ำอุ่น ½ กะละมังที่มีอุณหภูมิประมาณ 43 องศาเซลเซียส
3. ไม้พันสาลี
4. 0.9% น้ำเกลือสำหรับชะล้าง
5. ขามรูปไต 1 ใบ
6. ลูกสูบยางแดง 1 อัน
7. ถังมือสะอาด
8. ถังพลาสติกใส่ขยะ 1 ใบ

ขั้นตอนการปฏิบัติ

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
1. แนะนำตนเองบอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทราบและอธิบายจุดประสงค์	ให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าใจและให้ความร่วมมือ
2. นำอุปกรณ์ไปที่เตียงผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	เพื่อความสะดวกในการหยิบใช้
3. ล้างมือให้สะอาดและสวมถุงมือ	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
4. จัดท่านั่งหรือท่านอนให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสุขสบาย	เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสุขสบาย
5. ใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่นบิดพอหมาดโดยพันผ้ารอบมือ 4 นิ้ว และนิ้วหัวแม่มือแยกออกมาเป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า หรือพันมือเป็นรูปสามเหลี่ยมแล้วเหน็บใส่ผ้าให้เรียบร้อยจากนั้นทำความสะอาดจุกด้านนอกให้สะอาด	เพื่อสะดวกในการทำมาสะอาด

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
6. ใช้ไม้พันสำหรับน้ำเกลือเช็ดภายในโพรงจมูกเบาๆ ให้สะอาดสังเกตเยื่อภายในโพรงจมูกสารคัดหลั่งหรือรอยแผลในจมูก	เพื่อทำความสะอาดและดูแลโพรงจมูกภายใน
7. กรณีที่ใส่สายให้อาหาร ตรวจสอบและดูแลตำแหน่งของสายให้อาหารให้อยู่ตำแหน่งที่ถูกต้อง หรือติดแน่นดีควรเปลี่ยนพลาสติกอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง	เพื่อไม่ให้สายให้อาหารเกิดการเลื่อนหลุด
8. นำอุปกรณ์ไปทำความสะอาดและเก็บเข้าที่เดิม	เพื่อความสะดวกในการใช้ครั้งต่อไป
9. ล้างมือให้สะอาด	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
10. บันทึกและรายงานความผิดปกติที่พบ	เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับสื่อสารในทีมผู้ดูแลหรือพยาบาล

3.1.4 การอาบน้ำหรือการเช็ดตัว

การอาบน้ำหรือการเช็ดตัวเพื่อขจัดสิ่งสกปรก และของเสียที่ขับออกทางผิวหนัง ทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเกิดความสดชื่น และผ่อนคลาย ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ที่สามารถอาบน้ำได้เอง ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการพาไปอาบน้ำในห้องน้ำ โดยใช้รถเข็นนั่ง หรืออุปกรณ์ช่วยเดิน ส่วนผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่สามารถเดินไปอาบน้ำได้เอง ผู้ดูแลจะเป็น ผู้ทำความสะอาดร่างกายให้กับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่เตียงนอน

การอาบน้ำสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ลุกจากเตียงได้

ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม เช่น ช่วยพยุงเดินไปเข้าห้องน้ำ จัดที่นั่งในห้องน้ำให้สะดวกปลอดภัย จัดเตรียมของใช้ในการอาบน้ำ ช่วยเปิดก๊อกน้ำ ปรับอุณหภูมิของน้ำให้เหมาะสม ช่วยทำความสะอาดหลังและเท้า ผู้ดูแลควรดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงอย่างใกล้ชิด เพื่อเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม

การเช็ดตัวบนเตียงนอน

แบ่งได้ 2 แบบ คือ

1. การเช็ดตัวบนเตียงนอนชนิดสมบูรณ์ เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ดูแลต้องทำความสะอาดร่างกายให้ทั้งหมด

2. การขีดตัวบนเตียงนอนบางส่วน เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้างแต่ไม่สามารถทำความสะอาดตัวเองได้ครบทุกส่วน

อุปกรณ์

1. กะละมังขีดตัว 2 ใบ ใส่น้ำอุ่นหรือน้ำอุณหภูมิปกติ 2/3 ของกะละมัง
2. ผ้าเช็ดตัวผืนใหญ่ 1 ผืน
3. ผ้าขนหนูผืนเล็ก อย่างน้อย 2 ผืน
4. ผ้าคลุมตัว 1 ผืน
5. ของใช้ในการทำความสะอาด ได้แก่ สบู่
6. แป้งสำหรับทาตัว
7. โลชั่น ในกรณีที่ผิวแห้ง
8. เสื้อผ้าสำหรับผลัดเปลี่ยน
9. ถังมือสะอาด 1 คู่

ขั้นตอนการปฏิบัติ

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
1. แนะนำตนเองบอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงทราบและอธิบายจุดประสงค์	ให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเข้าใจและให้ความร่วมมือ
2. เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม จัดวางในตำแหน่งที่หยิบสะดวก	เพื่อความสะดวกในการใช้งาน
3. ปิดประตูหน้าต่าง หรือกันม่านให้มิดชิด	เพื่อความเป็นส่วนตัวและป้องกันไม่ให้ลมโกรก
4. ล้างมือให้สะอาดและสวมถุงมือ	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
5. จัดเก็บเครื่องนอนบนเตียงให้เหลือเท่าที่จำเป็น	เพื่อความเป็นระเบียบ
6. เตียงนอนที่มีล้อเลื่อนให้ล็อกล้อให้เรียบร้อย ปลดราวกันเตียงลง จัดระดับเตียง เลื่อนตัวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงมาชิดริมเตียงด้านที่ผู้ดูแลยืนอยู่ และจัดท่านอนให้ศีรษะสูงประมาณ 45 - 60 องศา	เพื่อความปลอดภัย

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
7. ควรให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงถ่ายปัสสาวะและอุจจาระก่อนเช็ดตัว และทำความสะอาดอวัยวะเพศภายนอกให้สะอาด	เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนเช็ดตัว และเพื่อดูแลความสะอาดของอวัยวะเพศ
8. ถ้าผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงรู้ตัว สามารถแปรงฟันเองได้ ให้ทำความสะอาดช่องปากโดยการแปรงฟันก่อนการเช็ดตัว	เพื่อความสะอาดของปากและฟัน และส่งเสริมการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันให้มากที่สุด
9. ใช้ผ้าคลุมตัว แล้วถอดเสื้อผ้าชุดเก่าออก ซึ่งตลอดการเช็ดตัวต้องไม่เปิดเผยร่างกายผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเกินความจำเป็น	เพื่อหลีกเลี่ยงการเปิดเผยร่างกายเกินความจำเป็น
ลำดับขั้นตอนการเช็ดตัว	
1. ทำความสะอาดใบหน้า	
นำผ้าผืนที่ชุบน้ำลูบตัว บิดพอหมาดแล้วพันกัน 1. มือให้เรียบร้อย เช็ดบริเวณใบหน้าโดยเริ่มจากเช็ดตาก่อนให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงหลับตา เช็ดจากหัวตาไปหางตา จากนั้นเช็ดหน้าผากตรงกลางไปข้างๆ เช็ด แก้ม จมูก รอบปาก หู และคอ และซับให้แห้ง	เพื่อรักษาความสะอาดของใบหน้า
2. ทำความสะอาดร่างกายส่วนบน ด้านหน้า	
1. วางผ้าคลุมตัวบริเวณช่วงอกของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง แล้วถอดเสื้อออกโดยไม่เปิดเผยผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง	เพื่อหลีกเลี่ยงการเปิดเผยร่างกายเกินความจำเป็น
2. วางผ้าเช็ดตัวอีกผืนทับผ้าคลุม แล้วเลื่อนผ้าคลุมลงมาถึงเอว	เพื่อป้องกันการเปิดเผยผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง
3. ทำความสะอาดบริเวณทรวงอก โดยใช้ผ้าลูบตัวผืนที่ฟอก 2 ชุบน้ำลูบตัวก่อน แล้วจึงใช้ผ้าลูบตัวผืนที่ 1 สบู่ เช็ดบริเวณทรวงอก ท้อง จนถึงขาหนีบ แล้วใช้ผ้าผืนชุบน้ำกะละมัง บิดพอหมาดแล้วเช็ดคราบสบู่ออก ซับให้แห้ง แล้วดึงผ้าคลุมปิดช่วงอกตามเดิม	เพื่อรักษาความสะอาดของร่างกายส่วนบน

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
4. นำผ้าลูบตัวไปซັก และเปลี่ยนน้ำในกะละมัง	เพื่อให้เกิดความสะอาดของร่างกาย
3. ทำความสะอาดร่างกายส่วนแขน และมือทั้งสองข้าง	
1. ใช้ผ้าเช็ดตัวรองใต้แขนด้านไกล้ตัว จับข้อมื่อยกขึ้นใช้ผ้าผืนที่ 1 ที่ชุบน้ำสะอาดแล้วเช็ดจากปลายแขน เข้ามาหาตัวจนถึงรักแร้ ฟอกสบู่ให้ทั่วแขนด้วยผ้าถูตัวผืนที่ 1 จากนั้นใช้ผ้าชุบน้ำเปล่าผืนที่ 2 บิดพอหมาดเช็ดคราบสบู่ออกจนสะอาด และซับให้แห้ง	เพื่อทำความสะอาดร่างกายส่วนแขน
2. ย้ายมาเช็ดแขนด้านไกล้ตัวด้วยวิธีเดียวกัน	เพื่อทำความสะอาดร่างกายส่วนแขน
3. เมื่อเช็ดแขนแล้ว เปลี่ยนน้ำในกะละมังหลังเสร็จข้างที่	เพื่อทำความสะอาดมือ นิ้ว และเล็บ
4. เพื่อเช่มือด้านไกล้ตัวก่อน ฟอกซอกนิ้ว เล็บ และล้างมือให้สะอาด ยกมือออกจากกะละมัง ซับให้แห้ง แล้วเช่มือด้านไกล้ตัวทำเช่นเดียวกัน	
5. นำผ้าลูบตัวไปซັก และเปลี่ยนน้ำในกะละมัง	เพื่อให้เกิดความสะอาดของร่างกาย
4. ทำความสะอาดร่างกายด้านหลัง	
1. เลื่อนผ้าคลุมตัวขึ้นมาคลุมส่วนบน นำผ้าเช็ดตัวออกจากหน้าอก แล้วพลิกตะแคงตัว ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้ผ้าเช็ดตัววางตามยาวขนานลำตัว ให้ความยาวของผ้าชิดและขนานไปกับความยาวของหลัง	เพื่อป้องกันไม่ให้คลุมเตียงเปียก
2. เช็ดหลังตั้งแต่ต้นคอถึงก้นย้อยทั้ง 2 ข้าง ให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ เช็ดสบู่ออกให้หมด ซับให้แห้ง แล้วทาโลชั่น และนวดหลัง โดยใช้ฝ่ามือวนเป็นรูปก้นหอยและทาแบ่ง	เพื่อทำความสะอาดร่างกายส่วนหลัง
3. พลิกตัวผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ให้นอนหงาย	เพื่อความสะดวกในการใส่เสื้อให้กับผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
4. ใส่เสื้อให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยใส่แขนที่อยู่ใกล้ตัวก่อน เมื่อใส่เสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงเลื่อนผ้าคลุมตัวมาคลุมร่างกายส่วนล่าง	เพื่อแต่งตัวให้กับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง
5. เปลี่ยนน้ำในกะละมังอีกครั้ง	เพื่อให้เกิดความสะอาดของร่างกาย
5. ทำความสะอาดร่างกายส่วนล่าง	
1. สอดมือเข้าไปใต้ผ้าคลุมตัว ถอดผ้าถุงหรือกางเกงออก ปูผ้าเช็ดตัววางไว้ใต้ขาด้านใกล้ตัว ถ้าผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงสามารถตั้งขาได้ ขอให้ช่วยตั้งขาแล้วเช็ดขาไล่จากสะโพก ต้นขา ขา จนถึงข้อเท้าด้วยน้ำและสบู่ให้สะอาด แล้วเช็ดสบู่ออกให้หมด ซับให้แห้ง ต่อจากนั้นเช็ดขาด้านใกล้ตัวเช่นเดียวกัน	เพื่อทำความสะอาดร่างกายส่วนล่าง
2. ปูผ้าเช็ดตัวรองบริเวณใต้เท้าทั้ง 2 ข้าง วางกะละมัง บนผ้าเช็ดตัวที่ปูไว้ จากนั้นให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงช่วยตั้งขา แขนเท้าในกะละมัง โดยแขนด้านใกล้ตัวก่อน ฟอกสบู่ตามข้อเท้า นิ้ว เล็บ ส้นเท้า ล้างคราบสบู่จนสะอาด เช็ดเท้าและง่ามนิ้วให้แห้งสนิท จากนั้นล้างเท้า ด้านใกล้ตัวเช่นเดียวกัน	เพื่อทำความสะอาดเท้า นิ้วเท้าและเล็บเท้า
3. ใส่กางเกง หรือผ้าถุงให้เรียบร้อย	เพื่อแต่งตัวให้กับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง
4. นำอุปกรณ์ไปทำความสะอาดและเก็บเข้าที่เดิม	เพื่อความสะดวกในการใช้ครั้งต่อไป
5. ล้างมือให้สะอาด	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
6. บันทึกและรายงานความผิดปกติที่พบ	เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับสื่อสารในทีมผู้ดูแลหรือพยาบาล

3.1.5 การแต่งตัว

หลักการสวมใส่เสื้อผ้าสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

1. ต้องทำด้วยความนุ่มนวล ไม่เคลื่อนไหวแขน ขา เกินความสามารถของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง เพราะอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บ กระตุก"ก"หรือหลุดได้
2. ใช้แขน ขา ข้างที่ปกติเคลื่อนไหวมากกว่าข้างที่ไม่ปกติ
3. การใส่เสื้อผ้าให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ที่อ่อนแรงครึ่งซีก ให้สวมข้างที่อ่อนแรงก่อน แล้วค่อยสวมข้างที่ปกติ
4. การถอดเสื้อผ้าให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่อ่อนแรงครึ่งซีก ให้ถอดข้างที่ปกติก่อน แล้วค่อยถอดข้างที่อ่อนแรง
5. การใส่แขนเสื้อ หรือขากางเกง ควรม้วนหรือพับชายแขนเสื้อ ชายขา กางเกงให้เป็นวงแล้วจึงสอดแขน ขาแต่ละข้างให้เข้าที่ หลังจากนั้นให้คลี่ชายผ้าออกจัดแต่งให้เรียบร้อย

สิ่งที่ควรคำนึงเกี่ยวกับเสื้อผ้าของผู้สูงอายุ

1. เสื้อ กางเกง กระโปรง ชุดกระโปรง ควรเลือกแบบมีซิปปหรือกระดุมด้านหน้าทั้งหมด ไม่รัดต้นคอ และสวมใส่ขนาดที่เหมาะสมกับตนเอง ถ้าเล็กเกินไปอาจสวมใส่ลำบาก หรือถ้าใหญ่เกินไปอาจเกิดอุบัติเหตุได้
2. ไม่ใส่เสื้อผ้าบางหรือหนาเกินไป ร่างกายของผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนตามสภาพอากาศได้ไม่ดีเท่าที่ควร ดังนั้นควรเลือกสวมใส่เสื้อผ้าที่เหมาะสม
3. ควรหลีกเลี่ยงการใส่เสื้อผ้าที่มีดีไซน์แปลก สั้นยาวไม่เท่ากัน หรือตกแต่งด้วยเครื่องประดับมากมาย เพราะอาจสวมใส่ยาก และเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย
4. ควรเลือกเสื้อที่ทนทานต่อการซักรีด ฉีกขาดยาก เพื่อให้เหมาะกับการซักบ่อยๆ
5. เนื้อผ้าต้องยืดหยุ่นสูง เรียบลื่น สวมใส่สบาย
6. ผู้สูงอายุมีผิวแพ้ง่าย จึงไม่ควรใส่เสื้อผ้าที่ผลิตจากเส้นใยสังเคราะห์ ซึ่งอาจทำให้รู้สึกคันเป็นผื่นและไม่สบายตัว ถ้าเป็นผื่นคันมาก แนะนำให้ใส่เสื้อผ้าคอตตอนธรรมชาติ 100%
7. เมื่ออากาศเปลี่ยนแปลงร่างกายของผู้สูงอายุอาจปรับตัวได้ไม่ทันก เมื่อเหงื่อออกอาจเกิดความอับชื้น ทำให้ตัวเย็นลงจนอาจเป็นหวัดได้ ดังนั้นควรใส่ชุดชั้นในที่ระบายอากาศได้ดี แล้วสวมเสื้อไหมพรมทับอีกชั้น ควรเปลี่ยนชุดชั้นใน ทุกวัน
8. ความยาวของกางเกง ควรยาวไม่เกินข้อเท้า เพื่อป้องกันการเหยียบสะดุดล้ม

บรรณานุกรม

ณัฐสุรางค์ บุญจันทร์, อรุณรัตน์ เทพพนา. ทักษะพื้นฐานทางการ. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส;
2559.

ฐานพงศ์ ศุภเลิศวรวิชัย. มือใหม่สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร:
AAA Service; 2564

สุภัทรา พัฒนาประทีป, พิชญารณ ธรรมจริยกุล. การอภิบาลผู้สูงวัย สำหรับผู้ดูแล.
สมุทรสาคร: พิมพ์ดี; 2563.

ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ อยู่สุข เนอร์สซิงโฮม. สิ่งที่ต้องคำนึงเกี่ยวกับเสื้อผ้าของผู้สูงอายุ
[อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ตุลาคม 1]. เข้าถึงได้จาก
<https://www.yuusook.com/content/5318/>

3.1.6 การเปลี่ยนผ้าอ้อมผู้ใหญ่

ดร.สาดี สายทอง แฮมิลตัน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ (Adult diaper) เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย มี 2 แบบ ได้แก่ 1) แบบเทพกาบ เหมาะสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่บนเตียง และ 2) แบบกางเกงสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่สามารถเดิน-ไปมาได้ นอกจากนี้ ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ยังเป็นสิ่งที่จะช่วยอำนวยความสะดวกให้กับผู้ดูแลในการดูแลการขับถ่ายของผู้สูงอายุในความดูแล วิธีเปลี่ยนผ้าอ้อมสำเร็จรูปให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่บนเตียงอย่างถูกต้อง เป็นหนึ่งในเรื่องจำเป็นที่ต้องได้รับความใส่ใจเป็นอย่างยิ่งเพื่อความสะดวก ความสุขสบาย และป้องกันการอักเสบ ลดความเปียกชื้นของผิวหนังเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ นอกจากนี้ การใส่ผ้าอ้อมให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงอย่างถูกวิธียังมีความสำคัญในการป้องกันการรั่วซึม และการเสียดสีของตัวผ้าอ้อมผู้ใหญ่กับผิวของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลการขับถ่ายของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยหมั่นตรวจเช็คผ้าอ้อมและเปลี่ยนผ้าอ้อมให้ทุกครั้งที่มีการเปียกชื้นหรือมีการขับถ่าย นอกจากนี้ ผู้ดูแลจะต้องตรวจสอบผิวหนังของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงบริเวณที่สวมใส่ทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนผ้าอ้อม โดยวิธีเปลี่ยนผ้าอ้อมผู้ใหญ่ให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงอย่างถูกต้อง สามารถทำได้ดังนี้

1. ขั้นตอนเตรียม

อุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการเปลี่ยนผ้าอ้อมได้แก่ ถุงมือสะอาดกระดาษทิชชูเปียก หากไม่มี ใช้สำลีชุบน้ำสะอาดแทนได้, ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ผืนใหม่โดยใช้น้ำยาฆ่าเชื้อที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย, แผ่นรองซับ และถุงขยะสำหรับทิ้งผ้าอ้อมผู้ใหญ่ผืนเก่า

เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้ และจัดวางในระยะเวลาที่ผู้ดูแลสามารถหยิบจับได้สะดวก ปรับความสูงของเตียงให้อยู่ในระดับที่พอดีสำหรับผู้ดูแลเพื่อความสะดวกสบายของผู้ดูแลและป้องกันการปวดหลังหรืออาการบาดเจ็บ

เตรียมผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง แจ้งผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงทราบว่าจะเปลี่ยนผ้าอ้อมให้ก่อนเริ่มเปลี่ยนผ้าอ้อมเสมอ เพื่อให้รับทราบเกี่ยวกับการดูแลที่จะได้รับ ลดความวิตกกังวลและอาการเกร็ง ไม่ขัดขืน ให้ความร่วมมือและสามารถร่วมช่วยเหลือในการเปลี่ยนผ้าอ้อมได้

2. ขั้นตอนปฏิบัติการดูแล

ขั้นตอน	เหตุผล
1. แจ้งผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้ทราบว่าเปลี่ยนผ้าอ้อม	รับทราบเกี่ยวกับการดูแลที่จะได้รับ ลดความวิตกกังวลและอาการเกร็ง ไม่ขัดขึ้น ให้ความร่วมมือและสามารถร่วมช่วยเหลือในการเปลี่ยนผ้าอ้อม
2. ล้างมือให้สะอาด สวมถุงมือสะอาด	เพื่อความสะอาดและป้องกันการสัมผัสกับสิ่งสกปรกโดยตรงของผู้ดูแล
3. จัดท่านอนให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้พร้อม โดยจัดให้อยู่ในท่านอนหงาย หากมีแผ่นรองซับ ควร สอดแผ่นรองซับไว้ให้เรียบร้อยระหว่างจัดท่านอนให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	เพื่อความสะดวกในการปฏิบัติการดูแล เพื่อป้องกันการรั่วซึม
4. การเช็ดทำความสะอาดและเก็บผ้าอ้อมผืนเก่า 4.1 ลอกเทปกาวยกออกให้เก็บเทปให้เรียบร้อย	เพื่อป้องกันไม่ให้เทปกาวยึดติดกับผิวหนังของผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
4.2 สังเกตผิวหนังและของเหลวที่ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงขับถ่ายออกมา หากพบว่ามีผื่นแดง คัน ผื่นแดง มีตุ่มแดง หรือมีกลิ่นเหม็นผิดปกติต้องรายงานพยาบาลหรือผู้เกี่ยวข้อง	เพื่อให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม
4.3 ใช้ทิชชูเปียกหรือสำลีชุบน้ำเช็ดทำความสะอาดด้านหน้าจนสะอาดโดยเฉพาะบริเวณที่เป็นจุดซ่อนเร้น เช่น ซอกขาหนีบ เป็นต้น หากเป็นผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหญิงให้เช็ดจากด้านบนลงด้านล่าง หรือจากด้านหน้าไปด้านหลัง ในผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงชาย ต้องมั่นใจว่าเช็ดผิวหนังบริเวณรอบ ๆ อวัยวะที่เป็นจุดซ่อนเร้นให้สะอาด	เพื่อป้องกันการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะจากการปนเปื้อนเชื้อโรค E.Coli ในอุจจาระ

ขั้นตอน	เหตุผล
4.4 หลังเช็ดทำความสะอาดสิ่งสกปรกแล้ว ให้ม้วนชายผ้าอ้อมด้านหน้าให้สิ่งสกปรกอยู่ด้านในให้เรียบร้อย และม้วนชายผ้าอ้อมด้านที่จะทำการพลิกตัวสอดเข้าใต้บริเวณก้นและสะโพกของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง	เพื่อความสะดวกและสะดวกในการทำความสะดวกส่วนอื่นที่เหลือ
4.5 พลิกตัวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงให้อยู่ในท่านอนตะแคงตามหลักการและเทคนิคการพลิกตัวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง	เพื่อทำความสะอาดด้านหลังของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง
4.6 เก็บผ้าอ้อมผืนเก่าโดยม้วนผ้าอ้อมให้ส่วนที่สกปรกอยู่ข้างในทับด้วยชายผ้าอ้อมด้านที่เหลืออาจใช้เทปกาวที่ชายผ้าอ้อมติดไว้	ป้องกันการปนเปื้อนส่วนที่สกปรก
4.7 ทิ้งผ้าอ้อมผืนเก่าในถังขยะที่เตรียมมา	ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการจัดการขยะที่เหมาะสมตามลักษณะของขยะในสถานดูแล
4.8 เช็ดทำความสะอาดส่วนกันทั้งหมดระหว่างที่ทำความสะดวกส่วนกันของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ให้สังเกตผิวหนังของผู้ป่วยโดยเฉพาะบริเวณก้นว่ามีผื่น รอยแดงหรือแผล ในกรณีที่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงมีแผลกดทับ ให้รายงานพยาบาลเพื่อทำความสะอาดแผลกดทับตามแผนการดูแลให้เรียบร้อยก่อนเปลี่ยนผ้าอ้อมผืนใหม่	ประเมินสภาพผิวหนังเป็นส่วนที่มีโอกาสเกิดแผลกดทับได้ง่าย เพื่อให้การดูแลในส่วนที่จำเป็นในคราวเดียวกัน ลดเวลาในการปฏิบัติการดูแลที่ซ้ำซ้อน ไม่รบกวนผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงบ่อยครั้ง ซึ่งจะมีผลต่อการพักผ่อนนอนหลับของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง
4.9 ซับให้แห้ง เมื่อทำความสะอาดเรียบร้อยแล้ว ต้องซับให้แห้งทุกครั้ง หากพบว่าผิวหนังแห้ง ทาผิวหนังด้วยวาสลีนหรือโลชั่น	เพื่อป้องกันความอับชื้น ลดโอกาสเกิดแผลกดทับ เพิ่มความชุ่มชื้นของผิวหนัง ป้องกันการแตกของผิวหนัง

ขั้นตอน	เหตุผล
5. การเปลี่ยนผ้าอ้อมผืนใหม่ 5.1 ม้วนปลายด้านข้างของผ้าอ้อมผืนใหม่ด้านสะโพกด้านล่างของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง	เพื่อให้ชายผ้าอ้อมด้านตรงกันข้ามไม่อยู่ใต้สะโพกของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง เมื่อจัดให้นอนหงาย สะดวกต่อการจัดผ้าอ้อมผู้ใหญ่ให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม
5.2 สอดเข้าบริเวณสะโพกของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ตรวจสอบตำแหน่งที่เหมาะสม โดยลองนำปลายผ้าอ้อมอีกด้านทาบบนกับร่างกายของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงให้อยู่ในจุดที่ถูกต้องพอดี โดยส่วนที่รองรับความเปียกชื้นจะต้องพอดีกับสะโพก	เพื่อให้ผ้าอ้อมสามารถรองรับความเปียกชื้นได้เหมาะสม
5.3 พลิกตัวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงกลับมาเป็นท่านอนหงาย จัดผ้าอ้อมด้านหน้าโดยจับผ้าอ้อมขึ้นด้านหน้า ทำให้เป็นลักษณะตุง เพื่อให้ขอบส่วนที่เป็นยางยืดอยู่พอดีกับขาหนีบของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง วางผ้าอ้อมด้านหน้าลงบริเวณหน้าท้องของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ให้ปลายผ้าอ้อมด้านหน้าให้แนบไปกับหน้าท้องของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ดูแลให้เรียบร้อยพอดี ไม่ให้มีรอยย่น	เพื่อป้องกันการรั่วซึม เพื่อลดโอกาสในการเกิดรอยกดเฉพาะจุด
5.4 คลี่ส่วนชายผ้าอ้อมที่สอดใต้สะโพกผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงออกยกชายผ้าอ้อมขึ้นมาทาบบนผ้าอ้อมด้านหน้า ปิดเทปใส่ผ้าอ้อมด้านหน้าให้แน่นพอดีไม่หลวมหรือรัดจนเกินไป	เพื่อความสบายของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

ขั้นตอน	เหตุผล
5.5 ทำความสะอาดบริเวณที่นอนโดยเปลี่ยนแผ่นรองพื้นใหม่ และเก็บอุปกรณ์ติดเชื้อต่าง ๆ ลงถุงขยะให้เรียบร้อย	เพื่อความสะดวกและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
5.6 สวมเสื้อผ้า หรือจัดเสื้อผ้าให้เรียบตึง และจัดทำทางให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงนอนในท่าที่สบาย	เพื่อความสะดวกของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง
6. ถอดถุงมือ ทั้งในถังขยะหรือถุงขยะ และล้างมือให้สะอาด	เพื่อความสะดวก และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

สิ่งสำคัญในการเปลี่ยนผ้าอ้อมให้กับผู้สูงอายุคือความสะดวกและความสบายของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงควรเลือกเปลี่ยนผ้าอ้อมให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงบนที่นอนที่มีพื้นผิวเรียบ หากเป็นที่นอนที่ไม่กันน้ำ ต้องมีผ้ารองกันเปื้อนไว้เรียบร้อย เพื่อช่วยลดความกังวลเรื่องสิ่งสกปรกซึมลงที่นอน

บรรณานุกรม

- Morrow A. How to change a bedridden patient's adult diapers.[internet] 2023 [cited 2023 July 29]. Available from: <https://www.verywellhealth.com/how-to-change-a-person-in-bed-1131995>
- Johnson S. How to change soiled adult diapers. [internet] 2023 [cited 2023 July 29]. Available from: <https://www.parentgiving.com/elder-care/change-soiled-adult-diapers/>

3.2 การคัดกรองเบื้องต้น

นางนิตกุล ทองน่วม

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

หลักการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงอย่างองค์รวม

จากการที่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงมีลักษณะด้านสรีรวิทยาที่แตกต่างจากผู้ป่วยวัยอื่นและผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงแต่ละคนยังมีสุขภาพพื้นฐานที่แตกต่างกันอย่างมาก แม้จะมีอายุเท่ากัน (heterogeneity) ทำให้การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงตามแบบที่ปฏิบัติทั่วไปในผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่าไม่พอเพียงกับการดูแลรักษาให้ได้ผลอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย ดังนั้น ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงแต่ละคนจำเป็นต้องได้รับการประเมินสุขภาพให้ครอบคลุมดังต่อไปนี้

1. การประเมินทางกายโดยการซักประวัติและการประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันโดยไม่ต้องพึ่งคนอื่น

ได้แก่ การซักประวัติและตรวจร่างกายในการซักประวัติประกอบด้วย อาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน ประวัติอดีต ประวัติส่วนตัวสำหรับประวัติความเป็นสิ่งที่บุคลากรทางสุขภาพต้องได้ข้อมูลโดยละเอียด สาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงต้องมาพบแพทย์ ในครั้งนี้ได้นอกจากนั้นยังควรซักประวัติอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วย เช่น ประวัติภาวะหกล้ม ภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ภาวะทุพโภชนาการ น้ำหนักตัว เครื่องมือ การสอบถามความคมชัดของการมองเห็น และการได้ยินเบื้องต้นพร้อมการประเมินความต้องการในการดูแล (ADL และ IADL)

2. การประเมินทางสุขภาพจิต

เป็นการประเมินเพื่อให้ทราบความผิดปกติทางสุขภาพจิตที่อาจซ่อนอยู่ ได้แก่ ความสับสน (Delirium) ภาวะซึมเศร้า (Depression) และภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ตัวอย่าง เช่น การถามชื่อ อายุ วัน เวลา สถานที่ ชื่อของญาติที่พาผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงมา และการนับถอยหลังจาก 20 ไป 1 หรือนับถอยจากวันอาทิตย์ไปจนถึงวันจันทร์ เนื่องจากผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงมักมีพยาธิสภาพในระบบจิตประสาท กับพยาธิสภาพทางกาย ผู้สูงอายุ

แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 คำถาม

คะแนน 1 เมื่อเหตุการณ์นั้นไม่เคยเกิดขึ้นเลย หรืออาจจะเกิดขึ้นนานๆ ครั้ง
ในระยะเวลา 1 ปี

คะแนน 2 เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นไม่บ่อยนัก หรืออาจจะเกิดขึ้น 1 หรือ 2 ครั้ง
ในระยะเวลา 1 เดือน

คะแนน 3 เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย หรืออาจจะเกิดขึ้นเกือบทุกสัปดาห์

คะแนน 4 เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเกือบทุกวัน

กิจกรรม	คะแนน				
	1	2	3	4	5
1. หาของใช้ในบ้านไม่พบ					
2. จำสถานที่ที่เคยไปบ่อยๆ ไม่ได้					
3. ต้องกลับไปทบทวนงานที่แม้จะตั้งใจทำ ซ้ำถึง 2 ครั้ง					
4. ลืมสิ่งของที่ตั้งใจว่าจะนำเอาออกไปนอกบ้านด้วย					
5. ลืมเรื่องที่ได้รับฟังมาเมื่อวานนี้ หรือ เมื่อ 2-3 วันก่อน					
6. ลืมเพื่อนสนิท หรือญาติสนิท หรือบุคคลที่พบหากันบ่อยๆ					
7. ไม่สามารถเข้าใจเนื้อเรื่องในหนังสือพิมพ์ หรือวารสารที่อ่าน					
8. ลืมบอกข้อความที่คนอื่นวานให้มาบอกอีกคนหนึ่ง					
9. ลืมข้อมูลส่วนตัวของตนเอง เช่น วันเกิด ที่อยู่					
10. สับสนในรายละเอียดของเรื่องที่ได้รับฟังมา					

กิจกรรม	คะแนน				
	1	2	3	4	5
11. ลืมที่ที่เคยวางสิ่งของนั้นเป็นประจำ หรือ มองหาสิ่งของนั้นในที่ที่ไม่น่าจะวางไว้					
12. ขณะเดินทาง หรือเดินเล่น หรืออยู่ในอาคารที่เคยไปบ่อยๆ มักเกิดอาการหลงทิศหรือหลงทาง					
13. ต้องทำกิจวัตรประจำวันบางอย่างซ้ำถึง 2 ครั้ง เพราะมีความผิดพลาดเกิดขึ้น เช่น ใส่น้ำตาลมากเกินไปในเวลาปรุงอาหาร หรือเดินไปหิวผมซ้ำอีกครั้ง ซึ่งเมื่อซักครู้งได้หิวผมเสร็จไป					
14. เล่าเรื่องเดิมซ้ำอีกครั้งซึ่งเมื่อซักครู้งได้เล่าเสร็จ					
รวมคะแนน					

แปลผล

14-19 คะแนน สมรรถภาพทางสมองอยู่ในเกณฑ์ดีมาก

20-29 คะแนน สมรรถภาพทางสมองอยู่ในระดับปานกลาง ควรเข้ารับคำแนะนำเพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางสมอง

30-39 คะแนน สมรรถภาพทางสมองอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ควรเข้ารับคำแนะนำเพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางสมอง

40-56 คะแนน สมรรถภาพทางสมองต่ำ ควรพบแพทย์

แบบคัดกรองด้านการได้ยิน

คำถาม	เกือบ ตลอด	ครึ่ง หนึ่ง	เป็น ครึ่ง คราว	ไม่เคย
1. ฉันมีปัญหาในการฟังเสียงโทรศัพท์				
2. ฉันมีความลำบากที่จะปะติดปะต่อเรื่องที่สนทนาเวลามีคนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปพูดพร้อมกัน				
3. คนทั่วไปบอกว่าฉันเปิดทีวีเสียงดัง				

คำถาม	เกือบ ตลอด	ครึ่ง หนึ่ง	เป็น ครึ่ง คร่าว	ไม่เคย
4. ฉันต้องพยายามอย่างหนักที่จะเข้าใจการสนทนา				
5. ฉันไม่ได้ยินเสียงทั่ว ๆ ไป เช่น โทรศัพท์หรือ กริ่งประตู				
6. ฉันมีความลำบากในการฟังการสนทนาในที่ที่มี เสียงรบกวน เช่น งานเลี้ยง				
7. ฉันรู้สึกสับสนว่าเสียงมาจากทางไหน				
8. ฉันไม่เข้าใจคำบางคำในประโยคและจำเป็นต้องขอให้คนพูดซ้ำ				
9. ฉันมีปัญหาโดยเฉพาะอย่างยิ่งในการทำความเข้าใจคำพูดของผู้หญิงและเด็ก				
10. ฉันทำงานในที่ที่มีเสียงดัง เช่น โรงงาน ชุด เจาะถนน เครื่องจักรไอน์ เป็นต้น				
11. คนหลายคนที่คุณคุยด้วยดูเหมือนจะพูดพิมพ์คำ หรือพูดไม่ชัด				
12. คนทั่วไปรู้สึกรำคาญ เพราะฉันไม่เข้าใจว่าเขา พูดอะไร				
13. ฉันไม่เข้าใจในสิ่งที่คนอื่นกำลังพูดทำให้ตอบ สนองไม่เหมาะสม				
14. ฉันื่องานสังคม เพราะว่าฉันได้ยินไม่ดีและ กลัวว่าจะตอบไม่ตรงคำถาม				
15. ขอนี้ให้คนในครอบครัวหรือเพื่อนตอบคำถาม แทน คุณคิดว่าบุคคล				

การคัดกรองภาวะซึมเศร้า

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย (2Q plus)

2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้หรือไม่		
1) ไม่สบายใจ เศร้า ทุกข์ใจ เศร้า ท้อแท้ ซึม หงอย	ไม่มี	มี
2) เบื่อ ไม่อยากพูด ไม่อยากทำอะไร หรือทำอะไรก็ไม่สนุกเพลิดเพลินเหมือนเดิม	ไม่มี	มี
1 เดือนที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้		
3) ท่านมีความรู้สึกทุกข์ใจจนไม่อยากมีชีวิตอยู่หรือไม่	ไม่มี	มี

การแปลผล:

- ข้อ 1) และ 2) ตอบ “มี” อย่างน้อย 1 ข้อ = เสี่ยงภาวะซึมเศร้าให้คำแนะนำและควรประสานส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อรับการประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q
- ข้อ 3) ตอบ “มี” = เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ซึมเศร้า ให้คำแนะนำและส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อรับการประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 8Q

แบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS)

จุดประสงค์ของการใช้ แบบประเมินภาวะซึมเศร้าในประชากรผู้สูงอายุทั่วไป

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความในแต่ละข้ออย่างละเอียด และประเมินความรู้สึกของท่านในช่วงเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- ให้ขีด ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นตรงกับความรู้สึกของท่าน
- ให้ขีด ✓ ลงในช่องที่ตรงกับ “ไม่ใช่” ถ้าข้อความในข้อนั้นไม่ตรงกับความรู้สึกของท่าน

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
1	คุณพอใจกับชีวิตความเป็นอยู่ในตอนนี้		
2	คุณไม่อยากทำในสิ่งที่เคยสนใจหรือเคยทำเป็นประจำ		
3	คุณรู้สึกชีวิตของคุณช่วงนี้ว่างเปล่าไม่รู้จะทำอะไร		
4	คุณรู้สึกเบื่อหน่ายบ่อยๆ		
5	คุณหวังว่าจะมีสิ่งที่ดีเกิดขึ้นในวันหน้า		
6	คุณมีเรื่องกังวลตลอดเวลา และเลิกคิดไม่ได้		
7	ส่วนใหญ่แล้วคุณรู้สึกอารมณ์ดี		

ข้อที่	ข้อความ	ใช่	ไม่ใช่
8	คุณรู้สึกกลัวว่าจะมีเรื่องไม่ดีขึ้นกับคุณ		
9	ส่วนใหญ่คุณรู้สึกมีความสุข		
10	บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกไม่มีที่พึ่ง		
11	คุณรู้สึกกระวนกระวาย กระสับกระส่ายบ่อยๆ		
12	คุณชอบอยู่กับบ้านมากกว่าที่จะออกนอกบ้าน		
13	บ่อยครั้งที่คุณรู้สึกวิตกกังวลเกี่ยวกับชีวิตข้างหน้า		
14	คุณคิดว่าความจำของคุณไม่ดีเท่าคนอื่น		
15	การที่มีชีวิตอยู่ถึงปัจจุบัน เป็นเรื่องน่ายินดีหรือไม่		
16	คุณรู้สึกหมดกำลังใจ หรือเศร้าใจบ่อยๆ		
17	คุณรู้สึกว่าชีวิตคุณไม่ค่อยมีคุณค่า		
18	คุณรู้สึกกังวลมากกับชีวิตที่ผ่านมา		
19	คุณรู้สึกว่าชีวิตนี้ยังมีเรื่องน่าสนุกอีกมาก		
20	คุณรู้สึกลำบากที่จะเริ่มต้นอะไรใหม่		
21	คุณรู้สึกกระตือรือร้น		
22	คุณรู้สึกสิ้นหวัง		
23	คุณคิดว่าคนอื่นดีกว่าคุณ		
24	คุณอารมณ์เสียง่ายกับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ อยู่เสมอ		
25	คุณรู้สึกอยากร้องไห้บ่อยๆ		
26	คุณมีความตั้งใจในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใดได้ไม่นาน		
27	คุณรู้สึกสดชื่นในเวลาตื่นนอนตอนเช้า		
28	คุณไม่อยากพบปะพูดคุยกับคนอื่น		
29	คุณตัดสินใจอะไรได้เร็ว		
30	คุณมีจิตใจสบาย แจ่มใสเหมือนก่อน		

ที่มา: จากหนังสือคู่มือการวัดทางจิตวิทยา สุชีรา ภัทรายุทธวรรณ์. 2545

การทดสอบ: บุคคลผู้สูงอายุทั่วไปที่สนใจ ใช้เวลา 10 นาที

การคิดคะแนนข้อ 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30 ถ้าตอบว่า “ไม่ใช่” ได้ 1 คะแนน
ข้อที่เหลือถ้าตอบว่า “ใช่” ได้ 1 คะแนน

การแปลผล คนสูงอายุปกติ คะแนน 0-12 คะแนน

ผู้มีความเศร้าเล็กน้อย (Mild depression) 13-18 คะแนน

ผู้มีความเศร้าปานกลาง (Moderate depression) 19-24 คะแนน

ผู้มีความเศร้ารุนแรง (Severe depression) 25-30 คะแนน

การประเมินความเครียด

แบบประเมินความเครียด (ST-5)

คำชี้แจงความเครียดเกิดขึ้นได้กับทุกคน สาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดมีหลายอย่าง เช่น รายได้ที่ไม่เพียงพอ

หนี้สิน ภัยพิบัติต่างๆ ที่ทำให้เกิดความสูญเสีย ความเจ็บป่วย เป็นต้น ความเครียดมีทั้งประโยชน์และโทษหากมากเกินไปจะเกิดผลเสียต่อร่างกายและจิตใจได้ ขอให้ประเมินตนเองโดยให้คะแนน 0 - 5 ที่ตรงกับความรู้สึกมากที่สุด

คะแนน 0 หมายถึง เป็นน้อยมากหรือแทบไม่มี

คะแนน 1 หมายถึง เป็นบางครั้ง

คะแนน 2 หมายถึง เป็นบ่อยครั้ง

คะแนน 3 หมายถึง เป็นประจำ

ข้อที่	อาการหรือความรู้สึกที่เกิดในระยะ 2 - 4 สัปดาห์	คะแนน			
		0	1	2	3
1	มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับหรือนอนมาก				
2	มีสมาธิน้อยลง				
3	หงุดหงิด / กระวนกระวาย/ ว้าวุ่นใจ				
4	รู้สึกเบื่อ เซ็ง				
5	ไม่อยากพบปะผู้คน				
คะแนนรวม					

การแปลผล

คะแนน	0-4	ความเครียดน้อย
คะแนน	5-7	ความเครียดปานกลาง
คะแนน	8-9	ความเครียดมาก
คะแนน	10-11	ความเครียดมากที่สุด

การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุตามแบบประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)

การแบ่งกลุ่มเป้าหมายผู้สูงอายุ เพื่อที่จะเลือกรูปแบบการดูแลและการฟื้นฟูสมรรถภาพกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ พิจารณาจากความสามารถตามแบบประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพและความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living: ADL) แบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ดี ดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างอิสระ สามารถทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานและกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องได้ เป็นผู้มีความสุขภาพดีทั่วไป ไม่มีโรคเรื้อรัง หรือเป็นผู้ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือเป็นผู้ที่มีโรคเรื้อรัง 1-2 โรคที่สามารถควบคุมโรคได้ สามารถช่วยเหลือผู้อื่น สังคม ชุมชนได้ และมักเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม (คะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป)

กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง หรือต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นบางส่วน มีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคมและเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้ มีภาวะแทรกซ้อน ด้านร่างกายหรือจิตใจ จนส่งผลต่อการรู้คิด การตัดสินใจ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (คะแนน ADL ระหว่าง 5-11 คะแนน)

กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐานได้ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นในการเคลื่อนย้าย การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีโรคประจำตัวหลายโรคที่ควบคุมไม่ได้ มีการเจ็บป่วยเรื้อรังมายาวนานและมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่เป็นอยู่ เป็นกลุ่มที่ไม่สามารถช่วยเหลือ ตนเองได้ (คะแนน ADL ระหว่าง 0-4 คะแนน)

แบบประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน

รายการกิจกรรม ทำได้ด้วยตนเอง (รวมใช้อุปกรณ์ช่วย)		ความสามารถ ในการทำกิจกรรมประจำวัน			คะแนน
		ทำได้ด้วยตนเอง ได้บ้าง	ต้องมี คนช่วย จึงทำได้ สำเร็จ	ทำได้ด้วย ตนเอง ไม่ได้เลย	
กิจกรรมพื้นฐาน	1 ตัก/หยิบอาหารรับประทาน	(1)	(2)	(3)	
	2 ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม	(1)	(2)	(3)	
	3 สวมใส่เสื้อผ้า	(1)	(2)	(3)	
	4 อาบน้ำ	(1)	(2)	(3)	
	5 การใช้ห้องส้วมและ ทำความสะอาดหลังขับถ่าย	(1)	(2)	(3)	
	6 ลูกจากที่นอนหรือเตียง	(1)	(2)	(3)	
	7 เดินหรือเคลื่อนที่ภายในบ้าน	(1)	(2)	(3)	
	8 ขึ้นลงบันได 1 ชั้น	(1)	(2)	(3)	
		กลิ้งได้ปกติ	กลิ้งไม่ได้ บางครั้ง	กลิ้งไม่ได้เลย (รวมสวน/ ใส่สายสวน)	
	9 กลิ้งปัสสาวะ	(1)	(2)	(3)	
	10 กลิ้งอุจจาระ	(1)	(2)	(3)	
กิจกรรมซับซ้อน	11 เดินหรือเคลื่อนที่นอกบ้าน	(1)	(2)	(3)	
	12 ทำหรือเตรียมอาหาร	(1)	(2)	(3)	
	13 กวาด/ ถูบ้านหรือซักผ้า	(1)	(2)	(3)	
	14 การซื้อของ/ จ่ายตลาด	(1)	(2)	(3)	
	15 ใช้บริการระบบขนส่ง สาธารณะ เช่น รถโดยสาร รถเมล์ แท็กซี่ รถไฟ	(1)	(2)	(3)	
16 การรับประทานยาตาม แพทย์สั่ง		(1)	(2)	(3)	
คะแนนรวม					คะแนน

การแปลผลคะแนน

- ☐ 16-20 คะแนน เป็น กลุ่ม 1 ช่วยเหลือตัวเองได้ดี ไม่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น
- ☐ 21-35 คะแนน เป็น กลุ่ม 2 ช่วยเหลือตัวเองได้ปานกลาง ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นบางส่วน
- ☐ 36-48 คะแนน เป็น กลุ่ม 3 ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย หรือ ไม่ได้ ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นมาก หรือ ทั้งหมด

ที่มา: คณะทำงานเพื่อผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ประเด็น 1.1 และ 2.1 คณะอนุกรรมการเพื่อผลักดันและขับเคลื่อนประเด็นการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ : ADL และ FRAIL Scale : กรณี ADL ลดลง

บรรณานุกรม

- คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 . บริษัท ฌันดา ครีเอชั่น จำกัด. 2564.
- สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. คู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ.2557.
- สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ. แนวทางการดูแลรักษา กลุ่มอาการสูงอายุ. บริษัทอิส ออกัส จำกัด .2560.
- กรมสุขภาพจิต. คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต. บริษัท พรอสเพอริสพลัส จำกัด. 2563.

3.3 การวัดสัญญาณชีพและการบันทึกอาการ

ดร.เจียมใจ ศรีชัยรัตนกุล

การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง จำเป็นที่จะต้องประเมินสัญญาณชีพ เนื่องจากเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญ ที่แสดงถึงความผิดปกติของระบบที่สำคัญของร่างกาย ถ้าสัญญาณชีพมีการเปลี่ยนแปลง จำเป็นที่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้อง และเหมาะสม ซึ่งสัญญาณชีพที่สำคัญของร่างกาย ได้แก่ อุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิต นอกจากนี้ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (O₂ sat) ก็มีความสำคัญ ในการประเมินความพร้อมของออกซิเจนอีกด้วย ดังนั้น ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับสัญญาณชีพ และสามารถวัดหรือประเมินสัญญาณชีพได้อย่างถูกต้องเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจให้การช่วยเหลือหรือส่งต่อผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงต่อไป

สัญญาณชีพ

สัญญาณชีพ เป็นสัญญาณที่ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งจะทำให้ทราบการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพ และเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลสุขภาพต่อไป รายละเอียดของสัญญาณชีพมีดังนี้

1. อุณหภูมิของร่างกาย หมายถึง ความแตกต่างระหว่างความร้อนที่ร่างกายผลิตขึ้นกับปริมาณการสูญเสียความร้อนไปสู่สิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งมีกระบวนการควบคุมโดยสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ร่วมกับการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ระบบประสาทอัตโนมัติในการควบคุมการหดตัวหรือ ขยายตัวของหลอดเลือด การสั่นของกล้ามเนื้อ การมีเหงื่อออก การไหลเวียนโลหิต อุณหภูมิของร่างกายสามารถวัดเป็นองศาเซลเซียสหรือองศาฟาเรนไฮต์ ซึ่งอุณหภูมิแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1.1 อุณหภูมิแกนกลาง (Core temperature) หรืออุณหภูมิของเนื้อเยื่อภายในร่างกาย (Deep body tissues) อุณหภูมิชนิดนี้จะคงที่อยู่เสมอ ไม่ผันแปรไปตามสิ่งแวดล้อม สามารถวัดได้จากบริเวณเยื่อแก้วหู และทวารหนัก

1.2 อุณหภูมิพื้นผิว (Surface temperature) เป็นอุณหภูมิบริเวณผิวหนังและไขมันใต้ผิวหนัง ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงได้ง่ายตามสภาพแวดล้อม อุณหภูมิชนิดนี้สามารถวัดได้จากทางผิวหนัง รักแร้และทางปากอุณหภูมิของร่างกาย ค่าปกติคือ 36.0 °C - 37.5 °C หากอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 °C ถือว่ามีไข้ (Pyrexia, Fever, Hyperthermia) ซึ่งสามารถแบ่งระดับของไข้ ได้ดังนี้

อุณหภูมิ	ระดับของไข้
37.6 °C - 38.3 °C	ไข้ต่ำ (Low fever)
38.4 °C - 39.4 °C	ไข้ปานกลาง (Moderate fever)
39.5 °C - 40.5 °C	ไข้สูง (High fever)
สูงกว่า 40 °C	ไข้สูงมาก (Very high fever)

ขั้นตอนการปฏิบัติการวัดอุณหภูมิทางปาก

(สำหรับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ระดับการรู้สึกตัวปกติ)

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. ก่อนจับเทอร์โมมิเตอร์ ควรล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง	1. เป็นการลดจำนวนเชื้อโรคต่างๆ ที่ติดอยู่บริเวณเทอร์โมมิเตอร์ ซึ่งจะเป็นการป้องกันการติดเชื้อให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงได้
2. ตรวจสอบสารปรอทในเทอร์โมมิเตอร์ว่าอยู่ต่ำกว่า 35 °C หรือไม่ ถ้าไม่อยู่ในระดับดังกล่าวให้สลับเทอร์โมมิเตอร์เพื่อให้สารปรอทลดต่ำกว่า 35 °C	2. ทำให้การวัดอุณหภูมิได้ค่าที่ถูกต้อง
3. ใช้สำลีชุบน้ำหมาดๆ หุ้มเทอร์โมมิเตอร์ตรงบริเวณปลายกระเปาะ หลังจากนั้นให้เช็ดหมูนจากปลายกระเปาะมาทางด้านมือจับ	3. การใช้สำลีชุบน้ำแล้วเช็ดเทอร์โมมิเตอร์เป็นการป้องกันไม่ให้เทอร์โมมิเตอร์ติดกับเยื่อภายในปากและการเช็ดหมูนจะช่วยให้สิ่งสกปรกหลุดจากเทอร์โมมิเตอร์ได้ง่ายขึ้น
4. บอกผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงได้ว่า จะวัดอุณหภูมิทางปาก โดยให้อมนาน 2-3 นาที และไม่กัดเทอร์โมมิเตอร์	4. การบอกข้อมูลจะทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงให้ความร่วมมือในการวัดอุณหภูมิมากขึ้น และไม่เกิดอันตรายจากการกัดเทอร์โมมิเตอร์
5. ให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงอมเทอร์โมมิเตอร์ไว้ใต้ลิ้น และปิดปากให้สนิทนาน 2-3 นาที ดูแลไม่ให้กัดเทอร์โมมิเตอร์	5. ใต้ลิ้นเป็นบริเวณที่มีหลอดเลือดฝอยมาเลี้ยงมากทำให้ได้อุณหภูมิใกล้เคียงกับอุณหภูมิภายในร่างกายถ้าแท่งแก้วแตกอาจได้รับบาดเจ็บได้

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
6. นำเทอร์โมมิเตอร์ออกจากปากผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟุ้งฟิง พร้อมกับใช้สำลีแห้งหุ้มเทอร์โมมิเตอร์แล้วเช็ด โดยคว่ำมือเช็ดหมุนจากด้านที่มือจับมาทางปลายกระเปาะ	6. เป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคจากด้านที่สกปรกมากกว่าไปด้านที่สกปรกน้อยกว่า
7. ยกเทอร์โมมิเตอร์ที่เช็ดทำความสะอาดเรียบร้อยแล้ว ให้อยู่ในระดับสายตา โดยผู้อ่านยืนหันหลังให้แสงสว่างพร้อมกับหมุนเทอร์โมมิเตอร์ไปมาเล็กน้อยจนสามารถอ่านค่าสูงสุดของปรอทในหลอดเทอร์โมมิเตอร์	7. การยกเทอร์โมมิเตอร์อยู่ในระดับสายตา และหันหลังให้แสงสว่างจะทำให้เห็นตำแหน่งของสารปรอทได้ชัดเจน ซึ่งจะทำให้การอ่านค่าอุณหภูมิได้ถูกต้อง ป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น
8. เมื่ออ่านเสร็จแล้ว ให้นำเทอร์โมมิเตอร์แช่น้ำยาฆ่าเชื้อประมาณ 30 นาที (ขึ้นอยู่กับชนิดของน้ำยา) เมื่อครบเวลาให้ล้างทำความสะอาด และใช้ผ้าสะอาดเช็ดให้แห้งก่อนนำไปใช้ในครั้งต่อไป	8. เป็นการกำจัดเชื้อโรคต่างๆ ที่ติดอยู่บริเวณเทอร์โมมิเตอร์
9. ก่อนเก็บไว้ในภาชนะสะอาด เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการนำใช้ ให้สลัดเทอร์โมมิเตอร์เพื่อให้สารปรอทลดต่ำกว่า 35 °C	9. สะดวกในการหยิบใช้ครั้งต่อไป
10. ล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง	10. ลดจำนวนเชื้อโรคที่อยู่บริเวณมือและฝ่ามือ

ขั้นตอนการปฏิบัติการวัดอุณหภูมิทางรักแร้

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. ก่อนจับเทอร์โมมิเตอร์ ควรล้างมือให้สะอาด และ เช็ดให้แห้ง	1. เป็นการลดจำนวนเชื้อโรคต่างๆ ที่จะติดอยู่บริเวณ เทอร์โมมิเตอร์ ซึ่งจะเป็นการป้องกันการติดเชื้อให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟุ้งฟิงได้

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
2. ตรวจสอบสารปรอทในเทอร์โมมิเตอร์ว่าอยู่ต่ำกว่า 35°C หรือไม่ ถ้าไม่ให้สลับเทอร์โมมิเตอร์ เพื่อให้สาร ปรอทลดต่ำกว่า 35°C	2. ได้ค่าอุณหภูมิที่ถูกต้อง
3. ใช้สำลิจับน้ำหมาดๆ หุ้มเทอร์โมมิเตอร์ตรงบริเวณปลายกระเปาะ หลังจากนั้นให้เช็ดหมูนจากปลาย กระเปาะมาทางด้านมือจับ	3. เป็นการป้องกันการเกิดความร้อนจากการเสียดสี ระหว่างเทอร์โมมิเตอร์และผิวหนังบริเวณรักแร้
4. บอกผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงว่าจะวัดอุณหภูมิ ทางรักแร้ โดยให้หนีบเทอร์โมมิเตอร์ไว้นานประมาณ 5 นาที และระมัดระวังไม่ให้เทอร์โมมิเตอร์หล่นลงมา	4. การบอกข้อมูลจะทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้ความร่วมมือในการวัดอุณหภูมิมากขึ้นและเทอร์โมมิเตอร์ไม่หล่นแตก
5. ถ้าผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีรักแร้ชื้นให้ใช้ผ้า สะอาดซับรักแร้เบาๆ ให้แห้ง	5. ทำให้การวัดอุณหภูมิได้ค่าตรงตามความเป็นจริง
6. สอดเทอร์โมมิเตอร์เข้าไประหว่างรักแร้ของผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยให้ปลายกระเปาะของเทอร์โมมิเตอร์อยู่ในอู่รักแร้	6. เพราะเป็นการวัดที่บริเวณอวัยวะพื้นผิวซึ่งบรรยากาศภายนอกจะมีผลต่ออุณหภูมิร่างกายได้
7. วัดอุณหภูมิทางรักแร้นาน 5-10 นาที (ทารกหรือ เด็กเล็กนาน 5 นาที) หลังจากนั้นนำเทอร์โมมิเตอร์ ออกจากอู่รักแร้ใช้สำลี้แห้งหุ้มเทอร์โมมิเตอร์ตรงด้านที่มีมือจับ แล้วเช็ดหมูนจากด้านที่มีมือจับมาทาง ปลายกระเปาะ	7. ทำให้ค่าที่อ่านได้ตรงตามความเป็นจริง ส่วนวิธีทำความสะอาดเทอร์โมมิเตอร์จะเป็นการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อโรคจากด้านที่สกปรกมากกว่าไปด้านที่สกปรกน้อยกว่า
8. ยกเทอร์โมมิเตอร์ที่เช็ดทำความสะอาดเรียบร้อยแล้ว ให้อยู่ในระดับสายตา โดยผู้อ่านยืนหันหลังให้แสงสว่าง พร้อมกับหมุนเทอร์โมมิเตอร์ไปมาเล็กน้อยจนสามารถอ่านค่าสูงสุดของปรอทในหลอดเทอร์โมมิเตอร์ได้	8. การยกให้เทอร์โมมิเตอร์อยู่ในระดับสายตา และหันหลังให้แสงสว่างจะทำให้เห็นตำแหน่งของสารปรอทได้ชัดเจน ซึ่งจะทำให้การอ่านค่าอุณหภูมิได้ถูกต้อง ป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
9. เมื่ออ่านเสร็จแล้ว ให้นำเทอร์โมมิเตอร์แช่ในน้ำยา ชั่วเชื่อประมาณ 30 นาที (ขึ้นอยู่กับชนิดของน้ำยา) เมื่อครบเวลา ให้ล้างทำความสะอาด และใช้ผ้าสะอาด เช็ดให้แห้งก่อนนำไปใช้ในครั้งต่อไป	9. เป็นการกำจัดเชื้อโรคต่างๆ ที่ติดอยู่บริเวณเทอร์โมมิเตอร์
10. ก่อนเก็บไว้ในภาชนะสะอาด เพื่อเตรียมพร้อม สำหรับการนำไปใช้ ให้สไลด์เทอร์โมมิเตอร์ เพื่อให้สารปรอทลดต่ำกว่า 35°C	10. สะดวกในการหยิบใช้ครั้งต่อไป

ขั้นตอนการปฏิบัติการวัดอุณหภูมิทางทวารหนัก

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. ก่อนจับเทอร์โมมิเตอร์ ควรล้างมือให้สะอาด และเช็ด ให้แห้ง	1. เป็นการลดจำนวนเชื้อโรคต่างๆ ที่ติดอยู่บริเวณเทอร์โมมิเตอร์ ซึ่งจะเป็นการป้องกันการติดเชื้อให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงได้
2. ตรวจสอบสารปรอทในเทอร์โมมิเตอร์ว่าอยู่ต่ำกว่า 35°C หรือไม่ ถ้าไม่อยู่ในระดับดังกล่าวให้สไลด์เทอร์โมมิเตอร์ เพื่อให้สารปรอทลดต่ำกว่า 35°C	2. ได้ค่าที่ถูกต้อง
3. ใช้สำลีชุบน้ำหมาดๆ หุ้มเทอร์โมมิเตอร์ตรงบริเวณปลายกระเปาะ หลังจากนั้นให้เช็ดหมูนจากปลายกระเปาะมาทางด้านมือจับ	3. เป็นการป้องกันการเกิดความร้อนจากการเสียดสีระหว่างเทอร์โมมิเตอร์ และผิวหนังบริเวณทวารหนัก
4. บอกผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงว่าจะวัดอุณหภูมิทางทวารหนัก โดยสอดไว้นานประมาณ 2 นาที และไม่ควรเกร็ง	4. การบอกข้อมูลทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้ความร่วมมือในการวัดอุณหภูมิมากขึ้นและไม่เกิดการระคายเคืองที่เยื่อบุทวารหนัก

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
5. จัดให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงนอนในท่า Sim's position หรือนอนตะแคง	5. การจัดท่าที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงสุขสบาย ทวารหนักไม่หดเกร็งหรือเกิดแรงต้านเวลาสอดเทอร์โมมิเตอร์ ลดอาการระคายเคืองและยังทำให้ได้ค่าเที่ยงตรงอีกด้วย
6. ห่อลื่นเทอร์โมมิเตอร์จากปลายกระเปาะขึ้นมาประมาณ 1 ½ นิ้ว	6. สารห่อลื่นจะช่วยให้สอดเทอร์โมมิเตอร์ได้ง่ายขึ้นไม่ระคายเคืองเยื่อทวารหนัก
7. สวมถุงมือทั้งสองข้าง ยกแถมกันของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงขึ้น จนมองเห็นทวารหนักชัดเจนแล้วจึงสอดเทอร์โมมิเตอร์เข้าไปในทวารหนักลึก 1 ½ นิ้ว	7. การยกแถมกันทำให้กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักคลายตัวจนสามารถสอดเทอร์โมมิเตอร์ได้ง่ายขึ้น ไม่ควรดันเทอร์โมมิเตอร์เพราะอาจทำให้เกิดการระคายเคืองเยื่อทวารหนักได้ ในกรณีที่ไม่สามารถสอดเทอร์โมมิเตอร์ได้อาจเกิดจากมีอุจจาระแข็ง
8. เมื่อสอดเทอร์โมมิเตอร์เรียบร้อยแล้ว ให้จับอยู่กับที่จนครบเวลา 2 นาที	8. การจับเทอร์โมมิเตอร์ตลอดเวลาของการวัดจะทำให้ไม่หลุดออกมาจนค่าที่วัดได้คลาดเคลื่อน
9. เมื่อครบเวลาแล้ว ให้นำเทอร์โมมิเตอร์ออกจากทวารหนัก แล้วทำความสะอาดทวารหนัก (ถ้าจำเป็น) หลังจากนั้นจัดให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงนอนในท่าสุขสบาย	9. ทำให้ร่างกายของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงสะอาด และอยู่ในท่าที่สุขสบาย
10. ใช้สำลีแห้งหุ้มเทอร์โมมิเตอร์ตรงด้านที่มือจับแล้วเช็ดหมูนจากด้านที่มือจับทางปลายกระเปาะ	10. ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจุลินทรีย์จากด้านที่สกปรกมากกว่าไปด้านที่สกปรกน้อยกว่า
11. ยกเทอร์โมมิเตอร์ที่เช็ดทำความสะอาดเรียบร้อยแล้วให้อยู่ในระดับสายตา โดยผู้อ่านยืนหันหลังให้แสงสว่างพร้อมกับหมุนเทอร์โมมิเตอร์ไปมาเล็กน้อยจนสามารถอ่านค่าสูงสุดของปรอทในหลอดเทอร์โมมิเตอร์ได้	11. การยกให้เทอร์โมมิเตอร์อยู่ในระดับสายตา และหันหลังให้แสงสว่างจะทำให้เห็นตำแหน่งของสารปรอทได้ชัดเจน ซึ่งจะทำให้การอ่านค่าอุณหภูมิได้ถูกต้อง ป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
12. เมื่ออ่านเสร็จแล้ว ให้นำเทอร์โมมิเตอร์แช่ในน้ำยา ชั่วเชื่อประมาณ 30 นาที (ขึ้นอยู่กับชนิดของน้ำยา) เมื่อครบเวลา ให้ล้างทำความสะอาด และใช้ผ้าสะอาด เช็ดให้แห้งก่อนนำไปใช้ในครั้งต่อไป	12. เป็นการกำจัดเชื้อโรคต่างๆ ที่ติดอยู่บริเวณเทอร์โมมิเตอร์
13. ก่อนเก็บไว้ในภาชนะสะอาด เพื่อเตรียมพร้อม สำหรับการนำไปใช้ ให้สลับเทอร์โมมิเตอร์ เพื่อให้สารปรอทลดต่ำกว่า 35°C	13. สะดวกในการหยิบใช้ครั้งต่อไป
14. ล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง	14. ลดจำนวนเชื้อโรคที่อยู่บริเวณมือและฝ่ามือ

ชีพจร หมายถึง จังหวะการหดตัวและคลายตัวของหลอดเลือดแดงที่กระทบไปยังผนังหลอดเลือดแดง ซึ่งสัมพันธ์กับเลือดที่ออกจากหัวใจตามแรงส่งที่ออกมาจากหัวใจห้องล่างซ้าย โดยนับจำนวนสัมผัสกระทบภายใน 1 นาที เป็นอัตราการเต้นของชีพจร (Pulse rate) ชีพจรมีหน่วยเป็นครั้ง/นาที ทั้งนี้ควรสังเกตและบันทึกจังหวะ (Rhythm) ความแรง (Strength) รูปแบบการเต้น (Pattern) โดยชีพจร แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

1) ชีพจรส่วนปลาย (Peripheral pulse) เป็นชีพจรบริเวณอวัยวะส่วนปลายของร่างกาย เช่น บริเวณแขน ขา ข้อพับ เท้า คอ ขมับ

2) ชีพจรที่หัวใจ (Apical pulse) ชีพจร บริเวณยอดอก Apex ของหัวใจ
ค่าปกติในแต่ละช่วงวัย (Normal range)

อายุ	(ช่วง) ค่าเฉลี่ยชีพจร
แรกเกิด	130 (80-180)
1 ปี	120 (80-140)
5-8 ปี	100 (75-120)
10 ปี	70 (50-90)
วัยรุ่น	75 (90-50)

อายุ	(ช่วง) ค่าเฉลี่ยชีพจร
วัยผู้ใหญ่	80 (60-100)
วัยผู้สูงอายุ (>70ปี)	70 (60-100)

ตำแหน่งของหลอดเลือดแดงที่ใช้คลำชีพจร ได้แก่

- 1) Temporal Artery เป็นตำแหน่งที่ใช้ประเมินชีพจรได้ง่ายในเด็ก
- 2) Carotid Artery นิยมใช้คลำในระยะซอกหรือหัวใจหยุดเต้น คลำตำแหน่งอื่นไม่ได้
- 3) Brachial Artery ใช้ประเมินการไหลเวียนเลือดมาที่แขนท่อนล่าง และใช้ฟังความดันโลหิต
- 4) Radial Artery นิยมใช้ประเมินชีพจรและการไหลเวียนเลือดมาที่มือด้านนิ้วหัวแม่มือ
- 5) Ulnar Artery ประเมินการไหลเวียนเลือดมาที่มือด้านนิ้วก้อย
- 6) Femoral Artery นิยมใช้คลำในระยะซอกหรือหัวใจหยุดเต้น คลำตำแหน่งอื่นไม่ได้ และประเมินการไหลเวียนเลือดไปที่ขา
- 7) Popliteal Artery ใช้ประเมินการไหลเวียนเลือดไปที่ขาท่อนล่าง
- 8) Dorsalis Pedis Artery ใช้ประเมินการไหลเวียนเลือดไปที่เท้า
- 9) Posterior Tibial Artery ใช้ประเมินการไหลเวียนเลือดไปที่เท้า

ขั้นตอนการปฏิบัติการจับชีพจรที่หลอดเลือดส่วนปลาย

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. ล้างมือให้สะอาด (ใส่ถุงมือกรณีจำเป็น) ถ้าตำแหน่งที่จับชีพจรของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟัฟงบือนเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง	1. เป็นการลดจำนวนเชื้อโรคต่างๆ ที่ติดอยู่บริเวณมือของผู้ดูแล ซึ่งจะเป็นการป้องกันการติดเชื้อให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟัฟงบือนได้
2. จัดท่าผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟัฟงบือนให้เหมาะสมตามหลักกายวิภาคศาสตร์	2. ทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟัฟงบือนมีความสุขสบาย ผ่อนคลาย ซึ่งจะทำให้ค่าของชีพจรที่วัดได้ไม่คลาดเคลื่อน

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
3. ใช้นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนาง วางเบาๆ ที่ตำแหน่ง ซีพจรของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง นับจำนวน ครั้งของการเต้นซีพจรโดยดูนาฬิกาไปพร้อมกันจนครบ 1 นาที และให้สังเกตจังหวะความแรงของการเต้นด้วย	3. การสัมผัสผิวหนังบริเวณหลอดเลือดแดงทอดผ่านตื้นๆ สามารถรับรู้ความรู้สึกสัมผัสของคลื่นของหลอดเลือดจนสามารถนับจังหวะของการเต้นของซีพจรได้
4. เมื่อจับซีพจรเสร็จแล้วให้ล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง	4. ลดจำนวนเชื้อโรคที่อยู่บริเวณมือและฝ่ามือ

ขั้นตอนการปฏิบัติการจับซีพจรที่ยอดอก (Apex)

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. ล้างมือให้สะอาด (ใส่ถุงมือกรณีจำเป็น) ถ้าตำแหน่งที่จับซีพจรของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเปื้อนเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง	1. เป็นการลดจำนวนเชื้อโรคต่างๆ ที่ติดอยู่บริเวณมือของผู้ดูแล ซึ่งจะเป็นการป้องกันการติดเชื้อให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงได้
2. จัดให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงให้นอนในท่านอนหงาย	2. ทำให้ผู้ดูแลมีความสะดวกในการฟังซีพจร
3. เลื่อนเสื้อของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงออกเพื่อให้เห็นทรวงอกด้านบนชัดเจนโดยไม่เปิดเผย ร่างกายของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเกินความจำเป็น	3. จะทำให้เห็นตำแหน่งบริเวณยอดหัวใจได้ชัดเจนและลดความเขินอายของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง
4. ใช้มือคลำบริเวณช่องซี่โครงที่ 5 และ 6 และเลื่อนไปทางซ้ายของเส้นที่ลากจากกึ่งกลางกระดูกไหปลาร้า	4. เป็นบริเวณที่จะได้ยินเสียงหัวใจเด่นชัดเจน
5. วางหูฟัง (Stethoscope) ส่วนของแผ่นรับเสียง (diaphragm) แนบกับบริเวณที่คลำได้ในข้อ 4 จะได้ยินเสียงดُبของหัวใจ ให้นับเป็นการเต้น ครั้ง 1 ทำการฟังจนครบ 1 นาที พร้อมกับสังเกตจังหวะความแรงของการเต้นหัวใจ	5. เสียงที่ฟังได้ S1 (เสียง lub) เกิดจากลิ้นหัวใจระหว่าง เอเทรียม (atrium) และเวนตริเคิล (ventricles) ปิดหลังจากเลือดไหลผ่านเข้าไปในเวนตริเคิลจนเต็มส่วนเสียงที่ 2 S2 (เสียง dub) เกิดจากลิ้นของหัวใจปิดเมื่อเลือดไหลออกจาก ventricles จนหมด

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
6. เมื่อฟังเสร็จเรียบร้อยแล้วให้ล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง	6. ลดจำนวนเชื้อโรคที่อยู่บริเวณมือและฝ่ามือ

อัตราการหายใจ หมายถึง กระบวนการแลกเปลี่ยนแก๊สออกซิเจนกับคาร์บอนไดออกไซด์ของร่างกายระหว่างเซลล์กับสิ่งแวดล้อม ซึ่งเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติและอยู่นอกอำนาจจิตใจ หน่วยการนับของอัตราการหายใจคือ จำนวนครั้ง (rate)/นาที ความลึก (Depth) และจังหวะ (rhythm) ค่าปกติในแต่ละช่วงวัย (Normal range)

อายุ	การหายใจ ค่าเฉลี่ย (ช่วง)/นาที
แรกเกิด	35 (30-80)
1 ปี	30 (20-40)
5-8 ปี	20 (15-25)
10 ปี	19 (15-25)
วัยรุ่น	18 (15-20)
วัยผู้ใหญ่	16 (12-20)
วัยผู้สูงอายุ (>70ปี)	16 (15-20)

ขั้นตอนการปฏิบัติการนับการหายใจ

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. สังเกตการเคลื่อนไหวของทรวงอกหรือหน้าท้องในขณะที่มือจับชีพจรอยู่ โดยการนับการเคลื่อนไหวขึ้นลงตามจังหวะการหายใจเข้าและออกเป็น 1 ครั้ง จนครบ 1 นาที สังเกตความลึกเสียง จังหวะ และความสม่ำเสมอของการหายใจ รมัดระวังไม่ให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึงพิงรู้ตัวว่า ถูกมองอยู่	1. การที่ไม่ให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงรู้สึกตัว ว่าถูกจ้องมอง เพราะจะทำให้สามารถควบคุม การหายใจได้ระยะหนึ่ง ไม่แก่งัดหายใจไม่เป็นจังหวะ จนทำให้ค่าที่วัดได้คลาดเคลื่อนจนบอกความผิดปกติไม่ได้

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
2. ถ้านับการหายใจได้ไม่ชัดเจนให้วางแขนผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟัฟฟิงที่หน้าท้องหรือที่ทรวงอกส่วนล่างของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟัฟฟิง	2. ช่วยให้ผู้ดูแลหรือพยาบาลสังเกตการณ์เคลื่อนไหวขึ้น-ลง ของการหายใจได้ชัดเจน

ความดันโลหิต หมายถึง แรงดันของเลือดที่เกิดจากการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย ทำให้มีปริมาณเลือดเข้าสู่เส้นเลือดเอออร์ตา (Aorta) กระแทกกับผนังหลอดเลือดแดง เกิดเป็นความดันสูงสุด คือ ความดันซิสโตลิก (Systolic pressure หรือ ความดันตัวบน) และความดันต่ำสุดขณะหัวใจคลายตัว คือ ความดันไดแอสโตลิก (diastolic pressure หรือ ความดันตัวล่าง) ความดันโลหิต มีหน่วยเป็นมิลลิเมตรปรอท (millimeters of mercury: mmHg)² ค่าปกติในแต่ละช่วงวัย (Normal range)¹

อายุ	ความดันโลหิต (mmHg)
แรกเกิด	ค่าเฉลี่ย 40-30
1 ปี	65-95
6 ปี	65/105
10-13 ปี	65/110
14-17 ปี	75/120
วัยผู้ใหญ่	80/120
วัยผู้สูงอายุ (>70ปี)	ความดันซิสโตลิก (Systolic pressure หรือ ความดันตัวบน) อาจสูงขึ้นและความดันไดแอสโตลิก (diastolic pressure หรือ ความดันตัวล่าง) อาจลดต่ำลง

ขั้นตอนการปฏิบัติการวัดความดันโลหิต

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. ล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง	1. เป็นการลดจำนวนเชื้อโรคต่าง ๆ ที่ติดอยู่บริเวณมือของผู้ดูแล ซึ่งจะเป็นการป้องกันการติดเชื้อให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงได้
2. ถ้าวัดที่แขนให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงวางแขนอยู่ระดับเดียวกับหัวใจโดยให้งอเล็กน้อยพร้อมกับหงายฝ่ามือขึ้น ถ้าวัดที่ขา จัดให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในท่านอนคว่ำ ถ้านอนคว่ำไม่ได้ให้นอนหงายพร้อมกับงอเข่าเล็กน้อย	2. ถ้าแขนอยู่สูงกว่าระดับหัวใจจะทำให้การอ่านค่าความดันโลหิตได้ต่ำกว่าค่าความเป็นจริง และถ้าวางแขนต่ำกว่าระดับหัวใจจะทำให้การอ่านค่าความดันโลหิตสูงกว่าความเป็นจริง
3. ผู้ดูแลพับแขนเสื้อให้อยู่เหนือข้อศอกของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง	3. ทำให้พันผ้าพันแขน (Cuff) ของเครื่องวัดความดันโลหิตได้สะดวกมากขึ้นและเรียบร้อย นอกจากนี้ค่าการวัด ความดันโลหิตไม่คลาดเคลื่อน
4. คลำหาชีพจรตรงตำแหน่งที่ข้อพับแขน (brachial artery) หรือข้อพับขา (popliteal artery) ของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง	4. ทำให้ค่าที่ได้ไม่คลาดเคลื่อน
5. วางส่วนกลางของ ผ้าพันแขน (Cuff) (ส่วนที่เป็นยางไม่มีลมค้างอยู่) หรือเครื่องหมายลูกศรอยู่เหนือหลอดเลือดแดงที่ข้อพับแขนด้านในหรือตำแหน่งที่ใช้วัดความดันโลหิตอื่น ๆ ให้ขอบล่างของ ผ้าพันแขน (Cuff) อยู่เหนือข้อพับประมาณ 2.5-5 เซนติเมตร (2-1) นิ้ว โดยพันให้รอบอวัยวะที่จะทำการวัดความดันโลหิต ถ้าวัดที่ขาพันให้ส่วนกลางของ ผ้าพันแขน (Cuff) อยู่เหนือหลอดเลือดแดงหลังเข่า พันรอบส่วนกลางของขาที่อนบน	5. แรงดันใน ผ้าพันแขน (Cuff) กดลงบนหลอดเลือดแดง ซึ่งจะขัดขวางการไหลของโลหิต ถ้าพัน ผ้าพันแขน (Cuff) หลวมไปจะได้ค่าความดันโลหิตสูงกว่าความจริงขอบผ้าควรสูงพอวางหูฟังได้เป็นการป้องกันเสียงรบกวน

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
6. วางเครื่องวัดความดันโลหิตให้ห่างจากผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพุงพุงไม่เกิน 3 ฟุต และให้สายตาของผู้ดูแลที่ทำการวัดอยู่ระดับเดียวกับส่วนนูนของพื้นผิวปรอท (Meniscus)	6. ทำให้ระดับปรอทที่อยู่ในเครื่องวัดความดันโลหิตได้ถูกต้องแน่นอน ถ้าวัดสายตาสองกว่าส่วนนูนของพื้นผิวปรอททำให้การอ่านค่าสูงกว่าความเป็นจริงหรือถ้าวัดสายตาดำกว่าทำให้การอ่านค่าต่ำกว่าความเป็นจริง
7. ปิดเกลียวลูกสูบของเครื่องวัดความดันโลหิตให้แน่นพอประมาณ	7. ป้องกันอากาศรั่วเวลาบีบลมเข้าผ้าพันแขน (Cuff)
8. คลำหาชีพจรตรงตำแหน่งที่วัด บีบลูกสูบให้ลมเข้าในถุงยางเหนือตำแหน่งที่คลำชีพจรไม่ได้ประมาณ 20-30 มิลลิเมตรปรอทจึงหยุด	8. ความดันซิสโตลิก (ความดันตัวบน) ประมาณได้จากตำแหน่งที่คลำชีพจรไม่ได้ การเพิ่มแรงดันให้เพียงพอ ทำให้อ่านค่าความดันซิสโตลิก (ความดันตัวบน) ได้ถูกต้อง และป้องกันภาวะไม่สุขสบาย
9. วางส่วนรับเสียงของหูฟังแนบเหนือบริเวณหลอดเลือดแดงที่คลำชีพจรได้เปิดเกลียวลูกสูบปล่อยลมออกจาก ผ้าพันแขน (Cuff) เป็นจังหวะสม่ำเสมอ ประมาณ 2-3 มิลลิเมตรปรอทต่อวินาที	9. ป้องกันการฟังเสียงผิดพลาด การปล่อยลมเร็วมากทำให้อ่านค่าผิดพลาด การปล่อยลมช้ามาก อาจเกิดการคั่งของเลือดดำ ทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพุงพุงไม่สุขสบายได้
10. อ่านค่าความดันโลหิตทันทีเมื่อได้ยินเสียงแรกและเสียงที่เปลี่ยนจากดังเป็นเสียงเบาหรือเสียงที่หาย บางคนเสียงเปลี่ยนและเสียงหาย อาจฟังได้ระยะใกล้เคียงกัน	10. การฟังเสียงความดันโลหิตเรียกว่าเสียงโครอทคอฟซาวน์ (Korotkoff Sound) เกิดจากการสั่นสะเทือนของผนังหลอดเลือดแดงแบ่งเป็น 5 ระยะ คือ - ระยะที่ 1 (Phase I) เป็นเสียงแรกที่ได้ยิน และเป็นเสียงที่เกิดจากการบีบตัวของหัวใจ เรียกว่า เสียงความดันโลหิตซิสโตลิก (ความดันตัวบน) - ระยะที่ 2 (Phase II) เสียงดังเพิ่มขึ้น - ระยะที่ 3 (Phase III) เสียงเปลี่ยนมาเป็นเสียงดังชัดเจน

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
10. อ่านค่าความดันโลหิตทันทีเมื่อได้ยินเสียงแรกและเสียงที่เปลี่ยนจากตึงเป็นเสียงเบาหรือเสียงที่หาย บางคนเสียงเปลี่ยนและเสียงหาย อาจฟังได้ระยะใกล้เคียงกัน	- ระยะที่ 4 (Phase IV) เสียงเปลี่ยนแปลงและเป็นเสียงไดแอสโตลิกเสียงที่ 1 - ระยะที่ 5 (Phase V) เสียงสุดท้ายที่ได้ยินและเป็นเสียงไดแอสโตลิกเสียงที่ 2
11. ปลอยลมออกจาก ผ้าพันแขน (Cuff) ให้หมดโดยเร็วและปลดออกถ้าต้องการวัดซ้ำให้รอ 30 วินาที เพื่อรอให้เลือดที่คั่งอยู่ในหลอดเลือดแดงไหลเวียนปกติ	11. ถ้าปลอยลมค้างไว้ใน ผ้าพันแขน (Cuff) จะขัดขวางการไหลเวียนของเลือดแดงเป็นผลให้เกิดอาการชาและเจ็บได้
12. เก็บ ผ้าพันแขน (Cuff) และเครื่องวัดความดันโลหิตให้เรียบร้อยพร้อมกับจัดให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในท่าที่สุขสบาย	12. เป็นการรักษาเครื่องวัดความดันโลหิตและสะดวกในการหยิบใช้ครั้งต่อไป

ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดหรือค่าอิมตัวของออกซิเจนในฮีโมโกลบิน

ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดหรือค่าความอิมตัวของออกซิเจนในฮีโมโกลบินไม่ใช่หนึ่งในสัญญาณชีพ แต่ปัจจุบันมีความสำคัญที่ผู้ดูแลควรต้องเรียนรู้ เพื่อใช้ในการประเมินอาการเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจ และการไหลเวียนโลหิตของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในความดูแล เพื่อประกอบการตัดสินใจในการพาผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ค่าความอิมตัวของออกซิเจนในฮีโมโกลบิน หมายถึง ค่าร้อยละของฮีโมโกลบินที่จับกับออกซิเจน (Oxygenated hemoglobin) การวัดค่าความอิมตัวของออกซิเจนในฮีโมโกลบินใช้เครื่องมือที่เรียกว่า เครื่องวัดความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (Pulse Oximetry) ซึ่งจะเป็นค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด จากการวัดที่ชีพจร หรือ pulse Oxygen saturation (SpO₂) หน่วยวัดเป็นเปอร์เซ็นต์ ค่าปกติของความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด หรือ Oxygen saturation (SpO₂) เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 95

ขั้นตอนการปฏิบัติการวัดค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. ล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง	1. เป็นการลดจำนวนเชื้อโรคต่างๆ ที่ติดอยู่บริเวณมือของผู้ดูแล ซึ่งจะเป็นการป้องกันการติดเชื้อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้
2. ใช้เครื่องวัดความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดหนีบบริเวณปลายนิ้วอาจเป็นบริเวณนิ้วมือหรือติ่งหูของผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งจะต้องมีลักษณะไม่ซีด มีเลือดมาเลี้ยงอย่างเพียงพอ	2. เป็นบริเวณที่มีหลอดเลือดฝอยมาเลี้ยง และเครื่องตรวจจับ สามารถวัดความเข้มข้นของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงได้
3. จัดให้บริเวณอวัยวะของผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ใช้เครื่องวัดความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดหนีบไว้เนิ่นอยู่กับที่ไม่เคลื่อนไหวและสามารถอ่านค่าที่ปรากฏบนหน้าจอได้ชัดเจน	3. ให้ได้ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ที่ถูกต้องเที่ยงตรง
4. เปิดเครื่องวัดความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดและรอนมีตัวเลขปรากฏบนหน้าจอ อ่านค่าอย่างถูกต้อง	4. ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเที่ยงตรง
5. ปิดเครื่องและนำเครื่องวัดความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด จากอวัยวะเก็บเครื่องให้เรียบร้อย	5. สะดวกในการนำมาใช้ครั้งต่อไป

การบันทึกรายงาน

1. บันทึกค่าอุณหภูมิ (T) ชีพจร (P) อัตราการหายใจ (R) ความดันโลหิต (BP) และค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด (O₂ Sat) ลงในสมุดบันทึกสัญญาณชีพทันที

2. นำค่าสัญญาณชีพมาลงบันทึกในแบบบันทึก (graphic record) ตามนโยบายของสถานดูแล

ตัวอย่างเช่น

2.1 ค่าอุณหภูมิของร่างกายบันทึกโดยใช้หมึกสีน้ำเงินและบันทึกตำแหน่งที่วัดด้วย เช่น R คือการวัดทางทวารหนัก (rectal) A คือการวัดทางรักแร้ (axillary) ส่วนการวัด

ทางปากไม่ต้องบอกตำแหน่งในการวัด

2.2 ค่าชีพจรบันทึกโดยใช้หมึกสีแดง

2.3 ค่าการนับการหายใจบันทึกโดยใช้หมึกสีน้ำเงิน

2.4 ค่าความดันโลหิตบันทึกโดยใช้หมึกสีน้ำเงิน โดยบันทึกค่า systolic pressure/
diastolic pressure

2.5 ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด บันทึกด้วยหมึกสีน้ำเงินมีค่าเป็นร้อยละ

3. บันทึกค่าสัญญาณชีพลงในใบบันทึกการดูแลหรือบันทึกทางการพยาบาล (Nurse's note) เพื่อบอกถึงสภาวะหรืออาการที่เกี่ยวข้องกับสัญญาณชีพ เช่น อาการที่เกี่ยวข้องกับอุณหภูมิคือ ความรู้สึกร้อน หนาวสั่น กระหายน้ำ มีเหงื่อออกผิวน้ำชื้น แดง เป็นต้น อาการที่เกี่ยวข้องกับชีพจร คือ อาการใจสั่น ชีพจรเบาเร็วหรือลึกลง จังหวะไม่สม่ำเสมอ หรือคลำได้ไม่ชัดเจน อาการที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ เช่น หายใจเร็ว ช้า ตื้น หายใจลำบาก ไม่สม่ำเสมอ ฯลฯ หรือค่าของความดันโลหิตที่สูงหรือต่ำกว่าปกติหรือวัดค่าความดันโลหิตไม่ได้

บรรณานุกรม

อัญชลี ชูติพร : การดูแลผู้รับบริการในการวัดและประเมินสัญญาณชีพ . The Care of the Client in Obtaining and Assessing the Vital Signs. ใน นิตยา สมบัติแก้ว, เดือนทิพย์ เข้มโอภาส, บรรณาธิการการพยาบาลพื้นฐาน : กรุงเทพฯ . หลักการและแนวคิด : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2558. หน้า 47-125. 2. ชมพูนุท พงษ์ศิริ, อัญชลี ชูติพร : การวัดสัญญาณชีพปฏิบัติการพยาบาล การพยาบาลพื้นฐาน. Obtaining the Vital Signs. ใน อัจฉรา พุ่มดวง : บรรณาธิการ พิมพ์ครั้งที่ 3 (ปรับปรุงครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555. หน้า 56-71

3.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพและกิจกรรมทางกาย

ดร.อภิวรรณ ณ์ฐมนวรกุล

การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation Medicine)

หมายถึง การแพทย์ที่มุ่งเน้นการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจากผลของโรคหรืออุบัติเหตุต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพใกล้เคียงปกติ และสามารถใช้ส่วนของร่างกายที่เหลืออยู่อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ

เป้าหมายสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายผู้สูงอายุ คือ การฟื้นฟูความสามารถทั้งทางร่างกาย สังคม และจิตใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ความเป็น ตัวของตัวเอง และกลับไปใช้ชีวิตในสังคมสิ่งแวดล้อมที่เคยอยู่ก่อนการเจ็บป่วย ประกอบด้วย การออกกำลังกาย และการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยต่างๆ รวมถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว

สมรรถภาพทางกาย (physical fitness)

หมายถึง สภาวะความสมบูรณ์ของร่างกายที่จะประกอบกิจกรรมทางกายต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีพลังงานเหลือไว้ใช้ในสภาวะที่จำเป็น

สมรรถภาพทางกายเพื่อสุขภาพ (Health – Related Physical Fitness) มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ความอดทนของระบบไหลเวียนเลือด (Cardiorespiratory Endurance) ความอ่อนตัวหรือ ความยืดหยุ่น (Flexibility) ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscular Strength) และสัดส่วนองค์ประกอบ ของร่างกาย (Body Composition)

การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางกาย มีวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

1. เพื่อคงพิสัยข้อ
2. เพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ
3. เพื่อเพิ่มความคงทนของระบบหัวใจและหลอดเลือด
4. เพื่อพัฒนาการประสานงานของระบบประสาทและกล้ามเนื้อ

โดยมีตัวอย่างการออกกำลังกายเพื่อการรักษาฟื้นฟูตามกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

ตัวอย่าง	กลุ่มเป้าหมาย
- การเคลื่อนไหวของข้อต่อ (ROM exercise)	- ผ่าตัดเปลี่ยนข้อ อัมพาตครึ่งซีก ครึ่งท่อน
- การเพิ่มความแข็งแรง (Strengthening exercise)	- กล้ามเนื้ออ่อนแรงหลังผ่าตัด กล้ามเนื้อลีบ
- การเพิ่มความอดทน (Endurance)	- โรคหัวใจ โรคถุงลมโป่งพอง
- การฝึกลงน้ำหนัก (Weight-bearing)	- ผ่าตัดเปลี่ยนข้อ เอ็น กระดูกหัก
- การฝึกความไวในการตอบสนอง (Reaction time)	- โรคกล้ามเนื้อ ระบบประสาท สมอง
- การฝึกสมดุลการทรงตัว (Balance)	- ภาวะหกล้ม ภาวะผิดปกติในช่องหู-สมอง
- การฝึกการทำงานประสานงาน (Coordination)	- โรคกล้ามเนื้อ ระบบประสาท
- การฝึกความอ่อนตัว ยืดหยุ่น (Flexibility)	- ผ่าตัดเปลี่ยนข้อ ข้อยึดติด
- การปรับท่าทาง เคลื่อนไหว (Posture and Body Mechanics)	- ปวดหลัง ปวดคอ
- การควบคุมการหายใจ (Breathing exercises)	- โรคปอด ถุงลมโป่งพอง
- การผ่อนคลายจิตใจ (Relaxation exercise)	- ภาวะเครียด

กิจกรรมทางกาย (Physical activity)

หมายถึง การเคลื่อนไหวของร่างกายโดยกล้ามเนื้อและกระดูกที่ทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงาน ตัวอย่างกิจกรรม เช่น การเดิน ขี่จักรยาน การเดินรำ การทำสวน เป็นต้น ซึ่งในแต่ละช่วงอายุมีความต้องการระดับของกิจกรรมทางกายที่แตกต่างกัน

ระดับกิจกรรมทางกาย (Physical activity level)

1. พฤติกรรมการอยู่นิ่งเฉย (Sedentary behavior) เป็นกิจกรรมไม่ส่งผลให้เกิดการเผาผลาญพลังงานในระดับที่เพียงพอ เช่น การนั่งเฉย การนั่งทำงาน การดูโทรทัศน์ ไม่รวมกับเวลาที่ใช้ในการนอนหลับในชีวิตประจำวัน เป็นต้น

2. กิจกรรมทางกายระดับเบา (Low physical activity) เป็นกิจกรรมที่ทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานในระดับต่ำ ซึ่งมีการทำกิจกรรมเคลื่อนไหวน้อยกว่า 3 วันต่อสัปดาห์ และมีการเผาผลาญพลังงานน้อยกว่า 1500 MET เช่น กิจกรรมงานบ้าน กิจกรรมการเดินทาง โดยรถยนต์ มอเตอร์ไซด์ เป็นต้น

3. กิจกรรมทางกายระดับปานกลาง (Moderate physical activity)

เป็นกิจกรรมทางกายที่อยู่ในระดับที่เพียงพอ องค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2012 กำหนดเกณฑ์ของกิจกรรมระดับปานกลางไว้ดังนี้

3.1 กิจกรรมระดับหนักที่ปฏิบัติติดต่อกันอย่างน้อย 3 วัน และอย่างน้อย 20 นาที ต่อวัน

3.2 กิจกรรมระดับปานกลางที่ปฏิบัติติดต่อกันอย่างน้อย 5 วัน หรือการเดินติดต่อกันอย่างน้อย 30 นาที

3.3 กิจกรรมระดับหนักสลับปานกลางที่ปฏิบัติติดต่อกันอย่างน้อย 5 วัน เช่น การวิ่งเหยาะติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาที การทำงานบ้านติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาที

4. กิจกรรมทางกายระดับหนัก (Vigorous physical activity) เป็นกิจกรรมทางกายระดับสูงสุด ที่พึงประสงค์ องค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2012 กำหนดเกณฑ์ของกิจกรรมระดับหนักไว้ดังนี้

4.1 กิจกรรมระดับหนักอย่างน้อย 3 วัน และเกิดการเผาผลาญพลังงาน อย่างน้อย 1500 MET-นาทีต่อสัปดาห์

4.2 กิจกรรมระดับหนักสลับปานกลางที่ปฏิบัติติดต่อกันอย่างน้อย 7 วัน จนทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงานอย่างน้อย 3000 MET-นาทีต่อสัปดาห์ เช่น การเดิน-วิ่ง หรือขี่จักรยานอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์

คำแนะนำกิจกรรมทางกาย สำหรับผู้ใหญ่ช่วงอายุ 18-64 ปี

1. ควรมีกิจกรรมทางกายแบบแอโรบิกในระยะเวลา 1 สัปดาห์ ความหนักระดับปานกลาง อย่างน้อย 150 นาที หรือความหนักระดับหนัก อย่างน้อย 75 นาที หรือความหนักระดับปานกลางผสมระดับหนัก ให้ได้สัดส่วนเวลาข้างต้น

2. กิจกรรมทางกายแบบแอโรบิก ในแต่ละครั้งควรทำ ไม่น้อยกว่า 10 นาทีขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง

3. เพื่อให้ได้ผลดีต่อสุขภาพยิ่งขึ้น ใน 1 สัปดาห์ ควรเพิ่มกิจกรรมทางกายแบบแอโรบิก ความหนักระดับปานกลาง ถึง 300 นาที หรือความหนักระดับหนัก ถึง 150 นาที หรือความหนักระดับปานกลางผสมระดับหนัก ให้ได้สัดส่วนเวลาข้างต้น

4. ควรทำกิจกรรมเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยทำในกลุ่มกล้ามเนื้อหลัก 2 วัน หรือมากกว่าต่อสัปดาห์

หมายถึง การที่ร่างกายจะต้องออกแรงพยายามทำกิจกรรมนั้น มากน้อยแค่ไหน ซึ่งสามารถประเมินหรือวัดได้จากหลายค่า เช่น ค่าการใช้ออกซิเจน ค่าการเต้นของหัวใจ ค่าความเหนื่อย เป็นต้น

ตารางที่ 1 แสดงระดับความหนักของกิจกรรมทางกายแบบแอโรบิก⁴

ความหนักของ กิจกรรมทางกายแบบแอโรบิก	HRmax	RPE	METs
ระดับเบา	57 - 63 %	น้อยกว่า 5	2 – 2.9
ระดับปานกลาง	64 – 76 %	5 หรือ 6	3 – 5.9
ระดับหนัก	77 – 95 %	7 หรือ 8	6 – 8.7

HRmax: อัตราการเต้นหัวใจสูงสุด Maximum Heart Rate

RPE ย่อมาจาก Rating of Perceived Exertion

METs ย่อมาจาก Metabolic Equivalents

หมายถึง อัตราชีพจรสูงสุด

หมายถึง ความเหนื่อย

หมายถึง ค่าทาง Metabolic ที่เปลี่ยนแปลง

ค่าชีพจรสูงสุด = 220 - อายุ

ค่าระดับความเหนียว

ค่าประมาณ MET equivalents ของกิจกรรม

ทางกายแบ่งตามระดับความแรง



ภาพที่ 1 แสดงกิจกรรมการออกกำลังกายที่ระดับความเหนื่อยต่าง ๆ

ระดับเบา (light intensity) < 3.0 METs	ระดับปานกลาง (moderate intensity) 3.0-6.0 METs	ระดับหนัก (vigorous intensity) >6.0 METs
1. การเดิน		
■ เดินรอบๆ บ้าน ร้าน หรือที่ทำงาน = 2.0	■ เดิน 4.8 กม. ใน 1 ชม. = 3.3 ■ เดิน 6.4 กม. ใน 1 ชม. = 5.0	■ เดิน 7.2 กม. ใน 1 ชม. = 6.3 ■ เดินขึ้นเขาด้วยสัมภาระเบา (<4.5 กก.) = 7.0 ■ เดินขึ้นเขาด้วยสัมภาระหนัก (4.5-19 กก.) = 7.5-9.0 ■ วิ่งเหยาะๆ ที่ 8 กม. ใน 1 ชม. = 8.0 ■ วิ่งเหยาะๆ ที่ 9.7 กม. ใน 1 ชม. = 10.0 ■ วิ่งที่ 11.3 กม. ใน 1 ชม. = 11.5
2. การทำงานประกอบอาชีพ การทำงานบ้าน/งานสวน/งานสนาม ในบริเวณบ้าน		
■ บ้างใช้คอมพิวเตอร์ = 1.5 ■ ยืนทำงานเบาๆ เช่น จัดเตียง ล้างจาน รีดผ้า เตรียมอาหาร = 2.0-2.5	■ ทำความสะอาด เช่น ขัดหน้าต่าง ล้างรถ = 3.0 ■ กวาดบ้าน ขูดฝุ่น ถูบ้าน = 3.0-3.5 ■ ตัดหญ้า โดยใช้เครื่องตัดหญ้าแบบเดินตัด = 5.5	■ ขุดทราย = 7.0 ■ ยกอิฐ = 7.5 ■ ทำสวนหรือไถนาโดยใช้แรมมาก เช่น แก้วเกี่ยวข้าว = 8.0 ■ ขุดหลุม = 8.5
3. การทำกิจกรรมในเวลาว่างหรืองานอดิเรก การเล่นกีฬา และการออกกำลังกายหรือการฝึกฝนร่างกาย		
■ วาดภาพ = 1.5 ■ เล่นสนุกเกอร์/ บิลเลียด = 2.5 ■ ขับรถยนต์ = 2.5 ■ ปาลูกดอก = 2.5 ■ เล่นดนตรี = 2.0-2.5	■ แบดมินตัน = 4.5 ■ บาสเกตบอล = 4.5 ■ ซิ๊จิกยารบ บนพื้นราบ (16-19 กม. ใน 1 ชม.) = 6.0 ■ เดินลีลาซึงหระช้า = 3.0 ■ เดินลีลาซึงหระเร็ว = 4.5 ■ ตกปลาในแม่น้ำที่ตื้น มีการเดิน = 4.0 ■ เล่นกอล์ฟ = 4.3 ■ เรือใบ = 3.0 ■ วายน้ำ = 6.0 ■ ปิงปอง = 4.0 ■ เทนนิสคู่ = 5.0 ■ วอลเลย์บอล ที่ไม่ใช้การข่งขัน = 3.0-4.0	■ แข่งบาสเกตบอล = 8.0 ■ ซิ๊จิกยารบระดับความเร็วปานกลางบนพื้นราบ (20-24 กม. ใน 1 ชม.) = 8.0 ■ ซิ๊จิกยารบความเร็วมาก บนพื้นราบ (24-26 กม. ใน 1 ชม.) = 10 ■ เล่นฟุตบอล = 7.0 ■ แข่งฟุตบอล = 10.0 ■ วายน้ำ ปานกลางถึงหนัก = 8.0-11.0 ■ เทนนิสเดี่ยว = 8.0 ■ แข่งขันวอลเลย์บอล = 8.0

ที่มา: คัดแปลงจาก Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA, et al. Physical activity and public health: updated recommendation for adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. *Circulation* 2007;116(9):1081-93.

3.5 การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุและการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน

ดร.อภิวรรณ วัฒนวรกุล

หลักการยกและการเคลื่อนย้าย

การยกและการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีหลายวิธี แต่หลักการปฏิบัติเหมือนกันทุกวิธี ดังนี้

1. บอกแผนการให้ผู้ถูกยกหรือเคลื่อนย้ายและผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทราบว่าจะทำอะไรบ้าง
2. ประมาณกำลังในการยกผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ถ้าไม่แน่ใจให้หาคคนช่วย ห้ามทดลองยกผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเด็ดขาด เพราะอาจเกิดอันตรายได้
3. ควรใช้ท่ายกที่ถูกต้องในการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยให้หลังอยู่ในลักษณะตรงเสมอ เพื่อป้องกันอาการปวดหลัง หรือหมอนรองกระดูกเคลื่อนกดทับเส้นประสาท
4. ขณะยกผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงต้องขอขาและหนีบแขน กำมือที่จับผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้แน่น โดยมือและแขนอยู่แนบลำตัวมากที่สุด
5. ควรยกผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างสมดุล ให้น้ำหนักตกที่ศูนย์กลางลำตัว เพื่อความปลอดภัยของ ผู้ยกและทำให้ออกแรงได้เต็มที่
6. เน้นความปลอดภัยในการยกและเคลื่อนย้ายด้วยความละมุนละม่อมที่สุด
7. อย่าเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดยไม่จำเป็น ยกเว้นอาการไม่ปลอดภัยหรือสถานการณ์ที่เกิดเหตุไม่ปลอดภัย
8. ห้ามเคลื่อนย้ายผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังโดยไม่ได้ตามกระดูกก่อน
9. ห้ามเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดยที่ยังไม่ได้แก้ไขส่วนที่ได้รับบาดเจ็บ
10. ห้ามทิ้งผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่หมดสติอยู่เพียงลำพัง เพราะผู้ป่วยอาจมีอาการแยลงเมื่อไหร่ก็ได้
11. ห้ามทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงบาดเจ็บมากขึ้น
12. ห้ามทำในสิ่งที่ไม่รู้หรือไม่แน่ใจ ในกรณีที่ไม่ว่าจะแน่ใจว่าจะทำอย่างไร อย่าตัดสินใจกระทำในสิ่งที่ไม่รู้โดยเด็ดขาด

กรณีผู้ช่วยเหลือ 1 คน

การประคองเดิน ใช้สำหรับผู้ป่วยผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึงพิงรู้สึกตัวดีและพอจะช่วยเหลือตัวเองได้ไม่มีกระดูกหรือกระดูกหลังหักและผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึงพิงตัวใหญ่พอกับผู้ช่วยเหลือ

การอุ้ม ถ้าผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึงพิงตัวเล็กกว่าผู้ช่วยเหลือมากและไม่มีกระดูกหักที่ใดๆ การอุ้มจะเป็นการเคลื่อนย้ายที่สะดวก รวดเร็วและปลอดภัย ดังแสดงตามภาพด้านล่างนี้



ภาพแสดงการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บรุนแรงและ/หรือไม่รู้สีกตัว

กรณีผู้ช่วยเหลือ 1 คน ดังนี้

- การลาก
- การอุ้มแบก



กรณีผู้ช่วยเหลือ 2 คน

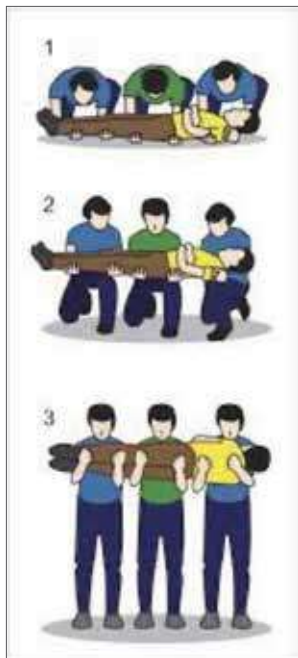
การประคองเดิน ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงพอช่วยตัวเองได้ ไม่มีกระดูกขาหรือกระดูกสันหลังหัก

การอุ้มคนละข้างของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ถ้าผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงรู้สึกตัวดี ควรให้ผู้ป่วยเอามือโอบบ่าของผู้ช่วยเหลือทั้งสอง



กรณีผู้ช่วยเหลือ 3 คน

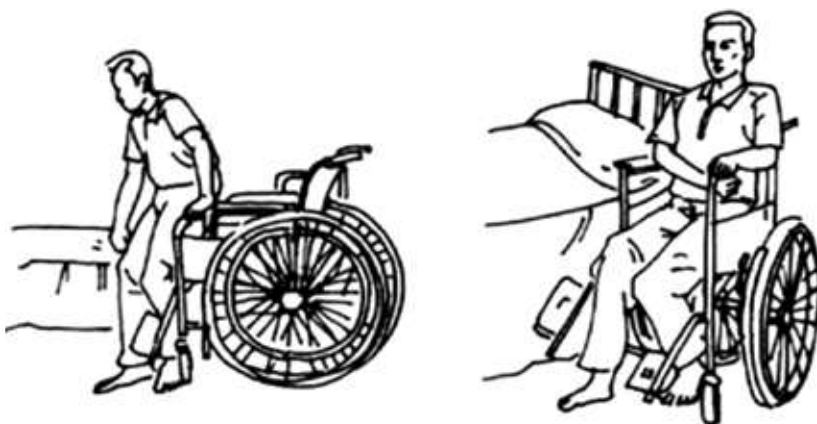
การอุ้มสามคนเรียง เหมาะสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงในรายที่ไม่รู้สึกตัว ต้องการอุ้มวางบนเตียงหรืออุ้มผ่านทางแคบ



การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงจากเตียงไปรถเข็น

โดยผู้ดูแลหรือผู้เคลื่อนย้ายบอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงปฏิบัติตาม ดังนี้

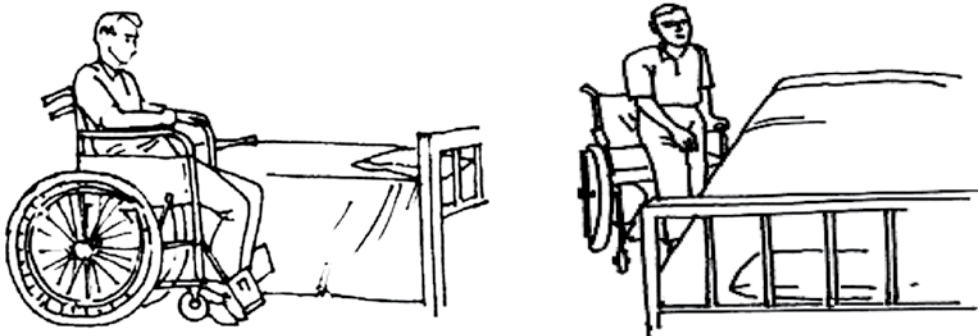
- ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงลุกขึ้นนั่งห้อยขาลงข้างเตียง รถเข็นตั้งอยู่ทางด้านที่ปกติของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงโดยทำมุมประมาณ 45 องศา และล็อกล้อรถเข็นไว้
- ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงโน้มตัวลุกขึ้นยืนด้วยความระมัดระวัง
- เมื่อยืนได้มั่นคงดีแล้ว ใช้มือข้างที่ปกติจับที่วางแขนของรถเข็น (ที่อยู่ใกล้ตัว) ก้าวขาข้างที่ปกติไปหารถเข็น พร้อมกับการหันตัวและก้มตัวนั่งลงในรถเข็น



การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงจากรถเข็นไปเตียง

โดยผู้ดูแลหรือผู้เคลื่อนย้ายบอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงปฏิบัติตาม ดังนี้

- ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงนั่งในรถเข็นที่ตั้งทำมุมประมาณ 45 องศากับเตียง โดยให้ด้านที่ปกติของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเข้าหาเตียง ล็อกล้อรถเข็น และวางเท้าทั้งสองข้างลงบนพื้น
- มือข้างที่ปกติจับที่วางแขนแล้วโน้มตัวลุกขึ้นยืนด้วยความระมัดระวัง





- ย้ายมือจากที่วางแขนไปยังที่นอน แล้วก้าวขาข้างที่ปกติไปด้านหน้าเล็กน้อย
- หันลำตัวและย้ายตัวกลับลงไปในนั่งบนเตียง



เครื่องช่วยเดิน (Gait Aids)

เป็นอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับผู้ที่มีความบกพร่องในการเดิน การทรงตัว หรือมีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขา รวมทั้งผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง เพื่อช่วยพยุงร่างกายให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ได้แก่ โครงเหล็กช่วยเดิน ไม้ค้ำยัน ไม้เท้า เป็นต้น

กลุ่มหรืออาการของโรคที่ต้องใช้เครื่องช่วยเดิน

1. โรคทางกระดูกและกล้ามเนื้อ ได้แก่

ภาวะบาดเจ็บจากกระดูกหัก เอ็นฉีกขาด

- การอักเสบของข้อ อาการปวดจากความเสื่อมของข้อเข่า ข้อสะโพก ข้อเท้า
- อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อจากภาวะการไม่ได้ใช้งานนานๆ
- ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการเปลี่ยนข้อเข่า ข้อสะโพก
- ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ถูกตัดขาในระดับต่างๆ

2. โรคทางระบบประสาท ได้แก่

- โรคหลอดเลือดสมองอุดตันหรือหลอดเลือดสมองแตก ทำให้แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก

- โรคไขสันหลังระดับอกหรือเอวบาดเจ็บ ทำให้กล้ามเนื้อขาอ่อนแรงครึ่งท่อนหรือ กล้ามเนื้ออ่อนแรงทั้งตัวแบบไม่สมมาตร

- โรคระบบประสาทที่ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือเสียการทรงตัว กล้ามเนื้ออ่อนแรงจากโรคระบบประสาทส่วนปลายต่างๆ

3. ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

- ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีสมรรถภาพถดถอย (functional decline) จากโรคเรื้อรัง โรคข้อเข่าเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง

- โรคของการมองเห็น กล้ามเนื้ออ่อนแรง การเดินทรงตัวไม่ดีทำให้หกล้มได้ง่าย โรคหัวใจและปอดทำให้เหนื่อยง่าย

- ผลจากการนอนรักษาในโรงพยาบาลนานๆ ผู้สูงอายุผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงจะเกิดภาวะการปรับสภาพ (deconditioning) ได้เร็วและรุนแรงกว่าผู้ป่วยวัยอื่น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดแรงกดหรือแรงกระทำต่อข้อต่อของขาและลำตัวส่วนล่างที่มีรอยโรค
2. เพื่อเพิ่มพื้นที่ฐานในการรับน้ำหนักและเพิ่มความมั่นคงในการยืน เดิน
3. เพื่อช่วยในการทรงตัว

ประเภทอุปกรณ์ช่วยเดิน

1. ไม้ค้ำยัน (crutches) เป็นเครื่องช่วยเดินที่มีจุดสัมผัสกับร่างกายผู้ใช้ 2 จุด โดยมักใช้ในผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีอาการอ่อนแรงของขา มีการบาดเจ็บหรือรอยโรคที่ขา การเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันต้องใช้แขนยันลงบนไม้ ค้ำยันพร้อมกันทั้ง 2 ข้าง ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงจึงต้องมีกล้ามเนื้อแขนที่แข็งแรง แบ่งออกได้เป็น 2 แบบ คือ

- 1.1 ไม้ค้ำยันรักแร้ (Axillary crutches) ช่วยรับน้ำหนักตัวผู้ใช้ได้ถึงร้อยละ 80 ของน้ำหนักตัวและช่วยทรงตัวได้ดี ข้อดีคือ ใช้งานง่าย หาซื้อได้ทั่วไป ราคาไม่แพง

- 1.2 ไม้ค้ำยันที่ความสูงต่ำกว่ารักแร้ ได้แก่ Lofstrand crutches หรือ Forearm crutches, Platform crutches และ Canadian (Triceps) crutches

การวัดความยาวของไม้ค้ำยันความยาวของไม้ค้ำยันมีความสำคัญต่อลักษณะการเดินของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงมาก

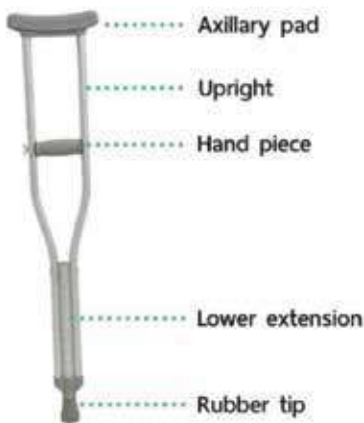
1. ถ้าไม้ค้ำยันยาวเกินไป ผลเสีย คือ ทำให้ผู้ใช้งานเดินยกไหล่ ไม่มั่นคง และย่นตัวพื้นพื้นลำบาก กดเส้นเลือดและเส้นประสาทบริเวณใต้รักแร้

2. ถ้าไม้ค้ำยันสั้นเกินไป ผลเสีย คือ ทำให้ผู้ใช้งานต้องก้มหลังขณะเดิน ทำให้ปวดหลัง อาจทำให้ไม้ค้ำยันหลุดจากรักแร้ เกิดการหกล้มได้ง่าย

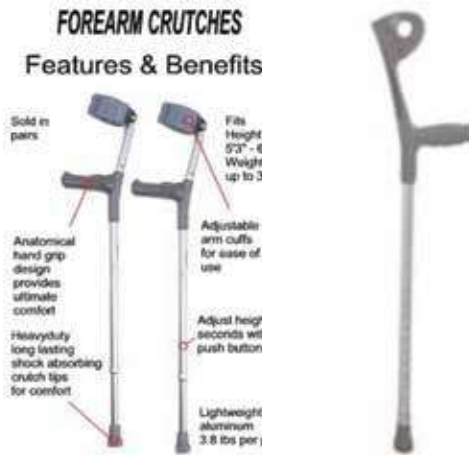
3. ถ้าระดับมือจับสูงเกินไป ผลเสีย คือ ทำให้ผู้ใช้งานต้องงอศอกมากขึ้น ต้องใช้แรงมากในการยันตัวให้พ้นพื้น

ภาพแสดงตัวอย่างไม้ค้ำยัน

ไม้ค้ำยันรักแร้



ไม้ค้ำยันที่ความสูงต่ำกว่ารักแร้



วิธีการวัดความยาวไม้ค้ำยัน Axillary crutches

การวัดในท่ายืน

- ความสูงที่เหมาะสม วัดจากระยะของรักแร้ถึงพื้นในจุดที่ห่างจากด้านข้างนิ้วก้อยเท้าของผู้ใช้งานประมาณ 6 นิ้วฟุต ขณะยืนนิ้วโป้งเท้าห่างกันประมาณ 4 นิ้วฟุต

- ระดับความสูงของ Hand piece ที่เหมาะสมคือ ระดับที่

- ผู้ใช้งานกำ Hand piece แล้วข้อศอกงอ 30 องศา และหัวไหล่สองข้างอยู่ในแนวระนาบ

- ถ้ายังทรงตัวไม่ดี ให้ยืนในบาร์คู่นาน วัดจากจุดต่ำจากขอบรักแร้ด้านหน้าประมาณ 2 นิ้วมือ ไปยังจุดบนพื้นซึ่งห่างจากปลายนิ้วก้อยออกมาด้านข้าง 6 นิ้วฟุต และตั้งฉากไปด้านหน้า 6 นิ้วฟุต

การวัดในท่านั่ง

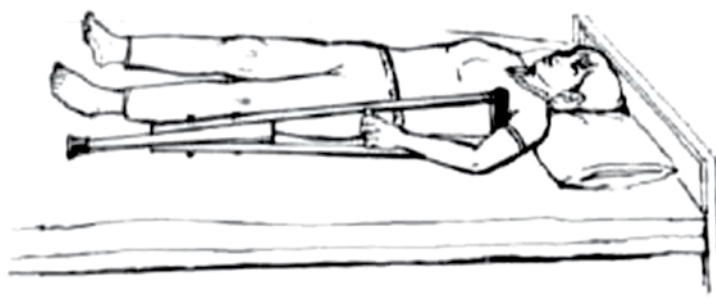
โดยนั่งตัวตรงกางแขนสองข้างขึ้นระดับเดียวกับหัวไหล่ แขนข้างหนึ่งให้ข้อศอกและนิ้วเหยียดตรง แขนอีกข้างหนึ่งงอข้อศอก 90 องศาและกำมือในลักษณะปลายนิ้วหัวแม่มือชี้ขึ้น ความยาวของไม้ค้ำวัดจากจุดปลายสุดของข้อศอก (Olecranon process) ข้างที่งอไปถึงปลายสุด ของนิ้วที่ยาวที่สุดของแขนข้างที่เหยียด



การวัดในท่านอน

ให้ผู้สูงอายุหรือผู้ใช้งานนอนหงาย ปลายเท้าห่างกันประมาณ 4 นิ้วฟุต นอนตัวตรงไหล่ไม่เอียง วัดได้ 2 วิธี คือ

- วัดความยาวจากข้อบรักแร้ด้านหน้าถึงส้นเท้า แล้วบวกเพิ่มอีก 1-2 นิ้วฟุต
- วัดจากจุดที่ต่ำจากข้อบรักแร้ด้านหน้า กว้างประมาณ 2 นิ้วมือ ไปยังจุดซึ่งห่างจากปลายนิ้วก้อยเท้าออกมาด้านข้าง 6 นิ้วฟุต



วิธีการเดินโดยใช้ไม้ค้ำยัน

1. Four-point alternate crutch gait เป็นการลงน้ำหนัก 4 ครั้งใน 1 รอบการเดิน จังหวะการก้าวเป็นลำดับคือ ไม้ค้ำยันข้างซ้ายตามด้วยขาขวา ไม้ค้ำยันข้างขวาตามด้วยขาซ้าย ข้อดีคือเป็น ท่าเดินที่มีความมั่นคงที่สุด เนื่องจากมีจุดรับน้ำหนัก 3 จุดตลอดเวลา

ข้อเสียคือ เดินได้ช้า ใช้ในกรณีที่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงมีรอยโรค ที่ขาสองข้าง และเป็นการลงน้ำหนักที่ขาสองข้างเพียงบางส่วน (bilateral partial weight bearing)

2. Two-point alternate crutch gait มีการลงน้ำหนัก 2 ครั้งใน 1 รอบการเดิน จังหวะการเดินคือ ไม่ค้ำยันซ้ายไปพร้อมกับขาขวา ตามด้วยไม่ค้ำยันขวาไปพร้อมกับขาซ้าย ในแต่ละช่วงจะมีจุดรับน้ำหนักเพียง 2 จุดเท่านั้น ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงจึงควรมีการทรงตัวที่ดีพอควร ข้อบ่งชี้ในการเดินเหมือน แบบ Four-point alternate crutch gait แต่มักจะเดินได้เร็วกว่า

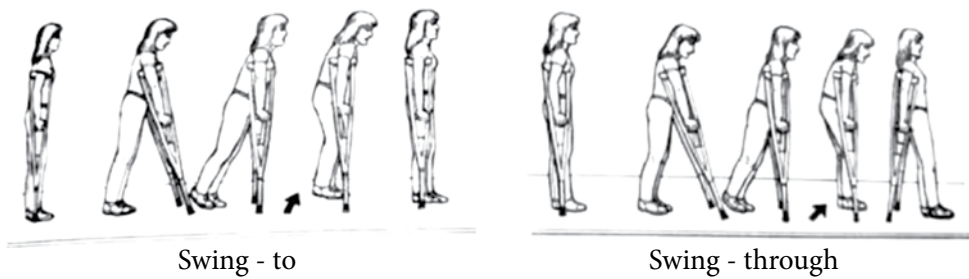
3. Three-point crutch gait มีการลงน้ำหนัก 3 ครั้งใน 1 รอบการเดิน จังหวะการเดินคือ ไม่ค้ำยันทั้งสองข้างและขาข้างที่มีรอยโรคนำไปก่อนพร้อมกัน ตามด้วยขาข้างที่ปกติ มาเสมอกับไม่ค้ำยันหรือเลยไปเล็กน้อย ใช้ในกรณีที่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีขาข้างหนึ่งแข็งแรง และมีรอยโรคที่ขาอีกข้างหนึ่ง ซึ่งสามารถลงน้ำหนักที่ได้ทั้งแบบบางส่วนหรือไม่ลงน้ำหนักข้างนั้นเลย (unilateral partial-weight or non-weight bearing)

4. Tripod crutch gait แบ่งเป็น Tripod alternate gait กับ Tripod simultaneous gait ใช้ในผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงอัมพาตครึ่งท่อนล่าง (paraplegia) ลักษณะการเดินคือ ยกไม่ค้ำยันไปข้างหน้าพร้อมกัน 2 ข้าง (simultaneous) หรือทีละข้าง (alternate) ออกแรงเหยียดศอก กดไหล่ ใช้น้ำหนักตัวลงบนไม้แล้วลากขามาด้านหน้าจนอยู่ระดับเดียวกับไม้ (drag to)

5. Swing crutch gait เป็นการเดินเหวี่ยงขาและลำตัว โดยอาศัยแรงจากแขนทั้งสองข้างที่กดลงไม่ค้ำยัน ใช้ในกรณีที่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงมีกำลังขาสองข้างอ่อนแรงอย่างมาก (paraplegia) ในการเดินแบบนี้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงจะต้องมีกำลังแขนและการทรงตัวที่ดีมาก แบ่งได้เป็นแบบย่อย คือ

5.1 Swing to crutch gait เป็นการเดินโดยเหวี่ยงลำตัวและขาไปด้านหน้าโดยให้เท้าวางตัวในแนวเดียวกับไม่ค้ำยันทั้งสองข้างแตะพื้น จังหวะการเดินคือ ยกไม้สองข้างไปข้างหน้าพร้อมกัน ตามด้วยใช้กำลังแขนและลำตัวส่วนบนกดไม้ค้ำยันแล้วเหวี่ยงลำตัวตามไป

5.2 Swing through crutch gait เป็นการเดินโดยเหวี่ยงลำตัวและขาไปด้านหน้าโดยให้เท้าวาง เลยแนวไม้ค้ำยันทั้งสองข้างแตะพื้น จะเดินได้เร็วกว่า Swing to crutch gait แต่ต้องใช้กำลังของช่วงแขนและลำตัวมากกว่า



การขึ้นบันได (กรณีมีราวบันได)

โดยผู้ดูแลและผู้สูงอายุหรือผู้มีความพิการพึงปฏิบัติ ดังนี้

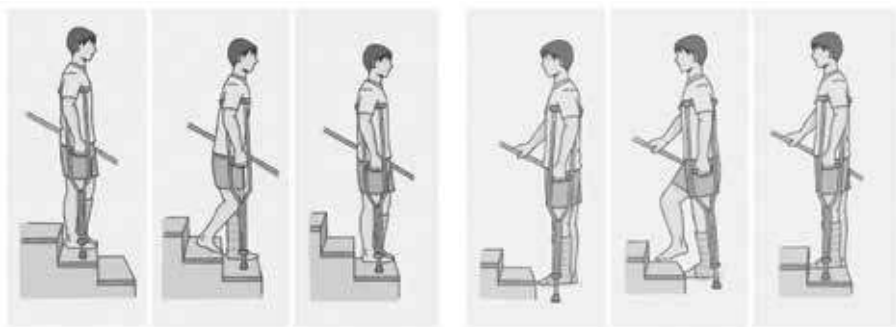
- ผู้สูงอายุหรือผู้มีความพิการยืนชิดขอบบันได
- มือข้างหนึ่งจับราวบันได ส่วนมืออีกข้างหนึ่งรวบไม้ค้ำยันทั้งสองข้างมาไว้ใต้รักแร้
- ออกแรงที่มือทั้งสองข้าง ยกตัวขึ้นพร้อมกับก้าวขาข้างที่แข็งแรงขึ้นบันได

ขึ้นถัดไป (ขาดีขึ้น)

- ถ่ายน้ำหนักตัวไปขาข้างที่แข็งแรง ก้าวขาข้างที่มีปัญหาพร้อมกับยกไม้ค้ำยันขึ้น

ไปวางบนบันไดขั้นเดียวกัน

- ขึ้นบันไดขั้นต่อไปด้วยวิธีการข้างต้น



การลงบันได (กรณีมีราวบันได)

โดยผู้ดูแลและผู้สูงอายุหรือผู้มีความพิการพึงปฏิบัติ ดังนี้

- ผู้สูงอายุหรือผู้มีความพิการขยับขาให้อยู่ชิดขอบบันไดขั้นที่ยืนอยู่
- ยกไม้ค้ำยันทั้งสองข้างพร้อมขาข้างที่มีปัญหาลงมาขึ้นถัดไป
- มือข้างหนึ่งกดที่ไม้ อีกข้างหนึ่งกดราวบันได ก้าวขาข้างที่แข็งแรงตามลงมาที่ขั้น

เดียวกัน

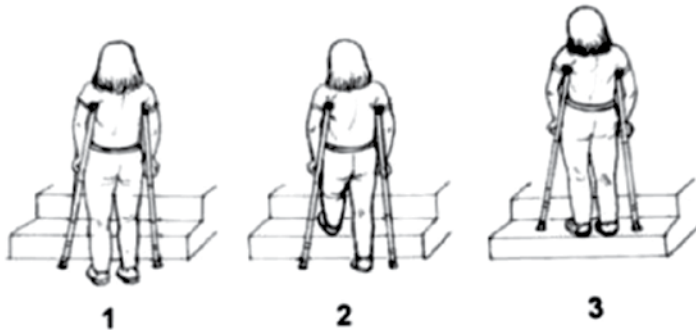
การขึ้นบันได (กรณีไม่มีราวบันได)

โดยผู้ดูแลแจ้งผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงปฏิบัติ ดังนี้

- ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงยืนชิดขอบบันได
- ลงน้ำหนักที่มือจับทั้งสองข้างของไม้ค้ำยัน พร้อมกับก้าวขาข้างที่แข็งแรงขึ้นบันได

ขึ้นถัดไป (ขาดิขึ้น)

- ถ่ายน้ำหนักไปขาข้างที่ดีและที่มือจับทั้งสองข้าง
- ก้าวขาข้างที่มีปัญหาขึ้นมาบนบันไดขั้นเดียวกัน พร้อมกับยกไม้ค้ำยันขึ้นมาด้วย
- ขึ้นบันไดขั้นต่อไปด้วยวิธีการข้างต้น



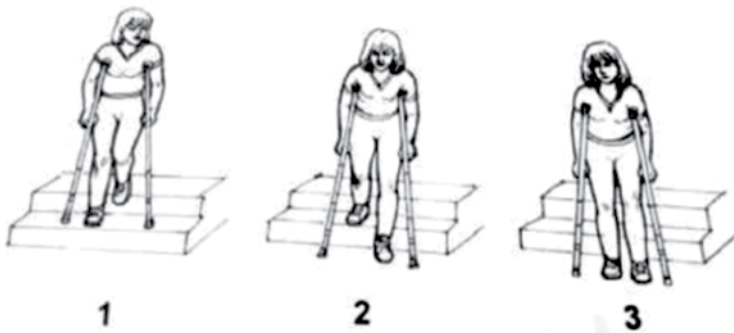
การลงบันได (กรณีไม่มีราวบันได)

โดยผู้ดูแลแจ้งผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงปฏิบัติ ดังนี้

- ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงขยับขาให้อยู่ชิดขอบบันไดขั้นที่ยืนอยู่
- ยกไม้ค้ำยันทั้งสองข้างพร้อมขาข้างที่มีปัญหาลงมาบนบันไดขั้นถัดไป โดยลงน้ำหนัก

ที่มือจับของไม้ค้ำยันทั้งสองข้าง หรืออาจลงน้ำหนักขาข้างที่มีปัญหาเล็กน้อยในกรณีที่ขาข้างนั้นสามารถลงน้ำหนักได้บ้าง (partial weight bearing)

- ก้าวขาข้างที่ดีตามลงมาที่ระดับเดียวกัน



ภาพการเงินลงบันได

2. **ไม้เท้า (cane)** เป็นอุปกรณ์ช่วยเดินที่นิยมใช้กันมาก ให้ความมั่นคงในการเดินน้อยที่สุด ไม้เท้าช่วยเพิ่มฐานการรับน้ำหนัก เพิ่มความมั่นคงในการเดินและลดการลงน้ำหนักที่ลงบนขาข้างที่มีรอยโรค โดยแบ่งเบาน้ำหนักของขาข้างตรงข้ามกับข้างที่ถือไม้เท้าได้ร้อยละ 20-25 ของน้ำหนักตัว ในผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟิงฟิงแขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก (Hemiparesis) ไม้เท้ายังสามารถช่วยในการเดินโดยทดแทนกำลังขาข้างที่อ่อนแรง (compensate for weakness muscle)

ประเภทของไม้เท้า



1. **ไม้เท้าปุ่มเดียว (Single cane)** มีจุดรับน้ำหนักเพียงจุดเดียว ไม่เกะกะเวลาใช้เดิน แต่ให้ความมั่นคงน้อย

2. **ไม้เท้า 3 ปุ่ม (Tripod cane)** ให้ความมั่นคงมากกว่าไม้เท้าปุ่มเดียว แต่เกะกะอาจเกี้ยวขาโต๊ะหรือเก้าอี้เวลาเดิน ควรเลือกใช้ในกรณีที่ต้องการความมั่นคงในการเดินมาก ถ้ากำลังกล้ามเนื้อขาดีขึ้น หรืออาการปวดลดลงจึงให้เปลี่ยนไปใช้เป็นไม้เท้าปุ่มเดียว

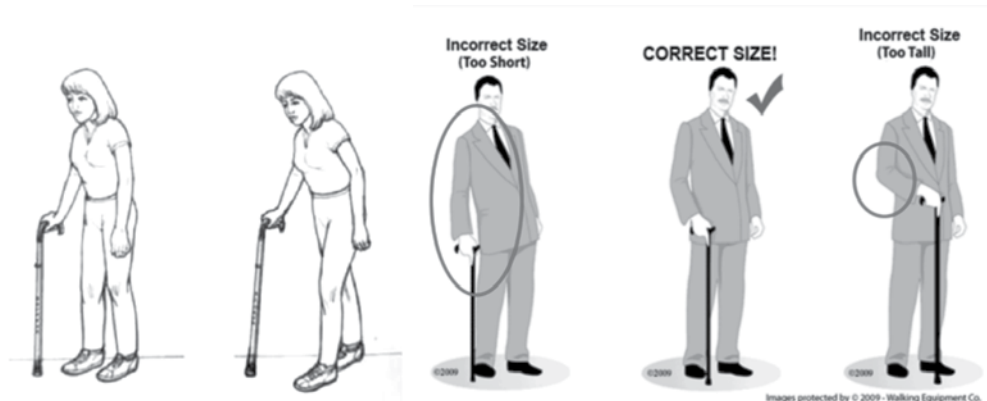
3. **ไม้เท้า 4 ปุ่ม (Quadripod cane)** มีความมั่นคงมาก มีฐานการรับน้ำหนักหลายขนาด

4. **Walkane หรือ Hemi-walker** เป็นเครื่องช่วยเดินที่มีลักษณะผสมระหว่างไม้เท้ากับโครงโลหะช่วยเดิน ให้ความมั่นคงสูงที่สุดในกลุ่มนี้ เนื่องจากมีฐานรับน้ำหนักกว้าง และช่วยพยุงด้านข้างได้ดี

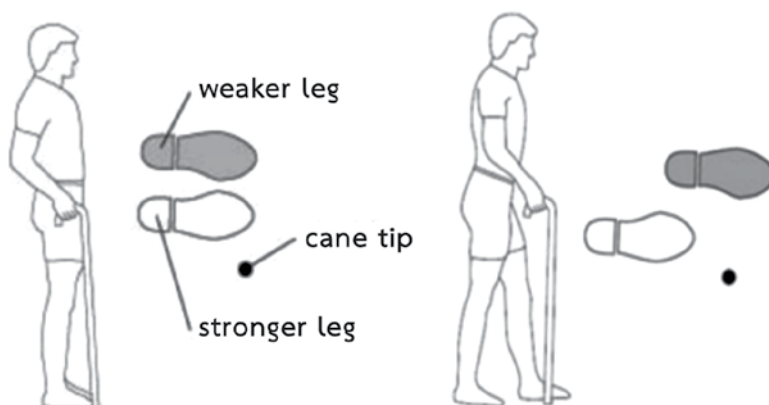
การวัดความยาวของไม้เท้า

ความยาวของไม้เท้าที่เหมาะสมคือ วางไม้เท้าห่างจากปลายเท้า (นิ้วก้อย) ทางด้านหน้าเฉียงไปด้านข้าง ประมาณ 10 นิ้ว มือจับของไม้เท้าอยู่ที่ระดับปุ่มกระดูกตรงข้อสะโพก เมื่อผู้ใช้งานยืนถือไม้เท้าข้อศอกต้องงอ 20-30 องศา บ่าทั้งสองข้างอยู่ในระดับเดียวกันถ้า

ไม้เท้ายาวเกินไป ข้อศอกของผู้ใช้งานจะงอมากและไหล่ข้างที่ถือไม้เท้าจะยกสูงขึ้นทำให้รับน้ำหนักได้ไม่เต็มที่ ถ้าไม้เท้าสั้นเกินไปข้อศอกข้างที่ถือไม้เท้าจะเหยียดมากเกินไปและต้องเดินโน้มตัวไปด้านหน้ามาก



วิธีการเดินด้วยไม้เท้า ให้ถือไม้เท้าตรงข้ามกับขาข้างที่มีรอยโรค จังหวะการเดินคือ ให้ยกไม้เท้าตามด้วยขาข้างที่มีรอยโรค และขาข้างปกติตามลำดับ แต่ถ้าต้องการให้เดินได้ไวขึ้นให้ยกไม้เท้าไปพร้อมกับขาข้างที่มีรอยโรคแล้วตามด้วย ขาข้างที่ปกติ



การฝึกเดิน

- ใช้มือข้างที่ปกติจับไม้เท้า
- ยกไม้เท้าไปข้างหน้าก่อน
- ก้าวเท้าข้างที่อ่อนแรงก่อน
- ก้าวเท้าข้างที่ปกติตามมา

การขึ้น-ลงบันได

การขึ้นบันได ให้ก้าวขาข้างที่ปกติขึ้นก่อนแล้วตามด้วยไม้เท้าพร้อมขาข้างที่มีรอยโรค
การลงบันได ให้ก้าวขาข้างที่มีรอยโรคลงพร้อมกับไม้เท้าแล้วตามด้วยขาข้างที่ปกติ

โครงโลหะช่วยเดิน (walker) เป็นเครื่องช่วยเดินที่มีลักษณะคล้ายราวคู่ มีฐานการรับน้ำหนักกว้างที่สุดจึงให้ความมั่นคงได้มากที่สุด เหมาะสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟั้กฟั้กที่ไม่ต้องการลงน้ำหนักบนขาข้างที่เจ็บ หรือผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟั้กฟั้กที่มีปัญหาในการทรงตัว หรือผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟั้กฟั้กหลังจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อ ข้อเสียคือ เกะกะโดยเฉพาะในเวลาขึ้นลงบันได

ชนิดของโครงโลหะช่วยเดิน

- แบบธรรมดา (Pick up walker หรือ Standard walker) เป็นโครงโลหะช่วยเดินมาตรฐาน มีขา 4 ขา เวลาใช้ต้องยกโครงโลหะไปข้างหน้าก่อนจะก้าวตามไป ผู้สูงอายุหรือผู้ใช้งานมักจะเดินได้ช้าแต่มั่นคง ปัจจุบันมีแบบพับเก็บได้ (Folding walker) เพื่อความสะดวกในการขนย้ายขึ้นรถ



- แบบมีล้อ (Wheeled walker หรือ Rolling walker) เป็นโครงโลหะที่มีล้อใช้เข็นไปด้านหน้าแทนการยก เหมาะกับผู้สูงอายุหรือผู้ใช้งานที่มีกล้ามเนื้อแขนอ่อนแรงที่ไม่สามารถยกแบบธรรมดาได้ มีทั้งชนิด 2 ล้อและ 4 ล้อ ถ้าแบบ 4 ล้อต้องมีเบรกเพื่อช่วยห้ามล้อและขณะใช้จะต้องระวังเรื่องการลื่นล้ม



การวัดความสูงของโครงโลหะช่วยเดิน

ให้ผู้สูงอายุหรือผู้ใช้งานยืนใน walker โดยให้มือจับทั้งสองด้านของ walker อยู่ในระดับเดียวกับปุ่มกระดูก greater trochanter หรืออยู่ในระดับที่ข้อศอกงอ 20 องศาทั้งสองข้างอยู่ในระนาบตรงเดียวกัน



วิธีการเดินโดยโครงโลหะช่วยเดิน

ผู้สูงอายุหรือผู้ใช้งานจะต้องยืนทรงตัวได้ดีพอสมควร เนื่องจากขณะที่มียกโครงโลหะไปวางข้างหน้าผู้สูงอายุหรือผู้ใช้งานไม่มีหลัก ในการเกาะ ถ้าทรงตัวไม่ดีอาจจะล้มได้

ถ้าเดินแบบไม่ลงน้ำหนักของขาข้างใดข้างหนึ่ง (unilateral non weight bearing) ผู้สูงอายุหรือผู้ใช้งานจะต้องงอขาข้างนั้นลอยไว้แล้วยกโครงโลหะช่วยเดินไปวางไว้ข้างหน้าประมาณ 12 นิ้ว หรือ 1 ก้าว แล้วกดน้ำหนักลงที่มือทั้งสองข้างในขณะที่ก้าวขาข้างปกติไปข้างหน้าคล้ายกับการกระโดดขาเดียว

ถ้าผู้สูงอายุหรือผู้ใช้งานสามารถลงน้ำหนักได้ทั้งสองขาให้ยกโครงโลหะไปวางไว้ข้างหน้าแล้วก้าวเท้าใด เท้าหนึ่งไปอยู่ที่ตำแหน่งประมาณกึ่งกลางโครงโลหะ ตามด้วยเท้าอีกข้างไปวางในระดับเดียวกับเท้าแรก ถ้าผู้สูงอายุหรือผู้ใช้งานวางเท้าเลยกึ่งกลางโครงโลหะไปด้านหน้าผู้สูงอายุหรือผู้ใช้งานอาจเสียการทรงตัวล้มหายหลังได้

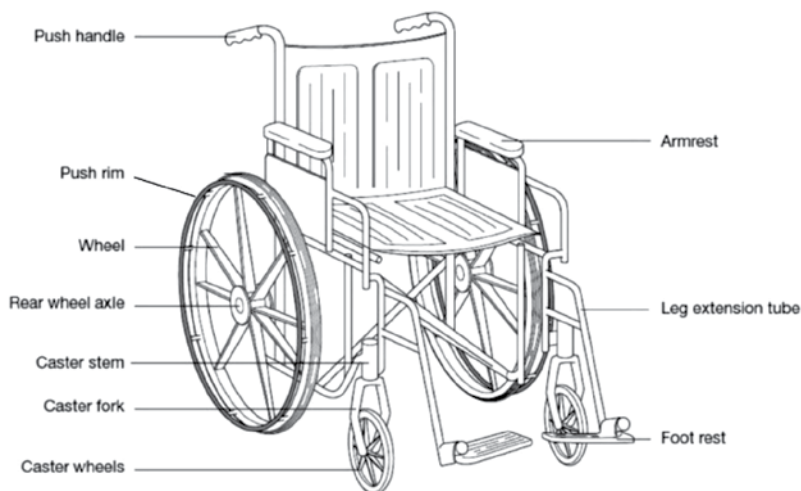
รถเข็นนั่ง (Wheelchair)

ใช้สำหรับผู้สูงอายุหรือผู้ใช้งานที่ไม่สามารถเดินหรือเคลื่อนที่ได้ด้วยตนเอง เนื่องจากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ เป็นอัมพาต ขาขาด การทรงตัวเสีย มีข้อห้ามในการลงน้ำหนัก เช่น มีอาการปวด กระดูกขาหัก 2 ข้าง เป็นต้น

ประเภทของรถเข็นนั่ง

1. รถเข็นนั่งสำหรับใช้อาคารหรือพื้นที่จำกัด (Indoor wheelchair) มีล้อใหญ่ (wheel) อยู่ด้านหน้า ส่วนล้อเล็ก (caster) อยู่ทางด้านหลัง ทำให้ง่ายเลี้ยวแคบ เหมาะใช้ในพื้นที่จำกัด เช่น โรงพยาบาล เป็นต้น

2. รถเข็นนั่งภายนอกอาคาร (Outdoor wheelchair) มีล้อใหญ่อยู่ด้านหลัง ทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้ใช้งานเข็นเองได้ง่าย ส่วนล้อเล็กอยู่ด้านหน้า มีหลายแบบ เช่น



2.1 รถเข็นนั่งแบบธรรมดา (Standard wheelchair) รถเข็นนั่งแบบธรรมดาเหมาะสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้ใช้งานผู้ใหญ่โดยทั่วไปที่ใช้แขน 2 ได้ปกติ ถ้ามี Sling type seat และ cross linkage bar จะสามารถพับเก็บได้

2.2 รถเข็นนั่งประเภทกีฬา (Sport wheelchair) มีหลายประเภทกีฬา โดยทั่วไปไม่สามารถพับเก็บได้ (rigid frame) ขนาดเล็ก น้ำหนักเบา ล้อเล็กขนาด 5 นิ้วและล้อทำมุมเอียง (camber) มากกว่า เพื่อให้หมุนง่าย วงเลี้ยวแคบและมั่นคง เหมาะสำหรับผู้ที่มีการทรงตัวดี

2.3 Reclining wheelchair รถเข็นนั่งประเภทนี้ ปรับพนักพิงได้ เหมาะสำหรับ ผู้ที่มีปัญหา orthostatic hypotension ปรับให้หัวต่ำเวลามีอาการเวียนศีรษะ และใช้สำหรับ ผู้ที่มีปัญหาเรื่องการทรงตัว เช่น ผู้ป่วยอัมพาตทั้งตัว แบ่งรถชนิดนี้ได้เป็น 2 ประเภท คือ Semi-recliner ปรับพนักพิงลงได้ 30 องศา และ Full recliner ปรับพนักพิงลงได้ถึง 90 องศา

2.4 One-arm drive wheelchair รถเข็นนั่งประเภทนี้ hand rim 2 อันจะอยู่ข้างเดียวกัน hand rim อันใหญ่จะควบคุมล้อข้างเดียวกัน ส่วน hand rim อันเล็กจะควบคุมล้อด้านตรงข้าม ใช้สำหรับผู้ป่วยที่สามารถใช้แขนได้ข้างเดียวที่จำเป็นต้องใช้รถเข็นนั่ง เช่น ผู้สูงอายุหรือผู้ใช้งานโรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุหรือผู้ใช้งานบาดเจ็บที่สมอง เป็นต้น

แต่เนื่องจากว่ามีราคาแพงจึงมักแนะนำให้ผู้สูงอายุหรือผู้ใช้งานใช้ standard wheelchair และยก foot plate ของขาข้างที่ดีขึ้น แล้วให้ใช้แขนข้างที่ดีควบคุม hand rim ข้างเดียวกัน ร่วมกับการใช้ขาข้างที่ดีในการควบคุมทิศทาง

2.5 Standing wheelchair สามารถปรับยืนได้โดยใช้แรงของแขน หรือ แรงมอเตอร์ ทำให้ ผู้สูงอายุหรือผู้ใช้งานทำงานในท่ายืนได้ เปลี่ยนจุดลงน้ำหนักที่กันช่วยป้องกัน แผลกดทับ มีการลงน้ำหนักที่ขา ช่วยชะลอการสูญเสียมวลกระดูก

2.6 Motorized wheelchair สามารถขับเคลื่อนโดยใช้เครื่องยนต์ และใช้มือควบคุมการ ขับเคลื่อนโดยโยกคันบังคับ ส่วนใหญ่มีราคาสูง

2.7 Amputee wheelchair ใช้สำหรับผู้พิการขาขาดทั้ง 2 ข้าง รถประเภทนี้ แตกต่างจากมาตรฐานคือล้อใหญ่ถูกปรับลดไปด้านหลังอีก 1.5 นิ้ว เพื่อเพิ่มความมั่นคง ลดโอกาสหงายหลังล้ม

ตัวอย่างภาพรถเข็นแต่ละชนิด ดังนี้



ภาพ รถเข็นนั่งสำหรับใช้อาคาร



ภาพ 2.1 รถเข็นนั่งแบบธรรมดา



ภาพ 2.2 รถเข็นนั่งประเภทกีฬา



ภาพ 2.3 Reclining wheelchair



ภาพ 2.4 One-arm drive wheelchair



ภาพ 2.5 Standing wheelchair



ภาพ 2.6 Motorized wheelchair



ภาพ 2.7 Amputee wheelchair

อุปกรณ์เสริมรถเข็นนั่ง

1. Chest strap (Safety belt) ใช้เพื่อรัดลำตัวติดกับพนักพิง เหมาะสำหรับ ผู้สูงอายุหรือผู้ใช้งานอัมพาตระดับสูงที่มีปัญหาการนั่งทรงตัว เพื่อป้องกันไม่ให้ตัวไถลตกจากรถ
2. Hand rim projection เพื่อทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้ใช้งานที่แขนและกล้ามเนื้อมือ อ่อนแรงสามารถเข็นรถนั่งคนพิการได้ง่ายขึ้น
3. Anti-tipper ใช้ติดกับ tipping lever เพื่อป้องกันรถล้มหายหลัง
4. เบาะรองนั่ง (Cushion) ใช้ลดและกระจายแรงกดที่ก้นเพื่อป้องกันแผลกดทับ แนะนำให้ใช้สำหรับผู้สูงอายุหรือผู้ใช้งานทุกคนที่ใช้รถเข็นนั่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุหรือ ผู้ใช้งานบาดเจ็บไขสันหลัง เบาะรองนั่งมีหลายชนิด เช่น air-filled villous, gel-filled, foam เป็นต้น ถ้าวัดแรงกดที่ปุ่มกระดูกก้นย้อยแล้ว แรงกดยังสูงอยู่ แนะนำตัด ฟองน้ำให้เข้ากับรูป ก้นเพื่อกระจายแรงกด

บรรณานุกรม

ดุจใจ ชัยวานิชศิริ, วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล, บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู.

พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.

วันทนีย์ วรรณเสชตา. เครื่องช่วยเดิน. ใน: ดุจใจ ชัยวานิชศิริ, วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล.

ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;

2552: หน้า 63-72.

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล บรรณาธิการ. การจัดการภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ. สมาคมพฒนา

วิทยาและ เวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย. ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์, กรุงเทพฯ; 2557.

วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล, ภัทรพล ยศเนืองนิตย์, สิริขวัญ ปัญญาศรีวิช, บรรณาธิการ.

ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย; 2560.

สยาม ทองประเสริฐ. อุปกรณ์ช่วยการเคลื่อนที่. ใน: จักรกริช กล้าผจญ. เวชศาสตร์ฟื้นฟู

สำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. เชียงใหม่: สุทินการพิมพ์; 2549: หน้า 36-42.

3.6 ความรู้เกี่ยวกับยาสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ภก.เอกรินทร์ วรทิจกร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต

3.6.1 ความหมายของ ยา

ยา มีความหมาย ตามมาตรา 4 ของพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 ดังนี้

- 1) วัตถุที่รับรองไว้ในตำรับยาที่รัฐมนตรีประกาศ
- 2) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับการวินิจฉัย บำบัด บรรเทา รักษา หรือป้องกันโรค หรือความเจ็บป่วยของมนุษย์หรือสัตว์
- 3) วัตถุที่เป็นเภสัชเคมีภัณฑ์หรือเภสัชเคมีภัณฑ์กึ่งสำเร็จรูป
- 4) วัตถุที่มุ่งหมายสำหรับให้เกิดผลแก่สุขภาพ โครงสร้างหรือการกระทำหน้าที่ใดๆ ของร่างกายของมนุษย์หรือสัตว์

3.6.2 การแบ่งประเภทของยา

ยา สามารถแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ใหญ่ๆ ดังนี้

- 1) ยาแผนปัจจุบัน หมายถึง ยาที่มุ่งหมายสำหรับการประกอบวิชาชีพ เวชกรรม การประกอบโรคศิลปะแผนปัจจุบันหรือการบำบัดโรคสัตว์
- 2) ยาแผนโบราณ หมายถึง ยาที่มุ่งหมายสำหรับการประกอบโรคศิลปะ แผนโบราณ หรือการบำบัดโรคสัตว์ ซึ่งอยู่ในตำรายาแผนโบราณที่รัฐมนตรีประกาศหรือยา ที่รัฐมนตรีประกาศเป็นยาแผนโบราณ หรือยาที่ได้รับอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนตำรับยาเป็นยา แผนโบราณ

นอกจากนี้อาจแบ่งประเภทตามระดับการควบคุมตามกฎหมาย เช่น ยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ ยาสามัญประจำบ้าน เป็นต้น

โดยที่ ยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษ ที่นอกเหนือจากยาโรคประจำตัวของผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงนั้น ผู้ประกอบกิจการไม่สามารถจัดหาไว้ในกิจการการดูแล ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้ เนื่องจาก ไม่ใช่สถานพยาบาลตามพระราชบัญญัติสถานพยาบาล พ.ศ. 2541 ซึ่งต้องสั่งจ่ายโดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม เท่านั้น ในที่ ผู้ประกอบการสามารถ จัดหายาสามัญประจำบ้านแผนปัจจุบันและยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณ แต่มาไว้ใช้ในกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้ และสามารถใช้ได้เองโดยไม่ต้องสั่งจ่าย

โดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม สำหรับรายการยาสามัญประจำบ้าน สามารถดูรายการยาได้จากประกาศกระทรวงสาธารณสุข อย่างไรก็ตาม หากจำเป็นต้องใช้ยาสามัญประจำบ้านกับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่พำนักอยู่ในกิจการ ควรใช้ตามความจำเป็นเท่านั้น หรือหากไม่มั่นใจควรปรึกษาแพทย์ เภสัชกร หรือพยาบาล ที่เป็นที่ปรึกษาของกิจการนั้นก่อน เนื่องจาก ยาสามัญประจำบ้าน อาจมีปฏิกิริยากับยาประจำตัวที่รับประทานอยู่แล้วหรือยาสามัญประจำบ้านแผนโบราณบางตัว อาจไม่เหมาะสมกับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีภาวะตับ ไต บกพร่อง เป็นต้น

3.6.3 แหล่งที่มาของยาที่ผู้สูงอายุผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงใช้

ยาที่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงใช้ อาจมีแหล่งที่มาจากสถานที่ต่อไปนี้ ได้แก่

- 1) ยาโรคประจำตัว ที่ได้รับจากสถานพยาบาล อาจได้มาจากโรงพยาบาลเดียวหรือจากหลายโรงพยาบาลหรือได้มาจากคลินิกเวชกรรม
- 2) ยารักษาโรคทั่วไปจากร้านขายยาแผนปัจจุบัน
- 3) ยาสามัญประจำบ้าน ที่สำรองไว้ใช้ในการรักษาอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น

3.6.4 ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการซึ่งแต่ละปัจจัยอาจมีความสัมพันธ์กันหรือส่งผลร่วมทำให้เกิดปัญหาการใช้ยาได้ ปัจจัยเหล่านี้ ได้แก่

- 1) ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและยาซึ่งจัดเป็นปัจจัยที่สำคัญ
- 2) ความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับโรค ยา บุคลากรทางการแพทย์และการบริการ
การใช้ยาของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงมีประสบการณ์มากในชีวิตจึงอาจมีความเชื่อและทัศนคติต่างๆ เช่น ความเชื่อเรื่องการสะสมของยาในร่างกายจนอาจเป็นพิษได้ถ้ารับประทานยาต่อเนื่องไปเรื่อย ๆ
- 3) การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา เช่น สายตา การได้ยิน ความจำ และการทำงานของไตและตับ
- 4) พฤติกรรมเกี่ยวกับยา ซื้อมารับประทานเองหรือชอบเก็บสะสมยา
- 5) จำนวนรายการยา มากกว่า 5 รายการ
- 6) อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น อาการที่ผิวหนัง ทางเดินอาหารและระบบประสาทส่วนกลาง
- 7) อันตรกิริยาของยา เช่น ยากับยา ยากับโรค และยากับอาหาร (รวมทั้งผลิตภัณฑ์เสริมอาหารหรือสมุนไพร)

3.6.5 การเก็บรักษายาและลักษณะของยาเสื่อมสภาพหรือยาหมดอายุก่อนกำหนด

ยาของผู้สูงอายุแต่ละราย ที่นำมาใช้ระหว่างการพำนักรักษาในกิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงนั้น ควรมีการเก็บรักษาในสภาวะที่เหมาะสมเพื่อให้ยาคงสภาพ มีประสิทธิภาพตามอายุของยา ดังนี้

1) อุณหภูมิที่เหมาะสม

ควรเก็บรักษายาในสภาวะอุณหภูมิที่เหมาะสม เพื่อหลีกเลี่ยงการเร่งอัตราการเสื่อมสลายของตัวยาสำคัญจากอุณหภูมิที่เปลี่ยนแปลงไป โดยอุณหภูมิที่แนะนำสำหรับการเก็บรักษายา มี 3 สภาวะได้แก่ 1) อุณหภูมิห้อง คือ อุณหภูมิระหว่าง 20-25 องศาเซลเซียส 2) อุณหภูมิที่เย็น คือ อุณหภูมิระหว่าง 8-15 องศาเซลเซียส และ 3) อุณหภูมิที่เย็นจัด คือ อุณหภูมิ ที่ไม่เกิน 8 องศาเซลเซียส ซึ่งขึ้นกับยาแต่ละชนิด ตัวอย่างเช่น ยาฉีดอินซูลิน ถ้าเก็บที่ในตู้เย็น (2-8 องศาเซลเซียส) จะมีอายุได้ถึง 2 ปี แต่ถ้าเก็บที่อุณหภูมิห้องจะมีอายุได้แค่ 1 เดือน แต่ในบางกรณีการเก็บยาที่อุณหภูมิต่ำ เช่น การนำยาน้ำไปเก็บในตู้เย็นจะเกิดการตกผลึกของยาทำให้ปริมาณยาลดน้อยลงเมื่อนำไปใช้

2) แสง

เมื่อยาโดนแสง จะทำให้ยาสลายตัวเร็วขึ้น ยาบางชนิดไวต่อแสงมากต้องเก็บในภาชนะสีชาที่หนาเพียงพอต่อการป้องกันแสง จึงควรอ่านคำแนะนำในการเก็บยาแต่ละชนิดที่ระบุไว้ในเอกสารกำกับยา

3) ความชื้น

ความชื้นเป็นปัจจัยหนึ่งที่เอื้อต่อปฏิกิริยาการสลายตัวของยา เมื่อเม็ดยาโดนความชื้น ชั้นเคลือบเม็ดยาจะบวมหรือจับเป็นก้อน และทำให้เชื้อจุลชีพเจริญเติบโตได้ดียิ่งขึ้น ดังนั้นควรเลือกภาชนะเก็บยาที่เหมาะสม โดยที่ภาชนะที่ทำจากแก้วจะป้องกันความชื้นได้ดีกว่าพลาสติก และอย่าลืมหิดลมิดภาชนะให้แน่นทุกครั้ง

ลักษณะของยาเสื่อมสภาพหรือยาหมดอายุก่อนกำหนด

1. สี เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม อาจซีดลง เข้มขึ้น หรือมีรอยต่าง สีไม่กลืนเป็นเนื้อเดียวกัน

2. เนื้อยาหรือเม็ดยาเปลี่ยนแปลง มีลักษณะดังนี้

2.1 ยาครีม/ซีฟิง : เนื้อยาแยกชั้น เนื้อยาจับรวมเป็นก้อน เนื้อยาแห้ง เนื้อยาไม่เนียน

2.2 ยาเม็ด : เม็ดยาแตกหรือยุ่ยเป็นผง แคปซูลบวม ผงยาในแคปซูลจับกันเป็นก้อน

2.3 ยาน้ำ : มีตะกอนทั้งที่เป็นยาน้ำเชื่อมหรือยาน้ำใส

2.4 ยาน้ำแขวนตะกอน : ตะกอนจับเป็นก้อนแข็งที่ก้นขวด

2.5 ยาฉีด : เกิดการตกตะกอน ยาน้ำขุ่น

3.6.6 ยาเม็ดที่มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ ห้ามบด ห้ามแบ่ง

1) การบดยาเม็ดที่เคลือบป้องกันการแตกตัวที่กระเพาะอาหาร

ยาเม็ดที่ระบุว่าเป็น enteric coated นั้น หวังผลให้ยาเม็ดไปแตกตัวที่ลำไส้

- เพื่อลดผลข้างเคียงจากยาต่อกระเพาะอาหาร หากมีการบดยา จะทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดผลข้างเคียงต่อกระเพาะอาหารได้มากขึ้น เช่น ยา ไดโคลฟีแนค (diclofenac), ไบซาโคดิล (bisacodyl), erythromycin, sodium valproate เป็นต้น

- เพื่อป้องกันไม่ให้กรดในกระเพาะทำลายยา เช่น ยา Omeprazole

2) การบดยาเม็ดที่ใช้เทคโนโลยีให้ยาออกฤทธิ์เนิ่น (extended-release)

การสังเกตว่ายาเม็ดนั้นเป็น ยาออกฤทธิ์เนิ่น นั้น ให้สังเกตว่าชื่อการค้าของยามักมีคำต่อไปนี้ต่อท้ายได้แก่ CR (Controlled release), SR (Sustained release), XL (Extended release), MR (Modified release), CHRONO (Chronology), RETARD (Retardation), Prolonged release

3) ยาอมใต้ลิ้น (Sublingual)

เป็นยาเม็ดที่มีวัตถุประสงค์ให้ยาแตกตัวและละลายในช่องปากโดยวางใต้ลิ้น ยาจะถูกดูดซึมอย่างรวดเร็วเข้าสู่กระแสเลือดโดยไม่ผ่านทางเดินอาหารจึงห้ามบด ห้ามกลืนยา

3.6.7 วิธีการใช้ยาที่มีรูปแบบพิเศษ

1. ยาหยอดตา

วิธีใช้

1) ล้างมือให้สะอาด อย่าให้มือสัมผัสปลายหลอด โดยสามารถหยอดตาด้วยตนเองหรือให้ผู้อื่นหยอดให้ได้ทั้งท่านั่งและท่านอน สำหรับท่านั่งให้นั่งแขนประมาณ 45 องศา หากอยู่ในท่านอนให้นอนหงายราบหน้าตรง ในกรณีที่ยาอยู่ในรูปแขวนตะกอน ให้เขย่าขวดยาก่อน

2) ดึงหนังตาล่างลงให้เป็นกระพุ้ง แล้วเหลือบตามองขึ้นบน

3) ใช้มือที่ถนัด ถือขวดยาเหนือดวงตา อย่าให้ปลายหลอดสัมผัสตาหรือขนตา

4) บีบขวดยาเบา ๆ ให้ยาออกมา 1 หยด (หากมียาไหลออกจากดวงตา ให้ใช้สำลีหรือผ้าสะอาดเช็ด)

5) กลับตานิ่งสักครู่ เพื่อให้ยาถูกดูดซึมได้เต็มที่

6) กดหัวตาเบา ๆ สักครู่ เพราะยาหยอดตาบางชนิด อาจทำให้ขมคอ

2. ยาป้ายตา

วิธีใช้

1) ล้างมือให้สะอาด อย่าให้มือสัมผัสปลายหลอด โดยผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงสามารถหยอดยาด้วยตนเองหรือให้ผู้อื่นหยอดให้ได้ทั้งทำนึ่งและทำนอน สำหรับทำนึ่งให้นึ่งแขนประมาณ 45 องศา หากอยู่ในทำนอนให้นอนหงายราบหน้าตรง

2) ดึงหนังตาล่างลงมา ให้เป็นกระพุ้ง

3) ปีบยา ให้มีความยาวประมาณ 1 - 2 เซนติเมตร ป้ายยาลงในกระพุ้งตาจากหัวตาถึงหางตา โดยระวังอย่าให้ปลายหลอดสัมผัสดวงตาหรือขนตา

4) กลับตาและกลอกตาไปมา เพื่อให้ยากระจายทั่วดวงตา หากมีyalันจากดวงตา ให้ใช้ทิชชูหรือผ้าสะอาดเช็ด

3.8.8 อาการแสดงของผู้สูงอายุที่อาจมีสาเหตุมาจากยา

ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ ควรสังเกตอาการผิดปกติของผู้สูงอายุในทุก ๆ วัน ซึ่งอาการที่ปรากฏ อาจเกิดจากความผิดปกติจากโรคหรือบางครั้งอาจมีสาเหตุจากยาที่ผู้สูงอายุรับประทานอยู่ก็ได้ หากพบอาการผิดปกติ ควรประเมินความรุนแรงเพื่อรายงานหรือขอคำปรึกษาจากสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องต่อไป โดยอาการที่มีสาเหตุมาจากยาอาจพบได้ดังนี้

1) **อาการเวียนศีรษะ รู้สึกคล้ายจะเป็นลม** ยาที่อาจทำให้เกิดอาการนี้ได้แก่ ยาลดความดันโลหิต ยาที่มีฤทธิ์สงบประสาท ยาคลายกังวล ยาต้านซึมเศร้า ยากันชัก ยาจิตเวช ยารักษาโรคพาร์กินสัน ยาแก้แพ้ที่มีฤทธิ์วังสูง เป็นต้น

2) **อาการผิดปกติเกี่ยวกับความจำ** ยาที่อาจทำให้เกิดอาการนี้ได้แก่ ยาลดความดันโลหิต ยาที่มีฤทธิ์สงบประสาท ยาคลายกังวล ยาต้านซึมเศร้า ยากันชัก ยาจิตเวช ยารักษาโรคพาร์กินสัน ยาแก้แพ้ที่มีฤทธิ์วังสูง เป็นต้น

3) **ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium)** คือ อาการที่ผู้สูงอายุมีความคิด ความจำ และพฤติกรรมที่ผิดปกติที่เกิดขึ้นเฉียบพลันในระยะเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน ผู้สูงอายุจะขาดสมาธิ ขาดความสนใจ พุดวกไปวนมา สับสนหรืออาจอาละวาดในช่วงค่ำ เป็นต้น

ยาที่อาจทำให้เกิดอาการนี้ได้แก่ ยารักษาโรคพาร์กินสัน ยาที่มีฤทธิ์สงบประสาท ยาคลายกังวล ยาต้านซึมเศร้า ยาลดความดันโลหิตกลุ่มลดอัตราการเต้นของหัวใจ ยาขยาย

หกลดลม และคอร์ติโคสเตียรอยด์ เป็นต้น

4) ภาวะซึมเศร้า เช่น การมีความคิดไปในด้านลบ รู้สึกสิ้นหวัง มองโลกในแง่ร้าย รู้สึกชีวิตไม่มีความหมาย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจความสุข กังวลตลอด หงุดหงิดฉุนเฉียว บางคนนอนไม่หลับหรือบางคนนอนมากเกินไป บางคนเบื่ออาหารหรือบางคนรับประทานมากไป เป็นต้น

ยาที่อาจทำให้เกิดอาการนี้ ได้แก่ ยาลดความดันโลหิตกลุ่มลดอัตราการเต้นของหัวใจ ยาจิตเวช ยาด้านฮีสตามีน(ยาแก้แพ้) ยาด้านไทรอยด์ และคอร์ติโคสเตียรอยด์ เป็นต้น

5) ความรู้สึกรอยอาหารติดปกติ (เบื่ออาหาร)

ยาที่อาจทำให้เกิดอาการนี้ ได้แก่ ยาด้านการอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) ยาระบาย ยากลายกังวล ยาจิตเวช ยาด้านการซึมเศร้า

6) อาการท้องผูก ยาที่อาจทำให้เกิดอาการนี้ ได้แก่ ยาที่มีฤทธิ์สงบประสาท ยากลายกังวล ยาด้านซึมเศร้า ยาลดความไวของกระเพาะปัสสาวะ ยาด้านฮีสตามีน (ยาแก้แพ้) ยาจิตเวช ยารักษาโรคพาร์กินสัน เป็นต้น

7) อาการปัสสาวะไม่ปกติ กลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ยาที่อาจทำให้เกิดอาการนี้ ได้แก่ ยาลดความดันโลหิตบางชนิด (enalapril, prazosin, amlodipine) ยาขับปัสสาวะ ยาแก้ปวด (เช่น tramadol, meperidine, morphine) ยาจิตเวช เป็นต้น

3.6.9 การบริหารยาตามหลัก 7 R

1) Right person (ให้ยาถูกคน)

ก่อนให้ยาโรคประจำตัวที่แพทย์สั่งจ่ายมาจากสถานพยาบาล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ต้องมั่นใจว่ายานั้นเป็นยาของผู้สูงอายุคนนั้นจริงๆ โดยการทวนถามชื่อและดูจากชื่อที่ซองยาว่าตรงกันหรือไม่

2) Right medication (ให้ยาถูกชนิด)

ก่อนให้ยาโรคประจำตัวที่แพทย์สั่งจ่ายมาจากสถานพยาบาล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ต้องตรวจสอบชื่อยา รูปร่างลักษณะของยา ภาชนะบรรจุยา แผงยาให้แน่ใจ ยาบางชนิดอาจมีชื่อคล้ายกัน ลักษณะคล้ายกัน

3) Right dose (ให้ขนาดยาที่ถูกต้อง)

ก่อนให้ยาโรคประจำตัวที่แพทย์สั่งจ่ายมาจากสถานพยาบาล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ต้องให้ยาตามขนาดยาที่ระบุในฉลากยาที่ได้จากสถานพยาบาล ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไม่มีสิทธิในการปรับเปลี่ยนหรือลดขนาดยาได้เอง หากผู้สูงอายุ สงสัยว่าเกิดอาการข้างเคียงจากยาจนไม่ให้ความร่วมมือ

ในการรับยา ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรรายงานให้ผู้ดำเนินการกิจการผู้สูงอายุฯ ทราบ เพื่อขอคำปรึกษาต่อกับสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องต่อไป

4) Right route (ให้ถูกทาง)

ก่อนให้ยาโรคประจำตัวที่แพทย์สั่งจ่ายมาจากสถานพยาบาล ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องอ่านฉลากยาให้ละเอียดว่าเป็นยาที่ให้ทางไหน เช่น ยาเหน็บช่องคลอด ยาเหน็บทวารหนัก ยาหยอดหู ยาหยอดตา เป็นต้น

5) Right time and frequency (ให้ถูกเวลา)

ก่อนให้ยาโรคประจำตัวที่แพทย์สั่งจ่ายมาจากสถานพยาบาล ผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องอ่านฉลากยาว่าแพทย์ระบุให้ยาเวลาไหน เช้า เที่ยง เย็น หรือก่อนนอน หากเป็นยารับประทาน ต้องดูฉลากว่าให้รับประทานก่อนอาหารหรือหลังอาหาร โดยยาก่อนอาหาร ควรรับประทานก่อนมื้ออาหาร 15-30 นาที ยาหลังอาหาร ควรรับประทานหลังมื้ออาหาร 15-30 นาที หรือยาบางชนิดที่ระคายเคืองกระเพาะอาหาร อาจระบุให้รับประทานหลังอาหารทันที

6) Right documentation (บันทึกให้ถูกต้อง)

ควรจัดทำระบบบันทึกการให้ยา ชื่อยา ขนาดยา ปริมาณยา ให้ทางไหน เวลาไหน ชื่อผู้ให้ยา เพื่อป้องกันการให้ยาซ้ำ ให้ยาผิด และควรมีการลงชื่อผู้ให้ยา หรือผู้ตรวจสอบ (ถ้ามี)

7) Right to refuse (สิทธิในการปฏิเสธรับยา)

ผู้สูงอายุอาจจะปฏิเสธการรับยา เนื่องจากเหตุผลใดๆก็ตาม ผู้ดูแลผู้สูงอายุ จะต้องสอบถามข้อมูล เหตุผลในการปฏิเสธการรับยา และพยายามอธิบายถึงผลเสียของการไม่รับยา อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุมีสิทธิในการปฏิเสธยา ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ต้องมีการบันทึกและรายงานให้ผู้ดำเนินการกิจการผู้สูงอายุฯ ทราบเพื่อขอคำปรึกษาต่อกับ สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องต่อไป

3.7 การป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ ในสถานประกอบการ

นพ.วิศัลย์ มูลศาสตร์

สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค

การป้องกันการติดเชื้อในสถานประกอบการมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากสถานดูแลผู้สูงอายุและสถานพักฟื้น เป็นสถานที่ให้การดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพซึ่งมีความเปราะบางและมีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย ดังนั้นสถานดูแลระยะยาวเหล่านี้ต้องมีความระมัดระวังเป็นพิเศษในการป้องกันผู้รับบริการ พนักงาน และผู้ที่เข้ามาติดต่อหรือมาเยี่ยมผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่รวมกันภายในสถานที่นั้น ผู้สูงอายุมีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายกว่าคนทั่วไปและผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานดูแลระยะยาวก็มีโอกาสติดเชื้อได้มากกว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในชุมชน โดยการติดเชื้อที่พบ ได้แก่ การติดเชื้อที่ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบผิวหนังและเยื่อ และ ระบบทางเดินอาหาร ดังนั้นจึงควรส่งเสริมสุขอนามัยเพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อให้ผู้สูงอายุ เช่น การล้างมือก่อนรับประทานอาหารและหลังใช้ห้องสุขา ปิดปากจมูกด้วยผ้าหรือกระดาษชำระเมื่อมีการไอจาม รักษาสุขภาพของช่องปากและฟัน ฉีดวัคซีนต่างๆ ตามคำแนะนำ รับประทานอาหารที่ถูกสุขลักษณะ ดื่มน้ำมากๆ และพักผ่อนให้เพียงพอ

บุคลากรที่ทำงานในสถานประกอบการก็ควรปฏิบัติตามหลักสุขอนามัยพื้นฐานเช่นกัน ได้แก่ ฉีดวัคซีนป้องกันโรคตามคำแนะนำ หยุดงานถ้ามีอาการป่วย และปฏิบัติตามมาตรฐานการป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อโรค

1. การทำความสะอาดมือ

การทำความสะอาดมือเป็นมาตรการพื้นฐานในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อที่สำคัญที่สุด เป็นการขจัดสิ่งสกปรกและเชื้อจุลินทรีย์ออกจากมือ โดยวิธีการล้างด้วยน้ำกับสบู่ หรือน้ำยาฆ่าเชื้อ หรือการใช้แอลกอฮอล์มือ

ข้อบ่งชี้ในการทำทำความสะอาดมือ มี 5 ข้อ (5 moments) ได้แก่

1. ก่อนสัมผัสผู้สูงอายุ คือ การล้างมือก่อนจับตัวผู้สูงอายุ เช่น ก่อนการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ เป็นต้น
2. ก่อนทำกิจกรรมสะอาดหรือปราศจากเชื้อ เช่น การเจาะเลือด ใส่สายสวน ปัสสาวะ ทำแผล เป็นต้น

3. หลังสัมผัสกับสารคัดหลั่ง หรือสิ่งสกปรก คือ เมื่อมือสัมผัสถูกเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งให้ล้างมือทันที (หรือล้างมือหลังถอดถุงมือ) เช่น หลังเจาะเลือด หลังเก็บปัสสาวะ เป็นต้น

4. หลังสัมผัสผู้สูงอายุ คือ ภายหลังการสัมผัสตัวผู้สูงอายุแล้วให้ล้างมือทันทีก่อนที่จะไปสัมผัสสิ่งอื่นๆ เช่น ภายหลังการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ เป็นต้น

5. หลังสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ คือ หลังจากสัมผัสอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้สูงอายุ เช่น หลังสัมผัสราวกันเตียง โต๊ะคร่อมเตียง หรืออุปกรณ์ต่างๆ ที่อยู่ใกล้ตัวหรือที่ใช้กับผู้ป่วย เป็นต้น

วิธีการทำความสะอาดมือ

การทำความสะอาดมือทำได้ 2 วิธี คือ

1. การล้างมือด้วยน้ำกับสบู่หรือน้ำยาฆ่าเชื้อ (handwashing or hand antiseptic)
2. การถูมือด้วยแอลกอฮอล์ (alcohol-based hand rubs)

การล้างมือด้วยน้ำกับสบู่หรือน้ำยาฆ่าเชื้อ (handwashing or hand antiseptic) โดยทั่วไป บุคลากรควรทำความสะอาดมือด้วยน้ำยาล้างมือที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (alcohol-based hand rub) ตามข้อบ่งชี้ดังกล่าว

การล้างมือด้วยน้ำ แบ่งออกเป็น 2 ประเภทคือ ดังนี้

1.1 การล้างมือด้วยน้ำกับสบู่ธรรมดา (Plain/non-antimicrobial soap) ช่วยขจัดสิ่งสกปรก ฝุ่นละออง เหงื่อไคล ไขมัน สารอินทรีย์ และเชื้อจุลินทรีย์ออกจากมือ การล้างด้วยสบู่และน้ำใช้ในการทำความสะอาดมือหลังถอด ถุงมือ ก่อนและหลังสัมผัสผิวหนังผู้ป่วยปกติที่ไม่มีการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ ก่อนปฏิบัติกิจกรรมพยาบาลทั่วไปที่ไม่ต้องใช้เทคนิคปลอดเชื้อ และหลังสัมผัสวัสดุที่ไม่ปนเปื้อน เช่น ขวดน้ำดื่ม จาน อาหาร ฯลฯ

1.2 การล้างมือด้วยน้ำกับสบู่ฆ่าเชื้อ (Antiseptic soaps) เช่น 7.5% povidone iodine, 4% chlorhexidine gluconate เป็นต้น การล้างมือด้วยน้ำกับสบู่ฆ่าเชื้อจะขจัดสิ่งสกปรกและเชื้อจุลินทรีย์ออกจากมือ สามารถขจัด เชื้อจุลินทรีย์ได้มากกว่าสบู่ จึงใช้ในกรณีก่อนทำการหัตถการกับผู้สูงอายุ เช่น การใส่สายสวนปัสสาวะ ก่อนการสัมผัสหรือทำกิจกรรมกับผู้สูงอายุที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ หลังสัมผัสผิวหนังที่มีบาดแผลและสิ่งสกปรกที่มีการปนเปื้อนเชื้อจุลินทรีย์ ข้อควรระวังในการล้างมือ คือ ต้องล้างให้ทั่วทุกส่วนของมือและใช้เวลานานอย่างน้อย 20 วินาทีเพื่อขจัดสิ่งสกปรกและเชื้อจุลินทรีย์ออกจากมือให้มากที่สุด ถ้าใช้เวลายาวนานจะขจัดเชื้อจุลินทรีย์ออกได้มากขึ้น

2. การถูมือด้วยแอลกอฮอล์ (alcohol-based hand rubs) แอลกอฮอล์ที่ใช้ทำความสะอาดมือมีความเข้มข้น 60%-95% มีประสิทธิภาพในการลดเชื้อแบคทีเรียบนมือได้ดี ถ้าผสม

แอลกอฮอล์กับคลอรีนจะทำให้ฤทธิ์ฆ่าเชื้อได้นานขึ้น จึงเหมาะที่จะใช้ในการทำความสะอาดมือเพื่อการผ่าตัด แอลกอฮอล์ไม่สามารถทำลายสปอร์ของแบคทีเรียไวรัส เหมาะกับกรณีเร่งด่วน และการทำกิจกรรมต่อเนื่อง

การถูมือด้วยแอลกอฮอล์ ใช้ทำความสะอาดมือในกรณีที่มือไม่ได้เปื้อนสิ่งสกปรก เลือดหรือสารคัดหลั่งอย่างเห็นได้ชัด เนื่องจากแอลกอฮอล์จะเสื่อมประสิทธิภาพเมื่อสัมผัสกับสิ่งสกปรก ปนเปื้อนเลือดและสารคัดหลั่ง

การใช้แอลกอฮอล์ควรใช้ในปริมาณ 3-5 มิลลิตรใส่ฝ่ามือแล้วลูบให้ทั่วฝ่ามือหลังมือและนิ้วมือตามขั้นตอนการล้างมือ จนกระทั่งแอลกอฮอล์ระเหยจนแห้ง ซึ่งใช้เวลาประมาณ 20-30 วินาที

แอลกอฮอล์ติดไฟได้ ดังนั้นขวดใส่แอลกอฮอล์ควรเก็บห่างจากบริเวณที่มีอุณหภูมิสูงและมีไฟ แอลกอฮอล์ระเหยได้ ทำให้ความเข้มข้นลดลงเมื่อเวลาผ่านไป ดังนั้นภาชนะที่ใส่แอลกอฮอล์จึงควรมีฝาปิดมิดชิด เพื่อป้องกันการระเหย อย่างไรก็ตาม แอลกอฮอล์ 70% ในภาชนะแบบกด หลังการตั้งทิ้งไว้ในห้องที่อุณหภูมิปกติ แอลกอฮอล์จะยังคงมีความเข้มข้นมากกว่า 60% ในระยะเวลา 30 วัน ซึ่งเป็นความเข้มข้นที่เพียงพอใช้ในการทำความสะอาดมือได้ เมื่อหมดแล้วให้ล้างขวดด้วยน้ำสบู่และหัวบีบจ่ายให้สะอาด ปลอ่ยให้แห้งก่อนเติมน้ำยาใหม่ ห้ามเติมน้ำยาเพิ่มโดยที่น้ำยาในขวดยังไม่หมด หรือไม่ได้ล้างขวด

การใช้อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย

อุปกรณ์ป้องกันร่างกาย มีดังนี้

1. ถุงมือ (glove)
2. หน้ากากอนามัย หรือ ผ้าปิดปากและจมูก (surgical mask)
3. แว่นป้องกันตาและหน้ากากป้องกันหน้า (goggle and face shield)
4. เสื้อคลุมและผ้ากันเปื้อน (gown and apron)

ถุงมือ

ชนิดของถุงมือและข้อบ่งชี้ของการใช้ถุงมือ

1. ถุงมือสะอาด (nonsterile glove) คือ ถุงมือชนิดที่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง บุคลากรใส่เพื่อป้องกันมือไม่ให้ปนเปื้อนเชื้อของผู้สูงอายุจากการสัมผัสเลือดและสิ่งคัดหลั่งต่างๆ หรือต้องสัมผัสผิวหนังที่มีแผลหรือเยื่อบุผิวต่างๆ ของผู้สูงอายุ

2. ถุงมือปราศจากเชื้อ (sterile gloves or surgical gloves) ใช้สำหรับการทำหัตถการต่างๆ ที่ปราศจากเชื้อ ได้แก่ การผ่าตัด การทำคลอด การใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง เป็นต้น

3. ถุงมือยางหนาหรือถุงมือแม่บ้าน (heavy duty gloves) คือ ถุงมือยางชนิดหนา ใช้เมื่อล้างอุปกรณ์ทางการแพทย์ ทำความสะอาดพื้น หรือทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย เป็นต้น

หลักการใช้ถุงมือสะอาดและถุงมือปราศจากเชื้อ

1. ถอดถุงมือทันทีหลังทำการดูแลหรือหัตถการผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุ (ห้ามสัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย) การถอดถุงมือต้องระวังไม่ให้มือสัมผัสกับสิ่งที่ปนเปื้อนบนถุงมือ และทิ้งเป็นขยะติดเชื้อ ล้างมือทันทีที่ถอดถุงมือ

2. หลังการใช้ถุงมือกับผู้ป่วยแล้วระมัดระวังไม่ให้ใช้ถุงมือนั้นสัมผัสตัวเอง สิ่งแวดล้อม บุคคลอื่น และรอบตัวผู้สูงอายุ เช่น ผ้าม่าน ราวกันเตียง ลูกบิดประตู เป็นต้น

3. ห้ามใช้ถุงมือคู่เดียวในการให้การดูแลผู้สูงอายุหลายคนหรือหลายกิจกรรม ให้ใช้ถุงมือคู่ใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุรายใหม่

4. ไม่ควรล้างมือขณะสวมถุงมือเพื่อใช้กับผู้ป่วยรายใหม่

หลักการใช้ถุงมือยางหนาหรือถุงมือแม่บ้าน

1. ถอดถุงมือทุกครั้งก่อนที่จะจับผ้าม่าน ราวกันเตียง ลูกบิดเปิดหรือปิดประตูห้องผู้สูงอายุ หรือสัมผัสสิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ที่นอกเหนือจากกิจกรรมทำความสะอาด

2. เมื่อเสร็จกิจกรรมแล้วล้างถุงมือด้วยน้ำและสบู่หรือผงซักฟอก แล้วนำถุงมือไปตากให้แห้งทั้งด้านนอกและด้านในก่อนนำมาใช้ใหม่

3. ล้างมือทันทีที่ถอดถุงมือเพราะการใช้ถุงมือไม่ได้แทนการล้างมือ

ข้อพึงตระหนัก

1. การถอดถุงมือต้องระวังไม่ให้มือสัมผัสกับสิ่งที่ปนเปื้อนบนถุงมือ

2. ล้างมือทันทีที่ถอดถุงมือเพราะการใช้ถุงมือไม่ได้แทนการล้างมือ

หน้ากากอนามัย หรือ ผ้าปิดปากและจมูก

หน้ากากอนามัย มี 2 ชนิด คือ หน้ากากอนามัยทางการแพทย์ (surgical or medical mask) และ หน้ากากอนามัยชนิดกรองพิเศษ N95

1. หน้ากากอนามัยทางการแพทย์ (surgical or medical mask) ใช้สำหรับป้องกันละอองฝอยขนาดใหญ่ (droplet) และละอองที่ฟุ้งกระจายในอากาศในระยะใกล้ ซึ่งจะใช้ในกรณีต่อไปนี้

1.1 ให้การพยาบาลผู้สูงอายุติดเชื้อที่แพร่กระจายทางละอองฝอยขนาดใหญ่

1.2 ให้การพยาบาลผู้สูงอายุที่อาจมีการกระเด็นของเลือดและสิ่งคัดหลั่งของ

ผู้ป่วย

1.3 ทำหัตถการต่าง ๆ เช่น ทำแผล ใส่สายสวนปัสสาวะ ดูดเสมหะ เป็นต้น

1.4 สำหรับผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำหรืออยู่ในสถานะที่สามารถแพร่กระจายเชื้อทางละอองฝอยของน้ำมูกน้ำลาย

หน้ากากอนามัยทางการแพทย์ชนิดใช้ครั้งเดียว ทำด้วยวัสดุเส้นใยสังเคราะห์ มี 3 ชั้น ชั้นนอกสุดสีเข้มป้องกันการซึมทะลุของน้ำได้ดี ชั้นกลางเป็นส่วนใหญ่ที่ใช้กรองเชื้อโรค ชั้นในสุดสีอ่อนเป็นชั้นที่สัมผัสกับผิวหน้าของผู้สวมใส่วัสดุจะมีความนุ่มนวลและไม่ก่อให้เกิดการแพ้ระคายเคือง

วิธีปฏิบัติ การใช้หน้ากากอนามัยทางการแพทย์

1. ล้างมือก่อนใส่หน้ากากอนามัย
2. การใส่หน้ากากอนามัย ให้เลือกด้านที่มีวัสดุกันความชื้นไว้ด้านหน้า โดยให้ส่วนที่มีขอบแข็งไว้ตรงสันจมูก แล้วกดให้แนบสนิทกับสันจมูก ดึงสายรัดเส้นบนไปด้านหลังศีรษะสายรัดเส้นล่างดึงไปรัดบริเวณต้นคอ
3. ให้เปลี่ยนใหม่เมื่อ เปื้อน สกปรก หรือชื้นแฉะ
4. ต้องล้างมือภายหลังถอดหน้ากากอนามัยทุกครั้ง

2. หน้ากากอนามัยชนิดกรองพิเศษ N95 (respiratory protective mask หรือ particulate mask หรือ N95) มีลักษณะพิเศษ คือ สามารถกรองเชื้อโรคที่มีอนุภาคเล็ก

ข้อบ่งชี้การใช้ หน้ากากอนามัยชนิดกรองพิเศษ N95

1. บุคลากรที่ต้องดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหรือสงสัยว่าเป็นโรคที่สามารถแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ ในห้องแยกหรือห้องแยกที่ติดเครื่องปรับอากาศ
2. ถ้าผู้สูงอายุสงสัยว่าเป็นวัณโรคปอดและต้องตรวจวินิจฉัย ซึ่งมีโอกาสทำให้แพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคลากรได้ เช่น การใส่ท่อช่วยหายใจ การดูดเสมหะ เป็นต้น

การเลิกใช้ หน้ากากอนามัยชนิดกรองพิเศษ N95

เมื่อให้การดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอด หรือผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาต้านวัณโรคครบ 2 สัปดาห์ และไม่พบว่ามีอาการของระบบทางเดินหายใจ เช่น ไอ เป็นต้น

วิธีปฏิบัติ การใส่หน้ากากอนามัยชนิดกรองพิเศษ N95

1. ล้างมือก่อนใส่หน้ากากอนามัยชนิดกรองพิเศษ N95
2. สวมหน้ากากอนามัยชนิดกรองพิเศษ N95 โดยประกบหน้ากากเข้าใบหน้า ให้แถบอูมูนิเนียมอยู่บนสันจมูกและส่วนล่างคลุมคาง ดึงสายรัดเส้นบนไปด้านหลังศีรษะโดยพาดเฉียงเหนือใบหู สายรัดเส้นล่างไปรัดบริเวณต้นคอ จัดสายรัดให้เรียบร้อย ใช้นิ้วมือ

ทั้งสองข้างรัดแถบลู่มีเนียมให้แนบกับสันจมูก และตรวจสอบความพอดีหรือความกระชับกับใบหน้า (fit check)

3. เปลี่ยนใหม่ทันที เมื่อเปื้อน ชื่น และ หรือสิ้นสุดการดูแลผู้สูงอายุตลอดในวัน
4. ภายหลังการใช้ให้ทิ้งเป็นขยะติดเชื้อและถ้าต้องการเก็บไว้ใช้ใหม่ ต้องระมัดระวังการปนเปื้อนเชื้อโดยเฉพาะส่วนที่สัมผัสกับอากาศภายนอก เพราะเป็นส่วนที่อาจสัมผัสเชื้อโรค
5. ล้างมือหลังถอดหน้ากากอนามัยชนิดกรองพิเศษ N95 ทุกครั้ง

ห้ามให้ผู้ป่วยใส่ mask N95 เพราะอาจเป็นอันตรายจากการหายใจลำบาก โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคปอดเรื้อรังหรือ โรคหัวใจ เป็นต้น

ข้อพึงตระหนัก

การเลือกใช้หน้ากากอนามัยชนิดกรองพิเศษ N95 ต้องเลือกขนาดให้พอดีกับใบหน้า โดยต้องมีการตรวจสอบความกระชับกับใบหน้า (fit check) มี 2 วิธีคือ

1. วิธีหายใจออก หลังจากใส่เรียบร้อยแล้วให้ใช้ 2 มือประคองรอบผ้าปิดปากและจมูก แล้วหายใจออก ถ้ามีลมรั่วออกรอบๆ ผ้าปิดปากและจมูกแสดงว่าไม่พอดีต้องปรับตำแหน่งใหม่รัดแถบลู่มีเนียมอีกครั้งหรือดึงสายรัดไปด้านหลังมากขึ้น และทดสอบอีกจนกว่าจะไม่มีลมรั่วออกมา หรือต้องเปลี่ยนขนาดของผ้าปิดปากและจมูก
2. การหายใจเข้า หลังจากใส่เรียบร้อยแล้วให้ใช้ 2 มือประคองรอบผ้าปิดปากและจมูก แล้วหายใจเข้า ถ้าพอดีจะพบว่า ผ้าปิดปากและจมูกจะยุบตัวลง ถ้าไม่พอดี (ไม่มีการยุบตัวของผ้าปิดปากและจมูก) ต้องปรับเช่นเดียวกับข้อ 1

การสวมแว่นป้องกันตาและการใช้หน้ากากป้องกันหน้า

วิธีปฏิบัติ การใส่แว่นป้องกันตาและการใช้หน้ากากป้องกันหน้า

1. ล้างมือก่อนสวมแว่นป้องกันตา หรือหน้ากากป้องกันหน้า
2. สวมแว่นป้องกันตาหรือหน้ากากป้องกันหน้าเมื่อคาดว่าจะการพยาบาลหรือหัตถการนั้นอาจมีการกระเด็นของสิ่งคัดหลั่งต่างๆ
3. ล้างมือหลังถอดแว่นป้องกันตาหรือหน้ากากป้องกันหน้า
4. หลังจากใช้แว่นป้องกันตาแล้วให้ทำความสะอาดโดยการล้างด้วยน้ำสบู่ เช็ดให้แห้งแล้วเก็บในที่สะอาด ห้ามเช็ดทำความสะอาดด้วยแอลกอฮอล์ 70% เพราะจะทำให้แว่นขุ่นมัว ส่วนหน้ากากป้องกันหน้าที่เป็นชนิดที่ใช้ครั้งเดียว (single use) เมื่อเลิกใช้แล้วให้ทิ้ง (หรือสิ้นสุดการดูแลผู้ป่วยตลอดในวัน) ในถังขยะติดเชื้อ

การใช้เสื้อคลุมและผ้ากันเปื้อน

เสื้อคลุม มี 2 ชนิด

- 1) ใช้ครั้งเดียวทิ้ง (disposable)
- 2) ใช้แล้วนำกลับมาใช้ซ้ำ (reusable gown) คือ ชนิดผ้า และชนิดใยสังเคราะห์ กันน้ำได้

กรณีที่เป็นเสื้อคลุมชนิดสะอาด ปัจจุบันนิยมใช้เป็นพลาสติกบางที่กันน้ำหรือสิ่งคัดหลั่งซึมผ่านได้ และเป็นแบบหรือชนิดที่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง

ข้อพึงตระหนัก

1. การถอดเสื้อคลุม ต้องถอดอย่างระมัดระวัง โดยจับม้วนกลับให้ด้านในอยู่ด้านนอกก่อนนำเสื้อคลุมไปใส่ในถังผ้าเปื้อนเพื่อลดการปนเปื้อนมือขณะถอด
2. ถอดเสื้อคลุมทุกครั้งหลังการพยาบาลผู้สูงอายุ หรือออกจากห้องแยก
3. ล้างมือให้สะอาดหลังถอดเสื้อคลุมทุกครั้ง

ผ้ากันเปื้อน ควรเป็นแบบพลาสติกที่กันน้ำได้ หรือแบบใช้ครั้งเดียวทิ้ง

วิธีปฏิบัติ การใช้ผ้ากันเปื้อน

1. ล้างมือก่อนสวมผ้ากันเปื้อน
2. สวมใส่ผ้ากันเปื้อนและผูกเชือกไว้ด้านหลัง
3. หลังทำการพยาบาลผู้สูงอายุแล้วให้ถอดผ้ากันเปื้อน โดยไม่ให้มือสัมผัสกับผิวด้านหน้าของผ้ากันเปื้อน
4. ล้างมือให้สะอาดหลังถอดผ้ากันเปื้อนทุกครั้ง1

ข้อพึงตระหนัก

1. ถ้าใช้ชนิดนำกลับมาใช้ซ้ำได้ ต้องทำความสะอาดด้วยน้ำและผงซักฟอกแล้วผึ่งให้แห้งก่อนที่จะนำไปใช้ครั้งต่อไป

2. ถอดผ้ากันเปื้อนทุกครั้งเมื่อไม่ได้ทำการพยาบาลผู้สูงอายุ

ลำดับการใส่อุปกรณ์ป้องกันร่างกายควรใส่ตามลำดับดังนี้

1. เสื้อคลุม
2. หน้ากากอนามัยทางการแพทย์ หรือ หน้ากากอนามัยชนิดกรองพิเศษ N95
3. แว่นป้องกันตาและการใช้หน้ากากป้องกันหน้า
4. ถุงมือ

ลำดับการถอดอุปกรณ์ป้องกันร่างกาย ควรถอดตามลำดับดังนี้

1. ถุงมือ
2. แว่นป้องกันตาและการใช้หน้ากากป้องกันหน้า

3. เสื้อคลุม

4. หน้ากากอนามัยทางการแพทย์ (surgical or medical mask) หรือ หน้ากากอนามัยชนิดกรองพิเศษ N95

การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมในสถานประกอบการ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

เชื้อโรคที่ปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อม และอุปกรณ์ทางการแพทย์ มีความสามารถในการคงอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้ตั้งแต่ระดับชั่วโมง ไปจนถึงเป็นเดือน ทำให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อเป็นวงกว้างได้หากไม่ทำลายเชื้อ โดยเฉพาะอุปกรณ์ที่มีการสัมผัสบ่อยๆ และบางชนิดต้องใช้ร่วมกันในผู้ป่วยหลายคน เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต เครื่องให้สารน้ำ เครื่องช่วยหายใจ เครื่องดูดเสมหะ ถุงปัสสาวะ คอมพิวเตอร์ แป้นพิมพ์ เป็นต้น ดังนั้นต้องทำความสะอาดเชื้ออุปกรณ์หลังจากใช้ในผู้สูงอายุแต่ละรายทุกครั้งอย่างถูกต้อง สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ เช่น รวากันเตียง โต๊ะข้างเตียง เป็นต้น สิ่งเหล่านี้มีโอกาสปนเปื้อนเชื้อและแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ การทำความสะอาดอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้สูงอายุและสิ่งแวดล้อมรอบๆ มีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในสถานประกอบการฯ และลดการปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ที่ใช้กับผู้สูงอายุ

การทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมรอบเตียงควรมีการทำความสะอาดอย่างน้อยวันละ 1-2 ครั้ง การทำความสะอาดและฆ่าเชื้อโรค แบ่งเป็น 2 ขั้นตอนสำคัญ คือ

1. การทำความสะอาด (Cleaning) เป็นการขจัดฝุ่น เศษผง สารอินทรีย์ สิ่งสกปรก หรือเชื้อโรค ออกจากพื้นผิวต่างๆ การทำความสะอาดเพียงอย่างเดียวไม่สามารถฆ่าเชื้อโรคได้ แต่ช่วยลดปริมาณเชื้อโรคและลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ

2. การฆ่าเชื้อโรค (Disinfection) เป็นการฆ่าเชื้อโรคที่อยู่บนพื้นผิวต่างๆ ให้ตาย หรือลดปริมาณลง หรือทำให้เชื้อโรคหมดความสามารถในการแพร่เชื้อต่อไปได้โดยใช้สารเคมี

ในการทำความสะอาดและฆ่าเชื้อโรคบนพื้นผิว บุคลากรผู้รับผิดชอบต้องทำความสะอาดพื้นผิวก่อนเสมอ เพื่อให้การฆ่าเชื้อโรคเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ โดยก่อนเริ่มการทำความสะอาดบุคลากรควรทราบว่าบริเวณใดบ้างที่จะมีการทำความสะอาด และวางแผนในการทำความสะอาด สำหรับพื้นที่ภายในอาคาร ควรปิดเครื่องปรับอากาศ เปิดประตูหน้าต่าง เพื่อให้มีการระบายอากาศก่อน แล้วจึงดำเนินการตามขั้นตอนการทำความสะอาดและฆ่าเชื้อ

การเตรียมอุปกรณ์ทำความสะอาดและฆ่าเชื้อ ประกอบไปด้วย มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ผลิภัณฑ์ทำความสะอาดและฆ่าเชื้อโรคที่พื้นผิว ดังนี้

ผลิภัณฑ์สำหรับทำความสะอาด ได้แก่ น้ำสบู่น้ำยาฟอก หรือน้ำยาทำความสะอาด ผลิภัณฑ์สำหรับฆ่าเชื้อโรค ใช้ในกรณีพื้นที่ที่ใช้ดูแลโรคอุบัติใหม่อุบัติซ้ำ หรือในบริเวณพื้นที่เสี่ยงสูง มีแนวทางการเลือกใช้น้ำยาฆ่าเชื้อ คือ

2.1) กรณีต้องการฆ่าเชื้อโรคบนอุปกรณ์ เครื่องใช้ แนะนำให้ใช้แอลกอฮอล์ 70% หรือ ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ 0.5% ในการเช็ดเพื่อฆ่าเชื้อโรค

2.2) กรณีต้องการฆ่าเชือบนพื้นทีขนาดใหญ่ เช่น พื้นห้อง แนะนำให้ใช้ผลิภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของโซเดียมไฮโปคลอไรท์ (น้ำยาฟอกขาว) โดยอาจพิจารณาความเข้มข้นของน้ำยาฆ่าเชื้อตามลักษณะของการปนเปื้อน ดังนี้

2.2.1) พื้นผิวทั่วไป ใช้น้ำยาฆ่าเชื้อโซเดียมไฮโปคลอไรท์ ความเข้มข้น 0.1% หรือเท่ากับ 1000 ppm หรือใช้น้ำยาฟอกขาวเจือจาง 1 ส่วน ในน้ำ 99 ส่วน

2.2.2) พื้นผิวที่มีน้ำมูก น้ำลาย เสมหะ สารคัดหลั่งของผู้ป่วย เช่น ห้องสุขา โถส้วม ใช้น้ำยาไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ 0.5% หรือน้ำยาฆ่าเชื้อโซเดียมไฮโปคลอไรท์ ความเข้มข้น 0.5% หรือ 5000 ppm. โดยผสมน้ำยาฟอกขาว 1 ส่วนในน้ำ 9 ส่วน

2. อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล (Personal Protective Equipment; PPE) ในการทำความสะอาดและฆ่าเชื้อโรค ได้แก่ ชุดกันเปื้อนแขนยาวกันน้ำ ผ้ายางกันเปื้อนในกรณีขัดล้างต่างๆ หน้ากากอนามัย กระบังกันใบหน้าหรือแว่นป้องกันตา ถุงมือยางแบบหนา หรือถุงมือแม่บ้าน รองเท้าบูท รวบรวมให้เรียบร้อยก่อนเริ่มทำความสะอาด ขณะทำความสะอาดหลีกเลี่ยงการสัมผัสดวงตา จมูก และปาก ควรถอดถุงมือและทิ้งทันที หากชำรุดเสียหาย มีรอยร้าว และสวมถุงมือคู่มือใหม่

ทั้งอุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลแบบใช้แล้วทิ้งลงถุงขยะติดเชื้อสีแดง หลังจากทำความสะอาดเสร็จสิ้น ในกรณีอุปกรณ์ที่จะนำกลับมาใช้ซ้ำ เช่น แว่นป้องกันตา (Goggles) ควรทำความสะอาดและฆ่าเชื้อหลังจากใช้งานแต่ละครั้ง ผึ่งให้แห้ง เก็บในภาชนะสะอาด

3. อุปกรณ์สำหรับทำความสะอาดและฆ่าเชื้อโรค ได้แก่ ถังน้ำ 2 ใบ ไม้ถูพื้น น้ำผสมผงซักฟอก ผ้าสำหรับเช็ดทำความสะอาดประมาณ 10-12 ผืน ผ้าผสมน้ำยาฆ่าเชื้อหรือ wipe (หากไม่มี ใช้ผ้าสะอาดชุบน้ำยาฆ่าเชื้อผสมน้ำสะอาด) น้ำยาทำความสะอาดห้องน้ำ แปรง ถูขยะติดเชื้อ 1 ใบ

การกำจัดขยะ

มูลฝอยติดเชื้อ (Infectious waste) หมายถึง มูลฝอยทางการแพทย์ซึ่งมีเหตุอันควรให้สงสัยว่ามีหรืออาจมีเชื้อโรค มูลฝอยที่สัมผัสหรือสงสัยว่าได้สัมผัสกับเลือด ส่วนประกอบ

ของเลือด (เช่น น้ำเหลือง ผลิตภัณฑ์ที่ได้จากเลือด) สารน้ำจากร่างกาย (เช่น ปัสสาวะ เสมหะ น้ำลาย น้ำเหลือง หนอง) มูลฝอยติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นในสถานประกอบการ ได้แก่

1. มูลฝอยที่เป็นของเหลว หรือสารคัดหลั่ง เช่น เลือด ส่วนประกอบของเลือด ปัสสาวะ อุจจาระ เสมหะ สารคัดหลั่งต่างๆ

2. มูลฝอยของมีคมที่ใช้แล้ว เช่น เข็ม ส่วนปลายแหลมคมของชุดให้สารน้ำทางหลอดเลือดหรือชุดให้เลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด ใบมีด หลอดแก้ว กระจกบดฉีดยาชนิดแก้ว สไลด์ แผ่นกระจกปิดสไลด์ เครื่องมือที่แหลมคมต่างๆ ที่ใช้กับผู้ป่วยสูงอายุแล้ว

3. มูลฝอยติดเชื้ออื่น ๆ ครอบคลุมถึง

- วัสดุทำจากผ้า เช่น สำลี ผ้าก๊อซ เสื้อคลุม ผ้าต่างๆ
- วัสดุที่ทำจากพลาสติกและยาง เช่น ถุงมือใช้ครั้งเดียวทิ้ง กระจกบดฉีดยาชนิดพลาสติก ปิเปต พลาสติก ท่อยาง ถุงใส่ปัสสาวะ ภาชนะพลาสติกกรองรับสารคัดหลั่งและเสมหะ ถุงเลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด อุปกรณ์ที่ใช้กับผู้ป่วยล้างไต
- วัสดุทำจากกระดาษ เช่น กระดาษซับเลือด เสื้อคลุมใช้ครั้งเดียวทิ้ง ผ้าปิดปาก และจุกเป็นต้น

แนวทางปฏิบัติในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อ

การเตรียมอุปกรณ์สำหรับมูลฝอยติดเชื้อ

มีภาชนะที่ใช้รองรับมูลฝอยติดเชื้อที่มีลักษณะเหมาะสม ดังนี้

1.1 ถุงพลาสติก

- ทำด้วยวัสดุที่มีคุณสมบัติพิเศษและเหมาะสม เช่น ถุงพลาสติกที่มีความทนทานต่อสารเคมี เหนียว กันน้ำได้

- สีของถุงใส่มูลฝอยติดเชื้อจะต้องมีลักษณะเด่นชัด เช่น สีแดงสดและทึบแสง และมีคำเตือนเฉพาะ

- ขนาดของถุงควรมีหลายขนาดให้เลือกใช้ และมีความจุเพียงพอสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อไม่เกิน 1 วัน

1.2 กล่องหรือภาชนะที่ใช้บรรจุมูลฝอยติดเชื้อประเภทของมีคม เช่น เข็ม มีด เศษแก้ว เป็นต้น

- ทำด้วยวัสดุที่แข็งแรงทนทานต่อการแทงทะลุ เช่น พลาสติกแข็งหรือกระดาษแข็งกันน้ำได้

- ฝากล่องหรือถัง สามารถปิดได้มิดชิดและป้องกันการรั่วไหลของของเหลวภายในถึง

- สามารถยกหรือหิ้วได้โดยสะดวกโดยไม่สัมผัสกับมูลฝอยติดเชื้อที่อยู่ภายใน
- สีของภาชนะดังกล่าวจะต้องมีลักษณะเด่นชัดและมีคำเตือนเฉพาะ เช่น ควรใช้สีดำทั้งตัวถังและฝาถัง มีข้อความ “มูลฝอยติดเชื้ออันตราย” หรือ “ห้ามนำกลับมาใช้อีก” หรือ “ห้ามเปิด”

1.3 รถเข็นสำหรับเคลื่อนย้ายมูลฝอย ควรมีข้อกำหนด คือ

- เป็นรถที่ใช้ขนมูลฝอยติดเชื้อเท่านั้น ห้ามนำไปใช้ในกิจกรรมอื่น
- ทำด้วยวัสดุที่ทำความสะอาดง่าย ผิวเรียบ ไม่มีซอกมุมซึ่งจะเป็นแหล่งหมักหมมของเชื้อโรคและมีช่องระบายน้ำ มีผนังทึบและมีฝาปิดเพื่อป้องกันสัตว์และแมลงเข้าไปในรถ

1.4 ที่พักมูลฝอยติดเชื้อมีลักษณะ ดังนี้

- แยกจากอาคารอื่น อยู่ในตำแหน่งที่สามารถเคลื่อนย้ายมูลฝอยได้สะดวก ไม่อยู่ในบริเวณที่ผู้คนสัญจรไปมา มีแสงสว่างเพียงพอ
- ขนาดเพียงพอที่จะรวบรวมมูลฝอยได้อย่างน้อย 2 วัน
- มีระบบระบายอากาศที่ดี ไม่มีกลิ่น ไม่อับชื้นหรือร้อนจนเกินไป มีมุ้งลวดป้องกันแมลงและสัตว์เข้า ผนัง พื้น มีลักษณะเรียบ มีระบบระบายน้ำลงสู่ระบบบำบัดน้ำเสีย
- มีลานสำหรับล้างรถเข็นอยู่ติดกับประตูทางออก

การเก็บและการแยกมูลฝอย

การเก็บแยกให้กระทำตรงแหล่งเกิดของมูลฝอย ห้ามเก็บรวมและนำมาแยกภายหลังเพราะอาจทำให้เชื้อแพร่กระจายได้ มีหลักเกณฑ์ให้ถือปฏิบัติ คือ

2.1 การเก็บมูลฝอยในถุงไม่ควรให้มีปริมาณหรือน้ำหนักมากจนทำให้ถุงขาดหรือมัดถุงไม่ได้ เมื่อบรรจุมูลฝอยได้ประมาณสามในสี่ของถุงแล้วให้มัดปากถุงให้แน่นด้วยเชือกแล้ววางไว้ที่มุมใดมุมหนึ่งของห้องเพื่อรอการขนย้าย

2.2 มูลฝอยที่เป็นของเหลวหรือสารคัดหลั่งต่างๆ ให้เทส่วนที่เป็นของเหลวทิ้งในอ่างที่หน่วยงานกำหนด ซึ่งมีท่อระบายไหลไปสู่โรงบำบัดน้ำเสีย ราดน้ำตามให้อ่างสะอาด

2.3 มูลฝอยมีคมติดเชื้อ ทั้งในภาชนะรองรับที่ทำจากวัสดุแข็งแรงทนต่อการแทงทะลุ มีฝาปิดมิดชิด ติดป้าย “ของมีคมติดเชื้อ” เห็นได้ชัดเจน

2.4 มูลฝอยติดเชื้ออื่นๆ ทั้งในภาชนะรองรับที่ทำจากวัสดุแข็งแรง มีฝาปิดมิดชิดชนิดใช้เท้าเหยียบสำหรับปิดเปิด

การเคลื่อนย้ายและการเก็บรวบรวม

- 3.1 บุคลากรที่ปฏิบัติหน้าที่ต้องสวมถุงมือยางหนา หมวกหรือผ้าคลุมผม ผ้าปิดปากและจมูก ผ่ากันเปื้อนและรองเท้าบูททำด้วยยางตลอดเวลาที่ปฏิบัติงาน
- 3.2 ตรวจสอบถุงมือฝอยก่อนเคลื่อนย้ายว่าถุงไม่รั่ว คอถุงผูกเชือกเรียบร้อย ยกและวางโดยจับตรงคอถุงด้วยความระมัดระวังไม่ให้ถุงมือ โยนหรือลากถุงมือฝอย
- 3.3 กรณีมีมูลฝอยตกหล่นใช้คีมเหล็กคีบหรือหยิบด้วยมือที่ใส่ถุงมือยางหนาเก็บ ใส่ถุงมือฝอยติดเชือกอีกใบ หากมีสารน้ำให้ซับด้วยกระดาษแล้วทิ้งกระดาษลงถุงมือฝอยติดเชือก เช็ดทำความสะอาดแล้วเช็ดตามด้วยน้ำยาทำลายเชื้อ
- 3.4 เคลื่อนย้ายมูลฝอยติดเชือกด้วยความระมัดระวัง ตามเวลาที่กำหนด โดยมีเส้นทางที่แน่นอน ห้ามแหวะหรือพักที่ใด
- 3.5 เมื่อเสร็จภารกิจในแต่ละวันให้ล้างรถขนมูลฝอยให้สะอาดและผึ่งให้แห้ง
- 3.6 เมื่อเสร็จสิ้นภารกิจให้ถอดถุงมือและชุดปฏิบัติงาน และนำไปทำลายเชื้ออย่างถูกวิธี
- 3.7 อาบน้ำทันทีหลังเสร็จสิ้นการปฏิบัติงานประจำวัน

บรรณานุกรม

สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิค แอนด์ดีไซน์. 2563.

งานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. คู่มือปฏิบัติงานการควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล. [อินเทอร์เน็ต] 2558. [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/ic/sites/default/files/public/pdf/IC%20book.pdf>

Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD. A Unit Guide To Infection Prevention for Long-Term Care Staff. [internet] 2021. [cited 2022 Dec 10] Available from <http://www.ahrq.gov/nursing-home/resources/guide-infection-prevention.html>

3.8 การชะลอความเสื่อมถอย

รศ.พญ.พัฒนศิริ ศรีสุวรรณ

โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายจากความชราที่สะสมมาทีละน้อยตามวัยที่เพิ่มขึ้น เมื่อมีปัญหาสุขภาพมักมีความซับซ้อนเนื่องจากส่งผลให้เกิดพยาธิสภาพในระบบของร่างกายพร้อมกัน ร่วมกับส่งผลต่อมิติอื่น ๆ ด้วย เช่น ด้านจิตใจ และสังคม การชะลอความเสื่อมของร่างกาย โดยการป้องกันโรคและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ จะทำให้ผู้สูงอายุเจ็บป่วยช้าลง และชะลอการเกิดภาวะพึ่งพิง โดยบทความนี้จะกล่าวถึงปัจจัยที่มีผลทำให้ร่างกายของผู้สูงอายุมีความเสื่อม **ปัจจัยที่มีผลทำให้ร่างกายของผู้สูงอายุมีความเสื่อม**

ปัจจัยที่ส่งผลให้ร่างกายของผู้สูงอายุมีความเสื่อมมีหลายปัจจัย โดยประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลักดังนี้¹

1. การเปลี่ยนแปลงจากความชรา: โดยทั่วไประบบต่างๆ ของร่างกายจะเริ่มมีความเสื่อมถอยลงทีละน้อยตั้งแต่อายุ 30 ปี ความเร็วในการเสื่อมถอยลงของร่างกายในแต่ละบุคคลจะมีความแตกต่างกัน

2. โรค (diseases) หรือปัญหาที่พบร่วม: ในผู้สูงอายุบางคนอาจมีโรคประจำตัวที่พบร่วม โดยโรคที่พบบ่อยได้แก่ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น โรคความดันโลหิตสูง และกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndrome) เช่น การหกล้ม

3. การไม่ได้ใช้งาน (disuse): เมื่อร่างกายไม่ใช้งาน เช่นนั่งเฉย ๆ ทั้งวันจะส่งผลให้เกิดความเสื่อมถอยทั้งด้านสมรรถภาพร่างกาย เช่นพลังกำลัง สมรรถภาพสมองที่ถดถอย และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง

ผู้สูงอายุมักเกิดการเปลี่ยนแปลงของทั้ง 3 ปัจจัยร่วมกัน ทำให้ร่างกายเกิดความเสื่อมสภาพมากขึ้น และบ่อยครั้งที่ความบกพร่องของด้านหนึ่งส่งผลให้เกิดความบกพร่องอื่นๆ เช่น มวลกล้ามเนื้อที่ค่อยๆ ลดลงจากความชราพร้อมกับไม่มีการออกกำลังกายส่งผลให้กล้ามเนื้ออ่อนแอลง จนเกิดการหกล้มทำให้ผู้สูงอายุไม่กล้าลุกเดินทำกิจกรรม เช่น เคยมีสมรรถภาพร่างกายภาพรวมที่แย่ง และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง อาจเกิดภาวะซึมเศร้าได้ นอกจากการรักษาโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วยอยู่แล้วโดยราย

ละเอียดอยู่ในบทที่ 5 โรค กลุ่มอาการและปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ควรมีการชะลอความเสื่อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมด้วยการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคเพื่อลดความเสี่ยงที่จะทำให้ร่างกายเสื่อมถอยลงไปมากขึ้น

ด้านร่างกาย

- การรับประทานอาหาร: เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นมวลกล้ามเนื้อลดลง เช่น เมื่ออายุมากกว่า 30 ปี มวลกล้ามเนื้อจะลดลงประมาณ 0.3 กิโลกรัมต่อปี แต่ไขมันยังคงเพิ่มขึ้นจนถึง 65-70 ปี น้ำหนักตัวมักจะถึงจุดสูงสุดเมื่ออายุ 60 ปี แต่เมื่ออายุมากกว่า 70 ปีน้ำหนักจะลดลงเล็กน้อยคือประมาณ 0.1-0.2 กิโลกรัมต่อปี ดังนั้นผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ในสัดส่วนที่เหมาะสม เพื่อให้มีพลังงานและโปรตีนเพียงพอ และควรรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรคเรื้อรังที่เจ็บป่วยอยู่ โดยทั่วไปแนะนำดังนี้¹

- รับประทานอาหารโปรตีนให้เพียงพอ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะมวลกล้ามเนื้อลดลง แนะนำรับประทานเนื้อปลา ออกไก่ เนื้อไม่ติดมัน เต้าหู้ และไข่
- รับประทานอาหารข้าวและแป้งให้เหมาะสม เพื่อควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ โดยแนะนำรับประทานธัญพืชไม่ขัดสี เช่น ข้าวกล้อง และข้าวกล้องงอก
- ผักและผลไม้ ช่วยเพิ่มกากใยอาหาร ลดอาการท้องผูก และลดการดูดซึมไขมันจากอาหาร
- แร่ธาตุที่ผู้สูงอายุมักได้รับไม่เพียงพอได้แก่แคลเซียม ธาตุเหล็ก และวิตามินบี 12
 - แคลเซียม พบในนม ถั่ว งา มะนาว อาหารที่มีความแข็ง เช่น ปลาตัวเล็ก
 - เหล็ก พบในผักใบเขียว ผักโขม ถั่ว งา เนื้อสัตว์ ตับ ไข่แดง
 - วิตามินบี 12 พบในเนื้อสัตว์ นม ไข่ ปลาทะเล ธัญพืช

โดยรายละเอียดอยู่ในบทที่ 2.1 อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ

- การมีกิจกรรมทางกาย (physical activity) และการออกกำลังกาย: เมื่ออายุมากขึ้นจะมีมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง เช่น อายุมากกว่า 50 ปี มวลกล้ามเนื้อลดลงร้อยละ 1-5 ต่อปี แต่ถ้าไม่ได้เคลื่อนไหวมวลกล้ามเนื้อลดลงสูงถึงร้อยละ 1-5 ต่อวัน³ ดังนั้นควรมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายดังนี้¹

- ไม่ควรนั่งนิ่งเป็นเวลานาน ควรมีกิจกรรมทางกาย เช่น ลุกนั่งเคลื่อนไหว เพื่อทำกิจกรรมในระหว่างวัน
- ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยทั่วไปควรออกกำลังกาย 20-60 นาที ความถี่อย่างน้อยประมาณ 3 วันต่อสัปดาห์ โดยเริ่มจากกิจกรรมที่พอปฏิบัติได้

อาจเริ่มจากเดินเร็ว ค่อยๆเพิ่มระดับความหนักและความถี่อย่างค่อยเป็นค่อยไป และควรมีระยะอุ่นเครื่อง และระยะผ่อนคลายเป็นเพื่อปรับตัวก่อน และหลังการออกกำลังกาย โดยผู้ที่มีโรคประจำตัวควรได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับชนิดกิจกรรมที่เหมาะสม และอาการผิดปกติที่ต้องสังเกตในระหว่างการออกกำลังกาย

- ควรมีการออกกำลังกายเพื่อป้องกันการหกล้ม ซึ่งต้องมีทั้งการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการทรงตัว

โดยรายละเอียดอยู่ในบทที่ 2.2 การออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

- การส่งเสริมสมรรถภาพสมอง : เมื่ออายุมากขึ้นสมองมีการเปลี่ยนแปลงทั้งโครงสร้างและการทำงาน โดยการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นตั้งแต่ยังไม่เข้าสู่วัยชรา คือลดลงร้อยละ 0.4 แต่ลดลงอย่างรวดเร็วเมื่อเข้าสู่วัยชราเป็นร้อยละ 4.3⁴ ดังนั้นควรป้องกันการเสื่อมลงของสมรรถภาพสมองดังนี้

ลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ ภัยสุขภาพบุหรี ถ้ามีภาวะซึมเศร้า ควรรักษา มีกิจกรรมทางสังคม มีกิจกรรมทางกาย หลีกเลี่ยงมลพิษทางอากาศ ป้องกันและรักษาโรคเบาหวานอย่างเหมาะสม⁵

- ควรมีกิจกรรมที่ใช้ความคิด ฝึกกระตุ้นสมอง ควรเริ่มจากกิจกรรมที่สนใจ ที่มีความง่ายสู่ระดับยากขึ้นไปเรื่อย ๆ และมีกิจกรรมที่หลากหลาย

- นอนหลับให้เพียงพอ: การนอนหลับเป็นกระบวนการสำคัญที่ร่างกายได้ฟื้นฟูการทำงาน แต่เมื่ออายุมากขึ้นมีการเปลี่ยนแปลงของกลไกควบคุมการนอนหลับ ส่งผลให้มีการลดลงของประสิทธิภาพการนอน เช่น การนอนหลับลึกลดลง มีการเพิ่มขึ้นของระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่เข้านอนจนนอนหลับ และระยะเวลาที่ตื่นระหว่างช่วงการนอนหลังจากหลับไปแล้ว⁶ โดยมีคำแนะนำดังนี้⁷

- จำนวนชั่วโมงของแต่ละคนในความต้องการการนอนมีความแตกต่างกัน ควรนอนให้เพียงพอ
- ควรมีสุขอนามัยการนอนที่ดี เช่น เข้านอนและตื่นตรงเวลา หลีกเลี่ยงง่วงที่มีแสงสีฟ้าเช่น จากโทรศัพท์ก่อนเข้านอน ระหว่างวันถ้าง่วงงีบช่วงกลางวันได้ แต่ไม่ควรเกิน 30 นาที และไม่กินยา 2 ไม่ควรดื่มน้ำก่อนเข้านอน ปริมาณมาก เพราะจะทำให้ต้องตื่นมาปัสสาวะกลางดึก

- การตรวจสุขภาพ และรักษาโรคประจำตัวตามนัด : กรณีมีโรคประจำตัว

ควรเข้ารับการตรวจรักษาโรคสม่ำเสมอ โดยแนวทางการรักษาและแนวการตรวจโรคในผู้สูงอายุแต่ละบุคคลอาจไม่เหมือนกัน แต่โดยทั่วไปแม้ไม่มีโรคประจำตัวก็ควรเข้ารับการตรวจสุขภาพเพื่อค้นหาความผิดปกติ และประเมินความเสี่ยงต่อโรคต่างๆ ดังนี้

- การตรวจร่างกาย: นอกจากการตรวจวัดความดันโลหิต น้ำหนักส่วนสูง และตรวจร่างกายทั่วไปแล้ว ควรได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก และตรวจสายตา
- การตรวจทางห้องปฏิบัติการ: การตรวจเลือด ได้แก่ตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด ระดับน้ำตาลในเลือด และตรวจการทำงานของไตปีละครั้ง ระดับไขมันคอเลสเตอรอลในเลือดทุก 5 ปี และการตรวจปัสสาวะปีละครั้ง
- ตรวจคัดกรองมะเร็ง: ตรวจเลือดในอุจจาระเพื่อคัดกรองมะเร็งลำไส้และลำไส้ตรงปีละครั้ง และมะเร็งปากมดลูกในผู้หญิง แต่เมื่ออายุเกิน 65 ปี พิจารณาตรวจตามความเหมาะสม
- หมั่นสังเกตอาการถ้ามีความผิดปกติใดๆ ของร่างกาย เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ท้องผูกสลับท้องเสีย คลำได้ก้อน ควรรีบตรวจเพื่อหาสาเหตุ
- **วัคซีนป้องกันโรค:** วัคซีนจะป้องกันโรค หรือลดความรุนแรงของโรคที่จะเกิดขึ้นได้ โดยทั่วไปผู้สูงอายุควรได้รับวัคซีนดังนี้⁹
 - วัคซีนป้องกันโรคบาดทะยัก คอตีบ ไอกรณ ทุก 10 ปี
 - วัคซีนป้องกันโรคอีสุกอีใส ในผู้ที่ไม่เคยเป็นโรค และไม่มีภูมิคุ้มกัน
 - วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ ควรฉีดทุกปี
 - วัคซีนป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี โดยเฉพาะผู้มีความเสี่ยง เช่น ผู้ป่วยไตที่ทำการฟอกไต และผู้ที่รับเลือดบ่อย หรือผู้ที่ไม่มีความคุ้มกัน
 - วัคซีนป้องกันการติดเชื้อปอดอักเสบชนิดนิวโมคอคคัส โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคเรื้อรัง เช่นโรคเบาหวาน และโรคหัวใจวาย
 - วัคซีนป้องกันงูสวัด
 - ในผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวบางโรค อาจมีความจำเป็นต้องวัคซีนอื่น ๆ หรือไม่สามารถฉีดวัคซีนบางชนิดได้ รวมถึงความถี่ในการฉีดวัคซีนอาจแตกต่างกับผู้สูงอายุทั่วไปได้

แนวทางการดูแลสุขภาพโดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคในแต่ละระบบอวัยวะและกลุ่มโรคต่างๆ ดังแสดงในตารางที่ 1¹

ตารางที่ 1 แนวทางการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค

ระบบอวัยวะและกลุ่มโรคต่างๆ	แนวทางการดูแลสุขภาพ
ระบบผิวหนัง	-หลีกเลี่ยงแสงแดดจัดเป็นเวลานาน การใช้ครีมกันแดด -ไม่อาบน้ำอุ่นหรือใช้สบู่ที่มากเกินไปจะเกิดผิวแห้ง -ควรทาครีมให้ความชุ่มชื้นสม่ำเสมอ โดยเฉพาะหลังอาบน้ำ
ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก	-ออกกำลังกายแบบลงน้ำหนัก -รับประทานอาหารที่มีแคลเซียมให้เพียงพอ
ระบบประสาทส่วนกลาง	-ออกกำลังกายสม่ำเสมอ -หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มากเกินไป -ควบคุมปัจจัยเสี่ยงต่อหัวใจและหลอดเลือด -การมีกิจกรรมทางความคิด -การมีกิจกรรมทางสังคม -การพักผ่อนให้เพียงพอ
ระบบทางเดินหายใจ	-ออกกำลังกายสม่ำเสมอ -หยุดสูบบุหรี่ -หลีกเลี่ยงมลพิษในอากาศ
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	-ออกกำลังกาย -ลดอาหารเค็ม -ควบคุมน้ำหนักไม่ให้ น้ำหนักเกินหรืออ้วน -ควบคุมระดับไขมันให้เหมาะสม -หยุดสูบบุหรี่ -ลดความเครียด
ระบบทางเดินอาหาร	-ออกกำลังกายสม่ำเสมอ -รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง รับประทานอาหาร ที่ปรุงสุกสะอาด ดื่มน้ำให้เพียงพอ -ดูแลสุขภาพช่องปากและฟัน รักษาสุขลักษณะการขับถ่าย
ระบบไต	-ลดอาหารเค็ม -ระมัดระวังเรื่องการใช้ยาที่มีผลต่อไต

ระบบอวัยวะและกลุ่มโรคต่างๆ	แนวทางการดูแลสุขภาพ
ระบบสืบพันธุ์	- มีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย
ระบบภูมิคุ้มกัน	- ออกกำลังกายสม่ำเสมอ - พักผ่อนให้เพียงพอ - ลดความเครียด
โรคมะเร็ง	- หยุดสูบบุหรี่ - หลีกเลี่ยงแสงแดดจัดเป็นเวลานาน - รับประทานอาหารกากใยสูงและไขมันต่ำ
โรคติดเชื้อ	- การฉีดวัคซีนป้องกันโรค
การหกล้ม	- ออกกำลังกายโดยเฉพาะการเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และการทรงตัว - จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เช่น ใช้เตียงที่มีราวกั้น ในผู้ที่มีโอกาสตกเตียง และมีราวจับในห้องน้ำหรือทางเดิน - แก้ไขปัญหาสายตาที่ผิดปกติ - หลีกเลี่ยงยาที่มีผลทำให้ง่วงซึม - ใส่ระวางใกล้ชิดในผู้ที่มีความเสี่ยง เช่น มีปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ และมีภาวะซึมเศร้าซึมเศร้า
อุบัติเหตุ	- หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ที่มากเกินไป - เมื่อเดินทางใช้หมวกกันน็อกและเข็มขัดนิรภัย - จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม - ในผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม ควรเก็บสิ่งของที่อาจทำให้เกิด อันตราย เช่น สารเคมี อุปกรณ์มีคม หรือของชิ้นเล็ก เช่น ลูกปัด ที่อาจนำไปรับประทาน ใส่จมูกหรือหูได้

ด้านจิตใจ

มีหลายปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เช่น ร่างกายที่มีสมรรถภาพเสื่อมถอยลง เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง บทบาทหน้าที่ที่เปลี่ยนแปลงไป และความสูญเสีย จนอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และแยกตัวออกจากสังคมได้ เช่น ในผู้สูงอายุที่สูญเสียคู่ชีวิตมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1.7 เท่า¹⁰ แนวทางการดูแลด้านจิตใจมีดังนี้¹

- ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง ถึงแม้สูงวัยร่างกายย่อมมีความเสื่อม แต่ยังสามารถเป็นผู้มีคุณค่าและมีความสุขได้ ไม่ปิดกั้นในการเรียนรู้และเปิดใจยอมรับความคิดผู้อื่น
- ควรให้ผู้สูงอายุหมั่นสำรวจ อารมณ์ความรู้สึกตนเอง ไม่ปล่อยให้รู้สึกเบื่อ หดหู่ เพราะอาจกระตุ้นทำให้เกิดภาวะซึมเศร้า โดยควรมีกิจกรรมหรืองานอดิเรก ที่สนใจ และไม่ควรวิตกกังวลหรือยึดติดเรื่องใดเรื่องหนึ่งมากเกินไป เปิดใจรับฟังความคิดผู้อื่น และควรปล่อยวางโดยเฉพาะเรื่องที่ควบคุมไม่ได้ การทำจิตใจให้สงบ เช่น สวดมนต์ นั่งสมาธิ จะช่วยให้อยู่กับปัจจุบันลดความวิตกกังวลลงได้
- ผู้ดูแลควรสังเกตผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด เนื่องจากอาการแสดงของปัญหาทางสุขภาพจิตในผู้สูงอายุแตกต่างจากวัยกลางคน เช่น ลักษณะที่พบบ่อยของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้ามักแสดงออกทางอารมณ์ เช่น มีอารมณ์เศร้า รู้สึกไร้ค่า และรู้สึกผิด แต่มีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งแสดงออกด้วยอาการไม่เฉพาะเจาะจง (nonspecific symptoms) เช่น ปวดท้อง ปวดหลัง ปวดศีรษะ ท้องผูก และเหนื่อยอ่อนเพลีย ซึ่งสูงถึงร้อยละ 45-95 แสดงออกด้วยอาการทางกายที่ผิดปกติเพียงอย่างเดียว¹¹ โดยผู้สูงอายุมักบอกอาการทางกายที่ผิดปกติมากกว่าอาการทางด้านอารมณ์¹² ดังนั้นกรณีที่ผู้สูงอายุที่มีความเจ็บป่วยทางกายแต่ไม่สามารถหาสาเหตุที่ชัดเจน หรือได้รับการรักษาตามมาตรฐานแล้วไม่ดีขึ้น กลับพบอาการอื่นๆ ผู้ดูแลควรตระหนักว่าอาจเป็นจากปัญหาสุขภาพจิต ไม่ใช่จากปัญหาสุขภาพกายเพียงอย่างเดียว

โดยรายละเอียดอยู่ในบทที่ 2.3 การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

ด้านสังคม

การที่ผู้สูงอายุต้องมีสถานภาพที่เปลี่ยนแปลง หรือต้องเปลี่ยนที่อยู่อาศัยมาอยู่ในที่ไม่คุ้นเคย การไม่มีเพื่อนหรือสังคมเดิมที่คุ้นเคย อาจส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกแปลกแยก ไม่อยากร่วมทำกิจกรรมกับผู้อื่น ซึ่งการที่ผู้สูงอายุมีความโดดเดี่ยว (loneliness) และแยกตัวจากสังคม (social isolation) จะทำให้การเสี่ยงในการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 26 และ 29 ตามลำดับ¹³ ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมทางสังคมจึงมีความสำคัญ โดยมีแนวทางดังนี้¹⁴

- ควรส่งเสริมให้ครอบครัวมีส่วนร่วมทำกิจกรรมกับผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกถูกลืมหรือถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง
- ควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุยังคงมีกิจกรรมทางสังคม เช่น การรวมกลุ่มทำกิจกรรม โดยเฉพาะกิจกรรมที่เกิดประโยชน์ต่อผู้อื่นหรือสังคม เช่น ให้ผู้สูงอายุที่มีทักษะ

หรือความรู้บางอย่างสอนผู้อื่น จิตอาสา จะส่งเสริมคุณค่าและความภูมิใจ
ในตนเอง

- สร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในกลุ่มผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่รู้สึกโดดเดี่ยวการมี
เพื่อนจะช่วยให้เข้าสังคมได้ดีขึ้น

โดยมีรายละเอียดอยู่ในบทที่ 1.5 การอยู่ร่วมกันและความเข้าใจซึ่งกันและกัน

สรุป

ผู้สูงอายุมีสมรรถภาพร่างกายที่เสื่อมถอยจากการเปลี่ยนแปลงจากความชรา โรค
หรือปัญหาที่พบร่วม และการไม่ได้ใช้งาน ดังนั้นการชะลอความเสื่อมในทุกมิติด้วยการส่งเสริม
สุขภาพ และการป้องกันโรค ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมจึงมีความสำคัญ

บรรณานุกรม

กรเอก มนัสวานิช, ขวัญหล้า เขียววิไลย์. การรักษาสุขภาพ สร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกัน
ปัญหาใน ผู้สูงวัย. ใน: เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, พรทิพย์ ควรคิด,
สมบัติ ตรีประเสริฐสุข, กรเอก มนัสวานิช, ไชยวรรณ์ เพชรหล่อเหลียน,
ไพโรจน์ ฉัตรานุกุลชัย, บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์ผู้สูงวัย. กรุงเทพฯ:
บริษัททุ่งศิลป์การพิมพ์ (1977) จำกัด; 2561. หน้า 155-71.

Gaddey HL, Holder K. Unintentional weight loss in older adults. Am Fam
Physician 2014;89:718-22.

Cruz-Jentoft AJ, Bahat G, Bauer J, Boirie Y, Bruyère O, Cederholm T, et al.
Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis.
Age Ageing 2019;48:16-31.

Raz N, Lindenberg U, Rodrigue KM, Kennedy KM, Head D, Williamson A,
et al. Regional brain changes in aging healthy adults: general trends,
individual differences and modifiers. Cereb Cortex 2005;15:1676-89.

Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S, et al.
Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet
commission. Lancet 2020;396:413-46.

Li J, Vitiello MV, Gooneratne NS. Sleep in normal aging. Sleep Med Clin 2018;
13:1-11.

ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์, กิตติศักดิ์ สรรพยาวิสุทธิ. การนอนไม่หลับ. ใน: ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์,
บรรณาธิการ. กลุ่มอาการสูงอายุ และประเด็นทางสุขภาพที่น่าสนใจ. ขอนแก่น:
โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2560. หน้า 165-86.

สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
แนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน ฉบับปรับปรุง
2565. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด เพนตากอน แอ็ดเวอร์ไทซ์; 2565.

สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย. คำแนะนำการให้วัคซีนป้องกันโรคสำหรับผู้ใหญ่และ
ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2561 [เอกสาร]. กรุงเทพฯ: สมาคมโรคติดเชื้อแห่งประเทศไทย;
2561.

- Hung Y, Chen Y, Lee M, Yeh C, Impacts of time passing, living arrangement, and spouse's health status before death. *Int J Environ Res Public Health* 2021;18:13032.
- Maurer DM. Screening for depression. *Am Fam Physician* 2012;85:139-44.
- Wittchen H-U, Lieb R, Wunderlich U, Schuster P. Comorbidity in primary care: Presentation and consequences. *J Clin Psychiatry* 1999;60 (suppl7):29-36.
- Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspect Psychol Sci* 2015;10:227-37.
- Freedman A, Nicolle J. Social isolation and loneliness: the new geriatric giants. *Can Fam Physician* 2020;66:176-82.

3.9 การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง

ดร.พนารัตน์ วิศวรเทศนิมิตร

การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงมีความสำคัญในสถานอภิบาลมีความสำคัญเนื่องจากผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงส่วนมากจะมีปัญหาสุขภาพซึ่งเป็นผลจากความเสื่อมตามวัยของอวัยวะต่างๆ โรคประจำตัว หรือโรคที่เป็นในปัจจุบัน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ ของร่างกายที่พบบ่อย ทั้งระบบทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ และระบบขับถ่าย นอกจากนี้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงบางรายอาจมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้เกิดแผลกดทับได้ ดังนั้น ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงรวมทั้งผู้ดูแลจึงต้องมีความรู้และสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงที่มีปัญหาในระบบดังกล่าวได้ภายใต้ขอบเขตที่กฎหมายกำหนดไว้ตามบทบาทในกรณีที่ไม่สามารถทำได้ต้องปรึกษาแพทย์ พยาบาลหรือทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงเกิดความปลอดภัยอีกด้วย

3.9.1 การดูแลระบบทางเดินอาหาร (การเตรียมอาหาร การให้อาหารทางสายยาง)

ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงบางรายจะมีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายอย่าง ดังนั้น การประเมินและการจัดการภาวะโภชนาการให้สอดคล้องกับความต้องการในวัยสูงอายุและความเจ็บป่วยจึงมีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงที่ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ จำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายยางจากจมูกสู่กระเพาะอาหาร ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ เพื่อให้สามารถเตรียมอาหารได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งสามารถให้อาหารทางสายยางได้อีกด้วย

วัตถุประสงค์

1. มีความรู้ความเข้าใจเรื่อง 1) การดูแลระบบทางเดินอาหาร 2) การดูแลทางเดินหายใจ 3) การดูแลระบบขับถ่าย 4) การดูแลป้องกันแผลกดทับ และการดูแลแผลผ่าตัด และ 5) การจัดท่า เปลี่ยนท่า ทำนั้ง ทำนอน และการพลิกตะแคงตัว

2. สามารถนำความรู้เรื่อง 1) การดูแลระบบทางเดินอาหาร 2) การดูแลทางเดินหายใจ 3) การดูแลระบบขับถ่าย 4) การดูแลป้องกันแผลกดทับ และการดูแลแผลผ่าตัด และ 5) การจัดท่า เปลี่ยนท่า ทำนั้ง ทำนอน และการพลิกตะแคงตัว ในการดูแลผู้สูงอายุหรือ

ผู้มีภาวะพึงพิงได้

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุที่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ¹ มีดังนี้

1. ความบกพร่องในการทำงานของระบบทางเดินอาหาร โดยฟันที่ลดลงทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถบดเคี้ยวอาหารได้ดีเช่นเดิม ร่วมกับน้ำลายที่ผลิตลดลงและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืนทำงานลดลง ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะกลืนลำบาก การรับรสลดลงทำให้อาหารไม่อร่อย ในส่วนของหลอดอาหารมีความสามารถในการหดตัวเพื่อเคลื่อนอาหารลดลง อาจทำให้ผู้สูงอายุอาหารติดคอได้ ในส่วนของกระเพาะอาหารมีหน้าที่สำคัญในการย่อยอาหารและดูดซึมอาหารบางส่วนหลังน้ำย่อยลดลง ทำให้เกิดอาการท้องอืดได้ อาหารค้างในกระเพาะอาหารนานทำให้ผู้สูงอายุอิ่มนานจึงรับประทานอาหารได้ลดลง ในส่วนของลำไส้ความสามารถในการหลั่งน้ำย่อย การดูดซึมอาหารและความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง ส่งผลให้อาหารไม่ย่อย อาหารที่ย่อยแล้ว ไม่ถูกดูดซึม ผู้สูงอายุจึงขาดสารอาหารบางชนิดได้ นอกจากนั้นตับและตับอ่อนเสื่อมสภาพส่งผลต่อภาวะพร่องโภชนาการได้อีกด้วย เนื่องจากภาวะขาดโปรตีนหรือการย่อยอาหารที่มีไขมันเป็นส่วนประกอบได้ยาก

2. ความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านร่างกายและความเจ็บป่วย ความบกพร่องได้แก่ ตามองไม่เห็น หรือการเคลื่อนไหวบกพร่อง ส่งผลต่อการได้รับอาหารไม่เพียงพอ เช่นเดียวกับความเจ็บป่วยหรือความบกพร่องในการทำงานของระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ กระเพาะอาหารอักเสบเรื้อรัง มะเร็งกระเพาะอาหาร ซึ่งจะส่งผลต่อการย่อยและการดูดซึมสารอาหาร ส่วนความเจ็บป่วยอื่น ๆ เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการเหนื่อยเมื่อรับประทานอาหารจึงทำให้รับประทานอาหารได้น้อย

3. ผลจากยาฤทธิ์ข้างเคียงของยารบกวนการดูดซึมและการรับประทานอาหาร ทำให้เบื่ออาหาร การรับกลิ่นและรสเปลี่ยนแปลงไป ยาบางชนิดส่งผลให้ท้องผูก ยาบางชนิดทำให้เชื้อประจำถิ่นลดลง ยาบางชนิดทำให้สูญเสียเกลือแร่ นอกจากนั้นฤทธิ์ข้างเคียงของยาบางประเภทส่งผลให้ศักยภาพของผู้สูงอายุในการเตรียมอาหารและรับประทานอาหารลดลงได้แก่ ยาที่ทำให้สับสน ซึมเศร้า

4. ปัจจัยด้านแบบแผนการดำเนินชีวิต การดื่มแอลกอฮอล์รบกวนการดูดซึมวิตามินบีและซี และทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่รบกวนการรับรสและการรับกลิ่น รวมทั้งลดการดูดซึมวิตามินซีและกรดโฟลิก ดังนั้นผู้สูงอายุที่ดื่มสุราหรือสูบบุหรี่เป็นประจำอาจส่งผลให้มีภาวะพร่องโภชนาการได้

5. ปัจจัยด้านจิตสังคม ภาวะเครียดและวิตกกังวลส่งผลให้การย่อยและการดูดซึมอาหารผิดปกติ การเคลื่อนไหวลำไส้ลดลง และมีความผิดปกติในการดูดซึมสารอาหาร นอกจากนี้ภาวะซึมเศร้ามีผลทำให้ความอยากอาหาร ความสนใจในอาหารและปริมาณอาหารที่รับประทานลดลง ส่วนปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การขาดการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือมีภาวะพึ่งพิง ต้องพึ่งพาบุคคลอื่นในการประกอบอาหารและเตรียมอาหารให้ ซึ่งผู้สูงอายุบางรายที่อาศัยอยู่เพียงลำพังหรือไม่มีผู้ดูแลโดยเฉพาะช่วงเวลากลางวันที่บุตรหลานต้องไปทำงาน ทำให้ได้รับอาหารไม่เพียงพอ

6. ปัจจัยด้านวัฒนธรรมและฐานะทางเศรษฐกิจ ความเชื่อของแต่ละวัฒนธรรมมีผลต่อการเลือกอาหาร การปรุงอาหาร และการรับประทานอาหารโดยเฉพาะเมื่อเกิดความเจ็บป่วยและต้องมีการดัดแปลงอาหารให้เหมาะสม สำหรับผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจยากจนโอกาสในการเลือกอาหารลดลง นอกจากนี้ ระดับการศึกษาก็มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีปัญหาสุขภาพพบบ่อยเนื่องจากการปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับการดูแลรักษาพบน้อยเมื่อเทียบกับผู้ที่มีการศึกษาสูง

7. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม การไม่สามารถเข้าถึงแหล่งอาหารเนื่องจากสถานที่ซื้ออาหารหรือส่วนประกอบในการปรุงอาหารอยู่ไกล หรือมีปัญหาเรื่องการเดินทาง โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการเดินทาง สิ่งแวดล้อมในบ้านหรือบ้านพักอาจขัดขวางต่อการรับประทานอาหาร เช่น กลิ่น ความไม่สะอาด นอกจากนี้ ความลำบากในการเข้าถึงอาหารที่บรรจุภัณฑ์ที่ยากต่อการเปิดก็เป็นอุปสรรคในการรับประทานอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

8. ความเชื่อที่ผิด ความเชื่อที่ว่าผู้สูงอายุต้องขบถายทุกวัน ทำให้อาจต้องมีการใช้ยาระบาย เชื่อว่าการดื่มน้ำมากทำให้ปัสสาวะบ่อยและนำมาสู่การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ เชื่อว่าการรับประทานอาหารผักดิบหรืออาหารแข็งหรือหยาบทำให้ท้องผูก ซึ่งความเชื่อเหล่านี้มีผลทำให้ผู้สูงอายุขาดน้ำและขาดอาหารได้

การประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ¹

1. การซักประวัติเกี่ยวกับอาหาร ได้แก่ ปริมาณน้ำที่ดื่ม อาหารที่บริโภคประจำ อาหารที่แพ้ อาหารที่ไม่ชอบ การประกอบอาหาร จำนวนมื้ออาหาร ข้อจำกัดในด้านการรับประทานอาหาร ปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. การสำรวจอาหารที่บริโภค ได้แก่ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามย้อนหลัง หรือการประเมินโดยให้ผู้สูงอายุจดบันทึกอาหารที่รับประทานใน 24 ชั่วโมงหรือ 3 - 7 วันข้างหน้า

3. การประเมินภาวะโภชนาการทางคลินิก เป็นการประเมินโดยการตรวจร่างกาย ได้แก่ ผอมแห้งและกระดูกงอก หดตัวง่ายในผู้ที่ขาดโปรตีน เยื่อบุตาแดงในผู้ที่ขาดวิตามินเอ เยื่อบุตาซีด เล็บเป็นรูปช้อน หักง่าย ในผู้ที่ขาดธาตุเหล็ก

4. การประเมินโดยการวัดส่วนต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ การชั่งน้ำหนักตัว การวัดส่วนสูง แล้วมาคำนวณดัชนีมวลกาย การวัดเส้นรอบวงของแขน ขา เอว สะโพก

พลังงานและสารอาหารที่ผู้สูงอายุควรได้รับ¹

1. ความต้องการพลังงาน กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขแนะนำให้ทุก ๆ อายุ 10 ปี ที่เพิ่มขึ้น ควรลดพลังงานลง 100 กิโลแคลอรี โดยเฉลี่ยผู้สูงอายุควรได้รับพลังงานประมาณ 2,200 กิโลแคลอรีต่อวัน แต่ไม่ควรน้อยกว่า 1,200 กิโลแคลอรีต่อวัน

2. โปรตีน ผู้สูงอายุควรได้รับโปรตีนอย่างน้อย 1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน และควรเป็นโปรตีนที่ดีมีกรดอะมิโนจำเป็น ได้แก่ ไข่ ปลา และเนื้อสัตว์อื่นๆ

3. คาร์โบไฮเดรต ผู้สูงอายุควรได้รับปริมาณคาร์โบไฮเดรตต่อวัน ร้อยละ 55-60 ของพลังงานทั้งหมด โดยคิดเป็น 300-400 กรัมต่อวัน ควรเลือกบริโภคคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ได้แก่ ข้าว ธัญพืช ขนมปัง ลดการบริโภคน้ำตาลลง ถ้าเป็นข้าวควรเป็นข้าวซ้อมมือซึ่งมีกากใยสูง

4. ไขมัน ผู้สูงอายุควรรับประทานไขมันไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด เน้นไขมันจากพืชมากกว่าไขมันจากสัตว์

5. วิตามินและเกลือแร่ แหล่งของวิตามินและเกลือแร่ คือ ผักและผลไม้ และควรได้รับแคลเซียม ไม่น้อยกว่า 800 มิลลิกรัมต่อวัน ควรได้รับแคลเซียมควบคู่กันกับวิตามินดี เพื่อช่วยในการดูดซึม

6. น้ำ โดยปกติแนะนำให้ดื่มน้ำ 6-8 แก้วต่อวัน

การจัดอาหารให้แก่ผู้สูงอายุ¹

1. จัดอาหารให้ผู้สูงอายุได้รับพลังงานและสารอาหารตามความต้องการของร่างกาย สำหรับผู้สูงอายุที่รับประทานอาหารได้น้อย ควรเน้นอาหารที่มีพลังงานสูง และต้องจัดอาหารให้สอดคล้องกับโรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจ ไต และความดันโลหิตสูง ควรจัดอาหารที่มีเกลือโซเดียมน้อย เป็นต้น

2. เน้นผักพื้นบ้านและอาหารประเภทถั่ว

3. จำกัดอาหารมีเอกลึกที่มีเกลือเป็นส่วนผสม

4. แนะนำอาหารพื้นบ้านที่มีประโยชน์ เช่น เต้าหู้ มะเขือเทศ

5. หลีกเลี่ยงการให้รับประทานลูกอมที่มีน้ำตาล

6. ให้อาหารทดแทน เช่น เลือกใช้มะเขือเทศหวานแทนมะเขือเทศสีขาวย หรือเพิ่มมื้ออาหารเป็น 6 มื้อและลดปริมาณอาหารแต่ละมื้อลงเนื่องจากการย่อยและการดูดซึมอาหารไม่ดี

7. ดัดแปลงรูปแบบอาหาร โดยดัดแปลงอาหารให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เลือกอาหารอ่อนหรืออาหารเหลว โดยพิจารณาจากความสามารถในการเคี้ยวและกลืน ได้แก่ ดัดแปลงอาหารให้มีความอ่อนนุ่มมากขึ้นโดยการต้มหรือตุ๋นอาหารให้เปื่อยสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคี้ยว

8. ให้อาหารทางสายยาง ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถเคี้ยว กลืนหรือรับประทานอาหารทางปากได้

9. ให้อาหารทางหลอดเลือดดำ ใช้ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีภาวะขาดอาหารรุนแรง ทั้งนี้ต้องมีแผนการรักษาของแพทย์ และให้อาหารทางหลอดเลือดดำโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่กฎหมายรองรับเท่านั้น ได้แก่ แพทย์และพยาบาล

3.9.2 การให้อาหารทางสายยาง (Enteral tube feeding)

ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้หรือไม่รู้สึกตัวต้องได้รับอาหารทางสายยางให้อาหาร ส่วนใหญ่จะได้รับอาหารจากการให้อาหารทางสายจากจมูกลงสู่กระเพาะอาหาร

ข้อบ่งชี้ในการให้อาหารทางสายยาง²

1. รับประทานอาหารทางปากไม่ได้ 5-7 วัน และมีภาวะทุพโภชนาการ
2. ไม่รู้สึกตัว
3. มีปัญหาการกลืน
4. มีปัญหาเกี่ยวกับลำไส้เล็กเหลบบางส่วน
5. เป็นโรคทางจิตเวช เช่น โรคเบื่ออาหารโดยมีสาเหตุมาจากจิตใจหรือโรคคลั่งผอม (anorexia nervosa)

6. หลังผ่าตัดทางเดินอาหาร แพทย์อาจใส่สายยางลงสู่กระเพาะอาหารเพื่อระบายน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร (gastric content) ลดการติดเชื้อ และเชื่อว่าจะมีผลลดระยะเวลาพักฟื้น หรือลดระยะเวลารักษาตัวในโรงพยาบาลได้ เมื่ออาการดีขึ้นแพทย์อาจเริ่มให้อาหารทางสายยาง

สูตรอาหาร (Enteral Formula)

สูตรอาหารเหลวสำหรับให้อาหารทางสายยางแบ่งออกเป็น 3 ประเภท³ ดังนี้

1. สูตรน้ำนมผสม (Milk base formula) อาหารสูตรนี้มีน้ำนมหรือผลิตภัณฑ์ของน้ำนมเป็นส่วนประกอบสำคัญ อาจมีอาหารอื่นเพิ่มเติมได้ เช่น ไข่ น้ำตาล น้ำมันพืช น้ำผลไม้ เป็นต้น เพื่อให้ได้พลังงานและสารอาหารเพียงพอ

2. สูตรอาหารปั่นผสม (Blenderized formula) อาหารสูตรนี้เตรียมมาจากอาหารหลัก 5 หมู่ โดยนำมาทำให้สุกแล้วปั่นผสมเข้าด้วยกัน

3. สูตรอาหารสำเร็จรูป (Commercial formula) อาหารชนิดนี้เป็นอาหารที่มีสูตรเฉพาะ เป็นผลิตภัณฑ์จากบริษัทอุตสาหกรรม ผลิตภัณฑ์อาหารทางการแพทย์ มีมากมายหลายสูตรให้เลือก ใช้ตามสภาพความเจ็บป่วยและความต้องการของร่างกายในขณะนั้น

ทั้งนี้ ในการเตรียมอาหารทางสายยางสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ต้องคำนึงถึงความต้องการพลังงานและสารอาหารตามวัยและโรคที่เป็นอีกด้วย รวมทั้งควรปรึกษาแพทย์และนักโภชนาการบำบัดเพื่อเตรียมอาหารได้อย่างเหมาะสม

อุปกรณ์ที่ใช้ในการเตรียมอาหารสูตรปั่นผสม⁴

1. ตาชั่ง
2. เครื่องปั่นอาหาร
3. ถ้วยตวง ช้อนตวง
4. ขวด/ถุงสำหรับใส่อาหาร
5. กระชอนกรองอาหาร
6. หม้อและทัพพี

สูตรอาหารปั่นผสม สูตรปกติ ⁴ (1 CC ให้พลังงาน 1 Kcal)										
ที่	รายการวัตถุดิบ	หน่วยนับ	500 cc	1000 cc	1200 cc	1400 cc	1500 cc	1600 cc	1800 cc	2000 cc
1	ไข่ไก่ทั้งฟอง	ฟอง	2	4	5	5	5	5	6	7
2	เนื้อไก่สันใน/ อกไก่สับ	ช้อนกิน ข้าว	1 ½	3	3 ½	5	5	6	6	7
สูตรอาหารปั่นผสม สูตรปกติ ⁴ (1 CC ให้พลังงาน 1 Kcal)										
ที่	รายการวัตถุดิบ	หน่วยนับ	500 cc	1000 cc	1200 cc	1400 cc	1500 cc	1600 cc	1800 cc	2000 cc
3	ฟักทองและ แครอท	ทัพพีพูน	½	2	2	2	3	3	3	3
4	น้ำตาลทราย	ช้อนกิน ข้าว	3	6 ½	7	8 ½	9 ½	10	12	11
5	น้ำมันพืช	ช้อนชา	½	1	1 ½	2	2	3	2 ½	2 ½
6	กล้วยน้ำว้า (เนื้อ)	ลูก	1	1	2	2	2	2	2	2 ½
7	เกลือป่นไอโอดีน	ช้อนชา	½	1	1	1	1	1	1	1

วิธีเตรียมอาหารสูตรปั่นผสม⁴

1. ชั่งตวงวัตถุดิบให้ครบตามจำนวนที่กำหนด
2. นำส่วนผสมทั้งหมดใส่ลงในหม้อเติมน้ำให้ท่วม ต้มให้สุก ยกลงทิ้งพออุ่น
3. ปั่นส่วนผสมทั้งหมดให้ละเอียด กรองด้วยกระชอน เติมน้ำต้มสุก ให้ได้ปริมาณที่กำหนด ตวงให้ได้ปริมาณตามที่กำหนด หากได้ปริมาณน้อยกว่าที่กำหนด เติมน้ำต้มสุกให้ครบตามจำนวนที่กำหนด
4. แบ่งอาหารใส่ถุงให้ครบตามจำนวนมือที่กำหนด เก็บไว้ในตู้เย็น ใช้ภายใน 24 ชั่วโมง
5. นำอาหารอุ่นโดยการเขววดหรืออุ่นลงในภาชนะที่ใส่น้ำร้อนอุ่นอาหารประมาณ 10-15 นาที
6. เติมหักใบเขียวครึ่งละ 1-2 กำมือ เช่น คื่นช่าย ตำลึง ผักโขม กวางตุ้ง

ข้อควรปฏิบัติในการเตรียมอาหารทางสายยาง⁴

1. ความสะอาด เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการเตรียมอาหารประเภทนี้ ภาชนะที่ใช้ทุกชนิดต้องล้างหรือต้มในน้ำร้อนก่อนและหลังการใช้งานทุกครั้ง เพื่อป้องกันมิให้อาหารมีเชื้อโรค
 2. การชั่ง ตวงอาหาร ต้องมีการชั่งตวงอาหารและส่วนผสมให้ถูกต้อง ตามสัดส่วนที่กำหนดให้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้คุณค่าทางโภชนาการอย่างครบถ้วน
 3. การเก็บรักษา อาหารที่เตรียมให้ผู้ป่วยจะต้องเตรียมไว้ภายใน 24 ชั่วโมง
- การเตรียมอาหารและการให้อาหาร ควรสอนให้ญาติฝึกและเรียนรู้วิธีการเตรียมอาหาร และให้อาหารทางสายยางแก่ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับอาหารทางสายยาง เพื่อนำกลับไปปฏิบัติที่บ้านได้อย่างถูกต้อง

อุปกรณ์สำหรับให้อาหารทางสายให้อาหาร³ อาหารเหลวตามแผนการรักษาหากเป็นอาหารสำเร็จรูป ต้องตรวจสอบวันหมดอายุ กรณีที่เป็นสูตรอาหารเหลวที่เตรียมเอง โดยแผนกโภชนาการของสถานอภบาลหรือโรงพยาบาล ไม่ควรเก็บไว้นานเกิน 24 ชั่วโมง

1. กระบอกฉีดยาสำหรับให้อาหาร (Asepto syringe)
2. เขยือกสำหรับใส่อาหาร
3. ขามรูปไตใบใหญ่
4. แก้วน้ำพร้อมน้ำดื่ม
5. สำลีชุบน้ำต้มสุก 2 ก้อน
6. หูฟังทางการแพทย์ (Stethoscope)

ขั้นตอนการปฏิบัติการให้อาหารผ่านทางจุกเข้าสู่กระเพาะอาหาร³

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. ตรวจสอบแผนการรักษาเกี่ยวกับชนิดและปริมาณอาหารเหลว โดยไม่มีกรงดื่มน้ำดอาหาร	เพื่อให้แน่ใจว่าผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับอาหารถูกต้องตามแผนการรักษา
2. ทักทายผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับอาหารทางสายยาง ตรวจสอบชื่อสกุล บ้าย ชื่อมือ คำสั่งการรักษา และแนะนำตนเอง พร้อมทั้งอธิบายจุดประสงค์ของการให้อาหารทางสายให้ทราบ	เพื่อระบุตัวผู้ที่ได้รับอาหารทางสายยาง ให้ถูกต้อง และคลายความวิตกกังวลของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
3. ประเมินอาการท้องอืด แน่นท้อง และควรฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Bowel sound ทุกครั้งก่อนเริ่มให้อาหาร)	เพื่อประเมินการทำงานของระบบทางเดินอาหาร
4. ล้างมือด้วยสบู่ให้สะอาดหรือใช้แอลกอฮอล์เจล	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
5. เตรียมอุปกรณ์ในการให้อาหารและอาหารเหลวให้พร้อม จากนั้นกั้นม่านเพื่อความเป็นส่วนตัว	เพื่อความสะดวกในการใช้งาน
6. จัดท่าศีรษะสูง (Fowler's position อย่างน้อย 30-45 องศา)	เพื่อป้องกันการสำลัก
7. พับปลายสายให้อาหาร เปิดจุกสายให้อาหาร ออกซิเจนเปิดด้านนอกของสายให้อาหารด้วยสำลีชุบน้ำต้มสุก	เพื่อป้องกันอากาศจากภายนอกเข้าสู่กระเพาะอาหาร และเพื่อความสะอาด
8. สวมปลายกระบอกฉีดยาสำหรับให้อาหารกับปลายสายให้อาหารให้แน่น จากนั้นดูดดูปริมาณและสีของอาหารเหลวมือก่อนที่เหลือค้างในกระเพาะอาหารหรือน้อย - กรณีดูดไม่ได้อาหารเหลวเหลือค้างจากมือก่อนน้อย (Gastric content) จะต้องตรวจสอบว่าปลายสายให้อาหารอยู่ในกระเพาะผ่านเข้าสู่อาหารหรือไม่ โดยการฟังเสียงลมที่กระเพาะอาหารโดยดูดลมเข้ามาในกระบอกฉีดยาสำหรับให้อาหารจำนวน 5-10 ซีซี แล้วต่อปลายกระบอกฉีดยากับสายยางให้อาหาร ใช้นูฟิงทางการแพทย์วางไว้ที่กระบังลมด้านซ้าย และดันลมเข้ากระเพาะอาหาร หลังจากนั้นต้องดูดลมคืนด้วย ถ้ามีลมค้างอาจทำให้ท้องอืดได้ - กรณีดูดได้อาหารเหลวเหลือค้างออกมาได้น้อยกว่า ¼ ของอาหารเหลวมือก่อน สามารถให้อาหารเหลวมือนั้นได้	เพื่อตรวจสอบให้มั่นใจว่าสายยางอยู่ในกระเพาะอาหาร และตรวจสอบการทำงานของกระเพาะอาหาร

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
- กรณีดูดได้อาหารเหลวเหลือค้ำงออกมาได้มากกว่า ¼ ของอาหารเหลวมือก่อน เลื่อนเวลาให้อาหารเหลวมือขึ้นออกไป 1 ชั่วโมง หลังจากนั้นประเมินซ้ำ ณ เวลาอาหารเหลือค้ำง 1 ชั่วโมง หากปริมาณอาหารไม่ลดลงให้รายงานแพทย์เพื่อวางแผนการรักษาต่อไป - กรณีดูดได้น้ำน้อย ให้อาหารทางสายยางได้	เพื่อตรวจสอบให้มั่นใจว่าสายยางอยู่ในกระเพาะอาหาร และตรวจสอบการทำงานของกระเพาะอาหาร
9. พับปลายสายให้อาหาร พร้อมทั้งปลดปลายกระบอกฉีดยาสำหรับให้อาหารออกจากปลายสายให้อาหาร ถอดลูกสูบออก จากนั้นสวมปลายกระบอกฉีดยากับปลายสายให้อาหารให้แน่น และถือกระบอกฉีดยาให้อยู่สูงกว่าระดับกระเพาะอาหารประมาณ 12 นิ้ว	เพื่อป้องกันอากาศเข้าสู่กระเพาะอาหาร
10. รินอาหารเหลวใส่ กระบอกฉีดยาอย่างต่อเนื่อง และควรปล่อยให้อาหารเหลวไหลอย่างช้าๆ ไม่ควรให้ไหลเร็วกว่า 30 ซีซี ต่อนาที	เพื่อป้องกันการสำลักจากการได้รับอาหารเร็วเกินไป
11. เมื่ออาหารเหลวเกือบหมดกระบอกฉีดยา ให้น้ำตามปริมาณ 50 ซีซีหรือตามแผนการรักษา	เพื่อล้างสายให้อาหารให้สะอาด และเพื่อป้องกัน การอุดตันสายให้อาหาร
12. พับสายให้อาหาร จากนั้นปลดกระบอกฉีดยาออกจากปลายสายให้อาหาร เช็ดทำความสะอาดปลายสายให้อาหารโดยสาลีชุบน้ำต้มสุก และปิดจุกสายให้อาหาร	เพื่อป้องกันอากาศจากภายนอกเข้าสู่กระเพาะอาหารและเพื่อความสะอาด
13. จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงอย่างน้อย 30-45 องศา อย่างน้อย 30-60 นาที หลังได้รับอาหารเหลว	เพื่อป้องกันการสำลักจากการไหลย้อนกลับของอาหารเหลว
14. บันทึกชนิด ปริมาณอาหารเหลวและปริมาณน้ำที่ได้รับ ลงในบันทึกการดูแล พร้อมทั้งสังเกตภาวะแทรกซ้อนหลังการให้อาหาร	เพื่อให้ทราบข้อมูลและให้การช่วยเหลือได้ทันในกรณีฉุกเฉิน
15. เก็บอุปกรณ์และทำความสะอาดให้เรียบร้อย	เพื่อความสะดวกในการใช้งานครั้งต่อไป

3.9.3 การดูแลทางเดินหายใจ (การให้ออกซิเจน การพ่นยา การเคาะปอด การดูดเสมหะ)

การดูแลทางเดินหายใจของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงมีความสำคัญเนื่องจากถ้ามีการอุดตันทางเดินหายใจหรือหายใจไม่สะดวก อาจทำให้เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ โดยเฉพาะผู้ที่ไม่สามารถไอออกเองได้ไม่รู้สึกรักตัว หรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลทางเดินหายใจและสามารถให้การดูแลแก่ผู้ที่มีการหายใจในสภาวะคงที่ได้ ทั้งนี้การปฏิบัติการดูแลทางเดินหายใจ ได้แก่ การให้ออกซิเจน การพ่นยา การเคาะปอด และการดูดเสมหะควรปรึกษาแพทย์หรือปฏิบัติการภายใต้บุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์พยาบาล และนักกายภาพบำบัด โดยคำนึงถึงขอบเขต ในการปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนดอย่างเคร่งครัดด้วย และในกรณีที่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงมีปัญหาในระบบทางเดินหายใจหรือการหายใจผิดปกติ หรือมีการเปลี่ยนแปลง ควรรับปรึกษาแพทย์หรือนำผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงส่งโรงพยาบาลโดยด่วน

ข้อบ่งชี้ในการให้ออกซิเจน⁵

1. วัดค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดจากปลายนิ้ว (SpO2) ได้น้อยกว่า 88 % ทั้งนี้ สำหรับ สถานดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ถ้าวัดได้ค่าระดับนี้ ต้องรับปรึกษาแพทย์และนำผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงส่งโรงพยาบาล
2. วัดค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดจากปลายนิ้ว (SpO2) ได้ 88-90% แต่มีภาวะหรือ โรคที่บ่งบอกถึงภาวะขาดออกซิเจนเรื้อรังจากการประเมินของแพทย์ ได้แก่ มีความดันเลือดปอดสูง หัวใจห้องขวาโต หัวใจห้องขวาล้มเหลว หรือเลือดแดงชั้นกว่าปกติ

การให้ออกซิเจน (Oxygen Administration)

การให้ออกซิเจนมีหลายวิธีการขึ้นอยู่กับความต้องการออกซิเจนและโรคทางระบบทางเดินหายใจหรืออื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้ เนื้อหาในส่วนนี้จะระบุเฉพาะการให้ออกซิเจนเข้าทาง สายยางคู่เข้าจมูก (Nasal canular) เท่านั้น ซึ่งการให้ออกซิเจนชนิดนี้ ต้องอยู่ภายใต้แผนการรักษา และการดูแลของแพทย์และพยาบาลด้วย

อุปกรณ์การให้ออกซิเจนเข้าทางสายยางคู่เข้าจมูก (Nasal canular)

1. สายยางคู่เข้าจมูกสำหรับให้ออกซิเจน (Nasal canular)
2. กระจกน้ำสำหรับการให้ออกซิเจนชนิดสายยางคู่เข้าจมูก (Nasal canular)
3. น้ำกลั่นปราศจากเชื้อ (Sterile water)
4. อุปกรณ์การจ่ายออกซิเจน

ขั้นตอนการปฏิบัติการให้ออกซิเจนแบบสายยางคู่เข้าจมูก (Nasal Cannula)^{6,5}

ผู้ที่จะสามารถให้ออกซิเจนกับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงได้ ควรเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุข หรือผู้ที่ผ่าน การอบรมและสามารถปฏิบัติได้ตามกฎหมายเท่านั้น

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
1. ตรวจสอบแผนการรักษาเกี่ยวกับชนิดและปริมาณการให้ออกซิเจนแบบสายยางคู่เข้าจมูก	เพื่อให้แน่ใจว่าผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับการรักษาถูกต้องตามแผนการรักษา
2. ล้างมือให้สะอาด	เพื่อป้องกันการนำเชื้อเข้าสู่ผู้ป่วย
3. เตรียมอุปกรณ์ในการให้ออกซิเจน เติมน้ำกลั่นปราศจากเชื้อในกระบอกน้ำไม่เกิน 2/3 และไมต่ำกว่า 2/3 ของกระบอกน้ำหรือตามที่มีระดับกำหนดไว้ แล้วนำมาที่เตียงผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเพื่อต่ออุปกรณ์ให้พร้อมใช้	เพื่อความสะดวกในการใช้งาน
4. ทักทายผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับออกซิเจน ตรวจสอบชื่อ-สกุล ป้ายข้อมือกับคำสั่งการรักษา และแนะนำตนเอง พร้อมทั้งอธิบายจุดประสงค์ของการให้ออกซิเจนให้ทราบ	เพื่อระบุตัวผู้ที่ได้รับออกซิเจนให้ถูกต้อง และคลายความวิตกกังวลของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง
5. ตรวจสอบสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว	เพื่อประเมินอาการผู้ป่วย
6. ต่อปลายสายของสายยางคู่เข้าจมูก (Nasal cannula) กับชุด ทำความชื้นที่ต่อกับตัวควบคุมอัตราการไหลของออกซิเจน	เพื่อเป็นทางให้แก่สออกซิเจนผ่านไปสู่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง
7. เปิดตัวควบคุมอัตราการไหลของออกซิเจนตามแผนการรักษา ตรวจสอบว่ามีละอองฝอยใหญ่ปูดให้เห็นที่ในขวดทำความชื้น และเอามืออังบริเวณรูเปิดของสายยางคู่เข้าจมูก (Nasal cannula) ว่ามีลมออกมาหรือไม่	เพื่อตรวจสอบการอุดตันบริเวณรูเปิดของสายยางคู่เข้าจมูก (Nasal cannula) และความพร้อมใช้งานของระบบ
8. คล้องสายนำออกซิเจนของสายยางคู่เข้าจมูก (Nasal cannula) กับใบหูทั้ง 2 ข้าง แล้วรวบลงมาไว้ที่ใต้คางของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง	เพื่อให้สาย (Nasal cannula) อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
9. รูดปลายท่อออกซิเจนของสายยางคู่เข้าจมูก (Nasal cannula) ที่ใต้คางให้กระชับ	เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด
10. ล้างมือให้สะอาด	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
11. บันทึกการดูแลและรายงานทีมการดูแลถ้าพบความผิดปกติ	เพื่อให้ทราบข้อมูลและให้การช่วยเหลือได้ทันในกรณีฉุกเฉิน
12. ตามมาตรฐานสากล สายยางคู่เข้าจมูกสำหรับให้ออกซิเจน (Nasal cannula) เป็นอุปกรณ์ที่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง แต่ในโรงพยาบาลบางแห่ง นำไปล้างทำความสะอาด และใส่ถุงปิดให้สนิทแล้วส่งอบแก๊ส เช่นเดียวกับสายต่อออกซิเจนขนาดเล็กและนำกลับมาใช้ใหม่	เพื่อความสะดวกและป้องกันการติดเชื้อตามแผนการรักษา

การดูแลผู้ที่บำบัดรักษาด้วยออกซิเจน⁶

1. ดูแลสภาพทางเดินหายใจให้โล่งตลอดเวลา โดยจัดท่านอนหรือให้นั่งศีรษะสูง หรือนั่งพบบนโต๊ะคร่อมเตียง ในกรณีที่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึงพิงรู้สึกตัวดี และไม่มีข้อจำกัดในการจัดท่า หากมีเสมหะหรือน้ำคั่งหลังบริเวณท่อนทางเดินหายใจให้ดูดออกตามวิธีการดูดเสมหะอย่างถูกเทคนิค เพื่อให้ออกซิเจนสามารถผ่านเข้าสู่ถุงลมปอดได้สะดวก และการแลกเปลี่ยนแก๊สเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือช่วยให้เสมหะระบายออกได้ง่ายขึ้นโดยกระตุ้นให้อาเอาเสมหะออกอย่างถูกต้อง และให้สารน้ำอย่างเพียงพอเพื่อช่วยละลายเสมหะ

2. หมั่นดูแลความสะอาดของจมูก ปาก ใบหน้า ทุก 2-4 ชั่วโมง เนื่องจากผู้ที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนจะมีอาการคอแห้ง ปากแห้ง มีกลิ่นปาก เจ็บคอ และไม่สุขสบาย จึงควรกระตุ้นให้บ้วนปาก และจิบน้ำบ่อย ๆ ใช้ กลีเซอรินทาร์มีผีปากเพื่อให้ริมฝีปากชุ่มชื้น สำหรับผู้ที่ได้รับออกซิเจนแบบหน้ากาก ใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดและทาแป้งบริเวณใบหน้า สันจมูก เพราะอาจมีความชื้น ความร้อน ทำให้รู้สึกอึดอัด และไม่สุขสบาย ดูแลความสะอาดบริเวณจมูกโดยใช้ไม้สำลีพันปลายไม้ชุบน้ำหมาดๆ เช็ดทำความสะอาด โดยเฉพาะบริเวณรอบๆ สายหรือท่อที่คาบบริเวณจมูก

3. ดูแลไม่ให้สายให้ออกซิเจนหักพับงอ หรือปลายสายอุดตัน จากน้ำมูก เสมหะ เช่น สายยางคู่เข้าจมูก (Nasal Cannula) และไม่รัดออกซิเจนชนิดหน้ากากแน่นจนเกินไป ตรวจสอบตำแหน่งของท่อออกซิเจน รอยต่อต่าง ๆ ให้คงที่ ไม่หลุดเลื่อน เคลื่อนที่ เพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และดูแลเติมน้ำในขวดทำความชื้น เพื่อป้องกันทางเดินหายใจแห้ง

4. ติดตามประเมินภาวะขาดออกซิเจน และอาการแสดงที่ผิดปกติต่างๆ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้วทุก 2-4 ชั่วโมงตามความจำเป็น หากพบความผิดปกติของการหายใจหรือทางเดินหายใจ ต้องรับรายงานแพทย์เพื่อตรวจหาสาเหตุ ให้การรักษาได้ทันที หรือนำส่งโรงพยาบาล

ภาวะแทรกซ้อนของการบำบัดรักษาด้วยออกซิเจน⁶

1. เกิดการติดเชื้อแทรกซ้อนจากการที่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะร่างกายที่อ่อนแอ ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายผิดปกติจากพยาธิสภาพของโรค การใช้อุปกรณ์ในการบำบัดออกซิเจนประกอบด้วยน้ำและความชื้นจึงก่อให้เกิดโรคติดเชื้อได้เป็นอย่างดี และผู้ที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนเป็นผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคระบบทางเดินหายใจต้องได้รับการเจาะคอใส่ท่อ และต้องนอนเป็นเวลานาน จึงเป็นหนทางที่เชื้อโรคต่างๆ จะเข้าสู่ร่างกายได้โดยตรงและง่ายขึ้น ดังนั้นต้องปฏิบัติการดูแลอย่างถูกเทคนิคและเคร่งครัด รวมทั้งการทำความสะอาดอุปกรณ์ต่าง ๆ ให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด

2. ภาวะเยื่อทางเดินหายใจแห้งและเกิดระคายเคือง เมื่อต้องให้การบำบัดด้วยออกซิเจนจึงต้องให้อัตราการไหลที่เหมาะสม ไม่แรงเกินไป และให้ความชื้นร่วมด้วยอย่างเพียงพอเสมอ

3. การทำลายเนื้อเยื่อภายในปอด เมื่อผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงได้รับออกซิเจนที่มีความเข้มข้นสูงมากกว่าร้อยละ 60 เป็นเวลานาน จะทำให้เกิดอันตรายต่อเนื้อปอด ซึ่งถ้าได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมง จะทำให้เกิดการระคายเคืองหรือการอักเสบของหลอดลม และมีอาการไอตลอดเวลา ส่งผลให้เกิดการหายใจลำบากได้ ทำให้ปอดมีความจุออกซิเจนลดลง แต่ความต้องการออกซิเจนของร่างกายเพิ่มมากขึ้น เนื้อเยื่อปอดจะถูกทำลายได้

การพ่นยา (Metered dose inhaler)

ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีโรคประจำตัวเกี่ยวข้องกับโรคทางเดินหายใจ ได้แก่ หอบหืด โรคถุงลมปอดเรื้อรัง อาจมีแผนการรักษาของแพทย์ให้ใช้ยาพ่น ทั้งนี้ ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับคำแนะนำในการพ่นยาจากแพทย์หรือพยาบาลและสามารถพ่นยาเองได้ในกรณีที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือพ่นยาเองไม่ได้ ผู้ดูแลจะพ่นยาให้กับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้ ผู้พ่นยาควรเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขหรือผู้ ที่ผ่านการอบรมและสามารถปฏิบัติได้ตามกฎหมายเท่านั้น

อุปกรณ์สำหรับพ่นยา⁷

1. แบบบันทึกแผนการรักษาหรือแบบบันทึกการให้ยา (Medical administration record: MAR)

2. ยาพ่น

3. กระดาษทิชชู

4. ถาดใส่ยา

ขั้นตอนการบริหารยาพ่น⁷

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
1. ตรวจสอบแผนการรักษาจากแบบบันทึกแผนการรักษาหรือแบบบันทึกการให้ยา	เพื่อยืนยันความถูกต้องของแผนการรักษา
2. ล้างมือให้สะอาดตามเทคนิคการล้างมือหรือใช้แอลกอฮอล์เจลก่อนบริหารยาทุกครั้ง	เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ
3. แนะนำตัวและทักทายผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงตรวจสอบความถูกต้องโดยการถามชื่อนามสกุล ตรวจสอบป้ายชื่อมือ เปรียบเทียบกับแบบบันทึกการให้ยา	เพื่อระบุตัวของผู้ที่จะได้รับยาให้ถูกต้อง ลดการเกิดความผิดพลาด และส่งเสริมความไว้วางใจของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง
4. ก่อนจัดยา อ่านชื่อ นามสกุล ชื่อยา ขนาด วิธีทางที่ให้และเวลาบนแบบบันทึกการให้ยาผู้ที่จะได้รับยา อ่านฉลากยาเปรียบเทียบกับแบบบันทึก การให้ยา และตรวจสอบวันหมดอายุของยาด้วย	เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตามหลักบริหารของยา
5. หยิบยาพ่นออกจากซองยาหรือกล่องยาที่บรรจุ ตรวจสอบยากับแบบบันทึกการให้ยา เมื่อเตรียมยาเสร็จนำอุปกรณ์ใส่ถาดไปที่เตียงผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง	เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการให้ยา
6. ตรวจสอบโดยการถามชื่อ นามสกุลของผู้ที่จะได้รับยา ดูป้ายชื่อมือ ตรวจสอบกับแบบบันทึกการให้ยาอีกครั้ง	เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตามหลักการบริหารยา

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
7. จัดทำผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงให้อยู่ในท่านั่ง แหงนหน้า หรือท่านอนหงายรองหมอนหนุนใต้ไหล่ ถ้าต้องการให้ยาไปสู่อวัยวะกระดูกด้านใดด้านหนึ่ง ขจัดสิ่งคัดหลั่งในช่องจมูกออกให้หมด โดยใช้สำลี พันปลายไม้ขีดให้สะอาด	เพื่อเตรียมให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง พร้อมรับยา
8. พ่นยา 8.1. กรณียาพ่นจมูก - ในกรณีที่เพิ่งเป็นหวัดใหม่ที่เพิ่งซื้อ เขย่าขวดทุกครั้ง ก่อนใช้ยา ก่อนพ่นจริงตั้งขวดยาให้ตรง และกดให้ยาพ่นออกมาในอากาศเป็นละอองฝอยสัก 2-3 ครั้ง ในกรณีที่พ่นยาเป็นประจำทุกวันแล้ว ไม่จำเป็นต้องกดยาให้พ่นออกมาในอากาศก่อนใช้จริงทุกครั้ง - หลังจากที่ทำให้จมูกโล่งแล้วควรพ่นยาในจมูก โดยอาจจะพ่นตามหลังการสูดน้ำมูก หรือการล้างจมูกด้วยน้ำเกลืออุ่น หรือการอบจมูกด้วยน้ำ ไอเดือด หรือการออกกำลังกาย - การจับขวดยา ควรใช้นิ้วชี้และนิ้วกลาง วางอยู่ที่บริเวณไหล่ขวดยาและใช้นิ้วหัวแม่มือวางอยู่ที่ก้นขวดแล้วนำส่วนปลายของยาพ่นจมูกหรือหัวที่พ่นยาใส่เข้าไปในโพรงจมูกด้านหน้าข้างตรงข้ามกับมือที่ถือขวดยา - เมื่อพร้อมที่จะพ่นยาเข้าจมูก ควรกดยาอย่างรวดเร็วและแรง หลังจากนั้นให้เงยหน้าขึ้น และเอียงศีรษะไปด้านข้างที่พ่นเป็นเวลาครึ่งนาที หลังจากนั้นจึงพ่นยาในจมูกอีกข้างหนึ่งในลักษณะเดียวกัน - หลังจากพ่นยาในจมูกเสร็จแล้ว ควรทำความสะอาดหัวที่พ่นยาด้วยผ้าหรือกระดาษทิชชู ล้างน้ำสะอาดแล้วเช็ดให้แห้งและครอบฝาทันที	เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงได้รับยาพ่นครบตามแผนการรักษา เพื่อระบายทางเดินหายใจให้รับยาอย่างเต็มที่ เพื่อรักษาความสะอาดของยา

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
8.2 กรณีใช้ยาสูดพ่นทางปาก - เชย้ากระบอกยาในแนวตั้งและเปิดฝากระบอกรอก - ใช้ริมฝีปากครอบปลายกระบอกยาหายใจออกจนสุด - กดพ่นยา พร้อมหายใจทางปากอย่างช้าๆ จากนั้นกลั้นลมหายใจไว้ประมาณ 10 นาที จึงผ่อนลมหายใจออกอย่างช้า ๆ ทางจมูก - หากต้องพ่นยาซ้ำให้พ่นห่างกัน 1-2 นาที - ทำความสะอาดปากกระบอกยาด้วยกระดาษทิชชู - ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟั้ฟั้บ้วนปากด้วยน้ำสะอาดควรดูแลให้ หลังจากพ่นยาทุกครั้ง	
9. ประเมินอาการไม่พึงประสงค์หลังผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟั้ฟั้บ้วนปากได้รับยาทันทีและภายใน 30 นาที	เพื่อให้การช่วยเหลือในกรณีที่เกิดผลข้างเคียงจากยา
10. เก็บยา อุปกรณ์ และล้างมือให้สะอาด	เพื่อให้เกิดความสะดวกในการให้ยาครั้งต่อไป และลดการแพร่กระจายเชื้อ
11. ลงชื่อในแบบบันทึกการให้ยาในช่องผู้ให้ยาให้ถูกต้อง เขียนบันทึกเอกสารทางการดูแล อาการของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟั้ฟั้บ้วนปาก และหลังได้รับยา ปลายอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น	เพื่อเป็นการตรวจสอบการให้ยาที่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟั้ฟั้บ้วนปากได้รับ และให้การดูแลเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์หลังการได้รับยา

การเคาะปอด (Percussion)

การเคาะปอดเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยระบายเสมหะให้ขับออกได้ง่ายขึ้น นอกเหนือจากการฝึกหายใจและไอ ทั้งนี้ ผู้ที่จะทำการเคาะปอด ควรเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล หรือกายภาพบำบัด หรือผู้ที่ผ่านการอบรมและสามารถปฏิบัติได้ตามกฎหมายเท่านั้น

ข้อบ่งชี้ในการเคาะปอด⁸

1. เสมหะมีลักษณะเหนียวและ/หรือมีปริมาณมาก
2. ผู้ป่วยไม่สามารถไอขับเสมหะเองได้
3. ใช้ร่วมกับการจัดทำระบายเสมหะ

หลักการทั่วไปในการเคาะปอด⁹

การเคาะปอด (Chest percussion) เป็นการทำให้เกิดการสั่นสะเทือนเป็นจังหวะสม่ำเสมอต่อปอดบริเวณที่มีเสมหะคั่งอยู่ เพื่อให้เสมหะหลุดออกจากหลอดลมเล็ก ๆ การเคาะปอดสามารถกระทำได้ทั้งในช่วงจังหวะหายใจเข้าและหายใจออก

1. อธิบายขั้นตอนการทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงรับทราบ หากมีท่อหรืออุปกรณ์ต่างๆ ติดกับร่างกาย ควรตรวจสอบก่อนว่าอุปกรณ์อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมและไม่มี การเลื่อนหลุด นอกจากนี้ควรตรวจชีพจร ความดันเลือด อัตราการหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดก่อนและตรวจติดตามระหว่างการเคาะปอด

2. ผู้เคาะต้องทำมือเป็นอู้ง (cupped hand) ให้นิ้วมือทุกนิ้วชิดกันแต่ไม่บีบเข้าหากันให้เกิดกระเปาะอากาศในอู้งมือ เพื่อลดพื้นที่ผิวสัมผัสของมือกับผิวหนังของผู้สูงอายุไม่ให้เกิดอาการเจ็บ เสียงที่ได้ยินจากการเคาะที่ถูกต้องควรเป็นเสียง “แปะๆ” หรือ “โปะๆ” เนื่องจากแรงที่เกิดจากอากาศในอู้งมือ ไม่ใช่เสียง “แปะๆ” จากการใช้มือตี

3. การเคลื่อนไหวที่เกิดที่ข้อมือเป็นจังหวะสม่ำเสมอที่สำคัญควรปล่อยข้อมือไม่เกร็งระหว่างการเคาะ เพื่อลดอาการปวดเมื่อยของผู้บำบัด โดยทั่วไปใช้ความเร็วในการเคาะประมาณ 3-5 ครั้ง/วินาที การเคาะเร็วเกินไปจะทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงกลืนหายใจโดยไม่รู้ตัว และหลอดลมอาจหดเกร็งหากทางเดินหายใจของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงไวต่อการตอบสนอง (hyperreactive airway)

4. ผู้สูงอายุอาจมีกระดูกบางหรือกระดูกพรุนร่วมด้วย จึงไม่ควรเคาะไปบนผนังหน้าอกของผู้ป่วยโดยตรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่ผอมและมีผนังหน้าอกบางควรใช้ผ้าบางๆ เช่น ปรอทหมอน หรือเสื่อรองก่อนเคาะ การใช้ผ้าที่มีความหนาเกินไปเป็น เช่น ผ้าห่ม หรือผ้าขนหนูหนาๆ อาจทำให้ประสิทธิภาพในการเคาะลดลงได้ แนะนำให้หลีกเลี่ยงการเคาะบนกระดูกต่างๆ ได้แก่ สะบัก ไหล่ปลาร้า กระดูกสันหลังและบริเวณเต้านม

5. ระยะเวลาในการเคาะปอดโดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 2-5 นาทีต่อปอดแต่ละส่วน (lung segment)

การดูดเสมหะ (Suctioning)

ข้อบ่งชี้ของการดูดเสมหะ¹⁰

1. หลังการรักษาทางกายภาพบำบัดของทรวงอก เช่น การเคาะปอด สัมผัสปอด
การจัดท่าระบายเสมหะ

2. ก่อนการจัดท่าให้กับผู้ที่รู้สึกตัว
3. ก่อนให้อาหารทางสายยางเข้าสู่กระเพาะอาหาร (Nasogastric tube)
4. หายใจเสียงดัง
5. กระสับกระส่าย สีหน้า ท่าทางไม่สุขสบาย
6. อัตราชีพจรและการหายใจเพิ่มขึ้น
7. มีอาการเขียวคล้ำจากการขาดออกซิเจน
8. ผู้ป่วยรู้สึกมีเสมหะและต้องการให้ดูดเสมหะ

อุปกรณ์

1. เครื่องดูดเสมหะ
2. หูฟังทางการแพทย์ (Stethoscope)
3. ถุงมือปลอดเชื้อ
4. สายดูดเสมหะ
5. ปากและจมูก (mask)
6. สำลีปลอดเชื้อและ 70% แอลกอฮอล์
7. ปากคีบ (Forceps) ปราศจากเชื้อ
9. ถังขยะติดเชื้อ

ขั้นตอนการปฏิบัติการดูดเสมหะ¹⁰

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
1. ล้างมือให้สะอาด	เพื่อลดการติดเชื้อ และการแพร่กระจายเชื้อ
2. สวมผ้าปิดปากและจมูก	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของละอองเสมหะ
3. ใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% เช็ดบริเวณปลายข้อต่อของสายดูดเสมหะของเครื่องดูดเสมหะ	เพื่อทำความสะอาดบริเวณปลายข้อต่อของสายดูดเสมหะของเครื่องดูดเสมหะ

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
4. สวมถุงมือปลอดเชื้อมือข้างที่ถนัด และหยิบสายดูดเสมหะอย่างถูกวิธี ด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
5. ต่อสายดูดเสมหะเข้ากับข้อต่อของสายเครื่องดูดเสมหะ โดยระมัดระวังไม่ให้ถุงมือและสายดูดเสมหะปนเปื้อน (contaminate) เปิดเครื่องดูดเสมหะ โดยใช้มือข้างที่ไม่ถนัด และปรับแรงดันให้เหมาะสมกับผู้ป่วย	เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการระคายเคือง หรือการบาดเจ็บของเซลล์บุทางเดินหายใจ
6. ใช้หลักเทคนิคปลอดเชื้อ (Aseptic technique) ในการใส่สายดูดเสมหะในตำแหน่งที่ต้องการดูดเสมหะ	เพื่อให้ปลายสายดูดเสมหะอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมและสามารถดูดเอาเสมหะออกมาได้
7. เริ่มดูดเสมหะ โดยใช้นิ้วหัวแม่มือข้างที่ไม่ถนัด ปิดรูข้อต่อควบคุมแรงดัน ขณะเดียวกันใช้นิ้วมือข้างที่สวมถุงมือ เริ่มจากการดูดน้ำลายภายในช่องปากบริเวณลิ้น ใต้ลิ้น กระพุ้งแก้มทั้งข้างก่อน จากนั้นเปลี่ยนสายดูดเสมหะสายใหม่ และเริ่มดูดเสมหะโดยการใส่สายดูดเสมหะลงไป ในท่อ ปิดรูข้อต่อควบคุมแรงดันหมุนสายดูดเสมหะหมุนไปมาซ้าย-ขวารอบท่อ พร้อมกับค่อยๆ ดึงสายดูดเสมหะขึ้นอย่างนุ่มนวล ใช้ระยะเวลาในการดูดเสมหะแต่ละครั้ง ไม่เกิน 10-15 วินาที และในการดูดเสมหะแต่ละครั้ง ควรเว้นระยะให้ผู้ป่วยหยุดพักนาน 20-30 วินาที	เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจน และการกระตุ้นเส้นประสาทเวกัส (Vagus nerve) ซึ่งทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ
8. ขณะดูดเสมหะ ให้สังเกตลักษณะ สี จำนวนของเสมหะ และอาการแสดงของผู้ป่วยด้วย เช่น อาการหายใจลำบาก กระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าเขียว	เพื่อสังเกตภาวะการขาดออกซิเจนของผู้ป่วย และสามารถช่วยเหลือได้ทันท่วงที

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
9. หลังการดูดเสมหะ ให้ล้างสายดูดเสมหะ โดยการดูดน้ำสะอาดจากขวดที่เตรียมไว้	เพื่อป้องกันไม่ให้เสมหะอุดตันสายยาง และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค
10. ปิดเครื่องดูดเสมหะ ปลดสายดูดเสมหะและถอดถุงมืออย่างถูกวิธี	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค
11. เช็ดข้อต่อของเครื่องดูดเสมหะด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70%	เพื่อทำความสะอาดและลดการแพร่กระจายเชื้อ
12. ล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค
13. จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย	เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนหลังการปฏิบัติกิจกรรม
14. ประเมินผลและบันทึกลักษณะ จำนวน สี ของเสมหะ อัตราการหายใจ รวมถึงอาการของผู้ป่วยในแบบบันทึกการดูแล	เพื่อเป็นหลักฐานในการปฏิบัติ และเพื่อส่งต่อข้อมูล ให้กับบุคลากรทีมสุขภาพทราบ

การประเมินผลการดูดเสมหะ

ข้อบ่งชี้ที่แสดงว่า การดูดเสมหะได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹¹ มีดังนี้

1. ปริมาณเสมหะลดลง
2. อัตราการหายใจ 12-20 ครั้ง/นาที และอัตราชีพจร 60-80 ครั้ง/นาที
3. ไม่มีอาการหายใจลำบาก
4. ไม่มีเสียงเสมหะภายในหลอดลมของผู้ป่วย
5. ผิวหนัง เล็บมือ หรือเล็บเท้า ไม่มีสีเขียวคล้ำจากการพร่องออกซิเจน
6. หลังการดูดเสมหะ ดูแลให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย บันทึกลักษณะ จำนวน

เสมหะและปฏิกิริยาของผู้ป่วยลงในแบบบันทึกทางการดูแลเพื่อเป็นหลักฐานและเป็นข้อมูลสำหรับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

3.9.4 การดูแลระบบขับถ่ายของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงบางรายอาจมีปัญหาเกี่ยวกับระบบขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ได้แก่ ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ ไม่สามารถปัสสาวะออกเองได้หรือออกได้ไม่หมด จำเป็นที่แพทย์ต้องให้สวนปัสสาวะซึ่งอาจจะสวนปัสสาวะแบบครั้งคราวหรือแบบคาสายไว้ รวมทั้งอาจมีการผ่าตัดและใส่สายเพื่อระบายน้ำปัสสาวะที่หน้าท้องบริเวณเหนือหัวหน่าว นอกจากนี้ บางรายอาจมีปัญหาเกี่ยวกับลำไส้และต้องได้รับการผ่าตัดเอาลำไส้

ออกมาเปิดทางหน้าท้องเพื่อขับถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง (Colostomy) ซึ่งหัตถการเหล่านี้ จำเป็นที่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงต้องได้รับการดูแลเนื่องจากอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงรวมทั้งผู้ดูแล จึงต้องให้สามารถให้การดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีปัญหาการขับถ่ายได้ ซึ่งในบทนี้จะกล่าวถึง การดูแลสายสวนปัสสาวะ ทั้งการใส่สวนปัสสาวะบริเวณท่อปัสสาวะ และทางหน้าท้อง (Cystostomy) และการดูแล ทวารเทียม (Colostomy)

การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ใส่สายสวนปัสสาวะ

การสวนปัสสาวะ (Urinary Catheterization) หมายถึง การสอดใส่สายสวน (Catheter) ผ่านทางท่อปัสสาวะออกสู่ภายนอก เพื่อให้กระเพาะปัสสาวะว่าง¹²

ชนิดของการสวนปัสสาวะ¹²

1. การสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว (Intermittent Catheterization) เป็นการ สอดใส่สายสวนปัสสาวะผ่านทางท่อปัสสาวะเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะ เพื่อระบายน้ำปัสสาวะ ออกจากกระเพาะปัสสาวะลงสู่ภาชนะ เมื่อกระเพาะปัสสาวะว่าง ไม่มีน้ำปัสสาวะไหลออก มาแล้ว จึงถอดสายสวนปัสสาวะออก

ข้อบ่งชี้การสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว ทำในกรณีต่อไปนี้

- ไม่สามารถปัสสาวะได้เองภายใน 6-8 ชั่วโมง หลังจากถ่ายปัสสาวะครั้งสุดท้าย เนื่องจากท่อปัสสาวะได้รับความกระแทกกระเทือนภายหลังการผ่าตัด ผลจากยาระงับความรู้สึก หรือยากดประสาท เป็นต้น

- ถ่ายปัสสาวะไม่ได้ ได้แก่ ได้รับบาดเจ็บบริเวณไขสันหลัง

- เก็บปัสสาวะส่งตรวจเพื่อเพาะหาเชื้อ (Urine Culture) ในกรณีที่ไม่สามารถ ปัสสาวะเองได้

- หาปริมาณของปัสสาวะเหลือค้างในกระเพาะปัสสาวะ ภายหลังถ่ายปัสสาวะ เสร็จทันที (Residual Urine) เพื่อการตรวจวินิจฉัยของแพทย์

2. การสวนคาสายสวนปัสสาวะ (Catheterization or Retained Catheteriza- tion) เป็นการสอดใส่สายสวนปัสสาวะแบบโฟลีย์ (Foley's Catheter) ผ่านทางท่อปัสสาวะ เข้าสู่กระเพาะปัสสาวะแล้วคาสายสวนปัสสาวะไว้

ข้อบ่งชี้การสวนคาสายสวนปัสสาวะ ทำในกรณีต่อไปนี้

- มีการอุดตันของท่อปัสสาวะ จากต่อมลูกหมากโต หรือท่อปัสสาวะตีบแคบ เป็นต้น

- ป้องกันการอุดตันของท่อปัสสาวะจากก้อนลิ่มเลือดภายหลังกการผ่าตัดผ่านท่อปัสสาวะ (Transurethral Resection) หรือจากการมีก้อนเนื้องอกในกระเพาะปัสสาวะ
- วัดปริมาณปัสสาวะเพื่อประเมินการทำงานของไต เช่น ในผู้ที่มีภาวะช็อกหลังจากอุบัติเหตุ ไฟไหม้ หรือหลังได้รับการผ่าตัด เป็นต้น
- ป้องกันการระคายเคืองของผิวหนังจากปัสสาวะ ในผู้ที่กลั้นปัสสาวะไม่ได้หรือไม่รู้สึกตัว
- สวนล้างกระเพาะปัสสาวะ (Bladder Irrigation)

การดูแลผู้สูงอายุที่สวนคาสายสวนปัสสาวะ¹²

1. ดูแลให้ปัสสาวะไหลสะดวก

- 1.1 กระตุ้นให้ดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อย 2 ลิตรต่อวัน เพื่อเป็นการชะล้างภายในทางเดินปัสสาวะ (Internal Irrigation) หากผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงไม่มีโรคที่มีข้อห้าม
- 1.2 ดูแลไม่ให้สายสวนปัสสาวะหักพับงอหรือดึงรั้งท่อปัสสาวะ
- 1.3 ดูแลให้ถุงเก็บปัสสาวะอยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะเสมอ เพื่อให้การไหลของปัสสาวะสะดวก ไม่ไหลย้อนเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะ
- 1.4 ดูแลบีบริดสาย (Milking) บ่อยๆ เพื่อป้องกันตะกอนหรือลิ่มเลือดอุดตันอยู่ภายในสายยาง

2. ป้องกันการติดเชื้อ

- 2.1 ดูแลให้อยู่ในระบบปิด (Closed Drainage System) ตลอดเวลา หากจำเป็นต้องเก็บปัสสาวะส่งตรวจหรือเทน้ำปัสสาวะออกจากถุงต้องเช็ดท่อทางออกที่ถุงด้วยแอลกอฮอล์ 70% ทั้งก่อนและหลังทุกครั้ง
- 2.2 เทปัสสาวะออกจากถุงเมื่อมีปริมาณ 3 ใน 4 ของถุง การเทน้ำปัสสาวะออกจากถุง ต้องไม่ให้ท่อทางออกสัมผัสกับภาชนะรองรับและภายหลังเทให้ปิดท่อทางออกทุกครั้ง
- 2.3 ล้างมือก่อนและหลังให้การดูแล พร้อมทั้งใส่ถุงมือเมื่อมีโอกาสสัมผัสปัสสาวะของผู้สูงอายุ
- 2.4 ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก โดยเฉพาะบริเวณเปิดท่อปัสสาวะและสายสวนปัสสาวะอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งและทุกครั้งหลังถ่ายอุจจาระ
- 2.5 แวนถุงเก็บปัสสาวะไว้กับขอบเตียง ไม่แขวนที่ราวกันข้างเตียงหรือวางกับพื้น กรณีที่จำเป็นต้องยกสูงกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะต้องหนีบ (Clamp) หรือหักสายก่อนยกถุง เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับของน้ำปัสสาวะ และต้องรีบปลดที่หนีบหรือหยุดการหักสาย

เมื่อวางถุงเก็บปัสสาวะในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะแล้ว

2.6 ไม่เปลี่ยนถุงเก็บปัสสาวะทุกวัน ยกเว้นมีปัญหา ได้แก่ สายสวนหลุด ถุงขาดหรือรั่ว หากถุงเก็บปัสสาวะหรือสายสวนปัสสาวะรั่ว ให้รายงานแพทย์และพยาบาล เพื่อสวนปัสสาวะและเปลี่ยนถุงเก็บปัสสาวะใหม่ทั้งชุด

2.7 แนะนำอาหารที่ทำให้ปัสสาวะเป็นกรด ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่ว ขนมหิง ลูกรุ่น น้ำส้ม เป็นต้น เพื่อช่วยลดโอกาสเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย

2.8 สังเกตและประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ มีไข้ ปัสสาวะกะปริดกะปรอย แสบขัดและเจ็บเสียวเมื่อปัสสาวะใกล้สุด ปัสสาวะมีสีขุ่น มีตะกอน หรือมีกลิ่นเหม็น เป็นต้น

การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ใส่สายสวนปัสสาวะทางหน้าท้อง (Cystostomy)

การสวนปัสสาวะทางหน้าท้อง (Cystostomy) หรือ การสวนปัสสาวะบริเวณเหนือหัวหน่าว (Suprapubic Cystostomy) คือ การผ่าตัดเชื่อมต่อระหว่างกระเพาะปัสสาวะและผิวหนังที่ใช้ในการระบายน้ำปัสสาวะจากกระเพาะปัสสาวะในผู้ที่มีการอุดตันของการไหลของปัสสาวะ การใส่ท่อสายยางออกมาข้างนอกมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เลือดหรือน้ำปัสสาวะรั่วซึมออกมาได้หรือมีการไหลออกได้สะดวก ไม่ขังอยู่ซึ่งจะทำให้เกิดการอุดตันและมีภาวะติดเชื้อตามมา^{13, 14} จึงต้องได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง.

การดูแลโดยทั่วไป^{13, 14}

1. รักษาให้บริเวณสายสวนปัสสาวะทางหน้าท้อง (Cystostomy) สะอาดอยู่เสมอ
2. ล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังการเปลี่ยนผ้าก๊อช หรือถุงรองรับน้ำปัสสาวะ
3. เปลี่ยนผ้าก๊อชที่ปิดสายสวนปัสสาวะทางหน้าท้องทุกวัน หรือเมื่อก๊อชหลุดออก
4. เปลี่ยนพลาสติกที่ติดยึดสายสวนปัสสาวะทางหน้าท้องไว้กับผิวหนังเมื่อสกปรก หรือหลุดออกเมื่อปิด พลาสติกบนผิวหนัง ต้องไม่ทำให้สายสวนรัดเป็นปม หรือหัก พับ งอ
5. ไม่ดึงรั้งสายสวนปัสสาวะทางหน้าท้อง
6. ไม่หนีบ (Clamp) สวนปัสสาวะทางหน้าท้องหรือไม่ทำให้สายเกิดการอุดตัน
7. ถ้าสังเกตว่ามีคราบอยู่บริเวณรอบท่อด้านนอก ให้ทำความสะอาดรอบท่อด้วย 0.9% NSS หรือน้ำสะอาด ไม่ให้ใช้แอลกอฮอล์ เพราะอาจทำให้ผิวหนังแห้งหรือระคายเคืองได้

การเปลี่ยนผ้าก๊อช

1. ล้างมือให้สะอาด
2. เตรียมอุปกรณ์ ประกอบด้วย 0.9% NSS หรือสบู่ที่มีส่วนผสมของยาฆ่าเชื้อ

ไม้พินสำลี ผ้ากอซ พลาสเตอร์ ถุงมือสะอาด และถุงใส่ขยะ

3. สวมถุงมือสะอาด

4. นำผ้ากอซผืนเก่าออกและทิ้งลงขามรูปไตหรือภาชนะที่เตรียมไว้

5. ทำความสะอาดบริเวณรอบสายสวนปัสสาวะทางหน้าท้องโดยใช้ไม้พินสำลี

ชุบด้วย 0.9% NSS

6. ล้างน้ำให้สะอาด

7. ใส่ผ้ากอซรอบท่อสายสวนปัสสาวะ

8. ติดพลาสเตอร์ให้เป็นรูปตัว T เพื่อให้สายสวนปัสสาวะทางหน้าท้องอยู่กับที่ ไม่เลื่อนหลุดและ ติดพลาสเตอร์เพื่อยึดสายสวนปัสสาวะไว้กับผิวหนังเพื่อไม่ให้ดึงรั้ง

9. ตรวจสอบสายสวนปัสสาวะทางหน้าท้องให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องและมั่นคง
คำแนะนำในการปฏิบัติตน^{13, 14} ของผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ

1. รับประทานผัก ผลไม้ หรืออาหารที่มีกากใย เพื่อช่วยลดอาการท้องผูก เนื่องจาก ท้องผูกจะทำให้เกิดการอุดตันบริเวณสาย และเพิ่มแรงดันในกระเพาะปัสสาวะ ทำให้เกิดการรั่วซึมของปัสสาวะได้

2. ให้ถุงรองรับน้ำปัสสาวะอยู่ในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะเพื่อป้องกันน้ำปัสสาวะไหลย้อนกลับ

3. เมื่อน้ำปัสสาวะ มีปริมาณ 2/3 ของถุง ให้ทำการเปลี่ยนถุงรองรับน้ำปัสสาวะใหม่ และควรเปลี่ยนถุงรองรับน้ำปัสสาวะสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือเมื่อสกปรก

4. ดื่มน้ำอย่างน้อย 8-10 แก้วต่อวัน หลีกเลี่ยงการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน เพราะจะทำให้กระเพาะปัสสาวะเกิดการระคายเคืองได้

5. ป้องกันการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ โดยทำความสะอาดผิวหนังบริเวณรอบสายสวนปัสสาวะทางหน้าท้องทุกวัน และควรล้างมือให้สะอาดก่อนที่จะสัมผัสสายสวนปัสสาวะ

6. สังเกตสีน้ำปัสสาวะ หากปัสสาวะมีสีขุ่น หรือมีตะกอน รวมทั้งมีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ ได้แก่ มีไข้ มีหนองที่บริเวณรอบรูท่อปัสสาวะ ให้รีบแจ้งผู้ดูแลเพื่อพาไปพบแพทย์

การดูแลทวารเทียม (Colostomy) ของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

ทวารเทียม (Colostomy) หมายถึง การผ่าตัดเอาลำไส้ให้ออกมาเปิดทางหน้าท้อง เพื่อเป็นทางออกของอุจจาระ โดยบริเวณช่องเปิดลำไส้ส่วนที่โผล่ออกมาจากหน้าท้องเรียกว่า

สโตมา (Stoma)¹⁵

ข้อบ่งชี้การทำการผ่าตัดเอาลำไส้ให้ออกมาเปิดทางหน้าท้อง (Colostomy)¹⁵

1. ลำไส้ส่วนล่างมีการอุดตัน
2. ลำไส้มีความผิดปกติตั้งแต่เกิด ได้แก่ ทวารหนักไม่มีรูเปิดในเด็ก การตีบของทวารหนัก
3. ลำไส้ได้รับบาดเจ็บ ได้แก่ จากการถูกยิง ถูกแทง
4. ลำไส้ทะลุหรือมีการติดเชื้อ
5. มะเร็งของลำไส้

การดูแลและควบคุมการขับถ่ายของทวารเทียม (Colostomy)^{15, 16}

1. อาหาร ควรรับประทานอาหาร 3 มื้อปกติ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ได้ทุกประเภท ยกเว้นมีโรคประจำตัวที่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับอาหาร รับประทานอาหารที่มีกากใยเพียงพอ หลีกเลี่ยงอาหารพวกที่ทำให้ท้องเสียได้ง่าย หรือท้องผูก อาหารย่อยยาก อาหารรสจัดและเกิดแก๊สมากผิดปกติ ได้แก่ กะหล่ำปลี แตงกวา หอม กระเทียม และถั่วต่างๆ เป็นต้น
2. การออกกำลังกาย หลังการผ่าตัด 2 – 3 เดือน ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ เดิน วิ่ง เพื่อกระตุ้นให้ลำไส้ได้เคลื่อนไหว หลีกเลี่ยงกีฬาหรือการออกกำลังกายที่หักโหมและรุนแรง รวมทั้งเสี่ยงต่อการกระทบกระแทกทวารเทียม
3. การอาบน้ำ สามารถอาบน้ำได้แต่ควรอาบน้ำโดยตักอาบหรือให้ฝักบัว อาบน้ำได้ทั้งขณะใส่หรือถอดถุงออก ถ้าใช้ถุงรองรับอุจจาระแบบมีแป้นให้ใช้พลาสติกครอบแป้นก่อน เมื่ออาบน้ำเสร็จแล้ว ให้ซับผิวหนังรอบทวารเทียมให้แห้งก่อนติดแป้นใหม่
4. การแต่งตัว หลีกเลี่ยงไม่ให้ขอบกางเกง ขอบกระโปรง หรือเข็มขัดไปกดทับหรือเสียดสีบริเวณทวารเทียม
5. ความสมบูรณ์ของทวารเทียม สังเกตจากสีของทวารเทียม ปกติจะมีสีแดงหรือชมพู มีความตึงตัว มีความชุ่มชื้น ผิวเป็นมันเรียบ นุ่ม ถ้ามีสีแดงคล้ำ แสดงว่าอาจขาดเลือด แต่ถ้ามีสีชมพูจางมากแสดงว่าอาจมีภาวะช็อค ถ้าพบสีผิดปกติควรรายงานผู้ดำเนินการเพื่อแจ้งแพทย์
6. ระดับความสูงของทวารเทียม ปกติควรยื่นออกมา 2.5 เซนติเมตรช่องเปิดอยู่ตรงกลาง เพื่อสะดวกต่อการปิดถุง และดูแลรักษาผิวหนังรอบๆ ถ้าทวารเทียมอยู่ระดับเดียวกับผิวหนังหรือต่ำกว่าจะมีปัญหา เนื่องจากสิ่งคัดหลั่งจะซึมเข้าผิวหนัง เกิดการระคายเคืองอักเสบ ถ้ายื่นออกมามากเกินไป อาจเกิดการกระแทก ข้ำ เสียดสีกับอุปกรณ์เสื้อผ้าเกิดเป็น

แผลบนทวารเทียม

7. ผิวหนังรอบทวารเทียม ควรปราศจากการระคายเคือง ไม่มีอาการผื่นแดง ผิวหนังเปื่อย เป็นตุ่มหนอง หรือลอกเป็นแผลมีน้ำเหลือง ถ้ามีความผิดปกติควรรายงานแพทย์

8. สังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ ลำไส้ไม่ทำงาน ลำไส้อุดตัน มีไข้ เป็นต้น ถ้ามีอาการดังกล่าว ควรรายงานแพทย์

9. ผู้ที่ทำการผ่าตัดเอาลำไส้ให้ออกมาเปิดทางหน้าท้องชนิดถาวรโดยเฉพาะตำแหน่งลำไส้ลงด้านขวาและลำไส้ส่วนซิกมอยด์ สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาได้

ถุงรองรับอุจจาระ มี 2 ชนิด คือ

1. ชนิดชั้นเดียว มีทั้งแบบถุงปลายปิดและปลายเปิด บริเวณที่ยึดติดมีทั้งแบบที่เป็นชนิดกาว และ ชนิดมีแป้นป้องกันผิวหนังระคายเคืองยึดติดกับผิวหนังแยก

2. ชนิด 2 ชั้น จะมีส่วนของแป้นที่ป้องกันผิวหนังระคายเคืองยึดติดกับผิวหนังแยกต่างหากจากถุง โดยแป้นสามารถติดได้อย่างน้อย 7 วัน

การเปลี่ยนถุงเก็บอุจจาระ¹⁵

1. ในระยะแรกอุจจาระที่ออกมาจากทวารเทียมจะออกมาตลอดเวลาควรสวมถุงรองรับอุจจาระ ไว้ตลอดเวลา

2. ถุงรองรับอุจจาระ ควรจะว่างและเปลี่ยนก่อนที่จะเต็ม หรือเริ่มจะหลุดจากรูเปิดเพื่อป้องกันผิวหนังของผู้สูงอายुरะคายเคืองจากการที่เปลี่ยนถุงบ่อยๆ ถุงเก็บอุจจาระอาจเป็นแบบที่มีรูเปิดให้อุจจาระออกด้านล่าง ให้แกะสิ่งผูกมัดบริเวณปลายถุง แล้วตลบปลายถุงด้านล่าง เพื่อไม่ให้อุจจาระเปื้อนปลายถุง ระบายอุจจาระลงในชักโครก ฉีdn้ำล้างทำความสะอาดได้จากปลายถุง ซับปลายถุงให้แห้งก่อนนำมาปิดที่รอบรูทวารหนัก

3. ถุงรองรับอุจจาระชนิดที่มีแป้นติดกับผิวหนัง ควรเปลี่ยนแป้นถุง 7 วันหรือเมื่อเห็นมีการเซาะของ น้ำอุจจาระเข้าใต้แป้น

4. ก่อนจะปิดถุงรองรับอุจจาระ ควรทำความสะอาดบริเวณรูเปิดเบาๆ ด้วยสบู่และน้ำ ถ้าจำเป็นอาจต้องโกนขนรอบ ๆ รูเปิด เพื่อป้องกันการดิ่งรังและขนอาจก่อให้เกิดการติดเชื้อ

5. การสวมถุงรองรับอุจจาระ ต้องวัดขนาดของรูเปิด และตัดให้พอดีกับรูเปิดของทวารเทียม

6. ใส่ถุงรองรับอุจจาระโดยครอบปากถุงลงบนรูเปิดแล้วค่อยๆ รีดปากถุงจากรูเปิดออกให้แน่น ติดกับผิวหนัง ตัวถุงควรจะมีขี้ลงด้านล่าง เพื่อให้อุจจาระไหลลงสะดวกตาม

แรงโน้มถ่วงของโลก ถ้าจะให้ขอบถุงติดแน่นยิ่งขึ้นอาจใช้เทปแบบไมโครพอร์ (Microspore) ติดริมขอบอีกครั้ง

7. การดูแลผิวหนัง ควรพยายามเปลี่ยนถุงเก็บอูจจาระด้วยความระมัดระวังและควรล้างผิวหนังด้วยสบู่และเช็ดให้แห้ง

8. การควบคุมกลิ่นของอูจจาระ อาจใช้น้ำยาปรับกลิ่นฉ็ดภายในห้องพัก

9. สังเกตการเปลี่ยนแปลงของรูเปิด เช่น มีเลือดออกซึมรอบ ๆ รูเปิด การเปลี่ยนแปลงของการขับถ่าย กลิ่นของอูจจาระไม่สัมพันธ์กับอาหารที่รับประทานอาจเป็นสิ่งที่แสดงว่ามีการผิดปกติเกิดขึ้นควรแจ้งพยาบาลให้ทราบ

3.9.5 การดูแลแผลกดทับ

แผลกดทับเกิดจากบริเวณผิวหนังและเนื้อบริเวณใต้ผิวหนังถูกทำลาย ทำให้เกิดเนื้อตายเนื่องจากการกดทับ ทำให้

สาเหตุของการเกิดแผลกดทับ¹⁷

1. การกดทับ (Pressure)

- กดทับบริเวณที่มีกระดูกยื่นกดที่นอน
- มีเลือดมาเลี้ยงบริเวณที่กดทับน้อย
- ส่วนที่รองรับระหว่างกระดูกและผิวหนัง คือ เนื้อเยื่อไขมันและกล้ามเนื้อ
- ความรู้สึกทางประสาทเสื่อม ทำให้ไม่รู้สึกเจ็บหรือไม่รู้สึกรู้ว่ามีการกดทับ
- เกิดจากการเสียดสีผ้าปูที่นอนหรือผ้าขาวเตียงที่ปูไม่เรียบ มีรอยย่นและการเปื่อยขึ้นจากปัสสาวะ อูจจาระ เหงื่อ ผ้าทำแผลและท่อระบายต่าง ๆ

- เกิดจากแรงกด ในรายที่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงนอนนานและเตียงยกหัวสูงกว่า 30 องศา

2. ภาวะทุพโภชนาการ ทำให้เกิดการทำลายของเนื้อเยื่อ ร่างกายไม่สามารถสร้างเนื้อเยื่อได้ เกิดการบวม การยืดหดตัวของกล้ามเนื้อ เนื้อเยื่อ และผิวหนังลดลง จึงเกิดแผลได้ง่าย หรือเกิดจากโลหิตจาง ขาดธาตุเหล็ก ทำให้ออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อลดลง

3. การติดเชื้อ

4. การนอนนาน ไม่เคลื่อนไหว

5. การทำงานของระบบประสาทที่รับความรู้สึกเสื่อม

6. การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง

การป้องกันการเกิดแผลกดทับ¹⁷

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. จัดให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเคลื่อนไหวร่างกายและทำกิจกรรมต่างๆ ตามความเหมาะสม	เพื่อป้องกันการกดทับ
2. ในกรณีที่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้เอง ดูแลพลิกตัวหรือเปลี่ยนท่าอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง หรือตามความเหมาะสม โดยไม่ขัดต่อแผนการรักษา	เพื่อลดการกดทับบริเวณที่เดิมเป็นเวลานาน
3. จัดท่านอนให้ถูกต้อง ใช้โฟมหรือผ้าเช็ดตัวนุ่มๆ รองบริเวณที่กดทับ	เพื่อช่วยลดแรงกดทับ
4. หลีกเลี่ยงการจัดท่านอนโดยการไขหัวเตียงให้สูงเกินกว่า 30 องศา เป็นระยะเวลานาน	เนื่องจากทำให้บริเวณช่วงเอวเกิดการกดทับ
5. ดูแลผ้าผู้ท่อนอน ผ้าขางเตียง ให้สะอาดแห้ง ตั้งอยู่เสมอ	เพื่อลดความชื้น และป้องกันการเกิดบริเวณแผลกดทับ
6. หลีกเลี่ยงที่นอนที่มีการถ่ายเทของอากาศไม่ดี เช่น ที่นอนที่หุ้มด้วยพลาสติก	เพราะจะทำให้เกิดความร้อนและมีเหงื่อออก
7. ควรใช้ผ้ารองเวลาจะยกย้ายผู้สูงอายุ	เพื่อลดการเสียดสี
8. การดูแลสุขภาพผิวหนังอนามัยให้แห้ง สะอาด อยู่เสมอ อาจใช้ครีมทาผิวทาบริเวณที่แห้ง แดง นวดเบาๆ	เพื่อป้องกันผิวหนังแห้งและแตก
9. ให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงออกกำลังกายตามความเหมาะสม	เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงมีการขยับร่างกาย

การดูแลแผลกดทับ สามารถดูแลตามระดับความรุนแรงของแผลกดทับ แบ่งเป็น 4 ระดับ¹⁸ ทั้งนี้ การทำแผลกดทับ ควรทำแผลโดยแพทย์หรือพยาบาล การดูแลแผลกดทับดังนี้

แผลกดทับระดับ 1 ผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับเป็นรอยแดง ผิวหนังยังไม่เกิดการฉีกขาด ทั้งนี้ รอยแดงเหล่านี้จะไม่หายไปภายในประมาณ 30 นาที เมื่อมีการพลิกตะแคงตัว

หรือเปลี่ยนอิริยาบถ ใช้นิ้วมือกดพบว่ารอยแดงยังคงอยู่

การดูแล

1. พลิกตะแคงตัวบ่อยๆ อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง โดยใช้ผ้ารองยกตัว หลีกเลี่ยงการลากดึง ร่วมกับยกสันเท้าลอยจากพื้นผิวเตียงโดยใช้หมอนหรือผ้ารองใต้น่อง ห้ามใช้ห่วงยางหรือถุงมือยางใส่น้ำรองตามปุ่มกระดูก เพราะจะทำให้เกิดการกดหลอดเลือดใต้ผิวหนังทำให้เนื้อเยื่อถูกทำลายหรือตายได้

2. จัดผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง แห้ง และสะอาดอยู่เสมอ เพราะรอยย่นของผ้าปูที่นอนจะทำให้ผิวหนังที่แดงแล้วเกิดเป็นแผลกดทับได้ง่าย

3. ห้ามนวดหรือประคบด้วยความร้อนบริเวณผิวหนังที่มีรอยแดง เพราะการนวดหรือการประคบด้วยความร้อนจะเพิ่มการอักเสบของผิวหนังส่วนนั้น เสี่ยงต่อการฉีกขาดของผิวหนัง

4. ทำความสะอาดทุกครั้งหลังการขับถ่ายด้วยสำลีชุบน้ำเปล่าโดยไม่ขัดถู และซับให้แห้ง ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปหรือผ้ารองเปื้อนแบบหนาและเปลี่ยนทุกครั้งที่มีการขับถ่าย

5. ดูแลผิวหนังให้สะอาด ใช้โลชั่นหรือครีมบำรุงผิวทาผิวหนังบ่อย ๆ เพื่อช่วยให้ผิวหนังมีความชุ่มชื้น

แผลกดทับระดับ 2 มีการสูญเสียชั้นผิวหนังบางส่วนจนมองเห็นชั้นหนังแท้ ลักษณะพื้นแผลมีสีชมพูหรือสีแดง หรืออาจพบลักษณะของตุ่มน้ำใสหรือเป็นตุ่มน้ำใสที่แตก

การดูแล

1. ทำแผลโดยใช้น้ำเกลือปราศจากเชื้อทำความสะอาดรอบแผลและภายในแผล แล้วปิดด้วยผลิตภัณฑ์ปิดแผลเพื่อควบคุมความชุ่มชื้นให้กับแผล ได้แก่ วัสดุปิดแผลชนิดแผ่นตาข่ายที่เคลือบด้วยสารที่ให้ความชุ่มชื้น หรือกลุ่มโพลียูรีเทนโฟม ช่วยดูดซับและควบคุมสิ่งขับหลังจากแผลที่มีปริมาณปานกลาง เป็นต้น

2. พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อลดการกดทับแผลและส่งเสริม การไหลเวียนเลือด มาเลี้ยงแผลกดทับ

แผลกดทับระดับ 3 มีการสูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมดมองเห็นชั้นไขมันในแผล อาจมีเนื้อตายสีเหลือง สีน้ำตาล หรือสีดำ

การดูแล

1. ทำแผลโดยใช้น้ำเกลือปราศจากเชื้อทำความสะอาดแผล

- แผลตื้น ใช้สำลีชุบน้ำเกลือปราศจากเชื้อเช็ดทำความสะอาดพื้นแผลอย่าง

เบามือโดยเช็ดจากข้างในแผลออกนอกข้างนอกแผล

- แผลลึกมีโพรงแผล ทำโดยใช้กระบอกฉีดยาบรรจุน้ำเกลือปราศจากเชื้อฉีดล้างทำความสะอาดแผล 2-3 ครั้ง จนกระทั่งน้ำยาทำความสะอาดแผลที่ใช้มีความใส

2. ใช้ผลิตภัณฑ์ปิดแผลตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล

3. ถ้ามีไข้ หรือแผลเป็นหนอง แผลมีเนื้อตายที่มีกลิ่นเหม็น แผลมีขนาด กว้างขึ้น ควรรีบไปโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาและให้การดูแลแผลที่เหมาะสม

แผลกดทับระดับ 4 มีการสูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมดและชั้นเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง มองเห็นพังพืด กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกอ่อน หรือกระดูกในบริเวณแผลได้

การดูแล

1. พลิกตะแคงตัวบ่อยๆ อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง โดยใช้ผ้ารองยกตัว หลีกเลี่ยงการลากดึง ร่วมกับยกส้นเท้าลอยจากพื้นผิวเตียงโดยใช้หมอนหรือผ้ารองใต้ช่อง กรณีนอนตะแคงตัวให้จัดท่านอนตะแคงกึ่งหงายเพื่อหลีกเลี่ยงแรงกดโดยตรงกับปุ่มกระดูกบริเวณไหล่และสะโพก ใช้หมอน ผ้า หรือเบาะสอดคั่น ระหว่างเข่าและขาทั้งสองข้าง เพื่อป้องกันการเสียดสีและลดแรงกดทับระหว่างปุ่มกระดูก

2. จัดผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง แห้ง และสะอาดอยู่เสมอ เพราะรอยยับของผ้าปูที่นอนจะทำให้ผิวหนังที่แดงแล้วเกิดเป็นแผลกดทับได้ง่าย

3. ปิดแผลด้วยผลิตภัณฑ์ปิดแผลตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล

หลักการทำแผล¹⁵

1. ต้องสะอาดและปลอดภัย

2. ประหยัดสิ่งของเครื่องใช้และเวลา

3. ใช้หลักเทคนิคปลอดเชื้อ (aseptic technique)

4. ต้องทำแผลสะอาดก่อนทำแผลสกปรกหรือแผลติดเชื้อเสมอ

ทั้งนี้ แพทย์หรือพยาบาลควรเป็นผู้ทำแผลผ่าตัด เนื่องจากถ้าแผลติดเชื้ออาจนำไปสู่การติดเชื้อได้

ขั้นตอนปฏิบัติการทำแผลผ่าตัดแบบแห้ง¹⁵

1. การประเมินสภาพแผล

- แนะนำตัวเอง บอกผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จัดท่า จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เพื่อป้องกันการเปิดเผยเกินความจำเป็น

- ล้างมือให้สะอาด

- แกะพลาสติกที่ปิดแผลออก

- เปิดแผลโดยไม่ให้มือสัมผัสแผลและด้านในของผ้าปิดแผล พร้อมสังเกตลักษณะแผล ขนาด จำนวนและสีของสิ่งคัดหลั่ง เพื่อจัดเตรียมเครื่องใช้ในการทำแผลให้เหมาะสม
- ปิดแผลด้วยผ้าก๊อชปิดแผลผืนเดิมไว้ เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากอากาศหรือแมลงตอม

- ล้างมือให้สะอาดภายหลังการประเมินแผล

2. การเตรียมเครื่องใช้ในการทำแผล

- ชุดทำแผล น้ำยาทำความสะอาดแผล เครื่องใช้ต่างๆ ที่จำเป็น
- วางชุดทำแผลบริเวณที่สะอาด เปิดชุดทำแผลและใช้ปากคีบกลาง (transfer forceps) หยิบของเพิ่มเติม เช่น สำลี ผ้าก๊อช จัดเครื่องใช้ในชุดทำแผลให้พร้อมที่จะหยิบใช้ได้สะดวก

- เหนี่ยาตามแผนการรักษาใส่ถ้วยน้ำยา โดยคีบสำลีออกจากถ้วย

ปิดชุดทำแผล

- เตรียมขามรูปไต พลาสเตอร์หรือเครื่องยึดติดแผลตามความเหมาะสม

กับแผล

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
การทำแผลแบบแห้ง (dry dressing) 1. ล้างมือให้สะอาด	เพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อ
2. เปิดแผลโดยใช้มือหยิบผ้าปิดแผลโดยพับส่วนที่สัมผัสแผลอยู่ด้านในทิ้งลงในภาชนะรองรับหรือขามรูปไต	เพื่อเป็นการประเมินบาดแผล
3. เปิดชุดทำแผล หยิบปากคีบให้มือข้างที่ถนัดจับปากคีบมีเชิ้ว กรณีใส่ถุงมือปลอดเชื้อให้ใช้มือหยิบได้เลย	เป็นการปฏิบัติตามหลักเทคนิคปลอดเชื้อ (aseptic technique)
4. ใช้ปากคีบไม่มีเชิ้ว คีบสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% ส่งต่อให้ปากคีบมีเชิ้วที่อยู่ต่ำกว่านำไปเช็ดซิดขอบแผลและวนออกนอกแผลประมาณ 2-3 นิ้ว หากยังไม่สะอาด ใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% เช็ดซ้ำที่ใช้ทำความสะอาดแล้วให้ทิ้งลงในภาชนะรองรับหรือขามรูปไต โดยที่ปากคีบไม่สัมผัสภาชนะรองรับหรือขามรูปไตและไม่ข้ามชุดทำแผล	เพื่อเป็นการทำความสะอาดผิวหนังรอบบาดแผลและเป็นการลดการแพร่กระจายเชื้อ

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
5. ปิดแผลด้วยผ้าก๊อชและติดพลาสเตอร์ตามแนวขวางของลำตัว	เพื่อป้องกันเชื้อโรคจากภายนอกเข้าสู่บาดแผล และป้องกันผ้าก๊อชเลื่อนหลุด
6. เก็บอุปกรณ์ ล้างมือให้สะอาด	เพื่อความสะดวกในการใช้งาน และลดการแพร่กระจายเชื้อ
7. บันทึกลักษณะแผล และการปฏิบัติในแบบการดูแล	เพื่อวางแผนการดูแลแผลอย่างเหมาะสม

การดูแลแผลผ่าตัด¹⁵

1. ระวังไม่ให้แผลถูกน้ำ หรือเปียกชื้น หากแผลชุ่มมาก ผู้ดูแลควรแจ้งผู้ดำเนินการให้ทราบ

2. รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่และพอเพียง ดูแลให้ได้รับน้ำ โปรตีน วิตามิน และเกลือแร่ เช่น วิตามินซี วิตามินเอ วิตามินอี เป็นต้น เพื่อสร้างเนื้อเยื่อและเสริมความแข็งแรงให้กับแผล

3. หากเกิดการคันหรือแพ้พลาสเตอร์ ควรแจ้งเจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการให้รับทราบ ไม่ควรแคะแคะเกา เพราะจะทำให้ผิวหนังรอบแผลถลอกเกิดการอักเสบติดเชื้อ ลุกลามขยายเป็นแผลกว้างได้

4. ทำความสะอาดแผลผ่าตัด ทั้งนี้ แพทย์หรือพยาบาลควรเป็นผู้ทำแผลผ่าตัด เนื่องจากถ้าแผลติดเชื้ออาจนำไปสู่การติดเชื้อได้

การจัดทำผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง จำเป็นต้องได้รับการดูแลจัดทำ และพลิกตะแคงตัวอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับโรคที่เป็นหรือสภาพของปัญหาสุขภาพในขณะนั้น ซึ่งจะช่วยลดอันตรายจากโรคที่เป็นและส่งเสริมความ สุขสบายอีกด้วย

จุดมุ่งหมายของการจัดทำให้กับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง¹⁹

1. เพื่อความสุขสบายและผ่อนคลาย การเจ็บป่วยทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงต้องใช้เวลาเกือบทั้งหมดอยู่บนเตียง บางคนอ่อนเพลียมาก ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ ต้องอยู่ในท่าเดิมเป็นเวลานานทำให้เกิดความไม่สุขสบาย จึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลที่จะต้องช่วยจัดทำท่าให้เหมาะสม และเปลี่ยนท่าให้บ่อย ๆ ช่วยขยับเขยื้อนหรือออกกำลังกายให้ เป็นต้น

2. ช่วยให้การตรวจและหรือการรักษาพยาบาลเป็นผลดี ท่านอนบางท่าจำเป็นต้องจัดให้ผู้สูงอายุหรือ ผู้ มีภาวะพึ่งพิงเป็นกรณีพิเศษ เพื่อให้เกิดผลดีต่อการตรวจ และสะดวกต่อการรักษาหรือการปฏิบัติการดูแล เช่น จัดท่านอนศีรษะสูงหรือท่านั่งเพื่อช่วยให้หายใจได้สะดวกลดอาการหอบเหนื่อย จัดท่านอนตะแคงเพื่อให้หนองไหลออกจากแผลได้ดีขึ้น จัดท่านอนราบให้กับผู้ที่มีอาการข้อค เป็นต้น

3. ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการอยู่ในท่าเดิมเป็นเวลานาน

4. ป้องกันการเกิดการผิดรูปของกล้ามเนื้อ กระดูก และการกดทับของปุ่มกระดูก และส่วนอื่นของร่างกาย

การช่วยเหลือผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงนั่งบนเตียง และนั่งห้อยเท้า¹⁷

การนั่งบนเตียงหรือนั่งห้อยเท้าจะทำในรายที่ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีอาการดีขึ้นและต้องไม่ขัดกับโรค ที่เป็น ทั้งนี้ ในระยะแรกของการจัดท่านั่งไม่ควรทิ้งให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงนั่งนานเกิน การจัดท่าปฏิบัติดังนี้

1. ถ้าเป็นเตียงชนิดที่ปรับระดับได้ ให้เลื่อนผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้อยู่ในระดับเตียงที่ถูกต้องแล้วจึงปรับระดับเตียงให้อยู่ในท่านั่ง

2. ถ้าเป็นเตียงธรรมดาให้ใช้หมอนสามเหลี่ยมแทน โดยพยาบาลหรือผู้ดูแลยืนก้าวเท้าไปข้างหน้าพร้อมกับย่อเข่าลง มือหนึ่งสอดเข้าใต้หลังผู้สูงอายุอ้อมไปจับใต้ไหล่ด้านใกล้ตัวของผู้สูงอายุ อีกมือหนึ่งจับมือผู้สูงอายุด้านใกล้ตัวไว้แล้วจึงค่อยๆ พยุงให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงนั่ง

3. ในรายที่ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหายใจไม่สะดวกและต้องการอยู่ในท่านั่งอาจจัดหาโต๊ะคร่อมเตียง (Overbed) วางขวางเตียง เอาหมอนรองแล้วให้นอนพุงท่านั่ง

ขั้นตอนปฏิบัติการช่วยเหลือผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงนั่งบนเตียง²⁰

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. ผู้ดูแลบอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทราบว่าจะให้ช่วยให้นั่งบนเตียง	เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมั่นใจ และให้ความร่วมมือในการลุกนั่ง
2. ผู้ดูแลตรวจสอบสัญญาณชีพและสังเกตอาการทั่วไปของผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	เพื่อเปรียบเทียบอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น และประเมินความสามารถของร่างกายที่จะทนต่อการเปลี่ยนท่า

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
3. ผู้ดูแลยืนข้างเตียงบริเวณสะโพกของผู้สูงอายุหรือ ผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยหันหน้าและก้าวเท้าไปทางด้านปลายเตียงด้านศีรษะ	ทำให้ร่างกายของผู้ดูแลสมดุล และมั่นคงในการยืน
4. ผู้ดูแลย่อเข้าและสะโพก โดยสอดแขนข้างใกล้ศีรษะ โอบไหล่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ส่วนมือข้างใกล้ศีรษะ จับบริเวณต้นแขนผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงข้างใกล้ตัวผู้ดูแล	เป็นการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ในการช่วยพยุงผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ไม่ให้หกล้มหลัง
5. ผู้ดูแลให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงใช้มือด้านใกล้ตัวผู้ดูแล ยันที่นอนและดันตัวเองขึ้น พร้อมกับผู้ดูแลเอนตัวไปด้านหลัง โดยลดสะโพกลง และดึงผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงขึ้นอยู่ในท่านั่งอย่างช้า ๆ	การที่น้ำหนักตัวเลื่อนจากขาหน้าไปขาหลัง ทำให้ช่วยพยุงให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงลุกนั่งได้ง่ายมากขึ้น
6. ผู้ดูแลสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทันทีทันใด คือ หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ ใจสั่นคล้ายจะเป็นลม ชีพจรเต้นผิดปกติ ถ้ามีให้ประคองตัวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงไว้ก่อน ซึ่งถ้าอาการยังไม่ดีขึ้นให้ประคองตัวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงลงนอนอย่างช้า ๆ และให้การดูแลต่อไป	การเปลี่ยนท่าอย่างรวดเร็ว จะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ เนื่องจากการเปลี่ยนท่าได้ จึงต้องมีการสังเกตอาการของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงในระหว่างการเปลี่ยนท่า
7. ถ้าผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงไม่มีอาการผิดปกติใดๆ มือของผู้ดูแลยังคงจับบริเวณต้นแขนผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงไว้ ส่วนอีกมือหนึ่งจัดหมอนตั้ง พิงพนัก แล้วให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงค่อย ๆ ขยับตัวมาพิงหมอน พร้อมกับจัดทำให้ถูกต้องและ สบาย และให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง บอกผู้ดูแลถ้ารู้สึกมีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ	เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงมีความปลอดภัยและรู้สึกสบาย และจะทำให้สามารถให้ความช่วยเหลือได้ทันทางที่

ขั้นตอนการช่วยเหลือผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงให้นั่งห้อยเท้า²⁰

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. เติงธรรมดาที่ไขหัวเตียงขึ้นไม่ได้	
1.1 ผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงช่วยให้นั่งบนเตียง	

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1.2 ถ้าผู้สูงอายุไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ผู้ดูแลใช้มือข้างหนึ่งโอบไหล่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้ดูแลหันหน้าเข้าหาหาผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง และสอดมืออีกข้างหนึ่งเข้าใต้ข้อพับเข่า ก้าวเท้าด้านหัวเตียงไปข้างหน้า พร้อมกับหมุนตัวยกขาและเท้าผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงลงจากเตียง	ทำให้ร่างกายของผู้ดูแลสมดุล มั่นคงในการยืน
1.3 ถ้าเท้าผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงไม่ถึงพื้น ผู้ดูแลหาที่รองรับเท้า และควรสวมรองเท้านำให้กับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง	เพื่อป้องกันการกดทับบริเวณข้อพับเข่า ซึ่งอาจทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก และการสวมรองเท้าเป็นการป้องกันความรู้สึกเย็นเท้า
1.4 ผู้ดูแลจัดทำผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงให้ถูกต้องและสุขสบาย จัดเสื้อผ้าให้เรียบร้อยและดูแลความอบอุ่นร่างกาย	ทำให้ร่างกายอยู่ในแนวร่างกายที่ถูกต้อง และสุขสบาย
2. เติงที่ไขปรับระดับได้ (Fowler's)	
2.1 ผู้ดูแลบอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงทราบ	เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงมั่นใจ และให้ความร่วมมือในการลุกนั่ง
2.2 ผู้ดูแลตรวจสอบสัญญาณชีพและสังเกตอาการทั่วไปของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง	เป็นการเปรียบเทียบอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดในระหว่างเปลี่ยนท่า และประเมินความสามารถของร่างกายของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่จะทนต่อการเปลี่ยนท่า
2.3 ผู้ดูแลล็อกเตียงให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเลื่อนตัวมาชิดริมเตียงใกล้ผู้ดูแล	เป็นการป้องกันมิให้เตียงเลื่อนและประหยัดแรงงานในการช่วยเหลือผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล
2.4 ผู้ดูแลไขหัวเตียงสูงประมาณ 45-60 องศา อย่างช้า ๆ	เป็นการช่วยผ่อนแรงผู้ดูแล และช่วยให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงคุ้นเคยกับการเปลี่ยนแปลงท่านอนเป็นทำนอง

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
2.5 ผู้ดูแลยืนบริเวณสะโพกของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง พร้อมกับหันหน้าไปทางด้านปลายเตียงมุดตรงข้าม แล้วก้าวเท้าด้านใกล้ปลายเตียงไปข้างหน้า	ทำให้ร่างกายของผู้ดูแลสมดุล ยืนได้มั่นคง
2.6 ถ้าผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงไม่มีอาการผิดปกติโดยให้มือข้างหนึ่งโอบไหล่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงพร้อมกับสอดมืออีกข้างหนึ่งเข้าใต้ข้อพับเข่า แล้วก้าวเท้าด้านหัวเตียงไปข้างหน้า และผู้ดูแลหมุนตัวยกขาและเท้าผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงลงจากเตียง	ทำให้ร่างกายของผู้ดูแลมีความสมดุล การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงทำได้อย่างมั่นคง
2.7 ถ้าเท้าผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงไม่ถึงพื้นผู้ดูแลควรวางที่รองเท้าและควรวางรองเท้าให้กับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง	เป็นการป้องกันการกดบริเวณข้อพับเข่า ทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก ให้อยู่ในท่าที่ถูกต้องกล้ามเนื้อผ่อนคลาย
2.8 ผู้ดูแลจัดทำผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงให้ถูกต้อง พร้อมกับจัดเสื่อผ้าให้เรียบร้อยและดูความอบอุ่นของร่างกายของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง	ทำให้ร่างกายของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในแนวตรง และสุขสบาย

การจัดท่านอน

การจัดท่านอนมีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเพื่อช่วยให้เกิดความสุขสบายหรือมีประโยชน์ในการตรวจและการรักษา ทั้งนี้ ผู้ดูแลควรเปลี่ยนท่านอนให้กับผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายเองได้ทุก 2 ชั่วโมง เพื่อลดการเกิดแผลกดทับอีกด้วย ท่านอนมีหลายท่า เนื้อหาในส่วนนี้จะกล่าวถึงท่านอนหงาย นอนตะแคง นอนหงายศีรษะสูง นอนคว่ำ และนอนตะแคงกึ่งคว่ำ

การจัดท่านอนหงาย (Supine Position หรือ Dorsal Position) มีจุดประสงค์¹⁹ เพื่อ

1. เตรียมตรวจอวัยวะด้านหน้าของร่างกาย ได้แก่ ศีรษะ หน้า แขน ขา หน้าอก ท้อง และการตรวจรีเฟล็กซ์ (Reflex) ทำได้โดยให้ผู้ปวยนอนหงายราบบนเตียง การจัดท่านอนหงายเพื่อเตรียมตรวจนี้ไม่ต้องหนุนหมอนและไม่ต้องหนุนแขนขาด้วยหมอนหรือผ้า เพียงแต่ห่มผ้าให้และเปิดเฉพาะตำแหน่งที่ต้องการตรวจเท่านั้น

2. ความสุขสบายสำหรับผู้ที่ไม่รู้สึกตัว เป็นอัมพาต หรืออ่อนเพลียมาก ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้

3. เป็นท่านอนสำหรับผู้ที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณกระดูกสันหลัง และหลังจากได้รับยาระงับความรู้สึกเข้าทางไขสันหลัง (Spinal anesthesia) ทำให้ส่วนหลังได้พักหรือผ่อนคลาย

ขั้นตอนการปฏิบัติ¹⁷

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. บอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงทราบ	เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเข้าใจและให้ความร่วมมือ
2. จัดให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงนอนหนุนหมอนให้ความกว้างของหมอนรองรับส่วนศีรษะและไหล่และสูงพอเหมาะ	เพื่อความสบายของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง
3. สอดผ้าหรือหมอนเล็กๆ ใต้เอว	เพื่อให้หลังตรง
4. จัดให้เข่าอยู่ห่างเล็กน้อย เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องและขาคลายตัว โดยการหมุนปลายเท้าเตียงขึ้นหรือหนุนผ้าหรือหมอนเล็กๆ ใต้เข่าเหนือข้อพับ	เพื่อหลีกเลี่ยงการกดทับหลอดเลือดบริเวณข้อพับเข่า
5. หนุนข้อเท้าด้วยผ้าหรือของนุ่ม เช่น ฟองน้ำ หมอนเล็กๆ หรืออาจใช้ถุงมือบรรจุน้ำรองไว้ใต้สันเท้าแทนก็ได้	เพื่อป้องกันการกดทับของสันเท้า
6. หนุนปลายเท้าให้ตั้งขึ้นโดยใช้หมอน ผ้าห่ม หรือกล่องกระดาษ	เพื่อป้องกันปลายเท้าตก (foot drop)
7. มือผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงกำผ้านุ่ม (hand rol)	เพื่อให้นิ้วมืออยู่ห่างเข้า
8. วางหมอนทรายหรือผ้าห่มม้วนกลมขนานกับต้นขาผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงทั้งสองข้าง พร้อมกับจัดขาให้อยู่ในท่าปกติ	เพื่อไม่ให้กระดูกต้นขาหมุนออกด้านนอก

การจัดท่านอนตะแคง (Lateral Position)

เป็นท่าเตรียมตรวจอวัยวะด้านข้าง เช่น ศีรษะ หู ลำตัว โดยใช้ผ้าคลุมเปิดเฉพาะส่วนที่ต้องการ ตรวจเป็นท่านอนที่จัดให้เพื่อความสะดวกสบายสำหรับผู้ที่ไม่รู้สึกตัว เป็นอัมพาต ท่านี้ช่วยลดการกดทับบริเวณส่วนหลังของร่างกาย เช่น ศีรษะ สะบัก ก้นกบ สันเท้า จึงเป็นท่านอนที่ควรจัดเปลี่ยนให้ภายหลังจากท่านอนหงายมาระยะหนึ่งแล้ว

ขั้นตอนการปฏิบัติ

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. บอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทราบ	เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าใจและให้ความร่วมมือ
2. ให้ผู้สูงอายุนอนตะแคงข้างใดข้างหนึ่งก็ได้ ศีรษะหนุนหมอน	เพื่อป้องกันคอเอียงไปด้านข้าง
3. จัดแขนให้อยู่ในท่าอเล็กน้อยและอยู่ด้านหน้าของลำตัว	เพื่อให้อยู่ท่าที่เหมาะสม
4. สอดหมอนหนุนที่ไหล่และแขนด้านบนของผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้อยู่ระดับเดียวกับข้อไหล่	เพื่อป้องกันข้อไหล่หุบและหมุนเข้าด้านใน
5. สอดหมอนหนุนขาที่อยู่ด้านบนของผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้อยู่ในระดับเดียวกับสะโพก	เพื่อป้องกันต้นขาหุบและหมุนเข้าด้านใน
6. วางหมอนหรือผ้าห่มม้วนกลมหนุนด้านหลังผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	เพื่อป้องกันพลิกหงายมาด้านหลัง
7. ใช้หมอนทรายดันปลายเท้าให้ข้อเท้าอยู่ในท่าปกติ	เพื่อป้องกันปลายเท้าตก
8. มือผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกำผ้านุ่ม	เพื่อป้องกันข้อนิ้วเหยียด

การจัดท่านอนหงายศีรษะสูง (Fowlers position)

เป็นท่านอนที่สุขสบายและเพื่อการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยจัดให้นอนหงาย ศีรษะสูงหรืออยู่ในท่าครึ่งนั่ง ครึ่งนอน สำหรับผู้ที่อยู่ในภาวะต่าง ๆ เช่น หลังผ่าตัดช่องท้องหรืออุ้งเชิงกราน ทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหายใจสะดวกขึ้น ลดอาการเหนื่อยหอบเนื่องจากช่องอกกว้างขึ้นทำให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ เนื่องจากกะบังลมไม่ถูกกดทับโดยอวัยวะช่องท้อง ผ่นหน้าท้องหย่อนตัว ลดการเจ็บตึงแผลผ่าตัดหน้าท้อง และ

ยังช่วยให้ลำไส้เคลื่อนตัวได้ตามปกติ ทำให้ลดอาการแน่นอึดอัดภายในช่องท้อง ทำให้หนองที่อยู่ภายในช่องท้องไหลมารวมกัน ไหลออกจากแผลหรือท่อระบายได้สะดวก ลดอาการอักเสบภายในช่องท้อง¹⁷

ขั้นตอนการปฏิบัติ

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
1. บอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทราบ	เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าใจ และให้ความร่วมมือ
2. ให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงนอนหงายหนุนหมอนที่ศีรษะและไหล่ ยกศีรษะสูงประมาณ 45-60 องศาและเข่าสูง 20-30 องศา โดยการหมอนเตียงที่ปรับระดับได้ กรณีเป็นเตียงธรรมดาให้ใช้หมอนสามเหลี่ยมหนุนศีรษะและใช้ผ้าห่มม้วนให้กลมรองใต้เข่าเหนือข้อพับ	เพื่อให้อยู่ในท่าศีรษะสูง
3. ในผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่อัมพาตร่วมด้วย ให้วางหมอนทรายหรือผ้าม้วนข้างต้นขาทั้งสองข้าง	เพื่อป้องกันข้อสะโพกหมุนออกด้านนอก
4. ใช้หมอนหรือผ้าห่มหนุนปลายเท้า ให้ข้อเท้าอยู่ในท่าปกติ และใช้ผ้าหรือฟองน้ำหนุนข้อเท้า หรืออาจใช้ถุงมือบรรจุน้ำรองไว้ใต้ส้นเท้าก็ได้	เพื่อป้องกันการกดทับของส้นเท้า
5. วางหมอนรองใต้แขนทั้งสองข้างและมือกำผ้าม้วนกลม	เพื่อให้นิ้วมืออยู่ในท่างอเข้า

ท่านอนคว่ำ (Prone position)

เป็นท่าเตรียมตรวจอวัยวะด้านหลัง เช่น ศีรษะ หลัง สะโพก โดยใช้ผ้าห่มคลุมเปิดเฉพาะส่วนที่ต้องการตรวจ เป็นท่าที่ปลอดภัยสำหรับผู้ที่ไม่รู้สึกตัวที่มีการหายใจปกติ ชีพจร ความดันโลหิตคงที่ ทำานช่วยลดการกดทับส่วนหลังของร่างกายและให้ผลดีเกี่ยวกับการหายใจ เพราะช่วยให้เสมหะในปาก จมูก ไหลออกและลิ้นของผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงห้อยลง จึงไม่ปิดทางเดินลมหายใจ¹⁷

ขั้นตอนการปฏิบัติ¹⁷

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
1. บอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทราบ	เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าใจและให้ความร่วมมือ
2. จัดให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงนอนคว่ำในท่าที่สบาย ศีรษะตะแคงไปด้านใดด้านหนึ่ง	เพื่อความสุข
3. ใต้กะบังลมและหน้าท้องหนุนผ้าหรือหมอนเล็กๆ	เพื่อช่วยลดการกดทับบริเวณหน้าอก ทำให้หายใจได้สะดวกขึ้น
วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
4. วางแขนแนบลำตัวหรืองอข้อไหล่อแล้ววางแขนข้างศีรษะ	เพื่อป้องกันลำตัวกดทับแขน
5. ใช้หมอนหรือผ้าห่มหนุนปลายจากเข่าถึงข้อเท้าให้สูง จนปลายเท้าสูงพ้น จากที่นอนหรือเลื่อนผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมาที่ปลายเตียง เพื่อให้เท้าพ้นขอบที่นอน	เพื่อให้ปลายเท้าห้อยลงและข้อเท้าอยู่ในท่าปกติ
6. มือผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกำผ้าหนุน	ป้องกันข้อนิ้วเหยียด

ท่านอนตะแคงกึ่งคว่ำ (Semiprone Position)

เป็นท่านอนคล้ายกับท่านอนตะแคงต่างกันตรงที่ท่านอนนี้แขนท่อนล่างจะอยู่ด้านหลังของลำตัว และน้ำหนักตัวจะค่อนมาทางด้านหน้าของลำตัวบริเวณสะโพกและไหล่น ท่านอนนี้ให้ประโยชน์มากสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่รู้สึกตัว เพราะเป็นท่านอนที่ช่วยให้น้ำลายและสิ่งแปลกปลอมไหลออกจากปาก จมูกได้สะดวก เป็นท่านอนที่สุขสบายสำหรับคนปกติ หญิงตั้งครรภ์ในระยะใกล้คลอด และผู้สูงอายุ¹⁷

ขั้นตอนการปฏิบัติ¹⁷

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
1. บอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทราบ	เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าใจและให้ความร่วมมือ
2. ให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงนอนตะแคงกึ่งคว่ำซ้ายหรือขวาก็ได้ให้แขนข้างที่อยู่ชิดที่นอนวางอยู่ด้านหลังของลำตัว	เพื่อความสุข

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
3. ศีรษะหนุนหมอน สอดหมอนหนุนที่แขน ข้างบนของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงให้อยู่ในระดับเดียวกับข้อไหล่เพื่อรองรับน้ำหนักตัวที่กดลงที่ไหล่และแขน	ป้องกันหน้าอกกดทับที่นอนทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงหายใจได้สะดวก
4. หนุนขาข้างที่อยู่ด้านบนด้วยหมอนหรือผ้าห่มให้อยู่ในระดับเดียวกับข้อสะโพก	เพื่อรองรับน้ำหนักบริเวณขา
5. จัดปลายเท้าทั้งสองข้างให้ข้อเท้าอยู่ในท่าปกติผู้ที่รู้สึกตัวให้วางหมอนทรายดันปลายเท้าให้ข้อเท้าอยู่ในลักษณะเดียวกับเมื่ออยู่ในท่านอน	เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเท้าตก (foot drop)
6. ถ้าผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงไม่รู้สึกตัวให้มือกำผ้าห่ม	เพื่อป้องกันข้อนิ้วเหยียด

การพลิกตะแคงตัวผู้สูงอายุ

การพลิกตะแคงตัวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง เป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญในการป้องกันการเกิดแผลกดทับโดยเฉพาะผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และต้องนอนบนเตียงนาน ๆ การพลิกตัวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงติดเตียงอย่างช้าที่สุดควรทำทุก 2 ชั่วโมง โดยเฉพาะถ้าไม่ได้นอนบนที่นอนที่ช่วยลดแรงกดทับหรือมีการกระจายแรงกดทับโดยเฉพาะ เนื่องจากถ้าเซลล์ใต้ปุ่มกระดูกขาดเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่ออาจตายได้และเกิดเป็นแผลกดทับได้

ขั้นตอนการปฏิบัติ²⁰

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
1. ผู้ดูแลบอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงทราบ	เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงมั่นใจ และให้ความร่วมมือในการพลิกตะแคงตัว
2. ผู้ดูแลล็อกเตียง ถ้าเตียงไม่อยู่ในแนวราบให้ไขหัวเตียงให้อยู่ในแนวราบ	เพื่อป้องกันมิให้เตียงเลื่อน และการไขเตียงราบเพื่อลดการออกแรงต้าน ทำให้พลิกตะแคงตัวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง
3. การพลิกตะแคงตัวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงปฏิบัติ ดังนี้	

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
3.1 การพลิกตะแคงตัวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเข้าหาตัวผู้ดูแล	
1) ผู้ดูแลเลื่อนตัวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงชิดริมเตียงด้านตรงข้ามกับด้านที่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงจะตะแคงตัวไป	ทำให้เมื่อตะแคงตัวแล้วผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงจะอยู่กลางเตียงพอดี ไม่อยู่ชิดขอบเตียงมากเกินไปซึ่งอาจจะทำให้หล่นเตียงได้
2) ผู้ดูแลจัดแขนผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงข้างใกล้ผู้ดูแลให้กางออก พร้อมกับจัดให้ข้อศอกและหงายมือไว้บนหมอนหรือกางแขนออกให้ห่างจากตัว ส่วนแขนข้างไกลตัวจับให้วางพาดไว้บนอก และจับขาข้างไกลตัวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงให้วางพาดบนขาอีกข้างหนึ่ง	เพื่อให้สะดวกและง่ายต่อการพลิกตะแคง และผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงไม่พลิกมาทับแขน
3) ผู้ดูแลยื่นข้างเตียงด้านที่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงจะตะแคงมา โดยหันหน้าไปทางผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงและก้าวเท้าข้างหนึ่งไปด้านหน้าเล็กน้อย	เพื่อป้องกันผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงตกจากเตียงและทำให้ผู้ดูแลสมดุล สามารถทรงตัวได้ดี
4) ผู้ดูแลวางมือข้างหนึ่งที่ไหล่ อีกมือหนึ่งวางที่สะโพกของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงด้านใกล้ตัว ให้ผู้ดูแลค่อยๆ พลิกตะแคงตัวผู้สูงอายุเข้าหาตัวผู้ดูแลอย่างช้า ๆ โดยผู้ดูแลโยกตัวไปด้านหลัง พร้อมกับลดสะโพกลงจนข้อศอกของผู้ดูแลวางบนที่นอนบริเวณขอบเตียง	เป็นการใช้น้ำหนักช่วยในการพลิกตะแคงตัวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ไม่ต้องออกแรงมาก และข้อศอกของผู้ดูแลจะป้องกันผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงพลิกคว่ำหน้าได้
5) ผู้ดูแลจัดท่าผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงให้ถูกต้องและสุขสบาย ถ้าไม่มีผู้ใดอยู่ควรวกไม้กั้นเตียงขึ้น	ทำให้ร่างกายอยู่ในแนวตรง สมดุล ไม่เกิดอาการปวดและป้องกันผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงตกจากเตียง
3.2 การพลิกตะแคงตัวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงออกจากตัวผู้ดูแล	
1) ผู้ดูแลกั้นเตียงด้านที่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงจะตะแคงตัวไป	เป็นการป้องกันผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงตกเตียง
2) ผู้ดูแลเลื่อนตัวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงชิดริมเตียงด้านตรงข้ามกับที่จะตะแคงตัวไป	ทำให้เมื่อตะแคงตัวแล้วผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงจะอยู่กลางเตียง ไม่ชิดเตียงมากเกินไปจนอาจจะเกิดการหล่นเตียงได้

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
3) ผู้ดูแลยืนตรงระดับเอวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง พร้อมกับก้าวเท้าข้างหนึ่งไปด้านหน้า	ทำให้ร่างกายสมดุล และมีความมั่นคง
4) ผู้ดูแลวางมือข้างหนึ่งที่ไหล่ของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ส่วนอีกมือหนึ่งวางที่สะโพกด้านใกล้ตัว หลังจากนั้นผู้ดูแลค่อยๆ ดันผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง พร้อมกับพลิกตะแคงตัวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงอย่างช้า ๆ	มีการถ่ายโอนของน้ำหนักตัว โดยเลื่อนจากขาหลังไปขาหน้า ทำให้พลิกตะแคงตัวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงได้ง่ายขึ้น ไม่ต้องใช้แรงมาก
5) ผู้ดูแลจัดท่าผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงให้ถูกต้องและสบาย ถ้าไม่มีผู้ใดอยู่กับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงควรใช้ไม้กั้นเตียง	ทำให้ร่างกายของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในแนวตรง ป้องกันอาการปวดเมื่อย และป้องกันผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงตกจากเตียง

ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีปัญหาสุขภาพ เคลื่อนไหวตัวเองไม่ได้ หรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ จะมีความต้องการการดูแลทั้งระบบทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ การขับถ่าย การป้องกันแผลกดทับ รวมทั้งการจัดท่า เปลี่ยนท่า และการพลิกตะแคงตัว ซึ่งผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแลจะต้องให้การช่วยเหลือหรือดูแลตามความต้องการทางสุขภาพอย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึงขอบเขตหน้าที่ทางกฎหมาย และพิจารณาขอคำปรึกษาหรือส่งต่อผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อจำเป็น เพื่อผลลัพธ์การดูแลที่ดี

บรรณานุกรม

- ศิริรัตน์ ปานอุทัย. การส่งเสริมสุขภาพ: ภาวะโภชนาการ. ใน ศิริรัตน์ ปานอุทัย, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: สมาร์ทโคตติ้ง แอนด์ เซอร์วิส; 2561. หน้า 147-160
- มณีนีรัตน์ หม้ายพิมาย. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการรับประทานอาหาร: Nursing for Nutrition Needs. ใน ศิริรัตน์ ฉัตรชัยสุขา, มธุสร ปลาโพธิ์, และต้องตา ชันธวิธ, บรรณาธิการ. หลักการและเทคนิคการพยาบาล. นครราชสีมา: สมบูรณ์การพิมพ์; 2562. หน้า 134-143
- เสาวลักษณ์ สุขพัฒนศรีกุล. การให้อาหารทางสายให้อาหาร. ใน: ญัฐสุรางค์ บุญจันทร์, และอรุณรัตน์ เทพพนา. ทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส; 2559 หน้า 219-234
- กลุ่มงานโภชนศาสตร์ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี. สูตรอาหารปั่นผสม สูตรปกติ. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 23 ต.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ccc.in.th/th/หน่วยงาน/กลุ่มงานโภชนวิทยา/176-สูตรอาหารปั่นผสม-สูตรปกติ.html>
- อรุณรัตน์ เทพพนา. การให้ออกซิเจน: Oxygen Administration. ใน: ญัฐสุรางค์ บุญจันทร์, และอรุณรัตน์ เทพพนา. ทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส; 2559 หน้า 129-146
- พัชรินทร์ บุญรินทร์. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ. ใน: สุภาณี เสนาดิสัย, วรรณภา ประไพพานิช, บรรณาธิการ. การพยาบาลพื้นฐาน ปรับปรุงครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฑทอง; 2563. หน้า 547-581
- จิรวรรณ มาลา. การบริหารยา: Medication Administration. ใน: ญัฐสุรางค์ บุญจันทร์, และอรุณรัตน์ เทพพนา. ทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส; 2559 หน้า 161-190
- หน่วยกายภาพบำบัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร. การฝึกเคาะปอดระบายเสมหะ. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 21 ต.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.med.nu.ac.th/fom/th/nuhoffice/nuhOffice.php?mod=viewMTDetail&idOffice=77&MTID=317>.

- วิลาวัลย์ ธีรภัทรพงศ์. การฟื้นฟูผู้สูงอายุโรกระบบทางเดินหายใจ: Rehabilitation in the Elderly with Respiratory Problems. ใน: วิไล คุปต์นิรติศัยกุล, บรรณาธิการ. การฟื้นฟูผู้สูงอายุในปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย: Geriatric Rehabilitation in Common Health Problems. กรุงเทพฯ: พี.เอ. ลีฟวิ่ง จำกัด; 2561. หน้า 428-429
- วิภาวี หมายพิมาย. การดูดเสมหะ: Suctioning. ใน: ญัฐสุรางค์ บุญจันทร์, และอรุณรัตน์ เทพพนา. ทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส; 2559. หน้า 147-160.
- ศรีัญญา นาคสระน้อย. การพยาบาลเพื่อสนองความต้องการอากาศหายใจ: Nursing for Respiratory Needs. ใน: สิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา, มธุสร ปลาโพธิ์, และต้องตา ชันชวिति, บรรณาธิการ. หลักการและเทคนิคการพยาบาล. นครราชสีมา: สมบูรณ์การพิมพ์; 2562. หน้า 118-133
- ฐานุพงศ์ ศุกลีศวรวิชัย, บรรณาธิการ. การดูแลตอบสนองความต้องการด้านการขับถ่าย และบันทึกสารน้ำ: มือใหม่สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ: Beginner Caregiver for elderly care. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: AAA Service; 2564. หน้า 176-195
- Drug.com. Suprapubic Cystostomy and Catheter Insertion. [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 21]. Available from: <https://www.drugs.com/cg/suprapubic-cystostomy-and-catheter-insertion-aftercare-instructions.html>.
- Northwestern Medicine. Suprapubic Cystostomy and Nephrostomy Care. [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 21]. Available from: [file:///C:/Users/ADMIN/Downloads/northwestern-medicine-suprapubic-cystostomy-nmh%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/ADMIN/Downloads/northwestern-medicine-suprapubic-cystostomy-nmh%20(1).pdf)
- ฐานุพงศ์ ศุกลีศวรวิชัย, บรรณาธิการ. การดูแลแผลเบื้องต้น: มือใหม่สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ: Beginner Caregiver for elderly care. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: AAA Service; 2564. หน้า 218-230
- สมพร วรรณวงศ์. การดูแลตนเองของผู้ที่มีทวารเทียม. [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 23 ต.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://medinfo2.psu.ac.th/cancer/data/news/colostomy_1.pdf?newsID=924&typeID=18

ฐานพงศ์ ศุภเลิศวิชัย, บรรณาธิการ. การจัดทำและการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ: มือใหม่สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ: Beginner Caregiver for elderly care. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: AAA Service; 2564. หน้า 124-138

วาสนา กลิ่นชื่น, นพเก้า ชนะภัย. การดูแลแผลกดทับเบื้องต้น. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 23 ต.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1614841298-562_0.pdf

จินดา นันทวงษ์. การพยาบาลเพื่อสนองความต้องการด้านการเคลื่อนไหว. ใน: สุภาณี เสนาดีสัย, วรรณภา ประไพพานิช, บรรณาธิการ. การพยาบาลพื้นฐาน ปรับปรุงครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง; 2563. หน้า 282-317

อัญชลี ชูติธร, ปราณี อัครวัฒน์. กลไกการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อการช่วยเหลือผู้สูงอายุ. ผู้ใช้บริการ: Body Mechanics for Caring, Lifting and Moving the Client. ใน อัจฉรา พุ่มดวง, บรรณาธิการ. การพยาบาลพื้นฐาน: ปฏิบัติการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3 (ปรับปรุงครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555. หน้า 73-107.

3.10 แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองและการประยุक्त ใช้ในการจัดบริการ

ผศ.รอ.หญิง วาสนี วิเศษฤทธิ์ *

บทนำ

จากสถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยในปัจจุบันมีการเปลี่ยนไปตามลักษณะของสังคมและเศรษฐกิจที่เจริญก้าวหน้ามากขึ้น ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยในปี พ.ศ. 2566 ประกอบกับเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความก้าวหน้าในด้านต่างๆ แต่บางครั้งเทคโนโลยีกลับกลายเป็นการยื้อความตาย ยืดความทุกข์ทรมานให้ยาวนานออกไปด้วยเช่นกัน ผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายจำนวนไม่น้อยที่ตกอยู่ในสภาพไร้ความสามารถไม่รู้สีกตัว ต้องตายอย่างทุกข์ทรมาน และไร้ซึ่งศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคองจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเริ่มเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้จึงจะสามารถช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตราบจนเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต

การดูแลแบบประคับประคองเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ที่บุคลากรทางสุขภาพและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการ จัดบริการจะสามารถช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ให้เหมาะสมกับความต้องการ ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ได้รับการวินิจฉัยได้รับการรักษาดูแลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาและเปลี่ยนผ่านมาสู่ระยะสุดท้าย จนถึงภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยตลอดจนการดูแลครอบครัวภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

อย่างไรก็ตามการจะขับเคลื่อนการดูแลแบบประคับประคองให้ได้ผลอย่างมีประสิทธิภาพนั้นผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องจะต้องผลักดันและขับเคลื่อนให้เกิดขึ้นโดยกำหนดเป็นนโยบายในหน่วยงานให้ชัดเจน พัฒนา ระบบบริการดูแลให้มีมาตรฐานทั้งด้านโครงสร้างกระบวนการและผลลัพธ์ พัฒนาการดูแลให้มีสมรรถนะในการดูแลอย่างเป็นระบบ ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจในแนวคิด ปรัชญา หลักการของการดูแลเพื่อที่จะสามารถนำความรู้ความเข้าใจไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งการจัดการและการพัฒนาคุณภาพการดูแลที่ตอบสนองความต้องการและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

แนวคิดและความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง

1.1 ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

ในการให้นิยามและกำหนดขอบเขตความหมายของการดูแลแบบประคับประคองมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง การที่ทีมบุคลากรทางสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงและได้รับกระบวนการรักษาดูแลที่มีคุณภาพมากขึ้น ทั้งนี้เพราะที่ผ่านมาผู้ป่วยและครอบครัวยังถูกละเลย ไม่ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพตั้งแต่ในระยะแรก ส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลเมื่อเข้าสู่ระยะใกล้จะเสียชีวิตแล้ว จากการทบทวนวรรณกรรมคำว่า การดูแลแบบประคับประคองในภาษาไทย หรือคำว่า “Palliative care” ในภาษาอังกฤษที่ใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลกในประเทศต่าง ๆ นั้นส่วนใหญ่มักจะอ้างอิง จากคำนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO) ซึ่งได้ระบุไว้ว่า การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่มีแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่ประสบปัญหาหรือภาวะคุกคามชีวิตโดยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก มีการประเมินที่ครอบคลุมครบถ้วนและการรักษาความเจ็บปวดและปัญหาอื่น ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ¹ ลักษณะสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองมีดังนี้

- เป็นการจัดการความปวดและอาการรบกวนต่างๆ
- ให้การยืนยันและนับถือว่าการตายเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการธรรมชาติของชีวิต
- ไม่ปฏิเสธหรือยึดเยื้อความตาย
- บูรณาการการดูแลผู้ป่วยด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ
- มีระบบสนับสนุนที่ช่วยชีวิตผู้ป่วยให้เข้มแข็งเท่าที่จะทำได้จนกระทั่งเสียชีวิต
- มีระบบสนับสนุนที่ช่วยให้ครอบครัวปรับตัวในระหว่างการเจ็บป่วยของบุคคล

ในครอบครัวตลอดจนกระทั่งระยะเสียชีวิต

- ส่งเสริมคุณภาพชีวิตตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย
- ควรได้รับตั้งแต่ในระยะแรกของการเจ็บป่วย ร่วมกับการรักษาแบบอื่นๆ

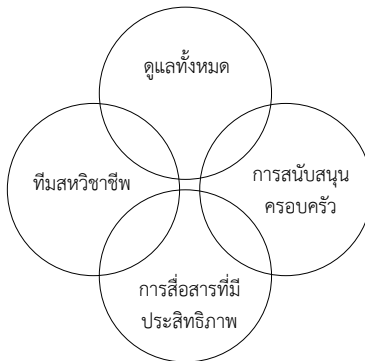
เพื่อที่จะให้มีชีวิตได้ยาวนานและรวมถึงการวินิจฉัยเพื่อช่วยให้มีความเข้าใจที่ดีขึ้นและจัดการกับอาการรบกวนจากภาวะแทรกซ้อน

คุณลักษณะของการดูแลแบบประคับประคอง

1. เป็นการดูแลผู้ป่วยเฉพาะรายอย่างครบถ้วน
2. ให้การสนับสนุนครอบครัว
3. เป็นการดูแลแบบทีมสหวิชาชีพ
4. การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

ก่อนหน้าการดูแลแบบประคับประคอง คุณลักษณะการดูแลแบบประคับประคอง ผลของการดูแลแบบประคับประคอง

ระยะสุดท้ายแบบเฉียบพลัน
หรือก้าวหน้า หรือการเจ็บป่วย
ที่เกิดขึ้น



- การวางแผนการดูแล
- ปรับตัวดีขึ้น
- บรรเทาความทุกข์ทรมาน
- เพิ่มคุณภาพชีวิต
- เยียวยาความสัมพันธ์
- การจบลงอย่างมีประสิทธิภาพ
- เพิ่มคุณภาพผลลัพธ์การสูญเสีย

ภาพที่ 1 ลักษณะการดูแลแบบประคับประคอง ดัดแปลงจาก The antecedents, attributes and consequences of palliative care²

1.1 ลักษณะผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง : แนวคิดวิถีของการเจ็บป่วย (Illness trajectories)

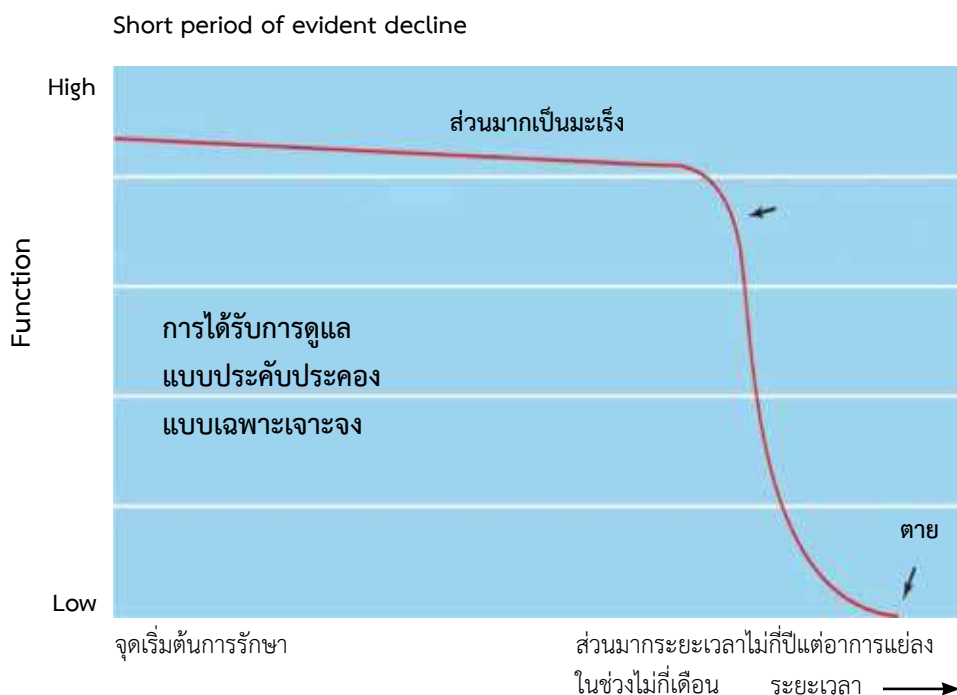
ปัญหาสำคัญประการหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคองในอดีตคือการถกเถียงหรือไม่มั่นใจว่าจะตัดสินใจว่าผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองและอยู่ในระยะสุดท้ายเมื่อไร และส่วนใหญ่มักจะกำหนดระยะเวลาไว้ไม่เกิน 6 เดือนก็จะเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต การกำหนดระยะเวลาดังกล่าวอาจส่งผลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง หากการดำเนินของโรคก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว อาจส่งผลต่อกระบวนการรักษาที่พึงได้รับและคุณภาพการดูแลทั้งด้านการเข้าถึงบริการที่เหมาะสมสอดคล้องกับเงื่อนไขระยะเวลา ตลอดจนมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างเหมาะสมและส่งเสริมคุณภาพชีวิตตามความต้องการ

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก¹ ระบุว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการได้รับการรักษาดูแลแบบประคับประคองมีจำนวนมากถึง 40 ล้านคนในแต่ละปี ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) ร้อยละ 39 กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Cancer) ร้อยละ 34 กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic lung disease) ร้อยละ 10 กลุ่มผู้ป่วยโรคเอชไอวี/เอดส์ ร้อยละ 6 และกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 5 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 86 ที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองไม่ได้รับการดูแล ผู้ป่วยร้อยละ 83

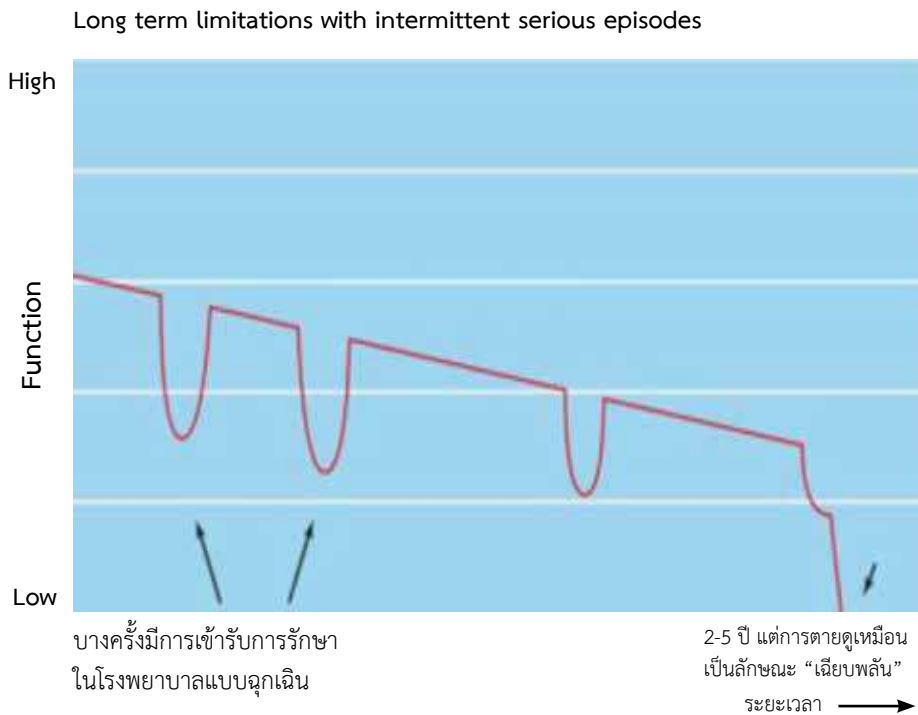
เข้าไม่ถึงยาแก้ปวด ร้อยละ 93 ของกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองอาศัยอยู่ในประเทศที่รายได้น้อยและปานกลาง และปัญหาสำคัญได้แก่ ประชาชนยังขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง อุปสรรคด้านความเชื่อทางสังคมและวัฒนธรรมเกี่ยวกับความปวดและการตาย บุคลากรทางสุขภาพขาดทักษะและศักยภาพ กฎระเบียบที่เข้มงวดในการให้ยาระงับความปวด (opioid pain relief) จึงสนับสนุนให้นานาประเทศได้กำหนดนโยบายการดูแลแบบประคับประคองในระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ได้มากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดวิถีของการเจ็บป่วย (Illness trajectories) ช่วยให้พยาบาลวิชาชีพ สามารถระบุลักษณะผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองได้ชัดเจนขึ้นกว่าในอดีต ผู้ป่วยที่ควรได้รับการบริการรักษาดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะแรกวินิจฉัย สามารถเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพได้ไม่ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขทั้งสิทธิการรักษา อายุ เพศ เศรษฐฐานะ รายได้ การศึกษาหรืออาชีพ เป็นต้น ไม่ควรรอนจนกระทั่งเข้าสู่ระยะสุดท้ายเพราะจะยิ่งส่งผลกระทบตามมาอีกมากมาย ทั้งนี้สามารถประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้เร็วขึ้นเพื่อเพิ่มผลลัพธ์การดูแลด้านคุณภาพชีวิตเพื่อสามารถวางแผนชีวิตและเตรียมตัวเข้าสู่ระยะสุดท้ายได้ดีขึ้น ในอดีตการตายของประชาชนโดยทั่วไปมีลักษณะเฉียบพลันจากแบบแผนของโรคและความเจ็บป่วย แต่ในปัจจุบันแบบแผนของโรคและความเจ็บป่วยเปลี่ยนไปเป็นแบบเรื้อรัง สาเหตุการตายที่สำคัญในประเทศตะวันตก ได้แก่ คนส่วนใหญ่มีโรคที่ก้าวหน้าก่อให้เกิดปัญหาที่กระทบต่อกิจวัตรประจำวันไปจนกระทั่งเสียชีวิต จาก โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ โดยแนวคิดวิถีการเจ็บป่วยและการดูแลแบบประคับประคอง (Illness trajectories and palliative care)³ ได้แบ่งลักษณะผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

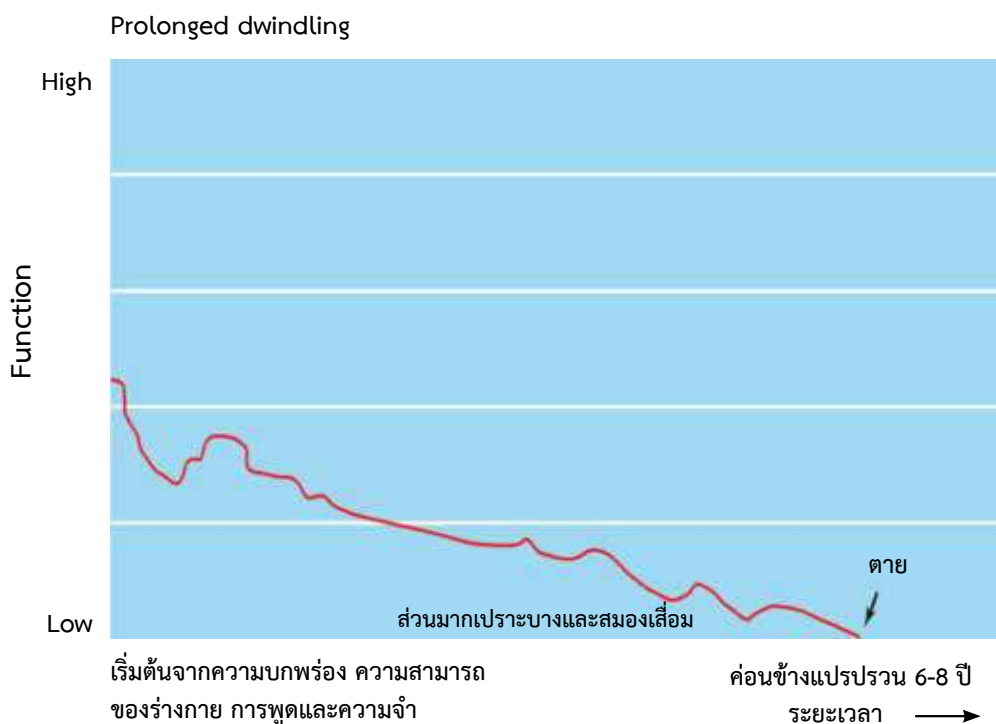
กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเวลาสั้นที่มีการแยลงอย่างเห็นได้ชัดโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง (Short period of evident decline, typically cancer) การลดลงของสภาพร่างกายที่คาดการณ์ได้ล่วงหน้านับตั้งแต่ เป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือในบางรายเป็นปี อาการที่แยลงมากที่สุดได้แก่ น้ำหนักลดลงสภาพร่างกายแยลง ดังนั้นการจัดบริการดูแล/โปรแกรมแบบระยะสุดท้ายของชีวิตจะมีความเหมาะสม ดังภาพ



กลุ่มที่ 2 มีข้อจำกัดการดูแลระยะยาวที่รุนแรงเป็นระยะ ๆ (Long term limitation with intermittent serious episodes) ลักษณะของกลุ่มนี้ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บป่วยหลายเดือนหรือหลายปี มีโอกาสเกิดอาการเฉียบพลัน เจ็บป่วยบ่อย หายใจหอบเหนื่อย ระยะเวลาในการเสียชีวิตไม่แน่นอน จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวระยะก้าวหน้าส่วนใหญ่เสียชีวิตลง ทั้งที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่อย่างน้อยที่สุดในระยะเวลา 6 เดือน ดังภาพ



กลุ่มที่ 3 เป็นผู้ป่วยที่มีอาการค่อยๆ แย่ลงเป็นเวลานาน (Prolonged dwindling) ในกลุ่มที่ไม่ใช้โรคมะเร็งหรือระบบอวัยวะล้มเหลว จะเสียชีวิตในวัยสูงอายุ จากภาวะสมองล้มเหลว เช่น พวกริดสมองเสื่อม ซึ่งกลุ่มนี้จะมีความสามารถในการทำงานของสมองและด้านร่างกายลดลง เช่น มีน้ำหนักลดส่งผลให้ความสามารถด้านกายภาพลดลงทำให้ประสบการณ์ยากลำบากในการดำเนินชีวิต การเสียชีวิตเกิดขึ้นภายหลังจากมีภาวะกระดูกสะโพกหักหรือปอดอักเสบเฉียบพลัน ดังภาพ



ภาพที่ 3-5 แนวคิดวิธีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ดัดแปลงจาก Typical illness trajectories for people with prognosis chronic illness³

โดยสรุปแนวคิดนี้ จะช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการวางแผนการรักษาโดยสามารถประเมินผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มได้และให้การรักษาได้อย่างเหมาะสม เช่น การคัดกรองและประเมินความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยที่มี 3 ลักษณะข้างต้น และเริ่มต้นให้การดูแลแบบประคับประคองร่วมกันกับกระบวนการรักษา ตั้งแต่การวินิจฉัย โดยพัฒนาระบบการบริการดูแลแบบประคับประคองและกลไกต่างๆ มาสนับสนุนอย่างเป็นระบบ ร่วมกันกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับบริการที่เหมาะสมเฉพาะรายครอบคลุมทุกมิติ ตั้งแต่ระยะแรก ระยะคงที่ เข้าสู่ระยะเปลี่ยนผ่าน และระยะสุดท้าย เป้าหมายสำคัญคือการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้เกิดขึ้นมากที่สุดก่อนที่เวลาจะมาถึง การเคารพศักดิ์ศรีและการตายดีเป็นเป้าหมายที่สำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง

บรรณานุกรม

- จินต์จุฑา รอดพาล, จิราพร เกศพิชญวัฒนา และ วาสนี วิเศษฤทธิ์. (2550). การตายดี. มุมมองจากผู้สูงอายุไทยพุทธ : วารสารวิชาการสาธารณสุข, 16 พฤศจิกายน-ธันวาคม. 924-933
- ดาร์ริน จตุภัทรพร. 2553. Palliative Care Unit (PCU) ที่โรงพยาบาล Baycrest ประเทศแคนาดา. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว, 2(5) : 26-28
- ปิยวดี ศุภสาร และ วาสนี วิเศษฤทธิ์. (2561). การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วย มะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารพยาบาลทหารบก, ฉบับพิเศษ กันยายน-ธันวาคม, 158-165
- พิไลพร สุขเจริญ และวาสนี วิเศษฤทธิ์. (2557). ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาล ระดับตติยภูมิ. วารสารเกื้อการุณย์, ฉบับพิเศษ 21 ธันวาคม, 155-167
- พลสุข หิงคานนท์. 2549). ประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล หน่วยที่ 1-5. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- โกคินทร์ ศักรินทร์กุล. 2553). Palliative ประสบการณ์การศึกษาดูงาน ณ เมืองเซฟฟิลด์ ประเทศสหราชอาณาจักร. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2(5): 67-73.
- วันเพ็ญ พิษิตพรชัยและ อุษาวดี อัศดรวิเศษ. (2545).การจัดการทางการพยาบาลกลยุทธสู่การปฏิบัติ. คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร ยานิมวิท.
- วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. 2549. ประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล หน่วยที่ 8. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
- วาสนี วิเศษฤทธิ์ และจิตศิริ ชันเงิน. 2549). สังเคราะห์สถานการณ์การดูแลแบบประคับประคองในบริบทของประเทศไทยผู้สูงอายุวารสารพญาวินยาและเวชศาสตร์. 7 กรกฎาคม-กันยายน, 12.-21
- วาสนี วิเศษฤทธิ์ (2549). ประสบการณ์ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย : กรณีศึกษาในเขตชุมชน เมืองกรุงเทพมหานครวารสารเกื้อการุณย์. 13(2); 22-36.

วาสิณี วิเศษฤทธิ์ สุปรียา ตี๋ยิ่ง และ จินต์จุฑา รอดพาล. 2556). การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุ โรคเรื้อรังแบบ ประคับประคองและระยะสุดท้าย. กรุงเทพฯ. ห้างหุ้นส่วนจำกัด เอ็มแอนเอ็มเลเซอร์พรีนซ์.

วาสิณี วิเศษฤทธิ์. (2565). การดูแลแบบประคับประคอง: การออกแบบระบบบริการและการพัฒนาสมรรถนะ พยาบาลวิชาชีพ. สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร.

สถาพร ลีลานั้นทกิจ. 2547). คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

สมจิต หนูเจริญกุล. 2544). การพยาบาลของพยาบาลศาสตร์ กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ.พรีนซ์ตั้ง. สุรารัตน์ กุลรัตนมาศ และวาสิณี วิเศษฤทธิ์. (2560). ประสบการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการ การดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต. วารสารพยาบาลทหารบก. ฉบับพิเศษ 18, 76-84.

สภาการพยาบาล. 2558). โครงการฝึกอบรมพยาบาลด้านการพยาบาลแบบประคับประคอง. กรุงเทพมหานคร: สภาการพยาบาล. (อัดสำเนา)

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2558). คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมาย และแนวทางการปฏิบัติ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. พิมพ์ครั้งที่ 4. พิธีทิว. กรุงเทพมหานคร.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. 2556). สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วยแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติ ว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557 - 2559 ออนไลน์. [แหล่งที่มา: www.thailivingwill.in.th/sites/.../annex_gooddeath_17_Dec_final.pdf] [8 มิถุนายน 2557]

Arbour, R. B., and Wiegand, D. L. (2014). Self-described nursing roles experienced during care of dying patients and their families: A phenomenological study. *Intensive and Critical Care Nursing* 30: 211-218.

Bloomer, M. J., Endacott, R., O'Connor, M., and Cross, W. (2013). The 'dis-ease' of dying: Challenges in nursing care of the dying in the acute hospital setting: A qualitative observational study. *Palliative Medicine* 27(8): 757-764.

Clarke, A., and Ross, H. (2013). Influences on nurses' communications with older people at the end of life: perceptions and experiences of nurses

- working in palliative care and general medicine. *International Journal of Older People Nursing*, 1: 34-43.
- Corner, J. (2003). Nursing management in palliative care. *European Journal of Oncology Nursing*, 7(2): 83-90.
- Duke, G., and Thompson, S. (2007). Knowledge, attitudes and practices of nursing personnel regarding advance directives. *International Journal of Palliative Nursing*, 13 (3) 109-111.
- Hodo, A., and Buller, L. (2012). Managing care at the end of life. *Nursing management*, 43: 28-33.
- Jezewski, M.A., and Feng, J. Y. (2007). Emergency nurses' knowledge, attitudes, and experiential survey on advance directives. *Applied Nursing Research*, 20: 132-139.
- Kisorio, L. C., and Langley, G. C. (2016). Intensive care nurses' experiences of end-of-life care. *Intensive and Critical Care Nursing*, 33: 30-38.
- Lange, M., Thom, B., and Kline, N. E. (2008). Assessing Nurses' Attitudes Toward Death and Caring for Dying Patients in a Comprehensive Cancer Center. *Oncology Nursing Forum*, 35 (6): 955-959.
- Mak, Y. W., Chiang, V. C. L., and Chi, W. T. (2013). Experiences and perceptions of nurses caring for dying patients and families in the acute medical admission setting. *International Journal of Palliative Nursing*, 19 (9): 423-431.
- McCourt, R., Power, J. J., and Glackin, M. (2013). General nurses' experiences of end-of-life care in the acute hospital setting: a literature review. *International Journal of Palliative Nursing* 19 (10): 510-516.
- Meghani, S.H. (2004). A concept analysis of palliative care in the United States. *Journal of Advances Nursing*, 46(2), 152-161.
- Murray, S.A, Kendall, M., Boyd, K.,& Sheikh, A. (2005). Illness trajectories and palliative care available from [http://www.bmj.com/1007.full_illness trajectories and palliative care](http://www.bmj.com/1007.full_illness_trajectories_and_palliative_care). Pdf. เข้าถึงเมื่อวันที่ 18 กรกฎาคม 2562.

Palliative care definition available from <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliativecare/definition/>
เข้าถึงเมื่อ วันที่ 19 ธันวาคม 2561

Pattison,N.,Car,M.S.,andDolan,S.(2013).‘Viewinginslowmotion’:patients’, families’,nurses’and doctors’ perspectives on end-of-life care in critical care. *Journal of Clinical Nursing*, 22: 1442–1454.

Sasahara,T., Miyashita, M.,Kawa, M.,and Kazuma,K. (2003). Difficulties encountered by nurses in the care of terminally ill cancer patients in general hospitals in Japan. *Palliative Medicine*, 17: 520-526.

Smith, S., Brick, A., O’Hara, S., & Normand, C. (2014). Evidence on the cost and cost effectiveness of palliative care: A literature review. *Palliative Medicine*, 28(2) 130-150.

Thacker, K. S. (2008). Nurses’ advocacy behaviors in end-of-life nursing care. *Nursing Ethics* 2008 15 (2): 175-185.

Valiee, S., Negarandeh, R., and Nayeri, N. D. (2012) . Exploration of Iranian intensive care nurses’ experience of end-of-lifecare: a qualitative study. *Nursing in Critical Care*17(6): 309-315.

Wolf, L. A., et al. (2015). Exploring the Management of Death: Emergency Nurses’ Perceptions of Challenges and Facilitators in the Provision of End-of-Life Care in the Emergency Department. *Journal of emergency nursing* 41: 23-33.

WHO (2014). Palliative care. Available from. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>เข้าถึงเมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2562.

หมวดที่ 4

การประเมินภาวะวิกฤตการช่วยชีวิต

การปฐมพยาบาล และการส่งต่อ



วัตถุประสงค์การเรียนรู้การสอน

4.1 เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ การประเมินภาวะวิกฤต การช่วยชีวิต การปฐมพยาบาล และการส่งต่อในเนื้อหาวิชา ดังนี้

4.1.1 การดูแลการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุที่พบบ่อย (แผลฟกช้ำผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟุ้งฟิง)

4.1.2 การประเมินภาวะวิกฤต และการปฏิบัติตามขั้นตอนได้อย่างถูกต้อง

4.1.3 การช่วยชีวิต และการใช้เครื่อง AED ได้อย่างถูกต้อง

4.1.4 การห้ามเลือดและการพันผ้า

4.2 เพื่อให้ผู้เรียนสามารถปฏิบัติการ การประเมินภาวะวิกฤต การช่วยชีวิต การปฐมพยาบาล และการส่งต่อได้อย่างถูกต้อง

4. การประเมินภาวะวิกฤต การช่วยชีวิต การปฐมพยาบาล และการส่งต่อ

ดร.พนารัตน์ วิศวเทพนิมิต

ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงอาจเกิดภาวะวิกฤตทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมได้ โดยเฉพาะภาวะวิกฤติทางด้านร่างกายหรือปัญหาสุขภาพ เนื่องจากความเสื่อมทางด้านร่างกาย โรคประจำตัว และอาจได้รับบาดเจ็บ ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น หายใจหยุดออก และกระดูกหักได้ ดังนั้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ในการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นได้ สามารถประเมินภาวะวิกฤต ให้การปฐมพยาบาล รวมทั้งส่งต่อหรือขอคำปรึกษาหรือความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง และลดอันตรายที่นำไปสู่ความพิการหรือการเสียชีวิตได้

ในบทนี้ มีหัวข้อการเรียนการสอน ดังนี้

1. การดูแลการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุที่พบบ่อย (แผลฟกช้ำ แผลถลอก แผลไฟไหม้ มีดบาด สัตว์กัดต่อย หกล้ม และข้อเคล็ด)
2. การประเมินภาวะวิกฤต
3. การช่วยชีวิต และการใช้เครื่องกระตุ้นหรือเครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ
4. การห้ามเลือด
5. การปฐมพยาบาลเมื่อกระดูกหักก่อนส่งต่อ
6. การส่งต่อและขอรับคำปรึกษาแหล่งให้ความช่วยเหลือ (แหล่งเบอร์ที่ควรรู้)

4.1 การดูแลการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุที่พบบ่อย

(ฟกช้ำ แผลถลอก แผลไฟไหม้ มีดบาด สัตว์กัดต่อย)

การบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุที่พบบ่อยในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การเกิดแผลฟกช้ำ แผลถลอก แผลไฟไหม้ มีดบาด สัตว์กัดต่อย หกล้ม และข้อเคล็ด ซึ่งผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงมีโอกาสเกิดการบาดเจ็บเหล่านี้ได้บ่อย โดยเฉพาะผู้สูงอายุเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และสภาวะโรคร่วมต่างๆ ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการบาดเจ็บเหล่านี้ ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องเข้าใจถึงสรีรวิทยาของการเปลี่ยนแปลงเมื่อได้รับบาดเจ็บ สามารถให้การดูแลเบื้องต้นหรือการปฐมพยาบาล เพื่อช่วยลดอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ก่อนนำส่งโรงพยาบาลในกรณีที่มีการบาดเจ็บ

รุนแรงขึ้น¹ รวมทั้งเตรียมความพร้อมสำหรับการให้การปฐมพยาบาลได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ควรสังเกตสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บเพื่อการป้องกันแก้ไขต่อไป²

แผลฟกช้ำ

ผู้สูงอายุมักพบปัญหาในเรื่องการฟกช้ำ ซึ่งเกิดจากการกระทบกระแทก ทำให้เส้นเลือดที่เปราะมีการแตกได้ง่ายมีเลือดคั่งอยู่ใต้ผิวหนัง เป็นบาดแผลที่ไม่มีการฉีกขาดของผิวหนังจะเห็นเป็นสีแดงคล้ำ¹

การปฐมพยาบาล

1. ให้บริเวณแผลอยู่นิ่งๆ ประคบความเย็นทันทีหลังจากได้รับบาดเจ็บภายใน 24 ชั่วโมงแรก เพื่อเป็นการห้ามเลือด ลดบวมและความเจ็บปวด¹ การประคบเย็นสามารถทำได้โดยการใช้น้ำแข็งหรือเจลสำหรับประคบเย็นห่อด้วยผ้าแล้วนำไปวางบริเวณที่มีแผลฟกช้ำนานประมาณ 20–30 นาที ทั้งนี้ ต้องหมั่นประเมินผิวหนังของผู้บาดเจ็บเพื่อไม่ให้มีความเย็นเกินไป และเมื่อความเย็นลดลงแล้วสามารถทำซ้ำได้

2. หลังจาก 24 ชั่วโมงแล้ว ถ้ามีรอยช้ำเขียว ให้ใช้การประคบอุ่นโดยการใส่กระเป๋าน้ำร้อน ขวดน้ำร้อน หรือเจลสำหรับประคบอุ่นห่อด้วยผ้า เพื่อให้ยุบบวม ลดการปวดและลิ่มเลือดละลาย¹ ทั้งนี้ ต้องประเมินผิวหนังของผู้บาดเจ็บเพื่อไม่ให้ความร้อนทำลายผิวหนังของผู้บาดเจ็บ

ข้อควรจำ

ห้ามคลึง ขยี้หรือนวดยด้วยความร้อน เช่น ยาหม่อง ยาแก้เคล็ดขัดยอก ข้าวสุก ไข่ต้ม เป็นต้น เพราะจะทำให้เลือดออกมากขึ้น¹

แผลถลอก (Abrasion wound)

แผลถลอก เป็นบาดแผลที่เกิดกับผิวหนังชั้นตื้น โดยการฉีกขาดของหนังกำพร้า อาจมีน้ำเหลืองหรือเลือดซึม ถ้าไม่มีการติดเชื้อจะกลายเป็นสะเก็ดสีน้ำตาลแห้งและแข็ง ถ้ามีการติดเชื้อหรืออักเสบจะมีหนองเป็นคราบสีเหลืองติดอยู่³

การปฐมพยาบาล³

1. ล้างแผลด้วยน้ำสะอาดและสบู่เพื่อชำระสิ่งสกปรกที่ติดอยู่ ได้แก่ เศษดิน เศษไม้
2. ถ้าแผลไม่มาก ปิดด้วยผ้าก๊อชหรือสะอาด แผลก็อาจจะหายได้เอง
3. ในกรณีที่มีอุปกรณ์น้ำยาสำหรับทำแผล เช็ดรอบๆ แผลด้วยแอลกอฮอล์ 70% แล้วใช้ยาฆ่าเชื้อโรคอ่อนๆ ทาไว้ หลังจากนั้น ใช้ผ้าก๊อชที่สะอาดปิดบาดแผลไว้ แต่ไม่ควรปิดตลอด ควรปล่อยให้ถูกอากาศและแสงแดดบ้าง

ข้อควรจำ

อย่าให้แผลเปียกน้ำ เพราะจะทำให้แผลอักเสบง่าย¹ และเมื่อแผลแห้งแล้วไม่ต้องปิดผ้าก๊อช

แผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก

ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บไฟไหม้ น้ำร้อนลวก อาจเกิดอาการบาดเจ็บที่ร้ายแรง ก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิตได้ โดยอาการและความรุนแรงขึ้นอยู่กับอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ ความกว้างและความลึกของบาดแผล สามารถแบ่งระดับความรุนแรงได้ 3 ระดับ¹ ดังนี้

ระดับที่ 1 ระดับตื้น รุนแรงน้อย ผิวหนังเป็นสีแดง ปวดแสบปวดร้อนเล็กน้อย

ระดับที่ 2 รุนแรงปานกลาง ผิวหนังเป็นสีแดง ผิวหนังพองมีน้ำใส ๆ อยู่ข้างใน ปวดแสบปวดร้อนมาก ถ้าตุ่มพองไม่ใหญ่ แผลจะหายและแห้งไปเอง ภายใน 3 – 7 วัน

ระดับที่ 3 รุนแรงมาก หนังกำพร้าหลุดไปจนเห็นเนื้อสีขาว แผลอาจลึกถึงกล้ามเนื้อและกระดูก ร่างกายอาจเสียน้ำและเกลือแร่จำนวนมากทำให้เกิดอาการขาดน้ำหมดสติ และเสียชีวิตในที่สุด

ผู้บาดเจ็บจากไฟไหม้ น้ำร้อนลวกที่ต้องนำส่งโรงพยาบาลทันที¹

- ผู้ที่ถูกไฟไหม้ น้ำร้อนลวกบริเวณใบหน้า คอ หนอก อวัยวะเพศ มือ และเท้า
- แผลไหม้ น้ำร้อนลวกมากกว่า 15 ฝ่ามือของผู้บาดเจ็บ (15% ของร่างกาย)

การปฐมพยาบาล¹

บาดแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ลึกระดับที่ 1-2

1. ระบายความร้อนออกจากแผล โดยใช้ผ้าชุบน้ำประคบบริเวณบาดแผลหรือนำแช่ลงในน้ำหรือเปิดน้ำไหลผ่านบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ นานอย่างน้อย 10 นาที หรือจนกว่าอาการปวดแสบปวดร้อนลดลง

2. ถ้าเกิดบาดแผลบริเวณมือหรือแขน ให้ถอดเครื่องประดับออก เช่น แหวน กำไล นาฬิกา

3. ปิดหรือพันแผลด้วยผ้าสะอาด เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

4. ถ้าแผลไหม้ บริเวณกว้าง หรือบาดเจ็บอวัยวะที่สำคัญ ต้องรีบนำส่ง

โรงพยาบาล

บาดแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ลึกระดับที่ 3

1. ไม่ต้องระบายความร้อนจากแผล เพราะจะทำให้แผลติดเชื้อ

2. ใช้ผ้าสะอาดห่อตัวผู้บาดเจ็บ เพื่อป้องกันสิ่งสกปรกให้ความอบอุ่น รีบนำส่ง

โรงพยาบาล

ข้อควรจำ¹

1. ห้าม! ทาขี้ผึ้ง โลชั่น น้ำปลา ยาสีฟันหรือน้ำมันลงบนบาดแผล
2. ห้าม! ดึงสิ่งที่ติดแน่นอยู่กับบาดแผลออก
3. ห้าม! ถอดเสื้อผ้า ถ้าจำเป็นให้ใช้วิธีตัดออกเท่านั้น
4. ห้าม! ใช้ผ้าที่มีขนหรือสำลีปิดแผล
5. ห้าม! ทำให้แผลที่พองน้ำแตก

แผลถูกของมีคมบาด

แผลถูกของมีคมบาดอาจเกิดจากเครื่องมือหรืออาวุธที่มีคม เช่น มีด แก้วแตก เป็นต้น ลักษณะของแผลมักเป็นแผลขอบเรียบ อาจมีเลือดออกมากหรือน้อยขึ้นกับขนาดของแผล¹

การปฐมพยาบาล¹

แผลขนาดเล็ก

1. แผลขนาดเล็กใช้น้ำมือ หรือใช้ผ้าสะอาดกดที่แผลเพื่อห้ามเลือด
2. ล้างแผลด้วยน้ำสะอาดและสบู่จนสะอาด
3. ใช้ผ้าสะอาดปิดแผล

แผลขนาดใหญ่ ถ้ามีเลือดออกมาก จำเป็นต้องเย็บแผล

1. ห้ามเลือดก่อน โดยใช้ผ้าหนาๆ กดที่แผลและพันผ้าทับ ถ้าเลือดยังออกมาก ซึมผ้าออกมา ให้พันผ้าทับอีก ยกส่วนที่มีเลือดออกให้สูงกว่าหัวใจในกรณีที่สามารทำได้
2. ไม่ต้องล้างแผล
3. รีบนำส่งโรงพยาบาล

ข้อควรจำ¹

อย่าให้แผลเปื่อยน้ำ เพราะจะทำให้แผลอักเสบง่าย

บาดแผลถูกสัตว์กัดต่อย

การบาดเจ็บจากการถูกสัตว์กัดหรือต่อยที่พบบ่อย ได้แก่ สุนัข ผึ้ง (*Apis mellifica*) แตน (*Vespa maculiformis*) ต่อ (*Vespoidea*) แมงป่อง (*Scorpion*) และ ตะขาบ (*Centipede*)

บาดแผลสุนัขกัด

แผลที่ถูกสุนัขกัด นอกจากทำให้เกิดอักเสบแล้ว อาจเป็นโรคพิษสุนัขบ้าได้ เมื่อถูกสุนัขกัด ในน้ำลายของสุนัขมีเชื้อไวรัสพวกแร็บโด (*Rhabdo virus*) จะทำให้เกิดโรคกลัวน้ำ (*Hydrophobia*) หรือโรคพิษสุนัขบ้า (*Rabies*) เชื้อไวรัสที่อยู่ในน้ำลายของสุนัข

ที่เป็นโรคกลัวน้ำและจะเข้าสู่บาดแผลที่ถูกกัดไปสู่สมองได้ ทำให้สมองอักเสบ เมื่อเป็นโรคพิษสุนัขบ้าแล้ว ไม่มีวิธีการใดๆ ที่จะสามารถช่วยชีวิตได้³

ระยะฟักตัวของเชื้อไวรัส อาจเกิดตั้งแต่ 7 วัน ถึง 4 ปี ส่วนมากพบหลัง 10 วัน และไม่เกิน 1 ปี สัตว์ที่เป็นโรคกลัวน้ำ ได้แก่ สุนัข แมว วัว แพะ แกะ หรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่นๆ เช่น ค้างคาว ในประเทศไทย สุนัขและแมวเป็นสัตว์เลี้ยงที่สำคัญที่นำโรคนี้นำสู่คน ถ่าน้ำลายของสุนัขบ้าถูกกับผิวหนังซึ่งเป็นรอยถลอก เป็นแผล ถูกกัด หรือสัมผัสกับเยื่อ เช่น เยื่อบุตา เชื้อไวรัสอาจเข้าสู่ร่างกายทำให้เป็นโรคพิษสุนัขบ้าได้³

สุนัขแบ่งออกเป็น 2 ประเภท³

1. สุนัขทั่วไป หมายถึง สุนัขที่ไม่ได้เป็นโรคพิษสุนัขบ้า
2. สุนัขบ้า หมายถึง สุนัขที่เป็นโรคกลัวน้ำ หรือโรคพิษสุนัขบ้า (Hydrophobia or Rabies) คนและสัตว์เมื่อเป็นโรคนี้แล้ว ไม่มีทางรักษาหายได้ทั้งคนและสัตว์จะต้องตายทุกราย

อาการของสุนัขบ้า มี 2 ชนิด³ คือ

1. ชนิดดุร้าย (Furious type) สุนัขพวกนี้ดุมาก กัดไม่เลือก วิ่งพล่านตลอดเวลา กระสับกระส่าย ตื่นตกใจง่าย ไม่กินน้ำและอาหาร ลั่นห้อย น้ำลายไหล สุนัขจะตายภายใน 4-7 วัน

2. ชนิดงีบหรือมีอาการซึม (Dump type) สุนัขพวกนี้จะซุกตัวอยู่ในที่มืดๆ ตามมุมตู้ ใต้โต๊ะ เก้าอี้ นอนนิ่งๆ ไม่ยอมกินอาหารและน้ำ มีขย้อนหรืออาเจียน เหา่ไม่ได้ สุดท้ายจะเป็นอัมพาต หายใจขัดและตาย ภายใน 1-3 วัน

อาการของผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้า³

1. ผู้ป่วยจะมีอาการแสบร้อน และคันบริเวณแผลที่ถูกกัด ความรู้สึกคันจะขยายกว้างออกไป มีอาการรุนแรงขึ้น และไม่ทุเลาโดยยาแอนติฮิสตามีน (Antihistamine) ทั้งนี้อาการคันมีต้นเหตุมาจากปลายประสาท

2. บาดแผลมักจะหาย ถ้ายังไม่หายมักจะเจ็บแสบและบวมเพียงเล็กน้อย

3. มีอาการกระสับกระส่าย ตื่นตกใจง่าย ปวดศีรษะ มีน้ำลายมากกว่าปกติ กระหายน้ำมาก แต่ไม่อาจดื่มน้ำและกลืนอาหารได้ เนื่องจากการเกร็งของกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการกลืน ต้องบ้วนน้ำลายบ่อยๆ

4. มีอาการชักกระตุกเป็นพัก ๆ ไวต่อสิ่งกระตุ้นเช่น แสง และเสียง พุดรู้เรื่องในบางครั้ง ผู้ป่วยควรอยู่ที่เงียบๆ เพราะแม้แต่ลมแรงหรือเสียงคนก็อาจทำให้ผู้ป่วยชักได้

ต่อมาจะมีอาการหายใจขัด หดความรู้สึกและเสียชีวิต ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตหลังจากเริ่มมีอาการดังกล่าว ภายใน 2-3 วัน

การปฐมพยาบาลเมื่อถูกสุนัขทัว ๆ ไปกัด

รีบล้างแผลด้วยสบู่และน้ำจำนวนมากเพื่อล้างน้ำลายให้หมดไปจากบาดแผล หรือถ้าถูกกัดไม่มีบาดแผลก็ควรล้างด้วยสบู่และน้ำเช่นกัน ถ้ามีเลือดออกควรบีบแผลให้เลือดออกด้วยควรไปโรงพยาบาล เพื่อฉีดยาป้องกันบาดทะยัก³

การปฐมพยาบาลเมื่อถูกสุนัขขี้กั๊ดหรือสงสัยว่าสุนัขขี้กั๊ด³ ควรปฏิบัติ ดังนี้

1. รีบชำระล้างแผลด้วยสบู่และน้ำมาก ๆ เป็นเวลานาน เพื่อล้างน้ำลายให้หมดไปจากแผล ถ้าไม่มีแผลก็ควรล้างด้วยสบู่และน้ำมากมาย เช่นกัน
2. ทำความสะอาดรอบๆ บาดแผลด้วยแอลกอฮอล์ 70% แล้วใช้ยาฆ่าเชื้อโรคก่อนๆ ทาไว้
3. ถ้าเป็นบาดแผลฉีกขาด ให้ตัดเนื้อรู้งริงและฉีกขาดออกเสียก่อน เพราะเชื้อไวรัสจะกระจาย เข้าสู่ระบบประสาทได้เร็วขึ้น
4. อย่าฆ่าสุนัขที่กัด ให้ขังไว้ 10 วัน โดยให้อาหารและน้ำตามปกติ ถ้าสุนัขตัวนั้นบ้าจะตายภายใน 5 วัน ถ้าไม่ตายใน 10 วัน แสดงว่าสุนัขไม่เป็นบ้า
5. รีบไปโรงพยาบาลเพื่อรับยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก และ วัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

บาดแผลจากการถูกแมลงต่อย

ผึ้ง แตน ต่อ เป็นแมลงจำพวกที่มีเหล็กใน หรือเข็มในฝังอยู่ เมื่อต่อยแล้วจะปล่อยเหล็กในออกมาฝังในเนื้อ ถ้าถูกต่อยหลายแห่งหรือมีอาการแพ้ อาจทำให้ช็อคและหมดสติได้³

อาการของพิษจากแมลงต่อย อาการไม่รุนแรง จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับจำนวนแมลงที่ต่อยและจำนวนครั้งที่ถูกต่อย บริเวณที่ถูกต่อย ภูมิแพ้ ซึ่งคนที่แพ้จะมีอาการรุนแรงเมื่อถูกต่อย มีอาการปวด บวม ถ้าถูกต่อยมากและแพ้ อาจมีอาการแน่นหน้าอก หายใจไม่ออก³

การปฐมพยาบาล³

1. รีบเอาเหล็กในออก โดยใช้ส้อมกดเพียบปิดทาบบริเวณที่ถูกต่อยแล้วดึงออกเหล็กในจะตามออกมาด้วย หรือใช้ใบมีดขูดออก หรือใช้กัญญาที่มีรูกดตรงบริเวณที่ถูกต่อยเหล็กในจะไหลออกมา และคีบออกได้
2. ประคบด้วยความเย็น เพื่อระงับความเจ็บปวด ถ้าปวดมากให้ยาแก้ปวดช่วย

3. พิษของสัตว์มีฤทธิ์เป็นกรด ต้องใช้สารละลายด่างที่มีฤทธิ์เป็นด่างอย่างอ่อน เช่น น้ำปูนใส แอมโมเนีย ทาบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ แล้วปิดแผลไว้

4. ถ้ามีอาการมากรีบปรึกษาแพทย์

บาดแผลจากแมงป่องและตะขาบ

แมงป่อง (Scorpion) เป็นสัตว์ที่มีลักษณะลำตัวยาวเป็นปล้องๆ มีก้ามคล้ายก้ามปู 1 คู่ ส่วนหัวและลำตัวรวมกัน มีขาเป็นปล้องๆ 4 คู่ติดอยู่ห้อยยาวออกไปเป็นปลายหาง มีอวัยวะสำหรับต่อย (Stinger) ซึ่งมีเหล็กในและพิษ³

ตะขาบ (Centipede) ลักษณะมีหัวเห็นได้ชัดเจน ประกอบด้วยหนวด 1 คู่ มีลำตัวยาวขนาด 5-25 เซนติเมตร เป็นปล้องมีลักษณะแบน และมีขาอยู่คู่หนึ่งประจำปล้อง แต่ละปล้อง มีเขี้ยวอยู่คู่หนึ่งที่ปล้องแรกต่อจากหัว ตะขาบเวลากัดคนจะใช้เขี้ยวทั้ง 2 นี้ ผีงลงไปเนื้อคล้ายคีมหนีบ³

การปฐมพยาบาล³

1. ใช้น้ำแข็งวางประคบบรรเทาอาการปวด ลดการดูดซึมของพิษ ถ้าปวดมาก ให้ยาแก้ปวด อาการปวดส่วนใหญ่มักจะหายหรือทุเลาภายใน 15 นาที

2. ใช้แอมโมเนียหอมชุบปิดแผลไว้ ถ้าบวมแดงมากใช้ครีมที่มีฮีสตามีน หรือ สเตียรอยด์ทา

3. ถ้าอาการมาก นำส่งโรงพยาบาล

ภาวะหกล้ม เป็นหนึ่งในภาวะที่เรียกว่า กลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) มักเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน และเป็นอาการนำของการเจ็บป่วยของโรคทางกายต่าง ๆ ซึ่งมีตั้งแต่บาดเจ็บเล็กน้อย เช่น พลิกซ้ำ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ บาดเจ็บรุนแรง จนทำให้เกิดกระดูกหักเลือดออกภายในสมอง โดยสาเหตุแบ่งเป็น 2 ปัจจัย⁴ คือ

1. **ปัจจัยเสี่ยงภายนอก** คือ สภาพแวดล้อมภายนอก เช่น มีของเกะกะบนพื้น พื้นลื่น ระดับพื้นที่แตกต่างกัน แสงสว่างไม่เพียงพอ เป็นต้น

2. **ปัจจัยเสี่ยงภายใน** คือ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกาย ที่มีผลต่อการควบคุมร่างกายของผู้สูงอายุ เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โรคประจำตัว การรับประทานยาบางชนิด เป็นต้น

การดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้ม⁴

- การฝึกการเดิน และการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่เหมาะสม
- ออกกำลังกาย โดยเฉพาะชนิดที่มีผลต่อความสมดุลในการทรงตัว เช่น การรำไทเก็ก

โยคะ เป็นต้น

- การปรับปรุงสภาพแวดล้อมบ้านเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม

ข้อเคล็ด

ข้อเคล็ด เป็นการฉีกขาดของเส้นเอ็น หรือกล้ามเนื้อรอบ ๆ ข้อ ซึ่งพบบ่อยบริเวณข้อเท้า ข้อมือและ ข้อเข่า⁴

สาเหตุ เกิดจากมีการเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็ว มีการบิดหรือการเหวี่ยงอย่างแรง บริเวณข้อต่อ เช่น เดินสะดุด หกล้ม ทำให้มีอาการปวดมาก กดเจ็บ บวม โดยเฉพาะเมื่อมีการเคลื่อนไหว

การดูแลผู้สูงอายุข้อเคล็ด⁴

1. ให้ข้อที่บาดเจ็บอยู่นิ่ง ๆ หรือเคลื่อนไหวน้อยที่สุด โดยใช้ผ้ายืดพันรอบข้อให้แน่นพอควร
2. ประคบด้วยความเย็นใน 24 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นให้ประคบด้วยความร้อนและยกข้อที่บาดเจ็บให้สูง
3. ถ้าเป็นข้อมือ ข้อไหล่ ใช้ผ้าสามเหลี่ยมคล้องคอ เพื่อลดการบวม
4. นำส่งโรงพยาบาลเพื่อตรวจให้แน่ใจว่าไม่มีกระดูกหัก

4.2 การประเมินภาวะวิกฤต

ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงอาจเกิดภาวะวิกฤตที่เป็นอันตรายต่อชีวิต ได้แก่ การหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ดังนั้นการประเมินภาวะวิกฤตมีความสำคัญมากสำหรับผู้ดูแลที่จะต้องสามารถประเมินได้อย่างรวดเร็ว เพราะดำเนินการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานด้วยการช่วยหายใจ และช่วยให้หัวใจเต้นใหม่ได้โดยรวดเร็ว ต้องรีบทำทันทีภายใน 4 นาทีหลังจากที่หยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น เพราะอวัยวะต่าง ๆ จะถูกทำลายอย่างรวดเร็วหลังจากหัวใจหยุดเต้น โดยเฉพาะสมองไม่สามารถทนต่อการขาดออกซิเจนเป็นเวลานานได้⁵

สาเหตุที่ทำให้เกิดการหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น มีสาเหตุใหญ่ 3 สาเหตุ⁵ คือ

1. สาเหตุจากทางเดินหายใจอุดตัน หรือการหายใจถูกกด
 - 1.1 ผู้บาดเจ็บ/ผู้ที่ไม่รู้สีกตัว ลื่นตกอุดลำคอ หรืออาจมีเศษอาหารหรือเสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจ
 - 1.2 มีสิ่งแปลกปลอม เช่น เมล็ดผลไม้ กระดุม ตกลงไปอุดหลอดลม
 - 1.3 ภาวะขาดออกซิเจนจากการสูดดม หรือสำลักควันพิษสารเคมี

1.4 มีการกดหรือบีบ ทำให้หายใจไม่ออก เช่น ถูกรัดคอ

2. สาเหตุจากหัวใจโดยตรง เช่น โรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบตัน กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและตายอย่างเฉียบพลัน มีความผิดปกติของหัวใจโดยกำเนิด สิ่งต่างๆ เหล่านี้ทำให้เกิดเลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง จำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจ (Cardiac output) ลดลง หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ และกล้ามเนื้อหัวใจทำงานเลวลง

3. สาเหตุอื่นๆ เช่น

3.1 แพ้ยาบางอย่าง

3.2 เสียเลือดมาก

3.3 เสียตุลกรดต่างในเลือด

3.4 จากอุบัติเหตุ เช่น จมน้ำ ถูกไฟฟ้าดูด หรืออุบัติเหตุรุนแรงบริเวณทรวงอกและปอด

3.5 ภาวะติดเชือย่างรุนแรง โรคหืด ปอดบวมจากเชื้อไวรัส

อาการนำก่อนการเสียชีวิต อาการที่พบก่อนที่การทำงานของหัวใจ หรือการหายใจจะหยุดลง⁵ ได้แก่

1. ชี้นิ้ว แขน ขา และร่างกายส่วนอื่น ๆ ไม่ได้

2. พูดไม่ได้หรือพูดลำบาก

3. งุนงง มองไม่เห็น

4. หหมดสติอย่างสิ้นเชิง

5. หายใจลำบาก หอบ (Air hunger) หรือหายใจกระตุกนานๆ ครั้ง ตามด้วยหยุดหายใจ

6. คลำชีพจรที่ขี้างๆ คอและขาหนีบไม่ได้ ไม่มีชีพจร

7. รูม่านตาขยาย เริ่มเกิดเมื่อหัวใจหยุดไป 45 วินาที และขยายกว้างสุดเมื่อถึง 1 นาที

การประเมินภาวะวิกฤต

การประเมินปฐมภูมิ (Primary survey) เป็นการประเมินความผิดปกติที่เป็นอันตรายเร่งด่วนและอาจทำให้ผู้บาดเจ็บเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว จะประเมินพร้อมกับการแก้ไขความผิดปกตินั้นๆ หลังจากนั้นจึงมีการประเมินซ้ำและให้การดูแลตามปัญหา⁶ โดยมีรายละเอียดดังนี้

A = Airway การประเมินทางเดินหายใจ เป็นการประเมินที่ต้องกระทำเป็นอันดับแรก ซึ่งในการประเมินทางเดินหายใจต้องมีการจำกัดการเคลื่อนไหวของคอ โดยประเมินทางเดินหายใจตั้งแต่ปาก จมูก ลำคอ กล้องเสียง และหลอดลม ร่วมกับการสังเกตการพูด

ถ้าผู้บาดเจ็บพูดได้เสียงไม่แหบแสดงว่าทางเดินหายใจไม่มีปัญหา หากพบสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจ เช่น ลิ้นตก ฟันปลอม⁶ หรือฟันแท้หักจากการกระแทก ควรนำฟันปลอมหรือฟันแท้ที่หักออก ถ้าฟันปลอมยังคงมีสภาพสมบูรณ์ควรใส่ไว้เพื่อให้ใบหน้าประกบกันพอดี ทั้งนี้ การตรึงกระดูกสันหลังบริเวณคออาจทำให้กระดูกคอของผู้บาดเจ็บขยับได้น้อย ซึ่งถ้าผู้บาดเจ็บมีภาวะหลังโก่ง (kyphosis) ร่วมด้วย อาจทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถนอนหงายบนกระดานรองหลัง (spinal board) ได้ ดังนั้น ควรเสริมด้วยผ้าพับเพื่อช่วยให้สามารถตรึงกระดูกคอของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและป้องกันการเหยียดของคอไปด้านหลังมากเกินไป สำหรับผู้ได้รับบาดเจ็บที่หน้าอก หรือซี่มลง ควรสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด² ในกรณีที่ทางเดินหายใจของผู้บาดเจ็บมีการอุดกั้น ควรรีบช่วยเหลือให้ทางเดินหายใจโล่ง ติดต่อขอรับการช่วยเหลือฉุกเฉินและรีบนำส่งโรงพยาบาลโดยเร็ว

B = Breathing and ventilation การประเมินการหายใจและการระบายอากาศ เป็นการประเมินและดูแลให้ผู้บาดเจ็บได้รับออกซิเจนเพียงพอ โดยประเมินจากอัตราและรูปแบบการหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน เสียงลมเข้าปอด การเคลื่อนไหวของทรวงอก สังเกตท่อหลอดลมคอเอียง หรือหลอดเลือดดำที่คอโป่ง เมื่อพบว่าผู้บาดเจ็บมีความผิดปกติของการหายใจ ต้องรีบประเมินอาการ ค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้บาดเจ็บหายใจผิดปกติและคุกคามต่อชีวิต ติดต่อขอรับการช่วยเหลือและรีบนำส่งโรงพยาบาล⁶ ทั้งนี้ ผู้ดูแลอาจจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือโดยการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานเบื้องต้น ถ้าเคยผ่านการอบรมการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน

C = Circulation and hemorrhage control การประเมินการไหลเวียนเลือดและการห้ามเลือด โดยการประเมินการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว ความดันเลือดชีพจร สนิมเหงื่อเย็น รวมถึงปริมาณเลือดที่ออกจากแผล⁶ การดูแลระบบไหลเวียนในผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ต้องคำนึงถึงความดันโลหิตเดิมของผู้สูงอายุด้วย เช่น ผู้สูงอายุที่บาดเจ็บและมีความดันโลหิต 100/60 มิลลิเมตรปรอท อาจแสดงถึงภาวะความดันโลหิตต่ำ เนื่องจากความดันโลหิตเดิมเท่ากับ 150/90 มิลลิเมตรปรอท เป็นต้น ทั้งนี้ การประเมินการไหลเวียนของเส้นเลือดฝอยที่บริเวณส่วนปลาย (capillary refill time) สำหรับผู้สูงอายุอาจไม่แม่นยำ เนื่องจากการไหลเวียนส่วนปลายที่ไม่ดีในผู้สูงอายุ²

D = Disability : Neurological status การประเมินความพิการและกำลังของกล้ามเนื้อ การผิดรูปของแขนขาและอวัยวะต่างๆ รวมถึงการประเมินระดับความรู้สึกตัวและปฏิกิริยาตอบสนองของรูม่านตาต่อแสง เป็นต้น⁶ ควรพิจารณาถึงสรีระของผู้สูงอายุในการยึดตรึง

ผู้บาดเจ็บบนแผ่นกระดานรองหลัง (spinal board) ควรใช้ผ้ารองใต้ศีรษะและคอ ในกรณี
ที่หลังโง่งจนนอนราบไม่ได้ ใช้ผ้ารองในส่วนที่เป็นปุ่มกระดูกเพื่อป้องกันแผลกดทับ และใช้ผ้า
รองใต้เท้ากรณีที่ไม่สามารถเหยียดขาได้สุด และเอาออกโดยเร็วที่สุด เมื่อประเมินแล้ว พบว่า
ไม่มีภาวะบาดเจ็บต่อกระดูกคอหรือกระดูกสันหลัง²

การควบคุมอุณหภูมิร่างกาย (Temperature control) เนื่องจากผู้สูงอายุสูญเสีย
ความร้อนได้ง่าย การนำส่งโรงพยาบาลจึงต้องห่มผ้าและปรับอุณหภูมิเครื่องปรับอากาศ
ในโรงพยาบาลและในห้องตรวจให้เหมาะสม²

4.3 การช่วยชีวิต และการใช้เครื่องกระตุกหรือเครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Automatic External Defibrillator: AED)

ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของประเทศไทย
สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน ทุกเวลา และทุกสถานที่ ส่วนใหญ่มักจะเกิดขึ้นนอกโรงพยาบาล
แต่ก็สามารถเกิดได้ในโรงพยาบาลและสถานบริการผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ดังนั้น
ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญ
ในการเตรียมการและให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีภาวะหัวใจ
หยุดเต้นเฉียบพลัน เนื่องจาก เป็นทั้งผู้พบเห็น ผู้ช่วยชีวิตเบื้องต้น หรือโทรศัพท์เรียกใช้บริการ
ระบบการแพทย์ฉุกเฉินผ่านหมายเลขโทรศัพท์ 1669 เมื่อหัวใจหยุดเต้นจะไม่มีเลือดไปเลี้ยง
อวัยวะใด ๆ ในร่างกาย และเมื่อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงจะหยุดทำงานในทันที ดังนั้นผู้ที่
สมองขาดเลือดจากภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน จะหมดสติในระยะเวลาเพียง 10 วินาที
ซึ่งผู้ที่หมดสติควรได้รับการช่วยเหลือในทันที เนื่องจากถ้าสมองขาดเลือดไปเลี้ยง 4 นาที
เนื้อสมองจะเริ่มเสียหาย ถ้าผู้ให้ความช่วยเหลือทำการกดหน้าอกในทันทีที่พบว่าผู้ป่วยหมดสติ
ไม่หายใจ ไม่ตอบสนอง สมองจะยังได้รับเลือด แม้ว่าจะยังไม่ได้ช่วยการหายใจ เพราะว่า
ในช่วง 6 นาทีแรก ที่หัวใจหยุดเต้นยังพอมีออกซิเจนอยู่ในเลือด และหากผู้ป่วยได้รับการ
ติดเครื่องกระตุกหรือเครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Automatic External Defibrillator:
AED) จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการช่วยฟื้นคืนชีพ หรือการวางแผนให้การรักษาต่อไปได้⁷

ดังนั้น เพื่อให้การช่วยชีวิตของผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงมีประสิทธิภาพ และ
ไม่เกิดอันตรายจากการช่วยชีวิตที่ไม่ถูกต้องของผู้ช่วยเหลือ ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุ
หรือผู้มีภาวะพึ่งพิงรวมทั้งผู้ดูแลควรได้รับการอบรมการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชน
ทั่วไปและเข้ารับการอบรมอย่างต่อเนื่องเป็นประจำเพื่อเตรียมความพร้อมพร้อมกับเหตุการณ์ฉุกเฉิน
ที่อาจเกิดขึ้น โดยสามารถดูรายละเอียดของการอบรมได้ที่เว็บไซต์ของสมาคมแพทย์โรคหัวใจ
แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (<https://www.thaicpr.org/>)

การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน

เมื่อเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจ ผู้ช่วยเหลือสามารถใช้หลักการจำขั้นตอนที่สำคัญ 4 หลักการ⁷ ดังนี้

1. ประเมินการตอบสนองของผู้ป่วยว่ามีสติหรือไม่ โดยการปลุก เรียกและดูการเคลื่อนไหวที่น้อยกว่าหายใจหรือไม่
2. ขอความช่วยเหลือจากทีมแพทย์ฉุกเฉิน ตามเครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ: เครื่องเออีดี (Automated External Defibrillator: AED)
3. ปฏิบัติตามขั้นตอน
 - การช่วยกดหน้าอก
 - การเปิดทางเดินลมหายใจให้โล่ง
 - การช่วยหายใจ
4. การช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ โดยใช้เครื่องเออีดี

การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน⁷ มีขั้นตอนดังนี้

1. เรียกดูว่าหมดสติจริงหรือไม่

ควรมองดูสภาพรอบตัว ผู้หมดสติว่าบริเวณนั้นปลอดภัยก่อน แล้วจึงเข้าไปยังข้างตัว ผู้หมดสติทำการกระตุ้นโดยการตบแรงๆ ที่บริเวณไหล่ทั้งสอง ข้างผู้หมดสติพร้อมกับตะโกนถามว่า “คุณๆ.... เป็นอย่างไรบ้าง?”

ในกรณีที่ผู้หมดสติถูกไฟฟ้าช็อต ให้ร้องขอความช่วยเหลือในการตัดไฟหรือปิดสวิตช์ไฟฟ้าก่อนเข้าไปสัมผัสตัวผู้หมดสติ และในกรณีที่สงสัยว่าจะมีการบาดเจ็บของศีรษะและคอ ให้พยายามขยับตัว ผู้หมดสติให้น้อยที่สุด เพราะการขยับตัวมากอาจจะทำให้ผู้หมดสติที่มีการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังเป็นอัมพาตได้

2. เรียกหาความช่วยเหลือ

หากหมดสติหรือหายใจเฮือก (เกิดจากการเกร็งของกล้ามเนื้อ ไม่ใช่หายใจตามปกติ) ให้ร้องขอความช่วยเหลือจากผู้ที่อยู่ในบริเวณนั้นและขอให้คนใดคนหนึ่งโทรศัพท์หมายเลข 1669 ซึ่งสามารถเรียกรถพยาบาลได้ทุกจังหวัด หรืออาจเรียกรถพยาบาลหรือทีมงานของโรงพยาบาลที่เคยใช้อยู่ประจำก็ได้ ให้โทรศัพท์เรียกความช่วยเหลือทันทีก่อนลงมือปฏิบัติการช่วยชีวิต (Phone first) เพราะผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่หมดสติมักเกิดจากหัวใจห้องล่างเต้นพลิ้ว (ventricular fibrillation: VF) ซึ่งมีโอกาสรอดชีวิตมากที่สุดหากได้รับการช็อกไฟฟ้าจากทีมงานช่วยชีวิตขั้นสูงโดยเร็ว ภายใน 3 - 5 นาที ผู้ที่ทำหน้าที่โทรศัพท์เรียกรถพยาบาล

ต้องเตรียมข้อมูลให้ครบถ้วน ได้แก่ สถานที่ที่เกิดเหตุการณ์ (ชื่อบริษัท หมู่บ้าน ถนน ซอย ใกล้กับสถานที่ สำคัญใด) หมายเลขโทรศัพท์ที่กำลังใช้พูดอยู่ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (อุบัติเหตุ รถยนต์ หัวใจวาย จมน้ำ) จำนวนผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ เช่น คนจมน้ำ 3 คน หรือ คนถูกไฟฟ้าช็อต 2 คน สภาพของผู้หมดสติ การให้ความช่วยเหลือที่ทำอยู่ มีเครื่องช็อกไฟฟ้า หัวใจอัตโนมัติ (เครื่อง AED) หรือไม่ และข้อมูลอื่น ๆ ที่คิดว่าจำเป็น อย่าวางหูโทรศัพท์ ให้แจ้งเบอร์โทรกลับและทบทวนให้ถูกต้อง จึงค่อยวางหูโทรศัพท์ หรือถ้าใช้มือถือให้เปิดเสียง ลำโพงแล้ววางไว้ข้างตัวเพื่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่

การติดต่อขอความช่วยเหลือ ควรมีเบอร์โทรศัพท์สำหรับติดต่อ เช่น เบอร์ โรงพยาบาล เบอร์สถานีตำรวจ และเบอร์ที่จำเป็นไว้ข้างๆ โทรศัพท์ มีหลายกรณีที่ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือไม่ทันต่อเหตุการณ์จึงควรโทรขอความช่วยเหลือ เช่น ผู้ป่วยมีอาการแน่นหน้าอก เหนื่อย หายใจไม่ออก แขนขาอ่อนแรง ซึ่งถ้าผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือ ผู้มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้ดูแลไม่แน่ใจว่าจะทำอย่างไรในกรณีฉุกเฉินควรขอความช่วยเหลือทันที

3. จัดทำให้พร้อมสำหรับการช่วยชีวิต

จัดทำให้ผู้หมดสติมาอยู่ในท่านอนหงายบนพื้นราบและแข็ง แขนสองข้างเหยียดอยู่ข้างลำตัว กรณีผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือสงสัยการบาดเจ็บที่คอและหลัง การจัดท่าต้องระมัดระวังอย่างที่สุด โดยให้ศีรษะ คอ ไหล่ และลำตัวตรึงเป็นแนวเดียวกัน ไม่บิดคอไปมา มิฉะนั้นผู้หมดสติอาจกลายเป็นอัมพาต เพราะกระดูกสันหลังที่หักอยู่แล้วจะไปกดทับไขสันหลัง

4. หาตำแหน่งวางมือบนหน้าอก

ในกรณีผู้หมดสติเป็นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ถ้าผู้หมดสติไม่ไอ ไม่หายใจไม่ขยับส่วนใด ๆ ของร่างกายให้ถือว่า หัวใจหยุดเต้น ไม่มีสัญญาณชีพ ต้องช่วยกอดหน้าอกทันที ให้หาตำแหน่งการวางมือที่ครึ่งล่างของกระดูกหน้าอกเพื่อกดหน้าอก โดยใช้สันมือข้างหนึ่งวางบนบริเวณครึ่งล่างกระดูกหน้าอก แล้วเอามืออีกข้างหนึ่ง วางทับหรือประสานไปบนมือแรกกดหน้าอก 30 ครั้ง

5. การกอดหน้าอกเป็นการทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตคงอยู่ได้แม้หัวใจจะหยุดเต้น สามารถทำได้โดยกอดหน้าอกแล้วปล่อย กดแล้วปล่อย ทำติดต่อกันไป 30 ครั้ง ให้ได้ความถี่ของการกดอย่างน้อย 100 -120 ครั้งต่อนาทีโดย นับ “หนึ่ง และสอง และสาม และสี่ และห้า และหก และเจ็ด และแปด และเก้า และสิบ สิบเอ็ด สิบสอง สิบสาม สิบสี่ สิบเก้า ยี่สิบ ยี่สิบเอ็ด (ยี่สิบ เอ็ด) ยี่สิบสอง (ยี่สิบสอง) ยี่สิบสาม..... ยี่สิบเก้า สามสิบ” โดยให้ฝึกนับ และจับเวลาจาก หนึ่งและสองและสาม...ไปจนถึงสามสิบ จะใช้เวลาอยู่ในช่วง 15-18 วินาที

จึงจะได้ความเร็วในการกดอย่างน้อย 100-120 ครั้งต่อนาที (โดยที่ความเร็ว 100 ครั้งต่อ 1 นาที หรือ 60 วินาที, 10 ครั้ง ต่อ 6 วินาที, 30 ครั้ง ต่อ 18 วินาที)

เทคนิคในการกดหน้าอก

- วางมือลงบนตำแหน่งที่ถูกต้อง ระวังอย่ากดลงบนกระดูกซี่โครง เพราะจะเป็นต้นเหตุให้ซี่โครงหัก

- แขนเหยียดตรงอย่างอ่อนแอ น้อมตัวให้หัวไหล่อยู่เหนือผู้หมดสติ โดยทิศทางของแรงกดตั้งลงสู่กระดูกหน้าอก

- กรณีผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ กดหน้าอกให้ยุบลงไปอย่างน้อย 2 นิ้วหรือ 5 เซนติเมตร ไม่เกิน 2.4 นิ้วหรือ 6 เซนติเมตร

- ในจังหวะปล่อยต้องคลายมือขึ้นมาให้สุด เพื่อให้หน้าอกคืนตัวกลับมาสู่ตำแหน่งปกติก่อนแล้วจึงทำการกดครั้งต่อไป อย่ากดทิ้งน้ำหนักไว้เพราะจะทำให้หัวใจคลายตัวได้ไม่เต็มที่ ห้ามคลายจนมือหลุดจากหน้าอก เพราะจะทำให้ตำแหน่งของมือเปลี่ยนไป

6. เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง

ในผู้ที่หมดสติกล้ามเนื้อจะคลายตัวทำให้ลิ้นตกลงไปอุดทางเดินหายใจ การเปิดทางเดินหายใจทำได้โดยวิธีดันหน้าผากและยกคาง (head tilt chin lift) โดยการเอาฝ่ามือข้างหนึ่งดันหน้าผากลง นิ้วชี้และนิ้วกลางของมืออีกข้างหนึ่งยกคางขึ้น ใช้นิ้วมือดึงเฉพาะกระดูกขากรรไกรล่างโดยไม่กดเนื้ออ่อนใต้คางให้หน้าผู้หมดสติเงยขึ้น

7. ช่วยหายใจ

เมื่อเห็นว่าผู้หมดสติไม่หายใจหรือไม่มั่นใจว่าหายใจได้ ให้เป่าลมเข้าปอด 2 ครั้ง แต่ครั้งใช้เวลา 1 วินาที และต้องเห็นผนังทรวงอกขยับขึ้น วิธีช่วยหายใจแบบปากต่อปาก พร้อมกับดันหน้าผากและยกคาง ให้เลื่อนหัวแม่มือและนิ้วชี้ของมือที่ดันหน้าผากอยู่มาบีบจมูกผู้หมดสติให้รูจมูกปิดสนิท สูดลมหายใจเข้าตามปกติแล้วครอบปากผู้ช่วยเหลือเข้ากับปากของผู้หมดสติ ตาขำเล็งมองหน้าอกผู้หมดสติพร้อมกับเป่าลมเข้าไปจนหน้าอกของผู้หมดสติขยับขึ้น เป่านาน 1 วินาทีแล้วถอนปากออกให้ลมหายใจของผู้หมดสติผ่านกลับอกมาทางปาก

ถ้าเป่าลมเข้าปอดครั้งแรกแล้ว ทรวงอกไม่ขยับขึ้น (ลมไม่เข้าปอด) ให้จัดทำโดยการดันหน้าผาก ยกคางขึ้นใหม่ (พยายามเปิดทางเดินหายใจให้โล่งที่สุด) ก่อนจะทำการเป่าลมเข้าปอดครั้งต่อไป

การเป่าลมเข้าปอด ถ้าทำบ่อยเกินไปหรือใช้เวลานานเกินไป จะเป็นผลเสียต่อการไหลเวียนโลหิตและทำให้อัตราการรอดชีวิตลดลง หลังการเป่าลมเข้าปอด 2 ครั้ง

ให้เริ่มกดหน้าอกต่อเนื่อง 30 ครั้ง ทันทีสลับกับการเป่าลมเข้าปอด 2 ครั้ง (หยุดกดหน้าอกเพื่อช่วยหายใจ 2 ครั้ง ต้องไม่เกิน 10 วินาที) ให้ทำเช่นนี้จนกระทั่ง

- ผู้หมดสติมีการเคลื่อนไหว หายใจ หรือไอ
- มีคนนำเครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (เครื่องเออีดี) มาถึง
- มีบุคลากรทางการแพทย์มารับช่วงต่อ

8. กดหน้าอก 30 ครั้ง สลับกับเป่าลมเข้าปอด 2 ครั้ง

เมื่อผ่านขั้นตอนการช่วยเหลื้อมาตั้งแต่ขั้นที่ 1 ถึงขั้นที่ 8 แล้ว ผู้หมดสติจะได้รับการเป่าลมเข้าปอด 2 ครั้ง สลับกับกดหน้าอก 30 ครั้ง (นับเป็น 1 รอบ) ให้ทำต่อไปเรื่อย ๆ จนกว่าผู้หมดสติมีการเคลื่อนไหว ไอ หรือหายใจ หรือเครื่องเออีดีมาถึง หรือมีบุคลากรทางการแพทย์มารับช่วงต่อไป ในกรณีที่มิมีผู้ปฏิบัติการช่วยชีวิตมากกว่า 1 คน สลับหน้าที่ของผู้ที่กดหน้าอกกับผู้ช่วยหายใจ ทุก 2 นาที (5 รอบ) ถ้าผู้ปฏิบัติการช่วยชีวิต ไม่ต้องการเป่าปากผู้หมดสติ หรือทำไม่ได้ ให้ทำการช่วยชีวิตด้วยการกดหน้าอกอย่างเดียว

เครื่องกระตุกหรือเครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ หรือเออีดี (Automatic External Defibrillator : AED)

เป็นอุปกรณ์ที่สามารถ “อ่าน” และ “วิเคราะห์” คลื่นไฟฟ้าหัวใจของผู้หมดสติได้อย่างแม่นยำ รวมทั้งให้การรักษาได้โดยปล่อยกระแสไฟฟ้าออกไปทำการช็อกหัวใจที่สั้นพลั่วให้หยุดลงทันที เพื่อให้เนื้อหัวใจชนิดพิเศษปล่อยกระแสไฟฟ้าที่ปกติไปกระตุ้นหัวใจให้กลับมาบีบตัวตามปกติอีกครั้งหนึ่ง โอกาสที่จะรอดชีวิตของผู้หมดสตินั้นขึ้นอยู่กับว่า ผู้ช่วยเหลือสามารถใช้เครื่องเออีดีร่วมกับการช่วยฟื้นคืนชีพด้วยการกดหน้าอกได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพเพียงใด และควรตระหนักไว้ว่าเวลาทุก ๆ นาทีที่ผ่านไปนั้นมีค่าอย่างยิ่งต่อการรอดชีวิตของผู้หมดสติ⁸

ตาราง แสดงวิธีการใช้เครื่องเออีดี⁷

วิธีการใช้เครื่องเออีดี (AED)	
	1. เปิดเครื่อง ในเครื่องเออีดี บางรุ่นผู้ใช้ต้องกดปุ่มเปิดเครื่อง ในขณะที่เครื่องบางรุ่นจะทำงานทันทีที่เปิดฝาคอครอบ เมื่อเปิดเครื่องแล้วจะมีเสียงบอกให้ทราบขั้นตอนต่อไป
	2. ติดแผ่นนำไฟฟ้าของเครื่องเออีดี เข้ากับหน้าอกของผู้หมดสติให้เรียบร้อย โดยต้องแน่ใจว่าหน้าอกของผู้หมดสติแห้งสนิท ไม่เปียกชื้น เริ่มด้วยการลอกแผ่นพลาสติกด้านหลังออก เครื่องบางรุ่นก็มีรูปแสดงที่ตัวเครื่อง ต้องติดให้แนบสนิทกับหน้าอกของผู้หมดสติด้วยความรวดเร็วแผ่นหนึ่งติดไว้ที่ใต้กระดูกไหปลาร้าด้านขวา และอีกแผ่นหนึ่งติดไว้ที่ใต้ราวนมซ้ายด้านข้างลำตัว ตรวจสอบให้แน่ใจว่าไฟฟ้าจากแผ่นนำไฟฟ้าต่อเข้ากับเครื่องเรียบร้อยแล้ว
	3. ให้เครื่องเออีดี วิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ระหว่างนั้นห้ามสัมผัสถูกตัวผู้หมดสติโดยเด็ดขาด ให้ร้องเตือนดังๆ ว่า “เครื่องกำลังวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ห้ามแตะต้องผู้ป่วย” เครื่องเออีดีส่วนใหญ่จะเริ่มวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจทันทีที่ติดแผ่นนำไฟฟ้าเสร็จ เครื่องบางรุ่นต้องให้กดปุ่ม “ANALYZE” ก่อน
	4. ห้ามแตะต้องตัวผู้หมดสติ ถ้าเครื่องเออีดี พบว่าคลื่นไฟฟ้าของผู้หมดสติเป็นชนิดที่ต้องการรักษาด้วยการช็อกไฟฟ้าหัวใจ เครื่องจะบอกให้กดปุ่ม “SHOCK” และก่อนที่จะกดปุ่ม SHOCK ต้องให้แน่ใจว่าไม่มีใคร “คุณถอย” สัมผัสถูกตัวของผู้หมดสติ ร้องบอกดังๆ ว่า “ผมถอย และทุกคนถอย” ก่อนกดปุ่ม “SHOCK” ให้มองซ้ำอีกครั้งเป็นการตรวจสอบครั้งสุดท้าย

เมื่อเครื่องบอกว่า ไม่ต้องช็อก หรือ “No shock is needed” หรือ “start CPR” ให้เปิดเครื่องเออีดี ไว่ก่อนและให้เริ่มช่วยฟื้นชีวิตขั้นพื้นฐานทันที

ทำการกดหน้าอก 30 ครั้ง สลับกับช่วยหายใจ 2 ครั้ง ประมาณ 2 นาที หรือจนกว่าเครื่องเออีดีจะวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจอีกครั้ง แล้วกลับไปยังข้อ 3 และ 4 สำหรับขั้นตอนที่ 1 และ 2 ไม่ควรใช้เวลาเกิน 30 วินาที และทำการช่วยเหลือหรือจนกว่าความช่วยเหลืออื่นๆ จะตามมา⁷

4.4 การห้ามเลือด

ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟัฟงมีโอกาที่จะมีภาวะเลือดออกภายนอกร่างกายได้จากการหกล้ม หรือได้รับบาดเจ็บต่างๆ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือโดยการห้ามเลือด ซึ่งถ้าแผลมีขนาดใหญ่และมีเลือดออกมาก ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที อาจมีอันตรายต่อชีวิตของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟัฟงได้ ดังนั้น ผู้ดูแลจำเป็นต้องสามารถให้การห้ามเลือดเบื้องต้นได้

การห้ามเลือด (Control hemorrhage) หมายถึง การทำให้เลือดที่ไหลหยุดทันทีทันใด การห้ามเลือดโดยทั่วไปจะกระทำในรายที่ได้รับบาดเจ็บจากการตกเลือดภายนอกเป็นส่วนใหญ่ และอาจทำได้หลายวิธี ขึ้นอยู่กับตำแหน่งหรือปริมาณเลือดที่ออก ในการห้ามเลือดแต่ละครั้ง อาจใช้วิธีการหลายอย่างเข้าด้วยกัน เพื่อให้การห้ามเลือดประสบผลสำเร็จ⁹

การห้ามเลือดในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Prehospital Hemorrhage Control)

การบาดเจ็บที่มีเลือดออกจากอวัยวะภายในทรวงอก ช่องท้อง หรือศีรษะไม่สามารถห้ามเลือดในที่เกิดเหตุได้ ต้องนำผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด โดยในรายที่สงสัยกระดูกเชิงกรานหักจะมีความเสี่ยงต่อการมีเลือดออกและเกิดภาวะช็อกจากการเสียเลือด ต้องใส่อุปกรณ์พยุงเชิงกราน (Pelvic binder) ถ้าไม่มีอุปกรณ์ตามเชิงกรานให้ใช้ผ้าพันสะโพก (Sheet/pelvic binder) เช่น ผ้าห่มหรือผ้าปูเตียงและคีมหนีบผ้าไว้และใช้ผ้ารัดเขาให้ขา 2 ข้าง หมุนเข้าข้างในเพื่อป้องกันไม่ให้กระดูกเคลื่อน แล้วรีบนำส่งโรงพยาบาล ทั้งนี้ ผู้ช่วยเหลือควรใส่ถุงมือสะอาดก่อนดำเนินการห้ามเลือดให้กับผู้บาดเจ็บ การช่วยเหลือมีหลักพิจารณา¹⁰ ดังนี้

1. เลือดออกจากแผลที่มีขนาดเล็ก อาจใช้นิ้วมือ (Digital pressure) หรือฝ่ามือ (Manual pressure) กดลงบนแผลที่มีเลือดออกโดยตรง โดยต้องกดอย่างน้อย 5 นาที ถ้าแขนหรือขาหักให้ตามอวัยวะ ที่หักไว้ไม่ให้เคลื่อนไหว ถ้ามีแผลที่แขนหรือขาอาจยกให้ส่วนที่บาดเจ็บสูงกว่าหัวใจ เพื่อให้เลือดไหลไปบริเวณนั้นช้าและน้อยลง

2. เลือดออกจากแผลที่มีขนาดใหญ่ การใช้นิ้วมือหรือฝ่ามือกดต้องระวัง เพราะอาจมีสิ่งแปลกปลอมหรือของมีคมอยู่ในแผล ดังนั้นจึงให้ใช้ผ้าสะอาดพับวางลงบาดแผลแล้วจึงกด แล้วสังเกตว่าเลือดหยุดหรือไม่ ถ้าเลือดไหลไม่หยุดหรือมีเลือดซึมผ้ามากห้ามเปิดแผลเพื่อทิ้งผ้าเก่า ให้ใช้ผ้าผืนใหม่ปิดและกดทับผ้าผืนเก่า เนื่องจากการเอาผ้าซับเลือดออกบ่อยๆ จะเป็นการรบกวนการแข็งตัวของเลือด นอกจากนี้ต้องระวังไม่กดแรงเกินไป เพื่อป้องกันไม่ให้เลือดไหลเวียนผิดปกติ

3. เลือดออกจากแผลต่ำกว่าข้อศอกหรือข้อเข่า ให้ใช้ผ้าหรือสำลีม้วนวางที่ข้อพับ ข้อศอกหรือข้อเข่านั้นไว้ แล้วใช้ผ้าพันรอบๆ ข้อพับให้แน่น ส่วนแผลให้ใช้ผ้าก๊อชวางบนแผลแล้วกด ถ้าเลือดออกไม่หยุดให้ปิดแผลให้แน่นและยกส่วนที่บาดเจ็บให้สูง

4. กรณีแผลมีเลือดออกมาก อาจกดหลอดเลือดแดงเหนือแผล (Indirect pressure) โดยการใช้สันมือหรือนิ้วมือกดลงไปบนหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงบริเวณเหนือบาดแผล ที่มีเลือดออกและต้องกดลงไปติดกับกระดูกที่รองรับ ถ้าได้ผลหลังจากกดเลือดจะออกน้อยลง

5. กรณีมีอาวุธปักคาแผลและมีเลือดออก ห้ามนำอาวุธออกเอง เนื่องจากจะทำให้เลือดออกมาก ควรหาผ้าหรือก๊อชวางรอบอาวุธนั้นและปิดแผลให้แน่น เพื่อป้องกันอาวุธขยับไปมาในระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ซึ่งศัลยแพทย์จะทำการผ่าตัดเอาอาวุธออกในห้องผ่าตัด

6. ตำแหน่งที่ใช้กดห้ามเลือด การห้ามเลือดในแต่ละอวัยวะจะมีคำแนะนำในการกดห้ามเลือดที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของบาดแผล ทั้งนี้ ผู้ที่จะทำการกดเส้นเลือดเพื่อห้ามเลือดควรเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีความรู้เกี่ยวกับตำแหน่งของเส้นเลือด และสามารถสังเกตภาวะขาดเลือดได้ เนื่องจากการกดเส้นเลือดที่ไม่ถูกต้อง อาจทำอันตรายให้กับผู้บาดเจ็บได้

การพันผ้า (Bandaging)

การพันผ้าเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นมากในการปฐมพยาบาล เพราะจะช่วยให้ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บในส่วนต่างๆ ของร่างกายได้พักอยู่นิ่ง หรือช่วยยึดพยุงหรือประคองส่วนที่บาดเจ็บไม่ให้เคลื่อนไหว เพื่อลดความเจ็บปวด และลดบวม นอกจากนี้ ยังใช้เพื่อเพิ่มแรงกดต่อตำแหน่งหรือบริเวณที่เกิดบาดแผลเพื่อเป็นการ ห้ามเลือด และปิดแผลด้วย¹¹

ประโยชน์ของการพันผ้า¹¹

1. ป้องกันบาดแผลจากการติดเชื้อ (Infection) คือ ป้องกันไม่ให้สิ่งสกปรกเข้าบาดแผล
2. ช่วยยึดผ้าปิดแผลให้แน่นพอสมควรและอยู่คงที่
3. เพิ่มแรงกดบริเวณแผล เพื่อช่วยในการห้ามเลือด ป้องกันการคั่งของเลือด และ

ลดการบวม

4. ช่วยตามข้อ ยึดข้อ และให้ข้อที่บาดเจ็บมีความมั่นคง
 5. ช่วยรองรับและพยุงหรือคล้องแขนเป็นการจำกัดการเคลื่อนไหว (Immobilization) ในกรณีกระดูกหัก กล้ามเนื้อฉีก เพื่อไม่ให้เกิดการบาดเจ็บเพิ่มขึ้นหรือพิการ
- การใช้ผ้าพันแผลชนิดม้วน (Roll bandage)¹¹ ขนาดของผ้าพันต้องสัมพันธ์กับอวัยวะที่พัน ดังนี้

กว้าง	ยาว	อวัยวะสำหรับการพันผ้า
1 นิ้ว	2 หลา	พนักนิ้วมือ นิ้วเท้า
2 นิ้ว	3-5 หลา	พนักมือ เท้า และตา
2-4 นิ้ว	5-8 หลา	พนักศีรษะ แขน และน่อง
2½-3 นิ้ว	5-10 หลา	พนักคอ ตัว และไหล่
4-6 นิ้ว	12 หลา	พนักสะโพก และโคนขา

วิธีการใช้ผ้าพันแผล¹¹

1. การพันรอบ (Circular) คือ การพันทับกันเป็นรอบๆ ใช้สำหรับการขึ้นต้น และการจบของการพันผ้าในแบบต่าง ๆ ใช้พนักข้อมือ ข้อเท้า และศีรษะ

2. การพันเป็นเกลียว (Spiral) เริ่มต้นด้วยการพันรอบ (Circular turn) ก่อน แล้วตามด้วยการพันเหลื่อมกันเล็กน้อยให้เหลื่อมประมาณ 2/3 ของผ้าพัน การพันผ้าชนิดนี้เหมาะสำหรับอวัยวะรูปทรงกระบอก เช่น แขนส่วนต้นหรือขา ลำตัว เมื่อจะจบการพันผ้าให้จบด้วยการพันรอบ

3. การพันพับกลับเป็นเกลียว (Spiral reverse) เริ่มด้วยการพันรอบแล้ว พ่นพับกลับเป็นเกลียว พ่นเหลื่อมตลบเล่นลาย วิธีการพันคล้ายการพันเป็นเกลียว (Spiral) แต่หลบบผ้าพันกลับพองามเพื่อป้องกันช่องโหว่ และจะทำให้แนบเนียนสวยงามยิ่งขึ้น ทำให้แนวมรอบพ่นอยู่ตรงกลางเป็นเส้นตรงเดียวกัน เหมาะสำหรับอวัยวะที่มีปลายเล็กโคนใหญ่ เช่น แขน ขาส่วนปลาย

4. การพันผ้าแบบเฉียง (Oblique bandage) เป็นการพันผ้าโดยที่ริมผ้าไม่เกาะกัน แต่ริมผ้าขานานกัน การพันผ้าแบบเฉียงบริเวณขากรรไกร (Oblique bandage of jaw) ใช้ในรายบาดแผลที่ขากรรไกรหรือหน้าผาก เริ่มด้วยการพันรอบ (Circular turn) ที่ใบหน้า

แล้วพันอ้อมมาที่ได้คางพันวกกลับไปด้านบนของศีรษะ ผ่าพันข้างหนึ่งอยู่ที่หน้าหูอีกข้างหนึ่งอยู่หลังหู

5. การพันทแยง (Spica bandage) เหมาะสำหรับพันตามข้อต่างๆ และพันอวัยวะ 2 ส่วนพร้อมๆ กัน ส่วนหนึ่งเล็ก ส่วนหนึ่งใหญ่ เช่น หัวแม่มือกับข้อมือ ต้นขากับลำตัว การพันแบบนี้ใช้พันเป็นรูปเลข 8

6. การพันเป็นรูปเลข 8 (Figure of eight) พันไขว้ขึ้นลงให้ตัดกันคล้ายเลข 8 ส่วนมากใช้พันปิดบริเวณข้อพับหรือข้อต่างๆ ได้แก่ ข้อศอก ข้อเข่า ข้อเท้า และยังเหมาะสำหรับบาดแผลที่ฝ่าเท้า หลังเท้า หลังมือ และไหล่

7. การพันกลับไปกลับมา (Recurrent bandage) เหมาะสำหรับการพันอวัยวะที่อยู่ปลายของร่างกาย เช่น ศีรษะ ปลายนิ้ว ปลายมือ ปลายแขน ปลายขา

4.5 การปฐมพยาบาลเมื่อกระดูกหักก่อนส่งต่อ

ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีโอกาสที่จะเกิดกระดูกหักได้เมื่อได้รับบาดเจ็บ โดยเฉพาะผู้สูงอายุเนื่องจากมีภาวะกระดูกพรุนร่วมด้วย ดังนั้น ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับกระดูกหัก สามารถประเมินภาวะกระดูกหักและให้การปฐมพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะกระดูกหัก เพื่อให้การดูแลเบื้องต้นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับอวัยวะต่างๆ ที่หักก่อนที่จะนำส่งโรงพยาบาล

กระดูกหัก (Fracture) หมายถึง การเสียความต่อเนื่องอย่างหนึ่งอย่างใดของกระดูก การหักนี้อาจหัก ไม่สมบูรณ์ (Incomplete) คือ กระดูกเป็นรอยร้าวเท่านั้น หรือหักชนิดสมบูรณ์ (Complete) เช่น หักออกจากกันเป็นสองท่อน ซึ่งแรงกระแทกอาจทำให้เนื้อเยื่อรอบกระดูกที่หักได้รับอันตรายด้วย¹²

สาเหตุ ของการเกิดกระดูกหัก¹²

1. ภาวะกระดูกแตก

1.1 แรงที่มากระดูกแตกโดยตรงและกระดูกหักบริเวณที่ถูกกระดูกแตก เช่น ถูกตีที่แขนจนแขนหัก

1.2 แรงที่มากระดูกแตกทางอ้อม เป็นเหตุให้กระดูกหักเกิดขึ้นที่อื่น ซึ่งไม่ใช่ที่ถูกกระดูกแตก เช่น หกล้มเอามือยันพื้น แรงกระดูกแตกโดยตรงที่ฝ่ามือ แต่กระดูกแขนหัก หรือตกจากที่สูงลงมาในท่านั่งกระดูกแตก แรงจะผ่านขึ้นไป อาจทำให้กระดูกสันหลังหักได้ เป็นต้น

1.3 เนื่องจากกล้ามเนื้อหดตัว กระตุกอย่างแรง เช่น การหักของกระดูกสะบ้าหัวเข่า (Patella)

2. โรคของกระดูก เช่น โรคเนื้องอกของกระดูก โพรงกระดูกอักเสบเรื้อรัง โรคเหล่านี้มีพยาธิสภาพในกระดูก ทำให้กระดูกเปราะ เมื่อถูกแรงกระแทกเพียงเล็กน้อยก็หักได้ง่าย

ชนิดของกระดูกหัก¹²

1. **กระดูกหักชนิดปิด (Closed fracture)** คือ กระดูกหักแล้วไม่แทงทะลุผิวหนังออกมาและไม่มีบาดแผลบนผิวหนังตรงบริเวณที่หัก

2. **กระดูกหักชนิดเปิด (Opened Fracture)** หรือเรียกว่ากระดูกหักชนิดผสม (Compound Fracture) คือกระดูกหักแล้วที่แทงทะลุผิวหนังออกมา เห็นแผลได้ชัดเจน และมีเลือดออก

อาการและอาการแสดงของกระดูกหัก ผู้บาดเจ็บที่กระดูกหักสามารถประเมินอาการและอาการแสดงได้¹³ ดังนี้

1. มีอาการปวดบวม หรืออาจมีรอยฟกช้ำบริเวณที่หัก
2. กดเจ็บบริเวณที่หัก
3. รูปร่างและความยาวของส่วนที่หักเปลี่ยนแปลงไป
4. สูญเสียหน้าที่หรือการทรงตัว การเคลื่อนไหวผิดปกติ
5. มีเสียงกรอบแกรบ (Crepitus) จากการเสียดสีของปลายกระดูกที่หักเวลาเคลื่อนไหว

6. อาจพบปลายกระดูกที่หักหรือชิ้นส่วนของกระดูกที่หัก
7. อาจมีอาการอื่นร่วม เช่น มีบาดแผลในกรณีที่มีกระดูกหักแบบเปิด มีไข้สูงจากการติดเชื้อ ข้อคจากการเสียดเลือด หรือขาจากการที่เส้นประสาทถูกกด

การปฐมพยาบาล

กระดูกหักสามารถเกิดขึ้นได้กับกระดูกทุกชิ้น ซึ่งความรุนแรงจะขึ้นอยู่กับแรงที่มากระทำ ทำให้ผู้บาดเจ็บมีอาการและอาการแสดงแตกต่างกัน¹³ ดังนี้

1. กะโหลกศีรษะแตก

กะโหลกศีรษะเป็นอวัยวะที่ป้องกันสมอง การที่กะโหลกศีรษะแตกอาจมีผลกระทบกระเทือนต่อการทำงานของสมอง ผู้บาดเจ็บอาจหมดสติได้

สาเหตุ จากการหกล้มศีรษะกระแทกพื้น ถูกตีที่ศีรษะโดยตรง หรืออุบัติเหตุบนท้องถนน

อาการและอาการแสดง ถ้ามีกระดูกแตกหรือร้าวเพียงอย่างเดียว มักจะมีอาการปวดศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน แต่ถ้ากระดูกแตกแล้วกดบวมไปกดเนื้อสมอง ก็จะมีอาการ

ทางสมอง ได้แก่ ซึมลง อาเจียนพุ่ง พฤติกรรมเปลี่ยนไป ขนาดของรูม่านตาไม่เท่ากัน แขนขาไม่มีแรงซีกใดซีกหนึ่ง อาจมีเลือดหรือน้ำไขสันหลังออกทางจมูกหรือหู ไม่รู้สึกตัว หายใจหยุดหายใจ และหัวใจหยุดเต้น

การปฐมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้บาดเจ็บ
2. ประเมินบาดแผล กรณีที่กะโหลกศีรษะแตกเล็กน้อย มีเลือดซึมไม่มาก หลังจากทำแผลแล้วแนะนำให้ญาติสังเกตอาการทางสมองต่ออีก 24-48 ชั่วโมง โดยในระยะนี้ไม่ควรให้ยาแก้ปวด เพราะอาจทำให้การประเมินอาการทางสมองไม่ถูกต้องได้ และถ้ามีอาการทางสมองให้รีบนำผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาลโดยด่วน เพื่อการรักษาในขั้นต่อไป
3. การเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บ กรณีที่ผู้บาดเจ็บรู้สึกตัวให้จัดอยู่ในท่าครึ่งนั่งครึ่งนอนหาเบาะรองศีรษะและไหล่ไว้ ถ้ามีเลือดหรือน้ำไขสันหลังออกจากหูให้เอียงศีรษะมาทางด้านที่บาดเจ็บ โดยใช้ผ้าสะอาดปิดหูไว้แต่อย่าอุดหู ถ้าผู้บาดเจ็บไม่รู้สึกตัวให้จัดอยู่ในท่านอนราบศีรษะเอียงไปทางด้านที่บาดเจ็บ พร้อมทั้งตรวจนับอัตราการหายใจ การเต้นของชีพจร ระดับความรู้สึกตัวของผู้บาดเจ็บ ถ้าหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นให้เริ่มช่วยฟื้นคืนชีพทันที

2. กระดูกขากรรไกรหัก

สาเหตุ จากการถูกตี ถูกต่อย หกล้มคางกระแทกพื้น หรืออุบัติเหตุบนท้องถนน

อาการและอาการแสดง เจ็บปวดบริเวณคาง คางผิดรูป อ้าปากไม่ขึ้น เคี้ยวอาหารไม่ได้ ฟันไม่สบกัน กลืนน้ำลายไม่สะดวก จะมีน้ำลายไหลย่อย เวลาโยกคางมีเสียงดังกรอบแกรบ อาจมีเลือดซึมจากเหงือกปนกับน้ำลาย และอาจมีแผลบริเวณคางหรือภายในช่องปาก

การปฐมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้บาดเจ็บ
2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เนื่องจากทางเดินหายใจอาจถูกปิดกั้นจากน้ำลายเลือด หรือฟันที่หักหลุดลงหลอดลม
3. ดามหรือพยุงขากรรไกรด้วยผ้าพัน เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด
4. เคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาล

3. กระดูกโหลปาร้าหัก

สาเหตุ จากการถูกตีที่กระดูกโหลปาร้าโดยตรง หรือหกล้มท่าแขนเหยียดตรงใช้ฝ่ามือยันพื้น หรือหัวไหล่กระแทกพื้น

อาการและอาการแสดง เจ็บปวดบริเวณกระดูกโหลปาร้าข้างที่หัก คลำพบ

ปลายกระดูกที่หักโง่งนูน ยกแขนข้างที่หักไม่ได้ หัวไหล่ตกและงุ้มมาทางด้านหน้าถ้าเคลื่อนไหว แขนข้างที่หักจะได้ยินเสียงกรอบแกรบ

การปฐมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้บาดเจ็บ

2. ยกปลายแขนข้างที่หักขึ้นอย่างนุ่มนวล โดยวางทาบบนหน้าอกให้ปลายนิ้ว วางอยู่บนหัวไหล่ แล้วใช้ผ้าสามเหลี่ยมคล้องพยุงแขนผู้บาดเจ็บไว้ หรือใช้ผ้ายึดพันเป็นรูปเลข 8 ที่หัวไหล่ทั้ง 2 ข้าง เพื่อไม่ให้บริเวณที่หักเคลื่อนไหว

3. เคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาล

4. กระดูกซี่โครงหัก

สาเหตุ เกิดจากอุบัติเหตุบนท้องถนน พังมาลัถยรถกระแทกหน้าอก หรือจากการเล่นกีฬา

อาการและอาการแสดง ถ้ากระดูกซี่โครงหักแบบธรรมดา ปลายกระดูกที่หัก ไม่ไปทิ่มแทงอวัยวะภายในช่องอก จะมีอาการเจ็บหน้าอกบริเวณที่ถูกกระแทก และจะเจ็บมากขึ้น เวลาหายใจเข้าออกแรงๆ ลักษณะการหายใจจะถี่และตื้น แต่ถ้ากระดูกซี่โครงหักแล้ว ปลายกระดูกที่หักไปทิ่มแทงอวัยวะภายในช่องอก ได้แก่ ปอด หัวใจ และเส้นเลือดในช่องอก ผู้บาดเจ็บจะมีอาการรุนแรงขึ้น คือ หน้าซีด เหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว ซึ่งบ่งบอกถึง อาการตกเลือดภายใน ไตเป็นเลือด หรือมีบาดแผลเปิดบริเวณหน้าอกเป็นแบบปากแผล ดูขณะหายใจเข้า

การปฐมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้บาดเจ็บ

2. ตามโดยใช้ผ้าพันแขนข้างใดข้างหนึ่งแนบกับลำตัว เพื่อให้บริเวณที่ได้รับบาดเจ็บอยู่นิ่งไม่เจ็บปวดมากขึ้น ขณะที่พันผ้าให้ผู้บาดเจ็บหายใจออกเต็มที่ โดยใช้ผ้าสะอาดปิด บาดแผลให้มิดชิด และใช้ผ้าพันให้แน่น

3. เคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาลในท่านั่ง ยกเว้นผู้บาดเจ็บไม่รู้สึกรู้สีกตัวให้เคลื่อนย้าย ในท่านอน โดยทับด้านที่กระดูกซี่โครงหัก และเอียงหน้าเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง

5. กระดูกต้นแขนหัก

สาเหตุ เกิดจากการถูกแรงกระแทกโดยตรงที่ต้นแขน ตกจากที่สูงต้นแขนกระแทกพื้น ล้มในท่าเหยียดแขนยันพื้น

อาการและอาการแสดง ปวดบริเวณต้นแขนที่หักและปวดมากเวลาขยับ กดเจ็บ บริเวณกระดูกหักและมีเสียงกรอบแกรบ บริเวณต้นแขนที่หักจะโง่งนูน ยกไม่ได้ และเหยียด

ข้อศอกไม่ได้ ถ้ากระดูกหักแบบเปิดจะเห็นปลายกระดูกหักโผล่ออกมา และถ้ามีการกดประสาทที่มัลติเบรเวณแขน จะทำให้ข้อมือตกร กระดูกนิ้วมือขึ้นไม่ได้ มือชา

การปฐมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้บาดเจ็บ
2. ถ้ามีบาดแผลให้ใช้ผ้าสะอาดปิดแผลไว้ และถ้ามีปลายกระดูกโผล่ห้ามดันกระดูกให้เข้าที่เดิม เพราะอาจเกิดอันตรายต่อเส้นเลือดและเส้นประสาทได้ง่าย รวมถึงการติดเชื้อจากภายนอก

3. ตามบริเวณที่หักโดยใช้ผ้าพันต้นแขนข้างที่หักกับลำตัว แล้วพุงแขนด้วยผ้าสามเหลี่ยม

4. เคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาลในท่านั่งหรือท่านอนหงาย ขณะเคลื่อนย้ายต้องสังเกตปลายมือข้างที่กระดูกต้นแขนหักว่ามีอาการเย็น ชีตเขียว จากการขาดเลือดไปเลี้ยงหรือไม่ หรือสอบถามอาการชาที่ปลายนิ้วมือจากการถูกกดของเส้นประสาท ถ้าพบอาการดังกล่าวต้องรีบคลายบมที่ผูกไม่ให้แน่นเกินไป พร้อมทั้งสังเกตอาการช็อคจากการเสียเลือดมาก จึงควรให้ผู้บาดเจ็บดื่มน้ำและอาหารทางปากไว้ก่อน เพื่อการรักษาในขั้นต่อไป

6. กระดูกปลายแขนหัก ประกอบด้วย กระดูก 2 ชิ้น การหักอาจเกิดที่กระดูกชิ้นเดียวหรือทั้งสองชิ้นก็ได้

สาเหตุ มักเกิดจากแรงกระแทกโดยตรง หรือหกล้มในท่ามียันพื้นแขนเหยียดตรง

อาการและอาการแสดง ถ้ากระดูกหักเพียงชิ้นเดียวก็จะมีพบอาการแขนโก่งคดหรือผิดรูปร่าง เพราะกระดูกอีกชิ้นหนึ่งจะทำหน้าที่เป็นตัวตามโดยธรรมชาติ และถ้ากระดูกหักบริเวณใกล้ข้อมือจะพบรูปร่างผิดปกติอย่างชัดเจน คือ ลักษณะมือและปลายแขนจะมีรูปร่างคล้ายข้อนิ้ว ซึ่งมียชื่อเฉพาะว่า Colles' fracture จะมีอาการชามือและอ่อนแรง เคลื่อนไหวนิ้วมือได้จำกัด

การปฐมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้บาดเจ็บ
2. ตามกระดูกปลายแขนด้วยผิอกชั่วคราว แล้วพุงแขนข้างที่หักด้วยผ้าสามเหลี่ยม
3. เคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บนำส่งโรงพยาบาลโดยท่านั่งหรือท่านอนหงาย

7. กระดูกข้อมือและมือหัก

สาเหตุ เกิดจากการหกล้มโดยใช้ฝ่ามียันพื้นในท่าเหยียดมือ หรือถูกแรงกระแทกโดยตรง

อาการและอาการแสดง จะมีอาการปวด บวม และกดเจ็บบริเวณที่หัก เคลื่อนไหวข้อมือและมือไม่ได้ มือมีรูปร่างผิดปกติ

การปฐมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดง
2. ตามและพยุงนิ้วมือ ฝ่ามือ และปลายแขน เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด
3. เคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาลโดยท่านั่งหรือเดิน

8. กระดูกต้นขาหัก

สาเหตุ เกิดจากการหกล้ม อุบัติเหตุบนท้องถนน

อาการและอาการแสดง ถ้ากระดูกต้นขาส່ว่นกลางหักจะสังเกตเห็นบริเวณที่หักโก่งนูน และขาสั้นกว่าปกติ ปลายเท้าจะชี้ออกจากแนวลำตัว จะปวดมากเพราะบริเวณนี้มีกล้ามเนื้อใหญ่ เมื่อกระดูกหักกล้ามเนื้อจะหดรั้งมาก ทำให้มีความเจ็บปวดมาก อาจถึงช็อคได้ สำหรับการหักที่บริเวณส่วนต้นของกระดูกต้นขา ผู้ได้รับบาดเจ็บมักจะช็อคตกเลือดภายในต้นขา

การปฐมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้บาดเจ็บ
2. ตามบริเวณที่หักกับขาข้างดี หรือใช้ไม้กระดานรอง และสอดวัสดุนุ่มๆ ไว้ด้วย
3. เคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาลในท่านอนหงายราบ และในขณะที่เคลื่อนย้ายต้องสังเกตปลายเท้าว่ามีอาการเขียว คล้ำ บวม ชีด หรือชา จากการขาดเลือดไปเลี้ยงหรือเส้นประสาทถูกกดหรือไม่ ตลอดจนสังเกตอาการช็อค จึงควรงดอาหารและน้ำทางปากไว้ก่อน เพื่อการรักษาในขั้นต่อไป

9. กระดูกสันหลังหัก

สาเหตุ เกิดจากการตกจากที่สูงในท่าก้มกระแทก ซึ่งความสูงมักเกิน 2 เมตร จากอุบัติเหตุบนท้องถนน แรงกระแทกทำให้กระดูกสันหลังถูกเหวี่ยงอย่างรวดเร็ว หรือถูกตีบริเวณกระดูกสันหลังอย่างแรง

อาการและอาการแสดง กระดูกสันหลังเป็นการบาดเจ็บที่มีความสำคัญมาก เพราะถ้ากระดูกที่หักยุบลงไปกดทับประสาทไขสันหลัง จะทำให้ผู้บาดเจ็บเป็นอัมพาตอย่างถาวรได้ กรณีที่กระดูกสันหลังส่วนคอหักจะมีอาการปวดคอ หลัง ขนขาชาหรืออ่อนแรง อาจมีอาการหายใจขัด อึดอัด หายใจลำบาก หรือถ้ากระดูกสันหลังส่วนเอวหักจะมีอาการปวดเอว ขาทั้งสองข้างชาหรืออ่อนแรง กลั้นอุจจาระหรือปัสสาวะไม่ได้ จะถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะโดยไม่รู้สึกรู้สัตัว

การปฐมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้บาดเจ็บ
2. ตามกระดุกสันหลังโดยให้คอและหลังอยู่ในแนวตรง และควรตามก่อนการเคลื่อนย้ายเสมอ
3. เคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาลในท่านอนหงายราบ

10. กระดูกเชิงกรานหัก

สาเหตุ เกิดจากอุบัติเหตุบนท้องถนน ตกจากที่สูง หรือถูกแรงกระแทกโดยตรง

อาการและอาการแสดง จะปวดมากบริเวณสะโพกหรือหลัง และขาหนีบ อาจมีอาการช็อคจากกระดูกเชิงกรานหักทะลุกระเพาะปัสสาวะ ทำให้เลือดตกภายใน และอาจพบว่าปัสสาวะมีเลือดปน ยกสะโพกไม่ได้

การปฐมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้บาดเจ็บ
2. ตามกระดูกเชิงกรานบนแผ่นไม้กระดาน โดยวางผ้านุ่มๆ ไว้ระหว่างขา ทั้งสองข้างตั้งแต่หัวเข่าจนถึงเท้า
3. เคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาลในท่านอนหงาย

4.6 การส่งต่อและขอรับคำปรึกษาแหล่งให้ความช่วยเหลือ (แหล่งเบอร์ที่ควรรู้)

การดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง เป็นการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงอาจ มีปัญหาด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคม หรือถูกทำร้าย ทารุณกรรม หรือทอดทิ้ง ดังนั้น ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแลจำเป็นต้องดำเนินการส่งต่อหรือขอรับคำปรึกษาจากหน่วยงานอื่น ที่เกี่ยวข้องได้

การส่งต่อ¹

1. ปัญหาด้านสุขภาพ เมื่อผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเกิดการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถดูแลได้ หรือได้รับบาดเจ็บควรนำส่งสถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุดที่เป็นหน่วยบริการหลักของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง การเลือกสถานพยาบาล ถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ท้องเสียมาก เกิดบาดแผลที่ต้องเย็บ โดนสุนัขกัดให้นำส่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ กรณีเจ็บป่วยรุนแรงหรือฉุกเฉินเช่น เกิดการเสียเลือดมาก แพ้ยา กระดูกหักให้นำส่งโรงพยาบาลทันที ในการส่งควรนำบัตรประจำตัวประชาชนไปด้วย เพื่อความสะดวกในการตรวจสอบสิทธิการรักษา สำหรับปัญหาด้านจิตใจที่เกินความสามารถของผู้ดูแลให้ส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2. ปัญหาการถูกทอดทิ้ง / ทารุณกรรม เมื่อพบว่าผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงถูกทอดทิ้งหรืออยู่คนเดียวไม่สามารถดูแลตนเองได้และเกินความสามารถของผู้ดูแลควรดำเนินการส่งต่อตามขั้นตอนของโครงการให้บริการสงเคราะห์ผู้สูงอายุในภาวะยากลำบากของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่คู่มือดำเนินโครงการให้บริการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ ในภาวะยากลำบากประจำปีงบประมาณ 2563 (ฉบับปรับปรุง)¹⁴ (<http://www.chainat.m-society.go.th/work/คู่มือโครงการให้บริการสงเคราะห์ผู้สูงอา.pdf>)

3. ปัญหาด้านที่อยู่อาศัย เมื่อพบผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงไม่มีที่อยู่อาศัยที่อยู่อาศัยไม่ปลอดภัย ให้ส่งต่อองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลที่รับผิดชอบ หรือดำเนินการส่งต่อตามขั้นตอนของโครงการให้บริการสงเคราะห์ผู้สูงอายุในภาวะยากลำบากของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

4. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ เมื่อพบผู้สูงอายุไม่ได้รับสิทธิสวัสดิการเรื่องเบี้ยยังชีพ เบี้ยคนพิการให้ส่งต่อองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลที่รับผิดชอบ

ขั้นตอนการดำเนินงานโครงการให้บริการสงเคราะห์ผู้สูงอายุในภาวะยากลำบาก

2



แนวทางในการปฏิบัติ¹

1. อธิบายความจำเป็นในการส่งต่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง และญาติเข้าใจ
 2. ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลควรมีเบอร์โทรศัพท์ของมูลนิธิสถาบันที่ให้บริการรับ-ส่งผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงในกรณีฉุกเฉินในพื้นที่รับผิดชอบ
 3. ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อการส่งต่อ
 4. ช่วยปฐมพยาบาลเบื้องต้นในกรณีปัญหาสุขภาพ
 5. ประสานงานกับญาติเพื่อให้ทราบถึงปัญหาของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง
- การแจ้งขอความช่วยเหลือ ผู้ดูแลสามารถแจ้งขอความช่วยเหลือจากหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) และหน่วยกู้ภัยต่างๆ โดยเร็วที่ 1669 หรือ 191 ในขณะที่แจ้งขอความช่วยเหลือ ตั้งสติให้ดี พูดให้ชัดเจน อย่าตื่นเต้น และแจ้งข้อมูล 15 ดังนี้

- สถานที่เกิดเหตุ บอกจุดที่สังเกตได้ง่าย
- ชื่อผู้แจ้ง และเบอร์โทรศัพท์ติดต่อกลับ
- เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จำนวนผู้บาดเจ็บ/ผู้ป่วย

ขณะรอการช่วยเหลือ ให้ปฐมพยาบาลไปตามความรุนแรง และความจำเป็นของการบาดเจ็บ ตามลำดับ ถ้าในกรณีมีผู้บาดเจ็บ/ผู้ป่วยหลายคนพร้อมกัน ควรประเมินผู้บาดเจ็บ/ผู้ป่วยคร่าวๆ ทุกคน เพื่อคัดแยกและพิจารณาจัดลำดับความสำคัญในการให้ความช่วยเหลือต่อไป

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อในกรณีฉุกเฉิน

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ	หน่วยงาน
1669	เจ็บป่วยฉุกเฉิน
0-2354-8222	ศูนย์กู้ชีพเรนทร โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร
1646	ศูนย์เอร์วาน สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร
1555	หน่วยแพทย์กู้ชีพ กรุงเทพมหานคร
1300	ศูนย์ช่วยเหลือสังคม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ประสานความช่วยเหลือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การแสวงหาผลประโยชน์ทางเพศ ถูกกระทำความรุนแรง ปัญหาสังคมต่างๆ
191	แจ้งเหตุด่วนเหตุร้าย

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ	หน่วยงาน
1330	สายด่วน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ บริการข้อมูลสิทธิหลักประกันสุขภาพ (สปส)
1667	สายด่วน กรมสุขภาพจิต
1367	ศูนย์พิษวิทยา โรงพยาบาลรามาธิบดี

โดยสรุป ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงมีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมและทันเวลาที่ โดยต้องเตรียมทั้งด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อช่วยลดการบาดเจ็บ การเตรียมอุปกรณ์ในการปฐมพยาบาล การเตรียมและทบทวนความรู้เกี่ยวกับการประเมินภาวะวิกฤต การปฐมพยาบาล และการส่งต่อหรือการขอความช่วยเหลือกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้กับผู้ดูแล เพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้ ต้องคำนึงถึงขอบเขต กฎหมาย และระเบียบปฏิบัติที่สถานบริการผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลสามารถทำได้ตามบทบาทอย่างเคร่งครัดด้วย

บรรณานุกรม

- พรรณธร เจริญกุล. การปฐมพยาบาลและการส่งต่อ. ใน: พรรณธร เจริญกุล, ดารุณี ภูษณสุวรรณศรี, และอรพิน ฐาปนกุลศักดิ์, บรรณาธิการ. การดูแลผู้สูงอายุ Elderly Care. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: รุ่งแสงการพิมพ์ จำกัด; 2555. หน้า 151-165.
- ธนวัฒน์ ธาราพันธ์, ครองวงศ์ มุสิกถาวร. การบาดเจ็บในผู้สูงอายุ: Geriatric Trauma. ใน: เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, พรทิพย์ ควรคิด, สมบัติ ตรีประเสริฐสุข, ภรเอก มั่นวานิช, ไชยวรรณ์ เพชรหล่อเหลียน, และไพโรจน์ ฉัตรานุกุลชัย, บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: รุ่งศิลป์การพิมพ์; 2561. หน้า 179-183.
- ร่ำแพน พรเทพเกษมสันต์. บาดแผล (Wounds): การปฐมพยาบาล FIRST AID. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โสภณการพิมพ์; 2562. หน้า 83-104.
- จิราพร เกศพิชอุวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช, อังคณา ศรีสุขและสพฐ์ เจตมโนรมย์. คู่มือการช่วยเหลือผู้สูงอายุภาวะฉุกเฉิน. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 21 ต.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nurs.chula.ac.th/images/2019/announcement/คมอภาวะฉุกเฉินในผสงอายุ.pdf>.
- ร่ำแพน พรเทพเกษมสันต์. การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (Basic life support): การปฐมพยาบาล FIRST AID. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โสภณการพิมพ์; 2562. หน้า 69-82.
- ไสว นรสารพิริญา ไส้ไหม. แนวคิดและหลักการจัดการผู้บาดเจ็บสำหรับพยาบาล: Concept and Principle of Trauma Managements for Nurses. ใน: ไสว นรสาร, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้บาดเจ็บ Trauma Nursing. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 เล่ม 1. กรุงเทพฯ: โอเดีย อินสแตนท์ พรินท์; 2563. หน้า 27-56.
- คณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิต สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. คู่มือการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและเครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (เออีดี:AED) สำหรับประชาชน พ.ศ. 2561. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaicpr.org/?mod=knowledge&op=view&knowledge_id=14
- อมรรัตน์ ศุภมาศ. การใช้เครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ หรือ เออีดี. [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 9 ต.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rama.mahidol.ac.th/atrama/issue018/varieties-corner>.

ร่ำแพน พรเทพเกษมสันต์. การตกเลือดและการห้ามเลือด (Haemorrhage and Control haemorrhage): การปฐมพยาบาล FIRST AIDS. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โสภณการพิมพ์; 2562. หน้า 105-115.

ไสว นรสาร, และพิชญา ทองโพธิ์. การดูแลผู้บาดเจ็บระยะก่อนถึงโรงพยาบาล: Prehospital Trauma life Support. ใน: ไสว นรสาร, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้บาดเจ็บ Trauma Nursing. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 เล่ม 1. กรุงเทพฯ: โอเดียน อินสแตนท์ พรินท์; 2563. หน้า 1-26.

ร่ำแพน พรเทพเกษมสันต์. การใช้ผ้าพันชนิดต่างๆ: การปฐมพยาบาล FIRST AIDS. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โสภณการพิมพ์; 2562. หน้า 116-130.

ร่ำแพน พรเทพเกษมสันต์. การบาดเจ็บจากการออกกำลังกายและกีฬา (Exercises and Sport injuries): การปฐมพยาบาล FIRST AIDS. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โสภณการพิมพ์; 2562. หน้า 132-160.

จงรัก อัฐรัตน์, กนกวรรณ พุ่มทองดี. การปฐมพยาบาลผู้ที่มีภยันตรายของกระดูก กล้ามเนื้อ และข้อต่อ. ใน: วิภาพร วรหาญ, จงรัก อัฐรัตน์, และสุวรรณา บุญยะลีพรรณ, บรรณาธิการ. การปฐมพยาบาลและการพยาบาลฉุกเฉิน. พิมพ์ครั้งที่ 14. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์; 2554. หน้า 118-164.

กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. คู่มือการดำเนินโครงการให้บริการสงเคราะห์ผู้สูงอายุในภาวะยากลำบาก. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 21 ต.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.chainat.m-society.go.th/work/คู่มือโครงการให้บริการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ.pdf>

ร่ำแพน พรเทพเกษมสันต์. การสำรวจและประเมินสภาพผู้บาดเจ็บ (Survey and Victims assessment): การปฐมพยาบาล FIRST AIDS. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โสภณการพิมพ์; 2562. หน้า 49-68.

หมวดที่ 5

โรคกลุ่มอาการและปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ



วัตถุประสงค์การเรียนรู้

5.1 เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่พบบ่อย ในเนื้อหาวิชา
ดังนี้

5.1.1 โรคข้อเสื่อม

5.1.1.1 เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุโรคข้อเสื่อม

5.1.1.2 เพื่อให้ผู้เรียนสามารถให้การดูแลและให้คำแนะนำการปฏิบัติ
ตัวเบื้องต้นในผู้สูงอายุ: โรคข้อเข่าเสื่อม

5.1.2 โรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อ

5.1.2.1 เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่พบบ่อย
ในผู้สูงอายุได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือด
หัวใจตีบ และโรคหลอดเลือดสมอง

5.1.2.2 เพื่อให้ผู้เรียนสามารถสังเกตอาการผิดปกติเบื้องต้นของโรคเรื้อรัง
ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

5.1.2.3 เพื่อให้ผู้เรียนสามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่พบบ่อยได้
เบื้องต้น

5.2 กลุ่มอาการสูงอายุ (ภาวะสมองเสื่อม โรคตา ซึมเศร้า นอนไม่หลับ)

5.2.1 เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มอาการสูงอายุ ในเนื้อหา
วิชา ดังนี้

5.2.1.1 ความหมายของกลุ่มอาการสูงอายุ

5.2.1.2 อาการ สาเหตุ การวินิจฉัยของกลุ่มอาการสูงอายุในเบื้องต้นได้

5.2.2 เพื่อให้ผู้เรียนสามารถดูแลและสังเกตอาการผิดปกติเบื้องต้นของกลุ่ม
อาการสูงอายุในแต่ละประเภทได้

5.2.2.1 ภาวะสมองเสื่อม

5.2.2.1.1 เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ อาการ
สาเหตุ การวินิจฉัย ภาวะสมองเสื่อมได้

5.2.2.1.2 เพื่อให้ผู้เรียนสามารถดูแลกลุ่มอาการสูงอายุภาวะ
สมองเสื่อมในเบื้องต้นได้

5.2.2.1.3 เพื่อให้ผู้เรียนสามารถสังเกตอาการผิดปกติ
กลุ่มอาการต่างๆ ในเบื้องต้นและส่งต่อข้อมูลแก่ผู้ดำเนินการหรือสถานพยาบาลได้

5.2.2.2 โรคตาในผู้สูงอายุ

5.2.2.2.1 เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจกับสาเหตุ อาการ
การรักษา เกี่ยวกับโรคตาในผู้สูงอายุเบื้องต้นได้

5.2.2.3 อาการสับสนเฉียบพลัน

5.2.2.3.1 เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจปัจจัยที่ทำให้เกิด
อาการสับสนเฉียบพลัน

5.2.2.3.2 เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจการป้องกันการแก้ไข
อาการสับสนเฉียบพลันเบื้องต้นได้

5.2.2.4 อาการซึมเศร้า

5.2.2.4.1 เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ
อาการ การดูแลผู้สูงอายุที่มีอาการซึมเศร้าเบื้องต้นได้

5.2.2.5 นอนไม่หลับ

5.2.2.5.1 เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกลุ่มอาการ
สูงอายุนอนไม่หลับถึงสาเหตุต่างๆ

5.2.2.5.2 เพื่อให้ผู้เรียนสามารถ จัดกิจการ/ดูแล เบื้องต้น
สำหรับกลุ่มอาการสูงอายุนอนไม่หลับ

5.2.2.6 การอยู่ร่วมกับที่

5.2.2.6.1 เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจสาเหตุปัจจัย และ
ปัญหาแทรกซ้อนกลุ่มอาการสูงอายุ การอยู่ร่วมกับที่

5.2.2.7 เปื่ออาหาร น้ำหนักลด ขาดสารอาหารและกลืนลำบาก

5.2.2.7.1 เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ
อาการ ของกลุ่มอาการสูงอายุ เนื่องจาก น้ำหนักลด ขาดสารอาหาร และกลืนลำบาก

5.2.2.7.2 เพื่อให้ผู้เรียนสามารถให้การดูแลและคำแนะนำเบื้องต้น
ในกลุ่มอาการสูงอายุเบื้องต้นได้

5.3 ปัสสาวะเล็ดราด

5.3.1 เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับชนิดของปัสสาวะเล็ดราด
การตรวจประเมิน การตรวจรักษาในเบื้องต้นได้

5.3.2. เพื่อให้ผู้เรียนสามารถให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวของกลุ่มผู้สูงอายุ
ในเบื้องต้นได้

5.4 การเดินเซ ไม่มั่นคงและการหกล้ม

5.4.1 เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของร่างกายผู้สูงอายุ
ที่ส่งผลให้เดินเซ ไม่มั่นคงและหกล้ม

5.4.2 เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจถึงสาเหตุ การประเมิน การป้องกัน
กลุ่มผู้สูงอายุ การเดินเซ ไม่มั่นคงและการหกล้มได้

5.1 ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ : โรคข้อเสื่อม

ศาสตราจารย์ นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล

โรคข้อเสื่อมเป็นโรคข้ออักเสบชนิดที่พบได้บ่อยที่สุดในผู้สูงอายุ สาเหตุเกิดจากกระบวนการสึกหรอของข้อทำให้ผิวข้อไม่เรียบและมีปุ่มกระดูกงอก ทำให้เกิดอาการปวดขัด มีเสียงดังเมื่อขยับข้อและข้อผิดรูปไป โดยทั่วไปอาการมักจะค่อยๆ เป็นมากขึ้น โดยมักเป็นที่ข้อเข่า ข้อสะโพก หลัง กระดูกคอ ข้อนิ้วมือ มักมีอาการปวดเมื่อข้อนั้นถูกใช้งานมากขึ้น โดยข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย โดยพบจากการเอกซเรย์ได้ร้อยละ 37 และเป็นแบบมีอาการถึง 1 ใน 4 ในผู้ที่อายุ 50-55 ปีขึ้นไป^{1, 2} และมีร้อยละ 10 ที่ปวดเข่าอย่างมากจนส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต สำหรับประเทศไทยพบได้ร้อยละ 35-45 ในผู้สูงอายุ³

โรคข้อเข่าเสื่อม อาจมีผลทำให้เดินไม่คล่อง ลุกจากที่นั่งหรือเดินขึ้นที่สูงลำบาก เนื่องจากปวดเข่าและกล้ามเนื้อต้นขาไม่ค่อยมีแรง บางคนเดินแล้วเกิดอาการเข่าอ่อนพับ หกล้มได้ ถ้าไปตรวจกับแพทย์ แพทย์มักซักประวัติของอาการ ตรวจลักษณะข้อและกล้ามเนื้อ และอาจเอกซเรย์ข้อที่เสื่อมนั้น โดยลักษณะเอกซเรย์ที่ผิดปกติจะมีกระดูกที่ขึงออกโตขึ้น และช่องว่างระหว่างผิวข้อแคบลง

การปฏิบัติตัวเมื่อมีข้อเข่าเสื่อม^{4, 5}

ถ้าข้อเข่าเสื่อมนั้นไม่มีอาการหรือไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานประจำวัน ก็อาจไม่จำเป็นต้องรักษา แต่ควรป้องกันไม่ให้เป็นมากขึ้น แต่ถ้าโรคข้อเสื่อมนั้นทำให้เกิดอาการปวดหรือมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน ก็จำเป็นต้องได้รับการรักษาควบคู่ไปด้วย สำหรับการปฏิบัติตัวที่ควรทำเมื่อมีโรคข้อเสื่อม ได้แก่

1. การลดน้ำหนักตัว การที่มีน้ำหนักตัวเกินจะทำให้ข้อเข่า ข้อสะโพกที่เสื่อมถูกกดทับมากขึ้น และเสื่อมมากขึ้น นอกจากนั้นไม่ควรถือของหนัก เป็นเวลานานๆ เนื่องจากมีผลเพิ่มการกดทับข้อที่เสื่อมมากขึ้นด้วย

2. หลีกเลี่ยงการนั่งบนพื้น นั่งพับเพียบ นั่งคุกเข่า ขัดสมาธิ เนื่องจากทำให้ข้อมีการเสียดสีมาก จะทำให้อาการเป็นมากขึ้น

3. หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีผลเสียกับข้อเข่า เช่น การยืนนาน ๆ การเดินขึ้นบันไดหรือทางลาด

4. ถ้ามีข้อเข่าเสื่อมควรออกกำลังกายกล้ามเนื้อต้นขา เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของข้อ
ทำได้โดยนั่งบนเก้าอี้ที่มีความสูงระดับเข่า แล้วยกขาขึ้นทีละข้าง กระดกปลายเท้าขึ้นจนสุด
และเกร็งค้างไว้สิบวินาที แล้วทำสลับขาอีกข้างเช่นเดียวกัน ควรพยายามทำวันละหลายครั้ง
อาจทยอยแบ่งทำครั้งละ 30 ครั้ง วันละ 3 ครั้ง ถ้ามีความเคยชินมากขึ้น อาจให้ผู้หญิงทราย
หนักประมาณ 1 กิโลกรัม พันรอบขาเหนือระดับตาตุ่ม แล้วยกขาขึ้นสิบวินาทีต่อครั้งเช่นเดิม

5. ถ้ามีอาการปวดข้อ อาจประคบเย็นด้วยถุงน้ำแข็งทุก 3-4 ชั่วโมง ประคบครั้งละ
ประมาณ 15-20 นาที หรืออาจประคบร้อนด้วยถุงน้ำร้อนหรืออาบน้ำอุ่นประมาณ 15 -20 นาที

6. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยเลือกกิจกรรมที่ไม่มีผลเสียกับข้อ เช่น การว่ายน้ำ
ปั่นจักรยานอยู่กับที่หรือ เดิน

7. การใส่อุปกรณ์พยุงข้อเข่า หรือ การใช้ไม้เท้าช่วยยืนหรือเดิน

8. ถ้าปวดมาก อาจใช้ยาทาหรือยาพ่นแก้ปวด หรือยารับประทานแก้ปวด โดยใช้อย่าง
พาราเซตามอล ถ้าไม่ได้ผลอาจใช้ยาแก้อักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ แต่ต้องระวังว่ายาอาจระคาย
เคืองกระเพาะอาหาร และอาจมีผลเสียกับไตหากรับประทานบ่อยๆ หรือมีปัญหาโรคไตอยู่เดิม
ในผู้ที่มีความดันโลหิตสูงอยู่อาจทำให้ความดันสูงขึ้นได้ จึงควรปรึกษาแพทย์ก่อนใช้

9. สำหรับสารกลูโคซามีน คอนดรอยติน ไคอะเซอร์ริน กรดไฮยาลูโรนิก แพทย์อาจ
พิจารณาใช้เพื่อลดอาการปวด แต่การตอบสนองค่อนข้างช้า และอาจดูการตอบสนองว่าดีขึ้น
หรือไม่ใน 2-3 เดือน ถ้าไม่ดีขึ้น อาจพิจารณาหยุด

10. การรักษาอื่นที่ไม่ได้กล่าวในที่นี้ เนื่องจากต้องมีผู้เชี่ยวชาญในการให้การรักษ
ได้แก่

a. การรักษาทางกายภาพบำบัด เช่น การนวด การกระตุ้นกระแสไฟฟ้า
การทำอัลตราซาวด์และการฝังเข็ม อาจได้ประโยชน์อยู่บ้างแต่ไม่มากนัก และหลักฐานไม่มาก
พอในเชิงประสิทธิผลที่ชัดเจน

b. การฉีดยาเข้าข้อ

c. การผ่าตัด ทำในผู้ที่ให้การรักษาระดับประคองแล้วไม่ได้ผล หรือผู้ป่วย
เป็นระยะรุนแรง โดยอาจใช้วิธีการส่องกล้อง หรือเปลี่ยนข้อเข่า

บรรณานุกรม

Kim I, Kim HA, Seo Y, Song YW, Jeong JY, Kim DH. The Prevalence of Knee Osteoarthritis in Elderly Community Residents in Korea. J Korean Med Sci. 2010; 25(2): 293–8.

Peat G, McCarney R, Croft P. Knee pain and osteoarthritis in older adults: a review of community burden and current use of primary health care. Ann Rheum Dis. 2001; 60 (2):91-7.

Kuptniratsaikul V, Tosayanonda O, Nilganuwong S, Thamalikitkul V. The epidemiology of osteoarthritis of the knee in elderly patients living an urban area of Bangkok. J Med Assoc Thai 2002; 85: 154-61.

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. รู้จริงและเข้าใจ สุขภาพผู้สูงวัยและภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ด ยูเคชั่น; 2559.

สมบุรณ์ อินทลาภาพร. โรคข้อในผู้สูงอายุที่พบบ่อยในระดับปฐมภูมิ. ใน: วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, บรรณาธิการ. พัฒนาการและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุขั้นต้น. นนทบุรี: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์; 2560.

โรคตาในผู้สูงอายุ

ศาสตราจารย์วุฒิคุณ นายแพทย์ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์

แพทย์หญิง กรอบกาญจน์ วิจิตรนาถ

ในปี ค.ศ. 2020 โลกของเรามีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 1,050 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 13.5 ของประชากรทั้งหมด เช่นเดียวกับประเทศไทย โครงสร้างของประชากรไทยปี 2563 ประชากรไทยมีจำนวนรวม 66.5 ล้านคน มีผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 12 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 18.1 ของประชากรทั้งหมด ประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” ภายในปี 2565¹

เมื่อคนเราอายุมากขึ้น ร่างกายย่อมมีความเสื่อมลงไปตามกาลเวลา มีการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างและความสามารถในการทำงานของอวัยวะต่างๆ ที่มีประสิทธิภาพลดลง ดวงตาของเราก็เช่นกัน และความเสื่อมของดวงตาตามกาลเวลานี้ทำให้การมองเห็นที่เคยคมชัดกลับกลายเป็นภาพมัวๆ หรือมองไม่เห็นเมื่อเข้าสู่วัยชรา นำมาสู่ความผิดปกติทางตาของผู้สูงอายุได้หลายโรค

ความเสื่อมนั้นเกิดได้ในทุกส่วนของลูกตา ตั้งแต่เปลือกตา เยื่อบุตา กระจกตา เลนส์ตา น้ำวุ้นลูกตา ขั้วประสาทตา และจอประสาทตา ถึงแม้ว่าความเสื่อมของดวงตาเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ แต่ด้วยเทคโนโลยีการรักษาทางจักษุวิทยาที่ก้าวหน้าสามารถรักษาและแก้ไขโรคจากความเสื่อมของตาได้หลายๆ โรค ดังนั้นผู้สูงอายุทุกคนควรได้รับการตรวจตาโดยจักษุแพทย์ เพื่อค้นหาความผิดปกติและแก้ไขได้ทันทั่วทั้ง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ และใช้ชีวิตได้อย่างมีความสุขในสังคมต่อไป

โรคตาในผู้สูงอายุที่พบบ่อย มีดังนี้

1. โรคของเปลือกตา (Eyelid)

เปลือกตาเป็นผิวหนังคลุมอยู่ด้านหน้าลูกตา มีหน้าที่เปิดตาและปิดตา ป้องกันอันตรายหรือสิ่งแปลกปลอมเข้าตา เมื่ออายุมากขึ้นผิวหนังบริเวณเปลือกตาจะสูญเสียความยืดหยุ่นลงและหย่อนลงมาบังบริเวณลูกตาได้ ภาวะนี้เรียกว่า ภาวะหนังตาหย่อน (Dermatochalasis) ถ้าหากหนังตาหย่อนมากจนลงมาบังการมองเห็นก็สามารถรักษาด้วยการผ่าตัดแก้ไขหนังตาหย่อนได้ ส่วนภาวะหนังตาตกในผู้สูงอายุ (Aponeurotic ptosis) เกิดจากเนื้อเยื่อเกี่ยวพันที่เป็นตัวเชื่อมระหว่างกล้ามเนื้อยกเปลือกตากับแกนเปลือกตาหย่อนตัวลง ซึ่งภาวะนี้รักษาได้โดยการผ่าตัดเปลือกตา

ภาวะเปลือกตาม้วนเข้า (Entropion) ในผู้สูงอายุเกิดจากการหย่อนยานของเปลือกตาทั้งแผ่น และเส้นเอ็นที่ยึดเปลือกตาแนบกับลูกตา หรือเกิดจากการมีแผลเป็นหรือพังผืดทำให้มีการม้วนเข้าในของขนตาและเปลือกตา ผู้ป่วยจึงมีอาการระคายเคืองจากขนตาที่มตาและอาจมีอาการกระจกตาแห้งและถลอกได้ ถ้ามีอาการเพียงเล็กน้อย การรักษาคือหยอดน้ำตาเทียมเพื่อหล่อลื่นลูกตาให้ลดการเสียดสีนอกจากนี้อาจทำการปิดเทปไถ่ๆ บริเวณขอบตาแล้วดึงรั้งออกเล็กน้อย ถ้ามีอาการมากสามารถรักษาได้ด้วยการผ่าตัดเปลือกตา

ภาวะเปลือกตาแบะออก (Ectropion) เกิดขึ้นจากความหย่อนตัวของผิวหนัง กล้ามเนื้อ และเนื้อเยื่อเกี่ยวพันบริเวณเปลือกตา เมื่อเปลือกตาแบะออกทำให้ผู้ป่วยมีอาการน้ำตาคลอ น้ำตาไหลมาก กระจกตาแห้งเนื่องจากเปลือกตาปิดไม่สนิท การรักษาหากอาการเป็นไม่มาก การรักษาคือการหยอดน้ำตาเทียมหล่อลื่นลูกตา แต่หากเปลือกตาแบะออกมากจนปิดตาไม่สนิทสามารถรักษาโดยทำการผ่าตัดเปลือกตา

นอกจากนี้ ในผู้สูงอายุยังสามารถพบเนื้องอกหรือมะเร็งบริเวณเปลือกตา โดยมักเกิดที่บริเวณเปลือกตาล่างมากที่สุด รองลงมาเป็นบริเวณหัวตา²

2. โรคของเยื่อบุตา (Conjunctiva)

โรคของเยื่อบุตาในผู้สูงอายุที่พบบ่อยได้แก่ ต้อลม (Pinguecula) และต้อเนื้อ (Pterygium) ทั้งสองโรคมีสาเหตุเดียวกัน มีลักษณะเป็นแผ่นพังผืดนูนที่มีเส้นเลือดอยู่บริเวณตาขาวเหมือนกัน ในระยะแรกที่ยังแผ่นพังผืดยังอยู่เฉพาะในบริเวณตาขาวเท่านั้นจะเรียกว่า ต้อลม เมื่อใดที่แผ่นพังผืดลุกลามเข้ากระจกตาดำจะเรียกว่าต้อเนื้อ ทั้งสองโรคนี้อาจเกิดที่บริเวณตาขาวด้านในที่ติดกับจมูก

เยื่อบุตา คือเยื่อใส ๆ ที่คลุมอยู่บนตาขาว อยู่ด้านนอกสุดของลูกตา เมื่อคนเราอายุมากขึ้น เยื่อบุตาก็มักมีการเสื่อมสภาพและมีการบางลงของเยื่อบุผิวร่วมด้วย นอกจากความเสื่อมตามอายุแล้ว ปัจจัยภายนอกที่มากกระตุ้นให้เยื่อบุตาเสื่อมมากขึ้นได้แก่ การสัมผัสแสงอัลตราไวโอเล็ต (UV) การทำกิจกรรมกลางแจ้งเป็นประจำ ลม ฝุ่นควัน และภูมิอากาศแห้ง เป็นต้น³

อาการของผู้ป่วยที่เป็นต้อเนื้อหรือต้อลม มีได้ตั้งแต่ไม่มีอาการในระยะแรก แต่เมื่อต้อเริ่มใหญ่ขึ้น ผู้ป่วยอาจมีอาการแสบตา เคืองตา น้ำตาไหล อาจมีการอักเสบของต้อร่วมด้วย และเมื่อต้อลุกลามเข้ากระจกตาเป็นต้อเนื้อ จะทำให้เกิดภาวะสายตาสั้นจากการกดทับกระจกตาของต้อเนื้อ เมื่อต้อใหญ่มากขึ้นจนบังรูม่านตาก็จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการตามัวตามมา การรักษาต้อลมและต้อเนื้อในระยะเริ่มต้นหรือในรายที่มีอาการเพียงเล็กน้อย รักษาโดย

การให้หยอดน้ำตาเทียมเพื่อลดอาการระคายเคืองตา แต่หากมีอาการมากขึ้น ตามัวเนื่องจาก
ต้อเนื้อมบดบังการมองเห็น สายตาเอียง หรือมีอาการอักเสบของต้อแบบเรื้อรัง การรักษาคือ
การผ่าตัดลอกต้อเนื้อ



รูปที่ 1 แสดงโรคต้อเนื้อที่ตาขวา

3. โรคต้อกระจก (Cataract)

ต้อกระจกเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียการมองเห็นที่พบทั่วโลก องค์การ
อนามัยโลกพบว่ามีคนตาบอดจากต้อกระจกมากกว่า 20 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 51 ของ
ภาวะตาบอดทั่วโลก⁴ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยที่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของโรคต้อกระจกอันดับแรกคือ การมีอายุที่มากขึ้น ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ
ได้แก่ การสูบบุหรี่ โรคเบาหวาน และการโดนแสงแดด โรคความดันโลหิตสูง การใช้ยาสเตียรอยด์
เป็นเวลานาน ภาวะสายตาสั้น และการได้รับอุบัติเหตุต่อลูกตา เป็นต้น

เมื่อเลนส์มีอายุมากขึ้นจะมีการเพิ่มความหนาและขนาดของเลนส์ ความสามารถ
ในการเพ่งลดลง เลนส์แข็งขึ้น สีของเลนส์กลายเป็นสีเหลืองถึงน้ำตาล ทำให้เกิดโรคต้อกระจก
ตามมา

การรักษาต้อกระจกทำได้โดยการผ่าตัดสลายต้อกระจก ปัจจุบันเป็นการผ่าตัดแผลเล็ก
โดยใช้คลื่นเสียงความถี่สูงสลายต้อกระจก (Phacoemulsification) เป็นวิธีการหลักในการ
รักษามากกว่าการผ่าตัดโดยใช้มีดเหมือนสมัยก่อน



รูปที่ 2 แสดงโรคต้อกระจกตาซ้าย

4. โรคจุดรับภาพเสื่อมตามวัย (Age-related macular degeneration, AMD)

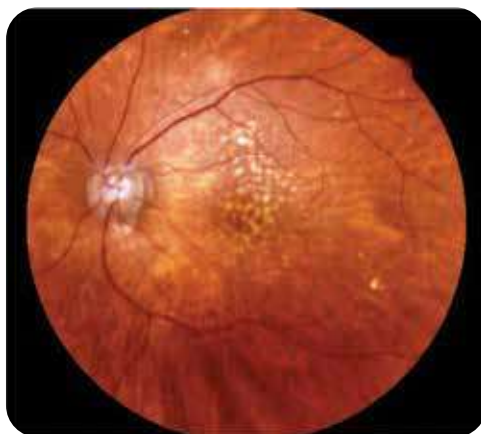
โรคจุดรับภาพเสื่อมตามวัย เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการสูญเสียการมองเห็นในประชากรที่อายุมากกว่า 50 ปี โดยจะสูญเสียการมองเห็นตรงบริเวณกลางลานสายตา ทำให้ทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้ยากลำบากขึ้น เช่น การมองหน้าคน การอ่านหนังสือ ขับรถ หรือการประกอบอาหาร เป็นต้น

เมื่ออายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงและเสื่อมลงของจุดรับภาพ เซลล์รับแสงลดปริมาณลง มีการสะสมของไขมันและคอลลาเจนตรงรอยต่อของจอตาส่วนนอก อายุจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคจุดรับภาพเสื่อมตามวัยคืออายุ โดยความเสี่ยงจะเพิ่มเป็น 3 เท่าในผู้ป่วยอายุมากกว่า 75 ปี เมื่อเทียบกับผู้ป่วยอายุ 65-74 ปี5 ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ได้แก่ การสูบบุหรี่ เพศหญิง โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง ภาวะอ้วน เป็นต้น

โรคจุดรับภาพเสื่อมตามวัยแบ่งเป็น 2 ชนิด คือ ชนิดแห้ง (dry AMD) พบได้ร้อยละ 90 และชนิดเปียก (wet AMD) พบได้ร้อยละ 10

โรคจุดรับภาพเสื่อมตามวัยชนิดแห้งในระยะแรกผู้ป่วยจะไม่มีอาการ แต่ในระยะหลังจะมีการมองเห็นภาพบิดเบี้ยว ตรวจจอบริเวณตาพบการสะสมของไขมันและฟอสโฟลิปิดที่บริเวณจอตาชั้นนอก ส่วนในโรคจุดรับภาพเสื่อมตามวัยชนิดเปียก ผู้ป่วยจะสูญเสียการมองเห็นตรงกลางลานสายตา ตรวจจอบริเวณตาพบเส้นเลือดงอกใหม่ซึ่งอาจมีการรั่วหรือแตกได้

การรักษาจุดรับภาพเสื่อมตามวัยชนิดแห้งในระยะต้นเน้นการตรวจติดตามและสังเกตอาการมองเห็นเส้นตรงบิดเบี้ยว ควรงดสูบบุหรี่ ควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหารเสริมที่มีส่วนประกอบของวิตามินซี วิตามินอี ลูทีน ซีแซนทีนและสังกะสีจะได้ประโยชน์ในจุดรับภาพเสื่อมตามวัยระยะที่ 3 และ 4 ส่วนการรักษาจุดรับภาพเสื่อมตามวัยชนิดเปียกรักษาโดยการยิงเลเซอร์และการฉีดยาต้านการเจริญเติบโตของหลอดเลือด



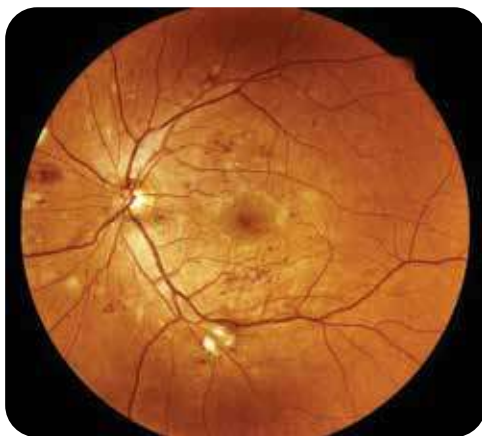
รูปที่ 3 แสดงโรคจุดรับภาพเสื่อมตามวัยชนิดแห้งตาข่าย

5. โรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตา (Diabetic retinopathy)

โรคเบาหวานเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ทำให้มีน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น เมื่อมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นเป็นเวลานานทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของผนังหลอดเลือดขนาดเล็กที่จอตามีการเปลี่ยนแปลง ทำให้เกิดการอุดตันของหลอดเลือดขนาดเล็กที่จอตา ตามมาด้วยการรั่วของสารน้ำทำให้เกิดจอตาบวม และในระยะท้ายจะมีการกระตุ้นให้เกิดการสร้างหลอดเลือดใหม่ที่มีลักษณะเปราะบางต่อการแตกได้

โรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาแบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ยังไม่มีการสร้างหลอดเลือดใหม่ (nonproliferative diabetic retinopathy, NPDR) และระยะที่มีการสร้างหลอดเลือดใหม่ (proliferative diabetic retinopathy, PDR) อาการของผู้ป่วยมีได้ตั้งแต่ไม่มีอาการ การมองเห็นปกติหากเบาหวานขึ้นตาเพียงเล็กน้อย แต่เมื่อมีจุดรับภาพบวมก็ทำให้การมองเห็นแยลง และจะแย่มากเมื่อมีการแตกของหลอดเลือดที่สร้างขึ้นใหม่ทำให้เกิดเลือดออกในน้ำวุ้นลูกตา

การรักษาโรคเบาหวานขึ้นจอตา มีตั้งแต่สังเกตอาการและตรวจติดตามกรณีที่โรคยังเป็นน้อย การฉีดยาเข้าน้ำวุ้นลูกตา การยิงเลเซอร์ที่จอตา และหากมีภาวะแทรกซ้อนของการสร้างหลอดเลือดใหม่เกิดขึ้น เช่น เลือดออกในน้ำวุ้นลูกตา จอประสาทตาหลุดลอก ก็ต้องรักษาด้วยการผ่าตัด



รูปที่ 4 แสดงโรคเบาหวานขึ้นจอประสาทตาซ้าย

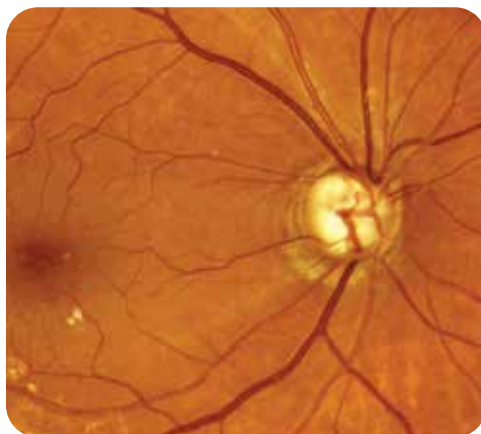
6. โรคต้อหิน (Glaucoma)

โรคต้อหิน คือโรคที่เกิดจากความเสื่อมของเส้นประสาทตา เป็นสาเหตุสำคัญของภาวะตาบอดที่รักษาให้กลับมามองเห็นไม่ได้ ในปี 2563 ทั่วโลกพบผู้ป่วยต้อหิน 80 ล้านคน ในจำนวนนี้มีภาวะตาบอดจากต้อหินทั้งสองข้าง 11.2 ล้านคน⁷

นอกจากความดันลูกตาแล้ว อายุที่เพิ่มมากขึ้นก็เป็นปัจจัยเสี่ยงของการเกิดต้อหินเช่นกัน อาการของผู้ป่วยต้อหินอาจไม่มีอาการอะไรเลยจนกระทั่งระยะสุดท้ายของโรคที่มีการสูญเสียลานสายตารอบนอกทำให้ลานสายตาแคบลง หรือโรคต้อหินแบบเฉียบพลันจะทำให้ความดันลูกตาขึ้น กระเจตาบวม มองเห็นแสงแตก ปวดตา ปวดศีรษะ เป็นต้น

การรักษาโรคต้อหิน มีหลักการคือ ควบคุมความดันลูกตาให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยการรักษารักษาขั้นต้นจะเริ่มใช้ยาหยอดลดความดันลูกตาก่อน หากผู้ป่วยได้รับยาเต็มที่แล้ว ไม่ได้ผล ผู้ป่วยอาจจะต้องได้รับการผ่าตัดตา

การตรวจคัดกรองต้อหินในประชากรอายุเกิน 40 ปีเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากต้อหินเป็นโรคที่มักไม่แสดงอาการ แต่เมื่อมีอาการก็มักกลายเป็นต้อหินในระยะท้ายแล้ว เพราะฉะนั้น การตรวจเจอตั้งแต่ระยะแรกเริ่มและเริ่มการรักษาทันทีจะทำให้ชะลอความเสื่อมของเส้นประสาทตาได้



รูปที่ 5 แสดงโรคต้อหินที่ตาขวา

7. โรคน้ำวุ้นลูกตาเสื่อม (Posterior vitreous detachment)

โรคน้ำวุ้นลูกตาเสื่อมเป็นภาวะที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและในผู้ที่มีสายตาสั้น เพราะเมื่ออายุมากขึ้นวุ้นตาที่อยู่ในลูกตาหน้าต่อจอตาจะกลายสภาพจากเจลกลายเป็นน้ำ ทำให้ผู้ป่วยมองเห็นลักษณะ จุดดำลอยไปมา (floater) และเมื่อวุ้นตาด้านหลังลอกตัวออกจากจอประสาทตา ทำให้มีการดึงรั้งกันระหว่างวุ้นตาและจอประสาทตาเกิดขึ้น ผู้ป่วยจึงมองเห็นลักษณะของแสงวาบได้ (flashing)

สิ่งสำคัญในการตรวจผู้ป่วยน้ำวุ้นลูกตาเสื่อมคือ ต้องหาว่ามีรูหรือการฉีกขาดของจอประสาทตาหรือไม่ ถ้าพบว่ามีรูขาดที่จอประสาทตาโดยที่ยังไม่มีการหลุดลอกของจอประสาทตา ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาโดยการยิงเลเซอร์ แต่หากมีรูและมีการหลุดลอกของจอประสาทตาเรียบร้อยแล้ว ผู้ป่วยจะได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดตา

โดยสรุปอาการน้ำวุ้นลูกตาเสื่อมเป็นภาวะปกติที่พบได้ในผู้สูงอายุ ไม่ทำให้สูญเสียการมองเห็น ยกเว้นมีภาวะจอประสาทตามีรูร่วมกับจอประสาทตาหลุดลอกจะทำให้สูญเสียการมองเห็นได้ เพราะฉะนั้นหากมีอาการเห็นจุดดำลอยไปมาหรือมีแสงวาบก็ควรได้รับการตรวจจอประสาทตาอย่างละเอียด

8. ภาวะสายตาสั้น (Presbyopia)

ภาวะสายตาสั้นของผู้สูงอายุเป็นภาวะที่ผู้สูงอายุทุกคนต้องเผชิญ เมื่ออายุมากขึ้น การมองเห็นใกล้จะเล็งชัดไม่ชัดเนื่องจากความสามารถในการเพ่งลดลง เลนส์ตาในคนสูงอายุจะแข็งขึ้น ทำให้เสียความยืดหยุ่นในการปองตัวออกขณะเพ่ง จึงทำให้ความสามารถในการเพ่งลดลง

ผู้สูงอายุจะมีอาการมองใกล้ไม่ชัดเจน ต้องยืดมือออกในขณะที่อ่านหนังสือ อาจมีปวดกระบอกตาหรือปวดศีรษะร่วมด้วยได้ อายุเฉลี่ยที่เกิดภาวะสายตาสั้นคือ ประมาณ 40 ปี

การรักษาภาวะสายตาสั้นผู้สูงอายุทำได้โดยใส่แว่นเลนส์นูนเพื่อเพิ่มกำลังในการมองใกล้ โดยอาจใช้เป็นแว่นเลนส์ชั้นเดียว หรือแว่นเลนส์สองชั้นไม่ว่าจะเป็นแบบมีรอยต่อหรือไร้รอยต่อก็ได้ นอกจากนี้ยังมีคอนแทคเลนส์หลายระยะที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่ไม่ต้องการสวมแว่นตาอีกด้วย

บทสรุป

ผู้สูงอายุทุกคนจะต้องรับมือกับความเสื่อมของดวงตาที่เพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องปกติที่ทุกคนต้องเผชิญ หลายๆ ภาวะนั้นสามารถรักษาให้ดีขึ้นได้หากได้รับการตรวจตาจากจักษุแพทย์ เพราะฉะนั้นผู้สูงอายุควรรับการตรวจตอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง การมองเห็นที่ปกติจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตประจำวันและทำกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีความสุข

บรรณานุกรม

- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2563.
นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2564; 5-6.
- Cook BE Jr., Bartley GB. Epidemiologic characteristics and clinical course of patients with malignant eyelid tumors in an incidence cohort in Olmsted County, Minnesota. *Ophthalmology*. 1999 Apr;106(4):746-50.
- Nemesure B, Wu S, Henis A, Leske MC, Barbados Eye Studies Group. Nine-year incidence and risk factors for pterygium in the Barbados Eye Studies. *Ophthalmology* 2010;115:2153-2158.
- Pascolini D, Mariotti SP. Global estimates of visual impairment: 2010. *Br J Ophthalmol*.2012;96(5):614-618.
- Klein R, Klein BEk, Linton KLP Prevalence of Age-related Maculopathy- The Beaver Dam Eye Study. *Ophthalmology*; 1992: 933-943.
- American Diabetes Association. 10. Microvascular Complications and Foot Care: Standards of Medical Care in Diabetes-2018. *Diabetes Care*. 2018 Jan;41(Suppl 1):S105-S118.
- Tham YC, Li S, Wong ‘TY, Quigley HA, Aung I, Cheng CY. Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis. *Ophthalmology*. 2014;121(11): 2081-2090.
- Basic Clinical Science Course (BCSC) of the American Academy of Ophthalmology. Section 7. 2020 - 2021.
- Basic Clinical Science Course (BCSC) of the American Academy of Ophthalmology. Section 11. 2020 - 2021.
- Basic Clinical Science Course (BCSC) of the American Academy of Ophthalmology. Section 12. 2020 - 2021.

5.2 โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่พบบ่อย

อ.นพ. ฤกษ์ ปิ่นธะรัส, ศ.นพ. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล
สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

โรคเรื้อรัง หมายถึง โรคที่รักษาไม่หาย การรักษาเป็นเพียงการพุงไม่ให้มีการสูญเสียการทำงานของร่างกายมากขึ้น ข้อมูลจากสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค พบว่าโรคเรื้อรังส่งผลทั้งต่อสุขภาพทางกาย และจิตใจของผู้ป่วย เคยมีการศึกษาพบว่าประชากรสูงอายुरาว 250,000 คน จะมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 ชนิดถึงร้อยละ 86 เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน อีกทั้งโรคเรื้อรังต่างๆ จะติดตัวผู้ป่วยไปจนถึงระยะท้ายของชีวิต แม้จะอยู่บ้านหรือไปอยู่ในสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง จึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่ผู้ดูแล บุคลากร เจ้าหน้าที่ ผู้ประกอบการสถานประกอบการควรทราบถึงแนวทางการตรวจคัดกรอง การพยาบาลเบื้องต้น และข้อควรระวังที่ควรส่งพบแพทย์โดยเร็ว สำหรับโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุมีหลายโรค ในบทนี้จะกล่าวถึงในโรคที่พบได้บ่อย ประกอบด้วย

สำหรับโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อ หรือ NCD (Non-communicable diseases) เป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ไม่ได้เกิดจากการติดเชื้อโรค ไม่มีการติดต่อจากคนสู่คน โดยโรคที่พบบ่อยในกลุ่มนี้ได้แก่โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดหัวใจตีบตัน โรคหลอดเลือดสมอง โรคถุงลมโป่งพอง โรคมะเร็ง โรคไตเรื้อรัง และโรคอ้วน นอกจากนั้น ยังรวมถึงโรคที่เกิดจากความเสื่อมหรือการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอื่นๆ ที่พบบ่อยได้แก่ ข้อเข่าเสื่อม ต้อกระจก โรคทางจิตประสาท

ในบทนี้จะกล่าวถึง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และโรคหลอดเลือดสมอง

วัตถุประสงค์

1. ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุได้แก่โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และโรคหลอดเลือดสมอง
2. ผู้เรียนสามารถสังเกตอาการผิดปกติเบื้องต้นของโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ
3. ผู้เรียนสามารถดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่พบบ่อยได้เบื้องต้น

โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุไทยพบได้ประมาณร้อยละ 50 และพบได้มากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น มีเพียงร้อยละ 40 ที่สามารถควบคุมระดับความดันได้ดี

โรคความดันโลหิตสูงมักไม่ค่อยมีอาการ หรือหากมีอาการก็มักมีอาการแสดงจำเพาะ อาจจะมาด้วยอาการ ปวดศีรษะ เวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ส่วนใหญ่มักจะตรวจพบเมื่อไปตรวจรักษาด้วยปัญหาอื่น หรือบางครั้งอาจไม่ทราบว่ามีความดันโลหิตสูงจนเกิดหลอดเลือดสมองแตก หรือ หากเป็นความดันโลหิตสูงระยะยาวที่คุมไม่ดี อาจเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบ หลอดเลือดสมองตีบ การทำงานของไตเสื่อม เป็นต้น ดังนั้นเจ้าหน้าที่ในสถานประกอบการพำนักรูปแบบค้างคืนหรือชนิดไม่ค้างคืน จึงควรตระหนักถึงปัญหานี้และให้ความสำคัญในการตรวจคัดกรองเบื้องต้นในสถานดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

สำหรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การวัดความดันโลหิตได้ตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท1 โดยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง แสดงในรูปที่ 1 ขอแนะนำสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสำหรับสถานประกอบการ ได้แก่

1.1) ควรวัดความดันโลหิต วันละ 2 ช่วงเวลา คือช่วงเช้าและช่วงเย็นอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน

1.2) แนะนำให้มีการซักประวัติผู้ที่ตรวจพบว่ามีความดันโลหิตสูงใน 4 ประเด็น ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง เช่น ประวัติการใช้แอลกอฮอล์ บุหรี่ โรคไต การนอนกรน

1.3) ควรรับประทานยาลดความดันโลหิตที่ได้รับจากแพทย์อย่างต่อเนื่อง

1.4) หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องมีการกลั้นหายใจหรือเบ่ง

1.5) หากมีอาการผิดปกติที่สงสัยภาวะความดันโลหิตสูงควรได้รับการตรวจเพิ่มเติม

1.6) ให้การป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งการเลิกแอลกอฮอล์และบุหรี่ การลดน้ำหนัก ปรับรูปแบบอาหาร ลดปริมาณเกลือออกกําลังกายอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยอาจจะทำเป็นกิจกรรมที่ทำร่วมกันในสถานประกอบการ การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

1.7) สถานประกอบการควรมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาแต่ละชนิดของผู้ป่วยสิ่งที่ต้องพึงระวังในการวัดความดันโลหิต คือ ความดันโลหิตอาจสูงเทียมจากการที่ไปวัดตอนผู้ป่วยเพิ่งทำกิจกรรม อารมณ์หงุดหงิด ตื่นเต้น หรือวันที่ไปตรวจที่โรงพยาบาล สำหรับความดันโลหิตที่ควรให้การรักษาหรือพบแพทย์โดยเร็ว คือความดันโลหิต

ที่มีค่าตั้งแต่ 180/110 มิลลิเมตรปรอท ความดันโลหิตในคนทั่วไป ควรควบคุมให้ต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท แต่ในผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 80 ปี หรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ แนะนำให้อยู่ในระดับน้อยกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท และไม่ควรมีระดับความดันโลหิตที่ต่ำเกินไป เช่น น้อยกว่า 100 มิลลิเมตรปรอท เพราะอาจทำให้เกิดอาการมีนงงเวลาลุกจากที่นอนและหกล้มได้



รูปที่ 1 แสดงวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง

โรคเบาหวาน

โรคเบาหวานในผู้สูงอายุไทยพบได้ประมาณร้อยละ 18.1 ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเพียงร้อยละ 18.5 – 38.4 โดยอาการนำของโรคเบาหวาน เช่น หิวบ่อย รับประทานจุ แต่น้ำหนักลด ตื่นน้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อยหรือปัสสาวะกลางคืน ขาปลายมือปลายเท้า ตาพร่ามัว หรืออาจจะมีแผลเรื้อรังที่หายช้า

สำหรับเกณฑ์การวินิจฉัยจากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560² แนะนำให้มีการตรวจคัดกรองในผู้ที่อายุ 35 ปีขึ้นไป ดังนั้นผู้สูงอายุจึงควรได้รับการตรวจคัดกรองทุกคน สำหรับสถานประกอบการฯแบบพำนักรักษาหรือชนิตไม่ค้างคืนอาจทำการติดต่อสถานพยาบาลใกล้เคียงมาทำการตรวจคัดกรอง หรือใช้วิธีการตรวจน้ำตาลในเลือดโดยวิธีเจาะจากปลายนิ้ว โดยทำการงดเครื่องดื่มและอาหารเพื่อทำการตรวจ หากได้ระดับ

น้ำตาล 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไปในการตรวจ 2 ครั้ง ถือว่าผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน หากการตรวจคัดกรองพบว่าผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน แนะนำให้ส่งตรวจรักษาต่อเพิ่มเติมกับแพทย์ เพื่อให้ได้รับการรักษาด้วยยา รวมถึงสืบค้นหาภาวะแทรกซ้อนอย่างเหมาะสม

ข้อแนะนำในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่

2.1) ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดโดยวิธีเจาะจากปลายนิ้วเป็นระยะ ตามคำแนะนำของแพทย์และนำผลไปปรึกษาแพทย์ที่ทำการรักษา

2.2) ปรับรูปแบบอาหารให้เหมาะกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน อาจใช้วิธีลดอาหารหวาน อาหารแลกละเปลี่ยน หรือสารให้ความหวานเพื่อทดแทนการใช้น้ำตาล

2.3) หากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน ให้ฉีดให้ตรงเวลาและถูกวิธี ที่บริเวณหน้าท้อง สังเกตน้ำจากปลายเข็มไม่ควรมือออกมาตอนถอนเข็มออก ลักษณะของไขมันที่หน้าท้องไม่มีความผิดปกติ และควรฉีดเปลี่ยนที่ไปเรื่อย ๆ ที่บริเวณหน้าท้อง

2.4) ดูแลมือเท้าของผู้ป่วยเบาหวานอย่างระมัดระวัง เนื่องจากมีโอกาสเกิดแผลเรื้อรังได้มากกว่าผู้ป่วยทั่วไป เช่น ตัดเล็บให้ถูกวิธี เช็ดให้แห้ง หลีกเลี่ยงการใส่รองเท้าแตะคิบบ หากมีแผลเรื้อรังให้รีบพบแพทย์

2.5) ตรวจหาภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ทั้งที่ไต ตา หรือที่เท้า

2.6) สังเกตอาการผิดปกติที่อาจมีสาเหตุมาจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไป เช่น ซึม สับสน มีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติของกล้ามเนื้อ โดยหากมีอาการผิดปกติให้ทำการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดโดยวิธีเจาะจากปลายนิ้ว หากมีระดับที่ต่ำกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือมากกว่า 250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรและมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ซึม สับสน หรือมีการเคลื่อนไหวผิดปกติ แนะนำให้ทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและรีบนำส่งแพทย์

ส่วนผลของการรักษาในผู้ป่วยสูงอายุ ขึ้นกับระดับความแข็งแรง โรคร่วมอื่นๆ ภาวะเปราะบางของผู้ป่วย และอายุขัยที่คาดการณ์ของผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามการดูแลรักษาส่วนที่ไม่ใช่ยาที่มีจำเป็นที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ได้แก่ การลดปริมาณอาหารหวาน หลักการเลือกอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การดูแลรักษาช่องปาก ทำอย่างเหมาะสม

โรคไขมันในเลือดสูง

โรคไขมันในเลือดสูง เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของระบบเมแทบอลิซึมของไขมันในร่างกาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนำไปสู่หลอดเลือดแดงแข็ง และเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น

ได้ แนะนำให้ตรวจคัดกรองไขมันชนิด total cholesterol และ HDL ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี หากผลเลือดปกติให้ตรวจซ้ำทุก 5 ปี 3 โดยสถานประกอบการฯ อาจจะทำตามคำแนะนำในการตรวจคัดกรองด้วยการเจาะเลือดพร้อมกับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานได้ และควรให้การปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิตของผู้ป่วยที่อาศัยในสถานประกอบการฯ ประกอบด้วย การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การปรับรูปแบบอาหารให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หรือภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

- โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หรือภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จะมีการแสดงได้แก่ อาการเจ็บแน่นบริเวณกลางหน้าอก ซึ่งอาการเจ็บหน้าอกบางครั้งอาจจะบอกตำแหน่งได้ไม่ชัดเจน แต่จะมีลักษณะ คือ คล้ายของหนักทับ อาจมีอาการร้าวไปที่แขนหรือไหล่ซ้าย คอและหลังได้ โดยส่วนใหญ่มีลักษณะอาการแน่นหน้าอก คือ บวม เกิดขณะออกแรง หยุดพักหรืออมยาอมใต้ลิ้นแล้วอาการแน่นหน้าอกดีขึ้น
- อาการใจสั่นหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ
- หอบเหนื่อย
- อาการเหนื่อยมากขึ้น ทำกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง หรือมีอาการขาหรือเท้าบวม อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่ติดเตียงที่มีปัญหาด้านการสื่อสารหรือสมองเสื่อม อาจไม่สามารถบอกเล่าอาการเหล่านี้ได้ จึงอาจต้องอาศัยการสังเกต เช่น ดูระดับกระสาย เหงื่อแตก สมองเสื่อม ร้องครวญคราง เป็นต้น

ผู้ที่มีภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน อาจมีอาการร่วมที่พบได้ เช่น เหงื่อออก ใจสั่น หน้ามืด เป็นลม แนะนำให้ผู้ดูแล ควรมีความตระหนักถึงอาการเบื้องต้น หากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอยู่เดิม และมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกในลักษณะดังกล่าว ให้รีบแจ้งผู้ประกอบการฯ หรือพยาบาลในสถานประกอบการฯ เนื่องจากอาจให้อมยาอมใต้ลิ้นสำหรับขยายหลอดเลือดที่ผู้ป่วยมี แต่ควรให้นั่งหรือนอนขณะอม เนื่องจากอาจมีความดันโลหิตที่ลดลงจนหน้ามืดในบางราย

โดยทั่วไป สถานประกอบการฯ ควรจัดอบรมการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน และมีแผนการซักซ้อมและจัดการภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้น หากเกิดปัญหาที่สงสัยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ และส่งต่อแพทย์ในโรงพยาบาลโดยเร่งด่วน ซึ่งในหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง ส่วนนี้หัวข้อการประเมินภาวะวิกฤติและการช่วยชีวิตการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจอัตโนมัติ (AED) ซึ่งผู้ดูแลควรศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมในหัวข้อดังกล่าวด้วย

ผู้ที่มีโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ ควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปรับลดความเสี่ยงในการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบ หรือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรค ได้แก่ งดสูบบุหรี่ ลดระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะอ้วน การขาดกิจกรรมทางกาย ความดันโลหิตสูง พฤติกรรม การบริโภคไม่เหมาะสม เป็นต้น

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke)⁵

โรคหลอดเลือดสมองหรือที่มักเรียกกันทั่วไปว่า “โรคอัมพฤกษ์” หรือ “อัมพาต” เป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน พบได้ร้อยละ 80
2. โรคหลอดเลือดสมองแตก พบได้น้อยกว่า คือ ร้อยละ 20 และส่วนใหญ่เกิดจากความดันโลหิตสูงมาก ที่ไม่ได้ควบคุม

ทั้ง 2 ชนิดจะทำให้สมองส่วนที่เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอหรือมีก้อนเลือดออกเบียดในสมอง ทำให้สูญเสียการทำงานในการควบคุมการทำงานของร่างกายอย่าง ทันทีทันใด ทำให้เกิดอาการดังต่อไปนี้

- อาการอ่อนแรงหรือชาครึ่งซีก
- ตามองไม่เห็นภาพซีกใดซีกหนึ่งหรือทั้งหมด
- มองเห็นภาพซ้อน
- มีความผิดปกติของการใช้ภาษา เช่น พูดไม่คล่อง ใช้ภาษาผิดหรือไม่เข้าใจภาษา
- เวียนศีรษะ บ้านหมุน
- ปวดศีรษะรุนแรงอย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อน
- พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว กลืนลำบาก
- ความจำเสื่อม หรือหลงลืมอย่างทันทีทันใด
- ซึม หดสติ

อาการแสดงที่พบได้บ่อย มีตัวย่อว่า FAST เมื่อมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ควรรีบแจ้งทางสถานดูแลฯ หรือญาติผู้ป่วย เพื่อส่งตัวมาพบแพทย์ทันที ได้แก่

F – Face หน้าเบี้ยว ปากเบี้ยว น้ำลายไหลมุมปาก ตามัว มองไม่เห็นเฉียบพลัน

A – Arm แขนขา อ่อนแรงครึ่งซีกเฉียบพลัน

S – Speech พูดไม่ได้ พูดไม่เข้าใจ พูดสับสนเฉียบพลัน

T – Time ควรรีบมาพบแพทย์ทันที หรือติดต่อสถานพยาบาลโรงพยาบาลที่ใกล้ที่สุด

สิ่งที่สำคัญของโรคนี้คือ ต้องรับมาโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด จัดเป็นภาวะฉุกเฉินอย่างหนึ่ง เนื่องจากหากมาโรงพยาบาลเร็ว ได้รับการทำเอกซเรย์สมองแล้วพบว่า เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยทราบผลก่อน 4.5 ชั่วโมงหลังจากเริ่มมีอาการ (ในบางราย ต้องทราบผลภายใน 3 ชั่วโมง) อาจมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งจะทำให้ลิ่มเลือด ที่อุดตัน หลอดเลือดสมองอยู่สลายไปทำให้มีการฟื้นตัวที่ดีกว่า อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายอาจมี ข้อห้ามของการให้ยาละลายลิ่มเลือดนี้ซึ่งทางแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาตามความเหมาะสม ถึงความปลอดภัยของการให้ยานี้ในผู้ป่วยเป็น รายๆ ไป

หลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้ว จะมีการเปลี่ยนแปลงได้หลายลักษณะ คือ บางคนจะดีขึ้นเองภายใน 24 ชั่วโมง บางคนอาการแยลงภายใน 1-3 วันแรกจากหลอดเลือดสมอง มีการอุดตันมากขึ้น บางคนอาการมากที่สุดในตอนแรกเกิดอาการและคงที่ แต่บางคนเกิด ปัญหาสมองบวมตามมาซึ่งอาจทำให้อาการทรุดหนักซึ่งโดยทั่วไปมักเกิดภายใน 3-4 วันแรก หลังจากพ้นระยะนี้ไปจะเป็นช่วงการฟื้นตัว ซึ่งแต่ละคนจะมีการฟื้นตัวได้ไม่เท่ากัน บางราย สามารถฟื้นได้เป็นปกติ บางรายอาจยังมีความพิการหลงเหลืออยู่

ผู้ดูแล ควรทำกิจกรรมที่เกี่ยวกับการทำกายภาพในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว เนื่องจาก โรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ บางส่วนสูญเสียการเคลื่อนไหว หรือการใช้ชีวิตประจำวันเสียหายไป การฟื้นฟูสภาพการทำงานจึงเป็นสิ่งสำคัญในการทำให้อาการมี คุณภาพที่ดีขึ้นได้ในอนาคต แต่อย่างไรก็ตามการทำกายภาพมีหลากหลายวิธี ควรทำกายภาพ ภายใต้อำนาจสั่งของแพทย์อย่างเป็นขั้นตอน

ปัญหาระยะยาวที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. แขนขาอ่อนแรง ใบหน้าเบี้ยว ครึ่งซีก
2. ชาครึ่งซีก
3. เดินไม่มั่นคง เสียการทรงตัว หรือ เดินเองไม่ได้ ต้องนั่งรถเข็นหรือติดเตียง ซึ่งอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนของการไม่เคลื่อนไหว หรือติดเตียงตามมา เช่น แผลกดทับ ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะหรือที่ปอด ข้อยึดติด
4. ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้
5. การมองเห็นผิดปกติไป เช่น เห็นภาพเพียงครึ่งด้าน
6. หลงลืม
7. ซึมเศร้า
8. การสื่อสารผิดปกติ เช่น พูดไม่ชัด หรือ พูดไม่ได้ หรือ ฟังภาษาไม่รู้เรื่อง

9. การกลืนผิดปกติ กลืนลำบาก สำล้ง่าย

10. สุขภาพช่องปากไม่ดี

11. ขาดสารอาหาร

12. ชัก

13. ปวดจากเกร็งหรือปวดแปล็บ เหมือนไฟช็อต

14. ข้อไหล่ข้างที่แขนอ่อนแรงหลุด

15. สูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การขับรถ เป็นต้น

โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุมีอัตราการตายที่เพิ่มขึ้นในปีหลังๆ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ แต่อย่างไรก็ตามโรคเรื้อรังต่างๆ มีปัจจัยเสี่ยงร่วมกันอยู่หลายข้อ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ มีข้อเสนอแนะในการป้องกันโรคเรื้อรัง สร้างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์โดยรวมประกอบด้วย ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ไม่สูบบุหรี่ ออกกำลังกายเป็นประจำ กินอาหารที่มีประโยชน์และดื่มน้ำในปริมาณที่เหมาะสม และควรฉีดวัคซีนตามกำหนดอย่างครบถ้วน อีกทั้งบุคลากรทางสาธารณสุขจำเป็นที่จะต้องทราบอาการแสดง เกณฑ์การวินิจฉัย วิธีการตรวจ เบื้องต้นและภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ เพื่อที่จะสามารถส่งต่อให้การรักษาดูแลได้อย่างเหมาะสม หรือให้การป้องกันแก่กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังไม่ให้เกิดโรคเรื้อรังส่งผลให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

บรรณานุกรม

สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูง
ในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: ทริค ธิงค์; 2562.

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ
สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560.
พิมพ์ครั้งที่ 2. ปทุมธานี: บริษัท ร่มเย็น มีเดีย จำกัดสมาคมโรคเบาหวาน
แห่งประเทศไทย; 2560.

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับ
ประชาชน พ.ศ. 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์
ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559.

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. รู้จริงและเข้าใจ สุขภาพผู้สูงวัยและภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ:
ซีเอ็ดยูเคชั่น; 2559.

5.3 กลุ่มอาการสูงอายุ

ศาสตราจารย์ นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล

กลุ่มอาการสูงอายุ คือ อะไร

กลุ่มอาการสูงอายุหมายถึง ภาวะทางคลินิกในผู้สูงอายุที่มีลักษณะดังนี้

1. ไม่เข้ากับการแบ่งหมวดหมู่โรคเฉพาะแต่ละโรค
2. พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่เปราะบาง
3. เกิดจากความผิดปกติที่หลากหลาย หลายโรค หลายอวัยวะ แต่อาจแสดงออกมาด้วยอาการเพียงอาการเดียว เช่น การหกล้ม อาจเกิดจากปัญหาระบบประสาท ระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ การมองเห็น ยาบางชนิด หรือสภาพแวดล้อม
4. ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและคุณภาพ

กลุ่มอาการสูงอายุ มักได้รับการดูแลโดยแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เนื่องจากอาจเกิดจากสาเหตุที่ไม่จำเพาะเจาะจงกับอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง หรือโรคใดโรคหนึ่งเพียงอย่างเดียว เช่น อาการสับสนเฉียบพลัน สมองเลื้อม หกล้ม ปัสสาวะราด ซึ่งต่างจาก “กลุ่มอาการ” อื่นๆ ที่เป็นกลุ่มอาการและอาการแสดงต่างๆ ที่บ่งชี้ถึงโรคหนึ่งโรคใดโดยเฉพาะแต่กลุ่มอาการสูงอายุจะเป็นกลุ่มอาการและอาการแสดงที่เกิดได้จากหลายสาเหตุ ทั้งจากปัจจัยด้านพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม โรคและการเสื่อมของร่างกายในระบบต่างๆ ที่ค่อยๆ สะสมมา เมื่อเกิดสิ่งกระตุ้นที่เกินกำลังสำรองของร่างกายที่จะตอบสนองแก้ไขได้ก็จะกระตุ้นให้เกิดกลุ่มอาการสูงอายุขึ้น

กลุ่มอาการสูงอายุที่พบบ่อย

กลุ่มอาการสูงอายุที่พบบ่อย ได้แก่

1. การบกพร่องของสติปัญญา ที่พบบ่อยได้แก่ ภาวะสมองเลื้อม อาการซึม สับสนเฉียบพลัน ภาวะซึมเศร้า
2. การเดินไม่มั่นคงและหกล้ม
3. การสูญเสียความสามารถในการเดินและอยู่นิ่งบนเตียง
4. ปัสสาวะเล็ดราดหรืออุจจาระราด
5. การเกิดโรคที่เกิดจากการปฏิบัติทางการแพทย์ โดยเฉพาะการเกิดผล

ไม่พึงประสงค์จากยา

6. ขาดสารอาหาร

7. นอนไม่หลับ

8. การสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

9. ภาวะเปราะบาง และมวลกล้ามเนื้อพร่อง

10. มีน้ิรชะ

11. ภาวะกลืนลำบาก

ในที่นี้จะกล่าวถึงการประเมินและสาเหตุของกลุ่มอาการสูงอายุที่พบบ่อย ดังนี้

1. ภาวะสมองเสื่อม

2. อาการสับสนเฉียบพลัน

3. ภาวะซึมเศร้า

4. ภาวะนอนไม่หลับ

5. การเดินไม่มั่นคงและหกล้ม

6. การสูญเสียความสามารถในการเดินและอยู่นิ่งบนเตียง

7. ภาวะทุพโภชนาการหรือขาดสารอาหาร

8. ปัสสาวะเล็ดราด

9. การเกิดโรคที่เกิดจากการปฏิบัติทางการแพทย์ โดยเฉพาะการเกิดผล

ไม่พึงประสงค์จากยา

บรรณานุกรม

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและสุขภาพในสังคมสูงอายุระดับสุดยอด.

ใน: รังสิมา ทินมณี, พจมาน พิศาลประภา, สราวุฒิ ศิวโมกษธรรม, และคณะ
บรรณาธิการ. Ambulatory medicine 5.0 กลยุทธ์การบริหารผู้ป่วยนอก. 2563
หน้า 543-556.

5.3.1 กลุ่มอาการสูงอายุ : ภาวะสมองเสื่อม

ศาสตราจารย์ นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล

ผู้ดูแลควรมีพื้นฐานเรื่องภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากผู้สูงอายุที่ดูแล อาจมีภาวะสมองเสื่อมร่วมด้วยโดยทั่วไปพบภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นตามอายุ คือ เพิ่ม 2 เท่าทุก 5 ปี หลังอายุ 60 ปี ดังเช่น พบราวร้อยละ 1 ตอนอายุ 60 ปี ร้อยละ 4 ตอนอายุ 70 ปี ร้อยละ 16 ตอนอายุ 80 ปี ดังนั้นแม้ตอนเริ่มดูแล อาจจะยังไม่มีสมองเสื่อม แต่เมื่อดูแลไปหลายปี อาจเกิดภาวะสมองเสื่อมขึ้นได้ ในบทนี้ จะกล่าวถึงอาการของผู้ที่มีสมองเสื่อม สาเหตุ กระบวนการวินิจฉัยและการดูแลในภาพรวม นอกจากนั้นในยังกล่าวถึงวิธีการสื่อสารกับผู้ที่มีสมองเสื่อมและปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่อาจพบได้

อาการของภาวะสมองเสื่อม

การเปลี่ยนแปลงที่พบในผู้ที่มีสมองเสื่อม ได้แก่

1. ความผิดปกติของการรู้คิดในด้านต่างๆ แต่อาการเด่นมักเป็นเรื่องความจำระยะสั้น เช่น จำเรื่องที่เพิ่งพูดหรือเพิ่งรับฟังมาไม่ได้ จังหวะช้าๆ ถามซ้ำๆ โดยความจำระยะยาวในอดีตอาจจำได้ดีอยู่ นอกจากนั้น การรู้คิดยังมีด้านอื่นๆ ที่อาจผิดปกติด้วย เช่น การตัดสินใจ วางแผน การคำนวณ การใช้ภาษา ทิศทาง สมาธิจดจ่อ การรับรู้ความรู้สึกของผู้อื่น

2. ความผิดปกตินี้ส่งผลกระทบต่อการทำงานหรือการประกอบกิจวัตรประจำวัน เช่น จัดยาไม่ถูก ไม่รู้วิธีใช้อุปกรณ์ที่เคยใช้เป็นประจำ เดินทางโดยรถประจำทางไม่ได้ ชื่อของทอนเงินไม่ถูก

3. มักมีอาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์ร่วมด้วย เช่น หลงผิด หวาดระแวง หงุดหงิด ก้าวร้าว ซึมเศร้า ไม่นอน ซึมเศร้า เฉยเมย มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม ขาดความยับยั้งชั่งใจ

นอกจากนั้นผู้สูงอายุบางท่านอาจเกิดภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย หรือ เอ็มซีไอ (mild cognitive impairment: MCI) คือ การรู้คิดหรือความจำลดลง แต่ยังไม่กระทบต่อความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน และยังทำงานได้เช่นเดิม ในกลุ่มนี้จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในอนาคตสูงกว่าคนทั่วไปในวัยเดียวกัน

สาเหตุของสมองเสื่อม

สมองเสื่อมเกิดได้จากหลายสาเหตุทั้งที่แก้ไขได้และแก้ไขไม่ได้ เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน โรคเซลล์สมองเสื่อมชนิดอื่นๆ เนื้องอกสมอง โพรงสมอง คั่งน้ำ ภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ โรคติดเชื้อบางชนิด เช่น ซิฟิลิสและเอดส์ เป็นต้น แต่โรคอัลไซเมอร์เป็นโรคสมองเสื่อมที่พบบ่อยที่สุด และสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองพบรองลงมา โดยเฉลี่ยผู้ที่เป็โรคอัลไซเมอร์จะอยู่ได้นาน 8-10 ปีนับตั้งแต่เริ่มมีอาการ

ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมประมาณร้อยละ 5-10 เกิดจากภาวะสมองเสื่อมที่อาจแก้ไขได้ ซึ่งที่พบได้บ่อยในประเทศไทย ได้แก่ ภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ ขาดวิตามินบี 12 โพรงสมองคั่งน้ำ ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น อย่างไรก็ตามพบว่าเมื่อได้รับการแก้ไขสาเหตุเหล่านี้แล้ว ไม่ได้แปลว่าผู้ป่วยเหล่านี้ทุกรายจะมีความจำที่ดีขึ้นเสมอไปทุกราย

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

โดยปกติแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม อาจเป็นแพทย์ระบบประสาท แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ หรือจิตแพทย์ เมื่อมาพบแพทย์และสงสัยว่าจะมีภาวะสมองเสื่อม แพทย์จะดำเนินการหลายอย่างดังนี้เพื่อให้การวินิจฉัยโรคนี้

1. ซักประวัติและตรวจร่างกาย การซักประวัติต้องการรายละเอียดของอาการอย่างมาก และผู้ที่สมองเสื่อม มักให้ประวัติไม่ได้เนื่องจากหลงลืม จึงควรมีญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่กับผู้ป่วยมานาน และทราบรายละเอียดอย่างดี โดยจะซักในเรื่องอาการหลงลืม ความสามารถของสมองในด้านต่างๆ พฤติกรรมอารมณ์ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เริ่มเมื่อไหร่ ดำเนินโรคอย่างไร มีปัจจัยเสี่ยงใดบ้าง ไข้ยาใดอยู่บ้าง และตรวจร่างกายเพื่อหาความผิดปกติที่อาจบ่งบอกว่าเกิดจากโรคใด

2. ประเมินเบื้องต้นว่ามีอาการซึมเศร้าหรือไม่ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าอาจความจำไม่ดี และเมื่อรักษาภาวะซึมเศร้าแล้วความจำจะดีขึ้น นอกจากนั้นผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเองก็ยังมีอารมณ์ซึมเศร้าร่วมด้วยได้

3. ทดสอบการรู้คิด ด้วยแบบประเมินต่างๆ โดยแบบประเมินการรู้คิด มีความยากง่ายแตกต่างกันไป การทดสอบโดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 10-15 นาที แต่ในบางรายอาจต้องทดสอบละเอียดขึ้น ใช้เวลาเป็นชั่วโมง ตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วยและระดับการศึกษาเดิมของผู้ป่วย

4. ตรวจเลือด เพื่อหาสาเหตุอื่นที่อาจทำให้ความจำไม่ดีได้ เช่น ไทรอยด์ทำงานน้อยไป เกลือแร่ผิดปกติ ขาดสารอาหารบางอย่าง โรคซิฟิลิส เป็นต้น

5. ตรวจภาพถ่ายสมอง อาจเป็นเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า

6. การตรวจอื่นๆ ซึ่งพิจารณาเฉพาะในรายที่มีข้อบ่งชี้ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค เช่น การถ่ายภาพสมองด้วยเทคนิคพิเศษบางอย่าง การตรวจน้ำไขสันหลัง การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง เป็นต้น

แนวทางการดูแล

1. รักษาสาเหตุที่ตรวจพบ เช่น ถ้าเกิดจากโพรงสมองคั่งน้ำอาจต้องผ่าตัดสมองถ้าเกิดจากต่อมไทรอยด์ทำงานน้อยก็รับประทานยาไทรอยด์ทดแทน

2. รักษาเรื่องการถดถอยของการรู้คิด:

o โดยการให้ยา

■ ยากลุ่ม cholinesterase inhibitors สามารถชะลออาการของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ สมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง สมองเสื่อมจากโรคพาร์กินสัน หรือเซลล์สมองเสื่อมบางชนิดได้ แต่อาจต้องติดตามผลข้างเคียง เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ชีพจรเต้นช้า

■ ยา memantine ซึ่งเป็นยากลุ่ม NMDA receptor antagonist ชะลออาการของโรคลงในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ที่มีอาการปานกลางถึงระดับรุนแรง

o โดยการไม่ใช้ยา ได้แก่ ฝึกสมอง ในกรณีผู้ที่มีการบกพร่องของการรู้คิดและสมองเสื่อม

3. ดูแลปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมและอารมณ์จากโรค ทั้งโดยวิธีไม่ใช้ยา และการใช้ยา

4. การดูแลสุขภาพทั่วไป และโรคประจำตัวต่างๆ ภาวะโภชนาการ การออกกำลังกาย ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในผู้ป่วย เนื่องจากสุขภาพกายมีผลกระทบต่อการทำงานของสมอง และปัญหาสุขภาพกายอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตได้

5. ส่งเสริมการทํากิจวัตรประจำวันด้วยตนเองตามศักยภาพของผู้ป่วย ภายใต้ความปลอดภัย

6. หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่อาจมีผลรบกวนการทำงานของสมอง เช่น ยาแก้แพ้ชนิดวง ยาคลายกล้ามเนื้อ หรือยาอื่นๆ ที่มีฤทธิ์วัง

7. ฝ้าระวังและป้องกันการเกิดอาการซึม สับสนเฉียบพลัน โดยเฉพาะเมื่อมีอาการเจ็บป่วย

8. การดูแลความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม เช่น ความถูกต้องของการใช้ยา การใช้สารเคมีและของมีคม การรับประทานสิ่งที่รับประทานไม่ได้ ไฟฟ้าช็อต การจัดสภาพบ้าน การป้องกันการหกล้ม การหายสาบสูญ

9. ในกรณีของญาติ

○ ให้คำปรึกษาแนะนำในประเด็นการดูแลผู้สูงอายุในระยะท้ายของชีวิตในด้านต่างๆ ตลอดจนการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล และการทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต การใช้ท่อช่วยหายใจ เครื่องช่วยหายใจ และการกู้ชีพ

○ การให้คำแนะนำประเด็นด้านกฎหมาย เนื่องจากผู้สูงอายุสมองเสื่อมจะมีปัญหาในการรู้คิด ความจำ การตัดสินใจ ตลอดจนปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ซึ่งอาจส่งผลต่อการบริหารจัดการกับหน้าที่การงาน ทรัพย์สิน หนี้สิน ตลอดจนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนั้นควรประเมินศักยภาพของการรู้คิดของผู้ป่วย และให้คำแนะนำปัญหาที่เกี่ยวกับด้านกฎหมายในผู้ที่มีสมองเสื่อม หรือปรีกษานิติเวทนายหรือนักกฎหมาย ให้คำแนะนำการตั้งผู้พิทักษ์ การจัดการทรัพย์สินของผู้ป่วย และการทำพินัยกรรม เป็นต้น

10. การดูแลผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การดูแลแก้ไข ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคนี้มักมีความเครียดและทุกข์ใจมาก จึงควรมีระบบการเผยแพร่ข้อมูลความรู้ให้ผู้ดูแล การโทรศัพท์ช่วยเหลือระหว่างทีมบุคลากรแพทย์และพยาบาลกับผู้ดูแล หรือระหว่างผู้ดูแลด้วยกัน การจัดอบรมทักษะการดูแลผู้สูงอายุ การให้ผู้ดูแลมีช่วงพักเพื่อคลายเครียด เป็นต้น นอกจากนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมีสุขภาพที่ดีทั้งทางกายและจิต เนื่องจากมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุ และผลต่อสุขภาพของผู้ดูแลเอง ผู้ดูแลควรได้พบปะพูดคุยกับผู้อื่นบ้าง รู้วิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง และได้ตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น

วิธีการสื่อสารกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

ข้อควรจำในการสื่อสารกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ได้แก่

1. ก่อนจะพูด หากท่านกำลังเร่งรีบหรือเครียดหงุดหงิด พยายามให้เวลาในการทำใจของท่านให้สงบก่อนพูด
2. มีความอดทน ใจเย็น
3. แสดงความสนใจในสิ่งที่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมพูด สบสายตากับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อให้ผู้สูงอายุสนใจในสิ่งที่ท่านกำลังพูด แสดงให้เห็นว่า ผู้ฟังสนใจฟังและมีความตั้งใจพยายามจะทำความเข้าใจผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
4. พยายามให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเห็นท่านอย่างชัดเจน เนื่องจากทำให้ความเข้าใจในการสื่อสารดีขึ้นจากการอ่านริมฝีปาก เวลาพูดสื่อสารกับผู้สูงอายุ พยายามเว้นระยะห่างในระดับหนึ่ง อย่าเข้าจนประชิดตัวผู้สูงอายุจนเกินไป อาจใช้การสัมผัสมือ แสดงความรู้สึกได้

5. ใช้เสียงที่นุ่มนวล สุภาพ และชัดเจน ชัดคำ อย่าตะโกน และอย่าใช้เสียงแหลมสูง เนื่องจากอาจกระตุ้นให้หูดหงิดและผู้สูงอายุจะได้ยินเสียงทึบ ต่ำ ดีกว่า
6. พูดไม่เร็วเกินไป พยายามหยุดระหว่างประโยคอย่างธรรมชาติ เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ทำความเข้าใจ
7. พูดเป็นประโยคสั้นๆ หรือถ้าสมองเสื่อมมากแล้ว อาจพูดเป็นวลีหรือคำสั้นๆ ทีละขั้นตอน
8. แสดงความอ่อนน้อมเคารพผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเนื่องจากเป็นผู้สูงอายุถึงแม้จะมีอาการสมองเสื่อม แต่ไม่ควรพูดเหมือนกับพูดกับเด็ก
9. สื่อสารด้วยอารมณ์ดี อาจมีอาการขุ่นปนแต่ไม่ควรพูดแหย่ เนื่องจากเมื่อผู้ที่มีอาการสมองเสื่อมมาก อาจแปลเจตนาของการพูดแหย่เล่นไม่ออก
10. ใช้สิ่งต่างๆ ช่วยในการสื่อสาร เช่น ภาพ ข้อความ และใช้ภาษากายประกอบการสื่อสาร ลักษณะการแสดงออกของใบหน้าและท่าทางควรไปด้วยกันกับสิ่งที่กำลังสื่อสาร
11. ลดเสียงรบกวน เช่น เสียงโทรทัศน์ วิทยุ หรือเสียงสนทนาของผู้อื่น
12. หากไม่แน่ใจว่าสิ่งที่ฟังจากผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้น ท่านเข้าใจได้ถูกต้องหรือไม่ ให้ถามผู้ป่วยถึงความเข้าใจของท่านเองว่าถูกหรือไม่
13. อย่าวิพากษ์วิจารณ์หรือกล่าวตำหนิผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมพูดผิด เข้าใจผิด หรือมีสมองเสื่อม จำไม่ได้ เนื่องจากจะกระตุ้นความรู้สึกโกรธ เพราะผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่รู้สึกรู้ว่าตนเองเข้าใจอะไรผิดดังคำถามหาให้พยายามหาวิธีเบี่ยงเบนนำบทสนทนาสู่เรื่องอื่นที่ผู้ป่วยสนใจ
14. อย่าถามคำถามผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมากที่ต้องตัดสินใจ เนื่องจากผู้สูงอายุอาจเครียดที่ไม่สามารถตอบคำถามได้ หรือจำไม่ได้ หากจะถาม ควรถามทีละคำถามและเป็นคำถามปลายปิด ให้ผู้สูงอายุตอบเพียง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่”
15. พูดแต่เรื่องบวก ไม่พูดเรื่องร้ายๆ หรือพูดในแง่ไม่ดี
16. ควรให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีส่วนร่วมในบทสนทนาด้วย โดยเฉพาะการพูดคุยเรื่องในอดีตที่ยังเล่าได้
17. หากผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่เข้าใจ พยายามพูดในวิธีใหม่หรือใช้วิธีอื่นในการสื่อสาร แทนที่จะพูดประโยคเดิม ๆ ซ้ำ ๆ
18. หากผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมนึกสิ่งที่จะพูดหรือนึกคำไม่ออก พยายามให้สื่อสารลักษณะอื่น หรือช่วยใบ้ สังเกตจากลักษณะต่างๆ และภาษากายของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม พยายามสื่อออกมา

19. หากผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเล่าด้วยความเศร้า ให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมได้ระบายในสิ่งที่ต้องการเล่า ไม่พูดขัด ในระหว่างการเล่า

20. เนื่องจากผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีปัญหาเรื่องความจำ ดังนั้นการนำข้อมูลที่บอกไปใช้ในการตัดสินใจอะไร ควรต้องคำนึงถึงประเด็นความถูกต้องของข้อมูลด้วย

ปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ที่มีสมองเสื่อม

ผู้ที่มีสมองเสื่อมนั้น นอกจากปัญหาเรื่องหลงลืมแล้วยังมีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ต่างๆ ซึ่งเป็นปัญหาหลักที่สำคัญหนึ่งสำหรับผู้ดูแล ซึ่งผู้ดูแลควรจะได้รับทราบและตอบสนอง และมีความเข้าใจว่าอาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ที่มีสมองเสื่อมนั้น เป็นอาการหนึ่งของการเจ็บป่วยของภาวะสมองเสื่อม ไม่ได้เป็นความตั้งใจของผู้ป่วย บางครั้งอาจเป็นอาการเริ่มแรกของผู้ที่มีสมองเสื่อมก็ได้ โดยเฉพาะภาวะซึมเศร้า หงุดหงิดหรืออาการเฉยเมย ซึ่งอาจเกิดได้ตั้งแต่ระยะมีการบกพร่องของการรู้คิดเล็กน้อย ก่อนเกิดภาวะสมองเสื่อม

ปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์นั้นพบในผู้ที่มีสมองเสื่อมได้มากกว่าร้อยละ 90 ตลอดช่วงการมีภาวะสมองเสื่อม โดยอาการอาจเกิดขึ้นเป็นบางช่วงของโรค แล้วเมื่อโรคดำเนินไปอาการอาจหายไปและอาจมีอาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์อื่นเกิดขึ้นบางพฤติกรรมอาจพบไม่บ่อยในผู้ที่มีสมองเสื่อม แต่หากเกิดอาการขึ้นก็มักทำให้เกิดผลกระทบต่อความรู้สึกของผู้ดูแลมาก

ปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม แบ่งเป็น 4 ประเภทหลัก คือ

1. อาการพลุ่งพล่านกระวนกระวาย

1) อาการก้าวร้าวซึ่งอาจเป็นการด่าทอ พูดคำหยาบ หรือหยิก ทูบตี เขวี้ยงข้าวของ

2) หงุดหงิดง่าย

3) กระสับกระส่าย อยู่ไม่นิ่ง

4) เดินพลุ่งพล่านไปมา บางคนอาจพยายามเดินออกนอกบ้าน

หรือสถานที่ประกอบกรร

5) มีการแสดงออกทางพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม เช่น พุดจาเกี้ยวแพะโลม กอดหรือสัมผัส หรือสัมผัสอวัยวะเพศของตัวเองในที่สาธารณะ

2. อาการโรคจิต ที่พบได้บ่อยคือ

1) เห็นภาพหลอนในสิ่งที่ไม่มีจริง

2) หูแว่ว

3) ระแวงหลงผิด เช่น ระแวงว่ามีคนมาปองร้าย ระแวงคนขโมยของ ระแวง
คู่สมรสนอกใจ

3. ความผิดปกติของอารมณ์

- 1) ซึมเศร้า
- 2) วิตกกังวล
- 3) อารมณ์ร่าเริงสนุกสนาน
- 4) เฉยเมย ขาดความกระตือรือร้น ไม่แสดงออกซึ่งอารมณ์

4. ความผิดปกติของการนอนหลับ

1) ไม่นอนตอนกลางคืน หรือสลับเวลามานอนกลางวันแทน หรือนอนติดๆ กัน
2-3 วัน แล้วไม่นอน 2-3 วัน

- 2) นอนละเมอ
- 3) ฝันเสมือนจริง

นอกจากนั้นผู้ที่มีสมองเสื่อม มักมี อาการ sundowning หรือกลุ่มอาการ
พระอาทิตย์ตกดิน คือ ในช่วงเย็นๆ ค่ำๆ ในแต่ละวัน อาจดูพูดจาสับสน งง พลุ่พลุ่
กว่าเวลาอื่นของวัน ซึ่งหากเป็นมาตลอดหลายสัปดาห์แล้ว มักเป็นกลุ่มอาการพระอาทิตย์
ตกดิน ซึ่งไม่รับส่วนในการแก้ปัญหาแต่หากเพิ่งเกิดขึ้นภายในไม่กี่วัน แนะนำให้แจ้งญาติหรือ
ผู้ประกอบกรรฯ เพื่อปรึกษาแพทย์ว่าเกิดจากอาการซึมสับสนเฉียบพลัน หรือไม่ เพราะอาจ
เกิดจากสาเหตุทางกายบางอย่างที่ซ่อนอยู่ เช่น ติดเชื้อ ยาบางชนิด กลืนแระ น้ำตาลในเลือด
ผิดปกติ เป็นต้น

ตัวอย่างการตอบสนองต่อปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ที่มีสมองเสื่อมที่ส่ง ผลกระทบต่อกรดูแล

ในที่นี้จะกล่าวถึงบางปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์บางอาการที่ส่งผลกระทบต่อกรดูแล ทำให้ดูแลได้ค่อนข้างยาก อย่างไรก็ตามแนวทางการแก้ไข อาจไม่สามารถใช้ได้
กับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมทุกหลาย หรือทุกสถานการณ์ ต้องพิจารณาประยุกต์ใช้ตามความ
เหมาะสมในแต่ละกรณี

1. ก้าวร้าว แสดงความรุนแรง

อาการโกรธ หงุดหงิด หรือฉุนเฉียว ก้าวร้าวอาจแสดงออกมาทางวาจา เช่น ตะโกน
ด่าทอหรือกรีดร้อง หรืออาจแสดงออกทางกายโดยการหยิก ทบตีผู้อื่น หรือทำลายข้าวของ
 เป็นต้น

ปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญ ได้แก่

1. การพยายามให้ผู้ที่มิสมองเสื่อมทำกิจกรรมในขณะที่ยังไม่อยากทำ หรือการห้ามไม่ให้ทำในสิ่งที่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมกำลังทำ เนื่องจากผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมสูญเสียความเข้าใจ การยับยั้งชั่งใจ หรือไม่รับรู้ถึงกฎเกณฑ์ หรือสิ่งที่ควรกระทำ เมื่อถูกบังคับให้ทำอะไรหรือถูกห้าม จึงมักเกิดอาการหงุดหงิด

2. การที่ผู้สูงอายุมีความไม่สบายของร่างกายบางอย่าง เช่น ปวด มีแผล ปวดปัสสาวะ ถ่ายอุจจาระไม่ออก หิวกระหาย

3. การที่ผู้สูงอายุรู้สึกว่าถูกตำหนิ วิพากวิจารณ์ในข้อผิดพลาดที่ตนเองได้ทำไป การพูดตำหนิ การพูดว่า สิ่งที่คุณที่มีภาวะสมองเสื่อมคิดหรือมองเห็น เป็นสิ่งที่คิดไปเอง เห็นไปเอง หรือการที่ไม่เข้าใจสิ่งที่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะพยายามสื่อสารออกมา ตลอดจนการสื่อสารของผู้ดูแลที่มีหลายขั้นตอน ทำให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่เข้าใจ หรือการบีบบังคับพูดด้วยน้ำเสียงหรือสีหน้า ท่าทางที่ดู อาจทำให้เกิดปฏิกิริยาตอบโต้ได้

4. ปัญหาจากการหลงลืม เช่น จำไม่ได้ว่าวางของไว้ที่ใด เมื่อต้องหานานๆ อาจมีอาการหงุดหงิด หรือเกิดจากการหลงผิดคิดไปเอง เช่น คิดว่าจะมีคนมาทำร้าย ผู้ดูแลวางยาพิษ หรือแปลเจตนาของการพูดและการกระทำของผู้ดูแลไม่ถูก เข้าใจว่าจะทำร้ายหรือแกล้ง

5. การที่ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นอิสระภาพหรือความเป็นส่วนตัวของตนเองบางอย่างถูกรบกวน การที่ผู้สูงอายุรู้สึกตึงเครียด ไม่สบายใจหรือรู้สึกอับอาย เช่น การที่ผู้สูงอายุไม่สามารถจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ เช่น ต้องมีคนมาช่วยอาบน้ำ แต่งตัวทำความสะอาดหลังเข้าห้องสุขา

6. การที่มีสิ่งกระตุ้นในสิ่งแวดล้อมรอบข้างมากเกินไป เช่น เสียงดัง มีคนรอบข้างมากมาย แสงสีที่มากเกินไป

7. การที่ผู้สูงอายุไม่คุ้นเคยกับผู้คนหรือสิ่งแวดล้อมรอบตัว ทำให้เกิดความกลัววิตกกังวล

การแก้ไข

1. หาสาเหตุ เพื่อให้การแก้ไข และป้องกันการเกิดซ้ำในอนาคต

2. หลีกเลี่ยงสิ่งที่ทำให้เกิดความเข้าใจผิด พยายามเข้าใจผู้สูงอายุว่าสิ่งที่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมพยายามสื่อสารออกมานั้นคืออะไร

3. หลีกเลี่ยงการโต้แย้ง หรือให้เหตุผล ก่อนจะตอบโต้อะไรกลับไป ให้ถอยมาตั้งหลัก สูดลมหายใจลึกๆ นับ 1 ถึง 10 หรืออาจต้องออกจากห้องบริเวณนั้นไปก่อนจนอารมณ์เย็นลง

4. พยายามสื่อสารกับผู้สูงอายุด้วยคำพูดที่สั้นๆ เข้าใจง่ายๆ เป็นขั้นเป็นตอน อย่างจู้จี้ จุกจิก

5. ใช้ถ้อยคำ และน้ำเสียงที่สุภาพและสงบ หนักแน่น ในการสื่อสารกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

6. ไม่ควรโต้เถียง ไม่พยายามพูดว่าผู้ป่วยคิดผิด ทำผิด หรือพูดค้านผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเนื่องจากจะเป็นการกระตุ้นอารมณ์ เป็นอย่างมาก

7. ให้ความมั่นใจในสิ่งที่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมกังวล

8. ใช้ท่าทาง การสัมผัสเบาๆ สีสหน้าทีสงบ อ่อนโยน ในการสื่อสาร

9. ไม่จำเป็นต้องพยายามอธิบายเหตุผลเป็นเวลานานๆ เพราะอีกสักครู่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมก็ลืมอีก และผู้สูงอายุไม่รับรู้ถึงเหตุผล ถูกผิด เนื่องจากสมองเสียการรับรู้ส่วนนี้ไป แต่ขณะเดียวกัน ไม่ควรเพิกเฉย ไม่สนใจสิ่งที่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมกำลังพูดหรือแสดงออก ควรแสดงถึงการรับรู้ว่าท่านเห็นถึงการที่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่พอใจ

10. หากผู้สูงอายุคุ้นเคยอยู่ พยายามเปลี่ยนให้สงบลง ใช้การเบี่ยงเบนความสนใจ ไปเรื่องอื่นที่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมชอบ แต่ต้องแสดงการรับรู้อารมณ์ของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วย เช่น บอกว่าผู้ดูแลทราบว่าผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมกำลังหงุดหงิดหรือเศร้าใจเรื่องนี้ และชวนท่านไปทำอะไรที่ทำให้สบายใจ

11. ให้ความกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในการพูด ฟัง คิด หรือทำกิจกรรม

12. หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้น อย่าพยายามเผชิญหน้า

13. หากผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมแสดงกำลัง ทำร้ายทุบตี หรือทำลายข้าวของ อาจต้องให้ อยู่ในพื้นที่กว้างๆ ไม่กักขังหรือพันธนาการ เพราะจะยิ่งทำให้สถานการณ์แย่ลง และเอาสิ่งของที่อาจทำให้เกิดอันตรายออก

14. ในรายที่มีอาการมากและไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยการปรับพฤติกรรม อาจจำเป็นต้องใช้ยา โดยเฉพาะถ้า มีอาการของความหลงผิด ภาพหลอน หูแว่ว มาเป็นตัวกระตุ้น

15. หลังจากเหตุการณ์ผ่านไป พยายามทำตามตัวตามปกติ ไม่ต้องทำโทษผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม หรือแกล้งเป็นไมสนใจ เพราะผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่สามารถเรียนรู้บทลงโทษได้ แต่จะทำให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่พอใจขึ้นมาได้อีก

16. ในกรณีที่มีอาการมาก และจัดการไม่ได้ ควรแจ้งญาติหรือผู้ประกอบการฯ ซึ่งอาจต้องให้ยาของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นที่ทำให้สงบ ที่เคยได้รับจากแพทย์ในการรับประทาน เป็นบางเวลาเวลามีอาการ หรือพาไปโรงพยาบาล

2. กลางคืนไม่นอน

ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม อาจมีอาการนอนไม่หลับ ไม่ยอมนอนตอนกลางคืน ตื่นมาลุกเดิน คั่นของ จัดของหรือตะโกนเรียกผู้ดูแล

ปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญ อาจเกิดจากสิ่งต่างๆ ดังนี้

1. นาฬิกาชีวภาพในสมองเสีย โดยปกติคนเราทุกคนจะมีนาฬิกาชีวภาพในสมอง ซึ่งคอยทำให้เราทราบเวลาโดยประมาณว่าเป็นเวลาประมาณใด แต่ในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม นาฬิกาชีวภาพในสมองเสียไป ทำให้ไม่ทราบเวลา อาจสับสนระหว่างกลางวันกับกลางคืน หรือคิดว่าเช้าแล้วทั้งที่ยังตีก้อย

2. โรคร่วมหลายอย่างทำให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมต้องตื่นขึ้นมา นอนไม่หลับหรือหลับไม่สนิท เช่น ผู้สูงอายุผู้สูงอายุอาจมีอาการปวดหลัง ปวดข้อ หรือต้องตื่นมาปัสสาวะ เพราะต่อมลูกหมากโตหรือมีโรคเบาหวาน

3. สภาพแวดล้อมในการนอนหลับไม่เหมาะสม อากาศร้อน หรือมีแสงไฟ หรือเสียงที่อึกทัก

4. นอนกลางวันมากเกินไป ผู้สูงอายุจะหลับไม่ลึกมาก ดังนั้นการหลับตื่นๆ บางครั้งผู้สูงอายุอาจรู้สึกว่าได้หลับ แต่จริงๆ เป็นการหลับแล้วแต่แบบตื้นๆ ยังพอได้ยินเสียงคนคุยกันเล็กน้อย ทำให้รู้สึกว่าได้นอน ทั้ง ๆ ที่หลับไปแล้ว

5. คาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ ทำให้กระตุ้นสมอง อยู่ในสภาพตื่นตัว

6. ยาหลายชนิดทำให้นอนไม่หลับ เช่น ยาแก้หอบหืด ยาแก้คัดจมูกบางชนิด

การแก้ไข

1. จัดตารางกิจกรรมแต่ละวันให้สม่ำเสมอ ทั้งการรับประทานอาหาร อาบน้ำ ทำกิจกรรมเข้านอน

2. พยายามให้มีกิจกรรมในตอนกลางวัน เช่น พาออกไปเดินรอบบ้าน ปลุกต้นไม้ในกระถาง ไปทำกิจกรรมกลุ่ม แล้วแต่ความชอบของผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม หลีกเลี่ยงยาที่อาจทำให้วังงตอนกลางวัน

3. หากมีการงีบหลับในตอนกลางวัน พยายามให้งีบหลับไม่นานเกินไป เช่น ไม่เกิน 30 นาที และพยายามไม่ให้งีบหลับหลัง 14.00 หรือ 15.00 น. เป็นต้นไป จนกว่าจะถึงเวลาเข้านอนจริง

4. ถ้าผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย จัดกิจกรรมให้ได้มีการออกกำลังกายบ้าง

5. ให้ถูกแสงแดดอ่อนๆ ในตอนกลางวัน เช่น เช้าหรือบ่ายแก่ๆ เพื่อกระตุ้นนาฬิกาชีวภาพในสมอง

6. เลี่ยงเครื่องดื่มคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ หรือยาที่บางชนิดที่อาจกระตุ้นทำให้นอนไม่หลับ

7. บางครั้งผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจตื่นมาเข้าห้องน้ำ ควรให้ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเข้าห้องน้ำให้เรียบร้อยก่อนเข้านอน หรือ ใช้อุปกรณ์สำหรับช่วยขับถ่ายวางไว้ข้างเตียง

8. บางครั้งผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอาจตื่นเพราะอาการปวด ถ้ามีโอกาสปรึกษาแพทย์ ควรแจ้งเรื่องอาการปวดอาจให้ยาแก้ปวดก่อนเข้านอน

9. ถ้าตื่นมาแล้วสับสนไม่รู้ว่าจะอยู่ที่ไหน เวลาใด ให้บอกอย่างสงบ พูดกับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างเบาๆ และใจเย็นๆ

10. จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับการนอนหลับ จัดให้แสงสลัวในช่วงใกล้นอน ให้มีแสงไฟเพียงพอ ในห้องนอนและห้องน้ำ เพราะถ้ามืดมาก อาจเห็นภาพหลอน แต่อย่าให้แสงจ้ามาก และมีรูปภาพที่ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมคุ้นเคย เช่น ภาพถ่ายครอบครัว ไว้ที่โต๊ะหัวเตียง

11. หากยังเดินได้ ให้นอนบนเตียงเฉพาะเวลาจะเข้านอนจริงๆ หากยังไม่ว่าง อาจให้นั่งที่เก้าอี้ข้างเตียง ฟังเพลงเบาๆ แสงสลัวๆ

12. ดูแลเรื่องความปลอดภัยในบ้าน เช่น ปิดประตูหน้าต่าง ดูแลบันได เตาแก๊ส

13. บางรายอาจต้องใช้ยา ซึ่งควรปรึกษาแพทย์

3. การแสดงออกของพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม

1. ใจเย็น อย่าตื่นตระหนก และเบี่ยงเบนความสนใจด้วยการคุยเรื่องอื่น หรือให้ทำกิจกรรมอื่นที่ผู้ที่มีสมองเสื่อมสนใจ เช่น ชวนทำกิจกรรมอื่น เช่น ไปแปรงฟัน รับประทานขนม เดินเที่ยว

2. เรียกชื่อผู้ที่มีสมองเสื่อม แทนที่จะเรียกคำที่แสดงความรู้สึกสนทน

3. บอกผู้ที่มีสมองเสื่อมด้วยน้ำเสียงหนักแน่น สีหน้ามั่นใจ ว่ารู้สึกไม่ชอบ และให้หยุดแสดงพฤติกรรมดังกล่าว

4. ให้ผู้ที่มีสมองเสื่อมอยู่ในห้องส่วนตัวเงียบๆ สักพัก

5. รักษาระยะห่างจากผู้ที่มีสมองเสื่อม

6. อาจพิจารณาให้ผู้ดูแลเป็นเพศเดียวกันกับผู้ที่มีสมองเสื่อมถ้าเป็นไปได้

7. สวมชุดในหน้าที่งาน อาจทำให้ผู้ที่มีสมองเสื่อมระลึกได้ว่าเป็นบุคคลากร

8. ในกรณีที่มีการมาก แจ้งญาติหรือผู้ประกอบกรฯ เพื่อพิจารณาปรึกษาแพทย์

บรรณานุกรม

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. การป้องกัน การประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. พิมพ์ครั้งที่ 5.

นนทบุรี: บริษัทภาพพิมพ์จำกัด; 2562.

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. รู้จริงและเข้าใจ สุขภาพผู้สูงวัยและภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ:

ซีเอ็ด ยูเคชั่น; 2559.

UCLA Health. Dementia care: caregiver training videos [internet]. 2022 [cited 2022 November 13]. Available from: <https://www.uclahealth.org/medical-services/geriatrics/dementia/caregiver-education/caregiver-training-videos>.

5.3.2 กลุ่มอาการสูงอายุ : อาการสับสนเฉียบพลัน

ศาสตราจารย์ นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล

อาการสับสนเฉียบพลันเป็นอย่างไร¹

ผู้ที่มีอาการสับสนเฉียบพลัน จะมีอาการพูดคุยคนละเรื่อง อาจคุยเรื่องหนึ่งได้สั้่นๆ แล้วเปลี่ยนเรื่องคุย ดูไม่เป็นเรื่องราวสับสนจับต้นชนปลายไม่ถูก ผู้สูงอายุจะมีสมาธิไม่ดี วอกแวกง่าย กระสับกระส่าย ผุดลุกผุดนั่ง หลงวัน เวลา และสถานที่ อาจมีอาการเห็นภาพหลอนที่คนอื่นไม่เห็น เช่น เห็นญาติผู้ใหญ่ที่เสียไปแล้ว เห็นสายน้ำเกลือเป็นงู อาการเกิดขึ้นค่อนข้างเร็วภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมงหรือภายในไม่กี่วัน บางคนอาการเป็นมากถึงกับปัสสาวะรดที่นอน ดึงสายน้ำเกลือ ดึงสายสวนปัสสาวะ ฉีกผ้าอ้อม ไม่หลับไม่นอน แต่ในผู้สูงอายุบางคนกลับแสดงอาการเป็นนอนมากขึ้น ซึมๆ พูดน้อยลง ไม่ค่อยตอบสนอง อาการของภาวะนี้อาจมีบางช่วงที่ผู้ป่วยรู้เรื่อง สลับกับบางช่วงที่มีอาการมาก โดยช่วงที่มีอาการมาก มักเป็นช่วงตอนกลางคืน อาการนี้ต้องแยกจากอาการจากภาวะสมองเสื่อม เช่น ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเดิมอาจมีอาการหลงลืม จำวัน เวลา สถานที่ หรือบุคคล ไม่ได้อยู่เดิม หรือบางรายอาจมีอาการหงุดหงิด เห็นภาพหลอน อยู่เดิม ที่เป็นมาหลายเดือนแล้ว หากอาการไม่เปลี่ยนไปจากเดิมน่าจะเป็นจากภาวะสมองเสื่อมมากกว่า แต่หากมีอาการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมที่เคยเป็น ที่เพิ่งเกิดขึ้นในระยะเวลานี้สั้นให้นึกถึงอาการสับสนเฉียบพลัน (ที่เกิดขึ้นในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม)

อาการนี้มักพบในผู้สูงอายุมากกว่าวัยอื่นๆ ยิ่งอายุยิ่งมากขึ้นยิ่งมีความเสี่ยงสูง เพราะเซลล์สมองเริ่มเสื่อมมากขึ้นทำให้ความสามารถของสมองลดลงรองรับกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของร่างกายได้ไม่ดีเท่าคนหนุ่มสาว ผู้สูงอายุที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลร้อยละ 10-20 เกิดอาการนี้ขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และถ้าต้องได้รับการผ่าตัด เช่น ผ่าตัดข้อสะโพก ผู้ที่นอนไอซียู หรือมีป่วยอาการหนัก จะโอกาสเกิดอาการนี้ยิ่งสูงขึ้น อาจเกินร้อยละ 50

อาการสับสนเฉียบพลันถือเป็นภาวะค่อนข้างเร่งด่วนที่ผู้ดูแลควรสังเกต และรายงานญาติ หรือสถานประกอบการฯ เนื่องจากอาจต้องไปพบแพทย์ เพราะมักเกิดจากความผิดปกติบางอย่างของร่างกายที่ซ่อนอยู่

ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการสับสนเฉียบพลัน

ปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการสับสนเฉียบพลัน เกิดจาก 2 ปัจจัยหลัก คือ ปัจจัยดั้งเดิม (ปัจจัยนำที่ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดอาการสับสนเฉียบพลันสูงอยู่เดิม) และปัจจัยกระตุ้น

1. ปัจจัยดั้งเดิม หรือปัจจัยนำ ที่สำคัญได้แก่ การที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่เดิม มีโรคทางสมองอยู่เดิม เคยเกิดอาการสับสนเฉียบพลันมาก่อน มีโรคประจำตัวหลายโรค มีปัญหาเรื่องการมองเห็นและการได้ยิน เพราะบาง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ดื่มเหล้าประจำ และอายุมาก (เช่นเกิน 75 ปี)

2. ปัจจัยกระตุ้น คือ ปัจจัยที่เกิดขึ้นในภายหลังที่ทำให้เกิดอาการสับสนเฉียบพลันขึ้น ซึ่งมักเป็นสาเหตุทางร่างกาย ที่สำคัญได้แก่¹

1) ยา สาเหตุนี้ พบได้บ่อยมาก ยิ่งถ้ารับประทานยาหลายชนิด ยิ่งมีโอกาสเกิดสูง ตัวอย่างยาที่เป็นสาเหตุ ได้แก่ ยาลดน้ำมูก ยาคลายกล้ามเนื้อแก้ปวด ยานอนหลับ ยารักษาโรคซึมเศร้า ยารักษาโรคพาร์กินสัน เป็นต้น เพราะฉะนั้นถ้าเพิ่งได้รับยาใดมาไม่นาน หรือมีการปรับขนาดยาหรือวิธีการรับประทานก่อนเกิดอาการสับสนเฉียบพลัน ให้หยุดยาดังกล่าวและปรึกษาแพทย์โดยนำตัวอย่างยาทั้งหมดไปให้แพทย์ดู

อีกกรณีหนึ่งเกิดจากการหยุดยาบางตัวอย่างกะทันหัน เช่น รับประทานยานอนหลับมานานแล้วหยุดทันที หรือบางคนดื่มเหล้าจัดมานานแล้วหยุดดื่มทันทีจากสาเหตุอะไรก็ตาม ก็อาจทำให้เกิดอาการสับสนเฉียบพลันได้

2) โรคติดเชื้อ ไม่จำเป็นต้องติดเชื้อในสมอง อาจติดเชื้อที่อื่นก็ได้ เช่น ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ติดเชื้อที่ปอด หรือบางคนเป็นหวัดก็สับสนได้ (แต่กรณีหลังนี้มักเกิดในผู้ป่วยที่มีปัญหาของสมองอยู่เดิม) ผู้ป่วยจะมีไข้และมีอาการของอวัยวะที่ติดเชื้อ เช่น ติดเชื้อที่ทางเดินปัสสาวะ ก็มีอาการปัสสาวะขัด ขุ่น ปัสสาวะบ่อย ปวดบั้นเอว ถ้าติดเชื้อที่ปอดก็มีไข้ ไอ เหนื่อยหอบ เป็นต้น แต่ถ้าอายุมากแล้วหรือเพราะบางมาก อาจไม่มีไข้และอาการของอวัยวะที่ติดเชื้อไม่ชัดเจน เช่น ติดเชื้อที่ทางเดินปัสสาวะ อาจมีอาการเบื่ออาหาร พุดคุยสับสน ไม่ลุกเดิน

3) ความผิดปกติของระดับน้ำตาล เกือบแรมในร่างกาย กรณีนี้มักเกิดในผู้ป่วยที่มีโรคบางอย่างอยู่เดิม เช่น เป็นโรคเบาหวานแล้วได้ยาเบาหวาน แล้วมีช่วงรับประทานอาหารได้น้อย เกิดมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไป ได้น้ำเกลือทางหลอดเลือด หรือยาขับปัสสาวะ หรือผู้ป่วยโรคไตมีระดับเกลือแร่ผิดปกติ

4) อาการปวดในร่างกายหรืออดนอน ทำให้เกิดการกระสับกระส่าย

5) การถูกพันนาการ ยึดตรึง หรือมีอุปกรณ์สายต่างๆ เช่น สายน้ำเกลือ สายให้อาหาร สายสวนปัสสาวะ ทำให้เกิดความรำคาญ กระสับกระส่าย อย่างไรก็ตามในบางครั้งผู้สูงอายุรายนั้นๆ อาจจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ดังกล่าวอย่างเลี่ยงไม่ได้

6) โรคอื่นๆ เช่น โรคหัวใจวาย หัวใจสูบฉีดเลือดไม่ดี ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ โรคถุงลมโป่งพองมีอาการหอบเหนื่อยมากๆ ร่างกายขาดออกซิเจน สมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ หรือเป็นโรคตับแข็งตับไม่สามารถทำลายของเสียในร่างกายทำให้มีของเสียคั่งในสมองได้ เป็นต้น

การป้องกันอาการสับสนเฉียบพลัน¹

1. พยายามให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจวัตรประจำด้วยตนเอง อย่างเช่น อาบน้ำเอง แต่งตัวเอง ซึ่งการประกอบกิจวัตรประจำวันเองเป็นการกระตุ้นร่างกายและสมอง และยังทำให้ ไม่สับสนเรื่องเวลาอีกด้วย
2. พยายามให้ผู้สูงอายุได้เคลื่อนไหวไม่นอนอยู่แต่บนเตียงผู้สูงอายุที่พอจะเดินได้ ญาติควรพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ลุกเดินไปไหนมาไหน
3. พยายามพูดคุยกับผู้สูงอายุบ่อยๆ ควรทบทวนวัน เวลาและสถานที่ ให้ผู้สูงอายุรับทราบ เป็นครั้งคราว ถามคำถามเกี่ยวกับความเป็นอยู่ พูดคุยเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ในครอบครัวและสังคม
4. หานาฬิกาและปฏิทินวางไว้ในตำแหน่งที่ผู้สูงอายุสามารถมองเห็นได้ชัดเจน เพื่อบริหารหรือโทรศัพท์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการกระตุ้นมากขึ้น
5. ในกรณีที่มีปัญหาเรื่องการมองเห็นและการได้ยิน ให้ผู้สูงอายุสวมแว่นสายตา และเครื่องช่วยฟัง เพราะจะทำให้มองเห็นและได้ยินดีขึ้น ทำให้สามารถรับรู้เหตุการณ์รอบตัวได้มากขึ้น
6. ถ้าผู้สูงอายุนั้นไม่ค่อยได้ไปไหนมาไหนอยู่แต่ในบ้าน พยายามให้ผู้สูงอายุได้สัมผัสแสงแดดบ้างในช่วงเช้าและเย็น ถ้านอนอยู่แต่บนเตียง ลุกเดินไม่ได้ พยายามเปิดผ้า ม่านหน้าต่างหรือเปิดไฟให้สว่างในเวลากลางวัน และพยายามหรี่หรือปิดไฟในช่วงกลางคืน
7. ถ้ามานอนโรงพยาบาล ในกรณีที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการสับสนเฉียบพลัน ควรให้ญาติหรือ ผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุเป็นประจำได้อยู่เฝ้า และนำอุปกรณ์ เครื่องใช้ประจำตัว เช่น หมอน ผ้าห่ม ของผู้สูงอายุรายนั้นมาที่โรงพยาบาลเพราะจะคุ้นเคย
8. พยายามให้ผู้สูงอายุได้รับการพักผ่อนเพียงพอ หลีกเลี่ยงเสียงและแสงที่รบกวน ผู้สูงอายุช่วงพักผ่อน เนื่องจากผู้สูงอายุที่นอนอนมากๆ บางรายอาจเกิดอาการสับสนได้
9. หลีกเลี่ยงการใช้ยาเอง ควรปรึกษาแพทย์ทุกครั้งก่อนใช้ยาใดๆ
10. เมื่อมีอาการเจ็บไข้ไม่สบายใดๆ ควรไปรักษาตั้งแต่แรก
11. ในกรณีที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือต้องได้รับการผ่าตัดควรได้รับการประเมินจากแพทย์ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดอาการสับสนเฉียบพลันและการป้องกันไว้ด้วย

12. กรณีที่เข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาล ควรอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติตัว ขั้นตอนการตรวจและการรักษาให้ผู้สูงอายุฟังเป็นระยะ จะช่วยให้ผู้สูงอายุคลายความวิตกกังวล ซึ่งอาจนำมาซึ่งอาการสับสนได้

ในกรณีที่เกิดอาการสับสนแล้วให้รีบหยุดยาที่ไม่แน่ใจและนำผู้สูงอายุรายนั้นไปพบแพทย์ เนื่องจากอาจเกิดจากความผิดปกติทางกายบางอย่างที่เป็นอันตรายต้องรักษาอย่างรวดเร็ว

การแก้ไขอาการสับสนเฉียบพลัน

เมื่อเกิดอาการสับสนเฉียบพลันขึ้นแล้ว **สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ การหาสาเหตุของอาการดังกล่าว และให้การแก้ไขอย่างเร่งด่วน** เนื่องจากอาการสับสนเฉียบพลันจัดเป็นภาวะฉุกเฉินอย่างหนึ่งสำหรับการรักษาอื่นๆ ที่ให้ร่วมไปด้วยกันระหว่างการรอผลของการแก้ไขสาเหตุได้แก่ การให้การรักษาระดับประคองอาการและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของอาการสับสนเฉียบพลัน^{2,3}

1. การค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการสับสนเฉียบพลัน
2. การรักษาประคับประคองอาการทั่วไป
 - ก. ดูแลทางเดินหายใจโล่ง หากมีไข้ ให้เช็ดตัวและยาลดไข้
 - ข. ให้สารน้ำและอาหารเพียงพอ ระมัดระวังสำลักในช่วงที่อาจไม่ร่วมมือในการรับประทาน
 - ค. จัดทำผู้สูงอายุและพลิกตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับและหลอดเลือดดำอุดตัน
 - ง. พยายามหลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ในการยึดตรึงผู้สูงอายุ เนื่องจากจะทำให้เกิดความหงุดหงิด รุนแรงมากขึ้นและทำให้เกิดภาวะการติดเชื้อไม่เคลื่อนไหว
 - จ. การดูแลประจำวันทั่วไป เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลผิวหนังและเล็บ
 - ฉ. คอยดูแลเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ เนื่องจากช่วงที่มีอาการสับสนเฉียบพลัน มักบอกการขับถ่ายไม่ได้ ทำให้เกิดปัสสาวะ อุจจาระราด ควรทำความสะอาดทันทีอย่าปล่อยทิ้งไว้ เนื่องจากอาจทำให้เกิดผื่นจากปัสสาวะหรืออุจจาระกัด และแผลกดทับและทำให้ต้องรับการรักษาเพิ่มขึ้น

3. การปรับสิ่งแวดล้อม

ก. การช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้วัน เวลาและสิ่งแวดล้อม

1. ควรพูดคุย สื่อสารกับผู้สูงอายุอย่างกระชับ ได้ใจความและชัดเจน
2. ควรเน้นย้ำเป็นระยะให้ผู้สูงอายุทราบวัน เวลา สถานที่และบุคคลที่สำคัญ

ในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ญาติ ผู้ดูแล แพทย์และพยาบาล

3. เตรียมนาฬิกา ปฏิทินไว้ในที่ๆ ผู้สูงอายุสามารถเห็นได้ง่ายเพื่อช่วยกระตุ้นให้รับทราบวัน เวลา
4. นำสิ่งที่ผู้สูงอายุคุ้นเคยที่บ้านมาไว้ในห้องผู้สูงอายุผู้ป่วย เช่น รูปถ่าย หมอน ผ้าห่ม
5. อาจเปิดวิทยุหรือโทรทัศน์ให้ผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการกระตุ้น ให้รับรู้ การเปลี่ยนแปลงภายนอก และเพื่อให้ผู้สูงอายุได้คลายความวิตกกังวล แต่ควรปิดในช่วงพักนอน เพื่อให้นอนหลับได้เต็มที่
6. แนะนำผู้ดูแลและญาติของผู้สูงอายุให้คอยพูดคุยกับผู้สูงอายุเพื่อให้อารมณ์ สบาย ไม่วิตกกังวลและเพื่อให้ผู้สูงอายุรับรู้วัน เวลาและ สถานที่
7. พยายามให้ทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไม่ว่าจะเป็นแพทย์ พยาบาลและผู้ดูแล ให้เป็นบุคคลเดิม เพื่อลดความสับสนของผู้สูงอายุ
8. พยายามไม่เปลี่ยนเตียงผู้สูงอายุบ่อยๆ เนื่องจากจะทำให้สับสนสถานที่ง่ายขึ้น

ข. การปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม

1. จัดบริเวณรอบๆ ผู้สูงอายุ ไม่ให้วุ่นวาย นำสิ่งของ และอุปกรณ์ที่ไม่จำเป็น ออก จัดให้มีระยะระหว่างเตียงพอสมควร
2. ถ้าเป็นไปได้ พยายามให้ผู้สูงอายุอยู่ในห้องส่วนตัวแยกจากผู้สูงอายุ รายอื่นเพื่อให้ได้พักผ่อนเต็มที่ และไม่มีสิ่งรบกวน
3. หลีกเลี่ยงการกล่าวคำทางการแพทย์ที่อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการระแวง
4. พยายามให้มีแสงสว่างเพียงพอให้ผู้สูงอายุได้มองเห็นสิ่งต่างๆ รอบตัว ไม่เกิดอาการระแวงและประสาทหลอน
5. พยายามลดเสียงรบกวนจากผู้ดูแลและทีมการรักษา และลดเสียงจาก อุปกรณ์ต่างๆ เช่น โทรศัพท์มือถือ อุปกรณ์ตามตัว หรือ อุปกรณ์การแพทย์
6. ปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสม

ค. การช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้

1. ซักถามและตรวจดูว่าผู้สูงอายุมีปัญหาต้องใช้อุปกรณ์ช่วยต่างๆ เช่น แวนตา เครื่องช่วยฟัง หรือฟันปลอมหรือไม่ ถ้าผู้สูงอายุพูดภาษาไทยไม่ได้ อาจต้องมีคนที่พูดภาษาที่ผู้สูงอายุพูดได้คอยดูแล
2. กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการดูแลตัวเองและมีส่วนร่วมในการ รักษา เช่น ซักถามอาการปวด เป็นต้น

3. จัดการดูแล รักษาพยาบาลให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้ได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ เช่น ถ้าไม่จำเป็น อาจงดการวัดความดันและอุณหภูมิภายในช่วงที่ผู้สูงอายุกำลังนอนหลับ ปรับการรับประทานยาและการฉีดยาให้เหมาะสมเพื่อไม่ต้องปลุกผู้สูงอายุขึ้นมาอาจเปิดดนตรีเบาๆ เพื่อให้ผ่อนคลาย เป็นต้น
4. พยายามให้ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ถ้าเป็นผู้ป่วยที่พอจะเดินได้ ควรให้ได้ลุกเดินอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง ถ้าลุกเดินไม่ได้ควรมีการทำกายภาพบำบัดให้วันละ 3 ครั้งๆ ละ 15 นาที

4. การใช้ยาควบคุมอาการให้สงบ

ในบางครั้ง ถ้าผู้สูงอายุมีความวุ่นวายมาก ไม่ให้ความร่วมมือกับการรักษาและอาจก่อให้เกิดอันตรายกับตัวผู้สูงอายุเองได้ เช่น ปีนเตียง พยายามดึงสายสวนปัสสาวะและสายน้ำเกลือ เป็นต้น อาจจำเป็นต้องควบคุมอาการโดยใช้ยาระหว่างรอผลของการแก้ไขสาเหตุ **ซึ่งแพทย์มักต้องมีอาการสั่งยาไว้ ซึ่งจะไม่ใช่ยานอนหลับ ยกเว้นกรณีที่ผู้สูงอายุมีอาการวุ่นวายจากการขาดเหล้า หรือขาดยานอนหลับที่รับประทานมานาน** ถึงจะใช้เป็นยานอนหลับ แต่จะไม่ใช้ในกรณีอาการสับสนเฉียบพลันอื่นๆ

แต่ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีอาการสับสนเฉียบพลันชนิดซึมหลับมาก ให้รักษาสาเหตุ และรักษาประคับประคองอาการโดยทั่วไป โดยไม่ต้องให้ยาควบคุมอาการให้สงบกลุ่มนี้

บรรณานุกรม

- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. รู้จริงและเข้าใจ สุขภาพผู้สูงวัยและภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ด ยูเคชั่น; 2559.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน. ใน: วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, บรรณาธิการ. การจัดการภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ (Emergency management for the elderly). กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2557. หน้า 167-91.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, อรุณทัย ศิริอัสวกุล. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและการดูแลภาวะซึมสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลศิริราช. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล, 2565.

5.3.3 กลุ่มอาการสูงอายุ : อาการซึมเศร้า

ศาสตราจารย์ นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล

ทำไมผู้สูงอายุจึงมีอาการโรคซึมเศร้ามากกว่าวัยอื่น

ในวัยสูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างที่ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ง่าย ได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ง่าย
2. การที่มีโรคทางกายบางอย่าง เช่น ภาวะสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง

โรคพาร์กินสัน โรคมะเร็ง โรคต่อมไทรอยด์

3. การเจ็บป่วยทางกายที่ไม่ได้มีผลกระทบต่อสมองโดยตรงแต่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เจ็บปวด หรือเกิดความรู้สึกว่าร่างกายไม่แข็งแรง อาจทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ เช่น ป่วยเป็นโรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคปอด โรคไต ปวดตามข้อ

4. ยาหลายชนิดอาจทำให้มีอาการเศร้าได้เช่นกัน เช่น ยาลดความดันโลหิตสูงบางชนิด

5. การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เช่น ต้องสูญเสียคู่ชีวิต หรือต้องออกจากงาน เนื่องจากเกษียณอายุการทำงาน ทำให้ต้องปรับตัวกับการดำเนินชีวิตแบบใหม่ ไม่มีเพื่อนร่วมงาน

6. การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม เช่น การต้องเปลี่ยนบทบาทจากหัวหน้าผู้นำครอบครัวเป็นผู้ตาม การที่ไม่ได้รับการยอมรับนับถือจากลูกหลานเนื่องจากเห็นว่าอายุมากแล้ว ไม่ทันต่อเหตุการณ์ การไม่มีผู้ดูแลในขณะที่เริ่มมีทุพพลภาพทางกายมากขึ้น หรือมีปัญหาด้านค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิตและเพื่อการรักษาพยาบาล

อาการของโรคซึมเศร้าเป็นอย่างไร

อาจมีอาการไม่มากจนถึงบางรายมีอาการชัดเจน อาการประกอบไปด้วย

1. รู้สึกเซ็ง เศร้าหรือเสียใจอย่างไม่มีเหตุผล
2. ความรู้สึกสนใจสิ่งต่างๆ รอบตัวลดลง เบื่อหน่าย ไม่อยากทำอะไรที่เคยชอบ
3. นอนไม่หลับหรือหลับมากเกินไป
4. รู้สึกตัวเองไร้ค่า คอยตำหนิกล่าวโทษตนเอง
5. รู้สึกอ่อนเพลียไม่มีเรี่ยวแรง
6. ไม่มีสมาธิ ไม่มีความมั่นใจในตนเอง ขี้หลงขี้ลืม
7. ความอยากอาหารเปลี่ยนแปลงไป อาจเบื่ออาหารหรือบางรายรับประทาน

มากขึ้น น้ำหนักตัวลดลงหรือเพิ่มขึ้น

8. ความคิดและการเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ กระสับกระส่ายหงุดหงิด

9. มีความคิดอยากตายหรือพยายามฆ่าตัวตาย

ควรปฏิบัติตัวอย่างไรถ้าสงสัยว่าผู้สูงอายุที่ดูแลมีอาการซึมเศร้า

ถ้าดูแลแล้วคิดว่าผู้สูงอายุที่ดูแลอาจมีอาการซึมเศร้า ควรปฏิบัติตัวดังนี้

1. แจ้งญาติหรือผู้ประกอบกรฯ ถึงอาการที่ทำให้สงสัยว่าผู้สูงอายุอาจมีอาการซึมเศร้าเพื่อพิจารณาพาไปพบแพทย์เพื่อขอคำแนะนำควรรีบไปตรวจและแจ้งแพทย์โดยไม่ต้องอายเนื่องจากโรคนี้ถือเป็นความเจ็บป่วยอย่างหนึ่งและสามารถรักษาให้ดีขึ้นและหายขาดได้

2. คอยสังเกตอาการของผู้สูงอายุเป็นระยะ

3. หลีกเลี่ยงการให้อยู่คนเดียวเมื่อมีอาการเศร้าเกิดขึ้น คอยพูดคุยกับผู้สูงอายุเพื่อให้เพลิดเพลิน ไม่เหงา

4. พยายามให้ผู้สูงอายุปรับตัวให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นในวัยนี้ ไม่ว่าจะเป็นโรคทางกาย ความสามารถและบทบาทที่เปลี่ยนแปลงไป

5. จัดกิจกรรมหรืองานอดิเรกที่ผู้สูงอายุชอบ เช่น ปลูกต้นไม้ เย็บปักถักร้อย ไล่บาตร ไปวัด

6. ให้ทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น เช่น เข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ ไปออกกำลังกายเป็นประจำ

7. ดูแลผู้สูงอายุที่มีความไม่สบายตัวหรือมีทุพพลภาพเกิดความสะดวกสบาย ไม่ลำบากทรมานจากอาการเจ็บป่วยหรือทุพพลภาพที่มี

บรรณานุกรม

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. รู้จริงและเข้าใจ สุขภาพผู้สูงวัยและภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ:

ซีเอ็ด ยูเคชั่น; 2559.

5.3.4 กลุ่มอาการสูงอายุ : นอนไม่หลับ

ศาสตราจารย์ นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล

ผู้สูงอายุมักมีปัญหาเรื่องนอนไม่ค่อยหลับ สาเหตุของการนอนไม่หลับในผู้สูงอายุ อาจเกิดจาก

1. ร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงตามธรรมชาติ ทำให้หลับตื้นขึ้น หลับไม่ลึกเต็มอิ่ม เหมือนวัยหนุ่มสาวทำให้บางครั้งคิดว่านอนไม่หลับทั้ง ๆ ที่หลับ แต่หลับตื้นๆ ตื่นบ่อยได้ง่าย นอกจากนั้นความต้องการของร่างกายที่ต้องการหลับสนิท อาจลดลงลงสังเกตดูว่ามีอาการง่วงนอนในตอนกลางวันหรือไม่ ถ้าไม่มีก็น่าจะหลับได้เพียงพอ

2. การเปลี่ยนแปลงธรรมชาติอีกอย่างหนึ่งที่พบได้ คือ การที่ผู้สูงอายุมักง่วงและเข้านอนเร็วกว่าปกติ เช่น เข้านอนตอนสองทุ่ม (20.00 น.) และตื่นเร็วกว่าปกติ เช่น ตื่นตอนตี 2 ตี 3 แล้วไม่หลับอีก

3. อาการทางจิตใจ เช่น มีความเครียด คิดกังวลมาก ตื่นเต้น หรือมีอาการซึมเศร้า เบื่อหน่าย อาจทำให้นอนไม่หลับได้เช่นกัน

4. ความเจ็บป่วยของร่างกายทำให้ต้องตื่นขึ้นมาในตอนดึก แล้วหลับต่อได้ยาก เช่น มีต่อมลูกหมากโตหรือเป็นโรคเบาหวาน ต้องตื่นมาปัสสาวะหลายครั้งจึงทำให้นอนไม่หลับ หรือบางคนมีอาการปวดข้อ ปวดกระดูก เป็นตะคริว หรือขาชาวยับ กระตุก ทำให้ต้องตื่นมาตอนดึก

5. ผู้สูงอายุส่วนหนึ่งมีอาการกรนทางเดินหายใจอุดกั้นช่วงนอนและหยุดหายใจเป็นระยะ ทำให้หลับได้ไม่ลึก และเกิดอาการง่วงในตอนกลางวัน การแก้ไขต้องแก้ไขที่สาเหตุของการอุดกั้นทางเดินหายใจนั้นหรือใส่เครื่องช่วยเป่าลมเข้าทางเดินหายใจให้มีแรงดันไม่ให้เกิดการอุดกั้นทางเดินหายใจช่วงที่หลับ

6. ในบางครั้งอาการนอนไม่หลับนั้นอาจเกิดจากยาบางชนิดที่รับประทาน เช่น ยาแก้ปวดมูก ยาขยายหลอดลม ยาพาร์กินสัน ยาขับปัสสาวะ ยาไทรอยด์ ยากันชัก ยารักษาโรคซึมเศร้า ยาสเตียรอยด์ ยารักษาภาวะสมองเสื่อม

7. ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมบางรายอาจมีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์โดยอาการนอนไม่หลับเป็นภาวะที่พบได้บ่อย อาการหนึ่งเช่นกัน อาจพูดคุยคนเดียว ตะโกนเรียกผู้ดูแล ลูกมาค้นของ หรือเดินออกนอกบ้าน

8. นอกจากนั้นการที่นอนพักผ่อนมากเกินไปในตอนกลางวัน หรือ รับประทานกาแฟ มาก ก็อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้นอนไม่หลับได้เช่นกัน

ก่อนจะรับประทานยานอนหลับ ควรปฏิบัติดังนี้

1. กำหนดเวลาในการทำกิจวัตรประจำวันให้สม่ำเสมอ อย่าเข้านอนเร็วเกินไป กำหนดเวลาเข้านอนและตื่นนอนที่แน่นอน

2. มีช่วงเวลาผ่อนคลายร่างกายก่อนเข้านอน สัก 20-30 นาที เช่น ฟังเพลงเบาๆ อ่านหนังสือสวดมนต์ นั่งสมาธิ หรือนวดเพื่อผ่อนคลายก่อนนอน

3. ออกกำลังกายที่เหมาะสมในระหว่างวัน แต่หลีกเลี่ยงออกกำลังกายหักโหมในช่วงเย็น

4. จัดสภาพแวดล้อมและอุณหภูมิของห้องให้พอเหมาะ ไม่มีเสียงดังรบกวน ไม่มีแสงจ้าในช่วงที่นอน

5. ไม่ควรเข้านอนในขณะที่กำลังหิว อาจดื่มนมอุ่นๆ อาหารที่มีทริปโทแฟนสูง เช่น กลัวย หรือรับประทานของว่างที่มีคาร์โบไฮเดรต ซึ่งจะช่วยให้ง่วงนอนได้ แต่อาจทำให้น้ำหนักขึ้นได้

6. อย่ารับประทานอาหารอิ่มเกินไปก่อนนอนเพราะทำให้อึดอัดแน่นท้อง หรือเกิดกรดไหลย้อน

7. หลีกเลี่ยง กาแฟ หรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ โดยเฉพาะในช่วงอาหารมื้อเย็น

8. อย่าดื่มน้ำมากก่อนนอนเพราะจะทำให้ต้องตื่นมาปัสสาวะบ่อยขึ้น ควรจิบเพียงแก้กระหาย และหากมียาก่อนนอน อาจปรึกษาแพทย์ว่า เลื่อนเวลารับประทานยาเป็นเช้าหรือเย็นแทนได้หรือไม่ หากต้องรับประทานก่อนนอน ให้จิบน้ำตามเพียงเล็กน้อย

9. หลีกเลี่ยงการงีบหลับในเวลากลางวัน โดยเฉพาะหลังเวลา 15.00 น.

10. ออกรับแสงแดดระหว่างวันและในช่วงเย็นๆ หลีกเลี่ยงการอยู่ในห้องมืดๆ ระหว่างวัน

11. เข้านอนเมื่อมีอาการง่วง หากยังไม่ง่วงไม่ควรอยู่บนเตียง ควรหากิจกรรมอื่นทำที่ช่วยให้ง่วงหลับได้

12. ไม่ควรทำกิจกรรมอื่นบนเตียง เช่น นอนอ่านหนังสือ หรือดูโทรทัศน์ ควรใช้เตียงสำหรับการนอนหลับเท่านั้น หากนอนไม่หลับ ให้ลุกมาทำกิจกรรมอื่นที่ผ่อนคลายไม่ตื่นเต้น เช่น อ่านหนังสือสวดมนต์ และเข้านอนเมื่อง่วง

13. หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ เนื่องจากอาจกระตุ้นให้ตื่น

บรรณานุกรม

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. รู้จริงและเข้าใจ สุขภาพผู้สูงวัยและภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ:
ซีเอ็ด ยูเคชั่น; 2559.

5.3.5 กลุ่มอาการสูงอายุ : การเดินเซ ไม่มั่นคง และการหกล้ม

ศาสตราจารย์ นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล

เมื่ออายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลายอย่างที่อาจทำให้เกิดการหกล้มได้ง่าย เช่น การมองเห็นลดลง การทรงตัวไม่ดี ร่วมกับการที่อาจมีโรคต่างๆ เกิดร่วมด้วย จึงทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสหกล้มได้ง่าย การหกล้มเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของอุบัติเหตุในผู้สูงอายุที่ทำให้ต้องนอนในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 85 ของสาเหตุทั้งหมด

การเดินเซ ไม่มั่นคงในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้ามเนื่องจากอาจนำมาซึ่งปัญหาใหญ่ คือ การหกล้ม และผลเสียของการหกล้มคือ อาจทำให้เกิดกระดูกหัก โดยตำแหน่งที่หักบ่อยๆ ได้แก่ กระดูกข้อสะโพก กระดูกต้นขา กระดูกต้นแขน กระดูกข้อมือ กระดูกซี่โครง และกระดูกสันหลัง และอาจเลือดคั่งในสมองได้ ซึ่งบางครั้งเลือดอาจค่อยๆ คั่งในสมองหลังจากหกล้มไปแล้วหลายสัปดาห์ ผู้สูงอายุบางรายไม่สามารถกลับมาเดินได้อีกเหมือนเดิม หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการที่ต้องนอนอยู่หนึ่งอยู่กับที่ โดยพบว่าผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20-30 จะมีประวัติการหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และในผู้สูงอายุที่ต้องนอนโรงพยาบาลเพราะหกล้มมีเพียงครึ่งเดียวที่สามารถอยู่ได้นานถึง 1 ปี บางรายอาจต้องมีปัญหาในการเคลื่อนไหวระยะยาว และต้องพึ่งพิง ดังนั้นจึงควรให้ความใส่ใจกับปัญหาที่ทำให้ผู้สูงอายุเดินเซ ไม่มั่นคงเพื่อป้องกันการหกล้มต่อไป

การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในผู้สูงอายุที่อาจส่งผลให้เดินเซ ไม่มั่นคงและหกล้ม

เมื่ออายุมากขึ้นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลายๆ อย่าง รวมถึงโรคต่างๆ ทำให้เกิดการเดินไม่มั่นคงและหกล้มได้ ความผิดปกติดังกล่าวได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงของการทรงตัว เมื่ออายุมากขึ้นการรับรู้ตำแหน่งของข้อเปลี่ยนแปลงไป กล้ามเนื้อมีความตึงตัวลดลง ทำให้เซง่ายขึ้น บางครั้งเวลาลุกยืน ความดันโลหิตอาจลดต่ำลงทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่ทัน ทำให้มีศีรษะ หน้ามืดได้

2. การเดิน ผู้สูงอายุมักเดินยกเท้าไม่สูงเท่าคนหนุ่มสาว มีลักษณะการก้าวเดินเปลี่ยนแปลงไป แต่มักเป็นไม่มาก ถ้าไม่มากถ้าไม่มีโรคอื่นๆ ที่ทำให้การเดินทรงตัวผิดปกติร่วมด้วย

3. โอกาสเกิดโรคที่มีผลต่อการทรงตัว โรคต่างๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่ออาการทรงตัวมักเริ่มเป็นในวัยกลางคนจนถึงวัยชรา ทำให้มีโอกาสเดินเซ ไม่มั่นคงได้เมื่ออายุมากขึ้น โดยโรคที่อาจทำให้เดินไม่มั่นคง ได้แก่

- โรคทางข้อและกระดูก เช่น
 - โรคข้อเสื่อม โดยเฉพาะข้อเข่าเสื่อม ทำให้ลุกจากเก้าอี้ลำบาก เดินก้าวขาไม่ได้ดีเหมือนเดิม
 - กระดูกสันหลังคดเอียง ทำให้เสียศูนย์ในการทรงตัว
 - กระดูกคอเสื่อมและหมอนรองกระดูกทับไขสันหลัง ทำให้เดินเกร็งๆ ขาไม่ค่อยมีแรงได้
 - กระดูกข้อสะโพกหัก
 - เท้า นิ้วเท้าและเล็บ ผิดรูปหรือมีความผิดปกติ
- โรคทางระบบประสาท เช่น
 - โรคหลอดเลือดสมอง ทำให้มีอาการอัมพฤกษ์หรืออัมพาต แขนขาอ่อนแรงหรือเกร็ง
 - โรคพาร์กินสัน ทำให้มีอาการสั่น เกร็งแข็ง ทำอะไรช้าลง เดินก้าวสั้นๆ ซอยเท้าถี่ หมุนตัวกลับเวลาได้ลำบาก
 - ภาวะสมองเสื่อม
 - ปลายประสาทเสื่อม ทำให้เท้าชา ไม่ค่อยรับรู้การเดิน
 - เวียนศีรษะ มึนงง
- กล้ามเนื้ออ่อนแรงจากการที่ไม่ค่อยได้ใช้งาน เช่น ต้องนอนอยู่บนเตียงเป็นเวลานานๆ เมื่อเจ็บป่วย
- การมองเห็นและการได้ยินผิดปกติ
- โรคหัวใจ ทำให้มีอาการหอบเหนื่อย เจ็บแน่นหน้าอกเวลาออกแรง
- โรคต่างๆ ที่ทำให้ต้องตื่นมาปัสสาวะตอนกลางคืนบ่อยๆ เช่น ต่อมลูกหมากโต โรคเบาหวาน เป็นต้น

4. ยา ยาหลายชนิดที่ผู้สูงอายุได้รับอาจมีผลข้างเคียงทำให้เสียการทรงตัวได้ ตัวอย่างยาเหล่านี้ได้แก่

- ยาขับปัสสาวะ ทำให้ต้องเข้าห้องน้ำบ่อย สารน้ำในร่างกายลดลง อาจหน้ามืดได้เวลาลุกเดิน (มักเกิดเฉพาะในบางรายที่มีความเสี่ยงอยู่เดิม) หรือเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ ทำให้กล้ามเนื้อไม่ค่อยมีแรง
- ยาลดความดันโลหิต อาจทำให้ความดันโลหิตต่ำลงมากเวลาลุกขึ้นยืน ทำให้มึนงง หน้ามืดได้
- ยาทางจิตเวช เช่น ยารักษาโรคจิตเภท ยาต้านอารมณ์ซึมเศร้า ยานอนหลับ

เป็นต้น

- ยาเบาหวาน อาจทำให้น้ำตาลต่ำ เกิดอาการใจสั่น ไม่มีแรง หหมดสติ

สาเหตุภายนอกร่างกาย ลักษณะสภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดการหกล้ม ดังนี้

1. เก้าอี้ เฟอร์นิเจอร์ที่ไม่แข็งแรง มีล้อ หรือทำด้วยพลาสติก อาจทำให้หกล้มได้ บางครั้งอาจพลิกหงายหลัง หรือขาเก้าอี้ที่โยกเยก ก็ทำให้หกล้มได้ ที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือเก้าอี้หรือเตียงนอนที่มีระดับความสูงไม่เหมาะสม มีระดับความสูงต่ำเกินไป ทำให้นั่งและลุกลำบาก เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีข้อเข่าเสื่อมและกล้ามเนื้อต้นขาไม่มีแรง ทำให้ลุกแล้วทรงตัวไม่ได้

2. โถส้วมที่มีความสูงไม่เหมาะสม ต้องนั่งยอง ทำให้ลุกลำบาก
3. ทางเดินหรือห้องน้ำที่ไม่มีที่เหยียดเกาะ
4. พื้นไม่เรียบ
5. พื้นลื่น
6. บันไดไม่มีราวจับ หรือขั้นไม่เท่ากัน
7. แสงสว่างไม่เพียงพอ
8. สัตว์เลี้ยงซึ่งอาจขวางทางเดิน
9. มีที่กั้นขวาง มีสายไฟ พรหม ของเล่นเด็ก ที่กีดขวางทางเดิน

การประเมินผู้ป่วยที่มีการหกล้ม

เมื่อเกิดปัญหาการหกล้มเกิดขึ้น โดยทั่วไปแพทย์จะประเมินผู้สูงอายุหลายๆ ด้าน ไม่ใช่เพียงแค่ดูแลการบาดเจ็บจากการหกล้มเท่านั้น สิ่งที่แพทย์จะประเมิน ได้แก่

1. ประเมินการบาดเจ็บจากการหกล้มและรักษาอาการบาดเจ็บที่สำคัญได้แก่ กระดูกหัก มีอาการที่บ่งชี้ว่าอาจมีเลือดคั่งในกะโหลกศีรษะหรือไม่ มีบาดแผลฟกช้ำหรือฉีกขาดที่ใดหรือไม่

2. หาสาเหตุของการหกล้มและแก้ไขสาเหตุนั้น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการหกล้มอีก

3. ให้ทำกายภาพบำบัดและให้คำแนะนำในการฝึกเดิน ฝึกกล้ามเนื้อให้แข็งแรง การใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดิน การเปลี่ยนท่า การใช้รองเท้าที่เหมาะสม เป็นต้น

4. แนะนำการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดการหกล้ม ในบางครั้งสภาพแวดล้อมภายในบ้านเดิมอาจไม่มีปัญหา แต่เมื่อผู้สูงอายุเกิดการหกล้มและเกิดกระดูกหัก ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ดีเหมือนเดิม อาจทำให้มีความเสี่ยงต่อการหกล้มได้มากขึ้นในสภาพแวดล้อมเดิมที่เดิมไม่มีปัญหา ดังนั้นควรประเมินความเหมาะสมของสภาพแวดล้อมที่บ้านเพื่อลดโอกาสการเกิดการหกล้มซ้ำลง

การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

1. ให้มีแสงสว่างในบ้านเพียงพอ โดยเฉพาะบริเวณบันได
2. มีอุปกรณ์เครื่องเรือนบริเวณที่อยู่เท่าที่จำเป็น และต้องแข็งแรงมั่นคงอยู่สูงจากพื้นมองเห็นได้ง่าย ไม่ย้วยที่บ่อยๆ
3. เตียงนอน เก้าอี้ และโถส้วมมีความสูงพอเหมาะ ไม่เตี้ยเกินไป
4. ทางเดินและบันได ควรมีราวจับตลอด และขั้นบันไดสม่ำเสมอ มีความกว้าง ความสูง ที่เหมาะสม
5. พื้นห้องควรเรียบ ไม่มีขั้นและเป็นวัสดุที่ไม่ลื่นโดยเฉพาะในห้องน้ำ บริเวณจุดเชื่อมต่อระหว่างห้องควรอยู่ในระดับเดียวกัน หลีกเลี่ยงธรณีประตู
6. ไม่ควรมีสสิ่งของเกะกะ เช่น พรมเช็ดเท้า สายไฟฟ้า เป็นต้น
7. วางของใช้ประจำวันในระดับที่ไม่ต้องก้มหรือเงย หรือเอื้อมมากจนเกินไป
8. สวมใส่เสื้อผ้าและรองเท้าที่พอดี ไม่หลวมหรือรัดจนเกินไป
9. หลีกเลี่ยงการมีสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัขหรือแมวในบริเวณที่อยู่อาศัย
10. ควรตรวจสุขภาพเป็นประจำ เช่น การมองเห็น การได้ยินเสียง วัดความดันโลหิตและตรวจร่างกายประจำปี ทุกปี
11. ไม่รับประทานยาที่ไม่จำเป็น ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับประทานยาใหม่ทุกครั้ง และนำยาทั้งหมดไปให้แพทย์ดู
12. ควรลดหรืองดการดื่มแอลกอฮอล์ให้น้อยที่สุด
13. ออกกำลังกายเป็นประจำจะช่วยให้กล้ามเนื้อและข้อมีความยืดหยุ่นดีและยังทำให้การทรงตัวดีขึ้น
14. เปลี่ยนท่าช้าๆ เช่น ลูกยืนและเดินช้าๆ พยายามมองหาวัตถุรอบตัวที่สามารถเกาะยึดได้
15. ในกรณีที่มีปัญหาเรื่องการทรงตัวไม่ดี ควรใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น ไม้เท้าหรือคอกอลูมิเนียมที่มี 4 ขา (วอกเกอร์)

บรรณานุกรม

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. รู้จริงและเข้าใจ สุขภาพผู้สูงวัยและภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ด ยูเคชั่น; 2559.

5.3.6 กลุ่มอาการสูงอายุ : การอยู่นิ่งอยู่กับที่ (การสูญเสียความสามารถในการเดินและอยู่นิ่งบนเตียง)

ศาสตราจารย์ นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล

ภาวะการอยู่นิ่งอยู่กับที่ หรือที่มักเรียกกันว่า “ติดเตียง” คือ การขยับร่างกายได้น้อย ส่วนหนึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ในช่วงระยะเจ็บป่วย มีทุพพลภาพก่อนวาระสุดท้ายของชีวิต ถ้าไม่นับผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุหรือเสียชีวิตจากโรคเฉียบพลันอย่างกะทันหัน ผู้ป่วยทุกคนจะอยู่ในภาวะนี้ แต่บางคนอาจอยู่ในภาวะนี้เป็นระยะเวลายาวนาน ทำให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา

การอยู่นิ่งอยู่กับที่ที่เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ โดยอาจเกิดได้จากการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจและปัจจัยของสิ่งแวดล้อม

สาเหตุทางกาย

โรคในระบบต่างๆ ที่อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ดี จนต้องอยู่นิ่งอยู่กับที่ การอยู่นิ่งอยู่กับที่ที่เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ โดยโรคในระบบที่พบบ่อยๆ ได้แก่

1. โรคระบบกล้ามเนื้อและข้อต่อกระดูก เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดข้อโดยเฉพาะจากข้อเข่าเสื่อม ถือเป็นความผิดปกติที่พบบ่อย
2. โรคระบบประสาท ที่พบบ่อยได้แก่ โรคอัมพฤกษ์จากหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก ทำให้แขนขาไม่มีแรงหรือเดินเซ ภาวะสมองเสื่อมทำให้ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันลดลง โรคพาร์กินสัน ร่างกายมีอาการแข็งเกร็ง ก้าวขาไม่ออก สั่น เคลื่อนไหวช้า เดินไม่คล่อง ทำให้ไม่ลุกเดิน โรคของไขสันหลังทำให้ขาไม่มีกำลังเดิน เป็นต้น
3. โรคระบบไหลเวียนเลือดและหัวใจ เช่น หัวใจวาย ทำให้เหนื่อยง่าย ความดันตก เวลาลุกขึ้นยืน ทำให้มีอาการหน้ามืด โรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้เจ็บแน่นหน้าอกเวลาเดิน หลอดเลือดแดงที่ขาตีบ ทำให้ปวดขาเวลาเดิน เป็นต้น
4. โรคระบบหายใจ เช่น ถุงลมโป่งพอง ทำให้มีอาการหอบเหนื่อยเวลาออกกำลังเดิน
5. โรคตา ทำให้มองเห็นไม่ชัด ผู้ป่วยจึงไม่กล้าเดิน
6. โรคอื่นๆ เช่น
 - ก. ซีดีเลือดจาง ทำให้เหนื่อย เพลียเวลาออกกำลังเดิน
 - ข. ขาดสารอาหาร ทำให้ไม่มีกำลังเดิน

ค. การที่นอนอยู่บนเตียงไม่ได้เดินเป็นเวลานานๆ หลังการเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น หลังการติดเชื้อที่ปอด หลังการผ่าตัด ทำให้ขาดสารอาหารและการไม่ได้เคลื่อนไหวนาน ทำให้เกิดภาวะกล้ามเนื้อพร่อง ทำให้ไม่มีกำลังกล้ามเนื้อในการลุกขึ้นเดิน นอกจากนั้นอาจลุกขึ้นแล้วหน้ามืด ความดันโลหิตตก เดินไม่ไหว ภาวะนี้พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยปัญหาหนึ่งที่ทำให้เดินไม่ไหว เมื่อต้องลุกเดิน หลังจากโรครที่เป็นสาเหตุที่ทำให้นอนอยู่กับที่หายแล้ว ก็ยังไม่สามารถเดินได้ทันที

7. ยาบางชนิดมีผลข้างเคียงที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่นิ่งอยู่กับที่ เดินได้ไม่ดี ไม่ว่าจะผ่านกลไกใดก็ตามต่อร่างกาย เช่น ยานอนหลับ อาจทำให้วังงซึมไม่ตื่น ยาบางชนิดที่มีผลให้ความดันต่ำลงเวลาลุกขึ้น เป็นต้น

สาเหตุทางจิตใจ

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า อาจรู้สึกหดหู่ ซึมเศร้า ไม่อยากทำกิจกรรมใดๆ ทำให้ไม่อยากลุกเดิน ผู้สูงอายุบางท่านที่เคยหกล้มมาก่อนอาจกลัวการหกล้มอีก จึงไม่กล้าลุกเดิน

ปัจจัยของสิ่งแวดล้อม

บางครั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์อาจมีส่วนทำให้ผู้ป่วยไม่ลุกเดิน เช่น ถ้าผู้สูงอายุเคยหกล้มหรือเดินเซๆ ผู้ดูแลอาจเกรงว่าผู้ป่วยจะหกล้มอีก จึงไม่ให้ผู้ป่วยลุกเดิน หรือการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาล ขอบกั้นเตียง สายน้ำเกลือ สายสวนปัสสาวะ สายให้อาหารทางจมูก อาจทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถลุกเดินได้สะดวก

นอกจากนั้นการที่ผู้สูงอายุไม่มีอุปกรณ์ช่วยเดินที่เหมาะสม อาจทำให้เดินได้ไม่มั่นคง ผู้สูงอายุจึงไม่เดิน สภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ไม่สะดวกต่อการเดินไปมา เช่น พื้นมีชิ้นต้องขึ้นลงบันได ก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่งได้

ปัญหาแทรกซ้อนของการอยู่นิ่งอยู่กับที่

การที่ร่างกายไม่ได้เคลื่อนไหวจนถึงกับอยู่ติดเตียง อาจส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ ของร่างกายดังนี้

1. ระบบผิวหนัง

ก. เกิดแผลกดทับได้ในบริเวณที่น้ำหนักกดลงไปมาก เช่น ที่ก้นกบ ตาตุ่ม สันเท้า ในบางรายที่มีกระดูกหลังโก่งมาก อาจเกิดแผลกดทับในบริเวณนั้นได้

ข. เกิดผื่นผิวหนังในบริเวณที่ถูกอูจจาระ ปัสสาวะกัดผิวได้

ค. เกิดเชื้อราตามข้อพับ ขาหนีบ ไตรามมผู้หญิง ซึ่งเป็นที่อับชื้น

2. ระบบข้อต่อ กระดูกและกล้ามเนื้อ อาจทำให้เกิดกล้ามเนื้อฝ่อลีบ ข้อยึด นอกจากนั้นจากการที่ไม่ได้มีการลงน้ำหนักตัวบนกระดูก ยังอาจทำให้เกิดกระดูกพรุนได้

3. ระบบการไหลเวียนเลือด

ก. ผู้ป่วยที่นอนราบอยู่นานๆ เมื่อต้องลุกขึ้น ความดันโลหิตอาจลดลงช่วงที่เพิ่งลุกเปลี่ยนท่าได้ หากลดมาก จะมีอาการมึนงง เวียนศีรษะ หน้ามืด ทรงตัวไม่ดีและอาจเกิดการหกล้มได้

ข. อาจทำให้เลือดไหลเวียนไม่ดี เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำได้ โดยสังเกตได้จากผู้สูงอายุ มีขาบวมข้างหนึ่ง ลิ่มเลือดอุดตันนี้อาจหลุดไปอุดตันหลอดเลือดที่ปอด ซึ่งเป็นภาวะที่มีอันตรายมาก เพราะจะทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อยจากระดับออกซิเจนในเลือดต่ำ อย่างทันทีทันใด หรืออาจช็อกได้

4. ระบบทางเดินหายใจ มีโอกาสเกิดปอดแฟบขึ้นได้ในอวัยวะบางส่วน โดยเฉพาะในผู้ที่มีเสมหะมาก เสมหะอาจอุดตันหลอดลมในปอดได้

5. ระบบทางเดินอาหาร อาจเบื่ออาหารได้ เนื่องจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง อาจมีอาการท้องผูก หรือบางรายถึงกับมีอุจจาระอุดตันในบริเวณทวารหนัก และเกิดอุจจาระไหลย้อนออกมาแบบกะปริบะปรอย

6. ระบบทางเดินปัสสาวะ อาจทำให้เกิดการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ จากปัสสาวะค้างค้างถ่ายออกได้ไม่หมด และเกิดการตกตะกอนของสารต่างๆ ในน้ำปัสสาวะเกิดเป็นนิ่วขึ้นได้ นอกจากนั้นผู้ที่ไม่ได้เคลื่อนไหว ยังอาจปัสสาวะเล็ดลาดกลั้นไม่อยู่ได้

7. ระบบเมแทบอลิก ผู้ป่วยอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงของส่วนประกอบต่างๆ ของร่างกายได้ เช่น มีปริมาตรของสารน้ำในเลือดลดลง ดุลไนโตรเจนลดลง ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้น และร่างกายจัดการกับยาที่ได้รับไม่เหมือนเดิม

8. การติดเชื้อ โดยผู้ที่ติดเชื้อ มักเกิดการติดเชื้อที่ทางเดินปัสสาวะ ติดเชื้อที่ปอด จากการสำลักอาหาร หรือติดเชื้อที่แผลกดทับ

9. ผลต่อจิตใจและอารมณ์ ผู้สูงอายุอาจมีอารมณ์ซึมเศร้า โดยจะเฉื่อย เฉย ไม่สนใจในสิ่งที่เคยสนใจอยู่เดิม รู้สึกเศร้าหมอง ท้อแท้ได้ สิ่งแวดล้อมที่ผู้สูงอายุได้รับรู้จะลดลง คือ การมองเห็นหรือได้ยินจะเป็นเฉพาะบริเวณในท้องที่ผู้สูงอายุอยู่เท่านั้น อาจมีอาการสับสนได้ง่าย

บรรณานุกรม

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. รู้จริงและเข้าใจ สุขภาพผู้สูงวัยและภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ:

ซีเอ็ด ยูเคชั่น; 2559.

5.3.7 กลุ่มอาการสูงอายุ : เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ขาดสารอาหารและกลืนลำบาก

ศาสตราจารย์ นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล

เบื่ออาหารและน้ำหนักลด

น้ำหนักลดที่สำคัญที่ไม่ได้เกิดจากการตั้งใจลดน้ำหนัก และลดเกินกว่าร้อยละ 5-10 ในช่วง 6-12 เดือน ถือว่ามีความสำคัญ น้ำหนักลดทำให้เกิดการขาดสารอาหาร ส่งผลให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพในด้านต่างๆ เช่น ซีด กระดูกพรุน กล้ามเนื้อพร่องและไม่มีแรง ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง เดินไม่มั่นคง หกล้ม แผลหายช้า แผลกดทับและภูมิคุ้มกันลดลง ติดเชื้อง่ายขึ้น นอกจากนั้นยังเพิ่มโอกาสการเสียชีวิตอีกด้วย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องหาสาเหตุของอาการเบื่ออาหารและน้ำหนักลด ไม่ใช่รับประทานยาเจริญอาหาร ซึ่งยานั้นอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงได้ เช่น มึนศีรษะ ซึม สับสน ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก บวม และยังไม่ได้เป็นการแก้ไขสาเหตุที่อาจซ่อนอยู่ แต่อย่างไรก็ตาม มีผู้สูงอายุส่วนหนึ่งหาสาเหตุที่แน่ชัดไม่พบ

สาเหตุของอาการน้ำหนักลดในผู้สูงอายุ

อาจแบ่งออกได้เป็น 3 สาเหตุหลัก คือ สาเหตุทางด้านร่างกาย สาเหตุทางด้านจิตใจและสาเหตุทางสังคมและเศรษฐกิจ

สาเหตุทางด้านร่างกาย

- โรคกระเพาะ เช่น มะเร็งปอด มะเร็งในทางเดินอาหาร มะเร็งในช่องปาก ทำให้เบื่ออาหาร น้ำหนักลดได้
- การเจ็บป่วยทางกายในช่วงนั้นๆ เช่น เพิ่งเจ็บป่วยเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาล ได้รับการผ่าตัด หรือ มีอาการติดเชื้อ จะทำให้เบื่ออาหารได้
- สมองเสื่อม และมีพฤติกรรมผิดปกติ เช่น เดินไม่ไหวในบ้าน เดินเร่ร่อนออกจากบ้าน หวาดระแวงไม่ยอมรับประทาน หรือสมองเสื่อมจนไม่สามารถรับประทานเอง หรือเคี้ยวและกลืนได้
- ความอยากอาหารลดลงจากความจำเป็นที่จะใช้พลังงานออกไปลดลง การเคลื่อนไหวที่ลดลง เช่น เกิดหลังการหกล้ม นอนติดเตียง
- ฟันหรือฟันปลอมไม่ดี เหงือกอักเสบ แผลในปากทำให้เคี้ยวไม่ถนัด เจ็บในช่องปาก
- กลืนลำบาก ใช้เวลาในการเคี้ยวและกลืนนาน บางครั้งมีการไอ กระแอมหรือ

สำคัญให้เห็นจากปัญหาการกลืน ซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากโรคทางระบบประสาทที่ทำให้การกลืนมีปัญหา เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน หรือมีกล้ามเนื้อการกลืนอ่อนแรงหรือมีบางรายมีอาการกลืนติดจากการอุดตันในหลอดอาหาร

- โรคระบบทางเดินอาหาร เช่น กรดไหลย้อน โรคกระเพาะอาหาร การย่อยอาหารและการขับถ่ายไม่ดี เป็นต้น
- โรคติดเชื้อ เช่น วัณโรค หรือการติดเชื้ออื่นๆ ก็มักทำให้ผู้สูงอายุเบื่ออาหารได้นาน
- อาการปวดตามร่างกาย อาจทำให้เกิดการเบื่ออาหารได้
- ยาหลายชนิดทำให้เบื่ออาหาร หรือรบกวนการดูดซึมของอาหาร เช่น ยาโรคหัวใจ ยาโรคเบาหวานบางชนิด ยารักษาภาวะสมองเสื่อม ยาปฏิชีวนะ ยารักษาอารมณ์ซึมเศร้า เป็นต้น นอกจากนั้น ยาบางชนิดเพิ่มเมแทบอลิซึมของร่างกายก็ทำให้น้ำหนักลดได้
- โรคตามระบบอื่นๆ เช่น ต่อมไทรอยด์เป็นพิษหรือทำงานน้อยเกินไป ซึ่งในผู้สูงอายุอาจมีอาการเบื่ออาหารได้ โรคเบาหวาน อาจทำให้น้ำหนักลดได้เช่นกัน โรคหัวใจวาย หอบหืด ไตวาย ตับวาย ทำให้เบื่ออาหาร
- เกิดทุพพลภาพทำให้ไม่สามารถจัด ปรง หรือตักอาหารรับประทานเองได้
- การควบคุมอาหารเฉพาะโรคอย่างเคร่งครัดเนื่องจากผู้ป่วยกังวลเกี่ยวกับโรคมาก เช่น มีโรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง จึงควบคุมอาหารจำนวนมากอย่างเคร่งครัด บางครั้งอาจทำให้ได้รับประทานแต่อาหารที่ไม่ถูกปาก ไม่คุ้นเคย และรับประทานได้ลดลง

สาเหตุทางด้านจิตใจ

- อารมณ์ซึมเศร้าหรือเศร้าโศกจากการสูญเสียคนที่รัก ทำให้เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ เศร้า ไม่สนใจจะทำกิจกรรมใดๆ เหมือนเคย
- ความเครียดหรือวิตกกังวล นอนไม่หลับ

สาเหตุทางสังคมและเศรษฐกิจ

- ปัจจัยทางเศรษฐกิจและครอบครัว เช่น ฐานะยากจน อยู่ในละแวกบ้านที่ไม่มีร้านค้าหรือตลาดขายอาหารอยู่บ้านคนเดียว ขาดผู้ดูแล ทำให้ไม่สามารถไปซื้อหาอาหารมาปรุงหรือรับประทานได้ตามที่ชอบ

คำแนะนำด้านโภชนาการในผู้สูงอายุ

1. ผู้สูงอายุ ต้องการพลังงานโดยเฉลี่ย 30 กิโลแคลอรีต่อน้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัมต่อวัน แต่ขึ้นกับการออกกำลังกายใช้พลังงานออกไป โดยปกติมีค่าระหว่าง 24-36 กิโลแคลอรี/กิโลกรัม/วัน หากเป็นผู้สูงอายุที่มีดัชนีมวลกายน้อยกว่า 21 กิโลกรัม/เมตร² ควรได้พลังงาน 32-38 กิโลแคลอรี/กิโลกรัม/วัน เป็นต้น
2. ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่มีโปรตีนอย่างน้อย 1.0 กรัม/กิโลกรัมของน้ำหนักตัว/วัน หากเป็นผู้สูงอายุที่มีอาการเจ็บป่วยเฉียบพลันหรือเรื้อรัง อาจต้องการโปรตีนเพิ่มเป็น 1.2-1.5 กรัม/กิโลกรัมของน้ำหนักตัว/วัน หรือหากเจ็บป่วยหนักรุนแรง หรือมีภาวะทุพโภชนาการอาจต้องได้ถึง 2 กรัม/กิโลกรัมของน้ำหนักตัว/วัน
3. รับประทานอาหารที่มีกากใย (fiber) มาก อย่างน้อยวันละ 25 กรัม เพื่อช่วยเรื่องการขับถ่าย
4. วิตามินและแร่ธาตุ โดยปกติไม่มีเกณฑ์เฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ โดยทั่วไปใช้เกณฑ์ของคนที่เป็นคนแข็งแรงวัยหนุ่มสาวถึงวัยกลางคน ซึ่งหากผู้สูงอายุไม่มีการขาดวิตามินหรือแร่ธาตุใดโดยเฉพาะก็ให้เกณฑ์นั้นได้ ยกเว้นบางวิตามินและแร่ธาตุที่ผู้สูงอายุมักจะขาดหรือได้ไม่เพียงพอ เช่น แคลเซียม ธาตุเหล็ก วิตามินบี 6 และ บี 12 อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุไทยไม่ค่อยขาดวิตามินบี 12 มากนัก แต่ขาดวิตามินบี 1, บี 2 และบี 3 (ไนอะซิน)
5. การจำกัดอาหารในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุมากกว่า 75 ปี) ซึ่งผลดีของการจำกัดอาหารต่อสุขภาพในระยะยาว อาจไม่เกิดขึ้น แต่อาจเกิดผลเสียทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการได้ จึงไม่ควรทำ ยกเว้นในภาวะที่จำเป็นมากๆ
6. ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการและขาดสารน้ำ ควรได้รับการประเมินหาสาเหตุที่อาจเป็นไปได้และให้การแก้ไข
7. หากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการรับประทานอาหารรับประทานเอง ควรมีผู้ช่วยในการป้อนอาหาร
8. ควรมีการประเมินภาวะทุพโภชนาการในผู้สูงอายุและหากมีความเสี่ยงหรือมีภาวะทุพโภชนาการ ควรให้การประเมินอย่างเป็นระบบและให้การดูแล ติดตาม เป็นระยะ
9. ควรมีการจัดบรรยากาศการรับประทานอาหาร ให้เหมือนอยู่ที่บ้าน สำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ได้อยู่ที่บ้าน อาจพักรักษาตัวในสถานพยาบาลหรือสถานพักฟื้นคนชรา เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีและการรับประทานอาหารได้มากขึ้น
10. ควรจัดมื้ออาหารให้มีการรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น สำหรับผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการหรือมีภาวะทุพโภชนาการอยู่แล้วเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี

และการรับประทานอาหารได้มากขึ้น

11. ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดทุพโภชนาการ ควรได้อาหารที่เสริมอาหารหรืออาหารว่างเพิ่มเติม

12. ผู้ที่มีปัญหาการเคี้ยวและการกลืน ควรให้อาหารที่มีพลังงานสูงปรับเนื้ออาหารให้อ่อนนุ่มหรือชิ้นเป็นเนื้อเดียวกัน เพื่อช่วยในการกลืน

13. ผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพโภชนาการหรือมีความเสี่ยงต่อการเกิดทุพโภชนาการโดยเฉพาะผู้ที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล หากได้รับคำแนะนำด้านโภชนาการและรับประทานอาหารเสริมอาหารแล้วยังไม่ดีขึ้น ควรได้รับอาหารเสริมทางปากเพิ่มเติม เพื่อเพิ่มอาหารที่รับประทานได้และน้ำหนักตัวโดยเฉพาะผู้ป่วยกระดูกสะโพกหัก ช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของทุพโภชนาการ การเสื่อมถอยของความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การเจ็บป่วยนอนโรงพยาบาล ป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยอาหารเสริมทางปากควรมีพลังงาน อย่างน้อย 400 กิโลแคลอรีต่อวันและมีโปรตีนอย่างน้อย 30 กรัมต่อวัน รับประทานติดต่อกัน 1 เดือนแล้วประเมินซ้ำ โดยอาจปรับชนิด รส กลิ่น เนื้ออาหาร และเวลาการรับประทานให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุแต่ละราย

14. หากคาดการณ์ว่าจะรับประทานไม่ได้ติดต่อกันอย่างน้อย 3 วันหรือรับประทานได้น้อยกว่าครึ่งหนึ่งเกิน 1 สัปดาห์ อาจพิจารณาให้อาหารทางสายยาง โดยหากคาดว่าน่าจะได้อาหารทางสายยางไม่เกิน 1 เดือน พิจารณาให้อาหารทางสายยางผ่านจมูก (NG tube) หากต้องได้อาหารทางสายยางนานกว่า 1 เดือน อาจพิจารณาให้เป็นสายให้อาหารทางหน้าท้อง (PEG) ยกเว้นแต่เป็นผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตอาจพิจารณาให้อาหารทางปากเท่าที่เป็นไปได้

15. ในช่วงสามวันแรกของการได้อาหารทางสายยางหรือสารอาหารทางหลอดเลือด ผู้ป่วยที่มีภาวะทุพโภชนาการอยู่เดิมควรได้รับการตรวจเลือดเพื่อวัดระดับฟอสเฟต แมกนีเซียม โพแทสเซียมและวิตามินบี 1 เนื่องจากอาจมีความผิดปกติได้

16. ควรให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายเพื่อคงมวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อไว้

อาการกลืนลำบาก

ผู้สูงอายุ อาจมีปัญหาการกลืนลำบากได้ร้อยละ 22 แต่ขึ้นกับอายุและปัญหาสุขภาพ ที่อาจทำให้เกิดโอกาสพบปัญหาการกลืนลำบากได้มากขึ้น ทำให้เกิดการขาดสารน้ำและอาหาร ปอดอักเสบติดเชื้อ มีโอกาสการเสียชีวิตมากขึ้น คุณภาพชีวิตลดลงและอาจเกิดการแยกตัวจากสังคมได้

อาการของผู้ที่มีปัญหาการกลืนลำบาก ที่อาจสังเกตได้ คือ

1. อาการไอ สำลัก ขณะกลืน
2. กระแอมเพื่อกำจัดเสมหะขณะกลืน
3. เสียงพูดไม่ชัดเจน เหมือนมีเสมหะปน
4. กลืนเจ็บ กลืนติด
5. น้ำลายไหลออกจากปาก มีอาหารและน้ำออกจากจมูก
6. มีอาหารค้างในกระพุ้งแก้ม
7. กลืนอาหารแต่ละคำ หลายครั้ง
8. ใช้เวลารับประทานอาหารนานขึ้น
9. น้ำหนักลด ขาดสารอาหาร
10. ปอดติดเชื้อบ่อยๆ จากการสำลัก

ข้อควรระวังในการรับประทานอาหารในผู้ที่มีปัญหาด้านการกลืน

- ทรวงตัวนั่ง (ถ้าเกือบ 90 องศา ได้ยิ่งดี) เมื่อดื่มน้ำหรือรับประทานอาหาร
- รับประทานเป็นคำเล็กๆ เช่น ครึ่ง ถึงหนึ่งช้อนชา ต่อครั้ง
- รับประทานช้าๆ รับประทานอาหารทีละอย่าง
- หลีกเลี่ยงการพูด ขณะรับประทาน
- หากใบหน้าอ่อนแรงครึ่งซีก ให้รับประทานอาหารทางฝั่งที่ไม่อ่อนแรง และเมื่อรับประทานเสร็จให้ตรวจดูว่ามีอาหารที่เหลืค้างในกระพุ้งแก้มและช่องปากที่ใดหรือไม่
- ทำกลืนที่ป้องกันอาหารลงหลอดลมได้แก่ ทำกัมศิริชะลงให้ค้างติดไปที่หน้าอก และเอนตัวไปข้างหน้า
- ไม่ควรปนอาหารแข็งและน้ำที่เหลวในอาหารเดียวกัน หรือให้ดื่มน้ำปริมาณมาก เพื่อให้กลืนอาหารแข็งได้ เนื่องจากอาจสำลักได้ง่ายขึ้น หากอาหารแข็ง แข็งเกินไป ควรให้รับประทานอาหารอ่อนเป็นเนื้อเดียวกัน
- รับประทานในบรรยากาศที่ผ่อนคลาย ไม่มีการเบี่ยงเบนความสนใจขณะกำลังเคี้ยวอาหาร
- หลังรับประทานอาหาร ควรนั่ง 90 องศาหากเป็นไปได้ หรือยืน เดิน อย่างน้อย 30-45 นาที เพื่อช่วยการย่อยอาหารและป้องกันการเกิดกรดไหลย้อน หรือสำลักอาหารหากเอนหลังนอนราบทันที

การรับประทานอาหารและดื่มน้ำของผู้สูงอายุสมองเสื่อม

1. การรับประทานอาหารไม่ควรตึงเครียดหรือรีบเร่ง ควรใช้เวลาให้ผู้สูงอายุในการรับประทานอาหารพอสมควร และไม่ควรมีสิ่งเบี่ยงเบนความสนใจผู้ป่วย เช่น เปิดทีวี วิทยุไปด้วย
2. มีความยืดหยุ่นในการรับประทานอาหาร ไม่ควรใช้เวลามากในการเตรียมอาหารที่เลิศเลอสวยงามจนเกินไป แต่ควรใช้เวลาในการรับประทานอาหารร่วมกันกับผู้ป่วยอย่างมีความสุข
3. ถ้าผู้สูงอายุกำลังมีอาการพลุ่งพล่านกระวนกระวาย อาการก้าวร้าว หรือหงุดหงิดง่าย อย่าพยายามฝืนให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารหรือดื่มน้ำ ให้ผู้ป่วยอารมณ์สงบลงก่อน จึงค่อยให้รับประทาน
4. ควรให้รับประทานเมื่อผู้สูงอายุไม่่วงหลับ หรือนอนศีรษะในแนวราบ
5. ระวังอย่าให้รับประทานอาหารที่ร้อนจัด เนื่องจากผู้สูงอายุอาจไม่สามารถรับทราบได้ว่าอาหารหรือเครื่องดื่มยังร้อนมาก
6. ถ้าผู้ป่วยเริ่มใช้ช้อน ส้อม ไม่เป็น พิจารณาให้รับประทานอาหารที่สามารถใช้นิ้วมือหยิบรับประทานได้สะดวก
7. หากต้องช่วยให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหาร ควรบอกผู้สูงอายุจะช่วยและเตือนความจำผู้ป่วยถึงรสชาติและกลิ่นของอาหาร
8. หากผู้สูงอายุมีอาการเบื่ออาหาร อาจเกิดได้จากหลายสาเหตุ อาทิเช่น
 - ก. ยาที่รับประทานอยู่ ตัวอย่างเช่น ยา cholinesterase inhibitors, metformin เป็นต้น
 - ข. ภาวะซึมเศร้า หรือ เบื่อ เหนงา
 - ค. มีความไม่สบายกายบางอย่าง เช่น ฟันโยก แผลที่ปาก เหงือกอักเสบ เป็นต้น
 - ง. มีปัญหาในการเคี้ยวและการกลืน
 - จ. ท้องผูก
 - ฉ. ความชอบของชนิดอาหารเปลี่ยนไป
 - ช. ไม่มีผู้ดูแล เช่น ผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่อยู่บ้านคนเดียว อาจมีปัญหาในการเตรียมอาหาร หรือผู้สูงอายุที่ไม่มีคนอยู่ด้วยในช่วงเวลากลางวัน แต่เตรียมอาหารไว้ให้ อาจไม่ได้รับประทานอาหารที่ญาติเตรียมไว้ให้ เป็นต้น

บรรณานุกรม

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. รู้จริงและเข้าใจ สุขภาพผู้สูงวัยและภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ:

ซีเอ็ด ยูเคชั่น; 2559.

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. การกลืนลำบากในผู้สูงอายุ. สมุทรปราการ: เอ็กสเพิร์ทอินเตอร์พรีนซ์;
2564.

5.3.8 กลุ่มอาการสูงอายุ : ปัสสาวะเล็ดราด

ศาสตราจารย์.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล

อาการปัสสาวะเล็ดราด คือการที่มีปัสสาวะปริมาณน้อยหรือมากก็ได้แต่เล็ดราดออกมาโดยไม่ตั้งใจ อาการนี้พบบ่อยมากในผู้สูงอายุจนหลายๆ ครั้งทั้งผู้ป่วยและญาติตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์อาจมองเป็นเรื่องปกติจากอายุ น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจะปรึกษาแพทย์เรื่องปัสสาวะเล็ดราด เนื่องจากคิดว่าปกติตามอายุ แต่แท้จริงแล้ว ถือว่าผิดปกติ หรืออาจคิดว่าเป็นเรื่องน่าอายไม่น่าเล่าให้ผู้อื่นฟัง และบางครั้งก็ไม่ว่างมีวิธีการรักษาหลายวิธีที่ได้ผล และมีวิธีการแก้ไขได้ โดยไม่ใช่จะเป็นการรักษาด้วยการผ่าตัดเท่านั้น ยังมีการรักษาวิธีอื่นอีกมากสำหรับภาวะนี้

ชนิดของอาการปัสสาวะเล็ดราด

1. ปัสสาวะเล็ดราดเมื่อมีแรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น เช่น ไอ จาม เบ่ง กระโดดหรือยกของหนัก เป็นต้น โดยเกิดจากมีการเพิ่มขึ้นของแรงดันในช่องท้องส่งผลต่อกระเพาะปัสสาวะ ทำให้มีปัสสาวะปริมาณไม่มากนักเล็ดออกมา พบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย โดยสาเหตุที่สำคัญในผู้หญิงคือ การเคยคลอดบุตร ซึ่งมีผลทำให้กระบังลมหย่อน สำหรับในผู้ชายพบได้น้อยกว่า แต่ที่พบบ่อยเกิดตามหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมาก

2. ปัสสาวะเล็ดราดเมื่อปวดปัสสาวะ และมีความต้องการจะปัสสาวะทั้งๆ ที่เพิ่งปัสสาวะไปไม่นาน แต่จะปวดปัสสาวะบ่อย ซึ่งบางครั้งถูกกระตุ้นให้ปวดปัสสาวะจากการเปลี่ยนท่าทาง ได้ยินเสียงน้ำไหล เป็นต้น อาจเกิดจากมีความผิดปกติของผนังกระเพาะปัสสาวะมีความไวเกินในการบีบตัว มีการอักเสบ ติดเชื้อ มีเนื้องอกหรือมะเร็งของกระเพาะปัสสาวะ หรือการควบคุมทางระบบประสาทผิดปกติ ทำให้กระเพาะปัสสาวะบีบตัวทั้งที่ยังมีปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะไม่มาก เช่น ในผู้ที่มีโรคหลอดเลือดสมอง โพรงสมองคั่งน้ำ เป็นต้น

3. ปัสสาวะเล็ดราดจากการที่มีปัสสาวะล้นกระเพาะปัสสาวะ ภาวะนี้จะพบในผู้ที่มีปัสสาวะล้นกระเพาะปัสสาวะจนท้นออกมา จะพบว่ามัก่อนบริเวณท้องน้อยจากกระเพาะปัสสาวะขยายตัว พบในผู้สูงอายุที่ระบบประสาทควบคุมการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะเสียไป เช่น ผู้ที่มีโรคเบาหวานที่เป็นมานานจนระบบประสาทอัตโนมัติเสียไป หรือผู้สูงอายุที่มีโรคที่ประสาทไขสันหลัง หรือในผู้ที่มีการอุดตันของทางออกของปัสสาวะ ทำให้แบ่งปัสสาวะ

ไม่ออก เช่น ในผู้ที่มีต่อมลูกหมากโตและเกิดการบวมอุดทางออกของกระเพาะปัสสาวะ หรือในผู้ที่มีท่อปัสสาวะตีบ

4. ปัสสาวะเล็ดราด โดยที่ไม่มีความผิดปกติของระบบควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะโดยตรง แต่เกิดจากปัญหาทางสมองในการคิดอ่าน เช่น สมองเสื่อม หาดังน้ำไม่พบ ไม่ทราบ ว่าตนเองต้องเข้าห้องน้ำ หรือมีอาการซึม สับสนเฉียบพลัน หรือมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ทำให้ไม่สามารถไปห้องน้ำได้ทัน เช่น มีปัญหาเข้าเสื่อม เดินลำบากหรือแขนขาอ่อนแรง จากโรคทางระบบประสาท เป็นต้น

การตรวจประเมิน

เมื่อมาพบแพทย์ แพทย์จะซักประวัติเกี่ยวกับความผิดปกติของการปัสสาวะ โรคต่างๆ ที่มี การผ่าตัดในอดีต การใช้ยา แล้วตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม เพื่อหาสาเหตุของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และหาสาเหตุที่แก้ไขได้ การตรวจร่างกายที่สำคัญ ได้แก่ การตรวจทางหน้าท้อง แพทย์อาจตรวจทางทวารหนักเพื่อคลำต่อมลูกหมากในผู้ชาย และตรวจทางช่องคลอดในผู้หญิง ตลอดจนตรวจระบบประสาทในการควบคุมการปัสสาวะ และการเคลื่อนไหว ให้ลองโอแล้วดูว่ามีปัสสาวะเล็ดหรือไม่ และสวนปัสสาวะหลังจากผู้ป่วยปัสสาวะเองแล้ว เพื่อดูว่ามีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะที่ผู้สูงอายุปัสสาวะเองได้ไม่หมดหรือไม่ เป็นต้น การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ คือ การตรวจปัสสาวะ เพื่อดูว่ามีการอักเสบ ติดเชื้อหรือมีเลือดปนหรือไม่

การรักษา

การรักษาขึ้นอยู่กับสาเหตุของปัสสาวะเล็ดราด เช่น หากปัสสาวะเล็ดราดเมื่อมีแรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น จากกระบังลมหย่อน อาจให้ฝึกขมิบก้น ซึ่งจะเป็นการบริหารกระบังลมของช่องเชิงกรานไปด้วย หรือหากปัสสาวะเล็ดราด เมื่อปวดปัสสาวะ และมีความต้องการจะปัสสาวะต่างๆ ที่เพ่งปัสสาวะไปไม่นาน ก็อาจฝึกให้กลั้นปัสสาวะให้นานขึ้น หรือใช้ยาเพื่อลดการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น

สิ่งที่ผู้สูงอายุควรปฏิบัติเพื่อลดการเกิดปัสสาวะเล็ดราด

1. การงดแอลกอฮอล์ คาเฟอีน เนื่องจากกระตุ้นให้ปัสสาวะบ่อย
2. งดอาหารที่มีความเป็นกรดสูง
3. งดยาขับปัสสาวะเพราะจะทำให้มีปัสสาวะเล็ดราดมากขึ้น
4. ควบคุมโรคประจำตัวให้ดี เช่น ผู้ที่มีโรคเบาหวานควรคุมระดับน้ำตาลให้ดี เพื่อจะได้ไม่มีปัสสาวะมากและเกิดปัสสาวะบ่อย

5. หลีกเลี้ยงการท้องผูก รับประทานผัก ผลไม้เป็นประจำ
6. ออกกำลังกายการเคลื่อนไหวเป็นประจำ
7. ควบคุมน้ำหนักตัว
8. ตรวจและรักษาโรคต่อมลูกหมากโต

บรรณานุกรม

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. รู้จริงและเข้าใจ สุขภาพผู้สูงวัยและภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ด ยูเคชั่น; 2559.

หมวดที่ 6

แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล



วัตถุประสงค์การเรียนรู้การสอน

6.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล

เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในเนื้อหาวิชา ดังนี้

- 6.1.1 ความเครียดและการจัดการความเครียดในผู้ช่วยดูแล
- 6.1.2 การดูแลตนเองของผู้ช่วยดูแล
- 6.1.3 บทบาทและหน้าที่ของผู้ช่วยดูแล
- 6.1.4 จริยธรรมของผู้ช่วยดูแล

6.2 กฎหมายว่าด้วยสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องในเนื้อหาวิชา

ดังนี้

- 6.2.1 กฎหมายว่าด้วยสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
- 6.2.2 กฎหมายเกี่ยวกับการประกันสังคม

6.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล

รศ.ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์

เกริ่นนำ

ผู้ให้บริการในกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงมีหลายประเภท แต่ผู้ให้บริการที่พบมีสัดส่วนมากที่สุดก็คือ “ผู้ช่วยดูแล” ในบทนี้จะกล่าวถึง ความหมายและประเภทของผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความเข้าใจและนำไปใช้ที่ถูกต้องในเชิงวิชาการ การความเครียดในผู้ดูแล การดูแลตนเองของผู้ดูแล บทบาทและหน้าที่ และจริยธรรมผู้ดูแลและการดำรงรักษาผู้ดูแล ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความหมายของผู้ดูแล

เนื่องด้วยคำว่า “ผู้ดูแล” เป็นคำที่มีความหมายค่อนข้างกว้าง และในเชิงปฏิบัติ จะใช้กับผู้ดูแลเฉพาะกลุ่ม จึงทำให้เกิดความสับสนในการใช้คำ ผู้ดูแล แบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ^{8,10} คือ ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ และผู้ดูแลที่เป็นทางการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal carers/caregiver) หมายถึง กลุ่มผู้ที่ให้การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันต่างๆ แก่ผู้รับบริการโดยที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน การดูแลอาจยาวนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน ไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน แต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความสำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ มักมีความสัมพันธ์ทางการสมรส หรือจากครอบครัว เช่น คู่สมรส ลูกหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน จากการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นสามีหรือภรรยาและมักเป็นผู้สูงอายุด้วยกันทั้งคู่ สามารถแบ่งตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้สูงอายุและปริมาณการช่วยเหลือที่ให้ และเอกสารทางวิชาการส่วนใหญ่จะเรียกผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการเหล่านี้ว่า ผู้ดูแล หรือ Caregiver ซึ่งเป็นผู้ดูแลที่แท้จริง

2. ผู้ดูแลที่เป็นทางการ (formal carers/caregiver) หมายถึง กลุ่มผู้ดูแลที่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อนและได้รับเงินเป็นการตอบแทน สามารถแบ่งตามความเป็นวิชาชีพ (ดูแผนภาพที่ 1) ดังนี้

2.1) ผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ (professional caregiver) มีองค์กรวิชาชีพกำกับดูแล และช่วยเหลือสมาชิก ผู้ดูแลกลุ่มนี้มักเป็นผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการดูแลทางด้านสุขภาพ เป็นสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้นผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพในที่นี้ก็คือ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ให้การดูแลโดยได้รับค่าตอบแทน

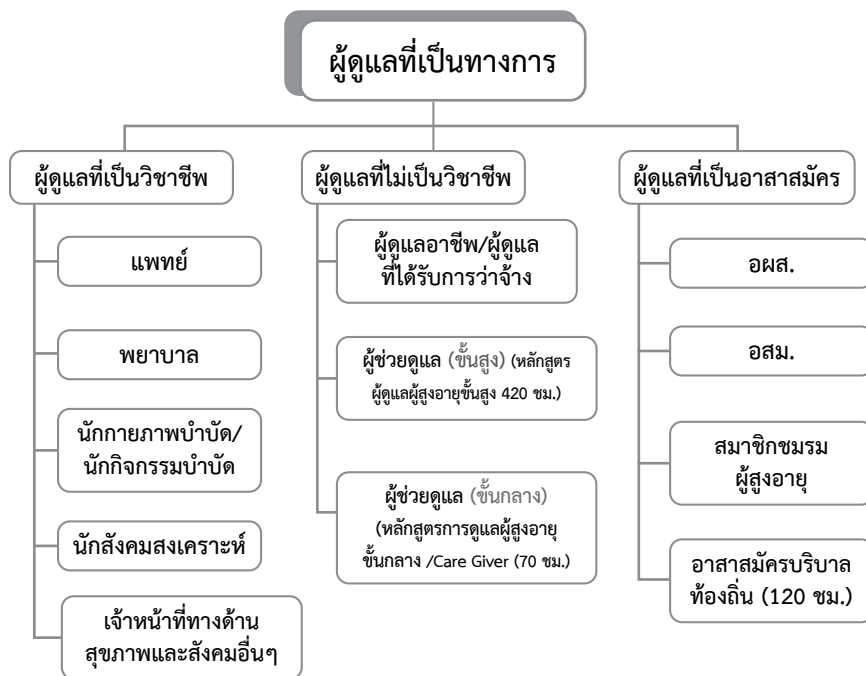
2.2) ผู้ดูแลที่ไม่เป็นวิชาชีพ (non-professional caregiver) หรือผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้าง (paid caregiver) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

2.2.1) ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม หมายถึงกลุ่มให้บริการดูแลที่ไม่ใช่วิชาชีพ แต่เคยผ่านการฝึกอบรมมาหลักสูตรการดูแลจากสถาบันการศึกษาต่างๆ มาก่อนและให้การดูแลผู้อื่นโดยได้รับค่าจ้าง สำหรับในประเทศไทยที่ผ่านมาจะเรียกผู้ที่จบจากหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง หรือ 3 เดือน นี้ว่า “ผู้ดูแล (Caregiver)” ซึ่งเป็นผู้ช่วยเหลือดูแล หรือ พนักงนให้การดูแล จึงก่อให้เกิดความสับสนกับผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการได้

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศที่มีการพัฒนาระบบผู้ดูแลที่เป็นรูปธรรมแล้ว เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา จะใช้คำว่า “ผู้ช่วยการพยาบาล (Nursing assistant: NA)” หรือ “ผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้าง (Paid caregiver)” ในประเทศแคนาดาจะใช้คำว่า “ผู้ช่วยดูแลแบบต่อเนื่อง (continuing care assistant: CCA)” ในประเทศสหราชอาณาจักร จะใช้คำว่า “ผู้ช่วยดูแลด้านสุขภาพ (Health care assistants: HCA)” และบางครั้งอาจใช้ชื่ออื่นขึ้นอยู่กับการะหน้าที่รับผิดชอบ จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่จะมีคำว่า Care assistant รวมด้วยเสมอ ซึ่งต่อมากกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน กระทรวงแรงงาน ได้เปลี่ยนจากการใช้คำว่า “ผู้ดูแล” มาใช้คำว่า “ผู้ช่วยดูแล” หรือ “Care assistant” ที่สามารถเป็นได้ทั้งผู้ช่วยดูแลด้านสุขภาพและสังคม เพื่อป้องกันความสับสน และสอดคล้องกับคำที่ใช้ในต่างประเทศ ดังนั้นจึงควรใช้คำว่า “ผู้ช่วยดูแล (care assistant)” แทนผู้ดูแลกลุ่มนี้

2.2.2) ผู้ดูแลที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อนแต่เข้ามาทำหน้าที่ในการให้การดูแลร่วมกับการทำงานบ้าน ดูแลกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยใช้ทักษะพื้นฐานของตนเองและประสบการณ์ชีวิตในการให้การดูแล ในประเทศไทยจะพบว่าผู้ดูแลที่รับการว่าจ้างดูแลอยู่ตามบ้านที่ไม่มีประกาศนียบัตรการจบการฝึกอบรมจากโรงเรียนบริบาลที่ได้รับการรับรองจากกระทรวงศึกษาธิการ แต่ยังไม่ทราบจำนวนที่ชัดเจน

3. ผู้ดูแลอาสาสมัคร เป็นผู้ดูแลจากหน่วยงานที่ได้รับการจัดตั้งขึ้นอย่างเป็นทางการ และเคยผ่านการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน อย่างไรก็ตามต่อมาเริ่มมีการจ่ายค่าตอบแทนเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการเดินทาง เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ที่ได้รับเงินค่าตอบแทนเดือนละ 600 บาท หรืออาสาสมัครนักรบิบาลท้องถิ่น จะได้รับเงินเดือนละ 9,000 บาท จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในชุมชนโดยใช้เวลาฝึกอบรม 120 ชั่วโมง



แผนภาพที่ 1 แสดงประเภทของผู้ดูแลที่เป็นทางการ⁷

ดังนั้น ผู้ดูแลในที่นี้จะหมายถึง ผู้ดูแลที่เป็นทางการ ที่ผ่านการฝึกอบรมในหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง หรือ 3 เดือน และได้รับค่าตอบแทนในการดูแล เพื่อให้ถูกต้องตามหลักวิชาการและสอดคล้องคำที่ใช้เรียกในต่างประเทศ ในบทนี้จะเรียกผู้ที่จบหลักสูตรนี้ว่า “ผู้ช่วยดูแล”

6.1.1 ความเครียดและการจัดการความเครียดในผู้ช่วยดูแล

ความเครียดจากการทำงานหรือการให้บริการสามารถพบได้ในทุกอาชีพ อย่างไรก็ตามในแต่ละอาชีพมีสาเหตุของความเครียด และวิธีการจัดการกับความเครียดแตกต่างกันไป รวมทั้งวิธีการเฝ้าระวังป้องกันความเครียดและวิธีการธำรงรักษาบุคลลาการอะไรบางอย่าง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ความหมายของความเครียด

ความเครียดคืออะไร อาการอะไรที่บ่งบอกว่าบุคคลนั้นๆ มีความเครียดเกิดขึ้น ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ว่า ความเครียด (stress) เป็นภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ และทำให้รู้สึกถูกกดดัน ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ กลัว วิตกกังวล ตลอดจนถูกบีบคั้น เมื่อบุคคลรับรู้หรือประเมินว่าปัญหาเหล่านั้นเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจ หรืออาจจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย จะส่งผลให้สภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเสียไป⁴

สาเหตุของความเครียด

ภาวะเครียดจะพบได้บ่อยในสถานการณ์ในการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ให้บริการในการอธิบายสาเหตุของความเครียดในครั้งนี้ ผู้เขียนได้ใช้แนวคิดกระบวนการของภาวะเครียดของ Pearlin et al. (1990) ประกอบไปด้วย สิ่งเร้า ตัวกลาง และผลลัพธ์ ร่วมกับผลการศึกษาวิจัยของ ศิริพันธุ์ สาสัจย์ และคณะ (2552) และศิริพันธุ์ สาสัจย์, ทัศนาศูววรรณ ปกรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์ (2552) มาสังเคราะห์และปรับปรุงกระบวนการของภาวะเครียดในผู้ให้บริการ ดังต่อไปนี้ (ดูแผนภาพที่ 3)

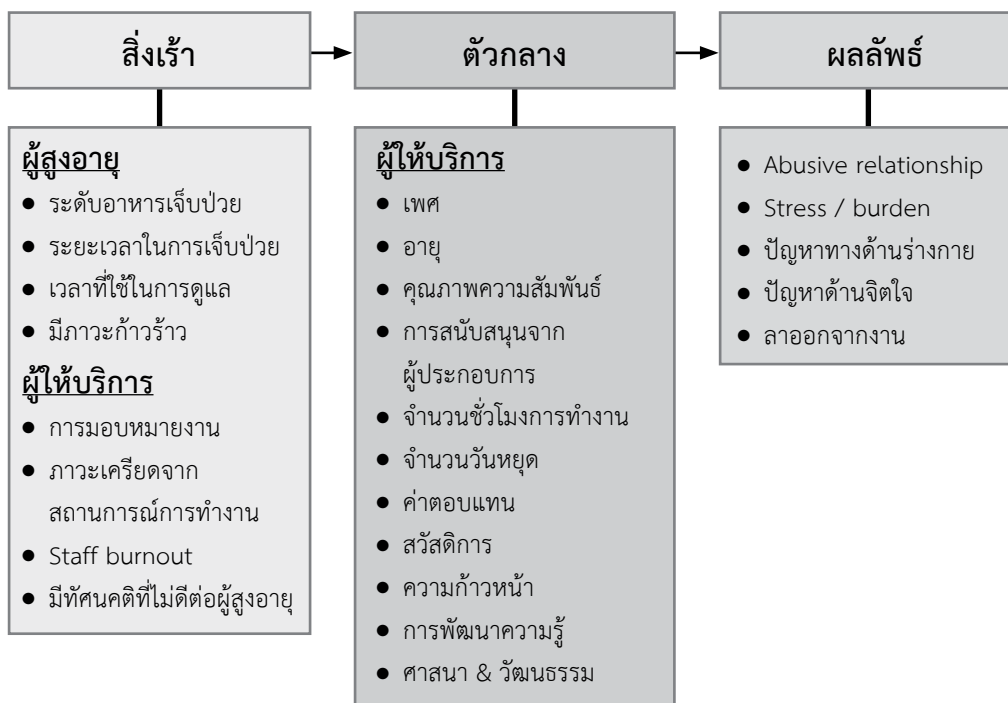
1) สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดภาวะเครียด ที่เป็นปัจจัยที่เป็นก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ดูแลหรือผู้ให้บริการมาจาก 2 สาเหตุใหญ่คือ

1.1) ด้านผู้สูงอายุหรือผู้พักอาศัย (resident) หากมีอาการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน มีภาวะพึ่งพา และมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยมานาน ต้องใช้เวลาในการดูแลเพิ่มขึ้นหรือมีปัญหาด้านพฤติกรรมที่ก้าวร้าว จะส่งผลให้ผู้ให้บริการมีภาวะเครียดมากขึ้น

1.2) ด้านผู้ให้บริการ ปัจจัยการมอบหมายงานให้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลยซ้ำๆ ทุกวัน ปริมาณงานที่มากทำให้มีเวลาหยุดพักน้อย งานที่ต้องใช้ทักษะในการทำงาน สถานการณ์ การทำงานมีภาวะตึงเครียด ผู้ให้บริการรู้สึกหมดไฟในการทำงาน (staff burnout) และมีทัศนคติเชิงลบ ต่อผู้สูงอายุ ปัจจัยเหล่านี้จะเป็นสิ่งเร้าที่จะทำให้ผู้ให้บริการมีภาวะเครียดได้

2) ตัวกลาง ที่เป็นตัวที่จะส่งเสริมหรือลดภาวะเครียดลงได้ เช่น ผู้ให้บริการเพศหญิงมักจะพูดระบายความคับข้องใจมากกว่าเพศชาย ผู้ให้บริการที่มีอายุมากกว่ามักจะมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ และมีประสบการณ์การดูแลที่มากกว่า ผู้รับบริการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้บริการและให้ความร่วมมือที่ดี ผู้ประกอบการ/ผู้ดำเนินการให้การสนับสนุนในการทำงาน มีจำนวนชั่วโมงการทำงานที่ไม่ยาวนานจนเกินไป เป็นไปตามข้อบังคับของกระทรวงแรงงาน มีจำนวนวันหยุดที่เหมาะสมไม่แตกต่างจากผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาลหรือหน่วยงานราชการ มีสวัสดิการการทำงานที่ดี มีการส่งเสริมความก้าวหน้าในการทำงาน สนับสนุนให้มีการฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอ การนับถือศาสนาและวัฒนธรรม ปัจจัยเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ให้บริการมีภาวะเครียดลดลง

3) ผลลัพธ์ เช่น ผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความสัมพันธ์ในทิศทางของการทารุณกรรม (abusive relationship) ผู้ให้บริการมีภาวะเครียด (stress) หรือรู้สึกว่าผู้รับบริการเป็นภาระ (burden) ผู้ให้บริการมีปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจมากขึ้น และอาจทำให้ผู้ให้บริการตัดสินใจลาออกจากงานได้



แผนภาพที่ 3 แสดงแนวคิดกระบวนการของภาวะเครียดในผู้ให้บริการ^{6, 5, 11}

ผลกระทบจากภาวะเครียด

1) ทางด้านร่างกาย ภาวะที่เครียดเกิดขึ้นจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติทำให้เกิดอาการ หน้ามืด เป็นลม เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หลอดเลือดอุดตัน โรคอ้วน แผลในกระเพาะอาหาร เมื่อบุคคลตกอยู่ในความเครียดเป็นเวลานาน จะทำให้สุขภาพร่างกายเลวลงเนื่องจากเกิดความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมน ซึ่งเป็นชีวเคมีที่สำคัญต่อมนุษย์ เพราะทำหน้าที่ช่วยควบคุมการทำงานของระบบต่างๆ ภายใน ขณะเกิดความเครียดจะทำให้ต่อมใต้กระดูกกระตุ้น ทำให้ต่อมหมวกไตหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) เพิ่มขึ้น จะทำให้เกิดอาการทางกายหลายอย่างแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ตั้งแต่ปวดศีรษะ ปวดหลัง อ่อนเพลีย หากบุคคลนั้นต้องเผชิญกับความเครียดที่รุนแรงมากๆ อาจส่งผลให้บุคคลเสียชีวิตได้เนื่องจากระบบการทำงานที่ล้มเหลวของร่างกาย⁴ สำหรับผู้ให้บริการ อาการที่อาจพบได้ เช่น ปวดหลังจากการอุ้ม ยก พยุงเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ และเป็นอาการที่สื่อไปถึงภาวะเครียดด้วย พักผ่อนไม่เพียงพอจากการอยู่เวรที่ติดต่อกันนานๆ ร่างกายอ่อนเพลีย จะทำให้มีปัญหาสุขภาพได้

2) ด้านจิตใจ บุคคลที่เครียดภาวะจิตใจจะเต็มไปด้วยการหมกมุ่นครุ่นคิด ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ใจลอย ขาดสมาธิ ความระมัดระวังในการทำงานหายไปเป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

จิตใจขุนมัว โมโหโกรธง่าย สูญเสียความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง เคร้าซึม คับข้องใจ วิตกกังวล ขาดความภูมิใจในตนเอง ในบางรายที่ตกอยู่ในภาวะเครียดอย่างยาวนานมาก อาจก่อให้เกิดอาการทางจิต จนกลายเป็นโรคจิตโรคประสาทได้ เนื่องจากการเผชิญต่อภาวะเครียดเป็นเวลานานฮอร์โมนคอร์ติซอลที่มีปริมาณเพิ่มขึ้น จะทำให้เซลล์ประสาทฝ่อและลดจำนวนลง โดยเฉพาะในสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับกับความจำและสติปัญญา ความเครียดจึงทำให้ทำให้ความจำและสติปัญญาลดลง และยังมีผลต่อการทำงานของระบบสารสื่อประสาทที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์และพฤติกรรมโดยเฉพาะสารสื่อประสาทจึงทำให้เกิดอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลกว่าเวลาปกติ⁴ จากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือนอนติดเตียง มองเห็นภาวะสุขภาพที่ถดถอยลงของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล ทำให้ผู้ให้บริการรู้สึกเศร้า บางครั้งรู้สึกผิดหลังจากแสดงอาการไม่พอใจเมื่อผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือ อาจรู้สึกโกรธตัวเอง รู้สึกว่าการทำงานในสถานดูแลระยะยาวไม่ได้รับการยอมรับหรือยกย่องเท่ากับการทำงานในโรงพยาบาล น้อยเนื้อต่ำใจที่ตนเองต้องมาทำงานแบบนี้นานาเบื่อ หรือรู้สึกโดดเดี่ยวที่ไม่มีเวลาว่างที่จะไปพบปะเพื่อน ๆ

3) ด้านพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายดังที่กล่าวในข้างต้น ไม่เพียงแต่จะทำให้ระบบการทำงานของร่างกายผิดปกติ ยังทำให้พฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลเปลี่ยนแปลงด้วย เช่น บุคคลที่เครียดมากๆ บางรายจะมีอาการเบื่ออาหารหรือบางรายอาจจะรู้สึกง่วงตัวเองหิวอยู่ตลอดเวลา และทำให้มีการบริโภคอาหารมากกว่าปกติ มีอาการนอนหลับยากหรือนอนไม่หลับหลายคืนติดต่อกัน ประสิทธิภาพในการทำงานน้อยลง เริ่มปลีกตัวจากสังคม และเผชิญกับความเครียดอย่างโดดเดี่ยว บ่อยครั้งบุคคลจะมีพฤติกรรมปรับตัวต่อความเครียดในทางที่ผิด เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ดื่มยา เล่นการพนัน การเปลี่ยนแปลงของสารเคมีบางอย่างในสมองทำให้บุคคลมีพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้น ความอดทนเริ่มลดลงพร้อมที่จะเป็นศัตรูกับผู้อื่นได้ง่าย อาจมีการอาละวาดขว้างปาข้าวของ ทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายร่างกายตนเอง หรือหากบางรายที่เครียดมากอาจเกิดอาการหลงผิดและตัดสินใจแบบชั่ววูบนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด⁴

4) ทางด้านเศรษฐกิจสังคม ด้วยการดูแลผู้สูงอายุเป็นงานค่อนข้างหนัก แต่มีค่าตอบแทนต่ำ ไม่ได้รับการยกย่องในบทบาทเพื่อเทียบกับผู้ปฏิบัติงานที่เป็นวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล และอื่นๆ ผู้ให้บริการที่มีภาวะเครียดจากภาวะเหนื่อยล้าจากการทำงาน มีปัญหาสุขภาพนำไปสู่การลาหยุดงานและการขาดงาน มีรายได้ลดลง หรือบางรายลาออกจากงานเพื่อไปทำอาชีพอื่น ส่งผลทำให้ผู้ให้บริการมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมตามมา

การจัดการความเครียด

ในการจัดการกับความเครียดควรมีการวิเคราะห์หาสาเหตุ และพิจารณาแก้ไขที่สาเหตุ หากไม่สามารถแก้ไขปัญหาด้วยตัวเองได้ก็ควรขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น สำหรับผู้ช่วยดูแลมีแนวทางในการช่วยเหลือดังต่อไปนี้

1) การหมุนเวียนความรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ (rotation) โดยมอบหมายผู้ช่วยดูแลรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง หมุนเวียนกันไประหว่างการดูแลในแต่ละสัปดาห์หรือในแต่ละเดือน เพื่อป้องกันไม่ให้อาการของผู้สูงอายุที่มีภาวะนอนติดเตียงที่ต้องการการช่วยเหลือดูแลแบบสูงสุดอยู่ตลอดเวลา ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดได้

2) จัดให้มีวันหยุดประจำอาทิตย์ และการลาพักร้อน เพื่อจะได้หยุดพักเป็นระยะๆ อย่างสม่ำเสมอเพื่อลดภาวะเครียดสะสม

3) เปิดโอกาสให้ผู้ช่วยดูแลระบายความคับข้องใจ โดยการมีผู้รับฟังที่ดีจะช่วยให้ลดความเครียดลงได้

4) แนะนำวิธีการจัดการกับความเครียด เช่น การฝึกคลายเครียด โดยการฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกการหายใจ เป็นต้น

5) จัดอบรมเพิ่มทักษะจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของผู้รับบริการ

6) เผื่อระวังอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าของตนเอง เช่น อาการปวดหลัง นอนไม่หลับ การต้องใช้ยานอนหลับ การดื่มสุรา หรือสูบบุหรี่มากขึ้น

7) แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลให้ชัดเจน

8) บริการให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม

8.1) บริการให้คำปรึกษารายบุคคล โดยมีนักจิตวิทยาให้คำปรึกษาในหน่วยงาน หรือมีผู้ดำเนินการ/หัวหน้างาน/supervisor ให้คำปรึกษาระหว่างการทำงาน

8.2) บริการให้คำปรึกษารายกลุ่ม จัดให้มีการประชุมทีมผู้บริหาร และผู้ช่วยดูแลเพื่อพูดคุยปัญหาอุปสรรคในการทำงานและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

9) จัดกลุ่มสนับสนุน (support group) ผู้ช่วยดูแลเป็นประจำทุกเดือน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเกื้อหนุน และให้กำลังใจ

การป้องกันการกระทำทารุณแรง

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ปรับปรุง พ.ศ. 2553 ในมาตรา 11 กล่าวว่า “ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนในด้านต่างๆ” ในวงเล็บ 8

กล่าวไว้ว่า

“การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรม หรือแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายหรือถูกทอดทิ้ง”²

พระราชบัญญัตินี้ได้กล่าวถึงสิทธิของผู้สูงอายุที่จะได้รับให้การคุ้มครอง จากการถูกทารุณกรรม หรือแสวงหาผลประโยชน์หรือการทอดทิ้ง ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของบุคลากร ผู้ให้บริการทุกคนจะต้องตระหนักถึงและป้องกันการทารุณกรรมและการทอดทิ้งในสถาน บริการด้วย

1) ความหมายของการทารุณกรรม

การทารุณกรรม หมายถึง การกระทำเพียงครั้งเดียวหรือการกระทำซ้ำ หรือการดำเนินการที่ ขาดความเหมาะสม ที่เกิดขึ้นในความสัมพันธ์ใดๆ อันเนื่องมาจากความคาดหวังที่ไว้วางใจ ซึ่งทำให้เกิดอันตรายหรือความทุกข์ ให้กับผู้สูงอายุ (WHO, 2002) การทารุณกรรมมีหลาย ประเภท ที่พบบ่อย เช่น การทอดทิ้ง (neglect) พบร้อยละ 70 การทารุณกรรมทางจิตใจ (emotional Abuse) พบร้อยละ 35 การแสวงหาผลประโยชน์ทางการเงินโดยมิชอบ ด้วยกฎหมาย (financial abuse) พบร้อยละ 30 การทารุณกรรมทางร่างกาย (physical abuse) พบร้อยละ 25 เป็นต้น

2) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการทารุณกรรมในกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือ ผู้มีภาวะพึ่งพิง

2.1) ผู้รับบริการ/ผู้สูงอายุ มักพบในเพศหญิง มีภาวะพึ่งพา มีการสูญเสียหน้าที่ ของร่างกาย มีปัญหาในการเดิน เคยมีประวัติความรุนแรงมาก่อน มีพฤติกรรมก้าวร้าว ยั่วแหย่

2.2) ผู้ให้บริการ อาจพบได้ในคนที่มีประวัติการติดสารยา มีอาการป่วยทางจิต เครียด แยกตัว ไม่มีประสบการณ์การดูแลมาก่อนทำให้เกิดภาวะเครียด หรือมีประวัติความรุนแรง

2.3) สิ่งแวดล้อม เช่น การขาดการสนับสนุนจากสถานประกอบการหรือผู้ให้บริการ การมีอคติต่อการสูงอายุ เป็นต้น

3) สาเหตุของการทารุณกรรมในกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง แบ่งออกเป็น

3.1) ภาวะเครียดจากสถานการณ์การทำงาน เช่น จากภาระงานการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีภาวณอนตติเตียงเป็นการทำงานที่หนัก มีจำนวนชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน

3.2) ผู้ให้บริการมีภาวะหมดไฟในการทำงาน (Staff burnout)

3.3) ผู้รับบริการมีภาวะก้าวร้าว เช่นผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรม ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล

3.4) มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้สูงอายุ เช่นการมองการสูงอายุที่มีแต่ความเสื่อมถอย ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เป็นภาระ ไม่มีชีวิตชีวา

4) การป้องกันการทารุณกรรมในกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

4.1) การป้องกันระดับปฐมภูมิ เป็นการมุ่งเป้าไปที่ประชาชนทั่วไป โดยประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องการทารุณกรรม สร้างความตระหนักแก่สังคม และการรณรงค์ทางสื่อเพื่อบอกให้ประชาชนรู้วิธีการและสถานที่ที่สามารถรายงานหากสงสัยว่ามีการทารุณกรรมเกิดขึ้น

4.2) การป้องกันระดับทุติยภูมิ เป็นการให้บริการแก่ครอบครัวหรือบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงสูงในการกระทำทารุณกรรม เช่น การให้ความรู้ การทำกลุ่มสนับสนุนผู้ที่เคยถูกทารุณกรรม และแนะนำแหล่งประโยชน์

5) การบริการและการให้การช่วยเหลือ

กรณีที่พบเห็นการกระทำทารุณกรรม สามารถรายงานหรือขอความช่วยเหลือไปยังหน่วยงาน ศูนย์บริการที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้⁸

5.1) ศูนย์ประชาบดีและศูนย์ช่วยเหลือสังคม ให้บริการช่วยเหลือในกรณีที่มีการกระทำรุนแรงต่อเด็ก สตรี ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส การกระทำรุนแรงทางเพศ การใช้แรงงานเด็ก การค้ามนุษย์ มีการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรภาครัฐ เอกชน มูลนิธิและเครือข่ายภาคประชาชน มีจุดรับบริการและระบบส่งต่อ สายด่วน 1300

5.2) ศูนย์เฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม สังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ทำหน้าที่ในการเก็บสถิติข้อมูลและรายงานปัญหาทางสังคม

5.3) กรมกิจการผู้สูงอายุ ทำหน้าที่รับเรื่องร้องเรียนและให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ

5.4) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุและสถานสงเคราะห์คนชราต่างๆ ที่ตั้งอยู่ทั่วประเทศ

5.5) สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ที่อยู่ในแต่ละจังหวัด

5.6) สายด่วนกรมสุขภาพจิต ให้บริการแก่ประชาชนทั่วไปและผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ตลอด 24 ชั่วโมง โทร 1667

5.7) หน่วยงานเอกชนอื่นๆ เช่น สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย
สภาสตรีแห่งชาติ มูลนิธิศูนย์ฮอตไลน์ เป็นต้น

6.1.2 การดูแลตนเองของผู้ช่วยดูแล

มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ช่วยดูแลจะต้องดูแลตนเองเพื่อให้มีความพร้อมในการทำงาน โดยการใส่ใจ หมั่นตรวจสอบสุขภาพร่างกายและจิตใจของตนเองอย่างสม่ำเสมอ^{10,8} ดังต่อไปนี้

1. สังเกตภาวะสุขภาพของตัวเองอยู่เสมอ หากพบความผิดปกติเกิดขึ้นต้องรีบเข้ารับการรักษาโดยเร็ว เนื่องจากผู้ช่วยดูแลต้องมีภาวะสุขภาพร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่เป็นโรคติดต่อ หรือมีภาวะทุพพลภาพ เพื่อที่จะสามารถให้บริการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

2. มีเวลาหยุดพักจากการดูแล (time off from caring) อย่างสม่ำเสมอ เป็นการหาเวลาปลีกตัวจากผู้รับการดูแล^{10,8} เพื่อเป็นการผ่อนคลาย และมีเวลาพักจากภาระงานที่หนัก ที่ต้องใช้ทักษะทั้งกำลังกายและกำลังใจในการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานบริบาลที่ผู้พักอาศัยเกือบทั้งหมดมีภาวะพึ่งพา ช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือมีภาวะนอนติดเตียง

3. การคลายความเครียด เช่น การนอนหลับเป็นวิธีการคลายเครียดที่ดีที่สุด การนวดคลายเครียด ธาราบำบัด การทำงานอดิเรก การบำบัดด้วยกลิ่นหอม การเล่นโยคะ การนั่งสมาธิ และพบปะเพื่อนฝูงอย่างสม่ำเสมอ

4. การรับประทานอาหารที่ดีและถูกสุขลักษณะ ช่วยในการเสริมสร้างและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกายทำให้ร่างกายมีความสมบูรณ์ แข็งแรง สามารถปฏิบัติงานได้ดีขึ้น

5. การออกกำลังกาย ผู้ช่วยดูแลควรมหาเวลาออกกำลังกายเป็นประจำ เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงให้กำลังร่างกายและทำให้เกิดการผ่อนคลาย เพิ่มพูนกำลังสำรองของร่างกาย ช่วยให้ร่างกายมีความพร้อมในการทำงานในแต่ละวันได้ดียิ่งขึ้น

6. เข้ารับการตรวจร่างกายประจำปี เพื่อติดตามภาวะสุขภาพและความผิดปกติของร่างกายตนเอง เพื่อใช้ในการวางแผนการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และได้รับการรักษาโดยเร็ว

6.1.3 บทบาทและหน้าที่ของผู้ช่วยดูแล

การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย ของ ศิริพันธ์ สาสัต์ยและคณะ (2552) พบว่า ผู้ให้บริการในสถานดูแลระยะยาวที่พบมากที่สุดคือ ผู้ช่วยดูแล พบร้อยละ 30 รองลงมาคือ พยาบาล และ พี่เลี้ยง พบจำนวนเท่ากันคือร้อยละ 18.5 และที่พบน้อยที่สุด คือ

นักกิจกรรมบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ พบจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 2 (ดูตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ประเภทของผู้ให้บริการแบ่งตามสาขาวิชาชีพและอาชีพ⁶

ประเภทของวิชาชีพ/อาชีพ	จำนวน(คน)	ร้อยละ
แพทย์	6	3.0
นักกายภาพบำบัด	8	4.0
นักกิจกรรมบำบัด	4	2.0
สังคมสงเคราะห์	4	2.0
พยาบาล	37	18.5
ผู้ช่วยพยาบาล	22	11.0
ผู้ช่วยดูแล	60	30.0
พี่เลี้ยง	37	18.5
อื่นๆ (เช่น คนครัว พนักงานซักรีด คนสวน พนักงานขับรถ)	22	11.0
รวม	200	100

จากพระราชบัญญัติ (พรบ.) สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 ในหมวดที่ 3 ยังไม่มีประกาศบทบาทและหน้าที่ของผู้ให้บริการของกรมสนับสนุนบริการ ผู้เขียนจึงนำ บทบาทและหน้าที่ของพนักงานให้การดูแล (ผู้ช่วยดูแล) ซึ่งเป็นผู้ให้บริการหลักในสถาน ประกอบการเพื่อสุขภาพ จากประกาศสภาการพยาบาล พ.ศ. 2561 มาปรับใช้ ดังนี้

บทบาทและหน้าที่ของผู้ช่วยดูแลหรือพนักงานให้การดูแล ประกอบด้วย

1. งานที่มอบหมายให้กระทำเป็นประจำ

- (1) รับโทรศัพท์ ต้อนรับญาติผู้ใช้บริการ
- (2) ตอบรับสัญญาณที่ผู้ใช้บริการเรียก
- (3) ทำความสะอาดเตียง เปลี่ยนผ้าปูที่นอน ฯลฯ
- (4) ดูแลสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ใช้บริการให้สะอาดและปลอดภัย
- (5) เตรียมอาหาร เสิร์ฟ และทำความสะอาดภาชนะใส่อาหาร
- (6) รับ-ส่งผู้ใช้บริการที่ช่วยเหลือตัวเองได้ และอยู่เป็นเพื่อนผู้ใช้บริการ
- (7) ดูแลทำความสะอาดเครื่องใช้ในกิจวัตรประจำวันของผู้ใช้บริการให้

มีจำนวนเพียงพอ และจัดเก็บตามลำดับก่อนหลังให้เรียบร้อย

(8) ดูแลและทำความสะอาดเครื่องมือและอุปกรณ์ในการรักษาพยาบาล ตามมาตรฐาน ที่กำหนดเพื่อให้มีสภาพพร้อมใช้ตลอดเวลา เช่น รถเข็น ที่นอนป้องกันแผลกดทับ

เครื่องพ่นยา

2. งานเฉพาะที่ได้รับมอบหมายให้กระทำโดยปฏิบัติร่วมกับบุคลากรในสถานบริการ

(1) ช่วยผู้ใช้บริการที่รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ในการดูแลอนามัยส่วนบุคคล เช่น อาบน้ำ ขับถ่าย เช็ดตัวลดไข้

(2) ดูแลผู้ใช้บริการได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ เช่น ป้อนอาหารให้อาหารทางสายยางทางจมูกที่ทำเป็นกิจวัตร

(3) ช่วยเตรียมน้ำดื่ม เทปัสสาวะ และบันทึกจำนวนน้ำเข้า-ออก

(4) ช่วยจัดทำในการตรวจและคลุมผ้า จัดแสงไฟ ช่วยถือเครื่องมือในการตรวจและอยู่กับผู้ใช้บริการขณะตรวจ

(5) ช่วยเคลื่อนย้ายในการใช้รถนั่ง รถนอน พยุงเดิน

(6) เมินสภาพร่างกายเบื้องต้นอย่างง่าย เช่น สุขอนามัยในช่องปาก ภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มลักษณะผิวหนังที่ผิดปกติ การใช้เครื่องมือดิจิทัลวัดสัญญาณชีพ (V/S)

(7) การฟื้นฟูตามแผนการรักษาที่เป็นกิจวัตร เช่น การเคลื่อนไหว การจัดทำ พลิกตัว การบริหารร่างกาย ข้อและกล้ามเนื้อ (passive and active exercise) และการนวดเพื่อความสบาย

(8) การช่วยผู้ดำเนินการในการทำกิจกรรมการดูแล

(9) ช่วยทำความสะอาดร่างกายผู้ใช้บริการที่ถึงแก่กรรม

6.1.4 จริยธรรมของผู้ช่วยดูแล

โดยทั่วไปแล้ว ผู้ให้บริการที่รวมถึงผู้ช่วยดูแลจะต้องประพฤติและปฏิบัติให้สอดคล้องกับปรัชญาของสถานบริการ ซึ่งส่วนใหญ่จะปลูกฝังให้ดูแลผู้สูงอายุเสมือนญาติผู้ใหญ่ของตนเอง และให้ความเคารพผู้อาวุโสตามขนบธรรมเนียมประเพณีไทย นอกจากนี้ ผู้ช่วยดูแลเป็นผู้ที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบอย่างเป็นทางการ หรือได้รับมอบหมายให้ทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ ควรคำนึงถึงจริยธรรมและจรรยาบรรณในอาชีพของตนเอง และใช้เป็นกรอบในการกำกับควบคุมความประพฤติ ทำให้สามารถทำงานได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และมีมาตรฐาน จากการศึกษาของ วรณาลักษณ์ เมียนเกิด (2557) พบประเด็นจริยธรรมในการดูแลของผู้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุ ที่ผู้ช่วยดูแลควรนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. การเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ เข้าใจในคุณค่าของผู้สูงอายุ ยอมรับในสิทธิและเข้าใจความต้องการที่หลากหลายของผู้สูงอายุซึ่งการเข้าใจและยอมรับผู้สูงอายุในสิ่งที่

เป็นเท่ากับเป็นการเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุแล้ว

2. การไม่เลือกปฏิบัติ ผู้ช่วยดูแลต้องให้ความสำคัญกับการไม่เลือกปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็นผู้สูงอายุยากดีมีจน จะเป็นญาติของตนเองหรือไม่ก็ตาม ผู้ช่วยดูแลต้องให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน

3. การตัดสินใจด้วยตนเองของผู้สูงอายุ โดยยึดหลักการที่ให้อิสระในการกำหนดจุดหมายของตนเองและรับผิดชอบในการเลือกและการกระทำของผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุมีสสิทธเสรีภาพของตนเอง หากผู้ช่วยดูแลหรือผู้ให้บริการวางแผนให้บริการสิ่งใด จำเป็นต้องให้ผู้สูงอายุยินยอมหรือเห็นด้วย ต้องสอบถามความสมัครใจของผู้สูงอายุและผู้ดูแลผู้สูงอายุก่อนเสมอ

การรักษาความลับ ผู้ช่วยดูแลควรตระหนักถึงจรรยาบรรณนี้ค่อนข้างมาก เนื่องจากเป็นสิทธิของผู้สูงอายุที่สมควรได้รับการดูแลที่ต้องการคงไว้ซึ่งความเป็นส่วนตัว ไม่นำเรื่องราวของผู้สูงอายุและครอบครัวไปเผยแพร่หรือเล่าให้ผู้อื่นฟังในวงกว้าง แต่หากมีความจำเป็นต้องประสานขอความช่วยเหลือจากภาคส่วนอื่นก็ได้ขออนุญาตจากผู้สูงอายุรายนั้นก่อนเสมอ การรักษาความลับจะเชื่อมโยงกับความไว้วางใจที่ผู้สูงอายุและผู้ดูแลได้มอบให้แก่ผู้ปฏิบัติงาน ผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุจะต้องดำเนินการดูแลอย่างมีอาชีพและมีมาตรฐานในการทำงาน

6.1.5 การธำรงรักษาผู้ดูแล

ด้วยการดูแลผู้สูงอายุเป็นการทำงานที่หนัก ทำงานในสถานบริการที่ค่อนข้างปิด มีโอกาสพบปะผู้คนน้อย จึงพบว่าผู้ช่วยดูแลมีอัตราการลาออกสูง หลายคนลาออกไปทำงานโรงงาน หรือทำงานในสถานเสริมสวย อัตราการผลิตไม่เพียงพอกับความต้องการ ทำให้ขาดบุคลากรในด้านนี้จำนวนมาก ดังนั้นนอกจากควรเพิ่มการผลิตบุคลากรในด้านนี้แล้ว ยังมีความจำเป็นที่ต้องมีการธำรงรักษาผู้ช่วยดูแลให้คงอยู่ในอาชีพนี้ต่อไปให้นานที่สุดเท่าที่จะนานได้ วิธีการธำรงรักษาผู้ช่วยดูแลที่จะกล่าวต่อไปนี้ได้มาจากการทำสนทนากลุ่มผู้ให้บริการที่เป็นผู้ช่วยดูแล จากการวิจัยของ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ (2552) ดังต่อไปนี้

1. สิทธิสวัสดิการ สิ่งที่ผู้ช่วยดูแลต้องการ คือ ได้รับเงินเดือนที่เหมาะสม มีค่าล่วงเวลา มีนโยบายการเลิกจ้างที่ชัดเจน มีเวลาการเข้างาน-เลิกงานที่ตรงเวลา และมีจำนวนวันหยุดเสาร์-อาทิตย์และวันหยุดวันนักขัตฤกษ์ เหมือนงานอื่นๆ หากไม่ได้หยุดก็ควรได้ค่าแรงเพิ่ม

2. ส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่อง ผู้ช่วยดูแลต้องการให้มีการจัดประชุมวิชาการที่เป็นการเพิ่มพูนความรู้ และวิทยาการใหม่ๆ และต้องการให้ผู้บริหารเปิดโอกาสไปเข้ารับการอบรมด้วย

3. การพัฒนาทักษะที่ควรมี สิ่งที่อยู่ช่วยดูแลต้องการคือ การพัฒนาทักษะในการดูแลจากข้อจำกัดด้านความรู้และสมรรถนะ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการทำงานเพิ่มมากขึ้น

4. เปิดโอกาสให้มีการรวมกลุ่มสังสรรค์ และจัดโปรแกรมการท่องเที่ยวกับบุคลากรในอาชีพเดียวกัน เพื่อเป็นการผ่อนคลายความเครียดจากการทำงาน และเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างเพื่อนร่วมงานให้มีความแน่นแฟ้นมากยิ่งขึ้น

5. สร้างความเข้มแข็งให้กับกลุ่มผู้ช่วยดูแล⁷ โดยการ

1) สนับสนุนให้เมืองครีวชิพที่เกี่ยวข้องร่วมมือกันในการกำหนดขอบเขตการปฏิบัติของผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุให้ชัดเจน

2) สนับสนุนให้มีการแบ่งระดับผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุตามสมรรถนะที่พึงประสงค์

3) สร้างจิตสำนึกการมีวุฒิภาวะ และความยึดมั่นผูกพันในอาชีพแก่ผู้ช่วยดูแลที่สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตร

4) สนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมหรือสมาคมผู้ช่วยดูแล โดยที่เป็นชมรมของผู้ช่วยดูแลที่แท้จริง เพื่อเป็นกระบอกเสียงของสมาชิก

5) ส่งเสริมให้ผู้ช่วยดูแลมีโอกาสในการพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ

6) จัดทำ Website ประชาสัมพันธ์การทำงานผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้มีคนรู้จักและเข้าใจบทบาทและหน้าที่ของผู้ช่วยดูแลเพิ่มขึ้น

สรุป

เนื่องจากผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นผู้ช่วยดูแล ซึ่งเป็นผู้ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง เป็นหลักสูตรที่ได้รับการรับรองจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการสุขภาพของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เนื่องจากงานบริการดูแลผู้สูงอายุเป็นงานที่หนัก มีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน มักทำให้ผู้ช่วยดูแลมีภาวะเครียด เมื่อทราบสาเหตุของความเครียดจึงควรได้รับการแก้ไขเพราะจะนำไปสู่ภาวะความรุนแรงในกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งปัญหาสุขภาพร่างกาย จิตใจ และนำไปสู่การลาออกจากงานบริการของผู้ช่วยดูแลได้ จึงต้องมีการธำรงรักษาผู้ช่วยดูแลให้อยู่กับนานให้ได้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้เพื่อเป็นการเตรียมบุคลากรรองรับสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ของประเทศต่อไป

บรรณานุกรม

- พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 กฎกระทรวงกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข.
- ราชกิจจานุเบกษา. กฎกระทรวงกำหนดให้กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นกิจการอื่นในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2563 ลง ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2563; 2563. เล่ม 137 ตอนที่ 61 ก หน้า 7-9
- วรรณลักษณ์ เมียนเกิด. การปฏิบัติการดูแล และคุณค่าทางจริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลตำบลบางสีทอง จังหวัดนนทบุรี. ดุษฎีนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิตสาขาวิชาสหวิทยาการ วิทยาลัยสหวิทยาการ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2557.
- ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์. ความเครียด และวิธีแก้ความเครียด. คลังความรู้สุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. เมื่อวันที่ 15 ธันวาคม 2564. ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชน. เข้าถึงได้http://healthydee.moph.go.th/view_article.php?id=1435.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวในประเทศไทย นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2552.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปกรณ์, เตือนใจ ภักดีพรหม, ผ่องพรรณ อรุณแสง และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อผู้สูงอายุ (มส.ผส.) ภายใต้สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2552.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ประนอม รอดคำดี และเตือนใจ ภักดีพรหม. การพัฒนารูปแบบการประกันคุณภาพผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ, วารสารสภาการพยาบาล 2553; 25(1): 38-52.
- ศิริพันธุ์ สาสัตย์. การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2564.
- สภาการพยาบาล. ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง นโยบายสภาการพยาบาลเกี่ยวกับกำลังคนในทีมการพยาบาล ประกาศ ณ วันที่ 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2561; 2561.
- Parker, G. Counting care: Numbers and types of informal carers. In J. Twigg, (ed) Carers: Research & practice, London: HMSO; 1992.

Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J. and Skaff, M.M. Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures 1990;
The Gerontologist, Vol. 30, No. 5, pp. 583-594.

WHO. Missing voices: Views of older persons on elder abuse. Geneva: WHO; 2002.

6.2 กฎหมายว่าด้วยสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

กองกฎหมาย

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

6.2.1 พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 และที่แก้ไขเพิ่มเติม

กฎหมายว่าด้วยสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เป็นกฎหมายเกี่ยวกับการส่งเสริมพัฒนา ควบคุม กำกับมาตรฐานสถานประกอบการเพื่อสุขภาพให้มีคุณภาพมาตรฐาน เพื่อเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคด้านการบริการสุขภาพซึ่งประกอบด้วยกิจการสปา กิจการนวด เพื่อสุขภาพและเพื่อเสริมความงาม และปัจจุบันได้มีการออกกฎกระทรวงกำหนดให้กิจการ การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง เป็นอีกประเภทหนึ่งของกิจการภายใต้พระราชบัญญัติ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เพื่อให้กิจการดังกล่าวดำเนินการให้ได้มาตรฐาน โดยควบคุม ตั้งแต่ผู้ประกอบการผู้ดำเนินการ วิธีการให้บริการที่มีคุณภาพทั้งเครื่องมือ อุปกรณ์ และ ผู้ให้บริการที่ได้รับการอบรมตามมาตรฐาน ซึ่งส่งผลให้การให้บริการของสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพดำเนินไปอย่างมีคุณภาพ มาตรฐาน อันจะเป็นการคุ้มครองผู้บริโภคต่อไป

ความหมายของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 มาตรา 3 กำหนด นิยาม “สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ” หมายความว่า สถานที่ที่สร้างขึ้นเพื่อดำเนินกิจการ ดังต่อไปนี้

(1) กิจการสปา อันได้แก่ บริการที่เกี่ยวกับการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพ โดยวิธีการบำบัดด้วยน้ำและการนวดร่างกายเป็นหลัก ประกอบกับบริการอื่นตามที่กำหนด ในกฎกระทรวงอีกอย่างน้อยสามอย่าง (กฎกระทรวงกำหนดบริการอื่นในกิจการสปา พ.ศ. 2560) เว้นแต่เป็นการดำเนินการในสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือ การอาบน้ำ นวด หรืออบตัวที่เป็นการให้บริการในสถานอาบน้ำ นวด หรืออบตัวตามกฎหมาย ว่าด้วยสถานบริการ

(2) กิจการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงาม เว้นแต่การนวดเพื่อสุขภาพ หรือเพื่อเสริมความงามในสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือในหน่วย บริการสาธารณสุขของหน่วยงานของรัฐ หรือการนวดที่เป็นการให้บริการในสถานอาบน้ำ นวดหรืออบตัวตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการ

(3) กิจกรรมอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง ซึ่งปัจจุบันมีกฎกระทรวงกำหนดให้ กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นกิจกรรมอื่นในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2563

บุคลากรที่เกี่ยวข้องในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

1. ผู้รับใบอนุญาต หมายความว่า ผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ได้แก่ ผู้เป็นเจ้าของกิจการ

2. ผู้ดำเนินการ หมายความว่า ผู้ได้รับใบอนุญาตให้ดำเนินการบริหารจัดการ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ซึ่งก็คือผู้ที่ทำหน้าที่ในลักษณะเป็นผู้จัดการในกิจการนั้นๆ

3. ผู้ให้บริการ หมายความว่า ผู้ได้รับการขึ้นทะเบียนให้ทำหน้าที่บริการเพื่อสุขภาพ ในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ซึ่งทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการในกิจการนั้นๆ

คุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของผู้ขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการ

ผู้ขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพต้องมีอายุ ไม่น้อยกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์ และไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

1. เป็นบุคคลล้มละลาย
2. เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ
3. เป็นผู้เคยต้องคำพิพากษาถึงที่สุดว่า เป็นผู้กระทำความผิดในความผิดเกี่ยวกับเพศตาม ประมวลกฎหมายอาญา ความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด ความผิดตามกฎหมายว่า ด้วยการป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ หรือความผิดตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกัน และปราบปรามการค้าประเวณี
4. เป็นผู้เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่ออันเป็นที่รังเกียจแก่สังคม โรคพิษสุราเรื้อรัง หรือ ตติยาเสพติดให้โทษ
5. เป็นผู้อยู่ในระหว่างถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ
6. เป็นผู้เคยถูกเพิกถอนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และยังไม่พ้นกำหนดสองปีนับถึงวันยื่นคำขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ

กรณีที่นิติบุคคลผู้มีอำนาจจัดการแทนนิติบุคคลต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะ ต้องห้ามดังกล่าวข้างต้นด้วย

คุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการ

คุณสมบัติ

1. มีอายุไม่ต่ำกว่า 20 ปีบริบูรณ์
2. ได้รับวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรด้านการบริการเพื่อสุขภาพที่ได้รับการรับรองจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
3. ผ่านการทดสอบและประเมินความรู้ความสามารถจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ลักษณะต้องห้าม

1. เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ
2. เป็นผู้เคยต้องคำพิพากษาถึงที่สุดว่า เป็นผู้กระทำความผิดในความผิดเกี่ยวกับเพศ หรือความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สินตามประมวลกฎหมายอาญา ความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด ความผิดตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ หรือความผิดตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการค้าประเวณี
3. เป็นผู้เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่ออันเป็นที่รังเกียจแก่สังคม โรคพิษสุราเรื้อรัง หรือติดยาเสพติดให้โทษ
4. เป็นผู้อยู่ในระหว่างถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการเป็นผู้เคยถูกเพิกถอนใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการ และยังไม่พ้นกำหนดหนึ่งปีนับถึงวันยื่นคำขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการ
5. เป็นผู้เคยถูกเพิกถอนใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการ และยังไม่พ้นกำหนดหนึ่งปีนับถึงวันยื่นคำขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการ

คุณสมบัติและลักษณะต้องห้ามของผู้ขอขึ้นทะเบียนเป็นให้บริการ

คุณสมบัติ

1. มีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์
2. ได้รับวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรด้านการบริการเพื่อสุขภาพที่ได้รับการรับรองจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ลักษณะต้องห้าม

1. เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ
2. เป็นผู้เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่ออันเป็นที่รังเกียจแก่สังคม โรคพิษสุราเรื้อรัง หรือติดยาเสพติดให้โทษ

หน้าที่ของผู้ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการ (ตามมาตรา 28)

- (1) แสดงใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย ณ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ระบุไว้ในใบอนุญาต
- (2) จัดให้มีผู้ดำเนินการอยู่ประจำสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตลอดเวลาทำการ พร้อมทั้งแสดงชื่อผู้ดำเนินการไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย
- (3) จัดทำทะเบียนประวัติผู้ดำเนินการและผู้ให้บริการ
- (4) รักษามาตรฐานด้านสถานที่ ความปลอดภัย และการให้บริการให้เป็นไปตามที่ได้รับอนุญาต
- (5) รับผู้ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการตามมาตรา ๒๒ เท่านั้นเข้าทำงานในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
- (6) โฆษณาเกี่ยวกับการให้บริการเพื่อสุขภาพในลักษณะ ดังต่อไปนี้
 - (ก) ใช้ข้อความโฆษณาอันเป็นเท็จ หรือโอ้อวดเกินความเป็นจริง
 - (ข) โอ้อวดสรรพคุณของการบริการเพื่อสุขภาพ หรืออุปกรณ์ ผลิตภัณฑ์ และเครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ อันเป็นส่วนประกอบในการให้บริการว่าสามารถบำบัด รักษา หรือป้องกันโรคได้ หรือใช้ถ้อยคำอื่นใดที่มีความหมายในทำนองเดียวกัน
 - (ค) โฆษณาในประการที่น่าจะก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการให้บริการเพื่อสุขภาพ
 - (ง) โฆษณาที่มีลักษณะส่อไปในทางลามกอนาจาร
- (7) ควบคุมดูแลมิให้สถานประกอบการเพื่อสุขภาพก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อาศัยในบริเวณใกล้เคียง
- (8) ห้ามมิให้มีการจัดสถานที่หรือสิ่งอื่นใดสำหรับให้ผู้ให้บริการแสดงตนเพื่อให้สามารถเลือกผู้ให้บริการได้
- (9) ควบคุมดูแลมิให้มีการลักลอบหรือมีการค้าประเวณี หรือมีการกระทำหรือบริการที่ขัดต่อกฎหมาย ความสงบเรียบร้อย และศีลธรรมอันดีในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
- (10) ห้ามมิให้หรือยินยอมหรือปล่อยปละละเลยให้มีการจำหน่ายหรือเสพเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
- (11) ห้ามมิให้หรือยินยอมหรือปล่อยปละละเลยให้มีการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
- (12) ห้ามมิให้หรือยินยอมหรือปล่อยปละละเลยให้ผู้มีอาการมีนเมาจนประพฤติน่ารุนราวหรือครองสติไม่ได้เข้าไปในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพระหว่างเวลาทำการ

(13) ห้ามมิให้หรือยินยอมหรือปล่อยปละละเลยให้มีการนำอาวุธเข้าไป
ในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

หน้าที่ของผู้ดำเนินการ (ตามมาตรา 29)

(1) ห้ามมิให้หรือยินยอมหรือปล่อยปละละเลยให้มีการกระทำความผิดเกี่ยวกับยา
เสพติดในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จัดทำคู่มือปฏิบัติงานสำหรับบริการหรือคู่มือการใช้
อุปกรณ์ ผลิตภัณฑ์ และเครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ และพัฒนาผู้ให้บริการให้สามารถให้บริการ
ได้ตามคู่มือที่จัดทำขึ้น

(2) ควบคุมดูแลการบริการ อุปกรณ์ ผลิตภัณฑ์ และเครื่องมือเครื่องใช้ต่างๆ
ให้ได้มาตรฐาน ถูกสุขลักษณะ และใช้ได้อย่างปลอดภัย

(3) สอบถามและบันทึกข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน และคัดกรองผู้รับบริการเพื่อ
จัดบริการที่เหมาะสมแก่สุขภาพของผู้รับบริการ

(4) ควบคุมดูแลผู้ให้บริการให้ปฏิบัติตามคู่มือการปฏิบัติงานอย่างเคร่งครัด
และควบคุมดูแลมิให้ผู้ให้บริการออกไปให้บริการนอกสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในเวลา
ทำงาน

(5) จัดให้มีมาตรการดูแลความปลอดภัยในการทำงาน และป้องกันมิให้ผู้รับบริการ
ผู้ให้บริการ และบุคคลซึ่งทำงานในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพถูกล่วงละเมิดทางเพศ

(6) ควบคุมดูแลมิให้มีการลักลอบหรือมีการค้าประเวณี หรือมีการกระทำ
หรือบริการที่ขัดต่อกฎหมาย ความสงบเรียบร้อย และศีลธรรมอันดีในสถานประกอบการ
เพื่อสุขภาพ

(7) ห้ามมิให้หรือยินยอมหรือปล่อยปละละเลยให้มีการจำหน่ายหรือเสพเครื่องดื่ม
แอลกอฮอล์หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

(8) ห้ามมิให้หรือยินยอมหรือปล่อยปละละเลยให้มีการกระทำความผิดเกี่ยวกับ
ยาเสพติดในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

(9) ห้ามมิให้หรือยินยอมหรือปล่อยปละละเลยให้ผู้มีอากรมึนเมาจนประพฤติน
รุนแรงหรือครองสติไม่ได้เข้าไปในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพระหว่างเวลาทำการ

(10) ห้ามมิให้หรือยินยอมหรือปล่อยปละละเลยให้มีการนำอาวุธเข้าไปใน
สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

หน้าที่ของผู้ให้บริการ

ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 มิได้มีบทบัญญัติ

กำหนดหน้าที่ของ ผู้ให้บริการไว้เป็นการเฉพาะ แต่อย่างไรก็ตาม การให้บริการของผู้ให้บริการ จะต้องดำเนินการตามมาตรฐานที่ได้รับการฝึกอบรม และอยู่ภายใต้การควบคุมดูแลของผู้ประกอบการหรือผู้ดำเนินการ เพื่อควบคุมการให้บริการเป็นไปอย่างมีมาตรฐาน และเกิดความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการต่อไป

สาระสำคัญของกฎหมายเกี่ยวกับกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง เป็นสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภทหนึ่ง ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 มาตรา 3(3) บทนิยาม สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ โดยมีการออกกฎกระทรวงกำหนดให้กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นกิจการอื่นในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2563 ซึ่งมีผลใช้บังคับตั้งแต่วันที่ 27 มกราคม 2564

“กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง” หมายความว่า กิจการที่ให้บริการเกี่ยวกับการดูแล ส่งเสริม พัฒนาสุขภาพ หรือประคับประคองผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีปัญหาด้านสุขภาพ โดยวิธีการจัดกิจกรรมในระหว่างวัน หรือการช่วยเหลือในการดำรงชีวิต หรือการจัดสถานที่เพื่อพำนักอาศัย หรือสถานที่เพื่อพำนักอาศัย หรือสถานที่บริบาลดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง เว้นแต่เป็นการดำเนินการในสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง แบ่งเป็น 3 ลักษณะ

(1) การให้บริการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงระหว่างวัน ที่มีการจัดกิจกรรมการดูแล ส่งเสริม และพัฒนาสุขภาพแก่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยไม่มีการพักค้างคืน

(2) การให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยจัดให้มีที่พำนักอาศัย

(3) การให้บริการดูแลและประคับประคองผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ที่มีการจัดกิจกรรมการดูแล ส่งเสริม และพัฒนาสุขภาพแก่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยมีการพักค้างคืน

มาตรฐานด้านสถานที่ ความปลอดภัย และการให้บริการของกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

โดยกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ต้องดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐานตามที่กำหนดในกฎกระทรวงกำหนดมาตรฐานด้านสถานที่ ความปลอดภัย และการให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเพื่อกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2563 ได้แก่

1. มาตรฐานด้านสถานที่ โดยต้องมีลักษณะทั่วไป เช่น มีขนาดความกว้างของทางเดินไม่น้อยกว่า 90 ซม. มีการจัดลักษณะห้องน้ำให้เป็นไปตามมาตรฐาน เช่น ประตูห้องน้ำเป็นแบบเปิดออกภายนอกหรือแบบบานเลื่อน ขนาดกว้างไม่ต่ำกว่า 90 ซม. ระดับพื้นผิวภายในห้องน้ำราบเรียบเสมอกัน เป็นต้น

โดยหากเป็นกิจการในลักษณะที่ 2 นอกจากต้องมีลักษณะทั่วไปดังกล่าวข้างต้นแล้วยังจะต้องจัดให้มีหน่วยบริการในการประสานงานแจ้งเหตุเตือนภัย อำนวยความสะดวกตลอด 24 ชั่วโมง และหากเป็นกิจการในลักษณะที่ 3 นอกจากจะต้องมีลักษณะทั่วไป มีหน่วยบริการในการประสานแจ้งเหตุเตือนภัยแล้ว ต้องมีการจัดให้มีความกว้างระหว่างเตียงไม่น้อยกว่า 90 ซม.

2. มาตรฐานด้านความปลอดภัย โดยต้องมีลักษณะทั่วไป เช่น มีอุปกรณ์ปฐมพยาบาลและคู่มือการปฐมพยาบาล มีไฟฟ้าส่องสว่างสำรองตามช่องทางเดิน มีพนักงานที่ได้รับการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ

โดยหากเป็นกิจการในลักษณะที่ 2 และลักษณะที่ 3 นอกจากต้องมีลักษณะทั่วไปด้านความปลอดภัยดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังต้องมีลักษณะเพิ่มเติมโดยต้องมีอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ และมีเครื่องกระตุกหัวใจอย่างน้อยหนึ่งเครื่อง

3. มาตรฐานด้านการให้บริการ โดยต้องมีลักษณะทั่วไป เช่น มีการจัดทำทะเบียนประวัติผู้รับบริการ มีการประเมินความต้องการการดูแล ให้บริการอาหารที่สะอาดและปลอดภัย มีการบันทึกและติดตามการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพของผู้รับบริการ มีการทำสัญญาหรือข้อตกลงการให้บริการระหว่างผู้ประกอบการ มีระบบส่งต่อในกรณีผู้รับบริการเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

โดยหากเป็นกิจการในลักษณะที่ 2 นอกจากต้องมีลักษณะทั่วไปดังกล่าวข้างต้นแล้ว ยังต้องมีการประสานกับสหวิชาชีพในการให้การดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูแก่ผู้รับบริการ

นอกจากนี้หากเป็นกิจการในลักษณะที่ 3 นอกจากต้องมีลักษณะทั่วไปแล้ว ยังต้องมีการประสานกับสหวิชาชีพในการให้การดูแลตามแผนการรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพ และต้องมีสัดส่วนของผู้ให้บริการหนึ่งคนดูแลผู้รับบริการไม่เกินห้าคน

6.2.2 กฎหมายเกี่ยวกับการประกันสังคม และกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองแรงงาน

การประกันสังคม คือ การสร้างหลักประกันในการดำรงชีวิตในกลุ่มของสมาชิกที่เข้าร่วมโครงการเพื่อรับผิดชอบในการเฉลี่ยความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย คลอด

บุตร ทูพพลภาพ ตายสงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญที่รัฐบาลของประเทศต่างๆ ในโลกส่วนใหญ่มีระบบประกันสังคมไปใช้ในการให้หลักประกันชีวิตแก่ประชาชนของตนตั้งแต่เกิดจนตาย หลักประกันสังคม มีคุณลักษณะ ดังนี้

1) เป็นระบบการเฉลี่ยทุกข์-เฉลี่ยสุข ซึ่งกันและกันระหว่างมวลสมาชิก ซึ่งโดยทั่วไปรัฐบาลของประเทศจะให้ความสำคัญแก่บุคคลที่ทำงานมีรายได้และอยู่ในระบบแรงงานก่อน และขยายความคุ้มครองไปสู่ผู้ทำงานที่มีรายได้นอกระบบการจ้างงานปกติซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่เรียกว่า แรงงานนอกระบบ

2) เงินสมทบที่เก็บไปนั้นจะสะสมเป็นกองทุน ซึ่งจะให้สิทธิประโยชน์เฉพาะกับบุคคลที่ส่งเงินสมทบ ซึ่งประเทศไทยเรียกว่าผู้ประกันตนเท่านั้น

3) การเก็บเงินสมทบ ซึ่งถือว่าเป็นภาษีพิเศษ ซึ่งจะเก็บจากบุคคลที่กฎหมายกำหนดเท่านั้น

กองทุนประกันสังคม

คือ กองทุนที่ให้หลักประกันแก่ผู้ประกันตนให้ได้รับประโยชน์ทดแทน เมื่อต้องประสบอันตรายหรือเจ็บป่วย ทูพพลภาพ หรือตาย ซึ่งไม่เนื่องจากการทำงาน รวมทั้ง กรณีคลอดบุตร สงเคราะห์บุตร ชราภาพ และว่างงาน

โดยนายจ้างที่มีลูกนายจ้างที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คนขึ้นไป (มีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปี บริบูรณ์และไม่เกิน 60 ปีบริบูรณ์ในวันเข้าทำงาน) จะต้องขึ้นทะเบียนนายจ้างพร้อมกับขึ้นทะเบียนลูกจ้างที่เป็นผู้ประกันตน ภายใน 30 วัน นับตั้งแต่มีลูกจ้าง 1 คนขึ้นไป และเมื่อมีการรับลูกจ้างใหม่เพิ่มขึ้นต้องแจ้งขึ้นทะเบียนลูกจ้างใหม่ภายใน 30 วัน นับแต่ลูกจ้างเข้าทำงานเช่นกัน

ผู้ประกันตน (มาตรา 33)

คือ ลูกจ้างผู้ซึ่งทำงานให้กับนายจ้างที่อยู่ในสถานประกอบการที่มีลูกจ้างตั้งแต่ 1 คน ขึ้นไป ได้รับความคุ้มครอง 7 กรณี ดังนี้

1. **กรณีเจ็บป่วย** ผู้ประกันตนที่ส่งเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายใน 15 เดือน ก่อนเดือนที่เจ็บป่วยหรือประสบอันตราย สามารถเข้ารับการรักษาพยาบาลในสถานพยาบาลตามสิทธิหรือเครือข่ายของสถานพยาบาลนั้นได้ฟรีโดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยนอกหรือผู้ป่วยใน รวมทั้งค่าตรวจสุขภาพและฟื้นฟูสมรรถภาพ เว้นแต่ประสงฆ์สิ่งอำนวยความสะดวก เช่น ห้องพิเศษ แพทย์พิเศษ หรือค่าโทรศัพท์เหล่านี้ต้องจ่ายเพิ่มเอง รวมถึงการเจ็บป่วยหรือประสบอันตรายอันมิใช่เนื่องจากการทำงานด้วยเหตุหรือกลุ่มโรคและบริการที่ไม่มี

สิทธิได้รับบริการทางการแพทย์

2. กรณีคลอดบุตร ผู้ประกันตนที่ส่งเงินสมทบครบ 5 เดือน ภายใน 15 เดือน ก่อนเดือนที่คลอดมีสิทธิได้รับค่าคลอดบุตรโดยไม่จำกัดจำนวนครั้ง

2.1 ผู้ประกันตนหญิง สามารถคลอดบุตรที่สถานพยาบาลใดก็ได้แล้วนำเสนอสูติบัตรของบุตร บัตรประจำตัวประชาชนมายื่นที่สำนักงานประกันสังคมจะได้รับเงินค่าคลอดบุตรเหมาจ่าย จำนวน 13,000 บาท และยังจะได้รับเงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตรอีก ในอัตราร้อยละ 50 ของค่าจ้างเฉลี่ยเป็นเวลา 90 วัน

****หมายเหตุ** (เงินสงเคราะห์การหยุดงานเพื่อการคลอดบุตร เบิกได้ไม่เกิน 2 ครั้ง)**

2.2 ผู้ประกันตนชาย ที่มีภริยาจดทะเบียนสมรสหรือหญิง ซึ่งอยู่กินกันฉันสามีภริยาแต่ไม่ได้จดทะเบียนสมรส สามารถเบิกค่าคลอดบุตรได้โดยนำเสนอสูติบัตรของบุตรสำเนาทะเบียนสมรส (ถ้ามี) หรือหนังสือรับรองกรณีไม่มีทะเบียนสมรส (เฉพาะกรณีผู้ประกันตนไม่ได้จดทะเบียนสมรสกับภริยา) มาเบิกเงินที่สำนักงานประกันสังคม จะได้รับเฉพาะเงินค่าคลอดบุตรเหมาจ่าย จำนวน 13,000 บาท

3. กรณีทุพพลภาพ ผู้ประกันตนที่ส่งเงินสมทบครบ 3 เดือน ภายใน 15 เดือน ก่อนเดือนที่ทุพพลภาพ

4. กรณีตาย ผู้ประกันตนที่ส่งเงินสมทบครบ 1 เดือน ภายใน 6 เดือน ก่อนเดือนถึงแก่ความตาย

- ได้รับค่าทำศพ 40,000 บาท

- เงินสงเคราะห์กรณีตาย หากผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบตั้งแต่ 36 เดือน ขึ้นไป แต่ไม่ถึง 120 เดือน จะได้รับเงินสงเคราะห์ในอัตราร้อยละ 50 ของค่าจ้าง 4 เดือน และหากผู้ประกันตนจ่ายเงินสมทบตั้งแต่ 120 เดือน ขึ้นไป จะได้รับเงินสงเคราะห์ในอัตราร้อยละ 50 ของค่าจ้าง 12 เดือน

5. กรณีสงเคราะห์บุตร ผู้ประกันตนที่ส่งเงินสมทบครบ 12 เดือน ภายใน 36 เดือน ก่อนเดือนที่มีสิทธิได้รับประโยชน์ทดแทน โดยจะได้รับเงินสงเคราะห์บุตรเหมาจ่ายเดือนละ 600 บาท/บุตร 1 คน/เดือน คราวละไม่เกิน 3 คนตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 ปีบริบูรณ์ (หมายเหตุ : ต้องเป็นบุตรที่ชอบด้วยกฎหมาย)

6. กรณีชราภาพ

7. กรณีว่างงาน ผู้ประกันตนที่ส่งเงินสมทบครบ 6 เดือน ภายใน 15 เดือน ก่อนการว่างงาน

กรณีที่ 1 ลูกจ้างได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ในระหว่างการว่างงานร้อยละ 50 ของค่าจ้าง ครั้งละไม่เกิน 180 วัน

กรณีที่ 2 ลาออกหรือสิ้นสุดสัญญาจ้างที่มีกำหนดระยะเวลาการจ้างไว้แน่นอน ได้รับเงินทดแทนการขาดรายได้ในระหว่างการว่างงานร้อยละ 30 ของค่าจ้าง ครั้งละไม่เกิน 90 วัน
กฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองแรงงาน¹

1. เวลาทำงานปกติ

กำหนดให้เวลาทำงานปกติไม่เกินวันละ 8 ชั่วโมง หากมีวันทำงานใด ทำงานไม่ถึง 8 ชั่วโมง ให้ตกลงกันนำเวลาที่เหลือไปรวมกับเวลาทำงานในวันอื่น แต่ต้องไม่เกินวันละ 9 ชั่วโมง ยกเว้นงานบางประเภท และให้นายจ้างให้ลูกจ้างทำงานล่วงเวลา เว้นแต่ได้รับความยินยอมจากลูกจ้าง

2. วันลา

ลูกจ้างมีสิทธิ์ลาป่วยได้เท่าที่ป่วยจริง โดยได้รับค่าจ้างปีละ 30 วัน การลาป่วยตั้งแต่ 3 วัน นายจ้างอาจให้แสดงใบรับรองแพทย์ได้

ลาทำหมันได้ และลาเนื่องจากทำหมันตามที่แพทย์กำหนดและออกใบรับรอง

ลากิจได้ไม่น้อยกว่า 3 วันทำงาน (เป็นมาตรฐานขั้นต่ำ นายจ้างอาจกำหนดให้มากกว่านี้ก็ได้)

3. วันหยุด

ให้นายจ้างจัดให้มีวันหยุดประจำสัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 วัน ห่างกันไม่เกิน 6 วัน ยกเว้นงานบางประเภท

ให้นายจ้างประกาศวันหยุดตามประเพณีปีหนึ่ง ไม่ต่ำกว่า 13 วัน รวมวันแรงงาน ลูกจ้างซึ่งทำงานติดต่อกันมาแล้วครบ 1 ปี หยุดพักผ่อนได้ไม่ต่ำกว่า 6 วัน

4. การจ้างแรงงานหญิง

ให้นายจ้างให้ลูกจ้างหญิง ทำงานต่อไป งานเหมืองแร่ หรืองานก่อสร้างใต้ดิน ใต้น้ำ ในถ้ำ งานที่ต้องทำบนนั่งร้านที่สูงกว่าพื้นดินตั้งแต่ 10 เมตร ขึ้นไป เป็นต้น

ให้นายจ้างให้ลูกจ้างหญิงมีครรภ์ ทำงานต่อไป งานเกี่ยวกับเครื่องจักร เครื่องยนต์ที่มีแรงสั่นสะเทือน งานขับเคลื่อนหรือติดไปกับยานพาหนะ งานยก แบก หาม หาบ ทูน ลาก เข็น ของหนักเกิน 15 กิโลกรัม

ห้ามเลิกจ้างแรงงานหญิงด้วยเหตุมีครรภ์

ลูกจ้างหญิงมีครรภ์ลาคลอดได้ไม่เกิน 98 วัน โดยนายจ้างต้องจ่ายค่าจ้างเท่าที่ลาจริง แต่ไม่เกิน 45 วัน

5. การจ้างแรงงานเด็ก

ห้ามนายจ้างจ้างเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เป็นลูกจ้าง

ในกรณีที่มีการจ้างเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องทำ ดังนี้

1. ต้องแจ้งการจ้างต่อพนักงานตรวจแรงงานภายใน 15 วันนับแต่วันที่มีการจ้าง และห้ามทำงานต่อไปนี้ งานหลอม เป่า หล่อ ริด ปั้นโลหะ เป็นต้น

2. จัดทำบันทึกสภาพการจ้างที่มีการเปลี่ยนแปลงไว้ ณ สถานที่ประกอบกิจการ หรือสำนักงานของนายจ้าง ให้พนักงานตรวจแรงงานตรวจได้ในเวลาทำการ

3. แจ้งสิ้นสุดการจ้างต่อพนักงานตรวจแรงงานภายใน 7 วัน นับแต่วันที่เด็กออกจากงาน

6. ค่าจ้าง ค่าล่วงเวลา ค่าทำงานในวันหยุดและค่าล่วงเวลาในวันหยุด

1. ให้นายจ้างจ่ายเป็นเงินตราไทย นอกจากได้รับความยินยอมจากลูกจ้าง

2. ให้นายจ้างจ่าย ณ สถานที่ทำงานของลูกจ้าง นอกจากได้รับความยินยอมจากลูกจ้าง

3. ในกรณีที่ให้ลูกจ้างทำงานล่วงเวลา นายจ้างต้องจ่ายไม่น้อยกว่า 1.5 เท่าของอัตราค่าจ้างต่อชั่วโมง ตามจำนวนชั่วโมงที่ทำ เว้นแต่เป็นงานบางประเภท

4. ในกรณีที่ให้ลูกจ้างทำงานในวันหยุด ตามมาตรา 28 29 หรือ 30 ให้จ่ายเพิ่มไม่น้อยกว่า 1 เท่า สำหรับลูกจ้างซึ่งมีสิทธิได้รับค่าจ้างในวันหยุด และจ่ายไม่น้อยกว่า 2 เท่า สำหรับลูกจ้างซึ่งไม่มีสิทธิได้รับค่าจ้างในวันหยุด เว้นแต่เป็นงานบางประเภท

5. ในกรณีที่ลูกจ้างทำงานล่วงเวลาในวันหยุด ให้จ่ายเพิ่มไม่น้อยกว่า 3 เท่าของอัตราค่าจ้างต่อชั่วโมงในวันทำงาน ตามจำนวนชั่วโมงที่ทำ เว้นแต่เป็นงานบางประเภท

ห้ามนายจ้างหักค่าจ้าง ค่าล่วงเวลา ค่าทำงานในวันหยุดและค่าล่วงเวลาในวันหยุด เว้นแต่หักเพื่อ

1. ชำระภาษีหรือเงินอื่นที่กฎหมายบัญญัติไว้

2. บำรุงสุขภาพแรงงาน

3. ชำระหนี้สหกรณ์ โดยได้รับความยินยอมล่วงหน้าจากลูกจ้าง

4. เป็นเงินประกันตามมาตรา 10 หรือชดเชยค่าเสียหายแก่นายจ้าง โดยได้รับความยินยอมจากลูกจ้าง

5. เป็นเงินสะสมตามข้อตกลงเกี่ยวกับกองทุนเงินสะสม

7. ค่าชดเชย

ให้นายจ้างจ่ายค่าชดเชยให้แก่ลูกจ้าง ซึ่งเลิกจ้าง ดังนี้

1. ลูกจ้างซึ่งทำงานติดต่อกันครบ 120 วัน แต่ไม่ครบ 1 ปี ไม่น้อยกว่าค่าจ้างอัตราสุดท้าย 30 วัน
2. ลูกจ้างซึ่งทำงานติดต่อกันครบ 1 ปี แต่ไม่ครบ 3 ปี ไม่น้อยกว่าค่าจ้างอัตราสุดท้าย 90 วัน
3. ลูกจ้างซึ่งทำงานติดต่อกันครบ 3 ปี แต่ไม่ครบ 6 ปี ไม่น้อยกว่าค่าจ้างอัตราสุดท้าย 180 วัน
4. ลูกจ้างซึ่งทำงานติดต่อกันครบ 6 ปี แต่ไม่ครบ 10 ปี ไม่น้อยกว่าค่าจ้างอัตราสุดท้าย 240 วัน
5. ลูกจ้างซึ่งทำงานติดต่อกันครบ 10 ปี แต่ไม่ครบ 20 ปี ไม่น้อยกว่าค่าจ้างอัตราสุดท้าย 300 วัน
6. ลูกจ้างซึ่งทำงานติดต่อกันครบ 20 ปี ขึ้นไป ไม่น้อยกว่าค่าจ้างอัตราสุดท้าย 400 วัน

กรณีดังกล่าวข้างต้นมิให้ใช้บังคับแก่การจ้างที่มีกำหนดระยะเวลาแน่นอนและเลิกจ้างตามกำหนดระยะเวลานั้น

นายจ้างไม่ต้องจ่ายค่าชดเชยแก่ลูกจ้างซึ่งเลิกจ้างในกรณี ดังนี้

1. ทุจริตต่อหน้าที่หรือกระทำความผิดทางอาญาแก่นายจ้างโดยเจตนา
 2. จงใจให้นายจ้างได้รับความเสียหาย
 3. ประมาทเลินเล่อเป็นเหตุให้นายจ้างได้รับความเสียหายอย่างร้ายแรง
 4. ผ่าฝืนข้อบังคับเกี่ยวกับการทำงาน ระเบียบ หรือคำสั่งของนายจ้างอันชอบด้วยกฎหมายและเป็นธรรม และนายจ้างได้ตักเตือนเป็นหนังสือแล้ว เว้นแต่กรณีร้ายแรงนายจ้างไม่จำเป็นต้องตักเตือน โดยหนังสือเตือนให้มีผลบังคับได้ 1 ปี นับแต่วันที่ลูกจ้างกระทำความผิด
 5. ละทิ้งหน้าที่เป็นเวลา 3 วันทำงานไม่ว่าจะมีหรือไม่มีวันหยุดคั่นโดยไม่มีเหตุอันสมควร
 6. ได้รับโทษจำคุกตามคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก
8. การยื่นคำร้องและการพิจารณาคำร้อง

ในกรณีที่นายจ้างฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามเกี่ยวกับสิทธิได้รับเงินอย่างหนึ่งอย่างตามพระราชบัญญัตินี้ ให้ลูกจ้างยื่นคำร้องต่อพนักงานตรวจแรงงานแห่งพื้นที่ที่ทำงานอยู่ หรือที่นายจ้างมีภูมิลำเนาอยู่ในกรณีที่ลูกจ้างเสียชีวิต ให้ทายาทอันชอบธรรมมีสิทธิยื่นคำร้อง

เมื่อยื่นคำร้องแล้วพนักงานตรวจแรงงานจะดำเนินการจนถึงขั้นออกคำสั่งภายใน 60 วัน ในกรณีที่มีความจำเป็นไม่สามารถออกคำสั่งได้ในระยะเวลาที่กำหนด พนักงานตรวจแรงงานสามารถขอขยายระยะเวลาต่ออธิบดีหรือผู้ซึ่งอธิบดีมอบหมายได้ อีกไม่เกิน 30 วัน นับแต่วันครบกำหนด

เมื่อพนักงานตรวจแรงงานมีคำสั่งแล้ว หากนายจ้าง ลูกจ้างหรือทายาท แล้วแต่กรณีไม่พอใจคำสั่ง สามารถนำคดีไปสู่ศาลได้ภายใน 30 วัน นับแต่วันที่ทราบคำสั่ง

9. กองทุนสงเคราะห์ลูกจ้าง

กองทุนสงเคราะห์ลูกจ้างกำหนดให้อำนาจคณะกรรมการกองทุนสงเคราะห์ลูกจ้าง ออกระเบียบการจ่ายเงินสงเคราะห์ลูกจ้าง และไล่เบี้ยคืนจากผู้ซึ่งมีหน้าที่ตามกฎหมายที่ต้องจ่ายให้ลูกจ้างโดยมีอายุความสิบปีนับแต่วันที่จ่ายกองทุนฯ



พระราชบัญญัติสถานประกอบการการเพื่อสุขภาพ 2559

หมวดที่ 7

การฝึกทักษะอาชีพด้านภาษาและคอมพิวเตอร์



วัตถุประสงค์การเรียนรู้การสอน

7.1 ทักษะทางภาษา (คำศัพท์เทคนิคเฉพาะ การสื่อสารเบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ)

7.1.1 เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะทางภาษา (คำศัพท์เทคนิคเฉพาะ การสื่อสารเบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ) ในเนื้อหาวิชา ดังนี้

7.1.1.1 คำศัพท์เทคนิคเฉพาะและคำศัพท์ภาษาอังกฤษเบื้องต้นที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

7.1.1.2 การสนทนาภาษาอังกฤษเบื้องต้นที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ

7.1.2 เพื่อให้ผู้เรียนสามารถนำความรู้เกี่ยวกับคำศัพท์เทคนิคเฉพาะและคำศัพท์ภาษาอังกฤษเบื้องต้น และการสนทนาภาษาอังกฤษเบื้องต้นมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

7.2 ทักษะด้านการใช้ดิจิทัลพื้นฐาน (คอมพิวเตอร์ แอปพลิเคชัน)

7.2.1 เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะด้านการใช้ดิจิทัลพื้นฐาน ดังนี้

7.2.2 เพื่อให้ผู้เรียนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะด้านการใช้ดิจิทัลพื้นฐานไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

7.1 ทักษะทางภาษา

(คำศัพท์เทคนิคเฉพาะการสื่อสารเบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ)

นางสาวอรนันท์ อุดมภาพ
นางสาวณิชารีย์ พิริยจรัสชัย
นายเชาวฤทธิ์ เงินไธสง

คำอธิบายรายวิชา

ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับคำศัพท์ทางเทคนิคเฉพาะและการสื่อสารภาษาอังกฤษเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุในการทักทาย การสอบถามข้อมูลทางสุขภาพ การวัดสัญญาณชีพ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย และการดูแลให้ได้รับยา เพื่อให้สามารถสื่อสารสำหรับการให้บริการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

หัวข้อการเรียนรู้

1. คำศัพท์เทคนิคเฉพาะและคำศัพท์ภาษาอังกฤษเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

- 1.1 ร่างกาย
- 1.2 อุปกรณ์และเวชภัณฑ์
- 1.3 โรคและปัญหาที่พบบ่อย
- 1.4 อาการและอาการแสดง
- 1.5 บุคลากรทางการแพทย์ หน่วยบริการ
- 1.6 การดูแลผู้สูงอายุ
- 1.7 การให้ยา

2. บทสนทนาภาษาอังกฤษเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

- 2.1 การทักทาย
- 2.2 การสอบถามข้อมูลทางสุขภาพ
- 2.3 การวัดสัญญาณชีพ
- 2.4 การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน
- 2.5 การออกกำลังกาย
- 2.6 การดูแลให้ได้รับยา

เนื้อหาการเรียนรู้

ทักษะทางภาษามีความสำคัญอย่างยิ่งสำหรับสื่อสารเพื่อให้การดูแลที่ตรงตามความต้องการของผู้สูงอายุ ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยกำลังกลายเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ รวมถึงเป็นศูนย์กลางการแพทย์ระดับนานาชาติที่สามารถให้บริการแก่ผู้สูงอายุทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่พนักงานให้การดูแลต้อง มีความรู้และทักษะการสื่อสาร ทั้งในด้านการฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาอังกฤษ ซึ่งเป็นภาษาสากล โดยเฉพาะอย่างยิ่งคำศัพท์เทคนิคเฉพาะและการสื่อสารเบื้องต้นเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ ถือว่าเป็นเครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการประเมิน รวบรวมข้อมูล ให้ข้อมูล ให้การดูแล ตลอดจนประเมินผลการดูแล โดยต้องอาศัยกระบวนการของการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ (อัจฉริยา ครุฑาโรจน์, ฤทัย พานิช, และ ริชาร์ด แมนน์, 2565)

การสื่อสาร หมายถึง การสร้างความเข้าใจที่ตรงกันโดยการถ่ายทอดข้อมูลจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง การสื่อสารยังรวมถึงการใช้สัญลักษณ์ การใช้ภาพวาด เสียงดนตรี การแสดงออกทางสีหน้า และท่าทาง ซึ่งการสื่อสารเป็นกระบวนการที่พบเจออยู่ทุกวันและตลอดเวลาของการดำเนินชีวิต หากมีทักษะการสื่อสารที่ดีจะส่งผลให้สามารถเข้าใจในความต้องการของกันและกันได้เป็นอย่างดี แต่ถ้าหากว่าเราไม่มีทักษะการสื่อสารที่ดี จะประสบกับปัญหาในเรื่องของการสื่อสารกับบุคคลอื่น โดยการสื่อสารจำเป็นต้องมีความแน่อนและถูกต้อง สำหรับการแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือส่งผ่านข้อมูลระหว่างกันทั้งการใช้ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (กาญจนาพร รุจิโณม, 2561)

ภาษาอังกฤษเป็นภาษาที่มีความจำเป็นอย่างมากในปัจจุบัน เนื่องจากคนส่วนใหญ่ใช้ภาษาอังกฤษเป็นภาษากลางที่ใช้ในการติดต่อสื่อสารทั่วโลก การมีความรู้คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ใช้ในการดูแลและมีทักษะ การสนทนาภาษาอังกฤษเบื้องต้นเป็นประโยชน์ต่อการดูแลของผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุต่างชาติ ตั้งแต่กระบวนการประเมินเมินสุขภาพ การประเมินความต้องการ การสร้างความไว้วางใจ การให้ข้อมูลการดูแล รวมถึงข้อมูลต่างๆ การให้การดูแล ตลอดจนการประเมินการดูแล ซึ่งจะช่วยให้มีการเข้าใจระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุได้มากขึ้น (Samere, Maria, and Karliner, 2019)

ดังนั้นในบทนี้จะเป็นการเรียนรู้เกี่ยวกับคำศัพท์ทางเทคนิคเฉพาะและการสื่อสารภาษาอังกฤษ ด้านการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วย การทักทาย การสอบถามข้อมูลทางสุขภาพ การวัดสัญญาณชีพ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย และการดูแลให้ได้รับยา เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถสื่อสารสำหรับการให้บริการ ดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

คำศัพท์เทคนิคเฉพาะและคำศัพท์ภาษาอังกฤษเบื้องต้นที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

คำศัพท์ภาษาอังกฤษที่ใช้บ่อยที่ผู้ดูแลควรรู้ในการดูแลผู้สูงอายุนั้น ได้แก่ คำศัพท์เกี่ยวกับร่างกาย อุปกรณ์และเวชภัณฑ์ที่ใช้ในการดูแล โรคและปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ อาการและอาการแสดงที่บ่งบอกถึง ความผิดปกติในร่างกาย บุคลากรทางการแพทย์และหน่วยบริการที่เกี่ยวข้อง คำศัพท์ที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ และเรื่องยา ดังต่อไปนี้

1.1 คำศัพท์เกี่ยวกับร่างกาย

คำศัพท์	คำแปล
Body	ร่างกาย
Head	ศีรษะ
Face	หน้า
Neck	คอ
Shoulder	ไหล่
Chest	หน้าอก
Arm	แขน
Elbow	ข้อศอก
Eye	ตา
Ear	หู
Hand	มือ
Thigh	ต้นขา
Leg	ขา
Toenail	เล็บเท้า
Toe	นิ้วเท้า
Palm	ฝ่ามือ
Mouth	ปาก
Abdomen	ส่วนท้อง
Knee	หัวเข่า
Foot	เท้า
Eyelid	เปลือกตา
Armpit	รักแร้
Forehead	หน้าผาก

คำศัพท์	คำแปล
Eyelash	ขนตา
Nose	จมูก
Hair	ผม
Eyebrow	คิ้ว
Cheek	แก้ม
Neck	คอ
Chin	คาง
Adam's apple	ลูกกระเดือก
Gum	เหงือก
Tooth	ฟัน
Lip	ริมฝีปาก
Tongue	ลิ้น
Bone	กระดูก
Wrist	ข้อมือ
Calf	น่อง
Back	หลัง
Hip	สะโพก
Ankle	ข้อเท้า
Heel	ส้นเท้า
Bottom	ก้น
Brain	สมอง
Larynx	กล่องเสียง
Thyroid Gland	ต่อมไทรอยด์
Blood	เลือด
Artery	เส้นเลือดแดง
Vein	เส้นเลือดดำ
Heart	หัวใจ
Liver	ตับ
Pancreas	ตับอ่อน
Lung	ปอด
Spleen	ม้าม

คำศัพท์	คำแปล
Kidney	ไต
Spinal Cord	ไขสันหลัง
Gall Bladder	ถุงน้ำดี
Cecum	ลำไส้ใหญ่ตอนต้น
Large Intestine	ลำไส้ใหญ่
Duodenum	ลำไส้เล็กส่วนบน
Small Intestine	ลำไส้เล็ก
Stomach	กระเพาะอาหาร
Tendon	เส้นเอ็น
Skull	กะโหลกศีรษะ
Adrenal Gland	ต่อมหมวกไต
Pituitary Gland	ต่อมใต้สมอง
Rib	ซี่โครง
Pelvis	กระดูกเชิงกราน
Nerve	เส้นประสาท
Muscle	กล้ามเนื้อ
Nervous System	ระบบประสาท
Appendix	ไส้ติ่ง
Bladder	กระเพาะปัสสาวะ
Anus	ทวารหนัก
Uterus	มดลูก
Ovary	รังไข่
Vagina	ช่องคลอด
Vulva	ปากช่องคลอด
Penis	องคชาต
Scrotum	ถุงอัณฑะ
Prostate	ต่อมลูกหมาก

1.2 คำศัพท์เกี่ยวกับอุปกรณ์และเวชภัณฑ์

คำศัพท์	คำแปล
Stethoscope	หูฟัง
Pulse Oxymeter	เครื่องวัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจน (O ₂) ในกระแสเลือด
Sphygmomanometer / Blood pressure monitor	เครื่องวัดความดันโลหิต
Needle	เข็ม
Elastic Bandage	ผ้าพันชนิดยืด
Syringe	กระบอกฉีดยา
Intravenous Fluid (IV Fluid)	สารน้ำ (น้ำเกลือ)
Gauze	ผ้าก๊อซ
Micropore	พลาสติกปิดแผลชนิดกระดาษ
Transpore	พลาสติกปิดแผลชนิดพลาสติก
Ambubag	ลูกยางบีบช่วยการหายใจ
Electrocardiogram (ECG/EKG)	คลื่นไฟฟ้าหัวใจ
Ambulance	รถพยาบาล
Antiseptic	น้ำยาฆ่าเชื้อ
Cane	ไม้เท้า
Crutch	ไม้ค้ำ, อุปกรณ์ช่วยเดิน
First aid kit	ชุดปฐมพยาบาล
Forceps	คีม
Rubber gloves	ถุงมือยาง
Wheelchair	รถเข็น
Gown	เสื้อคลุมยาว
Heating Pack	กระเป๋าน้ำร้อน
Thermometer	เครื่องวัดอุณหภูมิ

คำศัพท์	คำแปล
Mask	ผ้าปิดจมูกและปาก
Call button	ปุ่มกดเรียกพยาบาล
Respirator	เครื่องช่วยหายใจ
Cotton wool	สำลี
Alcohol	แอลกอฮอล์
Cast	เฝือก
Splint	เฝือกอ่อน
Sling	ผ้าคล้องแขน
Suction machine	เครื่องดูดเสมหะ
Gluco-meter	เครื่องวัดค่าน้ำตาลในกระแสเลือด

1.3 คำศัพท์เกี่ยวกับโรคและปัญหาที่พบบ่อย

คำศัพท์	คำแปล
Cancer	มะเร็ง
Food Poisoning	อาหารเป็นพิษ
Diabetes Mellitus	โรคเบาหวาน
Asthma	โรคหอบหืด
Hypertension	ความดันโลหิตสูง
Hypotension	ความดันโลหิตต่ำ
Fracture	กระดูกหัก
Dangue Fever	ไข้เลือดออก
Upper Respiratory Infection	การติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนบน
Chronic Obstructive Pulmonary Disease	โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง
Dyslipidemia	โรคไขมันในเลือดสูง
Cerebrovascular Disease	โรคทางหลอดเลือดสมอง
Urinary Tract Infection	การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ
Chronic Kidney Disease	โรคไตเรื้อรัง

คำศัพท์	คำแปล
Acute Renal Failure	ไตวายฉับพลัน
Chronic Renal Failure	ไตวายเรื้อรัง
Congestive Heart Failure	หัวใจวาย
Dementia	สมองเสื่อม
Insomnia	นอนไม่หลับ
incontinence	ปัสสาวะเล็ดราด, กลั้นปัสสาวะไม่อยู่
Malnutrition/Inanition	ภาวะขาดสารอาหาร ภาวะทุพโภชนาการ
Delirium	ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน
Immobility	การอยู่นิ่งอยู่กับที่
Depression	ภาวะซึมเศร้า
Diabetes Mellitus	โรคเบาหวาน
Stroke	โรคหลอดเลือดสมอง
Frailty	เปราะบาง
Fall	หกล้ม

1.4 คำศัพท์เกี่ยวกับอาการและอาการแสดง

คำศัพท์	คำแปล
Short of breath	หายใจติดขัด
Difficulty breathing	หายใจลำบาก, หายใจไม่สะดวก
Faint	เป็นลม
Sweat	เหงื่อออก
Uncomfortable	ไม่สุขสบาย
Chest pain	เจ็บหน้าอก แน่นหน้าอก
Broken arm	แขนหัก
Broken bone	กระดูกหัก
Cough	ไอ
Dizziness	เวียนศีรษะ
Fever	ไข้
Runny nose	น้ำมูกไหล
Nausea	คลื่นไส้
Vomit	อาเจียน

คำศัพท์	คำแปล
Bruise	รอยช้ำ
Injury	บาดเจ็บ
Chills	หนาวสั่น
Pain	ปวด
- Stabbing	ปวดเหมือนถูกเข็มทิ่ม
- Burning	ปวดแสบปวดร้อน
- Sharp	ปวดแปล็บๆ, ปวดจี๊ดๆ
- Dull	ปวดตื้อ ๆ
- Throbbing	ปวดตุบ ๆ
Backache	ปวดหลัง
Stomachache	ปวดท้อง
Toothache	ปวดฟัน
Pale	ซีด
Paralysis	อัมพาต
Rupture	การแตก
Sick	ป่วย
Sputum	เสมหะ
Stress	เครียด
Unconscious	ไม่รู้สีกตัว
Wound	แผล
Weak/Fatigue	อ่อนเพลีย
Abnormal	ผิดปกติ
High blood pressure	ความดันโลหิตสูง
Low blood pressure	ความดันโลหิตต่ำ
Coma	ภาวะหมดสติ ไม่รู้สีกตัว
Cyanosis	อาการเขียวจากการขาดออกซิเจน
Secretion	สารคัดหลั่ง
Edema	บวมน้ำ
Swollen	บวม
Infection	การติดเชื้อ
Rash	ผื่น

คำศัพท์	คำแปล
Diarrhea	ท้องเสีย
Constipation	ท้องผูก
Insomnia	นอนไม่หลับ
Head injury	การได้รับบาดเจ็บที่ศีรษะ
Fracture	การแตกหักของกระดูก
Confuse	สับสน
Dysphagia	กลืนลำบาก

1.5 คำศัพท์เกี่ยวกับบุคลากรทางการแพทย์ หน่วยบริการ

คำศัพท์	คำแปล
Doctor	หมอ
Nurse	พยาบาล
Register Nurse	พยาบาลที่ได้ใบประกอบวิชาชีพ
Technical Nurse	พยาบาลเทคนิค
Practical Nurse	ผู้ช่วยพยาบาล
Physical Therapist (PT)	นักกายภาพบำบัด
Nurse Aid / Nurse Assistance	พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้
Caregiver	พนักงานดูแลผู้สูงอายุ, ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
Patient	ผู้ป่วย, คนไข้
Resident	ผู้อยู่อาศัย
Elder / Elderly Person / Older Person / Senior	ผู้สูงอายุ, ผู้สูงวัย
Emergency Room (ER)	ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน
Outpatient Department (OPD)	แผนกผู้ป่วยนอก
Orthopedic	ศัลยกรรมกระดูก
Inpatient Department (IPD)	แผนกรักษาผู้ป่วยใน
Physical Therapy	แผนกกายภาพบำบัดและฟื้นฟู
Surgical	ศัลยกรรม
Operating Room (OR)	ห้องผ่าตัด
Acute Care	การดูแลสุขภาพระยะเฉียบพลันหรือฉุกเฉิน

คำศัพท์	คำแปล
Intermediate Care / Sub-Acute Care / Step Down Care	การดูแลสุขภาพระยะกึ่งเฉียบพลัน, การดูแลผู้ป่วยที่พ้นระยะวิกฤต
Long Term Care	การดูแลสุขภาพระยะยาว
Residential Home / Independent Living Communities / Retirement Communities	บ้านพักคนชรา, บ้านพักผู้สูงอายุ
Assisted Living	สถานที่อยู่อาศัยที่มีบริการให้ความช่วยเหลือในการดำรงชีวิต
Nursing Home	สถานพยาบาล
Respite Care	การบริการดูแลแบบชั่วคราว
Long-Term Care Hospital	โรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลระยะยาว
Hospice Care	สถานดูแลระยะสุดท้าย
Palliative Care	การดูแลแบบประคับประคอง

1.6 คำศัพท์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

คำศัพท์	คำแปล
Treatment	การรักษา
Diagnosis	การวินิจฉัย
Vital sign	สัญญาณชีพ
Temperature	อุณหภูมิ
Pulse	ชีพจร
Respiration	การหายใจ
Blood pressure	ความดันโลหิต
Observe	สังเกตอาการ
Tepid sponge	เช็ดตัวลดไข้
Transfer	การย้ายผู้ป่วย
Discharge	การจำหน่ายผู้ป่วย
Urine	ปัสสาวะ
Stool	อุจจาระ
Weight	น้ำหนัก

คำศัพท์	คำแปล
Height	ส่วนสูง
Blood tests	ตรวจเลือด
Exercise	ออกกำลังกาย
Physical therapy	กายภาพบำบัด
Bed rest	การนอนพักบนเตียงนิ่งๆ
Cardiopulmonary Resuscitation (CPR)	การช่วยฟื้นคืนชีพ
Wound dressing	การทำแผล
Fluid	ของเหลว

1.7 คำศัพท์เกี่ยวกับการให้ยา

คำศัพท์	คำแปล
Medicine	ยา
Antibiotic	ยาปฏิชีวนะ
Pill/Tablet	ยาเม็ด
Injection	ยาฉีด
Capsule	ยาแคปซูล
Suspension	ยาน้ำ
Syrup	ยาน้ำเชื่อม
Per Oral	ใช้รับประทาน
Spray	ใช้พ่น
Before meals	ก่อนมื้ออาหาร
After meals	หลังมื้ออาหาร
Stat	ทันที
Teaspoon	ช้อนชา
Tablespoon	ช้อนโต๊ะ
Adhesive bandage	พลาสเตอร์ปิดแผล
Ice pack	แผ่นประคบเย็น
Once a day	วันละครั้ง
Twice daily	วันละ 2 ครั้ง
Three times daily	วันละ 3 ครั้ง
Four times daily	วันละ 4 ครั้ง

คำศัพท์	คำแปล
Every 2 hours	ทุก 2 ชั่วโมง
Every 3 hours	ทุก 3 ชั่วโมง

2. บทสนทนาภาษาอังกฤษเบื้องต้นที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

ทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษสำคัญอย่างมากสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ดูแลผู้สูงอายุต่างชาติ ทำให้การสื่อสารระหว่างผู้ดูแลและผู้สูงอายุต่างชาติสะดวกขึ้น ซึ่งจะช่วยให้การดูแลและการให้บริการเกี่ยวกับสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น นอกจากนี้การสื่อสารในภาษาอังกฤษยังช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูล และบริการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2.1 บทสนทนาเบื้องต้นการทักทาย

ประโยคการสนทนาภาษาอังกฤษ	คำแปล
การทักทายและการกล่าวลา	
Hello/Hi	สวัสดีครับ/ค่ะ
Good morning	สวัสดีตอนเช้า
Good afternoon	สวัสดีตอนบ่าย
Good evening	สวัสดีตอนค่ำ
Have a good night / Good night	ราตรีสวัสดิ์
Have a good sleep.	ขอให้หลับสบาย
Sleep well/ Sleep tight	นอนหลับฝันดี
Good bye	ลาก่อน
Have a good/nice/great/wonderful day.	ขอให้เป็นอย่างดี
Have a good one/time.	ขอให้เป็นอย่างดี/ขอให้เป็นอย่างเวลาที่ดี
Have a good trip.	ขอให้เป็นการเดินทางที่ดี
Have a safe trip.	ขอให้เดินทางปลอดภัย
Have a good/safe flight.	ขอให้เดินทางปลอดภัย (เดินทางทางอากาศ)
I have to go/leave/run (now).	ฉันต้องไปแล้ว
May I go/leave?	ฉันขออนุญาตไปก่อนนะคะ/ครับ
It's time to go/leave.	ถึงเวลาต้องไปแล้ว

ประโยคการสนทนาภาษาอังกฤษ	คำแปล
I will be back (soon/after/ in/ on....).	เดี๋ยวนฉันกลับมา (เร็วๆนี้/ตอน...)
See you soon/again/after.	แล้วพบกันเร็วๆนี้/อีกครั้ง
See you tomorrow.	เจอกันพรุ่งนี้
See you on...day.	เจอกันวัน...
See you next...(day/week/month)	เจอกัน.....(วัน.../สัปดาห์/เดือน) หน้า
Hope to see you soon/again.	หวังว่าจะได้พบคุณเร็วๆนี้/อีกครั้ง
การสอบถามความเป็นอยู่	
How are you?	คุณสบายดีไหม/ คุณเป็นอย่างไรบ้าง
How are you doing?	
How do you do?	
How was so far?	ที่ผ่านมาเป็นอย่างไรบ้าง
How have you been?	คุณเป็นอย่างไรบ้าง (กรณีไม่เจอกันนาน)
What have you been up to?	
การเสนอความช่วยเหลือ	
How can I help you?	ให้ฉันช่วยอะไรคุณไหม
How may I help you?	
May I help/assist you?	
What can I do for you?	มีอะไรที่ฉันสามารถช่วยคุณได้
Do you need any help?	คุณต้องการให้ช่วยอะไรไหม
Would you like any help?	คุณอยากจะให้ช่วยอะไรไหม
How can we be of service to you?	เราจะสามารถให้บริการคุณได้อย่างไร

Example I of conversation (ตัวอย่างประโยคสนทนา)

- Care assistance: Good morning Mr. John, How are you today?
(สวัสดีตอนเช้าครับ/ค่ะคุณจอห์น วันนี้สบายดีไหมครับ/ค่ะ)
- Mr. John: I am fine. How have you been?
(สบายดีครับ แล้วคุณเป็นอย่างไรบ้าง)
- Care assistance: So far so good. What can I do for you?
(ที่ผ่านมาก็ดีครับ/ค่ะ มีอะไรให้ฉันช่วยไหมครับ/ค่ะ)
- Mr. John: I have not had anything yet. Can you prepare my breakfast please?

(ผมยังไม่ได้รับประทานอะไรเลย รบกวนเตรียมอาหารเข้าให้ผมได้ไหมครับ)

Care assistance: Absolutely, give me 15 minutes. I will be back soon.
(ได้ครับ/ค่ะ ขอเวลา 15 นาทีนะคะครับ/ค่ะ เดี่ยวจะรีบกลับมาครับ/ค่ะ)

Care assistance: Your breakfast is ready now. Enjoy your meal.
(อาหารเช้าของคุณพร้อมแล้วครับ/ค่ะ ขอให้รับประทานให้อร่อยนะคะครับ/ค่ะ)

Mrs. Jane: Thank you very much.
(ขอบคุณมากๆครับ)

Care assistance: You are welcome. Have a good day, bye.
(ด้วยความยินดีครับ/ค่ะ ขอให้เป็นอย่างวันที่ดีนะคะครับ/ค่ะ ลาก่อนครับ/ค่ะ)

2.2 การสอบถามข้อมูลทางสุขภาพ

ประโยคการสนทนาภาษาอังกฤษ	คำแปล
การถามชื่อ	
คำศัพท์	
Name = ชื่อ	
First name = ชื่อจริง ชื่อต้น	
Middle name = ชื่อกลาง	
Last name/Surname = นามสกุล	
May I have your ... please?	ขอทราบชื่อของคุณหน่อยครับ/ค่ะ
Please tell/give me your name.	กรุณบอก/ให้/แจ้งชื่อของคุณครับ/ค่ะ
Can/Could/Would you tell/give me your, please.	กรุณา/รบกวนช่วยบอก/ให้/แจ้งชื่อของคุณหน่อยครับ/ค่ะ
Can/Could/Would you spell your for me, please.	กรุณา/รบกวนช่วยสะกดชื่อของคุณหน่อยครับ/ค่ะ
My name is ...	ผม/ดิฉันชื่อ...
การถามอายุและวันเกิด	
How old are you?	คุณอายุเท่าไร

ประโยคการสนทนาภาษาอังกฤษ	คำแปล
What is your date of birth?	คุณเกิดวันไหนครับ/คะ
What is your birthday?	
When were you born?	
การถามการแพ้	
Do you have any allergies?	คุณมีแพ้อะไรบ้างไหมครับ/คะ
Are you allergic to anything?	คุณแพ้อะไรหรือไม่
Are you allergic to any medication or food?	คุณแพ้ยาหรืออาหารหรือไม่
การสอบถามอาการ	
How are you feeling?	คุณรู้สึกอย่างไร
How do you feel	
How long have you been feeling like this?	คุณรู้สึกแบบนี้มานานแค่ไหนแล้ว
How long has it been going on?	มันเป็นแบบนี้มานานแค่ไหนแล้ว
How long have you been sick?	คุณป่วย/ไม่สบายมานานแค่ไหนแล้ว
How long have you been ill?	
How long have you had this pain?	คุณมีอาการปวดมานานแค่ไหนแล้ว
Are you in pain?	คุณกำลังมีอาการปวดอยู่หรือเปล่า
Is there any pain?	คุณมีอาการปวดมั๊ย
Where do you feel your pain?	คุณรู้สึกปวดตรงไหน
Is there anything that makes this problem worse?	มีอะไรที่ทำให้ปัญหานี้แย่ลงบ้าง
Is there anything that makes this problem better?	มีอะไรที่ทำให้ปัญหานี้ดีขึ้นบ้าง

2.3 บทสนทนาเบื้องต้นการวัดสัญญาณชีพ

ประโยคการสนทนาภาษาอังกฤษ	คำแปล
การวัดอุณหภูมิ (Body temperature)	
Can I take your temperature?	ขออนุญาตวัดอุณหภูมิร่างกายนะครับ/คะ
I would like to take your temperature.	
I am going to take your temperature.	กำลังจะวัดอุณหภูมิร่างกายนะครับ/คะ

ประโยคการสนทนาภาษาอังกฤษ	คำแปล
Did you just drink hot or cold water before?	ได้ดื่มน้ำร้อนหรือน้ำเย็นก่อนหน้านี้ไหม ครับ/คะ
Have you recently had hot or cold fluids?	
Please open your mouth.	กรุณาอ้าปากครับ/คะ
Please put/place the thermometer tip under your tongue/ armpit.	กรุณาใส่ปรอทวัดไข้ไว้ที่ใต้ลิ้น/รักแร้
May I to put thermometer under your togue/ armpit.	ฉันขออนุญาตใส่ปรอทวัดไข้ไว้ที่ใต้ลิ้น/รักแร้
Please keep your month and lips closed firmly.	กรุณาปิดปากให้สนิทนะครับ/คะ
Please hold the thermometer for minutes.	กรุณาอม/ใส่ปรอทวัดไข้ไว้...นาที
Please hold the thermometer until you hear the beep sound.	กรุณาอม/ใส่ปรอทวัดไข้ไว้จนกว่าจะได้ยินเสียงเตือน
Your temperature is normal.	อุณหภูมิร่างกายของคุณปกติ
You have high body temperature.	อุณหภูมิร่างกายของคุณสูง
You have fever.	คุณมีไข้
You have a mild/ low grade fever.	คุณมีไข้ต่ำๆ
You have low body temperature.	อุณหภูมิร่างกายของคุณต่ำ
You are hypothermia.	
การวัดความดันโลหิต (Blood pressure)	
Please be seated.	กรุณานั่งลงครับ/คะ
Which side of your arms that I can check?	ต้องการให้วัดแขนข้างไหนครับ/คะ
Do you have any wounds or medical devices on this side?	คุณมีแผลหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่แขนด้านนี้ไหมครับ/คะ
May I take your blood pressure?	ขออนุญาตวัดความดันของคุณนะครับ/คะ
Let me take your blood pressure.	
I would like to take your blood pressure.	ฉันอยากจะขอวัดความดันของคุณครับ/คะ
I am going to take your blood pressure.	ฉันจะวัดความดันของคุณนะครับ/คะ
Please roll up your sleeve.	กรุณาพับแขนเสื้อขึ้นหน่อยนะครับ/คะ

ประโยคการสนทนาภาษาอังกฤษ	คำแปล
Put your right/ left arm on the table.	กรุณาวางแขนไว้โต๊ะ
Place your arm on the table.	
I'm going to wrap the (Cuff) around your upper arm.	ฉันจะพันผ้าพันแขนวัดความดันรอบแขนคุณนะครับ/คะ
I'm going to put this (Cuff) around your upper arm.	
I'm going to inflate the (Cuff) and open the valve to allow the air out slowly.	ฉันจะบีบลมและค่อย ๆ ปล่อยลมออกช้า ๆ นะครับ/คะ
I'm going to pump up the pressure and release it slowly.	
You may feel some pressure/uncomfortable a little when I pump it up, but it will take a few seconds.	คุณอาจรู้สึกแน่นหรือไม่สบายเล็กน้อยขณะบีบลมเข้าไป แต่มันจะใช้เวลาไม่กี่วินาที
Your blood pressure is normal.	ความดันโลหิตของคุณปกติ
Your blood pressure is (slightly) high.	ความดันโลหิตของคุณ (ค่อนข้าง) สูง
Your blood pressure is (slightly) low.	ความดันโลหิตของคุณ (ค่อนข้าง) ต่ำ
Please take a rest for 5 minutes, then I will repeat it again.	กรุณาลงพัก 5 นาที จากนั้นจะขอวัดซ้ำนะครับ/คะ
การวัดชีพจร (Pulse rate)	
Can I please take your pulse?	ขออนุญาตวัดชีพจรของคุณนะครับ/คะ
I will check your pulse at your wrist.	ฉันจะวัดชีพจรที่บริเวณข้อมือของคุณนะครับ/คะ
I am going to take your pulse.	ฉันจะวัดชีพจรของคุณนะครับ/คะ
Your pulse rate is ... beats per minute.	อัตราชีพจรของคุณคือ...ครั้งต่อนาที

2.4 การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน

ประโยคการสนทนาภาษาอังกฤษ	คำแปล
การช่วยอาบน้ำและทำความสะอาดร่างกาย	
It is time to take a bath.	ถึงเวลาอาบน้ำแล้วครับ/คะ
Would you like to take a bath?	คุณอยากจะทำน้ำไหมครับ/คะ
Let me help you with your bath.	ให้ผม/ฉันช่วยคุณอาบน้ำน่ะครับ/คะ
I am going to help you with a bath.	ผม/ฉันจะช่วยให้คุณอาบน้ำน่ะครับ/คะ

ประโยคการสนทนาภาษาอังกฤษ	คำแปล
I will help you go to the bathroom.	ผม/ฉันจะช่วยพาคุณไปที่ห้องน้ำนะครับ/คะ
I will help you with taking a shower.	ผม/ฉันจะช่วยคุณอาบน้ำนะครับ/คะ
Would you like your hair washed?	คุณอยากสระผมไหมครับ/คะ
I will take off your cloth.	ผม/ฉันจะถอดเสื้อผ้าของคุณออกนะครับ/คะ
I will put this towel across your chest.	ผม/ฉันจะวางผ้าเช็ดตัวบนตัว(อก)คุณนะครับ/คะ
I am going to wash your face.	ผม/ฉันกำลังจะล้างหน้าให้คุณนะครับ/คะ
Can you wash your face?	คุณล้างหน้าได้ไหมครับ/คะ
Would you like to shave?	คุณอยากโกนหนวดไหมครับ/คะ
I will help you shave.	ผม/ฉันจะช่วยคุณโกนหนวดนะครับ/คะ
การช่วยดูแลการรับประทานอาหาร	
Are you hungry?	คุณหิวหรือไม่ครับ/คะ
What would you like to have?	คุณอยากรับประทานอะไรครับ/คะ
Do you have food allergies?	คุณมีแพ้อาหารอะไรหรือไม่ครับ/คะ

2.5 การดูแลให้ได้รับยา

ประโยคการสนทนาภาษาอังกฤษ	คำแปล
การสอบถามประวัติการรับประทานยา	
Have you taken any medicines recently?	ช่วงนี้คุณรับประทานยาอะไรอยู่ไหม
Are you taking any medications?	คุณกำลังรับประทานยาอะไรอยู่ไหม
Do you take any medicines regularly?	คุณมียาตัวไหนที่รับประทานเป็นประจำหรือไม่
Do have any drug allergy?	คุณมีประวัติแพ้ยาหรือไม่
Are you allergic to any medication?	คุณเคยรับประทานยาตัวนี้หรือไม่
Have you ever taken this medicine before?	คุณมีอาการอย่างไรบ้าง
What reaction do you have?	
แนะนำชนิดของยา	
This is your pain killer.	ตัวนี้คือยาลดปวดครับ/คะ
This is a sleeping pill.	ตัวนี้คือยาช่วยเรื่องการนอนครับ/คะ
Here is your antibiotics.	นี่คือยาปฏิชีวนะ/ยาฆ่าเชื้อของคุณครับ/คะ
You have to take it completely for days?	คุณต้องรับประทานยาตัวนี้ให้ครบ....วันครับ/คะ
There are your supplements/vitamins.	เหล่านี้คืออาหารเสริม/วิตามินของคุณครับ/คะ

ประโยคการสนทนาภาษาอังกฤษ	คำแปล
This is an antacid.	ตัวนี้คือยาลดกรดครับ/ค่ะ
This is your laxative drug.	ตัวนี้คือยาระบาย/ขับถ่ายครับ/ค่ะ
This medicine is for your fever.	ยาตัวนี้ช่วยลดไข้ของคุณครับ/ค่ะ
There are your eye drops.	เหล่านี้คือยาหยอดตาครับ/ค่ะ
This is your antihypertensive drug.	นี่คือยาลดความดันของคุณครับ/ค่ะ
This is your cough medicine.	นี่คือยาแก้ไอของคุณครับ/ค่ะ
การดูแลให้ได้รับยาทางปาก	
I will give you a medicine called Tylenol for pain/fever.	ฉันจะให้ยาแก้ปวด/ไข้ ที่ชื่อไทลินอลแก่คุณ
Please take it 1 tablet every 4-6 hours.	กรุณารับประทานครั้งละ 1 เม็ด ทุก 4-6 ชั่วโมง
Please take it only a half tablet per time.	กรุณารับประทานครั้งละครึ่งเม็ด
Please take it 2 tablets per time.	กรุณารับประทานครั้งละ 2 เม็ด
Please take this medicine once daily.	กรุณารับประทานยาตัวนี้วันละครั้ง
Please take it twice a day after meals.	กรุณารับประทาน 2 ครั้งต่อวัน หลังอาหาร
You have to take it 3 times a day after breakfast, lunch, and dinner.	กรุณารับประทาน 3 ครั้งต่อวัน หลังอาหาร เช้า กลางวัน และเย็น
You have to take it 4 times a day after breakfast, lunch, dinner, and at bedtime.	กรุณารับประทาน 4 ครั้งต่อวัน หลังอาหาร เช้า กลางวัน เย็น และก่อนนอน
You have to take it after meal immediately.	คุณต้องรับประทานยาตัวนี้หลังอาหารทันที
This medicine may irritate your stomach.	ยาตัวนี้อาจระคายเคืองกระเพาะอาหารของคุณได้
You have to take it 15 minutes before meals.	คุณต้องรับประทานยาตัวนี้ก่อนอาหาร 15 นาที
You have to take it once a day at bedtime.	คุณต้องรับประทานยาตัวนี้วันละ 1 ครั้งก่อนนอน
Please take this medicine 1 teaspoon/5mls	กรุณารับประทานยาตัวนี้ 1 ช้อนชา/5 มิลลิตร
Please take this medicine 1 table-spoon/15mls	กรุณารับประทานยาตัวนี้ 1 ช้อนโต๊ะ/15 มิลลิตร
Please take the cough syrup 30 cc/ml.	กรุณารับประทานน้ำเชื่อมแก้ไอ 30 มิลลิตร
Put this pill under your tongue please.	กรุณามายาไว้ใต้ลิ้นครับ/ค่ะ
การดูแลให้ได้รับยาทา	
I will apply this pain relief gel for you.	ฉันจะทาเจลลดปวดให้คุณนะครับ/ค่ะ
Please apply this cream on the affected sites externally.	กรุณาใช้ครีมทาภายนอกบนบริเวณที่มีอาการครับ/ค่ะ

ประโยคการสนทนาภาษาอังกฤษ	คำแปล
Please apply this cream on your skin rash.	กรุณาทาครีมบริเวณผื่นแดงบนผิวหนังครับ/ค่ะ
Please apply this insect repellent first.	กรุณาทายากันแมลง/ยุงก่อนนะครับ/คะ
You can apply this ointment 3 times a day or as needed.	คุณสามารถทาครีม/ขี้ผึ้งตัวนี้ได้ 3 ครั้งต่อวัน หรือ ตามที่ต้องการ
การดูแลให้ได้รับยาหยอดตา	
Please wash your hands before using eye drops.	กรุณาล้างมือก่อนใช้ยาหยอดตานะครับ/คะ
Please keep your eyes opening. I will put 1-2 drops on your right/left eye.	กรุณาสีมตาค้างไว้ เดี๋ยวฉันหยอดตาให้ 1-2 หยด ที่ตาข้างขวา/ซ้าย ครับ/ค่ะ
I will put the eye ointment on your both eyes.	ฉันจะทาครีมป้ายตาที่ตาทั้งสองข้างให้คุณนะ ครับ/คะ
Please close your eyes for a few seconds.	กรุณาหลับตาไว้สักครู่ นะครับ/คะ
การดูแลให้ได้รับยาเหน็บ/ยาสวน	
Do you have any abdominal discomfort / claim?	คุณมีอาการเสียดแน่น/ไม่สบายท้องหรือไม่ครับ/คะ
I will do rectal enema for you.	ฉันจะสวนทางทวารหนักให้คุณนะครับ/คะ
I will put the suppository tablet for you rectally.	ฉันจะสอดยาเหน็บทางทวารหนักให้คุณนะครับ/คะ
Please lie down on your back and lift your knees up.	กรุณานอนหงายแล้วชันเข่าทั้งสองข้างขึ้นครับ/คะ
Please lie down on your side.	กรุณานอนตะแคงนะครับ/คะ
Please hold your rectum for a while.	กรุณากั้นทวารหนักไว้สักครู

สรุป

การเพิ่มขึ้นของจำนวนประชากรผู้สูงอายุเกิดขึ้นทั้งในประเทศไทยและทั่วโลก โดยมีผู้สูงอายุชาวต่างชาติจำนวนมากที่เกษียณอายุแล้วและมาพักอาศัยอยู่ในประเทศไทย เป็นเวลานาน ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุจำเป็นต้องเรียนรู้ภาษาอังกฤษในการสื่อสารเบื้องต้น เพื่อสามารถตอบสนองต่อความต้องการการดูแลผู้สูงอายุได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษที่เป็นเครื่องมือสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ ดังนั้นพนักงานผู้ดูแลจะต้องมีความรู้และทักษะเกี่ยวกับคำศัพท์ทางเทคนิคเฉพาะและการสื่อสารภาษาอังกฤษสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ ตั้งแต่การทักทาย การสอบถามข้อมูลทางสุขภาพ การวัดสัญญาณชีพ การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน การออกกำลังกาย ตลอดจน การดูแลให้ได้รับยา เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถสื่อสารสำหรับการให้บริการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บรรณานุกรม

กาญจนาพร รุจิโณม. การสื่อสารภาษาอังกฤษของคนไทยกับการดำเนินชีวิต ในศตวรรษที่ 21.

Journal of Arts Management, 2561: 199-202.

อัจฉริยา ครุฑโรจน์, ฤทัย พานิช, ริชาร์ด แม่น. การสร้างหลักสูตรภาษาอังกฤษสำหรับผู้สูงอายุเพื่อใช้ในชีวิตรประจำวัน. *มนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์ปริทัศน์*; 2565: 11-120.

Samere, W., Maria, A., Karliner, L. Caregiving for older adults with limited

English proficiency: Transitioning from hospital to home. *J Gen Intern*

Med; 2019: 1744-1750. Doi:10.1007/s11606-019-05119-y

7.2 ทักษะด้านการใช้ดิจิทัลพื้นฐาน Computer & Application

นายวันดี สายทอง

รองผู้อำนวยการศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร
สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

“ดิจิทัล” (อังกฤษ: digital; เฉพาะชื่อเฉพาะอาจสะกดเป็น “ดิจิทัล” หรือ “ดิจิตอล”) หรือในศัพท์บัญญัติว่า เซิงตัวเลขในทฤษฎีข้อมูลหรือระบบข้อมูล เป็นวิธีแทนความหมายของข้อมูลหรือชิ้นงานต่างๆ ในรูปแบบของตัวเลข โดยเฉพาะเลขฐานสองที่ไม่ต่อเนื่องกัน ซึ่งต่างจากระบบอนาล็อกที่ใช้ค่าต่อเนื่องหรือสัญญาณอนาล็อกซึ่งเป็นค่าต่อเนื่อง หรือแทนความหมายของข้อมูลโดยการใช้ฟังก์ชันที่ต่อเนื่อง ซึ่งในปัจจุบันยังเกี่ยวพันไปถึงข้อมูลในรูปแบบต่างๆ ทั้งที่ต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่องก็ได้ เช่น อาจเป็นภาพ เสียง หรือข้อมูลอื่นๆ ที่เป็นดิจิทัล

ทักษะด้านการใช้งานดิจิทัลพื้นฐานหรือเบื้องต้นจะเป็นเรื่องจำเป็นและสำคัญสำหรับคนในทุกช่วงวัยใน ทุกกลุ่มอายุ กลุ่มผู้สูงอายุก็เป็นกลุ่มหนึ่งที่มีปัจจุบันมีการเข้าถึงหรือใช้ทักษะที่จำเป็นด้านดิจิทัลหรือดิจิทัลเกิดขึ้น ตั้งแต่การเข้าใช้บริการ การขอรับบริการ การใช้ชีวิตประจำวัน การติดต่อสื่อสาร การยืนยันตัวตน เพื่อเข้าถึงสิทธิ์ต่างๆ เป็นต้น

Digital literacy คืออะไร

“ทักษะความเข้าใจและใช้เทคโนโลยีดิจิทัล” หรือ Digital literacy หมายถึง ทักษะในการนำเครื่องมือ อุปกรณ์และเทคโนโลยีดิจิทัลที่มีอยู่ในปัจจุบัน อาทิ คอมพิวเตอร์ทั้งที่เป็นแบบตั้งโต๊ะ (Computer Desktop PC) คอมพิวเตอร์กระเป๋าคือ (NoteBook) โทรศัพท์ (Smartphone) แท็บเล็ต (Tablet) โปรแกรมคอมพิวเตอร์ (Software) และสื่อออนไลน์ (Social Network) มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ในการสื่อสาร การปฏิบัติงาน การใช้ชีวิตประจำวัน และการทำงานร่วมกัน หรือใช้เพื่อพัฒนากระบวนการทำงาน หรือระบบงานในองค์กรให้มีความทันสมัย และมีประสิทธิภาพ



ข้อมูลสถิติที่น่าสนใจจาก “We are Social 2022” พบว่า ในหัวข้อ “คนไทยกับโซเชียลมีเดีย 2022” ใช้และชื่นชอบแพลตฟอร์มไหนมากที่สุด”

“ใช้มากที่สุด” 5 ลำดับแรก ได้แก่ Facebook, Line, FB Messenger, TikTok, Instagram

“ชอบมากที่สุด 5 ลำดับแรก ได้แก่ Facebook, Line, TikTok, Instagram, FB Messenger



เมื่อปี พ.ศ.2560 ประเทศไทยมีประชากรทั้งหมด 64.5 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 9.4 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 14.5 เพิ่มขึ้นปีละประมาณ 5 แสนคน และคาดว่าภายในปี 2568 ไทยจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) ซึ่งจะมีประชากรผู้สูงอายุประมาณ 14.4 ล้านคน หรือเพิ่มขึ้นเกินร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดจากผลการวิจัยการทำการตลาดกับกลุ่มผู้สูงอายุที่วิทยาลัยการจัดการมหาวิทยาลัยมหิดล (CMMU) ทำการสำรวจในปี 2560 พบว่า สื่อสังคมออนไลน์ที่มีการใช้งานมากที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่

1. Line ร้อยละ 50 เนื่องจากใช้งานง่าย หากผู้สูงอายุอ่านเนื้อหาที่ชื่นชอบจะทำการส่งสติ๊กเกอร์แทน การพิมพ์ข้อความตอบโต้ (ปัจจุบันยอดการใช้งานมากกว่า ร้อยละ 80)
2. โทรศัพท์ ร้อยละ 24 โดยผู้สูงวัยกว่าร้อยละ 61 จะเปิดทิ้งไว้ไม่เปลี่ยนช่องเป็นเพื่อนเพื่อคลายเหงา หรือใช้ฟังแต่เสียงไม่ได้ดูภาพส่วนใหญ่
3. Facebook ร้อยละ 16



จะเห็นว่า การเข้าถึงเทคโนโลยีดิจิทัลสำหรับผู้สูงวัยหรือผู้สูงอายุในประเทศไทย โดยเฉพาะ เรื่องการใช้คอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ตในรูปแบบต่างๆ ในการเข้าถึงข้อมูลไม่ว่าจะเป็นการติดต่อสื่อสาร การสนทนา ความบันเทิง การติดตามข่าวสารบ้านเมือง หรือแม้แต่เพื่อความบันเทิง สื่อหรือเครื่องมือหลักๆ ก็ได้แก่ โทรศัพท์มือถือแบบ Smartphone ซึ่งมีการพัฒนาไปมาก ทั้งเรื่องของขนาด ความจุหน่วยความจำ ความเร็วในการประมวลผล การถ่ายภาพทั้งกล้องด้านหน้าและด้านหลัง ซึ่งมีความละเอียดมากขึ้นไม่แพ้กล้องดิจิทัล นอกจากนี้ยังสามารถบันทึกความทรงจำทั้งภาพและเสียงในรูปแบบของวิดีโอ (VDO) เมื่อบันทึกเสร็จก็สามารถแชร์หรือส่งต่อให้ในกลุ่มเพื่อนๆ หรือสมาชิกในครอบครัว เอาไว้ดูภายหลังได้ Application ที่ได้รับความนิยม และกล่าวถึงคือ Facebook และ Line

จากข้อมูล : จะเห็นได้ว่า Facebook ยังคงเป็นแพลตฟอร์มที่ครองอันดับหนึ่งในประเทศไทย ซึ่งหากเรามองย้อนกลับไปเหตุผล เราพอจะทราบได้ว่าสิ่งที่ทำให้ Facebook เป็นอันดับ 1 เพราะเป็นแพลตฟอร์มที่ตอบโจทย์ สิ่งต่างๆ ได้ดีกว่า แต่จุดที่น่าสังเกตอีกอย่างหนึ่ง คือ แม้ Facebook จะอยู่อันดับ 1 เองก็ตาม แต่ Facebook Messenger กลับได้รับความนิยมน้อยกว่า Line ที่เป็นแอปพลิเคชันที่เน้นการติดต่อสื่อสารพูดคุยเป็นหลัก อาจสรุปได้ว่า พฤติกรรมของคนไทยหากเป็นเพื่อการติดต่อสื่อสาร Line คือแอปฯ ที่คนไทยนิยมใช้มากกว่า

การใช้คอมพิวเตอร์

“เครื่องไมโครคอมพิวเตอร์”(Microcomputer) หมายถึง คอมพิวเตอร์ส่วนบุคคล

ที่มีผู้นิยมใช้กันเป็นจำนวนมาก และแพร่หลายมาก มีทั้งขนาดเล็ก ขนาดใหญ่และราคาถูก เคลื่อนย้ายได้สะดวก พกพาได้สะดวก สามารถใช้งานโดยผู้ใช้คนเดียว (Stand Alone) หรือมากกว่า เหมาะกับงาน Word Processing, Spread sheet, Account, Data Base และการจัดทำสิ่งพิมพ์ เป็นต้น สามารถแบ่งได้ดังนี้

1. คอมพิวเตอร์แบบตั้งโต๊ะ (Desktop Computer) แบบติดตั้งใช้งานอยู่กับที่ บนโต๊ะทำงาน



กรณีใช้งาน จะต้องมียูนประกอบอย่างน้อย 3 ส่วน คือ

- หน่วยประมวลผล (CPU) ทำหน้าที่ในการประมวลผล
- จอภาพ (Monitor) ทำหน้าที่ในส่วนของการแสดงผล
- แป้นพิมพ์ (Keyboard) ทำหน้าที่ในส่วนของการนำเข้าหรือรับข้อมูล ซึ่งส่วนประกอบอื่นๆ เพิ่มเติมอาจมีหรือไม่ก็มีได้ เช่น เมาส์ (Mouse) เครื่องพิมพ์ (Printer) ตัวรับ-ส่งและขยายสัญญาณอินเทอร์เน็ต (Card WiFi, Router, Access Point) และสัญญาณเครือข่ายอินเทอร์เน็ต

มาเริ่มต้นการใช้คอมพิวเตอร์เบื้องต้น กัน...ด้วยการเปิดเครื่องคอมพิวเตอร์ตามขั้นตอน

1. เสียบปลั๊กไฟทุกเส้นที่ต่อจากเครื่องคอมพิวเตอร์ (จาก CPU ไปยังปลั๊กไฟผนังและจอภาพ)
2. กดปุ่ม Power เพื่อเปิดเครื่อง จะมีไฟติดที่เครื่อง CPU และแป้นพิมพ์
3. เปิดสวิตช์จอภาพ จะมีตัวอักษรหรือภาพขึ้นบนจอภาพ และเริ่มเข้าสู่โปรแกรม
4. ใช้เมาส์คลิกที่ปุ่ม Start จะปรากฏกลุ่มงานให้เลือกใช้
5. ใช้เมาส์คลิกที่โปรแกรม (Programs) จะปรากฏแถบรายชื่อโปรแกรมต่างๆ ให้เลือก
6. คลิกชื่อโปรแกรมที่ต้องการใช้งาน โปรแกรมงานก็จะถูกเปิดขึ้นทันทีเพื่อเริ่มต้นการใช้งาน

2. คอมพิวเตอร์แล็ปท็อปหรือกระเป๋าหิ้ว (Notebook) พกพาเดินทาง

ได้สะดวก เครื่องคอมพิวเตอร์แล็ปท็อป หรือ คอมพิวเตอร์กระเป๋าหิ้ว (NoteBook) ที่พูดถึง เหมาะสำหรับทุกกลุ่มวัยในการใช้งานในทุกสถานที่ สามารถพกพาไปได้สะดวก มีขนาดเล็ก น้ำหนักเบา ส่วนใหญ่น้ำหนักไม่เกิน 1-2.5 กิโลกรัม มีหลายรุ่น หลายราคา ขึ้นกับคุณสมบัติ (Specification) ความต้องการใช้งานบางรุ่นสามารถสัมผัสหน้าจอ (Touch Screen) แบบแท็บเล็ตได้



การเริ่มต้นการใช้คอมพิวเตอร์แล็ปท็อปเบื้องต้น

1. กดปุ่ม Power เพื่อเปิดสวิตช์เครื่อง จะมีไฟติดที่เครื่อง มีตัวอักษรหรือภาพขึ้น เป็นการ Start หรือเริ่มต้นการใช้งานเครื่อง Notebook ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการใช้งานผ่านระบบแบตเตอรี่สำรองของเครื่อง โดยปกติจะสามารถเก็บไฟได้ ตั้งแต่ 1-6 ชั่วโมง โดยไม่ต้องเสียบปลั๊กไฟ ยกเว้นที่แบตเตอรี่เสื่อมหรือแบตเตอรี่ถูกใช้งานจะหมด



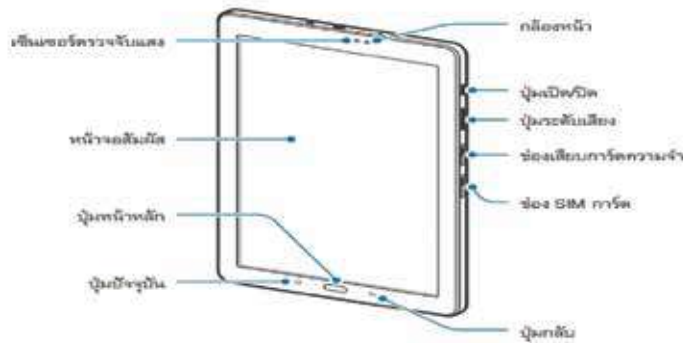
2. ใช้เมาส์คลิกหรือ TOUCH PAD ผ่านแป้นที่ปุ่ม Start จะปรากฏกลุ่มโปรแกรม เพื่อให้เลือกใช้งาน

3. ใช้เมาส์คลิกที่โปรแกรม (Programs) จะปรากฏแถบรายชื่อโปรแกรมต่างๆ ให้เลือกแล้วแต่จะใช้งานอะไร

4. ในกรณีที่ต้องการใช้อินเทอร์เน็ต (Internet) อาจต้องมีการเชื่อมต่อหรือหาสัญญาณอินเทอร์เน็ตจากอุปกรณ์กระจายสัญญาณ Router หรือ Access Point WiFi ที่อยู่ใกล้ๆ ซึ่งอาจมีการใช้รหัสผ่านในการเข้าถึงบริการหรือสามารถกระจายสัญญาณผ่านระบบฮอตสปอต Hot Spot ของโทรศัพท์มือถือ Smartphone ของตัวเองก็ได้

5. คลิกชื่อโปรแกรมที่ต้องการใช้งาน โปรแกรมงานก็จะถูกเปิดขึ้นทันทีเพื่อเริ่มต้นการใช้งาน ถ้าใช้อินเทอร์เน็ต ก็เปิดเบราว์เซอร์ เช่น Google Chrome, Safari, Firefox, Edge เป็นต้น ส่วนถ้าจะพิมพ์งานเอกสาร ก็เลือกไมโครซอฟเวิร์ด

3. คอมพิวเตอร์แท็บเล็ต (Tablet Computer) มีลักษณะคล้ายโน้ตบุ๊กหรือกระดานชนวนแต่มีความแตกต่าง คือ สามารถป้อนข้อมูลทางจอภาพได้ (อาจใช้ปากกาชนิดพิเศษหรือการทัสกรีน Touch Screen)



โดยสามารถเริ่มต้นการใช้งาน Tablet เบื้องต้น...ด้วยการทำตามขั้นตอน

1. เปิดสวิตช์ Power On เพื่อเปิดการทำงานของเครื่อง Tablet
2. ตรวจสอบระดับแบตเตอรี่เหมือนกับการดูแบตเตอรี่บนมือถือ (ลักษณะเดียวกัน)
3. ตรวจสอบสัญญาณโทรศัพท์ 4G/5G แล้วแต่ชนิดของบริการสำหรับเครื่องที่สามารถใช้ SIM ได้
4. ตรวจสอบสัญญาณและการเชื่อมต่อ WiFi ว่าเชื่อมต่อได้หรือไม่ หรือจำเป็นต้องเชื่อมต่อกรณีที่ไม่ได้ Connect กับ WiFi เดิม กรณีที่พกพาไปยังสถานที่ต่างๆ



4. คอมพิวเตอร์ขนาดพกพา (Handheld Computer)

มีขนาดเท่าฝ่ามือ เช่น Palmtop, PDA (Personal Digital Assistant) ปัจจุบันอาจได้รับความนิยม ไม่มาก แต่มีการนำมาประยุกต์ใช้กับงานหรือธุรกิจบางประเภทให้ความสะดวกในการใช้งานเชื่อมต่อเครือข่ายผ่าน WiFi หรือบลูทูธ Bluetooth ทำให้สามารถนำไปใช้งาน ในแบบเคลื่อนที่ และอาจจำกัดพื้นที่การใช้งาน



5. โทรศัพท์มือถือแบบสมาร์ทโฟน (Smartphone)

ในปัจจุบันอุปกรณ์ประเภทโทรศัพท์มือถือ มักมีหน้าจอแสดงผล พร้อมไอคอน สำหรับเลือกกดปุ่มหรือโปรแกรมที่ต้องการซึ่งมีความสามารถคล้ายคอมพิวเตอร์ขนาดเล็กและสามารถ

เชื่อมต่อกับอินเทอร์เน็ตได้ มีความสามารถคล้ายเครื่องคอมพิวเตอร์และสามารถเชื่อมต่อกับอินเทอร์เน็ตได้ อาจกล่าวได้ว่า “สมาร์ทโฟน” คือ การผสมผสานกันระหว่างพีดีเอกับโทรศัพท์เคลื่อนที่ สมาร์ทโฟนที่มีระบบปฏิบัติการแต่ละประเภทสามารถพัฒนาให้รองรับโปรแกรมประยุกต์ โดยผู้ใช้งานสามารถติดตั้งโปรแกรมเสริมสำหรับเพิ่มความสามารถของโทรศัพท์ได้ด้วยตัวเองโดยรูปแบบนั้นขึ้นอยู่กับของโทรศัพท์และระบบปฏิบัติการ เช่น โปรแกรม Line, Facebook หรือโปรแกรมสำเร็จรูปอื่นๆ เพื่อการใช้งาน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับคุณสมบัติของโทรศัพท์มือถือ Smartphone นั้นๆ

โดยสามารถเริ่มต้นการใช้งานโทรศัพท์มือถือ Smartphone เบื้องต้น...ตามขั้นตอน



1. เปิดใช้งานโทรศัพท์มือถือ Smartphone เหมือนการใช้งานตามปกติ

2. ตรวจสอบการเชื่อมต่อโทรศัพท์มือถือผ่านระบบ SIM 4G/5G ของเครือข่ายโทรศัพท์ว่ามีสัญญาณหรือไม่ กรณีโทรศัพท์ที่สามารถใช้งานติดต่อสื่อสารได้ตามปกติ

3. กรณีที่ต้องการเปลี่ยนการเชื่อมต่อจากระบบ Cellular หรือ 4G/5G ไปเป็นระบบเครือข่ายอินเทอร์เน็ตแบบ WiFi ก็สามารถเลือกการเชื่อมต่อเพื่อเชื่อมโยงการให้บริการจากเครือข่ายที่มีการกระจายสัญญาณอินเทอร์เน็ตในบริเวณนั้น

4. ภายหลังการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตผ่านช่องทางใดช่องทางหนึ่งแล้วให้ทดลองเปิดโปรแกรมที่ต้องใช้ระบบออนไลน์ เช่น Line, Facebook หรือ Google Chrome, Safari เป็นต้น



• การใช้อินเทอร์เน็ต

การใช้งานอินเทอร์เน็ตในปัจจุบันจะเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับคนในทุกกลุ่มวัย เพื่อที่จะสื่อสารผ่านช่องทางในระบบออนไลน์ เพื่อเรียนรู้ เพื่อความบันเทิง และด้านธุรกิจ

ยิ่งในช่วงวิกฤติของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมา ยิ่งทำให้เห็นวาระบบอินเทอร์เน็ตมีความจำเป็นอย่างมาก ทั้งในเรื่องของการทำงานอยู่ที่บ้าน ที่เราได้ยินกันว่า “Work Form Home” หรือ WFH ก็เอามาใช้สื่อสารกันในวงกว้าง การประชุมในรูปแบบของการประชุมผ่านช่องทางออนไลน์มีมากขึ้น ผ่านหลากหลายเครื่องมือ ใช้ทั้งเครื่องคอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต สมาร์ทโฟน หรือแม้แต่การนำมาประยุกต์ใช้ในการทำสื่อการเรียนการสอนออนไลน์ ส่วนในวงการแพทย์และสาธารณสุขก็นำมาใช้ในการติดตามตำแหน่ง การเช็คคิวนำเข้าสถานที่การดูแลหรือให้คำปรึกษาผ่านระบบโทรเวช หรือ Telemedicine ,Tele-Health ที่เรียกกัน เพื่อความสะดวกในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ นอกจากนี้ระบบ IoT ต่างๆ ก็ถูกพัฒนาขึ้นต่อเนื่องตามลำดับ เพื่อนำมาใช้งานกับธุรกิจและการประกอบกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้สิ่งหนึ่งที่ปฏิเสธไม่ได้คือการมาใช้เพื่อความบันเทิงหรือการติดตามข่าวสารแทนการอ่านหนังสือพิมพ์หรือดูข่าวทางทีวี เป็นการติดตามผ่านช่องทางโซเชียลมีเดีย Social media แทน

สำหรับกลุ่มผู้สูงอายุ การเข้าถึงสื่อต่างๆ หรือการติดต่อสื่อสารถึงครอบครัว เพื่อน หรือสมาชิกในบ้านโดยใช้อุปกรณ์คอมพิวเตอร์หรือสมาร์ทโฟน ซึ่งปัจจุบันมีความสามารถในการทำงานที่ใกล้เคียงกันหรือมากกว่า เพิ่มความสะดวกสบายในการเดินทาง พกพาเพื่อนำไปใช้นอกสถานที่ เพียงแต่ขอให้มีความรู้สัญญาณอินเทอร์เน็ตผ่านระบบเครือข่าย 4G/5G หรือสามารถเชื่อมต่อสัญญาณ WiFi ได้ แค่นี้ก็จะสามารถตอบโจทย์การใช้งานเบื้องต้นได้



ที่มา:ภาพไอคอนสัญญาณ PNG JPG/PSD กราฟิกคุณภาพสูงล่าสุดฟรีหมายเลข lovepik กราฟิกคือ 400218001

ใช้อินเทอร์เน็ตอย่างไรให้ปลอดภัย

1. เก็บรักษาข้อมูลส่วนบุคคลให้ปลอดภัยอยู่เสมอ อะไรบ้าง เช่น เลขประจำตัวประชาชน รูปบัตรประจำตัวประชาชน ด้านหน้า/ด้านหลัง รหัสผ่านสำหรับการทำธุรกรรมต่างๆ เช่น อีเมล เน็ตแบงก์
2. เปิดการตั้งค่าความเป็นส่วนตัวของคุณไว้ อย่าเปิดแบบสาธารณะ กรณีไม่ทราบให้ขอคำปรึกษา หรือคำแนะนำในการตั้งค่าเบื้องต้น

3. เลือกเว็บเบราว์เซอร์ที่มีความปลอดภัยและพยายามอัปเดตให้เป็นเวอร์ชันปัจจุบัน

4. ตรวจสอบว่าการเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตของคุณทุกครั้งว่ามีความปลอดภัย โดยเฉพาะกรณีที่ปล่อยให้ใช้ฟรี หรือมีลิงค์ให้กดลงทะเบียนแปลกๆ โดยเฉพาะการไปนอกสถานที่

5. ระวังสิ่งที่คุณดาวน์โหลดลงมาไว้ในเครื่องคอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์มือถือ

กลุ่มโปรแกรมเพื่อการใช้งานผ่านระบบอินเทอร์เน็ต

1. เพื่อการติดต่อสื่อสาร ผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ต เช่น Chat, Voice, Mail หรือ VDO Call ที่ได้รับความนิยมในปัจจุบัน เช่น Line, Wechat, Massenger, HangOut, Skype



Group Video Chat App

<https://tuemaster.com/blog> Category: ข่าวสาร เกร็ดความรู้ทั่วไป By Tuemaster Admin August 1, 2020

ซึ่งในการใช้งานขั้นพื้นฐานก่อนการใช้งานทุกโปรแกรมต้องมีการลงทะเบียนเพื่อเข้าใช้งาน ที่เรียกว่า Register ก่อนทำการ Login หรือ Sing In เพื่อเข้าใช้งานโปรแกรม โดยอาจมีการให้ใส่หรือบันทึกข้อมูลต่างๆ ดังนี้

1. E-Mail หรือหมายเลขโทรศัพท์ หรือ ชื่อ-สกุล Name Surname
2. ระบุชื่อที่ต้องการแสดงเป็น User Account เวลา Chat หรือใช้งาน
3. ตั้งคำรหัสผ่าน โดยพิมพ์ตัวเลขหรือตัวอักษรผสมกัน อย่างน้อยไม่ต่ำกว่า 6 ตัวอักษร

4. ทำการบันทึกหรือกรอกรหัสผ่าน เพื่อยืนยันให้ตรงกับที่พิมพ์ไว้ก่อนหน้านี้
5. กด Register หรือลงทะเบียนเข้าใช้งาน แล้วไปที่หน้า Login หรือ Sing In เพื่อเข้าใช้โปรแกรมอีกครั้ง เริ่มต้นการใช้งาน

หมายเหตุ: ในบางโปรแกรมขั้นตอนการลงทะเบียน อาจให้มีการยืนยันผ่าน E-mail ที่ท่านได้กรอกเอาไว้ก่อนจึงจะสามารถใช้งานได้



กรณีที่จะลงทะเบียนอีเมล Account เพื่อการใช้งานระบบจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ ในปัจจุบัน Free Mail ที่ได้รับความนิยมและมีคนใช้อยู่มากมายทั่วโลก ได้แก่ Gmail และ Hotmail

1. เพื่อการติดต่อสื่อสารใช้งาน ก็จำเป็นต้องมีการลงทะเบียนหรือสมัครเพื่อใช้งานเบื้องต้น

This is a screenshot of the Microsoft account creation page. It includes fields for 'First name', 'Last name', 'User name', 'Password', 'Repeat password', 'Country/region', 'Birthdate', 'Gender', and 'Email address'. There are also checkboxes for 'I agree to the Microsoft account terms' and 'I agree to the Microsoft privacy statement'.

This is a screenshot of the Gmail account creation page. It includes fields for 'Name', 'Email address', 'Create a password', 'Confirm your password', 'Birthdate', 'Gender', 'Mobile phone', and 'Your current postal address'. There is also a checkbox for 'I agree to the Gmail terms of service'.

หลังจากได้ทำการลงทะเบียน Register E-Mail ตัวใดตัวหนึ่งเป็นที่เรียบร้อยแล้ว เราก็จะได้ Mail Account ที่สามารถรับ-ส่งจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ E-Mail กับคนอื่นๆ ได้แล้ว โดยที่อยู่ E-Mail ของท่านก็จะแสดงในรูปแบบ ดังนี้

Gmail = somchai@gmail.com Hotmail = somchai@hotmail.com

2. การเขียน Mail หรือจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ถึงผู้อื่น จำเป็นที่จะต้องมียีเมลผู้รับปลายทาง หรือผู้ที่ต้องการจะส่งข้อความถึงกับจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ และสามารถนำส่งข้อความในจดหมายไปยังผู้รับได้ครั้งละหลายๆ คน ในฉบับเดียว โดยต้องใส่ชื่อเรื่อง

- **ข้อความและสามารถแทรกไฟล์หรือภาพไปพร้อมกันได้**

3. การเปิดรับเมล E-Mail หรือจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ เราจำเป็นที่จะต้องเข้าไปใน Mail Account ของระบบนั้นๆ แล้วให้ตรวจสอบในกล่องจดหมายขาเข้า หรือที่เรียกว่า Inbox ซึ่งในกล่องขาเข้าก็จะเห็นจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ที่มีระบบหรือคนส่งมาถึง E-Mail ตามที่อยู่ Account Mail ของเรา ซึ่งสามารถเปิดอ่านข้อความและ ตอบกลับหรือส่งต่อไปยังที่อยู่เมลอื่นๆ ได้อีก



- **การใช้คอมพิวเตอร์หรือสมาร์ทโฟน เพื่อการทำธุรกรรม**

สิ่งสำคัญที่ต้องเน้นย้ำสำหรับทุกกลุ่มวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ คือ การเก็บรักษารหัสผ่าน หรือที่เรียกกันว่า “PASSWORD” ที่ใช้ในการทำธุรกรรมต่างๆ เช่น การเงินการธนาคาร เพราะที่ผ่านมาก็มีข่าวในลักษณะแบบนี้บ่อยมาก เช่น การแอบโอนหรือทำธุรกรรมการเงินจากบัญชีหนึ่งไปอีกบัญชีหนึ่งโดยที่เจ้าของบัญชีไม่รู้ ไม่ทราบ แต่เขียนหรือบอกรหัสผ่านกับผู้ไม่หวังดี หรือเพราะไม่ได้ตั้งค่าการแจ้งเตือนเอาไว้

การตั้งรหัสผ่านหรือ PASSWORD การใช้งาน ดังนี้

1. การตั้งรหัสผ่านที่พบมากที่สุด คือ การตั้งเป็นตัวเลขเรียงกัน เช่น 12345678 หรือ 87654321

2. การตั้งรหัสผ่านตามวันเกิด/เดือนเกิด/ปีเกิด เช่น เกิดวันที่ 10 มกราคม 2499 รหัส 10012499

3. การตั้งรหัสผ่าน เป็นคำว่า “PASSWORD” หรือใช้ชื่อภาษาอังกฤษแทนรหัส เช่น Somchai



ให้สังเกตระบบการ Login. เพื่อเข้าใช้งานในปัจจุบัน นอกจากได้เอาระบบการยืนยันตัวตนมากกว่า 1 ขั้นตอนที่เราเรียกว่า 2FA มาใช้เพื่อความปลอดภัยการบันทึกที่รหัสผ่านที่เราเห็นเป็นเครื่องหมาย ***** ในบางระบบจะทำการล๊อค จำนวนครั้งว่าผิดพลาดได้ไม่เกิน 3 ครั้ง ถ้าเกินต้องติดต่อเจ้าหน้าที่หรือการทำธุรกรรมทุกครั้ง ต้องมีการแจ้งเตือนผ่าน E-Mail

หรือ Line เข้าไปในมือถือหรือที่อยู่ E-Mail ที่ได้ลงทะเบียนเอาไว้ นอกจากนี้ธนาคารหลายแห่งก็มีการนำเรื่อง OTP หรือ PINCODE มาให้ลูกค้าที่ใช้แอปพลิเคชันได้ตั้งค่าการใช้งาน หรือมีการใช้ความสามารถของโทรศัพท์สมาร์ทโฟนให้ทำการตรวจสอบสแกนลายนิ้วมือหรือใบหน้า เพื่อปลดล็อกเครื่องก่อนเปิดใช้งานโปรแกรมด้วย

การใช้งานโทรศัพท์ด้วย
การสแกนลายนิ้วมือหรือ PINCODE



<https://knowledge.bualuang.co.th/w.knownhost.com/>

การใช้งานโทรศัพท์ด้วยการสแกนใบหน้า
<https://knowledge.bualuang.co.th/w.knownhost.com/>



ที่มา <https://www.computerworld.com/>
<https://knowledge.bualuang.co.th/w.knownhost.com/>

ข้อแนะนำในการตั้งรหัสผ่านและการเก็บรักษา

1. รหัสผ่านที่ตั้งควรมีความยาวอย่างน้อย 8 ตัวอักษร
2. ควรประกอบไปด้วยอักษรตัวพิมพ์เล็ก พิมพ์ใหญ่ ตัวเลข และอักขระพิเศษ เช่น somChai#23
3. ตั้งรหัสผ่านในแต่ละโปรแกรมหรือ Application ให้มีความแตกต่างกัน (ข้อนี้สำหรับผู้สูงอายุอาจจะยากเกินไป หรือจำไม่ได้ หรือจำสลับกันได้) และไม่ควรเขียนแล้วปิดหรือวางไว้แบบเปิดเผย
4. ควรหาบริการเสริม พวก 2FA เข้ามาช่วย เพราะนอกจากที่เราใช้รหัสซ้ำๆ 2FA จะช่วยเปลี่ยนให้เราบ่อยๆ ประมาณ 5-10 นาทีก็มี เพื่อเป็นการยืนยันว่าเป็นเจ้าตัวหรือเจ้าของ
5. หมั่นตรวจสอบการใช้งานและการใช้รหัสผ่านในการ Login ระบบ หรือ Application



- การใช้คอมพิวเตอร์หรือสมาร์ทโฟน เพื่อติดตามข่าวสาร ความรู้ หรือความบันเทิง

ช่องทางหนังสือพิมพ์ออนไลน์

ชื่อหนังสือพิมพ์	ที่อยู่ URL	ชื่อหนังสือพิมพ์	ที่อยู่ URL
1.หนังสือพิมพ์เดลินิวส์	dialynews.co.th	2.หนังสือพิมพ์ไทยรัฐ	thairath.co.th
3.หนังสือพิมพ์คมชัดลึก	komchadluek.net	4.หนังสือพิมพ์มติชน	matichon.co.th
5.หนังสือพิมพ์ผู้จัดการ	manager.co.th	6.หนังสือพิมพ์ข่าวสด	matichon.co.th/ khaosod
7.หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ	bangkokbiznews.com	8.หนังสือพิมพ์บ้านเมือง	banmaung.co.th
9.หนังสือพิมพ์ไทยโพสต์	thai-post.net	10.หนังสือพิมพ์แนวหน้า	naewna.com

ช่องทางดูทีวีออนไลน์



การดูทีวีออนไลน์แบบถ่ายทอดสด Live เหมือนการดูผ่านกล่องดิจิตอลของแต่ละค่ายก็สามารถทำได้มีทั้งที่เป็นเว็บไซต์ตรงของช่องทีวีนั้นๆ หรือสามารถดูรายการย้อนหลังที่เราพลาดไปได้ เช่น ถ้าเราดูตารางออกอากาศ หรือการถ่ายทอดตามช่วงเวลาที่แน่นอนก็สามารถสืบค้นหรือเลือกได้ ทำให้เกิดความสะดวกสบายขึ้นในปัจจุบัน

ช่องทางการเรียนรู้

กรณีการสืบค้นความรู้ ตำรา คู่มือ เกี่ยวกับเรื่องต่างๆ ที่เราไม่รู้ไม่ทราบ ก็สามารถสืบค้นผ่าน Search Engine ได้ โดยพิมพ์ข้อความ เรื่องราว หรือสิ่งที่ต้องการค้นหาก็จะมาข้อมูลก็จะแสดงออกมาให้เห็น และเราก็เลือกเรื่อง หรือข้อความที่ตรงกับความต้องการได้



นอกจากนี้แหล่งข้อมูลสำคัญที่เป็นแหล่งความรู้ขนาดใหญ่ อีกช่องทางก็คือ “ยูทูบ” YOUTUBE ที่เราจะสามารถสืบค้นหาเรื่องราว ความรู้ ข่าวสาร และความบันเทิง จากช่องทางนี้ที่ถูกจัดเก็บและบันทึกเป็นภาพและเสียง ในรูปแบบของวิดีโอ ทำให้การเรียนรู้จากการอ่านข้อความในหนังสือหรือตำราที่เคยทำมา มีภาพประกอบให้เห็น เรียกว่า บรรยายทั้งภาพและเสียง ให้เราสามารถดูซ้ำๆ จะกดยกทำตามได้ทุกขั้นตอนจนกว่าจะเข้าใจก็เป็นได้

สำหรับในแง่ของความบันเทิง นอกจากดูละคร ภาพยนตร์ หรือติดตามซีรีส์ต่างๆ ทั้งไทยและต่างประเทศก็สามารถทำได้ หรือแม้แต่การเลือกฟังเพลงเพราะๆ แบบต่อเนื่องแบบไม่มีโฆษณา ก็สามารถเลือกหรือค้นหาได้ เช่น สืบค้นว่า “รวมเพลงเพราะ ฟังสบายๆ ก่อนนอน” ก็จะมีรายการเพลงขึ้นมาให้เราเลือกฟัง ซึ่งเราสามารถเลือกได้ทั้งเพลงไทยและเพลงสากลในแต่ละยุคสมัย

ส่วนการสืบค้นหรือค้นหาเพลงสากลในยุคต่างๆ ก็สามารถทำได้เช่นกัน โดยอาจพิมพ์เพื่อค้นหว่า “เพลงสากล ยุค 90” เป็นต้น

การใช้คอมพิวเตอร์หรือสมาร์ทโฟนผ่านแอปพลิเคชันที่ได้รับความนิยม 4 ลำดับ

1. เฟซบุ๊ก (Facebook)



2. ไลน์ (Line)	
3.แมสเซนเจอร์ (Messenger)	
4.TikTok	

บรรณานุกรม

<https://www.priceza.com/insights/business/marketing/สรุปสถิติที่น่าสนใจ-โซเชียลมีเดีย.html>

<https://acuthai.com/สถิติการใช้-social-media-2022/>

<https://chalakornberg.com/we-are-social-digital-2022/>

<https://knowledge.bualuang.co.th>

<https://www.knownhost.com>

<https://www.computerworld.com/>

<https://droidsans.com/>

หมวดที่ 8

การฝึกภาคปฏิบัติ



วัตถุประสงค์การเรียนรู้การสอน

8.1 เพื่อให้ผู้เรียนสามารถฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างถูกต้อง ในตัวอย่างทักษะที่จำเป็นอย่างต่อไปนี้

- 8.1.1 การทำเตียงชนิดต่างๆ
- 8.1.2 การทำความสะอาดร่างกายและการดูแลแบบองค์รวม
- 8.1.3 การตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ
- 8.1.4 การเช็ดตัวลดไข้
- 8.1.5 การควบคุมและแพร่กระจายเชื้อ
- 8.1.6 การให้ยา
- 8.1.7 การฟื้นฟูสมรรถภาพ
- 8.1.8 การจัดทำเพื่อความสุขสบาย
- 8.1.9 การป้องกันแผลกดทับ
- 8.1.10 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย
- 8.1.11 อื่นๆ

ตัวอย่างแบบบันทึกการเก็บประสบการณ์ในการฝึกภาคปฏิบัติ

ดร.สาดี แอมิลตัน

วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์อุบลราชธานี

ชื่อสถาบัน /หน่วยงาน/.....

วิชา การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีความพิการ

ชื่อผู้อบรม.....นามสกุล.....

หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง

ระยะเวลาการฝึกระหว่าง วันที่.....เดือน พ.ศ.....ถึงวันที่.....เดือน พ.ศ.....

การปฏิบัติการดูแล	ว.ด.ป.	ชื่อผู้รับ บริการ	ผู้แทน	ว.ด.ป.	ชื่อผู้รับ บริการ	ผู้แทน	ว.ด.ป.	ชื่อผู้รับ บริการ	ผู้แทน
1.การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม									
1.1 เติ่งว่าง									
1.2 เติ่งที่มีผู้สูงอายุคนเดียว									
1.3 การดูแลความสะอาดตัวผู้ไข้เตียงและ สิ่งแวดล้อม									
2. การดูแลท่าความสะอาดร่างกายและ ดูแลแบบองค์รวม									
2.1 การท่าความสะอาดปาก-ฟัน									
2.2 การท่าความสะอาดร่างกาย/ การอาบน้ำบางส่วน									
2.3 การอาบน้ำแบบสมบูรณ์									
2.4 การดูแลผิวหนังและเล็บ									
2.5 การนวดหลัง									
2.6 การท่าความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ภายนอก									

การปฏิบัติการดูแล	ว.ด.ป.	ชื่อผู้รับ บริการ	ผู้นิเทศ	ว.ด.ป.	ชื่อผู้รับ บริการ	ผู้นิเทศ	ว.ด.ป.	ชื่อผู้รับ บริการ	ผู้นิเทศ
2.7 การเปลี่ยนผ้าอ้อมผู้ใหญ่									
2.8 การสระผม									
การวัดและประเมินสัญญาณชีพ									
3. การตรวจสอบและบันทึกสัญญาณชีพ									
3.1 การวัดอุณหภูมิ ชีพจร หายใจ									
3.2 การจับชีพจร									
3.3 การนับการหายใจ									
3.4 ความดันโลหิตด้วยเครื่องวัดความ ดันโลหิตอัตโนมัติ									
4. การเช็ดตัวลดไข้									
5. การควบคุมและการแพร่กระจายเชื้อ									
5.1 การเปิดอุปกรณ์ปราศจากเชื้อ									
5.2 การหยิบจับของปราศจากเชื้อ									
5.3 การใส่ถุงมือสะอาด									

การปฏิบัติการดูแล	ว.ด.ป.	ชื่อผู้รับ บริการ	ผู้แทน	ว.ด.ป.	ชื่อผู้รับ บริการ	ผู้แทน	ว.ด.ป.	ชื่อผู้รับ บริการ	ผู้แทน
5.4 การล้างมือก่อนและหลังให้การดูแล									
5.5 การแยกแยะและทิ้งขยะติดเชื้อ									
6. การเฝ้าฯ									
6.1 การเตรียมยาและการให้ยาทางปาก									
6.2 ดูแลให้ผู้สูงอายุฉีดยาอินซูลินเข้าชั้น ใต้ผิวหนัง									
6.3 การหยอดตา									
7. การดูแลเรื่องอาหาร									
7.1 การดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารทางปาก									
7.2 การดูแลให้ผู้สูงอายุได้รับอาหารทาง สายยาง									
การฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุ									
8. การฟื้นฟูสมรรถภาพ									
8.1 การส่งเสริมให้ผู้สูงอายุออกกำลังกาย ด้วยตนเอง (Active exercise)									

การปฏิบัติการดูแล	ว.ด.ป.	ชื่อผู้รับ บริการ	ผู้นิเทศ	ว.ด.ป.	ชื่อผู้รับ บริการ	ผู้นิเทศ	ว.ด.ป.	ชื่อผู้รับ บริการ	ผู้นิเทศ
8.2 การออกกำลังกายให้ผู้สูงอายุตาม องศาของการเคลื่อนไหว เพื่อป้องกันข้อติด (Passive exercise)									
9. การจัดทำเพื่อความสุขสบาย									
9.1 การจัดทำนอนหงาย									
9.2 การจัดทำนอนตะแคง									
9.3 การจัดทำนอนหัวสูง									
10. การป้องกันแผลกดทับ									
10.1 เปลี่ยนท่านอน									
10.2 การดูแลไม่ให้เปียกชื้น									
11. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย									
11.1 การช่วยเหลือผู้สูงอายุนั่งรถเข็น									
11.2 การช่วยเหลือผู้สูงอายุไปส้วมตอน									
11.3 การพยุงผู้สูงอายุให้เดิน									
12. กิจกรรมอื่นๆ (ระบุ)									

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

ตัวอย่างสารทำความสะอาด น้ำยาฆ่าเชื้อ และวิธีใช้

1. โซเดียมไฮโปคลอไรท์ 1, 2, 3 ความเข้มข้นที่แนะนำคือ 0.1% (1000 ppm)

ชื่อสินค้า ในตลาด	รูปภาพ ผลิตภัณฑ์	ความเข้มข้น	วิธีใช้ตาม ฉลากผลิตภัณฑ์	วิธีใช้เพื่อให้ได้ ความเข้มข้น 1000 ppm
ไฮเตอร์ ชักผ้าขาว (ขวดสีฟ้า) ขนาดบรรจุ 250 มล./600 มล.		โซเดียมไฮโปคลอไรท์ 6%	ผสมผลิตภัณฑ์ 20 มิลลิลิตร (2 ฝา) ต่อน้ำ 2 ลิตร ได้ความ เข้มข้น 600 ppm ซึ่งน้อยกว่า ความเข้มข้นที่แนะนำ	ผสมผลิตภัณฑ์ 20 มิลลิลิตร (2 ฝา) ต่อน้ำ 1 ลิตร
ไฮเตอร์ ชักผ้าขาว (ขวดสีฟ้า) ขนาด 1,500 มล./ 2,500 มล. 1 ฝา = 20 มิลลิลิตร		โซเดียมไฮโปคลอไรท์ 6%	ผสมผลิตภัณฑ์ 20 มิลลิลิตร (1 ฝา) ต่อน้ำ 2 ลิตร ได้ความ เข้มข้น 600 ppm ซึ่งน้อยกว่า ความเข้มข้นที่แนะนำ	ผสมผลิตภัณฑ์ 20 มิลลิลิตร (1 ฝา) ต่อน้ำ 1 ลิตร
ไฮเตอร์ ชักผ้าขาว ผสมน้ำหอม (ขวดชมพู) ขนาด บรรจุ 250 มิลลิลิตร / 600 มิลลิลิตร		โซเดียมไฮโปคลอไรท์ 6%	ผสมผลิตภัณฑ์ 20 มิลลิลิตร (2 ฝา) ต่อน้ำ 2 ลิตร ได้ความ เข้มข้น 600 ppm ซึ่งน้อยกว่า ความเข้มข้นที่แนะนำ	ผสมผลิตภัณฑ์ 20 มิลลิลิตร (2 ฝา) ต่อน้ำ 1 ลิตร
ไฮเตอร์ ชักผ้าขาว ผสมน้ำหอม (ขวดชมพู) ขนาด 1,500 มล./ 2,500 มล. 1 ฝา = 20 มิลลิลิตร		โซเดียมไฮโปคลอไรท์ 6%	ผสมผลิตภัณฑ์ 20 มิลลิลิตร (1 ฝา) ต่อน้ำ 2 ลิตร ได้ความ เข้มข้น 600 ppm ซึ่งน้อยกว่า ความเข้มข้นที่แนะนำ	ผสมผลิตภัณฑ์ 20 มิลลิลิตร (1 ฝา) ต่อน้ำ สะอาด 1 ลิตร

ชื่อสินค้า ในตลาด	รูปภาพ ผลิตภัณฑ์	ความเข้มข้น	วิธีใช้ตาม ฉลากผลิตภัณฑ์	วิธีใช้เพื่อให้ได้ ความเข้มข้น 1000 ppm
ไฮเตอร์ ชักผ้าขาว กลิ่นเฟรช (ขวด เหลือง) ขนาดบรรจุ 250 มิลลิลิตร / 600 มิลลิลิตร		โซเดียมไฮโปคลอไรท์ 6%	ผสมผลิตภัณฑ์ 20 มิลลิลิตร (2 ฟา) ต่อน้ำ 2 ลิตร ได้ความ เข้มข้น 600 ppm ซึ่งน้อยกว่า ความเข้มข้นที่แนะนำ	ผสมผลิตภัณฑ์ 20 มิลลิลิตร (2 ฟา) ต่อน้ำ 1 ลิตร
ไฮเตอร์ ชักผ้าขาว กลิ่นเฟรช (ขวดเหลือง) ขนาด 1,500 มล./ 2,500 มล. 1 ฟา = 20 มิลลิลิตร		โซเดียมไฮโปคลอไรท์ 6%	ผสมผลิตภัณฑ์ 20 มิลลิลิตร (1 ฟา) ต่อน้ำ 2 ลิตร ได้ความ เข้มข้น 600 ppm ซึ่งน้อยกว่า ความเข้มข้นที่แนะนำ	ผสมผลิตภัณฑ์ 20 มิลลิลิตร (1 ฟา) ต่อน้ำ 1 ลิตร
ไฮยีน ชักผ้าขาว ขนาดบรรจุ 250 มิลลิลิตร / 600 มิลลิลิตร		โซเดียมไฮโปคลอไรท์ 6%	ผสมผลิตภัณฑ์ 15 มิลลิลิตร (1 ฟา) ต่อน้ำ 150 มิลลิลิตร ได้ความเข้มข้น 6,000 ppm ซึ่งมากกว่าความเข้มข้นที่แนะนำ	ผสมผลิตภัณฑ์ 15 มิลลิลิตร (1 ฟา) ต่อน้ำ 1 ลิตร
ไฮยีน ชักผ้าขาว กลิ่นไวท์ฟลอรัล		โซเดียมไฮโปคลอไรท์ 6%	ผสมผลิตภัณฑ์ 15 มิลลิลิตร (1 ฟา) ต่อน้ำ 150 มิลลิลิตร ได้ความเข้มข้น 6,000 ppm ซึ่งมากกว่าความเข้มข้นที่แนะนำ	ผสมผลิตภัณฑ์ 18 มิลลิลิตร ต่อน้ำ 1 ลิตร

ชื่อสินค้า ในตลาด	รูปภาพ ผลิตภัณฑ์	ความเข้มข้น	วิธีใช้ตาม ฉลากผลิตภัณฑ์	วิธีใช้เพื่อให้ได้ ความเข้มข้น 1000 ppm
มาร์วิน ผลิตภัณฑ์ ซักผ้าขาว		โซเดียมไฮโปคลอไรท์ 5.2%	ผสมผลิตภัณฑ์ 20 มิลลิลิตร ต่อน้ำ 1 ลิตร ได้ความเข้มข้น 1,040 ppm ซึ่งใกล้เคียงกับ ความเข้มข้นที่แนะนำ	ผสมตามคำแนะนำในฉลาก
คลอโรกซ์ เร็กกูลาร์ บลิส		โซเดียมไฮโปคลอไรท์ 5.7%	ผสมผลิตภัณฑ์ 180 มิลลิลิตร ต่อน้ำ 4 ลิตร ได้ความเข้มข้น 2,565 ppm ซึ่งมากกว่า ความเข้มข้นที่แนะนำ	ผสมผลิตภัณฑ์ 18 มิลลิลิตร ต่อน้ำ 1 ลิตร
โปรแมกซ์ กลีนพิงค์ฟาวเวอร์		โซเดียมไฮโปคลอไรท์ 3%	- ฉีดบริเวณที่ต้องการทำความสะอาด สะอาด ทิ้งไว้ 20 นาที เช็ดหรือล้างออกด้วยน้ำสะอาด - ความเข้มข้น 30000 ppm ซึ่งมากกว่าความเข้มข้นที่แนะนำ	ผสมผลิตภัณฑ์ 33.5 มิลลิลิตร ต่อน้ำ 1 ลิตร
โปรแมกซ์ กลีนแอนด์ฟลู		โซเดียมไฮโปคลอไรท์ 3%	- ฉีดบริเวณที่ต้องการทำความสะอาด สะอาด ทิ้งไว้ 20 นาที เช็ดหรือ ล้างออกด้วยน้ำสะอาด - ความเข้มข้น 30000 ppm ซึ่งมากกว่าความเข้มข้นที่แนะนำ	ผสมผลิตภัณฑ์ 33.5 มิลลิลิตร ต่อน้ำ 1 ลิตร

2. ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ ความเข้มข้นที่แนะนำ 0.5% 1, 2 (5,000 ppm)

ชื่อสินค้าในตลาด	รูปภาพ ผลิตภัณฑ์	ความเข้มข้น	วิธีใช้ตาม ฉลากผลิตภัณฑ์	คำแนะนำ ให้ได้ความเข้มข้น ประมาณ 5000 ppm
ไฮเตอร์ คัลเลอร์ ชนิดน้ำ กลิ่นสวิต ฟลอรัล - ขนาด 500 มล.		ไฮโดรเจนเปอร์ ออกไซด์ 5%	ผสมผลิตภัณฑ์ 80 มิลลิลิตร (2 ฟา) ต่อน้ำ 2 ลิตร ได้ความเข้มข้น 2,000 ppm ซึ่งน้อยกว่าความเข้มข้น ที่แนะนำ	ผสมผลิตภัณฑ์ 200 มิลลิลิตร (5 ฟา) ต่อน้ำ 2 ลิตร
ไฮเตอร์ คัลเลอร์ ชนิดน้ำ กลิ่นโรซี่ ฟิงก์ ขนาด 1000 มล.		ไฮโดรเจนเปอร์ ออกไซด์ 5%	ผสมผลิตภัณฑ์ 80 มิลลิลิตร (2 ฟา) ต่อน้ำ 2 ลิตร ได้ความเข้มข้น 2,000 ppm ซึ่งน้อยกว่าความเข้มข้น ที่แนะนำ	ผสมผลิตภัณฑ์ 200 มิลลิลิตร (5 ฟา) ต่อน้ำ 2 ลิตร
ไฮเตอร์ คัลเลอร์ ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย และ ขจัดกลิ่น พลัส ชนิดน้ำ ขนาด 1000 มล.		ไฮโดรเจนเปอร์ ออกไซด์ 3%	ผสมผลิตภัณฑ์ 40 มิลลิลิตร (1 ฟา) ต่อน้ำ 1 ลิตร ได้ความเข้มข้น 1,200 ppm ซึ่งน้อยกว่าความเข้มข้น ที่แนะนำ	ผสมผลิตภัณฑ์ 200 มล. (5 ฟา) ต่อน้ำ 1 ลิตร
แวนิช ชนิดน้ำ ขนาด 500 มล		ไฮโดรเจนเปอร์ ออกไซด์ 3%	ผสมผลิตภัณฑ์ 40 มิลลิลิตร ต่อน้ำ 3 ลิตร ได้ความเข้มข้น 400 ซึ่งน้อยกว่าความเข้มข้น ที่แนะนำ	ผสมผลิตภัณฑ์ 200 มิลลิลิตร ต่อน้ำ 1 ลิตร

ชื่อสินค้าในตลาด	รูปภาพ ผลิตภัณฑ์	ความเข้มข้น	วิธีใช้ตาม ฉลากผลิตภัณฑ์	คำแนะนำ ให้ได้ความเข้มข้น ประมาณ 5000 ppm
ไฮโดรเจน เปอร์ออกไซด์		ไฮโดรเจนเปอร์ ออกไซด์ 3% ไฮโดรเจน		ผสมผลิตภัณฑ์ 1 ส่วนต่อ น้ำสะอาด 5 ส่วน หรือผสม ผลิตภัณฑ์ 200 มล. ต่อน้ำ 1 ลิตร

¹ <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2590088920300081?token=4885AD-16624C397E3897A8750C7EF37424838863D6CFEB0D2751114D8307F944E-546476DA1DF295BE1845A05CBE60763>

² National Environmental Agency, Singapore: <https://www.nea.gov.sg/our-services/public-cleanliness/environmental-cleaning-guidelines/guidelines/interim-list-of-household-products-and-active-ingredients-for-disinfection-of-covid-19>

³ European Center for Disease Prevention and Control, 2020 Interim guidance for Environmental Cleaning for non-health care facilities exposed to SARS-COV-2
รูปภาพประกอบจาก : บิ๊กซีช้อปปิ้งออนไลน์, เจดี เซ็นทรัล, Shopee, Tops

ภาคผนวก ข



คำสั่งคณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเพื่อกำหนดมาตรการในการส่งเสริม
สถานประกอบกิจการการดูแลสุขภาพและผู้มีภาวะพึ่งพิงให้ได้มาตรฐาน

ที่ ๖๔ /๒๕๖๕

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำคู่มือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ๔๒๐ ชั่วโมง กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพมีพันธกิจดำเนินงานภายใต้พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ ตามมาตรา ๓(๓) ได้กำหนดให้กิจการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นกิจการอื่นตามที่กำหนด ในกฎกระทรวง พ.ศ. ๒๕๖๓ เพื่อให้การดำเนินงานกิจการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นไปอย่างมีมาตรฐาน อันเป็นการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนและคุ้มครองผู้บริโภค และพัฒนาด้านวิชาการ ด้านบริหารจัดการและการบริการในสถานประกอบการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง รวมถึง ยกระดับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ดังนั้น เพื่อให้สถานศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรต่างๆ ที่จัดการเรียนการสอนหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ ๔๒๐ ชั่วโมง ที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพให้การรับรองมีคู่มือเนื้อหาวิชาสอดคล้องตามโครงสร้างหลักสูตรกลางที่กรมสนับสนุน บริการสุขภาพกำหนดถูกต้องตามหลักวิชาการและมีประสิทธิภาพ คณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เพื่อกำหนดมาตรการในการส่งเสริมสถานประกอบกิจการการดูแลสุขภาพและผู้มีภาวะพึ่งพิงให้ได้มาตรฐาน จึงมีคำสั่งดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ยกเลิกคำสั่งคณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเพื่อกำหนดมาตรการ ในการส่งเสริมสถานประกอบกิจการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงให้ได้มาตรฐาน ที่ ๑๒/๒๕๖๕ ลงวันที่ ๘ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๕ เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำคู่มือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ๔๒๐ ชั่วโมง กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ข้อ ๒ แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำคู่มือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ๔๒๐ ชั่วโมง กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เพื่อให้มีความครอบคลุมด้านเนื้อหาที่กำหนดตามโครงสร้างหลักสูตร โดยมีองค์ประกอบ ดังนี้

๑.๑ รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่ได้รับมอบหมาย	ที่ปรึกษา
๑.๒ ผู้อำนวยการกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	ประธาน
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	คณะทำงาน
๑.๓ ศาสตราจารย์วิรัตน์ศักดิ์ เมืองไพศาล	คณะทำงาน
ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล	
๑.๔ รองศาสตราจารย์ ร้อยเอกหญิง ศิริพันธุ์ สาสัตย์	คณะทำงาน
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	
๑.๕ นางปัทมากร สุวรรณภาส	คณะทำงาน
รองผู้อำนวยการกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	
๑.๖ นางนิตติกุล ทองน่วม	คณะทำงาน
ผู้แทนสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ	
กรมการแพทย์	

๑.๗ นางรัชณี บุญเรืองศรี ผู้แทนสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย	คณะทำงาน
๑.๘ ผู้แทนกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย	คณะทำงาน
๑.๙ ผู้แทนกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	คณะทำงาน
๑.๑๐ นายกสมาคมส่งเสริมธุรกิจบริการผู้สูงอายุไทย	คณะทำงาน
๑.๑๑ นายกสมาคมผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง	คณะทำงาน
๑.๑๒ ผู้อำนวยการกองกฎหมาย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ	คณะทำงาน
๑.๑๓ นายเอกรินทร์ วรธิกร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต	คณะทำงาน
๑.๑๔ นางสาวธารทิพย์ โคกคอกไม้ ผู้แทนกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก	คณะทำงาน
๑.๑๕ พ.อ.หญิง รศ.พญ.พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า	คณะทำงาน
๑.๑๖ นายวสันต์ สายทอง ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข	คณะทำงาน
๑.๑๗ นางสาวดี แอมิลตัน วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี	คณะทำงาน
๑.๑๘ นายแพทย์วิศิษฐ์ มูลศาสตร์ นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค	คณะทำงาน
๑.๑๙ นางสาวเปรมปิ๋ว บุญยาพรทรัพย์ หัวหน้ากลุ่มส่งเสริมและพัฒนามาตรฐานสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	คณะทำงานและ เลขานุการ
๑.๒๐ นางจิรวรรษา เกตุค่างพลู นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๑.๒๑ นางสาวศุภารัตน์ หงส์ประเสริฐ นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ

๓. หน้าที่และอำนาจ

๓.๑ จัดประชุมทบทวนเนื้อหาเอกสารความรู้ และพัฒนาปรับปรุงให้มีเนื้อหาครอบคลุมสาระสำคัญของหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุตามโครงสร้างหลักสูตรกลางที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพให้การรับรอง

๓.๒ ประสานความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการจัดทำเนื้อหาและรูปแบบ

๓.๓ ส่งเสริม เผยแพร่ให้มีการนำคู่มือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ๔๒๐ ชั่วโมง ไปใช้ในสถานศึกษา ที่จัดการเรียนการสอนตามหลักสูตรที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพให้การรับรอง รวมทั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และประชาชนผู้สนใจ

๓.๔ ปฏิบัติหน้าที่อื่นๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๗ ตุลาคม พ.ศ. ๒๕๖๕



(นายอาคม ประดิษฐสุวรรณ)

ประธานอนุกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
เพื่อกำหนดมาตรฐานในการส่งเสริมสถานประกอบกิจการ
การดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงให้ได้มาตรฐาน



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

FOR MORE INFO:

กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมืองนนทบุรี

จังหวัดนนทบุรี รหัสไปรษณีย์ 11000



โทรศัพท์ 0 2193 7000 | @hss.moph.go.th