



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH



คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver)

หลักสูตร 70 ชั่วโมง

Caregivers of Older Persons 70 hours

ฉบับปรับปรุง
ปี พ.ศ. 2567

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย

บรรณาธิการ

ที่ปรึกษา

แพทย์หญิงอัจฉรา นิธิอภิญญาสกุล
นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา
นายแพทย์อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์
แพทย์หญิงสายพิณ โชติวิเชียร
นางณิรนุช อภาจรรัส
นางสุจิตา อุทะพันธ์
แพทย์หญิงทิพา ไกรลาศ
นายแพทย์ปกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์
นายแพทย์วินัย ตันติธนาพร
นายแพทย์นิธิรัตน์ บุญตานนท์

อธิบดีกรมอนามัย
รองอธิบดีกรมอนามัย
รองอธิบดีกรมอนามัย
ผู้อำนวยการสำนักโภชนาการ
ผู้อำนวยการสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม
ผู้อำนวยการสำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ
ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง

กองบรรณาธิการ

ทันตแพทย์ณัฐพงศ์ กันทะวงศ์
นายแพทย์นิธิรัตน์ บุญตานนท์
นายแพทย์ภรตวิทย์ อนันต์ติลภฤทธิ
นางรัชณี บุญเรืองศรี
นายสุพจน์ รื่นเรืองกลิ่น
นางสาวอังคณา คงกัน
นางสาวศิริลักษณ์ กลิ่นมาลี
นางสาวปิยมาภรณ์ โล่ห์ทวีมงคล
นางกนกศรีศม์ จันทน์สุทธิประภา
นางสาวพิมพ์พร แซ่ลิ้ว
นางสาวฐานิฉัตร เขียวเกษม
นางสาวหทัยทิพย์ คำนุ้ย

ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ
ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง
รองผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
รองผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง
สำนักโภชนาการ
สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ
สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม
ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา
ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี
ศูนย์อนามัยที่ 11 นครศรีธรรมราช
สำนักอนามัยผู้สูงอายุ
สำนักอนามัยผู้สูงอายุ

ผู้ช่วยกองบรรณาธิการ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย

คำนำ

ประเทศไทยก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete – aged Society) อย่างเต็มรูปแบบ ในปี พ.ศ.2564 ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปี 2566 ได้กำหนดให้ผู้สูงอายุต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบและทั่วถึงเพื่อรองรับผู้สูงอายุที่มีจำนวนที่เพิ่มขึ้นในอนาคต ประเทศไทยมีสัดส่วนผู้สูงอายุเกินร้อยละ 10 ของประชากรทั้งประเทศ ประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุสูงกว่า 60 ปี สูงถึงร้อยละ 15.6 ของประชากรทั้งประเทศ หรือ 10.42 ล้านคน และจะก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Completed Aged Society) เมื่อมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2563 ทั้งนี้ประเทศไทยจะก้าวสู่การเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) ในปี พ.ศ. 2578 ซึ่งประชากรที่สูงอายุจะมีสัดส่วนมากกว่าร้อยละ 30 ของประชากรทั้งหมด นอกจากนี้ จากข้อมูลการสำรวจพบว่า ร้อยละ 95 ของผู้สูงอายุ ปัญหาสำคัญที่ผู้สูงอายุไทยประสบคือปัญหาทางเศรษฐกิจและสุขภาพ มีรายได้ไม่พอเลี้ยงชีพ และ 2 ใน 3 มีสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางถึงไม่ดีมาก โรคที่พบบ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ คือ ปวดหลัง ปวดเอว ไช้ออกัสเสบ ความดันโลหิตสูง โรคกระเพาะ โรคหัวใจ นอกจากนี้ยังพบว่า ภาวะการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุเป็นเหตุผลสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถทำงานหาเลี้ยงชีพได้ เจ็บป่วยและมีปัญหาสุขภาพ มีเพียงร้อยละ 5 ที่สุขภาพแข็งแรง ผู้สูงอายุร้อยละ 87 ได้รับการเยี่ยมบ้านจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และในกลุ่มนี้มีผู้ป่วยติดเตียงประมาณ 1 ใน 5 มีความพึงพอใจต่อการเยี่ยมบ้านน้อยถึงน้อยที่สุด ในบางครั้งการได้รับบริการที่ไม่ตรงตามความต้องการเนื่องจากการขาดแคลนบุคลากรในการบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่มีประสิทธิภาพ รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายให้การส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เป็นนโยบายสำคัญเร่งด่วนของประเทศ

กรมอนามัย โดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุ และคณะทำงานพัฒนาหลักสูตรฯ ได้ดำเนินการจัดทำคู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) 70 ชั่วโมงฉบับปรับปรุงปี พ.ศ.2567 ขึ้นเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาทักษะประชาชนทั่วไปที่มีความสนใจในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อให้ได้รับการดูแลที่ดีอยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี เข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียม ด้วยระบบการบริหารจัดการดูแล (Care management) เพื่อให้ผู้ผ่านการอบรมหลักสูตรดังกล่าวสามารถปฏิบัติงานวางแผนระบบการบริหารจัดการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะสุดท้ายในระดับพื้นที่ได้เป็นอย่างดี พร้อมมีความรู้ ความเข้าใจในเทคโนโลยีที่ทันสมัยพร้อมนำทักษะที่ได้รับจากการอบรมไปใช้ในการปฏิบัติงานให้เกิดประโยชน์ต่อไป

กรมอนามัย โดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุ หวังเป็นอย่างยิ่งว่า “คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) 70 ชั่วโมงฉบับปรับปรุงปี พ.ศ.2567 กระทรวงสาธารณสุข” ฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายของชีวิตในประเทศไทย

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
มีนาคม 2567

สารบัญ

แผนการสอน	หน้า
บทนำ	1
แผนการสอนที่ 1 การจัดการการดูแล (Care Management)	3
1.1 หลักพื้นฐานของ Care Management	5
1.2 การค้นพบผู้เป็นเป้าหมายการช่วยเหลือและการรับรู้สถานการณ์	8
1.3 ทรัพยากรทางสังคม การใช้ให้เป็นประโยชน์และการใช้ทรัพยากรสำหรับการจัดการดูแลผู้รับบริการ	9
1.4 หลักการสื่อสารที่สำคัญสำหรับ Caregiver	15
แผนการสอนที่ 2 คุณลักษณะและบทบาทหน้าที่ของ Caregiver	23
2.1 บทบาทหน้าที่ของ Caregiver	25
2.2 การปรับเปลี่ยนเจตคติและมุมมองต่อการดูแลผู้สูงอายุ ผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะท้าย	26
2.3 จริยธรรมของ Caregiver	34
แผนการสอนที่ 3 สิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุ	40
3.1 สิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุ	42
3.2 ชุดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุในระบบบริการตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ	59
แผนการสอนที่ 4 โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ	80
4.1 การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ	82
4.2 ภาวะสมองเสื่อม	85
4.3 การเคลื่อนไหวร่างกายและการจัดการสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ	90
4.4 การดูแลผิวหนังสำหรับผู้สูงอายุ	100
4.5 การมองเห็น	107
4.6 การได้ยิน	113
4.7 ภาวะกลั้นปัสสาวะ	116
4.8 กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non - Communicable diseases : NCDs)	119
แผนการสอนที่ 5 การให้ความรู้เกี่ยวกับเครื่องมือการประเมิน ค้นหาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ	134
5.1 การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL)	136
5.2 การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน	143
5.3 การใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application)	152

สารบัญ

แผนการสอน	หน้า
แผนการสอนที่ 6 การปฐมพยาบาลและการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น	173
6.1. การปฐมพยาบาลเบื้องต้น	175
6.2. การช่วยเหลือผู้สูงอายุกรณีสำลักอาหาร	179
6.3. การช่วยเหลือผู้สูงอายุในสถานการณ์ภัยพิบัติเบื้องต้น	183
6.4. การตรวจร่างกายเบื้องต้น (ความดันโลหิต อุณหภูมิร่างกาย ชีพจร และการหายใจ)	186
6.5. การพยาบาลผู้สูงอายุที่ข้อเท้าแพลง	189
6.6. การเช็ดตัวลดไข้	192
6.7. การห้ามเลือด	194
6.8. ทกล้ม กระดูกหัก ข้อเท้าแพลง	196
แผนการสอนที่ 7 การใช้ยาในผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	198
7.1. หลักการใช้ยาทั่วไป ความรู้พื้นฐานการบริหาร การจัดเก็บ และวิธีการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุ	200
7.2. ความรู้เบื้องต้นเรื่องยา (การอ่านฉลากยา การสังเกตคุณภาพ)	205
7.3. การแนะนำการรับประทานยาตามโรคของผู้สูงอายุ	208
7.4. ปัญหาที่พบและข้อควรระวังจากการใช้ยาในวัยสูงอายุ	215
แผนการสอนที่ 8 โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	217
8.1. การส่งเสริมโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	219
8.2. การเตรียมอาหารเฉพาะโรค	232
8.3. การดูแลและการให้อาหารทางสายยาง	236
8.4. น้ำสะอาด อาหารปลอดภัย	239
แผนการสอนที่ 9 การดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	248
9.1. ความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก	250
9.2. การดูแลทำความสะอาดช่องปาก	254
แผนการสอนที่ 10 การส่งเสริมสุขภาพจิต การจัดการความเครียดและการประสานส่งต่อช่วยเหลือในผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	260
10.1. การส่งเสริมสุขภาพจิตใจผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแล	262
10.2. เทคนิคการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแล	267
10.3. แนวทางการประสานส่งต่อ ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	279
10.4. ระบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบ Long Term Care	284
แผนการสอนที่ 11 การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	292
11.1. การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	294
11.2. ผู้สูงอายุกับผลกระทบจากความร้อนและฝุ่น PM 2.5	303

สารบัญ

แผนการสอน	หน้า
แผนการสอนที่ 12 การแพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือกและกายภาพบำบัดสำหรับการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	313
12.1 การเคลื่อนไหวร่างกายด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด	315
12.2 การใช้ภูมิปัญญาไทยและการแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพ	335
12.3 การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม	338
แผนการสอนที่ 13 การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในชุมชน	347
13.1 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้าย	349
13.2 หลักการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง/ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและคนในครอบครัวที่ใกล้ชิด	351
13.3 หลักการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง/ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและคนในครอบครัวที่ใกล้ชิด	354
13.4 หลักกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิในการแสดงเจตนาในวาระสุดท้ายของชีวิตผ่านกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) และการทำหนังสือแสดงเจตนา ในวาระสุดท้ายของชีวิต (Living will) ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐	361
แผนการสอนที่ 14 การฝึกปฏิบัติงานภาคสนาม	373
14.1 การ Orientation Caregiver ในการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง	
14.2 การฝึกปฏิบัติงาน	
แผนการสอนที่ 15 การวัดและการประเมินผล	378
15.1 ทดสอบและประเมินผลภาคทฤษฎี	
15.2 ทดสอบและประเมินผลภาคปฏิบัติ	
15.3 ทดสอบและประเมินผลด้านทักษะการปฏิบัติ	
15.4 ทดสอบและประเมินผลด้านคุณธรรม จริยธรรม	
ภาคผนวก	

วัตถุประสงค์ของหลักสูตร

1. เพื่อพัฒนาทักษะผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการดูแลสุขภาพอนามัยผู้สูงอายุและปฏิบัติต่อผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อเตรียมการรองรับระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) และผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative Care) ในระดับครอบครัวและชุมชน
3. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร ครอบครัว ประชาชนทั่วไป และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ในการขับเคลื่อนการดำเนินการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) และผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative Care) ในชุมชน
4. สนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระบบระยะยาว (Long Term Care) ร่วมกับการดูแลกลุ่มผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative Care) ของหน่วยบริการและหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องระดับในระดับพื้นที่และชุมชน

กลุ่มเป้าหมาย

1. บุคลากรในครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง
2. ประชาชนทั่วไป
3. บุคลากรภาคเอกชนที่สนใจในการเป็นจิตอาสาในการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง

คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรม

1. มีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ไม่จำกัดเพศ
2. จบการศึกษาไม่ต่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า
3. มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 1 ปี โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับหน่วยบริการในพื้นที่ให้การรับรอง
4. ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสื่อมเสีย หรือบกพร่องในศีลธรรมอันดี
5. มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่เป็นโรคร้ายแรงหรือโรคติดต่อร้ายแรง
6. มีวุฒิภาวะและบุคลิกลักษณะเหมาะสมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ระยะเวลาการอบรม 70 ชั่วโมง

คำศัพท์สำคัญ

ลำดับ	คำศัพท์	ความหมาย
1	Long Term Care (LTC)	ระบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว
2	Care Manager (CM)	ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ
3	Caregiver (CG)	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ
4	Care Community (CC)	อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
5	Care Plan (CP)	แผนการดูแลรายบุคคล
6	Care Management	การจัดการการดูแล
7	Case Conference	การประชุมพิจารณาให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุโดยภาคีเครือข่าย
8	Advance Care Planning (ACP)	กระบวนการวางแผนดูแลสุขภาพที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต

ขอบเขตรายละเอียดเนื้อหาของแผนการสอนและคุณสมบัติของผู้สอน

แผนการสอน	จำนวน ชั่วโมง	ทฤษฎี	ปฏิบัติ	คุณสมบัติผู้สอน
1. การจัดการการดูแล (Care Management) <ul style="list-style-type: none"> - หลักการพื้นฐานของ Care Management - การค้นพบผู้เป็นเป้าหมายการช่วยเหลือและการรับรู้สถานการณ์ - ทรัพยากรทางสังคม การใช้ให้เป็นประโยชน์และการใช้ทรัพยากรสำหรับการจัดการดูแลผู้รับบริการ - การสื่อสารที่สำคัญสำหรับ Caregiver 	1	1	0	- บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
2. คุณลักษณะและบทบาทหน้าที่ของ Caregiver <ul style="list-style-type: none"> - บทบาทหน้าที่ของ Caregiver - การปรับเปลี่ยนเจตคติและมุมมองต่อผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะท้าย - จริยธรรมของ Caregiver 	3	2	1	- บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข
3. สิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุ <ul style="list-style-type: none"> - สิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุ - ขาดสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุในระบบบริการตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 	2	2	0	- นิติกร - นักพัฒนาสังคม - นักสังคมสงเคราะห์

แผนการสอน	จำนวน ชั่วโมง	ทฤษฎี	ปฏิบัติ	คุณสมบัติผู้สอน
4. โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ <ul style="list-style-type: none"> - การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ - ภาวะสมองเสื่อม - การเคลื่อนไหวร่างกายและการจัดการสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ - การดูแลผิวหนังสำหรับผู้สูงอายุ - การมองเห็น - การได้ยิน - ภาวะกลืนปัสสาวะ - กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non- Communicable diseases: NCDs) 	3	3	0	- แพทย์และพยาบาล
5. การให้ความรู้เกี่ยวกับเครื่องมือการประเมิน ค้นหาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ <ul style="list-style-type: none"> - การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) - การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน - การใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application) 	4	2	2	- แพทย์ - บุคลากรทางการแพทย์ - นักวิชาการคอมพิวเตอร์
6. การปฐมพยาบาลและการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น <ul style="list-style-type: none"> - การปฐมพยาบาลเบื้องต้น - การช่วยเหลือผู้สูงอายุกรณีสำลักอาหาร - การช่วยเหลือผู้สูงอายุในสถานการณ์ภัยพิบัติเบื้องต้น - การตรวจร่างกายเบื้องต้น (ความดันโลหิต อุณหภูมิร่างกาย ชีพจร และการหายใจ) - การพยาบาลผู้สูงอายุที่ช็อกเท่าแผลง - การเช็ดตัวลดไข้ - การห้ามเลือด - หกล้ม กระดูกหัก ช็อกเท่าแผลง 	6	3	3	- แพทย์ - พยาบาล - นักวิชาการสาธารณสุข
7. การใช้ยาในผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง <ul style="list-style-type: none"> - หลักการใช้ยาทั่วไป ความรู้พื้นฐานการบริหาร การจัดเก็บ และวิธีการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุ - ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเรื่องยา (การอ่านฉลากยา การสังเกตคุณภาพยา) - การแนะนำการรับประทานยาตามโรคของผู้สูงอายุ - ปัญหาที่พบและข้อควรระวังจากการใช้ยาในวัยสูงอายุ 	2	2	0	- เภสัชกร - แพทย์ - พยาบาล

แผนการสอน	จำนวน ชั่วโมง	ทฤษฎี	ปฏิบัติ	คุณสมบัติผู้สอน
8. โภชนาการสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง - การส่งเสริมโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง - การเตรียมอาหารเฉพาะโรค - การดูแลและการให้อาหารทางสายยาง - น้ำสะอาด อาหารปลอดภัย	4	2	2	- นักโภชนาการ - นักวิชาการสาธารณสุข - พยาบาล
9. การดูแลสุขภาพช่องปากสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง - ความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก - การดูแลทำความสะอาดช่องปาก	2	1	1	- ทันตแพทย์ - เจ้าหน้าที่งานทันต สาธารณสุข - พยาบาล
10. การส่งเสริมสุขภาพจิตการจัดการความเครียดและการประสานส่งต่อการช่วยเหลือในผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง - การส่งเสริมสุขภาพจิตใจผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแล - เทคนิคการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล - แนวทางการประสานส่งต่อ ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง - ระบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบ Long Term Care	4	2	2	- จิตแพทย์ - พยาบาลจิตเวช - นักจิตวิทยา
11. การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 11.1 การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง 11.2 ผู้สูงอายุกับผลกระทบต่อสุขภาพจากความร้อนและฝุ่น PM 2.5	3	2	1	- นักวิชาการสาธารณสุข - นักวิชาการสิ่งแวดล้อม
12. การแพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือกและกายภาพบำบัดสำหรับการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง - การเคลื่อนไหวร่างกายด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด - การใช้ภูมิปัญญาไทยและการแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพ - การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม	3	2	1	- แพทย์แผนไทย - แพทย์แผนไทยประยุกต์ - นักกายภาพบำบัด - นักวิทยาศาสตร์การกีฬา
13. การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในชุมชน - ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้าย - หลักการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง/ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและคนในครอบครัวที่ใกล้ชิด - หลักการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง/ ผู้ป่วยระยะสุดท้ายและคนในครอบครัวที่ใกล้ชิด - หลักกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิในการแสดงเจตนาในวาระสุดท้ายของชีวิตผ่านกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) และการทำ	5	4	1	- แพทย์ - พยาบาล - นักสังคมสงเคราะห์ - นักจิตวิทยา

แผนการสอน	จำนวน ชั่วโมง	ทฤษฎี	ปฏิบัติ	คุณสมบัติผู้สอน
หนังสือแสดงเจตนา ในวาระสุดท้ายของชีวิต (Living will) ตามพระราชบัญญัติ สุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐				
14.การฝึกปฏิบัติงานภาคสนาม - การ Orientation Caregiver ในการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง - การฝึกปฏิบัติงาน	27	1	26	- Care Manager - บุคลากรทางการแพทย์
15. การวัดและการประเมินผล - ทดสอบและประเมินผลภาคทฤษฎี - ทดสอบและประเมินผลภาคปฏิบัติ - ทดสอบและประเมินผลด้านทักษะการปฏิบัติ - ทดสอบและประเมินผลด้านคุณธรรม จริยธรรม	1	1	0	- เป็นไปตามเกณฑ์การ ประเมินของหลักสูตรฯ
รวม	70	30	40	

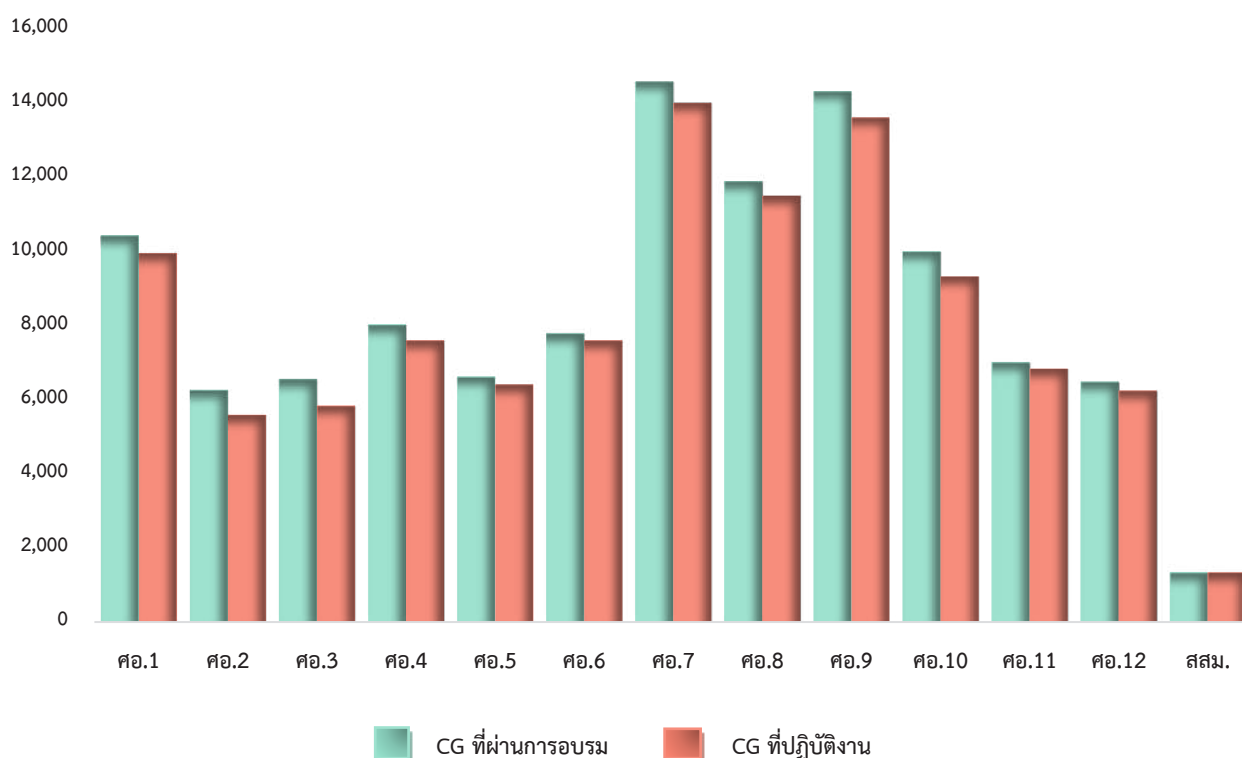
บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุโดยมีประชากรทั้งสิ้น จำนวน 66.7 ล้านคน ประชากรสูงอายุของประเทศไทย ได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วมากมีจำนวน 12.5 ล้านคน หรือร้อยละ 18.7 ของประชากรทั้งหมด และกำลังจะกลายเป็น “สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์” ประชากรรวมของประเทศไทยจะเพิ่มช้าลง อัตราการเพิ่มของจำนวนประชากรจะลดต่ำลงจนถึงขั้นติดลบ แต่ประชากรผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จะเพิ่มเฉลี่ยร้อยละ 4 ต่อปี ผู้สูงอายุวัยปลาย 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มด้วยอัตราเฉลี่ยถึงร้อยละ 7 ต่อปี โดยอัตราส่วนเพศของผู้สูงอายุผู้ชาย 74 คน ต่อผู้หญิง 100 คน อัตราส่วนของผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60 - 69 ปี) ผู้ชาย 83 คนต่อผู้หญิง 100 คน อัตราส่วนของผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70 - 79 ปี) ผู้ชาย 67 คนต่อผู้หญิง 100 คน อัตราส่วนของผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ผู้ชาย 40 คนต่อผู้หญิง 100 คน (จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2564 : มลนิธิสถาบันวิจัย และพัฒนาผู้สูงอายุไทย) ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนผ่านด้านภาวะสุขภาพ (Health Transition) ซึ่งโรคที่มักพบในผู้สูงอายุที่นำไปสู่ภาวะพึ่งพิงมากขึ้น ทำให้อุปสงค์ของผู้สูงอายุไทยต่อความต้องการ “ระบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Long Term Care)” มีแนวโน้มสูงขึ้น นอกจากนี้สภาพสังคมของประเทศไทยเป็นสังคมกึ่งเมืองและชนบท ผู้สูงอายุต้องอยู่บ้านตามลำพังที่มีความเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังและมีความพิการทุพพลภาพ ประเทศไทยจึงมีความจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบบริการด้านการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ผู้พิการและผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต เพื่อให้เข้าถึงระบบบริการด้านสุขภาพได้อย่างเหมาะสมและมีคุณภาพชีวิตที่ดี การพัฒนาและยกระดับความสามารถของบุคลากรด้านการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มีการกำหนดแผนการผลิตบุคลากรด้านการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ให้เหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของประเทศและดำเนินการติดตามอย่างต่อเนื่อง ในการปฏิบัติงานเกี่ยวกับการดูแลส่งเสริมสุขภาพสุขภาพกลุ่มวัยผู้สูงอายุตามโครงการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว (Long Term Care) เป็นภารกิจที่เป็นการพัฒนาระบบการดูแลและการจัดการบริการในการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยโดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุสิ่งสำคัญที่ผู้ปฏิบัติงานต้องมีความรอบรู้และมีทักษะ ความชำนาญเฉพาะด้านในการดูแลผู้สูงอายุ และการวิเคราะห์ความต้องการและปัญหาของผู้สูงอายุทุกกลุ่มเพื่อนำสู่การพัฒนาระบบการให้บริการ การพัฒนาทักษะผู้ให้บริการในเชิงวิชาการและการใช้เครื่องมือที่เกี่ยวข้องเพื่อรองรับการจัดการบริการที่ทันสมัยทันต่อสถานการณ์และงบประมาณที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เพื่อเป้าหมายการเสนอเชิงนโยบายให้เกิดความครอบคลุมในการดูแลกลุ่มเป้าหมาย ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและลดต้นทุนในการใช้งบประมาณของประเทศ ดังนั้นบุคลากรที่จำเป็นในการสนับสนุน การดำเนินการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในการเป็นผู้ปฏิบัติงานที่มีทักษะและความเชี่ยวชาญด้านการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุคือผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) เพื่อรองรับและสร้างประสบการณ์ที่จำเป็นเกี่ยวกับการดูแลและการเยี่ยมบ้านตามแผนการดูแลกลุ่มผู้สูงอายุในด้าน

- การขับเคลื่อนเชิงนโยบายในพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง รวมถึงการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิตที่มุ่งเน้นการดูแลอย่างเหมาะสม
- ความรอบรู้ในการพัฒนาทักษะของประชาชนในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรวมถึงการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายของชีวิต ได้ดูแลถูกต้องเหมาะสมตามบริบทของแต่ละพื้นที่



ข้อมูลประชาชนที่ปฏิบัติหน้าที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในปัจจุบัน



แหล่งข้อมูล : ระบบโปรแกรม 3C กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขและรายงานจากระบบ LTC กทม. ณ วันที่ 6 มีนาคม 2567

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่า กรมอนามัยได้มีการจัดอบรม Caregiver ครอบคลุมในระดับพื้นที่ตั้งแต่ ปี 2559 - 2566 พบว่ามีจำนวนผู้ผ่านการอบรมทั้งสิ้น 110,012 คน และสามารถปฏิบัติงานในโครงการ LTC มีจำนวนทั้ง 105,877 คน แยกตามรายเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 9,954 คน เขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 5,594 คน เขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 5,845 คน เขตสุขภาพที่ 4 จำนวน 7,603 คน เขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 6,415 คน เขตสุขภาพที่ 6 จำนวน 7,602 คน เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 14,004 คน เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 11,494 คน เขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 13,616 คน เขตสุขภาพที่ 10 จำนวน 9,321 คน เขตสุขภาพที่ 11 จำนวน 6,836 คน เขตสุขภาพที่ 12 จำนวน 6,252 คนและสถาบันพัฒนาสุขภาพวะเขตเมือง จำนวน 1,341 คน โดยทุกศูนย์อนามัยเขตและจังหวัดที่จัดอบรมขึ้นทะเบียน Caregiver ในระบบโปรแกรม 3C กรมอนามัย เพื่อให้ Caregiver ที่ผ่านการอบรมดังกล่าว ได้ปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและออกเยี่ยมผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในระบบโปรแกรม 3C และ Care Manager สามารถจัดทำรายงานข้อมูล การให้การดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้อย่างครอบคลุมและทั่วถึงทุกพื้นที่พร้อมทั้ง สามารถนำข้อมูลการให้บริการไปวางแผนการให้บริการเชิงนโยบายและการจัดบริการอย่างทั่วถึงในทุกระดับพื้นที่ต่อไป



แผนการสอนที่ 1 การจัดการการดูแล (Care Management) สำหรับ Caregiver

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ การในการบริหารในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระดับครอบครัวและชุมชน

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ

1. Caregiver สามารถบอกถึงวิธีการบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตามบริบทของครอบครัวและชุมชนได้
2. Caregiver สามารถอธิบายถึงแนวทางการดูแลช่วยเหลือและการจัดการการดูแลตาม Care Plan รายบุคคลของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้
3. อธิบายเกี่ยวกับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้และเหตุผลความจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุได้

เป้าหมาย : ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับ

1. การนิยามหลักการพื้นฐาน Care Management
2. ขั้นตอนการปฏิบัติงาน Care Management
3. การค้นพบผู้เป็นเป้าหมายการช่วยเหลือและการรับรู้สถานการณ์
4. ทรัพยากรสังคมสำหรับการจัดการการดูแล และการใช้ให้เป็นประโยชน์ในการจัดการการดูแลกับการใช้ทรัพยากร
5. การสื่อสารที่สำคัญสำหรับ Caregiver
6. เทคนิคการสื่อสารและการนำไปใช้ของ Caregiver

รูปแบบ/วิธีการสอน

1. การบรรยาย
2. แลกเปลี่ยนประสบการณ์
3. กิจกรรมกลุ่ม
4. ถาม - ตอบกลุ่มใหญ่

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียนด้วย

- นิยามของ Caregiver ใฝ่ล้นนำเสนอตัวอย่างการทำงานของ Caregiver และอธิบายให้ผู้เข้ารับการอบรม เข้าใจถึงนิยามโครงสร้างของ Care Management หลักการพื้นฐานของ Care Management หลักการเคารพสิทธิมนุษยชนการยกระดับคุณภาพชีวิต



- คำถามถึงองค์ประกอบการดำเนินงาน Care Management หรือประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน หรือการดูแลผู้ป่วยควรประกอบด้วยขั้นตอนอย่างไรบ้าง
 - ให้นำเสนอตัวอย่างการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน และอธิบายให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติงาน ตามกระบวนการ Care Management 7 ขั้นตอน
 - คำถามวิธีการค้นหาผู้เป็นเป้าหมายในการดูแลช่วยเหลือ เทคนิคการค้นหาการช่วยเหลือการแบ่งระดับ ความเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการ Care Management และอธิบายให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจ
2. แบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมเป็นกลุ่มตามความเหมาะสมของผู้เข้ารับการอบรม
 - อภิปราย และนำเสนอเรื่องโครงสร้างของ Care Management หลักการพื้นฐานของ Care Management หลักการเคารพสิทธิมนุษยชนการยกระดับคุณภาพชีวิตมีความจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุอย่างไร
 - อภิปราย และฝึกปฏิบัติเทคนิคการค้นหา การ Screening ลักษณะพิเศษของผู้รับการช่วยเหลือการแบ่งระดับ ความเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการ Care Management
 3. ร่วมกันสรุปผลจากความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่มและเสนอแนะความคิดเห็นของสมาชิกกลุ่ม
 4. วิทยากรสรุปพร้อมให้ข้อเสนอแนะ

สื่อประกอบการเรียนการสอน / อุปกรณ์

1. หนังสือคู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Caregiver
2. สื่อการอบรม : ฟิล์มนำเสนอ โปสเตอร์ แผ่นพับ ข่าวจากหนังสือพิมพ์
3. คลิปวิดีโอ

คำแนะนำสำหรับคำแนะนำสำหรับวิทยากร :

1. ควรจัดเตรียมข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับ
 - ผู้ดูแลผู้สูงอายุประเภทต่างๆ การบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่นำเสนอผ่านสื่อมวลชนแขนงต่างๆ เพื่อให้ผู้เรียนสนใจ และตั้งใจเข้าสู่บทเรียน และร่วมแสดงความคิดเห็น
 - ขั้นตอนในการปฏิบัติงานตามกระบวนการของ Care Management เพื่อให้ผู้เรียนสนใจ และตั้งใจเข้าสู่บทเรียน และร่วมแสดงความคิดเห็น
 - เทคนิคการค้นหาของผู้รับการช่วยเหลือการแบ่งระดับความเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการ Care Management รูปแบบต่างๆ เพื่อให้ผู้เรียนสนใจ และตั้งใจเข้าสู่บทเรียน และร่วมแสดงความคิดเห็น
2. กิจกรรมการเรียนรู้ควรเน้นผู้เข้ารับการอบรมมีส่วนร่วมมากที่สุด

การประเมินผล

1. สังเกตการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่มใหญ่
2. ประเมินจากการถาม ตอบ



ใบความรู้ที่ 1.1

หลักพื้นฐานของ Care Management

การจัดการการดูแล (Care Management) คือ กระบวนการจัดการให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง เน้นผลลัพธ์ การลดวันนอนโรงพยาบาล เพื่อคุมค่าใช้จ่ายในการรักษาให้เป็นไปตาม DRGs นิยมใช้ในการดูแลกลุ่มโรคเรื้อรังที่ต้องการดูแลอย่างต่อเนื่อง (ออร์พรธ โดสิงห์) การจัดการการดูแล (Care Management) คือ การส่งเสริมให้เกิดการดูแลในชุมชน เป็นการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย หรือผู้ทุพพลภาพ ฯลฯ สามารถใช้ชีวิตร่วมกับสังคมชุมชนได้ ไม่ว่าผู้นั้นจะอยู่ในสถานะใดก็ตาม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีผู้ประสานงานที่จะใช้ประโยชน์จากทรัพยากรสังคมด้านต่างๆ ได้อย่างคุ้มค่าและเหมาะสม เข้าใจสถานะต่างๆของกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งมาจากหลากหลายมุมมอง มีข้อมูลเกี่ยวกับทรัพยากรสังคมอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ การจัดการการดูแล (Care Management) ในแผนการสอนนี้หมายถึงการส่งเสริมการดูแลชุมชนหรือกรรมวิธี การวิเคราะห์ อุปสรรคที่กีดขวางการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคลผู้เป็นเป้าหมายการช่วยเหลือ และแนะนำให้บุคคลนั้นใช้ทรัพยากรทางสังคมที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ในการคลี่คลายปัญหาเพื่อจัดอุปสรรคเหล่านั้นให้หมดสิ้นไป ส่วนผู้ที่ทำหน้าที่ปฏิบัติงานด้านการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและเยี่ยมบ้านระดับพื้นที่ชุมชนนี้เรียกว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver)

หลักการพื้นฐานของ Care Management

Care Management คือระบบการบริหารจัดการที่เริ่มจากการคิดหามาตรการช่วยเหลือไว้ล่วงหน้า ซึ่งจำเป็นต้องดำเนินการจัดเตรียมดังนี้:

- การช่วยเหลือผู้สูงอายุ ผู้เจ็บป่วยคนพิการ และบุคคลอื่นๆ ที่ไม่ว่าจะอยู่ในสภาพใดก็ตามให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมชุมชนของตนต่อไป
- การปรับความเหมาะสมในการใช้ทรัพยากรทางสังคมทั้งหมดที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์เพื่อบรรลุเป้าหมายข้างต้น
- การประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์ของกลุ่มเป้าหมายให้รับความช่วยเหลือที่หลากหลาย
- การค้นหาข่าวสารข้อมูลเกี่ยวกับทรัพยากรทางสังคมที่มีอยู่ในพื้นที่นั้นๆ

ยิ่งกว่านั้นในการจัดการการดูแล (Care Management) ยังต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญในการเคารพสิทธิมนุษยชน เคารพในความเป็นปัจเจกบุคคล ความเสมอภาค การดำรงตนให้เป็นกลางในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้สูงอายุ

การเคารพสิทธิมนุษยชน (Respect)

นอกจากการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนของผู้ได้รับความช่วยเหลือซึ่งเป็นสิ่งที่ต้องปฏิบัติตามปกติวิสัยกันอยู่แล้วนั้น ยังจำเป็นต้องคำนึงอยู่เสมอว่าสิทธิมนุษยชนของบุคคลนั้นได้รับการคุ้มครองเป็นอย่างดีในสังคมและในครอบครัว ฯลฯ เพื่อบรรลุจุดประสงค์ดังกล่าว จำเป็นต้องดำเนินงานอย่างเหมาะสมและรัดกุมเพื่อพิทักษ์สิทธิมนุษยชนและคุ้มครองการดำรงชีวิตของผู้เป็นเป้าหมายการช่วยเหลือด้วยความสามารถในการสังเกตการณ์ การประเมินและวิเคราะห์สถานการณ์อย่างลึกซึ้ง



เคารพความเป็นปัจเจกบุคคล

ระหว่างขั้นตอนการให้ความช่วยเหลือต้องพยายามให้ผู้ได้รับการช่วยเหลือและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมช่วยเหลือนั้นด้วยการแสดงเจตนาและการตัดสินใจด้วยตัวเอง พร้อมทั้งให้ความสำคัญกับการดำรงชีวิตของแต่ละบุคคลด้วย

ความเสมอภาค

ผู้ให้การช่วยเหลือต้องปฏิบัติต่อผู้รับการช่วยเหลือความเสมอภาคซึ่งกันและกัน จึงจำเป็นต้องมีความสามารถในการควบคุมอารมณ์และการแสดงพฤติกรรมด้วย ระหว่างการบริการก็จำเป็นต้องปฏิบัติต่อผู้ใช้บริการอย่างเสมอภาคเช่นกัน แต่ไม่ได้หมายความว่าต้องปฏิบัติต่อทุกคนเหมือนกันหมด โดยพิจารณาให้ความช่วยเหลือตามความจำเป็นของแต่ละคนอย่างเท่าเทียมกัน

การดำรงตนเป็นกลาง

การวางตนเป็นกลางในการช่วยเหลือกลุ่มเป้าหมาย โดยไม่เข้าข้างฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง

ความรับผิดชอบต่อสังคม

ดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อประโยชน์ของผู้รับบริการ การให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพจะทำให้สังคมพลอยได้รับผลประโยชน์ไปด้วย มุมมองสำคัญอยู่ที่การมุ่งช่วยเหลือ โดยคำนึงถึงความจำเป็นส่วนบุคคลของผู้รับบริการให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

พิทักษ์ข้อมูลส่วนตัว

เก็บรักษาข้อมูลส่วนตัวของบุคคลของผู้รับบริการอย่างดีโดยไม่ให้มีการรั่วไหลประเด็นนี้มีความสำคัญมากเนื่องจากงานที่ทำนั้นมีความเชื่อถือไว้วางใจเป็นพื้นฐานการยกระดับคุณภาพชีวิต (Quality of life) ในการให้ความช่วยเหลือด้านการดำรงชีวิตประจำวันจะต้องเน้นไปที่ Quality of life ซึ่งก็คือการช่วยยกระดับมาตรฐานชีวิตของครัวเรือน โดยมีผู้ได้รับการช่วยเหลือเป็นแกนหลักรวมทั้งคนในครอบครัวพิจารณาจาก 3 มุมมอง ได้แก่

1. มุมมองด้านการทำงานของร่างกาย

อาจกล่าวได้ว่าสาเหตุสำคัญที่สุดที่ทำให้บุคคลหนึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือส่วนใหญ่ได้แก่ การที่ร่างกายเจ็บป่วย ส่งผลให้ ADL (ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน) เสื่อมถอยจึงจำเป็นต้องได้รับการช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตเพื่อส่งเสริมกลไกการทำงานของร่างกายในปัจจุบันให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้น

2. มุมมองด้านจิตใจ

นอกจากความผิดปกติทางร่างกายแล้ว จิตใจของผู้รับการช่วยเหลือส่วนใหญ่ยังไม่อาจหลีกเลี่ยงจากความวิตกกังวลไม่มั่นคงในชีวิต ไม่รู้ว่าชีวิตความเป็นอยู่ของตนจะเป็นอย่างไรต่อไป ได้แต่อยู่ไปวันๆ ด้วยความท้อแท้กังวลใจการยื่นมือเข้าไปช่วยในจังหวะนี้โดยทำให้ผู้รับการช่วยเหลือตระหนักว่าชีวิตสามารถฟื้นฟูชีวิตให้คืนดีดังเดิมได้นั้นจะทำให้ผู้นั้นเกิดกำลังใจขึ้นมา

3. มุมมองด้านภาวะแวดล้อมทางสังคม

ภาวะแวดล้อมทางสังคมในที่นี้หมายถึง อาณาบริเวณที่ผู้รับการช่วยเหลือดำรงชีวิตอยู่เป็นหลัก โดยภาวะแวดล้อมนั้นรวมถึงที่คนในครอบครัวของผู้นั้นเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือด้วยตามหลักการควรมีการคาดหมายถึง ภาวะแวดล้อมดังกล่าวไว้ล่วงหน้าก่อนให้ความช่วยเหลือ แต่ในการปฏิบัติจริงส่วนใหญ่ไม่สามารถทำเช่นนั้นได้แต่อย่างไรก็ตามแม้ในสภาพ



ที่เป็นขณะนั้นก็ยังสามารถหาช่องทางจัดการเตรียมภาวะแวดล้อมเพื่อการช่วยเหลือได้ที่สำคัญคือแจ้งความจำเป็นในการจัดเตรียมแก่ผู้รับความช่วยเหลือและมุ่งดำเนินการเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้รับการช่วยเหลือโดยรวมนอกจากพิจารณาจาก 3 มุมมอง ข้างต้นแล้ว ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) จำเป็นต้องพิจารณาควบคุมค่าใช้จ่าย (Cost Control) พิจารณาฐานะทางการเงินของผู้ใช้บริการด้วย โดยพยายามให้รับภาระน้อยที่สุด เท่าที่ทำได้ โดยเฉพาะเมื่อออกจากโรงพยาบาลกลับมาใช้ชีวิตที่บ้านจำเป็นต้องติดต่อประสานงานกับทางโรงพยาบาลด้วยที่สำคัญคือต้องคาดการณ์เกี่ยวกับการดำรงชีวิตหลังออกจากโรงพยาบาลไว้ล่วงหน้าตั้งแต่ตอนเข้าโรงพยาบาลโดยจัดเตรียมเนื้อหาการช่วยเหลือเอาไว้หลาย ๆ รายการ เพื่อให้ผู้รับการช่วยเหลือสามารถเลือกได้เต็มที่



ใบความรู้ที่ 1.2

การค้นพบผู้เป็นเป้าหมายการช่วยเหลือและการรับรู้สถานการณ์

การค้นพบเป้าหมายการช่วยเหลือที่สามารถค้นหาได้ด้วยแหล่งข้อมูลต่างๆ ดังนี้

1. คำร้องที่ได้รับโดยตรงจากผู้ต้องการใช้บริการครอบครัว
2. คำแนะนำจากโรงพยาบาล
3. คำขอจากทางการฝ่ายปกครอง
4. รายงานจากอาสาสมัครในชุมชน
5. รายงานจากผู้คนในละแวกใกล้เคียง

สำหรับประเทศไทยนั้น ผู้คนในชุมชนมีความสัมพันธ์กันค่อนข้างใกล้ชิด ดังนั้นข้อควรปฏิบัติข้อแรก คือ การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับบทบาท Caregiver ให้ประชาชนได้รับรู้ข้อมูลอย่างทั่วถึง การคัดกรองคุณลักษณะของกลุ่มผู้รับบริการควรพิจารณาปัจจัยดังกล่าว ดังนี้

1. มีความยากลำบากทางร่างกาย จิตใจ และสังคม
2. เข้าออกโรงพยาบาลซ้ำแล้วซ้ำอีก
3. ไม่สามารถควบคุมสุขภาพ
4. จำเป็นต้องพิจารณาให้เข้าพำนักในสถานสงเคราะห์
5. ไม่มีคนในครอบครัวคอยดูแลช่วยเหลือ
6. เป็นภาระหนักแก่ครอบครัว
7. ไม่สามารถควบคุมการเงินและยื่นคำร้องประเภทต่างๆ
8. จำเป็นต้องมีตัวแทนเป็นปากเป็นเสียงให้

ผู้ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลในระบบ Long Term Care เกือบทุกคนไม่สามารถใช้บริการได้อย่างเหมาะสมหาก Caregiver ไม่ให้ความช่วยเหลือ และเมื่อได้กลุ่มผู้รับบริการแล้วพิจารณาว่าผู้นั้นอยู่ในเกณฑ์เป้าหมายของ Care Management หรือไม่ ขั้นตอนต่อไปคือตรวจสอบ โดยพิจารณาตามระดับความเร่งด่วนดังนี้

1. รหัส RED ผู้ป่วยหรือขาดสารอาหาร ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง (ADL) อาศัยอยู่เพียงลำพังไม่ได้รับการช่วยเหลือดูแลจากบุคคลหรือหน่วยงานอื่นๆ หากไม่ได้ช่วยเหลืออย่างเร่งด่วนอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต
2. รหัส YELLOW ผู้ที่อยู่ภาวะที่หากไม่ได้รับการช่วยเหลือ อาจจะไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ แม้ความเป็นอยู่ในปัจจุบันจะยังไม่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิต
3. รหัส BLUE ผู้ที่อยู่ในภาวะที่ยังไม่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือแม้จะมีอุปสรรคในการดำรงชีวิต แต่ก็ต้องคอยเฝ้าระวังดูแลเพื่อติดตามดูแลต่อเนื่อง



ใบความรู้ที่ 1.3

ทรัพยากรทางสังคม การใช้ประโยชน์และการใช้ทรัพยากรสำหรับการจัดการดูแลผู้รับบริการ

การจัดการการดูแล (Care Management) หมายถึง การให้บริการที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง มุ่งเน้นเป้าหมายหรือผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม เพื่อให้มั่นใจว่าผู้รับบริการจะได้รับบริการที่จำเป็น มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล ตรงเวลาและคุ้มค่ามากที่สุด เป็นการจัดการการดูแลที่เน้นการป้องกัน ความต่อเนื่องของการดูแล และการประสานงานการดูแล เพื่อสนับสนุนและเชื่อมโยงให้ผู้รับบริการได้รับบริการตามความจำเป็น โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อปรับปรุงและพัฒนากระบวนการทำงาน พัฒนาคุณภาพชีวิต ความพึงพอใจ และส่งเสริมความปลอดภัยของผู้รับบริการ รวมถึงการประหยัดค่าใช้จ่ายในระบบบริการสุขภาพ (Division of Medical assistance and Health services, 2019) จากนิยามนี้อาจกล่าวได้ว่า การจัดการการดูแล (Care Management) เป็นการบูรณาการองค์ความรู้และทักษะมาสู่การปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลอย่างเป็นรูปธรรม ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจำเป็น ต้องใช้ทรัพยากรและการเชื่อมสัมพันธ์ระหว่างเป้าหมายการดำรงชีวิตของผู้รับบริการช่วยเหลือกับทรัพยากร ด้วยการใช้การจัดการการดูแล (Care Management) ที่มีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้รับบริการช่วยเหลือสามารถพึ่งพาตนเองในการดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ดังนั้น ในฐานะของผู้ให้การช่วยเหลือต้องพิจารณาว่าผู้รับบริการช่วยเหลือจะใช้ประโยชน์จากทรัพยากรนั้นได้อย่างไร ในการจัดการการดูแล (Care Management) นั้น ผู้ดำเนินงานจะต้องตระหนักถึงหลักการที่สำคัญ 2 ประการดังนี้ 1). การประเมิน (หลักประกันด้านสิทธิ) และ 2). ความประสงค์และความต้องการ (การแสดงสิทธิ) ที่เหมาะสมกับผู้รับบริการโดยถือว่าผู้รับบริการมีสิทธิในการใช้ทรัพยากร โดยที่ “ทรัพยากร” จะมีค่าตามความหมายที่แท้จริงก็ต่อเมื่อนำทรัพยากรนั้นไปใช้ให้เกิดประโยชน์กันอย่างไรเท่านั้น

การจำแนกทรัพยากร ทรัพยากรแบ่งได้เป็น 2 ประเภทที่สำคัญ ดังนี้

1. จำแนกตามคุณลักษณะและวิธีการใช้ของทรัพยากรนั้น ๆ
 - 1.1 Formal: ทรัพยากรที่มีความรับผิดชอบอย่างเป็นทางการเป็นพื้นฐานมาแต่เดิม ได้แก่ บริการหลักประกันสุขภาพของภาครัฐ บริการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น
 - 1.2 Non - Formal: ทรัพยากรที่มีความเกี่ยวข้องส่วนตัวเป็นพื้นฐานมาแต่เดิมแต่ได้กลายมาอยู่ในความรับผิดชอบของสังคมภายในชุมชน
 - 1.3 Informal: ทรัพยากรที่มีความเกี่ยวข้องส่วนตัวของผู้รับบริการบนความช่วยเหลือพื้นฐาน ได้แก่ ครอบครัว พี่น้อง ลูก หลาน เพื่อนบ้าน อาสาสมัครในชุมชนและสมาคมต่าง ๆ
2. จำแนกตามภาวะแวดล้อมส่วนตัวของผู้ดำรงชีวิต ดังนี้
 - 2.1 ธรรมชาติของสถานที่ดำรงชีวิตพื้นฐาน ภาวะแวดล้อมทางวัตถุและสถานบริการ
 - 2.2 ท้องถิ่นละแวกบ้าน เช่น ขนบธรรมเนียม ประเพณีในท้องถิ่น คนรู้จักและเครือข่ายของชุมชน
 - 2.3 วัฒนธรรมในครัวเรือน เช่น เสื้อผ้า อาหาร ที่อยู่อาศัย ฯลฯ ของบุคคลนั้น



* **ข้อสำคัญ** ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ต้องมีส่วนร่วมกับผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ในการพิจารณา ทรัพยากรที่มีอยู่ให้ครอบคลุมแบบเป็นองค์รวมว่า

- มีสิ่งใดบ้างที่จะช่วยสร้างหรือส่งเสริมรูปแบบการดำรงชีวิตของผู้รับความช่วยเหลือให้ดีขึ้น

- รูปแบบของการบริการที่ได้รับจากสถานสงเคราะห์หรือคนที่ช่วยเหลือและการใช้ให้เป็นประโยชน์ในการจัดการ การดูแลกับการใช้ทรัพยากรทั้งนี้ เมื่อพิจารณาที่ตัวบุคคลซึ่งเป็นผู้ดำรงชีวิตโดยตรงจะพบว่าสิ่งแวดล้อมด้านบุคคลนั้น ประกอบไปด้วยวัฒนธรรมของครัวเรือน ท้องถิ่น ละแวกบ้านและเครือข่ายชุมชน โดยมีธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมทางวัตถุ ล้อมรอบอยู่

ดังนั้น การที่ผู้สูงอายุที่ยังคงมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ “ต้องการอยู่คนเดียวหรืออยู่ลำพังกับคู่ชีวิต” ที่มองว่า จะกลายเป็นปัญหาสังคมขึ้นมาอันอาจเป็นแนวคิดที่ไม่เหมาะสมนัก ทั้งนี้เนื่องจากในปัจจุบันสถานที่ที่พวกเขาอยู่อาศัยนั้น มีผู้ช่วยค้ำจุนและให้การช่วยเหลืออยู่มากมาย เช่น ผู้จัดการ ครอบครัวยุติธรรม ท้องถิ่น ระบบการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งกฎหมายต่าง ๆ ที่ช่วยให้ผู้รับบริการสามารถเข้าถึงระบบสุขภาพได้มากขึ้น (นันทวุฒิ จำปางาม, 2561) หรืออีกนัยหนึ่ง คือ

- การที่บุคคลหนึ่งดำรงชีวิตอยู่ได้ในทุก ๆ วัน นั้นก็เพราะได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากทรัพยากรต่างๆ ที่อยู่รอบๆ ตัว

- คนที่มีสุขภาพดีสามารถเลือกใช้ทรัพยากรตามเจตนาของตนเองได้อย่างอิสระ

- บางครั้งผู้รับบริการช่วยเหลือก็อาจเลือกทรัพยากรที่เหมาะสมกับตนเองได้เช่นกัน

ถ้าหากผู้รับบริการช่วยเหลือรายนั้นมีข้อมูลมากเพียงพอที่จะใช้ประกอบการตัดสินใจว่าตนควรจะใช้ทรัพยากร ประเภทใดอย่างไร จึงจะช่วยให้สามารถพึ่งตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ และนี่จะเป็นคือคุณสมบัติที่แท้จริง ของการจัดการการดูแล (Care Management) วิธีการนำทรัพยากรต่างๆ มาใช้อย่างเหมาะสมกับความต้องการด้านร่างกาย ด้านจิตใจ และด้านสังคมของผู้สูงอายุทรัพยากรที่การจัดการการดูแล (Care Management) นำมาใช้

1. ทรัพยากรในรูปกิจกรรมของ Care Management

1.1 ความสามารถในการจัดการการดูแล (ในความหมายกว้างๆ)

1.2 การศึกษาตนเองอย่างลึกซึ้ง

1.3 การจูงใจให้ผู้อื่นเห็นลักษณะเด่นของตน

1.4 การประกอบกิจกรรมและการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ อย่างสุดความสามารถ

2. ทรัพยากรภายในตัวของผู้รับบริการช่วยเหลือ ได้แก่

2.1 ความประสงค์/ความต้องการ วิธีคิด

2.2 ความสามารถที่ยังเหลืออยู่ สมรรถภาพแอบแฝง

2.3 งานอดิเรก ประวัติการทำงาน

2.4 มนุษยสัมพันธ์

2.5 ความเชื่อส่วนบุคคล



บริการแบบ Informal

- ครอบครัว คู่สมรส พี่น้องชายหญิง บุตร คู่สมรสของบุตร หลาน
- ญาติพี่น้อง
- เพื่อนบ้าน คนบ้านใกล้เคียง
- เพื่อน เพื่อนร่วมงาน
- สมาคมท้องถิ่น สมาคมร้านค้า
- สมาคมหรือสโมสรผู้สูงอายุ
- ศูนย์บริการผู้สูงอายุ
- ศูนย์อาสาสมัคร
- อาสาสมัครในสถานบริการแบบไป - กลับ
- นิสิต/นักศึกษาฝึกงาน กิจกรรมการเรียนรู้ทั่วไปประเภทและลักษณะพิเศษของบริการแบบ Informal

ปัจจุบันครอบครัวในประเทศต่างๆ กำลังมีแนวโน้มจะเป็นครอบครัวรุ่นเดียว คือ มีแต่พ่อแม่และลูก ด้วยเหตุผลที่ว่าหากอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวใหญ่ต้องมีภาระรับผิดชอบพ่อแม่ ไม่อยากให้ใครเข้ามาแทรกแซง ความเป็นส่วนตัวในหน่วยครอบครัวของตน อยากใช้ชีวิตที่สุขสมบูรณ์ อยากมีอิสรภาพทางการเงิน ดังนั้นจากนี้ไปจึงคาดว่าจะมีผู้สูงอายุที่ดำรงชีวิตอยู่ตามลำพังคนเดียวหรืออยู่กับครอบครัวสามี ภรรยาสูงอายุ เพิ่มขึ้นอีกอย่างมากจนเกินครึ่งหนึ่งของครอบครัวผู้สูงอายุทั้งหมด (อุทัยวรรณ พงษ์บริบูรณ์, 2563) ประกอบกับผลกระทบจากอัตราการเกิดที่ลดลง ทำให้คู่สามีภรรยาที่เป็นลูกชายหรือลูกสาวคนโตต้องรับภาระดูแลพ่อแม่ทั้งสองฝ่ายผู้สูงอายุรวม 4 คน ภายใต้สถานการณ์เช่นนี้ การเลือกทรัพยากรเพื่อการดำรงชีวิตจากที่มีในปัจจุบันประเภท Formal ของทางการเพียงอย่างเดียว นั้น จึงอาจทำได้อยู่ในขอบเขตจำกัด จำเป็นต้องใช้ครอบครัวเป็นทรัพยากรเสริมในส่วนที่บริการพื้นฐานให้ได้ไม่เพียงพอ เมื่อครอบครัวกลายเป็นส่วนหนึ่งของบริการ และครอบครัวต้องทำหน้าที่แทนบริการพยาบาลดูแลเช่นนี้ จึงอาจเป็นสาเหตุที่คนในครอบครัวจะเกิดความรู้สึกว่าตนต้องรับภาระหนักยิ่งขึ้น อัตราส่วนของครอบครัวประเภท Informal นั้นยังสูงมาก และประเด็นสำคัญอย่างยิ่งสำหรับการจัดการดูแล (Care Management) ก็คือการพิจารณาเกี่ยวกับ “ผู้ทำหน้าที่” นั้น ๆ คือใคร

การประเมินสถานการณ์ด้านครอบครัว (รวมถึงญาติ)

1. รายชื่อบุคคลในครอบครัว ญาติของผู้ได้รับการช่วยเหลือ
2. ความใกล้ชิดทางจิตใจของบุคคลเหล่านั้นกับผู้รับการช่วยเหลือ
 - ใกล้ชิดกันมากทั้งสองฝ่าย
 - ใกล้ชิดในระดับที่ไม่ปฏิเสธซึ่งกันและกัน
 - ความสัมพันธ์ในระดับผู้รับการช่วยเหลือยอมรับแต่คนในครอบครัวปฏิเสธ
 - ความสัมพันธ์ในระดับผู้รับการช่วยเหลือปฏิเสธแต่คนในครอบครัวยอมรับ
 - ความสัมพันธ์ในระดับที่ทั้งสองฝ่ายปฏิเสธซึ่งกันและกัน



3. ด้านศักยภาพส่วนบุคคล

- การทำงานของร่างกาย
- ระดับความกระตือรือร้น
- ระดับศักยภาพหรือความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่อง (IADL)
- ระดับศักยภาพหรือระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)
- ระดับความเข้าใจด้านการรักษาพยาบาล

4. ด้านวันและเวลาที่เกี่ยวข้องกัน

- กำหนดเป็นประจำ ไม่เป็นประจำ
- วันที่และวัน
- เวลาคนบ้านใกล้เรือนเคียง เพื่อน เพื่อนร่วมงาน
- สำหรับความเกี่ยวข้องของบุคคลที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือด ส่วนใหญ่ไม่สามารถใช้รูปแบบที่กำหนดแบบคงที่ได้
- ส่วนที่เกี่ยวข้องกับเพื่อนบ้านหรือคนบ้านใกล้เรือนเคียง ต้องประเมินสถานการณ์ด้านปัจจัยในชุมชนและมนุษยสัมพันธ์ไว้ล่วงหน้า
- ควรมีการแบ่งเส้นแบ่งชี้ความแตกต่างจากความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวเอาไว้ระดับหนึ่งเนื่องจากอาจต้องระวังเรื่องความเป็นส่วนตัว
- ประเมินสถานการณ์ด้านมนุษยสัมพันธ์หรือสัมพันธ์ภาพอย่างรอบคอบ ไม่ต้องเร่งรีบ
- ต้องตระหนักว่าผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ก็เป็นผู้เกี่ยวข้องกับกรณีเพียงคนเดียวเท่านั้น
- การประเมินควรให้ผู้รับการช่วยเหลือมีส่วนร่วมหรือเข้าร่วมด้วย พร้อมทั้งสังเกตการตอบสนองของผู้รับการช่วยเหลือต่อสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในขณะนั้น ฯลฯ
- ยึดแนวปฏิบัติพื้นฐาน “เพื่อตรวจยืนยันความปลอดภัย” “ดูแลคุ้มครอง” “เป็นคู่สนทนา” “ช่วยพาไปนอกบ้าน” เป็นหลักสมาคมท้องถิ่น สมาคมร้านค้า
- เป็นระบบในรูปแบบองค์กร
- มีลักษณะพิเศษ คือ “ช่องทางที่เปิดกว้าง” “สามารถสนองความต้องการส่วนบุคคล”
- เมื่อพิจารณาจากกิจกรรมที่ปฏิบัติอยู่พบว่ามีความเกี่ยวข้องกับบริการประเภท Informal จึงอาจกล่าวได้ว่าสมาคมท้องถิ่นต่าง ๆ เหล่านี้ เป็นตัวช่วยที่สำคัญอย่างหนึ่งสำหรับผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver)
- ทำความเข้าใจเบื้องต้นว่า “แต่ละสมาคมฯ มีกฎระเบียบของตนเองและดำเนินการบริหารสมาคมตามกฎระเบียบนั้น”
- หากสมาคมฯ มีการจัดประชุมเกี่ยวกับประเด็นต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องจึงควรติดตาม เพื่อรับทราบข้อมูล
- ในฐานะที่เป็นผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver)



- ควรหาโอกาสติดต่อกับประธานสมาคมที่ผู้รับการช่วยเหลือสังกัดอยู่
- หากสมาคมมีการจัดรายการต่าง ๆ ณ สถานที่ชุมนุมของสมาคม ควรตรวจสอบเนื้อหาของรายการก่อนให้ผู้รับการช่วยเหลือเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง
- ควรหาโอกาสรับฟังความเห็นของผู้เชี่ยวชาญด้านสวัสดิการให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ เนื่องจากปัจจุบันยังคงมีปัญหามากมายเกี่ยวกับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ
- ควรรักษาภิรยามารยาทที่เหมาะสมอย่างเคร่งครัด

ข้อพึงระวัง

1. ต้องตรวจสอบให้ชัดเจนว่ากรณีของคนในครอบครัว คือ “ความใกล้ชิดทางจิตใจของบุคคลเหล่านั้นกับผู้รับการช่วยเหลือ”
2. ในกรณีที่ผู้ที่มีความใกล้ชิดทางจิตใจของผู้รับการช่วยเหลือไม่ใช่บุคคลในครอบครัว อาจต้องมีการตรวจสอบที่ชัดเจนและรอบคอบมากยิ่งขึ้น

ศูนย์อาสาสมัครของชุมชน

- จากลักษณะการปฏิบัติงานจัดอยู่ในประเภท Non - Formal
- สามารถจัดสรรบุคลากรที่มีคุณสมบัติที่หลากหลาย และเสนอการบริการที่มีราคาย่อมเยา
- ในกรณีที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะสาขา อาจไม่สามารถให้บริการได้ตามที่คาดหวัง
- ควรขอคำแนะนำหรือปรึกษากับผู้ประสานงานก่อนที่จะตกลงใจให้บริการ
- อาสาสมัครในชุมชนประกอบอาชีพที่มีความหลากหลาย ทำให้คาดหวังได้ว่าจะสามารถช่วยเหลือผู้สูงอายุในการจัดการปัญหาได้อย่างเหมาะสมวิธีนำบริการต่าง ๆ มาใช้อย่างเหมาะสมกับความต้องการทางร่างกาย

ประเด็นปัญหาสำคัญที่สุดอยู่ที่ “สามารถเข้าใจเกี่ยวกับโรคและสภาพร่างกายได้หรือไม่” ทั้งนี้จำเป็นต้องจัดระบบที่จะได้รับการสนับสนุนประเภท Informal จากการใช้บริการ ด้านการรักษาพยาบาล การเยี่ยมบ้าน การให้บริการรายวัน แบบไป - กลับ เป็นส่วนใหญ่

ตัวอย่างของการดูแลรักษาสุขภาพ

- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะมาเยี่ยมบ้านประจำ (เดือนละ 1 ครั้ง)
- ตรวจวัดสัญญาณชีวิต (Vital sign) โดยผู้รับผิดชอบหรือผู้ที่ได้รับมอบหมายเป็นประจำทุกวัน (1 ครั้ง/วัน)
- เจ้าหน้าที่อาสาสมัครอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะมาเยี่ยมบ้านเป็นประจำ (1 ครั้งทุก 2 สัปดาห์) เป็นต้น



ความต้องการทางจิตใจ

ส่วนใหญ่พบว่าความช่วยเหลือประเภท Informal จะได้ผลมากในลักษณะของการเป็นที่พึ่งทางใจให้กับผู้ต้องการความช่วยเหลือ ทั้งนี้ ในกรณีผู้รับความช่วยเหลือตกอยู่ในอารมณ์เศร้าอันเนื่องจากความรู้สึกโดดเดี่ยวอ้างว้าง ทรอมใจ ฯลฯ การมีคนรู้จักหรือคุ้นเคย แวะมาเยี่ยมเยียนหรือพูดคุยด้วยบ้างเป็นบางโอกาสก็จะทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น (กลุ่มงานพัฒนาวิชาการ โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ราชชนรินทร์, 2565)

สำหรับกรณีของผู้มีอาการของโรคสมองเสื่อมนั้น ผู้ดูแลหรือผู้ใกล้ชิดที่มีความรู้ ความเข้าใจถึงสภาพความเจ็บป่วย หรือมีประสบการณ์ใกล้ชิดกับบุคคลที่มีอาการสมองเสื่อมมาก่อน จะสามารถประเมินอาการในเบื้องต้นได้ว่า “ผู้รับความช่วยเหลือมีอาการมากน้อยเพียงใดและต้องการความช่วยเหลือในระดับใดได้ดีกว่า ผู้ที่ไม่มีความรู้และประสบการณ์” (ธวัชชัย เชื้อนสมบัติ ศิริพันธุ์ สาสัตย์ และอารีย์วรรณ อ่วมตานี, 2561; สมณฑา มั่งมี สุปริดา มั่นคง และนุชนาฏ สุทธิ, 2564) ซึ่งการประเมินที่ได้นี้อาจนำไปสู่การพิจารณาวางแผนเพื่อปรับปรุงหรือปรับเปลี่ยนการดูแลที่ดีขึ้นได้

ตัวอย่างการสนทนา

- สนทนาเรื่องทั่ว ๆ ไปกับเพื่อนบ้าน (ไม่เป็นประจำ)
- คนจากสมาคมหรือสโมสรผู้สูงอายุมาเยี่ยมบ้าน (เดือนละ 1 ครั้ง)
- สนทนากับผู้ให้บริการส่งอาหารหรือซักรีด (วันละประมาณ 1 ครั้ง)
- ร่วมพบปะสังสรรค์ พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น (เดือนละ 1 ครั้ง)

ความต้องการทางสังคม

การเข้าถึงตัวของผู้รับความช่วยเหลือโดยการชักชวนให้เข้าร่วมกิจกรรมจะได้ผลดีมากกว่าการชักชวนให้ทำกิจกรรมโดยตรง โดยเฉพาะในผู้ที่มีนิสัยขี้อาย ขาดความมั่นใจในตนเอง กลัวคนแปลกหน้า หรือบุคคลที่เข้ากับคนอื่น ๆ ได้ยาก มีหลายกรณีที่เริ่มออกไปนอกบ้านบ้าง เมื่อเพื่อนบ้านที่สนิทหรือบุคคลที่ไว้ใจเป็นผู้มาชักชวนให้ทำกิจกรรมโดยเฉพาะอย่างยิ่ง หากสามารถมอบหมายให้ทำหน้าที่อะไรบางอย่างในชุมชน ก็อาจทำให้ผู้รับความช่วยเหลือนั้นเกิดความกระตือรือร้น และให้ความร่วมมือมากขึ้น ทำให้การมีชีวิตรอยู่เริ่มมีความหมายมากขึ้น

ใบงานที่ 1.1

คำชี้แจง

ให้ผู้เข้ารับเข้ารับการอบรม แบ่งกลุ่มตามความเหมาะสมของผู้เข้ารับการอบรม ประมาณ 6-10 คน ร่วมกันอภิปรายในประเด็น

1. การดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีความจำเป็นอย่างไร
2. มีแนวทางอย่างไรในการบริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่มีครอบครัวหรือญาติดูแล
3. สมาชิกเลือกผู้แทน นำเสนอ
4. วิทยากร ร่วมอภิปราย สรุปให้ข้อเสนอแนะ



ใบความรู้ที่ 1.4

การสื่อสารที่สำคัญสำหรับ Caregiver1

การสื่อสาร

คือกระบวนการสำหรับแลกเปลี่ยนสาร รูปแบบอย่างง่ายของสาร คือ จะต้องส่งจากผู้ส่งสารหรืออุปกรณ์เข้ารหัส ไปยังผู้รับสารหรืออุปกรณ์ถอดรหัส อาจอยู่ในรูปแบบของท่าทางสัญลักษณ์บางอย่างอยู่ในรูปแบบของภาษา การสื่อสาร เกิดจากความต้องการที่คนจะส่งข้อมูลหากัน หรือการสื่อสาร (Communication) คือกระบวนการถ่ายทอดสารจากผู้ส่งสารผ่านสื่อต่าง ๆ ที่อาจเป็นการพูด การเขียน การแสดงการจัดกิจกรรม ฯลฯ ไปยังผู้รับสารอย่างมีวัตถุประสงค์ ทำให้เกิดการรับรู้ร่วมกันมีปฏิริยาตอบสนองต่อกัน สามารถปรับเปลี่ยนวิธีการให้เหมาะสมกับบริบททางการสื่อสาร เพื่อให้การสื่อสารสัมฤทธิ์ผล

ความสำคัญของการสื่อสาร

การสื่อสารมีส่วนประกอบต่างๆ อันได้แก่

1. การสื่อสารเป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิต ไม่มีใครที่ดำรงชีวิตได้ โดยปราศจากการสื่อสาร โดยเฉพาะสังคมมนุษย์ที่มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาตลอดเวลา พัฒนาการทางสังคมจึงดำเนินไปพร้อมๆ กับพัฒนาการทางการสื่อสาร
2. การสื่อสารช่วยธำรงสังคมให้อยู่ร่วมกันเป็นปกติสุข เนื้อหาสาระที่เกี่ยวข้องกับระเบียบประเพณี กฎเกณฑ์ทางสังคมและความรู้ต่างๆ จำเป็นต้องรับการถ่ายทอดเพื่อให้เป็นมรดกทางสังคมตกลงใช้ร่วมกันอย่างสันติ
3. การสื่อสารเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาทางสังคมในด้านคุณธรรม จริยธรรมวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ฯลฯ รวมทั้งในการสื่อสารจำเป็นต้องพัฒนาอย่างไม่หยุดยั้งและต้องให้การสื่อสารเป็นเครื่องมือในการพัฒนาในด้านต่างๆ เช่น การใช้สื่อโซเชียล หรือสื่ออิเล็กทรอนิกส์ในงานสาธารณสุข เป็นต้น

องค์ประกอบในการสื่อสาร

การสื่อสารจะเกิดขึ้นได้เมื่อมีองค์ประกอบดังนี้

1. **ผู้ส่งสาร (sender)** คือ บุคคลที่เริ่มต้นสร้างสารและส่งสารไปยังผู้อื่น โดยใช้ภาษาเป็นเครื่องมือ ผู้ส่งสารในฐานะผู้เริ่มต้นการสื่อสารจะส่งสารได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องมีความสมบัติดังนี้

- 1.1 เป็นผู้มีความมั่นใจแน่วแน่ที่จะให้ผู้อื่นรับรู้ความประสงค์ของตน
- 1.2 เป็นผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในเนื้อหาที่จะสื่อสารเพียงพอ
- 1.3 เป็นผู้ที่มีความน่าเชื่อถือ
- 1.4 เป็นผู้มีความพยายามที่จะเข้าใจความสามารถและความพร้อมของผู้รับสาร
- 1.5 เป็นผู้รู้จักใช้กลวิธีที่เหมาะสมในการนำเสนอสาร

2. **สาร (message)** เรื่องราวอันมีความหมายและแสดงออก โดยอาศัยภาษาหรือสัญลักษณ์ ที่สามารถทำให้เกิดการรับรู้ร่วมกันได้ สารประกอบด้วยส่วนสำคัญ 3 ส่วนคือ



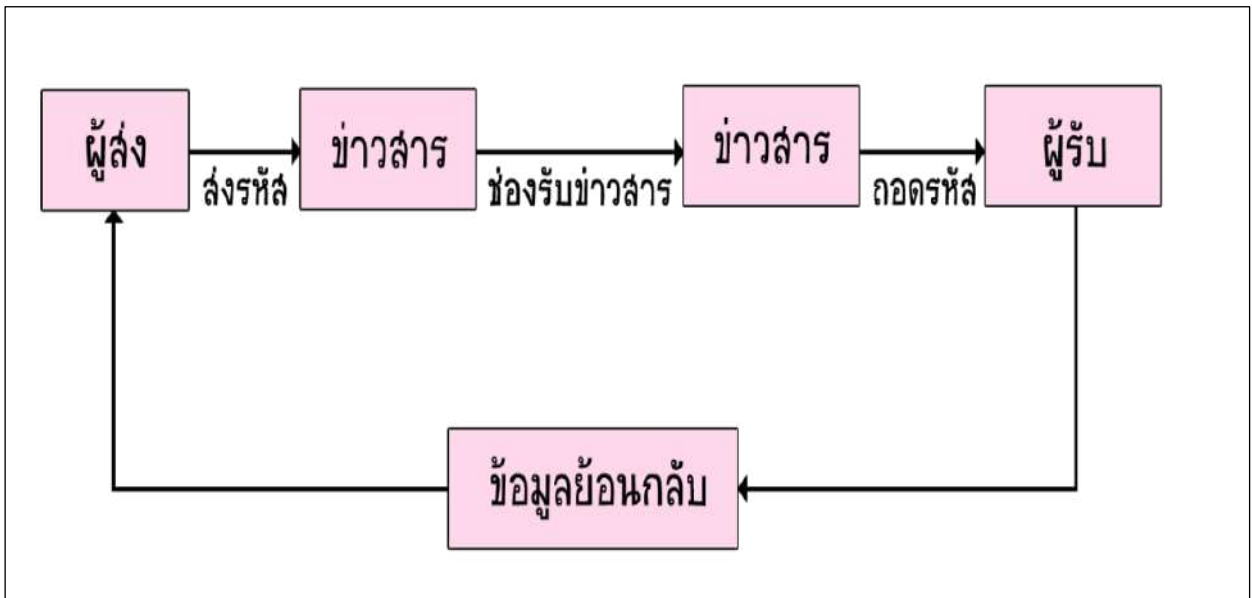
2.1 รหัสของสาร คือ ภาษาสัญลักษณ์หรือสัญญาณที่มนุษย์คิดขึ้น เพื่อแทนความคิด เช่น ช้างคือสัตว์สี่เท้าชนิดหนึ่ง มีวงมีงา ตัวโตกว่าสัตว์สี่เท้าทั้งปวง หรือ เสือ คือ สัตว์ป่าสี่เท้ารูปร่างคล้ายแมว ดุร้าย ชอบกินสัตว์อื่นเป็นอาหารมีหลายชนิด

2.2 เนื้อหาของสาร จะครอบคลุมความรู้ ความคิดและประสบการณ์ที่มนุษย์ต้องการถ่ายทอดแลกเปลี่ยนเพื่อความเข้าใจร่วมกัน เนื้อหาของสารอาจเป็นเรื่องเกี่ยวกับชีวิต สุขภาพภูมิศาสตร์ประวัติศาสตร์ ปรัชญาศาสนา เศรษฐศาสตร์กฎหมาย การเมืองการปกครอง ศิลปะ ดนตรี นาฏศิลป์ วิทยาศาสตร์ คอมพิวเตอร์ การจัดการ ฯลฯ เนื้อหาของสารดังกล่าวแบ่งเป็น 3 ประเภท คือ

- เนื้อหาของสารที่แสดงข้อเท็จจริง
- เนื้อหาของสารที่แสดงข้อคิดเห็นหรือทรรศนะ
- เนื้อหาของสารที่แสดงความรู้สึก

2.3 การจัดสาร คือ รูปแบบวิธีการในการนำรหัสสารมาเรียบเรียง เพื่อให้ได้ใจความตามเนื้อหาที่ต้องการ สารที่ได้รับการจัดอย่างดีทั้งในด้านการเรียบเรียง การลำดับความยากง่าย ตลอดจนรูปแบบและการใช้ภาษาที่ดี จะทำให้สารมีคุณสมบัติในการสื่อสารได้ดี เช่น การจัดสาร เพื่อโน้มน้าวใจในการโฆษณาประชาสัมพันธ์ การเขียนคำขวัญต้องใช้ภาษาที่เลือกสรรอย่างประณีต เพื่อดึงดูดความสนใจให้จดจำและเกิดการปฏิบัติตามที่ต้องการ นอกจากนี้ บุคลิกลักษณะของผู้ส่งสารยังสัมพันธ์กับการจัดสาร คนที่อารมณ์เย็น มักจะพูดจาด้วยวิธีการที่สุภาพ สุขุม เยือกเย็น ขณะที่คนอารมณ์ร้อน มักจะพูดรวบรัดเพื่อให้จบเร็วๆ เป็นต้น

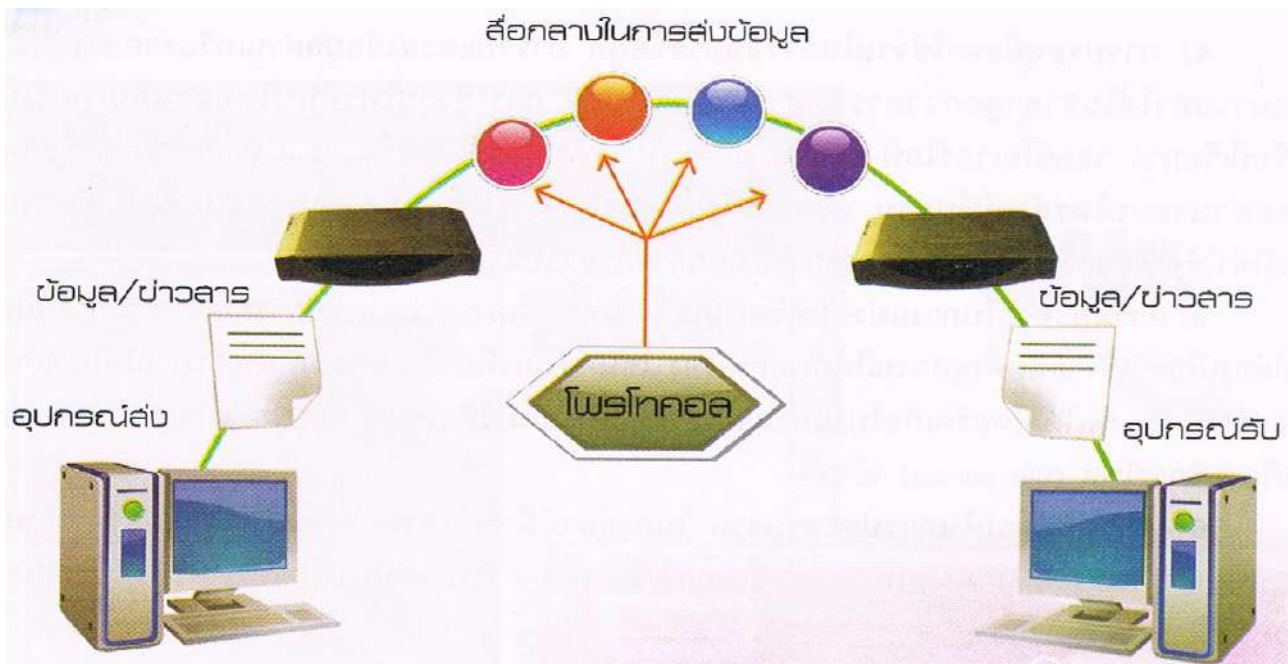
องค์ประกอบพื้นฐานของกระบวนการสื่อสาร



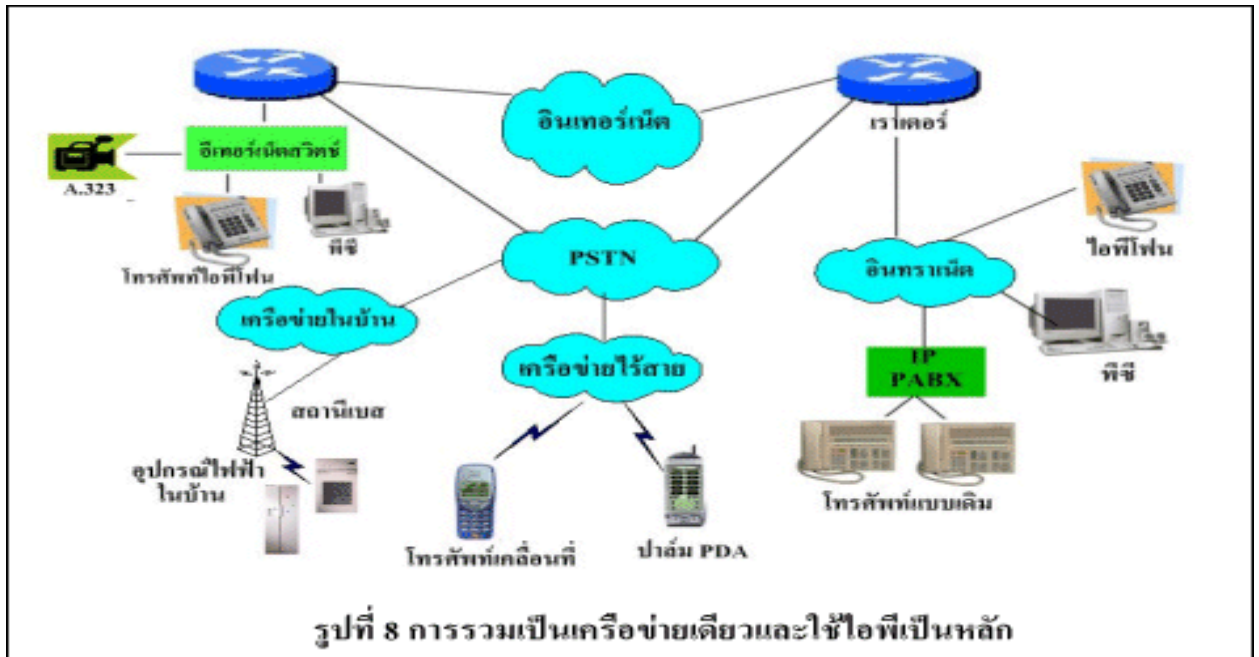
รูปภาพ ช่องทางการสื่อสารในปัจจุบัน ยุค ดิจิตอลออนไลน์



องค์ประกอบพื้นฐานของระบบการสื่อสารข้อมูล
(ระบบที่ CG ต้องใช้ในการส่งต่อระบบข้อมูลให้กับ CM ในยุคปัจจุบัน)



การสื่อสารข้อมูลและการเข้าถึงสัญญาณข้อมูล



ประเภทของการสื่อสาร

สามารถพิจารณาและแบ่งออกได้เป็น

1. จำนวนผู้ทำการสื่อสาร แบ่งออกเป็น

- 1.1 การสื่อสารภายในบุคคล เป็นการสื่อสารที่เกิดขึ้นภายในตัวของบุคคลคนเดียว เช่น การคิดถึงงานที่จะทำ
- 1.2 การสื่อสารระหว่างบุคคล จะประกอบด้วย บุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เป็นการสื่อสารในลักษณะกลุ่มย่อย
- 1.3 การสื่อสารกลุ่มใหญ่เป็นการสื่อสารที่ประกอบด้วยคนจำนวนมากทำให้โอกาสที่ผู้ส่งสารและผู้รับสาร แลกเปลี่ยนข่าวสารกันโดยตรงได้น้อย
- 1.4 การสื่อสารในองค์กร เป็นการสื่อสารระหว่างผู้ที่เป็นสมาชิกในองค์กร เช่น การสื่อสารในหน่วยราชการ
- 1.5 การสื่อสารมวลชน เป็นการสื่อสารที่ซับซ้อน ผู้รับข่าวสารมีจำนวนมาก อยู่กระจัดกระจายมีจำนวนไม่จำกัด และไม่เป็นที่รู้จักของผู้ส่งสาร จึงจำเป็นต้องอาศัยสื่อที่เป็นสื่อมวลชน เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ ฯลฯ

2.2.2. พิจารณาจากการเห็นหน้ากัน แบ่งออกเป็น

- 2.1 การสื่อสารแบบเฉพาะหน้า เป็นการสื่อสารที่ผู้ส่งสารและผู้รับสารสามารถเห็นหน้าและสังเกตกิริยาอาการของกันและกัน
- 2.2 การสื่อสารแบบมีสิ่งสกัดกั้น เป็นการสื่อสารที่ผู้สื่อสารไม่สามารถเห็นหน้ากันเพราะอยู่ห่างไกล

3. พิจารณาจากความแตกต่างระหว่างผู้ส่งสารกับผู้รับสาร แบ่งออกเป็น

- 3.1 การสื่อสารระหว่าง Caregiver กับผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงก็อาจพบปัญหามากกว่าการสื่อสารระหว่างประชาชนทั่วไป



3.2 การสื่อสารระหว่าง Caregiver กับผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีวัฒนธรรมการสื่อสารที่ต่างกันหรือการอาศัยอยู่ในต่างพื้นที่หรือในประเทศเดียวกันหรือคนละประเทศ

3.3 การสื่อสารระหว่าง Caregiver กับญาติ/ ครอบครัวของผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงการสื่อสารที่ต่างกัน
ตารางแสดงเกณฑ์การแบ่งประเภทของสื่อ

เกณฑ์การแบ่ง	ประเภทของสื่อ	ตัวอย่างสื่อ
1. แบ่งตามลักษณะของสื่อ	1. สื่อธรรมชาติ 2. สื่อบุคคล 3. สื่อสิ่งพิมพ์ 4. สื่ออิเล็กทรอนิกส์ 5. สื่อระคน (สื่อ ที่ไม่สามารถ จัดเข้าทั้ง 4 ประเภทข้างต้น)	อากาศ แสง เสียง พิธีกร ผู้บรรยาย แผ่นพับ ใบปลิว หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ ภาพยนตร์ ศิลาจารึก สื่อพื้นบ้าน
2. แบ่งตามธรรมชาติของสื่อ/ วิธีการเข้ารหัส	1. สื่อวัจนะ 2. สื่ออวัจนะ	คำพูด ตัวหนังสือ ภาษากาย ปริภาษา ฯลฯ
3. แบ่งตามจำนวนและการเข้าถึง ผู้รับสาร	1. สื่อระหว่างบุคคล 2. สื่อมวลชน 3. สื่อเฉพาะกิจ 4. สื่อประสม	จดหมาย การประชุม วิทยุ โทรทัศน์ นิตยสาร คู่มือ สื่อประชาสัมพันธ์ การใช้สื่อ 3 ประเภทร่วมกัน
4. แบ่งตามประสาทการรับรู้	1. สื่อที่รับรู้ด้วยการเห็น 2. สื่อที่รับรู้ด้วยการฟัง 3. สื่อที่รับรู้ด้วยการเห็นและการฟัง	รูปภาพ หนังสือ นิตยสาร เทปเสียง วิทยุ โทรทัศน์ ภาพยนตร์
5. แบ่งตามการพัฒนาของสื่อหรือ แบ่งตามยุคสมัย	1. สื่อดั้งเดิม 2. สื่อร่วมสมัยหรือสื่อใหม่ 3. สื่ออนาคต	เสียงกลอง สัญญาณควัน อินเทอร์เน็ต การประชุมทางไกล เทเลเวิร์ค

อุปสรรคในการสื่อสาร

1. อุปสรรคที่ผู้ส่งสาร ผู้ส่งสารจะต้องมีความรู้เพียงพอเกี่ยวกับสารที่ต้องการสื่อมีความสามารถในการถ่ายทอด มีบุคลิกภาพดีและมีเจตคติที่ดีต่อการสื่อสาร
2. อุปสรรคที่สาร สารที่ยากเกินไป หรือผู้รับสารไม่คุ้นเคยหรือเป็นสารที่ทำให้ผู้รับสารขาดความสนใจสารที่ขัดกับความเชื่อ ค่านิยมและระบบความคิดของผู้รับสารจะทำให้ผู้รับสารต่อต้าน



3. อุปสรรคที่ช่องทางหรือสื่อ ถ้าผู้ส่งสารเลือกใช้ช่องทางหรือสื่อที่ไม่เหมาะสม เช่น เลือกใช้สื่อวิทยุกระจายเสียง เพื่อสอนนาฏศิลป์ไทย ผู้รับสารอาจไม่เข้าใจท่ารำแต่ละท่าได้
4. อุปสรรคที่ผู้รับสาร หากผู้รับสารขาดความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับสิ่งที่รับผู้รับสารขาดความพร้อมด้วยสาเหตุต่างๆ เช่น ง่วงนอน ป่วย กังวล ผู้รับสารคิดว่าตนมีความรู้มากกว่าผู้ส่งสารหรือรู้เรื่องนั้นดีแล้ว จะทำให้ไม่สนใจรับสาร

ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีดังนี้

1. การเป็นผู้ฟังที่ดี

การฝึกเป็นผู้ฟังที่ดี เป็นวิธีที่ดีที่สุดในการฝึกสื่อสาร หากเราฝึกฟัง โดยการมีสติอยู่กับปัจจุบัน ตั้งใจฟัง คนตรงหน้าอย่างตั้งใจ และจริงใจ ไม่พูดแทรก จะทำให้คู่สนทนาารู้สึกว่าเราใส่ใจ และอยากที่จะเล่า และเราเองก็จะรับรู้สารสำคัญที่เขาต้องการสื่อ ในทางตรงกันข้าม หากเราชอบที่จะพูดแบ่งปัน และฟังน้อย หรือตัดบทเวลาพูดอื่นพูด หรือพูดสวน/พูดแทรก อาจทำให้คู่สนทนาารู้สึกไม่ดี ไม่อยากคุยด้วย ไม่อยากฟัง รู้สึกว่าไม่ให้ความสำคัญหรือให้เกียรติ รวมถึงไม่อยากร่วมมือหากมีการขอความช่วยเหลือ

2. การสื่อสารด้วยอวัจนภาษา (Non-verbal communication)

ในการสื่อสารอวัจนภาษา คือ คำพูดมีผลเพียง 7% ส่วนที่เหลืออีก 93% คือ อวัจนภาษา ได้แก่ ภาษากาย และน้ำเสียง มีผลต่อการสื่อสารถึง 55% และ 38% ตามลำดับ (จากงานวิจัยของนักจิตวิทยา Albert Mehrabian) ภาษากาย เช่น การยิ้ม การสบตา ทำนั้งสบายๆ ผ่อนคลาย เอนมาข้างหน้า เป็นภาษากายที่ดีในการสื่อสาร ส่วนน้ำเสียง จะสะท้อนถึงความรู้สึกภายในของผู้พูด

3. การเปิดใจ

การสื่อสารที่ดีจะเกิดขึ้นได้นั้น เราต้องเปิดใจที่จะรับฟังมุมมองหรือความคิดเห็นที่แตกต่างกัน

4. การถามคำถาม

การถามคำถาม แสดงถึงความสนใจในการฟัง และช่วยในการเช็คความเข้าใจในเนื้อความ หรือเข้าใจ รายละเอียดที่เพิ่มขึ้น คำถามมีหลายรูปแบบ เช่น

- คำถามปลายเปิด เช่น อะไร อย่างไร ช่วยให้เราได้รายละเอียดเพิ่มขึ้น เช่น คุณมีมุมมองอย่างไรกับเรื่องนี้
- คำถามปลายปิด เช่น ใช่หรือไม่ เราสามารถนำมาใช้ในการเช็คความถูกต้องของเนื้อความที่เราได้ยินได้ เช่น คุณต้องการสรุปรายงานการประชุมภายในศุกร์นี้ใช่หรือไม่

5. ความเป็นมิตร

ความเป็นมิตรจะแสดงออกผ่านน้ำเสียงและสีหน้า หากคู่สนทนาารู้สึกถึงความเป็นมิตร เขาจะเปิดใจที่จะรับฟัง และเสนอความเห็น/ตอบอย่างจริงใจ ไม่ปิดบัง

6. ความมั่นใจ

ความมั่นใจจะแสดงออกทางน้ำเสียง หากน้ำเสียงหนักแน่น มั่นใจ จะส่งผลให้ผู้ฟังเชื่อในสิ่งที่ผู้พูด



7. การให้เกียรติคู่สนทนา

การให้เกียรติคู่สนทนา เช่น สบตา ตั้งใจฟัง หลีกเลี่ยงการรับโทรศัพท์ในขณะที่คุยกับผู้อื่น ไม่ทำอย่างอื่นไปด้วย ขณะที่สนทนา เช่น พิมพ์ข้อความในมือถือ เป็นต้น

8. การสะท้อนในสิ่งที่พูด

การให้สะท้อนในสิ่งที่พูดของทั้งผู้ส่งสารและผู้รับสาร ได้แก่ การสะท้อนในสิ่งที่ดีในตัวคู่สนทนา หรือการกระทำที่ดี หรือการสะท้อน เพื่อให้มีการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น หรือการชม เป็นการสะท้อนให้มีกำลังใจมากขึ้น (เภสัชกรหญิง ฉันทพร จารุไพศาล : Performance Coach and Trainer)

ความสำคัญของการสื่อสารทางสุขภาพ พบว่า

1. การสื่อสารสุขภาพสามารถช่วยชีวิต : ในที่นี้หมายถึงผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรายงานที่เกี่ยวกับทรัพยากรทางสุขภาพหรือการพัฒนาระบบการสื่อสารสุขภาพที่จำเป็น เพื่อรายงานให้กับผู้จัดการ การดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ได้รับทราบและบริหารจัดการเชิงระบบที่จะช่วยให้ Caregiver นำไปสู่ความรู้และแนวทางปฏิบัติให้ประชาชนรู้จักวิธีการรักษาสุขภาพของตนและของคนใกล้ตัว รู้จักบุคคลและช่องทางในการติดต่อเมื่อต้องการความช่วยเหลือ และในหลายกรณีสามารถช่วยชีวิตของผู้รับบริการได้ เช่น ช่วยให้ผู้รับบริการเลือกวิธีการรักษาที่เหมาะสมปฏิบัติตัวตาม คำแนะนำของแพทย์ได้ถูกต้อง ช่วยให้แพทย์วินิจฉัยอาการเจ็บป่วย ได้ถูกต้อง ลดความเสี่ยงจากการใช้ยาผิดหรือช่วยให้ประชาชนพ้นจากการใช้ชีวิตที่เสี่ยงภัยโดยไม่รู้ตัว

2. การสื่อสารสุขภาพช่วยป้องกันการระบาดของโรคได้ : การระบาดของโรค COVID-19 เมื่อเกิดการระบาดของโรคร้ายใหม่ๆ ขึ้น การมีความรู้และทักษะในการสื่อสารจะมีความสำคัญไม่แพ้ การมีช่องทางการสื่อสารที่ดี การสื่อสารสุขภาพ สามารถช่วยกระจายข่าวสารความรู้ให้แก่ประชาชน ช่วยทำให้ประชาชนรู้วิธีหลีกเลี่ยงป้องกัน ลดความตื่นตระหนกของประชาชน เมื่อประชาชนมีความรู้ในการหลีกเลี่ยง ป้องกัน มีการร่วมมือที่ดี การระบาดของโรคก็อาจชะลอลงหรือถึงขั้นยุติลงได้

3. ช่วยให้เกิดการปรับปรุงระบบการให้บริการด้านสุขภาพ การมีบุคลากรที่เป็นนักสื่อสารสุขภาพ เช่น อาสาสมัครทางด้านสุขภาพต่างๆ หรือเจ้าหน้าที่สื่อสารของตนเองที่พร้อมจะรับฟังหรือมีความเข้าใจในความต้องการของคนไข้ จะช่วยให้หน่วยงานสามารถปรับรูปแบบการให้บริการหรือแก้ไขปัญหาข้อบกพร่องของการให้บริการได้ดี และในระดับรัฐบาล ช่วยให้เกิดการปรับปรุงนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพได้

4. เปิดโอกาสให้สังคมมีส่วนร่วมในระบบสุขภาพ การเปิดโอกาสให้ประชาชนหรือสาธารณสุขชนได้เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างและพัฒนาระบบสุขภาพของสังคมเป็นแหล่งที่มาของความริเริ่มสร้างสรรค์ในเรื่องการให้บริการและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางด้านสุขภาพ และที่สุดสังคมจะสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและตรวจสอบการให้บริการจนนำไปสู่มาตรฐานการบริการที่สูงขึ้นมีประสิทธิภาพขึ้น

5. ลดต้นทุนของการบริการด้านสุขภาพ การให้ความรู้และให้วิธีการแก่ประชาชนในการป้องกันรักษาสุขภาพของตนเอง ในทางงบประมาณ การป้องกันหรือการหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงภัยทางสุขภาพมีต้นทุนถูกกว่าการรักษาเยียวยา ลดผลกระทบจากความยากจน การสื่อสารที่ดีสามารถมีบทบาทในการตัดห่วงโซ่ของวัฏจักรความยากจนเหล่านี้



การสร้างความสำเร็จ ซึ่งให้เห็นทางออกที่ดีกว่าจะช่วยให้ผลกระทบจากวังวนของความยากจนลดลงได้ และอาจช่วยนำประชาชนเหล่านั้น ออกมาจากวังวนของความยากจนได้

ใบงานที่ 1.2

กิจกรรมที่ 1 การสื่อสารผ่านการบอกเล่า

1. แบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรม จำนวนตามความเหมาะสมของผู้เข้ารับการอบรม ยืนเข้าแถวเรียง 1
2. ให้ตัวแทนแต่ละกลุ่มมาอ่านบทความหรือประโยคที่มีความหมาย กับวิทยากร
3. ตัวแทนกลุ่มจับบทความ/ประโยค ที่ได้รับส่งต่อให้กับสมาชิกคนที่ 1 และส่งต่อคนต่อไปเรื่อยๆจนครบทุกคน
4. ให้แทนคนสุดท้ายของกลุ่มแจ้งบทความ/ประโยค ที่ได้รับการส่งต่อมาจากสมาชิกในกลุ่มทบทวนว่าถูกต้องหรือไม่
5. วิทยากร สรุปกิจกรรมร่วมกับผู้เข้ารับการอบรม

กิจกรรมที่ 2 วิเคราะห์บทความ

- ตัวอย่างบทความ คนส่วนมากไม่ค่อยรู้ตัว ยังคงอยากได้อะไรที่มากขึ้นๆ ไม่ว่าจะเป็นชื่อเสียง เงินทอง เกียรติยศ หรือความรัก และก็มักไม่ได้ตั้งใจ ก็มีความทุกข์ บางสิ่งที่เราเคยฝันไว้ พอมันเป็นจริงตามฝัน ก็ยังไม่รู้สึกมีความสุข
 - แบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรม จำนวนตามความเหมาะสมของผู้เข้ารับการอบรม วิเคราะห์ข้อความ
 - โจทย์
 1. จากข้อความข้างต้น ผู้ส่งสารมีแนวคิดอย่างไร
 2. ใจความสำคัญของสาร คือ
- แต่ละกลุ่มวิเคราะห์ นำเสนอผลการประชุม จากโจทย์ที่กำหนดให้
- วิทยากร สรุปผลของการดำเนินกิจกรรมนี้

เอกสารอ้างอิง

สุรสิทธิ์ วิทยารัฐ การสื่อสารเพื่อการพัฒนา : พัฒนาการ แนวคิด สภาพการณ์ในสังคมไทย มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา,2549
โอบเอื้อ ต่อสกุล อาจารย์ประจำสาขาวิชาเทคโนโลยีและสื่อสารการศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี หลักและทฤษฎีการสื่อสาร



แผนการสอนที่ 2

เรื่อง คุณลักษณะและบทบาทหน้าที่ของ Caregiver

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ :

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ การปฏิบัติงานดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และคุณลักษณะที่ดีของ Caregiver

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถอธิบาย

1. บทบาทหน้าที่ของการปฏิบัติงานในบริบทของ Caregiver
2. เจตคติ จริยธรรมของ Caregiver ที่จำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและมีสมรรถนะด้านการดูแลแบบรายบุคคลและรายกรณี

เนื้อหาวิชา

1. บทบาทหน้าที่ของ Caregiver
2. เจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ
3. จริยธรรมของ Caregiver

รูปแบบ/วิธีการสอน

1. การบรรยาย
2. ถาม - ตอบ คำถามกลุ่มใหญ่
3. ฝึกปฏิบัติ
4. แสดงบทบาทสมมติ

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียน ด้วยคำถามถึงบทบาทหน้าที่ของ Caregiver
2. วิทยากรชี้แนะแนวทาง บทบาทหน้าที่ในการปฏิบัติงานการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง รวมถึงสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุตามกฎหมายสำหรับ Caregiver
3. ศึกษากรณีตัวอย่าง จากบทบาทสมมติ
4. วิทยากรสรุปพร้อมให้ข้อเสนอแนะ

สื่อประกอบการเรียนการสอน / อุปกรณ์

1. คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Caregiver
2. สื่อการอบรม
- ไฟล์นำเสนอ



- เอกสาร/ระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานการดูแลระยะยาว (Long Term Care)
- กรณีตัวอย่าง

คำแนะนำสำหรับวิทยากร

1. กิจกรรมการเรียนรู้ ควรเน้นผู้เข้ารับการอบรมมีส่วนร่วมมากที่สุด
2. ศึกษาเอกสารเพิ่มประกอบการปฏิบัติงานของ Caregiver จากเว็บไซต์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

การประเมินผล

1. สังเกตการณ์มีส่วนร่วม/การแสดงความคิดเห็นในกิจกรรมกลุ่ม
2. ประเมินจากการถาม ตอบ
3. การแสดงบทบาทสมมติ



ใบความรู้ที่ 2.1

เรื่อง บทบาทหน้าที่ของ Caregiver

บทบาทหน้าที่ของ Caregiver ในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะท้าย

1. ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ ผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะท้าย เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับ พักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่ายให้ถูกสุขลักษณะ ปลอดภัย เหมาะสม กับวัยของผู้สูงอายุ
2. สังเกตพฤติกรรมการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้สูงอายุ ผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะท้าย รวมทั้งเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุและต้องรายงานให้ผู้สูงอายุ ผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะประคับประคอง และระยะท้าย ญาติและรายงาน Care Manager ทราบ
3. ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้าน ตลอดจนการดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะ ที่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ ผู้มีภาวะพึ่งพิง และให้กำลังใจกับผู้ป่วยระยะประคับประคอง และระยะท้าย
4. เขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อ Care Manager และหน่วยงานที่ Caregiverสังกัด
5. กรณีที่มีการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุ ผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะท้าย ต้องดำเนินการเตรียมปรุง ประกอบอาหาร พร้อมทั้งดูแลเครื่องมือ เครื่องใช้ในการปรุงและประกอบอาหาร ให้สะอาดและถูกสุขลักษณะในทุกขั้นตอนและล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอ
6. จัดสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุ ผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะท้าย อย่างถูกต้อง โดยทิ้งลงในภาชนะรองรับที่ถูกหลักสุขาภิบาล และระวังป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อน กับอาหารและเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค หรือก่อให้เกิดเหตุรำคาญต่อสังคม ชุมชน
7. ส่งต่อผู้สูงอายุ ผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะท้าย กรณีที่พบว่ามีเหตุฉุกเฉินหรือการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บที่เกิดขึ้นกับกลุ่มเป้าหมายตามระบบการส่งต่อและวิธีการที่ถูกต้องตามการให้บริการ
8. จัดทำรายงานผลการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ในกรณี รายวัน/เดือน/ปี ต่อ Care Manager เป็นไปตามประกาศของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติและ Care Manager รายงานในระบบโปรแกรม Long Term Care (3C) กรมอนามัย



ใบความรู้ที่ 2.2

เรื่อง การปรับเปลี่ยนเจตคติและมุมมองต่อการดูแลผู้สูงอายุ ผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้ป่วยระยะประคับประคอง และระยะท้าย

การปรับเปลี่ยนเจตคติและมุมมองต่อการดูแลผู้สูงอายุ ผู้มีภาวะพึ่งพิงผู้ป่วยระยะประคับประคองและระยะท้าย

การดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าของผู้อายุ ประเทศไทยมีประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป เป็นจำนวนมาก และผู้สูงอายุเป็นกลุ่มประชากรที่เพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องเรื่อยมา จากจำนวนประชากรไทยทั้งหมด มีผู้สูงอายุจำนวน 2.8 ล้านคน หรือร้อยละ 5.6 ในปี 2528 มาเป็นจำนวนประมาณ 3.4 ล้านคน หรือร้อยละ 6.1 ในปี 2533 จำนวน 5.5 ล้านคน หรือร้อยละ 9.0 ในปี 2543 จำนวน 6.3 ล้านคน หรือร้อยละ 9.8 ในปี 2548 และยังมีการคาดประมาณด้วยว่าในปี 2568 ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุมากเป็นลำดับที่ 5 ในทวีปเอเชีย ซึ่งมีจำนวนประมาณ 13.9 ล้านคน หากประชากรผู้สูงอายุไทยที่มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องเหล่านี้ สามารถพึ่งพาตนเองได้ดี และสามารถดำรงชีวิตด้วยตนเองได้อย่างมีคุณค่าแม้ว่าจะอยู่ในวัยสุดท้ายของช่วงชีวิตก็ตาม ผู้สูงอายุไทยก็ยังสามารถจัดได้ว่าเป็นกลุ่มประชากรที่เป็นพลังสำคัญ แทนที่จะเป็นภาระของครอบครัว ชุมชน และสังคมไทย เป็นมุมมองใหม่ในการสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุไทยดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ อีกทั้งยังนำพาชีวิตสุขสันต์ด้วยตัวของผู้สูงอายุเป็นหลัก

หลักการช่วยสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุไทยดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า และนำพาชีวิตสุขสันต์

การดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุไทยโดยวิธีการ “จ-ห-ร” (ย่อมาจาก เจตคติ-ผู้ให้-ผู้รับ) จะช่วยสร้างเสริมให้ผู้สูงอายุไทยดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า และนำพาชีวิตสุขสันต์ ด้วยตัวของผู้สูงอายุเป็นหลัก ประกอบด้วยวิธีการที่สำคัญ 3 ข้อตามลำดับต่อไปนี้

1. การสร้างเสริมให้ตนเองมีเจตคติที่ดีต่อการมีชีวิตยืนยาว (“จ”)

ผู้สูงอายุควรดำเนินการสร้างเสริม ให้ตนเองมีเจตคติที่ดีต่อการดำรงชีวิตยืนยาว ด้วยขั้นตอน 3 ประการ ตามลำดับดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 แสวงหาความรู้ใหม่และข้อเท็จจริงเพิ่มเติมเกี่ยวกับประโยชน์ของการมีชีวิตยืนยาว

ผู้สูงอายุอาจแสวงหาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของการมีชีวิตยืนยาวได้จากบุคคลอื่น วิทยุ โทรทัศน์ คอมพิวเตอร์ หนังสือพิมพ์ วารสาร หนังสือ และประสบการณ์ตรงของตนเอง เป็นต้น ประโยชน์ของการมีชีวิตยืนยาวซึ่งผู้สูงอายุ จะได้เรียนรู้ เช่น

- การมีเวลามากขึ้นที่จะเลือกทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามความสนใจและความต้องการ
- การมีโอกาสใช้ชีวิตอย่างอิสระมากขึ้น พ้นจากพันธนาการ และภารกิจจำเป็นต่างๆ ที่ตนได้แบกรับภาระมาเนิ่นนาน
- การมีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้มากขึ้น และยาวนานขึ้น



ขั้นตอนที่ 2 ส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจต่อการมีชีวิตยืนยาว

เมื่อผู้สูงอายุเห็นประโยชน์ของการมีชีวิตยืนยาวแล้ว ผู้สูงอายุควรได้รับการส่งเสริมจากผู้รู้ ผู้เชี่ยวชาญ ให้มีโอกาสได้สังเกตและเรียนรู้จากผู้สูงอายุต้นแบบที่เป็นตัวอย่างที่ดี ทั้งโดยทางตรงและทางอ้อม เป็นต้น ความรู้สึกพึงพอใจต่อการมีชีวิตยืนยาว ซึ่งน่าจะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เช่น

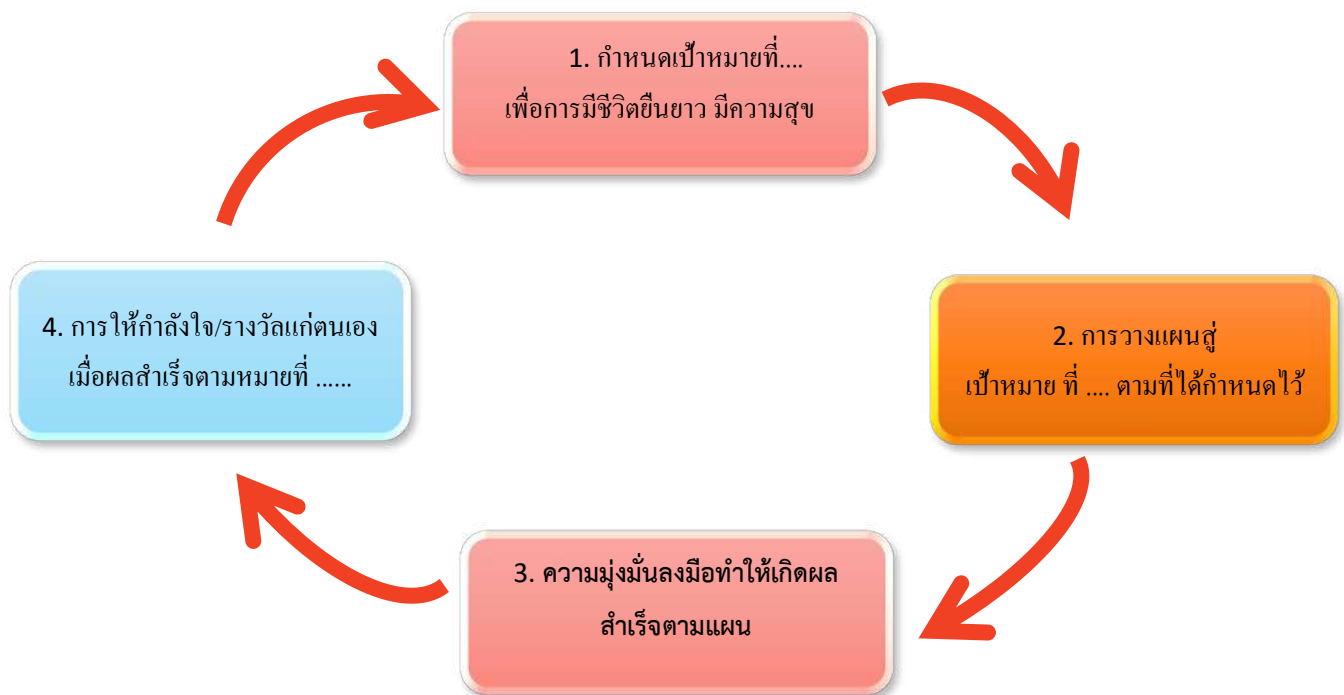
- ความชื่นชอบการมีชีวิตยืนยาว ซึ่งเป็นช่วงเวลาได้ดักตวงกำไรของชีวิต
- ความพอใจที่จะดูแลรักษาตนเองให้มีชีวิตยืนยาวอย่างมีความสุข
- ความอยากเอาอย่างผู้สูงอายุต้นแบบที่มีชีวิตยืนยาวและมากด้วยคุณค่า

ขั้นตอนที่ 3 หมั่นกระทำพฤติกรรมซึ่งสนับสนุนเจตคติที่ดีต่อการมีชีวิตยืนยาว

เมื่อผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกพึงพอใจต่อการมีชีวิตยืนยาวแล้ว ผู้สูงอายุน่าจะมีแนวโน้มที่จะหมั่นกระทำพฤติกรรมซึ่งสนับสนุนเจตคติที่ดีต่อการมีชีวิตยืนยาว เช่น

- การกำหนดเป้าหมาย เพื่อการมีชีวิตยืนยาวอย่างมีความสุข ทั้งเป้าหมายระยะสั้น ระยะกลาง และระยะยาว ควรกำหนดครั้งละ 1 เป้าหมาย และควรเป็นเป้าหมายที่สามารถทำให้สำเร็จได้
- การวางแผนสู่เป้าหมายเพื่อการมีชีวิตยืนยาวอย่างมีความสุข
- ความมุ่งมั่นลงมือทำให้เกิดผลสำเร็จตามแผน เช่น การดูแลตนเองให้พร้อมเสมอที่จะพึ่งพาตนเองได้ดี ทั้งด้านสุขภาพ ด้านเศรษฐกิจ ด้านที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม เพื่อการมีชีวิตยืนยาวอย่างมีความสุข
- การให้กำลังใจ/รางวัลแก่ตนเองทุกครั้ง เมื่อเกิดผลสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้การกำหนดเป้าหมายลำดับต่อไป แล้วดำเนินการอย่างต่อเนื่องเรื่อยไปไม่หยุดยั้ง

แผนภาพวงจรส่งเสริมการมีชีวิตยืนยาวอย่างมีความสุข



2. การมุ่งมั่นเป็นผู้ให้ที่ดีอย่างต่อเนื่อง (“ห”)

ผู้สูงอายุควรมุ่งมั่นเป็นผู้ให้ที่ดีอย่างต่อเนื่องได้ เช่น

1. การให้ความรู้ ความคิด ให้แนวทาง ให้คำแนะนำ ให้การปรึกษา ให้ข้อคิดจากการ มีชีวิตยืนยาว ตลอดจนแบ่งปันประสบการณ์ให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง และผู้ที่ขอร้อง
2. การให้ความรัก ความอบอุ่น ให้ความเมตตา ให้ความเห็นอกเห็นใจ ให้ความเอาใจใส่ ให้กำลังใจแก่สมาชิกในครอบครัว ผู้ร่วมงาน และผู้ที่ด้อยโอกาสในสังคม
3. การให้สิ่งที่มีมากเกินไปแก่ผู้อื่นที่มีความจำเป็นต้องใช้ประโยชน์ตามความ เหมาะสม

3. การปฏิบัติตนเป็นผู้รับที่ดีอยู่เสมอ (“ร”)

ผู้สูงอายุควรปฏิบัติตนเป็นผู้รับที่ดีอยู่เสมอ เช่น

1. การน้อมรับคำแนะนำ ความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้ด้วยดี เมื่อประสบปัญหาที่เกิน กำลัง และสติปัญญาของตนเพียงลำพังที่จะแก้ไขได้ โดยไม่อวดดี อวดรู้ อวดหยิ่ง
2. การยอมรับความรู้และประสบการณ์ใหม่ๆ เพื่อช่วยให้คุณสามารถปรับตัวได้อย่างเท่าทันกับการเปลี่ยนแปลงของโลก
3. การรับความไม่แน่นอนและความไม่สมหวังที่เกิดขึ้นได้ อย่างมีสติและสงบ
4. การยินดีรับเพื่อนใหม่ได้ ผูกมิตรเป็น ทั้งกับบุคคลวัยเดียวกันและต่างวัยกัน ที่จะช่วยให้คุณมีชีวิตชีวาขึ้น และช่วยเพิ่มความหมายในการดำรงชีวิต
5. การรับธรรมชาติเข้ามาหล่อเลี้ยงใจได้อย่างถูกต้อง เพียงพอ และเหมาะสมกับโอกาส เพื่อให้จิตมีคุณภาพสูงและมีพลัง

สรุปได้ว่า การดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าของผู้สูงอายุจะนำพาความสุข ความมีชีวิตชีวา ความหวัง ความหมายการเห็นคุณค่าและความภาคภูมิใจในตนเองมาสู่ตัวผู้สูงอายุเองทุกขณะในช่วงวัยสุดท้ายของชีวิต อีกทั้งยังก่อให้เกิดประโยชน์แก่บุคคลใกล้ชิด ผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ ตลอดจนชุมชน และสังคมของผู้สูงอายุอีกด้วย ดังนั้นผู้สูงอายุจึงไม่ควรปล่อยให้วันเวลาล่วงผ่านเป็นเพียงการเพิ่มความชราให้แก่ชีวิต แต่ควรเพิ่มความงดงามและคุณค่าให้แก่ชีวิตทุกขณะเมื่อวันเวลาล่วงผ่าน (รองศาสตราจารย์ ดร.เจียรนัย ทรงชัยกุล สาขาวิชาศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช)

เจตคติ (Attitude)

หมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อ และความคิดเห็นของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งและแสดงออกเป็นพฤติกรรมว่ายอมรับหรือปฏิเสธ โดยมีผลมาจากความคิด การวิเคราะห์ การเรียนรู้และประสบการณ์ของบุคคลนั้น เป็นเครื่องมือในการตัดสินใจ โดยเป็นสภาวะของความพร้อมทางจิตใจ ซึ่งเกิดขึ้นจากประสบการณ์ โดยเป็นการกำหนดทิศทางของปฏิกิริยาระหว่างบุคคลที่มีต่อบุคคล สิ่งของและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง เจตคติจึงกำหนดขึ้นได้จากการเรียนรู้ วัฒนธรรมขนบธรรมเนียมในสังคม เป็นการสร้างความรู้สึกจากประสบการณ์ของตนเอง โดยประสบการณ์ที่ได้รับจากเดิม มีทั้งทางบวกและลบ จะส่งผลถึงเจตคติต่อสิ่งใหม่ที่คล้ายคลึงกันและเป็นการเลียนแบบบุคคลที่ตนเองให้ความสำคัญ และรับเอาเจตคตินั้นมาเป็นของตน บุคคลแสดงความรู้สึกทางด้านพฤติกรรม แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ



1. พฤติกรรมภายนอก เป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้ เช่น ท่าทางหน้าตาบ่งบอกความพึงพอใจ
2. พฤติกรรมภายใน เป็นพฤติกรรมที่สังเกตไม่ได้ เช่น ชอบหรือไม่ชอบก็ไม่แสดงออก

ลักษณะของเจตคติ

1. เจตคติไม่ใช่พฤติกรรมแต่เป็นสภาวะของจิตใจซึ่งเป็นแนวโน้มของการแสดงพฤติกรรมว่าจะ เป็นเชิงบวก หรือเชิงลบ
2. เจตคติเกิดจากการเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อมและประสบการณ์ เมื่อบุคคลเรียนรู้ว่าสิ่งใดทำให้เกิดความพึงพอใจ เกิดผลดีก็จะเกิดเจตคติเชิงบวก หากเป็นไปในทางตรงข้าม มักจะเกิดเจตคติเชิงลบต่อสิ่งนั้น

องค์ประกอบของเจตคติที่สำคัญ 3 ประการ คือ

1. การรู้ (Cognition) ประกอบด้วยความเชื่อของบุคคลที่มีต่อเป้าหมาย เจตคติ เช่น ทศนคติต่อลัทธิคอมมิวนิสต์ สิ่งสำคัญขององค์ประกอบนี้ก็คือ จะประกอบด้วยความเชื่อที่ได้ ประเมินค่าแล้วว่าน่าเชื่อถือหรือไม่น่าเชื่อถือ ดีหรือไม่ดี และยังรวมไปถึง ความเชื่อในใจว่าควรจะมีปฏิกิริยาตอบโต้อย่างไรต่อเป้าหมายทศนคตินั้น จึงจะเหมาะสมที่สุด ดังนั้น การรู้และแนวโน้มพฤติกรรม จึงมีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด

2. ความรู้สึก (Feeling) หมายถึง อารมณ์ที่มีต่อเป้าหมาย เจตคติ นั้น เป้าหมายจะถูกมองด้วยอารมณ์ชอบหรือไม่ชอบ ถูกใจหรือไม่ถูกใจ ส่วนประกอบด้านอารมณ์ ความรู้สึกนี้เองที่ทำให้บุคคลเกิดความตึงเครียด ซึ่งอาจกระตุ้นให้มีปฏิกิริยาตอบโต้ได้หากมีสิ่งขัดกับความรู้สึกมากกระทบ

3. แนวโน้มพฤติกรรม (Action tendency) หมายถึง ความพร้อมที่จะมีพฤติกรรมที่สอดคล้องกับเจตคติ ถ้าบุคคลมีเจตคติที่ดีต่อเป้าหมาย เขาจะมีความพร้อมที่จะมีพฤติกรรมช่วยเหลือหรือสนับสนุนเป้าหมายนั้น ถ้าบุคคลมีเจตคติในทางลบต่อเป้าหมาย เขาก็จะมีความพร้อมที่จะมีพฤติกรรมทำลาย หรือทำร้ายเป้าหมายนั้นเช่นกัน

เจตคติเกิดจากอะไร

เจตคติเกิดจากการเรียนรู้ของบุคคล ไม่ใช่เป็นสิ่งที่ติดตัวมาแต่กำเนิด หากแต่ว่าจะชอบหรือไม่ชอบสิ่งใดต้องภายหลัง เมื่อตนเองได้มีประสบการณ์ในสิ่งนั้น ๆ แล้ว ดังนั้น จึงพอสรุปได้ว่า เจตคติเกิดขึ้นจากเรื่องต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. การรวบรวมความคิดอันเกิดจากประสบการณ์หลายๆ อย่าง
2. เกิดจากความรู้สึกที่ร่อยพินิจ
3. เกิดจากการเห็นตามคนอื่น ๆ

คุณลักษณะของเจตคติ ที่สำคัญดังนี้

1. เจตคติเกิดจากประสบการณ์ สิ่งเร้าต่าง ๆ รอบตัวบุคคล การอบรมเลี้ยงดู การเรียนรู้ขนบธรรมเนียมประเพณี และวัฒนธรรม เป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดเจตคติ แม้ว่าจะมีประสบการณ์ที่เหมือนกัน ก็เป็นเจตคติที่แตกต่างกันได้ ด้วยสาเหตุหลายประการ เช่น สติปัญญา อายุ เป็นต้น



2. เจตคติเป็นการเตรียม หรือความพร้อมในการตอบสนองต่อสิ่งเร้า เป็นการเตรียมความพร้อมภายในของจิตใจมากกว่าภายนอกที่สังเกตได้ สภาวะความพร้อมที่จะตอบสนอง มีลักษณะที่ซับซ้อนของบุคคลว่า ชอบหรือไม่ชอบ ยอมรับหรือไม่ยอมรับ เกี่ยวข้องกับอารมณ์ด้วย

3. เจตคติมีทิศทางของการประเมิน ทิศทางของการประเมิน คือ ลักษณะความรู้สึกหรืออารมณ์ที่เกิดขึ้น ถ้าเป็นความรู้สึกหรือประเมินว่า ชอบ พอใจ เห็นด้วย ก็คือเป็นทิศทางในทางที่ดี เรียกว่าเป็นทิศทางในทางบวก และถ้าประเมินออกมาในทางไม่ดี เช่น ไม่ชอบ ไม่พอใจ ก็มีทิศทางในทางลบ เจตคติทางลบ ไม่ได้หมายความว่าไม่ควรมีเจตคตินั้นเป็นเพียงความรู้สึกที่ไม่ดีต่อสิ่งนั้น

4. เจตคติมีความเข้ม คือ มีปริมาณมากน้อยของความรู้สึก ถ้าชอบมากหรือไม่เห็นด้วยอย่างมาก ก็แสดงว่ามีความเข้มสูง ถ้าไม่ชอบเลยหรือเกลียดที่สุด ก็แสดงว่ามีความเข้มสูงไปอีกทางหนึ่ง

5. เจตคติมีความคงทน เจตคติเป็นสิ่งที่บุคคลยึดมั่นถือมั่น และมีส่วนในการกำหนดพฤติกรรมของคนนั้น การยึดมั่นในเจตคติต่อสิ่งใด ทำให้การเปลี่ยนแปลงเจตคติเกิดขึ้นได้ยาก

6. เจตคติมีทั้งพฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอก พฤติกรรมภายในเป็นสภาวะทางจิตใจ ซึ่งหากไม่ได้แสดงออก ก็ไม่สามารถรู้ได้ว่าบุคคลนั้นมีเจตคติอย่างไรในเรื่องนั้น เจตคติเป็นพฤติกรรมภายนอกแสดงออก เนื่องจากถูกกระตุ้นและการกระตุ้นยังมีสาเหตุอื่นๆ ร่วมอยู่ด้วย

7. เจตคติต้องมีสิ่งเร้าจึงมีการตอบสนองขึ้น ไม่จำเป็นว่าเจตคติที่แสดงออกจากพฤติกรรมภายในและพฤติกรรมภายนอกจะต้องตรงกัน เพราะก่อนแสดงออกนั้นก็ปรับปรุงให้เหมาะกับสภาพของสังคม แล้วจึงแสดงออกเป็นพฤติกรรมภายนอก

การเปลี่ยนแปลงเจตคติ การเปลี่ยนแปลงเจตคติมี 2 ทาง

1. การเปลี่ยนแปลงในทางเดียวกัน (Congruent Change) หมายถึง เจตคติเดิมของบุคคลที่เป็นไปในทางบวก จะเพิ่มมากขึ้นในทางบวก แต่ถ้าเจตคติเป็นไปในทางลบก็เพิ่มมากขึ้นในทางลบด้วย

2. การเปลี่ยนแปลงไปคนละทาง (Incongruent Change) หมายถึง การเปลี่ยนแปลงเจตคติเดิมของบุคคลที่เป็นไปในทางบวกจะลดลงและไปเพิ่มทางลบ

หลักการของการเปลี่ยนแปลงเจตคติ

หลักการของการเปลี่ยนแปลงเจตคติ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงไปในทางเดียวกัน หรือการเปลี่ยนแปลงไปคนละทางนั้นมีหลักการว่า เจตคติที่เปลี่ยนแปลงไปในทางเดียวกันเปลี่ยนได้ง่ายกว่าเจตคติที่เปลี่ยนแปลงไปคนละทาง เพราะการเปลี่ยนแปลงไปในทางเดียวกันมีความมั่นคง ความคงที่มากกว่าการเปลี่ยนแปลงไปคนละทาง การเปลี่ยนแปลงเจตคติเกี่ยวข้องกับปัจจัยต่อไปนี้

1. ความสุดขีด (Extremeness) เจตคติที่อยู่ปลายสุดเปลี่ยนแปลงได้ยากกว่าเจตคติที่ไม่รุนแรงนัก เช่น ความรักที่สุดและความเกลียดที่สุด เปลี่ยนแปลงยากกว่าความรักและความเกลียดที่ไม่มากนัก



2. ความซับซ้อน (Multicomplexity) เจตคติที่เกิดจากสาเหตุเดียวกันเปลี่ยนได้ง่ายกว่าเกิดจากหลายๆ สาเหตุ
3. ความคงที่ (Consistency) เจตคติที่มีลักษณะคงที่มาก หมายถึง เจตคติที่เป็นความเชื่อฝังใจ เปลี่ยนแปลงยากกว่าเจตคติทั่วไป
4. ความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่อง (Interconnectedness) เจตคติที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะที่เป็นไปในทางเดียวกันเปลี่ยนแปลงได้ยากกว่าเจตคติที่มีความสัมพันธ์ไปในทางตรงกันข้าม
5. ความแข็งแกร่งและจำนวนความต้องการ (Strong and Number of Wants Served) หมายถึง เจตคติที่มีความจำเป็นและความต้องการในระดับสูง เปลี่ยนแปลงได้ยากกว่าเจตคติที่ไม่แข็งแกร่งและไม่อยู่ในความต้องการ
6. ความเกี่ยวข้องกับค่านิยม (Centrality of Related Values) เจตคติหลายเรื่องเกี่ยวเนื่องจากค่านิยมความเชื่อวาค่านิยมนั้นดีน่าปรารถนา และเจตคติสืบเนื่องจากค่านิยม ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมนั้นเป็นสิ่งที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก

ความจริงบางประการของผู้สูงอายุ

เจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ เมื่อกล่าวถึงการสูงอายุคนบางกลุ่ม อาจมีเจตคติทางลบเกิดขึ้น เนื่องจากคิดว่าเมื่อสูงอายุแล้วจะมีความเสื่อมทางด้านร่างกาย มีภาวะเจ็บป่วย ความสามารถลดลงไร้ประโยชน์สมรรถภาพ ในการดำเนินชีวิตโดยผู้สูงอายุอาจถูกเหมารวม (Stereotype) ว่าเป็นบุคคลที่เป็นผู้อ่อนแอ ยึดติด ขาดความยืดหยุ่นและล้าสมัย ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดูแลผู้สูงอายุ อาจนำไปสู่การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ ทั้งจากครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดผลกระทบตามมาได้

เจตคติทางลบต่อผู้สูงอายุ หรือ Ageism หมายถึง การรังเกียจ (Prejudices) และการเหมารวม (Stereotype) ที่ใช้กับผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นพื้นฐานในการตัดสินหรือการมีเจตคติลบต่อผู้สูงอายุเป็นผลลัพธ์ของการเปลี่ยนแปลงจากสังคม ทำให้ผู้สูงอายุถูกมองในทางลบโดยผ่านมาความเชื่อวาคายาคติและการเหมารวมของสังคมต่อผู้สูงอายุจะเป็นส่วนหนึ่งของเจตคติทางลบต่อผู้สูงอายุ กล่าวคือ มายาคติหรือ ความเชื่อที่ผิด (Myth) และความจริงบางประการ (Reality) เกี่ยวกับการสูงอายุ (ผ่องพรรณ อรุณแสง, 2554)

มายาคติ	ความจริงบางประการ
- ผู้สูงอายุไม่สามารถเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ ที่ซับซ้อน	- ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ได้ แต่ช้าลงกว่าเดิม
- ผู้สูงอายุมักถือ ไม่เห็นด้วย และไม่เป็นที่มิตร	- การมีพฤติกรรมเช่นนี้ในผู้สูงอายุอาจเกิดจากกระบวนการปกป้องตนเองหรือการเผชิญปัญหาในวัยหนุ่มสาวก็มีลักษณะเช่นนี้ได้
- เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ บุคคลต้องแยกจากสังคม	- เนื่องจากผู้สูงอายุมีลักษณะเฉพาะแต่ละบุคคลจึงมีการตอบสนองแตกต่างกันในแต่ละสังคม



มายาคติ	ความจริงบางประการ
- การเป็นหม้าย และเหตุการณ์ในชีวิตมีผลกระทบต่อผู้สูงอายุ	- การให้ความหมายต่อเหตุการณ์ในชีวิตขึ้นอยู่กับประสบการณ์เหตุการณ์ของแต่ละบุคคล และแหล่งประโยชน์ในการเผชิญความเครียด

การสร้างสัมพันธภาพที่ดี

เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินชีวิตและเป็นการเรียนรู้การอยู่ร่วมกัน โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุควรตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ และยอมรับเรียนรู้ที่จะปรับตัวและมีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุเพื่อสร้างความเข้าใจผู้สูงอายุ รวมถึงการดูแลอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุอย่างเป็นปกติสุข

เจตคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อผู้สูงอายุ มีดังต่อไปนี้

1. การยอมรับและเข้าใจ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเฉพาะและแตกต่างจากบุคคลอื่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงควรยอมรับและเข้าใจในความแตกต่างของผู้สูงอายุ ทั้งในสภาวะทางร่างกายและจิตใจที่มีความแตกต่างจากบุคคลอื่นทั่วไป โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องปรับตัวเองให้ยอมรับและปรับความคิดทัศนคติของตนเองให้เข้าใจผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลดีต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุและการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

2. การเห็นคุณค่าและความสำคัญผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมองเห็นคุณค่าและให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ เพื่อดำรงความมีศักดิ์ศรี และความภูมิใจของผู้สูงอายุ โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ซึ่งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม เช่น การขอคำแนะนำ การรับฟังความคิดเห็น รวมทั้งการแสดงออกต่อผู้สูงอายุด้วยความเคารพและให้เกียรติผู้สูงอายุ โดยหมั่นพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้สูงอายุ ซึ่งคำถามที่ดีต้องเป็นคำถามปลายเปิด ที่ให้ผู้สูงอายุสามารถแสดงความคิดเห็นได้และเป็นการเห็นคุณค่าในผู้สูงอายุ

3. การดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ ความต้องการของผู้สูงอายุ คือ การได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนรอบข้าง ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุควรเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี ทั้งในเรื่องของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและการดูแลทางด้านจิตใจ

4. การสนับสนุนการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสริเริ่มทำกิจกรรมที่ตนเองสนใจ และถนัดรวมถึงกิจกรรมในรูปแบบใหม่ๆ ที่แตกต่างไปจากเดิม ซึ่งจะช่วยสร้างเสริมความรู้สึกที่ดี และมีคุณค่าต่อตัวผู้สูงอายุเองและผู้อื่นเพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุจมอยู่กับอดีตหรือมีความวิตกกังวลกับอนาคตที่ยังมาไม่ถึงมากนักเกินไป ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุช่วยสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุได้เช่นการเรียนรู้การใช้เทคโนโลยีของผู้สูงอายุเพื่อเป็นเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่รวดเร็วและทันสมัยมากขึ้น

5. ไม่สร้างปัญหามารบกวนจิตใจ ผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่ควรนำปัญหาในเรื่องต่างๆ ที่เกิดขึ้น ทั้งปัญหาในครอบครัวหรือปัญหาสังคม มาทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล หรือสร้างความเครียดให้กับผู้สูงอายุ เพราะจะส่งผลกระทบต่อ



ต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุควรคำนึงถึงความสำคัญของการเลือกข้อมูลที่ใช้สื่อสารให้เหมาะสม โดยไม่สร้างความวิตกกังวลกับผู้สูงอายุ

เจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ

1. ความรับผิดชอบ ผู้ดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุเป็นอย่างดี การมีวินัยในตัวเอง ไม่ละทิ้งการปฏิบัติหน้าที่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเห็นประโยชน์ ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมีความรับผิดชอบต่อการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุโดยศรัทธาและมีความตั้งใจของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ

2. ความซื่อสัตย์ ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมีความซื่อสัตย์ต่อการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างตรงไปตรงมา ทั้งกาย วาจา และจิตใจโดยการประพฤติตนตามระเบียบแบบแผนอย่างสม่ำเสมอ และมีความซื่อสัตย์ต่อผู้สูงอายุรวมถึงครอบครัวของผู้สูงอายุ

3. ความเมตตากรุณา ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมีความเข้าใจและความปรารถนาที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ

4. ความอดสาหัส อดทน ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมีความพยายามอย่างเต็มที่ในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุประสบผลสำเร็จ ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ เสริมสร้างสุขภาพทางกายและใจให้แข็งแรง รวมถึงผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมีความขยันหมั่นศึกษาหาข้อมูลความรู้เพิ่มเติมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มพูนทักษะความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี



ใบความรู้ที่ 2.3

เรื่อง จริยธรรมของ Caregiver

การปรับกระบวนทัศน์

ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงไม่ใช่ภาระ (Burden) แต่เป็นทรัพยากรทางสังคม (Resource) ที่มีคุณค่าถ้าได้ให้การดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงก็ถือว่าได้บุญ เป็นโอกาสมากกว่าสิ่งคุกคาม

Caregiver มีความสำคัญในการดูแลและกระตุ้นให้เกิดกำลังใจในการให้เพิ่มทักษะในการมีชีวิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนอย่างยั่งยืน

จริยธรรมของ Caregiver

“จริยธรรม” (Ethics) = จริย + ธรรมะ คือ ความประพฤติที่เป็นธรรมชาติ เกิดจากคุณธรรมในตัวเอง ก่อให้เกิดความสงบเรียบร้อยในสังคม สรุปรวมคือข้อควรประพฤติปฏิบัติ ความเป็นผู้มีจิตใจสะอาด บริสุทธิ์ เสียสละหรือประพฤติดีงามหรือหมายถึง ความประพฤติที่ถูกต้องชอบธรรม การที่มนุษย์เราจะอยู่ร่วมกันในสังคมด้วยความสงบสุข รมเย็นหรือทำงานร่วมกันให้บรรลุผลสำเร็จได้นั้น จะต้องมีสิ่งยึดเหนี่ยวให้ทุกคนคิดและกระทำในสิ่งที่ถูกต้องและทุกคนถึงพอใจร่วมกัน สิ่งนั้นเรียกว่า “ความดี” กล่าวคือ การคิดดี พูดดี ทำดี ซึ่งหากมีในบุคคลใดสังคมใดแล้ว บุคคลนั้นสังคมนั้นอาจเรียกได้ว่ามี “คุณธรรมจริยธรรม” อันจะนำมาซึ่งคุณประโยชน์ส่วนตนและสังคมส่วนรวม เพราะความเจริญก้าวหน้าของสังคมตั้งแต่ระดับเล็กที่สุด คือ ครอบครัว ชุมชน จนกระทั่งระดับใหญ่ที่สุดคือประเทศชาติ จะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อคนในชาติทุกระดับชั้นมีคุณธรรมจริยธรรมเป็นเครื่องหล่อหลอมให้เกิดความร่วมมือร่วมใจ มีแรงผลักดันในการพัฒนาประเทศสามารถเสียสละประโยชน์ส่วนตนเพื่อส่วนรวม ขณะเดียวกันองค์การระดับต่างๆ ผู้บริหารทุกระดับ รวมทั้งสมาชิกในองค์การจำเป็นต้องมีคุณธรรมจริยธรรมเพื่อเป็นหลักในการดำรงพฤติกรรมในการครองตน ครองคนและครองงาน อันจะทำให้การปฏิบัติงานมีประสิทธิภาพและส่งผลต่อความสำเร็จขององค์การตามเป้าหมายที่กำหนดไว้นั่นเอง

ความสำคัญของจริยธรรม

จริยธรรมมีความสำคัญสำหรับเป็นแนวทางแห่งความประพฤติปฏิบัติสำหรับตนเองและสังคมโดยรวม ซึ่งเมื่อบุคคลได้นำมาปฏิบัติแล้ว ย่อมก่อให้เกิดประโยชน์สุข มีความสงบและเจริญก้าวหน้า องค์การใดหรือหมู่คณะใด ได้ประพฤติปฏิบัติในหลักของจริยธรรมแล้ว ย่อมเป็นสังคมแห่งอารยะ คือ สังคมแห่งผู้เจริญอย่างแท้จริง โดยมีผู้กล่าวถึงความสำคัญของจริยธรรม ไว้ดังนี้

วศิน อินทสระ (2541) ได้แสดงความสำคัญของจริยธรรมโดยสรุป ดังนี้

จริยธรรม เป็นรากฐานของความเจริญรุ่งเรือง ความมั่นคง และความสงบสุขของประชาชน สังคม ประเทศชาติ เพราะประเทศชาติแม้จะได้รับการพัฒนาในด้านวัตถุ เทคโนโลยี ความทันสมัยของวิทยาการต่างๆ มากมายเพียงใด หากแต่ขาดจริยธรรมแล้ว การพัฒนาที่ยั่งยืนก็ไม่เกิดขึ้นแต่อย่างใด เพราะเป็นการพัฒนาที่ก่อให้เกิดการแข่งขัน แย่งชิง



และเบียดเบียนทำร้ายซึ่งกันและกัน การพัฒนาบ้านเมือง ต้องพัฒนาด้านจิตใจก่อน เพราะการพัฒนาจิตใจของคนในสังคม หมายถึง การพัฒนารากฐานแห่งความเป็นมนุษย์ เมื่อรากฐานแห่งความเป็นมนุษย์ถูกเติมเต็มในจิตใจแล้ว การพัฒนาในด้านเศรษฐกิจ สังคม การศึกษา และการพัฒนาด้านอื่นๆ ย่อมเจริญรุ่งเรืองไปด้วย และถือได้ว่าเป็นการพัฒนาที่สร้างสรรค์

จริยธรรมมิได้จำกัดความหมายอยู่ที่การถือศีล การเข้าวัดปฏิบัติธรรม เจริญจิตภาวนาโดยไม่มุ่งทำประโยชน์ต่อสังคมเท่านั้น หากแต่หมายถึง การประพฤติปฏิบัติโดยวางรากฐานความคิด ความเห็นที่ถูกต้อง การทำหน้าที่ของตนให้สมบูรณ์ เว้นสิ่งที่ควรเว้น กระทำในสิ่งที่ควรทำ ดำเนินชีวิตถูกต้องตามเหตุผล ตามกาลเทศะ ดังนั้น จริยธรรมจึงมีความจำเป็นและมีคุณค่า ก่อให้เกิดประโยชน์แก่คนในสังคม

จริยธรรม เป็นเครื่องควบคุมพฤติกรรมมนุษย์ในสังคม ให้เกิดการยอมรับในศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ของผู้อื่น จริยธรรมจะเป็นเครื่องมือหล่อหลอมให้คนเกิดความรัก ความสามัคคีต่อกัน ประพฤติปฏิบัติต่อกันด้วยความเอื้ออาทร ต่อผู้อาวุโสกว่า และมีความอ่อนโยนต่อผู้ที่ด้อยกว่าทั้งด้านอายุ ตำแหน่งหน้าที่การงาน หรือสถานภาพทางสังคม **ลำดวน ศรีมณี (2543)** ได้สรุปความสำคัญของจริยธรรมไว้ว่า

เพื่อเป็นหลักปฏิบัติให้มนุษย์อยู่ร่วมกันอย่างสงบสุข โดยที่มนุษย์เป็นสัตว์สังคมที่ชอบอยู่รวมกันเป็นหมู่คณะ โดยมีกฎระเบียบประเพณีอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นหลักปฏิบัติ เพื่อเป็นเครื่องผูกพันไม่ให้เบียดเบียนซึ่งกันและกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ประพฤติปฏิบัติในทางที่ตรงตาม ตลอดทั้งขนบธรรมเนียมประเพณีที่ดี ประโยชน์ที่ได้รับคือความสงบสุข ทางร่างกายในสังคม

เพื่อเป็นหลักให้เศรษฐกิจสมบูรณ์ จากการที่ได้มีการวางหลักการจัดสังคมมนุษย์ไว้หลายอย่างที่สำคัญที่สุด มี 2 อย่าง คือ ศาสนาและเศรษฐกิจ โดยศาสนาเกี่ยวข้องกับคุณธรรมจริยธรรมเป็นเรื่องของจิตใจ ถ้ามนุษย์รู้จักควบคุมตนเองได้ รู้จักใช้ปัจจัยสี่อย่างถูกต้องตามทำนองคลองธรรม สังคมก็สงบสุข ส่วนเศรษฐกิจเป็นเรื่องทางวัตถุ ซึ่งเชื่อว่า ถ้ามนุษย์มีปัจจัยสี่บริบูรณ์ มีการจัดสรรแบ่งปันอย่างมีคุณธรรมจริยธรรม สังคมก็จะสงบสุขตามความต้องการของมนุษย์ เพื่อเป็นหลักให้สังคมเกิดความเจริญก้าวหน้า เนื่องจากจริยธรรมมีความจำเป็นต่อชีวิตและจิตใจของมนุษย์ ทำให้บุคคลมีหลักปฏิบัติชีวิตที่ดีขึ้นก้าวหน้าขึ้น ปกครองตนเองได้ ทำให้คนเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์แบบ เพียบพร้อมด้วยจริยธรรม อันมีประโยชน์ต่อชีวิตและจิตใจของมนุษย์ในสังคมส่วนรวม เป็นบ่อเกิดแห่งความเจริญทั้งหลายที่เรียกว่า “วัฒนธรรม อารยธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี” ที่สำคัญที่สุดคือจริยธรรมมีประโยชน์แสดงให้เห็นถึงความเจริญก้าวหน้าอันยิ่งใหญ่ ทางด้านจิตใจของมนุษยชาติในสังคมโลก

ภิกขุ วังเงิน (2545) ได้อธิบายคุณค่าของจริยธรรมต่อชีวิตมนุษย์

โดยจริยธรรมมีส่วนในการช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตทำให้มนุษย์รู้จักตนเองมากขึ้น จริยธรรมเป็นวิถีทางแห่งปัญญา มีส่วนช่วยในการสร้างสันติภาพในสังคมและโลก ช่วยให้มีมนุษย์อยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างมีระเบียบ ทำให้มนุษย์สามารถ



ปรับตัวเข้ากับบุคคลอื่นและสังคมได้ จริยธรรมยังเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวและเป็นหลักปฏิบัติทำให้มนุษย์มีความหนักแน่น ช่วยทำให้มนุษย์สามารถกำหนดเป้าหมายของชีวิตได้และช่วยให้มนุษย์สามารถแก้ไขปัญหาชีวิตได้

สรุปได้ว่า ทั้งความหมายและความสำคัญของจริยธรรมเป็นแบบอย่างของความประพฤติปฏิบัติของบุคคลที่สังคมยอมรับว่ามีประโยชน์ และเมื่อบุคคลได้ประพฤติปฏิบัติแล้วย่อมยังประโยชน์สุขให้แก่ตนเองและสังคมโดยรวม จะเห็นได้ว่า จริยธรรมมีความสำคัญทั้งในระดับชีวิตส่วนตน ซึ่งหมายถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เป็นผู้มีจิตใจที่ดีงาม เกิดความสงบ ความระลึกได้ และกระทำในสิ่งที่ถูกต้องต่อตนเองและผู้อื่น ส่งผลให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น และระดับส่วนรวม ซึ่งหมายถึงความสามารถปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ ลดเงื่อนไขความขัดแย้งในสังคม การปฏิบัติตามหลักจริยธรรมจะนำมาซึ่งสันติภาพในองค์กร ชุมชน สังคม รวมทั้งสร้างสันติภาพในโลก

จริยธรรมของบุคคล เกิดขึ้นได้ จากส่วนประกอบ 3 ประการ คือ

1. ความรู้ความเข้าใจในเหตุผลของความถูกต้องดีงาม (moral reasoning) เป็นความสามารถในการคิดแยกแยะ เหตุผลความถูกต้องออกจากความไม่ถูกต้องได้
2. ด้านอารมณ์ความรู้สึก (moral attitude and belief) คือ ความพึงพอใจ ความศรัทธา เลื่อมใสที่จะนำ จริยธรรมมาเป็นแนวประพฤติปฏิบัติ
3. ด้านพฤติกรรมแสดงออก (moral conduct) เป็นส่วนที่บุคคลได้ตัดสินใจกระทำหรือไม่กระทำในสถานการณ์แวดล้อมต่างๆ ซึ่งเชื่อว่าการกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมแบบใดนั้น ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับอิทธิพลของส่วนประกอบทั้งสอง ส่วนประกอบ ข้างต้นจริยธรรมของ Caregiver ควรมีดังนี้
 1. มีความรับผิดชอบในการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ
 2. มีความซื่อสัตย์ หมายถึง การประพฤติปฏิบัติอย่างตรงไปตรงมาทั้งทางกาย วาจา และใจ
 3. มีความกตัญญูกตเวทีก หมายถึง การรู้คุณ และตอบแทนคุณต่อผู้สูงอายุ และผู้ว่าจ้าง เคารพในสิทธิของผู้สูงอายุ
 4. มีความมีระเบียบวินัย เป็นการควบคุมความประพฤติ การกระทำให้ถูกต้องเหมาะสม
 5. มีความเสียสละ หมายถึง การละความเห็นแก่ตัว รู้จักแบ่งปันให้ผู้อื่นเท่าที่จะทำได้ตามความสามารถ
 6. มีความอดสาหะ หมายถึง ความพยายามอย่างเต็มกำลังเพื่อให้งานสำเร็จด้วยดี มีความขยัน อดทน ไม่ท้อแท้

องค์ประกอบทางจริยธรรมในการดูแลผู้สูงอายุ

1. ตระหนักถึงคุณค่าของความสุขอายุ เพื่อดำรงความมีศักดิ์ศรี และความภาคภูมิใจ โดย
 - 1.1 ให้ความเคารพยกย่อง คำนึงถึงคุณค่าของความสุขอายุ
 - 1.2 ยอมรับความสุขอายุ ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงตามวงจรชีวิตของมนุษย์ ยอมรับความแตกต่างส่วนบุคคล



1.3 ดำรงรักษาความสามารถของผู้สูงอายุไว้ให้นานที่สุด โดยส่งเสริมความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ยอมรับความคิดเห็นหรือความต้องการของผู้สูงอายุ

1.4 ปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ในฐานะบุคคลคนหนึ่ง ที่มีสิทธิที่จะได้รับการด้านสุขภาพอนามัยที่มีคุณภาพเท่าเทียมกับบุคคลวัยอื่นๆ

2. ปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ โดยมีหลักธรรมประจำใจ ได้แก่

2.1 เมตตา คือ ความรัก ปราบปรามให้เขามีความสุข

2.2 กรุณา คือ ความปรารถนาที่จะช่วยเหลือให้เขาพ้นทุกข์ ช่วยให้หลุดจากความเจ็บปวด ทรมาน

2.3 มุทิตา คือ ความรู้สึกพลอยยินดี เมื่อมีอาภรณ์ดีขึ้น ช่วยให้สุขสบายยิ่งดี

2.4 อุเบกขา คือ การรู้จักวางเฉย ไม่ล่วงล้ำเกินไป จนทำให้รู้สึกอึดอัด หรือเป็นการก้าวล่วงสิทธิส่วนบุคคล

3. ศึกษาหาความรู้ และติดตามความก้าวหน้าทางวิชาการ ทั้งด้านที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ด้านจริยธรรม และด้านอื่นๆ

4. รักและศรัทธาในอาชีพ เห็นคุณค่าของอาชีพว่าเป็นอาชีพที่มีประโยชน์แก่เพื่อนมนุษย์

5. ตระหนักถึงความสำคัญของจรรยาบรรณวิชาชีพ และรับผิดชอบต่อข้อบัญญัติในจรรยาบรรณ เพื่อส่งเสริม

คุณภาพบริการการดูแลผู้สูงอายุ

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณธรรมกับจริยธรรม

เมื่อเราพูดถึงจริยธรรม เรามักนึกถึงพันธกิจ (กิริยาหรือพฤติกรรมที่กระทำระหว่างกัน) ที่มนุษย์มีต่อเพื่อนมนุษย์เป็นพันธะหรือหน้าที่ที่เราจะต้องปฏิบัติต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เช่น จงอย่าฆ่า จงอย่าพูดเท็จ จงอย่าทุจริต เป็นต้น แต่เมื่อสังคมได้เพิ่มความสลับซับซ้อนยิ่งขึ้น มนุษย์จึงมีพันธะเพิ่มอีก คือ พันธกิจที่มนุษย์มีต่อสังคม หรือต่อรัฐ ซึ่งเรียกว่าจริยธรรมทางสังคม หรือจริยธรรมองค์กร ดังนั้น จริยธรรม คือ หลักที่ดัดงามในการประพฤติปฏิบัติของคนในองค์กรต่างๆ เพราะสมาชิกในองค์กรใดหากขาดจริยธรรมในการดำรงตนแล้ว องค์กรหรือหน่วยงานนั้นย่อมประสบปัญหา มีแต่ความยุ่งยาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาในด้านพฤติกรรมของคนในองค์กร

คำว่า “คุณธรรม” กับ “จริยธรรม” มักถูกกล่าวคู่กันเสมอ เพราะมีความหมายที่ใกล้เคียงกันที่บ่งบอกถึงสภาพแห่งความดี ความงามของหลักประพฤติปฏิบัติ ความจริงแล้วคำสองคำนี้มีความหมายใกล้เคียงกันและสัมพันธ์กัน แม้แต่คำในภาษาอังกฤษที่ใช้ก็มักใช้ในลักษณะที่เหมือนกันหรือใกล้เคียงกัน กล่าวคือ คุณธรรม (Virtue, Moral, Principles) และจริยธรรม (Morals, Ethic) แต่อย่างไรก็ตาม คุณธรรม และ จริยธรรม ก็จะมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด จะเห็นได้ว่า

คุณธรรม เป็นลักษณะของความรู้สึกนึกคิดที่ดีทางจิตใจ ส่วน จริยธรรม เป็นลักษณะการแสดงออกที่ดี ซึ่งเป็นพฤติกรรมทางกายวาจา โดยที่จริยธรรมเป็นกฎระเบียบของสังคมที่สร้างขึ้นมา และเป็นที่ยอมรับของกลุ่มบุคคลในสังคมนั้นทั้งตัวเราเองด้วย เป็นลักษณะพฤติกรรมที่ดีงามที่แสดงออกทางกายวาจา ส่วนคุณธรรมนั้นจะเป็นกระบวนการต่อเนื่องในการทำความดีตามที่จิตใจของเราเห็นดีเห็นงามหรือยินยอมพร้อมใจ เมื่อคนเราปฏิบัติตามเกณฑ์ของสังคม



ยอมได้รับการยอมรับหรือยกย่องว่าเป็นความดีงาม ซึ่งคนเราจะอยู่และเป็นคนดีในสังคมได้นั้น จะต้องมีความดี และจริยธรรมเป็นหลักพื้นฐานทางด้านจิตใจ สองประการนี้มักแยกกันไม่ออก แต่บางกรณีเราอาจจะทำลงไปโดยที่เราไม่รู้ว่านี่เป็นจริยธรรมอย่างหนึ่ง แต่เมื่อได้กระทำลงไปด้วยความเคยชินจนเป็นปกติวิสัย เป็นสิ่งที่ตนเองเห็นว่าดีแล้ว เหมาะสมแล้ว ก็ยังเป็นสิ่งที่สังคมยอมรับอีกก็ถือว่าเป็นคุณธรรมที่ดีงาม และยังเป็นจริยธรรมอันถูกต้องอีกด้วย

การอยู่ร่วมกันในสังคมหมู่มากของมนุษย์นั้น จำเป็นจะต้องมีเครื่องยึดเหนี่ยวบุคคลเหล่านั้นให้อยู่ร่วมกัน ทำงานด้วยกัน แบ่งปันความสุขซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะผู้บังคับบัญชาในองค์กรจะต้องกำกับดูแลให้องค์กรปฏิบัติงานไปด้วยความเรียบร้อยตามวัตถุประสงค์ โดยผู้ใต้บังคับบัญชาทุกคนร่วมมือกันทำงาน มีความพึงพอใจและความสุขกับการทำงาน ดังนั้นทุกคนในสังคมจึงต้องมี “คุณธรรม จริยธรรม” ประจําใจและเป็นแนวประพฤติปฏิบัติ (ผศ.ดร.สถาพร วิชัยรัมย์. (2559). จริยธรรมสำหรับนักบริหาร. บุรีรัมย์ : มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์.)

จะให้เห็นว่า **คุณธรรม** เป็นลักษณะความรู้สึกรู้สึกนึกคิดที่ดีทางจิตใจ ส่วน **จริยธรรม** เป็นลักษณะการแสดงออกที่ดี ซึ่งเป็นพฤติกรรมทางกายวาจา โดยที่จริยธรรมเป็นกฎระเบียบของสังคมที่สร้างขึ้นมา และเป็นที่ยอมรับของกลุ่มบุคคลในสังคมนั้นทั้งตัวเราเองด้วย เป็นลักษณะพฤติกรรมที่ดีงามที่แสดงออกทางกายวาจา ส่วนคุณธรรมนั้นจะเป็นกระบวนการต่อเนื่องในการทำความดีตามที่จิตใจของเราเห็นดีเห็นงามหรือยินยอมพร้อมใจ เมื่อคนเราปฏิบัติตามเกณฑ์ของสังคม ย่อมได้รับการยอมรับหรือยกย่องว่าเป็นความดีงามซึ่งคนเราจะอยู่และเป็นคนดีในสังคมได้นั้น จะต้องมีความดี และจริยธรรมเป็นหลักพื้นฐานทางด้านจิตใจสองประการนี้มักแยกกันไม่ออก แต่บางกรณีเราอาจจะทำลงไปโดยที่เราไม่รู้ว่านี่เป็นจริยธรรมอย่างหนึ่ง แต่เมื่อได้กระทำลงไปด้วยความเคยชินจนเป็นปกติวิสัย เป็นสิ่งที่ตนเองเห็นว่าดีแล้ว เหมาะสมแล้ว ก็ยังเป็นสิ่งที่สังคมยอมรับอีกก็ถือว่าเป็นคุณธรรมที่ดีงาม และยังเป็นจริยธรรมอันถูกต้องอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

- กิริติ บุญเจือ. (2538). จริยศาสตร์สำหรับผู้เริ่มเรียน. กรุงเทพฯ : ไทยวัฒนาพานิช.
- จิราภรณ์ รั้งรื่น. (2559). การครองตน การครองคน การครองงาน. สืบค้นเมื่อ 30 พฤษภาคม 2559, จาก <https://www.gotoknow.org/post/242933>
- ดวงเดือน พันธมนานิน. (2539). ทฤษฎีต้นไม้อจริยธรรม. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีรรัตน์ กิจจาร์กษ. (2542). คุณธรรมสำหรับผู้บริหาร. เพชรบูรณ์: สถาบันราชภัฏเพชรบูรณ์.
- นิยม ผาโสภา. (2443). พฤติกรรมการครองตน ครองคนและครองงานตามแนวพุทธธรรมของผู้บริหารโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- บุญมี แทนแก้ว. (2541). จริยธรรมกับชีวิต. (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพฯ : โอเอส พริ้นติ้งเฮาส์.
- ประภาศรี สีทอง อไพ. (2535). พื้นฐานการศึกษาทางศาสนา จริยธรรม. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประวิติ พันธมาศ. (2549). คุณธรรมสำหรับผู้บริหาร. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- ปรีชา เศรษฐวิธร. (2523). ปรัชญาและคุณธรรมสำหรับครู. กรุงเทพฯ : โอเดียนสโตร์.



แผนการสอนที่ 3

เรื่อง สิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ :

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมมีความรู้ ความเข้าใจในสิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถอธิบาย

1. สิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุตลอดถึงชุดสิทธิประโยชน์ในระบบบริการตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
2. กองทุนที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการผู้สูงอายุและแนวทางการส่งต่อการช่วยเหลือทางสังคมและสุขภาพ

เนื้อหาวิชา

- สิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุ
- ชุดสิทธิประโยชน์ในระบบบริการตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- กองทุนที่เกี่ยวข้องกับสวัสดิการผู้สูงอายุ
- แนวทางการส่งต่อการช่วยเหลือทางสังคมและสุขภาพ
- ระบบการช่วยเหลือและการสร้างภาคีเครือข่ายในการสนับสนุนบริการ

รูปแบบ/วิธีการสอน

- การบรรยาย
- ถาม - ตอบ คำถามกลุ่มใหญ่
- ฝึกปฏิบัติ
- แสดงบทบาทสมมติ

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียน ด้วยคำถามถึงสิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุ
2. วิทยากรชี้แนะแนวทาง สิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุ ตลอดจนระบบภาคีเครือข่ายและกองทุนที่เกี่ยวข้อง
3. ศึกษากรณีตัวอย่างจากบทบาทสมมติ
4. วิทยากรสรุปพร้อมให้ข้อเสนอแนะ

สื่อประกอบการเรียนการสอน / อุปกรณ์

1. คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Caregiver
2. สื่อการอบรม
 - ไฟล์นำเสนอ
 - เอกสาร/ระเบียบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานการดูแลระยะยาว (Long Term Care)
 - กรณีตัวอย่าง



คำแนะนำสำหรับวิทยากร

1. กิจกรรมการเรียนรู้ควรเน้นผู้เข้ารับการอบรมมีส่วนร่วมมากที่สุด
2. ศึกษาเอกสารเพิ่มประกอบการปฏิบัติงานของ Caregiver จากเว็บไซต์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

การประเมินผล

1. สังเกตการณ์มีส่วนร่วม/ การแสดงความคิดเห็นในกิจกรรมกลุ่ม
2. ประเมินจากการถาม ตอบ
3. การแสดงบทบาทสมมติ



ใบความรู้ที่ 3.1

เรื่อง สิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุ

สิทธิประโยชน์สำหรับผู้สูงวัยมีอะไรบ้าง

ยามที่อายุมากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อตัวเลขเดินทางมาถึงเลขหก บางคนอาจคิดว่าชีวิตกำลังนับถอยหลัง ในทางกลับกัน ถ้าเลือกคิดในด้านบวก การเป็นผู้สูงวัยก็มี “ข้อดี” เช่นกัน กล่าวคือได้รับสิทธิสวัสดิการ และการสนับสนุนในหลายด้าน แตกต่างจากคนในช่วงวัยอื่นซึ่งตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้ที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย

การแพทย์และสาธารณสุข

ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปทุกคน นอกจากสิทธิประโยชน์และสวัสดิการด้านการดูแลสุขภาพและรักษาพยาบาลในระบบต่างๆ แล้วหน่วยบริการยังมีการจัดช่องทางพิเศษเฉพาะเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับบริการที่สะดวก รวดเร็ว รวมทั้งการบำบัดฟื้นฟู การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และการดูแลระยะสุดท้าย

การศึกษาและพัฒนาทักษะ

กระทรวงศึกษาธิการโดยสำนักงานส่งเสริมการศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) ได้พัฒนาแนวทางการจัดการศึกษาตามความต้องการและความสนใจของผู้สูงอายุ เช่น การส่งเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิต การเสริมสร้างคุณค่าและการพัฒนาที่ยั่งยืนการเสริมสร้างความร่วมมือ เพื่อความเข้มแข็งขององค์กรผู้สูงอายุ เป็นต้น

เศรษฐกิจ

- เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุที่ไม่เคยได้รับสิทธิประโยชน์จากหน่วยงานรัฐหรือรัฐวิสาหกิจ เช่น เงินบำนาญ - เบี้ยหวัดบำนาญพิเศษ เงินอื่นๆ เช่น ผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานสงเคราะห์ของรัฐ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น - ผู้ที่ได้รับเงินเดือน ค่าตอบแทน รายได้ประจำหรือผลประโยชน์ตอบแทนอย่างอื่นที่รัฐจัดให้จะได้รับเบี้ยยังชีพรายเดือนต่อเนื่องไปจนกว่าจะเสียชีวิตตามอัตรา ดังนี้

- อายุ 60 - 69 ปีได้รับเงิน 600 บาทต่อเดือน
- อายุ 70 - 79 ปี ได้รับ 700 บาทต่อเดือน
- อายุ 80 - 89 ปี ได้รับ 800 บาทต่อเดือน
- อายุ 90 ปีขึ้นไป ได้รับ 1,000 บาทต่อเดือน

โดยผู้สูงอายุต้องลงทะเบียนในเขตที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านตั้งแต่วันที่ 1 - 30 พฤศจิกายน ของทุกปี

- ฝึกอาชีพหรือหางานทำ

ติดต่อได้ที่สำนักงานจัดหางานเพราะตามกฎหมายระบุให้สำนักงานทุกแห่งจัด ให้มีเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา แนะนำข้อมูลข่าวสารตลาดแรงงาน และบริการจัดหางานที่ตรงตามความต้องการผู้สูงอายุ รวมทั้งจัดอบรมทักษะ ฝึกอาชีพ และจัดหาอาชีพที่เหมาะสม



- เงินกู้ยืมเพื่อการประกอบอาชีพ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มีการจัดตั้งกองทุนผู้สูงอายุ ที่บริการกู้ยืมเงินประกอบอาชีพในส่วนการกู้ยืมเงินรายบุคคล คนละไม่เกิน 30,000 บาท และการกู้ยืมเป็นรายกลุ่มๆ ละไม่เกิน 100,000 บาท โดยต้องชำระหนี้คืนเป็นรายงวดภายในระยะเวลาไม่เกิน 3 ปี และไม่มีดอกเบี้ย ผู้สูงอายุที่ต้องการกู้ยืมเงินกองทุนดังกล่าวสามารถสมัครเข้าร่วม เป็นสมาชิกกองทุนผู้สูงอายุ โดยยื่นสมัครได้ที่กรมกิจการผู้สูงอายุหรือสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

- การลดหย่อนค่าใช้จ่ายสำหรับเอกชนส่วนบริษัทเอกชน

ที่จ้างงานผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป อัตราค่าจ้างไม่เกิน 15,000 บาทต่อเดือน กรมสรรพากรให้สิทธิลดหย่อนค่าใช้จ่าย 2 เท่า เป็นการสร้างโอกาสให้ผู้สูงอายุมีงานทำ การลดหย่อนค่าโดยสารอำนวยความสะดวกในการเดินทาง และการท่องเที่ยวหน่วยงานต่างๆ มีการจัดส่วนลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางให้แก่ผู้สูงอายุ

- การปรับสภาพที่อยู่อาศัย

ผู้สูงอายุที่ยากจนมีที่อยู่อาศัยไม่มั่นคงและเหมาะสม สามารถยื่นคำขอเพื่อปรับสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกให้เหมาะสมและปลอดภัยต่อสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเพื่อพิจารณาและจัดสรรในอัตราเหมาจ่าย 22,500 บาท หรือ 40,000 บาท ความช่วยเหลือกรณีเผชิญปัญหา

- การช่วยเหลือทางกฎหมาย

บริการให้คำปรึกษา แนะนำช่วยเหลือ และดำเนินการที่เกี่ยวข้องในทางคดีและปัญหาครอบครัวของผู้สูงอายรรวมทั้งกรณีการถูกแสวงประโยชน์ หลอกหลวง ทำร้าย กระทำทารุณกรรมสามารถขอข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานอัยการสูงสุด หรือกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุอาจมีข้อจำกัดในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารทำให้ต้องเสียสิทธิที่พึงมีพึงได้ ตลอดจนการปฏิบัติดูแลอย่างเหมาะสมหากสมาชิกในครอบครัวและชุมชนได้มีส่วนในการติดตามและสื่อสารข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ก็จะช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้สูงอายุได้เป็นอย่างดี

หมายเหตุ : หน่วยงานรัฐซึ่งมีหน้าที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุโดยตรงคือ “กรมกิจการผู้สูงอายุ” สังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หากมีข้อสงสัยสามารถติดต่อสอบถาม กรมกิจการผู้สูงอายุ โทรศัพท์ 0 2642 4336 - 9

ที่มา : คู่มือสิทธิการลดหย่อนค่าโดยสารขนส่งสาธารณะสำหรับคนพิการเด็ก และผู้สูงอายุ, สืบค้นวันที่ 12 เมษายน 2564.

เว็บไซต์ www.mot.go.th

ผู้สูงอายุหมายถึง บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป มีสิทธิได้รับการคุ้มครองส่งเสริมและการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

สิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุ	
1. ด้านการแพทย์และสาธารณสุข	1. ผู้สูงอายุได้รับการจัดช่องทางพิเศษเฉพาะเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการบริการที่สะดวกรวดเร็ว - ช่องทางเฉพาะสำหรับผู้สูงอายุ - คลินิกสำหรับผู้สูงอายุ - ศูนย์ชีวบาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วย /ผู้สูงอายุ



สิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุ	
2. ด้านการศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสาร	<p>2.1 ผู้สูงอายุได้รับการจัดศูนย์การเรียนรู้ในชุมชน</p> <p>2.2 ให้มีหลักสูตรการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุตั้งแต่การศึกษาขั้นพื้นฐานถึงชั้นอุดมศึกษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระบบ นอกระบบและตามอัธยาศัย และมีรายการต่างๆ เพื่อผู้สูงอายุและส่งเสริมความรู้สนับสนุนกิจกรรมทางศาสนา เผยแพร่ทางเฟสบุ๊ก เว็บไซต์ วิทยุและโทรทัศน์</p>
3. ด้านการประกอบอาชีพ ฝึกอาชีพที่ระบบเหมาะสม	<p>3.1 ผู้สูงอายุได้รับข้อมูล คำปรึกษาข่าวสารตลาดแรงงาน การจัดงานรับสมัครงาน บริการข้อมูลทางอาชีพ ตำแหน่งว่างงาน การอบรมและฝึกอาชีพ</p> <p>3.2 มีศูนย์การข้อมูลทางอาชีพและตำแหน่งงานสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการเฉพาะที่สำนักงานจัดหางานทุกแห่ง</p>
4. ด้านการพัฒนาตนเอง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่าย / ชุมชน	<p>4.1 ผู้สูงอายุได้รับการส่งเสริมและสนับสนุน หรือชมรมผู้สูงอายุ ให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมภายในชุมชน และระหว่างชุมชน</p> <p>4.2 ส่งเสริมการใช้ศักยภาพผู้สูงอายุ</p> <p>4.3 การจัดกิจกรรมทางกีฬา นันทนาการ และการถ่ายทอดภูมิปัญญา</p>
5. ด้านการอำนวยความสะดวก และความปลอดภัยในอาคาร สถานที่ยานพาหนะ บริการสาธารณะอื่น.	<p>5.1 ผู้สูงอายุได้รับการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ</p> <p>5.2 การดูแลช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่ การบริการที่สะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย การจัดพาหนะอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - อาคารสถานที่มีทางลาดชัน ห้องน้ำมีราวจับ ลิฟต์โดยสาร - มีที่จอดรถเฉพาะผู้สูงอายุ - ยานพาหนะจะต้องมีที่นั่งสำหรับผู้สูงอายุ - สิทธิในการขึ้นเครื่องบินเป็นอันดับแรก
6. ด้านการลดหย่อนค่าโดยสาร และการอำนวยความสะดวกในการเดินทางการรถไฟแห่งประเทศไทย	<p>6.1 ผู้สูงอายุได้รับการลดค่าโดยสารครึ่งราคาทุกชั้นตลอดทางทุกสาย (ไม่รวมค่าธรรมเนียม) ระหว่างเดือนมิถุนายน – กันยายน โดย ผู้สูงอายุไม่ต้องเข้าแถวรอซื้อตั๋ว มีที่นั่งรอรับตัวพนักงานช่วยยกสัมภาระ</p>
	<p>6.2 แอร์พอร์ต เรล ลิงค์ ผู้สูงอายุได้รับการลดค่าโดยสารให้ผู้สูงอายุครึ่งราคาโดยใช้บัตรผู้สูงอายุ (Senior card) และยกเว้นค่าโดยสารวันผู้สูงอายุแห่งชาติ 13 เมษายนของทุกปี</p>
	<p>6.3 รถไฟฟ้าใต้ดิน (MRT) ผู้สูงอายุได้รับการลดค่าโดยสารครึ่งราคา ซึ่งเป็นไปตามข้อบังคับที่กำหนดและยกเว้นค่าโดยสารวันผู้สูงอายุแห่งชาติ 13 เมษายน ของทุกปี</p>



สิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุ	
	<p>6.4 รถไฟฟ้า (BTS) ผู้สูงอายุได้รับสิทธิ์บริการที่สถานีหมอชิต สยาม อโศก อ่อนนุช และชองนนทรี</p> <p>6.5 รถโดยสารประจำทางขสมก. ผู้สูงอายุได้รับการลดค่าโดยสารครึ่งราคา (ไม่รวมค่าธรรมเนียม) ตลอดวัน และยกเว้นค่าโดยสารในวันผู้สูงอายุแห่งชาติ วันที่ 13 เมษายนของทุกปี และจัดที่นั่งสำรองเป็นการเฉพาะ</p> <p>6.6 รถโดยสารบริษัทขนส่ง จำกัด (บขส.) ผู้สูงอายุได้รับการลดค่าโดยสารครึ่งราคา (ไม่รวมค่าธรรมเนียม) จัดที่นั่งพักผ่อนและห้องสุขา</p> <p>6.7 เครื่องบินการบินไทย ผู้สูงอายุได้รับการอำนวยความสะดวกขึ้นเครื่องเป็นลำดับแรก</p>
	6.8 ท่าอากาศยาน ผู้สูงอายุได้รับการจัดสิ่งอำนวยความสะดวก ได้แก่ ลิฟต์ โทรศัพท์ ทางลาด ห้องสุขา มุมพักผ่อน พื้นที่จอดรถรับ – ส่ง ผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ และดำเนินการตามมาตรการกำหนดให้สายการบินถือปฏิบัติการให้ผู้โดยสารสูงอายุขึ้นเครื่องเป็นลำดับแรก
	6.9 เรือด่วนเจ้าพระยา เรือในคลองแสนแสบ และเรือข้ามฟาก ผู้สูงอายุได้รับการลดค่าโดยสารครึ่งราคาแก่ผู้สูงอายุที่ใช้บริการเรือโดยสารประจำทางในแม่น้ำเจ้าพระยา ได้แก่ เรือด่วนเจ้าพระยา (ยกเว้นเรือพิเศษธงเขียว และเรือทัวร์ธงฟ้า) เรือในคลองแสนแสบและเรือข้ามฟาก
<p>หมายเหตุ : ผู้สูงอายุต้องแจ้ง และแสดงบัตรประจำตัวประชาชนต่อเจ้าหน้าที่ก่อนซื้อตั๋วโดยสารบริการขนส่งสาธารณะ</p>	
7. ด้านการยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ	ผู้สูงอายุได้รับการยกเว้นค่าชมสถานที่ของรัฐ เช่น พิพิธภัณฑ์สถานแห่งชาติ อุทยานแห่งชาติ อุทยานประวัติศาสตร์ สถานที่ท่องเที่ยว ในความรับผิดชอบขององค์การอุตสาหกรรมป่าไม้ และองค์การสวนพฤกษศาสตร์ เป็นต้น
8. ด้านการช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกรังแกหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายหรือถูกทอดทิ้ง	<p>8.1 ผู้สูงอายุได้รับการให้คำแนะนำ ปกป้องและให้ความช่วยเหลือ</p> <p>8.2 กรณีผู้สูงอายุที่ถูกรังแกหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายและถูกทอดทิ้ง จะได้รับการช่วยเหลือตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์</p>



สิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุ	
	<p>วิธีการและเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนการช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรม</p> <p>8.3 ผู้สูงอายุที่ถูกบังคับให้ไปแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายหรือถูกทอดทิ้งและการให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางการแก้ไข 500 บาท</p>
9. การให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดีและในทางการแก้ไขปัญหาครอบครัว	<p>ผู้สูงอายุได้รับการให้คำแนะนำปรีกษา และให้ความช่วยเหลือกรณีผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม แสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย และถูกทอดทิ้ง จะได้รับการช่วยเหลือตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และสนับสนุนการช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายหรือถูกทอดทิ้ง และการให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางการแก้ไขปัญหาครอบครัว</p>
10. ด้านการช่วยเหลือด้านที่พักอาศัย อาหาร และเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง	<p>ผู้สูงอายุได้รับในกรณีผู้สูงอายุที่เดือดร้อนจะได้รับการช่วยเหลือตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ เรื่องกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครองการส่งเสริม และการสนับสนุน การจัดที่พักอาศัย อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ให้ผู้สูงอายุตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง</p>
11. ด้านการช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพ	<p>ผู้สูงอายุซึ่งมีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ สัญชาติไทย ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการ หรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่ได้จัดให้อย่างเป็นทางการ จะได้รับการช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนตลอดชีวิต โดยแบ่งตามช่วงอายุแบบขั้นบันได ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> อายุ 60 – 69 ปี จะได้รับเดือนละ 600 บาท <input type="checkbox"/> อายุ 70 – 79 ปี จะได้รับเดือนละ 700 บาท <input type="checkbox"/> อายุ 80 – 89 ปี จะได้รับเดือนละ 800 บาท <input type="checkbox"/> อายุ 90 ปีขึ้นไป จะได้รับเดือนละ 1,000 บาท
12. การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี	<p>ผู้สูงอายุมีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์</p> <p>1. มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป</p>



สิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุ	
	<p>2. มีสัญชาติไทย</p> <p>3. ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวที่ยากจนตามข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ของกรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย หรือกรุงเทพมหานคร หรือเมืองพัทยา</p> <p>4. ไม่มีญาติ หรือมีญาติ แต่มีฐานะยากจนไม่สามารถจัดการศพตามประเพณีได้ ผู้สูงอายุยากจนและไม่ได้รับการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ของกรมพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย หรือ กรุงเทพมหานคร หรือเมืองพัทยา ให้ นายกเทศมนตรี หรือ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลหรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือ ประธานชุมชน หรือผู้อำนวยการสำนักงานเขต หรือนายอำเภอ หรือนายกเมืองพัทยา เป็นผู้ออกหนังสือรับรอง จะได้รับการช่วยเหลือรายละ 3,000 บาท</p>
13. การจัดบริการสถานที่ท่องเที่ยว การจัดกิจกรรมกีฬา และนันทนาการตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติประกาศกำหนด	<p>1. ด้านการท่องเที่ยว ผู้สูงอายุได้รับการจัดกิจกรรม โครงการสำหรับผู้สูงอายุ</p> <p>2. ด้านกีฬาและนันทนาการ ผู้สูงอายุได้รับการบริการตรวจสุขภาพ ทดสอบสมรรถภาพทางร่างกาย ใช้บริการในสนามกีฬา สวนสุขภาพ ลานกีฬา แอโรบิก สนามเปตอง ห้องออกกำลังกาย เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การแข่งขันกีฬา การลีลาศ การรับสมัครเป็นสมาชิกชมรมสุขภาพพลานามัย</p>
14. การจัดบริการเพื่ออำนวยความสะดวกด้านพิพิธภัณฑสถาน หอจดหมายเหตุแห่งชาติและการจัดกิจกรรมด้านศาสนา ศิลปะ และวัฒนธรรมตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติประกาศกำหนด	<p>ผู้สูงอายุได้รับการบริการโดยตรงสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ลิฟต์ พื้นเรียบ ราวบันได ทางลาด ราวจับในห้องน้ำ มีเจ้าหน้าที่อำนวยความสะดวก และความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ จัดบริการรถเข็น</p>
15. ด้านการลดหย่อนภาษีเงินได้และการลดหย่อนภาษีให้แก่ผู้บริจาคทรัพย์สิน เงินให้แก่กองทุนผู้สูงอายุ	<p>15.1 บุคคลที่ได้รับผู้เลี้ยงดูบิดา มารดา ได้รับการลดหย่อนภาษีเงินจำนวน 30,000 บาท</p> <p>15.2 ผู้บริจาคทรัพย์สิน เงินให้แก่กองทุนผู้สูงอายุสามารถนำไปเสร็จไปลดหย่อนภาษีได้</p>



สิทธิและสวัสดิการผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ หมายถึง บุคคลที่มีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย

ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

1. ด้านการแพทย์และสาธารณสุข

ผู้สูงอายุได้รับ การจัดช่องทางพิเศษเฉพาะเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการบริการที่สะดวก รวดเร็ว

ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

โทรศัพท์ : 0 2590 6225

www.dms.moph.go.th

สำนักงานปลัดกระทรวงกลาโหม

โทรศัพท์ : 0 2221 4858

www.mod.go.th

โรงพยาบาลตำรวจ

โทรศัพท์ : 0 2207 6045

www.policehospital.go.th

สำนักงานการสงเคราะห์และสวัสดิภาพสังคม กรุงเทพมหานคร

โทรศัพท์ : 0 2245 5166

www.bangkok.go.th

โรงพยาบาลการไฟฟ้านครหลวง

โทรศัพท์ : 0 2242 5016

โรงพยาบาลบุรีรัมย์ไชยากร

โทรศัพท์ : 0 2251 2024



2. ด้านการศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสาร

ผู้สูงอายุได้รับ

จัดศูนย์การเรียนรู้ในชุมชน และให้มีหลักสูตรการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ตั้งแต่การศึกษาขั้นพื้นฐาน ถึงขั้นอุดมศึกษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระบบ นอกระบบ และตามอัธยาศัย และมีรายการต่างๆสำหรับผู้สูงอายุ

ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

กรมส่งเสริมการเรียนรู้ กระทรวงศึกษาธิการ

โทรศัพท์ : 0 2281 7217

www.nfe.go.th

กระทรวงวัฒนธรรม

โทรศัพท์ : 0 2422 8817

www.m-culture.go.th

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

โทรศัพท์ : 0 2590 6234

www.dms.moph.go.th

สำนักส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการมีส่วนร่วม
กระทรวงมหาดไทย

โทรศัพท์ : 0 2241 9000 ต่อ 4131 - 4135

www.moi.go.th

สำนักงานการสงเคราะห์และสวัสดิภาพสังคม กรุงเทพมหานคร

โทรศัพท์ : 0 2245 5166

www.bangkok.go.th

สำนักงานพระพุทธศาสนา

โทรศัพท์ : 0 2441 4549

www.onab.go.th

กรมกิจการผู้สูงอายุ

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

โทรศัพท์ : 0 2642 4354

www.dop.go.th



4. ด้านการพัฒนาตนเอง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่าย/ชุมชน

ผู้สูงอายุได้รับ การส่งเสริมและสนับสนุนกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุ ให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมภายในชุมชน และ/หรือระหว่างชุมชน และส่งเสริมการใช้ศักยภาพผู้สูงอายุ โดยเพิ่มการจัดกิจกรรมทางกีฬา นันทนาการ และการถ่ายทอดภูมิปัญญา

ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ สำนักส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการมีส่วนร่วม กระทรวงมหาดไทย

โทรศัพท์ : 0 2241 9000 ต่อ 4131 - 4135

www.moi.go.th

กรมกิจการผู้สูงอายุ

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

โทรศัพท์ : 0 2642 4354

www.dop.go.th

กระทรวงวัฒนธรรม

โทรศัพท์ : 0 2422 8892

www.m-culture.go.th

สำนักงานการสงเคราะห์และสวัสดิภาพสังคม กรุงเทพมหานคร

โทรศัพท์ : 0 2245 5166

www.bangkok.go.th



5. ด้านการอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ บริการสาธารณะอื่น

ผู้สูงอายุได้รับ

- การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ
- การดูแล ช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่
- การบริการสะดวก รวดเร็ว ปลอดภัย
- การจัดพาหนะอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ

ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

กรมโยธาธิการและผังเมือง กระทรวงมหาดไทย
โทรศัพท์ : 0 2299 4323

สำนักส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการมีส่วนร่วม
กระทรวงมหาดไทย
โทรศัพท์ : 0 2241 9000 ต่อ 4131 - 4135
www.moi.go.th

สำนักงานการสงเคราะห์และสวัสดิภาพสังคม กรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ : 0 2245 5166
www.bangkok.go.th

สำนักงานปลัดกระทรวงคมนาคม
โทรศัพท์ : 0 2283 3077 , 0 2283 3069
www.mot.go.th

เมืองพัทยา
โทรศัพท์ : 0 3825 3260
www.pattaya.go.th

กรมกิจการผู้สูงอายุ
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
โทรศัพท์ : 0 2642 4354
www.dop.go.th



6. ด้านการลดหย่อนค่าโดยสาร และการอำนวยความสะดวกในการเดินทางการรถไฟแห่งประเทศไทย

ผู้สูงอายุได้รับ การลดค่าโดยสารครึ่งราคาทุกชั้นตลอดทาง ทุกสาย (ไม่รวมค่าธรรมเนียม) ระหว่างเดือนมิถุนายน – กันยายน โดยผู้สูงอายุไม่ต้องเข้าแถวรอซื้อตั๋ว มีที่นั่งรอรับตัว พนักงานช่วยยกสัมภาระ

ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ การรถไฟแห่งประเทศไทย
โทรศัพท์ : 0 2220 4263
www.railway.co.th

แอร์พอร์ต เรล ลิงค์

ผู้สูงอายุได้รับ การลดค่าโดยสารให้ผู้สูงอายุครึ่งราคา โดยใช้บัตรผู้สูงอายุ (senior card) และยกเว้นค่าโดยสารวันผู้สูงอายุแห่งชาติ 13 เมษายน ของทุกปี

ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ แอร์พอร์ต เรล ลิงค์
โทรศัพท์ : 0 2308 5600 ต่อ 2906-2907
www.srtet.co.th

รถไฟฟ้าใต้ดิน (MRT)

ผู้สูงอายุได้รับ - การลดค่าโดยสารครึ่งราคาเป็นไปตามข้อบังคับที่กำหนด และยกเว้นค่าโดยสารวันผู้สูงอายุแห่งชาติ 13 เมษายน ของทุกปี

ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ การรถไฟฟ้าขนส่งมวลชนแห่งประเทศไทย (MRT)
โทรศัพท์ : 0 2716 4000
www.mrt.co.th

รถไฟฟ้า BTS

ผู้สูงอายุได้รับ - ลิฟต์บริการ ที่สถานีหมอชิต สยาม อโศก อ่อนนุช และช่องนนทรี

ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ บริษัทระบบขนส่งมวลชนกรุงเทพ จำกัด (มหาชน)
โทรศัพท์ : 0 22617 7300
www.bts.co.th

รถโดยสารประจำทาง ขสมก.

ผู้สูงอายุได้รับ - การลดค่าโดยสารครึ่งราคา (ไม่รวมค่าธรรมเนียม) ตลอดวัน และยกเว้นค่าโดยสารในวันผู้สูงอายุแห่งชาติวันที่ 13 เมษายน ของทุกปี
- จัดที่นั่งสำรองเป็นการเฉพาะ

ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ องค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพ (ขสมก.)
โทรศัพท์ : 0 2246 0339 , 1348
www.bmta.co.th



รถโดยสารบริษัทขนส่ง จำกัด (บขส.)

- ผู้สูงอายุได้รับ**
- การลดค่าโดยสารครึ่งราคา (ไม่รวมค่าธรรมเนียม)
 - จัดที่นั่งพักผ่อน และห้องสุขา

ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ บริษัท ขนส่ง จำกัด
โทรศัพท์ : 0 2936 2895
www.transport.co.th

เครื่องบินการบินไทย

- ผู้สูงอายุได้รับ**
- ร้อยละ 15 ชั้นธุรกิจ
 - ร้อยละ 35 ของอัตราค่าโดยสารปกติ ในชั้นประหยัด สำหรับการเดินทาง วันจันทร์ – พฤหัสบดี
 - ร้อยละ 30 ของอัตราค่าโดยสารปกติในชั้นประหยัด สำหรับการเดินทาง วันศุกร์ – อาทิตย์
 - การอำนวยความสะดวกขึ้นเครื่องเป็นลำดับแรก

ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ บริษัท การบินไทย จำกัด (มหาชน)
โทรศัพท์ : 0 2545 1580 - 3
www.thaiairways.com

ท่าอากาศยาน

- ผู้สูงอายุได้รับ**
- การจัดสิ่งอำนวยความสะดวก ได้แก่ ลิฟต์ โทรศัพท์ ทางลาด ห้องสุขา มุมพักผ่อน พื้นที่จอดรถรับ-ส่งผู้สูงอายุที่มาใช้บริการ
 - ดำเนินการตามมาตรการกำหนดให้สายการบินถือปฏิบัติการให้ผู้โดยสารสูงอายุขึ้นเครื่องบินลำดับแรก

ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ บริษัท ท่าอากาศยานไทย จำกัด (มหาชน)
โทรศัพท์ : 0 2535 1111, 1722
www.airportthai.co.th

เรือด่วนเจ้าพระยา เรือในคลองแสนแสบ และเรือข้ามฟาก

- ผู้สูงอายุได้รับ**
- การลดค่าโดยสารครึ่งราคาแก่ผู้สูงอายุที่ใช้บริการเรือโดยสารประจำทาง ในแม่น้ำเจ้าพระยา ได้แก่ เรือด่วนเจ้าพระยา (ยกเว้นเรือพิเศษธงเขียว และ เรือทัวร์ธงฟ้า) เรือในคลองแสนแสบ และเรือข้ามฟาก

ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ กรมเจ้าท่า
โทรศัพท์ : 0 2233 1131 - 8
www.md.go.th

หมายเหตุ : ผู้สูงอายุต้องแจ้งและแสดงบัตรประจำตัวประชาชนต่อเจ้าหน้าที่ก่อนซื้อตั๋วโดยสารบริการขนส่งสาธารณะ



7. ด้านการยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ

ผู้สูงอายุได้รับ

- การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ เช่น พิพิธภัณฑ์สถานแห่งชาติ อุทยานแห่งชาติ อุทยานประวัติศาสตร์ สถานที่ท่องเที่ยวในความรับผิดชอบขององค์การอุตสาหกรรมป่าไม้ และองค์การสวนพฤกษศาสตร์ เป็นต้น

ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

อุทยานแห่งชาติ กระทรวงทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม
โทรศัพท์ : 0 2561 0777 ต่อ 1742
www.dnp.go.th

กรมศิลปากร กระทรวงวัฒนธรรม
โทรศัพท์ : 0 2247 0028 ต่อ 4148
www.finearts.go.th

8. ด้านการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายหรือถูกทอดทิ้ง

ผู้สูงอายุได้รับ

- การให้คำแนะนำ ปกป้อง และให้ความช่วยเหลือ
- กรณีผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม แสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย และถูกทอดทิ้ง จะได้รับการช่วยเหลือตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง และการให้คำแนะนำ ปกป้อง ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางแก้ไขปัญหาคารบอกรับ

ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

สำนักอัยการสูงสุด
โทรศัพท์ : 0 2141 2726
www.ago.go.th

กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม
โทรศัพท์ : 0 2502 8221 , 0 2502 8191
www.rlpd.moj.go.th

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ
โทรศัพท์ : 0 2251 4730
www.royalthaipolice.go.th

กรมกิจการผู้สูงอายุ
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
โทรศัพท์ : 0 2642 4305, 0 2642 4306
www.dop.go.th



9. การให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี และในทางการแก้ไขปัญหาคอขวด

ผู้สูงอายุได้รับ

- การให้คำแนะนำ ปรีกษา และให้ความช่วยเหลือ
- กรณีผู้สูงอายุที่ถูกทารุณกรรม แสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย และถูกทอดทิ้ง จะได้รับการช่วยเหลือตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง และการให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางการแก้ไขปัญหาคอขวด

ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม
โทรศัพท์ : 0 2502 8221 , 0 2502 8191
www.rlpd.moj.go.th

กรมกิจการผู้สูงอายุ
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
โทรศัพท์ : 0 2642 4305 , 0 2642 4306
www.dop.go.th

10. ด้านการช่วยเหลือด้านที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง

ผู้สูงอายุได้รับ

กรณีผู้สูงอายุที่เดือดร้อนจะได้รับการช่วยเหลือตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุน การจัดที่พักอาศัย อาหาร เครื่องนุ่งห่มให้ผู้สูงอายุตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง

ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

กรมกิจการผู้สูงอายุ
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
โทรศัพท์ : 0 2642 4305 , 0 2642 4306
www.dop.go.th



11. ด้านการช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพ

ผู้สูงอายุซึ่งมีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ สัญชาติไทย ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่ได้จัดให้เป็นประจำ จะได้รับการช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนตลอดชีวิต โดยแบ่งตามช่วงอายุแบบขั้นบันได ดังนี้

อายุ 60 – 69 ปี	จะได้รับเดือนละ 600 บาท
อายุ 70 – 79 ปี	จะได้รับเดือนละ 700 บาท
อายุ 80 – 89 ปี	จะได้รับเดือนละ 800 บาท
อายุ 90 ปีขึ้นไป	จะได้รับเดือนละ 1,000 บาท

ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

สำนักส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจ สังคม และการมีส่วนร่วม
กระทรวงมหาดไทย
โทรศัพท์ : 0 2241 9000 ต่อ 4131 - 4135
www.moi.go.th

เมืองพัทยา
โทรศัพท์ : 0 3825 3260
www.pattaya.go.th

สำนักงานการสงเคราะห์และสวัสดิภาพสังคม กรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ : 0 2245 5166
www.bangkok.go.th

กรมกิจการผู้สูงอายุ
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
โทรศัพท์ : 0 2642 4305 , 0 2642 4306
www.dop.go.th



12. การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี

ผู้สูงอายุมีคุณสมบัติตามหลักเกณฑ์ (1) มีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป (2) มีสัญชาติไทย (3) ผู้สูงอายุอยู่ในครอบครัวที่ยากจนตามข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ของกรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย หรือกรุงเทพมหานคร หรือเมืองพัทยา (4) ไม่มีญาติ หรือมีญาติแต่มีฐานะยากจนไม่สามารถจัดการศพตามประเพณีได้ ผู้สูงอายุยากจนและไม่ได้รับการสำรวจข้อมูลความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) ของกรมการพัฒนาชุมชน กระทรวงมหาดไทย หรือกรุงเทพมหานคร หรือเมืองพัทยา ให้นายกเทศมนตรี หรือนายกองค้การบริหารส่วนตำบล หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือประธานชุมชน หรือผู้อำนวยการสำนักงานเขต หรือนายอำเภอ หรือนายกเมืองพัทยา เป็นผู้ออกหนังสือรับรอง จะได้รับการช่วยเหลือรายละ 2,000 บาท

ขอรับบริการได้ที่

- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดทุกจังหวัด
- สำนักงานเขตกรุงเทพมหานคร
- ที่ว่าการอำเภอ
- เมืองพัทยา
- เทศบาล
- องค์การบริหารส่วนตำบล

ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

กรมกิจการผู้สูงอายุ
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
โทรศัพท์ : 0 2642 4305 , 0 2642 4306
www.dop.go.th

สำนักงานการสงเคราะห์และสวัสดิภาพสังคม กรุงเทพมหานคร
โทรศัพท์ : 0 2245 5166
www.bangkok.go.th

13. การจัดบริการสถานที่ท่องเที่ยว การจัดกิจกรรมกีฬาและนันทนาการตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติประกาศกำหนด

ด้านการท่องเที่ยว

ผู้สูงอายุได้รับ

การจัดกิจกรรม โครงการสำหรับผู้สูงอายุ

ด้านกีฬาและนันทนาการ

ผู้สูงอายุได้รับ

- การบริการตรวจสุขภาพ ทดสอบสมรรถภาพทางร่างกาย
- ใช้บริการในสนามกีฬา สวนสุขภาพ ลานกีฬาเวิลด์ สนามเปตอง ห้องออกกำลังกาย
- เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ เช่น การแข่งขันกีฬา การลีลาศ
- การรับสมัครเป็นสมาชิกชมรมสุขภาพ

ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา
โทรศัพท์ : 0 2283 1500
www.mots.go.th



14. (ด้านศาสนา ศิลปะ วัฒนธรรม) การจัดการเพื่ออำนวยความสะดวกด้านพิพิธภัณฑ์ โบราณสถาน หอจดหมายเหตุแห่งชาติ และการจัดกิจกรรมด้านศาสนา ศิลปะ และวัฒนธรรม ตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติประกาศกำหนด

ผู้สูงอายุได้รับ

- จัดบริการโดยตรงสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ลิฟต์ พื้นเรียบ รวบันได ทางลาด รวจับ ในห้องน้ำ
- จัดเจ้าหน้าที่อำนวยความสะดวกและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ
- จัดบริการรถเข็น

ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

กระทรวงวัฒนธรรม
โทรศัพท์ : 0 2422 8892
www.m-culture.go.th

15. ด้านการลดหย่อนภาษีเงินได้ และการลดหย่อนภาษีให้แก่ผู้บริจาคทรัพย์สิน เงินให้แก่กองทุนผู้สูงอายุ

บุคคลที่ได้รับ

- ผู้เลี้ยงดูบิดา มารดา ได้รับการลดหย่อนภาษีเงินจำนวน 30,000 บาท
- ผู้บริจาคทรัพย์สิน เงินให้แก่กองทุนผู้สูงอายุ สามารถนำไปเสริมได้ไปลดหย่อนภาษีได้

ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

กรมสรรพากร
โทรศัพท์ : 0 2272 8407, 0 2272 9479, 0 2272 9000, 0 2272 8000
www.rd.go.th

16. ด้านกองทุนผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุได้รับ การให้กู้ยืมเงินทุนประกอบอาชีพรายบุคคล และรายกลุ่มสำหรับผู้สูงอายุ โดยต้องชำระคืนเป็นรายงวด ภายในระยะเวลาไม่เกิน 3 ปี โดยไม่มีดอกเบี้ย

ขอทราบข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

กองทุนผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
โทรศัพท์ : 0 2651 6902 0 2651 6480
www.olderfund.opp.go.th



หน้า ๒๕

เล่ม ๑๓๕ ตอนพิเศษ ๒๖๑ ง

ราชกิจจานุเบกษา

๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๑

ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

พ.ศ. ๒๕๖๑

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๘ (๔) (๘) (๙) และมาตรา ๔๗ แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๔๕ ประกอบมติการประชุมคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครั้งที่ ๗/๒๕๖๑ เมื่อวันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๖๑ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๑ เป็นต้นไป เว้นแต่ข้อ ๘ ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๒ เป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิก

(๑) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๕๗

(๒) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙

(๓) ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๑

ข้อ ๔ ในประกาศนี้

“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” หมายความว่า องค์การบริหารส่วนตำบล ตามกฎหมายว่าด้วยสภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตามกฎหมายว่าด้วยเทศบาล หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรูปแบบอื่นที่มีกฎหมายจัดตั้ง ที่ได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ แต่ไม่ให้หมายความรวมถึงกรุงเทพมหานคร



“กองทุนหลักประกันสุขภาพ” หมายความว่า กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุกที่จำเป็นต่อสุขภาพและการดำรงชีวิต

“คณะกรรมการกองทุน” หมายความว่า คณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ

“การจัดบริการสาธารณสุข” หมายความว่า การจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค ฟื้นฟูสมรรถภาพ และรักษาพยาบาลระดับปฐมภูมิเชิงรุก รวมถึงการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค

“สถานบริการ” หมายความว่า สถานบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยบริการ” หมายความว่า หน่วยบริการตามกฎหมายว่าด้วยหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

“หน่วยงานสาธารณสุข” หมายความว่า หน่วยงานที่มีภารกิจด้านการสาธารณสุขโดยตรง แต่ไม่ได้เป็นสถานบริการหรือหน่วยบริการ

“หน่วยงานอื่น” หมายความว่า หน่วยงานที่ไม่ได้มีภารกิจด้านการสาธารณสุข

“องค์กรหรือกลุ่มประชาชน” หมายความว่า องค์กรชุมชน องค์กรเอกชน ภาคเอกชน หรือบุคคลที่มีการรวมตัวกันตั้งแต่ห้าคนขึ้นไป ซึ่งมีวัตถุประสงค์ที่มีใช่เป็นการแสวงหาผลกำไร ทั้งนี้ จะเป็นนิติบุคคลหรือไม่ก็ได้

“ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” หมายความว่า ผู้สูงอายุที่มีคะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่าสิบเอ็ดคะแนนหรือตามเกณฑ์การประเมินที่สำนักงานกำหนด

“การบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” หมายความว่า การบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ที่บ้านหรือชุมชน โดยศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยบริการ หรือสถานบริการ

“ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน” หมายความว่า ศูนย์ซึ่งดำเนินงานเกี่ยวกับการพัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหรือคนพิการในชุมชน

“ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” (Caregiver) หมายความว่า บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่สำนักงานกำหนด

“สำนักงาน” หมายความว่า สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๕ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่จะได้รับการสนับสนุนให้ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ต้องมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

(๑) มีความประสงค์เข้าร่วมดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่

(๒) มีความพร้อมในการอุดหนุนเงินหรืองบประมาณ

ข้อ ๖ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นผู้ดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ โดยให้มีกองทุนหลักประกันสุขภาพที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หน่วยงานสาธารณสุข หน่วยงานอื่น องค์กรหรือกลุ่มประชาชน เพื่อให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขได้อย่างทั่วถึง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยส่งเสริมกระบวนการมีส่วนร่วมตามความพร้อม ความเหมาะสม และความต้องการของประชาชนในท้องถิ่น ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ในประกาศนี้และมติคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ข้อ ๗ เงินหรือทรัพย์สินในกองทุนหลักประกันสุขภาพ ประกอบด้วย

(๑) เงินที่ได้รับจัดสรรแต่ละปีจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

(๒) เงินสมทบจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(๓) รายได้อื่น ๆ หรือทรัพย์สินที่ได้รับมาในกิจการของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

นอกจากเงินที่ได้รับจัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตาม (๑) แล้ว ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม ความเหมาะสม ซึ่งได้แสดงความจำนงเข้าร่วมและสำนักงานเห็นชอบ ได้รับเงินเพิ่มจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ต้องสมทบเงิน หรือค่าบริการอื่นตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด

ข้อ ๘ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตกลงสมทบเงินเข้ากองทุนหลักประกันสุขภาพในอัตราร้อยละของเงินที่ได้รับจัดสรรจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามข้อ ๗ (๑) ดังต่อไปนี้

(๑) สมทบเงินไม่น้อยกว่าร้อยละ ๓๐ กรณีรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่รวมเงินอุดหนุน ต่ำกว่า ๖ ล้านบาท

(๒) สมทบเงินไม่น้อยกว่าร้อยละ ๔๐ กรณีรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่รวมเงินอุดหนุน ตั้งแต่ ๖ ถึง ๒๐ ล้านบาท

(๓) สมทบเงินไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐ กรณีรายได้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่รวมเงินอุดหนุน สูงกว่า ๒๐ ล้านบาท

ข้อ ๙ การรับเงิน การเก็บรักษาเงิน การจ่ายเงิน การจัดทำบัญชี การรายงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพ และการกำกับติดตามเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ ให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

เงินในกองทุนหลักประกันสุขภาพสามารถใช้ในงบประมาณถัด ๆ ไปได้

ข้อ ๑๐ เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ ๗ วรรคหนึ่ง ให้ใช้จ่ายเพื่อสนับสนุน และส่งเสริมเป็นค่าใช้จ่ายตามแผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม ที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ ดังต่อไปนี้

(๑) เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของหน่วยบริการ สถานบริการ หรือหน่วยงานสาธารณสุข

(๒) เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดกระบวนการหรือกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรคขององค์กรหรือกลุ่มประชาชน หรือหน่วยงานอื่น

(๓) เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการสาธารณสุขของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือศูนย์ ที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและดูแลเด็กเล็กในชุมชน ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หรือหน่วยงานที่รับผิดชอบศูนย์พัฒนาเด็กเล็กหรือศูนย์ที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการพัฒนาและดูแล เด็กเล็กในชุมชน หรือการพัฒนาและฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุหรือคนพิการในชุมชน

(๔) เพื่อสนับสนุนค่าใช้จ่ายในการบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพให้มีประสิทธิภาพ ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่เกินร้อยละ ๑๕ ของเงินรายรับของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตามข้อ ๗ วรรคหนึ่งในแต่ละปีงบประมาณนั้น หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดได้รับเงินเพิ่ม ตามข้อ ๗ วรรคสอง อาจสนับสนุนค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมได้อีกไม่เกินร้อยละ ๕ กรณีที่มีความจำเป็น ต้องใช้จ่ายเพื่อจัดหาครุภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องโดยตรง ให้สนับสนุนได้ในวงเงินตามความจำเป็น และครุภัณฑ์ ที่จัดหาได้ให้เป็นทรัพย์สินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น

(๕) เพื่อสนับสนุนและส่งเสริมกิจกรรมกรณีเกิดโรคระบาดหรือภัยพิบัติในพื้นที่ ในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาสาธารณสุขได้ตามความจำเป็น เหมาะสม และทันต่อสถานการณ์ได้

กรณีโครงการหรือกิจกรรมที่ขอการสนับสนุนตาม (๑) (๓) และ (๕) มีความจำเป็น ต้องจัดหาครุภัณฑ์เพื่อการจัดบริการสาธารณสุขให้กับบุคคล ให้คณะกรรมการกองทุนพิจารณา สนับสนุนได้ในวงเงินตามความจำเป็น เว้นแต่กรณี (๒) ให้สนับสนุนได้ในวงเงินไม่เกิน ๑๐,๐๐๐ บาท ต่อโครงการ และครุภัณฑ์ที่จัดหาได้ให้เป็นทรัพย์สินของหน่วยงาน องค์กรหรือกลุ่มประชาชน ที่ได้รับการสนับสนุน

ข้อ ๑๑ เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงตามข้อ ๗ วรรคสอง ให้สนับสนุนแก่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยบริการหรือสถานบริการ เพื่อจัดบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสิทธิ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติต่อไปตามชุดสิทธิประโยชน์การบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงที่กำหนดในเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศนี้ ทั้งนี้ ตามโครงการ ที่คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอนุมัติ

กรณีผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงนอกเหนือจากวรรคหนึ่ง ให้ใช้จ่ายจากเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ ตามข้อ ๗ วรรคหนึ่ง และใช้ชุดสิทธิประโยชน์การบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงมาเทียบเคียงโดยอนุโลม ทั้งนี้ ตามโครงการที่คณะกรรมการกองทุนอนุมัติ

ข้อ ๑๒ ให้มีคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ ประกอบด้วย

- | | |
|---|------------------------------------|
| (๑) ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น | เป็นประธานกรรมการ |
| (๒) ผู้ทรงคุณวุฒิในท้องถิ่น จำนวนสองคน | เป็นกรรมการ |
| (๓) สมาชิกสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ที่สภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบหมาย
จำนวนสองคน | เป็นกรรมการ |
| (๔) หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสาธารณสุข
ในท้องถิ่น ที่คัดเลือกกันเอง จำนวนไม่เกินสองคน | เป็นกรรมการ |
| (๕) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในท้องถิ่น
ที่คัดเลือกกันเอง จำนวนสองคน | เป็นกรรมการ |
| (๖) ผู้แทนหมู่บ้านหรือชุมชนที่ประชาชนในหมู่บ้าน
หรือชุมชนคัดเลือกกันเอง จำนวนไม่เกินห้าคน | เป็นกรรมการ |
| (๗) ผู้แทนของศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน
หรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอิสระ ที่อยู่ในท้องถิ่นนั้น (ถ้ามี) | เป็นกรรมการ |
| (๘) ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น | เป็นกรรมการและเลขานุการ |
| (๙) ผู้อำนวยการหรือหัวหน้ากองสาธารณสุข
และสิ่งแวดล้อมหรือส่วนสาธารณสุข
หรือที่เรียกชื่ออื่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
หรือเจ้าหน้าที่อื่นที่ผู้บริหารสูงสุด
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบหมาย | เป็นกรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ |
| (๑๐) หัวหน้าหน่วยงานคลังหรือเจ้าหน้าที่
ของหน่วยงานคลังที่ผู้บริหารสูงสุด
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบหมาย | เป็นกรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ |

ให้สาธารณสุขอำเภอ หัวหน้าหน่วยบริการประจำที่จัดบริการสาธารณสุขในพื้นที่ และท้องถิ่นอำเภอ เป็นที่ปรึกษาคณะกรรมการกองทุน

การคัดเลือกกรรมการตาม (๔) (๕) และ (๖) ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด

ให้กรรมการตาม (๑) (๓) (๔) (๕) (๖) (๗) (๘) (๙) และ (๑๐) ประชุมคัดเลือกกรรมการตาม (๒) จำนวนสองคน จากผู้ทรงคุณวุฒิในท้องถิ่น

เมื่อได้กรรมการที่มาจากกรคัดเลือก ให้ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นผู้ออกคำสั่งแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการกองทุน และแจ้งให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ทราบต่อไป

ข้อ ๑๓ ให้กรรมการตามข้อ ๑๒ (๒) (๓) (๔) (๕) (๖) และ (๗) มีวาระอยู่ในตำแหน่ง คราวละสี่ปี นับแต่วันที่ออกคำสั่งแต่งตั้ง

เมื่อครบกำหนดวาระตามวรรคหนึ่งแล้ว หากยังมีได้มีการคัดเลือกกรรมการขึ้นใหม่ ให้กรรมการซึ่งพ้นจากตำแหน่งอยู่ในตำแหน่งเพื่อปฏิบัติหน้าที่ต่อไป จนกว่ากรรมการซึ่งได้รับการคัดเลือกขึ้นใหม่ เข้ารับหน้าที่ แต่ต้องไม่เกินเก้าสิบวัน นับแต่วันที่กรรมการพ้นจากตำแหน่ง

ในกรณีที่กรรมการตามวรรคหนึ่ง พ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระ ให้ดำเนินการคัดเลือก กรรมการประเภทเดียวกันแทนภายในสามสิบวัน นับแต่วันที่ตำแหน่งกรรมการนั้นว่างลง ตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนดในข้อ ๑๒ วรรคสามหรือวรรคสี่ แล้วแต่กรณี ให้ผู้ได้รับการคัดเลือกอยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลือของกรรมการซึ่งตนแทน เว้นแต่กรณีที่วาระของกรรมการ ที่พ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระเหลืออยู่ไม่ถึงเก้าสิบวัน จะไม่ดำเนินการคัดเลือกหรือแต่งตั้งกรรมการ แทนตำแหน่งที่ว่างนั้นก็ได้ และในการนี้ให้คณะกรรมการกองทุนประกอบด้วยกรรมการเท่าที่เหลืออยู่

ในกรณีที่กรรมการตามข้อ ๑๒ (๓) ว่างลงโดยมิใช่เหตุพ้นจากตำแหน่งก่อนครบวาระ ให้คณะกรรมการกองทุนประกอบด้วยกรรมการเท่าที่เหลืออยู่

ข้อ ๑๔ กรรมการตามข้อ ๑๒ วรรคหนึ่ง (๒) (๓) (๔) (๕) (๖) และ (๗) นอกจาก การพ้นจากตำแหน่งตามวาระแล้ว ให้พ้นจากตำแหน่ง ในกรณีดังต่อไปนี้

- (๑) ตาย
- (๒) ลาออก
- (๓) ย้ายไปดำรงตำแหน่งหรือไปประกอบอาชีพในท้องถิ่นหรือพื้นที่อื่น
- (๔) เป็นคนไร้ความสามารถหรือเสมือนไร้ความสามารถ
- (๕) เป็นบุคคลล้มละลาย
- (๖) ได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก เว้นแต่โทษสำหรับความผิดที่ได้กระทำ โดยประมาทหรือความผิดลหุโทษ
- (๗) พ้นจากความเป็นสมาชิกภาพของสภาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ผู้แทนศูนย์ประสานงานหลักประกันสุขภาพประชาชน หรือหน่วยรับเรื่องร้องเรียนอิสระ ในท้องถิ่น

(๘) ขาดประชุมสามครั้งติดต่อกันโดยไม่มีเหตุอันสมควร

ข้อ ๑๕ การประชุมคณะกรรมการกองทุนต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของ จำนวนกรรมการทั้งหมด จึงจะเป็นองค์ประชุม

ให้ประธานกรรมการเป็นประธานในที่ประชุม ถ้าประธานกรรมการไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ ให้กรรมการที่มาประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม

ข้อ ๑๖ คณะกรรมการกองทุนมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- (๑) พิจารณานุมัติแผนการเงินประจำปีของกองทุนหลักประกันสุขภาพ
- (๒) พิจารณานุมัติโครงการ หรือกิจกรรม ให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของกองทุนตามข้อ ๑๐
- (๓) ออกระเบียบที่จำเป็นเพื่อประสิทธิภาพในการบริหารกองทุน ทั้งนี้ ต้องไม่ขัดหรือแย้งกับประกาศนี้

(๔) สนับสนุนให้บุคคลในท้องถิ่นสามารถเข้าถึงบริการสาธารณสุขทั้งที่บ้าน ในชุมชน หรือหน่วยบริการ ได้อย่างทั่วถึงและมีประสิทธิภาพ

(๕) ให้คำแนะนำในการจัดทำข้อมูลและโครงการ หรือกิจกรรมที่เกี่ยวกับงานสาธารณสุขของกลุ่มเป้าหมาย แก่หน่วยงาน องค์กรหรือกลุ่มประชาชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(๖) พิจารณาให้ความเห็นชอบรายงานผลการดำเนินงาน รายงานการรับเงิน การจ่ายเงิน และเงินคงเหลือของกองทุนหลักประกันสุขภาพ

ข้อ ๑๗ คณะกรรมการกองทุนมีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการ หรือคณะทำงาน เพื่อปฏิบัติหน้าที่ตามประกาศนี้ หรือตามที่คณะกรรมการกองทุนมอบหมาย

ข้อ ๑๘ ให้คณะกรรมการกองทุนแต่งตั้งคณะอนุกรรมการชุดหนึ่งชื่อ “คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” ประกอบด้วย

- (๑) ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผู้บริหารอื่น เป็นประธานอนุกรรมการ
ที่ผู้บริหารสูงสุดขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบหมาย
- (๒) ผู้แทนกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ จำนวนสองคน เป็นอนุกรรมการ
- (๓) หัวหน้าหน่วยบริการประจำที่จัดบริการสาธารณสุขในท้องถิ่น
หรือผู้แทน เป็นอนุกรรมการ
- (๔) สาธารณสุขอำเภอหรือผู้แทน เป็นอนุกรรมการ
- (๕) หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิที่จัดบริการสาธารณสุข
ในท้องถิ่น เป็นอนุกรรมการ
- (๖) ผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข เป็นอนุกรรมการ
- (๗) ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เป็นอนุกรรมการ
- (๘) ปลัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นอนุกรรมการ
และเลขานุการ
- (๙) เจ้าหน้าที่อื่นที่ผู้บริหารสูงสุด
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบหมาย เป็นอนุกรรมการ
และผู้ช่วยเลขานุการ

ข้อ ๑๙ คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง มีอำนาจหน้าที่ พิจารณานุมัติโครงการ แผนการดูแลรายบุคคล รวมถึงค่าใช้จ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน หน่วยบริการ หรือสถานบริการ

ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในชุมชน ตามวรรคหนึ่งให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่สำนักงานกำหนด

ข้อ ๒๐ การประชุมของคณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน ที่คณะกรรมการกองทุนแต่งตั้ง ให้นำข้อ ๑๕ มาบังคับใช้โดยอนุโลม

ข้อ ๒๑ ให้กรรมการ ที่ปรึกษา อนุกรรมการ และคณะทำงาน ได้รับค่าตอบแทนในการประชุม ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และค่าใช้จ่ายอื่น

ให้บุคคลภายนอก และเจ้าหน้าที่หรือลูกจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับการแต่งตั้ง ให้ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวกับการดำเนินงานและบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพ ที่เข้าร่วมประชุม มีสิทธิได้รับค่าตอบแทนในการประชุม ทั้งนี้ ต้องไม่เกินวงเงินของข้อ ๑๐ (๔)

ค่าใช้จ่ายตามวรรคหนึ่ง และวรรคสองให้เป็นไปตามเอกสารหมายเลข ๑ แนบท้ายประกาศนี้

ข้อ ๒๒ เพื่อให้กองทุนหลักประกันสุขภาพมีการพัฒนาอย่างยั่งยืนและมีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ให้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเขต ประสานกับท้องถิ่นจังหวัด ในการติดตาม กำกับ ประเมินผล และส่งเสริมสนับสนุนการดำเนินงานของกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในพื้นที่ที่รับผิดชอบให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง และรายงานให้สำนักงานทราบ

ข้อ ๒๓ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นใดมีเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพคงเหลือมากกว่า สองเท่าของรายรับของกองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ ๗ วรรคหนึ่ง ของปีงบประมาณที่ผ่านมา สำนักงานอาจจัดการจัดสรรเงินจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติตามข้อ ๗ (๑) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นงดการสมทบเงินตามข้อ ๗ (๒) ของปีงบประมาณนั้น

การดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในปีงบประมาณนั้น กรณีค่าใช้จ่ายเพื่อการบริหารหรือพัฒนากองทุนหลักประกันสุขภาพตามข้อ ๑๐ (๔) ให้สนับสนุน ค่าใช้จ่ายได้ไม่เกินวงเงินของปีงบประมาณที่ผ่านมา

ข้อ ๒๔ ให้เงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ คณะกรรมการกองทุน คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน แนวทางปฏิบัติ และการดำเนินงานต่าง ๆ ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๕๗ และที่แก้ไขเพิ่มเติม เป็นเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพ เป็นคณะกรรมการกองทุน คณะอนุกรรมการ คณะทำงาน เป็นแนวทางปฏิบัติและการดำเนินงานต่อเนื่องตามประกาศนี้



ให้กรรมการกองทุน อนุกรรมการ และคณะทำงานตามวรรคหนึ่ง อยู่ในตำแหน่งต่อไปได้ ไม่เกินเก้าสิบวันนับจากวันที่ประกาศนี้ใช้บังคับ และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการ เพื่อให้ได้มาซึ่งกรรมการตามข้อ ๑๒ ต่อไป

ในปีงบประมาณ ๒๕๖๒ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสมทบเงินในอัตราตามข้อ ๖ แห่งประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุน ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่น หรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๕๗ และให้ถือว่าข้อกำหนดของประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานและบริหารจัดการ กองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๕๗ ในส่วนที่เกี่ยวกับการสมทบเงิน ยังคงมีผลใช้บังคับได้ต่อไปและตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๓ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสมทบเงินเข้า กองทุนหลักประกันสุขภาพในอัตราตามข้อ ๘

ข้อ ๒๕ การดำเนินงานใดตามประกาศนี้ หากยังไม่มี กฎ ระเบียบ ประกาศ หรือหลักเกณฑ์ ที่จะกำหนดขึ้นตามประกาศนี้ ให้ใช้ กฎ ระเบียบ ประกาศ หรือหลักเกณฑ์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บังคับใช้โดยอนุโลม

ข้อ ๒๖ ให้เลขาธิการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เป็นผู้รักษาการตามประกาศนี้ และให้มีอำนาจวินิจฉัยชี้ขาดปัญหาเกี่ยวกับการปฏิบัติตามประกาศนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๓ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๑

ปิยะสกล สกลสัตยาทร

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

ประธานกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการ
ระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑
ลงวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๑

ชุดสิทธิประโยชน์การบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

ประเภทและ กิจกรรมบริการ	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง			
	กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหา การกิน หรือการ ขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะ สับสนทางสมอง	กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสับสน ทางสมอง	กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการ กิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง	กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง หรืออยู่ใน ระยะท้ายของชีวิต
๑. ประเมินก่อนให้บริการ และวางแผนการดูแล รายบุคคลระยะยาวด้าน สาธารณสุข (Care Plan)	ประเมินและวางแผน โดยผู้จัดการดูแล ระยะยาวด้าน สาธารณสุข (care manager) และ/หรือ บุคลากรสาธารณสุข ๑ ครั้ง/ปี	ประเมินและวางแผน โดยผู้จัดการดูแล ระยะยาวด้าน สาธารณสุข (care manager) และ/หรือ บุคลากรสาธารณสุข ๑ ครั้ง/ปี	ประเมินและวางแผน โดยผู้จัดการดูแล ระยะยาวด้าน สาธารณสุข (care manager) และ/หรือ บุคลากรสาธารณสุข ๑ ครั้ง/ปี	ประเมินและวางแผน โดยผู้จัดการดูแล ระยะยาวด้าน สาธารณสุข (care manager) และ/หรือ บุคลากรสาธารณสุข ๑ ครั้ง/ปี
๒. ให้บริการดูแลระยะ ยาวด้านสาธารณสุข โดยบุคลากรสาธารณสุข/ ทีมสหวิชาชีพ (กิจกรรม รูปแบบการให้ บริการ และความสัมพันธ์ในการ ให้บริการ ขึ้นอยู่กับสภาพ ปัญหาของผู้สูงอายุที่มี ภาวะ พึ่งพิงแต่ละราย เป็นสำคัญ)	<p>ความถี่ของการให้ บริการอย่างน้อย เดือนละ ๑ ครั้ง</p> <p>๒.๑ บริการดูแลที่ บ้าน/ชุมชน เพื่อให้ บริการแก่ผู้สูงอายุ ให้คำแนะนำและฝึก สอนแก่ญาติ/ผู้ดูแล ได้แก่</p> <p>๒.๑.๑ การดูแลด้าน การพยาบาล เช่น ประเมินสภาวะสุขภาพ ให้ความรู้เรื่องโรคหรือ ความเจ็บป่วย การให้ การพยาบาลทั่วไป การให้คำปรึกษา การป้องกันภาวะเสี่ยง ต่อการเจ็บป่วย/หกล้ม การป้องกันภาวะสมอง เสื่อม ประเมินและ ป้องกันภาวะซึมเศร้า</p>	<p>ความถี่ของการให้ บริการอย่างน้อย เดือนละ ๑ ครั้ง</p> <p>๒.๑ บริการดูแลที่ บ้าน/ชุมชน เพื่อให้ บริการแก่ผู้สูงอายุ ให้คำแนะนำและฝึก สอนแก่ญาติ/ผู้ดูแล ได้แก่</p> <p>๒.๑.๑ การดูแลด้าน การพยาบาล เช่น ประเมินสภาวะสุขภาพ ให้ความรู้เรื่องโรคหรือ ความเจ็บป่วย การให้ การพยาบาลทั่วไป การให้คำปรึกษา การป้องกันภาวะเสี่ยง ต่อการเจ็บป่วย/หกล้ม ประเมินและป้องกัน ภาวะซึมเศร้า บริการ สร้างเสริมสุขภาพ การ</p>	<p>ความถี่ของการให้ บริการอย่างน้อย เดือนละ ๑ ครั้ง</p> <p>๒.๑ บริการดูแลที่ บ้าน/ชุมชน เพื่อให้ บริการแก่ผู้สูงอายุ ให้คำแนะนำและฝึก สอนแก่ญาติ/ผู้ดูแล ได้แก่</p> <p>๒.๑.๑ การดูแลด้าน การพยาบาล เช่น ประเมินสภาวะสุขภาพ ให้ความรู้เรื่องโรคหรือ ความเจ็บป่วย การให้ การพยาบาลทั่วไป การให้คำปรึกษา การป้องกันภาวะเสี่ยง ต่อการเจ็บป่วย</p>	<p>ความถี่ของการให้ บริการอย่างน้อย เดือนละ ๒ ครั้ง</p> <p>๒.๑ บริการดูแลที่ บ้าน/ชุมชน เพื่อให้ บริการแก่ผู้สูงอายุ ให้คำแนะนำและฝึก สอนแก่ญาติ/ผู้ดูแล ได้แก่</p> <p>๒.๑.๑ การดูแลด้าน การพยาบาล เช่น ประเมินสภาวะสุขภาพ ให้ความรู้เรื่องโรคหรือ ความเจ็บป่วย การให้ การพยาบาลทั่วไป การให้คำปรึกษา การป้องกันภาวะเสี่ยง ต่อการเจ็บป่วย ประเมินและป้องกัน ภาวะซึมเศร้า การ</p>



ประเภทและ กิจกรรมบริการ	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง			
	กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหา การกิน หรือการ ขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะ สับสนทางสมอง	กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสับสน ทางสมอง	กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการ กิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง	กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง หรืออยู่ใน ระยะท้ายของชีวิต
	<p>บริการสร้างเสริมสุขภาพและการออกกำลังกายที่เหมาะสม เป็นต้น</p> <p>๒.๑.๒ การฟื้นฟูสภาพร่างกาย เช่น การทำกายภาพบำบัด การทำกิจกรรมบำบัด การกระตุ้นการกลืน การให้บริการแพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือก การป้องกันการหกล้ม การป้องกันข้อติด/ข้อขัด การฝึกผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นต้น</p> <p>๒.๑.๓ การดูแลด้านโภชนาการ เช่น การประเมินความสามารถการบดเคี้ยว การกลืน และภาวะโภชนาการ เพื่อแนะนำ ส่งเสริม และแก้ไขภาวะโภชนาการที่เหมาะสม รายบุคคล การแนะนำ</p>	<p>กระตุ้นความรู้ ความคิด ความเข้าใจ (cognitive stimulation) การให้บริการพยาบาลเฉพาะรายตามสภาวะความเจ็บป่วย เป็นต้น</p> <p>๒.๑.๒ การฟื้นฟูสภาพร่างกาย เช่น การทำกายภาพบำบัด การทำกิจกรรมบำบัด การกระตุ้นการกลืน การให้บริการแพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือก การป้องกันการหกล้ม การป้องกันข้อติด/ข้อขัด การฝึกผู้ดูแลในการช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นต้น</p> <p>๒.๑.๓ การดูแลด้านโภชนาการ เช่น การประเมินความสามารถการบดเคี้ยว การกลืน และภาวะโภชนาการ เพื่อแนะนำ ส่งเสริม และแก้ไขภาวะโภชนาการที่เหมาะสม รายบุคคล การแนะนำ</p>	<p>บริการสร้างเสริมสุขภาพ การให้บริการพยาบาลเฉพาะราย เช่น การป้องกัน ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การป้องกันและดูแลแผลกดทับ การดูแลสายสวนต่าง ๆ การให้ออกซิเจน การดูดเสมหะ การประเมินและดูแลเพื่อลดความทรมานจากความเจ็บปวด เป็นต้น</p> <p>๒.๑.๒ การฟื้นฟูสภาพร่างกาย เช่น การทำกายภาพบำบัด การทำกิจกรรมบำบัด การกระตุ้นการกลืน การให้บริการแพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือก การป้องกันการตกเตียง การป้องกันข้อติด/ข้อขัด การฝึกผู้ดูแลในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น</p> <p>๒.๑.๓ การดูแลด้านโภชนาการ เช่น การประเมินความสามารถการบดเคี้ยว การกลืน และภาวะโภชนาการ เพื่อแนะนำ ส่งเสริม และแก้ไขภาวะโภชนาการที่เหมาะสม รายบุคคล การแนะนำ</p>	<p>ให้บริการพยาบาลเฉพาะราย เช่น การป้องกัน ฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การป้องกันและดูแลแผลกดทับ การดูแลสายสวนต่าง ๆ การให้ออกซิเจน การดูดเสมหะ การประเมินและดูแลเพื่อลดความทรมานจากความเจ็บปวด เป็นต้น</p> <p>๒.๑.๒ การฟื้นฟูสภาพร่างกาย เช่น การทำกายภาพบำบัด การทำกิจกรรมบำบัด การกระตุ้นการกลืน การให้บริการแพทย์แผนไทย/แพทย์ทางเลือก การป้องกันการตกเตียง การป้องกันข้อติด/ข้อขัด การฝึกผู้ดูแลในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย เป็นต้น</p> <p>๒.๑.๓ การดูแลด้านโภชนาการ เช่น การประเมินความสามารถการบดเคี้ยว การกลืน และภาวะโภชนาการ เพื่อแนะนำ ส่งเสริม และแก้ไขภาวะโภชนาการที่เหมาะสม รายบุคคล การแนะนำ</p>



ประเภทและ กิจกรรมบริการ	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง			
	กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหา การกิน หรือการ ขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะ สับสนทางสมอง	กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสับสน ทางสมอง	กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการ กิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง	กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง หรืออยู่ใน ระยะท้ายของชีวิต
	<p>วางแผนและฝึกสอน การเตรียมอาหาร ทั่วไป/อาหารเสริม/ อาหารพิเศษ ที่เหมาะสมรายบุคคล</p> <p>๒.๑.๔ การดูแลด้าน เภสัชกรรม เช่น การ ประเมินความจำเป็น และการใช้ยาที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุ การป้อง กันการใช้ยาผิดหรือ เกินความจำเป็น การป้องกันและเฝ้า ระวังภาวะแทรกซ้อน จากการใช้ยา ให้คำแนะนำ ปรึกษา เรื่องยา เวชภัณฑ์ และผลิตภัณฑ์เสริม อาหารที่เหมาะสม รายบุคคล</p> <p>๒.๑.๕ การดูแลสุขภาพ ด้านอื่น ๆ ตามความ จำเป็น เช่น การดูแล สุขภาพช่องปาก การ</p>	<p>วางแผนและฝึกสอน การเตรียมอาหาร ทั่วไป/อาหารเสริม/ อาหารพิเศษ ที่เหมาะสมรายบุคคล</p> <p>๒.๑.๔ การดูแลด้าน เภสัชกรรม เช่น การ ประเมินความจำเป็น และการใช้ยาที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุ การป้อง กันการใช้ยาผิดหรือ เกินความจำเป็น การป้องกันและเฝ้า ระวังภาวะแทรกซ้อน จากการใช้ยา ให้คำแนะนำ ปรึกษา เรื่องยา เวชภัณฑ์ และผลิตภัณฑ์เสริม อาหารที่เหมาะสม รายบุคคล</p> <p>๒.๑.๕ การดูแลสุขภาพ ด้านอื่น ๆ ตามความ จำเป็น เช่น การดูแล สุขภาพช่องปาก การ</p>	<p>วางแผนและฝึกสอน การเตรียมอาหาร ทั่วไป/อาหารเสริม/ อาหารพิเศษ ที่เหมาะสมรายบุคคล</p> <p>๒.๑.๔ การดูแลด้าน เภสัชกรรม เช่น การ ประเมินความจำเป็น และการใช้ยาที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุ การป้อง กันการใช้ยาผิดหรือ เกินความจำเป็น การป้องกันและเฝ้า ระวังภาวะแทรกซ้อน จากการใช้ยา ให้คำแนะนำ ปรึกษา เรื่องยา เวชภัณฑ์ และผลิตภัณฑ์เสริม อาหารที่เหมาะสม รายบุคคล แนะนำ ญาติ/ผู้ดูแลในการ จัดเตรียมและการให้ ยาอย่างเหมาะสมกับ ผู้ป่วยเฉพาะราย</p> <p>๒.๑.๕ การดูแลสุขภาพ ด้านอื่น ๆ ตามความ จำเป็น เช่น การดูแล สุขภาพช่องปาก การ</p>	<p>วางแผนและฝึกสอน การเตรียมอาหาร ทั่วไป/อาหารเสริม/ อาหารพิเศษ ที่เหมาะสมรายบุคคล เช่น การให้อาหารปั่น ทางสายยาง เป็นต้น</p> <p>๒.๑.๔ การดูแลด้าน เภสัชกรรม เช่น การ ประเมินความจำเป็น และการใช้ยาที่เหมาะสม กับผู้สูงอายุ การป้อง กันการใช้ยาผิดหรือ เกินความจำเป็น การป้องกันและเฝ้า ระวังภาวะแทรกซ้อน จากการใช้ยา ให้คำแนะนำ ปรึกษา เรื่องยา เวชภัณฑ์ และผลิตภัณฑ์เสริม อาหารที่เหมาะสม รายบุคคล แนะนำ ญาติ/ผู้ดูแลในการ จัดเตรียมและการให้ ยาอย่างเหมาะสมกับ ผู้ป่วยเฉพาะราย การ บริหารจัดการเพื่อการ เข้าถึงยาปดอย่าง เหมาะสมแก่ผู้ป่วย</p> <p>๒.๑.๕ การดูแลสุขภาพ ด้านอื่น ๆ ตามความ จำเป็น เช่น การดูแล สุขภาพช่องปาก การ</p>



ประเภทและ กิจกรรมบริการ	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง			
	กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหา การกิน หรือการ ขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะ สับสนทางสมอง	กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสับสน ทางสมอง	กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการ กิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง	กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง หรืออยู่ใน ระยะท้ายของชีวิต
	ดูแลด้านสุขภาพ จิต เป็นต้น	ดูแลด้านสุขภาพ จิต เป็นต้น	ดูแลด้านสุขภาพ จิต เป็นต้น	ดูแลด้านสุขภาพ จิต เป็นต้น
๓. บริการดูแลที่บ้าน/ ชุมชน และให้คำแนะนำ แก่ญาติและผู้ดูแล โดย ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) หรือเครือข่าย สุขภาพอื่น ๆ หรือ อาสาสมัคร จิตอาสา (กิจกรรม รูปแบบการให้ บริการ และความถี่ในการ ให้บริการขึ้นอยู่กับสภาพ ปัญหาของผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงแต่ละรายเป็น สำคัญ ตามคำแนะนำ/ มอบหมายของผู้จัดการ การดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุข)	<p>ความถี่ของการ ให้บริการอย่างน้อย เดือนละ ๒ ครั้ง</p> <p>๓.๑ การบริการ สาธารณสุขเบื้องต้น ทั้งด้านการพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การ ทำกายภาพบำบัด การดูแลด้านยา การดูแลโภชนาการ อาจรวมถึงการวัด สัญญาณชีพ และ ตรวจคัดกรองสุขภาพ ตรวจน้ำตาลในเลือด การปฐมพยาบาล การ ช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน เป็นต้น</p> <p>๓.๒ การดูแลสุขภาพ ขั้นพื้นฐาน เช่น การ ดูแลความสะอาด ร่างกาย การดูแลเรื่อง การกินยา การดูแล เรื่องการกินอาหาร เป็นต้น</p> <p>๓.๓ การจัดการสภาพ แวดล้อม/บ้านเพื่อการ ฟื้นฟูสภาพ ป้องกัน อุบัติเหตุ และการดูแล ระยะยาว</p>	<p>ความถี่ของการ ให้บริการอย่างน้อย สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง</p> <p>๓.๑. การบริการ สาธารณสุขเบื้องต้น ทั้งด้านการพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การ ทำกายภาพบำบัด การดูแลด้านยา การดูแลโภชนาการ อาจรวมถึงการวัด สัญญาณชีพ การตรวจ น้ำตาลในเลือด การ ปฐมพยาบาล การช่วย ฟื้นคืนชีพพื้นฐาน เป็นต้น</p> <p>๓.๒ การดูแลสุขภาพ ขั้นพื้นฐาน เช่น การ ดูแลความสะอาด ร่างกาย การดูแลเรื่อง การกินยา การดูแล เรื่องการกินอาหาร เป็นต้น</p> <p>๓.๓ การจัดการสภาพ แวดล้อม/บ้านเพื่อการ ฟื้นฟูสภาพ ป้องกัน อุบัติเหตุ และการดูแล ระยะยาว/ผู้ป่วยสมอง เสื่อม</p>	<p>ความถี่ของการ ให้บริการอย่างน้อย สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง</p> <p>๓.๑ การบริการ สาธารณสุขเบื้องต้น ทั้งด้านการพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การ ทำกายภาพบำบัด การดูแลด้านยา การดูแลโภชนาการ อาจรวมถึงการวัด สัญญาณชีพ การทำ แผล การดูแลสายสวน การตรวจน้ำตาลใน เลือด การให้ออกซิเจน การดูดเสมหะ การปฐม พยาบาล การช่วยฟื้น คืนชีพพื้นฐาน เป็นต้น</p> <p>๓.๒ การดูแลสุขภาพ ขั้นพื้นฐาน เช่น การ ดูแลความสะอาด ร่างกาย การดูแลเรื่อง การกินยา การดูแล เรื่องการกินอาหาร เป็นต้น</p> <p>๓.๓ การจัดการสภาพ แวดล้อม/บ้านเพื่อการ ฟื้นฟูสภาพและการ ดูแลระยะยาว/ผู้ป่วย นอนติดเตียง/ระยะ สุดท้าย</p>	

ประเภทและ กิจกรรมบริการ	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง			
	กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหา การกิน หรือการ ขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะ สับสนทางสมอง	กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสับสน ทางสมอง	กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการ กิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง	กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง หรืออยู่ใน ระยะท้ายของชีวิต
๔. จัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ (อุปกรณ์การแพทย์ และอุปกรณ์เครื่องช่วย อาจขอยืมหรือได้รับ จากสิทธิบริการอื่น ๆ เช่น จาก อปท. หน่วย บริการ สถานบริการ หรือภาคเอกชน)	จัดหาอุปกรณ์การแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็นตามสภาพผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	จัดหาอุปกรณ์การแพทย์และอุปกรณ์เครื่องช่วยที่จำเป็นตามสภาพผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	จัดหาอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นตามสภาพผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เช่น ที่นอนลม ชุดออกซิเจน เตียง ปรับระดับ เป็นต้น	จัดหาอุปกรณ์การแพทย์ที่จำเป็นตามสภาพผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง เช่น ที่นอนลม ชุดให้ออกซิเจน เตียง ปรับระดับ ชุดดูดเสมหะ/ช่องเหลว เป็นต้น
๕. ประเมินผลการดูแล และปรับแผนการดูแลรายบุคคล	โดยผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขหรือบุคลากรสาธารณสุข อย่างน้อย ๖ เดือน/ครั้ง	โดยผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขหรือบุคลากรสาธารณสุข อย่างน้อย ๓ เดือน/ครั้ง	โดยผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขหรือบุคลากรสาธารณสุข อย่างน้อย ๓ เดือน/ครั้ง	โดยผู้จัดการการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขหรือบุคลากรสาธารณสุข อย่างน้อย ๑ เดือน/ครั้ง

ด่วนที่สุด

ที่ สธ ๐๔๔๑.๐๗/๑.๖๐๕๖



กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๗ ธันวาคม ๒๕๕๙

เรื่อง แนวทางการบริหารจัดการโครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ดูแลระยะยาว (Long Term Care)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง

- สิ่งที่ส่งมาด้วย ๑. ตัวอย่างโครงการ
๒. ตัวอย่างใบสั่งจ้าง

จากยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ให้ความสำคัญในด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน สร้างโอกาสความเสมอภาคและเท่าเทียมกันทางสังคม รัฐบาลและกระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุแบบบูรณาการร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระทรวง และหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำรงชีพ ภายใต้โครงการพัฒนาระบบดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ดูแลระยะยาว (Long Term Care) ในปี ๒๕๕๙ และต่อเนื่องในปี ๒๕๖๐ โดยกลไกที่สำคัญคือผู้จัดการดูแล (Care manager) ผู้ดูแล (Caregiver) และมีแผนการดูแลผู้สูงอายुरายบุคคล (Care plan) นั้น

กระทรวงสาธารณสุข เห็นว่า เพื่อให้การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เกิดประสิทธิผล ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม จึงขอให้ทุกจังหวัด ดำเนินงานตามแนวทาง ดังนี้

๑. การจัดอบรมผู้จัดการดูแล (Care manager) และผู้ดูแล (Caregiver) ในระดับพื้นที่โดยศูนย์อนามัยเขต ร่วมกับเขตสุขภาพ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานจากกรมอนามัย

๒. ผู้จัดการดูแล (Care manager) และทีมออกประเมินคัดกรองผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง และจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายुरายบุคคล (Care plan) รวมทั้งจัดบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ โดยใช้งบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โอนให้ CUP แห่งละ ๑๐๐,๐๐๐ บาท (หนึ่งแสนบาทถ้วน)

๓. หน่วยบริการเสนอโครงการและแผนการดูแลผู้สูงอายुरายบุคคล (Care plan) เพื่อให้คณะอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) อนุมัติงบประมาณในลักษณะเหมาจ่ายตามแผนการดูแลผู้สูงอายुरายบุคคล (Care plan) ตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ๑ และเมื่อหน่วยบริการได้รับเงินมาแล้ว ให้นำเข้าบัญชีเงินบำรุงของหน่วยบริการ โดยแยกประเภทเงินแต่ไม่แยกบัญชี เพื่อใช้ตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

.../๔. หน่วยบริการ



๔. หน่วยบริการจัดการดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) ด้วยผู้ดูแล (Caregiver) เป็นแบบอาสาสมัคร โดยให้หน่วยบริการดำเนินการจ่ายเงินสนับสนุนการทำงานของผู้ดูแล (Caregiver) ไม่เกิน ๓๐๐ บาท ต่อผู้ดูแล (Caregiver) ๑ คน ต่อเดือน ในลักษณะการจ้างเหมาตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยเงินบำรุงของหน่วยบริการในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ.๒๕๓๖ และที่แก้ไขเพิ่มเติมตามแบบตัวอย่างใบสั่งจ้างที่ส่งมาด้วย ๒

จึงเรียนมาเพื่อถือปฏิบัติต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ

(นายโสภณ ฒนชนม)
ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กรมอนามัย
สำนักอนามัยผู้สูงอายุ
โทร. ๐ ๒๕๕๓๐ ๔๕๐๔
โทรสาร ๐ ๒๕๕๓๐ ๔๕๐๐

โครงการเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามประกาศ
คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒)
พ.ศ. ๒๕๕๙ ของ (ชื่อหน่วยบริการ)อำเภอ.....จังหวัด.....

๑. หลักการและเหตุผล

โดยที่ประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุน
ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่
(ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ ข้อ ๕/๑ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีความพร้อม ความเหมาะสม ได้รับเงินเพิ่ม
จากจากกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในส่วนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามที่
คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพกำหนดและให้ถือว่าเงินดังกล่าวเป็นเงินหรือทรัพย์สินในกองทุนหลักประกันสุขภาพ
แต่ให้เปิดบัญชีเงินฝากกับธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส.) ในชื่อ “บัญชีกองทุน
หลักประกันสุขภาพ ... (ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” แยกออกจากบัญชี
กองทุนหลักประกันสุขภาพ และข้อ ๗/๑ กำหนดให้นำเงินดังกล่าวใช้จ่ายเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมการจัดบริการดูแล
ระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตามชุดสิทธิประโยชน์ของศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
ในชุมชน หรือหน่วยบริการ หรือสถานบริการ ที่จัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
โดยจะต้องขอความเห็นชอบจากคณะกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงก่อน
จึงจำเป็นต้องเสนอโครงการเพื่อจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ดังกล่าว

๒. วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยหน่วยบริการ สถานบริการ โดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (care giver)

๓. กลุ่มเป้าหมาย

(๑) กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีปัญหาการกิน การขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะสับสนทางสมอง

(๒) กลุ่มที่เคลื่อนไหวได้บ้าง มีภาวะสับสนทางสมอง และอาจมีปัญหาการกิน การขับถ่าย

(๓) กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ ไม่มีปัญหาการกิน การขับถ่าย หรือเจ็บป่วยรุนแรง

(๔) กลุ่มที่เคลื่อนไหวเองไม่ได้ เจ็บป่วยรุนแรง หรืออยู่ในระยะท้ายของชีวิต

ทั้งนี้ จำนวนคนของแต่ละกลุ่มเป็นไปตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
(care plan) ที่แนบมาพร้อมนี้

๔. ระยะเวลา

ตั้งแต่วันที่เดือน.....พ.ศ.ถึง วันที่เดือน.....พ.ศ.

๕. วิธีดำเนินการ

เป็นไปตามเอกสารแนบท้ายประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง การ
กำหนดหลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงานและบริหารจัดการกองทุนหลักประกัน
สุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๕๙ ลงวันที่ ๘ กุมภาพันธ์ ๒๕๕๙ ชุดสิทธิประโยชน์
และอัตราค่าชดเชยค่าบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (เหมาจ่าย/รายปี) ที่แนบมาพร้อมนี้

๖. งบประมาณ...



๖. งบประมาณดำเนินการ

จากงบประมาณกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ได้เปิดบัญชีเงินฝากกับธนาคารเพื่อการเกษตรและสหกรณ์การเกษตร (ธกส.) ชื่อบัญชีกองทุนหลักประกันสุขภาพ (.....) ชื่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น) เพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยลักษณะเหมาะจ่ายตามแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ (care plan) ที่แนบมาพร้อมนี้ เป็นจำนวนเงิน บาท (.....)

๗. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จะได้รับการบริการดูแลและเฝ้าระวังด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามชุดสิทธิประโยชน์ที่เป็นการให้บริการในครัวเรือน หรือศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุชุมชน หรือที่หน่วยบริการ สถานบริการ โดยบุคลากรสาธารณสุขหรือผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

๘. การส่งมอบผลงาน

ส่งมอบสรุปผลสำเร็จในการดำเนินกิจกรรมบริการ ชุดสิทธิประโยชน์ ตามแผนการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงรายบุคคล ตามแบบที่แนบมาพร้อมนี้

๙. หน่วยงานที่รับผิดชอบ

..... (ชื่อหน่วยบริการ/สถานบริการ)

๑๐. ผู้รับผิดชอบโครงการ

..... (ชื่อหน่วยบริการ/สถานบริการ)

ผู้เขียนโครงการ

(.....)

หัวหน้าหน่วยงาน.....

ผู้เสนอโครงการ

(.....)

(ผู้อำนวยการ หน่วยบริการ/สถานพยาบาล)

ผู้เห็นชอบ/อนุมัติโครงการ

(.....)

(ประธานอนุกรรมการสนับสนุนการจัดบริการดูแลและเฝ้าระวังสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง)

ใบสั่งจ้าง

เลขที่ ที่
วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เรียน

ด้วยจังหวัด..... โดยโรงพยาบาล.....ได้ตกลงจ้างจากท่าน
ตามรายการดังต่อไปนี้

ลำดับที่	รายการ	ราคาต่อเดือน	จำนวนเดือน	รวมเป็น จำนวนเงิน
๑	จ้างเหมาผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ พึ่งพิง (Care giver) ตามรายละเอียด ขอบเขตของงานที่แนบ ตั้งแต่วันที่เดือน พ.ศ. ถึงวันที่ เดือน พ.ศ.	-		-

จำนวนเงิน (- ถ้วน)

โดยมีข้อตกลงเกี่ยวกับการจ้างไว้ด้วยกัน ดังนี้

- ผู้รับจ้างตกลงจะทำงานจ้างตามรายการที่กำหนดดังกล่าวข้างต้นให้แล้วเสร็จเรียบร้อย
- ถ้าผู้จ้างทำผิดข้อตกลงผู้ว่าจ้างมีสิทธิบอกเลิกใบสั่งจ้างและผู้รับจ้างยินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเสียหายอันเกิดจากการที่ผู้รับจ้างผิดข้อตกลงตามใบสั่งจ้างและหรือราคาที่เพิ่มขึ้นจากราคาที่กำหนดไว้ในข้อตกลงนี้ เนื่องจากการจ้างใหม่
- ในกรณีผู้รับจ้างไม่ปฏิบัติตามข้อตกลงหรือปฏิบัติไม่ครบถ้วนตามข้อตกลง แต่โรงพยาบาลมิได้บอกเลิกใบสั่งจ้าง ผู้รับจ้างยินยอมให้ปรับเป็นรายวัน ในอัตราวันละ ๑๐๐.๐๐ บาท (หนึ่งร้อยบาทถ้วน) จนกว่าจะปฏิบัติตามครบถ้วนตามข้อตกลงตามเงื่อนไขหรือจนถึงวันที่บอกเลิกใบสั่งจ้าง ในกรณีที่มีการบอกเลิกใบสั่งจ้าง

(ลงชื่อ) ผู้ว่าจ้าง
()

ผู้อำนวยการโรงพยาบาล
ปฏิบัติราชการแทนผู้ว่าราชการจังหวัด.....

ข้าพเจ้านาย/นาง/นางสาว.....อยู่บ้านเลขที่ หมู่
ตำบลอำเภอ.....จังหวัด.....เลขประจำตัวผู้เสียภาษี
.....ตกลงรับจ้างทำการตามรายการ ราคา และเงื่อนไขดังกล่าวข้างต้นจนแล้วเสร็จ

(ลงชื่อ) ผู้รับจ้าง
()

(ลงชื่อ) พยาน
()

(ลงชื่อ) พยาน
()



ด่วนที่สุด

ที่ สธ ๐๙๔๑.๐๔/ว ๑๖๒



กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒ ตุลาคม ๒๕๖๐

เรื่อง แนวทางการบริหารจัดการโครงการพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care)

เรียน นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด

อ้างถึง หนังสือกระทรวงสาธารณสุข ด่วนที่สุด ที่ สธ ๐๙๔๑.๐๓/ว ๑๐๕๑ ลงวันที่ ๒๓ ธันวาคม ๒๕๕๙

ตามหนังสือที่อ้างถึง กระทรวงสาธารณสุขได้แจ้งเวียนแนวทางการจัดอบรมผู้จัดการดูแล (Care manager; CM) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver; CG) ให้หน่วยบริการเสนอโครงการและแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan; CP) และการกำหนดให้หน่วยบริการดำเนินการจ่ายเงินสนับสนุนการทำงานของ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ไม่เกิน ๓๐๐ บาทต่อผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ๑ คนต่อเดือน ดังความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงนโยบายในเรื่องการจ่ายค่าตอบแทน Caregiver ดังนั้น จึงให้ยกเลิกความในข้อ ๔ ของหนังสือตามอ้างถึง และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน “๔. ให้หน่วยบริการสังกัดกระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Long Term Care) โดยการจ้างผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในลักษณะจิตอาสาตามแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care plan) และให้หน่วยบริการจ่ายเงินสนับสนุนการทำงานของ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในอัตราค่าจ้างเหมาจ่ายไม่เกิน ๑,๕๐๐ บาทต่อเดือนต่อผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ๑ คน ทั้งนี้ ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ๑ คน ให้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตั้งแต่ ๕ - ๑๐ คน ยกเว้นในกรณีที่พื้นที่มีผู้สูงอายุพึ่งพิงทั้งหมดน้อยกว่า ๕ คน ให้จ้างเหมาไม่เกิน ๖๐๐ บาทต่อเดือนต่อผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ๑ คน โดยให้ผู้จัดการดูแล (Care manager) เป็นผู้พิจารณาจัดสรรผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้แก่ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ตามศักยภาพ และคละกลุ่มของผู้สูงอายุให้เหมาะสม รวมทั้งให้ดำเนินการในลักษณะการจ้างเหมาบริการตามพระราชบัญญัติการจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ. ๒๕๖๐ โดยขอให้ดำเนินการดังนี้

๔.๑ การจ้างเหมาผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) รายใหม่ ให้ดำเนินการจ้างและมีสิทธิได้รับค่าจ้างตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ เป็นต้นไป

๔.๒ การจ้างเหมา ...



๔.๒ การจ้างเหมาผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) รายเก่า ให้ดำเนินการยกเลิกใบสั่งจ้างเดิม และมีสิทธิได้รับค่าจ้างในอัตราใหม่ ตั้งแต่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ เป็นต้นไป”

จึงเรียนมาเพื่อถือปฏิบัติต่อไปด้วย จะเป็นพระคุณ

ขอแสดงความนับถือ



(นายโอกาส การย์กวีพงศ์)
รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข
หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการสาธารณสุข
รักษาราชการแทนปลัดกระทรวงสาธารณสุข

กรมอนามัย
สำนักอนามัยผู้สูงอายุ
โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๔๕๐๔
โทรสาร ๐ ๒๕๕๐ ๔๕๐๐



แผนการสอนที่ 4

เรื่อง โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ และโรคที่พบบ่อยในวัยผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อให้ ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ

1. Caregiver สามารถบอกถึงการเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุได้
2. Caregiver สามารถอธิบายการดูแลผู้สูงอายุในภาวะต่างๆ รวมทั้งโรคที่เกิดขึ้นบ่อยในวัยผู้สูงอายุ

เนื้อหาวิชา

1. การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ
2. ภาวะสมองเสื่อม
3. การเคลื่อนไหวร่างกายและการจัดการสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ
4. การดูแลผิวหนังสำหรับผู้สูงอายุ
5. การมองเห็น
6. การได้ยิน
7. ภาวะกลืนปัสสาวะ
8. กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non – Communicable disease : NCDs)

รูปแบบ/วิธีการสอน

1. การบรรยาย
2. ถาม - ตอบ คำถามกลุ่มใหญ่

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียน ด้วยคำถามกลุ่มอาการสูงอายุ มีอะไรบ้าง
2. อธิบายให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจถึงกลุ่มอาการสูงอายุที่พบบ่อยในผู้สูงอายุในแต่ละกลุ่มอาการ
3. วิทยากรสรุป พร้อมให้ข้อเสนอแนะ

สื่อประกอบการเรียนการสอน / อุปกรณ์

1. หนังสือผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตร Caregiver
2. สื่ออบรม : โฟลว์นำเสนอ



คำแนะนำสำหรับวิทยากร

1. กิจกรรมการเรียนรู้ควรเน้นผู้เข้ารับการอบรมมีส่วนร่วมมากที่สุด

การประเมินผล

1. สังเกตการณ์มีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม
2. ประเมินจากการถาม - ตอบ



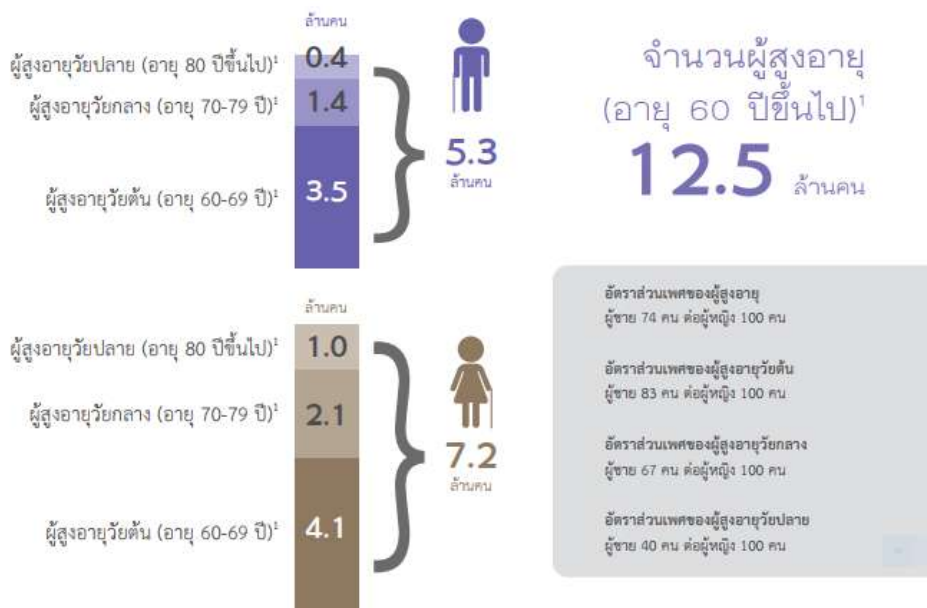
ใบความรู้ที่ 4.1

การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ

ประชากรไทย



ผู้สูงอายุ



ในปี 2564 อาเซียนมีประชากรรวมทั้งสิ้น 671 ล้านคน ประเทศสมาชิกอาเซียน 7 ประเทศ เป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว คือมีอัตราผู้สูงอายุ เกินร้อยละ 10 ได้แก่ สิงคโปร์ (ร้อยละ 22) ไทย (ร้อยละ 19) เวียดนาม (ร้อยละ 13) มาเลเซีย (ร้อยละ 11) อินโดนีเซีย (ร้อยละ 10) เมียนมา (ร้อยละ 10) และบรูไน (ร้อยละ 10) ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.7 ล้านคน ประชากรสูงอายุของประเทศไทยได้เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วมาก เมื่อ 50 ปีก่อน ประเทศไทยมีผู้สูงอายุไม่ถึง 2 ล้านคน แต่ในปี 2564 จำนวนผู้สูงอายุ เพิ่มเป็น 12.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด

การเปลี่ยนแปลงในวัยผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากประชากรในวัยอื่นๆ จากการสังเกตเพียงลักษณะภายนอก คนทั่วไปอาจรับรู้เพียงว่า ผู้สูงอายุจะมีผมหงอกสีขาวยาวเทา มีรอยเหี่ยวย่นบนใบหน้า บางรายมีโรคประจำตัวต้องทานยาประจำ แต่ความจริงแล้ว



ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในหลากหลายมิติ ทั้งมิติทางด้านร่างกายที่สังเกตเห็นได้จากภายนอกและการเปลี่ยนแปลงกลไกภายในร่างกาย รวมทั้งมิติทางด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนแปลงไปเช่นเดียวกัน

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายวิภาคและสรีรวิทยาเนื่องจากอายุที่เพิ่มมากขึ้นเช่น ภาวะผิวหนังแห้งจากการลดลงของต่อมเหงื่อและต่อมไขมัน ส่งผลให้ผิวหนังเกิดอาการผื่นคันได้บ่อยมากขึ้น มากไปกว่านั้นเวลาที่ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับภาวะเจ็บป่วย อาจส่งผลให้อาการและอาการแสดงของโรคนั้นๆ แตกต่างไปจากที่พบในวัยกลางคน ทำให้ยากแก่การวินิจฉัย บางอาการอาจจะไม่พบในผู้สูงอายุได้

เวลาเจ็บป่วยผู้สูงอายุมักมีอาการที่ไม่จำเพาะต่อระบบอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งอย่างชัดเจน ผู้สูงอายุจะมีอาการที่เรียกว่า กลุ่มอาการผู้สูงอายุ (Geriatric Syndrome) ได้แก่ ภาวะหกล้ม (Instability) การสูญเสียความสามารถในการเดิน (Immobilization) ปัสสาวะราด (Incontinence) ความสามารถทางสติปัญญาบกพร่อง (Interlectual impairment) ภาวะอ่อนเพลียเนื่องจากขาดสารอาหาร (Inanition) จึงทำให้ยากแก่การวินิจฉัยแยกโรค

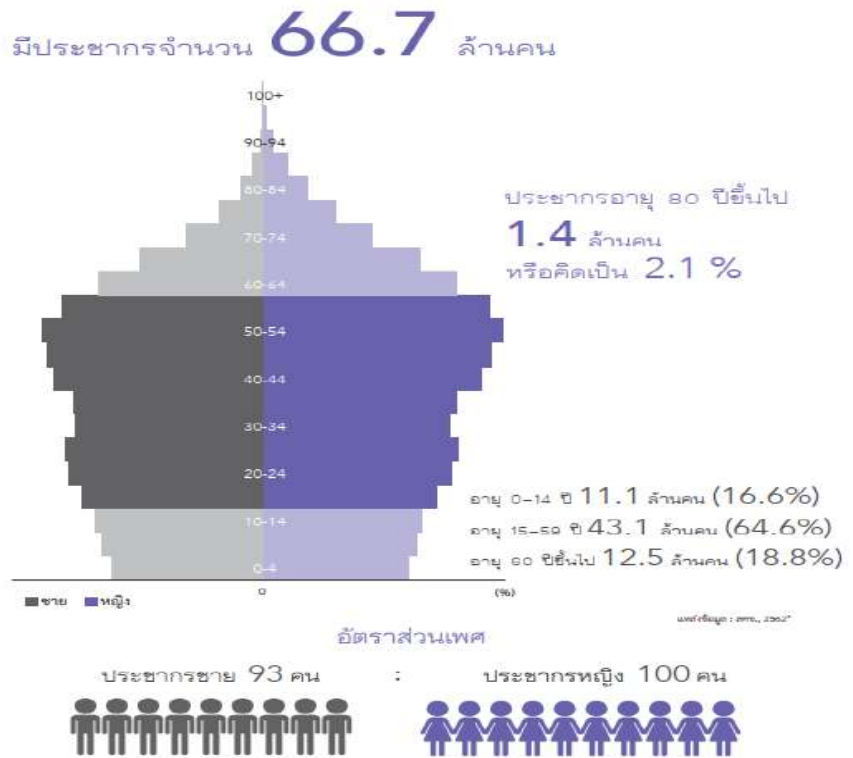
ผู้สูงอายุมักมีพยาธิสภาพหลายชนิดในร่างกายในเวลาเดียวกัน เนื่องจากความเสื่อมทางด้านกายวิภาคและสรีรวิทยา เช่น บางรายมีอาการข้อเข่าเสื่อมร่วมกับโรคเบาหวาน เป็นต้น

ผู้สูงอายุมักมีโอกาที่จะได้รับยาหลายขนานในเวลาเดียวกัน เนื่องจากมีพยาธิสภาพในหลายระบบของร่างกาย ส่งผลให้เกิดผลอันไม่พึงประสงค์จากยาได้มากขึ้น ผลปฏิกิริยาระหว่างยา รวมทั้งการขนส่งและกำจัดยาและสารต่างๆ ในร่างกายที่ถดถอยลง

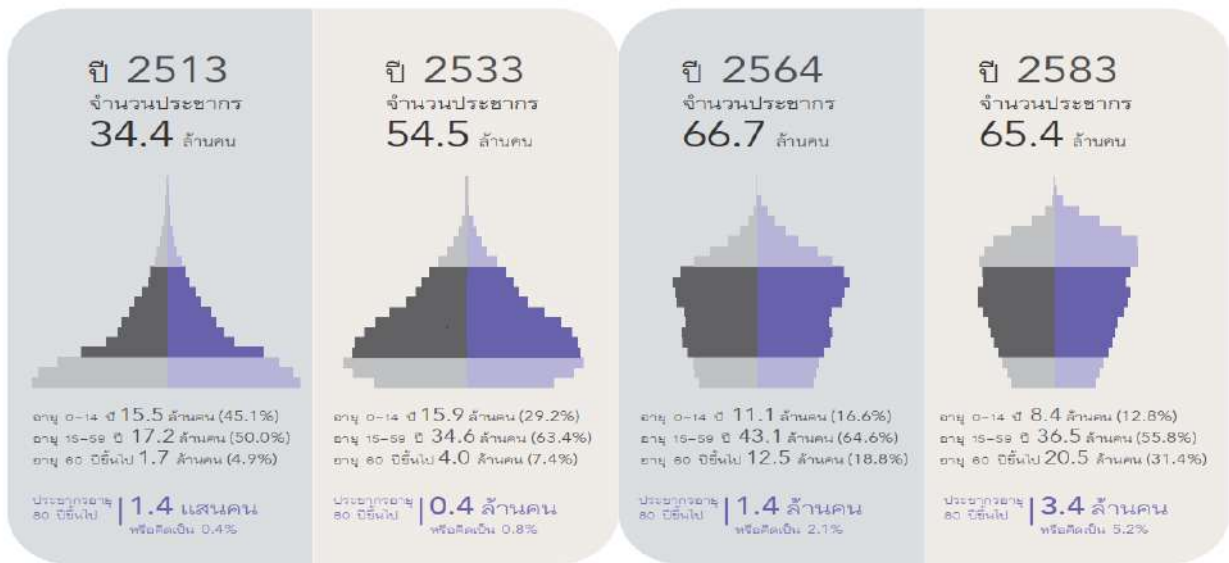
มิติทางด้านสังคมของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านอาชีพการงาน บางรายเกษียณอายุจากการทำงาน ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม บางรายมีการแยกครอบครัวของลูกที่เติบโตขึ้น หรือการจากไปของคู่ครองด้วยอายุที่เพิ่มมากขึ้น ด้านเศรษฐกิจ รายได้ที่ลดลง ค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเองรวมทั้งค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาสถานพยาบาล อีกทั้งปัจจัยด้านผู้ดูแลผู้สูงอายุและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ ลักษณะที่อยู่อาศัย ความปลอดภัย รวมถึงระบบสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เช่น ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข เป็นต้น ล้วนแล้วเป็นปัจจัยที่ต้องคำนึงถึงและประเมินให้ครบถ้วน

ดังนั้นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ บุคลากรผู้มีส่วนร่วมในการดูแลทุกภาคส่วนจึงควรมีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ และคำนึงถึงความแตกต่างของผู้สูงอายุกับบุคคลในวัยอื่นๆ อยู่เสมอ และสามารถประเมินสุขภาพของผู้สูงอายุครบทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม รวมถึงระบบในการดูแลผู้สูงอายุดังกล่าวข้างต้น เพื่อนำไปสู่การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างเป็นองค์รวมและได้มาตรฐาน





ในอีก 20 ปีข้างหน้า จำนวนผู้สูงอายุไทยจะเพิ่มจาก 12.5 ล้านคน ในปี 2564 เป็น 20.5 ล้านคน ในปี 2583 ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 31.4 ของประชากรทั้งหมด



เอกสารอ้างอิง

- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2564. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2565.
- วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. พศกาวทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุขั้นต้น. กรุงเทพฯ: สมาคมพศกาวทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย; 2560.



ใบความรู้ที่ 4.2

ภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม (Intellectual impairment)

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) คือ ภาวะที่สมองมีการทำงานบกพร่องในด้านปริชาน ได้แก่ ด้านความจำ ด้านการตัดสินใจ ด้านการวางแผน ด้านการรับรู้มิติสัมพันธ์ ด้านการใช้ภาษา ด้านสมาธิหรือความใส่ใจ ด้านความสามารถในการรับรู้เกี่ยวกับสังครอบตัว โดยการบกพร่องในด้านปริชานนี้ จะมีผลกระทบต่อความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน การทำงาน และการเข้าสังคม

อาการและอาการแสดงของภาวะสมองเสื่อม

ผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมจะมีอาการความจำเสื่อมโดยเฉพาะความจำระยะใหม่ๆ และความจำระยะสั้นไม่สามารถทำในสิ่งที่เคยทำได้ ลืมชื่อคนที่คุ้นเคย ลืมสิ่งของที่เคยวางเป็นประจำอยู่ที่ไหน มีปัญหาในการใช้ภาษา การลำดับทิศทาง และเวลา บุคลิกภาพ เปลี่ยนไปจากเดิม และเกิดอาการทางจิต มักจะพบอาการหลงผิด (delusions) ชนิดหวาดระแวง (paranoids) ประสาทหลอน (hallucinations) ภาวะสมองเสื่อมมักจะมีอาการเปลี่ยนแปลงและมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้น เป็นระยะโดยสามารถ จำแนกระดับและความรุนแรงของอาการสมองเสื่อม เป็น 3 ระดับ คือ

ระยะเริ่มต้น (Early Stage)	ผู้สูงอายุจะเริ่มมีความบกพร่องในด้านการปฏิบัติหน้าที่ การงาน และด้านสังคม อย่างเด่นชัด แต่ยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ มีอาการหลงลืมไม่มาก
ระยะกลาง (Moderate Stage)	ผู้สูงอายุจะช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลง ความจำเสียอย่างเห็นได้ชัด สับสนเกี่ยวกับเวลา สถานที่ ไม่สามารถแก้ปัญหาต่างๆ ได้ (อาการลืมจะเป็นมากขึ้น จะเริ่มจำสิ่งที่ทำไปแล้วไม่ได้)
ระยะรุนแรง (Advance Stage)	มีอาการสมองเสื่อมรุนแรงมากจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง สูญเสียความจำอย่างมาก สับสน ไม่รู้เวลา สถานที่ หรือเรื่องราวต่างๆ อาจมีอาการซึมเศร้า ไม่สามารถคิดหรือตัดสินใจได้ด้วยตนเอง

ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

- อายุมาก
- มีประวัติคนในครอบครัวมีภาวะสมองเสื่อม
- มีประวัติดื่มสุราเรื้อรัง หรือใช้สารเสพติด
- มีประวัติเคยได้รับอันตรายทางสมอง
- มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด
- มีโรคทางระบบประสาทบางชนิด



สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม จำแนกตามสาเหตุการณ์เกิดได้ 2 ประเภท

1. โรคสมองเสื่อมชนิดไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ (Non-treatable dementia)

โรคสมองเสื่อมชะลอการดำเนินโรคเกิดจากความผิดปกติหรือการเสื่อมลงของเซลล์ประสาทในสมอง (Neurodegenerative) ซึ่งยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด เช่น โรคอัลไซเมอร์ (Alzheimer's disease) ซึ่งเป็นภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อยที่สุดสมองเสื่อมประเภทนี้อาการจะรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ และไม่สามารถรักษาให้หายได้ แต่เชื่อว่าการลดปัจจัยเสี่ยงจะช่วยชะลอการดำเนินโรค และมีผลให้อุบัติการณ์ของภาวะสมองเสื่อมลดลง

2. โรคสมองเสื่อมชนิดสามารถรักษาได้ (Treatable dementia)

เกิดจากโรคต่างๆ ที่ทราบสาเหตุ เป็นผลจากโรคทางกายอื่นๆ ที่มีผลกระทบทำให้สมองเสื่อม เช่น

- โรคเกี่ยวกับหลอดเลือดสมอง ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง การสูบบุหรี่ เป็นต้น
- ความแปรปรวนของระบบในร่างกาย เช่น โรคของต่อมไทรอยด์ โรคตับ โรคไต เป็นต้น
- ภาวะขาดสารอาหารโดยเฉพาะภาวะขาดวิตามินบี 1 ในผู้ที่ดื่มสุราเป็นประจำ, ภาวะขาดวิตามินบี 12 จากการรับประทานอาหารมังสวิรัตินานกว่า 10 ปี หรือถูกตัดกระเพาะอาหารหรือลำไส้เล็กออกบางส่วน
- โรคติดเชื้อในสมอง เช่น ซิฟิลิส โรคเอดส์ สมองอักเสบ เยื่อหุ้มสมองอักเสบ เป็นต้น
- การถูกกระทบกระแทกที่สมองบ่อยๆ เช่น อาชีพนักมวย นักแข่งรถ เป็นต้น
- การมีส่วนประกอบของสมองเพิ่มขึ้น เช่น เนื้องอกในสมอง โพรงสมองขยายใหญ่เนื่องจากน้ำหล่อเลี้ยงสมองคั่ง (Hydrocephalus) การได้รับยาหรือสารพิษ เช่น ยานอนหลับ ยากล่อมประสาท ยาแก้แพ้รุ่นแรก

(Chlorpheniramine : CPM)

- ยารักษาโรคจิต ยาด้านความเศร้ากลุ่มไตรไซคลิก (tricyclic) ยาคลายกล้ามเนื้อ เป็นต้น

ซึ่งประเภทที่ 2 นี้ หากสามารถแก้ปัญหาก็เป็นเหตุได้ อาการของสมองเสื่อมก็จะหายไปด้วย

เกณฑ์และแนวทางการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

1. การซักประวัติ

- การเปลี่ยนแปลงความสามารถในการรู้คิด
- การเปลี่ยนแปลงความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน
- การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและอารมณ์
- โรคประจำตัวและประวัติการใช้ยา
- ประวัติบุคคลในครอบครัวมีโรคสมองเสื่อม

2. การตรวจร่างกาย การวัดสัญญาณชีพ โดยเฉพาะความดันโลหิตการตรวจหาความผิดปกติในร่างกายทั่วไป การตรวจทางระบบประสาทและการเดิน เป็นต้น

3. การทำแบบทดสอบด้านจิตประสาท (Neuropsychological test) โดยการใช้แบบประเมิน เช่น แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย 2002 (Mini Mental state Examination Thai 2002 (MMSE-T 2002) และ MONTREAL COGNITIVE



ASSESSMENT TEST (MOCA Test) ต่อไปนี้ในผู้สูงอายุที่เริ่มมีอาการหรือสงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมเพื่อให้การวินิจฉัยโรคถูกต้องมากขึ้นควรประเมินคัดกรองความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activity of Daily Living : ADL) ด้วย

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจรังสีสมอง

- การตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นเพื่อหาสาเหตุของสมองเสื่อมที่อาจเกิดจากภาวะที่สามารถรักษาให้หายได้ รวมถึงอาจตรวจพบความผิดปกติที่เป็นโรคร่วมที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยแนะนำให้ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้น ดังนี้

- การตรวจทางรังสีสมอง ได้แก่ การตรวจภาพถ่ายรังสีคอมพิวเตอร์ (Computerized Tomography: CT scan) การตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (Magnetic resonance imaging: MRI) แนะนำให้ตรวจทุกราย เพื่อแยกโรคอื่นๆ ที่ทำให้เกิดภาวะสมองเสื่อม เช่น เนื้องอก (Tumor), โพรงสมองคั่งน้ำชนิดความดันในกะโหลกศีรษะปกติ (Normal Pressure Hydrocephalus) นอกจากนี้ ยังช่วยยืนยันการวินิจฉัยโรคอัลไซเมอร์ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น

แนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อม

ยึดหลัก ABC

A – Activities of daily living (ADL) ได้แก่ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมสามารถทำกิจวัตรประจำวันของตนเองให้ได้มากที่สุด

B – Behavioral and psychological disorders (BPSD) ได้แก่ การจัดการปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์

C – Cognition and caregiver ได้แก่ การจัดการเกี่ยวกับการบกพร่องทางการรู้คิด ทั้งแบบใช้ยา และแบบไม่ใช้ยา รวมถึงการให้คำแนะนำการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมกับผู้ดูแล

แนวทางการรักษาภาวะสมองเสื่อม

การรักษาภาวะสมองเสื่อมมีเป้าหมายเพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยคงสมรรถภาพสมองไว้ให้นานที่สุดฟื้นฟูความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันส่งเสริมความสามารถในการสื่อสารพูดคุยบอกความต้องการส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัย และหากสมองเสื่อมมีความรุนแรงจะเน้นการรักษาแบบประคับประคองให้มีคุณภาพชีวิตให้ดีที่สุด

การรักษาภาวะสมองเสื่อม แบ่งออกเป็นดังนี้

1. การรักษาภาวะสมองเสื่อมโดยไม่ใช้ยา ส่งเสริมให้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเสริมทักษะการเข้าสังคม โดยการรักษาโดยไม่ใช้ยามีหลากหลายรูปแบบจึงต้องเลือกให้เหมาะสมกับความรุนแรงของโรคสมองเสื่อม และตามความเหมาะสมของบริบทของผู้ป่วยแต่ละรายยาที่ฤทธิ์ในการยับยั้งการทำงานของเอนไซม์อะเซทิลโคลีนเอสเตอเรส (Cholinesterase Inhibitors) (ChEIs) ยาที่สามารถชะลอความผิดปกติด้านความจำ ได้แก่ สารยับยั้งการทำลายสารสื่อประสาท (Cholinesterase inhibitors) เช่น Donepezil, Galantamine, Rivastigmine และ Memantine ภาวะแทรกซ้อนของยาในกลุ่มนี้จะทำให้เกิดการรบกวนระบบทางเดินอาหาร เช่น อาการคลื่นไส้ อาเจียน การเต้นของหัวใจช้า ขาเป็นตะคริว นอนไม่หลับ เป็นต้น

2. การรักษาภาวะสมองเสื่อมโดยการใช้ยา มีจุดมุ่งหมายเพื่อชะลอความเสื่อมของสมองและช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันให้ได้มากที่สุด ยาที่มีการใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ ยากลุ่ม Acetylcholinesterase inhibitor และยากลุ่ม NMDA receptor agonist



3. การจัดการดูแลทั่วไปสำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

3.1 การดูแลโรคร่วม

- 3.1.1 การรักษาและดูแลโรคที่ทำให้เกิดปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือด เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง
- 3.1.2 การส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสม
- 3.1.3 การบริหารจัดการยา ลดการใช้ยาที่ไม่เหมาะสม
- 3.1.4 การเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม
- 3.1.5 การรักษาอาการปวด

3.2 การประเมินและการดูแลกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric syndrome) ได้แก่

- 3.2.1 Intellectual impairment ได้แก่ ภาวะสมองเสื่อม ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน ภาวะซึมเศร้า
- 3.2.2 Instability ประเมินการหกล้ม การทรงตัว และการเคลื่อนไหว
- 3.2.3 Immobility ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการติดเตียง ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยติดเตียง
- 3.2.4 Incontinence ประเมินปัญหาเรื่องการกลั้นปัสสาวะ
- 3.2.5 Inanition ประเมินภาวะโภชนาการ
- 3.2.6 Iatrogenesis ประเมินการใช้ยาว่ามีการใช้ยาซ้ำซ้อนหรือไม่ รับประทานยาถูกวิธีหรือไม่ รวมถึง ประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา

3.3 การดูแลกิจวัตรประจำวัน

- 3.3.1 กิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (basic activities of daily livings, BADL) ได้แก่ การรับประทานอาหาร การล้างหน้าแปรงฟัน การขับถ่าย การใช้ห้องน้ำ การอาบน้ำแต่งตัว การขับถ่าย การลุกจากเตียง การขึ้นลงบันได
- 3.3.2 กิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์ (Instrumental activities of daily livings, IADL) ได้แก่ การจัดการยา การใช้เงิน การจ่ายตลาด การใช้โทรศัพท์ การทำอาหาร การล้างจาน การซักผ้า

3.4 การจัดสภาพแวดล้อม

- 3.4.1 จัดให้สิ่งแวดล้อมมีความปลอดภัย และสะดวกสบายต่อทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล
- 3.4.2 จัดให้สิ่งแวดล้อมเอื้อต่อการคงความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน
- 3.4.3 ควบคุมสิ่งกระตุ้น เพื่อลดปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์

3.5 การฟื้นฟูสมรรถภาพ

- 3.5.1 การทำกิจกรรมบำบัด
 - 3.5.1.1 การฝึกสมรรถภาพสมองด้านปริชาวน



3.5.1.2 การฝึกทักษะการกลืน

3.5.2 การทำกายภาพบำบัด

3.6 การดูแลปัญหาทางด้านพฤติกรรมอารมณ์ ปัญหาทางด้านพฤติกรรม เช่น การก้าวร้าว การกระสับกระส่าย ไม่อยู่นิ่ง การขาดความยับยั้งชั่งใจ ปัญหาการนอน การเดินโดยไร้จุดหมาย การมีพฤติกรรมซ้ำๆ การแสดงออกทางสังคมไม่เหมาะสม ส่วนปัญหาทางอารมณ์ เช่น ภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ฉุนเฉียวง่าย เห็นภาพหลอน หูแว่ว หลงผิด เป็นต้น

3.6.1 ผู้ป่วยควรได้รับการประเมินปัญหาทางพฤติกรรม รวมถึงความรุนแรง ด้วยหลักการประเมิน แบบ ABC ได้แก่

3.6.1.1 Antecedent การหาสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาทางพฤติกรรม

3.6.1.2 Behavior ชนิดของพฤติกรรมที่ผิดปกติ

3.6.1.3 Consequences ผลกระทบของพฤติกรรมที่ผิดปกติ ทั้งต่อตัวผู้ป่วย และผู้ดูแล

3.6.2 หากผู้ป่วยมีปัญหาทางพฤติกรรม ผู้ป่วยควรได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อหาสาเหตุที่อาจเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดปัญหา เช่น อาการเจ็บป่วยทางกาย เป็นต้น

3.6.3 การรักษาปัญหาทางพฤติกรรมอารมณ์

3.6.3.1 การรักษาโดยการไม่ใช้ยา เช่น การจัดสิ่งแวดล้อม การปรับพฤติกรรม การจัดกิจกรรมที่ผู้ป่วยคุ้นเคย การจัดการตารางเวลาให้คล้ายเดิมทุกวัน การฝึกอบรมดูแลผู้ดูแลผู้ป่วย

3.6.3.2 การรักษาโดยการให้ยาทางจิตเวช ใช้ในกรณีที่ไม่สามารถจัดการปัญหาด้วยวิธีการไม่ใช้ยา

3.7 การดูแลในระยะท้าย (End of life care) และการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning)

3.8 การดูแลปัญหาทางกฎหมาย



ใบความรู้ที่ 4.3

การเคลื่อนไหวร่างกายและการจัดการสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

ภาวะหกล้ม (Fall) หมายถึง เหตุการณ์ที่ร่างกายของคนๆหนึ่ง ล้มไปอยู่ที่พื้น หรือพื้นผิวที่ต่ำกว่าร่างกายโดยไม่ตั้งใจ ถือเป็นหนึ่งในกลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndrome) ที่สำคัญเนื่องจากพบได้บ่อย เป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุข จากข้อมูลทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มใน ปี พ.ศ. 2545 ประมาณ 391,000 คน และเพิ่มขึ้นเป็น 424,000 คน ในปี พ.ศ. 2555 สำหรับประเทศไทยมีผู้สูงอายุเสียชีวิตกว่า 1,000 คน หรือเฉลี่ยวันละ 3 คน จากการพลัดตกหกล้ม โดยเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตสูงกว่าเพศหญิงกว่า 3 เท่า โดยภาวะพลัดตกหกล้มมักเป็นสัญญาณเตือนถึงอาการผิดปกติที่ต้องหาสาเหตุ ให้การรักษา และป้องกันการเกิดซ้ำ ข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบว่าความชุกของการหกล้มภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 16.9 ผู้สูงอายุหญิงเคยหกล้มร้อยละ 19.9 สูงกว่าผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 13.2 สถานที่หกล้ม ผู้สูงอายุชาย ร้อยละ 68.5 และผู้สูงอายุหญิง ร้อยละ 62.5 มีการหกล้มภายนอกบริเวณบ้าน ร้อยละ 25.1 ในผู้ชาย และร้อยละ 34.5 ในผู้หญิงเป็นการล้มภายในบ้าน และสัดส่วนของการล้มนอกบ้าน ลดลงในกลุ่มอายุ 70 ปี ขึ้นไป จากการสำรวจพบว่าสาเหตุที่ทำให้ ผู้สูงอายุหกล้มคือ ลื่นหกล้มพบร้อยละ 37.6 และร้อยละ 36.8 ในผู้สูงอายุชายและหญิง ตามลำดับ รองลงมาคือการสะดุด สิ่งวัตถุสิ่งของ ซึ่งพบในผู้สูงอายุหญิงมากกว่าผู้ชาย (ร้อยละ 39.9 และ ร้อยละ 28.0 ตามลำดับ)

กลไกการควบคุมการทรงตัวและภาวะหกล้ม

กลไกการควบคุมการทรงตัวและภาวะหกล้ม ประกอบด้วย

1. ระบบประสาทสัมผัสรับรู้ (Sensory) ประกอบด้วย ระบบการมองเห็น (Visual) ระบบการควบคุมการทรงตัวของหูชั้นใน (Vestibular) และระบบสัมผัส (Proprioception)
2. ระบบประสาทส่วนกลาง (Central processing) ประกอบด้วยส่วนต่าง ๆ ของสมองที่มีส่วนในการจัดการข้อมูลและการสั่งการ
3. ระบบการทำงานของกล้ามเนื้อ (Muscle activity) จะมีการปรับตัวเพื่อตอบสนองต่อการสั่งงานของระบบประสาทส่วนกลาง

ปัจจัยเสี่ยงของภาวะหกล้ม

สาเหตุและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2559)

1. ปัจจัยเสี่ยงด้านร่างกาย เช่น
 - การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและความสามารถที่ลดลง เช่น การมองเห็น การเดิน การทรงตัว การรับรู้ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพศหญิง ภาวะสมองเสื่อม เป็นต้น
 - การเจ็บป่วยและโรคเรื้อรัง เช่น โรคไขข้อ อักเสบ โรคกระดูกพรุน โรคซึมเศร้า โรคสมองเสื่อม โรคเบาหวาน โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน การเคยมีการพลัดตกหกล้มมาก่อน การกลัวการพลัดตกหกล้ม เป็นต้น



โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน การเคยมีการพลัดตกหกล้มมาก่อน การกลัวการพลัดตกหกล้ม เป็นต้น

2. ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรม

- การดื่มแอลกอฮอล์ที่เกินพอดี
- การขาดการออกกำลังกาย
- การสวมใส่รองเท้าและเสื้อผ้าที่ไม่เหมาะสม
- การใช้ยา เช่น ยากลุ่ม Benzodiazepines, Anti-depressant, Anti-psychotic, NSAIDs, Anti-epileptic หรือ ยา Anti-hypertensive

3. ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม

- พื้นและบันไดลื่น พื้นต่างระดับ ไม่เรียบ
- มีสิ่งกีดขวางทางเดิน
- การออกแบบและสร้างอาคารหรือบ้าน ที่ไม่เหมาะสม
- แสงสว่างและสีที่ไม่เหมาะสม

4. ปัจจัยเสี่ยงด้านเศรษฐกิจและสังคม

- รายได้และระดับการศึกษาน้อย
- สัมพันธภาพในสังคมน้อย และขาดการสนับสนุนจากชุมชน
- เข้าถึงการบริการสุขภาพและสังคมน้อย
- ไม่มีผู้ช่วยเหลือใกล้ชิด
- ไม่มีอุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหว

แนวทางการรักษาและการป้องกันภาวะหกล้ม

1. มีแนวทางการคัดกรองและแนะนำให้ผู้สูงอายุเข้าสู่การคัดกรองภาวะพลัดตกหกล้มอย่างต่อเนื่อง

2. การปรับเปลี่ยนปัจจัยในแต่ละบุคคล

3. การให้การดูแลรักษาตามหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อป้องกันการหกล้ม ได้แก่

3.1 การประเมินอย่างครอบคลุมร่วมกับการมีกลยุทธ์มุ่งเน้นไปที่แต่ละปัจจัยเสี่ยง โดยอาจเลือกแบบประเมิน เช่น

- ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)
- ประเมินคัดกรองภาวะพลัดตกหกล้ม โดยการใช้เครื่องมือ TUGT
- ประเมินการมองเห็น โดย การใช้ Snellen Chart
- ประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม โดย การใช้เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุไทย ในชุมชน (Thai-FRAT)
- ประเมินภาวะโภชนาการ โดยการใช้เครื่องมือแบบคัดกรองภาวะโภชนาการ (SPENT screening tools) ซึ่งเป็นการคัดกรองด้วยข้อความ 4 ข้อ จากนั้นหากพบว่าผิดปกติ จะต้องเข้ารับการประเมินภาวะโภชนาการต่อ ซึ่งมีเครื่องมือหลายอย่างให้เลือกใช้ ได้แก่ Nutrition Alert Form(NAF), Nutrition Triage (NT), Mini Nutritional Assessment (MNA) และอื่นๆ เพื่อการส่งเสริมภาวะโภชนาการที่เหมาะสม



- 3.2 การออกกำลังกาย
- 3.3 การให้วิตามินดี
- 3.4 การทบทวนการใช้ยา ลดการใช้ยาที่มีความเสี่ยงเพิ่มโอกาสการหกล้ม
- 3.5 การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมบ้าน อาจใช้ข้อมูลอ้างอิงจาก คู่มือ “บ้านปลอดภัยไม่เสี่ยงล้ม”
กองส่งเสริมสวัสดิการและคุ้มครองสิทธิผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ ดังลิงค์
https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1611305872-337_0.pdf
- 3.6 แก้ไขปัญหาด้านการมองเห็น การหลีกเลี่ยงการใช้แว่นสายตาชนิดมีหลายเลนส์ในแว่นเดียว และการรักษาต่อกระจก
- 3.7 การตรวจรักษาปัญหาเรื่องเท้าและการเลือกรองเท้าให้เหมาะสม
- 3.8 การช่วยเหลือเบื้องต้น เมื่อพบผู้สูงอายุที่มีการพลัดตกหกล้ม
 - ควรตั้งสติให้ได้ อย่าตกใจ
 - ประเมินการบาดเจ็บของผู้พลัดตกหกล้ม ใช้หลัก ABCDE ได้แก่ airway, breathing, circulation, disability, exposure
 - หากผู้พลัดตกหกล้มไม่สามารถขยับและลุกเองได้ หรือเมื่อขยับขาแล้วรู้สึกปวดสะโพกโคนขา ไม่ควรเคลื่อนไหว เพื่อป้องกันกระดูกที่หักปลายเนื้อเยื่อ หลอดเลือด และเส้นประสาทใกล้เคียง
 - นำส่งสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน หรือโทร 1669 เพื่อขอความช่วยเหลือจากหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

การส่งเสริมกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุควรคำนึงถึงอะไรบ้าง

เนื่องจากผู้สูงอายุจำนวนมากไม่ค่อยออกกำลังกายหรือไม่ชอบออกกำลังกายตั้งแต่วัยหนุ่มสาวทำให้ขาดความเข้าใจในเรื่องการดูแลสุขภาพร่างกายเมื่ออายุมากขึ้นก็ส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอหรือมีปัญหาทางสุขภาพได้ง่าย อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะได้รับคำแนะนำทั้งจากแพทย์ อาสาสมัคร ผู้นำชุมชน หรือเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับสุขภาพเกี่ยวกับการออกกำลังกาย ทำให้หลายๆ ท่านเริ่มหันมาสนใจสุขภาพของตนเองมากขึ้นในเรื่องของการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุนั้นจะมีสิ่งที่คุณควรคำนึงคือควรเริ่มจากการยืดกล้ามเนื้อและอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง เพราะเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ ร่างกายจะเริ่มเสื่อมสภาพลงทำให้การออกกำลังกายเป็นเรื่องยากและก่อให้เกิดอาการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อได้ เลือกสวมรองเท้าออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อช่วยในการเคลื่อนไหวร่างกาย เลือกกิจกรรมที่ทำติดต่อกันได้ 10 – 15 นาที เลือกกิจกรรมที่ไม่ทำให้เกิดความเครียดควรมีเพื่อนหรือคนในครอบครัวร่วมออกกำลังกายอย่างน้อย 1 คน



รูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุได้แก่

1. การเดินหรือวิ่งช้าๆ

ผู้สูงอายุควรเริ่มออกกำลังกายจากเบาไปหนักโดยเริ่มจากการเดินช้าๆ เพื่อให้ร่างกายปรับสภาพสักระยะหนึ่งจนร่างกายเคยชินกับการเดินแล้วค่อยเพิ่มความเร็วขึ้นเป็นการเดินเร็วหรือการวิ่ง สำหรับผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับข้อเข่าหรือข้อเท้าก็ไม่ควรวิ่งเนื่องจากจะส่งผลให้เกิดอาการบาดเจ็บมากขึ้น การเดินหรือวิ่งสามารถทำได้ที่สนามหรือสวนสุขภาพที่มีอากาศปลอดโปร่ง มีพื้นผิวที่เรียบเพื่อไม่ให้สะดุดล้ม นอกจากนี้ควรเลือกสวมรองเท้าผ้าใบที่กระชับเพื่อรักษาข้อต่อต่างๆ ไม่ให้ได้รับแรงกระแทกมากเกินไป

2. กายบริหาร

ทางเลือกสำหรับผู้ที่ต้องการออกกำลังกายที่บ้าน โดยสามารถออกกำลังกายได้ทุกสัดส่วนพร้อมทั้งฝึกความอดทน การทรงตัว และความยืดหยุ่นของร่างกาย ซึ่งกายบริหารมีหลายท่าให้เลือกตามความเหมาะสม เช่น เหยียดน่อง เขย่งปลายเท้า ย่อเข่า โยกลำตัว เป็นต้น

3. ว่ายน้ำหรือเดินในน้ำ

การออกกำลังกายในน้ำสำหรับผู้สูงอายุ เหมาะกับผู้ที่มีข้อเข่าเสื่อมเพราะการว่ายน้ำช่วยลดแรงกระแทกโดยตรงกับพื้นแข็ง ช่วยในการฝึกกล้ามเนื้อในทุกระดับของร่างกายและฝึกการหายใจอย่างเป็นระบบได้ สำหรับผู้สูงอายุที่ว่ายน้ำไม่เป็นสามารถออกกำลังกายได้โดยการเดินในน้ำไปมาเพื่อให้กล้ามเนื้อได้ออกแรงมากขึ้น

4. ชี้อัจฉริยะ

การชี่จักรยานเหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีความแข็งแรงเนื่องจากต้องควบคุมจักรยานและออกแรงมากกว่าปกติ การชี่จักรยานช่วยเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขามากขึ้นอีก ทั้งยังทำให้ได้รับความเพลิดเพลินจากการชี่ไปยังสถานที่ต่างๆ และเหมาะกับการไปเป็นหมู่คณะ

5. รำมวยจีน

รำมวยจีนเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ให้ทั้งความอดทน ความแข็งแรงความยืดหยุ่น ซึ่งนอกจากทางด้านร่างกายแล้วยังช่วยในการฝึกจิตใจและการหายใจให้เป็นไปตามธรรมชาติการรำมวยจีนทำให้ผู้สูงอายุได้เข้าสังคมมากขึ้น เนื่องจากจะได้มาร่วมออกกำลังกายกันเป็นกลุ่ม และช่วยสร้างสังคมผู้สูงอายุที่มีความชอบในการดูแลตัวเองอีกด้วย

6. โยคะ

โยคะเป็นวิทยาศาสตร์แขนงหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติมีสุขภาวะที่ดีขึ้น ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แต่การออกกำลังกายด้วยโยคะจะต้องมีการฝึกฝนอย่างถูกวิธีถึงจะได้ผลดีต่อร่างกาย

5. รำกระบอง

ในส่วนของรำกระบองนั้น เป็นการออกกำลังกายที่ส่งผลดีต่อกระดูกสันหลัง จนนำมาสู่การส่งผลดีต่ออวัยวะต่างๆ ที่อยู่ในส่วนปลายของร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นนิ้วเท้าหรือนิ้วมือ อีกทั้งยังช่วยยืดเอ็นร้อยหวายรวมถึงกล้ามเนื้อในส่วนของน่องได้เป็นอย่างดี ซึ่งกล้ามเนื้อน่องนั้นถือเป็นอวัยวะที่มีส่วนในการเคลื่อนไหวและการโค้งงอของส่วนปลายของร่างกาย จึงทำให้ร่างกายสามารถยืดหยุ่นได้มากขึ้น



1. ช่วยต้านทานโรคและรักษาโรคได้ การได้ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและถูกวิธีส่งผลให้มีโอกาสการเกิดโรคภัยไข้เจ็บลดลงได้ เนื่องจากร่างกายมีความแข็งแรงและระบบการทำงานภายในร่างกายที่ยังทำงานได้เป็นปกติ นอกจากนี้การออกกำลังกายเป็นประจำยังช่วยรักษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง ให้ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดลดลงได้

2. ชะลอการเสื่อมของอวัยวะ เมื่อเข้าสู่ช่วงวัยสูงอายุระบบการทำงานของร่างกายจะเริ่มมีความอ่อนแอลงรวมถึงอวัยวะภายในที่อาจทำงานได้ไม่เป็นปกติ การออกกำลังกายจึงช่วยให้ความแข็งแรงของระบบการทำงานร่างกายได้ทำงานเป็นปกติอีกครั้ง ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของการออกกำลังกายของแต่ละบุคคลด้วย ถ้าผู้สูงอายุออกกำลังกายเป็นประจำก็จะช่วยในการชะลอการเสื่อมของอวัยวะได้มากขึ้น

3. ช่วยในการทรงตัวและมีรูปร่างดีขึ้น เมื่อเข้าสู่ช่วงวัยสูงอายุจะมีปัญหาในเรื่องของกระดูกที่เริ่มไม่แข็งแรงที่อาจมาจากปัญหาการมีน้ำหนักตัวมากเกินไปส่งผลให้กระดูกอ่อนแอและมีอาการเจ็บปวดตามข้อต่อร่างกายได้บ่อยๆ รวมถึงอาจเกิดการทรงตัวที่ไม่ค่อยดีการออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหรือการฝึกฝนกล้ามเนื้อให้แข็งแรงจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการทรงตัวให้ดีขึ้น ซึ่งนอกจากนั้นแล้วผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพและ ครบ 5 หมู่ด้วย เพื่อช่วยในการลดน้ำหนักตัวที่จะทำให้มีปัญหาระบบการทรงตัวได้

4. ช่วยสร้างสุขภาพจิตที่ดีขึ้น การออกกำลังกายนอกจากจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีร่างกายและระบบภายในที่แข็งแรงแล้วยังช่วยในการสร้างสุขภาพจิตที่ดีขึ้นด้วย เมื่อไม่มีโรคภัยหรืออาการเจ็บป่วยมารุมเร้าก็จะช่วยลดความกังวลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยนอกจากนี้แล้วเมื่อผู้สูงอายุได้มาออกกำลังกายร่วมกันตามสวนสุขภาพ ก็จะช่วยสร้างสังคมผู้สูงอายุที่อบอุ่นแลตัวเองทำให้เกิดสังคมใหม่ขึ้นมาได้

5. ส่งผลดีต่อการใช้ชีวิตประจำวัน เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุสิ่งที่เคยทำได้อย่างรวดเร็วในตอนที่ยังหนุ่มก็จะทำได้ช้าลงไม่ว่าจะเป็นการเดิน การลุกการนั่ง หรือกิจกรรมที่อาศัยการเคลื่อนไหวร่างกายมากๆ ก็จะทำให้ได้ไม่ไหว ดังนั้นการออกกำลังกายจึงช่วยให้ผู้สูงอายุยังสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้เป็นปกติหรือลดความลำบากในการทำกิจกรรมเหล่านั้นลงได้

การออกกำลังกายเป็นประจำจะช่วยให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่ป่วยง่าย อีกทั้งยังช่วยกระตุ้นการหลั่งสารเคมีในสมองทำให้รู้สึกผ่อนคลายและมีความสุขมากขึ้น บุคคลทั่วไปจึงควรออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อย 3 – 5 วันต่อสัปดาห์ แต่สำหรับวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในหลาย ๆ ด้านโดยเฉพาะร่างกายและสมรรถภาพที่เริ่มเสื่อมถอย การออกกำลังกายจึงเป็นเรื่องที่ต้องเป็นไปอย่างเหมาะสมกับวัยและสภาพร่างกายเพื่อป้องกันอุบัติเหตุและปัญหาอื่นที่อาจตามมา



ประโยชน์ของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

ชะลอการเสื่อมของอวัยวะและระบบต่าง ๆ ในร่างกายการออกกำลังกายจะช่วยให้ระบบไหลเวียนเลือด ปอด หัวใจทำงานดีขึ้น ระบบต่าง ๆ ในร่างกายทำงานได้อย่างปกติ ช่วยชะลอความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพรักษาและต้านทานโรคบางชนิดการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและถูกวิธีจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง เพราะการออกกำลังกายจะช่วยให้ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดลดลง อีกทั้งช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและโรคความดันโลหิตสูง ช่วยในการทรงตัวการออกกำลังกาย จะช่วยเพิ่มการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น ข้อต่อต่างๆ ทำงานได้ดียิ่งขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อกลุ่มต่างๆ ประสานงานกันได้ดี นำไปสู่การเคลื่อนไหวอย่างถูกต้อง และมีประสิทธิภาพสามารถทรงตัวได้ดียิ่งขึ้น ป้องกันอาการข้อยึดติด สุขภาพจิตดี แจ่มใสนอกจากสุขภาพกายแล้ว การออกกำลังกายจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นด้วย เนื่องจากการกระตุ้นการหลั่งสารในสมอง ช่วยผ่อนคลายความเครียด ไม่ซึมเศร้า ไม่วิตกกังวล สุขภาพจิตดีขึ้น และนอนหลับสบายส่งเสริมการเข้าสังคมหากผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายตามสวนสาธารณะหรือสวนสุขภาพจะทำให้ได้พบปะเพื่อนใหม่และเป็นการส่งเสริมการเข้าสังคม ลดความรู้สึกเหงา ว้าเหว และได้แลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์ใหม่ๆ ใช้ชีวิตประจำวันได้ดีขึ้นการออกกำลังกายช่วยให้ผู้สูงอายุเดิน ลุก นั่ง ขยับเขยื้อนร่างกายได้คล่องแคล่วยิ่งขึ้น ลดอัตราการหกล้มและยังสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้เป็นปกติหรือลดความลำบากในการทำกิจกรรมเหล่านั้นลงได้ เนื่องจากการมีกล้ามเนื้อและร่างกายที่แข็งแรงมากขึ้น

การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย

สภาพแวดล้อมอันหมายถึงสภาวะขององค์ประกอบแวดล้อมมนุษย์อันเป็นศูนย์กลางที่สามารถส่งผลต่อมนุษย์ ในมิติต่างๆ ผ่านการรับรู้ทาง ตา หู จมูก ลิ้น กาย หรือแม้กระทั่งการรับรู้ทางใจส่งผลให้เกิดความรู้สึกทางจิตใจ เช่น สุข ทุกข์ หรือเฉยๆ คือ ไม่สุขไม่ทุกข์ โดยอาจมีอิทธิพลต่อสุขภาพร่างกายทั้งทางกายภาพและทางจิตใจ ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อ ฟังลึกในจิตใต้สำนึก ทำให้รู้สึกประทับใจ รู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว ระแวง ติดตัวไปในระยะยาวได้ จนกว่าจะได้รับการบำบัดเยียวยา โดยจำแนกประเภทของสิ่งแวดล้อมออกเป็น 3 ด้าน คือ สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ (Physical Environment) เช่น วัตถุ สิ่งของรอบตัว แสงสว่าง เสียง สี คุณภาพอากาศ ภูมิทัศน์สิ่งแวดล้อมด้านสังคม (Social Environment) หมายถึง ความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้คน รวมถึงค่านิยม บทบาท หน้าที่ และการแสดงออกของผู้คนรอบตัว และสิ่งแวดล้อมด้านจิตใจ (Mental Environment) คือ สิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อปัจจัยภายในที่ทำให้เกิดความรู้สึก ผ่านความทรงจำและประสบการณ์ที่เคยรับรู้มาก่อน ความเหมาะสมและปลอดภัยในการจัดสิ่งแวดล้อมของมนุษย์ มีความจำเป็นที่จะต้องถูกออกแบบ และจัดการสิ่งแวดล้อมทั้ง 3 ด้านดังกล่าวเป็นอย่างดีให้เหมาะสมกับทุกช่วงวัย เพื่อป้องกันความเสี่ยงและความผิดพลาดจากอุบัติเหตุอันเกิดจากความเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจในเชิงป้องกัน



แนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ 5 ด้าน

ความเสื่อมถอยของร่างกายผู้สูงอายุในหลากหลายมิติ มีผลต่อการจัดการสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ ทั้งมิติทางกายภาพและมิติทางจิตใจ การออกแบบจัดการสิ่งแวดล้อมจึงนอกจากอ้างอิงตามมาตรฐาน (Standards) และหลักฐานจากงานวิจัย (Evidence-based) แล้ว การเข้าถึงมิติทางสุนทรียภาพและจิตวิญญาณ ก็มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง จึงอาจแบ่งแนวคิดการพิจารณาจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 สถานที่การใช้งานและความปลอดภัย (Function and Safety)

พิจารณาขนาด ระยะ ระดับ ขององค์ประกอบพื้นที่ใช้สอยที่ผู้สูงอายุใช้ดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ให้มีความเหมาะสมและปลอดภัยลักษณะการใช้สอยของพื้นที่ โดยจะต้องคำนึงถึงความกว้างขวาง ระดับความสว่าง การเลือกใช้สีสน การเลือกใช้วัสดุ รวมถึงความลื่น ความมั่นคง ทั้งนี้ นอกจากจะออกแบบเลือกใช้เพื่อความสะดวกแล้วยังต้องเน้นเรื่องความปลอดภัยของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ และต้องมีความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยสำหรับผู้ใช้งานทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน

ด้านที่ 2 สุนทรียภาพและความสุขสบาย (Sense and Comfort)

การยกระดับพื้นที่ใช้สอยสำหรับผู้สูงอายุนอกจากจะเป็นพื้นที่ที่เหมาะสมและปลอดภัยแล้ว สุนทรียภาพเป็นความงามที่เสริมให้องค์ประกอบพื้นที่เหล่านั้นมีคุณค่ามากขึ้น ซึ่งเกิดจากสัมผัสทางประสาทสัมผัสต่างๆ เช่น ภาพหรือสีสนที่มองเห็น เสียงที่ได้ยิน จมูกที่ได้กลิ่น ลิ้นที่รับรสชาติอาหาร ส่วนของร่างกายที่สัมผัสพื้นผิวต่างๆ ซึ่งส่งผลต่อระดับจิตใจเกิดสุนทรียภาพแล้วก่อให้เกิดความรู้สึกว่าสุขและความรู้สึกสบาย

ด้านที่ 3 ปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนทางสังคม (Interaction and Social support)

สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เกิดปฏิสัมพันธ์ทั้งทางกาย ทางวาจา ย่อมส่งผลต่อผู้สูงอายุทางจิตวิทยาสังคม (Social Psychology) พฤติกรรม การแสดงออก หรืออรรถาศัยของคนรอบข้าง การจัดพื้นที่ให้มีความเป็นสัดส่วน การเคารพในความเป็นส่วนตัว รวมถึงการสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อเพื่อเอื้ออาทรต่อผู้สูงอายุ ล้วนเป็นสิ่งแวดล้อมที่ต้องก่อให้เกิดสุขภาวะและสร้างความสนับสนุนทางสังคม

ด้านที่ 4 การเสริมพลังและอำนาจการตัดสินใจ (Empowerment and Informed Choice)

การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงกับคนทั่วไป เสมือนเป็นการให้อำนาจการตัดสินใจ ควบคุมและจัดการกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของชีวิตประจำวัน การจัดสิ่งแวดล้อมที่เป็นการเสริมพลัง (Empowerment) โดยให้ผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมถอยของร่างกายในระดับต่างๆ สามารถดำเนินกิจกรรมประจำวันได้อย่างเป็นธรรมชาติ โดยไม่ทำให้ผู้สูงอายุต้องรู้สึกถึงการต้องพึ่งพิงผู้ช่วย ใช้ชีวิตโดยปราศจากอุปกรณ์ช่วยเหลือถึงการออกแบบสำหรับผู้ใช้งานบางประเภทโดยเฉพาะ เช่น ทำห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุใช้เท่านั้น เพราะบางครั้งอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไม่คิดว่าตนเองเป็นภาระ ทำอะไรไม่ได้เหมือนคนอื่น

ด้านที่ 5 คุณค่าและความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Value and Spirituality well-being)



สิ่งแวดล้อมที่เสริมการเคารพต่อคุณค่าความเป็นมนุษย์ ตอบสนองต่อศรัทธาและความหมายของชีวิตเข้าใจความหมาย และคุณค่าของการดำรงชีวิต ซึ่งไม่เพียงแต่เกิดจากการออกแบบในเชิงสถาปัตยกรรมเท่านั้น หากแต่ประกอบด้วย การสร้างบรรยากาศแวดล้อมที่บุคคลรอบข้างผู้สูงอายุ แล้วบูรณาการโน้มน้าวให้พิจารณาคุณค่าอันสูงสุด ผ่านสัมผัสต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความสุข ความปิติและพบความผาสุกทางจิตวิญญาณ

เมื่อพิจารณาแนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมทั้ง 5 ด้านข้างต้นแล้ว จะพบว่า ระดับความซับซ้อนในการจัดสิ่งแวดล้อม จากด้านที่ 1 ไปถึงด้านที่ 5 เป็นการพัฒนาจากมิติทางกายภาพ (Physical dimension) ไปสู่มิติทางจิตวิญญาณ (Spiritual dimension) ที่เป็นนามธรรม ทั้งนี้ แนวคิด 5 ด้านนี้ นอกจากจะใช้เป็นแนวคิดในการจัดสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัย ของผู้สูงอายุแล้ว ยังสามารถพิจารณาใช้เป็นเกณฑ์ประเมินคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุได้ด้วย

การจัดสภาพแวดล้อมที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมของร่างกายในด้านต่างๆ เช่น การเสื่อมถอยทางการมองเห็น เช่น สายตาวัว ตาพร่ามัว จึงต้องการแสงสว่างมากขึ้น การเสื่อมถอยทางการได้ยิน เช่น หูตึง ได้ยินไม่ชัด และความเสื่อมถอยของกระดูก เช่น ข้อเข่าเสื่อม กระดูกพรุน หลังโค้งงอ นอกจากนี้ ยังอาจพบอาการทางประสาท การหลงลืม หรือสมองเสื่อม ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่างๆ รวมถึงอุบัติเหตุการหกล้มในผู้สูงอายุ

ปัจจัยด้านความเสื่อมของร่างกายบางอย่างก็ไม่สามารถควบคุมได้ การจัดสภาพแวดล้อมที่พักอาศัย จึงเป็นการ ออกแบบเชิงป้องกันที่จำเป็นจะต้องถูกนำมาพิจารณา เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม มีความสะดวกและปลอดภัย เมื่อนำแนวคิด ทฤษฎี ต่างๆ มาบูรณาการกับการออกแบบทางสถาปัตยกรรมให้เป็นหลักการ ที่เป็นรูปธรรม เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้งานตามบริบทของพื้นที่โดยการจัดเป็นหมวด ดังนี้

หมวด 1 ทางสัญจร เส้นทางที่ใช้สัญจรเชื่อมต่อพื้นที่ใช้สอยในอาคารพักอาศัย

ทางสัญจร	ทางเดิน	ทางลาด	บันได
คุณสมบัติทั่วไป	ปราศจากสิ่งกีดขวาง	เป็นเส้นทางตรง	ปราศจากสิ่งกีดขวางมีระยะ /ขนาดที่สม่ำเสมอ
ขนาด	0.90 – 1.80 ม.	ไม่น้อยกว่า 0.90 ม. มีชานพักทุกช่วง 6 ม.	ไม่น้อยกว่า 1.50 ม. มีชานพักทุกความสูง 2 ม.
พื้น	เรียบ ไม่ลื่น ไม่สะดุด		
ผนัง	มีผนังหรือขอบกั้นตก		
สี	สบายตา		
แสงสว่าง	เพียงพอ มองเห็นชัด		
อุปกรณ์	ราวจับ / ราวกั้นตก		
หมายเหตุ	ควรมีป้ายบอกทาง		



หมวด 2 พื้นที่ใช้สอย การจัดการพื้นที่ใช้สอยหลัก พิจารณาจากองค์ประกอบของพื้นที่ที่จำเป็น ดังนี้

- ห้องนั่งเล่น รับแขก

ห้องนั่งเล่น รับแขก ห้องรับประทานอาหาร	
คุณสมบัติทั่วไป	โล่ง โปร่ง สบาย มองเห็นวิวธรรมชาติภายนอกได้
ขนาด	ไม่อึดอัด สามารถใช้พื้นที่รับแขก-นั่งเล่น เชื่อมกับห้องรับประทานอาหารได้ มีพื้นที่ว่างระหว่างเครื่องเรือนสำหรับหมุนกลับตัวรถเข็นอย่างน้อย \varnothing 2.00 ม.
พื้น	เรียบ ไม่ลื่น ไม่เล่นระดับพื้น ทำความสะอาดง่าย
ผนัง	เรียบ ดูซับเสียงได้ ทำความสะอาดง่าย
สี	สว่าง สะอาด สบายตา
แสงสว่าง	แสงธรรมชาติเข้าถึงได้ ปรับความสว่างได้เพียงพอ มองเห็นชัดทั้งกลางวันและกลางคืน
อุปกรณ์	ราวจับ อุปกรณ์พยุงตัวหลีกเลี่ยงพรมเช็ดเท้าเพื่อป้องกันสะดุด
หมายเหตุ	หลีกเลี่ยงการวางของขวางทาง เช่น ถังขยะ อุปกรณ์ทำความสะอาดระดับความสูงของเฟอร์นิเจอร์ สิ่งอำนวยความสะดวก ตำแหน่งสวิทช์ - ปลั๊ก ต้องเหมาะสมกับผู้ใช้งานที่หลากหลาย
- ห้องนั่งเล่น ห้องรับแขกห้องน้ำ ห้องอาบน้ำ	
คุณสมบัติทั่วไป	เข้าถึงสะดวก ประตูบานเลื่อนน้ำหนักเบา
ขนาด	มีพื้นที่ว่างสำหรับหมุนกลับตัวรถเข็นอย่างน้อย \varnothing 1.50 ม. สำรองพื้นที่ว่างเพิ่มเติมในกรณีที่ต้องมีผู้ดูแลเข้ามาด้วย
พื้น	เรียบ ไม่ลื่น ระบายน้ำได้ดี ไม่เล่นระดับพื้น ทำความสะอาดง่าย
ผนัง	เรียบ ทำความสะอาดง่าย
สี	สะอาด สบายตา
แสงสว่าง	เพียงพอ มองเห็นชัด ทั้งกลางวันและกลางคืน
อุปกรณ์	ราวจับ อุปกรณ์พยุงตัว ก๊อกน้ำควรใช้แบบก้านโยก
หมายเหตุ	อ่างล้างมือควรเป็นอ่างลอย มีพื้นที่โล่งใต้อ่างให้รถเข็นเข้าถึงได้ระดับของสุขภัณฑ์ ต้องเหมาะสมกับผู้ใช้งานที่หลากหลาย
ห้องนอน	
คุณสมบัติทั่วไป	เข้าถึงสะดวก ใกล้ห้องน้ำ อยู่ใกล้ประตูทางเข้าออกของบ้าน และใกล้ห้องพักผู้ดูแล
ขนาด	มีพื้นที่ว่างสำหรับหมุนกลับตัวรถเข็นอย่างน้อย \varnothing 1.50 ม. เตียงนอนควรมีพื้นที่ว่าง 3 ด้านอย่างน้อย 0.90 ม. อาจสำรองพื้นที่ว่างเพิ่มเติมในกรณีที่ต้องมีผู้ดูแลเข้ามาอนด้วย



พื้น	เรียบ ไม่ลื่น ไม่เล่นระดับพื้น ทำความสะอาดง่าย
ผนัง	เรียบ ดูดซับเสียงได้ ทำความสะอาดง่าย
สี	สว่าง สะอาด สบายตา
แสงสว่าง	แสงธรรมชาติเข้าถึงได้ ปรับความสว่างได้เพียงพอ มองเห็นชัด ทั้งกลางวันและกลางคืน
อุปกรณ์	ราวจับ อุปกรณ์พยุงตัว หลีกเลี้ยงพรมเช็ดเท้าเพื่อป้องกันสะดุด
หมายเหตุ	หลีกเลี้ยงการวางของขวางทาง เช่น ถังขยะ อุปกรณ์ทำความสะอาด ระดับความสูงของเฟอร์นิเจอร์ สิ่งอำนวยความสะดวก ตำแหน่งสวิทช์ – ปลั๊ก ต้องเหมาะสมกับผู้ใช้งานที่หลากหลาย

หมวด 3 เครื่องเรือน ของใช้และพื้นที่พิเศษอื่นๆ ควรพิจารณาคุณสมบัติ ดังนี้

1. ขนาด ระดับ ระยะ ควรเหมาะสมกับลักษณะทางกายภาพของผู้ใช้ ไม่สูงหรือต่ำเกินไป เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ศักยภาพของร่างกายตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เครื่องเรือน (เฟอร์นิเจอร์) ควรออกแบบให้มีความแข็งแรง มั่นคง และมีการลบมุมทุกชิ้น
3. ควรเผื่อพื้นที่สำหรับผู้ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ รอบพื้นที่นั้นให้เพียงพอ โดยไม่ทำให้ผู้สูงอายุอึดอัด
4. หลีกเลี้ยงการวางของในตำแหน่งที่ต้องบิดตัว เอี้ยวตัว หรือเอื้อมมือไกลเกินไป ซึ่งอาจเกิดอุบัติเหตุจาก สูญเสียการทรงตัวได้
5. ติดตั้งราวจับให้ทั่วบริเวณที่ใช้งานเพื่อลดภาระการถือไม้เท้าและทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกรู้ว่าต้องพึ่งพา กายอุปกรณ์ส่วนตัว
6. ควรมีที่นั่งพักระหว่างทางเดิน โดยจัดไม่ให้ขวางทางสัญจรเพื่อลดความเสี่ยงจากอาการเหนื่อยล้าระหว่างทาง
7. ควรจัดให้มีมุมพักผ่อนสำหรับผู้สูงอายุ เช่น มุมสวนเล็กๆ เฉลียงหน้าบ้าน ศาลา หรือสนามหญ้า เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ใช้เวลาว่างในการนั่งเล่น เดินออกกำลังกาย รดน้ำต้นไม้ มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมรอบบ้าน หรือทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับครอบครัว
8. ติดตั้งสัญญาณขอความช่วยเหลือ ไว้ตามจุดต่างๆ ภายในบ้าน เช่น ห้องนั่งเล่น ห้องรับประทานอาหาร ห้องนอน ห้องน้ำ ห้องส้วม มุมพักผ่อน หรือห้องที่ผู้สูงอายุใช้เป็นประจำเพื่อลดความเสี่ยงและสามารถเข้าไปช่วยเหลือได้ทันเมื่อเกิดเหตุจำเป็นต้องการความช่วยเหลือ

เอกสารอ้างอิง

ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรดิตถ์. คู่มือกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ Physical Activity for Health [อินเทอร์เน็ต]. อุตรดิตถ์: ม.ป.พ.2564; [เข้าถึงเมื่อ 1 ก.พ.2566] เข้าถึงได้จาก <https://multimedia.anamai.moph.go.th/ebooks/physical-activity-for-health/>

Walsh, K., Roberts, J. and Bennett. G. Mobility in old age. Gerodontology. [Internet] 1999 [cited 2023 Feb 1]; 16: 69 – 74. Available from : <https://doi.org/10.1111/j.1741-2358.1999.00069.x>

Laksmi PW, Harimurti K, Setiati S, Soejono CH, Aries W, Roosheroe AG. Management of immobilization and its complication for elderly. Acta Med Indones. 2008; 40(4): 233-40.

แนวทางการดูแลรักษาผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes). นนทบุรี: สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข; 2558.

ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์. กลุ่มอาการสูงอายุและประเด็นทางสุขภาพที่น่าสนใจ. ขอนแก่น: หน่วยเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. พฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุสำหรับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุขั้นต้น. กรุงเทพฯ: สมาคมพฒนาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย; 2560.



ใบความรู้ที่ 4.4

การดูแลผิวหนังสำหรับผู้สูงอายุ

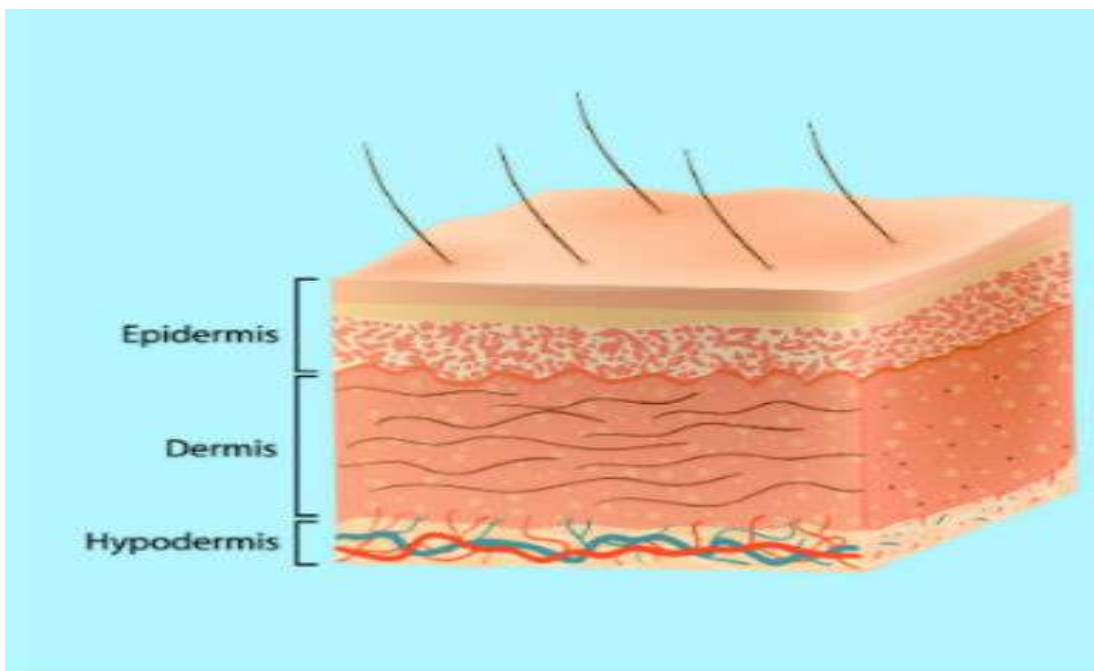
เมื่อก้าวถึงความชรา คนส่วนใหญ่จะสนใจเรื่องรูปลักษณ์ของผิวหนังอยู่เสมอ การเปลี่ยนแปลงที่สังเกตได้ชัดเจนที่สุดของผิวหนังเมื่ออายุมากขึ้น คือ ความแห้งกร้าน รอยเหี่ยวย่น การเปลี่ยนแปลงของสี และมีแนวโน้มที่จะเกิดการเปลี่ยนแปลงที่ไม่ร้ายแรงและร้ายแรง เช่น มะเร็ง การสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงและปัญหาผิวของผู้สูงอายุจะช่วยให้เข้าใจ ถึงความต้องการในการดูแลผิวหนังและวิธีส่งเสริมสุขภาพผิวได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยย้ำเตือนบุคลากรสาธารณสุขถึงความซับซ้อนของการทำงานของผิวหนังอีกด้วย

โครงสร้างและหน้าที่ของผิวหนัง

ผิวหนังเป็นอวัยวะที่ใหญ่ที่สุดของร่างกาย โดยมีพื้นที่ผิว 1.5 – 2 ตารางเมตร และมีน้ำหนักเฉลี่ย 2.7 กิโลกรัม ในผู้ใหญ่ แม้ว่าหน้าที่หลักของผิวหนังคือการปกป้องร่างกายจากสภาพแวดล้อมภายนอก โดยทำหน้าที่เป็นเกราะป้องกัน แต่ผิวหนังก็เป็นอวัยวะที่ซับซ้อนและมีหน้าที่อื่น ๆ มากมาย สิ่งเหล่านี้รวมถึงการควบคุมความรู้สึก การควบคุมอุณหภูมิ การตรวจจับภูมิคุ้มกัน การสังเคราะห์วิตามินดี การขับน้ำและเกลือแร่ออก และการเก็บสำรองน้ำและไขมันที่จำเป็นกับร่างกาย โครงสร้างโดยทั่วไปผิวหนังแบ่งออกเป็นสามชั้นหลัก ได้แก่ ผิวหนังชั้นนอก (หนังกำพร้า) ผิวหนังชั้นหนังแท้ และชั้นใต้ผิวหนัง ดังภาพ

ภาพแสดงโครงสร้างของผิวหนัง

ที่มา : www.skininstitute.co.nz



ชั้นหนังกำพร้า (Epidermis) เป็นผิวหนังชั้นบนสุดและบางที่สุด มีหน้าที่สำคัญในการสร้างเกราะป้องกันสภาพแวดล้อมภายนอก รวมทั้งป้องกันการสูญเสียน้ำมากเกินไป ในทางจุลกายวิภาคศาสตร์ หนังกำพร้า ประกอบด้วยเคอราติโนไซต์ที่จัดอยู่ในชั้นต่างๆ ขึ้นอยู่กับตำแหน่งทางกายวิภาค ชั้นเหล่านี้ได้แก่ Stratum basale, Stratum spinosum, Stratum granulosum, Stratum lucidum และ Stratum corneum นอกจากนี้หนังกำพร้ายังมีเซลล์ต่างๆ อาทิ เคอราติโนไซต์ เมลาโนไซต์ ซึ่งสร้างเม็ดสีของผิวหนังและเส้นผมและปกป้องจากรังสีอัลตราไวโอเล็ต และ Langerhans cells ซึ่งเป็นเซลล์ที่สร้างแอนติเจนชนิดหนึ่งที่มีบทบาทในการตรวจจับภูมิคุ้มกัน ในผิวหนังที่มีสุขภาพดี นอกจากนั้นในผิวหนังชั้นนี้ยังช่วยรักษาความยืดหยุ่นของผิวจากการดูดซับความชื้นในบรรยากาศอีกด้วย

ชั้นหนังแท้ (Dermis) เป็นส่วนประกอบหลักของผิวหนังมีความหนาแตกต่างกันตามส่วนต่างๆ ของร่างกายผิวหนังชั้นนี้มีหน้าที่หลากหลาย เช่น การรับรู้สภาพแวดล้อม การควบคุมอุณหภูมิ การป้องกันทางภูมิคุ้มกัน ตลอดจนช่วยกักเก็บน้ำ และรองรับการบาดเจ็บทางกลศาสตร์ด้วย โครงสร้างประกอบด้วย polysaccharides และโปรตีน (คอลลาเจนและอีลาสติน) ชั้นใต้ผิวหนัง (Hypodermis) ประกอบด้วยเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ซึ่งมีหน้าที่หลักในการเก็บไขมัน เพื่อเป็นฉนวนป้องกันความร้อน และรองรับแรงกระแทกต่างๆ

การเปลี่ยนแปลงผิวหนังตามอายุ

เมื่อคนเราอายุมากขึ้น ผิวหนังจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน และเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการชราที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และควบคุมโดยพันธุกรรมของแต่ละบุคคล ในขณะที่บางอย่างเกิดขึ้นจากปัจจัยภายนอก เช่น การสัมผัสแสงแดด และการสูบบุหรี่ โดยสามารถแจกแจงการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง และลักษณะทางคลินิกในผิวหนังชั้นต่างๆ ได้ดังตาราง

ตารางแสดงการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังและลักษณะทางคลินิกในผิวหนัง

ชั้นผิว	การเปลี่ยนแปลง	ลักษณะทางคลินิก
ชั้นหนังกำพร้า (Epidermis)	ปริมาณไขมันและความชุ่มชื้นลดลง	การปกป้องผิวลดลง และผิวแห้งกร้าน
	Melanocytes ทำงานลดลง	สีผิวไม่สม่ำเสมอ และความไวต่อแสงแดดสูงขึ้น
	Langerhans cells ลดลง	การตรวจจับภูมิคุ้มกันทำงานลดลง
	ความสามารถในการสร้างเยื่อผิวลดลง	การหายของแผลช้าลง
	รอยต่อระหว่างชั้นหนังกำพร้าและชั้นหนังแท้บางลง	เกิดริ้วรอยและความไวต่อแรงที่มากกระทำ
ชั้นหนังแท้ (Dermis)	ความหนาโดยรวมลดลง	กลไกการปกป้องผิวหนังลดลง
	การสังเคราะห์คอลลาเจน ความยืดหยุ่น และจำนวนหลอดเลือดลดลง	เกิดริ้วรอย เกิดบาดแผลได้ง่ายขึ้น และเมื่อมีแผลแล้วหายช้า
	โครงสร้างของต่อมเหงื่อและการทำงานของต่อมเหงื่อลดลง	ประสิทธิภาพการควบคุมอุณหภูมิของร่างกายลดลง
ชั้นใต้ผิวหนัง (Hypodermis)	การกระจายของไขมันใต้ผิวหนัง	ประสิทธิภาพการควบคุมอุณหภูมิของร่างกาย
	เปลี่ยนแปลง	ลดลง



ปัจจัยอีกประการที่ทำให้เกิดความเสื่อมของผิวหนังผู้สูงอายุ คือการตอบสนองของภูมิคุ้มกันที่ลดลง ซึ่งทำให้มีโอกาสต่อการเกิดเนื้อเยื่อเนื้องอกทั้งแบบไม่ร้ายแรงและมะเร็ง ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่ามะเร็งมีความสัมพันธ์กับความเสื่อมของผิวหนังจากการสัมผัสแสงแดด อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงชนิดที่ไม่ร้ายแรงแต่พบในผู้สูงอายุได้มาก อาทิ กระจกเนื้อ (Seborrheic keratosis) ซึ่งถือเป็นโรคผิวหนังที่เกิดจากการสัมผัสรังสีอัลตราไวโอเล็ตเป็นเวลานานทำให้เกิดจุดราบสีน้ำตาลอ่อน ซึ่งอาจนูนขึ้นหรือเป็นขุยสะเก็ด พบมากบริเวณจุดที่สัมผัสแสงแดด เช่น ใบหน้า หลังมือ แขน ขา และ ตีงเนื้อ (Skin tags) เป็นรอยโรคอีกชนิดที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยมักพบบริเวณเปลือกตา คอ รักแร้ มีลักษณะเป็นติ่งยื่นออกมาจากผิวหนัง ขนาดตั้งแต่ 1 – 10 มิลลิเมตร หากถูกเสียดสีอาจมีเลือดออกได้ ส่วนใหญ่ทั้งกระจกเนื้อและตีงเนื้อไม่มีอาการ และเป็นรอยโรคชนิดไม่ร้ายแรง แต่อย่างไรก็ตามถ้ารอยโรคมีขนาดใหญ่ขึ้นอย่างรวดเร็ว เปลี่ยนสี มีเลือดออก หรือมีอาการเจ็บปวด ควรปรึกษาแพทย์เพื่อได้รับการวินิจฉัย

ภาพแสดงรอยโรคชนิดไม่ร้ายแรงของผิวหนัง

(กระจกเนื้อ: Seborrheic keratosis)

ที่มา : www.epiphanydermatology.com/



ภาพแสดงรอยโรคชนิดไม่ร้ายแรงของผิวหนัง

(ตีงเนื้อ: Skin tags)

ที่มา : www.dallasdermcenter.com



การประเมินผิวหนังในผู้สูงอายุ

ในฐานะ Care Manager มีบทบาทในการดูแลสุขภาพผิวหนังของผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิด ดังนั้นจึงควรสามารถประเมินผิวหนังของผู้สูงอายุเบื้องต้น โดยอาศัยข้อมูลและการสังเกตดังนี้

1. การซักประวัติทั่วไปของผู้สูงอายุ ประวัติโรคผิวหนัง ยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (โดยเฉพาะยาที่ซื้อใช้เอง และสมุนไพร) ประวัติการใช้ผลิตภัณฑ์บำรุงผิว ประวัติสุขภาพจิต และความรู้สึกของผู้สูงอายุ ต่อภาพลักษณ์ตนเอง
2. การสังเกต : ลักษณะคุณภาพผิวหนังทั้งร่างกาย การบวม การเปลี่ยนสีของผิวหนัง รอยข้ำ รอยแดง รอยอักเสบ รอยการเกา หรือรอยแตกของผิวหนัง ตลอดจนแผลต่าง ๆ โดยจำเป็นต้องวัดขนาด และบันทึกรายละเอียดของแผลให้ชัดเจน
3. การสัมผัส : เพื่อประเมินความชุ่มชื้น ความบวม อุณหภูมิ และผิวสัมผัส
4. กลิ่น : ทั้งกลิ่นตัวของร่างกาย และกลิ่นจากรอยโรคของผิวหนัง เพื่อใช้ร่วมในการวินิจฉัย



โรคผิวหนังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

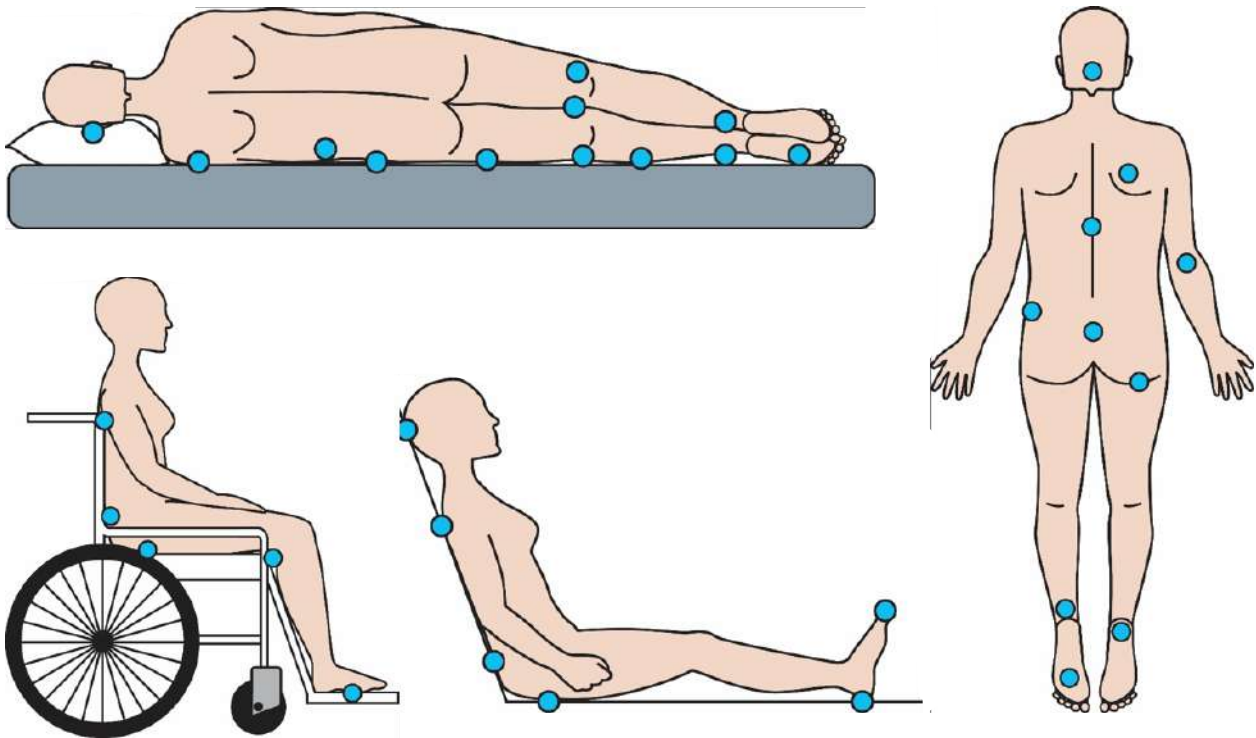
แผลกดทับ (Pressure ulcers) คือการบาดเจ็บของผิวหนังหรือเนื้อเยื่อของร่างกายที่เกิดจากแรงที่มากกระทำต่อผิวหนังอย่างต่อเนื่อง ทำให้การไหลเวียนเลือดไปบริเวณดังกล่าวลดลง ซึ่งส่งผลให้เนื้อเยื่อเหล่านั้นได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจนเกิดการขาดเลือด และทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อและผิวหนัง

การเกิดแผลกดทับเกิดจากแรง 3 แรงที่มากกระทำต่อผิวหนัง ได้แก่ 1) แรงกด (Pressure) ซึ่งมาจากน้ำหนักของผู้สูงอายุหรือน้ำหนักของอวัยวะต่างๆ 2) แรงไถล (Shear) เป็นแรงตามแนวเฉียงที่ทำให้หลอดเลือดบริเวณที่มีการกดทับบิดตัวและอุดตัน และ 3) แรงเสียดสี (Friction) เป็นแรงที่เกิดจากพื้นผิว 2 ชนิดสวนกัน ทำให้ความทนทานของเนื้อเยื่อลดลง นอกจากนี้ยังเกิดจากปัจจัยเสริมอื่นๆ ได้แก่ ความเปียกชื้น ภาวะทุพโภชนาการ อายุที่เพิ่มมากขึ้น การรับรู้ความรู้สึกที่ลดลง ภาวะเครียด หรือการใช้อุปกรณ์ต่างๆ ที่เสี่ยงต่อการกดทับ

ตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับได้บ่อย ในท่านอนหงาย เช่น ท้ายทอย เหนือกระดูกก้นกบ ส้นเท้า ในท่านอนตะแคง เช่น ปุ่มกระดูกต้นขา ในท่านั่ง เช่น เขิงกราน ส้นเท้า ข้อศอก

ภาพแสดงตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับได้บ่อย

ที่มา : <https://www.kentcht.nhs.uk/>



อาการเริ่มต้นของแผลกดทับ ประกอบด้วย

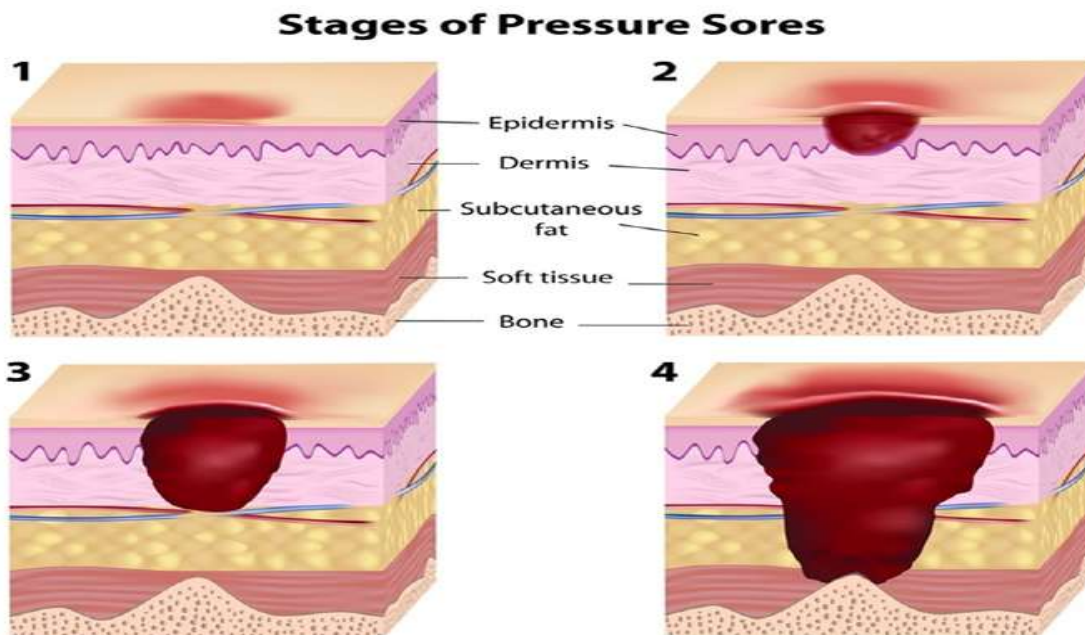
- สีผิวเปลี่ยนไป (มีรอยแดงในผิวหนังที่สีอ่อน, รอยช้ำในผิวหนังสีคล้ำ)
- ความรู้สึกของผิวหนังเปลี่ยนไป (ปวด, ชา)
- การเจ็บปวด อุ่น หรือร้อน ในบริเวณที่เกิดแผลกดทับได้บ่อย
- มีตุ่มน้ำ (Blister) บวม (Swelling) รอยถลอกบริเวณผิวหนัง

ระดับของแผลกดทับ แบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่

1. แผลกดทับระดับที่ 1 เกิดความเสียหายเฉพาะชั้นหนังกำพวด ผิวหนังยังมีลักษณะสมบูรณ์ แต่พบรอยแดงบริเวณที่เริ่มมีแผลกดทับ
2. แผลกดทับระดับที่ 2 มีความเสียหายชั้นหนังแท้ มีแผลสีแดง-ชมพู ซึ่งอาจพบตุ่มน้ำบริเวณผิวหนัง และเมื่อมีการแตกของตุ่มน้ำจะเกิดแองแผลตื้นๆ มันทวาร
3. แผลกดทับระดับที่ 3 มีความเสียหายถึงชั้นใต้ผิวหนัง และชั้นไขมัน แต่ไม่ถึงกล้ามเนื้อ กระดูก และเส้นเอ็น ผิวหนังบางส่วนอาจมีเนื้อตาย และเป็นโพรงแผล
4. แผลกดทับระดับที่ 4 มีความเสียหายของผิวหนังทั้งหมด รวมถึงกล้ามเนื้อ กระดูก และเส้นเอ็น อาจพบเนื้อตายลักษณะเหนียว (Slough) หรือสะเก็ด มักมีโพรงขนาดใหญ่ใต้ผิวหนัง และเสี่ยงต่อการติดเชื้อของกล้ามเนื้อและกระดูก

ภาพแสดงระดับของแผลกดทับ

ที่มา : www.news-medical.net/



การป้องกันการเกิดแผลกดทับ

1. ประเมินสภาพผิวหนังบริเวณก้นกบและปุ่มกระดูกต่างๆ ทุกครั้งที่มีโอกาสเสี่ยงต่อแผลกดทับ
2. ใช้ที่นอนลดหรือกระจายแรงกด โดยตรวจสอบประสิทธิภาพของที่นอนอย่างสม่ำเสมอ
3. พลิกตะแคงตัวและเปลี่ยนท่าทุก 2 ชั่วโมง อาจใช้ผ้ารองยกตัว ใช้หมอนรองเพื่อลดแรงกด หรือใช้เตียงปรับระดับเพื่อป้องกันการลื่นไถล
4. ดูแลผิวหนังหลังขับถ่ายปัสสาวะ และอุจจาระให้สะอาด ซับให้แห้ง ไม่อับชื้น ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะผิวหนังอักเสบจากภาวะกลั้นปัสสาวะ/อุจจาระไม่ได้ซึ่งคล้ายกับแผลกดทับ
5. การส่งเสริมโภชนาการของผู้สูงอายุที่เหมาะสม

การรักษาแผลกดทับ

1. การทำความสะอาดแผลด้วยความนุ่มนวล เพื่อลดการเจ็บปวดและบาดเจ็บเพิ่มเติม เน้นหลักการทำให้แผลชุ่มชื้น หลีกเลี่ยงการขัด-ถูบริเวณแผลและปากแผล โดยอาจใช้วิธีการ irrigation แทน
2. ใช้น้ำเกลือทำความสะอาดแผล และหลีกเลี่ยงสารที่สารถีทำลายเยื่อ เช่น povidone iodine บริเวณแผล เนื่องจากจะขัดขวางการซ่อมแซมเนื้อเยื่อ ซึ่งทำให้แผลหายช้าลง
3. ปิดแผลด้วยผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสม และแนบสนิท

ภาวะผิวแห้ง (Xerosis)

ที่มีแอลกอฮอล์และน้ำหอม สวมใส่เสื้อผ้าที่โปร่งสบายผิว ดื่มน้ำให้เพียงพอและหลีกเลี่ยงแสงแดดจัดเป็นเวลานาน เกิดจากน้ำมันที่เคลือบผิวหนังลดลงและการสูญเสียความชุ่มชื้นในผิวหนัง ทำให้ผิวหนังมีลักษณะเป็นขุย ไม่เรียบ มีสะเก็ด หรือเป็นแผ่น มีร่องแตกคล้ายเกล็ดปลาและอาจมีอาการคันร่วมด้วย พบได้ทั่วทั้งร่างกาย ดังนั้นในผู้สูงอายุควรป้องกันภาวะผิวแห้ง ด้วยการทาโลชั่นหรือออยล์ให้ความชุ่มชื้นกับผิว และเป็นเกราะป้องกันการสูญเสียความชุ่มชื้นของผิว หลีกเลี่ยงการอาบน้ำอุ่นจัดหรืออาบน้ำเป็นเวลานาน หลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์

โรคผิวหนังอื่นๆ ที่พบในผู้สูงอายุ

1. การติดเชื้อที่ผิวหนัง
 - เชื้อแบคทีเรีย เช่น แผลพุพอง (Impetigo/folliculitis), ผิวหนังอักเสบจากการติดเชื้อ (Cellulitis)
 - เชื้อไวรัส เช่น งูสวัด (Herpes zoster), หูดข้าวสุก (Molluscum contagiosum)
 - เชื้อรา เช่น โรคเชื้อราที่เล็บ (Onychomycosis), โรคกลาก (Tinea), สักคัง (Tinea cruris), แผลในร่มผ้า (Intertrigo)
2. การติดเชื้อปรสิต เช่น เหา โลน (Pediculosis), ทืด (Scabies)
3. ผิวหนังอักเสบ เช่น โรคผิวหนังอักเสบรูปลูกศร (Nummular eczema), โรคที่มีภาวะผิวหนังอักเสบจากต่อมไขมันในชั้นผิวหนัง (Seborrheic dermatitis), โรคผื่นระคายสัมผัส (Contact dermatitis)



4. โรคจากการถูกแสงแดด เช่น ภาวะยึดและหดตัวผิวหนัง (Solar elastosis), สิวแดด (Nodular elastoidosis), รอยย่นหนาในผิวหนัง (Cutis rhomboidalis nucae)
5. เนื้องอก
 - ชนิดไม่ร้ายแรง เช่น กระจเนื้อ (Seborrheic keratosis), ตีงเนื้อ (Skin tags), ฝีดแดง (Cherry angiomas), ฝีดขาว (Leukoplakia), Keratoacanthoma, Actinic keratosis
 - มะเร็ง เช่น รอยโรคริมฝีดปากอักเสบเหตุแสงแดด (Actinic cheilitis) มะเร็งผิวหนัง ชนิด basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma, malignant melanoma
6. โรคระบบภูมิคุ้มกัน เช่น โรคเพมฟิกอยด์ (Bullous pemphigoid)
7. ภาวะหลอดเลือดดำบกพร่องเรื้อรัง เช่น โรคผิวหนังจากเส้นเลือดขอด (Stasis dermatitis)
8. ฝีดผิวหนังจากการแพ้ยา (Cutaneous drug reactions)
9. โรคผิวหนังจากภาวะโภชนาการ (Nutritional changes)

การดูแลผิวหนังและการบำรุงผิวในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผิวหนังคงความสมบูรณ์ให้นานที่สุด ประกอบด้วย

1. การทำความสะอาดผิวหนัง ควรเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดผิวหนังที่อ่อนโยน เช่น ฝีดเช็ดทำความสะอาดผิวหนัง โฟมทำความสะอาดผิวหนัง สบู่เหลว และสบู่ก้อน เป็นต้น โดยเลือกผลิตภัณฑ์ที่มีค่าความเป็นกรดต่างเหมาะสมและใกล้เคียงความเป็นกรดต่างของผิวหนัง (pH 5.2- 5.5) หรือควรมีค่าเป็นกรดเล็กน้อย ซึ่งช่วยลดการเกิดผิวหนังถลอกและอักเสบแดง อย่างไรก็ตาม การทำความสะอาดผิวหนังบ่อย ๆ อาจทำให้มีการชะล้างเอาสารเคลือบผิวหนังตามธรรมชาติออกไป ส่งผลให้ผิวหนังแห้งมากขึ้น ดังนั้นการทำความสะอาดผิวหนังเพียงวันละ 2 ครั้ง แต่หากผิวหนังมีความสกปรกมาก อาจพิจารณาตามเหมาะสม
2. การใช้ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวหน้า ได้แก่ โลชั่นหรือครีม เพื่อป้องกันความชุ่มชื้นและลดโอกาสการเกิดผิวแห้ง ควรเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่อ่อนโยนไม่เป็นกรดต่างรุนแรง และมีราคาที่เหมาะสม
3. การดูแลภาวะโภชนาการ เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผิวหนังทั้งทำให้ผิวพรรณสุขภาพดี และลดโอกาสการเกิดบาดแผลหลายชนิด นอกจากนั้นการมีภาวะโภชนาการที่ดียังช่วยส่งเสริมให้ซ่อมแซมแผลให้หายได้ดีอีกด้วย โดยควรเน้นรับประทานอาหารประเภท โปรตีนจากเนื้อสัตว์ วิตามินซี วิตามินเอ และวิตามินอี ที่ได้จากผักผลไม้ และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ 5 หมู่
4. การดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอ วันละ 7 – 8 แก้ว เพื่อชะลอการเสียความชุ่มชื้นของผิว และช่วยในกระบวนการต่าง ๆ ของร่างกาย



ใบความรู้ที่ 4.5

การมองเห็น

การเปลี่ยนแปลงหรือความเสื่อมจากวัยสูงอายุ อาจเกิดขึ้นกับส่วนต่างๆ ของตา ทำให้เกิดโรคทางตาในผู้สูงอายุ ที่ควรรู้จักเพื่อรักษาสุขภาพตาของผู้สูงอายุให้อยู่ได้นานที่สุด ดังนี้

โรคต้อกระจก (cataract)

ต้อกระจกเป็นโรคที่เกิดการเสื่อมหรือขุ่นของเลนส์ตา ซึ่งทุกคนต้องมีการเกิดต้อกระจกในที่สุด เพราะเป็นการเสื่อมตามธรรมชาติ อาจเร็วหรือช้า โดยทั่วไปมักเริ่มมีอาการมองเห็นภาพเป็นหมอกหรือควั่นบัง หลังอายุ 50 ปีขึ้นไป แต่อาจเป็นเร็วขึ้นถ้ามีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน หรือรับประทานยาจำพวกสเตียรอยด์เป็นประจำ การรักษาโรคต้อกระจกที่ได้ผลดีคือการสลายเลนส์ตาซึ่งขุ่นเป็นต้อกระจก ด้วยคลื่นเสียงอัลตราซาวด์ แล้วใส่เลนส์แก้วตาเทียมใหม่ ซึ่งมีลักษณะใสเข้าไปทดแทน ในอดีตมักรอให้ต้อกระจกสุก จึงทำการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์แต่ปัจจุบันนิยมรักษาโดยการสลายต้อกระจกแต่เนิ่นๆ เนื่องจากปัญหาต้ามัวเป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตการรอต้อกระจกสุกจะทำให้การรักษาด้วยการสลายต้อทำได้ยากและอาจทำให้เกิดโรคตาอื่นแทรกซ้อน เช่น ต้อหินซึ่งอาจทำให้เกิดอันตรายมากขึ้นได้

การผ่าตัดต้อกระจกด้วยคลื่นเสียงความถี่สูง มีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก สามารถทำได้ในเวลาไม่ถึงครึ่งชั่วโมง โดยอาจใช้เฉพาะยาชาชนิดหยอด ไม่ต้องฉีดยาชา ก็มักไม่มีความรู้สึกเจ็บ และแทบไม่เสียเลือดเลย นอกจากนี้ยังไม่จำเป็นต้องนอนค้างที่โรงพยาบาล ที่สำคัญสามารถใช้สิทธิในการรักษาโรคต้อกระจกได้ ทั้งกรณีสิทธิข้าราชการ ประกันสังคม และสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้อีกด้วย เลนส์แก้วตาเทียมนับเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ทดแทนอวัยวะดั้งเดิมของมนุษย์ที่ได้ผลและปลอดภัยมากที่สุดชนิดหนึ่ง เมื่อจักษุแพทย์ทำการสลายเลนส์ตาเดิมที่ขุ่นเป็นต้อกระจกออกแล้ว จะใส่เลนส์แก้วตาเทียมซึ่งเป็นวัสดุที่มีลักษณะใสเข้าไปแทนที่ตำแหน่งเลนส์ตาเดิมในลูกตาธรรมชาติ ดังนั้นผู้ป่วยจึงไม่ต้องกังวลเรื่องการเคลื่อนไหวหลุดของเลนส์แก้วตาเทียม ไม่เป็นภาระในการถอดล้างหรือทำความสะอาด ที่สำคัญมีอายุการใช้งานยาวนานสามารถใช้ตลอดชีวิตโดยไม่ต้องผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์อีก นอกจากนี้เทคโนโลยีทางการแพทย์เกี่ยวกับเลนส์แก้วตาเทียมมีการพัฒนาไปมาก มีทั้งเลนส์ชนิดแข็งและเลนส์ชนิดนิ่ม ซึ่งสามารถพับเพื่อใส่ผ่านแผลผ่าตัดขนาดเล็กได้ มีเลนส์แก้วตาเทียมที่สามารถช่วยป้องกันรังสีอุลตราไวโอเล็ตให้ดวงตาได้ เทคโนโลยีล่าสุดเริ่มมีเลนส์แก้วตาเทียมที่สามารถแก้สายตาสั้นหรือทำให้สามารถกลับมามองเห็นหนังสือในระยะใกล้โดยไม่มีภาวะสายตายาวได้อีกด้วย ดังนั้น ผู้ที่เป็นโรคต้อกระจกจึงไม่ต้องวิตกกังวลใจ สามารถปรึกษาจักษุแพทย์เพื่อรับการรักษาที่เหมาะสมได้ในโรงพยาบาลทุกแห่ง

โรคต้อหิน (glaucoma)

ต้อหินเป็นสาเหตุหลักของการเกิดตาบอดในประชากรทั่วโลกรวมทั้งประเทศไทย มักพบในคนที่อายุ 40 ปีขึ้นไป โดยเฉพาะผู้ที่มีประวัติโรคต้อหินในครอบครัว สายตาสั้นหรือยาวมากผิดปกติ เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีประวัติการใช้ยาบางชนิดเป็นเวลานาน เช่น สเตียรอยด์ หรือมีประวัติการเกิดอุบัติเหตุทางตา จะมีความเสี่ยงในการเป็นต้อหินสูงขึ้น



สูงขึ้น ลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคต้อหินจะเริ่มจากสูญเสียการมองเห็นของลานสายตารอบนอกก่อน เมื่อการดำเนินของโรครุนแรงมากขึ้นลานสายตาจะแคบลงเรื่อยๆ และตาบอดในที่สุดหากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมทันเวลาที่สาเหตุการเกิดต้อหิน เกิดจากเส้นประสาทตาถูกทำลายจากการมีความดันน้ำในลูกตาสูง แบ่งชนิดตามสาเหตุได้ดังนี้

1. ต้อหินมุมเปิด เป็นชนิดที่พบได้บ่อยที่สุด มักพบในคนอายุมากกว่า 40 ปี มักไม่พบมีอาการผิดปกติหรือสัญญาณเตือนภัยล่วงหน้า เนื่องจากความผิดปกติที่เกิดขึ้น เริ่มจากการสูญเสียการมองเห็นจากรอบนอกลานสายตาและค่อยๆ ลามเข้ามาตรงกลางจนมืดไปในที่สุด

2. ต้อหินแต่กำเนิด พบได้ในเด็กแรกเกิดหรือภายในช่วงอายุ 2-3 ปี เกิดจากระบบระบายน้ำในลูกตาไม่สมบูรณ์ตั้งแต่ในครรภ์

3. ต้อหินมุมปิดเฉียบพลัน พบมากในคนเอเชีย เกิดจากมีการอุดตันของทางระบายน้ำในลูกตา ทำให้ความดันตาสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว มีอาการปวดตาและบริเวณหัวคิ้วอย่างรุนแรง ตาแดง การมองเห็นลดลงอย่างมาก มักมีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย ต้อหินกลุ่มนี้ต้องการการรักษาทันทีเพื่อลดอาการ รวมทั้งป้องกันตาบอดที่อาจเกิดขึ้นได้ในเวลาข้ามวัน หากไม่ได้รับการลดความดันลูกตา

4. ต้อหินจากสาเหตุอื่น เช่น เบาหวาน อุบัติเหตุทางตา แล้วมีการอุดตันของทางระบายน้ำในลูกตา ทำให้ความดันตาสูงขึ้น อาจเกิดแบบค่อยเป็นค่อยไปหรือรวดเร็วเฉียบพลัน การวินิจฉัยโรคต้อหินทำได้ง่ายๆ โดยการตรวจสุขภาพตาทั่วไป วัดความดันลูกตา ตรวจลานสายตา ตรวจดูลักษณะของทางระบายน้ำในลูกตาและเส้นประสาทตา โดยจักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ ในอดีตหากจักษุแพทย์สงสัยว่าผู้ใดเป็นโรคต้อหินจะทำการตรวจตาอย่างละเอียด ขยายม่านตาเพื่อตรวจดูลักษณะของขั้วประสาทตาว่ามีความผิดปกติมากน้อยเพียงใด และวาดรูปขั้วประสาทตาไว้เพื่อเป็นหลักฐานในการติดตามการรักษา ซึ่งอาจไม่ได้มาตรฐานที่ชัดเจนและเกิดความผิดพลาดได้มาก ปัจจุบันมีการถ่ายภาพขั้วประสาทตาเป็นระยะๆ แล้วนำมาเปรียบเทียบความเปลี่ยนแปลงเพื่อติดตามผลการรักษา

การรักษาโรคต้อหินคือการพยายามลดความดันน้ำในลูกตา ลดการผลิต หรือ เพิ่มการระบายน้ำ ซึ่งสามารถทำได้หลายวิธี ตั้งแต่การใช้ยาหยอดตา ยารับประทาน ยิงเลเซอร์ และทำผ่าตัด ซึ่งข้อจำกัดในการใช้ขึ้นกับตัวผู้ป่วยและประเภทของต้อหิน ปัจจุบันการยิงเลเซอร์ในผู้ป่วยต้อหินชนิดมุมเปิด เพื่อลดความดันลูกตาได้รับความนิยมมาก เนื่องจากสามารถลดปริมาณผลข้างเคียง และค่าใช้จ่ายจากการใช้ยาหยอด เพิ่มคุณภาพชีวิตและชะลอการผ่าตัด อย่างไรก็ตามการรักษโรคต้อหินเป็นเพียงการหยุดการดำเนินโรคแต่ไม่สามารถทำให้การมองเห็นที่สูญเสียไปแล้วกลับเป็นปกติได้ ดังนั้นการป้องกันและการรักษาในระยะเริ่มต้นจึงเป็นหนทางเดียวที่จะทำให้ไม่สูญเสียการมองเห็นในระยะยาว เนื่องจากโรคต้อหินในระยะเริ่มต้นนั้นไม่มีอาการผิดปกติหรือสัญญาณเตือนภัยให้ทราบว่าเป็นโรคนี้ซ่อนเร้นอยู่ในร่างกาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคต้อหิน เช่น อายุมากกว่า 40 ปี มีประวัติโรคต้อหินในครอบครัว เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สายตาสั้นหรือยาวมากผิดปกติ ควรได้รับการตรวจตาโดยจักษุแพทย์ผู้เชี่ยวชาญอย่างสม่ำเสมอ



โรคจอประสาทตาเสื่อม

โรคที่มีความผิดปกติเกิดขึ้นที่จุดรับภาพของจอประสาทตา ทำให้สูญเสียการมองเห็นโดยเฉพาะกลางภาพสามารถมองเห็นขอบด้านข้างของภาพได้ เช่น มองเห็นตัวคนแต่ส่วนของใบหน้าเบลอ มองเห็นไม้ขีด บางรายเกิดการเสื่อมของจอประสาทตาขึ้นอย่างช้าๆ จนแทบไม่ทันสังเกตเห็น ขณะที่บางรายอาจเกิดการเสื่อมของจอประสาทตาอย่างรวดเร็ว มักพบในผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป เรียกว่า Age-related macular degeneration (AMD) ปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อการเกิดโรคจอประสาทตาเสื่อม เชื่อว่าปัจจัยเสี่ยงมาจากหลายปัจจัย ปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลต่อการเกิดโรคจอประสาทตาเสื่อมตามอายุ ได้แก่

1. อายุ พบได้บ่อยขึ้นในคนที่มีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป
2. พันธุกรรม พบว่ายีนที่มีความเกี่ยวข้องกับโรคจอประสาทตาเสื่อม ซึ่งผู้ที่มีความสัมพันธ์ทางพันธุกรรมกับคนที่ เป็นโรคโดยเป็นญาติสายตรง ควรได้รับการตรวจเช็คจอประสาทตาทุก 2 ปี
3. เชื้อชาติ พบอุบัติการณ์ของโรคจอประสาทตาเสื่อมมากในคนผิวขาว (Caucasian)
4. เพศ พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย
5. บุหรี่ การสูบบุหรี่เพิ่มความเสี่ยงของการเกิดโรคมกกว่าคนที่ไม่สูบบุหรี่ อย่างน้อย 6 เท่า
6. ความดันโลหิตสูง คนที่รับประทานยาลดความดันโลหิตและมีระดับไขมัน Cholesterol ในเลือดสูงและระดับ Carotenoid ในเลือดต่ำ มีความเสี่ยงสูงมากต่อการเป็นโรคจอประสาทตาเสื่อม
7. โรคอ้วน ผู้ที่มีน้ำหนักมากอาจทำให้โรคจอประสาทตาเสื่อมเป็นมากขึ้น

ผู้ที่เป็นโรคนี้อาจแสดงอาการแตกต่างกันในแต่ละคน ส่วนใหญ่จะมีอาการตามัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งตรงกลางภาพ มีความลำบากในการอ่านหนังสือหรือทำงานละเอียดและต้องใช้แสงมากๆ อาจเห็นภาพบิดเบี้ยว (Distortion) ในโรคจอประสาทตาเสื่อมชนิดเปียก ความผิดปกติในการมองเห็นตั้งแต่ระยะเริ่มแรกของโรคอาจยากต่อการสังเกต โดยเฉพาะถ้าตา อีกข้างหนึ่งยังมองเห็นได้ดี จากคำแนะนำของวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา “ผู้ที่มีอายุ 40-64 ปีที่ไม่มีอาการผิดปกติในการมองเห็น ควรได้รับการตรวจสุขภาพตา (รวมทั้งตรวจจอประสาทตา) ทุก 2-4 ปี สำหรับผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป แนะนำให้ตรวจทุก 1-2 ปี แม้ไม่มีอาการผิดปกติ” เนื่องจากการที่จากรู้สึกถึงความผิดปกติจากโรคจอประสาทตาเสื่อมตั้งแต่ระยะเริ่มแรกเป็นสิ่งที่ยาก ขณะเดียวกันการตรวจพบและให้การรักษาตั้งแต่ระยะแรกเริ่มเป็นสิ่งที่จำเป็นที่สุด เพราะ จอประสาทตาที่เสื่อมเสียไปแล้วจะมีแต่จะเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ การรักษาในปัจจุบันทำได้เพียงหยุดหรือชะลอการเสื่อมของจอประสาทตาให้ช้าที่สุด ซึ่งอาจรักษาไม่ได้เลยถ้าโรคเป็นรุนแรง โรคจอประสาทตาเสื่อมไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาในปัจจุบันเป็นเพียงชะลอการสูญเสียสายตาส่งแต่สามารถป้องกันได้โดยการลดปัจจัยเสี่ยงที่สามารถหลีกเลี่ยงได้เช่น

- หมั่นตรวจเช็คสุขภาพตาเป็นประจำ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีหรือมีประวัติบุคคลในครอบครัวมีภาวะจอประสาทตาเสื่อม
- งดสูบบุหรี่



- เลือกรับประทานอาหารที่มีสารต้านอนุมูลอิสระ (antioxidant) ได้แก่ ผักใบเขียว และ ผลไม้รับประทานวิตามินเสริม โดยการรับประทานวิตามินซี วิตามินอี เบต้าแคโรทีน สังกะสี คอปเปอร์ จะช่วยลดความเสี่ยงของการสูญเสียการมองเห็นจากภาวะจอประสาทตาเสื่อมรุนแรงได้ร้อยละ 25 แต่ต้องอยู่ในความดูแลของจักษุแพทย์

การประเมินการมองเห็น : Snellen Chart

ข้อแนะนำ

การประเมินการมองเห็นด้วยแผ่นป้ายสเนลเลน (Snellen Chart) หรือที่เรียกกันว่า การวัดระดับสายตา (visual acuity : VA) เพื่อค้นหาปัญหาการมองเห็นของผู้สูงอายุ หากสามารถประเมินปัญหาเบื้องต้นได้ถูกต้องรวดเร็ว จะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นด้วย

วิธีดำเนินการ

1. ให้ผู้สูงอายุนั่งบนเก้าอี้ที่อยู่หน้าแผ่นป้ายตามระยะทางที่กำหนด คือ 20 ฟุตหรือ 6 เมตร โดยให้นั่งตัวตรง ห้ามโน้มตัวไปข้างหน้าขณะอ่าน เพราะระยะทางจะคลาดเคลื่อน และห้ามเอียงคอขณะอ่านเพราะอาจแอบใช้ตาข้างที่ปกติมาช่วยอ่านทำให้ไม่ได้ค่าสายตาที่แท้จริง
2. วัดสายตาทีละข้างโดยให้วัดตาขวาก่อนเสมอ เพื่อความถูกต้องในการบันทึกผลและป้องกันความสับสน (ยกเว้นกรณีที่เกิดจากอุบัติเหตุให้วัดสายตาข้างที่บาดเจ็บก่อน) โดยให้ปิดตาอีกข้างหนึ่งไว้ให้มิดชิด
3. ให้อ่านตัวเลขบนแผ่นป้ายตั้งแต่แถวที่ 1 โดยอ่านลงไปเรื่อย ๆ

การบันทึกค่า

ค่าสายตาที่วัดได้จะบันทึกเป็นตัวเลขเศษส่วน ซึ่งบอกค่าเป็นระยะทาง โดยเลขเศษ หมายถึง ระยะทางที่คนสายตาผิดปกติสามารถเห็นได้ชัดที่สุด เลขส่วน หมายถึง ระยะทางที่ คนสายตาปกติสามารถเห็นได้ชัดที่สุด

แถวที่	Snellen System (feet)	Metric System (metre)
1	20/200	6/60
2	20/100	6/30
3	20/70	6/21
4	20/50	6/15
5	20/40	6/12
6	20/30	6/9
7	20/20	6/6

ผลการประเมินการมองเห็นด้วยแผ่นป้ายสเนลเลนของผู้สูงอายุ

ตาขวา...../.....

ตาซ้าย...../.....



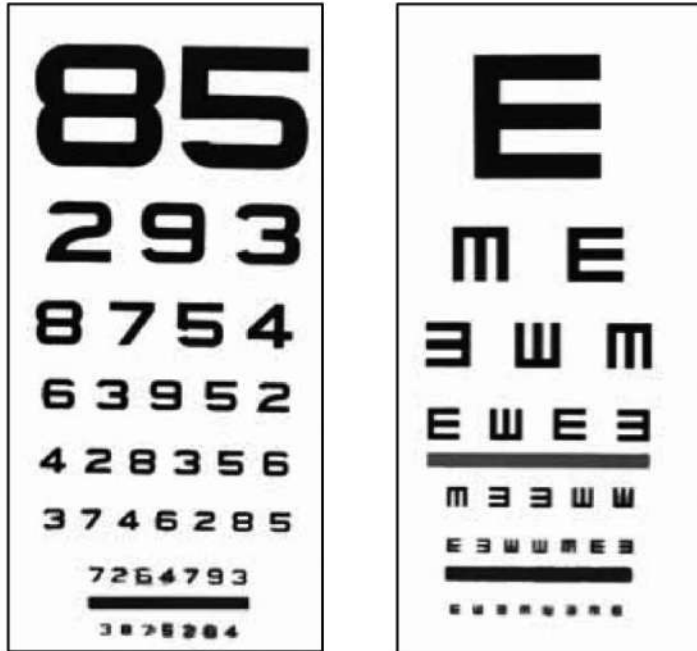
การพิจารณา

ถ้าอ่านได้ “ถึงแถวที่ 7” แสดงว่า สายตาปกติ

ถ้าอ่านได้ “น้อยกว่าแถวที่ 7” แสดงว่า สายตาผิดปกติ ให้ส่งต่อหน่วยบริการที่ให้บริการแว่นแก้ไขสายตา

เอกสารประกอบการประเมินการมองเห็น : Snellen Chart

แผ่นป้ายสเนลเลน (Snellen Chart) เป็นแผ่นป้ายมาตรฐานที่นิยมใช้ ประกอบด้วยตัวเลขขนาดต่างๆ ตัวอักษรอี (E chart) และรูปภาพ



การเตรียม

1. สถานที่สำหรับวัดสายตาจะต้องมีระยะห่างระหว่างแผ่นป้ายถึงผู้ถูกวัด 20 ฟุต หรือ 6 เมตร
2. Snellen Chart ทั้งชนิดที่เป็นตัวเลขและ E chart
3. ความสว่างของแสงไฟ 100 แรงเทียน ส่องบริเวณ Snellen Chart
4. ที่ปิดตา (106 cclude)
5. Pinhole (PH)
6. ไฟฉาย
7. แผ่น E game ซึ่งมีค่าเทียบเท่า 20/200

วิธีการวัด การวัดดำเนินการตามลำดับขั้นตอนต่อไปนี้

1. วัดตาเปล่า (uncorrected หรือ sc)



ให้ผู้ถูกวัดนั่งบนเก้าอี้ที่วางไว้หน้าแผ่นป้ายตามระยะทางที่กำหนด คือ 20 ฟุต หรือ 6 เมตร โดยให้นั่งตัวตรง ห้ามโน้มตัวไปข้างหน้าขณะอ่าน เพราะระยะทางจะคลาดเคลื่อน และห้ามเอียงคอขณะอ่าน เพราะอาจแอบใช้ตาข้างที่ปกติ มาช่วยอ่านทำให้ไม่ได้ค่าสายตาที่แท้จริง

วัดสายตาที่ละข้างโดยให้วัดตาขวาก่อนเสมอ ทั้งนี้เพื่อความถูกต้องในการบันทึกผลและป้องกันความสับสน (ยกเว้นกรณีที่เกิดจากอุบัติเหตุ ให้วัดสายตาข้างที่บาดเจ็บก่อน) โดยให้ใช้ที่ปิดตา (106 cclude) ปิดตาอีกข้างหนึ่งไว้ให้มิดชิด

ให้อ่านตัวเลขบนแผ่นป้ายตั้งแต่แถวที่ 1 โดยอ่านลงไปเรื่อยๆ ถ้าสายตาปกติจะอ่านได้ถึงแถวที่ 7 ให้ลงบันทึกว่า sc 20/20 เป็นอันเสร็จสิ้นการวัดสายตาข้างนั้น

ผู้มีสายตาผิดปกติมักจะอ่านตัวเลขในแต่ละแถวได้ไม่ถูกต้องทุกตัว ถ้าอ่านได้ถูกต้องมากกว่าครึ่งหนึ่งของแต่ละแถวให้อ่านไปเรื่อยๆ จนกระทั่งถึงแถวใดแถวหนึ่งที่ย่านผิดมากกว่าครึ่งหนึ่งหรืออ่านไม่ได้เลย ให้บันทึกผลตามตัวอย่าง เช่น ถ้าอ่านถึงแถวที่ 5 (ตัวเลขเศษส่วนจะเท่ากับ 20/40) ซึ่งจำนวนตัวเลขในแถวนี้มี 6 ตัว ถ้าอ่านผิด 2 ตัว และเมื่อให้อ่านต่อไปในแถวที่ 6 อ่านผิดมากกว่าครึ่งหนึ่งหรืออ่านไม่ได้ ให้บันทึกว่า $20/40^{-2}$ แต่ถ้าอ่านตัวเลขในแถวที่ 5 ได้ถูกต้องทุกตัว และสามารถอ่านแถวที่ 6 ได้เพิ่มอีก 2 ตัว ให้บันทึกว่า $20/40^{+2}$

2. วัดขณะมองผ่าน Pinhole หรือ c PH ถ้าอ่านด้วยตาเปล่าแล้ว แต่ได้ไม่ถึงแถวที่ 7 จึงให้อ่านตัวเลขบนแผ่นป้ายโดยมองผ่าน pinhole (ยกเว้นในผู้ที่มีกำลังสายตาผิดปกติ เช่น สายตาสั้น และมีแว่นสายตาแล้วให้สวมแว่นตาอ่านได้เลย) ถ้าสามารถอ่านตัวเลขได้เพิ่มขึ้นหรืออ่านได้ถึงแถวที่ 7 แสดงว่าสายตาที่ผิดปกตินั้นอาจเกิดจากกำลังสายตาผิดปกติ (refractive error) แต่ถ้ามองผ่าน pinhole แล้วยังเห็นไม่ชัด หรือมีมากกว่าอ่านด้วยตาเปล่า แสดงว่าเป็นโรคตาชนิดใดชนิดหนึ่ง

3. วัดขณะสวมแว่นตาสำหรับผู้ที่มีแว่นสายตาซึ่งต้องเป็นแว่นตาสำหรับมองระยะไกลเท่านั้น โดยให้ปฏิบัติเช่นเดียวกับวิธีวัดด้วยตาเปล่า ถ้าอ่านได้ถูกต้องจนถึงแถวที่ 7 ให้ใช้ pinhole วางต่อหน้ากระจกแว่นตา แล้วให้อ่านอีกครั้งหนึ่ง จากนั้นบันทึกค่าที่วัดได้ในช่อง c PH แต่ถ้าผู้ป่วยใส่เลนส์สัมผัส (contact lens) ให้วัดขณะที่ใส่เลนส์สัมผัสก่อนวัดด้วยตาเปล่า โดยวิธีการเดียวกับการวัดขณะสวมแว่นตา จากนั้นจึงให้ถอดเลนส์สัมผัสออกแล้วกลับมาวัดในขั้นตอนแรก คือ มองด้วยตาเปล่า

4. การเลื่อนระยะทางกรณีที่มีสายตาผิดปกติมาก จนกระทั่งไม่สามารถมองเห็นตัวเลขในแถวที่ 1 ได้ ให้ใช้วิธีเลื่อนระยะทางเข้าไปใกล้โดยใช้ อี-เกมส์ (E-game) ครั้งละ 5 ฟุต โดยผู้วัดถือ อี-เกมส์ ซึ่งมีค่าเท่ากับตัวเลขแถวที่ 1 คือ 20/200 ยืนห่างระยะ 15 ฟุต 10 ฟุต หรือ 5 ฟุต ระยะใดระยะหนึ่งให้ผู้ถูกวัดบอกว่าขาของตัวอีชีไปทิศทางใดได้ถูกต้อง ทั้ง 4 ทิศทาง คือ บน ล่าง ซ้าย ขวา

เอกสารอ้างอิง

ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย. การมองเห็น. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ม.ป.พ; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2566] เข้าถึงได้จาก.

<http://www.rcoptorg/news-public-70.html>



ใบความรู้ที่ 4.6

การได้ยิน

ปัญหาการได้ยินในผู้สูงอายุอาจเกิดจากความผิดปกติของกลไก 2 ส่วน คือ

1. ส่วนนำเสียงและขยายเสียง ได้แก่ หูชั้นนอกและหูชั้นกลาง เมื่อคลื่นเสียงจากภายนอกผ่านเข้าไปในช่องหู จะไปกระทบแก้วหูและมีการส่งต่อ มีการขยายเสียงโดยกระดูกหู 3 ชิ้นในหูชั้นกลางไปยังหูชั้นใน ถ้ามีความผิดปกติเกิดขึ้นในหูชั้นนอกและหูชั้นกลางของผู้สูงอายุ ทำให้หูอื้อหรือหูตึงได้ สาเหตุเกิดจากความผิดปกติของหูชั้นนอก เช่น ขี้หูอุดตัน เยื่อแก้วหูทะลุ หูชั้นนอกอักเสบ เนื้อเยื่อ ความผิดปกติของหูชั้นกลาง เช่น หูชั้นกลางอักเสบ น้ำขังในหูชั้นกลาง ท่อยูสเตเชียน (ท่อที่เชื่อมระหว่างหูชั้นกลางและโพรงหลังจมูก) ทำงานผิดปกติ โรคหินปูนในหูชั้นกลาง

2. ส่วนประสาทรับเสียง ได้แก่ ส่วนของหูชั้นในไปจนถึงสมอง ซึ่งเป็นส่วนที่เรารับรู้และเข้าใจเสียงต่างๆ ความผิดปกติบริเวณนี้ของผู้สูงอายุทำให้หูตึงหรือหูหนวกถาวรได้ บางโรคทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตได้ สาเหตุมักเกิดจากความผิดปกติของ

หูชั้นใน สาเหตุที่พบบ่อยคือประสาทหูเสื่อมจากอายุ ประสาทหูเสื่อมจากความผิดปกติแต่กำเนิดหรือพันธุกรรม พัฒนาการผิดปกติหรือเป็นโรคระหว่างการตั้งครรภ์ของมารดา เช่น หัดเยอรมัน การได้รับเสียงที่ดังมากในเวลาสั้นๆ ทำให้ประสาทหูเสื่อมเฉียบพลัน เช่น เสียงปืน เสียงระเบิดหรือเสียงประทัด การได้รับเสียงดังปานกลางเป็นเวลานาน ทำให้ประสาทหูเสื่อมแบบค่อยเป็นค่อยไป เช่น การอยู่ในโรงงานหรืออยู่ในคอนเสิร์ตที่มีเสียงดังมากๆ การใช้ยาที่มีพิษต่อประสาทหูเป็นเวลานาน เช่น ยาปฏิชีวนะกลุ่มอะมิโนไกลโคไซด์ ยาขับปัสสาวะที่ใช้รักษาความดันโลหิตสูง ยาแอสไพริน ยาควินิน การบาดเจ็บของกะโหลกศีรษะแล้วกระทบต่อหูชั้นใน การติดเชื้อของหูชั้นใน เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบ จากเชื้อซิฟิลิสหรือไวรัสเอดส์ การผ่าตัดหูแล้วกระทบต่อหูชั้นใน การมีรูรั่วระหว่างหูชั้นกลางและหูชั้นใน โรคมึเนีย (Meniere's disease) หรือน้ำในหูไม่เท่ากัน

สมอง โรคของเส้นเลือด เช่น เส้นเลือดในสมองตีบ เลือดออกในสมองจากไขมันในเลือดสูง ความดันโลหิตสูง เนื้อเยื่อในสมอง เช่น เนื้อเยื่อของเส้นประสาทหู หรือประสาทการทรงตัว

สาเหตุอื่น เช่น โรคโลหิตจาง โรคแพ้ภูมิตัวเอง โรคกระดูกพรุน โรคเบาหวาน โรคเก๊าต์ โรคไต โรคเบาหวาน ความดันโลหิตต่ำหรือสูง ไขมันในเลือดสูง โรคเหล่านี้สามารถทำให้หูอื้อหรือหูตึงได้

โรคที่ทำให้เกิดปัญหาการได้ยินในผู้สูงอายุมีสาเหตุได้จากทั้งหูชั้นนอก หูชั้นกลางและหูชั้นในโดยทั่วไป แล้วหากพูดถึงภาวะหูตึงในผู้สูงอายุ มักหมายถึงการสูญเสียการได้ยินจากประสาทรับเสียงเสื่อมตามวัย (age-related hearing loss หรือ presbycusis) ปัญหาการได้ยินในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่พบบ่อยเป็นอันดับ 3 ของโรคเรื้อรังที่เกิดกับผู้สูงอายุ ซึ่งพบอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นตามวัย ผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีร้อยละ 25-40 ผู้ที่มีอายุมากกว่า 75 ปี ร้อยละ 40-60 และผู้ที่มีอายุมากกว่า 85 ปี ร้อยละ 80 ธรรมชาติของแล้วการได้ยินจะค่อยๆ เสื่อมลงตามวัย ค่อยเป็นค่อยไป การเสื่อมจะเท่ากันทั้ง 2 ข้างในช่วงความถี่สูง ผู้สูงอายุอาจมาพบแพทย์ เนื่องจากมีเสียงรบกวนในหูและมักมีปัญหาฟังไม่รู้เรื่อง หรือได้ยินเสียง



แต่จับใจความไม่ได้ร่วมด้วย ซึ่งเป็นผลจากความเสื่อมของระบบประสาทส่วนกลางตามวัยนอกเหนือไปจากหูชั้นในเสื่อม ทำให้มีปัญหาในการได้ยินมากกว่าผู้ที่มีการได้ยินบกพร่องในระดับเดียวกันที่อายุน้อยกว่า

การวินิจฉัยปัญหาการได้ยินในผู้สูงอายุ อาศัยการซักประวัติถึงสาเหตุต่างๆ การตรวจหูชั้นนอก ช่องหู แก้วหู หูชั้นกลางและบริเวณรอบหู ตรวจเลือดเพื่อหาความผิดปกติของเคมีในเลือด ตรวจปัสสาวะ ตรวจการได้ยินเพื่อยืนยัน และประเมินระดับความรุนแรงของการสูญเสียการได้ยิน ตรวจคลื่นสมองระดับก้านสมองและการถ่ายภาพรังสี เช่น เอกซเรย์คอมพิวเตอร์สมองหรือกระดูกหลังหู หรือตรวจคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้าและการฉีดสารรังสีเข้าหลอดเลือด ถ้ามีข้อบ่งชี้ปัญหา การได้ยินในผู้สูงอายุจะรักษาตามสาเหตุ อย่างไรก็ตามปัญหาการได้ยินที่เกิดจากพยาธิสภาพของหูชั้นใน เส้นประสาทหู และระบบประสาทส่วนกลาง โดยเฉพาะประสาทรับเสียงเสื่อมตามวัยมักจะรักษาไม่หายขาด ถ้าเกิดจากประสาทรับเสียงเสื่อมควรหาสาเหตุหรือปัจจัยที่จะทำให้เสื่อมเร็วกว่าปกติเพื่อหาทางชะลอความเสื่อมนั้น บางรายประสาทหูเสื่อมไม่ทราบสาเหตุหรือทราบสาเหตุ แต่เป็นสาเหตุที่รักษาไม่ได้ อาจหายเองได้หรือจะเป็นอยู่ตลอดชีวิตก็ได้

1. แพทย์จะอธิบายให้ผู้สูงอายุเข้าใจว่าสาเหตุของปัญหาการได้ยินเกิดจากอะไร เป็นอันตรายหรือไม่ และจะหายหรือไม่

2. ถ้ามีปัญหาการได้ยินไม่มาก ยังพอได้ยินเสียง ไม่รบกวนคุณภาพชีวิตประจำวันมากนักคือยังพอสื่อสารกับผู้อื่นได้ หรือเป็นเพียงหูข้างเดียวไม่จำเป็นต้องรักษา เพียงแต่ทำใจยอมรับและควรหาสาเหตุ

3. ถ้ามีปัญหาการได้ยินมากโดยเฉพาะเป็น 2 ข้าง และรบกวนคุณภาพชีวิตประจำวันมาก คือ ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ และเกิดจากสาเหตุที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ควรฟื้นฟูสมรรถภาพการได้ยินด้วยการใช้เครื่องช่วยฟัง ซึ่งจะช่วยบรรเทาปัญหาได้ระดับหนึ่ง ต้องร่วมกับการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมแก่การแยกแยะเสียงได้ชัดเจนขึ้น เช่น ลดเสียงรบกวน และให้คู่สนทนาอยู่ตรงหน้า ไม่พูดเร็วหรือพูดประโยคยาวเกินไป เพื่อจะได้จับใจความได้ชัดเจนขึ้น ซึ่งจะทำให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุและครอบครัวดีขึ้น

4. ถ้าปัญหาการได้ยินเกิดจากประสาทรับเสียงเสื่อมควรป้องกันไม่ให้เสื่อมมากขึ้น โดย

- หลีกเลี่ยงเสียงดัง

- ถ้าเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคไต โรคกรดยูริกในเลือดสูง โรคเลือด โรคซีด ต้องควบคุมให้ดีเพราะโรคเหล่านี้ทำให้เลือดไปเลี้ยงประสาทหูน้อยลง ทำให้ประสาทรับเสียงเสื่อมมากหรือเร็วขึ้นกว่าที่ควรจะเป็น

- หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่มีพิษต่อประสาทหู

- หลีกเลี่ยงอุบัติเหตุหรือการกระทบกระเทือนบริเวณหู

- หลีกเลี่ยงการติดเชื้อของหูหรือระบบทางเดินหายใจส่วนบน

- ลดอาหารเค็ม เครื่องดื่มที่มีสารกระตุ้นประสาท เช่น กาแฟ ชา น้ำอัดลม (มีสารคาเฟอีน) งดสูบบุหรี่ (มีสารนิโคติน) เพราะทำให้เลือดไปเลี้ยงประสาทหูน้อยลง ประสาทรับเสียงเสื่อมมากหรือเร็วขึ้นกว่าที่ควรจะเป็น

- ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ลดความเครียด วิตกกังวลและนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ



การคัดกรองการได้ยิน : Finger rub test

วิธีการ ผู้ทดสอบนิ้วโป้งกับนิ้วชี้หน้าผู้ถูกทดสอบเบาๆ (ห่างจากหูประมาณ 1 นิ้ว) ทีละข้างทั้งหูขวาและหูซ้าย



เกณฑ์การประเมิน

ถ้าตอบ “ไม่ได้ยิน” หูข้างใดข้างหนึ่ง ถือว่า

หูข้างนั้นมีปัญหาการได้ยิน

ปัญหาการได้ยินในผู้สูงอายุ อาจถือเป็นปัญหาของญาติหรือคนรอบข้างด้วยเหมือนกัน การที่ผู้สูงอายุมีความสามารถในการรับเสียงแย่ง เช่น หูอื้อหรือหูตึง ปัญหาการได้ยินในผู้สูงอายุเป็นภาวะที่ค่อยเป็นค่อยไปทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในการสื่อสารกับผู้อื่นน้อยลงโดยไม่รู้ตัว อาจเกิดปัญหาอื่นตามมาได้ เช่น ต้องตะโกนสื่อสารกันเป็นเวลานานทำให้เสียงแหบ เจ็บคอ ไอ และระคายคอเรื้อรัง เป็นต้น

ความรุนแรงของการสูญเสียการได้ยินแบ่งออกเป็น

ระดับการได้ยิน	ระดับความพิการ	ความสามารถในการเข้าใจคำพูด
0-25 dB	ปกติ	ไม่ลำบากในการรับฟังคำพูด
26-40 dB	หูตึงน้อย	ไม่ได้ยินเสียงกระซิบ
41-55 dB	หูตึงปานกลาง	ไม่ได้ยินเสียงพูดปกติ
56-70 dB	หูตึงมาก	ไม่ได้ยินเสียงพูดที่ดังมาก
71-90 dB	หูตึงรุนแรง	ได้ยินไม่ชัด แม้ต้องตะโกน
>90 dB	หูหนวก	ตะโกน หรือใช้เครื่องขยายเสียงก็ไม่ได้ยิน

เอกสารอ้างอิง

คณะกรรมการพัฒนาเครื่องมือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ. ม.ป.ท: ม.ป.ท; 2564.

ปารยะ อาศนะเสน ราชวิทยาลัยโสต ศอ นาสิกแพทย์แห่งประเทศไทย. ปัญหาการได้ยินในผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต].

กรุงเทพฯ: ม.ป.ท; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 1 กุมภาพันธ์ 2566] เข้าถึงได้จาก: <http://www.rcot.org/2016/People/Detail/191>



ใบความรู้ที่ 4.7

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Urinary incontinence) ความหมาย การสูญเสียความสามารถในการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะ ทำให้ปัสสาวะเล็ดราดออกมาทางท่อปัสสาวะ โดยไม่สามารถควบคุมได้

ประเภทของการกลั้นปัสสาวะไม่ได้

1. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบเฉียบพลัน เกิดในระยะเวลาไม่เกิน 6 เดือน เป็นภาวะที่มักจะรักษาให้หายได้ เนื่องจากสัมพันธ์กับอาการเจ็บป่วยทางกาย

สาเหตุของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบเฉียบพลัน

- ภาวะที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานของทางเดินปัสสาวะช่วงล่าง เช่น การติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ผนังช่องคลอดอักเสบ ท่อปัสสาวะอักเสบ ท้องผูก
- ผลข้างเคียงจากยาบางชนิด ได้แก่ ยาในกลุ่มที่ทำให้เกิดปัสสาวะคั่ง
- ยาในกลุ่ม anti-cholinergic, opiate, calcium channel blocker, dihydropyridine
- ยาที่มีผลต่อการทำงานของทวารอุทเทอเรียล เช่น alpha-adrenergic agonist
- ยาที่ทำให้ปัสสาวะมีปริมาณมาก เช่น diuretic
- ยาในกลุ่มอื่นๆ เช่น ยาออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทที่ให้ออกฤทธิ์ยาว เช่น benzodiazepines ที่ออกฤทธิ์ยาว
- ภาวะที่มีปริมาณปัสสาวะเพิ่มขึ้น เช่น ความผิดปกติทางเมตาบอลิก (น้ำตาลสูงผิดปกติ แคลเซียมในเลือดสูงผิดปกติ) การได้รับน้ำมากเกินไป ภาวะหัวใจล้มเหลว
- ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (Delirium) จากเหตุใดก็ตาม
- การจำกัดการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเดินไปห้องน้ำได้สะดวกจากสาเหตุต่างๆ เช่น การบาดเจ็บ การผูกมัด การมีอุปกรณ์ทางการแพทย์ติดตัว ภาวะหลังผ่าตัด
- ภาวะทางจิตเวช

2. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบเรื้อรัง มักสัมพันธ์กับโรคประจำตัวและการเปลี่ยนแปลงของระบบภายในร่างกายของผู้สูงอายุ

สาเหตุของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบเรื้อรัง แบ่งออกเป็น 4 ชนิด

- Stress incontinence เป็นภาวะที่มีปัสสาวะเล็ดเวลาที่แรงดันในช่องท้องสูง เช่น การไอ จาม เบ่ง หัวเราะ ยกของหนัก เป็นต้น

- Urge incontinence เป็นภาวะที่จะมีอาการปวดปัสสาวะแบบทันที และจะมีปัสสาวะเล็ดราดไม่สามารถไปเข้าห้องน้ำได้ทัน เนื่องจากกระเพาะปัสสาวะมีการบีบตัวไวกว่าปกติ หรือบีบตัวโดยที่ปริมาณปัสสาวะยังไม่มากพอ

- Overflow incontinence เป็นภาวะที่มีปัสสาวะเล็ดออกมาเรื่อยๆ ในปริมาณน้อยๆ โดยไม่รู้ตัวและไม่มีอาการปวดปัสสาวะ เกิดจากการอุดตันของทางเดินปัสสาวะช่วงล่าง เช่น ต่อมลูกหมากโต หรือกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะ



ทำงานลดลง ทำให้ไม่สามารถขับปัสสาวะออกมาได้หมด มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะ เมื่อปัสสาวะเกินความจุของกระเพาะปัสสาวะ จึงทำให้มีปัสสาวะเล็ด

- Functional incontinence เป็นการกลั้นปัสสาวะไม่ได้ จากสาเหตุอื่นที่ไม่ใช่ปัญหาจากระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น ผู้ที่มีปัญหาด้านการเคลื่อนไหว ผู้ป่วยสมองเสื่อม ทำให้ไม่สามารถเดินไปห้องน้ำเองได้ หรือไม่ทราบวิธีการใช้ห้องน้ำ เป็นต้น

แนวทางการประเมินผู้ที่ปัญหาการกลั้นปัสสาวะไม่ได้

1. การซักประวัติ ลักษณะของปัสสาวะและอาการทางระบบปัสสาวะ การขับถ่าย ปริมาณน้ำดื่ม การเข้ายุง การผ่าตัดในอุ้งเชิงกรานและการคลอดบุตร
2. การจดบันทึกการขับถ่ายปัสสาวะ
3. การตรวจร่างกาย ประเมินการเคลื่อนไหว ตรวจทางระบบประสาท ประเมินสมรรถภาพทางสมอง การคลำหน้าท้อง การตรวจทางทวารหนัก เพื่อประเมินต่อมลูกหมากในเพศชาย และการตรวจภายในในเพศหญิง
4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการตรวจพิเศษอื่นๆ เช่น UA และ Urine Culture เพื่อตรวจหาการติดเชื้อ, การตรวจ Post Void Residual Urine (PVR) จะใช้ในกรณีที่ต้องการประเมินความสามารถในการบีบตัวขับปัสสาวะของกระเพาะปัสสาวะหลังการถ่ายปัสสาวะปกติ ปริมาณปัสสาวะที่ค้างในกระเพาะปัสสาวะที่เกิน 100 ml แสดงถึงความผิดปกติ รวมถึงการตรวจพิเศษอื่นๆ เช่น cystoscopy, uroflowmetry, cystometry เป็นการตรวจเพื่อหาปัจจัยที่เป็นเหตุ

แนวทางการรักษา

1. Functional incontinence ต้องแก้ไขสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถเดินไปปัสสาวะที่ห้องน้ำได้ทัน ร่วมกับการบำบัดเชิงพฤติกรรม โดยเฉพาะการไปปัสสาวะให้บ่อยกว่าเดิม จะช่วยแก้ไขอาการนี้ได้
2. Stress incontinence ใช้การบำบัดเชิงพฤติกรรม ถ้าอาการไม่ดีขึ้น แพทย์อาจเลือกให้ยาในกลุ่ม Alpha-adrenergic agonist ช่วยกระตุ้นให้ท่อปัสสาวะ และหูรูดบีบตัว ซึ่งต้องระวังผลข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้ที่ทำให้มีอาการปวดศีรษะ ใจสั่น ความดันโลหิตสูงได้ โดยอาจใช้ร่วมกับยา Estrogen ทั้งแบบรับประทาน หรือยาทาช่องคลอด ถ้าอาการยังไม่ดีขึ้น กรณีพบว่ามีความผิดปกติของ Sphincter incompetence จะใช้การผ่าตัด Pubovaginal sling โดยวิธีเสาะนำเอาเนื้อเยื่อ เช่น Rectus fascia เป็นแถบมาคล้องประคองท่อปัสสาวะ และ Bladder neck ไว้ ปรับให้ท่อปัสสาวะปิดสนิทพอดี การฉีดสารหนุนท่อปัสสาวะ (Urethral bulging agent) เป็นการฉีดสารบางอย่างเข้าไปหนุนให้เยื่ออุ้งเชิงกรานกดทับท่อปัสสาวะ ช่วยทำให้สภาพการทำงานของท่อปัสสาวะดีขึ้น เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำผ่าตัดใหญ่ ถ้าผู้สูงอายุไม่สามารถรับการผ่าตัดได้หรือปฏิเสธการผ่าตัด จำเป็นต้องใช้แผ่นผ้าอ้อมรองขณะออกนอกบ้าน ถ้าเป็นผู้สูงอายุชาย อาจใช้ถุงยางอนามัยต่อเข้ากับปลายอวัยวะเพศ แล้วต่อกับสายปัสสาวะลงถุงเก็บปัสสาวะ ซึ่งใช้ได้เฉพาะพยาธิสภาพชนิดนี้เท่านั้น
3. Urge incontinence โดยการแก้ไขพยาธิสภาพเฉพาะที่ในทางเดินปัสสาวะส่วนล่างที่เป็นสาเหตุ เช่น การให้ยาปฏิชีวนะรักษาโรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบ การผ่าตัดนิ่วในกระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น ในกรณีไม่พบสาเหตุส่วนใหญ่ มักเกิดจาก Over active bladder อาจเริ่มด้วยการบำบัดเชิงพฤติกรรม การใช้ยาคลายกล้ามเนื้อ กระเพาะปัสสาวะ ในผู้สูงอายุแพทย์จะพิจารณาเริ่มจากขนาดน้อยที่สุด แล้วเพิ่มขนาดขึ้นๆ ตามความรุนแรงของอาการ ยาประเภทนี้



ได้แก่ ยากลุ่ม Anticholinergic, Tricyclic antidepressant, Bladder relaxant กรณีผู้สูงอายุไม่ตอบสนองต่อการรักษาข้างต้น อาจใช้วิธีการกระตุ้นด้วยไฟฟ้าที่เส้นประสาท Tibial (Percutaneous tibial nerve stimulation) หรือวิธีการสวนปัสสาวะเป็นครั้งๆ หรือคาสายสวนปัสสาวะไว้ กรณีผู้สูงอายุที่มีภาวะติดเตียงควรใช้แผ่นรองปัสสาวะปูเตียง (Bed pad) เพื่อเปลี่ยน และทำความสะอาดได้ง่าย

4. Overflow incontinence การใช้ยากลุ่ม Alpha-adrenergic antagonist กรณีมีการอุดตันทางเดินปัสสาวะ ส่วนล่าง ยาในกลุ่ม cholinergic agent เช่น Bethanechol มีประโยชน์ในกลุ่มที่สาเหตุมาจากการที่กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะบีบตัวไม่ดี การผ่าตัดทำ Urethral dilatation หรือ Urethrotomy ในรายที่สาเหตุเกิดจากการอุดตันทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง หลังจากรักษาดังกล่าวติดตามประเมิน Post void residual urine ถ้าปริมาณปัสสาวะเหลือมากกว่า 400 มิลลิลิตร แสดงว่าไม่ตอบสนองต่อการรักษา แพทย์อาจให้คำปรึกษาถึงวิธีสวนปัสสาวะทิ้งเป็นครั้งๆ หรือคาสายสวน ปัสสาวะตลอดไป

5. Reflex incontinence หลักการรักษาขึ้นอยู่กับความรุนแรงของพยาธิสภาพ ที่มีผลต่อการทำงานของไขสันหลัง ถ้าเป็นชนิดชั่วคราว ในช่วงแรกมักต้องคาสายสวนปัสสาวะไว้ก่อน จนกระทั่งพยาธิสภาพหายไปถึงถอดสายสวนปัสสาวะออกได้ กรณีที่เป็นชนิดถาวร จำเป็นต้องใช้วิธีสวนปัสสาวะทิ้งเป็นครั้งๆ หรือคาสายสวนปัสสาวะตลอดไป

6. Mixed incontinence ใช้วิธีของ stress และ Urge incontinence ร่วมกัน คือ เริ่มจากการบำบัดเชิงพฤติกรรม แล้วจึงพิจารณาการใช้ยา การผ่าตัด และการกระตุ้นด้วยไฟฟ้า



ใบความรู้ที่ 4.8

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non - Communicable disease : NCDs)

กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases: NCDs)

คือ โรคที่ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคและไม่สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ แต่เป็นโรคที่เกิดจากนิสัยหรือพฤติกรรมดำเนินชีวิต ซึ่งจะมีการดำเนินโรคอย่างช้าๆ ค่อยๆ สะสมอาการอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีอาการของโรคมักจะเกิดการเรื้อรังของโรคด้วย จึงอาจจัดว่าโรค NCDs เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังได้

จากสถานการณ์สุขภาพของประเทศไทย พบว่าปัญหาสุขภาพที่สำคัญของประเทศ ส่วนใหญ่เป็นโรคเรื้อรังทั้งสิ้น ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุมีภาวะเสี่ยงและปัญหาสุขภาพเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง ซึ่งปัญหาการเจ็บป่วยเหล่านี้มาจากพฤติกรรมด้านสุขภาพเป็นส่วนใหญ่ และสามารถป้องกันการเกิดและยับยั้งความรุนแรงได้ โดยหันมาใส่ใจสุขภาพ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง และเป็นระบบ

โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)

เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างฮอร์โมนอินซูลินได้เพียงพอ หรือร่างกายไม่ตอบสนองต่ออินซูลินได้ตามปกติ ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นและความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมอื่นๆ ตามมา ซึ่งหากไม่สามารถควบคุมความผิดปกติดังกล่าวได้ จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งหลอดเลือดขนาดเล็ก (Microvascular) เช่น โรคไต (Diabetic Nephropathy) โรคจอประสาทตาผิดปกติ (Diabetic Retinopathy) โรคเส้นประสาทผิดปกติ (Diabetic Neuropathy) และหลอดเลือดขนาดใหญ่ (Macrovascular) เช่น โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดส่วนปลายที่ขา

ภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน

1. โรคแทรกซ้อนเฉียบพลัน

- ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ
- ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมาก + ไม่มีสารคีโตนคั่ง (Hyperglycemia: Hyperosmolar Hyperglycemic Nonketotic Syndrome (HHNS))
- การติดเชื้อ

1.1 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หมายถึงภาวะที่มีน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 50 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร มักพบบ่อยในผู้สูงอายุ และทำให้เกิดหมดสติ ไม่รู้สึกตัวได้

สาเหตุเกิดจาก

- รับประทานอาหารน้อยกว่าปกติ / รับประทานอาหารผิดเวลา (สายเกินไป)
- ฉีดอินซูลิน หรือรับประทานยาเม็ดลดระดับน้ำตาลมากเกินไป หรือพบในผู้ป่วยที่มีภาวะไตหรือตับเสื่อม ทำให้การทำลายหรือการขับยาออกจากร่างกายน้อยลง ฤทธิ์ของยามากขึ้น
- ออกกำลังกายหรือทำงานมากกว่าปกติ



อาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ หิว ใจสั่น มือสั่น เหงื่อออกมาก มึนงง หงุดหงิด ถ้าเป็นมากอาจมีอาการ ชักเกร็ง หหมดสติได้

การรักษา โดยให้น้ำหวาน น้ำตาลทันที อาการจะดีขึ้นภายใน 5-10 นาที แต่ถ้าอาการมาก ไม่รู้สึกตัว ต้องรีบนำส่งโรงพยาบาล

1.2 ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมาก และไม่มีสารคีโตนคั่ง มักพบในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 หรือผู้สูงอายุที่ควบคุมระดับ น้ำตาลไม่ดี เมื่อมีอาการเจ็บป่วยรุนแรง หรือการติดเชื้อ จะมีการหลั่งฮอร์โมนต่างๆ ซึ่งทำให้ความต้องการอินซูลินเพิ่มขึ้นทำให้ ระดับน้ำตาลในเลือดสูงมากจนเกิดอาการ

อาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูงมาก ไม่มีสารคีโตนคั่ง เป็นอาการของภาวะน้ำตาลสูง เช่น กระหายน้ำมาก ปัสสาวะมาก อ่อนเพลีย น้ำหนักลด บางครั้งมีอาการชกกระตุก ซึมหมดสติ

การรักษา ต้องรีบนำส่งโรงพยาบาลให้การรักษาด้วยอินซูลิน จนกว่าระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ อาจเปลี่ยนเป็นยาเม็ดลดระดับน้ำตาลได้

1.3 การติดเชื้อ ผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลไม่ดี มีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายที่พบบ่อย ได้แก่ วัณโรคปอด การติดเชื้อ ระบบทางเดินปัสสาวะ การติดเชื้อรา เป็นต้น

2. โรคแทรกซ้อนเรื้อรัง

โรคแทรกซ้อนจากหลอดเลือดใหญ่

- โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ
- โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน
- ความดันโลหิตสูง
- โรคหลอดเลือดตีบที่เท้า

โรคแทรกซ้อนจากหลอดเลือดเล็ก

- โรคแทรกซ้อนทางตา (Diabetic Retinopathy)
- โรคแทรกซ้อนทางไต (Diabetic Nephropathy)
- โรคแทรกซ้อนทางระบบประสาท (Diabetic Neuropathy)

2.1 โรคแทรกซ้อนจากหลอดเลือดใหญ่ มีการตีบตันของหลอดเลือดใหญ่ที่สำคัญ ได้แก่ หลอดเลือดที่ไปเลี้ยง หัวใจ สมอง ทำให้เกิดอาการกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด กล้ามเนื้อหัวใจตาย อัมพาต อัมพฤกษ์ หรือเกิดการตีบของหลอดเลือดไปเลี้ยงขา เกิดอาการปวดน่อง ถ้ามีการอุดตันของหลอดเลือด จนเกิดการตายของเนื้อเยื่อ ทำให้ต้องตัดขา นอกจากนี้ ยังพบความดันโลหิตสูงได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะความดันโลหิตสูงชนิดซิสโตลิก (Systolic Hypertention)



2.2 โรคแทรกซ้อนจากหลอดเลือดเล็ก

- โรคจอประสาทตามืดปกติจากเบาหวาน (Diabetic Retinopathy: DR) มีความผิดปกติที่จอประสาทตา เกิดจากการอุดตันของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงเซลล์ที่จอรับภาพ เกิดอาการตามัว ถ้าเป็นมากจะมีเลือดออกในจอประสาทตา ทำให้เกิดตาบอดได้

- โรคไตจากเบาหวาน (Diabetic Nephropathy: DN) เกิดจากการตีบของหลอดเลือดที่ไปเลี้ยงไต ทำให้การทำงานของไตเสื่อมลง กรองของเสียไม่ได้ ทำให้มีของเสียคั่งในเลือด เกิดไตวาย ภาวะไตเสื่อมจากเบาหวาน ในระยะแรกไม่มีอาการ อาศัยการตรวจหาอัลบูมินในปัสสาวะ เป็นการช่วยวินิจฉัยตั้งแต่วินิจฉัยตั้งแต่ระยะแรก

- โรคแทรกซ้อนทางระบบประสาท (Diabetic Neuropathy) ที่พบบ่อย คือ อาการจากระบบประสาทส่วนปลายเสื่อม มีอาการชา ความรู้สึกน้อยลง หรือไม่รู้สึกเริ่มจากปลายนิ้วเท้า และลามขึ้นเรื่อยๆ อาการชาที่เท้า ทำให้ไม่รู้สึกเจ็บอาจเกิดแผลลุกลามจนถึงต้องตัดขาได้ นอกจากนี้อาจพบอาการของเส้นประสาทพวดแสบพวดร้อน ซึ่งมักพบในเส้นประสาททั่วไปเลี้ยงเท้าและขา

ปัจจัยที่ช่วยในการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ให้พิจารณาถึงปัจจัยดังต่อไปนี้

1. ดัชนีมวลกาย/เส้นรอบเอว
2. ระดับน้ำตาลในเลือด/ฮีโมโกลบิน เอวันซี (HbA1c)
3. ระดับความดันโลหิต
4. ระดับโปรตีนในปัสสาวะ
5. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
6. การออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกาย
7. การช้ยา

เป้าหมายในการควบคุมระดับน้ำตาลสำหรับผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุและผู้ป่วยระยะสุดท้าย

สถานะผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ	เป้าหมายระดับ HbA1c
ผู้มีสุขภาพดี ไม่มีโรคร่วม	< 7 %
ผู้มีโรคร่วม ช่วยเหลือตัวเองได้	7.0-7.5 %
ผู้ป่วยที่ต้องได้รับความช่วยเหลือ	
มีภาวะเปราะบาง	ไม่เกิน 8.5 %
มีภาวะสมองเสื่อม	ไม่เกิน 8.5 %
ผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 1 ปี	หลีกเลี่ยงภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่มีอาการ



การรักษา

การรักษาโรคเบาหวาน เป็นการรักษาที่ต้องอาศัยความร่วมมือทั้งจากแพทย์ พยาบาล โภชนากร และที่สำคัญที่สุดคือตัวผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยต้องตระหนักถึงความสำคัญของการรักษา โดยต้องเข้าใจก่อนว่า โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ แต่สามารถควบคุมให้อยู่ในเกณฑ์ที่ใกล้เคียงปกติที่สุดได้ ผู้ป่วยเบาหวานสามารถใช้ชีวิตประจำวันและทำกิจกรรมต่างๆ รวมถึงทำงานประจำได้ตามปกติ หากแต่ต้องควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด รวมทั้งติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ก็จะช่วยลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่กล่าวมาแล้วข้างต้นได้มาก

การควบคุมอาหาร

การรักษาโรคเบาหวานด้วยวิธีการควบคุมอาหารมีความสำคัญมากในการลดระดับน้ำตาลในเลือด และถือเป็นการรักษาหลักที่ผู้ป่วยเบาหวานทุกรายควรเข้าใจและปฏิบัติอย่างถูกต้อง โดยอาหารที่ผู้ป่วยเบาหวานสามารถรับประทานได้อย่างไม่จำกัดจำนวน ได้แก่ ผักใบเขียวทุกชนิด เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ขาว เป็นต้น อาหารบางชนิดที่สามารถรับประทานได้ในปริมาณจำกัด เช่น ผลไม้ แนะนำให้รับประทานผลไม้ชนิดหวานน้อย เช่น ฝรั่ง ชมพู่ แก้วมังกร เป็นต้น

การออกกำลังกาย

สำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานการออกกำลังกายก็เป็นอีกหนึ่งวิธีการรักษาโรคเบาหวานที่สำคัญ เนื่องจากจะช่วยให้อินซูลินทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น แนะนำว่าควรออกกำลังกายชนิดแอโรบิก เช่น วิ่งเหยาะๆ ว่ายน้ำ ปั่นจักรยาน ให้ได้อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ และออกกำลังกายชนิดต้านน้ำหนัก เช่น การยกเวท เป็นเวลาอย่างน้อย 45 นาทีต่อวัน 2 วันต่อสัปดาห์ และไม่ควรนั่งอยู่เฉยๆ หรือนอนเล่นพักผ่อนเกิน 90 นาที หากเกินควรลุกขึ้นเปลี่ยนอิริยาบถ

การใช้ยา

การรักษาโรคเบาหวานโดยการใช้ยา แพทย์จะพิจารณาจากชนิดของโรคเบาหวาน เช่น เบาหวานชนิดที่ 1 ควรรักษาโดยการฉีดอินซูลินเท่านั้น ส่วนในเบาหวานชนิดที่ 2 แพทย์จะพิจารณาตามความรุนแรงของโรค และภาวะแทรกซ้อนโอกาสการเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำ และเคราะหฐานะของผู้ป่วย เพื่อประกอบการพิจารณาในการเลือกใช้ยา

ปัญหาที่พบ

1. อุปนิสัยการกินที่ปฏิบัติมานานตามเชื้อชาติและวัฒนธรรม
2. การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่มีผลต่อการรับประทานอาหาร เช่น การรับรส การมองเห็น การไต่กลิ่นลดลง
3. ปัญหาสุขภาพที่ทำให้ไม่สามารถทำอาหารเองได้ เช่น โรคทางสมอง กล้ามเนื้อ ข้อ
4. ปัญหาด้านการเงินในการจัดหาอาหาร
5. คนในครอบครัวจัดหาอาหารให้ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารที่เหมาะสมและไม่ตรงตามเวลา



แนวทางการให้คำแนะนำโภชนบำบัดในผู้ป่วยเบาหวาน

1. ได้รับพลังงานและกระจายสารอาหารที่เหมาะสม เพื่อรักษาระดับน้ำตาลในเลือด ลดความเสี่ยงการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ

2. ลดปริมาณบริโภคอาหารจำพวกน้ำตาล คาร์โบไฮเดรต ไขมันอิ่มตัว และคอเลสเตอรอลในอาหาร (ปริมาณไขมันควรน้อยกว่าร้อยละ 20 ของปริมาณแคลอรีต่อวัน และไขมันอิ่มตัวควรน้อยกว่าร้อยละ 10 ของปริมาณแคลอรีต่อวัน)

3. ลดปริมาณโซเดียมในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง โดยให้เกลือแกงไม่เกิน 1 ช้อนชาต่อวัน (เท่ากับปริมาณโซเดียม 2.4 กรัม หรือ 6 กรัมของโซเดียม คลอไรด์)

4. การเพิ่มปริมาณกากใยอาหาร ให้ได้ประมาณ 20-30 กรัมต่อวัน

5. ปฏิบัติตามตารางกำหนดอาหาร เรื่องของคาร์โบไฮเดรต โปรตีน และไขมัน

6. การกำหนดสัดส่วนของอาหาร พลังงานที่ควรได้รับต่อวัน (Energy requirement) รวมทั้งการพิจารณาอุปนิสัยการบริโภค (Food habit) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนด และปรับแก้ไขการบริโภคที่ไม่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดการสมดุลโดยปริมาณหรือจำนวนของสารอาหารแต่ละชนิดที่ผู้ป่วยควรได้รับต่อวันและต่อมื้อ โดยคำนวณจากรายการอาหารแลกเปลี่ยน

แนวทางการให้คำแนะนำกิจกรรมทางกาย/การออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวาน

1. เพิ่มกิจกรรมทางกาย เช่น เดิน ทำงานบ้าน

2. ควรออกกำลังกายอย่างเหมาะสม อย่างน้อย 3-5 วัน/สัปดาห์ ครั้งละอย่างน้อย 30 นาที

3. หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายในช่วงที่การควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี (poor metabolic control) คือ ระดับน้ำตาลมากกว่า 300 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ หรือ ระดับน้ำตาลน้อยกว่า 60 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ หรือมีจอประสาทตาผิดปกติจากเบาหวานระดับรุนแรง (Proliferative diabetic retinopathy) หรือมีโรคแทรกซ้อน เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด ควรมีการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและกินอย่างเหมาะสม เพื่อป้องกันระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ

ข้อดีและข้อเสียในการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

ข้อดี	ข้อเสีย
<ul style="list-style-type: none">○ ทำให้การควบคุมเบาหวานดีขึ้น○ ไขมันดีขึ้น○ ความดันโลหิตลดลง○ ลดน้ำหนักตัว ลด Fat Mass○ ผลดีต่อหัวใจ○ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความยืดหยุ่น○ คุณภาพชีวิตดีขึ้น ช่วยตัวเองได้มากขึ้น○ มีชีวิตยืนยาวขึ้น	<ul style="list-style-type: none">○ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ○ ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง○ อาการทางโรคหัวใจ○ Vitreous hemorrhage (ถ้ามีโรคหัวใจ)○ Retinal detachment (ถ้ามี PDR)○ เพิ่ม proteinuria○ เพิ่มความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ



ปัญหาที่ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถปฏิบัติตามการรักษาได้สม่ำเสมอ

- จำไม่ได้ว่ารับประทานยาหรือยัง
- จำไม่ได้ว่าต้องกินยาใดบ้าง บ่อยเพียงใด
- มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย
- มีการใช้ยาหลายชนิด
- กลัวเรื่องยามีราคาแพง
- ผู้ป่วยอยู่บ้านคนเดียว
- ต้องกินยารวันละหลายครั้ง
- ผู้ป่วยไม่สามารถฉีดยาได้

แนวทางการจัดการเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการรักษาและป้องกันโรคแทรกซ้อนจากเบาหวาน

- ผู้ที่มีปัญหาการได้ยิน ควรเขียนข้อความแทนการใช้เสียง
- ผู้ที่มีปัญหาเรื่องความจำ ควรเขียนข้อความไว้ในที่ผู้ป่วยมองเห็น เลือกยาที่บริหารง่าย ใช้ระบบเตือนแบบเสียง เช่น ตั้งเวลาหรือใช้โปรแกรมเตือนอัตโนมัติของโทรศัพท์เคลื่อนที่
- ผู้ที่มีปัญหาเรื่องการมองเห็น ควรเขียนข้อความตัวใหญ่และชัดเจนบนซองยา ใช้แว่นขยาย จัดบ้านให้มีแสงสว่าง ระวังเรื่องการหกล้ม
- อ่านหนังสือไม่ออก ให้คำแนะนำและเอกสารที่เป็นรูปภาพประกอบ
- มียาหลายชนิด ควรให้ยาเท่าที่จำเป็น
- เดินไม่ได้ ควรให้อุปกรณ์ช่วยเหลือ ได้แก่ ไม้เท้าหรืออุปกรณ์ช่วยเดิน (walker) และกายภาพบำบัด
- เท้าชา ควรแนะนำเรื่องรองเท้าที่เหมาะสม การบริหารเท้า หากผู้ป่วยมองไม่เห็นควรให้ญาติเป็นคนตัดเล็บ และแนะนำการดูแลเท้าเพื่อป้องกันการเกิดแผล
- มีประวัติน้ำตาลในเลือดต่ำ ควรตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว สอนผู้ป่วยและญาติเรื่องอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ การปฏิบัติตนเมื่อไม่สบาย
- โรคซึมเศร้าหรือความเครียด ควรปรึกษาจิตแพทย์ ยาแก้ซึมเศร้า ยาแก้เครียด ให้ความรู้ในการดูแลตนเอง และการจัดการกับโรคเบาหวาน

สรุป การรักษาควรพิจารณาเป็นรายบุคคล โดยมีผู้ป่วย ญาติ และผู้ดูแลเป็นจุดศูนย์กลาง ยึดหลักการรักษาแบบองค์รวม คือ ผู้ป่วยควรมีสุภาพกาย สุขภาพจิต และคุณภาพชีวิตที่ดี

โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)

หมายถึง ภาวะที่ค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันโลหิต ขณะหัวใจคลายตัว มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 90 มิลลิเมตรปรอท ในระยะแรกที่โรคนั้นยังไม่รุนแรง จะไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ที่เด่นชัด อาจมีอาการเวียนศีรษะเป็นๆ หายๆ หลังจากนั้นจะมีอาการปวดศีรษะ ปวดบริเวณท้ายทอยช่วงเช้าหลังตื่นนอน คลื่นไส้ อาเจียน โดยไม่ทราบสาเหตุ หากเป็นมากจะมีเลือดกำเดาไหล หอบ นอนราบไม่ได้ และอาจมีอาการเจ็บหน้าอก ร่วมด้วย ซึ่งสาเหตุของโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่ร้อยละ 95 จะตรวจไม่พบสาเหตุ แต่มีปัจจัยเสี่ยงที่เชื่อว่า



เป็นสาเหตุ ได้แก่ ความอ้วน ภาวะไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ ดื่มสุรา ขาดการออกกำลังกาย นอกจากนี้ยังพบในผู้ที่มีประวัติครอบครัวมีความดันโลหิตสูงมาก่อน ส่วนผู้ป่วยอีกร้อยละ 5 มีสาเหตุที่แพทย์ตรวจพบ เช่น โรคไต โรคต่อมไร้ท่อ โรคระบบประสาท การได้รับสารเคมีหรือยาบางชนิด ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ หากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด ไตวาย โรคหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตได้

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง

1. โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease)

- Ischemic stroke
- Hemorrhagic stroke
- Transient ischemic attack

2. โรคหลอดเลือดหัวใจ (Cardiovascular disease)

- Left ventricular hypertrophy
- Myocardial infarction
- Angina
- Coronary revascularization
- Congestive heart failure

3. โรคไต (Renal disease)

- Albuminuria
- Nephrosclerosis
- End stage renal disease

4. โรคหลอดเลือดส่วนปลาย (Peripheral vascular disease)

- Aortic aneurysm
- Dissecting aneurysm
- Intermittent claudication

5. จอประสาทตาผิดปกติจากความดันโลหิตสูง (Hypertensive retinopathy grade I-IV)

ปัจจัยที่ช่วยในการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

ให้พิจารณาถึงปัจจัย ดังต่อไปนี้

1. ดัชนีมวลกาย/เส้นรอบเอว
2. พฤติกรรมการบริโภคอาหาร
3. การออกกำลังกาย/กิจกรรมทางกาย
4. การสูบบุหรี่
5. ความเครียดและการจัดการกับความเครียด



เป้าหมายการควบคุมความดันโลหิต

ควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ได้แก่

1. รักษาด้วยการไม่ใช้ยา โดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหาร ไม่รับประทานอาหารเค็ม ออกกำลังกายเป็นประจำ ลดความอ้วน งดสูบบุหรี่ งดแอลกอฮอล์ ตลอดจนการฝึกสมาธิ ฝึกจิตไม่ให้เครียด

2. รักษาด้วยการใช้ยา ผู้ป่วยต้องไม่หยุดยาเองเป็นอันขาด เนื่องจากยาที่ใช้มีความปลอดภัยสูง สามารถกินต่อเนื่องได้เป็นเวลานานหรือตลอดชีวิต และการรักษาเป็นการป้องกันภาวะแทรกซ้อนร้ายแรงที่เกิดจากความดันโลหิตสูง ยกเว้นเมื่อทานยาลดความดันโลหิตที่เพิ่งได้มาใหม่ แล้วมีอาการไม่สบาย โดยเฉพาะมีนงง หน้ามืดเวลาลุกขึ้นยืน ควรหยุดยาแล้วไปพบแพทย์ เพื่อปรับเปลี่ยนยาใหม่

ผู้สูงอายุควรปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง ดังนี้

1. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ได้แก่

1.1 ควบคุมน้ำหนักร่างกายให้พอดี คนที่มีน้ำหนักตัวมากควรลดน้ำหนัก เพราะจะช่วยลดความดันโลหิตลงได้ โดยควบคุมอาหารและหมั่นออกกำลังกาย

1.2 ออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น เดินเร็วก้าวยาวๆ ทำบริหารร่างกายแบบง่ายๆ ควรเริ่มต้นที่ละน้อยก่อน แล้วค่อยๆ เพิ่มขึ้น จะทำให้หัวใจและปอดทำงานดีขึ้น ช่วยการสูบฉีดโลหิตหมุนเวียนทั่วร่างกาย และหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บที่ข้อต่อต่างๆ

1.3 ลดอาหารเค็ม ควรเลือกอาหารที่ใส่เกลือหรือน้ำปลาน้อยที่สุด รวมทั้งงดรับประทานผงชูรส เพื่อป้องกันอาการท้องผูก โดยการรับประทานผักผลไม้ให้มาก ดื่มน้ำให้พอเพียง และควรบริโภคอาหารที่มีไขมันและคอเลสเตอรอลต่ำ มีเส้นใยอาหารสูง

1.4 ทำจิตใจให้ผ่อนคลาย ปล่อยวาง เพื่อลดความเครียด

1.5 งดสูบบุหรี่เด็ดขาด เพราะบุหรี่จะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน โดยเฉพาะหลอดเลือดหัวใจตีบตันเร็วขึ้น และยังทำให้ดื้อต่อยาที่รักษา

1.6 งดดื่มเหล้า เพราะแอลกอฮอล์ในปริมาณมากจะทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น

1.7 นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ



2. รับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ ควรไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ไม่ควรหยุดยาหรือปรับยาด้วยตนเอง

หลักการในการกำหนดอาหารในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

2.1 ได้รับพลังงานและกระจายสารอาหารที่เหมาะสมเพื่อรักษาระดับความดันโลหิต ลดความเสี่ยงการเกิดโรคแทรกซ้อนอื่นๆ

2.2 จำกัดปริมาณโซเดียม จะช่วยลดความดันโลหิตสูง และลดการใช้ยา การลดปริมาณโซเดียมในอาหาร ควรลดโซเดียมให้เหลือไม่เกิน 100 มิลลิโมล/วัน คือ 2.4 กรัมของโซเดียม หรือ 6 กรัม ของโซเดียมคลอไรด์ (เกลือแกง 1 ช้อนชา) จะสามารถลด Systolic Blood Pressure (SBP) ลงได้ 2-8 มิลลิเมตรปรอท

2.3 การเพิ่มปริมาณกากใยอาหาร ให้มีปริมาณและมีความหลากหลายเพิ่มมากขึ้น โดยแนะนำให้บริโภคอาหารที่อุดมไปด้วยพืชผัก ผลไม้ ลดปริมาณไขมันจากสัตว์ ลดปริมาณไขมันอิ่มตัว จะทำให้สามารถลด Systolic Blood Pressure (SBP) ลงได้ 8-14 มิลลิเมตรปรอท

2.4 การกำหนดสัดส่วนของอาหาร พลังงานที่ควรได้รับต่อวัน (Energy requirement) รวมทั้งการพิจารณาอุปนิสัยการบริโภค (Food habit) เพื่อใช้เป็นแนวทางในการกำหนด และปรับแก้ไขการบริโภคที่ไม่ถูกต้องเพื่อให้เกิดการสมดุล โดยปริมาณหรือจำนวนของสารอาหารแต่ละชนิดที่ผู้ป่วยควรได้รับต่อวันและต่อมื้อ โดยคำนวณจากรายการอาหารแลกเปลี่ยน

แนะนำให้ผู้ป่วยสูงอายุปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูง ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในชีวิตประจำวัน ได้แก่ ควบคุมน้ำหนัก หมั่นออกกำลังกาย ลดอาหารเค็ม ทำจิตใจให้ผ่องใส งดสูบบุหรี่ งดดื่มเหล้า นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ ตลอดจนรับประทานยาตามแพทย์สั่ง และพบแพทย์ตามนัด

โรคหลอดเลือดสมอง หรือ Stroke

โรคหลอดเลือดสมอง หรือ Stroke แบ่งออกเป็น 3 ประเภท คือ

1. ภาวะหลอดเลือดสมองแตก หรือภาวะเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke)

ทำให้มีเลือดออกมาอยู่ในเนื้อสมอง หรือเยื่อหุ้มสมอง เซลล์สมองได้รับบาดเจ็บและทำให้เนื้อสมองตาย มักพบในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง หลอดเลือดเปราะและโป่งพอง พบได้ประมาณ 15-30%

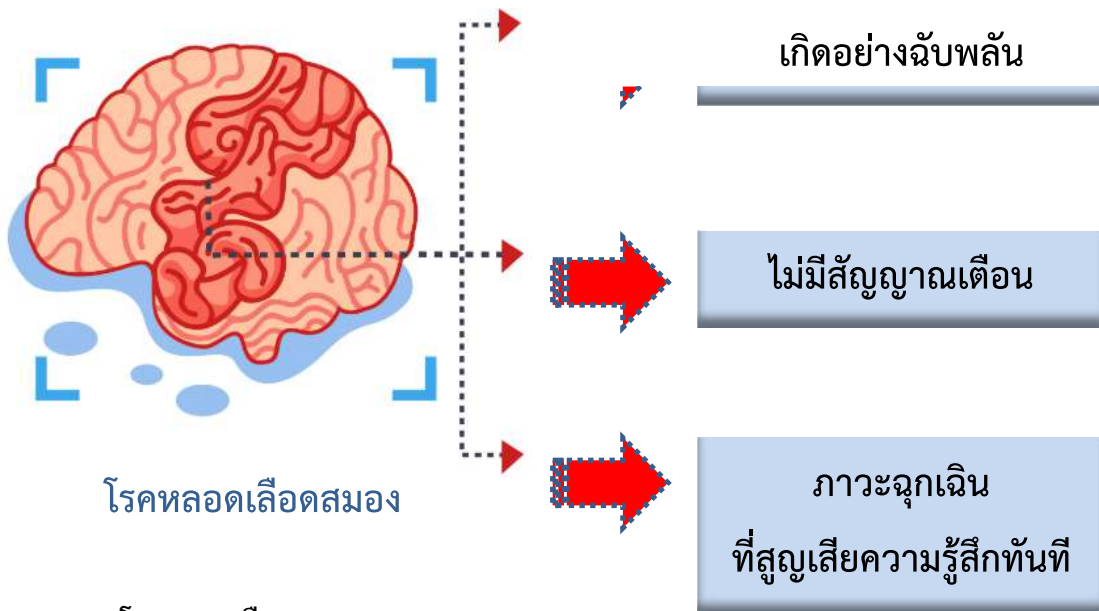
2. ภาวะหลอดเลือดสมองตีบตัน (Ischemic Stroke)

มีสาเหตุมาจากการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดจากการสะสมของคราบไขมัน หินปูน ที่ผนังหลอดเลือดชั้นในจนหนา นูน แข็ง ขาดความยืดหยุ่น ทำให้หลอดเลือดค่อยๆ ตีบแคบ พบได้ประมาณ 70-85%

3. ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic attack)

คล้ายโรคสมองขาดเลือด แต่มีอาการชั่วคราวไม่เกิน 24 ชั่วโมง เป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องพบแพทย์ เนื่องจากมีความเสี่ยงที่จะเกิดอัมพฤกษ์ อัมพาต พบได้ประมาณ 15% อย่างไรก็ตามโรคนี้อาจป้องกันได้โดยหมั่นสำรวจความผิดปกติของร่างกาย และคอยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงอยู่เสมอ





อาการของโรคหลอดเลือดสมอง

อาการของโรคหลอดเลือดสมองในแต่ละคนจะแสดงออกมาแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของสมอง ที่เกิดการผิดปกติ มีสัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมองที่สำคัญ 4 ประการดังนี้

1. แขน ขา อ่อนแรงซีกเดียวของร่างกาย
2. สับสน พูดลำบาก พูดไม่รู้เรื่อง
3. ตามองเห็นลดลงหนึ่งข้างหรือทั้งสองข้าง
4. มีปัญหาการเดินมีนลง

อาการของโรคหลอดเลือดสมอง FAST

F = Face ใบหน้าบวมเบี้ยว ชาข้างใดข้างหนึ่ง

A = Arms แขน ขา อ่อนแรงข้างใดข้างหนึ่ง

S = Speech พูดสับสน พูดไม่เป็นภาษา

T = Time ทันทีทันใด

ความน่ากลัวของโรคนี้ คือ เป็นโรคที่ไม่มีอาการเตือนล่วงหน้า หากมีอาการที่กล่าวมาข้างต้น ให้รีบพาไปโรงพยาบาลเพื่อให้แพทย์วินิจฉัยและให้การรักษา กรณีที่เป็นหลอดเลือดสมองตีบ จะทำการรักษา โดยฉีดยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งจะมีผลในการรักษาอย่างมาก หากมาพบแพทย์ภายในเวลาไม่เกิน 3 ชม. หลังจากมีอาการ ส่วนกรณีหลอดเลือดสมองแตกจะทำการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัด

โรคหลอดเลือดสมองมีโอกาสเกิดขึ้นซ้ำ หากขาดการป้องกันและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อควบคุมปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรค การเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเพื่อดูแลสุขภาพร่างกายและป้องกันการเป็นซ้ำจึงควรทำ ดังนี้

1. ตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ
2. ควบคุมระดับไขมันและน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์เหมาะสม
3. เลิกสูบบุหรี่



4. ลดการรับประทานอาหารรสเค็ม
5. เลี่ยงอาหารไขมันสูง โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว
6. รับประทานผักและผลไม้ทุกวัน
7. ควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ
8. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ (อย่างน้อย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์)
9. รับประทานยาป้องกันการเกิดอัมพาตซ้ำตามแพทย์สั่งสม่ำเสมอ

สิ่งสำคัญที่ควรตระหนักคือ “จะอย่างไรให้คนรอบข้างหรือผู้ที่มีอาการรู้ว่า หากมีอาการหน้าเบี้ยว แขน ขาชา หรืออ่อนแรง พุดไม่ชัด นี่คือสัญญาณเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง และต้องพาผู้ป่วยไปถึงโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด” เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสรอดชีวิต และสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ปกติ

พฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดจากหลอดเลือดแดงแข็ง

พฤติกรรม Life Styles	คุณสมบัติทางคลินิกและชีวเคมี Biochemical characteristics	คุณสมบัติส่วนบุคคล Personal characteristics
<ul style="list-style-type: none"> • การสูบบุหรี่ • การบริโภคอาหาร • การขาดกิจกรรมทางกาย 	<ul style="list-style-type: none"> • ความดันโลหิตสูง • ไขมันในเลือดผิดปกติ • น้ำตาลในเลือดสูง • ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน หรือมีไขมันในช่องท้องมากเกินไป • ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ • การแข็งตัวของเลือดเพิ่มขึ้น หรือ ภาวะเลือดข้น • สารในเลือดที่บ่งถึงการอักเสบ • โปรตีนในปัสสาวะ • หัวใจห้องล่างซ้ายโต 	<ul style="list-style-type: none"> • อายุ • เพศ • พันธุกรรม • ประวัติครอบครัว • สภาพสังคม และเศรษฐกิจ



ปัจจัยเสี่ยงสำคัญต่อการเกิดโรคหลอดเลือดแดงแข็ง จำแนกตามความเป็นไปได้ในการปรับเปลี่ยน

ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนได้	ปัจจัยเสี่ยงที่ปรับเปลี่ยนไม่ได้
<ul style="list-style-type: none"> • การสูบบุหรี่ • ระดับน้ำตาลในเลือดสูง • น้ำหนักเกินและอ้วน • การขาดกิจกรรมทางกาย • ความดันโลหิตสูง • ไขมันในเลือดผิดปกติ • พฤติกรรมการบริโภคที่ไม่เหมาะสม • ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ • ภาวะเลือดข้น • โพรตีนในปัสสาวะ* • หัวใจห้องล่างซ้ายโต* 	<ul style="list-style-type: none"> • อายุ • เพศ • พันธุกรรม (ประวัติในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดแดงก่อนวัยอันควร)

*ปัจจัยเสี่ยงเสริม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดแดง ที่ใช้พิจารณาร่วมกับปัจจัยเสี่ยงอื่นข้างต้น

เกณฑ์การประเมินปัจจัยเสี่ยงของโอกาสเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดในอนาคต 10 ปี แนวทางเวชปฏิบัติของตะวันตก มีการใช้ Framingham risk score, SCORE, QRISK, ASCVD risk score ซึ่งเหมาะสมสำหรับประชากรในประเทศที่ทำวิจัยนั้น แต่หากนำมาใช้ในประชากรไทย พบว่าจะประเมินได้ความเสี่ยงสูงเกินจริง งานวิจัยในประเทศไทยที่ติดตามเรื่องนี้มายาวนาน คือโครงการวิจัย “การศึกษาระยะยาวถึงอิทธิพลของปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจหลอดเลือดและเมแทบอลิซึมในพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย” หรือ EGAT heart study แม้ว่าจะไม่ใช่งานวิจัยที่สมบูรณ์ที่สุด แต่ก็เหมาะสมสำหรับประชากรไทยมากที่สุด ข้อมูลจากงานวิจัยนี้ ถูกดัดแปลงมาเป็นแบบประเมินความเสี่ยงในคนไทย เรียกว่า Thai CV Risk Score ซึ่งใช้ข้อมูลทางคลินิก รอบเอว อายุ เพศและส่วนสูง ร่วมกับผลการตรวจเลือดมาคำนวณโดยใช้ application ผ่านทางโทรศัพท์เคลื่อนที่ หรืออุปกรณ์อื่นๆ ง่ายต่อการใช้และได้รับการทดสอบแล้วว่าให้ผลใกล้เคียงกับอุบัติการณ์ของโรคจริง คณะกรรมการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติมีความเห็นว่า 10-year Thai CV Risk Score ค่าน้อยกว่าร้อยละ 10 ถือว่าอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงต่ำ ตั้งแต่ร้อยละ 10 ขึ้นไป จัดเป็นกลุ่มความเสี่ยงปานกลางถึงสูง ในอนาคตหากมีข้อมูลการศึกษามากขึ้นในประชากรไทย ทำให้การประเมินมีความแม่นยำมากขึ้น ก็ให้ใช้แบบประเมินที่ดีที่สุดเท่าที่มีในขณะนั้น หลักการรักษาระดับไขมันผิดปกติในคนไทยความผิดปกติของ lipoprotein metabolism ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของระดับไขมันในเลือดที่นำไปสู่หลอดเลือดแดงแข็ง รวมถึงภาวะแทรกซ้อนทั้งชนิดเฉียบพลันและเรื้อรังเกิดภาวะทุพพลภาพต้องเข้าโรงพยาบาลหรือเสียชีวิต หลักการรักษาเป็นไปเพื่อการป้องกันสิ่งเหล่านี้ทั้งระดับปฐมภูมิและทุติยภูมิ โดยต้องทำการลดปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่ผู้ป่วยมีอยู่ร่วมด้วย ควบคู่ไปกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงอันจะทำให้การใช้ยามีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น สิ่งที่ควรพิจารณาในการใช้ยารักษาภาวะไขมันผิดปกติ มีดังนี้

1. การตรวจเลือดและตรวจทางห้องปฏิบัติการเบื้องต้นก่อนเริ่มการรักษา เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยมีไขมันชนิดใดผิดปกติ ตรวจการทำงานของตับและไต ตรวจน้ำตาลในเลือด หาสาเหตุที่ทำให้ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ เช่น nephrotic syndrome, hypothyroidism ซึ่งระดับไขมันอาจกลับมาเป็นปกติได้โดยการรักษาโรคต้นเหตุ ควรตรวจเอนไซม์ตับว่าผิดปกติอยู่ก่อนเริ่มยาหรือไม่ ซึ่งอาจนำมาใช้เปรียบเทียบกับค่าภายหลังการรักษาด้วยยา

2. ประเมินปัจจัยเสี่ยงอื่นนอกจากไขมันผิดปกติ แล้วนำมาคำนวณว่าผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มเสี่ยงมากหรือน้อยเพียงใดในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยใช้แบบประเมินที่เหมาะสมที่ใช้อ้างอิงอยู่ในขณะนั้น และดำเนินการรักษาทุกปัจจัยเสี่ยงไปพร้อมๆ กัน หากต้องใช้ยา ควรเลือกชนิดและขนาดยาที่เหมาะสมเพื่อให้ได้ประโยชน์สูงสุด ปลอดภัย และคุ้มค่า

3. ประเมินทางคลินิกให้ทราบว่าผู้ป่วยเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดแล้วหรือไม่ บางกรณีการซักประวัติและตรวจร่างกายอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอ จำเป็นต้องอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม เช่น กล้ามเนื้อหัวใจตายที่ไม่มีอาการ หลอดเลือดแดงใหญ่ในช่องท้องโป่งพองในคนอ้วน เป็นต้น หากมีหลักฐานว่าเคยเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมาก่อนแล้วจะจัดอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงสูง ควรเลือกใช้ยารักษาภาวะไขมันผิดปกติที่มีประสิทธิภาพสูง แม้ในกรณีที่ระดับไขมันในเลือดไม่สูงมากก็ตาม แพทย์ผู้รักษาต้องทราบประสิทธิภาพของยารักษาภาวะไขมันผิดปกติแต่ละชนิดว่าเหมาะสมกับความเสี่ยงของผู้ป่วยที่กำลังรักษาอยู่หรือไม่

4. ความร่วมมือในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย จะช่วยให้การป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดประสบผลสำเร็จมากขึ้นเพราะไม่เพียงทำให้ระดับไขมันดีขึ้น แต่ช่วยลดปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ลงด้วย เช่น ลดความดันโลหิต ควบคุมระดับน้ำตาลในผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้ไม่ต้องใช้ยาขนาดสูงในการควบคุมปัจจัยเสี่ยงเหล่านั้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายลดลง และหลีกเลี่ยงอาการไม่พึงประสงค์จากยา

5. เริ่มยาตามเกณฑ์ของบัญชียาหลักแห่งชาติ คณะกรรมการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติฯ มีความเห็นว่าควรนำความรู้ทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขมาปรับใช้ให้สอดคล้องกับการดูแลสุขภาพและระบบสาธารณสุขของประเทศ ไม่ว่าสิทธิในการเบิกจ่ายยาของผู้ป่วยจะเป็นกลุ่มใด แพทย์ควรเลือกใช้ยารักษาภาวะไขมันผิดปกติที่มีอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติเป็นอันดับแรก โดยเลือกใช้ยาชื่อสามัญก่อนถ้ายังไม่ได้ผลตามเป้าหมาย ให้ทำการปรับขนาดยา แต่หากเกิดผลข้างเคียงของยาหรือภายหลังจากได้ยาไประยะหนึ่งแล้ว ระดับไขมันยังไม่ได้ตามเป้าหมาย จึงค่อยเปลี่ยนหรือเพิ่มยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ การใช้ยารักษาภาวะไขมันผิดปกติหลายตัวร่วมกัน ควรคำนึงถึงความจำเป็น ประโยชน์ที่จะได้รับ และความปลอดภัย ตามหลักฐานเชิงประจักษ์ของการใช้ยาร่วมกันขณะนี้บัญชียาหลักแห่งชาติของประเทศไทย มียารักษาภาวะไขมันผิดปกติที่จำเป็นให้ใช้และมีหลักเกณฑ์กำกับอยู่ แพทย์ผู้สั่งยาควรศึกษาสิ่งเหล่านี้

6. การใช้ยานอกบัญชียาหลักแห่งชาติ มีหลักเกณฑ์กำหนดไว้เป็นการเฉพาะ จึงควรศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมขณะนี้ยารักษาภาวะไขมันผิดปกติส่วนใหญ่มีจำหน่ายในรูปยาชื่อสามัญซึ่งมีราคาถูกลงมาก

7. ติดตามผลการรักษา ภาวะแทรกซ้อนของยา และการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยต้องทำความเข้าใจกับผู้ป่วยที่ใช้ยารักษาภาวะไขมันผิดปกติว่ายังมีความจำเป็นที่จะต้องมาตรวจ ติดตามผล เพราะยาที่ได้รับอาจมี



ภาวะแทรกซ้อน ถึงแม้จะได้ยาอยู่ก็ยังสามารถเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดขึ้นได้อีก ซึ่งอาจต้องเปลี่ยนการรักษาให้เหมาะสมขึ้น รวมทั้งต้องดูแลรักษาโรคที่เกิดขึ้นใหม่อย่างรวดเร็วและถูกต้อง

8. การใช้ยารักษาภาวะไขมันผิดปกติบางครั้งจำเป็นต้องลดขนาดยาหรือหยุดยาชั่วคราวหรือถาวร จะพิจารณาปรับลดขนาดหรือหยุดยาเมื่อ

8.1 เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา เช่น myopathy, rhabdomyolysis จากการใช้ยา statin [คำแนะนำระดับ ++ คุณภาพของหลักฐานระดับ 3]

8.2 ปฏิกริยาระหว่างกันกับยาตัวอื่นที่ได้รับอยู่ โดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ [คำแนะนำระดับ ++ คุณภาพหลักฐานระดับ 3]

8.3 มีการทำงานของตับหรือไตลดลง [คำแนะนำระดับ + คุณภาพของหลักฐานระดับ 4] (ดูภาคผนวก)

8.4 ในกรณีที่ใช้ statin ถ้าพบว่า LDL-C ในเลือด ≤ 40 มก./ดล. สองครั้งติดต่อกัน อาจพิจารณาลดขนาดยา statin ลง [คำแนะนำระดับ +/- คุณภาพของหลักฐานระดับ 4]

8.5 ไม่ควรเริ่มยารักษาภาวะไขมันผิดปกติ เพื่อการป้องกันแบบปฐมภูมิในผู้ป่วยที่การให้ยาดังกล่าวมีประโยชน์น้อยกว่าผลเสียจากยา เช่น ในผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น [คำแนะนำระดับ - คุณภาพของหลักฐานระดับ 4]

เอกสารอ้างอิง

ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์แห่งประเทศไทย

บรรลุ ศิริพานิช. (2562). อาหารสำหรับโรคหลอดเลือดสมอง. **ารใช้ยาส**

การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์ในผู้สูงอายุ (Pharmacokinetics)

เภสัชจลนศาสตร์	การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา	ผลที่เกิดขึ้น
การดูดซึมของยา	- การหลั่งกรดในกระเพาะอาหารลดลง - การดูดซึมที่ลำไส้เล็กลดลง	- การดูดซึมของยาบางชนิดลดลง
การกระจายตัวของยา	- เนื้อเยื่อไขมันมากขึ้น ทำให้ยาที่ละลายได้ดีในไขมันกระจายตัวมากขึ้น - ปริมาณน้ำในร่างกายลดลง ทำให้การกระจายตัวของยาที่ละลายได้ดีในน้ำลดลง - ระดับอัลบูมินต่ำลง	- ยาที่ละลายได้ดีในไขมันมีค่าครึ่งชีวิตนานขึ้น - ยาที่ละลายดีในน้ำมีความเข้มข้นขึ้น - ปริมาณยาที่จับกับโปรตีนลดลง
การเมตาบอลิซึมของยา	- การเปลี่ยนแปลงยาขั้นตอนที่ 1 ของตับลดลง	- เพิ่มค่าครึ่งชีวิตของยาบางชนิด
การกำจัดยา	- อัตราการกรองที่ไตลดลง	- เพิ่มค่าครึ่งชีวิตของยาบางชนิด



ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดโรคที่เกิดจากการปฏิบัติทางการแพทย์

1. การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์ (Pharmacokinetics) และเภสัชพลศาสตร์ของยา (Pharmacodynamics)
2. ผู้สูงอายุมักมีกำลังสำรองลดลง รวมถึงสมรรถภาพของอวัยวะต่างๆลดลงในผู้สูงอายุ ทำให้มีโอกาสเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาได้ง่าย
3. ผู้สูงอายุมักมีพยาธิสภาพหลายชนิดในเวลาเดียวกัน ทำให้มีโอกาสได้รับยาหลายชนิด และทำให้เกิดปฏิกิริยาระหว่างยากับโรค หรือปฏิกิริยาระหว่างยาด้วยกัน
4. ผู้สูงอายุมักมีอาการแสดงที่ไม่จำเพาะ ทำให้แพทย์อาจแปลผลและวินิจฉัยอาการทางคลินิกได้ไม่แม่นยำ
5. ผู้สูงอายุมักมีปัญหาการมองเห็นและการได้ยิน ทำให้มีปัญหาการสื่อสารกับผู้อื่นเรื่องความเจ็บป่วยของตน รวมถึงอาจมีปัญหาการบกพร่องทางการรู้คิด ทำให้แพทย์ไม่สามารถซักประวัติได้ครบถ้วน รวมถึงไม่เข้าใจวิธีการใช้ยา
6. ผู้สูงอายุมักซื้อยารับประทานเอง รวมถึงมีการใช้ยาสมุนไพรร่วมด้วย อาจทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาได้

เอกสารอ้างอิง

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรฟื้นฟู Care Manager กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์; 2563



แผนการสอนที่ 5

การประเมินค้นหาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ ในการประเมินค้นหาภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ

1. Caregiver สามารถบอกถึงวิธีการการประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) และการคัดกรองกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ 9 ด้าน
2. Caregiver สามารถอธิบายถึงการใช้สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book) ผ่านแอปพลิเคชันได้

เนื้อหาวิชา

1. การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL)
2. การคัดกรองกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ 9 ด้าน
3. การใช้สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book)

รูปแบบ/วิธีการสอน

1. การบรรยาย
2. การซักถาม
3. การฝึกปฏิบัติรายบุคคล

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียนเรื่อง การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) ตามด้วยการคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้านและการใช้สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book)
2. ผู้เข้ารับการอบรมซักถามข้อสงสัย
3. ผู้เข้ารับการอบรมฝึกประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) จากภาพถ่ายในใบงานที่ 5.1 และบันทึกข้อมูลในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book)
4. ผู้เข้ารับการอบรมจับคู่กันเพื่อฝึกการคัดกรองกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ 9 ด้านตามใบงานที่ 5.2 และบันทึกข้อมูลในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book)
5. วิทยากรสรุปผล และให้ข้อเสนอแนะ

สื่อประกอบการเรียนการสอน/อุปกรณ์

1. คู่มือแนวทางการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง (หลักสูตรชั้นกลาง)
2. สื่อการอบรม ได้แก่ ไฟล์นำเสนอ ภาพและคลิปผู้สูงอายุ



คำแนะนำสำหรับวิทยากร

1. วิทยากรเตรียมสื่อการอบรมต่างๆ ให้พร้อม เพื่อทำให้เกิดความสนใจ และการมีส่วนร่วมระหว่างการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล




1. การทดสอบความรู้
2. การซักถาม
3. การสังเกตจากการฝึกปฏิบัติและทำกิจกรรม







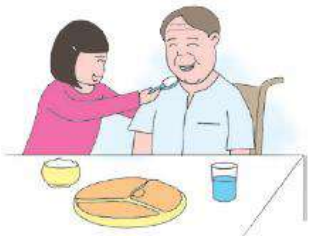

ใบความรู้ที่ 5.1

เรื่อง การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL)


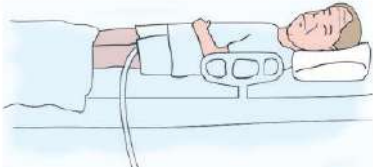




การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) เป็นเครื่องมือที่ถูกพัฒนาขึ้น เพื่อติดตามความก้าวหน้าของทักษะการดูแลตัวเองและการเคลื่อนไหวของผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยเวชศาสตร์ฟื้นฟู ซึ่งต่อมาได้มีการใช้งานอย่างแพร่หลาย เนื่องจากมีความเที่ยงและความตรงเป็นที่ยอมรับได้ โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้เรียบเรียงแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ให้เป็นภาษาไทย และเข้ากับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคนไทย สำหรับใช้ในการจำแนกผู้สูงอายุตามระดับการพึ่งพิง ซึ่งมีองค์ประกอบ 10 กิจกรรม และมีรายละเอียดการประเมินในแต่ละกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรม	คะแนน	ความหมาย	ภาพประกอบ
1. การอาบน้ำ	0	ผู้สูงอายุต้องมีคนช่วย หรืออาบน้ำให้	
	1	ผู้สูงอายุสามารถอาบน้ำเองได้	
2. การล้างหน้า แปรงฟัน ทวีผม โกนหนวด	0	ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในขั้นตอนต่างๆ	













กิจกรรม	คะแนน	ความหมาย	ภาพประกอบ
(ภายใน 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา)	1	ผู้สูงอายุสามารถทำเองได้ (รวมทั้งกรณีที่ผู้สูงอายุสามารถทำตัวเองได้เอง ถ้าผู้ช่วยเหลือเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้แล้ว)	
3. การสวมใส่เสื้อผ้า	0	ผู้สูงอายุต้องมีคนสวมใส่เสื้อผ้าให้ช่วยเหลือตัวเองแทบไม่ได้ หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย	
	1	ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย	
	2	ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)	
4. การรับประทานอาหาร (เมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยแล้ว)	0	ผู้สูงอายุไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้	
	1	ผู้สูงอายุสามารถตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า	




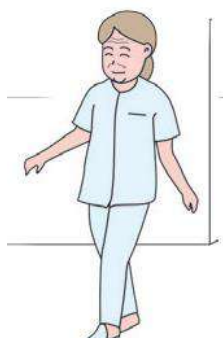


กิจกรรม	คะแนน	ความหมาย	ภาพประกอบ
	2	ผู้สูงอายุสามารถตักอาหารและช่วยตัวเองได้ เป็นปกติ	
5. การใช้ห้องน้ำ	0	ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองในการใช้ห้องน้ำ ไม่ได้	
	1	ผู้สูงอายุใช้ห้องน้ำเองได้บ้าง (อย่างน้อย คือ การทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง	
	2	ผู้สูงอายุสามารถใช้ห้องน้ำเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอด-ใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)	
6. การกลั้นการถ่ายอุจจาระ (ภายในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)	0	ผู้สูงอายุกลั้นอุจจาระไม่ได้ (มากกว่า 2 ครั้งต่อสัปดาห์) หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ	
	1	ผู้สูงอายุกลั้นอุจจาระไม่ได้บางครั้ง (ประมาณสัปดาห์ละ 1 ครั้ง)	



กิจกรรม	คะแนน	ความหมาย	ภาพประกอบ
	2	ผู้สูงอายุสามารถกลืนอุจจาระได้ เป็นปกติ	
7. การกลืนปัสสาวะ (ภายในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)	0	ผู้สูงอายุกลืนปัสสาวะไม่ได้ (มากกว่า 2 ครั้งต่อวัน) หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้	
	1	ผู้สูงอายุกลืนปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกินวันละ 1 ครั้ง)	
	2	ผู้สูงอายุสามารถกลืนปัสสาวะได้เป็นปกติ	
8. การขึ้นลงบันได (อย่างน้อย 1 ชั้น)	0	ผู้สูงอายุไม่สามารถขึ้นลงบันไดได้เลย	

กิจกรรม	คะแนน	ความหมาย	ภาพประกอบ
	1	ผู้สูงอายุต้องการคนช่วยในการขึ้นลงบันได	
	2	ผู้สูงอายุสามารถขึ้นลงบันไดได้เอง (ทั้งแบบเดินได้โดยอิสระ หรือถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น Walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วยตนเอง)	
9. การลุกขึ้น (ลุกนั่งจากที่นอนหรือลุกจากเตียงไปยังเก้าอี้)	0	ผู้สูงอายุไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น	
	1	ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลืออย่างมาก จึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมา จึงจะนั่งอยู่ได้	
	2	ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย	
	3	ผู้สูงอายุสามารถลุกขึ้นนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ได้ด้วยตนเอง	

กิจกรรม	คะแนน	ความหมาย	ภาพประกอบ
10. การเคลื่อนที่ (ภายในห้องหรือ บ้าน)	0	ผู้สูงอายุเคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้	
	1	ผู้สูงอายุสามารถใช้รถเข็นช่วยเหลือนตัวเอง ให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้	
	2	ผู้สูงอายุสามารถเดิน หรือเคลื่อนที่โดยมี คนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือ ต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย	
	3	ผู้สูงอายุสามารถเดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง	

เมื่อประเมินตามแบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ครบ 10 กิจกรรมแล้ว
ให้ผู้ประเมินนำคะแนนของแต่ละกิจกรรมมารวมกัน เพื่อจำแนกผู้สูงอายุตามระดับการพึ่งพิง เป็น 3 กลุ่ม คือ

1. **กลุ่มติดเตียง** มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0-4 คะแนน หมายถึง เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองไม่ได้ ช่วยเหลือ
ตนเองไม่ได้ พิการ หรือทุพพลภาพ
2. **กลุ่มติดบ้าน** มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5-11 คะแนน หมายถึง เป็นผู้สูงอายุที่ดูแลตนเองได้บ้าง
ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง



3. กลุ่มติดสังคม มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป หมายถึง เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชนและสังคมได้

ผู้สูงอายุที่มี ADL น้อยกว่า 12 คะแนนลงไป (กลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง) จะถือเป็นผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งมีสิทธิประโยชน์ได้รับการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จากกองทุนระบบการดูแลระยะยาว ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กรมอนามัย, สำนักอนามัยผู้สูงอายุ; 2566.
2. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรฟื้นฟู Care Manager กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร: แสงจันทร์การพิมพ์; 2563.
3. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: จีดี โปรดักชั่น; 2564.
4. Collin, C., Wade, D. T., Davies, S., & Horne, V. The Barthel ADL Index: A reliability study. *International Disability Studies*. 1988; 10(2), 61-63. DOI:10.3109/09638288809164103
5. Wade, D. T., & Collin, C. The Barthel ADL Index: A standard measure of physical disability? *International Disability Studies*. 1988; 10(2), 64-67. DOI:10.3109/09638288809164105



ใบความรู้ที่ 5.2

เรื่อง การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้าน

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความเสื่อมของสภาพร่างกาย และนำไปสู่กลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยกลุ่มอาการเหล่านี้สามารถคัดกรองเพื่อให้ค้นพบอาการแต่เนิ่นๆ และนำผู้สูงอายุที่เริ่มแสดงอาการ ให้เข้ารับการวินิจฉัย ดูแล และรักษาได้อย่างรวดเร็ว อันจะเป็นการคงสมรรถนะที่ดีของผู้สูงอายุให้ยาวนานที่สุด กระทรวงสาธารณสุขได้รวบรวมแบบคัดกรองกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ จำนวน 9 ด้าน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564 และได้ปรับปรุงให้เหมาะสมในปี พ.ศ. 2566 โดยเครื่องมือที่ใช้สำหรับการคัดกรองกลุ่มอาการของผู้สูงอายุแต่ละด้าน แสดงในตาราง

ตาราง การคัดกรองผู้สูงอายุ 9 ด้านและเครื่องมือที่ใช้

กลุ่มอาการผู้สูงอายุ	เครื่องมือ
ด้านที่ 1 ความคิดความจำ	Mini-cog
ด้านที่ 2 การเคลื่อนไหวร่างกาย	Time Up and Go test (TUG) และคำถาม 1 ข้อ
ด้านที่ 3 การขาดสารอาหาร	คำถาม 2 ข้อ
ด้านที่ 4 การมองเห็น	คำถาม 1 ข้อ
ด้านที่ 5 การได้ยิน	Finger rub test
ด้านที่ 6 ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	2Q plus (คำถาม 3 ข้อ)
ด้านที่ 7 การกลืนปัสสาวะ	คำถาม 1 ข้อ
ด้านที่ 8 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	คำถาม 1 ข้อ
ด้านที่ 9 สุขภาพช่องปาก	คำถาม 2 ข้อ

ด้านที่ 1 ความคิดความจำ ใช้เครื่องมือ Mini-cog

การคัดกรองกลุ่มอาการด้านความคิดความจำ ใช้เครื่องมือ Mini-Cog ซึ่งประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือ 1. การจำคำ 3 คำ และ 2. การทดสอบการวาดนาฬิกา โดย Mini-cog ถูกพัฒนาขึ้น เพื่อใช้ในการคัดกรองสมรรถภาพสมองเบื้องต้นในระดับชุมชน ใช้เวลาประมาณ 3-5 นาที ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 : การจำคำ 3 คำ (ยังไม่คิดคะแนน)

เริ่มต้นโดยการบอกให้ผู้ถูกทดสอบตั้งใจฟัง แล้วบอกผู้ถูกทดสอบว่า “ดิฉัน/ผม จะบอกคำ 3 คำซึ่งอยากให้คุณ (ชื่อผู้ถูกทดสอบ หรือ คุณลุง/ป้า คุณตา/ยาย) พูดยตาม แล้วให้พยายามจำคำทั้ง 3 คำไว้”

โดยผู้ทดสอบเลือกชุดคำชุดใดชุดหนึ่งจากตาราง แล้วพูดให้ผู้ถูกทดสอบฟัง จากนั้นให้ผู้ถูกทดสอบพูดยตาม หากผู้ถูกทดสอบพูดยตามได้ไม่ครบ สามารถให้ผู้ถูกทดสอบลองพยายามพูดยตามอีก 3 ครั้ง หากครบ 3 ครั้งแล้วยังไม่สามารถพูดยตามตามที่บอกได้ครบทุกคำ ให้เปลี่ยนไปทดสอบในขั้นตอนที่ 2 ต่อได้เลย

ตาราง ชุดคำสำหรับขั้นตอนที่ 1 การคัดกรอง Mini-Cog

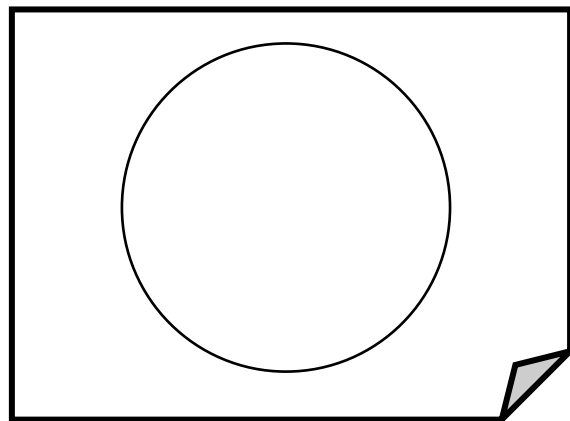


	ชุดที่ 1	ชุดที่ 2	ชุดที่ 3	ชุดที่ 4	ชุดที่ 5	ชุดที่ 6	ชุดที่ 7*
คำที่ 1	กล้วย	ผู้นำ	หมู่บ้าน	แม่น้ำ	กัปตัน	ลูกสาว	บ้าน
คำที่ 2	พระอาทิตย์ขึ้น	ฤดู	ห้องครัว	ประเทศ	สวน	สวรรค์	แมว
คำที่ 3	เก้าอี้	โต๊ะ	เด็กเล็ก	นิ้วมือ	รูปภาพ	ภูเขา	สีเขียว

*เหมาะกับผู้จบการศึกษาต่ำกว่าชั้นประถมศึกษาปีที่ 4

ขั้นตอนที่ 2 : การทดสอบการวาดนาฬิกา (คะแนนเต็ม 2 คะแนน)

ผู้ทดสอบพูดว่า “ลำดับต่อไป ดิฉัน/ผม ต้องการให้คุณ (ชื่อผู้ถูกทดสอบ หรือ คุณลุง/ป้า คุณตา/ยาย) วาดรูปนาฬิกา โดยเริ่มจากใส่ตัวเลขให้ครบบนหน้าปัดนาฬิกา ก่อน เมื่อเสร็จแล้ว ให้วาดเข็มนาฬิกาชี้บอกเวลา 11 โมง 10 นาที” พร้อมกับยื่นกระดาษที่มีรูปร่างกลมให้กับผู้ถูกทดสอบ



ทั้งนี้ให้ใช้รูปร่างกลมที่เตรียมไว้แล้วสำหรับทดสอบการวาดรูปนาฬิกา โดยผู้ทดสอบสามารถบอกคำสั่งซ้ำได้ หากจำเป็น เพราะขั้นตอนนี้ไม่ได้เป็นการทดสอบความทรงจำ หากไม่สามารถวาดรูปนาฬิกาตามที่บอกได้ภายใน 3 นาที ให้ดำเนินการทดสอบขั้นตอนที่ 3 ต่อไป

เกณฑ์การให้คะแนน

หากผู้ถูกทดสอบวาดรูปนาฬิกาได้อย่างถูกต้อง เป็นปกติของนาฬิกาทั่วไป คือ มีองค์ประกอบตัวเลขเรียงลำดับครบถ้วน และอยู่ในตำแหน่งเหมาะสม เช่น เลข 12, 3, 6 และ 9 อยู่ในองศาที่ถูกต้องและสมดุลกัน โดยไม่มีตัวเลขบนหน้าปัดนาฬิกาขาดหาย หรือซ้ำกัน เข็มนาฬิกาชี้ไปที่เลข 11 และเลข 2 โดยความสั้นยาวของเข็มนาฬิกาไม่ต้องนำมาพิจารณา จะได้ 2 คะแนน แต่หากผู้ถูกทดสอบวาดรูปนาฬิกาได้คลาดเคลื่อนจากความปกติ หรือผู้ถูกทดสอบปฏิเสธการวาดรูป ให้คิดคะแนนเป็น 0 คะแนน

ขั้นตอนที่ 3 : การระลึกคำ 3 คำ (Three-word recall)

ผู้ทดสอบถามผู้ถูกทดสอบให้ทบทวนความจำและบอกคำ 3 คำที่ให้จำในขั้นตอนที่ 1 โดยพูดว่า “มีคำ 3 คำอะไรบ้างที่ดิฉัน/ผมขอให้จำก่อนหน้านี้”



เกณฑ์การให้คะแนน

คิดคะแนนเมื่อผู้ถูกทดสอบจำคำได้ 1 คำต่อ 1 คะแนน

การแปลผล

นำคะแนนจากขั้นตอนที่ 2 มารวมกับคะแนนจากขั้นตอนที่ 3 โดยมีคะแนนระหว่าง 0-5 คะแนน หากผู้สูงอายุได้คะแนนตั้งแต่ 3 ลงไป (≤ 3) แสดงว่าผู้ถูกทดสอบมีความบกพร่องด้านความคิดความจำ ให้ดำเนินการส่งต่อ เพื่อทำ MMSE-Thai 2002 หรือ TMSE หรือ MOCA ต่อไป แต่หากผู้สูงอายุได้คะแนน 4 และ 5 คะแนน ถือว่าปกติ

ด้านที่ 2 การเคลื่อนไหวร่างกาย

ใช้เครื่องมือ Time Up and Go test (TUG) และข้อคำถาม จำนวน 1 ข้อการคัดกรองกลุ่มอาการด้านการเคลื่อนไหวร่างกาย ใช้ 2 เครื่องมือ คือ

1. เครื่องมือ Time Up and Go test (TUG) ซึ่งขั้นตอนการทดสอบ TUG ประกอบด้วย

1.1 การเตรียมอุปกรณ์ ได้แก่

- แก้วน้ำพริกพิงและที่เท้าแขวน สูงประมาณ 43-50 เซนติเมตร (หรือแก้วที่ผู้ถูกทดสอบสามารถนั่งพิงพิงแล้วเท้าวางราบกับพื้น)
- สายวัดระยะทาง 3 เมตร และติดยาวบนพื้นที่ทดสอบ
- กรวยรูปโคน หรือวัสดุอื่น วางที่ปลายระยะทาง 3 เมตร เพื่อเป็นจุดหมุนตัวกลับของผู้ถูกทดสอบ
- นาฬิกาจับเวลา

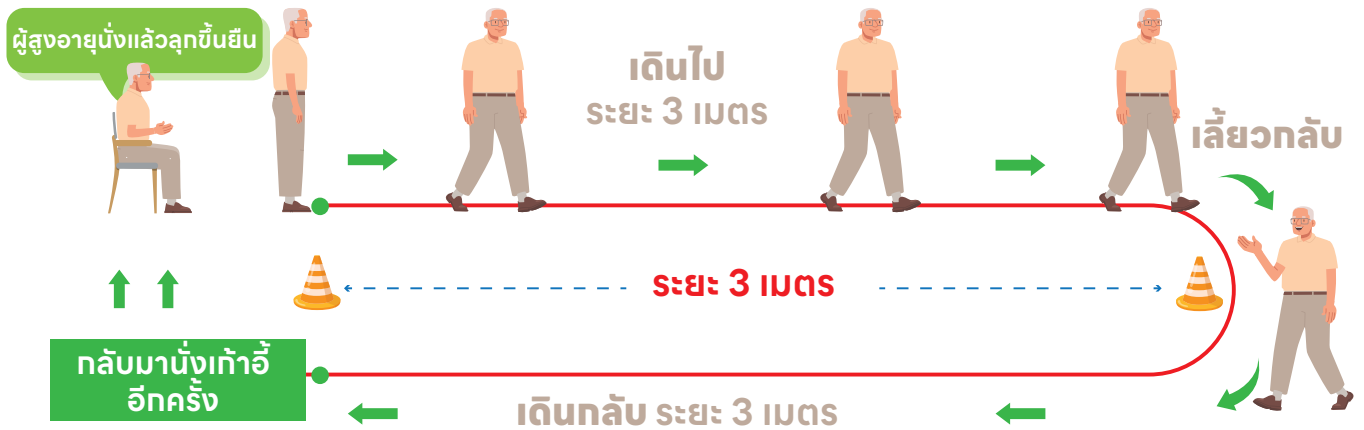
1.2 ขั้นตอนการเตรียม

- หากมีเข็มขัดช่วยพยุง ให้รัดไว้กับตัวผู้ถูกทดสอบ เพื่อให้สามารถช่วยเหลือได้ หากผู้ถูกทดสอบหกล้ม
- ให้ผู้ถูกทดสอบสวมรองเท้าคู่ที่ใช้เป็นประจำ เพื่อให้มีความคุ้นเคย และป้องกันความปลอดภัยของการประเมิน และหากผู้ถูกทดสอบใช้ไม้เท้า หรืออุปกรณ์ช่วยเดินเป็นประจำอยู่แล้ว ให้สามารถใช้ได้ระหว่างการทดสอบ
- ให้ผู้ถูกทดสอบนั่งบนเก้าอี้ หลังพิงพิงแก้วน้ำ แขนทั้งสองข้างวางบนที่เท้าแขวน และเท้าวางราบกับพื้น
- ผู้ทดสอบอธิบายขั้นตอนการทดสอบดังนี้ “ต่อไปนี้เป็นกรทดสอบการเดินเป็นระยะทาง 3 เมตร โดยจับเวลาระหว่างการเดินให้คุณ (ชื่อผู้ถูกทดสอบ หรือคุณลุง/ป้า คุณตา/ยาย) เริ่มต้นจากการนั่งบนเก้าอี้หลังพิงพิงแก้วน้ำ แขนทั้งสองข้างวางบนที่เท้าแขวน และเท้าวางราบกับพื้น เมื่อได้ยินเสียงสัญญาณเริ่ม ให้ลุกขึ้นยืน โดยสามารถใช้มือทั้งสองข้างยันตัวขึ้นได้ เดินด้วยความเร็วของการเดินปกติไปตามระยะทาง แล้วหมุนตัวกลับตรงตำแหน่งกรวย แล้วเดินกลับมาที่แก้วน้ำตัวเดิม ให้หลังพิงพิงแก้วน้ำ”
- ผู้ถูกทดสอบสามารถซ้อม 1 ครั้ง โดยไม่ต้องจับเวลาเริ่มทดสอบจริง



2. ขั้นตอนการทดสอบ

- ผู้ทดสอบจับเวลาหลังจากบอก “เริ่ม” และเห็นผู้ถูกทดสอบเริ่มขยับตัว เพื่อลุกขึ้น และหยุดจับเวลาเมื่อผู้ถูกทดสอบกลับมานั่งที่เก้าอี้ตัวเดิม หลังพิงพนักเก้าอี้
- ผู้ทดสอบต้องเดินตามผู้ถูกทดสอบตลอดการทดสอบ เพื่อให้สามารถช่วยเหลือผู้ถูกทดสอบได้ตลอดเวลา แต่ต้องอยู่ในระยะที่ไม่ขัดขวางการเดินของผู้ถูกทดสอบ
- ผู้ทดสอบสังเกต และบันทึกผล โดยบันทึก 1. เวลาที่ได้จากการทดสอบ 2. การใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน 3. ลักษณะท่าทางการลุก หรือนั่ง 4. อัตราเร็วของการเดิน 5. สมดุลการเดิน และ 6. ทิศทางการหมุนเลี้ยวกลับ เพื่อใช้เปรียบเทียบกับ การทดสอบครั้งถัด ๆ ไป



2.1 ข้อคำถาม 1 ข้อ คือ “ท่านมีประวัติหกล้มภายใน 6 เดือน อย่างน้อย 1 ครั้งหรือไม่”

การแปลผล

หากผู้สูงอายุทดสอบ Time Up and Go test (TUG) แล้วใช้เวลามากกว่าหรือเท่ากับ 12 (≥ 12) วินาที หรือไม่ สามารถเดินได้ หรือมีประวัติหกล้มภายใน 6 เดือน อย่างน้อย 1 ครั้ง ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้ม ให้ส่งต่อเพื่อทำการประเมินภาวะหกล้มแบบองค์รวมต่อไป แต่หากผู้สูงอายุทดสอบ Time Up and Go test (TUG) แล้วใช้น้อยกว่า 12 (<12) วินาที และไม่มีประวัติหกล้มภายใน 6 เดือน ถือว่าปกติ

ด้านที่ 3 การขาดสารอาหาร ใช้เครื่องมือเป็นข้อคำถาม จำนวน 2 ข้อ

การคัดกรองกลุ่มอาการด้านการขาดสารอาหาร ใช้ข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ ได้แก่

- ข้อ 1 ผู้สูงอายุน้ำหนักลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัม ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ (โดยไม่ตั้งใจลดน้ำหนัก)
- ข้อ 2 ผู้สูงอายุมีความอยากอาหารลดลงหรือไม่



การแปลผล

หากผู้สูงอายุตอบว่า “ใช่” หรือ “มีอาการ” ข้อใดข้อหนึ่ง หรือมีทั้ง 2 ข้อ ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร ให้ทำการประเมิน MNA ต่อ แต่หากผู้สูงอายุไม่มีอาการทั้ง 2 ข้อ ถือว่าปกติ

ด้านที่ 4 การมองเห็น ใช้เครื่องมือเป็นข้อคำถาม จำนวน 1 ข้อ

การคัดกรองกลุ่มอาการด้านการมองเห็น ใช้ข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ คือ “ผู้สูงอายุมีปัญหาใดๆ เกี่ยวกับดวงตาของท่าน เช่น การมองระยะไกล การอ่านหนังสือหรือไม่” โดยในกรณีที่ผู้สูงอายุมีแว่นตาอยู่แล้ว ให้พิจารณาการตอบคำถามเมื่อผู้สูงอายุได้สวมใส่แว่นตาที่ใช้เป็นประจำแล้ว

การแปลผล

หากผู้สูงอายุตอบว่า “มีปัญหา” ถือว่ามีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพทางตา ให้ทำการประเมินสุขภาพทางตา 5 ข้อ (สายตาสั้น สายตาไกล ต้อกระจก ต้อหิน จอตาเสื่อม) ต่อ แต่หากผู้สูงอายุไม่มีอาการ ถือว่าปกติ

ด้านที่ 5 การได้ยิน ใช้เครื่องมือ Finger rub test

การคัดกรองกลุ่มอาการด้านการได้ยิน ใช้เครื่องมือ Finger rub test เพื่อการคัดกรองปัญหาการได้ยิน โดยวิธีทดสอบทำได้โดย ให้ผู้ทดสอบถูนิ้วโป้งกับนิ้วชี้ หนึ่งของหูของผู้สูงอายุเบาๆ (ห่างจากหูประมาณ 1 นิ้ว) ทีละข้างทั้งหูซ้ายและหูขวา โดยพื้นที่ที่ทดสอบต้องเป็นพื้นที่เงียบ มีความดังของเสียงรบกวนไม่เกิน 55 เดซิเบล

การแปลผล

หากผู้สูงอายุไม่ได้ยินเสียงถูนิ้วข้างใดข้างหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้าง ถือว่ามีความเสี่ยงต่อปัญหาการได้ยิน ให้ส่งต่อคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อตรวจการได้ยินอย่างละเอียดต่อ แต่หากผู้สูงอายุได้ยินทั้ง 2 ข้าง ถือว่าปกติ

ด้านที่ 6 ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ใช้เครื่องมือ 2Q plus

การคัดกรองกลุ่มอาการด้านภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ใช้เครื่องมือ 2Q plus ซึ่งเป็นข้อคำถามจำนวน 3 ข้อที่กรมสุขภาพจิตพัฒนาขึ้น เพื่อคัดกรองผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ได้แก่

การคัดกรองภาวะซึมเศร้า

ข้อ 1 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันนี้ ท่านรู้สึกไม่สบายใจ เช่น ทุกข์ใจ เศร้า ท้อแท้ ซึม หงอย

ข้อ 2 ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ไม่อยากพูด ไม่อยากทำอะไร หรือทำอะไรก็ไม่สนุก เพลิดเพลิน เหมือนเดิม

การคัดกรองความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

ข้อ 3 ใน 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงวันนี้ ท่านมีความรู้สึกทุกข์ใจจนไม่อยากมีชีวิตอยู่หรือไม่

การแปลผล

สำหรับข้อ 1 และ ข้อ 2 : หากผู้สูงอายุตอบว่า “มีอาการ” หรือ “รู้สึก” ข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ ถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า ให้ทำการประเมิน 9Q ต่อ แต่หากผู้สูงอายุไม่มีความรู้สึกทั้งข้อ 1 และ ข้อ 2 ถือว่าปกติ

สำหรับข้อ 3 : หากผู้สูงอายุตอบว่า “มีอาการ” หรือ “รู้สึก” ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ให้ทำการประเมิน 8Q ต่อ แต่หากผู้สูงอายุไม่มีความรู้สึกในข้อ 3 ถือว่าปกติ



ด้านที่ 7 การกลืนปัสสาวะ ใช้เครื่องมือเป็นข้อคำถาม จำนวน 1 ข้อ

การคัดกรองกลุ่มอาการด้านการกลืนปัสสาวะ ใช้ข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ คือ “ผู้สูงอายุที่มีปัสสาวะเล็ด หรือปัสสาวะรดจนทำให้เกิดปัญหาในชีวิตประจำวันหรือไม่”

การแปลผล

หากผู้สูงอายุตอบว่า “มีปัญหา” ถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ให้ส่งต่อคลินิกผู้สูงอายุ แต่หากผู้สูงอายุไม่มีปัญหา ถือว่าปกติ

ด้านที่ 8 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ใช้เครื่องมือเป็นข้อคำถาม จำนวน 1 ข้อ

การคัดกรองกลุ่มอาการด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ใช้ข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ คือ “ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของท่าน ในการทำกิจวัตรประจำวันโดยไม่ต้องพึ่งคนอื่น ลดลงหรือไม่” โดยกิจวัตรประจำวันนั้นประกอบด้วย การกินอาหาร ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม ลุกจากที่นอนหรือเตียง เข้าห้องน้ำ เคลื่อนที่ไปมาในบ้าน สวมใส่เสื้อผ้า ขึ้นลงบันได 1 ชั้น อาบน้ำ กลั้นอุจจาระ

การแปลผล

หากผู้สูงอายุตอบว่า “ลดลง” ถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะพึ่งพิง ให้ประเมิน Barthel ADL ต่อ แต่หากผู้สูงอายุมีความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองไม่ลดลง ถือว่าปกติ

ด้านที่ 9 สุขภาพช่องปาก ใช้เครื่องมือเป็นข้อคำถาม จำนวน 2 ข้อ

การคัดกรองกลุ่มอาการด้านสุขภาพช่องปาก ใช้ข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ ได้แก่

ข้อ 1 ผู้สูงอายุมีความยากลำบากในการเคี้ยวอาหารแข็งหรือไม่

ข้อ 2 ผู้สูงอายุมีอาการเจ็บปวดในช่องปากหรือไม่

การแปลผล

หากผู้สูงอายุตอบว่า “ใช่” หรือ “มีอาการ” ข้อใดข้อหนึ่ง หรือมีทั้ง 2 ข้อ ถือว่ามีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพช่องปาก ให้ส่งต่อทันตบุคลากร เพื่อประเมินสุขภาพช่องปากต่อ แต่หากผู้สูงอายุไม่มีอาการทั้ง 2 ข้อ ถือว่าปกติ

แต่กรณีมีปัญหาความยากลำบากในการเคี้ยวอาหาร ให้ผู้สูงอายุอ้าปาก เพื่อดูสภาพฟันในช่องปาก หากมีการสูญเสียฟันจำนวนมาก ให้รีบส่งพบทันตบุคลากรเพื่อประเมินความจำเป็นในการรับบริการฟันเทียม



เอกสารอ้างอิง และแหล่งค้นคว้าเพิ่มเติม

1. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กรมอนามัย, สำนักอนามัยผู้สูงอายุ; 2566.
2. ชูติมา ชลาชนนเดชะ. คัดกรองการล้มด้วย Time Up and Go test (TUG). วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด. 2557; 26(1): 5-16.
3. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย. สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: ซีดี โปรดักชั่น; 2564.
4. Borson, S., Scanlan, J. M., Chen, P., & Ganguli, M. The Mini-Cog as a Screen for Dementia: Validation in a Population-Based Sample. Journal of the American Geriatrics Society. 2003; 51(10), 1451–1454. doi:10.1046/j.1532-5415.2003.51465.x
5. Fage, B. A., Chan, C. C., Gill, S. S., Noel-Storr, A. H., Herrmann, N., Smailagic, N., ... Seitz, D. P. Mini-Cog for the detection of dementia within a community setting. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2021; 2021(7). DOI:10.1002/14651858.cd010860.pub3
6. Podsiadlo, D., & Richardson, S. The Timed “Up & Go”: A Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. Journal of the American Geriatrics Society. 1991; 39(2), 142–148. doi:10.1111/j.1532-5415.1991.tb01616.x

ใบงานที่ 5.1

คำชี้แจง

ให้ผู้เข้ารับการอบรมพิจารณาภาพถ่าย แล้วฝึกประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) โดยตอบคำถามว่า “จากภาพ คาดว่าจะสามารถประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Index for Activities of Daily Living: ADL) ในกิจกรรมใดได้บ้าง และมีคะแนนเท่าไร”

ภาพที่ 1



ภาพที่ 2



ภาพที่ 3



ภาพที่ 4



ภาพที่ 5



ใบงานที่ 5.2

คำชี้แจง

ให้ผู้เข้ารับการอบรมจับคู่กันและแสดงบทบาทสมมติ โดยผู้เข้ารับการอบรม คนที่ 1 แสดงบทบาทเป็นผู้คัดกรองกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ และอีก 1 คนแสดงบทบาทสมมติเป็นผู้สูงอายุ แล้วให้ดำเนินการคัดกรองกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ ทั้ง 9 ด้าน เมื่อดำเนินการคัดกรองเสร็จแล้ว ให้สลับบทบาทกัน หลังจากคัดกรองกลุ่มอาการของผู้สูงอายุครบแล้ว ให้อภิปรายปัญหา และซักถามกับวิทยากรผู้สอน



ใบความรู้ที่ 5.3

การใช้แอปพลิเคชันสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book Application)

แนวคิดและทิศทางการพัฒนา

สถานการณ์เดิม

- สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ฉบับรูปเล่ม ไม่มีงบประมาณสนับสนุนการจัดพิมพ์สำหรับผู้สูงอายุทุกคน
- ขาดเครื่องมือที่นำเทคโนโลยีเข้ามาช่วยคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุเชิงรุกในพื้นที่
- ผู้สูงอายุบางท่านไม่สามารถเข้าถึงความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพได้

เป้าหมายการพัฒนา

- เพื่อให้เกิด Platform สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ ที่ผู้สูงอายุ อาสาสมัครและเจ้าหน้าที่ทุกคนสามารถเข้าถึงได้
- เกิดการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุเชิงรุกอย่างครอบคลุมและมีคุณภาพ
- ผู้สูงอายุและญาติ ทราบถึงความเสี่ยงด้านสุขภาพและสามารถเฝ้าระวัง ดูแลสุขภาพตนเองได้
- รูปแบบรายงานที่วิเคราะห์ข้อมูลในระดับพื้นที่โดยเน้นข้อมูลที่จำเป็นที่สามารถใช้ร่วมกันทุกระดับ

ชุดเครื่องมือ

- สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ
- คู่มือการคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ พ.ศ. 2564 (กระทรวงสาธารณสุข)

ผู้ใช้งาน



เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

- ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ
- บุคลากรด้านสาธารณสุข



Care Manager



เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น



อาสาสมัคร

- Caregiver
- อาสาสมัครบริหารท้องถิ่น
- อสม.
- อาสาสมัครประจำครอบครัว



ผู้สูงอายุร่วมกับญาติ



ช่องทางการดาวน์โหลดการใช้งานผ่านแอปพลิเคชัน (Application)



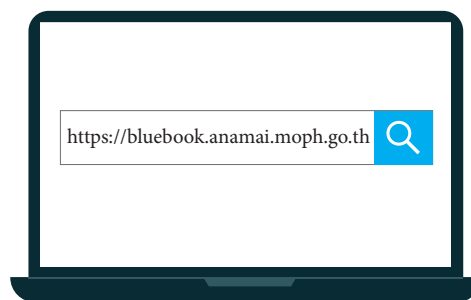
สำหรับมือถือ/แท็บเล็ต ที่ใช้ระบบปฏิบัติการ iOS
สามารถดาวน์โหลดผ่าน App Store



สำหรับมือถือ/แท็บเล็ต ที่ใช้ระบบปฏิบัติการ Android
สามารถดาวน์โหลดผ่าน Google play



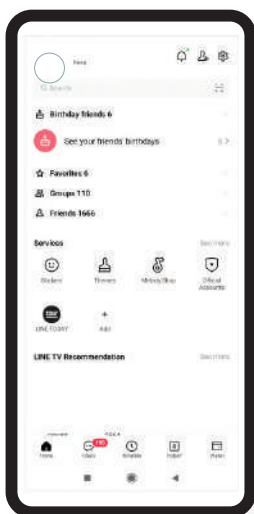
ช่องทางการดาวน์โหลดการใช้งานผ่านคอมพิวเตอร์ (Computer)



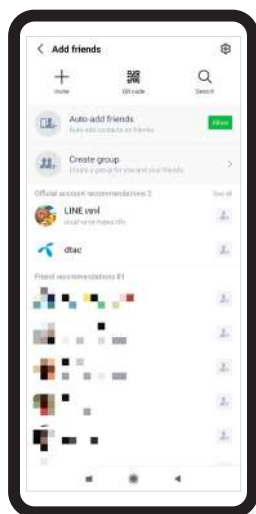
1. เปิดเว็บเบราว์เซอร์ Google Chrome, Safari หรืออื่นๆ
2. พิมพ์ bluebook.anamai.moph.go.th

การใช้งานผ่าน Line Official Account

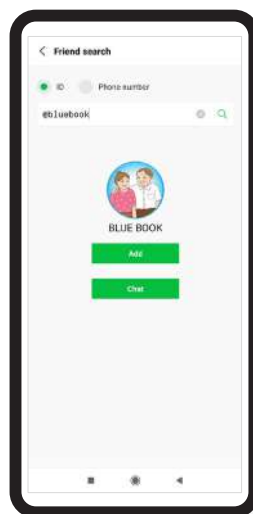
วิธีการเข้าใช้งานผ่าน Line Official Account (ครั้งแรก)



1. กดปุ่ม “เพิ่มเพื่อน”



2. กดปุ่ม “แวนงายาย”



3. เลือก “ID”
และพิมพ์ @bluebook



4. กด เพิ่มเพื่อน หรือ Add

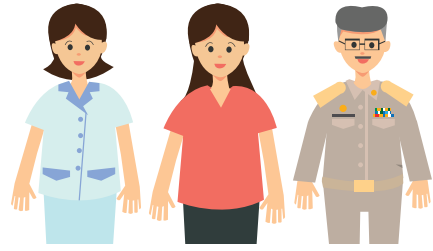


การลงทะเบียน/สมัครใช้งานใหม่

การลงทะเบียน / สมัครใช้งาน

ต้องสมัครใช้งานใหม่

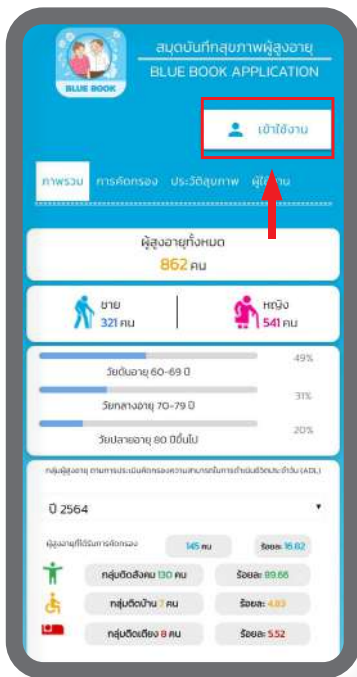
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
- เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น
- อาสาสมัคร
- ผู้สูงอายุ



เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมายถึง บุคลากรที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ/เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุระดับอำเภอ จังหวัด และเขต

อาสาสมัคร หมายถึง Caregiver / อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น / อสม. / ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ

ขั้นตอนการลงทะเบียน/สมัครใช้งาน

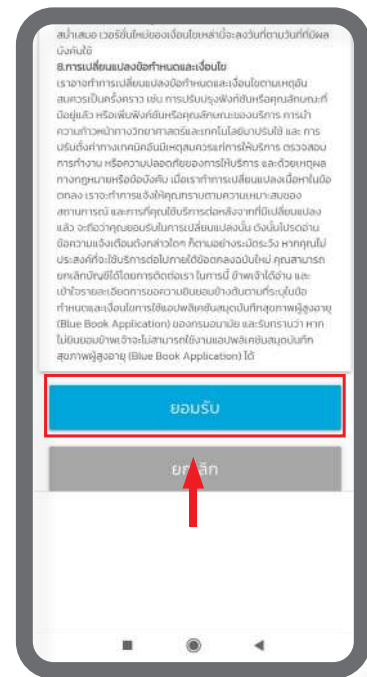


1. กดปุ่ม “เข้าสู่ใช้งาน”



2. กด “ลงทะเบียน”

*ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ(Care Manager)
สามารถกด “เข้าสู่ใช้งาน” ได้เลย



3. กด “ยอมรับ” ข้อกำหนดและเงื่อนไขการใช้งาน



ขั้นตอนการลงทะเบียน/ สมัครใช้งาน



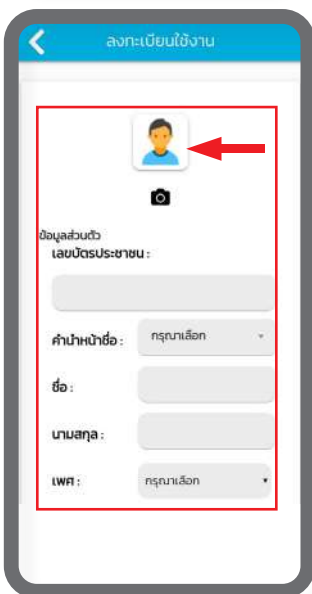
4. ท่านสามารถ ผูกบัญชีกับไลน์ได้ (เพื่อความสะดวก ไม่ต้องจํารหัสผ่านในการใช้งานในครั้งถัดไป) หรือ ถ้าไม่ผูกบัญชีกับไลน์ ก็สามารถลงทะเบียนด้วยตนเองได้



5. เลือกประเภทของผู้ใช้งาน

*กรณีเลือก Care Manager ให้ใส่รหัสเดียวกับโปรแกรม 3C และใช้งานได้เลย

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมายถึง บุคลากรที่รับผิดชอบงานผู้สูงอายุที่อยู่ในพื้นที่รวมถึงผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุระดับอำเภอ จังหวัด และเขตอาสาสมัคร หมายถึง Caregiver อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น / อสม. ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่



6. แนบรูปถ่าย กรอกข้อมูลส่วนตัว



ขั้นตอนการลงทะเบียน/ สมัครใช้งาน

วันเกิด :

1

มกราคม

2562

เบอร์โทรศัพท์ :

จังหวัด : กรุณาเลือก

อำเภอ : กรุณาเลือก

หน่วยงานของท่าน :

กรุณาเลือก

ถัดไป

ยกเลิก

7. เลือกสังกัดหน่วยงาน โปรดเลือกจังหวัด และอำเภอ โดย
- ผู้สูงอายุ : เลือก โรงพยาบาล/รพ.สต. (สถานีอนามัย) ใกล้เคียง
 - อาสาสมัคร : เลือก โรงพยาบาล/รพ.สต. ที่ท่านสังกัด
 - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข : เลือกหน่วยงานต้นสังกัด
 - เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น : เลือกหน่วยงานต้นสังกัด

8. กำหนด ชื่อผู้ใช้งาน และรหัสผ่าน

- ชื่อผู้ใช้งาน : ระบบจะตั้งต้นด้วยเลขบัตรประชาชน
- รหัสผ่าน : กำหนดเป็นภาษาอังกฤษหรือตัวเลข
- ยืนยันรหัสผ่าน : โปรดกำหนดรหัสผ่านอีกครั้ง ให้เหมือนกัน

จากนั้น กด “บันทึก” ระบบจะนำท่านไปสู่หน้าหลัก



ตั้งรหัสผ่าน

โปรดกรอกรหัสผ่าน

ชื่อผู้ใช้งาน :

รหัสผ่าน :

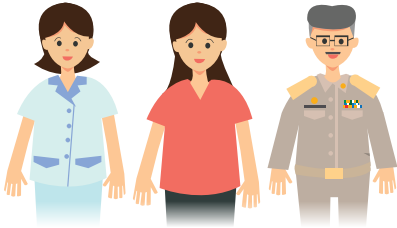
ยืนยันรหัสผ่าน :

บันทึก

ยกเลิก

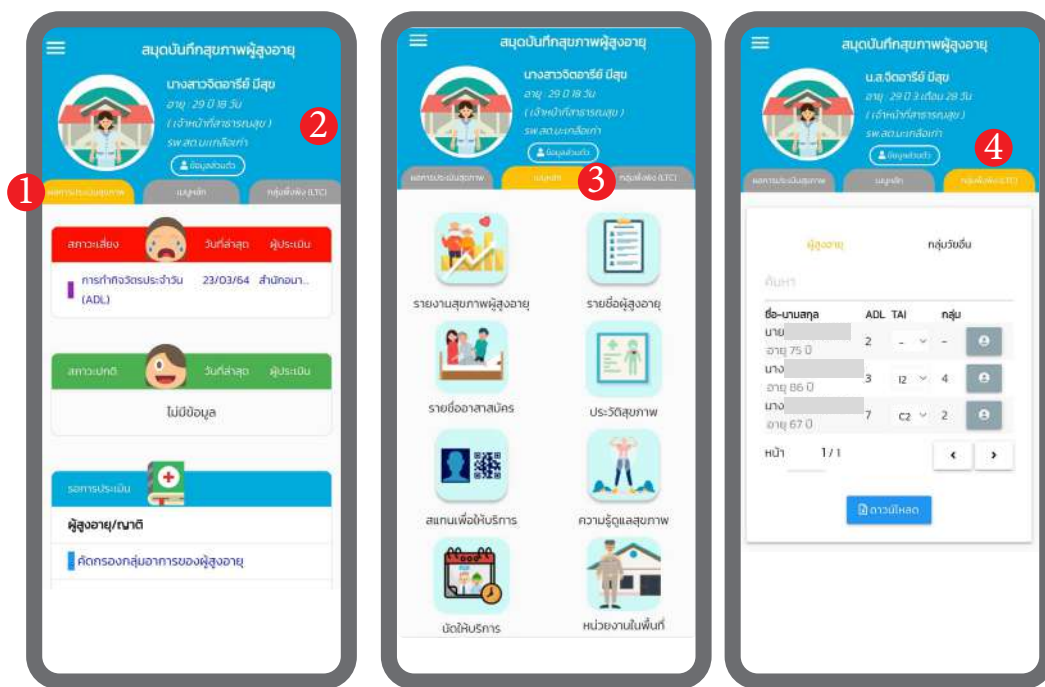


การใช้งานสำหรับ CM / เจ้าหน้าที่หน่วยบริการ อาสาสมัคร / เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น



- เจ้าหน้าที่หน่วยบริการ (ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ / Care Manager)
- อาสาสมัคร (Caregiver / อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น / อสม.)
- เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น (เทศบาล / องค์การบริหารส่วนตำบล)

หน้าหลัก



1. ผลการประเมินสุขภาพ
2. ข้อมูลส่วนตัว (ชื่อ อายุ ประเภท หน่วยงาน)
3. เมนูหลัก (ฟังก์ชันการใช้งาน)
4. กลุ่มพึ่งพิง (LTC) ที่ผ่านการประเมิน ADL และมีคะแนน ≤ 11

***เจ้าหน้าที่ และอาสาสมัคร สามารถประเมินตนเองหรือทดสอบเครื่องมือได้

ผลการประเมินสุขภาพ
ของเจ้าหน้าที่ และอาสาสมัคร
ที่อายุไม่ถึง 60 ปี
จะไม่ถูกนำไปคำนวณ
ในหน้ารายงาน
(Dashboard)



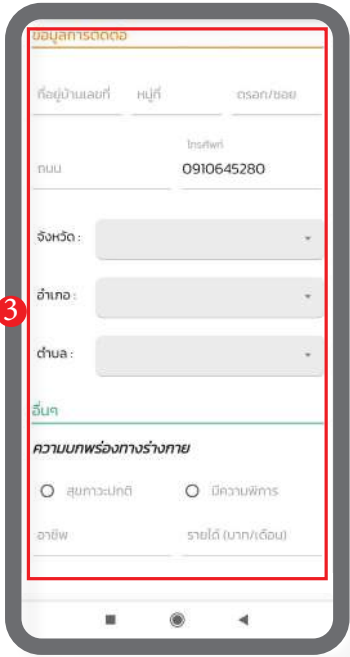
การจัดการบัญชีผู้ใช้งาน (แก้ไข/เพิ่มเติมข้อมูล)



1. กด “ข้อมูลส่วนตัว”



2. ตรวจสอบและแก้ไขข้อมูลส่วนตัว



3. เพิ่มเติมข้อมูลการติดต่อ



4. ข้อมูลผู้ติดต่อฉุกเฉิน
5. เชื่อมต่อ / ยกเลิกกับบัญชี Line
6. ลบบัญชีผู้ใช้งาน



ลืมหีสผ่าน

เข้าสู่ระบบ

ชื่อผู้ใช้งาน :

รหัสผ่าน :

หรือ เข้าสู่ระบบด้วย

ลืมหีสผ่าน

หมายเหตุ Care manager เข้าสู่ระบบโดยใช้รหัสผ่านเดียวกับระบบโปรแกรม LTC (3C)

เข้าสู่ระบบ

ยกเลิก

เลือก

ผู้สูงอายุ

เจ้าหน้าที่/อาสาสมัคร



1. กด “ลืมหีสผ่าน”

2. เลือก ผู้สูงอายุ หรือ เลือกเจ้าหน้าที่/อาสาสมัคร

ตั้งรหัสผ่าน

เลือก: ผู้สูงอายุ

วันเกิด:

1

มกราคม

2499

เบอร์โทรศัพท์: 0910645280

ต่อไป

ตั้งรหัสผ่าน

เลือก: เจ้าหน้าที่

เลขบัตรประชาชน:

วันเกิด:

1

มกราคม

2562

ต่อไป

ตั้งรหัสผ่าน

ชื่อผู้ใช้งาน:

โปรดกรอกรหัสผ่านใหม่

รหัสผ่าน:

ยืนยันรหัสผ่าน:

บันทึก

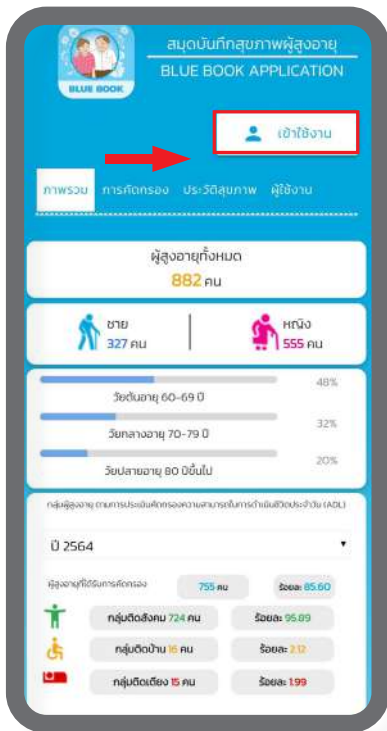
3. เลือก

4. ตั้งรหัสผ่านใหม่

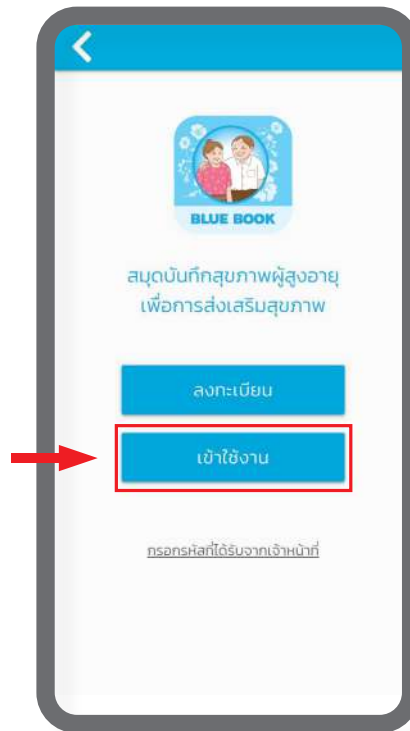
ผู้สูงอายุ : กรอก วันเกิด เบอร์โทรศัพท์ และเลขบัตรประชาชน
เจ้าหน้าที่/อาสาสมัคร : กรอกเลขบัตรประชาชน และวันเกิด



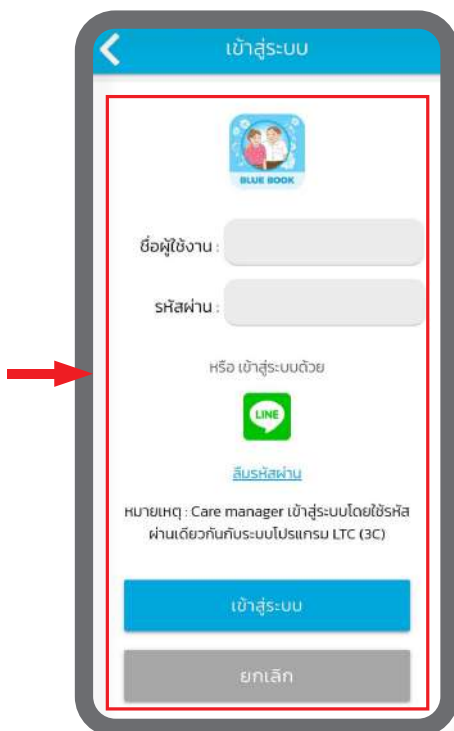
การเข้าสู่ระบบ (ลือคอิน)



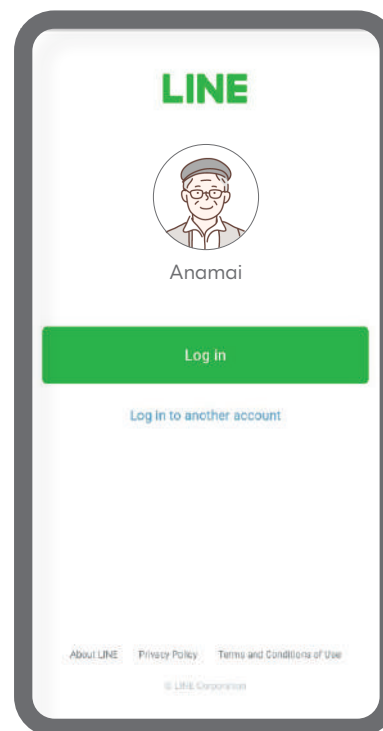
1. กด “เข้าใช้งาน”



2. กด “เข้าใช้งาน”



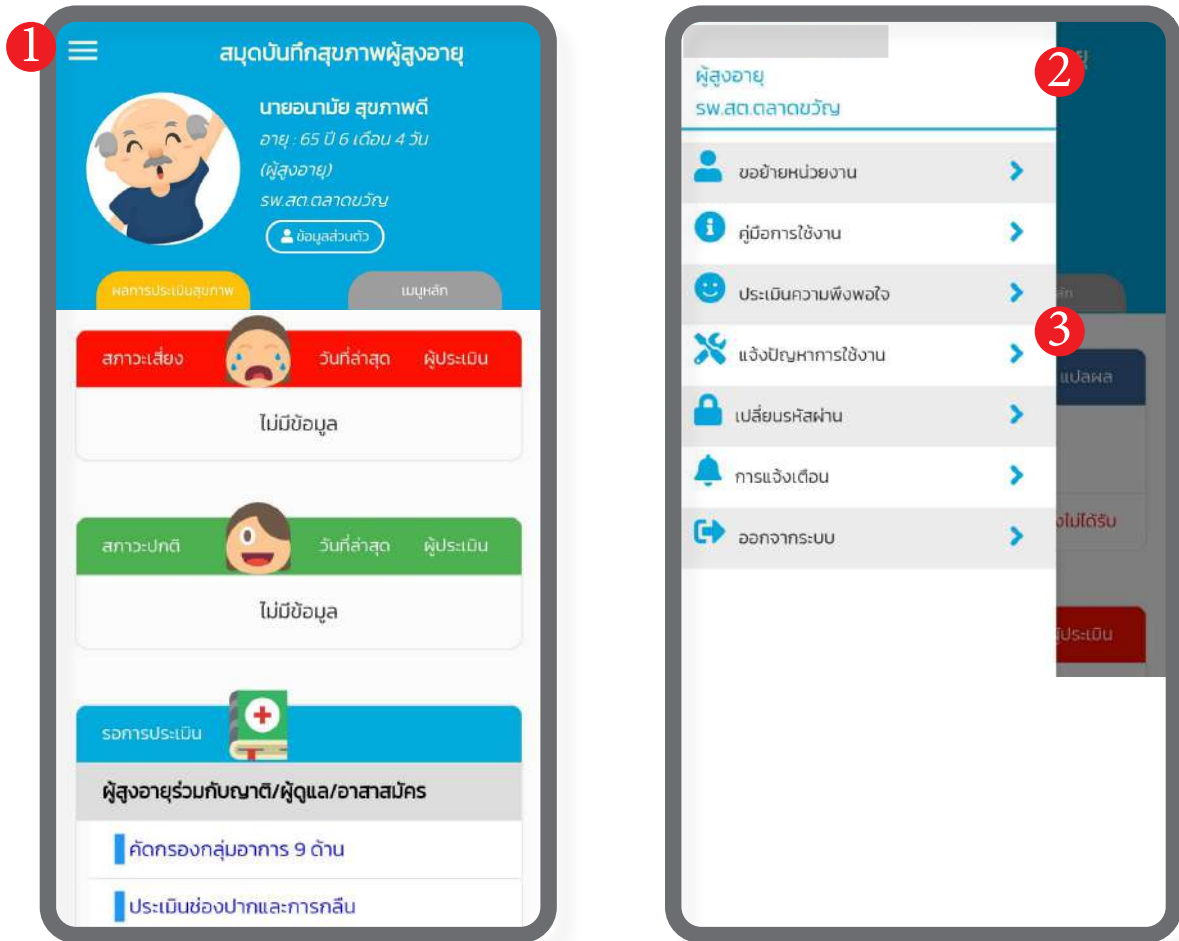
3. กรอกชื่อผู้ใช้งาน และรหัสผ่าน หรือ กด Line (หากผูกบัญชีไว้ตอนสมัคร)




4. กรณีผูกบัญชีกับไลน์ สามารถกด Login ได้เลย



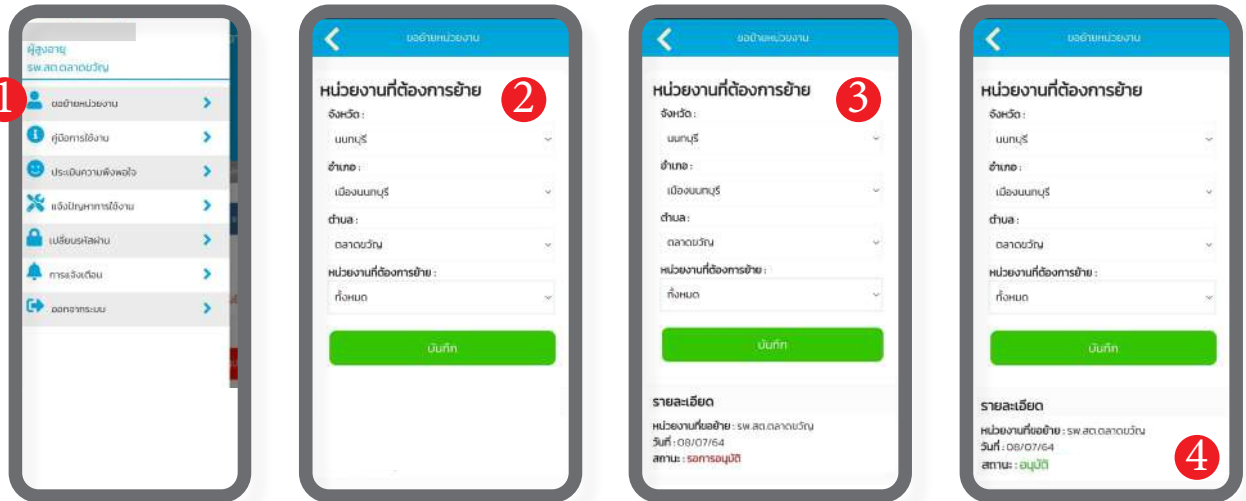
การจัดการบัญชีผู้ใช้งาน



1. กด  ที่มุมบนซ้ายของจอเพื่อเปิดแถบจัดการข้อมูลบัญชี
2. ระบบจะแสดงข้อมูลทั่วไปของท่าน
3. แถบเมนูจัดการข้อมูลบัญชี ประกอบด้วย
 - ขอย้ายหน่วยงาน
 - คู่มือการใช้งาน
 - ประเมินความพึงพอใจ
 - แจ้งปัญหาการใช้งาน
 - เปลี่ยนรหัสผ่าน
 - การแจ้งเตือน
 - ออกจากระบบ

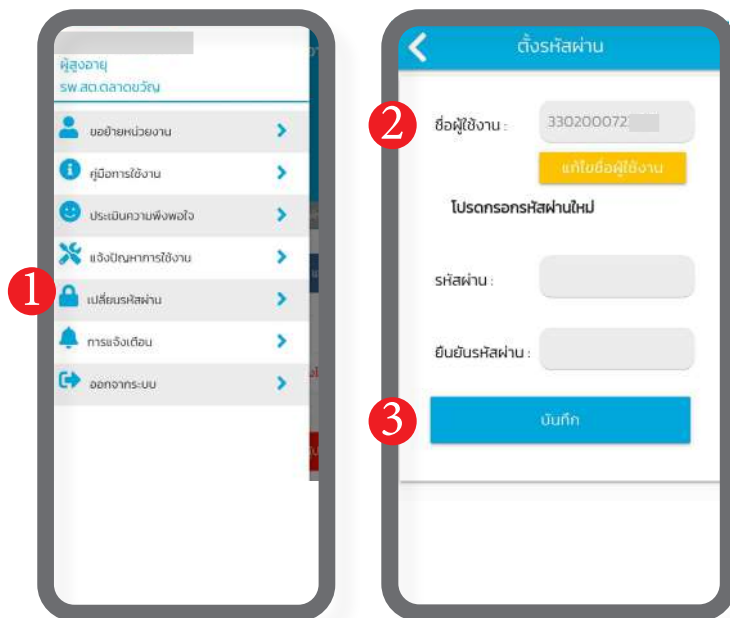


การขอย้ายหน่วยงาน



1. เลือก “ขอย้ายหน่วยงาน” ที่แถบจัดการข้อมูลบัญชี
2. กรอกข้อมูลจังหวัด อำเภอ ตำบล และหน่วยงานที่ต้องการย้าย
3. ระบบจะแสดงรายการที่ขอย้าย โปรตรอผู้ดูแลระบบอนุมัติ / ติดต่อผู้ดูแลระบบในพื้นที่
4. เมื่อสถานะแสดงว่า “อนุมัติ” แปลว่า หน่วยงานท่านจะได้รับการย้ายแล้ว

เปลี่ยนรหัสผ่าน



1. เลือก “เปลี่ยนรหัสผ่าน” ที่แถบจัดการข้อมูลบัญชี
2. หากต้องการเปลี่ยนชื่อผู้ใช้งาน สามารถกดที่ “แก้ไขชื่อผู้ใช้งาน”
3. ตั้งรหัสผ่านใหม่ที่ท่านต้องการ โดยกรอกรหัสผ่านทั้ง 2 ช่อง ให้เหมือนกัน จากนั้น กด “บันทึก”



การแจ้งเตือน และออกจากระบบ



1. เลือก “การแจ้งเตือน” เพื่อจัดการเปิด-ปิด การแจ้งเตือนต่างๆ
2. ออกจากระบบ

การแจ้งเตือน และออกจากระบบ

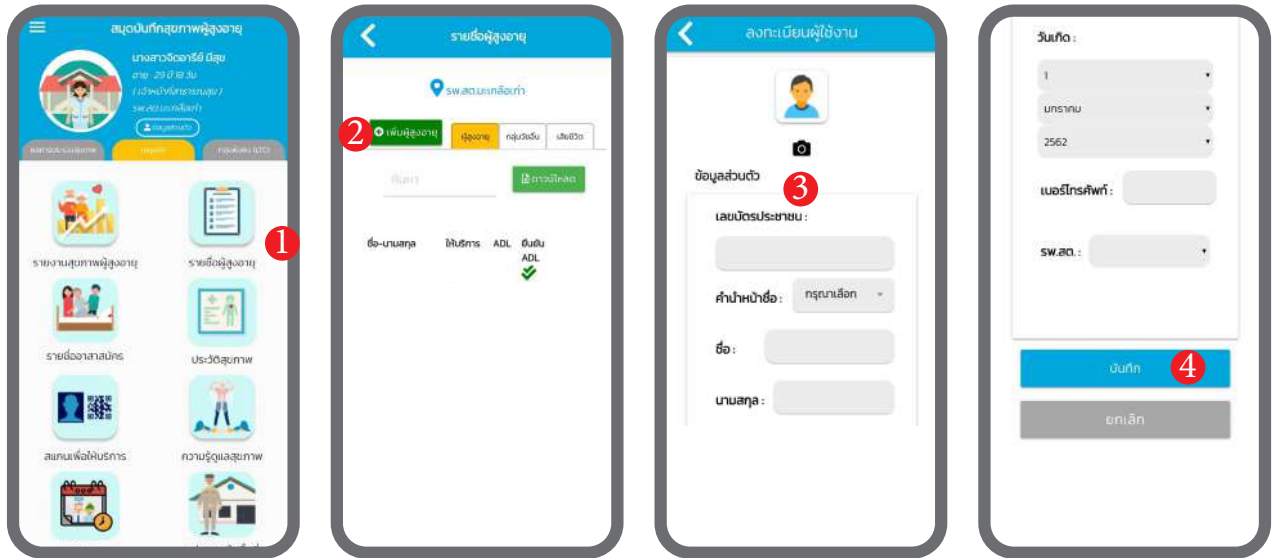
QR Code ประจำตัวผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุสามารถใช้แสดงให้เจ้าหน้าที่ / อาสาสมัครสแกนเพื่อดูประวัติหรือให้บริการ



รายชื่อผู้สูงอายุ (เพิ่มรายชื่อ/ บริหารจัดการข้อมูลในพื้นที่)

การเพิ่มรายชื่อผู้สูงอายุ



1. กด “รายชื่อผู้สูงอายุ”
2. กด “+ เพิ่มผู้สูงอายุ”
3. แบนรูปและกรอกข้อมูลประจำตัวผู้สูงอายุ (เบอร์โทรศัพท์ หากไม่ทราบสามารถเว้นว่างได้)
4. กด “บันทึก”

การจัดการข้อมูลผู้สูงอายุ (เลื่อนจอไปทางขวา)




1. เมื่อเพิ่มผู้สูงอายุแล้ว จะมีรายการชื่อผู้สูงอายุ
2. กด ≡ เพื่อเข้าสู่การจัดการข้อมูล
3. กด “โปรไฟล์” เพื่อดูข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ
4. กด “นัดหมาย” เพื่อลงข้อมูลวันนัดและเรื่องที่ต้องการนัด
5. “ส่งรหัสเข้าใช้งาน” สำหรับผู้สูงอายุที่ต้องการใช้งานในภายหลัง
6. เลือก **แก้ไข** เพื่อแก้ไขข้อมูลผู้สูงอายุ
7. เลือก “เสียชีวิต” เพื่อจำหน่ายผู้สูงอายุที่เสียชีวิต
8. ลบข้อมูลผู้สูงอายุออกจากระบบ



การให้บริการ

การประเมิน ADL



1. กดที่ “รายชื่อผู้สูงอายุ”
2. กดปุ่ม  เพื่อให้บริการ
3. ระบบจะนำมาสู่บัญชีของผู้สูงอายุ โปรดเลือก แบบประเมินที่ต้องการคัดกรอง
4. จากนั้นกด “เริ่มทำการประเมินคัดกรอง”



5. เลือก “วันที่ประเมิน” และกด  เพื่อทำแบบประเมิน ADL
6. โปรดตอบคำถามข้อ 1 - 10 ตามสภาวะของผู้สูงอายุที่รับการประเมิน



การประเมิน ADL

4. ใช้ห้องน้ำ



- ช่วยตัวเองไม่ได้



- ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง



- ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ท่อใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน



- เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้



- ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเอง ให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนขึ้นให้) และจะต้องเข้าออกนุ้ในห้อง หรือประตูได้



- เดินหรือเคลื่อนที่ โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแล เพื่อความปลอดภัย



- เดินหรือเคลื่อนที่เองได้

6. การสวมใส่เสื้อผ้า



- ต้องมีคนสวมใส่ ให้ช่วยตัวเองแทบไม่ได้ หรือได้บ่อย



- ช่วยตัวเอง ได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย



- ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้า ที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. การขึ้นลงบันได 1 ชั้น



- ไม่สามารถทำได้



- ต้องการคนช่วย



- ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องมี เอาจนลงได้ด้วย)

← ประเมินกิจกรรม ADL

8. การอาบน้ำ



- ต้องมีคนช่วยหรือทำให้



- อาบน้ำเองได้

← 9/11 →

9. การกลืนการถ่ายอุจจาระในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา



- กลืนไม่ได้ หรือต้องการการสวน อุจจาระอยู่เสมอ



- กลืนไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน 1 ครั้งต่อสัปดาห์)



- กลืนได้ เป็นปกติ

← 10/11 →

10. การกลืนนิสสาวะในระยะเวลา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา



- กลืนไม่ได้ หรือใส่สายสวน นิสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้



- กลืนไม่ได้บางครั้ง (ไม่เกิน วันละ 1 ครั้ง)



- กลืนได้ เป็นปกติ

7 บันทึกการประเมิน

← 11/11 →

การแปลผล

กลุ่มติดสังคม

รับประทานอาหาร	ปกติ
ล้างหน้า/สระผม/อาบน้ำ	ปกติ
ลุกนั่งจากที่นอน	ปกติ
ใช้ห้องน้ำ	ปกติ
เคลื่อนที่ภายในห้อง	ปกติ
สวมใส่เสื้อผ้า	ปกติ
ขึ้นลงบันได 1 ชั้น	ปกติ
การอาบน้ำ	ปกติ
กลืนถ่ายอุจจาระ	ปกติ
กลืนนิสสาวะ	ปกติ

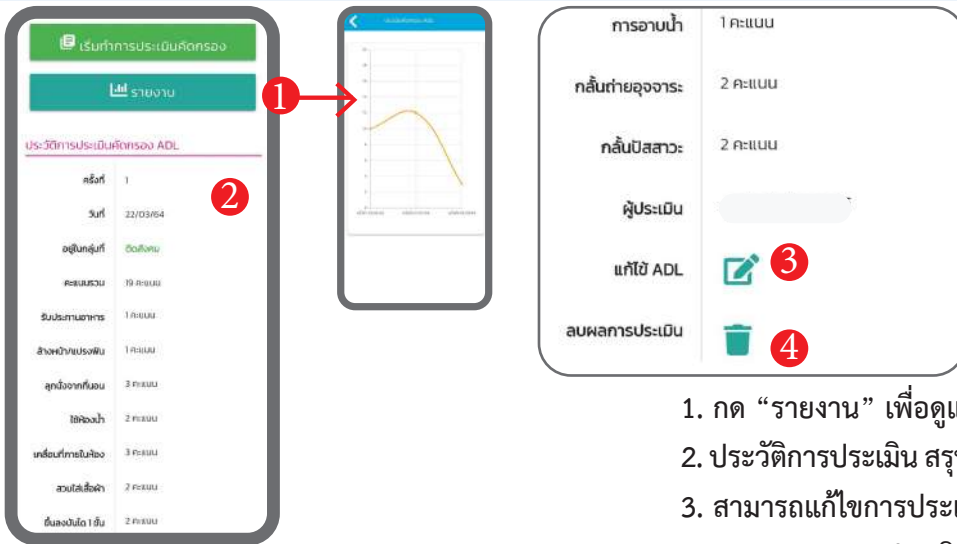
ยืนยัน

7. หลังจากทำการประเมิน ADL เรียบร้อยแล้ว ให้กด “บันทึกการประเมิน”

8. ระบบจะแปลผลการประเมิน ADL ว่าผู้สูงอายุอยู่กลุ่มใด จากนั้นให้กด “ยืนยัน”



สรุปผลคะแนน ADL (เมื่อทำแบบประเมินเสร็จ)



1. กด “รายงาน” เพื่อดูแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง ADL
2. ประวัติการประเมิน สรุปคะแนน ADL และกลุ่มผู้สูงอายุ
3. สามารถแก้ไขการประเมินรายชื่อ
4. สามารถลบการประเมินได้

การแก้ไข ADL รายข้อ



1. กดปุ่ม “แก้ไข”
2. กดปุ่ม “เลือกข้อที่ต้องการแก้ไข”
3. เลือกข้อกิจกรรมประจำวันที่ต้องการแก้ไข
4. แก้ไขข้อที่ต้องการ

เจ้าหน้าที่ยืนยันผลการประเมิน ADL ของ อาสาสมัคร



- อาสาสมัคร ได้ทำการประเมินแล้ว
ข้อมูลจะยังไม่แสดงในรายงาน
- เจ้าหน้าที่ ได้ทำการตรวจสอบยืนยันแล้ว
ข้อมูลแสดงในรายงาน

1. เจ้าหน้าที่กด “วงกลม” เพื่อยืนยันค่า ADL จากการประเมินของอาสาสมัคร
2. เมื่อ “วงกลมมีเครื่องหมายถูก” ข้อมูลจะถูกยืนยัน และส่งไปแสดงหน้ารายงาน



การบันทึกประวัติสุขภาพ

ดัชนีมวลกาย

- กด > เพื่อบันทึกข้อมูล
- กด “ + เพิ่มข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูง ”
- กรอกข้อมูลน้ำหนักและส่วนสูง ของผู้สูงอายุ (ระบบจะแปลผลค่าดัชนีมวลกายให้ทันที)
- จากนั้น กด “บันทึก”
- หน้าจอก็จะแสดงผลประวัติ น้ำหนัก, ส่วนสูง พร้อมการแปลผล

รอบเอว

*โปรดบันทึก ข้อมูล “ส่วนสูง” ก่อนบันทึกรอบเอว

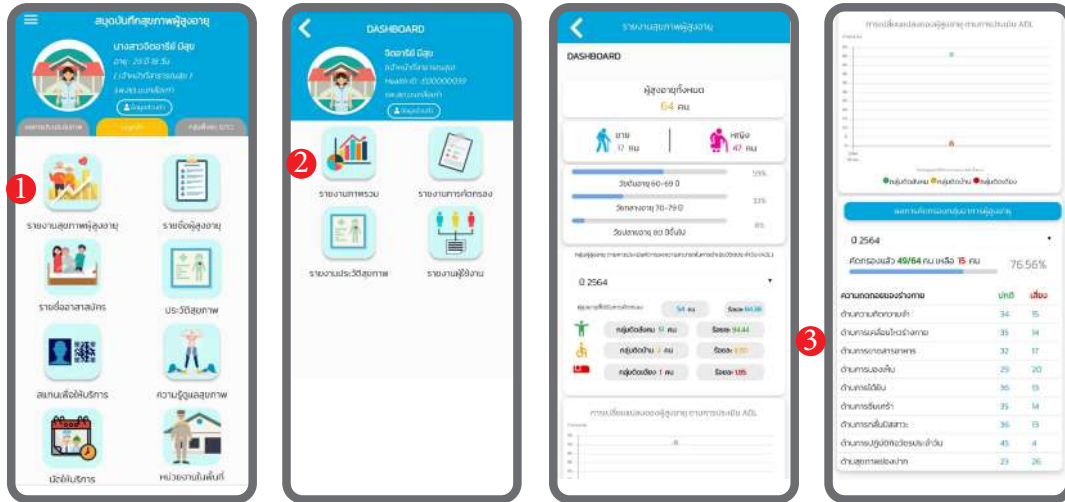
- กด > เพื่อบันทึกข้อมูล
- กด “ + เพิ่มข้อมูลรอบเอว ” *หน่วยเป็น : เซนติเมตร
- กรอกข้อมูลรอบเอว ของผู้สูงอายุ (ระบบจะแปลผลให้ทันที)
- จากนั้น กด “บันทึก”
- หน้าจอก็จะแสดงผลประวัติรอบเอวพร้อมการแปลผล



การบันทึกประวัติสุขภาพ

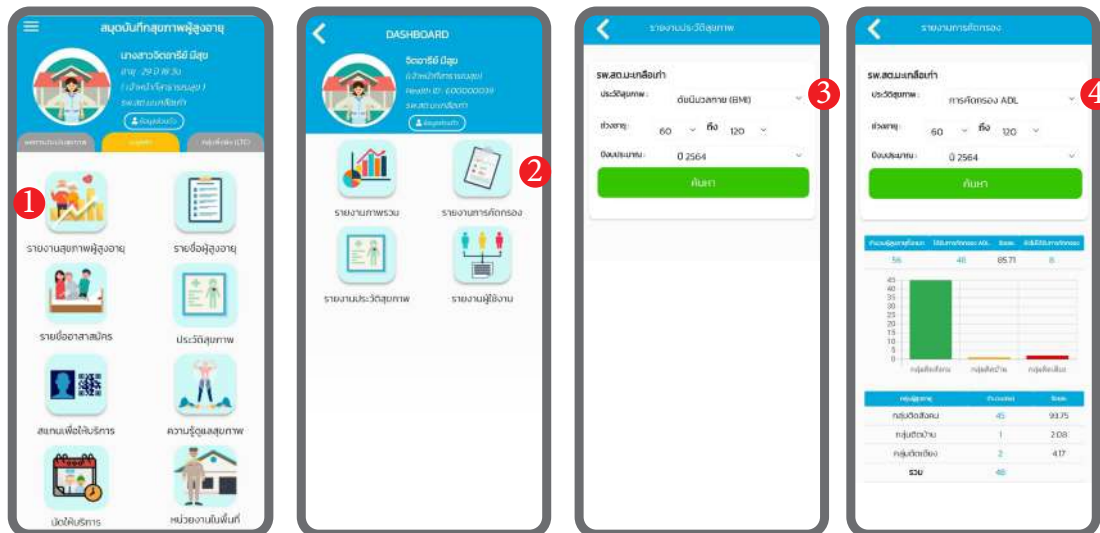
ดัชนีมวลกาย

- **รายงานภาพรวม** : จะแสดงสรุปรายงานข้อมูลสำคัญ / ข้อมูลการคัดกรองของผู้สูงอายุในพื้นที่



1. กด “รายงานสุขภาพผู้สูงอายุ”
2. กด “รายงานภาพรวม”
3. รพ.สต. หรือ รพ. สามารถกดที่ตัวเลขเพื่อดูข้อมูลผู้สูงอายุ รายบุคคลได้

- **รายงานการคัดกรอง** : จะแสดงผลการคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุตามแบบประเมินคัดกรองในแอปพลิเคชัน เช่น ADL หรือการคัดกรองกลุ่มอาการ 9 ด้าน เป็นต้น



1. กด “รายงานสุขภาพผู้สูงอายุ”
2. กด “รายงานการคัดกรอง”
3. เลือกข้อมูลการคัดกรองที่ต้องการ, ช่วงอายุที่สนใจ และปีงบประมาณ จากนั้นกด “ค้นหา”
4. ระบบจะแสดงรายงานการคัดกรองสุขภาพ โดยสามารถกดที่ตัวเลขเพื่อดูข้อมูลรายบุคคลได้

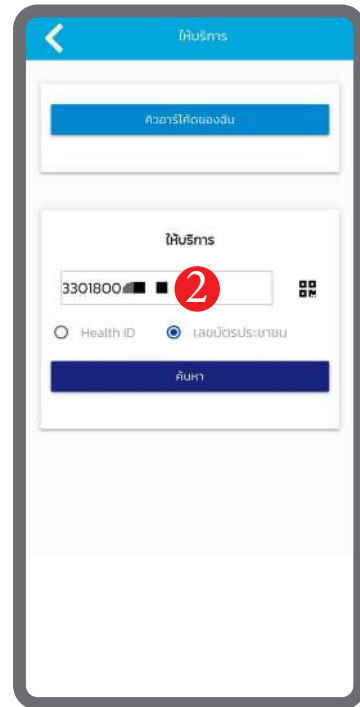


แสกนเพื่อให้บริการ

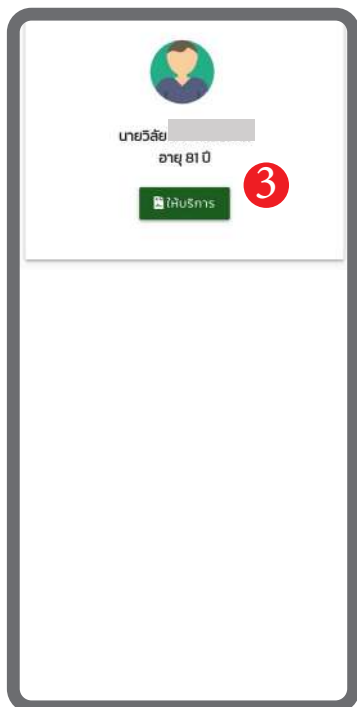
แสกน QR Code เป็นอีกหนึ่งช่องทางในการเข้าให้บริการคัดกรองสุขภาพ



1. กดที่ “สแกนเพื่อให้บริการ”



2. กรอกข้อมูล หรือสแกน QR Code ของผู้สูงอายุที่ต้องการประเมิน จากนั้น กด “ค้นหา”



3. กด “ให้บริการ”
ระบบจะแสดงหน้าบัญชีของผู้สูงอายุ



4. ระบบจะนำท่านไปสู่หน้าหลัก
ของบัญชีผู้สูงอายุ



ความรู้ดูแลสุขภาพ

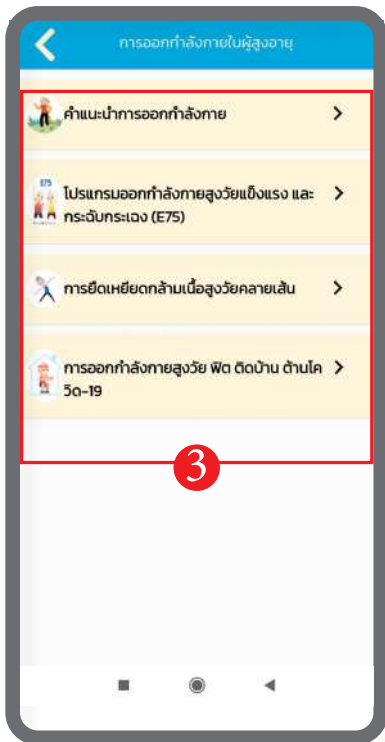
ข้อมูลความรู้การส่งเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ สำหรับผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่



1. กด “ปุ่มความรู้ดูแลสุขภาพ”



2. เลือก “หมวดความรู้” ที่สนใจ



3. เลือก “หัวข้อที่ต้องการส่งเสริมสุขภาพ”



4. หน้าจอจะแสดงข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพ ท่านสามารถขยายเพื่อดูขนาดใหญ่ได้



ใบงานที่ 1.1

คำชี้แจง

ให้ผู้เข้ารับการอบรม ทดลองประเมินสุขภาพตนเอง หรือเพิ่มรายชื่อผู้สูงอายุ เพื่อประเมินคัดกรองสุขภาพ ในประเด็น

1. การประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)
2. การประเมินคัดกรองความถดถอย 9 ด้านผู้สูงอายุ
3. วิทยากรให้คำแนะนำ อธิบาย และสรุป



แผนการสอนที่ 6

การปฐมพยาบาลและการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

วัตถุประสงค์ทั่วไป : เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถสังเกต และให้การปฐมพยาบาลและการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้นได้

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ :

1. บอกวิธีสังเกตอาการและการปฐมพยาบาลและการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้นได้
2. สามารถประเมินอาการและให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น
3. สามารถให้การปฐมพยาบาลและช่วยเหลือเบื้องต้น การหมดสติ เป็นลม การเป่าปากช่วยหายใจ และนวดหัวใจ
4. การช่วยเหลือผู้สูงอายุกรณีสำลักอาหาร
5. การช่วยเหลือผู้สูงอายุในสถานการณ์ภัยพิบัติเบื้องต้น
6. การตรวจร่างกายเบื้องต้น (ความดันโลหิต อุณหภูมิร่างกาย ชีพจร และการหายใจ)
7. การพยาบาลผู้สูงอายุที่เป็นลม, ช็อค, ไข้
8. การเช็ดตัวลดไข้
9. การทำแผล
10. การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ

เป้าหมาย

เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการปฐมพยาบาลและการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้นได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย

เนื้อหาวิชา

1. การปฐมพยาบาลเบื้องต้น
2. การหมดสติ การเป่าปากช่วยหายใจ และนวด หัวใจ เป็นลม
3. การช่วยเหลือผู้สูงอายุกรณีสำลักอาหาร
4. การช่วยเหลือผู้สูงอายุในสถานการณ์ภัยพิบัติเบื้องต้น
5. การตรวจร่างกายเบื้องต้น (ความดันโลหิต อุณหภูมิร่างกาย ชีพจร และการหายใจ)
6. การพยาบาลผู้สูงอายุที่เป็นลม, ช็อค, ไข้
7. การเช็ดตัวลดไข้
8. การทำแผล
9. การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ

ระยะเวลาที่ใช้ ทฤษฎี 3 ชั่วโมง ปฏิบัติ 3 ชั่วโมง



รูปแบบ/วิธีการสอน

- การบรรยาย
- การซักถาม
- การฝึกปฏิบัติ / การแสดงบทบาทสมมติ

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียน ด้วยสไลด์ สื่อ วิดีทัศน์ หรือสื่อการเรียนการสอนอื่นๆ
2. วิทยากรบรรยายและกระตุ้นซักถามผู้เรียน เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้เรียน.
3. แบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมตามความเหมาะสม ในการการฝึกปฏิบัติ/การแสดงบทบาทสมมติ เพื่อให้ผู้เรียนมีทักษะในการฝึกปฏิบัติและสามารถนำไปใช้จริงได้
4. ผู้เข้ารับการอบรม นำเสนอผลการประชุมกลุ่มหรือสิ่งที่ได้จากการการฝึกปฏิบัติ/การแสดงบทบาทสมมติ
5. วิทยากรสรุปผลการเรียน

สื่อประกอบการเรียนการสอน / อุปกรณ์

1. สื่ออิเล็กทรอนิกส์ แผ่นพับ โปสเตอร์ ภาพพลิก
2. สื่อการเรียนการสอนในการฝึกปฏิบัติ/การแสดงบทบาทสมมติ ได้แก่ ชุดปฐมพยาบาลเบื้องต้นชุดอุปกรณ์ทำแผล

คำแนะนำสำหรับวิทยากร

1. วิทยากรควรเตรียมสื่ออุปกรณ์ต่างๆ ให้พร้อม เพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนสนใจ และเกิดการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วมโดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง
2. วิทยากรควรเป็นผู้ที่มีทักษะและประสบการณ์เกี่ยวกับการปฐมพยาบาลและการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ

การประเมินผล

1. จากการสังเกตในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ของผู้เรียน
2. การซักถาม การตอบคำถาม
3. การทำแบบทดสอบหลังเรียน



ใบความรู้ที่ 6.1

เรื่อง การปฐมพยาบาลเบื้องต้น

การปฐมพยาบาล หมายถึง การให้ความช่วยเหลือต่อผู้บาดเจ็บ หรือเจ็บป่วย ณ สถานที่เกิดเหตุ โดยใช้อุปกรณ์ที่หาได้ในขณะนั้น ก่อนที่ผู้บาดเจ็บจะได้รับการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์หรือก่อนนำตัวส่งไปรักษาที่โรงพยาบาลต่อไป การปฐมพยาบาลที่ดี ผู้บาดเจ็บควรได้รับการปฐมพยาบาลอย่างถูกต้อง รวดเร็ว นุ่มนวลและต้องคำนึงถึงสภาพจิตใจของผู้บาดเจ็บควรได้รับการปลอบประโลมและให้กำลังใจเพื่อสร้างความมั่นใจและได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างปลอดภัย

การหมดสติ

การหมดสติ เป็นสิ่งสำคัญมาก สำหรับผู้ที่จะต้องปฐมพยาบาล เพราะการหมดสติจะเป็นอันตรายต่อชีวิต ซึ่งแบ่งได้ 2 พวก คือ การหมดสติพร้อมกับการหายใจลำบาก หรืออาจหยุดหายใจ และหมดสติ แต่ยังมีอาการหายใจ เป็นพวกที่มีอาการชัก ได้แก่ ลมบ้าหมู เกิดจากโลหิตเป็นพิษ พวกไม่มีอาการชัก ได้แก่ ช็อค เป็นลม เบาหวาน และเส้นโลหิตในสมองแตก

ลักษณะการหมดสติ มี 2 ลักษณะ คือ อาการซีม มึนงง เขย่าตัวอาจตื่น จังหวะแล้วหลับ พูดได้บ้างแต่ฟังไม่ได้ศัพท์ และลักษณะอาการหมดความรู้สึกรู้อย่างเป็นการหมดความรู้สึกรู้ แม้แต่เขย่าตัวก็ไม่ฟื้น

การปฐมพยาบาลผู้ป่วยหมดสติ ให้ดูว่าผู้ป่วยหายใจหรือไม่ ถ้าหยุดหายใจ ช่วยฟื้นคืนชีพ โดยการนวดหัวใจ ถ้ามีเลือดออกจับให้อนหาย เอียงหน้าไปด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เลือดไหลไปด้านหลังลำคอ ซึ่งอุดตันทางเดินหายใจ และป้องกันไม่ให้อาเจียนไหลเข้าสู่หลอดลม การจัดทำนอน ถ้าผู้ป่วยหน้าแดง ควรให้อนศีรษะสูง ถ้าสีหน้าซีดให้อนหายเหยียดขาและแขน เพราะอาจมีกระดูกหักได้ หากต้องการเคลื่อนย้ายต้องระมัดระวัง ไม่ให้ตีมน้ำหรือรับประทานยาใดๆ ตรวจสอบบาดแผลโดยเฉพาะบริเวณศีรษะ หากมีอาการชกการปฐมพยาบาลผู้ป่วยขณะชกที่ถูกต้องนั้น ห้ามนำสิ่งของใดๆ ก็ตามยัดปากผู้ป่วยพยายามจับผู้ป่วยนอนตะแคง เพื่อป้องกันไม่ให้น้ำลายอุดกั้นทางเดินหายใจพยายามหาหมอนหรือสิ่งของนุ่มๆ วางรองศีรษะผู้ป่วย เพื่อป้องกันศีรษะกระแทกจับเวลา ถ้าชกนานเกิน 3 นาที ผู้ป่วยจะมีภาวะเสี่ยงต่อการชกต่อเนื่อง ควรรีบเรียกรถพยาบาลทันทีถ้าผู้ป่วยใส่เสื้อผ้าวัด หรือสวมเนคไท ควรปลดให้หลวมเพื่อให้ผู้ป่วยหายใจได้สะดวกถ้าขณะชกผู้ป่วยใส่แว่นตาควรถอดออก เพื่อป้องกันแว่นแตก อาจทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บ การที่ใช้ "สิ่งของ" ไม่ว่าจะ เป็น ช้อน มือ ผ้า ถุงเท้า หรือแม้แต่รองเท้าแตะ ยัดปากผู้ป่วยขณะชกเป็นการปฐมพยาบาลที่ "ผิด" แต่พบได้บ่อยมากในสังคมไทย เนื่องจากมีความเชื่อว่า "คนไข้ชกจะกัดลิ้นตาย" แต่ในความเป็นจริงแล้ว ผู้ป่วยขณะชก มักจะไม่กัดลิ้นตัวเองอยู่แล้ว ยกเว้นในบางรายก็อาจจะมีการกัดลิ้นตัวเองได้บ้าง แต่มักเป็นแผลเพียงเล็กน้อย รักษาได้ไม่ยาก ไม่เคยมีการกัดลิ้นจนเสียชีวิต



ขั้นการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน

1. Safety First

- ตนเอง/ผู้ป่วยปลอดภัย
- สถานการณ์ปลอดภัย
- คนรอบข้างปลอดภัย

2. ตรวจดูให้แน่ใจว่าหมดสติจริง? (Check responsiveness)



3. เรียกหาคนช่วยเหลือ (Immediately call for help) (ถ้าตรวจสอบแล้วหมดสติจริง)

4. จัดท่าผู้ป่วย นอนหงาย บนพื้นราบ / แข็ง

5. กดนวดหัวใจ

การหาตำแหน่ง

- 1) วางสันมือตำแหน่งกึ่งกลางของแนวหัวนมทั้ง 2 ข้าง
- 2) แรงที่นวดหัวใจคือน้ำหนักของลำตัว ถ่ายทอดไปบนลำแขนที่เหยียดตรง ลงไปยังสันมือสัมผัสกับกระดูกหน้าอก กดลึกลงไปอย่างน้อย 2 นิ้วฟุต
- 3) กดนวดขึ้นลงเป็นจังหวะที่สม่ำเสมอมากกว่า 100 ครั้ง/นาที หรือไม่เกิน 120 ครั้ง / นาที
- 4) อัตราส่วนของการกดนวดหัวใจ : การช่วยหายใจ เท่ากับ 30:2

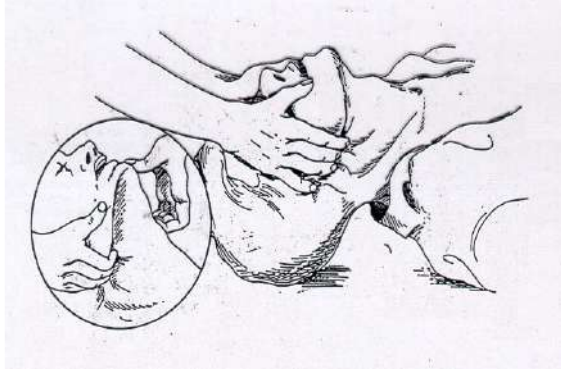


ภาพสาธิตการกดนวดหัวใจ และการหาตำแหน่งในการกดนวดหัวใจ

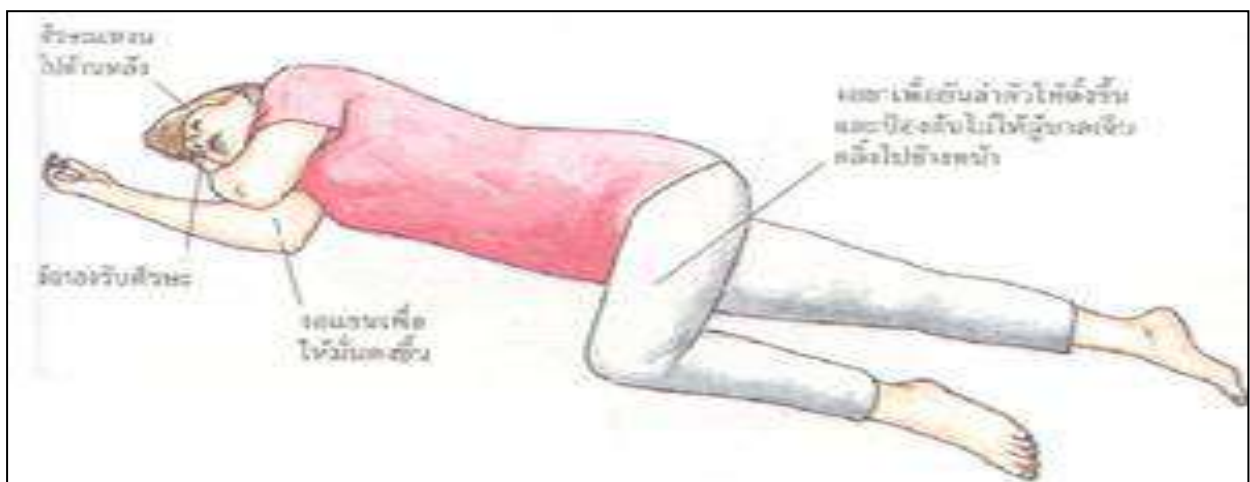


6 เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง

- ดันหน้าผากมาด้านหลัง / ดึงคางขึ้น
- ยกขากรรไกรล่างขึ้น



7. คลำชีพจร (CHECK PULSE) คลำ Carotid pulse ภายนอกโดยการกดนิ้วหัวใจ 30 ครั้ง สลับกับการบีบลมเข้าปอด 2 ครั้ง ทำซ้ำ 5 รอบ ประเมินผู้ป่วย ถ้ามีการหายใจ และหัวใจกลับมาเต้น จัดผู้ป่วยอยู่ในท่าพักฟื้น



ภาพแสดงการจัดท่าผู้ป่วยอยู่ในท่าพักฟื้น

การเป็นลม

การเป็นลม เป็นอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากเลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอชั่วคราว ทำให้ผู้ป่วยเป็นลม หหมดสติไปชั่วคราว มักมีอาการซีม เวียนศีรษะ และมีอาการตัวซีดเย็นเฉียบพร้อมด้วย ความรู้สึกเช่นนี้อาจเกิดขึ้นโดยไม่หมดสติก็ได้ การตกใจรุนแรง ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ อาจทำให้ความดันโลหิตลดลง และรู้สึกจะเป็นลมได้ การเป็นลมอย่างเดี่ยวโดยไม่มีอาการอื่นแทรกนั้น เป็นเรื่องที่ไม่น่าวิตก แต่ถ้าเป็นลมบ่อยๆ หรือมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องปรึกษาแพทย์ ดังนั้น ถ้าการเป็นลม หหมดสติไปชั่วคราว เป็นสิ่งที่ไม่น่ากังวล แต่ถ้าหมดสติไปนานแต่หายใจได้ดี และรู้สึกตัวภายใน 2-3 นาที หายใจไม่ดี ไม่สม่ำเสมอ หรือหายใจเข้าผิดปกติ ต้องนำส่งโรงพยาบาลทันที และระหว่างทางไปโรงพยาบาล ควรอยู่ในท่านอนกึ่งคว่ำเพื่อป้องกันไม่ให้ทางเดินหายใจอุดตัน

เอกสารอ้างอิง

ศศิขมา จันทพงษ์ (2550) คู่มือการปฐมพยาบาลเบื้องต้น พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : ห้างหุ้นส่วนสามัญสำนักพิมพ์ บุ๊คเพรส และบริษัท ดาวกมลสมัย จำกัด.



เรื่อง การช่วยเหลือผู้สูงอายุกรณีสำลักอาหาร

ผู้สูงอายุและการสำลักอาหาร เป็นเรื่องที่สำคัญและควรระมัดระวังเป็นอย่างมาก เนื่องจากการสำลักอาหาร อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพและความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุได้ หากมีอาการสำลักอาหารอาจทำให้อาหารเข้าไปในปอด ซึ่งอาจส่งผลทำให้ปอดติดเชื้อ หรืออาจเข้าไปในหลอดลมซึ่งเป็นอันตรายแก่ระบบหายใจของผู้สูงอายุบางรายมีอาการสำลัก บ่อยครั้งจนเกิดความกลัวในการกลืนอาหาร ไม่ยอมรับประทานข้าว นำไปสู่ปัญหาภาวะขาดสารอาหารได้ รวมถึงผู้สูงอายุ ที่มักสำลักน้ำลาย เสมหะ หรือทานอาหารแล้วอาหารเข้าไปอุดกั้นทางเดินหายใจจนทำให้หายใจไม่ออก ซึ่งอาจเป็นอันตราย ถึงชีวิต ปัญหาเล็กๆ เหล่านี้เป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก ดังนั้นคนรอบข้างผู้สูงอายุควรได้รับการเรียนรู้ แนวทางการช่วยชีวิตและการช่วยคนสำลักอาหาร

ผู้สูงอายุกับการสำลักอาหาร

ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทางด้านกายภาพและระบบการทำงานของร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปตามวัย ส่งผลให้ระบบต่างๆ ทำงานช้าลงรวมไปถึงร่างกายที่ไม่แข็งแรงเหมือนเดิม ซึ่งปัญหาเล็กๆ เหล่านี้ อาจนำไปสู่หนึ่งในปัญหา ที่สำคัญที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ คือ ความสามารถในการกลืนอาหารที่ลดลง ทำให้เกิดการสำลักอาหารตามมาได้

เนื่องจากผู้สูงอายุมักเกิดการสำลักอาหารได้มากกว่าช่วงวัยอื่นๆ การเข้าใจถึงวิธีการดูแลอย่างใกล้ชิดและถูกวิธี จะเพิ่มความปลอดภัยในการรับประทานอาหารและลดความเสี่ยงในการสำลักอาหารของผู้สูงอายุ โดยปัจจัยที่ทำให้ ผู้สูงอายุสำลักอาหาร มีดังนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา : อายุที่มากขึ้นของผู้สูงอายุส่งผลให้ความสามารถในการเคี้ยวและการกลืนอย่างมีประสิทธิภาพลดลง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและฟันที่ลดลงตามไปด้วย รวมไปถึงสุขภาพในช่องปากและการผลิตน้ำลายที่ลดลงสามารถนำไปสู่ความยากลำบากในการเคี้ยวและการกลืนอาหารของผู้สูงอายุ เป็นสาเหตุอันดับต้นๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการสำลักอาหารได้
2. ระบบการทำงานในร่างกายเสื่อมลง : ยกตัวอย่างเช่นระบบย่อยอาหาร ประสิทธิภาพการย่อยอาหารของผู้สูงอายุ ที่ลดลงส่งผลต่อการหดตัวของกล้ามเนื้อและการทำงานของหลอดอาหาร ลำไส้ และกระเพาะ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้เศษอาหารติดคอได้ตั้งแต่ต้นทางเดินอาหาร
3. โรคประจำตัวของผู้สูงอายุ : ภาวะสมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน โรคอัมพาต โรคอัมพฤกษ์หรือภาวะโรคแทรกซ้อนต่างๆ อาจส่งผลต่อการรับรู้และความสามารถของผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้การตอบสนองในการรับประทานอาหาร หรือการขยับตัวของกล้ามเนื้อไม่เหมาะสม สาเหตุนี้ทำให้ผู้สูงอายุมิการกลืนลำบากและเพิ่มความเสี่ยงต่อการสำลักอาหารในผู้สูงอายุอย่างมาก



ต่อความมั่นใจในการรับประทานอาหารของผู้สูงอายุได้ ดังนั้นจึงควรศึกษาวิธีการช่วยชีวิตและการช่วยคนสำลักอาหาร เพื่อใช้เป็นแนวทางการป้องกันและช่วยเหลือผู้สูงอายุ

ขั้นตอนการช่วยเหลือคนสำลักอาหาร

การสำลักอาหารในผู้สูงอายุเป็นเหตุฉุกเฉินที่เป็นอันตรายถึงชีวิต ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อมีอาหารเข้าไปอุดตันในทางเดินหายใจ สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน แต่ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการสำลักอาหารเนื่องจาก สาเหตุดังกล่าว เช่น ภาวะการกลืนลำบาก หรือปริมาณน้ำลายในช่องปากที่น้อยในวัยผู้สูงอายุ

หากผู้สูงอายุมีอาการสำลักอาหาร สิ่งสำคัญคือต้องดำเนินการอย่างรวดเร็วโดยการทำตามขั้นตอน การช่วยชีวิต และการช่วยคนสำลักอาหารทันที

อาการและสัญญาณของการสำลักอาหารอาจแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับความรุนแรง เราสามารถประเมินสัญญาณและอาการของการสำลักอาหารได้ตั้งแต่เริ่ม โดยการตรวจเช็คอาการของผู้สูงอายุที่มีการสำลักอาหาร



ผู้ที่สำลักอาหารจะไม่สามารถส่งเสียงบอกได้ มีอาการไอ หรือมีอาการหายใจไม่ออกและแสดงอาการโดยจับไปที่ลำคอของตนเอง เพื่อส่งสัญญาณขอความช่วยเหลือ หากเห็นใครก็ตามที่แสดงอาการเหล่านี้ต้องดำเนินการช่วยชีวิตอย่างรวดเร็วและประเมินสถานการณ์ในการช่วยชีวิตแก่ผู้ที่สำลักอาหาร โดยปฏิบัติตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ขั้นแรกหากสังเกตอาการผิดปกติของผู้สูงอายุขณะรับประทานอาหาร ให้ผู้สูงอายุหยุดรับประทานอาหารทันที
2. ตรวจสอบช่องปากของผู้สูงอายุ หากมองเห็นอาหารที่ติดอยู่ในช่องปาก ให้พยายามเอาออกมาโดยใช้นิ้วอย่าเอานิ้วจิ้มไปที่คอและห้ามล้วงคอโดยเด็ดขาด อาจกลายเป็นการดันอาหารให้ลงไปลึกขึ้นทำให้การสำลักอาหารยิ่งแย่ลง
3. หากผู้สูงอายุเริ่มแสดงอาการทรมาณ ไม่สามารถส่งเสียงได้ ให้ทุบหลังตรงระหว่างไหล่ทั้งสองข้างก่อน 5 ครั้ง ด้วยแรงพอประมาณ หากอาหารยังลงไปไม่ลึกมาก อาจจะสามารถออกมาทางปากได้
4. หากอาหารยังไม่ออกมา ให้เข้าทางด้านหลังของผู้ป่วย โอบผู้สูงอายุจากทางด้านหลัง เอามือประสานกัน กดไปที่หน้าอก ยกผู้สูงอายุเล็กน้อยแล้วเขย่าตัว เพื่อให้ผู้สูงอายุสำลักอาหารออกมา
5. การช่วยชีวิตและช่วยคนสำลักอาหารควรรีบทำภายใน 3-5 นาทีที่แสดงอาการ เพราะอาจอันตรายถึงชีวิตได้



4. หากอาหารยังไม่ออกมา ให้เข้าทางด้านหลังของผู้ป่วย โอบผู้สูงอายุจากทางด้านหลัง เอามือประสานกัน กดไปที่หน้าอก ยกผู้สูงอายุเล็กน้อยแล้วเขย่าตัว เพื่อให้ผู้สูงอายุสำลักอาหารออกมา
5. การช่วยชีวิตและช่วยคนสำลักอาหารควรรีบทำภายใน 3-5 นาทีที่แสดงอาการ เพราะอาจอันตรายถึงชีวิตได้
6. หากผู้สูงอายุมืออาการหายใจไม่ออก พุดไม่ออก มีอาการหน้าซีด ให้จับผู้สูงอายุนอนหงายบนพื้น เปิดทางเดินหายใจ ยกปลายคางขึ้น และ อีกมือหนึ่งกดหน้าผากลง เป่าปากเพื่อช่วยในการหายใจ
7. ถัดลองเป่าปากแล้วหน้าอกไม่ยกขึ้น ให้ใช้มือกดที่ท้อง ในท่านอนหงาย 6-10 ครั้ง
8. หากผู้สูงอายุยังคงรู้สึกตัว พุดได้ และหายใจได้ตามปกติ แต่ยังรู้สึกว่ามีอาหารติดคออยู่ หรือหากผู้สูงอายุ ยังมีอาการสำลักอาหาร หลังจากทำตามขั้นตอนการช่วยชีวิตคนสำลักอาหาร หน้าซีดปากเขียวคล้ำ ต้องรีบพบแพทย์โดยทันที

แนวทางการป้องกันการสำลักอาหาร

1. เตรียมอาหารให้แก่ผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม : ทั้งในส่วนของปริมาณที่ไม่ควรมากจนเกินไป ขนาดควรแบ่งเป็นชิ้นพอดีคำ หากเป็นชิ้นใหญ่ก็ควรตัดแบ่งให้สามารถรับประทานได้ง่ายและควรมีอาหารประเภทซूपหรือต้มจืดให้ผู้สูงอายุได้ซดเพิ่มความชื้นคอในระหว่างการรับประทานอาหารด้วย หั่นอาหารเป็นชิ้นเล็กๆ ปรงหรือหนึ่งฝัก เพื่อให้ฝักนิ่มลง เลือกอาหารที่นุ่ม ชุ่มชื้น และเคี้ยวง่ายเพื่อลดความเสี่ยงของการสำลัก
2. หลีกเลี่ยงเนื้อสัตว์ชิ้นใหญ่ ผักดิบ และลูกอมแข็ง
3. วิธีรับประทานอย่างเหมาะสม : กระตุ้นให้ผู้สูงอายรับประทานอาหารคำเล็กๆ และเคี้ยวอาหารให้ละเอียดก่อนกลืน การรับประทานอาหารช้าๆ สามารถช่วยป้องกันไม่ให้อาหารชิ้นใหญ่ติดคอได้ ไม่ควรทำกิจกรรมอื่นๆ ขณะรับประทานอาหาร กระตุ้นให้ผู้สูงอายุจดจ่อกับการรับประทานอาหารเพียงอย่างเดียว และไม่มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่อาจเบี่ยงเบนความสนใจจากมื้ออาหาร อาทิ การดูโทรทัศน์ หรือการพูดคุย ขณะเคี้ยวอาหาร เพราะจะนำมาสู่การสนทนาหรือการหัวเราะที่จะเป็นการเพิ่มปัจจัยเสี่ยงในการสำลักอาหาร
4. จัดอิริยาบถให้เหมาะสมในการรับประทานอาหาร : ในกรณีที่นั่งรับประทานก็ควรนั่งตัวตรงและในกรณีที่เป็นผู้สูงอายุติดเตียง ควรยกศีรษะขึ้นสูงประมาณ 45 องศา เพื่อลดความเสี่ยงการสำลักอาหารที่อาจเกิดขึ้นได้
5. ตรวจสอบขณะรับประทานอาหาร : หากผู้สูงอายุของท่านมีปัญหาการกลืนและการเคี้ยวซึ่งนำไปสู่ความเสี่ยงในการเกิดการสำลักอาหาร แนะนำให้ดูแลแบบประคบผู้สูงอายุในช่วงรับประทานอาหาร เพื่อเตรียมพร้อมในการให้ความช่วยเหลือหากจำเป็น ไม่รีบเร่งในการรับประทานอาหาร ให้เวลากับมื้ออาหารอย่างเพียงพอ หากจำเป็นต้องป้อนอาหาร ควรป้อนอาหารให้ผู้ป่วยด้วยความเร็วที่เหมาะสม โดยสังเกตว่าผู้ป่วยกลืนอาหารในปากแล้วจึงป้อนอาหารซ้อนต่อไป และตักอาหารให้พอดีกับที่ผู้ป่วยสามารถเคี้ยวได้ การดื่มน้ำที่เพียงพอทำให้ช่วยกลืนอาหารได้ง่าย และหากผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือก็จะสามารถช่วยชีวิตได้ทันที
6. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น : เราสามารถสอนผู้ดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวถึงเทคนิคการปฐมพยาบาล การช่วยชีวิตและการช่วยคนสำลักอาหารเบื้องต้นดังที่กล่าวไปข้างต้น เพื่อให้ช่วยเหลือได้อย่างรวดเร็วในกรณีฉุกเฉิน



ใส่สายยางให้อาหาร อันเป็นผลมาโรคต่างๆ ที่อาจทำให้ประสิทธิภาพในการตอบสนองขณะรับประทานอาหาร ลดลง จำเป็นต้องได้รับการตรวจประเมินอย่างละเอียดและฝึกกระตุ้นการกลืนโดยนักกิจกรรมบำบัด เพราะหากเกิดการสำลักจะยิ่งทำให้อาการแย่ลง เกิดภาวะแทรกซ้อนได้

เอกสารอ้างอิง

กอข้าว เพิ่มตระกูล. วิธีช่วยผู้สูงอายุสำลักอาหาร [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: วินเนสท์ ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุและฟื้นฟูผู้ป่วย. ครอบงจร,2023 [เข้าถึงเมื่อ 7 พ.ย. 2566] เข้าถึงได้จาก <https://winestrehab.com/choking-first-aid-and-prevention/>



ใบความรู้ที่ 6.3

เรื่อง การช่วยเหลือผู้สูงอายุในสถานการณ์ภัยพิบัติเบื้องต้น

การเปลี่ยนแปลงสภาวะภูมิอากาศโลกในปัจจุบันสืบเนื่องมาจากสิ่งแวดล้อมถูกทำลาย จึงก่อให้เกิดภัยพิบัติทางธรรมชาติ ซึ่งเป็นเรื่องใกล้ตัวมนุษย์ เกิดขึ้นบ่อยครั้ง และนับวันจะทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น สร้างความเสียหายทั้งต่อชีวิตและทรัพย์สิน ซึ่งเหตุการณ์และปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละครั้ง เป็นสถานการณ์ที่ไม่ทันรู้ตัว หรือรู้ตัวแต่ไม่ทันเตรียมการในการป้องกัน หรือขาดความรู้ ทักษะและประสบการณ์ ในการเตรียมความพร้อม ที่จะรับมือกับเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น ซึ่งประเทศไทยมีความเสี่ยงต่อภัยพิบัติต่างๆ อาทิ ภัยน้ำท่วม ดินถล่ม แผ่นดินไหว สึนามิ ภัยแล้ง ฯลฯ ในขณะที่เดียวกัน มีประชาชนจำนวนมากที่ไม่มีข้อมูลสำหรับการเตรียมพร้อมรับมือภัยพิบัติ จึงไม่สามารถหาทางป้องกันและปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเมื่อเกิดภัย

ดังนั้น เพื่อเป็นการให้ความรู้และสร้างความตระหนักแก่ประชาชนเกี่ยวกับภัยพิบัติต่างๆ จึงรวบรวมข้อมูลอันเป็นประโยชน์ เพื่อเตรียมพร้อมรับมือกับภัยพิบัติแต่ละประเภท ดังนี้

การเตรียมความพร้อมรับมือกับภัยพิบัติ

1. เตรียมพร้อมก่อนภัยมา สร้างแผนฉุกเฉิน เช่น หาวิธีแจ้งเหตุ กระจายข่าว เส้นทางอพยพ กำหนดจุดปลอดภัย และประกาศให้ทราบโดยทั่วกัน
2. เตรียมพร้อมด้านร่างกาย ที่อยู่อาศัย และสัตว์เลี้ยง รวมทั้งต้องซักซ้อมบ่อยๆ ในเรื่องการอพยพ และการสื่อสาร
3. เตรียมปัจจัยสี่ จัดเป็นชุด ให้หยิบฉวยง่าย จัดเตรียมน้ำ ยารักษา และของใช้ที่จำเป็น ใส่ถุงเป็นชุดๆ เก็บไว้ในที่ปลอดภัย
4. ติดตามฟังข่าวสารบ้านเมือง
5. ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ที่ถูกต้องแก่ประชาชนทั่วไป

ภัยจากน้ำท่วม

1. ติดตามข่าวสาร และเชื่อฟังประกาศ จากเจ้าหน้าที่
2. สับคัตเอาที่ไฟก่อนออกจากบ้าน แล้วอพยพจากพื้นที่น้ำท่วมสูงอย่างทันที อย่าหวังทรัพย์สินหวงชีวิตตนเอง และคนรอบข้างก่อน
3. โทรแจ้งสายด่วน 1669 หากพบผู้ถูกไฟดูด ให้การปฐมพยาบาลตามคำแนะนำ หากหัวใจหยุดเต้นให้รีบกดหน้าอกช่วยหายใจ
4. ห้ามลงเล่นน้ำหรือพายเรือเข้าใกล้สายไฟ และระวังอันตรายจากสัตว์มีพิษและเชื้อโรคที่มากับน้ำ
5. หากเดินลุยน้ำ หลังจากเข้าบ้านแล้ว ควรรีบล้างเท้าทำความสะอาดและเช็ดให้แห้ง หากเท้ามีบาดแผล ควรชะล้างด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ เพื่อป้องกันโรคน้ำกัดเท้า
6. นำถุงพลาสติก ใส่ทรายหรือดินอุดที่คอห่านและท่อน้ำทิ้ง เพื่อป้องกันน้ำท่วมดันเข้ามาทางโถส้วม



ภัยจากน้ำท่วมเฉียบพลัน

1. ติดตามข่าวสารอย่างใกล้ชิด และปฏิบัติตามคำแนะนำ
2. สับคัตเอาที่ไฟก่อนออกจากบ้าน แล้วรีบอพยพขึ้นที่สูง โดยหลีกเลี่ยงแนวธารน้ำ ช่องระบายน้ำ
3. สวมเชือชูชีพเสมอ ห้าม เดินฝ่ากระแสน้ำ และใช้ไม้ปักดินค้ำทาง เพื่อสังเกตว่าดินตื้นลึกแค่ไหน
4. ห้ามขับรถฝ่ากระแสน้ำท่วมและถ้าหากน้ำขึ้นสูงรอบๆ รถ ให้รีบออกจากรถ
5. อย่าเสี่ยงช่วยผู้อื่น หากอุปกรณ์ไม่พร้อม เพราะอาจไม่รอดทั้งคู่
6. โทรแจ้งสายด่วนฉุกเฉิน 1669 หากพบผู้บาดเจ็บ

ภัยจากดินโคลนถล่ม

1. หากฝนตกหนักให้สังเกตสัญญาณเตือนภัยของเหตุดินโคลนถล่ม เช่น เสียงต้นไม้หัก หินก้อนใหญ่ตกลงมามีสีขุ่น
2. อพยพไปในพื้นที่สูงและมั่นคงตามเส้นทางที่เตรียมการไว้ เมื่อได้รับสัญญาณเตือนภัย
3. ตั้งสติท่องไว้ “รักษาชีวิตก่อน ทรัพย์สินไว้ทีหลัง” ให้นำของใช้เฉพาะที่จำเป็นติดตัวไปเท่านั้น
4. หากพลัดตกน้ำหาต้นไม้ใหญ่เกาะ แล้วรีบขึ้นจากน้ำให้ได้
5. หากหนีไม่ทันให้ม้วนตัวเป็นทรงกลม ให้มากที่สุด เพื่อป้องกันศีรษะกระแทก

ภัยจากแผ่นดินไหว และสึนามิ

1. อพยพตามแผนของหมู่บ้าน ชุมชน หรือจังหวัด
2. หากออกเรือขณะเกิดสึนามิ ห้ามเข้าใกล้ชายฝั่งเด็ดขาดและให้อยู่ในบริเวณน้ำลึก
3. หากอยู่ในบ้านขณะเกิดแผ่นดินไหวรีบหมอบลงใต้โต๊ะที่แข็งแรง หากอยู่นอกอาคารให้อยู่บริเวณที่โล่งไม่มีสิ่งกีดขวาง
4. ใช้ผ้าปิดปากและจมูก เพื่อป้องกันฝุ่นและสิ่งแปลกปลอม
5. หยุดรถและจอดชิดขอบทาง อย่าออกจากรถจนกว่าจะแน่ใจว่าปลอดภัย
6. เมื่อเหตุการณ์สงบเร่งตรวจสอบ ตรวจสอบดูสายไฟ ท่อน้ำ ท่อแก๊ส อย่าเปิดใช้จนกว่าจะแน่ใจว่าปลอดภัย

ภัยจากพายุ

1. ฟังประกาศการเตือนภัย และปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด
2. ตรึงประตูหน้าต่างให้มั่นคงถอดปลั๊กเครื่องใช้ไฟฟ้าทุกชนิด เพื่อป้องกันไฟฟ้าลัดวงจรขณะฝนตกฟ้าคะนอง
3. เตรียมอุปกรณ์จำเป็น เช่น เทียนไข ไฟฉาย ยาประจำตัวติดตัวตลอด
4. ขณะฝนตกฟ้าคะนอง ห้าม อยู่นใต้ต้นไม้ เสาไฟฟ้า และ ห้าม โทรศัพท์เด็ดขาด
5. หากรู้สึกตัวว่าบ้านกำลังจะพังให้ห่อตัวเองด้วยผ้าห่ม หลบใต้โต๊ะ ใต้เตียง หรือที่แข็งแรงมั่นคง



ภัยจากเหตุเพลิงไหม้

1. ตั้งสติ โทร 199
2. ใช้ถังดับเพลิงดับไฟ หากประเมินว่าเพลิงไหม้ในวงแคบและสามารถดับไฟได้
3. อพยพผ่านประตูหนีไฟก่อนเปิดประตูให้ใช้หลังมือสัมผัสประตูหรือลูกบิด หากพบว่าร้อนห้ามเปิดและใช้เส้นทางอื่นแทน ห้ามใช้ลิฟท์โดยเด็ดขาด
4. หมอบคลานต่ำ ใช้ผ้าชุบน้ำปิดจมูก เพื่อป้องกันควันไฟ
5. หากติดอยู่ภายในอาคาร ใช้ผ้าชุบน้ำอุดตามช่องว่างรอบประตูหน้าต่างเพื่อกันควันไฟ และพยายามขอความช่วยเหลือ เช่น โบกผ้า ใช้ไฟฉายส่งสัญญาณ

ภัยจากความแห้งแล้ง

1. กักเก็บน้ำสะอาดและวางแผนใช้น้ำอย่างประหยัด
2. ดื่มน้ำบ่อยๆ หรือใช้ผ้าชุบน้ำประคบเพื่อลดความร้อนในร่างกาย
3. โทรแจ้ง 1669 หากพบผู้ป่วยหมดสติ ปฐมพยาบาลเบื้องต้น โดยจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในที่ร่ม จัดท่ากึ่งนั่งกึ่งนอน คลายเสื้อผ้า และใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดตัวเพื่อคลายร้อน
4. รับประทานอาหารร้อนๆ และดื่มน้ำสะอาดเพื่อป้องกันโรคทางเดินอาหาร เช่น อุจจาระร่วง บิด อหิวาตกโรค
5. ไม่อยู่กลางแจ้งเป็นเวลานานๆ เพราะอาจทำให้เป็นลมแดดได้

ภัยหนาว

1. ดื่มน้ำให้เพียงพอ ความเชื่อเรื่องการดื่มแอลกอฮอล์ทำให้ร่างกายอบอุ่นเป็นความเชื่อที่ผิด
2. หากเป็นหวัด ถ้าออกนอกบ้านให้สวมผ้าปิดปาก ป้องกันการติดต่อใช้หวัดสู่คนรอบข้าง
3. หากเปียกน้ำรีบเช็ดตัวให้แห้งและเปลี่ยนเสื้อผ้าทันที เพื่อป้องกันโรคปอดบวม
4. รีบโทรแจ้ง 1669 หากพบผู้ป่วยฉุกเฉิน และระวังโรคที่มาพร้อมกับภัยหนาว
5. ทำร่างกายให้อบอุ่น แต่ควรหลีกเลี่ยงการฝังไฟเพราะควันไฟอาจอันตรายต่อสุขภาพ
6. เก็บกวาดเศษใบไม้ ขยะ รอบบริเวณบ้าน เพื่อป้องกันไฟไหม้

เอกสารอ้างอิง

อาคม พรรณิกร. เรื่องความรู้ในการใช้ชีวิตเมื่อเกิดภัยพิบัติ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสืบนาคะเสถียร;2561 [เข้าถึงเมื่อ 7 พ.ย. 2566] เข้าถึงได้จาก:
<https://www.seub.or.th/blogging/knowledge/เรื่องความรู้ในการใช้ชีวิต/attachment/ภัยพิบัติ/>



ใบความรู้ที่ 6.4

เรื่อง การตรวจร่างกายเบื้องต้น (ความดันโลหิต อุณหภูมิร่างกาย ชีพจร และการหายใจ)

สัญญาณชีพ (Vital signs) หมายถึง ค่าความดันโลหิต (Blood pressure) อุณหภูมิ (Temperature)ชีพจร (Pulse) และการหายใจ (Respiration) ใช้ตัวย่อคำว่า T, P, R และ BP สัญญาณชีพเป็นสิ่งบ่งชี้การทำงานของร่างกาย ถ้าเปลี่ยนแปลงไปแสดงถึงภาวะสุขภาพมีการเปลี่ยนแปลง

สัญญาณชีพมีช่วงของค่าปกติที่กำหนดไว้ แต่ในการประเมินชีพจรและความดันเลือดซึ่งเป็นสัญญาณชีพที่เปลี่ยนแปลงเร็ว โดยที่แต่ละคนมีค่าที่เป็นปกติแตกต่างกัน จึงต้องเปรียบเทียบกับค่าปกติของแต่ละคนด้วย สัญญาณชีพประกอบด้วย

1. ความดันโลหิต (Blood pressure) คือ แรงหรือความดันของเลือดที่ส่งออกจากหัวใจห้องล่างซ้ายเข้าสู่ระบบหลอดเลือดแดง ประกอบด้วย 2 ค่า คือ

1. Systolic blood pressure (SBP) เป็นความดันของเลือดสูงสุดขณะหัวใจห้องล่างบีบตัว
2. Diastolic blood pressure (DBP) เป็นความดันเลือดที่ต่ำสุดขณะหัวใจห้องล่างคลายตัว

ค่าความดันโลหิตในผู้สูงอายุขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคล และเปลี่ยนแปลงได้จากกิจกรรม อิริยาบถในขณะนั้นสามารถสรุปสาระสำคัญได้ ดังนี้

1. ค่าความดันโลหิตปกติของผู้สูงอายุ โดยทั่วไป ถือว่าค่าความดันตัวบนไม่เกิน 140 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันตัวล่างไม่เกิน 90 มิลลิเมตรปรอท
2. ความดันโลหิตที่ “อยู่ในเกณฑ์ปกติ” คือ ต่ำกว่า 130/85 มม.ปรอท
ความดันโลหิตสูงเล็กน้อย แต่ยังอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 130-139 / 85-89 มม.ปรอท
ความดันโลหิตสูง เมื่อความดันโลหิตตัวบนมากกว่า (หรือเท่ากับ) 140 และตัวล่างมากกว่า (หรือเท่ากับ) 90 มม.ปรอท
3. ก่อนที่จะวินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูง แพทย์จะต้องวัดซ้ำหลายๆ ครั้ง หลังจากให้ผู้ป่วยพักแล้ว วัดซ้ำจนกว่าจะแน่ใจว่าสูงจริง และเทคนิคการวัดความดันโลหิตต้องกระทำให้ถูกต้องครบถ้วน
4. ความดันโลหิตเป็นค่าไม่คงที่ มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาทุกวินาที การวัดซ้ำในเวลาใกล้เคียงกันอาจได้คนละค่า แต่ก็ไม่ควรจะแตกต่างกันนัก
5. ความดันโลหิตขึ้นกับท่าของผู้ถูกวัดด้วย ท่านอนความดันโลหิตมักจะสูงกว่าท่านยืน
6. นอกจากนั้นยังขึ้นกับสิ่งกระตุ้นต่างๆ เช่น อาหาร บุหรี่ อากาศ กิจกรรมที่กระทำอยู่ในขณะนั้น รวมทั้งสภาพจิตใจด้วย

วิธีการวัดความดันโลหิต (เครื่องวัดแบบอัตโนมัติ)

1. ประเมินสภาพผู้ป่วยและแจ้งให้ทราบว่า จะวัดอุณหภูมิร่างกาย ให้บอกวัตถุประสงค์และแจ้งรายละเอียดการวัด
2. เตรียมความพร้อมจัดทำให้ผู้ป่วยสุขสบาย หากมีกิจกรรมก่อนการวัดให้พักอย่างน้อย 15-30 นาที



3. นำเครื่องวัดความดันวางในแนวระดับเดียวกับหัวใจ
4. นำผ้าพันแขน (cuff) พันที่ต้นแขนเหนือข้อพับแขนประมาณ 2 นิ้ว โดยพันไม่แน่นจนเกินไป
5. วางแขนให้นิ่งและกดปุ่มเปิดเครื่อง (start) รอเครื่องอ่านผล
6. สามารถอ่านค่าความดันโลหิตตามที่หน้าจอแสดงผลตามภาพ



2. อุณหภูมิ (Temperature) ใช้เทอร์โมมิเตอร์สำหรับอุณหภูมิร่างกาย



เทอร์โมมิเตอร์แบบธรรมดา



เทอร์โมมิเตอร์แบบดิจิทัล

วิธีการวัดอุณหภูมิร่างกาย (เทอร์โมมิเตอร์แบบธรรมดา)

1. ประเมินสภาพผู้ป่วยและแจ้งให้ทราบว่า จะวัดอุณหภูมิร่างกายให้บอกวัตถุประสงค์และแจ้งรายละเอียดการวัด
2. เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์และจัดทำให้ผู้ป่วยสบาย
3. ก่อนวัดให้สลัดปรอทให้ลงไปอยู่ในกระเปาะ
4. กรณีวัดทางปากนำเทอร์โมมิเตอร์วางไว้ใต้ลิ้นผู้ป่วยแล้วให้ผู้ป่วยอมไว้ นานอย่างน้อย 2 นาที ค่าที่ได้จากปรอทเป็นค่าอุณหภูมิร่างกาย
5. กรณีวัดทางรักแร้สอดไว้บริเวณกึ่งกลางรักแร้ ถ้ารักแร้เปียกเหงื่อให้เช็ดให้แห้ง และหนีบไว้ นานอย่างน้อย 3-5 นาที ค่าที่ได้ทางรักแร้จะต้องบวกเพิ่ม 0.5 องศาเซลเซียส จึงจะได้เป็นค่าอุณหภูมิร่างกาย

วิธีการวัดอุณหภูมิร่างกาย (เทอร์โมมิเตอร์แบบดิจิทัล)

1. ประเมินสภาพผู้ป่วยและแจ้งให้ทราบว่า จะวัดอุณหภูมิร่างกายให้บอกวัตถุประสงค์และแจ้งรายละเอียดการวัด
2. เตรียมความพร้อมของอุปกรณ์และจัดทำให้ผู้ป่วยสบาย
3. กดปุ่มเปิดและสอดเทอร์โมมิเตอร์บริเวณกึ่งกลางรักแร้
4. รอให้เครื่องอ่านอุณหภูมิร่างกาย จะมีเสียงเตือนเมื่อเทอร์โมมิเตอร์อ่านค่าได้แล้ว
5. นำเทอร์โมมิเตอร์ขึ้นมาอ่านค่าตามเครื่องที่แสดงจะเป็นค่าของอุณหภูมิร่างกาย



3. ชีพจร (Pulse) ชีพจรเป็นแรงสะท้อนของกระแสเลือด ซึ่งเกิดจากการบีบตัวของหัวใจห้องล่างด้านซ้ายทำให้ผนังของหลอดเลือดแดงขยายออกเป็นจังหวะ เป็นผลให้สามารถจับชีพจรได้ตลอดเวลา ในผู้ใหญ่และผู้สูงอายุอัตราการเต้นของชีพจร 60-100 (เฉลี่ย 80 ครั้ง/นาที)

วิธีการวัดชีพจร

1. ประเมินสภาพผู้ป่วยและแจ้งให้ทราบว่า จะวัดชีพจร ให้บอกวัตถุประสงค์และรายละเอียดการวัด
2. เตรียมความพร้อมจัดทำให้ผู้ป่วยสบาย หากมีกิจกรรมก่อนการวัดให้พักอย่างน้อย 15-30 นาที
3. ใช้นิ้วชี้ นิ้วกลางคลำที่หลอดเลือด โดยปกติจุดที่ใช้คลำชีพจรอยู่ที่บริเวณข้อมือด้านหน้าที่ร่องด้านนิ้วหัวแม่มือ หรือคลำชีพจรอยู่ที่บริเวณข้อศอกด้านนิ้วก้อย เป็นจุดที่สะดวกเพราะเป็นที่จับได้ง่ายและไม่รบกวนผู้ป่วย



การนับชีพจรให้นับจังหวะการเต้นของหลอดเลือดที่กระทบนิ้วในเวลา 1 นาที จะได้ค่าของชีพจร

4. การหายใจ (Respiration) เป็นการแสดงการสูดออกซิเจนเข้าสู่ร่างกาย โดยผ่านจมูก หลอดลม และปอด ที่เรียกว่าการหายใจเข้า และเป็นการแสดงการปล่อยคาร์บอนไดออกไซด์ออกจากร่างกายโดยผ่านปอด หลอดลม และจมูก ที่เรียกว่าการหายใจออก การตรวจนับการหายใจเป็นการสังเกตว่ามีการหายใจที่ผิดปกติหรือไม่ ในจังหวะและจำนวนครั้งต่อนาที

วิธีการวัดการหายใจ

1. เตรียมความพร้อมให้ผู้สูงอายุนอนหงายหรือนอนตะแคงหรือนั่งในท่าที่สบาย หากมีกิจกรรมก่อนการวัดให้พักอย่างน้อย 15-30 นาที
2. สังเกตการณ์หายใจเข้าโดยดูหน้าอกที่พองขึ้น และการหายใจออกโดยดูหน้าอกที่ยุบลง นับเป็นการหายใจ 1 ครั้ง
3. นับจำนวนครั้งการหายใจใน 1 นาที จะได้ค่าของการหายใจ

ข้อควรระวัง ผู้ดูแลต้องสังเกตโดยไม่ให้ผู้สูงอายุรู้ตัว เพราะอาจทำให้ขัดเขินหายใจเร็วขึ้นหรือช้าลงได้



ใบความรู้ที่ 6.5

เรื่อง การพยาบาลผู้สูงอายุที่ข้อเท้าแพลง

ข้อเท้าพลิก ข้อเท้าแพลง เป็นอาการที่เกิดจากอุบัติเหตุใกล้ตัว ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา สาเหตุมาจากการเดินสะดุด ก้าวพลาด วิ่งหรือเดินอย่างรวดเร็ว ไปจนถึงการใส่รองเท้าส้นสูงหรือรองเท้าที่ไม่พอดี

อาการของข้อเท้าพลิก

เมื่อข้อเท้าพลิกผิดองศาและเอ็นหรือเนื้อเยื่อรอบๆ ข้อเท้าได้รับบาดเจ็บ จะมีอาการไล่ระดับไป ตั้งแต่การปวดบวมเล็กน้อย เนื่องจากเนื้อเยื่อและเอ็นข้อเท้าได้รับแรงกระทบไม่มาก ไปจนถึงอาการปวดรุนแรง เพราะเนื้อเยื่อและเส้นเอ็นเกิดการฉีกขาด ทำให้ข้อเท้าไม่มั่นคง ซึ่งอาการสามารถแบ่งออกเป็นได้ 3 ระดับ

- ระดับที่ 1 เอ็นข้อเท้ายึดหรือขาดเพียงเล็กน้อย จะพบเพียงอาการบวม เมื่อกดแล้วเจ็บตรงบริเวณเอ็นที่ได้รับบาดเจ็บ แต่ยังสามารถเดินได้ตามปกติ มักจะหายภายใน 2 สัปดาห์

- ระดับที่ 2 เอ็นข้อเท้าฉีกขาดเป็นบางส่วน ทำให้มีอาการปวดบวมค่อนข้างมาก อาจทำให้ไม่สามารถเดินลงน้ำหนักได้เต็มที่ อาการมักจะหายไปใน 4-6 สัปดาห์

- ระดับที่ 3 เป็นระดับที่รุนแรงที่สุด เนื่องจากเอ็นรอบๆ ข้อเท้าฉีกขาดทั้งหมด ผู้ที่บาดเจ็บในระดับนี้ จะไม่สามารถเดินลงน้ำหนักได้ และส่วนใหญ่จะพบว่าเกิดการข้อเท้าหลวม ต้องใช้เวลารักษา 6-10 เดือน จึงจะหายสนิท หากไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนได้

วิธีการปฐมพยาบาลเบื้องต้นด้วยหลัก “R.I.C.E.S.”

1. R = Rest พักการใช้งานข้อเท้าที่ได้รับบาดเจ็บ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการบาดเจ็บเพิ่มเติมในบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บอยู่แล้ว โดยลดการใช้งานของข้อเท้าให้น้อยที่สุด ดกกิจกรรมหนักๆ เช่น การเดินลงน้ำหนักลงข้างที่บาดเจ็บ หรือการเล่นกีฬา เป็นต้น

2. I = Ice ใช้น้ำแข็งหรือเจลลี่ ประคบเย็นในบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บประมาณ 15 นาที ทุกๆ 2 ชั่วโมง ภายในเวลา 24-48 ชั่วโมงหลังได้รับบาดเจ็บ เพื่อให้เส้นเลือดหดตัว ลดอาการปวดและบวม

3. C = Compression ใช้ผ้ายึดพันบริเวณข้อเท้า เพื่อจำกัดการเคลื่อนไหว เพื่อลดอาการปวดบวมน้อยลง

4. E = Elevation ยกเท้าให้สูงกว่าระดับหัวใจ เพื่อช่วยให้เลือดไหลเวียนได้ดี เช่น เวลานั่งควรวกเท้าพาดเก้าอี้ ไม่ควรนั่งห้อยขาเป็นเวลานาน หากนอนก็ให้ใช้หมอนรองขาให้สูงขึ้น

5. S = Stretch ยืดและบริหารกล้ามเนื้อบริเวณข้อเท้าหลังอาการเจ็บลดลงและไม่มีอาการบวมแล้ว โดยค่อยๆ เริ่มจากน้อยไปมาก โดยเน้นการยืดเหยียด ดังนี้

- ใช้เท้ายืดเหยียดเอ็นร้อยหวาย ยืนให้ห่างจากกำแพง 1 ก้าว ใช้มือดันกำแพงและก้าวขาข้างที่ได้บาดเจ็บไปด้านหลังโดยให้ส้นเท้าติดพื้น ย่อเข้าข้างที่อยู่ด้านหลังหน้าจนขาหลังรู้สึกตึงทำท่านี้ค้างไว้ 30 วินาที ทำซ้ำ 4-5 ครั้ง



- ยืดกล้ามเนื้อรอบข้อเท้าโดยการกระดกเกร็งข้อเท้าทุกด้าน เริ่มต้นจากนอนหรือนั่งยืดขาให้ขนานกับพื้น กระดกเกร็งข้อเท้าเข้าหาตัวเอง บิดไปทางซ้ายและขวาถือเป็น 1 ชุด ทำชุดละ 10-20 ครั้ง ทำซ้ำ 2-3 ชุด/วัน

- บริหารกล้ามเนื้อมัดเล็กรอบข้อเท้า ผีกทรงตัว และฝึกการประสานงานของเส้นประสาท โดยการยืนบน กระดานผีกทรงตัว ประมาณ 2-3 นาที/ครั้ง ทำซ้ำ 2-3 ครั้ง/วัน

หากมีอาการข้อเท้าพลิก สามารถทำตามขั้นตอนดังกล่าว เพื่อช่วยบรรเทาการบาดเจ็บเบื้องต้นได้ ในกรณีที่ปฐมพยาบาลเบื้องต้น แล้วอาการเหล่านี้ไม่ดีขึ้น เช่น ข้อเท้ายังมีอาการบวมมาก หรือเมื่อลงน้ำหนักที่เท้าแล้วรู้สึกปวด แสดงว่ากระดูกข้อเท้า อาจแตกหรือหัก จึงควรเข้ารับการรักษาจากแพทย์

การปฐมพยาบาล “ข้อเท้าพลิก”

ข้อเท้าพลิกส่วนมากเป็นการพลิกของข้อเท้าเข้าด้านใน ทำให้เส้นเอ็นบริเวณตาตุ่มด้านนอกเกิดการยึดและบาดเจ็บ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บที่บริเวณตาตุ่มด้านนอก

อาการของข้อเท้าพลิก

- ปวด
- บวม
- เจ็บเวลาขยับ หรือขยับข้อเท้าไม่ได้

วิธีปฐมพยาบาลเบื้องต้น

โดยใช้หลักการ RICE

- Rest - หยุดพัก**
ลดกิจกรรม เช่น การเดินกีฬา
- Ice - น้ำแข็ง**
ประคบเย็นภายในเวลา 24-48 ชั่วโมง เพื่อให้เส้นเลือดหดตัวลดอาการปวด และบวม
- Compression - รัด**
ใช้ผ้ายัดรัดบริเวณข้อเท้าเพื่อลดอาการบวม
- Elevation - การยกสูง**
ยกขาให้สูงขึ้น ช่วยลดอาการบวม

LINE Ramathibodi | RAMA CHANNEL truevisions 42 | ผศ. นพ. สิวตล วงศ์ศักดิ์ ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล | <https://www.rama.mahidol.ac.th/infographics>



เอกสารอ้างอิง

โรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์. รับมืออาการบาดเจ็บ ข้อเท้าพลิก ข้อเท้าแพลง [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: 2564 [เข้าถึงเมื่อ 7 พ.ย. 2566] เข้าถึงได้จาก:

<https://www.siphospital.com/th/news/article/share/605>

ศิวดล วงศ์ศักดิ์. การปฐมพยาบาลข้อเท้าพลิก [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ภาควิชาออร์โธปิดิกส์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล;2566 [เข้าถึงเมื่อ 7 พ.ย. 2566] เข้าถึงได้จาก:<https://www.rama.mahidol.ac.th/th/infographics/195>.

โรงพยาบาลกรุงเทพอินเตอร์เนชั่นแนล. รับมืออย่างไรเมื่อข้อเท้าแพลง [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ:2566 [เข้าถึงเมื่อ 7 พ.ย. 2566] เข้าถึงได้จาก:

<https://www.bangkokinternationalhospital.com/th/health-articles/diseases-and-treatments/ankle-sprain>

โรงพยาบาลบางปะกอก 9 อินเตอร์เนชั่นแนล: การดูแลปฏิบัติตัวเมื่อเกิดการข้อเท้าแพลง (Ankle sprain) แผลง [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ศูนย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูและ

กายภาพบำบัด;2566 [เข้าถึงเมื่อ 7 พ.ย. 2566] เข้าถึงได้จาก:<https://www.bangpakokhospital.com/procedure/content/Ankle%20sprain>

มนต์ชัย เรื่องชยันติกม: ทำอย่างไร เมื่อข้อเท้าแพลง [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ภาควิชาศัลยศาสตร์ออร์โธปิดิกส์และกายภาพบำบัด คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล;2554 [เข้าถึงเมื่อ 7 พ.ย. 2566] เข้าถึงได้จาก:<https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=904>



ใบความรู้ที่ 6.6

เรื่อง การเช็ดตัวลดไข้

การเช็ดตัวเพื่อลดไข้ผู้ป่วย Tepid Sponge

การเช็ดตัวเพื่อลดไข้ในเด็กเป็นเหตุการณ์ที่ใช้อยู่บ่อยมาก โดยเฉพาะในเด็กอายุระหว่าง 6 เดือน ถึง 6 ปี ซึ่งมีโอกาสชักจากภาวะไข้สูงได้ การเช็ดตัวเด็กจะช่วยลดอุณหภูมิของร่างกาย โดยใช้น้ำเป็นตัวนำความร้อนออกจากร่างกาย

ข้อบ่งชี้

1. ผู้ป่วยอุณหภูมิ มากกว่า 38.2°C
2. เด็กที่มีประวัติการชักไข้ มากกว่า 38°C

อุปกรณ์

1. กะละมังเช็ดตัว จำนวน 1-2 ใบใส่น้ำอุ่นประมาณ $\frac{1}{2}$ ของกะละมัง
2. ผ้าขนหนูผืนเล็ก จำนวน 2-4 ผืน
3. ผ้าเช็ดตัวผืนใหญ่

ขั้นตอนการปฏิบัติ

1. เตรียมสถานที่ ที่จะเช็ดตัวเด็กและควรปิดแอร์
2. ถอดเสื้อผ้าผู้ป่วย
3. ปูผ้าเช็ดตัวรองส่วนที่เช็ด เพื่อป้องกันน้ำเปียกที่นอน
4. ใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่นบิดน้ำให้หมาดพอควร เริ่มเช็ดบริเวณใบหน้า และพักไว้ที่หน้าผาก ซอกคอ ทำซ้ำ 3-4 ครั้ง
5. เช็ดบริเวณหน้าอกและลำตัว
6. เช็ดแขนด้านไกลตัว จากปลายแขนเข้าหาต้นแขน และรักแร้เป็นการเช็ดในลักษณะย้อนรูขุมขน เพื่อระบายความร้อนทำซ้ำ 3-4 ครั้ง และพักผ้าไว้บริเวณข้อพับแขน และรักแร้
7. เช็ดแขนด้านใกล้ตัว โดยทำเช่นเดียวกัน
8. เช็ดขาด้านไกลตัว จากปลายขาเข้าหาต้นขา และขาหนีบ 3-4 ครั้ง และพักผ้าบริเวณใต้เข่า ขาหนีบ
9. เช็ดขาด้านใกล้ตัว โดยทำเช่นเดียวกัน
10. นอนตะแคงเช็ดบริเวณหลัง ตั้งแต่ก้นกบขึ้นบริเวณคอทำซ้ำ 3-4 ครั้ง
11. เช็ดตัวให้แห้ง แล้วใส่เสื้อผ้าผู้ป่วยให้เรียบร้อย

หมายเหตุ

- ผู้ป่วยเด็กมีไข้หมายถึง ผู้ป่วยเด็กมีอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.8°C
- การเช็ดตัวลดไข้ ควรทำนานประมาณ 10-20 นาที หรือตามความเหมาะสม ควรเปลี่ยนน้ำในอ่างบ่อยๆ เพื่อรักษาอุณหภูมิของน้ำให้อุ่นคงที่ตลอดเวลา หลังการเช็ดตัวลดไข้ประมาณ 15 นาทีให้วัดอุณหภูมิผู้ป่วยซ้ำ



ขั้นตอนการล้างแผลแบบแห้ง

1. **เปิดแผล** โดยใช้มือหยิบผ้าปิดแผล โดยพับส่วนที่สัมผัสแผลอยู่ด้านในทิ้งลงในภาชนะรองรับ
2. **เปิดชุดทำแผล** หยิบปากคีบอันแรกโดยใช้มือจับด้านนอกของผ้าห่อชุดทำแผล หยิบขึ้น แล้วหยิบปากคีบอันที่สอง โดยใช้ปากคีบอันแรกหยิบ และส่งให้มืออีกข้างหนึ่ง โดยให้มือข้างที่ถนัดจับปากคีบมีเขี้ยว กรณีที่ใส่ถุงมือปลอดเชื้อให้ใช้มือหยิบได้เลย
3. **ใช้ปากคีบไม่มีเขี้ยว** คีบสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% ประมาณ 2/3 ของก้อน หรือพอมหาด ส่งต่อปากคีบมีเขี้ยวที่อยู่ต่ำกว่านำไปเช็ดซิดขอบแผล และวนออกนอกแผลประมาณ 2-3 นิ้ว หากยังไม่สะอาด ให้ใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% เช็ดซ้ำ สำลีที่ใช้ทำความสะอาดแล้วให้ทิ้งลงในภาชนะรองรับ โดยที่ปากคีบไม่สัมผัสภาชนะรองรับ
4. **ปิดแผลด้วยผ้าก๊อช** และติดพลาสติกอร์ ตามแนวขวางของลำตัว

ขั้นตอนการล้างแผลแบบเปียก

1. **เปิดแผล** โดยใช้มือหยิบผ้าปิดแผลส่วนบนทิ้งลงในภาชนะรองรับ เปิดผ้าปิดแผลชั้นที่ติดกับแผลด้วยปากคีบมีเขี้ยว หากผ้าปิดแผลหรือผ้าก๊อชแห้งติดแผล ให้ใช้สำลีชุบน้ำเกลือหยดบนผ้าปิดแผลหรือผ้าก๊อชก่อน เพื่อให้เลือด หรือน้ำเหลืองอ่อนตัว จะช่วยให้ผ้าปิดแผลหลุดง่าย และไม่ทำลายเนื้อเยื่อที่สร้างขึ้นใหม่
2. **ทำความสะอาดริมขอบแผล** เช่นเดียวกับการล้างแผลแบบแห้ง
3. **ใช้สำลีชุบน้ำเกลือ** หรือน้ำยาเช็ดภายในแผลจนสะอาด
4. **ใช้ผ้าก๊อชชุบน้ำยาใส่ในแผล** เพื่อฆ่าเชื้อโรค ดูดซับสิ่งคัดหลั่ง และให้ความชุ่มชื้นแก่เนื้อเยื่อ
5. **ปิดแผลด้วยผ้า** หรือผ้าก๊อชหุ้มสำลีตามขนาดของแผล และปิดพลาสติกอร์ตามแนวขวางของลำตัว
6. **สำหรับแผลที่เท้าของผู้เป็นเบาหวาน** แพทย์จะต้องประเมินตามสภาพของแผล เช่น หากเป็นแผลผ่าตัดจัดเป็นแผลสะอาด ส่วนแผลที่มีหนอง อักเสบ บวม แดง หรือมีเนื้อตาย ถ้าได้รับการดูแลเอาหนอง หรือตัดเนื้อตายออก และล้างแผลให้สะอาดจากแพทย์โดยไม่มีกรติดเชื้อแล้ว จัดว่าเป็นแผลสะอาด

คำแนะนำในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลแผล

1. ระวังไม่ให้แผลถูกน้ำ หรือเปียกชุ่ม หากแผลชุ่มมากควรเปลี่ยนผ้าปิดแผลใหม่ทันที
2. ทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ และเพียงพอเพื่อให้ร่างกายได้รับน้ำ โปรตีน วิตามิน และเกลือแร่ เช่น วิตามินซี เอ และอี เป็นต้น เพื่อสร้างเนื้อเยื่อ และเสริมความแข็งแรงให้กับแผล
3. หากเกิดอาการคัน หรือแพ้พลาสติกอร์ ควรเปลี่ยนชนิดใหม่ ไม่ควรเกาเพราะจะทำให้ผิวหนังรอบแผลชำรุด เกิดการอักเสบ ติดเชื้อลุกลามขยายเป็นแผลกว้างได้
4. หากสังเกตว่าแผลมีอาการบวม แดง เริ่มรู้สึกปวดมากขึ้น ควรรีบมาพบแพทย์



ใบความรู้ที่ 6.7 เรื่อง การห้ามเลือด

การตกเลือด (Bleeding) หมายถึง การมีเลือดไหลออกจากเส้นเลือดหรือหลอดเลือดที่ฉีกขาด ถ้ามีเลือดออกมากเกินไปจะก่อให้เกิดอาการช็อค และอาจถึงแก่ความตายได้ ไม่ได้รับการปฐมพยาบาลและแก้ไขทันที การตกเลือดแบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. **การตกเลือดภายนอก** เราสามารถมองเห็นเลือดที่ออกมาได้ เช่น ที่บริเวณผิวหนัง โดยเฉพาะบาดแผลที่ศีรษะ และลำตัว
2. **การตกเลือดภายใน หรือเลือดตกใน** ไม่สามารถเห็นได้จากภายนอก เกิดจากบาดแผลในร่างกาย ได้แก่ อวัยวะ

ภายในช่องท้อง เช่น ตับ ม้าม ฯลฯ เลือดออกในสมอง เป็นต้น จะมีอาการแสดงออกของการที่มีเลือดตกในให้เห็นหรือเราสามารถทราบได้

อาการแสดงของการตกเลือด

1. มีอาการซีดลงไปมากขึ้นเรื่อยๆ สังเกตได้ที่ผิวหนังต่างๆ ไป เล็บ ริมฝีปาก ฝ่ามือ และที่สามารถเห็นได้ชัดเจนคือ เปลือกตาตาดำใน โดยเปิดเปลือกตาล่างดู จะเห็นว่ามึนซีดชัดเจน

2. เวียนศีรษะ หน้ามืด ตาลาย หูอื้อ ใจสั่น และอ่อนเพลีย
3. มีเหงื่อออกทั่วตัว มือเท้าเย็น ซีด และหนาวสั่น
4. หัวใจเต้นเร็ว ถ้าจับชีพจรดู จะพบว่าเต้นเร็ว แต่เบากว่าปกติ
5. หายใจเร็ว ถี่ ตื้นและหอบ
6. กระหายน้ำ กระสับกระส่าย
7. สลบ และหมดสติ ถ้ายังไม่สามารถห้ามเลือด หรือแก้ไขทดแทนเลือดที่สูญเสียไปได้ ผู้ป่วยจะถึงแก่ความตายในที่สุด

หลักการปฐมพยาบาล

1. ให้นอนนิ่งๆ และให้ศีรษะในแนวราบหรือต่ำ ยกปลายขาทั้งสองข้างให้สูง เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงสมองได้มากที่สุด
2. ทำการห้ามเลือดโดยเร็วที่สุด โดยวิธีใดวิธีหนึ่ง
3. ถ้าไม่รู้สีกตัว ให้ระวังเรื่องทางเดินหายใจ อย่าให้อุดตัน ถ้าไม่หายใจให้ทำการผายปอดทันที
4. ให้การปฐมพยาบาลส่วนอื่นๆ เท่าที่จำเป็นและต้องทำด้วยความรวดเร็ว
5. สังเกตอาการ นับชีพจร และการหายใจอยู่ตลอดเวลา
6. นำตัวส่งโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด

การปฐมพยาบาลการตกเลือด (ห้ามเลือด) ภายนอก

1. กดลงบนแผลหรือตำแหน่งที่มีเลือดออก โดยใช้นิ้วมือ หรือผ้าสะอาด ควรให้ผู้ปวยนอนและยกส่วนแขนหรือขาที่มีเลือดออกให้อยู่สูงเท่าหน้าอกหรือหัวใจ เพราะจะทำให้เลือดไหลสู่บริเวณบาดแผลน้อยลงทำให้เลือดหยุดได้ง่าย
2. กดเส้นเลือดใหญ่ที่มาสู่บริเวณบาดแผลนั้น ใช้ในกรณีที่เลือดออกมากเพื่อไม่ให้เลือดไหลมาสู่แผลเลือดที่ออกมา ก่อนจะได้มีโอกาสแข็งตัวของมันเอง ทำให้เป็นการห้ามเลือดไปในตัว



3. การชันชะเนาะ หรือเรียกว่า "การใช้ทุนิเกต" เป็นการใช้เครื่องรีด เพื่อไม่ให้มีเลือดไหลไปสู่บริเวณบาดแผลที่มีเลือดออกนั้น ใช้ได้ในกรณีการห้ามเลือดที่แขนและขาที่มีเลือดออกมาก และไม่สามารถทำการห้ามเลือดได้ตั้งสองวิธีที่ได้กล่าวมาแล้ว เช่น แผลเหวอะหวะกว้างใหญ่ หรือมีกระดูกหักร่วมด้วย

เอกสารอ้างอิง

ธีรวัฒน์ กุลทนันทน์ พิมพ์ครั้งที่ 3 (2542) การปฐมพยาบาลเนื่องจากการบาดเจ็บจากการกีฬา บริษัท
โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช จำกัด กรุงเทพมหานคร 2542.



ใบความรู้ที่ 6.8

หกล้ม กระดูกหัก ข้อเท้าแพลง

การหกล้ม

ความสำคัญของการป้องกันภาวะการล้มในผู้สูงอายุ

อัตราการหกล้มแตกต่างกันขึ้นกับลักษณะของชุมชน โดยอัตราการหกล้มจะต่ำสุดในผู้ที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไป ที่มีสุขภาพดีในชุมชน เฉลี่ยแล้วผู้สูงอายุไทยจะหกล้มประมาณร้อยละ 20 สิ่งแวดล้อมที่ผู้สูงอายุหกล้ม ส่วนใหญ่มักเกิดในเวลากลางวัน เกิดภายนอกบริเวณสวน ร้อยละ 58 รองลงมาเป็นภายในบ้าน ร้อยละ 27 มักหกล้มขณะเดินลงบันได มากกว่าการเดินขึ้นบันได ส่วนภาวะการล้มในบ้าน คนชรา มักเกิดในสัปดาห์แรกที่เข้าไปอยู่

ผลกระทบต่อสุขภาพ

ในด้านผลแทรกซ้อนหลังหกล้ม พบว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชนที่หกล้มประมาณร้อยละ 5-10 มีการบาดเจ็บที่รุนแรง เช่น ภาวะกระดูกหัก การบาดเจ็บของสมอง หรือที่ผิวหนังอย่างรุนแรง โดยที่ร้อยละ 3.5-6 ของภาวะหกล้ม ทำให้มีภาวะกระดูกหักในด้านผลระยะยาว สำหรับผู้ที่หกล้ม และมีกระดูกข้อสะโพกหัก จะมีอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 20-30 เมื่อคิดตามกลุ่มนี้เป็นระยะเวลา 1 ปี และมีถึงร้อยละ 25-75 ที่สูญเสียความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน ผลทางด้านจิตใจ เกิดภาวะซึมเศร้า ตลอดจนสูญเสียความมั่นใจในการเดิน ผู้สูงอายุที่มีประวัติหกล้มมาภายใน 6 เดือน จึงมีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

การป้องกันภาวะหกล้ม

1. ส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งสุขภาพดี รวมทั้งดูแลแนะนำให้ผู้สูงอายุมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อม เพื่อป้องกันอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นได้
2. ป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มจะหกล้มได้ง่าย โดยแนะนำให้ตรวจสุขภาพให้การดูแลรักษาทั้งปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยกระตุ้นต่อการหกล้ม
3. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนและความพิการหลังภาวะหกล้ม เช่น ภาวะกระดูกหัก หรือภาวะที่กระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งป้องกันภาวะการล้มซ้ำซ้อน

เอกสารอ้างอิง

1. ประเสริฐ อัสสันตชัย (2554) ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน , พิมพ์ครั้งที่ 2 บริษัท ยูเนี่ยน ศรีเอชเอ็น จำกัด กรุงเทพมหานคร 2554



ใบงานที่ 6.1

คำชี้แจง

ให้ผู้เข้าร่วมอบรมฝึกปฏิบัติการปฐมพยาบาลและช่วยเหลือเบื้องต้น การหมดสติ เป็นลม การเป่าปากช่วยหายใจ และนวดหัวใจ

ใบงานที่ 6.2

คำชี้แจง

ให้ผู้เข้าร่วมอบรมแสดงบทบาทสมมติการปฐมพยาบาลและช่วยเหลือเบื้องต้นผู้สูงอายุที่หกล้ม แล้วมีข้อเท้าแพลง โดยจัดให้มีผู้สูงอายุ สามีและภรรยา กำลังเดินออกกำลังกายที่สวนสุขภาพในชุมชน แล้วผู้สูงอายุท่านที่เป็นสามีหกล้ม แล้วมีข้อเท้าแพลง โดยที่ท่านกำลังวิ่งออกกำลังกายและผ่านเห็นเหตุการณ์พอดี ท่านจะช่วยปฐมพยาบาลอย่างไร และ วิทยากรผู้สอนสรุปประเด็นจากบทบาทสมมติดังกล่าว



แผนการสอนที่ 7

เรื่อง การไ้ยาในผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ การในการบริหารบริหาร การจัดเก็บ และวิธีการไ้ยาสำหรับ ผู้สูงอายุตลอดจนสามารถการแนะนำการรับประทานยาตามโรคของผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ

1. Caregiver สามารถแนะนำการรับประทานยาตามโรคของผู้สูงอายุและปัญหา/ข้อควรระวังที่เกิดจากการไ้ยา
2. Caregiver สามารถอธิบายถึงความสำคัญและหลักการไ้ยาทั่วไป ความรู้พื้นฐานการบริหาร การจัดเก็บ และวิธีการไ้ยาสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งความรอบรู้เบื้องต้นเรื่องยา (การอ่านฉลากยา การสังเกตคุณภาพยา)
3. อธิบายเกี่ยวกับสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้และเหตุผลความจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุได้

เนื้อหาวิชา

1. ความสำคัญและหลักการไ้ยาทั่วไป ความรู้พื้นฐานการบริหาร การจัดเก็บ และวิธีการไ้ยาสำหรับผู้สูงอายุ
2. ความรอบรู้เบื้องต้นเรื่องยา (การอ่านฉลากยา การสังเกตคุณภาพยา)
3. การแนะนำการรับประทานยาตามโรคของผู้สูงอายุ
4. ปัญหาที่พบและข้อควรระวังจากการไ้ยาในวัยสูงอายุ

รูปแบบ/วิธีการสอน

- บรรยาย ระยะเวลา 2 ชั่วโมง
- สาธิตตัวอย่างยา
- การถาม-ตอบ คำถามกลุ่มใหญ่

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียนด้วยคำถาม การไ้ยาในผู้สูงอายุมีความสำคัญอย่างไร สรุปความสำคัญและนำเข้าสู่เนื้อหาหลักการไ้ยาทั่วไป ความรู้พื้นฐานการบริหาร การจัดเก็บ และวิธีการไ้ยาสำหรับผู้สูงอายุ การอ่านฉลากยา การสังเกตคุณภาพยา การแนะนำการรับประทานยาตามโรคของผู้สูงอายุ ปัญหาที่พบและข้อควรระวังจากการไ้ยาในวัยสูงอายุ ช่วงนี้อาจมีคำถามลับเนื้อหาว่า “ใครเคยเห็นผู้สูงอายุไ้ยาชนิดใดบ้าง เป็นยารักษาโรคหรืออาการอะไร” สรุปยาที่ใช้บ่อยโยงเข้าเนื้อหา สาธิตตัวอย่างยา จากนั้นบรรยายผลข้างเคียงของยา ถามผู้ดูแลถึงอาการข้างเคียงต่างๆ ว่าเคยประสบหรือไม่ สรุปและโยงเข้าสู่เนื้อหาแนวทางปฏิบัติในการไ้ยาในผู้สูงอายุ
2. วิทยากรและผู้เข้าอบรมร่วมกันสรุปปัญหาการไ้ยาและการแก้ปัญหา
3. วิทยากรสรุปความรู้ทั้งหมดพร้อมให้ข้อเสนอแนะ



สื่อประกอบการเรียนการสอน / อุปกรณ์

- หนังสือคู่มือหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง
- สื่อการอบรม : ไฟล์นำเสนอ ตัวอย่างยา

คำแนะนำสำหรับวิทยากร

1. ควรจัดเตรียมตัวอย่างยาที่ใช้บ่อยในผู้สูงอายุได้แก่ ยาแก้ปวดลดไข้ ยาแก้ปวดกล้ามเนื้อ ยาคลายกล้ามเนื้อ ยาหอม ยาแก้หวัด ยาคลายเครียด ยารักษาโรคเรื้อรัง เป็นต้น
2. ควรเน้นให้ผู้เข้ารับการอบรมมีส่วนร่วมมากที่สุด
3. การประเมินผล
 - สังเกตการมีส่วนร่วมในการตอบคำถาม และแสดงความคิดเห็น



หลักการให้ยาทั่วไป

สิ่งที่ทราบมาแล้วว่าผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านสรีระภาพและพยาธิสภาพของร่างกายที่เสื่อมไปตามอายุที่มากขึ้น ระบบการย่อยและการดูดซึม แม้แต่ความทนต่อการให้ยาย่อมแตกต่างกันไปจากวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะมีโรคประจำตัว จึงต้องมีความระมัดระวังในการให้ยาเพิ่มมากขึ้นเป็นพิเศษ ดังนั้นผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุที่บ้านควรมีความรู้พื้นฐานอย่างง่าย ดังนี้

1. **หลักการให้ยาที่ถูกต้อง** ที่นิยมกันเป็นสากล คือ กฎ 5 R เพื่อใช้ประกอบการพิจารณาก่อนให้ยา ดังนี้

- R1 Right Person คือ ให้ถูกต้องกับคน คือ ตัวผู้ป่วยที่สูงอายุ
- R2 Right Drug คือ ให้ถูกชนิดยา ซึ่งจะบ่งบอกถึงสรรพคุณยาในการรักษาโรคแต่ละโรคที่แตกต่างกัน
- R3 Right Dose คือ ให้ถูกขนาดยา เช่น เป็นมิลลิกรัม, เม็ด แคปซูล หรือเป็นหยด
- R4 Right Route คือ ให้ถูกทาง เช่น ทางปาก ทางผิวหนัง หยอดตา หรือ เหน็บทวารหนัก
- R5 Right time คือ ให้ถูกเวลา เช่น ก่อนอาหารเช้า หรือ หลังอาหาร หรือให้เมื่อมีอาการและให้วันละกี่ครั้ง เป็นต้น หรือจำหลักง่ายๆ ในการเตือนตนเอง คือ

- ยาของใคร
- ชนิดไหน
- ขนาดเท่าไร
- ให้ทางใด
- เวลาไหน

2. **ประเภทของยา** ที่นิยมใช้ในปัจจุบัน แบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ คือ

2.1 ยาใช้ภายใน ได้แก่ ยาที่ให้เข้าไปในร่างกายโดยการรับประทาน หรือ การฉีด เช่น ยาเม็ด แคปซูล ยาน้ำ ยาผง เป็นต้น

2.2 ยาใช้ภายนอก ได้แก่ ยาที่ใช้ภายนอกในร่างกายห้ามรับประทาน เช่น ครีม ยาหยอดตา ยาเหน็บ ยาพ่น เป็นต้น

(มักเขียนฉลากสีแดงติดข้างกล่องว่า “ยาใช้ภายนอก ห้ามรับประทาน”)

ตัวอย่างยาที่ใช้ภายนอก เช่น

2.2.1 ยาทางผิวหนังต่างๆ เป็นลักษณะครีม เช่น ยาแก้ปวดเคล็ดขัดยอก (Methyl Salicylate) ,บาล์ม

- ยาแก้เชื้อรา เช่น (Clotrimazole cream, Ketoconazole cream)
- ยาทาแก้คัน เช่น (Triamcinolone cream, Calamine lotion)

2.2.2 ยาหยอดตาต่างๆ มักใช้แก้ระคายเคืองตาหรือทดแทนน้ำตาเทียม หรือรักษาโรคตาบางชนิด



2.2.3 ยาทาแผลต่างๆ เช่น แอลกอฮอล์ 70%, เบตาดีน เป็นต้น

- เมื่อใช้แล้วควรปิดฝาให้สนิท ระวังการระเหยซึ่งจะทำให้ประสิทธิภาพของยาลดลง

3. เวลาในการใช้ยาที่ถูกต้อง

ยาก่อนอาหาร : ควรรับประทานอาหารอย่างน้อย 30 นาที -1 ชม.

ยาหลังอาหาร : ควรรับประทานอาหาร 15-30 นาที

ยาก่อนนอน : ควรรับประทานก่อนนอน 15-30 นาที

ยาหลังอาหารทันทีหรือพร้อมอาหาร เช่น ยาแอสไพริน ยาแก้ปวดไอบูโพรเฟน เป็นต้น กินยาเมื่อมีอาการ เช่น ยาพาราเซตามอล

4. การเก็บรักษา

ปัจจัยที่ทำให้ยาสลายตัว ได้แก่ ความชื้น แสง ก๊าซ สิ่งปนเปื้อน อุณหภูมิควรเก็บยาตามที่ระบุไว้ในฉลาก เช่น

- เก็บยาที่อุณหภูมิห้อง หมายถึง เก็บยาที่อุณหภูมิ 15–30 องศาเซลเซียส

- เก็บยาในตู้เย็น หมายถึง เก็บยาที่อุณหภูมิ 2–8 องศาเซลเซียส

ยาที่เก็บในตู้เย็น ได้แก่ ยาหยอดตาที่เปิดใช้แล้ว ยาปฏิชีวนะที่ผสมน้ำแล้ว ยาฉีดพวกอินซูลินลดระดับน้ำตาลในเลือด วัคซีน ยาเหน็บทวารหนัก เป็นต้น

หลักการจัดเก็บยาทั่วไป ควรเก็บยาไว้ในตู้เก็บยา เช่น ตู้ยาสามัญประจำบ้าน

1. ตู้เก็บยาที่ดีควรมีลักษณะอย่างไร

1.1 ตู้ยาที่ดีจะต้องกันแสงได้ หรือเป็นตู้ทึบได้ก็ยิ่งดี ฝาของตู้ควรเป็นกระจกเลื่อนเปิดปิดได้ เพื่อให้มองเห็นข้างในได้ง่าย และควรมีเครื่องหมายบอกว่าเป็นตู้ยา

1.2 ตู้แบ่งเป็นชั้นๆ เพื่อสะดวกในการจำแนกประเภทของยา มีขนาดพอเหมาะกับยาที่จะใส่ ซึ่งสถานที่สำหรับวางตู้ยาซึ่งควรมีลักษณะดังนี้

- สูงพ้นมือเด็ก และเด็กไม่สามารถปีนหยิบยาได้เอง
- ไม่ถูกแสงแดด, แหล่งความร้อน และเครื่องใช้ไฟฟ้าต่างๆ
- ไม่อับชื้น พ้นจากแหล่งความชื้น เช่น ห้องน้ำ

2. หลักการจัดเก็บยาทั่วไปและดูแลรักษาในตู้เก็บยา

2.1 ควรแบ่งชั้นยาตามวิธีการใช้ คือ ยาใช้ภายใน ยาใช้ภายนอก และเวชภัณฑ์อื่นๆ ออกจากกัน โดยควรจัดยารับประทานไว้ชั้นบน ยาใช้ภายนอกไว้ชั้นรองลงมา และเครื่องเวชภัณฑ์ไว้ชั้นล่าง หรือถ้าตู้ยามี 2 ชั้น ให้จัดยาใช้ภายนอกและเครื่องเวชภัณฑ์ไว้ชั้นล่าง โดยจัดเป็นสัดส่วนให้เป็นระเบียบ

2.2 จัดเรียงยาแบบหมดอายุก่อนออกก่อน (First Expire – First Out) โดยยาชนิดเดียวกันที่มีหลายขวดหลายแผง ควรวางยาที่ใกล้หมดอายุไว้นอกสุด เพื่อให้ถูกหยิบใช้ก่อน



2.3 ปิดฉลากยาและเครื่องหมายทุกชนิด โดยระบุชื่อยาสรรพคุณยา วิธีใช้ ขนาดที่ใช้ และข้อควรระวังให้ชัดเจน ยารับประทานและยาใช้ภายนอกจะต้องใช้ฉลากคนละสี ยารับประทานควรใช้ฉลากสีขาว และยาใช้ภายนอกควรใช้ฉลากสีแดง

2.4 ภาชนะที่ใส่ยาเม็ดควรเป็นภาชนะบรรจุฝาปิดสนิทแน่น หรือบรรจุแผงที่สามารถป้องกันความชื้นได้ และยาน้ำบางชนิดควรใช้ภาชนะที่เป็นขวดแก้วสีชา

2.5 ยาบางชนิดที่จำเป็นต้องเก็บไว้ในตู้เย็นต้องแยกต่างหากจากสิ่งของอื่นและติดฉลากให้ชัดเจน

2.6 ควรมีถ้วย ช้อนตวงยา และเวชภัณฑ์อื่นๆ ที่จำเป็น เช่น สำลี ผ้าพันแผล พลาสติก โปรทิวัดใช้ กรรไกรเล็กๆ

2.7 หมั่นดูแลฉลากยาทุกชนิดในตู้ยา หากลบเลือนควรรีบแก้ไขให้ชัดเจน อย่าปล่อยให้ทิ้งไว้ ยาที่ไม่มีฉลากหรือฉลากลบเลือนไป หากไม่แน่ใจไม่ควรนำมาใช้

2.8 ตรวจสอบยาที่หมดอายุหรือเสื่อมสภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง หากพบอย่าเสียดายควรทำลายหรือทิ้งไป

2.9 ก่อนใช้ยา ควรศึกษาวิธีใช้ คำเตือน ข้อห้ามใช้ของยานั้นๆ ก่อน โดยอ่านจากฉลากยาที่ติดบนกล่องขวดยา แผงยาหรือเอกสารกำกับยาให้ละเอียด และดูวันหมดอายุก่อนหยิบใช้

5. มาตราชั่งตวงวัดยาที่ควรทราบ

1 ช้อนชา (teaspoonful)	= 5 ml.
1 ช้อนโต๊ะ (tablespoonful)	= 15 ml.
1 ถ้วยชา (teacupful)	= 120 ml.
1 แก้วน้ำ (glassful)	= 240 ml.
1 ออนซ์ (fluid ounce)	= 30 ml.
1 ลิตร (litre)	= 1,000 ml.
1 แกลลอน (gallon)	= 3,785 ml.
1 เกรน (grain)	= 60 mg.

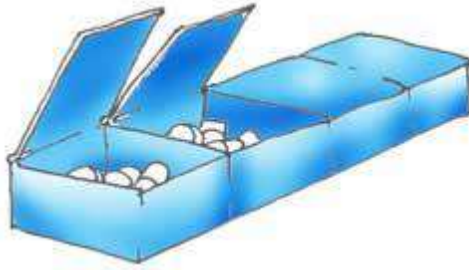
แนวทางในการปฏิบัติในการให้ยาในผู้สูงอายุ

1. ผู้ดูแลควรสำรวจดูว่า ผู้สูงอายุในบ้านมีการปฏิบัติที่ผิด ๆ เหล่านี้เกิดขึ้นหรือไม่ ผู้ดูแลใช้วิธีการจัดยาให้มือต่อมือ โดยแต่ละมือแยกกันให้ชัดเจน โดยใช้ภาชนะบรรจุที่แตกต่างให้รู้ว่า มือเช้า มือเที่ยง เย็น และก่อนนอน ให้ไว้วันต่อวัน เมื่อตอนเย็นสำรวจดูว่ายานั้นยังอยู่หรือได้ใช้ไปแล้ว และเก็บยาอื่น ๆ ในบ้านให้อยู่ในสภาพที่ตรวจสอบได้ ในรายที่มีอาการหลงลืม ควรใช้สิ่งช่วยจดจำ เช่น ปฏิทิน หรือกล่องใส่ยาชนิดที่รับประทานช่องละหนึ่งครั้ง หรือให้ผู้ดูแลคอยจดจำแทนเพื่อจะได้ไม่ลืมรับประทานยาและป้องกันการรับประทานยาซ้ำซ้อน เขียนขนาดและวิธีรับประทานตัวโต ๆ ติดบนฉลากยา (กรณีกับผู้สูงอายุยังอ่านหนังสือได้ดี)



2. เมื่อมียาเก่าเหลืออยู่และได้รับยามาเพิ่ม ควรปฏิบัติดังนี้

ถ้ายาเก่าเหลือน้อยให้ใช้ยาเก่าให้หมด ให้ถือหลักว่ายาก็ได้มาก่อน (ยาเก่า) ใช้ก่อนยาที่ได้มาทีหลัง (ยาใหม่) ถ้าจะรวมกันก็ให้รู้ว่าจะต้องหยิบยาเก่าใช้ก่อน เพราะยาใหม่ที่ได้มาจะมีอายุยาวกว่า แต่ก็ไม่น่าเสมอไปควรตรวจสอบวันหมดอายุของยาก่อนทุกครั้ง



3. กรณีที่แพทย์สั่งเปลี่ยนยาชนิดใหม่ให้ ต้องให้แน่ใจว่าได้เอายาเดิมที่แพทย์สั่งงดใช้นั้นออกไปแล้ว ไม่ให้รับประทานซ้ำกับยาชนิดใหม่ที่แพทย์ให้มา หากไม่แน่ใจหรือสงสัยเกี่ยวกับยาให้สอบถามจากแพทย์หรือเภสัชกรให้เข้าใจก่อน
4. ผู้ดูแลควรศึกษาถึง รูปร่าง ลักษณะและสรรพคุณของยาแต่ละชนิดที่รับประทานอยู่ และแนะนำผู้สูงอายุด้วย (เวลาแพทย์ถามจำสรรพคุณยาไม่ได้ก็ยังไม่บอกรูปร่างลักษณะของยาได้ เช่น เม็ดกลมแบนขนาดเล็กสีส้ม รับประทานครั้งละครั้งเม็ดตอนเช้า เป็นต้น)
5. แจ้งให้แพทย์ทราบเกี่ยวกับอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นเพราะอาการนั้นอาจจะเป็นอาการที่เกิดจากยาที่ผู้สูงอายุใช้อยู่ เช่น ไข้ยาไปแล้วมีอาการหูตึง ได้ยินเสียงไม่ชัดเจน เป็นต้น
6. ถ้าเป็นไปได้ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรหยิบยาให้รับประทานเองกับมือวิธีนี้จะปลอดภัยที่สุด
7. สถานที่เก็บยาควรให้ปลอดภัยและเก็บไว้ห่างจากมือเด็ก (เพราะเคยมีเด็กหยิบยาไปรับประทานโดยผู้ใหญ่ไม่ทราบซึ่งอันตรายมาก)
8. ผู้ดูแลควรหมั่นพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์เป็นประจำตามกำหนดนัดหรือไปก่อนกำหนดนัดเมื่อมีอาการผิดปกติขึ้น ปัญหาสำหรับการใช้ยาในผู้สูงอายุนั้น นอกจากจะมาจากตัวยาแต่ละชนิดเองแล้ว ยังมาจากความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ในตัวผู้สูงอายุเองด้วย เช่น ปัญหาการหลงลืม ปัญหาการดูดซึมยา เป็นต้น ดังนั้นผู้ดูแลควรให้ความสนใจในการใช้ยาของผู้สูงอายุเป็นพิเศษ โดยตัวผู้สูงอายุเองก็ต้องศึกษาเกี่ยวกับยาที่ใช้ให้มากเช่นกัน เพื่อจะได้ใช้ยาได้อย่างถูกต้อง และปลอดภัยมากที่สุด



เอกสารอ้างอิง

1. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. สารานุกรมผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2542.
2. พวงผกา คงวัฒนานนท์. การใช้ยา และแนวทางการรักษา ในเอกสารประกอบการสอนรายวิชาการพยาบาลพื้นฐาน, ปทุมธานี : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2546.
3. สภากาญจนาร่วมกับชมรมเภสัชกรรมชนบท และสภาเภสัชกรรม. คู่มือการใช้ยาในการรักษาพยาบาลโรคเบื้องต้นสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง. นนทบุรี : สภากาญจนาร่วมกับชมรมเภสัชกรรมชนบท, 2545.
4. สุรเกียรติ อานานภาพ. ตำราตรวจรักษาโรคทั่วไป หลักการวินิจฉัยโรคและการดูแลรักษา. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2543.
5. กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. การใช้ยาสามัญประจำบ้านอย่างปลอดภัย. กรุงเทพฯ : พิทู ดีไซน์ แอนด์ พริ้นท์ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์, 2554.
6. สกลรัตน์ รัตนาเกียรติ. (ม.ป.ป.). เอกสารประกอบการสอนวิชา ยาในชีวิตประจำวัน. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
7. สุธี เวคะวากยานนท์. รู้ไว้ – ใช้ยา. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2554.



การอ่านฉลากยา และการสังเกตคุณภาพยา

ถึงแม้ยาที่ผลิตมานั้นจะผ่านกระบวนการผลิตตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่ดีในการผลิตยา และผ่านการตรวจสอบคุณภาพอย่างเข้มงวดแล้ว แต่ไม่อาจคงคุณภาพนั้นไว้ได้ตลอดเวลา เนื่องจากยาแต่ละชนิดมีความคงตัวแตกต่างกัน เมื่อเวลาผ่านไป ยานี้ๆ จะมีคุณภาพเปลี่ยนแปลงไป จึงต้องมีการกำหนดอายุการใช้ยา เพื่อไม่ให้เกิดการจับเก็บยาไว้นานจนเกินไปจนยาหมดอายุและเสื่อมสภาพลง จนมีผลให้คุณภาพลดน้อยลงจากเดิม หรือมีประสิทธิภาพไม่เพียงพอต่อการรักษา หรืออาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ใช้ยาได้ จึงอาจกล่าวได้ว่าการกำหนดวันหมดอายุเป็นการรับรองคุณภาพและความปลอดภัยของยานั้นเอง และด้วยเหตุนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้ยาแผนปัจจุบันทุกชนิดเป็นยาที่ต้องแจ้งกำหนดสิ้นอายุไว้ในฉลากด้วย

1. การอ่านฉลากวันหมดอายุ หรือวันสิ้นอายุของยา คือ วันที่กำหนดอายุการใช้ยาสำหรับยาที่ผลิตในแต่ละครั้ง เพื่อแสดงว่ายาดังกล่าว มีคุณภาพมาตรฐานตามข้อกำหนดตลอดช่วงระยะเวลาก่อนถึงวันสิ้นอายุของยา หากยาเหล่านั้นอยู่ภายใต้สภาวะการจัดเก็บที่ถูกต้องตามคำแนะนำของบริษัทผู้ผลิตตั้งแต่วันที่ผลิตจนถึงวันสิ้นอายุของยา ซึ่งการกำหนดวันหมดอายุและสภาวะการจัดเก็บยาเป็นข้อมูลซึ่งได้จากการศึกษาความคงตัวของตัวยานั้นเอง ดังนั้นหากยาถูกเก็บไว้นานเกินกว่าวันหมดอายุ ผู้บริโภคจึงไม่อาจทราบถึงคุณภาพของยานั้นได้ นอกจากนี้ หากการจัดเก็บยาไม่เป็นไปตามสภาวะการจัดเก็บที่แนะนำ หรือยาถูกเปิดใช้ หรือเปลี่ยนบรรจุภัณฑ์ ก็อาจส่งผลให้ยาเสื่อมสลายได้ง่ายขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาที่มีความคงตัวต่ำอายุย่าย่อมสั้นลง ประชาชนในฐานะผู้บริโภคจึงควรทราบวิธีการสังเกตยาหมดอายุ ซึ่งจะเป็นวิธีการตรวจสอบคุณภาพยาอย่างง่ายที่ผู้ใช้ยาสามารถทำได้เอง ข้อควรรู้พื้นฐานในการพิจารณาวันหมดอายุของยา มีดังนี้

1.1 ยาที่อยู่ในบรรจุภัณฑ์ของบริษัทผู้ผลิต สามารถสังเกตได้จากวันหมดอายุที่ระบุไว้บนฉลากหรือบรรจุภัณฑ์ เช่น ที่แผงยา ซองยา เป็นต้น กรณีที่ระบุเฉพาะเดือนและปีที่หมดอายุ วันหมดอายุจะเป็นวันสุดท้ายของเดือน ถ้ามีการเปิดใช้แล้ว ควรสังเกตลักษณะของยาควบคู่ไปด้วย หากลักษณะทางกายภาพของยา (สี กลิ่น รส) เปลี่ยนแปลงไป เป็นการบ่งบอกถึงความไม่คงตัวของยา ก็ไม่ควรใช้ยานั้นต่อไป วันหมดอายุ บางครั้งผู้ผลิตอาจจะใช้ตัวย่อภาษาอังกฤษแทนข้อความภาษาไทย เช่น Mfg. date หรือ Mfd ย่อมาจากคำว่า manufacturing date แปลว่าวันที่ผลิต เช่น

- Mfd 22/6/23 หมายถึง ยานี้ผลิตเมื่อวันที่ 22 เดือนมิถุนายน ค.ศ. 2023 หรือ พ.ศ. 2566
- Mfg. date 15.12.65 หมายถึง ยานี้ผลิตเมื่อวันที่ 15 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2565
- Mfd AUG.23 หมายถึง ยานี้ผลิตเมื่อเดือนสิงหาคม ค.ศ. 2023 หรือ พ.ศ. 2566
- EXP หรือ Exp. Date ย่อมาจากคำว่า expiration date แปลว่า วันที่หมดอายุ เช่น
- EXP JUL 25 หมายถึง ยานี้หมดอายุเดือนกรกฎาคม ค.ศ. 2025 หรือ พ.ศ. 2568
- Exp. date 15.12.67 หมายถึง ยานี้หมดอายุวันที่ 15 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567

1.2 ยาที่มีการแบ่งบรรจุออกจากบรรจุภัณฑ์เดิมของบริษัทผู้ผลิต มีอายุไม่เกิน 1 ปีหลังจากวันที่แบ่งบรรจุ



1.3 ยาน้ำที่ยังไม่ได้เปิดใช้ จะเก็บไว้ได้ 3 ปีนับจากวันผลิต ยาน้ำที่มีสารกันเสียทั้งชนิดรับประทานและใช้ภายนอกหลังจากเปิดใช้ควรเก็บไว้ไม่เกิน 6 เดือน การเก็บรักษายาจะต่างกันไปตามที่บริษัทผู้ผลิตกำหนด

1.4 ยาผงแห้งผสมน้ำ หลังจากผสมน้ำแล้ว อายุยาให้ยึดตามข้อมูลที่บริษัทระบุไว้บนฉลาก บางชนิดสามารถเก็บไว้ได้หลังจากที่ผสมน้ำแล้ว บางชนิดผสมน้ำแล้วต้องแช่เย็น เช่น ยาปฏิชีวนะชนิดผงแห้ง โดยทั่วไป หลังผสมถ้าเก็บที่อุณหภูมิห้องเก็บได้ 7 วัน ถ้าเก็บในตู้เย็นเก็บได้ 14 วัน บางชนิดต้องใช้ทันทีที่ไม่สามารถเก็บไว้ได้ เนื่องจากไม่มีสารกันเสีย

ทั้งนี้ ยาที่จะมีคุณภาพที่ดีอยู่ในช่วงที่กำหนดจนถึงอายุยาที่กล่าวข้างต้น ยาเหล่านั้นจะต้องอยู่ภายใต้การจัดเก็บที่เหมาะสมตามที่แนะนำโดยบริษัทผู้ผลิตด้วย เพราะหากมีการจัดเก็บที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งยาที่ไวต่อสภาวะแวดล้อม เช่น แสง อุณหภูมิ ความชื้น ยาจะเสื่อมสภาพ หรือมีคุณภาพลดลงต่ำกว่ามาตรฐานกำหนดก่อนวันหมดอายุที่ระบุได้ นอกจากนี้ การสังเกตลักษณะทางกายภาพของยาร่วมด้วยจัดเป็นสิ่งสำคัญไม่น้อยไปกว่ากัน เพราะหากยามีลักษณะที่เปลี่ยนไปจากเดิมแล้ว ก็อาจอนุมานได้ว่าคุณภาพของยาน้ำจะเปลี่ยนไปเช่นเดียวกัน

2. วิธีการสังเกตการเสื่อมสภาพของยา

รูปแบบเภสัชภัณฑ์	ลักษณะของยาที่เสื่อมสภาพ
ยาเม็ด	<ul style="list-style-type: none"> - ยาเปลี่ยนสี - ยาเม็ดมีจุดๆ หรือมีเส้นใยขึ้นอาจเกิดเชื้อราขึ้นที่เม็ดยา - ยาเม็ดเคลือบน้ำตาล อาจมีการเยิ้มเหนียวหรือมีกลิ่นผิดไปจากเดิม - ยาแตกร่อนออกจากกัน
แคปซูลแข็ง	แคปซูลมักจะบวมโป่งอาจมีจุดเชื้อราขึ้นที่เปลือกแคปซูล ภายในแคปซูลจะสังเกตเห็นว่าผงยาเปลี่ยนสี จับกันเป็นก้อน เช่น ยาเตตราไซคลิน ที่เสียแล้ว ผงยาจะเปลี่ยนจากสีเหลืองเป็นสีน้ำตาล ซึ่งเป็น อันตรายต่อไต
แคปซูลนิ่ม	เปลือกแคปซูลเยิ้มเหลวเหนียวกว่าปกติ แคปซูลเปื่อยทะลุทำให้ตัวยาไหลออกมามากด้านนอก
ยาผงแห้ง	ผงยาจะจับตัวกันเป็นก้อนแข็งที่ไม่ปกติ ไม่สามารถละลายได้และถ้าที่ผนังภาชนะบรรจุมีไอน้ำหรือหยดน้ำ แสดงว่ายาเตรียมนั้นไม่เหมาะที่จะนำไปใช้
ยาน้ำแขวนตะกอน	เช่น ยาลดกรดยาคาลาไมน์ ทาแกคีน หากเสื่อมสภาพตะกอนจะจับกันเป็นก้อน เกาะติดกันแน่น เขย่าแล้วไม่กระจายตัวดังเดิม มีความเข้มข้น กลิ่น สีหรือรสเปลี่ยนไป
ยาน้ำเชื่อม	เช่น ยาแก้ไอ หากหมดอายุ ยาจะมีลักษณะขุ่นมีตะกอน ผงตัวยาละลายไม่หมด สีเปลี่ยน มีกลิ่นบูดเปรี้ยวหรือรสเปรี้ยว
อิมัลชัน	ปกติเมื่อตั้งทิ้งไว้จะแยกเป็นชั้น และเมื่อเขย่าจะเข้ากันดีแต่ถ้ายาเสื่อมแล้วเมื่อเขย่าจะไม่เข้าเป็นเนื้อเดียวกัน



ยาขี้ผึ้ง	<ul style="list-style-type: none"> - สี/กลิ่น ของยาเปลี่ยนไป (เช่น ยาครีมหมาเชื้อบางชนิด เมื่อเก็บไว้นานจะมีการแยกชั้นและสี เปลี่ยนจากขาวเป็นสีเหลืองเข้มขึ้น เป็นต้น) - ยาแข็งเกินกว่าจะเป็นครีม หรือขี้ผึ้ง - ยาแยกตัวเป็นชั้นเกิดมีชั้นน้ำแยกออกมา
ยาเจล	เนื้อเจลใสจะเปลี่ยนเป็นขุ่นและไม่เป็นเนื้อเดียวกัน

เอกสารอ้างอิง

1. สกุลรัตน์ รัตนาเกียรติ์. (ม.ป.ป.). เอกสารประกอบการสอนวิชา ยาในชีวิตประจำวัน. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
2. สุธี เวคะวากยานนท์. รู้ไว้ – ใช้ยา. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย, 2554.
3. กระทรวงสาธารณสุข. ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ยาที่ต้องแจ้งกำหนดสิ้นอายุไว้ ในฉลาก พ.ศ.2543. วันที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2543. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2543.
4. นัยนา สันติยานนท์. ความคงตัวของเภสัชภัณฑ์และการเก็บรักษา. Thai Pharm Health Sci J, 3(1):180-7, 2008



การแนะนำการรับประทานยาตามโรคของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักมีโรคประจำตัวและปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยๆ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคอัลไซเมอร์(ความจำเสื่อม) นอนไม่หลับ โรคข้อเสื่อม ผู้สูงอายุจึงมีการใช้ยาหลายชนิดร่วมกันเพื่อรักษาโรค ดังนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ใช้บ่อยๆ ตลอดจนทราบผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากการใช้ยาได้ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ยา

ยาที่ใช้บ่อย และผลข้างเคียง

1. การใช้ยาเบาหวาน

ในปัจจุบันโรคเบาหวานยังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด แต่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติได้ ทำให้ผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานสามารถมีชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุขเหมือนคนอื่นๆ เพียงแต่ต้องการการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย การกินยาเม็ดลดน้ำตาลในเลือด หรือการฉีดอินซูลินเพื่อลดน้ำตาลในเลือด ร่วมกับการควบคุมอาหาร และออกกำลังกาย ควรรับประทานอาหารให้ตรงเวลา และออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ผู้ป่วยควรพบแพทย์ และเภสัชกร ตามนัดเพื่อติดตามผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

เป้าหมายในการรักษา คือ ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร 8 ชั่วโมง ต้องมีค่าระหว่าง 80-120 มิลลิกรัม/เดซิลิตร เพื่อลดอัตราการเกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไต โรคปลายประสาทอักเสบ และโรคตา

ยาเบาหวานมีจุดประสงค์เพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดโดยเพิ่มการดูดซึมน้ำตาลไปใช้ให้เกิดพลังงานไม่สะสม ในกระแสเลือดมากเกินไป มีทั้งชนิดฉีดและรับประทาน

ตัวอย่างชนิดยา

- ชนิดรับประทาน เช่น ยา Glipizide, Gliclazide, Glimepiride, Metformin เป็นต้น
- ชนิดฉีด เช่น อินซูลิน NPH, Mixtard เป็นต้น

ยาเม็ดลดน้ำตาลในเลือดมีหลายชนิด มีหลายประเภท แต่ละประเภทมีวิธีการกินแตกต่างกัน ในปัจจุบันมียาลดน้ำตาลในเลือด 4 ประเภท คือ ยาที่กระตุ้นการหลั่งของอินซูลิน ยาที่ขัดขวางการดูดซึมของน้ำตาลเข้าสู่กระแสเลือด ยาที่ลดการสร้างน้ำตาลจากตับ และยาที่ทำให้น้ำตาลเข้าสู่เซลล์ได้มากขึ้น โดยทำให้ร่างกายดื้อต่ออินซูลินลดลง ยาเหล่านี้บางชนิดต้องกินก่อนอาหารครึ่งชั่วโมง บางชนิดต้องกินก่อนนอนทันที บางชนิดต้องกินหลังอาหารทันที ดังนั้น วิธีการใช้ยาที่ถูกต้อง ขอให้ปรึกษาเภสัชกรและปฏิบัติตามคำแนะนำของเภสัชกรอย่างเคร่งครัด

ยาฉีดอินซูลินใช้ในผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมน้ำตาลในเลือดได้ด้วยยากินหลายชนิดร่วมกัน การยาฉีดอินซูลินจะฉีดได้ผิวหนัง บริเวณต้นขา ท้อง ฯลฯ วันละ 1-4 ครั้ง ก่อนอาหารประมาณครึ่งชั่วโมง และควรหมุนเวียนเปลี่ยนตำแหน่งที่ฉีดอินซูลิน แพทย์จะเลือกพิจารณาว่ายาลดน้ำตาลในเลือดตัวใดเหมาะกับผู้ป่วยเพราะแต่ละคนจะมีความแตกต่างกัน เช่น พยาธิสภาพตับ ไต



ปัญหาที่อาจพบได้เมื่อใช้ยาลดระดับน้ำตาลในเลือด คือ

- การกินยาก่อนอาหารนานเกินไป หรือไม่ยอมกินอาหารหลังจากที่กินยาแล้ว ที่ถูกต้องคือ ให้กินยาก่อนอาหารครึ่งชั่วโมง และกินอาหารตามทุกครั้ง
- ถ้าลืมกินยาให้รีบกินทันทีที่นึกได้ แต่ถ้านึกได้ใกล้หรือถึงมือถัดไป ห้ามกินยาเพิ่มเป็นสองเท่า เพราะอาจเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้
- ยาที่กินหลังอาหารให้กินหลังมื้ออาหารประมาณครึ่งชั่วโมง
- การซื้อยามากินเอง เช่น ยาแก้ปวดข้อหรือยารักษาโรคกระเพาะ โดยมีได้ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกร ก็อาจเกิดอันตรายได้ เพราะยาอาจเกิดปฏิกิริยาระหว่างกัน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไป และอาจทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร
- เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไป อาการที่เกิดขึ้นคือ เหนื่อย เหงื่อแตก ใจสั่น หน้ามืด จะเป็นลมหรืออาจหมดสติได้ (ถ้าหมดสติห้ามให้อาหารและน้ำทางปากเพราะอาจสำลักได้) การแก้ไข คือ ให้ออมน้ำตาลลูกอม หรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน น้ำหวานสักแก้วทันที ถ้าไม่ดีขึ้นหรือหมดสติควรพาไปพบแพทย์โดยด่วน
- หากรับประทานยาแล้วมีอาการดังนี้ คือ คลื่นไส้ อาเจียนอย่างแรง มีผื่นขึ้น ตาเหลือง ตัวเหลือง ตัวบวม ให้รีบมาพบแพทย์ เพราะอาจเกิดอาการข้างเคียงจากยาได้

2. การใช้ยาลดความดันโลหิตสูง

มีจุดประสงค์เพื่อลดระดับความดันเลือดให้ต่ำลง ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง มีด้วยกันหลายกลุ่มออกฤทธิ์ต่างๆ กันไป เช่น ยาขับปัสสาวะ ทำให้มีน้ำปัสสาวะมากขึ้น ยาชะลอการเต้นของหัวใจ ทำให้หัวใจเต้นช้าลง ยาขยายหลอดเลือด ทำให้ขนาดของหลอดเลือดกว้างขึ้น เลือดจึงไหลได้ดีขึ้นและมีแรงดันน้อยลง

ตัวอย่างชนิดยา

- Enalapril (5 มิลลิกรัม หรือ 20 มิลลิกรัม)
- Losartan (50 มิลลิกรัม)
- HCTZ (50 มิลลิกรัม) , Moduratic มีฤทธิ์ขับปัสสาวะ
- Nifedipine CR (40 มิลลิกรัม)
- Manidipine (20 มิลลิกรัม)
- Hydralazine (25 มิลลิกรัม)
- Atenolol (50 มิลลิกรัม)

ผู้ป่วยบางรายใช้ยาเพียงชนิดเดียว ก็ลดความดันโลหิตได้ดี และสามารถควบคุมให้มีค่าอยู่ในระดับที่น่าพอใจได้ แต่ผู้ป่วยบางรายต้องใช้ยา 2 ชนิดหรือมากกว่านั้น ความดันโลหิตจึงจะลดลงให้มีค่าอยู่ในระดับที่น่าพอใจได้



แพทย์จะเป็นผู้สั่งจ่ายชนิดของยาลดความดันโลหิต เพื่อควบคุมไม่ให้ความดันโลหิตสูงเกินไป แต่ไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจึงต้องรับประทานต่อเนื่องกันทุกวันเป็นเวลานาน การหยุดยาเองอย่างกะทันหันอาจเกิดผลเสียอย่างร้ายแรงได้ เช่น เส้นเลือดในสมองแตก ทำให้เป็นอัมพาต หรือเสียชีวิตได้

ยาขับปัสสาวะโดยทั่วไปให้กินวันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า แต่ผู้ป่วยบางรายก็จำเป็นต้องกินวันละ 2 ครั้ง ซึ่งให้กินหลังอาหารเช้าและเที่ยง ห้ามให้กินหลังอาหารเย็นหรือก่อนนอน เพราะจะทำให้ปวดปัสสาวะตอนกลางคืนและต้องลุกมาเข้าห้องน้ำตลอดคืน

ยาขับปัสสาวะยังมีฤทธิ์ขับเกลือแร่ที่เรียกว่า โปแตสเซียมออกไปด้วย ทำให้เป็นตะคริวและกล้ามเนื้ออ่อนแรง จึงควรเพิ่มการกินผลไม้ที่มีโปแตสเซียมสูง เช่นกล้วยหอม ส้ม แดงโม มะละกอ สับปะรด มะม่วง ซึ่งจะช่วยลดปัญหาได้

ยาลดความดันบางชนิดเป็นยาออกฤทธิ์เนิ่น ไม่ควรบด หรือแบ่ง หรือเคี้ยวเม็ดยาควรกลืนทั้งเม็ดพร้อมน้ำ เพราะจะทำให้โครงสร้างของยาเสียไป ที่อันตรายก็คือ ผู้ที่กินยาจะได้รับยาเข้าไปในปริมาณสูงมากในทีเดียว แทนที่จะค่อยๆ ได้ทีละน้อย ฤทธิ์ยาจะสูงมากด้วย และความดันโลหิตอาจตกลงมากจนอาจล้มลงและหมดสติได้

การรับประทานยาควรรับประทานตรงเวลาทุกวันจึงจะได้ผลดี ถ้ากลัวลืมควรรับประทานในเวลาที่เหมาะสม เช่น หลังแปรงฟันตอนเช้าหรือก่อนเข้านอนของทุกๆ วัน

ถ้าลืมกินยาให้รีบกินทันทีที่นึกได้ แต่ถ้าใกล้ถึงเวลาของยามื้อต่อไปแล้วให้งดมื้อที่ลืม แล้วรับประทานมื้อปกติในขนาดปกติ ห้ามกินยาเพิ่มเป็นสองเท่าเด็ดขาด เพราะอาจเป็นอันตรายได้

อาการข้างเคียงของยาในกลุ่มนี้อาจทำให้ระดับความดันเลือดต่ำ ปวดศีรษะ ท้องเสีย อ่อนเพลีย สมรรถภาพทางเพศอาจลดลง ถ้ารู้สึกคลื่นไส้ อาเจียน ควรรับประทานยาหลังอาหารทันที ถ้ารู้สึกหน้ามืดหรือเป็นลมเวลาลุกจากเก้าอี้หรือลุกจากเตียง ควรค่อยๆ ลุกช้าๆ ข้อควรปฏิบัติ ควรนอนพักและวัดระดับความดันเลือด ถ้ายังมีอาการข้างเคียงมากควรพบแพทย์เพื่อปรับขนาดยาหรือเปลี่ยนชนิดของยา

อาการข้างเคียงที่รุนแรงอย่างใดอย่างหนึ่ง เช่น ฝืนขึ้นแดงและคันมาก เจ็บคอ มีไข้ หายใจขัด หอบ มีอาการบวม ในที่ต่างๆ เช่น หนึ่งตา ริมฝีปาก ลิ้น แขน ขา ใบหน้า ให้หยุดยา และรีบไปพบแพทย์ทันทีโดยไม่ต้องรอให้ถึงวันนัด

ข้อควรระวังอื่นๆ ได้แก่ ก่อนใช้ยาลดความดันโลหิต ควรแจ้งให้แพทย์ทราบว่าท่านมีโรคประจำตัวอะไรอยู่ เช่น โรคตับ โรคไต โรคเบาหวาน หรือรับประทานยาอะไรอยู่ก่อนท่านทุกครั้ง

ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ระหว่างที่รักษาด้วยยาลดความดันโลหิตและทุกครั้งที่ได้ไปพบแพทย์หรือทันตแพทย์ ควรแจ้งชื่อยาลดความดันโลหิตที่ท่านใช้ให้แพทย์ทราบด้วย

ไม่ควรนำยาลดความดันโลหิตไปให้คนอื่นรับประทาน โดยไม่ผ่านการตรวจจากแพทย์ก่อนเพราะอาจทำให้เกิดอันตรายได้

3. โรคหัวใจ

ยารักษาโรคหัวใจ มีจุดประสงค์ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพหรือช่วยลดการทำงานของหัวใจ ทำให้หัวใจสามารถบีบตัวสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายได้ดีขึ้น



ตัวอย่างชนิดยา

เช่น Propranolol (10 มิลลิกรัม), Isordil (10 มิลลิกรัม), Herbessor (60 มิลลิกรัม) เป็นต้น

ผลข้างเคียงที่อาจพบจากการใช้ยา อาจเกิดหัวใจผิดปกติ เช่น เดินช้าไปหรือเดินเร็วไป ทำให้เกิดอาการเหนื่อยหอบ เจ็บแน่นหน้าอก อ่อนเพลียไม่มีแรง เป็นต้น

3.1 อาการเจ็บหน้าอก

อาการเจ็บหน้าอกเป็นอาการแสดงอย่างหนึ่งของโรคขาดเลือด อันเนื่องมาจากหลอดเลือดที่เลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจ เกิดอุดตันหรือตีบ

ยาอมใต้ลิ้น เช่น Isordil (10 มิลลิกรัม) เป็นยาที่มีฤทธิ์ขยายหลอดเลือด จะช่วยให้หลอดเลือดที่อุดตันหรือตีบนั้น ถ่างออก เลือดจึงไหลไปเลี้ยงกล้ามเนื้อหัวใจได้ ทำให้อาการเจ็บหน้าอกหายไป ดังนั้นควรพกยาอมใต้ลิ้นติดตัวเสมอ เมื่อเกิดอาการเจ็บหน้าอก

การใช้ยาอมใต้ลิ้นถูกวิธี คือ การนั่งลงบนเก้าอี้ที่มีพนักพิงและเท้าแขน หากไม่มีก็ให้นั่งลงกับพื้น หลังพิงกำแพง เสื่อ ตู้น หรือต้นไม้ หรือให้มีคนช่วยประคองหลังไว้ นำยา 1 เม็ดวางไว้ใต้ลิ้นจากนั้นปิดปากและอมยาไว้ โดยไม่ต้องกลืนน้ำลาย อาการเจ็บหน้าอกจะหายไปภายใน 1-2 นาที ถ้าหลังจากอมยาไปแล้ว 5 นาที อาการยังไม่ดีขึ้น ให้อมยาเม็ดที่สอง รอดูอาการอีก 5 นาที ถ้ายังมีอาการเจ็บหน้าอกอยู่ให้อมยาเม็ดที่สาม แล้วรีบไปโรงพยาบาลทันที ควรนำส่งถึงมือแพทย์ภายในเวลาไม่เกิน 2 ชั่วโมง

3.2 โรคหัวใจขาดเลือด

ยาแอสไพริน

เป็นยาลดไข้สูง แต่ปัจจุบันนำมาใช้ป้องกันโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคหัวใจขาดเลือด ซึ่งมักเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ เพราะการออกฤทธิ์ของแอสไพรินสามารถยับยั้งการเกาะกันของเกล็ดเลือด ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้หลอดเลือดตีบ

ยาแอสไพรินมีฤทธิ์เป็นกรดอ่อน ดังนั้นควรรับประทานหลังอาหารทันทีและดื่มน้ำตามมากๆ จะทำให้ไม่ปวดท้อง และหากจะไปทำฟัน ถอนฟัน ขูดหินปูนหรือรับการผ่าตัด ต้องบอกให้หมอและหมอฟันทราบก่อนเสมอว่ากินยาแอสไพริน อยู่เพื่อที่จะได้ระมัดระวังไม่ให้เกิดปัญหาเลือดไหลไม่หยุดในระหว่างการทำฟันหรือผ่าตัดนั้น

4. โรคอัลไซเมอร์ (โรคสมองเสื่อม)

โรคอัลไซเมอร์ เป็นโรคที่เกิดจากการเสื่อมของสมองที่ไม่ทราบสาเหตุชัดเจนที่พบได้มากที่สุด โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ปัจจุบันยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาโดยการใช้น้ำมัน เพื่อช่วยทำให้ความจำและการทำงานของสมองเสื่อมช้าที่สุด ช่วยแก้ไข ปรับอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ และสิ่งสำคัญ คือ ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยดีขึ้น



เชื่อกันว่า เกิดจากการที่สมองขาดสารสื่อประสาทที่เรียก อะซิติลโคลีน (Acetylcholine) ยาที่นำมาใช้ในการรักษาในปัจจุบันจึงเป็นยาที่ช่วยเพิ่มปริมาณของสารสื่อประสาทชนิดนี้ ซึ่งจะทำความจำเสื่อมช้าลง ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

อาการข้างเคียงที่พบได้บ่อย คือ อาการคลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ วิงเวียน ปวดท้อง ถ่ายเหลว

ผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์บางราย อาจมีอาการทางจิตเวชร่วมด้วย เช่น อาการวิตกกังวล ซึมเศร้า หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าว แพทย์จึงอาจใช้ยาสำหรับรักษาอาการเหล่านี้แก่ผู้ป่วยด้วย

5. นอนไม่หลับ ปัญหากวนใจผู้สูงอายุ

การใช้นอนหลับในผู้สูงอายุ ควรต้องปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรเพื่อพิจารณาความเหมาะสมของการใช้ยา ควรใช้ยาเมื่อจำเป็นเท่านั้นและไม่ควรซื้อยานอนหลับมาใช้เอง

ยานอนหลับทำให้มีนงง เวียนศีรษะได้ จึงควรเข้านอนทันทีหลังกินยา ไม่ควรลุกเดินไปทำกิจกรรมอื่น เพราะอาจเกิดอุบัติเหตุได้ อาการมีนงง ง่วงซึมนี้อาจตกค้างจนถึงรุ่งเช้า ไม่ควรดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพราะจะยิ่งทำให้ยากดสมองมากยิ่งขึ้น

ยานอนหลับทำให้เกิดการติดยาได้ ถ้ามากเกินไปขนาดที่กำหนดหรือกินติดต่อกันนานๆ

อาการข้างเคียงของยานอนหลับ ได้แก่ ง่วงซึมตอนกลางวัน มีนศีรษะ อ่อนเพลีย สับสน กล้ามเนื้อไม่มีแรง อาจทำให้ความดันโลหิตลดลงอย่างมากในผู้สูงอายุ เมื่อเปลี่ยนท่าจากท่านั่งเป็นท่านอน อาจทำให้หน้ามืด และหกล้มได้

6. โรคข้อเสื่อม

อาการปวดข้อในผู้สูงอายุอาจเกิดได้จากโรคข้อหลายชนิด แต่ชนิดที่พบบ่อยที่สุด คือ โรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis) ส่วนมากมักพบอาการกับข้อใหญ่ๆ ที่มีการเคลื่อนไหวมาก หรือข้อที่รับน้ำหนักมาก เช่น ข้อเข่า ข้อสะโพก ข้อเท้า ข้อกระดูกสันหลัง และข้อกระดูกส่วนคอ โรคนี้เป็นโรคเรื้อรัง ที่เกิดจากความเสื่อมสภาพของกระดูกอ่อนที่บุปลายกระดูกข้อ เป็นเหตุให้ผิวของกระดูกอ่อนเปลี่ยนสภาพจากผิวเรียบมัน กลายเป็นผิวขรุขระ เป็นผลให้การเคลื่อนไหวของข้อมีการติดขัดและเสียไป การเสื่อมจะเปลี่ยนแปลงไปเรื่อยๆ ตลอดเวลา ไม่มีทางกลับคืนเป็นปกติเหมือนเดิม

ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดข้อเสื่อม ได้แก่ คนอ้วน น้ำหนักเกิน การบาดเจ็บที่รุนแรงหรือที่เกิดขึ้นซ้ำซาก อายุที่มากขึ้น (50 ปีขึ้นไป) ผู้ที่มีโรคกระดูกพรุน อาชีพที่ต้องยืนหรือเดินเป็นประจำ กรรมพันธุ์ เพศหญิงมีโอกาสเกิดโรคข้อเสื่อมได้มากกว่าผู้ชาย

ยาที่ใช้รักษาโรคข้อเสื่อม

ยาที่ใช้รักษาจะเป็นเพียงยาที่กินบรรเทาอาการปวด ได้แก่ ยาแก้ปวดพวกแอสไพริน ยาพาราเซตามอล และยาแก้ปวดและลดการอักเสบ เช่น ไอบูโพรเฟน (Ibuprofen) ไดโคลฟีแนค (Diclofenac) เซเลคอกซิบ (Celecoxib) เป็นต้น

ปัจจุบันมียาที่มีฤทธิ์คล้ายเป็นอาหารสำหรับกระดูกอ่อน คือ กลูโคซามีน (glucosamine) เพื่อให้กระดูกแข็งแรงขึ้น ซึ่งใช้ได้ผลในผู้ป่วยบางราย

สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการปวดรุนแรง อาจจำเป็นต้องใช้ยาฉีดสเตียรอยด์ ฉีดเข้าข้อเพื่อลดการอักเสบเฉพาะที่ ถ้าไม่ได้อผล ต้องรักษาด้วยการผ่าตัดหรือใส่ข้อเทียม



ข้อควรระวังของการใช้ยารักษาโรคข้อเสื่อม

การกินยาควรกินหลังอาหารทันที เพราะยามีฤทธิ์ระคายเคือง อาจทำให้เกิดแผลในกระเพาะ มีเลือดออก ถ่ายอุจจาระเป็นสีดำได้

ในรายที่เป็นโรคกระเพาะอยู่แล้ว อาจเลือกใช้ยาแก้ปวดที่มีฤทธิ์ระคายเคืองน้อย หรือกินยาป้องกันโรคกระเพาะร่วมด้วย

7. โรคกระดูกพรุน

โรคนี้เป็นเหมือนภัยเงียบ แรกๆ อาจไม่มีอาการที่ชัดเจน อาจรู้สึกเพียงแค่ปวดเมื่อย จนเมื่อกระดูกพรุนมากหรือ บางมาก ก็จะเริ่มปวดกระดูก โดยเฉพาะที่หลังและสะโพก อาจปวดข้อร่วมด้วย กระดูกสันหลังยุบตัวลง หลังโก่ง หลังค่อม ตัวเตี้ยลง ซึ่งเมื่อหกล้มก็มักมีกระดูกหักได้ง่าย

แคลเซียม เป็นแร่ธาตุที่สำคัญในกระดูก ในแต่ละวันร่างกายต้องได้แคลเซียมประมาณวันละ 1,000 มิลลิกรัม ผู้ชาย และผู้หญิงสูงอายุต้องการวันละ 1,000–1,200 มิลลิกรัม

ปัจจุบันมียาแคลเซียมในรูปแบบต่างๆ กัน ทั้งชนิดที่เป็นยาเม็ด ยาแคปซูล และ แบบเม็ดฟู่ก็มี เราสามารถเลือกกินในรูปแบบต่างๆ ได้ ข้อสำคัญควรกินแต่พอดี ไม่ควรกินมากเกินไปกว่าปริมาณที่ร่างกายต้องการต่อวัน จะไม่มีประโยชน์ต่อกระดูก กลับทำให้ท้องผูก นอกจากนี้ยังพบแคลเซียมในผลิตภัณฑ์นม อาหาร และผักอีกด้วย

การใช้ฮอร์โมนเพศหญิงทดแทนในผู้หญิงวัยหมดประจำเดือนและผู้หญิงสูงอายุจะช่วยพยุงเนื้อกระดูกได้ และลดโอกาสการเป็นโรคกระดูกพรุน แต่การใช้ฮอร์โมนเพศหญิงทดแทนนี้ต้องปรึกษาแพทย์และเภสัชกรก่อน

8. ท้องผูก

การใช้ยาระบายกับผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุควรเลือกใช้ยาที่ช่วยเพิ่มกากใยอาหาร ซึ่งมีทั้งผลิตภัณฑ์ที่ได้จากธรรมชาติหรือที่สังเคราะห์ขึ้น ชนิดที่รู้จักกันดี คือ ยาระบายเมล็ดแมงลัก เวลาจะใช้ต้องละลายยาในน้ำหรือเครื่องดื่ม เช่น น้ำผลไม้ โดยผสมครั้งละ 1-2 ช้อนชาในน้ำ 1 แก้ว และคนให้ยาพองตัวพอสมควรแล้วจึงดื่มทันที หลังจากนั้นควรดื่มน้ำตามอีก 1-2 แก้ว ห้ามดักยากินในรูปที่ยังเป็นผง เพราะเมื่อผงยาติดน้ำจะเกิดการพองตัว ทำให้หลอดอาหารอุดตันได้

อาจกินยาระบายเมล็ดแมงลักก่อนหรือหลังอาหาร วันละ 1-2 ครั้ง ตามความเหมาะสม โดยจะต้องกินติดต่อกัน 1-3 วัน จึงจะเห็นผลในการแก้อาการท้องผูก ยานี้จะช่วยเพิ่มปริมาณกากใยในลำไส้ กระตุ้นให้ลำไส้บีบตัว เหมือนการกินอาหารที่มีกากใยมากๆ ส่งผลให้รูปแบบการขับถ่ายใกล้เคียงกับที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ

ไม่แนะนำให้ใช้ยาระบายกลุ่มที่กระตุ้นให้ลำไส้ใหญ่บีบตัว เช่น สารสกัดจากมะขามแขก หรือยาบิสซาโคดิล (Bisacodyl) ในผู้สูงอายุ เพราะอาจทำให้เกิดการปวดมวนท้อง พะอืดพะอม และคลื่นไส้ เนื่องจากลำไส้บีบตัวมากเกินไป

ไม่แนะนำให้ใช้ยาระบายติดต่อกันนานเกิน 1 สัปดาห์ หากใช้ยาแล้วได้ผลหรือมีปัญหาปวดท้องเรื้อรังแต่ไม่มีอุจจาระออกมา ควรรีบไปปรึกษาแพทย์



9. ยารักษาการเจ็บป่วยทั่วไป

1. ยาลดไข้ ปวดหัว ตัวร้อน เช่น พาราเซตามอล (500 มิลลิกรัม) ขนาดรับประทาน 2 เม็ด ทุก 4–6 ชั่วโมง หรือเมื่อมีอาการ

2. ยาแก้ปวดข้อ กระดูก กล้ามเนื้อ เช่น บรูเฟน ไอบรูเฟน นาโพรซิน ขนาดรับประทานตามขนาดที่กำหนดไว้ ไม่ควรรับประทานทานตอนท้องว่าง เพราะจะทำให้เป็นแผลในกระเพาะอาหารได้

3. ยาแก้คลื่นไส้ อาเจียน เมารถ เช่น ดาบามิน(Dramamine) โมติเลียม(Motilium) เป็นต้น รับประทานก่อนเดินทางประมาณครึ่งชั่วโมง

4. ยาแก้ท้องเสีย เช่น ผงเกลือแร่ (ขนาดรับประทานตามที่ระบุข้างซอง) หรือถ้าไม่มี ใช้น้ำต้มสุก 1 ขวดกลม (750 ซีซี) หรือ 3 แก้ว + เกลือ 1 ช้อนชา น้ำตาลทราย 2 ช้อนชา รับประทาน ภายใน 24 ชั่วโมง (ระมัดระวังใช้ในผู้ที่ เป็นโรคริด)

5. ยาแก้หวัดลดน้ำมูก ยาแก้แพ้ เช่น ยาคลอเฟนิรามิล ยาทิเฟฟี ยาดีคอลเจน ยาแอกติเฟต เป็นต้น (ปัจจุบันควรระมัดระวังใช้ในผู้สูงอายุ) นอกจากนี้ยังมี ยาแก้ไอ ยาขับเสมหะ เป็นต้น

หมายเหตุ ถ้ายาเป็นแคปซูลไม่ควรแกะออก เพราะจะทำให้การออกฤทธิ์ของยาไม่ดีเท่าที่ควร

หากมีปัญหา หรือ ข้อสงสัยเกี่ยวกับการใช้ยา ควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรเพื่อความมั่นใจ ปลอดภัยในการใช้ยา

เอกสารอ้างอิง

1. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. สารานุกรมสำหรับผู้สูงวัย. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2542.
2. พวงผกา คงวัฒนานนท์. การใช้ยา และแนวทางการรักษา ในเอกสารประกอบการสอนรายวิชาการพยาบาลพื้นฐาน, ปทุมธานี : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2546.
3. สภาการพยาบาลร่วมกับชมรมเภสัชกรรมชนบท และสภาเภสัชกรรม. คู่มือการใช้ยาในการรักษาพยาบาลโรคเบื้องต้นสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์ขั้นหนึ่ง. นนทบุรี : สภาการพยาบาล, 2545.
4. สุรเกียรติ อาษานาฎาภ. ตำราตรวจรักษาโรคทั่วไป หลักการวินิจฉัย โรคและการดูแลรักษา. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2543.



ปัญหาที่พบและข้อควรระวังจากการใช้ยาในวัยสูงอายุ

ผู้สูงอายุ มักมีโรคประจำตัวหลายอย่าง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไชมันในเลือดสูง ดังนั้นยาที่ผู้สูงอายุจะต้องใช้และรับประทานมีหลายชนิดและมีวิธีใช้ต่างๆ กัน ผู้สูงอายุมักหยาต่าฝ้าฟาง อ่านฉลากยาไม่ชัดเจน กลางวันต้องอยู่บ้านคนเดียว เพราะลูกหลานไปทำงานหรือไปเรียนหนังสือกันหมด และผู้สูงอายุหลายคนมีอาการความจำเสื่อม หลงลืมเป็นครั้งคราว อาจจำไม่ได้ว่ารับประทานยาไปแล้วหรือยังแล้วรับประทานยาซ้ำ จะทำให้ได้รับยาเกินขนาด ซึ่งอาจเป็นอันตรายได้ หรืออาจไม่ได้รับประทานยาเลย เพราะสับสนในเรื่องของเวลา ซึ่งเหตุการณ์ทั้งหมดที่กล่าวมา เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในการใช้ยาของผู้อายุ ดังนั้น แพทย์ เภสัชกร ตลอดจนบุตรหลาน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควรให้ความสำคัญและยอมเสียสละเวลาในการดูแล เอาใจใส่เพื่อป้องกันอันตรายจากยาที่อาจเกิดกับผู้สูงอายุได้

1. ปัญหาที่พบบ่อย และ ข้อควรระวังในการใช้ยาสำหรับผู้สูงอายุ

ครอบคลุมประเด็นต่อไปนี้

1. ผู้ป่วยไม่ได้รับประทานยาครบทุกมื้อตามฉลากระบุ (ตามแพทย์สั่งให้)
2. ผู้ป่วยรับประทานยาครบทุกมื้อ แต่ไม่ครบทุกวัน (ตามสั่ง)
3. ผู้ป่วยรับประทานยาครบมื้อ ครบวัน แต่ไม่ครบทุกรายการยา (ชนิดของยา)
4. บางรายรับยาเพิ่ม โดยไม่ได้แจ้งว่ามียาเก่าเหลือเยอะ แต่รับมาแล้วเอายาเก่ามาใหม่มารวมกัน
5. ยามีปฏิกริยาต่อกัน คือ การเกิดปฏิกริยาระหว่างการใช้ยาตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป ซึ่งบางครั้งสามารถใช้ยาร่วมกันได้ แต่ควรเพิ่มระยะเวลาให้ห่างกันประมาณ 1-2 ชม. เพื่อป้องกันการลดการดูดซึมของยาอีกตัวหนึ่ง เช่น ยาแก้ปวดหลายชนิด จะใช้ควบคู่กับยาลดกรดหรือยาเคลือบกระเพาะ เช่น ranithidine หรือ Alum milk ยาเม็ดบำรุงเลือด ไม่ควรรับประทานร่วมกับนม เพราะจะทำให้ประสิทธิภาพของยาลดลง ควรรับประทานเว้นช่วงห่างจากการดื่มนม 2 ชั่วโมง
6. การหยาบยาผิด ลืมกินยา หรือกินยาเกินขนาดจากการหลงลืม เช่น คนไข้รับประทานยาลดความดันโลหิต 2 ครั้ง (เพราะคิดว่ายังไม่ได้กิน) ทำให้เกิดอาการหน้ามืด เวียนศีรษะเนื่องจากระดับความดันโลหิตลดลงต่ำเกินไป ซึ่งข้อนี้จะเป็นอันตรายต่อผู้สูงอายุมาก อาจทำให้สมองขาดเลือดไปเลี้ยงได้
7. การขอรับประทานยาสมุนไพรบางชนิดที่ไม่ได้รับการรับรองมาตรฐาน หรือการรับประทานยาชุดที่ซื้อรับประทานเองตามคำแนะนำของเพื่อนบ้าน ซึ่งส่วนใหญ่จะมีสารสเตียรอยด์ (steroid) จะมีอาการดีขึ้นในช่วงแรกๆ ต่อเมื่อรับประทานไปนานๆ จะเกิดผลเสียต่อไตและสุขภาพอย่างมาก
8. อันตรายจากการใช้ยา การแพ้ยา คือ การที่ร่างกายมีปฏิกริยาต่อยาที่ได้รับผิดไปจากธรรมดาเกิดขึ้นในบางคนที่มีความไวต่อยาผิดไปจากคนทั่วไป อาจเนื่องมาจากกรรมพันธุ์ หรือการได้รับยามาก่อน แล้วกระตุ้น



ให้ร่างกายสร้างสิ่งต่อต้านขึ้นมาการแพ้ยา มีทั้งชนิดรุนแรงและไม่รุนแรง การแพ้ยามีอาการอย่างไรอย่างหนึ่งหรือร่วมกัน ดังนี้ อาการหายใจไม่ออก ผื่นคันตามผิวหนัง ลมพิษ บวมที่หน้า คอ ตามข้อพับ ไข้ อาเจียน ท้องเดิน คัดจมูก หอบหืด เมื่อเกิดอาการแพ้ยา ให้รีบหยุดยาทันที และดื่มน้ำมากๆ ควรรับยาที่ได้รับ กลับมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาลอีกครั้ง เพื่อบันทึกการแพ้ยา

ตัวอย่างนวัตกรรมการที่เกี่ยวกับยา ในการดูแลผู้สูงอายุ และผู้มีภาวะพึ่งพิง



เอกสารอ้างอิง

1. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. สารานุกรมสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล, 2542.
2. พวงผกา คงวัฒนานนท์. การใช้ยา และแนวทางการรักษา ในเอกสารประกอบการสอนรายวิชาการพยาบาลพื้นฐาน, ปทุมธานี : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2546.
3. สภาการพยาบาลร่วมกับชมรมเภสัชกรรมชนบท และสภาเภสัชกรรม. คู่มือการใช้ยาในการรักษาพยาบาลโรคเบื้องต้นสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นหนึ่ง. นนทบุรี : สภาการพยาบาล, 2545.
4. สุรเกียรติ อาชานานุภาพ. ตำราตรวจรักษาโรคทั่วไป หลักการวินิจฉัย โรคและการดูแลรักษา. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2



แผนการสอนที่ 8

การส่งเสริมโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ การในการส่งเสริมโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อให้ ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ

1. Caregiver สามารถบอกหรือเสนอเมนูการเลือกอาหารที่ถูกหลักการส่งเสริมโภชนาการในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
2. Caregiver สามารถบอกการเตรียมอาหารเฉพาะโรคกับกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ป่วย ญาติและครอบครัวได้
3. Caregiver สามารถอธิบายถึงการดูแลและการให้อาหารทางสายยางได้

เนื้อหาวิชา

- การส่งเสริมโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ
- การเตรียมอาหารเฉพาะโรค
- การดูแลและการให้อาหารทางสายยาง
- อาหารสะอาดและน้ำปลอดภัย

รูปแบบ/วิธีการสอน

- การบรรยาย
- การซักถาม
- การฝึกปฏิบัติ

ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม

- วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียนเรื่อง การส่งเสริมโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ การประเมินภาวะโภชนาการเบื้องต้น การอ่านฉลากโภชนาการ อาหารเฉพาะโรค/อาหารทางสายยางคืออะไร ใครเป็นคนตัดสินใจให้รับประทานอาหารเฉพาะโรค/อาหารทางสายยาง อาหารเฉพาะโรค/อาหารทางสายยางหน้าตาเป็นอย่างไร อธิบายให้ผู้เข้ารับการอบรมเข้าใจถึงอาหารเฉพาะโรค/อาหารทางสายยางเป็นอย่างไร วิธีการเตรียมอาหารทางสายยางและวิธีการเก็บรักษาอาหารทางสายยาง
- ผู้เข้ารับการอบรมซัก-ถาม ข้อสงสัย
- ผู้เข้ารับการอบรมฝึกประเมินภาวะโภชนาการ (ดัชนีมวลกาย รอบเอว) ในใบงานที่ 1 และบันทึกข้อมูลในสมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ (Blue Book)
- ผู้เข้ารับการอบรมจับกลุ่มเพื่อฝึกการอ่านฉลากโภชนาการ การแลกเปลี่ยนอาหาร ตามใบงานที่ 2



- แบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมตามความเหมาะสม ฝึกทักษะในเรื่อง การจัดการอาหารเฉพาะโรค (โรคเบาหวาน/โรคความดันโลหิตสูง/โรคสมองเสื่อม/ป้องกันการหกล้ม) และการชั่ง ตวง วัด เพื่อเตรียมอาหารทางสายยาง
- วิทยากรสรุปผลและให้ข้อเสนอแนะ

สื่อประกอบการเรียนการสอน/อุปกรณ์

- คู่มือแนวทางการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง (หลักสูตรชั้นกลาง)
- สื่อการอบรม ได้แก่ ไฟล์นำเสนอ เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดส่วนสูง แบบประเมิน สายวัดรอบเอว โมเดลอาหาร/ภาพอาหารแลกเปลี่ยน ผลิตภัณฑ์ที่มีฉลากโภชนาการ

คำแนะนำสำหรับวิทยากร

- วิทยากรเตรียมสื่อการอบรมต่างๆ ให้พร้อม ในการกระตุ้นให้มีส่วนร่วมระหว่างการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และเนื้อหาสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
- กิจกรรมการเรียนรู้ ควรเน้นผู้เข้ารับการอบรมมีส่วนร่วมมากที่สุด

การประเมินผล

- การทดสอบความรู้
- การซักถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น
- การสังเกตจากการมีส่วนร่วมการฝึกปฏิบัติและทำกิจกรรม



ใบความรู้ที่ 8.1

เรื่อง การส่งเสริมโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

เมื่อก้าวเข้าสู่วัยสูงอายุ ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยเฉพาะความเสื่อมถอยของระบบการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย เช่น การรับกลิ่นและรสชาติที่เปลี่ยนไป ปัญหาสุขภาพช่องปากและฟัน ภาวะกลืนลำบาก เบื่ออาหาร ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น มักจะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุกินอาหารได้ลดลง นำไปสู่การเกิดปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) ที่เป็นปัญหาสุขภาพที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เพิ่มอัตราการเจ็บป่วย เกิดปัญหาสุขภาพหรือโรคอื่นๆ ตามมา ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุลดลงและเป็นสาเหตุการเสียชีวิตได้ ดังนั้น การได้รับสารอาหารในสัดส่วนและปริมาณที่เหมาะสม จึงเป็นส่วนสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการป้องกันภาวะโภชนาการขาดและเกินของผู้สูงอายุ ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่ดี สามารถพึ่งพาตนเองได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เป้าหมายของการดูแลด้านอาหารในผู้สูงอายุ

คือ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารในสัดส่วนและปริมาณที่เหมาะสม ซึ่งเป็นส่วนสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการป้องกันภาวะโภชนาการขาดและเกินของผู้สูงอายุ ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่ดี เพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกาย และสุขภาพแข็งแรง

ข้อแนะนำการบริโภคเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุไทย (FBDGs)

เป็นข้อปฏิบัติกรบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดี โดยจะเน้นการกินอาหารให้หลากหลาย มีความสมดุลด้านการกระจายของปริมาณที่เหมาะสม และได้รับอาหารในปริมาณที่เพียงพอ

โภชนบัญญัติ 9 ประการ ข้อปฏิบัติกรกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ

1. กินอาหารให้ครบทุกกลุ่ม แต่ละกลุ่มให้หลากหลายในปริมาณที่แนะนำตามธงโภชนาการ และหมั่นดูแลน้ำหนักตัวและรอบเอวตามเกณฑ์มาตรฐาน
2. กินข้าวเป็นหลัก เน้นข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ
3. กินปลา ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์จากถั่วเป็นประจำ
4. กินพืชผักและผลไม้หลากหลายสีเป็นประจำ หลีกเลี่ยงผลไม้รสหวานจัด
5. ดื่มนมรสจืด และกินอาหารอื่นที่มีแคลเซียมสูง
6. หลีกเลี่ยงอาหาร ไขมันสูง หวานจัด เค็มจัด
7. กินอาหารที่สะอาด ปลอดภัย และปรุงสุกใหม่
8. ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มรสหวาน
9. งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์



ธงโภชนาการผู้สูงอายุ

ธงโภชนาการ เป็นเครื่องมือที่ช่วยแนะนำ “สัดส่วน” “ปริมาณ” และ “ความหลากหลาย” ของอาหาร ที่ผู้สูงอายุควรได้รับใน 1 วัน เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่ดี แข็งแรง และ เพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกาย



กิจกรรมเบามาก

เช่น อ่านหนังสือ เย็บผ้า นั่งเล่นทำงานในสำนักงาน และไม่ได้ออกกำลังกาย

กิจกรรมเบา

เช่น งานบ้าน ดูแลเด็ก ประกอบอาหาร และออกกำลังกาย 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์

กิจกรรมปานกลาง

เช่น กวาดใบไม้ ทำความสะอาดบ้าน ตัดหญ้า และออกกำลังกาย 3-5 ครั้งต่อสัปดาห์



ปริมาณของอาหารกลุ่มต่างๆ ที่สามารถกินแลกเปลี่ยนกันได้

◆ **กลุ่มข้าว - แป้ง (กัณพี)**

1 ทัพพี พลังงาน 80 กิโลแคลอรี



◆ **กลุ่มเนื้อสัตว์ (ช้อนกินข้าว)**

เนื้อสัตว์ 1 ช้อนกินข้าว พลังงาน 17 -50 กิโลแคลอรี



◆ **กลุ่มผัก (กัณพี)**

ผักต่างๆ 1 ทัพพี เท่ากับ ผักสุก 1 ทัพพี หรือ ผักสด 2 ทัพพี



◆ **กลุ่มผลไม้ (ส่วน)**

ผลไม้ 1 ส่วน ประมาณ 6 - 8 ชิ้นคำ หรือ 1 กำมือ พลังงาน 60 กิโลแคลอรี



◆ **กลุ่มนมและผลิตภัณฑ์นม**

- นมสด 1 แก้ว (200 มิลลิลิตร) ให้พลังงาน 125 กิโลแคลอรี
- นมพร้อมมันเนย 1 แก้ว (200 มิลลิลิตร) ให้พลังงาน 100 กิโลแคลอรี
- โยเกิร์ต 1 ถ้วย เลือกรสธรรมชาติ, รสหวานน้อย



คำแนะนำการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีสำหรับผู้สูงอายุ

1. กลุ่มข้าว-แป้ง : เลือกกินข้าวไม่ขัดสี หรือขัดสีน้อย ให้สารอาหารคาร์โบไฮเดรตเป็นหลัก เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ข้าวไรสเบอร์รี่ ข้าวมันปู เป็นแหล่งของใยอาหาร วิตามิน แร่ธาตุต่างๆ และมีค่าดัชนีน้ำตาล (GI) ต่ำ และควรสลับกินอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ เช่น กล้วยเตี๋ยว ขนมจีน วุ้นเส้น ขนมปังโฮลวีต หากร่างกายได้รับอาหาร



ประเภทข้าวและแป้งเกินความต้องการ จะถูกเปลี่ยนเป็นไขมัน เก็บไว้ ตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย เมื่อสะสมมากขึ้น ทำให้เกิดโรคอ้วนได้

2. กลุ่มเนื้อสัตว์ ให้สารอาหารโปรตีนเป็นหลัก เลือก ปลา ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์จากถั่ว แหล่งของวิตามินบี12 และธาตุเหล็ก ควรหั่นอาหารเป็นชิ้นขนาดเล็ก ทำให้อ่อนนุ่มด้วยการต้ม นึ่ง ลวก เพื่อง่ายต่อการเคี้ยวและย่อย

- ปลา เป็นแหล่งโปรตีนที่ดี ย่อยง่าย ไขมันที่ดีในปลา (กรดไขมันโอเมก้า 3 ช่วยต้านการอักเสบ ชะลอความเสื่อมของเซลล์ในร่างกาย) ปลาเล็กปลาน้อยเป็นแหล่งแคลเซียม

- ไข่ มีกรดอะมิโนจำเป็น แร่ธาตุ และวิตามิน มีโคเลสเตอรอล วิตามินบี ช่วยการทำงานของสมองและความจำ แนะนำให้กินไข่สุก ผู้สูงอายุที่ไม่มีโรคประจำตัว กินไข่ได้ 1 ฟองต่อวัน สำหรับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน หัวใจ ไขมันในเลือดสูง แนะนำให้กินไข่ได้ 3 ฟองต่อสัปดาห์หรือตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์

- ตับหรือเลือด อย่างน้อยวันเว้นวัน แหล่งของธาตุเหล็ก ลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะซีด

- ถั่วเมล็ดแห้ง เป็นแหล่งอาหารโปรตีนที่ดี หาง่าย ถั่วเมล็ดแห้งสามารถนำมาประกอบอาหารได้ ทั้งอาหารคาวหวาน หรือจะกินในรูปของผลิตภัณฑ์ต่างๆ เช่น เต้าหู้ น้ำเต้าหู้ อาหารที่ทำจากถั่ว เช่น ถั่วต้ม ขนมใส่ถั่วต่างๆ ควรกินเป็นประจำ (วันละ 1 ช้อนกินข้าว)

3. กลุ่มผัก ให้สารอาหารวิตามินและแร่ธาตุเป็นหลัก เลือกผักพื้นบ้าน ผักหลากหลายสีและสลับชนิดกันไป นอกจากเป็นแหล่งของวิตามินและแร่ธาตุที่สำคัญ ยังมีใยอาหาร และสารพฤกษเคมีที่ดีต่อร่างกาย นอกจากนี้ผักหลากหลายสียังมีส่วนช่วยทำให้อาหารมีสีส่น่ารับประทาน เพิ่มความอยากอาหารมากขึ้น

4. กลุ่มผลไม้ ให้สารอาหารวิตามินและแร่ธาตุเป็นหลัก เลือกผลไม้ที่มีความอ่อนนุ่ม เคี้ยวง่าย รสไม่หวานจัด เช่น กล้วย ชมพู่ มะละกอ เป็นต้น โดยกินผลไม้วันละ 1-3 ส่วน ผลไม้ 1 ส่วน จะประมาณ 6-8 ชิ้นคำ เลี่ยงผลไม้กระป๋อง ผลไม้แช่อิ่ม

5. กลุ่มนม เป็นแหล่งของสารอาหารโปรตีน แร่ธาตุ แคลเซียม และวิตามินบี 2 ดื่มนมรสจืด นมพร่องมันเนย วันละ 1-2 แก้ว โยเกิร์ตธรรมชาติ น้ำเต้าหู้หรือนมถั่วเหลืองที่มีการเสริมแคลเซียมได้ ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาท้องเสีย หรือท้องเดิน หลังจากดื่มนม แนะนำให้ดื่มนมหลังอาหารหรือดื่มนมที่ละน้อย อาจทดลองดื่มนมประมาณ 1-2 สัปดาห์ เพื่อให้แบคทีเรียในร่างกายปรับตัวได้และดื่มนม 1-2 แก้วต่อวันได้ หรือกินอาหารอื่นที่มีแคลเซียมสูง เพิ่มเติม เช่น ปลาเล็กปลาน้อย เต้าหู้แข็ง ผักใบเขียวเข้ม (ใบขึ้นเหล็ก ตำลึง คื่นช่าย และกวาดตุ้ง)



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

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

7. **ดื่มน้ำ : ดื่มน้ำ อย่างน้อยวันละ 8 แก้ว** เพื่อป้องกันภาวะการขาดน้ำ ลดหรือเลี่ยงเครื่องดื่มรสหวาน ชา กาแฟ น้ำอัดลม รวมถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเครื่องดื่มชูกำลังด้วย

เทคนิคการจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

การจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ	หมวดอาหาร	แนะนำ	ลด/เลี่ยง
1. เลือกข้าวไม่ขัดสีเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ (ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน วุ้นเส้น) ควรหุงข้าวให้มีความอ่อนนุ่ม เพื่อให้ง่ายต่อการเคี้ยวและย่อยง่าย	ข้าว-แป้ง	ข้าวไม่ขัดสี เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ขนมปังโฮลวีต ธัญพืชไม่ขัดสี	ข้าวขาว ขนมปังขาว ข้าวเหนียวมูนน้ำตาลทราย ขนมอบเบเกอรี่
2. เลือกปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง มาปรุงประกอบอาหารเป็นประจำ กินปลา ตับ สัปดาห์ละ 3 ครั้ง	เนื้อสัตว์	ปลา ไข่ ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน อาหารทะเล ถั่วเมล็ดแห้ง	เนื้อสัตว์ติดมัน อาหารทอด เนื้อสัตว์แปรรูป เช่น หมูยอ กุนเชียง
3. จัดเมนูผักให้มีความหลากหลายสีและชนิด สลับกันไป	ผัก	ผักพื้นบ้าน ผักหลากหลายสี	ผักชุบแป้งทอด
4. จัดผลไม้ตามฤดูกาล เลือกรสไม่หวานจัด ในทุกวัน ในปริมาณที่พอเหมาะ	ผลไม้	ผลไม้ที่รสไม่หวานจัด เช่น กล้วยน้ำว้า ชมพู ฝรั่ง มะละกอ	ผลไม้ที่มีรสหวานจัด เช่น ทุเรียน ลำไย ขนุน ผลไม้กระป๋อง ผลไม้แช่อิ่ม ผลไม้กวน
5. ดื่มนมรสจืด วันละ 1-2 แก้ว	นม	นมรสจืด โยเกิร์ตธรรมชาติ	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
- เลือคน้ำเปล่า นม นมจากธัญพืช รสจืด หรือรสหวานน้อย
- เลือกวัตถุดิบที่สด สะอาด ปลอดภัย

ตัวอย่างเมนูสุขภาพ

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

หลักในการเลือกอาหารว่างเพื่อสุขภาพ (Healthy Break)

5. คำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการ
6. พลังงานไม่เกิน 100 กิโลแคลอรีต่อมื้อ กินวันละไม่เกิน 2 มื้อ
7. เลือกผลไม้สดที่ไม่หวานจัด หลีกเลี่ยงผลไม้แปรรูป ประเภทอบ ตอง แช่อิ่ม
8. เครื่องดื่ม เน้นเลือก
 - น้ำผลไม้สดที่ไม่เติมน้ำตาล
 - น้ำผลไม้สำเร็จรูป เลือกชนิดที่มีน้ำตาลไม่แท้เป็นส่วนผสม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 50
 - นม เลือกนมขาดมันเนยหรือนมพร่องมันเนย
9. เมนูแนะนำประเภทเบเกอรี่ เช่น แซนด์วิช ขนมปังไส้ถั่ว โม่จิ เค้กไม่มีหน้า หรือเลือกชนิดที่ทำมาจากแป้งโฮลวีต
10. เมนูแนะนำประเภทอาหารคาว ควรเลือก ซาลาเปา ขนมจีบ สาकुไส้หมู ข้าวเกรียบปากหม้อ สลัดโรล ก๋วยเตี๋ยว ลุยสวน บั๊นสืบหนึ่งไส้ปลา
11. 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



ตัวอย่างเมนูอาหาร 1 สัปดาห์

	วันจันทร์	อังคาร	พุธ	พฤหัสบดี	ศุกร์	เสาร์	อาทิตย์
มือเช้า	ข้าวผัด กระเทียม กะเพราไก่	ข้าวไก่อบ ซूपฟักตุ๋น	ข้าวขาว เกาเหลาเลือดหมู นมพว่องมันเนย	ข้าวต้มปลา	ข้าวขาว นมพว่องมัน เนย	ข้าวผัดปู ซूपฟัก สับปะรด	ข้าวต้มหมู ทรงเครื่อง น้ำส้มคั้น
ว่างเช้า	เต้าฮวยฟรุ๊ต สลัด	แก้วมังกร นมพว่องมันเนย	เต้าส่วน	ฟักทองแกงบวด	ถั่วเขียวต้มน้ำ ตาล	นมพว่องมัน เนย	ถั่วดำนมสด
มือเที่ยง	สลัดปลา ซूपฟักทอง	แตงโม	ส้มเขียวหวาน	เต้าหู้ทรงเครื่อง แอปเปิ้ล	ราดหน้าทะเล แคนตาลูป	ข้าวขาว ลาบปลาหับทิม ชมพู	ส้มโอ
ว่างบ่าย	แตงโม	ถั่วแปบ นมพว่องมันเนย	ขนมกล้วย นมพว่องมันเนย	นมพว่องมันเนย	แครกเกอร์ นมพว่องมัน เนย	สาकुเปียก มะพร้าวอ่อน	วุ้นนมสด
มือเย็น	ข้าวกล้องหุง ผสมข้าวขาว ไข่ตุ๋น แกงเหลียง มะละกอ	ข้าวกล้องหุงผสม ข้าวขาว ยำปลาหู ผัดผักบุ้ง แกงจืดผักกาด ขาวหมูสับ	ข้าวกล้องหุงผสม ข้าวขาว ปลาทอดขมิ้น แกงส้มผักรวม	ข้าวกล้อง แกงเลียงกุ้ง ไก่ทอดกระเทียม	ข้าวกล้อง ไข่ตุ๋นผักสามสี ต้มยำปลาหู	ข้าวกล้อง ผัดมะเขือยาว ต้มข้าไก่	ข้าวกล้อง ปลาตุ๋นอย่าง น้ำพริกมะขาม สดผัด ผักต้ม

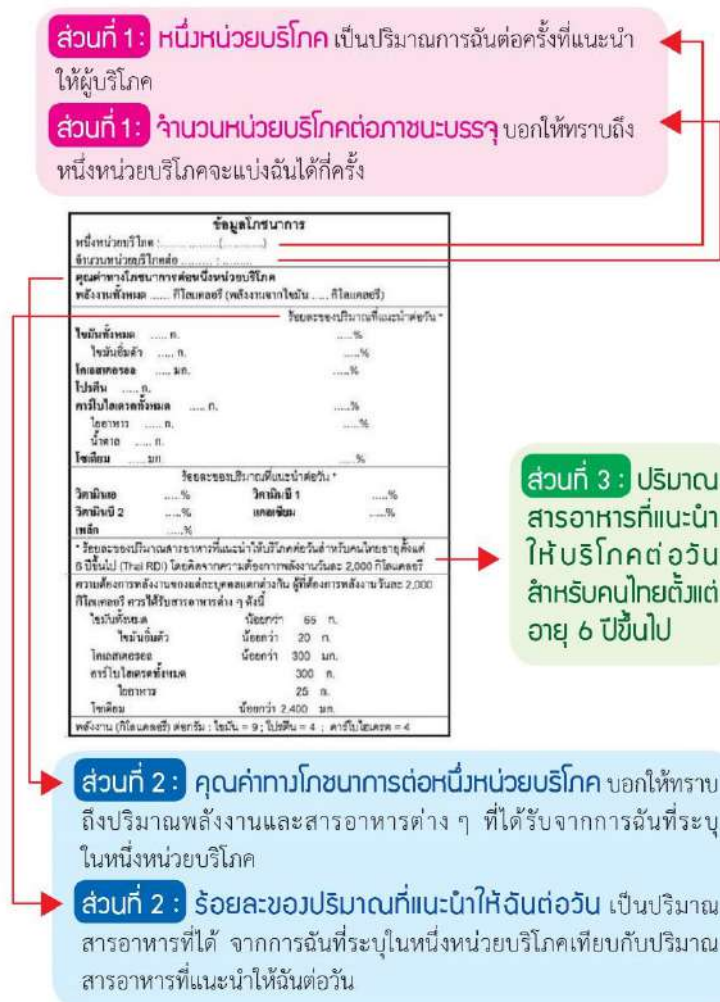


อ่านฉลากโภชนาการ

ฉลากโภชนาการ คือ ฉลากอาหารที่มีการแสดงข้อมูลโภชนาการ ซึ่งระบุชนิดและปริมาณสารอาหารของอาหารนั้นในกรอบสี่เหลี่ยมเรียกว่า “กรอบข้อมูลโภชนาการ” ซึ่งมีอยู่ 2 รูปแบบ ได้แก่ แบบเต็มและแบบย่อ ฉลากโภชนาการเป็นข้อมูลที่ช่วยให้ได้รับสารอาหารตามความต้องการ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่ใส่ใจสุขภาพหรือผู้ที่เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs ขณะเดียวกันยังช่วยให้ทราบถึงชนิดและปริมาณสารอาหาร ที่จะได้รับจากการบริโภคอาหารนั้นๆ และยังช่วยให้หลีกเลี่ยงสารอาหารที่ไม่ต้องการได้

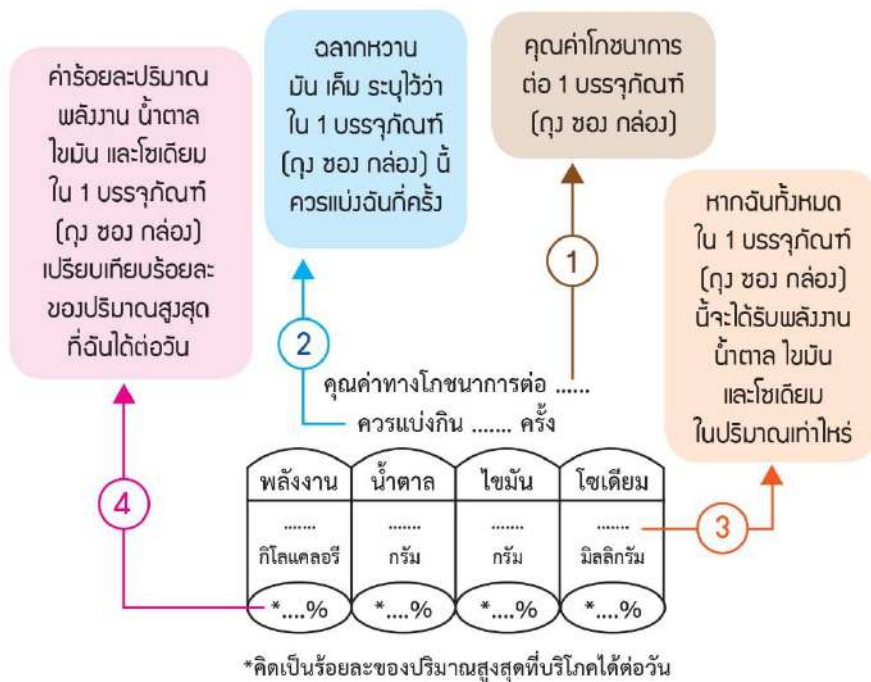
วิธีการอ่านฉลากโภชนาการ

1. ดูปริมาณหนึ่งหน่วยบริโภค เป็นปริมาณการกินต่อครั้งที่แนะนำให้ผู้บริโภครับประทาน
2. ดูจำนวนหน่วยบริโภคต่อภาชนะบรรจุ เป็นจำนวนที่บอกว่าถ้ากินครั้งละหนึ่งหน่วยบริโภคจะแบ่งกินได้กี่ครั้ง
3. ดูคุณค่าทางโภชนาการต่อหนึ่งหน่วยบริโภค ว่าจะได้พลังงานเท่าใด สารอาหารอะไรบ้าง ในปริมาณเท่าใด
4. ดูร้อยละของปริมาณที่แนะนำให้กินต่อวัน



วิธีการอ่านฉลาก GDA

1. คุณค่าโภชนาการต่อ 1 บรรจุภัณฑ์ (ถุง ซอง กล่อง)
2. ฉลากหวาน มัน เค็ม ระบุไว้ว่าใน 1 บรรจุภัณฑ์ (ถุง ซอง กล่อง) นี้ ควรแบ่งกินกี่ครั้ง
3. หากกินทั้งหมดใน 1 บรรจุภัณฑ์ (ถุง ซอง กล่อง) นี้จะได้รับพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียมในปริมาณเท่าใด
4. ค่าร้อยละปริมาณพลังงาน น้ำตาล ไขมัน และโซเดียม ใน 1 บรรจุภัณฑ์ (ถุง ซอง กล่อง) เปรียบเทียบ
5. ร้อยละของปริมาณสูงสุดที่กินได้ต่อวัน
6. หากต้องการทราบคุณค่าทางโภชนาการโดยละเอียด สามารถพลิกดูกรอบข้อมูลโภชนาการที่ด้านหลังบรรจุภัณฑ์



การประเมินภาวะโภชนาการ

การประเมินดัชนีมวลกาย (BMI)

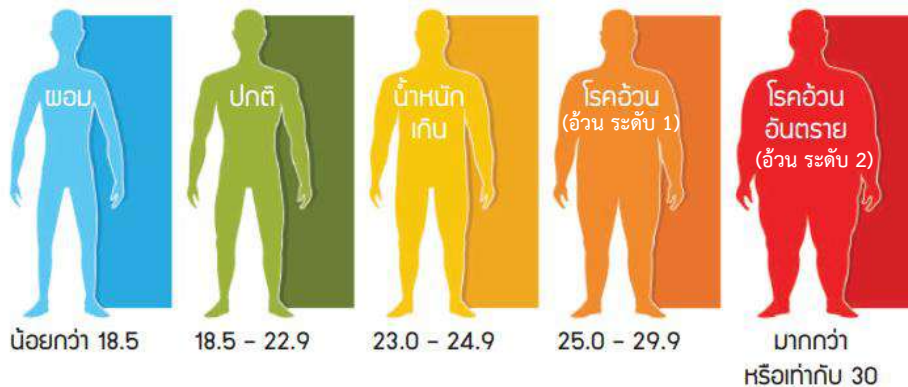
เป็นค่าที่แสดงความสมดุลของน้ำหนักตัวต่อส่วนสูง อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมหรือไม่

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

การแบ่งระดับความอ้วนตามค่าดัชนีมวลกายของคนเอเชีย

ค่าดัชนีมวลกาย	การแปลผล
น้อยกว่า 18.5	ผอม
18.5–22.9	ปกติ
23.0–24.9	น้ำหนักเกิน
25.0–29.9	โรคอ้วน (อ้วน ระดับ 1)
มากกว่าหรือเท่ากับ 30	โรคอ้วนอันตราย (อ้วน ระดับ 2)

*เพื่อสุขภาพดี ห่างไกลโรค ควรควบคุมให้ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 18.5 – 22.9 กิโลกรัม/เมตร²



สื่อความรู้	ช่องทางการเข้าถึงสื่อ
<p>เรื่อง “ตำรับอาหารท้องถิ่น 4 ภาค สำหรับผู้สูงอายุ”</p> 	 <p>Link: https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/book/217188</p>
<p>เรื่อง “การจัดอาหารว่างเพื่อสุขภาพ”</p> 	 <p>Link: https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/book/214259</p>
<p>สื่อความรู้ด้านโภชนาการ สำหรับผู้สูงอายุ</p> 	 <p>Link: https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/elderlybook/</p>



ใบงานที่ 8.1.1

คำชี้แจง

ให้ผู้เข้ารับการอบรมฝึกปฏิบัติการประเมินภาวะโภชนาการ และแปลผล หลังจากประเมินเสร็จแล้ว ให้อภิปรายประเด็นปัญหาภาวะโภชนาการที่พบ วิธีการประเมิน และซักถามกับวิทยากรผู้สอน วิทยากร ให้คำแนะนำ อธิบาย และสรุป

ใบงานที่ 8.1.2

คำชี้แจง

ให้ผู้เข้ารับการอบรมรู้จักและสามารถอ่านฉลากโภชนาการ และฉลาก GDA ได้อย่างถูกต้อง เพื่อสามารถปรับใช้ในการเลือกอาหารให้เหมาะสมกับภาวะสุขภาพของตนเองได้



ใบความรู้ที่ 8.2

เรื่อง การเตรียมอาหารเฉพาะโรค

เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วย อาหารจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อสุขภาพของผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมถอย การรับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วนและเป็นประโยชน์ต่อร่างกาย เพื่อให้ร่างกายนำสารอาหารที่จำเป็นไปซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ รวมทั้งทำให้อาการของโรคในผู้สูงอายุทุเลาลงและส่งเสริมให้การรักษามีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น อาหารเฉพาะโรคที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพื่อคงสภาพให้ร่างกายของผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข

อาหารเฉพาะโรค (Therapeutic Diet) หมายถึง อาหารที่มีการดัดแปลงส่วนประกอบ เช่น ปริมาณสารอาหาร เนื้อสัมผัส หรือวัตถุดิบ ให้เหมาะสมและเฉพาะเจาะจงกับตัวผู้ป่วยทั้งในแง่ของภาวะร่างกาย ความเจ็บป่วย และความรุนแรงของโรค โดยจะช่วยในรักษาอาการเจ็บป่วย ชะลอความรุนแรงของโรค และสนับสนุนให้การรักษาด้วยวิธีการแพทย์มีประสิทธิภาพอย่างเต็มที่ พร้อมทั้งรักษาภาวะโภชนาการของผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพสมดุลป้องกันภาวะทุพโภชนาการ ที่เป็นผลมาจากภาวะความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย โดยแพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัยถึงความจำเป็นของผู้ป่วยที่ต้องได้รับอาหารเฉพาะโรค ซึ่งจะประเมินอาการและกำหนดลักษณะอาหารที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย เช่น พลังงานรวมที่ควรได้รับ สารอาหารหรือชนิดอาหารที่มีการจำกัดปริมาณ เช่น จำกัดเกลือ 1 กรัม จำกัดโปรตีน 1.2 กรัมต่อน้ำหนักตัว เป็นต้น จากนั้นนักกำหนดอาหารจึงนำใบคำสั่งแพทย์มาคำนวณต่อเป็นปริมาณวัตถุดิบ แล้วทำการดัดแปลงหรือออกแบบมื้ออาหารให้เหมาะสมกับที่ผู้ป่วยควรได้รับ หากผู้ป่วยกำลังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เมนูอาหารนี้ก็จะถูกส่งต่อไปยังฝ่ายครัวของโรงพยาบาล เพื่อให้พ่อครัวแม่ครัวสามารถปรุงอาหารส่งขึ้นไปให้ผู้ป่วยต่อไป กรณีผู้ป่วยต้องกลับบ้าน นักกำหนดอาหารก็จะเป็นผู้แนะนำผู้ป่วย (หรือญาติ) ถึงวิธีการดัดแปลงอาหารและปริมาณให้เป็นไปตามหลักอาหารเฉพาะโรค

อาหารเฉพาะโรคถึงจะเป็นอาหารสำหรับผู้ป่วย แต่ก็ไม่ได้แตกต่างไปจากอาหารของคนทั่วไป เพราะเป็นเมนูอาหารธรรมดาที่ได้รับการคำนวณ จัดสรรปริมาณ และวางแผนปรับเปลี่ยนวัตถุดิบให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่และร่างกายผู้ป่วยเท่านั้น ซึ่งการดัดแปลงนี้จะมีตั้งแต่การลดเกลือ ลดน้ำตาล เพิ่มผัก หรือปรับเปลี่ยนชนิดของผัก ลดเนื้อสัตว์ เปลี่ยนชนิดข้าว จนไปถึงการเปลี่ยนวิธีการปรุง อาหารเฉพาะโรค จึงมีหน้าตาคล้ายกับอาหารทั่วไป แต่อาจต่างตรงรสชาติหรือส่วนประกอบบางอย่าง เช่น มีรสจืดกว่าปกติ หรือมีเนื้อสัตว์น้อยกว่าปกติ เป็นต้น



กินอย่างไรเมื่อเป็นเบาหวาน

โรคเบาหวาน เกิดจากการที่ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลกลูโคสในกระแสเลือดไปใช้ได้เหมาะสม โดยเมื่อเรารับประทานอาหารประเภท ข้าว แป้ง น้ำตาลเข้าไปจะถูกเปลี่ยนเป็นกลูโคส และมีฮอร์โมนจากตับอ่อน ที่เรียกว่า “อินซูลิน” เป็นตัวช่วยนำน้ำตาลเข้าสู่เซลล์ ซึ่งถ้าเรารับประทานอาหารประเภทนี้มากเกินไปและตับอ่อนผลิตอินซูลินได้ไม่เพียงพอ หรือร่างกายเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินที่จะเกิดขึ้น จากการทำมีการหลั่งอินซูลินในปริมาณปกติ แต่ไม่สามารถทำหน้าที่ควบคุมน้ำตาลให้เข้าสู่เซลล์และไปใช้ได้ ทำให้น้ำตาลสะสมอยู่ในกระแสเลือด ก่อให้เกิดเป็นโรคเบาหวาน ถ้ามีมากก็จะออกมาในปัสสาวะได้

แนวทางการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

1. ลดปริมาณอาหารในหมวดข้าวแป้ง เนื่องจากอาหารประเภทข้าวแป้งเป็นแหล่งพลังงานที่สำคัญ จึงไม่แนะนำให้ผู้ป่วยงด แต่แนะนำให้รับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ขนมปังโฮลวีท และธัญพืชต่างๆ
2. เพิ่มอาหารที่มีใยอาหารสูง รับประทานพืชผักให้มาก เน้นผักใบ ผักที่ให้พลังงานต่ำ ได้แก่ ผักกาดขาว ผักสลัด พริกเขียว กะหล่ำปลี สายบัว ผักกวางตุ้ง แตงกวา บวบ เป็นต้น รับประทานให้ได้ทุกมื้อในแต่ละวันๆ ละ 4-5 ทัพพี ถ้าเป็นผักดิบควรเพิ่มปริมาณเป็น 2 เท่า และรับประทานผลไม้รสไม่หวานจัด ไม่เกิน 3 ส่วนต่อวัน
3. เลือกอาหารที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว ได้แก่ น้ำมันมะกอก น้ำมันคาโนลา น้ำมันรำข้าว น้ำมันงา ธัญพืช ถั่วเปลือกแข็ง จำพวกอัลมอนด์ ฮัลเซลนัท แมคคาเดเมีย เมล็ดมะม่วงหิมพานต์ ถั่วลิสง เป็นต้น
4. ลดอาหารรสหวาน อาหารไขมันสูง และอาหารรสเค็ม รับประทานน้ำตาลให้น้อยลง ก่อนรับประทานอาหารให้อ่านฉลากโภชนาการ และหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่ใส่น้ำตาล เบอเกอร์ คุกกี้ เค้ก ลูกอม รับประทานไขมันให้น้อย เลือกเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน หลีกเลี่ยงการปรุงประกอบด้วยวิธีการทอด ใช้การต้ม อบ ต้ม นึ่ง ลวกแทน หลีกเลี่ยงอาหารเค็ม ไม่บริโภคอาหารแปรรูป อาหารกระป๋อง และชิมรสชาติอาหารก่อนปรุงทุกครั้ง

วิธีการควบคุมสัดส่วนอาหารและวางแผนการบริโภคในแต่ละมื้อของผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยแบบจำลองอาหารจานสุขภาพ 2:1:1 คือ การแบ่งจานอาหารขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง 9 นิ้ว โดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน โดย 2 ส่วน คือ ผัก 1 ส่วน คือ เนื้อสัตว์ไม่ติดมันหรือไขมันต่ำ และอีก 1 ส่วนสุดท้าย คือ ข้าวแป้งไม่ขัดสี เช่น ข้าวกล้อง ข้าวไรซ์เบอร์รี่ ซึ่งอาหารในกลุ่มเดียวกันจะให้สารอาหารหลักใกล้เคียงกัน สามารถทดแทนหรือสลับเปลี่ยนกันได้ เพิ่มผลไม้ 1 ส่วนและนมขาดมันเนย หรือนมพร่องมันเนย 1 แก้ว ตามภาพจำลองด้านล่าง





อาหารควบคุมโรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบมากในกลุ่มประชากรวัยสูงอายุ อาหารเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของประชาชนโดยตรง โดยเฉพาะการกินอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง ซึ่งเป็นสาเหตุ หลักของโรคความดันโลหิตสูง หากผู้ป่วยมีความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ รู้จักปฏิบัติตนให้เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยนั้นสามารถดูแลตนเอง เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคอื่นๆ ได้ ค่าความดันโลหิตที่ผิดปกติและต้องเฝ้าระวังภาวะความดันโลหิตสูง คือ ค่าความดันตัวบนมากกว่า 130 มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันตัวล่างมากกว่า 85 มิลลิเมตรปรอท

ปริมาณโซเดียมที่ร่างกายต้องการต่อวันในผู้ที่มีสุขภาพปกติ ไม่เกิน 2,000 มิลลิกรัม หรือเท่ากับเกลือประมาณ 1 ช้อนชา หรือน้ำปลาประมาณ 3 ช้อนชา แต่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องการลดค่าความดันโลหิตลง ไม่ควรบริโภคเกิน 1,500 มิลลิกรัมต่อวัน หรือเท่ากับเกลือประมาณ 2/3 ช้อนชา

หลักการรับประทานอาหารเพื่อรักษาหรือป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง (DASH Diet) มีหลักสำคัญ คือ

1. ลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม พบมากในเครื่องปรุงรสต่างๆ อาหารแปรรูป
2. เพิ่มการรับประทานอาหารที่มีใยอาหารสูง เช่น ผัก ผลไม้ นอกจากนั้นยังเป็นแหล่งของวิตามินและแร่ธาตุ และรับประทานธัญพืชไม่ขัดสี
3. เลือกไขมันดี เช่น น้ำมันมะกอก น้ำมันรำข้าว น้ำมันดอกคำฝอย เลี่ยงไขมันอิ่มตัวและไขมันทรานส์
4. กินเนื้อสัตว์ไขมันต่ำ เช่น ปลา ไข่ ลดเนื้อแดง เพิ่มถั่วเมล็ดแห้ง ซึ่งเป็นแหล่งของโปรตีนและไขมันดี
5. เลี่ยงน้ำตาล เครื่องดื่มรสหวาน เบเกอรี่ ขนมหวาน

อาหารลดความเสี่ยงสมองเสื่อม

อาหารเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม โดยธรรมชาติร่างกายต้องการสารอาหาร เพื่อส่งเสริมการทำงานของสมองให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ถ้าร่างกายขาดสารอาหาร ก็จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม อาหารหลายชนิดมีสารอาหารที่เป็นประโยชน์และสามารถป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ ได้แก่



1. ปลาทะเลและปลาน้ำจืด เป็นแหล่งของโอเมก้า 3 (Omega 3) ซึ่งมีประโยชน์ต่อโครงสร้างและการทำงานของสมอง ตับ และระบบประสาทเกี่ยวกับการพัฒนาเรียนรู้ พบมากในปลาทะเล เช่น ปลาทู ปลาทูน่า ปลาแมคคาเรล ปลาแซลมอน ปลาน้ำจืด เช่น ปลาสวาย ปลาดุก ปลาช่อน ปลานิล ผู้สูงอายุควรกินปลาสดอาทิตย์ละ 2-3 ครั้ง
2. ผักและผลไม้หลากหลายสี อุดมไปด้วยสารต้านอนุมูลอิสระ (Antioxidant) เนื่องจากอนุมูลอิสระเป็นพิษต่อเซลล์ในร่างกาย รวมทั้งเซลล์สมอง พบมากในลูกพรุน สตรอเบอร์รี่ บลูเบอร์รี่ ลูกหม่อน ผลทับทิม แอปเปิ้ล เป็นต้น สำหรับเครื่องเทศ สมุนไพร เช่น พริก พริกไทย กระเทียม ชิง
3. ปลา ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ตับ เลือด นม เป็นแหล่งโคลีน (Choline) เป็นสารอาหารที่จำเป็นต่อการสร้างสารสื่อประสาทที่เรียกว่า อะเซทิลโคลีน ซึ่งควบคุมระบบความจำ และวิตามินบี 6 วิตามินบี 12 และโฟเลต ซึ่งมีบทบาทในการพัฒนาระบบความจำ เกี่ยวข้องกับการสังเคราะห์สารสื่อประสาท
4. ธัญพืชไม่ขัดสี/ขัดสีน้อย เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ข้าวโอ๊ต ลูกเดือย ถั่วแดง เป็นแหล่งวิตามิน มีส่วนช่วยสร้างโครงสร้างเซลล์ประสาท และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของสมอง

อาหารป้องกันการหกล้ม

ความเสี่ยงจากการหกล้มของผู้สูงอายุจะแปรผันตามอายุที่มากขึ้น จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่าผู้สูงอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปจะมีแนวโน้มหกล้มร้อยละ 28-35 ต่อปีและจะเพิ่มเป็นร้อยละ 32-42 เมื่อก้าวเข้าสู่ปีที่ 70 เป็นต้นไป การหกล้มเบาๆ ของผู้สูงอายุ อาจส่งผลทำให้กระดูกสะโพกหรือกระดูกสันหลังหัก ซึ่งไม่เพียงแต่ผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกพรุนเท่านั้น ยังรวมไปถึงผู้สูงอายุที่มีมวลกล้ามเนื้อน้อย ก็สามารถเพิ่มโอกาสในการหกล้มได้เช่นกัน

ผู้สูงอายุทั่วไปควรได้รับปริมาณโปรตีน 1 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม (เนื้อสัตว์ 2 ช้อนกินข้าว มีโปรตีน 7 กรัม) แต่สำหรับผู้สูงอายุที่มีมวลกล้ามเนื้อน้อยจำเป็นต้องได้รับปริมาณโปรตีน 1.2 กรัม ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม เพื่อป้องกันการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อและเพิ่มเส้นใยของกล้ามเนื้อ

ผู้สูงอายุควรได้รับแคลเซียมประมาณ 1,000 มิลลิกรัมต่อวัน เพื่อเพิ่มความหนาแน่นของมวลกระดูก แนะนำให้ดื่มนมวันละ 1-2 แก้ว และกินอาหารอื่นที่มีแคลเซียมสูง ได้แก่ ผักใบเขียว ปลาเล็กปลาน้อยที่รับประทานได้ทั้งตัว นมเต้าหู้ ไข่ ถั่ว งาดำ โยเกิร์ต กุ้งแห้ง แซลมอน เป็นต้น สำหรับผู้สูงอายุที่รับประทานแคลเซียมเสริม อาจทำให้เกิดอาการท้องผูกได้ แนะนำให้ดื่มน้ำตามมากๆ อย่างน้อย 6-8 แก้วต่อวัน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. คู่มือแนวทางการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้สูงอายุ. นนทบุรี : กรมอนามัย สำนักโภชนาการ; 2560.
2. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. สุขภาพดี เริ่มที่อาหาร ลดหวานมันเค็ม เต็มเต็มผักผลไม้. นนทบุรี : กรมอนามัย สำนักโภชนาการ; 2562
3. World Health Organization. WHO Global Report on Falls Prevention in Older Age. Geneva: WHO Press, 2007



ใบความรู้ที่ 8.3

เรื่อง การดูแลและการให้อาหารทางสายยาง

อาหารทางสายยาง (Tube Feeding) หมายถึง อาหารที่มีลักษณะเป็นของเหลวสามารถให้อาหารเหลวผ่านทางสายยางเข้าสู่กระเพาะอาหารโดยตรง ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาร่วมกับสหสาขาวิชาชีพในการให้อาหารทางสายยาง ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากเองได้ หรือทานได้น้อยกว่า 60% ของพลังงานที่ควรได้รับต่อวัน นานติดต่อกันเกิน 3 – 7 วัน หรือเป็นผู้ที่มีภาวะขาดสารอาหาร หรือมีปัญหาด้านการกลืนและสำลักอาหาร แต่ระบบย่อยอาหารและการดูดซึมอาหารยังสามารถทำงานได้เป็นปกติและไม่มีการอุดตันของทางเดินอาหารส่วนปลาย

สูตรอาหารทางสายยาง มี 3 สูตร ดังนี้

1. สูตรนํ้านมผสม (Milk based formula)

สูตรนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยเด็ก มีนํ้านม และผลิตภัณฑ์ของนํ้านมเป็นส่วนประกอบสำคัญ และอาจมีอาหารอื่นเพิ่มเพื่อให้ได้พลังงานและสารอาหารเพียงพอ เช่น ไข่ ครีม นํ้าตาล นํ้ามันพืช นํ้าผลไม้ เป็นต้น

2. สูตรอาหารปั่นผสม (Blenderized formula)

สูตรนี้สามารถปรับเปลี่ยนส่วนผสมของอาหารได้ โดยให้สารอาหารที่ครบถ้วนตามความต้องการของร่างกาย ประกอบด้วยสารอาหารหลักได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต และไขมันอย่างเหมาะสม เลือกวัตถุดิบมาจากอาหารแต่ละหมู่ นำมาทำให้สุกแล้วปั่นผสมเข้าด้วยกัน

3. สูตรสำเร็จรูป (Commercial formula)

อาหารทางสายยางประเภทนี้เป็นอาหารที่ออกแบบสูตรอาหารโดยเฉพาะ ซึ่งจะเป็นผลิตภัณฑ์อาหารทางการแพทย์ มีให้เลือกใช้มากมายหลายสูตรได้ตามความเหมาะสมของผู้ป่วย มีทั้งชนิดผงและเป็นของเหลว โดยอาหารแต่ละสูตรจะมีรายละเอียด จำนวนแคลอรี ต่อปริมาณอาหารที่กำหนดไว้

โดยปกติแพทย์จะเป็นผู้กำหนดสูตรอาหารสำหรับผู้ที่ต้องให้อาหารทางสายยางร่วมกับนักโภชนาการหรือนักกำหนดอาหารในโรงพยาบาลด้วยเสมอ ซึ่งจะมีความแตกต่างไปตามสภาวะร่างกายและของโรคประจำตัวของผู้สูงอายุแต่ละคน

การจัดเตรียมอาหารทางสายยาง

1. ควรระมัดระวังเรื่องความสะอาดของวัตถุดิบและอุปกรณ์ในการจัดเตรียม
 - วัตถุดิบสะอาด สด ใหม่
 - อุปกรณ์ในการประกอบอาหาร อุปกรณ์ชั่ง ตวง เครื่องปั่นอาหาร ควรต้มในนํ้าเดือดหรือถ้าเป็นพลาสติกให้ลวกนํ้าร้อนก่อนนำมาประกอบ
2. ควรล้างมือให้สะอาดก่อนการปรุงประกอบทุกครั้ง
3. แบ่งบรรจุอาหารในถุงสำหรับให้อาหารทางสายยางที่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้ว แบ่งเป็นมื้อๆ



- เก็บไว้ในตู้เย็นที่อุณหภูมิ 1-5 องศาเซลเซียส เก็บได้นาน 24 ชม. (ไม่แชร์ร่วมกับอาหารอื่น)
- ก่อนนำไปให้ผู้สูงอายุ ต้องนำอาหารมาอุ่นก่อน โดยแช่ในน้ำร้อนประมาณ 5 นาที ให้อาหารอุ่นพอดีเพราะถ้าร้อนเกินไปเกิดการระคายเคืองกับผนังกระเพาะอาหารได้

ตัวอย่าง สูตรอาหารปั่นผสม 1 : 1 (พลังงาน 1000 kcal ต่อปริมาณ 1000 ml ต่อ 1 วัน)

วัตถุดิบ

1. ไข่ไก่	1 ฟอง	5. พักทอง	100 กรัม
2. ตับไก่	50 กรัม	6. น้ำตาลทราย	65 กรัม
3. ออกไก่	150 กรัม	7. น้ำมันพืช	20 กรัม
4. กลัวย	100 กรัม		

วิธีการปรุงประกอบ

1. ต้มวัตถุดิบทั้งหมดในน้ำเดือดให้สุกนิ่ม และใส่เครื่องปรุงเป็นลำดับสุดท้าย พักไว้จนอุ่น
2. นำมาใส่โถปั่นจนละเอียดเป็นเนื้อเดียวกัน
3. นำอาหารมากรองผ่านกระชอนตาถี่ ให้เหลือกากอาหารน้อยที่สุด (ถ้ามีกากอาหารเหลือเกิน 1 ชต. ให้นำมาปั่นใหม่)
4. นำมากรองใส่ภาชนะบอกปริมาตรให้ได้ตามที่ต้องการ (1000 ml)
5. หากได้ปริมาณอาหารไม่ตรงตามที่แพทย์กำหนด (1000 ml) ให้เติมน้ำต้มสุกลงไปให้ได้ปริมาณครบ 1000 ml ตามสูตร

***ข้อสังเกต อาหารที่ได้ควรมีลักษณะเหลวและไหลได้คล้ายน้ำนม

เอกสารอ้างอิง

1. มหาวิทยาลัยมหิดล. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. ฝ่ายโภชนาการ. อาหารทางสายให้อาหาร [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 21 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก https://www.rama.mahidol.ac.th/food_nutrition/th/content/01302015-0855-th-0



ใบงานที่ 8.3.1

คำชี้แจง

1. ให้ผู้เข้ารับการอบรม แบ่งกลุ่มตามความเหมาะสมตามจำนวนผู้เข้ารับการอบรมและฝึกปฏิบัติ
2. วิทยากรชี้แจงให้สมาชิกในกลุ่มรับทราบโดยจำลองเหตุการณ์สมมติว่าจะจัดอาหารให้กับผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว/ป่วยเป็นโรค ดังต่อไปนี้
 - โรคเบาหวาน
 - โรคความดันโลหิตสูง
 - โรคสมองเสื่อม
 - มีภาวะกระดูกพรุน แขนขาอ่อนแรงเสี่ยงต่อการหกล้ม
3. ให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันจัดอาหารให้กับผู้ป่วยให้ครบทั้ง 3 มื้อ ร่วมกันอภิปรายและแสดงความคิดเห็น
4. วิทยากรให้คำแนะนำ อธิบาย และสรุปผลการฝึกปฏิบัติ

ใบงานที่ 8.3.2

คำชี้แจง

1. ให้ผู้เข้ารับการอบรม แบ่งกลุ่มตามความเหมาะสมตามจำนวนผู้เข้ารับการอบรม และฝึกปฏิบัติ
2. วิทยากรอธิบายและสาธิตวิธีการเตรียมอาหารทางสายยางให้สมาชิกในกลุ่มทราบ
3. วิทยากรทำการสุ่มเลือกผู้เข้าร่วมอบรมมาแสดงสาธิตการฝึกปฏิบัติให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันอภิปรายและแสดงความคิดเห็น
4. วิทยากรให้คำแนะนำ อธิบาย และสรุปผลการฝึกปฏิบัติ



ใบความรู้ที่ 8.4

เรื่อง น้ำสะอาด อาหารปลอดภัย

อาหาร และน้ำเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ เป็นสิ่งหล่อเลี้ยงร่างกายให้ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างยาวนาน มนุษย์ควรได้รับอาหารอย่างครบถ้วน ถูกต้องตามหลักโภชนาการในปริมาณที่เหมาะสม เพื่อช่วยให้ร่างกายเจริญเติบโต ซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ และส่งผลให้สุขภาพร่างกายของเราแข็งแรงสมบูรณ์ ทั้งนี้การดูแลเรื่องอาหารและน้ำดื่ม ให้ผู้สูงอายุอย่างเหมาะสมเป็นการช่วยให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีและสุขภาพที่แข็งแรง เนื่องจากการดูแลผู้สูงอายุ มีความแตกต่างจากกลุ่มวัยอื่น ๆ ทั้งปัจจัยทางกายภาพที่มีความเสื่อมของร่างกายระบบอวัยวะภายในต่างๆ และระบบ ประสาท ภาวะสุขภาพ โรคประจำตัว สภาวะจิตใจและอารมณ์ เป็นต้น ซึ่ง Caregiver ต้องมีความรู้ ความเข้าใจและมี ทักษะในการปฏิบัติดูแลเรื่องอาหารและน้ำดื่มให้กับผู้สูงอายุอย่างดี เพื่อป้องกันการเกิดโรค ภาวะขาดสารอาหาร และภาวะขาดน้ำในผู้สูงอายุ ซึ่งจะทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเป็นอันตรายต่อสุขภาพรวมถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุด้วย โดยเนื้อหาหลักสูตรมีรายละเอียดดังนี้

1. การเลือกและการเก็บอาหาร

1.1 การเลือกซื้อเนื้อสัตว์ ควรเลือกจากร้านที่สะอาด ถูกสุขลักษณะ เลือกซื้อจากแหล่งที่น่าเชื่อถือได้ ได้รับการรับรองจากหน่วยงานราชการ และมีหลักในการพิจารณาเลือกซื้อเนื้อสัตว์ดังนี้

- เนื้อหมู เนื้อควรมีสีชมพูอ่อน นุ่ม มันทึบสีขาว ไม่มีเม็ดสาคุ (ไขพยาธิ)
- เนื้อวัว เนื้อสีแดงสด ไม่เขียวคล้ำ มันทึบสีเหลือง ไม่มีเม็ดสาคุ
- ไก่ เลือกตัวอ้วน กตดูตรงหน้าอกจะนูนและแน่น ตีนนุ่ม หนังสดใสไม่เหี่ยวยุ่น ไม่มีกลิ่นเหม็น ลูกตาไม่ลึกบุ๋ม ไม่มีรอยชำตามท้องและคอ
- ปลา น้ำจืดและปลาทะเล หนังมัน ตาสดใส เหงือกแดง ท้องไม่แตก เนื้อแน่นกตไม่บุ๋ม
- กุ้ง หัวติดกับลำตัว เปลือกสีเขียวแกมน้ำเงิน หางไม่แดงหรือมีรอยคล้ำ ไม่มีกลิ่นเหม็น
- ปู ตัวหนัก เนื้อแน่น ไม่มีกลิ่นเหม็น
- หอย เลือกที่ยังไม่ตาย เปลือกหอยอำหุบเองได้

ในลักษณะของอาหารเนื้อสด จะต้องเก็บในภาชนะที่สะอาด มีฝาปิดมิดชิด แยกเป็นสัดส่วนเฉพาะ โดยมีการแบ่งเป็นชั้นส่วนในขนาดพอเหมาะที่จะใช้ในการปรุงแต่ละครั้ง สำหรับเนื้อสัตว์ที่ต้องการเก็บไว้นาน จะต้องเก็บไว้ในอุณหภูมิต่ำกว่า 0 องศาเซลเซียส ในขณะที่เนื้อสัตว์ที่อยู่ในระหว่างรอการปรุงให้เก็บในอุณหภูมิตู้เย็นคือ 5 – 7 องศาเซลเซียส สำหรับเนื้อสัตว์ที่อยู่ในลักษณะอาหารปรุงสำเร็จ จะต้องเก็บในภาชนะที่สะอาด ฝาปิดมิดชิดและสูงจากพื้นอย่างน้อย 60 เซนติเมตร ในระหว่างรอเสิร์ฟควรใช้ความร้อนอุ่นทุก 2 ชั่วโมง เพื่อเป็นการทำลายเชื้อโรค



1.2 การเลือกซื้อผัก ผลไม้สด ควรเลือกที่ใหม่สด สะอาด มีคุณค่าทางโภชนาการสูง พิจารณาดังนี้

- เลือกซื้อผักและผลไม้ที่มีสีสดตามธรรมชาติ ไม่ฉูดฉาด ไม่มีคราบดินหรือคราบสีขาวของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ไม่มีจุดดำหรือเชื้อราต่าง ๆ รวมถึงกลิ่นที่ฉุนผิดปกติ

- เลือกซื้อผักสดที่มีรูเจาะ มีรอยกัดแทะของหนอนหรือแมลงอยู่บ้าง หรือควรเลือกผักและผลไม้ที่มีตัวหนอนอยู่บ้าง หรือมีแมลงเดินอยู่เล็กน้อย เช่น มด เพลี้ย เป็นต้น เพราะเนื่องจากในปัจจุบันมีการทำรอยสัตว์กัดแทะ หนอนเจาะเทียม โดยการนำเอาทรายร้อน ๆ ไปกลิ้งบนกระเพาะ จากนั้นนำสาตใส่ผัก ให้มีลักษณะเหมือนรอยเจาะของหนอนนั่นเอง

- ถ้าเป็นผักและผลไม้ในห้างสรรพสินค้า ควรเลือกซื้อที่มีการแสดงฉลากที่ถูกต้อง เพื่อให้สามารถตรวจสอบย้อนกลับถึงแหล่งที่มาของผักและผลไม้ได้ เช่น ตรวจสอบจากเลขสถานที่ผลิต หรือนำเข้าอาหารได้

- เลือกซื้อผักและผลไม้ตามฤดูกาล เนื่องจากผักที่ปลูกได้ตามฤดูกาลจะมีโอกาสเจริญเติบโตได้ดีกว่านอกฤดูกาลทำให้ลดการใช้สารเคมีและปุ๋ยลง

- เลือกซื้อผักพื้นบ้านตามถิ่นที่อยู่อาศัยนั้น ๆ หรือกินผักที่ปลูกเองได้ง่ายๆ เช่น กะเพรา ผักชี ผักบุ้ง ต้นหอม เป็นต้น

- ไม่กินผักชนิดใดชนิดหนึ่งต่อเนื่องเป็นประจำ ควรกินให้หลากหลายชนิดสลับเปลี่ยนกันเพื่อให้ได้คุณค่าทางโภชนาการครบถ้วน และหลีกเลี่ยงการได้รับสารพิษหรือสารเคมีสะสม

- บริโภคผักและผลไม้ที่ได้รับการรับรองจากทางราชการ เช่น ตลาดเกษตรกรประจำจังหวัด ตลาดผัก และผลไม้เกษตรอินทรีย์ และตลาดสดที่มีการตรวจจากเจ้าหน้าที่ทางราชการเป็นประจำ เป็นต้น เนื่องจากมีการควบคุมการใช้สารเคมีไม่ให้มากเกินไปตามเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด

ผักสด ผลไม้ที่ล้างทำความสะอาดแล้ว ควรเก็บไว้ในตู้เย็นที่อุณหภูมิ 6 -10 องศาเซลเซียส ในภาชนะที่สะอาด แยกเป็นสัดส่วนเฉพาะ โดยผักสดที่เตรียมจะปรุง ควรล้างแล้วหั่นให้เรียบร้อยและเก็บในภาชนะสะอาด เป็นสัดส่วน ในตู้เย็น บางครั้งหากมีความจำเป็นต้องเก็บผัก/ ผลไม้ไว้ใช้ ควรคำนึงถึงธรรมชาติของผักสด ผลไม้ว่าเป็นประเภทใด เช่น ประเภทเหี่ยวเฉาง่าย ได้แก่ ผักบุ้ง ผักชี ไม่ควรเก็บไว้นาน

1.3 การเลือกซื้ออาหารในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ควรพิจารณาดังนี้

ลักษณะทั่วไป สภาพกระป๋องต้องอยู่ในสภาพที่ดี กระป๋องต้องเรียบทั้งฝา และก้นไม่โป่งนูนเนื่องจากแรงดันของก๊าซที่เกิดจากการเน่าเสียของอาหารภายในกระป๋อง กระป๋องจะต้องไม่มีรอยยุบ ไม่มีรูรั่วซึม ไม่เป็นสนิม มีฉลากแสดง วัน เดือน ปี ที่ผลิต ควรเลือกซื้ออาหารกระป๋องที่ผลิตใหม่ โดยดูจากตัวเลขที่ก้นกระป๋อง หรือที่ฉลากติดไว้กับภาชนะบรรจุที่ใช้เครื่องตอกเป็นตัวเลข 6 ตัว แทนวันที่ เดือน ปี ที่ผลิต หรือ วัน เดือน ปีที่หมดอายุ

รายละเอียดของเลขสารบบอาหารประกอบด้วย ตัวเลข 13 หลักที่แบ่งเป็น 5 กลุ่ม ซึ่งหมายถึงสถานที่ผลิตอาหารหรือสถานที่นำเข้าอาหารแล้วแต่กรณี หน่วยงานที่เป็นผู้อนุญาต และลำดับที่ของอาหารโดยแสดงในเครื่องหมาย



ที่ฉลากอาหารตามลักษณะ สำหรับอาหารในภาชนะปิดสนิทอื่น ๆ ให้ยึดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุขที่กำหนดให้มีการบังคับให้แสดงฉลาก ต้องมีการขออนุญาต เช่น ไข่เยี่ยวม้า เกลือ น้ำผึ้ง กุนเชียง

การเก็บรักษา จะเก็บไว้ในที่ที่อากาศเย็น โปร่ง และไม่อับชื้น เพราะความชื้นจะทำให้กระป๋องเกิดสนิมได้ง่าย จนอาจเกิดการรั่วทะลุทำให้เชื้อโรคจากภายนอกเข้าไปในกระป๋องได้และควรจัดให้เป็นหมวดหมู่เพื่อหยิบ ใช้ได้สะดวกขึ้น และวางสูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 15 เซนติเมตร สำหรับอาหารกระป๋องที่เปิดแล้วบริโภคไม่หมด ส่วนที่คงเหลืออยู่ต้องถ่ายเก็บในภาชนะที่สะอาด มีฝาปิดมิดชิด แล้วเก็บไว้ในตู้เย็น

1.4 การเลือกซื้อเครื่องปรุงรสอาหาร ควรพิจารณาดังนี้

ภาชนะบรรจุต้องสะอาด ฝาจุกควรปิดสนิท กรณีเป็นภาชนะที่เป็นกระป๋อง ต้องไม่รั่วหกหรือซึมได้ จะต้องไม่บวม เป็นสนิม รวมถึงสภาพของอาหาร ต้องสะอาด ไม่มีตะกอน มีลักษณะเป็นเนื้อเดียวกัน หรือมีลักษณะตามที่กำหนดสำหรับเครื่องปรุงรสอาหารแต่ละชนิด เช่น น้ำปลาที่ดีจะใส มีสีน้ำตาลปนแดงตามธรรมชาติ เป็นต้น

การเก็บรักษา ควรเก็บในภาชนะสะอาด มีฝาปิดมิดชิด และเก็บในที่เย็นไม่ชื้น สามารถป้องกันแมลง และสัตว์อื่นได้ โดยเฉพาะภาชนะใส่น้ำส้ม น้ำปลา และซอสที่ใช้ตัดต้องทำด้วยแก้ว หรือกระเบื้องเคลือบขาว หรือสแตนเลส มีฝาปิด (ไม่ควรแช่ซอสสแตนเลสไว้ในน้ำส้ม น้ำปลา เพราะจะถูกกัดกร่อน) และจัดวางเครื่องปรุงรสให้สูงจากพื้นไม่น้อยกว่า 60 เซนติเมตร

1.5 การเลือกซื้อน้ำดื่ม ควรพิจารณาดังนี้

ทางเลือกในการบริโภคน้ำดื่มในปัจจุบันมีที่มาจากอยู่ 2 แหล่งใหญ่ ๆ คือ น้ำดื่มบรรจุขวด และจากน้ำประปา ถึงแม้ว่าปัจจุบันผู้บริโภคจะเลือกดื่มน้ำบรรจุขวดมากกว่าเนื่องจากคิดว่าจะมีความปลอดภัย และสะอาดกว่า อีกทั้งยังสะดวกในการพกพา ดูแลรักษายิ่ง และสามารถซื้อหาได้ง่าย เนื่องจากมีจำหน่ายอยู่ทั่วไป แต่แท้จริงแล้วน้ำประปาก็มีความปลอดภัยไม่แพ้ น้ำดื่มบรรจุขวด หรืออาจมีความปลอดภัยมากกว่า เนื่องจาก มีการผ่านกระบวนการต่าง ๆ โดยเฉพาะผ่านกระบวนการฆ่าเชื้อก่อนที่จะแจกจ่ายเพื่อใช้ในการอุปโภคบริโภค สำหรับการเลือกซื้อน้ำดื่มบรรจุขวด ควรพิจารณาในประเด็นต่อไปนี้

1.5.1 สภาพภายนอก และสภาพภายในของขวดหรือถังที่ใช้บรรจุต้องสะอาด ไม่รั่วซึม และไม่มีร่องรอยสิ่งสกปรก บริเวณฝาปิดต้องไม่มีคราบปนเปื้อน มีฝาหรือจุกปิดสนิท ไม่มีร่องรอยการเปิดใช้ และมีแผ่นพลาสติก รััดฝาทิ้งชั้นหนึ่ง

1.5.2 ลักษณะของน้ำต้องใสสะอาด ไม่มีตะกอน ไม่มีสิ่งเจือปนต่าง ๆ ไม่มีสี กลิ่น รสที่ผิดปกติ

1.5.3 ฉลากต้องระบุชื่อผู้ผลิต สถานที่ผลิต ตราน้ำดื่ม ปริมาตรสุทธิ และเลขสารบบอาหาร (เลขทะเบียน อย.) อย่างชัดเจน สำหรับการซื้อน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทชนิดบรรจุถึงควรตรวจสอบให้แน่ใจว่าฉลากที่ติดกับพลาสติกที่รัดปากถังอยู่ เป็นของผู้ผลิตรายเดียวกัน



1.5.4 ไม่ซื้อน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิทที่วางปะปนกับผลิตภัณฑ์วัตถุมีพิษ

น้ำดื่มบรรจุขวด เป็นหนึ่งในสินค้าที่ต้องกำหนดวิธีการผลิต เครื่องมือเครื่องใช้ในการผลิต และการเก็บรักษาสินค้าตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีหรือจีเอ็มพี (Good Manufacturing Practice: GMP) ในการผลิต น้ำดื่ม GMP มีผลบังคับใช้กับผู้ประกอบการ วันที่ 24 กรกฎาคม 2546 สำหรับน้ำดื่มหรือน้ำบริโภคในภาชนะบรรจุที่ปิดสนิท ต้องมีคุณภาพ หรือมาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 61 (พ.ศ. 2524) ฉบับตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข

2. การล้างผัก ผลไม้ให้สะอาด ปลอดภัย

ก่อนทำการล้างให้ทำการปอกเปลือกหรือลอกเปลือกชั้นนอกของผักสดออกทิ้ง แกะเปลือกหรือแกะใบออกจากต้น หรือตัดส่วนขอบรอบนอกแล้วล้างด้วยน้ำสะอาด การใช้วิธีการตัดแต่งเพื่อช่วยให้การล้างได้สะดวก หลังจากนั้นสามารถเลือกวิธีการล้างผัก ผลไม้ มีด้วยกัน 3 วิธี ดังต่อไปนี้

2.1 ล้างด้วยน้ำไหล

นำผัก ผลไม้สดแช่น้ำนาน 15 นาที จากนั้นเปิดน้ำไหลแรงพอประมาณ คลี่ใบผัก ผลไม้ ถูไปมา ประมาณ 2 นาที เหมาะสำหรับการล้างผักจำนวนน้อย ซึ่งสามารถลดสารพิษตกค้างได้ 25 - 63 %

2.2 ล้างด้วยน้ำส้มสายชู

นำผัก ผลไม้สดแช่ในน้ำผสมน้ำส้มสายชู 5 เปอร์เซ็นต์ ในอัตราส่วนน้ำส้มสายชู 1 ช้อนโต๊ะ ต่อน้ำ 4 ลิตร แช่นาน 15 นาที จากนั้นล้างด้วยน้ำสะอาด ซึ่งสามารถลดสารพิษตกค้างได้ 60 - 84 %

2.3 ล้างด้วยผงฟู หรือ เบกกิ้งโซดา

ใช้โซเดียมไบคาร์บอเนต (เบกกิ้งโซดา) ครึ่งช้อนโต๊ะผสมน้ำ 10 ลิตร นำผัก ผลไม้สดแช่ทิ้งไว้ 15 นาที จากนั้นล้างด้วยน้ำสะอาด ซึ่งสามารถลดสารพิษตกค้างได้ 90 - 95 %



3. การปฏิบัติตนเป็นบุคคล หรือ ผู้สัมผัสอาหารที่ดี

ผู้สัมผัสอาหาร หมายถึง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ทำหน้าที่เตรียมวัตถุดิบ ผู้ปรุง ผู้เสิร์ฟ พี่เลี้ยงที่แจกจ่ายอาหารให้แก่ผู้สูงอายุ หากผู้สัมผัสอาหารมีอาการเจ็บป่วยหรือมีสุขอนามัยที่ไม่ดีในขณะที่ปรุงประกอบอาหาร ก็อาจทำให้เชื้อโรคจากตัวผู้สัมผัสอาหารแพร่กระจายและปนเปื้อนลงสู่อาหารได้ เช่น ไอ จาม ลงในอาหาร โดยไม่ปิดปากและ



จมูกหรือการใช้มือ ที่สกปรก ในการหยิบจับอาหารเป็นต้นดังนั้นนอกจากผู้สัมผัสอาหารจะไม่ป่วยเป็นโรคที่ติดต่อทางอาหารและน้ำได้แล้ว ยังต้องมีความรู้ความเข้าใจและปฏิบัติตนให้ถูกต้องตามหลักสุขวิทยาส่วนบุคคลในขณะที่ปรุงประกอบอาหาร เพื่อป้องกันการแพร่กระจายหรือการปนเปื้อนของเชื้อโรคหรือสารพิษลงสู่อาหาร โดยดำเนินการดังนี้

3.1 การปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดี

3.1.1. การรักษาความสะอาดของร่างกายให้ถูกวิธี และกระทำอย่างสม่ำเสมอ

- **ร่างกาย** → อาบน้ำทุกวัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง

- **ผม** → ต้องสระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง

- **ปาก และ ฟัน** → แปรงฟันอย่างถูกวิธีในตอนเช้าและก่อนนอนทุกวัน

หลังรับประทานอาหารควรบ้วนปากทุกครั้ง ถ้าหากมีฟันผุหรือเกิดการ อักเสบในช่องปากต้องรีบรักษาให้หายขาด

- **มือ** → ต้องดูแลให้สะอาดอยู่เสมอ โดยการตัดเล็บให้สั้น ไม่ทาสีเล็บ ล้างมือด้วยน้ำ

สะอาดและสบู่ทุกครั้งภายหลังการจับสิ่งสกปรก หลังจากออกจากห้องน้ำ

ห้องส้วม ก่อนปรุง - ประกอบอาหาร และก่อนกินอาหาร



3.1.2 รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ ที่มีคุณค่าสะอาดปลอดภัยในปริมาณที่เพียงพอต่อวัน ไม่มากหรือน้อยจนเกินไป

3.1.3 ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว เพราะน้ำสะอาดจะช่วยขับถ่ายของเสีย ทำให้ร่างกายสดชื่น

3.1.4 ถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาทุกวัน และต้องถ่ายอุจจาระในส้วมทุกครั้ง

เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคสู่ผู้อื่น และควรรับประทานอาหารที่มีกากมาก ๆ เช่น ผัก ผลไม้ เพื่อช่วยในการขับถ่าย

3.1.5 ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย ไม่หักโหมจนเกินไป

3.1.6 พักผ่อนนอนหลับให้เพียงพอในที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก อย่างน้อยวันละ 7-8 ชั่วโมง



3.1.7 ทำจิตใจให้ร่าเริงเบิกบานอยู่เสมอ เพราะสุขภาพจิตดี สุขภาพกายย่อมดีตามไปด้วย

3.1.8 หลีกเลี่ยงแหล่งที่เป็นโรคติดต่อหรือคลุกคลีกับผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อ

3.1.9 ควรมีการตรวจร่างกายเป็นประจำทุกปี เพื่อทดสอบสมรรถภาพร่างกาย ถึงแม้จะไม่เจ็บป่วยก็ตาม เพราะโรคบางโรคอาจแฝงอยู่โดยไม่แสดงอาการก็ได้

3.1.10 หลีกเลี่ยงอบายมุขต่าง ๆ เช่น ลดหรือเลิกการสูบบุหรี่, การดื่มสุรา, การเสพสิ่งเสพติด เป็นต้น



3.2 การมีสุขนิสัยที่ดีในการปรุง ประกอบอาหาร

3.2.1 การแต่งกายด้วยเสื้อผ้าที่สะอาดอยู่ในสภาพดี และเสื้อผ้าที่ใส่ควรมีแขนเสื้อเพื่อป้องกันเหงื่อไหลตกลงไปปนเปื้อนในอาหาร

3.2.2 ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ทุกครั้งก่อนการปรุงอาหาร

3.2.3 หากมีบาดแผล ต้องใช้พลาสติกปิดแผลให้เรียบร้อย และสวมถุงมือทับ

3.2.4 การชิมอาหารต้องตักใส่ถ้วยชิมและมีช้อนชิมเฉพาะในแต่ละครั้ง

3.2.5 ไม่ไอจามรดอาหาร ควรใช้ผ้าหรือกระดาษปิดปากและจมูกเสมอแล้วล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่

3.2.6 ไม่พูดคุยหรือสูบบุหรี่ในขณะที่ปรุงอาหาร



3.3 การมีพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง : ควรมีพฤติกรรมในการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง ดังนี้

3.3.1. กินอาหารที่ปรุงสุกด้วยความร้อนและไม่กินอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ โดยเฉพาะกินเนื้อสัตว์ดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ เช่น ลาบ หลู้ แหนม ปลาร้า อาหารป่า เป็นต้น เพราะอาหารที่ไม่สุกหรือสุก ๆ ดิบ ๆ จะมีเชื้อโรคและตัวอ่อนพยาธิ ซึ่งทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้

3.3.2. ใช้ช้อนกลางทุกครั้งในการกินอาหารร่วมกัน เพื่อป้องกันการแพร่กระจายโรคที่ติดต่อผ่านทางน้ำลาย เสมหะ เช่น วัณโรค คอตีบ คางทูม ไข้หวัดใหญ่ ไวรัสตับอักเสบนิดเอ เป็นต้น

3.3.3 ล้างมือก่อนกินอาหารทุกครั้ง ด้วยน้ำและสบู่เพื่อชำระล้างสิ่งสกปรกต่างๆที่ติดมากับมือ โดยเฉพาะผู้ที่นิยมกินอาหารด้วยมือ

3.3.4 เลือกรับประทาน ปรุง และเก็บอาหารให้ถูกต้อง เพื่อให้ได้อาหารที่มีประโยชน์ สะอาดปลอดภัย ต่อร่างกาย เช่น กินอาหารให้ครบ 5 หมู่ เป็นต้น

3.3.5 ไม่กินอาหารร่วมกับผู้ป่วยที่เป็นโรคติดต่อ เช่น ผู้ป่วยวัณโรค ไวรัสตับอักเสบนิดเอ โดยแยกสำรับ



ต่างหากอาหารที่เหลือจากการกินของผู้ป่วยควรนำไปทิ้ง ภาชนะที่ใช้ต้องแยกต่างหาก และมีการฆ่าเชื้อโรคในการล้างภาชนะด้วย

4. การจัดการดูแลน้ำดื่ม เครื่องดื่มสำหรับผู้สูงอายุ

การดูแลเรื่องอาหารและน้ำดื่มสำหรับผู้สูงอายุเป็นเรื่องที่สำคัญ และต้องเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ภาวะสุขภาพและการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ ผู้สูงวัยควรได้รับน้ำและอาหารที่สะอาด ปลอดภัย เพียงพอ และเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย เพื่อให้ร่างกายทำงานได้อย่างปกติ และป้องกันโรคต่างๆ

การดูแลน้ำดื่ม เครื่องดื่มสำหรับผู้สูงอายุจึงเป็นเรื่องที่สำคัญมาก เพราะผู้สูงอายุมีความต้องการน้ำในร่างกายน้อยลงและอาจไม่รู้สึกระหายน้ำ หากดื่มน้ำไม่เพียงพอจะทำให้เกิดภาวะขาดน้ำ ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบต่างๆ ในร่างกายและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง

การที่ผู้สูงอายุไม่ได้รับน้ำที่สะอาด ปลอดภัย และปริมาณที่เพียงพอ จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงวัยอย่างรุนแรง ซึ่งผลกระทบของการขาดน้ำในผู้สูงวัย มีดังนี้

- ทำให้เกิดภาวะขาดน้ำ (Dehydration) ซึ่งเป็นภาวะที่ร่างกายสูญเสียน้ำมากกว่าที่ได้รับ ผู้สูงวัยมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดน้ำได้มาก เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย เช่น มีมวลกล้ามเนื้อน้อยลง รับรู้ความรู้สึกกระหายน้ำไม่ชัดเจน หรือไม่สามารถบอกได้ว่ากระหายน้ำ การเกิดภาวะขาดน้ำจะทำให้ร่างกายไม่สามารถทำงานได้อย่างปกติ เช่น การไหลเวียนโลหิต การควบคุมอุณหภูมิร่างกาย การขับถ่ายของไต เป็นต้น ผู้สูงวัยที่มีภาวะขาดน้ำจะมีอาการ เช่น กระหายน้ำ ปัสสาวะมีสีเข้ม ตัวแห้ง เป็นต้น ถ้าไม่ได้รับการชดเชยน้ำให้เพียงพอ จะทำให้อุณหภูมิร่างกายสูงขึ้น หัวใจเต้นเร็วและแรง หรือเป็นลม

- เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคที่มาจากน้ำที่ปนเปื้อน เช่น โรคอุจจาระร่วง โรคไทฟอยด์ โรคฉี่หนู เป็นต้น ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุมีอาการปวดท้อง ท้องเสีย ไข้ หรือแพ้วัตถุดิบอาหาร

- เสี่ยงต่อการได้รับสารเคมีหรือโลหะหนักที่มีพิษต่อร่างกายจากน้ำที่ปนเปื้อน เช่น เหล็ก พรอท แมงกานีส เป็นต้น ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุมีอาการเบื่ออาหาร คลื่นไส้ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ หรือมีผลกระทบต่อระบบประสาท และการทำงานของระบบย่อยอาหาร

การจัดการดูแลน้ำดื่ม เครื่องดื่มที่สะอาด ปลอดภัยและปริมาณเพียงพอต่อความต้องการสำหรับผู้สูงอายุ ควรปฏิบัติตามข้อแนะนำต่อไปนี้

- เตรียมน้ำดื่มสะอาดสำหรับดื่มหรือชงเครื่องดื่มให้ผู้สูงอายุ โดยการต้มน้ำให้เดือดนาน 2 นาที และเก็บในภาชนะ เช่น กระติก ขวด แก้ว ที่สะอาด
- ตรวจสอบคุณภาพของน้ำบริโภคที่ใช้อย่างสม่ำเสมอ เช่น ปริมาณคลอรีน pH
- ใช้กระติกกรองน้ำ หรือเครื่องกรองน้ำที่ได้รับการรับรองมาตรฐาน และต้องดูแล บำรุงรักษา เช่น เปลี่ยนไส้กรองตามคำแนะนำของผู้ผลิต และทำความสะอาดปลายก๊อกเป็นประจำ



- กรณีซื้อน้ำดื่มบรรจุในภาชนะปิดสนิท ต้องเลือกซื้อน้ำดื่มที่มีวันผลิต วันหมดอายุ และส่วนประกอบที่ชัดเจน ไม่ซื้อน้ำดื่มที่มีกลิ่นผิดปกติ หรือมีลักษณะไม่เหมาะสม เช่น เป็นสี ขุ่น หรือมีตะกอน
- หากซื้อน้ำดื่มจากแหล่งที่ไม่มั่นใจในคุณภาพ ควรต้มน้ำให้เดือดอย่างน้อย 1 นาที แล้วเก็บในภาชนะที่สะอาด มีฝาปิดมิดชิด
- เก็บน้ำดื่มในที่แห้งๆ ไม่โดนแสงแดดโดยตรงหรือความร้อนสูง เพื่อป้องกันการเจริญของเชื้อโรค
- เปิดฝาขวดน้ำดื่มให้สะอาด ผู้ดูแลต้องไม่ใช้มือสกปรกหรือเครื่องใช้ที่ไม่สะอาด เพื่อป้องกันการปนเปื้อนผู้ดูแล ต้องดูแลรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคลของตนเองและในการดูแลผู้สูงอายุตลอดเวลา
- ให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำเปล่าที่สะอาดประมาณ 8 แก้ว ต่อวัน หรือ 1.5-2 ลิตร ต่อวัน โดยควรกระตุ้นให้ดื่มทุกชั่วโมง เพื่อให้ร่างกายได้รับน้ำเพียงพอ
- กระจายการดื่มน้ำตลอดทั้งวัน โดยให้ผู้สูงอายุจิบน้ำทีละน้อย 15-30 มิลลิลิตร (เท่ากับ 1-2 ช้อนโต๊ะ) ทุก 15-30 นาที ไม่ควรให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำทีเดียวครั้งละมากๆ เพราะจะทำให้ไตทำงานหนักขึ้นเลือดเจือจางหรือปริมาณน้ำในเซลล์มากจนเกิดอาการบวม
- ใช้แก้วหรือถ้วยที่สะอาดและมีหูจับ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถจับได้ง่าย หรือใช้หลอดดื่ม เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำได้สะดวกขึ้น และให้ดื่มน้ำบ่อยๆ เพื่อป้องกันการสำลัก และล้างทำความสะอาดแก้วน้ำทุกวัน
- ให้ผู้สูงอายุดื่มเครื่องดื่มที่ชอบ แต่ควรงดเครื่องดื่มที่มีรสหวานจัดหรือมีความเป็นกรด เช่น โซดา น้ำอัดลม ชาหรือกาแฟที่ใส่น้ำตาล เพื่อป้องกันการเพิ่มค่าไขมันในเลือด
- เลือกเครื่องดื่มที่ไม่มีน้ำตาล เช่น น้ำผลไม้ (ไม่ใส่น้ำตาล) น้ำพีช (ไม่ใส่น้ำตาล) ชา (ไม่ใส่น้ำตาล)
- งดการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น กาแฟ น้ำอัดลม เพราะจะทำให้ผู้สูงอายุถ่ายปัสสาวะบ่อยขึ้น และเพิ่มความเสี่ยงต่อการขาดน้ำ
- เลือกการปรุงเครื่องดื่มที่ไม่ใช้อุณหภูมิสูง ควรเป็นเครื่องดื่มชนิดเย็นหรืออุณหภูมิปกติ เพื่อป้องกันการหก ลวกผู้สูงอายุ
- หากผู้สูงอายุมีโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง เป็นต้น ควรปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับปริมาณและชนิดของเครื่องดื่มที่เหมาะสม

ผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลในเรื่อง อาหาร น้ำดื่ม เครื่องดื่มอย่างถูกหลักสุขาภิบาล จะมีสุขภาพที่ดีขึ้นและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรัง ดังนั้น การได้รับน้ำและอาหารที่สะอาด ปลอดภัย เป็นปัจจัยสำคัญที่กระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ จึงควรให้ความสำคัญในการเลือกแหล่งที่มาของน้ำและอาหาร การเก็บรักษาและป้องกันการปนเปื้อนของน้ำและอาหาร รวมถึงการตรวจสุขภาพและโรคที่เกี่ยวข้องกับน้ำและอาหารของผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ ที่สำคัญคือ ตัวผู้ดูแล ซึ่งนอกจากจะต้องมีความรู้ ทักษะ และจิตบริการและรักในการดูแลผู้สูงอายุแล้ว ต้องมีสุขภาพแข็งแรง มีสุขนิสัย และสุขอนามัยที่ดีในการดูแลตนเองและผู้สูงอายุในทุกด้านด้วย



เอกสารอ้างอิง

1. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย. คู่มือวิชาการสุขาภิบาลอาหารสำหรับเจ้าหน้าที่. นนทบุรี : กรมอนามัย สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ; 2556.
2. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย. แนวทางการจัดการสุขาภิบาลอาหารและน้ำสำหรับศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ นนทบุรี : กรมอนามัย สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ; สิงหาคม 2563.
3. สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการจัดการสุขาภิบาลอาหารและน้ำ สำหรับศูนย์ดูแลผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: 2563 [เข้าถึงเมื่อ 7 พ.ย. 2566] เข้าถึงได้จาก: <https://foodsafety.anamai.moph.go.th/th/main-php-filename-media2018-2/download/?did=195133&id=48734&reload=>
4. พบแพทย์. ภาวะขาดน้ำ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: 2567 [เข้าถึงเมื่อ 7 พ.ย. 2566] เข้าถึงได้จาก: <https://www.pobpad.com/ภาวะขาดน้ำ>
5. ภาณุวัฒน์ ว่องตระกูลเรือง. โภชนาการในผู้สูงอายุ รับประทานอย่างไรถึงจะดี [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลนครธน;ปี [เข้าถึงเมื่อ 7 พ.ย. 2566] เข้าถึงได้จาก: <https://www.nakornthon.com/article/detail/โภชนาการในผู้สูงอายุรับประทานอย่างไรถึงจะดี>
6. Wise CDT ที่ปรึกษาด้านระบบกรองน้ำชั้นนำของประเทศไทย. โรคร้ายและอันตราย ที่อาจมากับน้ำไม่สะอาด ปราศจากการกรอง [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: 2564 [เข้าถึงเมื่อ 7 พ.ย. 2566] เข้าถึงได้จาก: <https://www.wisecdt.org/อันตรายจากน้ำไม่สะอาด/>
7. SDG Move. คนจะยังขาด น้ำสะอาด สุขาภิบาล และสุขอนามัยในอนาคต หากยังละเลยในปัญหาและทำงานช้าเช่นปัจจุบัน [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ปี [เข้าถึงเมื่อ 7 พ.ย. 2566] เข้าถึงได้จาก: <https://www.sdgmovement.com/2021/07/08/billions-of-people-will-lack-wash-in-2030-who-and-unicef-report/>
8. พบแพทย์. ผลกระทบสุขภาพจากมลพิษทางน้ำและช่องทางการสัมผัส [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: 2567 [เข้าถึงเมื่อ 7 พ.ย. 2566] เข้าถึงได้จาก: <https://www.pobpad.com/ผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษ>
9. นายอรรถพล แก้วสัมฤทธิ์. กรมอนามัย ห่วงผู้สูงอายุดื่มน้ำน้อยกว่า 8 แก้วต่อวัน เสี่ยงเกิดภาวะขาดน้ำ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สื่อมวลชนมติเดียกรมอนามัย; 2563 เข้าถึงเมื่อ 7 พ.ย. 2566] เข้าถึงได้จาก: <https://multimedia.anamai.moph.go.th/news/news280763/>
10. โรงพยาบาลเปาโล พหลโยธิน. เครื่องดื่มที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: 2566 [เข้าถึงเมื่อ 7 พ.ย. 2566] เข้าถึงได้จาก: <https://www.paolohospital.com/th-TH/phahol/Article/Details/บทความ-ผู้สูงอายุ/เครื่องดื่มที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ>

ใบงานที่ 8.6

คำชี้แจง

1. ให้ผู้เข้ารับการอบรม แบ่งกลุ่มตามความเหมาะสมตามจำนวนผู้เข้ารับการอบรม และฝึกปฏิบัติ
2. วิทยากรอธิบายและสาธิตวิธีการล้างผัก ผลไม้ให้สะอาด ปลอดภัย
3. วิทยากรทำการสุ่มเลือกผู้เข้าร่วมอบรมมาแสดงสาธิตการฝึกปฏิบัติให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันอภิปรายและแสดงความคิดเห็น
4. วิทยากรให้คำแนะนำ อธิบาย และสรุปผลการฝึกปฏิบัติ



วัตถุประสงค์การเรียนรู้

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ สุขภาพช่องปากและการดูแลรวมทั้งโรค ความผิดปกติ และความเสื่อมในช่องปากที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ เพื่อนำไปสู่การประเมินและวิธีการทำความสะอาดช่องปาก

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อให้ ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ

- ผู้ดูแลสามารถบอกถึงวิธีการดูแลสุขภาพช่องปากได้
- ผู้ดูแลสามารถอธิบายถึงแนวทางการตรวจประเมินและวิธีการทำความสะอาดช่องปากได้
- อธิบายเกี่ยวกับโรค ความผิดปกติ และความเสื่อมในช่องปากที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุได้

เนื้อหาวิชา

สุขภาพช่องปากและการดูแล

โรค ความผิดปกติ และความเสื่อมในช่องปากที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ

การตรวจประเมินและวิธีการทำความสะอาดช่องปาก

รูปแบบ/วิธีการสอน

- การบรรยาย
- การซักถาม
- การฝึกปฏิบัติ

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

- วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียนเรื่อง สุขภาพช่องปากและการดูแลเราควรมีวิธีการดูแลช่องปากอย่างไร หากดูแลไม่ดี จะก่อให้เกิดโรคอะไรตามมาได้บ้าง รวมทั้งความผิดปกติที่เกิดจากความเสื่อมในช่องปากของผู้สูงอายุ วิธีและแนวทางในการประเมินช่องปากอย่างไรบ้าง
- ผู้เข้ารับการอบรมซักถามข้อสงสัย
- วิทยากรสรุปผลและให้ข้อเสนอแนะ

สื่อประกอบการเรียนการสอน / อุปกรณ์

- คู่มือแนวทางการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง
- สื่อการอบรม ได้แก่ ไฟล์นำเสนอ อุปกรณ์การตรวจช่องปาก สื่อการสอนเรื่องช่องปากและการดูแลฟัน



คำแนะนำสำหรับวิทยากร

- วิทยากรเตรียมสื่อการอบรมต่าง ๆ ให้พร้อม ในการกระตุ้นให้มีส่วนร่วมระหว่างการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง และเนื้อหาสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่
- กิจกรรมการเรียนรู้ควรเน้นผู้เข้ารับการอบรมมีส่วนร่วมมากที่สุด

การประเมินผล

- การทดสอบความรู้
- การซักถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น
- การสังเกตจากการมีส่วนร่วมการฝึกปฏิบัติและทำกิจกรรม



ใบความรู้ที่ 9.1

ความสำคัญของการดูแลสุขภาพช่องปาก

ปากเป็นประตูสู่สุขภาพ ปัญหาสุขภาพช่องปากอาจเป็นจุดเริ่มต้นที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพอื่นๆ ที่ร้ายแรงหรือเป็นส่วนที่เกี่ยวข้องเนื่องด้วยมีสาเหตุมาจากปัญหาสุขภาพอื่นๆ ได้ ปัญหาสุขภาพช่องปากที่สำคัญคือ โรคฟันผุ และโรคปริทันต์อักเสบซึ่งพบในประชากรส่วนใหญ่ของประเทศ และส่งผลกระทบต่อ การมีคุณภาพชีวิตที่ดีในประชากรเกือบทุกช่วงวัย ดังนั้นทีมสร้างเสริมสุขภาพจึงจำเป็นต้องมีความรู้ เกี่ยวกับโรคดังกล่าว เพื่อให้รู้วิธีการป้องกัน เข้าใจแนวทางการรักษา สามารถตรวจ ให้คำแนะนำ บำบัด ฉุกเฉิน และส่งต่อเพื่อการรักษาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

การมีสุขภาพช่องปากที่ดีมีความสำคัญกับทุกวัย และยิ่งสำคัญเพิ่มขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุเพราะฟันของผู้สูงอายุที่เหลือน้อยมีการเปลี่ยนแปลงจากการใช้งานมายาวนาน หรือมีโรคที่เป็นมาตั้งแต่ก่อนถึงวัยสูงอายุ เช่น ฟันผุ โรคปริทันต์ รวมถึงมีการสูญเสียฟัน เกิดช่องว่าง ทำให้การดูแลรักษาความสะอาดทำได้ยากกว่าฟันทั่ว ๆ ไป

ประเทศญี่ปุ่นได้มีการศึกษาว่า คนที่อายุ เกิน 100 ปี มีอะไรเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าข้อหนึ่ง คือ มีฟันเต็มปากและใช้เคี้ยวอาหารได้ ดังนั้นฟันจึงมีความจำเป็นของชีวิต นอกจากการมีฟันนอกจากใช้เคี้ยวอาหารแล้วยังเกี่ยวข้องกับการเข้าสู่สังคมอย่างมั่นใจ

ทำไมต้องดูแลช่องปากผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง

1. ปากสะอาด ลมหายใจไม่มีกลิ่นเหม็น ผู้สูงอายุรู้สึกสบาย รู้สึกปากสะอาด
2. ช่วยให้ผู้สูงอายุอยากอาหาร กลืนอาหารได้สะดวกขึ้น
3. ป้องกันการอักเสบ ติดเชื้อ เป็นแผลในช่องปาก ซึ่งเป็นสาเหตุของความเจ็บปวด การติดเชื้อในกระแสเลือดนอนไม่หลับ ซึมเศร้า
4. ลดการเกิดปอดอักเสบจากการสำลัก โดยเฉพาะในผู้สูงอายุติดเตียง

สุขภาพช่องปากต่อสุขภาพร่างกาย

ปัญหาสุขภาพช่องปากอาจเป็นจุดเริ่มต้นที่ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพอื่นๆ



ฟันผุและรากฟันผุ

สาเหตุ โรคฟันผุ เกิดจากเชื้อโรคในคราบจุลินทรีย์ ที่เกาะติดอยู่รวมกลุ่มกันอยู่บนผิวฟัน (คราบจุลินทรีย์ หรือชีฟัน) ย่อยสลายอาหารจำพวกแป้งและน้ำตาล ทำให้เกิดกรด กรดจะไปทำปฏิกิริยากับแร่ธาตุที่อยู่ในฟัน ทำให้สูญเสียแร่ธาตุออกไปจากฟัน หากสภาพความเป็นกรดเกิดขึ้นต่อเนื่องจะทำให้ฟันสูญเสียแร่ธาตุมากจนเคลือบฟันและเนื้อฟันอ่อนตัวหลุดไป ทำให้เกิดรูผุขึ้น การเกิดกรดและการละลายเกลือแร่ออกจากฟันต้องเกิดภายใต้คราบจุลินทรีย์เสมอ ผิวฟันที่สะอาดไม่มีคราบจุลินทรีย์จะไม่เกิดฟันผุ



ฟันสึก

ฟันสึก ฟันกร่อน ถ้าฟันสึกมากจนเสียรูปร่างเดิมของฟัน ถ้าด้านบดเคี้ยวแบนเรียบ จะทำให้เคี้ยวอาหารไม่ขาด เคี้ยวได้ไม่ละเอียด แต่ถ้าการสึกของฟันมีมากจนทำให้เสียรูปร่างฟันและอาจทำให้เกิดอาการเสียวฟัน ถ้าฟันหลังสึกจนเตี้ยลงกว่าเดิมมากทำให้คางดูสั้นลงเกิดเป็นแผลที่มุมปากได้ง่าย

กรณีที่เหงือกกร่น รากฟันโผล่ อาจเกิดรอยสีทว่าหรือรอยบากเข้าไปในเนื้อฟัน สาเหตุเกิดจากการแปรงฟันที่รุนแรงหรือผิดวิธี หรือการใช้แปรงขนแข็งร่วมกับยาสีฟันที่มีผงขัดหยาบ และถ้าหากทำความสะอาดบริเวณรอยสีไม่เพียงพออาจเกิดการผุร่วมด้วยภายหลัง



โรคปริทันต์อักเสบรุนแรง หรือรำมะนาด

โรคปริทันต์อักเสบส่วนใหญ่เป็นแบบเรื้อรัง ผู้ป่วยไม่เจ็บปวดจึงปล่อยทิ้งไว้ไม่รักษา ลักษณะที่ตรวจพบคือ สภาพช่องปากไม่สะอาด มีคราบจุลินทรีย์มาก กลิ่นปากรุนแรง มีหินน้ำลาย ฟันยื่นยาว ฟันห่าง หากใส่ฟันปลอมอาจเป็นสาเหตุให้ฟันปลอมไม่พอดี บางครั้งมีคราบหนองในกรณีที่เกิดการอักเสบ เฉียบพลันจะมีอาการปวด บวม ฟันโยก มีฝีหนองที่ปลายรากฟัน ทำให้เจ็บปวดทรมาน โรคปริทันต์อักเสบ เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียฟันในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ



การสูญเสียฟัน

ผู้สูงอายุไทยมีปัญหาการสูญเสียฟันจำนวนมาก การไม่มีฟัน หรือมีจำนวนฟันและคู่สบไม่เพียงพอ มีฟันหลังที่สบซ้ายขวา รวมกันน้อยกว่า 4 คู่ ทำให้เกิดข้อจำกัดในการเคี้ยวอาหาร โดยเฉพาะอาหารที่มีกากใย ผู้ที่ไม่มีฟันจึงควรได้รับการใส่ฟันเทียมทดแทน หรือควรปรุงอาหารให้มีความเปื่อยยุ่ย อ่อนนุ่ม

ภาวะปากแห้ง น้ำลายน้อย

สาเหตุเกิดจากความเสื่อมตามธรรมชาติของต่อมน้ำลาย รวมถึงการรับประทานยาบางชนิด เช่น ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ ยาลดอาการซึมเศร้า และผู้ป่วยที่ได้รับการฉายรังสีรักษา ในผู้สูงอายุ ต่อมน้ำลายจะทำงานลดลง ขนาดของต่อมเล็กลง น้ำลายจะขับออกมาน้อยลง ผู้สูงอายุจะรู้สึกปากแห้ง คอแห้ง กระจายน้ำบ่อย น้ำลายเหนียวข้น เจ็บภายในปาก แสบลิ้น ลิ้นแห้ง มีรอยแตก ไม่รู้รส มุมปากแตก ริมฝีปากแห้งบ่อย ๆ ส่งผลให้การพูด เคี้ยว กลืนลำบาก และยังเป็นสาเหตุสำคัญของโรคฟันผุที่ตัวฟันและรากฟันได้



แผลในช่องปาก

ริมฝีปากแห้ง แตก มุมปากตก อาจมีแผลเปื่อยที่มุมปาก เยื่อช่องปากบางลงและแห้ง เกิดลักษณะเป็นแผล ผู้สูงอายุจะรู้สึกเจ็บ แสบ ปวด อาจมีการติดเชื้อร่วมด้วย ทำให้ไม่อยากทานอาหารและไม่อยากแปรงฟัน



ภาวะกลืนลำบาก

เป็นภาวะที่ผู้สูงอายุกลืนอาหาร ของเหลว หรือน้ำ ลงสู่ลำคอได้ยากกว่าปกติ จึงต้องมีการกลืนหลายครั้งกว่าอาหารจะหมดจากช่องปาก บางรายอาจมีอาหารเหลือค้างในปากจึงเป็นแหล่งสะสมของเชื้อก่อโรค ผู้สูงอายุจึงเสี่ยงต่อภาวะปอดอักเสบจากการสำลัก ผู้สูงอายุมีภาวะกลืนลำบากอาจพบอาการอื่นๆร่วมด้วย ได้แก่ อาการกล้ำมเนื้อรอบปากอ่อนแรง ริมฝีปากปิดไม่สนิทจนน้ำลายไหล ชอบเก็บอาหารไว้ที่กระพุ้งแก้ม กล้ำมเนื้อรอบปากขยับได้ช้าขณะเคี้ยว เป็นต้น

ช่องปากไม่สะอาด

ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำความสะอาดช่องปากได้ไม่ดี จะพบคราบสีเหลือง เหนียว ติดตามตัวฟัน ขอบเหงือก และคราบสีขาวยบนลิ้น มีเศษอาหารตกค้างตามกระพุ้งแก้ม และมีกลิ่นเหม็น ผู้สูงอายุจะรู้สึกไม่สะดวก ไม่สบาย ไม่สดชื่น



ข้อแนะนำทั่วไป

1. การแปรงฟันให้ยืดหยุ่น อาจไม่ต้องแปรงตอนเช้าหรือเย็นเสมอไป แต่อย่างน้อยวันละครั้งด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์
2. ผู้ดูแลต้องบอกผู้สูงอายุทุกครั้งว่า กำลังจะทำอะไรในขั้นตอนไหน เช่นการสอดแปรงเข้าในช่องปาก กำลังแปรงฟัน
3. แนะนำให้ใช้ยาสีฟันที่ไม่มีฟอง หรือมีฟองน้อย ที่ไม่มีสารที่ทำให้เกิดฟอง
4. ผู้ดูแลควรแปรงฟันให้ผู้สูงอายุพร้อมไปกับกิจวัตรประจำวัน เช่น หลังกินข้าว หลังเช็ดตัว หลังเปลี่ยนผ้าอ้อม เป็นต้น ขึ้นอยู่กับสภาวะอารมณ์ ความยินยอม ของผู้สูงอายุ
5. ในกลุ่มผู้สูงอายุที่สามารถแปรงฟันเองได้ แต่เพิ่มขนาดด้ามแปรงให้ใหญ่ขึ้น โดยหุ้มด้วยแปรงด้วยวัสดุต่างๆ เช่น ฟองน้ำ หลอดด้าย ด้ามจักรจักรยาน ผ้าขนหนู
6. ตัดด้ามแปรงให้โค้งงอ เพื่อยึดจับให้ถนัดมือ
7. ใช้แผ่นยางขนาดใหญ่ ช่วยยึดด้ามแปรงกับมือ

ข้อควรระวังสำหรับผู้ดูแล

1. ใช้แปรงจับให้ถนัดทั้ง 2 ด้าม
2. ใส่ถุงมือเสมอ อย่าเอานิ้วไปอยู่ระหว่างฟันอาจจะถูกกัด
3. ถอดฟันเทียมก่อนเสมอ ถ้ามีฟันเทียมให้ถอดมาแปรงข้างนอก
4. ใจเย็น เวลาดูแลผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุบางคนมีภาวะสมองเสื่อม อาจจะกัด ตะ ตี ได้

วิธีการทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง

ขั้นตอนที่ 1 การเตรียมผู้ป่วย

1. จัดเตรียมอุปกรณ์ในการแปรงฟัน ได้แก่ แปรงสีฟัน 1-2 ด้าม ยาสีฟัน น้ำสะอาด-แก้วน้ำ ผ้าขนหนูผืนเล็ก ชามรูปไต หรือกระโถน ลูกยางสำหรับดูดน้ำ
2. ควรบอกผู้สูงอายุก่อนว่ากำลังทำอะไร ก่อนลงมือปฏิบัติและต้องสื่อสารกับญาติ
3. ปรับตำแหน่งผู้สูงอายุให้พร้อมสำหรับการแปรงฟัน โดยผู้ดูแลอาจจะอยู่ทางด้านข้าง หรือทางด้านหลัง หรือให้ผู้สูงอายุหนุนตัก ตามความเหมาะสม
4. ผู้ดูแลควรล้างมือและใส่ถุงมือ





ขั้นตอนที่ 2 กำจัดคราบจุลินทรีย์ หรือคราบอาหารตกค้าง

กลุ่มผู้สูงอายุ บ้วนน้ำได้ อ้าปากได้

1. ใช้ผ้าก๊อชพันนิ้วและซุบน้ำเกลือ เช็ดคราบอาหารที่ตกค้างตามคอฟัน และกระพุ้งแก้ม ทำให้ทั่วทั้งปาก ด้านซ้ายและขวา
2. เริ่มต้นด้วย ให้ผู้สูงอายุอมน้ำจากแก้วหรือหลอดดูดเล็กน้อย เพื่อให้ช่องปากมีความชุ่มชื้น
3. อ้าปาก ผู้ดูแลแปรงฟันให้โดยใช้แปรงสีฟันขนอ่อนและยาสีฟันผสมฟลูออไรด์เล็กน้อย
4. ควรระวังอย่าใช้แปรงขนาดใหญ่ หรือใช้แปรงสอดเข้าไปในลำคอลึกเกินไป เพราะอาจทำให้อาเจียนได้ แปรงให้ทั่วทุกซอกทุกด้านจนสะอาดรวมทั้งกระพุ้งแก้มและเพดานปาก
5. หยุดพัก ให้บ้วนน้ำลายหรืออมน้ำเล็กน้อย บ้วนลงในชามอ่างใบเล็ก ก่อนแปรงต่อสลับการหยุดพัก 2-3 ครั้ง

กลุ่มผู้สูงอายุ บ้วนน้ำไม่ได้ อ้าปากลำบาก กลืนลำบาก

1. จัดทำให้ผู้สูงอายุนอนตะแคง หันหน้าไปด้านใดด้านหนึ่งเพื่อป้องกันการสำลัก
2. บอกให้ผู้สูงอายุรู้ตัวก่อนว่ากำลังจะแปรงฟันโดยใช้แปรงสีฟันและบริเวณริมฝีปากเล็กน้อย เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้ตัว
3. ใช้ผ้าก๊อชซุบน้ำสะอาด พันนิ้วมือกวาดเศษอาหารก่อนใหญ่ข้างกระพุ้งแก้มออกก่อน
4. เริ่มแปรงจากด้านนอก หรือด้านกระพุ้งแก้ม โดยใช้แปรงสีฟัน 2 อันเลือกด้ามแปรงที่มีขนาดใหญ่ ใช้ช่วยรั้งช่องปากอาจปรับรูปร่างทำให้ด้ามแปรงอ่อนเป็นมุมเหมือนกระจกส่องปาก ส่วนอีกอันหนึ่งใช้สำหรับแปรงฟัน
5. แปรงด้านในโดยใช้ด้ามแปรงสีฟันที่มีขนาดใหญ่ หรือใช้ไม้กดลิ้นช่วยทำให้ผู้สูงอายุอ้าปาก หรือใช้ไม้กดลิ้นพันผ้าก๊อชหนาๆ ให้แน่นหรือใช้ด้ามซ้อนพันผ้าก๊อชหนาๆ ให้ผู้สูงอายุกัด
6. ระหว่างแปรง ใช้น้ำใส่กระบอกฉีดยา ค่อยๆ ฉีดน้ำที่ละน้อยสลับใช้ลูกยางแดงดูดในช่องปากออกหรือใช้ที่ดูดน้ำลายที่บ้านดูดน้ำและคราบยาสีฟันออกจากปาก แต่ถ้าผู้สูงอายุสำลักง่ายไม่ควรใช้น้ำ ให้ซุบน้ำแปรงให้ขึ้นเป็นระยะ แล้วแปรงโดยไม่ใช้น้ำ
7. หลังแปรงแล้วเช็ดปากให้แห้ง





ขั้นตอนที่ 3 การสร้างความชุ่มชื้นและรักษาแผลในช่องปาก

ทาริมฝีปากด้วยวาสลีน หรือสารให้ความชุ่มชื้นชนิดน้ำ

การดูแลทำความสะอาดฟันเทียม

1. ถอดฟันเทียมล้างทำความสะอาดหลังรับประทานอาหารทุกครั้ง
2. ควรแปรงฟันปลอมด้วยน้ำสบู่/ยาสีฟันชนิดครีม ทั้งด้านนอกและด้านที่สัมผัสเนื้อเยื่อ
3. การแปรงฟันเทียม ควรมีภาชนะใส่น้ำรองรับเพื่อป้องกันการตกแตก
4. เมื่อเข้านอนกลางคืน ถอดฟันเทียมแช่น้ำในภาชนะมีฝาปิด



นวัตกรรมการดูแลฟัน



"ปลากัด" และ ฟองเพื่อน

เพื่อผู้สูงวัยและผู้ป่วยพิเศษ



Special oral care set
for a special patients



ปลากัดพร้อมช่องเสียบ
ไม้ถูลิ้น
กระจกสองด้านส่องปาก
แท่งดูอัลลิโคน

More info:

☎ 081-896-9562

✉ wealthdent@gmail.com

📘 @wealthdent

ชุดอุปกรณ์ดูแลอนามัยช่องปากเฉพาะสำหรับผู้ป่วยพิเศษ เพื่อตอบสนองต่อการใช้งานหลากหลายหน้าที่

(1) ปลากัด เป็นอุปกรณ์ช่วยอำปาก ใช้สำหรับให้ผู้สูงอายุอายุ กัด ที่ฟัน เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถทำความสะอาดจูลิ้นกรรไกร โดยใช้ แปรงสีฟัน แปรงออกฟัน โคมอัดฟัน พร้อมมีช่องเสียบสำหรับใส่ สายดูดเสมหะ เพื่อดูดน้ำ น้ำลายในช่องปาก ป้องกันการสำลัก

(2) กระจกสองด้านส่องปาก เพื่อช่วยร้งแก้มหรือลิ้น ขณะ ทำความสะอาดช่องปาก รวมถึงตรวจเช็กสุขภาพช่องปาก ได้แก่ ฟัน เหงือก และอนามัยช่องปาก

(3) ไม้ถูลิ้น เพื่อทำความสะอาดลิ้น และ

(4) แท่งดูอัลลิโคนช่วยทำความสะอาดเนื้อเยื่ออ่อนในช่องปาก โดยเฉพาะกระพุ้งแก้ม เพื่อกำจัดคราบอาหาร และเสมหะเหนียวที่ ค้างอยู่

"หลากหลายหน้าที่ ใช้ซ้ำได้ มีความปลอดภัย"

Inventors

รศ.ดร.กพญ. พรสวรรค์ ธนธรวงศ์
รศ.กพญ. แพรวพัส ปิจฉิมสวัสดิ์

อุปกรณ์ช่วยอำปาก Patent No: 19329
อุปกรณ์เสริมในการทำความสะอาดช่องปาก: 2203000908
อุปกรณ์สำหรับการทำความสะอาดลิ้น: 2203002793
อุปกรณ์ทำความสะอาดเนื้อเยื่อในช่องปาก: 2203002794

คำแนะนำการใช้งาน "ปลากัด" และ ฟองเพื่อน

เพื่อผู้สูงวัยและผู้ป่วยพิเศษ

1 เตรียมอุปกรณ์ก่อนใช้งาน



2 จัดท่าทางให้เหมาะสมใน การทำความสะอาดช่องปาก



3 ใช้ปลากัดช่วยอำปาก



เพื่อป้องกันอุบัติเหตุกรกลืนหรือสำลัก ให้ใช้โหนกขัดฟันหรือเชือกผูกไว้

4 กรณีมีเครื่องดูดเสมหะ สามารถ ใช้ปลากัดร่วมกับหลอดดูดน้ำลาย



5 ใช้กระจกตรวจดู ความผิดปกติในช่องปาก



6 แปรงฟันตามปกติ



7 ใช้แท่งดูอัลลิโคนทำความสะอาด กระพุ้งแก้ม สิ้นเหงือกกว้าง



8 ถูลิ้นด้วยที่กวาดลิ้น



9 ทำความสะอาดอุปกรณ์หลังใช้งาน



ภาพประกอบ: บศ.ท. นวพรรณ ไทรวิมลวงษ์



1. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ตัดบ้าน ตัดเตียง คู่มือสำหรับครอบครัวและผู้ดูแล 2559 แก้วเจ้าจอม
2. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย หลักสูตรอบรม อสม เขียวชาญสาขาทันตสุขภาพ 2561 สำนักงานกิจการโรงพยาบาลการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
3. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย คู่มือส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุและป้องกันภาวะสมองเสื่อม สำหรับเจ้าหน้าที่ ไม่ล้มไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย 2561 สำนักงานกิจการโรงพยาบาลการสงเคราะห์ทหารผ่านศึก
4. “ปลากัดและผองเพื่อน” เพื่อผู้สูงวัยและผู้ป่วยพิเศษ.

ใบงานที่ 9.1

คำชี้แจง

1. ให้ผู้เข้ารับการอบรม จับคู่แบ่งกลุ่มตามความเหมาะสมตามจำนวนผู้เข้ารับการอบรม และฝึกปฏิบัติ
2. วิทยากรอธิบายและสาธิตวิธีการแปรงฟันผู้สูงอายุที่มีภาวะฟิงฟิง สองประเภท
 - 2.1 กลุ่มผู้สูงอายุ บ้วนน้ำได้ อ้าปากได้
 - 2.2 กลุ่มผู้สูงอายุ บ้วนน้ำไม่ได้ อ้าปากลำบาก กลืนลำบาก
3. วิทยากรให้คำแนะนำ อธิบาย และสรุปผลการฝึกปฏิบัติ



แผนการสอนที่ 10

เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพจิตการจัดการความเครียดและการประสานงานส่งต่อการช่วยเหลือในผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ การส่งเสริมสุขภาพจิต การจัดการความเครียดและการประสานงานส่งต่อการช่วยเหลือในผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) มีความรู้ ความเข้าใจ เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพจิตการจัดการความเครียดและการประสานงานส่งต่อการช่วยเหลือในผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับเทคนิคการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน
3. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) สามารถเข้าใจและวางแผนและการช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีระบบ Long Term Care

เนื้อหาวิชา

- การส่งเสริมสุขภาพจิตใจผู้สูงอายุในผู้สูงอายุและผู้ดูแล
- เทคนิคการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล
- แนวทางการประสานส่งต่อช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

รูปแบบ/วิธีการสอน

- การบรรยาย
- ถาม - ตอบ คำถามกลุ่มใหญ่
- ฝึกปฏิบัติ
- แสดงบทบาทสมมติ

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียนด้วยคำถาม
 - ความรู้การส่งเสริมสุขภาพจิตการจัดการความเครียด
 - การประสานงานส่งต่อ
 - การช่วยเหลือในผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
2. วิทยากรบรรยายเนื้อหาเกี่ยวกับแนวทาง



- การส่งเสริมสุขภาพจิตใจผู้สูงอายุและผู้ดูแล
- เทคนิคการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแล
- ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) สามารถเข้าใจ/วางแผนและการช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มี

ภาวะพึ่งพิงในระบบ Long Term Care

3. ศึกษากรณีตัวอย่างจากบทบาทสมมติ
4. วิเคราะห์สรุปพร้อมให้ข้อเสนอแนะ

สื่อประกอบการเรียนการสอน / อุปกรณ์

1. คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Caregiver
2. สื่อการอบรม
 - ไฟล์นำเสนอ
 - เอกสาร / ระเบียบต่าง ๆ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายผู้ป่วย

แบบประคับประคองและระยะท้าย



เข้าถึงโลกของผู้สูงอายุด้วยหัวใจ
สร้างสุขภาพจิตอย่างไร



ทำไมคนแก่จึงอ่อนบ่อย

น้อยใจเก่ง ?

ครอบครัวที่มีผู้สูงวัยอยู่ด้วย ต่างต้องเคยสัมผัสปัญหาคนแก่ซึ่งน้อยใจ หรือการแสดงอารมณ์ไม่พอใจกับบางสิ่ง โดยไม่เคยล่วงรู้เลยว่านั่นอาจเป็นส่วนหนึ่งของปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่เกิดจากความเครียด ความวิตกกังวล ความเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน และความเสื่อมโทรมถดถอยลงไปในทุกด้าน ในฐานะลูกหลานรวมไปถึงคนใกล้ชิด จำเป็นต้องเข้าถึงโลกของผู้สูงอายุอย่างเข้าใจ เอาใจใส่มากเป็นพิเศษ เพื่อให้พวกเขาท่านมีคุณภาพชีวิตที่ดีสมวัย และอยู่เป็นร่มโพธิ์ร่มไทรให้ลูกหลานได้อย่างมีความสุขที่สุด

สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงวัย

ภาวะความปรวนแปรภายในจิตใจของผู้สูงอายุเกิดได้จากหลายปัจจัยหลอมรวมกัน จนกลายเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดเป็นปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุได้ทั้งในระยะสั้นและระยะยาวจากสาเหตุดังต่อไปนี้

- ศักยภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลง ความหย่อนสมรรถภาพในทุกด้านเป็นความเสื่อมถอยตามวัย ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดข้อจำกัดมากมายในการดำเนินชีวิตเพิ่มขึ้น อย่งการพึ่งพาตัวเองไม่ได้ เจ็บป่วยด้วยโรคตามวัยและจดจำเรื่องราวต่างๆ ได้ไม่ตัวอย่างที่เคย แม้จะทำความเข้าใจและเรียนรู้ว่าทุกอย่างต้องเป็นไปตามกฎธรรมชาติแต่ก็อดที่จะเก็บมาคินน้อยใจไม่ได้
- ปัญหาสุขภาพ ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นความเจ็บป่วยทางกายเรื้อรังไม่หายขาด ใช้เวลารักษาเป็นเวลานาน แต่ทำได้เพียงทุเลาอาการ และยั้งต้องอาศัยการติดตามผลของโรคอยู่เสมอ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง มะเร็ง กระดูกและข้อ เป็นต้น ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มักเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาด้านจิตใจตามมา เนื่องจากความเบื่อหน่ายกับการรักษาที่ดูยืดยาว มีค่าใช้จ่ายสูง และเหน็ดเหนื่อยจากการเดินทาง เมื่อขาดความร่วมมือในการรักษาจากผู้ป่วยกระทั่งอาการทรุดหนักลง จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและจิตใจอย่างชัดเจน



- ฮอร์โมนที่ลดน้อยลง ความเสื่อมถอยของร่างกายส่งผลให้การทำงานของฮอร์โมนในร่างกายไม่สามารถปรับให้สมดุลได้ดังเดิม ผู้สูงอายุจะทบทวนเรื่องราวในอดีตซ้ำๆ กลับไปกลับมาทั้งที่ไม่สามารถแก้ไขได้ ในที่สุดจะก่อตัวเป็นความเครียด และแสดงออกให้เห็นด้วยอาการซึมเศร้า หงุดหงิด ชี้อารมณ์วิตกกังวล โกรธง่าย เอาแต่ใจ
- การสูญเสีย เมื่อมีการพลัดพรากจากบุคคลอันเป็นที่รักอย่างคู่ชีวิต ญาติหรือเพื่อนฝูงที่สนิทสนมส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดที่พึ่งทางใจ เมื่อความเศร้าและความว่าเหว่กักร่อนจิตใจเป็นระยะเวลาหนึ่งผู้สูงอายุจะเกิดความเหงาและเศร้าซึมลงในที่สุด และอาจกังวลไปถึงภาพความตายของตนเองในอนาคตอันใกล้
- ความเปลี่ยนแปลงของสังคม การปรับสถานะจากผู้นำครอบครัวหรือกำลังหลักในการดูแลสมาชิกหลายคนในบ้านมาเป็น ผู้ได้รับการดูแลส่งผลให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่มั่นคงในชีวิต และอาจสูญเสียความภาคภูมิใจตนเองไปในที่สุด รวมถึงสถานะทางการเงินที่เปลี่ยนไปและต้องลดทอนบทบาทความสำคัญของตัวเองลงเมื่อเกษียณอายุ ซึ่งนับเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่ผู้สูงอายุต่างต้องปรับตัวปรับใจ

ภาวะสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ



ปัญหาสุขภาพจิตที่พบเจอบ่อยในผู้สูงอายุ ดังนี้

1. อารมณ์แปรปรวน

การเปลี่ยนแปลงอารมณ์ทั้งดีและร้ายไปได้อย่างรวดเร็วภายในวันเดียว เดียวอารมณ์ดี เดียวๆ ก็น้อยใจ เป็นสิ่งที่พบได้มากเป็นอันดับต้นๆ ตั้งแต่ช่วงแรกของการก้าวสู่วัยสูงอายุ อาจเกิดขึ้นได้เองโดยธรรมชาติ จากความเครียด การเปลี่ยนแปลงบางสิ่งซึ่งมีผลสำคัญต่อชีวิต หรือมีความสัมพันธ์กับอาการเจ็บป่วย การทำงานของฮอร์โมนในร่างกายที่ผิดปกติ สังเกตอาการได้จากพฤติกรรมนอนไม่หลับ หายใจลำบาก ปวดหลัง ท้องอืด และอาจเป็นอาการของโรคจิตเวชบางชนิดร่วมด้วย

2. เครียด อารมณ์เสื่อง่าย

ผู้สูงอายุจะรู้สึกเครียดง่าย เนื่องจากปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ได้ยาก ความสามารถและประสิทธิภาพลดลง มักแสดงออกเป็นความกลัวขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง ย้ำคิดย้ำทำ นอนไม่หลับ เหงา ว่าเหว่ ท้อแท้ ความวิตกกังวลอาจแสดงออกทางร่างกาย เช่น ปวดศีรษะ ท้องเสีย ท้องผูก เบื่ออาหาร อาหารไม่ย่อย ปวดตึงกล้ามเนื้อมือเท้าเย็น ใจสั่น เหงื่อออกตามมือ เป็นต้น แสดงออกด้านพฤติกรรม เช่น จู้จี้ ขี้บ่น มีเรื่องขัดแย้งกับผู้อื่นบ่อยครั้งแยกตัวจากสังคม เก็บตัว กัดเล็บ กัดฟัน สูบบุหรี่ หรือ ดื่มเหล้าหนักการใช้ความพยายามในการรับมือความเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจที่ถ้าโถมใส่ช่วงบั้นปลายชีวิต และปรับตัวให้เข้ากับสังคมที่มีความต่างวัย ล้วนส่งผลให้เกิดความเครียดสะสมในผู้สูงอายุได้ทั้งสิ้น ยิ่งมีอายุมากขึ้นก็อาจมีแนวโน้มเกิดความเครียดเพิ่มขึ้นด้วย ส่วนใหญ่มักแสดงออกทางภาษากายให้เห็นเป็นความกลัว ย้ำคิดย้ำทำ ความวิตกกังวล นอนไม่ค่อยหลับ และมีอาการเจ็บป่วยไม่สบายได้





แนวทางการดูแลสุขภาพจิตใจผู้สูงอายุของผู้ดูแลและคนในครอบครัว


เมื่อเจอสาเหตุและลักษณะอาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นของผู้สูงวัยซึ่งเป็นหนึ่งในสมาชิกคนสำคัญของครอบครัว ดังนั้นขอให้ทุกคนหันมาดูแลสุขภาพจิตใจในผู้สูงอายุอย่างเข้าใจด้วยการแนวทางดูแลผู้สูงวัย

1. ให้ความรักความอบอุ่นอย่างเต็มเปี่ยม มองข้ามความตื้อและเอาแต่ใจด้วยการส่งเสริมให้ผู้สูงวัยรู้ทันและเข้าใจอารมณ์ความรู้สึกต่างๆ ของตนเอง
2. ใช้เวลาทำกิจกรรมประจำวันง่ายๆ ร่วมกันในครอบครัวมากกว่าการดูแลทางกายคือ เป็นผู้รับฟังที่ดี พุดคุยด้วยการให้เกียรติและมอบความเคารพให้ท่านอยู่เสมอ
3. เสริมความเชื่อมั่นและสร้างคุณค่า ให้ผู้สูงอายุได้โดยการให้ช่วยเหลือตนเองและผู้อื่นในเรื่องที่ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ อย่างการทำงานบ้านเล็กน้อย เพียงเท่านี้ก็สามารถช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกอุ่นใจและได้รับความเอาใจใส่จากคนใกล้ชิดจนไม่เหลือพื้นที่ไว้น้อยอกน้อยใจอีกต่อไป
4. การให้เกียรติ ยอมรับในการตัดสินใจ ยอมรับบทบาท และให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ เช่น คอยซักถามเรื่องสุขภาพและความเป็นอยู่ ชวนคุย เล่าเรื่องสนุกๆ ให้ท่านฟัง
5. หากิจกรรมให้ผู้สูงอายุทำเป็นสิ่งที่ทำแล้วเพลิดเพลิน สิ่งที่ท่านชอบและสนใจที่จะทำ หมั่นทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว กระตุ้นให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ปรึกษาของบุคคลในครอบครัวได้
6. อย่าทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเขาเป็นผู้ที่ทำให้คุณต้องแบกรับภาระเหนื่อยยากในการดูแล
7. หมั่นสังเกตความผิดปกติ และควรสอบถามสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล พุดคุย และรับฟัง แลกเปลี่ยนวิธีแก้ไขปัญหาร่วมกัน ไม่ควรให้ผู้สูงอายุเก็บปัญหา หรือความไม่สบายใจไว้เพียงลำพัง
8. ให้ผู้สูงอายุพบปะกับบุคคลที่ชอบหรือคุ้นเคย เช่น ลูกหลาน เพื่อน หรือเพื่อนบ้าน
9. ชวนสวดมนต์ ปฏิบัติธรรม ฝึกสมาธิ ปรับเปลี่ยนบรรยากาศให้ผู้สูงอายุรู้สึกสดชื่น หลีกเลียงเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความกระทบกระเทือนใจ

ความสุขของผู้สูงวัยเกิดขึ้นได้ด้วยความรัก ความเข้าใจของผู้ดูแลและคนใกล้ชิด ลูกหลานจึงควรมองการ แสดงออกของผู้สูงอายุหรือปัญหาที่เกิดขึ้นด้วยทัศนคติเชิงบวก จะช่วยให้เรารู้สาเหตุและค้นพบทางแก้ปัญหาที่เหมาะสม สำหรับตัวผู้สูงอายุเอง ควรทำความเข้าใจกับธรรมชาติยอมรับการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และความรู้สึกของตัวเองอย่างเท่าทัน และปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงนั้นเพื่อให้ชีวิตมีความสุข

อย่างไรก็ตาม หากพยายามแก้ไขกับปัญหาแล้ว แต่กลับไม่ดีขึ้น ควรไปปรึกษาแพทย์เพื่อหาสาเหตุและรับการรักษาที่เหมาะสมต่อไป





ใบงาน กิจกรรม

กิจกรรม

1. แบ่งกลุ่ม ผู้เข้ารับการอบรม กลุ่มละ 5-10 คน
2. สมาชิกในกลุ่มสลับกันเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
3. สรุปภาพรวมของกลุ่มที่พบประเด็นปัญหาจากสมาชิกทุกคนที่มีประสบการณ์ในการทำงานและดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
4. นำเสนอการสรุปกิจกรรมกลุ่ม
5. วิทยากรสรุปการทำกิจกรรม



ใบงาน กิจกรรม

กิจกรรม

1. แบ่งกลุ่ม ผู้เข้ารับการอบรม กลุ่มละ 5-10 คน
2. สมาชิกในกลุ่มสลับกันเล่าประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
3. สรุปภาพรวมของกลุ่มที่พบประเด็นปัญหาจากสมาชิกทุกคนที่มีประสบการณ์ในการทำงานและดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
4. นำเสนอการสรุปกิจกรรมกลุ่ม
5. วิทยากรสรุปการทำกิจกรรม



ใบความรู้ 10.2

เรื่อง เทคนิคการสื่อสารและการสร้างสัมพันธภาพที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้สูงอายุ และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

การสื่อสาร ตรงกับภาษาอังกฤษว่า Communication แปลความเป็นภาษาไทยและใช้กันหลายคำ เช่น การติดต่อสื่อสาร การสื่อความหมาย การสื่อสาร ถ้าแปลตามรูปศัพท์เดิม

การสื่อสาร หมายถึง กิจกรรมที่มุ่งสร้างความร่วมมือหรือคล้ายคลึงกันให้เกิดขึ้นระหว่างบุคคลที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ยังมีผู้ให้ความหมายไว้ต่าง ๆ กัน ดังนี้

ประยะ สตะเวทิน (2537 : 7) กล่าวว่า **การสื่อสาร** คือ กระบวนการของการถ่ายทอดสาร (Message) จากบุคคลฝ่ายหนึ่ง ซึ่งเรียกว่า ผู้ส่งสาร (Source) ไปยังบุคคลอีกฝ่ายหนึ่งซึ่งเรียกว่าผู้รับสาร (Receiver) โดยผ่านสื่อ (Channel)

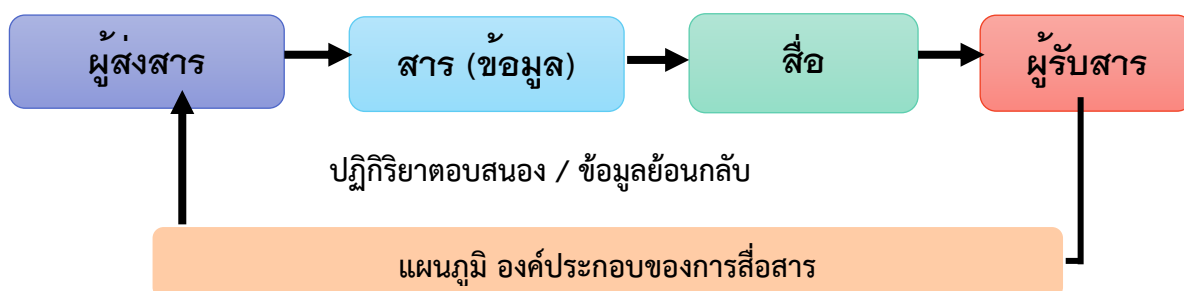
ราตรี พัฒนรังสรรค์ (2542 : 165) กล่าวว่า **การติดต่อสื่อสาร** คือ กระบวนการถ่ายทอดหรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ข้อมูล ข้อเท็จจริง หรือความรู้สึกซึ่งอาจเป็นรูปของค า ตัวอักษร สัญลักษณ์ เรียกว่า ข่าวสาร บุคคลฝ่ายหนึ่ง เรียกว่า ผู้ส่งสาร ส่งไปยังบุคคลอีกฝ่ายหนึ่ง เรียกผู้รับสาร โดยผ่านสื่อต่าง ๆ เพื่อให้บุคคลหรือกลุ่มบุคคลอื่นได้เข้าใจความหมายตามเจตนาที่ต้องการและช่วยป้องกันความเข้าใจผิดระหว่างกันและกันอีกด้วย

วิรัช ลภีรัตนกุล (2546 : 159) กล่าวว่า **การสื่อสาร** คือ กระบวนการในการส่งผ่านหรือสื่อความหมาย ระหว่างบุคคล สังคมมนุษย์เป็นสังคมที่สมาชิกสามารถใช้ความสามารถของตนสื่อความหมายให้ผู้อื่นเข้าใจได้ โดยแสดงออกในรูปของความต้องการ ความปรารถนา ความรู้สึกนึกคิดความรู้ และประสบการณ์ต่าง ๆ จากบุคคลหนึ่ง ไปสู่อีกบุคคลหนึ่ง

จากที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า การสื่อสาร หมายถึง กระบวนการในการส่งสาร หรือแลกเปลี่ยนข่าวสาร ความคิด ความรู้สึกระหว่างบุคคล เน้นความสัมพันธ์ของมนุษย์ ซึ่งกระบวนการที่เกิดขึ้นนั้นเพื่อสร้างความเข้าใจอันดีต่อกัน

องค์ประกอบของการสื่อสาร

องค์ประกอบของการสื่อสาร ประกอบด้วย ผู้ส่งสาร(Sender) สารหรือข้อมูล (Message) และผู้รับสาร (Receiver) โดยผู้ส่งสารจะส่งสารผ่านสื่อต่าง ๆ เช่น คำพูด กริยาท่าทาง การเขียนรูปภาพ หรือสัญลักษณ์ ฯลฯ ซึ่งสามารถแสดงได้ดังภาพ



1. ทักษะการสื่อสาร (COMMUNICATION SKILLS)

การสื่อสารที่ดีเป็นการสื่อสาร 2 ทาง (TWO WAYS COMMUNICATION) ซึ่งต้องอาศัยทั้งภาษาพูดและภาษาท่าทางที่สอดคล้องกัน การฟังอย่างตั้งใจ การใส่ใจในกิริยาท่าทาง น้ำเสียง และการคาดเดาความรู้สึกความต้องการของคู่สนทนา

หลักทั่วไปของการสื่อสาร

1. ให้ข้อมูลชัดเจน บอกความรู้สึก ความคิดเห็นความต้องการของตนเองอย่างตรงไปตรงมา เช่น พูดว่า “ฉันหิวมากเลย เราออกไปกินข้าวกันดีไหม” จะชัดเจนและให้ความรู้สึกที่ดีกว่า “เมื่อไรเธอจะออกไปกินข้าวสักที”
2. มีอารมณ์สงบ ไม่ใช้อารมณ์ในการสนทนา
3. สื่อสารทางบวก สร้างความรู้สึกที่ดีต่อคู่สนทนา เช่น การถามความเห็น การแสดงความชื่นชมคู่สนทนาให้กำลังใจ ฯลฯ
4. มองสถานการณ์ตามความเป็นจริง ใช้เหตุผล ไม่ใช้อารมณ์
5. ถูกกาลเทศะ ใช้เวลาในการสนทนาที่เหมาะสม ไม่เยิ่นเย้อ หรือรวบรัดตัดความจนเกินไป

ขั้นตอนการสื่อสาร

1. บอกความรู้สึกของตนเอง เช่น “ผมไม่เข้าใจที่คุณพูด...”
2. บอกความต้องการของตนเอง เช่น “...กรุณาพูดซ้ำอีกครั้ง...”
3. ถามความเห็นคู่สนทนา เช่น “...ได้ไหมครับ”
4. ขอขอบคุณเมื่อเขาทำตาม เช่น “เข้าใจชัดเจนแล้วครับ ขอขอบคุณครับ”

2. ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ (LISTENING AND ATTENTIVE SKILLS)

การฟังอย่างตั้งใจ นอกจากจะช่วยให้เราเข้าใจบทสนทนาได้ดียิ่งขึ้นแล้ว การฟังอย่างตั้งใจยังทำให้คู่สนทนาเกิดความรู้สึกที่ดีต่อผู้ฟังอีกด้วย หลักการฟังอย่างตั้งใจ มีดังนี้

1. ฟังอย่างตั้งใจ พร้อมกับสังเกตสีหน้า น้ำเสียง กิริยาท่าทางของผู้พูด
2. ตอบสนองด้วยภาษาพูด และภาษาท่าทางที่เหมาะสม
 - ภาษาพูด เช่น การทวนคำพูดเพื่อแสดงให้เห็นว่ากำลังตั้งใจฟัง และป้องกันความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน เช่น “คุณบอกผมว่า ให้ผมกลับไปทำโจทย์ข้อนี้มาใหม่ใช่ไหมครับ” หรือการใช้คำพูดสั้นๆ เพื่อแสดงการตอบสนองว่าเรากำลังฟังอยู่ เช่น “อ้อ...ครับ...ครับ...น่าสนใจครับ...”
 - ภาษาท่าทาง เช่น สีหน้า การสบตา การวางตัว การจับมือ น้ำเสียง ฯลฯ
3. ทำความเข้าใจและคาดเดาความรู้สึกความต้องการของผู้พูดจากภาษาพูดและภาษาท่าทางสรุปความต้องการของผู้พูดไว้ในใจ



4. ตอบสนองความต้องการของคู่สนทนาด้วยภาษาพูดและภาษาท่าทางที่เหมาะสม

3. ทักษะการแสดงออกอย่างเหมาะสม (ASSERTIVE SKILLS)

การแสดงออกต่อสถานการณ์หรือบุคคลต่าง ๆ ที่เหมาะสมเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะช่วยให้เราสามารถสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่นได้ การแสดงออกที่เหมาะสมมีแนวทาง 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. กำหนดเนื้อหาและความต้องการที่จะแสดงออก
2. วิเคราะห์ข้อดีและข้อเสียของการแสดงออกนั้น ๆ
3. ตัดสินใจที่จะแสดงออก และหาทางแก้ไขข้อเสียที่อาจเกิดขึ้น

4. แสดงออกด้วยภาษาพูดและภาษาท่าทางที่เหมาะสม แสดงออกอย่างเหมาะสม (ASSERTIVENESS) เปรียบเหมือน “ช่าง สร้างบ้าน” (การสร้างบ้านต้องใช้ความคิดไตร่ตรอง มีการกำหนดโครงสร้าง) บุคคลเหล่านี้จะเคารพสิทธิของผู้อื่น รู้จักขอบเขตสิทธิของตนเอง รู้จักการประนีประนอม ต่อรองมุงผลลัพธ์ให้ทั้งสองฝ่ายรู้สึกชนะทั้งคู่ (WIN – WIN) และรู้ว่าจะทำอย่างไรให้ได้ผลตามที่ต้องการโดยไม่ใช้อารมณ์ การแสดงออกอย่างเหมาะสมเป็นการปฏิบัติต่อผู้อื่นที่ทำให้ทุกคนสบายใจ ไม่เกิดความขัดแย้ง

4. ทักษะการแสดงความคิดเห็นและการรับฟังความคิดเห็นที่ขัดแย้งอย่างสร้างสรรค์ มีหลักการ ดังนี้

1. ฟังอย่างใส่ใจด้วยใจเปิดกว้าง ไม่ด่วนโต้แย้ง ปกป้องตนเอง
2. แสดงความชื่นชมในแนวคิดที่ดีของอีกฝ่ายหนึ่ง
3. บอกสิ่งที่ไม่เห็นด้วย พร้อมข้อเสนอแนะ ด้วยคำพูดที่สุภาพ เช่น “ผมคิดว่าข้อความตรงนี้ ถ้าปรับสักนิดเป็น... ก็จะได้มากขึ้นครับ” ไม่ควรใช้คำประณาม เช่น “ไม่ได้เรื่อง ไม่เข้าท่าใช้ไม่ได้ เป็นต้น”
4. พยายามทำใจเป็นกลาง รับฟังเหตุผลของอีกฝ่าย
5. ถามความคิดเห็น เพื่อหาทางออกร่วมกัน เช่น “คุณคิดอย่างไรครับ กับข้อเสนอของผม”
6. รู้ว่าเมื่อใดควรหยุด หรือยุติการโต้แย้ง



การสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพ

หมายถึง

การแสดงพฤติกรรมสื่อสารต่อกันอย่างเหมาะสมและบรรลุวัตถุประสงค์การสื่อสาร โดยการแสดงพฤติกรรมสื่อสารเหล่านั้นทำให้เกิดบรรยากาศและความสัมพันธ์ที่ดีในการปฏิบัติงาน ทำให้คู่สื่อสารเกิดความรู้สึกพอใจชอบพอ ประทับใจ ผูกพัน และเสริมสร้างสมาชิกที่ดีขององค์การ

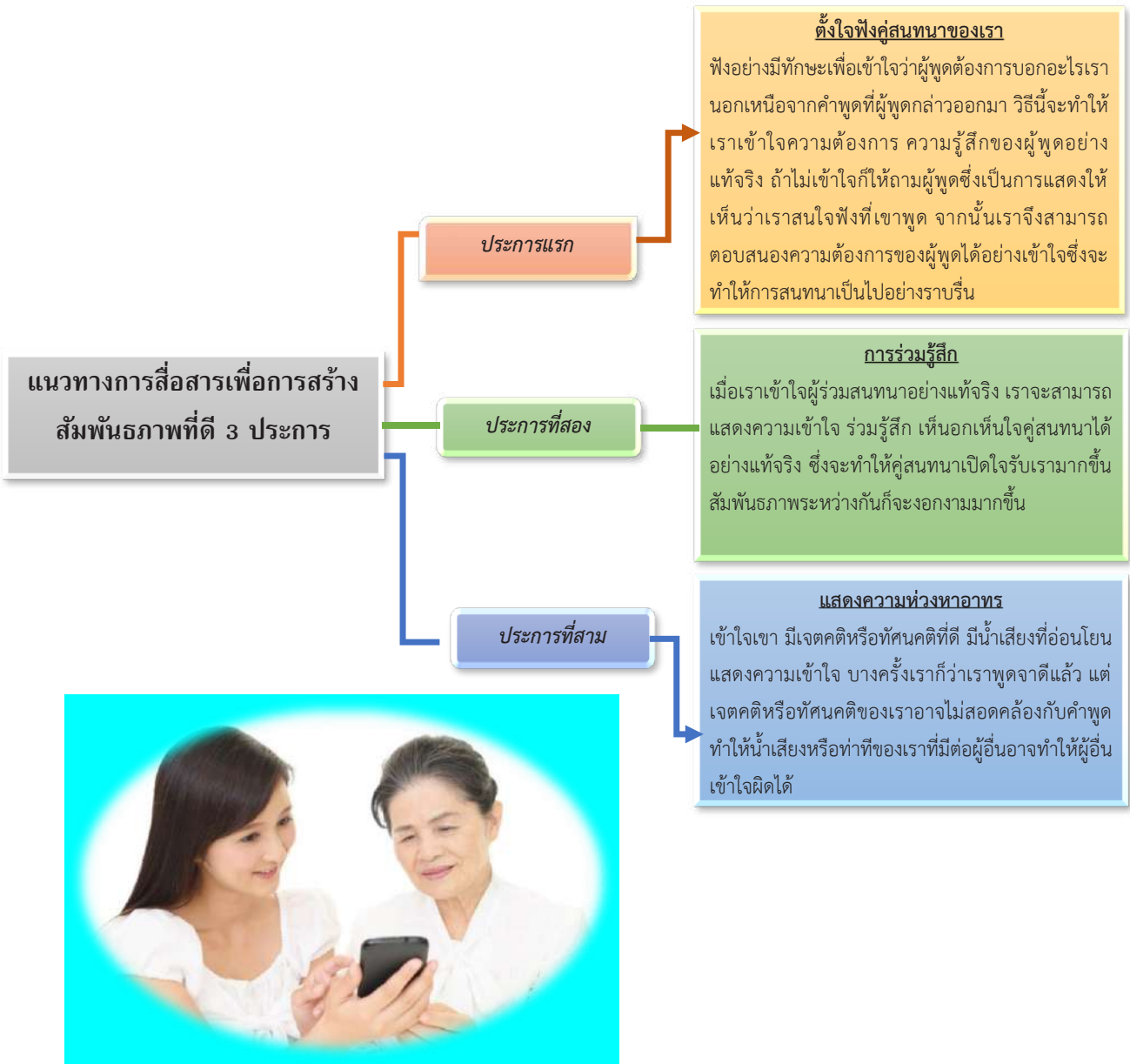
การสื่อสารเพื่อสัมพันธ์ภาพ

ลักษณะการสื่อสาร

บรรยากาศการสื่อสาร

แนวทางการสื่อสาร





การสร้างเสริมสัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคล จึงเป็นเรื่องจำเป็นสำหรับคนทุกคนไม่ว่าจะเป็นเด็กหรือผู้ใหญ่ก็ตาม โดยเฉพาะนักเรียน จะมุ่งแต่เรียนเก่งอย่างเดียวไม่เพียงพอ ต้องรู้จักการผูกมิตรกับเพื่อน การปฏิบัติต่อครูอาจารย์ด้วยความเคารพ การอยู่ร่วมกันในครอบครัวกับพ่อแม่ ญาติพี่น้องและการอยู่ในสังคมร่วมกับคนอื่น ๆ ด้วยความเอื้ออาทรและเอื้อเฟื้อต่อกัน จะช่วยให้มีชีวิตที่สมบูรณ์ อบอุ่นและราบรื่น สามารถอยู่ได้อย่างมีความสุขทั้งที่บ้าน ที่โรงเรียน และในสังคมด้วยหากเราสามารถเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลได้ ก็จะสามารถนำความรู้ความสามารถและความถนัดของแต่ละคนมาใช้ให้เกิดประโยชน์ได้ ก่อให้เกิดความร่วมมือกัน การแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันช่วยให้เกิดความสำเร็จในสิ่งที่ทำ และเกิดความสงบสุขในการอยู่ร่วมกันด้วย



- การสื่อสารในการดูแลผู้สูงอายุมักมีความท้าทาย เนื่องจากความลำบากในเชิงกายภาพหลาย ๆ ด้าน เช่น ความบกพร่องทางการได้ยิน โรคบางประเภทในสมอง ทำให้ความจำและการมองเห็นลดลง หรืออาจเกิดจากสภาวะบางอย่างที่เกี่ยวกับการเสื่อมทางระบบประสาท เช่น ภาวะสมองเสื่อม โรคพาร์กินสัน หรือแม้แต่การบาดเจ็บในลำคอหรือปาก ก็อาจส่งผลกระทบต่อความสามารถในการสื่อสารด้วยเช่นกัน

- ปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับอายุล้วนเป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารระหว่างผู้สูงวัยในครอบครัว หรือผู้สูงวัยกับหน่วยงานช่วยเหลือภาครัฐอื่น ๆ ซึ่งมีความจำเป็นต้องติดต่อกับผู้สูงวัยเป็นครั้งคราว ภาวะเรื้อรังต่าง ๆ ของผู้สูงวัย (ภาวะสมองเสื่อม การสูญเสียการได้ยิน หรือผลกระทบบของยา เป็นต้น) อาจทำให้การสนทนาไม่ลื่นไหล หรือเกิดความเข้าใจข้อมูลที่ได้รับฟังลำบากมากยิ่งขึ้น ในช่วงวัยที่สมรรถนะด้านร่างกายเสื่อมถอยลงเช่นนี้ คนวัยอื่น ๆ ที่ปฏิสัมพันธ์กับผู้สูงวัยอาจเกิดความรู้สึกรำคาญใจหรือเห็นว่าการสื่อสารกับผู้สูงวัยไร้ประโยชน์ได้

- การสื่อสารที่สำเร็จได้ผลดี ย่อมอาศัยประสาทสัมผัสที่ชัดเจน ดังนั้น ความบกพร่องทางการมองเห็นหรือการได้ยินอันเนื่องมาจากอายุ อาจทำให้วิธีพูด การทำความเข้าใจ การอ่าน หรือการเขียน เป็นไปได้ยากหรือกระทั่งสื่อสารผิดพลาดได้ ยกตัวอย่าง ปัญหาการได้ยินอาจทำให้ผู้สูงวัยไม่รู้ว่ามีคนกำลังพูดอยู่ด้วย หรือพูดแล้วเข้าใจได้ยากขึ้นจนทำให้ติดตามบทสนทนาได้ไม่ถึงถ้วน ปัญหาด้านสายตาอาจทำให้อ่านข้อความในสื่อประเภทต่าง ๆ ไม่ว่าจะสื่อสิ่งพิมพ์หรือสื่อออนไลน์ในโทรศัพท์มือถือได้ลำบาก หรือแม้กระทั่งการอ่านข้อความที่จำเป็นต่อการดำรงชีพอย่าง เช่น ฉลากยา เป็นต้น

การสื่อสารกับผู้สูงวัยให้ได้ประสิทธิภาพที่น่าสนใจ และเหมาะสมกับการนำมาปรับใช้ในประเทศ

- การสื่อสารเป็นถนนสองสาย กล่าวคือ ผู้พูดและผู้ฟังมีหน้าที่ยกระดับวิธีการสื่อสารระหว่างกัน การสนทนาถือเป็นความพยายามร่วมกันสองฝ่าย หากใช้ความรับผิดชอบของคนเพียงคนเดียว มิฉะนั้นจะกลายเป็นการพูดเพียงลำพัง ไม่ใช่การสื่อสารโต้ตอบกัน ดังนั้น การรับฟังซึ่งกันและกันจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง

- ความจำเป็นในการปรับตัวตามข้อจำกัด กล่าวคือ เมื่อมีการสนทนาเกิดขึ้นกับผู้ที่มีปัญหาทางการได้ยิน การสนทนาในห้องที่เงียบมักจะได้ผลดีกว่า และหากมีอุปกรณ์ช่วยเหลือทางการได้ยิน ก็จะอำนวยความสะดวกในการสื่อสารได้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะในการสื่อสารกับผู้สูงวัยในประเด็นย่อยที่น่าสนใจ

- ข้อความในการสื่อสารไม่ควรซับซ้อน กฎเกณฑ์สำคัญของการสื่อสารกับผู้สูงวัยคือต้องเข้าใจง่าย จึงไม่ควรใช้คำศัพท์ที่ซับซ้อน แต่ควรใช้คำง่าย ๆ และพยายามไม่ใช้ศัพท์เฉพาะกลุ่ม
- ให้ความสำคัญกับผู้สูงวัย โดยเน้นย้ำว่าผู้สูงวัยมีความสำคัญในการสื่อสารแต่ละครั้ง โดยใช้ความเห็นอกเห็นใจเป็นที่ตั้งในการสร้างบทสนทนาาร่วมกัน



- **ให้ข้อมูลในแบบที่ผู้สูงวัยชื่นชอบ** การให้ข้อมูลในลักษณะนี้จะช่วยให้ผู้สูงวัยตัดสินใจได้อย่างรอบคอบ จึงควรให้ข้อมูลในแบบที่ผู้สูงวัยจำเป็นและต้องการ หากมีข้อจำกัดด้านการได้ยิน ผู้สื่อสารอาจใช้วิธีการวาดภาพ หรือการสาธิต ก็จะเป็นประโยชน์มากยิ่งขึ้น
- **พยายามลดระดับความเร็วในการพูด** เลี่ยงที่จะไม่ให้ข้อมูลมากเกินไปหรือเร็วเกินไป เพื่อปล่อยให้ผู้สูงวัยประมวลผลหรือทำความเข้าใจกับรายละเอียด โดยเฉพาะข้อมูลที่ไม່คุ้นเคย

โลกตะวันตกหน่วยงานดูแลผู้สูงวัยในสหรัฐอเมริกาได้เสนอแนวทางในการสื่อสารกับผู้สูงวัย

การสื่อสารกับผู้สูงวัยในการให้ความช่วยเหลือด้านสาธารณสุข โดยคำนึงถึงสภาพด้านกายภาพและจิตใจของผู้สูงวัยด้านการสื่อสารกับผู้สูงวัยที่น่าสนใจ

- **การระวังเรื่องสุขภาพ** ผู้สูงอายุมักมีปัญหาสุขภาพประจำตัว ซึ่งอาจมีผลให้พูดและเข้าใจการสื่อสารจากผู้อื่นได้ยากขึ้น ดังนั้น ผู้สื่อสารต้องแน่ใจว่าตนเองได้คำนึงถึงสุขภาพของบุคคลนั้นเป็นหลักก่อนที่จะทำการสื่อสารใด ๆ ออกไป เช่น ผู้สูงอายุบางคนอาจได้ยินไม่ถนัด พูดไม่ชัด หรือความจำเสื่อม สิ่งเหล่านี้ อาจทำให้การสื่อสารขัดข้องไม่ราบรื่น
- **ความใส่ใจกับสภาพแวดล้อม** ควรประเมินสภาพแวดล้อมโดยรอบในการสื่อสาร มีเสียงรบกวนรอบข้างหรือไม่ มีบุคคลร่วมในการสนทนามากกว่าหนึ่งคนหรือไม่ มีเสียงอื่น ๆ รบกวนหรือไม่ ซึ่งอาจก่อกวนสมาธิของผู้สูงวัย สิ่งสำคัญคือความสบายกายของผู้สูงวัย หากมีข้อกังวลเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมในการสื่อสารอาจส่งผลทำให้จิตใจวอกแวกได้
- **การพูดอย่างชัดถ้อยชัดคำ** สำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการได้ยิน จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพูดให้ช้าและชัด โดยพยายามสนทนาโดยการมองหน้าตรง ไม่ควรพูดในลำคอ ควรออกเสียงแต่ละคำด้วยความระมัดระวัง
- **ระดับเสียงที่เหมาะสม** การออกเสียงดังและการพูดเสียงดังมีความต่างกัน ผู้สื่อสารจึงควรเรียนรู้ที่จะปรับเสียงของตนเองให้เหมาะสมกับผู้สูงวัยแต่ละคน ควรประเมินสภาพแวดล้อมรอบกาย ตลอดจนประเมินความสัมพันธ์วัดความสามารถในการได้ยินของผู้สูงวัยคนนั้น ๆ ไม่ควรตะโกนหากผู้สูงวัยได้ยินไม่ถนัด แต่ควรพูดช้า ให้ช้าและชัด ปฏิบัติต่อผู้สูงวัยด้วยความเคารพ พูดด้วยน้ำเสียงที่สบาย ๆ เหมาะสมกับการสนทนาทั่วไป
- **การเลือกใช้คำถามที่ถูกต้องแม่นยำ** ควรถามคำถามกลับในกรณีที่ผู้สูงวัยพูดไม่ชัด เพื่อทำความเข้าใจให้ชัดขึ้น โดยคำถามที่ใช้ไม่ควรซับซ้อน เพราะผู้สูงวัยที่มีความจำสั้นหรือสูญเสียการได้ยินอาจรู้สึกสับสน ประโยคคำถามหรือบอกเล่าที่ช้าและชัดเจนจะง่ายต่อการทำความเข้าใจ
- **การสื่อสารแบบค่อยเป็นค่อยไป** **อดทน และพยายามยิ้มให้มาก** การมอบรอยยิ้มจริงใจให้แก่ผู้สูงวัยแสดงถึงความเข้าใจ และยังสร้างสภาพแวดล้อมอันเป็นมิตรในการสื่อสารแต่ละครั้ง ควรเว้นระยะการพูดระหว่างประโยคบอกเล่าหรือคำถาม เพื่อเปิดโอกาสให้แต่ละฝ่ายทำความเข้าใจ ย่อยข้อมูล ย่อยคำถามได้ดียิ่งขึ้น



อันเป็นแนวทางที่ใช้ได้ผลในกลุ่มผู้สูงอายุที่สูญเสียความทรงจำระยะสั้น การหยุดพูด เว้นระยะระหว่างประโยชน แสดงว่าคนพูดแสดงความเคารพ มีความอดทน

จะเห็นได้ว่า แนวทางการสื่อสารกับผู้สูงวัยทั้งสองฝั่งทวีป เน้นไปที่การสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อผู้สูงวัยด้วยความเข้าใจ และไม่ตัดสินว่าผู้สูงวัยเป็นภาระ โดยระลึกถึงสภาวะทางกายภาพของผู้สูงวัยเป็นหลักการปฏิบัติตนระหว่างการศึกษาที่ดี จึงไม่ควรมองว่าเป็นภาระหนักที่ต้องรับผิดชอบ เมื่อใจที่ให้ผู้สูงวัยสะท้อนความปรารถนาได้อย่างแท้จริง ผู้สูงวัยก็จะรู้สึกดีและยอมรับการสื่อสารจากคนต่างวัยได้ด้วยความยินดีในความเคารพที่ให้มา

ประเทศไทยได้ก้าวสู่การเป็นสังคมสูงอายุหรือสังคมที่มีผู้สูงอายุ โดยมีประมาณการว่ามีสัดส่วนผู้สูงอายุในช่วง 60 ปีขึ้นไป ถึงร้อยละ 20 ของจำนวนประชากรทั้งหมดหรือไม่ต่ำกว่า 13 ล้านคนหรือ 1 ใน 3 ของคนไทยจะเป็นผู้สูงอายุ และผู้สูงอายุ 80 ปีขึ้นไปจะมีมากถึง 3.5 ล้านคน

นอกจากการเข้าสู่สังคมสูงอายุเต็มรูปแบบแล้ว หนึ่งในปัญหาระหว่างวัย ก็คือการสื่อสาร จะสื่อสารอย่างไร ด้วยวัยที่แตกต่างกัน โดยเอเดออร์มีเคล็ดที่สนใจที่ให้กับผู้สูงอายุ ได้นำไปใช้ในการสื่อสารกับวัยอื่นๆ โดยเฉพาะวัยรุ่นที่มักเกิดความเข้าใจซึ่งกันและกัน หรือ เคล็ดลับที่แชร์ไปให้คนต่างวัยเข้าใจการสื่อสารกับผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น

สิ่งแรกที่ต้องทำความเข้าใจคือความแตกต่างของวัย หรือคนแต่ละยุคเพื่อเป็นแนวทางที่ดีในการศึกษา และสื่อสารกัน โดยการแบ่งการศึกษาคนแต่ละช่วงวัย ที่ปัจจุบัน แบ่งโดยรวมออกเป็น 4 Generation ดังนี้

Baby Boomer Generation	Generation X	Generation Y (Millennials)	Generation Z
- เกิดช่วง 2489 - 2507 ยุคสิ้นสงครามโลก คนที่มีชีวิตรอดต้องเร่งฟื้นฟูให้ประเทศกลับมาแข็งแกร่งอีกครั้ง คนในยุคนี้จึงมีค่านิยมว่าต้องมีทายาทหรือลูกหลานเยอะๆ เพื่อเพิ่มจำนวนแรงงานมาช่วยพัฒนาประเทศ ปัจจุบันคนรุ่นนี้คือคนที่มีอายุ 60ปีขึ้นไป - ลักษณะนิสัย เป็นคนจริงจัง เคร่งครัดเรื่องขนบธรรมเนียมประเพณี	- เกิดในช่วง พ.ศ. 2508 -2522 คนที่เกิดมาในยุคมั่งคั่ง ใช้ชีวิตอย่างสุขสบาย เติบโตมากับการพัฒนาของวิดีโอเกม คอมพิวเตอร์ สไตล์เพลงแบบฮิปฮอป และเป็นยุคที่มีการให้ควบคุมอัตราการเกิดของประชากร เนื่องจากค่านิยมยุคเบบี้บูมเมอร์ส่งผลให้มีเด็กเกิดมากเกินไป ปัญหาตามมาคือเรื่องของทรัพยากรที่มีอยู่ไม่	- คือคนที่เกิดในช่วง พ.ศ. 2523-2540 คนจะเติบโตมาพร้อมกับเทคโนโลยีดิจิทัล มีความเป็นสากล เปิดรับวัฒนธรรมแบบ Teen Pop มองว่าการชื่นชอบศิลปินต่างชาติเป็นเรื่องปกติ ธรรมดาเทคโนโลยีพกพา - รักความสะอาดสบาย - เกิดมาในยุคที่เศรษฐกิจกำลังเติบโตและเฟื่องฟู ทำให้พ่อแม่ที่เป็นคนใน	- คือคนที่เกิดหลัง พ.ศ. 2540 เกิดจากพ่อแม่รุ่นใหม่อย่าง Gen-X และ Gen-Y เป็นเด็กรุ่นใหม่ที่เกิดมาพร้อมกับสิ่งอำนวยความสะดวกรอบด้าน เรียนรู้รูปแบบการดำเนินชีวิตในสังคมแบบดิจิทัล - ดำเนินชีวิตแบบมีการติดต่อสื่อสารไร้สาย และสืบค้นทางต่างๆ - เด็กรุ่นนี้จะเป็นรุ่นแรกที่ทั้งพ่อและแม่จะออกไปทำงานนอกบ้านทั้งคู่ จึงทำให้เด็กยุค Gen Z ได้รับการเลี้ยงดูจากคน



Baby Boomer Generation	Generation X	Generation Y (Millennials)	Generation Z
<p>ทุ่มเทให้กับการทำงาน มีความอดทนสูง ปรารถนาจะก้าวหน้า</p>	<p>เพียงพอต่อจำนวนประชากร</p> <ul style="list-style-type: none"> - ปัจจุบันคนยุค Gen-X เป็นคนวัยทำงาน มีอายุตั้งแต่ 40 ปีขึ้นไป <p>พฤติกรรมและลักษณะนิสัยของคนกลุ่มนี้ที่เด่นชัดคือ ชอบอะไรง่ายๆ ไม่ต้องเป็นทางการ มีแนวคิดสร้างความสมดุลในเรื่องงานและครอบครัว คือทำงานตามหน้าที่ ไม่บ้างาน ไม่ทุ่มเท ทำทุกอย่างได้เพียงลำพัง ไม่พึ่งพาใคร เป็นตัวของตัวเองสูง มีความคิดเปิดกว้าง สร้างสรรค์ ไม่ได้เชื่อเรื่องศาสนา และไม่ยึดขนบธรรมเนียมประเพณี ทั้งยังเป็นคนที่มีความยืดหยุ่นในการปรับตัวกับวัฒนธรรมที่เปลี่ยนไป เช่น มองว่าการอยู่ก่อนแต่ง การหย่าร้างก็เป็นเรื่องปกติ เช่นเดียวกับเรื่องเพศที่ 3 ซึ่งต่างจากกลุ่มเบบี้บูมเมอร์ที่มองเรื่องพวกนี้</p>	<p>ยุค Gen B ซึ่งถูกปลูกฝังให้ทำงานหนักค่อนข้างจะประสบความสำเร็จในชีวิต จึงทำให้ดูแลเอาใจใส่ลูกๆ ที่เกิดมาในยุคนี้ได้เป็นอย่างดี</p> <ul style="list-style-type: none"> - เด็กยุค Gen-Y จึงมักจะถูกตามใจ อยากรู้อะไรต้องได้ - มีโอกาสทางการศึกษาที่ดี มีแนวคิดเป็นตัวของตัวเอง- ทำในสิ่งที่ตัวเองชอบและปฏิเสธสิ่งที่ตัวเองไม่ชอบ - ลักษณะพฤติกรรมของคน Gen-Y มักต้องการความชัดเจนในการทำงาน เช่น ต้องชัดเจนว่าสิ่งที่ทำมีผลต่อตนเองและต่อหน่วยงานอย่างไร? คาดหวังที่จะมีเงินเดือนสูงๆ คาดหวังค่าชม แต่ไม่อดทนต่อการทำงานที่ซ้ำๆ ชอบเปลี่ยนงานอยู่บ่อยๆ เช่น หลังเลิกงานมักจะไปทำกิจกรรมให้ความสุขกับตัวเอง ว่างไปเล่นฟิต 	<p>อื่นมากกว่าพ่อแม่ของตัวเอง</p> <ul style="list-style-type: none"> - เนื่องจากเกิดมาในยุคเทคโนโลยีที่ทันสมัย เด็กในยุคนี้อาจจะจินตนาการไม่ออกเลยว่าโลกที่ไม่มีอินเทอร์เน็ตนั้นจะอยู่ได้อย่างไร แคมป์ยังยกให้สมาร์ทโฟนเป็นอวัยวะของชาว Gen-Z จนถูกเรียกว่า Digital in their DNA - คนเจนนี้ติดโลกออนไลน์และรับข้อมูลข่าวสารมากมายอย่างรวดเร็ว ทันโลกและวิเคราะห์สถิติเรื่องต่างๆ เพื่อคาดการณ์อนาคตได้เร็ว ตัดสินใจทำอะไรอย่างรวดเร็ว ไม่ชอบบรอกอย แต่ก็เป็นคนที่กลัวอนาคต จึงมักหาข้อมูลมาเปรียบเทียบและป้องกัน เช่น เรียนอะไรไม่ตกงาน อาชีพอะไรมั่นคง นอกจากนี้ ยังมีแนวโน้มว่าจะเลือกงานที่เงินเดือนมากกว่าที่ชอบจริงๆ - เปิดกว้างทางความคิดและวัฒนธรรมที่แตกต่างมากขึ้นจากการมองเห็นในโลกดิจิทัล จึงเปิดกว้างในการยอมรับความแตกต่าง



Baby Boomer Generation	Generation X	Generation Y (Millennials)	Generation Z
	<p>เป็นเรื่องผิดจารีตประเพณี</p>	<p>เนส แองเอาร์ทพบปะเพื่อนฝูง</p> <p>- ปัจจุบันคนกลุ่มนี้อยู่ในทั้งช่วงวัยเรียน มหาวิทยาลัยและวัยทำงาน จึงไม่น่าแปลกใจที่คนกลุ่มนี้จะมีความสามารถในการทำงานที่เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสาร ชอบงานด้านไอที</p>	<p>- มีแนวโน้มที่จะปรับทัศนคติได้ดี ไม่แบ่งแยกชนชั้น สีผิว ศาสนา หรือประเพณีที่แตกต่าง แต่มีแนวโน้มที่จะเป็นมนุษย์หลายงาน เพราะความอดทนต่ำ ต้องการคำอธิบายมากขึ้น ต้องมีเหตุผล ต้องรู้สึกว่าได้เข้าใจกับทุกเรื่องในชีวิต ส่วนการเรียนรู้ของคน Gen Z จะหาความรู้ได้ทุกที่ เกือบการเรียนแบบบรรยาย ก็ชอบข้อมูล แนวนกราฟ ภาพ สติติชัดเจน เน้นข้อมูลสั้นๆ ที่เข้าใจง่ายๆ เพราะจดจำข้อมูลได้ดีจากข้อมูลสั้นๆ ตามแบบฉบับโลกออนไลน์</p>



วิธีการหลายช่องว่างเพื่อสร้างความเข้าใจในคนแต่ละ Gen

เมื่อเข้าใจแล้วว่าคนในแต่ละยุคมีค่านิยมในชีวิตอย่างไร ก็สามารถก้าวข้ามความต่างเพื่อเข้าหากันได้ง่ายๆ ด้วย 3 ขั้นตอน คือ



1 เข้าใจถึงความแตกต่าง

ยอมรับว่าคนเราถูกหล่อหลอมมาไม่เหมือนกัน คนที่มีความเชื่อหรือทัศนคติต่อชีวิตไม่เหมือนเรา เราไม่ใช่คนไม่ดีเสมอไป

2 ซีนชมจุดดี

แทนที่จะต่อต้าน ให้เราลองมองหาจุดเด่นของคนในแต่ละกลุ่มให้พบ

3 บริหารความแตกต่าง

เปลี่ยนวิธีการสื่อสารให้เข้าถึงคนแต่ละกลุ่มที่เราต้องทำงานด้วย

ยุทธวิธีในการทำงานกับคนต่าง Gen ให้มีความสุข

- ทำงานกับกลุ่ม Baby Boom

แสดงความนับถือ ระวัง และเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Baby Boom แล้วพยายามปรับใช้ให้เป็นประโยชน์ ไม่ว่าจะเก่งกาจแค่ไหนหรือจะประสบความสำเร็จเพียงใดก็ยังคงต้องเรียนรู้อยู่เสมอ อย่าแสดงออกว่าการทำงานหนักคือการถูกเอาเปรียบ เพราะ Baby Boom ให้ความสำคัญต่อหลักการทำงาน ยึดถือวัฒนธรรมองค์กร และเห็นคุณค่าต่อการทำงานอย่างทุ่มเท หากต้องทำงานในองค์กรใหญ่ๆ ที่มีประวัติศาสตร์ยาวนาน ซึ่งบริหารงานโดย Baby Boom ควรพยายามเรียนรู้วัฒนธรรมองค์กรเสียก่อน ว่ามีการเจริญเติบโตมาอย่างไร ก่อนที่จะเสนอความคิดริเริ่มเพื่อการเปลี่ยนแปลงใดๆ แก่ Baby Boom

- ทำงานกับกลุ่ม Gen-X

ต้องพูดให้กระชับ ชัดเจน และไม่อ้อมค้อม เพราะ Gen-X ชอบความตรงไปตรงมา เราสามารถใช้ Email กลับคนกลุ่มนี้ได้ หากสามารถสื่อสารได้ใจความและตรงเป้าหมาย หากเป็นเรื่องใหญ่จริงๆ ควรพูดต่อหน้า



เพราะ Gen-X ไม่ชอบถูกบงการ ผู้ใหญ่แค่ให้นโยบายกว้างๆ เปิดโอกาสให้เขาได้แก้ปัญหาเองจะดีที่สุด ส่วน Baby Boom ควรลดความคาดหวังต่อ Gen-X ในการทำงานหนักอย่างหนักโดยไม่มีวันหยุด หรือก้าวไปอย่างช้าๆ อย่างรุ่มรอน เพราะ Gen-X ต้องการชีวิตที่สมดุล ไม่ชอบการอยู่ติดที่

- **ทำงานกับกลุ่ม Gen-Y หรือ Millennium**

ลองท้าทายพวกเขาด้วยภารกิจใหม่ๆ Millennium จะชอบความเป็นคนสำคัญ การเพิ่มความรับผิดชอบ เหมือนการให้คำชม จงเปิดโอกาสให้ Millennium ได้แสดงความคิดเห็นของเขา เห็นพวกเขาเป็นส่วนหนึ่งในทีม ผู้ใหญ่ที่ยอมรับความคิดเห็นเขาก็จะได้รับการยอมรับจากพวกเขาเช่นกัน Millennium ชอบให้เราแสดงออก ต่อสิ่งที่พวกเขาทำทุกขณะจิต เพราะความรู้สึกและความคิดเห็นของเพื่อนร่วมงาน มีผลต่อพวกเขามาก

- **ทำงานกับกลุ่ม Gen-Z**

จงให้เกียรติพวกเขาก่อนเสมอในฐานะที่พวกเขาน่าจะฉลาดกว่าเรา เพราะพวกเขาเติบโตมากับยุค อินเทอร์เน็ตความเร็วสูงตั้งแต่เด็ก ส่วนปรัชญาที่เหมาะสมกับการทำงานของพวกเขาคือ Work-Life Balance ไม่ชอบสไตล์การทำงานแบบคนรุ่นเก่าที่นำเปื้อน และเพื่อป้องกันการสูญเสียความคิดและไอเดียของคน Gen Z ดาวรุ่งดวงใหม่ เราควรใช้ระบบการฝึกอบรมพนักงานที่ได้มาตรฐาน ใช้เทคโนโลยีปรับปรุงให้องค์กรมีความทันสมัย เพื่อดึงดูดพวกเขาให้มาทำงาน สุดท้ายคือการให้โอกาสพวกเขาในการแสดงความสามารถอย่างเต็มที่และส่งเสริมให้พวกเขาได้แสดงบทบาทที่สำคัญมากยิ่งขึ้นเสมอ

เข้าใจความต่างคน 4 เจเนอเรชัน

<p>Gen B 2489-2507</p> <p>เกิดช่วงบ้านเมืองสงบหลังจากสงคราม ทุกคนที่มีชีวิตรอดต้องอกสั่นขาหั่น/ ให้ประเทศกลับมาเมืองอีกครั้ง</p> <ul style="list-style-type: none"> • ลักษณะนิสัยจะเป็นคนจริงจัง <p>ครั้งครัดเรื่องขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นเจ้าคนนายคน ชีวิตทุ่มเทกับการทำงาน มีความอดทนสูง ปรารถนาดีต่อผู้อื่นซึ่งมักถูกจัดเป็นพวก "อนุรักษ์นิยม"</p>	<p>Gen X 2508-2522</p> <p>เกิดมาในยุคบังคับ ใช้ชีวิตอย่างสุขสบาย โลกกับการพัฒนาของฮาร์ดแวร์คอมพิวเตอร์ เป็นยุคที่มีการควบคุมการเกิด</p> <ul style="list-style-type: none"> • ลักษณะนิสัยที่เด่นชัดคือ ชอบอะไรง่ายๆ ไม่ต้องเป็นทางการ มีแนวคิดสร้างสรรค์ในเรื่องงานและครอบครัว คือทำงานตามหน้าที่ ไม่ขี้บ่น ไม่ท้อแท้ ทำทุกอย่างได้เพียงลำพัง ใฝ่พึ่งพาใคร เป็นตัวเองสูง
<p>Gen Y Millennials 2523-2540</p> <p>โตมาพร้อมกับเทคโนโลยีดิจิทัล มีความเป็นสากล การรับรอนศิลป์ต่างชาติ มีเทคโนโลยีพกพา รักความสะดวกสบาย</p> <ul style="list-style-type: none"> • ต้องการความเร็วในการทำงาน คาดหวังที่จะมีเงินเดือนสูงๆ คาดหวังค่าแรง แต่ไม่อดทนต่องานที่ค่าแรงไม่สัมพันธ์กันอยู่บ่อยๆ 	<p>Gen Z หลังพ.ศ. 2540</p> <p>เกิดมาพร้อมกับสิ่งอำนวยความสะดวกด้าน เรียนรู้การดำเนินชีวิตในสังคมแบบดิจิทัล การติดต่อสื่อสารไร้สาย</p> <ul style="list-style-type: none"> • เปิดกว้างทางความคิด วัฒนธรรมที่แตกต่าง ยอมรับความแตกต่าง ไม่แบ่งแยก แต่มีแนวโน้มเป็นมนุษย์หลายงาน เพราะอดทนต่อความต้องการน้อยมากขึ้น ต้องมีเหตุผล ต้องรู้ว่าทำอะไรกับทุกเรื่องในชีวิต

Posttoday | posttoday_online | W3C ภูเก็ต



การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน (Home Visit and Home Care in Elderly)

การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้านถือเป็นกิจกรรมที่เป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ต้องดูแลผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยที่บ้านแล้วยังต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวขณะเยี่ยมบ้าน เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขต้องเพิ่มความตระหนักว่า “การเยี่ยมบ้านถือเป็นงานบริการที่ช่วยแบ่งเบาภาระของครอบครัวและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับโรงพยาบาล” จะเห็นว่าการเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นกิจกรรมเชิงรุกและเชิงลึกที่ทำให้เรามองภาพการดูแลผู้ป่วยทั้งร่างกายจิตใจและสังคมรอบตัวผู้ป่วยสูงอายุ

กระบวนการดังกล่าวต้องอาศัยทักษะหลายๆด้านเพื่อให้ภารกิจบรรลุเป้าหมาย โดยเฉพาะทักษะทางด้านจิตวิทยาในการสื่อสารเพื่อให้เกิดความมั่นใจ ลดความวิตกกังวล นอกเหนือจากความรู้พื้นฐานด้านการแพทย์ต่อการดูแลความเจ็บป่วยหรือการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าสำหรับกรณีเจ็บป่วยแล้วการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้านต้องไม่ลืมหลักการสำคัญว่าการจะเยี่ยมบ้านหรือให้การดูแลที่บ้านในครั้งแรกนั้น ควรเริ่มต้นที่ความต้องการของผู้ป่วยและญาตินำ มาก่อนเสมอซึ่งจะเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ผู้ป่วยและญาติที่ดีและเป็นกุญแจสำคัญที่ทำให้เราเข้าถึงครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุได้โดยเฉพาะในธรรมเนียมแบบไทยๆ การไปเยี่ยมเยือนคนอื่นถึงบ้าน ถือว่าเป็นเรื่องสำคัญและต้องให้เกียรติเจ้าของบ้าน (วิโรจน์วรรณภีระ, 2555)

แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

การเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลความเจ็บป่วยสำหรับผู้สูงอายุแล้ว มักเป็นการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในระยะเฉียบพลันและการดูแลผู้ป่วยสูงอายุด้วยโรคเรื้อรัง กรณีการดูแลผู้สูงอายุในระยะเฉียบพลันการเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่จะเน้นการช่วยเหลือเบื้องต้น เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุปลอดภัยจากความเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน การจัดการสิ่งแวดล้อม การสืบสวนโรคและการติดตามเฝ้าระวังโรคซึ่งจะเน้นทางด้านร่างกายมากกว่าจิตใจ และเป็นการให้การช่วยเหลือที่ต้องอาศัยความรู้พื้นฐานทางกายภาพการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสูงอายุด้วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้การดูแลทางด้านสังคมจิตใจ จะเน้นการดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ ที่ส่งผลต่อปรับตัวและพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุ รวมทั้งประเมินประสิทธิภาพของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ประเมินความปลอดภัยที่พัก สิ่งแวดล้อม และความต้องการความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ-สังคมรวมทั้งให้การส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วย และญาติด้วยการนำ เทคนิคการสื่อสารการสนับสนุนทางสังคมและการสร้างสัมพันธ์ภาพมาเป็นกลไกสำคัญในการดำเนินการ



กระบวนการเยี่ยมบ้านอื่นๆดังนี้

1. ระยะเวลาเยี่ยมบ้าน : บุคลากรสาธารณสุขที่จะให้การดูแลทางด้านสังคมจิตใจร่วมกับสหวิชาชีพอื่นๆ มีวิธีการดำเนินการดังนี้

- ต้องกำหนดเป้าหมายในการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้การดูแลทางด้านสังคมจิตใจให้ชัดเจนทั้งผู้ป่วย จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่จะเข้าเยี่ยม
- วางแผนในการเยี่ยมบ้าน ด้วยการเข้าใจข้อมูลพื้นฐานสถานการณ์การเจ็บป่วยในอดีต ปัจจุบัน ประวัติส่วนตัวของผู้ป่วยสูงอายุและแนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกัน ปัญหาสุขภาพจิต
- วิธีการประเมินทางสังคมจิตใจ เพื่อช่วยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในการลด ความวิตกกังวล ความเครียด เป็นต้น เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์และปัญหาทางด้านสังคมจิตใจของ ผู้ป่วยซึ่งจะต้องวิเคราะห์ตามประเด็นต่อไปนี้คือ

1.2.1 ปัญหาที่เผชิญอยู่ในขณะนี้คืออะไรบ้าง ผู้ประเมินจะต้องใช้ทักษะการถามเปิดเพื่อให้ได้ข้อมูล เกี่ยวกับปัญหาและวิเคราะห์ดูว่าเขามองปัญหาอย่างไรสิ่งสำคัญคือควรฟังสิ่งที่ปัญหาในปัจจุบันมากกว่าอดีต ทำความเข้าใจว่าปัญหามีอะไรบ้าง ปัญหาอยู่ที่ใคร และเกี่ยวข้องกับใคร

1.2.2 ปัญหาเร่งด่วน ที่ควรได้รับการแก้ไขเป็นอันดับแรกซึ่งต้องประเมินจากความต้องการของผู้ป่วยด้วย

1.2.3 ภาวะการเจ็บป่วยทางกายมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับชนิดของโรค ที่เป็นและการสนับสนุนของผู้ใกล้ชิด

1.2.4 สิ่งเกิดสิ่งที่จะบ่งบอกความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกภายในครอบครัว เพื่อให้ได้ข้อมูล ละเอียดและครอบคลุมในการให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจต่อไป

1.2.5 ประวัติการปรับตัวของสมาชิกครอบครัวแต่ละคนค่านิยม เป้าหมายในชีวิต บทบาท ปัญหา สุขภาพจิต เป็นต้น ต้องสังเกตว่าครอบครัวโดยรวมมีความเห็น ความคาดหวัง และมองสมาชิกแต่ละคนอย่างไร ในแง่มุมที่ต่างกัน สิ่งเหล่านี้สำคัญและส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยเมื่อเจ็บป่วยเป็นอย่างมาก

1.2.6 การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งได้แก่ครอบครัว ญาติพี่น้องเพื่อน ผู้ใกล้ชิด ให้การดูแลช่วยเหลือ ประคับประคองจิตใจมากน้อยเพียงใดประเมินอิทธิพลของระบบอื่นๆ เช่นระบบเศรษฐกิจ และศาสนา ที่มีต่อครอบครัวและการเจ็บป่วย เช่น ความจำ เป็นทางเศรษฐกิจที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นภาระในครอบครัว ประกอบอาชีพไม่ได้ไม่มีใครพยาบาลผู้ป่วย เป็นต้น แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต



1.2.7 ผู้ป่วยสูงอายุ และญาติมีแรงจูงใจ เป้าหมาย หรือความคาดหวังอะไรจากการบำบัด หรือการให้การดูแลทางสังคมจิตใจ เช่น ความต้องการการช่วยเหลือระยะยาว แรงจูงใจในการบำบัดเป็นสิ่งสำคัญซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัวเพราะจะเป็นกำลังใจในการร่วมกันแก้ปัญหา

1.2.8 ผู้ป่วยสูงอายุมีความรู้ความสามารถหรือประสบการณ์อะไรบ้างที่เคยประสบความสำเร็จหรือรู้สึกภาคภูมิใจ (ใช้เป็นเครื่องมือซักถามเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความภาคภูมิใจก่อนยุติการเยี่ยมบ้าน) ทั้งนี้ข้อมูลความรู้ ประสบการณ์ความสำเร็จในอดีตให้ถามจากลูกหลานก่อน ถ้าไม่มีลูกหลานจึงจะถามจากคนรู้จัก




2. ระยะเยี่ยมบ้าน

เป็นระยะการปฏิบัติในการประเมินทางด้านสังคมจิตใจ เพื่อให้เกิดการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยและญาติและให้การช่วยเหลือโดยดำเนินการตามแผนที่วางไว้หรือปรับได้ตามสภาพการณ์ ทักษะที่สำคัญในระยะนี้

- **ทักษะในการสื่อสาร** ➔ เพื่อสร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจให้เกิดขึ้น
- **ทักษะในการกระตุ้น** ➔ เพื่อให้ผู้สูงอายุและญาติพูดคุยและนำสู่การค้นหาคำตอบ
- **ทักษะการสะท้อนอารมณ์** ➔ เพื่อรับรู้ความรู้สึกและอารมณ์ต่างๆที่ผู้รับบริการได้แสดงออกมา และเป็นการสะท้อนความรู้สึก
- **ทักษะการทวนซ้ำ** ➔ เพื่อให้ผู้รับบริการได้เข้าใจชัดเจนขึ้นในเรื่องต้องการขอความช่วยเหลือ และเป็น การเน้นย้ำให้ผู้รับบริการเข้าใจความต้องการของตนเอง ตลอดจนผู้ให้บริการจะได้เข้าใจเนื้อหาที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นแนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

ขั้นตอนการให้บริการเมื่อพบผู้ป่วยและญาติ

1. สร้างสัมพันธภาพด้วยการทักทาย

-  การแนะนำตัวเองการพูดคุยสนทนาเรื่องที่มาเยี่ยมเยียน สนทนาเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคย ลดความตื่นเต้น กังวลใจโดยปกติผู้สูงอายุที่อยู่บ้าน เมื่อมีผู้ไปเยี่ยมเยียนถึงบ้านมักจะรู้สึกดีใจ และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็น
-  สอบถามเรื่องสุขภาพกายก่อนถ้าผู้ป่วยสูงอายุยังสามารถโต้ตอบได้แต่ถ้าผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการทางจิตใจมากนั้นก็สามารถพูดคุยเรื่องดีๆในอดีตได้เลย และในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงถ้าพอจะนั่งเอนหลังได้จะทำ ให้การพูดคุยสื่อสารได้ดีขึ้น
-  สิ่งที่ไม่ควรกระทำคือการพูดจาทักทายที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นเด็กเล็กไม่ใช่ผู้ใหญ่ ที่น่าเคารพ หรือคำ ทักทายที่ทำให้รู้สึกว่าผู้สูงอายุกำลังทำตัวให้เป็นภาระของครอบครัวหรือครอบครัว เพราะสิ่งเหล่านี้ล้วนบั่นทอนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและยังสร้างความรู้สึกคับข้องใจให้กับผู้สูงอายุด้วยว่าตนเองทำให้ครอบครัว/ลูกหลานลำบาก



ตัวอย่าง 1

ข้อเท็จจริงจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ซึ่งสามารถพูดคุยได้ดีแต่มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหวเนื่องจากปัญหาหลอดเลือดในสมอง ที่ได้สะท้อนถึงคำพูดที่บุคลากรสาธารณสุขซึ่งมาเยี่ยมบ้าน เพื่อทำแผลกดทับและการใส่สายสวนปัสสาวะและทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าเป็นเด็กเล็กไม่น่าเคารพ และรู้สึกน้อยใจ “ป้ามาลีวันนี้เจ้าหน้าที่มาเยี่ยม ไหนลองยิ้มหน่อยซิจ๊ะ อืม...แก่งจ้ง ย้งนอนน้ำลายยัด อยู่รีเปลาเนี่ย” และคำพูดที่ทำให้รู้สึกว่าตนเองกำลังเป็นเด็กนักเรียนที่ทำตัวให้เป็นภาระกับคนรอบข้างเช่น “ป้ามาลีเห็นมาที่โรงก็เอาแต่นอนทุกทีเลย บอกให้พยายามลุกนั่งบ้างก็ไม่ทำ ถ้าพูดแล้วไม่เชื่อกันอย่างนี้จะให้ทำโทษอย่างไรไม่รู้ไม่ว่านอนมากจะทำ ให้แผลที่ก้นกบมันแฉ่ลง ต้องพยายามลุกนั่งบ้าง บอกอะไรก็ไม่เคยเชื่อเลย” หรือ “ลุงจอม ป้ามาลีเป็นอย่างไรบ้าง ลูกนั่งบ้างหรือยังหรือเอาแต่นอน ดื้อหรือจ๊ะ เดี่ยวแผลก็ไม่หายกันพอดี ถ้าอยากแผลหายเร็ว ก็ต้องพยายามช่วยกัน ห้ามดื้อ อย่าแผลงฤทธิ์ซิ” แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

2. ถามเพื่อค้นหาปัญหา สืบหาปัญหาและวิเคราะห์ ;

หลังจากคุ้นเคยแล้วปัญหาที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย ตามแผนที่วางไว้ทักษะที่จำ เป็นคือ การการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุ/ญาติเล่าเรื่องได้ระบายนปัญหาและความต้องการด้านการช่วยเหลือในการตั้งคำถามเพื่อสืบหาปัญหาไม่ควรตั้งคำถามในเชิงประชด ประชัน ถูกถูกเช่น

- “เอ๊ะทำ ไม่น้ำตาลยังสูงแอบไปทำอะไรมาน้ำตาลขึ้นอีกแล้ว”
- หรือ “โอโฮ น้ำตาลสูงขนาดเชื่อมกล้วยได้เลยนะเนี่ยไหนไปทำอะไรมาน้ำตาลถึงพุ่งสูงเกิน

เพดานขนาดนี้ลองเล่าให้ฟังหน่อยซิ”

- “แหม ...ญาติดูแลยังไงทำไมน้ำตาลคุณลุงถึงคุมไม่ได้ไหนทำอาหารยังไง เล่ามาเลย” หรือ “เมื่อก็ไปดูในครัว แหมเห็นแต่ขนมหวานในโต๊ะทานข้าว มีน้ำเล่าน้ำตาลถึงไม่ลง”

3. การสรุปปัญหาจากข้อมูลต่างๆรวมทั้งการสังเกตปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ

- เพื่อผู้เยี่ยมจะได้ประเมินจะได้คำตอบว่าปัญหาที่แท้จริงคืออะไรเป็นความขัดแย้งในตัวบุคคลหรือเป็นปัญหาความสัมพันธ์หรือปัญหาอยู่ที่ระบบใด
- ผู้ป่วยมีภาวะจิตสังคมที่ต้องได้รับการช่วยเหลือในเรื่องใด อาจมีภาวะซึมเศร้า การพยายามฆ่าตัวตาย ภาวะการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากลักษณะของโรคที่รุนแรงรักษาไม่หาย หรือความพิการ การเจ็บป่วยทางจิตเวช เป็นต้น

- สิ่งทีพึงระลึกถึงเสมอในการประเมิน คือ ความแตกต่างระหว่างเชื้อชาติและวัฒนธรรม
- ผู้ประเมินจะต้องไม่ใช่มาตรฐานของตนเองมาตัดสิน ควรเป็นเพื่อนคู่คิดช่วยเหลือผู้สูงอายุ/ญาติให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตัวเอง
- กระตุ้นให้หาหนทางแก้ปัญหาเองช่วยให้ข้อมูลที่ยังขาดหายไป และเชื่อมโยงให้เกิดช่องทางในการนำไปสู่การแก้ปัญหาหรือหาทางเลือกในการรักษา



การช่วยเหลือเพื่อให้การดูแลทางสังคมจิตใจ

การวางแผนการดูแลทางสังคมจิตใจจะได้ผลดีก็ต่อเมื่อมีความกระจ่างในปัญหาที่เกิดขึ้น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่ผู้ประเมินจะต้องอธิบาย แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการดูแลทางสังคมจิตใจ ผลการประเมินเพื่อสรุปว่าปัญหาอยู่ที่ใด เพื่อวางแผนร่วมกันในการบำบัดต่อไป

วิธีการให้การช่วยเหลือดูแลทางด้านสังคมจิตใจที่สำคัญ

- การให้คำแนะนำ ในเรื่องของผู้สูงอายุ/ญาติไม่มีความกระจ่าง
- ใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาเบื้องต้น ได้แก่
- การประเมินสภาพอารมณ์ผู้สูงอายุ
- ค้นหาปัญหาที่รบกวนผู้สูงอายุ/ญาติ

วิธีการที่ผู้สูงอายุ/ญาติจัดการกับปัญหา

- แสดงความเห็นอกเห็นใจ
- การประเมินสภาพอารมณ์ภาวะซึมเศร้าด้วย 2Q/9Q/8Q ถ้าพบว่ามีปัญหาให้ส่งต่อการรักษา

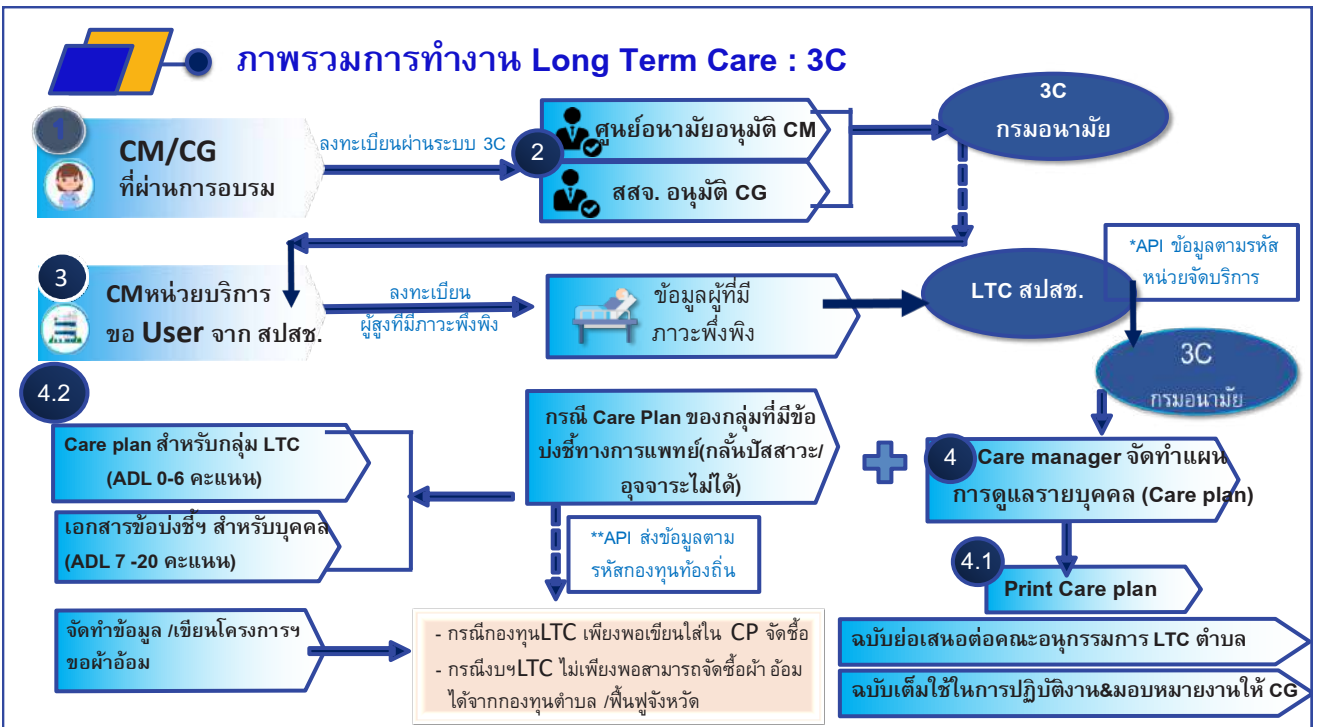
เอกสารอ้างอิง

1. แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1) สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิชา ไชยวุฒิกรณ์วานิช คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (25๖๓). *คู่มือการจัดกิจกรรมฝึกคิด แก้ปัญหา พัฒนา EQ*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *ความรู้เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง*. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
5. Patkar, M. (2014). The mistakes make communicating with elders (and how to fixthem). <https://lifehacker.com/the-mistakes-we-make-communicating-with-elders-and-how-1575782036>
6. Lui,C.(n.d.).Tips to communicate effectively with the elderly. HealthXchange.sg. www.healthxchange.sg/seniors/caregiver-tips/communicate-effectively-with-elderly
7. How to communicate With older adults. (2022). WikiHow. <https://www.wikihow.com/Communicate-With-Older-Adults>
8. Hagan, E. (2014, November 16). How to communicate effectively with older adults: A senior's coreneeds are to feel relevant and respected. Psychology Today. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/communication-success/201411/how-communicate-effectively-older-adults>



ใบความรู้ 10.4

เรื่อง ระบบการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบ Long Term Care





การจัดทำ Care Plan (3)

จัดทำ Care Plan
กรอกข้อมูลตามแบบฟอร์มเสนอ
ต่อคณะกรรมการ LTC

กดปุ่ม "ถัดไป"



การจัดทำ Care Plan (4)

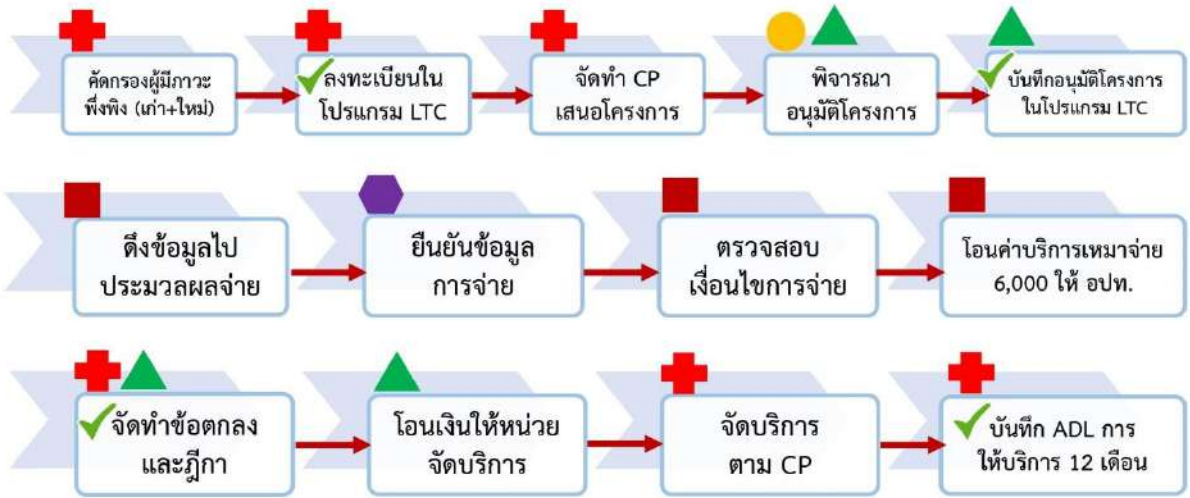
ทำ Care Planฉบับ มอบหมายงาน ให้กับ CG ต่อ

ถ้ากดปุ่มนี้ จะทำ Care Plan ฉบับเสนอคณะกรรมการ LTC เสร็จสิ้น
****จะกลับไปประวัติการทำ Care Plan ของบุคคลนั้น****

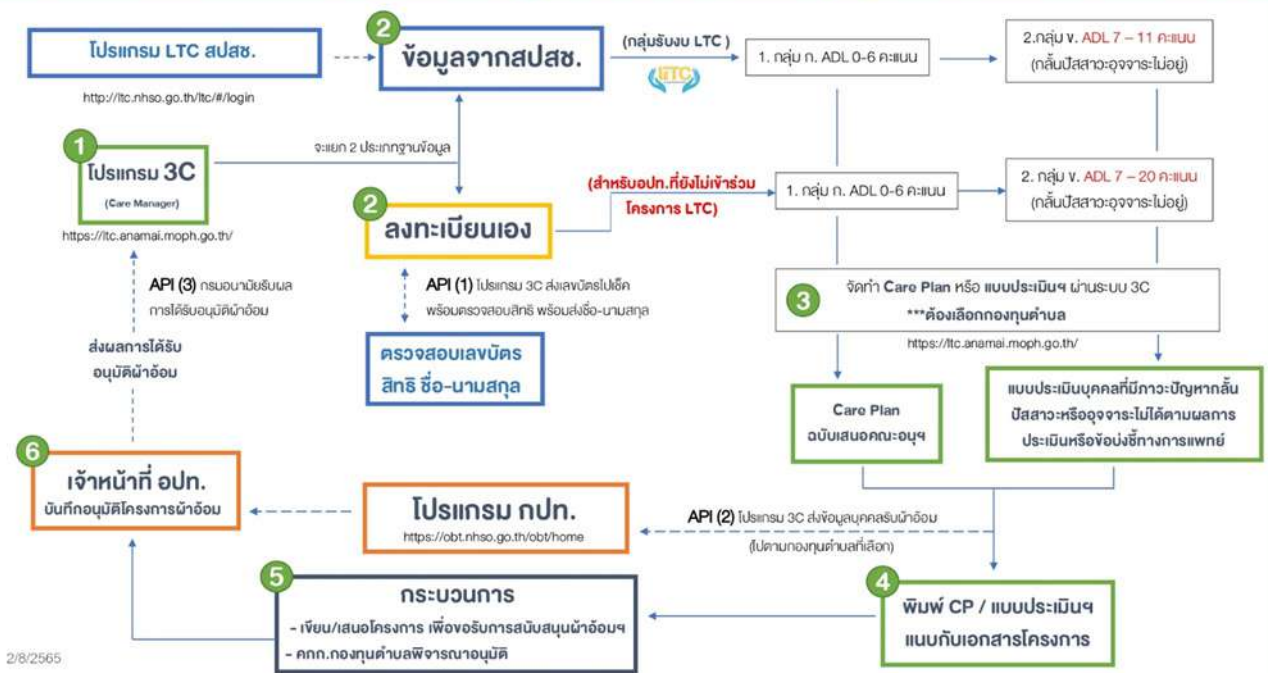


ขั้นตอนการดำเนินงาน LTC ปี 2566

+ หน่วยจัดบริการ
 ▲ อปท.
 ● คณะอนุฯ LTC
 ■ สปสช. ส่วนกลาง
 ◆ สปสช.เขต



กระบวนการบันทึกและเชื่อมต่อข้อมูลการจัดหาผ้าอ้อมสำหรับผู้ใหญ่ ผ่านโปรแกรม 3C



2/8/2565



แนวทางการดำเนินงาน
การขอรับค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (Long Term Care)
ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปีงบประมาณ 2567

ความเป็นมา

ตามประกาศสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขการจ่ายค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน พ.ศ. 2567 ได้กำหนดหลักเกณฑ์การดำเนินงานค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (Long Term Care) โดยมีเงื่อนไขการจ่ายแบบเหมาจ่าย 6,000 บาท/คน/ปี และโอนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ตามจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการอนุมัติแผนการดูแลรายบุคคล (Care plan) และ สปลช.เขตในพื้นที่ยืนยันตามจำนวนที่ควรได้รับ (หักลบกลบกับยอดเงินคงเหลือในบัญชีกองทุน LTC) ทั้งนี้สามารถขอรับงบตาม Care plan ที่อนุมัติทั้งหมดได้ แต่ต้องประสานกับ สปลช.เขต ทำการยืนยันต่อไป

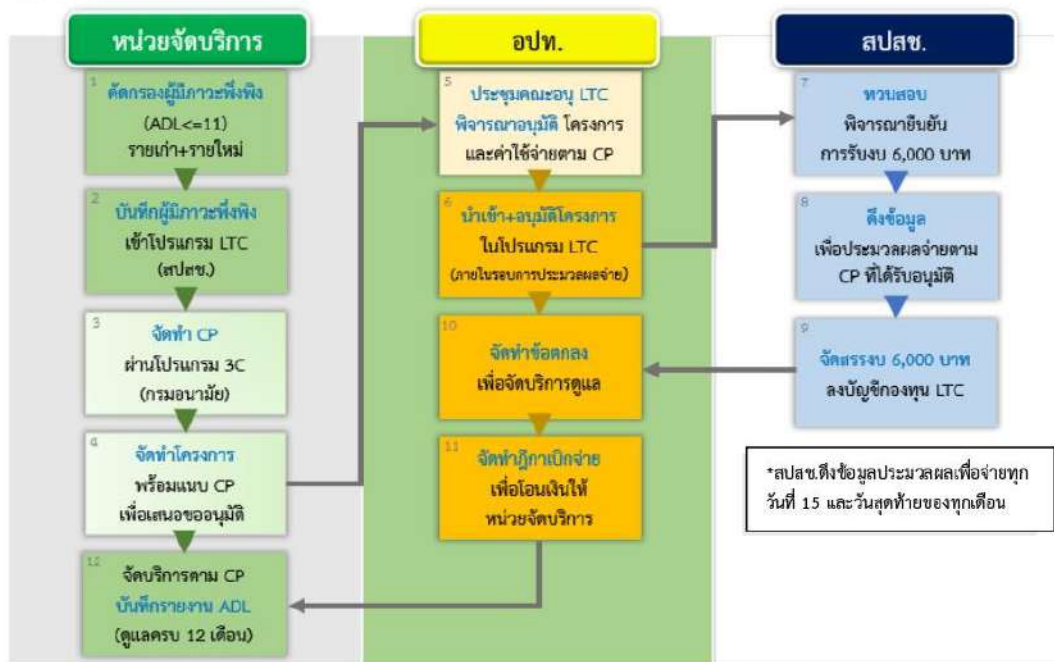
วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (คะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เท่ากับหรือน้อยกว่า 11 คะแนน ที่เป็นประชาชนไทยทุกคน) ได้รับการดูแลและขยายด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงตาม Care plan (ที่ได้รับการอนุมัติคณะกรรมการ LTC) จากหน่วยจัดบริการ (หน่วยบริการ สถานบริการ หรือศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ) โดยเร็วและมีประสิทธิภาพ

แนวทางปฏิบัติ

1. ขั้นตอนการบริหารจัดการค่าบริการ LTC

สปลช.ได้ปรับปรุงขั้นตอนการบริหารจัดการงบบริการ LTC ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และนำโปรแกรม LTC มาใช้สำหรับตัดข้อมูลประมวลผลจ่ายตาม Care plan ที่บันทึกและอนุมัติในโปรแกรม LTC เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการจัดสรรค่าบริการเหมาจ่าย 6,000 บาท/คน/ปี รวมทั้งการติดตามประเมินผลการดูแลในระยะยาวในพื้นที่ สรุปรวมส่งโดยมีรายละเอียด ดังนี้



กรอบวิธีการดำเนินงานเพื่อขอรับค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน และการบันทึกโปรแกรม ข้อมูลและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (โปรแกรม LTC) ผ่านเว็บไซต์ <https://ltcnew.nhso.go.th/>

ผู้ดำเนินการ	ขั้นตอนการดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติ
หน่วยจัดบริการ (หน่วยบริการ สถานบริการ หรือศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุในชุมชน) (ผังขั้นตอนการปฏิบัติที่ 1,2,3,4,12)	<ol style="list-style-type: none"> 1. สํารวจตรวจสอบและคัดกรองผู้มีภาวะพึ่งพิงรายเก่า รายใหม่ 2. บันทึกลงทะเบียนเฉพาะรายใหม่เข้าโปรแกรม LTC (สปสช.) 3. จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล CP 4. จัดทำโครงการจัดบริการดูแลระยะยาว พร้อมแนบ Care plan (ค่าใช้จ่ายต่อรายต่อปี ตามชุดสิทธิประโยชน์) และเสนอต่อคณะกรรมการ LTC ให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้ง รายเก่าและรายใหม่ 5. จัดบริการตาม Care plan และเมื่อดูแลจนครบ 12 เดือน ให้บันทึกรายงานคะแนน ADL ของผู้ที่ได้รับการดูแลผ่านโปรแกรม LTC และรายงานผลต่อคณะกรรมการกองทุนหลักประกันสุขภาพ เพื่อทราบผลการดำเนินงาน (โปรแกรมสามารถบันทึกคะแนน ADL ได้ ตั้งแต่ดูแลครบ 10 เดือน)
อปท. (ผังขั้นตอนการปฏิบัติที่ 5,6,10,11)	<ol style="list-style-type: none"> 1. คณะกรรมการ LTC พิจารณาอนุมัติโครงการจัดบริการดูแลระยะยาวฯ รวมทั้ง ค่าใช้จ่ายตาม Care plan 2. บันทึกนำเข้าและอนุมัติโครงการฯ ในโปรแกรม LTC ทันที (อปท.ต้องบันทึกภายในรอบที่ สปสช. ตัดข้อมูลประมวลผลจ่าย ทุกวันที่ 15 และวันสุดท้ายของทุกเดือน และต้องไม่เกิน 30 วัน นับจากวันที่คณะกรรมการ LTC อนุมัติ หากเกิน 30 วัน ให้ประสาน สปสช.เขต ในพื้นที่ เพื่อดำเนินการแก้ไข) 3. จัดทำข้อตกลงกับหน่วยจัดบริการ เพื่อให้ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลตาม Care Plan ที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการ LTC หากมีผู้เสียชีวิตก่อนที่ สปสช.จะจัดสรร ค่าบริการตามงวด (สปสช. จะจัดสรรตามจำนวนผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีชีวิต ณ วันที่ สปสช.ดึง ข้อมูลประมวลผลเพื่อจัดสรร) ให้หน่วยจัดบริการปรับเปลี่ยค่าใช้จ่ายแต่ละ Care plan ภายใต้วงเงินตามโครงการที่ได้รับอนุมัติ 4. จัดทำฎีกาเบิกจ่ายเพื่อโอนเงินให้กับหน่วยจัดบริการ ตามยอดค่าใช้จ่ายที่มีการอนุมัติ Care plan และยังมีชีวิตอยู่
สปสช.เขต (ผังขั้นตอนการปฏิบัติที่ 7)	ตรวจสอบข้อมูลในโปรแกรม LTC เพื่อยืนยันข้อมูลการโอนเงินในแต่ละงวด โดยโปรแกรมมา จะแสดงการแจ้งเตือน หากพบความผิดปกติของข้อมูลให้ สปสช.เขต ประสานกับ อปท. เพื่อ ทวนสอบก่อนตัดข้อมูลไปประมวลผลจ่าย (ภายในวันที่ 15 และวันสุดท้ายของทุกเดือน)
สปสช.ส่วนกลาง (ผังขั้นตอนการปฏิบัติที่ 8,9)	<ol style="list-style-type: none"> 1. ดึงข้อมูลเพื่อประมวลผลจ่ายค่าบริการเหมาจ่าย 6,000 บาท/คน/ปี ตามจำนวน Care plan ที่คณะกรรมการ LTC อนุมัติแล้ว และ อปท.มีการบันทึกอนุมัติโครงการในโปรแกรม LTC โดยจะตัดข้อมูลประมวลผลจ่ายทุกวันที่ 15 และวันสุดท้ายของทุกเดือน ซึ่งการประมวลผล และการตรวจสอบข้อมูลเพื่อการโอนค่าบริการฯ ตามเงื่อนไข ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - เป็นคนไทย ที่มีคะแนนประเมิน ADL น้อยกว่าหรือเท่ากับ 11 ทุกสิทธิ ทุกกลุ่มวัย



ผู้ดำเนินการ	ขั้นตอนการดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติ
	<ul style="list-style-type: none"> - สถานะมีชีวิต - ได้รับการอนุมัติแผนการดูแลรายบุคคลจากคณะอนุกรรมการ LTC และ อปท. มีการบันทึกอนุมัติ Care plan ในโปรแกรมแล้ว - ภายในปีงบประมาณ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงต้องไม่ได้รับงบประมาณซ้ำ - มีเลขที่คู่สัญญา (vendor) ของ อปท. ในระบบเบิกจ่ายกับสำนักงาน <p>2. จัดสรรค่าบริการเหมาจ่าย 6,000 บาท/คน/ปี ให้ อปท. ทุก 15 วัน (ภายในวันที่ 15 และ 30 หรือ 31 ของทุกเดือน)</p>

2. การกำหนดวันโอนค่าบริการสาธารณสุขสำหรับผู้มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ให้กับกองทุนหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ และกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร

งวดที่	ตัดข้อมูล ประมวลผลจ่าย	สปสช.เขต ยืนยันการรับงบ	วันที่โอนเงิน
1	ข้อมูล 16-30 ก.ย. 2566	ภายใน 30 ก.ย. 2566	ภายใน 15 ต.ค. 2566
2	ข้อมูล 1-15 ต.ค. 2566	ภายใน 15 ต.ค. 2566	ภายใน 31 ต.ค. 2566
3	ข้อมูล 16-31 ต.ค. 2566	ภายใน 31 ต.ค. 2566	ภายใน 15 พ.ย. 2566
4	ข้อมูล 1-15 พ.ย. 2566	ภายใน 15 พ.ย. 2566	ภายใน 30 พ.ย. 2566
5	ข้อมูล 16-30 พ.ย. 2566	ภายใน 30 พ.ย. 2566	ภายใน 15 ธ.ค. 2566
6	ข้อมูล 1-15 ธ.ค. 2566	ภายใน 15 ธ.ค. 2566	ภายใน 31 ธ.ค. 2566
7	ข้อมูล 16-31 ธ.ค. 2566	ภายใน 31 ธ.ค. 2566	ภายใน 15 ม.ค. 2567
8	ข้อมูล 1-15 ม.ค. 2567	ภายใน 15 ม.ค. 2567	ภายใน 31 ม.ค. 2567
9	ข้อมูล 16-31 ม.ค. 2567	ภายใน 31 ม.ค. 2567	ภายใน 15 ก.พ. 2567
10	ข้อมูล 1-15 ก.พ. 2567	ภายใน 15 ก.พ. 2567	ภายใน 28 ก.พ. 2567
11	ข้อมูล 16-28 ก.พ. 2567	ภายใน 28 ก.พ. 2567	ภายใน 15 มี.ค. 2567
12	ข้อมูล 1-15 มี.ค. 2567	ภายใน 15 มี.ค. 2567	ภายใน 31 มี.ค. 2567
13	ข้อมูล 16-31 มี.ค. 2567	ภายใน 31 มี.ค. 2567	ภายใน 15 เม.ย. 2567
14	ข้อมูล 1-15 เม.ย. 2567	ภายใน 15 เม.ย. 2567	ภายใน 30 เม.ย. 2567
15	ข้อมูล 16-30 เม.ย. 2567	ภายใน 30 เม.ย. 2567	ภายใน 15 พ.ค. 2567
16	ข้อมูล 1-15 พ.ค. 2567	ภายใน 15 พ.ค. 2567	ภายใน 31 พ.ค. 2567
17	ข้อมูล 16-31 พ.ค. 2567	ภายใน 31 พ.ค. 2567	ภายใน 15 มิ.ย. 2567
18	ข้อมูล 1-15 มิ.ย. 2567	ภายใน 15 มิ.ย. 2567	ภายใน 30 มิ.ย. 2567
19	ข้อมูล 16-30 มิ.ย. 2567	ภายใน 30 มิ.ย. 2567	ภายใน 15 ก.ค. 2567
20	ข้อมูล 1-15 ก.ค. 2567	ภายใน 15 ก.ค. 2567	ภายใน 31 ก.ค. 2567
21	ข้อมูล 16-31 ก.ค. 2567	ภายใน 31 ก.ค. 2567	ภายใน 15 ส.ค. 2567



งวดที่	ตัดข้อมูล ประมวลผลจ่าย	สปสช.เขต ยืนยันการรับงบ	วันที่โอนเงิน
22	ข้อมูล 1-15 ส.ค. 2567	ภายใน 15 ส.ค. 2567	ภายใน 31 ส.ค. 2567
23	ข้อมูล 16-31 ส.ค. 2567	ภายใน 31 ส.ค. 2567	ภายใน 15 ก.ย. 2567
24	ข้อมูล 1-15 ก.ย. 2567	ภายใน 15 ก.ย. 2567	ภายใน 30 ก.ย. 2567

หมายเหตุ : ข้อมูล 16-30 ก.ย. 67 โอนเงินในบึงบประมาณถัดไป

แผนภูมิภาคีเครือข่ายการให้การดูแลช่วยเหลือเชิงสังคมที่เกี่ยวข้อง



ใบงาน กิจกรรม

กรณีศึกษา นางไฉไล(นามสมมุติ) อายุ 76 ปี ส่วนสูงประมาณ 170 ซม. เป็นผู้ป่วยติดเตียง มีสิทธิการรักษาเป็นสิทธิบัตรทอง (ผู้พิการ) แต่ยังไม่มียบัตรผู้พิการอาศัยอยู่กับพี่สาวและแม่ ที่บ้านของพี่สาว โรคประจำตัว ความดันโลหิตสูง ติดเตียง ข้อติดแข็งประวัติการเจ็บป่วย เมื่อปี 2556 ผู้ป่วยทำอาชีพขับรถแท็กซี่ หัวตักเกี่ยวสายไฟฟ้าแรงสูง ถูกไฟฟ้าช็อตหมดสติ เพื่อนร่วมงานนำส่งโรงพยาบาล ได้รับการ CPR ภายหลังรู้สึกตัว มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงไม่สามารถใช้งาน หรือเคลื่อนไหวได้เอง นอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา โต้ตอบได้เล็กน้อย ด้วยการกระพริบตา มีภาวะข้อติดแข็ง ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายได้ On Tracheostomy tube ให้อาหารทางสายยาง NG-Tube feeding วันละ 4 มื้อ มื้อละ 400 ซีซี และน้ำ 50 ซีซี ประวัติการรักษา/การใช้ยาผู้ป่วย รักษา และรับยาที่รพ.ภูมิพลฯ ตลอด ทุกๆ 2 เดือน เพื่อติดตามอาการ สภาพที่อยู่อาศัยภายในบ้านและบริเวณรอบบ้านของผู้พิการ พักอาศัยอยู่กับพี่สาว และแม่ ที่บ้านของพี่สาว เป็นบ้านเดี่ยว มีรั้วรอบขอบชิด ผู้ป่วยนอนอยู่ชั้นล่างของบ้าน อากาศถ่ายเท สะดวก ในบ้านค่อนข้างมืด รอบบ้านมีน้ำขัง มียุง

กิจกรรม

1. แบ่งกลุ่ม ผู้เข้ารับการอบรม กลุ่มละ 5-10 คน
2. ศึกษาประวัติผู้ป่วย
3. แสดงบทบาทสมมุติ
 - 3.1 ฝึกทักษะการพูดคุยกับผู้ป่วย
 - 3.2 ฝึกทักษะการสื่อสารกับญาติผู้ป่วย
 - 3.3 ฝึกทักษะการแจ้งอาการเจ็บป่วยกับ ตัวผู้ป่วยและญาติ
 - 3.4 วางแผนการดูแลรักษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ
4. นำเสนอการสรุปกิจกรรมกลุ่ม
5. วิทยากรสรุปการทำกิจกรรม



การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ สภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อนำไปสู่การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อให้ ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ

Caregiver สามารถอธิบายถึงวิธีการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งข้อควรคำนึงถึงอื่นๆ

เนื้อหาวิชา

การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

1. การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน
 - ห้องน้ำ ห้องส้วม
 - ห้องนอน
 - บันได ทางเดิน
 - พื้นห้อง
 - สิ่งของเครื่องใช้
2. การจัดสภาพแวดล้อมบริเวณโดยรอบบ้าน
3. ข้อควรคำนึงถึงอื่น ๆ

รูปแบบ/วิธีการสอน

- การบรรยายเนื้อหาพร้อมภาพประกอบ
- การซักถาม
- การอภิปรายกลุ่ม

ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม

1. วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียนโดยการสนทนากับผู้อบรม ถึงการสังเกตการณ์การเปลี่ยนแปลงทางกายภาพในผู้สูงอายุที่อยู่ใกล้ชีวิตญาติ/เพื่อนบ้าน การเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุกรณีต่าง ๆ ความปลอดภัยในการเดินทาง ที่ผู้อบรมได้พบเห็นมา และร่วมกันอภิปราย/แสดงความคิดเห็นถึงสาเหตุของการเกิดเหตุการณ์เหล่านี้
2. บรรยาย เรื่อง การจัดสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ตามใบความรู้ที่ 11.1



3. แบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมตามความเหมาะสม ให้สมาชิกแต่ละกลุ่มวิเคราะห์สภาพแวดล้อมของบ้านผู้สูงอายุและชุมชนโดยรอบ โดยทำกิจกรรมตามใบงานที่ 11.1
4. วิทยากรสรุปผล และให้ข้อเสนอแนะ

สื่อประกอบการเรียนการสอน / อุปกรณ์

1. คู่มือแนวทางแนวทางการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง (หลักสูตรชั้นกลาง)
2. การอบรม ได้แก่ ไฟล์นำเสนอ ภาพและคลิปวิดีโอการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ
3. กระดาษ flip chart และปากกาเคมี

คำแนะนำสำหรับวิทยากร

1. วิทยากรเตรียมสื่อการอบรมต่าง ๆ ให้พร้อม เพื่อสร้างความสนใจและการมีส่วนร่วมระหว่างการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง
2. กิจกรรมเน้นการประยุกต์ทฤษฎีมาสู่การวางแผนการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง

การประเมินผล

1. การทดสอบความรู้
2. การซักถาม
3. สังเกตจากการร่วมทำกิจกรรม
4. ผลการทำกิจกรรมกลุ่ม



ใบความรู้ที่ 11.1

การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพังกาบ

การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพังกาบ มีจุดประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านและบริเวณโดยรอบให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุได้ เป็นผลให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตในบ้านได้อย่างมีความสุข และปลอดภัยจากสภาพอันตรายที่อาจเกิดจากอุบัติเหตุต่าง ๆ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการบาดเจ็บ ทูพพลภาพ และเสียชีวิตในผู้สูงอายุ อุบัติเหตุที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ การลื่นหกล้ม ตกเตียง ตกบันได น้ำร้อนลวก ซึ่งอุบัติเหตุเหล่านี้เกิดจากสภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย การวางสิ่งของกีดขวางทางเดิน ดังนั้นการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านเรือนควรคำนึงถึงพยาธิสภาพที่เปลี่ยนแปลงทางกายภาพด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุเป็นหลัก เช่น

- **ด้านการมองเห็น** ผู้สูงอายุสายตาจะเสื่อมสมรรถภาพ ในการปรับระยะภาพ ทำให้สายตายาว สายตาฝ้าฟาง ส่งผลต่อการมองเห็นที่ไม่ชัดเจน การดำเนินการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม คือ การจัดการสภาพแวดล้อมเพื่อการมองเห็นที่เหมาะสม มีแสงสว่างที่เพียงพอ

- **ด้านการได้ยิน** ผู้สูงอายุอาจสูญเสียการได้ยิน เช่น หูตึง หรือได้ยินไม่ชัดเจน การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม คือ กำจัดเสียงรบกวนต่าง ๆ ให้ลดลงมากที่สุดเท่าที่จะทำได้

- **ด้านการทรงตัว** ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะประสบกับภาวะการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ เกิดการเสื่อมสมรรถภาพของกระดูกและข้อต่อต่าง ๆ เกิดการเปราะบางและเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหัก รวมถึงการสูญเสียการทรงตัว การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม คือ ห้องนอนควรจัดให้อยู่บริเวณชั้นล่างของบ้าน เตียงนอนควรอยู่ในระดับความสูงที่เหมาะสม พื้นห้องนอน/พื้นห้องน้ำต้องไม่ลื่น เพื่อป้องกันการลื่นหกล้ม ห้องน้ำมีราวจับเครื่องใช้ต่าง ๆ จัดเก็บอย่างเป็นระเบียบ เพื่อป้องกันการสะดุดหกล้ม เป็นต้น

การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพังกาบ จึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัด และตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุ สามารถลดความเสี่ยงที่อาจส่งผลกระทบต่ออุบัติเหตุในผู้สูงอายุได้ รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเกิดความมั่นใจในการเคลื่อนไหว และการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุยังเป็นการช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างปลอดภัยอีกด้วย การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพังกาบ ได้ดังนี้



ห้องน้ำ ห้องส้วม

ห้องน้ำ ห้องส้วม เป็นสถานที่ที่พบว่าผู้สูงอายุมีการประสบอุบัติเหตุได้ง่าย ห้องน้ำ ห้องส้วมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

1. ไม่ควรอยู่ห่างจากห้องนอนผู้สูงอายุเกิน 9 ฟุต เพราะผู้สูงอายุที่มีอายุมาก ๆ มักจะมีปัญหา การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ อาจไม่สะดวกสำหรับการเดินทางไปห้องน้ำ แต่ถ้าอยู่ไกลอาจแก้ปัญหาโดยใช้กระโถนหรือหม้อนอนไว้ในห้องนอน

2. ภายในห้องน้ำควรมีราวจับยึดเกาะ หรือตลอดทางเดินไปห้องน้ำ

3. พื้นห้องน้ำควรปูด้วยวัสดุเนื้อหยาบ หรือแผ่นยางกันลื่น ไม่มีตะไคร่น้ำ หรือไม่เปียกชื้น ดังนั้นถ้าเป็นไปได้ควรแยกส่วนหรือแยกบริเวณห้องอาบน้ำออกจากห้องส้วม เนื่องจากผู้สูงอายุไม่มีความจำเป็นต้องอาบน้ำบ่อยเพราะผิวหนังแห้ง แต่มักจะปัสสาวะบ่อยเพราะกระเพาะปัสสาวะมีความจุลดลง ถ้าอยู่รวมกันพื้นห้องน้ำที่เปียกจากการอาบน้ำจะทำให้หกล้มได้ง่าย และพื้นห้องน้ำควรลดระดับต่ำกว่าห้องอื่น ๆ 3-5 เซนติเมตร เพื่อป้องกันน้ำไหลออกจากห้องน้ำสู่ห้องอื่น โดยเฉพาะกรณีที่มีการระบายน้ำเสียไม่ดี

4. อุปกรณ์ภายในห้องน้ำ

4.1 ควรมีเก้าอี้สำหรับนั่งอาบน้ำ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีอาการเหนื่อยง่าย แต่ต้องเป็นเก้าอี้ที่ติดอยู่กับที่เพื่อป้องกันการลื่นไถล

4.2 ถ้าเป็นไปได้ควรผูกสบู่ติดกับเชือก หรือมีซองผ้าตาข่ายนิ่มๆ หุ้ม เพราะข้อนี้ มือผู้สูงอายุอาจจะแข็งทำให้กำมือได้น้อยเมื่อผู้สูงอายุพอกสบู่อาจหลุดจากมือ และต้องก้มเก็บมีโอกาaslื่นล้มได้ง่าย

4.3 ควรใช้ฝักบัวอาบน้ำเพื่อแทนการตักอาบด้วยขัน เพื่อลดการใช้แรงในผู้สูงอายุที่เหนื่อยง่าย แต่ถ้าไม่มีควรใช้ขันที่มีน้ำหนักเบาและมีขนาดเล็ก

4.4 โถส้วมควรเป็นโถนั่งราบดีกว่าส้วมนั่งยอง เพราะผู้สูงอายุมักจะมีอาการปวดข้อหรือข้อแข็ง โถส้วมมีความสูงที่พอเหมาะ มีราวจับ สำหรับการลุกนั่ง และช่วยพยุงตัวขึ้น

4.5 ควรมีกระดิ่ง หรือโทรศัพท์ภายในห้องน้ำเพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน และไม่ควรรีไสล่อนประตู

4.6 ภายในห้องน้ำควรมีอากาศถ่ายเทสะดวก ควรมีแสงสว่างเพียงพอเพื่อมองเห็นสิ่งของภายในห้องได้ง่าย

4.7 การให้สีของฝาผนัง และพื้นห้องควรเป็นโทนสีตัดกัน ตลอดจนเครื่องสุขภัณฑ์อื่น ๆ เช่น โถส้วม อ่างล้างหน้า ควรมีสีแตกต่างจากพื้นห้อง

4.8 ควรเลือกประตูที่มีความมั่นคง ควรเป็นแบบเปิดออกด้านนอก ที่ล้อสามารถเปิดออกจากด้านนอกได้ เพื่อให้สะดวกในการเข้าช่วยเหลือเมื่อเกิดอุบัติเหตุ



4.9 กระจกในห้องน้ำ ควรติดตั้งอยู่ในตำแหน่งระดับที่ไม่สูงจนเกินไป ใกล้กับบริเวณอาบน้ำ เพื่อให้ผู้สูงอายุมองเห็นตัวเองได้

4.10 วัสดุปูพื้น ควรเป็นแบบกันลื่น หรือกระเบื้องชนิดไม่ลื่น

4.11 อ่างอาบน้ำ ควรทำราวจับสำหรับการลุก และป้องกันการลื่น

ความเสี่ยงต่อสุขภาพจากการใช้ส้วม

1) ความเสี่ยงจากการสัมผัสและได้รับเชื้อโรค ความเสี่ยงที่เกิดขึ้น อาจเกิดจากการสัมผัสอุปกรณ์หรือสุขภัณฑ์และสิ่งอำนวยความสะดวกภายในห้องส้วม เช่น

- โรคติดต่อทางการสัมผัสโดยตรง ได้แก่ โรคตาแดงโรคเชื้อรา แผลอักเสบที่ผิวหนัง
- โรคระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ โรคหวัด วัณโรคไข้หวัดใหญ่ โรคหัดเยอรมัน
- โรคระบบทางเดินปัสสาวะหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ โรคซิฟิลิส โรคหนองใน



2) ความเสี่ยงจากอุบัติเหตุ ที่เกิดจากการใช้ส้วมไม่ถูกต้อง เช่น การขึ้นไปนั่งบนชักโครกทำให้ตกลงมา ซึ่งก่อให้เกิดการบาดเจ็บล้ม เป็นต้น



จุดเสี่ยงในห้องส้วม

ห้องส้วมเป็นพื้นที่ที่มีการปนเปื้อนของเชื้อโรคที่มาจากอุจจาระทำให้ผู้ใช้งานในห้องส้วมที่ไม่สะอาด หรือมีการจัดการที่ไม่ถูกสุขลักษณะ มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อ หรือโรคระบบทางเดินอาหารที่มาจาก การปนเปื้อนของอุจจาระได้ โดยจุดเสี่ยงที่พบมากที่สุด ได้แก่ ที่จับสายฉีดน้ำชำระ พื้นห้องส้วม ที่รองนั่งส้วม ที่ก้น น้ำของโถส้วม ที่กดโถปัสสาวะ ก๊อกน้ำและกลอนประตู





(ที่มา : สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข)

การทำความสะอาดห้องน้ำ-ห้องส้วม

เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อน จึงจำเป็นต้องมีการดูแลรักษาความสะอาด ซึ่งขั้นตอนในการทำความสะอาดห้องส้วม มีดังนี้

- (1) สำรวจดูหยากไย่ทุกวัน ถ้าพบให้กวาดออกและให้ทำความสะอาดทันที
- (2) กรณีมีถังขยะ ควรเก็บขยะแล้วผูกปากถุงให้แน่นแล้วนำไปกำจัดให้ถูกต้องทุกวัน โดยจะต้องมีการล้างและทำความสะอาดถังขยะอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
- (3) ทำความสะอาดพื้น ผืนนั่ง ประตูด้านใน ประตูด้านนอก ลูกบิดประตูและกลอนประตูด้วยน้ำยาทำความสะอาดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง
- (4) ทำความสะอาดและเช็ดกระจกส่องหน้าให้ใสสะอาด อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง
- (5) ขัดล้างอ่างล้างหน้า ก๊อกน้ำ ขอบอ่าง ใต้อ่าง เน้นพิเศษบริเวณสะดืออ่าง หลังจากนั้นเช็ดให้แห้งอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง
- (6) ขัดล้างและทำความสะอาดที่กดชักโครก ที่รองนั่ง โถส้วม สายฉีดชำระ และโถปัสสาวะทั้งด้านในและด้านนอกทุกวัน
- (7) ทำความสะอาดพื้นห้องส้วมทุกวัน รวมถึงการดูแลพื้นห้องส้วมให้แห้งสะอาด เพื่อป้องกันการลื่นหกล้ม



(8) สำรองตรวจสอบอุปกรณ์หรือสุขภัณฑ์ในห้องส้วม เช่น ระบบท่อ วาล์วเปิด-ปิดน้ำ กลอนประตู เป็นต้น ถ้าหากชำรุดต้องมีการซ่อมแซมหรือเปลี่ยนใหม่

ห้องนอน

1. ควรอยู่บริเวณชั้นล่างของบ้าน และขนาดไม่เล็กจนเกินไป จัดให้มีพื้นที่มากพอ เพื่อให้เดินได้สะดวก มีโต๊ะข้างเตียงขนาดพอดี ใ้วางโทรศัพท์ แวนตา หรือสิ่งของอื่นๆ ที่จำเป็น

2. มีหน้าต่าง หรือประตู สำหรับการระบายอากาศ โดยต้องเปิดไว้ให้ลมหรือแสงแดดส่องถึงเพื่อป้องกันความอับชื้นและอับทึบของห้อง

3. แสงสว่างภายในห้องนอนเพียงพอ ไฟในห้องควรใช้แสงไฟสีเหลือง (Warm Light) เหมาะสำหรับสายตาของผู้สูงอายุ ควรให้แสงสว่างไปจนถึงทางเดินเข้าห้องน้ำ เพื่อการเดินเข้าห้องน้ำตอนกลางคืน และควรมีโคมไฟหรือไฟฉายในบริเวณที่สามารถหยิบจับได้ง่าย เพื่อในกรณีไฟดับ หรือต้องลุกไปไหนตอนกลางคืน

4. เตียงนอนมีความยาวไม่น้อยกว่า 180 เซนติเมตร และมีความสูงพอดีข้อพับเข่า (40 - 45 เซนติเมตร) ขนาดของเตียงนอนที่เหมาะสม คือ 3 - 3.5 ฟุต ทำความสะอาดเตียง ผ้าปูที่นอน หมอน และต้องดูดฝุ่นหรือนำเครื่องนอนตากแดดสม่ำเสมอ

5. เตียงมีความแข็งแรง สะอาด มีพื้นที่ว่างรอบเตียงประมาณ 90 เซนติเมตร และไม่อยู่ในมุมอับ

6. ประตู มีความกว้างไม่น้อยกว่า 1.00 เมตร เพื่อให้รถเข็นเข้าได้และลูกบิดเป็นแบบก้านโยกเพื่อไม่ให้ออกแรงมาก

7. เก้าอี้สำหรับผู้สูงอายุต้องมีพนักพิง มีที่วางแขน ความสูงพอเหมาะโดยเมื่อนั่งแล้วสามารถวางเท้าถึงพื้นหัวเข่าตั้งฉากกับพื้นตำแหน่งของการวางเก้าอี้สำหรับผู้มาเยี่ยม กรณีผู้สูงอายุเจ็บป่วย ควรวางเก้าอี้ด้านเดียวกัน หลีกเลี่ยงการวางเก้าอี้ล้อมผู้สูงอายุเป็นวงกลมเพื่อป้องกันการวิ่งเวียนจากการที่ต้องหันศีรษะไปคุยกับผู้มาเยี่ยม

8. ควรติดตั้งมุ้งลวดที่บริเวณหน้าต่างหรือประตูหรือทางมุ้งให้ผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันยุง หรือแมลงต่าง ๆ ทำให้เกิดโรคติดต่อจากยุง หรือเกิดปัญหาผื่นที่ผิวหนังได้

9. ต้องดูแลเรื่องอุณหภูมิในห้องนอน หรือบริเวณที่นอนของผู้สูงอายุให้เหมาะสม ไม่ร้อนหรือหนาวจนเกินไป กรณีที่ห้องเป็นเครื่องปรับอากาศ ต้องปรับอุณหภูมิประมาณ 24-26 องศาเซลเซียสหรือตามที่ผู้สูงอายุรู้สึกสบายตัวที่สุด

10. ผาผนังอาจติดรูปภาพที่มีความหมายสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อการระลึกถึงความหลัง ป้องกันภาวะซึมเศร้าได้



11. สิ่งของที่ไม่จำเป็น ไม่ควรนำมาวางในห้องนอน เพราะนอกจากจะทำให้เป็นแหล่งสะสมของฝุ่น ละออง เชื้อรา อาจทำให้ผู้สูงอายุเดินชนได้ แต่ถ้าวางโต๊ะ เก้าอี้ในห้องก็ควรหลีกเลี่ยงชนิดที่มีล้อเลื่อน ถ้าจะให้ดี ของที่อยู่ในห้องควรแข็งแรง มันคงต่อการยึดเกาะของผู้สูงอายุ

บันได

บันไดเป็นบริเวณที่ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ซึ่งถ้าไม่จำเป็นผู้สูงอายุที่มีการทรงตัวไม่ดี หรือเป็นโรคหัวใจ โรคปอด ไม่ควรขึ้นลงบันได ลักษณะบันไดที่เหมาะสม มีดังนี้

1. มีราวจับบันได ซึ่งราวบันไดควรมีรูปร่างทรงกลม 2 ข้าง เพื่อความสะดวกในการยึดเกาะ มีแถบสีหรือสัญลักษณ์ที่บอกตำแหน่งบนสุด หรือล่างสุด และราวบันไดควรรยาวกว่าตัวบันไดเล็กน้อย เพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

2. ความสูงของบันไดแต่ละขั้นไม่ควรเกิน 6 นิ้ว เนื่องจากผู้สูงอายุมักจะเดินหลังค่อม เข่าและสะโพกมักงอเล็กน้อย เวลาก้าวเดินฝ่าเท้าจะกระทบกับพื้น ก้าวขาได้สั้น เรียกการเดินของผู้สูงอายุว่า Senile gait ถ้าบันไดแต่ละขั้นสูงจะก้าวขึ้นบันไดลำบาก

3. ขอบบันไดแต่ละขั้นควรติดวัสดุกันลื่น และมีแถบสีแตกต่างจากขั้นอื่นเพื่อบอกตำแหน่งของขั้นแรก และขั้นสุดท้าย ตลอดจนสีของบันไดกับพื้นห้องไม่ควรเป็นสีเดียวกัน

4. แสงสว่างบริเวณบันไดต้องเพียงพอ มีสวิตช์ไฟทั้งชั้นบนและล่าง ตามชั้นบันไดจะต้องไม่มีแสงสะท้อนหรือชัดเจนเป็นเงามัน อาจทำให้มีแสงสะท้อนทำให้ก้าวผิดขั้นหรือเกิดการลื่นไถลได้ง่าย

5. ไม่วางสิ่งของใด ๆ ตามชั้นบันได โดยเฉพาะบันไดชั้นบนสุดหรือล่างสุด เช่น รองเท้า สัตว์เลี้ยง พรมเช็ดเท้า

6. ไม่ควรถือสิ่งของทั้ง 2 มือ เวลาขึ้น-ลง บันได อย่างน้อยควรเหลือมือไว้อีกข้างเพื่อจับราวบันได

พื้นห้อง

พื้นห้องควรเป็นพื้นเรียบ ใช้วัสดุที่ไม่ลื่น ไม่ควรขัดจนเป็นมัน เพราะอาจเกิดแสงสะท้อนขัดขวาง การเดินของผู้สูงอายุ ควรเก็บสายไฟ ปลั๊กไฟให้เรียบร้อยป้องกันการเดินสะดุดล้ม นอกจากนี้ผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการมองเห็นและการแยกความแตกต่างของสีที่คล้ายกันได้ลดลง เช่น แยกสีฟ้า ม่วง เขียว ไม่ออก ดังนั้น การเลือกใช้สีในการตกแต่งบ้านควรใช้สีที่สดใส จะช่วยส่งเสริมการมองเห็นและช่วยป้องกันการเกิดอุบัติเหตุได้ เช่น การใช้สีที่ต่างกันบริเวณทางเดินต่างระดับจะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถประเมินระยะการเดินทางและการก้าวเท้าได้ดีขึ้น และไม่ควรมีธรณีประตูเพราะอาจทำให้ผู้สูงอายุสะดุดล้มได้

สิ่งของเครื่องใช้

น้ำหนักของสิ่งของเครื่องใช้ควรมีน้ำหนักเบาเพื่อความสะดวกและปลอดภัยในการหยิบจับ สิ่งของเครื่องใช้ของผู้สูงอายุควรคำนึงถึง



1. เสื้อผ้า ไม่ควรคับหรือหลวมเกินไป โดยเฉพาะถ้าสวมเสื้อผ้ารุ่มร่าม มีเชือกผูก อาจเกิดการเกาะเกี่ยวสิ่งของหรือสะดุดล้มได้ง่าย ความหนาของเสื้อผ้าควรเหมาะกับสภาพภูมิอากาศ เสื้อผ้าไม่ควรหนักเกินไปจะทำให้ผู้สูงอายุต้องรับน้ำหนักเสื้อผ้า อาจเกิดอาการหอบเหนื่อยได้ง่าย
2. รองเท้า ที่เหมาะสมคือรองเท้าหุ้มส้น ไม่คับเกินไปอาจทำให้เจ็บเท้า เกิดบาดแผลได้ ในขณะเดียวกันต้องไม่หลวมจนเกินไปเพราะทำให้เดินไม่สะดวก หกล้มได้ง่าย
3. แก้วน้ำ ถ้วยชา ควรเป็นชนิดที่มีหูจับ น้ำหนักเบา เลือกสีที่ผู้สูงอายุมองเห็นได้ง่าย แก้วนมหรือแก้วน้ำ ไม่ควรเป็นสีใสเพราะมองยาก หรือแก้วนมที่ตีควรตัดกับสีของนม
4. ไม้เท้าควรมียางกันลื่นบริเวณปลายไม้ ความยาวอยู่ในระดับที่มีมือห้อยลงในท่าสบาย งอศอกเล็กน้อยฝ่ามือวางบนหัวไม้เท้าได้พอดี
5. โทรศัพท์ควรวางในตำแหน่งที่สามารถเอื้อมถึง กรณีล้มลงกับพื้นจะได้ขอความช่วยเหลือได้ทันที และถ้าหกล้มอย่ารีบลุกขึ้น ในอยู่หนึ่ง ๆ ไว้ก่อน สำรุดดูว่ามีอวัยวะใดหักบ้างหรือไม่ อาจใช้วิธีตรวจสอบจากความเจ็บปวดก็ได้ ถ้าแน่ใจว่าไม่มีส่วนใดในร่างกายได้รับบาดเจ็บจึงลุกขึ้นได้ ถ้าสงสัยควรร้องขอความช่วยเหลือหรือขยับตัวไปยังที่วางโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือ
6. ฉลากยา หรือของบริโภค เช่น เกลือ น้ำตาล ควรเขียนชื่อระบุไว้ชัดเจน

การจัดสภาพแวดล้อมบริเวณโดยรอบบ้าน

1. ทางเดินโดยรอบบ้านต้องเป็นระดับเดียวกันสามารถเดินหรือเข็นรถเข็นได้สะดวก และไม่มีสิ่งกีดขวางวางระเกะระกะในบริเวณทางเดิน และหากเป็นพื้นที่ยกสูง ต่างระดับจากพื้นดินปกติควรจัดให้มีบันไดหรือทางลาดพร้อมราวจับกันลื่น เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ และช่วยพยุงให้เกิดการเดิน
2. หมั่นตรวจพื้นรอบบ้านหรือพื้นทางเดินโดยปกติของผู้สูงอายุ ต้องไม่มีเศษหิน หรือเศษอิฐ เศษปูน หรือเศษแก้วตามพื้น เพราะอาจทำให้เกิดอุบัติเหตุขณะเข็นรถเข็นของผู้สูงอายุได้
3. ประตูทางเข้า-ออก ระหว่างภายในบ้านและภายนอกบ้าน ควรเป็นแบบบานผลักออก และมีมือจับแบบก้านโยกหรือแบบตัวซีเพื่อให้ง่ายต่อการเข็นรถเข็นเข้า-ออก และต้องไม่มีขั้นหรือพื้นต่างระดับไม่มีธรณีประตู แต่ควรจัดเป็นทางลาดเอียง เพื่ออำนวยความสะดวกการใช้รถเข็นสำหรับผู้สูงอายุ
4. บริเวณรอบๆ บ้านควรมีพื้นที่สีเขียว ปลูกต้นไม้โดยรอบ แต่ต้องดูแลไม่ให้เกิดความรกชื้นของต้นไม้จนเป็นแหล่งอาศัยของสัตว์เลื้อยคลาน สัตว์มีพิษ และสัตว์พาหะนำโรค ควรปลูกพืชพันธุ์ไม้ดอก ไม้หอม และหลีกเลี่ยงไม้ผล ไม้หนาม ไม้มียาง



ข้อควรคำนึงถึงอื่น ๆ

1. เฟอร์นิเจอร์ในบ้านต้องมั่นคง แข็งแรง ผู้สูงอายุจะได้ไม่เสียการทรงตัว เวลาจับเพื่อพยุงตัว
2. ตรวจสอบเครื่องใช้ไฟฟ้าและแก๊สให้อยู่ในสภาพดี ถ้าชำรุดให้ซ่อมแซมหรือเปลี่ยนใหม่ ถอดปลั๊กเครื่องใช้ไฟฟ้าหรือปิดแก๊สหลังใช้งานแล้วทุกครั้ง
3. หากผู้สูงอายุมีปัญหาในการทรงตัวควรใช้ไม้เท้าช่วยเดิน
4. ควรมีโทรศัพท์และเขียนหมายเลขโทรศัพท์ขอความช่วยเหลือ เมื่อเกิดเหตุฉุกเฉินไว้ให้ผู้สูงอายุติดต่อโดยใช้ตัวหนังสือขนาดใหญ่ ชัดเจน วางในตำแหน่งที่อ่านได้ง่ายหรือใกล้ที่วางโทรศัพท์

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : สำนักงานกิจการโรมพิงพ้องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2558.
2. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ต่อผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง. กรุงเทพฯ : โครงการผลิตสื่อและมัลติมีเดียสมาคมส่งเสริมเทคโนโลยี (ไทย-ญี่ปุ่น), 2560.
3. สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. คู่มือการจัดการสิ่งแวดล้อม ลดความเสี่ยงสุขภาพ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด , 2563



ใบงานที่ 11.1

การวางแผนการจัดการสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

คำชี้แจง

1. ให้ผู้เข้ารับการอบรม แบ่งกลุ่มตามความเหมาะสมตามจำนวนผู้เข้ารับการอบรม
2. วิทยากรชี้แจงให้สมาชิกในกลุ่มรับทราบ โดยให้สมาชิกแต่ละกลุ่มวิเคราะห์สภาพแวดล้อมของบ้านผู้สูงอายุและชุมชนโดยรอบ แบ่งเป็น
 - การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน โดยแบ่งกลุ่มย่อยตามความเหมาะสม
 - ห้องน้ำ ห้องนอน พื้นห้อง
 - สิ่งของเครื่องใช้ บันได ทางเดิน
 - การจัดสภาพแวดล้อมบริเวณโดยรอบบ้าน เช่น พื้นที่บริเวณหน้าหรือหลังบ้าน ชุมชนโดยรอบ เช่น ศาสนสถาน (วัด มัสยิด โบสถ์) ตลาด สถานที่ราชการ สวนสาธารณะ การเดินทาง เป็นต้น โดยสังเกตการณ์จัดสภาพแวดล้อม จุดเสี่ยงสำหรับผู้สูงอายุ ควรปรับปรุงอะไรบ้าง ปรับปรุงอย่างไร เพราะอะไร
4. อภิปรายร่วมกันในกลุ่มและร่วมจัดทำแผนปรับปรุงสถานที่เพื่อให้เหมาะสมกับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุ
5. แต่ละกลุ่มเลือกผู้แทนนำเสนอแผนฯ และร่วมแสดงความคิดเห็น
6. วิทยากรให้คำแนะนำ อธิบาย และสรุปผลการอภิปรายกลุ่ม



ใบความรู้ที่ 11.2

ผู้สูงอายุกับผลกระทบจากความร้อนและฝุ่น PM 2.5



สภาพอากาศที่ร้อนจัด เป็นปัญหาสำคัญเกือบทุกประเทศทั่วโลก สาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ซึ่งทำให้เกิดการเจ็บป่วยและอาจทำให้เสียชีวิตได้ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากระบบอวัยวะและระบบประสาทส่วนกลางเริ่มเสื่อมลง ร่างกายมีความเปราะบางมากขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพในการรับมือกับการเปลี่ยนแปลงอุณหภูมิในร่างกายน้อยรวมทั้งหากเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวที่จะต้องกินยาบางประเภทซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นการขับน้ำออกจากร่างกาย หากอยู่ในสภาพอากาศร้อนจัดจะเสี่ยงต่อภาวะขาดน้ำ และอาจทำให้เจ็บป่วยได้จากการที่อุณหภูมิของโลกมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปีประกอบกับจำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มมากขึ้น อาจทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสป่วยจากความร้อนเพิ่มขึ้นในอนาคตได้

ช่วงฤดูร้อนของประเทศไทยที่มีอุณหภูมิที่สูงขึ้นในเวลานี้ ด้วยสภาพอากาศที่ร้อนจัดทำให้เชื้อโรคและแบคทีเรียมีโอกาสเติบโตได้สูง รวมทั้งความร้อนอาจทำให้ระบบในร่างกายแปรปรวนได้ ผู้สูงอายุ (บุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) จึงเป็นช่วงวัยที่ควรระวังเป็นพิเศษ

ความร้อนจึงเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคร้ายไข้เจ็บได้ง่าย โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีภูมิคุ้มกันต่ำกว่าวัยอื่นๆ ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแล ควรหมั่นสังเกตอาการ เพราะหากเจ็บไข้ได้ป่วยแล้ว มักจะส่งผลในระยะยาวต่อร่างกาย อีกทั้งใช้เวลารักษาที่ยาวนานกว่าช่วงวัยอื่นๆ

ผลกระทบต่อสุขภาพจากความร้อนในผู้สูงอายุ

หากผู้สูงอายุอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีความร้อนสูงเป็นเวลานานจนร่างกายไม่สามารถทนหรือปรับตัวต่อความร้อนได้ อาจทำให้มีอาการและโรคที่เกิดจากความร้อน ซึ่งเรียงตามความรุนแรงจากน้อยไปหามาก ดังนี้

อาการและโรคที่เกิดจากความร้อน

ผื่นจากความร้อน

เมื่อร่างกายขับเหงื่อออกมาจนเกิดการอักเสบของรูขุมขน ทำให้ระคายเคืองผิวหนัง เป็นตุ่ม ผื่นแดงบริเวณใบหน้า ลำคอ หน้าอก ไต รานนม และขาหนีบ

การดูแลรักษา

อยู่ในที่ร่มและเย็น อาบน้ำ สวมใส่เสื้อผ้าบางๆ และทายาบริเวณที่เป็นผื่น



บวมจากความร้อน



อากาศร้อนทำให้เส้นเลือดบริเวณ
ผิวหนังขยายตัว ทำให้เกิดอาการบวม
ที่ขา โดยเฉพาะที่ข้อเท้า

การดูแลรักษา

พักผ่อนและนอนยกขาสูง

ตะคริวจากความร้อน

เกิดจากกล้ามเนื้อหดตัวและเกร็งอย่าง
เฉียบพลัน เพราะสูญเสียน้ำและเกลือแร่
ทางเหงื่ออย่างหนัก

การดูแลรักษา

ค่อย ๆ ยืดกล้ามเนื้อบริเวณที่
เป็นตะคริวโดยยืดค้างจนกว่า
กล้ามเนื้อคลายตัวสลับกับนวด
เบา ๆ ประมาณ 1-2 นาที และ
ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของ
เกลือแร่

เป็นลมจากความร้อน



ร่างกายปรับตัวต่อความร้อนอย่าง
กะทันหัน เลือดจึงไปเลี้ยงสมองไม่
เพียงพอ

การดูแลรักษา

พาเข้าไปพักในที่เย็น นอนหงายให้ขาสูงกว่า
ลำตัว ห้ามคนมุงเพื่อให้อากาศถ่ายเท คลาย
เสื้อผ้าให้หลวม เอาพัดลมออก พัดโบกลมให้
ถูกหน้าและลำตัว ให้ดมยาหอมหรือยาดม ใช้
ผ้าชุบน้ำเย็นหรือน้ำอุ่นเช็ดหน้า และบิบนวด
แขนขา หากไม่ดีขึ้นใน 30 นาที ให้ไปพบแพทย์



● เพลียแดด



เกิดจากร่างกายอยู่ในความร้อนและขาดน้ำเป็นเวลานาน ผู้ป่วยมีเหงื่อออก อ่อนเพลีย เวียนศีรษะ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ และกระหายน้ำอย่างมาก หายใจเร็ว หัวใจเต้นเร็ว แต่ยังคงมีสติอยู่

การดูแลรักษา

พาผู้ป่วยหลบเข้าที่ร่มและเย็น แล้วให้นอนยกขาสูง ถอดเสื้อผ้าให้เหลือเท่าที่จำเป็น ห่มด้วยผ้าเปียกหรือพ่นน้ำเย็น ใช้พัดลมเป่า วางถุงใส่น้ำแข็งไว้ตามซอกคอ รักแร้ และขาหนีบ หากผู้ป่วยมีอุณหภูมิภายในร่างกายสูงกว่า 39 องศาเซลเซียส ให้นำส่งโรงพยาบาลทันที

● ไคลมร้อน หรือ ฮีทสโตรก

ถือว่ารุนแรงมาก เกิดขึ้นเมื่ออากาศร้อนจัดจนทำให้อุณหภูมิภายในร่างกายสูง มีอาการสับสน มึนงง ความดันต่ำ หัวใจเต้นเร็ว และหายใจเร็ว เหงื่อไม่ออก ผิวหนังแดง หมดสติและอาจเสียชีวิตได้ภายในไม่กี่ชั่วโมง หากรักษาไม่ทัน

การดูแลรักษา

พาผู้ป่วยหลบเข้าที่ร่ม ในรถหรือห้องที่มีความเย็น ถอดเสื้อผ้าให้เหลือเท่าที่จำเป็น ใช้ผ้าชุบน้ำเย็นเช็ดตามตัว ใช้พัดลมเป่า วางถุงใส่น้ำแข็งไว้ตามซอกคอ รักแร้และขาหนีบ รีบนำส่งโรงพยาบาลโดยเร็วด้วยรถปรับอากาศ หรือเปิดหน้าต่างให้อากาศถ่ายเท





บทบาทหน้าที่ของ Caregiver (CG)

Caregiver เป็นบุคคลสำคัญในพื้นที่ที่เข้าถึงและสื่อสารข้อมูลด้านสาธารณสุขให้ประชาชนรับรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อสุขภาพที่ดี ดังนั้น เพื่อป้องกันและดูแลผู้สูงอายุไม่ให้เจ็บป่วยและเสียชีวิตจากความร้อน CG จึงมีบทบาทดังนี้

- 1) รู้สถานการณ์ความร้อนจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้
- 2) สามารถแจ้งเตือนภัยผลกระทบต่อสุขภาพจากความร้อนได้
- 3) สังเกตอาการที่เกี่ยวข้องกับความร้อนในผู้สูงอายุ รวมทั้งรายงานให้ญาติของผู้สูงอายุทราบ
- 4) สามารถดูแลและป้องกันตนเองจากความร้อน ตลอดจนแนะนำการจัดสภาพแวดล้อมที่คลายร้อนได้

การเฝ้าระวังและสื่อสารเตือนภัยด้านสุขภาพจากความร้อน

ขั้นตอนการเฝ้าระวัง สื่อสารเตือนภัยด้านสุขภาพจากความร้อนเพื่อดูแลและป้องกันผู้สูงอายุมีดังนี้

1) เฝ้าระวังติดตามอุณหภูมิสูงสุด

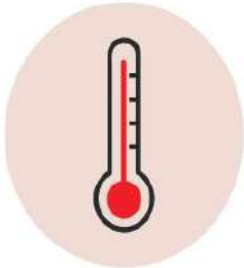
เพื่อประเมินสถานการณ์ความร้อนในแต่ละวัน โดยสามารถติดตามได้ 3 วิธี ดังนี้





1

ติดตามพยากรณ์อากาศ และข้อมูลสภาพอากาศ ผ่านเว็บไซต์ของกรมอุตุนิยมวิทยาที่ <https://www.tmd.go.th/index.php> หรือแอปพลิเคชัน “TMD Smart Sim” เพื่อดูอุณหภูมิบริเวณที่ตั้งหรือสถานที่อื่น รวมทั้งดูอุณหภูมิคาดการณ์รายชั่วโมงของสถานที่ที่เราจะไปได้



2

ติดตั้งเครื่องวัดอุณหภูมิ บริเวณห้องที่อยู่เป็นประจำในบ้าน



3

สังเกตด้วยตนเอง ว่ามีความร้อนแผ่ออกมารอบตัว

2) สื่อสารเตือนภัยผลกระทบต่อสุขภาพจากความร้อนสำหรับผู้สูงอายุ

เมื่อทราบระดับอุณหภูมิสูงสุด ต้องสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพและเผยแพร่ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวของผู้สูงอายุ เพื่อให้เข้าใจถึงระดับความรุนแรงของผลกระทบต่อสุขภาพ รวมทั้งวิธีปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย โดยแบ่งตามระดับสี ดังตารางค่าเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากความร้อนและคำแนะนำในการดูแลป้องกันสำหรับผู้สูงอายุ



ตารางค่าเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากความร้อน และคำแนะนำในการดูแลป้องกันสำหรับผู้สูงอายุ

อุณหภูมิสูงสุด
(องศาเซลเซียส)
และระดับความเสี่ยง

คำแนะนำในการดูแลป้องกันสำหรับผู้สูงอายุ

35.0 - 38.0
องศาเซลเซียส

ระดับเฝ้าระวัง
(สีเขียว)



- 1) แนะนำให้ผู้ดูแลติดตามข่าวสารหรือการเตือนภัยจากกรมอุตุนิยมวิทยาหรือหน่วยงานราชการอยู่เสมอ
- 2) ดูแลให้ผู้สูงอายุดื่มน้ำสะอาดบ่อย ๆ ในระหว่างวันโดยไม่ต้องรอให้กระหาย หรือดื่มน้ำจนปัสสาวะเป็นสีเหลืองอ่อน
- 3) ให้ผู้สูงอายุลดกิจกรรมกลางแจ้งในช่วงเวลา 11.00 - 15.00 น. (ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่อากาศร้อนที่สุดของวัน)

38.1 - 40.0
องศาเซลเซียส

ระดับเตือนภัย
(สีเหลือง)



- 1) ดูแลผู้สูงอายุโดยเปลี่ยนรายการอาหารเป็นอาหารที่มีส่วนผสมของน้ำมาก ๆ เช่น แกงจืด หรือเพิ่มผัก ผลไม้
- 2) ดูแลผู้สูงอายุให้สวมเสื้อผ้า มีน้ำหนักเบา และระบายอากาศได้ดี
- 3) กรณีต้องออกไปกลางแจ้ง ให้ผู้สูงอายุป้องกันตนเองจากแสงแดด โดยสวมหมวกปีกกว้าง ใส่แว่นกันแดด และทาครีมกันแดดที่มีค่า SPF ตั้งแต่ 15 ขึ้นไป
- 4) ให้ผู้สูงอายุหลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ และเครื่องดื่มที่มีปริมาณน้ำตาลสูง
- 5) สังเกตอาการของผู้สูงอายุ หากมีอาการที่เกี่ยวข้องกับความร้อน เช่น อุณหภูมิร่างกายสูงผิดปกติ (มากกว่า 37 องศาเซลเซียส) ไม่รู้สึกตัว และหายใจเร็ว ให้รีบแจ้งผู้ดูแลหรือเจ้าหน้าที่ทันที เพื่อปฐมพยาบาลเบื้องต้น และดูแลให้อากาศถ่ายเทสะดวก หรือเปิดเครื่องปรับอากาศ
- 6) สำหรับผู้สูงอายุที่มีแผลกดทับ จัดให้มีการพลิกตัวบ่อยขึ้นกว่าปกติ เพื่อระบายความร้อน
- 7) มีหมายเลขโทรศัพท์ของสถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุดเพื่อส่งต่อในภาวะฉุกเฉิน หรือติดต่อสายด่วน 1669

40.1 - 43.0
องศาเซลเซียส

ระดับอันตราย
(สีส้ม)



- 1) ให้ผู้สูงอายุอยู่ในบริเวณที่มีอากาศถ่ายเทได้ดี เช่น ใต้ถุนบ้าน หรือห้องที่มีเครื่องปรับอากาศ
- 2) ให้ผู้สูงอายุอาบน้ำหรือเช็ดตัวด้วยผ้าเย็น โดยเฉพาะบริเวณหลัง คอ ใบหน้า หู และข้อพับต่าง ๆ เพื่ออุณหภูมิในร่างกายจะได้ลดลง
- 3) ไม่ควรเปิดพัดลมจ่อตรงตัวผู้สูงอายุ เพราะพัดลมจะดูดอากาศร้อนเข้ามาหาตัว แนะนำให้เปิดพัดลมแบบส่าย หรือใช้พัดลมไอน้ำ หรือน้ำอย่างใส่น้ำแข็งวางหน้าพัดลม จะช่วยให้อากาศเย็นลงได้

เท่ากับหรือ
มากกว่า 43.1
องศาเซลเซียส

ระดับอันตรายมาก
(สีแดง)



ที่มา: ประกาศกรมอนามัย เรื่อง ค่าเฝ้าระวังผลกระทบต่อสุขภาพจากความร้อน ลงวันที่ 28 มีนาคม 2562





ควรให้คำแนะนำแก่ผู้สูงอายุและครอบครัวผู้สูงอายุ ในเรื่องต่อไปนี้

1) คำแนะนำสำหรับการจัดอาหารการกินช่วงหน้าร้อน

เพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้



อากาศร้อน เป็นสภาวะที่เหมาะสมต่อการเจริญเติบโตของเชื้อโรค ทำให้อาหารบูดได้ง่ายและหากรับประทานอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ หรืออาหารที่ปนเปื้อนสารเคมี อาจทำให้เกิดอาการท้องเสียหรืออาการที่รุนแรงจนถึงขั้นเสียชีวิตได้

โรคที่พึงระวังในหน้าร้อน เช่น อูจจาระร่วง อาหารเป็นพิษ ไทฟอยด์ อหิวาตกโรค โรคบิด เป็นต้น ในหน้าร้อนจึงควรใส่ใจเรื่องการสุขาภิบาลอาหาร ดังนี้

- ปรุงอาหารให้สุกอย่างทั่วถึง ไม่ควรรับประทานอาหารหลังจากปรุงเสร็จเกิน 2 ชั่วโมง
- วัตถุดิบที่นำมาปรุงอาหารต้องสดและสะอาด หากไม่มีตู้เย็นเก็บต้องแช่น้ำแข็งให้ได้อุณหภูมิใกล้เคียงกับตู้เย็นมากที่สุด น้ำดื่มและน้ำแข็งต้องมาจากแหล่งผลิตที่เชื่อถือได้ สะอาด และปลอดภัย
- ปฏิบัติตามหลักสุขาภิบาลอาหารที่ดี ได้แก่ สถานที่ปรุงอาหารสะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย ไม่มีแมลงหรือสัตว์นำโรค ภาชนะอุปกรณ์ทำจากวัสดุที่ปลอดภัย
- ควรมีสุขอนามัยที่ดี ได้แก่ ล้างมือให้สะอาดก่อนปรุงอาหาร ก่อนรับประทานอาหาร และหลังเข้าห้องน้ำทุกครั้ง



นอกจากนี้ ต้องคำนึงถึงคุณค่าทางโภชนาการและประเภทอาหารที่รับประทานเข้าไปต้องไม่เพิ่มความร้อน แต่ควรเพิ่มความเย็นภายในร่างกาย โดยมีข้อแนะนำในการรับประทานอาหารดังนี้

- ต้มน้ำสะอาดให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ 8 แก้ว เนื่องจากในหน้าร้อนร่างกายเสียเหงื่อมาก ต้องดื่มน้ำเข้าไปทดแทน จะเป็นน้ำเย็นหรือน้ำธรรมดาก็ได้ แต่ไม่แนะนำให้ดื่มน้ำอัดลม เพราะอาจเพิ่มแก๊สทำให้อึดอัดท้องและอ้วนได้
- หลีกเลี่ยงอาหารมันจัด หวานจัด เค็มจัด อาหารที่มีไขมันสูงย่อยยาก
- รับประทานผลไม้ไทยที่มีรสหวานน้อย แต่มีน้ำมาก จะช่วยดับร้อนได้ดี เช่น ชมพู ส้ม แตงโม แก้วมังกร เป็นต้น
- รับประทานอาหารไทย เช่น แกงเลียง แกงส้ม แกงป่า แกงอ่อม เป็นต้น
- ออกกำลังกายให้แข็งแรงอยู่เสมอ

2) การจัดสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากความร้อนสำหรับผู้สูงอายุ

ควรให้คำแนะนำแก่ครอบครัวผู้สูงอายุเรื่องการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากความร้อนสำหรับผู้สูงอายุ ทั้งอาคาร บ้านเรือน และการจัดสภาพแวดล้อมรอบบ้าน ดังนี้

อาคาร/บ้านเรือน

- ✓ หน้าต่างควรมีม่านบังแดด
- ✓ เปิดหน้าต่างระบายอากาศอย่างสม่ำเสมอ แต่ควรคำนึงถึงเรื่องความปลอดภัยด้วย
- ✓ หน้าต่างหรือม่านที่หันเข้าหาแดดให้ปิดในเวลากลางวันและเปิดในเวลากลางคืน ไม่ควรใช้ม่านที่เป็นโลหะหรือสีดําเพราะอาจดูดความร้อน ถ้ามีอาจพิจารณาเปลี่ยนหรือใส่วัสดุสะท้อนแสง
- ✓ ปิดไฟและอุปกรณ์ไฟฟ้าที่ไม่จำเป็น เพราะจะทำให้เกิดความร้อนส่วนเกิน
- ✓ ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรทำความเข้าใจว่าห้องใดสามารถทำให้เย็นได้ง่ายที่สุด และห้องใดยากที่สุด รวมทั้งดูการกระจายของผู้ที่อยู่ในอาคารให้เหมาะสมด้วย
- ✓ นำต้นไม้และอ่างที่มีน้ำไว้ในบ้าน เพื่อการระเหยของน้ำจะช่วยให้บ้านเย็นขึ้น
- ✓ ตั้งพัดลมห่างจากคน อย่าเป่าพัดลมถูกตัวคน และดื่มน้ำมาก ๆ ให้ความสนใจผู้ป่วยที่นอนติดเตียงเป็นพิเศษ
- ✓ ห้องที่มีเครื่องปรับอากาศให้ตรวจสอบว่าระบบปรับอากาศทำงานปกติหรือไม่
- ✓ ตรวจสอบว่ามีเครื่องวัดอุณหภูมิเพียงพอในการวัดอุณหภูมิทั่วทั้งอาคาร โดยเฉพาะห้องที่อยู่เป็นประจำและห้องนอน

การป้องกันในระยะยาว

- ✓ พิจารณาดัดตั้งม่านนอกหน้าต่าง และใช้สีอ่อน
- ✓ ทาสีบ้านด้วยสีสะท้อนแสง ผึงบ้านให้ติดฉนวนกันความร้อน เพราะจะช่วยให้บ้านเย็นในหน้าร้อนและอุ่นในหน้าหนาว
- ✓ ปลุกต้นไม้และพืชใบใกล้หน้าต่าง ซึ่งจะทำหน้าที่เหมือนเครื่องปรับอากาศ



เครื่องอำนวยความสะดวก ความสะอาด

- ✓ ตรวจสอบให้มีพัดลมและเครื่องฟ่นละอองน้ำที่เพียงพอ
- ✓ ตรวจสอบให้มีน้ำและน้ำแข็งเพียงพอ
- ✓ เตรียมการจัดสรรน้ำให้กระจายอย่างทั่วถึงเมื่อเกิดเหตุการณ์ด้านความร้อน
- ✓ เปลี่ยนรายการอาหารให้มีส่วนผสมของน้ำมาก ๆ เช่น ผลไม้และสลัด แต่ต้องเป็นไปตามความต้องการของผู้อยู่อาศัยด้วย
- ✓ ตรวจสอบให้ผู้เฒ่าทำงานได้ตามปกติ
- ✓ ตรวจสอบให้พัดลมและเครื่องทำความเย็นทำงานได้ตามปกติ
- ✓ หากมีแผนต้องเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุไปยังที่ที่เย็นกว่าเมื่อเกิดเหตุการณ์ด้านความร้อน ให้เตรียมอุปกรณ์หรือความช่วยเหลือให้พร้อม
- ✓ อย่าปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่ในรถที่จอดตากแดดตามลำพังโดยเด็ดขาด เนื่องจากรถที่จอดตากแดดโดยไม่เปิดเครื่องปรับอากาศอาจมีอุณหภูมิสูงถึง 50 องศาเซลเซียส ซึ่งอาจทำให้เสียชีวิตได้



2. ภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันฝุ่น PM 2.5

- หลีกเลี่ยงพื้นที่เสี่ยงที่มีค่าฝุ่น PM 2.5 สูง หากจำเป็นต้องออกนอกบ้านให้สวมหน้ากากอนามัยหรือหน้ากาก N95 ป้องกันฝุ่น แต่ต้องใส่ให้ถูกวิธี
- งดกิจกรรมหรือออกกำลังกายกลางแจ้ง เปลี่ยนมาออกกำลังกายภายในบ้านแทน
- เตรียมยาประจำตัวให้พร้อม และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์
- ลดกิจกรรมที่ทำให้เกิดฝุ่น เช่น ไม้จุกอุดปากเพื่อน ไม่สูบบุหรี่ ไม่เผาขยะ หรือวัสดุทุกชนิด ไม่ใช้ฟืน หรือถ่าน ประกอบอาหารในบ้าน
- ทำความสะอาดบ้านให้ปลอดฝุ่นอยู่เสมอ โดยใช้น้ำอุ่นน้ำเช็ด ถู แทนการปัดกวาด

การใช้หน้ากากป้องกันฝุ่น

การเลือกหน้ากากป้องกันฝุ่น

- ✓ ดูวันที่หมดอายุ
- ✓ ไม่ใส่ขณะ วิตุน้ำหรือ เวียนหัวหรือมีอาการอื่น
- ✓ มีสายรัดสองสาย
- ✓ ขนาดเหมาะสม สวมพอดีจะรับฝุ่นและไอละอองได้ดีกว่าการสวมแบบอื่น

การใส่หน้ากากอนามัย

“นำบานพับมาคล้องไว้รอบที่มีแถบสวมอยู่ด้านบน ดึงสายรัดหรือสายคล้องหู แล้วกดแถบสวมให้แนบสนิท และดึงหน้ากากให้คลุมถึงใต้คาง”

การใส่หน้ากาก N95

ผู้สูงอายุควรปรึกษาแพทย์ก่อน หากใส่แล้วมีอาการเวียนศีรษะหรือคลื่นไส้ให้รีบถอดและเข้าไปอยู่ในอาคารหรือสถานที่ที่มีฝุ่นน้อย

1. ตรวจสอบวันที่หมดอายุ
2. ดึงสายรัดบน
3. ดึงสายรัดล่าง
4. กดสายรัดให้แนบสนิท
5. ใช้นิ้วแตะเบาๆ บริเวณสายรัดบนและสายรัดล่างอย่างอื่นเพื่อตรวจสอบว่ามีรอยร้าวหรือไม่

การเปลี่ยนหน้ากาก

ผู้สูงอายุควรเปลี่ยนหน้ากากเมื่อใส่แล้วมีอาการเวียนศีรษะ หายใจลำบากมากขึ้น อึดอัด เวียนหัว หรือมีอาการอื่น

ที่สำคัญผู้สูงอายุต้องคอยสังเกตอาการตนเอง

“ถ้ามีอาการไอ หายใจลำบาก หายใจถี่ หายใจไม่ออก หายใจมีเสียงวี๊ด แน่นหน้าอก เจ็บหน้าอก ใจเต้น คลื่นไส้ เมื่อมีอาการผิดปกติ หรือวิงเวียนศีรษะ ให้รีบออกบุคคลใกล้ชิดหรือ ผู้ดูแล เพื่อพาไปพบแพทย์”

ฝุ่นละอองขนาดเล็ก

เพิ่ม 2.5 พืชภัยที่มองไม่เห็น

เพิ่ม 2.5 คือ ฝุ่นที่มีขนาดเล็ก 2.5 ไมครอน หรือเล็กเพียง 1 ใน 25 เมื่อเทียบกับเส้นผมของเราสามารถลอยอยู่ในอากาศได้นาน และอาจมีสารพิษเกาะมาด้วย

ขนาดของฝุ่นที่เล็กมาก จนจมูกไม่สามารถกรองได้ ทำให้สามารถเข้าไปทำอันตรายต่อระบบภายในร่างกายของมนุษย์ โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ที่ระบบการป้องกันของร่างกายเสื่อมตามวัย จึงมีโรคภัยที่จะเจ็บป่วยได้ง่าย

เพิ่ม 2.5 ก่อให้เกิดผลกระทบคือทางผิวหนัง ตาและระบบทางเดินหายใจ ทำให้เป็นโรคหลอดลมอักเสบ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง รวมถึงโรคที่เกี่ยวข้องกับระบบหลอดเลือดและหัวใจอย่างหัวใจเป็นต้น

ผู้สูงอายุจึงต้องคอยสังเกตอาการผิดปกติของตนเอง หากมีอาการไอ หายใจลำบาก หายใจถี่ หายใจไม่ออก หายใจมีเสียงวี๊ด แน่นหน้าอก เจ็บหน้าอก ใจเต้น คลื่นไส้ เมื่อมีอาการผิดปกติ หรือวิงเวียนศีรษะ ให้รีบออกบุคคลใกล้ชิดหรือ ผู้ดูแล เพื่อพาไปพบแพทย์

ผู้สูงอายุสามารถดูแลตัวเองได้ดังนี้

1. ตรวจสอบค่าฝุ่น 2.5 ก่อนออกจากบ้าน

ผ่านแอปพลิเคชัน "Air4thai" ให้ผู้สูงอายุสังเกตสีที่เป็นหลักสีเขียว เริ่มมีผลกระทบต่อสุขภาพ และจะรุนแรงเพิ่มขึ้นเป็น สีเหลือง สีส้ม และ สีแดง อันตรายมากที่สุด

หรือสังเกตก็เสาไฟฟ้าบ้านบ้าน ค่าเกินเสาไฟฟ้าน้อยกว่า 4 ต้น แสดงว่า ฝุ่น 2.5 มีผลกระทบต่อสุขภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. หลักสูตรการดูแลป้องกันสุขภาพจากความร้อนและฝุ่นละอองขนาดเล็ก (PM2.5) สำหรับผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) และผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) กองประเมินผลกระทบ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
2. ชุดความรู้ สูงวัย ปลอดภัยจากความร้อน กองประเมินผลกระทบ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข



แผนการสอนที่ 12

การแพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือกและกายภาพบำบัด สำหรับการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้ ความเข้าใจ การแพทย์แผนไทย แพทย์ทางเลือกและกายภาพบำบัด
สำหรับการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อให้ ผู้เข้ารับการอบรมสามารถ

Caregiver สามารถอธิบายถึงวิธีการใช้ศาสตร์การแพทย์ไทย แพทย์ทางเลือก และกายภาพบำบัดในการ
ดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

เนื้อหาวิชา

1. การเคลื่อนไหวร่างกายด้วยวิธีการทางกายภาพบำบัด
2. การใช้ภูมิปัญญาไทยและการแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพ
3. การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม

รูปแบบ/วิธีการสอน

- บรรยายทฤษฎี ระยะเวลา 2 ชั่วโมง
- การฝึกปฏิบัติแบบกลุ่ม ระยะเวลา 1 ชั่วโมง

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียนด้วยการบรรยายในเรื่องของวัตถุประสงค์ของการทำกายภาพบำบัดผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิง ข้อห้ามข้อควรระวังในการทำกายภาพบำบัด การจัดท่าทางในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
การออกกำลังกายโดยการทำให้ การฝึกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยในทิศทางต่างๆ รวมถึงอุปกรณ์ที่เหมาะสมสำหรับ
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. แบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมเป็นกลุ่มตามความเหมาะสมของผู้เข้ารับการอบรมโดยจัดเป็นฐานเพื่อให้
ผู้เข้าร่วมอบรมได้เวียนเรียนรู้ ในหัวข้อ ดังต่อไปนี้

- 2.1 การฝึกเคลื่อนย้ายตัวผู้ป่วย
- 2.2 การฝึกออกกำลังกายแบบทำให้ (passive movement exercise)
3. ผู้เข้าอบรมฝึกปฏิบัติตามกลุ่มต่างๆตามระยะเวลาที่กำหนด ในการดูแลของวิทยากรประจำกลุ่ม
4. วิทยากรสรุปพร้อมให้ข้อเสนอแนะ



สื่อประกอบการเรียนการสอน / อุปกรณ์

1. ไฟล์นำเสนอ
2. เติยงผู้ป่วย
3. รถเข็นผู้ป่วย (wheelchair)
4. ไม้เท้า เช่น ไม้สามขา (tripod cane), โครงหัดเดิน (walker) เป็นต้น

คำแนะนำสำหรับวิทยากร

1. ควรมีการจัดเตรียมอุปกรณ์ที่ใช้ในการอบรมให้พร้อมและเป็นอุปกรณ์ที่ผู้เข้าอบรมสามารถนำกลับไปฝึกปฏิบัติได้จริงที่ชุมชน
2. กิจกรรมการเรียนรู้ควรเน้นผู้เข้ารับการอบรมมีส่วนร่วมมากที่สุด

การประเมินผล

1. สังเกตการมีส่วนร่วมในการตอบคำถาม และแสดงความคิดเห็น
2. สังเกตความถูกต้องของการฝึกปฏิบัติในฝึกปฏิบัติแบบกลุ่ม



การฝึกออกกำลังกายแบบทำให้ (passive movement exercise)

การออกกำลังกายแบบช่วยทำการเคลื่อนไหวข้อต่อคือการใช้แรง การกระทำจากภายนอกในการช่วยทำการเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆ ในองศาการเคลื่อนไหวที่ปกติ แรงกระทำจากภายนอก เช่น แรงจากคน แรงจากเครื่องมือ รวมถึงแรงโน้มถ่วงของโลก

ข้อบ่งชี้ในการออกกำลังกายแบบช่วยทำการเคลื่อนไหว

ใช้ในผู้ป่วยที่ไม่สามารถทำการเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆได้ด้วยตนเอง เช่น ผู้ป่วยที่มีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะไม่รู้สึกรู้ตัว

หลักการของการออกกำลังกายแบบช่วยทำการเคลื่อนไหวข้อต่อ

1. อธิบายถึงความสำคัญของการออกกำลังกายแบบช่วยทำการเคลื่อนไหวข้อต่อ สามารถลดและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ เช่น การหดรั้งของกล้ามเนื้อ ข้อต่อติดแข็ง ความตึงตัวของกล้ามเนื้อที่ผิดปกติ นอกจากนี้ยังส่งเสริมต่อการทำกายภาพบำบัดให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
2. การช่วยทำการเคลื่อนไหวข้อต่อต่างๆ ควรทำด้วยความนุ่มนวล เพราะอาจทำให้เกิดภาวะฉีกขาดของกล้ามเนื้อเอ็นหุ้มข้อ รวมถึงเนื้อเยื่อต่างๆได้
3. จำนวนครั้งในการทำ ทำท่าละประมาณ 10 – 20 ครั้ง/รอบ วันละ 1 – 2 รอบ ทำประจำต่อเนื่องทุกวัน

ประโยชน์ของการออกกำลังกายแบบช่วยทำการเคลื่อนไหวข้อต่อ

1. ป้องกันการยึดติดของข้อต่อ
2. ลดภาวะหดรั้งของกล้ามเนื้อ เยื่อหุ้มข้อ และเส้นเอ็นข้อต่อ
3. ช่วยคงสภาพความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ
4. ช่วยส่งเสริมและคงสภาพการไหลเวียนโลหิตบริเวณข้อต่อที่ทำการเคลื่อนไหว

ข้อควรระวังในการออกกำลังกายแบบช่วยทำการเคลื่อนไหวข้อต่อ

1. หลีกเลี่ยงการออกกำลังในส่วนที่มีกระดูกหัก และ/หรืออยู่ในช่วงแรกของการเชื่อมต้อกระดูก
2. ขณะทำการออกกำลังกาย หากพบว่ามีอาการผิดปกติ เช่น มีอาการปวด บวมมากยิ่งขึ้น ควรหยุดออกกำลังกายทันที และปรึกษาแพทย์โดยเร็วที่สุด
3. ผู้ที่ทำการออกกำลังกายให้ ควรอยู่ในท่ายืนที่ถนัด หลังตรง เพื่อป้องกันการบาดเจ็บที่อาจเกิดขึ้นได้กับผู้ที่ทำการออกกำลังกายแบบช่วยทำการเคลื่อนไหว



ภายหลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีปัญหาการเคลื่อนไหวแขน ขา ลำตัว และการเคลื่อนไหวร่างกาย นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายอาจมีปัญหาการกลืนอาหาร การพูด ซึ่งปัญหาเหล่านี้จะส่งผลถึงการใช้ชีวิตประจำวัน ภาวะจิตใจและอารมณ์ของผู้ป่วยรวมถึงบุคคลในครอบครัว

การทำกายภาพบำบัดอย่างถูกวิธีจะช่วยให้การเคลื่อนไหวแขน ขา ลำตัว และใบหน้าดีขึ้น หลักของการทำกายภาพบำบัดจะใช้การกระตุ้นและสอนให้เกิดการเคลื่อนไหวกลับไปใหม่ บุคคลในครอบครัวและผู้ดูแลควรช่วยบริหารร่างกายของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง โดยขณะที่ช่วยบริหารร่างกายให้ผู้ป่วยต้องให้ผู้ป่วยช่วยคิดและช่วยทำร่วมด้วยเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในการเคลื่อนไหว

ปัญหาที่มักตามมา หากไม่เคลื่อนไหวร่างกาย แขน และ ขา หลังจากป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมอง หากไม่เคลื่อนไหวร่างกาย แขนและขาหรือเคลื่อนไหวอย่างไม่ถูกต้อง ปัญหาที่มักตามมา ของร่างกาย คือ

1. แผลกดทับ
2. ปวดบวม
3. กล้ามเนื้อเกร็งและหดรั้ง
4. ข้อต้อยึดติด
5. การเจ็บปวดของข้อต่อและกล้ามเนื้อของแขนและขา โดยเฉพาะข้อไหล่
6. การบวมของมือและเท้า
7. การเคลื่อนไหวของแขนและขามีรูปแบบผิดไปจากปกติ
8. เปลี่ยนอิริยาบถได้ยาก เช่น พลิกตะแคงตัว ลูกนั่ง ลงนั่ง ลูกยืน และเดิน

การช่วยเคลื่อนไหวแขน

การช่วยเคลื่อนไหวแขนมีประโยชน์ต่อผู้ป่วย คือ

1. เกิดการเรียนรู้การเคลื่อนไหวแขนที่ถูกต้อง
2. ป้องกันข้อไหล่เจ็บ
3. ป้องกันและลดการเกร็งของกล้ามเนื้อแขนและมือ
4. ป้องกันการบวมของมือ
5. ป้องกันการหดรั้งของกล้ามเนื้อแขนและมือ

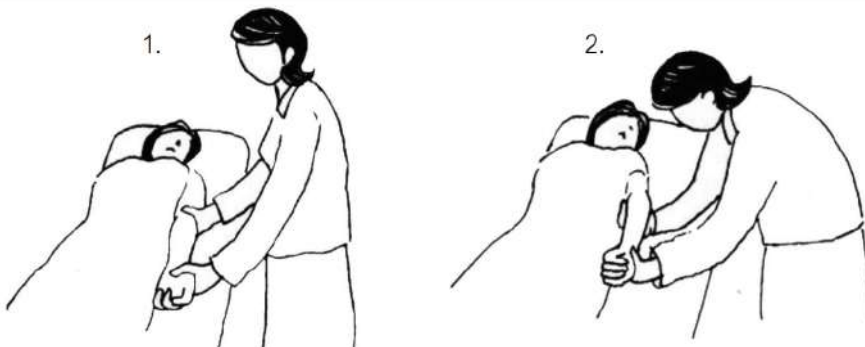


การช่วยเคลื่อนไหล่แขน



ทำยกแขน

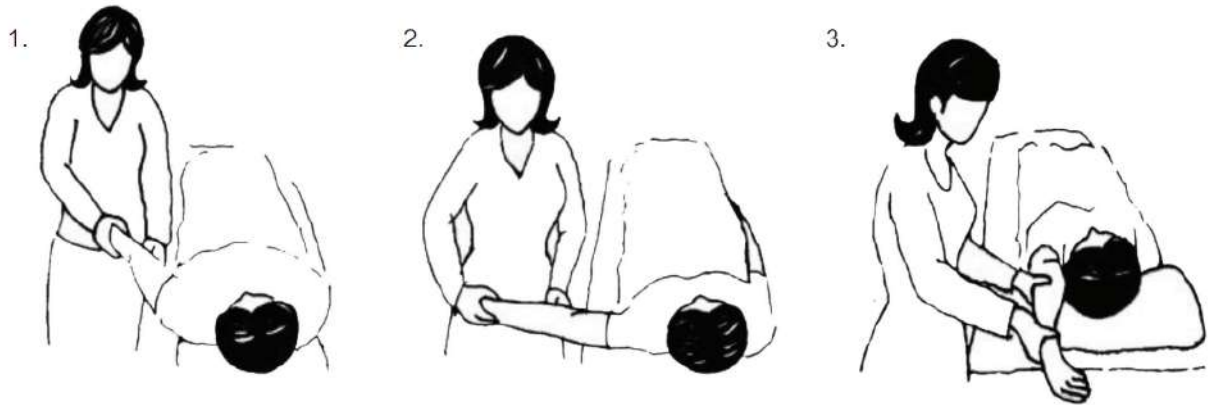
1. ผู้ดูแลจับใต้ข้อศอกและข้อมือ
2. จากนั้นยกแขนขึ้น
3. ยกแขนขึ้นจนติดพื้นเตียงทำ 10 ครั้ง ติดต่อกัน



ท่าหมุนข้อไหล่

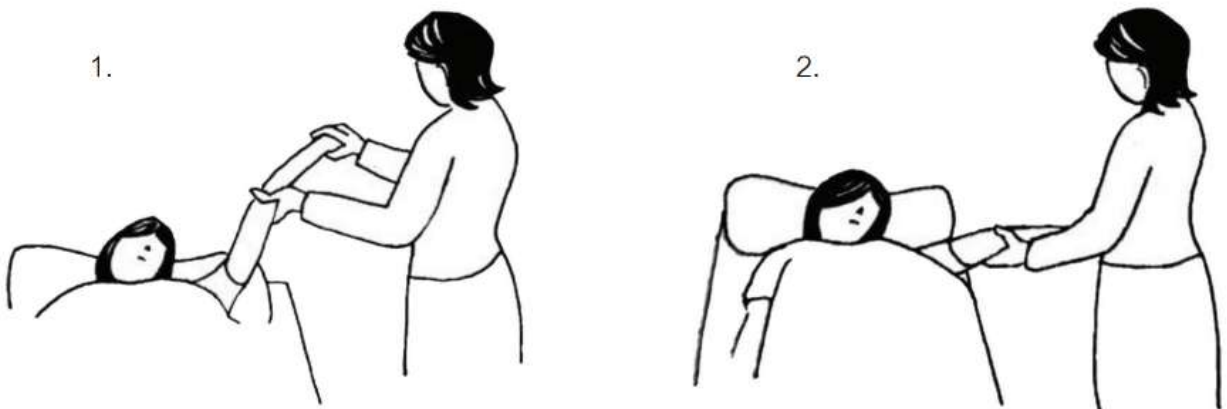
1. ผู้ดูแลจับใต้ข้อศอกและข้อมือ
2. จากนั้นใช้มือที่อยู่ใต้ข้อศอกทำการหมุนข้อไหล่ทำ 10 ครั้ง ติดต่อกัน





ท่ากางแขน

1. ผู้ดูแลจับใต้ข้อศอกและข้อมือ
2. จากนั้นกางแขนออก
3. กางออกจนขีดหูของผู้ป่วยทำ 10 ครั้ง ติดต่อกัน



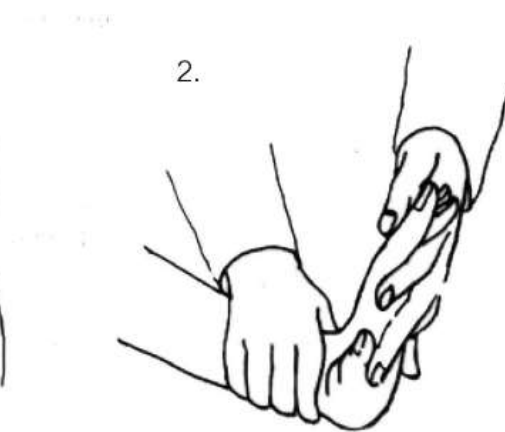
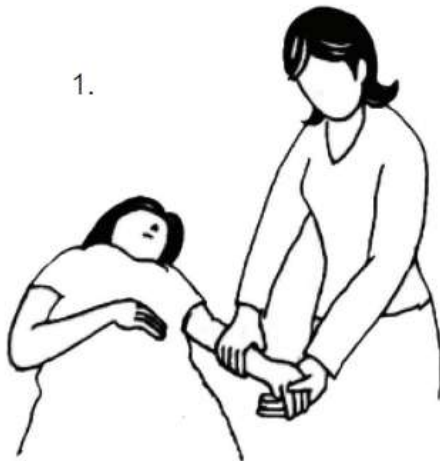
ท่ายกแขนแบบเฉียง

1. ผู้ดูแลจับใต้ข้อศอกและข้อมือ
2. ผู้ดูแลยกแขนเฉียงออกจากลำตัวทำ 10 ครั้ง ติดต่อกัน



ท่าเหยียดข้อศอก

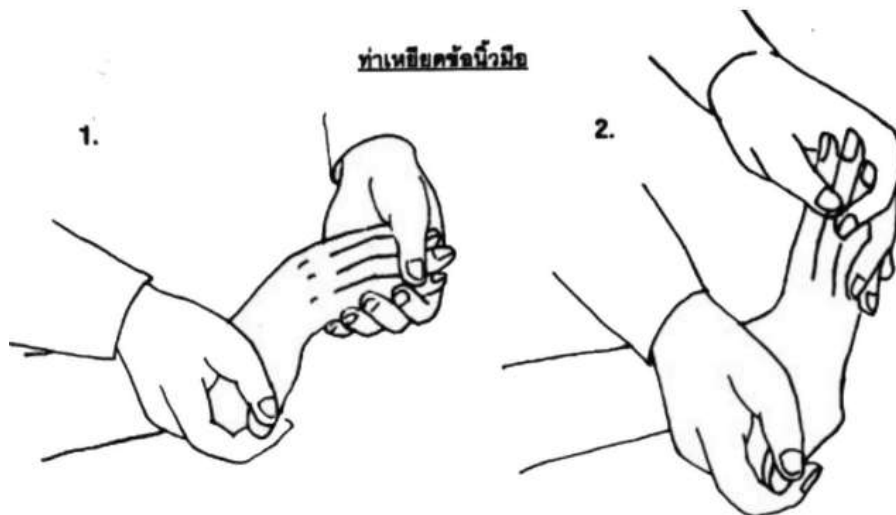
1. ผู้ดูแลรองใต้ข้อศอกและจับที่ข้อมือ
2. เหยียดข้อศอกออกทำ 10 ครั้ง ติดต่อกัน



ท่ากระดูกข้อมือ

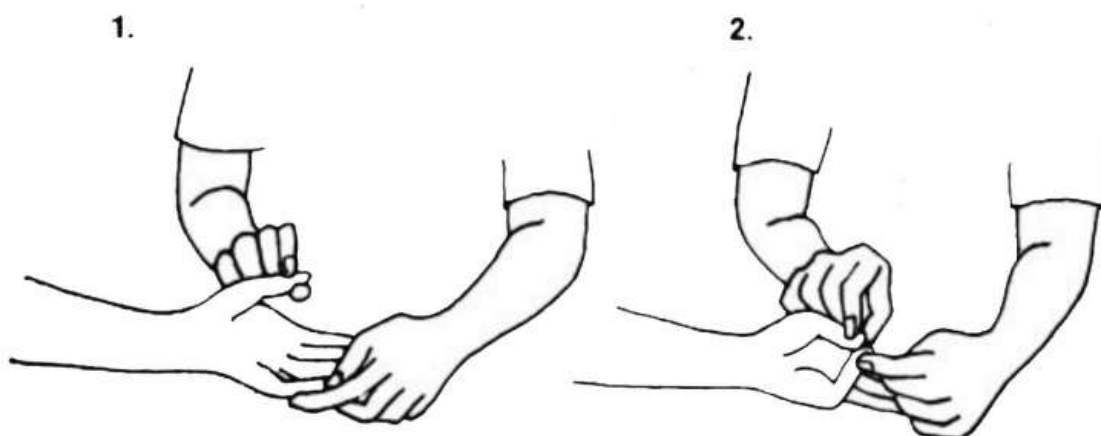
1. ผู้ดูแลจับแขนท่อนล่างและที่ปลายนิ้วมือทั้ง 5 นิ้ว
2. กระดูกข้อมือขึ้นพร้อมทั้งเหยียดนิ้วจนสุดทำ 10 ครั้ง ติดต่อกัน





ท่าเหยียดข้อนิ้วมือ

1. ผู้ดูแลจับปลายนิ้วโป้งและปลายนิ้วทั้ง 4 นิ้ว
2. เหยียดข้อนิ้วมือทั้ง 4 ข้อทำ 10 ครั้งติดต่อกัน



ท่าปลายนิ้วแตะกัน

1. ผู้ดูแลจับปลายนิ้วหัวแม่มือและปลายนิ้วก้อย
2. เหยียดนิ้วทั้งสองและนำปลายนิ้วมาแตะกันทำ 5 ครั้ง ติดต่อกัน เปลี่ยนจากนิ้วก้อย เป็นนิ้วนาง นิ้วกลาง และนิ้วชี้



การช่วยเคลื่อนไหวกา

การช่วยเคลื่อนไหวกามีประโยชน์ต่อผู้ป่วยคือ

1. เกิดการเรียนรู้การเคลื่อนไหวกาที่ถูกต้อง
2. ป้องกันและลดการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อหาและฝ่าเท้า
3. ป้องกันการบวมของข้อเท้า
4. ป้องกันการหดรั้งของกล้ามเนื้อหาและฝ่าเท้า
5. ป้องกันเข้าแอน

การเคลื่อนไหวกา



ท่ากาขา

1. ผู้ดูแลจับใต้เข่าและใต้ปลายนิ้วเท้า
2. กาขาออกจนสุดทำ 10 ครั้ง ติดต่อกัน





ท่างอเข่างอสะโพก

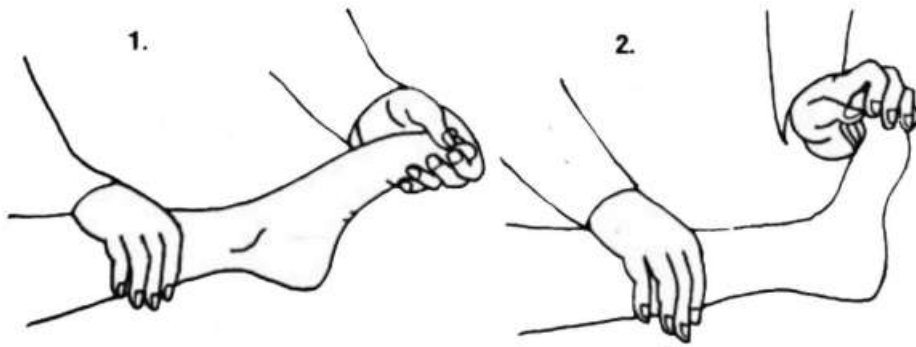
1. ผู้ดูแลจับใต้เข่าและใต้ปลายนิ้วเท้า
2. งอเข่าและงอสะโพกโดยให้สันเท้าลากติดพื้นเตียงทำ 10 ครั้ง ติดต่อกัน



ท่าลงน้ำหนักที่เท้า

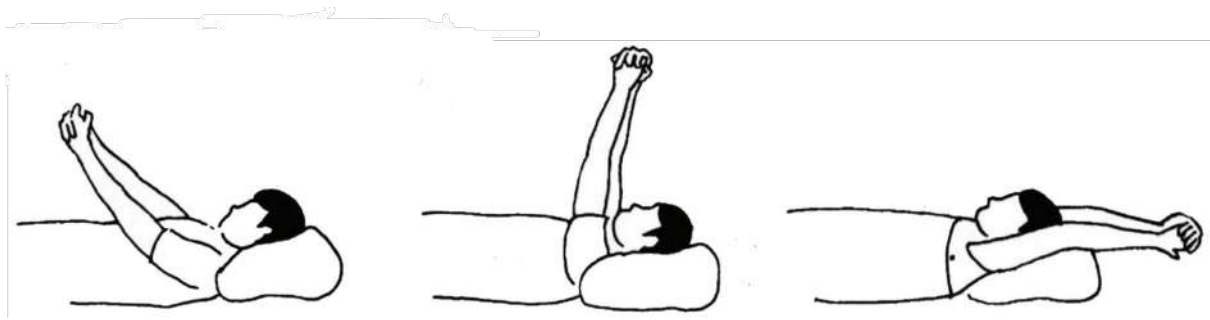
1. ผู้ดูแลช่วยผู้ป่วยตั้งขาขึ้น
2. ผู้ดูแลใช้มือจับเข่าโน้มมาด้านหน้าเล็กน้อย จากนั้นผู้ป่วยกดเท้าลงกับพื้นเตียงและยกกันขึ้น





ท่ากระดูกข้อเท้าและนิ้วเท้า

1. ผู้ดูแลจับเหนือข้อเท้าและปลายนิ้วเท้าทั้ง 5 นิ้ว
 2. กระดกข้อเท้าพร้อมทั้งเหยียดปลายนิ้วเท้าทั้ง 5 นิ้วทำ 10 ครั้ง ติดต่อกัน
- การบริหารแขน ขา และลำตัวด้วยตนเอง



ท่ายกแขน

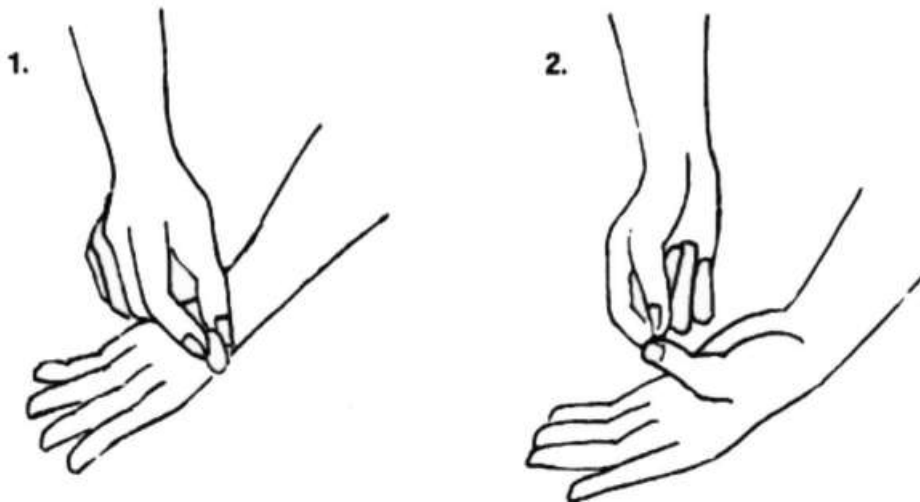
1. ผู้ป่วยใช้มือที่มีแรงจับมือที่อ่อนแรง
2. ยกแขนขึ้นจนแขนตั้งฉากกับพื้น
3. ยกต่อไปจนแขนลงติดพื้นเตียงทำ 5 - 10 ครั้ง ติดต่อกัน





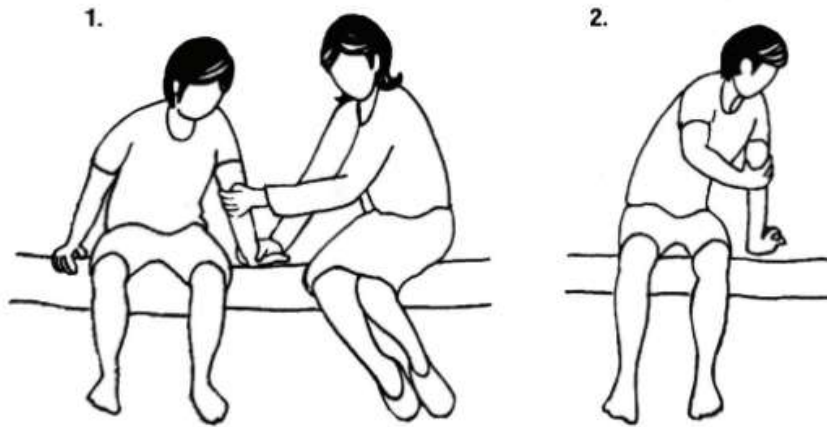
ท่าหมุนลำตัวช่วงบน

1. ผู้ป่วยใช้มือที่มีแรงจับมือที่อ่อนแรง แล้วยกแขนขึ้นตั้งฉากกับพื้น
2. หมุนลำตัวช่วงบนไปทางขวาจนสุด
3. หมุนลำตัวกลับมาทางซ้ายจนสุดทำ 5 – 10 ครั้ง ติดต่อกัน



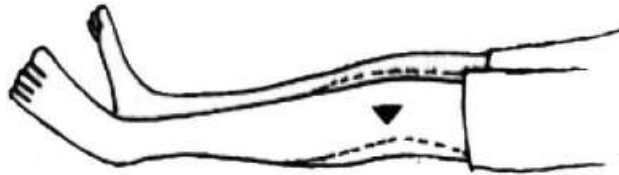
ท่าเหยียดนิ้วหัวแม่มือ

1. ผู้ป่วยใช้มือที่มีแรงจับนิ้วหัวแม่มือ
2. นำนิ้วหัวแม่มือเข้ามาหาโคนนิ้วก้อย หลังจากนั้นยกนิ้วหัวแม่มือขึ้นและเหยียดออกจนสุด



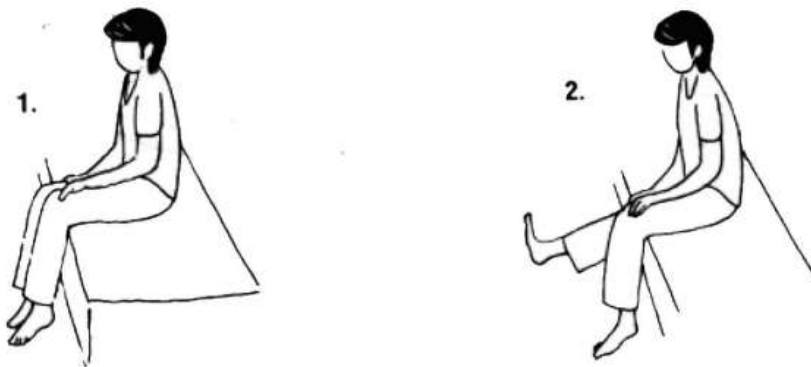
ทำลงน้ำหนักที่แขน

1. ผู้ป่วยจับแขนข้างอ่อนแรงยันกับพื้นและตรึงข้อศอกให้ตรง
2. ลงน้ำหนักทิ้งไว้ประมาณ 5 – 10 นาที ต่อครั้ง



ท่ากอดเข่าติดเตียง

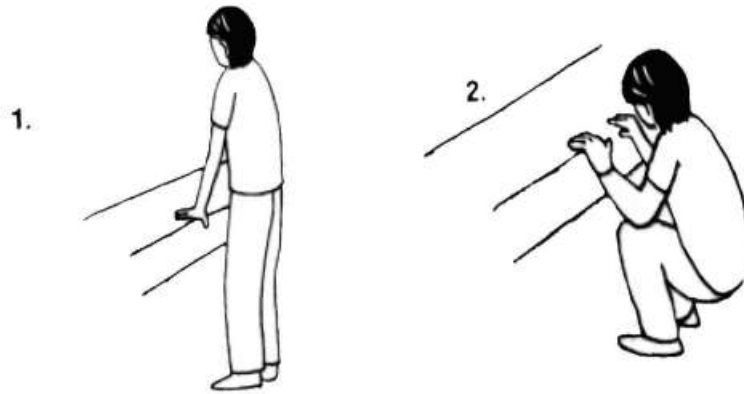
1. ผู้ป่วยนอนหงายเหยียดขา
2. พยายามกอดเข่าให้ติดพื้นเตียง



ท่าเหยียดเข่ากระดูกปลายเท้า

1. ผู้ป่วยนั่งห้อยขา ลำตัวตรง
2. พยายามเตะขาขึ้นพร้อมทั้งกระดูกปลายเท้าขึ้น



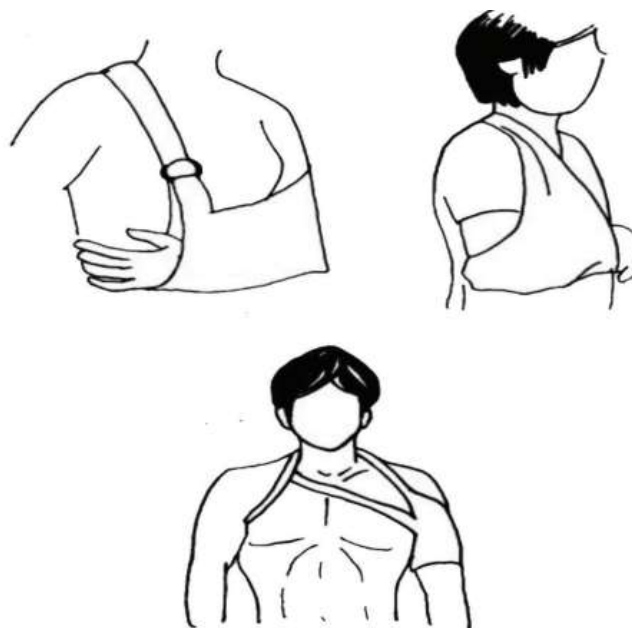


ทำนั่งยองๆ

1. ผู้ป่วยยืนและใช้มือจับเตียง
2. ผู้ป่วยค่อยๆ ย่อตัวลงนั่ง นั่งประมาณ 10 – 20 วินาที ลูกเขยขึ้น แล้วลงอีกทำติดต่อกัน 5 – 10 ครั้ง

เครื่องช่วย

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมักมีกล้ามเนื้อเกร็งและอ่อนแรง รวมทั้งทรงตัวไม่ดี ดังนั้นจึงมีเครื่องช่วยเพื่อพยุงข้อต่อหรือช่วยทรงตัว เครื่องช่วยที่ผู้ป่วยมักจะใช้คือ ผ้าพยุงข้อไหล่

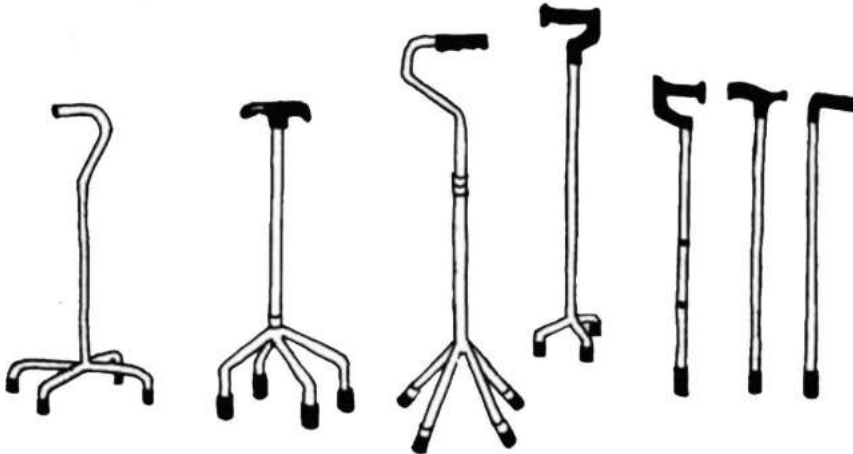


ผ้าพยุงข้อไหล่จำเป็นในผู้ป่วยที่กล้ามเนื้ออ่อนแรงและต้องห้อยแขนอยู่เป็นเวลานาน เพื่อป้องกันภาวะข้อไหล่หลุด ผ้าพยุง ข้อไหล่มีหลายรูปแบบและหลายราคาทั้งหมดสามารถใช้ได้เหมือนกัน



เครื่องกันปลายเท้าตก

เครื่องกันปลายเท้าตกจำเป็นในผู้ป่วยที่เดินแล้วปลายเท้าไม่พ่นพื้นเพื่อป้องกันการหกล้ม เครื่องกันปลายเท้าตกมีหลายรูปแบบ และหลายราคาทั้งหมดสามารถใช้ได้เหมือนกัน



ไม้เท้า

ไม้เท้าจำเป็นในผู้ป่วยทรงตัวไม่ดีและไม่มั่นใจในการเดิน ไม้เท้ามีหลายรูปแบบและมีฐานต่างกัน เช่นไม้เท้า 4 ขาฐานกว้าง ไม้เท้า 4 ขาฐานแคบ ไม้เท้า 3 ขา ไม้เท้าขาเดียว ในการเลือกไม้เท้า หากผู้ป่วยทรงตัวได้ไม่ดี ควรเลือกไม้เท้าที่มีฐานกว้างไว้ก่อน เมื่อการทรงตัวดีขึ้นก็ค่อยๆ ลดฐานของไม้เท้าลง



การปฏิบัติตน

หลังจากเป็นโรคหลอดเลือดสมองแล้ว ผู้ป่วยต้องมีกำลังใจและขยันฝึกการเคลื่อนไหว การเปลี่ยนอิริยาบถ และการทรงตัว อย่างถูกต้อง และต้องไม่หลีกเลี่ยงจากสังคม นอกจากนี้ครอบครัวและผู้ดูแลต้องมีความรัก ความเข้าใจและความอดทนต่อผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด หากทำได้เช่นนี้ ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล จะมีความพึงพอใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

เอกสารอ้างอิง

1. วิมลวรรณ เที่ยงแก้ว. เคลื่อนไหวร่างกายด้วยวิธีทางกายบำบัดสำหรับภาวะอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: เอส พี เอ็น การพิมพ์; [ม.ป.ป.].
2. วิมลวรรณ เที่ยงแก้ว. กายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยภายหลังการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง.. ใน: ยงชัย นิละนนท์, วิมลวรรณ เที่ยงแก้ว ,บรรณาธิการ. เรื่องน่ารู้เกี่ยวกับหลอดเลือดสมอง. [ม.ป.ท.]: [ม.ป.พ.]; [ม.ป.ป.]. น. ๒๓-๔๑.
3. กภ.อุตสา พันศิริ. กายภาพบำบัดกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง. หน่วยกายภาพบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ๒๕๖๒



การจัดท่าทางในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

การจัดท่าทางในผู้ป่วย ได้แก่ ท่านอน ท่านั่ง การนั่งรถเข็น เป็นต้น อย่างถูกต้อง ซึ่งมีความสำคัญมาในผู้ป่วยทางระบบประสาท ที่เป็นอัมพฤกษ์ครึ่งซีก หรือครึ่งท่อนในระยะแรกที่มีกล้ามเนื้ออ่อนปวกเปียก โดยในการจัดท่า ควรมีการเปลี่ยนท่าทางทุกๆ 2 - 3 ชั่วโมง

วัตถุประสงค์ของการจัดท่าทาง มีดังนี้

1. ป้องกันการหดสั้น อากาการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ
2. ป้องกันข้อยึดติด
3. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับระบบการไหลเวียนเลือดและน้ำเหลือง เช่น อากาการบวม เป็นต้น
4. ป้องกันการเกิดแผลกดทับ
5. ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยเรียนรู้ และดูแลร่างกายส่วนที่เป็นอัมพาต

การจัดท่านอนหงาย

1. หนุนหมอนถึงบ่า จัดให้ศีรษะตั้งตรง
2. หนุนหมอนใต้ไหล่ (ข้างอ่อนแรง) โดยจัดให้สะบักเคลื่อนที่มาด้านหน้า เล็กน้อย วางแขนในท่าศอกเหยียดตรง หางมือ และใช้ผ้าม้วนใส่ในมือ ป้องกันการเกร็งในท่ากำมือ
3. หนุนหมอนใต้ข้อพับเข่า เพื่อลดความตึงตัว จัดขาให้อยู่ในท่าตรง อาจใช้หมอนหนุนด้านข้างต้นขาเพื่อป้องกันข้อสะโพกหมุนออกด้านนอก



การจัดท่านอนตะแคง

+ ท่านอนตะแคงทับข้างอ่อนแรง

1. จัดขอบสะบักข้างที่อ่อนแรงให้แขนยื่นออกมาด้านหน้า แขนเหยียดตรง
2. ขาข้างที่อ่อนแรงเหยียดตรง
3. ใช้หมอนหนุนขาข้างปกติในท่างอเข่าและสะโพก



+ ท่านอนตะแคงทับข้างปกติ

1. ขยับให้หัวไหล่อื่นไปด้านหน้า
2. สอดหมอนไว้ที่หลังและรองไว้ที่แขนและขาข้างที่อ่อนแรง



ทำนั่งห้อยขาข้างเตียงหรือเก้าอี้

1. จัดให้ศีรษะและลำตัวตั้งตรง
2. ใช้หมอนรองบริเวณแขนด้านที่อ่อนแรง จัดให้ไหล่ทั้ง 2 ข้างอยู่ในระดับเดียวกัน
3. วางเท้าบนพื้น กรณีที่เท้าไม่ถึงให้ใช้ไม้รองขาลงน้ำหนักที่ขาทั้ง 2 ข้าง



ในกรณีใช้รถเข็น

1. จัดให้สะโพกชิดพนักพิงมากที่สุด
2. มือทั้ง 2 ข้างวางไว้บนหมอนที่วางบนตัก
3. เท้าทั้ง 2 ข้างวางบนที่ปักเท้า

เอกสารอ้างอิง

1. ภก.วรรณทิภา ภูดอนม่วง. ภาพกายภาพบำบัดกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง. หน่วยกายภาพบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ๒๕๖๒



การเคลื่อนย้ายตัวผู้ป่วย

ก่อนที่ผู้ป่วยจะสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน หรือฝึกทักษะการเคลื่อนไหวอื่นๆ ผู้ป่วยจำเป็นต้องช่วยเหลือในเบื้องต้น คือ สามารถลุกขึ้นนั่งได้เอง ขั้นตอนการฝึกลุกขึ้นนั่งจึงเป็นสิ่งสำคัญ การฝึกสม่ำเสมอจะทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง การฝึกลุกขึ้นนั่งควรทำให้เร็วที่สุดหลังการฝึกพลิกตะแคงตัวและลุกขึ้นนั่ง

1. การฝึกหมุนตัวและพลิกตะแคงตัว

ประกอบไปด้วยการฝึกหมุนไหล่ และลำตัวท่อนบนไปสู่ท่าตะแคง โดยฝึกในท่านอนหงาย ให้ผู้ป่วยประสานมือเข้าด้วยกัน แขนทั้งสองยกขึ้นในท่าเหยียดตรง งอเข่าด้านที่อ่อนแรง (ผู้ดูแลประคองที่บริเวณเข่า) จากนั้นฝึกหมุนไหล่และลำตัวไปด้านซ้าย-ขวา



2. การฝึกพลิกตะแคงตัวไปด้านที่อ่อนแรง

ก่อนที่พลิกตะแคงตัวให้ผู้ป่วยขยับตัวไปชิดเตียงอีกด้าน เพื่อให้เหลือพื้นที่พอที่จะตะแคงตัว จากนั้นงอเข่าทั้ง 2 ข้าง ผู้ดูแลประคองเข่าด้านที่อ่อนแรง จากนั้นผู้ดูแลใช้มือด้านหนึ่งจับที่บริเวณข้อไหล่ สะบักของผู้ป่วย มืออีกด้านจับบริเวณสะโพก จากนั้นออกจากช่วยผู้ป่วยพลิกตะแคงตัว ระวังอย่าให้ผู้ป่วยนอนทับแขนขาที่อ่อนแรง



3. การฝึกพลิกตะแคงตัวไปข้างปกติ

ให้ผู้ป่วยนอนหงาย มือประสานกัน ผู้ดูแลช่วยงอเข่าด้านที่อ่อนแรง หมุนไหล่และลำตัวให้พลิกตะแคง ผู้ดูแลจับที่บริเวณสะบักและสะโพกของขาด้านที่อ่อนแรง



4. การฝึกยันตัวขึ้นและลงนำหนักที่ข้อศอก

การฝึกให้ลุกขึ้นนั่งจากท่านอนตะแคง ให้ฝึกทั้งด้านซ้ายและขวา ผู้ดูแลใช้มือหนึ่งจับหรือซ้อนสะบัก มืออีกด้านซ้อนใต้เข่า ให้ขาทั้ง ๒ ข้างอยู่ในท่างอข้อเข่าและสะโพก ให้พื้นขอบเตียง ให้ผู้ป่วยลงน้ำหนักที่ข้อศอก ผู้ดูแลช่วยกดที่บริเวณข้อสะโพก ดันตัวผู้ป่วยขึ้นมาในท่านั่ง



5. การฝึกทรงตัวในท่านั่ง

เป็นการฝึกกล้ามเนื้อลำตัว และสะโพกให้ทำงานสัมพันธ์กับการใช้มือและแขนในขณะที่เคลื่อนไหว เพื่อหยิบจับสิ่งของรอบๆตัว และเป็นการเตรียมกล้ามเนื้อให้ทำงานอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อการลุกขึ้นยืน การฝึกการทรงตัวในท่านั่ง ให้ทำตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

- จัดให้ผู้ป่วยนั่งบนเตียงหรือเก้าอี้ โดยให้เท้าวางบนพื้น
- ฝึกให้ผู้ป่วยงอตัวลง และยืดตัวขึ้น ทำสลับกัน





6. การฝึกเคลื่อนย้ายจากเตียงไปนั่งเก้าอี้หรือรถเข็น

การเคลื่อนย้ายจากเตียงมานั่งเก้าอี้หรือรถเข็นเป็นสิ่งสำคัญในการฟื้นฟูทักษะการเคลื่อนไหว โดยเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยได้ลงน้ำหนักขาข้างที่อ่อนแรง เป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยตนเองให้ได้มากที่สุด

6.1 การเคลื่อนย้ายจากเตียงมานั่งเก้าอี้ โดยใช้ผู้ดูแล 1 คน

- ให้ผู้ป่วยนั่งที่ขอบเตียง โดยให้ขาพับงอออกมาครึ่งหนึ่ง จัดให้ข้อเท้าอยู่หลังข้อเข่า
- ผู้ดูแลยืนด้านหน้าของผู้ป่วย มือทั้ง ๒ ข้าง จับที่บริเวณขอบกางเกงหรือเข็มขัด
- เข่าทั้ง ๒ ข้างของผู้ดูแลหนีบที่บริเวณขาด้านที่อ่อนแรงของผู้ป่วย
- ผู้ดูแลโน้มตัวผู้ป่วยมาด้านหน้า จนกระทั่งสะโพกของผู้ป่วยลอยพ้นเตียง จากนั้นผู้ดูแลหมุนตัวผู้ป่วยไปนั่งที่เก้าอี้



6.2 การเคลื่อนย้ายจากเก้าอี้/รถเข็น มาเตียง

การเคลื่อนย้ายจากเก้าอี้มาที่เตียงให้ทำวิธีเดียวกับการย้ายจากเตียงมารถเข็น/เก้าอี้

เอกสารอ้างอิง

๑. กภ.สุปรียา ราชสีห์. กายภาพบำบัดกับการดูแลผู้ป่วยติดเตียง. หน่วยกายภาพบำบัด ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ๒๕๖๒



คำชี้แจง

1. ให้ผู้เข้ารับการอบรม แบ่งกลุ่มตามความเหมาะสมของผู้เข้ารับการอบรม ฝึกปฏิบัติในหัวข้อ ดังนี้
 - 1.1. การเคลื่อนย้ายตัวผู้ป่วย
 - 1.2. การออกกำลังกายแบบช่วยการเคลื่อนไหว (passive movement exercise)
2. วิทยากรทำการสุ่มเลือกผู้เข้าร่วมอบรมมาแสดงสาธิตการฝึกปฏิบัติให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันอภิปรายและแสดงความคิดเห็น
3. วิทยากรให้คำแนะนำ อธิบาย และสรุปผลการฝึกปฏิบัติ



เรื่อง การใช้ภูมิปัญญาไทยและการแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพ

1.อาหารและพืชผักสมุนไพรบำรุงสุขภาพผู้สูงอายุ

1.อาหารบำรุงกระดูก ผู้สูงอายุมักมีปัญหากระดูกบาง เพราะหักแตกง่ายจากการสูญเสียแคลเซียม ทำให้ความแข็งแรงของกระดูกลดลง ควรได้รับอาหารที่มีแคลเซียมเสริม ได้แก่ ปลาเล็กปลาน้อย ปลาป่น กุ้งแห้ง ใบชะพลู งาดำ ใบยอ ผักแพว ยอดแค มะขามอ่อน ผักกระเฉด เต้าหู้ น้ำพริกกะปิ-ปลาทุย ยำถั่วพู ผัดผักคะน้า น้ำมันหอย แกงส้มดอกแค แกงจืดตำลึง ยำมะม่วงปลากรอบ เป็นต้น

2.อาหารบำรุงสายตา การรับประทานอาหารครบ 5 หมู่และหลากหลายเพียงพอสำหรับสุขภาพที่ดีของตา ในผู้สูงอายุ การรับประทานอาหารที่มีสารต้านอนุมูลอิสระ วิตามินเอ และเบต้าแคโรทีน จะช่วยบำรุงสายตา ในผู้สูงอายุ ได้แก่ ตำลึง ผักบุ้ง บัวบก ฟักทอง กะเพราแดง ผักกูด ผักเชียงดา ผักหวาน ใบชี่เหล็ก ผักหวาน เป็นต้น อีกทั้งการงดสูบบุหรี่ ออกกำลังกายสม่ำเสมอและพักผ่อนให้เพียงพอจะมีส่วนช่วยลดโอกาสโรคจอประสาทตาเสื่อมและช่วยบำรุงสุขภาพดวงตาของผู้สูงอายุ

3.อาหารช่วยให้เจริญอาหาร ปัญหาสุขภาพภายในช่องปากและฟันของผู้สูงอายุทำให้มีอาการเบื่ออาหาร ส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดสารอาหารที่จำเป็นทางโภชนาการ อาหารที่ช่วยกระตุ้นความอยากอาหาร ได้แก่ พริก ชี่เหล็ก มะระขี้นก สะเดา ชিং เป็นต้น

4.อาหารช่วยให้นอนหลับ ผู้สูงอายุมักพบปัญหาการนอนไม่หลับ มีสาเหตุแตกต่างกัน อาจเกิดจากปัญหาทางร่างกาย จิตใจ ทำให้เกิดความรู้สึกวิตกกังวลและซึมเศร้าได้ อาหารที่ช่วยส่งเสริมการนอนหลับ ได้แก่ แกงชี่เหล็ก ไข่ใบอ่อนและดอก สารสำคัญในใบชี่เหล็กมีผลต่อระบบประสาทช่วยในเรื่องการนอนหลับ โกลูจุหลัมพา ช่วยให้นอนหลับลึกขึ้น โดยใช้ใบสดต้มน้ำ ดื่มเป็นชาเพื่อสุขภาพ

5.อาหารช่วยในการระบาย อาการท้องผูกเกิดจากการทำงานของลำไส้ที่มีการบีบตัวน้อยลง ระบบการย่อย และการดูดซึมอาหารลดลง ผู้สูงอายุจึงควรรับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูง ได้แก่ ข้าวกล้อง ชี่เหล็ก งาดำ ถั่วแดง ใบเหลียง เป็นต้น

6.อาหารช่วยขับลม อาการท้องอืดท้องเฟ้อในผู้สูงอายุ อาจมีสาเหตุมาจากมีลมในกระเพาะอาหาร และลำไส้มากกว่าปกติ หรือเกิดจากอาหารไม่ย่อย อาหารที่ช่วยขับลมได้ดีมีกรมีรสเผ็ดร้อน ได้แก่ กระเทียม กะเพรา ขมิ้น ข่า ชิง ตะไคร้ ชะพลู พริกไทย โหระพา อาหารช่วยย่อยได้แก่ สับปะรด



2. การแช่เท้า

การแช่เท้าด้วยน้ำอุ่น จะทำให้รู้สึกผ่อนคลาย เพิ่มการไหลเวียนเลือดในร่างกาย นอนหลับง่ายขึ้น สามารถทำได้ทุกช่วงเวลาที่เหมาะสม หากต้องการให้นอนหลับง่ายควรแช่เท้าในน้ำอุ่นก่อนนอน 10-15 นาที เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพมากขึ้นอาจใส่เกลือในน้ำอุ่น 1-2 ช้อนชา ต่อน้ำอุ่นแช่เท้า 1 กะละมังหรือท่วมข้อเท้าพอสมควรจะช่วยให้หลับสบายและหลับง่ายขึ้น

การแช่เท้าด้วยสมุนไพร เป็นการกระตุ้นการไหลเวียน นำสารอาหารมาหล่อเลี้ยงเซลล์บริเวณส่วนปลายของร่างกาย และเป็นการนำของเสียออกไปกำจัด ทำให้ระบบไหลเวียนส่วนปลายดี อาการชาปลายมือปลายเท้าลดลง

สูตรสมุนไพรสด

- | | |
|--------------|--------|
| 1. ผิวมะกรูด | 1 ส่วน |
| 2. ต้นตะไคร้ | 1 ส่วน |
| 3. ขมิ้นชัน | 1 ส่วน |
| 4. เหง้าไพล | 1 ส่วน |
| 5. ขมิ้นอ้อย | 1 ส่วน |

วิธีเตรียมสมุนไพร นำสมุนไพรมาหั่นเป็นชิ้นเล็กๆ ผสมในน้ำร้อนและน้ำอุณหภูมิปกติในอัตราส่วน 2:3 จากนั้นทิ้งไว้ให้อุ่น ทดสอบโดยการจุ่มนิ้วลงไป ระวังอย่าให้ความร้อนสูงเกินไป

วิธีใช้ ให้ผู้ป่วยแช่มือหรือเท้าลงในน้ำสมุนไพรที่เตรียมไว้ ประมาณ 10-15 นาที วันละ 2 ครั้ง (เช้า-เย็น)

ข้อควรระวัง

1. ระวังการแช่เท้าในน้ำอุ่นสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน เพราะผู้ป่วยกลุ่มนี้มีประสาทรับความรู้สึกที่ชา อาจทำให้ผิวหนังพองได้
2. ไม่ควรใช้กับผู้ที่มึนเมาหรือโรคผิวหนังที่เท้า
3. ระวังในผู้ที่แพ้น้ำมันหอมระเหย

3. การประคบสมุนไพร

การประคบสมุนไพร คือการใช้สมุนไพรหลายอย่างมาโขลกแล้วห่อรวมกัน นำมานึ่งให้ร้อน ประคบบริเวณที่ปวดหรือเคล็ดขัดยอก กระตุ้นการไหลเวียนของโลหิต ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อมีความยืดหยุ่นดีขึ้น เคลื่อนไหวได้สะดวกมากขึ้น



ตัวยาที่นำมาใช้ทำลูกประคบ

1. ไพล	บรรเทาอาการปวดเมื่อย ลดการอักเสบ
2. ผิวมะกรูด	มีน้ำมันหอมระเหย แก้อาการวิงเวียน
3. ตะไคร้บ้าน	ใช้สำหรับแต่งกลิ่น
4. ใบมะขาม	บรรเทาอาการคันบริเวณร่างกาย บำรุงผิว
5. ขมิ้นชัน	ลดการอักเสบ แก้อาการปวด
6. ใบส้มป่อย	ช่วยบำรุงผิว แก้อาการปวด
7. การบูร	แต่งกลิ่น
8. เกลือ	ช่วยดูดความร้อนและช่วยพาตัวยาคซึมผ่านผิวหนังได้ดีขึ้น
9. พิมเสน	แต่งกลิ่น

ขั้นตอนในการประคบสมุนไพร

1. จัดทำผู้ป่วยให้เหมาะสม เช่น นอนหงาย นั่ง นอนตะแคง ขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่จะประคบสมุนไพร
2. นำลูกประคบที่นึ่งร้อนได้ที่แล้วมาประคบบริเวณที่ต้องการ (ก่อนประคบควรทดสอบความร้อนบริเวณท้องแขนหรือหลังมือของผู้ประคบ)
3. การประคบต้องไม่วางแช่ นานๆ บริเวณผิวหนัง อาจประคบโดยการใช้ผ้าขนหนูผืนเล็กรองบนผิวหนังก่อนได้
4. ระยะเวลาที่ใช้ในการประคบ 10-15 นาที/ครั้ง

ข้อห้ามในการประคบสมุนไพร

1. มีไข้สูงเกิน 37.5 องศาเซลเซียส
2. บริเวณที่มีอาการอักเสบ ปวด บวม แดง ร้อน (จากอุบัติเหตุ ในช่วง 24 ชั่วโมงแรก เพราะอาจทำให้บวมมากขึ้น แนะนำให้ประคบเย็นก่อนใน 24 ชั่วโมงแรก)
3. บริเวณที่มีกระดูกแตกหัก เป็นแผลเปิด หรือเลือดออกใหม่ๆ
4. บริเวณที่มีการติดเชื้อ



การรักษาแบบองค์รวม

ต้องคำนึงถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ควบคู่กับการรักษาในรูปแบบต่างๆ โดยใช้หลัก “ธรรมานามัย” ประกอบด้วย 2 คำ คือ คำว่า “ธรรมะ” หมายถึง ธรรมชาติ และ “อนามัย” หมายถึง การมีสุขภาพที่ดี เมื่อนำมารวมกัน จึงมีความหมายว่า การสร้างเสริมสุขภาพที่ดีด้วยวิถีทางธรรมชาติ (Healthy by natural method) ซึ่งจะทำให้มีความสำคัญแก่สิ่งที่มีผลกระทบต่อสุขภาพที่ช่วยให้มีร่างกายแข็งแรง มีจิตใจสงบ ตระหนักรู้คิด สามารถช่วยเหลือตนเองและสังคมได้ โดยเป็นแนวคิดของศาสตราจารย์นายแพทย์อวย เกตุสิงห์ ซึ่งเป็นหนึ่งบุคคลที่ช่วยพัฒนาระบบสาธารณสุขของไทย

แนวคิดพื้นฐานของหลักธรรมานามัยในการแพทย์แผนไทยมองสุขภาพแบบองค์รวม มองชีวิตคนเป็นนามรูป โดยรวมกายและใจเป็นเอกพจน์ ซึ่งเกี่ยวเนื่องรวมกันเป็นหนึ่ง ไม่แยกออกจากกัน เพราะมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงเป็นระบบแห่งความสัมพันธ์ขององค์ประกอบต่าง ๆ ที่มาเกี่ยวข้องอิงอาศัยกัน มี 3 ส่วน คือ กายานามัย จิตตานามัย และชีวิตานามัย

ความหมายของสุขภาพในการแพทย์แผนไทย คือ สุขภาพกาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยการดำเนินชีวิตอย่างสอดคล้องกับธรรมชาติตามหลักพุทธธรรม ไม่เบียดเบียนตนเองและผู้อื่น จิตที่ฝึกดีแล้วย่อมนำความสุขมาให้ ซึ่งเป็นแนวคิดพื้นฐานของหลักธรรมานามัยในการแพทย์แผนไทย

เบื้องต้นให้มองโรคทั้งหมดเป็นชีวิต มองชีวิตว่าเป็นโรคที่ต้องเยียวยา แต่ว่า “โรค” นั้นเยียวยาได้ ซึ่งหมายถึงร่างกายนี้เป็นรังของโรค แต่โรคนั้นแก้ไขได้ จุดหมายคือการแก้ไขความไม่สบายหรือโรคของชีวิตนั่นเอง

ธรรมานามัยมีองค์ประกอบ 3 ส่วน ได้แก่

1. กายานามัย คือ การส่งเสริมสุขภาพทางกาย
2. จิตตานามัย คือ การส่งเสริมสุขภาพทางจิตใจ
3. ชีวิตานามัย คือ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตและครอบครัว

กายานามัย

กายานามัย คือ การส่งเสริมสุขภาพทางกาย ได้แก่

1. การบริโภคอาหาร ควรรับประทานอาหารให้พอดีไม่มากและน้อยเกินไป ตามหลักทฤษฎีการแพทย์แผนไทย ควรรับประทานอาหารให้หลากหลายและครบทุกรส เพื่อจะได้ช่วยปรับธาตุทั้ง 4 ให้สมดุล สิ่งสำคัญต้องคำนึงถึงความเหมาะสมของวัย เวลา ฤดูและโรคที่เป็น เช่น บุคคลที่อยู่ในวัยชรามักเจ็บป่วยด้วยโรคลม ท้องอืด ท้องเฟ้อ จึงไม่สมควร



รับประทานอาหารรสมันและอาหารที่ย่อยยาก ช่วงเวลาเข้านมเป็นเวลาที่มีโอกาสเกิดเสมหะ ไม่ควรรับประทานรสหวานมันเนื่องจากจะทำให้มีเสมหะมาก

เครื่องดื่มสมุนไพร น้ำดื่มเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตมนุษย์ภูมิปัญญาพื้นบ้านไทย ได้นำน้ำสมุนไพรมาเป็นเครื่องดื่มช่วยคลายร้อน ดับกระหาย และยังช่วยปรับธาตุบำรุงสุขภาพ และป้องกันโรค หรืออาการเจ็บป่วยบางอย่างได้ เนื่องจากในน้ำสมุนไพร มีวิตามิน และสารหลายชนิดที่มีฤทธิ์ในการป้องกันโรค

1. น้ำกระเจี๊ยบแดง

ส่วนผสม	กระเจี๊ยบแห้ง	1/2	ถ้วยชุป
	น้ำตาลทรายแดง	2	ถ้วยชุป
	เกลือป่น	1	ช้อนกินข้าว
	น้ำสะอาด	5	ถ้วยชุป

- วิธีทำ**
- ล้างกระเจี๊ยบ 1 ครั้ง ให้สะอาดพักไว้
 - ใส่น้ำลงในหม้อ ตั้งไฟพอเดือด ใส่กระเจี๊ยบ ต้มจนออกสีแดง และเนื้อกระเจี๊ยบนุ่ม กรองเอาแต่น้ำนำขึ้นตั้งไฟต่อ
 - ใส่น้ำตาล เกลือป่น เคี่ยวไฟอ่อน จนน้ำตาลละลายหมด ยกลงทิ้งให้เย็น เทใส่ขวด แช่เย็นไว้ดื่มเย็นๆ หรือใส่น้ำแข็งดื่มก็ได้

สรรพคุณ รสเปรี้ยว ทำให้สดชื่น ขับน้ำดี ลดไข้ แก้ไอ แก้นิ่ว แก้กษัยน้ำ

2. น้ำขิง

ส่วนผสม	ขิงสด	15	กรัม (ขิงหั่นขนาด 1 นิ้ว 5-6 ชิ้น)
	น้ำ	240	กรัม (16 ช้อนกินข้าว)
	น้ำเชื่อม	15	กรัม (1 ช้อนกินข้าว)

- วิธีทำ** ปอกเปลือกขิงออก ล้างน้ำให้สะอาด ทูบพอแหลก ตั้งน้ำให้เดือด เอาขิงที่ทุบไว้ลงต้มให้เดือด กรองเอากากออก เติมน้ำตาลชิมรสตามชอบ

สรรพคุณ รสเผ็ดร้อน บำรุงธาตุ ช่วยขับลม แก้อาการท้องอืดท้องเฟ้อ แก้อาการคลื่นไส้อาเจียน ช่วยเจริญอาหาร

3. น้ำตะไคร้

ส่วนผสม	ตะไคร้	2 - 3	ต้น
	น้ำ	2 - 3	ถ้วย
	น้ำตาลทราย	1	ช้อนครึ่ง

- วิธีทำ** นำต้นตะไคร้ ตัดใบออก แล้วล้างน้ำให้สะอาดตัดเป็นท่อนสั้นๆ ทูบพอแตกใส่หม้อเติมน้ำ เติมน้ำตาล 1 ช้อนครึ่ง ตั้งไฟพอเดือด กรองน้ำ นำน้ำสมุนไพรตั้งไฟให้เดือดพอประมาณ 3 นาที ยกลง กรองใส่ขวดหนึ่ง 20 - 30 นาที เย็นแล้วเก็บใส่ตู้เย็น จะได้น้ำตะไคร้สีเหลืองอมเขียวอ่อนๆ ใส่มกกลิ่นหอมตะไคร้



สรรพคุณ รสเผ็ดร้อน เป็นยาขับลม แก้เบื่ออาหาร แก้ผมหุดผาย แก้โรคทางเดินปัสสาวะ นิ่ว และเป็นยาบำรุงไฟธาตุให้เจริญ

2. การบริหารกาย

การออกกำลังกาย การบริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีดัดตนสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการสร้างสุขภาพทางกายด้วยท่าบริหารต่าง ๆ จะทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง และช่วยบรรเทาอาการของโรคบางอย่างได้เช่น การบริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีดัดตน 15 ท่าซึ่งสถาบันการแพทย์แผนไทยส่งเสริมให้นำมาใช้ในการออกกำลังกายในชีวิตประจำวันเพื่อคลายความเมื่อยล้าของร่างกาย

ประโยชน์การบริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีดัดตนสำหรับผู้สูงอายุ

1. ช่วยให้การเคลื่อนไหวตามธรรมชาติของแขนหรือข้อต่อต่างๆ เป็นไปอย่างคล่องแคล่ว มีการเน้นการนวดโดยบางท่าจะมีการกดหรือบีบนวดร่วมไปด้วย
2. ทำให้โลหิตหมุนเวียน เลือดลมเดินได้สะดวก นับเป็นการออกกำลังกายที่สามารถกระทำได้ทุกอิริยาบถของคนไทย
3. เป็นการต่อต้านโรคภัย บำรุงรักษาสุขภาพให้มีอายุยืนยาว
4. มีการใช้สมาธิร่วมด้วย จะช่วยยกระดับจิตใจให้พ้นอารมณ์ขุ่นมัว หงุดหงิด ความง่วง ความท้อแท้ ความเครียด และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการหายใจ หากมีการฝึกหายใจให้ถูกต้อง

หมายเหตุ การฝึกปฏิบัติสามารถศึกษาได้ใน กายบริหารฤๅษีดัดตน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก การออกกำลังกายแบบโยคะสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุควรจะทำท่าออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นประจำตามสภาพร่างกาย ทำบริหารแบบโยคะสำหรับผู้สูงอายุนี้เราได้นำมาดัดแปลงให้ง่ายขึ้นและใช้เก้าอี้มีพนักช่วยจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถฝึกได้ไม่ยาก ในผู้สูงอายุควรระวังหลีกเลี่ยงท่าที่ยาก เพราะจะทำให้เกิดอาการบาดเจ็บได้จะต้องดัดแปลงให้เหมาะสม

ข้อแนะนำก่อนการฝึก

- ผู้สูงอายุควรฝึกภายใต้การควบคุมดูแลของผู้ฝึกสอนในระยะแรกจนเข้าใจและสามารถฝึกได้เองที่บ้าน
- ควรฝึกท่าต่างๆ ท่าที่จะทำได้ ท่าไหนยากเกินไปก็ให้งดไปก่อน แล้วค่อยๆ ฝึกเพิ่มขึ้นในภายหลังในผู้สูงอายุเราใช้ท่าฝึกง่ายๆ ก็เพียงพอที่จะทำให้สุขภาพดีได้ การฝึกเป็นประจำทุกวันอย่างสม่ำเสมอเป็นเรื่องสำคัญ
- ในขณะที่ฝึกหากมีอาการเหนื่อยให้หยุดนั่งพักจนหายเหนื่อยแล้วค่อยฝึกต่อ ไม่ควรฝึกต่อเนื่องกันไปตลอด
- ควรฝึกก่อนรับประทานอาหาร หรือหลังรับประทานอาหาร ประมาณ 2 - 3 ชั่วโมง สวมเสื้อผ้าหลวม ๆ ไม่ให้รัดกางเกงยัด เสื้อยัด จะเหมาะสำหรับการฝึก
- ถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ก่อนการฝึก ขณะฝึกถ้ามีอาการปวดต้องหยุดฝึกและซับถ่ายให้เรียบร้อย



หมายเหตุ 1. ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวควรระวัง

2. การฝึกปฏิบัติสามารถศึกษาได้ใน คู่มือโยคะสำหรับผู้สูงอายุ กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

3. การพักผ่อน

การพักผ่อนที่ดีที่สุดคือการนอนหลับ เป็นการผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ แต่การนอนหลับพักผ่อนก็ต้องคำนึงถึงความพอดีที่ร่างกายต้องการ ไม่ควรนอนมากหรือน้อยเกินไป นอกจากการนอนหลับพักผ่อนแล้ว วิธีพักผ่อนและผ่อนคลายที่ดียังมีอีกหลายวิธีแล้วแต่ความชอบและความพึงพอใจของแต่ละคน แต่ที่จะกล่าวถึงคือ วิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่างกายด้วยภูมิปัญญาไทย คือ การนวดผ่อนคลาย

การนวดผ่อนคลายและการนวดบำบัดโรคเป็นการนวดเพื่อสุขภาพและการนวดบำบัดโรคสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคลมจับโปงเข้าแห่ง (เข้าเส้นลม) โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น

การอบสมุนไพร เป็นการใช้น้ำเดือดที่ต้มสมุนไพรทำให้รู้ชุมชนขยาย ช่วยขับเหงื่อและสิ่งสกปรกออกจากร่างกาย บรรเทาอาการผื่นคัน โรคผิวหนัง ทำให้ผิวพรรณเปล่งปลั่งสดใส สมุนไพรที่ใช้อบร่างกายใช้ได้ทั้งสมุนไพรสดและสมุนไพรแห้ง

จิตตานามัย

การส่งเสริมและพัฒนาจิต 3 ประการ ได้แก่

1. **พัฒนาคุณภาพจิต** คือ การฝึกจิตใจให้มีคุณธรรม มีศรัทธา มีพรหมวิหาร 4 มีความกตัญญูกตเวที มีหิริโอตตัปปะ มีความเคารพ อ่อนน้อมสุภาพอ่อนโยน มีจิตใจกว้างขวาง เสียสละ โอบอ้อมอารี

- คุณธรรมบุคคล คือ การพิจารณาและจำแนกระหว่างสิ่งที่ถูกและผิดตามเจตนาจงใจหรือการกระทำ
- ศรัทธา คือ ความเชื่อที่ประกอบด้วยปัญญา เชื่อมั่นในการทำคุณความดี
- พรหมวิหาร 4 คือ เมตตา กรุณา มุทิตา และอุเบกขา
- หิริโอตตัปปะ คือ ความละอายและเกรงกลัวต่อบาป

2. **พัฒนาสมรรถภาพจิต** คือ การฝึกจิตให้มีสติ มีสมาธิ มีความเพียรพยายาม บากบั่นอดทน มีความรับผิดชอบ เข้มแข็ง มีกำลังใจเด็ดเดี่ยว ไม่หวั่นไหวต่อโลกธรรม 8 ประการ

- สติ คือ ความระลึกได้นึกได้ความไม่เผอเรอ การคุมใจไว้กับกิจหรือกมุจติไว้กับสิ่งที่เกี่ยวข้องหรือที่ปฏิบัติ
- สมาธิ คือ ความสงบ ตั้งมั่น ไม่วอกแวกหวั่นไหว มีความใสกระจ่าง ราบเรียบ มีพลัง มีความนุ่มนวล
- โลกธรรม 8 ประการ คือ ลาภ-เสื่อมลาภ ยศ-เสื่อมยศ สรรเสริญ-นินทา ความสุข-ความทุกข์

3. **พัฒนาสุขภาพจิต** คือ ฝึกจิตให้มี ปิติยินดี มีความรัก มีความสุข มองโลกในแง่ ร่าเริง เบิกบาน สดชื่นแจ่มใส อิมใจ

- การฝึกจิต เป็นการพัฒนาเพิ่มความเข้มแข็งให้กับจิต จิตที่เข้มแข็งจะมีพลังต่อต้านสิ่งเลวร้ายต่างๆ ได้



1. การสวดมนต์แผ่เมตตา พิจารณาสังขารและการไหว้ครูเพื่อพิจารณาตามให้เกิดศรัทธา ความเชื่อมั่น ความกตัญญูและความเมตตา อนิสงค์ของการสวดมนต์

- เชื่อว่าได้เข้าเฝ้าพระสัมมาสัมพุทธเจ้า เพราะขณะสวดมนต์จิตรำลึกถึงพระพุทฺธ พระธรรม และพระสงฆ์ ขณะสวดมนต์จิตใจสงบปราศจากความโลภโกรธหลง

- จิตเป็นสมาธิเข้มแข็งอดทน

- ได้ปัญญาารู้แจ้งเห็นจริง ในสังขารมในการดำเนินชีวิต

- เป็นการสั่งสมบุญบารมีจิตใจสงบนอนหลับไม่ฝันร้าย

- การสวดมนต์เป็นการบริหารร่างกายอย่างหนึ่ง เช่น การยกมือ ประนมมือ การกราบ การเปล่งเสียง ทำให้ปอดขยาย ระบบทางเดินหายใจดีขึ้น สร้างภูมิคุ้มกันโรค

- การสวดมนต์เป็นหมู่คณะ สร้างระเบียบและความสามัคคี

2. การปฏิบัติธรรม โดยใช้หลักธรรมทางศาสนาที่สำคัญ คือ หลักไตรสิกขา อันเป็นที่พึ่งพิงของชีวิต ได้แก่ ศีล สมาธิ และปัญญา

- การรักษาศีล คือ การรักษา กาย วาจา ใจ ให้งดเว้นจากการกระทำ พุทฺ หรือคิดในสิ่งที่เบียดเบียนตน และคนอื่น อันเป็นบาปกรรมทางกาย วาจา และใจ

ศีล จะมั่นคงด้วยความคุ้มครองของความละอายและเกรงกลัวต่อบาป ศีลเป็นมาตรฐานชีวิตสำหรับผู้มุ่งเจริญในธรรม และเป็นรากฐานของการเจริญสมาธิ สัมมาสมาธิย่อมเกิดในผู้มีศีลอย่างน้อยต้องมีศีล 5 เป็นพื้นฐาน ได้แก่

1. เว้นจากการฆ่าสัตว์ตัดชีวิต ทำให้จิตมีเมตตาระงับโทสะ ซึ่งเป็นต้นเหตุแห่งการทำลายล้างกันบุคคล ผู้ประพฤตศีลข้อนี้จะมีอันสงส์ส่งผลให้ชีวิตยืนยาวสุขภาพแข็งแรงปราศจากโรคภัยเบียดเบียน

2. เว้นจากการลักทรัพย์ไม่ยึดเอาทรัพย์ ของผู้อื่นที่เจ้าของมิได้เต็มใจให้มาเป็นของตน บุคคลผู้ประพฤตศีลข้อนี้จะมีอันสงส์ส่งผลให้เจริญรุ่งเรืองในโภคทรัพย์ และสามารถเก็บรักษาทรัพย์ไว้ได้โดยไม่ถูกผู้อื่นเบียดเบียนไป

3. เว้นจากการประพฤตผิดในคู่ครองหรือคนในปกครองของผู้อื่น บุคคลผู้ประพฤตศีลข้อนี้จะมีอันสงส์ส่งผลให้โชคดีในความรัก เมื่อมีบุตรธิดาก็ว่านอนสอนง่ายไม่ถูกผู้อื่นหลอกลวง

4. เว้นจากการพูดปด พูดบิดเบือนความจริง ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน บุคคลผู้ประพฤตศีลข้อนี้จะมีอันสงส์ส่งผลให้เป็นผู้มีวาจาหนักแน่น เป็นที่เคารพเชื่อถือของบุคคลทั่วไป และมีไหวพริบในการเจรจา

5. เว้นจากการดื่มสุรา เครื่องดองของมีนเมา บุคคลผู้ประพฤตศีลข้อนี้จะมีอันสงส์ส่งผลให้เป็นผู้มีมันสมองเปรี๊องปราศผู้มีปัญญาความคิดแจ่มใส ไม่หลงลืมพันเพื่อน



การทำสมาธิ คือ การฝึกให้จิตมีความตั้งมั่น

สมาธิ หมายถึง การมีจิตแน่วแน่ต่อสิ่งที่กำหนดอยู่ในอารมณ์ใดอารมณ์หนึ่งจนหยุดนิ่งและมีจิตใจจดจ่อในสิ่งนั้น สมาธิเป็นบันไดขั้นต้นที่จะก้าวไปสู่การเจริญปัญญา (วิปัสสนา) วิธีที่นิยมปฏิบัติกันคือการนั่งสมาธิและเดินจงกรม

ประโยชน์ของการทำสมาธิ คือ

- ช่วยให้จิตใจอ่อนคลายสบายสงบ

- เสริมประสิทธิภาพการทำงานและการเล่าเรียน

- เสริมสุขภาพทางกายบรรเทาอาการของโรคทางกาย ดังคำกล่าวที่ว่า "สมาธิทำให้จิตใจแจ่มใส หัวใจเบิกบาน ทำงานผิดพลาดน้อยลง ดำรงความทรงจำ ทำงานเสร็จตามมุ่งหมายคลายความเครียด ไม่เบียดเบียนกัน ยึดมั่นในพระศาสนา มีใจเมตตากรุณาต่อสังคม" ทำให้จิตใจที่เคยว่าวุ่นกลับมาสงบเยือกเย็น คนเคยเอาแต่ใจตนเองเป็นคนอารมณ์ร้อนฉุนเฉียวก็ทำให้หนักแน่นมีเหตุผลมากขึ้นไม่โกรธง่าย และรู้จักระงับอารมณ์ได้มีจิตใจตั้งงามส่งผลให้สภาพจิตปลอดโปร่งผ่องใสแก่ซึ้งลง เนื่องจากการเผาผลาญพลังงานในร่างกายดำเนินไปด้วยความมีระเบียบและทำงานซึ้ง ทำให้แลดูอ่อนเยาว์กว่าวัย ถ้าฝึกได้ในระดับที่สูงขึ้นจะช่วยรักษาโรคร้ายในร่างกายได้ ทำให้ร่างกายแข็งแรงเพราะสภาพจิตที่ผ่านการฝึกสมาธิจะทำให้กระแสคลื่นความถี่ในสมองมีระเบียบ

ชีวิตานามัย

เป็นการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตและครอบครัวแบ่งออกเป็น 2 ส่วนได้แก่ การดำเนินชีวิต ด้วยการทำหน้าที่ของแต่ละบุคคลด้วยความเหมาะสมถูกต้องดีงามตามภาวะที่เป็นอยู่ 2 ภาวะ ได้แก่

1. ภาวะที่เป็นตามธรรมชาติ คือ ความเป็นลูก หลาน พ่อ แม่ พี่ ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตา ยาย เครือญาติ ฯลฯ

2. ภาวะที่ถูกกำหนดขึ้นมาภายหลัง คือ ความเป็นนักเรียน ครู ข้าราชการ พนักงานเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ นักร้อง นักแสดง นักกฎหมาย นักบัญชี ฯลฯ

การสร้างสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพกายและจิตใจ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

1. การสร้างสิ่งแวดล้อมครอบครัว เริ่มจากที่อยู่อาศัยจะต้องสะอาด อากาศถ่ายเทดีมีสิ่งแวดล้อมสวยงามสงบ ร่มรื่น ที่อยู่อาศัยจะเล็กหรือใหญ่ไม่ใช่สิ่งสำคัญ เพียงขอให้มีความสุขลักษณะที่ดีต่อผู้อยู่อาศัย

การแต่งกายของบุคคลในครอบครัวนับว่าเป็นสิ่งสำคัญต่อความเจ็บป่วยของบุคคล เครื่องแต่งกายควรสะอาดเหมาะสมกับร่างกาย ฤดูกาล และสภาพอากาศ ครอบครัวที่มีความสุขสมบูรณ์ไม่ควรมีความสุขที่เจ็บป่วย ดังนั้นการดูแลสุขภาพและสุขอนามัยที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญ ประการต่อมาเรื่องการบริโภคอาหารที่มีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อร่างกายก็เป็นสิ่งสำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่าอย่างอื่น

สุดท้ายคือความรักความสามัคคีในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ครอบครัวที่มีความสุขย่อมต้อง มีความรักความสามัคคีของบุคคลในครอบครัวความรักย่อมจะแผ่ขยายไปสู่ชุมชนและสังคมต่อไป



2. การสร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชนและสังคม ชุมชนและสังคมมีส่วนสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลในชุมชนและสังคมนั้น ๆ เป็นอย่างยิ่ง ชุมชนและสังคมใดมีการพัฒนาอยู่เสมอย่อมนำความเจริญมาสู่ชุมชนและบุคคลในชุมชน การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีด้วยความร่วมมือร่วมใจของบุคคลในชุมชน เพื่อให้เกิดสภาพแวดล้อมที่ปราศจากมลภาวะก่อกำจัดขยะ สิ่งปฏิกูลที่ก่อให้เกิดโรค ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สดชื่นอยู่เสมอ ถนนหนทางแม่น้ำลำคลองในเขตชุมชนสะอาดสวยงาม ทำให้เป็นชุมชนและสังคมที่น่าอยู่อาศัย ปลอดภัยจากอันตราย สามารถใช้เป็นสถานที่พักผ่อนหย่อนใจคลายความเครียดย่อมเป็นชุมชนและสังคมที่สร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับบุคคลในชุมชนและสังคมนั้นๆ

อาหารคือยารักษาโรค

ทุกคนปรารถนามีสุขภาพดีด้วยกันทั้งนั้น ซึ่งเราเองเป็นคนกำหนดว่าจะเลือกสิ่งดีๆ ให้แก่ตัวเราเอง หรือจะเลือกสิ่งที่จะทำลายสุขภาพในบางครั้ง เราอาจจะไม่รู้ตัวว่าสิ่งที่เรากำลังเลือกนั้นเป็นสิ่งที่ไม่มีประโยชน์ต่อร่างกายแล้วยังมีโทษแก่ร่างกายตามมาทั้งระยะสั้นและระยะยาว ดังนั้นความรู้เกี่ยวกับสมุนไพร ที่เห็นและใช้อยู่ทุกวันควรใช้อย่างรู้คุณค่าเกิดประโยชน์ต่อตัวเราและครอบครัว ป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนในอนาคต ภูมิปัญญาที่บรรพบุรุษท่านสั่งสมมา โดยการเอาร่างกายทดลองจนเห็นผลดีแล้วบอกต่อกันมาให้รุ่นลูกหลานใช้ ควรจะมองอีกมุมและเปิดใจกว้างยอมรับมาลองปรับใช้ให้เหมาะสมเพื่อสุขภาพที่ดีในวันนี้ และวันหน้า สมุนไพรเป็นพืชผักหาง่ายราคาถูกปลูกใช้เองได้ โรคและอาการบางอย่างเกิดขึ้นจากพฤติกรรม ถ้าปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การกินได้ เลือกกินในสิ่งที่มีประโยชน์การมีสุขภาพดีจะเกิดอย่างทั่วหน้า อีกทั้งผลดีด้านอื่นๆ จะเกิดกับเราอย่างแน่นอน



1. อัจฉรา เชียงทอง,อุบลรัตน์ มโนศิลป์,แสงเพชร ภูมา,บรรณาธิการ.คู่มือการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคตามกลุ่มวัยด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย;2560
2. แผนกโภชนาการ.บำรุงกระดูกให้ถูกโภชนาการ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลศิริราชปิยมหาราชการุณย์; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 21 พ.ย. 66]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.siphphospital.com/th/news/article/share/calcium>
3. ศักดิ์ชัย วงศกิตติรักษ์.อยากทราบเกี่ยวกับอาหารบำรุงสายตา [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,คณะแพทยศาสตร์; 2552 [เข้าถึงเมื่อ 21 พ.ย. 66]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.doctor.or.th/ask/detail/9277>
4. นิธิมา สุทธิพันธุ์.สมุนไพรแก้อาการเบื่ออาหาร [อินเทอร์เน็ต].กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี,คณะเภสัชศาสตร์; 2553 [เข้าถึงเมื่อ 21 พ.ย. 66]. เข้าถึงได้จาก: <https://apps.phar.ubu.ac.th/phargarden/main.php?action=article>
5. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.กินสมุนไพรฤทธิ์อ่อนคลาย แก้ปัญหานอนไม่หลับผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต].กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี,คณะเภสัชศาสตร์; 2553 [เข้าถึงเมื่อ 21 พ.ย. 66]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30159>
6. พิมพ์วิภา แพรกหา.แช่เท้าเพื่อสุขภาพ [อินเทอร์เน็ต].สงขลา:มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์,โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทย; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 21 พ.ย. 66]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ttmed.psu.ac.th/th/blog/153>
7. อมรรัตน์ ราชเดิม.ประสิทธิผลการแช่เท้าตำรับสมุนไพรสูตรร้อนต่อคุณภาพชีวิตในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ตามแนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายด้านการแพทย์แผนไทยในแผนกผู้ป่วยในในโรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน [อินเทอร์เน็ต].กรุงเทพฯ:กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก,โรงพยาบาลการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 21 พ.ย. 66]. เข้าถึงได้จาก: <https://ttcmh.dtam.moph.go.th/index.php/knowledge/handbook/119-28-10-2021>
8. ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุเกื้อต.ทะเบียนสมุนไพรไทยบ้านภูเก็ด [อินเทอร์เน็ต].กรุงเทพฯ:กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์,กรมกิจการผู้สูงอายุ; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 21 พ.ย. 66]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.dop.go.th/th/know/15/563>



ใบงานที่ 12.2

คำชี้แจง

ให้ผู้เข้ารับการอบรม แบ่งกลุ่มตามความเหมาะสมของผู้เข้ารับการอบรม ไม่ควรเกิน 6 - 10 คน ร่วมกัน
ทำลูกประคบจากสมุนไพรที่เตรียมให้ โดย

1. เลือกผู้แทนนำเสนอ
2. อธิบายวิธีการใช้และข้อควรระวัง
3. วิทยากรให้คำแนะนำ อธิบาย และสรุป

ใบงานที่ 12.3

คำชี้แจง

ให้ผู้เข้ารับการอบรม แบ่งกลุ่มตามความเหมาะสมของผู้เข้ารับการอบรม ไม่ควรเกิน 6 - 10 คน ร่วมกัน
อภิปรายในประเด็น “อาหารคือยารักษาโรค” และ “การกินอาหารเป็นยาและการกินยาเป็นอาหาร”

1. เลือกผู้แทนนำเสนอ
2. ระดมสมอง และความคิดเห็น นำเสนอ
3. วิทยากรให้คำแนะนำ อธิบาย และสรุป



วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) มีความรู้ ความเข้าใจ เรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแบบประคับประคอง (Palliative Care) ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) เตรียมการรองรับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative Care) ในระดับครอบครัวและชุมชน
3. เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ให้สามารถสื่อสารกับบุคลากร ครอบครัว ประชาชนทั่วไป และภาคีเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative Care) ในชุมชน
4. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) สามารถสื่อสารกับเครือข่ายในการสนับสนุนการขับเคลื่อนการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยระยะท้าย (Palliative Care) ของหน่วยงานภาคีเครือข่ายระดับพื้นที่ในชุมชน

เนื้อหาวิชา

- ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับผู้ป่วยระยะประคับประคอง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย
- หลักการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวใกล้ชิด
- หลักการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะ ประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้ายและครอบครัวใกล้ชิด
- หลักกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิในการแสดงเจตนาในวาระสุดท้ายของชีวิต

รูปแบบ/วิธีการสอน

- การบรรยาย
- ถาม - ตอบ คำถามกลุ่มใหญ่
- ฝึกปฏิบัติ
- แสดงบทบาทสมมติ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

1. วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียน ด้วยคำถามถึงความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยระยะประคับประคอง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย
2. วิทยากรบรรยายเนื้อหาเกี่ยวกับแนวทาง /หลักการเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง และผู้ป่วยระยะสุดท้าย
3. ศึกษกรณีตัวอย่างจากบทบาทสมมติ
4. วิทยากรสรุปพร้อมให้ข้อเสนอแนะ
4. สื่อประกอบการเรียนการสอน / อุปกรณ์
 1. คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Caregiver



2. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)

3. สื่อการอบรม

- ไฟล์นำเสนอ

- เอกสาร /ระเบียบต่าง ๆ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย

ผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย



เรื่อง ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้าย

การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นที่รู้จักกว้างขวางในต่างประเทศ โดยเฉพาะในประเทศตะวันตก และกำลังเริ่มเป็นที่รู้จักมากขึ้นในประเทศไทย แต่การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยเฉพาะในช่วงใกล้เสียชีวิต ยังจำเป็นต้องสร้างความรู้ความเข้าใจให้มากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ตื่นตระหนก เข้าใจ และรับมือกับอาการที่เกิดขึ้นได้ การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่เป็นที่รู้จักกันดีในต่างประเทศ โดยเฉพาะกลุ่มประเทศในแถบตะวันตก และกำลังเริ่มเป็นที่รู้จักแพร่หลายมากขึ้นในประเทศไทย องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ให้คำจำกัดความของการดูแลแบบประคับประคองว่าเป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่หายด้วยการป้องกัน บรรเทาอาการ ตลอดจนการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้น เป็นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ อันได้แก่ ร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และสังคม ทั้งนี้ ส่วนใหญ่แล้วจะครอบคลุมถึงการดูแลผู้ป่วยที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และคาดว่าจะมีชีวิตเหลืออยู่น้อยกว่า 6 เดือน – 1 ปี ดังนั้น ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้คือ การยอมรับและเข้าใจว่าผู้ป่วยมีเวลาเหลืออีกไม่นาน การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองจึงมุ่งเน้นไปที่การเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ควบคู่กับการรักษาหลักที่มุ่งหวังกำจัดโรค โดยคำนึงถึงความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันด้วยหวังให้ผู้ป่วยได้จากไปอย่างสงบ ไม่มีเรื่องติดค้างไว้เบื้องหลัง อย่างไรก็ตาม การดูแลผู้ป่วยตามแนวทางนี้ โดยเฉพาะในช่วงใกล้เสียชีวิต ยังจำเป็นต้องสร้างความรู้ความเข้าใจให้มากขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ตื่นตระหนก เข้าใจ และรับมือกับสิ่งที่เกิดขึ้นได้อย่างเหมาะสม

การดูแลแบบประคับประคองคืออะไร

1. เป็นการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่หาย แต่เป็นการดูแลด้วยการป้องกันบรรเทาอาการ ตลอดจนการบรรเทาทุกข์ทรมานด้านต่างๆที่อาจเกิดขึ้น
2. เป็นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพที่มุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว โดยลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลควบคู่กับการรักษาหลักที่มุ่งหวังกำจัดตัวโรค การดูแลแบบประคับประคอง จะคำนึงถึงความต้องการและความปรารถนาของผู้ป่วยและครอบครัวร่วมด้วยเสมอ



องค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง

องค์ประกอบที่สำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองประกอบด้วย 3 ส่วน คือ

2.1 การควบคุมอาการไม่สุขสบาย (Symptom Control) ผู้ป่วยในระยะสุดท้ายมักมีความเปราะบาง และมีกลุ่มอาการต่าง ๆ ทางร่างกายที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ซึ่งอาการที่พบได้บ่อย ได้แก่ อาการปวด หายใจลำบาก ถ่ายเหลว ท้องผูก อ่อนแรง เหนื่อยล้า มีความผิดปกติทางช่องปาก เช่น แผลในปาก ปากแห้ง เป็นต้น การจัดการอาการที่มีประสิทธิภาพจึงมีความสำคัญมาก

2.2 การรักษาโรค (Disease Management) ส่วนใหญ่เป็นบทบาทหน้าที่ของแพทย์ที่จะจัดการกับตัวโรคหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น

2.3 การดูแลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Psychological and Spiritual Care) สำหรับผู้ป่วยในระยะสุดท้าย การดูแลด้านจิตใจ สังคม และจิตวิญญาณถือว่าเป็นสิ่งสำคัญมากเช่นกัน การดูแลด้านจิตใจและสังคม ได้แก่ บุคลิกลักษณะ ความสนใจ งานอดิเรก ศาสนา อาชีพ ครอบครัว ความเชื่อ ความสัมพันธ์ ส่วนการดูแลด้านจิตวิญญาณ ได้แก่ การค้นหาความหมายของชีวิต ความตาย คุณค่า การให้อภัย ความรัก ความเข้าใจ และความเชื่อทางศาสนา เป็นต้น

เป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคองไม่ใช่เพียงแค่การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายเท่านั้น แต่เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยในองค์รวมตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยจนถึงการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต เป้าหมายของการดูแลแบบประคับประคอง คือ การมุ่งหวังให้ผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวสามารถใช้ชีวิตร่วมกันอย่างมีความสุข มีความสัมพันธ์ที่ดีในวาระสุดท้าย มีความสุขสบายทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีคุณภาพชีวิตที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ครอบคลุมถึงการลดความทุกข์ทรมานจากการยื้อชีวิต เนื่องจากการรักษาบางอย่างในห้อง ICU อาจเป็นการรักษาที่สร้างความทุกข์ทรมานและความเจ็บปวดโดยที่ไม่เกิดประโยชน์ใด ๆ กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถจากไปอย่างสงบ สัมผัสศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และสอดคล้องกับความเชื่อศาสนา สังคม วัฒนธรรม และวิถีชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว



เรื่อง หลักการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคองและผู้ป่วยระยะสุดท้ายและคนในครอบครัวที่ใกล้ชิด

หลักการของการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลควบคู่ไปกับการรักษาหลัก โดยมีหลักการที่สำคัญ ดังนี้

1. ดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว
2. ประเมินผู้ป่วยอย่างถี่ถ้วนและรอบด้าน ให้การดูแลโดยมุ่งลดความทุกข์ทรมานทั้งจากอาการทางกาย เช่น ลดอาการปวด หอบเหนื่อย อ่อนเพลีย คลื่นไส้ อาเจียน จากอาการทางจิตใจ เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล เป็นต้น
3. พยายามดูแลให้ผู้ป่วยถึงวาระสุดท้ายอย่างเป็นธรรมชาติ ไม่เร่งการเสียชีวิต ไม่ยืดการเสียชีวิต

การรักษาแบบประคับประคอง เริ่มได้ตั้งแต่ตอนไหน

เริ่มได้ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเผชิญภาวะความเจ็บป่วยที่เป็นอันตรายถึงชีวิต โดยค่อยๆ มีบทบาทมากขึ้นเมื่อตัวโรคเป็นมากขึ้น อาการของผู้ป่วยมากขึ้น トラバจนกระทั่งผู้ป่วยจากไป รวมถึงให้การดูแลความเศร้าโศกเสียใจของครอบครัวจากการสูญเสียด้วย

สถานที่ที่เหมาะสมกับการดูแลแบบประคับประคอง

การดูแลแบบประคับประคองนั้น สามารถทำได้ทั้งที่บ้าน โรงพยาบาล หรือในสถานพยาบาลที่มีความพร้อม โดยขึ้นกับอาการของผู้ป่วยในขณะนั้น หากผู้ป่วยมีอาการรุนแรง เช่น มีภาวะติดเชื้อ อาจจำเป็นต้องได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลเนื่องจากต้องให้การรักษาหรือให้ยาทางหลอดเลือดหรือสาเหตุอื่น จนเมื่ออาการของผู้ป่วยสงบลงก็อาจกลับมาดูแลที่บ้าน หรือที่สถานพยาบาลที่มีความพร้อมได้ ทั้งนี้ขึ้นกับสภาวะของผู้ป่วยและบริบทของครอบครัว

ทำความเข้าใจอาการของผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตและการดูแลเบื้องต้น

เมื่อการดำเนินโรคเป็นมากขึ้น คงต้องยอมรับความจริงที่ว่า ไม่มีใครสามารถหลีกเลี่ยงการเสียชีวิตได้ แต่จะอย่างไร ให้ผู้เสียชีวิตนั้นจากไปด้วยความไม่ทุกข์ทรมาน ครอบครัวได้เตรียมตัวเตรียมใจกับความสูญเสียครั้งใหญ่ที่จะเกิดขึ้น การทำความเข้าใจอาการที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต อาจช่วยให้ครอบครัวและผู้ดูแลสามารถรับมือได้ดียิ่งขึ้น ดังนี้

1. **อ่อนเพลีย อ่อนล้า ไม่มีแรง** ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดิม เนื่องจากการดำเนินโรคที่เป็นมากขึ้น ความสามารถในการทำกิจวัตรของผู้ป่วยจะค่อยๆ ลดลงตามไปด้วย ผู้ป่วยอาจไม่สามารถขึ้นบันไดได้ ดังนั้น หากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้าน อาจจำเป็นต้องจัดเตรียมให้ผู้ป่วยนอนชั้นล่าง จัดหาอุปกรณ์เพื่อช่วยในการขับถ่ายปัสสาวะอุจจาระไว้อีกๆ
2. **การรับประทานอาหารและน้ำลดลง** การที่ผู้ป่วยกินและดื่มได้ลดลง อาจสร้างความเป็นห่วงเป็นกังวลแก่ผู้ดูแลและครอบครัว เพราะคิดว่าการรับประทานอาหารและน้ำลดลงอาจทำให้ผู้ป่วยหิว ไม่ได้รับสารอาหาร



และอาจทำให้ผู้ป่วยทุกข์ทรมาน แต่แท้จริงแล้วการรับประทานอาหารและน้ำลดลงเนื่องมาจากตัวโรคที่เป็นมากขึ้น ที่ทำให้ผู้ป่วยกินอาหารและน้ำได้น้อยลง ร่วมกับการต้องการของร่างกายที่ลดลง และยังไม่พบว่าทำให้ทางหลอดเลือดหรือสายให้อาหารจะทำให้ผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิตกลับมาแข็งแรง หรือมีชีวิตอยู่ได้นานขึ้น ส่วนการให้น้ำเกลือทางหลอดเลือดหรือทางใต้ผิวหนังนั้นยังเป็นที่ถกเถียงกัน ว่าอาจมีประโยชน์กับผู้ป่วยบ้าง แต่ยังไม่พบว่าทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตได้ยาวนานขึ้นอย่างชัดเจน

3. **สติสัมปชัญญะเปลี่ยนแปลง** ผู้ป่วยอาจมีอาการซึมลง นอนหลับมากขึ้น หรืออาจสับสน นอนกลางวันตื่นกลางคืน กระสับกระส่าย กระวนกระวาย เพื่อ คราง ประสาทหลอน ซึ่งอาการเหล่านี้ อาจทำให้เข้าใจผิดว่าเกิดจากความเจ็บปวด และหากผู้ป่วยกระสับกระส่าย กระวนกระวายมาก อาจจำเป็นต้องได้รับยาช่วยบรรเทาอาการ

4. **การหายใจผิดปกติ** ผู้ป่วยอาจมีการเปลี่ยนแปลงของการหายใจ หายใจเอื้อง อ้าปากหายใจ หายใจเร็ว หรือหายใจเร็วสลับกับหายใจช้า สาเหตุจากความบกพร่องในการควบคุมการหายใจของสมอง ร่วมกับอาจมีเสมหะคั่งค้างในทางเดินหายใจ เนื่องจากความสามารถกลืนลดลง ทำให้เกิดการสะสมของเสมหะ ผู้ป่วยจะหายใจเสียงดังครืดคราด สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้น โดยการจัดท่านอนตะแคง อาจใช้อุปกรณ์ดูดเสมหะในปากได้ แต่ไม่ควรสอดสายดูดเสมหะเข้าไปในคอลึกๆ เนื่องจากอาจเป็นการรบกวนผู้ป่วย

5. **ปลายมือปลายเท้าเย็นหรือคล้ำ** ในช่วงนี้เลือดจะไปเลี้ยงส่วนต่างๆ ของร่างกายลดลง เนื่องจากหัวใจสูบน้ำเลือดเพื่อไปหล่อเลี้ยงส่วนต่างๆ ได้น้อยลง อาจทำให้หัวใจของผู้ป่วยเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิตลดต่ำลง ปลายมือปลายเท้าเย็น หรือเป็นสีเขียวหรือสีคล้ำ ผิวลาย ชีพจรเบาบาง

6. **กลิ่นปัสสาวะและอุจจาระไม่อยู่** เนื่องจากระบบประสาทผิดปกติกล้ามเนื้อหูรูดคลายตัว ผู้ป่วยอาจขับถ่ายไม่รู้ตัว แต่ควรใส่สายสวนในกรณีที่เป็นเท่านั้น เพื่อลดการรบกวนผู้ป่วย

7. **หลับตาไม่สนิท** ผู้ป่วยที่ใกล้เสียชีวิต อาจมีไขมันที่สะสมอยู่หลังเบ้าตาลดลง ทำให้เกิดการตั้งตัวของลูกตาไปทางด้านหลัง เปลือกตาจึงปิดไม่สนิท ทำให้เกิดภาวะตาแห้งและกระจกตาเป็นแผลได้ ในกรณีนี้อาจใช้น้ำตาเทียม หรือขี้ผึ้งป้ายตา เพื่อให้ดวงตาของผู้ป่วยชุ่มชื้น อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยยังอาจได้ยินเสียงรับรู้การสนทนาแม้ว่าอาจจะไม่สามารถโต้ตอบได้ ครอบครัวสามารถพูดบอกความรัก ความห่วงใย บอกถึงการเสาะหาสิ่งทีผู้ป่วยเป็นกังวล ให้ผู้ป่วยได้รับรู้และสบายใจ นอกจากนี้ควรพูดด้วยความเคารพในตัวผู้ป่วย และระมัดระวังการพูดขัดแย้งกันเมื่ออยู่ใกล้ผู้ป่วยช่วงเวลาทีผู้ป่วยใกล้จะเสียชีวิตนี้ เป็นช่วงที่เหนื่อยยากสำหรับผู้ป่วยและครอบครัว ขอให้เอาใจช่วยให้ผ่านความยากลำบากไปได้ด้วยดี อันจะทำให้เกิดความรักและความเข้าใจ ความผูกพันที่แน่นแฟ้นระหว่างกันมากขึ้น



สิ่งที่ต้องปฏิบัติหากผู้ป่วยเสียชีวิต

ผู้ป่วยและญาติควรปรึกษาถึงภารกิจต่าง ๆ ที่จะตามมาหลังผู้ป่วยจากไป เช่น รูปสำหรับประกอบพิธีกรรมทางศาสนา พิณัยกรรม สถานที่สุดท้ายที่ต้องการอยู่ในช่วงสุดท้ายของชีวิต เช่น ที่บ้าน โรงพยาบาล ฯลฯ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาและความขัดแย้งที่จะเกิดขึ้นกับญาติและครอบครัวหลังผู้ป่วยเสียชีวิต รวมถึงหากผู้เสียชีวิตเคยแสดงความจำนงบริจาคอวัยวะไว้ ควรติดต่อศูนย์รับอวัยวะ โทรศัพท์หมายเลข 1666 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

ทั้งนี้หากเป็นความจำนงบริจาคดวงตาไว้ ควรติดต่อภายใน 6 ชั่วโมงหลังการเสียชีวิตแจ้งการตาย และขอหนังสือรับรองการตายที่ฝ่ายทะเบียนสำนักงานเขตท้องที่ภายใน 24 ชั่วโมง โดยในกรณีเสียชีวิตที่บ้าน ญาติควรติดต่อกับโรงพยาบาลให้ออกหนังสือรับรองการตายให้โดยใช้ใบรับรองแพทย์ที่บ่งชี้ถึงโรคเรื้อรังที่เป็นในการแจ้งหรือยื่นแก่ผู้ใหญ่บ้านเพื่อออกหนังสือรับรองการตายให้ ส่วนการเสียชีวิตที่โรงพยาบาล โรงพยาบาลจะออกหนังสือรับรองการตาย ซึ่งสามารถนำไปใช้แจ้งตายที่สำนักงานเขตได้ทันที เอกสารและหลักฐานที่ต้องใช้ในการแจ้งตายประกอบด้วย บัตรประจำตัว ประชาชนของผู้แจ้ง ทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้านที่ผู้ป่วยมีชื่ออยู่ (ถ้ามี) หนังสือรับรองการตาย (ถ้ามี) บันทึกลับประจำวันแจ้งความคนตาย (กรณีไม่มีหลักฐานรับรองการตาย)ติดต่อจัดการงานศพและพิธีกรรมอื่นๆ ตามความเชื่อในวาระสุดท้ายของผู้ป่วย การช่วยดูแลสภาพจิต อารมณ์ ความรู้สึกของกันและกันระหว่างผู้ป่วยและญาติเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้ทุกฝ่ายสามารถร่วมกันผ่านพ้นช่วงเวลาของความทุกข์ได้อย่างสงบและมีสติในช่วงเวลายากลำบากของชีวิต การพูดคุย สื่อสาร แสดงออกถึงความรัก ความห่วงใยจึงเป็นสิ่งที่ควรกระทำในช่วงเวลานี้ นอกจากนี้ การให้กำลังใจกันระหว่างญาติก็เป็นอีกทางหนึ่งที่จะช่วยให้ทุกคนกลับมาเข้มแข็งได้ในเร็ววัน



เรื่อง หลักการสื่อสารในการดูแลผู้ป่วยระยะประคับประคอง ผู้ป่วยระยะสุดท้าย และคนในครอบครัวที่ใกล้ชิด

หลักการสื่อสารเพื่อการดูแลแบบประคับประคอง

อุปสรรคหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองคือ ทักษะการสื่อสารในผู้ป่วยแบบประคับประคอง การสื่อสารที่ดีที่สุด คือการรับฟังผู้ป่วยและครอบครัวให้มากที่สุด ไม่ควรมุ่งให้ข้อมูลหรือตอบคำถาม เพราะสิ่งที่ผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ คือ การสื่อสารให้บุคลากรผู้ดูแลได้รับทราบถึงความกังวล ความทุกข์ใจ และความกลัว ที่มีการสื่อสารตามระยะปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจระยะต่างๆ ของคูเบอร์รอส (Kubler-Ross) คูเบอร์รอสได้กล่าวถึง ปฏิกิริยาของผู้ป่วยที่เผชิญกับข่าวร้ายไว้ 5 ระยะ ซึ่งในแต่ละระยะจะมีผลต่อการสื่อสาร การทำความเข้าใจผู้ป่วยแต่ละระยะจะช่วยให้พยาบาลสามารถสื่อสารได้อย่างเหมาะสม ดังนี้

1. ระยะปฏิเสธ (Denial) เป็นปฏิกิริยาที่ไม่สามารถยอมรับกับข่าวที่ได้รับ จึงปฏิเสธความจริงดังกล่าว เพื่อปกป้องตนเอง อาจแสดงออกโดยการปฏิเสธความจริงนั้นๆและอาจปฏิเสธการรักษา

1.1 เป้าหมายในระยะนี้ที่สำคัญคือ ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัว และยอมรับการวินิจฉัย เพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษา

1.2 สาระสำคัญการสื่อสาร

- การสื่อสารให้ผู้ป่วยทราบว่าทีมบุคลากรทางการแพทย์พร้อมดูแลโดยการตรวจเยี่ยมอย่างสม่ำเสมอ

- การฟังอย่างลึกซึ้งซึ่งเป็นการสื่อสารที่ดีที่สุด

- การใช้คำพูดที่แสดงถึงการยอมรับ เข้าใจในปฏิกิริยาของผู้ป่วย

- ควรให้คำแนะนำครอบครัวให้รับฟังด้วยความเข้าใจ

- ยอมรับพฤติกรรมที่ปฏิเสธการรักษาและให้การดูแลเพื่อสนับสนุนคุณภาพชีวิตที่ดี

- การประเมินภาษาท่าทางมีความสำคัญ หากผู้ป่วยยังอยู่ในระยะปฏิเสธ ทีมควรทำให้ผู้ป่วย

รู้สึกอบอุ่นใจที่จะคุยกับทีมบุคลากรทางการแพทย์

2. ระยะโกรธ (Anger) เป็นอารมณ์ที่เกิดขึ้นเนื่องจากการเผชิญกับการสูญเสียที่ไม่คาดคิดมาก่อนผู้ป่วย อาจแสดงอารมณ์ไม่พอใจต่อสิ่งต่างๆ ได้ง่าย และมีคำถามที่อาจก้าวร้าว ทีมบุคลากรทางการแพทย์ควรเข้าใจ ไม่ตอบโต้ ให้การดูแลตามปกติการตอบคำถามที่แสดงถึงการยอมรับเข้าใจในสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้น



ไม่ควรโต้แย้งหรือพยายามอธิบาย การนั่งเป็นเพื่อนจะทำให้ผู้ป่วยอบอุ่นใจ ตัวอย่างคำพูดที่แสดงถึงความเข้าใจ เช่น “ดิฉันเข้าใจว่าเป็นสิ่งที่ยากที่ใครจะทำได้ อย่างไรก็ตามการยอมรับและตั้งหลักหาวิธีแก้ไขจะช่วยให้อาการดีขึ้น”

- เป้าหมายในระยะนี้ที่สำคัญ คือ การช่วยให้สัมพันธ์ภาพของผู้ป่วยกับครอบครัว และทีมผู้ดูแลเป็นไปด้วยดี เพราะหากมีปัญหาระหว่างสัมพันธ์ภาพจะทำให้ผู้ป่วยขาดการสนับสนุน

- สารระสำคัญที่จะสื่อสารในระยะนี้ คือ สื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ว่ามีทีมผู้ดูแลเข้าใจสภาวะอารมณ์และทุกคนพร้อมร่วมแก้ไขปัญหา

นอกจากนี้ควรสื่อสารให้ทราบว่า การเริ่มการดูแลรักษาจะทำให้มีโอกาสดีขึ้นไม่ทุกซ์ทรมาน

3. ระยะต่อรอง (Bargaining) เป็นช่วงเวลาทำใจกับสิ่งที่ยากที่จะยอมรับ โดยหวังว่าจะมีปาฏิหาริย์ช่วยให้สิ่งที่ได้รับรู้นั้นไม่ใช่ ไม่เป็นจริง โดยผู้ป่วยและครอบครัวจะขอไปรับการรักษาทางเลือกอื่นๆ

- เป้าหมายในระยะนี้ที่สำคัญ คือ สื่อให้ผู้ป่วยรับทราบถึงการมีสิทธิในการตัดสินใจในการรักษา หรือตัดสินใจในเรื่องใดๆ

- ทีมบุคลากรทางการแพทย์มีหน้าที่ให้ข้อมูลที่จำเป็นในการตัดสินใจ การต่อรองใดๆ เป็นสิ่งปกติที่สามารถทำได้ โดยขอให้ตัดสินใจในเวลาที่เหมาะสม

- การสื่อสารจากทีมสุขภาพควรมาจากทัศนคติที่ดี ไม่โกรธหากผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา แต่สื่อสารให้รู้ว่าที่จะรับฟังและให้การช่วยเหลือ

- สารระสำคัญที่จะสื่อ คือ ผู้ป่วยมีสิทธิในการต่อรองร่วมตัดสินใจในการรักษาพยาบาล

4. ระยะซึมเศร้า (Depression) เป็นสภาวะอารมณ์ซึมเศร้าเกิดจากความเสียใจที่รับทราบผลการตรวจและผลการรักษา เป็นสภาวะที่ผิดหวังกับสิ่งที่คาดหวัง สิ่งที่ต่อรองไม่เป็นผลสำเร็จผู้ป่วยรู้สึกหมดหวัง

- เป้าหมายในระยะนี้ที่สำคัญ คือ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้บอกเล่าความกลัว ความกังวล สิ่งที่ต้องการ โดยการตั้งคำถามปลายเปิด

- สารระการสื่อสาร คือ สื่อให้ผู้ป่วยทราบว่าทีมบุคลากรทางการแพทย์พร้อมอยู่เป็นเพื่อนคอยรับฟังคอยปลอบประโลม การสื่อสารนี้มาจากภาษาท่าทางที่สม่ำเสมอในการปฏิบัติ

- สื่อสารให้ทีมผู้ดูแลและครอบครัวเข้าใจสภาวะอารมณ์ของผู้ป่วยเพื่อการยอมรับ

5. ระยะยอมรับ (Acceptance) เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับรู้สภาวะการเจ็บป่วยของตน ผู้ป่วยจะถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตน การเตรียมตัวเพื่อการตายที่ดี เป็นช่วงเวลาที่สามารถสื่อสารข้อมูลได้มากเช่น การร่วมตัดสินใจในการปฏิบัติเพื่อคุณภาพชีวิตการตั้งความหวัง การมีกิจกรรมในครอบครัว อย่างไรก็ตามการยอมรับไม่ใช่การยอมจำนนผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้ายหลายรายที่สู้เต็มที่ อดทน แสวงหาการดูแลตนเอง แสวงหาเป้าหมายใหม่ๆ ค้นหาแนวทางการรักษาใหม่ๆ และร่วมหาข้อมูลเพื่อการตัดสินใจร่วมกับทีมผู้ดูแล



- เป้าหมายในระยะนี้ที่สำคัญ คือ ให้ข้อมูลที่จำเป็นในการดูแลตนเองและการตัดสินใจ ดังนั้นควรสนับสนุนการดูแลและสื่อสารทั้งผู้ป่วยและครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา
- ความใส่ใจและความเข้าใจในปฏิกิริยาของผู้ป่วยจะทำให้ทีมบุคลากรทางการแพทย์สามารถตอบสนองผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ทีมควรต้องประเมินความพร้อมและเตรียมตนเองให้พร้อมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งมีความเครียด ความกลัว ความโกรธ ให้เข้าสู่การยอมรับไม่เกิดภาวะซึมเศร้า ไม่เสียเวลาต่อรองกับสิ่งที่เผชิญ แต่อยู่กับปัจจุบันขณะและดำรงอยู่กับปัจจุบันด้วยความสุข
- การสื่อสารทักษะที่สำคัญมากที่สุด คือ ทักษะการฟังอย่างลึกซึ้งการแจ้งข่าวร้าย (Breaking bad news)

คำจำกัดความ

การแจ้งข่าวร้าย หมายถึง กระบวนการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อแจ้งข่าวสารหรือข้อมูลที่เลวร้าย ซึ่งมีผลกระทบอย่างรุนแรงต่อวิถีชีวิตของผู้ป่วยและญาติที่เกิดขึ้นต่อไปในอนาคต โดยใช้วิธีการและทักษะที่เหมาะสมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและญาติรับรู้ข้อมูลอย่างถูกต้องตามความจริง และปรับใจยอมรับการเจ็บป่วยได้แนวปฏิบัติในการแจ้งข่าวร้าย Robert Buckman ได้เสนอแนวทางการแจ้งข่าวร้ายไว้ 6 ขั้นตอน “SPIKES” ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 Setting up ขั้นตอนแรกเป็นการเตรียมตัว

- ต้องมีเวลาเพียงพอ ไม่เร่งรัด สถานที่ควรมีความเป็นส่วนตัวสงบเงียบพอสมควร ควรมีที่นั่งสำหรับผู้ป่วยและญาติทุกคน (ไม่ควรยืนคุย) ตัดสิ่งรบกวน ไม่ให้ใครมารบกวนขณะกำลังคุยกับผู้ป่วยควรปิดโทรศัพท์มือถือระหว่างคุยควรมีกระดาษทิชชูในกรณีผู้ป่วยอาจร้องไห้ผู้แจ้งข่าวร้ายต้องมีจิตใจที่สงบเช่นเดียวกัน ดังนั้นจึงควรทบทวนประวัติและผลตรวจของผู้ป่วยให้พร้อม

ขั้นตอนที่ 2 Patient perception ขั้นการประเมินว่าผู้ป่วยทราบการเจ็บป่วยของตนมากน้อยเพียงใด (P-assessing the patient’s perception)

- การประเมินว่าผู้ป่วยพอทราบอะไรมาบ้างแล้ว (รู้เขา) ควรเริ่มการสนทนาด้วยการทักทายแนะนำตนเอง
- ถามชื่อผู้ป่วยและญาติ(ทุกคนได้จะดีที่สุด ไม่ควรเรียกญาติว่า “ญาติ”)
- มีบทสนทนาเกริ่นนำเล็กน้อยเพื่อสร้างความคุ้นเคย
- ประเมินว่าผู้ป่วยพอทราบอะไรมาบ้าง หากพบว่าผู้ป่วยทราบบ้างแล้วแต่ดูกังวลหรือกลัวก็ควรถามลงลึกไปว่าเหตุผลที่กังวล และอาจให้ความหวังเสริมไปได้เลยในขั้นตอนนี้

ขั้นตอนที่ 3 Invitation of bad news ขั้นการประเมินว่าผู้ป่วยต้องการทราบข้อมูลอะไรบ้าง มากน้อยเพียงใด (I-obtaining the patient’s invitation)

- การเชื้อเชิญ ตระเตรียมให้ผู้ป่วยทราบว่าทีมบุคลากรทางการแพทย์กำลังจะบอกข่าวร้าย เช่น “ตอนหมอบอกผล คุณสมชายอยากฟังคนเดียว หรืออยากให้..(ญาติ)..มาร่วมฟังด้วยไหมคะ?”



- ถ้าข่าวร้ายนั้นค่อนข้างร้าย ก่อนจะบอก แพทย์ควรมี “warning shot” ก่อน เช่น “ผลชิ้นนี้ออกมาไม่ค่อยดีค่ะ...” หรือ “ผลออกมาไม่เป็นดังที่เราหวังค่ะ...” แล้วจึงตามด้วยข่าวร้าย

ขั้นตอนที่ 4 Knowledge เป็นการให้ข่าวร้าย (ไม่ใช่ให้ความรู้ทางการแพทย์) ได้แก่ ตัวข่าวร้ายที่ทีมบุคลากรทางการแพทย์ต้องการแจ้งนั่นเองควรบอกอย่างชัดเจน ไม่กำกวม หลังจากบอกข่าวร้ายแล้วควรให้ความหวังแก่ผู้ป่วยตามมาเสมอควรพูดให้ช้า ให้ชัดอาจหยุดเพื่อถามความเข้าใจผู้ป่วยเป็นระยะๆ (ask-tell-ask) ในขั้นตอนนี้ไม่ควรพูดถึงข้อมูลทางการแพทย์มากมายเช่น รายละเอียดของโรค หรือการรักษาและทีมต้องคอยสังเกตปฏิกิริยาของผู้ป่วยตลอดเวลา

ขั้นตอนที่ 5 Emotion and empathic response ขั้นตอนการรับมือกับอารมณ์ของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยหลังจากได้รับข่าวร้ายจะมีการตอบสนองแตกต่างกันไป เช่น ร้องไห้ โกรธ ปฏิเสธ ต่อรอง ซ็อก เจ็บใจ หรืออาจยอมรับได้เป็นอย่างดี ปฏิกริยาทั้งหมดเป็นสิ่งปกติทั้งสิ้น เป็นกลไกป้องกันจิตใจของผู้ป่วยเอง ดังนั้นต้องเข้าใจและช่วยส่งเสริมกลไกเหล่านี้ให้ไปสู่การทำให้ผู้ป่วยยอมรับในที่สุด ได้แก่

5.1 ผู้ป่วยที่ร้องไห้ (crying) เป็นสิ่งที่ส่วนใหญ่ผู้แจ้งข่าวร้ายกลัวที่สุดหรือทำอะไรไม่ถูก จึงมักรีบยับยั้งหรือปลอบผู้ป่วยเร็วเกินไป เช่น พูดว่า “อย่าร้องไห้.....ใจเย็นๆ.....ไม่ต้องคิดมาก” ซึ่งเป็นการทำร้ายผู้ป่วยทางอ้อม เพราะการร้องไห้ทำให้ความทุกข์ที่ท่วมท้นในใจของผู้ป่วยหลังไหลออกมา ผู้ป่วยจะดีขึ้นและสงบลงเองจนพร้อมจะรับฟังข่าวร้ายต่อได้เอง ที่จริงผู้ป่วยที่ร้องไห้กลับเป็นผู้ป่วยที่รับมือง่ายกว่าอย่างอื่น สิ่งที่ต้องทำ คือ ควรเงียบให้ผู้ป่วยร้องไห้สักพัก ยืนกระดาศพิซุให้ (ไม่ควรใช้ผ้าเช็ดหน้า) หรือการสัมผัสโดยแตะมือผู้ป่วยเบาๆ (ไม่ควรแตะสูงเกินไปหรือต่ำกว่าเอว) โดยอาจไม่ต้องพูดอะไรกับผู้ป่วยเลย

5.2 ผู้ป่วยที่โกรธ (anger) อาจกล่าวโทษแพทย์กล่าวโทษโรงพยาบาลอื่น หรือโทษโชคชะตา ทีมผู้ดูแลควรเข้าใจ ไม่ควรรีบยับยั้งผู้ป่วย ควรให้ผู้ป่วยระบาย (release) สิ่งที่ยึดอัดออกมา เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น เช่น “พูดออกมาเลยครับ หมอกำลังฟังครับ” เมื่อผู้ป่วยระบายความโกรธออกมาแล้วจนเริ่มสงบ ทีมบุคลากรทางการแพทย์อาจพูดว่า “หมอขอบคุณที่คุณสมชายบอกให้หมอทราบ” “หมอเสียใจกับเรื่องที่เกิดขึ้น” ไม่ควรไปแก้ตัวหรือแก้ตัวแทนผู้อื่น เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยโกรธยิ่งขึ้น

5.3 ผู้ป่วยที่ปฏิเสธ (denial) เช่น “ไม่น่าใช่嘛ครับ...ผลผิดพลาดหรือเปล่าครับ...หมอตระหนักที่มั๊ยครับ” ผู้ป่วยไม่ได้ต้องการคำตอบจริงๆ แพทย์ไม่ควรไปตอบหรือย้ำผู้ป่วยว่า “ใช่แน่นอนครับ...ผลไม่ผิดแน่ครับ...ไม่ต้องตรวจใหม่ครับ” เพราะจะเป็นการย้ำความเจ็บปวดที่ผู้ป่วยปฏิเสธให้เจ็บยิ่งขึ้น ทีมผู้ดูแลควรรับฟัง แสดงความเห็นใจ เช่น การสัมผัส แสดงความเห็นใจ (empathy) บอกผู้ป่วยว่า “หมอเข้าใจ” “คุณสมชายคงไม่อยากจะเชื่อ”

5.4 ผู้ป่วยที่ต่อรอง (bargaining) ยังลังเลหรือสองจิตสองใจ ควรรับฟังและแสดงต่อผู้ป่วยว่าเข้าใจ ให้เวลาผู้ป่วยบางครั้งอาจต้องนัดมาใหม่ภายหลัง



5.5 ผู้ป่วยที่ช็อก (shock) หรือเงียบไป (silence) กลับเป็นผู้ป่วยที่รับมือยากที่สุด เพราะดูยากว่าผู้ป่วยคิดอะไรอยู่ ควรให้ผู้ป่วยเงียบและใช้เวลาอยู่กับตนเองสักครู่ แล้วจึงกระตุ้นผู้ป่วยโดยการสัมผัส แล้วถามหยัง (probing) ดูเช่น “คุณสมชายเงียบไป รู้สึกอย่างไรครับ บอกหมอหน่อยครับ” เป็นต้น ผู้ป่วยก็จะแสดงออกมาว่าที่จริงมีปฏิกิริยาอย่างไร แพทย์ก็จะรับมือได้ง่ายขึ้น

ขั้นตอนที่ 6 Strategy and summary เป็นการวางแผนต่อไปและการสรุป หลังจากรับมือกับอารมณ์ของผู้ป่วยและผู้ป่วยสงบแล้ว สามารถถามผู้ป่วยได้ว่า พร้อมทั้งจะให้พูดคุยเรื่องแนวทางต่อไปเลยหรือไม่ ถ้าผู้ป่วยพร้อมก็สามารถพูดคุยแนวทางในระยะอันใกล้นี้ได้เลยควรพูดซ้ำๆ พูดให้น้อยเฉพาะสิ่งที่จำเป็นใกล้ๆ นี้เท่านั้น โดยสลับกับการถามความเข้าใจเป็นระยะๆ (ask-tell-ask) ก่อนจบการสนทนาควรเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ซักถาม หลังจากนั้นควรพูดสรุปสิ่งที่ได้พูดกันมาในวันนี้และนัดแนะการพบกันครั้งต่อไป เช่น “คุณสมชายครับ หมอขอสรุปนะครับว่า วันนี้หมอได้แจ้งผลตรวจผลชิ้นเนื้อคุณสมชาย สรุปว่าเป็นมะเร็งครับ แต่มีทางรักษาได้.... จะรักษาโดยใช้ยาเคมีบำบัด. หมอจะนัดคุณสมชายสัปดาห์หน้าครับ”

สิ่งที่พึงระวังในการแจ้งข่าวร้าย

1. ข้อมูล : ควรศึกษาข้อมูลการรักษาของผู้ป่วยอย่างละเอียดก่อนแจ้งข่าวร้าย
2. เวลา : เตรียมเวลาให้เพียงพอต่อการชี้แจงรายละเอียดและตอบคำถาม
3. ภาษาและท่าทาง: เวลาใช้คำพูดที่แสดงความรู้สึกใด ภาษากายควรสอดคล้องร่วมไปด้วยกับความรู้สึกนั้น
4. อารมณ์และความรู้สึก : อย่าให้ความสำคัญเฉพาะข้อมูลที่จะแจ้ง จนลืมใส่ใจ ระมัดระวังอารมณ์ และความรู้สึกของผู้ป่วย
5. ความหวัง : ถึงแม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่ไม่เอื้ออำนวย มองหาความหวังที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย ให้ความหวังที่ตรงกับความเป็นจริง
6. กำลังใจ : ให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย แต่ไม่ควรพูดปลอบใจเกินจริง
7. แจ้งข่าวเป็นขั้น : ไม่จำเป็นต้องแจ้งข่าวร้ายให้เสร็จสิ้นทุกเรื่องภายในครั้งเดียว
8. หยุดเป็นระยะ : เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้มีเวลาปรับตัวเมื่อพบปฏิกิริยาตอบสนองต่อการสูญเสียของผู้ป่วย ควรใช้เทคนิคการรับฟังอย่างตั้งใจ ใช้คำถามปลายเปิดและสะท้อนความรู้สึก



ใบงาน

กิจกรรม

กรณีศึกษา ผู้ป่วยชายไทย อายุ 86 ปี มาโรงพยาบาลด้วยอาการเหนื่อย เสมหะเหนียวเป็นก้อนสีเหลือง เริ่มหายใจไม่สะดวกก่อนมา 1 ชั่วโมง แกร็บ รู้สึกตัวดี มีอาการเหนื่อย วัดสัญญาณชีพ คือ อุณหภูมิร่างกาย 37 องศาเซลเซียส ชีพจร 83 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ความดันโลหิต 180/98 มิลลิเมตรปรอท ระดับน้ำตาลในเลือดจากการเจาะปลายนิ้ว 154 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด 96 เปอร์เซ็นต์ ผู้ป่วยมีประวัติเป็นมะเร็งปอด 4 เดือน รักษาจากโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระรัตนราชสุตาฯ อำเภองครักษ์ ได้ทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ พบว่า มะเร็งปอด จนกระทั่งอีก 3 เดือนต่อมา แพทย์นัดทำเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ซ้ำพบว่า มะเร็งปอด ชนิด ระยะที่ 3 แพทย์จึงวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งปอดระยะท้าย และส่งผู้ป่วยให้มาพักรักษาตัวที่ โรงพยาบาลบ้านนา แบบ Palliative Care โดยวิธีควบคุมอาการเหนื่อย รวมทั้งดูแลสภาพจิตใจ ผู้ป่วยพักรักษาตัวในโรงพยาบาล 4 วัน เมื่ออาการทุเลา แพทย์จึงอนุญาตให้กลับบ้าน และนัดผู้ป่วยมาตรวจตามนัดอีก 1 เดือน และติดตามให้การพยาบาลดูแลแบบประคับประคอง ให้คำปรึกษาต่อเนื่อง มีการติดตามปัญหาของผู้ป่วยและญาติในการเผชิญสถานะมะเร็งระยะท้าย และมีแบบแผนการหายใจที่ไม่มีประสิทธิภาพ จนวาระสุดท้ายผู้ป่วยเสียชีวิตอย่างสงบ ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทในการเตรียมผู้ป่วยในการเข้าสู่ระยะท้ายของชีวิต ที่สำคัญ คือ การเตรียมผู้ดูแลให้สามารถปรับตัวกับสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วย พยาบาลต้องประเมินและวางแผนการดูแลเป็นระยะกับทีมสุขภาพ โดยใช้ทักษะด้านการสื่อสาร ทักษะด้านการจัดการอาหาร และทักษะด้านการวางแผนล่วงหน้า เพื่อให้การสนับสนุนการดูแลที่ต่อเนื่องและครบองค์รวม ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของการรักษาจนถึงระยะท้ายของโรค ทั้งนี้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

กิจกรรม

1. แบ่งกลุ่ม ผู้เข้ารับการอบรม กลุ่มละ 5-10 คน
2. ศึกษาประวัติผู้ป่วย
3. แสดงบทบาทสมมุติ
 - 3.1 ฝึกทักษะการพูดคุยกับผู้ป่วย
 - 3.2 ฝึกทักษะการสื่อสารกับญาติผู้ป่วย
 - 3.3 ฝึกทักษะการแจ้งอาการเจ็บป่วยกับ ตัวผู้ป่วยและญาติ
 - 3.4 วางแผนการดูแลรักษาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติ
4. นำเสนอการสรุปกิจกรรมกลุ่ม
5. วิทยากรสรุปการทำกิจกรรม



เอกสารอ้างอิง

1. ทศนีย์ ทองประทีป. จริยธรรมในการดูแลแบบประคับประคอง. ใน: ประคอง อินทรสมบัติ, สายพิน เกษมกิจวัฒนา บรรณาธิการ. คู่มือพัฒนาทักษะสำหรับพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: สภาการพยาบาล และสมาคมการพยาบาลแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระศรีนครินทราบรมราชชนนี; 2558. 47-56.
2. นันทวิช ลิทธิรักษ์. จิตเวช ศิริราช DSM-5 / ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์; 2558.
3. ภูงศ์ เหล่ารุจิสวัสดิ์. Psychiatric assessment and management in palliative care. ใน: ประเสริฐ เลิศสงวนสินชัย และคณะ. การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษรสัมพันธ์; 2550.
4. วราภรณ์ คงสุวรรณ, กิตติกร นิลมานันต์, เขาวรัตน์ มัชฌิม. อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยใกล้ตายที่ห้องฉุกเฉิน: ประสบการณ์ของพยาบาล. ว.พยาบาล สงขลานครินทร์. 2557; 34 (3): 97-108.
5. สุรีย์ ธรรมิกบวร. การสื่อสารเพื่อการพยาบาลประคับประคอง. อุบลราชธานี: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี; 2559.
6. Buckman R, Kason Y. How to break bad news: a guide for healthcare professionals. Papermac, London; 1992.
7. Kubler-Ross E. On death and dying. New York (NY): MacMillian Publishing; 1969



เรื่อง หลักกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับสิทธิในการแสดงเจตนาในวาระสุดท้ายของชีวิต
ผ่านกระบวนการวางแผนการดูแลล่วงหน้า(Advance care planning) และการทำหนังสือแสดงเจตนา
ในวาระสุดท้ายของชีวิต (Living will) ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ

1. บทนำ

ในอดีตคนไทยนิยมให้ผู้ป่วยที่อยู่ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิตได้เสียชีวิตที่บ้าน เพราะทำให้ผู้ที่เสียชีวิตได้ “เห็นหน้า” คนที่ตนรักและญาติมิตรก่อนจากไป แม้ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อถึงเวลาที่เห็นว่ารักษาไปก็ไม่รอดแล้ว (เช่น เมื่อหมอบอกว่าผู้ป่วยอาจอยู่ได้อีกไม่นาน) ชาวบ้านทั่วไปมักจะพาผู้ป่วยกลับบ้าน การทำเช่นนี้ในแง่หนึ่งก็เหมือนกับการปฏิเสธไม่ขอรับการรักษาต่อไป แต่ในอีกแง่หนึ่งก็คือการเลือกที่จะให้ผู้ป่วยได้ตายอย่างมีศักดิ์ศรี อาจเป็นเพราะเห็นว่าถึงรักษาต่อไปก็ไม่หายหรือเพราะยอมรับ ได้ว่าใกล้จะถึงวาระสุดท้ายของชีวิตแล้ว ถ้าจะตายก็ขอให้ตายที่บ้าน ซึ่งเป็นที่ที่ผู้ป่วยคุ้นเคยและได้อยู่ใกล้ชิดกับคนในครอบครัว สิ่งที่หลากหลายคนปรารถนา คือ การตายในสภาพที่ไม่อ้าแง โดดเดี่ยวจากคนที่ตนรัก บรรยากาศเช่นนั้นแม้จะเศร้าแต่มีความอบอุ่น ปราศจากความหวงกังวล การจากไปในสภาพเช่นนั้นเชื่อว่าเป็นการ “ไปดี” ปัจจุบันเชื่อว่าการปฏิบัตินี้อาจน้อยลง เพราะคนส่วนมากเวลาเจ็บป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาล ดังนั้น การตายที่โรงพยาบาลทุกวันนี้ จึงมีจำนวนมากขึ้น การตายที่โรงพยาบาลแม้จะมีข้อดีแต่ก็มีข้อเสีย เนื่องจากในกระบวนการรักษาผู้ป่วยขั้นสุดท้ายผู้ป่วยมักจะถูกโดดเดี่ยวอยู่ในมือผู้ป่วยหนัก ขาดการติดต่อกับคนที่ตนรักและญาติมิตร และการรักษาที่ได้รับมักมุ่ง “รักษาโรค” มากกว่า “รักษาคน” ในสภาพการรักษาเช่นนั้น สิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ป่วยมีโอกาสจะถูกมองข้ามได้ เพราะผู้ป่วยแทบจะไม่มีส่วนในการกำหนดหรือเลือกที่จะรับหรือไม่รับวิธีการรักษา

เมื่อกว่าสองทศวรรษมาแล้ว เริ่มมีการเคลื่อนไหวระดับนานาชาติเรื่องสิทธิของผู้ป่วยหนึ่งในสิทธิผู้ป่วยที่สำคัญ คือ สิทธิที่จะตัดสินใจด้วยตนเองในเรื่องการรักษาพยาบาล โดยถือว่าเป็นสิทธิมนุษยชนอย่างหนึ่ง ตามปฏิญญาสิทธิสภอนว่าด้วย “สิทธิผู้ป่วย” ค.ศ. 1981 (แก้ไข ค.ศ. 2005) ซึ่งให้การรับรองสิทธิในการแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขของผู้ป่วยในระยะสุดท้ายว่าเป็นสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเอง (Right of Self-Determination) สอดคล้องกับเรื่องการตายอย่างสงบตามธรรมชาติโดยไม่ถูกเหนี่ยวรั้ง ในประเทศไทย ความตื่นตัวในเรื่องสิทธิผู้ป่วยและสิทธิในการปฏิเสธบริการสาธารณสุขเริ่มมีมานาน อย่างน้อยตั้งแต่หลังการมรณภาพของท่านพุทธทาสภิกขุเมื่อ พ.ศ. 2536 (หรืออาจก่อนนั้น) การเคลื่อนไหวเริ่มเข้มข้นขึ้นในปี พ.ศ. 2543 เมื่อเริ่มกระบวนการขับเคลื่อนการปฏิรูประบบสุขภาพอย่างเป็นทางการด้วยการจัดทำร่าง “พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.” กระบวนการทางรัฐสภา เพื่อการนี้ใช้เวลาเกือบ 10 ปี “พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550” จึงเกิดขึ้นโดยมีมาตรา 12 ของพระราชบัญญัตินี้เป็นมาตราที่ว่าด้วยเรื่องนี้โดยเฉพาะ



2. หลักกฎหมายที่เกี่ยวกับสิทธิในการแสดงเจตนาการรับบริการสาธารณสุขในวาระสุดท้ายของชีวิต

ประเทศไทยมีกฎหมายที่รับรองสิทธิของบุคคลในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรับบริการสาธารณสุขไว้ในพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ดังนี้ **มาตรา 8 รับรองหลักการของความยินยอมที่ได้รับบอก**

มาตรา 8 ในการบริการสาธารณสุข บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องแจ้งข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการให้ผู้รับบริการทราบอย่างเพียงพอที่ผู้รับบริการจะใช้ประกอบการตัดสินใจในการรับหรือไม่รับบริการใด และในกรณีที่ผู้รับบริการปฏิเสธไม่รับบริการใด จะให้บริการนั้นมีได้

ในกรณีที่เกิดความเสียหายหรืออันตรายแก่ผู้รับบริการเฉพาะเหตุที่ผู้รับบริการปกปิดข้อเท็จจริงที่ตนรู้และควรบอกให้แจ้งหรือแจ้งข้อความอันเป็นเท็จ ผู้ให้บริการไม่ต้องรับผิดชอบในความเสียหายหรืออันตรายนั้น เว้นแต่เป็นกรณีที่ผู้ให้บริการประมาทเลินเล่ออย่างร้ายแรง

ความในวรรคหนึ่งมิให้ใช้บังคับกับกรณีดังต่อไปนี้

(1) ผู้รับบริการอยู่ในภาวะที่เสี่ยงอันตรายถึงชีวิตและมีความจำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเป็นการรีบด่วน

(2) ผู้รับบริการไม่อยู่ในฐานะที่จะรับทราบข้อมูลได้ และไม่อาจแจ้งให้บุคคลซึ่งเป็นทายาทโดยธรรมตามประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ ผู้ปกครอง ผู้ปกครองดูแล ผู้พิทักษ์ หรือผู้อนุบาลของผู้รับบริการ แล้วแต่กรณี รับทราบข้อมูลแทนในขณะนั้นได้

กล่าว (Informed consent) ที่บุคคลมีสิทธิยอมรับหรือปฏิเสธการรักษาพยาบาลภายใต้คำแนะนำของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข

กระบวนการขอความยินยอมในการรักษาพยาบาลตามนัยของ มาตรา 8 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 คือ **กระบวนการการวางแผนดูแลล่วงหน้า** ที่ทำไว้ก่อนที่ผู้ป่วยจะหมดความสามารถในการตัดสินใจหรือเข้าสู่ระยะสุดท้ายของชีวิต อาจเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการ โดย **อาจจะใช้กระบวนการสนทนาปรึกษาร่วมกัน ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรสาธารณสุข**¹

การวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นกระบวนการที่เคารพความเป็นปัจเจกชนของบุคคล โดยให้บุคคลมีส่วนร่วมร่วมกับบุคลากรด้านสาธารณสุขในการตัดสินใจในการดูแลตนเอง บุคลากรด้านสาธารณสุขทราบถึงความต้องการของผู้ป่วยในการดูแลมิติต่างๆ สิ่ง que ผู้ป่วยให้ความสำคัญหรือให้คุณค่าในการดูแลทางกาย จิตใจ สังคม ปัญญา ซึ่งจะช่วยให้บุคลากรด้านสาธารณสุขกำหนดแนวทางในการดูแลได้ตรงกับสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการ นอกจากนี้ แผนการดูแลล่วงหน้ายังระบุข้อมูลสุขภาพประจำตัวผู้ป่วย และในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองแล้ว แผนการดูแลล่วงหน้าจะใช้เป็นแนวทางที่ทำให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขทราบถึงความต้องการในการดูแลตนเองในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิต ซึ่งผู้ที่ไม่เจ็บป่วยหรือผู้ป่วยก็สามารถวางแผนการดูแลล่วงหน้าเพื่อตัดสินใจแนวทางในการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองในอนาคตตามที่ต้องการได้

¹ ประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง นิยามปฏิบัติการ (Operational definition) ของคำที่เกี่ยวข้องกับ เรื่องการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) สำหรับประเทศไทย พ.ศ. ๒๕๖๓.



โดยปัจจุบันมีการออกประกาศคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย (Thai standards for advance care planning) พ.ศ. ๒๕๖๕² เพื่อกำหนดกรอบและแนวทางในการดำเนินการ ให้หน่วยงานและองค์กรต่างๆ นำไปใช้ตามอำนาจหน้าที่

มาตรา 12 ได้รับรองสิทธิของประชาชนในการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการ

มาตรา 12 บุคคลมีสิทธิทำหนังสือเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย ในวาระสุดท้ายของชีวิตตน หรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วยได้

การดำเนินการตามหนังสือแสดงเจตนาตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์และวิธีการที่กำหนดในกฎกระทรวง

เมื่อผู้ประกอบการวิชาชีพด้านสาธารณสุขได้ปฏิบัติตามเจตนาของบุคคลตามวรรคหนึ่งแล้วมิให้ถือว่าการกระทำนั้นเป็นความผิด และให้พ้นจากความรับผิดทั้งปวง

สาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

หนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ มีความเป็นสากลสอดคล้องกับมาตรฐานเวชปฏิบัติในการดูแลแบบประคับประคอง โดยหนังสือแสดงเจตนาที่มีการพัฒนาการมายาวนานในสหรัฐอเมริกา โดยมาจากหลักคิดจากเรื่องมรดกที่ว่าบุคคลสามารถทำพินัยกรรมยกทรัพย์สินของตนเองให้ผู้อื่นหลังจากที่ตนเสียชีวิตไปแล้วได้ แล้วเหตุใดจึงไม่สามารถกำหนดแนวทางในการรักษาตนเองในช่วงก่อนที่จะเสียชีวิตได้³ โดยในสหภาพยุโรปและอีกหลายประเทศในเอเชียรวมทั้งประเทศไทยได้นำหลักการนี้ไปบัญญัติเป็นกฎหมายภายในของตนเองอย่างกว้างขวาง หลักกฎหมายของการหนังสือแสดงเจตนาฯ มีที่มาจากกรณีที่กฎหมายต้องการให้บุคคลมีทางเลือกในการวางแผนชีวิตตนเอง หากในกรณีที่ตนเองไม่มีสติสัมปชัญญะพอที่จะสื่อสารกับผู้อื่นได้และอยู่ในช่วงระยะสุดท้ายของชีวิตแล้วผู้ที่มีความต้องการในการรักษาพยาบาลตนเองอย่างไรบ้าง

แพทย์สมาคมโลกได้รับรองหนังสือแสดงเจตนาว่าถูกต้องตามหลักจริยธรรมทางการแพทย์และออกประกาศ WMA Statement on Advance directives (“Living will”) แนะนำแพทย์ในประเทศต่างๆ และองค์กรวิชาชีพด้านการแพทย์ถึงเรื่องการทำและการนำหนังสือแสดงเจตนาฯ ไปใช้ประโยชน์ในเวชปฏิบัติไว้ด้วย⁴

ประเทศไทย ในปี พ.ศ.2558 ศาลปกครองสูงสุดได้พิพากษาความชอบของเนื้อหา ตามมาตรา 12 พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 โดยมีสาระสำคัญดังต่อไปนี้

² สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. ‘มาตรฐานการวางแผนการดูแลล่วงหน้าสำหรับประเทศไทย’ https://www.nationalhealth.or.th/sites/default/files/upload_files/ACP_Pages.pdf

เอกสารอ้างอิง . กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)

³ Luis Kutner.(1969). ‘Due Process of Euthanasia: The Living Will, a Proposal’ สืบค้นจาก

<https://www.repository.law.indiana.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=2525&context=ilj>

⁴ World Medical Association.(2017). ‘Statement on Advance directives(“Living will”)’ สืบค้นจาก <https://www.wma.net/policies-post/wma-statement-on-advance-directives-living-wills/>



1. การที่บุคคลแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข มีผลทำให้แพทย์ต้องเคารพการตัดสินใจดังกล่าว ในกรณีนี้ไม่ใช่สิทธิเลือกที่จะไม่มีชีวิตอยู่แต่เป็นสิทธิในการเลือกที่จะปฏิเสธการรักษาพยาบาลเพื่อที่จะได้ตายตามธรรมชาติ

2. การที่บุคคลทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เป็นการแสดงสิทธิในชีวิตและร่างกาย โดยเป็นการยื่นความประสงค์ไว้ล่วงหน้าเพื่อประกาศให้สาธารณชนทราบความประสงค์ของตนว่าจะใช้สิทธิเช่นใด จึงไม่ใช่การกระทำที่ขัดต่อความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดีของประชาชน

3. กฎกระทรวงฯ กำหนดองค์ประกอบในการแสดงสิทธิไว้คือ

- ก. หากมีผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาหนังสือแสดงเจตนาต้องครบถ้วนบริบูรณ์ ตามหลักเกณฑ์ที่กำหนดในกฎกระทรวง
- ข. แพทย์ไม่มีหน้าที่ทำให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาถึงแก่ความตายโดยวิธีการใด ๆ
- ค. ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ยังคงได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
- ง. ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาจะต้องมีภาวะตามที่กฎกระทรวงกำหนด
- จ. แพทย์มีหน้าที่รับผิดชอบการรักษาที่มีอำนาจหน้าที่ในการวินิจฉัยพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์
- ฉ. ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาต้องการตายตามธรรมชาติ

4. กฎกระทรวงไม่ใช่การปล่อยให้ผู้ป่วยเสียชีวิตโดยดော်ไม่ให้การรักษาหรือการใช้ยาหรืออุปกรณ์ทางการแพทย์บางอย่างเพื่อยุติชีวิต

5. หากผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาจะระบุในหนังสือแสดงเจตนาให้งดเว้นการรักษา หรือใช้ยาและเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์บางอย่างเพื่อยุติชีวิตที่ไม่ใช่วาระสุดท้าย (เร่งการตาย) แพทย์ก็ไม่สามารถปฏิบัติตามได้ หากปฏิบัติตามหนังสือแสดงเจตนาดังกล่าว แพทย์จะใช้มาตรา 12 วรรค 3 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มายกเว้นความผิดของตนเองไม่ได้

6. การปฏิบัติตามกฎกระทรวงมิได้เป็นการทอดทิ้งผู้ป่วยที่พึ่งตนเองมิได้ เนื่องจากแพทย์ยังให้การดูแลแบบประคับประคอง ดังนั้นจึงไม่มีความผิดฐานทอดทิ้งผู้ป่วยตามประมวลกฎหมายอาญา

7. การที่นายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวงฯ โดยอาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 เป็นการปฏิบัติตามกฎหมายว่าด้วยสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งมีวัตถุประสงค์ในเรื่องการจัดการงานด้านสุขภาพของประเทศ มิใช่เป็นการไปกำหนดมาตรฐานในการประกอบวิชาชีพเวชกรรมแต่อย่างใด

8. กฎกระทรวงฯ เป็นการอธิบายความและกำหนดขั้นตอนและวิธีการในการจัดทำหนังสือแสดงเจตนาฯ เท่านั้น

9. กฎกระทรวงฯ ไม่ได้เป็นการกำหนดหลักเกณฑ์และองค์ประกอบในการปล่อยให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเสียชีวิตลงโดยไม่ได้รับการรักษา หรือการใช้ยาและเครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ เพื่อยุติชีวิต



แต่กฎหมายกำหนดการรักษาแบบประคับประคองเพื่อให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาฯ ตาย ตามธรรมชาติ เพื่อมิให้ยื้อความตายโดยสิ้นหวังหรือทำให้ผู้นั้นต้องทรมานจากการเจ็บป่วย ทั้ง ๆ ที่หากไม่มีบริการสาธารณสุข ผู้นั้นควรจะตายตามธรรมชาติแล้ว

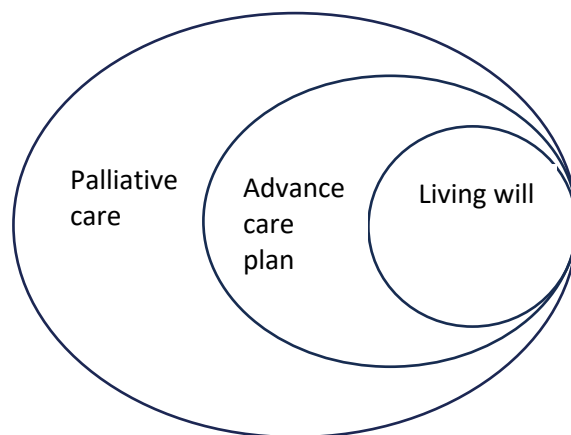
ซึ่งจากเนื้อหาของคำพิพากษาดังกล่าวช่วยยืนยันว่าการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุข ไม่ใช่เรื่องการทำการุณยฆาต และหนังสือแสดงเจตนาเป็นองค์ประกอบหนึ่งของเรื่องการดูแลแบบประคับประคอง

3. ความสัมพันธ์ของการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care plan) และการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิต (Living will or Advance directive)

หนังสือแสดงเจตนาในวาระสุดท้ายเป็นส่วนหนึ่งของเรื่องการดูแลแบบประคับประคองโดยอยู่ในขั้นตอนของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (ดังแผนภาพ)

โดยการดูแลแบบประคับประคองมีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยโรคเรื้อรังรุนแรงและรักษาไม่หาย ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต โดยการวางแผนการดูแลล่วงหน้าถือเป็นขั้นตอนที่สำคัญที่สุดในกระบวนการการดูแลแบบประคับประคอง โดยการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเป็นกระบวนการสนทนา

ปรึกษาร่วมกัน ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และทีมบุคลากรสุขภาพ เพื่อหาภาพรวมและเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่เริ่มป่วยจนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิตว่าแต่ละช่วงเวลาต้องการและไม่ต้องการดูแลรูปแบบใดบ้าง และหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขฯ เป็นเครื่องมือหนึ่งในการสื่อสารความต้องการของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถสื่อสารได้แล้วให้ญาติและบุคลากรด้านสุขภาพทราบถึงการดูแลในช่วงใกล้ตายว่าผู้ป่วยต้องการการดูแลอย่างไรและปฏิเสธการดูแลแบบใดบ้าง



สาระสำคัญของหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์จะรับบริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตาย
ในวาระสุดท้ายของชีวิต ตามความในมาตรา 12 แห่งพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550⁵

3.1 นิยามและความหมายของคำที่เกี่ยวข้องกับการทำหนังสือแสดงเจตนา

“หนังสือแสดงเจตนา” หมายความว่า หนังสือซึ่งบุคคลแสดงเจตนาไว้ล่วงหน้าว่าไม่ประสงค์จะรับ
บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตตนหรือเพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย

“บริการสาธารณสุขที่เป็นไปเพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตหรือเพื่อยุติการทรมาน
จากการเจ็บป่วย” หมายความว่า วิธีการที่ผู้ประกอบการวิชาชีพเวชกรรมนำมาใช้กับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา
เพื่อประสงค์จะยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตออกไป โดยไม่ทำให้ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาพ้นจากความตาย
หรือยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ทั้งนี้ ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนายังคงได้รับการดูแลรักษาแบบประคับประคอง

“วาระสุดท้ายของชีวิต” หมายความว่า ภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บ
หรือโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้และจากการพยากรณ์โรคตามมาตรฐานทางการแพทย์เห็นว่า ภาวะนั้นนำไป
สู่การตายอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ในระยะเวลาอันใกล้จะถึง และให้รวมถึงภาวะของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา
ที่ได้รับการวินิจฉัยตามมาตรฐานทางการแพทย์ว่า มีการสูญเสียหน้าที่อย่างถาวรของเปลือกสมองใหญ่ที่ทำให้ขาด
ความสามารถในการรับรู้และติดต่อสื่อสารอย่างถาวร โดยปราศจากพฤติกรรมตอบสนองใดๆ ที่แสดงถึง
การรับรู้ได้ จะมีเพียงปฏิกิริยาสนองตอบอัตโนมัติเท่านั้น (PVS)

“การทรมานจากการเจ็บป่วย” หมายความว่า ความทุกข์ทรมานทางกายหรือทางจิตใจของผู้ทำ
หนังสือแสดงเจตนาอันเกิดจากการบาดเจ็บหรือจากโรคที่ไม่อาจรักษาให้หายได้

3.2 เนื้อหาของหนังสือแสดงเจตนา

กฎหมายไม่ได้กำหนดเรื่องแบบหรือกำหนดเงื่อนไขในการทำหนังสือแสดงเจตนาไว้ แต่เพื่อให้หนังสือ
แสดงเจตนามีความชัดเจนเพียงพอที่จะดำเนินการตามความประสงค์ของผู้ทำหนังสือดังกล่าว หนังสือแสดงเจตนา
จึงควรมีข้อมูล ดังนี้

3.2.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ทำหนังสือและพยาน ได้แก่ ชื่อ นามสกุล หมายเลขบัตรประจำตัว
ประชาชนของผู้ทำหนังสือและพยาน และความเกี่ยวข้องระหว่างพยานกับผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา
ที่อยู่หรือหมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อได้ของผู้ทำหนังสือ เพื่อความสะดวกในการติดต่อ

การทำหนังสือแสดงเจตนาควรมีพยานรู้เห็นด้วย เพื่อประโยชน์ในการพิสูจน์หรือยืนยันเนื้อหา
ในหนังสือดังกล่าวในกรณีที่มีข้อสงสัยเรื่องความถูกต้อง โดยพยานอาจเป็นสมาชิกในครอบครัว ญาติ คนใกล้ชิด
หรืออาจขอให้แพทย์ พยาบาล เป็นพยานก็ได้ โดยแพทย์เจ้าของไข้และพยาบาลผู้จัดการรายกรณี

⁵ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ฉบับปรับปรุง. ที่คิวพี บจก. พิมพ์ครั้งที่ ๕ กันยายน ๒๕๕๙.



(Nurse case manager) ไม่ควรลงนามในหนังสือแสดงเจตนาของคนที่อยู่ในการดูแลของตนเอง และหากไม่มีพยานก็มิได้ทำให้หนังสือนี้ขาดความสมบูรณ์แต่อย่างใด

เมื่อได้ทำหนังสือแสดงเจตนาแล้วผู้ทำหนังสือควรแจ้งให้ผู้ที่ไว้วางใจ สมาชิกในครอบครัวหรือญาติทราบด้วย เพื่อป้องกันปัญหาที่ไม่มีผู้ใดทราบว่าเคยมีการทำหนังสือนี้มาก่อน จนอาจได้รับการรักษาดูแลที่ขัดต่อความประสงค์ของตนได้

3.2.2 วัน เดือน ปีที่ทำหนังสือมีความสำคัญ เนื่องจากทำให้ทราบว่าหนังสือฉบับใดเป็นฉบับล่าสุด ถ้ามีการทำหนังสือไว้หลายฉบับ

3.2.3 ระบุประเภทของบริการสาธารณสุขที่ไม่ต้องการ เช่น วิธีการรักษาที่ยื้อชีวิตและเกินความจำเป็น หรือการรักษาที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน อาจมีผลเสียมากกว่าผลดี หรือเป็นการรักษาที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง อย่างไรก็ตามผู้ทำหนังสือควรปรึกษากับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุข หรือผู้มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องนี้

ตัวอย่างบริการสาธารณสุขที่ผู้ทำหนังสือสามารถเลือกปฏิเสธได้ เช่น การผ่าตัด, การใช้เคมีบำบัด, การเจาะคอเพื่อใส่ท่อช่วยหายใจ, การกั๊วชีพเมื่อหัวใจหยุดเต้น, การนำเข้าหอผู้ป่วยหนัก/หอผู้ป่วยวิกฤตเมื่ออยู่ในวาระสุดท้ายแล้ว, การถ่ายเลือด, การล้างไต เป็นต้น

3.2.4 การทำหนังสือแสดงเจตนา ทำได้ ๒ วิธีการคือ

วิธีการแรก ผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาเขียนหรือพิมพ์ด้วยตัวเอง และลงลายมือชื่อ

วิธีการที่สอง กรณีที่ผู้ทำหนังสืออยู่ในภาวะที่ไม่สามารถเขียนหนังสือเองได้ แต่ยังสามารถพูดคุยนได้ มีสติสัมปชัญญะดีอยู่ ก็ให้ผู้อื่นช่วยเขียนแทนหรือพิมพ์ข้อความแทนได้ และควรระบุชื่อ นามสกุล และหมายเลขบัตรประจำตัวประชาชนของผู้เขียนหรือผู้พิมพ์ไว้ด้วย และลงชื่อหรือพิมพ์ลายนิ้วหัวแม่มือ (หรือนิ้วมืออื่น) ของผู้แสดงเจตนา ในกรณีพิมพ์ลายนิ้วมือให้มีพยานลงนามรับรองลายนิ้วมือนั้นสองคน

3.2.5 การระบุชื่อผู้ใกล้ชิด

ผู้ทำหนังสือสามารถระบุชื่อผู้ใกล้ชิด (เช่น สมาชิกในครอบครัว ญาติ คนใกล้ชิด เพื่อน ผู้ที่เคารพนับถือหรือไว้วางใจ) ซึ่งตามกฎหมายเรียกว่า “ผู้ทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา” ไว้เพื่อทำหน้าที่อธิบายความประสงค์ที่แท้จริงของผู้ทำหนังสือที่ระบุไว้ไม่ชัดเจนหรือร่วมปรึกษาหารือและร่วมตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางการรักษากับผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขในขณะที่ตนไม่มีสติสัมปชัญญะ

3.2.6 คำแนะนำการลงนามเป็นพยานของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข

กฎหมายไม่ได้ห้ามมิให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข เช่น แพทย์ พยาบาล ลงนามเป็นพยานในหนังสือแสดงเจตนา อย่างไรก็ตามแพทย์เจ้าของไข้ไม่ควรลงนามในหนังสือแสดงเจตนาของผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแลของตนและพยาบาลผู้จัดการรายกรณี (Nurse case manager) ไม่ควรลงนามในหนังสือแสดงเจตนาที่ตนเป็น



พยาบาลผู้จัดการรายกรณี เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความเข้าใจผิดว่าแพทย์และพยาบาล จะไม่ให้การรักษาหรือละทิ้งเพราะไม่อาจรักษาโรคให้หายได้

รายละเอียดอื่นๆในหนังสือแสดงเจตนา

หนังสือแสดงเจตนาสามารถระบุรายละเอียดอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น ความประสงค์ในการเสียชีวิต สถานที่ใด ความประสงค์ที่จะได้รับการเยียวยาทางจิตใจ และการปฏิบัติตามประเพณีและความเชื่อทางศาสนา ให้สถานบริการสาธารณสุขให้ความร่วมมือตามสมควร โดยคำนึงถึงศักยภาพ ภาระหน้าที่ของบุคลากรในสถาน บริการสาธารณสุขแห่งนั้นเป็นสำคัญ

3.3 คุณสมบัติของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนา

ใช้เกณฑ์อายุ 18 ปี ตามประกาศสิทธิผู้ป่วย กล่าวคือ ผู้ที่มีสติสัมปชัญญะดี มีอายุครบ 18 ปีบริบูรณ์ สามารถสิทธิทำหนังสือนี้ แต่หากเป็นผู้เยาว์ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ให้ขอความยินยอมจากบิดา มารดา ผู้ปกครองหรือผู้อุปการะเลี้ยงดูในการตัดสินใจแทน ทั้งนี้ควรเปิดโอกาสให้ผู้เยาว์มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเท่าที่ สามารถทำได้ด้วย

3.4 การประเมินสติสัมปชัญญะของผู้ทำหนังสือ

ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ของสถานบริการสาธารณสุขสามารถประเมินสติสัมปชัญญะ ของผู้ทำหนังสือแสดงเจตนาที่สถานบริการสาธารณสุขได้ด้วยตนเอง โดยพิจารณาว่าผู้นั้นมีความสามารถสื่อสาร กับคนทั่วไปได้ตามปกติหรือไม่ เข้าใจกาลเวลาและสภาพแวดล้อมต่างๆรอบตัวได้หรือไม่ จดจำเรื่องราวในอดีต ของตนเองได้หรือไม่ มีความเข้าใจเนื้อหาในหนังสือแสดงเจตนาและสามารถวางแผนล่วงหน้าเกี่ยวกับชีวิต ของตนเองได้หรือไม่

4. กรณีการเสียชีวิตที่บ้านจะต้องปฏิบัติอย่างไร⁶

การดูแลแบบประคับประคองสามารถให้การดูแลได้ทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน โดยหากดูแลผู้ป่วย ที่โรงพยาบาลจนกระทั่งผู้ป่วยตาย โรงพยาบาลจะเป็นผู้ออกหนังสือรับรองการตายให้แก่ญาติ เพื่อที่ญาติจะนำหนังสือนี้ ไปออกใบมรณะบัตรที่ เทศบาล อำเภอหรือสำนักงานเขต

แต่ในหลายๆ ครั้งผู้ป่วยระยะท้ายมักจะบอกกับแพทย์หรือญาติว่าอยากกลับบ้านเพื่อไปใช้ชีวิต ในช่วงสุดท้ายอยู่ในสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคยที่มีญาติสนิท เพื่อนฝูงที่ใกล้ชิดคอยอยู่ดูแล และตายอย่างสงบที่บ้าน

⁶ พิสิษฐ์ ศรีอัคคโภคิน.สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. สร้างสุขที่ปลายทางด้วย Living will และ Palliative Care. พ.ศ.๒๕๖๓. บริษัท โรงพิมพ์เดือนตุลา จำกัด. พิมพ์ครั้งที่ ๑.



ซึ่งส่วนใหญ่ญาติหรือแพทย์ก็มักจะดำเนินการตามความต้องการครั้งสุดท้ายของผู้ป่วย หากนำผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อ และตายที่บ้าน ซึ่งเมื่อมีการตายที่บ้านเกิดขึ้น เจ้าบ้าน^{7,8} จะต้องดำเนินการดังต่อไปนี้

4.1 ตามกฎหมายเจ้าบ้านจะต้องไปแจ้งตายและขอออกใบมรณะบัตรที่เทศบาล อำเภอหรือสำนักงานเขต ภายใน 24 ชั่วโมงหลังจากการการตาย

4.2 ในกรณีที่บ้านอยู่นอกเขตพื้นที่เทศบาลหรือกรุงเทพฯ เจ้าบ้านจะต้องไปแจ้งตายที่ผู้ใหญ่บ้านก่อน เพื่อขอหนังสือรับรองการตายจากผู้ใหญ่บ้านแล้วนำหนังสือรับรองการตายไปขอออกใบมรณะบัตรที่อำเภอ

4.3 ในกรณีที่บ้านอยู่ในเขตพื้นที่เทศบาลหรือกรุงเทพฯ เจ้าบ้านจะต้องไปแจ้งตายที่เทศบาลหรือสำนักงานเขต

ปัญหาที่เกิดขึ้นเสมอในการแจ้งตายและขอออกใบมรณะบัตร

การที่เจ้าบ้านไปแจ้งการตายที่ผู้ใหญ่บ้าน เทศบาล อำเภอหรือสำนักงานเขต บ่อยครั้งที่เจ้าหน้าที่ไม่ยินยอมออกใบมรณะบัตรให้ เนื่องจากไม่ได้ทราบรายละเอียดการตาย และให้เจ้าบ้านไปแจ้งความเพื่อนำใบแจ้งความและการยืนยันศพว่าผู้ตายเป็นใครมาแจ้งเพื่อขอออกใบมรณะบัตร ซึ่งเหตุการณ์นี้สร้างปัญหาให้เจ้าบ้านมาก เพราะตำรวจที่รับแจ้งความก็ไม่ทราบว่าผู้ตายนี้ตายจากอะไร ตายตามธรรมชาติหรือไม่ ในหลายๆ กรณีตำรวจก็มักจะให้ไปชันสูตรศพก่อน การนำศพเข้าสู่กระบวนการชันสูตรพลิกศพจะสร้างความยุ่งยากและเสียค่าใช้จ่ายเป็นอย่างมาก และหากนำร่างไปผ่าด้วยแล้วก็จะทำให้เกิดความสะเทือนใจต่อญาติผู้ป่วยมากเพราะผู้ป่วยหวังว่าจะขอมาตายอย่างสงบที่บ้านแต่สุดท้ายก็ต้องมีการนำร่างของผู้ป่วยไปผ่าเพื่อชันสูตร

ทำให้ในหลายๆ กรณีญาติผู้ป่วยไม่ยินยอมที่จะนำผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อและตายที่บ้านทั้งๆ ที่ผู้ป่วยแจ้งว่าอยากกลับบ้าน ปัญหานี้จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลผู้ป่วยอย่างมากเนื่องจากไม่สามารถดำเนินการตามเจตนาของผู้ป่วยได้ รวมทั้งส่งผลกระทบต่อปัญหาความแออัดของโรงพยาบาลตามมาเพราะทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่อยากรนำผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่บ้านเนื่องจากเกรงปัญหาข้อกฎหมายดังที่กล่าวมาข้างต้น ดังนั้นก่อนที่จะนำผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อและตายที่บ้านจะต้องมีการเตรียมการ โดยจะอธิบายเป็นลำดับไปดังต่อไปนี้

1. โรงพยาบาลควรเขียนหนังสือสรุปอาการและความประสงค์ของผู้ป่วยให้ผู้ป่วย (หรือญาติ) ดิติดัวก่อนจะออกจากโรงพยาบาล โดยหนังสือฉบับนี้ญาติผู้ป่วยจะใช้ยื่นต่อเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองหรือตำรวจแล้วแต่กรณี เพื่อเป็นข้อมูลให้ทราบว่าผู้ป่วยรายนี้มีอาการอะไรและต้องการที่จะกลับไปดูแลต่อและตายที่บ้าน โดยในหนังสือควรมีเบอร์โทรศัพท์ให้ติดต่อสอบถามข้อมูลที่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลได้ด้วย

⁷ ตามพระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ.2534 ได้กำหนดความหมายของคำว่า “บ้าน” ว่าหมายถึง โรงเรือนหรือสิ่งปลูกสร้างสำหรับใช้เป็นที่อยู่อาศัย ซึ่งมีเจ้าบ้านครอบครอง และให้หมายความรวมถึงแพ หรือเรือซึ่งจอดเป็นประจำและใช้เป็นที่อยู่ประจำ หรือสถานที่ หรือยานพาหนะอื่นซึ่งใช้เป็นที่อยู่อาศัยประจำได้ด้วย

⁸ ตามพระราชบัญญัติการทะเบียนราษฎร พ.ศ.2534 ได้กำหนดความหมายคำว่า “เจ้าบ้าน” ว่าหมายถึง ผู้ซึ่งเป็นหัวหน้าครอบครองบ้านในฐานะเป็นเจ้าของ ผู้เช่า หรือในฐานะอื่นใดก็ตาม ในกรณีที่ปรากฏเจ้าบ้าน หรือเจ้าบ้านไม่อยู่ ตาย สูญหาย สาบสูญหรือไม่สามารถปฏิบัติกิจการได้ให้ถือว่าผู้มีหน้าที่ดูแลบ้านในขณะนั้นเป็นเจ้าบ้าน



2. โรงพยาบาลควรสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน ในการส่งผู้ป่วยกลับไปดูแลที่บ้าน หากโรงพยาบาลมีเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายในชุมชน การส่งผู้ป่วยไปดูแลต่อและตายที่บ้านสามารถแจ้งข้อมูลผู้ป่วยไปยังเครือข่ายในชุมชนซึ่งได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือเครือข่ายจิตอาสาอื่น ๆ และเครือข่ายเหล่านี้จะเข้ามาช่วยที่บ้านในการยืนยันกับเจ้าพนักงานฝ่ายปกครองหรือผู้ใหญ่บ้าน ว่าผู้ป่วยกลับมาดูแลต่อและตายที่บ้านจริง



แบบฟอร์มหนังสือแสดงเจตนาในวาระสุดท้ายของชีวิต
ตามมาตรา ๑๒ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.๒๕๕๐

ทำที่.....
วันที่...../...../.....

ส่วนที่ ๑. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้แสดงเจตนา

ข้าพเจ้าชื่อ..... นามสกุล..... อายุ.....ปี
เลขประจำตัวประชาชน..... เบอร์โทรศัพท์.....
ที่อยู่ติดต่อได้.....
สถานพยาบาลที่ใช้บริการประจำ.....
สิทธิการรักษา.....

ส่วนที่ ๒ การแสดงเจตนาในวาระสุดท้ายของชีวิต

ขณะทำหนังสือฉบับนี้ ข้าพเจ้ามีสติสัมปชัญญะบริบูรณ์ และมีความประสงค์ที่จะแสดงเจตนาที่จะขอตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่ต้องการให้มีการใช้เครื่องมือใดๆ กับข้าพเจ้า เพื่อยืดการตายออกไปโดยไม่จำเป็นและเป็นการสูญเสียเปล่า แต่ข้าพเจ้ายังคงได้รับการดูแลรักษาตามอาการ

๒.๑ สิ่งที่ข้าพเจ้าต้องการ/ให้ความสำคัญ ในการดูแลตนเอง (ระบุได้หลายข้อ)

- (๑) ต้องการมีคุณภาพชีวิตที่ดี
- (๒) ต้องการการรักษาที่ไม่สร้างความเจ็บปวดหรือทุกข์ทรมาน หรือยืดการตายออกไปโดยไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ใดๆ
- (๓) ต้องการมีชีวิตอยู่ให้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้ แม้ต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานจากเครื่องมือทางการแพทย์
- (๔) อื่นๆ (โปรดระบุ).....

๒.๒ สภาวะที่ข้าพเจ้าไม่ต้องการ/ยอมรับไม่ได้ (ระบุได้หลายข้อ)

- (๑) ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ติดเตียง ต้องมีผู้ดูแลตลอด
- (๒) ไม่มีการรับรู้/การนึกคิด จำคนที่รักไม่ได้ อยู่ในสภาพผักถาวร
- (๓) ต้องใช้เครื่องช่วยหายใจไปตลอดชีวิต
- (๔) อื่นๆ (โปรดระบุ).....

๒.๓ ขอบเขตของการรักษาที่ข้าพเจ้าต้องการ ในกรณีเกิดการเจ็บป่วยร้ายแรง จนมีโอกาสรอดชีวิตน้อยมากหรือถึงแม้มีโอกาสรอดชีวิตแต่มีภาวะเสื่อมถอย ไม่มีความสามารถที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ขอบเขตของการรักษาที่ข้าพเจ้าต้องการคือ... (ระบุได้เพียง 1 ข้อเท่านั้น)

- (๑) รักษาเต็มที่แม้จะทำให้ได้รับความทุกข์ทรมานจากการใช้เครื่องมือทางการแพทย์เพื่อพยุงชีพก็ตาม
- (๒) รักษาเต็มที่รวมถึงการใช้เครื่องพยุงชีพ แต่หากบุคลากรด้านสุขภาพเห็นว่าไม่ได้ผล ก็อนุญาตให้ถอดเครื่องพยุงชีพได้และรักษาตามอาการเพื่อไม่ให้เกิดความทุกข์ทรมานและขอเสียชีวิตตามธรรมชาติ



- (ก) รักษาอาการเพื่อลดการทรมานโดยไม่ใช้เครื่องพยุงชีพหรือการรักษาที่เป็นการยื้อชีวิตและขอเสียชีวิตตามธรรมชาติ
- (ข) ยังตัดสินใจการรักษาที่ต้องการไม่ได้
- (ค) อื่นๆ (โปรดระบุ)

๒.๔ กรณีที่ข้าพเจ้าเจ็บป่วยและอยู่ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต ข้าพเจ้าต้องการการดูแลรักษา และไม่ต้องการดูแลรักษา คือ

- (๑) การตายอย่างสงบตามธรรมชาติ ไม่เร่งหรือยืดการตายออกไปโดยไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ใดๆ
 - ต้องการ ไม่ต้องการ
- (๒) การยื้อชีวิตให้ถึงที่สุดแม้ต้องใช้เครื่องพยุงชีพเช่น ใส่ท่อช่วยหายใจและใช้เครื่องช่วยหายใจ บีมหัวใจ
 - ต้องการ ไม่ต้องการ

๒.๕ ถ้าข้าพเจ้าอยู่ในช่วงวาระสุดท้ายของชีวิต

- (๑) ข้าพเจ้าต้องการใช้เวลาอยู่ที่ บ้าน โรงพยาบาล ที่อื่นๆ (โปรดระบุ).....
- (๒) ข้าพเจ้าปรารถนาที่จะเสียชีวิตที่ บ้าน โรงพยาบาล ที่อื่นๆ (โปรดระบุ).....

ส่วนที่ ๓. ผู้ตัดสินใจแทน

ข้าพเจ้าขอมอบหมายให้ ชื่อ.....นามสกุล.....
 เลขที่บัตรประชาชน อายุ.....ปี มีความสัมพันธ์เป็น
 ที่อยู่ติดต่อได้.....เบอร์โทรศัพท์.....

เป็นผู้ตัดสินใจแทนและปรึกษาหารือกับทีมสุขภาพที่ดูแลรักษาข้าพเจ้า เมื่อเอกสารฉบับนี้ขาดความชัดเจน โดยยึดความต้องการของข้าพเจ้าเป็นสำคัญ

ข้าพเจ้ายินยอมให้ผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพเข้าถึงและเปิดเผยข้อมูลสุขภาพผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์เพื่อประโยชน์ในการรักษาพยาบาลและยินยอมให้ส่งต่อข้อมูลนี้ให้สถานพยาบาลอื่นเพื่อประโยชน์ในการรักษาที่ต่อเนื่อง โดยสถานพยาบาลจะปกป้องข้อมูลส่วนบุคคลตามมาตรฐานการรักษาความลับของข้อมูลส่วนบุคคลตามพระราชบัญญัติคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล พ.ศ. ๒๕๖๒

ผู้แสดงเจตนา.....ลงชื่อ
 (.....)

ผู้ตัดสินใจแทน.....ลงชื่อ
 (.....)

พยาน*.....ลงชื่อ
 (.....)

พยาน*.....ลงชื่อ
 (.....)

หมายเหตุ *ไม่มีพยานได้ แต่ถ้าเป็นการพิมพ์ลายนิ้วมือของผู้แสดงเจตนาให้มีพยานลงนามรับรองลายนิ้วมือนั้นสองคน



แผนการสอนที่ 14

การฝึกปฏิบัติงานภาคสนาม

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) มีความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติที่ดีในการดูแลผู้สูงอายุ สามารถนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการอย่างมีประสิทธิภาพ

เนื้อหาวิชา

- การ Orientation Caregiver ในการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง
- การฝึกปฏิบัติงานในพื้นที่ชุมชนหรือหน่วยบริการสาธารณสุขของทั้งภาครัฐและเอกชน

รูปแบบ/วิธีการสอน

- การลงปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้าย
- วิทยากร /Care Manager เป็นผู้ควบคุมการฝึกปฏิบัติในพื้นที่ชุมชนหรือหน่วยบริการสาธารณสุขของทั้งภาครัฐและเอกชน
- มีแบบฟอร์มการลงไปดูแลผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้าย
- จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนำเสนอผลการปฏิบัติงาน

ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม

1. วิทยากรชี้แจงแนวทางการลงฝึกปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้าย
2. วิทยากรพี่เลี้ยงมอบหมายการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้ายตามแบบฟอร์มที่กำหนดในการลงปฏิบัติงาน
3. ศึกษากรณี Case ตามที่ได้รับมอบหมายในพื้นที่ชุมชนหรือหน่วยบริการสาธารณสุขของทั้งภาครัฐและเอกชน
4. นำเสนอศึกษากรณี Case ต่อวิทยากรพี่เลี้ยงและหน่วยฝึกอบรม

สื่อประกอบการเรียนการสอน / อุปกรณ์

1. คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตร Caregiver
2. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)
3. สื่อการอบรม
 - ไฟล์นำเสนอ
 - เอกสาร /ระเบียบต่าง ๆ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย

ผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย



ตัวอย่างแบบฟอร์มการฝึกภาคปฏิบัติ
ของผู้เข้ารับการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Caregiver)

หน่วยบริการที่ฝึกปฏิบัติ
ระหว่างวันที่เดือน ปีพ.ศ.

คำชี้แจง ให้ผู้เข้ารับการอบรมลงฝึกปฏิบัติในหน่วยบริการโดยการเก็บข้อมูล Case ที่ได้รับมอบหมายนำมาศึกษา วิเคราะห์ตามกระบวนการและขั้นตอนของการดูแลช่วยเหลือตาม Care Plan และ Social Care Plan ของหน่วยบริการที่ลงฝึกปฏิบัติ

- ชื่อ - นามสกุล Caregiverสังกัด รพ.สต /อปท.....
หน่วยบริการที่ฝึกภาคสนาม อำเภอ จังหวัด
ชื่ออาจารย์พี่เลี้ยง /ที่ปรึกษา/CM
- ชื่อ-นามสกุลผู้สูงอายุ.....อายุ.....ปี
เลขบัตรประชาชน.....อาชีพ.....สิทธิการรักษา.....
โรคประจำตัว.....
ประวัติการเจ็บป่วย.....
ประวัติการรักษา/การใช้ยา
- สภาพที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อมภายในบ้านและบริเวณรอบบ้านของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
.....
.....
- แนวคิด ความคาดหวังของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ครอบครัวและญาติที่ส่งผลต่อการดำรงชีวิตประจำวัน
.....
.....
- ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิตของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงโดยเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา (ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม) ที่พบจากการประเมินคัดกรองตามเครื่องมือต่างๆที่ใช้และโปรดระบุรายละเอียด
.....
.....
.....



6. เป้าหมาย ผลลัพธ์ของการให้ความช่วยเหลือโดยรวมในระยะยาว

.....
.....

7. เป้าหมายผลลัพธ์ของการให้ความช่วยเหลือโดยรวมในระยะสั้น

.....
.....

8. ข้อควรระวังในการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

.....
.....

9. บริการช่วยเหลือที่จำเป็นและเพิ่มเติมตามประเด็นที่สนับสนุนการดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

- กายอุปกรณ์

.....
.....

- บริการอื่นๆ เช่น อปท.(บริการรถรับ ส่ง ในการพบแพทย์ตามนัด) ชมรมผู้สูงอายุ (เพื่อนเยี่ยมเพื่อน)

.....
.....

- การปรับสภาพแวดล้อม (บ้าน ห้องน้ำ ราวจับ ทางลาดชัน เป็นต้น) โดยหน่วยงาน

.....
.....

9. กำหนดการดูแลรายสัปดาห์ (Weekly Plan)(ตามรายละเอียดในชุดสิทธิประโยชน์ตามประกาศสปสช.ปี2561)

.....
.....

10. กิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและครอบครัว

.....
.....

11. สิ่งที่คุณได้รับการอบรมได้ความรู้และนำมาใช้ในการศึกษาหรือดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงครั้งนี้

.....
.....

.....
.....



12. ปัญหาอุปสรรค

.....

.....

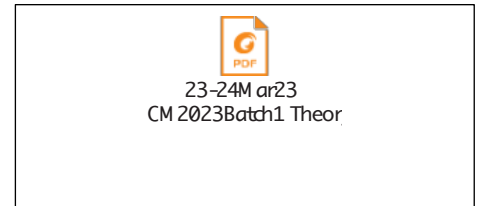
.....

13. ข้อเสนอแนะ

.....

.....

เครื่องมือ ADL/ TAI (จำเป็นต้องระบุข้อมูล)
เครื่องมือ ICF / PPS และเครื่องมืออื่นๆในเอกสารคู่มือ
การฝึกอบรม CM (ประเมินตามความจำเป็นของกรณีศึกษา)



ตัวอย่าง
แผนกำกับการปฏิบัติงานการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของ Caregiver

ชื่อ-นามสกุลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ชื่อ-นามสกุล Caregiver

ลำดับ	สภาพปัญหาของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ระบุรายละเอียด)	กิจกรรมการดูแลช่วยเหลือ	จำนวนครั้งหรือความถี่ในการช่วยเหลือ	ระยะเวลาช่วยเหลือ เริ่ม - สิ้นสุด	ผู้รับผิดชอบ		ประเมินผลการช่วยเหลือ	แผนการช่วยเหลือระยะยาว (ถ้ามี)
					หลัก	ร่วม		

ลงชื่อผู้บันทึก



แผนการดูแลรายบุคคล(Care Plan) ฉบับที่ วันที่...../...../.....										
ชื่อ-สกุล..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน :		ที่อยู่			จัดทำวันที่...../...../.....					วิธีเจ็ย : ADL =, TAI=.....
		หมายเลขโทรศัพท์.....								ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงผู้ที่
แนวคิดของผู้ใช้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ		แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว)								ชื่อควรวะวังในการให้บริการ
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิตของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง		เป้าหมายการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้น)								บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ กายอุปกรณ์ บริการอื่นๆ
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ.	พฤ.	ศ.	ส.	อ.	ผู้รับผิดชอบ/ผู้ที่เกี่ยวข้อง	
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต (ครอบครัว/ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง)				ผู้จัดทำ.....						
				ผู้รับผิดชอบ.....ระยะเวลาที่ Caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า.....						
				ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้						
				1)..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป.....						
				2)..... (ผู้ป่วย/ญาติ) วดป.....						



แผนการสอนที่ 15

การวัดและการประเมินผล

วัตถุประสงค์การเรียนรู้ :

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมิน/ วัดระดับความรู้ ความเข้าใจ ทักษะคิด คุณธรรม จริยธรรม และการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้าย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถประเมิน/วัดระดับความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้าย
2. เพื่อทดสอบและประเมินทักษะของผู้เข้ารับการอบรมในการนำความรู้ ความเข้าใจเนื้อหาของแผนการสอน และนำไปสู่การปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้าย ได้ตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)
3. เพื่อทดสอบและประเมินทักษะของผู้เข้ารับการอบรมในการค้นหาปัญหา วิเคราะห์ วางแผนการดูแล ช่วยเหลือผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้ายเบื้องต้นได้

เป้าหมาย

แผนการสอนนี้มุ่งเน้นให้ผู้เข้ารับการอบรม เข้าใจวัตถุประสงค์ เนื้อหาวิชา วิธีการวัดประเมินผล และเกณฑ์ ในการประเมินความรู้ ความเข้าใจ ทักษะคิด และการนำไปสู่การปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่ได้อย่างมีคุณภาพ

เนื้อหาวิชา

1. ทดสอบและประเมินผลภาคทฤษฎี
2. ทดสอบและประเมินผลภาคปฏิบัติ
3. ทดสอบและประเมินผลด้านทักษะการปฏิบัติ
4. ทดสอบและประเมินผลด้านคุณธรรม จริยธรรม

ระยะเวลา 1 ชั่วโมง (ทฤษฎี 1 ชั่วโมง)

รูปแบบ/ วิธีการสอน

การทำแบบทดสอบ

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

1. ทดสอบและประเมินผลภาคทฤษฎี
2. ทดสอบและประเมินผลภาคปฏิบัติ



3. ทดสอบและประเมินผลด้านทักษะการปฏิบัติ
4. ทดสอบและประเมินผลด้านคุณธรรม จริยธรรม

สื่อประกอบการเรียนการสอน / อุปกรณ์

1. แบบทดสอบวัดประเมินผลภาคทฤษฎี
2. แบบทดสอบวัดประเมินผลภาคปฏิบัติ
3. ทดสอบด้านคุณธรรม และจริยธรรม

การประเมินผล มีเกณฑ์ในการประเมิน ดังนี้

1. ผ่านการทดสอบและประเมินผลภาคทฤษฎี ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
2. ผ่านการทดสอบและประเมินผลภาคปฏิบัติ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
3. ผ่านการทดสอบและประเมินผลด้านทักษะการปฏิบัติ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
4. ผ่านการทดสอบและประเมินผลด้านคุณธรรม จริยธรรม ไม่น้อยกว่าร้อยละ 100

การวัดผลและการประเมินผลการศึกษา

1. ผู้เข้าอบรมต้องมีเวลาเรียนไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 ของเวลาเรียนในแต่ละวิชา ผู้เข้าอบรมที่มีสิทธิเข้าสอบจะต้องปฏิบัติ ดังนี้
 - 1.1 ผู้เข้าอบรมต้องเข้าทดสอบความรู้ ตามวัน เวลา และสถานที่ ที่หน่วยงานจัดอบรมกำหนดให้ หากขาดสอบโดยไม่มีเหตุผลอันสมควรให้ถือว่าขาดสอบครั้งนั้นไม่ผ่าน
 - 1.2 ผู้เข้าอบรมต้องใช้แบบทดสอบที่ทางหน่วยงานจัดอบรมจัดให้และห้ามคัดลอกข้อสอบหรือนำแบบทดสอบเผยแพร่
 - 1.3 ผู้เข้ารับการอบรมจะเข้าห้องทดสอบได้เมื่อได้รับอนุญาตจากหน่วยจัดอบรม
 - 1.4 ผู้เข้ารับการอบรมจะออกจากห้องทดสอบเป็นการชั่วคราวได้ต่อเมื่อได้รับการอนุญาตจากหน่วยจัดอบรม
 - 1.5 ผู้เข้ารับการอบรมจะเข้ารับการทดสอบสายเกินกว่า 30 นาทีตามเวลาที่กำหนดจะถูกตัดสิทธิ์ให้เข้ารับการทดสอบทั้งช่วงก่อนเข้ารับการอบรมและการทดสอบก่อนจบการอบรมตามหลักสูตรฯ
 - 1.6 ข้อปฏิบัติอื่น ๆ เกี่ยวกับการทดสอบให้เป็นไปตามที่หน่วยจัดการอบรมกำหนด





แบบทดสอบ (Pre - Post Test)

หลักสูตรมาตรฐานชั้นกลางหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ(Caregiver) 70 ชั่วโมง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

คำอธิบาย ให้ผู้เข้ารับการอบรมทำเครื่องหมาย ✓ หน้าข้อที่เป็นคำตอบที่ถูกต้องที่สุด

ชื่อ นามสกุล หน่วยปฏิบัติงาน

ข้อ	คำถาม	ข้อเลือก	คำตอบ
1	คำจำกัดของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง <u>ที่ถูกต้อง</u> หมายถึงข้อใด	ก. บุคคลที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย จิตใจ ที่มีอุปสรรคในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ข. ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปและเป็นบุคคลที่มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือเข้าร่วมทางสังคมเนื่องจากความบกพร่องด้านการเห็นการได้ยิน การเคลื่อนไหว การสื่อสาร สติปัญญา การเรียนรู้ เป็นต้น ค. บุคคลที่มีความจำเป็นพิเศษที่ต้องได้รับความช่วยเหลือด้านใดด้านหนึ่งเพื่อสามารถปฏิบัติกิจวัตรได้ ง. ถูกทุกข้อ	
2	องค์ประกอบที่สำคัญในการสื่อสารมีอะไร	ก. ผู้รับสาร ข. ผู้ส่งสาร ค. ผู้ส่งสาร สาร (message) ผู้รับสาร ง. ไม่มีข้อใดถูกต้อง	
3	หน่วยงานหลักที่มีบทบาทในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบ Long Term Care มีกี่แห่ง	ก. 1 แห่ง ข. 3 แห่ง ค. 7 แห่ง ง. 8 แห่ง	
4	ข้อห้ามในการประคบสมุนไพร ข้อใดถูกต้อง	ก. บริเวณที่มีอาการอักเสบ บวม แดงร้อน ข. บริเวณที่เป็นมะเร็ง ค. มีไข้สูงเกิน 38.8 องศาเซลเซียส ง. ถูกทุกข้อ	



5	ตัวยาที่ช่วยแต่งกลิ่นของลูกประคบ ข้อใดกล่าวถูกต้อง	ก. การบูร, พิมเสน ข. ตะไคร้, มะกรูด ค. ใบมะขาม, ใบส้มป่อย ง. ไพล, ขมิ้น	
6	6. ข้อใดเป็นการทำความสะอาด ช่องปากให้ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะ ฟังก้องและผู้ป่วยแบบ ประคับประคองเหมาะสมที่สุด	ก. ตาค้ำใส่สายอาหารทางจมูก ไม่ได้กินทางปาก ทาลิปมันให้ ชุ่มชื้นเพียงพอแล้ว ข. ยายแก้วเป็นแผลกดทับที่ก้น พลิกตัวบ้วนน้ำลำปาก ใช้ผ้า ก๊อชเช็ดทำความสะอาดในปากแทน ค. ยายจันทร์ถอดฟันปลอมออก ก่อนแปรงฟันทุกครั้ง ง. ตาแสงส่องเลื่อม ไม่ค่อยยอมให้แปรงฟัน ใช้น้ำยาบ้วนปาก อย่างเดียวได้	
7	ข้อใดเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำ ความสะอาดช่องปาก	ก. แปรงสีฟัน และยาสีฟัน ข. แปรงชอกฟัน หรือ ไหมขัดฟัน ค. ผ้าก๊อช , ไม้ฟันลำลี ง. ทุกข้อที่กล่าวมาทั้งหมด	
8	หากพบผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะ ฟังก้องและผู้ป่วยแบบ ประคับประคองเป็นลมหมดสติ ควร ทำอย่างไร	ก. เรียกให้คนช่วยและยืนดูด้วยความสนใจ ข. ช่วยคลายเสื้อผ้าให้หลวม พัดโบกลม ให้ดมยาหอมหรือ พิมเสน ค. ตบที่ใบหน้าเบา ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้น ง. อุ้มให้ผู้ปวยนั่งบนเก้าอี้ หรือเอนลำตัว	
9	ข้อใดไม่ใช่วัตถุประสงค์ของการปฐม พยาบาล	ก. การรักษาผู้ป่วยให้หายขาดจากโรคร้ายไข้เจ็บ ข. เพื่อช่วยชีวิตและลดความรุนแรงของการบาดเจ็บ ค. เพื่อบรรเทาความเจ็บปวดทรมาน ง. เพื่อป้องกันความพิการที่อาจตามมาหลังการบาดเจ็บ	
10	10. ปัญหาระบบทางเดินอาหารที่ พบบ่อย	ก. แผลในกระเพาะอาหาร ข. กระเพาะอาหารอักเสบ ค. หลอดอาหารอักเสบ หรือมะเร็ง ง. ทุกข้อที่กล่าวมาทั้งหมด	
11	โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ผู้ที่มี ภาวะฟังก้องและผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง มีโรคอะไรบ้าง	ก. ความดันโลหิตสูง ข. โรคโควิด-19 ค. เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ข้อเข่าเสื่อม มะเร็ง ง. มะเร็ง	



12	เรื่องความสะอาดที่ผู้ดูแลและคนในครอบครัวจะต้องช่วยเหลือดูแล ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยแบบประคับประคองมีเรื่องอะไรบ้าง	ก. การทำความสะอาดร่างกาย ข. การทำความสะอาดศีรษะและสระผม ค. การทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ ง. ถูกทุกข้อ	
13	13. ความกลัวข้อใดที่ผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยแบบประคับประคองกลัวมากที่สุด	ก. กลัวถูกทอดทิ้ง ข. กลัวถูกรังเกียจ ค. กลัวการไม่มีคุณค่าในสังคม ง. ถูกทุกข้อ	
14	สิ่งที่ต้องปรับตัวเมื่อเข้าพบว่าเป็นผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง มีเรื่องใดบ้าง	ก. ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งของตนเองและสิ่งใหม่ๆ ในสังคม ข. ช่วยเหลือตนเองและพึ่งพาญาติหลานน้อยที่สุด ค. ถูกทั้งข้อ ก และ ข ง. ไม่มีข้อใดถูกต้อง	
15	การจัดปรับสภาพสิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุสามารถรองรับงบประมาณเริ่มต้นในวงเงินเท่าไร	ก. 20,000 บาท ข. 60,000 บาท ค. 40,000 บาท ง. 80,000 บาท	
16	ข้อใดคือ ข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยแบบประคับประคอง	ก. กินข้าวเป็นหลัก เน้นข้าวกล้อง ข้าวขัดสีน้อย สลับกับอาหารประเภทแป้ง เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน búnเส้น ข. กินปลา ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์และดื่มนมรสจืด เป็นประจำ ค. กินผักหลากหลายสีและชนิดสลับกันไป และกินผลไม้ตามฤดูกาล เลือกรสไม่หวานจัด ง. ถูกทุกข้อ	
17	บทบาทและหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยแบบประคับประคอง ต้องปฏิบัติตัวอย่างไร	ก. ให้การดูแลผู้สูงอายุให้ได้รับความสะดวกในการดำรงชีวิตประจำวัน ข. ให้การดูแลช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ค. ให้การประคับประคองด้านร่างกายและจิตใจ ง. ถูกทุกข้อ	
18	อาการหรือโรคที่เกิดกับผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เมื่อต้องอยู่ในสภาพอากาศที่มีความร้อนสูงๆ	ก. ผื่นจากความร้อน ข. บวมจากความร้อน ค. เป็นลม ง. ถูกทุกข้อ	



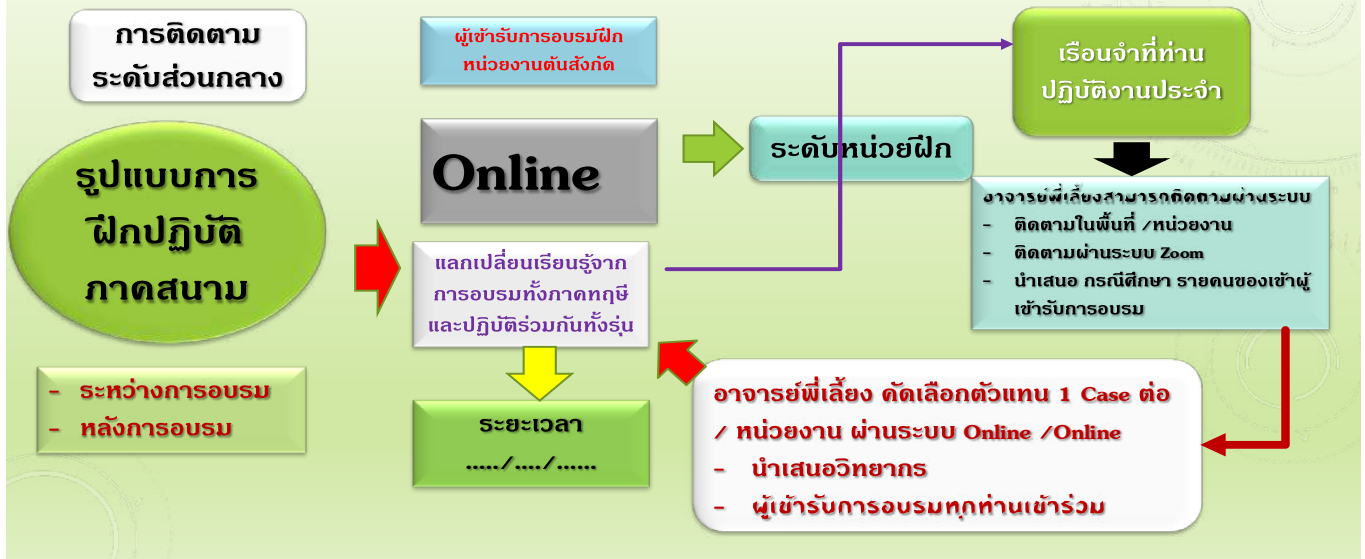
19	ข้อใดเป็นคำตอบของการดูแลแบบ ประคับประคอง หรือ ระยะเวลาท้ายของ ชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุ	ก. การดูแลที่มีมุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิต ข. การดูแลเพื่อลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ค. การดูแลที่มีมุ่งเน้นการเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและ ครอบครัว โดยลดความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลควบคู่กับการรักษา ง. เป็นกลุ่มที่ครอบครัวต้องดูแล	
20	สถานที่ใดที่เหมาะสมกับการดูแล ผู้สูงอายุผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ที่อยู่ ระยะแบบประคับประคองหรือระยะ ท้ายของชีวิต	ก. ที่บ้าน ข. ที่โรงพยาบาล ค. ที่บ้านโดยบริบทของครอบครัว ง. ถูกทุกข้อ	
21	ความเครียดเกิดจากอะไรบ้าง	ก. ความไม่สบายกาย ความคับข้องใจ ข. รู้สึกเบื่อๆ ไม่อยากทำอะไร นอนไม่หลับหรือนอนหลับมากกว่า ปกติ ค. กินอาหารน้อยลงหรือกินมากขึ้นกว่าเดิม ง. ถูกทุกข้อ	
22	คุณสมบัติของผู้จะเข้ารับการอบรม และปฏิบัติงานในบทบาทของ Caregiver ในการดูแลผู้ที่มีภาวะ พึ่งพิงและผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง	ก. มีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปีบริบูรณ์ ข. จบการศึกษาไม่ต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า มีความรู้ ค. ประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ง. ถูกทุกข้อ	
23	บทบาทหน้าที่ของ Caregiver ใน การดูแลกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะ พึ่งพิงและผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง	ก. ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง ข. เขียนรายงานการปฏิบัติงานเสนอต่อหน่วยงานที่ Caregiver สังกัด ค. ก และข ถูกต้อง ง. ไม่คำตอบที่ถูกต้อง	
24	ข้อใดกล่าวได้ถูกต้องเกี่ยวกับเจตคติ ของ Caregiver ในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยแบบ ประคับประคอง	ก. ความรู้สึกที่ดีของ Caregiver ต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยแบบประคับประคอง ข. เป็นความคิดเห็นของ Caregiver ต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยแบบประคับประคอง ค. เป็นความเข้าใจของ Caregiver ต่อการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ป่วยแบบประคับประคอง ง. ความพร้อมที่จะมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวของ Caregiver ต่อการ ดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยแบบประคับประคอง	



25	สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุเมื่อพัฒนาเป็นแอปพลิเคชัน เรียกว่าอย่างไร	ก. Blue book application ข. Red book application ค. pink book application ง. yellow book application	
----	---	---	--



รูปแบบการประเมินการฝึกภาคปฏิบัติหลักสูตร CG



เกณฑ์การประเมินผลผู้เข้ารับการอบรมผ่านหลักสูตรและได้รับเกียรติบัตร

รูปแบบอบรมแบบทั้ง Onsite หรือ online

ผู้เข้ารับการอบรมจะต้องผ่านเกณฑ์การประเมินทั้ง 4 ข้อ จึงจะผ่านการอบรมและได้รับเกียรติบัตร

เกณฑ์	คะแนน	ผ่านเกณฑ์	ไม่ผ่านเกณฑ์
1. Pre test	-	มีผลคะแนนการทดสอบ Pre - Test	ไม่มีผลคะแนนการทดสอบ Pre - Test
2. Post test	25	มีผลคะแนน Post - Test \geq 20 คะแนน	มีผลคะแนน Post - Test $<$ 20 คะแนน
3. การบ้านกรณีศึกษา (Case study)	30	มีคะแนนการฝึกปฏิบัติงาน \geq 25 คะแนน	มีคะแนนการฝึกปฏิบัติงาน $<$ 25 คะแนน
4. การเข้าชื่อเข้าเรียน	20	ขาดเรียนไม่เกิน 2 ครั้ง	ขาดเรียนเกิน 2 ครั้ง

สำเนาฉบับ

คำสั่งกรมอนามัย
ที่ ๒๒๐/๒๕๖๗

เรื่อง แต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาคู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) หลักสูตร ๗๐ ชั่วโมง

ตามที่กรมอนามัยได้ดำเนินการจัดปรับปรุงหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) เพื่อเป็นหลักสูตรแกนกลางของประเทศในการดูแลผู้สูงอายุ ให้มีความทันสมัยต่อเทคโนโลยีและสถานการณ์ปัจจุบันรองรับสังคมผู้สูงวัยรวมทั้งเป็นแนวทางในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการ และผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้ได้รับการดูแลที่ดีและเข้าถึงการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมรองรับการดำเนินงานด้าน Long Term Care และ Palliative Care ในระดับชุมชน

เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย มีประสิทธิภาพ และบรรลุตามวัตถุประสงค์อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓๒ แห่งพระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน พ.ศ. ๒๕๓๔ และที่แก้ไขเพิ่มเติม อธิบดีกรมอนามัยจึงแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาคู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) หลักสูตร ๗๐ ชั่วโมง โดยมีองค์ประกอบหน้าที่และอำนาจ ดังนี้

๑. องค์ประกอบ

๑.๑ นางอัจฉรา นิธิภิญญาสกุล	อธิบดีกรมอนามัย	ที่ปรึกษา
๑.๒ นายเอกชัย เพียรศรีวัชรา	รองอธิบดีกรมอนามัย	ที่ปรึกษา
๑.๓ นายนิธิรัตน์ บุญदानนท์	ผู้อำนวยการสถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง	ที่ปรึกษา
๑.๔ นายวินัย ตันดิธนาพร	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑๑ นครศรีธรรมราช	ที่ปรึกษา
๑.๕ นายปรกรณ์ ตุงคะเสรีรักษ์	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี	ที่ปรึกษา
๑.๖ นางสาวทิพา ไกรลาศ	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๙ นครราชสีมา	ที่ปรึกษา
๑.๗ นายภรณ์วิทย์ อนันต์ติลลฤทธิ	นายแพทย์ชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ ๙ นครราชสีมา	ที่ปรึกษา
๑.๘ นางสาวสายพิน ไซติวิเชียร	ผู้อำนวยการสำนักโภชนาการ	ที่ปรึกษา
๑.๙ นางสุธิดา อุทะพันธ์	ผู้อำนวยการสำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ	ที่ปรึกษา
๑.๑๐ นางณิรนุช อากาศรัส	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	ที่ปรึกษา
๑.๑๑ นายณัฐพงศ์ กันทะวงศ์	ผู้อำนวยการสำนักอนามัยผู้สูงอายุ	ประธาน
๑.๑๒ นางรัชณี บุญเรืองศรี	นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการพิเศษ สถาบันพัฒนาสุขภาพเขตเมือง	รองประธาน
๑.๑๓ นางสาวอังคณา คงกัน	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ	คณะทำงาน
		๑.๑๔ นางสาว...



๑.๑๔ นางสาวปริญญช เรืองศิริณวิษ	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ	คณะทำงาน
๑.๑๕ นายสุพจน์ รื่นเรืองกลิ่น	นักโภชนาการชำนาญการพิเศษ สำนักโภชนาการ	คณะทำงาน
๑.๑๖ นางสาวอัญชลี ศิริกาญจนโรจน์	นักโภชนาการปฏิบัติการ สำนักโภชนาการ	คณะทำงาน
๑.๑๗ นางสาวศิริลักษณ์ กลิ่นมาลี	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม	คณะทำงาน
๑.๑๘ นางสาวปิยภรณ์ ไช้ทวิมมงคล	นักโภชนาการชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ ๙ นครราชสีมา	คณะทำงาน
๑.๑๙ นางสาวนันทยา ชุละดี	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ ศูนย์อนามัยที่ ๙ นครราชสีมา	คณะทำงาน
๑.๒๐ นางกนกัศม์ จันทน์สุทธิประภ	เภสัชกรชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ ๑๐ อุบลราชธานี	คณะทำงาน
๑.๒๑ นางสาวพิมพ์พร แซ่ลิว	นักกายภาพบำบัดปฏิบัติการ ศูนย์อนามัยที่ ๑๑ นครศรีธรรมราช	คณะทำงาน
๑.๒๒ นางสาวศตพร เททยานรงค์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ	คณะทำงาน
๑.๒๓ นายทรงพล คำนึ่งเกียรติวงศ์	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ	คณะทำงาน
๑.๒๔ นางสาวฐานิฉัตร เขียวเกษม	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ	คณะทำงาน
๑.๒๕ นางสาวหทัยทิพย์ คำนุ้ย	นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ สำนักอนามัยผู้สูงอายุ	คณะทำงาน
๑.๒๖ นางสาวชนิกานต์ พูลเกิด	นักวิชาการสาธารณสุข สำนักอนามัยผู้สูงอายุ	คณะทำงาน และเลขานุการ และผู้ช่วยเลขานุการ

๒.หน้าที่และอำนาจ

- ๒.๑ จัดทำกรอบเนื้อหาตามหลักสูตร
- ๒.๒ พิจารณาและจัดทำแผนการเรียนการสอน
- ๒.๓ จัดทำคู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) หลักสูตร ๗๐ ชั่วโมง
- ๒.๔ จัดทำคู่มือแนวทางการปฏิบัติสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ
- ๒.๕ ปฏิบัติงานอื่น ๆ ตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๑ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๗



(นายเอกชัย เพียรศรีวัชรา)

รองอธิบดีกรมอนามัย ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมอนามัย





กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH



LTC
LONG TERM CARE

คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver)


หลักสูตร 70 ชั่วโมง

Caregivers of Older Persons 70 hours

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย

 <http://eh.anamai.moph.go.th/th>

 bodehgroup04@gmail.com

 02-590-4508