คู่มือ

แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านสำหรับกลุ่มโรคเรื้อรัง และกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ (Chronic Disease and Geriatric Syndromes)

ISBN 978-974-422-766-9

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
(สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ)
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

คู่มือแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านสำหรับกลุ่มโรคเรื้อรัง และกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ (Chronic Disease and Geriatric Syndromes)

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
(สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ)
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขมีพันธกิจในการพัฒนาด้านวิชาการแพทย์ในเรื่องของการบำบัด รักษา และการฟื้นฟู โดยมีการศึกษา วิจัย พัฒนา และการถ่ายทอดองค์ความรู้และเทคโนโลยีทางการแพทย์ รวมถึงการให้บริการวิชาการทางการแพทย์ ด้านตติยภูมิหรือสูงกว่าได้อย่างมาตรฐาน

กรมการแพทย์ โดยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุเป็นหน่วยงานซึ่งรับผิดชอบดูแลงานด้านผู้สูงอายุของกระทรวงสาธารณสุข ที่มุ่งหวังพัฒนางานวิชาการด้านการแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพอนามัยที่ดีและสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี ปัจจุบันประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นและพบว่ามีปัญหาสุขภาพกลุ่มโรคเรื้อรังและกลุ่มอาการที่เกิดในผู้สูงอายุตามมา ทำให้เกิดปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มประชากรที่ต้องการการดูแลพิเศษและมีความแตกต่างจากกลุ่มวัยอื่นๆ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมทั้งในระดับสถานบริการและการดูแลผู้สูงอายุครอบคลุมทั้งในระดับสถานบริการและการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ทางสถาบันฯ ได้จัดทำคู่มือการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านให้สำหรับบุคลากรทางสุขภาพและสหสาขาวิชาชีพ และการกำกับดูแลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขให้ถูกต้องได้มาตรฐาน ทั้งนี้คู่มือเล่มนี้สามารถใช้ได้กับทุกสถานบริการสุขภาพทุกระดับไม่ใช่เฉพาะสถานบริการสุขภาพใดสถานบริการสุขภาพหนึ่งเท่านั้น

ผมหวังว่าคู่มือแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านสำหรับกลุ่มโรคเรื้อรังและกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ (Chronic Disease and Geriatric Syndromes) จะเป็นประโยชน์ต่อสถานบริการสุขภาพทุกระดับและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อประโยชนในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุต่อเนื่องที่บ้านต่อไป

(นายแพทย์สุพรรณ ศรีธรรมมา)
อธิบดีกรมการแพทย์

กิตติกรรมประกาศ

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ ขอขอบคุณหน่วยงานต่าง ๆ อาทิ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลรามาธิบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า โรงพยาบาลลำสนธิ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางสีทอง สถาบันประสาทวิทยา สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์ โรงพยาบาลสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี และสถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก ที่ได้กรุณาสละเวลาเพื่อจัดทำข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และสามารถใช้เป็นคู่มือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านสำหรับกลุ่มโรคเรื้อรังและกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ (Chronic Disease and Geriatric Syndromes)

การจัดทำคู่มือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านสำหรับกลุ่มโรคเรื้อรังและกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ (Chronic Disease and Geriatric Syndromes) ดำเนินการเสร็จสิ้นไปด้วยดี เพราะความเสียสละและความร่วมมือของคณะทำงานในทุกหน่วยงาน และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าข้อมูลจากคู่มือแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านสำหรับกลุ่มโรคเรื้อรังและกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ (Chronic Disease and Geriatric Syndromes) จะเป็นประโยชน์ในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้าน และผู้สูงอายุที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการในสถานบริการได้สะดวก เพื่อผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

(นายแพทย์ประพันธ์ พงศ์ณิตานนท์)
ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์
สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

ที่ปรึกษา

นายแพทย์สุพรรณ ศรีธรรมมา	อธิบดีกรมการแพทย์
นายแพทย์ภาสกร ชัยวานิชศิริ	รองอธิบดีกรมการแพทย์
นายแพทย์ประพันธ์ พงศ์คณิตานนท์	ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

คณะทำงาน

ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
รศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
รศ.ผ่องพรรณ อรุณแสง	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
รศ.จิราพร เกศพิชญวัฒนา	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผศ.พันโทหญิงพัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
ผศ.ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.ศิริรัตน์ ปานอุทัย	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
อาจารย์วีณา ลิ้มสกุล	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี
นางยุพา สุทธิมนัส	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
นางมนสิชา ดารารัตน์	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
นางสกุล ทองเปลว	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางสีทอง
นางสาวพรทิพย์พา ธิมายอม	สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
นางสาวจิตรลดา จักรเพชรโยธิน	สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
นางจิรนันท์ ทองสัมฤทธิ์	โรงพยาบาลสราญรมย์
นางรัชนี ราษฎร์จำเริญสุข	สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
นายกษิดิ์เดช ทาบุญมา	สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก
นางสุลักษณ์ วงค์ธีรภัค	โรงพยาบาลรามาธิบดี

คณะทำงาน

นางภัชรี สงวนศักดิ์	โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา
นางธีรนุช ชละเอม	โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
นางสาวเกศสุดา เกษรสุคนธ์	โรงพยาบาลลำสนธิ
นางสาวกัลยาพร นันทชัย	โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี
นางอัญชลี เนาวรัตน์โสภณ	สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์
นายชวานนท์ น้อยโพน	สถาบันทันตกรรม กรมการแพทย์
นางนิติกุล ทองน่วม	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ
นางสาวสมจินต์ โฉมวัฒนะชัย	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ
นางเบญจพร สุธรรมชัย	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ
นางสาวนภัส แก้ววิเชียร	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ
นางสาวจิตนภา วาณิชวโรตม์	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ
นางสาวอรวรรณ์ คูหา	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ
นางสาวอภิวรรณ ณัฐมนวรกุล	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ
นางสมฤดี เนียมหอม	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ
นางสาวสุจิตรา ดวงดี	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ

กองบรรณาธิการ

ศ.นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ผศ.พันโทหญิงพัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ	โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า
นางสาวอรวรรณ์ คูหา	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
นางสาวสุจิตรา ดวงดี	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
นางนิติกุล ทองน่วม	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ

สารบัญ

หน้า

คำนำ

สารบัญ

บทนำ 13

Algorithm บทบาทพยาบาล 21

Algorithm แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านสำหรับกลุ่มโรคเรื้อรังและกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ

บทที่ 1 บทบาทของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขและสหสาขาวิชาชีพ

บทบาทพยาบาล 45

บทบาทแพทย์ 49

บทบาททันตแพทย์ 59

บทบาทเภสัชกร 63

บทบาทนักกายภาพบำบัด 81

บทบาทนักกิจกรรมบำบัด 97

บทบาทนักโภชนาการ 113

บทบาทนักจิตวิทยา 125

บทบาทนักสังคมสงเคราะห์ 131

บทบาทแพทย์แผนไทยและแพทย์ทางเลือก 137

บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุข 147

บทที่ 2 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านกลุ่ม Atherosclerosis : DM HT Stroke 153

บทที่ 3 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่บ้าน 181

บทที่ 4 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ที่บ้าน 193

บทที่ 5 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคต่อมลูกหมากโตที่บ้าน 201

บทที่ 6 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่บ้านที่ต้องการการดูแลระยะท้าย (end of life care) 207

บทที่ 7 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคกระดูกและข้อที่บ้าน 217

บทที่ 8 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุกลุ่ม Neurodegenerative disease ที่บ้าน

บทที่ 9 แนวทางการดูแลผู้สูงอายุกลุ่ม Geriatric Syndromes ที่บ้าน

ภาคผนวก 285

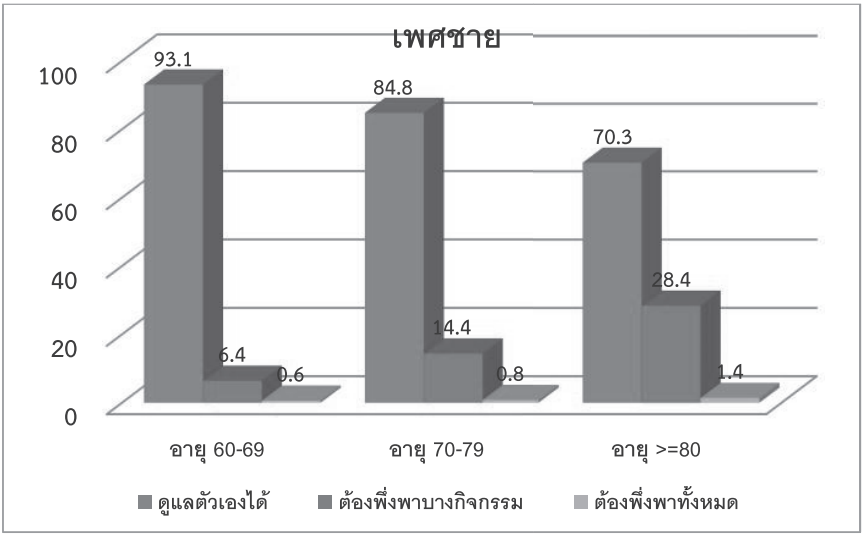
บทนำ

ความเป็นมา

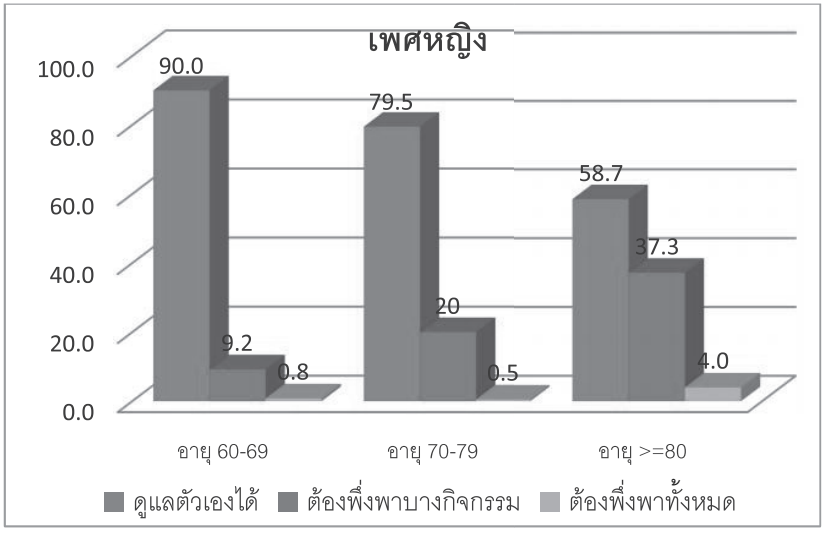
จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศ พบว่าประเทศไทยกำลังก้าว สู่สังคมผู้สูงอายุ จำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุในปี พ.ศ. 2550 ประมาณ 1 ใน 10 ของประชากรไทยจะเป็นประชากรผู้สูงอายุ ภายในปี พ.ศ. 2573 คาดประมาณกันว่าสัดส่วนดังกล่าวจะเพิ่มเป็นถึง 1 ใน 4 คือเพิ่มถึง 17.7 ล้านคน (รายการสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย, 2551) ในขณะที่สถานการณ์ปัจจุบันพบว่า ประชากรผู้สูงอายุมี 7.2 ล้านคนคิดเป็นร้อยละ 11 ของประชากรทั้งประเทศ โดยอายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (จำนวนปีเฉลี่ยที่คาดว่าบุคคลที่เกิดมาแล้วจะมีชีวิตอยู่ต่อไปอีกกี่ปี) ในเพศชาย 69.5 เพศหญิง 76.3 และ อายุคาดเฉลี่ยที่อายุ 60 ปี (จำนวนปีเฉลี่ยที่คาดว่าผู้ที่มีอายุ 60 ปีจะมีชีวิตอยู่ต่อไปอีกกี่ปี) ผู้ชาย 19.4 และผู้หญิง 21.9 (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม ม.มหิดล, 2552) ทำให้ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging Sociality) ซึ่งหมายความว่า ประเทศไทยมีผู้สูงอายุ (อายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป) มากกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมด (รายการสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย, 2550) และผลจากการฉายภาพประชากรแสดงว่าในปี พ.ศ. 2573 ประมาณครึ่งหนึ่งของประชากรไทยจะมีอายุมากกว่า 43 ปี (รายการสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย, 2550)

จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551 – 2552 (สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย, 2551-2) โดยแบ่งกลุ่มช่วงอายุของผู้สูงอายุออกเป็นสามกลุ่มช่วงอายุ คือ กลุ่ม 60-69 ปีกลุ่ม 70-79 ปี และกลุ่มอายุตั้งแต่ 80 ปีหรือมากกว่า พบว่า เพศชายร้อยละ 93.1 และเพศหญิง ร้อยละ 90.0 ในกลุ่มอายุ 60-69 ปี สามารถดูแลตนเองได้ สัดส่วนนี้ลดลงตามอายุที่มากขึ้นทั้งในเพศชายและเพศหญิง โดยในวัยตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป สัดส่วนผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองได้เหลือร้อยละ 70.3 ในและเพศชาย และร้อยละ 58.7 ในเพศหญิง จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพดังกล่าวยังบ่งชี้อีกว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีสัดส่วนการพึ่งพาบางกิจกรรม และต้องพึ่งพาทั้งหมดสูงกว่าเพศชายในทั้งสามกลุ่มช่วงอายุ (แผนภูมิที่ 1 และแผนภูมิที่ 2)

แผนภูมิที่ 1 ร้อยละของผู้สูงอายุเพศชาย ที่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องพึ่งพาบางกิจกรรม และต้องพึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด



แผนภูมิที่ 2 ร้อยละของผู้สูงอายุเพศหญิง ที่สามารถดูแลตนเองได้ ต้องพึ่งพาบางกิจกรรม และต้องพึ่งพาผู้ดูแลทั้งหมด



ที่มา: สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย (2551-2)

ในปัจจุบันพบว่าผู้สูงอายุวัยกลาง (70-79ปี) และวัยปลาย (80ปีขึ้นไป) เพิ่มสูงขึ้นมาก จากข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ (ปี พ.ศ. 2550) พบว่ามีผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง หรือที่เรียกว่า ผู้สูงอายุในภาวะพึ่งพิง ต้องมีผู้ดูแลในการทำกิจวัตรประจำวันราว ร้อยละ 12 โดยร้อยละ 1.1 ไม่มีใครดูแล และพบว่าในกลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ร้อยละ 2.2 เป็นผู้สูงอายุวัย 80 ปี ขึ้นไป ที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุด้วยกัน ซึ่งเป็นปัญหาที่หนักเกินไปทั้งทางร่างกายและจิตใจของวัยนี้ ในขณะครอบครัวและเครือญาติไม่อยู่ในสถานภาพที่จะช่วยเหลือเกื้อกูลผู้สูงอายุได้มากนัก ที่โดยปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุที่บ้าน ได้แก่ การช่วยเหลือตนเอง ปัญหาการสื่อสาร/ความจำ/หลงลืม ปัญหาระบบทางเดินหายใจ การกลืนการขาดสารอาหาร การนอนหลับ การขับถ่าย และผู้ป่วยระยะสุดท้าย และจากการศึกษาของสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุและครอบครัวต้องการการจัดบริการทางสุขภาพที่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 23.5 และรูปแบบการจัดบริการมีความหลากหลายตามบริบทและศักยภาพของหน่วยงานนั้นๆ สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ มองเห็นปัญหาและตระหนักถึงการให้บริการในกลุ่มผู้สูงอายุที่บ้าน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลจากญาติ และเป็นการลดจำนวนผู้ป่วยในสถานบริการและลดอัตราการครองเตียงนาน ฉะนั้นการจัดทำคู่มือแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านสำหรับกลุ่มโรคเรื้อรังและกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ (Chronic disease and Geriatric syndromes) เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในสถานบริการทุกระดับ ตั้งแต่ รพศ./รพช./รพ.สต. และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการดูแลและจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ โดยบูรณาการร่วมกับเครือข่ายในชุมชน เพื่อดูแลผู้สูงอายุให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อจัดทำคู่มือแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านสำหรับกลุ่มโรคเรื้อรังและกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ (Chronic disease and Geriatric syndromes) สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข

2.2 เพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์คู่มือแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านสำหรับกลุ่มโรคเรื้อรังและกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ (Chronic disease and Geriatric syndromes) ให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุ

คำนิยามศัพท์

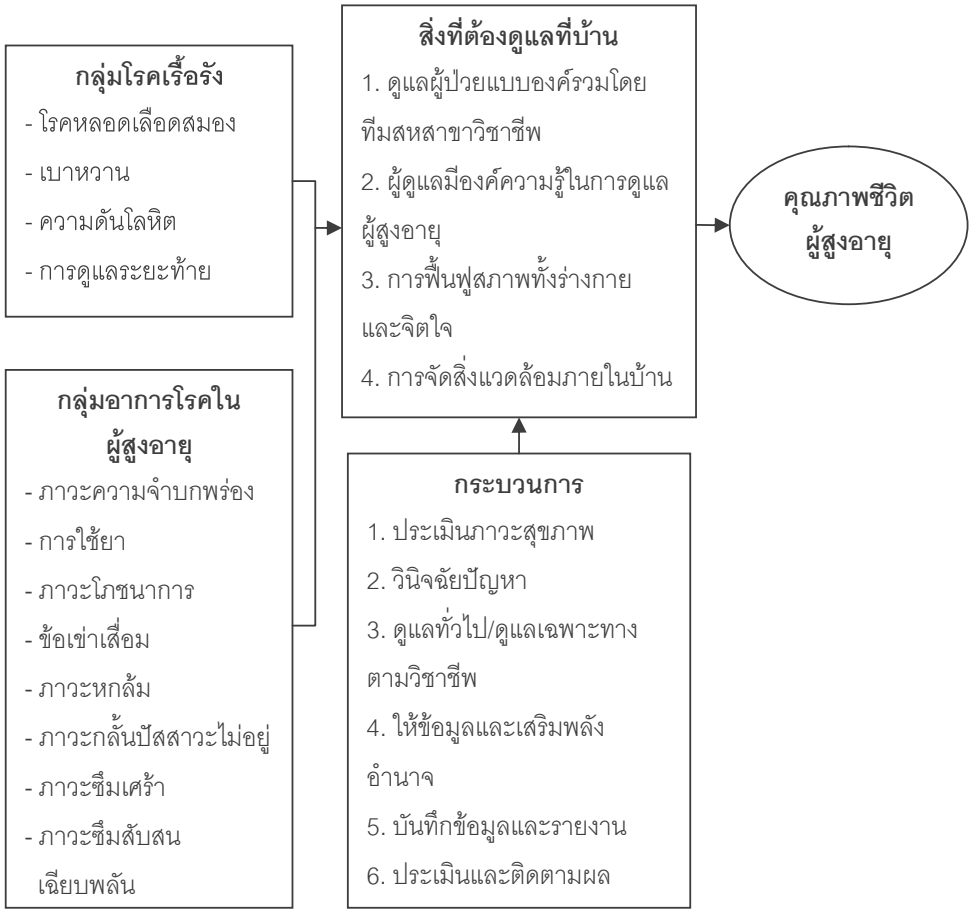
การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน หมายถึง การจัดบริการการดูแลทั้งมิติด้านสังคมและมิติด้านสุขภาพอย่างเป็นระบบ เพื่อสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้อยู่กับครอบครัวในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพ โดยใช้ระบบการดูแลที่ลงไปถึงผู้สูงอายุที่บ้าน และเพื่อให้บริการที่เฉพาะเจาะจงสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามความต้องการของผู้สูงอายุและครอบครัว บริการเหล่านี้จะต้องเกิดในชุมชนและได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐและองค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้อง สามารถแบ่งการให้บริการออกตามความต้องการหรือการพึ่งพิงของผู้สูงอายุ

1. **การดูแลสุขภาพที่บ้าน** (Home Health Care) หมายถึง การจัดบริการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง (Continuing Care) โดยบุคลากรทางสาธารณสุข หรือบุคลากรทีมสุขภาพสหสาขาวิชาชีพให้แก่ผู้ป่วยสูงอายุและครอบครัวผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพที่บ้านที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานเป็นระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวม (Holistic Care) ได้แก่ กาย จิต สังคม และสิ่งแวดล้อม บริการที่ให้ต้องเหมาะสมตามความจำเป็นของผู้ป่วยในแต่ละคนและแต่ละครอบครัว กิจกรรมประกอบด้วยการรักษาเบื้องต้น การพยาบาลที่บ้านที่ต้องการการดูแลรักษาที่ต้องใช้ทักษะวิชาชีพ เพื่อประเมินความก้าวหน้าและปัญหาในการดูแล เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจ (CPAP) การดูแลแผลกดทับ กว้างลึก การฉีดยาอินซูลินให้ผู้ป่วยเบาหวาน การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การเฝ้าระวังติดตามภาวะแทรกซ้อน/ความพิการ การฟื้นฟูสภาพหรือต้องการการฟื้นฟูภายหลังเจ็บป่วยเฉียบพลัน เช่น หลังผ่าตัด การดูแลภาวะเจ็บป่วยระยะสุดท้าย การจัดการสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม การช่วยเหลือสนับสนับให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ (Patient-Family Participation) ตามความต้องการจนสามารถดูแลตนเอง (self care) (สิรินทร;2549, สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร; 2555)

2. **การดูแลที่บ้าน** (Home Care) เป็นบริการให้การดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันทั้งหมด ดำเนินการโดยทีมสหสาขา ซึ่งอาจจะเป็นพยาบาลหรือบุคลากรอื่นๆ ที่ได้รับการฝึกอบรมด้านผู้สูงอายุ เป็นผู้ประเมินผู้สูงอายุอย่างครบถ้วนเพื่อวางแผนและติดตามการดูแลอย่างเหมาะสม รวมถึงการประสานการดูแลกับแหล่งประโยชน์ในชุมชน เช่น อาสาสมัคร ให้เกิดประโยชน์สูงสุด การดูแลที่ให้ได้แก่ การชวยเหลือกิจวัตรประจำวัน งานบ้าน การทำอาหาร การปรับสิ่งแวดล้อมและที่อยู่อาศัย การแนะนำด้านการดำเนินชีวิต การดูแลที่บ้านในลักษณะไม่ซับซ้อน ผู้ให้การดูแลอาจเป็นผู้ที่ได้รับการอบรมระยะสั้นให้เป็นผู้ช่วยเหลือให้การดูแลหรือเป็นอาสาสมัครชุมชนได้

3. ทีมดูแลผู้สูงอายุสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary team) หมายถึง การทำงานร่วมกันระหว่างวิชาชีพผู้ให้บริการใช้ข้อมูลร่วมกันแต่มักจะทำงานเป็นอิสระในการวางแผนการดูแล มีการประสานงานกันทั้งแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ และทำงานแบบพึ่งพากัน ลักษณะทีมระหว่างสาขาวิชาชีพสามารถแบ่งเป็นทีมหลัก ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และนักสังคมสงเคราะห์ และมีทีมอื่นๆ ได้แก่ ทีมพยาบาลเยี่ยมบ้าน เภสัชกร ทันตแพทย์ เวชศาสตร์ฟื้นฟู โภชบำบัดและอื่นๆ

กรอบแนวคิด



กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย ทีม Home Health care หรือ Home visit ได้แก่ แพทย์ พยาบาล และบุคลากรทางสุขภาพสาขาอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

หลักการสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

บุคลากรทางสุขภาพ

1. การประเมินภาวะสุขภาพและการคัดกรองโรค
2. การแนะนำการจัดการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ การควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย
3. การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคที่ผู้สูงอายุเจ็บป่วย
4. การดูแลรักษาต่อเนื่องจากสถานบริการไปที่ชุมชนเช่น การเปลี่ยนใส่สายอาหาร สายสวนปัสสาวะ
5. การฟื้นฟูสภาพร่างกาย เช่นการทำกายภาพบำบัด การฝึกการกลืนในผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง หรือผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยและต้องการฟื้นฟูสภาพร่างกาย
6. การจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมและเอื้อต่อผู้สูงอายุ
7. ประเมินการใช้ยาในผู้สูงอายุ

อาสาสมัครสาธารณสุข

1. สนับสนุนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการการคัดกรองปัจจัยเสี่ยงและโรคเบื้องต้น
2. เป็นสื่อกลางในการนำ ประสาน ส่งต่อ การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน
3. เป็นผู้นำสุขภาพในชุมชน

หลักการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

การประเมินสุขภาพในผู้ป่วยสูงอายุที่หลากหลาย เพิ่มเติมขึ้นมาจากการประเมินผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ทั่วไป ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาจากความชรา เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะมีลักษณะทางเวชกรรมที่แตกต่างจากผู้ป่วยที่อายุน้อยกว่า การมีพยาธิสภาพหลายระบบในเวลาเดียวกัน ซ้ำเติมด้วยการที่ต้องได้รับยาหลายขนานทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาได้ง่าย ตลอดจนปัจจัยด้านสังคมที่เปลี่ยนไปเมื่อเข้าสู่วัยเกษียณและมีผลต่อสุขภาพ จึงทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องการการดูแลที่แตกต่างออกไป ดังเช่นคำกล่าวที่ว่า “อย่าดูแลผู้ป่วยเด็กเหมือนผู้ใหญ่ตัวเล็กๆ ก็ไม่ควรดูแลผู้ป่วยสูงอายุเหมือนผู้ใหญ่ที่มีเพียงแค่ผมหงอก” มีผู้พยายามคิดรวบรวมคำช่วยจำที่บ่งถึงลักษณะทางเวชกรรมที่จำเพาะเหล่านี้ในผู้ป่วยสูงอายุไว้ว่า “R-A-M-P-S” โดยอักษรแต่ละตัวบ่งถึงความหมายดังต่อไปนี้

R - Reduced body reserve ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายวิภาคและทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา

A - Atypical presentation ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุอาจมีลักษณะทางเวชกรรมที่ไม่จำเพาะ อาการและอาการแสดงของผู้ป่วยจะไม่ตรงไปตรงมาเหมือนที่ได้พบในผู้ป่วยผู้ใหญ่ทั่วไป ผู้ป่วยสูงอายุยังมีอาการที่ไม่จำเพาะที่พบบ่อยที่เรียกกลุ่มอาการสูงอายุ (geriatric syndrome) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาเหล่านี้จะเกิดผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตอย่างมาก โดยอาการเหล่านี้อาจเกิดจากโรคต่างๆ ได้มากมายหลายระบบ ทำให้ยากต่อการวินิจฉัยแยกโรค อาการเหล่านี้อาจเรียกว่า “big I’s” ได้แก่

Instability	**ภาวะหกล้ม**
Immobility	การสูญเสียความสามารถในการเดิน
Incontinence	อาการกลั้นปัสสาวะหรืออุจจาระไม่อยู่
Intellectual impairment	ความสามารถทางสติปัญญาบกพร่อง ถ้าเป็นในระยะเฉียบพลัน จะบ่งถึงภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (Delirium) และถ้าเป็นเรื้อรังจะบ่งถึงภาวะสมองเสื่อม (Dementia)
Iatrogenesis	อาการใดๆก็ได้ ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุเนื่องจากการขบวนการดูแลรักษาพยาบาล เช่น การเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา (Adverse drug reaction)
Inanition	ภาวะขาดสารอาหาร

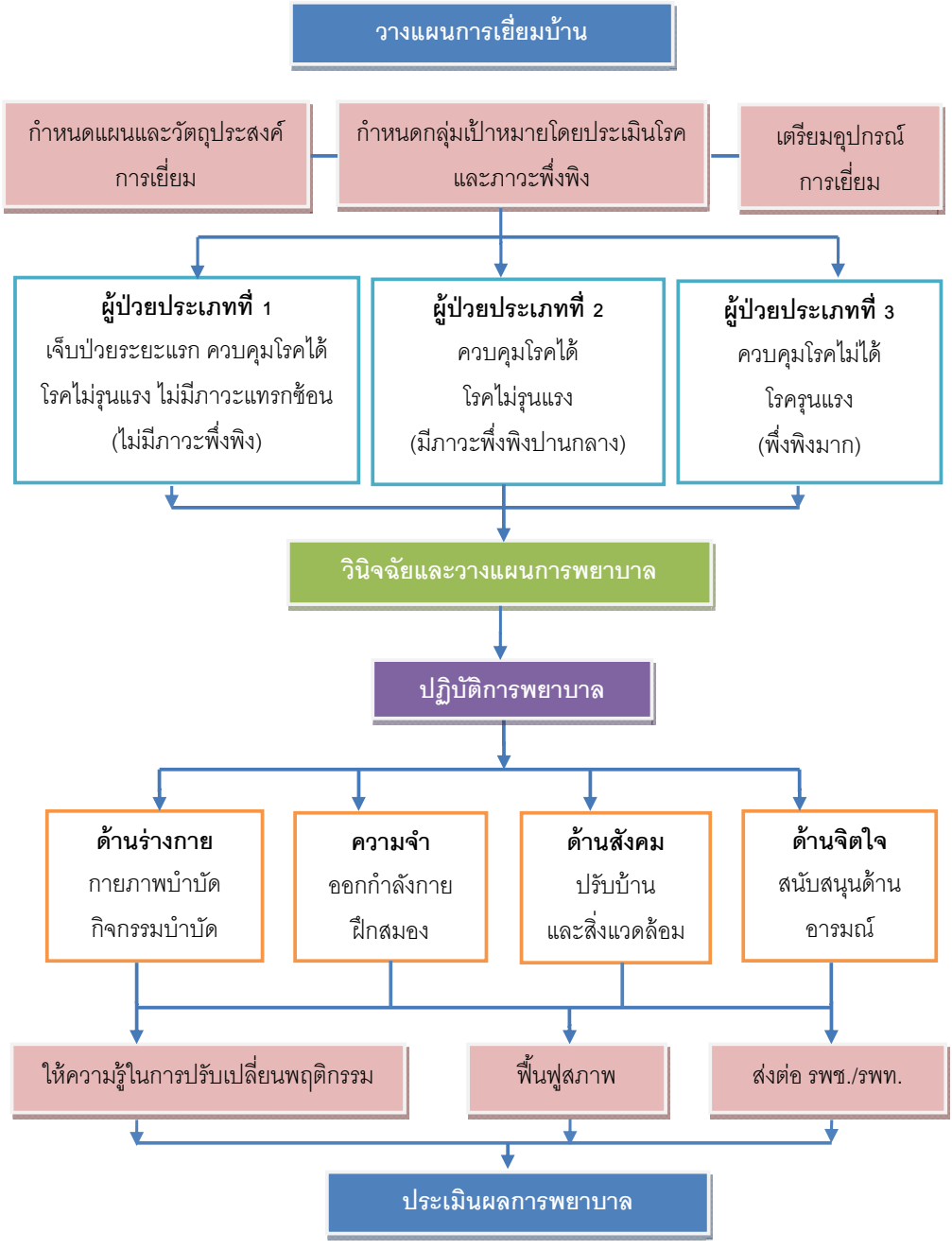
เนื่องจากกลุ่มอาการสูงอายุเหล่านี้มีลักษณะที่คล้ายกับลักษณะที่พบเห็นในผู้สูงอายุทั่วไป จึงมักถูกวินิจฉัยผิดว่าเป็น “โรคชรา” ที่ไม่สามารถแก้ไขหรือทำอะไรได้ ถูกละเลยการค้นหาพยาธิสภาพที่อาจแก้ไขได้โดยง่าย และถ้าไม่ได้รับการวินิจฉัยและการรักษาอย่างทันท่วงที ก็ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเลวลงจนพิการหรือเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ดังนั้น ถ้าผู้ป่วยสูงอายุมีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างค่อนข้างฉับพลัน จะต้องได้รับการประเมินสุขภาพแบบองค์รวมเพื่อสาเหตุของกลุ่มอาการสูงอายุ บุคลากรทางสุขภาพไม่ควรวินิจฉัยง่ายๆว่าเป็น “โรคชรา”

M - Multiple pathology ผู้ป่วยสูงอายุมักมีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกัน

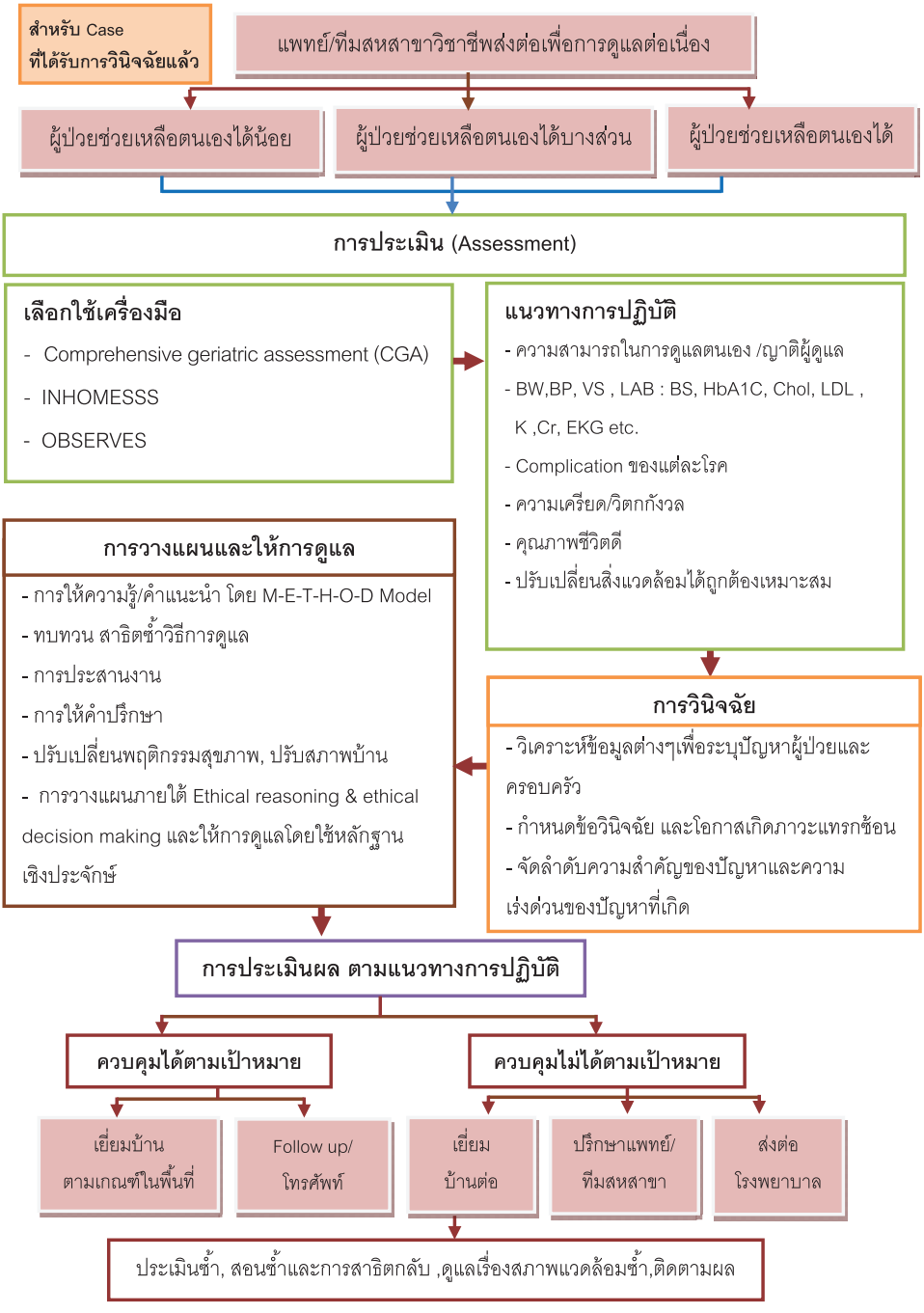
P - Polypharmacy ผลจากการมีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกัน ทำให้ผู้สูงอายุมักได้รับยาหลายขนานในเวลาเดียวกันด้วย ทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug reaction) ได้บ่อย (อ่านเพิ่มเติมในบทบทบาทของเภสัชกร)

S - Social adversity หลังจากที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องเกษียณอายุจากการทำงาน การแยกบ้านของลูกที่เติบโตขึ้น จำเป็นต้องแยกบ้านออกไปอยู่ใกล้ที่ทำงานหรือการออกเรือนไปตั้งครอบครัวของตนเอง หรือการจากไปของคู่ครองของผู้สูงอายุ ล้วนเป็นการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่สำคัญที่ส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุด้วย

บทบาทของพยาบาลในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสูงอายุ



แนวทางการดูแลผู้สูงอายุ
กลุ่ม Arteriosclerosis (DM, HT, Stroke)



แนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

แพทย์/ทีมสหสาขาวิชาชีพส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

การประเมิน (Assessment)

เลือกใช้เครื่องมือ

- CAT Scores (ภาคผนวกหน้า 287)
- mMRC (ภาคผนวกหน้า 288)

แนวทางการปฏิบัติ

1. การกำจัดเสมหะ หลีกเลี่ยงสิ่งระคายเคือง เช่น การสูบบุหรี่
2. การฝึกการหายใจ สอนการหายใจช้าๆ ใช้กล้ามเนื้อเกี่ยวกับการหายใจ
3. การออกกำลังกาย
4. การให้ออกซิเจน
5. การให้โภชนบำบัด มักมีภาวะขาดอาหาร
6. การผ่อนคลาย

การวางแผนและให้การดูแล

- ภาวะหายใจลำบาก/ การติดเชื้อ
- การใช้ออกซิเจน
- การใช้ยา
- ภาวะโภชนาการ

<u>การดูแลด้านจิตสังคม</u>

- ภาวะวิตกกังวล
- ภาวะซึมเศร้า
- ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ

<u>การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด</u>

- ฝึกการหายใจ
- การออกกำลังกายที่เหมาะสม
- การทำกิจวัตรประจำวันโดยการสงวนพลังงาน

<u>การดูแลตนเองและการป้องกันอาการกำเริบ</u>

- งดสูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงควันบุหรี่
- ฉีดวัคซีนโรคปอดบวม/ไข้หวัดใหญ่
- สิ่งแวดล้อม:หลีกเลี่ยงมลพิษในอากาศภายนอกบ้าน
- ไม่คลุกคลีกับผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ
- พบแพทย์เมื่อมีการติดเชื้อทางเดินหายใจ

อาการและอาการแสดง

1. ไอเรื้อรังและมีเสมหะเป็นมูกขาวนานติดต่อกัน 3 เดือนภายใน 1 ปี และต่อเนื่องไม่น้อยกว่า 2 ปี
2. ระยะแรกอาการค่อยเป็นค่อยไป ไอตอนเช้าและเหนื่อยง่ายตอนออกกำลังกาย
3. ระยะท้ายของโรคออกกำลังกายเพียงเล็กน้อยก็เหนื่อยมาก

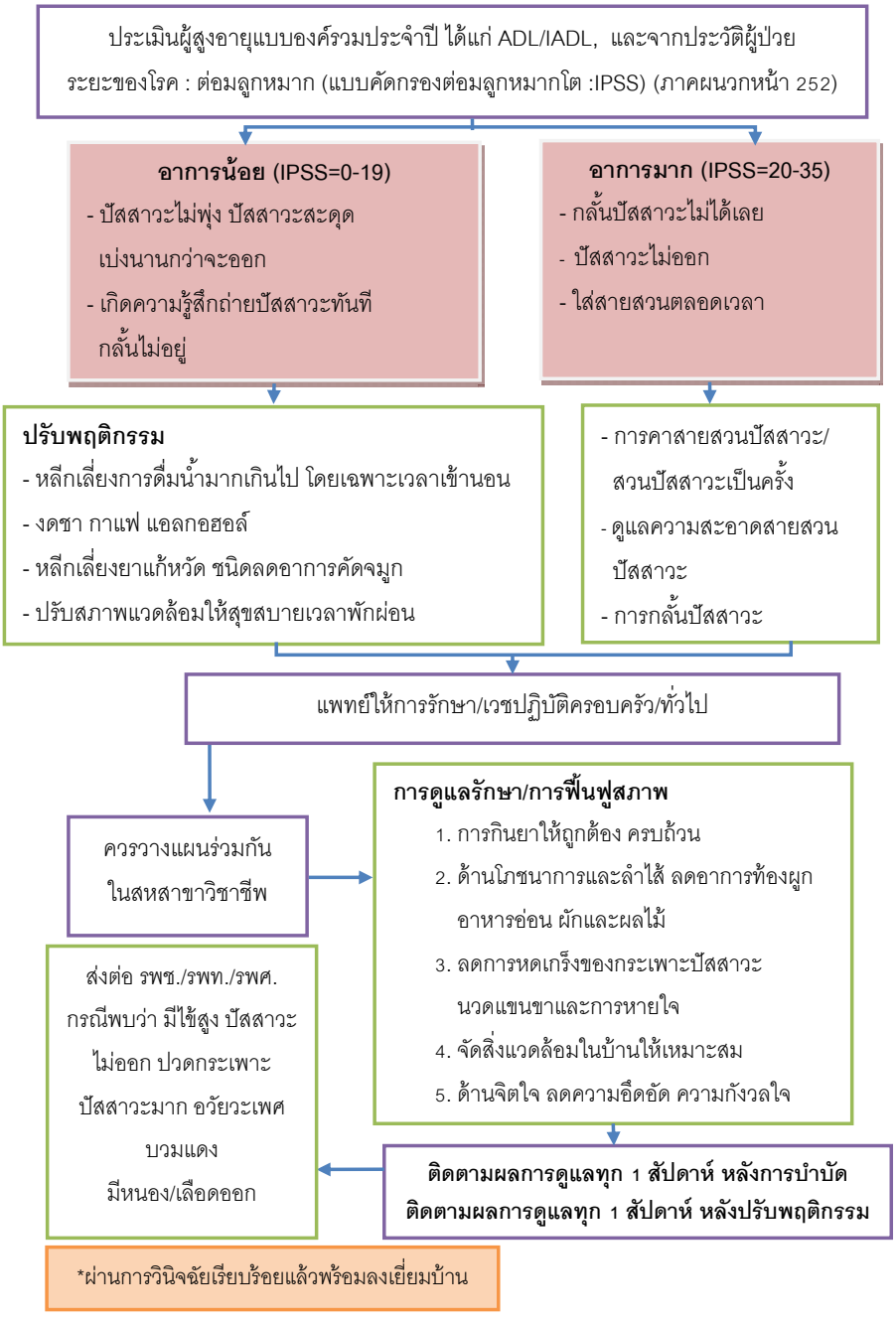
อาการที่ต่อส่งต่อรพ.

อาการมากขึ้น ได้แก่ อาการหอบเหนื่อย ไอมีเสมหะเปลี่ยนเป็นสีเขียวเหลือง มีไข้

ปรึกษาและทำงานร่วมกับทีมสหสาขา แพทย์ เภสัชฯ นักกายภาพ นักโภชนบำบัด นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์

*ผ่านการวินิจฉัยเรียบร้อยแล้วพร้อมลงเยี่ยมบ้าน

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีปัญหาระบบปัสสาวะ : ต่อมลูกหมาก



แนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้าย (end of life care)

ผู้ป่วยระยะท้าย

ประเมินการรับรู้การแจ้งข่าวร้าย

1. แพทย์ แจ้งข่าวร้าย Advance care plan และพยาบาลให้คำปรึกษา
2. ประเมินความต้องการ ปัญหาของผู้ป่วยการบอกข่าวสารต่างๆ
3. วางแผนการรักษาล่วงหน้า

☐ การฟื้นคืนชีพ ☐ การใส่ท่อช่วยหายใจ ☐ การใช้เครื่องช่วยหายใจ
☐ การเลือกสถานที่ดูแลผู้ป่วย ☐ การดูแล/ให้คำแนะนำ

การดูแลด้านร่างกาย

การประเมินกิจวัตรประจำวัน (ADL)

1. การประเมิน/คัดกรองภาวะทุพโภชนาการ (MNA)
2. การประเมิน/คัดกรองภาวะหกล้ม
3. การประเมินแผลกดทับ (Braden scale)
4. การจัดการอาการไม่พึงประสงค์
5. การจัดการกับความเจ็บปวด
6. การประเมิน PPS scale ในระยะสุดท้ายใกล้เสียชีวิต

แผนการรักษา

อาการที่พบบ่อย

1. เบื่ออาหาร
2. กลืนลำบาก
3. คลื่นไส้อาเจียน
4. หอบเหนื่อย
5. อ่อนเพลีย ง่วงซึม
6. ความเจ็บปวด
7. การร้องครวญคราง
8. มีเสมหะมาก
9. ท้องผูก
10. นอนไม่หลับ
11. อาการเมื่อใกล้เสียชีวิต

การดูแลด้านสังคม จิตใจ จิตวิญญาณ ความเชื่อ วัฒนธรรมประเพณี

1. ส่งเสริมความผาสุกของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการจัดสิ่งแวดล้อมให้สงบ
2. การประเมินภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล ท้อแท้ และการส่งปรึกษาทีมจิตเวช
3. ประเมินความต้องการด้านจิตวิญญาณและพิธีกรรมทางศาสนา วัฒนธรรมประเพณี ประสานความช่วยเหลือ

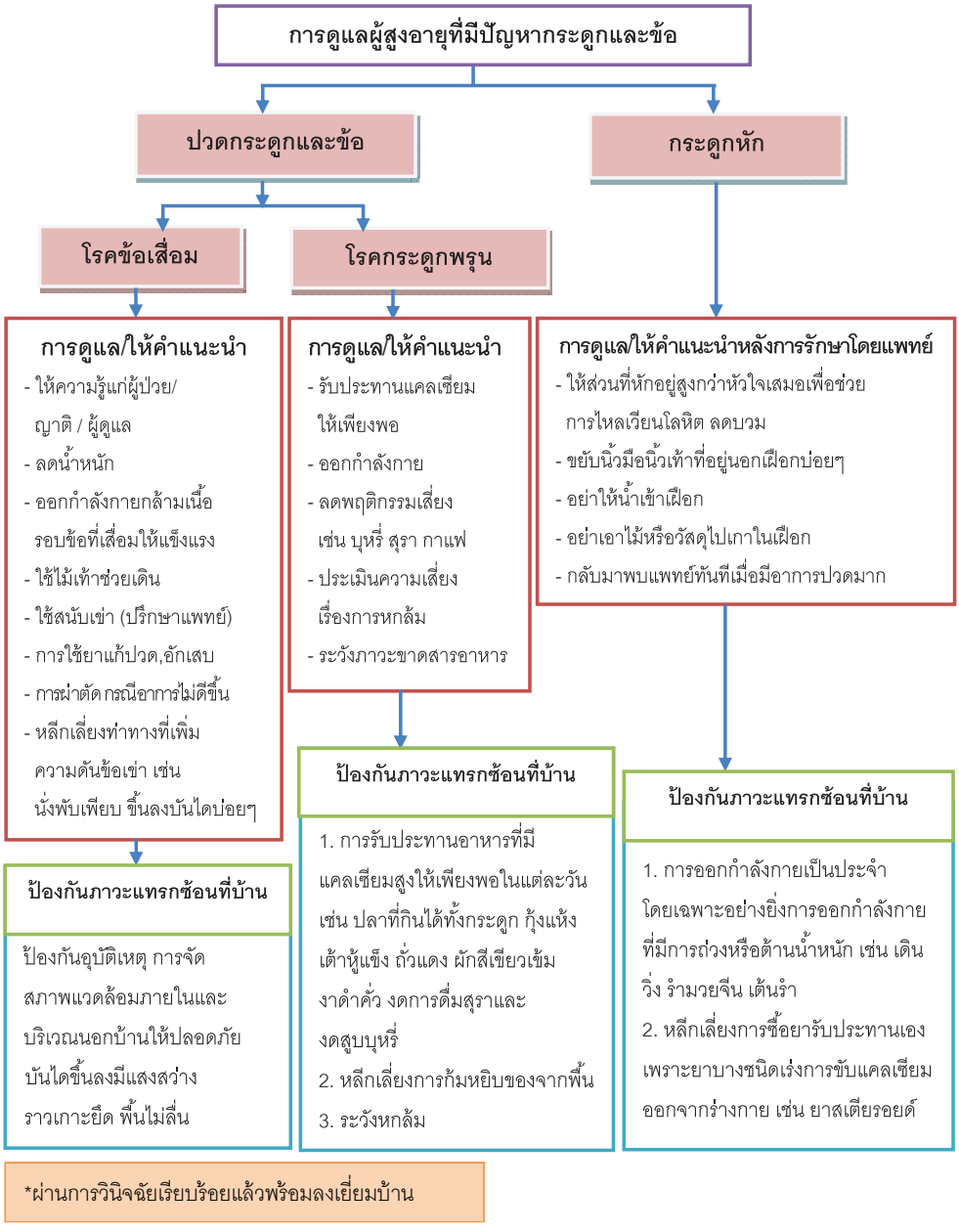
มีอาการไม่พึงประสงค์และไม่สามารถควบคุมได้ ส่งต่อสถานพยาบาลใกล้บ้าน

การจัดการหลังเสียชีวิต

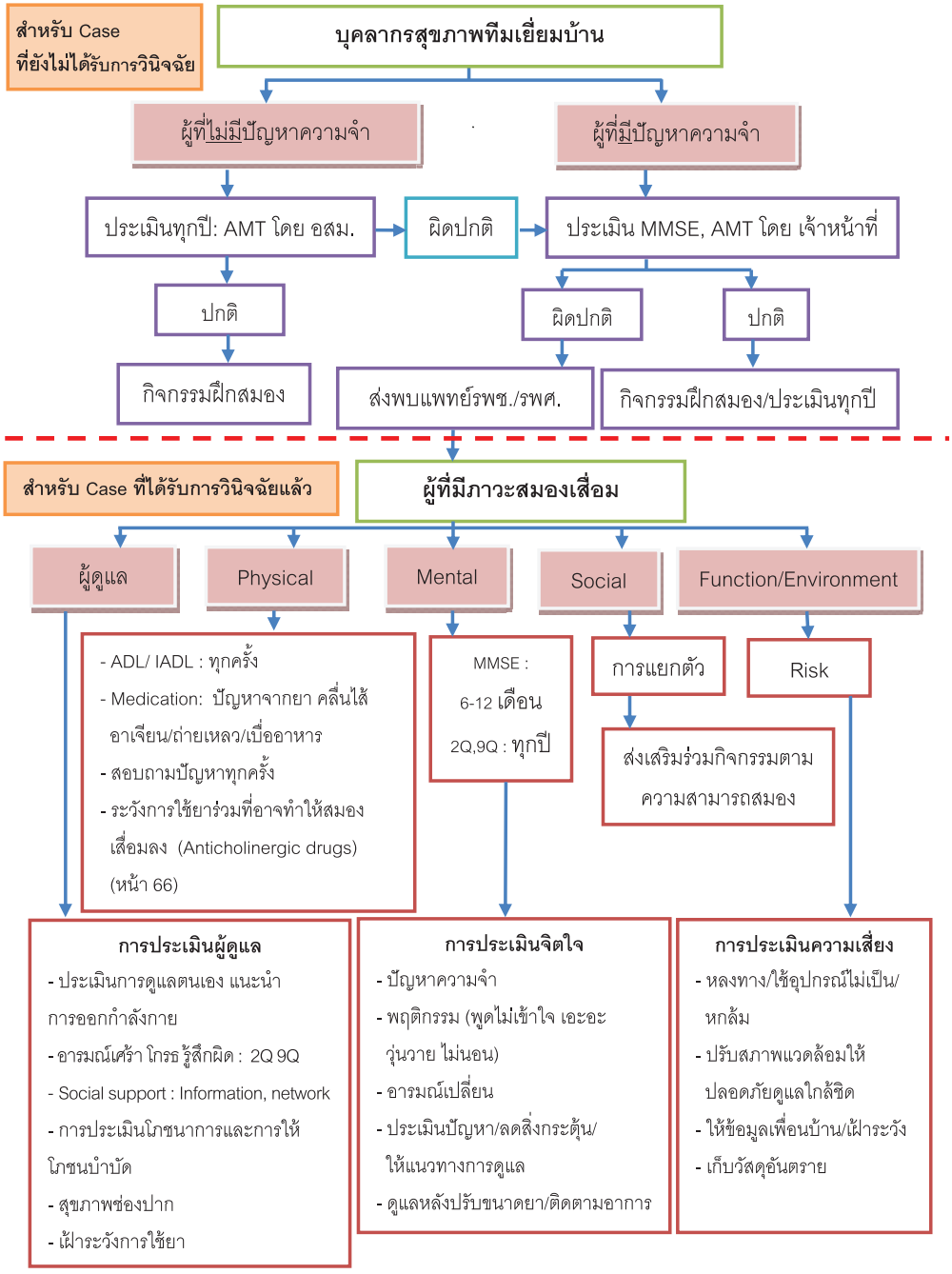
1. การดูแลญาติหลังเสียชีวิตโดยเฉพาะผู้สูงอายุ ถ้ามีปัญหา ส่งปรึกษาทีมจิตเวช
2. สำรวจยาแก้ปวด โดยกลุ่ม morphine และส่งคืน รพ. ต้นสังกัด
3. แนะนำญาติในการทำความสะอาดบ้าน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคติดเชื้อ เช่น HIV
4. ขอใบรับรองแพทย์ ระบุโรคประจำตัวก่อนออกจาก รพ. หรือขอใบรับรองการตายจาก รพ. เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตแล้ว
5. แจ้งตำรวจ/แจ้งเทศบาล/อำเภอเพื่อขอใบมรณะบัตรภายใน 24 ชั่วโมง (เตรียมบัตรประชาชนและสำเนาทะเบียนบ้านของผู้แจ้งและผู้ตาย)
6. เมื่อได้ใบมรณะบัตรประสานกับฌาปนสถานตามศาสนา และกรณีทำประกันชีวิตติดต่อบริษัทประกันภัย

*ผ่านการวินิจฉัยเรียบร้อยแล้วพร้อมลงเยี่ยมบ้าน

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหากระดูกและข้อ



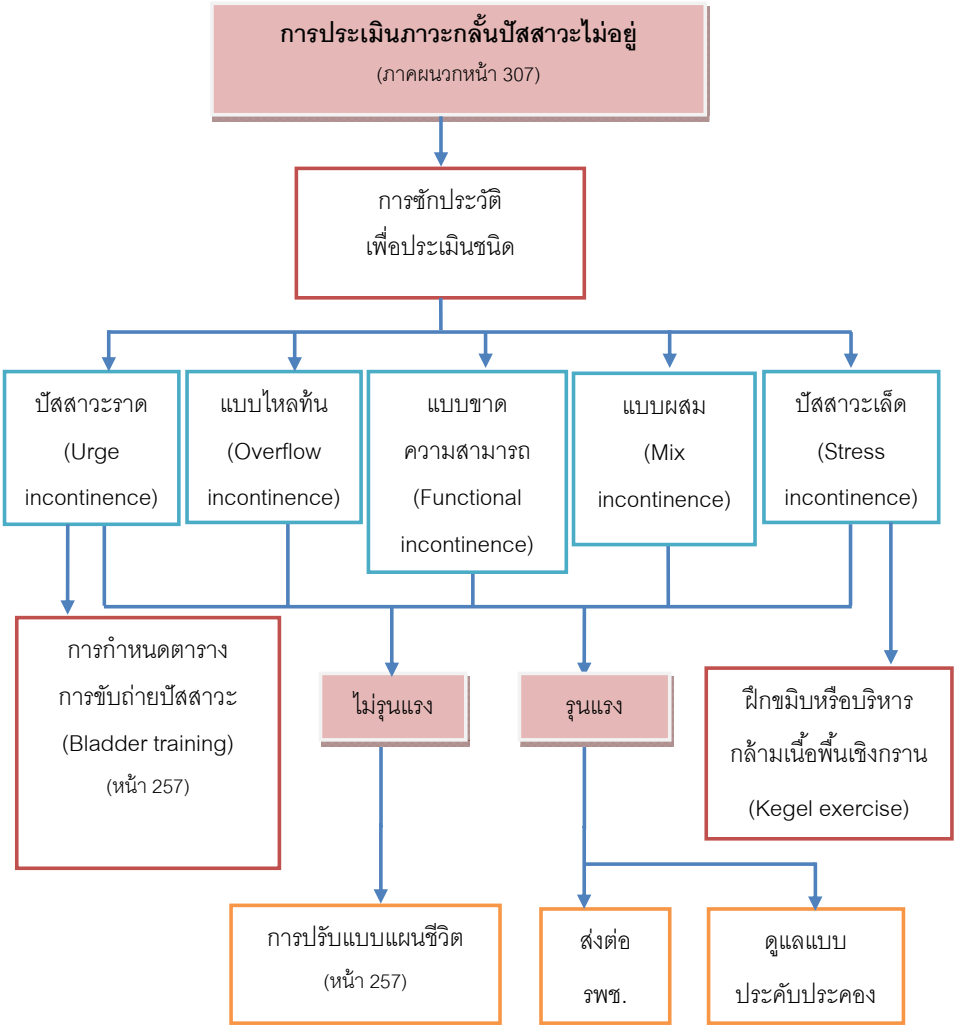
แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ Neurodegenerative disease : Dementia



แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ Neurodegenerative disease: Parkinson disease

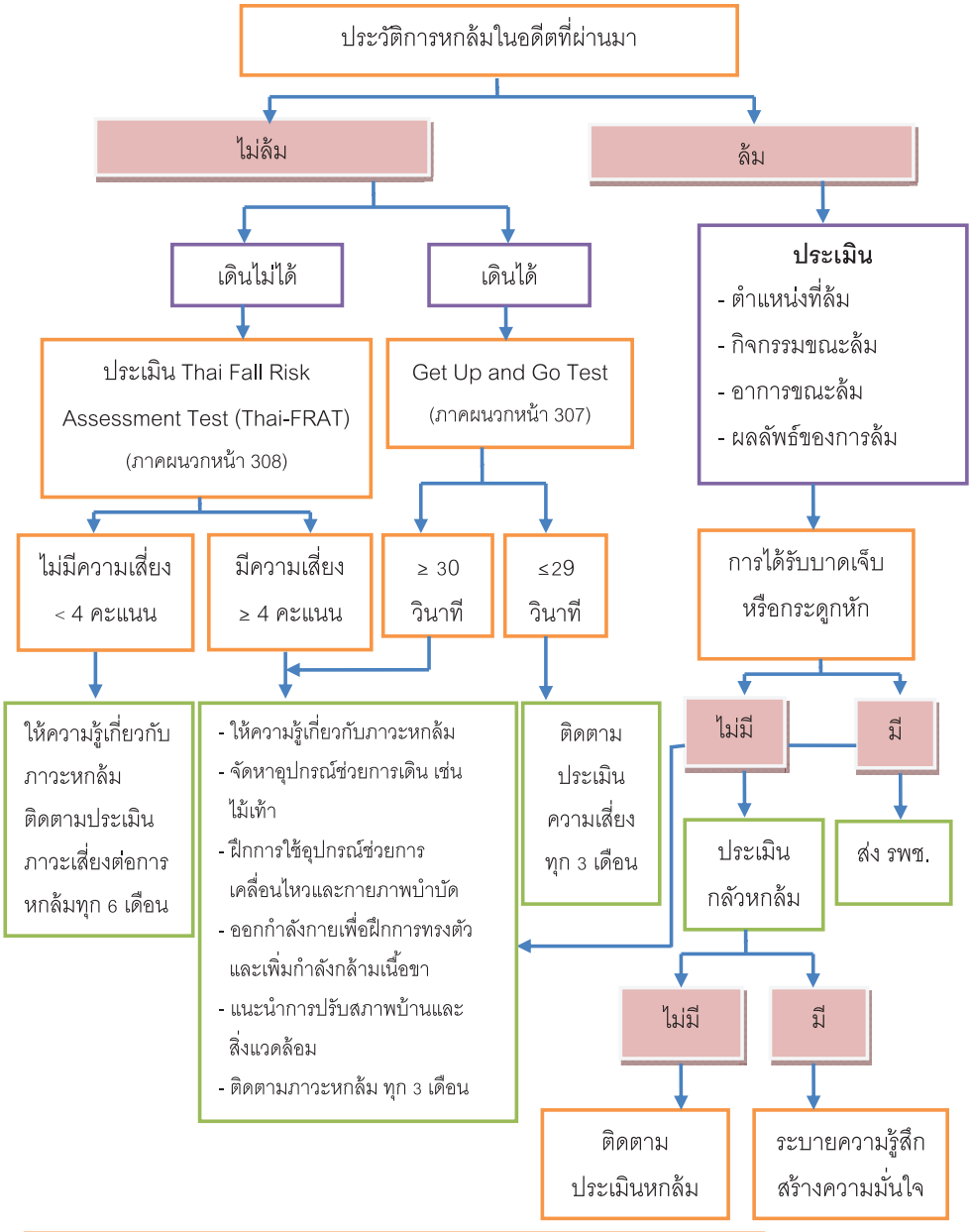
แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
Neurodegenerative disease: Special Senses

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุกลุ่ม Geriatric Syndrome : ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่



*ผ่านการวินิจฉัยเรียบร้อยแล้วพร้อมลงเยี่ยมบ้าน
*เพื่อการคัดกรองและตามด้วยการวินิจฉัยเพื่อการป้องกัน ดูแลรักษา และส่งต่อ

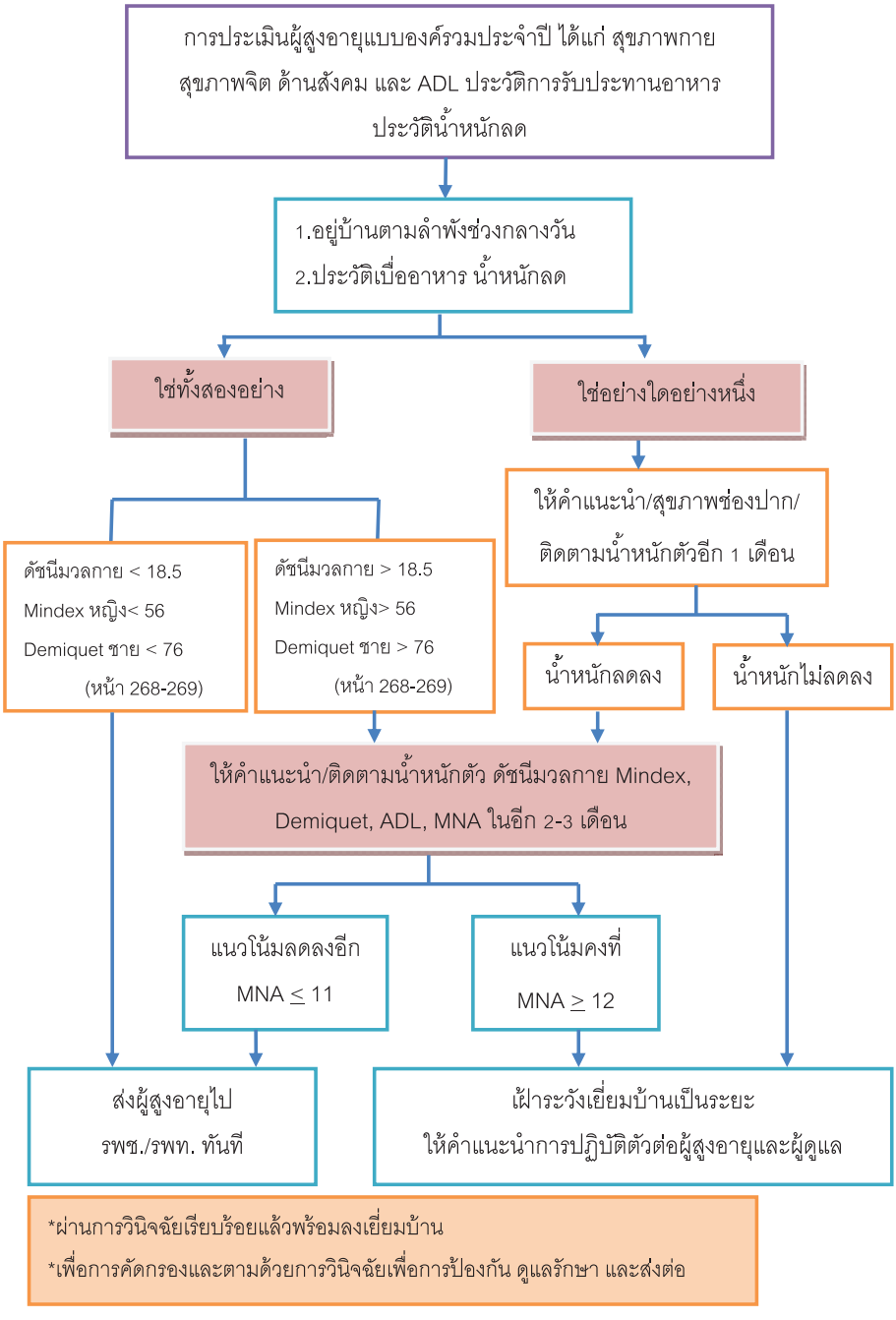
แนวทางการดูแลผู้สูงอายุกลุ่ม
Geriatric Syndrome : ภาวะหกล้ม



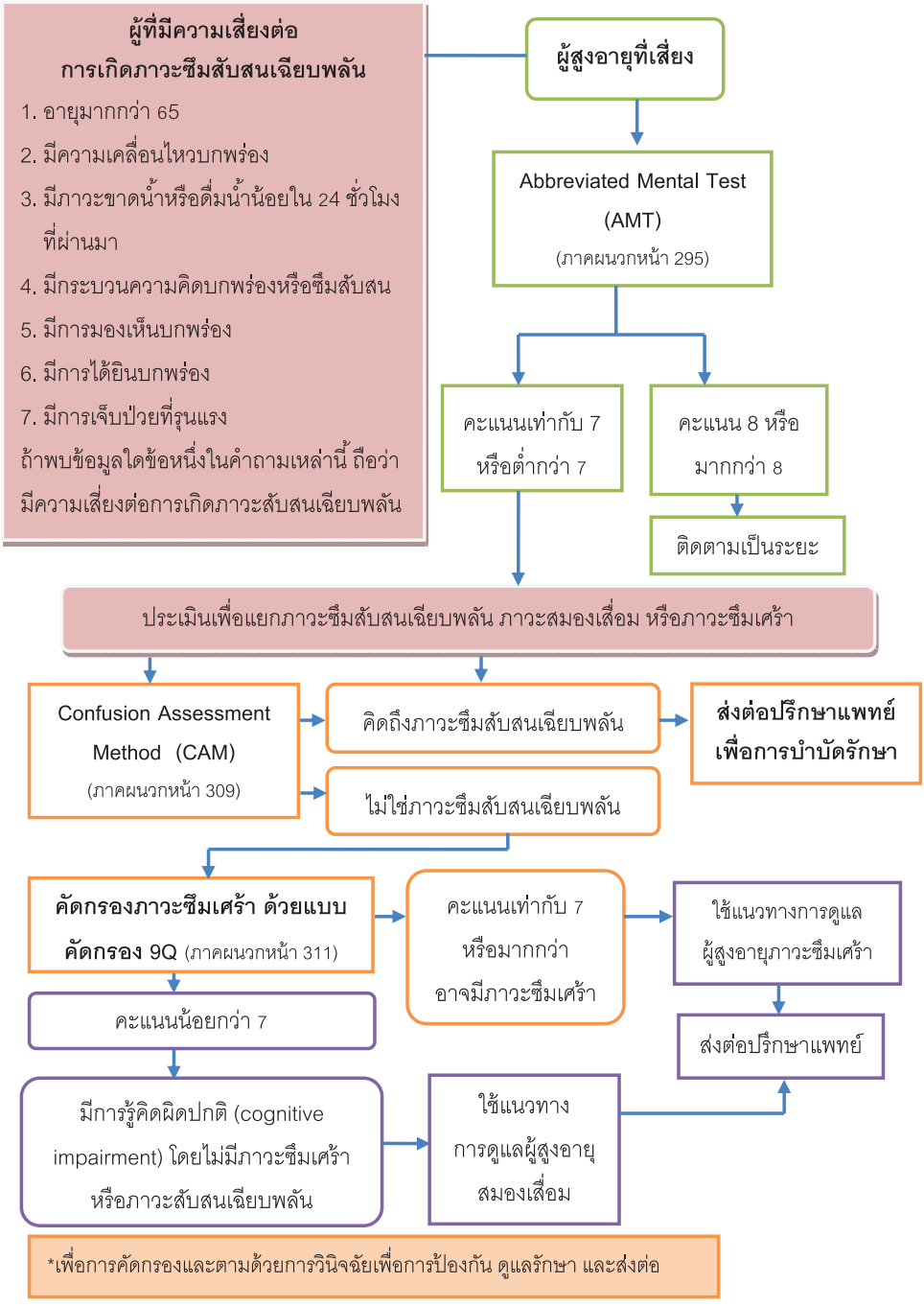
*ผ่านการวินิจฉัยเรียบร้อยแล้วพร้อมลงเยี่ยมบ้าน

*เพื่อการคัดกรองและตามด้วยการวินิจฉัยเพื่อการป้องกัน ดูแลรักษา และส่งต่อ

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุกลุ่ม Geriatric Syndrome : ภาวะทุโภชนาการ

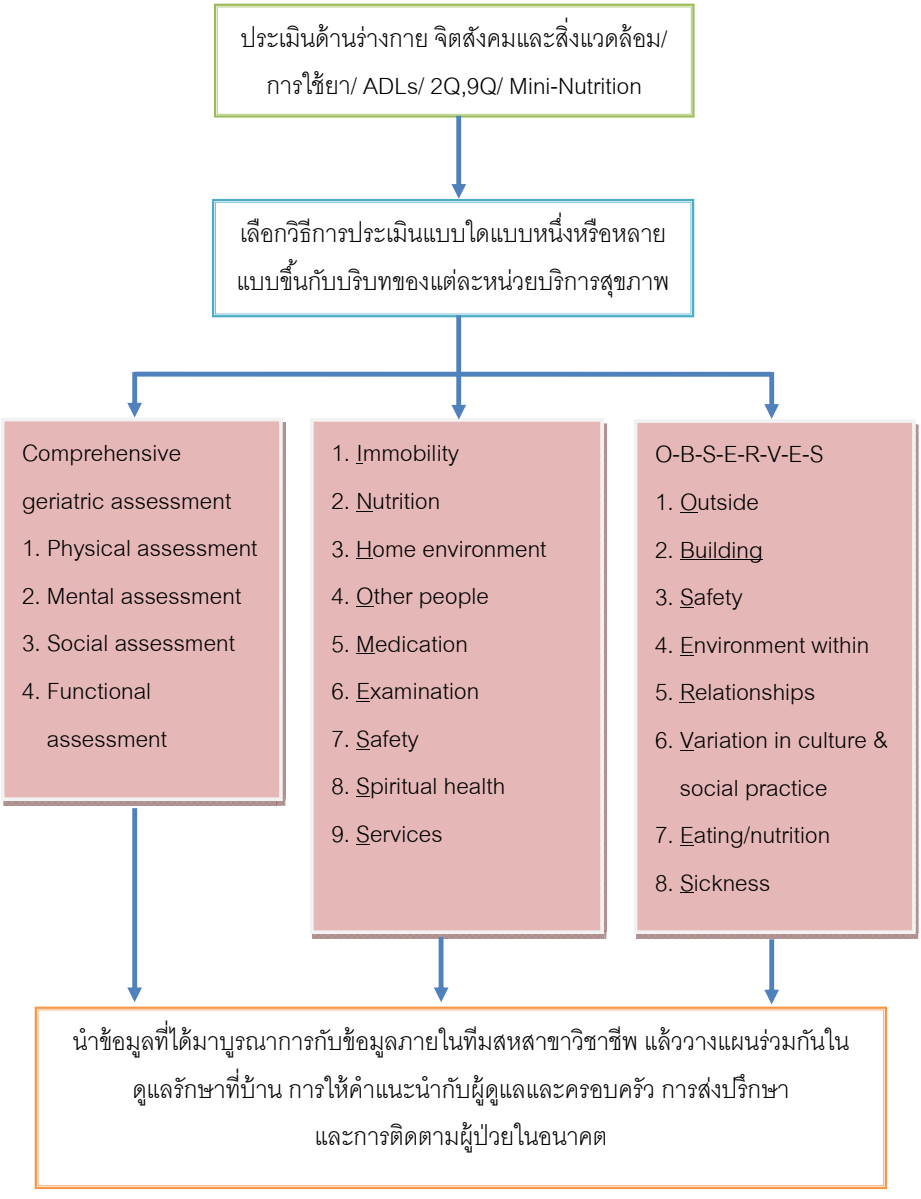


แนวทางการดูแลผู้สูงอายุกลุ่ม
Geriatric Syndrome : ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (Delirium)

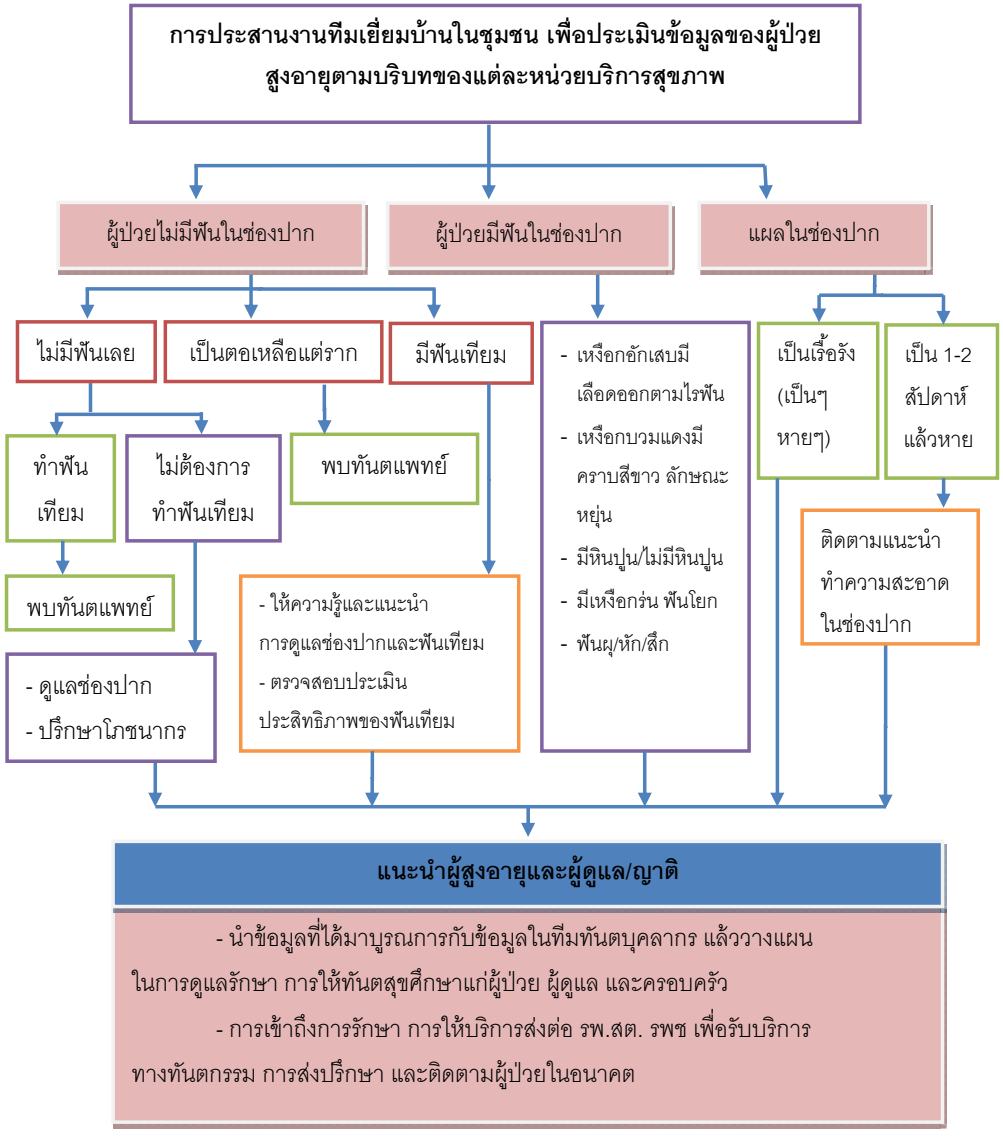


แนวทางการดูแลผู้สูงอายุกลุ่ม Geriatric Syndrome : ภาวะซึมเศร้า

บทบาทของแพทย์ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสูงอายุ



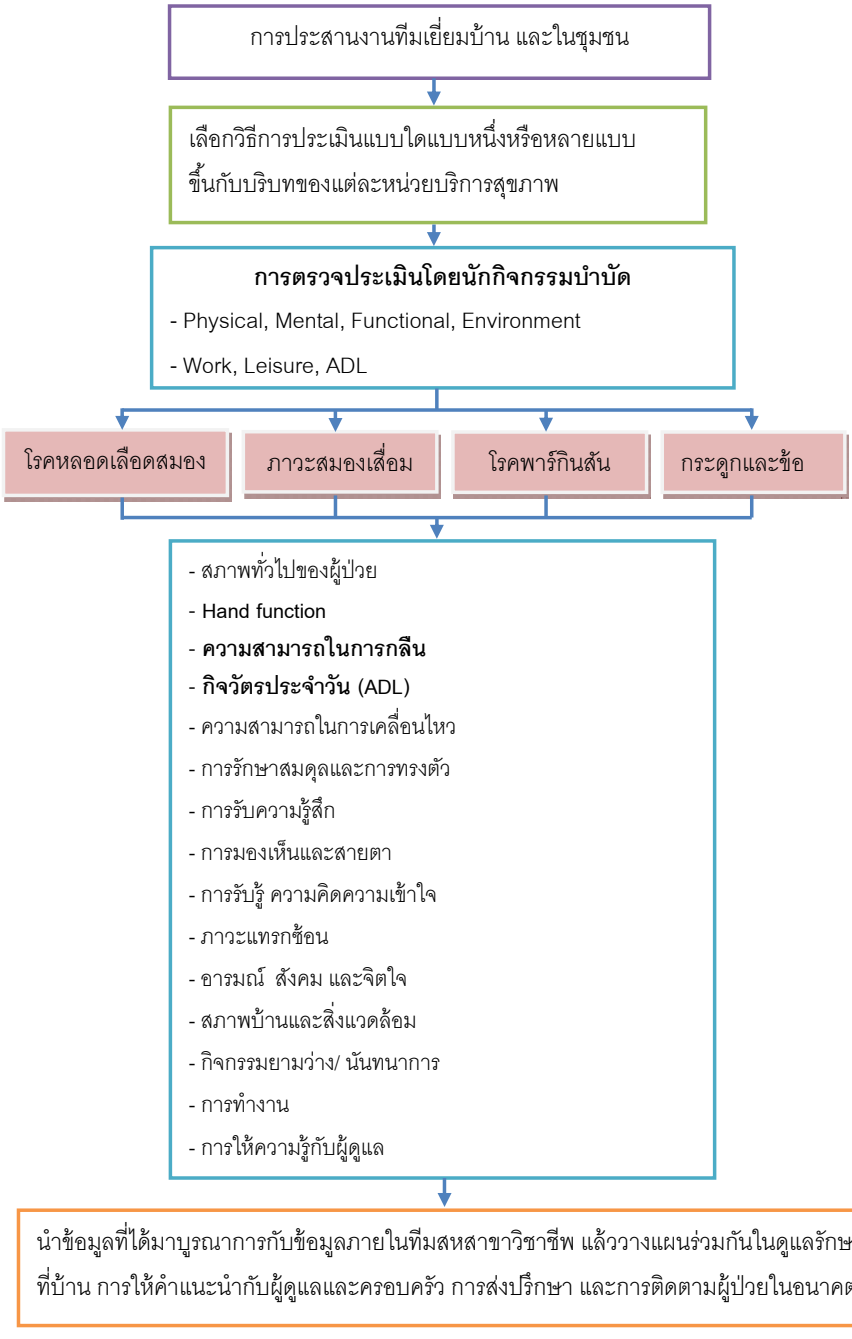
บทบาทของทันตบุคลากร ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยผู้สูงอายุ



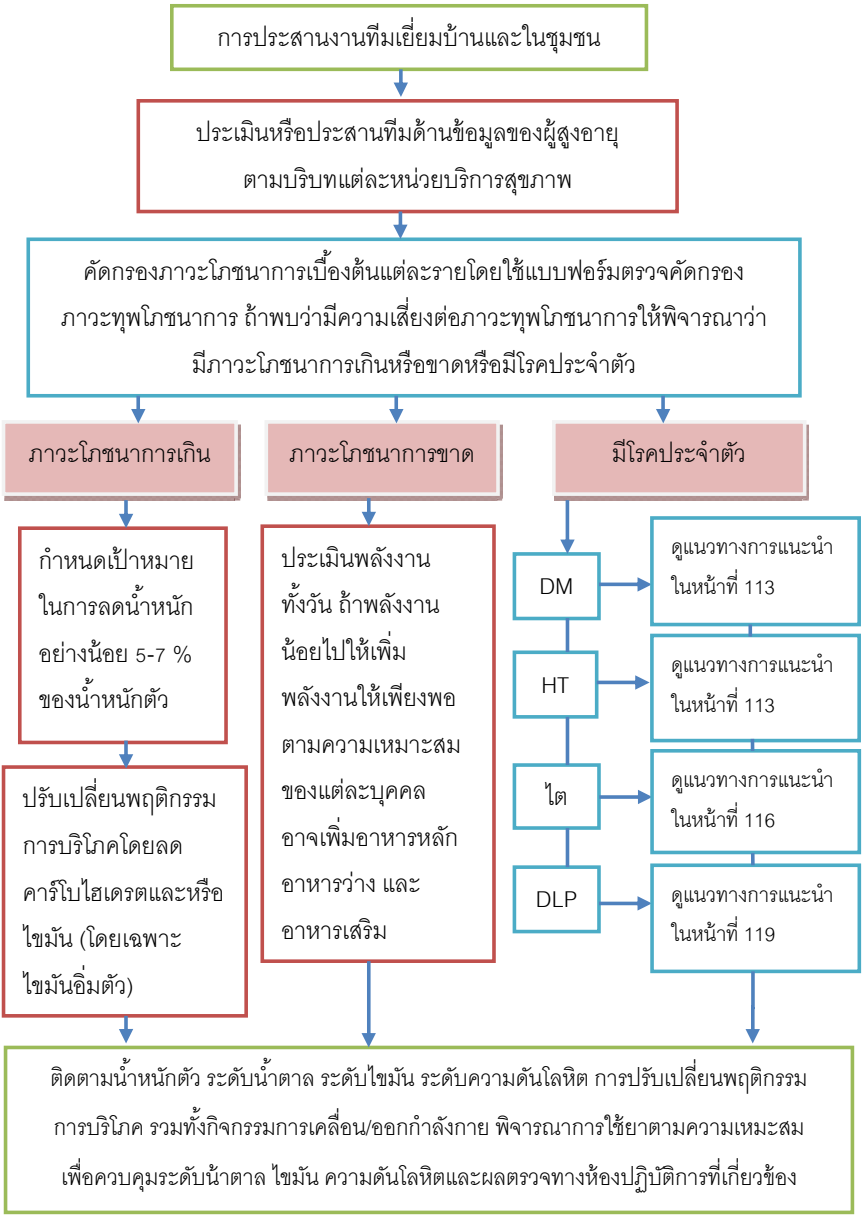
บทบาทการตรวจสอบยาโดยพยาบาลและเภสัชกรในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสูงอายุ

บทบาทของนักกายภาพบำบัด ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสูงอายุ

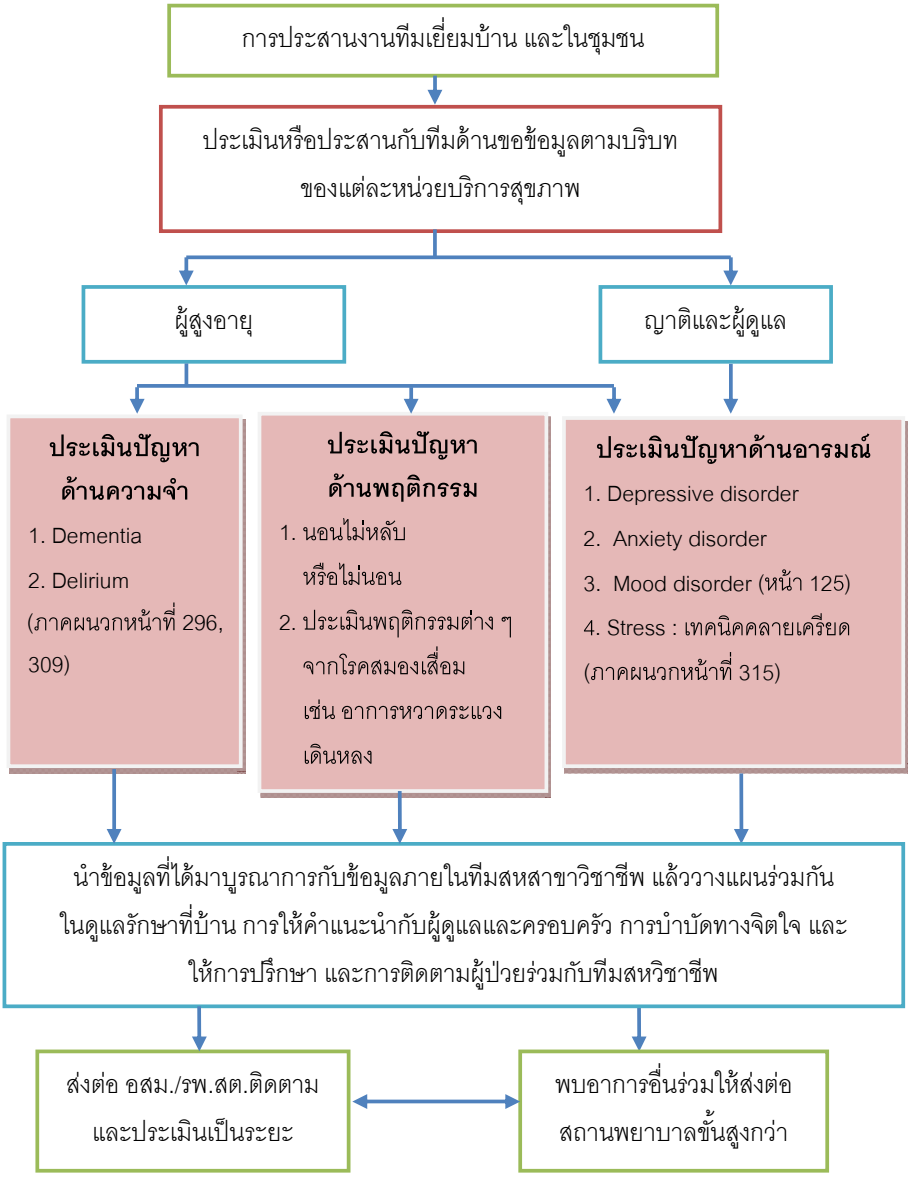
บทบาทของนักกิจกรรมบำบัด ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสูงอายุ



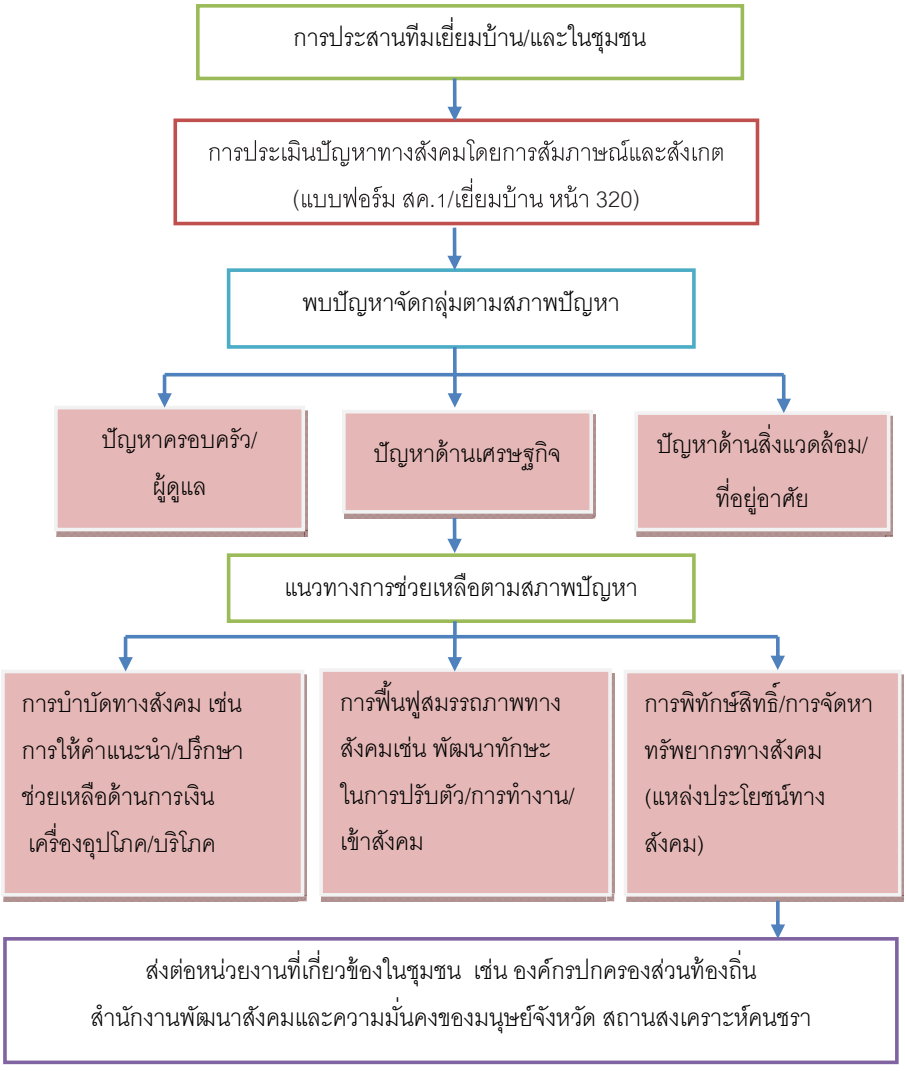
บทบาทของนักโภชนาการ/นักวิชาการด้านโภชนาการในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสูงอายุ



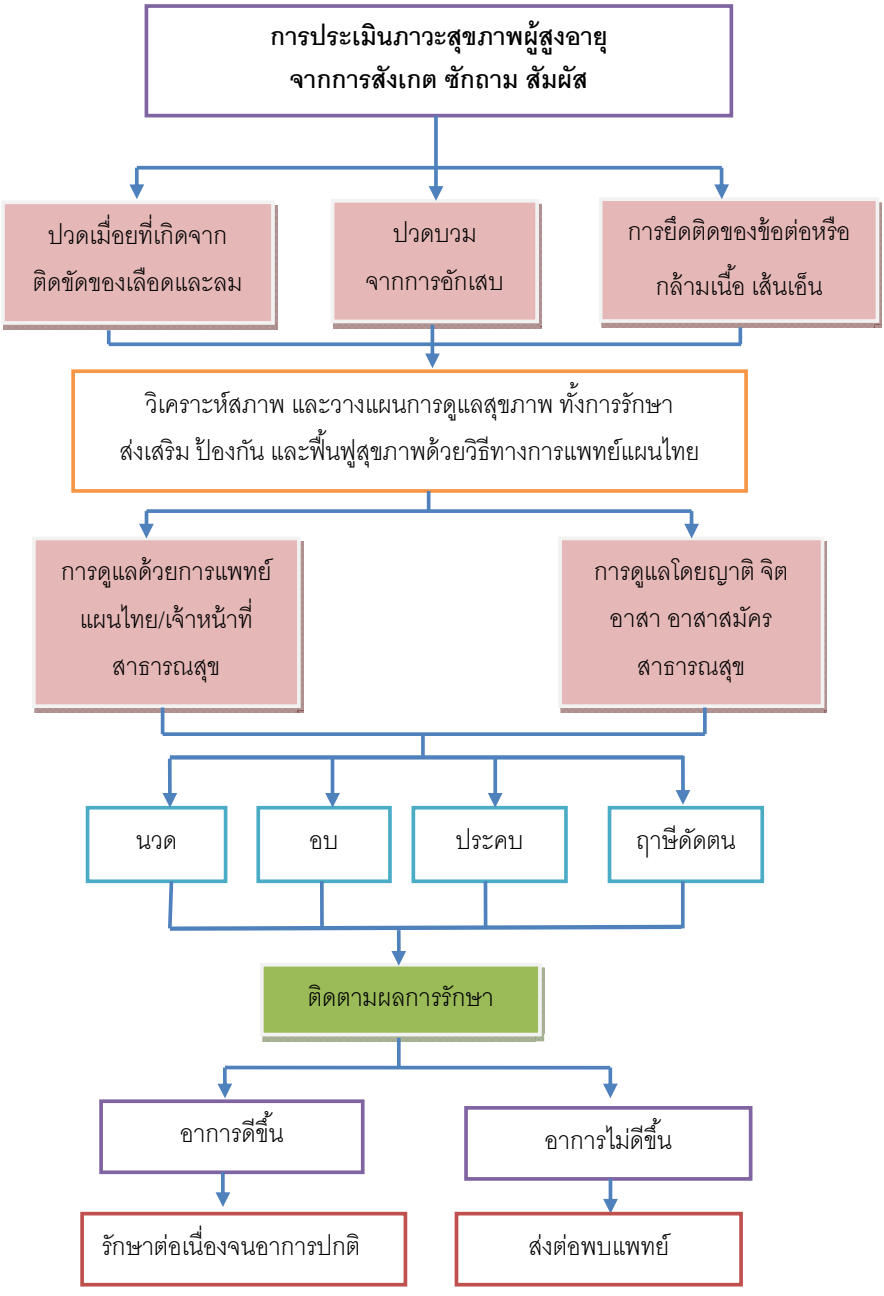
บทบาทของนักจิตวิทยา/บุคลากรที่ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิตในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสูงอายุ



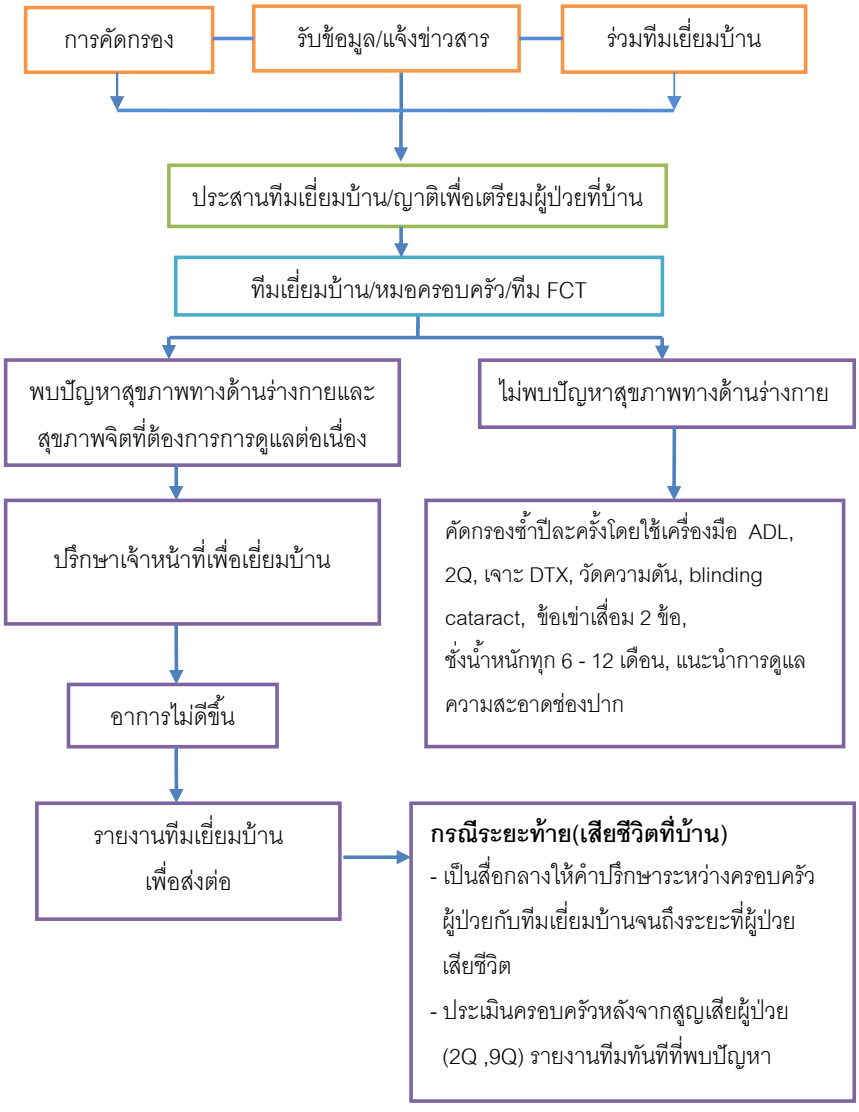
บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสูงอายุ



บทบาทของแพทย์แผนไทย ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสูงอายุ



บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสูงอายุ



บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน

ศิริรัตน์ ปานอุทัย
ผ่องพรรณ อรุณแสง

การเยี่ยมบ้าน คือ กลวิธีหนึ่งของการดูแลสุขภาพที่บ้านหรือการดูแลอย่างต่อเนื่องให้กับผู้ป่วยตามบ้านเพื่อส่งเสริม ป้องกัน ดูแลและแก้ไขความพิการ รวมทั้งทำหน้าที่อื่นในการส่งเสริมสุขภาวะของประชากรเป้าหมายทั้งที่เจ็บป่วยและไม่เจ็บป่วย เป็นเครื่องมือที่สำคัญในงานเวชปฏิบัติครอบครัว ซึ่งการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านทำให้แพทย์ได้รู้จักผู้ป่วยในบริบทไม่ใช่เพียงตัวผู้ป่วยแต่ผู้เดียวบริบทที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยก็คือครอบครัวการได้เห็นถึงความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวสิ่งแวดล้อมสังคมและชุมชนของผู้ป่วยทำให้ได้รู้จักและเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวมากยิ่งขึ้นเกิดสัมพันธภาพระหว่างแพทย์พยาบาลประจำครอบครัว (Doctor - Patient Relationship)[1]

วัตถุประสงค์ของการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุ

การเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุเป็นหนึ่งบริการที่มีความจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. ประเมินปัญหาและความต้องการแบบองค์รวม
2. วางแผนการจัดบริการที่ครอบคลุมทั้งการส่งเสริม ป้องกัน ดูแล และฟื้นฟูสภาพ รวมถึงการดูแลระยะท้าย
3. จัดบริการให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ

การแบ่งกลุ่มผู้รับบริการ

การเยี่ยมผู้สูงอายุ สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 กลุ่มใหญ่ ๆ ดังนี้ คือ[1]

1. ผู้สูงอายุที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีโรคเรื้อรัง และ มีอาการกำเริบทำให้ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลจะเป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลเนื่องจากก่อนจำหน่ายอาจไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างเพียงพอ ร่วมกับข้อจำกัดด้านร่างกาย ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติการดูแลตนเองได้ พร้อมกับสภาพแวดล้อมที่บ้านอาจไม่เอื้อในการดูแลตนเอง ดังนั้นผู้สูงอายุกลุ่มนี้ควรได้รับการเยี่ยมบ้านให้เร็วที่สุดภายหลังได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินความสามารถในการจัดการความเจ็บป่วยหรือการปรับตัวและเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลตนเอง

2. ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและผู้ที่อยู่ในระยะท้ายของชีวิต

ผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีความต้องการการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เนื่องจากความเจ็บป่วยเรื้อรังในผู้สูงอายุมักเป็นความเจ็บป่วยที่มีหลายโรคร่วมร่วมกับการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุที่ทำให้กลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนหรือโรคมีความรุนแรงทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินปัญหาและความต้องการการดูแลและให้การดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการ

3. ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ผู้สูงอายุที่ไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันทั้งในบ้านและนอกบ้านได้ด้วยตนเอง ซึ่งพยาบาลควรมีการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้การดูแลตามความต้องการหรือส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวในการดูแล โดยเป้าหมายเพื่อลดความพิการซ้ำซ้อนและส่งเสริมคุณภาพชีวิต

ขั้นตอนการเยี่ยมบ้าน

1. ก่อนการเยี่ยมพยาบาลต้องมีการเตรียมตัวในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- กำหนดวัตถุประสงค์และกลุ่มเป้าหมายในการเยี่ยม
- ประสานทีมสหวิชาชีพ โดยการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุควรเป็นการเยี่ยมโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ เนื่องจากผู้สูงอายุมีทั้งความเจ็บป่วยเรื้อรังหลายโรคและกลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การประเมินและการดูแลจำเป็นต้องใช้ความเชี่ยวชาญของสหสาขาวิชาชีพ
- ศึกษาข้อมูลที่จำเป็นของกลุ่มเป้าหมายจากแฟ้มประวัติการส่งต่อ จากประวัติครอบครัว (Family Folder) จากการซักถาม การสังเกต
- การเตรียมความรู้ แบบประเมินหรือแบบบันทึก เตรียมเวชภัณฑ์ อุปกรณ์ที่จำเป็น และกระเป๋าเยี่ยม

2. ขณะเยี่ยมบ้าน

1) การสร้างสัมพันธภาพ

2) การประเมิน

การประเมินผู้สูงอายุประกอบด้วย

2.1 การประเมินสถานะด้านสุขภาพ เป็นการประเมินความสามารถในการควบคุมโรคเพื่อวางแผนในการให้ความรู้หรือพัฒนาทักษะในการจัดการกับความเจ็บป่วยได้อย่างเหมาะสม

2.2 การประเมินแบบครอบคลุม (comprehensive geriatric assessment) ได้แก่ การประเมินความสามารถด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา ด้านสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อวินิจฉัยภาวะพึ่งพิงทั้งด้านร่างกาย ด้านความจำ ด้านจิตใจ และความไม่เหมาะสมด้านสิ่งแวดล้อม เพื่อวางแผนในการส่งเสริมและฟื้นฟูสภาพ

2.3 การประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพร่วมด้วย

3) การให้การดูแล ตามปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายแต่ละราย

3.1 ผู้สูงอายุที่สามารถควบคุมความเจ็บป่วยของตนเองได้ ควรได้รับการสอนและฝึกทักษะที่จำเป็นในการจัดการความเจ็บป่วย แต่ถ้าไม่สามารถควบคุมโรคได้ พยาบาลควรพิจารณาประสานเพื่อการส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาลชุมชนต่อไป

3.2 ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรได้รับการฟื้นฟูสภาพที่เหมาะสม ทั้งการฟื้นฟูสภาพด้านร่างกาย การฟื้นฟูความจำ การปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม และการสนับสนุนด้านอารมณ์

3.3 ผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง เช่น เสี่ยงต่อการหกล้ม ควรได้รับความรู้ในการป้องกัน หรือถ้าไม่มีความเสี่ยง ควรติดตามประเมินความเสี่ยงเป็นระยะ

3. ระยะหลังการเยี่ยมบ้านภายหลังการเยี่ยมบ้านต้องมีการนำข้อมูลที่ได้มาลงบันทึกในแบบฟอร์มการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้เพื่อนร่วมทีมได้มีโอกาสรู้จักและเข้าใจผู้ป่วยและครอบครัวเพิ่มขึ้นด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. สำเริง แหยงกระโทกและรุจิรา มังคละศริ. (2545). ศูนย์สุขภาพชุมชน: หนทางสู่ระบบบริการสุขภาพที่พึงประสงค์ (primary care unit: for good health care system). กรุงเทพฯ: บริษัท แสงโชค มาร์เก็ตติ้ง จำกัด.

บทบาทของแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้านที่ต้องการการดูแลระยะยาว

ประเสริฐ อัสสันตชัย
วีระศักดิ์ เมืองไพศาล

การที่ผู้ป่วยสูงอายุจำนวนมากมีโรคเรื้อรังและกลุ่มอาการที่จำเพาะในผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) ทำให้ต้องการการดูแลระยะยาว หนึ่งในมาตรการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มนี้ยังสามารถดำเนินชีวิตอย่างเป็นปกติสุขได้ที่บ้านคือ การเยี่ยมบ้านโดยกลุ่มบุคลากรทางสาธารณสุข มีผู้ให้คำนิยามของการดูแลที่บ้านไว้ว่า

"Home health service is that component of comprehensive health care whereby services are provided to individuals and families in their places of residence for the purpose of promoting, maintaining, or restoring health, or minimizing the effect of illness and disability. Services appropriate to the needs of the individual patient and family are planned, coordinated and made available by an agency/institution through employed staff, contractual arrangements, or a combination of administrative patterns."

จากคำนิยามข้างต้น การดูแลผู้ป่วยที่บ้านจะประสบความสำเร็จได้ต้องมีองค์ประกอบตามคำสำคัญ (key word) ที่ถูกขีด เส้นใต้ ได้แก่

1) Comprehensive ให้การดูแลผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยแบบองค์รวม ทั้งด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ

2) Promoting ให้การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรคและความพิการ ที่อาจจะเกิดตามมา เช่น ผู้ป่วยสูงอายุที่สูญเสียความสามารถในการเดิน (immobility) ควรเน้นการป้องกันแผลกดทับ (pressure ulcer) ข้อติด (joint contracture) กล้ามเนื้ออ่อนแรง (disuse weakness and atrophy) การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะหรือปอดอักเสบจากการสำลัก ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) เป็นต้น

3) Maintaining การพยายามคงสภาพของผู้ป่วยในการดำเนินกิจวัตรประจำวันได้แม้ว่าจะมีโรคประจำตัวเรื้อรังมากเพียงใดก็ตาม

4) Restoring การฟื้นฟูบำบัดเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองที่บ้านได้โดยเฉพาะความสามารถที่เพิ่งสูญเสียไปจากความเจ็บป่วยครั้งนี้

5) Minimizing the effect of illness & disability การดูแลแบบต่อเนื่องเพื่อลดผลกระทบของโรคที่มีผลต่อความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ที่อาจนำไปสู่ความพิการ เป็นการป้องกันโรคในระดับตติยภูมิ

6) Planned ผู้รับผิดชอบให้การดูแลรักษาที่บ้าน ต้องมีการวางแผนสำหรับผู้ป่วยแต่ละรายทั้งในระยะสั้น และระยะยาว เพื่อตั้งเป็นเป้าหมายสำหรับติดตาม และกำกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

7) Coordinated เนื่องจากขบวนการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้านเป็นแบบองค์รวม (comprehensive) ขณะเดียวกัน ผู้ป่วยอาจมีปัญหาหลายด้าน ทำให้ไม่สามารถหายจากโรคในเวลาอันรวดเร็ว และต้องการการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จึงต้องการความชำนาญของบุคลากรทางสุขภาพหลายด้านในแต่ละช่วงเวลาของการเยี่ยมบ้านที่เรียกการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ (multidisciplinary team) การประสานงานระหว่างวิชาชีพจึงมีความสำคัญ บุคลากรทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่บ้าน ได้แก่แพทย์ ทันตแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด (physical therapist) นักอรรถบำบัด (speech therapist) นักอาชีวบำบัด (occupational therapist) นักสังคมสงเคราะห์ โภชนากร ผู้ช่วยพยาบาล การจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ผู้ป่วยจำเป็นต้องใช้ที่บ้าน ตลอดจนพนักงานขับรถพยาบาล เป็นต้น

ดังนั้น การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสูงอายุจึงมักต้องประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพอย่างน้อยสองประเภทขึ้นไป แพทย์ในฐานะที่เป็นหัวหน้าทีมในการเยี่ยมบ้าน จำเป็นต้องรวบรวมข้อมูลจากบุคลากรทางสาธารณสุขที่ร่วมในการเยี่ยมบ้าน เพื่อประเมินอย่างรอบด้านและวางแผนให้การดูแลอย่างรอบด้านเต็มตามศักยภาพของทีมสหสาขาวิชาชีพ ที่สามารถตอบสนองความต้องการการดูแลอย่างองค์รวมของผู้ป่วยกลุ่มนี้

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมีลักษณะทางคลินิกที่แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป โดยมีลักษณะพิเศษดังคำช่วยจำที่ว่า R-A-M-P-S หมายถึง

R – reduced body reserve ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกายวิภาคและทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีลักษณะทางคลินิกที่แตกต่างจากผู้ป่วยวัยอื่น เช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยวัยเด็ก ที่ไม่ควรคิดเสมือนว่าเป็นผู้ใหญ่ทั่วไปที่มีขนาดร่างกายเล็ก การดูแลผู้ป่วยสูงอายุก็ไม่ควรคิดเสมือนว่าเป็นผู้ใหญ่ทั่วไปที่มีเพียงเส้นผมที่หงอกขาว เช่น น้ำหนักสมองลดลงพบ brain atrophy เนื่องจากการเสื่อมสลายของ neuron ทำให้ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิด subdural hematoma ได้ง่าย แม้ได้รับการบาดเจ็บที่ศีรษะไม่รุนแรง

A – atypical presentation ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุอาจมีลักษณะทางเวชกรรมที่ไม่จำเพาะ ทั้งอาการและอาการแสดง ในสองลักษณะดังต่อไปนี้

1. อาการและอาการแสดงที่เป็นลักษณะจำเพาะของโรคที่พบในผู้ป่วยทั่วไป อาจไม่พบในผู้ป่วยสูงอายุได้ เช่น อาการปัสสาวะบ่อย ดื่มน้ำบ่อยในผู้ป่วยทั่วไป มักบ่งถึงโรคเบาหวาน ขณะที่ผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน อาจไม่แจ้งอาการดังกล่าวกับแพทย์ หรือผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคต่อมไทรอยด์ทำงานมากเกินไป (hyperthyroidism) อาจไม่มีอาการกระสับกระส่าย หงุดหงิด หรือเหงื่อออกง่าย อย่างที่พบในผู้ป่วยทั่วไป ที่เรียกลักษณะแบบนี้ว่า apathetic hyperthyroidism

2. กลุ่มอาการที่จำเพาะในผู้สูงอายุ (geriatric syndrome) ที่ไม่จำเพาะต่อระบบอวัยวะใดชัดเจนเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีปัญหาเหล่านี้ จะเกิดผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตอย่างมาก โดยอาการเหล่านี้ อาจเกิดจากโรคต่างๆ ได้มากมายหลายระบบ ทำให้ยากต่อการวินิจฉัยแยกโรค อาการเหล่านี้อาจเรียกว่า “ big I’s” ได้แก่

2.1 instability หมายถึง ภาวะหกล้ม

2.2 immobility หมายถึง การสูญเสียความสามารถในการเดิน

2.3 incontinence หมายถึง อาการปัสสาวะราดหรืออุจจาระราด

2.4 intellectual impairment หมายถึงความสามารถทางสติปัญญาบกพร่อง ถ้าเป็นในระยะเฉียบพลัน จะบ่งถึงภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) และถ้าเป็นเรื้อรัง จะบ่งถึงภาวะสมองเสื่อม (dementia)

2.5 iatrogenesis หมายถึงโรคที่เกิดจากการปฏิบัติทางการแพทย์โดยเฉพาะการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug reaction)

2.6 inanition หมายถึงภาวะขาดสารอาหาร

M – multiple pathology นอกจากผู้สูงอายุจะมีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกันแล้ว พยาธิสภาพเหล่านั้นยังมีความรุนแรงเพิ่มขึ้นในเวลาอันรวดเร็ว ถ้าไม่ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที และมีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งจากพยาธิสภาพเองและจากการดูแลรักษาเหตุนี้เอง ที่ผู้ป่วยสูงอายุไม่ว่าจะมีอาการสำคัญที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ในระบบใด ต้องการการดูแลรักษาแบบองค์รวม (holistic care) เสมอ เพราะผู้ป่วยสูงอายุมักมีพยาธิสภาพในสามกลุ่มโรคพร้อมกัน

ในเวลาเดียวกันได้บ่อย การดูแลที่เหมาะสมและปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยสูงอายุจึงต้องพยายามรักษาสมดุลของทุกระบบอวัยวะ ให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามควรแก่อัตภาพ

นอกจากแพทย์จะต้องคุ้นเคยกับพยาธิสภาพชนิดต่างๆ ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยสูงอายุแล้ว ควรคำนึงถึงผลกระทบของพยาธิสภาพเหล่านี้ที่มีต่อความพิการที่จะเกิดขึ้น เพื่อป้องกันความพิการและคุณภาพชีวิตที่เลวลง ผลการศึกษาในผู้สูงอายุไทย พบว่าปัญหาสุขภาพที่มักพบร่วมกับความพิการในระยะยาว ได้แก่อาการแขนขาอ่อนแรงแบบครึ่งซีก (hemiparesis) ข้ออักเสบ อุบัติเหตุ อาการตาบอด ภาวะกระดูกสันหลังโก่งไปข้างหลัง (kyphosis) อาการแขนขาอ่อนแรง อาการหูหนวก และโรคความดันเลือดสูง โดยที่แม้อายุคาดเฉลี่ยที่อายุ 60 ปี (life expectancy at 60) ของผู้สูงอายุชายและหญิงจะเท่ากับ 20.3 ปี และ 23.9 ปี ตามลำดับ แต่ค่าอายุคาดเฉลี่ยที่อายุ 60 ปีที่ไม่มีความพิการ (disability free life expectancy at 60) ของผู้สูงอายุชายและหญิงจะเท่ากับ 16.4 ปี และ 18.2 ปี ตามลำดับ สังเกตว่าแม้ผู้สูงอายุหญิงจะมีชีวิตโดยเฉลี่ยยืนยาวกว่าชาย แต่จะมีระยะเวลาที่มีความพิการยาวนานกว่าชายด้วย

P – polypharmacy ผลจากการที่ผู้ป่วยสูงอายุมีพยาธิสภาพหลายชนิดในหลายระบบอวัยวะในเวลาเดียวกัน ทำให้ผู้สูงอายุมักได้รับยาหลายขนานในเวลาเดียวกันด้วย แม้ว่าสาเหตุที่ทำให้เกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug reaction) ในผู้สูงอายุจะเกิดจากหลายสาเหตุได้แก่ การใช้ยาหลายขนานร่วมกัน (polypharmacy) การเปลี่ยนแปลงทางเภสัชจลนศาสตร์ (pharmacokinetics) และทางเภสัชพลศาสตร์ (pharmacodynamics) เนื่องจากความชรา และความผิดพลาดเนื่องจากมนุษย์ (human error) พบว่าการใช้ยาหลายขนานร่วมกันเป็นสาเหตุที่สำคัญที่สุดต่อการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาในผู้ป่วยสูงอายุ ส่วนสาเหตุอื่นๆ ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีการใช้ยาหลายขนานร่วมกัน ได้แก่ การได้รับยาโดยไม่มีข้อบ่งชี้ทางการแพทย์ที่เหมาะสม และระบบการเข้าถึงยาที่ประชาชนสามารถซื้อยาได้เองจากร้านขายยาโดยไม่จำเป็นต้องมีใบสั่งยาจากแพทย์

S – social adversity ผลจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมหลังจากที่ผู้สูงอายุจำเป็นต้องเกษียณอายุจากการทำงาน การแยกบ้านของลูกที่เติบโตขึ้น เนื่องจากการย้ายบ้านไปใกล้ที่ทำงานหรือการออกเรือนไปตั้งครอบครัวของตนเอง หรือการจากไปของคู่ครองของผู้สูงอายุ ล้วนส่งผลต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ ปัจจัยทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุที่สำคัญที่แพทย์ควรประเมิน ได้แก่

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) ผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 12 จำเป็นต้องพึ่งพาผู้อื่นในการดำรงชีวิตอยู่ได้ ซึ่งถ้า

ผู้สูงอายุกลุ่มนี้เกิดการเจ็บป่วย หรือจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และผู้ป่วยสูงอายุที่เกิดความพิการใหม่หลังจากมีโรคที่ทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การดูแลรักษาจะไม่ประสบผลสำเร็จถ้าบุคลากรทางการแพทย์ละเลยประเด็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งต้องให้การดูแลผู้สูงอายุต่อเนื่องที่บ้าน และเป็นข้อมูลที่สำคัญสำหรับการวางแผนเพื่อเตรียมผู้ป่วยสูงอายุก่อนกลับบ้าน (discharge planning) ด้วย

2. เศรษฐฐานะ แม้ปัจจุบันจะมีสวัสดิการด้านรักษาพยาบาลที่ให้กับผู้สูงอายุโดยไม่คิดมูลค่าโดยรัฐ ตามโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า แต่ผู้ป่วยสูงอายุก็ยังมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ ในชีวิตประจำวันด้วย เช่น ปัจจัยสี่ในการดำเนินชีวิต ค่าเดินทางเพื่อมาพบแพทย์ที่โรงพยาบาล เป็นต้น

3. สังคมและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ ควรครอบคลุมประเด็นที่สำคัญ ตั้งแต่ลักษณะที่อยู่อาศัย ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เพื่อนบ้าน รวมทั้งองค์กรท้องถิ่นเช่น ชมรมผู้สูงอายุ บ้านพักคนชรา เป็นต้น นอกจากนั้น แพทย์ควรทราบมาตรการในระดับชาติ ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 17 ได้กล่าวไว้ว่า ผู้อุปการะเลี้ยงดูบุพการีซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ ผู้นั้นมีสิทธิได้รับการลดหย่อนภาษี ทั้งนี้ตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในประมวลรัษฎากร ล้วนมีส่วนสำคัญและเอื้ออำนวยให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่บ้านหลังออกจากโรงพยาบาลแล้ว

ผลจากการที่ผู้ป่วยสูงอายุมีลักษณะพิเศษดังคำช่วยจำที่ว่า R-A-M-P-S ทำให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุจำเป็นต้องมีการประเมินที่จำเพาะในผู้ป่วยสูงอายุที่เรียก comprehensive geriatric assessment (CGA) ได้แก่

1. **การประเมินสุขภาพด้านกาย** (physical assessment)

นอกจากการซักประวัติต่างๆ ได้แก่ อาการสำคัญ ประวัติปัจจุบัน ประวัติอดีต ประวัติส่วนตัวแล้ว ประวัติยาเป็นสิ่งที่แพทย์ต้องได้ข้อมูลโดยละเอียด เพราะอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมาพบแพทย์ในครั้งนี้ได้ นอกจากนั้น ข้อมูลด้านโภชนาการ (เช่น น้ำหนักตัว เครื่องมือ Mini-Nutritional Assessment: MNA) การประเมินท่าเดิน (เช่น get-up-and-go test) ประวัติหกล้มและอาการในกลุ่ม “big’s I” อื่นๆ การตรวจความคมชัดของการมองเห็น (visual acuity) การได้ยิน แผลกดทับ ล้วนมีความสำคัญที่ต้องได้รับการประเมินเป็นระยะเสมอ

2. การประเมินสุขภาพด้านจิต (mental assessment)

เนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุมักมีพยาธิสภาพในระบบจิตประสาทร่วมกับพยาธิสภาพทางกาย แพทย์จึงควรประเมินสภาวะทางจิต (mental status) โดยอาจใช้เครื่องมือที่ได้มาตรฐานต่างๆ เช่น Thai Mental State Examination (TMSE), Chula Mental test (CMT) และ Mini-Mental State Examination-Thai version (MMSE-Thai) เพื่อตรวจคัดกรองสภาวะทางจิต ถ้ามีความผิดปกติค่อยพิจารณาวินิจฉัยแยกโรคเพื่อให้ได้การวินิจฉัยโรคที่จำเพาะต่อไป เช่น ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (Confusion Assessment Method: CAM) ภาวะซึมเศร้า (Geriatric Depression Scale : GDS) หรือภาวะสมองเสื่อม (เช่น clock drawing test, Modified Short Blessed test, ADAS-cog) เป็นต้น

3. การประเมินด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (social assessment)

ประเด็นที่ต้องทำการประเมินคือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เศรษฐฐานะ และสังคมสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้สูงอายุ ดังกล่าวแล้วข้างต้น เนื่องจากผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความสำคัญอย่างมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีความพิการ การประเมินลักษณะของผู้ดูแลประจำตัวของผู้สูงอายุ และการให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาตั้งแต่วันแรกที่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ย่อมเป็นการป้องกันการทอดทิ้งผู้ป่วยสูงอายุไว้ในโรงพยาบาล และยังเป็นการป้องกันสภาพที่หอผู้ป่วยมีผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มนี้นอนอยู่เต็มหอผู้ป่วยที่เรียก bed-blocker เพราะนอกจากจะทำให้ไม่มีการหมุนเวียนผู้ป่วยเพื่อสามารถรับผู้ป่วยรายใหม่เข้ามาได้แล้ว ยังทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะติดเชื้อในโรงพยาบาล (nosocomial infection)

4. การประเมินด้านความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (functional assessment)

อาจกล่าวได้ว่าการประเมินความสามารถด้านนี้ในผู้สูงอายุ เป็นความก้าวหน้าอย่างสำคัญในเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ทำให้แพทย์รับรู้ปัญหาที่แท้จริง จนนำไปสู่การแก้ปัญหาที่ตรงจุด ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุจำนวนมากสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้อีกครั้ง เพราะแม้ผู้ป่วยสูงอายุจะเจ็บป่วยจากพยาธิสภาพที่เป็นความเสื่อมตามอายุ ที่รักษาไม่หายขาด และยังมีหลายพยาธิสภาพในเวลาเดียวกัน การทำให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถกลับมาประกอบกิจวัตรประจำวันได้ ทั้งที่มีโรคประจำตัวเรื้อรังดังกล่าว ถือเป็นความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยตามหลักเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ โดยทั่วไป อาจแบ่งระดับความสามารถออกเป็นสองระดับ ได้แก่

ก. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (basic activity of daily living, basic ADL) เช่น การลุกจากที่นอน การล้างหน้าแปรงฟัน การเดิน เป็นต้น ซึ่งเหมาะที่จะใช้ประเมิน

ผู้ป่วยสูงอายุที่ต้องเข้าพักรับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อใช้ติดตามผลการรักษาและยังใช้เป็นเป้าหมายของการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุก่อนกลับบ้านด้วย โดยพยายามให้ผู้สูงอายุสามารถทำกิจวัตรให้ได้เท่ากับก่อนเกิดการเจ็บป่วยในครั้งนี้

ข. ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้อุปกรณ์ (instrumental ADL) เป็นระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่ซับซ้อนขึ้น เช่น การปรุงอาหารรับประทานเอง การไปจ่ายตลาด การใช้จ่ายเงิน เป็นต้น ซึ่งเหมาะที่จะใช้ประเมินผู้ป่วยสูงอายุที่รับการติดตามที่แผนก ผู้ป่วยนอก นอกจากกระบวนการทาง CGA แล้ว ตามหลักการการประเมินผู้ป่วยขณะเยี่ยมบ้านของเวชศาสตร์ครอบครัว จะมีกลุ่มคำช่วยจำถึงประเด็นสำคัญที่แพทย์ต้องประเมินผู้ป่วยขณะเยี่ยมบ้าน ได้แก่

1. O-B-S-E-R-V-E-S

Outside ลักษณะสิ่งแวดล้อมภายนอกบ้าน ที่อาจมีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วย

Buildings ลักษณะโครงสร้างของบ้าน ที่มีผลต่อสุขภาวะของผู้ป่วย

Safety ความปลอดภัยในบ้าน

Environment within ลักษณะสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน

Relationship ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

Variation in culture, social practice

Eating & nutrition การรับประทานอาหารและภาวะโภชนาการ

Sickness ความเจ็บป่วยที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน แผลกดทับ การดูแลระบบทางเดินหายใจ (โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการเจาะคอ-tracheostomy) การดูแลระบบทางเดินปัสสาวะ (โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ต้องได้รับการคาสายสวนปัสสาวะ หรือผู้ที่มีปัสสาวะราด) การดูแลการเคลื่อนไหวและกายภาพบำบัด (โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีความพิการเช่นจากโรคหลอดเลือดสมอง) การบริบาลผู้ป่วยที่อยู่ในระยะสุดท้าย เป็นต้น

2. I-N-H-O-M-E-S-S-S

I Immobility การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว

N Nutrition การดูแลภาวะโภชนาการ

H Home environment การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน

O Other peopleความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วย

M Medication การได้บริหารยา

E Examination การตรวจร่างกายขณะเยี่ยมบ้าน

S Safety ความปลอดภัยภายในบ้าน

S Spiritual health สุขภาวะทางจิตวิญญาณ

S Services แหล่งให้บริการสุขภาพใกล้บ้าน

ในที่นี้จะแสดงตัวอย่างการประเมินผู้ป่วยสูงที่มีโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (chronic obstructive pulmonary disease) ด้วยกลุ่มคำช่วยจำ I-N-H-O-M-E-S-S-S ดังนี้

I Immobilityการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว

สิ่งที่แพทย์ต้องประเมินคือ ความรุนแรงของโรคที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยจนไม่สามารถเดินเคลื่อนไหวภายในบ้าน ควรปรับการรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้บ้าง เพื่อป้องกันผลแทรกซ้อนเนื่องจากการสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว

ตารางแสดงภาวะแทรกซ้อนของการสูญเสียความสามารถในการเดินที่พบบ่อยในเวชกรรม

1. แผลกดทับ	**5. โรคติดเชื้อ**
2. ภาวะแทรกซ้อนในระบบไหลเวียนเลือด	- Urinary tract infection
- Orthostatic hypotension	- Aspiration pneumonia
- Deep vein thrombosis	- Infected pressure ulcer
- Pulmonary embolism	**6. ภาวะแทรกซ้อนต่อสุขภาพจิต**
3. ภาวะแทรกซ้อนในระบบกระดูกข้อต่อและกล้ามเนื้อ	- Sensory deprivation
- Muscle disuse / atrophy	- Delirium
- Joint : stiffness and contracture	- Depression
- Osteoporosis	**7. ภาวะแทรกซ้อนในด้านเมทาโบลิสซั่ม**
4. ภาวะแทรกซ้อนในระบบทางเดินอาหาร	- Anorexia & malnutrition
- Constipation and fecal impaction	- Impaired glucose tolerance
- Spurious diarrhea	- Negative nitrogen balance
- Incontinence	- Sick euthyroid syndrome

N Nutrition การดูแลภาวะโภชนาการ สิ่งที่แพทย์ต้องประเมินคือ ภาวะขาดสารอาหาร เนื่องจากผู้ป่วยโรคนี้จะมีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นเนื่องจากอาการหอบเหนื่อย การรับประทานอาหารแม้เท่ากับผู้สูงอายุทั่วไปก็ถือว่าเป็นความเสี่ยงสูงที่จะเกิดภาวะขาดสารอาหารแล้ว ดังนั้นจึงควรติดตามจำนวนอาหารที่รับประทานได้จริงที่บ้าน การติดตามน้ำหนักตัว และพึงระวังว่ายาบางชนิดอาจทำให้ผู้ป่วยสูงอายุเบื่ออาหารได้เช่น ยากลุ่ม theophyllines

H Home environment การดูแลสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน สิ่งที่แพทย์ต้องประเมินคือ การมีมลภาวะภายในบ้านที่อาจกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบขึ้นมาได้ เช่น ควันบุหรี่ ทั้งจากผู้ป่วยเองที่ไม่หยุดบุหรี่หรือจากคนอื่นๆภายในบ้าน การมีสัตว์เลี้ยงในที่อยู่อาศัย

O Other people ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้ป่วยสิ่งที่แพทย์ต้องประเมินคือ คนที่อยู่ใกล้ชิดที่สามารถให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบขึ้น

M Medication การบริหารยา สิ่งที่แพทย์ต้องประเมินคือ

1. การได้รับวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ทุกปี
2. การบริหารยาตามที่แพทย์สั่ง
3. การใช้ยาขยายหลอดลมชนิดสูดพ่น
4. การใช้ออกซิเจนระยะยาว

E Examination การตรวจร่างกายขณะเยี่ยมบ้านสิ่งที่แพทย์ต้องประเมินคือ การตรวจร่างกายทั่วไปและที่จำเพาะต่อโรคนี้

S Safety ความปลอดภัยภายในบ้านสิ่งที่แพทย์ต้องประเมินคือ สิ่งแวดล้อมที่อาจทำให้หกล้มได้ หรืออันตรายเนื่องจากการใช้ออกซิเจนที่บ้าน อาจเป็นตัวส่งเสริมให้เกิดเพลิงไหม้ได้

S Spiritual health สุขภาวะทางจิตวิญญาณสิ่งที่แพทย์ต้องประเมินคือ ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม และความเชื่อต่างๆ ที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพเช่น การเจ็บป่วยที่เรื้อรังที่อาจคิดว่าเป็นเพราะกรรมเก่า ไม่สามารถทำอะไรให้ดีขึ้นได้

S Services แหล่งให้บริการสุขภาพใกล้บ้านสิ่งที่แพทย์ต้องประเมินคือ สถานบริการสุขภาพอื่นๆ ที่อยู่ใกล้บ้านเช่น คลินิกเอกชน

บทบาทของทันตบุคลากรในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน

อัญชลี เนาวรัตน์โสภณ
ชวานนท์ น้อยโพน

ความสำคัญ

ช่องปากที่ไม่ได้รับการทำความสะอาดจะเป็นแหล่งสะสมของแบคทีเรีย นอกจากทำให้เกิดโรคฟันผุ โรคปริทันต์ รอยโรค ก่อมะเร็ง มีกลิ่นเหม็น แล้วยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อในช่องปาก ซึ่งอาจมีการสำลักกลืน อาจทำให้เกิดปอดอักเสบได้

ขั้นตอนทั่วไปและการเตรียมการ

1. แจ้งผู้สูงอายุก่อนทุกครั้งว่าจะทำความสะอาดในช่องปาก และ หากรู้สึกเจ็บหรือผิดปกติจะสำลัก ทนไม่ไหวให้ยกมือบอก

2. ล้างมือแล้วสวม disposable glove ก่อนทุกครั้ง

3. ให้ผู้สูงอายุอยู่ในท่านั่ง เอาหมอนพิงหลังและศีรษะ

4. ใช้ผ้าขนหนู , ผ้ากั้นเปื้อน , พลาสติก คลุมผู้สูงอายุ ตั้งแต่ได้คอลงมาเพื่อกันเปื้อน

5. ถ้ามี mobile suction ให้เตรียมไปด้วย

6. ใช้อุปกรณ์ทำความสะอาดให้เหมาะสมกับบริเวณที่จะทำ และสภาวะในช่องปาก

7. ระวังการใช้อุปกรณ์ในบริเวณที่กระตุ้น gag reflex (โคนลิ้น , เพดาน) หากเริ่มจะขย้อนหยุดการทำความสะอาดและให้ผู้สูงอายุพักสูดหายใจยาวๆ

8. หากพบแผลหรือสิ่งผิดปกติในช่องปาก ควรพาไปพบทันตแพทย์

9. ใช้ยาสีฟันที่มีฟองน้อย

10. อาจใช้น้ำยาบ้วนปากที่ไม่มีแอลกอฮอล์ แทนยาสีฟันในกรณีที่ผู้สูงอายุสำลักง่ายหรือใช้กลั้วปากหลังแปรงฟัน

11. เมื่อทำความสะอาดช่องปากเสร็จแล้วต้องทำความสะอาดอุปกรณ์ทุกชิ้นให้สะอาดด้วย

การทำความสะอาดในช่องปาก

ผู้สูงอายุที่รู้ตัว สื่อสารกันได้ และยังมีฟันธรรมชาติเหลืออยู่

1. สอนให้แปรงฟันเองโดยใช้ยาสีฟันน้อยๆ แปรงหลังตื่นนอนตอนเช้าและก่อนเข้านอน

2. ถ้าทำเองไม่ได้ สอนผู้ดูแลให้ทำ

3. ใช้ Vaseline ทาริมฝีปาก หากผู้สูงอายุปากแห้งแตก

4. เตรียมอุปกรณ์ที่ใช้คือแปรงสีฟัน ไหมขัดฟันและ holder, แปรงซอกฟัน (interdental brush) และแปรงสีฟันกระจุกเดี่ยว (single tuft brush)

5. นั่งหันหน้าเข้าหาผู้สูงอายุ ถอดฟันเทียมออก เอาเศษอาหารออกให้หมด ตรวจดูว่ามีแผลหรือสิ่งผิดปกติใดๆ หรือไม่ ใช้มือจับคาง ค่อยๆแปรงฟันด้วยแปรงสีฟัน , single tuft brush แปรงฟันด้านที่ติดกับสันเหงือกว่าง (edentulous) ตามด้วยแปรงซอกฟัน (interdental brush) และไหมขัดฟัน

ผู้สูงอายุที่รู้ตัว สื่อสารกันได้ แต่ไม่มีฟันธรรมชาติเหลือ

1. เช็ดภายในปาก อย่างน้อยวันละ 1 ครั้งก่อนนอน

2. เช็ดภายในปากด้วยผ้าสะอาด/ ก๊อซชุบน้ำหมาดๆ เช็ดบริเวณกระพุ้งแก้มก่อน ตามด้วยสันเหงือก บน – ล่าง , เพดาน , ลิ้น , ใต้ลิ้น , ริมฝีปาก เช็ดซ้ำแต่ละบริเวณอีกครั้งด้วยผ้าสะอาด

ผู้สูงอายุที่ไม่รู้ตัว ไม่สามารถช่วยตัวเองได้ และผู้สูงอายุที่มีปัญหาการกลืน

1. ถ้ายังมีฟันธรรมชาติ ให้ใช้แปรงสีฟันธรรมดาโดยไม่ใช้ยาสีฟัน และอุปกรณ์อื่นๆ หากทำได้

2. เมื่อทำความสะอาด แต่ละบริเวณ ให้ใช้ผ้าสะอาด/ ก๊อซชุบน้ำหมาดๆ เช็ดซ้ำ หรือใช้ suction

3. กรณีที่ไม่มีฟันเหลือในปาก ใช้ผ้าสะอาด/ ก๊อซ ชุบน้ำทำความสะอาด

การทำความสะอาดฟันเทียม

1. การถอดฟันเทียม ให้แหวกกระพุ้งแก้มแล้วค่อยๆ ถอดบริเวณตะขอก่อน เมื่อฟันเทียมพ้นซี่ฟันแล้วค่อยๆหมุนเอาด้านที่แคบกว่าออก ค่อยๆ นำออกจากปากด้วยความระมัดระวังตะขอหรือขอบฟันเทียมเกี่ยวเนื้อเยื่อเป็นแผล

2. ถอดฟันเทียมออกจากปากแล้วต้องทำความสะอาดฟันเทียมทุกครั้ง ควรถอดฟันเทียมก่อนทุกครั้งเพื่อลดการกดเหงือก ป้องกันการเกิดฟันเทียมหลวม แนะนำให้แช่ฟันเทียมในน้ำเปล่าอุณหภูมิปกติ ห้ามแช่ในน้ำยาบ้วนปาก

3. ใช้แปรงสีฟันแปรงทุกส่วนของฟันเทียม อาจใช้แปรงชุบน้ำยาล้างจานขณะแปรงฟันเทียมให้มีภาชนะใส่น้ำรองรับ ป้องกันฟันเทียมลื่นหล่นกระแทกพื้นหรืออ่างจะทำให้บิ่น แตกหักได้ แปรงเสร็จแล้วให้ล้างน้ำให้สะอาด แล้วแช่ฟันเทียมในถ้วยใส่น้ำเปล่าเสมอ ไม่ควรใช้ยาสีฟัน เนื่องจากทำให้เนื้อฟันเทียมบางและขรุขระ ทำให้เกิดการสะสมของแบคทีเรียและกลิ่นปาก

การทำความสะอาดบริเวณมุมปาก

ถ้าผู้สูงอายุมีรอยพับย่นบริเวณมุมปาก จะกักคราบน้ำลายไว้อาจทำให้ผิวหนังอักเสบหรือเกิดการติดเชื้อเป็นแผลบริเวณมุมปากได้ง่าย ให้ใช้สำลีหรือผ้าสะอาดชุบน้ำเช็ดเบาๆให้สะอาด ให้ผู้สูงอายุจิบน้ำเปล่าบ่อยๆในระหว่างวัน เพื่อเป็นการทำความสะอาดในช่องปากและเพิ่มความชุ่มชื้นแก่เยื่อบุช่องปาก

เอกสารอ้างอิง

1. Oral Health care Zone for Grown-ups :Oral care tips, Oral care frail elderly people. [internet] Hong Kong : Department of Health aims to promote oral health to the general public of Hong Kong. ; 2013 [cited 2013Dec 15] Available from: http://www.toothclub.gov.hk/en/en_adu_01_02_01_07.html

บทบาทของเภสัชกรในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน

พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ

บทนำ

ปัญหาการใช้ยาในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่สำคัญ เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีโรคเรื้อรังทำให้ต้องใช้ยาหลายชนิด ซึ่งสองในสามของผู้สูงอายุมีการใช้ยาเกินสี่ชนิด [(1)] และเมื่อประเมินการได้รับยาไม่เหมาะสมพบความชุกสูงถึง ร้อยละ11–62 [(2)] ซึ่งอาจก่อให้เกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (adverse drug event: ADE) และอาจก่อให้เกิดการใช้ยาเพื่อรักษาโรคหรืออาการที่เกิดจากยาตามมาเป็นวงจรต่อกันไป (prescribing cascades) [(3)]

ผู้ปฏิบัติงานและหน้าที่

เภสัชกร ผู้ช่วยเภสัชกร ที่มีความรู้ความชำนาญเรื่องยา มีหน้าที่เกี่ยวกับให้คำปรึกษาเกี่ยวกับยาทุกมิติรวมทั้งค้นหาและแนวทางแก้ไขปัญหาจากการใช้ยา การป้องกันการเกิดเหตุการณ์หรือผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา แนวทางการเก็บรักษายาอย่างเหมาะสม และให้ความรู้เกี่ยวกับยาในชุมชน

งานบริการในชุมชน

1. ให้การประเมินการใช้ยา วิตามิน สมุนไพรในผู้สูงอายุในชุมชน
2. ค้นหาปัญหาจากการใช้และแนะนำแนวทางแก้ไขปัญหา
3. แนะนำแนวการป้องกันการเกิดเหตุการณ์หรือผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา
4. ให้ปรึกษาปัญหาส่วนบุคคลแก่ผู้ป่วย และครอบครัว
5. ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้องในชุมชนโดยเฉพาะผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงต่างๆ

ตารางที่ 1 การประเมินข้อบ่งชี้ วินัยในการใช้ยาเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา (ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 4)

ชื่อยา	ขนาด	วิธีใช้	วินัยในการใช้ยา (adherence)	ข้อบ่งชี้ (indication)	เหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากยา (adverse drug event)

หมายเหตุ

- เหตุการณ์หรือผลไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาคือ การเกิดอันตรายหรือปฏิกิริยาที่ไม่พึงประสงค์อันมีผลมาจากการได้รับยาใด ๆ ซึ่งคาดการณ์ได้ว่าจะเกิดอีกในอนาคตหากได้รับยาแบบเดิมอีก เช่นเป็นผลข้างเคียงจากการใช้ยาชนิดนั้น และทำให้มีความจำเป็นในการหามาตรการป้องกัน เช่น การปรับลดยา หรือหยุดยานั้น ๆ โดยอาจเกิดสัมพันธ์กับขนาดยา เวลาที่ใช้ การหยุดยา การที่ยาไม่ได้ผลตามที่คาดหมาย เช่น ยาที่เพิ่มขึ้นมาใหม่ไปมีปฏิกิริยากับยาใช้อยู่ทำให้ระดับยาเปลี่ยนแปลงไป[5]

- วินัยในการใช้ยา คือ วิธีปฏิบัติที่ผู้ป่วยใช้ยาจริง หรือความสม่ำเสมอในการใช้ยาที่ผู้ป่วยใช้จริง คือ วิธี ขนาด จำนวน ซึ่งอาจเหมือนหรือแตกต่างที่แพทย์สั่งก็ได้

- ถ้ามียาหม้อ ยาชุด ยาสมุนไพร หรือไม่ทราบชนิด ควรตรวจสอบความปลอดภัย และส่วนผสมของสเตอร์รอยด์ ถ้าพบว่าไม่ปลอดภัยหรือมีส่วนผสมสเตอร์รอยด์แนะนำให้หยุดใช้

ตารางที่ 2 ยาที่อาจมีปฏิกิริยาต่อโรคหรืออาการต่างๆและยาที่ควรหลีกเลี่ยง (ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 6)

โรค/อาการ	ยา	ข้อพิจารณา
หัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular)		
ความดันโลหิตสูง[7]	ยาขับปัสสาวะ (Diuretics) เช่น Hydrocholorothiazide (HCTZ)	- ข้อห้าม: HCTZ ในผู้แพ้สาร sulfa - ผลข้างเคียง: อาจมีปัสสาวะบ่อย,อาจเกิดความดันโลหิตต่ำเมื่อมีการเปลี่ยนท่าทาง (orthostatic hypotension) - คำแนะนำ: ควรประเมินเกลือแร่ในร่างกายอย่างสม่ำเสมอ
	- Angiotensin-converting Enzyme Inhibitors (ACEIs) เช่น Enalapril - Angiotensin Receptor Blockers (ARBs) เช่น Losartan	- ข้อห้าม: หลอดเลือดแดงที่ไตตีบ 2 ข้าง หรือตีบข้างเดียวในกรณีที่มีไตเดียว,ระดับโปแตสเซียมในเลือด > 5.5 mmol/dL,อัตราการกรองของไตลดลงมากกว่าร้อยละ 30 ใน 4 เดือน - ผลข้างเคียง: กลุ่มACEIs อาจทำให้มีอาการไอ, เฝ้าระวังการบวม - คำแนะนำ: ควรติดตามประเมินการทำงานของไต

โรค/อาการ	ยา	ข้อพิจารณา
		และเกลือแร่ในร่างกายเมื่อเริ่มใช้ หรือปรับขนาดยาพิจารณาเปลี่ยนกลุ่ม ACEIs เป็นกลุ่ม ARBs ถ้ามีอาการไอ
	Calcium-channel blockersเช่น amlodipine	- ข้อควรระวัง: ภาวะหัวใจล้มเหลว - ผลข้างเคียง: อาจทำให้ปวดศีรษะและบวมน้ำที่ขาและเท้า (Peripheral edema)
	Beta blockers เช่น Atenolol	- ข้อห้าม: โรคหืด,โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง, โรคหลอดเลือดแดงส่วนปลาย, AV block(grade2,3) - ผลข้างเคียง: อาจทำให้การเต้นของหัวใจช้าลง
	Alpha1 blockers เช่น Doxazosin, Prazosin	- ผลข้างเคียง: ความดันโลหิตต่ำเมื่อมีการเปลี่ยนท่าทาง , อาการปัสสาวะราด
	Alpha agonists เช่น Clonidine, Methyldopa	- ผลข้างเคียง: ความดันโลหิตต่ำเมื่อมีการเปลี่ยนท่าทางหัวใจเต้นช้าลง , ภาวะซึมเศร้า
	Nifedipine, immediate release (อมใต้ลิ้น)	- ควรหลีกเลี่ยงในการใช้: อาจเกิดความดันโลหิตต่ำเพิ่มความเสี่ยงในการกระตุ้นให้เกิดภาวะหัวใจขาดเลือดหรือโรคหลอดเลือดสมอง
ภาวะหัวใจล้มเหลว (8)	Diuretics, ACEIs, ARBs, Beta blockers	- คำแนะนำเหมือนโรคความดันโลหิตสูง
	Digoxin	- คำแนะนำ: ควรมีการติดตามระดับยาอย่างสม่ำเสมอ โดยเจาะตรวจระดับยาในเลือดหลังรับประทานยา 6-8 ชั่วโมงและปรับระดับยาในเลือดให้อยู่ในระดับ 0.5-0.9 นก./ดล. - ภาวะเป็นพิษ: ควรเฝ้าระวัง คลื่นไส้ อาเจียน หัวใจเต้นผิดจังหวะ การมองเห็นผิดปกติ อาการเบื่ออาหาร
	- ควรหลีกเลี่ยงการใช้ยาต่อไปนี้หรือใช้อย่างระมัดระวัง: ยาต้านการอักเสบ	

โรค/อาการ	ยา	ข้อพิจารณา
	(NSAIDs and COX-2 inhibitors),Class I antiarrhythmic drug, Calcium channel blocker, Tricyclic antidepressant, Corticosteroid, Lithium, Thiazolidinedione เนื่องจากอาจทำให้มีการบวมน้ำมากขึ้นทำให้อาการแย่ลง	
ประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System)		
ภาวะสับสนเฉียบพลัน(Delirium)	- ควรหลีกเลี่ยงการใช้: TCAs, Anticholinergics, Benzodiazepines, Corticosteroids ,H2-receptor antagonist เนื่องจากอาจเพิ่มความเสี่ยงเนื่องจากทำให้เกิดอาการสับสนหรือทำให้อาการสับสนที่มีอยู่แล้วแย่ลง - คำแนะนำ:ในกรณีผู้ป่วยใช้ยาดังกล่าวมานาน ควรค่อยๆลดลงช้าๆ	
ภาวะสมองเสื่อม[9]	Cholinesterase inhibitors (ChEIs) เช่น donepezil	- ข้อควรระวัง: ในการใช้ยาร่วมกับกลุ่มอื่น ซึ่งอาจทำให้ขัดขวางการออกฤทธิ์ของยาหรือเกิดผลข้างเคียงเช่น กลุ่ม Anticholinergics ,Cholinergic drug,Anti arrhythmic drug - ผลข้างเคียง: อาจทำให้เกิดคลื่นไส้ เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลด
	- รักษาปัญหาพฤติกรรมโดยยาต้านโรคจิต (Antipsychotics) เช่น Haloperidol	- ควรหลีกเลี่ยงการใช้: ควรใช้เมื่อการรักษาโดยวิธีที่ไม่ใช้ยาไม่ได้ผลและปัญหาพฤติกรรมอาจเกิดอันตรายต่อคนไข้หรือผู้อื่น เนื่องจากยามีรายงานเพิ่มความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมองและการเสียชีวิตในผู้ป่วยสมองเสื่อม - ผลข้างเคียง: extrapyramidal side effect, อาจทำให้ง่วงซึม,เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม
ภาวะนอนไม่หลับ	เบนโซไดอะซิพีน (Benzodiazepines) - ออกฤทธิ์สั้นและปานกลาง (Short and intermediate-acting) เช่น Alprazolam,	- ควรหลีกเลี่ยง: เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม กระดูกหัก ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน ดังนั้นไม่ควรให้ยาเพื่อรักษาอาการนอนไม่หลับ ควรแนะนำวิธีไม่ใช้ยาก่อน เช่น สุขอนามัยการนอนที่ดี (Sleep Hygiene)

โรค/อาการ	ยา	ข้อพิจารณา
	Lorazepam - ออกฤทธิ์ยาว (Long-acting) เช่นClorazepate, Diazepam	
	- ควรหลีกเลี่ยง: ยาลดการคัดจมูก (Oral decongestants) เช่น Pseudoephedrine เนื่องจากอาจมีการกระตุ้นสมองทำให้นอนไม่หลับได้	
ประสาทส่วนกลาง (Central Nervous System)		
โรคพาร์กินสัน[10]	กลุ่มลีโวโดปา (Levodopa) เช่น Levodopa/carbidopa, Levodopa/benserazide	- ผลข้างเคียง: คลื่นไส้อาเจียนอาการมึนศีรษะและความดันโลหิตต่ำและอาจเกิดอาการสับสนเห็นภาพหลอนและปัญหาในเรื่องการนอน - คำแนะนำ: ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานยาร่วมกับอาหารที่มีโปรตีนสูง อาทิ นม น้ำเต้าหู้ เนื่องจากลดการดูดซึม ควรรับประทานยาก่อนอาหารเป็นเวลาอย่างน้อย 30 นาที
	Anticholinergics เช่น Benztropine, Trihexyphenidyl	- ควรหลีกเลี่ยง: ยากลุ่มนี้มีประโยชน์ในผู้ป่วยอายุน้อยที่มีอาการสั่นเป็นอาการสำคัญ ดังนั้นในผู้สูงอายุไม่แนะนำให้ใช้ในการรักษา เนื่องจากมีผลข้างเคียงมากและมียาชนิดอื่นที่มีประสิทธิภาพในการรักษาโรคได้ดีกว่า
	- ควรหลีกเลี่ยง: Antipsychotic, ยาแก้อาเจียน (Antiemetics) เนื่องจากทำให้อาการพาร์กินสันแย่ลง	
ทางเดินอาหาร (Gastrointestinal)		
ท้องผูกเรื้อรัง	- ควรหลีกเลี่ยง: ยาต้านฮิสตามีนกลุ่มแรก(First-generation antihistamines) เช่น Chlorpheniramine,ยาต้านเศร้ากลุ่ม Tricyclic antidepressants เช่น Amitriptyline ,Antipsychotics,ยาแก้ปวดเกร็งท้อง (Antispasmodics) เช่น Hyoscyamine เนื่องจากทำให้อาการท้องผูกเป็นมากขึ้น	

โรค/อาการ	ยา	ข้อพิจารณา
มีประวัติแผลในกระเพาะอาหารหรือลำไส้	- ควรหลีกเลี่ยง: Aspirin ขนาดมากกว่า 325 มก./วัน,ยาต้านอักเสบ (NSAIDs) กลุ่ม Non–COX-2 selective เนื่องจากเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดเลือดออกในทางเดินอาหาร จึงไม่ควรใช้อย่างต่อเนื่องยกเว้นไม่มีการรักษาอื่นใดๆ ที่ได้ผล ถ้าจำเป็นต้องใช้ควรให้ผู้ป่วยรับประทานยาหลังอาหารทันทีและควรได้รับ gastro protective agent เช่น ยาลดกรดควบคู่ไปด้วย	
ทางเดินปัสสาวะ (Kidney/Urinary Tract)		
ไตวายเรื้อรัง[11]	- ควรหลีกเลี่ยง NSAIDs เนื่องจากอาจเพิ่มความเสี่ยงทำให้การทำงานของไตเสื่อมขึ้น หรือเสื่อมฉับพลัน - คำแนะนำ: ควรคำนวณความสามารถในการกรองของเสียของไต (glomerular filtration rate / GFR) อย่างสม่ำเสมอ ควรมีการพิจารณายาแต่ละชนิด ถ้ามีการขับที่ไตควรปรับขนาดลงให้เหมาะสม - ยาที่ควรพิจารณาปรับขนาด ดังตัวอย่างกลุ่มยาต่อไปนี้ บรรเทาปวด : Codeine, Morphine, Tramadol ระบบประสาท : Baclofen, Gabapentin, Galantamine, Memantine ทางเดินปัสสาวะ : Tolterodine จิตใจ : Benzodiazepines, Duloxetine, Lithium, Venlafaxine หัวใจและหลอดเลือด : ACEIs, ARBs, Atenolol, Digoxin, Fenofibrate ต่อมไร้ท่อ : Glibenclamide, Glimepiride, Metformin ทางเดินอาหาร : H2-antagonists กระดูกและกล้ามเนื้อ : Allopurinol, Bisphosphonates, Colchicine	
ทางเดินปัสสาวะ (Kidney/Urinary Tract)		
กลั้นปัสสาวะไม่ได้ (Stress or mixed urinary incontinence)	- ควรหลีกเลี่ยง: Alpha-blockers เนื่องจากทำให้การกลั้นปัสสาวะไม่ได้เป็นมากขึ้น	

โรค/อาการ	ยา	ข้อพิจารณา
ต่อมไร้ท่อ (Endocrine)		
เบาหวาน[12]	Sulfonylurea เช่น Glipizide	- ข้อห้าม: ในผู้แพ้สาร sulfa รุนแรง,ระดับ serum creatinine >1.5 mg/dL หรือ estimated GFR < 30ml/min/1.73m^2,หลีกเลี่ยงการใช้ Glibenclamide (ยกเว้น Glipizide อาจใช้ได้ด้วยความระมัดระวัง) - ผลข้างเคียง: เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ, อาจทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น
	Biguanide เช่น Metformin	- ข้อห้าม: ระดับ serum creatinine >1.5 mg/dL หรือestimated GFR < 30ml/min/1.73m^2 - คำแนะนำ: ควรเริ่มด้วยขนาดต่ำเพื่อลดโอกาสเกิดผลข้างเคียงทางระบบอาหาร
	Thiazolidinedione เช่น Pioglitazone	- ข้อห้าม: ผู้ที่มีประวัติหรือมีภาวะหัวใจล้มเหลว - ผลข้างเคียง: อาจทำให้เกิดอาการบวมน้ำและน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้ 2-4 กิโลกรัม,อาจเพิ่มความเสี่ยงการเกิดโรคกระดูกพรุนและกระดูกหัก, อาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ
	Alpha-glucosidase inhibitor เช่นAcarbose	- ผลข้างเคียง: อาจทำให้เกิดเกิดผลข้างเคียงทางระบบอาหาร เช่น ท้องอืด คลื่นไส้ ถ่ายเหลว
	ยาฉีดอินซูลิน (insulin) เช่น regular human insulin (RI)	- ผลข้างเคียง: การเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ, อาจทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น
ไขมันในเลือดผิดปกติ[13]	Statins เช่น Simvastatin	- ข้อห้าม: ระดับ transaminase มีค่ามากกว่า 3 เท่าของค่าปกติสูงสุด (upper limit of normal)
	Fibrates เช่น Fenofibrate	- ข้อห้าม: creatinine มีค่ามากกว่า 4.0มก/ดล

โรค/อาการ	ยา	ข้อพิจารณา
	- ผลข้างเคียง: ตับอักเสบ หรือปวดเมื่อยกล้ามเนื้อจนเดินไม่ไหว - คำแนะนำ: การติดตามการรักษาเมื่อเริ่มรักษาควรตรวจระดับ transaminase หลังจากที่ได้รับยาไปแล้ว 6-12สัปดาห์เพื่อดูอาการไม่พึงประสงค์จากยาถ้าอยู่ในเกณฑ์ปกติควรติดตามเป็นระยะๆปีละ 1-2 ครั้ง - กรณีที่ใช้ยาขนาดสูงหรือใช้ยา 2 ชนิดขึ้นไปร่วมกันควรติดตามทุก 3 - 6 เดือน หรือตามความเหมาะสม - หากปวดเมื่อยกล้ามเนื้อควรตรวจระดับ CPK - หยุดยา: ระดับ transaminase เพิ่มขึ้นเกิน 3 เท่าของค่าปกติ, ระดับ CPK มีค่ามากกว่า 10 เท่า - ไม่ควรใช้ยาในกลุ่ม statins และ fibrates ถ้าระดับ creatinine มีค่ามากกว่า 2.0	
กล้ามเนื้อและกระดูก (musculoskeletal)		
อาการปวด [14]	Acetaminophen เช่น Paracetamol	- ข้อควรระวัง: ผู้ป่วยที่มีโรคตับและไตบกพร่อง - คำแนะนำ: ไม่ควรใช้ยาขนาดสูงติดต่อกันเป็นเวลานาน
	Non-selective NSAIDs เช่น Diclofenac	- ข้อห้าม: แพ้ยาแอสไพรินและยาในกลุ่มนี้ - ข้อควรระวัง: ผู้ป่วยที่เป็นโรคตับมีภาวะการทำงานของไตบกพร่องความดันโลหิตสูงไขมันในเลือดสูง เบาหวาน หัวใจวาย peripheral arterial disease โรคกล้ามเนื้อหัวใจตายจากการขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง มีประวัติมีแผลเลือดออกในระบบทางเดินอาหารผู้ที่มีอาการหอบหืด (asthma) ลมพิษ (urticaria) หรือมีอาการแพ้หลังจากได้รับยากลุ่มนี้ - ผลข้างเคียง: แผลและเลือดออกในกระเพาะอาหารและลำไส้ส่วนต้น

โรค/อาการ	ยา	ข้อพิจารณา
	COX–2 inhibitors เช่น Celecoxib	ข้อห้าม: ผู้ที่มีอาการหอบหืดลมพิษ แพ้หลังจากได้รับยากลุ่มแอสไพริน NSAIDs,เคยมีประวัติแพ้ยา Sulfonamide (เฉพาะใน Celecoxib), ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลอดเลือดหัวใจตีบ - ข้อควรระวัง: ผู้ป่วยที่เป็นโรคตับมีภาวะการทำงานของไตบกพร่องมีน้ำคั่ง (fluid retension) ความดันโลหิตสูงหรือหัวใจวาย - ผลข้างเคียง: ปวดท้อง ท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน บวม
	Tramadol	- ข้อห้าม: ตับอักเสบ,Acute intoxication with alcohol, hypnotics, analgesics or psychotropic drugs,แพ้ยา tramadol หรือ opioids,Opioid-dependent patients - ข้อควรระวัง: ในรายที่เคยมีประวัติชักและมีโอกาสชัก, ไม่ใช้ยาร่วมกับยากลุ่ม MAOIs, ลดขนาดยาเมื่อใช้ร่วมกับยากดประสาทส่วนกลาง (CNS depressants),มีความเสี่ยงในการชักเพิ่มขึ้นเมื่อใช้ร่วมกับยากลุ่ม serotonin reuptake inhibitors,tricyclic antidepressants, other cyclic compounds,neuroleptics, MAOIs และยาที่มีผลลดseizure threshold,ลดขนาดยาในผู้ป่วยโรคตับไตโรคต่อมไร้ท่อ เช่น hypothyrodism - ผลข้างเคียง: ง่วงซึม เวียนศีรษะ ท้องผูก เบื่ออาหาร ความดันโลหิตต่ำ ปัสสาวะไม่ออก (micturation disorder)

โรค/อาการ	ยา	ข้อพิจารณา
กล้ามเนื้อและกระดูก (musculoskeletal)		
	Skeletal muscle relaxants เช่น Orphenadrine	- ควรหลีกเลี่ยง: เนื่องจากอาจมีภาวะ anticholinergic เช่น ง่วงซึม และเพิ่มความเสี่ยงต่อกระดูกหัก
	คำแนะนำ: ควรแนะนำวิธีอื่นๆที่เหมาะสมที่บรรเทาการปวดได้ เช่น นวด ประคบ ลดความเสี่ยง เช่น ลดน้ำหนักในผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมและปรับพฤติกรรมก่อนการใช้ยา ไม่ควรใช้อย่างต่อเนื่อง ควรใช้ขนาดต่ำที่สุดที่สามารถควบคุมอาการปวดได้ให้ในระยะเวลาที่สั้นที่สุดและถ้าจำเป็นต้องใช้ยากลุ่ม Non-selective NSAIDs ควรได้รับ gastroprotective agent เช่น proton-pump inhibitor ควบคู่ไปด้วยและติดตามผลข้าเคียงอย่างใกล้ชิด	
มีประวัติหกล้มหรือกระดูกหัก	- ควรหลีกเลี่ยงการใช้: Antipsychotics,Benzodiazepines เนื่องจากอาจเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม ทำให้เกิดการเซ หน้ามืดเป็นลม	
กระดูกพรุน[15]	Bisphosphonates เช่น Alendronate	- ผลข้างเคียง: คลื่นไส้ อาเจียน แสบท้อง, มีรายงานพบว่าอาจเกิดกระดูกขากรรไกรตาย(osteonecrosis of the jaws) ซึ่งมักพบในคนไข้มะเร็งกระจายตัวมายังกระดูก และกระดูกหักชนิดที่ผิดปกติ (atypical fracture) มักพบในผู้ที่ใช้ยานานเกิน 5 ปี ปฏิกิริยาหลังได้รับยา (post-dose reaction) มักพบในแบบฉีดหรือรับประทานเดือนละครั้ง มีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ เช่น ไข้ ปวดเมื่อย มักเป็นช่วงที่ได้รับยาครั้งแรกๆและอาการมักหายเองไม่เกิน 2-3 วัน - คำแนะนำ: การรับประทานยา 1. รับประทานตอนเช้าหลังตื่นนอนทันที หลังจากนั้น 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมงห้ามรับประทานอาหารใดๆ 2. ต้องรับประทานกับน้ำต้มสุกเท่านั้น (ห้ามเป็นน้ำอื่น เช่น น้ำหวาน) และห้ามบดยาหรือเคี้ยวยา 3. ห้ามนอนราบ 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมงหลังรับประทานยา

โรค/อาการ	ยา	ข้อพิจารณา
ยาที่ควรหลีกเลี่ยง		
ยาต้านฮิสตามีน กลุ่มแรก (First-generation antihistamines)	Chlorpheniramine, Cyproheptadine, Diphenhydramine, Hydroxyzine	- เนื่องจากการใช้เพิ่มความเสี่ยงในการเกิด การสับสน , ปากแห้ง, ท้องผูก
ยาต้านเศร้ากลุ่ม Tricyclic antidepressants	Amitriptyline, Imipramine	- เนื่องจากอาจทำให้ง่วงซึม และ orthostatic hypotension

หมายเหตุ

- ข้อห้าม หมายถึง ห้ามให้ยา
- ข้อควรระวังหมายถึง ไม่ควรให้ยาแต่ถ้ามีความจำเป็นพิจารณาให้ด้วยความระมัดระวัง
- ควรหลีกเลี่ยง หมายถึง การใช้ยาอาจเกิดโทษมากกว่าประโยชน์ควรพิจารณาหลีกเลี่ยงการใช้
- กลุ่มยา Anticholinergic เช่น antihistamines, sedative, antispasmodics, tricyclic antidepressants ,benztropine, trihexy/phenidyl
- กลุ่มยา Cholinergic drug เช่น Urecholine
- กลุ่มยา Anti arrhythmic drug เช่น beta-blockers, verpamil, diltiazem

ตารางที่ 3 ยาที่อาจมีปฏิกิริยาต่อกันที่พบบ่อย (ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 16)

Enzyme CYP	Substrates	Potent inhibitors	Potent inducers
1A2	Theophylline Clozapine	Amiodarone Cimethidine Ciprofloxacin	Rifampicin Cabamazepine Phenobarbital
2C9	Warfarin Amitriptyline Ibuprofen Celecoxib	Amiodarone Fluconazole Fluoxetine Metronidazole	Rifampicin Cabamazepine Phenobarbital Phenytoin

Enzyme CYP	Substrates	Potent inhibitors	Potent inducers
	Glibenclamide Glipizide Losartan	Trimethoprim/sulfamethoxazole	
2C19	Clopidogrel Phenobarbital Phenytoin Propanolol	Omeprazole Cimetidine Isoniazid	Rifampicin Carbamazepine Phenytoin
2D6	Amitriptyline Metoprolol Codeine Donepezil Haloperidol Risperidone Tramadol	Amiodarone Cimetidine Diphenhydramine Fluoxetine	No significant inducer
3A4/3A5	Simvastatin Atorvastatin Amiodarone Dizepam	CCBs: Amlodipine, Verapamil, Diltiazem Antifungals: Ketoconazole, Fluconazole, Itraconazole Antibiotics: Erythromycin, Clarithromycin	Anti TB: Rifampicin Anticonvulsants: Carbamazepine, Phenytoin

หมายเหตุ

- ในกรณีใช้ยาหลายชนิดหรือมีการเพิ่มยาชนิดใหม่ ควรมีการตรวจการวิธีการขับยาเสมอ
- Potent inhibitors อาจไปขัดขวางการขับยา substrate ทำให้ยาอยู่ในร่างกายนานขึ้น
- Potent inducers อาจไปเพิ่มการทำลายยา substrate ทำให้ยาอยู่ในร่างกายลดลง

ตารางที่ 4 ประเภทของยาและอาหารที่ควรหลีกเลี่ยง

ประเภทยา	อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง
1. ยารักษาอาการภูมิแพ้ ยาแก้แพ้	เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์
2. ยารักษาโรคไขข้อ ยาแก้ปวด ยาแก้ไข้ 2.1 ยาลดไข้ บรรเทาปวดเช่น พาราเซตามอล 2.2 NSAIDs 2.3 ยาแก้ปวดชนิดเสพย์ติด เช่น ยาแก้ไอ	เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์
3. ยารักษาโรคหอบหืด 4. ยารักษาโรคถุงลมโป่งพอง	- อาหารที่มีคาเฟอีนเป็นส่วนประกอบ เช่น ชา กาแฟ เครื่องดื่มประเภทโกโก้ น้ำอัดลม - เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์
5. ยารักษาโรคหัวใจ ยารักษาโรคความดันโลหิตสูง ยาลดไขมันในเลือด ยาขับปัสสาวะ	- เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ - อาหารที่มีโปแตสเซียมสูง เช่น กล้วย ส้ม ผักใบเขียวเข้มเกลือและเครื่องปรุงรสที่เป็นเกลือโปแตสเซียม
6. ยาต้านการแข็งตัวของเกล็ดเลือด	- อาหารที่มีวิตามินเคสูง เช่น ผักบร็อคโคลี่ กะหล่ำปลี กะหล่ำดอก น้ำผลไม้ โดยเฉพาะน้ำแครนเบอรี่ กระเทียม ขิง แปะก๊วย โสม - กลูโคซามีน - เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์
7. ยาปฏิชีวนะ	- นม - ผลิตภัณฑ์จากนม เช่น โยเกิร์ต ชีส ไอศกรีม - อาหารที่มีสารไทรามีนสูง เช่น เนยแข็ง เครื่องในสัตว์ ถั่วลิสง ถั่วเหลือง เต้าหู้ ช็อกโกแลต ไส้กรอก ผลไม้สุกงอม ผลไม้ตากแห้ง/อบแห้ง ผักและผลไม้ดอง เนื้อสัตว์แปรรูป - อาหารที่มีคาเฟอีนเป็นส่วนประกอบ เช่น ชา

ประเภทยา	อาหารที่ควรหลีกเลี่ยง
	กาแฟ เครื่องดื่มประเภทโกโก้ น้ำอัดลม - เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์
8. ยารักษาอาการทางจิตเวช	- เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ - อาหารที่มีสารไทรามีนสูง เช่น เนยแข็ง เครื่องในสัตว์ ถั่วลิสง ถั่วเหลือง เต้าหู้ ช็อกโกแลต ไส้กรอก ผลไม้สุกงอม ผลไม้ตากแห้ง/อบแห้ง ผักและผลไม้ดอง เนื้อสัตว์แปรรูป - อาหารที่มีคาเฟอีนเป็นส่วนประกอบ เช่น ชา กาแฟ เครื่องดื่มประเภทโกโก้ น้ำอัดลม
9. ยารักษาโรคกระดูกพรุน	อาหารที่ไม่ควรรับประทานใน 30 นาทีหลังรับประทานยารักษาโรคกระดูกพรุนได้แก่ น้ำแร่ วิตามิน และแร่ธาตุเสริมอาหาร ยาลดกรดในกระเพาะอาหาร

ข้อควรระวังและแนะนำในการใช้ยาในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุควรรับประทานยาให้ครบและตรงเวลาตามคำแนะนำของแพทย์และเภสัชกร อ่านฉลากก่อนรับประทาน และปฏิบัติตามข้อกำหนดในฉลากยาทุกครั้ง หากเกิดความไม่แน่ใจ หรือฉลากยาไม่ชัดเจน ควรนำตัวยาไปปรึกษาแพทย์และเภสัชกรและควรแนะนำข้อควรระวังอื่นดังนี้

1. ยามีปฏิกิริยาต่อกัน คือ การเกิดปฏิกิริยาระหว่างการใช้ยาตั้งแต่ 2 ชนิดขึ้นไป ซึ่งบางครั้งสามารถใช้ยาร่วมกันได้แต่ควรเพิ่มระยะเวลาให้ห่างกันประมาณ 1-2 ชม. เพื่อป้องกันการลดการดูดซึมของยาอีกตัวหนึ่ง

2. ควรระมัดระวังการหยิบยาผิด ลืมกินยาหรือกินยาเกินขนาดจากการหลงลืม ในกรณีมีข้อสงสัยแนะนำให้ผู้ป่วยปรึกษาเภสัชกรหรือแพทย์

3. การซื้อยาชุดหรือสมุนไพรรับประทานเองที่ไม่ได้รับการรับรองมาตรฐาน อาจมีมีสารสเตียรอยด์ (steroid) จะมีอาการดีขึ้นในช่วงแรกๆต่อเมื่อรับประทานไปนาน ๆ จะเกิดผลเสียต่อไตและสุขภาพอย่างมาก

4. อาหารที่มักส่งผลต่อการดูดซึมและออกฤทธิ์ของยา ได้แก่

- ผลไม้ และน้ำผลไม้ มักมีฤทธิ์เป็นกรด และมีสารอาหารบางชนิดที่ทำให้ขัดขวางการดูดซึม ลดหรือกระตุ้นการออกฤทธิ์ของยาได้

- เครื่องดื่มแอลกอฮอล์มีฤทธิ์กดประสาท และมีผลกับการทำงานของตับหากรับประทานร่วมกับยาบางชนิดจะทำให้เกิดผลข้างเคียงที่รุนแรง และทำลายตับได้

- เครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนเป็นส่วนประกอบ เมื่อรับประทานร่วมกับยาบางชนิดทำให้หัวใจเต้นเร็ว ใจสั่น

- นม น้ำแร่ อาจขัดขวางการดูดซึมของยาบางชนิดทำให้ลดการดูดซึมของยาบางชนิด

5. การเก็บรักษายา

- ควรมีที่เก็บยา หรือตู้ยาแยกเป็นพิเศษ ยาบางชนิดอาจต้องเก็บในตู้เย็น

- ยาเม็ดควรเก็บใส่ขวดหรือกล่องปิดฝาให้สนิท อย่าเก็บยาเม็ดหลายอย่างไว้ในขวดหรือกล่องเดียวกัน

- อย่าเก็บยาใกล้ความร้อนหรือแสงแดดส่องถึง หรือเก็บในที่ซึ่งเด็กหยิบได้ง่าย

- พยายามให้ฉลากยาอยู่กับขวดยาหรือซองยาตลอดเวลา ไม่ควรสลับชนิดยาในขวดหรือซองดังกล่าว

- ยามีการเสื่อมคุณภาพและหมดอายุได้ ควรดูวันหมดอายุยาก่อนใช้ ถ้าหมดอายุหรือไม่แน่ใจควรทิ้งยา

แนวทางการติดตามการใช้ยาในผู้สูงอายุ

ตารางที่ 5 แนวทางการติดตามการใช้ยาในผู้สูงอายุ (ดัดแปลงจากเอกสารอ้างอิงที่ 17)

	คือ	วิธีการ
S	Simple	-พยายามเลือกวิธีใช้ยาให้ง่าย เช่น ควรเลือกยาที่สามารถใช้วันละครั้งแทนสามเวลา
A	Adverse events	-เฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาโดยเฉพาะเมื่อมีการเพิ่มยาตัวใหม่
I	Indication	-ยาแต่ละตัวควรมีข้อบ่งชี้ชัดเจน เมื่อหมดข้อบ่งใช้ควรหยุดยา
L	List & Leave messages	-ควรมีชื่อยา ขนาด ข้อบ่งชี้ วันที่เริ่มใช้ ในเวชระเบียนเยี่ยมบ้าน -ให้ข้อมูลเกี่ยวกับยาที่สำคัญรวมถึงข้อควรระวังแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

แนวทางการดูแลแบบสหสาขา

ตารางที่ 6 แนวทางการดูแลแบบสหสาขา

ทีมบุคลากรทางสุขภาพ	แนวทางการดูแล
แพทย์	- ประเมินการใช้ยา วิตามิน สมุนไพรจากประวัติและสมุดบันทึกยาทุกครั้ง - สั่งยาตามข้อบ่งชี้และแนะนำข้อมูลเกี่ยวกับยาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล - หยุดยาเมื่อหมดข้อบ่งชี้ - ป้องกันและเฝ้าระวังเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์จากยา
พยาบาล	- ประเมินการใช้ยา วิตามิน สมุนไพร - แนะนำการบริหารยา 6 Right (ถูกชนิด เวลา ขนาด ทาง เทคนิค คน) - ให้ความรู้เกี่ยวกับการออกฤทธิ์ของยาที่รักษาในแต่ละโรค - แนะนำอาการข้างเคียง พร้อมทั้งการดูแลเบื้องต้น - แนะนำการเก็บรักษายาอย่างถูกวิธี - ประเมิน และแนะนำวันหมดอายุ หรือ ลักษณะของยาที่หมดอายุ - ทำสมุดยาที่ได้รับทั้งหมด (Medication Reconcile)
เภสัชกร	- ประเมินการใช้ยาผู้ป่วย - แนะนำการใช้ยาและการใช้ยาร่วมกับยาชนิดอื่นๆ
นักโภชนาการ	- แนะนำการรับประทานอาหารร่วมกับการใช้ยาบางชนิด
อาสาสมัครสาธารณสุข	- ติดตามการเยี่ยมบ้านกับทีมสุขภาพ , การรับประทานยาตามที่แพทย์สั่ง

สรุป

ปัญหาจากการใช้ยาในผู้สูงอายุเป็นปัญหาสำคัญ ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่ป้องกันได้ จากการดูแลโดยทีมสหสาขาเพื่อให้การใช้ยาเป็นไปอย่างเหมาะสม ซึ่งการดูแลต้องเข้าใจการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ ร่วมกับมีการประเมินการใช้ยาอย่างเป็นระบบรวมถึงการติดตามการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1. Cohen I, Rogers P, Burke V, Beilin LJ. Predictors of medication use, compliance and symptoms of hypotension in a community-based sample of elderly men and women. J Clin Pharm Ther 1998;23:423–32.
2. Guaraldo L, Cano FG, Damasceno GS, et al. Inappropriate medication use among the elderly: a systematic review of administrative databases. BMC Geriatr 2011;11:79.
3. Anthierens S, Tansens A, Petrovic M, et al. Qualitative insights into general practitioners' views on polypharmacy. BMC Family Practice 2010;11:65.
4. Hilmer S N, Gnjidic D, Couteur D G. Thinking through the medical list. Appropriate prescribing and deprescribing in robust and frail older patients.Australian Family Physician 2012;41(12):924-928.
5. Edwards IR, Aronson JK. Adverse drug reactions: definitions, diagnosis, and management. Lancet 2000;356:1255-9.
6. The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel. American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc 2012; 60:616–631.
7. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ.2555 โดย สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย
8. แนวทางการปฏิบัติมาตรฐานเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวโดยสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับชมรมหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทย (ISBN 978-974-06-1039-7)
9. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม ฉบับเรียบเรียงครั้งที่ 2 พ.ศ.2551 โดยสถาบันประสาทวิทยา
10. คู่มือแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคพาร์กินสันสำหรับแพทย์ในเวชปฏิบัติ จัดทำเนื่องในปีรณรงค์โรคพาร์กินสันปี 2553-2554 เพื่อเฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาสยาม

บรมราชกุมารีเนื่องในวโรกาสทรงมีพระชนมายุครบ 55 พรรษาโดย สภากาชาดไทยกระทรวงสาธารณสุขกรุงเทพมหานครและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

11. Bell J S. Prescribing for older people with chronic renal impairment. Australian Family Physician 2013;42:24-28.
12. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2557 (ฉบับร่าง) โดย สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย
13. แนวทางการดูแลรักษาความผิดปกติของระดับไขมันในเลือด (Guidelines for Management of Dyslipidemia)
14. สมาคมรูมาติสซั่มแห่งประเทศไทย. แนวทางเวชปฏิบัติการรักษาโรคข้อเข่าเสื่อม.กรุงเทพฯ: 2553.
15. แนวเวชปฏิบัติสำหรับโรคกระดูกพรุน 2553 โดย มูลนิธิโรคกระดูกพรุนแห่งประเทศไทย
16. Lynch T, Price American Family Physician 2007;76(3):391-96.
17. Holbeach E. Prescribing in the elderly. Australian Family Physician 2010;39(10):728-733.

บทบาทของนักกายภาพบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

อภิวรรณ ณัฐมนวรกุล

(1) การซักประวัติ [1-5]

1. ประวัติปัจจุบัน

- ซักประวัติผู้ป่วยโดยการซักถามผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้อง / ศึกษาข้อมูลในแฟ้มประวัติผู้ป่วย
- ประวัติปัจจุบัน ประกอบด้วย
    - Onset ของการเกิดอาการ,ลักษณะอาการที่เกิดขึ้น
    - การตรวจวินิจฉัยทางการแพทย์และผลการตรวจเช่น X-ray, CT brain, MRI, EKG (ECG), Angiogram หรือ Ultrasound เป็นต้น
    - การรักษาทางการแพทย์เช่น Surgery, Medication หรือ Conservation
    - การรักษาทางกายภาพบำบัด (ถ้าเคยได้รับ) รวมถึงการรักษาอื่นๆ
    - การดำเนินของโรค (ลักษณะอาการ)
    - รวมถึงภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดขึ้น (ถ้ามี)

2. ประวัติอดีต

- ประวัติการเจ็บป่วยก่อนหน้านี้รวมถึงการรักษาที่ได้รับ (ถ้ามี)
- ประวัติโรคประจำตัว เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ระดับไขมันในเลือดผิดปกติ โรคหัวใจต่างๆ หรือปัญหาทางหลอดเลือด เป็นต้น
- ประวัติการสูบบุหรี่หรือแอลกอฮอล์ (ถ้ามี)
- ประวัติการแพ้ยา

3. ประวัติครอบครัวและจิตใจ

- ประวัติโรคทางพันธุกรรม (ถ้ามี) เช่น บิดา มารดา มีประวัติเป็นโรคนี้มาก่อน
- ผู้ดูแลผู้ป่วยและความสัมพันธ์กับผู้ดูแลผู้ป่วย
- ลักษณะที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม
- สภาพจิตใจและสังคม เช่น มีความเครียดวิตก ซึมเศร้าหรือร่าเริงแจ่มใส เป็นต้น

4. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ

- กรณีมีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวข้องกับอาการของผู้ป่วย
- รายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ค่าปกติ / ค่าที่ได้ / แปลผล)

5. **การประเมินผู้สูงอายุ**

- กรณีมีการประเมินผู้สูงอายุเช่น เบาหวาน,ความดันโลหิตสูง, โรคหัวใจและหลอดเลือดสมอง, สมรรถภาพสมอง, ภาวะซึมเศร้า, ข้อเข่าเสื่อม, ภาวะหกล้ม, การกลั้นปัสสาวะ, ภาวะโภชนาการ
- รายงานผลตรวจประเมินผู้สูงอายุ (ค่าปกติ / ค่าที่ได้ / แปลผล)

(2) **การตรวจร่างกาย**

1. **การตรวจร่างกายระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อต่อ**

1.1 **การดู** เช่น ความผิดรูปต่างๆ ขาสั้นยาวต่างกัน หรือลักษณะท่าทางที่ผิดปกติ โดยระบุด้วยสังเกตในท่าเริ่มต้นใด กล้ามเนื้อโตหรือบวมกว่าปกติ หรือกล้ามเนื้อลีบ สีผิวหนังผิดปกติ การบวมรอยแผลการผ่าตัด (ถ้ามี) และกายอุปกรณ์เสริมต่างๆเป็นต้น

1.2 **การคลำ** (palpation) ได้แก่ การคลำผิวหนัง, การคลำกล้ามเนื้อและการคลำกระดูก

1.3 **การขยับ** (move)

- Active movement คือการให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหวข้อนั้นๆด้วยตนเอง
- Passive movement คือการที่ผู้ตรวจขยับเคลื่อนไหวข้อนั้นๆโดยที่ผู้ป่วยไม่ต้องออกแรง

1.4 **การวัด** ได้แก่ การวัดความยาว ,เส้นรอบวง , องศาการเคลื่อนไหวของข้อต่อ

1.5 **การตรวจอื่นๆ** เช่น การตรวจความมั่นคงของข้อ , การตรวจกล้ามเนื้อ

2. **การตรวจร่างกายระบบทางเดินหายใจ หัวใจและหลอดเลือด**

2.1**การดู**เช่น ความสม่ำเสมอของอัตราการหายใจ , ลักษณะการหายใจปกติ หรือใช้ accessory muscle ช่วยหายใจและสังเกตความลึกหรือตื้นของการหายใจ,ลักษณะรูปร่างของผู้ป่วย , รอยแผลการผ่าตัด (ถ้ามี), สายเชื่อมต่อต่างๆ กับตัวผู้ป่วย, สังเกตการบวม สีที่ผิดปกติ แผลการบวมกดบุ๋ม และเส้นเลือดขอด เป็นต้น

2.2 **การคลำ**ได้แก่ การคลำหลอดลม, การคลำกระดูกซี่โครงและการเคลื่อนไหวของทรวงอกและการคลำเพื่อตรวจ tactile fremitus, การคลำชีพจร จังหวะการเต้นสม่ำเสมอหรือไม่สม่ำเสมอ

2.3 **การเคาะ** เพื่อแยกเสียงโปร่งและทึบซึ่งเกิดจากพยาธิสภาพที่ต่างกัน ว่าเกิดจากมีน้ำ มีลมหรือมีก้อนผิดปกติเปรียบเทียบเสียงต่างๆ ที่ได้จากการเคาะ เช่น flatness, dullness, resonance, hyperresonance

2.4 **การฟัง** เสียงหายใจเสียงพูด และฟังว่ามีเสียงหัวใจ (heart sounds) ผิดปกติหรือไม่ (murmurs)

3. การตรวจร่างกายทางระบบประสาท

3.1 **การสังเกต**เช่น ระดับการรับรู้ , การสื่อสาร เช่น Dysarthria, Motor aphasia, Sensory aphasia หรือ Global aphasia, การรับรู้ต่อเวลา สถานที่ และบุคคล , การให้ความร่วมมือในการรักษา , ลักษณะการเดินที่ผิดปกติ , อื่นๆ เช่น น้ำลายไหล , Facial palsy เป็นต้น

3.2. **Functional movement assessment** กิจกรรมที่ต้องทำการประเมิน ประกอบด้วย Supine to right side lying, Supine to left side lying, Right side lying to sitting, Left side lying to sitting, Sitting to standing, Gait analysis โดยการประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรม (Functional ability) ถ้าใช้เครื่องช่วยให้ระบุเครื่องช่วยนั้นด้วย

3.3 **Motor system assessment** การประเมินคุณภาพการเคลื่อนไหว ของส่วนแขนและขา การรายงานผลเป็น Zero/Poor/Fair/Good

- **Range of motion (PROM)** ตรวจด้วยการทำ Passive movement เพื่อดูการยึดติดของข้อต่อ การรายงานผลเป็น Full ROM หรือ Limit ROM
- **Muscle tone** ตรวจด้วยการทำ Passive movement เพื่อดูความตึงตัวของกล้ามเนื้อ โดยใช้เกณฑ์การประเมินความตึงตัวของกล้ามเนื้อ: Flaccidity/Hypotonia/Normal muscle tone/Hypertonia (กรณี Spasticity ระบุความรุนแรงด้วย)
- **Muscle length** ตรวจด้วยการทำ Passive movement เพื่อดูความยาวของกล้ามเนื้อ การรายงานผลเป็น Normal/Tightness/Shortening/Contracture
- **Muscle power** (กรณีที่สามารถตรวจได้ คือ กล้ามเนื้อต้องไม่มีภาวะความตึงตัวสูง) ตรวจด้วยการทำ Manual muscle testing การรายงานผลเป็น Grade 0-5
- **Deep tendon reflex**ตรวจด้วยการทำ Biceps/Triceps/Knee/Ankle jerkโดยใช้เกณฑ์การประเมิน: Areflexia/Hyporeflexia/Normal/Hyperreflexia/Clonus
- **Pathological reflex** ตรวจด้วยการทำ Babinski's sign และ Clonus test เพื่อยืนยันพยาธิสภาพ UMN การรายงานผลเป็น Positive หรือ Negative

3.4 **Sensory system assessment**

- **Superficial sensation** ประกอบด้วยการตรวจ Pain (Pin prick)/Light touch/Pressure/Temperature การรายงานผลเป็น Intact/Impaired/Loss (Absent)
- **Deep sensation** ประกอบด้วยการตรวจ Proprioception/Kinesthesia การรายงานผลเป็นIntact/Impaired/Loss (Absent) ซึ่งจะต้องระบุตำแหน่งที่ตรวจด้วย
- **Cortical sensation** เช่น Tactile localization/Stereognosis/Two-point discrimation/Graphesthesia (พิจารณาตรวจเมื่อเห็นว่าผู้ป่วยเกิดปัญหาและเพื่อเตรียมวางแผนการรักษา)

3.5 **Postural control and balance assessment**

- **Sitting balance** สังเกตการลงน้ำหนักที่ก้น Alignment ของลำตัว การตรวจความสามารถในการทรงตัวในท่านั่ง (Static and dynamic sitting balance)
- **Standing balance** สังเกตการลงน้ำหนักที่เท้าทั้งสองข้าง Alignment ของลำตัว การตรวจความสามารถในการทรงตัวในท่ายืน (Static and dynamic standing balance) โดยใช้เกณฑ์การประเมินความสามารถในการทรงตัว: Zero/Poor/Fair/Good/Normal

3.6 **Gait analysis** สังเกตความผิดปกติของศีรษะ ลำตัว แขนและขา ในระหว่างการเดิน ในช่วง Swing phase และ Stance phase, การเดินปกติ / ผิดปกติ (ให้ระบุปัญหาที่พบ), ใช้/ไม่ใช้เครื่องช่วยเดิน , ระดับความช่วยเหลือที่ให้, ลักษณะการเคลื่อนไหวของ Lower extremity ในการเดินที่ปกติ

3.7 **Activity daily living (ADL)** ได้จากการซักประวัติผู้ป่วยหรือสอบถามผู้ดูแลผู้ป่วยถึงการทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ADL ที่ตรวจประเมินจะเป็น Basic ADL และ Instrumental ADL การรายงานผลจะรายว่าผู้ป่วยสามารถทำได้/ทำไม่ได้ (Independent /Dependent)

(3) การสรุปและวิเคราะห์ปัญหา

1. ปัญหาและอาการสำคัญ

- **Functional limitation** เช่น ไม่สามารถนั่งได้อย่างมั่นคง/ไม่สามารถลุกขึ้นยืนได้/เดินได้อย่างไม่มั่นคง
- **Impairments** เช่น Muscle tightness/shortening/Muscle weakness/Poor balance/Edema
- **Pathology** เช่น **direct impairment**: CVA (ischemic / hemorrhage), **indirect impairment**: prolong bed rest

2. เป้าหมายและการวางแผนการรักษา

1. เป้าหมายระยะสั้นมีการระบุเวลา เป็นเป้าหมายที่วางไว้เพื่อแก้ไข Impairment เช่น

1.1 Decreased spasticity with in 4 weeks โดย Positioning/Prolong passive stretching/ Specific techniques เช่น Inhibition technique, PNF

1.2 Improved balance with in 4 weeks โดย Therapeutic exercise/Facilitation technique เช่น PNF/Balance training

2. เป้าหมายระยะยาวเป็นเป้าหมายที่วางไว้เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ที่ถูกจำกัด หรือกิจกรรมสูงสุดที่คาดว่าผู้ป่วยจะสามารถทำได้ตามความสามารถที่ผู้ป่วยหลงเหลืออยู่จนสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมที่วางไว้เป็น Long term ได้สำเร็จเช่น

2.1 Independent walking with tripod cane with in 3 months โดย Therapeutic exercise/ Gait training/specific technique เช่น Autonomicmovement

ตารางที่ 1 สรุปปัญหาและการรักษาทางกายภาพบำบัด[1-5]

ปัญหา	การรักษา
1. แผลกดทับ	- การจัดท่าทางที่เหมาะสม - การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ
2. อาการบวม * ถ้าเป็นการบวมที่เกิดจากโรคหลอดเลือดดำส่วนลึกอุดตัน (deep vein thrombosis) ให้งดการรักษาทางกายภาพบำบัดจนกว่าได้รับการรักษาและประเมินแล้วว่าสามารถทำได้	- การจัดท่าทางที่เหมาะสม - การฝึกออกกำลังกายเพื่อการรักษา - การใช้เทคนิคลดบวมเฉพาะทางกายภาพบำบัด - การนวด - การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ
3. ความตึงตัวของกล้ามเนื้อน้อยกว่าปกติ (Hypotonia)	- การจัดท่าทางที่เหมาะสม - การฝึกออกกำลังกายเพื่อการรักษา - การใช้เทคนิคกระตุ้นเฉพาะทางกายภาพบำบัด - การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ
4. ความตึงตัวของกล้ามเนื้อมากกว่าปกติ (Hypertonia)	- การจัดท่าทางที่เหมาะสม - การฝึกออกกำลังกายเพื่อการรักษา

ปัญหา	การรักษา
	- การใช้เทคนิคผ่อนคลายเฉพาะทางกายภาพบำบัด (Inhibition techniques, Relaxation techniques) - การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ
5. การตึงตัวและการหดสั้นของกล้ามเนื้อ (Muscle tightness / shortening)	- การจัดท่าทางที่เหมาะสม - การฝึกออกกำลังกายเพื่อการรักษา - การใช้เทคนิคผ่อนคลายเฉพาะทางกายภาพบำบัด (PNF) - การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ
6. การรับความรู้สึก	- การใช้เทคนิคกระตุ้นประสาทสัมผัส (sensory stimulation) - การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ
7. ภาวะข้อต่อเคลื่อน (Joint subluxation)	- การจัดท่าทางที่เหมาะสม - การฝึกออกกำลังกายเพื่อการรักษา - การแนะนำวิธีการใช้อุปกรณ์ประคอง (supportive device) - การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ
8. อาการปวดข้อต่อ	- การจัดท่าทางที่เหมาะสม - การฝึกออกกำลังกายเพื่อการรักษา - การประคบร้อน/เย็น - การใช้เทคนิคลดปวดเฉพาะทางกายภาพบำบัด (Mobilization techniques) - การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ
9. การจำกัดองศาการเคลื่อนไหว	- การฝึกออกกำลังกายเพื่อการรักษา - การประคบร้อน/เย็น - การใช้เทคนิคเพิ่มองศาการเคลื่อนไหวเฉพาะทางกายภาพบำบัด (Mobilization techniques) - การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ
10. กล้ามเนื้ออ่อนแรง	- การจัดท่าทางที่เหมาะสม - การฝึกออกกำลังกายเพื่อการรักษา

ปัญหา	การรักษา
	- การใช้เทคนิคกระตุ้นความแข็งแรงกล้ามเนื้อเฉพาะทางกายภาพบำบัด (Facilitation techniques) - การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ
11. องค์ประกอบสำคัญของการเคลื่อนไหวของแขนและขา (Essential components of upper and lower extremities)	- การฝึกออกกำลังกายเพื่อการรักษา - การใช้เทคนิคกระตุ้นกล้ามเนื้อเฉพาะทางกายภาพบำบัด (Facilitation techniques, Inhibition techniques) - การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ
12. ความสามารถการเคลื่อนไหวอย่างหยาบ (Gross motor function)	- การฝึกความสามารถด้านการเคลื่อนไหวอย่างหยาบ (Gross motor function training) - การใช้เทคนิคกระตุ้นพัฒนาการ (Normal development) - การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ
13. ความสามารถการเคลื่อนย้ายตัวบนเตียง (Bed mobility)	- การฝึกการเคลื่อนย้ายตัวบนเตียง (Bed mobility training) - ฝึกใช้ข้าง Affected Side - การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ
14. ความสามารถการเคลื่อนย้าย (Transfer)	- การฝึกการเคลื่อนย้ายตัว (Transfer training) - การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ
15. การทรงตัว	- การฝึกการทรงตัว (Balance training) - การฝึกปฏิกิริยาสมดุลการทรงท่า (Equilibrium reaction training) - การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ
16. การประสานสัมพันธ์ของการเคลื่อนไหว (Co-ordination movement)	- การฝึกการประสานสัมพันธ์ของการเคลื่อนไหว (Coordination training) - การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ
17. การเดิน (Gait)	- การแก้ไขการเดินให้ถูกต้อง

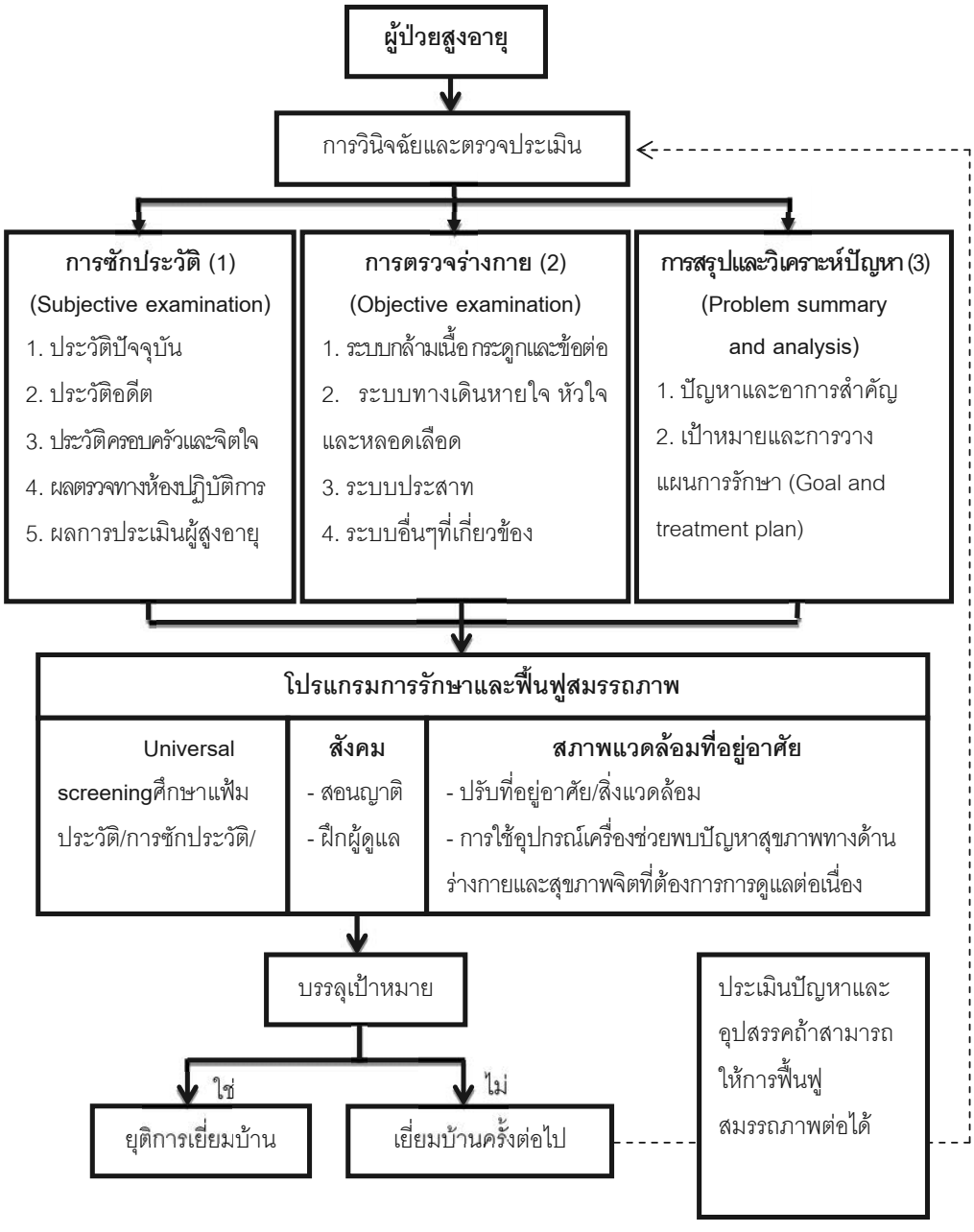
ปัญหา	การรักษา
	- การฝึกการเดิน - การใช้เทคนิคทางกายภาพบำบัดเช่นการเคลื่อนไหวอัตโนมัติ (autonomic movement) - การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ
18. ระบบทางเดินหายใจหัวใจและหลอดเลือด	- การฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยโรคปอด (pulmonary rehabilitation) เช่น การเคาะปอด การฝึกการหายใจ การฝึกไอ - การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวของทรวงอกและลำตัว - การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจ เช่น callisthenic exercise - การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ
19. การกลั้นปัสสาวะ	- การฝึกออกกำลังกายเพื่อการรักษา (Therapeutic exercise) เช่น kegel exercise, pelvic floor exercise - การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ
20. สมรรถภาพสมอง	- การฝึกสมรรถภาพสมอง (Brain training) - การฝึกออกกำลังกายเพื่อการรักษา (Therapeutic exercise) - การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ
21. ภาวะข้อเข่าเสื่อม	- ดูข้อ 8,9,10 - การแนะนำวิธีการใช้อุปกรณ์ประคองเข่า (knee support), อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น cane, walker
22. โรคกระดูกพรุน / ภาวะหกล้ม	- ดูข้อ 15,16,17 - การจัดท่าทางที่เหมาะสม - การฝึกออกกำลังกายเพื่อการรักษา (Therapeutic exercise) - การประคบร้อน/เย็น

ปัญหา	การรักษา
	- การแนะนำวิธีการใช้เครื่องพยุงหลังแบบปรับท่าทาง (Posture training support) และอุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น cane, walker) - การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ
23. โรคมะเร็ง	- ดูข้อ 1,2,8,9,10 - การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ
24. ภาวะเปราะบาง (frail)	- การฝึกออกกำลังกายเพื่อการรักษา (Therapeutic exercise) - การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ

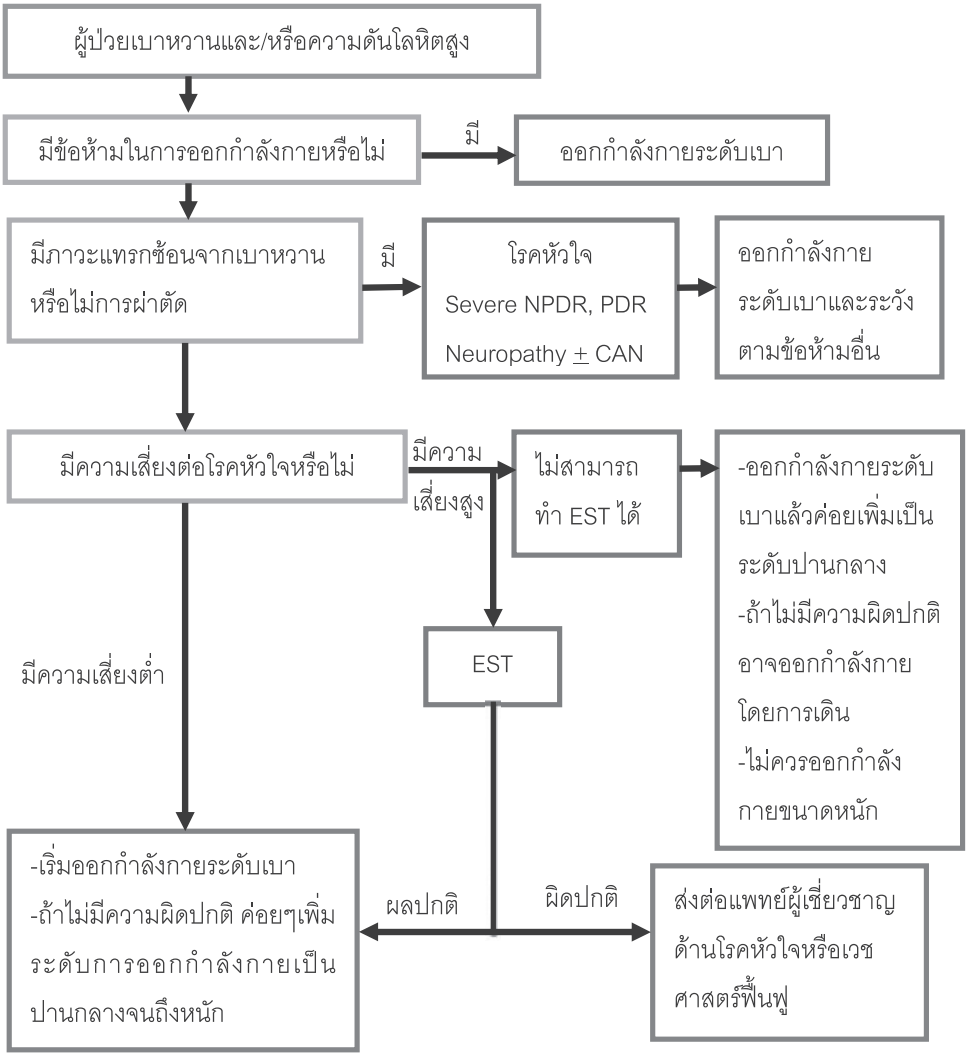
ข้อควรระวัง / ข้อห้ามที่ควรงดโปรแกรมการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

1. ในคนสูงอายุมาก ๆ
2. มีอาการเจ็บป่วยฉับพลันเช่นไข้สูง ≥ 38° C ปวดศีรษะเวียนศีรษะหรือคลื่นไส้อาเจียนมาก
3. อัตราการเต้นของหัวใจ (ซีพจร)> 100 หรือ< 60 ครั้ง/นาที
4. ความดันโลหิต SBP ≥ 180 หรือ< 90 และ DBP ≥ 110 หรือ< 60 มิลลิเมตรปรอท
5. ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่า 300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ในผู้ป่วยเบาหวาน (Algorithm หน้าที่ 91)
6. เจ็บแน่นหน้าอกเหมือนอาการเจ็บหัวใจหรือมีอาการของหัวใจล้มเหลว
7. ผู้ป่วยที่มีโรคหัวใจที่ยังควบคุมไม่ได้ หัวใจเต้นผิดจังหวะแบบเฉียบพลัน
8. มีภาวะเลือดออกง่าย
9. หอบเหนื่อยหรือมีอาการชัก
10. ซึมลงสับสนมีอาการตึงเครียดทางจิตใจมาก หรือมีภาวะทางจิตที่ไม่สามารถรับการฟื้นฟูต่อได้
11. โรคทางระบบประสาทที่ยังไม่คงที่ แขนขาอ่อนแรงเพิ่มขึ้น
12. ผู้ป่วยเสี่ยงต่อกระดูกซี่โครงหัก ผู้ป่วยที่กระดูกสันหลังเคลื่อน มะเร็งของทรวงอกและช่องท้อง (กรณีการเคาะปอด)
13. ขาบวมที่สงสัยว่าจะมีเส้นเลือดดำส่วนลึกอุดตันเฉียบพลัน
14. ถ้าคืนที่ผ่านมานอนไม่หลับจนร่างกายอ่อนเพลียมาก
15. ถ้าอากาศร้อนจัดหนาวจัดมีฝุ่นละอองมาก

แนวทางการประเมินและตรวจร่างกายทางกายภาพบำบัด



แนวทางการออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยเบาหวานและ/หรือความดันโลหิตสูง

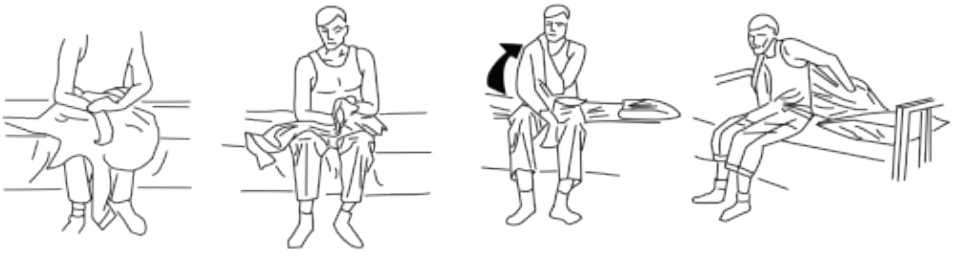


NPDR = Non proliferative diabetic retinopathy, PDR = Proliferative diabetic retinopathy, CAN = Cardiovascular autonomic neuropathy, EST = Exercise stress test

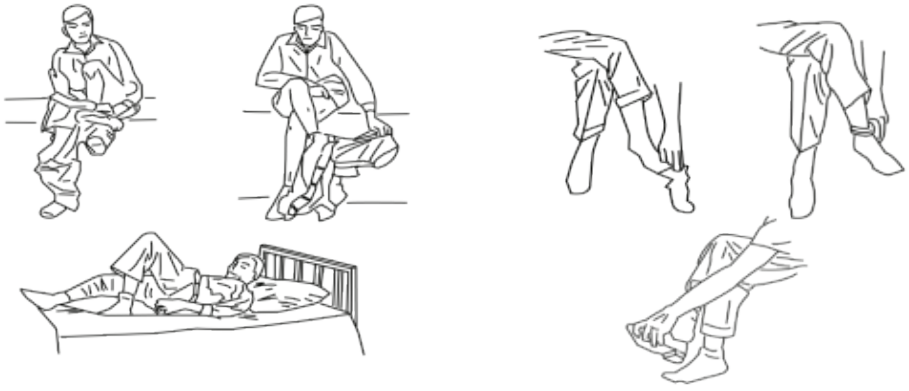
ที่มา: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.แนวทางเวชปฏิบัติการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.2555.

กายภาพบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

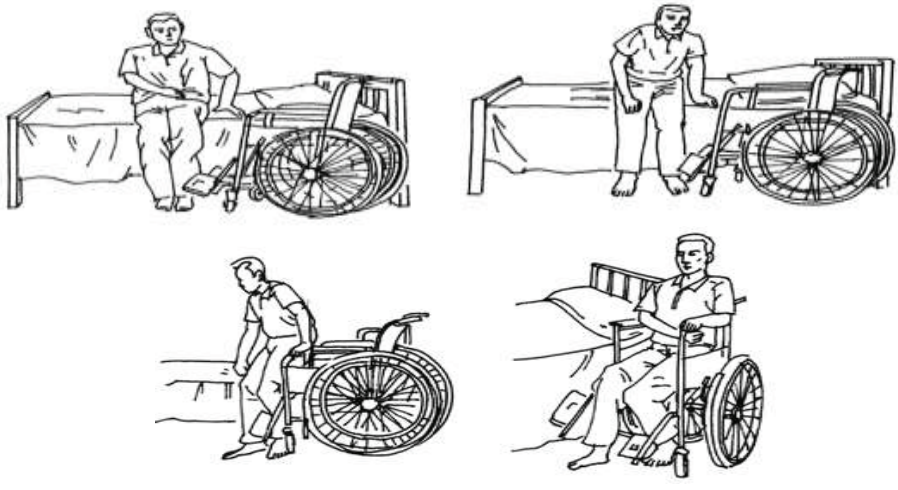
1. การฝึกกิจวัตรประจำวัน



ระดับ 1 ระดับ 2 ระดับ 2 และ 3 ระดับ 3 และ 4



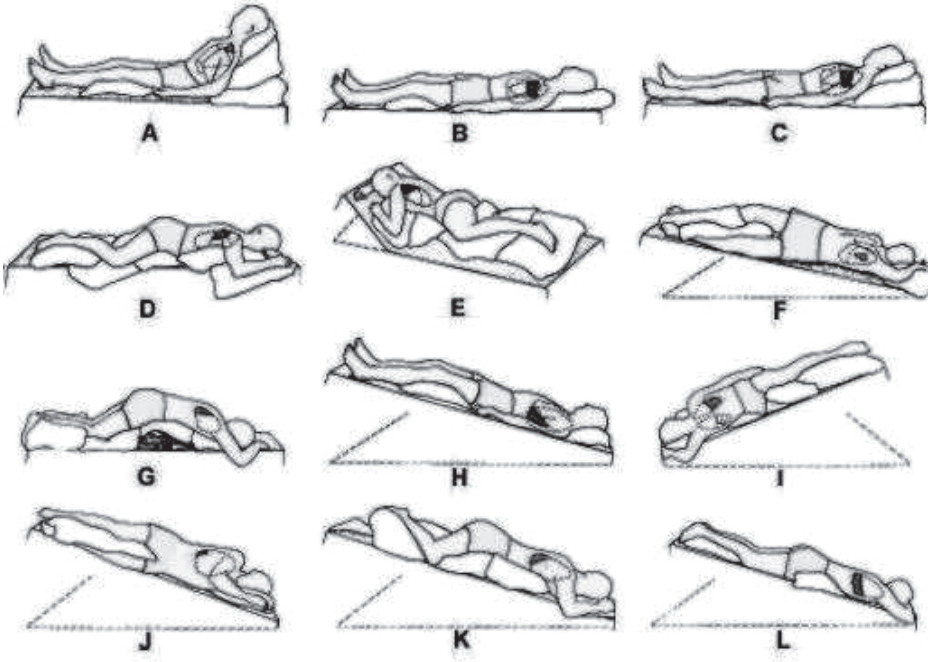
2. การเคลื่อนย้ายตัว



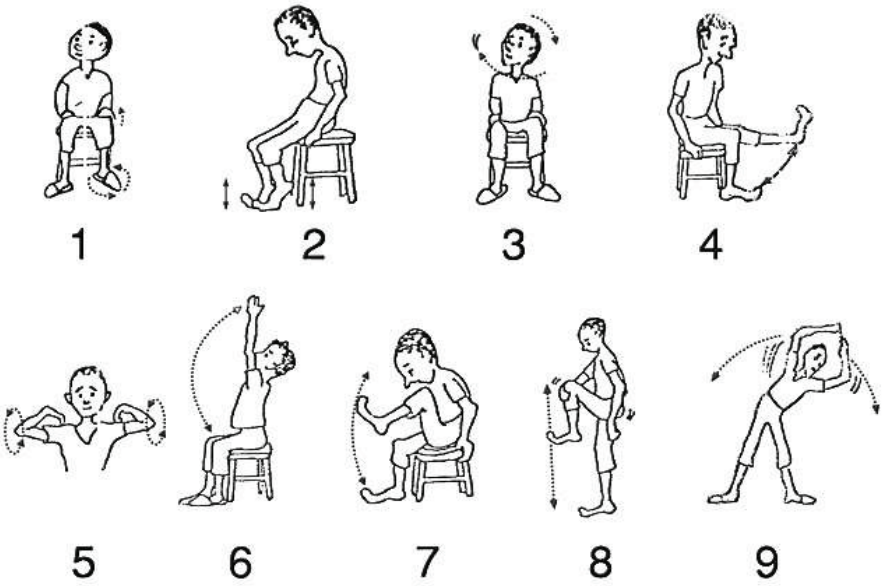
3. การจัดท่านอนที่เหมาะสม

4. การออกกำลังกาย

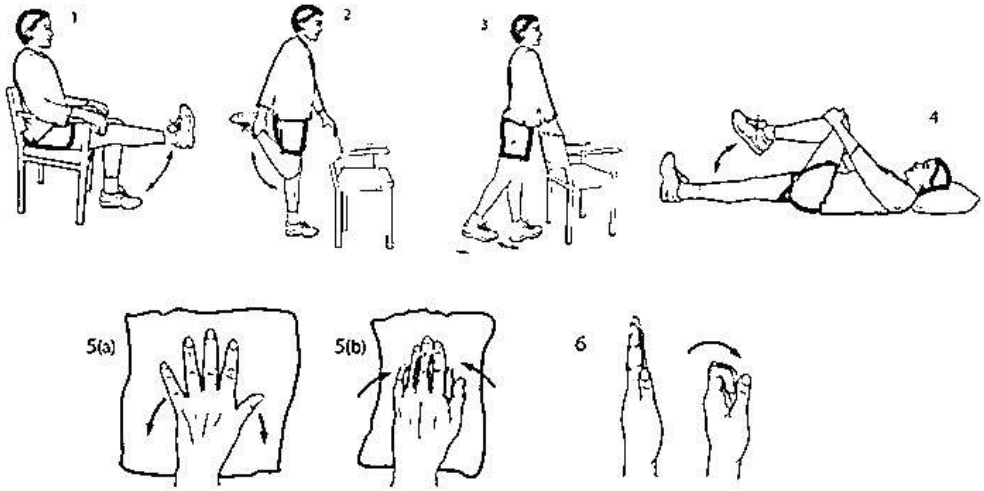
การจัดท่าระบายเสมหะสำหรับผู้ป่วยโรคปอด



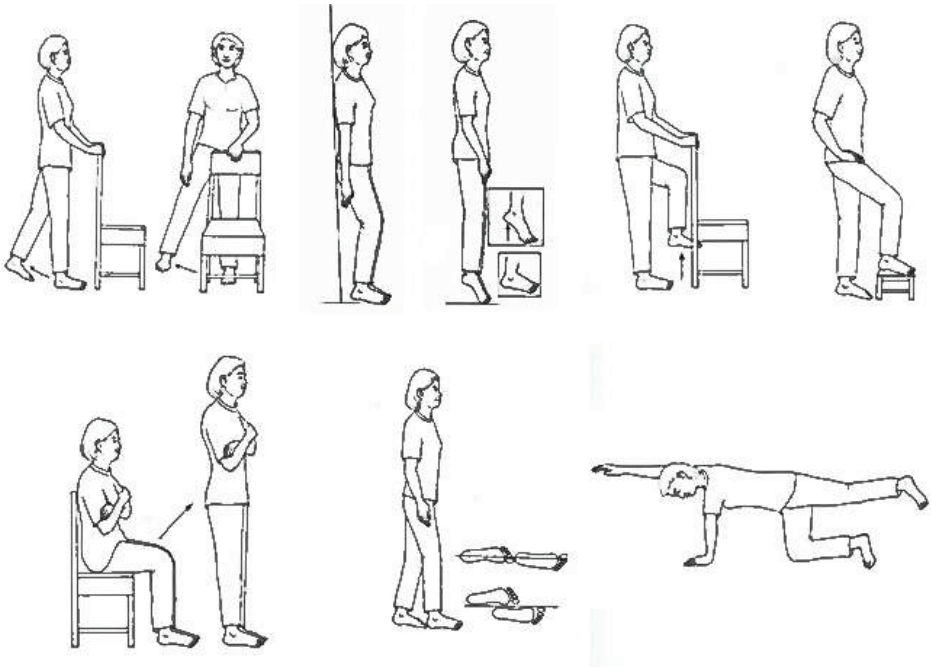
การออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยระบบทางเดินหายใจหัวใจและหลอดเลือด



การออกกำลังกายสำหรับระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อต่อ



การฝึกการทรงตัว



เอกสารอ้างอิง

1. พระราชบัญญัติวิชาชีพกายภาพบำบัดพ.ศ.2547. [serial online] ค้นเมื่อ 15 กรกฎาคม 2551, จาก http://www.pt.or.th/poror.html
2. สมใจ ลือวิเศษไพบูลย์. กายภาพบำบัดชุมชน. วารสารกายภาพบำบัด 2548; 27(3): 1-2.
3. ดารณี สุวพันธ์และคณะ. แนวทางปฏิบัติการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู, ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย. 2550.
4. ดุจใจ ชัยวาณิชศิริ และคณะ. ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2552.
5. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก. 2557.

บทบาทของนักกิจกรรมบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

พรทิพย์พา ธิมายอม

กิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

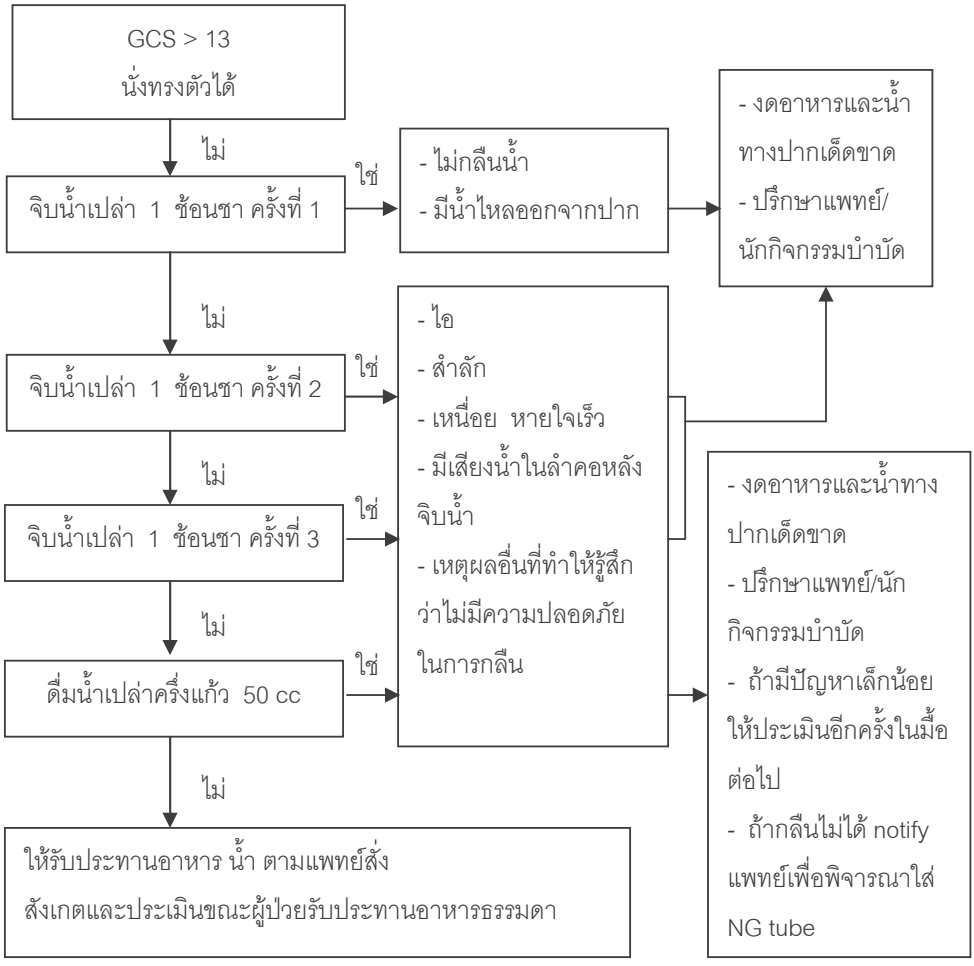
การตรวจประเมินและการฟื้นฟูทางกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การประเมิน/ปัญหา	วิธีการประเมิน	การฟื้นฟู
1. สภาพทั่วไปของผู้ป่วย (general appearance)	การสังเกตและประเมินระดับการรู้สึกตัว	กิจกรรมกระตุ้นระดับการรู้สึกตัว
2. ความสามารถในการเคลื่อนไหว (motor control)		
2.1 พิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ (rang of motion)	- Passive movement - Active movement	กิจกรรมพิสัยการเคลื่อนไหวของข้อ
2.2 ความตึงตัวของกล้ามเนื้อ (muscle tone)	Passive movement	- กิจกรรมปรับระดับความตึงตัวของกล้ามเนื้อให้ใกล้เคียงปกติ - Positioning - Hand splint - Shoulder sling
2.3 กำลังกล้ามเนื้อ (muscle power)	Manual Muscle Testing (กรณีที่มี isolated movement แต่ถ้ายังไม่มี isolated movement ให้อ้างอิงกับ Brunnstrom's recovery stage)	กิจกรรมเพิ่มกำลังของกล้ามเนื้อ
2.4 ความทนทานของกล้ามเนื้อ (functional endurance)	ระยะเวลาหรือความถี่ในการทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง	กิจกรรมเพิ่มความทนทานของกล้ามเนื้อ
2.5 สหสัมพันธ์ของการทำงานของแขนและมือ (coordination)	Gross-Fine Coordination Test เช่น finger to nose etc.	กิจกรรมเพิ่มสหสัมพันธ์ของการทำงานของแขนและมือ

การประเมิน/ปัญหา	วิธีการประเมิน	การฟื้นฟู
2.6 การควบคุมการเคลื่อนไหวของร่างกายส่วนบน ได้แก่ แขนและมือ (voluntary movement control)	- Functional Motion of the Hemiparetic Upper Extremity Evaluation - Functional Test - Fugal – Meyer Assessment	กิจกรรมส่งเสริมการควบคุมการเคลื่อนไหว
2.7 ความสามารถของการทำงานของแขนและมือ(hand function)	- Hand function Assessment - Jebsen-Taylor Test of Hand Function	กิจกรรมส่งเสริมการทำหน้าที่ของแขนและมือโดยใช้เทคนิคต่างๆ เช่น Constraint-induced movement therapy, Task-specific training, Mirror therapy เป็นต้น
2.8 ความคล่องแคล่วของแขนและมือ (hand dexterity)	Dexterity Test เช่น 1. O'Coner Dexterity Test 2. Purdue Pegboard Test	กิจกรรมฝึกทักษะความคล่องแคล่วของแขนและมือ
3. การรักษาสมดุลและการทรงตัว (equilibrium and balance)	- การสังเกต - ประเมินความสมดุลและการทรงตัว	กิจกรรมส่งเสริมและฝึกการทรงตัว
4. การรับความรู้สึก (sensation)	ประเมินการรับความรู้สึก	กิจกรรมปรับระดับการรับความรู้สึกให้ใกล้เคียงปกติ ได้แก่ Desensitization, sensory Re-education, Compensation technique
5. ด้านการมองเห็นและสายตา (vision and visual ability)	Visual processing skills assessment	กิจกรรมส่งเสริมและกระตุ้นด้านการมองเห็นและสายตา เช่น Remedial Approach และ Adaptive Approach

การประเมิน/ปัญหา	วิธีการประเมิน	การฟื้นฟู
6. ด้านการรับรู้ (perceptual function)	Perceptual evaluation	กิจกรรมส่งเสริมและกระตุ้นด้านการรับรู้
7. ด้านสติปัญญา (cognitive function)	Cognitive evaluation	กิจกรรมส่งเสริมและกระตุ้นด้านสติปัญญา
8. ภาวะการกลืนลำบาก (swallowing ability)	- การสังเกต - ประเมิน/ทดสอบความสามารถด้านการกลืน	โปรแกรมกระตุ้นการกลืน
9. ภาวะแทรกซ้อน (shoulder subluxation, hand edema, contracture)	- การสังเกต/ การซักถาม - Passive movement - ทดสอบ edema of hand	- กิจกรรมป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อน - Positioning - Hand splint - Shoulder sling
10. กิจวัตรประจำวัน (activities of daily living)	- The Barthel index	- โปรแกรมการฝึกทักษะการทำกิจวัตรประจำวัน - อุปกรณ์ช่วยและอุปกรณ์ดัดแปลง
11. อารมณ์ สังคม และจิตใจ (psychosocial skill and psychological component)	- การสังเกต/ การซักถาม - ประเมินทักษะทางสังคม เช่น Role check list	- ส่งเสริมประคับประคองสภาพจิตใจ - กิจกรรมฝึกทักษะทางสังคม
12. สภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม (home and environment modification)	- การซักถาม - ประเมินสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม	ให้คำแนะนำในการปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม
13. กิจกรรมในเวลาว่าง (leisure activities)	- การซักถาม/ การสังเกต - การประเมิน	กิจกรรมส่งเสริมการทำกิจกรรมยามว่าง
14. การทำงาน(งานบ้าน, การดูแลบุคคลอื่นในบ้าน, อาชีพ)	- การซักถาม - Prevocational Evaluation	กิจกรรมส่งเสริมทักษะด้านการทำงาน

แบบประเมินคัดกรองภาวะการกลืนลำบากโดยนักกิจกรรมบำบัด



การตรวจประเมินภาวะกลืนลำบากโดยนักกิจกรรมบำบัด

ภาวะการกลืนลำบาก หมายถึง ภาวะที่มีขบวนการกลืนบกพร่องหรือถูกรบกวน ทำให้ไม่สามารถกลืนน้ำและกลืนอาหารได้เหมือนปกติ เช่น กลืนช้า กลืนเจ็บ หรือกลืนไม่ลง

การประเมิน	วิธีการประเมิน	ข้อควรระวัง
1. สภาวะของผู้ป่วย	- ดู level of responsiveness/ cooperation (consciousness) - Psychological status - Position	ผู้ป่วยต้องมี good consciousness หรือ GCS > 13
2. ความสามารถในการกลืน 2.1 Oral phase - Oral structure	- สังเกตความผิดปกติของโครงสร้างในช่องปาก	- ฟันปลอมหลุด - แผลในปาก/เลือดออกในช่องปาก - มุมปากตก
- Oral muscular function	- Lips → การห่อปาก ภาวะน้ำลายไหล การปิด-เปิดปาก - Tongue →ดู protrusion, retraction, elevation, lateralization - Jaw control → open/ close, lateral, deviation	
- Oral sensation	- General senses ได้แก่ Pain, Temperature, Tactile, Pressure - Special Senses ได้แก่ การรับรสชาติ	- Hyposensation = มีความรู้สึกน้อย - Hypersensation = มีความรู้สึกไว รู้สึกไม่สบาย สำรอก เกิด gagreflex
2.2 Reflexes ที่เกี่ยวข้อง	- Bite reflex - Gag reflex	- ระวังเรื่องผิวสัมผัส ขนาด รูปร่างของอาหารและอุปกรณ์ในการ

การประเมิน	วิธีการประเมิน	ข้อควรระวัง
	- Swallowing reflex - Cough	รับประทานอาหาร - ถ้าผู้ป่วยไม่มี swallowing reflex ควรงดอาหารและน้ำในการฝึก - ควรเพิ่มความระมัดระวังในการฝึกเมื่อประเมินพบว่ามีความผิดปกติของ gag reflex และ cough
2.3 Pharyngeal phase	- ดูการสำลัก/ ไม่สำลักน้ำลายตัวเอง - คลำกล่องเสียงขณะกลืนน้ำลาย (ดูว่ามีการเคลื่อนไหวหรือไม่/ มีเสียง)และดูระยะเวลาในการกลืนใช้เวลามากที่สุด 1- 3 วินาที - อมลมในปากแล้วกดแก้ม (ดูว่ามี ลมออกจากปาก/ จมูก) - ดูจำนวนครั้งในการกลืนอาหารในแต่ละคำจนหมด - ดูอาหารและน้ำที่เหลือในช่องปาก - เสียงผิดปกติ เช่น เสียงแหบ (hoarseness) หรือ ออกเสียงลำบาก(dysphonia) เสียงพร่า (gurgling voice / wet voice) - ทดสอบโดยให้การกลืนน้ำปริมาณ 5 ซีซี (1 ช้อนชา) 10, 90 ซีซี : สังเกตการสำลัก / ไม่สำลัก : กรณีพบว่ามีเสียงพร่าหลัง	- Silent aspiration - Obstruction

การประเมิน	วิธีการประเมิน	ข้อควรระวัง
	การกลืน 1 นาที ซึ่งแสดงถึง ภาวะ Silent Aspiration - การทดสอบอื่น ๆ เช่น Videofluoroscopic Technique (โดยแพทย์ / ผู้เชี่ยวชาญ)	

เงื่อนไขสำคัญ: ในกรณีผู้ป่วยที่มีภาวะผิดปกติอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการกลืน เช่น ความผิดปกติของโครงสร้างอวัยวะภายในปาก และความผิดปกติของระบบประสาทอย่างถาวร ให้ปรึกษาผู้ที่เกี่ยวข้อง

สรุปปัญหาและการรักษา/ ฟื้นฟูของภาวะกลืนลำบาก

ปัญหา	การรักษา/ ฟื้นฟูสมรรถภาพ
1. Consciousness level	ควรได้รับการฝึกให้ระดับ consciousness ได้ระดับ good
2. Poor position	Correct position ท่านั่ง : จัดท่าให้สะโพกและเข่างอเล็กน้อยจะช่วยยับยั้งความตึงตัวของกลุ่มกล้ามเนื้อเหยียด โดยเฉพาะกล้ามเนื้อคอ ควรให้มีการก้มตัวไปด้านหน้าเล็กน้อย ทำได้โดยหนุนหมอนใต้หลังของผู้ป่วยโดยควรคำนึงถึงสมดุลในการทรงตัว ลำตัว คอและเชิงกรานไม่ เอียงไปทางใดทางหนึ่ง 2. นั่งบนพื้นผิวเรียบไม่ยืดหยุ่น เท้าวางราบบนพื้น 3. เข่างอ 90 องศามือวางบนโต๊ะ 4. ลำตัวโน้มไปด้านหน้าเล็กน้อยศีรษะและคออยู่กึ่งกลางลำตัวและก้มหน้าเล็กน้อย 5. ลงน้ำหนักบนสะโพกทั้งสองข้างเท่ากัน 6. ในกรณีที่ผู้ป่วยทรงตัวไม่ดี อาจพิจารณาให้อยู่ในท่านั่ง โดยใช้หมอน/ อุปกรณ์ช่วยพยุงตัว
3. Oral reflex (abnormal)	Inhibit / facilitate oral reflex
4. Oral-muscular function	Oral-muscular exercise 1. ริมฝีปาก - เป่าเทียน

ปัญหา	การรักษา/ ฟื้นฟูสมรรถภาพ
	- เม้มริมฝีปาก ยิ้มกว้างๆ - การนวดกระตุ้นกล้ามเนื้อรอบปาก - กลั้วน้ำ 2. ลิ้น - อมเกล็ดน้ำแข็งขนาดพอคำ (ให้ก้มหน้าเล็กน้อย ห้ามเงยหน้า เพราะจะทำให้หลุดลงคอ) - การเคลื่อนไหวลิ้น ให้เลียริมฝีปาก เลียไอศกรีม - ไม้กดลิ้น กดกลางลิ้นแล้วดันเข้าปาก - ให้ออกเสียง “ลา ลาคา คา คาลา คาลา”
	3. ขากรรไกร - ใช้มือโยกขากรรไกรไปมา - ให้อ้าปาก หุบปาก
5. Oral sensation - Hyposensitivity - Hypersensitivity	 - Stimulation/ compensation - Desensitization
6. Delayed swallowing	- Thermal stimulation - Laryngeal manipulation - Double / repeat swallowing - ก้มหน้าเล็กน้อยและหันไปด้านอ่อนแรงขณะกลืน
7. อาหาร (ประสานงานกับโภชนากร)	ลำดับขั้นตอนการเลือกอาหาร เรียงจากง่ายไปยากดังนี้ 1. อาหารบด หรือปั่นข้น เช่น โจ๊กข้น ฟักทองบด กล้วยขูด/บด สังขยาไอศกรีม 2. อาหารบด หรือปั่นข้นปานกลาง เช่น ข้าวโอ๊ต ข้าวปั่น 3. อาหารอ่อนข้น เช่น โจ๊ก ข้าวต้ม ข้าวสวยนิ่มๆ เนื้อสัตว์บด 4. อาหารทั่วไป เช่น ข้าวสวย ผักต้ม ผลไม้ 5. อาหารเหลวใส เช่น น้ำผลไม้ น้ำ นมน้ำข้าว

ปัญหา	การรักษา/ ฟื้นฟูสมรรถภาพ
	หมายเหตุ: ควรหลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสชาติเปรี้ยวเกินไป โดยเฉพาะน้ำส้มสายชู

กิจกรรมบำบัดในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การทำกิจวัตรประจำวันในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

การจัดการดูแลการทำกิจวัตรวัตรประจำวันขึ้นอยู่กับความรุนแรงของภาวะสมองเสื่อม รวมถึงความสามารถในการใช้มือ แขน ขา นั่ง ยืน เดิน

	แนวทางการช่วยเหลือ
การแต่งตัว	- ให้เลือกเครื่องแต่งกายเองจนกว่าจะทำไม่ได้ - จัดเตรียมเสื้อที่สะดวกในการใส่ ถอด และความสะอาด - ให้แนวทางในการจัดเลือกเสื้อผ้าที่เหมาะสมกับกาลเทศะ แต่ต้องมีความยืดหยุ่นด้วย
การรับประทานอาหาร	- ประมาณปริมาณอาหารและสัดส่วนอาหารให้เหมาะสม - แบ่งอาหารให้สะดวกที่จะเอาเข้าปาก - ช้อน ส้อม มีด จับถือสะดวก ด้ามใหญ่ - ดูเรื่องอุณหภูมิอาหาร - ปรับเวลาอาหารให้เหมาะสมกับการหลับตื่น - เมื่อมีภาวะสมองเสื่อมมาก ต้องเฝ้าดูขณะกำลังรับประทานอาหารด้วย เพราะบางคนกินแต่ข้าวไม่กินกับข้าว หรืออาจสับสนกันก็ได้ บางคนจับช้อน-ส้อมไม่ถูก หรือจับถูกแต่ใช้ไม่เป็น
การอาบน้ำ	- จัดเตรียมอุปกรณ์ตามลำดับ - มีกำหนดเวลาให้สอดคล้องกับชีวิตประจำวัน - ใช้อุปกรณ์ที่คุ้นเคยและสะดวกไม่สลับซับซ้อน - เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ลงมือทำเองให้มากที่สุด แต่ต้องเฝ้าระวังอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นขณะกำลังอาบน้ำ และต้องคอยตรวจสอบดูเรื่องความสะอาดด้วย
การขับถ่ายและการใช้ห้องน้ำ	- จัดเวลาให้สอดคล้องกับกิจวัตรประจำวันและมื้ออาหาร - ปรับแต่งให้ห้องขับถ่ายมีความสะดวก มองหาและไปถึงสะดวกอยู่ไม่ไกลจากที่พักประจำ

	แนวทางการช่วยเหลือ
	- ปรับอาหารและน้ำดื่มให้เข้ากับกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย - ถ้ากลั้นปัสสาวะไม่ได้อาจกำหนดเวลาไปห้องน้ำเป็นระยะแม้ยังไม่รู้สึกปวดปัสสาวะ

การปรับสภาพแวดล้อมในผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

	แนวทางการช่วยเหลือ
การปรับสภาพแวดล้อม	- บริเวณบ้านควรมีแสงสว่างเพียงพอ - ควรใช้แสงและสีที่สงบและดูนุ่มนวล รวมถึงสิ่งแวดล้อมควรจัดให้รู้สึกปลอดภัย ไม่ซับซ้อน - ไม่ควรเคลื่อนย้ายสิ่งของหรือเครื่องใช้ในบ้านบ่อย จัดวางสิ่งของให้เป็นระเบียบและอยู่ในตำแหน่งเดิมที่คุ้นตา - ทำป้ายบอกสถานที่ ติดป้ายหน้าตู้ ลิ้นชัก บอกตำแหน่งอุปกรณ์ เครื่องใช้ประจำวัน - ของที่เป็นอันตรายต่างๆ ควรเก็บให้มิดชิด เช่นของมีคม ของที่แตกหักง่าย ไฟแช็ค ยากันยุง เป็นต้น เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ - ไม่ควรมีกระจกเงาในบ้านมากเกินไปจะทำให้ผู้ป่วยตกใจ ควรมีเฉพาะที่แต่งตัวและในห้องน้ำ - หน้าต่างหรือกระจกควรปิดม่านช่วงเวลากลางคืน เพื่อป้องกันผู้ป่วยสับสนกับเงาอาจเกิดการกลัวได้ - ควรมีประตูเข้า-ออกทางเดียวและมีกระดิ่งติดหน้าประตู เพื่อป้องกันผู้ป่วยเดินออกนอกบ้านตามลำพัง - ติดกุญแจล็อคที่ประตูทุกบานที่เปิดออกข้างนอกได้เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเดินออกนอกบ้านตามลำพัง - บริเวณระเบียงควรกั้นให้สูงเพื่อป้องกันการพลัดตก - ทำราวบันไดและราวจับตามทางเดินที่ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ตามความจำเป็น และบริเวณทางเดินไม่ควรมีสิ่งของที่รกหรือเกะกะอาจเกิดอันตรายได้ - ในห้องน้ำควรทำราวจับยึด ใช้โถนั่งเพื่อสะดวกในการลุกนั่ง พื้นห้องน้ำควรวางแผ่นยางป้องกันการลื่นล้ม และประตูห้องน้ำควรออกแบบให้สามารถเปิดจากด้านนอกได้ด้วย - ปรับพื้นให้เป็นทางราบ ไม่ควรเล่นระดับ อาจทำให้ผู้ป่วยสะดุดหกล้มได้ง่าย - มีกระดานติดไว้ในที่ที่เห็นได้ง่ายสำหรับเขียนข้อมูลที่สำคัญ เช่น วันที่ เบอร์โทรศัพท์ วันไปโรงพยาบาล เป็นต้น

	แนวทางการช่วยเหลือ
	- มีนาฬิกาและปฏิทินขนาดใหญ่ ติดไว้ในที่เห็นชัดเจน - ไม่ควรเปิดวิทยุ โทรทัศน์ ในเสียงที่ดังหรือเร็วเกินไป หรือสิ่งที่อาจก่อให้เกิดเสียงดังจนเกินไปเช่นกริ่ง โทรศัพท์ เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยตกใจและกลัวได้

การฟื้นฟู Cognition ในผู้สูงอายุสมองเสื่อม

การปฏิบัติ/การประเมิน	วัตถุประสงค์
1.การฟื้นฟูเน้น Cognition 1.1 Cognitive training : reality orientation อาจทำได้หลายรูปแบบ โดย - ใช้สถานการณ์ เหตุการณ์ประจำวัน เช่น หนังสือพิมพ์ รายการทีวี ปฏิทิน หรือบุคคล - ผู้บำบัดอาจใช้วิธีการฟื้นฟูเป็นแบบกลุ่มหรือแบบเดี่ยว ญาติหรือบุคคลรอบข้างอาจใช้การพูดคุยเหตุการณ์ประจำวันหรือให้ข้อมูลในเรื่องเดียวกันในรูปแบบต่างๆ เพื่อให้เกิดการรับรู้ที่ถูกต้อง - ญาติหรือผู้ดูแลช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วย ด้วยการพูดคุย ซักถามที่เหมาะสมขณะที่มีกิจกรรม เช่น การทำกิจกรรมที่ฝึกการอ่านหนังสือ การเล่นเกม	เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคล รวมทั้งพฤติกรรมการแสดงออกของตนเอง รวมทั้งทำให้ความจำดีขึ้น
1.2 Memory training ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีความจำที่ยังใช้ได้ โดยต้องประเมินความสามารถทางด้านระบบประสาทเบื้องต้นของผู้ป่วยก่อน กิจกรรมที่ใช้ฟื้นฟู เช่น การฝึกจำหน้าคน เล่นเกมหลับตาทายสิ่งของ ฟังเพลงที่คุ้นเคย ร้องเพลง สวดมนต์ ข้อควรระวัง : การฝึกมากเกินไปอาจทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจ แยกตัวออกจากสังคมมากขึ้น พึ่งพาผู้ดูแลมากขึ้น อาจทำให้ซึมเศร้าได้	เพื่อรักษาระดับความสามารถของความจำ เช่น การทำกิจกรรมที่ฝึกความจำให้อยู่ในระดับเดิมให้มากที่สุด มักใช้ได้ผลในผู้ที่มีอาการสมองเสื่อมไม่มาก การได้ยินและสายตาดี
1.3 Skill training โดยการเรียนรู้และฝึกทักษะด้วยวิธีการใหม่ๆ ที่ง่ายๆ เช่น การวาดภาพ การปั้นดินน้ำมัน การเต้นรำ การแต่งตัว	- เพื่อรักษาระดับความรู้ความสามารถให้อยู่ระดับเดิมให้มากที่สุด

การปฏิบัติ/การประเมิน	วัตถุประสงค์
	- เพื่อเรียนรู้ทักษะใหม่ที่ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้ได้
2. การฟื้นฟูที่เน้น Emotion ได้แก่ Reminiscence therapy เป็นการกระตุ้นความจำและอารมณ์โดยใช้ประสบการณ์ชีวิตในอดีตของผู้ป่วย รูปแบบอาจจะทำเป็นกลุ่ม ควรมีญาติร่วมด้วย ใช้อุปกรณ์ เช่น รูปภาพ ดนตรี บุคคลที่เกี่ยวข้องกับอดีตผู้ป่วย	นำไปสู่การฟื้นความจำจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้ว่าตัวเองมีความสัมพันธ์กับสิ่งที่มากระตุ้น เป็นการช่วยปรับพฤติกรรม อารมณ์และความจำให้ดีขึ้น
3. การฟื้นฟูที่เน้นการกระตุ้น (Stimulation) ได้แก่ การฟื้นฟูด้วยกิจกรรมสันทนาการ เช่น การเล่นเกม การทำงานฝีมือ ศิลปะบำบัด	ช่วยทำให้ cognition บทบาทหน้าที่และอารมณ์ผู้ป่วยดีขึ้น

กิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยพาร์กินสัน

งานกิจกรรมบำบัดมักจะมาเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยพาร์กินสันในระยะกลางและระยะท้ายของการดำเนินโรค โดยระยะกลางนั้น นักกิจกรรมบำบัดจะดูถึงความสามารถในการทำกิจกรรมและปัญหาที่เกิดอันเนื่องมาจากการลดความสามารถด้านการเคลื่อนไหว ดูด้านความปลอดภัยในชีวิตประจำวัน ความคล่องแคล่ว และการประสานงานการทำงานของกล้ามเนื้อและสายตา ปัญหา Cogwheel rigidity และปัญหาความยากลำบากในการกลืน

โปรแกรมการฟื้นฟูสภาพทางกิจกรรมบำบัด

โปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัย

1. แนะนำเทคนิคการนั่ง การยืน การลุกขึ้นยืนจากท่านั่ง การเคลื่อนไหวบนเตียง
2. หลีกเลี่ยงการอยู่ที่ชุมชนหนาแน่น ในพื้นที่แคบและควรจัดให้มีแสงสว่างเพียงพอ
3. แนะนำอุปกรณ์ช่วยเพื่อเพิ่มความสามารถในชีวิตประจำวันและเกิดความปลอดภัย เช่น ที่รองเสริมนั่งโถส้วม ราวจับและม้านั่งในห้องน้ำ
4. แนะนำอาหารที่รับประทานง่าย อันเนื่องมาจากปัญหาการกลืนลำบาก
5. โปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองในชีวิตประจำวันและการมีส่วนร่วมในกิจกรรม
6. แนะนำการออกกำลังกายใบหน้า การเปล่งเสียง
7. แนะนำเทคนิคการสงวนพลังงานขณะอยู่ที่บ้าน ทั้งกิจกรรมยามว่างและงานต่างๆ

8. ลดกิจกรรมที่ละเอียดมาก (Fine movement) มากๆ เช่น การกลัดกระดุม อาจใช้สายรัด Velcro strap แทน เป็นต้น

โปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านการแยกตัวและการสื่อสาร

1. การจัดโปรแกรมนันทนาการ การแนะนำกิจกรรมยามว่าง เพื่อลดปัญหาการแยกตัวจากสังคมของผู้ป่วย

2. ให้ข้อมูลและสนับสนุนกิจกรรมกลุ่ม

3. แนะนำเครื่องช่วยการติดต่อสื่อสาร เช่น โทรศัพท์ที่มีหมายเลขตัวใหญ่ๆ อุปกรณ์ช่วยเขียน ระบบควบคุมแสงไฟ โทรทัศน์ต่างๆ

การทำกิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยพาร์กินสัน

	แนวทางการช่วยเหลือ
การแต่งตัว	- ปรับเปลี่ยนกระดุมเสื้อให้ใหญ่ขึ้น หรือใช้ Velcro strap แทน
การรับประทานอาหาร	- ช้อน ส้อม มีด จับด้ามใหญ่จะทำให้ถือสะดวก - แบ่งอาหารให้สะดวกที่จะเอาเข้าปาก
การอาบน้ำ	- อุปกรณ์ช่วยในการอาบน้ำเป็นฟองน้ำถูตัวที่เสริมด้ามยาว - ควรใช้สบู่เหลวแทนสบู่ก้อน กรณีใช้สบู่ก้อนควรผูกติดสบู่กับเชือก - ควรใช้ฝักบัวอาบน้ำแทนขันน้ำ เพื่อลดการใช้แรงของผู้ป่วย
การขับถ่ายและการใช้ห้องน้ำ	- ใช้แผ่นกันลื่น หรือ ผ้าหยาบๆวางที่พื้นบริเวณเท้าเหยียบหน้าโถส้วม เพื่อป้องกันลื่นล้มเวลาลุกขึ้นหรือนั่งลงที่โถส้วม - ห้องน้ำควรมีราวจับ โถส้วมควรเป็นชักโครกหรือเก้าอี้นั่งถ่าย - ควรมีกระดิ่งหรือโทรศัพท์ภายในห้องน้ำเพื่อขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
การใช้แขนและมือทำงาน	ส่งเสริมให้มีการออกำลังมือ เช่น บีบลูกบอลนิ่มๆ กระตุ้นให้ใช้มือหยิบจับสิ่งของที่ใช้ในชีวิตประจำวัน
การปรับสภาพแวดล้อม	- เป็นพื้นเรียบ ไม่ลื่น ไม่มีสิ่งกีดขวาง อุปกรณ์ภายในบ้านควรจัดให้เป็นระเบียบ หยิบใช้ง่าย - ควรมีแสงสว่างเพียงพอให้สามารถมองเห็นสิ่งของภายในห้องได้ง่าย ชัดเจน

กิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยกระดูกและข้อ

ผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมต้องมีการปรับกิจวัตรประจำวันบางอย่างเพื่อใช้ข้อน้อยลงโดยการปรับอิริยาบถและท่าทางให้เหมาะสมและควรมีการปรับสภาพบ้านเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกการดำเนินกิจวัตรประจำวันมากขึ้น

	แนวทางการช่วยเหลือ
การแต่งตัว	- การสวมกางเกง ควรนั่งเหยียดขาใส่บนเตียงนอน หรืออาจประยุกต์ใช้ไม้แขวนเสื้อทำเป็นตะขอยาวแล้วใช้เกี่ยวขอบเอวกางเกงขึ้นมา หรือ Reacher grip - การสวมรองเท้าควรเป็นแบบมีส้นเตี้ย (สูงไม่เกิน1 นิ้ว) หรือแบบที่ไม่มีส้นรองเท้าพื้นรองเท้านุ่มและมีขนาดที่พอเหมาะเวลาสวมรองเท้าเดินแล้วรู้สึกว่ากระชับพอดี ไม่หลวมหรือคับเกินไป
การอาบน้ำ	ควรมีเก้าอี้มีพนักพิงเพื่อนั่งอาบน้ำ เพื่อไม่ต้องลุก ๆ นั่ง ๆ อยู่บ่อยๆ และ อาจใช้ฟองน้ำแบบมีด้ามยาวเพื่อทำความสะอาดส่วนขาและเท้า
การทำงานบ้าน	- การซักผ้าให้ซักทีละน้อยและนั่งซักบนม้าเตี้ยๆโดยเหยียดเข่าออกทั้ง 2 ข้าง หรือซักโดยใช้เครื่องซักผ้า - การรีดผ้าควรนั่งบนเก้าอี้มีพนักในการรีด - การถูพื้นบ้านควรยืนถูโดยใช้ไม้ถูพื้น
กิจกรรมยามว่าง	-การไปวัด ฟังเทศน์ ทำบุญ ควรนั่งที่ขอบบันได บนเก้าอี้ หรือถ้าจำเป็นต้องนั่งกับพื้นควรนั่งเหยียดเข่าตรง - การนั่งสมาธิควรนั่งบนเก้าอี้ หรือถ้านั่งพื้น ควรเหยียดเข่าตรง
การปรับสภาพบ้านและสิ่งแวดล้อม	**ห้องน้ำ** - มีราวจับบริเวณด้านข้างโถนั่งหรือใช้เชือกห้อยจากเพดานเหนือศีรษะเพื่อใช้เกาะ หรือพยุงตัวเวลาลุกขึ้นหรือนั่งลงที่โถส้วม - ถ้าเป็นโถส้วมแบบนั่งยอง ควรดัดแปลงเก้าอี้แบบมีพนักพิง เจาะรูตรงกลางให้มีขนาดกว้างพอประมาณ วางครอบโถส้วม หรือเปลี่ยนเป็นแบบโถส้วมแบบชักโครก - ใช้แผ่นกันลื่น หรือ ผ้าหยาบๆวางที่พื้นบริเวณเท้าเหยียบหน้าโถส้วม เพื่อป้องกันลื่นล้มเวลาลุกขึ้นหรือนั่งลงที่โถส้วม **บริเวณบ้าน** - มีราวเกาะ ผิวไม่ลื่น เพื่อให้จับได้มั่นคง ตรงบันไดหรือบริเวณรอบๆ บ้าน - พื้นบ้าน ควรเป็นระดับเดียวกัน ผิวไม่ลื่น

เอกสารอ้างอิง

1. Principle and Practice of Occupational Therapy for Physical Dysfunction. เอกสารประกอบการสอนกระบวนวิชา 513421 (อัดสำเนา) ภาควิชากิจกรรมบำบัดคณะเทคนิคการแพทย์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2541.
2. Management of Adult Stroke Rehabilitation Care; A Clinical Practice Guideline. 2005.
3. พิศักดิ์ ชินชัยและทศพร บรรยมาก. กิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ป่วยมีปัญหาด้านระบบประสาท. ภาควิชากิจกรรมบำบัดคณะเทคนิคการแพทย์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2548.
4. Occupational Performance Profile. Uniform Terminology for Occupational Therapy. 3rd ed. 2003.
5. Madrilyn S, Daniel L, Strickland R. Occupational Therapy Protocol Management in Adult Physical Dysfunction. 1992.
6. Principle and Practice of Occupational Therapy for Physical Dysfunction. เอกสารประกอบการสอนกระบวนวิชา 513421 (อัดสำเนา) ภาควิชากิจกรรมบำบัดคณะเทคนิคการแพทย์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2541.
7. Catherine AT, Anna DS. Occupational Therapy for Physical Dysfunction. 4th ed. USA, The Willaims and Wilkins. 1980.
8. กิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. เอกสารประกอบการอบรมความรู้เชิงปฏิบัติการแก่เจ้าหน้าที่อาชีวบำบัด. ภาควิชากิจกรรมบำบัดคณะเทคนิคการแพทย์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2543.
9. Barbara Zoltan. Vision, Perception and Cognition. 3rd ed. SLACK Incorporated. 1996.
10. แนวทางเวชปฏิบัติภาวะสมองเสื่อม.สถาบันประสาทวิทยากรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข:2551.
11. Sybil.E.Johnson. Parkinson's disease. Occupational Therapy and Physical Dysfunction; Churchill Livingstone New York and Tokyo; 1992; 540-60
12. แนวทางปฏิบัติในการให้บริการทางกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนน. ศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ. กรมการแพทย์ แพทย์ กระทรวงสาธารณสุข:2555.

บทบาทของนักโภชนาการในการดูแลสูงอายุโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

จิตรลดา จักรเพชรโยธิน
จิรนันท์ ทองสัมฤทธิ์

ข้อควรปฏิบัติสำหรับผู้ป่วยสูงอายุ

1. กินอาหารให้หลากหลายครบ 3 มื้อต่อวัน เพื่อให้ได้สารอาหารครบตามที่ร่างกายต้องการ โดยมีผักใบเขียวทุกมื้ออย่างน้อยมื้อละ 1-2 ทัพพี
2. เลือกอาหารที่มีค่าดัชนีน้ำตาลต่ำและมีกากใยสูง เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ผัก ผลไม้ที่ไม่หวานจัด
3. เลือกกินอาหารที่มีไขมันและคอเลสตอรอลต่ำ โดยลดการกินอาหารที่ใส่กะทิ ไขมันสัตว์ อาหารทอด อาหารที่ใส่เนยมาการีน ขนมอบประเภทเบเกอรี่ต่างๆ ถ้าไขมันในเลือดสูงให้งดไข่แดง เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน
4. เลือกกินเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน เช่น ปลา ไก่ (ไม่ติดหนัง) เต้าหู้ หรือโปรตีนเกษตร และเลือกวิธีปรุงที่ไม่ใช้น้ำมันหรือใช้น้ำมันทอดน้อย เช่น ต้ม นึ่ง ย่าง ผัด
5. เลือกอาหารที่มีรสเค็มน้อย หรือมีเกลือ/โซเดียมต่ำไม่ควรปรุงรสด้วยเครื่องปรุงที่มีโซเดียมสูง เช่น น้ำปลา เกลือ ซอสปรุงรสต่างๆ อาหารที่มีโซเดียมสูงบางชนิดไม่มีรสเค็ม เช่น ผงฟู ผงชูรส สารกันบูด ควรหลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง เช่น ผักกาดดอง ทั้งดองเปรี้ยวและดองเค็ม ไข่เค็ม ปูเค็ม กะปิ เครื่องกระป๋องทุกชนิด น้ำผลไม้กระป๋อง อาหารสำเร็จรูปที่เป็นผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรมที่มีการเติมสารกันบูด อาหารบางชนิดไม่มีรสเค็มก็ต้องหลีกเลี่ยง หรือถ้าจำเป็นต้องกินควรกินในปริมาณน้อย
6. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ เช่น เครื่องดื่มรสหวาน ขนมหวาน ลูกอม ของเชื่อม เป็นต้น หรืออาจใช้น้ำตาลเทียมแทนน้ำตาลทราย กรณีต้องการดื่มเป็นครั้งคราว แนะนำควรดื่มนมพร่องมันเนยเป็นเครื่องดื่ม
7. หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพราะอาจเพิ่มปริมาณไขมันในเลือดได้
8. เรียนรู้ปริมาณอาหารที่ควรกินในแต่ละวันให้ถูกต้องตามหลักโภชนาการ

9. เคลื่อนไหวออกกำลังกายอย่างเหมาะสม เพื่อรักษาน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์ปกติไม่ให้อ้วนหรือผอมเกินไป
10. เรียนรู้การใช้ยาที่แพทย์สั่งอย่างถูกต้อง
11. ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิต เช่น พักผ่อนให้เพียงพอ ไม่เครียด ทำสมาธิ

การรับประทานอาหารที่ให้พลังงานเหมาะสมชนิดและปริมาณอาหารสำหรับผู้ที่เป็นเบาหวาน พลังงาน 1,600 กิโลแคลอรี/วัน*

อาหาร	ปริมาณอาหาร ต่อ 1 วัน	ควรเลือก	ควรเลี่ยง
ข้าว แป้ง น้ำตาล	9 ทัพพี	ข้าวกล้อง ธัญพืชไม่ขัดสี ขนมปังโฮลวีท	น้ำตาล น้ำหวาน น้ำอัดลม ขนมหวาน
ผลไม้	6-8 คำ/มื้อ	ผลไม้สด รสไม่หวานจัด	ผลไม้เชื่อม ผลไม้กวนผลไม้กระป๋อง ผลไม้ดอง
ผัก	รับประทานได้ปริมาณมาก	ผักสด ผักต้ม	ผักชุบแป้งทอด ผักดอง
เนื้อสัตว์	12 ช้อนโต๊ะ	ปลา เต้าหู้ ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไม่ติดหนัง	หมูสามชั้น หนังสัตว์ เนื้อสัตว์ทอด เครื่องในสัตว์
นม	1 แก้ว/วัน หากไม่ได้ดื่มนมให้เพิ่มเนื้อสัตว์เป็น 14 ช้อนโต๊ะ/วัน	นมพร่องมันเนย นมขาดมันเนย	นมข้นหวาน นมไขมันเต็มส่วน นมรสต่างๆ
ไขมัน	3 ช้อนชา	น้ำมันถั่วเหลือง น้ำมันรำข้าว	น้ำมันจากสัตว์ กะทิ เนย มาการีน

*ความต้องการพลังงานจากอาหารสำหรับผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปตามหลักธงโภชนาการของไทย

หมายเหตุ ผู้ที่เป็นเบาหวานควรเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลเป็นส่วนประกอบ เช่น น้ำหวาน น้ำอัดลม น้ำผลไม้ น้ำสมุนไพร

แนวทางการดูแลด้านโภชนาการในผู้ที่เป็นเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่นร่วมด้วย

ภาวะแทรกซ้อน	การดูแลด้านโภชนาการ
อ้วน	- ลดน้ำหนักลงอย่างน้อย 5-10% - ประเมินพลังงานจากอาหารทั้งวัน ถ้าพลังงานเกินให้ลดพลังงานลง 250-1,000 กิโลแคลอรีจากพลังงานที่รับประทานปกติ - ลดคาร์โบไฮเดรต และ/หรือไขมัน (โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว)
ผอม	- ประเมินพลังงานจากอาหารทั้งวัน ถ้าพลังงานน้อยเกินไปให้เพิ่มพลังงานให้เพียงพอตามความเหมาะสมของแต่ละบุคคล อาจเพิ่มอาหารหลัก อาหารว่าง และอาหารเสริม
มีภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ Cholesterol ≥ 200 mg/dL LDL ≥ 100 mg/dL Triglycerides ≥ 150 mg/dL	- ลดอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว และไขมันทรานส์สูง - ดูแนวทางการดูแลผู้ที่มีไขมันในเลือดสูง
ความดันโลหิตสูง	- จำกัดโซเดียม < 2,400 mg/d
ไต	- จำกัดปริมาณโปรตีน - จำกัดโซเดียม - ดูแนวทางการดูแลผู้ที่เป็นโรคไต

ปัจจัยทางโภชนาการที่ต้องควบคุมในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง

ปัจจัยที่ต้องควบคุม	การดูแลด้านโภชนาการ
1. จำกัดโซเดียม < 2,400 mg/day	- ดูหัวข้ออาหารที่มีโซเดียมสูง และปริมาณโซเดียมในอาหาร
2. เพิ่มใยอาหาร 20-35 g/day	- รับประทานผัก ผลไม้ และธัญพืชมากขึ้น
3. ควบคุมน้ำหนักตัวให้อยู่ในเกณฑ์เหมาะสม	- พลังงานจากอาหารเหมาะสม แนวทางการดูแลด้านโภชนาการในผู้เป็นเบาหวาน - เลี่ยงการดื่มที่มีน้ำตาล เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ - งดสูบบุหรี่
4. หากมีไขมันในเลือดสูงให้ควบคุมระดับไขมันในเลือด	- ดูหัวข้อแนวทางการดูแลด้านโภชนาการในผู้ที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ
5. หากเป็นเบาหวาน ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงกับค่าปกติ	- ดูหัวข้อแนวทางการดูแลด้านโภชนาการในผู้ที่เป็นเบาหวาน

บทบาทของนักโภชนาการในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคไต

อาหารสำหรับผู้สูงอายุที่เป็นโรคไต มีสารที่ต้องควบคุมปริมาณที่ได้รับ 4 ตัว การควบคุมเป็นการจำกัดปริมาณให้น้อยหรือเพิ่มมากกว่าปกติ แพทย์เป็นที่ทำการรักษาผู้สั่ง สารอาหารที่ต้องควบคุมปริมาณ ได้แก่

โปรตีน - อาจจำกัดให้น้อยกว่าปกติ เช่น กรณีที่มีสารยูเรียคั่งในเลือด
- อาจให้มากกว่าปกติ เช่น กรณีที่ไตขับสารอัลบูมินออกมาในปัสสาวะมากๆ

โซเดียม - อาจสั่งจำกัดในกรณีไตล้มเหลว ขับถ่ายโซเดียมออกน้อย มีอาการบวมตามตัว ในกรณีที่ขับถ่ายโซเดียมออกมาก แพทย์จะสั่งให้เพิ่มปริมาณ

โปแตสเซียม - อาจสั่งให้จำกัด กรณีไตล้มเหลวปัสสาวะน้อยกว่า ½ ลิตร/วัน
- อาจสั่งให้ได้รับมาก เมื่อผู้ป่วยใช้ยาซึ่งทำให้ร่างกายสูญเสียโปแตสเซียม

น้ำ - อาจสั่งให้จำกัดน้ำเมื่อไตล้มเหลวและปัสสาวะน้อยกว่า ½ ลิตร/วันหรือสั่งให้ได้รับน้ำเท่ากับปริมาณปัสสาวะที่ขับถ่ายได้ใน 24 ชั่วโมง บวกเพิ่มได้อีก 500 ซีซี
- อาจสั่งให้ดื่มน้ำมากๆ ในกรณีตัวแห้ง ต้องกินทั้งเกลือและน้ำให้มากขึ้น

อาหารที่มีโซเดียมสูง

1. เครื่องปรุงรส ได้แก่
   - เครื่องปรุงรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว ซอสหอยนางรม เต้าเจี้ยวกะปิ เต้าหู้ยี้
   - เครื่องปรุงหลายรส เช่น ซอสมะเขือเทศ ซอสพริก ซีอิ๊วหวาน
2. สารปรุงแต่งอาหาร ได้แก่ ผงชูรส ผงฟู สารกันบูดสารกันรา
3. อาหารที่ใช้เกลือถนอมอาหาร ได้แก่
   - อาหารตากแห้ง เช่น ปลาสลิดตากแห้ง ปลาแดดเดียว หมูแดดเดียว หมูหยอง
   - อาหารปรุงรสต่างๆ เช่น ไส้กรอก หมูยอ กุนเชียง
   - อาหารหมักดอง เช่น ผลไม้ ผักดอง ไข่เค็ม แหนมปลาร้า
   - อาหารกระป๋องและอาหารสำเร็จรูป
   - อาหารธรรมชาติที่มีโซเดียมสูง ได้แก่ อาหารทะเล เช่น กุ้ง ปู หอย ปลาทะเล

ตาราง ปริมาณโซเดียมในอาหาร

อาหาร	ปริมาณ	โซเดียม (mg)
เกลือ	1 ช้อนชา	2,000
น้ำปลา	1 ช้อนชา	465-600
ซีอิ๊วขาว	1 ช้อนโต๊ะ	960-1,420
ซอสปรุงรส	1 ช้อนโต๊ะ	1,150
ซอสหอยนางรม	1 ช้อนโต๊ะ	420-490
น้ำจิ้มไก่	1 ช้อนโต๊ะ	202-227
ซอสพริก	1 ช้อนโต๊ะ	220
ผงชูรส	1 ช้อนชา	492
ผงฟู	1 ช้อนชา	339
เต้าหู้ยี้	2 อัน (15 กรัม)	560
ปลาสลิดหมักเกลือ	1 ตัว (40 กรัม)	1,288
เนื้อปลาทูทอด	½ ตัวกลาง (100 กรัม)	1,081
น้ำพริกกะปิ	4 ช้อนโต๊ะ (60 กรัม)	1,100
น้ำปลาหวาน	1 ช้อนโต๊ะ (10 กรัม)	191

อาหาร	ปริมาณ	โซเดียม (mg)
น้ำพริกเผา	1 ช้อนโต๊ะ (16 กรัม)	275
ข้าวผัดหมู	1 จานเล็ก (295 กรัม)	416
ข้าวต้มหมู	1 ชาม (390 กรัม)	881
ผัดผักบุ้งใส่เต้าเจี้ยว	1 จาน (150 กรัม)	894
ผัดผักบุ้งน้ำมันหอย	1 จานเล็ก (110 กรัม)	426
บะหมี่สำเร็จรูป (ต้มยำกุ้ง)	1 ห่อ (55 กรัม)	1,480
ผัดซีอิ๊ว	1 จาน (354 กรัม)	1,352
บะหมี่ราดหน้าไก่	1 จาน (300 กรัม)	1,819
ก๋วยเตี๋ยวหมูสับ	1 ชาม (300 กรัม)	1,450
บะหมี่น้ำหมูแดง	1 ชาม (350 กรัม)	1,480
แกงส้มผักรวม	1 ถ้วย (100 กรัม)	1,130
ส้มตำอีสาน	1 จาน (100 กรัม)	1,006
ไส้กรอก	1 อัน (45 กรัม)	504
เบคอน	1 ชิ้น (6 กรัม)	101
แฮม	1 ชิ้น (30 กรัม)	395
โบโลน่า	1 แผ่น (30 กรัม)	305
แซนวิชสเปรด	1 ช้อนโต๊ะ (15 กรัม)	152
ขนมปัง	1 แผ่น (25 กรัม)	105
แฮมเบอร์เกอร์	1 ชิ้นเล็ก (98 กรัม)	463
ข้าวโพดแผ่นอบ	15 ชิ้น (30 กรัม)	117

ที่มา : สถาบันวิจัยโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2540

บทบาทของนักโภชนาการในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีไขมันในเลือดผิดปกติ
การดูแลด้านโภชนาการโดยพิจารณาตามชนิดของไขมันในเลือดที่ผิดปกติดังนี้

ภาวะไขมันในเลือดที่ผิดปกติ	ระดับไขมันในเลือด (mg/dL)	การดูแลด้านโภชนาการ
ไตรกลีเซอรไรด์	150-499	- ลดปริมาณคาร์โบไฮเดรต โดยเฉพาะน้ำตาลให้น้อยกว่า 10% ของปริมาณพลังงานที่ควรได้รับต่อวัน - เพิ่มกรดไขมันไม่อิ่มตัวตำแหน่งเดียว เพิ่มโอเมก้า 3 ได้แก่ ไข่ ดอกกะหล่ำ น้ำมันตับปลา ถั่วเหลือง ผักโขม เป็นต้น
	≥ 500	- ดูแลเช่นเดียวกับผู้ที่มีไตรกลีเซอไรด์ 150-499 mg/dL - อาหารไขมันต่ำมาก (ไขมัน < 15% ของพลังงาน) - ใช้ medium chain triglyceride oil
แอลดีแอล	>130 หรือ > 100 ในผู้เป็นเบาหวาน	- ลดคลอเลสเตอรอลในอาหาร < 200 mg/day - ลดไขมันอิ่มตัว <7% ของพลังงาน - เพิ่มไขมันไม่อิ่มตัวตำแหน่งเดียว - ไขมันรวม 25-35% ของพลังงาน - คาร์โบไฮเดรต 50-60% ของพลังงาน - โปรตีนประมาณ 15%

ตารางแสดงตัวอย่างอาหารที่มีไขมันทรานส์ และไขมันอิ่มตัวสูง

ชนิดไขมัน	อาหาร
ไขมันทรานส์	มาการีน เค้ก คุกกี้ พาย พิซซ่า บิสกิท อาหารทอด/ชุบแป้งทอด (Deep-fried food) ป๊อปคอร์น เฟร้นช์ฟาย มันฝรั่งทอดกรอบ
ไขมันอิ่มตัว	มันเปลว ไขมันจากสัตว์ หนังสัตว์ กะทิ น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม ชีส วิปปิ้งครีม เนย ไอศกรีม

ตารางปริมาณคลอเลสเตอรอลในอาหาร 100 กรัม

อาหาร	คลอเลสเตอรอล (มิลลิกรัม)
นม	24
ไอศกรีม	40
เนยแข็ง	140
เนื้อไก่,เป็ด	60-90
เนื้อกุ้ง	150-200
เนื้อหมูไม่ติดมัน	70-90
เนื้อปู	145
หอยแครง, แมลงภู่	454
เนื้อวัว	65
แฮม ขาไก่	100-110
ซี่โครงหมู	105
ตับหมู	420
ไข่นกกระทา	3,640
ไข่ไก่ 1 ฟอง	504
ไข่ขาว	0
ไข่แดงล้วน	1,480
น้ำสลัดครีม	165-225
ไส้หมูกระเพาะหมู	150

บทบาทของนักโภชนาการในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่มีโรคกระดูกพรุน

คำแนะนำในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ

1. รับประทานอาหารมีพลังงานเหมาะสม มีโปรตีน แคลเซียม และวิตามินเคเพียงพอ
2. รับประทานอาหารที่มีโอเมก้า 3 เช่น อาหารทะเล สาหร่าย
3. งดอาหารเค็มจัด (ดูหัวข้ออาหารที่มีโซเดียมสูง และตารางที่ 1 ในแนวทางการดูแลผู้ที่มีความดันโลหิตสูง)
4. เลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟน้ำอัดลมสีเข้ม
5. ออกกำลังกายกลางแจ้ง ในช่วงเวลาที่มีแดดอ่อนๆเป็นประจำ

ตารางที่ 1 ความต้องการสารอาหารที่สำคัญสำหรับผู้ที่มีโรคกระดูกพรุน

สารอาหาร	ความต้องการ
โปรตีน	0.8-1 g/kg/day
แคลเซียม	1,000 mg/d
วิตามินเค	หญิง 90 µg/day,ชาย 120 µg/day

ตารางที่ 2 ปริมาณแคลเซียมในอาหาร 100 กรัม

อาหาร	แคลเซียม (mg)
นมพร่องมันเนย	123
นมเปรี้ยวรสธรรมชาติ	50
โยเกิร์ต	126
เนยแข็ง (Cheddar cheese)	760
ปลาไส้ตัน	218
ปลาทูนึ่ง	168
ปลาซาร์ดีนในน้ำบรรจุกระป๋อง	527
ปูม้า	281
กุ้งฝอย	1,125
ถั่วเหลืองเมล็ดแห้ง	343
เต้าหู้แผ่น	125
ฟองเต้าหู้	245
คะน้า	164
ผักกวางตุ้ง	115
ผักชีลาว	221
เห็ดลม	341
มะเขือพวง	182
งาดำคั่ว	1,452
สาหร่ายทะเลแห้ง	465

ตารางที่ 3 ปริมาณวิตามินเค phylloquinone ต่ออาหาร 100 กรัม

อาหาร	วิตามินเค (ไมโครกรัม)
ผักปวยเล้ง	380
ผักสลัด	315
บร๊อคโคลี่	180
ตะเกียงกะหล่ำ	177
กะหล่ำปลี	145
หน่อไม้ฝรั่ง	60
ขจร	40
ผักกาดแก้ว	35
ถั่วลันเตา	24
แตงกวา	20
กะหล่ำดอก	20
แครอท	100
น้ำมันถั่วเหลือง	193
น้ำมันคาโนล่า	127
น้ำมันเมล็ดฝ้าย	60
น้ำมันมะกอก	55
น้ำมันข้าวโพด	3
มาการิน	42
เนย	7
ถั่วเหลืองเมล็ดแห้ง	47
ตับ	5
ไข่	2
ทูน่ากระป๋องในน้ำมัน	24

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. (2549). แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลโภชนบำบัดในโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติสำหรับผู้สูงอายุ. นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข
2. สถาบันวิจัยโภชนาการ. (2545). Food Composition Database ND.2 for INMUCAL PROGRAM. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล
3. กองโภชนาการ. (2546). ปริมาณสารอาหารอ้างอิงที่ควรได้รับประจำวันสำหรับคนไทย พ.ศ. 2546. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
4. Osteoporosis Canada. (2006). Osteoporosis Update A Practical Guide For Canadian Physicians. Spring/Summer 2006. Vol 10 no.2
5. Genuis SJ and Schwalfenberg GK. (2007). Picking a Bone with Contemporary Osteoporosis Management: Nutrient Stratergies to Enhance Skeletal Integrity. *Clinical Nutrition*, 26, 193-207
6. Nestlé Nutrition Institute. Mini Nutrition Assessment (MNA). [cite 2015 Jan 5]. Available from: http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_thai.pdf
7. U.S. Department of Health and Human Services., National Institutea of Health., National Heart, Lung, and Blood Institute., National High Blood pressure Education Program. (2003). Your Guide to Lowering Blood Pressure. NIH Publication No. 03-5232
8. National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institutes. (2002). Third Report of the National Cholesterol Education Program Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults. NIH Publication No. 02-5214
9. Grundy, SM., Cleeman, JI., Merz, CNB., Brewer,HB., Clark, LT., Hunninghake, DB., et al. (2004). Implications of Recent Clinical Trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines.Circution, 110, 227-239

บทบาทของนักจิตวิทยาในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

กัลยาพร นันทชัย

งานบริการสุขภาพจิตในชุมชน[1]

1. การบริการสุขภาพแบบองค์รวมครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ ส่งเสริม ป้องกัน บำบัด และฟื้นฟู

2. ประเมินปัญหาทางสุขภาพจิต พฤติกรรม ความคิด ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเจ็บป่วย ครอบคลุม ร่างกาย อารมณ์ จิตใจและสังคมที่ส่งผลต่อปัญหาทางสุขภาพจิต

3. ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างการป้องกันและการฟื้นฟูสุขภาพจิตการวางแผนและการดูแล

4. ให้ปรึกษาปัญหาส่วนบุคคลจัดบริการส่งเสริมทางสุขภาพจิต และช่วยในเรื่องปัญหาทางอารมณ์ พฤติกรรม

5. ให้ความรู้เกี่ยวกับส่งเสริมสุขภาพจิตชุมชน

แนวทางการประเมินและดูแลสุขภาพจิต ปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์สำหรับผู้สูงอายุในชุมชน

1. ประเมินคัดกรอง ปัญหาสุขภาพจิตที่พบร่วมในผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังที่บ้านร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพตามเกณฑ์และความเสี่ยงของโรค

2. ประเมินปัจจัยเสี่ยง ให้ครอบคลุมด้าน ร่างกาย อารมณ์ สังคม และจิตใจที่ส่งผลต่อโรคของผู้สูงอายุ

3. ให้การปรึกษา พูดคุย รับฟังผู้ป่วยและญาติและสอนวิธีจัดการความเครียดและวิตกกังวล

4. ส่งเสริมการดูแลด้านสุขภาพจิต และให้ความรู้ในเรื่องที่เกี่ยวข้องแก่ ผู้สูงอายุ ญาติ และผู้ที่เกี่ยวข้อง

5. ประสานทีมสหวิชาชีพ และส่งต่อแพทย์ หรือสถานพยาบาลต่อไปกรณีพบโรคหรือปัญหาพฤติกรรมที่ต้องได้รับการรักษา

กลุ่มโรคและอาการทางจิตเวชที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

- โรคสมองเสื่อมและปัญหาทางพฤติกรรม
- โรคซึมเศร้า และอารมณ์เศร้า
- ภาวะวิตกกังวล
- อาการนอนไม่หลับ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรังมากกว่า 1 โรค ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นโรคทางกาย ซึ่งโรคทางกายเป็นจำนวนมากที่ทำให้เกิดความผิดปกติทางอารมณ์ เช่น โรคพาร์กินสัน,โรคหลอดเลือดสมอง,โรคลมชัก,โรคอัลไซเมอร์,โรคต่อมไร้ท่อ,ความผิดปกติของเมตาบอลิซึม และอื่น ๆ [2] ในการให้บริการดูแลสุขภาพจิตผู้สูงอายุในชุมชนนั้น ควรมีการประเมินปัญหาทางอารมณ์ ความคิด หรือทางพฤติกรรม ตามแนวทางการประเมินรวมทั้งแนวทางการช่วยเหลือ ดังตารางที่ 1-2 หลังจากประเมินแล้วพบว่าพบมีอาการในระดับรุนแรงมาก ควรเข้าสู่ระบบการส่งต่อในสถานพยาบาลเฉพาะทางต่อไป

ตารางที่ 1 แนวทางการประเมินปัญหาทางสุขภาพจิตสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน [3,4,5,6,7,8,9,10]

การประเมิน	เครื่องมือ/การประเมิน	ผู้ใช้	แนวทางการดูแล
ด้านอารมณ์	- สัมภาษณ์/สังเกต - สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติเลือกใช้ แบบประเมินความเครียด หรือแบบประเมินภาวะวิตกกังวล หรือ แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าสำหรับผู้สูงอายุไทย (TGDS)	นักจิตวิทยาคลินิกหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต	- พูดคุย รับฟังให้ผู้สูงอายุระบายความรู้สึกและให้การปรึกษา - การฝึกวิธีการผ่อนคลายความเครียดโดยใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น การฝึกการหายใจ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อการใช้จินตนาการ (รายละเอียดในภาคผนวก) - ใช้เทคนิคการทำจิตบำบัดรายบุคคลได้ในรายที่สามารถไปเยี่ยมบ้านได้ ตามกระบวนการจิตบำบัด ขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่และข้อจำกัดของบุคลากร
ด้านความบกพร่องด้านความจำ	- สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ - ประเมินภาวะซึมเศร้าก่อนโดยใช้แบบคัดกรองTGDS - ประเมินภาวะสมองเสื่อม	นักจิตวิทยาคลินิกหรือบุคลากรทางด้าน	- เมื่อพบความผิดปกติของความจำซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าจากการประเมินแยกอาการให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่ญาติ

	ด้วยแบบคัดกรอง MMSE - T 2002 ร่วมกับClock drawing test	สุขภาพจิต	- นำข้อมูลร่วมประเมินกับทีมและรายละเอียดตามแนวทางการดูแลภาวะสมองเสื่อมหรือภาวะ Delirium ในหน้าที่ 225 และ 275
ด้านพฤติกรรม	- สัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ - การตรวจประเมินสภาพจิตเบื้องต้น - การสังเกตพฤติกรรมที่เป็นปัญหา	นักจิตวิทยาคลินิกหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต	สรุปผลการประเมินว่าพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุเกิดจากสาเหตุหรือมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องอะไรบ้าง ให้คำแนะนำเบื้องต้นแก่ญาติ นำข้อมูลร่วมประเมินกับทีม หากเป็นพฤติกรรมที่เกิดจากโรคสมองเสื่อมหรือภาวะ Delirium ให้ตามรายละเอียดตามแนวทางการดูแลในหน้าที่ 225 และ 275

ตารางที่ 2 แนวทางการประเมินปัญหาทางสุขภาพจิตสำหรับญาติและผู้ดูแลสูงอายุในชุมชน

การประเมิน	เครื่องมือ/การประเมิน	ผู้ใช้	แนวทางการดูแล
ด้านอารมณ์และความเครียด	- สัมภาษณ์/สังเกต - ใช้แบบประเมินความเครียดหรือแบบประเมินภาวะวิตกกังวล - แบบประเมินภาระของผู้ดูแล - แบบประเมินภาวะซึมเศร้า	นักจิตวิทยาคลินิกหรือบุคลากรทางด้านสุขภาพจิต	- พูดคุย รับฟังญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุให้ระบายความรู้สึกและให้การปรึกษา - ให้ข้อมูล เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุและวิธีการดูแลด้านจิตใจ -สอนสาธิตการฝึกวิธีการผ่อนคลายความเครียดโดยใช้เทคนิคต่าง ๆ เช่น การฝึกการหายใจ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อการใช้

			จินตนาการ (รายละเอียดในภาคผนวกหน้าที่ 315) - ให้คำแนะนำในการลดความเครียด เช่นการพักผ่อนหรือ ผลัดเปลี่ยนผู้ดูแลชั่วคราว (รายละเอียดแนวทางการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมในหน้าที่ 225)

เอกสารอ้างอิง

1. บทบาทนักจิตวิทยาคลินิกในการพัฒนางานสุขภาพจิตในชุมชน.สำนักงานหลักประกันสุขภาพ [ออนไลน์ วันที่เข้าถึง 25 พฤศจิกายน 2557] www.nhso.go.th/
2. สมภพ เรืองตระกูล. อาการทางจิตในผู้ป่วยโรคทางกาย. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว, 2544.
3. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. คู่มือการอบรมเรื่องการเตรียมความพร้อมเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2548.
4. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม สำหรับบุคลากรทางการแพทย์. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2546
5. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย MMSE- Thai 2002. กรมการแพทย์.กระทรวงสาธารณสุข.2542.
6. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง สารศิริราช ปีที่ 45 ฉบับที่ 6 มิถุนายน 2536 (359-374)
7. คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคสมองเสื่อมสำหรับญาติและผู้ดูแล.โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ,2556.บียอนด์พับลิชชิ่ง.พิมพ์ครั้งที่ 2
8. คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองสำหรับญาติและผู้ดูแล.โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ,2554.บียอนด์พับลิชชิ่ง.พิมพ์ครั้งที่ 1
9. คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานสำหรับญาติและผู้ดูแล.โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ,2554.บียอนด์พับลิชชิ่ง.พิมพ์ครั้งที่ 1

10. คู่มือการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงสำหรับญาติและผู้ดูแล.โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ,2554.บียอนด์พับลิชชิ่ง.พิมพ์ครั้งที่ 2
11. **เทคนิคคลายเครียด**.รศ. กนกรัตน์ สุขะตุงคะ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิราราชพยาบาล.[ออนไลน์ วันที่เข้าถึง 29 พฤศจิกายน 2557]
http://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=51

บทบาทของนักสังคมสงเคราะห์ในการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสูงอายุ

สมฤดี เนียมหอม

นักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จะมีหน้าที่ในการให้ความช่วยเหลือหรือเอื้อประโยชน์แก่ผู้ป่วยสูงอายุและญาติ ในการเข้าถึงความช่วยเหลือทางการแพทย์ เช่น การจัดหาสถานที่ พักฟื้น การจัดการกับปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การดูแลเรื่องสิทธิการรักษาพยาบาล และจำเป็นต้องมีความเกี่ยวข้องกับการแพทย์ บุคลากรภายในโรงพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งในทีมผู้ให้การรักษาทางการแพทย์ เป็นผู้ประสานระหว่างทีมงานผู้รักษาและผู้ป่วยสูงอายุในการให้ความช่วยเหลือยังมีหน้าที่เชื่อมโยงไปถึงการวางแผนการรักษาและฟื้นฟูผู้ป่วยสูงอายุ การวางแผนในการส่งต่อการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสูงอายุเมื่อออกจากโรงพยาบาลแล้ว เมื่อพบปัญหาหลังจากผู้ป่วยสูงอายุกลับไปใช้ชีวิตที่บ้าน นักสังคมสงเคราะห์ก็ยังคงมีหน้าที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยตามสภาพปัญหาที่พบที่บ้าน การให้การสงเคราะห์ต่างๆ การติดต่อกับหน่วยงานภายนอกโรงพยาบาลที่เป็นแหล่งทรัพยากร/แหล่งประโยชน์ทางสังคม ที่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวได้

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่กลับจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้าน ครอบครัว สมาชิกในครอบครัว ต้องมีความเข้าใจและตระหนักถึงปัญหาทางด้านสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาทางสุขภาพ โรคเรื้อรัง ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากโรคต่าง ๆ ซึ่งส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินชีวิตได้เหมือนเดิม อาจจะมีข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน ข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว นอกจากความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายแล้วยังมีเรื่องของจิตใจที่เกิดจากการสูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคม ส่งผลทำให้เกิดความเครียด ซึมเศร้าและปัญหาสุขภาพจิตตามมาได้ ละทิ้งบทบาททางสังคม ไม่สามารถทำงานได้ เมื่อผู้ป่วยสูงอายุกลับไปอยู่ที่บ้านอาจจะเกิดปัญหาทางสังคมต่าง ๆ ตามมา ซึ่งสามารถแบ่งปัญหาออกเป็นกลุ่มใหญ่ ๆ ตามแบบบัญชีปัญหาทางสังคม (Social problem lists) 3 ปัญหาหลัก ประกอบด้วย

1.ปัญหาครอบครัว/ผู้ดูแล

ครอบครัวในปัจจุบันเผชิญกับภาวะการณ์เปลี่ยนแปลงอันเป็นผลมาจากปัจจัยภายในครอบครัวและปัจจัยแวดล้อมในชุมชน สังคม และสิ่งแวดล้อม โดยสภาพเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ผลกระทบต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตของครอบครัวได้เปลี่ยนแปลงไป จะเห็นได้ว่าครอบครัวไทยมีลักษณะหลากหลายยิ่งขึ้น และสมาชิกในครอบครัวมีวิถีชีวิตที่แตกต่างไปจากเดิม

การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นอาจยังผลให้เกิดความสั่นคลอนของสถาบันครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านโครงสร้างและความสัมพันธ์หรือพันธะระหว่างสมาชิกภายในครอบครัว [2] ส่งผลให้

- สมาชิกครอบครัวขาดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
- ผู้ป่วยสูงอายุถูกปล่อยให้อยู่ตามลำพัง ทอดทิ้ง ละเลย ไม่ได้รับความสนใจดูแลเท่าที่ควร
- การใช้ความรุนแรงกับผู้ป่วยสูงอายุ
- ผู้ดูแลเกิดความเบื่อหน่าย ความเครียด /ขาดผู้ดูแล

2.ปัญหาเรื่องเศรษฐกิจ

- ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายต้องมีภาระเพิ่มขึ้นจากค่าใช้จ่ายในการดำเนินชีวิตประจำวันปกติของครอบครัวที่เป็นประจำทุกเดือน เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าพาหนะเพื่อการเดินทางไปรักษาพยาบาล การจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นต่างๆ สำหรับการดูแล เช่น ค่าจ้างผู้ดูแล กระดาษชำระ ผ้าอ้อมสำเร็จรูป
- การขาดรายได้ของผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่สามารถประกอบอาชีพ
- รายได้ที่ผู้ป่วยสูงอายุได้รับอยู่ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้น เช่น ได้รับจากเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเท่านั้น

3.ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อม/ที่อยู่อาศัย

ผู้ป่วยสูงอายุที่กลับจากโรงพยาบาลไปอยู่ที่บ้าน จะพบกับปัญหาเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยที่ไม่เอื้อต่อการดำเนินชีวิตประจำวันที่ผู้ป่วยต้องเปลี่ยนแปลงไปจากการเดิม ซึ่งอาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุและอันตรายเป็นต้นเหตุสู่ภาวะทุพพลภาพและเสียชีวิตตามมาได้

- สภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม เช่น ที่อยู่อาศัยมีสภาพที่ไม่มั่นคงถาวร ตั้งอยู่ในแหล่งเสื่อมโทรม มีฝุ่นละออง แสงสว่างไม่เพียงพอ พื้นลื่น บันไดลาดชัน สิ่งของวางไม่เป็นระเบียบเรียบร้อย
- ที่อยู่อาศัยไม่ได้รับการปรับปรุง/แก้ไขให้เหมาะสมกับปัญหาด้านสุขภาพ ภาวะโรค และ สภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปของผู้ป่วยสูงอายุของผู้ป่วย

บทบาทหน้าที่ของนักสังคมสงเคราะห์ [2,3,4]

นักสังคมสงเคราะห์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจะต้องใช้วิธีการ เทคนิคการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุในปัญหาทางสังคม และเป็นการสนับสนุนให้การรักษาของบุคลากรทางการแพทย์ได้ผลดีขึ้น โดยที่บุคลากรทางการแพทย์ให้การรักษาความเจ็บป่วยทางกาย แต่นักสังคมสงเคราะห์ให้การรักษาความเจ็บป่วยทางสังคมโดย

1. การวินิจฉัยทางสังคม (การประเมินทางสังคม) นักสังคมสงเคราะห์จะมีหน้าที่ในการรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ซักประวัติจากผู้ป่วยสูงอายุ/ญาติ/คนในชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุ ผลกระทบจากการเจ็บป่วยทั้งในอดีตและปัจจุบัน ประวัติส่วนตัว ครอบครัว ทำการประเมินและวินิจฉัยให้ได้ว่าผู้รับบริการมีปัญหาทางสังคมด้านใดบ้าง จะต้องแก้ไขปัญหาใดก่อนหลัง จากปัญหาที่ผู้ป่วยสูงอายุ กลุ่มใหญ่ 3 กลุ่มที่กล่าวมาข้างต้น เราสามารถแยกเป็นประเด็นตามตามแบบบัญชีทางสังคม (Social problem lists) ได้ดังนี้

- ปัญหาสมรสคู่สมรส การครองเรือน
- ปัญหาระหว่างบิดา มารดาและบุตร
- ปัญหาความแตกแยกในครอบครัว
- ปัญหาอื่นๆที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว
- ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพในครอบครัว
- ปัญหาเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย
- ปัญหาเกี่ยวกับการเปลี่ยน/ย้ายที่อยู่
- ปัญหาการแยกตัวออกจากสังคม
- ปัญหาทางเศรษฐกิจการเงิน (ภาคผนวกหน้า 327)
- ปัญหาเกี่ยวกับการศึกษา
- ปัญหาเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ
- ปัญหาเกี่ยวกับกฎหมาย (ภาคผนวกหน้า 325)
- ปัญหาสถานการณ์ของตัวบุคคลที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพ
- ปัญหาที่เกิดจากสภาพแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
- ปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติตามสังคม วัฒนธรรมและความเชื่อต่าง ๆ
- ปัญหาอื่น ๆ

2. การบำบัดทางสังคมเป็นกระบวนการแก้ไขหรือบรรเทาปัญหาทางสังคม จิตใจของผู้ป่วยสูงอายุ ซึ่งพบว่าปัญหาของผู้ป่วยสูงอายุส่วนใหญ่ คือ ปัญหาเฉพาะหน้าด้านเศรษฐกิจ ไม่มีเงินชำระค่ายาและค่ารักษาพยาบาล ไม่มีค่ารถกลับบ้าน ไม่มีค่ารถในการมารักษาพยาบาลตามนัด ญาติมีแนวโน้มทอดทิ้งผู้ป่วยผู้สูงอายุ ครอบครัวและชุมชนหวาดกลัวไม่ยอมรับผู้สูงอายุ และปัญหาสังคมอื่น ๆ การบำบัดทางสังคม จะเน้นไปที่การให้การปรึกษาให้ผู้ป่วยสูงอายุได้พูดระบายปัญหา ร่วมหาแนวทางแก้ไขและจัดการกับปัญหา เป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหายุ่งยากซ้ำซ้อน ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้ ครอบครัวและชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุให้การช่วยเหลือด้านสังคมจิตใจมีการให้การปรึกษาครอบครัว การปรับเปลี่ยนทัศนคติของครอบครัวและชุมชนต่อผู้สูงอายุและหามาตรการของชุมชนในการป้องกันปัญหาที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบได้รวมทั้งการประสานงานกับเครือข่ายทางสังคม/เครือข่ายสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อให้มีการดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างต่อเนื่อง

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมเป็นการเตรียมความพร้อมเกี่ยวกับทักษะการปรับตัวทางสังคมและทักษะพื้นฐาน สนับสนุนเครือข่ายทางสังคมให้มีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยสูงอายุให้มีทักษะพื้นฐานต่างๆจะทำให้ครอบครัวและชุมชนเกิดการยอมรับสร้างเจตนคติที่ดีต่อครอบครัว ให้โอกาสผู้ป่วยสูงอายุ

4. การพิทักษ์สิทธิ/การจัดการทรัพยากรทางสังคม/แหล่งประโยชน์ทางสังคม กระบวนการนี้มีกิจกรรมหลัก คือ การให้การปรึกษา แนะนำ ให้ข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิซึ่งต้องมีการจัดหา ค้นหาและประสานทรัพยากรทางสังคม/แหล่งประโยชน์ทางสังคม รวมทั้งบริการทางสังคมต่าง ๆ (Social Service) เพื่อช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุให้สามารถเข้าถึงสิทธิและสวัสดิการทางสังคมได้ เช่น สิทธิด้านการรักษาพยาบาล การจดทะเบียนคนพิการเป็นต้น สิทธิตามกฎหมาย ในการช่วยเหลือมุ่งตอบสนองความต้องการ ความเดือดร้อน เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาททางสังคมได้อย่างเหมาะสม สามารถเผชิญกับปัญหาในการดำรงชีวิต

เอกสารอ้างอิง

1. นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาสถาบันครอบครัว พ.ศ.2547-2556 สำนักงานกิจการสตรีและสถาบันครอบครัว กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
2. วันทนีย์ วาสิกะสิน.นักสังคมสงเคราะห์กับงานสังคมสงเคราะห์ทางการแพทย์. กรุงเทพฯ:โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.2529
3. แบบประเมินตนเองตามมาตรฐาน HA กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ 2551 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
4. นงลักษณ์ เทพสวัสดิ์ .ทฤษฎีและการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์.กรุงเทพฯ:สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.2540.

บทบาทการของแพทย์แผนไทยในการดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน

รัชนี ราษฎร์จำเริญสุข
กษิด์เดช ทาบุญมา

การนวดไทย

การนวดไทย หมายความว่า การทำให้เกิดการขยับกล้ามเนื้อ การเคลื่อนไหวหรือการสั่นสะเทือนของกล้ามเนื้อ พังผืด เส้นเอ็นที่แข็งเกร็ง ให้คลายตัว เพื่อให้ระบบการไหลเวียนในร่างกายเป็นไปตามปกติโดยวิธีการกด การคลึง การบีบ การจับ การดัด การดึง หรือโดยวิธีอื่นตามศาสตร์และศิลปะการนวด

การนวดไทยแบ่งออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1. การนวดเพื่อส่งเสริมสุขภาพหมายถึง การนวดเพื่อผ่อนคลายกล้ามเนื้อ บรรเทาอาการปวดเมื่อย ผ่อนคลายความเครียดซึ่งสามารถดำเนินการได้ในสถานพยาบาลและสถานประกอบการการดูแลภายในครอบครัวหรือการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้น

2. การนวดเพื่อการรักษา คือ การประกอบโรคศิลปะด้านการนวดไทย หมายถึง การตรวจการรักษา การวินิจฉัย การบำบัด การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟูสุขภาพ โดยใช้องค์ความรู้ที่เกี่ยวกับศิลปะการนวดไทย ทั้งนี้ด้วยกรรรมวิธีการแพทย์แผนไทย โดยผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือวิชาชีพการแพทย์แผนไทย/การแพทย์แผนไทยประยุกต์ หรือผู้ช่วยแพทย์แผนไทยภายใต้การดูแลของผู้ประกอบวิชาชีพ หรือบุคคลซึ่งได้รับมอบหมาย จะกระทำการประกอบโรคศิลปะได้เฉพาะ ซึ่งต้องอยู่ในความควบคุมของเจ้าหน้าที่ซึ่งเป็นผู้ประกอบโรคศิลปะหรือผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งต้องดำเนินการในสถานพยาบาลเท่านั้น

ข้อห้ามในการนวด

1. มีไข้สูงเกิน 38.5 องศาเซลเซียส
2. บริเวณที่มีกระดูกแตก หัก ปริ ร้าวที่ยังไม่ติดดี
3. บริเวณที่เป็นมะเร็ง
4. ความดันโลหิตสูง (systolic สูงกว่าหรือเท่ากับ 160 mm.Hgและ / หรือ diastolic สูงกว่าหรือเท่ากับ 100 mm.Hg) ที่มีอาการหน้ามือ ใจสั่น ปวดศีรษะ หรือคลื่นไส้ อาเจียน
5. บริเวณที่เป็นแผลเปิด แผลเรื้อรัง หรือบริเวณที่มีรอยโรคผิวหนังที่สามารถติดต่อได้
6. บริเวณที่มีการบาดเจ็ดภายใน 48 ชั่วโมง

7. บริเวณที่ผ่าตัดภายในระยะเวลา 1 เดือน

8. บริเวณที่มีหลอดเลือดดำอักเสบ (DVT)

9. โรคติดเชื้อเฉียบพลัน

10. กระดูกพรุนรุนแรง

ข้อควรระวังในการนวด

1. หญิงตั้งครรภ์

2. ผู้สูงอายุ และเด็ก

3. โรคหลอดเลือด เช่น หลอดเลือดแดงโป่ง หลอดเลือดอักเสบ หลอดเลือดแข็ง (Atherosclerosis) เป็นต้น

4. ความดันโลหิตสูง (systolic สูงกว่าหรือเท่ากับ 160 mm.Hgและ / หรือ diastolic สูงกว่าหรือเท่ากับ 100 mm.Hg) ที่ไม่มีอาการหน้ามือ ใจสั่น ปวดศีรษะ หรือคลื่นไส้อาเจียน

5. เบาหวาน

6. กระดูกพรุน

7. มีความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด มีประวัติเลือดออกผิดปกติรวมทั้งกินยาละลายลิ่มเลือด

8. ข้อหลวม / ข้อเคลื่อน / ข้อหลุด

9. บริเวณที่มีการผ่าตัด ใส่เหล็ก หรือข้อเทียม

10. บริเวณที่แผลหายยังไม่สนิทดี

11. ผิวที่แตกง่าย

12. บริเวณที่ปลูกถ่ายผิวหนัง

อาการแทรกซ้อนจากการนวดและการดูแลเบื้องต้น

อาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้จากการนวด ได้แก่ ระบม รอยแดง รอยช้ำ มึนศีรษะ บ้านหมุน ประจำเดือนผิดปกติ มักเกิดจากผู้รับบริการนวดครั้งแรก การลงน้ำหนักมากเกินทน การลงน้ำหนักบริเวณใกล้ระบบประสาทอัตโนมัติตามแนวไขสันหลัง

การดูแลเบื้องต้น

อาการระบม รู้สึกไม่สบาย รอยแดง รอยช้ำ สามารถหายได้เองภายใน 3-7 วัน อาจไม่ต้องทำอะไร ผู้ป่วยสามารถดูแลตัวเองได้ แต่คอยสังเกตว่าอาการควรจะดีขึ้นเองเรื่อยๆ หากมีอาการระบบมากก็ให้ประคบวันละ 1-2 ครั้ง

อาการมึนศีรษะ เหงื่อออกมาก ประจำเดือนมาก่อน หรือมามากขึ้นให้นอนพักผ่อนให้เพียงพอ ประคบเบาๆ บริเวณต้นคอ หรือกลางหลัง หากอาการไม่บรรเทา หรือหนักขึ้น เช่น ระบมมากจนลุกเดินไม่ได้ มึนศีรษะมากจนเดินเซ อ่อนแรง ชา บวม ความดันโลหิตสูงฉับพลันหัวใจเต้นผิดปกติ ให้รับพบแพทย์แผนปัจจุบัน

ประคบสมุนไพร

การประคบสมุนไพร คือ การนำเอาสมุนไพรทั้งสดหรือแห้งหลายๆชนิดที่ทำความสะอาดแล้วนำมาหั่นหรือโขลกพอแหลกและคลุกรวมกัน แล้วห่อด้วยผ้าทำเป็นลูกประคบ ใช้นาบหรือกดประคบตามส่วนต่างๆของร่างกาย โดยก่อนใช้ต้องนำมาพรมน้ำ แล้วนึ่งด้วยไอความร้อนแล้วนำไปประคบเพื่อให้ความร้อนและสมุนไพรทำให้กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น พังผืด คลายตัวทำให้ระบบการไหลเวียนต่างในร่างกายเป็นไปโดยปกติ โดยการประคบจะนำมาใช้ประกอบกับการนวดเพื่อให้การนวดได้ประสิทธิภาพมากขึ้น หรือลดอาการปวด บวม ระบม จากการนวด หรือประคบในอาการที่ไม่เหมาะกับการนวด

ลักษณะทั่วไปของลูกประคบสมุนไพร

ลูกประคบสมุนไพรต้องห่อผ้าปิดสนิทรูปทรงต่าง ๆ ภายในบรรจุสมุนไพรสดหรือแห้งหลายชนิดรวมกัน กรณีทำเป็นรูปทรงกลมปลายผ้าต้องรวมแล้วมัดให้แน่น ทำเป็นด้ามจับ ต้องมีกลิ่นหอมของน้ำมันหอมระเหยของสมุนไพรที่ใช้

สมุนไพรที่นิยมใช้ทำลูกประคบ

1. เหง้าไพล	(500 กรัม)	แก้ปวดเมื่อย เคล็ด ขัดยอก ลดการอักเสบ
2. ขมิ้นชัน	(100 กรัม)	ช่วยลดอาการอักเสบ แก้โรคผิวหนัง
3. ตะไคร้บ้าน	(100 กรัม)	แต่งกลิ่น
4. ผิวมะกรูด	(200 กรัม)	ถ้าไม่มีใช้ใบแทนได้ มีน้ำมันหอมระเหย แก้ลมวิงเวียน

5. ใบมะขาม	(300 กรัม)	แก้อาการคันตามร่างกาย ช่วยบำรุงผิว
6. ใบส้มป่อย	(100 กรัม)	ช่วยบำรุงผิว แก้โรคผิวหนัง ลดความดัน
7. เกลือ	(60 กรัม)	ช่วยดูดความร้อนและช่วยพาตัวยาซึมผ่านผิวหนังได้สะดวกขึ้น
8. การบูร	(30 กรัม)	แต่งกลิ่น บำรุงหัวใจ
9. พิมเสน	(30 กรัม)	แต่งกลิ่น แก้พุพอง ผดผื่น บำรุงหัวใจ

อุปกรณ์การทำลูกประคบสมุนไพร

1. ผ้าสำหรับห่อลูกประคบ ต้องเป็นผ้าฝ้ายหรือผ้าดิบที่มีเนื้อผ้าแน่นพอที่จะป้องกันไม่ให้สมุนไพรร่วงออกมาได้
2. ตัวยาที่ใช้ทำลูกประคบ
3. หม้อสำหรับนึ่งลูกประคบและจานรองลูกประคบ
4. เชือกสำหรับมัดผ้าห่อลูกประคบ

วิธีทำลูกประคบ

1. นำเหง้าไพล ขมิ้นชัน ต้นตะไคร้ มะกรูด ล้างทำความสะอาด นำมาหั่นหรือสับให้เป็นชิ้นตามขนาดที่ต้องการตำพอหยาบ ๆ

2. นำใบมะขาม ใบส้มป่อย ผสมกับสมุนไพรในข้อ 1 เสร็จแล้วใส่เกลือ การบูร พิมเสน คลุกเคล้าให้เข้าเป็นเนื้อเดียวกัน แต่อย่าให้แฉะเป็นน้ำ

3. แบ่งสมุนไพรที่คลุกเคล้าให้เข้ากันแล้วเป็นส่วนเท่า ๆ กัน โดยใช้ผ้าฝ้ายหรือผ้าดิบห่อเป็นลูกประคบมัดด้วยเชือกให้แน่น (ลูกประคบเวลาถูกความร้อนยาสมุนไพรจะฝ่อลงให้รัดใหม่ให้แน่นเหมือนเดิม)

4. นำลูกประคบที่ได้ไปนึ่ง ใช้เวลานึ่งประมาณ 15-20 นาที

5. นำลูกประคบที่รับความร้อนได้ที่แล้วมาประคบคนไข้ที่มีอาการต่าง ๆ โดยสับเปลี่ยนลูกประคบ

วิธีการใช้ลูกประคบสมุนไพร

1. จัดท่าผู้ที่ถูกประคบให้เหมาะสม เช่น นอนหงาย นั่ง นอนตะแคง ขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่จะทำการประคบสมุนไพร

2. นำลูกประคบที่รับความร้อนได้ที่แล้วมาประคบบริเวณที่ต้องการประคบ (การทดสอบความร้อนของลูกประคบคือแตะที่ท้องแขนหรือหลังมือ)

3. ในการวางลูกประคบบนผิวหนังคนไข้โดยตรงในช่วงแรก ๆ ต้องทำด้วยความเร็ว ไม่วางแช่นาน ๆ เพราะคนไข้จะทนความร้อนไม่ได้มาก

4. เมื่อลูกประคบคลายความร้อนลงก็สามารถเปลี่ยนลูกประคบอีกลูกหนึ่งแทน (นำลูกเดิมไปนึ่งต่อ) ทำซ้ำตาม ข้อ 2,3,4

ข้อควรระวังในการประคบสมุนไพร

1. ห้ามใช้ลูกประคบที่ร้อนเกินไป โดยเฉพาะกับบริเวณผิวหนังอ่อน ๆ หรือบริเวณที่เคยเป็นแผลมาก่อน ถ้าต้องการใช้ควรมีผ้าขนหนูรองก่อนหรือรอจนกว่าลูกประคบจะคลายร้อนลงจากเดิม

2. ควรระวังเป็นพิเศษในผู้ป่วยเบาหวาน อัมพาต เด็ก และผู้สูงอายุ เนื่องจากกลุ่มบุคคลดังกล่าวความรู้สึกตอบสนองต่อความร้อนช้า อาจจะทำให้ผิวหนังไหม้และพองได้ง่าย ถ้าต้องการใช้ควรจะใช้ลูกประคบที่อุ่นๆหากมีการพุพองใช้เจลว่านหางจระเข้หรือครีมบัวบกทาเพื่อบรรเทาหรือจะใช้ว่านหางจระเข้สดก็ได้

3. ไม่ควรใช้ลูกประคบสมุนไพรในกรณีที่มีแผล การอักเสบ(ปวด, บวม, แดง, ร้อน) ในช่วง 24 ชั่วโมง

4. หลังจากประคบสมุนไพรแล้ว ไม่ควรอาบน้ำทันทีเพราะจะไปชะล้างตัวยาออกจากผิวหนังและอุณหภูมิของร่างกายปรับเปลี่ยนไม่ทันอาจจะทำให้เป็นไข้ได้

5. หากมีอาการแพ้ควรเช็ดหรือล้างบริเวณที่แพ้ให้สะอาด หากมีอาการแพ้รุนแรงควรปรึกษาแพทย์

ประโยชน์ของการประคบสมุนไพร (จากตัวยาสมุนไพรและความร้อน)

1. บรรเทาอาการปวดเมื่อย
2. ลดอาการบวม อักเสบของกล้ามเนื้อ, เอ็น, ข้อต่อหลัง 24-48 ชั่วโมง
3. ลดอาการเกร็งของกล้ามเนื้อ
4. ช่วยให้เนื้อเยื่อ, พังผืด ยืดตัวออก
5. ลดการติดขัดของข้อต่อ
6. ลดอาการปวด
7. ช่วยเพิ่มการไหลเวียนของเลือด

การเก็บลูกประคบสมุนไพร

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

การอบสมุนไพร

การอบสมุนไพร คือ การต้มสมุนไพรหลายๆชนิดรวมกัน ซึ่งประกอบไปด้วยสมุนไพรที่มีน้ำมันหอมระเหยและสมุนไพรรักษาตามอาการนำมาต้มจนเดือด ไอน้ำ น้ำมันหอมระเหย และสารระเหยต่างๆ ซึ่งมีอยู่ในสมุนไพรจะออกมาสัมผัสถูกผิวหนังทำให้มีผลเฉพาะที่ และสูดดมเข้าไปกับลมหายใจ ความร้อนและสมุนไพรจะทำให้การไหลเวียนไปทั่วร่างกายอาจจะใช้ก่อนหรือหลังการนวดก็ได้เพื่อทำให้การนวดง่ายได้ประสิทธิภาพ หรือใช้ในรายที่ไม่เหมาะกับการนวดหรือประคบ

ห้องอบสมุนไพร

การอบสมุนไพร พื้นที่ที่ใช้อบสมุนไพร ควรเป็นพื้นที่ที่มีอากาศถ่ายเท ไม่อับทึบ สำหรับห้องอบสมุนไพรซึ่งเป็นพื้นที่เฉพาะการอบสมุนไพร อาจใช้พื้นที่ห้องสี่เหลี่ยม หรือตู้อบพลาสติก หรือกระโจม หรือสุ่มกระโจม ควรใช้เตาต้มสมุนไพรเพื่ออบ ใช้ได้ทั้งหม้อต้มไฟฟ้า เครื่องต้มสมุนไพรที่อยู่นอกห้องอบ

แล้วระบายไอความร้อนสมุนไพรเข้าห้องอบ เตาถ่านแต่ต้องก่อไฟให้แดงก่อนไม่ควรก่อไฟในห้องอบ เพราะก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์จะอยู่ในห้องอบทำให้ร่างกายเราได้รับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์มากเกินไป เป็นอันตรายถึงชีวิตได้

ขั้นตอนการอบสมุนไพร

1. อาบน้ำชำระล้างสิ่งสกปรกที่ติดตามรูขุมขน และเป็นการเตรียมเส้นเลือดให้พร้อมต่อการยืดขยายและหดตัว แล้วแต่งกายด้วยเสื้อผ้าน้อยชิ้น

2. เข้าอบสมุนไพร 2 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที และออกมานั่งพัก 3–5 นาที หลังการอบครั้งแรกควรดื่มน้ำทดแทนแต่ไม่ควรเป็นน้ำเย็นจัด ในรายที่ไม่เคยกับอบไอน้ำอาจให้อบ 3 ครั้ง ครั้งละ 10 นาที และหยุดพักระหว่างอบประมาณ 5 นาที ระยะเวลาในการอบรวม 30 นาที

3. หลังการอบครบตามเวลา ไม่ควรอาบน้ำทันที ให้นั่งพัก 3–5 นาที หรือจนเหงื่อแห้งแล้วจึงอาบน้ำอีกครั้งเพื่อชำระคราบเหงื่อไคลและสมุนไพร และช่วยให้เส้นเลือดหดตัวลงเป็นปกติ

ข้อห้ามสำหรับการอบสมุนไพร

1. ขณะที่มีไข้สูง (มากกว่า 38 องศาเซลเซียส) เพราะอาจมีการติดเชื้อโรคต่างๆหรือหลังฟื้นไข้ใหม่ ๆ

2. โรคติดต่อร้ายแรงทุกชนิด

3. โรคประจำตัว เช่น โรคไต โรคลมชัก โรคหัวใจ โรคลมชัก โรคหอบหืดระยะรุนแรง โรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจที่รุนแรง

4. สตรีขณะมีประจำเดือนร่วมกับมีอาการไข้ และปวดศีรษะร่วมด้วย

5. มีอาการอักเสบของบาดแผลต่าง ๆ

6. อ่อนเพลีย อดนอน อดอาหาร

7. ปวดศีรษะ ชนิดเวียนศีรษะ คลื่นไส้

8. ความดันโลหิตสูง ที่มีอาการหน้ามืดวิงเวียนศีรษะ

9. หลังรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ (ควรรับประทานอาหารก่อนอบสมุนไพร 1–1.30 ชั่วโมง)

ประโยชน์ของการอบสมุนไพร

1. ช่วยเพิ่มการไหลเวียนโลหิตดีขึ้น คลายความตึงเครียด

2. ช่วยชำระล้างและขับของเสียออกจากร่างกาย

3. ช่วยผ่อนคลายความเมื่อยล้า บรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น

4. ช่วยทำให้ปอดขยายตัวได้ดี ระบบหายใจปลอดโปร่ง

5. ช่วยบำรุงผิวพรรณ บรรเทาอาการคัน รักษาผดผื่น

6. บรรเทาอาการโรคภูมิแพ้

7. ช่วยรักษาโรคผิวหนังชนิดไม่ร้ายแรง และไม่ติดเชื้อ เช่น กลากเกลื้อน ทำให้ผิวหนังเกลี้ยงเกลา มีน้ำมีนวล ไม่หมองคล้ำ

8. ช่วยให้น้ำหนักลดลงชั่วคราว

9. บรรเทาอาการปวดประจำเดือนที่ไม่มีไข้ร่วม และหญิงคลอดบุตรช่วยให้มดลูกเข้าอู่เร็วขึ้น

10. บรรเทาอาการปวดบวม เหน็บชา และอาการลมพิษ

11. บรรเทาอาการหอบหืดและอาการบางอย่างเช่น ยอก โรคเกาต์ อัมพฤกษ์ เป็นต้น

โรคหรืออาการที่สามารถบำบัดรักษาด้วยการอบสมุนไพร

1. โรคภูมิแพ้

2. โรคหอบหืดในระยะที่ไม่มีอาการรุนแรง

3. เป็นหวัด น้ำมูกไหล แต่ไม่มีการแห้งตันของน้ำมูก

4. โรคที่ไม่ได้เป็นการเจ็บป่วยเฉพาะที่หรือเป็นเฉพาะที่แต่มีหลายตำแหน่งเช่น อัมพาต ปวดเมื่อยตามร่างกาย

5. โรคหรืออาการบางอย่างเช่น ยอก โรคเรื้อรังต่างๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคเกาต์ อาจต้องใช้การอบสมุนไพรร่วมกับการรักษาอื่นๆ ตามความเหมาะสม เช่น หัตถเวชกรรม ประคบสมุนไพร

6. การส่งเสริมสุขภาพและมารดาหลังคลอดบุตร

สมุนไพรที่ใช้ในการอบสมุนไพร

การใช้สมุนไพรอาจใช้สมุนไพรสดหรือสมุนไพรแห้งขึ้นอยู่กับความสะดวกในการหาได้ในแต่ละท้องถิ่น แต่สมุนไพรสดจะมีคุณภาพดีกว่าสมุนไพรแห้ง และสมุนไพรแห้งอาจเก่าและเสื่อมคุณภาพได้

การใช้สมุนไพรสดมักไม่จำกัดชนิด อาจเพิ่มหรือลดชนิดตามความต้องการในการใช้ประโยชน์และยากง่ายในการจัดหาแต่ถือหลักว่าควรมีสมุนไพรครบ ทั้ง 4 กลุ่ม ได้แก่

กลุ่มที่ 1 สมุนไพรที่มีกลิ่นหอม กลุ่มนี้มีน้ำมันหอมระเหย แก้โรคต่างๆ เช่น โรคผิวหนัง ปวดเมื่อย แก้หวัด คัดจมูก ตัวอย่างเช่นไพล ขมิ้นชัน ตะไคร้ ว่านน้ำ

กลุ่มที่ 2 สมุนไพรที่มีรสเปรี้ยว กลุ่มนี้มีฤทธิ์เป็นกรดอ่อนๆ ซึ่งช่วยชะล้างสิ่งสกปรกและเพิ่มความต้านทานโรคให้กับผิวหนังตัวอย่างเช่น ใบมะขาม ใบและฝักส้มป่อย

กลุ่มที่ 3 เป็นสารประกอบที่ระเหิด ได้เมื่อถูกความร้อนและมีกลิ่นหอม เช่น การบูรพิมเสน

กลุ่มที่ 4 สมุนไพรที่ใช้รักษาเฉพาะโรค เช่น หัวหอม เปราะหอม

ตัวอย่างสมุนไพรที่ใช้อบเพื่อสุขภาพ

1.	ไพล	แก้อาการปวดเมื่อย
2.	ขมิ้นชัน	แก้โรคผิวหนัง สมานแผล
3.	ตะไคร้	ดับกลิ่นคาวบำรุงธาตุไฟ
4.	ใบ/ผิวมะกรูด	แก้ลมวิงเวียน
5.	ใบหนาด	แก้โรคผิวหนังพุพอง
6.	ว่านน้ำ	ช่วยขับเหงื่อ
7.	ใบส้มป่อย	แก้หวัดแก้ปวดเมื่อย
8.	ใบมะขาม	แก้อาการคันตามร่างกาย
9.	เหงือกปลาหมอ	แก้โรคผิวหนัง น้ำเหลืองเสีย
10.	พิมเสน–การบูร	แต่งกลิ่น บำรุงหัวใจ

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มงานการนวดไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก.คู่มือมาตรฐานการนวดไทยในสถานพยาบาลภาครัฐ/เอกชนและสถานบริการ/สถานประกอบการ. บริษัท รับพิมพ์ จำกัด; 2558.1
2. ยงศักดิ์ ตันติปิฎก. ยาไทยประกอบการนวด. ใน: ยงศักดิ์ ตันติปิฎก,บรรณาธิการ.ตำราการนวดไทย เล่ม 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสาธารณสุขกับการพัฒนา; 2558. 364-371.
3. กลุ่มงานฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย, วันทนี เจตนธรรมจักร. เภสัชกรรมไทยเบื้องต้น. ตำราผู้ช่วยแพทย์แผนไทย.พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพฯ: สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์: 2553. 236-246.

บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุข ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน

ภัชรี สงวนศักดิ์
มนสิชา ดารารัตน์

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. เป็นทุนทางสังคมที่สำคัญ และเป็นรูปธรรมที่โดดเด่นที่สุดของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ แม้ว่าส่วนหนึ่งจะเข้ามาเป็นอาสาสมัครด้วยเหตุผลต่างๆกัน แต่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่วนใหญ่ก็ได้รับการยอมรับจากชุมชนว่าเป็นบุคคลที่เห็นแก่ส่วนรวม มีน้ำใจและมีความรู้ในเรื่องสุขภาพดี นอกจากนั้น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเหล่านี้ มีความสัมพันธ์และรู้สึกผูกพันกับงานสาธารณสุข พร้อมที่จะให้ความร่วมมือในการทำงานต่างๆ จึงนับเป็นทุนทางสังคมที่มีศักยภาพของระบบสุขภาพไทย การดำเนินงานหรือดำเนินกิจกรรมใดในหมู่บ้านหรือชุมชนให้ประสบผลสำเร็จ ต้องอาศัย “การมีส่วนร่วมของประชาชนและภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน” ตลอดระยะเวลา 37 ปี ของการก่อเกิดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในประเทศไทย นับตั้งแต่ปี 2520 เป็นต้นมา ต้องยอมรับว่าเครือข่ายอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ถือว่าเป็นยุทธศาสตร์สำคัญของการสร้างการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสุขภาพ และเป็นมรดกและทุนที่สะสมอยู่ในระบบการสาธารณสุขไทย ที่ทำให้การพัฒนาสุขภาพชุมชนที่ผ่านมาประสบความสำเร็จมากกว่าที่จะบรรลุได้ ด้วยการดำเนินการผ่านกลไกภาครัฐแต่เพียงลำพัง (โกมาตรและคณะ,2550) อย่างไรก็ตาม เราต้องยอมรับความจริงว่าในช่วงที่ผ่านมา ภารกิจของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีปัญหาเกิดขึ้นอยู่หลายประการ ได้แก่ ประการแรก บทบาทอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยัง “เป็นผู้ตามมากกว่าผู้นำ” และประการที่สอง บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ยัง “เป็นการตั้งรับมากกว่าบทบาทเชิงรุก”(กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2553) การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้ประสบผลสำเร็จ ตามรายงานผลการปฏิบัติงานรายเดือน โครงการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขเชิงรุก ปี 2552 ถึงปัจจุบัน ซึ่งเน้นอุดมการณ์ของ อสม. และบทบาทในการสื่อสารสุขภาพ รวมทั้งการบริหารจัดการสุขภาพ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2553)

แนวทางการปฏิบัติงานผู้สูงอายุในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข
คัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคซึมเศร้า

1. อาสาสมัครสาธารณสุขร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขดำเนินการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ในประชากรเป้าหมายอายุ 60 ปีขึ้นไป

1.1 อาสาสมัครสาธารณสุขสำรวจ ค้นหา และจัดทำทะเบียนผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในละแวกคุ้มครัวเรือนที่ตนเองรับผิดชอบ พร้อมทั้งจัดทำทะเบียนและจดบันทึกไว้ในสมุดปฏิบัติงาน เพื่อเป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพและโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในชุมชน

1.2 การคัดกรองเบาหวาน คัดกรองผู้ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรค โดยแบบคัดกรองด้วยวาจาโดยอาสาสมัครสาธารณสุข (ภาคผนวก หน้า 318)

*อายุ 60 ปีขึ้นไป ถ้าพบว่ามีความเสี่ยง ตั้งแต่ 1 ข้อขึ้นไปให้ส่งตรวจเลือดโดยเจ้าหน้าที่

1.3 การคัดกรองความดันโลหิตสูง ให้ อสม.วัดความดันโลหิตผู้ที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงทุกคน

2. แจ้งผลการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูงแก่ผู้มารับบริการ พร้อมคำแนะนำตามระดับความเสี่ยง

3. แนะนำและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกับชุมชน เพื่อให้เกิดการรับรู้และลดการกินอาหาร หวาน มัน เค็ม และเพิ่มการรับประทานผักผลไม้ ลด/ละ/เลิกเหล้าและบุหรี่

4. ลงบันทึกข้อมูลการคัดกรองในโปรแกรมพื้นฐานของสถานบริการสาธารณสุข โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

5. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครจัดแบ่งกลุ่มผู้ที่ได้รับการคัดกรอง เป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย (ระดับ 1, 2 และ 3) และกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน (รายละเอียดตามคู่มือ) วิเคราะห์แปลผลการคัดกรองในพื้นที่รวมทั้งคืนข้อมูลให้กับชุมชน

6. เฝ้าระวัง ติดตามประเมินผล และให้คำแนะนำ ในกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยง กลุ่มป่วย (ระดับ 1, 2 และ 3) และกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน

6.1 กลุ่มปกติ ให้คำแนะนำสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้มีสุขภาพดีและติดตามคัดกรอง 1 ครั้ง/ปี

6.2 กลุ่มเสี่ยงสูงต่อเบาหวาน (Pre-diabetes) กลุ่มเสี่ยงสูงต่อความดันโลหิตสูง (Prehypertension) ประเมินและให้คำปรึกษาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (3อ. 2ส.) ติดตามตรวจเลือด วัดความดันโลหิต ทุก 6 เดือนป้องกันไม่ให้ป่วย

กลุ่มป่วยโรคเบาหวาน

บริการ	กลุ่มป่วยระดับ 1 และ 2	กลุ่มป่วยระดับ 3
1. ประเมินและให้คำแนะนำด้านพฤติกรรมการกิน การออกกำลังกาย ความเครียด สุรา บุหรี่	ทุกสัปดาห์	ทุกสัปดาห์
2. ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว	ทุกเดือน	ทุกสัปดาห์
3. ตรวจเลือด วัดความดันโลหิต	ทุก 3 เดือน	ทุกเดือน
4. ประเมินอาการแทรกซ้อน/ ตรวจภาวะแทรกซ้อน	- ปีละครั้ง	ทุกเดือน ปีละครั้ง

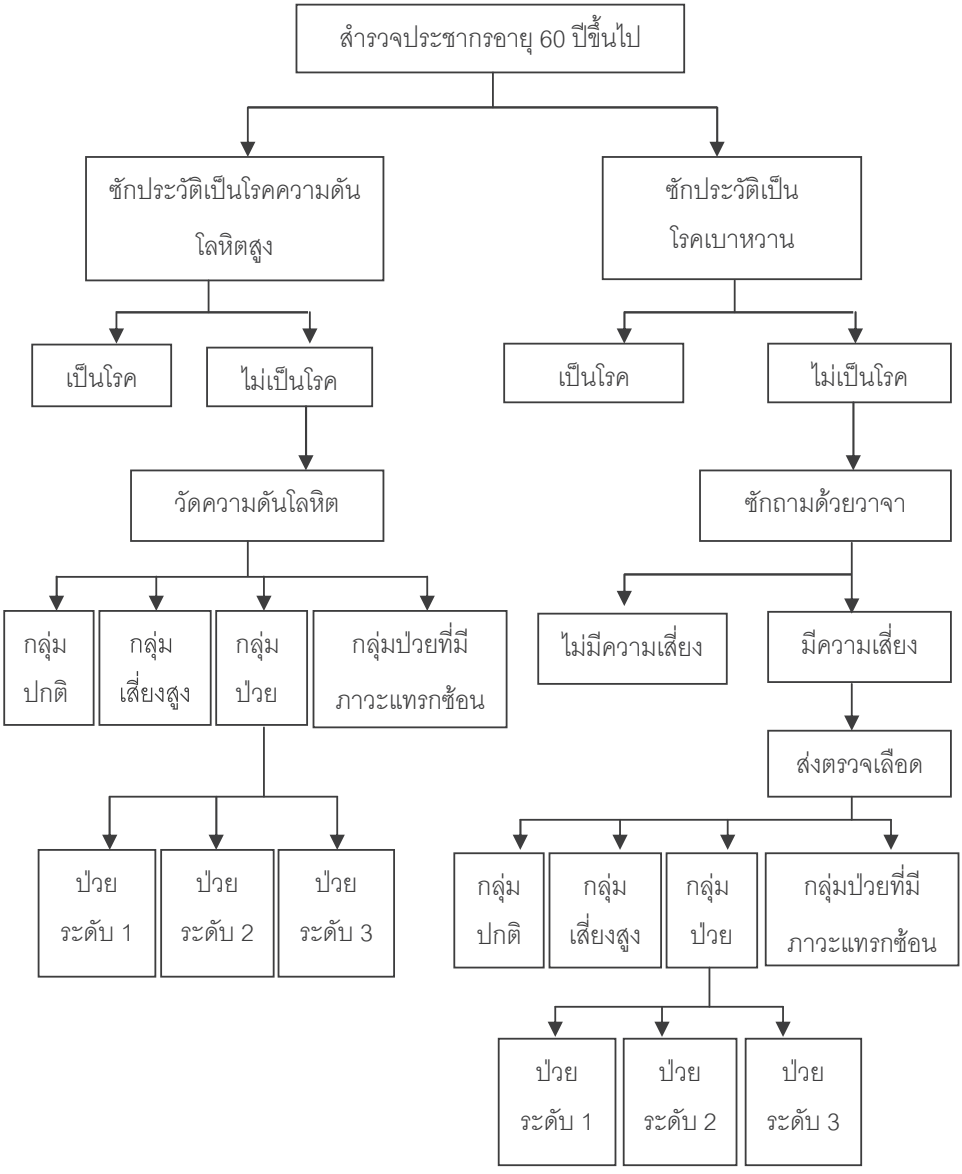
กลุ่มป่วยโรคความดันโลหิตสูง

บริการ	กลุ่มป่วย ระดับ 1	กลุ่มป่วย ระดับ 2	กลุ่มป่วย ระดับ 3
1. ประเมินและให้คำแนะนำด้านพฤติกรรม การกิน การออกกำลังกาย ความเครียด สุรา บุหรี่	ทุกเดือน	ทุกเดือน	ทุกสัปดาห์
2. ชั่งน้ำหนัก วัดรอบเอว	ทุกเดือน	ทุกเดือน	ทุกสัปดาห์
3. วัดความดันโลหิต	ทุกเดือน	ทุกสัปดาห์	ทุกสัปดาห์
4. ประเมินอาการแทรกซ้อน/ ทราบสัญญาณเตือนอัมพฤกษ์ อัมพาต		ทุกเดือน	ทุกเดือน

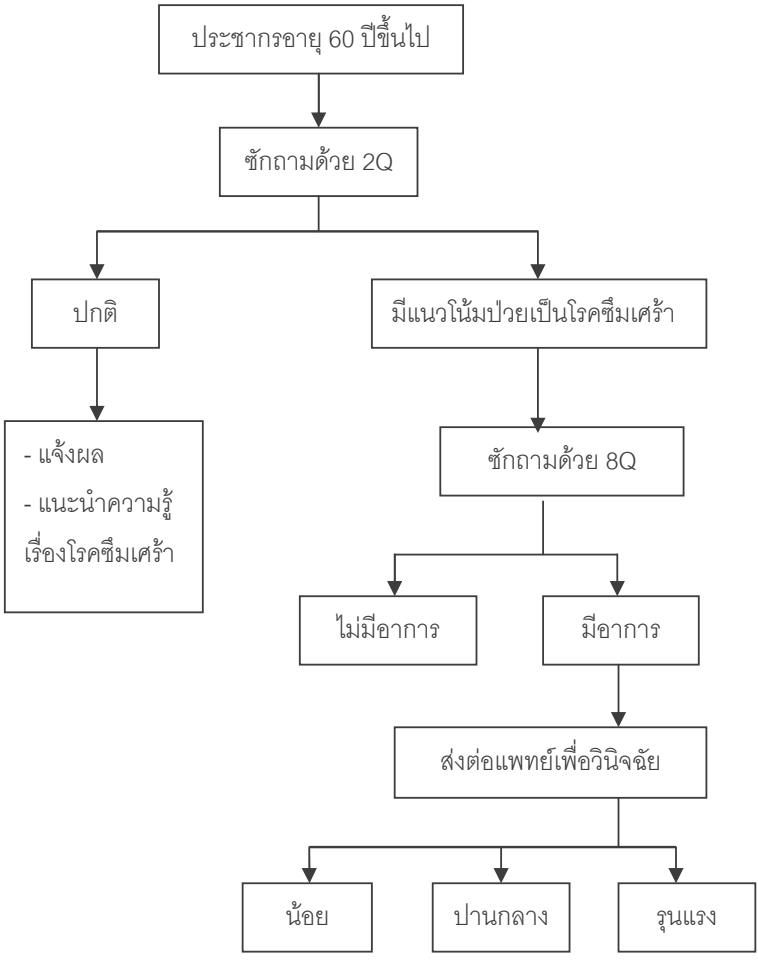
กลุ่มโรคทางจิตเวช

ผู้ที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไป ให้คัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q) โดยอาสาสมัครสาธารณสุข และถ้าตอบว่า มี ตั้งแต่ หนึ่งข้อ ขึ้นไปให้ส่งต่อเจ้าหน้าที่ประเมินโรคซึมเศร้าด้วยคำถาม (8Q) ดังขั้นตอนการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า (ภาคผนวกหน้าที่ 311 และ 312)

แนวทางการคัดกรองเบาหวาน ความดันโลหิตสูงสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข



ขั้นตอนการดูแลเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข



เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มืออาสาสมัครสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 1 ; 2552
2. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก ; 2557

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่บ้าน

สุลักษณ์ วงค์ธีรภัค
เกศสุดา เกสรสุคนธ์

โรคเบาหวานเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญโดยเฉพาะในกลุ่มประชากรสูงอายุ เนื่องจากการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ ความรุนแรง และผลกระทบของโรค ในประเทศไทยอัตราความชุกของโรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 พบความชุกของโรคเบาหวานในผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ 15.9 และพบอัตราความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี[1] จากลักษณะของการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุมีความแตกต่างจากกลุ่มวัยอื่น คือเมื่อเจ็บป่วย จะมีอาการรุนแรง การฟื้นหายช้า เกิดภาวะแทรกซ้อนได้มากกว่าวัยอื่น ทำให้ระยะเวลานอนในโรงพยาบาลนานกว่า ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาที่สูงขึ้น[2] มีภาวะทุพพลภาพหลังการจำหน่าย และอาจกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำมากกว่าผู้ป่วยกลุ่มอื่น[3] การรักษาและการจัดการดูแลในผู้สูงอายุจึงมีความซับซ้อนมากกว่าวัยอื่น[4] โดยเฉพาะกลุ่มที่ควบคุมเบาหวานไม่ได้ การดูแลผู้ป่วยเหล่านี้จะต้องมีกิจกรรมการประเมินสุขภาพแบบองค์รวม การวางแผนดูแลรายบุคคลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ การให้ความรู้และคำแนะนำ การสาธิตและการฝึกปฏิบัติการดูแลตนเอง การเยี่ยมบ้าน การให้คำแนะนำและสนับสนุนทางโทรศัพท์ และกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้[5]

ความหมายของโรคเบาหวาน

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่เกิดจากตับอ่อนไม่สามารถสร้างฮอร์โมนอินซูลินได้เพียงพอ และ/หรือร่างกายไม่ตอบสนองต่ออินซูลินได้ตามปกติ ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น และมีความผิดปกติทางเมตาบอลิสมอื่นๆ ตามมา ซึ่งหากไม่สามารถควบคุมความผิดปกติดังกล่าวได้ จะเกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งหลอดเลือดขนาดเล็ก (Microvascular) เช่น โรคไต (Diabetic Nephropathy) โรคจอประสาทตาผิดปกติ (Diabetic Retinopathy) โรคเส้นประสาทผิดปกติ (Diabetic Neuropathy) และหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ (Macrovascular) เช่น โรคหลอดเลือดสมองอุดตัน โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคหลอดเลือดส่วนปลายที่ขา[6]

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

เกณฑ์ในการวินิจฉัยโรคเบาหวานในผู้สูงอายุใช้เกณฑ์เดียวกับผู้ใหญ่ทั่วไป ที่ใช้เกณฑ์ของสมาคมโรคเบาหวานแห่งสหรัฐอเมริกา(American Diabetes Association [ADA])(ADA, 2014)[7]

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557)[8] คือ

1) ผู้ป่วยที่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจนคือ หิวน้ำมาก ปัสสาวะบ่อยและมาก น้ำหนักตัวลดโดยที่ไม่มีสาเหตุ สามารถตรวจระดับพลาสมากลูโคสเวลาใดก็ได้ ไม่จำเป็นต้องอดอาหาร (Random plasma glucose) ถ้ามีค่ามากกว่า หรือเท่ากับ 200มก./ดล. (11.1 มิลลิโมล/ลิตร) ให้การวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน

2) ระดับพลาสมากลูโคสตอนเช้าหลังอดอาหารข้ามคืนมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) มากกว่าหรือเท่ากับ 126มก./ดล. (7 มิลลิโมล/ลิตร)

3) ระดับพลาสมากลูโคส 2 ชั่วโมงหลังการตรวจ Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) โดยให้ดื่มน้ำตาลปริมาณ 75 กรัมละลายในน้ำ 250-300 มิลลิลิตร ภายในเวลา 5 นาที ถ้ามีค่าระดับพลาสมากลูโคสมากกว่าหรือเท่ากับ 200 มก./ดล. (11.1 มิลลิโมล/ลิตร) ให้การวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน

4) การตรวจวัดระดับ Hemoglobin A_{1C} (HbA_{1C}) ถ้าค่าเท่ากับหรือมากกว่า 6.5% ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานสำหรับผู้ที่ไม่มีอาการของโรคเบาหวานชัดเจน ควรตรวจเลือดซ้ำอีกครั้งต่างวันกันเพื่อยืนยัน

การจัดการโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

เป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อที่จะควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ใน เกณฑ์ปกติหรือใกล้เคียงปกติมากที่สุด (Optimize glycemic control) เกิดภาวะแทรกซ้อนน้อยที่สุด และมีคุณภาพชีวิตที่ดีใกล้เคียงกับคนปกติ

เป้าหมายในการควบคุมเบาหวานจะเข้มงวดมากหรือน้อยขึ้นกับแต่ละบุคคล ขึ้นอยู่กับระยะเวลาการเป็นเบาหวาน อายุหรืออายุคาดเฉลี่ย (Life expectancy) โรคร่วม การตอบสนองต่อการรักษาและลักษณะของผู้ป่วย ในรายที่ควบคุมไม่เข้มงวด (ระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเม็ดเลือดแดง<8%) เหมาะกับผู้ป่วยที่มีประวัติภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำรุนแรงมีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดแดงทั้งหลอดเลือดแดงขนาดเล็กและหลอดเลือดแดงขนาดใหญ่ มีโรคอื่นร่วมด้วย และ limited life expectancy ส่วนผู้สูงอายุ (อายุมากกว่า 65 ปี) ควรพิจารณาสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม เพื่อกำหนดเป้าหมายในการรักษา

สภาวะผู้ป่วยเบาหวานสูงอายุ	เป้าหมายระดับ HbA_{1C}
ผู้ที่มีสุขภาพดี ไม่มีโรคร่วม	< 7 %
ผู้ที่มีโรคร่วม ช่วยเหลือตัวเองได้	7.0 – 7.5%
ผู้ป่วยที่ต้องได้รับการช่วยเหลือ มีภาวะเปราะบาง มีภาวะสมองเสื่อม	 ไม่เกิน 8.5 % ไม่เกิน 8.5 %
ผู้ป่วยที่คาดว่าจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน	หลีกเลี่ยงภาวะน้ำตาลในเลือดสูงที่มีอาการ

(ที่มา: สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557)

นอกจากนี้สิ่งที่ต้องพิจารณาร่วมด้วยในการควบคุมเบาหวานในผู้สูงอายุ คือการควบคุม และลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือดให้ได้ตามเป้าหมายหรือใกล้เคียงที่สุด ได้แก่ การควบคุมความดันโลหิต ควบคุมระดับไขมันในเลือดที่ผิดปกติ การงดสูบบุหรี่ ควบคุมน้ำหนักตัวและเส้นรอบเอว และการออกกำลังกาย[8] ดังแสดงในตารางที่ 3 แต่ถ้ามีโรคหลอดเลือดหัวใจ หรือมีปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดหัวใจหลายอย่างร่วมด้วย ควรควบคุมให้ LDL-C น้อยกว่า 70 มก./ดล. ผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ความดันซิสโตลิคควรน้อยกว่า 140 มม.ปรอท แต่ไม่ควรต่ำกว่า 110 มม.ปรอท สำหรับความดันไดแอสโตลิคไม่ควรต่ำกว่า 70 มม.ปรอท

เป้าหมายการควบคุมปัจจัยเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่หลอดเลือด

การควบคุม/การปฏิบัติตัว	เป้าหมาย	
	ADA 2014	**สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557**
ระดับไขมันในเลือด ระดับแอล ดี แอลคอเลสเตอรอล	< 100 มก./ดล.	< 100 มก./ดล.
ระดับไตรกลีเซอไรด์	< 150 มก./ดล.	<150 มก./ดล.

การควบคุม/การปฏิบัติตัว	เป้าหมาย	
	ADA 2014	**สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ**, 2557
ระดับเอช ดี แอลคอเลสเตอรอล: ผู้ชาย ผู้หญิง	 > 40 มก./ดล. > 50 มก./ดล.	 ≥ 40 มก./ดล. ≥ 50 มก./ดล.
ความดันโลหิต: ความดันโลหิตซิสโตลิค (Systolic BP) ความดันโลหิตไดแอสโตลิค (Diastolic BP)	 <140 มม.ปรอท < 80 มม.ปรอท	 < 140 มม.ปรอท < 80 มม.ปรอท
น้ำหนักตัว: ดัชนีมวลกาย รอบเอว: ผู้ชาย ผู้หญิง		18.5-22.9 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หรือใกล้เคียง < 90 ซม. < 80 ซม.
การสูบบุหรี่		ไม่สูบบุหรี่หรือหลีกเลี่ยงการรับควันบุหรี่
การออกกำลังกาย		ตามคำแนะนำของแพทย์

(ที่มา: สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ, 2557; ADA, 2014)

การรักษาโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาด การดูแลรักษาเบาหวานที่ดีจึงเน้นที่การป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาวโดยการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติมากที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือจากผู้ป่วยและครอบครัว ในการควบคุมเบาหวานอย่างสม่ำเสมอ การรักษาประกอบด้วย[9]

1) การควบคุมอาหารหรือโภชนบำบัด (Medical Nutrition Therapy,MNT)

2) การออกกำลังกาย (Physical Activity)

3) การใช้ยาเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด (Phamacological Treatment)

4) การเรียนรู้โรคเบาหวานและการดูแลตนเอง(Diabetic Self-Management Education, DSME)

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยเบาหวานควรได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยเฉพาะเมื่ออยู่ที่บ้าน ผู้ป่วย ผู้ดูแล และครอบครัวควรมีความรู้ ความเข้าใจ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว และถูกต้อง ดังนั้นพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือในชุมชน จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในการประเมิน การวางแผนการดูแล การดำเนินการ การประสานงานกับทีมสหสาขาทั้งทีมสุขภาพ และบริบทของชุมชนนั้น ตลอดจนกำกับติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง และสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างทันท่วงที

พยาบาลผู้ดูแลต่อเนื่องที่บ้านหรือพยาบาลที่เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จะต้องมีการใช้กระบวนการพยาบาล โดยมีการประเมินภาวะสุขภาพ (Assessment) วินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนการดูแล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล(Implementation) และการประเมินผลการพยาบาล(Evaluation)ในผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

Assessment: I-N-H-O-M-E-S-S-S

I Immobility การสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว พยาบาลจะต้องประเมิน Functional Ability, Ulcer, Pressure Sore, Infection: wound, UTI, Pneumonia

N Nutrition พฤติกรรมการรับประทานอาหารและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างถูกต้อง

H Home สิ่งแวดล้อมภายในบ้านและบริเวณรอบๆ บ้าน

O ther Patient ใครเป็นผู้ดูแลหลักแผนผังครอบครัว สัมพันธภาพภายในครอบครัวการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวและเพื่อนบ้าน

M Medication การบริหารยา โดยใช้หลัก 6 Right (ถูก คน ชนิด เวลา ขนาด ทาง เทคนิค) การเก็บยาอย่างถูกต้อง ผลข้างเคียงของยา

E Examination การตรวจร่างกายขณะเยี่ยมบ้าน เช่น การวัดสัญญาณชีพต่างๆ น้ำหนักตัวผิวหนัง เท้า การมองเห็น การหายใจระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบประสาทส่วนปลาย

S Safety สุขลักษณะภายในบ้าน เช่น พื้นบ้าน ห้องน้ำ ครัว ห้องนอน ตู้เย็นในการเก็บยา อุปกรณ์ในการดูแล เช่น อุปกรณ์การทำแผล ไม้เท้า รองเท้า

S Spiritual Health สุขภาพทางจิตวิญญาณ ความเชื่อ เกี่ยวกับโรค หรืออิทธิพลต่อสุขภาพ เกี่ยวกับการดูแล ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรมความเครียดและการจัดการกับความเครียด

S Service แหล่งประโยชน์ การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ สิทธิการรักษา

วินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing Diagnosis)

ในผู้ป่วยเบาหวานจะมีการวินิจฉัยการพยาบาลดังนี้

- มีความพร่องในการดูแลตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาล เนื่องจาก ขาดความรู้ความเข้าใจในโรคและการปฏิบัติตน

- มีความพร่องในการดูแลตนเองในการบริหารยาตามแผนการรักษา เนื่องจากความจำหรือการรับรู้ลดลง/เนื่องจากมีปัญหาด้านการมองเห็น

- ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่เหมาะสม เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจการรับประทานอาหารให้เหมาะสมกับโรค/ขาดความรู้ความเข้าใจในอาหารแลกเปลี่ยน/มีการเปลี่ยนแปลงของต่อมรับรส

- เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน/การติดเชื้อเนื่องจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง

- เครียด/วิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลตนเองเนื่องจากมีปัญหาทางเศรษฐกิจ/ขาดผู้ดูแล/ถูกจำกัดในการรับประทานอาหาร การรับประทานหรือการฉีดยา/ต้องถูกจำกัดในการปฏิบัติตัว

การวางแผนการดูแล (Planning)

เมื่อได้ข้อมูลจากการประเมิน หรือจากประวัติการตรวจรักษา หรือจากข้อมูลการส่งต่อจากทีมสุขภาพต่างๆ ประกอบเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล พยาบาลจะต้องวางแผนการดูแลโดยการ:

1. ให้ความรู้ สาธิตเพิ่มเติม หรือมีการทวนสาธิต/ฝึกทักษะ เรื่องความรู้เรื่องโรค การรักษา การดูแล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน การบริหารยาที่เหมาะสม การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการรับประทานอาหารหรือการตรวจประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลด้วยการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง

2. ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน และบริเวณนอกบ้านให้เหมาะสม

3. ให้คำปรึกษา(Counselling)เมื่อผู้ป่วย/ครอบครัวเกิดความเครียด/วิตกกังวล

4. เสริมสร้างพลังอำนาจ (Empowerment) ให้กำลังใจ แก่ผู้ป่วย และครอบครัว

5. ประสานทีมในชุมชน เช่น หมอครอบครัว นักบริบาทชุมชน อสม ผู้นำชุมชน ในการลงเยี่ยมผู้ป่วย

หลัก “METHOD”

การปฏิบัติการพยาบาล(Implementation)สอน สาธิต ชี้แนะ ผู้ป่วย ผู้ดูแล/ครอบครัวในเรื่อง:

M = Medication & Adverse effect ซึ่งจะต้องเน้นทั้งยาเม็ดลดระดับน้ำตาลในเลือดและยาฉีดอินซูลินโดยให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลสามารถบริหารยาได้อย่างถูกต้องซึ่งประกอบด้วย ชื่อยา วัตถุประสงค์การใช้ยา วิธีการให้ ขนาด เทคนิคการให้ ปริมาณ จำนวนครั้ง ข้อควรระวังในการใช้และผลข้างเคียงต่างๆ ของยา รวมทั้งยาอื่นที่ผู้ป่วยได้รับ

E = Environment &Equipment ความรู้ในการจัดการ ปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมภายในบ้านและนอกบ้านบ้านให้เหมาะสมไม่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ เอื้อต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการออกกำลังกายได้อย่างปลอดภัย มีการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน การฝึกทักษะในการใช้อุปกรณ์การดูแล เช่น ปากกาฉีดยา อุปกรณ์ทำแผล และสามารถดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ได้อย่างสะอาดถูกต้อง

T = Treatment ความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่ได้รับการฝึกทักษะ เช่น การฉีดยาเบาหวาน การดูแลเท้า การเลือกรองเท้า การออกกำลังกายที่เหมาะสม หรือการดูแลที่ซับซ้อนมากขึ้น เช่นการให้อาหารทางสายยาง การดูดเสมหะ การใช้ออกซิเจน ฯลฯ

H = Health ผู้ป่วย/ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค การตรวจวินิจฉัย และการรักษาพยาบาลที่ได้รับ ตลอดจนการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การปรับวิถีการดำเนินชีวิตประจำวันให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพ รวมทั้งปรับตัวให้ส่งเสริมต่อการฟื้นฟูและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ การตรวจประเมินการควบคุมระดับน้ำตาลด้วยการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดด้วยตนเอง และสามารถการประเมินและการจัดการภาวะฉุกเฉิน เช่น ภาวะ Hypoglycemia (ภาคผนวก แนวปฏิบัติทางคลินิก เรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด) การเกิดแผลติดเชื้อ ได้อย่างถูกต้อง รวดเร็ว

O = Outpatient &Referral การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนการส่งต่อการดูแลผู้ป่วยไปยังแหล่งประโยชน์ และประสานงานกับทีมสุขภาพ/ทีมดูแลในการเข้าถึงระบบบริการได้อย่างรวดเร็ว

D = Diet การใช้โภชนบำบัดหรือการควบคุมอาหารเพื่อรักษาโรค โดยเน้นให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานอาหารของผู้ป่วยให้รับประทานอย่างถูกต้องแนะนำอาหารแลกเปลี่ยน

การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) **และการตั้งเป้าหมาย** (Out come)

ในการเยี่ยมบ้านหรือการ Follow up ผู้ป่วย/ผู้ดูแลแต่ละครั้งพยาบาลจะต้องมีการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลซึ่งอาจจะเป็นเป้าหมายระยะสั้น หรือระยะยาว โดยให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการตั้งเป้าหมาย

เป้าหมายระยะสั้น

- น้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือควบคุมได้ ไม่มีภาวะแทรกซ้อน เช่น ภาวะ Hypoglycemia /Hyperglycemia หรือไม่เกิดแผล

- ระดับความดันโลหิต ดัชนีมวลกาย คอเลสเตอรอล ระดับแอล ดี แอลคอเลสเตอรอลอยู่ในเกณฑ์ปกติ หรือควบคุมได้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลบริหารยาได้อย่างถูกต้อง

- สามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน เช่น การปฏิบัติตัวระหว่างการเจ็บป่วย การไปงานสังสรรค์ การดูแลเท้าหรือผู้ดูแลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง

- ผู้ป่วยงดสูบบุหรี่ และออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขณะ และหลังออกกำลังกาย

- สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วย (Psychosocial adjustment)

- สามารถเผชิญปัญหา และจัดการกับปัญหาหรือความเครียดได้

เป้าหมายระยะยาว

- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนระยะยาวหรือควบคุมภาวะแทรกซ้อนได้

- ผู้ป่วย/ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ระบบการส่งต่อ

ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หากพยาบาลประเมินผู้ป่วยได้ว่าอาการโรคไม่ดีขึ้น หรือผู้ป่วย/ผู้ดูแลต้องการทีมสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงมากขึ้น หรือทีมร่วมในการดูแล อาจจะต้องประสานกับทีมในการดูแล เช่น แพทย์ เภสัชกร นักกำหนดอาหาร กายภาพบำบัด กายอุปกรณ์ นักสังคมสงเคราะห์ ฯลฯ หรือแหล่งประโยชน์ในชุมชน เช่น อสม. อผส. ผู้นำชุมชน ชมรมไร้ควันบุหรี่ หรือกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เพื่อให้ผู้ป่วย/ผู้ดูแลสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ร่วมกันได้

เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย เอกพลากร เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล หทัยชนก พรรคเจริญ วราภรณ์ เสถียรนพเก้า และกนิษฐา ไทยกล้า. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. นนทบุรี: เดอะ กราฟโก ซิสเต็มส์.(2552).
2. อรวรรณ์ คูหา และนันทศักดิ์ ธรรมานวัตร์. โครงการวิจัยเรื่องการศึกษาระบบดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่มีความเปราะบางด้านสุขภาพในชุมชน. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข: ทีจีทูล.(2552).
3. อัมพรพรรณ ธีรานุตร นงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์ วาสนา รวยสูงเนิน ดลวิวัฒน์ แสนโสม ปัทมา สุริต ไพรวัลย์ พรมที และคณะ. รายงานวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลต่อเนื่องแบบเป็นองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง:กรณีศึกษาในโรงพยาบาลศูนย์. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.(2551).
4. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. การประเมินผู้สูงอายุ. (Geriatric assessment) ในสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. (หน้า 71-91). กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.(2548).
5. รังสิมา รัตนศิลา. ผลของโปรแกรมการจัดการผู้ป่วยรายกรณีผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการพยาบาลสาธารณสุข, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.
6. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางเวชปฏิบัติ การดูแลโภชนบำบัดในโรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพมหานคร: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.(2549).
7. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes-2014. Diabetes Care, 2014; 35(Supplement 1): S14-S80.
8. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. กรุงเทพมหานคร: หจก.อรุณการพิมพ์; 2557.
9. บุญจันทร์ วงศ์สุนพรัตน์ และหทัยกาญจน์ นิมิตพงษ์. (บรรณาธิการ). เบาหวานการดูแลรักษาสุขภาพด้วยตนเอง. กรุงเทพมหานคร: จุดทอง จำกัด.(2553).

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงที่บ้าน

สุลักษณ์ วงค์ธีรภัค
เกศสุดา เกสรสุคนธ์

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถทำให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหัวใจล้มเหลว โรคหลอดเลือดสมอง โรคของหลอดเลือดส่วนปลาย และ โรคไตซึ่งความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุในทั้งเพศชายและหญิง

ตารางที่ 1 เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในผู้ใหญ่ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป

คำแนะนำสำหรับการวัดความดันโลหิตของ JNC 8*

การประเมิน

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงควรประเมินผู้ป่วยเชิงลึกเพื่อเป็นประโยชน์การปรับเปลี่ยนการดูแลรักษาให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย โดยเลือกเครื่องมือในการประเมินปัญหาผู้ป่วย (รายละเอียดเครื่องมืออยู่ในส่วนบทบาทของแพทย์)

ตัวอย่างปัญหาที่พบบ่อย

1. มีความพร่องในการดูแลตนเองในการควบคุมระดับความดันโลหิต เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในโรคความดันโลหิตสูง / เนื่องจากความสามารถในการปฏิบัติพร่องลง

2. ผู้ป่วยมีความเครียดในการรับประทานยาลดความดันโลหิต เนื่องจากมีความเชื่อที่ผิดเกี่ยวกับผลแทรกซ้อนจากการรับประทานยา

3. มีความพร่องในการดูแลตนเองในการรับประทานยาตามแผนการรักษา เนื่องจากความสามารถในการเรียนรู้เรื่องใหม่ลดลง /เนื่องจากมีปัญหาด้านการมองเห็น

4. ผู้ดูแลมีความเครียดในบทบาท เนื่องจากมีปัญหาทางเศรษฐกิจ

5. ผู้ดูแลให้การดูแลผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่เหมาะสม เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในโรคความดันโลหิตสูง

การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูง

1. **ศึกษาประวัติผู้ป่วยเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง** ขึ้นกับปัจจัยเสี่ยงโรคหลอดเลือดอื่นๆ ของผู้ป่วยด้วย ว่ามีปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่เป็นร่วมด้วยหรือไม่อาทิ โรคระบบหลอดเลือด เช่นโรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคไตเรื้อรังโรคเบาหวาน

2. **ส่งเสริมให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ** การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Lifestyle modification) ที่แสดงให้เห็นว่าสามารถลดความดันโลหิตได้มีดังนี้

1.1 การลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกินโดยมี BMI > 25 มม.ปรอท. การลดน้ำหนัก10 กิโลกรัม ลดความดันโลหิต Systolic ได้ 5-20 มม.ปรอท.

1.2 DASH diet (Dietary approach to stop hypertension) ให้รับประทานผักผลไม้นมพร่องมันเนย เลี่ยงไขมันจากสัตว์บกและสัตว์น้ำบางชนิด เช่น หอยนางรม และปลาหมึกสดอาหารที่มีโปแตสเซียมแคลเซี่ยมสามารถลดความดันโลหิต systolic ได้ 8-14 มม.ปรอท

1.3 งดอาหารเค็มควรรับประทานอาหารรสจืด งดรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม เช่น น้ำปลา ซีอิ๊ว ไข่เค็ม ของหมักดอง อาหารรสเค็มต่างๆ อาหารกระป๋องซึ่งมักจะมีส่วนผสมของโซเดียม อาหารเคี้ยวกรอบที่มีรสเค็ม หลีกเลี่ยงผงชูรส (monosodium glutamate) รวมทั้งเครื่องปรุงรสของบะหมี่สำเร็จรูป ผงกันบูด(sodium benzoate) สารกันเชื้อราในขนมปัง (sodium propionate) ผงฟูในการทำเค้กหรือขนมปัง (sodium bicarbonate) สารใส่ผลไม้กระป๋องให้คงสีธรรมชาติ (sodium sulfite) เป็นต้น

ควรรับประทานเกลือโซเดียมน้อยกว่า 100 meq/วัน (เกลือ 1 ช้อนชา มีโซเดียม 2.3 กรัม หรือ 100 meq) ลดความดันโลหิต systolic ได้ 2-8 มม.ปรอท.

1.4 ออกกำลังกายสม่ำเสมอลดความดันโลหิต systolic ได้ 4-9 มม.ปรอท.

1.5 งดดื่มแอลกอฮอล์

1.6 งดสูบบุหรี่สารกระตุ้นและสิ่งเสพติดชนิดต่างๆ

1.7 ฝึกอารมณ์ควบคุมความเครียดหลีกเลี่ยงการอดนอน

3. **ดูแลติดตามและบันทึกระดับความดันโลหิตที่บ้าน**

โดยให้วัดที่แขนทั้ง 2 ข้างในการวัดระดับความดันโลหิตครั้งแรก จากนั้นเลือกแขนข้างที่มีค่ามากที่สุดในการวัดครั้งต่อไปในกรณีแขนข้างที่มีค่ามากไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ อาทิ Mastectomy / lymphoedema, injury

การแจ้งผล หลีกเลี่ยงคำว่า "ความดันโลหิตปกติ" ควรใช้ "ความดันโลหิต ควบคุมได้ดี" เนื่องจากความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรัง การใช้คำว่าควบคุมเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงความจำเป็นในการรักษาต่อเนื่อง

4. **การติดตามเรื่องการรับประทานยา** และผลข้างเคียงจากการใช้ยาลดความดันโลหิต โดยตรวจสอบในเรื่อง

4.1 **ความถูกต้องของชื่อยา และขนาดของยา**

4.2 **วันที่ที่สั่งจ่ายยาและจำนวนยาที่เหลือในซองยาแต่ละ**เพื่อประเมินเบื้องต้นว่าผู้ป่วยได้รับประทานถูกต้องตามแผนการรักษา

- หากผู้ป่วยมองตัวหนังสือได้ไม่ชัดหรืออ่านไม่ได้ ควรเพิ่มเทคนิคพิเศษเช่นใช้ตัวอักษรขนาดใหญ่บนซองยาหรือทำสัญลักษณ์พิเศษสื่อถึงการใช้ยา หากประเมินซ้ำแล้วพบว่ายังเสี่ยงต่อการรับประทานยาได้ไม่ถูกต้องควรให้ญาติเป็นผู้จัดการเรื่องยาให้แก่ผู้ป่วยในทุกมื้อ หรือกรณีญาติไม่ได้อยู่ด้วยตลอดเวลา อาจจัดยาใส่ซองยาเป็นแผงยาชุด/กล่องยาไว้เป็นแต่ละมื้อ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถหยิบยารับประทานเองได้ง่ายขึ้น

- หากพบว่ายาหมดก่อนนัด ปรึกษาแพทย์ประจำทีมเพื่อให้ยาต่อเนื่อง พร้อมกันนั้นเสนอช่องทาง กรณีเกิดปัญหาครั้งต่อไป เช่น กรณียาหมด ยาหาย ให้มาโรงพยาบาลก่อนวันนัดได้ แต่อย่าปล่อยให้ขาดยาหากไม่สะดวกมาโรงพยาบาลให้ติดต่อเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบในพื้นที่นั้นๆ

4.3 **ยาที่หมดอายุ**

4.4 **ยาที่ได้รับจากที่อื่น ๆ** นอกเหนือจากยาที่รพ./รพ.สต.ในพื้นที่สั่งจ่าย เนื่องจากที่ผู้ป่วยอาจได้รับการรักษาจากหลายที่มีความเสี่ยงที่จะทำให้ใช้ยาผิดพลาดหรือใช้ยาซ้ำซ้อนได้นอกจากนี้ยังอาจได้รับยาที่มีปฏิกิริยาต่อกัน หากพบขณะเยี่ยมบ้านผู้ป่วยควรได้รับการตรวจสอบยาใหม่ที่ได้รับอย่างละเอียดเปรียบเทียบกับยาเดิมที่ใช้อยู่ (ร่วมกับปรึกษาเภสัชกรประจำทีม) และแนะนำให้ผู้ป่วยให้นำยาที่ใช้อยู่ปัจจุบันทั้งหมดพบแพทย์ทุกครั้ง ในทุกสถานพยาบาล

การใช้ยาสมุนไพร แนะนำผู้ป่วยระมัดระวังเรื่องการใช้ยาสมุนไพรร่วมกับการรักษาด้วยยาแผนปัจจุบันเนื่องจากไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนว่าอาจจะทำให้ต้านฤทธิ์กันหรือเสริมฤทธิ์กันหรือทำ ให้เกิดอาการไม่พึงประสงค์ได้หรือไม่แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยควรยึดถือการใช้ยาแผนปัจจุบันเป็นหลักอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

4.5 **ตรวจสอบผลข้างเคียงจากการใช้ยา** เช่น

ยาต้านแคลเซียม (Calcium antagonist) กลุ่ม Dihydropyridines เช่น Nifedipine, Amlodipine, Manidipine, Felodipine ช่วงแรกที่รับประทานยาอาจทำให้มีอาการปวดศีรษะมึนงง ได้แนะนำผู้ป่วยหากมีอาการให้พยายามรับประทานยาต่อไปก่อน เมื่อร่างกายปรับตัวได้อาการก็จะทุเลาลงโดยไม่ต้องหยุดยา แต่หากเมื่อลองรับประทานต่อแล้วอาการยังปวดหัวมากจนทนไม่ไหวให้ปรึกษาแพทย์ทันที

ยากลุ่ม ACEIs (Angiotensin-converting enzyme inhibitors) เช่น Enalapril อาจทำให้เกิดอาการข้างเคียง คืออาการไอแห้งๆ ซึ่งไม่เป็นอันตรายและไม่ใช่อาการแพ้ยาแนะนำผู้ป่วยปรึกษาแพทย์เพื่อเปลี่ยนยา

Loop diuretics: furosemide อาจมีอาการข้างเคียง เช่น เวียนศีรษะในขณะเปลี่ยนอิริยาบถ แนะนำผู้ป่วยเรื่องการปรับเปลี่ยนอิริยาบถช้าๆ เพื่อป้องกันอุบัติเหตุ แต่หากเวียนศีรษะมากควรปรึกษาแพทย์เพื่อการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาและสำหรับยากลุ่มนี้ ควรให้คำแนะนำในเรื่องเวลาที่รับประทานยา (ควรรับประทานในตอนเช้าเพื่อมิให้เกิดการ รบกวนเวลานอนของผู้ป่วย) อย่างไรก็ตามหาก ผู้ป่วยมีอาชีพที่ต้องทำงานในตอนกลางคืนอาจ ต้องปรับเวลารับประทานยาเพื่อให้เหมาะสม กับอาชีพหรือการทำงานของผู้ป่วย

5. **การออกกำลังกาย** แนะนำให้ผู้ป่วยออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอให้เหมาะสมกับสภาพหัวใจหลอดเลือด สภาพร่างกาย และสภาพแวดล้อม ทั้งนี้ต้องระวังไม่ออกกำลังกายอย่างหักโหมหรือมาก

เกินไป เช่น การออกกำลังกายจนรู้สึกเหนื่อย การยก ผลัก ดึง แบก เข็น และหลีกเลี่ยงการแข่งขัน เพราะทำให้เกิดความเครียด

6. **การตรวจร่างกาย** ควรบันทึกทุกครั้งในเรื่อง สีผิว ความชื้น อุณหภูมิและ การวัดการไหลเวียนของเส้นเลือดฝอย (capillary refill time), ลักษณะชีพจรทั้งส่วนกลางและส่วนปลาย, เสียงหัวใจและเสียงการหายใจ บวม หากตรวจพบความผิดปกติให้ปรึกษาแพทย์ในทีม

7. **ทบทวนอาการและอาการแสดงเพื่อปรึกษาแพทย์หัวหน้าทีม** ปวดศีรษะมากไม่ทุเลาระดับความดันโลหิตขึ้นสูงทันทีทันใด และขึ้นอย่างต่อเนื่องมีอาการเจ็บอกมีอาการหายใจตื้น ชีพจรไม่สม่ำเสมอ หรือเพิ่มมากขึ้น น้ำหนักขึ้นอย่างมี 0.9 kg/day or 2.3 kg/ wk) หรือ มีอาการแขนขาบวม ,ท้องบวมมีความผิดปกติของการมองเห็นเลือดกำเดาไหลบ่อย หรือหยุดยากมีภาวะซึมเศร้าหรืออารมณ์ไม่คงที่ เวียนศีรษะมากกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรงคลื่นไส้/อาเจียนกระหายน้ำอย่างมาก เพื่อการวินิจฉัยแต่ต้นในการหาภาวะแทรกซ้อนต่างๆ หรือผลข้างเคียงของยา

8. **จัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการผ่อนคลาย** (back and neck massage) เพราะความสุขสบาย จะช่วยลด sympathetic stimulation

9. **จัดให้มีการพักผ่อน** แนะนำผู้ดูแลช่วยเหลือในกิจกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยบางกิจกรรมตามความจำเป็นเพราะ physical stress และความเครียดมีผลต่อระดับความดันโลหิตให้เพิ่มขึ้น แต่ถ้าไม่มีผู้ดูแลที่บ้าน หรือผู้ดูแลไม่สามารถให้การดูแลได้ พยาบาลควรเป็นผู้ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการปรับดัดแปลง ที่อยู่อาศัยเพื่อให้เหมาะสมกับผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

10. **ปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพ เมื่อมีข้อบ่งชี้** อาทิการเผชิญปัญหาไม่มีประสิทธิภาพ ภาวะโภชนาการไม่เหมาะสม ฯลฯ

11. **สร้างเครือข่ายในการดูแล** เพื่อติดตามความดันโลหิตสูงที่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง อาทิ อสม./นักบริบาลชุมชน/จิตอาสา

เป้าหมาย

1. คงไว้ซึ่งระดับความดันโลหิตที่ควบคุมได้ตามเป้าหมาย
2. ป้องกัน/ ชะลอการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากความดันโลหิตสูง
3. ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและครอบครัวมีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพ/สังคม ในการลดระดับความดันโลหิตให้ได้ตามเป้าหมาย และลด cardiac workload.
4. ดำรงไว้ซึ่งสุขภาวะ

เอกสารอ้างอิง

1. ปิยนุช เสาวภาคย์. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่].สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2549.
2. สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพฯ: ยั่วน้ำพริ้นติ้ง;2555.[เข้าถึงเมื่อ 28 ธ.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก:http://www.thaihypertension.org/files/216_1.Hypertension_Guideline_2012.pdf
3. British Heart Foundation. Coronary Heart Disease Statistics. London: BHF; 2012.
4. Janz NK, Becker MH. The health belief model: a decade later. Health Educ Q 1984;11:1-47.
5. Mancia G, Fagard R, Narkiewicz K , Redón J, Zanchetti A, Böhm M, et al.Guidelines for the Management of Arterial Hypertension: The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European; 2013.
6. Society of Cardiology (ESC). J Hypertension. ;2013;31:1281-1357.

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน

สุลักษณ์ วงค์ธีรภัค
เกศสุดา เกษรสุคนธ์

โรคหลอดเลือดสมองมี 2 ประเภท คือโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากหลอดเลือดสมองขาดเลือด (Ischemic stroke) พบประมาณร้อยละ 70 และโรคหลอดเลือดสมองที่เกิดจากการมีเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic stroke) พบประมาณร้อยละ 30[6] อย่างไรก็ตามไม่ว่าจะเป็นสมองขาดเลือดหรือเลือดออกในสมองหลังการเกิดโรคผู้ป่วยมักจะมีความพิการหลงเหลืออยู่ ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตภาพลักษณ์ภาระทางเศรษฐกิจของครอบครัวบางรายจำเป็นต้องมีผู้ดูแลเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ส่งผลกระทบต่อบทบาทหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวที่ต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วย[4,7,9]

การเยี่ยมบ้านในระยะพักฟื้นนับเป็นส่วนที่สำคัญยิ่ง โดยเฉพาะระยะ 6 เดือนแรก[12] ซึ่งสามารถให้ผู้ป่วยมีโอกาสดำรงชีวิตใกล้เคียงปกติมากที่สุด

การประเมิน

การเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ควรประเมินผู้ป่วยเชิงลึกเพื่อเป็นประโยชน์การปรับเปลี่ยนการดูแลรักษาให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย อาจเลือกใช้เครื่องมือช่วยจดจำเพื่อที่จะประเมินปัญหาผู้ป่วยได้ครบถ้วนรอบด้าน เช่น INHOMESSS (รายละเอียดอยู่ในส่วนการประเมินของแพทย์) ซึ่งจะช่วยให้สามารถประเมินครอบคลุมทั้งสภาวะทางด้านอารมณ์และจิตใจ การรับรู้สัญญาณชีพอาการแสดงทางระบบประสาทการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันการกลืนอาหารความแข็งแรงของกล้ามเนื้อจิตสังคมสิ่งแวดล้อมและอุปกรณ์ของใช้ต่างๆฯลฯทำให้วางแผนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

การดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง

วางแผนและให้การดูแลตามการประเมินดังนี้

1. ดูแลการจัดท่านอน แนะนำผู้ดูแลในการจัดท่านอนดังนี้

<u>การท่านอนหงาย</u>

1.1 ศีรษะและลำตัวอยู่ในแนวตรง

1.2 แขนเหยียดสบายวางข้างลำตัวนิ้วมือเหยียดออก

1.3 ขาเหยียดตรงมีผ้าขนหนูรองใต้เข่าให้ข้อเข่างอ

การจัดท่านอนตะแคง

1.4 ขาข้างอ่อนแรงทับขาข้างดี มีหมอนรอง

1.5 ขาข้างดีทับขาข้างอ่อนแรง โดยขาข้างอัมพาตกางออกมา มีหมอนรองเพื่อไม่ให้น้ำหนักตัวกดทับขาข้างอ่อนแรง เพื่อมิให้การไหลเวียนของเลือดขาข้างอ่อนแรงบกพร่อง และหากมีอาการบวมที่แขน ขา มือ เท้า ซึ่งพบได้บ่อยในข้างอ่อนแรงสามารถแก้ไขเบื้องต้นได้ โดยการจัดท่านอนด้วยการหนุนรองข้างที่บวมให้สูงด้วยวัสดุอ่อนนุ่ม เช่นผ้าห่ม หมอนข้าง กระตุ้นให้เปลี่ยนท่าบ่อยๆ ทุก 2 ชั่วโมง

2. **ดูแลเรื่องการเปลี่ยนท่า** ควรเปลี่ยนท่าอย่างน้อย ทุก 2 ชั่วโมง ถ้าเปลี่ยนท่านอนแล้วรอยแดงบริเวณผิวหนังไม่หายภายใน 30 นาที มีความเสี่ยงที่จะเกิดแผลกดทับอาจจะพิจารณาให้เปลี่ยนท่าได้บ่อยขึ้น โดยมีการหมุนเวียนเปลี่ยนท่านอน เช่น นอนหงาย นอนตะแคงซ้าย นอนตะแคงขวา สลับกันไป เพื่อให้ส่วนใดส่วนหนึ่งไม่รับแรงกดนานเกินไป

3. **ดูแลเรื่องการเคลื่อนไหวข้อต่อ** ยกเว้นกรณีมีข้อห้าม

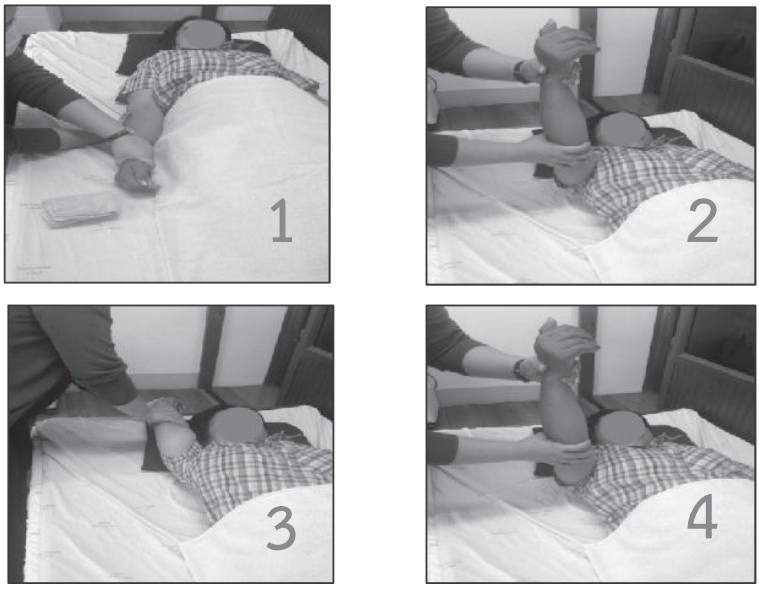
3.1 ในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวแขนและขา แนะนำผู้ดูแลทำการเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ให้ โดยแนะนำให้ทำการเคลื่อนไหวข้อให้ผู้ป่วยทำช้าๆ และสุดองศาของการเคลื่อนไหวที่ปกติ

3.2 ในแต่ละท่าให้ทำซ้ำๆ ท่าละ 10 – 20 ครั้ง ทำวันละ 1-2 รอบ ทั้งนี้ควรมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อป้องกันข้อติด ป้องกันกล้ามเนื้อและเอ็นหดตัว การไหลเวียนของเลือดดีขึ้น กระตุ้นให้มีการฟื้นตัวเพื่อทำให้ไม่ลืมการเคลื่อนไหว

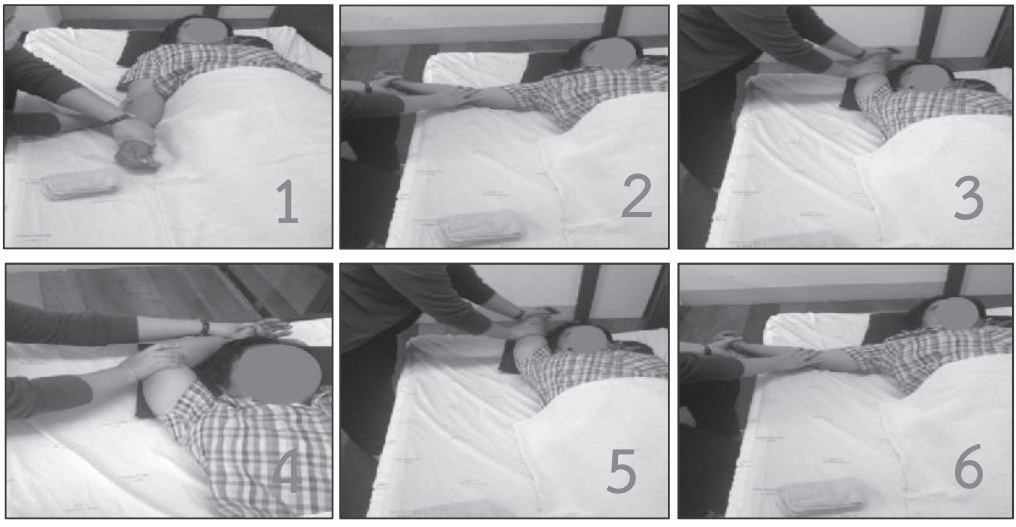
3.3 ไม่ควรทำการเคลื่อนไหวหลังจากรับประทานอาหารอิ่มใหม่ๆ หรือในขณะผู้ป่วยมีไข้หากมีอาการปวดขณะทำการเคลื่อนไหวข้อ หรือ พบปัญหาอย่างอื่นตามมา ควรหยุดและปรึกษาหมอประจำครอบครัวในพื้นที่ เพื่อปรึกษาทีมต่อไป

การบริหารส่วนแขน

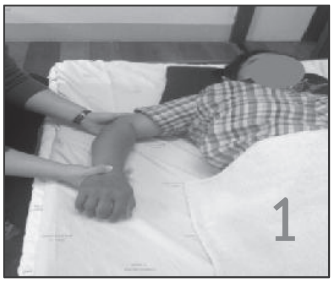
1.การยกแขนขึ้น-ลง



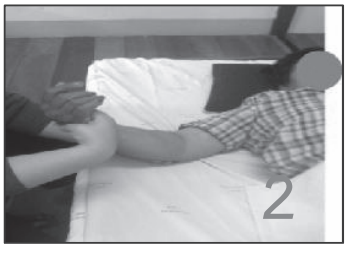
2.การกางแขนออก – หุบแขนเข้า

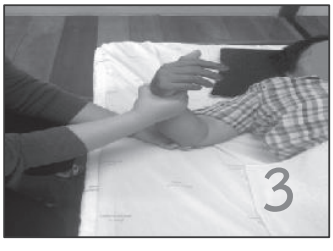


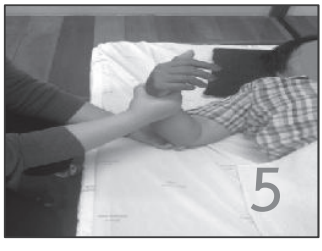
3. การหมุนข้อไหล่เข้า – หมุนข้อไหล่ออก



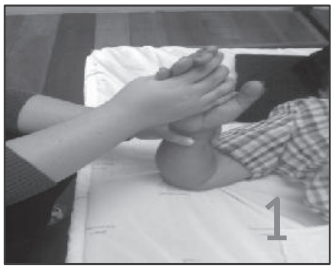
4. การงอข้อศอกเข้า –เหยียดข้อศอกออก



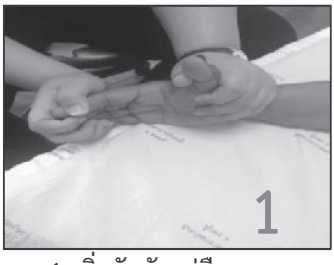




5.การกระดกข้อมือขึ้น – กระดกข้อมือลง



6.การกำนิ้วมือเข้า – เหยียดนิ้วมือออก



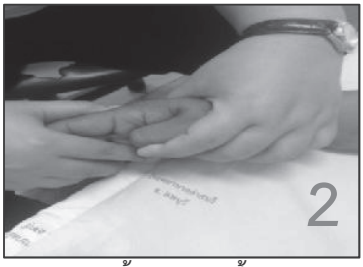
1. เริ่มจับหัวแม่มือ และนิ้วมือทั้งสี่

2. กำนิ้วทั้งสี่

3. เหยียดนิ้วมือทั้งสี่

7. การกระดกนิ้วหัวแม่มือขึ้น - กระดกนิ้วหัวแม่มือลง

1. เริ่มต้นจับหัวแม่มือ และนิ้วมือทั้งสี่



2. จับนิ้วหัวแม่มือขึ้นและลง

การบริหารส่วนขา

1. การงอขาเข้า และเหยียดขาออกของข้อสะโพก และข้อเข่า

1. เริ่มต้นจับข้อเท้า และข่อเข่าผู้ป่วย

2. ยกขาผู้ป่วย

3. งอเข่าให้มากที่สุดและ ค่อยๆเหยียดขาออก

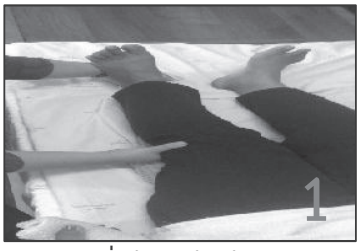
2. การหมุนข้อสะโพกเข้า และหมุนข้อสะโพกออก

1. เริ่มต้นจับข้อเท้าและ ข้อเข่าผู้ป่วย

2. หมุนปลายเท้า ออกข้างนอก

3. หมุนปลายเท้า เข้าข้างใน

3. การกางขาออกและหุบขาเข้าของข้อ สะโพก



1. เริ่มต้นจับข้อเท้า
และข้อเข่าของผู้ป่วย

2. กางขาออกแล้วหุบขาเข้า

4. การกระดูกข้อเท้าขึ้น และลง

1. เริ่มต้นจับข้อเท้า
และส้นเท้าของผู้ป่วย

2. กระดกข้อเท้าขึ้น แล้วลง

5. การหมุนปลายเท้าผู้ป่วยเข้า และออก

4. **ดูแลเรื่องการเคลื่อนย้าย** และการใช้อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนย้าย (อ่านเพิ่มเติมในบท นักกายภาพบำบัด หน้า 81)

5. **การกระตุ้นไม่ให้ลืมร่างกายข้างที่อ่อนแรง** (Unilateral neglect)

- ประเมินผู้ป่วยได้ดังนี้ผู้ป่วยมักนั่งเอียงตัวไปด้านอ่อนแรงและหันหน้าไปด้านมีแรงเสมอ ไม่สนใจแขนขาซีกอ่อนแรง

- ให้ผู้ดูแลเข้าหาผู้ป่วยด้านอ่อนแรงและกระตุ้นให้ผู้ป่วยหันมามองร่างกายซีกนั้น ใช้มือหรือผ้าถูเบาๆ บริเวณแขนด้านอ่อนแรงพร้อมกระตุ้นให้ผู้ป่วยมอง

- ให้ผู้ป่วยนั่งหน้ากระจกขณะทำกิจกรรมต่างๆเพื่อให้เห็นร่างกายทั้งสองซีก กระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาสิ่งของที่วางไว้ด้านที่อ่อนแรง

6. **การป้องกันภาวะแทรกซ้อน**

6.1 การติดเชื้อ

ทางเดินหายใจ : พบการติดเชื้อที่ปอดบ่อยที่สุดมักเกิดจากการสำลักอาหาร น้ำลาย (สัญญาณ 3 อย่างที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่ปอด คือ ไข้, ไอ, หอบ) ระมัดระวังการสำลัก หากผู้ป่วยมีอาการไอและไอมากจนรับประทานไม่ได้ ปรึกษาแพทย์ประจำทีม

ทางเดินปัสสาวะ : มักเกิดจากการขับถ่ายไม่ปกติกลั้นปัสสาวะหรือปัสสาวะไม่ออก ทำความสะอาดไม่เพียงพอการดูแลสายสวนปัสสาวะไม่ถูกต้องไม่สะอาด

ผิวหนัง : แผลกดทับ

- สังเกตภาวะแทรกซ้อนที่อาจทำให้เกิดแผลกดทับ อาทิ สี บวม หรืออาการอื่น ๆ ของการไหลเวียนที่ถูกกด เนื่องจากเนื้อเยื่อที่บวมจะทำให้เป็นแผลและหายช้า

- ตรวจสอบผิวอย่างสม่ำเสมอโดยเฉพาะอย่างยิ่งบริเวณปุ่มกระดูกเนื่องจากมีความเสี่ยงมากที่สุดที่จะขาดเลือดไปหล่อเลี้ยง และสนับสนุนให้ที่นอนลมตามความจำเป็นจะช่วยป้องกันไม่ให้เกิดแผลกดทับ

- หากมีแผลกดทับเกิดขึ้นให้ทำความสะอาดและหลีกเลี่ยงการทับบริเวณที่มีแผล

- เมื่อผู้ป่วยขับถ่ายให้รีบทำความสะอาด ไม่ปล่อยจมกองปัสสาวะหรืออุจจาระ อาจพิจารณาใช้ที่นอนลมในกรณีที่ผู้ป่วยพลิกตัวเองไม่ได้

- ดูแลผ้าปูที่นอนให้แห้งและเรียบตึงอยู่เสมอเพื่อลดความเปียกชื้นและแรงเสียดทาน

- จัดเสื้อผ้าให้เรียบ หลีกเลี่ยงการนอนทับตะเข็บเสื้อ และปมผูกต่างๆ

6.2 **ข้อติด** เกิดจากการไม่ได้เคลื่อนไหวข้อเป็นเวลานาน ป้องกันโดยช่วยผู้ป่วยขยับข้อต่างๆ ในข้างที่ไม่มีแรง (passive exercise) ในกรณีที่มีบวมแดงอักเสบให้รับประทานยาแก้อักเสบยาแก้ปวด ประคบ/แช่น้ำอุ่นและค่อยๆทำการขยับข้อนั้นๆ

6.3 **การอุดตันในหลอดเลือดดำเนื่องจากลิ่มเลือด** (พบไม่บ่อย) มีอาการขาบวมข้างเดียว กดไม่บุ๋มปวดถ้าลิ่มเลือดหลุดเข้าไปในหลอดเลือดปอดจะหายใจหอบเหนื่อยเสียชีวิตป้องกันโดยให้ขยับขาข้างที่อ่อนแรงบ่อยๆหรือฉีดยาป้องกันการแข็งตัวของเลือดหมั่นสังเกตและวัดขนาดของขาทั้ง 2 ข้าง

6.4 **การเกิดเป็นซ้ำของโรคหลอดเลือดสมอง** อาจกลับเป็นซ้ำได้ภายในปี

7. **ดูแลเรื่องการกลืน** (อ่านเพิ่มเติมในบทนักกิจกรรมบำบัด หน้า 97)

8. **ดูแลเรื่องโภชนาการ (**อ่านเพิ่มเติมในบทนักโภชนาการ หน้า 113) การดูแลเรื่องโภชนาการเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง การเริ่มให้อาหารอ่อน / อาหารทางสายเมื่ออาการคงที่โดยต้องระวังปัญหาเรื่องการสำลักจำกัดเกลือในกรณีที่มีความดันโลหิตสูงควบคุมระดับน้ำตาลและไขมันในกรณีที่มีปัญหา และควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสม

9. **ดูแลเรื่องการฝึกนั่ง และยืน** (อ่านเพิ่มเติมในบทนักกายภาพบำบัด หน้า 81)

10. **ส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองและจัดการตนเอง**

- กำหนดเป้าหมายร่วมกันในการทำกิจกรรมและให้กระทำพฤติกรรมไปทีละขั้นตอนจนสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ โดยพยาบาลและทีมสหสาขาวิชาชีพแนะนำและให้กำลังใจในขณะปฏิบัติกิจกรรม

- พูดชักจูงกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจ เช่นการให้ข้อมูล การแนะนำการกล่าวคำชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติประสบความสำเร็จในแต่ละกิจกรรมที่ตั้งเป้าหมายไว้

- จัดให้มีกลุ่มพูดคุยเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยหรือจัดกลุ่มจิตอาสาช่วยเหลือผู้ป่วยโดยมีผู้ป่วยจิตอาสาซึ่งเคยเป็นผู้ป่วยอัมพาตและมีอาการดีขึ้นมาพูดคุยเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วยวิธีการปฏิบัติตนสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อช่วยลดปัญหาด้านอารมณ์และทำให้ญาติและผู้ป่วยไม่รู้สึกโดดเดี่ยวและได้เรียนรู้ประสบการณ์จากครอบครัวอื่นๆนอกจากนี้อาจจัดเป็นกลุ่มบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการเยี่ยมเยียนผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติมีทีมที่ปรึกษาและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย

- ความเครียด ความวิตกกังวล (อ่านเพิ่มเติมในบทนักจิตวิทยา หน้า 125)

11. **การสอน/แนะนำ การทำกิจวัตรประจำวัน** (อ่านเพิ่มเติมในบทนักกิจกรรมบำบัด หน้า 81)

ในการทำกิจวัตรประจำวันในเรื่องการรับประทานอาหารอาบน้ำแปรงฟันหวีผมนั้นควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยใช้แขนข้างที่มีแรงช่วยทำจะทำให้ผู้ป่วยทำได้เอง แต่อาจต้องช่วยในระยะแรกจนกว่าผู้ป่วยสามารถเรียนรู้การใช้แขนขาที่ดีมาดูแลตนเอง

12. **การปรับสภาพบ้าน**การปรับสภาพบ้านเป็นการช่วยเพิ่มความสามารถในดูแลตนเองของผู้ป่วยตามบริบทที่มี

- ขณะนอนติดเตียง ปรับสภาพให้มีราวกั้นเตียงหรือทำบันไดเชือกช่วยในการลุกนั่งหรือดัดแปลงเตียง

- โต๊ะรับประทานอาหารหรืออ่างล้างหน้าควรมีความสูงจากพื้นประมาณ 0.80 เมตรและมีพื้นที่ว่างใต้อ่างล้างหน้าเพื่อให้รถเข็นสามารถเข้าไปได้

- เตียงควรมีความสูงเท่ากับรถเข็นและอาจใช้ไม้กระดานวางพาดจากเตียงไปรถเข็นเพื่อช่วยในการเคลื่อนย้ายตัว

- ประตูบ้านและประตูห้องน้ำควรที่ความกว้างเพียงพอให้รถเข็นสามารถเข้าไปได้คือประมาณ 0.90 เมตรหากมีธรณีประตูให้ปรับโดยเทคอนกรีตหรือใช้ไม้กระดานทำเป็นทางลาดเข้าสู่ห้องน้ำ

- ห้องน้ำมีปรับสายชำระฉีด เพื่อสะดวกในการทำความสะอาดหลังขับถ่าย ควรมีราวจับปรับเป็นโถนั่งเพื่อสะดวกในการลุกยืน

เป้าหมาย

1. ป้องกัน/ เฝ้าระวังการเกิดภาวะแทรกซ้อน
2. เพื่อชดเชยและปรับเปลี่ยนกิจกรรมต่างๆให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายที่มีอยู่
3. ดำรงไว้ซึ่งสุขภาวะของผู้ป่วยและครอบครัวจากการยอมรับและปรับตัวทางจิตสังคม

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มภารกิจด้านพัฒนาการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.แนวทางการดูแลผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีกจากโรคหลอดเลือดสมอง (Hemiplegic Stroke) แบบผสมผสาน; 2553 [เข้าถึงเมื่อ1ธ.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก:http://www.km.dmh.go.th/asset/view.asp?id=37
2. เจียมจิต แสงสุวรรรณ. โรคหลอดเลือดสมอง: การวินิจฉัย และการจัดการทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภัณฑ์ออฟเซ็ท; 2541.
3. นิตยา พันธุเวทย์, ลินดา จำปาแก้ว.ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลก ปีพ.ศ. 2557 (ปีงบประมาณ 2558). [เข้าถึงเมื่อ 30 พ.ย. 2557]. เข้าถึงได้จาก:http://www.dpck5.com/PR/57-paralysis%2829Oct57%29.pdf
4. โรชินี อุปรา, ชลธิชา เรือนคำ, เจนนารา วงศ์ปาลี, เอกชัย กันธะวงศ์. ประสบการณ์ของผู้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน.[เข้าถึงเมื่อ 3 ธ.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก:http://journal.psru.ac.th/ebook/v12no2_4.pdf
5. สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือโรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต อัมพฤกษ์) สำหรับประชาชน. [เข้าถึงเมื่อ 30 พ.ย. 2557]. เข้าถึงได้จาก: http://pni.go.th/pnigoth/wp-content/uploads//2011/09/stroke1.pdf
6. สถาบันประสาทวิทยา ชมรมพยาบาลโรคระบบประสาทแห่ง ประเทศไทย. แนวทางการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับพยาบาลทั่วไป กรุงเทพมหานคร: สถาบันประสาทวิทยา; 2550.
7. อรุณี ชุนหบดี, ธิดารัตน์ สุภานันท์, โรชินี อุปรา, สุนทรีภรณ์ ทองไสย.ความเครียดและความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน.*วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*. กันยายน 2555 - กุมภาพันธ์ 2556;24 (1).
8. Grey Bruce District Stroke Centre. Modifying the Home After Stroke.2005. [เข้าถึงเมื่อ23 ก.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก: http://swostroke.ca/welcome/wp-content/uploads/2011/11/Modifying_Home_After_Stroke_July_2005.pdf
9. Saban KL, Sherwood PR, DeVon HA, Hynes DM. Measures of psychological stress and physical health in family caregivers of stroke survivors: a literature review.*J Neurosci Nurs*. 2010 Jun;42(3):128-38

10. Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Management of patients with stroke:Rehabilitation, prevention and management of complications, and discharge planning[เข้าถึงเมื่อ3ธ.ค. 2557]. เข้าถึงได้จาก http://www.sign.ac.uk/pdf/qrg118.pdf

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่บ้าน

จิราพร เกศพิชญวัฒนา

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนเป็นบทบาทหนึ่งที่บุคลากรสุขภาพควรให้ความสนใจ ไม่คิดว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นโรคที่หมดหวัง หรือไม่สามารถรักษาหายได้ สิ่งที่ควรคำนึงถึงคือ ความหลากหลายของชนิดของมะเร็ง ระยะของการเจ็บป่วย รวมทั้งลักษณะสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ของผู้สูงอายุ ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล มะเร็งที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งของลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง มะเร็งปอดมะเร็งต่อมลูกหมาก ซึ่งการรักษาขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง ขนาด ตำแหน่ง ระยะของโรค ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

การรักษาโรคมะเร็งอาจเป็นการรักษาแบบเฉพาะที่ จะส่งผลต่อก้อนมะเร็งและอวัยวะข้างเคียง ได้แก่ การผ่าตัด และการฉายรังสี ส่วนการรักษาโดยการให้ยาหรือสารละลายเข้าทางระบบโลหิต เพื่อทำลายมะเร็งทั่วร่างกาย ได้แก่ เคมีบำบัด ฮอร์โมนบำบัด และชีวบำบัด ซึ่งผลข้างเคียงจากการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุมีสภาพร่างกายที่อ่อนแอลง บางรายอาจเกิดปฏิกิริยาจากการรักษา ไม่สุขสบาย มีอาการข้างเคียง ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ขึ้นอยู่กับร่างกายของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ซึ่งอาการเหล่านี้พบได้เมื่อผู้ป่วยสูงอายุกลับมารักษาตัว พักฟื้นที่บ้านหรือในชุมชน ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่อาศัยอยู่ในชุมชน โดยเฉพาะผู้ป่วยมะเร็งในระยะลุกลาม ได้แก่

อาการปวด

ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งส่วนใหญ่ทนทุกข์กับอาการปวดโดยความปวดจากโรคมะเร็ง แบ่งเป็น

1. ความปวดที่มีต้นตอมาจาก Somatic (Somatic Cancer pain) เกิดจากก้อนเนื้อที่รุกล้ำเข้าไปในกระดูก ข้อต่อ กล้ามเนื้อ หรือในเนื้อเยื่อเกี่ยวพันข้างเคียง ก้อนเนื้อจะทำให้เกิดพยาธิสภาพต่อกระดูกทำให้กระดูกหัก กล้ามเนื้อมีการหดเกร็งจากการทำลายเนื้อเยื่อ อาการปวดจะมีลักษณะปวดตื้อๆ จะปวดมากขึ้นเมื่อมีการลงน้ำหนักหรือเคลื่อนไหว

2. ความปวดที่มีต้นตอมาจาก Viscera (Visceral Pain) เกิดขึ้นเมื่อมะเร็งเกิดกับอวัยวะของร่างกายบางตำแหน่งที่ปกติจะไม่มีความไวต่อความปวด เช่น ปอด ตับ ไต แต่ผู้ป่วยจะรับรู้ความปวดเมื่อตัวมะเร็งได้แพร่ลุกลามมีการทำลายรุกล้ำ Capsule ที่ห่อหุ้มโครงสร้างอวัยวะ รวมทั้งกระตุ้นต่างๆ ทำให้เกิดความปวด เช่น การจี้ด้วยไฟฟ้า การผ่าตัด อาการปวดจะมีลักษณะปวดกระจาย ยากต่อการชี้หรือบอกถึงจุดที่ เกิดความปวดอย่างชัดเจน อาจมีอาการปวดร้าวไปยังบริเวณอื่นๆ รวมทั้งอาจมีอาการ autonomic reflex ร่วมด้วย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน

3. ความปวดจากมะเร็งชนิด Neuropathic Pain เป็นผลที่เกิดจากการบาดเจ็บหรือการอักเสบของระบบประสาท ซึ่งอาจเกิดบริเวณประสาทส่วนปลาย หรือส่วนกลาง ทั้งนี้อาการปวดเกิดจากการแทรกซึม หรือกดทับเส้นประสาทจากตัวเนื้องอก หรืออาจเป็นผลข้างเคียงจากการบำบัดรักษาโรคมะเร็ง เช่น รังสีรักษา และยาเคมีบำบัดบางชนิด อาการปวดจะมีลักษณะปวดแสบปวดร้อน ขึ้นเองโดยไม่มีปัจจัยใดๆ มากระตุ้น ความปวดมีลักษณะปวดแปลบหรือคล้ายถูกของมีคมบาด หรือถูของแหลมทิ่มแทง

แนวทางในการให้การช่วยเหลือ

การประเมินความปวด มีความสำคัญและเป็นเรื่องจำเป็นเพื่อที่ใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาการดูแลบำบัดช่วยเหลือ ซึ่งหลักในการประเมินความปวดมี 6 ประการ ได้แก่

1. เชื่อและฟังคำบอกเล่าของผู้ป่วย
2. ให้การประเมินความปวดที่เกิดขึ้นอย่างทั่วถึงทุกๆ ด้าน
3. ประเมินทุกบริเวณที่เกิดความปวด
4. ตรวจหาขอบเขตของโรคมะเร็งที่เป็น
5. ประเมินปัจจัยอื่นๆ ที่อาจส่งผลต่อความปวดที่เป็นอยู่
6. ทบทวน ประเมินซ้ำ

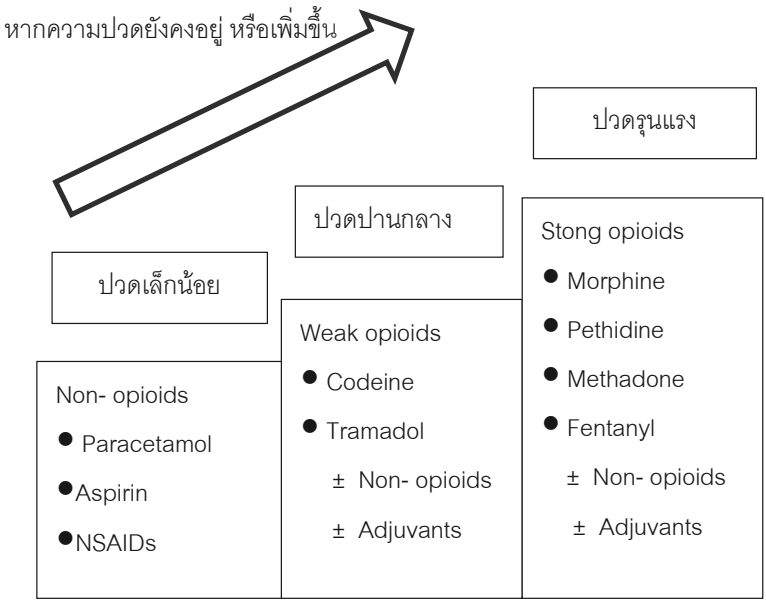
แนวทางการให้ยาแก้ปวดตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก หรือที่เรียกว่า บันไดสามขั้น (WHO Analgesic Ladder) มีดังนี้

ขั้นที่ 1: สำหรับความปวดไม่มาก ใช้ยากลุ่ม Non-opioid ได้แก่ Paracetamol Aspirin NSAIDs

ขั้นที่ 2: หลังจากได้ยาขั้นที่ 1 หากความปวดยังคงอยู่หรือรุนแรงขึ้น ให้เพิ่มหรือใช้ยากลุ่ม Weak opioids ได้แก่Codeine และ Tramadol

ขั้นที่ 3: ถ้าผู้ป่วยยังปวดมากขึ้นและไม่สามารถระงับปวดได้ด้วย Weak opioids ในขนาดยาที่เหมาะสม หรือเป็นความปวดที่รุนแรงและ/หรือเคยได้รับยากลุ่ม Strong opioids ในการควบคุมความปวดมาก่อน ให้ปรับเปลี่ยนมาใช้ Strong opioidsได้แก่ Morphine Fentanyl หรือ Methadone (ดังแสดงในรูปที่ 1)

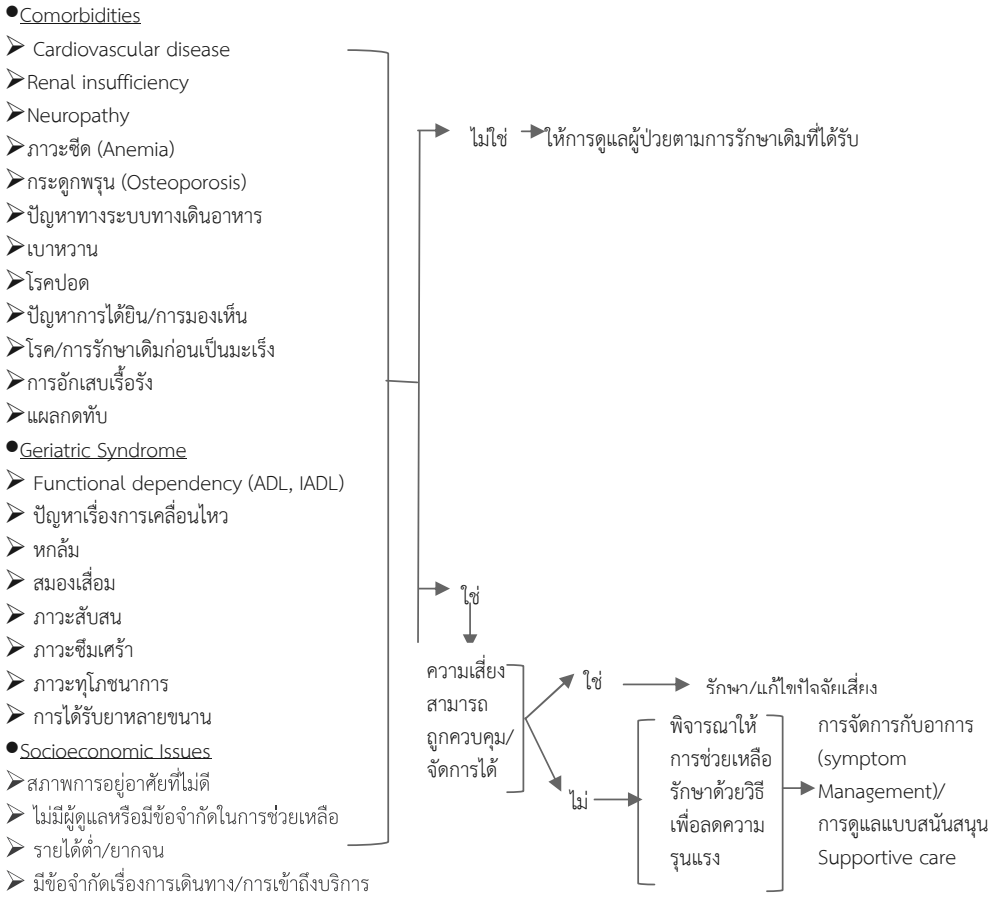
รูปแสดงที่ 1 บันไดการให้ยาระงับปวดสามขั้นขององค์การอนามัยโลก (WHO Analgesic Ladder)



การประเมินผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง

National Comprehensive Cancer Network (2014) สหรัฐอเมริกาได้ให้แนวปฏิบัติในการประเมินผู้สูงอายุโรคมะเร็งว่ามีปัจจัยเสี่ยงที่จะมีผลต่อการรักษามะเร็ง ดังต่อไปนี้

ประเมินว่าผู้ป่วยมีปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆอันจะมีผลต่อการรักษามะเร็งหรือไม่



เนื่องจากการประเมินผู้ป่วยผู้สูงอายุแบบครอบคลุม (Comprehensive Geriatric Assessment) นั้นต้องใช้ระยะเวลาในการประเมิน จากเครื่องมือที่หลากหลาย ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ป่วยโรคมะเร็งที่มีร่างกายอ่อนแอ เกิดอาการอ่อนเพลียมากยิ่งขึ้น แนะนำให้ใช้การประเมินในประเด็นที่สำคัญด้วยวิธีการที่กระชับ และหากพบปัญหาในประเด็นใด จึงค่อยทดสอบด้วยเครื่องมือฉบับสมบูรณ์เพื่อยืนยันปัญหานั้น

ประเด็น	วิธีการ	การทดสอบเพื่อยืนยัน
●Mental Status	ทดสอบความจำโดยการบอกสิ่งของ 3 อย่าง (ดอกไม้ แม่น้ำ รถไฟ) ให้จำและถามหลังเวลาผ่านไปสักครู่	- แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย MMSE-Thai 2002
●Emotional status/ Depression	- ถามผู้ป่วย “ท่านรู้สึกหดหู่ เศร้า หรือท้อแท้บ่อยๆ ไหม”	- การคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วยคำถาม 9 ข้อ (9 Q)
●Activities of Daily Living (ADL)	- ถามผู้ป่วย “ท่านสามารถสวมใส่เสื้อผ้าเองได้ไหม” “ท่านต้องมีคนช่วยเหลือเวลาไปห้องน้ำหรือไม่” “ท่านมีปัญหาเรื่องการกลั้นปัสสาวะหรือไม่” “ท่านสามารถเคลื่อนที่ไปไหน โดยไม่ต้องมีคนช่วยได้หรือไม่” “ท่านอาบน้ำเองได้หรือไม่”	- การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (10 ข้อ)
●Home Environment	- ถามผู้ป่วย “ท่านมีปัญหาในการขึ้นลงบันไดทั้งในบ้านและนอกบ้านหรือไม่”	- หากไม่มีผู้ดูแลจะต้องพยายามจัดการหาผู้ดูแลให้ผู้ป่วย หากผู้ดูแลเป็นคู่สมรส ญาติ หรือเพื่อนคนในครอบครัวที่เป็นผู้สูงอายุเช่นกัน ควรประเมินถึงความสามารถในการช่วยเหลือของผู้ดูแลด้วย
●Social support	- ถามผู้ป่วย “ท่านมีคนที่คอยช่วยเหลือท่านในกรณีฉุกเฉินไหม”	
●Co morbidity	- ประเมินอาการหรือสภาพปัจจุบันของผู้ป่วยโดยตรวจประเมินระบบตามปัญหาหรือการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่จาก Congestive Heart Failure, Coronary Artery Disease, Cerebrovascular Disease, Peripheral Neuropathy Chronic Renal Insufficiency, Hypertension, Diabetes, Arthritis	
●Nutrition	- ชั่งน้ำหนัก, วัดส่วนสูง, สอบถามถึงน้ำหนักลด	- Mini Nutritional Assessment (MNA)
●Poly-pharmacy	- ตรวจเช็คดูชนิด จำนวนของยาทุกประเภทที่ใช้	- หากใช้ยามากกว่า 3 ชนิด ให้ตรวจสอบเพื่อประเมินการซ้ำซ้อนของยา ความร่วมมือในการใช้ยา

ข้อควรคำนึงในการเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาประเภทต่าง ๆ

การผ่าตัด (Surgery)

ข้อจำกัดในการรับการรักษาด้วยการผ่าตัด

- การผ่าตัดฉุกเฉิน เพิ่มความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้สูงอายุ
- ควรประเมินสภาพร่างกายผู้สูงอายุอย่างละเอียดก่อนผ่าตัด
- ผู้สูงอายุที่สภาพก่อนผ่าตัดเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตร ประจำวัน (ADL, IADL) หรือมีภาวะImpaired Cognitive Status จะมีความเสี่ยงใน การเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตภายใน 6 เดือนหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น
- ระหว่างการรักษาด้วยการผ่าตัด
  - ➢ ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงเกิดภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (Delirium)
  - ➢ ภาวะซึมสับสนเฉียบพลันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง
- วางแผนการรักษาดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

การได้รับรังสีรักษา (Radiation Therapy)

- การให้คำแนะนำดูแลปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับแผนการรักษา
- การดูแลเรื่องภาวะโภชนาการ การได้รับสายน้ำอาหารที่เหมาะสมพอเพียง
- การดูแลจัดการกับความปวด ในกรณีที่มีปัญหาเรื่องความปวด หรือการดูแลแนะนำกรณีมีปัญหา เยื่อบุช่องปากอักเสบ(Mucositis)

การรักษาโดยการใช้ยาเคมีบำบัด (Systemic Therapy)

ภาวะท้องเสีย
- การให้สารน้ำทดแทน
- การให้ยา Loperamide (ในกรณี mild to moderate diarrhea)
- การให้ยา Octreotide (Subcutaneous/Intravenous) ในกรณี Severe diarrhea

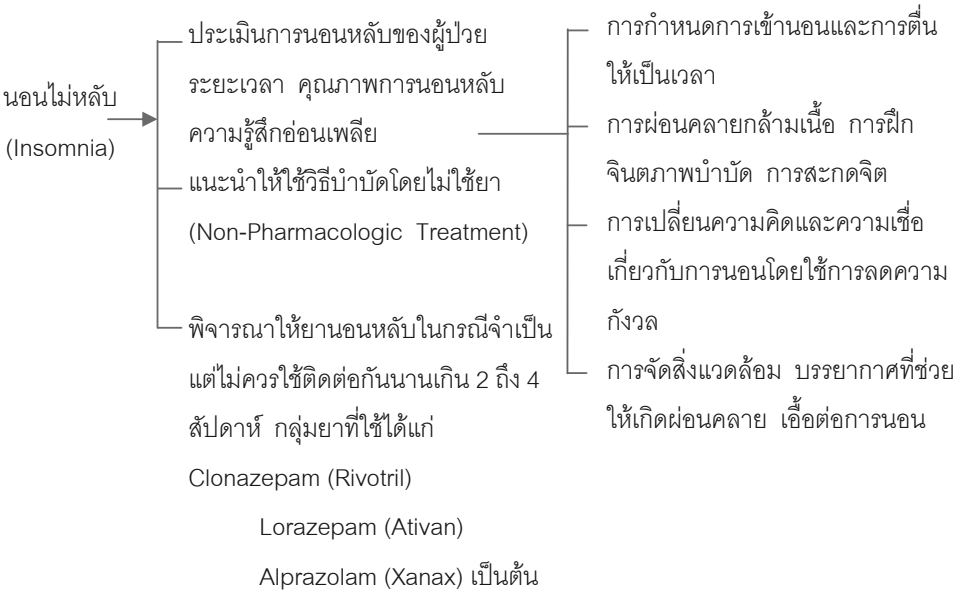
ภาวะท้องผูก
- แนะนำการดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว (240CC) ในกรณีไม่มีข้อห้าม
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหว ออกกำลังกาย รวมทั้งออกกำลังกายหน้าท้องหรือลุกเปลี่ยนท่า ไม่นอนนานๆ โดยไม่เคลื่อนไหว
- กระตุ้นให้เพิ่มอาหารที่มีกากใยอาหาร (Fiber) โดย แนะนำให้
  - ➢ได้รับกากใยอาหาร 20-35 กรัม/วัน
  - ➢แนะนำประเภทของอาหาร ผักผลไม้ที่มีกากใยสูง (เช่น ผลไม้ประเภทองุ่น ส้ม ลูกพรุน แอปเปิ้ล ฝรั่ง สับปะรด กล้วย) ผัก (ได้แก่ บร็อคโคลี่ แครอท ผักขมคะน้า) เมล็ดถั่วและธัญพืชต่างๆ ควรแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง ควบคู่กับการดื่มน้ำที่เพียงพอ (อย่างไรก็ตามการให้อาหารกากใยสูงอาจจะเป็นข้อห้ามในผู้ป่วยมะเร็งที่มีโอกาสเกิดลำไส้อุดตันหรือมีปัญหาเกี่ยวกับระบบลำไส้)
- แนะนำให้ดื่มน้ำอุ่นๆ หรือเครื่องดื่มร้อนครึ่งชั่วโมงก่อนเวลาขับถ่าย
- ให้ยากลุ่ม Stimulant laxative ร่วมกับ Stool softener (Senokot-S) 2 เม็ด/ วัน
- ในกรณีผู้ป่วยท้องผูกจากการได้รับยากลุ่ม Opioid ให้เพิ่มปริมาณ Senokot-S และเพิ่มยา Milk of Magnesia (MOM) 10CC วันละ 2-4 ครั้ง
- แนะนำ/สอนญาติ/ผู้ดูแลให้ล้วงอุจจาระ

อาการคลื่นไส้/อาเจียน

- ควรประเมินหาสาเหตุจากการทบทวนประวัติการป่วย การตรวจร่างกาย ยาที่ได้รับ ลักษณะอาการ
- หากมีอาการหลังจากรับประทานอาหาร แนะนำให้จัดท่านั่งพักหลังอาหาร ไม่ควรนอนราบทันที
- หากอาการมาจาก Vestibular พบว่าอาการนี้อาจสนองตอบการใช้ยากลุ่ม Articholinergic (Scopolamine), Artihistamine (Meclizine), Phenothiazines with H1 (Promethazine)
- หากเป็นกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้าย กลืนอาหารลำบาก อาจมีการใส่สายยางให้อาหาร (Tube feeding) ร่วมกับการให้ยากลุ่ม Prokinetics (Metoclopromide)
- อาจพิจารณาให้ยาที่ออกฤทธิ์กับ Neurotransmitter receptors ที่เกี่ยวกับอาการคลื่นไส้/อาเจียน เช่น กลุ่มยาจำพวก Phenothiazine เช่น Prochlorperozine และ Chlorpromazine ซึ่งใช้ได้กับปัจจัยหลากหลายที่ก่อให้เกิดอาการอาเจียน แต่ควรระวังผลข้างเคียงที่ทำให้ความดันโลหิตต่ำและง่วงนอน

อาการเยื่อบุช่องปากอักเสบ (Mucositis)

- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยช่องปาก
  - หลีกเลี่ยงอาหารรสเผ็ด เปรี้ยว อาหารแข็ง ที่ทำให้ระคายเคือง
  - ใช้ยาสีฟันที่กลิ่นรสไม่รุนแรง ระคายเคือง
  - อมบ้วนปากโดยน้ำเกลืออุ่น 3-4 ครั้ง/วัน (เกลือ 1 ช้อนโต๊ะ ผสมน้ำ 1 ลิตร)
- การรักษาตามอาการ ในกรณีที่มีอาการปวดให้ใช้ Systemic analgesics และ/หรือ Topical Anesthetics ได้แก่ Lidocaine ในรูปแบบครีม/สเปรย์ หรือ Benzocaine, Diphenylhydromine Solutionและ Dyclonine
- อาจใช้สารเคลือบผิวได้แก่กลุ่ม Mucosal Coating Agents เช่น Amphogel, Kaopectate เป็นต้น
- แนะนำให้ดูแลริมฝีปาก ช่องปากให้ชุ่มชื้นอยู่เสมอ



แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคมะเร็งที่บ้าน

ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่บ้านหรือในชุมชนควรได้รับการเยี่ยมจากทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งเป็นบุคลากรทางสุขภาพร่วมกับทีมชุมชนเพื่อให้การดูแล แนะนำรวมทั้งช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง รวมทั้งประสานงานให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลหรือครอบครัวของผู้ป่วย โดยทีมที่ช่วยในการดูแลประสานงานประกอบด้วย

- แพทย์
- เภสัชกร
- นักสังคมสงเคราะห์/ นักจิตวิทยา
- เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- พระสงฆ์ บาทหลวง ผู้นำทางศาสนา
- พยาบาล
- นักกายภาพบำบัด
- นักโภชนาการ
- อาสาสมัครสาธารณสุข
- องค์การบริหาร/ปกครองส่วนท้องถิ่น

ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความร่วมมือ ประสานงาน สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งให้ได้รับการดูแลเหมาะสมตามสภาพปัญหาและความต้องการโดยแต่ละสาขาวิชาชีพจะมีแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งดังต่อไปนี้

สหสาขาวิชาชีพ	แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่บ้าน
แพทย์	- ตรวจร่างกาย ซักประวัติ โรคร่วม (Co morbidity) - ประเมินอาการและอาการแสดง - สั่งการรักษา/ให้ยาตามปัญหา อาการที่พบ - รักษา/สั่งการรักษาโรคร่วม Co morbidityที่พบ
พยาบาล	- ประเมินสภาพร่างกาย วัด Vital signs, ความดันโลหิต, ชั่งน้ำหนัก, วัดส่วนสูง - ประเมิน Geriatric assessment - ปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ - Mental status - Emotional status/ภาวะซึมเศร้า - Activities of Daily Living (ADL/IADL) - Home environment - Social support - Nutritional status - Polypharmacy - ประเมินปัญหา วางแผน ให้การวินิจฉัยการพยาบาล และให้การพยาบาล (Nursing Intervention) ตามปัญหาที่พบ ตัวอย่างปัญหาที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวด คลื่นไส้อาเจียน ท้องเสีย แผลในช่องปาก
เภสัชกร	- ซักประวัติ ประเมินการรับประทานยาของผู้ป่วย - แนะนำเกี่ยวกับยา การรับประทานยาแก่ผู้ป่วยและญาติ - ขนาดในการใช้ยา - วิธีการใช้ยา - อาการข้างเคียงของยา - การรับประทานยาที่ถูกต้อง - ติดตามผลการได้รับยา อาการข้างเคียงในกรณีที่ได้รับยาเคมีบำบัด
นักกายภาพบำบัด	- ประเมินระดับความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การช่วยเหลือตนเองหรือการพึ่งพา

สหสาขาวิชาชีพ	แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่บ้าน
	- ให้คำแนะนำการเคลื่อนไหว การออกกำลังกายกล้ามเนื้อและข้อต่อ การทำ Passive/Active exercise ในกรณีผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว หรืออ่อนเพลียมาก - ให้คำแนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะกับสภาพผู้ป่วย
นักสังคมสงเคราะห์	- ให้ข้อมูลคำแนะนำเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ แหล่งให้ความช่วยเหลือในเรื่องการดูแลผู้สูงอายุ - เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุ ผู้ดูแล และครอบครัวได้แสดงความรู้สึก ระบายความในใจ - ให้คำปรึกษารายบุคคลแก่ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและบุคคลอื่นที่เกี่ยวข้องกับการดูแล - ประสานงานกับหน่วยงาน แหล่งประโยชน์ในการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ
นักโภชนาการ	- ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยด้วย MNA (MiniNutritional Assessment) - ชั่งน้ำหนัก/วัดส่วนสูง - ให้คำแนะนำเกี่ยวกับชนิด อาหาร สารอาหารที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย
ทีมเจ้าหน้าที่ รพ.สต	- ประเมินสภาพร่างกาย วัด Vital signs, ความดันโลหิต - ประเมินผู้สูงอายุแบบ Geriatric Assessment รวมทั้งปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ - Mental status - Emotional status/ ภาวะซึมเศร้า - Activities of Daily Living (ADL/ IADL) - Home environment - Social support - Nutritional status - Polypharmacy
อาสาสมัครสาธารณสุข	- ประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วย ผู้ดูแลและครอบครัว - ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในการรายงานอาการผู้ป่วย และปัญหาที่ต้องการช่วยเหลือ - เยี่ยมเยียนให้คำแนะนำ การสนับสนุนด้านการดูแลจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว - แจ้งข้อมูลข่าวสารหรือความรู้เบื้องต้นที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล/ครอบครัว

สหสาขาวิชาชีพ	แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโรคมะเร็งที่บ้าน
พระสงฆ์/ บาทหลวง ผู้นำ ทางศาสนา	- เยี่ยมเยียน ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ - ดำเนินการ/ประกอบกิจกรรม พิธีทางศาสนา ตามความเชื่อ และความต้องการของผู้ป่วยและญาติ - ให้คำแนะนำ คำปรึกษาทางด้านจิตใจ จิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย ญาติ ผู้ดูแล/ครอบครัว
องค์การปกครอง ส่วนท้องถิ่น/ชุมชน	- ประสานงานการดูแล อำนวยความสะดวกแก่ผู้ป่วยและญาติในกรณีที่มีความต้องการ

เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุแบบสหสาขาวิชา. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2548.
2. ศูนย์มะเร็งลพบุรี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะสุดท้ายที่บ้าน.
3. ศูนย์มะเร็งลพบุรี สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์. คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคมะเร็ง.
4. National Comprehensive Cancer Network (NCCN). Clinical Practice Guideline in Oncology: Senior Adult Oncology version 2. 2014.
5. Lichtman, S. M. (2003). Guidelines for the Treatment of Elderly Cancer Patient. Cancer Control. Nov-Dec. Vol. 10, No.6, pp. 445-453.

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD)

วิราพรรณ วิไรจน์รัตน์
อรวรรณ์ ดูหา

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่สามารถป้องกันและรักษาได้ ลักษณะที่สำคัญของโรคคือมีการกั้นของหลอดลมอยู่ตลอดเวลาและเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ[1] เป็นโรคที่ประกอบด้วยหลอดลมอักเสบเรื้อรัง (chronic bronchitis) และถุงลมโป่งพอง (emphysema) ปัจจัยเสี่ยงคือ อายุ เพศชาย การทำงานลดลงของปอด มลภาวะ ควันบุหรี่ ครอบครัวมีประวัติภูมิแพ้ ภาวะทุพโภชนาการ การดื่มเครื่องดื่ม alcohol [2]

อาการและอาการแสดง: ลักษณะอาการหายใจลำบากเรื้อรังและเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ ไอเรื้อรังและมีเสมหะ[2]

การรักษาโรคในระยะสงบ:

1. การรักษาแบ่งตามระยะรุนแรงของโรค [1] ดังตารางที่ 1

ระดับความรุนแรงและอาการทางคลินิก	การรักษา
ระดับที่ 1: Mild -ไม่มีอาการหอบเหนื่อยขณะพัก -ไม่มีภาวะกำเริบของโรค -สมรรถภาพปอด $FEV_1 \geq 80\%$ ของค่ามาตรฐาน	- แนะนำและช่วยให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ - ยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น 1-2 ชนิดตามอาการ - ให้วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ ปีละ1ครั้ง
ระดับที่ 2: Moderate -มีอาการหอบเหนื่อยเล็กน้อย -มีภาวะกำเริบของโรคไม่รุนแรง -สมรรถภาพปอด FEV1 ≥ 50-79 % ของค่ามาตรฐาน	รักษา เหมือนระดับ 1 ร่วมกับ - ยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์สั้น 1-2 ชนิดตามเวลา – subtained release theophylline เริ่มการฟื้นฟูสมรรถภาพเมื่อยังมีการจำกัดของกิจกรรมประจำวันหลังการให้ยา ถ้ายังควบคุมอาการไม่ได้หรือมีอาการกำเริบของโรคหลังให้การรักษาแล้ว 2-3 เดือนให้พิจารณารักษาตามระดับ 3

ระดับความรุนแรงและอาการทางคลินิก	การรักษา
ระดับที่ 3: Severe -มีอาการเหนื่อยจนรบกวนกิจวัตรประจำวัน -มีภาวะกำเริบของโรครุนแรง -สมรรถภาพปอด FEV1 ≥ 30-49 % ของค่ามาตรฐาน	รักษา เหมือนระดับ 2 และ เปลี่ยนเป็นยาสูดขยายหลอดลมชนิดออกฤทธิ์ ยาว 1-2 ชนิดตามเวลาและ/หรือ กรณีที่มีภาวะกำเริบของโรครุนแรง>1 ครั้งในระยะ 12 เดือน ให้เพิ่ม inhaled corticosteroid (ICS) หรือ เปลี่ยนเป็น combination long-acting beta2-agonist (LAMA)/ inhaled corticosteroid (ICS) ถ้ายังควบคุมอาการได้ไม่ดี อาจพิจารณาใช้ยาหลายกลุ่มร่วมกัน พิจารณาให้การบำบัดด้วยออกซิเจนระยะยาวเมื่อมีข้อบ่งชี้
ระดับที่ 4: Very Severe -มีอาการหอบเหนื่อยตลอดเวลา -มีภาวะกำเริบของโรครุนแรงและบ่อย -สมรรถภาพปอด FEV1 ≥ 30 % ของค่ามาตรฐาน FEV1 ≥ 50 % ของค่ามาตรฐานร่วมกับมีภาวะหายใจล้มเหลวเรื้อรัง (PaO_2<60 มม.ปรอท โดยอาจมี $PaCO_2$> 50 มม.ปรอทร่วมด้วย)	รักษาเช่นเดียวกับระดับ 3 พิจารณาให้การวางแผนระยะสุดท้ายของชีวิต

พยาบาลต้องทำการประเมินและให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในการเยี่ยมบ้านดังนี้

การประเมินผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: พยาบาลควรประเมินแบบองค์รวมดังนี้ ศึกษาแฟ้มประวัติ เพื่อประเมินอาการว่าหลังออกจากรพ. แล้วอาการเป็นอย่างไร พร้อมกับศึกษาข้อมูลการรักษาและภาวะความรุนแรงของโรค จากนั้นการซักประวัติ ประเมินด้านร่างกาย จิตสังคม สิ่งแวดล้อมและการใช้ยา ประเมินการทำกิจวัตรประจำวันหรือภาวะการพึ่งพิง โดยใช้เครื่องมือ ADLs

ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้เครื่องมือ 2Q,9Q ภาวะโภชนาการ โดยใช้แบบ Mini-Nutrition Status และ BMI และประเมินคุณภาพชีวิตโดยใช้ CAT Scores

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดเรื้อรัง:

1. การดูแลด้านร่างกาย

1.1 ภาวะหายใจลำบาก/การติดเชื้อ: พยาบาลสังเกตการหายใจว่ามีภาวะหายใจลำบากหรือไม่ ขณะทำกิจกรรมต่างๆ อาจใช้การประเมิน 0-10 ให้ผู้ป่วยสูงอายุบอกถึงภาวะหายใจลำบากโดยเฉพาะการประเมินหลังการให้ออกซิเจน ยาขยายหลอดลม หรือยา corticosteroid หากผู้ป่วยสูงอายุมีเสมหะมาก สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ และการดื่มน้ำมากๆ หากไม่มีข้อจำกัด ในรายที่มีเสหะมากให้ปรึกษานักกายภาพบำบัดในการทำ chest physiotherapy โดยการทำ postural drainage และการขับเสมหะต่างๆออกจากปอด สอนให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติ สังเกตอาการติดเชื้อทางเดินหายใจ ในผู้ป่วยสูงอายุการติดเชื้ออาจไม่มีไข้ ดังนั้นอาจจะต้องสังเกตอาการอื่นๆ เช่น หายใจเร็วและชีพจรเร็วขึ้น เสมหะมีสีเหลือง หรือ เขียว มีอาการอ่อนเพลีย หรือซึม เป็นต้น

1.2 การใช้ออกซิเจน: แนะนำผู้สูงอายุและญาติให้เข้าใจประโยชน์ วิธีการใช้ การทำความสะอาดและการดูแลดูแลรักษาเครื่องมือต่างๆ การใช้ออกซิเจนต้องใช้ในระดับต่ำทางแคนูล่าในอัตรา 1-2 ลิตร ต่อนาที

1.3 การใช้ยา : ทบทวนการใช้ยากับผู้ป่วยสูงอายุและญาติ ให้สาธิตการพ่นยาที่ถูกต้อง เน้นย้ำการใช้ยาตาม 6 R พร้อมกับการแนะนำวิธีเก็บยาและการดูวันหมดอายุของยา

1.4 ภาวะโภชนาการ : ดูแลให้ได้รับน้ำและอาหารอย่างเพียงพอ พยาบาลควรประเมิน น้ำหนักและภาวะทุพโภชนาการ โดยใช้ประเมินจาก Mini-Nutrition Status และ BMIแนะนำให้รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ โปรตีนสูง และได้พลังงานอย่างเพียงพอ อาหารควรเป็นอาหารอ่อนหรือที่เคี้ยวง่าย โดยมีหลักและควรได้รับน้ำ 2 ถึง 3 ลิตร ต่อวัน[3]

2. การดูแลทางด้านจิตใจ:

2.1 สังเกตภาวะวิตกกังวล พยาบาลควรยอมรับและให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึก รับฟังอย่างตั้งใจ และไม่ตัดบทหากผู้ป่วยยังพูดไม่จบ[3]

2.2 ภาวะซึมเศร้า ประเมินโดยใช้แบบประเมิน 2Q และ 9Q หากมีภาวะซึมเศร้าปานกลางหรือรุนแรง ให้ส่งต่อนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์

2.3 ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ พยาบาลควรประเมินปัญหาทางด้านเศรษฐกิจเนื่องจากจากผู้สูงอายุมีค่าใช้จ่ายในการรักษามาก เช่น ค่าออกซิเจน ค่ายาที่อาจเบิกไม่ได้ เป็นต้น พยาบาลถามสิทธิการรักษาและส่งปรึกษานักสงคมสงเคราะห์

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด

3.1 ฝึกการหายใจ:

3.1.1 การหายใจแบบใช้กะบังลม (diaphragmatic breathing) ให้ผู้ป่วยสูงอายุนอนหงาย หรือ ท่า semi-Fowler's position จากนั้นใช้มือวางไว้ที่บริเวณทางใต้ sternum และอีกมือหนึ่งวางไว้ที่หน้าอก จากนั้นหายใจออกช้าๆทางจมูก ให้ท้องป่องออก (รู้สึกมีการเคลื่อนไหวที่มือบริเวณท้อง) และหายใจออก ช้าๆโดยการห่อปาก ท้องยุบ

3.1.2 การหายใจแบบการเป่าปาก (pursed-lip breathing) ให้ผู้ป่วยสูงอายุอยู่ใน ท่าที่สบาย จากนั้นหายใจเข้าช้าๆทางจมูกให้ปิดปากให้สนิท ใช้การหายใจโดยใช้กะบังลมร่วมด้วย จากนั้นห่อปากหายใจออกทางปากช้าๆโดยให้ยาวกว่าหายใจเข้า 2 เท่า (นับ 1-2-3 ตอนหายใจเข้า และ 5-6-7-8-9 ตอนหายใจออก[4]

3.2 การออกกำลังกายที่เหมาะสม: แนะนำผู้ป่วยสูงอายุให้ปฏิบัติในการออกกำลังกายตามคำแนะนำของทีมฟื้นฟูสภาพหรือแพทย์เจ้าของไข้ซึ่งได้แนะนำก่อนกลับบ้าน อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุสามารถ ออกกำลังกายโดยการเดิน 5-10 นาที เดินจนเริ่มเหนื่อยโดยผู้สูงอายุสังเกตจากหัวใจเต้นเร็วขึ้นหรือรู้สึกพูดได้แต่ไม่คล่องเพราะเหนื่อยจากนั้นให้หยุดพัก จนอาการเหนื่อยลดลงแล้วเดินต่อ ทำเป็นช่วงๆ ไม่จำเป็นต้องเดินติดต่อกัน 30 นาที แต่ให้รวมกันได้ 30 นาทีต่อวัน ควรออกกำลังกาย 30 นาทีต่อวัน 3 วันต่อสัปดาห์ ก่อนออกกำลังควรให้ผู้สูงอายุใช้ยาพ่นขยายหลอดลมชนิดสั้นถ้าผู้สูงอายุรู้สึกเหนื่อยมากเวลาออกกำลัง[1]

3.3 การทำกิจวัตรประจำวันโดยการสงวนพลังงาน: ประเมินการทำกิจวัตรประจำวันและภาวะการพึ่งพิงโดยใช้เครื่องมือ ADLs ว่าอยู่ระดับใด จากนั้น วางแผนการจัดกิจกรรม และการพักผ่อนตลอดวัน จัดให้มีกิจกรรมหนักสลับเบาหรือให้มีการพักระหว่างทำกิจกรรม การใช้เทคนิคสงวนพลังงานจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุทำงานได้มากโดยใช้พลังงานจำกัด[5]

4. การดูแลตนเองและการป้องกันอาการกำเริบ

4.1 แนะนำผู้ป่วยสูงอายุงดสูบบุหรี่[2,3,4,6]

4.1.1 ใช้หลัก 5 A's สำหรับผู้สูงอายุที่เต็มใจเลิกบุหรี่

1. Ask: ค้นหาการสูบบุหรี่ ทุกครั้งเมื่อมีการเยี่ยมบ้านเช่น การได้กลิ่นบุหรี่ การเห็นซองบุหรี่ในบ้าน

2. Advise: แนะนำให้งดบุหรี่โดยเด็ดขาด อธิบายให้ผู้ป่วยสูงอายุเข้าใจ

3. Assess: ประเมินผู้ป่วยสูงอายุถึงความพร้อมในการเลิกบุหรี่

4. Assist: ช่วยผู้ป่วยสูงอายุในการวางแผนเลิกบุหรี่ ให้คำปรึกษา กำลังใจ และช่วยในการรักษา

5. Arrange: วางแผนการติดตามโดยการเยี่ยมบ้านหรือ โทรศัพท์ติดตาม[4]

4.2.1 พยาบาลอาจ แนะนำ ผู้ป่วยสูงอายุและญาติ หาข้อมูลเพิ่มเติมที่สายด่วน 1600 หรือส่งต่อคลินิกเลิกใกล้บ้าน

4.2 แนะนำให้ฉีดวัคซีนโรคปอดบวมและไข้หวัดใหญ่[2,6]เนื่องจากอาการกำเริบมักจะเกิดจากการติดเชื้อทางเดินหายใจ

4.3 หลีกเลี่ยงมลพิษในอากาศภายนอกบ้านประกอบด้วย ฝุ่นละออง ควันหรือก๊าซที่เป็นพิษต่างๆ เช่น ไนโตเจนไดออกไซด์ คาร์บอนโมโนไซด์ ซัลเฟอร์ไดออกไซด์สารพวกไฮโดรคาร์บอนจากเครื่องยนต์ ภายในบ้าน เช่น ฝุ่นต่าง ขนสัตว์เลี้ยง ไรฝุ่น เชื้อ bacteria virus ควันบุหรี่[2]จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้สะอาดอยู่เสมอ และหลีกเลี่ยงการออกนอกบ้านเมื่อฤดูที่มีเกสร ฝุ่นละอองหรือควันอากาศหนาว/หรือชื้นที่จะทำให้เกิดอาการกำเริบ

4.4 หลีกเลี่ยงการคลุกคลีกับผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจ

4.5 แนะนำให้ สังเกตอาการที่นำก่อนหน้าที่จะมีอาการกำเริบ เช่น หายใจลำบาก ทำกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง สอนให้ผู้ป่วยสูงอายุและญาติจัดการอาการเมื่อเริ่มมีการกำเริบ หากไม่ดีขึ้นให้รีบนำส่งรพ.หรือ หากผู้ป่วยสูงอายุ มีการติดเชื้อทางเดินหายใจให้ไปพบแพทย์ทันที

4.6 ล้างมือบ่อยๆ[2]

5. **การให้ออกซิเจน** (oxygen therapy) การให้ออกซิเจนจะช่วยแก้ไขภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำลง (hypoxemia) ลดการทำงานของระบบทางเดินหายใจ และบรรเทาอาการเหนื่อยหอบ ซึ่งการให้ออกซิเจนติดต่อกันในระยะยาว จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุบางรายที่มีอาการมากหรือมีปริมาณออกซิเจนในเลือดแดง (PaO_2) ในระดับต่ำกว่า 55 mmHg เมื่อหายใจในอากาศปกติ หรือมี FEV1 ต่ำกว่า 1.5 ลิตร ซึ่งเป้าหมายของการให้ออกซิเจนระยะยาวคือ เพื่อให้มีปริมาณออกซิเจนในเลือดแดงมากกว่าหรือเท่ากับ 60 มิลลิเมตรปรอท จะได้ความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดประมาณร้อยละ 90 ซึ่งจะทำให้ร่างกายสามารถ

นำออกซิเจนไปใช้อย่างมีประสิทธิภาพ ถ้าได้รับออกซิเจนมากเกินไปจะทำให้เกิดภาวะพิษจากออกซิเจนได้ ดังนั้นในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะได้รับออกซิเจนในความเข้มข้นที่ต่ำที่สุดเท่าที่จะแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจน [7]

1. การให้ออกซิเจน เพื่อแก้ไขภาวะพร่องออกซิเจนในเลือด ซึ่งมี 2 แบบ[8] คือ

1. การให้ระยะสั้น ๆ เมื่อมีภาวะแทรกซ้อน

2. การให้ระยะยาว เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และยาวขึ้น

2. ข้อบ่งชี้ในการให้ออกซิเจน มีดังนี้

2.1 ภาวะที่ผู้ป่วยมีความดันของออกซิเจนในเลือดแดง ต่ำกว่า 55 มิลลิเมตรปรอท

2.2 มีอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน เช่น หายใจลำบาก ตื้น เร็ว กระสับกระส่าย ผิวกายเขียว ปวดศีรษะ

2.3 มีภาวะเม็ดเลือดแดงมากกว่าปกติ (erythrocytosis)

2.4 มีภาวะความดันเลือดในปอดสูง (pulmonary hypertension)

2.5 มีภาวะหัวใจวายจากโรคปอด (cor pulmonale)

3. วิธีบริหารออกซิเจน

3.1 ทางสายยางเข้าจมูก (nasal cannula) วิธีนี้เป็นที่นิยมและสะดวก ผู้ป่วยไม่รำคาญแต่มีผลเสียอาจจะทำให้จมูกเจ็บเป็นแผลได้ ให้ในอัตรา 1-2 ลิตรต่อนาที

3.2 ทางหน้ากากออกซิเจน (simple face mask) วิธีนี้ใช้ในผู้ป่วยที่ใช้วิธีแรกไม่ได้ผลเนื่องจากผู้ป่วยหายใจทางปากตลอดเวลา ผู้ป่วยที่มีอาการระคายจมูกหรือมีเลือดออกทางรูจมูกให้อัตรา 6-10 ลิตรต่อนาที

3.3 หน้ากากออกซิเจนที่ต่อกับลิ้นที่มีช่องระบายอากาศ (venture mask) เป็นหน้ากากออกซิเจนที่กำหนดความเข้มข้นของออกซิเจนได้แน่นอนกว่าหน้ากากออกซิเจน

3.4 หน้ากากออกซิเจนพร้อมถุง (mask with bag or reservoir) ให้ในรายที่ต้องการให้ออกซิเจนความเข้มข้นสูง ในอัตราไม่ควรต่ำกว่า 6 ลิตรต่อนาที เพราะจะทำให้ผู้ป่วยหายใจเอาคาร์บอนไดออกไซด์ที่อยู่ในหน้ากากเข้าไปได้

3.5 เครื่องช่วยหายใจ ให้เมื่อมีภาวะการหายใจล้มเหลว ชนิดของเครื่องช่วยหายใจแบ่งได้ 2 ชนิด คือ การหายใจโดยใช้เครื่องช่วยหายใจร่วมกับการใส่ท่อช่วยหายใจ (endotracheal tube) และการหายใจโดยเครื่องช่วยหายใจที่ไม่ต้องใช้ท่อช่วยหายใจ โดยทั่วไปการให้ออกซิเจนเป็นสิ่งจำเป็นใน

ผู้ป่วยโรคนี้ เมื่ออาการดีขึ้นแต่ออกซิเจนในเลือดยังต่ำอยู่ควรพิจารณาให้ออกซิเจนเป็นเวลาอย่างน้อย วันละ 15 ชั่วโมง ในอัตราไม่เกิน 3 ลิตรต่อนาที เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ (อัมพรพรรณ ธีรนุตร, 2544 : 37)

4. การให้ยาขยายหลอดลม จากการศึกษาพบว่าประมาณร้อยละ 10 ของผู้ป่วยจะมีสมรรถภาพของปอดดีขึ้นเมื่อได้รับยาขยายหลอดลม (ปราณี ทู้ไพเราะ, 2543 : 111) แต่มักไม่ดีมากเหมือนโรคหืด ดังนั้น การใช้ยาขยายหลอดลมควรมีการวัดผลด้วย เครื่องวัดปริมาตรอากาศหายใจ (spirometer) ก่อนและหลังให้ยาประกอบกับอาการเปลี่ยนแปลง

ยาขยายหลอดลมที่นิยมใช้ ได้แก่

4.1 ธีโอฟิลลิน (theophylline) ยาชนิดนี้มีอันตรายสูงควรตรวจหาระดับของยาในเลือดว่าอยู่ในระดับที่ไม่เกิดอันตราย คือ อยู่ระหว่าง 10-20 ไมโครกรัมต่อมิลลิลิตร

4.2 ยากระตุ้นเบต้า (beta stimulator) เช่น เทอบิวตาลีน (terbutaline) และ ซัลบิวตามอล (salbutamol) ควรใช้พ่นเท่านั้น เพราะถ้าได้ผลดีจะออกฤทธิ์เร็วและมีความปลอดภัยสูง

4.3 ไอพราโตรเพียมโบรไมด์ (ipratropium bromide) ถ้าใช้พ่นจะได้ผลดีกว่ายากระตุ้นเบต้าเล็กน้อย และมีฤทธิ์อยู่ได้นานในผู้ป่วยที่ได้ผล

ข้อควรปฏิบัติเมื่อใช้เครื่องพ่นยาขยายหลอดลม

1. การใช้ยาพ่นสำเร็จรูป การสูดยาควรให้ห่างจากครั้งแรกประมาณ 1-5 นาที เพื่อให้การสูดยาครั้งแรกออกฤทธิการพ่นยาครั้งต่อไปจะได้เข้าลึกมากขึ้น

2. ถ้าให้ยา 2 ชนิดพร้อมกัน ควรให้ยาที่ออกฤทธิ์เร็วก่อน

3. ถ้าเป็นยาพ่นที่มีฤทธิ์ต้านการอักเสบ ควรบ้วนปากหลังใช้ทุกครั้ง

4. ก่อนใช้ยาควรเขย่าขวดเพื่อให้ยาเข้ากันดี

5. อุปกรณ์ที่ใช้กับเครื่องพ่น ล้างทำความสะอาดและเก็บไว้ในที่แห้ง

เอกสารอ้างอิง

1. เบญจมาศ ช่วยชู. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ใน นิธิพัฒน์ เจียรกุล (บรรณาธิการ),ตำราอายุรศาสตร์ทั่วไป, 2556,หน้า 296-317. กรุงเทพ: ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์.
2. Touhy T. & Jett K. Ebersole & Hess's toward healthy aging human needs and nursing responses (8 th ed.), 2012, pp. 50-52. St.Louis Missouri: ELSEVIER.
3. Ebersole P. Hess P. Touhy T. & Jett K. Gerontological nursing & Healthy aging, 2005, pp.397-405. St.Louis Missouri: ELSEVIER.
4. Meiner S. Gerotological nursing, 2011, pp. 432- 459. St.Louis Missouri: ELSEVIER.
5. ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ.การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ใน ปรานี ทู้ไพเราะ (บรรณาธิการ), การพยาบาลอายุรศาสตร์2, 2554, หน้า 17-43.กรุงเทพ: หจก. เอ็นพีเพรส.
6. Corbridge S. COPD exacerbations:Evidence-based guidelines for identification, assessment, and mangagement. AJN, 2013,113(2):134-143.
7. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. 2548.
8. BMA Medical College Vajira Hospital. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) ในบทความวิชาการทางการแพทย์.

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะต่อมลูกหมากโตที่บ้าน (Benign Prostatic Hypertrophy: BPH)

ศิริรัตน์ ปานอุทัย

เป็นภาวะที่เนื้อเยื่อต่อมลูกหมายขยายใหญ่ขึ้นโดยสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น ซึ่งเกิดจากไม่สมดุลระหว่างเทสโทสเตอโรนและเอสโตรเจน โดยเฉพาะในผู้ชายที่อายุ 60 ปีขึ้นไป โดยในระยะแรกจะไม่ปรากฏอาการ แต่เมื่อเนื้อเยื่อขยายใหญ่มากขึ้นเรื่อยๆ ผู้สูงอายุอาจมีอาการแสดงอันเกิดจากการอุดกั้นทางเดินปัสสาวะ

อาการและอาการแสดง

1. ลุกขึ้นมาถ่ายปัสสาวะกลางดึกมากกว่า 2 ครั้ง
2. ต้องไปถ่ายปัสสาวะบ่อย ๆ กลั้นไว้ได้ไม่เกิน 2 ชั่วโมง
3. เมื่อเริ่มปวดปัสสาวะแล้วกลั้นไม่ได้ ต้องรีบเข้าห้องน้ำ
4. เมื่อเริ่มจะถ่ายปัสสาวะ ต้องเบ่งหรือรอนานก่อนจะถ่ายปัสสาวะออกมาได้
5. สายปัสสาวะไม่พุ่งไหลช้าเป็นลำเล็ก
6. สายปัสสาวะขาดตอนเป็นช่วง ๆ ไหล ๆ หยุด ๆ
7. รู้สึกเหมือนปัสสาวะไม่สุดดี ปัสสาวะเสร็จแล้วยังอยากไปอีก

การประเมิน : การประเมินในผู้ที่มีภาวะต่อมลูกหมากโตเพื่อประเมินขนาดของต่อมลูกหมากและผลต่อการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการขับถ่ายเพื่อกำหนดแนวทางการดูแลที่เหมาะสม การประเมินประกอบด้วย

1. การซักประวัติ ประกอบด้วยประวัติการขับถ่ายปัสสาวะ รูปแบบการถ่ายปัสสาวะ ภาวะสุขภาพทั่วๆ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม ประวัติการเจ็บป่วยในอดีตและปัจจุบัน การได้รับยาในปัจจุบัน การซักประวัติการขับถ่ายปัจจุบันได้แก่ การถ่ายปัสสาวะบ่อย การถ่ายปัสสาวะกลางคืนบ่อยครั้ง การปัสสาวะออกช้า ปัสสาวะราด กลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบ urge ปัสสาวะไม่หมด และมีปัสสาวะหยดหลั่งถ่ายปัสสาวะ ซักประวัติอาการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้แก่ ปัสสาวะแสบขัด ปัสสาวะบ่อย

การซักประวัติปัญหาเกี่ยวกับต่อมลูกหมาก ประกอบด้วยลำปัสสาวะอ่อนลง หรือปัสสาวะเป็นหยดๆ ต้องใช้แรงแบ่งปัสสาวะ ปัสสาวะกระปริบกระปรอยหรือถ่ายๆ หยุดๆ รู้สึกปัสสาวะออกไม่หมด ปัสสาวะไม่สุด ปัสสาวะรด ก่อนหรือหลังถ่ายปัสสาวะ เมื่อจะถ่ายปัสสาวะรู้สึกว่าเป็นเรื่องใหญ่ รู้สึกว่า

มันทำร้ายจิตใจเวลาจะถ่ายปัสสาวะ รู้สึกเจ็บบริเวณต่อมลูกหมากหรือกระเพาะปัสสาวะ ปัสสาวะมากกว่า 2 ครั้งในเวลากลางคืน ปัสสาวะทุก 2-3 ชั่วโมงในเวลากลางวัน

2. การตรวจร่างกาย ได้แก่ การตรวจต่อมลูกหมากทางทวารหนักโดยใช้นิ้ว เพื่อประเมินขนาด รูปร่าง ความเรียบ และการตรวจหน้าท้องดูการโป่งตึงของกระเพาะปัสสาวะ การโป่งตึงบริเวณหัวหน่าว หรือการกดเจ็บบริเวณซายโครง

ภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น ถ้าไม่เข้ารับการรักษา

1. กระเพาะปัสสาวะคราก ขับปัสสาวะออกไม่ได้หมด
2. กระเพาะปัสสาวะอักเสบเรื้อรัง
3. ปัสสาวะเป็นเลือด เนื่องจากต่อมลูกหมากบวม
4. ปัสสาวะไม่ออก
5. การทำงานของไตเสื่อมลง โรคนิ่ว ไตวาย

แนวทางการส่งเสริมการขับถ่ายปัสสาวะที่ผิดปกติของโรคต่อมลูกหมากโต

1. การให้ความรู้กับผู้ป่วยครอบคลุมเรื่องโรค และการรักษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจนำไปสู่ความเชื่อมั่นและเกิดความร่วมมือในการรักษา

2. การปรับแบบแผนการดำเนินชีวิต

2.1 ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำในการจัดการการบริโภคน้ำดื่มและเครื่องดื่ม เนื่องจากปริมาณน้ำที่ดื่มจะเกี่ยวข้องกับการขับถ่ายปัสสาวะ ดังนั้นผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำต่างๆ ดังนี้

1) การจดบันทึกการปัสสาวะ จะทำให้ทราบข้อมูลต่างๆ ได้มากและยังสามารถติดตามการรักษาได้

2) การปรับสภาพการดื่มน้ำและเครื่องดื่มให้เหมาะสม ซึ่งผู้ป่วยไม่ควรลดปริมาณการบริโภค โดยดื่มให้ได้ประมาณ 1,500-2,000 ซีซีต่อวัน หลีกเลี่ยงการดื่มน้ำ 2 ชั่วโมงก่อนเข้านอน จำกัดน้ำดื่มเมื่อมีความจำเป็นในบางกรณีเช่น เวลาเดินทาง ออกงานสังคม เป็นต้น

3) หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ ชอกโกเลต ซึ่งถ้าหากไม่สามารถเลี่ยงได้ควรเลือกใช้กาแฟที่ไม่มีคาเฟอีนแทน

4) หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา

5) เลือกการดื่มเครื่องดื่มจำพวกน้ำผลไม้ แทนการดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน สุรา

2.2 ผู้ป่วยควรได้รับคำแนะนำในการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมเพื่อป้องกันไม่ให้อาการของโรครุนแรงขึ้น ควรรับประทานผักและผลไม้เพื่อป้องกันอาการท้องผูก หลีกเลี่ยงการบริโภคอาหารที่มีพลังงานและโปรตีนสูงเป็นประจำ จำพวก นม ขนมปัง ไข่ เนื้อสัตว์ รวมทั้งอาหารที่มีไขมันสูง

2.3 การงดสูบบุหรี่จะช่วยทำให้กล้ามเนื้อเรียบคลายตัว

2.4 การมีกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายสม่ำเสมอ

3. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3.1 การฝึกกระเพาะปัสสาวะ (bladder retraining) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยปัสสาวะในเวลาที่เหมาะสม

1) ปรับนิสัยการถ่ายปัสสาวะ ใช้ข้อมูลจากการจดบันทึกการปัสสาวะให้ผู้ป่วยฝึกกำหนดเวลาในการถ่ายปัสสาวะ เช่น ถ่ายปัสสาวะทุก 2-4 ชั่วโมง ผู้ป่วยต้องพยายามถ่ายปัสสาวะตามเวลาที่กำหนด

2) การฝึกการยืดเวลาการถ่ายปัสสาวะ (bladder drill) ให้ผู้ป่วยพยายามยืดเวลาในการถ่ายปัสสาวะออกไป เมื่อมีความรู้สึกปวดปัสสาวะเคยต้องรีบไปห้องน้ำ ก็พยายามยืดระยะเวลาออกไปก่อนครั้งละน้อยๆ เช่น 1 นาที 5 นาที 10 นาที 15 นาที แล้วค่อยเพิ่มเวลาการถ่ายปัสสาวะที่เหมาะสมคือ 3-4 ชั่วโมง โดยกระเพาะปัสสาวะมีความจุของน้ำปัสสาวะประมาณ 300-400 ซีซี ซึ่งมีเทคนิคในการยืดเวลาการถ่ายปัสสาวะดังนี้

1. การเกร็งกล้ามเนื้อเชิงกราน ซึ่งจะทำให้เกิดแรงบีบที่กล้ามเนื้อเชิงกรานกดท่อปัสสาวะและยังมีปฏิกิริยาย้อนกลับขึ้นไปยับยั้งการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะด้วย

2. การเบี่ยงเบนความสนใจ โดยเมื่อมีอาการปวดปัสสาวะก็พยายามทำกิจกรรมอย่างอื่นแทนเพื่อเบี่ยงเบนความรู้สึกปวดปัสสาวะ

3. การฝึกการหายใจ โดยหายใจเข้าลึกๆ ยาวๆ สามารถช่วยยืดระยะเวลาการถ่ายปัสสาวะออกไปได้

4. การหยุดอยู่กับที่เมื่อปวดปัสสาวะโดยให้หยุดเดินเมื่อหายปวด แล้วค่อยเดินต่อ

5. การบีบปลายองคชาต โดยการบีบองคชาตบริเวณปลายและบริเวณที่ถัดจากปลายเข้ามา จะช่วยยืดเวลาการถ่ายปัสสาวะได้

3) ปัสสาวะซ้ำหลังปัสสาวะเสร็จ (double voiding) จะใช้ในผู้ป่วยที่ปัสสาวะบ่อยและเป็นหยดหลังปัสสาวะเสร็จ ทำโดยหลังปัสสาวะเสร็จ 2-5 นาที ให้ปัสสาวะอีกครั้ง

3.2 การฝึกกล้ามเนื้อพื้นเชิงกราน (pelvic floor muscle exercise)

4. การดูแลสายสวนปัสสาวะ เหมาะสมกับผู้ป่วยที่ปัสสาวะไม่ออก หรือไม่หมด จำเป็นต้องคาสายสวนปัสสาวะ และผู้ป่วยหลังผ่าตัดต่อมลูกหมาก โดยการส่งเสริมการดูแลสายสวนปัสสาวะมีดังนี้

4.1 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยผู้ป่วยและญาติมีควรได้รับความรู้เกี่ยวกับข้อบ่งชี้ในการคาสายสวนปัสสาวะ การทำความสะอาดมือ และการดูแลสายสวนปัสสาวะ

4.2 การรับประทานอาหารและการดื่มน้ำ โดยดื่มน้ำ 2-3 ลิตรต่อวัน ถ้าไม่มีข้อห้ามทางการแพทย์ รับประทานอาหารที่มีกาก หลีกเลี่ยงชา กาแฟ สุรา รวมทั้งรับประทานอาหารที่ทำให้ปัสสาวะมีฤทธิ์เป็นกรด หลีกเลี่ยงอาหารเค็มทำให้ปัสสาวะมีฤทธิ์เป็นด่าง

4.3 การป้องกันการอุดตันของสายสวนปัสสาวะ โดยดูแลระบบการไหลของน้ำปัสสาวะให้ไหลสะดวกไม่หัก พับงอ ไม่นอนทับสายสวนปัสสาวะ และบีบรูดสายสวนปัสสาวะเมื่อพบการอุดตัน

4.4 การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ โดยทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและบริเวณรูเปิดของท่อทางเดินปัสสาวะ ด้วยสบู่และน้ำ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ล้างทำความสะอาดทวารหนักด้วยน้ำสะอาดทุกครั้งหลังขับถ่ายอุจจาระ ดูแลสายสวนปัสสาวะให้เป็นระบบปิดตลอดเวลา (ยกเว้นการเทน้ำปัสสาวะออกจากถุงเก็บปัสสาวะ) ตรวจสอบการยึดตรึงของสายสวนปัสสาวะให้อยู่ที่โคนขาด้านหน้าหรือหน้าท้อง ไม่วางถุงรองรับปัสสาวะบนพื้นโดยจัดถุงรองรับปัสสาวะให้อยู่ต่ำกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะหรือระดับเอว หัก พับ สายหากจำเป็นต้องเคลื่อนย้ายถุงปัสสาวะสูงกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะ หรือระดับเอว จัดหาอุปกรณ์ที่จะเก็บถุงปัสสาวะเพื่อป้องกันรูเปิดถุงเก็บปัสสาวะ ไม่ให้สัมผัสกับสิ่งสกปรกและสะดวกในการใช้งานในชีวิตประจำวัน

4.5 การเทน้ำปัสสาวะออกจากถุงระบายน้ำปัสสาวะ โดยล้างมือด้วยน้ำสบู่ก่อน- หลัง เทน้ำปัสสาวะออกจากถุงเก็บปัสสาวะ เช็ดปลายท่อถุงระบายน้ำปัสสาวะก่อน-หลังเทน้ำปัสสาวะด้วยแอลกอฮอล์ 70% เทน้ำปัสสาวะเมื่อมีน้ำปัสสาวะประมาณ 3 ใน 4 ส่วน ของถุงเก็บ

ปัสสาวะหรือทุก 6-8 ชม. ขณะเทน้ำปัสสาวะให้ถุงเก็บปัสสาวะอยู่ต่ำกว่าเอว เทน้ำปัสสาวะออกจากถุงเก็บปัสสาวะโดยใส่ในภาชนะรองรับที่สะอาดไม่ต้องใส่น้ำยาฆ่าเชื้อในภาชนะและไม่ใช้ร่วมกับคนอื่น

4.6 การจัดการเมื่อพบอาการผิดปกติ โดยเมื่อพบการอุดตันของตะกอน ก้อนเลือด ให้บีบรูดสายสวนปัสสาวะเพื่อให้สิ่งอุดตันหลุดออกมาแล้วดื่มน้ำตาม ถ้าไม่ดีขึ้นมีการรั่วซึมของน้ำปัสสาวะบริเวณรูเปิดท่อปัสสาวะพบแพทย์ทันทีเพื่อสวนล้างกระเพาะปัสสาวะ และเมื่อพบปัสสาวะเป็นเลือดดื่มน้ำ บีบรูดสายสวนแล้วไม่ดีขึ้น และมีไข้ ปัสสาวะขุ่น ปัสสาวะเป็นหนอง กดเจ็บหัวเหน่าองคชาตมีหนอง บวมแดง ปวด หรือมีอาการปวด บวม แดง บริเวณหลังเอว พบแพทย์ทันที เมื่อพบสายสวนปัสสาวะ ถุงเก็บปัสสาวะรั่ว ซึม หลุด พบแพทย์เพื่อเปลี่ยนสายสวนปัสสาวะ

เอกสารอ้างอิง

1. เพ็ญ เพ็งพึ่งแก้ว. (2554). *การพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริม การขับถ่ายปัสสาวะในผู้สูงอายุที่เป็นโรคต่อมลูกหมากโต หอผู้ป่วยศัลยกรรมระบบทางเดินปัสสาวะ โรงพยาบาลราชบุรี.* วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

2. วชิร คชการ. (2548). ต่อมลูกหมากโต (Benign prostatic hyperplasia: BPH). ใน วันดี โภคะกุล และสิรินทร ฉันทศิริกาญจน (บรรณาธิการ), *ตำราเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (การดูแลรักษาโรคผู้สูงอายุโดยแพทย์)*, หน้า 313-319. กรุงเทพ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

3. American Urological Association Education and Research. (2010). *Guideline on the management of benign prostatic hyperplasia (BPH).* Retrieved 5 June, 2013, from http://guideline.gov/content.aspx?id=25635&search=benign+prostatic+hypertrophy

4. National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). (2010). *Lower urinary tract symptoms. The management of lower urinary tract symptoms in men.* Retrieved 5 June, 2013, from http://guideline.gov/content.aspx?id=23805&search=benign+prostatic+hypertrophy

แนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายที่บ้าน

จิตนภา วาณิชวโรตม์

การดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้าย เป็นการดูแลแบบประคับประคอง มุ่งให้ความสุขสบายแก่ผู้ป่วย ช่วยลดความทุกข์ทรมานจากความปวด ครอบคลุมถึงจิตวิญญาณ และตระหนักถึงการตายอย่างสมศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ (Dignified death) รวมถึงครอบครัวที่มีผู้ป่วยอยู่ในระยะท้ายและหลังเสียชีวิต แล้วจึงต้องเริ่มต้นด้วยการให้สิทธิผู้ป่วยและครอบครัวในการรับทราบข้อมูลการเจ็บป่วยและมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเรื่องแนวทางและเป้าหมายของการดูแล โดยเคารพในความแตกต่างของความเชื่อ ค่านิยม และศาสนาของผู้ป่วยแต่ละรายและครอบครัว และเป็นสิ่งสำคัญมากที่ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวผ่านพ้นช่วงเวลาที่ยากลำบากนี้ไปได้อย่างมีศักดิ์ศรี และครอบครัวรู้สึกว่าได้ทำสิ่งที่ดีที่สุดให้แก่ผู้ป่วย

(**ที่มา**: คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) พิมพ์ครั้งที่ 2 โรงพิมพ์ทีคิวพี จำกัด;2554.)

การวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Planning;ACP)

ปัญหาสำคัญหนึ่งที่ทำให้การดูแลผู้ป่วย (โดยเฉพาะผู้สูงอายุ) ที่ป่วยด้วยโรคที่คุกคามต่อชีวิต (life threatening illness) ได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร เป็นเพราะผู้ป่วยจำนวนมากไม่ทราบการวินิจฉัยและการพยากรณ์ของโรค เนื่องจากญาติปกปิดความจริงต่อผู้ป่วย แม้แพทย์ต้องการบอกให้ทราบ ดังนั้นสิทธิของการตัดสินใจเรื่องการดูแลผู้ป่วยระยะใกล้ตาย จึงตกเป็นของญาติกับแพทย์ไปโดยปริยาย ซึ่งเป็นการละเลยหลักจริยธรรมว่าด้วยสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วย และบางครั้งญาติเองอาจไม่กล้าตัดสินใจไปทางใดทางหนึ่ง เนื่องจากกลัวผิด กลัวบาป หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีญาติหลายคน ความเห็นของญาติอาจไม่ตรงกัน เช่น ฝ่ายหนึ่งไม่ต้องการให้ยื้อชีวิต อีกฝ่ายอาจให้ “สู้เต็มที่” สร้างความลำบากใจแก่แพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วย

ดังนั้น ความตายของผู้ป่วย (โดยเฉพาะผู้สูงอายุ) ในโรงพยาบาลจึงมักถูกยื้อโดยไม่จำเป็น ทำให้เจ็บปวด ทรมาน ค่าใช้จ่ายสูง สร้างความทุกข์ทางใจ ทั้งกับผู้ป่วย ญาติ และแพทย์จึงน่าจะเป็นการดี หากแพทย์และญาติสามารถสื่อสารกับผู้ป่วยล่วงหน้าเพื่อที่จะได้ทราบความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วยรายนั้น ว่าต้องการได้รับการดูแลในระยะ ท้ายของชีวิตอย่างไร เพื่อที่จะได้ปฏิบัติได้ถูกต้องและลดความทุกข์ของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง

กระบวนการจัดทำแผนการดูแลล่วงหน้า

1. ประเมินภาพรวมของสถานการณ์

2. เปิดเผยข้อมูลให้ผู้เกี่ยวข้อง

3. อภิปราย ปรึกษาหารือกัน

4. แก้ไขข้อขัดแย้งตามความจำเป็นการนัดหมายหารือซ้ำหลายครั้งการหาความเห็นที่สอง การหาบุคคลอื่นมาเป็นคนกลางเพื่อยุติหรือการหาความเห็นด้านกฎหมาย

5. สรุปประเด็นที่ตกลงกันได้

6. บันทึกข้อสรุปที่ตกลงกันได้แล้วเป็นแผนการดูแลล่วงหน้าเก็บไว้ในเวชระเบียน

7. สื่อสาร สาระสำคัญของแผนการดูแลล่วงหน้าให้ผู้ร่วมทีมรักษาผู้ป่วยทุกคนและสมาชิกครอบครัวตามรายชื่อที่ผู้ป่วย/ผู้แทนโดยชอบอนุญาตให้รับทราบข้อมูลได้อย่างไรก็ตามการดำเนินโรคและอาการของผู้ป่วยอาจเปลี่ยนแปลงไป โดยเฉพาะเมื่อใกล้วาระท้ายของชีวิต ดังนั้นแผนการดูแลสามารถเปลี่ยนแปลงได้เสมอตามการตัดสินใจร่วมกันของผู้ป่วย ญาติ และทีมรักษาผู้ป่วยทุกคน

ประโยชน์ของการวางแผนการดูแลล่วงหน้า

1.	ผู้ป่วยสามารถแสดงความประสงค์หรือความต้องการไว้ล่วงหน้าเกี่ยวกับวิธีการรักษาที่ตนต้องการหรือไม่ต้องการ ในเวลาที่ไม่รู้สึกตัวหรือไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้ ซึ่งเป็นไปตามหลักจริยธรรมว่าด้วยสิทธิในการตัดสินใจเกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วย (patient autonomy)
2.	ผู้ป่วยไม่ต้องทนทรมานจากการรักษาที่ไม่เกิดประโยชน์ใดๆ (futility) ในวาระท้ายของชีวิต เช่น การเจาะคอเพื่อใส่เครื่องช่วยหายใจหรือปั๊มหัวใจ
3.	ช่วงลดความขัดแย้งหรือความเห็นที่ไม่ตรงกันของญาติเกี่ยวกับวิธีการรักษาผู้ป่วย
4.	ลดความกังวลของบุคลากรสุขภาพในการรักษาผู้ป่วยระยะท้าย กล่าวคือ ไม่ต้องห่วงว่าการรักษาจะไม่ได้ผล หรือไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ เพราะเป็นภาวะของผู้ป่วยระยะท้าย และเป็นความประสงค์ของผู้ป่วย
5.	ลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและการใช้ทรัพยากรที่เกินความจำเป็น ไม่เป็นภาระของลูกหลานหรือคนในครอบครัว รวมทั้งระบบบริการสาธารณสุขโดยรวม

(ที่มา: ก่อนวันพลัดใบหนังสือแสดงเจตนาการจากไปในวาระสุดท้าย. สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) พิมพ์ครั้งที่ 5 โรงพิมพ์ทีคิวพี จำกัด;2554.)

ปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายและการจัดการ

อาการเบื่ออาหาร ควรดูแลดังนี้

- รับประทานอาหารครั้งละน้อยและรับประทานทุก 2-3 ชั่วโมง

- ปรุงและจัดแต่งอาหารให้ดูน่ารับประทานควรรับประทานผักผลไม้ทุกวัน ดื่มน้ำให้เพียงพอ

- จัดบรรยากาศการรับประทานอาหารที่ชอบ เช่นรับประทานร่วมกับเพื่อนหรือครอบครัว

- ถ้าลิ้นรับรสเปลี่ยนแปลงแนะนำ ให้อมลูกอมมินท์ รวมทั้งแนะนำให้ทำความสะอาดปากและฟัน หลังมื้ออาหารและบ้วนปากด้วยน้ำหลังรับประทานอาหารอื่นๆ

- ถ้าปากแห้งกระตุ้นการหลั่งน้ำลายหรือ ทำให้ช่องปากชุ่มชื้นโดยการอมก้อนน้ำแข็งเล็กๆ หลีกเลี่ยงแปรงสีฟันและน้ำยาบ้วนปากที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์

- ถ้าเจ็บในช่องปากให้ใช้แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่มบ้วนปากด้วยน้ำยาบ้วนปากที่ผสมเอง (โซเดียมไบคาร์บอร์เนต (baking soda) ครึ่งถึงหนึ่งช้อนโต๊ะหรือใช้เกลือแกงครึ่งถึงหนึ่งช้อนโต๊ะ ในน้ำ 8 ออนซ์ หรือ 1 แก้ว) บ้วนปากวันละ 4-5 ครั้ง

- คนใกล้เสียชีวิตเบื่ออาหารและกินอาหารน้อยลง จากการศึกษาพบว่าความเบื่ออาหารที่เกิดขึ้นเป็นผลดีมากกว่าผลเสีย เพราะทำให้มีสารคีโตนในร่างกายเพิ่มขึ้น สารคีโตนจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายขึ้นและบรรเทาอาการเจ็บปวดได้

ภาวะกลืนลำบากควรดูแลดังนี้

- ประเมินความสามารถในการกลืนการไอหรือสำลักเวลากลืนอาหาร

- จัดอาหารตามความสามารถในการรับประทานของผู้ป่วยและให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายมีโปรตีนและแคลอรี่สูงรับประทานคำเล็กๆ 1 ช้อนชา ครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้งเพิ่มเครื่องดื่มหรืออาหารเสริมระหว่างมื้ออาหาร

- จัดท่าให้ผู้ป่วยนั่งตัวตรง 90 องศา ขณะรับประทานอาหาร. จัดให้อยู่ในท่าศีรษะสูงต่อเนื่อง (ไม่จำเป็นต้อง 90 องศา) 1 ชั่วโมง หลังอาหาร

- รายงานแพทย์ในผู้ป่วยที่มีภาวะกลืนลำบากรุนแรง เพื่อประเมิน การได้รับสารอาหารทางอื่นๆ เช่น การใส่สายยางให้อาหาร การให้สารอาหารทางหลอดเลือดดำ ติดตามประเมินน้ำหนักของผู้ป่วยที่ลดลงและรายงานแพทย์

อาการคลื่นไส้อาเจียน ควรดูแลดังนี้

- อาการคลื่นไว้ อาเจียน อาจเกิดหลังรับประทานยาแก้ปวดกลุ่มมอร์ฟีนแล้ว 3-5 วัน หลังจากนั้นอาการจะทุเลาลง ถ้าอาการรุนแรงขึ้น ควรแจ้งแพทย์

- ผู้ป่วยควรนอนพักผ่อนประมาณ 1 ชั่วโมง หลังรับประทานยาขณะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ให้เปลี่ยนอิริยาบถช้าๆ และควรนั่งพักประมาณ 15 นาที ก่อนรับประทานอาหาร อาหารที่รับประทานต้องไม่ร้อนจัด งดอาหารเผ็ด เค็ม มัน หวาน และอาหารมีกลิ่น หลีกเลี่ยงการรับประทานมากเกินไป เพราะจะทำให้กระเพาะอาหารพองตัว และกระตุ้นให้มีอาหารคลื่นไส้มากขึ้น ดูแลสุขภาพปากและฟันให้สะอาดอยู่เสมอ

- ประเมินภาวะขาดน้ำความไม่สมดุลของเกลือแร่ถ้าผู้ป่วยมีน้ำหนักลดลงมากกว่า 1 กิโลกรัม ใน 1 วัน หรือกระหายน้ำแสดงว่ามีการสูญเสียน้ำจากร่างกาย จำนวนมาก

หอบเหนื่อย หายใจลำบาก ควรดูแลดังนี้

- ประเมิน ลักษณะการหายใจ

- จัดให้นอนในท่าที่สบาย ทรวงอกขยายตัวได้สะดวก

- คำนึงถึงเรื่องทางเดินหายใจว่าโล่งหรือไม่ ดูแลความสะอาดช่องปากและคอเพื่อป้องกันการติดเชื้อ

- ประเมินภาวะ Cyanosis ถ้าขาด O_2 ก็ให้ O_2

- ระวังอุบัติเหตุจากการเปลี่ยนท่าเร็ว

อาการอ่อนเพลีย ง่วงซึม คนที่ใกล้เสียชีวิตจะรู้สึกง่วงและอาจนอนหลับตลอดเวลา ผู้ดูแลควรให้ผู้ป่วยหลับ ไม่ควรพยายามปลุกให้ตื่น ควรระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุจากการพลัดตก หกล้มเมื่อใกล้เสียชีวิตความอ่อนเพลียเป็นสิ่งที่ควรยอมรับ และไม่จำเป็นต้องให้การรักษาใดๆ สำหรับความอ่อนเพลียที่เกิดขึ้น เพราะจะเกิดผลเสียมากกว่าผลดี ควรให้ผู้ป่วยในระยะนี้ได้พักผ่อนให้เต็มที่

การร้องครวญคราง การร้องครวญครางหรือมีหน้าตาบิดเบี้ยวอาจไม่ได้เกิดจากความเจ็บปวดเสมอไป แต่อาจจะเกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสมอง ซึ่งแพทย์สามารถให้ยาระงับอาหารเหล่านี้ได้

มีเสมหะมาก คนใกล้เสียชีวิตอาจมีเสมหะมาก ควรให้ยาลดเสมหะแทนการดูดเสมหะซึ่งนอกจากไม่ได้ผลแล้วยังทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมานมากขึ้นด้วย (ทั้งนี้หมายถึงเฉพาะคนที่ใกล้เสียชีวิตเท่านั้น มิได้รวมถึงผู้ป่วยอื่นๆ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูดเสมหะ)

อาการท้องผูก มักเกิดในผู้ป่วยทุกรายที่ได้รับยาระงับปวดกลุ่มมอร์ฟีนเนื่องจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาซึ่งแพทย์จะสั่งยาระบายให้กับผู้ป่วยทุกราย ควรรับประทานยาอย่างต่อเนื่องในกรณีที่มีอาการท้องผูกเกิน 3 วัน ควรได้รับการสวนอุจจาระควรรับประทานผักสด ผลไม้ทุกวัน ดื่มน้ำให้เพียงพอ น้ำลูกพรุน น้ำมะขาม จะช่วยให้การขับถ่ายดีขึ้น ควรปรึกษาแพทย์ไม่ควรปล่อยให้ท้องผูกเป็นเวลานาน

นอนไม่หลับ หลีกเลี่ยงการนอนในเวลากลางวัน ไม่ทำกิจกรรมต่างๆ บริเวณที่นอน เช่น การดูทีวี การคุยโทรศัพท์ เข้านอนในเวลาเดียวกันทุกวัน ทำจิตใจให้ผ่อนคลายหลีกเลี่ยงความคิดหมกมุ่นก่อนเข้านอน

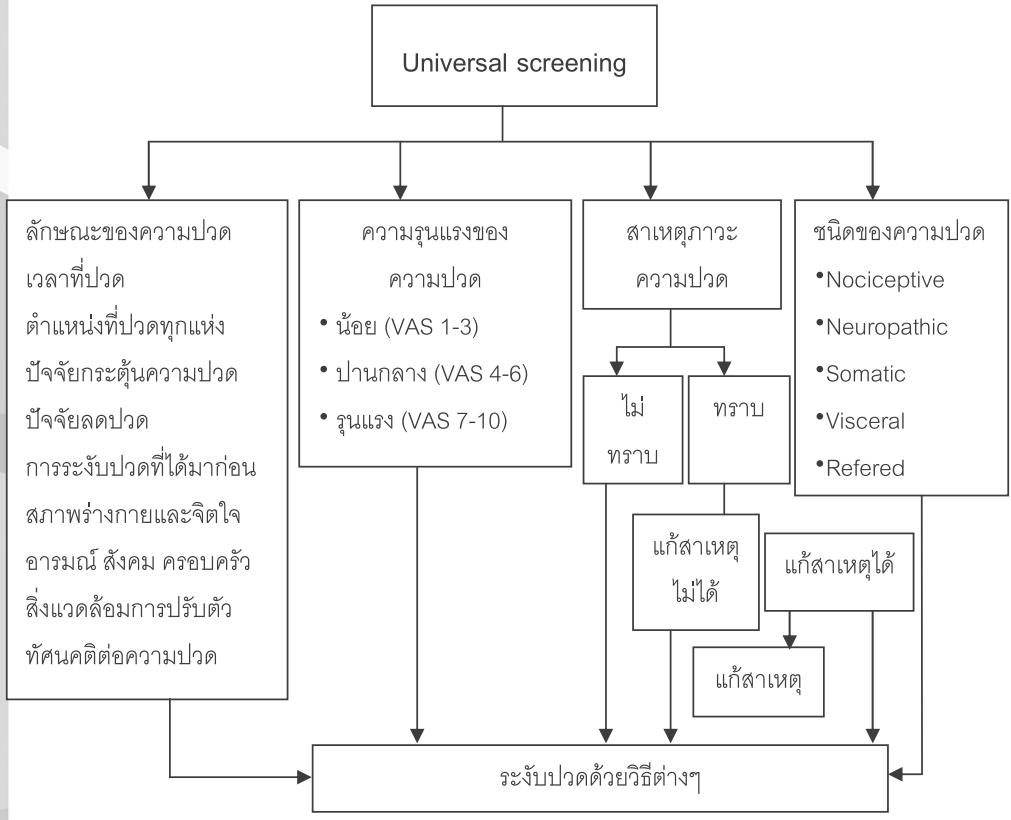
อาการของผู้ป่วยในระยะท้ายใกล้เสียชีวิต

1. อ่อนเพลีย ง่วงซึม สติสัมปชัญญะลดลง
2. มือเท้าเย็น ผิวเป็นจ้ำ การไหลเวียนเลือดลดลง
3. ปัสสาวะออกน้อยลง สีเข้ม
4. การหายใจผิดปกติ
5. การดื่มลดลง กลืนลำบาก น้ำลายสอ เสมหะในคอมีจำนวนมาก

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ

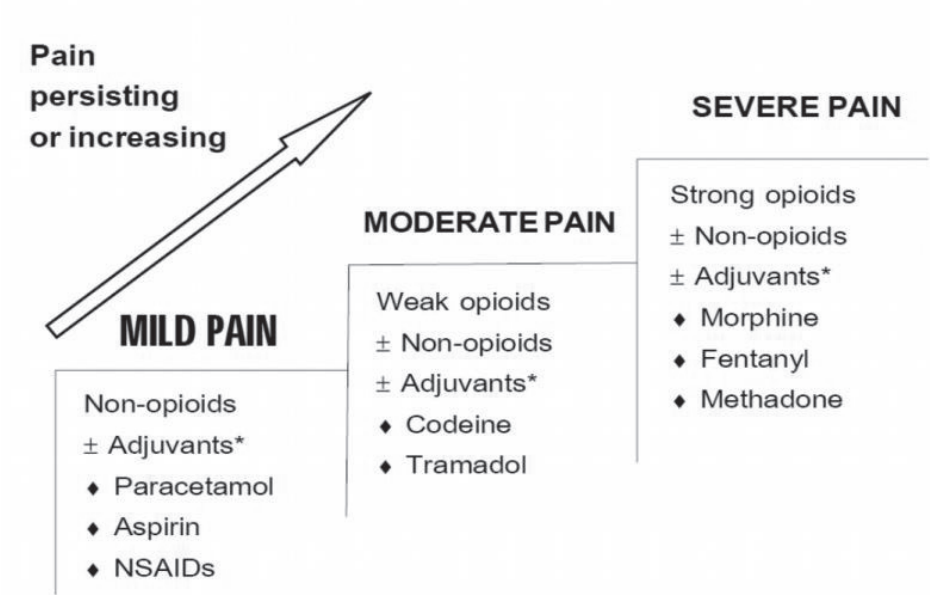
1. ความต้องการหายจากความเจ็บปวดและทุกข์ทรมาน
2. ต้องการควบคุมตนเองได้
3. ต้องการทำหน้าที่ของตนเองให้เสร็จเรียบร้อย
4. ต้องการสัมผัสกับธรรมชาติ
5. ความต้องการเกี่ยวกับศาสนา
6. การตายอย่างสงบและมีชีวิตที่ดีหลังความตาย

การจัดการกับความปวด
การประเมินความปวด (Pain Assessment)



แผนภูมิที่ 1 การประเมินผู้ป่วยปวดจากมะเร็งในด้านต่างๆ

หลักการใช้ยาระงับปวด



รูปที่ 1 WHO Analgesic Ladder สำหรับผู้ป่วยปวดมะเร็ง

ตารางที่ 1 ขนาดยาโดยประมาณที่ให้ฤทธิ์แก้ปวดเท่ากันและเภสัชจลนศาสตร์ที่สำคัญ

ชื่อยา	Equianalgesic dose (mg)		Half-life (h)	Analgesic onset (oral) (min)	Analgesic duration* (h)
	Parenteral	Oral			
Morphine	10 (IM, IV, SC)	30	2	10-20	3-5
Methadone	-	20	15-30	10-20	4-8
Codeine	-	240	2-3	10-20	4-6
Tramadol	100	100	6-7	<60	4-6

(**ที่มา**: สำนักพัฒนาวิชาการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.แนวทางเวชปฏิบัติการดูแลรักษาความปวดจากมะเร็ง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด;2547.)

บทบาทของบุคลากรสุขภาพในการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยระยะท้าย

ผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายแต่ในทางปฏิบัติกลับพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ป่วยที่ถูกลืม (hidden patients) และความเศร้าโศกของผู้ดูแลผู้ป่วยมักจะถูกละเลยจากบุคลากรสุขภาพบุคลากรสุขภาพจึงควรมีบทบาทในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยดังนี้

1. ให้การดูแลผู้ป่วยระยะท้ายทั้งครอบครัวโดยประเมินครอบครัวทั้งก่อนและหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย

2. ค้นหาปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าของผู้ดูแล ได้แก่

2.1 ด้านผู้ดูแลเช่นเพศอายุสถานภาพสมรสสถานะการเงินปัญหาสุขภาพประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย

2.2 ด้านผู้ป่วยเช่นระดับความรุนแรงของภาวะทุพพลภาพความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน

2.3 ด้านอื่นๆเช่นการสนับสนุนทางสังคม

3. รับฟังปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วยประเมินจิตใจของผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งก่อนและหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยว่ามีความผิดปกติหรือไม่ เช่นภาวะซึมเศร้าความเครียดความวิตกกังวลความโศกเศร้าที่ผิดปกติเป็นต้น รวมถึงประเมินว่าผู้ดูแลมีความเหนื่อยล้าจากการดูแลหรือไม่มากน้อยเพียงใด

4. ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย เช่นความรู้เกี่ยวกับโรควิธีการดูแลเครือข่ายทางสังคมเป็นต้น รวมถึงการให้ความมั่นใจกับผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

5. แนะนำวิธีการรับมือกับสถานการณ์ต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้และให้คำปรึกษาในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการศึกษา พบว่าเมื่อผู้ดูแลเกิดปัญหาในการดูแลหากแก้ไขที่ตัวปัญหา เช่น ปรึกษาแพทย์จะเกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลน้อยกว่า ผู้ดูแลที่รับมือด้วยปฏิกิริยาทางอารมณ์ เช่น ร้องไห้หรือกล่าวโทษตนเอง

6. แนะนำเกี่ยวกับการเตรียมการสำหรับความตาย ช่วยทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเศร้าโศกลดลงหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย

7. แนะนำให้ผู้ดูแลหาเวลาพักผ่อนให้เพียงพอ ออกกำลังกาย รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ หาเวลาส่วนตัวเพื่อทำกิจกรรมที่อยากทำ กล้าขอความช่วยเหลือจากคนรอบข้าง หากพบว่าตนเองมีความผิดปกติ เช่น กินลดลง นอนไม่หลับ ควรปรึกษาแพทย์

8. ติดตามการปรับตัวของผู้ดูแลผู้ป่วย หากมีการปรับตัวไม่ดีจะทำให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการดูแลมากขึ้น คุณภาพชีวิตเลวลงความพึงพอใจลดลงนำไปสู่กับภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวล

นอกจากนั้นยังต้องให้ความสำคัญกับประเด็นความเชื่อ ศาสนา วัฒนธรรม ประเพณี การจัดการศพ และพิธีกรรมต่างๆ แนวทางการช่วยเหลือญาติและครอบครัวของผู้ป่วย ประเด็นจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายหลักจริยธรรมทางการแพทย์ (Medical ethic principle)

เอกสารอ้างอิง

1. คู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุระยะท้าย ฉบับบุคลากรทางสุขภาพประกอบโครงการวิจัยเรื่อง การศึกษารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุระยะท้ายในประเทศไทยสถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุขพ.ศ. 2557

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุโรคกระดูกและข้อที่บ้าน

ธีรนุช ชละเอม
สกุล ทองเปลว

โรคข้อเข่าเสื่อม เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ พบมากในผู้สูงอายุ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่มีภาวะข้อเข่าเสื่อมมาก ถ้าไม่ได้รับการรักษาหรือปฏิบัติตัวอย่างเหมาะสม โรคจะดำเนินไปเรื่อยๆ อาจทำให้มีความเจ็บปวด ข้อเข่าผิดรูป เดินได้ไม่ปกติ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ก็ทำไม่สะดวก จะมีความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

โรคข้อเข่าเสื่อม หมายถึง โรคที่เกิดจากความเสื่อมของกระดูกอ่อนผิวข้อ ทั้งทางด้านรูปร่างโครงสร้าง การทำงานของกระดูกข้อต่อและกระดูกบริเวณใกล้ข้อ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นไม่สามารถกลับสู่สภาพเดิมและอาจมีความเสื่อมรุนแรงขึ้นตามลำดับ

สาเหตุความเสื่อมของข้อเข่า

1. ความเสื่อมแบบปฐมภูมิหรือไม่ทราบสาเหตุเป็นภาวะที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของผิวกระดูกอ่อนตามวัย

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความเสื่อมของข้อเข่า ได้แก่

• อายุ พบว่า อายุ 40 ปีเริ่มมีข้อเสื่อมอายุ 60 ปี เป็นข้อเข่าเสื่อมได้ถึงร้อยละ 40

• เพศ ผู้หญิงพบมากกว่าผู้ชาย 2-3 เท่า ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อของร่างกาย

• น้ำหนักตัวที่เกิน น้ำหนักตัวมีความสัมพันธ์อย่างมากกับเข่าเสื่อม พบว่าน้ำหนักตัวที่เพิ่มขึ้น 0.5 กิโลกรัม จะเพิ่มแรงที่กระทำต่อข้อเข่า 1-1.5 กิโลกรัม ขณะเดียวกันเซลล์ไขมันที่มากเกินไปจะมีผลต่อเซลล์กระดูกอ่อนและเซลล์กระดูก ส่งผลให้ข้อเสื่อมเร็วขึ้น

• การใช้งาน ท่าทาง กิจกรรมที่มีแรงกดต่อข้อเข่ามาก เช่น การนั่งคุกเข่า พับเพียบ ขัดสมาธิ ขึ้นลงบันไดบ่อยๆ เป็นต้น

• ความบกพร่องของส่วนประกอบของข้อ เช่น ข้อเข่าหลวม กล้ามเนื้อต้นขาอ่อนแรง

• กรรมพันธุ์ โรคข้อเข่าเสื่อมมีหลักฐานการถ่ายทอดทางพันธุกรรมน้อยกว่าที่ข้อนิ้วมือเสื่อม

2. ความเสื่อมแบบทุติยภูมิเป็นความเสื่อมที่ทราบสาเหตุ เช่น เคยประสบอุบัติเหตุมีการบาดเจ็บที่ข้อ เส้นเอ็น การบาดเจ็บเรื้อรังที่บริเวณข้อเข่าจากการทำงานหรือการเล่นกีฬา โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ เก๊าท์ ข้ออักเสบติดเชื้อ โรคของต่อมไร้ท่อ เช่น ภาวะอ้วน เป็นต้น

อาการและอาการแสดงของโรคข้อเข่าเสื่อม

อาการในระยะแรก เริ่มปวดเข่าเวลามีการเคลื่อนไหว เช่น เดิน ขึ้นลงบันได หรือนั่งพับเข่า อาการจะดีขึ้นเมื่อหยุดพัก ร่วมกับมีอาการข้อฝืดขัดโดยเฉพาะเมื่อหยุดการเคลื่อนไหวเป็นเวลานาน เมื่อขยับข้อจะรู้สึกถึงการเสียดสีของกระดูกหรือมีเสียงดังในข้อ

เมื่อมีภาวะข้อเสื่อมรุนแรง อาการปวดจะรุนแรงมากขึ้น บางครั้งปวดเวลากลางคืน อาจคลำส่วนกระดูกงอกได้บริเวณด้านข้างข้อ เมื่อเกร็งกล้ามเนื้อต้นขาเต็มที่จะมีอาการปวดหรือเสียวบริเวณกระดูกสะบ้า หากมีการอักเสบจะมีข้อบวมร้อน และตรวจพบน้ำในช่องข้อ ถ้ามีข้อเสื่อมมานานจะพบว่าเหยียดหรืองอข้อเข่าได้ไม่ค่อยสุด กล้ามเนื้อต้นขาลีบ ข้อเข่าโก่ง หลวม หรือบิดเบี้ยวผิดรูป ทำให้เดินและใช้ชีวิตประจำวันลำบาก และมีอาการปวดเวลาเดินหรือขยับ

แนวทางการรักษา

1. ควบคุมน้ำหนักตัวให้เหมาะสมเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในชีวิตประจำวันหลีกเลี่ยงการงอเข่ามาก เกินไป

2. กายภาพบำบัด บริหารกล้ามเนื้อ อาจใช้ผ้ารัดเข่าหรือเฝือกอ่อนพยุงเข่า (ถ้าใช้นาน ๆ อาจทำให้กล้ามเนื้อลีบ)

3. ยาบรรเทาอาการ เช่น ยาแก้ปวดลดการอักเสบที่มิใช่สเตียรอยด์ ยาคลายกล้ามเนื้อ แต่ไม่ควรใช้ติดต่อกันเป็นเวลานาน เพราะจะทำให้เกิดผลข้างเคียง เช่น แผลในกระเพาะอาหาร ไตวาย ความดันโลหิตสูง เป็นต้น

4. ยากระตุ้นการสร้างกระดูกอ่อนผิวข้อ (ปกติกระดูกอ่อนผิวข้อจะไม่สร้างขึ้นใหม่) หรือยาชะลอความเสื่อม

5. ฉีดน้ำไขข้อเทียมซึ่งจะช่วยให้อาการดีขึ้นเฉลี่ย 6 เดือน ถึง 1 ปี แต่มีราคาค่อนข้างสูง (13,000-16,000 บาทต่อครั้ง)

6. การผ่าตัด เช่น ผ่าตัดจัดแนวกระดูกใหม่เพื่อลดเข่าโกงการผ่าตัดเป็นทางเลือกสุดท้ายจะใช้ในผู้ที่มีอาการมากและรักษาด้วยวิธีอื่นแล้วไม่ได้ผล

ปัจจุบันยังไม่มีวิธีรักษาโรคข้อเข่าเสื่อมให้หายขาดได้ จุดมุ่งหมายในการรักษาคือ ลดอาการปวดทำให้ข้อเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น ป้องกันหรือแก้ไขข้อที่ผิดรูป เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามสมควร จึงถือว่าแนวทางรักษาข้างต้นเป็นเพียงการรักษาปลายเหตุ เพื่อบรรเทาอาการเท่านั้นและยังมีข้อจำกัด

ในการรักษาอีกด้วย เช่น การผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่า ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะสามารถใช้งานได้ใกล้เคียงกับธรรมชาติและบรรเทาอาการปวดได้ดี แต่ก็มีอายุการใช้งานได้นานประมาณ 10-15 ปี เป็นต้น

ข้อแนะนำในการดูแลรักษาด้วยตนเอง

1. ลดน้ำหนัก เพราะเมื่อเดินจะมีแรงกดลงที่เข่าประมาณ 5 เท่า ของน้ำหนักตัว แต่ถ้าวิ่งจะมีแรงกดลงที่เข่า เพิ่มขึ้น 7-10 เท่าของน้ำหนักตัว ดังนั้นถ้าลดน้ำหนักตัวได้ เข่าก็จะรับแรงกดน้อยลง ทำให้เข่าเสื่อมช้าลงและอาการปวดก็จะลดลงด้วย

2. ท่านั่ง ควรนั่งบนเก้าอี้สูงระดับเข่า ซึ่งเมื่อนั่งห้อยขาแล้วฝ่าเท้าจะวางราบกับพื้นพอดี ไม่ควรนั่งพับเพียบ นั่งขัดสมาธิ นั่งคุกเข่า นั่งยอง ๆ หรือนั่งราบบนพื้น เพราะจะทำให้ผิวข้อเข่าเสื่อมเร็วมากขึ้น

3. ควรนั่งถ่ายบนโถนั่งชักโครก หรือนั่งบนเก้าอี้สามขาที่มีรูตรงกลางวางไว้เหนือคอห่าน ควรทำที่จับยึดบริเวณด้านข้างโถนั่งเพื่อใช้จับพยุงตัวเวลาจะลงนั่งหรือลุกขึ้นยืน ห้ามนั่งยอง ๆ เพราะผิวข้อเข่าเสียดสีกันมาก และเส้นเลือดที่ไปเลี้ยงขาถูกกดทับทำให้เลือดไปเลี้ยงขาได้ไม่ดี

4. นอนบนเตียง เมื่อนั่งห้อยขาที่ขอบเตียงแล้วฝ่าเท้าจะแตะพื้นพอดี ไม่ควรนอนราบบนพื้น เพราะต้องงอเข่าเวลาจะนอนหรือจะลุกขึ้น ทำให้ผิวข้อเสียดสีกันมากขึ้น ข้อก็จะเสื่อมเร็วมากขึ้น

5. หลีกเลี่ยงการขึ้นลงบันได ขณะขึ้นลงบันไดจะมีแรงกดที่เข่าประมาณ 3 เท่าของน้ำหนักตัว

6. หลีกเลี่ยงการยืนหรือนั่งในท่าเดียวนาน ๆ ถ้าจำเป็นก็ให้ขยับเปลี่ยนท่า หรือเหยียดงอข้อเข่าบ่อย ๆ

7. การยืน ควรยืนตรง กางขาออกเล็กน้อย ให้น้ำหนักตัวลงบนขาทั้งสองข้างเท่า ๆ กัน ไม่ควรยืนเอียงลงน้ำหนักตัวบนขาข้างใด ข้างหนึ่ง เพราะจะทำให้เข่าที่รับน้ำหนักมากกว่าเกิดอาการปวด

8. การเดิน ควรเดินบนพื้นราบ ไม่ควรเดินบนพื้นที่ไม่เสมอกัน เช่น บันได ทางลาดเอียงที่ชันมากหรือทางเดินที่ขรุขระ เพราะทำให้น้ำหนักตัวที่ลงไปที่เข่าเพิ่มมากขึ้น และอาจเกิดอุบัติเหตุหกล้มได้ง่าย ควรใส่รองเท้าแบบมีส้นเตี้ย หรือไม่มีส้น พื้นรองเท้านุ่มพอสมควรและมีขนาดกระชับพอดี

9. ใช้ไม้เท้า โดยเฉพาะผู้ที่ปวดมากหรือข้อเข่าโก่งผิดรูปเพื่อช่วยลดน้ำหนักและช่วยพยุงตัวเมื่อจะล้ม วิธีถือไม้เท้าในผู้ที่ปวดเข่ามากข้างเดียวให้ถือในด้านตรงข้ามกับเข่าที่ปวด แต่ถ้าปวดทั้งสองข้างให้ถือในข้างที่ถนัด

10. บริหารกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าให้แข็งแรงซึ่งจะช่วยลดอาการปวด ทำให้ข้อเคลื่อนไหวและการทรงตัวดีขึ้น

11. การออกกำลังกายควรออกกำลังกายที่ไม่ลงน้ำหนักมาก เช่น ว่ายน้ำ ขี่จักรยาน เดินเร็ว วิ่งเหยาะ ไม่ควรออกกำลังกายที่ต้องมีการลงน้ำหนักที่เข่าเพิ่มขึ้น เช่น วิ่งเร็ว เต้นแอโรบิก เป็นต้น

12. ถ้ามีอาการปวด ให้พักการใช้ข้อเข่า และประคบด้วยความเย็น/ความร้อน หรือใช้ยานวดร่วมด้วยก็ได้

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีปัญหากระดูกและข้อที่บ้าน : โรคกระดูกพรุน

รายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าโรคกระดูกพรุนเป็นปัญหาทางสาธารณสุขอันดับสองรองจากโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคกระดูกพรุนจะเกิด 1-3 ของผู้หญิงช่วงอายุ 60 ถึง 70 ปี และ 2 ใน 3 ที่อายุมากกว่า 80ปี ประมาณว่ามีผู้หญิงมากกว่า 200ล้านคนทั่วโลกที่ทุกข์ทรมานจากโรคกระดูกพรุน ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา ฝรั่งเศส หรือญี่ปุ่น เป็นต้น ผู้หญิงที่เป็นโรคนี้มีน้อยกว่าครึ่งที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา

ผลเสียที่ตามมาของโรคนี้ก็คือ ทำให้คนไข้ที่กระดูกหัก เคลื่อนไหวไม่ได้ต้องนอนอยู่บนเตียงตลอดเวลา มีโอกาสเป็นโรคร้ายแรงต่าง ๆ ตามมาอีกมาก เช่น โรคเรื้อรังของระบบหายใจ แผลกดทับ ทางเดินปัสสาวะอักเสบ การติดเชื้อและอาจเสียชีวิตในที่สุด ในกรณีที่สามารถผ่าตัดรักษาได้ ผลของการรักษาอาจไม่หายกลับมาปกติได้ หรือทำงานตามเดิมไม่ได้ ซึ่งทำให้เสียทรัพยากรของทั้งครอบครัวและส่วนรวม

โรคกระดูกพรุนเป็นโรคที่มีการลดลงของความหนาแน่นของมวลกระดูก ส่งผลให้กระดูกมีโอกาสหักได้ง่าย โดยเฉพาะกระดูกสันหลัง ข้อสะโพก ข้อมือ และกระดูกต้นแขนบริเวณหัวไหล่ โรคกระดูกพรุนเป็นภัยเงียบเพราะว่าอาการของโรคจะรุกคืบตลอดเวลา โดยไม่มีอาการเตือนล่วงหน้ามาก่อน ผู้ป่วยจะรู้ตัวก็ต่อเมื่อเกิดกระดูกหักแล้ว สาเหตุการเกิดโรคกระดูกพรุน เกิดจากสองปัญหาหลัก คือ ปัญหาที่มีผลทำให้การสะสมของเนื้อกระดูกไม่ดีและปัจจัยที่ทำให้มีการสูญเสียเนื้อกระดูกมากกว่าปกติ

พันธุกรรม	เชื้อชาติที่มีความเสี่ยงมากที่สุดเรียงลำดับไปยังความเสี่ยงน้อย คือ ผิวขาว>เอเชีย>ผิวดำ เพศ หญิง มากกว่า ชาย
โภชนาการ	บริโภคแคลเซี่ยมต่ำดื่มอัลกอฮอล์มากดื่มกาแฟมาก บริโภคเกลือมาก บริโภคโปรตีนจากสัตว์มาก
ชีวิตความเป็นอยู่	สูบบุหรี่มากกิจวัตรการออกกำลังกายน้อย
โรคที่มีผลต่อการเสียเนื้อกระดูก	รังไข่ฝ่อ (ขาดฮอร์โมนเอสโตรเจน)การตัดมดลูก ต่อมทัยรอยด์ทำงานมากเกินไปต่อมพาราทัยรอยด์ทำงานมากเกินไป ไตวาย

	เรื้อรังโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์
ความชรา	วัยหลังหมดประจำเดือนในหญิง
ยาที่มีผลต่อการสูญเสียเนื้อกระดูก	ยาทดแทนทัยรอยด์ยากลุ่มสเตียรอยด์ยากันชักยาขับปัสสาวะชนิด "loop" ยาลดกรดที่มีฤทธิ์จับกับฟอสเฟตยาเตตร้าซัยคลิน ยารักษาวัณโรค ไอโซไนเอซิค

ปัจจัย ต่างๆ ข้างต้นบางปัจจัยมีผลต่อช่วงระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง แต่บางปัจจัยก็มีผลต่อการก่อให้เกิดโรคได้ตลอดชีวิต เช่น พันธุกรรมจะเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดในการกำหนดว่า จะมีมวลกระดูกสูงสุดได้เท่าใด

อาการของโรคกระดูกพรุน ระยะแรกมักไม่มีอาการ เมื่อเริ่มมีอาการแสดงว่าเป็นโรคมากแล้ว อาการสำคัญของโรค ได้แก่ปวด ตามกระดูกส่วนกลางที่รับน้ำหนัก เช่น กระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก และอาจมีอาการปวดข้อร่วมด้วย ต่อมาความสูงของลำตัวจะค่อย ๆ ลดลง หลังจะโก่งค่อม กระดูกหักง่ายกว่าคนปกติแม้ไม่มีอุบัติเหตุที่รุนแรงเช่น หกล้ม

การวินิจฉัย ปัจจุบันใช้การวัดความหนาแน่นของกระดูก (Bone mineral density measurement) โดยใช้เครื่อง DEXA (Dual energy x-ray absorptiometry) โดยวัดความหนาแน่นของกระดูกที่กระดูกสันหลัง กระดูกข้อสะโพก ปลายกระดูกข้อมือ และนำค่าที่ได้ไปเปรียบเทียบกับค่าปกติในวัยหนุ่มสาวการวินิจฉัยภาวะกระดูกพรุนเมื่อ BMD < 2.5 SD (standard deviation) ของประชากรในวัยสาวในเชื้อชาติเดียวกัน การวัดความหนาแน่นกระดูก 2 ครั้งห่างกัน 1-2 ปี จะช่วยให้สามารถคาดการณ์หรือพยากรณ์โรคกระดูกพรุนได้ เป็นวิธีที่ช่วยให้การประกอบการตัดสินใจในการป้องกันและหรือวางแผนการรักษาโรคกระดูกพรุนต่อไป ในปัจจุบันการวัดความหนาแน่นของกระดูก (Bone mineral density measurement) จึงเป็นวิธีที่เหมาะสมที่สุด

การรักษาโรคกระดูกพรุน ปัจจุบันการรักษาใช้หลายๆ วิธีร่วมกัน ได้แก่

1. การออกกำลังกาย ซึ่งต้องมีการลงน้ำหนักขณะออกกำลังกาย เช่น การวิ่ง การเดิน การยกน้ำหนัก จะช่วยเพิ่มเนื้อของกระดูกในบริเวณที่รับน้ำหนักได้

2. ขจัดปัจจัยเสี่ยง ที่ทำให้สูญเสียเนื้อกระดูก เช่น การดื่มสุรา ดื่มกาแฟ ยาสเตียรอยด์ เป็นต้น

3. การรักษาด้วยยาปัจจุบันมียารักษาโรคกระดูกพรุน 3 กลุ่ม ได้แก่

3.1 ยาช่วยลดการทำลายกระดูกเช่น แคลเซียม บิสฟอตฟาเนต ฮอร์โมนแคลซิโตนิน

3.2 ยาช่วยกระตุ้นการสร้างกระดูกเช่น ฮอร์โมนพาราไทรอยด์ (เทอริพาราไทด์)

3.3 ยาที่ช่วยทั้งกระตุ้นการสร้างและลดการทำลายกระดูกเช่น สตรอนเทียมรานิเลต

การป้องกันและรักษาโรคกระดูกพรุน

วิธีที่ดีที่สุด คือ การเสริมสร้างเนื้อกระดูกของร่างกายให้มากที่สุดตั้งแต่อายุยังน้อย อย่างไรก็ตาม คนทุกวัยควรให้ความสนใจในการป้องกันโรคกระดูกพรุนด้วยการปฏิบัติตนดังนี้

1. รับประทานอาหารให้ครบทุกหมวดหมู่ตามหลักโภชนาการรับประทานอาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น นม โยเกิร์ต กุ้งแห้งตัวเล็ก กุ้งฝอย ไม่รับประทานเนื้อสัตว์มากเกินไป เลี่ยงอาหารรสเค็มจัด

2. ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เพื่อกระตุ้นการสร้างกระดูก และทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง หลีกเลี่ยงบุหรี่ สุรา ชา กาแฟเลี่ยงยาบางชนิด เช่น สเตียรอยด์ระมัดระวังตนเองไม่ให้หกล้ม

3. ไม่ควรซื้อยารับประทานเอง

4. ตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี

ปริมาณแคลเซียมที่ควรจะได้รับในแต่ละช่วงอายุจะแตกต่างกัน โดย

- วัยเด็กและวัยรุ่นต้องการแคลเซียมประมาณ 800-1,200 มก.ต่อวัน
- หญิงตั้งครรภ์และให้นมบุตรต้องการประมาณ 1,500-2,000 มก.ต่อวัน
- หญิงช่วงหมดประจำเดือนต้องการประมาณ 1,500 มก.ต่อวัน
- ผู้สูงอายุต้องการประมาณ 1,000 มก.ต่อวัน

อาหารที่มีแคลเซียมสูง เช่น น้ำนม กุ้งแห้ง กะปิ ผักใบเขียว ปลาเล็กปลาน้อยที่กินได้ทั้งตัว เต้าหู้ถั่วเหลือง เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข2557.คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ
2. ธานินทร์ สันธนะวนิช.โรคกระดูกและข้อในผู้สูงอายุ [เข้าถึงเมื่อ 9 ธันวาคม 2557]: เข้าถึงจาก http://www.thaicathalichealthcare.com/index.php/๒๐๑๓-๐๒-๐๕-๐๗-๕๕-๕๖
3. ประเสริฐ อัสสัตชัย ภาควิชาเวชสาสตร์ป้องกันและสังคม.โรคกระดูกพรุน [เข้าถึงเมื่อ 9 ธันวาคม 2557]: เข้าถึงจากhttp://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/e-pl/articledetail.asp?id=154
4. มลฤดี ประสิทธิ์.โภชนาการเพื่อป้องกันและรักษาโรคกระดูกพรุน [เข้าถึงเมื่อ 9 ธันวาคม 2557]: เข้าถึงจาก http://www.osteokku.com/th

5. มูลนิธิโรคกระดูกพรุนแห่งประเทศไทย. โรคกระดูกพรุนคืออะไร [เข้าถึงเมื่อ 9 ธันวาคม 2557]: เข้าถึงจาก http://www.topf.or.th/read_hotnews_detail.php?dID=๒๐
6. ราชวิทยาลัยแพทย์ออร์โธปิดิกแห่งประเทศไทย.ข้อเข่าเสื่อม [เข้าถึงเมื่อ 4 ธันวาคม 2557]: เข้าถึงจากhttp://www.rcost.or.th/web/index.php?option=com
7. วรากร จริงจิตร.โรคกระดูกพรุน [เข้าถึงเมื่อ 9 ธันวาคม 2557]: เข้าถึงจาก http://wwwsriphat.med.cmu.ac.th/thai/knowledge-๓๑
8. วิโรจน์ กวินวงศ์โกวิท และคณะ.โรคข้อเข่าเสื่อมเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญ [เข้าถึงเมื่อ 4 ธันวาคม 2557]: เข้าถึงจาก http://www.med.mahidol.ac.th/ortho/sites/defauth/file/public/file/pdf/knee_book_opdf
9. สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุร่วมกับโรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จ. ชลบุรี กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๕๗. คู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการ
10. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10.โรคข้อเข่าเสื่อม [เข้าถึงเมื่อ 4 ธันวาคม 2557]: เข้าถึงจาก http://www.dpc10.ddc.moph.go.th/nana/doc16.html

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อมที่บ้าน (Dementia)

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล
วีณา ลิ้มสกุล

สมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากมีการเสื่อมถอยของความสามารถสมองอย่างช้าๆตามลำดับ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการความจำบกพร่อง ในช่วงแรกผู้ป่วยจะไม่สามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้ (บอกแล้วลืม) และเมื่ออาการมากขึ้นจะลืมสิ่งเก่าที่เคยรู้หรือเคยทำได้ ร่วมกับมีอาการอื่นๆ ที่เกิดจากเปลือกสมองสูญเสียหน้าที่ไป ผู้ป่วยจะมีปัญหาในเรื่องการคิดคำนวณ สมาธิ การรับรู้ตนเองกับสิ่งแวดล้อม (visuospatial: มิติสัมพันธ์) การใช้ภาษาความคิดริเริ่ม ความเข้าใจในสิ่งที่เป็นนามธรรม ร่วมกับมีอารมณ์ พฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนไป [1]

ลักษณะการดำเนินโรคแบ่งออกเป็น 3 ระยะ

1. ระยะแรก (1-3 ปี) ผู้ป่วยจะมีความจำบกพร่องซึ่งจะเห็นชัดที่ความจำระยะสั้นที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่นานมานี้โดยเฉพาะสิ่งที่พูดไปแล้ว ทำให้ผู้ป่วยถามซ้ำแล้วซ้ำอีกกับคำถามเดิม ทำให้ญาติสามารถสังเกตได้ถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจะจำเหตุการณ์เก่าๆได้ดีกว่าเหตุการณ์ที่เพิ่งจะเกิดขึ้น ผู้ป่วยมีปัญหาในการใช้ภาษาตั้งแต่ช่วงแรกๆของโรค มักจะเลือกคำมาใช้พูดไม่ถูก เรียกชื่อสิ่งของที่ไม่ได้ใช่บ่อยๆ ไม่ถูกต้อง อาจจะใช้วิธีอธิบายแทนที่จะเรียกชื่อออกไป เช่น เรียกทีวี ว่าตู้ฉายหนัง เป็นต้น ผู้ป่วยจะสับสนทิศทาง ซ้าย ขวา โดยเฉพาะในที่ๆ ไม่คุ้นเคย และมีลักษณะโครงสร้างภายนอกดูคล้ายๆ กัน เช่น ไปเที่ยวและเข้าพักในโรงแรมแล้วหลงทางในโรงแรม กลับห้องไม่ถูก ความสามารถด้าน construction คือการวาดรูป หรือการถ่ายทอดสิ่งที่เห็นออกเป็นรูปก็อาจจะเริ่มทำไม่ค่อยได้ ในช่วงนี้ผู้ป่วยจะยังดูแลตนเองและทำกิจวัตรประจำวันง่ายๆ ได้ตามปกติ แต่กิจวัตรประจำวันที่สลับซับซ้อน (instrumental activities of daily living – IADL) เช่น การคิดบัญชีรายรับ/รายจ่าย การดูแลบ้าน ช่วยซ่อมแซมอุปกรณ์ของใช้ในบ้าน อาจจะเริ่มบกพร่อง บุคลิกภาพจะเปลี่ยนไปเป็นแบบหงุดหงิดอาจพบมีอารมณ์เศร้า เซื่องซึมได้ในช่วงต้นๆ เพราะผู้ป่วยจะยังรับรู้ถึงความผิดปกติของตนเอง อาจทำให้มีการแยกตัวออกจากผู้อื่น

2. ระยะสอง (2-10 ปี) ช่วงนี้ความจำจะเลวลง ตอนนี้จะเริ่มจำสิ่งทำไปแล้วไม่ได้ เช่น จำไม่ได้ว่ากินอาหารแล้วหรือยัง หรือวันนี้ขับถ่ายแล้วหรือยัง วางของผิดที่ ของหายบ่อย เพราะเอาไปไว้ในที่ที่ไม่ควรเก็บไว้ เช่น เอากระเป๋าสตางค์ไปไว้ในตู้เย็น เป็นต้น เริ่มจำญาติห่างๆ ไม่ค่อยได้ ความจำเรื่องเก่าๆ จะค่อยๆ เสียย้อนหลังลงไป การพูดจะลำบากขึ้น พูดซ้ำๆ ในเรื่องเดิมๆ ถ้าสนทนาเรื่องยาวๆ ที่ไกลตัวก็อาจจะไม่เข้าใจ หรือพูด “คนละเรื่องเดียวกัน” ช่วงนี้การดูแลตนเองจะบกพร่องโดยเฉพาะสุขลักษณะ

ส่วนบุคคลลืมแปรงฟันก่อนอย่างอื่นๆ แล้วจะค่อย ๆ ไปถึงการตัดเล็บ สระผม เสื้อผ้า (เอาเสื้อผ้าที่สกปรกแล้วเก็บไว้อย่างดี แล้วเอามาใส่อีก) แล้วท้ายสุดจะมีปัญหาเรื่องการไม่อาบน้ำ ลืมทำความสะอาดหลังขับถ่ายเสร็จ กิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน (IADL) จะมีปัญหามากขึ้น ใช้โทรศัพท์ไม่เป็น ทำอาหารไม่ได้ ใส่เครื่องปรุงไม่ถูก ขึ้นรถไม่ถูกทิศ หลงทาง ผู้ป่วยอาจเห็นภาพหลอน และหูแว่ว

3. ระยะสาม (3-12 ปี) คือเป็นระยะสุดท้ายของโรค ความจำจะเลวลงมาก จำคนใกล้ตัวไม่ได้ จนในที่สุดแม้แต่ตัวเองก็ไม่ทราบว่าชื่ออะไร ไม่สามารถดูแลตนเองได้ กลืนอาหารโดยที่ไม่ได้เคี้ยว ไม่สามารถกำหนด/ควบคุมการขับถ่าย ผู้ป่วยจะนอนติดเตียง แขนขาเกร็ง งอ ต้องให้การดูแลทุกอย่าง พูดซ้ำๆ ตามที่ได้ยินคนอื่น พูดเป็นคำ ๆ ในที่สุดจะพูดไม่ได้ ผู้ป่วยจะเสียชีวิตจากปอดบวมเนื่องจากการสำลักอาหารและน้ำ หรือเป็นแผลกดทับ ระยะเวลาในการดำเนินโรคจะประมาณ 2-20 ปี โดยเฉลี่ยผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ได้ประมาณ 8-10 ปี

การประเมินระยะของโรคและภาวะแทรกซ้อน

ระยะแรก: ให้การดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมด้วยตนเอง/มีกิจกรรมกระตุ้นสมอง

Physical

1. ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน: แบบประเมิน ADL/IADL

2. สอบถามปัญหาจากการใช้ยาที่ได้รับ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ถ่ายเหลว น้ำหนักลด การดูแลติดตามให้ผู้ป่วยรับประทานยา

3. MMSE: ประเมินสภาพของสมอง

Mental : ประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย (แบบประเมิน 2Q, 9Q) สอบถามอาการวิตกกังวล เศร้า ไม่สนใจสิ่งที่เคยทำ

Social

1. สอบถามการทำกิจกรรมนอกบ้านที่ทำเป็นประจำและสามารถทำได้

2. ประเมินปัญหาการมีกิจกรรมทางสังคมที่เกิดขึ้นเช่น คุยกับผู้อื่นไม่รู้เรื่อง หวาดระแวง มีอารมณ์รุนแรงปัญหาการแยกตัว

Environment

1. ประเมินความเสี่ยงของการหกล้ม:Timed Up and Go Test (ภาคผนวกหน้า 307)

2. สำรวจสภาพแวดล้อมภายในบ้าน: พื้นต่างระดับบันได พื้นห้องน้ำราวจับ

3. สำรวจสภาพแวดล้อมรอบบ้านที่เป็นความเสี่ยง: ไม่มีรั้ว ไม่มีประตูปิด บ้านติดถนน บ้านห่างไกลเพื่อนบ้านรอบบ้านเป็นสวน/ป่า

ระยะสอง: ให้การดูแลปัญหาด้านพฤติกรรม การหลงทาง ป้องกันภาวะเสี่ยงจากการใช้อุปกรณ์ต่างๆ การดูแลกิจวัตรประจำวันที่มักพบปัญหา เช่น การทำความสะอาดร่างกาย รวมถึงประเมินภาระการดูแลของผู้ดูแล

Physical

1. ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL/IADL): การแปรงฟัน การอาบน้ำ การกินมาก กินตลอดเวลา ไม่นอนเวลากลางคืน ปัญหาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ซื้อของ ทอนเงิน ทำอาหาร ซักเสื้อผ้า

2. MMSE: ประเมินสภาพสมอง

3. สอบถามปัญหาจากการใช้ยาที่อาจเพิ่มขึ้น ทั้งชนิดและปริมาณจากปัญหาด้านพฤติกรรม เช่น นอนหลับมาก

Mental: ประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยและผู้ดูแลจากภาระการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาหลายด้าน (2Q, 9Q)

Social

1. สอบถามปัญหาการทำกิจกรรมนอกบ้าน เช่น แสดงพฤติกรรมรบกวนผู้อื่น พฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม กลับบ้านไม่ถูก เดินหลงทาง

2. สอบถามปัญหาพฤติกรรมด้านการสื่อสาร อารมณ์ ที่อาจก่อให้เกิดความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่นเช่น หาของไม่พบ แล้วคิดว่าผู้อื่นเป็นขโมยหวาดระแวง ซ่อนของ ขโมยของ

Environment

1. ประเมินความเสี่ยงของการหกล้ม: Timed Up and Go Test

2. สอบถามและประเมินปัญหาของผู้ป่วย อันตรายการใช้เครื่องใช้ไฟฟ้า อุปกรณ์ในครัว ยาฆ่าแมลง สารเคมี ความจำที่ลดลง ทำให้จำขั้นตอนวิธีการใช้อุปกรณ์ไม่ได้เปิดแล้วลืมปิด ไม่เข้าใจสิ่งที่เกิดขึ้น /ตัดสินใจไม่ได้ เช่น ได้กลิ่นอาหารไหม้แล้วยังไม่ปิดเตาแก๊ส

ระยะสาม: ให้การช่วยเหลือการดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแล/ปัญหาการได้รับอาหาร/การป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางร่างกาย ภาระการดูแลของผู้ดูแล

Physical

1. ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน: ADL ปัญหาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเช่น อมอาหารไม่เคี้ยว ขับถ่ายแล้วไม่ทำความสะอาด สูญเสียความสามารถในการเดิน

2. MMSE: ประเมินสภาพสมองสอบถามปัญหาความจำ (อาจรุนแรงถึงลืมคนใกล้ชิดหรือจำตนเองไม่ได้) พฤติกรรมด้านการสื่อสาร (พูดไม่รู้เรื่อง) อารมณ์กลัวทุกสิ่งทุกอย่างประสาทหลอน

3. สอบถามปัญหาจากการใช้ยา การรับประทาน/การกลืนยา การใช้ยาทางสายยาง

Mental : ประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ดูแล (2Q, 9Q)

Social : สอบถามปัญหาพฤติกรรมวุ่นวาย จะออกนอกบ้านตลอดเวลา ไม่นอนเวลากลางคืน เดินหลงทาง

Environment

1. ประเมิน/เฝ้าระวังความเสี่ยงของการหกล้มผู้ดูแลมีเวลาดูแลใกล้ชิดหรือไม่

2. สอบถามปัญหา การจัดเก็บของอันตราย จำตัวเองไม่ได้ในกระจก ปีนหน้าต่างออกนอกบ้าน

แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่บ้าน

ประเด็นที่ควรประเมิน	หัวข้อ	เนื้อหา
ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา	- โรค	- ทราบการวินิจฉัยโรค - การดำเนินโรค พยากรณ์โรค
	- การรักษา	- ข้อดี ข้อเสีย - เป้าหมายของการรักษา
	- แหล่งสนับสนุนทางสังคม	- ครอบครัว เพื่อนบ้าน - โรงพยาบาลบุคคลากรทางการแพทย์ อสม. อผส. - องค์กรต่างๆ เช่น สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สายด่วน
ความจำ	- การเปลี่ยนแปลงของความจำ การรู้คิดด้านต่างๆ ในรอบการเยี่ยมที่ผ่านมา	- คงเดิม ดีขึ้น หรือ แย่ลง ในภาพรวม - เน้นในส่วนความจำระยะสั้น - อาจประเมินติดตามด้วยแบบประเมิน Mini Mental State Examination (MMSE) หรือแบบประเมินใดๆ ที่เคยใช้ เพื่อการติดตาม เช่น MOCA test, Clock Drawing Test
พฤติกรรมและอารมณ์	- กลุ่ม agitation เช่น ก้าวร้าว หงุดหงิด กระสับกระส่าย	- เป็นอาการเดิมหรืออาการใหม่ - ถ้าอาการใหม่ ให้หาสิ่งกระตุ้นและแก้ไข - เลือกแก้อาการที่สำคัญสุดก่อน ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลสูงสุด
	- กลุ่ม psychosis	- การจัดการมี 2 แบบ คือ

ประเด็นที่ควรประเมิน	หัวข้อ	เนื้อหา
	เช่น ภาพหลอน หูแว่ว หลงผิด ระแวง	1. แก้โดยไม่ใช้ยา (non-pharmacologic management) เช่น จัดสภาพแวดล้อม สอนเทคนิกการดูแลแก่ผู้ดูแล สุคนธบำบัด ดนตรีบำบัด เป็นต้น 2. แก้โดยใช้ยา (pharmacologic management)
	- กลุ่ม mood เช่น เฉยเมย ซึมเศร้า วิตกกังวล	
	- การนอนหลับ	
ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	- Basic ADLs - Instrumental ADLs	- คงเดิม ดีขึ้น หรือ แย่ลง - สาเหตุที่แย่ลง แก้ไขได้หรือไม่ - หากต้องพึ่งพิงทั้งหมดแล้ว ให้เน้นการสื่อสาร การเคลื่อนไหว ambulation
สุขภาพโดยรวม	- Vital signs	ความดัน ชีพจร (ตรวจเน้นหาชีพจรช้าหรือไม่เป็นจังหวะ เช่น Atrial fibrillation)
	- โรคประจำตัว	ตามชนิดของโรค
	- น้ำหนักตัว	การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว
	- อาการบ่งชี้ของความเจ็บป่วย เช่น โรคมะเร็ง	
	- การมองเห็น การได้ยิน สุขภาพในช่องปาก การเคี้ยว กลืน	
ความถูกต้องของการใช้ยาและผลข้างเคียงจากยา	- ยาความจำ กลุ่ม cholinesterase inhibitor	- คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ท้องเสีย หัวใจเต้นช้า ฝันร้าย ตะคริว agitation
	- ยาทางจิตประสาท	- หลับมาก อาการ parkinsonism เกร็ง สั่น ช้า หัวใจเต้นผิดจังหวะ น้ำหนักขึ้น เบื่ออาหาร

ประเด็นที่ควรประเมิน	หัวข้อ	เนื้อหา
		น้ำตาลและไขมันขึ้น
	- ยาอื่นๆ	- ตามชนิดของยา
ความปลอดภัยภายในบ้าน	- หกล้ม - ของมีคม ปืน - เตาแก๊ซ - รับประทานสิ่งที่รับประทานไม่ได้ - เดินหลงออกนอกบ้าน - พฤติกรรมรุนแรง - การใช้ยาผิดพลาด	
ประเด็นการดูแล palliative care/ระยะท้ายของชีวิต	สื่อสารกับผู้ป่วยและครอบครัว	- ประเด็นความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรคและการดูแลรักษา - ตั้งเป้าหมายในการดูแลรักษาร่วมกัน ระหว่างทีมแพทย์ บุคคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วยและครอบครัว - วางแผนล่วงหน้าในระยะท้ายของชีวิต เช่น การกู้ชีพ
	ควบคุมดูแลอาการจากโรคระยะท้าย	- อาการปวดการให้อาหาร การติดเชื้อ การเคลื่อนไหว อาการซึมสับสน (delirium)
ผู้ดูแล	- เป็นใคร ดูแลได้ตลอดหรือไม่ - บุคลิก ลักษณะ - ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย	
	- ความรู้ ทักษะ ทัศนคติ	- มีความรู้เกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค ข้อดีข้อเสียของการรักษา และมีเทคนิกในการดูแลผู้ป่วยใน

ประเด็นที่ควรประเมิน	หัวข้อ	เนื้อหา
		การช่วยเหลือการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การสื่อสาร และการแก้ไขปัญหาพฤติกรรม และอารมณ์ที่ถูกต้อง - สามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อมและการดูแลได้ เช่น แผ่นพับ คู่มือ เวปไซต์ การอบรม
	- ผลกระทบจากการดูแล	- สุขภาพกาย สุขภาพจิต การเงิน สังคม
ประเด็นกฎหมาย	- ประเมินศักยภาพของการรู้คิด (mental capacity) ของผู้ป่วย	- ความสามารถในการเข้าใจข้อมูลที่เกี่ยวกับสิ่งที่ต้องตัดสินใจ - สามารถเก็บจำข้อมูลไว้ได้นานเพียงพอที่จะสามารถใช้ประกอบการตัดสินใจได้ - สามารถชั่งน้ำหนักของข้อมูลที่มีได้เพื่อประกอบการตัดสินใจ - สามารถสื่อสารการตัดสินใจกับผู้อื่นได้ โดยวิธีใดวิธีหนึ่ง เช่น การพูด การแสดงสัญลักษณ์ การกระพริบตา การบีบมือ เป็นต้น
	- การตั้งผู้พิทักษ์	
	- การจัดการทรัพย์สินของผู้ป่วย และการทำพินัยกรรม	
	- การตัดสินใจในการรักษาพยาบาล และการทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล	

ประเด็นที่ควรประเมิน	หัวข้อ	เนื้อหา
	ในวาระสุดท้ายของชีวิต (living wills)	
	- การขับรถ	

การวางแผนร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ

แพทย์: ประเมิน clock's drawing สอบถามอาการ และให้การดูแลรักษาตามลักษณะอาการและปัญหา ให้ข้อมูลญาติถึงเรื่องโรค อาการแสดง ระยะการเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค การวางแผนดูแล

พยาบาล: สอบถามอาการและปัญหา ประเมิน MMSE, ADL/IADL ให้ข้อมูลเรื่องการดูแลกิจวัตรประจำวัน การจัดการปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้น การรับการรักษาต่อเนื่อง แหล่งช่วยเหลือสนับสนุนในชุมชนด้วยการดูแลการส่งต่อ การติดตามเยี่ยมบ้าน

พยาบาลจิตเวช/นักจิตวิทยา: ประเมินภาวะซึมเศร้าผู้ป่วย/ผู้ดูแล (2Q, 9Q) ประเมินพฤติกรรมที่ผิดปกติ ภาระการดูแลของผู้ดูแล การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

เภสัชกร: สอบถาม ติดตามดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา ปฏิกิริยาระหว่างยาที่ใช้ร่วมกัน ปริมาณยาที่เหลือในการติดตามแต่ละครั้ง เพื่อประเมินการได้รับยาสม่ำเสมอ ประเมินการเก็บยาและการใช้ยาที่บ้าน ในระยะหลังดูแลการใช้ยาที่อาจต้องบดก่อนรับประทาน

นักโภชนากร: ประเมินภาวะโภชนาการ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่าดัชนีมวลกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (CBC, albumin, lipid profile) แนะนำชนิดอาหารที่เหมาะสมกับโรคร่วมและระยะของโรค เช่น ระยะสอง จัดอาหารที่หยิบจับกินได้ง่าย ระยะสามแนะนำอาหารเคี้ยวกลืนง่าย อาหารทางสายยาง

นักกิจกรรมบำบัด: ประเมินและวางแผนให้มีกิจกรรมกระตุ้นการทำงานของสมองในผู้ป่วยระยะแรก-ระยะสอง ส่วนในผู้ป่วยระยะสามประเมินการกลืนและสอนบริหารกล้ามเนื้อกระตุ้นการกลืน

นักกายภาพบำบัด: ประเมินการเคลื่อนไหว การเดิน แนะนำการบริหารกล้ามเนื้อ การออกกำลังกาย ผู้ป่วยระยะสามแนะนำการช่วยการเคลื่อนไหวแก่ผู้ดูแล

นักวิชาการสาธารณสุข: ประเมินสิ่งแวดล้อม ความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุไฟฟ้า สารเคมีอันตราย แนะนำปรับสภาพแวดล้อม ปิดประตูรั้ว พื้นต่างระดับติดสีสดใสชัดเจน เช่น สีเหลือง/สีแดง มีราวจับทางเดิน ห้องน้ำ เก็บของเป็นที่เป็นระเบียบ จัดเก็บสารเคมีมิดชิด ใส่ตู้ปิดกุญแจ

นักสังคมสงเคราะห์: ประเมินความต้องการความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ ให้ข้อมูล/ติดต่อเครือข่ายช่วยเหลือในชุมชน ส่งต่อปัญหาให้สถานบริการในพื้นที่รับทราบ

การดูแลรักษา/ฟื้นฟูสภาพ

การดูแลรักษา การดูแลควรให้ครอบคลุมในด้านต่าง ๆ ต่อไปนี้ [2] ได้แก่ การดูแลสุขภาพทั่วไป การดูแลเรื่องการรู้คิดและปัญหาพฤติกรรมอารมณ์โดยการใช้ยาและไม่ใช้ยา และการดูแลกิจวัตรประจำวัน การดูแลให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองให้นานที่สุด เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าและป้องกันภาวะแทรกซ้อน[3] ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและแนะนำ ใช้คำพูดสั้นๆ พูดช้า ชัด ให้เวลาผู้ป่วยทำตาม ให้กำลังใจ ชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำได้ ผู้ดูแลต้องควบคุมไม่แสดงอารมณ์ตอบโต้ผู้ป่วยเมื่อรู้สึกหงุดหงิด การดูแลสภาพแวดล้อมให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรได้อย่างปลอดภัย ปรับพื้นบ้านให้เสมอ ถ้ามีพื้นต่างระดับ ทาสีสว่างให้เห็นชัดเจน ติดสัญลักษณ์หน้าห้องน้ำ ห้องนอน ห้องต่างๆ ใช้สีอ่อน จัดแสงไฟให้สว่างเพียงพอ ไม่มืดหรือสว่างมากเกินไป พื้นห้องน้ำไม่ลื่น มีเก้าอี้นั่งอาบ ก๊อกน้ำชนิดหมุนหรือผลักให้เปิด/ปิดง่าย ของใช้จัดในตำแหน่งหยิบง่าย ไม่สูงหรือต่ำไป วางแผ่นกันลื่น โต๊ะอาหารจัดไว้ตำแหน่งใกล้ถ้วยชาม/แก้วน้ำชนิดไม่แตก เสื้อผ้าใช้ชนิดสวมสบาย ถอดง่าย เก็บของใช้เป็นระเบียบให้ผู้ป่วยหยิบใช้ง่าย และมีผู้ดูแลคอยช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจ

การฟื้นฟูสภาพ เน้นความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในการดำรงชีวิต และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยขึ้นอยู่กับ 2 ปัจจัยหลัก ได้แก่

1. การรู้คิด การฝึกฝนการรู้คิด หมายถึงการช่วยให้การรู้คิดดีขึ้น เน้นที่เกี่ยวข้องกับกิจวัตรประจำวัน ทักษะทางสังคม และพฤติกรรม มักได้ผลดีในกลุ่มผู้ป่วยระยะแรกถึงระยะสอง โดยมีวิธีการต่างๆ ที่นิยม[4] ได้แก่

1.1 Cognitive stimulation การทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่กระตุ้นสมอง ทำให้สมองได้ใช้งาน ทั้งกิจกรรมที่ทำด้วยตนเอง หรือกิจกรรมที่มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เช่น การอ่านหนังสือ ฟังเพลง การพูดคุยเรื่องราวต่าง ๆ การทำกิจกรรมกลุ่ม

1.2 Reality orientation เน้นข้อมูลเกี่ยวกับเวลา สถานที่และบุคคลใช้กระตุ้นผู้ป่วยที่มีความสับสนด้านบุคคล วันเวลา สถานที่ บุคคล เช่น ติดปฏิทิน นาฬิกา รูปถ่ายคนในครอบครัว

1.3 Memory rehabilitation หมายถึง การฟื้นฟูความจำ เน้นการจำและการระลึกถึงข้อมูลต่างๆ ได้เช่นเล่า เหตุการณ์ในอดีตที่สำคัญ ชวนทำกิจกรรมที่ชื่นชอบ ร้องเพลงวาดภาพ

1.4 Neuropsychological rehabilitation เน้นให้ผู้ป่วยมีความสามารถด้านต่างๆ ดีขึ้น

2. ความสามารถในการใช้งานของแขนขา ผู้ป่วยระยะแรกแนะนำการออกกำลังกายเช่นเดียวกับการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ โดยระวังความเสี่ยงต่อการหกล้ม อาจใช้การออกกำลังกายโดยปั่นจักรยานอยู่กับที่ ผู้ป่วยระยะสามมักอยู่กับที่เป็นเวลานาน หรือนอนติดเตียงควรป้องกันภาวะแทรกซ้อนของการนอนติดเตียง การไม่เคลื่อนไหว เช่น ข้อติด กล้ามเนื้อลีบ การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ท้องอืด อาหารไม่ย่อย ท้องผูก เกิดแผลกดทับ ซึ่งอาจไม่แตกต่างจากการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรังระยะสุดท้ายโรคอื่น ๆ

การติดตาม ตัวชี้วัด

1. ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL/IADL) ทุกครั้งที่พบผู้ป่วย
2. ประเมินสภาพสมองเบื้องต้น: MMSE ทุก 3-6 เดือน
3. ประเมินภาวะซึมเศร้า: 2Q, 9Q ผู้ป่วย/ผู้ดูแล ทุกครั้ง
4. ประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม : Time Up and Go Test ทุกปี

เอกสารอ้างอิง

1. สิรินทร ฉันศิริกาญจน. (2557). รูปแบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ “ภาวะสมองเสื่อม” ในคู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ. นนทบุรี: กรมการแพทย์.
2. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2556). การป้องกัน การประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม Dementia: Prevention, Assessment and Care. กรุงเทพ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์.
3. ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2552). การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาระบบประสาทและอื่น ๆ . กรุงเทพ: บริษทบุญ ศิริการพิมพ์.
4. ปิยะภัทร เดชพระธรรม.(2556). การดูแลทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมและผู้ดูแล. ในการป้องกัน การประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม Dementia: Prevention, Assessment and Care. กรุงเทพ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์.
5. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. กรุงเทพ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.

6. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). หลักสำคัญทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
7. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. การป้องกัน การประเมินและการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดภาพพิมพ์;2556.

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีโรคพาร์กินสันที่บ้าน (Parkinson)

วีรศักดิ์ เมืองไพศาล
วีณา ลิ้มสกุล

โรคพาร์กินสัน (Parkinson's disease) เป็นโรคเรื้อรังทางระบบประสาทที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ส่วนกลุ่มอาการพาร์กินโซนิซึม (Parkinsonism) เป็นกลุ่มอาการที่มีความผิดปติของระบบประสาทส่วนกลางที่ส่งผลต่อการเคลื่อนไหวและการพูด โดยมีโรคพาร์กินสันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดพาร์กินโซนิซึมมากที่สุด สาเหตุเกิดจากกลุ่มเซลล์เล็กๆ ในสมองทำงานผิดปกติ สาเหตุที่แท้จริงยังไม่ทราบแน่ชัด ซึ่งอาจมีสาเหตุจากสิ่งแวดล้อม มลภาวะ หรือหลายปัจจัยร่วมกัน

อาการและอาการแสดง มีอาการเฉพาะที่สำคัญ[1] คือ

1. อาการสั่น (tremor) ลักษณะเฉพาะคือ อาการสั่นขณะพัก (resting tremor) เป็นอาการเริ่มแรกที่ตรวจพบในผู้ป่วย อาการสั่นมักเป็นจังหวะ ไม่สามารถควบคุมมือขณะสั่นได้ อาจพบอาการสั่นที่เท้า ศีรษะ คาง ริมฝีปากหรือลิ้นได้ อาการสั่นจะหายไปขณะนอนหลับ หรือขณะพักในที่สงบ ผู้ป่วยมักจะรู้สึกสั่นก่อนที่อาการจะปรากฏเด่นชัด

2. อาการเกร็ง (rigidity) เป็นอาการแข็งเกร็งกล้ามเนื้อเพื่อต่อต้านการยืดกล้ามเนื้อหรือการเคลื่อนไหว อาการตัวแข็ง กล้ามเนื้อหดเกร็งแม้ขณะพัก ทำให้ท่าทางการเดินแบบกระตุกและรู้สึกปวดเมื่อยเป็นเหน็บชาและปวดตามร่างกายได้

3. อาการเคลื่อนไหวช้า (bradykinesia or hypokinesia) ผู้ป่วยมักอยู่นิ่ง ๆ ไม่ค่อยเปลี่ยนอิริยาบถการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นช้า สูญเสียการเคลื่อนไหวโดยอัตโนมัติเช่น การแกว่งแขนขณะเดิน การกะพริบตา การกลืนน้ำลายการนั่งหรือเดินในท่าที่ถูกต้อง สีหน้าเฉยเมย ไม่มีการแสดงออกของใบหน้าเหมือนใส่หน้ากาก

4. การเสียการทรงตัว (postural instability) จากปัญหาการควบคุมการเคลื่อนไหวการทรงตัวไม่ดี ทำให้มีปัญหาในการยืน เกิดภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม อาการอื่นๆ ได้แก่ ท่าเดินผิดปกติ อาการหน้ามืดเวลาเปลี่ยนท่าเป็นท่ายืน (postural hypotension) อาการปวด (บางรายมีอาการคล้ายถูกน้ำร้อนลวก อาการชาตามปลายประสาท) อาการทางจิต (วิตกกังวล ซึมเศร้า ภาวะสมองเสื่อม อาการสับสน ลายเซ็นเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม)

Assessment **ตามระยะของโรคและภาวะแทรกซ้อน**

การประเมินระยะการดำเนินของโรคตามระดับทุพพลภาพของผู้ป่วย นิยมใช้แบบประเมินของ Hoehn and Yahr Scale[1]

ระยะที่ 1 มีอาการเพียงข้างใดข้างหนึ่งข้างหนึ่ง ไม่มีภาวะบกพร่องของการทำงานของร่างกายส่วนต่างๆ หรือถ้ามีก็น้อยมาก

ระยะที่ 2 มีอาการทั้งสองข้าง แต่ไม่มีภาวะบกพร่องของการทรงตัว

ระยะที่ 3 การทรงตัวขณะหันหรือหมุนลำตัวเริ่มเสียไป การเคลื่อนไหวร่างกายลดลง แต่ยังช่วยเหลือตัวเองได้มีภาวะทุพพลภาพเล็กน้อยถึงปานกลาง

ระยะที่ 4 อาการของโรคปรากฏเด่นชัด มีภาวะทุพพลภาพมาก เดินไม่ได้ต้องช่วยประคองยืน

ระยะที่ 5 ต้องนั่งรถเข็น หรือนอนอยู่บนเตียง อาจมีการเจาะคอหรือให้อาหารทางหน้าท้อง

Assessment: **ผู้ป่วยที่มีอาการระยะที่** 1-2

1. Physical

1.1 Function ประเมิน ADL/IADL เพื่อประเมินความสามารถดูแลตนเอง

1.2 Risk: ความเสี่ยงต่อการหกล้มประเมิน Timed Up and Go Test, การนั่งและลุกเดิน (ภาคผนวกหน้า 307)

1.3 Medicine ประเมินอาการข้างเคียงจากการใช้ยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน สับสน เห็นภาพหลอน

2. Mental

2.1 ประเมินความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย: 2Q, 9Q

2.2 ประเมินสภาพสมอง : MMSE

3. Social

3.1 ประเมินปัญหาสัมพันธภาพ สอบถามการเข้าร่วมกิจกรรมเดิมของผู้ป่วยกับชุมชน

3.2 ค้นหาจุดแข็งและแหล่งประโยชน์ของผู้ป่วย ส่งเสริมจุดแข็งใช้แหล่งประโยชน์ช่วย

4. Environment

4.1 ประเมินสภาพแวดล้อมภายในและภายนอกบ้าน ที่อาจทำให้เกิดความเสี่ยงด้านการเคลื่อนไหว การหกล้ม

4.2 ให้ข้อมูลเรื่องความปลอดภัยแก่ครอบครัว แนะนำปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อช่วยการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย

4.3 สอบถามปัญหาการเดินทางเพื่อรับการรักษาในสถานบริการ

ผู้ป่วยที่มีอาการระยะที่ 3-4

1. Physical

1.1 Function ประเมิน ADL/IADL เพื่อประเมินระดับความสามารถในการดูแลตนเอง

1.2 Risk: ความเสี่ยงต่อการหกล้มประเมิน Timed Up and Go Test การนั่งและลุกเดิน

1.3 Medicine ประเมินความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยา สอบถามอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่อาจมีการเพิ่มจำนวนยา เพิ่มปริมาณ เพิ่มความถี่ของยา

2. Mental

2.1 ประเมินภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วย: 2Q, 9Q ความวิตกกังวลของผู้ดูแล

2.2 ประเมินสภาพสมอง: MMSE

3. Social ประเมินความสามารถและส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์ที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย

4. Environment

4.1 ประเมินสภาพแวดล้อมในบ้านที่อาจทำให้เกิดความเสี่ยงของการหกล้ม

4.2 สำรวจความต้องการใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือการเคลื่อนที่ การเดิน เช่น ไม้เท้า

ผู้ป่วยที่มีอาการระยะที่ 5

1. Physical

1.1 Function: ประเมิน ADL

1.2 Risk: ประเมินความเสี่ยงจากการไม่ได้เคลื่อนไหว การนอนเตียงนาน เช่น ข้อติดแข็ง การสำลัก การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ เป็นต้น

1.3 Medicine สอบถามได้รับยา อาจไม่สามารถรับประทานชนิดเม็ดได้ ต้องบด หรือให้ทางสายยาง

2. Mental ประเมินภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยและผู้ดูแล: 2Q, 9Q

3. Social ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ต้องพึ่งพาผู้ดูแล การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัว ชุมชนสังคม เป็นการเยี่ยมเยียนที่บ้าน

4. Environment

4.1 ประเมินสภาพแวดล้อมของห้องที่ผู้ป่วยพัก เตียงมีความสูงเหมาะสมสำหรับให้การดูแลของผู้ดูแล สภาพห้องสะอาด เป็นระเบียบ อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่มีเสียงรบกวน แสงสว่างเพียงพอ

4.2 ประเมินความจำเป็นใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือต่าง ๆ ให้ข้อมูล วิธีใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวันภายในห้อง เช่น ภาชนะรองปัสสาวะ

4.3 ให้ข้อมูลการเดินทางไปรับบริการสาธารณสุขได้สะดวก

การดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคพาร์กินสันที่บ้าน

ประเด็นที่ควรประเมิน	หัวข้อ	เนื้อหา
ความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค	ทราบเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค	
	ทราบข้อดี ข้อเสียของการรักษาแต่ละชนิด	
Motor symptoms	Gait / postural instability	การเดิน การทรงตัวและประวัติการหกล้ม
	Bradykinesia	
	Tremor	
	Cogwheel rigidity	
	Speech/swallowing	
Non-motor symptoms	Neuropsychiatric symptoms	Cognitive impairment, Dementia
		Depression
		Impulse control disorders
		Psychosis and hallucinations
	Sleep problems	REM Sleep Behavioral disorders; RBD
		Vivid dream and hallucinations
		Sleep fragmentation
		Insomnia
		Restless legs syndrome
		Excessive daytime sleepiness
		Sleep attack
	Autonomic dysfunction	Orthostatic hypotension: BP ท่านอนและท่าupright
		Constipation

ประเด็นที่ควรประเมิน	หัวข้อ	เนื้อหา
		Erectile dysfunction
		Urinary incontinence
		Sialorrhea
		Excessive sweating
	Pain	
	Lethargy	
motor complication	Predictable wearing off	
	Dyskinesia	
	On-off fluctuation หรือ Yo-yoing	
	Delayed or partial “on” response	
	Unpredictable sudden “off”	
ความถูกต้องของการรับประทานยาและ	ความถูกต้องของการรับประทานยา	โดยเฉพาะการรับประทาน levodopa ก่อนอาหาร และการหลีกเลี่ยงยาที่มี drug interaction กับ Monoamine oxidize B inhibitors
ผลข้างเคียงจากยา	Levodopa-based เช่น sinemet, levomed, levomet, madopar, vopar, stalevo	คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ สับสน ภาพหลอน
	Dopamine agonist ergot dopamine agonist เช่น bromocriptine non-ergot dopamine agonist เช่น piribedil, pramipexole, ropinirole, rotigotine trandermal patch	คลื่นไส้ อาเจียน ความดันโลหิตต่ำ สับสน ภาพหลอนอาการที่ทำซ้ำๆและไม่สามารถควบคุมได้ (pounding) พังผืดในอวัยวะภายใน เช่น ลิ้นหัวใจและปอด

ประเด็นที่ควรประเมิน	หัวข้อ	เนื้อหา
	monoamine oxidase B inhibitors selegiline rasagiline	นอนไม่หลับสับสนเห็นภาพหลอน serotonin syndrome ความดันโลหิตสูงอย่างรุนแรงถ้ารับประทานอาหาร tyramine สูง
	Catechol-O-Methyltransferase inhibitor เช่น entacapone	ปวดท้อง ท้องเสีย ปัสสาวะสีเข้ม และผลข้างเคียงจากการเสริมฤทธิ์ของ levodopa
	Anticholinergics เช่น trihexyphenidyle, benzhexol	ตาพร่าหัวใจเต้นเร็วปัสสาวะลำบากคลื่นไส้ท้องผูกและปากแห้งสับสน
สุขภาพโดยทั่วไปและโรคประจำตัวอื่นๆ	ตามแนวทาง comprehensive geriatric assessment	
การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค	ตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในผู้สูงอายุ	การตรวจคัดกรองโรค การฉีดวัคซีน การให้ยาป้องกันโรค การได้รับคำแนะนำในการดูแลสุขภาพ
การประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADLs)	ตามแนวทาง comprehensive geriatric assessment	
การออกกำลังกายและการเคลื่อนไหว	Breathing exercise	
	Facial exercise	
	Neck exercise	
	Back exercise	
	Upper body exercise	
	Leg exercise	
	Posture	

ประเด็นที่ควรประเมิน	หัวข้อ	เนื้อหา
	Movement	Approaching and sitting down in a chair
		Getting up from a chair
		Turning in bed and getting up from bed
		Walking
		Turning while walking
		Changing direction
		Tremor
		Freezing
การจัดการอาหาร	รูปแบบของอาหารครบหมู่ พลังงานเพียงพอ เคี้ยวและกลืนได้สะดวก มีเส้นใย (fiber) สูง แคลเซียมและวิตามินดีสูง โปรตีนเพียงพอ 1-1.2 กรัม/น้ำหนักตัว เป็นกิโลกรัม	ในผู้ที่มี motor fluctuation มาก อาจโปรตีนในมื้อเช้าและเที่ยงไม่ควรเกิน 10 กรัมต่อมื้อ ส่วนที่เหลือให้ในมื้อเย็น เพื่อช่วยเรื่องการดูดซึมยาในตอนกลางวัน แต่ถ้ามี motor fluctuation ปานกลาง ให้กระจายโปรตีนในแต่ละมื้อให้ใกล้เคียงกัน
การสื่อสารและการกลืน	การสื่อสาร	สอนเทคนิกในการสื่อสารและการออกเสียง
	การกลืน	สอนเทคนิกในการกลืน
การใช้อุปกรณ์ในการช่วยในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน	- อุปกรณ์ในการช่วยลุกยืนและทรงตัว - อุปกรณ์ในการช่วยการเคลื่อนไหว - อุปกรณ์ช่วยในการรับประทานอาหาร/ในครัว - อุปกรณ์ในห้องน้ำ	

ประเด็นที่ควรประเมิน	หัวข้อ	เนื้อหา
	- อุปกรณ์ในห้องนอน	
Social support และ community resources	ผู้ดูแลและครอบครัว	
	แหล่งสนับสนุนในชุมชน	ชมรมโรคพาร์กินสันไทย
		Rehabilitation service
		Social daycare service
		Home nursing and home care medical services
		Home health service
		Respite care
		Community case management service

การวางแผนร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพตามอาการแสดงและระยะของโรค

แพทย์ ประเมินตามอาการและอาการแสดงของโรค และการตอบสนองต่อยา levodopa การดูแลรักษาตามลักษณะอาการ/ปัญหา ให้ข้อมูลญาติเรื่องโรค อาการ การวางแผนดูแลต่อเนื่องและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน

พยาบาล สอบถามอาการผู้ป่วย ปัญหาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ประเมิน ADL/IADL ให้ข้อมูลการดูแลกิจวัตรประจำวัน วางแผนกิจกรรมยืดเส้นยืดสายแต่ละวัน (daily stretching activities) การจัดสิ่งแวดล้อม การรับการรักษาต่อเนื่อง แหล่งช่วยเหลือ/สนับสนุนในชุมชน การส่งต่อการดูแลต่อเนื่อง และการติดตามเยี่ยมบ้าน ประเมินผู้ดูแลว่ามีปัญหาการดูแลผู้ป่วยเรื่องใดบ้าง ให้คำแนะนำตามปัญหา เช่น ความเข้าใจเรื่องโรค วิธีการให้ยา การดูแลฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนตามระยะของโรค

พยาบาลจิตเวช/นักจิตวิทยา ประเมินความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้าผู้ป่วย ประเมิน: 2Q, 9Q ให้การสนับสนุนทางจิตใจ

เภสัชกร สอบถาม ติดตามดูแลการใช้ยาของผู้ป่วย อาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา การรับประทานยาตรงตามเวลา อาหารที่ควรงด หรือหลีกเลี่ยงการรับประทานพร้อมหรือใกล้มื้อยา ประเมินการใช้ยาที่บ้าน

นักกายภาพบำบัด ประเมินการเคลื่อนไหว ทำกายภาพบำบัด การออกกำลังกายที่เหมาะสม การฝึกหัดขั้นตอนการใช้เครื่องช่วยเหลือการทำกิจวัตรประจำวัน

นักโภชนากร ประเมินภาวะโภชนาการ น้ำหนัก ค่าดัชนีมวลกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ(CBC, albumin, lipid profile) แนะนำอาหารที่เหมาะสมสำหรับรับประทานเอง อาหารให้ทางสายยาง

นักกิจกรรมบำบัด ประเมินอาการสั่นของหน้า คาง ริมฝีปาก และกระตุ้นการเคลื่อนไหวใบหน้าและลิ้น ให้ผู้ป่วยฝึกการอ่านออกเสียงดัง

นักวิชาการสาธารณสุข ประเมินสิ่งแวดล้อม ความเสี่ยงต่ออุบัติเหตุ

นักสังคมสงเคราะห์ ประเมินความต้องการช่วยเหลือ แนะนำเครือข่าย/แหล่งช่วยเหลือ วิธีการติดต่อ

การดูแลรักษา/ฟื้นฟูสภาพ

การดูแลรักษา

1. การรักษาโดยการใช้ยา[1]แบ่งออกเป็น

1.1 การป้องกันการทำลายของเซลล์ประสาท เป็นยาช่วยชะลอการดำเนินไปของโรค หรือช่วยชะลอภาวะทุพพลภาพ โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถคงการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ให้นานที่สุดตัวอย่างยา เช่น selegiline

1.2 การรักษาตามอาการพิจารณาจากอาการว่ารบกวนการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเพียงใดควรเริ่มตั้งแต่สังเกตอาการได้ ได้แก่ ยา levodopa ช่วยทดแทนสารสื่อประสาทที่ลดน้อยลง อาการข้างเคียงที่พบบ่อย คือ คลื่นไส้อาเจียน เบื่ออาหาร การรับรสเสีย อาการแสบร้อนบริเวณลิ้นปี่ ภาวะสับสนและประสาทหลอน การเริ่มให้ยากลุ่มนี้[2] ควรระวัง postural hypotension เพราะยาอาจทำให้ความดันโลหิตต่ำลงไปอีกและขัดขวางการฝึกเดินของผู้ป่วย

2. การรักษาโดยการผ่าตัดสมอง

3. การรักษาอื่นๆ โดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถเคลื่อนไหวได้และคงความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง

การฟื้นฟูสภาพ

1. การทำกายภาพบำบัดโดยการทำยืดเหยียดกล้ามเนื้อ บริหารข้อต่อต่างๆ โดยให้ผู้ป่วยทำเองและช่วยทำให้ในส่วนที่ทำเองไม่ได้ (passive & active stretching exercise) อย่างน้อย 2 ครั้งต่อวัน ส่งเสริมการเคลื่อนไหวเพื่อฟื้นฟูสภาพ 4 ครั้งต่อวัน ได้แก่ การเดินช้าๆ ก้าวสั้นๆ การตั้งใจเดินตาม เส้นเดินไปพร้อมนับเลข ฟังเพลง ฝึกเดินตัวตรง แกว่งแขน ฝึกกับจังหวะเพลง การเคลื่อนไหวอย่างปลอดภัย สวมรองเท้าพื้นไม่ลื่น[3]

2. กิจกรรมบำบัดการฝึกพูดเสียงดัง การนวดกล้ามเนื้อหน้า ปาก คอ

3. กิจกรรมทางสังคม นันทนาการที่ให้ความเพลิดเพลิน เช่น วาดภาพทำสวน เล่นดนตรี

การติดตาม ตัวชี้วัด

1. ด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL/IADL) ทุกครั้งที่พบผู้ป่วย
2. ประเมินสภาพสมองเบื้องต้น: MMSE ทุกปี
3. ประเมินภาวะซึมเศร้า: 2Q, 9Q ผู้ป่วย/ผู้ดูแลทุกปี
4. ประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม: Timed Up and Go Test ทุกปี (ภาคผนวกหน้า 307)

เอกสารอ้างอิง

1. ศิริพันธ์ สาสัตย์. (2554).การพยาบาลผู้สูงอายุปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล. กรุงเทพ: บริษัท แอคทีฟ พริ้นท์ จำกัด.
2. ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2554). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพ: บริษัทยูเนี่ยน ครีเอชั่นจำกัด.
3. ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2552). การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาระบบประสาทและอื่น ๆ . กรุงเทพ: บริษัทบุญ ศิริการพิมพ์.
4. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการคัดกรอง/ประเมินผู้สูงอายุ. กรุงเทพ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์สงเคราะห์องค์การทหารผ่านศึก.
5. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). หลักสำคัญทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
6. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2557). คู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ. นนทบุรี: กรมการแพทย์.

7. Tan L. Moving on with Parkinson's disease. Singapore: SNP International Publishing Pte Ltd; 2005.
8. ศูนย์รักษาโรคพาร์กินสัน และกลุ่มโรคความเคลื่อนไหวผิดปกติแห่งโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์สภากาชาดไทย. คู่มือแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคพาร์กินสันสำหรับแพทย์ในเวชปฏิบัติ (Clinical practice guideline for diagnosis and management of Parkinson's disease) (Internet). 2555. (เข้าถึงเมื่อ 30 พฤศจิกายน 2557). เข้าถึงได้จาก http://www.parkinsonthailand.com/?page_id=105.

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุมีปัญหาทางการมองเห็นและการได้ยินที่บ้าน (Special Senses)

วีณา ลิ้มสกุล

วัยสูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของตัวรับความรู้สึก และกระบวนการนำส่งข้อมูลเพื่อแปลผลเซลล์ประสาทรับความรู้สึกลดจำนวนลง เป็นผลให้เกิดการสูญเสียและมีการเปลี่ยนแปลงของการรับความรู้สึก นอกจากผลการเสื่อมตามวัย ส่วนใหญ่มักเกิดร่วมกับโรคอื่น ๆ ของผู้สูงอายุด้วย ซึ่งอาจมีผลให้การรับความรู้สึกผิดปกติมากขึ้น ผู้ที่อายุเกิน 65 ปี มีความผิดปกติเกี่ยวกับการมองเห็นเกือบร้อยละ 13 ตาบอด ร้อยละ 10 พบตาบอดของผู้สูงอายุในชุมชนร้อยละ 3 ความบกพร่องในการได้ยิน พบร้อยละ 30-50 ในผู้ที่อายุระหว่าง 65 -79 ปีผู้สูงอายุที่มีการสูญเสียการรับความรู้สึกหลายชนิด ต้องใช้ความพยายามในการปรับตัว อาจเกิดการแยกตัว ทำให้ได้รับการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมลดลง [1] นอกจากนี้ความผิดปกติของการรับความรู้สึกหนึ่งอาจมีผลต่อการรับความรู้สึกชนิดอื่น เช่น การมองเห็นเป็นหนึ่งในกลไกการทรงตัวที่สำคัญมาก[2] การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึกที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ การมองเห็น การได้ยินเสียง

การมองเห็น ปัญหาเรื่องการมองเห็นมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชราและโรคต่างๆ เช่น ต้อกระจก (cataract) จอประสาทตาเสื่อม (age-related maculopathy) ต้อหิน (glaucoma) โรคประสาทตาฝ่อ (optic atrophy) และโรคแก้วตาขุ่น (corneal opacity) หรือเกิดจากภาวะแทรกซ้อนของโรคต่างๆ ต่อตา เช่น โรคเบาหวาน เป็นต้น [3]

ต้อกระจก (Cataract)เกิดจากการตกผนึกของเนื้อเลนส์ เลนส์และเยื่อหุ้มเลนส์ขุ่น เลนส์หนามีสีเหลือง ความขุ่นของเลนส์ขัดขวางการผ่านของแสงเข้าสู่ตามีการสะท้อนกลับของแสงเกิดอาการไวต่อแสงจ้า เห็นแสงสีรุ้งรอบๆ ไฟ ตามัว อ่านหนังสือไม่ชัด เป็นมากเวลากลางคืน[1]

โรคศูนย์กลางจอตาเสื่อมเนื่องจากอายุ (Age-related Macular degeneration: AMD) เป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากการเสื่อมของบริเวณศูนย์กลางจอตา ทำให้ไม่สามารถเห็นบริเวณศูนย์กลางของภาพได้ มักพบในผู้ที่มีอายุมากกว่า 50 ปี โรคมีการดำเนินโรคมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยไม่มีอาการเจ็บปวด แต่สามารถทำให้ตาบอดได้ โรคนี้เป็นสาเหตุของการสูญเสียการมองเห็นอย่างรุนแรง อาการที่พบ ได้แก่ เห็นภาพบิดเบี้ยว มองเห็นเส้นตรงเป็นเส้นคดบิดเบี้ยว มองตรงกลางภาพไม่ชัด ส่วนกลางของภาพที่มองขาดหายหรือมืดดำ มองภาพเล็กลงหรือใหญ่ขึ้น การมองต้องใช้แสงเพิ่มขึ้น มองเห็นลดลงเวลากลางคืน เห็นความสดของสีลดลง การดำเนินของโรคมี 2 ระยะ[4]

จอตาเสื่อมในระยะเริ่มแรก (Early-stage AMD) จะพบจุดสีเหลือง ๆ บนจอตา เรียกว่า ดรูเซน (Drusen) เกิดจากการสะสมของเสียจากเซลล์จอตา ระยะนี้อาจไม่มีผลต่อการมองเห็น

จอตาเสื่อมในระยะท้าย ๆ (Late-stage AMD) เกิดเส้นเลือดใหม่งอกที่ชั้นคอรอยด์ มีพังผืดเกิดตามหลอดเลือด พบแผลเป็นสีขาวใต้ เรตินา ทำให้การมองเห็นของผู้ป่วยเลวลง

ต้อหิน (Glaucoma) มีการดำเนินโรคช้า ๆ จากการเพิ่มความดันในลูกตา (intraocular pressure) ส่งผลให้ตาแข็งเกิดการเสื่อมของเรตินา เส้นประสาทตา (optic nerve) ฝ่อ และตาบอด โรคนี้พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชายถึงสองเท่า โรคต้อหินร้อยละ 80-90 เป็นชนิดมุมเปิด (open-angle) หรือชนิดเรื้อรัง มีอาการปวดตาเล็กน้อย ปวดศีรษะ ลานสายตาแคบ เห็นสีรุ้งรอบดวงไฟ มีอาการมากตอนเช้า ตามัวจนอาจทำให้ตาบอดได้ อีกประมาณร้อยละ 10 เป็นชนิดมุมปิด (closed-angle) ทำให้มีอาการเฉียบพลัน เช่น ผลจากการเพิ่มความดันในลูกตาจะทำลายเส้นประสาท optic และเรตินา ทำให้เห็นภาพบริเวณรอบ ๆ ไม่ชัดในระยะแรก ตามด้วยการเห็นภาพไม่ชัดทั้งหมดและตาบอดอย่างถาวรถ้าไม่ได้รับการรักษา[1]

ประเมินระยะของโรคและภาวะแทรกซ้อน

การประเมินความสามารถในการมองเห็น ที่ใช้ทั่วไป คือ วัดการมองเห็น (visual acuity examination) โดยใช้ Snellen's chart[3] ร่วมกับการประเมินจากอาการและพฤติกรรมซึ่งแสดงถึงปัญหาในการมองเห็น เช่น อาการปวดตา มองไม่เห็นในที่มืด มองเห็นภาพซ้อนหรือบิดเบี้ยว ปวดศีรษะและตามัว เห็นสีรุ้งรอบดวงไฟ สำหรับพฤติกรรมที่อาจแสดงถึงการมีปัญหาในการมองเห็น[1] เช่น เดินชนวัตถุสิ่งของหกล้ม ไม่สามารถอ่านหนังสือได้เหมือนเดิม ดูโทรทัศน์ในระยะใกล้ ทรงตัวลำบาก ใส่เสื้อผ้าสีไม่เข้ากัน เป็นต้น

Physical: สอบถามปัญหาการมองเห็น ประเมินการมองเห็น ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL/IADL)

Mental: ประเมินภาวะซึมเศร้า (2Q/9Q) เนื่องจากผู้ป่วยอาจรู้สึกลดคุณค่าตนเอง

Social: ประเมินกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเคยปฏิบัติ และความสามารถในการทำกิจกรรมปัจจุบันที่สามารถทำได้ การแยกตัวจากสังคมเนื่องจากมองเห็นไม่ชัดเจน

Environment: ประเมินสภาพแวดล้อมมีความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ เช่น แสงไฟสว่างให้เพียงพอ ใช้สีชัดเจน สีตัดกัน ไม่สะท้อนแสง มีราวจับยึด

การวางแผนร่วมกันในทีมสหสาขาวิชาชีพ

เน้นการฟื้นฟูสภาพการมองเห็น โดยประเมินความบกพร่องในการมองเห็นเพื่อนำสู่การช่วยเหลือให้ดีขึ้น โดยใช้หลักการป้องกันโรค การประเมินและส่งต่อเพื่อให้ได้รับการรักษาต่อไป การใช้อุปกรณ์ช่วยรับความรู้สึกที่เหมาะสมกับปัญหา การปรับสภาพแวดล้อม และการให้ความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลตนเอง

การดูแลรักษา/ฟื้นฟูสภาพ

ผู้สูงอายุที่ยังไม่มีความผิดปกติ แนะนำให้สนใจและดูแลถนอมสายตา หลีกเลี่ยงการได้รับแสงอุลตร้าไวโอเล็ตในแสงแดด ใส่แว่นกันแดด ใช้น้ำตาเทียมเมื่อตาแห้ง หลีกเลี่ยงสารระคายเคืองต่าง ๆ ตรวจความดันตาและการมองเห็นทุกปี

ผู้ที่มีปัญหาการมองเห็น แนะนำให้พบแพทย์เพื่อรับการรักษา ถ้าได้รับการผ่าตัดแนะนำการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำที่ได้รับมาอย่างเคร่งครัด เช่น ปิดครอบตาเวลานอน ไม่นอนตะแคงด้านที่ผ่าตัด ใส่แว่นตาเวลาอยู่บ้าน และใส่แว่นกันแดดเวลาออกนอกบ้าน ห้ามก้มหน้า ไม่ยกของหนักเกิน 7 กิโลกรัม[1]

ผู้ป่วยต้อหินที่มีอาการเฉียบพลัน ปวดตารุนแรง ระยะแรกจะได้รับยาลดความดันในลูกตาก่อน ต่อมาอาจให้การรักษาวิธีอื่นร่วมด้วย เช่น แสงเลเซอร์ แนะนำผู้ป่วยให้รับการรักษาต่อเนื่องแม้ไม่มีอาการควรตรวจตาทุก 6 เดือน การหยอดยาตรงเวลาเพื่อให้ยาออกฤทธิ์สม่ำเสมอ ยาอาจมีผลให้ตามัวหลังหยอด 15-20 นาที เนื่องจากรูม่านตาหดตัว[1]

การฟื้นฟูผู้ที่มองไม่ชัดโดยใช้เครื่องช่วยต่าง ๆ เช่น แว่นตา ใช้อักษร/ตัวเลขตัวโตกับของใช้ในชีวิตประจำวัน มีเครื่องมือขยายตัวอักษร ใช้การรับความรู้สึกอื่นแทนการมองเห็น เช่น ฟังวิทยุแทนการอ่าน แนะนำให้รับการรักษาต่อเนื่อง ให้กำลังใจ เพิ่มความมั่นใจในการปรับตัว ส่งเสริมให้ช่วยตนเอง มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำกิจกรรมที่ชอบ ให้ความรู้ ประเมินความเข้าใจผู้สูงอายุ/ผู้ดูแลเกี่ยวกับการดำเนินของโรคและวิธีการดูแล

การติดตาม ตัวชี้วัด

วัดการมองเห็น (visual acuity examination) และวัดความดันตาทุกปี

การได้ยิน

ปัญหาเรื่องการได้ยินผิดปกติในผู้สูงอายุไทยพบในเพศชายมากกว่าหญิงเกือบสองเท่า พบได้ร้อยละ 16.3 เกิดจากโรคของหูชั้นนอกร้อยละ 12.5 และโรคของหูชั้นกลางร้อยละ 2.7 โดยโรคของหูที่พบ

ได้บ่อยที่สุดคือ ขี้หูอุดตันร้อยละ 8 และหูชั้นนอกอักเสบร้อยละ 4.3 สาเหตุอื่นๆ ได้แก่ หูชั้นกลางอักเสบ presbycusis และประสาทหูเสื่อม เป็นต้น[3]

ขี้หูอุดตัน (cerumen impaction) เป็นปัญหาที่พบบ่อยมาก และสามารถแก้ไขได้ง่าย เนื่องจากในวัยสูงอายุ ต่อมสร้างขี้หูมีจำนวนลดลง และมีการฝ่อของต่อมไขมัน ขี้หูจึงแห้งแข็ง มักพบในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพา[1]

โรคหูตึง presbycusis เกิดจากการฝ่อของ organ of Corti การเสื่อมของเส้นประสาทจาก cochlea หรือการขาดเลือดไปเลี้ยง ทำให้รับฟังเสียงสูงลำบาก มีปัจจัยเสริมจากการรับฟังเสียงดังมากๆ เป็นเวลานาน ปัจจัยทางกรรมพันธุ์ โรคหลอดเลือดแข็ง โรคเบาหวาน การได้รับยาที่เป็นพิษต่อหู[1]

ประเมินระยะของโรคและภาวะแทรกซ้อน

Physical:

1. ประเมินปัญหาการได้ยินเสียงของผู้ป่วย สังเกตการจากการถาม-ตอบ โดยการให้มองหน้าผู้ถามตามด้วยการไม่มองหน้าผู้ถาม[1]

2. ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL/IADL)

3. สอบถามการได้รับยาบางชนิดที่ส่งผลต่อการได้ยิน เช่น ยาปฏิชีวนะ กลุ่ม aminoglycosides

4. ค้นหาผู้ที่มีปัญหาการได้ยิน โดยการกระซิบ (whispering test) ถ้าพูดตามไม่ถูก แสดงถึงความผิดปกติ

การทดสอบเสียงกระซิบ[5]

1. ยืนด้านหลังข้างที่จะทดสอบห่างประมาณ 60 เซนติเมตร เพื่อป้องกันการอ่านริมฝีปาก ให้ผู้สูงอายุเอามือปิดหูอีกข้าง

2. การทดสอบใช้ตัวเลขผสมตัวอักษร บอกครั้งละ 3 ตัว เช่น 6-ข-9, ด-3-จ

3. เมื่อผู้ป่วยหายใจออก บอกชุดตัวเลขและตัวอักษรที่เตรียมไว้ด้วยเสียงกระซิบ

4. ถ้าพูดตามไม่ถูก ทดสอบใหม่ โดยผสมตัวเลขและตัวอักษร จำนวน 6 ตัว กระซิบบอกหลังผู้ป่วยหายใจออก ถ้าพูดตามถูกเกิน 3 ตัวแสดงว่าปกติ ถ้าน้อยกว่า 3 ตัวแสดงว่าไม่ปกติ

5. ผู้สูงอายุที่พูดตามถูกแสดงว่าการได้ยินปกติ ควรทดสอบใหม่ทุกปี

Mental: ประเมินภาวะซึมเศร้าเนื่องจากผู้ป่วยอาจรู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง

Social: ประเมินกิจกรรมที่ผู้สูงอายุเคยปฏิบัติ และความสามารถในการทำกิจกรรมปัจจุบัน การแยกตัวจากสังคม

Environment:ประเมินสภาพแวดล้อมว่าปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ ความเสี่ยงต่อการหกล้ม มีเสียงดังมากที่รบกวนการดำรงชีวิตประจำวัน

การดูแลรักษา/ฟื้นฟูสภาพ

มีวัตถุประสงค์เพื่อให้สามารถตรวจพบความผิดปกติในระยะแรก ส่งเสริมการติดต่อสื่อสารให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ป้องกันการแยกตัวจากสังคม ทำกิจกรรมต่างๆได้ การประเมินความสามารถในการได้ยิน สังเกตพฤติกรรม เช่น ไม่สนใจผู้อื่น แยกตัว ไม่ค่อยเข้าใจคำแนะนำ พูดเสียงดัง ให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจจากแพทย์เฉพาะทาง ตลอดจนจัดหาอุปกรณ์ช่วย เช่น ใช้รูปภาพ ใช้การเขียน มีลำโพงขยายเสียงโทรศัพท์[1]

แนะนำเทคนิคการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพแก่บุคคลในครอบครัว ได้แก่ การพูดช้าๆ ชัดๆ ใช้ประโยคสั้นๆ พูดใช้เสียงต่ำ ไม่ตะโกน ใช้น้ำเสียงสม่ำเสมอ มองหน้าผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถอ่านริมฝีปากได้ สังเกตสีหน้า พูดซ้ำเฉพาะคำที่ไม่เข้าใจ แสดงสีหน้าหรือมือประกอบ ไม่ควรมีเสียงรบกวนจากสิ่งแวดล้อม ถ้าสูญเสียการได้ยินข้างเดียวให้พูดด้านหูที่ดี ช่วยผู้สูงอายุที่สูญเสียการได้ยินด้วยการใช้เครื่องช่วยฟัง (hearing aid) ที่เหมาะสม ให้เรียนรู้การตั้งเครื่อง ติดตามปัญหา ให้ผู้สูงอายุเข้าใจว่าจะต้องมีระยะเวลาในการปรับตัวเมื่อใช้เครื่องช่วยฟัง

การติดตาม ตัวชี้วัด

ประเมินปัญหาการได้ยินทุกปีผู้ที่มีปัญหาการได้ยินเสียง ส่งตรวจการได้ยินเสียงของผู้ป่วยด้วย audiometry เป็นระยะ[3]

เอกสารอ้างอิง

1. ลิวรรณ อุนนาภิรักษ์. (2552). การพยาบาลผู้สูงอายุ ปัญหาระบบประสาทและอื่น ๆ. กรุงเทพ: บริษทบุญ ศิริการพิมพ์.
2. ประเสริฐ อัสสันตชัย. (2554). ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพ: บริษทยูเนี่ยน ครีเอชั่นจำกัด.
3. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. (2557). แนวทางการส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค และเฝ้าระวังการเจ็บป่วยในผู้สูงอายุ. ในคู่มือแนวทางการจัดบริการสุขภาพผู้สูงอายุในสถานบริการสุขภาพ. นนทบุรี: กรมการแพทย์.
4. เอื้องพร พิทักษ์สังข์. (2554). การพยาบาลและหัตถการทางตา. กรุงเทพ: บริษทศิริวัฒนาอินเตอร์พริ้นท์ จำกัด (มหาชน).

5. Pirozzo S. Whispered voice test for screening for hearing impairment in adults and children: systematic review. BMJ.2003 October 25;327(7421):967.
6. สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล. (2542). หลักสำคัญทางเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ.(พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ที่บ้าน

ศิริรัตน์ ปานอุทัย

ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เป็นภาวะที่มีการสูญเสียการควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะซึ่งเป็นปัญหาทางสังคมหรือปัญหาด้านสุขนิสัย ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตทั้งด้านร่างกาย สังคมอารมณ์ และด้านเพศสัมพันธ์

ชนิดของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

1. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ชนิดเล็ด (stress incontinence) เป็นภาวะกลั้นปัสสาวะไม่ได้ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่ทำให้แรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น อาการประกอบด้วยการมีการไหลออกมาของปัสสาวะในปริมาณน้อยๆ ขณะมีกิจกรรมที่เพิ่มแรงดันในช่องท้อง เช่น การไอ การจาม พบบ่อยในผู้หญิง แต่อาจพบได้ในผู้ชายภายหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมาก

2. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบราด (urge incontinence) เป็นการกลั้นปัสสาวะไม่ได้โดยมีความอยากถ่ายปัสสาวะอย่างรุนแรง โดยอาการประกอบด้วยการถ่ายปัสสาวะบ่อย ถ่ายปัสสาวะตอนกลางคืน โดยปริมาณปัสสาวะมีปานกลางหรือมาก

3. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบผสม (mix incontinence) เป็นการกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบผสมระหว่างแบบราดและแบบเล็ด

4. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบไหลท้น (overflow incontinence) เป็นการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ประเภทที่มีการขยายของกระเพาะปัสสาวะ อาจเกิดจากกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะไม่บีบตัวหรือการอุดกั้นของทางปัสสาวะ ทำให้มีการขยายตัวมากของกระเพาะปัสสาวะและมีการไหลท้น อาการที่พบมักเป็นการมีปัสสาวะหยด ปัสสาวะคั่งค้างในกระเพาะปัสสาวะ มีปัสสาวะไหลออกมาโดยไม่มีอาการปวดปัสสาวะ สาเหตุสำคัญคือต่อมลูกหมากโต

5. ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบที่มีข้อจำกัดด้านร่างกาย (functional incontinence) เป็นการกลั้นปัสสาวะไม่ได้โดยสาเหตุมิได้จากความผิดปกติของระบบขับถ่ายและระบบสืบพันธุ์ แต่เป็นความบกพร่องด้านร่างกายหรือสติปัญญา ทำให้ไม่สามารถเดินไปขับถ่ายปัสสาวะที่ห้องน้ำได้เองอย่างอิสระ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

1. การติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ทำให้เกิดการระคายเคืองกระเพาะปัสสาวะทำให้กระเพาะปัสสาวะหดตัวถี่ขึ้น

2. ภาวะจิตใจ เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล สับสน ทำให้ขาดความสนใจในการขับถ่าย

3. การอุดกั้นของอุจจาระ ภาวะอุจจาระแข็งจากท้องผูกจะกดบริเวณคอกระเพาะปัสสาวะหรือหูรูดชั้นนอกของกระเพาะปัสสาวะทำให้ปัสสาวะลำบาก การล้วงอุจจาระอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานได้

4. การใช้ยา เช่น ยาขับปัสสาวะ ยาต้านการซึมเศร้า ยาแก้แพ้ อาจส่งผลให้เกิดการสับสน และการคั่งค้างของปัสสาวะ

5. ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ เช่น เบาหวาน เบาจืด ทำให้ปัสสาวะบ่อย และกล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนแรง นอกจากนั้นการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนทำให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน กล้ามเนื้อหูรูดอ่อนแอลง

6. ความอ้วน ทำให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานอ่อนแอ

7. การสูบบุหรี่ทาร์ในบุหรี่ทำให้ระคายเคืองกระเพาะปัสสาวะ นอกจากนั้นการไอเรื้อรังทำให้ปัสสาวะเล็ดได้

ผลกระทบของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

1. ผลกระทบด้านร่างกาย การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ส่งผลให้เกิดการระคายเคืองผิวหนังบริเวณรอบปลายท่อปัสสาวะ ถ้ารุนแรงอาจเกิดการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะได้

2. ผลกระทบด้านการเดินทาง การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ทำให้ผู้สูงอายุลดหรืองดการเดินทาง เนื่องจากกลัวการปัสสาวะเล็ดหรือกลัวว่าจะหาห้องน้ำไม่ได้ โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่ชอบเดินทางไปพักผ่อนหรือไปร่วมกิจกรรมต่างๆ จะงดกิจกรรมดังกล่าว ทำให้ต้องใช้ชีวิตอยู่ในบ้านเป็นส่วนใหญ่

3. การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การเข้าร่วมกิจกรรมกับสังคมหรือแม้แต่กิจกรรมกับครอบครัวและกิจกรรมทางศาสนาจะลดลง

4. ด้านสุขภาพจิต การกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอับอายที่ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะของตนเองไม่ได้ และอายกลิ่นที่เป็นที่รังเกียจของคนอื่น รวมถึงการจำกัดกิจกรรมทางสังคม

การประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

การประเมินภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เป็นการประเมินทั้งชนิดและความรุนแรง เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสม นอกจากนั้นควรมีการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรม ข้อจำกัด

ด้านสิ่งแวดล้อม และระดับสติปัญญาของผู้สูงอายุควบคู่ไปด้วย เนื่องจากภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่อาจเกิดจากข้อจำกัดด้านร่างกาย สิ่งแวดล้อมและสติปัญญา [2]

สำหรับความรุนแรงของภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ จำแนกโดยใช้เกณฑ์ความถี่ของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่และปริมาณของปัสสาวะที่เล็ดหรือราดออกมา

การป้องกันและจัดการภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ [3]

1. **การให้ความรู้เกี่ยวกับการปรับแบบแผนชีวิต**

1.1 การลดน้ำหนักในผู้ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐาน เพื่อลดแรงดันในช่องท้องและในกระเพาะปัสสาวะ

1.2 การเลิกสูบบุหรี่ในผู้ที่สูบบุหรี่ ทำให้ลดอาการไอเรื้อรัง

1.3 การฝึกหัดขับถ่ายให้เป็นเวลา การป้องกันอาการท้องผูกโดยการรับประทานผักผลไม้ การดื่มน้ำมากๆ

1.4 การปรับเวลาการเข้าห้องน้ำให้เป็นเวลา

1.5 การจำกัดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เนื่องจากทำให้ปัสสาวะบ่อย และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เนื่องจากกดระบบประสาทส่วนกลางและระคายเคืองกระเพาะปัสสาวะ

1.6 ดื่มน้ำอย่างเพียงพอ 1.5-2 ลิตรต่อวัน ถ้าไม่มีข้อห้าม และงดการดื่มก่อนนอน 2 ชั่วโมง การดื่มน้ำน้อยเกินไปทำให้เกิดการระคายเคืองกระเพาะปัสสาวะ

2. **พฤติกรรมบำบัด โดยการให้ความรู้และฝึกปฏิบัติ**

2.1 การกำหนดตารางการขับถ่ายปัสสาวะ โดยให้ผู้สูงอายุปัสสาวะทุก 1-2 ชั่วโมง และถ้ากลั้นได้จะเพิ่มระยะเวลาในครั้งต่อไปจนสามารถกลั้นได้นาน 3-4 ชั่วโมง ซึ่งได้ผลดีในผู้สูงอายุที่มีการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่แบบราด แต่ถ้ากลั้นไม่ได้ให้ลดระยะเวลาลง

2.2 การบริหารกล้ามเนื้อพื้นเชิงกราน ได้ผลดีสำหรับผู้สูงอายุที่มีการกลั้นปัสสาวะไม่ได้แบบเล็ด การฝึกในท่านั่งบนเก้าอี้ แยกเท้าห่างกันเล็กน้อย ฝ่าเท้าวางราบกับพื้น แล้วฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อรอบฝีเย็บ และทวารหนัก ระยะเวลาการเกร็งและคลายแต่ละครั้งนับเลข 1-10 การฝึกแต่ละครั้งต้องไม่เคลื่อนไหวกล้ามเนื้อหน้าท้อง กล้ามเนื้อตะโพก และกล้ามเนื้อต้นขา การฝึกอย่างน้อยวันละ 30-80 ครั้ง เป็นเวลาอย่างน้อย 8 สัปดาห์ หรือฝึกวันละ 3 ครั้ง ครั้งละ 10 นาที เช้า-บ่าย และ 15 นาที ก่อนนอน อย่างไรก็ตามอาจฝึกที่ไหนหรือเวลาใดก็ได้

การตรวจสอบว่าเกร็งกล้ามเนื้อฝีเย็บได้ถูกต้อง โดยการปัสสาวะไปช่วงหนึ่งแล้วกลั้น ถ้าสามารถกลั้นได้แสดงว่าเกร็งกล้ามเนื้อฝีเย็บ หรือการฝึกกลั้นการผายลม ถ้ากลั้นได้แสดงว่าเกร็งกล้ามเนื้อฝีเย็บได้ถูกต้อง

3. การจัดการแบบประคับประคอง

3.1 การปรับสิ่งแวดล้อม เช่น การใช้อุปกรณ์รองรับปัสสาวะ การลดสิ่งกีดขวาง การสวมใส่เสื้อผ้าที่เหมาะสม การปรับสภาพห้องน้ำ

3.2 การใช้ผลิตภัณฑ์ป้องกันการเปียก เช่น ผ้าอ้อมสำเร็จรูป ผ้าอนามัย แผ่นซึมซับ

3.3 การใส่สายสวนปัสสาวะหรือการใส่สิ่งหุ้มอวัยวะสืบพันธุ์

3.4 การใช้อุปกรณ์ในการหนีบท่อปัสสาวะ

3.5 การดูแลความสะอาดผิวหนังบริเวณที่ขับถ่ายและอวัยวะสืบพันธุ์

3.6 การดูแลสายสวนปัสสาวะ (catheter care)

1) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยผู้ป่วยและญาติมีควรได้รับความรู้เกี่ยวกับข้อบ่งชี้ในการคาสายสวนปัสสาวะ การทำความสะอาดมือ และการดูแลสายสวนปัสสาวะ

2) การป้องกันการอุดตันของสายสวนปัสสาวะ โดยดูแลระบบการไหลของน้ำปัสสาวะให้ไหลสะดวกไม่หัก พับงอ ไม่นอนทับสายสวนปัสสาวะ และบีบรูดสายสวนปัสสาวะเมื่อพบการอุดตัน

3) การป้องกันการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ โดยทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอกและบริเวณรูเปิดของท่อทางเดินปัสสาวะ ด้วยสบู่และน้ำ อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ล้างทำความสะอาดทวารหนักด้วยน้ำสะอาดทุกครั้งหลังขับถ่ายอุจจาระ ดูแลสายสวนปัสสาวะให้เป็นระบบปิดตลอดเวลา การเทน้ำปัสสาวะออกจากถุงเก็บปัสสาวะตรวจสอบการยึดตรึงของสายสวนอยู่ที่โคนขาด้านหน้าหรือหน้าท้อง ไม่วางถุงรองรับปัสสาวะบนพื้น โดยจัดถุงรองรับปัสสาวะให้อยู่ต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะ หัก พับ สายปัสสาวะหากจำเป็นต้องเคลื่อนย้ายปัสสาวะสูงกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะหรือระดับเอว จัดหาอุปกรณ์ที่จะเก็บถุงปัสสาวะเพื่อป้องกันรูเปิดถุงเก็บปัสสาวะไม่ให้สัมผัสกับสิ่งสกปรกและสะดวกในการใช้งานในชีวิตประจำวัน

4) การเทน้ำปัสสาวะออกจากถุงระบายน้ำปัสสาวะ โดยล้างมือด้วยน้ำสบู่ ก่อนและหลังเทน้ำปัสสาวะออกจากถุงเก็บปัสสาวะ เช็ดปลายท่อถุงระบายน้ำปัสสาวะก่อนและหลังเทน้ำปัสสาวะด้วยแอลกอฮอล์ 70% เทน้ำปัสสาวะเมื่อมีน้ำปัสสาวะประมาณ 3 ใน 4 ส่วนของถุงเก็บปัสสาวะ

หรือทุก 6-8 ชั่วโมง เทน้ำปัสสาวะออกจากถุงเก็บปัสสาวะโดยใส่ในภาชนะรองรับที่สะอาด ไม่ต้องใส่น้ำยาฆ่าเชื้อในภาชนะและไม่ใช้ร่วมกับคนอื่น

5) การจัดการเมื่อพบอาการผิดปกติ โดยเมื่อพบการอุดตันของตะกอน ก้อนเลือด ให้บีบสายสวนปัสสาวะเพื่อให้สิ่งอุดตันหลุดออกมาแล้วดื่มน้ำตาม ถ้าไม่ดีขึ้นหรือมีการรั่วซึมของน้ำในปัสสาวะบริเวณรูเปิดท่อปัสสาวะให้พบแพทย์ทันที หากมีไข้ ปัสสาวะขุ่น ปัสสาวะเป็นหนอง กดเจ็บหัวเหน่า องคชาตมีหนอง บวมแดง ปวด หรือมีอาการปวด บวม แดงบริเวณหลังเอวให้พบแพทย์ทันที

ตัวชี้วัดการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ [4]

1. ความถี่และความรุนแรงของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่
2. คุณภาพชีวิต

เอกสารอ้างอิง

1. ศุกลดี ช้อยชาญชัยกุล และคณะ. การสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ในผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง. Rama Nurs, 2008, 14(2): 175-196
2. Registered Nurses' Association of Ontario. Promoting incontinence using prompted voiding: Guideline supplement. 2011.
3. Thuroff, J. et.al. Guidelines on urinary incontinence. Europian Association of Urology, 2006.
4. Dowling-Castronovo, A., Bradway, C. Urinary incontinence. In . M.D. Mezey & I. Abraham (Eds.), Geriatric nursing protocols for best practice (2nd ed.), 2003, pp. 116-140. New York: Springer Publishing Company.

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุภาวะหกล้มที่บ้าน

ศิริรัตน์ ปานอุทัย

ภาวะหกล้ม หมายถึง การที่บุคคลลงไปอยู่ในท่าพักโดยไม่ตั้งใจบนพื้นหรือในระดับที่ต่ำกว่าเดิม และจากผลที่ตามมาของการถูกชนหรือตีอย่างแรง การหมดสติ การเกิดอัมพาตอย่างทันทีทันใดหรือการชัก (Gipson, Andres, Isaacs, Radebauge, & Woem-Peterson, 1987)

ปัจจัยส่งเสริมภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ

การเกิดภาวะหกล้มในผู้สูงอายุมีรายงานที่ระบุถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายปัจจัย โดยแบ่งกลุ่มปัจจัยออกเป็น 2 กลุ่มดังนี้

1. ปัจจัยภายในบุคคล ประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้

1.1 อายุที่มากขึ้น

1.2 ภาวะพร่องด้านการรับรู้และสติปัญญา ภาวะพร่องประกอบด้วยภาวะสับสน แต่ภาวะความจำและความเข้าใจลดลงเป็นปัจจัยที่ทำให้ภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มมากขึ้น

1.3 ประวัติการหกล้ม

1.4 การใช้ยาที่มีผลต่อระบบประสาทส่วนกลาง เช่น ยานอนหลับหรือยาระงับประสาท จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดการหกล้ม

1.5 ปัจจัยด้านร่างกาย เช่น ภาวะอ่อนแรง การเคลื่อนไหวลดลง และการประสานงานลดลง มีความสัมพันธ์กับการหกล้ม

1.6 ปัญหาการขับถ่ายปัสสาวะ เช่น ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่หรือปัญหาถ่ายเหลวเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญของภาวะหกล้ม ในขณะที่การได้รับยาขับปัสสาวะเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ปัญหาดังกล่าวรุนแรงมากขึ้น

1.7 ปัจจัยอื่นๆ เช่น ภาวะมึนงง การใช้สารเสพติด ภาวะนอนไม่หลับ

1.8 โรคประจำตัว ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการยืนยันว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงหลักของการหกล้มในผู้สูงอายุ

2. ปัจจัยภายนอกบุคคล

สภาพแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย เช่น สภาพห้องน้ำ ทางเดิน ที่ไม่มีราวจับ แสงสว่างไม่เพียงพอ สภาพบ้านที่รก วางของไม่เป็นระเบียบ อุปกรณ์เครื่องใช้ชำรุดไม่พร้อมใช้ เป็นต้น

ผลกระทบของการหกล้ม

1. การได้รับบาดเจ็บ

2 กระดูกหัก

3. การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือการเสียชีวิต

การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม

ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้มเนื่องจากมีปัจจัยเสี่ยงทั้งภายในและภายนอกบุคคล การประเมินภาวะหกล้มด้วยเครื่องมือประเมินจะเป็นการประเมินปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มเพื่อแบ่งระดับความรุนแรงของความเสี่ยงต่อการหกล้ม อย่างไรก็ตามแบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม มีทั้งแบบประเมินผู้สูงอายุที่อยู่ในโรงพยาบาลหรือในสถานสงเคราะห์และที่บ้าน

แบบประเมินความเสี่ยงต่อภาวะหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ที่บ้านหรือชุมชนมีเพียง 1 แบบประเมินเท่านั้นได้แก่ แบบประเมินภาวะเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุไทยในชุมชน ของลัดดา เทียมวงศ์ ประกอบด้วยข้อคำถามปัจจัยเสี่ยง 6 ข้อ ได้แก่ เพศหญิง การมองเห็นบกพร่อง การทรงตัวบกพร่อง การใช้ยา มีประวัติหกล้ม 2 ครั้งใน 6 เดือนที่ผ่านมา และบ้านยกพื้นสูงตั้งแต่ 1.5 เมตรขึ้นไป การให้คะแนน 1 คะแนนทุกความเสี่ยงยกเว้นการมีประวัติหกล้มให้ 5 คะแนน และการทรงตัวบกพร่องให้ 2 คะแนน คะแนนรวม 11 คะแนน การแปลผลคะแนน ถ้าคะแนนรวมตั้งแต่ 4 คะแนนขึ้นไปหมายถึงมีความเสี่ยงต่อการหกล้ม [1]

การประเมินเมื่อเกิดการหกล้ม

เมื่อเกิดการหกล้มที่บ้านหรือในชุมชน ผู้สูงอายุควรได้รับการประเมินตำแหน่งที่ล้ม เช่น ห้องน้ำ ห้องนอน กิจกรรมขณะล้ม เช่น อาบน้ำ ประกอบอาหาร อาการขณะล้ม เช่น หมดสติ มึนงง และผลลัพธ์ของการล้ม เช่น กระดูกหัก ได้รับบาดเจ็บ นอกจากนั้นควรมีการประเมินความกลัวต่อการหกล้มซ้ำ เนื่องจากในผู้สูงอายุที่กลัวการหกล้มซ้ำส่วนใหญ่จะจำกัดกิจกรรมตนเองซึ่งจะส่งผลทำให้ความสามารถด้านร่างกายลดลงตามมาในที่สุด

การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

เนื่องจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการหกล้มในผู้สูงอายุมีหลายปัจจัย ดังนั้นการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุควรมีการจัดการที่หลากหลาย และควรจัดการกับปัจจัยเสี่ยงของผู้สูงอายุแต่ละราย อย่างไรก็ตามการป้องกันการหกล้มควรประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

1. การให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุเกี่ยวกับการหกล้ม ทั้งปัจจัยเสี่ยง ผลกระทบ แนวทางการป้องกันและพฤติกรรมการป้องกัน ดังนี้

1.1 ไม่เคลื่อนไหวร่างกายโดยไม่มีผู้ช่วยเหลือขณะร่างกายอ่อนแอ

1.2 หลีกเลี่ยงการไปในที่ที่เป็นอันตราย

1.3 การเคลื่อนไหวและเปลี่ยนท่าช้าๆ

1.4 สำรวจสิ่งของที่เป็นอันตรายภายในบ้านเป็นประจำ

1.5 จัดวางและใช้เครื่องเรือนที่เหมาะสม

1.6 ใช้เครื่องใช้ในการเคลื่อนไหวที่เหมาะสม

1.7 สวมเครื่องแต่งกายเหมาะสม

1.8 จัดแสงสว่างให้เหมาะสมเพียงพอ

1.9 จัดเก็บสิ่งของที่กีดขวางทางเดินและหมั่นทำความสะอาดเมื่อมีการเปียกลื่น

2. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปรับสภาพแวดล้อมในบ้านและนอกบ้านเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยเฉพาะห้องน้ำควรมีราวจับทั้งบริเวณโถส้วมและอ่างล้างหน้า และบันไดควรมีราวจับ

3. การให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติเมื่อเกิดการหกล้ม ได้แก่ อยู่นิ่งๆ และรอจนกว่าจะมีผู้มาช่วยเหลือ ถ้าสามารถเคลื่อนไหวไปตำแหน่งที่เป็นออดที่กดเรียกขอความช่วยเหลือให้ทำ ถ้าไม่สามารถทำได้ให้ร้องเรียกพยาบาล

4. ในผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติการล้มและกลัวการหกล้ม ควรให้ผู้สูงอายุได้ระบายความรู้สึกและสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติกิจกรรมแต่ควรให้คำแนะนำที่เหมาะสมเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมอย่างปลอดภัย

ตัวชี้วัดการหกล้ม [2]

1. อุบัติการณ์การหกล้ม เป็นตัวชี้วัดที่แสดงถึงประสิทธิภาพของการดำเนินงานด้านการป้องกันการหกล้มที่ดีที่สุด

2. ความรุนแรงของการหกล้ม

3. ระดับความเสี่ยงต่อการหกล้ม ความเสี่ยงของการหกล้มอาจมีการจำแนกเป็นความเสี่ยงสูง ปานกลางหรือต่ำ หรืออาจจำแนกเป็นมีความเสี่ยงหรือไม่มีความเสี่ยง ดังนั้นถ้าการดำเนินงานด้านการป้องกันการหกล้มมีประสิทธิภาพความเสี่ยงต่อการหกล้มก็ลดลง

4. ความรู้และพฤติกรรมป้องกันการหกล้มเมื่อมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้ม สามารถประเมินได้ทั้งความรู้และพฤติกรรมป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุ โดยเป็นตัวชี้วัดในระยะสั้น

5. ผู้สูงอายุได้รับการประเมินภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม

เอกสารอ้างอิง

1. Ladda Thiamwong, et.al. Thai Falls Risk Assessment Test (Thai-FRAT) Developed for community-dwelling Thai elderly. J Med Assoc Thai 2008; 91: 1823-32
2. Registered Nurses' Association of Ontario. Fall prevention: Building the foundations for patient safety. 2007.
3. Resnick, B. Preventing falls in acute care. In . M.D. Mezey & I. Abraham (Eds.), Geriatric nursing protocols for best practice (2nd ed.), 2003, pp. 141-164. New York: Springer Publishing Company.

แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีภาวะขาดสารอาหาร ที่บ้าน (Under-nutrition)

ประเสริฐ อัสสันตชัย

ภาวะขาดสารอาหารเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุมากกว่าประชากรกลุ่มอายุอื่น เนื่องจากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา ปัจจัยด้านโรคภัยไข้เจ็บ ปัจจัยทางด้านสังคม และเศรษฐกิจ ภาวะนี้มีผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุ ทั้งในด้านที่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การเกิดโรคต่างๆ และความพิการในผู้สูงอายุ ขณะเดียวกันโรคต่างๆ ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ก็นำไปสู่ภาวะขาดสารอาหารด้วย ในลักษณะที่เป็นเหตุและผลซึ่งกันและกัน ดังนั้น บุคลากรทางสุขภาพในทุกสาขาวิชาชีพที่มีหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยสูงอายุ ต้องคำนึงถึงภาวะขาดสารอาหารที่อาจซ่อนเร้นอยู่และอาจเป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพที่ผู้สูงอายุนั้นกำลังประสบอยู่

ผลกระทบของภาวะขาดสารอาหาร

ผลของภาวะขาดโปรตีนและพลังงานทำให้มวลกล้ามเนื้อลดลงและการทำงานของกล้ามเนื้อบกพร่องที่เรียก sarcopenia นำไปสู่การเกิดภาวะหกล้มและภาวะกระดูกหักในที่สุด ภาวะอัลบูมินต่ำในเลือด (hypoalbuminemia) ทำให้มีอาการขาบวม โดยเฉพาะผู้ที่มีเส้นเลือดขอดที่ขา และภาวะความดันเลือดต่ำจากการเปลี่ยนท่าทาง (postural hypotension) ภาวะโลหิตจาง ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง นำไปสู่การติดเชื้อที่พบบ่อยได้แก่ เชื้อวัณโรค เชื้อรา การทำงานด้านการคิดและหาเหตุผลของสมอง (cognitive function) เสื่อมลง การหายของแผลช้าลง ในกรณีที่เป็นแผลกดทับเมื่อให้การเสริมอาหารโปรตีนจะทำให้แผลหายเร็วขึ้น

ภาวะนี้ยังทำให้อัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ทั้งในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน ในบ้านพักคนชรา ผู้ป่วยที่กำลังได้รับการรักษาในโรงพยาบาลหรือหลังออกจากโรงพยาบาลในช่วง 1 -2 ปีแรก

อุบัติการณ์และความชุกของภาวะขาดสารอาหาร

ในประเทศที่พัฒนาแล้วภาวะขาดสารอาหารในผู้สูงอายุในชุมชนมากถึงร้อยละ 15 และพบร้อยละ 23 – 62 ของผู้ป่วยที่กำลังรับการรักษาในโรงพยาบาล และมากเป็นร้อยละ 85 ของผู้สูงอายุที่อยู่ในบ้านพักคนชรา จากการสำรวจในสี่จังหวัดในสี่ภาคของประเทศไทย โดยใช้เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกที่กำหนดไว้ว่าผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกาย (body mass index : BMI) ต่ำกว่า 18.5 กก./ตารางเมตร บ่งถึงภาวะขาดโปรตีนและพลังงาน พบว่าความชุกของภาวะนี้ในผู้สูงอายุชายส่วนใหญ่ไม่มีการเปลี่ยนแปลงตามอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบในแต่ละกลุ่มอายุเดียวกันระหว่างชายและหญิง ผู้สูงอายุชายในกลุ่มอายุ 60 – 69 ปี จะมีภาวะขาดโปรตีนและพลังงานมากกว่าใน

หญิงเสมอ บ่งถึงว่าผู้สูงอายุหญิงมักมีภาวะโภชนาการที่ดีกว่าในผู้สูงอายุชาย โดยเฉพาะกลุ่มที่อายุยังไม่มาก ขณะที่ในผู้สูงอายุหญิงพบความชุกของภาวะขาดโปรตีนและพลังงานมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น เกือบทุกภาคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ภาวะขาดวิตามินในผู้สูงอายุไทยที่พบมากกว่าในประเทศที่พัฒนาแล้ว ได้แก่ วิตามินเอ วิตามินบีหนึ่ง โฟเลท และวิตามินอี โดยภาวะขาดวิตามินที่พบบ่อยที่สุดในผู้สูงอายุไทย ได้แก่ วิตามินอี โฟเลท และวิตามินบีหนึ่ง ตามลำดับ ขณะที่พบภาวะขาดวิตามินซี และวิตามินบีสิบสองน้อยกว่าในประเทศที่พัฒนาแล้ว

ลักษณะทางเวชกรรมที่พบบ่อย

เนื่องจากภาวะขาดโปรตีนและพลังงานในระยะแรก ผู้ป่วยจะยังไม่มีอาการทางเวชกรรมที่เด่นชัด ต่อเมื่อมีภาวะนี้ชักระยะหนึ่งจะเริ่มมีผลทำให้การทำงานของระบบต่างๆ ผิดปกติ อาการที่เด่นชัดคืออาการเบื่ออาหาร การมีน้ำหนักตัวลดลง ส่วนลักษณะทางเวชกรรมที่ไม่เด่นชัดหรือไม่จำเพาะต่อการขาดสารอาหารคือการที่ผู้ป่วยมาด้วยภาวะแทรกซ้อนของภาวะขาดสารอาหารแล้ว เช่น ผู้ป่วยมีการติดเชื้อในร่างกาย มีอาการหกล้มเนื่องจากกล้ามเนื้ออ่อนแรง เป็นต้น บุคลากรทางสุขภาพจึงต้องรู้จักปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดโปรตีนและพลังงานในผู้สูงอายุ เพื่อสามารถคัดกรองผู้ป่วยได้ตั้งแต่ในระยะแรก โดยมีปัจจัยเสี่ยงสี่กลุ่มหลักดังต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชรา

ผู้สูงอายุอาจมีอาการเบื่ออาหารเนื่องจากความชรา เช่น ความสามารถในการแยกกลิ่นและรสของอาหารลดลง อาการปากแห้ง (xerostomia) การเคลื่อนตัวของอาหารในกระเพาะอาหารช้าลง การหลั่งกรดในกระเพาะอาหารลดลง การสูญเสียความสามารถในการประกอบอาหาร ผู้หญิงกลุ่มอายุน้อยกว่า 80 ปีจะพบตัวชี้วัดทางโภชนาการต่างๆดีกว่ากลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไป แสดงถึงอิทธิพลของอายุที่เพิ่มขึ้นต่อสถานภาพทางโภชนาการ

2. ปัจจัยเสี่ยงด้านสังคม

การเปลี่ยนแปลงทางสังคมหลายด้านที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ได้แก่ เศรษฐฐานะที่ลดต่ำลง เนื่องจากไม่สามารถหารายได้เพิ่มจากการประกอบอาชีพ การขาดความเกื้อหนุนทางสังคม การขาดความรู้ในด้านโภชนาการ การอยู่คนเดียวโดยลำพัง โดยเฉพาะผู้สูงอายุชายที่ไม่สามารถประกอบอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการได้เอง และการต้องเข้ารับการดูแลในบ้านพักคนชรา

3. ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพจิต

การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก (bereavement) ภาวะซึมเศร้า และภาวะสมองเสื่อม อารมณ์ซึมเศร้าเกิดขึ้นได้บ่อยในผู้สูงอายุและมักมีอาการที่ไม่จำเพาะ ในเวชปฏิบัติภาวะซึมเศร้าเป็นสาเหตุที่ถูกวินิจฉัยบ่อยที่สุดของปัญหาน้ำหนักตัวลดลงที่แผนกผู้ป่วยนอกของผู้สูงอายุ การวินิจฉัยภาวะนี้ตั้งแต่ในระยะแรกและให้การรักษาที่ถูกต้อง จะช่วยป้องกันภาวะขาดสารอาหารได้ การมีน้ำหนักตัวลดลงยังอาจเป็นอาการแสดงระยะแรกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่อยู่ในชุมชน เนื่องจากได้รับอาหารไม่เพียงพอและความต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นจากพฤติกรรมผิดปกติที่เกิดขึ้น เช่น การเดินไปมาทั้งวันโดยไม่มีจุดมุ่งหมาย (wandering) ภาวะขาดโปรตีนและพลังงานจะกระตุ้นให้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยกลุ่มนี้ยิ่งเสื่อมถอยเร็วขึ้น

4. ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพทางกาย

ปัญหาทางสุขภาพจำนวนมากทั้งที่เกิดขึ้นในระยะเฉียบพลันและในระยะเรื้อรัง ทำให้เกิดภาวะขาดโปรตีนและพลังงานได้ ที่เป็นปัญหาได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่

4.1 ผลไม่พึงประสงค์จากยา

ยาที่มีทำให้มีอาการเบื่ออาหาร เช่น digoxin, theophylline, fluoxetine ยาปฏิชีวนะ ยาเคมีบำบัด ยาที่ทำให้ง่วงซึมหรือไม่สามารถทานอาหารเองได้ เช่น ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท ยากลุ่ม opioids ยาที่ทำให้การรับรสอาหารเสียไป เช่น metronidazole, metformin, angiotensin-converting enzyme inhibitor, calcium-channel blocker, ยาธาตุเหล็ก

4.2 โรคของระบบประสาทและสมอง เช่น โรคพาร์กินสัน โรคหลอดเลือดสมอง ภาวะสมองเสื่อม

4.3 พยาธิสภาพในช่องปากและความผิดปกติในการกลืนอาหาร เช่น แผลอักเสบเรื้อรังในช่องปาก โรคของเหงือกและฟัน การไม่มีฟันทำให้ไม่สามารถรับประทานอาหารได้หลากหลาย หรือมีฟันเทียม (denture) ที่ไม่พอดีกับเหงือก ภาวะปากแห้ง (xerostomia) โดยเฉพาะจากยากลุ่ม anticholinergic โรคหลอดเลือดสมองทำให้กลืนลำบาก

4.4 โรคของทางเดินอาหารและการดูดซึม เช่น โรคลำไส้อักเสบเรื้อรัง (chronic inflammatory bowel disease) โรคตับอ่อนอักเสบเรื้อรัง

4.5 ภาวะที่ร่างกายมีความต้องการสารอาหารเพิ่มขึ้น เช่น โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ ภาวะที่มีความผิดปกติของพฤติกรรม ยาบางชนิด (ฮอร์โมนไทรอยด์, ephedrine) essential tremor, pheochromocytoma

4.6 พยาธิสภาพที่ทำให้เกิดภาวะขาดโปรตีนและพลังงานจากหลายสาเหตุ เช่น ภาวะหัวใจวาย ชนิดเลือดคั่ง โรคเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ โรคมะเร็ง โรคข้ออับเสบเรื้อรัง

4.7 พยาธิสภาพอื่นๆ เช่น ภาวะแคลเซียมสูงในเลือด ทำให้มีอาการเบื่ออาหารได้

น้ำหนักตัวถูกใช้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญของภาวะขาดโปรตีนและพลังงานในผู้สูงอายุ ดังนั้นอาการน้ำหนักตัวลดลงที่มากกว่าร้อยละ 5 ในเวลา 6 เดือนโดยไม่ได้ตั้งใจลดน้ำหนักตัว จึงถือเป็นอาการที่ทำให้นึกถึงภาวะนี้ การติดตามประวัติน้ำหนักตัวที่บันทึกในเวชระเบียนจะยิ่งช่วยการวินิจฉัยได้ อาการและอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ ที่เกิดจากภาวะขาดโปรตีนและพลังงาน เช่น โรคโลหิตจาง อาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงโดยไม่ทราบสาเหตุชัดเจน ภาวะหกล้มซ้ำซ้อน และโรคติดเชื้อต่างๆ ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ โรคติดเชื้อในทางเดินหายใจ วัณโรคและโรคติดเชื้อที่ผิวหนังและแผลกดทับ ดังนั้น เมื่อผู้ป่วยสูงอายุที่มีปัญหาเหล่านี้ ไม่ว่าที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือแผนกผู้ป่วยใน บุคลากรทางสุขภาพต้องนึกถึงภาวะขาดโปรตีนและพลังงานที่อาจจะเป็นปัญหาพื้นฐานที่ซ่อนอยู่ได้ เพราะถ้าไม่ได้รับการแก้ไข ย่อมไม่ประสบความสำเร็จในการดูแลรักษาปัญหาเฉียบพลันที่เป็นผลแทรกซ้อนจากภาวะนี้ การซักประวัติและตรวจร่างกายถึงปัจจัยเสี่ยงของภาวะนี้ ทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยงทางด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิตและด้านสังคม ที่กล่าวมาแล้วข้างต้นจะยิ่งทำให้เข้าใจกลไกการเกิดโรคและช่วยการวางแนวทางการรักษาต่อไป

การตรวจร่างกาย อาจพบอาการเท้าบวมเนื่องจากภาวะอัลบูมินต่ำในเลือด ผมร่วงและกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือกล้ามเนื้อลีบจากการขาดโปรตีน บางรายจะมีลักษณะผอมซัดเจน เนื่องจากสูญเสียไขมันใต้ผิวหนังจากการขาดพลังงานที่ควรจะได้จากอาหาร ยกเว้นในรายที่มีอาการบวมร่วมด้วยอาจไม่พบว่ามีน้ำหนักตัวลดลงได้ ข้อพึงระวังในการชั่งน้ำหนักตัวด้วยเครื่องชั่งชนิดสปริง คือต้องวางเครื่องชั่งอยู่บนพื้นที่แข็ง ไม่อ่อนยวบ มิฉะนั้นค่าที่อ่านได้จะน้อยกว่าความเป็นจริง พื้นที่เป็นคอนกรีตย่อมดีกว่าพื้นที่เป็นไม้อัด นอกจากนั้น อาจอาศัยการวัดสัดส่วนของร่างกาย (anthropometry) อื่นๆ นอกจากน้ำหนักตัว เช่น ดัชนีมวลกาย Mindex (สำหรับผู้สูงอายุหญิง) Demiquet (สำหรับผู้สูงอายุชาย) ดังนี้

- ดัชนีมวลกาย (body mass index : BMI) อาศัยการคำนวณจากสูตรดังต่อไปนี้

$$BMI = \frac{\text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม}}{(\text{ส่วนสูงเป็นเมตร})^2} \quad \text{กิโลกรัม/ตารางเมตร}$$

- Mindex อาศัยการคำนวณจากสูตรดังต่อไปนี้

$$\text{Mindex} = \frac{\text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม}}{\text{(demispan เป็นเมตร)}} \quad \text{กิโลกรัม/เมตร}$$

- Demiquet อาศัยการคำนวณจากสูตรดังต่อไปนี้

$$\text{Demiquet} = \frac{\text{น้ำหนักตัวเป็นกิโลกรัม}}{\text{(demispan เป็นเมตร)}^2} \quad \text{กิโลกรัม/ตารางเมตร}$$

อย่างไรก็ตาม ดัชนีมวลกายไม่ใช่ตัวชี้วัดทางโภชนาการที่ดีนักในผู้สูงอายุ เนื่องจากเหตุผล 2 ประการคือ

1. ความสูงจะลดลงในผู้สูงอายุ เนื่องจากมักมีโรคกระดูกพรุนและโรคอื่นๆของกระดูกสันหลัง ทำให้เกิดภาวะหลังค่อม (kyphosis) หรือภาวะหลังคด (scoliosis) ทำให้ความสูงที่วัดได้ต่ำกว่าความเป็นจริง ค่าดัชนีมวลกายที่คำนวณได้จะสูงกว่าความเป็นจริง

2. ความไม่สะดวกในการวัดความสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุที่นอนป่วยไม่สามารถลุกขึ้นยืนตัวตรงได้

ดังนั้น จึงมีความพยายามหาตัวชี้วัดใหม่ที่ไม่ใช้ความสูง เช่น ความยาวช่วงแขน (demispan) เพื่อให้ได้ตัวชี้วัดใหม่ เช่น ค่า Mindex และค่า Demiquet การวัดความยาวช่วงแขน (demispan) เป็นการวัดระยะจากจุดกึ่งกลาง suprasternal notch ถึงจุดข้อต่อ metacarpophalangeal joint ระหว่างนิ้วชี้และนิ้วกลาง โดยให้ผู้สูงอายุยืนหลังชิดกำแพง เหยียดแขนตั้งฉากกับลำตัวและด้านนอกของแขน (extensor surface) ขนานชิดกับกำแพง

ส่วนการสืบค้นทางห้องปฏิบัติการขึ้นกับข้อมูลจากการซักประวัติและตรวจร่างกาย ที่จะบ่งบอกถึงพยาธิสภาพในระบบใด

แนวทางการวินิจฉัยโรคและการดูแลรักษา

ภาวะขาดโปรตีนและพลังงาน หมายถึงภาวะที่น้ำหนักตัวลดลงและมีหลักฐานทางชีวเคมีที่บ่งถึงการได้รับสารอาหารโปรตีนไม่เพียงพอ เช่น ระดับอัลบูมินในซีรั่มต่ำกว่า 3.5 กรัมต่อเดซิลิตร จะเห็นว่าน้ำหนักตัวถูกใช้เป็นตัวชี้วัดที่สำคัญเนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงผลโดยรวมของการได้รับสารอาหารไม่พอ และสามารถตรวจวัดได้ง่ายแม้ในชุมชนการที่ผู้สูงอายุมีน้ำหนักตัวลดลงจากน้ำหนักตัวเดิมร้อยละ 5 หรือมากกว่า (โดยไม่ได้ตั้งใจลดน้ำหนักตัว) ในช่วง 6 เดือน จะมีผลเสียต่อสุขภาพ และถ้าลดลงร้อยละ 10 หรือมากกว่าจะบ่งถึงภาวะขาดโปรตีนและพลังงานได้ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้

ว่าผู้สูงอายุที่มีค่าดัชนีมวลกาย (body mass index : BMI) ต่ำกว่า 18.5 กก./ตารางเมตร บ่งถึงภาวะขาดโปรตีนและพลังงาน ขณะเดียวกัน ผลการศึกษาค่าปกติของ Mindex และ Demiquet ในผู้สูงอายุไทย พบว่าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะขาดโปรตีนและพลังงานด้วย Mindex (สำหรับผู้สูงอายุหญิง) Demiquet (สำหรับผู้สูงอายุชาย) เท่ากับ 55.95 (หรือประมาณ 56) กก.ต่อเมตร และ 75.6 (หรือประมาณ 76) กก.ต่อตารางเมตร

ในเวชปฏิบัติประจำวัน การซักประวัติและตรวจร่างกาย ตลอดจนการวัดสัดส่วนของร่างกาย (anthropometry) ร่วมกับการตรวจทางชีวเคมีเลือดและทางโลหิตวิทยาพื้นฐาน เช่น hemoglobin และค่าอัลบูมินในซีรั่ม ก็เพียงพอที่แพทย์ให้การวินิจฉัยภาวะขาดโปรตีนและพลังงานในผู้สูงอายุได้ ส่วนค่าโคเลสเตอรอลรวม (total cholesterol) ที่น้อยกว่า 156 มก./ดล. ก็สามารถบ่งถึงภาวะนี้ได้ และสามารถทำนายอัตราการเสียชีวิตที่เพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุด้วย ค่าอัลบูมินในซีรั่มเป็นการตรวจทางชีวเคมีที่คุ้มค่าที่สุด และทำได้ในทุกโรงพยาบาล พึงระวังว่าค่าอัลบูมินนี้ไม่มีความจำเพาะต่อภาวะขาดสารอาหาร จึงไม่ควรใช้ค่าอัลบูมินในซีรั่มเพียงอย่างเดียวเพื่อประเมินภาวะโภชนาการในผู้ป่วยที่กำลังเจ็บป่วยในโรงพยาบาล

การตรวจคัดกรองเพื่อให้ได้การวินิจฉัยภาวะขาดสารอาหารตั้งแต่ในระยะแรกของโรค

1. การซักประวัติการอยู่ลำพังคนเดียว อาการเบื่ออาหาร น้ำหนักลด ปริมาณอาหารและความหลากหลายของชนิดอาหารที่รับประทานอาหาร

2. การติดตามน้ำหนัก ส่วนสูง หรือความยาวช่วงแขน (demispan) เป็นระยะสม่ำเสมอ

3. หลีกเลี่ยงหรือระมัดระวังการใช้ยาที่อาจมีผลข้างเคียงที่ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการเบื่ออาหาร

4. การให้สุขศึกษาทางโภชนาการเป็นระยะ โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคเรื้อรังที่ต้องการการปรับเปลี่ยนลักษณะการดำเนินชีวิต (life style modification) ด้วยการรับประทานอาหาร เพื่อควบคุมโรคเรื้อรังดังกล่าว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันเลือดสูง ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ถ้าสถานพยาบาลมีโภชนากรให้คำแนะนำจะดีที่สุด

5. การซักประวัติปัจจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับการได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ และให้คำแนะนำหรือแก้ไขในปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น เช่น ความสามารถในการไปจ่ายตลาด การจัดเก็บและประกอบอาหาร การไม่รับประทานอาหารคนเดียวหรือบนเตียงนอน การแนะนำเข้าชมรมผู้สูงอายุ เป็นต้น

มีผู้ที่พยายามคิดเครื่องมือเพื่อให้ง่ายในเวชปฏิบัติประจำวันในการตรวจคัดกรองภาวะขาดสารอาหารในผู้สูงอายุ ซึ่งล้วนมีประเด็นต่างๆเหมือนที่ปรากฏในตารางที่ 1 เครื่องมือคัดกรองที่ดีควรมีคุณสมบัติที่ทำได้ง่ายแม้ในชุมชน คุ้มค่าและเวลาที่ทำ มีความไวและความจำเพาะที่ดีพอสมควร ที่มีใช้แพร่หลาย เช่น Mini-Nutritional Assessment (MNA) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้คัดกรองผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงสูงต่อภาวะขาดสารอาหาร มีการแปลเป็นภาษาต่างๆอีก 15 ภาษารวมทั้งฉบับภาษาไทยด้วย ซึ่งสามารถเข้าไปติดตามดูทางสื่ออิเล็กทรอนิกส์ (internet) ที่ http://www.mna-elderly.com/forms/MNA_thai.pdf สามารถใช้ประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่แข็งแรงทั้งที่บ้าน ที่บ้านพักคนชรา และผู้ป่วยสูงอายุในโรงพยาบาล โดยเครื่องมือนี้จะประกอบด้วยการประเมินในสี่ด้าน ได้แก่ การวัดสัดส่วนของร่างกาย (anthropometry) การซักประวัติการรับประทานอาหาร การประเมินภาพรวมทางเวชกรรม และการประเมินตนเองเกี่ยวกับสถานะทางสุขภาพและทางโภชนาการ เครื่องมือนี้มีสองส่วน ส่วนแรกคือส่วนที่ใช้คัดกรอง ประกอบด้วยคำถามเพียง 6 ข้อ ถ้าได้คะแนน $\leq$ 11 บ่งถึงการมีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหาร ข้อ ถ้าได้คะแนน $\geq$ 12 บ่งถึงภาวะโภชนาการปกติ สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงก็ให้ใช้เครื่องมือส่วนที่สองทำการประเมินต่อไป ถ้าได้คะแนน 17 – 23.5 บ่งถึงการมีความเสี่ยงต่อภาวะขาดสารอาหารและถ้าได้คะแนนน้อยกว่า 17 บ่งถึงการมีภาวะทุพโภชนาการแล้ว ผลการวิจัยพบว่าเครื่องมือคัดกรองนี้มีความไว และความจำเพาะต่อภาวะขาดสารอาหารถึงร้อยละ 96 และ 98 ตามลำดับ (แบบประเมินคัดกรองในภาคผนวกหน้า 309)

MEALS – ON - WHEELS

เป็นกลุ่มคำช่วยจำ (mnemonic) ซึ่งตรงกับชื่อเรียกบริการทางสังคมที่รัฐจัดหาอาหารสำเร็จรูปไปส่งให้กับผู้สูงอายุถึงบ้านที่ไม่สามารถจัดหาอาหารเองได้ เช่น ผู้ที่มีสุขภาพไม่แข็งแรง หรืออยู่ตัวคนเดียว กลุ่มคำช่วยจำนี้จะช่วยแพทย์ในการค้นหาสาเหตุที่พบบ่อยของภาวะขาดสารอาหารในผู้สูงอายุในเวชปฏิบัติทั่วไป ดังนี้

M – medication : ได้รับยาที่อาจทำให้เบื่ออาหาร เช่น digoxin, theophylline ยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

E – emotion : อารมณ์ผิดปกติ เช่น ภาวะซึมเศร้า โรคจิต (psychosis)

A – alcoholism : ภาวะติดสุราเรื้อรัง

L – late-life paranoia : การถูกโดดเดี่ยวจากสังคม

S – swallowing disorders : ความผิดปกติในการกลืน

O – oral problem : ปัญหาในช่องปาก เช่น ไม่มีฟัน โรคติดเชื้อในช่องปาก ฟันเทียมที่หลวม

N – no money : เศรษฐฐานะยากจน

W – wandering : ภาวะสมองเสื่อม (ผู้ป่วยมักเดินไปมาแบบไม่มีจุดมุ่งหมาย)

H – hyperactivity/ hypermetabolism : การเคลื่อนไหวหรือเมทาโบลิสซั่มมากผิดปกติ เช่น ผู้ที่มีอาการสั่นกระตุก hypermetabolism (tremor) โรคที่เกี่ยวกับการเคลื่อนไหว (movement disorder) โรคต่อมไทรอยด์ทำงานมากเกินไป

E – eating problem : ความเสื่อมของการรับรสหรือได้กลิ่นอาหาร ภาวะที่ไม่สามารถตักอาหารรับประทานได้เอง เช่น อัมพาตครึ่งซีกของแขนข้างที่ถนัด ความพิการของมือ

E– enteral problem : ปัญหาการดูดซึมสารอาหาร เช่น ท้องร่วงเรื้อรัง ภาวการณ์ดูดซึมสารอาหารจาก ลำไส้ผิดปกติ (malabsorption syndrome)

L – low nutrient diet : การพยายามรับประทานอาหารที่มีไขมันต่ำ หรือไม่เค็ม หรืออาหารเบาหวาน โดย ที่ไม่ได้รับคำแนะนำที่แจกแจงรายละเอียดว่า สิ่งใดรับประทานได้บ้าง

S – shopping problem : ปัญหาในการไปจ่ายตลาด เช่น สูญเสียความสามารถในการเดิน อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ปลอดภัย การคมนาคมไม่สะดวก

เอกสารอ้างอิง

1. ประเสริฐ อัสสันตชัย, ปรียานุช แย้มวงษ์, สมทรง เลขะกุล การสำรวจภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุในชุมชนชนบทภาคกลาง โครงการศึกษาวิจัยครบวงจรเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารกองบริหารงานวิจัย เลขที่ 026/42 มิถุนายน. กรุงเทพฯ : ศุภวนิชการพิมพ์, 2542.
2. ประเสริฐ อัสสันตชัย, สมทรง เลขะกุล การสำรวจภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุในชุมชนชนบทภาคเหนือ โครงการศึกษาวิจัยครบวงจรเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารกองบริหารงานวิจัย เลขที่ 029/42 ตุลาคม. กรุงเทพฯ : ศุภวนิชการพิมพ์, 2542.

3. ประเสริฐ อัสสันตชัย, สมทรง เลขะกุล การสำรวจภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุในชุมชนชนบทภาคใต้ โครงการศึกษาวิจัยครบวงจรเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารกองบริหารงานวิจัย เลขที่ 031/42. กรุงเทพฯ : ศุภวนิชการพิมพ์, 2542.
4. ประเสริฐ อัสสันตชัย, สมทรง เลขะกุล การสำรวจภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุในชุมชนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โครงการศึกษาวิจัยครบวงจรเรื่องผู้สูงอายุในประเทศไทย มหาวิทยาลัยมหิดล เอกสารกองบริหารงานวิจัย เลขที่ 34/43 สิงหาคม. กรุงเทพฯ : ศุภวนิชการพิมพ์, 2543.
5. ประเสริฐ อัสสันตชัย. ภาวะขาดสารอาหารในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ใน : ประเสริฐ อัสสันตชัย. บรรณาธิการ. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ : ยูเนี่ยนครีเอชั่น, 2556; หน้า 369 – 397.
6. Assantachai P. Anthropometric aspects and common health problems in older adults. In : Preedy VR, ed. Handbook of Anthropometry : Physical Measures of Human Form in Health and Disease. London : Springer, 2012 ; 1415 – 1434.
7. Assantachai P, Yamwong P, Lekhakula S. The study of alternative anthropometric measurements for the Thai elderly : mindex and demiquet. Asia Pacific J Clin Nutr 2006 ; 15 : 521-7.
8. Guigoz Y. The Mini Nutritional Assessment (MNA) review of the literature--What does it tell us ? J Nutr Health Aging 2006 ;10 : 466-85.
9. Wilson M-MG, Morley JE. The diagnosis and management of protein energy undernutrition in older persons. In: Morley JE, Miller DK, editors. Annual Review of Gerontology and Geriatrics Focus on Nutrition. New York : Springer, 1995; p. 110-42.

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุ ภาวะซึมสับสนเฉียบพลันที่บ้าน (Delirium)

ผ่องพรรณ อรุณแสง

ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (delirium) เป็นภาวะที่ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงของระดับความความรู้สึกตัว มีสมาธิลดลง โดยมีอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วภายในระยะเวลาเป็นชั่วโมงหรือเป็นวัน จัดเป็นภาวะที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุและอาจก่อให้เกิดอันตรายถึงแก่ชีวิตและนำมาซึ่งภาวะทุพพลภาพและอันตรายแก่ชีวิต ภาวะนี้จัดเป็นภาวะที่ป้องกันได้ และมีความคุ้มค่าในการป้องกันเป็นอย่างมาก

พบภาวะสับสนเฉียบพลันในชุมชนร้อยละ 1-2 และผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 80 ปีมีความเสี่ยงสูงขึ้นประมาณ 5.2 เท่าที่จะเกิดภาวะนี้

อาการของภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน

1. มีอาการเฉียบพลันและการเปลี่ยนแปลงของระดับความรู้สึกตัว (acute onset และ fluctuation of consciousness) อาการเกิดขึ้นภายในไม่กี่ชั่วโมงหรือภายในไม่กี่วัน โดยที่ความสามารถของสมองความจำ การใช้ภาษาและการคิดอย่างเป็นระบบ จะมีช่วงที่ดีขึ้นและเลวลงสลับไปมา

2. มีระยะนำ (prodromal phase) พบในผู้ที่มีการดำเนินของอาการช้า อาจมีอาการเพียงชั่วคราว เช่น อ่อนเพลีย ไม่ค่อยมีสมาธิ หงุดหงิดกระสับกระส่าย วิตกกังวล ซึมเศร้า ความจำลดลงไวต่อสิ่งเร้า

3. การสูญเสียความจดจ่อ (attention impairment) ผู้สูงอายุจะไม่มีความสามารถในการจดจ่อกับสิ่งต่างๆ เช่น จำคำสั่งไม่ได้ ต้องถามซ้ำบ่อยๆ หรือถูกเบี่ยงเบนความสนใจได้ง่าย

4. ความจำเสื่อม (memory impairment) และความฉงนงง (disorientation) เป็นการสูญเสียความจำโดยเฉพาะความจำระยะสั้นหรือเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น มีอาการหลงวัน เวลา สถานที่และบุคคลด้วย

5. กระวนกระวาย (agitation) อาจมีอาการกระวนกระวาย อยู่ไม่สุข เนื่องจากมีการสับสนเรื่องวัน เวลา สถานที่ บุคคล

6. เฉยเมย (apathy) และ แยกตัว (withdrawal) มีอาการเฉยเมย แยกตัว คล้ายอาการซึมเศร้า เบื่ออาหาร ไม่ค่อยอยากทำอะไร หรือไม่สนใจสิ่งรอบตัว

7. มีปัญหาเรื่องการนอนหลับ ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้บ่อย มักตื่นตอนกลางคืนและหลับในตอนกลางวัน

8. อารมณ์แปรปรวน (emotional lability) อาจมีอารมณ์หลายรูปแบบ เช่น วิตกกังวล เศร้าหรือมีความสุข เป็นต้น บางรายอาจมีอารมณ์มากกว่า 1 แบบร่วมกัน

9. ความผิดปกติในการรับรู้ (perceptual disturbance) อาจมีอาการเห็นภาพหลอน หรือหูแว่ว และมีอาการหลงผิด (delusion) ซึ่งมักสัมพันธ์กับอาการหวาดระแวง สับสนหรือการจำไม่ได้ อาการหลงผิดมักมีช่วงที่ดีและเลวสลับกัน

10. อาการแสดงทางระบบประสาท อาจมีอาการแสดงทางระบบประสาท เช่น ท่าเดินที่ไม่มั่นคง อาการสั่นกระตุก (tremor)

ชนิดของภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน

ภาวะซึมสับสนเฉียบพลันแบ่งเป็น 3 รูปแบบ คือ ชนิด hyperactive, hypoactive และ mixed delirium ได้แก่

1. ชนิด hyperactive delirium จะมีอาการวุ่นวาย อยู่ไม่นิ่ง กระสับกระส่าย หงุดหงิด ก้าวร้าวต่อสู้ หวาดระแวง หูแว่ว หลงผิด หลงวัน เวลา สถานที่ บุคคล เห็นภาพหลอน

2. ชนิด hypoactive delirium ไม่ค่อยตอบสนองต่อการกระตุ้น มีอาการเงียบ ซึม เฉยเมย เชื่องช้าไม่เอะอะโวยวาย ง่วงซึม นอนมาก การรับรู้ลดลง ความสนใจแคบ

3. ชนิด mixed delirium จะมีอาการทั้งแบบ hyperactive และ hypoactive delirium

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะเป็นชนิดนี้ ส่วน mixed นั้น จะมีอาการสลับไปมาระหว่างชนิด hyperactive และ hypoactive

ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน

1. อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไปเพศชาย

2. มีภาวะสมองเสื่อมมีประวัติการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลันมาก่อน มีอารมณ์ซึมเศร้า

3. เคลื่อนที่ไม่ได้ (immobility)ต้องพึ่งพาผู้อื่นในการประกอบกิจวัตรมีกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองน้อยมีประวัติภาวะหกล้ม

4. มีปัญหาการมองเห็นผิดปกติการได้ยินผิดปกติ

5. มีภาวะขาดสารน้ำ (หรือดื่มน้ำน้อยใน 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา) ขาดสารอาหาร

6. ได้รับยาที่มีผลต่อจิตประสาทหลายชนิดยาหลายชนิดหรือติดสุรา

7. มีการเจ็บป่วยที่รุนแรง หรือโรคประจำตัวที่รุนแรงหลายโรค มีโรคตับหรือไตประวัติโรคหลอดเลือดสมองโรคระบบประสาทมีความผิดปกติทาง เมตาบอลิกกระดูกหักหรือได้รับอุบัติเหตุและอยู่ในระยะท้าย

ปัจจัยกระตุ้นต่อการเกิดภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน

1. **ยา** การได้รับยาหลายชนิดการได้รับยากลุ่มยากล่อมประสาทหรือยานอนหลับยากลุ่ม narcotics ยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic เช่น ยาแก้แพ้ (antihistamine) ยารักษาโรคพาร์กินสัน ยารักษาภาวะซึมเศร้า ยารักษาโรคจิตเภท หรือ การหยุดสุราหรือยาบางชนิดอย่างกะทันหัน

2. **มีโรคที่เกิดร่วม** เช่น โรคติดเชื้อการเจ็บป่วยกะทันหันและรุนแรงภาวะพร่องออกซิเจน ช็อค ภาวะไข้ ภาวะโลหิตจางภาวะขาดสารน้ำภาวะทุพโภชนาการความผิดปกติทางเมตาบอลิก เช่น เสียสมดุลเกลือแร่ ระดับน้ำตาล ความเป็นกรดด่าง โรคประสาท

3. **โรคระบบประสาท** เช่น หลอดเลือดสมองโดยเฉพาะสมองด้านไม่เด่นภาวะเลือดออกในสมองเยื่อหุ้มสมองติดเชื้อหรือสมองอักเสบ

4. **อื่น ๆ** เช่น ความเจ็บปวดความเครียดการอดนอนเป็นเวลานาน

การประเมินผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลัน

ผู้ที่มีภาวะเสี่ยง หรือผู้ที่มีข้อมูลใดข้อหนึ่งตามปัจจัยเสี่ยงของการเกิดภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน ถือว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน จากนั้นให้ทำการประเมินการรู้คิด โดยใช้แบบประเมิน Abbreviated Mental Test (AMT) ผู้ที่มีคะแนนเท่ากับ 7 หรือต่ำกว่า 7 ทำการคัดกรองภาวะสับสนเฉียบพลัน โดยใช้ Confusion Assessment Method (CAM) กรณีผลประเมินของ CAM สงสัยภาวะสับสนเฉียบพลัน ให้ส่งต่อเพื่อการบำบัดรักษา (ดูแนวแนวทางการดูแลผู้สูงอายุภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (Delirium) หน้า33)

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน

1. การดูแลการรู้คิดและความตั้งใจที่จำกัด

- จัดให้มีการรับรู้เกี่ยวกับกาล เวลา สถานที่ บุคคลอย่างเหมาะสม
- สื่อสารชัดเจนและใช้อุปกรณ์ช่วยการสื่อสาร

2. การดูแลด้านพฤติกรรม

- อธิบาย/แนะนำพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติ ด้วยภาษาที่คุ้นเคย ง่าย ๆ สั้นๆ อย่างช้า ๆ และชัดเจน
- ให้การดูแลอย่างเต็มใจ และนุ่มนวล

- ให้การดูแลโดยผู้ดูแลที่คุ้นเคย

3. การดูแลด้านร่างกาย

- จัดให้มีการพักผ่อนนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ
- ให้ได้รับน้ำอย่างเพียงพอ
- ให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอ
- ลดความเจ็บปวดที่มีอยู่อย่างมีประสิทธิภาพ
- กระตุ้นให้มีการเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง
- ให้ใส่อุปกรณ์ช่วยการมองเห็น/การได้ยินที่เคยใช้
- ดูแลการขับถ่ายให้เป็นปกติ
- ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการไม่เคลื่อนที่และจากภาวะทุพโภชนาการ

4. การดูแลด้านสิ่งแวดล้อม

- จัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสม ปลอดภัย
- หลีกเลี่ยงการผูกยึดหรือการกักขัง
- จัดให้มีแสงสว่างเพียงพอ หลีกเลี่ยงเสียงแสงที่มากเกิน หรือสิ่งที่อาจทำให้เกิดการรับรู้ผิด

5. การดูแลการได้รับยา

- ดูแลการได้รับ antipsychotic medications
- ดูแลการได้รับยาที่แก้ไขสาเหตุของภาวะสับสนเฉียบพลัน
- สังเกตการตอบสนองและผลข้างเคียงจากการใช้ยา
- การดูแลด้านจิตสังคม

6. ใช้เทคนิคเสริมความมั่นใจในการดุแล

- ใช้เทคนิคผ่อนคลายและประคับประคองจิตใจ
- ให้ครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแล

7. การให้คำแนะนำ/คำปรึกษา

- ให้ความรู้ผู้สูงอายุและญาติ
- แนะนำวิธีการดูแลที่เหมาะสมกับบริบท

เอกสารอ้างอิง

1. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. ภาวะซึมสับสนเฉียบพลันในผู้สูงอายุและการป้องกัน. ใน : ประเสริฐ อัตสันตชัย, บรรณาธิการ. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและการป้องกันกรุงเทพฯ : บริษัท ยูเนียน ครีเอชั่นจำกัด; 2552.
2. Australian Government Department of Health and Aging. Delirium Care pathways. WWW.health.vic.gov.au/acute-aged care, 2010
3. www.bendigohealth.org.au/Regional-dementia-management/PCA-Pathway.html

แนวทางการดูแลผู้สูงอายุ ภาวะซึมเศร้าที่บ้าน (Depression)

ผ่องพรรณ อรุณแสง

"อารมณ์เศร้า" เป็นอารมณ์ด้านลบที่สามารถเกิดขึ้นเป็นครั้งคราวในบุคคลทั่วไปทุกเพศทุกวัย เมื่อเผชิญกับการสูญเสียการถูกปฏิเสธการพลาดในสิ่งที่หวังและมักมีความรู้สึกอึดอัดทรมานร่วมด้วย

อารมณ์หรือความรู้สึกเศร้านี้ ถ้าเป็นอยู่นานอย่างไม่มีเหตุผล ทำให้ต้องเศร้าอย่างรุนแรงหรือนานเกินแม้เมื่อมีสิ่งดีๆเกิดขึ้นแล้ว ยังไม่สามารถช่วยให้หลุดพ้นจากความเศร้า หรือมีอาการแย่ลงจนไม่มีกำลังใจไม่อยากทำอะไรไม่อยากพูดคุยกับใครหรือถึงกับไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ความรู้สึกและอาการทั้งหมดที่กล่าวมานี้เรียกว่า **"อาการซึมเศร้า"** โดยแยกจากความรู้สึกซึมเศร้าที่เป็นปฏิกิริยาปกติธรรมดาคือ ความรู้สึกจะรุนแรงกว่าเป็นอยู่นานกว่าและส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตชัดเจน มีการสูญเสียหน้าที่การงานและการดำเนินชีวิตประจำวันมากซึ่งถ้าหากอาการซึมเศร้าเป็นต่อเนื่องและมีอาการอื่นร่วมด้วยจะเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยเป็น**"โรคซึมเศร้า"**

ปัจจุบันนี้โรคซึมเศร้าเป็นภาระโรคอันดับ 4 รองลงมาจากโรคเอดส์เส้นเลือดในสมองตีบและเบาหวานคาดว่าในปีค.ศ. 2020 โรคซึมเศร้าจะเป็นภาระโรคอันดับ 2 ในประเทศไทย การศึกษาของกรมสุขภาพจิตพบว่าโรคซึมเศร้ามีความชุกประมาณร้อยละ 5 โรคซึมเศร้าสามารถนำไปสู่การฆ่าตัวตายซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายที่สุดผู้ที่เป็นโรคซึมเศร้ามีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสำเร็จมากกว่าคนทั่วไป 20 เท่าและร้อยละ 3 ของผู้ที่ฆ่าตัวตายจะฆ่าผู้อื่นด้วย

การคัดกรองโรคซึมเศร้าจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะการค้นพบโรคซึมเศร้าในระยะเริ่มแรกจะนำไปสู่การดูแลช่วยเหลือได้ทันท่วงทีและสามารถรักษาให้หายได้

ลักษณะของโรคซึมเศร้า

คำว่า "โรคซึมเศร้า" มักจะหมายถึง Depressive disorders โดยโรคซึมเศร้าที่จิตแพทย์และแพทย์ทั้งหลายให้การวินิจฉัยผู้ป่วยจะมีลักษณะดังต่อไปนี้

1. มีอาการเศร้าคงอยู่เกือบตลอดทั้งวันและเป็นทุกวันบางวันอาจเป็นมากบางวันอาจเป็นน้อย
2. ความสนใจหรือความเพลิดเพลินในกิจกรรมต่างๆที่เคยทำลดลงอย่างมาก
3. เบื่ออาหารจนน้ำหนักลดลงหรือบางรายอาจมีความอยากอาหารเพิ่มขึ้นกินมากจนน้ำหนักเพิ่มเช่น 2-3 กก. ต่อเดือน

4. นอนไม่หลับหรือหลับมากแทบทุกวันส่วนใหญ่จะนอนไม่หลับกระสับกระส่ายหลับดึกแต่จะตื่นเช้า 1-2 ชั่วโมงก่อนเวลาปกติที่เคยตื่นและไม่สดชื่น

5. ทำอะไรช้าพูดช้าเดินเหินเคลื่อนไหวช้าลงแต่มีบางรายก็มีหงุดหงิดกระสับกระส่ายทำอะไรเหมือนรีบเร่ง

6. อ่อนเพลียหรือไร้เรี่ยวแรงทั้งวันและแทบทุกวัน

7. รู้สึกตนเองไร้ค่าหรือรู้สึกผิดมากเกินควรมองตนมองโลกมองอนาคตในด้านลบไปหมดเช่นตนเองไม่หล่อ ไม่สวยไม่เก่งไม่ดีโลกสังคมก็แย่เสื่อมโทรมทุกอย่างแก้ไขไม่ได้แล้ว อนาคตต้องยิ่งทุกข์ยากลำบากมืดมน

8. สมาธิหรือความคิดอ่านช้าลดลง

9. คิดอยากตายไม่อยากชีวิตอยู่คิดถึงเรื่องการตายอยู่เรื่อยๆ หรือบางรายพยายามฆ่าตัวตายหรือมีแผนฆ่าตัวตาย

ถ้ามีอาการดังข้างต้นอย่างน้อย 5 อาการอยู่นานตั้งแต่ 2 สัปดาห์ขึ้นไปและมีอารมณ์เศร้า (ข้อ 1) หรือเบื่อหน่ายไม่มีความสุข (ข้อ 2) แพทย์จะให้การวินิจฉัยว่าเป็น “โรคซึมเศร้า” และต้องได้รับการดูแลรักษาต่อไป

สาเหตุของอาการซึมเศร้าและโรคซึมเศร้า

อาการซึมเศร้าและโรคซึมเศร้ามีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยทางร่างกายจิตใจและสังคมหลายอย่าง อาทิ

ความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมอง อาการ/โรคซึมเศร้าเกิดจากความผิดปกติหรือความไม่สมดุลของสารสื่อประสาทในสมองบริเวณส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ดังนั้นยาต้านเศร้าซึ่งออกฤทธิ์ทำให้ระดับของสารสื่อประสาทในสมองเกิดความสมดุลจึงสามารถลดอาการซึมเศร้าได้

พันธุกรรม ผู้ที่มีประวัติครอบครัวเป็นโรคซึมเศร้ามีโอกาสเกิดมากกว่าคนทั่วไป 2.8 เท่า

เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด การประสบปัญหาการเงินตกงานคลอดบุตรหย่าร้างการสูญเสียของรักหรือคนที่รักขัดแย้งหรือทะเลาะเบาะแว้งกับคนอื่น ทำให้คนที่มีแนวโน้มจะอยู่แล้วเกิดอาการซึมเศร้าครั้งแรกได้และมักจะเป็นตัวกระตุ้นการกลับเป็นซ้ำในผู้ที่เคยเป็น

บุคลิกภาพส่วนตัว บุคลิกภาพส่วนตัวบางอย่างทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคซึมเศร้าเช่นคนที่มองโลกแง่ร้ายอยู่เสมอคนที่ใช้วิธีหลีกเลี่ยงหรือหนีปัญหาและคนเก็บกดอารมณ์ไม่แสดงออก

โรคทางกายและยาโรคทางกายและยาบางชนิดทำให้เกิดอาการซึมเศร้าได้ เช่น โรคไข้หวัดใหญ่ ตับอักเสบ โรคไทรอยด์ โรคเลือดจาง โรคเบาหวาน ยาคุมกำเนิดบางชนิด สุราหรือแอลกอฮอล์ ยาโรคหัวใจ และยาลดความดันโลหิตบางประเภท เป็นต้น

การรักษาและการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าเกิดจากการมีปัญหาด้านจิตสังคมและเกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง ดังนั้นการรักษาที่ดีที่สุดคือการรักษาทางการแพทย์ร่วมกับการรักษาทางจิตใจ

การรักษาทางการแพทย์ประกอบด้วยการให้ยาต้านเศร้า การรักษาด้วยไฟฟ้า (ในรายที่มีอาการรุนแรง) การให้ยาต้านโรคจิต (กรณีมีประสาทหลอนหลงผิดร่วมด้วย)

การรักษาทางจิตใจ ได้แก่การให้สุขภาพจิตศึกษาจิตบำบัดการให้การปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาสังคมจิตใจและการเรียนรู้ทักษะจัดการความเครียด

สำหรับอาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อยการออกกำลังกายสม่ำเสมอ 30-45 นาทีอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยเฉพาะการออกกำลังกายแบบแอโรบิกจะสามารถช่วยลดอาการซึมเศร้าได้

การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้าโดยพยาบาลและ/หรือนักจิตวิทยา

1. **ให้การดูแลและแนะนำครอบครัวเกี่ยวกับ**

- แนะนำการใช้ยาต้านเศร้า:
- ให้รับประทานยาทุกวัน
- แนะนำว่าอาการจะเริ่มดีขึ้น หลังรับยาต้านซึมเศร้า 2-4 สัปดาห์
- ต้องรับประทานยานานประมาณ 6 เดือนถึง 1 ปี
- ให้รับประทานยาต่อเนื่องแม้อาการจะดีขึ้น
- สังเกตและแนะนำผลข้างเคียงของยาต้านการซึมเศร้า ได้แก่ ความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่าง่วงซึม ตามัว ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออกปากแห้งกรณีมีอาการรุนแรงควรติดต่อแพทย์ผู้รักษา

2. **ให้และแนะนำการดูแลด้านจิตใจต่อเนื่อง**:

- ให้เข้าใจธรรมชาติของผู้สูงอายุ
- ให้ส่งเสริมคุณค่าและความภาคภูมิใจของผู้สูงอายุ
- ให้ผู้สูงอายุรับรู้ถึงสิ่งดีๆ ในชีวิต
- ให้คำปรึกษาเพื่อแก้ปัญหา
- ให้ข้อมูลหรือความรู้กับภาวะซึมเศร้า

3. **ให้การดูแลและแนะนำครอบครัวเพื่อป้องกันผู้สูงอายุที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย**:

- ให้ความเห็นอกเห็นใจผู้สูงอายุ
- ให้เข้าใจปัญหาและความรู้สึก และไม่ซ้ำเติม
- ให้เวลา รับฟังปัญหา
- ยินดีให้ความช่วยเหลือ และช่วยเหลืออย่างจริงใจ
- ขจัดสิ่งที่อาจเป็นอันตรายออกให้หมด
- ติดตามและประเมินการฆ่าตัวตายด้วย 8Q จนคะแนนเป็น 0

4. **ดูแลให้ได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต**:

- ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ
- ดูแลมีการขับถ่ายที่เป็นปกติ
- จัดให้มีกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งการออกกำลังกาย
- ดูแลให้การนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอ
- ช่วยเหลือด้านสุขอนามัยและการแต่งกาย
- จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมปลอดภัยเพื่อส่งเสริมการรับรู้ที่ถูกต้อง

5. **ดูแลให้ได้รับความสุขสบายและความปลอดภัย**:

- จัดสิ่งแวดให้สะดวกสบายมีบรรยากาศแจ่มใส
- ให้ได้รับความสะดวกสบายในชีวิตประจำวัน ด้านการพักผ่อนนอนหลับ การรับประทานอาหารและอื่นๆ
- บรรเทาความไม่สุขสบายต่างๆ ให้น้อยลง
- ดูแลอย่างใกล้ชิด จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย

เอกสารอ้างอิง

1. อัมพร เบญจพลพิทักษ์ และลัดดา ดำริการเลิศ. บรรณาธิการ. การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวปฏิบัติโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล แนวทางการดูแลรักษาภาวะซึมเศร้าและผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย. นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส); 2553

ภาคผนวก

การบันทึกแบบ INHOMESSS

รายการ	เครื่องมือที่ใช้	สิ่งที่ตรวจพบสำคัญ	การแก้ปัญหา
Immobility	ประเมิน ADL, IADL[5]		
Nutrition	ประเมิน BMI, MNA[5]		
Home environment	ประเมินสภาพสิ่งแวดล้อมในบ้านและบริเวณรอบบ้าน[3,4]		
Other people	ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลภายในบ้าน เพื่อนบ้าน และจิตอาสา[2]		
Medications	ประเมินการใช้ยาแผนปัจจุบันและแพทย์ทางเลือก		
Examination	การตรวจร่างกายเฉพาะโรคทางกายภาพบำบัด[1,3,4]		
Safety	ประเมินความปลอดภัยภายในบ้าน[3,4]		
Spiritual	ประเมินจิตวิญญาณ[2]		
Services	ประเมินความพึงพอใจต่อบริการและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว[2]		

ชื่อ-นามสกุล	วันที่วันนี้

ปอดของท่านเป็นอย่างไรบ้าง ? ได้รับการประเมินผลเกี่ยวกับโรคถุงลมโป่งพอง
(COPD Assessment Test™, CAT)

แบบสอบถามนี้จะช่วยให้ท่านและแพทย์ของท่านสามารถทำการประเมินผลกระทบของโรคถุงลมโป่งพองต่อความผาสุกและการทำกิจวัตรประจำวันของท่าน ท่านและแพทย์ของทานสามารถใช้คำตอบและคะแนนทดสอบของท่านเพื่อช่วยในการปรับปรุงการจัดการโรคของท่านและได้รับการรักษาที่เป็นประโยชน์สูงสุดต่อท่าน

โปรดกาเครื่องหมาย (X) ลงในช่องด้านล่างที่อธิบายถึงอาการปัจจุบันของท่านได้ดีที่สุด กรุณาเลือกเพียงคำตอบเดียวสำหรับแต่ละคำถามเท่านั้น

ตัวอย่าง: ข้าพเจ้ามีความสุขมาก ☺ ข้าพเจ้าเศร้าใจมาก ☹

โดยกากตามตัวอย่างนี้ ⓪ ① ② ③ ④ ⑤

			คะแนน
ข้าพเจ้าไม่เคยมีอาการไอ	⓪ ① ② ③ ④ ⑤	ข้าพเจ้าไอตลอดเวลา	
ข้าพเจ้าไม่มีเสมหะในปอด	⓪ ① ② ③ ④ ⑤	ข้าพเจ้าไอตลอดเวลา	
ข้าพเจ้าไม่รู้สึกแน่นหน้าอกเลย	⓪ ① ② ③ ④ ⑤	ข้าพเจ้ารู้สึกแน่นหน้าอกมาก	
เมื่อข้าพเจ้าเดินขึ้นเนินหรือขึ้นบันไดหนึ่งชั้น ข้าพเจ้ายังคงหายใจได้คล่อง	⓪ ① ② ③ ④ ⑤	เมื่อข้าพเจ้าเดินขึ้นเนินหรือขึ้นบันไดหนึ่งชั้นข้าพเจ้ารู้สึกเหนื่อยหอบเป็นอย่างมาก	
ข้าพเจ้าทำกิจกรรมต่างๆ ที่บ้านได้โดยไม่จำกัด	⓪ ① ② ③ ④ ⑤	ข้าพเจ้าทำกิจกรรมต่างๆ ที่บ้านได้จำกัดมาก	
ข้าพเจ้ามีความมั่นใจที่จะออกไปนอกบ้านทั้งๆที่ปอดข้าพเจ้ามีปัญหา	⓪ ① ② ③ ④ ⑤	ข้าพเจ้าไม่มีความมั่นใจเลยที่จะออกไปนอกบ้านเพราะปอดข้าพเจ้ามีปัญหา	
ข้าพเจ้านอนหลับสนิท	⓪ ① ② ③ ④ ⑤	ข้าพเจ้านอนหลับไม่สนิทเพราะปอดข้าพเจ้ามีปัญหา	
ข้าพเจ้ารู้สึกกระฉับกระเฉงอย่างมาก	⓪ ① ② ③ ④ ⑤	ข้าพเจ้ารู้สึกอ่อนเพลียและเหนื่อยล้า	
		คะแนนรวม	

แบบสอบถามการประเมินผลโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและเครื่องหมาย CAT เป็นเครื่องหมายการค้าของกลุ่มบริษัทแกล็กโซสมิธไคลน์
©2552 แกล็กโซสมิธไคลน์ สงวนสิทธิ์ตามกฎหมาย

mMRC

เป็นมาตรวัดความรู้สึกเหนื่อย ในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวัน
โดยให้ผู้ป่วยเลือกว่าม ความเหนื่อยอยู่ในระดับใด ตามตัวเลขจากน้อยไปมากเพียงข้อเดียว
คะแนนที่มากที่สุดคือ 4

เกณฑ์การให้คะแนนภาวะหายใจลำบาก	**เลือกเพียง 1 ข้อ (คะแนน)**
คุณไม่มีความรู้สึกเหนื่อยเลยแม้ต้องออกกำลังกายอย่างหนัก	0
คุณรู้สึกเหนื่อยเฉพาะเมื่อต้องเดินรีบๆ หรือเดินขึ้นที่สูงเล็กน้อยเท่านั้น	1
คุณเดินได้ช้ากว่าคนที่อายุใกล้เคียงกันเนื่องจากเหนื่อย หรือต้องหยุดเดินเพื่อพักหายใจเมื่อเดินอยู่ในบ้าน	2
คุณต้องพักหายใจหลังเดินได้ระยะทาง 90 เมตร (100 หลา) หรือหลังเดินราบได้เพียง 2-3 นาที	3
คุณเหนื่อยเกินกว่าที่จะออกจากบ้านได้ หรือ เหนื่อยเมื่อต้องใส่เสื้อหรือถอดเสื้อ	4

แบบประเมินการถ่ายปัสสาวะ (International Prostate Symptom Score : I-PSS)

Patient Name: _____ Date of birth: _____ Date completed _____

In the past month:	Not at All	Less than 1 in 5 Times	Less than Half the Time	About Half the Time	More than Half the Time	Almost Always	Your Score
1. Incomplete Emptying How often have you had the sensation of not emptying your bladder?							
2. Frequency How often have you had to urinate less than every two hours?							
3. Intermittency How often have you found you stopped and started again several times when you urinated?	0	1	2	3	4	5	
4. Urgency How often have you found it	0	1	2	3	4	5	

In the past month:	Not at All	Less than 1 in 5 Times	Less than Half the Time	About Half the Time	More than Half the Time	Almost Always	Your Score
difficult to postpone urination?							
5. Weak Stream How often have you had a weak urinary stream?	0	1	2	3	4	5	
6. Straining How often have you had to strain to start urination?	0	1	2	3	4	5	
	None	1 Time	2 Times	3 Times	4 Times	5Times	
7. Nocturia How many times did you typically get up at night to urinate?	0	1	2	3	4	5	
Total I-PSS Score							

Score: 1-7: Mild 8-19: Moderate 20-35: Severe

Quality of Life Due to Urinary Symptoms	Delighted	Pleased	Mostly Satisfied	Mixed	Mostly Dissatisfied	Unhappy	Terrible
If you were to spend the rest of your life with your urinary condition just the way it is now, how would you feel about that?	0	1	2	3	4	5	6

About the I-PSS : The International Prostate Symptom Score (I-PSS) is based on the answers to seven questions concerning urinary symptoms and one question concerning quality of life. Each question concerning urinary symptoms allows the patient to choose one out of six answers indicating increasing severity of the particular symptom. The answers are assigned points from 0 to 5. The total score can therefore range from 0 to 35 (asymptomatic to very symptomatic).

The questions refer to the following urinary symptoms:

Questions	Symptom
1	Incomplete emptying
2	Frequency
3	Intermittency
4	Urgency
5	Weak Stream
6	Straining
7	Nocturia

Question eight refers to the patient's perceived quality of life.

The first seven questions of the I-PSS are identical to the questions appearing on the American Urological Association (AUA) Symptom Index which currently categorizes symptoms as follows:

Mild (symptom score less than of equal to 7)

Moderate (symptom score range 8-19)

Severe (symptom score range 20-35)

The International Scientific Committee (SCI), under the patronage of the World Health Organization (WHO) and the International Union Against Cancer (UICC), recommends the use of only a single question to assess the quality of life. The answers to this question range from "delighted" to "terrible" or 0 to 6. Although this single question may or may not capture the global impact of benign prostatic hyperplasia (BPH) Symptoms or quality of life, it may serve as a valuable starting point for a doctor-patient conversation.

The SCI has agreed to use the symptom index for BPH, which has been developed by the AUA Measurement Committee, as the official worldwide symptoms assessment tool for patients suffering from prostatism.

The SCI recommends that physicians consider the following components for a basic diagnostic workup: history; physical exam; appropriate labs, such as U/A, creatine, etc.; and DRE or other evaluation to rule out prostate cancer.

การคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม

ข้อแนะนำ การคัดกรองข้อเข่าเสื่อมเป็นการคัดกรองเบื้องต้นเพื่อค้นหาผู้สูงอายุที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม

ผู้สูงอายุมีอาการปวดเข่าหรือไม่

- o ไม่ปวดเข่า
- o ปวดเข่า

การพิจารณา

ถ้าตอบว่า “ปวดเข่า” แสดงว่ามีความเสี่ยง หรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคข้อเข่าเสื่อม ให้ส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อคัดกรองโรคข้อเข่าเสื่อม ต่อไป

แบบคัดกรองสมรรถภาพความจำ 14 คำถาม (การคัดกรองด้วยตนเองสำหรับประชาชน)

แต้ม 1 เมื่อเหตุการณ์นั้นไม่เคยเกิดขึ้นเลย หรืออาจจะเกิดขึ้นนานๆ ครั้งในระยะเวลา 1 ปี

แต้ม 2 เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นไม่บ่อยนัก หรืออาจจะเกิดขึ้น 1 หรือ 2 ครั้ง ในระยะเวลา 1 เดือน

แต้ม 3 เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นค่อนข้างบ่อย หรืออาจจะเกิดขึ้นเกือบทุกสัปดาห์

แต้ม 4 เมื่อเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นเกือบทุกวัน

กิจกรรม		คะแนน			
		1	2	3	4
1	หาของใช้ในบ้านไม่พบ				
2	จำสถานที่ที่เคยไปบ่อยๆไม่ได้				
3	ต้องกลับไปทบทวนงานที่แม้จะตั้งใจทำซ้ำถึง 2 ครั้ง				
4	ลืมสิ่งของที่ตั้งใจว่าจะนำเอาออกไปนอกบ้านด้วย				
5	ลืมเรื่องที่ได้รับฟังมาเมื่อวานนี้ หรือ เมื่อสองสามวันก่อน				
6	ลืมเพื่อนสนิท หรือ ญาติสนิท หรือ บุคคลที่คบหากันบ่อยๆ				
7	ไม่สามารถเข้าใจเนื้อเรื่องในหนังสือพิมพ์ หรือ วารสารที่อ่าน				
8	ลืมบอกข้อความที่คนอื่นวานให้มาบอกอีกคนหนึ่ง				
9	ลืมข้อมูลส่วนตัวของตนเอง เช่น วันเกิด ที่อยู่				
10	สับสนในรายละเอียดของเรื่องที่ได้รับฟังมา				
11	ลืมที่ที่เคยวางสิ่งของนั้นเป็นประจำ หรือ มองหาสิ่งของนั้นในที่ที่ไม่น่าจะวางไว้				
12	ขณะเดินทาง หรือเดินเล่น หรืออยู่ในอาคารที่เคยไปบ่อยๆ มักเกิดอาการหลงทิศ หรือ หลงทาง				
13	ต้องทำกิจวัตรประจำวันบางอย่างซ้ำถึงสองครั้ง เพราะมีความผิดพลาดเกิดขึ้น เช่น ใส่น้ำตาลมากเกินไปในเวลาปรุงอาหาร หรือเดินไปหวีผมซ้ำอีกครั้ง ซึ่งเมื่อสักครู่เพิ่งได้หวีผมเสร็จไป				
14	เล่าเรื่องเดิมซ้ำอีกครั้งซึ่งเมื่อสักครู่เพิ่งได้เล่าเสร็จ				

การแปลผล ทำแบบทดสอบสมรรถภาพความจำคะแนนมากกว่า 40 ควรไปพบแพทย์

ที่มา : แปลจากบทความใน British Medical Association โดย ชาญกัญญา ตันติลีปิกร (วท.ม.จิตวิทยาคลินิก) สถาบันวิจัยและพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหิดล และพญ.โสภา เกริกไกรกุล หน่วยประสาทวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์ กรุงเทพฯและวชิรพยาบาล

การทดสอบสภาพสมอง : Abbreviated Mental Test (AMT) **(คัดกรองโดยบุคลากร)**

ข้อแนะนำ แบบทดสอบสภาพสมอง : Abbreviated Mental Test (AMT) ใช้คัดกรองภาวะการรู้คิดในผู้สูงอายุ ด้วยการสอบถาม ซึ่งคำตอบที่ถูกจะต้องเป็นข้อมูลที่เป็นจริงขณะทำการสอบถาม

ข้อ	คำถาม	ผิด	ถูก
1.	อายุ..เท่าไร คำตอบ.....	☐	☐
2.	ขณะนี้เวลา..อะไร คำตอบ.....	☐	☐
3.	ที่อยู่ปัจจุบันของท่านคือ.. คำตอบ.....	☐	☐
4.	ปีนี้..ปีอะไร คำตอบ.....	☐	☐
5.	สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร.. คำตอบ.....	☐	☐
6.	คนนี้คือใคร..(ชี้ที่คนสัมภาษณ์) และ คนนี้คือใคร..(ชี้ที่คนใกล้ๆ : ญาติ) คำตอบ.....	☐	☐
7.	วันเดือนปีเกิดของท่านคือ.. คำตอบ.....	☐	☐
8.	เหตุการณ์ 14 ตุลา หรือ วันมหาวิปโยค เกิดในปี พ.ศ. อะไร คำตอบ.....	☐	☐
9.	พระมหากษัตริย์องค์ปัจจุบันมีพระนามว่าอะไร คำตอบ.....	☐	☐
10.	ให้นับถอยหลัง จาก 20 จนถึง 1 คำตอบ.....	☐	☐

การแปลผล

- ถ้าตอบ “**ถูก**” **≤7 ข้อ** แสดงว่า **การรู้คิดผิดปกติ** (abnormal cognitive function)
- ให้ส่งต่อบุคลากรทางสุขภาพเพื่อทำการประเมินด้วยแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย

แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย: MMSE-Thai 2002

ข้อแนะนำ แบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นใช้คัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ สามารถใช้ได้ในผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหรือไม่รู้หนังสือ (อ่านไม่ออก เขียนไม่ได้) ด้วย โดยไม่ต้องทำข้อ 4 ข้อ 9 และข้อ 10

1 Orientation for time : ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับเวลาในปัจจุบัน (5 **คะแนน**)

- 1.1 วันนี้..วันที่เท่าไร ..... ☐
- 1.2 วันนี้..วันอะไร ..... ☐
- 1.3 เดือนนี้..เดือนอะไร ..... ☐
- 1.4 ปีนี้..ปีอะไร ..... ☐
- 1.5 ฤดูนี้..ฤดูอะไร ..... ☐

2 Orientation for place : ทดสอบการรับรู้เกี่ยวกับที่อยู่ในปัจจุบัน (5 **คะแนน**)

2.1 **กรณีอยู่สถานพยาบาล**

- 2.1.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร **และ** ชื่อว่าอะไร ..... ☐
- 2.1.2 ขณะนี้อยู่ชั้นที่เท่าไรของของตัวอาคาร ..... ☐
- 2.1.3 ที่นี่อยู่ในอำเภออะไร ..... ☐
- 2.1.4 ที่นี่จังหวัดอะไร ..... ☐
- 2.1.5 ที่นี่ภาคอะไร ..... ☐

2.2 **กรณีอยู่ที่บ้านของผู้ถูกทดสอบ**

- 2.2.1 สถานที่ตรงนี้เรียกว่าอะไร **และ** เลขที่เท่าไร ..... ☐
- 2.2.2 ที่นี่หมู่บ้าน (หรือ ละแวก คุ้ม ย่าน ถนน) อะไร ..... ☐
- 2.2.3 ที่นี่อำเภอ หรือ เขตอะไร ..... ☐
- 2.2.4 ที่นี่จังหวัดอะไร ..... ☐
- 2.2.5 ที่นี่ภาคอะไร ..... ☐

3 Registration :ทดสอบการบันทึกความจำโดยให้จำชื่อของ 3 อย่าง(3 **คะแนน**)

ต่อไปนี้จะเป็นการทดสอบความจำโดยจะบอกชื่อของ 3 อย่าง ให้คุณ (ตา,ยาย...) ฟังดีๆ นะคะจะบอกเพียงครั้งเดียว เมื่อพูดจบแล้วให้คุณ (ตา,ยาย...) พูดทวนตามที่ได้ยินทั้ง 3 ชื่อ แล้วจำไว้ให้ดีนะคะ เดี๋ยวจะถามซ้ำ

○ **ดอกไม้** ○ **แม่น้ำ** ○ **รถไฟ** ..... ☐

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

○ **ต้นไม้** ○ **ทะเล** ○ **รถยนต์** ..... ☐

4 Attention or Calculation : ทดสอบสมาธิโดยให้คิดเลขในใจ **(5 คะแนน)**

ถามผู้ถูกทดสอบว่า"คิดเลขในใจเป็นหรือไม่" **ถ้าคิดเป็น**ให้ทำข้อ 4.1

ถ้าคิดไม่เป็นหรือไม่ตอบให้ทำข้อ 4.2

4.1 ข้อนี้คิดเลขในใจโดยเอา 100 ตั้ง ลบออกทีละ 7 ไปเรื่อยๆ ได้ผลลัพธ์เท่าไรบอกมา

.... ☐

บันทึกคำตอบตัวเลขไว้ทุกครั้ง (ทั้งคำตอบที่ถูกและผิด) ทำทั้งหมด 5 ครั้ง ถ้าลบได้ 1, 2 หรือ 3 ครั้งแล้วตอบไม่ได้ ให้คิดคะแนนเท่าที่ทำได้ ไม่ต้องเปลี่ยนไปทำข้อ 4.2

4.2 "เดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะสะกดคำว่ามะนาวให้คุณ (ตา,ยาย) ฟัง แล้วให้คุณ (ตา,ยาย) สะกดถอยหลังจากพยัญชนะตัวหลังไปตัวแรก คำว่ามะนาวสะกดว่า มอม้า-สระอะ -นอหนู-สระอา-วอแหวน คุณ (ตา,ยาย) สะกดถอยหลังให้ฟังสิครับ (คะ)"

.... ☐

ว า น ะ ม

5 Recall : ทดสอบความจำระยะสั้นของชื่อสิ่งของ 3 อย่างที่ให้จำไว้แล้ว **(3 คะแนน)**

เมื่อสักครู่ที่ให้จำของ 3 อย่าง จำได้ไหม มีอะไรบ้าง

○ **ดอกไม้** ○ **แม่น้ำ** ○ **รถไฟ** ..... ☐

ในกรณีที่ทำแบบทดสอบซ้ำภายใน 2 เดือน ให้ใช้คำว่า

○ **ต้นไม้** ○ **ทะเล** ○ **รถยนต์** ..... ☐

6 Naming : ทดสอบการบอกชื่อสิ่งของที่ได้เห็น **(2 คะแนน)**

6.1 ยื่นดินสอให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า "ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร" ..... ☐

6.2 ชี้นาฬิกาข้อมือให้ผู้ถูกทดสอบดูแล้วถามว่า "ของสิ่งนี้เรียกว่าอะไร" ..... ☐

7 Repetition : ทดสอบการพูดซ้ำคำที่ได้ยิน **(1 คะแนน)**

ตั้งใจฟังผม (ดิฉัน) นะ เมื่อผม (ดิฉัน) พูดข้อความนี้แล้วให้คุณ (ตา,ยาย) พูดตามผม (ดิฉัน) จะบอกเพียงเที่ยวเดียว **"ใครใคร่ขายไก่ไข่"** ..... ☐

8 Verbal command :ทดสอบการเข้าใจความหมายและทำตามคำสั่ง **(3 คะแนน)**

ข้อนี้ให้ทำตามที่บอก ตั้งใจฟังดีๆ นะ เดี๋ยวผม (ดิฉัน) จะส่งกระดาษให้ แล้วให้คุณ (ตา,ยาย) รับด้วยมือขวา พับครึ่งด้วยมือทั้ง 2 ข้าง เสร็จแล้ววางไว้ที่….." (พื้น, โต๊ะ, เตียง)

ผู้ทดสอบส่งกระดาษเปล่าขนาดประมาณ เอ 4 ไม่มีรอยพับ ให้ผู้ถูกทดสอบ

○ รับด้วยมือขวา	○ พับครึ่งด้วยมือ 2 ข้าง	○ วางไว้ที่ (พื้น, โต๊ะ, เตียง)	.....	☐

9 Written command : ทดสอบการอ่าน การเข้าใจความหมาย สามารถทำตามได้ **(1 คะแนน)**

ให้คุณ (ตา,ยาย...) อ่านแล้วทำตาม จะอ่านออกเสียงหรืออ่านในใจก็ได้

ผู้ทดสอบแสดงกระดาษที่เขียนว่า “หลับตา”

○ หลับตาได้	.....	☐

หลับตา

10 Writing : ทดสอบการเขียนภาษาอย่างมีความหมาย **(1 คะแนน)**

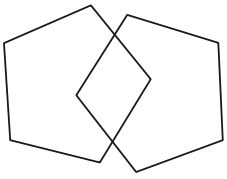
ให้คุณ (ตา,ยาย) เขียนข้อความอะไรก็ได้ที่อ่านแล้วรู้เรื่องหรือมีความหมาย 1 ประโยค

.....

○ ประโยคมีความหมาย	.....	☐

11 Visuoconstruction : ทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างตากับมือ **(1 คะแนน)**

ให้คุณ (ตา,ยาย) วาดภาพให้เหมือนภาพตัวอย่าง



..... ☐

จุดตัด (cut-off point) **สำหรับคะแนนที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม** (cognitive impairment)

ระดับการศึกษา	คะแนน	
	จุดตัด	**เต็ม**
ผู้สูงอายุปกติไม่ได้เรียนหนังสือ (อ่านไม่ออก-เขียนไม่ได้)	≤ 14	23 (ไม่ต้องทำข้อ 4,9,10)
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับประถมศึกษา	≤ 17	30
ผู้สูงอายุปกติเรียนระดับสูงกว่าประถมศึกษา	≤ 22	30

การแปลผล

- ถ้าคะแนนน้อยกว่าจุดตัด แสดงว่า เป็นผู้สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม (cognitive impairment)
- ให้ส่งต่อแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยยืนยันผลและทำการรักษาในรายที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม

การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL)

ข้อแนะนำ

- เป็นการวัดว่าผู้สูงอายุทำอะไรได้บ้าง (ทำอยู่จริง) ไม่ใช่เป็นการทดสอบว่า หรือ ถามว่าทำได้หรือไม่
- เป็นการสอบถามถึงกิจกรรมที่ปฏิบัติในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา
- เป็นการวัดระดับการพึ่งพิง หากต้องมีคนคอยดูแลหรือเฝ้าระวังเวลาปฏิบัติกิจให้ถือว่าไม่ได้คะแนนเต็ม
- ถ้าหมดสติ ให้ 0 คะแนนทั้งหมด

คะแนน

1 Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า) ☐

- ☐ 0 ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
- ☐ 1 ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า
- ☐ 2 ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2 Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24-48 ชั่วโมงที่ผ่านมา) ☐

- ☐ 0 ต้องการความช่วยเหลือ
- ☐ 1 ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3 Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) ☐

- ☐ 0 ไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
- ☐ 1 ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คนพยุงหรือดันขึ้นมาจึงจะนั่งอยู่ได้
- ☐ 2 ต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกให้ทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
- ☐ 3 ทำได้เอง

4 Toilet use (ใช้ห้องน้ำ) ☐

- ☐ 0 ช่วยตัวเองไม่ได้
- ☐ 1 ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
- ☐ 2 ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระ ถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

คะแนน

5 Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) ☐

- ☐ 0 เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
- ☐ 1 ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนเข็นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
- ☐ 2 เดินหรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
- ☐ 3 เดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

6 Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า) ☐

- ☐ 0 ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย
- ☐ 1 ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- ☐ 2 ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิบ หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7 Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น) ☐

- ☐ 0 ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือได้น้อย
- ☐ 1 ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- ☐ 2 ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิบ หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

8 Bathing (การอาบน้ำ) ☐

- ☐ 0 ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
- ☐ 1 อาบน้ำเองได้

9 Bowels (การกลั้นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) ☐

- ☐ 0 กลั้นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- ☐ 1 กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- ☐ 2 กลั้นได้เป็นปกติ

10 Bladder (การกลั้นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา) ☐

- ☐ 0 กลั้นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- ☐ 1 กลั้นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- ☐ 2 กลั้นได้เป็นปกติ

คะแนนรวม ☐☐

การพิจารณา (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)

คะแนนรวม	≥12	คะแนน	เป็น	กลุ่มที่ 1 ช่วยเหลือตัวเองได้ และ/หรือ ช่วยเหลือผู้อื่นในชุมชน และสังคมได้
คะแนนรวม	5-11	คะแนน	เป็น	กลุ่มที่ 2 ช่วยเหลือและดูแลตนเองได้บ้าง
คะแนนรวม	≤4	คะแนน	เป็น	กลุ่มที่ 3 ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้

การประเมินด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง (Functional Assessment)

กิจกรรม ADL	ทำได้	ทำไม่ได้	กิจกรรม IADL	ทำได้	ทำไม่ได้
การอาบน้ำ			การทำครัว		
การแต่งตัว			การทำความสะอาดบ้าน		
การหวีผม			การซักผ้า		
การเข้าห้องน้ำ			การซื้อของ		
การกินอาหาร			การทำบัญชี		
การเคลื่อนย้าย			การกินยา		
การเดิน			การเดินทาง		
การเดินบันได			การโทรศัพท์		

การประเมินการมองเห็น : Snellen chart

ข้อแนะนำ : การประเมินการมองเห็นด้วยแผ่นป้ายสเนลเลน (snellen chart) หรือที่เรียกกันว่า การวัดระดับสายตา (visual acuity : VA) เพื่อค้นหาปัญหาการมองเห็นของผู้สูงอายุ หากสามารถประเมินปัญหาเบื้องต้นได้ถูกต้องรวดเร็วจะทำให้การรักษามีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นด้วย

วิธีดำเนินการ

1. ให้ผู้สูงอายุนั่งบนเก้าอี้ที่อยู่หน้าแผ่นป้ายตามระยะทางที่กำหนด คือ 20 ฟุตหรือ 6 เมตร โดยให้นั่งตัวตรง ห้ามโน้มตัวไปข้างหน้าขณะอ่านเพราะระยะทางจะคลาดเคลื่อน และห้ามเอียงคอขณะอ่านเพราะอาจแอบใช้ตาข้างที่ปกติมาช่วยอ่านทำให้ไม่ได้ค่าสายตาที่แท้จริง

2. วัดสายตาทีละข้างโดยให้วัดตาขวาก่อนเสมอ เพื่อความถูกต้องในการบันทึกผลและป้องกันความสับสน (ยกเว้นกรณีที่เกิดจากอุบัติเหตุให้วัดสายตาข้างที่บาดเจ็บก่อน) โดยให้ปิดตาอีกข้างหนึ่งไว้ให้มิดชิด

3. ให้อ่านตัวเลขบนแผ่นป้ายตั้งแต่แถวที่ 1 โดยอ่านลงไปเรื่อยๆ

การบันทึกค่า : ค่าสายตาที่วัดได้จะบันทึกเป็นตัวเลขเศษส่วนซึ่งบอกค่าเป็นระยะทาง โดยเลขเศษหมายถึงระยะทางที่คนสายตาผิดปกติสามารถเห็นได้ชัดที่สุด เลขส่วนหมายถึงระยะทางที่คนสายตาปกติสามารถเห็นได้ชัดที่สุด

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

การคัดกรองสุขภาวะทางตา

ข้อแนะนำ การคัดกรองสุขภาวะทางตาเป็นการคัดกรองปัญหาการมองเห็น (ระยะไกล-ใกล้) ที่มีผลต่อการใช้ชีวิตประจำวันและลักษณะการมองเห็นผิดปกติที่เป็นปัญหา และพบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ ต้อกระจก ต้อหิน และจอตาเสื่อมเนื่องจากอายุ

ข้อ	คำถาม	ไม่ใช่	ใช่	ระบุตา
1.	นับนิ้วในระยะ 3 เมตรได้ถูกต้อง **น้อยกว่า 3 ใน 4 ครั้ง**	☐	☐	
2.	อ่านหนังสือพิมพ์หน้าหนึ่งในระยะ 1 ฟุต **ไม่ได้**	☐	☐	
3.	ปิดตาดูที่ละข้าง **พบว่า** ตามัวคล้ายมีหมอกบัง	☐	☐	ซ้าย ขวา
4.	ปิดตาดูที่ละข้าง **พบว่า** มองเห็นชัดแต่ตรงกลาง ไม่เห็นรอบข้างหรือมักเดินชนประตู สิ่งของบ่อยๆ	☐	☐	ซ้าย ขวา
5.	ปิดตาดูที่ละข้าง **พบว่า** มองเห็นจุดดำกลางภาพ หรือเห็นภาพบิดเบี้ยว	☐	☐	ซ้าย ขวา

การพิจารณา

ถ้าตอบว่า “ใช่” ข้อใดข้อหนึ่งแสดงว่า มีปัญหาการมองเห็น ส่งต่อบุคลากรทางสุขภาพเพื่อทำการประเมินด้วยแผ่นป้ายเสนลเลน (Snellen Chart) หรือส่งต่อแพทย์ตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผลและทำการรักษา

หมายเหตุ

ข้อ 1. ประเมินสายตาต่อความเสี่ยงในการใช้ชีวิตประจำวัน (ระยะไกล)

วิธีทดสอบ ให้ผู้สูงอายุยืน /นั่งบนเก้าอี้ ห่างจากผู้ทดสอบ 3 เมตร ผู้ทดสอบชูนิ้ว (1 2 3 4 5 นิ้ว อาจสลับจำนวน)แล้วสอบถามผู้สูงอายุว่าเห็นกี่นิ้ว (ทดสอบ 4 ครั้ง)

ข้อ 2. ประเมินสายตาต่อความเสี่ยงในการใช้ชีวิตประจำวัน (ระยะใกล้)

วิธีทดสอบ ให้ผู้สูงอายุยืน อ่านหนังสือพิมพ์หน้าหนึ่ง ระยะ 1 ฟุตถ้าอ่านได้มากกว่าครึ่งหน้าหนังสือพิมพ์ ถือว่าอ่านได้

ข้อ 3. ประเมินความเสี่ยงต้อกระจก

ข้อ 4. ประเมินความเสี่ยงต้อหิน

ข้อ 5. ประเมินความเสี่ยงโรคจอตาเสื่อมเนื่องจากอายุ

ประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

เพื่อให้ผู้สูงอายุทราบถึงภาวะเสี่ยงของสุขภาพช่องปาก ในการเข้ารับบริการตรวจรักษาทางทันตกรรมกับทันตบุคลากร

ข้อ	คำถาม	คะแนน		การติดตามผล	
		0	1	ใช่	ไม่ใช่
1.	**เนื้อเยื่อในช่องปาก** : บริเวณริมฝีปาก แก้ม ลิ้น มีปุ่ม/ก้อนเนื้อ มีแผลเรื้อรัง หรือไม่	ปกติ ☐	ผิดปกติ ☐		
2.	**เหงือกและอวัยวะปริทันต์** : บริเวณเหงือกมีเลือดออก /มีฝีหนอง /ฟันโยก หรือไม่	ปกติ ☐	ผิดปกติ ☐		
3.	**ฟันผุ** : มีฟันผุเป็นรู เสียวฟัน ฟันหัก/ฟันแตกเหลือแต่ตอฟัน หรือไม่	ปกติ ☐	ผิดปกติ ☐		
4.	**ปัญหาการเคี้ยวอาหาร / การกลืน** : มีปัญหาการเคี้ยวอาหาร /การกลืน หรือไม่	ปกติ ☐	ผิดปกติ ☐		
5.	**ฟันเทียม** : จำเป็นต้องใส่ฟันเทียม หรือทำฟันใหม่ หรือไม่	ปกติ ☐	ผิดปกติ ☐		
6.	**การได้รับการตรวจหรือรักษาจากทันตบุคลากร** : บริเวณริมฝีปาก แก้ม ลิ้น มีปุ่ม/ก้อนเนื้อ มีแผลเรื้อรัง หรือไม่	ปกติ ☐	ผิดปกติ ☐		
7.	**ความต้องการการรักษาทางทันตกรรม** : ปัจจุบันท่านต้องการ การรักษา หรือไม่	ปกติ ☐	ผิดปกติ ☐		

การแปลผล

ในข้อ 1-5 ถ้าได้ 1 คะแนน ข้อใดข้อหนึ่งให้ส่งต่อเพื่อเข้ารับการบริการทันตกรรมกับทันตบุคลากร

การคัดกรองภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่

ข้อแนะนำ การคัดกรองภาวะกลั้นปัสสาวะโดยการสอบถามเป็นการประเมินเบื้องต้นเพื่อค้นหาโอกาสที่จะเกิดภาวะปัสสาวะเล็ด ปัสสาวะราด ที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และส่งผลต่อแพทย์เพื่อตรวจวินิจฉัยและทำการรักษา

ภาวะกลั้นปัสสาวะ	ไม่มี	มี
ผู้สูงอายุมีภาวะ “ปัสสาวะเล็ด” หรือ “ปัสสาวะราด” จนทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน	☐	☐

การพิจารณา

ถ้าตอบว่า “มี” ควรส่งต่อให้แพทย์ตรวจวินิจฉัยเพื่อยืนยันผลและทำการรักษา

การคัดกรองภาวะหกล้ม : Timed Up and Go Test (TUGT)

ข้อแนะนำ การคัดกรองภาวะหกล้มด้วย TUGT เป็นการทดสอบด้วยการเดินตามวิธีที่กำหนด โดยสังเกตท่าเดิน และจับเวลาที่ใช้ในการเดิน

วิธีการประเมิน

ให้ผู้สูงอายลุกขึ้นจากเก้าอี้ที่มีที่ท้าวแขน เดินเป็นเส้นตรงระยะทาง 3 เมตร หมุนตัวและเดินกลับมานั่งที่เดิม

จับเวลาได้ ☐☐ นาที ☐☐ วินาที

○ <30 วินาที ○ ≥30 วินาที ○ เดินไม่ได้

การพิจารณา

- เวลาปกติของผู้สูงอายุควรน้อยกว่า 10 วินาที
- ถ้าใช้เวลา “≥ 30 **วินาที**” แสดงว่า **มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม**

แนวทางการปฏิบัติ

- ให้แจ้งผลและแนะนำความรู้ “การป้องกันภาวะหกล้ม”

ข้อควรระวัง

- ผู้สูงอายุมีโอกาสที่จะหกล้มมากกว่าวัยอื่นๆ ดังนั้น ผู้ทดสอบจึงควรระมัดระวังขณะทำการทดสอบ

การประเมินภาวะหกล้ม (Falls Risk Assessment tool)

รายการ	เกณฑ์ให้คะแนน			
	0	1	2	3
วันนอน (นับจากแรกเข้า)	วันแรก	เจ็ดวันแรก	8-14 วัน	มากกว่า 14 วัน
อายุ	0-19 ปี	20-59 ปี	60-70 ปี	มากกว่า 70 ปี
ประวัติหกล้ม	ไม่หกล้มในปีก่อน	หกล้มใน 6 เดือนก่อน	หกล้มใน 3 เดือนก่อน	หกล้มในเดือนก่อน
การทรงตัว	ยืนและหมุนตัวได้ด้วยการช่วยเหลือจากผู้อื่น	เดินโดยใช้อุปกรณ์หรือคนช่วย 2 คน	เดินโดยใช้อุปกรณ์หรือคนช่วย 1 คน	เดินโดยไม่ใช้อุปกรณ์หรือไม่ต้องการคนช่วย
การรับรู้	รู้เวลา สถานที่ บุคคล	รู้สถานที่ บุคคล	รู้บุคคล	ไม่รับรู้การตัดสิจใจบกพร่อง
สภาพร่างกายทั่วไป	อาหารเพียงพอ การนอนหลับปกติ	ไม่เจริญอาหาร การนอนหลับผิดปกติ	การนอนหลับผิดปกติมาก	ขาดอาหาร น้ำหนักลด
การมองเห็น		ใช้แว่นตา	มองเห็นไม่ชัดเจนตาต้อ	มองเห็นผิดปกติมากถึงขั้นตาบอด
การพูด	ปกติ	มีปัญหาการพูดแต่เข้าใจภาษาดี	พูดไม่ชัดมีปัญหาการสื่อสาร	การสื่อสารบกพร่องขั้นรุ่นแรง
การใช้ยา	ไม่มียาที่มีผล	มียาระบบหัวใจและหลอดเลือดที่มีผลเช่น β-blocker ยาลดความดันเลือด	มียาระบบประสาทที่มีผล เช่น ยากล่อมประสาท ยานอนหลับ ยากลุ่มpsychoactive	มีทั้งยาระบบหัวใจและหลอดเลือดและระบบประสาทที่มีผล
ภาวะโรคเรื้อรัง	ไม่มี	มีโรคเรื้อรัง 1 โรค	มีโรคเรื้อรัง>1โรค	มีโรคเรื้อรังหลายโรค
ไม่สามารถควบคุมการขับถ่าย	ไม่มีปัญหา	ปัสสาวะบ่อย	ปัสสาวะกลางคืน ปัสสาวะราด (stress incontinence)	ปัสสาวะราด (urge incontinence)

เกณฑ์การประเมิน	0-10 คะแนน	มีความเสี่ยงที่หกล้มต่ำ
	11-20 คะแนน	มีความเสี่ยงที่หกล้มปานกลาง
	21-33 คะแนน	มีความเสี่ยงที่จะหกล้มสง

แบบประเมิน Confusion Assessment Method (CAM)

1. อาการเกิดขึ้นทันทีทันใดและแปลเปลี่ยนในแต่ละวัน
2. สมาธิลดลงหรือไม่มีสมาธิ
3. การคิดไม่เป็นระบบ
4. การเปลี่ยนแปลงระดับการรู้สึกตัว

***จะเป็นภาวะสับสนต้องมี 1 + 2 และ 3 หรือ 4**

แบบประเมินภาวะโภชนาการ MNA® ส่วนคัดกรอง

1. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมารับประทานอาหารได้น้อยลง เนื่องจากความอยากอาหารลดลง มีปัญหาการย่อย การเคี้ยว หรือปัญหาการกลืน หรือไม่

- ☐ 0 ความอยากอาหารลดลงอย่างมาก
- ☐ 1 ความอยากอาหารลดลงปานกลาง
- ☐ 2 ความอยากอาหารไม่ลดลง

2. ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา น้ำหนักลดลง หรือไม่(โดยไม่ตั้งใจลดน้ำหนัก)

- ☐ 0 น้ำหนักลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัม
- ☐ 1 ไม่ทราบ
- ☐ 2 น้ำหนักลดลงระหว่าง 1-3 กิโลกรัม
- ☐ 3 น้ำหนักไม่ลดลง

3. สามารถเคลื่อนไหวได้เอง หรือไม่

- ☐ 0 นอนบนเตียง หรือ ต้องอาศัยรถเข็นตลอดเวลา
- ☐ 1 ลุกจากเตียงหรือรถเข็นได้บ้าง แต่ไม่สามารถไปข้างนอกได้เอง
- ☐ 2 เดินและเคลื่อนไหวได้ตามปกติ

4. ใน 3 เดือนที่ผ่านมา มีความเครียดรุนแรงหรือป่วยเฉียบพลัน หรือไม่

- ☐ 0 มี
- ☐ 2 ไม่มี

5. มีปัญหาทางจิตประสาท หรือไม่

- ☐ 0 ความจำเสื่อม หรือ ซึมเศร้าอย่างรุนแรง
- ☐ 1 ความจำเสื่อมเล็กน้อย
- ☐ 2 ไม่มีปัญหาทางประสาท

6. ดัชนีมวลกาย [BMI = น้ำหนักตัว (กก.) / ส่วนสูง (ม.)^2

- ☐ 0 BMIน้อยกว่า 19
- ☐ 1 BMIตั้งแต่19 แต่น้อยกว่า 21
- ☐ 2 BMIตั้งแต่21 แต่น้อยกว่า 23
- ☐ 3 BMIตั้งแต่23 ขึ้นไป

การคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 2 คำถาม (2Q)

ข้อแนะนำ

• เน้นการถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันที่สัมภาษณ์

• ขณะสอบถามถ้าผู้สูงอายุไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายหรือขยายความเพิ่มเติม ควรถามซ้ำจนกว่าผู้สูงอายุจะตอบตามความเข้าใจของตัวเอง

ข้อ	คำถาม	ไม่มี	มี
1	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันนี้ ท่านรู้สึก หดหู่ เศร้า หรือ ท้อแท้ สิ้นหวัง หรือไม่	☐	☐
2	ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมวันนี้ ท่านรู้สึก เบื่อ ทำอะไรก็ไม่เพลิดเพลิน หรือไม่	☐	☐

การพิจารณา

• ถ้าตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 ข้อ แสดงว่า ปกติ ให้แจ้งผลและแนะนำความรู้เรื่องโรคซึมเศร้า

• ถ้าตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่งหรือทั้ง 2 ข้อ แสดงว่า มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า ให้ทำการประเมินด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม

การคัดกรองโรคซึมเศร้าด้วย 9 คำถาม (9Q)

ข้อแนะนำ

- เน้นการถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันที่สัมภาษณ์
- ถามทีละข้อไม่ช้าหรือเร็วเกินไป พยายามให้ได้คำตอบทุกข้อ
- ขณะสอบถามถ้าผู้สูงอายุไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายหรือขยายความเพิ่มเติม ควรถามซ้ำจนกว่าผู้สูงอายุจะตอบตามความเข้าใจของตัวเอง

ข้อ	ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมารวมทั้งวันนี้ ท่านมีอาการเหล่านี้บ่อยแค่ไหน	ไม่มีเลย	เป็นบางวัน (1-7วัน)	เป็นบ่อย (>7 วัน)	เป็นทุกวัน
1	เบื่อ ไม่สนใจอยากทำอะไร	0	1	2	3
2	ไม่สบายใจ ซึมเศร้า ท้อแท้	0	1	2	3
3	หลับยาก หรือ หลับๆ ตื่นๆ หรือ หลับมากไป	0	1	2	3
4	เหนื่อยง่าย หรือ ไม่ค่อยมีแรง	0	1	2	3
5	เบื่ออาหาร หรือ กินมากเกินไป	0	1	2	3
6	รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือทำให้ตนเองหรือครอบครัวผิดหวัง	0	1	2	3
7	สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ	0	1	2	3
8	พูดช้า ทำอะไรช้าลงจนคนอื่นสังเกตเห็นได้ หรือกระสับกระส่ายไม่สามารถอยู่นิ่งได้เหมือนที่เคยเป็น	0	1	2	3
9	คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายไปคงจะดี	0	1	2	3
				คะแนนรวม	☐☐

การพิจารณา (คะแนนเต็ม 27 คะแนน)

- คะแนนรวม <7 คะแนน แสดงว่า ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือมีอาการโรคซึมเศร้าระดับน้อยมาก
- คะแนนรวม 7-12 คะแนน แสดงว่า มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย
- คะแนนรวม 13-18 คะแนน แสดงว่า มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง
- คะแนนรวม ≥19 คะแนน แสดงว่า มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง

แนวทางการปฏิบัติ: ควรแจ้งผลพร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหรือการดูแลรักษาในขั้นตอนต่อไป

แบบประเมินการฆ่าตัวตาย 8 คำถาม (8Q)

ลำดับ	ระยะเวลา	ภาษากลาง	ภาษาอีสาน	ภาษาใต้	ไม่มี (บ่มี)	มี
	ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา (ในเดือนที่ผ่านมา รวมมื่อนี่)	คิดอยากตาย หรือคิดว่าตายไปจะดีกว่า	คึดอยากตายหรือคิดว่าตายไป คือสิดีกว่าอยู่....บ่	คิดอยากตายหรือว่าคิดว่าตายไปเสียดีกว่า	0	1
		อยากทำร้ายตัวเองหรือทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	อยากทำร้ายโตเองหรือเฮ็ดให้เจ้าของบาดเจ็บ...บ่	อยากทำร้ายตัวเองหรือว่าทำให้ตัวเองบาดเจ็บ	0	2
		คิดเกี่ยวกับการฆ่าตัวตาย (ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับฆ่าตัวตายให้ถามต่อ)....ท่านสามารถควบคุมความอยากฆ่าตัวตายที่ท่านคิดอยู่นั้นได้หรือไม่หรือบอกได้ไหมว่าคงจะไม่ทำตามความคิดนั้นในขณะนั้นๆ	คึดเกี่ยวกับสิข่าโตตาย....บ่ (ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับฆ่าตัวตายให้ถามต่อ)...คุมเจ้าของบ่ให้คึดได้บ่หรือบอกได้บ่ว่าสิบ่เฮ็ดตามความคิดสิข่าโตตายในตอนนี้	คิดฆ่าตัวตายมั้งม่าย(ถ้าตอบว่าคิดเกี่ยวกับฆ่าตัวตายให้ถามต่อ)...(สรรพนาม)นึกว่ายับยั้งความคิดนั้นได้ม่าย หรือบอกได้ม่ายว่าจะไม่ทำตามที่คิดแล้ว	0 ได้ 0	6 ไม่ได้ 8

ลำดับ	ระยะเวลา	ภาษากลาง	ภาษาอีสาน	ภาษาใต้	ไม่มี (บ่มี)	มี
		มีแผนการที่จะฆ่าตัวตาย มั้ย	แผนการสิข่าโตตายบ่	วางแผนจะฆ่าตัวตายมั้งม่าย	0	8
		ได้เตรียมการที่จะทำร้ายตนเองหรือเตรียมการจะฆ่าตัวตายโดยตั้งใจว่าจะให้ตายจริงๆ	ได้เตรียมการสิเฮ็ดทำร้ายโตเจ้าของหรือเตรียมการสิข่าโตตายโดยตั้งใจสิใฮ่ ตั้งใจสิใฮ่เจ้าของตาย	เตรียมจะทำร้ายตัวเอง หรือว่าเตรียมจะฆ่าตัวตายให้พ้นๆ	0	9
		ได้ทำให้ตนเองบาดเจ็บแต่ไม่ตั้งใจว่าจะให้ตายจริงๆ	ได้เตรียมการสิเฮ็ดทำร้ายโตเจ้าของหรือเตรียมการสิข่าโดยตรง โดยตั้งใจสิใฮ่เจ้าของตาย อีหลี	เคยทำให้ตัวเองเจ็บแต่ไม่ตั้งใจจะให้ถึงตาย	0	4
		ได้พยายามฆ่าตัวตาย โดยคาดหวัง/ตั้งใจที่จะให้ตาย	พยายามข่าโตตายโดยหวังสิใฮ่เจ้าของตายอิหลี	พยายามจะฆ่าตัวตายให้หมันตายตามที่ตั้งใจช่ายม่าย	0	10
	ตลอดชีวิตที่ผ่านมา (ในชีวิตทั้งเบิ่ดถิผ่านมา)	ท่านเคยพยายามฆ่าตัวตาย	เคยพยายามข่าโตตาย	(สรรพนาม) เคยพยายามฆ่าตัวตายมั้งม่าย	0	4

รวมคะแนน

ข้อแนะนำ ถามด้วยภาษาที่สอดคล้องกับท้องถิ่น หรือเหมาะสมกับผู้ถูกสัมภาษณ์ ควรถามให้ได้คำตอบทีละข้อ ถ้าไม่เข้าใจให้ถามซ้ำ ไม่ควรอธิบายขยายความเพิ่มเติม พยายามให้ได้คำตอบทุกข้อ จากนั้นรวมคะแนนด้วยแปรผลตามตารางแปรผล ควรแจ้งผลตามแนวทางการแจ้งผลอย่างเหมาะสม พร้อมให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวหรือการดูแลรักษาในขั้นตอนต่อไป

การแปลผล

คะแนนรวม	**แนวโน้มที่จะฆ่าตัวตายในปัจจุบัน**
0	ปกติ
1 - 8	น้อย
9 – 16	ปานกลาง
≥17	รุนแรง

ข้อจำกัดในการใช้

ข้อคำถามที่ 1 - 7 ใช้ประเมินการฆ่าตัวตาย **ในช่วง 1 เดือน** ที่ผ่านมาเท่านั้น

ข้อคำถามที่ 8 ใช้ประเมินการฆ่าตัวตาย ใน**ตลอดชีวิตที่ผ่านมา**

เทคนิคการฝึกผ่อนคลายความเครียด[11]

วิธีที่ 1 การฝึกการหายใจ

หลักการ

ตามปกติคนทั่วไปจะหายใจตื้น ๆ โดยใช้กล้ามเนื้อหน้าอกเป็นหลัก ทำให้ได้ออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายน้อยกว่าที่ควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลาเครียด คนเราจะยิ่งหายใจถี่และตื้นมากขึ้นกว่าเดิม ทำให้เกิดอาการถอนใจเป็นระยะ ๆ เพื่อให้ได้ออกซิเจนมากขึ้น

การฝึกหายใจช้า ๆ ลึก ๆ โดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณท้องจะช่วยให้ร่างกายได้อากาศเข้าสู่ปอดมากขึ้น เพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือดและยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงแก่กล้ามเนื้อหน้าท้องและลำไส้ด้วยการฝึกการหายใจอย่างถูกวิธี จะทำให้หัวใจเต้นช้าลง สมองแจ่มใสเพราะได้ออกซิเจนมากขึ้น และการหายใจออกอย่างช้า ๆ จะทำให้รู้สึกว่าได้ปลดปล่อยความเครียดออกไปจากตัวจนหมดสิ้น

วิธีการฝึก

นั่งในท่าที่สบาย หลับตา เอามือประสานไว้บริเวณท้อง ค่อย ๆ หายใจเข้า พร้อม ๆ กับนับเลข 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้า ๆ 1...2...3...4... ให้มือรู้สึกว่าท้องพองออก

กลั้นหายใจเอาไว้ชั่วครู่ นับ 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้า ๆ เช่นเดียวกับเมื่อหายใจเข้า

ค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออก โดยนับ 1 ถึง 8 อย่างช้าๆ 1...2...3...4...5...6...7...8... พยายามไล่ลมหายใจออกมาให้หมด สังเกตว่าหน้าท้องแฟบลง

ทำซ้ำอีก โดย**หายใจเข้าช้า ๆ กลั้นไว้ แล้วหายใจออก** โดยช่วงที่หายใจออกให้นานกว่าช่วงหายใจเข้า

ข้อแนะนำ

การฝึกการหายใจ ควรทำติดต่อกันประมาณ 4 – 5 ครั้ง

ควรฝึกทุกครั้งที่รู้สึกเครียด รู้สึกโกรธ รู้สึกไม่สบายใจ หรือฝึกทุกครั้งที่นึกได้

ทุกครั้งที่หายใจออก ให้รู้สึกได้ว่าผลักดันความเครียดออกมาด้วยจนหมด เหลือไว้แต่ความรู้สึกโล่งสบายเท่านั้น

ในแต่ละวัน ควรฝึกการหายใจที่ถูกวิธีให้ได้ประมาณ 40 ครั้ง แต่ไม่จำเป็นต้องทำติดต่อในคราวเดียวกัน

ผลดีจากการฝึกคลายเครียด

ขณะฝึก

- อัตราการเผาผลาญอาหารในร่างกายลดลง
- อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง
- อัตราการหายใจลดลง
- ความดันโลหิตลดลง
- ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อลดลง

วิธีที่ 2 เทคนิคการคลายเครียดแบบ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

หลักการทั่วๆ ไปในการสร้างความผ่อนคลายด้วยตนเอง

คุณสามารถทำให้ร่างกายผ่อนคลายได้ด้วยวิธีมุ่งความสนใจไปที่กล้ามเนื้อแต่ละกลุ่มให้เกร็ง ให้แน่นแล้วค้างไว้ประมาณ 10 วินาที แล้วจึงค่อย ๆ คลายออก การเกร็งเต็มที่แล้วคลายออกจะทำให้คุณรู้สึกหนักและอบอุ่น เพราะคลื่นบาง ๆ ของกระแสเลือดจะเคลื่อนไหวไปยังอวัยวะส่วนนั้น ๆ เมื่อกล้ามเนื้อคลายตัว คุณก็รู้สึกผ่อนคลายสบาย ข้อสำคัญต้องไม่เร่งการเกร็งกล้ามเนื้อส่วนที่กำลังมีความเครียดให้แน่นจนเกินไปเพราะจะทำให้เป็นตะคริวได้ ตัวอย่างเช่น เมื่อมีการเกร็ง ปวดเมื่อยที่กล้ามเนื้อส่วนคอ วิธีการแก้ไขก่อนจะทำการผ่อนคลายคือนวดเบา ๆ ให้กล้ามเนื้อคลายตัวลงก่อน

การเริ่มต้นทำที่ง่ายที่สุด มักจะนิยมให้เกร็งนิ้ว ไม่ใช่ฝ่ามือ เกร็งทั้ง 2 ข้างพร้อม ๆ กัน นับในใจช้า ๆ ถึง 10 แล้วค่อย ๆ คลายมือออก ให้ดูเหมือนกลีบดอกไม้ค่อย ๆ บาน ให้อยู่กับความรู้สึกอบอุ่นสบาย เมื่อกล้ามเนื้อตัวหลังจากเกร็งมาระยะหนึ่งแล้ว ต่อไปจึงทำที่กล้ามเนื้อกลุ่มอื่น ๆ ที่ใกล้เคียงกัน เช่น ที่แขน ให้เกร็งแขนค้างไว้ 10-20 วินาทีแล้วคลายออก

ตัวอย่างวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อที่อวัยวะต่าง ๆ

<u>ไหล่</u>

- จินตนาการว่ามีเชือกผูกที่ไหลทั้งสองของคุณ เชือกนั้น ๆ ค่อย ๆ ดึงไหล่ของคุณให้ยกสูงขึ้น ๆ ทีละน้อย จนกระทั่งใกล้ติ่งหูมากที่สุด

- เอาละปล่อยเชือกลงให้ไหล่ลงมาอยู่ตามปกติ แล้วจึงดึงเชือกให้ดึงรั้งไปข้างหลัง จนคุณรู้สึกเกร็งที่ส่วนหลังค้างไว้ แล้วค่อย ๆ ผ่อนเชือก จนกระทั่งไหล่ทั้ง 2 ของคุณกลับคืนสู่สภาพปกติ

- ต่อไปให้ห่อไหลทั้ง 2 ไปข้างหน้าโดยแขนทั้ง 2 เหยียดเกร็ง ค้างไว้ นับ 1-10 แล้วจึงปล่อยลง

ขาอ่อน

- ให้เท้าทั้ง 2 กดลงกับพื้นให้แน่นที่สุดจนรู้สึกเกร็งตลอดขา

- ยกขาทั้ง 2 ขึ้นจากพื้น ยืดตรงเข่าไม่งอ กระดกนิ้วเท้าให้ชี้ขึ้นสูงที่สุดเท่าที่จะทำได้ เกร็งค้างไว้....ปล่อยลง

เท้า - น่อง

- เอาปลายเท้าทั้ง 2 กดพื้นไว้ แล้วยกส้นเท้าให้สูงที่สุดเท่าที่จะทำได้เกร็งค้างไว้...ปล่อยลง

- กดส้นเท้าไว้กับพื้น กระดกเท้าขึ้นให้มากที่สุด เกร็งค้างไว้ .....ปล่อยลง

ก้น

- ขมิบเกร็งก้น จนรู้สึกเหมือนนั่งสูงขึ้น ค้างไว้....ปล่อยลง

หลัง

- แอ่นตัวไปข้างหน้ามากที่สุด จนตัวโค้งเหมือนคันศร เกร็งค้างไว้....ปล่อย

กระเพาะลำไส้

- แขม่วหน้าท้องให้มากที่สุด จินตนาการว่ากระเพาะลำไส้เข้าไปใกล้กระดูกสันหลังมากที่สุด เกร็งไว้.....ปล่อยลงตามปกติ

หน้าอก

- เอาฝ่ามือทั้ง 2 ประกบกันข้างหน้าอก แล้วดันเข้าหากันช้า ๆ จนแน่นที่สุดเกร็งค้างไว้....ปล่อย

ใบหน้า - ศีรษะ

- เลิกคิ้วให้สูงสุดเหมือนคุณประหลาดใจเต็มที่ ค้างไว้.....ปล่อย

- ยิ้มกว้าง ๆ ที่สุดจนเห็นฟันมากที่สุดเท่าที่คุณไม่เคยเป็นมาก่อน ค้างไว้...ปล่อย..กดคางลงให้เข้าใกล้หน้าอกให้มากที่สุด ค้างไว้....ปล่อยคืนที่

คอ

- เกร็งกล้ามเนื้อคอ ยื่นส่วนใบหน้าไปข้างหน้า ค่อย ๆ หมุนศีรษะช้า ๆ ตามเข็มนาฬิกา 1 รอบ ทวนเข็มนาฬิกา 1 รอบ

แบบคัดกรองเบาหวานด้วยวาจา (สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข)

ปัจจัยเสี่ยง	อายุ 60 ปีขึ้นไป
1. มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน (รอบเอว ≥90 ซม. ในผู้ชาย หรือ ≥80 ซม.ในผู้หญิง และ/หรือ ดัชนีมวลกาย ≥25 กก./ม.^{2})	
2. มีประวัติ พ่อ แม่ พี่ น้อง เป็นโรคเบาหวาน	
3.มีความดันโลหิตสูง (BP≥ 140/90 มม.ปรอท) หรือมีประวัติ เป็นโรคความดันโลหิตสูง หรือรับประทานยาควบคุมความดันโลหิตสูง	
4. มีรอยพับรอบคอหรือใต้รักแร้ดำ	
5. ประวัติไขมันในเลือดผิดปกติ(ไตรกลีเซอร์ไรด์ ≥ 250 มก./ดล และ/หรือ เอส ดี แอล คลอเลสเตอรอล <35 มก./ดล.)	
6. ประวัติมีน้ำตาลในเลือดสูง (ระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหาร (FPG) = 100-125 มก./ดล.หรือระดับน้ำตาลในเลือดหลังดื่มน้ำตาลกลูโคส (OGTT) =140-199 มก./ดล.)	
7. ประวัติเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือเคยคลอดบุตร ที่มีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 4 กิโลกรัม	

นิยาม ของ เบาหวานและความดันโลหิตสูง **สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข** จำแนกเป็นกลุ่มปกติ กลุ่มเสี่ยงสูง (pre-DM, pre-HT) กลุ่มป่วย(ระดับ 1, 2,และ 3) และกลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน รายละเอียดดังตาราง

กลุ่ม	**เบาหวาน (ระดับน้ำตาล)**	**ความดันโลหิตสูง (มม.ปรอท)**
1. กลุ่มปกติ	FBS น้อยกว่า 100 มก./ดล.	น้อยกว่า 120/80 มม.ปรอท
2. กลุ่มเสี่ยงสูง (pre-DM, pre-HT)	FBS= 100-125 มก./ดล.หรือ HbA1c = 5.7 – 6.4 %	120-139และ/หรือ 80-89 มม.ปรอท
3. กลุ่มป่วย		
3.1 กลุ่มป่วย ระดับ 1	FBS = 126-154 มก./ดล. หรือ HbA1c = 6.5 – 6.9 %	140-159 และ/หรือ 90-99 มม.ปรอท
3.2 กลุ่มป่วย ระดับ 2	FPG = 155-182 มก./ดล.หรือ HbA1c = 7 – 7.9 %	160-179 และ/หรือ 100-109 มม.ปรอท
3.3 กลุ่มป่วย ระดับ 3	FPG ≥183 มก./ดล. หรือ HbA1c ≥8 %	≥180 และ/หรือ ≥110 มม.ปรอท
4. กลุ่มป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน		

ตัวอย่างแบบบันทึกข้อมูลสวัสดิการสังคม (สค.1)

1.ข้อมูลทั่วไป.....HN……..AN……แผนก/หอผู้ป่วย.....

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี เพศ ( )ชาย ( )หญิง วัน เดือน ปี เกิด.....

เลขบัตรประชาชน.....สถานภาพสมรส.....การศึกษา.....อาชีพ.....

รายได้.....บาท/เดือน ผู้ให้ข้อมูล.....ความเกี่ยวข้อง.....

ที่อยู่ปัจจุบัน.....เบอร์โทร.....

สิทธิการรักษา.....วันที่เข้ารับบริการ.....โรคที่เข้ารับการรักษา.....

ประเภทผู้ป่วย ( ) ผู้ป่วยนอก ( ) ผู้ป่วยใน ( ) ชุมชนในเทศบาล ( ) ชุมชนนอกเขตเทศบาล
( ) ต่างจังหวัด ( ) ต่างด้าว

ระบุกลุ่มเป้าหมายตามนโยบายที่สำคัญ

( ) กลุ่มผู้ประสบปัญหาทางสังคม ( ) 1.ผู้พิการ ( ) 2.ผู้สูงอายุ

( ) 3.เด็กและสตรีที่ถูกกระทำรุนแรง ( ) 4.ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์/ผู้ได้รับผลกระทบ

( ) 5.ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ( ) 6.ผู้ที่สังคมควรช่วยเหลือเกื้อกูล/ผู้ด้อยโอกาส

( ) 7.ผู้ไม่มีหลักประกันและมีปัญหาการใช้สิทธิ

ค่ารักษาพยาบาลทั้งหมด .....บาท ชำระได้.....บาท อนุเคราะห์.....บาท

สาเหตุ ( ) 7.1 ข้ามเขต/ผิดขั้นตอน ( ) 7.2 ต่างด้าวหลบหนีเข้าเมือง ( ) 7.3 คนไทยไม่มีเลขบัตรประชาชน
( ) 7.4 ผู้ประสบภัยจากรถไม่มี พรบ. ( ) 7.5 สิทธิไม่คุ้มครอง ( ) 7.6 อื่นๆ.....

( ) 8. กลุ่มเป้าหมายเฉพาะพื้นที่ ระบุ.....

( ) 9. อื่น ๆ ไม่เข้าข่าย ระบุ.....

2.สภาพปัญหาที่พบตามแบบบัญชีปัญหาทางสังคม (Social problem lists)

00 ไม่มีปัญหาทางสังคม (No Social Problem) หรือยังไม่พบปัญหาในวันที่เข้าเยี่ยมผู้ป่วย

01 ปัญหาสมรส คู่สมรส การครองเรือน.....

02 ปัญหาระหว่าง บิดา มารดา บุตร .....

03 ปัญหาความแตกแยกในครอบครัว.....

04 ปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว.....

05 ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพในครอบครัว.....

06 ปัญหาเกี่ยวกับที่อยู่อาศัย.....

07 ปัญหาเกี่ยวกับการเปลี่ยน/ย้ายที่อยู่.....

08 ปัญหาที่เกิดจากบุคลภายในครอบครัว.....

09 ปัญหาการแยกตัวออกจากสังคม.....

10 ปัญหาทางเศรษฐกิจการเงิน.....

11.ปัญหาเกี่ยวกับการศึกษา.....

12.ปัญหาเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ.....

13.ปัญหาเกี่ยวกับกฎหมาย.....

14.ปัญหาเกี่ยวกับสถานการณ์ของตัวบุคคลที่เป็นอุปสรรคต่อการดูแลสุขภาพ

.....

15.ปัญหาที่เกิดจากสภาพแวดล้อมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ

.....

16.ปัญหาที่เกิดจากการปฏิบัติตามสังคม วัฒนธรรมและความเชื่อต่างๆ

.....

17.ปัญหาสังคมอื่นๆ

.....

หมายเหตุ วิธีการประเมิน (Assessment) และการวินิจฉัยปัญหาทางสังคม (Social diagnosis) กรณีมีปัญหาให้วินิจฉัยต่อเมื่อมีความสัมพันธ์ชัดเจนกับสาเหตุของการมารับบริการ

ส่วนที่ 3 กิจกรรมการดำเนินงานบริการสวัสดิการสังคม

( ) ตรวจวินิจฉัยทางสังคม ( ) การให้คำปรึกษา ( ) ติดต่อญาติ/นายจ้าง

( ) จัดหาเครื่องอุปโภค/บริโภค ( ) ประสานงาน/ส่งต่อ ( ) ช่วยเหลือด้านค่ารักษา

( ) ช่วยเหลือด้านการเงิน ( ) ช่วยเหลือตามสภาพปัญหา

( ) ร่วมประชุมทีมสหสาขาวิชาชีพ ( ) อื่น ๆ

ส่วนที่ 4 บันทึกข้อมูลทางการแพทย์(โรค)ที่เชื่อมโยงกับปัญหาทางสังคม/โรคเรื้อรัง (ตาม ICD 10)

.....

.....

.....

ส่วนที่ 5 ความเห็นของนักสังคมสงเคราะห์/ข้อมูลเพิ่มเติม

.....

.....

.....

.....

ผังครอบครัว

แผนที่บ้าน

ลงชื่อ.....ผู้บันทึก

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

แหล่งทรัพยากรทางสังคม (แหล่งประโยชน์ทางสังคม)

<u>ปัญหาอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับความสัมพันธ์ในครอบครัว</u> เช่น ปัญหาการใช้ความรุนแรงในครอบครัวหรือกับผู้สูงอายุ สามารถติดต่อขอความช่วยเหลือจาก ศูนย์ช่วยเหลือทางสังคม (OSCC) ซึ่งมีช่องทางดังนี้

1.ช่องทางการรับบริการสามารถติดต่อโดยตรงได้ที่

สถานีตำรวจ

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.)

บ้านพักเด็กและครอบครัว

โรงพยาบาล

สถานศึกษา

อบต./เทศบาล

สำนักงานและสวัสดิการคุ้มครองแรงงาน

2.โทรสายด่วน

โทรศัพท์สายด่วนที่หมายเลข 1330 เพื่อแจ้งเหตุและรับคำปรึกษาหรือข้อมูลต่าง ๆ

3.ติดต่อทางเว็ปไซต์

เพื่อแจ้งเหตุ ขอรับคำปรึกษาหรือค้นหาข้อมูลต่างๆ ได้ที่ www.osccthailand.go.th

<u>ปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้เจ็บป่วยหรือทุพพลภาพในครอบครัว</u>

1.การสงเคราะห์รถโยก/รถเข็นนั่งคนพิการ

กลุ่มเป้าหมาย คนพิการที่จดทะเบียนคนพิการตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 มีความพิการท่อนล่าง ซึ่งแพทย์มีความเห็นว่าจำเป็นต้องใช้รถโยกหรือรถเข็นนั่ง (WHEEL CHAIR) เพื่อช่วยในการเคลื่อนไหว

แนวทางการช่วยเหลือ

1.ให้การช่วยเหลือรถสามล้อชนิดมือโยก เพื่อช่วยเพิ่มความสามารถทางด้านการเคลื่อนไหวของคนพิการในการใช้ชีวิตประจำวัน และเพื่อการประกอบอาชีพ ซึ่งผู้พิการต้องมีความสามารถในการใช้รถโยกได้ โดยแขนทั้งสองข้างแข็งแรง

2.ให้การช่วยเหลือรถเข็นนั่ง เพื่อช่วยเพิ่มความสามารถทางด้านการเคลื่อนย้ายตัวเองไปในที่ต่าง ๆ ของคนพิการ

เอกสารประกอบการขอรับบริการ

1. สำเนาสมุดประจำตัวคนพิการ
2. ใบรับรองแพทย์ที่ระบุว่า

- คนพิการมีแขน 2 ข้างที่มีกำลังพอโยกรถได้ และมีความจำเป็นต้องใช้รถโยกเพื่อช่วยในการเคลื่อนไหว
- คนพิการมีความจำเป็นต้องใช้รถเข็นนั่ง

3. สำเนาทะเบียนบ้าน
4. รูปถ่ายเต็มตัว 1 รูป

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

2.การสงเคราะห์ครอบครัวคนพิการ

กลุ่มเป้าหมาย เด็กพิการและคนพิการที่จดทะเบียน ตามพระราชบัญญัติการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ พ.ศ. 2534 ซึ่งประสบปัญหาความเดือดร้อน เนื่องจากอยู่ตามลำพังไม่มีผู้อุปการะ ครอบครัวขัดสนขาดแคลน หรือ ครอบครัวประสบปัญหาความเดือดร้อน เช่น หัวหน้าครอบครัวเจ็บป่วย พิการ ตกงาน ทำให้มีผลกระทบต่อการเลี้ยงดูคนพิการ

แนวทางการช่วยเหลือ

1. กรณีเด็กพิการ ช่วยเหลือเป็นเงินตามความจำเป็นและความเหมาะสม ไม่เกิน 1,000 บาท/ครั้ง และช่วยเหลือติดต่อกันไม่เกิน 3 ครั้ง / ครอบครัว
2. กรณีคนพิการ ช่วยเหลือเป็นเงินตามความจำเป็นและเหมาะสม ไม่เกิน 2,000 บาท/ ครั้ง และช่วยเหลือติดต่อกันไม่เกิน 3 ครั้ง / ครอบครัว

เอกสารประกอบการขอรับบริการ

1. กรณีผู้ปกครองยื่นเรื่องแทนคนพิการ
   - สำเนาสมุดประจำตัวคนพิการ
   - สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน และสำเนาทะเบียนบ้านของผู้ยื่นคำร้อง
2. กรณีคนพิการยื่นเรื่องขอรับบริการด้วยตนเอง
   - สำเนาสมุดประจำตัวคนพิการ
   - สำเนาทะเบียนบ้าน

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

ปัญหาด้านกฎหมาย

สิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติ ผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ผู้สูงอายุ มีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ดังนี้

1. การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ

2. การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต

3. การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม

4. การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน

5. การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรง แก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณะอื่น

6. การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม

7. การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ

8. การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายหรือถูกทอดทิ้ง

9. การให้คำแนะนำ ปรึกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี หรือในทางการแก้ไขปัญหาครอบครัว

10. การจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง

11. การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

12. การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี

13. ผู้อุปการะเลี้ยงดูบุพการีซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับการลดหย่อนภาษี ตามประมวลรัษฎากร

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ

สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์ เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ โทรศัพท์ 0 2651 6904 , 0 2651 7796 , 0 2654 6936 0 2651 6783 , 0 2650 1354 , 0 2650 1887 Website : http://www.oppo.opp.go.th/

2. **สิทธิผู้สูงอายุ**

ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ที่ประสงค์จะขอรับบริการตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 11 ข้อ (8) (9) (10) คือ การช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับอันตรายจากการทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาผลประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง ต้องการคำแนะนำ ปรึกษา ดำเนินการแก้ไขปัญหาครอบครัว จัดที่พักอาศัย อาหาร และเครื่องนุ่งห่มให้ตามความเหมาะสม และส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ให้บริการในจังหวัดต่างๆ ดังนี้ กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา ชลบุรี ลำปาง เชียงใหม่ บุรีรัมย์ ขอนแก่น นครพนม ภูเก็ต สงขลา และยะลา บริการที่จัดให้ได้แก่

1. ศูนย์ข้อมูลและสารสนเทศงานสวัสดิการผู้สูงอายุ ให้บริการ ทำเนียบเครือข่ายดำเนินงานผู้สูงอายุ คลังปัญญาผู้สูงอายุ สถานการณ์และสถิติข้อมูลความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุในพื้นที่ให้บริการ ข้อมูลการให้บริการ การดำเนินงานของศูนย์ฯ รวมถึง ข้อมูลผู้ใช้บริการ

2. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาให้การฝึกอบรมสำหรับผู้ที่มีความสนใจในการจัดบริการสวัสดิการสังคมสำหรับผู้สูงอายุ

3. ศูนย์การเรียนรู้ สนับสนุนงานวิจัยและพัฒนารูปแบบการจัดสวัสดิการผู้สูงอายุ ถ่ายทอดภูมิปัญญา อาชีพ เป็นสถานที่ศึกษาดูงานและฝึกอบรม

4. ศูนย์การจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุแบบสถาบัน เป็นการจัดบริการในสถาบันตามมาตรฐานที่กำหนดและมีรูปแบบการจัดบริการผู้สูงอายุตามสภาพปัญหาและความต้องการจำเป็นของผู้สูงอายุ

5. ศูนย์การจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุในชุมชน เป็นการจัดบริการผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุได้อาศัยอยู่กับครอบครัว ชุมชน โดยการส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน ท้องถิ่น องค์กรประชาชน ชุมชน และประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดบริการครอบคลุมทุกมิติ (สุขภาพ สังคม ที่อยู่อาศัย สิ่งแวดล้อม)

6. ศูนย์บริการให้คำแนะนำ ปรึกษา และส่งต่อ มีบริการให้คำแนะนำ ปรึกษาหลายช่องทาง เช่น ปรึกษาโดยตนเองที่ศูนย์ฯ ปรึกษาทางโทรศัพท์ ปรึกษาผ่านสื่ออิเล็กทรอนิคส์ ออกหน่วยบริการให้คำปรึกษา และส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม

กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ โทรศัพท์ 0 2282 4206 , 0 2659 6260 - 2 สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ศูนย์พัฒนาสังคมจังหวัด และศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ

ปัญหาด้านเศรษฐกิจ

หากผู้สูงอายุต้องประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ ผู้สูงอายุสามารถที่จะเข้าไปขอความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่าง ๆของภาครัฐ เช่น

1. **การรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ**

ซึ่งมีการมอบหมายให้หน่วยงานหลักรับผิดชอบ 3 หน่วยงาน ได้แก่ **กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กรุงเทพมหานคร และเมืองพัทยา** ซึ่งกำหนดอัตราเบี้ยยังชีพรายเดือนแบบขั้นบันไดสำหรับผู้สูงอายุ มีดังนี้

1. ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60-69 ปี จะได้รับเบี้ยยังชีพ อัตรา 600 บาท
2. ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 70-79 ปี จะได้รับเบี้ยยังชีพ อัตรา 700 บาท
3. ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 80-89 ปี จะได้รับเบี้ยยังชีพ อัตรา 800 บาท
4. ผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 90 ปีขึ้นไป จะได้รับเบี้ยยังชีพ อัตรา 1,000 บาท

โดยผู้ที่มีสิทธิลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ต้องมีสัญชาติไทย อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป เป็นผู้ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้านในเขตพื้นที่ที่ยื่นคำขอ และไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จัดให้เป็นประจำ

สำหรับการยื่นขอรับสิทธิลงทะเบียนรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ ให้ยื่นคำขอรับสิทธิได้ที่สำนักงานเขต เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ในพื้นที่ที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนบ้าน พร้อมทั้งนำหลักฐานประกอบการยื่นคำขอรับสิทธิ ดังนี้

1. บัตรประจำตัวประชาชนพร้อมสำเนา และ
2. สมุดบัญชีเงินฝากธนาคารพร้อมสำเนา (กรณีผู้ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุประสงค์ขอรับเงินเบี้ยยังชีพผ่านธนาคาร)

ที่มา: http://www.m-society.go.th/

2. **กองทุนผู้สูงอายุ**

กิจกรรมกองทุนผู้สูงอายุ เพื่อการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนผู้สูงอายุ

1. สนับสนุนเงินอุดหนุนโครงการเพื่อส่งเสริมกิจกรรมผู้สูงอายุในลักษณะกลุ่ม ชมรม ศูนย์บริการ ศูนย์อเนกประสงค์ในชุมชน

2. สนับสนุนเงินอุดหนุนโครงการสำหรับองค์กรผู้สูงอายุ องค์กรที่ทำงานด้านผู้สูงอายุในชุมชน

3. การให้ทุนประกอบอาชีพ ประเภทกู้ยืมรายบุคคล และรายกลุ่มสำหรับผู้สูงอายุ

4. เรื่องอื่นๆ ตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติกำหนดเพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับประโยชน์สูงสุด ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546

กิจกรรมที่ให้การสนับสนุน แบ่งเป็น 2 ประเภท

1. การให้การสนับสนุนโครงการ กรอบวงเงินที่ให้การสนับสนุน แบ่งตามขนาดของโครงการ แบ่งเป็น

1) โครงการขนาดเล็ก ในวงเงินไม่เกิน 50,000 บาท

2) โครงการขนาดกลาง วงเงินเกิน 50,000 – 300,000 บาท

3) โครงการขนาดใหญ่ วงเงินเกิน 300,000 บาท ขึ้นไป

2. การให้บริการกู้ยืมเงินทุนเพื่อประกอบอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ แบ่งออกเป็น 2 ประเภท

1) การกู้ยืมรายบุคคล รายละไม่เกิน 30,000 บาท

2) การกู้ยืมรายกลุ่ม กลุ่มละไม่น้อยกว่า 5 คน กลุ่มละไม่เกิน 100,000 บาท

โดยการกู้ยืมเงินทุนเพื่อประกอบอาชีพสำหรับผู้สูงอายุทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ต้องชำระเงินคืนเป็นรายงวดทุกเดือน ระยะเวลา 3 ปี โดยไม่คิดดอกเบี้ย

สามารถติดต่อสอบถาม

- เรื่องเกี่ยวกับการให้การสนับสนุนโครงการ ติดต่อเจ้าหน้าที่โครงการ
- เรื่องเกี่ยวกับการให้บริการกู้ยืมเงินทุนเพื่อประกอบอาชีพสำหรับผู้สูงอายุ ติดต่อเจ้าหน้าที่กู้ยืม
- เว็บบอร์ดกองทุนผู้สูงอายุ

ส่วนกลาง

ติดต่อ กลุ่มกองทุนผู้สูงอายุ สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ ที่ตั้ง สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ (สท.) ชั้น 1 เลขที่ 618/1 ถนนนิคมมักกะสัน เขตราชเทวี กรุงเทพมหานคร 10400 โทรศัพท์ 0 2255 5850-9 ต่อ 111,156,289 โทรสาร 0 2253 9115 , 0 2651 6480

ส่วนภูมิภาค ติดต่อ ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดทุกจังหวัด

3.การสงเคราะห์ในการจัดงานศพตามประเพณี

ตามประกาศกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เรื่อง กำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนการสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี กำหนดว่า การสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุ หมายถึง การช่วยเหลือเป็นเงินในการจัดการศพผู้สูงอายุตามประเพณีรายละ 2,000 บาท

ผู้สูงอายุที่เสียชีวิตต้องมีคุณสมบัติ ดังนี้

1. อายุ 60 ปีบริบูรณ์ ขึ้นไป
2. มีสัญชาติไทย
3. มีฐานะยากจน
4. ไม่มีญาติ หรือมีแต่ไม่สามารถจัดการศพตามประเพณี

เอกสารในการยื่นขอรับการสงเคราะห์

1. ใบมรณบัตรของผู้สูงอายุ
2. บัตรประจำตัวประชาชนของผู้ยื่นคำขอ
3. ทะเบียนบ้านของผู้สูงอายุ และผู้ยื่นคำขอ
4. หนังสือรับรองว่าเป็นผู้สูงอายุฐานะยากจนจากพนักงานฝ่ายปกครอง หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือประชาชนตามที่ทางราชการประกาศกำหนด แล้วแต่กรณี พร้อมด้วยสำเนาบัตรประจำตัวประชาชนของผู้รับรอง
5. ผู้ยื่นคำขอและผู้รับรองต้องไม่เป็นบุคคลเดียวกัน ผู้ยื่นคำขอรับการสงเคราะห์ในการจัดการศพผู้สูงอายุ ต้องนำ ต้นฉบับเอกสาร พร้อมสำเนาเอกสารที่รับรองสำเนาทุกฉบับดังกล่าว จำนวน 2 ชุด ประกอบการยื่นคำขอการยื่นคำขอรับการสงเคราะห์ ให้ยื่นภายในกำหนด 15 วัน นับแต่วันที่ออกใบมรณบัตร

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

3. การให้การช่วยเหลือผู้สูงอายุตามโครงการส่งเสริมและสนับสนุนผู้สูงอายุใช้ชีวิตในชุมชน

เป็นการดำเนินการเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ประสบความเดือดร้อนเรื่องอาหารและ/หรือเครื่องนุ่งห่ม โดยไม่เกินวงเงินครั้งละสองพันบาท และจะช่วยได้ไม่เกินสามครั้งต่อคนต่อปี โดยถือตามปีงบประมาณ

คุณสมบัติของผู้ที่จะได้รับความช่วยเหลือ เป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัญชาติไทย ประสบปัญหาความเดือดร้อนและมีความจำเป็นในเรื่องดังต่อไปนี้อาหาร/เครื่องนุ่งห่ม

เอกสารในการยื่นขอรับการช่วยเหลือ

กรณีผู้สูงอายุเป็นผู้ยื่นคำขอด้วยตนเอง

1. บัตรประจำตัวประชาชนพร้อมสำเนา
2. ทะเบียนบ้านพร้อมสำเนา

กรณีบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ยื่นคำขอรับความช่วยเหลือให้ผู้สูงอายุ

1. บัตรประจำตัวประชาชน และทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนาของผู้ยื่นคำขอ
2. บัตรประจำตัวประชาชน และทะเบียนบ้าน พร้อมสำเนาของผู้สูงอายุ

เมื่อได้รับคำขอ เจ้าหน้าที่จะดำเนินการสอบข้อเท็จจริง เพื่อพิจารณาให้การช่วยเหลือต่อไป

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

3.การช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาทางสังคมกรณีฉุกเฉิน

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ที่ประสบปัญหาเดือดร้อนที่เกิดขึ้นโดยปัจจุบันทันด่วน หรือที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในเวลาอันใกล้

1. จะต้องได้รับการแก้ไขโดยฉับพลันทันท่วงที เพื่อป้องกันมิให้เกิดปัญหาสังคมด้านอื่นตามมา
2. เป็นการช่วยเหลือเบื้องต้นก่อนให้การสงเคราะห์ พัฒนา และฟื้นฟูให้การช่วยเหลือตนเองได้

แนวทางการช่วยเหลือ

1. ช่วยเหลือเป็นเงินหรือสิ่งของ ไม่เกิน 2,000 บาท ต่อครั้งต่อครอบครัว
2. กรณีช่วยเหลือเป็นเงินหรือสิ่งของ เกิน 2,000 บาท ต่อครั้งต่อครอบครัว ให้อยู่ในดุลพินิจผู้ว่าราชการจังหวัด

เอกสารที่ใช้ในการขอรับบริการ

1. สำเนาบัตรประจำตัวประชาชน
2. สำเนาทะเบียนบ้าน

สอบถามรายละเอียดเพิ่มเติม สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

ปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัย ผู้สูงอายุสามารถติดต่อขอความช่วยเหลือตามหน่วยงานต่าง ๆ ดังนี้

ข้อมูลหน่วยงานที่ให้บริการด้านผู้สูงอายุ

รายชื่อศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุสังกัดกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ

ชื่อหน่วยงาน	ที่อยู่/โทรศัพท์
ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านทักษิณ	เลขที่ 62 ถ.สุขยางค์ ต.สะเตง อ.เมือง จ.ยะลา 0 7327 4256
ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านธรรมปกรณ์เชียงใหม่	เลขที่ 1 ต.พระสิงห์ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 0 5327 8573
ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางแค	เลขที่ 813 ม.15 ถ.เพชรเกษม กม.11 แขวงบางหว้า เขตภาษีเจริญ กทม. 0 2413 1141
ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบางละมุง	เลขที่ 40 ม.4 ต.บางละมุง อ.บางละมุง จ.ชลบุรี 038 241 121
ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านบุรีรัมย์	229 ม.3 ต.ชุมเห็ด อ.เมือง จ.บุรีรัมย์ 044 182 560-1
ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ บ้านภูเก็ต	132 ม.2 ต.ป่าคลอก อ.ถลาง จ.ภูเก็ต 0 7626 9699-700
ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ วาสนะเวศม์	200/11 ม.2 กม.25-26 ต.บ่อโพง อ.นครหลวง จ.พระนครศรีอยุธยา 0 3574 3077
ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จังหวัดนครพนม	101 หมู่ 13 ต.โนนตาล อ.ท่าอุเทน จ.นครพนม 0 4205 0055
ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ลำปาง	เลขที่ 120 ม.1 ถ.ลำปาง-แจ้ห่ม ต.นิคมพัฒนา อ.เมือง จ.ลำปาง 054-825-576-7

ชื่อหน่วยงาน	ที่อยู่/โทรศัพท์
ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ สงขลา	45 ม.4 ต.จะแหน อ.สะบ้าย้อย จ.สงขลา 90210 0 7453 1642
ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ปทุมธานี	9/1 ม.2 ต.รังสิต อ.ธัญบุรี จ.ปทุมธานี 0 2577 1958
ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ขอนแก่น	2/1 ถนนหลังเมือง ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 0 4333 2922
ศูนย์การเรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุ เมืองใหม่บางพลี	เลขที่ 1014 หมู่ที่ 5 ต.บางเสาธง กิ่งอำเภอบาง เสาธง จ.สมุทรปราการ 0 2705 9183 0 2705 8848

ที่มา : http://www.incase.dsdw.go.th/ ,http://www.m-society.go.th/

ข้อมูลหน่วยงานที่ให้บริการด้านผู้สูงอายุ

รายชื่อสถานสงเคราะห์ที่ถ่ายโอนภารกิจไปองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ชื่อหน่วยงาน	ที่อยู่/โทรศัพท์
สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านบางแค 2	69/4 ม.9 ซ.คลองหนองใหญ่ แขวงบางแค เขตบางแค กรุงเทพฯ 0 2455 6318 /0 2455 6309
สถานสงเคราะห์คนชราวัยทองนิเวศน์	304 ม.7 ต.สันมหาพน อ.แม่แตง จ.เชียงใหม่ 0 5347 1491
สถานสงเคราะห์คนชราบ้านเขาบ่อแก้ว	90 ม.3 ต.นิคม เขาบ่อแก้ว อ.พยุหคีรี จ.นครสวรรค์ 0 5620 4039
สถานสงเคราะห์คนชราบ้านลพบุรี	88 ม.2 ถ.พระปิยะ ต.ป่าตาล อ.เมือง จ.ลพบุรี 0 3641 3706
สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านมหาสารคาม	277 ม.8 ต.แวงนาง อ.เมือง จ.มหาสารคาม 0 4377 7124
สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมปกรณ์(วัดม่วง)	38 ถนนสุรนารี ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 0 4424 2490
สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมปกรณ์โพธิ์กลาง	538 ถนนโพธิ์กลาง ต.โพธิ์กลาง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 0 4424 2521
สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านนครปฐม	1/1 ม.5 ต.สนามจันทน์ อ.เมือง จ.นครปฐม 0 3425 5102
สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อเปิ่นอุปถัมภ์)	25 ม.13 ต.วัดสำโรง อ.นครชัยศรี จ.นครปฐม 73120 0 3433 8412
สถานสงเคราะห์คนชราเฉลิมราชกุมารี (หลวงพ่อ ลำไย)	ม.4 ต.ลาดหญ้า อ.เมือง จ.กาญจนบุรี 0 3453 1441
สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านจันทบุรี	54/5 ม.10 ต.ทุ่งเบญจา อ.ท่าใหม่ จ.จันทบุรี 0 3943 7269

ชื่อหน่วยงาน	ที่อยู่/โทรศัพท์
สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านอู่ทอง-พนังตัก	44/1 ม.4 ต.นาชะอัง อ.เมือง จ.ชุมพร 0 7750 3464
สถานสงเคราะห์คนชราบ้านศรีตรัง	133 ม.2 ต.ปากแจ่ม อ.ห้วยยอด จ.ตรัง 0 7521 2340
ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ ดินแดง	4641 ถ.มิตรไมตรี แขวงดินแดง เขตห้วยขวาง กทม. 0 2245 5191 , 0 2246 8662
ศูนย์บริการทางสังคมผู้สูงอายุ ศรีสุคต	37/1 ถ.เทพารักษ์ อ.เมือง จ.พิษณุโลก 0 5525 8186

ที่มา : http://www.banbangkhae.go.th/ ,http://www.m-society.go.th/

สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ
(สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ)
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข