

# การทบทวนวรรณกรรมและองค์ความรู้ด้านการดูแลผู้สูงอายุ ตามแนวคิด “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”

นพ.นิริรัตน์ บุญตานนท์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 9

นพ.ณัฐพล สุวัชรังกูร นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

พญ.สุภาภรณ์ สรุจิกำจรวัฒนะ นายแพทย์ชำนาญการ

นพ.ภรตวิทย์ อนันต์ติลภฤทธิ นายแพทย์ชำนาญการ

นพ.ปิติคุณ เสตะปุระ นายแพทย์ชำนาญการ

นพ.ภาคภูมิ ภาควิวรรธ นายแพทย์ปฏิบัติการ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546. (2547). กรุงเทพมหานคร: เจ เอส การพิมพ์.

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ.2546 ได้ให้ความหมายของผู้สูงอายุ ว่าคือบุคคลซึ่งมีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป และมีสัญชาติไทย โดยกำหนดสิทธิที่ผู้สูงอายุพึงมีตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 54 อันได้แก่ การได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และสนับสนุนด้านการแพทย์ การสาธารณสุข การศึกษา การศาสนา ข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ การประกอบอาชีพ การพัฒนาตนเอง การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัย การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะ การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ การช่วยเหลือจากการถูกทารุณกรรม การจัดที่พักอาศัย การสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ และการสงเคราะห์การจัดการศพตามประเพณี

Bernstein, M. and Luggen, A. S. (2010). *Nutrition for the older adult*. Massachusetts: Johns & Bartlett.

World Health Organization. *Health of the elderly*. Geneva: WHO; 1989. Report No.: 779.

Mathers, J. C, Stanner, S., Thompson, R. and Buttriss, J. L. (2003). *Healthy aging the role of nutrition and lifestyle*. Singapore: Willey-Blackwell.

## การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุ มีกระบวนการของการเสื่อม ที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของเซลล์ในร่างกาย ทำให้สมรรถภาพการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลง ดังนี้

### ผิวหนัง ผม ขน และเล็บ

ในผู้สูงอายุ ผิวหนังมีการสูญเสียคอลลาเจน และไขมันชั้นลึก ทำให้เกิดรอยเหี่ยวย่น ซึ่งจำนวนของรอยเหี่ยวย่นแปรผันตามการสัมผัสแสงอาทิตย์ของผิวหนัง ส่งผลให้ผิวหนังไม่สามารถปกป้องแสงแดดได้อย่างปกติ การรับความรู้สึก อุณหภูมิ และการสังเคราะห์วิตามินดีลดลง ต่อเมื่อกที่ผิวหนัง สามารถผลิตสารหล่อลื่นลดน้อยลง ส่งผลให้ผิวหนังแห้ง กระด้าง ซึ่งอาจทำให้ผู้สูงอายุมีผื่นคันได้ นอกจากนี้เนื้อเยื่อจะไม่สามารถผลิตเหงื่อได้ลดลง ทำให้ผู้สูงอายุรับการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิได้ไม่ปกติ และการขาดน้ำของผิวหนังทำให้ความยืดหยุ่นของผิวหนังลดน้อยลง

การสูญเสียเซลล์เม็ดสี ทำให้ผิวหนังของผู้สูงอายุมีจุดต่างดํา และเส้นผมเปลี่ยนสี นอกจากนั้นยังส่งผลให้การเจริญเติบโตของเส้นผมช้าลง ผมร่วงเนื่องจากการสูญเสียเซลล์สร้างขน ซึ่งเกิดได้ทั้งในเพศชายและเพศหญิง

เล็บจะหนาตัว แข็ง และเปราะแตกง่าย ตามอายุที่เพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการเจริญเติบโตของเล็บลดลง อาจส่งผลให้มีโอกาสติดเชื้อราที่เล็บได้

### **สายตา และการมองเห็น**

ผิวหนังรอบดวงตาจะมีสีคล้ำขึ้น เนื่องจากการสูญเสียไขมันรอบเบ้าตา ซึ่งส่งผลให้ตาลึก รอยตีนกาเกิดขึ้น บริเวณหางตา ความยืดหยุ่นของเปลือกตาลดลง ประกอบกับการผลิตน้ำตาลดลง ส่งผลให้ตาแห้ง คันตา และเพิ่มโอกาสการติดเชื้อในลูกตาได้ นอกจากนั้นตาขาว (Sclera) จะมีสีเหลืองเพิ่มมากขึ้น จากการฝังตัวของไขมัน ซึ่งแปรผันตามปริมาณไขมันในกระแสเลือด เลนส์ตา มีความขุ่นเพิ่มมากขึ้น เกิดต้อกระจก (Cataract) ทำให้สามารถรับแสงได้ลดลง รูม่านตา (Pupil) มีขนาดลดลงตามอายุ ทำให้ไม่สามารถมองเห็นช่วงกลางคืนได้ปกติ ส่วนจอประสาทตา (Retina) จะมีการถูกทำลายบริเวณศูนย์กลาง (Macula) ทำให้ไม่สามารถมองภาพลึกได้ และทำให้เกิดสายตาสั้น หรือ ยาวได้ จำเป็นต้องได้รับคำปรึกษาในการตัดแว่นสายตา เพื่อให้การมองเห็นเป็นปกติ

### **หู และการได้ยิน**

ติ่งหู (Earlobes) จะเพิ่มความยาวมากขึ้น มีการผลิตขี้หู (Cerumen) ลดน้อยลง แต่ยังมีโอกาสอุดตันในรูหูได้ จากการทำความสะอาดที่ไม่เหมาะสม เยื่อแก้วหู (Tympanic membrane) มีความหนาตัวมากขึ้นในหูชั้นกลาง ประกอบกับความเสื่อมของประสาทหู ทำให้การได้ยินลดน้อยลง โดยเฉพาะเสียงสูง ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านการสื่อสารกับบุคคลรอบข้างได้

### **จมูก และปาก**

เกิดจากการแยกตัวของกระดูกอ่อน ทำให้ปลายจมูก (Tip of nose) มีความยาว และความกว้างเพิ่มมากขึ้น ความสามารถในการได้กลิ่นจะลดน้อยลงเมื่ออายุมากกว่า 60 ปี และลดลงอย่างชัดเจนเมื่ออายุมากกว่า 80 ปี ทำให้ได้กลิ่นอาหารลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุของความอยากอาหารที่ลดลงเช่นเดียวกัน

ต่อมรับรสที่ลิ้นลดจำนวนลงประมาณครึ่งหนึ่งหลังอายุ 50 ปี ทำให้การรับรสน้อยลง (Hypogeusia) โดยต่อมรับรสหวานและเค็ม ซึ่งอยู่ทางด้านหน้าของลิ้นจะมีการลดจำนวนก่อนต่อมรับรสขมและเปรี้ยว ซึ่งอยู่ด้านหลัง ทำให้ผู้สูงอายุชื่นชอบรสชาติอาหารที่แปลกออกไปจากวัยหนุ่มสาว

ผู้สูงอายุบางราย มีความกระหายน้ำลดน้อยลงอย่างมาก ทำให้ได้รับสารน้ำไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย (ประมาณ 30 มิลลิลิตร ต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม) ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่มีไข้ ที่จำเป็นต้องได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอเพื่อลดอุณหภูมิในร่างกาย

ส่วนริมฝีปากจะแห้งมากขึ้นตามอายุ (Xerostomia) จากต่อมน้ำลายผลิตน้ำลายลดลง ซึ่งน้ำลายมีความสำคัญอย่างยิ่งในการป้องกันเชื้อแบคทีเรีย เชื้อรา และการทำความสะอาดฟัน นอกจากนั้นยังช่วยในกระบวนการกลืน จึงพบปัญหาการกลืน (Dysphagia) ซึ่งอาจมีสาเหตุร่วมกับการเจ็บป่วย เช่น โรคหลอดเลือดสมอง หรือระบบประสาทที่เสื่อมลง นอกจากนั้นยังพบปัญหาการเคี้ยว และการสูญเสียฟัน ส่งผลให้ความสามารถในการรับประทานอาหารลดลง ได้รับสารอาหาร และพลังงานไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

## ปอด และช่องอก

การทำงานของปอดลดลงเป็นลำดับหลังอายุ 20 ปี กล่าวคือ ขนาดของทางเดินหายใจแคบลงในผู้สูงอายุ ถุงลม (Alveoli) ตื้นขึ้น มีการสะสมแคลเซียมที่กระดูกอ่อนบริเวณซี่โครงทำให้การขยายของทรวงอกลดลง และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อช่วยหายใจอ่อนแอลง ทำให้การทำงานของระบบทางเดินหายใจในผู้สูงอายุทำงานได้ไม่เต็มประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้สูงอายุเหนื่อยง่าย อ่อนเพลีย และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเดินหายใจ อาทิ ปอดอักเสบ หลอดลมอักเสบ หรือวัณโรค ได้มากขึ้น

## หัวใจ

การเปลี่ยนแปลงของระบบหัวใจ มีความสำคัญในผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่พบบ่อย โดยพบว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะมีกล้ามเนื้อหัวใจหนาขึ้น ความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ทำให้หัวใจไม่สามารถยืดขยายได้เต็มที่ ประกอบกับเนื้อเยื่อบริเวณลิ้นหัวใจมีการสะสมของแคลเซียม ทำให้เกิดการถ่ายเทเลือดระหว่างห้องหัวใจเป็นไปอย่างไม่ปกติ ส่งผลให้ผู้สูงอายุพบโรคหัวใจ หรือหัวใจวายได้

ความดันโลหิตเพิ่มขึ้นตามอายุ จากความแข็งตัวของหลอดเลือด และความยืดหยุ่นที่ลดลงของหลอดเลือด ซึ่งความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุของโรคหัวใจ โรคสมองเสื่อม หรือการเสียชีวิต แต่ในผู้สูงอายุบางรายอาจพบความดันโลหิตต่ำเมื่อเปลี่ยนท่าทาง เช่น จากนั่งเป็นยืน หรือจากนอนเป็นนั่ง ซึ่งเกิดจากการได้รับยาบางประเภท หรือความสามารถในการรับรู้ความดันโลหิต (Baroreceptors) ลดลง ซึ่งเป็นสาเหตุของการพลัดตกหกล้มได้

## ระบบย่อยอาหาร

ระบบย่อยอาหารมีการเปลี่ยนแปลงตั้งแต่ช่วงวัยกลางคน ซึ่งเป็นผลต่อเนื่องจากการรับรส กลิ่น การผลิตน้ำลายที่ลดลง และปัญหาสุขภาพช่องปาก ความเสื่อมของระบบย่อยอาหารเกิดจากการทำงานของกล้ามเนื้อเคี้ยวอาหาร กล้ามเนื้อช่วยกลืนในหลอดอาหาร กล้ามเนื้อหูรูดกระเพาะอาหารทำงานลดลง การหลั่งน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร และการดูดซึมสารอาหารในกระเพาะอาหารและลำไส้เล็ก ทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสขาดสารอาหารทั้งโปรตีน วิตามินบี 12 วิตามินดี โฟลิก และแคลเซียมได้ง่าย นอกจากนั้นการเคลื่อนไหวของกระเพาะและลำไส้เล็กน้อยลง ส่งผลให้ระยะเวลาอาหารในกระเพาะอาหารยาวนานขึ้น ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกอิ่มนาน จึงรับประทานอาหารลดน้อยลง

## ไต และระบบปัสสาวะ

ไตมีการเปลี่ยนแปลงตลอดช่วงอายุของมนุษย์ โดยในผู้ที่มีอายุ 90 ปี พบว่าไตมีขนาดเล็กและมีน้ำหนักน้อยกว่าไตของคนอายุ 30 ปี ประมาณร้อยละ 20-30 ทำให้อัตราการกรอง และการกำจัดยาออกจากร่างกายลดลงตามไปด้วย โดยพบว่าความสามารถของไตลดลงประมาณร้อยละ 1 ในทุกๆ ปี หลังอายุ 40 ปี พบผลแทรกซ้อนจากความสามารถของไตที่ลดลงในผู้สูงอายุได้หลายภาวะ อาทิ โปแตสเซียมในเลือดสูง แคลเซียมในเลือดต่ำ ซึ่งภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำทำให้ผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับวิตามินดีเพิ่มมากขึ้น ทดแทนภาวะแคลเซียมในเลือดต่ำ เพื่อรักษาสภาพกระดูกและฟันให้เป็นปกติ

สำหรับผู้ชายพบภาวะอุดกั้นระบบทางเดินปัสสาวะจากต่อมลูกหมากโต ทำให้มีปัสสาวะบ่อยขึ้น (Urinary frequency) ปัสสาวะค้างคั่ง (Urinary retention) ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ ต้องเบ่งขณะเริ่มปัสสาวะ หรือปัสสาวะกลางคืน (Nocturia) โดยพบมากถึงร้อยละ 80 ในผู้ชายที่อายุมากกว่า 80 ปี

## เต้านม และระบบสืบพันธุ์

ผู้หญิงที่อายุเพิ่มมากขึ้น จะสูญเสียออสติน และไขมันใต้ผิวหนังบริเวณเต้านม ทำให้เต้านมหย่อนยาน และขนาดลดลง ซึ่งมีสาเหตุมาจากการขาดฮอร์โมนเอสโตรเจนหลังหมดประจำเดือน นอกจากนี้ยังพบว่าความเสี่ยงของมะเร็งเต้านมเพิ่มมากขึ้นตามอายุ

ในช่วงวัยหมดประจำเดือน เพศหญิงจะมีรังไข่ มดลูก และปากมดลูกฝ่อลง แต่รังไข่ยังสามารถผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจน และเทสโทสเตอโรนได้ในปริมาณเล็กน้อย นอกจากนี้ช่องคลอดจะบาง แห้ง และขาดความยืดหยุ่น ทำให้ผู้หญิงวัยนี้มีปัญหาด้านการมีเพศสัมพันธ์ ที่จะมีอาการเจ็บ (Dyspareunia) จากการเสียดสีของช่องคลอดได้ บางคนพบว่ามีการร่อนวูบวาบตามร่างกาย หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ จนบางคนต้องได้รับฮอร์โมนทดแทน เพื่อรักษาอาการของภาวะหมดประจำเดือน ส่วนในผู้ชาย มีการผลิตฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน และอสุจิลดลง ทำให้พบภาวะความต้องการทางเพศ (Libido) กล้ามเนื้อ และพลังงานลดลง

## ระบบกระดูก และกล้ามเนื้อ

มวลกระดูก และความหนาแน่นของกระดูกลดลงตั้งแต่อายุ 40 ปีขึ้นไป เนื่องจากอัตราการสะสมแคลเซียมในกระดูกลดลง โดยเฉพาะในกระดูกสันหลัง และกระดูกท่อนยาว นอกจากนี้ยังพบว่าหมอนรองกระดูกสันหลังบาง และแห้งลง ทำให้ช่องระหว่างกระดูกสันหลังแคบลง ส่งผลให้ความสูงในผู้สูงอายุลดลง และเพิ่มโอกาสกดทับเส้นประสาทของหมอนรองกระดูกได้

มวลกล้ามเนื้อจะลดลงตามอายุ ตั้งแต่อายุ 30 ปีขึ้นไป ทำให้กำลังกล้ามเนื้อ และแรงบีบมือลดลง ในผู้สูงอายุ บางรายพบภาวะสูญเสียกล้ามเนื้อรุนแรง (Sarcopenia) จากการขาดการออกกำลังกาย และขาดสารอาหารจำพวกโปรตีนอย่างเพียงพอ

ข้อต่อต่างๆ ของร่างกายเกิดการเสื่อม จากความสึกหรอของกระดูกอ่อนรองข้อ โดยเฉพาะข้อเข่า และกระดูกสันหลัง ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการปวดบริเวณข้อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักมาก จะพบความรุนแรงของโรคข้อเสื่อมได้มากกว่าผู้สูงอายุที่มีน้ำหนักน้อยกว่า

## ระบบประสาท

สมองและไข้มันหลังมีการสูญเสียเซลล์ประสาท สมองมีขนาด และน้ำหนักลดน้อยลง นอกจากนี้ความสามารถด้านความจำของผู้สูงอายุลดลง โดยพบสมรรถนะด้านความสนใจ การจดจำชื่อสิ่งของ การพูดสื่อความหมาย การจดจำภาพ และการวิเคราะห์ตรรกะลดลงอย่างชัดเจน ทั้งนี้มีความแตกต่างของระดับความเสื่อมด้านความจำในผู้สูงอายุแต่ละราย หากมีความเสื่อมมาก จะเรียกว่าโรคสมองเสื่อม (Dementia) ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถใช้ชีวิตได้ด้วยตนเองอย่างปกติ จำเป็นต้องมีผู้ดูแล เป็นภาระกับบุคคลในครอบครัว นอกจากนี้ในผู้สูงอายุ บางรายยังพบว่ามีปัญหาด้านบุคลิกภาพ ทำให้หงุดหงิดง่าย หรือไม่มีสมาธิ ทำให้ต้องได้รับคำปรึกษาด้านจิตวิทยา เพื่อให้ผู้สูงอายุ และบุคคลในครอบครัว สามารถปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงของระบบประสาทอย่างเหมาะสม

ผ่องพรรณ อรุณแสง, วรรณภา ศรีชัยรัตน์, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, สุทธินันท์ สุบินดี, ปัทมา สุจริต, อัมพรพรรณ อีรานุตร, ..., และประสพสุข ศรีแสนปาง. ภาพสุขภาพของผู้สูงอายุในสถาบันบริการสุขภาพและในชุมชน. วารสารพยาบาล ศาสตร์และสุขภาพ; 35(2): 15-24.

การศึกษา Health profile ของผู้สูงอายุพบว่าผู้สูงอายุในโรงพยาบาลในชุมชน มีการประเมินสุขภาพตนเองในระดับปานกลาง (ร้อยละ 60.7) ส่วนใหญ่มีความสามารถในการมองเห็นชัดเจน (ร้อยละ 55.8) และมีความสามารถในการได้ยินชัดเจน (ร้อยละ 24.7) โดยพบว่าส่วนใหญ่มีการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ ร้อยละ 67.5 อันได้แก่ แว่นตา ฟันปลอม และไม้เท้า ด้านโรคประจำตัวพบว่ามีโรค ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ภาวะขาดอาหาร ปวดข้อ ข้อเสื่อม โรคตา โรคปอด/หลอดลม โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ส่วนในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมาผู้สูงอายุในชุมชนพบปัญหาการสูญเสียความจำมากที่สุด ร้อยละ 63 รองลงมา คือ การมองเห็น ร้อยละ 52.9 การนอนหลับ ร้อยละ 40.9 การรับประทานอาหาร ร้อยละ 39.4 การกลืนปัสสาวะไม่อยู่ ร้อยละ 38 ท้องผูก ร้อยละ 29.2 การเคลื่อนที่ ร้อยละ 22.1 การหกล้ม ร้อยละ 21.8 การได้ยิน ร้อยละ 16.2 และการกลืนอุจจาระไม่อยู่ ร้อยละ 3.2

ด้านแหล่งสนับสนุนการดูแล พบว่า ผู้สูงอายุในชุมชน ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลเป็นบุตร รองลงมาเป็นคู่สมรส และหลาน โดยสถานที่ทำงานของผู้ดูแลส่วนใหญ่ทำงานนอกบ้าน และผู้ดูแลบ้าน

---

นิพา ศรีช่าง และลลิตรา ก้าวี. (มปพ.). รายงานการพยากรณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2560-2564. นนทบุรี, สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

ละออม สร้อยแสง, จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และกนกพร นทีธนสมบัติ. (2557). การศึกษาแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุชุมชนมิตรภาพพัฒนา. วารสารพยาบาลทหารบก; 15(1): 122-129.

นงนุช วงศ์สว่าง, ดนุลา จินขาวขำ, ชลธิชา บุญศิริ, สุรินทร์ มีลาภลัน, จารุพันธ์ สมบูรณ์สิทธิ์, เพ็ญมาศ คำชนะ และธานี กล่อมใจ. (2560). ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมในบ้านต่อการพลัดตกหกล้มและอุบัติการณ์การพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ. วารสารวิชาการ Veridian E-journal สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์ และศิลปะ; 10(3): 2492-2506.

### การหกล้มในผู้สูงอายุ

ในปี พ.ศ.2560 มีประชากรผู้สูงอายุไทย พลัดตกหกล้มประมาณ 3,030,900 – 4,714,800 คน และมีประชากรผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มและเสียชีวิตโดยประมาณ 5,700 – 8,900 คน

อัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุสูงกว่าทุกกลุ่มอายุกว่า 3 เท่า และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะกลุ่มอายุ 80 ปีขึ้นไปได้เพิ่มขึ้นกว่า 3 เท่า ขณะที่กลุ่มอายุ 60 – 69 ปี และ 70 – 79 ปี เพิ่มขึ้น 2 เท่าในช่วงระยะเวลา 8 ปี โดยเพศชายมีอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้มสูงกว่าเพศหญิง 3 เท่า และพบว่าผู้สูงอายุเพศหญิงมีการบาดเจ็บจากการพลัดตกหกล้มสูงกว่าเพศชายกว่า 1.6 เท่า และจากการรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีการพลัดตกหกล้มสูงกว่าเพศชาย 1.5 เท่า โดยเพศหญิงร้อยละ 55 หกล้มในบ้านและบริเวณบ้าน ขณะที่เพศชาย ร้อยละ 60 หกล้มบริเวณนอกบ้าน ขณะเดินทางและในสถานที่ทำงาน นอกจากนี้พบว่าผู้สูงอายุร้อยละ 60 ลื่น สะดุด หรือก้าวพลาดบนพื้นระดับเดียวกัน และร้อยละ 5 ตก หรือลื่นจากขั้นบันได

พบว่าปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่ ค่าดัชนีมวลกาย โรคหลอดเลือดสมอง และการรับประทานยานอนหลับ มีความสัมพันธ์กับการหกล้มภายในบริเวณบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปัจจัยภายนอกบุคคล ได้แก่ การใช้บันได ลักษณะพื้นภายในบริเวณบ้าน แสงสว่างภายในบริเวณบ้าน การจัดวางสิ่งของภายในบริเวณบ้าน บริเวณทางเดินมีสายไฟ สายโทรศัพท์ หรือสายพ่วงต่อพาดผ่าน มีความสัมพันธ์กับการหกล้มภายในบริเวณบ้าน จึงมีการเสนอแนวทางป้องกันการหกล้มที่สำคัญ 3 ประการ คือ 1) การปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในและรอบบ้าน 2) การส่งเสริมการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ และ 3) การให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มในชุมชน

---

ชัชวาล วงศ์สารี. (2561). สถานการณ์ของผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย: ประเด็นและแนวโน้มการดูแลสุขภาพ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย; 12(1): 47-58.

อาทิตยา สุวรรณ และสุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค. (2559). ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลหลักหก อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี; 5(2): 21-32.

สายสุนีย์ เลิศกระโทก, สุธรรม นันทมงคลชัย และศุภชัย ปิติกุลตั้ง. (2556). ความชุกของภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ ตำบลอรพิมพ์ อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสาธารณสุขศาสตร์; 43(1): 42-54.

### ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกเมื่อปี 2016 พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมทั่วโลกจำนวน 47.5 ล้านคน ซึ่งเป็นผู้ป่วยรายใหม่ปีละ 7.7 ล้านคน โดยพบว่าร้อยละ 60-70 ของจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมเกิดจากโรคอัลไซเมอร์ และภาวะสมองเสื่อมจะพบมากขึ้นตามอายุ นอกจากนั้นในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบสัดส่วนผู้ป่วยสมองเสื่อมตามกลุ่มอายุ ดังนี้ อายุ 60 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 1.6 – 2.6 อายุ 70 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 4.2 – 6.9 อายุ 80 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 11.6 – 18.7 และอายุตั้งแต่ 90 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 35.4 และเมื่อเทียบสัดส่วนระหว่างเพศพบว่า เพศหญิงมีสัดส่วนในการพบภาวะสมองเสื่อมเป็น 2 ต่อ 1 ของเพศชาย

การศึกษาภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยมีความชุกภาวะสมองเสื่อมโดยเฉลี่ย ร้อยละ 2 – 10 (Muangpaisan, 2016) เมื่อแบ่งตามช่วงอายุพบว่า ในผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 7.1 อายุ 70 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 14.7 และอายุตั้งแต่ 80 ปีขึ้นไป พบร้อยละ 32.5 (Eakpalakorn, 2009) จากการสำรวจจำนวนผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมสูงถึง 229,100 คน ในปี พ.ศ.2548 และคาดการณ์ไว้ว่าในปี พ.ศ.2563 จะมีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมเพิ่มสูงเป็น 450,200 คน (Chunharat, 2010) โดยพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพปัจจุบัน ความสามารถในการอ่านเขียน ดัชนีมวลกาย การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การมีจิตอาสาเข้าร่วมกิจกรรมบำเพ็ญประโยชน์ การอ่านหนังสือ การดูโทรทัศน์ และการออกกำลังกาย

---

## ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

ชนิดดา พลอยล้อมแสง, สายทิพย์ สุทธิรักษา, ช่อมภา วนาทรัพย์ดำรง และวรรณพร วรรณทิพย์. (2560). ภาวะซึมเศร้า คุณภาพชีวิต และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในประชาชนที่อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ชุมชนบ้านมะกอก จังหวัดมหาสารคาม. วารสารสวนปรง; 33(1): 14-30.

วิชุดา อุ่นแก้ว และปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์. (2558). ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านพร้าว อำเภอเมือง จังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารการพัฒนาศักยภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 3(4): 577-589.

สถานการณ์และภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย พบว่า ผู้สูงอายุน่าจะมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 72.3 และมีภาวะซึมเศร้าแน่นอน ร้อยละ 15.6 พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ สถานะภาพหม้าย ไม่มีงานทำ เป็นผู้สูงอายุตอนปลาย (อายุตั้งแต่ 75 ปีขึ้นไป) มีรายได้น้อย ใช้จ่ายมากกว่า 3 รายการ ดื่มสุรามาก ความสามารถในการจัดการความเครียดต่ำ การมีโรคประจำตัว และการขาดการออกกำลังกาย

สุวิตรา ต่างศรี. (2558). สุขภาวะองค์รวมของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและติดเตียง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย; 5(3): 292-303.

ผลการศึกษากลุ่มผู้สูงอายุติดบ้านและติดเตียงพบว่า ร้อยละ 100 มีผู้ดูแล ส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 85.8 โดยผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่สามารถอ่านออกและเขียนได้ ร้อยละ 68.2 รายได้เฉลี่ยรวมเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเฉลี่ย 1,109.15 ± 714.08 บาทต่อเดือน จากการประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่า ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในการขึ้นลงบันไดมากที่สุด ร้อยละ 81.7 รองลงมาเป็นการช่วยเหลือในการอาบน้ำ ร้อยละ 75.6 การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ร้อยละ 53.7 ความช่วยเหลือในการใช้ห้องน้ำ ร้อยละ 47 การแต่งตัว ร้อยละ 42.1 การเคลื่อนที่ไปที่ต่างๆ ร้อยละ 40.9 และการรับประทานอาหาร ร้อยละ 20.7

พิสมัย บุญเลิศ, เทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์ และศุภวดี แถวเพ็ญ. (2559) การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ติดเตียงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงมัน ตำบลสิงห์โคก อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น; 23(2): 79-87.

ชวลิต สวัสดิ์ผล, ธวัชชัย เพ็งพินิจ, อัครเดช เสนานิกรณ และวารี ศรีสุรพล. (2560). การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร; 5(sp1): 387-405.

จากการศึกษาพบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมี 2 ระบบ คือ 1) การดูแลโดยครอบครัวหรือเครือญาติ โดยผู้ดูแลหลักส่วนใหญ่เป็นลูกสาว ทั้งที่แต่งงานแล้ว และที่ยังเป็นโสด 2) การดูแลโดยชุมชนท้องถิ่น โดยอาจเป็นเพื่อบ้าน ผู้นำหรือกรรมการหมู่บ้าน กลุ่มอาสาสมัครในชุมชนท้องถิ่น องค์กรหรือสถาบันภายในชุมชน และการดูแลจากเจ้าหน้าที่ของรัฐ ซึ่งประกอบด้วย การเยี่ยมบ้าน และการดูแลสุขภาพที่บ้าน จากการศึกษพบว่าแนวทางที่เหมาะสมต่อการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ประกอบด้วย 3 แนวทาง คือ

1. เชิงปฏิบัติต่อการดูแลโดยครอบครัว ซึ่งเน้นที่กิจกรรมที่เป็นกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ
2. เชิงปฏิบัติต่อการดูแลโดยชุมชนท้องถิ่น โดยเน้นการทำงานกับวงนอกรอบครัว อันประกอบด้วยกิจกรรมการส่งเสริมศักยภาพผู้มีบทบาทในชุมชน ผู้ดูแลและอาสาสมัคร

สาธารณสุขในสามารถดูแลผู้สูงอายุได้ตรงตามปัญหาและความต้องการ การจัดทำฐานข้อมูล และการประเมินจากแบบคัดกรองผู้สูงอายุ การจัดการด้านอนามัยชุมชนและการป้องกันโรค มีระบบติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง พัฒนาช่องทางการส่งต่อ และเชื่อมโยงเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ การจัดกิจกรรมด้านสังคม อาทิจำลอง การรวมกลุ่มผู้สูงอายุ การส่งเสริมวัฒนธรรมประเพณี ตลอดจนการส่งเสริมการจัดสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ อาทิจำลอง การจัดหาทุน การส่งเสริมการออม

3. ด้านนโยบายระดับท้องถิ่น โดยควรมีแผนยุทธศาสตร์ด้านผู้สูงอายุในตำบลอย่างชัดเจน การสร้างนโยบายเกี่ยวกับการดูแลและส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ นโยบายการเสริมสร้างอาชีพและการมีงานทำ นโยบายเกี่ยวกับสวัสดิการทางสังคม ตลอดจนการพัฒนาฐานข้อมูล และงานวิชาการด้านผู้สูงอายุ

---

*สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2557). คู่มือแนวทางการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 420 ชั่วโมง. กรุงเทพมหานคร: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.*

ผู้สูงอายุ คือ ภูมิปัญญาของแผ่นดิน แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีปัญหาด้านสุขภาพอนามัย และมีความต้องการการดูแลจากครอบครัวและชุมชน แต่หากผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรงทั้งร่างกายและจิตใจ จะสามารถทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่า ดังนั้น การบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องมีการบูรณาการและการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม โดยแบ่งผู้สูงอายุเป็น 3 กลุ่ม เพื่อให้สามารถจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ

1. กลุ่มพึ่งตนเองได้ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดี และยืดระยะเวลาการเจ็บป่วย จัดให้มีการสนับสนุนการพึ่งตนเองของผู้สูงอายุ การสนับสนุนคลังสมองของผู้สูงอายุ และการพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ โดยมีกิจกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ส่งเสริมการเป็นจิตอาสา และการพัฒนาคลังสมองในชมรมผู้สูงอายุ
2. กลุ่มพึ่งตนเองได้บ้าง มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพดี และยืดระยะเวลาการเจ็บป่วย จัดให้มีการพัฒนาระบบบริการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ บริหารความสัมพันธ์ภาคีเครือข่าย และการเพิ่มศักยภาพเครือข่าย โดยมีกิจกรรมการตรวจสุขภาพประจำปี การเยี่ยมบ้าน การดูแลสุขภาพที่บ้าน กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเฉพาะโรค และสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ชมรม ชุมชน และวัด
3. กลุ่มพึ่งผู้อื่น มีเป้าหมายเพื่อลดภาวะการเจ็บป่วยซ้ำซ้อน จัดให้มีการผลิตพัฒนาองค์ความรู้และนวัตกรรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุ โดยมีกิจกรรมการประเมินพฤติกรรมสุขภาพ ตรวจสุขภาพประจำปี การเยี่ยมบ้าน การดูแลสุขภาพที่บ้าน กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเฉพาะโรค การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ การพัฒนารูปแบบสถานฟื้นฟูสุขภาพชุมชน และรูปแบบสถานบริบาลชุมชน



## การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ

ใช้การประเมิน Barthel Activities of Daily Living (ADL) 10 ด้าน คือ

1. Feeding: การรับประทานอาหาร แบ่งการประเมินออกเป็น
  - 0 คะแนน : ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
  - 1 คะแนน : ตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย
  - 2 คะแนน : ตักอาหารและช่วยตัวเองได้ปกติ
2. Grooming: การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โหนหนวด ในระยะเวลา 24 ชั่วโมงที่ผ่านมา แบ่งการประเมินออกเป็น
  - 0 คะแนน : ต้องการความช่วยเหลือ
  - 1 คะแนน : ทำได้เอง
3. Transfer: การลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ แบ่งการประเมินออกเป็น
  - 0 คะแนน : ไม่สามารถนั่งได้ หรือต้องใช้คนสองคนช่วยกันยกขึ้น
  - 1 คะแนน : ต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้
  - 2 คะแนน : ต้องการความช่วยเหลือบ้าง
  - 3 คะแนน : ทำได้เอง
4. Toilet use: การใช้ห้องน้ำ แบ่งการประเมินออกเป็น
  - 0 คะแนน : ช่วยตัวเองไม่ได้
  - 1 คะแนน : ทำเองได้บ้าง
  - 2 คะแนน : ช่วยตัวเองได้ดี
5. Mobility: การเคลื่อนที่ภายในห้อง หรือบ้าน แบ่งการประเมินออกเป็น
  - 0 คะแนน : เคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
  - 1 คะแนน : ต้องใช้รถเข็นช่วยตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง
  - 2 คะแนน : เดิน หรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย
  - 3 คะแนน : เดิน หรือเคลื่อนที่ได้เอง
6. Dressing: การสวมใส่เสื้อผ้า แบ่งการประเมินออกเป็น
  - 0 คะแนน : ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองได้น้อย หรือแทบไม่ได้เลย
  - 1 คะแนน : ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
  - 2 คะแนน : ช่วยตัวเองได้ดี
7. Stairs: การขึ้นลงบันได 1 ชั้น แบ่งการประเมินออกเป็น
  - 0 คะแนน : ไม่สามารถทำได้
  - 1 คะแนน : ต้องการคนช่วย
  - 2 คะแนน : ขึ้นลงได้เอง

8. Bathing: การอาบน้ำ แบ่งการประเมินออกเป็น
  - 0 คะแนน : ต้องมีคนช่วย หรือทำให้
  - 1 คะแนน : อาบน้ำเองได้
9. Bowels: การกลั่นถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งการประเมินออกเป็น
  - 0 คะแนน : กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
  - 1 คะแนน : กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
  - 2 คะแนน : กลั่นได้ตามปกติ
10. Bladder: การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา แบ่งการประเมินออกเป็น
  - 0 คะแนน : กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนปัสสาวะอยู่เสมอ
  - 1 คะแนน : กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
  - 2 คะแนน : กลั่นได้ตามปกติ

การแปลผล Barthel Activities of Daily Living (ADL) สามารถแบ่งผู้สูงอายุออกเป็น 3 กลุ่ม คือ

1. ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม มีคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่น ชุมชน และสังคมได้
2. ผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน มีคะแนน ADL ในช่วง 5 – 11 คะแนน เป็นผู้สูงอายุที่ดูแลตนเอง และช่วยเหลือตนเองได้บ้าง
3. ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง มีคะแนน ADL ในช่วง 0 – 4 คะแนน เป็นผู้สูงอายุที่พึ่งตนเอง หรือช่วยเหลือตนเองไม่ได้ มีความพิการ หรือทุพพลภาพ

หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยแผนการสอน 18 หมวด ได้แก่

1. ความจำเป็นของการดูแลผู้สูงอายุ มีเนื้อหาเกี่ยวกับสถานการณ์ผู้สูงอายุในปัจจุบัน โครงสร้างประชากร และสถานะสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นการสอนภาคทฤษฎี จำนวน 4 ชั่วโมง
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ มีเนื้อหาเกี่ยวกับทฤษฎีการสูงอายุ และกระบวนการเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุ เป็นการสอนภาคทฤษฎี จำนวน 4 ชั่วโมง
3. โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคต่างๆ ที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ อาทิ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน หากล้าม เป็นต้น เป็นการสอนภาคทฤษฎี จำนวน 7 ชั่วโมง
4. ภาวะวิกฤตกับการปฐมพยาบาลเบื้องต้น มีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะฉุกเฉินของผู้สูงอายุและการดูแลเบื้องต้น อาทิ หน้ามืด วิงเวียน เป็นลม ภาวะหัวใจหยุดเต้น เป็นการสอนภาคทฤษฎี จำนวน 8 ชั่วโมง
5. การช่วยเหลือผู้สูงอายุเบื้องต้น มีเนื้อหาเกี่ยวกับการประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) การตรวจร่างกายเบื้องต้น เป็นการสอนภาคทฤษฎี จำนวน 10 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ จำนวน 14 ชั่วโมง

6. การดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้เนื่องจากความชราภาพ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุตามระบบต่างๆ ได้แก่ ระบบทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ ขับถ่าย และอวัยวะสืบพันธุ์ เป็นการสอนภาคทฤษฎี จำนวน 16 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ จำนวน 26 ชั่วโมง
  7. การใส่ยาในผู้สูงอายุ มีเนื้อหาเกี่ยวกับหลักการใส่ยาเบื้องต้น ยาที่ใช้บ่อย และผลข้างเคียงของยา เป็นการสอนภาคทฤษฎี จำนวน 7 ชั่วโมง
  8. การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ทั้งด้านอาหาร โภชนาการ การออกกำลังกาย และการดูแลสุขภาพช่องปาก เป็นการสอนภาคทฤษฎี จำนวน 4 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ จำนวน 3 ชั่วโมง
  9. สุขภาพจิต และการดูแลตนเองเพื่อคลายเครียด เป็นการสอนภาคทฤษฎี จำนวน 6 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ จำนวน 12 ชั่วโมง
  10. การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม มีเนื้อหาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่ควรคำนึงถึงในการจัดสภาพแวดล้อม และการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการสอนภาคทฤษฎี จำนวน 4 ชั่วโมง
  11. ภูมิปัญญาชาวบ้านกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการศึกษาค้นคว้าการดูแลตนเองโดยใช้หลักภูมิปัญญาของผู้สูงอายุในชุมชน
  12. สิทธิผู้สูงอายุตามรัฐธรรมนูญ และกฎหมายแรงงานต่างๆ เป็นการสอนภาคทฤษฎี จำนวน 8 ชั่วโมง
  13. บทบาทและจริยธรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นการสอนภาคทฤษฎี จำนวน 4 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ จำนวน 3 ชั่วโมง
  14. การจัดกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ
  15. การเสริมทักษะด้านภาษาอังกฤษให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นการสอนภาคทฤษฎี จำนวน 5 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ จำนวน 5 ชั่วโมง
  16. การเสริมทักษะด้านคอมพิวเตอร์ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นการสอนภาคทฤษฎี จำนวน 5 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ จำนวน 5 ชั่วโมง
  17. การฝึกปฏิบัติงานในสถานบริการ จำนวน 90 ชั่วโมง และการฝึกปฏิบัติในชุมชน จำนวน 90 ชั่วโมง
  18. การวัดผลและการประเมินผล เป็นการสอนภาคทฤษฎี จำนวน 4 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ จำนวน 7 ชั่วโมง
-

ณัฐฉิณี จรัสเจริญวิทยา, รัฐกร วิไลชนม์, พัดชา พงษ์เจริญ, หทัยวรรณ รัตนบรรเจิดกุล, ปฐมพรรณศรี พันธุ์โกมล, ภัทรวิณ ภัทรนิธิมา, ..., และพิชญาภา รุจิวิชัย. (2556). *อายุศาสตร์ผู้ป่วยนอก Ambulatory Medicine*.

กรุงเทพมหานคร: กรุงเทพเวชสาร.

จิราภรณ์ ศรีอ่อน, รพีพร โรจน์แสงเรือง และชยาวุฒิ สววิบูลย์. (2560). *Geriatric Emergency ภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุ*. กรุงเทพมหานคร: พิมพ์ดี.

## โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

### โรคความดันโลหิตสูง (Hypertension)

เป็นโรคที่พบความในที่เกิดจากหัวใจสูบฉีดเลือดไปเลี้ยงร่างกายสูงกว่าปกติ โดยเกณฑ์ในการวินิจฉัยคือ ผู้ที่มีความดันโลหิตสูงกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท ถือเป็นโรคความดันโลหิตสูง มากกว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ไม่พบสาเหตุ (Essential hypertension) แต่เชื่อว่าเกิดจากกรรมพันธุ์ และสิ่งแวดล้อม อาทิ ภาวะอ้วน โรคเบาหวาน การรับประทานอาหารเค็ม การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ และความเครียด ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมักไม่มีอาการ แต่หากมีระดับความดันโลหิตที่สูงมากๆ จะทำให้เกิดอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ เลือดกำเดาไหล ตามองไม่เห็น เหนื่อยง่าย หรือเจ็บหน้าอกได้ ผลแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิต ประกอบด้วย 1) โรคทางระบบหัวใจ คือ ทำให้เกิดหัวใจโต (Cardiomegaly) และหลอดเลือดหัวใจหนาและแข็งตัวขึ้น จนอาจเป็นสาเหตุของกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด (Ischemic heart disease) หรือหัวใจล้มเหลว (Heart failure) ได้ 2) โรคทางระบบสมอง โดยพบว่าหากมีระดับความดันโลหิตสูงมากๆ จะทำให้มีโอกาสน้ำเลือดออกที่สมองซึมๆ จนทำให้เกิดเลือดสมองในสมอง (Hemorrhagic stroke) หรือทำให้เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดจนทำให้สมองขาดเลือด (Ischemic stroke) ซึ่งทำให้มีอาการอัมพฤกษ์ อัมพาต ตามมาได้ 3) โรคระบบไต โดยทำให้หลอดเลือดที่ไตหนาและแข็งตัว จนทำให้เลือดไปเลี้ยงไตไม่เพียงพอ มีผลทำให้เกิดภาวะไตเสื่อมเรื้อรัง (Chronic renal disease) จนถึงขั้นไตวายได้ (End stage renal failure) ได้ 4) โรคระบบตา โดยความดันโลหิตสูงทำให้มีโอกาสน้ำเลือดออกที่จอตา จอตาหลุดลอก ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการตามัว หรือตาบอดได้ และ 5) โรคระบบหลอดเลือด ซึ่งทำให้มีหลอดเลือดตีบแคบ หรือโป่งพองผิดปกติได้

การรักษาโรคความดันโลหิตสูงสามารถทำได้ 2 แนวทาง คือ 1) การรักษาโดยไม่ใช้ยา คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดำเนินชีวิต ลดปัจจัยเสี่ยง อาทิ การลดน้ำหนัก การควบคุมอาหารแบบ DASH การลดการบริโภคอาหารโซเดียมสูง การเพิ่มการออกกำลังกายแบบแอโรบิก หรือการจำกัดการดื่มแอลกอฮอล์ และ 2) การรักษาด้วยยา ซึ่งแพทย์จะเป็นเลือกชนิดของยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย โดยเป้าหมายของการรักษาโรคความดันโลหิตสูง คือ การลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับระบบต่างๆ ในร่างกาย อันจะช่วยลดอัตราการทุพพลภาพ และอัตราการตายของผู้ป่วยได้

### โรคเบาหวาน (Diabetes Mellitus)

เป็นโรคที่เกิดจากร่างกายขาดฮอร์โมนอินซูลิน (Insulin) หรือร่างกายไม่สามารถใช้อินซูลินได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ อาการของโรคเบาหวาน คือ ปัสสาวะบ่อย หิวบ่อย ตื่นน้ำมาก น้ำหนักลด อาจพบอาการวิงเวียนศีรษะ อ่อนเพลีย หรือเสื่อมสมรรถภาพทางเพศได้ด้วย เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานคือการตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังงดน้ำงดอาหารอย่างน้อย 8 – 12 ชั่วโมง แล้วพบว่าระดับน้ำตาลสูงกว่าหรือเท่ากับ 126 มิลลิกรัมต่อลิตร ถือเป็นโรคเบาหวาน การรักษาโรคเบาหวานสามารถทำได้หลายวิธี คือ 1)

การรักษาโดยไม่ใช้ยา คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย 2) การใช้ยารับประทาน ซึ่งมีหลากหลายชนิด แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาชนิดยาที่เหมาะสมกับผู้ป่วย และ 3) การใช้ยาชนิดฉีด จะใช้สำหรับผู้ป่วยเบาหวานประเภทที่ 1 ที่ร่างกายไม่สามารถผลิตฮอร์โมนอินซูลินได้ ผู้ป่วยเบาหวานที่ใช้ยารับประทานแล้วไม่ได้ผล และผู้ป่วยเบาหวานที่มีอาการแทรกซ้อนทางไต เป้าหมายของการรักษาโรคเบาหวาน คือ การลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง ได้แก่ เบาหวานขึ้นตา (Diabetic ophthalmopathy) อาการชาปลายมือปลายเท้าจากเบาหวาน (Diabetic neuropathy) ไตเสื่อมจากเบาหวาน (Diabetic nephropathy) และภาวะแทรกซ้อนทางระบบหัวใจและหลอดเลือด อาทิ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมอง เส้นเลือดแดงส่วนปลายอุดตัน เป็นต้น

### ภาวะไขมันในเลือดสูง (Dyslipidemia)

ภาวะไขมันในเลือดสูง เป็นภาวะที่ร่างกายมีระดับไขมันชนิดต่างๆ ในเลือดสูงหรือต่ำกว่าปกติ ซึ่งแบ่งออกเป็นชนิดต่างๆ คือ

1. ระดับคอเรสเตอรอล (Cholesterol) สูง
2. ระดับไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) สูง
3. ระดับคอเรสเตอรอลชนิดเลว (LDL-C) สูง
4. ระดับคอเรสเตอรอลชนิดดี (HDL-C) ต่ำ

ภาวะไขมันในเลือดสูงทำให้เพิ่มความเสี่ยงของระบบโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยเฉพาะโรคหลอดเลือดหัวใจตีบ โดยสาเหตุของภาวะไขมันในเลือดสูงเกิดจากปัจจัยด้านพันธุกรรม โรคอ้วน โรคเบาหวาน การดื่มแอลกอฮอล์ การรับประทานยาคุมกำเนิด รวมถึงโรคทางระบบต่อมไร้ท่ออื่นๆ อาทิ โรคไทรอยด์ เป็นต้น เป้าหมายของการรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง คือ ทำให้ระดับไขมันในเลือดมาอยู่ในเกณฑ์ที่ปกติ กล่าวคือ มีระดับคอเลสเตอรอลน้อยกว่า 200 มิลลิกรัมต่อลิตร ระดับไตรกลีเซอไรด์น้อยกว่า 150 มิลลิกรัมต่อลิตร ระดับคอเรสเตอรอลชนิดเลวน้อยกว่า 70 มิลลิกรัมต่อลิตรในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง น้อยกว่า 130 มิลลิกรัมต่อลิตรในผู้ที่มีความเสี่ยงปานกลาง และน้อยกว่า 160 มิลลิกรัมต่อลิตรในผู้ที่มีความเสี่ยงต่ำ รวมถึงระดับคอเรสเตอรอลชนิดดี ให้มากกว่า 40 มิลลิกรัมต่อลิตร ซึ่งการรักษาประกอบด้วย 1) การไม่ใช้ยา คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อาทิ การหลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง การเพิ่มการออกกำลังกายในระดับปานกลาง และ 2) การใช้ยา ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาชนิดของยาให้เหมาะสมกับความผิดปกติของผู้ป่วย

### ข้อเข่าเสื่อม (Knee osteoarthritis)

เป็นโรคที่เกิดจากการเสื่อมของข้อเข่าจากการใช้งานและสภาพร่างกาย อาทิ การมีน้ำหนักตัวมาก การเดิน ยืน หรือเดินขึ้นลงบันไดมากๆ โดยอาการของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมในระยะแรกจะปวดเฉพาะเวลาที่ใช้ข้อเข่ามาก แต่ในระยะต่อมาจะพบว่ามีอาการปวดเข่าเป็นๆ หายๆ มีอาการข้อเข่าฝืด ใช้งานไม่ถนัด มีข้อผิดรูป เข่าบวมโต บางรายพบว่าข้อเข่าโก่งได้ การดูแลรักษาผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อม คือการทำให้ผู้ป่วยใช้ข้อเข่าให้ถูกวิธี หลีกเลี่ยงการใช้งานข้อเข่า เช่น การนั่งยองๆ การเดินขึ้นลงบันได การนั่งขัดสมาธิ-พับเพียบ และการลดน้ำหนักตัว ตลอดจนการบริหารกล้ามเนื้อรอบข้อเข่าให้แข็งแรง และหากมีอาการปวดมาก อาจใช้ยาบรรเทาอาการปวดช่วย หรือถ้าข้อเข่ามีการผิดรูปมาก และใช้งานไม่ได้ไม่ปกติ เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน อาจจำเป็นต้องมีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

การทกล้มในผู้สูงอายุ (ตั้งข้อมูลข้างต้น)

โรคสมองเสื่อม (ตั้งข้อมูลข้างต้น)

โรคซึมเศร้า (ตั้งข้อมูลข้างต้น)

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2559). (ร่าง) หลักสูตร  
ประกาศนียบัตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ (หลักสูตรระยะสั้น) หลักสูตรใหม่ พ.ศ.2559

เป็นหลักสูตรประกาศนียบัตร (ผู้ดูแลผู้สูงอายุ) ระยะเวลา 4 เดือน หรือ 480 ชั่วโมง โดยกำหนดให้ผู้เข้า  
ศึกษามีอายุ 18 ปีขึ้นไป มีความรู้พื้นฐานขั้นต่ำมัธยมศึกษาตอนต้นหรือเทียบเท่า และมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ไม่  
เป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพ เนื้อหาหลักสูตร ประกอบด้วย

1. กฎหมายและจริยธรรมสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีเนื้อหาเกี่ยวกับกฎหมายแรงงานที่ควรรู้ สัญญา  
จ้าง การบอกเลิกสัญญาจ้าง การปฏิบัติตนให้อยู่ในระเบียบวินัย คุณสมบัติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ  
และบทบาทหน้าที่ จริยธรรมและจรรยาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วยภาคทฤษฎี 3 ชั่วโมง
2. การประเมินและดูแลสุขภาพเบื้องต้นผู้สูงอายุ มีเนื้อหาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ การ  
ประเมินภาวะสุขภาพ การซักประวัติ การประเมินสภาพผู้ป่วย การทำความสะอาดร่างกายและ  
การแต่งตัว การป้อนอาหารผู้สูงอายุ การให้อาหารทางสายยา การดูแลการขับถ่าย การส่งต่อ  
ผู้ป่วยกรณีฉุกเฉิน การฟื้นฟูสภาพร่างกายและจิตใจ การป้องกันอุบัติเหตุ การใช้อุปกรณ์ทาง  
การแพทย์ และการพักผ่อน การนอน ประกอบด้วยภาคทฤษฎี 3 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ 2  
ชั่วโมง
3. แนวคิดพื้นฐานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ ความเชื่อ  
ค่านิยม ภาวะสมองเสื่อม บทบาทของผู้สูงอายุกับครอบครัว ชุมชน หลักการจูงใจผู้สูงอายุ และ  
หลักการปฏิบัติต่อผู้สูงอายุ ประกอบด้วยภาคทฤษฎี 3 ชั่วโมง
4. การปฐมพยาบาลเบื้องต้นผู้สูงอายุ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการ First aid for elderly การเช็ดตัวลดไข้  
การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย การทำแผล และการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วยภาคทฤษฎี 2  
ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ 2 ชั่วโมง
5. ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และการจัดเตรียม  
อาหารสำหรับผู้สูงอายุ ประกอบด้วยภาคทฤษฎี 3 ชั่วโมง
6. การส่งเสริมสุขภาพและการใช้ภูมิปัญญาทางแพทย์แผนไทย มีเนื้อหาเกี่ยวกับอาหาร โภชนาการ  
สำหรับผู้สูงอายุ สุขอนามัยส่วนบุคคล กิจกรรมนันทนาการ จิตวิทยาในการดูแลผู้สูงอายุ การ  
นวดและการใช้สมุนไพร การออกกำลังกาย และการทำกายภาพบำบัด ประกอบด้วยภาคทฤษฎี  
3 ชั่วโมง
7. การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการทำความสะอาด เก็บ และรักษาอุปกรณ์  
ต่างๆ และการจัดการขยะ ประกอบด้วยภาคทฤษฎี 3 ชั่วโมง
8. หลักการใช้ยาเบื้องต้นในผู้สูงอายุ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการฝึกการบริหารยา ข้อควรระวังของการใช้  
ยา และการบันทึกการได้รับยาของผู้สูงอายุ ประกอบด้วยภาคทฤษฎี 3 ชั่วโมง

9. การสื่อสารทางสุขภาพ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการอ่านและเขียนภาษาไทย ภาษาอังกฤษ การใช้คำศัพท์ทางสุขภาพ การใช้คำสุขภาพ การติดต่อประสานงานกับทีมสุขภาพ ประกอบด้วยภาคทฤษฎี 3 ชั่วโมง
10. การฝึกประสบการณ์ดูแลผู้สูงอายุ ประกอบด้วยการดูงาน และการฝึกประสบการณ์ในสถานประกอบการ จำนวน 180 ชั่วโมง

---

*กรมพัฒนาฝีมือแรงงาน กระทรวงแรงงาน. หลักสูตรฝึกเตรียมเข้าทำงาน สาขา ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Older person caregiver)*

เป็นหลักสูตรการเตรียมเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ของผู้ที่สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น (ม.3) หรือเทียบเท่า อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป มีสภาพร่างกายและจิตใจที่ไม่เป็นอุปสรรคต่อการฝึก มีความพร้อมและสามารถเข้ารับการฝึกได้ตลอดหลักสูตร เป็นเนื้อหา 420 ชั่วโมง (3 เดือน) ประกอบด้วย

1. กิจกรรมสร้างเสริมวินัยในการทำงาน เป็นการฝึกภาคปฏิบัติ จำนวน 14 ชั่วโมง
2. ความปลอดภัยในการทำงาน เป็นการสอนภาคทฤษฎี 7 ชั่วโมง
3. จิตวิทยาทั่วไป เป็นการสอนภาคทฤษฎี 14 ชั่วโมง
4. การปฐมพยาบาลเบื้องต้น เป็นการสอนภาคทฤษฎี 7 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ จำนวน 28 ชั่วโมง
5. กฎหมายเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับวิชาชีพ เป็นการสอนภาคทฤษฎี 14 ชั่วโมง
6. ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เป็นการสอนภาคทฤษฎี 14 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ จำนวน 21 ชั่วโมง
7. งานพื้นฐานในการบริหารผู้สูงอายุ เป็นการสอนภาคทฤษฎี 14 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ จำนวน 35 ชั่วโมง
8. การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการสอนภาคทฤษฎี 14 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ จำนวน 35 ชั่วโมง
9. อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการสอนภาคทฤษฎี 14 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ จำนวน 35 ชั่วโมง
10. นันทนาการและการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการสอนภาคทฤษฎี 14 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ จำนวน 35 ชั่วโมง
11. การปฏิบัติตนในอาชีพผู้ดูแลผู้สูงอายุ เป็นการสอนภาคทฤษฎี 7 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ จำนวน 14 ชั่วโมง
12. การวัดผลประเมินผล เป็นการสอนภาคทฤษฎี 1 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ จำนวน 6 ชั่วโมง
13. คอมพิวเตอร์เบื้องต้น เป็นการสอนภาคทฤษฎี 7 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ จำนวน 14 ชั่วโมง
14. ภาษาอังกฤษในการทำงาน เป็นการสอนภาคทฤษฎี 14 ชั่วโมง และภาคปฏิบัติ จำนวน 21 ชั่วโมง
15. การประกอบธุรกิจส่วนตัว เป็นการสอนภาคทฤษฎี 21 ชั่วโมง