



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

คู่มือผู้ดำเนินการ การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข



ชื่อหนังสือ : คู่มือผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีความพิการ

ที่ปรึกษา

นายแพทย์เรศ กรีชนัยรวีวงศ์	อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นายแพทย์ภานุวัฒน์ ปานเกตุ	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ทันตแพทย์อาคม ประดิษฐสุวรรณ	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นายแพทย์สามารถ ธีระศักดิ์	รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
นายแพทย์อัศวิน จิตนุยานนท์	ผู้อำนวยการสถาบันเวชศาสตร์ สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

บรรณาธิการ

ศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
ดร.สุภรณ์ แนวจำปา	ผู้อำนวยการกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

ผู้จัดทำและเรียบเรียง

นางสาวเปรมปวีร์ บุญยาพรทรัพย์	กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
นางนิติกุล ทองน่วม	สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวร เพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์
นางสาวศิริพร รุ่งรัตน์ธวัชชัย	กองกฎหมาย
นางจิรบรรษา เกตุค้ำพลู	กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
นายอัศวิน ดิเลศ	กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
นางสาวศุภรัตน์ หงส์ประเสริฐ	กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

จัดพิมพ์ : กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
กระทรวงสาธารณสุข

ออกแบบรูปเล่ม : บริษัท โรงพิมพ์วินัย 2509 จำกัด

พิมพ์ครั้งที่ : 1

ISBN : 978-616-11-4880-5

จำนวนพิมพ์ : 1,000 เล่ม

สถานที่พิมพ์ : บริษัท โรงพิมพ์วินัย 2509 จำกัด

ความรู้คู่มือผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุ
หรือผู้มีภาวะพึ่งพิงฉบับนี้

เป็นแนวทางในการนำไปประยุกต์ใช้สำหรับ

กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงตามกฎหมาย

ภายใต้พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

พุทธศักราช ๒๕๕๙

คำนิยม

นโยบายการพัฒนาและขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง แห่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 และการบูรณาการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อในชุมชนรองรับสังคมสูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2564–2565 การปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุด้านการบริหาร การดูแลที่บ้าน ชุมชน และการดูแลสุขภาพตนเอง ในระบบสุขภาพปฐมภูมิเชิงนวัตกรรมเป็นต้น ซึ่งกิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง เกี่ยวเนื่องกับการ ส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในสถานประกอบการ ดังนั้น เพื่อเป็นการรองรับผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุให้ดำเนินการที่ถูกต้องตามกฎหมาย และสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ มาตรฐาน และความปลอดภัยที่ดี

หนังสือเล่มนี้เป็นส่วนหนึ่งของการสร้างองค์ความรู้ด้านการจัดการสุขภาพของผู้สูงอายุ ในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ โดยได้รวบรวมเนื้อหาหลายส่วนที่มีความสำคัญ และได้รับเกียรติจาก คณาจารย์และผู้เชี่ยวชาญด้านผู้สูงอายุจากหลายภาคส่วนร่วมจัดทำ เพื่อเป็นประโยชน์แก่ผู้ประกอบการ ผู้ดำเนินการ ผู้ให้บริการ รวมถึงผู้สนใจในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้สูงอายุ ตลอดจนสถาบันการศึกษา สำหรับใช้เป็นแนวทางการจัดการเรียนการสอนให้มีประสิทธิภาพ ซึ่งประโยชน์ที่เกิดขึ้นนี้ สามารถขับเคลื่อนธุรกิจดังกล่าวและสร้างมูลค่าเพิ่มแก่กิจกรรมการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ในประเทศไทย

ขอขอบคุณคณาจารย์และผู้เชี่ยวชาญทุกท่านทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่ได้ถ่ายทอดองค์ความรู้ วิชาการด้านการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งบรรณาธิการและคณะผู้จัดทำ ที่มีความมุ่งมั่น วิริยะ อุตสาหะ ในการจัดทำหนังสือเล่มนี้ให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี จึงหวังว่าหนังสือเล่มนี้จะสามารถเผยแพร่และ ขยายองค์ความรู้การดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพตามหลักวิชาการ ส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุมี คุณภาพชีวิตที่ดี สร้างคุณค่าต่อประเทศชาติต่อไป



(นายแพทย์ธเรศ กรัษนัยรวิวงศ์)
อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
5 พฤษภาคม 2565

คำปรารภ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่องในการพัฒนากฎหมายให้มีสาระสำคัญที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันของการให้บริการสุขภาพ โดยสามารถปรับปรุงความเหมาะสมตามการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการทางเศรษฐกิจและสังคม จึงเป็นที่น่ายินดีและภาคภูมิใจเป็นอย่างยิ่งที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพได้ส่งเสริมสนับสนุนองค์ความรู้ด้านกฎหมายธุรกิจบริการสุขภาพ รวมถึงการพัฒนาวิชาการความรู้เกี่ยวกับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เพื่อพัฒนาบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีความรู้ความเข้าใจสาระสำคัญของพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 และหลักวิชาการในด้านต่างๆ ที่สำคัญต่อการประกอบธุรกิจด้านการบริการเพื่อสุขภาพ

ดังนั้น หนังสือเล่มนี้ได้รวบรวมองค์ความรู้ที่มีความจำเป็นสำหรับกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยเฉพาะผู้ดำเนินการกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยเรียบเรียงเนื้อหาตามโครงสร้างหลักสูตรผู้ดำเนินการกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง 130 ชั่วโมง ที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพให้การรับรอง เนื้อหาในเล่มประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปของผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุ การประเมินภาวะวิกฤตการช่วยชีวิตการปฐมพยาบาลและการส่งต่อ ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยและกลุ่มอาการผู้สูงอายุ แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ให้บริการ กฎหมายและจรรยาบรรณวิชาชีพ การบริหารจัดการธุรกิจบริการสุขภาพ รวมถึงการบันทึกและการแปลผลทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นประโยชน์ทั้งผู้ประกอบการ ผู้ดำเนินการ ผู้ให้บริการ รวมถึงสถาบันการศึกษา หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนเพื่อใช้เป็นแนวทางออกแบบการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรนี้ เพื่อพัฒนาและยกระดับบุคลากรให้มีประสิทธิภาพสำหรับการดูแลผู้สูงอายุในสถานประกอบการของประเทศไทย และหวังว่าการประกอบกิจการจะได้รับผลตอบแทนที่ดีดึงดูดให้นักท่องเที่ยวต่างชาติมาใช้บริการกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงในประเทศไทยต่อไป

(ทันตแพทย์อาคม ประดิษฐสุวรรณ)
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
5 พฤษภาคม 2565

คำนำ

จากนโยบายการพัฒนาและขับเคลื่อนสู่การปฏิบัติของมาตรฐานกิจการเพื่อสุขภาพตามมาตรา 3 (3) กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง แห่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559 และการบูรณาการขับเคลื่อนการดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุแบบไร้รอยต่อในชุมชนรองรับสังคมสูงอายุ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2564–2565 ตามแนวทางการปฏิรูประบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุด้านการบริหาร การรักษาพยาบาลที่บ้านและชุมชน และการดูแลสุขภาพตนเองในระบบสุขภาพปฐมภูมิเชิงนวัตกรรม ซึ่งกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง เกี่ยวเนื่องกับการส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุในสถานประกอบการ ดังนั้น เพื่อเป็นการรองรับผู้สูงอายุที่จะเพิ่มขึ้นในอนาคต จึงจำเป็นต้องส่งเสริมกิจการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุให้ดำเนินการที่ถูกต้องตามกฎหมายและคุณภาพ และสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานและความปลอดภัยที่ดี

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ มีพันธกิจดำเนินการตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 เพื่อให้การดำเนินกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเป็นไปอย่างมีมาตรฐานอันเป็นการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนและคุ้มครองผู้บริโภค ซึ่งตามมาตรา 3 (3) ได้กำหนดให้กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง เป็นกิจการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวงสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันที่ธุรกิจการดูแลผู้สูงอายุมีอัตราการขยายตัวอย่างรวดเร็ว ทำให้ประเทศไทยมีรายได้เพิ่มขึ้น และยังส่งผลกระทบต่อสุขภาพต่อผู้รับบริการ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพเป็นกรมที่มีภารกิจในการพัฒนาวิชาการทั้งด้านบริหารจัดการและการบริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ รวมถึงยกระดับบุคลากรที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะผู้ดำเนินการกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ให้มีองค์ความรู้ที่จำเป็นต้องมีองค์ความรู้และความสามารถด้านต่าง ๆ ที่เท่าทันสถานการณ์ เพื่อการแข่งขันในเชิงธุรกิจทั้งในและต่างประเทศ

กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงได้จัดทำคู่มือผู้ดำเนินการกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยรวบรวมความรู้เบื้องต้นจากคณาจารย์ผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์สำหรับผู้ประกอบการ ผู้ดำเนินการกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง และเป็นแนวทางปฏิบัติสำหรับสถาบันการศึกษา หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนในการจัดการเรียนการสอนหลักสูตรผู้ดำเนินการกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงให้เข้าใจในหลักการและนำไปบูรณาการวางแผนการสอนตามกรอบองค์ความรู้ เพื่อผลิตบุคลากรที่มีคุณสมบัติตามที่กฎหมายกำหนดและมีศักยภาพในการบริหารจัดการสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงต่อไป

กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

5 พฤษภาคม 2565

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
คำนิยาม	
คำปรารภ	
คำนำ	
สารบัญ	
ความรู้ทั่วไปที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ	1
- การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจในผู้สูงอายุ	2
<i>ศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล</i>	
<i>สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม</i>	
<i>คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล</i>	
- สิทธิและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ	9
<i>กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาการพัฒนาลังคม และความมั่นคงของมนุษย์</i>	
- เจตคติต่อผู้สูงอายุ	17
<i>กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาการพัฒนาลังคม และความมั่นคงของมนุษย์</i>	
- การอยู่ร่วมกันและความเข้าใจซึ่งกันและกัน	20
<i>นางขจิตรัตน์ ชุนประเสริฐ นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ กรมสุขภาพจิต</i>	
การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	23
- อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ	24
<i>กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข</i>	
- การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ	33
<i>กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข</i>	
- การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ	37
<i>นางขจิตรัตน์ ชุนประเสริฐ นักสังคมสงเคราะห์ชำนาญการ กรมสุขภาพจิต</i>	
- การจัดกิจกรรมสันทนาการและการชะลอความเสื่อม	42
<i>นางสาวอรรวรรณ คูหา กรมการแพทย์</i>	
<i>สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์</i>	
<i>นางสาวจารุณี วิทยาจักษ์ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์</i>	
<i>โรงพยาบาลรามมาธิบัติ</i>	
- การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย	49
<i>ดร.โกศล จิ่งเสถียรทรัพย์</i>	
<i>ผู้เชี่ยวชาญด้านสิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาลเพื่อการเฝ้าระวัง</i>	
- การใช้ภูมิปัญญาไทยและการแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	60
<i>กองวิชาการและแผนงาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก</i>	

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
การดูแลผู้สูงอายุ	
- การดูแลส่วนบุคคล <i>ดร.พนารัตน์ วิศวเทพนิมิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ</i>	74
- การวัดสัญญาณชีพและการบันทึกอาการ <i>ดร.เจียมใจ ศรีชัยรัตนกุล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ</i>	89
- การฟื้นฟูสมรรถภาพและกิจกรรมทางกาย <i>ดร.อภิวรรณ คุ้มมนวรรกุล สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์</i>	99
- การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุและการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน <i>ดร.อภิวรรณ คุ้มมนวรรกุล สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์</i>	104
- หลักการใส่ยา และการบริหารยาที่ถูกต้อง <i>ศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล</i>	120
- การป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ <i>กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</i>	123
- การฝึกพัฒนาศักยภาพสมอง <i>นางสาวอรรวรรณ คูหา สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ นางสาวพลินท์ชฎา พัชรพิสิฐกุล นักกิจกรรมบำบัด ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี รศ.พญ.ดาวชมพู นาคะวิโร ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี</i>	133
- การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง <i>ดร.พนารัตน์ วิศวเทพนิมิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ</i>	142
- แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองและการประยุกต์ใช้ในการจัดบริการ <i>ผศ.ร.อ.หญิงวาสนี วิเศษฤทธิ์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</i>	173
การประเมินภาวะวิกฤต การช่วยชีวิต การปฐมพยาบาล และการส่งต่อ	183
- การดูแลการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุที่พบบ่อย (ฟกช้ำ แผลถลอก แผลไฟไหม้ มีดบาด สัตว์กัดต่อย) <i>ดร.พนารัตน์ วิศวเทพนิมิต วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ</i>	184

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
- การประเมินภาวะวิกฤต <i>ดร.พนารัตน์ วิศวเทพนิมิตร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ</i>	190
- การช่วยชีวิต และการใช้เครื่องกระตุกหรือเครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Automatic External Defibrillator: AED) <i>ดร.พนารัตน์ วิศวเทพนิมิตร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ</i>	192
- การห้ามเลือด <i>ดร.พนารัตน์ วิศวเทพนิมิตร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ</i>	197
- การปฐมพยาบาลเมื่อกระดูกหักก่อนส่งต่อ <i>ดร.พนารัตน์ วิศวเทพนิมิตร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ</i>	200
- การส่งต่อและขอรับคำปรึกษาแหล่งให้ความช่วยเหลือ (แหล่งเบอร์ที่ควรรู้) <i>ดร.พนารัตน์ วิศวเทพนิมิตร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพฯ</i>	205
ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยและกลุ่มอาการสูงอายุ	210
- โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่พบบ่อย <i>อ.นพ.หฤษฎ์ ปิ่นฉะรัส, ศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล</i>	211
- กลุ่มอาการสูงอายุ <i>ศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาเวชศาสตร์ ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล</i>	219
- ปัญหาทางจิตเวชที่พบบ่อย (รวมถึงการจัดการปัญหาพฤติกรรมและ อารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม/BPSD) <i>ศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาเวชศาสตร์ ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล</i>	229
แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ให้บริการ	239
- การจัดการความเครียดของผู้ให้บริการ <i>รศ.ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาลิตย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</i>	245
- การดูแลตนเองของผู้ให้บริการ <i>รศ.ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาลิตย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</i>	250

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ในการประกอบกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง <i>กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ</i>	255
จรรยาบรรณในการประกอบธุรกิจ <i>พ.ว.อรันันท์ อุดมภาพ สมาคมการค้าและการบริการสุขภาพผู้สูงอายุไทย</i>	327
การบริหารจัดการธุรกิจบริการสุขภาพ <i>นพ.แก่งพงศ์ ตั้งอรุณสันติ นายกสมาคมการค้าและการบริการสุขภาพผู้สูงอายุไทย</i>	333
การแปลผลทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ประกอบการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ <i>พญ.สุชานันท์ กาญจนพงศ์ สาขาเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล</i>	347

ความรู้ทั่วไปที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจในผู้สูงอายุ

ศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล

ในบทนี้จะกล่าวถึงการเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ดังนี้ คือ

1. ด้านร่างกาย
2. จิตใจ
3. สังคมและเศรษฐกิจ

การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายในระบบต่างๆ ดังต่อไปนี้

ระบบ	การเปลี่ยนแปลง	ผลที่เกิดขึ้น
ส่วนประกอบของร่างกาย ¹	<ul style="list-style-type: none">- ส่วนประกอบของร่างกายที่เป็นน้ำลดลง- สัดส่วนไขมันสูงขึ้น- มวลกล้ามเนื้อและมวลกระดูกลดลง	<ul style="list-style-type: none">- ยาที่การละลายตัวในน้ำได้ดี จะทำให้ระดับยาสูงกว่าปกติ- ยาที่ละลายในไขมันอยู่ตกค้างในร่างกายยาวนานกว่าปกติ
ผิวหนัง ผม เล็บ ²	<ul style="list-style-type: none">- ในชั้นหนังแท้ (dermis) มีการลดลงของเซลล์สร้างเส้นใย (fibroblasts) เส้นใยคอลลาเจนและอีลาสตินของผิวหนัง ผู้สูงอายุจะลดลงและเรียงตัวไม่ดี- ไขมันชั้นใต้ผิวหนังลดลง และหลอดเลือดฝอยใต้ผิวหนังเปราะแตกง่าย- ต่อมไขมันและต่อมเหงื่อลดลง น้ำในชั้นผิวหนังลดลง- การไหลเวียนของเลือดในหลอดเลือดฝอย ที่ผิวหนังลดลง- เซลล์สร้างเม็ดสีที่ผิวหนังลดลง- การสร้างวิตามินดีที่ผิวหนังเมื่อได้รับแสงแดดไม่ดีเท่าคนหนุ่มสาว- การทดแทนเซลล์ลดลง- การงอกของเล็บลดลง- เซลล์สร้างเม็ดสีที่ชื่อเมลานินไซต์ (melanocyte) และเซลล์ที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันของผิวหนัง ชื่อ เซลล์แลงเกอร์ฮานส์ (Langerhans cell) ลดลง- Dermal papillae แบนลง- การซ่อมแซม DNA ลดลง- การควบคุมอุณหภูมิที่ผิวหนังลดลง	<ul style="list-style-type: none">- ผิวหนังบาง เหี่ยวยุบ สูญเสียความยืดหยุ่น- เกิดจ้ำเลือดตามผิวหนังได้ง่ายจาก การกระทบกระแทกเพียงเบา ๆ หรือเกิดจ้ำเลือดเมื่อรับประทานยาที่ทำให้เพิ่มความเสี่ยงของเลือดออก- ผิวแห้ง คัน- อาการผิวหนังอักเสบหรือผื่นแพ้ที่ผิวหนังไม่ชัดเจน- ผมหงอก- ขาดวิตามินดีได้- แผลหายช้ากว่าปกติ และการลอกของชั้นผิวหนังและการงอกของเล็บช้ากว่าคนหนุ่มสาว- เพิ่มความเสี่ยงของการไหม้ของผิวหนังจากแสงแดด และเกิดมะเร็งผิวหนังได้ง่าย- เกิดตุ่มหรือถุงน้ำตามผิวหนังได้ง่ายขึ้น- ร้อนหรือหนาวง่ายกว่าปกติ- เกิดอุณหภูมิกายต่ำได้ง่าย

ระบบ	การเปลี่ยนแปลง	ผลที่เกิดขึ้น
ระบบหัวใจและหลอดเลือด ^{3, 4}	<ul style="list-style-type: none"> - เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจลดลงแต่ขนาดเซลล์ใหญ่ขึ้น มีพังผืดและไขมันแทรก - การทำงานของระบบนำกระแสประสาท ในหัวใจช้าลง - หลอดเลือดเลี้ยงหัวใจและหลอดเลือดแดงใหญ่ และหลอดเลือดแดงทั่วร่างกายมีการหนาตัวจากการมีการสะสมของไขมันและหินปูนตามผนังและเสียการยืดหยุ่น - กำลังสำรองของการทำงานของหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุมีความจำกัด การตอบสนองต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ มีจำกัด - แรงดันและขนาดหัวใจห้องบนซ้ายมากขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - ผนังหัวใจหนาตัว - หัวใจจะเต้นช้ากว่าคนหนุ่มสาว - เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจและความดันโลหิตสูง - เกิดภาวะช็อกได้ง่าย - หัวใจเต้นผิดจังหวะ
ระบบการหายใจ ⁷	<ul style="list-style-type: none"> - ผนังทรวงอกแข็งขึ้น มีหินปูนเกาะตรงกระดูกอ่อน - การพับโบทิ่งแปลกปลอมของขนของเซลล์เยื่อบุทางเดินหายใจลดลง - ถุงลมในปอดมีประสานกันและขนาดใหญ่กว่าปกติ เยื่อบุถุงลมปอดหนาตัว - กล้ามเนื้อช่วยหายใจมีกำลังลดลง - ค่าความจุปอดโดยที่ผู้สูงอายุหายใจออกลึกที่สุดหลังจากหายใจเข้าลึกที่สุด 1 ครั้งมีค่าลดลง และปริมาตรอากาศที่ยังเหลืออยู่ในปอดหลังจากหายใจออกเต็มที่ที่มีค่าลดลง 	<ul style="list-style-type: none"> - ต้องใช้กล้ามเนื้อกะบังลมและกล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยในการหายใจด้วย - กำจัดเสมหะได้ไม่ดี - ติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจได้ง่าย - การแลกเปลี่ยนออกซิเจนได้ลดลง - เมื่อเกิดปอดอักเสบหรือน้ำท่วมปอด ทำให้เกิดการหายใจล้มเหลวได้ง่าย
ระบบทางเดินอาหาร ¹	<ul style="list-style-type: none"> - กล้ามเนื้อของหลอดอาหารส่วนบนอ่อนแรง - หูรูดด้านล่างของหลอดอาหารอ่อนแรง - ผนังของลำไส้อ่อนแรง - แรงบีบตัวของหูรูดทวารหนักลดลง - เซลล์ประสาทที่ผนังลำไส้ลดลง - การบีบตัวของกระเพาะอาหารและลำไส้ลดลง - การหลั่งกรดที่กระเพาะอาหารลดลง - เยื่อบุกระเพาะอาหารและลำไส้บางลงและมีพื้นที่ในการดูดซึมอาหารลดลง 	<ul style="list-style-type: none"> - กลืนลำบาก กรดไหลย้อนง่าย ลำไส้ง่าย - เกิดกระเพาะที่ผนังลำไส้ - ท้องผูก - กลืนอุจจาระไม่อยู่ - ท้องอืดง่าย อิ่มง่าย - กระเพาะอาหารมีแผลได้ง่าย - เสี่ยงต่อการเกิดการขาดสารอาหาร
ช่องปากและฟัน ¹	<ul style="list-style-type: none"> - เยื่อบุช่องปากฝ่อลง - ต่อมรับรสชาติของอาหารลดลง - ฟันโยกคลอนหรือหลุด - น้ำลายลดลง ทำให้ผู้สูงอายุปากคอแห้งและรับรสชาติได้ไม่ดี 	<ul style="list-style-type: none"> - ปากคอแห้ง - รับรสชาติได้ไม่ดี - ความอยากอาหารลดลง - เคี้ยวและกลืนได้ลำบาก
ตับและทางเดินน้ำดี ¹	<ul style="list-style-type: none"> - จำนวนเซลล์ตับลดลง ตับมีน้ำหนักรวมลดลง การไหลเวียนเลือดไปตับลดลง - กลไกการเปลี่ยนแปลงยาโดยตับเปลี่ยนแปลงไป 	<ul style="list-style-type: none"> - ยาที่ยังออกฤทธิ์ค้างคั่งค้างในร่างกายมากขึ้น - เกิดนิ่วในถุงน้ำดีง่ายขึ้น (สาเหตุยังไม่ชัด)

ระบบ	การเปลี่ยนแปลง	ผลที่เกิดขึ้น
ระบบทางเดินปัสสาวะ ⁹	<ul style="list-style-type: none"> - หน่วยไต ซึ่งทำหน้าที่ในการคัดกรองของเสียออกจากร่างกาย มีจำนวนลดน้อยลง - การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงที่ไตก็ลดน้อยลง - การผลิตสารครีเอตินีนลดลงจากการที่มวลกล้ามเนื้อลดลง - หลอดไตทำงานถดถอย - การสร้าง renin และการตอบสนองของ aldosterone และ antidiuretic hormone ลดลง - กระเพาะปัสสาวะไว - ผู้ชายมีต่อมลูกหมากโต 	<ul style="list-style-type: none"> - การกรองของเสียและกำจัดยาที่ไตลดลง - เกิดไตวายได้ง่ายกว่าคนหนุ่มสาว - ค่าครีเอตินีนอาจไม่สามารถบ่งชี้ถึงการทำงานของไตที่แท้จริง - การดูดกลับของเกลือแร่และน้ำที่ไตลดลง - เกิดการเสียสมดุลของน้ำและเกลือแร่และกรด ต่างได้ง่าย - ปัสสาวะบ่อย อาจล้นปัสสาวะ เล็ดราด - ต้องเบ่งปัสสาวะมากขึ้น ปัสสาวะ ไม่ค่อยพุ่ง
ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก ¹	<ul style="list-style-type: none"> - มวลกล้ามเนื้อและเส้นใยกล้ามเนื้อลายชนิดหดตัวเร็วลดลง - มีไขมันและเส้นใยพังคืดแทรกในกล้ามเนื้อมากขึ้น - เอ็นกล้ามเนื้อและเอ็นยึดข้อมีปริมาณน้ำลดลงและมีการประสานกันไม่เหมือนเดิม - กระดูกอ่อนบุข้อมีการเสื่อม ถูกทำลายไปมากขึ้น การสร้างเซลล์กระดูกอ่อนและคอลลาเจนเปลี่ยนแปลงไป ปริมาณน้ำในผิวข้อลดลงและเยื่อข้อเกิดพังคืด - มวลกระดูกโดยเฉพาะในส่วนแกนกระดูกจะลดลง 	<ul style="list-style-type: none"> - ทำให้กำลังกล้ามเนื้อลดลง - ความยืดหยุ่นของเอ็นลดลง - อองศาการขยับของข้อลดลง - ข้อเสื่อม ปวดข้อ - กระดูกพรุน หักง่าย
ระบบประสาทและสมอง ^{5,6}	<ul style="list-style-type: none"> - น้ำหนักของสมองจะลดลง โดยลดลงร้อยละ 5 ต่อ 10 ปี ที่อายุมากขึ้นหลังจากอายุ 40 ปี และเมื่อหลังจากอายุ 70 ปี การลดลง ของน้ำหนักสมองจะยิ่งรวดเร็วขึ้น - เซลล์สมองจะมีการเสื่อมสลายไปในสมองบางส่วน เช่น บริเวณเปลือกสมองส่วน พรีฟรอนทัล (prefrontal cortex) สมองน้อย (cerebellum) และ ฮิปโปแคมปัส ซึ่งเป็นสมองที่ทำหน้าที่บรรจุความจำ - สารสื่อประสาทชนิดต่าง ๆ ในสมองลดลง เช่น โดปามีน อะเซติลโคลีน - มีการสูญเสียสมองเนื้อสีขาว (white matter) ของสมอง โดยจะมีการสูญเสียไปมากกว่าสมองส่วนเนื้อสีเทา (grey matter) - การไหลเวียนเลือดไปเลี้ยงสมองลดลง โดยมีการหนาตัวของผนังหลอดเลือดด้านใน โดยร้อยละ 50 เมื่ออายุราว 40 ปี และ ร้อยละ 80 เมื่ออายุ 80 ปี พบว่า หลอดเลือดสมองจะมีการหนาตัวของผนังหลอดเลือดด้านใน - มีการเสื่อมของเส้นประสาทและปลอกหุ้มเส้นประสาท - ระบบประสาทอัตโนมัติของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลง - มีการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิร่างกายได้ง่าย 	<ul style="list-style-type: none"> - ความจำลดลงโดยเฉพาะความจำระยะสั้น - การคิดประสานกับกระเคลื่อนไหว (psychomotor speed) ช้าลง - การคิด ตัดสินใจ บริหารจัดการ (executive function) ลดลง - การแยกสมาธิได้ลดลง ทำให้อาจทำให้ความสามารถในการทำอะไรร่วมกันหลายอย่างในเวลาเดียว (multi-tasking) ได้น้อยลง - มีแนวโน้มเกิดอาการพาร์กินสันและอาการซึมเศร้าได้ง่าย - การไหลเวียนเลือดไปสมองไม่ดี - การนำกระแสประสาทเปลี่ยนแปลงไป การรับรู้การสั่นและการสัมผัสลดลง - อาจมีความดันโลหิตต่ำลงเวลาลุกยืน ทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะได้ - อุณหภูมิร่างกายต่ำไปหรือสูงไปได้ง่าย

ระบบ	การเปลี่ยนแปลง	ผลที่เกิดขึ้น
การมองเห็น ¹	<ul style="list-style-type: none"> - เปลือกตาหย่อน เปลือกตาล่างมีโอกาสดูดน้ำหรือออก - การผลิตน้ำตาลดลง - ขนาดของม่านตาเล็กลง - กระจกตาเริ่มขุ่น - การดูดกลับของน้ำเลี้ยงลูกตา (aqueous humor) ลดลง - เลนส์หนา และแข็งขึ้น สูญเสียความยืดหยุ่นของเปลือกหุ้มเลนส์ - ระดับการมองเห็น ความคมชัดของภาพ การรับรู้ภาพที่เห็นว่ามีความลึก ความเป็นสามมิติและการรับรู้แยกสีลดลง - การกลอกตาในผู้สูงอายุอาจมีการจำกัดมากขึ้นโดยเฉพาะในการมองขึ้น คือ ไม่สามารถเลือกตามองขึ้นได้เต็มที่ 	<ul style="list-style-type: none"> - ทำให้ขนตาอาจทึบแทงลูกตาได้ - ทำให้ตาแห้ง - ต้อกระจก ต้อหิน จอประสาทตาเสื่อม - เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นสายตาสายตาผู้สูงอายุ คือ มองใกล้ไม่ชัด - อาจเห็นแสงที่จ้า ทำให้ปรับตัวกับแสงสว่างได้ไม่ดี - การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ทำให้ผู้สูงอายุมีปัญหาในการมองเห็น มีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่ายขึ้น
การได้ยิน ¹	<ul style="list-style-type: none"> - เยื่อแก้วหูหนาตัวขึ้น - กระดูกหูในหูชั้นกลางมีการเสื่อม - มีการลดลงของเซลล์ที่อยู่ในอวัยวะการ รับเสียง และมีการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือดที่มาเลี้ยงหูชั้นใน - รูหูเล็กลงและซีหูมีความเหนียวมากขึ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - การได้ยินลดลง โดยมักเสียเสียงที่มีความถี่สูงก่อน - ซีหูอุดตันได้ง่าย
การได้กลิ่นและการรับรส ¹	<ul style="list-style-type: none"> - เซลล์ประสาทส่วน olfactory bulb ที่การรับกลิ่นลดลง - การกระตุ้นการกระจายน้ำลดลง - การรับรสลดลง - การเคี้ยวได้ลดลง - การหลั่งน้ำลาย ปริมาณและคุณภาพของน้ำลายลดลง 	<ul style="list-style-type: none"> - การได้กลิ่นลดลง การแยกชนิดของกลิ่นได้ลดลง - ความอยากกระจายน้ำลดลง - ความสามารถในการรับรสเผ็ดจัด รสเค็มได้ลดลง ยังรับรสหวานได้ตามปกติ การรับประทานอาหาร ไม่อร่อย รสชาติเปลี่ยน - น้ำลายน้อยลง ปากแห้ง - เคี้ยวอาหารลำบากขึ้น

ระบบ	การเปลี่ยนแปลง	ผลที่เกิดขึ้น
ระบบเมแทบอลิซึมและฮอร์โมน ¹	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้หญิงมีฮอร์โมนเพศหญิงลดลง - ผู้สูงอายุชายมีฮอร์โมนเทสโทสเตอโรน ซึ่งเป็นฮอร์โมนเพศชายลดลง - มีการต่อการออกฤทธิ์ของฮอร์โมนอินซูลิน - ต่อมไทรอยด์ฝ่อลงและมีพังผืดมากขึ้น มีโอกาสเกิดการอักเสบของต่อมไทรอยด์ จากภูมิคุ้มกันได้ง่ายขึ้น การเปลี่ยนของ thyroxine (T4) เป็น triiodothyronine (T3) - ลดลง และการ uptake ของไอโอดีนลดลง - ต่อมใต้สมอง มี growth hormone ลดลง - ต่อมหมวกไต รูปแบบการหลั่งของฮอร์โมนคอร์ติซอลเปลี่ยนแปลง เพิ่มขึ้นในช่วงเย็น - Epinephrine และ norepinephrine ลดการตอบสนองต่อการกระตุ้น 	<ul style="list-style-type: none"> - ผู้สูงอายุหญิงทำให้มีอาการเมแทบอลิซึมแปรปรวนง่ายขึ้น มีอาการร้อน วูบวาบ เหงื่อออกของ vasomotor symptoms อวัยวะสืบพันธุ์และเต้านมเหี่ยวเล็กน้อย ผังช่องคลอดบางลงและแห้ง กระดูกบางและพรุน และมีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดตีบสูงขึ้นกว่าวัยหมดประจำเดือน - ผู้สูงอายุชาย มีอาการจากการที่มีระดับฮอร์โมนเพศชายลดลงได้ ได้แก่ ความต้องการทางเพศลดลง อวัยวะเพศไม่แข็งตัวและกำลังกล้ามเนื้อลดลง อารมณ์เปลี่ยนแปลงไป - ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น - ระดับฮอร์โมนไทรอยด์เปลี่ยนแปลงไป - Lean body mass และ bone mass ลดลง - สัดส่วนของไขมันในร่างกายมากขึ้น - นอนหลับในช่วงเวลาเร็วขึ้นของวันและตื่นเร็วขึ้น - เมื่อร่างกายมีภาวะเครียด การตอบสนองของระบบประสาทซิมพาเทติกลดลง
ระบบภูมิคุ้มกัน ¹	<ul style="list-style-type: none"> - ภูมิคุ้มกันชนิดพึ่งเซลล์ลดลง (cell-mediated immunity) - การทำงานของเซลล์แมโครฟาจ (macrophage) ลดลง - มีภูมิคุ้มกันของตัวเองทำปฏิกิริยากับแอนติเจนของตนเอง (autoantibody) - ไชกระดูกผลิต β cell ลดลง - มีการลดลงของ affinity antibody production 	<ul style="list-style-type: none"> - โอกาสติดเชื้อที่ปกติใช้ภูมิคุ้มกันชนิดพึ่งเซลล์กำจัด เช่น วัณโรค โรคเรื้อน - เกิดโรคที่เกิดจากภูมิคุ้มกันตัวเอง เช่น temporal arteritis, bullous pemphigoid - การตอบสนองต่อการฉีดวัคซีนลดลง - เกิดการติดเชื้อที่รุนแรงได้ง่าย

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจในผู้สูงอายุ

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

ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดการเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ จากหลายสาเหตุ ดังนี้

- 1) การเปลี่ยนแปลงของสารสื่อประสาทในสมอง ทำให้เกิดโรคซึมเศร้าได้ง่าย
- 2) การที่มีโรคทางกายบางอย่าง เช่น ภาวะสมองเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง โรคเมเร็ง โรคต่อมไทรอยด์ เป็นต้น โดยโรคเหล่านั้นอาจมีผลโดยตรงหรือโดยอ้อมที่ทำให้เกิดความเครียด ความวิตกกังวล อารมณ์ซึมเศร้า หรืออาการทางจิต เช่น
 - ในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม อาจเกิดอาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์ จากการเปลี่ยนแปลงของสมอง
 - ในขณะที่การเจ็บป่วยทางกายที่ไม่ได้มีผลกระทบต่อสมองโดยตรงแต่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน เจ็บปวด หรือเกิดความรู้สึกว่าร่างกายไม่แข็งแรง อาจทำให้เกิดอารมณ์ซึมเศร้าได้ เช่น ป่วยเป็นโรคหัวใจ โรคไต ปวดข้อ เป็นต้น

3) ยาหลายชนิดอาจทำให้มีอาการทางจิตได้เช่นกัน เช่น ยาลดความดันโลหิตสูงบางชนิดอาจมีผลต่ออารมณ์เศร้า ยาบางตัวอาจมีผลต่อการนอนหลับ เป็นต้น

4) การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจ เช่น ต้องสูญเสียคู่ชีวิตหรือบุคคลใกล้ชิด ความเหงา เปล่าเปลี่ยว การที่ต้องอยู่แยกจากสังคม หรือต้องออกจากงานเนื่องจากเกษียณอายุการทำงาน ทำให้ต้องปรับตัวกับการดำเนินชีวิตแบบใหม่ ไม่มีเพื่อนร่วมงาน เป็นต้น

5) การที่มีทุพพลภาพของร่างกาย การมองเห็น การได้ยิน การรับประทานอาหาร ต้องพึ่งพิงผู้อื่นในการช่วย การดำเนินกิจวัตรประจำวัน

6) การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคมและรายได้ ตัวอย่างเช่น

- การต้องเปลี่ยนบทบาทจากหัวหน้า ผู้นำ ที่พึ่งของครอบครัวเป็นผู้ตาม
- ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว และคนใกล้ชิด การที่ไม่ได้รับการยอมรับนับถือ จากลูกหลานเนื่องจากเห็นว่าอายุมากแล้ว ไม่ทันต่อเหตุการณ์
- การที่ต้องอยู่บ้านคนเดียว ในกรณีไม่มีบุตรหลาน หรือ บุตรหลานต้องไปทำงานในเวลากลางวัน หรือ แยกครอบครัวออกไป
- การที่ขาดรายได้จากการทำงาน

การเปลี่ยนแปลงของสังคมและเศรษฐกิจ

ในผู้สูงอายุทั้งหมด ส่วนใหญ่ยังช่วยเหลือตัวเองได้ แต่มีผู้ป่วยร้อยละ 2 ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลย และร้อยละ 13.8 ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน⁹ จากการที่มีทุพพลภาพทำให้เกิดภาวะพึ่งพิง ต้องมีคนช่วยในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ในขณะที่สมาชิกครอบครัวมีจำนวนลดลงในปัจจุบัน ขนาดครัวเรือนลดลงเหลือเฉลี่ยประมาณ 3 คน ในครัวเรือน ร้อยละ 33.4 ของผู้สูงอายุมีสถานภาพสมรสเป็นหม้าย หย่า แยกกันอยู่ ร้อยละ 3.7 เป็นโสด ผู้สูงอายุ สัดส่วนสูงขึ้นไปต้องอยู่อาศัยคนเดียวประมาณร้อยละ 10.4¹⁰

อัตราส่วนเกือหนุน มีวัยแรงงานที่ดูแลผู้สูงอายุลดลง ทำให้ขาดผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกของครอบครัวเอง รูปแบบของครอบครัวที่มีความแตกต่างหลากหลายไปจากในอดีตที่ผ่านมา ทั้งครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว ครอบครัวคนเดียว ครอบครัวเพศเดียวกัน ครอบครัวรุ่นกระโดด รวมถึงครอบครัวสูงวัยตามลำพัง หรือคู่สมรสสูงวัย ซึ่งกำลังมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้รูปแบบการดำรงชีวิตตามลำพังของผู้สูงอายุที่ห่างไกลจากลูกหลานและญาติพี่น้องเป็นความเปราะบางที่ยากจะหลีกเลี่ยงได้

แหล่งรายได้หลักที่ผู้สูงอายุได้รับจากบุตรลดลงอย่างมาก ในขณะที่รายได้จากการทำงานเอง มีแนวโน้มสูงขึ้น ในสังคมสูงอายุจะส่งผลกระทบต่อออม ซึ่งในปัจจุบันแหล่งรายได้ของผู้สูงอายุจากเงินออมยังเป็นสัดส่วนน้อยมาก และแหล่งรายได้ของผู้สูงอายุ จากการที่ยังทำงานคิดเป็นสัดส่วนมากขึ้น ซึ่งหากเงินออมในวัยเกษียณไม่เพียงพอ จะนำไปสู่ภาวะยากจนในผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

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

สิทธิและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ

กรมกิจการผู้สูงอายุ

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

เรื่อง รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย

เป็นกฎหมายแม่บทสูงสุดที่ใช้เป็นแนวทางในการปกครองประเทศ โดยมีบทบัญญัติที่กำหนดความสำคัญเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุไว้อย่างชัดเจน ดังนี้

หมวด 3 สิทธิและเสรีภาพของชนชาวไทย

มาตรา 40 บุคคลย่อมมีสิทธิในกระบวนการยุติธรรม ดังต่อไปนี้

(6) เด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ หรือผู้พิการหรือทุพพลภาพย่อมมีสิทธิได้รับความคุ้มครอง ในการดำเนินกระบวนการพิจารณาคดีอย่างเหมาะสมและย่อมมีสิทธิได้รับการปฏิบัติที่เหมาะสมในคดีที่เกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศ

หมวด 5 แนวนโยบายพื้นฐานแห่งรัฐ

มาตรา 53 บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์และไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิได้รับสวัสดิการสิ่งอำนวยความสะดวกอันเป็นสาธารณะอย่างสมศักดิ์ศรีและความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐ

มาตรา 80 รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านสังคม การสาธารณสุข การศึกษา และวัฒนธรรม ดังต่อไปนี้

(1) รัฐต้องคุ้มครองและพัฒนาเด็กและเยาวชน สนับสนุนการอบรมเลี้ยงดูและให้การศึกษาปฐมวัย ส่งเสริมความเสมอภาคของหญิงและชาย เสริมสร้างและพัฒนาความเป็นปึกแผ่นของสถาบันครอบครัวและชุมชน รวมทั้งต้องสงเคราะห์และจัดสวัสดิการให้แก่ผู้สูงอายุ ผู้ยากไร้ ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และผู้อยู่ในสภาวะยากลำบาก ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและพึ่งพาตัวเองได้

มาตรา 84 รัฐต้องดำเนินการตามแนวนโยบายด้านเศรษฐกิจ ดังต่อไปนี้

...(4) รัฐต้องจัดให้มีการออมเพื่อการดำรงชีพในยามชราภาพแก่ประชาชนและเจ้าหน้าที่ของรัฐอย่างทั่วถึง...

เรื่อง สิทธิและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุเป็นกฎหมายเพื่อผู้สูงอายุโดยเฉพาะ ตราขึ้นเพื่อรองรับสิทธิของผู้สูงอายุตามที่ระบุไว้ในรัฐธรรมนูญ และเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่จะช่วยให้มีการนำนโยบายและแผนด้านผู้สูงอายุไปปฏิบัติให้เกิดประสิทธิภาพ

สิทธิและสวัสดิการของผู้สูงอายุ เริ่มต้นมาจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540 มาตรา 54 ที่ได้บัญญัติเกี่ยวกับเรื่องสิทธิผู้สูงอายุให้มีสิทธิได้รับความช่วยเหลือจากรัฐ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ แล้วจึงได้มีการกำหนดพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ขึ้น มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2547 ซึ่งเป็นการให้บุคคลที่มีอายุเกิน 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย มีสิทธิได้รับการคุ้มครอง ส่งเสริม สนับสนุนในด้านต่าง ๆ ตามมาตรา 11 และต่อมาได้มีประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี พ.ศ. 2553 ซึ่งกำหนดบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการดำเนินการตามสิทธิและสวัสดิการสำหรับผู้สูงอายุตามมาตรา 11

สิทธิผู้สูงอายุตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และแก้ไขเพิ่มเติม พ.ศ. 2553 มาตรา 11 แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 กำหนดให้ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครองการส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ดังนี้

สิทธิผู้สูงอายุ	บริการที่จัดไว้ตามสิทธิผู้สูงอายุ
มาตรา 11 (1) การบริการทางการแพทย์ การสาธารณสุขที่จัดไว้ โดยให้ความสะดวกและรวดเร็ว เป็นกรณีพิเศษ	<ul style="list-style-type: none"> - มีช่องทางเฉพาะอำนวยความสะดวก รวดเร็ว - มีเจ้าหน้าที่คอยให้ความช่วยเหลือแก่ผู้สูงอายุ - จัดอุปกรณ์ให้ความสะดวกแก่ผู้สูงอายุ ที่ศูนย์บริการสาธารณสุข, สถานพยาบาลของรัฐ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชน
มาตรา 11 (2) การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ ต่อการดำเนินชีวิต	<ul style="list-style-type: none"> - กระทรวงศึกษาธิการ มีการจัดศูนย์การเรียนรู้ในชุมชนและให้มีหลักสูตรการศึกษาเกี่ยวกับผู้สูงอายุตั้งแต่การศึกษาขั้นพื้นฐาน ถึงขั้นอุดมศึกษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งในระบบนอกระบบ - มีการจัดตั้งโรงเรียนผู้สูงอายุ ในศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ นอกศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชมรมผู้สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ จำนวน และกรุงเทพมหานคร - การประชาสัมพันธ์ข่าวสารในรูปแบบต่าง ๆ บริการด้านข้อมูลข่าวสารและสิทธิประโยชน์แก่ผู้สูงอายุ เช่น แจกแผ่นพับ เสียงตามสาย และสื่อออนไลน์ รวมทั้งเผยแพร่การจัดกิจกรรมทางศาสนาผ่านช่องทางสื่อโทรทัศน์ ป้ายประชาสัมพันธ์ และเว็บไซต์ของกรมการศาสนา - กิจกรรมส่งเสริมการศึกษาตามอัธยาศัยและการเรียนรู้ตลอดชีวิต ในกรุงเทพมหานคร เช่น กิจกรรมขับร้อง กิจกรรมภาษาต่างประเทศ กิจกรรมฝึกอาชีพ กิจกรรมศิลปะ กิจกรรมหัตถกรรม และกิจกรรม คหกรรม
มาตรา 11 (3) การประกอบอาชีพ หรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม	<ul style="list-style-type: none"> - ให้ข้อมูล คำปรึกษา ข่าวสารตลาดแรงงาน การจัดหางาน รับสมัครงาน บริการข้อมูลทางอาชีพ ตำแหน่งว่างงาน โดยมีศูนย์กลางข้อมูลทางอาชีพและตำแหน่งงานสำหรับผู้สูงอายุเป็นการเฉพาะที่สำนักงานจัดหางานทุกแห่ง หรือที่เว็บไซต์ smartjob.doe.go.th และสายด่วนกรมการจัดหางาน 1506 กด 2 - สถาบันพัฒนาฝีมือแรงงานและสำนักงานพัฒนาฝีมือแรงงานทั่วประเทศจัดอบรมทักษะอาชีพหรือฝึกอาชีพให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น การทำขนมไทย การประกอบอาหารว่าง การทำผลิตภัณฑ์ จากสมุนไพร การทำไม้กวาดดอกหญ้า การพันผ้าปาเต๊ะ การจักสานผลิตภัณฑ์จากไม้ไผ่ เป็นต้น
มาตรา 11 (4) การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วม ในกิจกรรมทางสังคมการรวมกลุ่มในลักษณะ เครือข่ายหรือชุมชน	<ul style="list-style-type: none"> - การส่งเสริมและสนับสนุนกลุ่มหรือชมรมผู้สูงอายุ ให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมภายในชุมชน และ/หรือระหว่างชุมชน โดยสมาคมสภาผู้สูงอายุฯ และสภาสังคมสงเคราะห์ - คลังปัญญาผู้สูงอายุ ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้สูงอายุที่มีภูมิปัญญาสาขาต่าง ๆ ได้ถ่ายทอดความรู้ ทักษะแก่ชุมชนและสังคม ซึ่งติดต่อได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดและ กรมกิจการผู้สูงอายุ - มีการจัดงานวันผู้สูงอายุแห่งชาติ เพื่อเป็นการรักษาขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมไทย แสดงความกตัญญูและยกย่องผู้สูงอายุ และทำกิจกรรมร่วมกัน

สิทธิผู้สูงอายุ	บริการที่จัดไว้ตามสิทธิผู้สูงอายุ
<p>มาตรา 11 (5) การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะ หรือการบริการสาธารณะอื่น</p>	<p>- การปรับสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกของผู้สูงอายุ ให้เหมาะสมและปลอดภัย สามารถติดต่อขอรับบริการได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด และศูนย์พัฒนาการการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ ปรับปรุง ซ่อมแซม โดยมีค่าใช้จ่าย ในการดำเนินการ</p> <p>1) ซ่อมแซมบ้านโดยไม่ปรับปรุงโครงสร้าง เช่น เปลี่ยนฝ้าผนัง ฝ้า เพดาน ประตู หน้าต่าง เปลี่ยนโถสุขภัณฑ์ และติดราวจับ ทรงตัว เป็นต้น รวมทั้งค่าบริหารจัดการและค่าตอบแทนในอัตราเหมาจ่ายหลังละไม่เกิน 22,500 บาท โดยถัวจ่ายทุกรายการ</p> <p>2) ซ่อมแซมบ้านโดยจำเป็นต้องปรับปรุง/เปลี่ยนแปลงโครงสร้าง เช่น การสร้าง/ย้ายห้องน้ำหรือห้องนอนใหม่ ทำหลังคาใหม่ หรือทางลาดพร้อมราวจับ เป็นต้น รวมทั้งค่าบริหารจัดการและค่าตอบแทนในอัตราเหมาจ่ายหลังละไม่เกิน 40,000 บาท โดยถัวจ่ายทุกรายการ</p> <p>รายละเอียดตามรายการค่าใช้จ่าย ข้อ 1 – 2 ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - ค่าวัสดุในการปรับปรุง/ซ่อมแซม - ค่าตอบแทนผู้ช่วยในการซ่อมแซม - ค่าตอบแทนผู้มีวิชาชีพด้านการก่อสร้างเป็นผู้ประเมิน - ค่าบริหารจัดการ ได้แก่ ค่าประชุมชี้แจง ค่าป้ายบ้าน ค่าน้ำมันเชื้อเพลิง ค่าภาพถ่ายก่อนดำเนินการ และหลังดำเนินการแล้วเสร็จ โดยเห็นองค์ประกอบของบริเวณที่ปรับปรุง/ซ่อมแซม และป้ายบ้าน ฯลฯ - การจัดที่นั่งสำรองสำหรับผู้สูงอายุจัด จัดเจ้าหน้าที่ไว้คอยอำนวยความสะดวกทั้ง ชมรม. บขส. การรถไฟ และเรือ - ให้สิทธิผู้โดยสารสูงอายุได้ขึ้นเครื่องบินเป็นลำดับแรก - จัดให้มีลิฟท์ ทางลาด ห้องสุขา ลานจอดรถยนต์ อำนวยความสะดวกและความปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ และคนพิการ ซึ่งสามารถใช้ร่วมกันได้ในอาคาร สถานที่ แหล่งเรียนรู้ทางศิลปะและวัฒนธรรม เช่น พิพิธภัณฑ์สถานแห่งชาติ โบราณสถานอุทยานประวัติศาสตร์ หอจดหมายเหตุแห่งชาติ หอสมุดแห่งชาติ หอศิลป์

สิทธิผู้สูงอายุ	บริการที่จัดไว้ตามสิทธิผู้สูงอายุ
<p>มาตรา 11 (6) การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ขสมก. ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะได้รับส่วนลดจากองค์การขนส่งมวลชนกรุงเทพสำหรับค่าโดยสารครั้งราคา โดยแสดงบัตรประชาชนทุกครั้งที่ใช้บริการ - รถไฟฟ้า BTS ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป สามารถซื้อบัตรแรบบิทสำหรับผู้สูงอายุได้ซึ่งจะมีสิทธิประโยชน์ลดราคาโดยสารรถไฟฟ้า - รถไฟ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป จะได้รับสิทธิโดยสารครั้งราคา สามารถซื้อตั๋วโดยสารที่สถานีรถไฟทั่วประเทศ ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน – 30 กันยายน ของทุกปี - รถไฟฟ้าใต้ดิน MRT ผู้สูงอายุสามารถขึ้น MRT โดยได้รับส่วนลด 50% ของค่าโดยสารปกติในทุกเส้นทาง สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป สามารถซื้อบัตรผู้สูงอายุได้ โดยจะต้องออกบัตรขั้นต่ำ ครั้งแรกราคา 180 บาท (ประกอบด้วย มูลค่าการเดินทาง 100 บาท ค่ามัดจำบัตร 50 บาทและค่าธรรมเนียมการออกบัตร 30 บาท) - เครื่องบิน บางกอกแอร์เวย์ส ผู้สูงอายุจะได้รับส่วนลด 10% จากราคาบัตรโดยสารราคาปกติ สำหรับทุกเส้นทางบินทั้งภายในและระหว่างประเทศได้โดยไม่ต้องรอโปรโมชั่น นอกจากนี้ ยังสะดวกสบายขึ้นไปอีกด้วยการขอรับเก้าอี้รถเข็นแบบฟรีๆ เพียงแค่แจ้งล่วงหน้า 24 ชั่วโมง ก่อนวันที่ออกเดินทาง - รถไฟฟ้าแอร์พอร์ตเรลลิงก์ ผู้สูงอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ที่ถือบัตร Senior Citizen Smart Pass จะได้รับส่วนลดค่าโดยสาร 50% จากราคาปกติ 15 - 45 บาท - รถทัวร์ (บขส.) ผู้สูงอายุจะได้รับส่วนลด 50% ของราคาค่าโดยสาร (ลดเฉพาะค่าโดยสารไม่ลดค่าธรรมเนียม) ที่ใช้บริการ รถโดยสารประจำทางหมวด 2 และหมวด 3 เฉพาะรถโดยสารของ บขส.เท่านั้น โดยผู้สูงอายุจะต้องแสดงบัตรประจำตัวต่อพนักงานจำหน่ายตั๋วเพื่อรับสิทธิ - เรือ กรมเจ้าท่าได้ลดหย่อนค่าโดยสารครั้งราคาสำหรับผู้สูงอายุ ผู้มีอายุเกิน 60 ปีขึ้นไป สำหรับเรือประจำทางในแม่น้ำเจ้าพระยา ทั้งเรือด่วนเจ้าพระยา เรือในคลองแสนแสบ และเรือข้ามฟาก เพียงแสดงบัตรประจำตัวประชาชน
<p>มาตรา 11 (7) การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ</p>	<ul style="list-style-type: none"> - อุทยานแห่งชาติทุกแห่งไม่เก็บค่าบริการเข้าชม - ยกเว้นค่าชมสถานที่ท่องเที่ยวขององค์การอุตสาหกรรมป่าไม้ - ยกเว้นค่าเข้าชมสวนสัตว์ทั้ง 6 แห่ง ได้แก่ สวนสัตว์เปิดเขาเขียว สวนสัตว์เชียงใหม่ สวนสัตว์นครราชสีมา สวนสัตว์สงขลา สวนสัตว์อุบลราชธานี สวนสัตว์ขอนแก่น - ยกเว้นค่าเข้าชมสวนพฤกษศาสตร์ จำนวน 5 แห่ง ได้แก่ สวนพฤกษศาสตร์สมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ สวนพฤกษศาสตร์บ้านร่มเกล้า พิษณุโลกในพระราชดำริ สวนพฤกษศาสตร์ระยอง สวนพฤกษศาสตร์ขอนแก่น และสวนพฤกษศาสตร์พระแม่ย่า สุโขทัย - อุทยานแห่งชาติทุกแห่งไม่เก็บค่าบริการเข้าชม - ยกเว้นค่าชมสถานที่ท่องเที่ยวขององค์การอุตสาหกรรมป่าไม้

สิทธิผู้สูงอายุ	บริการที่จัดไว้ตามสิทธิผู้สูงอายุ
มาตรา 11 (8) ด้านการช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกรุณกรรม หรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายหรือถูกทอดทิ้ง	- การให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ ถูกรุณกรรมหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายหรือถูกทอดทิ้ง ประสบปัญหาครอบครัว ด้านที่อยู่อาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มช่วยเหลือตามความจำเป็นและเหมาะสมได้ไม่เกินวงเงินครั้งละ 3,000 บาท ได้ไม่เกิน 3 ครั้ง/คน/ปี
มาตรา 11 (9) ด้านการให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี	- การให้คำแนะนำ ปรีกษาทางกฎหมาย - ผู้สูงอายุได้รับการช่วยเหลือเยียวยาจากรัฐ เรื่องการยื่นคำขอรับค่าตอบแทนผู้เสียหาย ทดแทน และค่าใช้จ่ายแก่จำเลยในคดีอาญาตลอดรวมถึงการให้คำปรึกษาต่าง ๆ
มาตรา 11 (10) การจัดทำพิกัดอาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง	<p>ทางกฎหมายจากการสอบถามของผู้สูงอายุ</p> <p>- การอุปการะผู้สูงอายุที่ประสงค์เข้าใช้บริการในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ โดยต้องมีคุณสมบัติของผู้รับบริการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) อายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย 2) ไม่เป็นผู้ต้องหาวางกระทำผิดอาญา และอยู่ระหว่างการสอบสวนของพนักงานสอบสวน หรืออยู่ระหว่างการพิจารณาคดี ของศาล 3) ไม่เป็นโรคติดต่อ ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2523 4) มีความสมัครใจ 5) สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในกิจวัตรประจำวัน 6) ไม่มีอาการทางจิตที่รุนแรง หรือมีพฤติกรรมด้านลบที่จะส่งผลกระทบต่อผู้อื่น 7) ไม่ติดสารเสพติด หรือติดสุรา 8) กรณีคนเร่ร่อน ถูกทอดทิ้ง หรือไร้ที่พึ่ง ต้องผ่านกระบวนการตามพระราชบัญญัติคุ้มครองคนไร้ที่พึ่ง พ.ศ. 2557 ก่อน 9) ต้องเป็นผู้ประสบปัญหาความเดือดร้อนอย่างใดอย่างหนึ่ง ดังนี้ <ul style="list-style-type: none"> - ฐานะยากจน - ไม่มีที่อยู่อาศัย - ขาดผู้อุปการะ หรือผู้ให้ความช่วยเหลือดูแล <p>การสมัครเข้ารับบริการ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพมหานคร ให้ติดต่อยื่นใบสมัครได้ที่กรมกิจการผู้สูงอายุ หรือสำนักงานเขต ในเขตที่ผู้สูงอายุพักอาศัย 2. ผู้ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในต่างจังหวัด ให้ติดต่อยื่นใบสมัครได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ในจังหวัดที่ผู้สูงอายุพักอาศัย

สิทธิผู้สูงอายุ	บริการที่จัดไว้ตามสิทธิผู้สูงอายุ
<p>มาตรา 11 (11) การจ่ายเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึง และเป็นธรรม</p>	<p>ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ สัญชาติไทย ไม่เป็นผู้ได้รับสวัสดิการหรือสิทธิประโยชน์อื่นใดจากหน่วยงานของรัฐ รัฐวิสาหกิจ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ที่จัดให้เป็นประจำ จะได้รับการช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนตลอดชีวิต โดยแบ่งตามช่วงอายุแบบขั้นบันได ดังนี้</p> <ul style="list-style-type: none"> - อายุ 60 – 69 ได้รับเดือนละ 600 บาท - อายุ 70 – 79 ได้รับเดือนละ 700 บาท - อายุ 80 – 89 ได้รับเดือนละ 800 บาท - อายุ 90 ปีขึ้นไป ได้รับเดือนละ 1,000 บาท <p>สามารถลงทะเบียนได้ที่</p> <ul style="list-style-type: none"> - สำนักงานเขต - องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ผู้สูงอายุมีภูมิลำเนา <p>หลักฐานประกอบการขอรับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ</p> <ul style="list-style-type: none"> - บัตรประจำตัวประชาชน หรือบัตรอื่นที่ออกโดยหน่วยงานของรัฐที่มีรูปถ่าย - ทะเบียนบ้านฉบับเจ้าบ้าน - สมุดบัญชีเงินฝากธนาคาร ในนามผู้มีสิทธิ/ผู้ได้รับมอบอำนาจจากผู้มีสิทธิ (สำหรับกรณีประสงค์รับเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุผ่านธนาคาร) (11/1) การจ่ายเงินสงเคราะห์เพื่อการยังชีพแก่ผู้สูงอายุที่มีรายได้น้อยตามโครงการลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ จากเงินบำรุงกองทุนผู้สูงอายุที่เกิดจากสุราและยาสูบตามกฎหมายว่าด้วยภาษีสรรพสามิต และจากโครงการบริจาคเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุเข้ากองทุนผู้สูงอายุ ผ่านทางบัตรสวัสดิการแห่งรัฐ โดยพิจารณาให้จ่ายตามเกณฑ์รายได้ของผู้สูงอายุที่ลงทะเบียนเพื่อสวัสดิการแห่งรัฐ ดังนี้ - สำหรับผู้สูงอายุที่มีรายได้ ไม่เกิน 30,000 บาทต่อปี จ่ายเดือนละ 100 บาท - สำหรับผู้สูงอายุที่รายได้เกิน 30,000 บาท แต่ไม่เกิน 100,00 บาท จ่ายเดือนละ 50 บาท
<p>มาตรา 11 (12) การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี</p>	<p>ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ (1) มีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป (2) มีสัญชาติไทย (3) ผู้สูงอายุที่มีบัตรสวัสดิการแห่งรัฐเว้นแต่ผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์บัตรสวัสดิการแห่งรัฐ แต่ยังไม่มียบัตรสวัสดิการแห่งรัฐหรือยังไม่ได้ลงทะเบียนให้ผู้อำนวยความสะดวก หรือนายอำเภอ หรือกำนัน หรือผู้ใหญ่บ้าน หรือนายกเทศมนตรี หรือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล หรือนายกเมืองพัทยา หรือประธานชุมชน เป็นผู้ออกหนังสือรับรอง รวมถึงผู้สูงอายุซึ่งอยู่ในศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุ สถานสงเคราะห์ สถานดูแล สถานคุ้มครอง หรือสถานใด ๆ ของรัฐหรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ดำเนินการในลักษณะเดียวกัน ซึ่งจัดการศพตามประเพณี โดยมูลนิธิ สมาคม วัด มัสยิด โบสถ์ โดยยื่นคำขอภายในกำหนดหกเดือนนับตั้งแต่วันที่ออกใบมรณบัตรหากผ่านคุณสมบัติจะได้รับการช่วยเหลือรายละ 3,000 บาท</p>

สิทธิผู้สูงอายุ	บริการที่จัดไว้ตามสิทธิผู้สูงอายุ
<p>มาตรา 11</p> <p>(13) การอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด</p> <p>(1) การจัดการเพื่ออำนวยความสะดวกด้านพิพิธภัณฑสถาน โบราณสถาน หอจดหมายเหตุแห่งชาติ และการจัดกิจกรรมด้านศาสนา ศิลปะ และวัฒนธรรม</p>	<p>1. การจัดการเพื่ออำนวยความสะดวกด้านพิพิธภัณฑสถานแห่งชาติ โบราณสถาน โบราณคดี หอจดหมายเหตุแห่งชาติ และการจัดกิจกรรมด้านศาสนา ศิลปะ และวัฒนธรรม ตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติประกาศกำหนด</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดบริการโดยตรงสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ลิฟต์ พื้นเรียบ ราวบันได ทางลาด ห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการ ที่จอดรถ - จัดเจ้าหน้าที่อำนวยความสะดวกและปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ - จัดบริการรถเข็น
<p>(2) การจัดการสถานที่ท่องเที่ยว การจัดการกิจกรรมกีฬาและนันทนาการ</p>	<p>2. การจัดการสถานที่ท่องเที่ยว การจัดการกิจกรรมกีฬาและนันทนาการ ตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติประกาศกำหนด</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>ด้านการท่องเที่ยว</u> การท่องเที่ยวแห่งประเทศไทยจัดกิจกรรมโครงการนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ เช่น นันทนาการสัจจะผู้สูงอายุรื่นรมย์ (ไหว้พระ 9 วัด) โครงการส่งเสริมการท่องเที่ยวสำหรับกลุ่มผู้สูงวัย กระตุ้นการออกเดินทางท่องเที่ยวในกลุ่มผู้สูงอายุในแคมเปญ “กายก๊วชวนเที่ยวไทย” สามารถติดตามได้ที่ รายการโทรทัศน์ “เก่าไม่แก่” และบนสื่อออนไลน์ Facebook Page “เก่าไม่แก่ว่าไรดีวัยเก่า” โทรศัพท์ 02-2505500 ต่อ 1368 • <u>ด้านกีฬาและนันทนาการ</u> การกีฬาแห่งประเทศไทย มีการให้บริการ ดังนี้ - การบริการตรวจสอบสุขภาพ ทดสอบสมรรถภาพ ทางร่างกาย - ใช้บริการในสนามฟุตบอล สวนสุขภาพ ลานกีฬาแอโรบิค สนามเปตอง ฟิตเนส ศูนย์ฝึกกีฬาในร่ม - เข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การแข่งขันกีฬา การเดินลีลาส
<p>(3) การประชาสัมพันธ์ให้ทราบเกี่ยวกับสิทธิที่ได้รับ</p> <p>(4) การได้รับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p>	<p>3. การประชาสัมพันธ์ให้ทราบเกี่ยวกับสิทธิที่ได้รับ</p> <ul style="list-style-type: none"> - จัดทำคู่มือสิทธิผู้สูงอายุ - โปสเตอร์สิทธิผู้สูงอายุ - Animation สิทธิผู้สูงอายุ - Gold application <p>4. การได้รับการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง</p> <p>โดยได้รับการดูแลจากอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นซึ่งทำงานบูรณาการด้านบริการสังคมและสุขภาพโดยเน้นให้บริการที่บ้าน ประกอบด้วย</p> <ul style="list-style-type: none"> - ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุในการทำกิจวัตรประจำวัน - บริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน - การให้คำปรึกษาเบื้องต้นกับครอบครัวและประสานงานความช่วยเหลือกับหน่วยงานต่าง ๆ - ประเมินปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นและประสานงานส่งต่อ - การให้บริการอื่น ๆ ตามแผนการดูแลรายบุคคล

นอกจากสิทธิผู้สูงอายุทั้ง 13 อนุมาตราแล้วยังมีสิทธิผู้สูงอายุตามมาตรา 13 ด้านกองทุนผู้สูงอายุ เป็นการให้บริการเงินทุนสำหรับผู้สูงอายุ 2 ประเภท ได้แก่

1) การให้บริการเงินกู้ยืมประกอบอาชีพ ประเภทรายบุคคล คนละไม่เกิน 30,000 บาท และประเภท รายกลุ่ม กลุ่มละไม่เกิน 5 คน ได้กลุ่มละไม่เกิน 100,000 บาท โดยต้องชำระคืนเป็นรายงวด ภายในระยะเวลาไม่เกิน 3 ปี โดยไม่มีดอกเบี้ย

เอกสารที่ใช้ประกอบในการยื่นกู้

- สำเนาบัตรประชาชนของผู้กู้ยืมฯ และผู้ค้ำประกัน
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้กู้ยืมฯ และผู้ค้ำประกัน
- สำเนาบัตรประจำตัวคู่สมรส และทะเบียนบ้าน (ถ้ามี)
- หนังสือรับรองเงินเดือน (ซึ่งออกให้ไม่เกิน 90 วัน) หรือสลิปเงินเดือน เดือนล่าสุดของผู้ค้ำประกัน

2) ให้การสนับสนุนเงินอุดหนุนองค์กรที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ โดยแบ่งเป็นโครงการขนาดเล็ก ในวงเงินไม่เกิน 50,000 บาท โครงการขนาดกลางวงเงินไม่เกิน 50,000 – 300,000 บาท และโครงการขนาดใหญ่ วงเงิน 300,000 บาท ขึ้นไป

มาตรา 17 การลดหย่อนภาษี กรมสรรพากร ได้มีการยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสำหรับผู้มีอายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป ที่อยู่ในประเทศไทยเฉพาะเงินได้ที่ได้รับส่วนที่ไม่เกิน 190,000 บาท ในปีภาษีนั้น ยกเว้นภาษีเงินได้บุคคล ธรรมดาจากเงินบำเหน็จดำรงชีพ มาตรการนี้ช่วยเหลือผู้สูงอายุที่รับบำนาญ แต่ต้องการใช้เงินที่เป็นบำเหน็จตกทอด ขณะที่ยังมีชีวิตอยู่ ผู้สูงอายุที่รับบำเหน็จดำรงชีพตามกฎหมายว่าด้วยบำเหน็จบำนาญข้าราชการและกฎหมายว่าด้วย กองทุนบำเหน็จบำนาญข้าราชการ จำได้รับการยกเว้นภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาจาก เงินบำเหน็จดำรงชีพนั้นลดหย่อน ภาษีเงินได้บุคคลธรรมดาสำหรับบุตรที่เลี้ยงดูบิดาหรือมารดาที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป โดยบิดาหรือมารดาจะต้องไม่มีเงิน ได้พึงประเมินเกิน 30,000 บาท ในปีภาษีนั้น ๆ และหักค่าลดหย่อนเงินหรือทรัพย์สินที่บริจาคให้แก่กองทุนผู้สูงอายุ

เจตคติต่อผู้สูงอายุ

กรมกิจการผู้สูงอายุ

กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

กรมกิจการผู้สูงอายุ

เจตคติ (Attitude) หมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อ และความคิดเห็นของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งและแสดงออกเป็นพฤติกรรมว่ายอมรับหรือปฏิเสธ โดยมีผลมาจากความคิด การวิเคราะห์ การเรียนรู้และประสบการณ์ของบุคคลนั้น เป็นเครื่องมือในการตัดสินใจ โดยเป็นสภาวะของความพร้อมทางจิตใจ ซึ่งเกิดขึ้นจากประสบการณ์ โดยเป็นการกำหนดทิศทางของปฏิกิริยาระหว่างบุคคลที่มีต่อบุคคล สิ่งของและสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง

เจตคติจึงกำหนดขึ้นได้จากการเรียนรู้ วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมในสังคม เป็นการสร้างความรู้สึกจากประสบการณ์ของตนเอง โดยประสบการณ์ที่ได้รับจากเดิม มีทั้งทางบวกและลบ จะส่งผลถึงเจตคติต่อสิ่งใหม่ที่คล้ายคลึงกันและเป็นการเลียนแบบบุคคลที่ตนเองให้ความสำคัญ และรับเอาเจตคตินั้นมาเป็นของตน

ซึ่งบุคคลแสดงความรู้สึกทางด้านพฤติกรรม แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ คือ

- 1) พฤติกรรมภายนอก เป็นพฤติกรรมที่สังเกตได้ เช่น ท่าทางหน้าตาบ่งบอกความพึงพอใจ
- 2) พฤติกรรมภายใน เป็นพฤติกรรมที่สังเกตไม่ได้ เช่น ชอบหรือไม่ชอบก็ไม่แสดงออก

องค์ประกอบของเจตคติ 3 ประการ คือ

1) องค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive Component) เป็นองค์ประกอบด้านความรู้ความเข้าใจของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้านั้น ๆ เพื่อเป็นเหตุผลที่จะสรุปความและรวมเป็นความเชื่อ โดยความรู้ความเข้าใจของบุคคลต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่ได้รับมาจากการเรียนรู้ การพูดคุย การอ่าน หรือการรับรู้จากสื่อต่าง ๆ ซึ่งมีผลต่อเจตคติของคนนั้น ๆ ต่อสิ่งใดหรือบุคคลใด ในทางลบหรือบวกก็ได้ ขึ้นอยู่กับข้อมูลที่มีในความทรงจำของบุคคลนั้น ๆ โดยจะมีมุมมองเป็นตัวคิดวิเคราะห์

2) องค์ประกอบด้านความรู้สึกและอารมณ์ (Affective Component) เป็นองค์ประกอบด้านความรู้สึกหรืออารมณ์ของบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับสิ่งเร้า คือ ผลที่เกิดตามมาภายหลังจากการได้ข้อมูล ความรู้ ผู้รับข้อมูล จะทำการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้รับมาจากที่ต่าง ๆ แล้วตัดสินใจจากประสบการณ์ของตนเองที่สะสมมาในอดีต

3) องค์ประกอบด้านพฤติกรรม (Behavioral Component) เป็นองค์ประกอบทางด้านความพร้อมหรือความโน้มเอียงที่บุคคลประพฤติปฏิบัติ หรือตอบสนองต่อสิ่งเร้าในทิศทางที่จะสนับสนุนหรือคัดค้าน ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความเชื่อหรือความรู้สึกของบุคคลที่ได้รับจากการประเมินค่าให้สอดคล้องกับความรู้สึกที่มีอยู่เป็นสิ่งที่แสดงออกมาให้เราสามารถเห็นได้ด้วยท่าทางการแสดงออก

กล่าวโดยสรุป คือ เจตคติเป็นลักษณะทางจิตวิทยาของบุคคลที่เป็นแรงจูงใจของแต่ละบุคคล ซึ่งแสดงออกของความคิดเห็นทางพฤติกรรมไปในทางต่อต้านหรือสนับสนุนต่อสิ่งนั้นหรือสถานการณ์นั้นที่เกิดขึ้นโดยการแสดงออกดังกล่าวจะสอดคล้องเป็นไปในทิศทางที่สอดคล้องกับเจตคติของบุคคล

มายาคติกับความจริงบางประการของผู้สูงอายุ

เจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ เมื่อกล่าวถึงการสูงอายุคนบางกลุ่มอาจมีเจตคติทางลบเกิดขึ้น เนื่องจากคิดว่าเมื่อสูงอายุแล้วจะมีความเสื่อมทางด้านร่างกาย มีภาวะเจ็บป่วย ความสามารถลดลงไร้ประโยชน์หรือไร้สมรรถภาพ

ในการดำเนินชีวิต โดยผู้สูงอายุอาจถูกเหมารวม (Stereotype) ว่าเป็นบุคคลที่เป็นผู้อ่อนแอ ยึดติด ขาดความยืดหยุ่น และล้าสมัย ซึ่งมีอิทธิพลต่อการดูแลผู้สูงอายุ อาจนำไปสู่การปฏิบัติที่ไม่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ ทั้งจากครอบครัวหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุ ก่อให้เกิดผลกระทบตามมาได้

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

มายาคติหรือความเชื่อที่ผิด (Myth)	ความจริงบางประการ (Reality)
ผู้สูงอายุไม่สามารถเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ ที่ซับซ้อน	ผู้สูงอายุสามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ได้ แต่ช้าลงกว่าเดิม
ผู้สูงอายุมักคือ ไม่เห็นด้วย และไม่เป็นที่รัก	การมีพฤติกรรมเช่นนี้ในผู้สูงอายุอาจเกิดจาก กระบวนการปกป้องตนเอง หรือการเผชิญปัญหา ในวัยหนุ่มสาวก็มีลักษณะเช่นนี้ได้
เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ บุคคลต้องการแยกจากสังคม	เนื่องจากผู้สูงอายุมีลักษณะเฉพาะแต่ละบุคคล จึงมีการตอบสนองแตกต่างกันในแต่ละสังคม
การเป็นหม้าย และเหตุการณ์ในชีวิต มีผลกระทบต่อผู้สูงอายุ	การให้ความหมายต่อเหตุการณ์ในชีวิตขึ้นอยู่กับ การประเมินเหตุการณ์ของแต่ละบุคคล และแหล่ง ประโยชน์ในการเผชิญความเครียด

เจตคติต่อผู้สูงอายุ

การสร้างสัมพันธภาพที่ดี เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการดำเนินชีวิตและเป็นการเรียนรู้การอยู่ร่วมกัน โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุควรตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุ และยอมรับเรียนรู้ที่จะปรับตัว และมีเจตคติที่ดีต่อผู้สูงอายุ เพื่อสร้างความเข้าใจผู้สูงอายุ รวมถึงการดูแลอยู่ร่วมกันกับผู้สูงอายุอย่างเป็นปกติสุข

เจตคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อผู้สูงอายุ มีดังต่อไปนี้

1) การยอมรับและเข้าใจ

เนื่องจากผู้สูงอายุมีความเฉพาะและแตกต่างจากบุคคลอื่น ผู้ดูแลผู้สูงอายุจึงควรยอมรับและเข้าใจในความแตกต่างของผู้สูงอายุ ทั้งในสภาวะทางร่างกายและจิตใจที่มีความแตกต่างจากบุคคลอื่นทั่วไปโดยผู้ดูแลผู้สูงอายุต้องปรับตัวเองให้ยอมรับและปรับความคิดทัศนคติของตนเองให้เข้าใจผู้สูงอายุมากขึ้น ซึ่งจะส่งผลดีต่อการปรับตัวของผู้สูงอายุและการดูแลที่มีประสิทธิภาพ

2) การเห็นคุณค่าและความสำคัญผู้สูงอายุ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมองเห็นคุณค่าและให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ เพื่อดำรงความมีศักดิ์ศรีและความภูมิใจของผู้สูงอายุ โดยการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ซึ่งมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม เช่น การขอคำแนะนำ การรับฟังความคิดเห็น รวมทั้งการแสดงออกต่อผู้สูงอายุด้วยความเคารพและให้เกียรติผู้สูงอายุ โดยหมั่นพูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้สูงอายุ ซึ่งคำถามที่ดีต้องเป็นคำถามปลายเปิดที่ให้ผู้สูงอายุสามารถแสดงความคิดเห็นได้และเป็นการเห็นคุณค่าในผู้สูงอายุ

3) การดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุ

ความต้องการของผู้สูงอายุ คือ การได้รับการดูแลเอาใจใส่จากคนรอบข้าง ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุควรเอาใจใส่ดูแลผู้สูงอายุเป็นอย่างดี ทั้งในเรื่องของการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ และการดูแลทางด้านจิตใจ

4) การสนับสนุนการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสริเริ่มทำกิจกรรมที่ตนเองสนใจและถนัด รวมถึงกิจกรรมในรูปแบบใหม่ ๆ ที่แตกต่างไปจากเดิม ซึ่งจะช่วยสร้างเสริมความรู้สึกที่ดีและมีคุณค่าต่อตัวผู้สูงอายุเอง และผู้อื่น เพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุจมอยู่กับอดีตหรือมีความวิตกกังวลกับอนาคตที่ยังมาไม่ถึงมากเกินไป ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุช่วยสนับสนุนและอำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรม เพื่อส่งเสริมการมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุได้ เช่น การเรียนรู้การใช้เทคโนโลยีของผู้สูงอายุ เพื่อเป็นเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่รวดเร็วและทันสมัยมากขึ้น

5) ไม่สร้างปัญหารบกวนจิตใจ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่ควรนำปัญหาในเรื่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น ทั้งปัญหาในครอบครัวหรือปัญหาสังคมมาทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล หรือสร้างความเครียดให้กับผู้สูงอายุ เพราะจะส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของผู้สูงอายุ โดยผู้ดูแลผู้สูงอายุควรคำนึงถึงความสำคัญของการเลือกข้อมูลที่ใช้สื่อสารให้เหมาะสม โดยไม่สร้างความวิตกกังวลกับผู้สูงอายุ

เจตคติต่อการดูแลผู้สูงอายุ

1) ความรับผิดชอบ

ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมีความรับผิดชอบต่อการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุ โดยศรัทธาและมีความตั้งใจดูแลเอาใจใส่ผู้สูงอายุเป็นอย่างดี การมีวินัยในตัวเอง ไม่ละทิ้งการปฏิบัติหน้าที่ ดูแลผู้สูงอายุโดยเห็นแก่ประโยชน์ของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ

2) ความซื่อสัตย์

ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมีความซื่อสัตย์ต่อการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุอย่างตรงไปตรงมา ทั้งกาย วาจา และจิตใจ โดยการประพฤติตนตามระเบียบแบบแผนอย่างสม่ำเสมอ และมีความซื่อสัตย์ต่อผู้สูงอายุ รวมถึงครอบครัวของผู้สูงอายุ

3) ความเมตตากรุณา

ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมีความเข้าใจและความปรารถนาที่ดีต่อการดูแลผู้สูงอายุ

4) ความอดสาหัส อดทน

ผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมีความพยายามอย่างเต็มที่ในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้การดูแลผู้สูงอายุประสบผลสำเร็จ ส่งผลให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ เสริมสร้างสุขภาพทางกายและใจให้แข็งแรง รวมถึงผู้ดูแลผู้สูงอายุควรมีความขยันหมั่นศึกษาหาข้อมูลเพิ่มเติมในการดูแลผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ เพื่อเพิ่มพูนทักษะความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

การอยู่ร่วมกันและความเข้าใจซึ่งกันและกัน

นางชจิตร์รัตน์ ชุนประเสริฐ

ในการที่เราต้องอยู่ร่วมกันในครอบครัวในสังคมเดียวกันสิ่งที่ต้องคำนึงถึงประโยชน์และความจำเป็นที่ต้องอยู่ร่วมกัน สิ่งสำคัญคือคนที่คนในครอบครัวสามารถใช้ชีวิตภายในบ้านได้อย่างราบรื่นและมีความสุข โดยเฉพาะการดูแลเอาใจใส่ผู้สูงวัยภายในบ้านซึ่งถือว่าอยู่ในช่วงบั้นปลายของชีวิต หลังจากที่ต้องเหน็ดเหนื่อยกับการทำงานเพื่อก่อร่างสร้างตัวและเลี้ยงดูลูกหลานให้เติบโตจนสามารถดูแลตัวเองและสร้างครอบครัวของตัวเองต่อไปได้ จึงเป็นหน้าที่ของคนในครอบครัวที่จะต้องเรียนรู้และปรับตัวเข้าหาผู้สูงวัยด้วย

ข้อคิดสำคัญในการที่อยู่ร่วมกันที่อยู่ภายในบ้าน การทำความเข้าใจในลักษณะนิสัย ความคิด ทัศนคติและประสบการณ์ที่มีต่อสิ่งต่างๆ ตลอดจนความเสื่อมถอยและเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้สูงวัยจึงเป็นสิ่งจำเป็น เนื่องจากปัจจัยเหล่านี้ย่อมส่งผลต่ออารมณ์ ความรู้สึกและการแสดงออกที่มักเต็มไปด้วย ความวิตกกังวลและห่วงใยต่อสิ่งต่างๆ มากจนทำให้สมาชิกเกิดความรำคาญใจและถอยห่างออกมา เพื่อให้บรรยากาศภายในครอบครัวที่ประกอบด้วยสมาชิกจากหลากหลายช่วงวัยเป็นไปด้วยความเรียบร้อยและเป็นพื้นที่ ที่น่าอยู่สำหรับสมาชิกทุกคนมีความรักความอบอุ่น ไม่เกิดความรู้สึกแปลกแยกและรู้สึกเหินห่างต่อกัน ต่อไปนี้ เป็นวิธีที่จะทำให้เราสามารถอยู่ร่วมกับผู้สูงวัยภายในครอบครัวได้อย่างมีความสุข ดังนี้

- 1) การยอมรับและเข้าใจในความแตกต่างของพื้นฐานแต่ละคนไม่เหมือนกัน
- 2) ต้องรู้จักประนีประนอม เพราะแต่ละครอบครัวก็ถูกเลี้ยงดูมาแตกต่างกัน ขนาดพื้นที่ที่เกิดจากห้องเดียวกัน ยังมีนิสัยที่แตกต่างกัน จึงทำให้แต่ละคนแตกต่างกันทั้งความคิด ความชอบ และระเบียบวินัย
- 3) มองเห็นคุณค่าและความสำคัญ ผู้สูงวัยส่วนมากที่พ้นจากชีวิตการทำงานแล้วอาจรู้สึกหมดคุณค่าที่ไม่สามารถทำประโยชน์ให้กับใครได้อีก คิดว่าตัวเองไม่มีค่า จนไปบั่นทอนสภาพจิตใจและส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกายตามมา ซึ่งคนในครอบครัวสามารถช่วยได้ด้วยการให้ความสำคัญโดยการ ขอคำแนะนำ รับฟังความเห็นหรือให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในเรื่องต่างๆ รวมทั้งแสดงออกต่อกันด้วยความเคารพเพื่อสร้างบรรยากาศที่ดีให้กับครอบครัว
- 4) อย่าตัดสินคนจากคำพูดแต่ให้มองที่ใจเพราะการกระทำคือ ของที่จริงแท้แน่นอน เวลาได้ยินใครพูดอะไรหรือใส่ร้ายผู้อื่น อย่าเพิ่งไปปักใจเชื่อให้พิสูจน์ด้วยตัวเองเสียก่อน ต้องฟังความทั้งสองฝ่ายอย่างมีเหตุผล
- 5) ยึดหลักการทำงานร่วมกับคนอื่น เพราะเราไม่สามารถทำทุกอย่างด้วยตนเองได้หมด ต้องพึ่งพาคนอื่น การให้คนอื่นให้ทำอะไร ต้องรู้วิธีการพูดขอร้องด้วยวิธีที่สุภาพ อีกทั้งควรใจกว้างหรือมีน้ำใจกับเพื่อน มีวิธีสื่อสารให้คนอื่นเข้าใจได้ง่ายๆ
- 6) ให้ความดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ความต้องการของผู้สูงวัยคือการได้รับความดูแลเอาใจใส่จากคนในครอบครัวลูกหลาน การแสดงความรัก สร้างความอบอุ่น และความสัมพันธ์ที่ดีได้โดยการถามไถ่สารทุกข์สุกดิบและชวนพูดคุยถึงเรื่องต่างๆ คอยดูแลใกล้ชิดไม่ปล่อยให้ปล่อยให้อยู่โดยลำพัง ดูแลเรื่องอาหารการกิน ความสะอาดและการออกกำลังกาย พาไปตรวจสุขภาพและพบแพทย์ตามนัดหมาย
- 7) อย่าตำหนิใครต่อหน้าคนอื่น เพราะจะทำให้เขารู้สึกเสียหน้า และจะเกิดความรู้สึกอับอาย ไม่พอใจกลายเป็นสร้างปมเจ็บฝังลึกในใจ รวมทั้งอย่านำเรื่องกลับไปพูดในที่แจ้ง เมื่อเราได้รับฟังความลับของเพื่อนไม่ว่าจะเป็นเรื่องดีหรือไม่ดี ยิ่งเป็นเรื่องไม่ดีเพื่อนต้องยิ่งระวังให้มาก ถ้านำมาเปิดเผย ควรจะขออนุญาตอีกฝ่ายเสียก่อน มิฉะนั้นจะถูกตำหนิ ว่าไม่มีมารยาท และเพื่อนจะเกิดความไม่ไว้วางใจขึ้น
- 8) การยอมรับรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น

การสื่อสารที่เหมาะสม

ทักษะการสื่อสารเป็นทักษะที่สำคัญมากในการใช้ชีวิต การอยู่ร่วมกันในสังคมในครอบครัว ถึงแม้ว่าเราจะมีความคิดดีแค่ไหน แต่ไม่รู้จักสื่อสารให้มีประสิทธิภาพ ก็คงไม่สามารถทำให้ผู้อื่นรับรู้ และเข้าใจได้หลาย ๆ คนมักมองว่าการสื่อสารเป็นเรื่องที่ง่าย เลยไม่ได้ให้ความสำคัญ หรือใส่ใจมากเท่าที่ควร ทั้งที่ในความเป็นจริงแล้วการสื่อสารเพื่อให้ได้ในสิ่งที่ต้องการนั้นไม่ใช่เรื่องง่ายเลย แต่จะว่ายาก ก็ไม่ยากขนาดนั้น ขอเพียงแค่ตั้งใจ ฟังฝนและคิดตาม ข้อแนะนำต่าง ๆ ต่อไปนี้

1) ไม่พูดแทรก คือ ตั้งใจฟังผู้สูงอายุพูดให้จบ การพูดแทรกเป็นพฤติกรรมของคนใจร้อน เสียมารยาท และยังแสดงให้เห็นว่าผู้พูดไม่ให้เวลาสำหรับการฟังหรือไม่ตั้งใจฟังนั่นเอง จะทำให้เราพลาดข้อมูลที่สำคัญที่ผู้สูงอายุต้องการจะสื่อให้เราทราบ ความไม่เรียบร้อยพูดแทรกจะทำให้เรามีลักษณะของความอ่อนโยน ใจเย็น

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

3) การจับมือไว้ หรือสัมผัสมือของผู้สูงอายุในขณะที่สนทนา จะเป็นการบ่งบอกถึงความรัก เคารพ เห็นใจ และการอ่อนน้อม

4) การสื่อสารกับผู้สูงอายุต้องระวังเรื่อง “ความคิดที่ไม่ลงรอย” คือความคิดเห็นไม่ตรงกัน ผู้ดูแลควรเปลี่ยนประเด็นการสื่อสาร ไปพูดคุยเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุสนใจจะช่วยสร้างบรรยากาศการสื่อสารได้ดีขึ้น แล้วค่อยหาโอกาสในการสื่อสารใหม่หากเรื่องที่ต้องการจะสื่อสารนั้นเป็นเรื่องสำคัญกับผู้สูงอายุ

5) แสดงออกถึงความเข้าใจ และรับรู้ สิ่งที่เราได้สื่อสารกับผู้สูงอายุ

6) ไม่ใช้น้ำเสียงสูง การพูดกับผู้สูงอายุให้เราใช้เสียงพูดธรรมดา จงอย่าตะคอก หรือตลาดผู้สูงอายุเด็ดขาด

7) อย่าใส่อารมณ์ตัวเองเข้าไปในการพูดคุยกับผู้สูงอายุ เราต้องมีสติในการสื่อสาร

ทักษะการฟัง

1) มีสมาธิกับสิ่งที่ฟัง การมีสมาธิกับสิ่งที่กำลังฟังอยู่นั้นมีความสำคัญอย่างมาก ฟังโดยมีสมาธิ หมายถึงฟังด้วยความตั้งใจมั่น จดจ่ออยู่กับเรื่องที่ฟัง ไม่ปล่อยจิตใจให้เลื่อนลอยไปที่อื่น

2) ควรฟังอย่างมีเหตุผล ฟังโดยไม่อคติ ผู้ฟังโดยไม่อคติต้องพิจารณาให้ละเอียดถี่ถ้วน ไม่เป็นโทษแก่ผู้อื่น

3) การตั้งใจฟังในสิ่งที่ได้ยินจะช่วยทำให้เห็นภาพชัดเจน รวมทั้งการฟังที่ดีทำให้สามารถจับประเด็นใจความสำคัญได้ไม่ตกหล่น

4) การฟังอย่างกระตือรือร้น ผู้ที่ฟังด้วยความกระตือรือร้นมักจะเป็นผู้ฟังที่มองเห็นประโยชน์หรือเห็นคุณค่าจึงสนใจเรื่องที่ตนจะฟัง

5) รู้จักเก็บอารมณ์ระหว่างฟัง อย่าเปลือยแสดงอาการโกรธ สงสัย เครียด หรือ สีหน้าที่แลคล้ำดูหมิ่นความคิดผู้พูดเพื่อรักษาความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันเอาไว้ ในโลกการทำงานแม้เราจะไม่ชอบใจในความคิดของเขา

6) รู้จักเลือกฟังแต่เรื่องที่ดี ในโลกการทำงานมีทั้งคนที่มักพูดแต่เรื่องดีๆ และคนที่พูดแต่เรื่องร้ายๆ การให้ความสำคัญกับการฟังเรื่องดีๆ เข้าหาคนที่พูดแต่เรื่องดีๆ จะช่วยให้เรามีความสุข

7) รู้จักมารยาทในการฟังมารยาทในการฟังเป็นอีกสิ่งที่เราควรรู้ ผู้ฟังที่ดีต้องทำให้ ผู้พูดรู้สึกที่กำลังตั้งใจ ฟังสิ่งที่ผู้พูดต้องการบอก ไม่เหม่อมองไปทางอื่นในขณะที่เขากำลังพูด ไม่รับโทรศัพท์ในทันทีหากมีสายเข้ามา หากเป็นสาย ไม่จำเป็นควรตัดสายทิ้งแล้วสนทนาต่อ หากเป็นสายสำคัญจากเจ้านายควรกล่าวขอภัยผู้พูดว่าเป็นสายสำคัญแล้ว จำเนื้อหาสุดท้ายก่อนรับสาย อย่ารับสายในทันทีที่มีสายเรียกเข้า

เอกสารอ้างอิง

1. สุภาพร เทพยสุวรรณ. 7 วิธีอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุอย่างมีความสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 29 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://mgronline.com/qol/detail/9630000071266>
2. 10 วิธีอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างปรองดอง [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 29 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://40plus.posttoday.com/lifestyle/4226>

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

อาหารและโภชนาการสำหรับผู้สูงอายุ

กรมอนามัย

กระทรวงสาธารณสุข

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

เป้าหมายของการดูแลด้านอาหารในผู้สูงอายุ

คือ การสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับสารอาหารในสัดส่วนและปริมาณที่เหมาะสม ซึ่งเป็นส่วนสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการป้องกันภาวะโภชนาการขาดและเกินของผู้สูงอายุ ป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รวมถึงส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่ดี เพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกาย และสุขภาพแข็งแรง

ข้อเสนอแนะการบริโภคเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุไทย (FBDGs)

เป็นข้อปฏิบัติการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดี โดยจะเน้นการกินอาหารให้หลากหลายมีความสมดุลด้านการกระจายของปริมาณที่เหมาะสม และได้รับอาหารในปริมาณที่เพียงพอ

ข้อปฏิบัติการกินอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของผู้สูงอายุ

- 1) กินอาหารให้ครบทุกกลุ่ม แต่ละกลุ่มให้หลากหลายในปริมาณที่แนะนำตามธงโภชนาการและหมั่นดื่มน้ำหนักตัวและรอบเอว
- 2) กินข้าวเป็นหลัก เน้นข้าวกล้อง ข้าวขัดสีน้อย สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ
- 3) กินปลา ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ถั่วเมล็ดแห้งและผลิตภัณฑ์เป็นประจำ
- 4) กินผักให้มาก กินผลไม้เป็นประจำ และหลากหลายสี หลีกเลี่ยงผลไม้รสหวานจัด
- 5) ดื่มนมรสจืด และกินอาหารที่เป็นแหล่งแคลเซียมอื่น ๆ
- 6) หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง หวานจัด เค็มจัด ให้ใช้เครื่องปรุงรสเค็มเสริมไอโอดีน
- 7) กินอาหารที่สะอาด ปลอดภัย และปรุงสุกใหม่ ๆ ไม่กินอาหารสุก ๆ ดิบ ๆ
- 8) ดื่มน้ำสะอาดให้เพียงพอ หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มรสหวาน ชา กาแฟ และน้ำอัดลม
- 9) งดหรือหลีกเลี่ยงอาหารหมักดอง และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

ใน 1 วัน ผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 กลุ่ม มีความหลากหลายในสัดส่วนและปริมาณที่เหมาะสมตามธงโภชนาการ เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีภาวะโภชนาการที่ดี แข็งแรง และเพิ่มภูมิคุ้มกันของร่างกาย

ธงโภชนาการผู้สูงอายุ

เพื่อสุขภาพที่ดี กินอาหารให้หลากหลาย ในสัดส่วนที่เหมาะสม
ออกกำลังกายเป็นประจำ และพักผ่อนให้เพียงพอ



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

ปริมาณของอาหารกลุ่มต่างๆ ที่สามารถกินแลกเปลี่ยนกันได้

◆ กลุ่มข้าว - แป้ง (กัณฑ์)

1 ทัพพี พลังงาน 80 กิโลแคลอรี



วุ้นเส้น 2 ทัพพี



บะหมี่ 1 ทัพพี



ขนมจีน 1 ทัพพี



ข้าวโพด ½ ฝักใหญ่



เผือก 1 ทัพพี



ขนมปัง 1 แผ่น



ข้าวสอย 1 ทัพพี



ข้าวเหนียว ½ ทัพพี

◆ กลุ่มเนื้อสัตว์ (ช้อนกินข้าว)

เนื้อสัตว์ 1 ช้อนกินข้าว พลังงาน 17 -50 กิโลแคลอรี



ไข่ ½ ฟอง



ปลาหู ½ ตัวกลาง



เนื้อหมู, ไก่ 1 ช้อนกินข้าว



เนื้อปลา 1 ช้อนกินข้าว



หอย 1 ช้อนกินข้าว



เต้าหู้แข็ง ¼ ชิ้น

1. กลุ่มข้าว-แป้ง: เลือกกินข้าวไม่ขัดสี หรือขัดสีน้อย ให้สารอาหารคาร์โบไฮเดรตเป็นหลัก เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ข้าวไรสเบอร์รี่ ข้าวมันปู เป็นแหล่งของใยอาหาร วิตามิน แร่ธาตุต่าง ๆ และมีค่าดัชนีน้ำตาล (GI) ต่ำ และควรสลับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ เช่น ก๋วยเตี๋ยว ขนมจีน วุ้นเส้น ขนมปังโฮลวีต หากร่างกายได้รับอาหารประเภทข้าวและแป้งเกินความต้องการจะถูกเปลี่ยนเป็นไขมันเก็บไว้ตามส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เมื่อสะสมมากขึ้นทำให้เกิดโรคอ้วนได้

2. กลุ่มเนื้อสัตว์: ให้สารอาหารโปรตีนเป็นหลัก เลือกปลา เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ไข่ ถั่วเมล็ดแห้ง แหล่งของวิตามินบี 12 และธาตุเหล็ก ควรหั่นอาหารเป็นชิ้นขนาดเล็ก ทำให้อ่อนนุ่มด้วยการต้ม นึ่ง ลวก เพื่อช่วยต่อการเคี้ยวและย่อย

- **ปลา** เป็นแหล่งโปรตีนที่ดีย่อยง่าย ไขมันที่ดีในปลา (กรดไขมันโอเมก้า 3 ช่วยต้านการอักเสบ ชะลอความเสื่อมของเซลล์ในร่างกาย) ปลาเล็กปลาน้อยเป็นแหล่งแคลเซียม

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

- **ตับหรือเลือด** อย่างน้อยวันเว้นวัน แหล่งของธาตุเหล็ก ลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะซีด

- **ถั่วเมล็ดแห้ง** เป็นแหล่งอาหารโปรตีนที่ดีหาง่าย ถั่วเมล็ดแห้งสามารถนำมาประกอบอาหารได้ทั้งอาหารคาว-หวาน หรือจะกินในรูปของผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ เช่น เต้าหู้ น้ำเต้าหู้ อาหารที่ทำจากถั่ว เช่น ถั่วต้ม ขนมใส่ถั่วต่าง ๆ ควรกินเป็นประจำ (วันละ 1 ช้อนกินข้าว)

3. กลุ่มผัก: ให้สารอาหารวิตามินและแร่ธาตุเป็นหลัก เลือกผักพื้นบ้าน ผักหลากหลายสีและสลับชนิดกันไป นอกจากเป็นแหล่งของวิตามินและแร่ธาตุที่สำคัญ ยังมีใยอาหารและสารพฤกษเคมีที่ดีต่อร่างกาย นอกจากนี้ ผักหลากหลายสี ยังมีส่วนช่วยทำให้อาหารมีสีสันท่ารับประทาน เพิ่มความอยากอาหารมากขึ้น

4. กลุ่มผลไม้: ให้สารอาหารวิตามินและแร่ธาตุเป็นหลัก เลือกผลไม้ที่มีความอ่อนนุ่ม เคี้ยวง่าย รสไม่หวานจัด เช่น กล้วย ชมพู มะละกอ โดยจัดผลไม้วันละ 1-3 ส่วน โดยผลไม้ 1 ส่วน จะประมาณ 6-8 ชิ้นคำ เลี่ยงผลไม้กระป๋อง ผลไม้แช่อิ่ม

5. กลุ่มนม: เป็นแหล่งของสารอาหารโปรตีน แร่ธาตุ แคลเซียม และวิตามินบี 2 ดื่มนมรสจืด นมพร่องมันเนย วันละ 1-2 แก้ว โยเกิร์ตธรรมชาติ น้ำเต้าหู้หรือนมถั่วเหลืองที่มีการเสริมแคลเซียมได้ ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาท้องเสียหรือท้องเดินหลังจกดื่มนม แนะนำให้ดื่มนมหลังอาหารหรือดื่มนมที่ละน้อย อาจทดลองดื่มนมประมาณ 1-2 สัปดาห์ เพื่อให้แบคทีเรียในร่างกายปรับตัวได้และดื่มนม 1 - 2 แก้วต่อวันได้ หรือกินอาหารที่เป็นแหล่งแคลเซียมอื่น ๆ เพิ่มเติม เช่น ปลาเล็กปลาน้อย เต้าหู้แข็ง ผักใบเขียวเข้ม (ใบขึ้นเหล็ก ตำลึง คะน้า ขึ้นฉ่าย และกวางตุ้ง)

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

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

7. ต้มข้าว: ต้มข้าว วันละ 8 แก้ว เพื่อป้องกันภาวะการขาดน้ำ ลดหรือเลี่ยงเครื่องดื่มรสหวาน ชา กาแฟ น้ำอัดลม รวมถึงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเครื่องดื่มชูกำลังด้วย

การจัดอาหารสำหรับผู้สูงอายุ

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

เมนูสุขภาพ และ อาหารว่างเพื่อสุขภาพ (Healthy Break)

ลักษณะทั่วไปของเมนูสุขภาพ ประกอบด้วย

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

ตัวอย่างเมนูสุขภาพ

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

หลักในการเลือกอาหารว่างเพื่อสุขภาพ (Healthy Break)

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

ตัวอย่างอาหารว่างเพื่อสุขภาพ

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

ตัวอย่างรายการอาหาร 1 สัปดาห์

มื้ออาหาร	วันจันทร์	วันอังคาร	วันพุธ	วันพฤหัสบดี	วันศุกร์	วันเสาร์	วันอาทิตย์
มื้อเช้า	- ข้าวผัดกระเทียม กะเพรา - แกลงจืดมะระ สอดไส้	- ข้าวกล้อง - เต้าหู้ขาวผัดขิง - ต้มจืดผักกาด ขาวไข่น้ำ - นมพร่อง มันเนย	- ข้าวขาว - เกาเหลาเลือด หมู ใบตำลึง	- ข้าวต้มปลา - มะละกอสุก	- ข้าวขาว - แกลงจืดเต้าหู้ หมูสับ - นมพร่อง มันเนย	- ข้าวผัดปู - น้ำซุ๊ปักเขียว - นมสตรสจืด	- ข้าวกล้องต้ม หมู ทรวงเครื่อง - น้ำส้มคั้นสด
ว่างเช้า	เต้าฮวยฟรุตสลัด	แก้วมังกร	ขนมถั่วแปบ	กล้วยบวดชี	มะม่วงสุก	สับปะรด	ถั่วแดงเย็น
มื้อกลางวัน	- ข้าวยากุ้งไข่ได้ - แกลงจืดมะระ สอดไส้	- เส้นหมี่หมูสับ น้ำใส - กล้วยน้ำว้า	- ราดหน้าทะเล - แคนตาลูป	- ข้าวกล้อง - เต้าหู้ทรวงเครื่อง - แอปเปิ้ล	- ขนมจีนน้ำยา - ส้มเขียวหวาน	- ข้าวขาว - ลาบปลาทับทิม - ผัดมะเขียวยาว - ชมพู	- เชียงໄໝ้ผัดซี่ แมกั้ง - ส้มโอ
ว่างบ่าย	แตงโม	น้ำเต้าหู้ หวานน้อย	- นมพร่องมันเนย - ฝรั่ง	ลูกเต๋อย นมสด หวานน้อย	ถั่วเขียวต้มน้ำตาล หวานน้อย	สาคูปะเปียกมะพร้าว อ่อนใส่นมพร่อง มันเนย ลูกเต๋อย	- น้ำกระเจี๊ยบแดง - วันนมสด หวานน้อย
มื้อเย็น	- ข้าวกล้อง - ไข่ตุ๋นผักสามสี - แกลงเหลือง มะละกอ	- ข้าวกล้อง - ยำปลาหู - ผัดผักบุ้ง	- ข้าวกล้อง - ปลาทอดขมิ้น - แกลงส้ม ผักรวม	- ข้าวกล้อง - แกลงเลี้ยงกุ้ง - ไก่ทอด	- ข้าวกล้อง - บวบผัดไข่ - ห่อหมก ปลาช่อน	- ข้าวกล้องหุงนิ่ม - ฟักทองผัดไข่ - ต้มข้าวก่ำ	- ข้าวขาว - ปลาตุ๋นทอด - น้ำพริกมะขาม สดผัด - ผักต้ม (แตงกวา ถั่วพู แครอท ข้าวโพดอ่อน)

การประเมินภาวะโภชนาการ

การประเมินดัชนีมวลกาย (BMI)

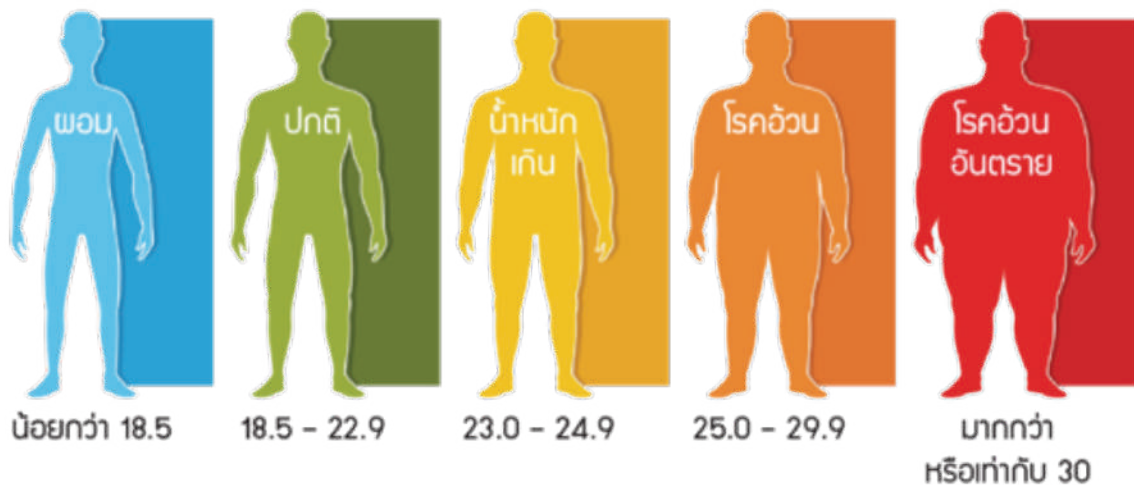
เป็นค่าที่แสดงความสมดุลของน้ำหนักตัวต่อส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสมหรือไม่

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

การแบ่งระดับความอ้วนตามค่าดัชนีมวลกายของคนเอเชีย

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

*เพื่อสุขภาพดี ห่างไกลโรค ควรควบคุมให้ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ 18.5 – 22.9 กิโลกรัม/เมตร²



การประเมินรอบเอว

เป็นการวัดการกระจายของไขมันและมวลกล้ามเนื้อในร่างกายบริเวณช่วงเอวหรือช่องท้อง ซึ่งช่วยในการประเมินภาวะโภชนาการเกิน และอ้วนลงพุง ที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูงได้

รอบเอวที่เหมาะสมของท่าน **ไม่ควรเกินส่วนสูง (เซนติเมตร)หาร 2**

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

วิธีการวัดรอบเอว

- 1) อยู่ในท่ายืน ใช้สายวัดวัดรอบเอว โดยวัดผ่านสะดือ
- 2) วัดในช่วงหายใจออก (ท้องแฟบ) โดยให้สายวัดแนบกับลำตัว ไม่รัดแน่น และให้ระดับสายวัดที่รอบเอววางอยู่ในแนวขนานกับพื้น

รูปแบบการกินอาหาร

กลุ่มน้ำหนักปกติ

กินอาหารยึดหลักโภชนบัญญัติ 9 ประการ และธงโภชนาการ

กลุ่มน้ำหนักน้อย

อาหารที่ควรเพิ่ม: อาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการมากขึ้น เช่น ปลา ไข่ นม ถั่ว ผัก และผลไม้เพิ่มอาหารว่างระหว่างมื้อ

กลุ่มน้ำหนักเกินและมีภาวะอ้วน

อาหารที่ควรลด: อาหารที่มีคาร์โบไฮเดรต และไขมันสูง เช่น ของหวาน น้ำอัดลม อาหารทอด
งดอาหารว่างและอาหารจุกจิกระหว่างมื้อ

อาหารที่ควรเพิ่ม: อาหารที่มีใยอาหารสูง เช่น ผัก ผลไม้ ข้าวขัดสีน้อย ถั่วเมล็ดแห้ง

สามารถดาวน์โหลด

คู่มือ/เอกสาร/สื่อต่างๆ ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุ

ได้ตาม QR code หรือ Link ด้านล่างนี้

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



สำนักโภชนาการ กรมอนามัย

การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ

กรมอนามัย

กระทรวงสาธารณสุข



ประเทศไทยกำลังก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society) ตั้งแต่ปี 2560 เป็นต้นมา พบว่าประเทศไทยมีประชากรเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี น้อยกว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป เนื่องด้วยภาวะการเกิดที่น้อยลงและคนไทยมีแนวโน้มที่อายุยืนมากขึ้น

จากข้อมูลประชากรของประเทศไทยปี 2559 มีประชากรไทย 65.9 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุ 9.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 15.07 ของประชากรทั้งหมด และคาดว่าในอีก 20 ปีข้างหน้าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างเต็มตัวเพราะมีจำนวนผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด ทำให้ทั้งภาครัฐและเอกชนได้ร่วมกันรับมือเพื่อคุ้มครองและสนับสนุนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น การเพิ่มขึ้นของจำนวนของผู้สูงอายุทำให้การบริการทางสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุอาจจะไม่สามารถรองรับปริมาณความต้องการได้เพียงพอ ซึ่งปัญหาเหล่านี้ป้องกันเบื้องต้นได้ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต การรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีและมีความสุขในการใช้ชีวิตได้

การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุควรคำนึงถึงอะไรบ้าง

เนื่องจากผู้สูงอายุจำนวนมากไม่ค่อยออกกำลังกายหรือไม่ชอบออกกำลังกายตั้งแต่วัยหนุ่มสาวทำให้ขาดความเข้าใจในเรื่องการดูแลสุขภาพร่างกาย เมื่ออายุมากขึ้นก็ส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอหรือมีปัญหาทางสุขภาพได้ง่าย อย่างไรก็ตามปัจจุบันผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะได้รับคำแนะนำทั้งจากแพทย์ อาสาสมัครผู้นำชุมชน หรือเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับสุขภาพ เกี่ยวกับการออกกำลังกาย ทำให้หลายๆ ท่านเริ่มหันมาสนใจสุขภาพของตนเองมากขึ้น อย่างไรก็ตามในเรื่องของการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุนั้นจะมีสิ่งที่ควรคำนึงคือ

❖ ควรเริ่มจากการยืดกล้ามเนื้อและอบอุ่นร่างกายก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง เพราะเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุร่างกายจะเริ่มเสื่อมสภาพลงทำให้การออกแรงมากๆ เป็นเรื่องยากและก่อให้เกิดอาการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อได้

- ◇ เลือกสวมรองเท้าออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อช่วยในการเคลื่อนไหวร่างกาย
- ◇ เลือกกิจกรรมที่ทำติดต่อกันได้ 10 - 15 นาที
- ◇ เลือกกิจกรรมที่ไม่ทำให้เกิดความเครียด
- ◇ ควรมีเพื่อนหรือคนในครอบครัวร่วมออกกำลังกายอย่างน้อย 1 คน

รูปแบบการออกกำลังกายที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุได้แก่

1. การเดินหรือวิ่งช้าๆ

ผู้สูงอายุควรเริ่มออกกำลังกายจากเบาไปหนักโดยเริ่มจากการเดินช้า ๆ เพื่อให้ร่างกายปรับสภาพสักระยะหนึ่ง จนร่างกายเคยชินกับการเดินแล้วค่อยเพิ่มความเร็วขึ้นเป็นการเดินเร็วหรือการวิ่ง สำหรับผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับข้อเข่าหรือข้อเท้าก็ไม่ควรวิ่งเนื่องจากจะส่งผลให้เกิดอาการบาดเจ็บมากขึ้น

การเดินหรือวิ่งสามารถทำได้ที่สนามหรือสวนสุขภาพ ที่มีอากาศปลอดโปร่ง มีพื้นผิวที่เรียบเพื่อไม่ให้สะดุดล้ม นอกจากนี้ควรเลือกสวมรองเท้าผ้าใบที่กระชับเพื่อรักษาข้อต่อต่างๆ ไม่ให้ได้รับแรงกระแทกมากเกินไป

2. กายบริหาร

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

3. ว่ายน้ำหรือเดินในน้ำ

การออกกำลังกายในน้ำสำหรับผู้สูงอายุ เหมาะกับผู้มีข้อเข่าเสื่อมเพราะการว่ายน้ำช่วยลดแรงกระแทก โดยตรงกับพื้นแข็ง ช่วยในการฝึกกล้ามเนื้อในทุกส่วนของร่างกายและฝึกการหายใจอย่างเป็นระบบได้ สำหรับผู้สูงอายุที่ว่ายน้ำไม่เป็น สามารถออกกำลังกายได้โดยการเดินในน้ำไปมาเพื่อให้กล้ามเนื้อได้ออกแรงมากขึ้น

4. ชีจรรย์าน

การชี่จรรย์านเหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีความแข็งแรง เนื่องจากต้องควบคุมจักรยานและออกแรงมากกว่าปกติ การชี่จรรย์านช่วยเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขามากขึ้น อีกทั้งยังทำให้ได้รับความเพลิดเพลินจากการชี่ไปยังสถานที่ต่างๆ และเหมาะกับการไปเป็นหมู่คณะ

5. รำมวยจีน

รำมวยจีนเป็นการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ให้ทั้งความอดทน ความแข็งแรง ความยืดหยุ่น ซึ่งนอกจากทางด้านร่างกายแล้วยังช่วยในการฝึกจิตใจ และการหายใจให้เป็นไปตามธรรมชาติ

การรำมวยจีนทำให้ผู้สูงอายุได้เข้าสังคมมากขึ้น เนื่องจากจะได้มาร่วมออกกำลังกายกัน เป็นกลุ่ม และช่วยสร้างสังคมผู้สูงอายุที่มีความชอบในการดูแลตัวเองอีกด้วย

6. โยคะ

โยคะเป็นวิทยาศาสตร์แขนงหนึ่งที่ส่งผลให้ผู้ปฏิบัติมีสุขภาวะที่ดีขึ้น ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ แต่การออกกำลังกายด้วยโยคะจะต้องมีการฝึกฝนอย่างถูกวิธีถึงจะได้ผลดีต่อร่างกาย

5. รำกระบอง

ในส่วนของการรำกระบองนั้น เป็นการออกกำลังกายที่ส่งผลดีต่อกระดูกสันหลัง จนนำมาสู่การส่งผลดีต่ออวัยวะต่างๆ ที่อยู่ในส่วนปลายของร่างกาย ไม่ว่าจะเป็นนิ้วเท้าหรือนิ้วมือ อีกทั้งยังช่วยยืดเอ็นร้อยหวายรวมถึงกล้ามเนื้อในส่วนของน่องได้เป็นอย่างดี ซึ่งกล้ามเนื้อน่องนั้นถือเป็นอวัยวะที่มีส่วนในการเคลื่อนไหวและการโค้งงอของส่วนปลายของร่างกาย จึงทำให้ร่างกายสามารถยืดหยุ่นได้มากขึ้น

ข้อดีจากการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ

1. ช่วยต้านทานโรคและรักษาโรคได้

การได้ออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและถูกวิธีส่งผลให้มีโอกาสการเกิดโรคภัยไข้เจ็บลดลงได้ เนื่องจากร่างกายมีความแข็งแรงและระบบการทำงานภายในร่างกายที่ยังทำงานได้เป็นปกติ นอกจากนี้การออกกำลังกายเป็นประจำยังช่วยรักษาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง ให้ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดลดลงได้

2. ชะลอการเสื่อมของอวัยวะ

เมื่อเข้าสู่ช่วงวัยสูงอายุระบบการทำงานของร่างกายจะเริ่มมีความอ่อนแอลง รวมถึงอวัยวะภายในที่อาจทำงานได้ไม่เป็นปกติ การออกกำลังกายจึงช่วยให้ความแข็งแรงของระบบการทำงานร่างกายได้ทำงานเป็นปกติอีกครั้ง ทั้งนี้ก็ขึ้นอยู่กับความเหมาะสมของการออกกำลังกายของแต่ละบุคคลด้วย ถ้าผู้สูงอายุออกกำลังกายเป็นประจำก็จะช่วยในการชะลอการเสื่อมของอวัยวะได้มากขึ้น

3. ช่วยในการทรงตัวและมีรูปร่างดีขึ้น

เมื่อเข้าสู่ช่วงวัยสูงอายุจะมีปัญหาในเรื่องของกระดูกที่เริ่มไม่แข็งแรง ที่อาจมาจากปัญหาการมีน้ำหนักตัวมากเกินไปส่งผลให้กระดูกอ่อนแอและมีอาการเจ็บปวดตามข้อต่อร่างกายได้บ่อยๆ รวมถึงอาจเกิดการทรงตัวที่ไม่ค่อยดีการออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อหรือการฝึกฝนกล้ามเนื้อให้แข็งแรงจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการทรงตัวให้ดีขึ้น ซึ่งนอกจากนั้นแล้วผู้สูงอายุควรรับประทานอาหารที่ดีต่อสุขภาพและครบ 5 หมู่ด้วย เพื่อช่วยในการลดน้ำหนักตัวที่จะทำให้เกิดปัญหาเรื่องการทรงตัวได้

4. ช่วยสร้างสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

การออกกำลังกายนอกจากจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีร่างกายและระบบภายในที่แข็งแรงแล้ว ยังช่วยในการสร้างสุขภาพจิตที่ดีขึ้นด้วย เมื่อไม่มีโรคภัยหรืออาการเจ็บป่วยมารุมเร้าก็จะช่วยลดความกังวลด้านสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย นอกจากนี้แล้วเมื่อผู้สูงอายุได้มาออกกำลังกายร่วมกันตามสวนสุขภาพ ก็จะช่วยสร้างสังคมผู้สูงอายุที่อบอุ่นแล้วตัวเองทำให้เกิดสังคมใหม่ขึ้นมาได้

5. ส่งผลดีต่อการใช้ชีวิตประจำวัน

เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุสิ่งที่เคยทำได้อย่างรวดเร็วในตอนที่ยังหนุ่มก็จะทำได้ช้าลง ไม่ว่าจะเป็นการเดิน การลุก การนั่ง หรือกิจกรรมที่อาศัยการเคลื่อนไหวร่างกายมาก ๆ ก็จะได้ไม่ไหว ดังนั้นการออกกำลังกายจึงช่วยให้ผู้สูงอายุยังสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้เป็นปกติหรือลดความลำบากในการทำกิจกรรมเหล่านั้นลงได้ เนื่องจาก การมีร่างกายที่แข็งแรงมากขึ้น การออกกำลังกายเป็นประจำจะช่วยให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่ป่วยง่าย อีกทั้งยังช่วยกระตุ้นการหลั่งสารเคมีในสมองทำให้รู้สึกผ่อนคลายและ มีความสุขมากขึ้น บุคคลทั่วไปจึงควรออกกำลังกายเป็นประจำอย่างน้อย 3 – 5 วันต่อสัปดาห์ แต่สำหรับวัยสูงอายุ ซึ่งเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในหลาย ๆ ด้าน โดยเฉพาะร่างกายและสมรรถภาพที่เริ่มเสื่อมถอย การออกกำลังกายจึงเป็นเรื่องที่ต้องเป็นไปอย่างเหมาะสมกับวัย และสภาพร่างกายเพื่อป้องกันอุบัติเหตุและปัญหาอื่นที่อาจตามมา

ประโยชน์ของการออกกำลังกายในผู้สูงอายุ

1. ชะลอการเสื่อมของอวัยวะและระบบต่าง ๆ ในร่างกาย

การออกกำลังกายจะช่วยให้ระบบไหลเวียนเลือด ปอด หัวใจทำงานดีขึ้น ระบบต่าง ๆ ในร่างกายทำงานได้อย่างปกติ ช่วยชะลอความเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. รักษาและต้านทานโรคบางชนิด

การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องและถูกวิธีจะช่วยลดความเสี่ยงในการเกิดโรค โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง เพราะการออกกำลังกายจะช่วยให้ระดับน้ำตาลและไขมันในเลือดลดลง อีกทั้งช่วยลดอัตราเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและโรคความดันโลหิตสูง

3. ช่วยในการทรงตัว

การออกกำลังกายจะช่วยเพิ่มการยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น ข้อต่อต่าง ๆ ทำงานได้ดียิ่งขึ้น ทำให้กล้ามเนื้อกลุ่มต่าง ๆ ประสานงานกันได้ดี นำไปสู่การเคลื่อนไหวอย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ สามารถทรงตัวได้ดียิ่งขึ้น ป้องกันอาการข้อยึดติด

4. สุขภาพจิตดี แจ่มใส

นอกจากสุขภาพกายแล้ว การออกกำลังกายจะช่วยส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นด้วยเนื่องจากการกระตุ้นการหลั่งสารในสมอง ช่วยผ่อนคลายความเครียด ไม่ซึมเศร้า ไม่วิตกกังวล สุขภาพจิตดีขึ้นและนอนหลับสบาย

5. ส่งเสริมการเข้าสังคม

หากผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายตามสวนสาธารณะหรือสวนสุขภาพจะทำให้ได้พบปะเพื่อนใหม่และเป็นการส่งเสริมการเข้าสังคม ลดความรู้สึกเหงา ว้าเหว และได้แลกเปลี่ยนความคิดและประสบการณ์ใหม่ ๆ

6. ใช้ชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น

การออกกำลังกายช่วยให้ผู้สูงอายุเดิน ลุก นั่ง ขยับเขยื้อนร่างกายได้คล่องแคล่วยิ่งขึ้น ลดอัตราการหกล้ม และยังสามารถทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้เป็นปกติหรือลดความลำบากในการทำกิจกรรมเหล่านั้นลงได้ เนื่องจากการมีกล้ามเนื้อและร่างกายที่แข็งแรงมากขึ้น

การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ

นางขจิตรัตน์ ชุนประเสริฐ

ผู้สูงอายุ เป็นวัยของการเปลี่ยนแปลง มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางกาย มีความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ เมื่ออายุมากขึ้น ผิวหน้า กล้ามเนื้อ ปวดเมื่อยข้อเข่า การเดินเหินไม่คล่องตัว สายตาแยลง ซึ่งนอกจาก การเปลี่ยนแปลงทางกายแล้ว ผู้สูงอายุจะประสบกับการเปลี่ยนแปลงของสถานภาพ บทบาททางสังคม เศรษฐกิจ การจากไปของคนใกล้ชิด สภาวะโรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อความทุกข์ทรมานจากสภาวะโรค สภาพร่างกายที่เปลี่ยนไป สิ่งเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อภาพลักษณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง ความเชื่อมั่นในตนเอง ความภาคภูมิใจในชีวิต ถ้าผู้สูงอายุเหล่านี้ไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับ สภาพการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในชีวิตได้มักจะมีปัญหาสุขภาพจิตหลายอย่างตามมาในชีวิต เช่น ความรู้สึกโดดเดี่ยว วิตกกังวล เครียด ซึมเศร้าและฆ่าตัวตาย อีกทั้ง การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังยังเป็นปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ด้วยการส่งผลต่อความรู้สึกวิตกกังวล ความเครียด ผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มขึ้นตามอายุที่มากขึ้น บางครั้งทำให้เกิดข้อจำกัดในการพึ่งพาตนเอง กระทั่งต่อการทำหน้าที่ต่าง ๆ หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน ในกรณีที่มีการเจ็บป่วยทำให้เกิดความรู้สึกสูญเสีย โดดเดี่ยว ซึมเศร้า วิตกกังวล เครียด ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขจะเป็นสาเหตุหนึ่ง ที่นำไปสู่การฆ่าตัวตาย รวมทั้งเรื่องของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุก็เป็นเรื่องสำคัญ

สาเหตุของปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

- เรื่องของการสูญเสีย เช่น สูญเสียคนในครอบครัวอันเป็นที่รัก สูญเสียคนใกล้ชิด คู่ชีวิต ทำให้อารมณ์ของผู้สูงอายุหวนไหวไปด้วย รู้สึกเศร้าและเกิดความรู้สึกกลัวว่าตนเองจะเสียชีวิต กลัวการอยู่คนเดียว กลัวการสูญเสีย จะเกิดขึ้นอีก

- ออกจากหน้าที่การงาน ทำให้รู้สึกว่าตนเองไม่ได้รับการยกย่องเหมือนเดิม รู้สึกว่าตนเองด้อยค่า รวมทั้ง มีความกังวลเรื่องค่าใช้จ่าย การเงิน คิดว่าตนเองไร้คุณค่า รู้สึกไม่เชื่อมั่นในตัวเอง ต้องพึ่งลูกหลาน กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวไม่มีคนดูแล กลัวขาดความสามารถ ไม่มีคุณค่า กลัวว่าจะไม่ได้รับความรักความดูแลจากลูกหลาน ทำให้ออนไม่หลับ มีความเครียด อ่อนเพลีย ไม่มีแรง เป็นลมง่าย เหนื่อยหอบ หายใจไม่ออก เบื่ออาหาร เป็นต้น

- การเก็บตัว ชอบอยู่คนเดียว ไม่ชอบเข้าสังคม เพราะคิดว่าตัวเองแก่แล้ว

- ภาวะทุกข์ใจ เรื่องในอดีตที่ผ่านมา เสียหาย อายากย้อนเวลา คิดซ้ำ ๆ กังวลในเรื่องของปัจจุบัน และอนาคต กลัวถูกทอดทิ้ง ในความคิดมีแต่ความยุ่งเหยิงคิดซ้ำๆวนๆในสมอง

- ความจำน้อยลง ผู้สูงอายุจะจำเรื่องใหม่ ๆ ได้ไม่ดีเท่าเรื่องเก่าๆ ในอดีต ต้องถามซ้ำๆ ทำให้รู้สึกไม่ดีกับตนเอง

วิธีสังเกตผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพจิต

ปัญหาสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เป็นเรื่องสำคัญที่เราไม่ควรมองข้าม ดังนั้น คนในครอบครัวหรือผู้ดูแล ต้องหมั่นสังเกตอาการของผู้สูงอายุ ดังนี้

- รับประทานอาหารมากขึ้น หรือน้อยลงกว่าปกติ

- นอนหลับมากกว่าปกติ หรือมีอาการนอนไม่หลับ ตกใจตื่นกลางดึกแล้วไม่สามารถหลับต่อได้

- อารมณ์เปลี่ยนแปลงบ่อย มีหลายอารมณ์

- พฤติกรรมเปลี่ยนไป เช่น เคยเป็นคนร่าเริงแจ่มใส กลับซึมเศร้า/ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์ ก็หันมาดื่ม/

เคยพูดน้อย กลายเป็นคนพูดมากขึ้น

- มีอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย ซึ่งหาสาเหตุไม่พบ

ปัญหาทางสุขภาพจิตที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

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

- วิตก กังวล ผู้สูงอายุจะรู้สึกเครียดง่าย เนื่องจากปรับตัวกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ได้ยาก ความสามารถและประสิทธิภาพลดลง มักแสดงออกเป็นความกลัวขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง ย้ำคิดย้ำทำ ความวิตกกังวลอาจแสดงออกทางร่างกาย โดยการเจ็บป่วยไม่สบายก็ได้

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

- ภาวะทางจิต ผู้สูงอายุบางรายที่มีโรคภัยไข้เจ็บรุนแรง หรือหลายโรค โดยเฉพาะมีผลต่อการทำงานของสมอง อาจเกิดอาการทางจิตเฉียบพลัน เป็นลักษณะสับสน วุ่นวาย เห็นภาพหลอน จำคนไม่ได้ หรือบางรายมีอาการหลงผิดระแวงคู่ครองมีคู่ หรือคิดว่ามีใครปองร้ายเอาชีวิต โดยทั่วไปแล้วแม้อาการจะดูรุนแรงน่าตกใจในช่วงแรก หากได้รับการบำบัดรักษาทางจิตควบคู่กับโรคทางกายแล้ว มักจะดีขึ้น และอาจหายเป็นปกติได้

วิธีการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

1. ให้ความรักและความอบอุ่น

หมั่นพูดคุย ไกล่ลัด ให้ความรัก ความอบอุ่น สร้างเสียงหัวเราะ รวมถึงหาเวลาว่างทำกิจกรรมร่วมกัน ในครอบครัว เช่น รับประทานอาหาร ทำบุญ ท่องเที่ยว ซึ่งจะช่วยให้ผู้สูงอายุรู้สึกอุ่นใจ รู้สึกว่าตนเองยังมีคุณค่าและมีความสำคัญ

2. ให้ความเคารพ นับถือ ยกย่อง

ให้ความเคารพ ยกย่อง นับถือ จะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่ากับคนในครอบครัว หมั่นทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว คนในครอบครัวให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ กระตุ้นให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นที่ปรึกษาของบุคคลในครอบครัวได้ เนื่องจากเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ชีวิตมากกว่า มีความสุขุมรอบคอบเป็นหลักให้ความอบอุ่นแก่ครอบครัว

3. สร้างอารมณ์ขัน

การหัวเราะจะช่วยสร้างสุขภาพจิตที่ดี เนื่องจากการหัวเราะช่วยลดความดันโลหิต และช่วยเสริมสร้างระดับของภูมิคุ้มกันร่างกายให้เพิ่มขึ้นอีกด้วย และอารมณ์ขันทำให้โลกสดใส น่ารื่นรมย์ บุคคลที่มีอารมณ์ขันจะมีเสน่ห์และสามารถสร้างบรรยากาศให้ครึกครื้น สนุกสนาน เป็นกันเอง สิ่งเหล่านี้ถ้าผู้สูงอายุ มีอารมณ์ขันจะทำให้มีสุขภาพจิตที่ดีด้วย

4. การระมัดระวังการเจ็บป่วยและการเกิดอุบัติเหตุ ซึ่งมักเกิดขึ้นง่ายในผู้สูงอายุ หากผู้สูงอายุมีปัญหาเรื่องสุขภาพ ต้องใช้เวลาในการดูแลนานกว่าคนทั่วไป ซึ่งอาจจะทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้สึกแค้นกับตนเอง เพราะฉะนั้นการออกกำลังกายก็เป็น อีกแนวทางหนึ่งในการส่งเสริม สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เพราะนอกจากจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรงกล้ามเนื้อทำงานดีขึ้นยังเป็นการพักผ่อนหย่อนใจ เพิ่มการหลั่งสารแห่งความสุข ทำให้มีความสุขมากขึ้น รวมทั้งลดความเครียด และยังทำให้เซลล์สมองทำงานได้ดีขึ้นอีกด้วย นอกจากนี้ อาหารที่มีประโยชน์ก็ช่วยให้สุขภาพ

ของผู้สูงอายุแข็งแรงเช่นกัน

5. ตระหนักและระวังความรู้สึก

ระมัดระวังภาวะอารมณ์หงุดหงิด ฉุนเฉียว น้อยใจสิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ เพื่อให้ความสัมพันธ์กับครอบครัว และลูกหลานเป็นไปในทางที่ดีเป็นที่พึงพอใจของลูกหลาน

6. ทำงานอดิเรกที่ชื่นชอบเพื่อผ่อนคลาย

สนับสนุนผู้สูงอายุให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ เล่นดนตรี ฟังวิทยุ ฟังเพลง ร้องเพลง อ่านหนังสือ เพื่อให้จิตใจเพลิดเพลิน

7. ฝึกกระบวนการคิด

ส่งเสริมความสามารถของผู้สูงอายุด้านความจำ การฝึก การวางแผน และการแก้ไขปัญหาเพื่อชะลอความเสื่อมของสมองในด้านต่าง ๆ เช่น ฝึกการเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ลองทำกิจกรรมด้วยมือ ข้างที่ไม่ถนัด หรือทำกิจกรรมใหม่ ๆ ที่ไม่เคยทำ

8. ฝึกสมอง

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

9. คนในครอบครัวควรพูดคุยกับผู้สูงอายุบ่อย ๆ

คนในครอบครัวควรสอบถามสาเหตุ ที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล พุดคุย และรับฟัง แลกเปลี่ยนวิธีแก้ไขปัญหาร่วมกัน ไม่ควรให้ผู้สูงอายุเก็บปัญหา หรือความไม่สบายใจไว้เพียงลำพัง ทำความเข้าใจ ความคิดของผู้สูงอายุ ทั้งการพูดคุยกับผู้สูงอายุช่วยให้ผู้สูงอายุคลายเหงาคลายกังวลได้

10. หลีกเลี่ยงการให้ผู้สูงอายุอยู่คนเดียวเพียงลำพัง

ครอบครัวไม่ควรทอดทิ้งผู้สูงอายุให้อยู่บ้านเพียงลำพัง ควรสนับสนุนให้ออกไปพบปะผู้คน เพื่อนฝูงหาสังคมใหม่ ๆ ทำกิจกรรม หรืองานอดิเรกต่าง หรือจิตอาสาในชุมชนที่คิดว่าผู้สูงอายุร่วมทำได้

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

12. ผู้สูงอายุสามารถเข้าใจและจัดการอารมณ์เพื่อให้เกิดความสงบทางใจ ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ เช่น ฝึกสติ ฝึกสมาธิ บริหารจิต

13. หาสัตว์เลี้ยงเป็นเพื่อนให้ผู้สูงอายุ

การเลี้ยงสัตว์ หรือการให้เวลากับสัตว์เลี้ยงตัวโปรด ได้คุยเล่น หยอกล้อกับมันเสียบ้าง จะช่วยให้จิตใจที่ฟุ้งซ่าน สงบลงได้ รู้จักการให้ มองโลกในแง่ดีมากขึ้น

14. จัดสถานที่ให้อื้ออำนวยกับการดำเนินชีวิต

สถานที่และสภาพแวดล้อมสำหรับคนทั่วไป อาจไม่เหมาะกับการใช้งานของผู้สูงอายุ และอาจก่อให้เกิดอุบัติเหตุหรือการหกล้มในผู้สูงอายุได้ ดังนั้น จึงควรจัดระเบียบหรือจัดสรรสิ่งแวดล้อมให้อื้ออำนวยต่อผู้สูงอายุ เช่น ห้องน้ำผู้สูงอายุ ห้องนอนผู้สูงอายุ ทางเดินในบ้านรอบบ้าน ราวจับ เป็นต้น

15. การให้ความรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางกายและจิตใจของผู้สูงอายุ

ควรให้ความรู้ ทั้งทางร่างกายของผู้สูงอายุ ความรู้เรื่องอนามัย การดูแลรักษาตัวเองและความรู้อื่น ๆ ในการดูแลสุขภาพกาย และใจของตนเองแก่ผู้สูงอายุ

การส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุด้วยการสร้างสุข 5 มิติ

กรมสุขภาพจิต ได้วางแนวทางสำหรับยุค 4.0 เพื่อให้ผู้สูงอายุไทย สามารถสร้างความสุข ความพึงพอใจ ในชีวิตให้เกิดขึ้นได้อย่างยั่งยืน ด้วยการยอมรับ และปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นใช้ชีวิตอยู่อย่างพอดี และมีคุณค่าชีวิตหลัก 5 สุขในการดำเนินชีวิต ได้แก่

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

กิจกรรมเน้นไปที่การเคลื่อนไหวปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Functional mobility) โดยสมรรถภาพในการ ปฏิบัติกิจกรรม คือ ความสามารถทางกายที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้อย่างอิสระและปลอดภัย โดยปราศจาก ความอ่อนล้า ซึ่งจะวัดความพร้อมในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่อเนื่องของกองออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ กรมอนามัย (2552) ได้แก่

1. ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (Muscular Strength)
2. ความอดทนด้านแอโรบิก (Aerobic endurance)
3. ความอ่อนตัว (Flexibility)
4. ความว่องไวและการทรงตัว (Agility/dynamic balance)
5. ดัชนีมวลกาย (BMI) และวัดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ (กองการพยาบาล กระทรวง สาธารณสุข, 2536)

- สุขภาพร่างกาย
- พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ

ด้านที่ 2 : สุขสนุก (Recreation) หมายถึง ความสามารถของผู้สูงอายุในการเลือกวิถีชีวิตที่รื่นรมย์ สนุกสนาน ด้วยการทำกิจกรรมที่ก่อให้เกิดอารมณ์เป็นสุข จิตใจสดชื่นแจ่มใส กระปรี้กระเปร่า มีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งกิจกรรม เหล่านี้สามารถลดความซึมเศร้า ความเครียดและความวิตกกังวลได้

กิจกรรมเน้นไปที่การจัดกิจกรรมนันทนาการที่สร้างความสดชื่น สร้างพลัง ความมีชีวิตชีวาอย่างสร้างสรรค์ และตั้งมโนรูปแบบของการทำกิจกรรม การแสดงออกในด้านกีฬา ดนตรี ศิลปะ งานอดิเรก เป็นต้น และเป็นกิจกรรม ที่ทำในเวลาว่าง ทำด้วยความสมัครใจ อาจทำกิจกรรมได้ทั้งเดี่ยวหรือการรวมกลุ่ม

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

กิจกรรมจะเน้นไปที่กิจกรรมที่ก่อให้เกิดความภาคภูมิใจ และตระหนักถึงคุณค่าในตนเองการมี พฤติกรรมช่วยเหลือผู้อื่นในสังคมและเกิดมุมมองต่อการใช้ชีวิตในเชิงบวก ซึ่งจะประเมินจาก

- การช่วยเหลือกิจกรรมต่างๆ ของชุมชน
- การมีจิตอาสา และให้การช่วยเหลือผู้อื่น
- การช่วยเหลือคนในครอบครัว อาทิการดูแลเด็ก เป็นต้น

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

กิจกรรมจะเน้นไปที่กิจกรรมที่ช่วยในการชะลอความเสื่อมทางสมอง เพิ่มไหวพริบ ความจำการมีสติ การคิดอย่างมีเหตุผล และจัดการกับสิ่งต่างๆอย่างมีประสิทธิภาพ ประเมินจาก

- ความจำ
- ความสามารถในการแก้ปัญหา (problem solving) ด้วยหลักเกณฑ์ที่มีเหตุผล
- ความสามารถในการเชิงภาษา การติดต่อสื่อสารด้วยคำพูดและวาจา
- มีความสามารถทางสังคม มีความสนใจผู้อื่น และสามารถสร้างปฏิสัมพันธ์ต่อกันอย่างมีประสิทธิภาพ
- ใส่ใจเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ
- การนำความรู้และประสบการณ์ที่สั่งสมในอดีต มาใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อผู้อื่นและต่อชุมชน

ด้านที่ 5 : สุขสงบ (Peacefulness) หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรับรู้-เข้าใจความรู้สึกของตนเอง รู้จักควบคุมอารมณ์ และสามารถจัดการกับสภาวะอารมณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถผ่อนคลายให้เกิดความสุขสงบกับตนเองได้ รวมทั้งความสามารถในการปรับตัวยอมรับสภาพสิ่งที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง

กิจกรรมจะเน้นไปที่ความสามารถของบุคคลในด้าน

1. การรู้อารมณ์ตน หมายถึง ตระหนักรู้ตนเอง สามารถรับรู้และเข้าใจความรู้สึก ความคิดและอารมณ์ของตนตามความเป็นจริง
2. การควบคุมอารมณ์ หมายถึง ความสามารถในการจัดการกับอารมณ์ตนเองได้อย่างเหมาะสมตามสถานการณ์ เพื่อไม่ให้เกิดความเครียด สามารถคลายเครียด สลัดความวิตกกังวลรุนแรงได้อย่างรวดเร็ว ไม่ฉุนเฉียวง่าย ทำให้อารมณ์ชุ่มฉ่ำหายไ้โดยเร็ว
3. การยอมรับสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง หมายถึง ความสามารถในการยอมรับสิ่งที่เกิดขึ้น และสามารถเผชิญกับความจริงในชีวิตได้ มีความเข้าใจในธรรมชาติของชีวิตว่าต้องมีสุข-ทุกข์ สมหวัง-ผิดหวัง สำเร็จ-ล้มเหลว ได้มา-เสียไป เป็นต้น ไม่ยึดมั่นกับสิ่งใดมากเกินไป สามารถมองสิ่งต่าง ๆ ทั้งในด้านที่เป็นความสุขและความทุกข์ในชีวิต ยอมรับและกล้าที่จะเผชิญกับปัญหาหรืออุปสรรคต่าง ๆ ด้วยจิตใจที่มั่นคง

เอกสารอ้างอิง

1. สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ เรื่องสำคัญที่ไม่ควรมองข้ามความสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 29 เมษายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://allwellhealthcare.com/elderly-mental-health/>
2. สุดา วงศ์สวัสดิ์, รัตติกาล วาเพชร, ขจิตรัตน์ ชุนประเสริฐ. คู่มือความสุข 5 มิติสำหรับผู้สูงอายุ (ฉบับปรับปรุง) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 6 นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด ; 2558.
3. คู่มือวิทยากรจัดกิจกรรมสร้างสุข 5 มิติ สำหรับผู้สูงอายุ (ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1) กรมสุขภาพจิต

การจัดกิจกรรมสั้นทางการและการชะลอความเสื่อม

นางสาวอรรรณีย์ คุหา
นางสาวจารย์ณี วิทยาจักษ์

ในบทนี้จะกล่าวถึงเนื้อหา ดังนี้
การป้องกันและชะลอสมองเสื่อม
สมองเสื่อมคืออะไร
สาเหตุ และสัญญาณเตือน
การป้องกันสมองเสื่อม
กิจกรรมสั้นทางการ
ความหมาย
ตัวอย่างกิจกรรม
การฝึกสมอง ช่วยชะลอความเสื่อมของสมองได้อย่างไร
แนวความคิดจัดกิจกรรม brain exercise
แนวทางการจัดกิจกรรม
ตัวอย่างการจัดกิจกรรม brain exercise
ข้อเสนอแนะในการนำสู่การปฏิบัติ

ภาวะสมองเสื่อม เป็นภาวะเสื่อมของการทำงานของสมองไปจากเดิม ส่งผลทำให้มีปัญหาสมาธิจดจ่อ ความจำ และการเรียนรู้ การใช้ภาษา การรับรู้ต่อมิติสัมพันธ์ เช่น การรับรู้ทิศทาง การวางตำแหน่งสิ่งของ มีปัญหาการบริหารจัดการ/วางแผน/ตัดสินใจ และปัญหาการรับรู้ทางสังคมรอบตัว รวมทั้งการควบคุมพฤติกรรม โดยจะมีอาการเกิดขึ้นหลายๆ อาการร่วมกัน ความผิดปกติที่กล่าวมานั้น อาการเริ่มต้นผู้ป่วยเอง มักไม่รู้ตัว อาการดังกล่าวจะค่อยเป็นค่อยไป และเป็นรุนแรงมากจนกระทั่งผู้ป่วยมีปัญหาในการทำงานและความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน¹

2.4.2 โรคอัลไซเมอร์ เป็นสาเหตุหนึ่งของภาวะสมองเสื่อม และเป็นสาเหตุที่พบได้บ่อยที่สุด มีผลต่อสมองส่วนที่ควบคุมความคิด ความทรงจำ และการใช้ภาษา อาการของโรคจะเริ่มต้นจากการหลงลืมที่ไม่รุนแรง และเพิ่มขึ้นจนมีอาการแย่งเรื่อยๆ ถึงขั้นไม่สามารถพูดโต้ตอบหรือตอบสนองต่อสิ่งรอบข้าง ได้ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันอย่างมาก²

สาเหตุของภาวะสมองเสื่อม³

1. กลุ่มที่เกิดจากปัญหาของสมองโดยตรง เช่น โรคอัลไซเมอร์
2. กลุ่มที่เกิดปัญหาจากโรคหรือความผิดปกติของส่วนอื่นๆ ในร่างกาย และส่งผลให้ความสามารถของสมองบกพร่องลง เช่น สมองเสื่อมจากปัญหาของหลอดเลือดสมอง จากการบาดเจ็บหรือได้รับการกระทบกระเทือนทางศีรษะจากการขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อการทำงานของสมอง

โรคร่วมในภาวะสมองเสื่อม ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดสูง โรคหัวใจ ฉะนั้นการดูแลสุขภาพตนเองให้ห่างไกลจากโรคดังกล่าว ที่จะส่งผลต่อการทำงานของสมองทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมได้^{3, 4}

สัญญาณแรกที่บ่งบอกภาวะสมองเสื่อม

อาการที่บ่งบอกถึงภาวะสมองเสื่อม แม้จะมองเห็นได้ยากมากและไม่ชัดเจน จะมีลักษณะอาการจะค่อยเป็นค่อยไปจนไม่สามารถมองเห็นได้ในทันที ฉะนั้นผู้ดูแลและครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด รวมทั้งอาสาสมัครในชุมชนที่ลงไปเยี่ยมบ้านก็สามารถสังเกตได้จากอาการได้ดังต่อไปนี้

1. หลงลืมบ่อยกว่าเคย : จำเรื่องที่เพิ่งเกิดขึ้นไม่ได้
2. รู้สึกยากลำบากในการทำงานที่ทำอยู่ประจำ : รู้สึกว่าสิ่งที่เคยทำเป็นเรื่องยากเช่น ลืมขั้นตอนทำอาหารที่ทำบ่อยๆ
3. ติดขัดในการใช้ภาษา : สื่อสารกับผู้อื่นยากขึ้น พูดจาติดขัด ลืมคำศัพท์ง่าย ๆ
4. สับสนในการลำดับเหตุการณ์ : รวมทั้งหลงวันเวลา สับสนเรื่องสถานที่
5. ตัดสินใจช้าหรือผิดพลาด : แก้ปัญหาไม่ได้โดยเฉพาะเรื่องยากๆ หรือสถานการณ์ที่ต้องใช้ความคิด
6. สมาธิสั้น วอกแวกง่าย: ไม่สามารถจดจ่อกับเรื่องอะไรนานๆ ได้
7. วางของผิดที่ผิดทาง : และไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นเรื่องที่ผิด เช่น เอาโทรศัพท์ไปใส่ตู้เย็น
8. บุคลิกภาพเปลี่ยนไป : บุคลิกภาพเปลี่ยนไปในทางตรงข้าม หรือมีพฤติกรรมที่ไม่เคยเป็นมาก่อน
9. มีปัญหาเกี่ยวกับการมองภาพเป็นมิติ การกระระยะ (มิติสัมพันธ์) : งงกับป้ายสัญญาณที่เห็นอยู่ประจำ ทำความเข้าใจภาพได้ยาก อ่านแผนที่ไม่เป็น ไม่สามารถบอกทางผู้อื่นได้ ไม่เห็นภาพสำเร็จที่ตนเอง กำลังลงมือทำ
10. แยกตัวจากสังคม : นั่งหรือนอนทั้งวัน ไม่อยากเจอผู้คน เก็บตัว

การป้องกันภาวะสมองเสื่อม⁴

1. การรับประทานอาหาร เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และหลากหลายให้เหมาะสมกับร่างกาย หลีกเลี่ยงอาหารที่มีรสเค็ม หวาน มัน
2. การออกกำลังกายและสมอง เช่น การออกกำลังกายและเคลื่อนไหวของร่างกายอย่างสม่ำเสมอ และเป็นประจำ การออกกำลังกายสมองที่ใช้ในชีวิตประจำวัน เช่น ฝึกสรุปใจความสำคัญของข่าว วิทยู ที่ได้รับฟัง หรือการฝึกสมองช่ายขวา รวมทั้ง ฝึกสมาธิ สติ อย่างสม่ำเสมอ
3. หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยง ได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการป้องกันและหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บที่ศีรษะโดยเฉพาะการบาดเจ็บรุนแรงจนสลบ
4. การคัดกรองและตรวจสุขภาพประจำ ประเมินความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันผิดปกติ ต้องประเมินและติดตามเป็นระยะ เพราะโรคดังกล่าวเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม
5. การเข้าสังคม เช่น การพูดคุยกับครอบครัว เพื่อนบ้าน ไม่เก็บตัวอยู่โดดเดี่ยว การเข้ากลุ่มสังสรรค์ตามที่สนใจ เช่น ชมรมสูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ หรือเป็นอาสาสมัคร จิตอาสาให้กับสังคม

กิจกรรมสันทนาการ

คือ กิจกรรมที่สมัครใจทำยามว่าง เพื่อให้เกิดความเพลิดเพลินผ่อนคลายความตึงเครียดทั้งร่างกายและจิตใจ นันทนาการ การเล่น และความสุขสนุกสนานจะช่วยพัฒนาทักษะต่างๆ โดยเฉพาะทักษะการเคลื่อนไหวในวัยเยาว์ของมนุษย์ กิจกรรมนันทนาการส่วนใหญ่จะเกิดหรือจัดขึ้นในช่วงสุดสัปดาห์ และวันหยุด เช่น ดนตรี การเดินร่ำ กีฬา งานอดิเรก เกมส์ การท่องเที่ยว การดูโทรทัศน์และฟังเพลง เป็นรูปแบบสามัญของนันทนาการ

การเคลื่อนไหวร่างกายหรือกิจกรรมทางกาย คือ การเคลื่อนไหวร่างกายโดยถ้าทำสม่ำเสมอ จะเป็นพฤติกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพและมีผลต่อการป้องกันโรคที่สำคัญ เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมองผิดปกติ ภาวะอ้วน หักง่ายจากการหกล้ม นอกจากนี้ยังช่วยลดภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลได้ด้วย⁶

ตัวอย่างกิจกรรม

1. กิจกรรมตาราง 9 ช่อง เช่น การทำกิจกรรมตาราง 9 ช่อง ประกอบเพลงลีลาศในจังหวัดต่าง ๆ เช่น จังหวัดชุมพร จังหวัดวอลซ์ จังหวัดชะ ชะ ซ่า เป็นต้น
2. กิจกรรมบริหารสมอง เช่น การฝึกสมองซีกซ้าย-ขวา จีบ-แอล (L) การนับเลข 1-10 และจุ่มก-ตะหุ เป็นต้น
3. กิจกรรมเคลื่อนไหวตามเสียงเพลง เช่น พี่ชื่ออะไร.. เป็นกิจกรรมฝึกความจำกับการเคลื่อนไหว ทำประกอบกิจกรรม เป็นต้น
4. กิจกรรมการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ เช่น การออกกำลังกาย 10 ท่า เพื่อเพิ่มช่วงการเคลื่อนไหวของข้อต่อ เพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อ และป้องกันอันตรายจากการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อและข้อต่อในขณะที่ทำกิจกรรม

การฝึกสมอง ช่วยชะลอความเสื่อมของสมองได้อย่างไร

ในช่วงหลายปีมานี้ นักวิจัยต่างให้ความสนใจเป็นอย่างมากในการวิจัยเกี่ยวกับกิจกรรมฝึกสมองที่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม จากผลศึกษาการทำกิจกรรมฝึกสมอง พบว่า ช่วยลดความเสียหายของเซลล์ประสาทสมองที่ทำให้เกิดโรคอัลไซเมอร์ ช่วยกระตุ้นให้มีการสร้างเซลล์ประสาทสมองขึ้นมาใหม่ และช่วยกระตุ้นให้เซลล์ประสาทสมองทำงานอย่างเป็นระบบและเชื่อมต่อกันมากขึ้น

การฝึกสมองคล้ายกับการออกกำลังกาย โดยทั่วไปคนเรามากจะออกกำลังกาย เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงมีกระดูกสันหลังที่ดี การฝึกสมองเป็นลักษณะการออกกำลังกายสมอง โดยการกระตุ้นสมองอย่างเป็นระบบ ทำกิจกรรมใหม่ๆ ที่ท้าทายความสามารถ งานอดิเรกที่ชอบ เช่น งานศิลปะ งานจักสาน อ่านหนังสือ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม

การฝึกสมองอยู่เป็นประจำ จะช่วยกระตุ้นให้มีการสร้างเซลล์ประสาทสมองขึ้นมาใหม่ คงไว้ซึ่งการทำงานของเซลล์ประสาทสมองให้เชื่อมต่อกันอย่างแข็งแรงและมีประสิทธิภาพ

ในบทนี้จะกล่าวถึงการชะลอความเสื่อมด้านความจำ โดยมีแนวคิดการจัดกิจกรรมดังนี้

แนวคิดการจัดกิจกรรม brain exercise

“การออกกำลังกายสมอง” หรือ “brain exercise” มีอยู่หลายรูปแบบสามารถทำได้หลายวิธี โดยทั่วไปอาจนึกถึงกิจกรรมหรือเกมส์ต่างๆ เช่น เกมส์ต่อจิ๊กซอว์ เล่นดนตรี เรียนรู้ภาษาอื่นๆ เป็นต้น⁷

นอกจากนี้ยังมีการออกกำลังกายที่เรียกว่า นิวโรบิก (neurobic exercise) และ brain gym โดย นิวโรบิก เป็นการใช้ประสาทสัมผัสทางกาย คือ มองเห็น ได้ยิน ได้กลิ่น ลิ้มรส สัมผัส ร่วมกับการรับรู้ ทางอารมณ์มา เปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันโดยปกติ เช่น การใช้มือข้างที่ไม่ถนัดเขียนหนังสือ หรือจับช้อนทานข้าว 2 ส่วน brain gym ให้ความสำคัญกับการปฏิบัติกิจกรรมทางกายภาพที่มีลักษณะเฉพาะซึ่งไปกระตุ้นสมอง เช่น การเคลื่อนไหวของด้าน ซ้าย-ขวาข้ามเส้นกึ่งกลางลำตัว ด้วยการใช้อุ้งมือข้างขวาเขียนเลข 8 ขนาดใหญ่ในแนวนอนดูคล้ายเครื่องหมาย infinity เสร็จแล้วเปลี่ยนไปใช้อุ้งมือซ้ายบ้าง⁸

การออกกำลังกายในลักษณะของ brain gym เป็นที่ได้รับความสนใจและได้มีการศึกษาประสิทธิภาพของ brain gym ต่อความสามารถทางการรู้คิดในผู้ป่วยอัลไซเมอร์ พบว่า กลุ่มที่ฝึกกิจกรรม brain gym มีคะแนนรวม ในการทดสอบครั้งที่ 2 เพิ่มขึ้นร้อยละ 23 ส่วนกลุ่มควบคุมมีคะแนนเพิ่มขึ้นเพียงร้อยละ 3 เท่านั้น 3 ใน ประเทศไทยมีกล่าวถึง การออกกำลังกาย⁹ ว่าเป็นการฝึกทักษะการใช้มือ เท้าและประสาทสัมผัสทั้ง 5 ให้ได้รับรู้ข้อมูล และเคลื่อนไหวรูปแบบต่างๆ ทั้งรูปแบบอยู่กับที่ แบบเคลื่อนที่หรือแบบใช้อุปกรณ์ประกอบการเคลื่อนไหวโดยทำ อย่างต่อเนื่องจนเกิดการเชื่อมโยงของระบบกล้ามเนื้อ ระบบประสาทและสมองส่วนต่างๆ ทำงานประสานสัมพันธ์ อย่างเป็นระบบ ซึ่งมีแนวทางดังนี้⁹

1. การฝึกให้สมองส่วนต่างๆ มีการทำงานประสานสัมพันธ์กัน
 2. ฝึกกิจกรรมที่ต้องใช้กระบวนการทำงานของสมองอย่างเป็นระบบและผ่อนคลาย
 3. ฝึกออกกำลังกายบ่อยๆ สมองจะมีการหลั่งสารที่เรียกว่า “นิวโรโทรฟินส์” ทำให้ “เดนไดรต์” เชื่อม ระหว่างเซลล์ประสาททำงานดีขึ้น จึงเป็นปัจจัยที่ทำให้เนื้อเยื่อเซลล์เจริญเติบโตและเซลล์สมองแข็งแรง
 4. ส่งเสริมให้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ได้แก่ การได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น ลิ้มรส และการสัมผัส ได้ทำงาน ประสานเชื่อมโยงกับความพึงพอใจหรือที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ ได้ทำงานเชื่อมโยงกัน
 5. การทำกิจกรรมที่ต้องใช้มือทั้งสองข้างทำงานประสานกันหรือฝึกทำกิจกรรมต่างๆที่ต้องใช้ร่างกายซีกซ้าย และขวาทำงานเข้าด้วยกัน ซึ่งเท่ากับช่วยให้สมองทั้งสองซีกได้รับการกระตุ้นและทำงานอย่างมีประสิทธิภาพขึ้นด้วย
- จากแนวทางการออกกำลังกายดังกล่าวข้างต้น มีความสอดคล้องกับการออกกำลังกายแบบนิวโรบิก และ brain gym โดยให้ความสำคัญกับการใช้ประสาทสัมผัสทั้ง 5 ร่วมกับอารมณ์และการเคลื่อนไหวร่างกาย ทั้งด้านซ้าย-ขวาประสานกันเพื่อกระตุ้นการทำงานของสมอง ทั้งนี้การออกกำลังกายได้ถูกนำมาใช้ ฝึกกระตุ้นสมอง ผู้สูงอายุแพร่หลาย เช่น ท่าจิบ-แอล ท่านับ 1-10 ท่าโป่ง-ก้อย ท่าตะแคง-ตะหงาย เป็นต้น¹⁰

แนวทางการจัดกิจกรรม brain exercise

มีเป้าหมายเน้นการบริหารสมอง ผ่านการเคลื่อนไหวที่มีลักษณะเฉพาะเพื่อกระตุ้นการทำงานของสมองมีรูปแบบ ในการเรียนรู้เป็นกลุ่ม โดยการฝึกปฏิบัติร่วมกันโดยไม่เร่งรีบ ไม่มีข้อจำกัดในเรื่องการจัดหาอุปกรณ์สามารถนำมาใช้ ในการกระตุ้นความสนใจ ความตื่นตัวของผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมก่อนเข้าสู่กิจกรรมอื่นๆได้ โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ ในการจัดกิจกรรม ดังนี้

1. **ทีมงาน** ประกอบด้วยผู้นำกิจกรรมและผู้ช่วยผู้นำกิจกรรมอย่างน้อย 1 คน มีการเตรียมตัว ฝึกซ้อมท่าทาง การเคลื่อนไหว มีความรู้ความเข้าใจในประโยชน์ของการออกกำลังกายในแต่ละท่า สามารถถ่ายทอดความรู้คำแนะนำ และเป็นต้นแบบในการแสดงท่าทางการเคลื่อนไหวได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ ผู้ช่วยผู้นำกิจกรรมยังมีความสำคัญ ในการให้ความช่วยเหลือต่อผู้สูงอายุที่ร่วมกิจกรรม หรือพูดคุยกับผู้สูงอายุ เมื่อพบว่าผู้สูงอายุทำไม่ได้หรือเคลื่อนไหว ได้ลำบากอาจปฏิเสธการปฏิบัติในท่านั้นๆ เพื่อให้เกิดความผ่อนคลายและลงมือปฏิบัติเท่าที่จะทำได้ เพื่อไม่ให้เกิด ผลกระทบต่อร่างกาย

ผู้นำกิจกรรม สามารถมีได้หลากหลาย ตามความสนใจและทักษะ เช่น อาจเป็นพยาบาล สหวิชาชีพต่าง ๆ นักวิชาการสาธารณสุข อสม. นักกิจกรรม จิตอาสาที่ได้รับการอบรมทักษะในการให้ความรู้และการนำกิจกรรม

2. กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุทั่วไป แม้แต่ผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ ก็สามารถนำไปประยุกต์ใช้ประกอบการดูแล เช่น ในการดูแลรายบุคคลผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม การจัดกิจกรรม จะดำเนินไปอย่างช้าๆ สื่อสารด้วยคำพูดง่ายๆ กระชับ ให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งอาจมีการช่วยจัดทำทางให้ เป็นต้น ส่วนการเตรียมความพร้อมให้กับผู้สูงอายุ ที่จะเข้าร่วมกิจกรรมโดยการให้ข้อมูลที่เอื้อต่อการร่วมกิจกรรม เช่น การแต่งกายด้วยชุดรัดกุม ควรสวมกางเกง ฝึกปฏิบัติโดยปราศจากความเคร่งเครียด เป็นต้น

3. สถานที่ ควรเป็นห้องที่มีขนาดพื้นที่พอเหมาะกับจำนวนผู้เข้าร่วมกิจกรรมโดยไม่มีความแออัด อากาศถ่ายเท แสงสว่างเพียงพอ ปราศจากเสียงรบกวนเพื่อช่วยคงความใส่ใจจดจ่อ และจัดเก้าอี้สำหรับผู้สูงอายุ หรือ อาจเป็นลานอเนกประสงค์ที่มีการจัดสถานที่เป็นส่วน

4. อุปกรณ์ต่างๆ สำหรับการจัดกิจกรรม เช่น ภาพท่าเคลื่อนไหว ไมโครโฟน เครื่องขยายเสียงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกในการรับข้อมูล มองเห็นและได้ยินอย่างชัดเจน

ตัวอย่างการจัดกิจกรรม brain exercise

การฝึก brain exercise สามารถดำเนินการในรูปแบบกลุ่ม โดยบุคลากรในทีมสุขภาพ อาทิ พยาบาลวิชาชีพ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา อสม และจิตอาสา เป็นต้น เป็นผู้ดำเนินการร่วมกันในบทบาทผู้นำกิจกรรมและผู้ช่วย ผู้นำกิจกรรม ทำหน้าที่ในการสาธิตท่าทาง อธิบายวิธีการปฏิบัติและร่วมทำไปพร้อมกับผู้สูงอายุ โดยมีการตกลงหรือซ้อมปฏิบัติร่วมกัน ซึ่งอาจผลัดเปลี่ยนกันมาทำหน้าที่ผู้นำกิจกรรมในแต่ละครั้ง

ผู้สูงอายุที่เข้าร่วมกิจกรรมควรมีความสมัครใจยินดีปฏิบัติ เมื่อเริ่มฝึกในแต่ละท่าจะมีภาพตัวอย่างของท่าทาง ทำการสาธิตให้ดู บอกประโยชน์ของท่านั้นๆ

การฝึกเคลื่อนไหวง่ายๆ แล้วจึงปฏิบัติจริง เช่น การออกกำลังสมองในท่าจิบ-แอล มือขวาเป็นการจิบ (ปลายนิ้วโป้งกับนิ้วชี้บรรจบกัน ส่วนนิ้วที่เหลือกางออก) ส่วนมือซ้ายเป็นรูปตัวแอล (ให้นิ้วชี้กับนิ้วโป้งเหยียดออก คล้ายตัวอักษรแอลในภาษาอังกฤษ [L] ส่วนนิ้วอื่นๆพับเก็บลงมา) หลังจากนั้นสลับข้างกัน คือ มือขวา เป็นตัวแอล และมือซ้ายเป็นจิบ

ในครั้งแรกผู้สูงอายุขยับมือตามได้ลำบาก ดังนั้น การสอนโดยการให้ผู้สูงอายุฝึกขยับมือและนิ้วที่สลับข้าง เป็นจิบและแอลเป็นการ warm up และสร้างความคุ้นชิน แล้วจึงขยับมือทั้งสองข้างพร้อมกัน เพื่อกระตุ้นการเคลื่อนไหวของมือทั้งสองข้าง เช่น มือขวาและมือซ้ายเป็นจิบทั้งสองมือ แล้วเปลี่ยนเป็นการทำตัวแอลทั้งสองมือ ฝึกทำซ้ำๆ อย่างช้าๆ ค่อยเป็นค่อยไป เมื่อเห็นว่าผู้สูงอายุเริ่มเคลื่อนไหวมือได้ถูกต้องแล้ว จึงเริ่มปฏิบัติการออกกำลังสมองในท่าจิบ- แอล ทำสลับมือไปมา ซึ่งควรสังเกตว่าผู้สูงอายุทำได้ถูกต้องหรือไม่มีความยากลำบากในการปฏิบัติ มากน้อยเพียงใด เมื่อคล่องแล้วอาจให้สัญญาณเปลี่ยนเร็วขึ้น เพื่อความสนุกสนาน ทั้งนี้ ผู้สูงอายุอาจทำผิดสลับมือเร็วขึ้น เช่น จิบทั้งสองมือหรือแทนที่จะเป็นตัวแอลกลับกลายเป็นสัญลักษณ์ I love You (นิ้วโป้ง นิ้วชี้และนิ้วก้อยเหยียดตรง แต่นิ้วกลางและนิ้วนางพับลง) เมื่อทราบว่ามีผิดก็ไม่ใช่ไร ให้เริ่มกลับมาขยับในท่าที่ถูก ส่วนท่าผิดกลายเป็นที่ขบขันในกลุ่มสร้างรอยยิ้มให้กับทุกคน

ในกรณีการขยับมือด้วยท่าทางที่ถูกต้องและเปลี่ยนสลับไปมาได้อย่างรวดเร็ว แม้จะสร้างความภูมิใจให้กับผู้สูงอายุที่รู้สึกว่าคุณสามารถทำได้ มีความคล่องแคล่ว แต่ความเร็วเป็นเพียงองค์ประกอบหนึ่งที่ทำให้เกิดความสุขในผู้ที่ทำได้ ในทางตรงข้ามอาจทำให้ผู้สูงอายุที่ไม่ทันรู้สึกท้อใจ ดังนั้นจึงให้ความสำคัญกับความถูกต้องของการเปลี่ยนสลับที่ไม่ช้าหรือเร็วจนเกินไป ซึ่งต้องมีความใส่ใจจดจ่อในสิ่งที่กำลังปฏิบัติเป็นพื้นฐาน นอกจากนี้ควรเน้นย้ำให้นำไปฝึกปฏิบัติต่อแม้อยู่ที่บ้าน เพื่อการฝึกสมองอย่างต่อเนื่อง

การจัดกิจกรรม brain exercise แบ่งตามระดับการดูแล

ระดับการดูแล	กลุ่มเป้าหมาย	การดำเนินการ
Primary care	ผู้สูงอายุทั่วไป /กลุ่มปกติ	จัดเป็นกลุ่มกิจกรรม และนำมาฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง
	กลุ่ม MCI	ฝึกพร้อมกับโปรแกรม TEAMV
	กลุ่ม Dementia	การฝึกปฏิบัติแบบรายบุคคล และผู้ดูแลร่วมเรียนรู้
Secondary care	กลุ่มที่ผ่านการคัดแยกและสงสัยภาวะสมองเสื่อม	จัดเป็นกลุ่มกิจกรรม ส่งเสริมการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เข้าร่วมกิจกรรม
	กลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม	การฝึกปฏิบัติแบบกลุ่มย่อยหรือรายบุคคล ในผู้ที่มีความรุนแรงของโรคระดับ mild, moderate ผู้ดูแลร่วมสังเกตการณ์
Tertiary care	กลุ่ม dementia	การฝึกปฏิบัติแบบกลุ่มย่อยหรือรายบุคคล ในผู้ที่มีความรุนแรงของโรคระดับ mild, moderate เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมในลักษณะของผู้ร่วมกิจกรรม หรือผู้สังเกตการณ์

ข้อเสนอแนะในการนำสู่การปฏิบัติ

1. ผู้นำกิจกรรมและผู้ช่วยผู้นำกิจกรรมควรมีความใส่ใจและตระหนักถึงข้อจำกัดของผู้สูงอายุซึ่งแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ยกตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุที่มีปัญหานิ้วล็อก เป็นผลให้ทำตามต้นแบบในการขยับนิ้ว กำมือได้ยากลำบาก เป็นต้น ซึ่งอาจมีผลทำให้เคลื่อนไหวตามต้นแบบได้ไม่สมบูรณ์
2. การออกกำลังสมองสามารถกลับไปทำที่บ้าน และมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ
3. การให้ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ เพื่อสามารถกลับไปช่วยกระตุ้นหรือฝึกไปพร้อมกับผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. เกศสุตา เกสรสุคนธ์. ความรู้เรื่องสมองเสื่อม การรักษาและการป้องกัน. ใน อรวรรณ คุหา, นัตตา คำนิยม, ปนิตา มุ่งกลาง บรรณาธิการ. คู่มือดูแลสุขภาพอย่างไร ทางไกลสมองเสื่อม สำหรับผู้สูงอายุ ผู้ดูแลและครอบครัว. กรุงเทพฯ; บริษัทสินทวิการพิมพ์ จำกัด; . 2563 หน้า 1-18.
2. Pobpad. อัลไซเมอร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 5 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก. <https://www.pobpad.com/%E0%B8%AD%E0%B8%B1%E0%B8%A5%E0%B9%84%E0%B8%8B%E0%B9%80%E0%B8%A1%E0%B8%AD%E0%B8%A3%E0%B9%8C>
3. สิรินทร ฉันทศิริกาญจน. สมองเสื่อม. ใน โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ และสมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย. สรุปการประชุมระดับกรมสมองเพื่อพัฒนานโยบายการป้องกัน รักษา และดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทย ในวันที่ 31 สิงหาคม 2554. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร:บริษัทเดอะกราฟโกซิสเต็มส์จำกัด; 2555.
4. พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ. การป้องกันภาวะสมองเสื่อม. คู่มือ Dementia care manager: เอกสารประกอบการอบรมสำหรับพยาบาลและทีมสุขภาพ. 2560.
5. สมาคมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแห่งประเทศไทย. 5 วิธีป้องกันสมองเสื่อม [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 26 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.azthai.org /เกี่ยวกับสมองเสื่อม/5-ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกัน>
6. พลินท์ชฎา พัชราพิสิฐกุล, จารุณี วิทยาจักษ์ (บรรณาธิการ). คู่มือการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้ที่มี การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยสำหรับประชาชน. พิมพ์ครั้งที่ 2: กรุงเทพฯ: บริษัทไซเบอร์พริ้นท์ จำกัด; 2563
7. Legg TJ. 13 brain exercises to help keep you mentally sharp [internet]. 2019 [cited 2020 May 18]. Available from: <https://www.healthline.com/health/mental-health/brain-exercrcises>
8. Kanthamalee S, Sripankaew K. Effect of neurobic exercise on memory enhancement in the elderly with dementia. Journal of Nursing Education and Practice 2014;4:69-78.
9. สุขพัชรา ชัมเจริญ. ออกกำลังป้องกันสมองเสื่อม. หมอชาวบ้าน. 2553;377.
10. สุขพัชรา ชัมเจริญ. การบริหารสมอง (Brain Activation). หมอชาวบ้าน. 2553;377.

การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมและปลอดภัย

ดร.โกศล จิ่งเสถียรทรัพย์

สภาพแวดล้อมอันหมายถึง สภาพขององค์ประกอบแวดล้อมมนุษย์อันเป็นศูนย์กลางที่สามารถส่งผลต่อมนุษย์ในมิติต่างๆ ผ่านการรับรู้ทาง ตา หู จมูก ลิ้น กาย หรือแม้กระทั่งการรับรู้ทางใจ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกทางจิตใจ เช่น สุข ทุกข์ หรือเฉยๆ คือ ไม่สุขไม่ทุกข์ โดยอาจมีอิทธิพลต่อสุขภาพร่างกายทั้งทางกายภาพและทางจิตใจ ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อฟังก์ชันในจิตใจได้สำนึก ทำให้รู้สึกประทับใจ รู้สึกหวาดหวั่น หวาดกลัว ระวัง ติดตัวไป ในระยะยาวได้จนกว่าจะได้รับการบำบัดเยียวยา โดยจำแนกประเภทของสิ่งแวดล้อมออกเป็น 3 ด้าน คือ สิ่งแวดล้อมด้านกายภาพ (Physical Environment) เช่น วัตถุ สิ่งของรอบตัว แสงสว่าง เสียง สี คุณภาพอากาศ ภูมิทัศน์, สิ่งแวดล้อมด้านสังคม (Social Environment) หมายถึง ความสัมพันธ์และปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้คนรวมถึงค่านิยม บทบาท หน้าที่และการแสดงออกของผู้คนรอบตัว และสิ่งแวดล้อมด้านจิตใจ (Mental Environment) คือ สิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อปัจจัยภายในที่ทำให้เกิดความรู้สึกผ่านความทรงจำและประสบการณ์ที่เคยรับรู้มาก่อน

ความเหมาะสมและปลอดภัยในการจัดสิ่งแวดล้อมของมนุษย์ มีความจำเป็นที่จะต้องถูกออกแบบและจัดการสิ่งแวดล้อมทั้ง 3 ด้าน ดังกล่าวเป็นอย่างดีให้เหมาะสมกับทุกช่วงวัย เพื่อป้องกันความเสี่ยง และความผิดพลาดจากอุบัติเหตุอันเกิดจากความเสื่อมถอยของร่างกายและจิตใจในเชิงป้องกัน

แนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ 5 ด้าน

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

ด้านที่ 1 สถานที่การใช้งานและความปลอดภัย (Function and Safety)

พิจารณาขนาด ระยะระดับขององค์ประกอบพื้นที่ใช้สอยที่ผู้สูงอายุใช้ดำเนินกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ให้มีความเหมาะสมและปลอดภัยลักษณะการใช้สอยของพื้นที่ โดยจะต้องคำนึงถึงความกว้างขวาง ระดับความสว่าง การเลือกใช้สีสน การเลือกใช้วัสดุ รวมถึงความชื้น ความมันวาว ทั้งนี้ นอกจากจะออกแบบเลือกใช้เพื่อความสะดวกแล้วยังต้องเน้นเรื่องความปลอดภัยของผู้สูงอายุเป็นสำคัญ และต้องมีความเป็นส่วนตัวและความปลอดภัยสำหรับผู้ใช้งานทุกคนอย่างเท่าเทียมกัน

ด้านที่ 2 สุนทรียภาพและความสุขสบาย (Sense and Comfort)

การยกระดับพื้นที่ใช้สอยสำหรับผู้สูงอายุนอกจากจะเป็นพื้นที่ที่เหมาะสมและปลอดภัยแล้ว สุนทรียภาพเป็นความงดงามที่เสริมให้องค์ประกอบพื้นที่เหล่านั้นมีคุณค่ามากขึ้น ซึ่งเกิดจากผัสสะทางประสาทสัมผัสต่างๆ เช่น ภาพหรือสีสนที่มองเห็น เสียงที่ได้ยิน จมูกที่ได้กลิ่น ลิ้นที่รับรสชาติอาหาร ส่วนของร่างกายที่สัมผัสพื้นผิวต่างๆ ซึ่งส่งผลต่อระดับจิตใจเกิดสุนทรียภาพแล้วก่อให้เกิดความรู้สึกว่าสุขและมีความสุขสบาย

ด้านที่ 3 ปฏิสัมพันธ์และการสนับสนุนทางสังคม (Interaction and Social support)

สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เกิดปฏิสัมพันธ์ทั้งทางกาย ทางวาจา ย่อมส่งผลต่อผู้สูงอายุทางจิตวิทยาสังคม (Social Psychology) พฤติกรรมการแสดงออกหรืออัยยาศัยของคนรอบข้าง การจัดพื้นที่ให้มีความเป็นสัดส่วน การเคารพ

ในความเป็นส่วนตัว รวมถึงการสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อเพื่อเอื้ออาหารต่อผู้สูงอายุ ล้วนเป็นสิ่งแวดล้อมที่ต้องก่อให้เกิดสุขภาวะและสร้างความสนับสนุนทางสังคม

ด้านที่ 4 การเสริมพลังและอำนาจการตัดสินใจ (Empowerment and Informed Choice)

การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำเนินชีวิตได้ใกล้เคียงกับคนทั่วไปเสมือนเป็นการให้อำนาจการตัดสินใจ ควบคุมและจัดการกับสิ่งแวดล้อมรอบตัวในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของชีวิตประจำวัน การจัดสิ่งแวดล้อมที่เป็นการเสริมพลัง (Empowerment) โดยให้ผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมถอยของร่างกายในระดับต่างๆ สามารถดำเนินกิจกรรมประจำวันได้อย่างเป็นธรรมชาติ โดยไม่ทำให้ผู้สูงอายุต้องรู้สึกถึงการต้องพึ่งพิงผู้ช่วยใช้ชีวิต โดยปราศจากอุปกรณ์ช่วย หลีกเลี่ยงการออกแบบสำหรับผู้ใช้งานบางประเภทโดยเฉพาะ เช่น ทำห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุใช้เท่านั้น เพราะบางครั้งอาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกไม่คิดว่าตนเองเป็นภาระทำอะไรไม่ได้เหมือนคนอื่น

ด้านที่ 5 คุณค่าและความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Value and Spirituality well-being)

สิ่งแวดล้อมที่เสริมการเคารพต่อคุณค่าความเป็นมนุษย์ตอบสนองต่อศรัทธาและความหมายของชีวิต เข้าใจความหมายและคุณค่าของการดำรงชีวิต ซึ่งไม่เพียงแต่เกิดจากการออกแบบในเชิงสถาปัตยกรรมเท่านั้น หากแต่ประกอบด้วยการสร้างบรรยากาศแวดล้อมที่บุคคลรอบข้างผู้สูงอายุ แล้วบูรณาการโน้มนำให้พิจารณาคุณค่าอันสูงสุดผ่านผัสสะต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุเกิดความสุข ความปิติและพบความผาสุกทางจิตวิญญาณ

เมื่อพิจารณาแนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมทั้ง 5 ด้านข้างต้นแล้ว จะพบว่า ระดับความซับซ้อนในการจัดสิ่งแวดล้อม จากด้านที่ 1 ไปถึงด้านที่ 5 เป็นการพัฒนาจากมิติทางกายภาพ (Physical dimension) ไปสู่มิติทางจิตวิญญาณ (Spiritual dimension) ที่เป็นนามธรรม ทั้งนี้แนวคิด 5 ด้านนี้ นอกจากจะใช้เป็นแนวคิดในการจัดสิ่งแวดล้อมที่พักอาศัยของผู้สูงอายุแล้วยังสามารถพิจารณาใช้เป็นเกณฑ์ประเมินคุณภาพสิ่งแวดล้อมที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุได้ด้วย

แนวคิด Independent Living สู่หลักการ Universal Design

การดำรงชีวิตอิสระ Independent Living (IL) หมายถึง การดำรงชีวิตประจำวันได้อย่างมีคุณภาพเช่นเดียวกับคนทั่วไป มีอำนาจการตัดสินใจในเรื่องที่กระทบต่อชีวิตตน (Self-determination) มีสิทธิและโอกาสในการเลือกดำเนินกิจกรรมตามที่ต้องการ โดยไม่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นรวมถึงการมีอิสระเสรีที่จะประสบความสำเร็จหรือเรียนรู้จากความผิดพลาดของคนอื่นเช่นเดียวกับคนทั่วไป โดยไม่ถูกกีดกันหรือถูกเลือกปฏิบัติให้เป็นพิเศษ

แนวคิด Independent living concept ถึงแม้ว่าจะเป็นแนวคิดสำหรับผู้พิการ แต่ต้องเป็นที่เข้าใจให้ตรงกันว่าผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย จะพัฒนาจากการพึ่งพาอุปกรณ์ และการพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งจะค่อยๆ ก้าวไปสู่ความพิการของอวัยวะต่างๆ ในที่สุด การนำแนวคิด IL มาใช้กับผู้สูงอายุ จึงนับเป็นการทำงานเชิงป้องกัน ทั้งนี้ เพื่อป้องกันปัญหาที่คาดไม่ถึงของผู้สูงอายุและเมื่อผู้สูงอายุมีสภาพทางกายและทางใจเสื่อมถอยลงสิ่งแวดล้อมรอบตัวก็ได้ถูกออกแบบล่วงหน้าไว้รองรับแล้ว ซึ่งเป็นการแสดงถึงความไม่ประมาทในการดำเนินชีวิต

แนวคิด “Independent Living หรือ การดำรงชีวิตอิสระ” เกิดขึ้นจากเมือง Berkeley ประเทศสหรัฐอเมริกา เมื่อเกือบ 50 ปีมาแล้ว (ประมาณ ค.ศ.1970) โดยเริ่มแพร่เข้าไปในประเทศญี่ปุ่นราวปี 1984 เป็นประเทศแรกในเอเชีย เกิด Independent living center ในญี่ปุ่นภายใต้องค์กร Human Care Association ในกรุงโตเกียว ปัจจุบันกระจายไปทั่วประเทศมากกว่า 200 แห่ง โดยมีความพยายามเผยแพร่แนวความคิดนี้ไปให้ประเทศอื่นๆ ในเอเชียด้วยกัน ถึงแม้ว่าแนวคิดการดำรงชีวิตอิสระจะเป็นแนวคิดสำหรับผู้พิการแต่ก็นับว่าสามารถบูรณาการใช้กับผู้สูงอายุในมิติของการป้องกันได้เป็นอย่างดี สำหรับประเทศไทยมีการจัดการอบรมเรื่อง “การดำรงชีวิตอิสระของคนพิการ” ขึ้นเป็นครั้งแรกในประเทศไทยเมื่อต้นปี พ.ศ. 2545

แนวคิดการดำรงชีวิตอิสระ สามารถนำมาแก้ไขปัญหาที่ช่วยให้ผู้สูงอายุหรือผู้พิการลดการพึ่งพาคนอื่น ให้ได้มากที่สุด ซึ่งอาจเกิดจากการแลกเปลี่ยนความรู้ในการช่วยเหลือตนเอง การเรียนรู้จากประสบการณ์การดำรงชีวิตประจำวันเพื่อสร้างเครื่องมือที่ช่วยเหลือตนเอง และแม้กระทั่งเมื่อจำเป็นต้องมีผู้ช่วยเหลือ ก็จะต้องช่วยเหลืออยู่บนพื้นฐานความต้องการของผู้สูงอายุหรือคนพิการ ไม่ใช่ผู้ให้ความช่วยเหลือคิดเอาเองอันจะทำให้ผู้สูงอายุหรือคนพิการ มีอำนาจและสามารถตัดสินใจเลือกวิถีชีวิตของตนเองได้ ซึ่งนับเป็นการตระหนักถึงคุณค่าของความเป็นมนุษย์อีกด้วย

Universal Design อารยสถาปัตย์ : แนวคิดการออกแบบเพื่อมวลมนุษยชาติ

อารยสถาปัตย์ มีชื่อเรียกที่ไม่แพร่หลายอีกชื่อหนึ่งว่า สถาปัตยกรรม ซึ่งเป็นการประกอบคำบาลีที่ใช้ในภาษาไทย นอกจากนี้ยังมีชื่อเรียกตามความหมาย เช่น การออกแบบเพื่อคนทั้งมวล การออกแบบเพื่อมวลชน สำหรับภาษาอังกฤษ นอกจาก Universal Design ที่เป็นชื่อที่เรียกกันกว้างขวางแล้ว ยังมีชื่อเรียกที่สื่อความหมายตรงไปตรงมาอื่นๆ อีก เช่น Friendly Design, Inclusive Design, Barrier-free Design, Accessible Design, Design for All, Human Centered Design เป็นต้น

Ronald Lawrence Mace สถาปนิกผู้ก่อตั้ง The Center for Universal Design ที่ North Carolina State University ได้ให้คำนิยามว่า “Universal design is the design of products and environments to be usable by all people, to the greatest extent possible, without the need for adaptation or specialized design.” อารยสถาปัตย์ คือ การออกแบบผลิตภัณฑ์และสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ทุกคนในสังคมสามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มที่และเท่าเทียมกัน โดยไม่จำเป็นต้องมีการดัดแปลงหรือออกแบบเฉพาะเพื่อบุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง

อารยสถาปัตย์ หรือ Universal Design เป็นเรื่องที่มีการรณรงค์ในประเทศไทยอย่างแพร่หลายในช่วงระยะเวลา มากกว่า 5 ปี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่สาธารณะ สถานประกอบการเชิงสุขภาพ เป็นแนวคิดการออกแบบสภาพแวดล้อมที่มีมนุษย์เป็นศูนย์กลางด้วยการสร้างหรือปรับปรุงพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน สิ่งแวดล้อม การบริการต่างๆ และผลิตภัณฑ์ให้สามารถครอบคลุมและรองรับสำหรับคนทุกคนในสังคมได้อย่างเท่าเทียม ไม่ว่าจะเป็นเด็ก ผู้ใหญ่ ผู้สูงอายุ หญิงตั้งครรภ์ คนพิการ ผู้เจ็บป่วย หรือผู้ที่มีความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันแตกต่างจากบุคคลทั่วไปด้วยข้อจำกัดทางร่างกาย ซึ่งเป็นแนวคิดที่สร้างสรรค์เพื่อประโยชน์ส่วนรวม

หัวใจสำคัญของการออกแบบอารยสถาปัตย์ คือ สะดวก ปลอดภัย เป็นธรรมชาติ ทัวถึง และเท่าเทียม

หลักการพื้นฐานในการออกแบบ Universal Design

อารยสถาปัตย์ หรือการออกแบบเพื่อมวลชน (Universal Design) มีหลักการพื้นฐาน 7 ประการ สำหรับใช้เป็นแนวคิดในการออกแบบดังนี้ 1. ความเสมอภาค Equitability, 2. ความยืดหยุ่น Flexibility, 3. เรียบง่าย ใช้งานง่าย เข้าใจง่าย Simple intuitive use, 4. สื่อสารข้อมูลที่รับรู้ได้ง่าย Perceptible information, 5. ระบบป้องกันอันตราย Tolerance for error, 6. พยายามลดแรงกาย Low physical effort และ 7. ขนาดและสถานที่ที่เหมาะสม Appropriate size and space for approach & use ซึ่งหลักการดังกล่าว นอกจากจะนำมาใช้เป็นพื้นฐานการออกแบบสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุและผู้พิการแล้ว ยังสามารถนำหลักการและแนวคิดมาประยุกต์ใช้ เพื่อสร้างสรรค์นวัตกรรมใหม่ๆ ได้อีกด้วย

1. ความเสมอภาค Equitability

หมายถึง การออกแบบคำนึงถึงความแตกต่างของสมรรถภาพร่างกายของคนทุกประเภท ไม่ว่าจะเป็นคนปกติ คนพิการ เด็ก หรือผู้สูงอายุ การออกแบบให้ทุกคนในสังคมสามารถใช้งานได้อย่างเท่าเทียมกัน ไม่มีการแบ่งแยกหรือเลือกปฏิบัติ ตัวอย่างเช่น การใช้งานส่วนต่างๆ ของบ้านต้องสะดวกสำหรับคนทุกประเภท เช่น ทางเข้าบ้านไม่ควรมี

ชั้นบันไดอย่างเดียว ควรมีทางลาดที่ไม่ชันตามมาตรฐานเพื่อไว้เป็นทางเลือกด้วยหรือการออกแบบประตูบานเลื่อนที่มีตัวรับสัญญาณที่ทำให้ประตูเลื่อนเปิดเมื่อมีคนเดินเข้าใกล้ประตู ไม่ว่าจะเป็นเด็ก ผู้ใหญ่ ผู้ที่ใช้รถเข็น (Wheel chair) ก็สามารถใช้งานได้อย่างสะดวก

2. ความยืดหยุ่น (Flexibility)

การออกแบบและเลือกใช้วัสดุต่างๆ ภายในบ้านต้องรองรับความต้องการและสมรรถภาพของแต่ละบุคคลที่แตกต่างกันโดยสามารถปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้งานให้เหมาะสมกับความถนัดของแต่ละคนได้ การออกแบบอุปกรณ์ที่สามารถใช้งานได้ทั้งผู้ที่ถนัดซ้ายและขวา เช่น กรรไกร แม้าส์สำหรับคอมพิวเตอร์ที่ส่วนมากออกแบบสำหรับคนที่ถนัดมือขวา ก๊อกน้ำที่อ่างล้างจานควรติดตั้งตรงกลางและใช้วิธีการเปิดปิดก๊อกด้วยหัวโยกเพื่อเปิดปิดน้ำทั้งด้านซ้ายและขวาของตัวก๊อกน้ำหรือการออกแบบโตะที่สามารถปรับสภาพความสูง-ต่ำ ขึ้น-ลงได้ตามความสูง ความถนัด และความเหมาะสมตามลักษณะทางกายภาพและบริบทของผู้ใช้

3. เรียบง่าย ใช้ง่าย เข้าใจง่าย (Simple, Intuitive use)

การออกแบบนั้นต้องง่ายต่อการเข้าใจโดยไม่คำนึงถึงประสบการณ์ ความรู้ ทักษะทางภาษา หรือต้องพยายามมาก ขณะใช้งานการสื่อสารที่เลือกใช้รูปภาพหรือสัญลักษณ์สากลเพื่อให้เข้าใจได้ง่ายแทนการใช้ตัวอักษรที่อาจจะเป็นข้อจำกัดของผู้ที่อ่านหนังสือไม่ออก เช่น การใช้รูปภาพสัญลักษณ์บอกเพศชาย-หญิง หน้าห้องน้ำ หรือการปรับน้ำอุ่น และน้ำเย็นที่ใช้สื่อกันที่ทุกคนเข้าใจได้ง่าย คือ น้ำร้อนสีแดง น้ำเย็นสีฟ้า เป็นต้น

4. สื่อสารข้อมูลที่รับรู้ได้ง่าย (Perceptible Information)

การออกแบบการสื่อสารที่จำเป็นและเข้าใจได้ง่ายสำหรับผู้ใช้งานไม่ว่าผู้ใช้งานนั้นจะมีความสามารถในการรับรู้ระดับใด การนำเสนอข้อมูลที่ใช้งานได้ง่าย การใช้ภาพประกอบแสดงขั้นตอนการใช้งาน เทคนิคการสื่อสารให้รับรู้ได้โดยสามัญสำนึก ไม่ต้องใช้ความรู้ความสามารถพิเศษในการทำความเข้าใจในการใช้งาน ใช้รูปแบบสื่อสารข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้ใช้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยคำนึงถึงสภาพแวดล้อมหรือความสามารถทางประสาทสัมผัสของผู้ใช้ทุกกลุ่ม ใช้การสื่อสารหลายแบบทั้งภาพ เสียงหรือการสัมผัส สำหรับข้อมูลที่จำเป็นต้องใช้บ่อยๆ เช่น ในบ้านที่มีผู้พิการทางสายตาหรือเด็ก อาจต้องมีทั้งตัวหนังสือ รูปภาพและอักษรเบล หลีกเลี่ยงการใช้ภาษาที่ตลกขำหรือบั่นทอนความรู้สึก เช่น ป้าย “ห้องน้ำสำหรับผู้พิการ” ควรใช้รูปภาพหรือสัญลักษณ์แทน

5. ระบบป้องกันอันตราย (Tolerance for error)

การออกแบบช่วยลดอันตรายและผลกระทบที่ไม่พึงประสงค์จากอุบัติเหตุหรือเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดและลดความเสี่ยงจากการใช้งานที่ผิดพลาด เช่น กรรไกรที่มีปลอกสวม แต่สามารถตัดกระดาษและใช้งานได้เป็นปกติ หรือครอบป้องกันสำหรับเครื่องมือต่างๆ ที่จะเปิดออกเองเมื่อใช้งานอย่างถูกต้อง

6. ทนแรงกาย (Low Physical Effort)

การออกแบบที่สามารถใช้งานได้สะดวกและมีประสิทธิภาพ โดยไม่ต้องออกแรงมาก ใช้ความพยายามและมีความเหนื่อยล้าน้อยที่สุด เช่น ลูกบิดประตูที่มีลักษณะเป็นก้านที่สามารถใช้ท่อนแขนหรือข้อศอกช่วยในการเปิดประตูลักษณะถือของ และยังช่วยแก้ปัญหาลูกบิดลื่น ไม่สามารถหมุนได้เมื่อมือเปียกรวมทั้งการออกแบบที่ช่วยให้ผู้ใช้รักษาตำแหน่งของร่างกายในท่าที่เป็นปกติมากที่สุด ไม่ต้องก้ม เงย เอี้ยวตัว หรือการเอี๊ยมไกลเกิน ซึ่งอาจจะล้มได้

7. ขนาดและสถานที่ที่เหมาะสม (Appropriate Size and Space for Approach)

พื้นที่การใช้งานต่างๆ ควรมีขนาดและพื้นที่ที่เหมาะสม เพียงพอสำหรับการเข้าถึง การจัดการและการใช้งาน ต้องคำนึงถึงขนาดร่างกาย ท่าทางหรือการเคลื่อนไหวของผู้ใช้ การออกแบบขนาดของห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุหรือพิการที่เหมาะสมต่อการใช้รถเข็น (Wheel Chair) มีระยะและขนาดพื้นที่เพียงพอสำหรับหมุนหรือกลับรถเข็นได้

ภายในห้องน้ำ ทั้งนี้ การออกแบบห้องน้ำที่มีขนาดกว้างเกินไปในกรณีที่ไม่ได้ใช้รถเข็นก็มีความเสี่ยงในการลื่นล้ม ในห้องน้ำเนื่องจากผนังที่จะสามารถใช้ค้ำยันร่างกายอาจจะอยู่ไกลเกินไป

นอกจากหลักการพื้นฐานในการออกแบบ Universal Design 7 ข้อดังกล่าวแล้ว ในทางปฏิบัติจริง อาจจะต้องคำนึงถึงวัฒนธรรมในแต่ละบริบทของพื้นที่ ออกแบบให้สอดคล้องกับความคาดหวังและความคุ้นเคยของผู้ใช้ เช่น ห้องน้ำในเมืองไทยต้องมีสายชำระ คำนึงถึงประหยัดหรือต้นทุนที่ไม่สูงเกินไปและที่สำคัญไม่น้อยไปกว่าที่กล่าวมาแล้ว คือ ต้องคำนึงถึงความงามและสุนทรียภาพด้วย

การจัดสภาพแวดล้อมที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ

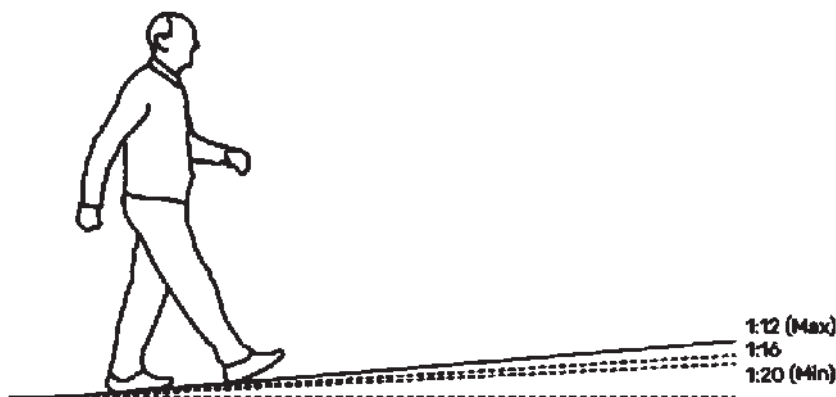
ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมของร่างกายในด้านต่างๆ เช่น การเสื่อมถอยทางการมองเห็น เช่น สายตาวาย ตาพร่ามัว จึงต้องการแสงสว่างมากขึ้น การเสื่อมถอยทางการได้ยิน เช่น หูตึง ได้ยินไม่ชัด และความเสื่อมถอยของกระดูก เช่น ข้อเข่าเสื่อม กระดูกพรุน หลังโค้งงอ นอกจากนี้ ยังอาจพบอาการทางประสาท การหลงลืมหรือสมองเสื่อม ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่างๆ รวมถึงอุบัติเหตุการหกล้มในผู้สูงอายุ

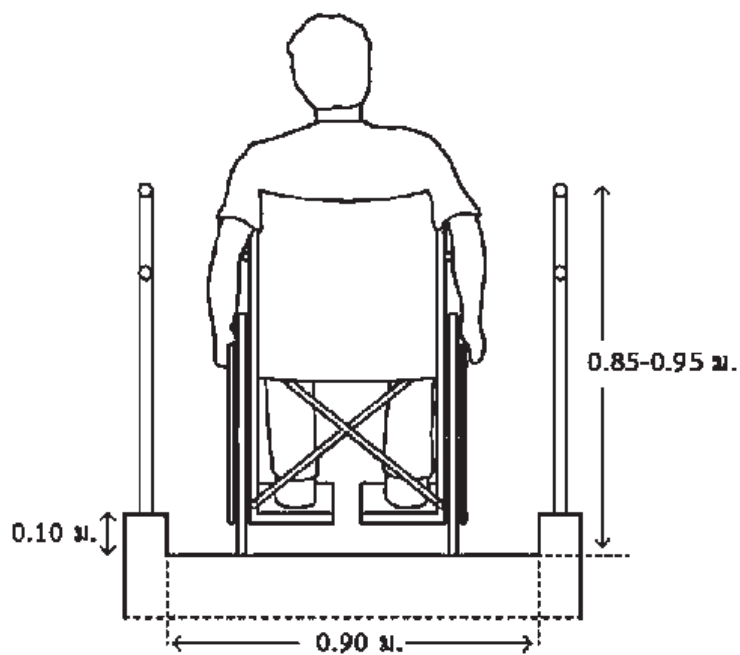
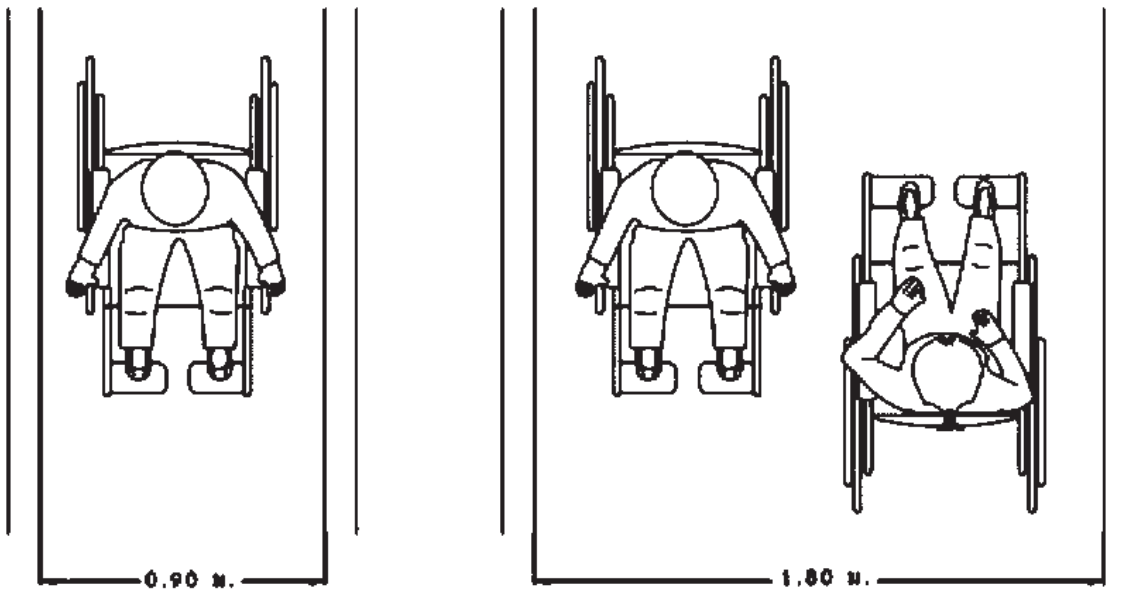
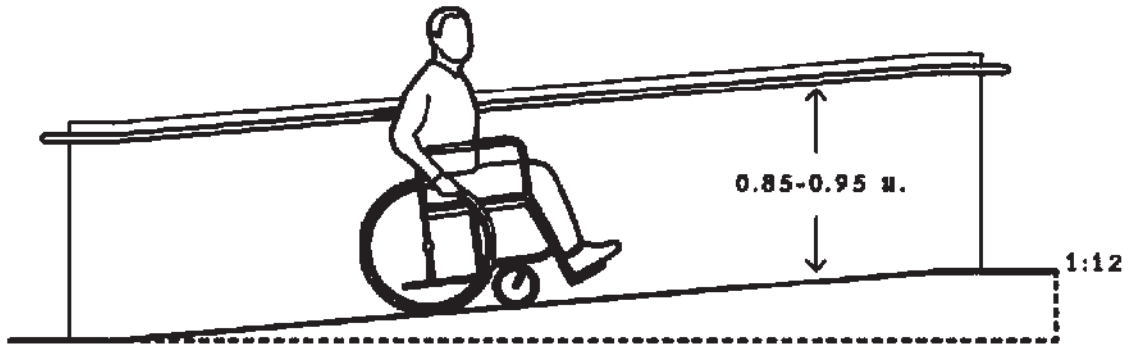
ปัจจัยด้านความเสื่อมของร่างกายบางอย่างก็ไม่สามารถควบคุมได้ การจัดสภาพแวดล้อมที่พักอาศัย จึงเป็นการออกแบบเชิงป้องกันที่จำเป็นจะต้องถูกนำมาพิจารณา เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม มีความสะดวกและปลอดภัย เมื่อนำแนวคิดทฤษฎีต่างๆ มาบูรณาการกับการออกแบบทางสถาปัตยกรรมให้เป็นหลักการที่เป็นรูปธรรม เพื่อให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้งานตามบริบทของพื้นที่ โดยการจัดเป็นหมวด ดังนี้

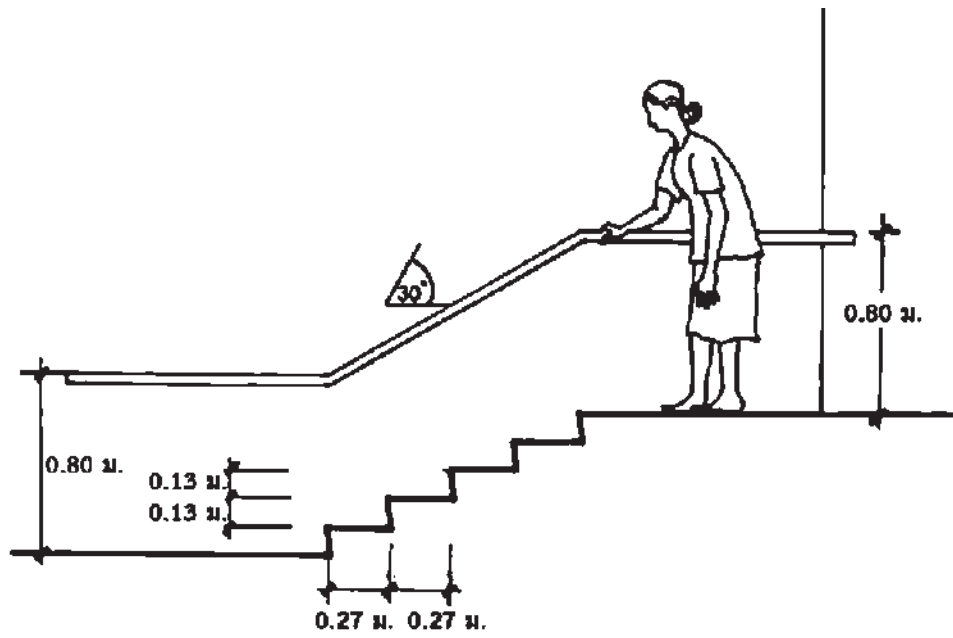
หมวด 1 ทางสัญจร

เส้นทางที่ใช้สัญจรเชื่อมต่อพื้นที่ใช้สอยในอาคารพักอาศัย

ทางสัญจร	ทางเดิน	ทางลาด	บันได
คุณสมบัติทั่วไป	ปราศจากสิ่งกีดขวาง	เป็นเส้นทางตรง	ปราศจากสิ่งกีดขวาง มีระยะ/ขนาด ที่สม่ำเสมอ
ขนาด	0.90-1.80 ม.	ไม่น้อยกว่า 0.90 ม. มีชานพักทุกช่วง 6 ม.	ไม่น้อยกว่า 1.50 ม. มีชานพักทุกความสูง 2 ม.
พื้น		เรียบ ไม่ลื่น ไม่สะดุด	
ผนัง		มีผนังหรือขอบกันตก	
สี		สบายตา	
แสงสว่าง		เพียงพอ มองเห็นชัด ทั้งกลางวันและกลางคืน	
อุปกรณ์		ราวจับ/ ราวกันตก	
หมายเหตุ		ควรมีป้ายบอกทาง	



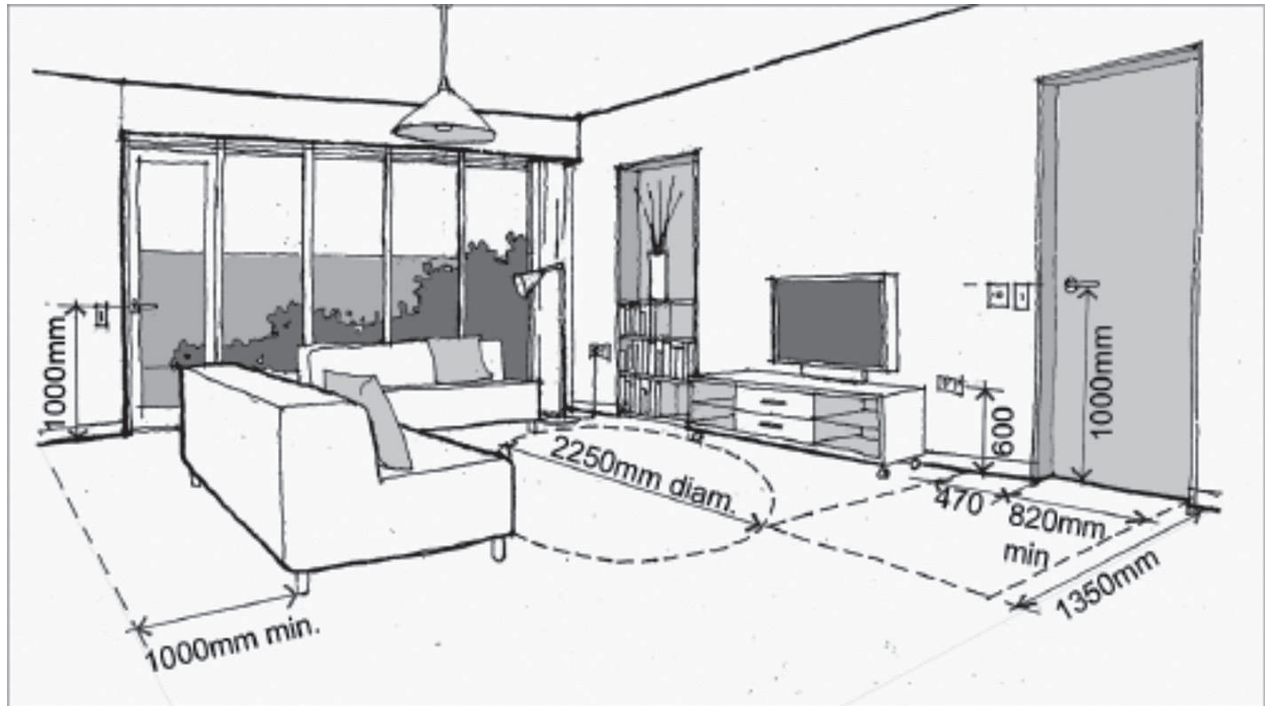




หมวด 2 พื้นที่ใช้สอย

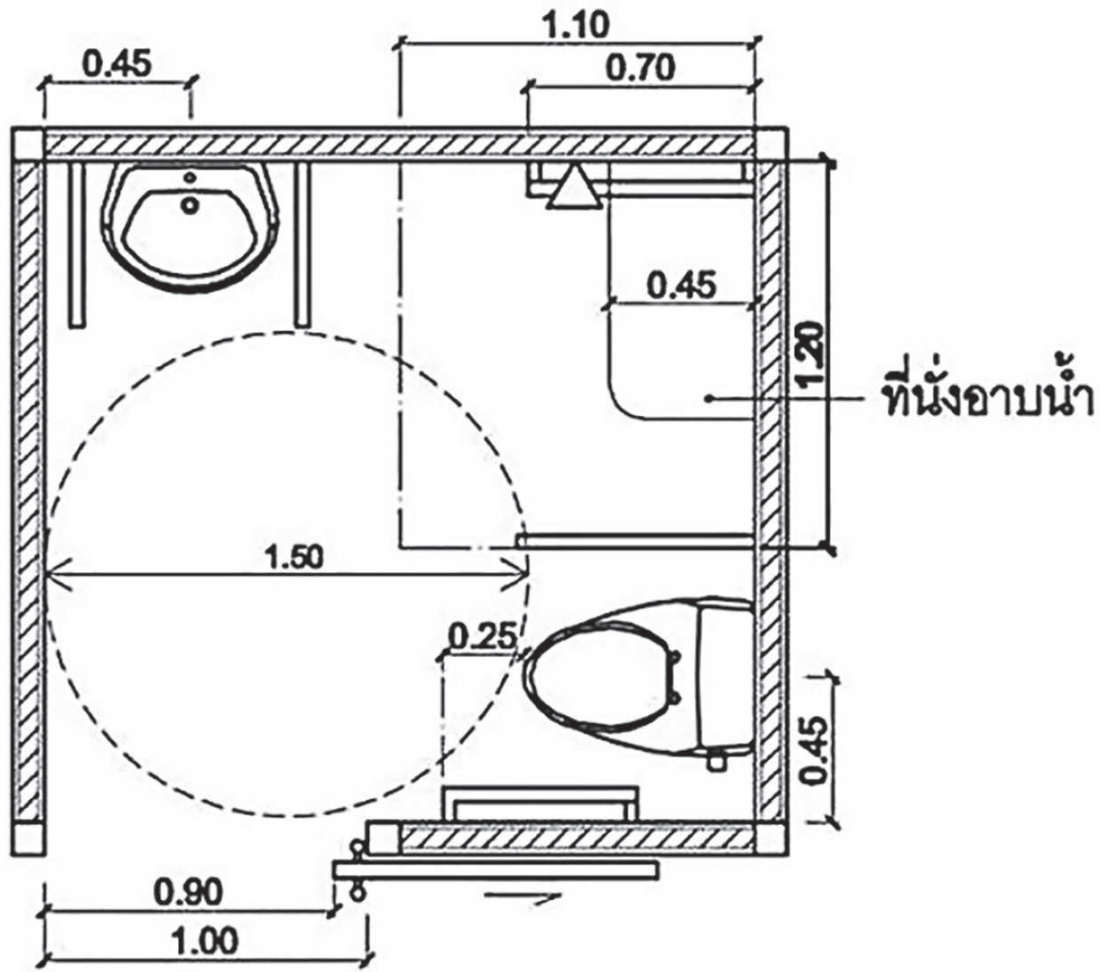
การจัดการพื้นที่ใช้สอยหลัก พิจารณาจากองค์ประกอบของพื้นที่ที่จำเป็น ดังนี้

- ห้องนั่งเล่น รับแขก



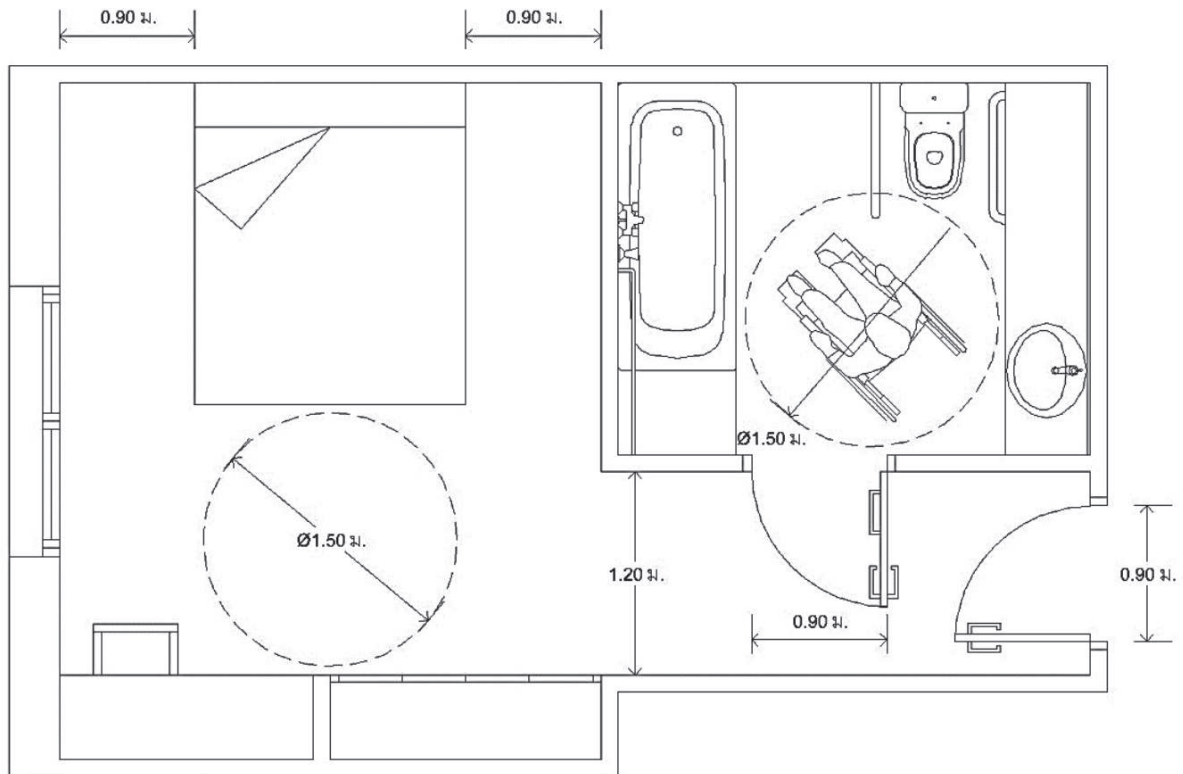
ห้องนั่งเล่น รับแขก ห้องรับประทานอาหาร	
คุณสมบัติทั่วไป	โล่ง โปร่ง สบาย มองเห็นวิวธรรมชาติภายนอกได้
ขนาด	ไม่อึดอัด สามารถใช้พื้นที่รับแขก-นั่งเล่น เชื่อมกับห้องรับประทานอาหารได้ มีพื้นที่ว่างระหว่างเครื่องเรือนสำหรับหมุนกลับตัวรถเข็นอย่างน้อย \varnothing 2.00 ม.
พื้น	เรียบ ไม่ลื่น ไม่เล่นระดับพื้น ทำความสะอาดง่าย
ผนัง	เรียบ ดูดซับเสียงได้ ทำความสะอาดง่าย
สี	สว่าง สะอาด สบายตา
แสงสว่าง	แสงธรรมชาติเข้าถึงได้ ปรับความสว่างได้ เพียงพอ มองเห็นชัด ทั้งกลางวันและกลางคืน
อุปกรณ์	ราวจับ อุปกรณ์พยุงตัว หลักเฉียงพรมเช็ดเท้าเพื่อป้องกันสะดุด
หมายเหตุ	หลักเฉียงการวางของขวางทาง เช่น ถังขยะ อุปกรณ์ทำความสะอาด ระดับความสูงของเฟอร์นิเจอร์ สิ่งอำนวยความสะดวก ตำแหน่งสวิทช์-ปลั๊ก ต้องเหมาะสมกับผู้ใช้งานที่หลากหลาย

- ห้องน้ำ ห้องอาบน้ำ



ห้องน้ำ-ห้องอาบน้ำ	
คุณสมบัติทั่วไป	เข้าถึงสะดวก ประตูบานเลื่อนน้ำหนักเบา
ขนาด	มีพื้นที่ว่างสำหรับหมุนกลับตัวรถเข็นอย่างน้อย \varnothing 1.50 ม. สำรองพื้นที่ว่างเพิ่มเติมในกรณีที่ต้องมีผู้ดูแลเข้ามาด้วย
พื้น	เรียบ ไม่ลื่น ระบายน้ำได้ดี ไม่เล่นระดับพื้น ทำความสะอาดง่าย
ผนัง	เรียบ ทำความสะอาดง่าย
สี	สะอาด สบายตา
แสงสว่าง	เพียงพอ มองเห็นชัด ทั้งกลางวันและกลางคืน
อุปกรณ์	ราวจับ อุปกรณ์พยุงตัว ก๊อกน้ำควรใช้แบบก้านโยก
หมายเหตุ	อ่างล้างมือควรเป็นอ่างลอย มีพื้นที่โล่งใต้อ่างให้รถเข็นเข้าถึงได้ ระดับของสุขภัณฑ์ต้องเหมาะสมกับผู้ใช้งานที่หลากหลาย

- ห้องนอน



ห้องนอน	
คุณสมบัติทั่วไป	เข้าถึงสะดวก ใกล้เคียงห้องน้ำ อยู่ใกล้ประตูทางเข้าออกของบ้าน และใกล้ห้องพักผ่อน
ขนาด	มีพื้นที่ว่างสำหรับหมุนกลับตัวรถเข็นอย่างน้อย \varnothing 1.50 ม. เตียงนอนควรมีพื้นที่ว่าง 3 ด้าน อย่างน้อย 0.90 ม. อาจสำรองพื้นที่ว่างเพิ่มเติมในกรณีที่ต้องมีผู้ดูแลเข้ามานอนด้วย
พื้น	เรียบ ไม่ลื่น ไม่เล่นระดับพื้น ทำความสะอาดง่าย
ผนัง	เรียบ ดูดซับเสียงได้ ทำความสะอาดง่าย
สี	สว่าง สะอาด สบายตา
แสงสว่าง	แสงธรรมชาติเข้าถึงได้ ปรับความสว่างได้ เพียงพอ มองเห็นชัด ทั้งกลางวันและกลางคืน
อุปกรณ์	ราวจับ อุปกรณ์พยุงตัว หลีกเลี่ยงพรมเช็ดเท้าเพื่อป้องกันสะดุด
หมายเหตุ	หลีกเลี่ยงการวางของขวางทาง เช่น ถังขยะ อุปกรณ์ทำความสะอาด ระดับความสูงของเฟอร์นิเจอร์ สิ่งอำนวยความสะดวก ตำแหน่งสวิทช์-ปลั๊ก ต้องเหมาะสมกับผู้ใช้งานที่หลากหลาย

หมวด 3 เครื่องเรือน ของใช้และพื้นที่พิเศษอื่นๆ

ควรพิจารณาคุณสมบัติ ดังนี้

1. ขนาด ระดับ ระยะ ควรเหมาะสมกับลักษณะทางกายภาพของผู้ใช้ ไม่สูงหรือต่ำเกินไป เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ศักยภาพของร่างกายตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. เครื่องเรือน (เฟอร์นิเจอร์) ควรออกแบบให้มีความแข็งแรง มั่นคง และมีการลบบุมทุกชิ้น

3. ควรเผื่อพื้นที่สำหรับผู้ช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ รอบพื้นที่นั้นให้เพียงพอ โดยไม่ทำให้ผู้สูงอายุอึดอัด

4. หลีกเลี่ยงการวางของในตำแหน่งที่ต้องบิดตัว เอี้ยวตัว หรือเอื้อมมือไกลเกินไป ซึ่งอาจเกิดอุบัติเหตุจากสูญเสียการทรงตัวได้

5. ติดตั้งราวจับให้ทั่วบริเวณที่ใช้งาน เพื่อลดภาระการถือไม้เท้าและทำให้ผู้สูงอายุไม่รู้สึกว่าจะต้องพึ่งพากรากายอุปกรณ์ส่วนตัว

6. ควรมีที่นั่งพักระหว่างทางเดิน โดยจัดไม่ให้ขวางทางสัญจร เพื่อลดความเสี่ยงจากอาการเหนื่อยล้าระหว่างทาง

7. ควรจัดให้มีมุมพักผ่อนสำหรับผู้สูงอายุ เช่น มุมสวนเล็กๆ เฉลียงหน้าบ้าน ศาลา หรือสนามหญ้า เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ใช้เวลาว่างในการนั่งเล่น เดินออกกำลังกาย รดน้ำต้นไม้ มีปฏิสัมพันธ์กับสังคมนบ้านหรือทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับครอบครัว

8. ติดตั้งสัญญาณขอความช่วยเหลือไว้ตามจุดต่างๆ ภายในบ้าน เช่น ห้องนั่งเล่น ห้องรับประทานอาหาร ห้องนอน ห้องน้ำ ห้องส้วม มุมพักผ่อน หรือห้องที่ผู้สูงอายุใช้เป็นประจำ เพื่อลดความเสี่ยงและสามารถเข้าไปช่วยเหลือได้ทันเมื่อเกิดเหตุจำเป็นต้องการความช่วยเหลือ

ข้อมูลมาตรฐานการออกแบบพื้นที่ใช้สอยสำหรับผู้สูงอายุ สามารถสืบค้นจากระเบียบราชการ กฎหมาย กฎกระทรวง รวมถึงเอกสารทางวิชาการต่างๆ ดังนี้

1. กฎกระทรวง เรื่องสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคาร สำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพและคนชรา พ.ศ. 2548

2. กฎกระทรวง กำหนดลักษณะหรือการจัดให้มีอุปกรณ์ สิ่งอำนวยความสะดวกหรือบริการในอาคารสถานที่หรือบริการสาธารณะอื่นๆ เพื่อให้คนพิการสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์ได้ พ.ศ. 2555

3. คู่มือปฏิบัติวิชาชีพสถาปัตยกรรม การออกแบบสภาพแวดล้อมและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับทุกคน (Universal Design Code of Practice) พ.ศ. 2551

4. คำแนะนำการออกแบบสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับทุกคน (Buildings and Environments Design Recommendation for all) โดยสมาคมสถาปนิกสยามในพระบรมราชูปถัมภ์ร่วมกับสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

5. มาตรฐานบ้านพักผู้สูงอายุ โดยสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาสและผู้สูงอายุ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ พ.ศ. 2555

6. 2110 ADA Standards for Accessible Design, Department of Justice (ADA)

7. Universal Design Handbook, โดย Wolfgang F.E. Preiser สำนักพิมพ์ McGraw-Hill, 2011

การใช้ภูมิปัญญาไทยและการแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

การใช้ภูมิปัญญาไทยและการแพทย์ทางเลือกในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

กองวิชาการและแผนงาน

กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

การแพทย์แผนไทย

การแพทย์แผนไทยเป็นการแพทย์แบบองค์รวมเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตของคนไทยโดยอาศัยแนวทางของพระพุทธศาสนาเป็นหลักและยังเกี่ยวข้องกับพิธีกรรมตามธรรมชาติมีแบบแผนเป็นวัฒนธรรมในการดำรงชีวิตตามทฤษฎีของการแพทย์แผนไทยนั้น มิได้มองความเจ็บป่วยเป็นเพียงแคโรโรค แต่เชื่อว่าความเจ็บป่วยไข้ได้ป่วยของมนุษย์มาจากสิ่งที่เหนือธรรมชาติ โดยมีสาเหตุมาจากอิทธิพลดังต่อไปนี้

1. มูลเหตุธาตุทั้ง 4 (ธาตุสมุฏฐาน)

สิ่งมีชีวิตที่เกิดมาล้วนประกอบด้วยธาตุทั้ง 4 อัน ได้แก่ ดิน น้ำ ลม ไฟ ที่เรียกว่า สมุฏฐานธาตุซึ่งอยู่ในภาวะสมดุลเกี่ยวข้องกันและกันโดยแบ่งรายละเอียดดังนี้ ธาตุดิน 20 ประการ ธาตุน้ำ 12 ประการ ธาตุลม 6 ประการ และธาตุไฟ 4 ประการ

ธาตุดิน (ปถวีธาตุ) คือ องค์ประกอบของสิ่งมีชีวิตที่มีลักษณะเป็นของแข็งมีความคงรูป เช่น อวัยวะต่าง ๆ ธาตุดิน โดยส่วนใหญ่มี 20 ประการ ได้แก่ ฝม ขน เล็บ ฟัน หนัง เนื้อ เส้นเอ็น กระดูกเยื่อในกระดูก ม้าม หัวใจ ตับ พังผืด ไต ปอด ไล่ใหญ่ ไล่ย่อย อาหารใหม่ อาหารเก่า สมอสังขยา สิ่งเหล่านี้จัดเป็นธาตุดิน ภายในส่วนธาตุดินภายนอกได้แก่ ไต้อะ แก้ว ไม้ ดิน เป็นต้น

ธาตุน้ำ (อาโปธาตุ) คือ องค์ประกอบของสิ่งมีชีวิตที่มีลักษณะเป็นน้ำเป็นของเหลวมีคุณสมบัติไหลไปมาซึมซับทั่วไปในร่างกายอาศัยธาตุดินเพื่อการคงอยู่อาศัยธาตุลมเพื่อการเคลื่อนไหว ธาตุน้ำภายในมี 12 ประการ ได้แก่ น้ำดี เสดด น้ำหนอง น้ำเลือด น้ำเหลือง มันทัน น้ำตา มันทะเล น้ำลาย น้ำมูก น้ำไขข้อ น้ำปัสสาวะหรือน้ำมูตร ธาตุน้ำภายนอก ได้แก่ น้ำฝน น้ำท่า น้ำหรือของเหลวในสิ่งแวดล้อมทั้งหลายภายในดินมีน้ำซึมซับอยู่ให้ความชุ่มชื้นแก่ดินและต้นไม้

ธาตุลม (วาโยธาตุ) คือ องค์ประกอบของสิ่งมีชีวิต มีลักษณะเคลื่อนไหวได้มีคุณสมบัติ คือ ความเบาเป็นสิ่งที่ผลักดันให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหว เดินนั่งนอนคุ้ยเคี้ยวได้ธาตุลมย่อยมาอาศัยดินและธาตุน้ำเป็นเครื่องนำพาพลังและขณะเดียวกันธาตุลมพยุ้งดินและทำให้น้ำเคลื่อนไหวไปมาได้ธาตุลมที่สำคัญมี 6 ประการ จัดเป็นธาตุลมภายใน ได้แก่ ลมพัดจากเบื้องล่างสู่เบื้องบน ลมพัดจากเบื้องบนสู่เบื้องต่ำ ลมพัดอยู่ในท้องนอกลำไส้ ลมพัดในกระเพาะและลำไส้ ลมพัดทั่วร่างกาย ลมหายใจเข้าออก ลมภายนอก ได้แก่ ลมต่างๆ ลมบก ลมทะเล ลมที่พัดอันเป็นปกติของโลก หรืออากาศที่มีการเคลื่อนไหวไปมานั่นเอง

ธาตุไฟ (เตโชธาตุ) คือ องค์ประกอบของสิ่งมีชีวิต มีลักษณะที่เป็นความร้อน มีคุณสมบัติเผาผลาญให้เหล็กสลายไฟทำให้ลมและน้ำในร่างกายเคลื่อนที่ด้วยพลังแห่งความร้อนอันพอเหมาะ ไฟทำให้ดินอุ่น คือ อวัยวะ ต่าง ๆ ไม่น่าไฟภายในมี 4 ประการ ได้แก่ ไฟทำให้ร่างกายอบอุ่น ไฟทำให้ร้อนระส่ำระสาย ไฟทำให้ร่างกายเหี่ยวแห้งทรุดโทรมไฟย่อยอาหาร ไฟภายนอก ได้แก่ ความร้อนต่างๆ จากภายนอก เช่น ความร้อนจากดวงอาทิตย์ ไฟที่จุดขึ้นหรือพลังความร้อนอื่นๆ ที่มีคุณสมบัติเผาผลาญต่างๆ

อิทธิพลของฤดูกาล (อุตุสมุฏฐาน)

อุตุสมุฏฐาน คือ ฤดูต่างๆ มีผลทำให้ร่างกายแปรปรวน โดยช่วงรอยต่อระหว่างฤดูกาล เช่น ฤดูหนาวต่อฤดูร้อน ความเย็นจะเจือผ่านเข้าไปและความร้อนเริ่มเจือผ่านเข้ามาฤดูร้อนต่อฤดูฝน ความร้อนย่อมเจือเข้า มีผลต่อธาตุลมที่กำลังมา มีผลกระทบ และธาตุลมย่อมเจือเข้ากระทบร้อนด้วย ฤดูฝนต่อฤดูหนาว เมื่อถึงอากาศหนาวกำลังมา ละอองฝนปลายฤดูฝนและธาตุลมเจือเข้าสู่ความเย็น ในขณะที่ความหนาวเย็นต้นฤดูหนาว เริ่มเจือเข้ามารับลมปลายฤดูฝนสภาวะดังกล่าวมนุษย์ต้องปรับตัวเป็นอย่างมากปีแล้วปีเล่าหากปรับตัวไม่ได้ จะเกิดเสียสมดุลทำให้เจ็บป่วยร่างกาย จึงต้องพยายามปรับตัวให้เข้ากับฤดูกาลต่างๆ ซึ่งมี 3 ฤดูคือ

1. ฤดูร้อนเจ็บป่วยด้วยธาตุไฟ
2. ฤดูฝนเจ็บป่วยด้วยธาตุลม
3. ฤดูหนาวเจ็บป่วยด้วยธาตุน้ำ

อายุที่เปลี่ยนไปสามวัย (อายุสมุฏฐาน)

ร่างกายมนุษย์จะเปลี่ยนแปลงไปตามอายุขัยแบ่งเป็น 3 วัยคือ

- ปฐมวัย (แรกเกิด - 16 ปี) เกิดโรคทางธาตุน้ำ
- มัชฌิมวัย (อายุ 16 - 32 ปี) เกิดโรคทางธาตุไฟ
- ปัจฉิมวัย (อายุตั้งแต่ 32 ปีขึ้นไป) เกิดโรคทางธาตุลม

เรามักได้ยินเสมอว่าเลือดจะไปลมจะมา เป็นอาการของผู้ที่ว่าจะอย่างสู่วัยปัจฉิมวัยบางคนอาจสงสัยว่าเหตุใดจึงแบ่งวัยให้แก่เร็ว คือ 32 ทั้งนี้เพราะธาตุทั้ง 4 จะทยอยกันเสื่อม แม้จะยังไม่แสดงอาการชัดเจน ซึ่งการแพทย์แผนปัจจุบันก็ยอมรับว่า ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเริ่มเสื่อมเมื่ออายุเกิน 32 ปี ปัจจุบันส่วนใหญ่ เข้าใจว่าผู้สูงอายุคือผู้มีอายุ 60 ปีแล้ว จึงเริ่มส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุซึ่งอาจสายเกินไป การแบ่งวัยแบบไทย ๆ เป็นการเตือนสติไม่ให้ประมาทในการดำรงชีวิตให้เริ่มรอบคอบในการกินอยู่หลับนอน หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง นอกจากนี้แพทย์แผนไทยยังใช้อายุสำหรับการจัดยาที่แตกต่างกันอีกด้วย เช่น วัยชราต้องจัดยาที่ค้ำึงถึงธาตุลมมากกว่าธาตุอื่น เป็นต้น

สถานที่ถิ่นที่อยู่อาศัย (ประเทศสมุฏฐาน)

ที่อยู่อาศัยหรือสิ่งแวดล้อมเรียกว่าประเทศสมุฏฐานย่อมมีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพ ได้แก่ ประเทศร้อน สถานที่ที่เป็นภูเขาสูง เนินผามักเจ็บป่วยด้วยธาตุไฟ ประเทศอุ่น สถานที่ที่เป็นน้ำฝนกรวดทรายเป็นที่เก็บน้ำไม่ยอมักเจ็บป่วยด้วยธาตุน้ำ ประเทศเย็น สถานที่ที่เป็นน้ำฝนโคลนตมมีฝนตกชุก มักเจ็บป่วยด้วยธาตุลมและประเทศหนาว สถานที่ที่เป็นน้ำเค็มมีโคลนตมขึ้นขึ้นแฉะ ได้แก่ ชายทะเล มักเจ็บป่วยด้วยธาตุดิน

อิทธิพลของกาลเวลา (กาลสมุฏฐาน)

กาลสมุฏฐาน คือ สาเหตุของการเกิดโรคอันเนื่องจากเวลา คือ การเปลี่ยนแปลงทุก 24 ชั่วโมง ในรอบ 1 วัน การที่โลกหมุนรอบตัวเองทำให้เกิดกลางวันและกลางคืน และน้ำขึ้นน้ำลงเกิดด้วยอิทธิพลจากแรงดึงดูดของดวงจันทร์ ยามใดเกิดจันทร์ปราศหรือสุริยุปราคา มักเกิดปรากฏการณ์ทางธรรมชาติบนโลกมนุษย์ เช่น น้ำท่วมแผ่นดินไหว สิ่งมีชีวิตจะได้รับผลกระทบเพียงใดเป็นเรื่องที่น่านศึกษาอย่างยิ่งยังมีดวงดาวอื่นๆ อีกมากมายที่คนโบราณได้สังเกตเห็นสรุปข้อมูลถึงอิทธิพลไว้ในตำราสุริยยาตรา

การหมุนรอบตัวเองของโลกใน 24 ชั่วโมง เกิดการแปรปรวนของธาตุต่าง ๆ แตกต่างกันไป คือ

เวลา 06.00-10.00 น. 18.00-22.00 น. ธาตุน้ำกระทำโทษ มักมีอาการน้ำมูกไหลหรือท้องเสีย

เวลา 10.00-14.00 น. 22.00-02.00 น. ธาตุไฟกระทำโทษ มักมีอาการไข้หรือแสบท้องปวดท้อง

เวลา 14.00-18.00 น. 02.00-06.00 น. ธาตุลมกระทำโทษ มักมีอาการวิงเวียนปวดเมื่อยอ่อนเพลีย เป็นลมในยามบ่าย

พฤติกรรมมูลเหตุก่อโรค

ในปัจจุบันมีผู้ป่วยด้วยโรคทางพฤติกรรมมากขึ้น ทั้งนี้เกิดขึ้นด้วยการรู้เท่าไม่ถึงการณ์และเกิดจากการตามใจตนเอง ไม่ว่าจะเป็นการกินอาหาร การมีพฤติกรรมที่ก่อโรค เช่น การสำส่อนทางเพศ การติดสิ่งเสพติดต่าง ๆ ล้วนเกิดจากความอ่อนแอทางจิต การยึดติดในกิเลสตัณหา คนโบราณทราบว่าการเจ็บป่วยมีสาเหตุจากพฤติกรรมจึงได้สอนให้ยึดหลักมัชฌิมาปฏิปทา คือ การเดินสายกลางตั้งในคัมภีร์โรคนิทานและในตำราอื่น ๆ พอสรุปได้ดังนี้

1. กินอาหารมากหรือน้อยเกินไปกินอาหารบูดหรืออาหารที่ไม่เคยกินกินอาหารไม่ถูกกับธาตุไม่ถูกกับโรค
2. ฝืนอิริยาบถได้แก่การนั่งยืนเดินนอนไม่สมดุลกันทำให้โครงสร้างร่างกายเสียสมดุลและเสื่อมโทรม
3. อากาศไม่สะอาดอยู่ในอากาศร้อนหรือเย็นเกินไป
4. การอดได้แก่การอดข้าวอดนอนอดน้ำขาดอาหาร
5. การกลั่นแอกจากระบี่สรวะ
6. ทำงานเกินกำลังมากหรือมีกิจกรรมทางเพศมากเกินไป
7. มีความโศกเศร้าเสียใจหรือดีใจจนเกินไปขาดอุเบกขา
8. มีโทษะมากเกินไปขาดสติ

การดูแลสุขภาพด้วยหลักธรรมานามัย

หลักธรรมานามัย โดย ศ.นพ.อวย เกตุสิงห์ เป็นผู้คิดค้น

ธรรมานามัย คือ การสาธารณสุขมูลฐานของการแพทย์แผนไทย สามารถประยุกต์ใช้ได้ทุกชาติทุกศาสนา เพื่อกระจายความรู้เรื่องสุขภาพสู่ชุมชนและปัจเจกชนให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ ธรรมานามัย หมายถึง ระบบการสร้างเสริมสุขภาพด้วยวิถีธรรมชาติให้ความสำคัญต่อสิ่งที่มีผลกระทบต่อสุขภาพในทุกด้านทั้งทางด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ ด้านสังคม และสิ่งแวดล้อม

ธรรมานามัยมีองค์ประกอบ 3 ส่วน ได้แก่

1. กายานามัย คือ การส่งเสริมสุขภาพทางกาย
2. จิตตานามัย คือ การส่งเสริมสุขภาพทางจิตใจ
3. ชีวิตานามัย คือ การส่งเสริมคุณภาพชีวิตและครอบครัว

กายานามัย

กายานามัย คือ การส่งเสริมสุขภาพทางกาย 2 อย่าง ได้แก่

1.1 การบริโภคอาหาร ควรรับประทานอาหารให้พอดีไม่มากและน้อยเกินไป ตามหลักทฤษฎีการแพทย์แผนไทย ควรรับประทานให้หลากหลายและครบทุกรส เพื่อจะได้ช่วยปรับธาตุทั้ง 4 ให้สมดุล สิ่งสำคัญต้องคำนึงถึงความเหมาะสมของวัย เวลา ธาตุและโรคที่เป็น เช่น บุคคลที่อยู่ในวัยชรามักเจ็บป่วยด้วยโรคลม ท้องอืด ท้องเฟ้อ จึงไม่สมควรรับประทานอาหารรสมันและอาหารที่ย่อยยาก ช่วงเวลาเข้านมดเป็นเวลาที่มักเกิดเสมหะ ไม่ควรรับประทานรสหวานมัน เนื่องจากจะทำให้มีเสมหะมาก

อาหารประจำธาตุเจ้าเรือน

อาหารของผู้ที่มีธาตุดินเป็นธาตุเจ้าเรือน

รสอาหาร ควรรับประทานอาหารรสฝาด รสหวาน รสมัน รสเค็ม เช่น ฝรั่งดิบ หัวปลี กัลยัม มะละกอ ฝือก ถั่วพู กะหล่ำปลี ผักกะเฉด ฯลฯ

สรรพคุณของอาหาร

อาหารรสฝาด ช่วยสมานปิดธาตุหากรับประทานมากเกินไปทำให้ผิวดอกท้องอืดท้องผูก

อาหารรสหวาน ซึมซาบไปตามเนื้อ ทำให้ชุ่มชื้นบำรุงกำลัง หากรับประทานมากเกินไป ทำให้กำเริบ ง่วงนอน เหนื่อยคร้าน

อาหารรสมัน แก้เส้นเอ็นพิการปวดเสียว ชัดยอกกระดูก

อาหารรสเค็ม ซึมซาบไปตามผิวหนัง ประดง ขา คั้น หากรับประทานมากเกินไป ทำให้มีอาการกระหายน้ำ

ตัวอย่างอาหาร

อาหารเช้า ข้าวต้ม ถั่วลิสงคั่วเกลือ กุ้งหวาน ถั่วงอกผัดเต้าหู้เหลือง

อาหารกลางวัน รุ้นเส้นผัดไทย ขนมจีนน้ำพริก หมี่กะทิ ข้าวซอยไก่

อาหารเย็น แกงจืดเต้าหู้ แกงเผ็ดไก่ใส่ฟักทอง ปลากระเทียมทอด แกงอ่อมไก่ ยำถั่วพู แกงแคไก่ หลนเต้าเจี้ยว ยำหัวปลี

ผักจิ้ม หัวปลี ยอดกระถิน ใบบัวบก ยอดมะม่วงหิมพานต์

ผลไม้ ฝรั่ง กัลยัม น้ำว้า มะละกอ มะม่วงสุก มังคุด เงาะ ลำไย

เครื่องดื่ม น้ำฝรั่ง น้ำฟักทอง น้ำแตงโม น้ำเต้าหู้

ของหวาน ถั่วเขียวต้มน้ำว้า กัลยัม น้ำว้า มะพร้าวชูด กัลยัมหักมูกเผา ฟักทองนึ่ง มะพร้าวชูด กัลยัมบัวชี่

อาหารของผู้ที่มีธาตุน้ำเป็นธาตุเจ้าเรือน

รสอาหาร ควรรับประทานอาหารรสเปรี้ยว เช่น มะเขือเทศ ส้มโอ สับปะรด มะนาว ส้มเขียวหวาน ยอดมะพร้าวอ่อนหลีกเลียงอาหารรสมันจัด

สรรพคุณของอาหาร

อาหารรสเปรี้ยว แก้เสมหะพิการ กัดฟอกเสมหะ กระตุ้นน้ำลาย เจริญอาหาร หากรับประทานมากเกินไป ทำให้ท้องอืดแฉลงแผลร้อนใน

ตัวอย่างอาหาร

อาหารเช้า ข้าวต้ม ยำกุ้งแห้ง ซีแซ่กไข่ กระเทียมดองผัดไข่
อาหารกลางวัน ไก่ย่างส้มตำ ลาบปลาตุก ต้มแซ่บ ข้าวยาปักซี่ใต้ ข้าวคลุกกะปิ ก๋วยเตี๋ยวมั้ยำสุโขทัย
อาหารเย็น ต้มยำไก่ใบมะขามอ่อน น้ำพริกปลาอย่าง ผัดเปรี้ยวหวานปลากระพง แกงส้มผักบุ้ง มะขามสด ปลาทอด ยำทะเล
ผักจิ้ม ยอดมะขามอ่อน ยอดมะกอก ยอดผักแต้ว
ผลไม้ สับปะรด ส้มเขียวหวาน ส้มโอ มะเฟือง ลางสาต มะม่วงดิบ
เครื่องดื่ม น้ำส้ม น้ำมะนาว น้ำกระเจี๊ยบ น้ำระกำ น้ำสับปะรด
ของหวาน กระท้อนลอยแก้ว ส้มลอยแก้ว สับปะรดลอยแก้ว

อาหารของผู้ที่มีธาตุลมเป็นธาตุเจ้าเรือน

รสอาหาร ควรรับประทานอาหารรสเผ็ดร้อน เช่น กะเพรา โหระพา ตะไคร้ข่า กระเทียม คื่นช่าย ขิง ยี่ห่วย ฯลฯ หลีกเลียงอาหารรสหวานจัด

สรรพคุณของอาหาร

อาหารรสเผ็ดร้อน แก้โรคในกองลม ลมจุกเสียด ปวดท้อง ลมป่วง หากรับประทานมากเกินไป ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลียและเผ็ดร้อน

ตัวอย่างอาหาร

อาหารเช้า ข้าวต้ม ขิงดอง เต้าเจี้ยว ผัดผักบุ้งไฟแดง ยำปลาทูน่าใส่หอมใหญ่ โจ๊กหมูใส่ขิง
อาหารกลางวัน วุ้นเส้นผัดซีเม่า ข้าวผัดน้ำพริกขิงเรือ ขนมจีนน้ำยา ขนมจีนแกงเขียวหวาน
อาหารเย็น แกงเลียง ไก่ผัดขิงสด ปลาทอดราดพริก แกงป่าใส่ปลาช่อน น้ำพริกขิงเรือ ผัดพริกขิง ปลาทุ ต้มส้มปลาทุสด ยำรวมมิตรทะเล ไก่ผัดพริกหยวก
ผักจิ้ม ใบชะพลู ขมิ้นขาว ผักแขยง ผักชีล้อม ใบสะระแห่น ใบแมงลัก ใบโหระพา
ผลไม้ ชมพู แดงโม แดงไทย
เครื่องดื่ม น้ำขิง น้ำตะไคร
ของหวาน เต้าฮวยน้ำขิง บัวลอยน้ำขิง มันต้มน้ำตาลใส่ขิง ขนมเทียนไส้เค็ม

อาหารของผู้ที่มีธาตุไฟเป็นธาตุเจ้าเรือน

รสอาหาร ควรรับประทานผัก และผลไม้ที่มีรสขม รสเย็น รสจืด เช่น สะเดา แดงโม หัวผักกาด พักเขียว แดงกวา คะน้า มะเขือ ฯลฯ หลีกเลียงอาหารรสเผ็ดร้อน

สรรพคุณของอาหาร

อาหารรสขม	แก้โลหิตเป็นพิษ ดีพิการ เพื่อคลั่งหากับประทานมากทำให้กำลังตก อ่อนเพลีย
อาหารเย็น	แก้ไข้ แก้ร้อนใน แก้ไข้พิษ แก้ไข้เพื่อกำเดาดับพิษร้อน

ตัวอย่างอาหาร

อาหารเช้า	ซูปรากบัวเห็ดหอม ตุ่นมะระซี่โครงหมูข้าวต้ม ใบปอผัด ปลาใบขนุนนึ่งจิ้มเต้าเจี้ยว ต้มจับฉ่าย
อาหารกลางวัน	ข้าวแช่ ข้าวราดหน้าไก่ กวยเตี๋ยวน้ำสุโขทัย
อาหารเย็น	แกงซี่เหล็ก ห่อหมกใบยอ น้ำปลาทูหวานสะเดา ปลาตุ๋นย่าง แกงจืดตำลึงหมูสับ แกงปลาตุ๋น ใส่มะระ ปลาช่อนผัดขึ้นฉ่าย ผัดมะเขือยาว
ผักจิ้ม	ถั่วงอกแตงกวา ถั่วงอกยาว ผักกาดขาว กะหล่ำปลี ผักบุ้ง ใบบัวบก กระจี้บบมอญ กุ่ม ดอกขจร ชะอม บัวสาย ผักกะเฉด ผักกูด ผักขม ผักชีฝรั่ง
ผลไม้	ชมพู่ แตงโม มะละกอ แตงไทย ลูกตาลอ่อน
เครื่องดื่ม	น้ำบัวบก น้ำใบเตย น้ำเก๊กฮวย น้ำมะตูม น้ำแตงโม
ของหวาน	เฉาก๊วย รากบัวต้มใส่มะตูม เต้าฮวยฟรุตสลัด

เครื่องดื่มสมุนไพรตามธาตุเจ้าเรือน

น้ำดื่มเป็นปัจจัยสำคัญต่อการดำรงชีวิตมนุษย์ภูมิปัญญาพื้นบ้านไทย ได้นำน้ำสมุนไพรมาเป็น เครื่องดื่มช่วยคลายร้อน ดับกระหาย และยังช่วยปรับธาตุบำรุงสุขภาพ และป้องกันโรค หรืออาการเจ็บป่วยบางอย่างได้ เนื่องจากในน้ำสมุนไพร มีวิตามิน และสารหลายชนิดที่มีฤทธิ์ในการป้องกันโรค น้ำสมุนไพรได้รับความนิยมมากขึ้นโดยมีการปรับประยุกต์นำผักและผลไม้ทำเป็นเครื่องดื่มเพื่อสุขภาพ ตามทฤษฎีการแพทย์แผนไทย

1. ธาตุดิน ควรรับประทานอาหารรสฝาดหวานมันเค็ม เครื่องดื่มสมุนไพรที่เหมาะสมกับคนธาตุดิน ได้แก่
 - รสฝาด เช่น น้ำฝรั่ง น้ำมะตูม น้ำมะกอก น้ำมะขามป้อม น้ำลูกหว้า
 - รสหวาน เช่น น้ำแตงโม น้ำมะละกอ น้ำกล้วยหอม น้ำขนุน น้ำเงาะ น้ำน้อยหน่า น้ำละมุด น้ำลำไย น้ำอ้อย
 - รสมัน เช่น น้ำกระเจี๊ยบ น้ำข้าวโพด น้ำฟักทอง น้ำแห้ว
2. ธาตุน้ำ ควรรับประทานอาหารรสเปรี้ยวและขม เครื่องดื่มสมุนไพรที่เหมาะสมกับคนธาตุน้ำ ได้แก่
 - รสเปรี้ยว เช่น น้ำมะขาม น้ำมะนาว น้ำกระเจี๊ยบแดง น้ำมะยม น้ำส้มโอ น้ำมะเขือเทศ น้ำสับประรด น้ำส้ม น้ำองุ่น น้ำชมพู่ น้ำสตอเบอรี่ น้ำมะปราง น้ำมะเฟือง
 - รสขม เช่น น้ำมะระขี้้นก น้ำเห็ดหลินจือ น้ำใบบัวบก
3. ธาตุลม ควรรับประทานอาหารรสเผ็ดร้อนเครื่องดื่มสมุนไพร ที่เหมาะสมกับคนธาตุลม ได้แก่ น้ำกระเพรา น้ำขิง น้ำตะไคร้ น้ำกานพลู
4. ธาตุไฟ ควรรับประทานอาหารรสขมหอมเย็น (สุขุม) และจืด เครื่องดื่มสมุนไพรที่เหมาะสมกับคนธาตุไฟ ได้แก่

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

การบริหารกาย

การออกกำลังกาย

การบริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีดัดตนสำหรับผู้สูงอายุ เป็นการสร้างสุขภาพทางกายด้วยท่าบริหารต่าง ๆ จะทำให้กล้ามเนื้อแข็งแรง และช่วยบรรเทาอาการของโรคบางอย่างได้เช่น การบริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีดัดตน 15 ท่า ซึ่งสถาบันการแพทย์แผนไทยส่งเสริมให้นำมาใช้ในการออกกำลังกายในชีวิตประจำวัน เพื่อคลายความเมื่อยล้าของร่างกาย

ประโยชน์การบริหารร่างกายด้วยท่าฤๅษีดัดตนสำหรับผู้สูงอายุ

1. ช่วยให้การเคลื่อนไหวตามธรรมชาติของแขนหรือข้อต่อต่างๆ เป็นไปอย่างคล่องแคล่ว มีการเน้นการนวด โดยบางท่าจะมีการกดหรือบีบนิ้วร่วมไปด้วย
2. ทำให้โลหิตหมุนเวียน เลือดลมเดินได้สะดวก นับเป็นการออกกำลังกายที่สามารถกระทำได้ทุกอิริยาบถของคนไทย
3. เป็นการต่อต้านโรคภัย บำรุงรักษาสุขภาพให้มีอายุยืนยาว
4. มีการใช้สมาธิร่วมด้วยจะช่วยยกระดับจิตใจให้พ้นอารมณ์ขุ่นมัว หงุดหงิด ความง่วง ความท้อแท้ ความเครียด และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพของการหายใจหากมีการฝึกหายใจให้ถูกต้อง

หมายเหตุ การฝึกปฏิบัติสามารถศึกษาได้ใน กายบริหารฤๅษีดัดตน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก การออกกำลังกายแบบโยคะสำหรับผู้สูงอายุ ผู้สูงอายุควรจะทำท่าออกกำลังกายสม่ำเสมอ เป็นประจำตามสภาพร่างกาย ท่าบริหารแบบโยคะสำหรับผู้สูงอายุนี้นำมาดัดแปลงให้ง่ายขึ้นและใช้เก้าอี้มีพนักช่วยจะทำให้ผู้สูงอายุสามารถฝึกได้ไม่ยาก ในผู้สูงอายุควรหลีกเลี่ยงท่าที่ยาก เพราะจะทำให้เกิดอาการบาดเจ็บได้จะต้องดัดแปลงให้เหมาะสม

ข้อแนะนำก่อนการฝึก

- ผู้สูงอายุควรฝึกภายใต้การควบคุมดูแลของผู้ฝึกสอนในระยะแรกจนเข้าใจและสามารถฝึกได้เองที่บ้าน
- ควรฝึกท่าต่างๆ ช้าๆ ท่าที่จะทำได้ ท่าไหนยากเกินไปก็ให้พักไปก่อน แล้วค่อยๆ ฝึกเพิ่มขึ้นในภายหลัง ในผู้สูงอายุเราใช้ท่าฝึกง่ายๆ ก็เพียงพอที่จะทำให้สุขภาพดีได้ การฝึกเป็นประจำทุกวันอย่างสม่ำเสมอเป็นเรื่องสำคัญ
- ในขณะที่ฝึกหากมีอาการเหนื่อยให้หยุดนั่งพักจนหายเหนื่อยแล้วค่อยฝึกต่อ ไม่ควรฝึกต่อเนื่องกันไปตลอด
- ควรฝึกก่อนรับประทานอาหาร หรือหลังรับประทานอาหาร ประมาณ 2 – 3 ชั่วโมง สวมเสื้อผ้าหลวม ๆ ไม่ให้รัด กางเกงยืด เสื้อยืด จะเหมาะสำหรับการฝึก
- ถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ ก่อนการฝึก ขณะฝึกถ้ามีอาการปวดต้องหยุดฝึกและขับถ่ายให้เรียบร้อย

- หมายเหตุ**
1. ผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวควรฝึกด้วยความระมัดระวัง
 2. การฝึกปฏิบัติสามารถศึกษาได้ใน คู่มือโยคะสำหรับผู้สูงอายุ กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

การบริหารกายจิตแบบซิงก ซิงก หมายถึง วิธีปฏิบัติเพื่อเร่งหมุนเวียนและทำงานกับ “ชี” หรือพลังชีวิตภายในร่างกาย การปฏิบัติซิงกนั้นเพื่อประโยชน์ทางรักษาสุขภาพเพื่อฝึกจิตใจและเป็นส่วนหนึ่งของศิลปะการต่อสู้ของประเทศจีน

ประโยชน์ของการฝึกซิ้ง ช่วงกว่า 10 ปีที่ผ่านมาได้มีผลงานวิจัยถึงผลของการฝึกฝนตนเองอยู่มากมาย ได้แก่

- ผลของจิตใจ จิตใจที่สงบสบายคลายเครียดและลดความวิตกกังวล อาการนอนไม่หลับ
- ผลของสมาธิ สมาธิที่เกิดระหว่างการฝึกจะทำให้สมองปลอดโปร่งผ่อนคลาย ปรับการทำงานของระบบประสาทลดการทำงานของหัวใจ ความดันเลือดลดลง

• ผลของการฝึกหายใจ ประสิทธิภาพการหายใจดีขึ้นสามารถแลกเปลี่ยนออกซิเจนและขับคาร์บอนไดออกไซด์ได้ดีขึ้น

- ภูมิคุ้มกันที่ทำงานสมดุล พบว่า การฝึกตนเองจะทำให้มีการเพิ่มของเม็ดเลือดขาวในกระแสเลือด
- ทำให้ระบบฮอร์โมนเกิดการสมดุลตั้งแต่ต่อมใต้สมองไปจนถึงต่อมหมวกไต
- การออกกำลังกายที่ทำพร้อมกันทั้งกายและจิต จะทำให้ระบบข้อต่อ กระดูก เส้นเอ็น มีความยืดหยุ่นทนทาน และกล้ามเนื้อแข็งแรงมากยิ่งขึ้น

ข้อควรระวัง

• บางคนอาจจะมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ไข้ขึ้น ท้องเสีย ซึ่งเราถือว่าเป็นอาการปกติ กระบวนการนี้เรียกว่าเป็นกระบวนการของการขับพิษอย่างหนึ่ง (detoxification)

• ปวดเมื่อยตามตัวและเท้า เป็นอาการของคนที่ไม่เคยออกกำลังกาย หากฝึกต่อเนื่องประมาณ 4 – 6 ครั้ง อาการดังกล่าวจะหายไป

• ปวดศีรษะ เกิดจากซีที่คั่งค้างในบางตำแหน่งโดยเฉพาะที่ศีรษะจากการเกร็งและหายใจไม่ถูกต้อง จึงควรผ่อนคลายขณะฝึกและเรียนรู้วิธีที่ถูกต้อง

• สำหรับข้อห้ามที่สำคัคือ ผู้ป่วยซึ่งมีอาการหิวแ่ว ประสาทหลอน สับสน ผู้ป่วยเหล่านี้อาจเกิดอันตรายจากการฝึกได้

หมายเหตุ การฝึกปฏิบัติสามารถศึกษาได้ในคู่มือบริหารซิ้งสำหรับผู้สูงอายุ กองการแพทย์ทางเลือก กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

การพักผ่อน การพักผ่อนที่ดีที่สุดคือการนอนหลับ เป็นการผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจแต่การนอนหลับพักผ่อนก็ต้องคำนึงถึงความพอดีที่ร่างกายต้องการ ไม่ควรนอนมากหรือน้อยเกินไป นอกจากการนอนหลับพักผ่อนแล้ววิธีพักผ่อนและผ่อนคลายที่ดียังมีอีกหลายวิธีแล้วแต่ความชอบและความพึงพอใจของแต่ละคน แต่ที่จะกล่าวถึงคือวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่างกายด้วยภูมิปัญญาไทย คือ การนวดผ่อนคลาย

การนวดผ่อนคลายและการนวดบำบัดโรคเป็นการนวดเพื่อสุขภาพและการนวดบำบัดโรคสำหรับผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคลมจับโปงเข้าแห้ง (เข้าเสื่อม) โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นต้น

การอบสมุนไพร เป็นการใช้น้ำเดือดที่ต้มสมุนไพรทำให้ระเหยขึ้นช่วยขับเหงื่อและสิ่งสกปรกออกจากร่างกาย บรรเทาอาการผื่นคัน โรคผิวหนัง ทำให้ผิวพรรณเปล่งปลั่งสดใส สมุนไพรที่ใช้อบร่างกายใช้ได้ทั้งสมุนไพรสดและสมุนไพรแห้ง

การประคบสมุนไพร เป็นการนำความร้อนจากสมุนไพรในลูกประคบไปใช้ในการคลายกล้ามเนื้อและเส้นเอ็น สมุนไพรที่ใช้ทำลูกประคบใช้ได้ทั้งสมุนไพรสดและสมุนไพรแห้ง ได้แก่ ไพล ขมิ้น ผิวมะกรูด ตะไคร้บ้าน ใบมะขาม ใบส้มป่อย เกลือ การบูร

จิตตนาถมาย

การส่งเสริมและพัฒนาจิต 3 ประการ ได้แก่

พัฒนาคุณภาพจิต คือ การฝึกจิตใจให้มีคุณธรรม มีศรัทธา มีพรหมวิหาร 4 มีความกตัญญูทวเวิทที่มีหิริโอตตัปปะ มีความเคารพ อ่อนน้อมสุภาพอ่อนโยนมีจิตใจกว้างขวาง เสียสละ โอบอ้อมอารี

- คุณธรรมบุคคล คือ การพิจารณาและจำแนกระหว่างสิ่งที่ถูกและผิดตามเจตนาจงใจหรือการกระทำ
- ศรัทธา คือ ความเชื่อที่ประกอบด้วยปัญญา เชื่อมั่นในการทำคุณความดี
- พรหมวิหาร 4 คือ เมตตา กรุณา มุชิตา และอุเบกขา
- หิริโอตตัปปะ คือ ความละอายและเกรงกลัวต่อบาป
- พัฒนาสมรรถภาพจิต คือ การฝึกจิตใจให้มีสติ มีสมาธิ มีความเพียรพยายาม บากบั่นอดทน มีความรับผิดชอบ

เข้มแข็ง มีกำลังใจเด็ดเดี่ยว ไม่วันทวิหวต่อโลกธรรม 8 ประการ

- สติ คือ ความระลึกได้นึกได้ความไม่เผลอ การคุมใจไว้กับกิจหรือกมจิตไว้กับสิ่งที่เกี่ยวข้องหรือที่ปฏิบัติ
- สมาธิ คือ ความสงบ ตั้งมั่น ไม่วอกแวกหวั่นไหว มีความใสกระจ่าง ราบเรียบ มีพลัง มีความนุ่มนวล
- โลกธรรม 8 ประการ คือ ลาภ-เสื่อมลาภ ยศ-เสื่อมยศ สรรเสริญ-นินทา ความสุข-ความทุกข์
- พัฒนาสุขภาพจิต คือ ฝึกจิตใจให้มีปิตยินดีมีความรัก มีความสุข มองโลกในแง่ดี ไร่ร้าง เบิกบาน สดชื่นแจ่มใส

อิมใจ

- การฝึกจิต เป็นการพัฒนาเพิ่มความเข้มแข็งให้กับจิต จิตที่เข้มแข็งจะมีพลังต่อต้านสิ่งเลวร้ายต่างๆ ได้

แนวทางปฏิบัติในการฝึกจิตมหลายแนวทางสำหรับการแพทย์แผนไทยมีแนวทางการฝึก ดังนี้

1. การสวดมนต์แผ่เมตตา พิจารณาสังขารและการไหว้ครูเพื่อพิจารณาตามให้เกิดศรัทธา ความเชื่อมั่นความกตัญญูและความเมตตา อนิสงคของการสวดมนต์

- ชื่อว่าได้เข้าเฝ้าพระสัมมาสัมพุทธเจ้า เพราะขณะสวดมนต์จิตรำลึกถึงพระพุทธรูป พระธรรม และ

พระสงฆ์ขณะสวดมนต์จิตใจสงบปราศจากความโลภโกรธหลง

- จิตเป็นสมาธิเข้มแข็งอดทน
- ได้ปัญญารู้แจ้งเห็นจริง ในสัจธรรมในการดำเนินชีวิต
- เป็นการสั่งสมบุญบารมีจิตใจสงบนอนหลับไม่ฝันร้าย
- การสวดมนต์เป็นการบริหารร่างกายอย่างหนึ่ง เช่น การยกมือ ประนมมือ การกราบ การเปล่งเสียง

ทำให้ปวดขยายระบบทางเดินหายใจขึ้นสร้างภูมิคุ้มกันโรค

- การสวดมนต์เป็นหมู่คณะ สร้างระเบียบและความสามัคคี

2. การปฏิบัติธรรม โดยใช้หลักธรรมทางศาสนาที่สำคัญ คือ หลักไตรสิกขา อันเป็นที่พึงพิงของชีวิต ได้แก่ ศีล สมาธิ และปัญญา

- **การรักษาศีล** คือ การรักษา กาย วาจา ใจ ให้งดเว้นจากการกระทำ พุท หรือคิดในสิ่งที่เปียดเบียนตน และคนอื่นอันเป็นบาปกรรมทางกายวาจาและใจ

ศีล จะมั่นคงด้วยความคุ้มครองของความละอายและเกรงกลัวต่อบาป ศีลเป็นมาตรฐานชีวิต

สำหรับผู้มุ่งเจริญธรรม และเป็นรากฐานของการเจริญสมาธิสัมมาสมาธิย่อมเกิดในผู้มีศีลอย่างน้อยต้องมีศีล 5 เป็นพื้นฐาน ได้แก่

1. เว้นจากการฆ่าสัตว์ตัดชีวิต ทำให้จิตมีเมตตาาระงับโทสะ ซึ่งเป็นต้นเหตุแห่งการทำลายล้างกันบุคคล ผู้ประพฤติกิเลสขี้จะมื่อานิสงส์ส่งผลให้ชีวิตยืนยาวสุขภาพแข็งแรงปราศจากโรคภัยเบียดเบียน

2. เว้นจากการลักทรัพย์ไม่ยึดเอาทรัพย์ของผู้อื่นที่เจ้าของมิได้เต็มใจให้มาเป็นของตนบุคคลผู้ประพฤติกิเลสขี้จะมื่อานิสงส์ส่งผลให้เจริญรุ่งเรืองในโภคทรัพย์และสามารถเก็บรักษาทรัพย์ไว้ได้โดยไม่ถูกผู้อื่นเบียดเบียนไป

3. เว้นจากการประพฤติดิฉินในคู่ครองหรือคนในปกครองของผู้อื่นบุคคลผู้ประพฤติกิเลสขี้จะมื่อานิสงส์ส่งผลให้โชคดีในความรักเมื่อมีบุตรธิดาก็ว่านอนสอนง่ายไม่ถูกผู้อื่นหลอกลวง

4. เว้นจากการพูดปด พูดบิดเบือนความจริง ทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน บุคคลผู้ประพฤติกิเลสขี้จะมื่อานิสงส์ส่งผลให้เป็นผู้มีวาจาหนักแน่นเป็นที่เคารพเชื่อถือของบุคคลทั่วไปและมีไหวพริบในการเจรจา

5. เว้นจากการดื่มสุรา เครื่องดองของมีนเมา บุคคลผู้ประพฤติกิเลสขี้จะมื่อานิสงส์ส่งผลให้เป็นผู้มีมันสมองเปรื่องปราญณ์มีปัญญาความคิดแจ่มใสไม่หลงลืมพันเพื่อน

- การทำสมาธิ คือ การฝึกให้จิตมีความตั้งมั่น

สมาธิ หมายถึง การมีจิตแน่วแน่ต่อสิ่งที่กำหนดอยู่ในอารมณ์ใดอารมณ์หนึ่งจนหยุดนิ่งและมีจิตใจจดจ่อในสิ่งนั้น สมาธิเป็นบันไดขั้นต้นที่จะก้าวไปสู่การเจริญปัญญา (วิปัสสนา) วิธีที่นิยมปฏิบัติกันคือการนั่งสมาธิและเดินจงกรม

การเจริญสมาธิภาวนาแบ่งออกเป็น 2 อย่างหลัก ๆ กล่าวคือ

1. สมถภาวนา คือ การฝึกอบรมจิตให้เกิดความสงบเพื่อการดำรงชีวิตอย่างมีความสุขในเบื้องต้น

2. วิปัสสนาภาวนา คือ การฝึกอบรมจิตให้เกิดปัญญาและรู้แจ้งในความเป็นไปของสภาวะต่างๆ ในโลก ประโยชน์ของการทำสมาธิ

- ช่วยให้จิตใจอ่อนคลายสบายสงบ

- เสริมประสิทธิภาพการทำงานและการเล่าเรียน

- เสริมสุขภาพทางกายบรรเทาอาการของโรคทางกาย ดังคำกล่าวที่ว่า “สมาธิทำให้จิตใจแจ่มใส หัวใจเบิกบาน ทำงานผิดพลาดน้อยลง ดำรงความทรงจำ ทำงานเสร็จตามมุ่งหมายคลายความเครียดไม่เบียดเบียนกันยึดมั่นในพระศาสนามีใจเมตตากรุณาต่อสังคม” ทำให้จิตใจที่เคยว่าวนกลับมาสงบเยือกเย็น คนเคยเอาแต่ใจตนเองเป็นคนอารมณ์ร้อนฉุนเฉียวก็ทำให้หนักแน่นมีเหตุผลมากขึ้นไม่โกรธง่าย และรู้จักระงับอารมณ์ได้มีจิตใจตั้งงามส่งผลให้สภาพจิตปลอดโปร่งผ่องใสแก่ซำลง เนื่องจากการเผาผลาญพลังงานในร่างกายดำเนินไปด้วยความมีระเบียบและทำงานซำลง ทำให้แลดูอ่อนเยาว์กว่าวัย ถ้าฝึกได้ในระดับที่สูงขึ้นจะช่วยรักษาโรครภายใน ร่างกายได้ทำให้ร่างกายแข็งแรง เพราะสภาพจิตที่ผ่านการฝึกสมาธิจะทำให้กระแสน้ำความถี่ในสมองมีระเบียบ

ปัญญา คือ ความรู้ที่ดับทุกข์ดับกิเลสได้ปัญญาในเบื้องต้น คือ ความรู้ระดับสัญญาได้แก่ความจำที่เกิดจากการได้ยิน ได้ฟัง ได้อ่าน อารมณ์ทั้งดีและชั่วที่เราปรุงแต่งขึ้นด้วยความเห็นและความคิดปัญญาในระดับสูงขึ้นไปเป็นปัญญาที่ให้ความรู้ความเข้าใจที่เกิดขึ้นในจิตของผู้มีศีลบริสุทธิ์และสมาธิหนักแน่น การเจริญปัญญาพัฒนาต่อจากการทำสมาธิเพราะไม่ใช่ให้จิตตั้งมั่นในอารมณ์เดียวหนึ่งอยู่เช่นนั้น แต่เป็นจิตที่คิดใคร่ครวญหาเหตุผลในสภาวะธรรมทั้งหลายรู้แจ้งว่าสภาวะธรรมทั้งหลายล้วนแต่เป็นไตรลักษณ์คือ

- อนิจจัง ได้แก่ ความไม่เที่ยงจะต้องเปลี่ยนแปลงไปไม่วันใดก็วันหนึ่ง

- ทุกขัง ได้แก่ สภาพที่ทนอยู่ในสภาวะเดิมไม่ได้มีการเปลี่ยนแปลงไป

- อนัตตา ได้แก่ ความไม่ใช่ตัวตน แม้แต่ร่างกายของเราก็ไม่ใช่ตัวตนเป็นเพียงธาตุ 4 ที่มาประชุมรวมกันสุดท้ายย่อมสลายกลับไปเป็นสภาวะเดิม

สมาธิและปัญญาเป็นเหตุผลของกันและกัน อุปการะซึ่งกันและกัน จะมีวิปัสสนาปัญญาเกิดขึ้นโดยขาดกำลังสมาธิสนับสนุนย่อมไม่ได้

สมาธิบำบัดแบบ SKT

SKT คือ ตัวย่อที่มาจากชื่อของ รศ.ดร.สมพร กันทรดุษฎี-เตรียมชัยศรี ซึ่งเป็นผู้พัฒนาเทคนิคนี้ขึ้นมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2541 ถึงปัจจุบัน โดยอาจารย์ได้มีโอกาสศึกษาเรื่องสมาธิและระบบประสาทของมนุษย์ ในระหว่างการศึกษาระดับปริญญาเอก จึงเข้าใจถึงความเชื่อมโยงของการปฏิบัติสมาธิกับการทำงานของระบบประสาทมากขึ้นประกอบกับเมื่อได้ทำงานวิจัย เรื่อง สมาธิเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ จึงพบว่าแม้การทำสมาธิแบบสมถะ หายใจเข้าพุทหายใจออกโธ นั้น สามารถช่วยให้คลายเครียดได้อย่างดี แต่หากเราสามารถควบคุมการฝึกประสาทสัมผัสทั้ง 6 ได้แก่ ตา หู จมูก ลิ้น การสัมผัส และการเคลื่อนไหวด้วยก็จะทำให้การทำสมาธินั้นมีผลดีต่อการทำงานของระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทส่วนปลาย ระบบประสาทอัตโนมัติ ระบบอารมณ์และพฤติกรรม ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ระบบไหลเวียนเลือดและระบบอื่นๆ ในร่างกายได้เป็นอย่างดี จึงได้นำองค์ความรู้ทั้งเรื่องสมาธิ โยคะ ชี่กง การออกกำลังกายแบบยืดเหยียด การปฏิบัติสมาธิด้วยเทคนิคกายหายใจ และการควบคุมประสาทสัมผัสทางตาและหู ผสมผสานกันจนพัฒนาเป็นรูปแบบสมาธิบำบัดแบบใหม่ขึ้น 7 เทคนิค หรือเรียกว่า SKT 1 – 7 สอนผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพช่วยเยียวยาผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังนี้

- SKT 1 นั่งผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต
- SKT 2 ยืนผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต
- SKT 3 นั่งยืด-เหยียดผ่อนคลาย ประสานกาย ประสานจิต
- SKT 4 ก้าวอย่างของไทย เยียวยาทางกาย ประสานจิต
- SKT 5 ยืดเหยียดอย่างไทย เยียวยาทางกาย ประสานจิต
- SKT 6 เทคนิคการฝึกสมาธิการเหี่ยวไทยจินตภาพ
- SKT 7 เทคนิคสมาธิเคลื่อนไหวไทยชี่กง

หมายเหตุ การฝึกปฏิบัติสามารถศึกษาได้ในคู่มือการดูแลผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก

ชีวิตนามัย

เป็นการเสริมสร้างคุณภาพชีวิตและครอบครัวแบ่งออกเป็น 2 ส่วนได้แก่ การดำเนินชีวิต ด้วยการทำหน้าที่ของแต่ละบุคคลด้วยความเหมาะสมถูกต้องดิงตามภาวะที่เป็นอยู่ 2 ภาวะ ได้แก่

1. ภาวะที่เป็นตามธรรมชาติ คือ ความเป็นลูก หลาน พ่อ แม่ พี่ ป้า น้า อา ปู่ ย่า ตา ยาย เครือญาติ ฯลฯ
2. ภาวะที่ถูกกำหนดขึ้นมาภายหลัง คือ ความเป็นนักเรียน ครู ข้าราชการ พนักงานเจ้าหน้าที่ต่าง ๆ นักร้อง นักแสดง นักกฎหมาย นักบัญชี ฯลฯ

โดยการนำหลักธรรมทางพุทธศาสนามาใช้ในการดำเนินชีวิตซึ่งองค์ธรรมที่สำคัญ คือ มรรค 8 (หนทางอันประเสริฐ 8 ประการ) ทางนำชีวิตให้บริสุทธิ์ถึงซึ่งความหลุดพ้นจากทุกข์ ได้แก่

1. สัมมาทิฐิ มีศรัทธาที่ถูกทางมีความเห็นที่ถูกต้องอันเป็นมูลฐานที่ต้องถึงก่อนมรรคอื่น
2. สัมมาสังกัปปะ การดำริเพื่อผลอันชอบ คือ ผลที่เกิดขึ้นไม่ทำลายประโยชน์ของตนและไม่ทำลายประโยชน์ของผู้อื่น
3. สัมมาวาจา การปราศรัยถูกทาง คือ พูดแต่สิ่งที่เป็นจริง ไม่พูดให้ร้ายส่อเสียดใครเว้นจากการพูด ดูหมิ่นผู้ใดไม่พูดด้วยความโกรธ ไม่ใช้คำพูดบิดเบือนให้เข้าใจผิด พูดด้วยวาจาอ่อนหวานด้วยเมตตากรุณา
4. สัมมากัมมันตะ การทำการทำงานที่ถูกทาง คือ ให้งานที่ทำนั้นเป็นไปด้วยความสามัคคีให้เป็นไปตามแบบแผนอันถูกทาง
5. สัมมาอาชีวะ การดำเนินอาชีพถูกทาง คือ ทุกคนต้องมีอาชีพเลี้ยงตนและครอบครัวเลือกอาชีพที่ไม่เดือดร้อนและเป็นโทษภัยต่อตนเองและผู้อื่น
6. สัมมาวายามะ ความพยายามอย่างถูกต้อง คือ อย่าพยายามทำอะไรไปด้วยความไม่จริงจัง และเมื่อลงมือทำสิ่งที่ถูกต้องแล้วต้องเพียรพยายามให้เกิดผลสำเร็จ ซึ่งผลสำเร็จนั้นต้องไม่ก่อให้เกิดความเดือดร้อนและความไม่ยุติธรรมแก่ผู้ใด
7. สัมมาสติการมีสติระลึกรู้อยู่เสมอ คือ มีสติรู้ว่าเรากำลังจะทำอะไรและกำลังทำอะไรอยู่ ไม่เป็นคนเผลอการรู้ตัวอยู่เป็นนิจเป็นทางให้หลีกเลี่ยงจากการทำความชั่ว
8. สัมมาสมาธิความตั้งใจมั่นโดยถูกทาง คือ การทำใจให้นิ่งอยู่ในกิจกรรมนั้น ก็จะทำให้เกิดความสำเร็จเกิดประโยชน์สูงสุดต่อกิจกรรมนั้นๆ เป็นสุดยอดแห่งมรรคทั้งหลายเมื่อมีสัมมาสมาธิจึงจะสามารถบรรลุถึงสัมมาทิฐิ สัมมาสังกัปปะ สัมมาวาจา สัมมากัมมันตะ สัมมาอาชีวะและสัมมาวายามะ

การสร้างสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการสร้างเสริมสุขภาพกายและจิตใจ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การสร้างสิ่งแวดล้อมครอบครัว ครอบครัวนับว่าเป็นรากฐานสำคัญของบุคคล ครอบครัวที่มีสภาพแวดล้อมภายในที่ดีก็จะส่งผลให้บุคคลในครอบครัวมีสุขภาพกายและจิตที่ดีเป็นคนดีของครอบครัวและพร้อมที่จะออกไปเป็นคนดีของชุมชนและสังคม

การสร้างสิ่งแวดล้อมครอบครัว เริ่มจากที่อยู่อาศัยจะต้องสะอาด อากาศถ่ายเทดีมีสิ่งแวดล้อมสวยงามสงบร่มรื่น ที่อยู่อาศัยจะเล็กหรือใหญ่ไม่ใช่สิ่งสำคัญ เพียงขอให้มีความสุขลักษณะที่ดีต่อผู้อยู่อาศัย

การแต่งกายของบุคคลในครอบครัวนับว่าเป็นสิ่งสำคัญต่อความเจ็บป่วยของบุคคลเครื่องแต่งกายควรสะอาดเหมาะสมกับร่างกาย ฤดูกาล และสภาพอากาศ ครอบครัวที่มีความสุขสมบูรณ์ไม่ควรมึบุคคลที่เจ็บป่วย ดังนั้นการดูแลสุขภาพและสุขอนามัยที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญ ประการต่อมาเรื่องการบริโภคอาหารที่มี คุณค่าและมีประโยชน์ต่อร่างกายก็เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งหย่อนไปกว่าอย่างอื่น

สุดท้ายคือความรักความสามัคคีในครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง ครอบครัวที่มีความสุขย่อมต้อง มีความรัก ความสามัคคีของบุคคลในครอบครัวความรักย่อมจะแผ่ขยายไปสู่ชุมชนและสังคมต่อไป

การสร้างสิ่งแวดล้อมในชุมชนและสังคม ชุมชนและสังคมมีส่วนสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลในชุมชน และสังคมนั้น ๆ เป็นอย่างยิ่ง ชุมชนและสังคมได้มีการพัฒนาอยู่เสมอย่อมนำมาความเจริญมาสู่ชุมชนและบุคคลในชุมชน การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีด้วยความร่วมมือร่วมใจของบุคคลในชุมชน เพื่อให้เกิดสภาพแวดล้อมที่ปราศจากมลภาวะ กำจัดขยะ สิ่งปฏิกูลที่ก่อให้เกิดโรคดูแลสิ่งแวดล้อมให้สดชื่นอยู่เสมอ ถนนหนทางแม่น้ำลำคลองในเขตชุมชนสะอาด สวยงาม ทำให้เป็นชุมชนและสังคมที่น่าอยู่อาศัยปลอดภัยจากอันตรายสามารถใช้เป็นสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ คลายความเครียดย่อมเป็นชุมชนและสังคมที่สร้างเสริมคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับบุคคลในชุมชนและสังคมนั้นๆ

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มงานฝึกอบรมและพัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2553. ตำราผู้ช่วยแพทย์แผนไทย 372 ชั่วโมง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กองทุนภูมิปัญญา การแพทย์แผนไทย. สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

2. กลุ่มงานส่งเสริมบริการการแพทย์แผนไทย สถาบันการแพทย์แผนไทย กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2560. คู่มือการดูแลผู้สูงอายุด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน. พิมพ์ครั้งที่ 1. โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

การดูแลผู้สูงอายุ

การดูแลส่วนบุคคล

ดร.พนารัตน์ วิเศษนิมิตร

การดูแลสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของบุคคลของผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสำคัญเนื่องจากบุคคลเหล่านี้ อาจมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเอง ซึ่งเป็นผลจากความเสื่อมของร่างกายหรือความเจ็บป่วยและความพิการ ทำให้ไม่สามารถดูแลสุขภาพส่วนบุคคลของตนเองได้หรือได้น้อย จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ได้แก่ สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแล เป็นต้น ดังนั้น ผู้ดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลให้กับผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วนหรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ เพื่อช่วยให้เกิดความสะอาดของร่างกาย ลดการติดเชื้อ เกิดความสุขสบายและความปลอดภัยในการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพของบุคคลอีกด้วย

ในบทนี้ จะมีหัวข้อการเรียนการสอนเกี่ยวกับ

1. การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล (Personal hygiene care)
2. การปฏิบัติดูแลสุขภาพส่วนบุคคล ได้แก่
 - 2.1 การทำความสะอาดปากและฟัน (Oral hygiene care)
 - 2.2 การดูแลมือและเท้า
 - 2.3 การทำความสะอาดผม เล็บ ตา หู และจมูก
 - 2.4 การอาบน้ำเช็ดตัวและการแต่งตัว

การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล (Personal hygiene care)

ความหมายของการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล (Personal hygiene care)

การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล หมายถึง การทำความสะอาดร่างกาย ได้แก่ ผิวหนัง ผม มือ เท้า ตา หู จมูก ช่องปาก หลัง และอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ทั้งนี้ แต่ละบุคคลจะมีการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลที่แตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ความเจ็บป่วยหรือข้อจำกัดด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ ประเพณีและวัฒนธรรม

ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล

เมื่อผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้รับการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลจะเกิดความรู้สึกสุขสบายมีสุขภาพดี ไม่มีกลิ่นตัวหรือกลิ่นปาก คลายความกังวล และส่งเสริมให้เกิดกระบวนการซ่อมแซมร่างกายและฟื้นฟูหายจากโรคได้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพส่วนบุคคล

1. ด้านร่างกาย ข้อจำกัดด้านร่างกายที่เกิดจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังต่างๆ หรือได้รับบาดเจ็บ เช่น มีข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหว กระดูกหัก ไม่รู้สึกตัว ได้รับการผ่าตัด เป็นต้น จากสภาวะดังกล่าวผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอาจต้องการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลบางส่วนหรือทั้งหมดจากผู้ดูแล
2. ด้านจิตใจ โดยเฉพาะผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีปัญหาทางด้านจิตใจ เช่น มีภาวะซึมเศร้า กลัวหลงลืมหรือจำไม่ได้จะมีผลต่อระดับความสามารถและแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลด้วยตนเอง
3. ด้านเศรษฐกิจและสังคม ถ้าผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดีจะมีข้อจำกัดในการจัดหาสิ่งของและอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล ได้แก่ สบู่ ยาสีฟัน แปรงสีฟัน เป็นต้น

4. แบบแผนวัฒนธรรม ประเพณี และความเชื่อ ปัจจัยเหล่านี้มีผลต่อจะการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลด้วย เช่น ความเชื่อของบุคคลบางกลุ่มที่เชื่อว่าห้ามสระผมเมื่อมีไข้ เป็นต้น

5. ภาพลักษณ์ของบุคคล ขึ้นอยู่กับความสนใจดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง บางรายอาจมีภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงจากการที่ไม่สามารถดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลได้ด้วยตัวเอง

6. พัฒนาการของบุคคล เมื่อเข้าสู่วัยรุ่นจะมีการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลมากเป็นพิเศษ และจะลดลงเมื่อมีอายุมากขึ้น เนื่องจากมีข้อจำกัดด้านต่างๆ

7. ความชอบส่วนบุคคล บุคคลมีความพึงพอใจในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลที่แตกต่างกัน เช่น ผู้ชายชอบโกนหนวดก่อนอาบน้ำ

8. ระดับการศึกษา ผู้ที่มีการศึกษามีแนวโน้มที่จะดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย

การปฏิบัติการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

การปฏิบัติการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความสามารถในการช่วยเหลือตนเองด้วย ดังนั้น ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ต้องประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงก่อน โดยมุ่งเน้นให้ช่วยเหลือตนเองเท่าที่จะทำได้มากที่สุด และดูแลช่วยเหลือในส่วนที่ผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถดำเนินการเองได้ โดยต้องคำนึงความพร้อมของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง สภาวะความเจ็บป่วยหรือความพิการที่อาจส่งผลกระทบต่อข้อจำกัดในการปฏิบัติการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ความพร้อมของอุปกรณ์ที่ใช้ในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลความปลอดภัยในการปฏิบัติการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและความสุขสบาย

การทำความสะอาดปากและฟัน (Oral hygiene care)

การทำความสะอาดปากและฟันผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ช่วยเหลือตนเองได้

อุปกรณ์

1. แปรงสีฟันที่มีขนอ่อนนุ่ม
2. ยาสีฟัน
3. น้ำยาบ้วนปาก (อาจพิจารณาใช้หรือไม่ใช้ก็ได้ขึ้นอยู่กับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและแผนการรักษาของแพทย์)
4. แก้วน้ำ
5. ชามรูปไต ผ้ารองกันเปื้อน
6. วาสลีนทาปาก
7. ถังมือสะอาด

ขั้นตอนการปฏิบัติ

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
1. แนะนำตนเอง บอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทราบและอธิบายจุดประสงค์	เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าใจและให้ความร่วมมือรวมทั้งเป็นการเคารพสิทธิของผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
2. นำอุปกรณ์ไปที่เตียง	เพื่อประหยัดเวลาและแรงงาน
3. จัดท่านั่งศีรษะสูงบนเตียง	เพื่อความสะดวกของผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและป้องกันการสำลักน้ำ
4. ล้างมือและสวมถุงมือ	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
5. ปูผ้ากันเปื้อนใต้คาง ให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ช่วยถือขามรูปใต้คาง หรือวางบนโต๊ะคร่อมเตียง (Over bed)	เพื่อป้องกันเสื้อผ้าและที่นอนเปื้อก
6. ให้บ้วนปากด้วยน้ำสะอาด และแปรงฟันตามขั้นตอน คือ 6.1 แปรงฟันบนด้านนอกและด้านใน วางแปรงหงายขึ้น วางขนแปรงที่รอยต่อระหว่างเหงือกและฟัน เอียงแปรงทำมุม 45 องศาบนฟัน 2 - 3 ซี่ และปิด ขนแปรงลงล่างผ่านตลอดตัวฟัน ทำจนครบทุกซี่ ด้านนอกและด้านใน 6.2 แปรงฟันล่างด้านนอกและด้านในวางแปรงคว่ำลงวางขนแปรงที่รอยต่อระหว่างเหงือกและฟันเอียงแปรงทำมุม 45 องศาบนฟัน 2 - 3 ซี่ และปิดขนแปรงขึ้นบนผ่านตลอดตัวฟัน ทำจนครบทุกซี่ทั้งด้านนอกและด้านใน 6.3 วางขนแปรงบนด้านบนของฟันบดเคี้ยวขยับแปรงถูไปมาทั้งฟันบนและฟันล่าง 6.4 บ้วนปากด้วยน้ำสะอาด 6.5 ควรแปรงลิ้น ถ้าผู้สูงอายุทำได้วางแปรงบริเวณกลางลิ้นลากแปรงมาตามยาวทางปลายลิ้นหลังแปรงฟันเสร็จแล้ว	เพื่อจัดเศษอาหารและลดจำนวนแบคทีเรีย
7. ให้บ้วนปากและกลั้วคอด้วยน้ำยาบ้วนปาก	เพื่อให้ปากสะอาดสดชื่น
8. ถูริมฝีปากแห้งให้ทาวาสลีน	เพื่อให้ริมฝีปากชุ่มชื้น ไม่แตก
9. นำอุปกรณ์ไปทำความสะอาดและเก็บเข้าที่เดิม	เพื่อความสะดวกในการใช้ครั้งต่อไป
10. ล้างมือให้สะอาด	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
11. บันทึกและรายงานความผิดปกติที่พบ	เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับสื่อสารในทีมผู้ดูแล

การทำความสะอาดปากและฟันผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้

อุปกรณ์

1. ถาดสี่เหลี่ยมหรือกล่องบรรจุถ้วยสำหรับใส่น้ำยา สำลีหรือไม้พันสำลี ปากคีบ (Forceps) (ใช้ในกรณีที่ใช้สำลี) ผ้าสี่เหลี่ยมปราศจากเชื้อ
2. น้ำยาบ้วนปาก เช่น น้ำเกลือ น้ำยาบ้วนปากพิเศษ
3. ไม้กดลิ้นพันด้วยผ้ากอซ
4. ในรายที่ปากและฟันสกปรกมาก เตรียมกระบอกฉีดยาขนาด 2-5 มิลลิลิตร สายยาง/ สายดูด เสมหะ 1 เส้น หรือลูกยางแดง สำหรับฉีดล้างในช่องปาก
5. วาสลีนทาปาก
6. ไม้จิ้มฟัน หรือแปรงสำหรับแปรงซอกฟัน
7. ขามรูปไต หรือถุงพลาสติก
8. ถุงมือสะอาด
9. เครื่องดูดเสมหะ

ขั้นตอนการปฏิบัติ

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. แนะนำตนเองและบอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทราบ ทั้งนี้ ผู้สูงอายุสามารถรับรู้ได้จากการได้	เป็นการเคารพสิทธิของผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
2. นำอุปกรณ์ไปที่เตียงผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	เพื่อประหยัดเวลาและแรงงาน
3. ล้างมือและสวมถุงมือ	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
4. จัดให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงนอนในท่าตะแคง หนุนหมอนหัน หน้ามาทางผู้ดูแล ปูผ้าสี่เหลี่ยมกันเปื้อนใต้คาง คลุมอกและหมอน แก้ม และคางอยู่นอกหมอน ถ้าผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรู้สึกตัว จัดทำ ศิระสูงหรือให้อยู่ในท่านั่ง วางขามรูปไตใต้แก้มและคาง	เพื่อป้องกันเสื้อผ้าและหมอนเปียก
5. ถ้าผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงไม่รู้สึกตัวใช้ไม้กดลิ้นช่วยอำปาก แล้วใช้ปากคีบ คีบสำลี หรือใช้ไม้พันสำลีชุบน้ำยาบ้วนปากพอมหา เขตฟัน เหงือก กระพุ้งแก้ม ลิ้น ให้ทั่วจนสะอาด	เพื่อให้ปากและฟันสะอาดสดชื่น
6. ถ้ามีเศษอาหารติดตามซอกฟันให้ใช้ไม้จิ้มฟันแคะออกหรือใช้แปรงสำหรับ แปรงซอกฟันทำความสะอาด	เพื่อไม่ให้มีเศษอาหารตกค้างในช่องปาก
7. ถ้าปากสกปรกมาก ใช้กระบอกฉีดยาต่อสายยางฉีดเข้าในช่องปากที่ ละน้อยให้หน้าไหลลงขามรูปไตเสร็จแล้วใช้ลูกยางแดงดูดออกจากปาก หรือใช้เครื่องดูดเสมหะดูดน้ำออกจากปาก	เพื่อความสะอาดของช่องปากโดยการช่วยชะล้างสิ่งสกปรก ให้ออกมาและป้องกันการสำลัก
8. ทาริมฝีปากด้วยวาสลีนทาปาก	เพื่อให้ริมฝีปากชุ่มชื้นไม่แตก
9. นำอุปกรณ์ไปทำความสะอาดและเก็บเข้าที่เดิม	เพื่อความสะอาดในการใช้ครั้งต่อไป
10. ล้างมือให้สะอาด	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
11. บันทึกและรายงานความผิดปกติที่พบ	เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับสื่อสารในทีมผู้ดูแลหรือพยาบาล

การดูแลรักษาฟันปลอม

1. ควรทำความสะอาดฟันปลอมทุกครั้งหลังจากรับประทานอาหาร
2. สำหรับฟันปลอมชนิดติดแน่นควรแปรงฟันหลังอาหาร และจำเป็นจะต้องแปรงเป็นพิเศษบริเวณคอฟัน โดยเฉพาะขอบฟันที่ครอบด้วยฟันปลอม เพื่อขจัดแผ่นคราบจุลินทรีย์และทำความสะอาดบริเวณซอกและใต้ฐานฟันปลอมชนิดติดแน่นให้สะอาด
3. ควรใช้ไหมขัดฟันอย่างน้อยวันละครั้ง รวมทั้งถ้าเป็นชนิดถอดได้จะต้องถอดฟันปลอมออกมาล้างทำความสะอาด ด้วยน้ำสะอาด ยาสีฟัน หรือน้ำสบู่อ่อน โดยใช้แปรงสีฟันชนิดอ่อนขนนิ่ม เพื่อไม่ให้ฟันปลอมสึกกร่อนเร็ว แปรงทั้งด้านนอกด้านในแปรงหลายๆ รอบ
4. การทำความสะอาดฟันปลอมชนิดถอดได้ควรมีภาชนะใส่น้ำรองรับทุกครั้ง เพื่อป้องกันไม่ให้ฟันปลอมพลัดหลุดจากมือตกลงไปแตกหรือบิดเบี้ยว
5. ควรทำความสะอาดช่องปากและฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่ด้วยทุกครั้ง
6. ควรถอดฟันปลอมก่อนนอนทุกวันและแช่ฟันปลอมไว้ในภาชนะบรรจุน้ำสะอาด ไม่ควรทิ้งไว้ข้างนอกให้โดนอากาศเพราะจะทำให้ฐานพลาสติกแห้งและบิดงอได้และเป็นการให้เนื้อเยื่อในช่องปากได้พัก ไม่มีสิ่งใดไปกดทับ
7. แต่ในบางกรณีถ้าไม่สามารถถอดฟันปลอมออกในตอนกลางคืนได้ก็ควรถอดตอนเช้าหรือตอนบ่ายอย่างน้อย 2-3 ชั่วโมง เพราะการใส่ฟันปลอมตลอด 24 ชั่วโมงอาจทำให้เนื้อเยื่อใต้ฟันปลอมเกิดการอักเสบขึ้นได้

การดูแลมือและเท้า

ผู้ดูแลจะดูแลทำความสะอาดมือและเท้าให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่รู้สึกตัว เป็นอัมพาตหรือเป็นเบาหวานที่มีการไหลเวียนเลือดมาที่อวัยวะส่วนปลายไม่ดี

อุปกรณ์

1. กะละมังใส่น้ำอุ่นครึ่งกะละมัง โดยน้ำอุ่นมีอุณหภูมิประมาณ 43 องศาเซลเซียส หรือใช้หลังมือแตะทดสอบเพื่อไม่ให้ร้อนเกินไป
2. ผ้าขนหนูเช็ดตัว 1 ผืน
3. ผ้ายารองอ่าง 1 ผืน
4. ครีมหาผิว
5. ถุงมือสะอาด

ขั้นตอนการปฏิบัติ

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. แนะนำตนเอง บอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทราบ	เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าใจและให้ความร่วมมือ
2. นำอุปกรณ์ไปที่เตียงผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	เพื่อประหยัดเวลาและแรงงาน
3. ล้างมือและสวมถุงมือ	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
4. การดูแลทำความสะอาดมือ นำกะละมังใส่น้ำมาวางข้างตัวผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงบริเวณเอว รองด้วยผ้าขนหนูแช่มือที่ละข้างหรือพร้อมกัน ทั้งสองข้างในกะละมัง ใช้ผ้าถูตัวฟอกสบู่ ถูให้ทั่วทั้งมือ ซอกนิ้วและเล็บ ระวังผ้าฟอกสบู่จุ่มลงในกะละมังน้ำจะทำให้น้ำสกปรก ล้างมือให้สะอาด ซับให้แห้งด้วยผ้าขนหนู	เพื่อลดการสะสมสิ่งสกปรก
5. การทำความสะอาดเท้า ด้วยการแช่เท้าในกะละมังน้ำ ปฏิบัติดังนี้ 5.1 ให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงชันเข่าคลุมขาทั้ง 2 ข้าง ถึงใต้เข่า ให้มิดชิด โดยการดึงมุมผ้าทั้ง 2 ข้าง สอดด้านตรงข้ามถึงใต้สะโพก 5.2 ปูผ้าเช็ดตัวที่บริเวณเท้าทั้ง 2 ข้าง วางกะละมังน้ำบนผ้าเช็ดตัว ยกเท้าแช่ที่ละข้างหรือพร้อมกัน ฟอกสบู่บริเวณเท้า ส้นเท้า ซอกนิ้วเท้า และเล็บจนสะอาด ระวังผ้าฟอกสบู่จุ่มลงอ่างน้ำจะทำให้น้ำสกปรก ซับให้แห้งด้วยผ้าขนหนู	เพื่อหลีกเลี่ยงการเปิดเผยร่างกายเกินความจำเป็น
6. นำอุปกรณ์ไปทำความสะอาดและเก็บเข้าที่เดิม	เพื่อความสะอาดในการใช้ครั้งต่อไป
7. ล้างมือให้สะอาด	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
8. บันทึกและรายงานความผิดปกติที่พบ	เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับสื่อสารในทีมผู้ดูแล

การทำความสะดวกสบาย เล็บ ตา หู และจมูก

การสระผมผู้สูงอายุบนเตียง

อุปกรณ์

1. น้ำอุ่นใส่ถังหรืออ่างและขันสำหรับตักน้ำ
2. ผ้าเช็ดตัว 2 ผืน
3. ผ้าถูตัว 1 ผืน
4. ผ้ายาง 1 ผืน
5. สบู่หรือแชมพูสระผม
6. หวีและแปรงผมสาลี 2 ก้อน
7. ที่หนีบผ้า 4-5 อัน
8. ถังสำหรับรองรับน้ำสกปรก 1 ใบ (ในกรณีที่มียางสำหรับสระผม สามารถใช้อ่างสระผมได้)

ขั้นตอนการปฏิบัติ

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. แนะนำตนเอง บอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทราบ อธิบายวัตถุประสงค์และวิธีการสระผมบนเตียงอย่างง่าย ๆ	เพื่อความร่วมมือและลดความวิตกกังวลของผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
2. นำอุปกรณ์ไปที่เตียงหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงวางไว้ในที่ที่เหมาะสมและหยิบใช้สะดวก	เพื่อประหยัดเวลาและแรงงาน
3. ปิดประตูหรือกั้นม่าน	เพื่อป้องกันผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหนาวสั่น
4. ล้างมือให้สะอาด	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
5. เลื่อนตัวผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้ลำตัวเอียงกับที่นอนเล็กน้อยให้ศีรษะอยู่ริมเตียงสระ	เพื่อความสะดวกในการสระผม
6. พับผ้าเช็ดตัว 4 ทบบริเวณต้นคอ ปูผ้ายางที่ม้วนเป็นราง รองบนผ้าเช็ดตัว โดยให้ชายผ้าอ้อมมาทางด้านหน้าอกหลังจากวางผ้ายางแล้ว ปลายบนของผ้ายางโอบมาด้านหน้าอก ใช้เหล็กหนีบไว้ ส่วนปลายล่างให้อยู่ในถังเปล่า ใช้เหล็กหนีบไว้กับขอบถังเปล่าสำหรับรองรับน้ำใช้แล้ว	เพื่อทำให้ไม่เมื่อยต้นคอ และเพื่อความสะดวกในการสระผม
7. ใช้ผ้าเช็ดตัวอีกผืนคลุมหน้าอก	เพื่อให้ร่างกายอบอุ่นและป้องกันเสื้อผ้าเปียก
8. หวีหรือแปรงผมให้ถึงหนังศีรษะ	เพื่อให้เศษผมและสิ่งสกปรกออก
9. ใช้สาลีอุดหูทั้งสองข้าง	เพื่อป้องกันน้ำเข้าหู
10. ใช้ผ้าถูตัวชุบน้ำพอหมาดปิดตาผู้สูงอายุ	เพื่อป้องกันยาสระผมและน้ำเข้าตา
11. เทน้ำจากด้านหน้าไปด้านหลังให้ผมเปียกทั่วศีรษะ เทแชมพูสระผมใส่ฝ่ามือผสมน้ำเล็กน้อยให้เกิดฟอง จากนั้นใช้ปลายนิ้วนวดศีรษะเป็นวงกลมให้ทั่วเพื่อกระตุ้นการไหลเวียนโลหิตและล้างผมด้วยน้ำสะอาด ทำซ้ำอีกครั้งแล้วล้างผมจนสะอาด	เพื่อทำให้ผมไม่เหนียวและไม่คันศีรษะ
12. หยิบสำลีที่หูและผ้าปิดตาออก ใช้ผ้าเช็ดตัวที่คลุมหน้าอกเช็ดผมให้แห้ง กัดที่หนีบผ้าออกดึงผ้ายางลงไป ไว้ในถังรองรับน้ำ แล้วดึงผ้าเช็ดตัวที่รองใต้ต้นคอปู บนหมอน เลื่อนตัวผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงขึ้นให้ศีรษะอยู่บนหมอน ถ้าผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ลุกนั่งได้ให้นั่งบนเตียงแล้วเช็ดผมให้แห้ง	เพื่อป้องกันหมอนเปียก

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
13. จัดให้นอนในท่าที่สบาย	เพื่อความสุขสบายของผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
14. หวีหรือแปรงผมให้เรียบร้อย	เพื่อป้องกันผมเกาะติดและมองดูสวยงาม
15. นำอุปกรณ์ไปทำความสะอาดและเก็บเข้าที่เดิม	เพื่อความสะอาดในการใช้ครั้งต่อไป
16. ล้างมือให้สะอาด	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
17. บันทึกและรายงานความผิดปกติที่พบ	เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับสื่อสารในทีมผู้ดูแล

การดูแลเล็บ ¹

ผู้ดูแลจะดูแลความสะอาดมือและเท้าให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ไม่รู้สึกตัว เป็นอัมพาตหรือเป็นเบาหวานที่มีการไหลเวียนเลือดมาที่อวัยวะส่วนปลายไม่ดี

อุปกรณ์

1. กะละมังใส่น้ำอุ่นครึ่งอ่างที่มีอุณหภูมิประมาณ 43 องศาเซลเซียส หรือใช้หลังมือแตะทดสอบเพื่อไม่ให้น้ำร้อนเกินไป
2. ผ้าขนหนูเช็ดตัว 1 ผืน
3. ผ้ายกรองกะละมังน้ำ 1 ผืน
4. กรรไกรตัดเล็บ
5. ครีมหาผิว
6. ถูมือสะอาด

ขั้นตอนการปฏิบัติ

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. แนะนำตนเอง บอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทราบ	เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าใจและให้ความร่วมมือ
2. นำอุปกรณ์ไปที่เตียงผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	เพื่อประหยัดเวลาและแรงงาน
3. ล้างมือและสวมถุงมือ	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
4. ประเมินสภาพมือ เล็บมือและเท้า	เพื่อดูลักษณะเล็บของผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
5. แช่มือและเท้าในน้ำอุ่นประมาณ 10-20 นาที	เพื่อให้เล็บมีความอ่อนนุ่มขึ้น
6. การตัดเล็บ เล็บมือให้ตัดเป็นรูปมน ส่วนเล็บเท้าให้ตัดเป็นแนวตรง ไม่ตัดเนื้อข้างเล็บ ในกรณีที่ผู้ป่วยเป็นเบาหวานไม่ตัดจุกเล็บ ไม่ตัดเล็บให้สั้นจนเกินไป ให้ปลายเล็บเสมอปลายนิ้ว	เพื่อให้เกิดสุขลักษณะที่ดีของเล็บ
7. นำอุปกรณ์ไปทำความสะอาดและเก็บเข้าที่เดิม	เพื่อความสะอาดในการใช้ครั้งต่อไป
8. ล้างมือให้สะอาด	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
9. บันทึกและรายงานความผิดปกติที่พบ	เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับสื่อสารในทีมผู้ดูแล

การดูแลตา

ในสภาวะเจ็บป่วย ตาอาจมีการสร้างสารคัดหลั่งมากกว่าปกติหรือมีตาแห้งจึงต้องช่วยทำความสะอาดตาให้ผู้ป่วยโดยเฉพาะผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงที่ไม่รู้สึกตัวหรือลืมตาตลอดเวลา

อุปกรณ์

1. สำลีสะอาดปราศจากเชื้อ 2 ถึง 4 ก้อน
2. น้ำเกลือความเข้มข้น 0.9 %
3. ผ้าขนหนูเช็ดหน้า 1 ผืน
4. กะละมังใส่น้ำสะอาด ½ ของกะละมัง
5. ถุงมือสะอาด

ขั้นตอนการปฏิบัติ

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. แนะนำตนเอง บอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงทราบและอธิบายจุดประสงค์	เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงเข้าใจและให้ความร่วมมือ
2. นำอุปกรณ์ไปที่เตียงผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิง วางบนโต๊ะข้างเตียงหรือบนโต๊ะคร่อมเตียง	เพื่อความสะดวกในการหยิบใช้
3. ล้างมือให้สะอาด	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
4. จัดให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงอยู่ในท่านั่งหรือท่านอน	เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงรู้สึกสบาย
5. พันมือโดยพันผ้าถูตัว 4 นิ้ว และนิ้วหัวแม่มือแยกออกมาพับเป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้าหรือพันมือเป็นรูปสามเหลี่ยมแล้วเหน็บชายผ้าให้เรียบร้อย	- เพื่อสะดวกในการทำทำความสะอาด - เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด
6. ทำความสะอาดตาก่อนทำความสะอาดตาควรให้ถอดคอนแทคเลนส์ออกก่อน (ถ้ามี) การทำความสะอาดให้ใช้ผ้าถูตัวชุบน้ำสะอาด บิดพอหมาด ให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟุ้งฟิงหลับตา ใช้มุมผ้าด้านหนึ่งเช็ดบริเวณเปลือกตาตามยาวจากด้านหัวตาไปหางตาหรือจากด้านในไปด้านนอกและใช้มุมผ้าอีกด้านหนึ่งเช็ดเปลือกตาดีกข้างเช่นกัน ซับให้แห้ง	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไปตาดีกข้างหนึ่ง
7. กรณีที่ตาสกปรกมากให้ใช้สำลีสะอาดปราศจากเชื้อชุบน้ำเกลือความเข้มข้น 0.9% บิดพอหมาดเช็ดจากหัวตาไปหางตาไม่ใช่สำลีก้อนเดิมเช็ดซ้ำจนสะอาด	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
8. กรณีที่มีสารคัดหลั่งหรือขี้ตาติดอยู่ไม่สามารถลืมตาได้ ให้ใช้ผ้าถูตัวชุบน้ำอุ่น ประคบตา 3-5 นาที	เพื่อให้สารคัดหลั่งหรือขี้ตาอ่อนตัวและสามารถลืมตาได้โดยไม่เจ็บ
9. นำอุปกรณ์ไปทำความสะอาดและเก็บเข้าที่เดิม	เพื่อความสะดวกในการใช้ครั้งต่อไป
10. ล้างมือให้สะอาด	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
11. บันทึกและรายงานความผิดปกติที่พบ	เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับสื่อสารในทีมผู้ดูแล

การดูแลหู

การทำความสะอาดหู เป็นการดูแลความสะอาดหูภายนอก สังเกตอาการผิดปกติของหู การได้ยิน และการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟังฟังที่ใช้เครื่องช่วยฟัง

อุปกรณ์

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

ขั้นตอนการปฏิบัติ

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. แนะนำตนเอง บอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟังฟังทราบและอธิบายจุดประสงค์	เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟังฟังเข้าใจและให้ความร่วมมือ
2. นำอุปกรณ์ไปที่เตียงผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟังฟัง	เพื่อความสะดวกในการหยิบใช้
3. ล้างมือให้สะอาดและใส่ถุงมือ	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
4. ประเมินสภาพหูทั้ง 2 ข้างรวมทั้งการได้ยิน	เพื่อคัดกรองหูและการได้ยินของผู้ป่วย
5. ใช้ผ้าขนหนูทำความสะอาดใบหูและรูหู	เพื่อความนุ่มนวลในการทำทำความสะอาด
6. แนะนำไม่ให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟังฟังใช้ ไม้พันสาลี หรือไม้จิ้มฟันใส่เข้าไปในรูหู	เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้
7. นำผ้าขนหนูชุบน้ำบิดพอหมาด โดยพันผ้ารอบมือ 4 นิ้วและนิ้วหัวแม่มือแยกออกมาเป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้าหรือพันเป็นรูปสามเหลี่ยมแล้วเหน็บชายผ้าให้เรียบร้อย จากนั้นเช็ดใบหูทั้งด้านหน้าและด้านหลังให้สะอาดและซับให้แห้ง	เพื่อรักษาความสะอาดปราศจากเชื้อโรค
8. ถ้าผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟังฟังใส่เครื่องช่วยฟัง แนะนำการตรวจสอบแบตเตอรี่ การทำความสะอาด ส่วนที่เป็นหูฟัง การปรับระดับเสียงของเครื่องช่วยฟัง	เพื่อให้เครื่องช่วยฟังใช้งานได้มีประสิทธิภาพ
9. นำอุปกรณ์ไปทำความสะอาดและเก็บเข้าที่เดิม	เพื่อความสะดวกในการใช้ครั้งต่อไป
10. ล้างมือให้สะอาด	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
11. บันทึกและรายงานความผิดปกติที่พบ	เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับสื่อสารในทีมผู้ดูแล

การดูแลจมูก

การทำความสะอาดจมูกสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟังฟังที่ไม่สามารถทำได้เอง เช่น ผู้ที่ใส่สายให้อาหาร ใส่สายออกซิเจนทางจมูกหรือในรายที่ได้รับบาดเจ็บที่ใบหน้า มีเลือดหรือสารคัดหลั่งในจมูก

อุปกรณ์

1. ผ้าขนหนูเช็ดหน้า 1 ผืน
2. กะละมังใส่น้ำอุ่น 1/2 กะละมังที่มีอุณหภูมิประมาณ 43 องศาเซลเซียส
3. ไม้พันสาลี
4. 0.9% น้ำเกลือสำหรับชะล้าง
5. ชามรูปไต 1 ใบ
6. ลูกสูบยางแดง 1 อัน
7. กระจกมือสะอาด
8. กระจกพลาสติกใส่ขยะ 1 ใบ

ขั้นตอนการปฏิบัติ

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. แนะนำตนเอง บอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทราบและอธิบายจุดประสงค์	เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าใจและให้ความร่วมมือ
2. นำอุปกรณ์ไปที่เตียงผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	เพื่อความสะดวกในการหยิบใช้
3. ล้างมือให้สะอาดและใส่ถุงมือ	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
4. จัดทำนั่งหรือท่อนอนให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงสุขสบาย	เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสุขสบาย
5. ใช้ผ้าขนหนูชุบน้ำอุ่นบิดพอหมาดโดยพันผ้ารอบมือ 4 นิ้ว และนิ้วหัวแม่มือแยกออกมาเป็นรูปสี่เหลี่ยมผืนผ้า หรือพันมือเป็นรูปสามเหลี่ยมแล้วหนีบใส่ผ้าให้เรียบร้อย จากนั้นทำความสะอาดจุกด้านนอกให้สะอาด	เพื่อสะดวกในการทำมาสะอาด
6. ใช้ไม้พันสาลีชุบน้ำเกลือเช็ดภายในโพรงจุกเบาๆ ให้สะอาดสังเกตเยื่อภายในโพรงจุกสารคัดหลั่งหรือรอยแผลในจุก	เพื่อทำความสะอาดและดูแลโพรงจุกภายใน
7. กรณีที่ใส่สายให้อาหาร ตรวจสอบและดูแลตำแหน่งของสายให้อาหารให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้อง หรือติดแน่นดีควรเปลี่ยนพลาสติกอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง	เพื่อไม่ให้สารให้อาหารเกิดการเล็ดลอด
8. นำอุปกรณ์ไปทำความสะอาดและเก็บเข้าที่เดิม	เพื่อความสะดวกในการใช้ครั้งต่อไป
9. ล้างมือให้สะอาด	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
10. บันทึกและรายงานความผิดปกติที่พบ	เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับสื่อสารในทีมผู้ดูแล

การอาบน้ำหรือการเช็ดตัว

การอาบน้ำหรือการเช็ดตัวเพื่อขจัดสิ่งสกปรกและของเสียที่ขับออกทางผิวหนัง ทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเกิดความสดชื่นและผ่อนคลาย ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนโลหิต ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่สามารถอาบน้ำได้เอง ต้องอาศัยความช่วยเหลือจากผู้ดูแลในการพาไปอาบน้ำในห้องน้ำ โดยใช้รถเข็นนั่งหรืออุปกรณ์ช่วยเดิน ส่วนผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่สามารถเดินไปอาบน้ำได้เอง ผู้ดูแลจะเป็นผู้ทำความสะอาดร่างกายให้กับผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่เตียงนอน

การอาบน้ำ

ผู้ดูแลให้การช่วยเหลือที่เหมาะสม เช่น ช่วยพยุงเดินไปเข้าห้องน้ำ จัดที่นั่งในห้องน้ำให้สะดวกปลอดภัย จัดเตรียมของใช้ในการอาบน้ำ ช่วยเปิดก๊อกน้ำ ปรับอุณหภูมิของน้ำให้เหมาะสม ช่วยทำความสะอาดหลังและเท้า ผู้ดูแลควรดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างใกล้ชิด เพื่อเฝ้าระวังการพลัดตกหกล้ม

การเช็ดตัวบนเตียงนอน

แบ่งได้ 2 แบบ คือ

1. การเช็ดตัวบนเตียงนอนชนิดสมบูรณ์ เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ผู้ดูแลต้องทำความสะอาดร่างกายให้ทั้งหมด
2. การเช็ดตัวบนเตียงนอนบางส่วน เป็นการดูแลผู้สูงอายุที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้างแต่ไม่สามารถ

ทำความสะอาดตัวเองได้ครบทุกส่วน

อุปกรณ์

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

ขั้นตอนการปฏิบัติ

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. แนะนำตนเอง บอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทราบและอธิบายจุดประสงค์	เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าใจและให้ความร่วมมือ
2. เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม จัดวางในตำแหน่งที่หยิบสะดวก	เพื่อความสะดวกในการใช้งาน
3. ปิดประตูหน้าต่าง หรือกั้นม่านให้มิดชิด	เพื่อความเป็นส่วนตัวและป้องกันไม่ให้ลมโกรก
4. ล้างมือให้สะอาดและใส่ถุงมือ	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
5. จัดเก็บเครื่องนอนบนเตียงให้เหลือเท่าที่จำเป็น	เพื่อความเป็นระเบียบ
6. เตียงนอนถ้ามีล้อเลื่อนให้ล้อล็อกให้เรียบร้อย ปลดราวกันเตียงลง จัดระดับเตียง เลื่อนตัวผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมาชิดริมเตียงด้านที่ผู้ดูแลยืนอยู่และจัดท่านอนให้ศีรษะสูงประมาณ 45-60 องศา	เพื่อความปลอดภัย
7. ควรให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงถ่ายปัสสาวะและอุจจาระก่อนเช็ดตัว และทำความสะอาดอวัยวะเพศภายนอกให้สะอาด	เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนการเช็ดตัว และเพื่อดูแลความสะอาดของอวัยวะเพศ
8. ถ้าผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรู้ตัว สามารถแปรงฟันเองได้ ให้ทำความสะอาดช่องปากโดยการแปรงฟันก่อนการเช็ดตัว	เพื่อความสะดวกของปากและฟัน และส่งเสริม การช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันให้มากที่สุด
9. ใช้ผ้าคลุมตัว แล้วถอดเสื้อผ้าชุดเก่าออก ซึ่งตลอดการเช็ดตัวต้องไม่เปิดเผยร่างกายหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเกินความจำเป็น	เพื่อหลีกเลี่ยงการเปิดเผยร่างกายเกินความจำเป็น
ลำดับขั้นตอนการเช็ดตัว	
ทำความสะอาดใบหน้า	
10. นำผ้าลูบตัวผืนที่ 1 ซูบน้ำ บิดพอหมาดแล้วพันกับมือให้เรียบร้อย เช็ดบริเวณใบหน้าโดยเริ่มจากเช็ดตา ก่อน ให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงหลับตา เช็ดจากหัวตาไปหางตา จากนั้นเช็ดหน้าผากตรงกลางไปข้างๆ เช็ดแก้ม จมูก รอบปาก หู และคอ และซับให้แห้ง	เพื่อรักษาความสะอาดของใบหน้า
ทำความสะอาดร่างกายส่วนบน ด้านหน้า	
11. วางผ้าคลุมตัวบริเวณช่วงอกของผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง แล้วถอดเสื้อ ออกโดยไม่เปิดเผยผู้สูงอายุ	เพื่อหลีกเลี่ยงการเปิดเผยร่างกายเกินความจำเป็น
12. วางผ้าเช็ดตัวอีกผืนทับผ้าคลุม แล้วเลื่อนผ้าคลุมลงมาจนถึงเอว	เพื่อป้องกันการเปิดเผยผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
13. ทำความสะอาดบริเวณทรวงอก โดยใช้ผ้าลูบตัวผืนที่ 1 ชุบน้ำลูบตัวก่อน แล้วจึงใช้ผ้าลูบตัวผืนที่ 2 ฟอกสบู่ เช็ดบริเวณทรวงอก ท้อง จนถึงขาหนีบ แล้วใช้ผ้าผืนที่ 1 ชุบน้ำในกะละมัง บิดพอหมาดแล้วเช็ดคราบสบู่ออก ซับให้แห้ง แล้วดึงผ้าคลุมปิดช่วงอกตามเดิม	เพื่อรักษาความสะอาดของร่างกายส่วนบน
14. นำผ้าลูบตัวไปซัก และเปลี่ยนน้ำในกะละมัง	เพื่อให้เกิดความสะอาดของร่างกาย
ทำความสะอาดร่างกายส่วนแขน และมือทั้งสองข้าง	
15. ใช้ผ้าเช็ดตัวรองใต้แขนด้านใกล้ตัว จับข้อมือยกขึ้น ใช้ผ้าผืนที่ 1 ที่ชุบน้ำสะอาดแล้วเช็ดจากปลายแขน เข้ามาลาตัวจนถึงรักแร้ ฟอกสบู่ให้ทั่วแขน ด้วยผ้าลูบตัวผืนที่ 2 จากนั้นใช้ผ้าชุบน้ำเปล่าบิดพอหมาดเช็ดคราบสบู่ออก จนสะอาด และซับให้แห้ง	เพื่อทำความสะอาดร่างกายส่วนแขน
16. ย้ายมาเช็ดแขนด้านใกล้ตัวด้วยวิธีเดียวกัน	เพื่อทำความสะอาดร่างกายส่วนแขน
17. เมื่อเช็ดแขน 2 ข้างเสร็จแล้ว เปลี่ยนน้ำในกะละมังเพื่อแช่มือด้านใกล้ตัวก่อน ฟอกขอกนิ้ว เล็บ และล้างมือให้สะอาด ยกมือออกจากกะละมัง ซับให้แห้ง แล้วแช่มือด้านใกล้ตัวหาเช่นเดียวกัน	เพื่อทำความสะอาดมือ นิ้ว และเล็บ
18. นำผ้าลูบตัวไปซัก เปลี่ยนน้ำในกะละมัง	เพื่อให้เกิดความสะอาดของร่างกาย
ทำความสะอาดร่างกายด้านหลัง	
19. เลื่อนผ้าคลุมตัวขึ้นมาคลุมส่วนบน นำผ้าเช็ดตัวออกจากหน้าอกแล้วพลิก ตะแคงตัวผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ใช้ผ้าเช็ดตัววางตามยาวขนานลำตัว ให้ความยาวของผ้าชิดและขนานไปกับความยาวของหลัง เพื่อป้องกันไม่ให้ ผ้าคลุมเตียงเปียก	
20. เช็ดหลังตั้งแต่ต้นคอถึงก้นย้อยทั้ง 2 ข้าง ให้สะอาดด้วยน้ำและสบู่ เช็ดสบู่ออกให้หมด ซับให้แห้ง แล้วทาโลชั่น และนวดหลังโดยใช้ฝ่ามือวน เป็นรูปก้นหอยและทาแป้ง	เพื่อทำความสะอาดร่างกายส่วนหลัง
21. พลิกตัวผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้นอนหงาย	เพื่อความสะดวกในการใส่เสื้อให้กับผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
22. ใส่เสื้อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใส่แขนที่อยู่ใกล้ตัวก่อน เมื่อใส่เสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงเลื่อนผ้าคลุมตัวมาคลุมร่างกายส่วนล่าง	เพื่อแต่งตัวให้กับผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
23. เปลี่ยนน้ำในกะละมังอีกครั้ง	เพื่อให้เกิดความสะอาดของร่างกาย
ทำความสะอาดร่างกายส่วนล่าง	
24. สอดมือเข้าไปใต้ผ้าคลุมตัว ถอดผ้าถุงหรือกางเกงออก ปูผ้าเช็ดตัววางไว้ ใต้ขาด้านใกล้ตัว ถ้าผู้สูงอายุสามารถตั้งขาได้ขอให้ช่วยตั้งขาแล้วเช็ดขาไล่จาก สะโพก ต้นขา ขา จนถึงข้อเท้าด้วยน้ำและสบู่ให้สะอาด แล้วเช็ดสบู่ออกให้หมด ซับให้แห้ง ต่อจากนั้นเช็ดขาด้านใกล้ตัวเช่นเดียวกัน	เพื่อทำความสะอาดร่างกายส่วนล่าง
25. ปูผ้าเช็ดตัวรองบริเวณใต้เท้าทั้ง 2 ข้าง วางกะละมังน้ำบนผ้าเช็ดตัวที่ปูไว้ จากนั้น ให้ผู้สูงอายุช่วยตั้งขา แขนเท้าในกะละมัง โดยแช่ด้านใกล้ตัวก่อน ฟอกสบู่ตาม ขอกนิ้ว เล็บ ส้นเท้า ล้างคราบสบู่จนสะอาด เช็ดเท้าและง่ามนิ้วให้แห้งสนิท จากนั้นล้างเท้าด้านใกล้ตัวเช่นเดียวกัน	เพื่อทำความสะอาดเท้า นิ้วเท้าและเล็บเท้า
26. ใส่กางเกงหรือผ้าถุงให้เรียบร้อย	เพื่อแต่งตัวให้กับผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
27. นำอุปกรณ์ไปทำความสะอาดและเก็บเข้าที่เดิม	เพื่อความสะดวกในการใช้ครั้งต่อไป
28. ล้างมือให้สะอาด	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
29. บันทึกและรายงานความผิดปกติที่พบ	เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับสื่อสารในที่ผู้ดูแล

การแต่งตัว

หลักการสวมใส่เสื้อผ้าสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

1. ต้องทำด้วยความนุ่มนวล ไม่เคลื่อนไหวแขน ขา เกินความสามารถของผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง เพราะอาจทำให้เกิดการบาดเจ็บ กระตุกหักหรือหลุดได้
2. ใช้แขน ขา ข้างที่ปกติเคลื่อนไหวมากกว่าข้างที่ไม่ปกติ
3. การใส่เสื้อผ้าให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่อ่อนแรงครึ่งซีกให้สวมข้างที่อ่อนแรงก่อนแล้วค่อยสวมข้างที่ปกติ
4. การถอดเสื้อผ้าให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่อ่อนแรงครึ่งซีกให้ถอดข้างที่ปกติก่อนแล้วค่อยถอดข้างที่อ่อนแรง
5. การใส่แขนเสื้อ หรือขากางเกง ควรม้วนหรือพับชายแขนเสื้อ ชายขากางเกงให้เป็นวงแล้วจึงสอดแขน ขา แต่ละข้างให้เข้าที่หลังจากนั้นให้คลี่ชายผ้าออกจัดแต่งให้เรียบร้อย

สิ่งที่ควรคำนึงเกี่ยวกับเสื้อผ้าของผู้สูงอายุ

1. เสื้อ กางเกง กระโปรง ชุดกระโปรง ควรเลือกแบบมีซิปปหรือกระดุมด้านหน้าทั้งหมด ไม่รัดต้นคอและสวมใส่ขนาดที่เหมาะสมกับตนเอง ถ้าเล็กเกินไปอาจสวมใส่ลำบากหรือถ้าใหญ่เกินไปอาจเกิดอุบัติเหตุได้
2. ไม่ใส่เสื้อผ้าบางหรือหนาเกินไป ร่างกายของผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนตามสภาพอากาศได้ไม่ดีเท่าที่ควร ดังนั้นควรเลือกสวมใส่เสื้อผ้าที่เหมาะสม
3. ควรหลีกเลี่ยงการใส่เสื้อผ้าที่มีดีไซน์แปลก สั้นยาวไม่เท่ากันหรือตกแต่งด้วยเครื่องประดับมากมาย เพราะอาจสวมใส่ยากและเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย
4. ควรเลือกเสื้อที่ทนทานต่อการซักรีด ฉีกขาดยาก เพื่อให้เหมาะกับการซักบ่อยๆ
5. เนื้อผ้าต้องยืดหยุ่นสูง เรียบลื่น สวมใส่สบาย
6. ผู้สูงอายุที่มีผิวแพ้ง่าย จึงไม่ควรใส่เสื้อผ้าที่ผลิตจากเส้นใยสังเคราะห์ ซึ่งอาจทำให้รู้สึกคันเป็นผื่นและไม่สบายตัว ถ้าเป็นคนผิวแห้งมาก แนะนำให้ใส่เสื้อผ้าคอตตอนธรรมชาติ 100 %
7. เมื่ออากาศเปลี่ยนแปลงร่างกายของผู้สูงอายุอาจปรับตัวได้ไม่ทันก เมื่อเหงื่อออกอาจเกิดความอับชื้น ทำให้ตัวเย็นลงจนอาจเป็นหวัดได้ ดังนั้น ควรใส่ชุดชั้นในที่ระบายอากาศได้ดีแล้วสวมเสื้อใหม่พรมทับอีกชั้น ควรเปลี่ยนชุดชั้นในทุกวัน
8. ความยาวของกางเกง ควรยาวไม่เกินข้อเท้า เพื่อป้องกันการเหยียบสะดุดล้ม

สรุป

การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสำคัญในการรักษาความสะอาดของร่างกาย เพื่อลดการติดเชื้อและเพิ่มความสุขสบายให้กับผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้ ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงต้องสามารถประเมินความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และสนับสนุนให้ช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด ในกรณีที่ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถทำได้ ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงต้องผู้ดำเนินการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลให้ทั้งหมด ทั้งนี้ ในการดำเนินการควรเคารพสิทธิส่วนบุคคล และคำนึงถึงความปลอดภัยและความสุขสบายของผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

เอกสารอ้างอิง

1. ญัฐสุรางค์ บุญจันทร์, และอรุณรัตน์ เทพพนา. ทักษะพื้นฐานทางการ. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส; 2559.
2. ฐานุพงศ์ ศุภเลิศวรวิชัย. มือใหม่สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: AAA Service; 2564
3. สุภัทรา พัฒนาประทีป, และพิชญภรณ์ ธรรมจริยกุล. การอภิบาลผู้สูงวัยสำหรับผู้ดูแล. สมุทรสาคร: พิมพ์ดี; 2563.
4. ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุอยู่สุขเนอร์สซิงโฮม. สิ่งที่ต้องคำนึงเกี่ยวกับเสื้อผ้าของผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2564 ตุลาคม 1] เข้าถึงจาก <https://www.yuusook.com/content/5318/> สิ่งที่ต้องคำนึงเกี่ยวกับเสื้อผ้าของผู้สูงอายุ

การวัดสัญญาณชีพและการบันทึกอาการ

ดร.เจียมใจ ศรีชัยรัตนกุล

การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำเป็นที่จะต้องประเมินสัญญาณชีพ เนื่องจากเป็นตัวบ่งชี้ที่สำคัญที่แสดงถึงความผิดปกติของระบบที่สำคัญของร่างกาย ถ้าสัญญาณชีพมีการเปลี่ยนแปลงจำเป็นที่ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างถูกต้องและเหมาะสม ซึ่งสัญญาณชีพที่สำคัญของร่างกาย ได้แก่ อุณหภูมิ ชีพจร อัตราการหายใจ และความดันโลหิต นอกจากนี้ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในฮีโมโกลบินก็มีความสำคัญในการประเมินความพร้อมของออกซิเจนอีกด้วย ดังนั้น ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงรวมทั้งผู้ดูแลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับสัญญาณชีพและสามารถวัดหรือประเมินสัญญาณชีพได้อย่างถูกต้องเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจให้การช่วยเหลือหรือส่งต่อผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงต่อไป

สัญญาณชีพ

สัญญาณชีพ เป็นสัญญาณที่ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งจะช่วยให้ทราบการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพและเป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลสุขภาพต่อไป รายละเอียดของสัญญาณชีพมีดังนี้

1. อุณหภูมิของร่างกาย หมายถึง ความแตกต่างระหว่างความร้อนที่ร่างกายผลิตขึ้นกับปริมาณการสูญเสียความร้อนไปสู่สิ่งแวดล้อมภายนอก ซึ่งมีกระบวนการควบคุมโดยสมองส่วนไฮโปทาลามัส (Hypothalamus) ร่วมกับการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย เช่น ระบบประสาทอัตโนมัติในการควบคุมการหดตัวของหลอดเลือด การสั่นของกล้ามเนื้อ การมีเหงื่อออก การไหลเวียนโลหิต อุณหภูมิของร่างกาย มีหน่วยเป็นองศาเซลเซียสหรือองศาฟาเรนไฮต์ ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ชนิด 1 ดังนี้

1.1 อุณหภูมิแกนกลาง (Core temperature) หรืออุณหภูมิของเนื้อเยื่อภายในร่างกาย (Deep body tissues) อุณหภูมิชนิดนี้จะคงที่อยู่เสมอ ไม่ผันแปรไปตามสิ่งแวดล้อมสามารถวัดได้จากบริเวณเยื่อแก้วหูและทวารหนัก

1.2 อุณหภูมิพื้นผิว (Surface temperature) เป็นอุณหภูมิบริเวณผิวหนังและไขมันใต้ผิวหนัง ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงได้ง่ายตามสภาพแวดล้อม อุณหภูมิชนิดนี้สามารถวัดได้จากทางผิวหนัง รังแร้และทางปาก อุณหภูมิของร่างกาย ค่าปกติคือ 36.0-37.5 °C หากอุณหภูมิร่างกายมากกว่า 37.5 °C ถือว่ามีไข้ (Pyrexia, Fever, Hyperthermia) ซึ่งสามารถแบ่งระดับของไข้ ได้ดังนี้¹

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

ขั้นตอนการปฏิบัติการวัดอุณหภูมิทางปาก

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. ก่อนจับเทอร์โมมิเตอร์ ควรล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง	1. เป็นการลดจำนวนเชื้อโรคต่าง ๆ ที่จะติดอยู่บริเวณเทอร์โมมิเตอร์ ซึ่งจะเป็นการป้องกันการติดเชื้อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้
2. ตรวจสอบสารปรอทในเทอร์โมมิเตอร์ว่าอยู่ต่ำกว่า 35 °C หรือไม่ถ้าไม่ให้สไลด์เทอร์โมมิเตอร์ เพื่อให้ สารปรอทลดต่ำกว่า 35 °C	2. ทำให้การวัดอุณหภูมิได้ค่าที่ถูกต้อง
3. ใช้สำลีชุบน้ำหมาด ๆ หุ้มเทอร์โมมิเตอร์ตรงบริเวณปลายกระเปาะ หลังจากนั้นให้เช็ดหมูนจากปลายกระเปาะมาทางด้านมือจับ	3. การใช้สำลีชุบน้ำแล้วเช็ดเทอร์โมมิเตอร์เป็นการป้องกันไม่ให้เทอร์โมมิเตอร์ติดกับเยื่อภายในปาก และการเช็ดหมูนจะช่วยให้สิ่งสกปรกหลุดจากเทอร์โมมิเตอร์ได้ง่ายขึ้น
4. บอกผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงว่าจะวัดอุณหภูมิทางปาก โดยให้อมนาน 2-3 นาที และไม่กัดเทอร์โมมิเตอร์	4. การบอกข้อมูลจะทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงให้ความร่วมมือในการวัดอุณหภูมิมากขึ้น และไม่เกิดอันตรายจากการกัดเทอร์โมมิเตอร์
5. ให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอมเทอร์โมมิเตอร์ไว้ใต้ลิ้น และปิดปากให้สนิทนาน 2-3 นาทีดูแลไม่ให้เกิดเทอร์โมมิเตอร์	5. ใต้ลิ้นเป็นบริเวณที่มีหลอดเลือดฝอยมาเลี้ยงมาก ทำให้ได้อุณหภูมิใกล้เคียงกับอุณหภูมิภายในร่างกาย ถ้าแท่งแก้วแตก อาจได้รับบาดเจ็บได้
6. นำเทอร์โมมิเตอร์ออกจากปากผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงพร้อมกับการใช้สำลีแห้งหุ้มเทอร์โมมิเตอร์ แล้วเช็ด โดยคว่ำมือเช็ดหมูนจากด้านที่มือจับ มาทางปลายกระเปาะ	6. เป็นการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคจากด้านที่สกปรกมากกว่าไปด้านที่สกปรกน้อยกว่า
7. ยกเทอร์โมมิเตอร์ที่เช็ดทำความสะอาดเรียบร้อยแล้วให้อยู่ในระดับสายตา โดยผู้อ่านยืนหันหลังให้แสงสว่าง พร้อมกับหมูนเทอร์โมมิเตอร์ไปมาเล็กน้อยจนสามารถอ่านค่าสูงสุดของปรอทในหลอดเทอร์โมมิเตอร์ได้	7. การยกให้เทอร์โมมิเตอร์อยู่ในระดับสายตาและหันหลังให้แสงสว่าง จะทำให้เห็นตำแหน่งของสารปรอทได้ชัดเจน ซึ่งจะทำให้การอ่านค่าอุณหภูมิได้ถูกต้องป้องกันการผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น
8. เมื่ออ่านเสร็จแล้ว ให้นำเทอร์โมมิเตอร์แช่ในน้ำยาฆ่าเชื้อประมาณ 30 นาที (ขึ้นอยู่กับชนิดของน้ำยา) เมื่อครบเวลา ให้ล้างทำความสะอาด และใช้ผ้าสะอาดเช็ดให้แห้งก่อนนำไปใช้ในครั้งต่อไป	8. เป็นการกำจัดเชื้อโรคต่าง ๆ ที่ติดอยู่บริเวณเทอร์โมมิเตอร์
9. ก่อนเก็บไว้ในภาชนะสะอาด เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการนำไปใช้ให้สไลด์เทอร์โมมิเตอร์เพื่อให้สารปรอทลดต่ำกว่า 35 °C	9. สะดวกในการหยิบใช้ครั้งต่อไป
10. ล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง	10. ลดจำนวนเชื้อโรคที่อยู่บริเวณมือและฝ่ามือ

ขั้นตอนการปฏิบัติการวัดอุณหภูมิทางรักแร้

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. ก่อนจับเทอร์โมมิเตอร์ ควรล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง	1. เป็นการลดจำนวนเชื้อโรคต่าง ๆ ที่จะติดอยู่บริเวณ เทอร์โมมิเตอร์ ซึ่งจะเป็นการป้องกันการติดเชื้อ ให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้
2. ตรวจสอบสารปรอทในเทอร์โมมิเตอร์ว่าอยู่ต่ำกว่า 35 °C หรือไม่ ถ้าไม่ให้สไลด์เทอร์โมมิเตอร์ เพื่อให้สารปรอทลดต่ำกว่า 35 °C	2. ได้ค่าอุณหภูมิที่ถูกต้อง
3. ใช้สำลีชุบน้ำหมาด ๆ หุ้มเทอร์โมมิเตอร์ตรงบริเวณ ปลายกระเปาะ หลังจากนั้นให้เช็ดหมูนจากปลายกระเปาะมาทางด้านมือจับ	3. เป็นการป้องกันการเกิดความร้อนจากการเสียดสี ระหว่างเทอร์โมมิเตอร์และผิวหนังบริเวณรักแร้

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
4. บอกผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟังฟังว่าจะวัดอุณหภูมิทางรักแร้ โดยให้หนีบทอร์โมมิเตอร์ไว้นานประมาณ 5 นาที และระมัดระวังไม่ให้เทอร์โมมิเตอร์หล่นลงมา	4. การบอกข้อมูลจะทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟังฟังให้ความร่วมมือในการวัดอุณหภูมิมากขึ้นและเทอร์โมมิเตอร์ไม่หล่นแตก
5. ถ้าผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟังฟังมีรักแร้ขึ้นให้ใช้ผ้า สะอาดซับรักแร้เบา ๆ ให้แห้ง	5. ทำให้การวัดอุณหภูมิได้ค่าตรงตามความเป็นจริง
6. สอดเทอร์โมมิเตอร์เข้าไประหว่างรักแร้ของผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟังฟัง โดยให้ปลายกระเปาะของเทอร์โมมิเตอร์อยู่ในอุ้งรักแร้	6. เพราะเป็นการวัดที่บริเวณอวัยวะพื้นผิวซึ่งบรรยากาศภายนอกจะมีผลต่ออุณหภูมิร่างกายได้
7. วัดอุณหภูมิทางรักแร้นาน 5-10 นาที (ทารกหรือเด็กเล็กนาน 5 นาที) หลังจากนั้นนำเทอร์โมมิเตอร์ ออกจากอุ้งรักแร้ใช้สำลีแห้งหุ้มเทอร์โมมิเตอร์ตรงด้านที่มีมือจับแล้วเช็ดหมูนจากด้านที่มีมือจับมาทางปลายกระเปาะ	7. ทำให้ค่าที่อ่านได้ตรงตามความเป็นจริง ส่วนวิธีทำความสะอาดเทอร์โมมิเตอร์จะเป็นการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อโรคจากด้านที่สกปรกมากกว่าไปด้านที่สกปรกน้อยกว่า
8. ยกเทอร์โมมิเตอร์ที่เช็ดทำความสะอาดเรียบร้อยแล้วให้อยู่ในระดับสายตาโดยผู้อ่านยืนหันหลังให้แสงสว่าง พร้อมกับหมูนเทอร์โมมิเตอร์ไปมาเล็กน้อย จนสามารถอ่านค่าสูงสุดของปรอทในหลอดเทอร์โมมิเตอร์ได้	8. การยกให้เทอร์โมมิเตอร์อยู่ในระดับสายตา และหันหลังให้แสงสว่างจะทำให้เห็นตำแหน่งของ สารปรอทได้ชัดเจน ซึ่งจะทำให้การอ่านค่าอุณหภูมิได้ถูกต้องป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น
9. เมื่ออ่านเสร็จแล้ว ให้นำเทอร์โมมิเตอร์แช่ในน้ำยา ซ้ำเชื้อประมาณ 30 นาที (ขึ้นอยู่กับชนิดของน้ำยา) เมื่อครบเวลา ให้ล้างทำความสะอาดและใช้ผ้าสะอาดเช็ดให้แห้งก่อนนำไปใช้ในครั้งต่อไป	9. เป็นการกำจัดเชื้อโรคต่างๆ ที่ติดอยู่บริเวณเทอร์โมมิเตอร์
10. ก่อนเก็บไว้ในภาชนะสะอาด เพื่อเตรียมพร้อมสำหรับการนำไปใช้ให้สลัดเทอร์โมมิเตอร์ เพื่อให้สารปรอทลดต่ำกว่า 35 °C	10. สะดวกในการหยิบใช้ครั้งต่อไป

ขั้นตอนการปฏิบัติการวัดอุณหภูมิทางทวารหนัก

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. ก่อนจับเทอร์โมมิเตอร์ ควรล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง	1. เป็นการลดจำนวนเชื้อโรคต่าง ๆ ที่จะติดอยู่บริเวณ เทอร์โมมิเตอร์ ซึ่งจะเป็นการป้องกันการติดเชื้อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟังฟังได้
2. ตรวจสอบสารปรอทในเทอร์โมมิเตอร์ว่าอยู่ต่ำกว่า 35 °C หรือไม่ ถ้าไม่ให้สลัดเทอร์โมมิเตอร์ เพื่อให้สารปรอทลดต่ำกว่า 35 °C	2. ได้ค่าอุณหภูมิที่ถูกต้อง
3. ใช้สำลีชุบน้ำหมาด ๆ หุ้มเทอร์โมมิเตอร์ตรงบริเวณปลายกระเปาะ หลังจากนั้นให้เช็ดหมูนจากปลายกระเปาะมาทางด้านมือจับ	3. เป็นการป้องกันการเกิดความร้อนจากการเสียดสีระหว่างเทอร์โมมิเตอร์และผิวหนังบริเวณทวารหนัก
4. บอกผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟังฟังว่าจะวัดอุณหภูมิทางทวารหนัก โดยสอดไว้นานประมาณ 2 นาที และไม่ควรถูกแรง	4. การบอกข้อมูลจะทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะฟังฟังให้ความร่วมมือในการวัดอุณหภูมิมากขึ้น และไม่เกิดการระคายเคืองที่เยื่อบุทวารหนัก
5. จัดให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในภาวะฟังฟังนอนในท่า Sim's position หรือนอนตะแคง	5. การจัดท่าที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในภาวะฟังฟังสบาย ทวารหนักไม่หดเกร็งหรือเกิดแรงต้านเวลาสอดเทอร์โมมิเตอร์ ลดอาการระคายเคือง และยังทำให้ได้ค่าที่เที่ยงตรงอีกด้วย
6. ล้อลื่นเทอร์โมมิเตอร์จากปลายกระเปาะขึ้นมาประมาณ 1½ นิ้ว	6. สารหล่อลื่นจะช่วยให้สอดเทอร์โมมิเตอร์ได้ง่ายขึ้น ไม่ระคายเคืองเยื่อบุทวารหนัก

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
7. สวมถุงมือทั้งสองข้าง ยกแถมกันของผู้สูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงขึ้น จนมองเห็นทวารหนักชัดเจนแล้วจึงสอดเทอร์โมมิเตอร์เข้าไปในทวารหนัก ลึก 1½ นิ้ว	7. การยกแถมกันทำให้กล้ามเนื้อหูรูดทวารหนักคลายตัวจนสามารถสอดเทอร์โมมิเตอร์ได้ง่ายขึ้น ไม่ควรดันเทอร์โมมิเตอร์ เพราะอาจทำให้เกิดการระคายเคืองเยื่อบุทวารหนักได้ ในกรณีที่ไม่สามารถสอดเทอร์โมมิเตอร์ ได้ อาจเกิดจากมีอุจจาระแข็ง
8. เมื่อสอดเทอร์โมมิเตอร์เรียบร้อยแล้วให้จับอยู่กับที่จนครบเวลา 2 นาที	8. การจับเทอร์โมมิเตอร์ตลอดเวลาของการวัดจะทำให้ไม่หลุดออกมาจนค่าที่วัดได้คลาดเคลื่อน
9. เมื่อครบเวลาแล้วให้นำเทอร์โมมิเตอร์ออกจากทวารหนัก แล้วทำความสะอาดทวารหนัก (ถ้าจำเป็น) หลังจากนั้นจัดให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงนอนในท่าสบาย	9. ทำให้ร่างกายผู้สูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง สะอาด และอยู่ในท่าที่สบาย
10. ใช้สำลีแห้งหุ้มเทอร์โมมิเตอร์ตรงด้านที่มีมือจับ แล้วเช็ดหมูน จากด้านที่มีมือจับมาทางปลายกระเปาะ	10. ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจุลินทรีย์จากด้านที่สกปรกมากกว่า ไปด้านที่สกปรกน้อยกว่า
11. ยกเทอร์โมมิเตอร์ที่เช็ดทำความสะอาดเรียบร้อยแล้วให้อยู่ในระดับสายตา โดยผู้อ่านยืนหันหลังให้แสงสว่างพร้อมกับหมุนเทอร์โมมิเตอร์ ไปมาเล็กน้อยจนสามารถอ่านค่าสูงสุดของปรอทในหลอดเทอร์โมมิเตอร์ได้	11. การยกให้เทอร์โมมิเตอร์อยู่ในระดับสายตาและหันหลังให้แสงสว่างจะทำให้เห็นตำแหน่งของสารปรอทได้ชัดเจน ซึ่งจะทำให้การอ่านค่าอุณหภูมิได้ถูกต้อง ป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น
12. เมื่ออ่านเสร็จแล้ว ให้นำเทอร์โมมิเตอร์แช่ในน้ำยา ฆ่าเชื้อประมาณ 30 นาที (น้ำยาขึ้นอยู่กับชนิดของ) เมื่อครบเวลา ให้ล้างทำความสะอาด และใช้ผ้าสะอาดเช็ดให้แห้งก่อนนำไปใช้ในครั้งต่อไป	12. เป็นการกำจัดเชื้อโรคต่างๆ ที่ติดอยู่บริเวณเทอร์โมมิเตอร์
13. ก่อนเก็บไว้ในภาชนะสะอาด เพื่อเตรียมพร้อม สำหรับการนำไปใช้ ให้ สลัดเทอร์โมมิเตอร์เพื่อให้สารปรอทลดต่ำกว่า 35 °C	13. สะดวกในการหยิบใช้ครั้งต่อไป
14. ล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง	14. ลดจำนวนเชื้อโรคที่อยู่บริเวณมือและฝ่ามือ

ชีพจร

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

- 1) ชีพจรส่วนปลาย (Peripheral pulse) เป็นชีพจรบริเวณอวัยวะส่วนปลายของร่างกาย เช่น บริเวณแขนขา ข้อพับ เท้า คอ ขมับ
- 2) ชีพจรที่หัวใจ (Apical pulse) ชีพจร บริเวณ Apex ของหัวใจ

ค่าปกติในแต่ละช่วงวัย (Normal range)

อายุ	ชีพจร ค่าเฉลี่ย (ช่วง)
แรกเกิด	130 (180-80)
1 ปี	120 (140-80)
5-8 ปี	100 (120-75)
10 ปี	70 (90-50)
วัยรุ่น	75 (90-50)
วัยผู้ใหญ่	80 (100-60)
วัยผู้สูงอายุ (>70 ปี)	70 (100-60)

ตำแหน่งของหลอดเลือดแดงที่ใช้คลำชีพจร ได้แก่

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

ขั้นตอนการปฏิบัติการจับชีพจรที่หลอดเลือดส่วนปลาย

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. ล้างมือให้สะอาด (ใส่ถุงมือกรณีจำเป็น) ถ้าตำแหน่งที่จับชีพจรของผู้สูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเปื้อนเลือดหรือสิ่งคัดหลั่ง	1. เป็นการลดจำนวนเชื้อโรคต่าง ๆ ที่ติดอยู่บริเวณมือของผู้ดูแล ซึ่งจะเป็นการป้องกันการติดเชื้อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้
2. จัดท่าผู้ใช้บริการให้เหมาะสมตามหลักกายวิภาคศาสตร์	2. ทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงมีความสบาย ผ่อนคลาย ซึ่งจะทำให้ค่าของชีพจรที่วัดได้ ไม่คลาดเคลื่อน
3. ใช้นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนาง วางเบาๆ ที่ตำแหน่ง ชีพจรของผู้สูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงนับจำนวนครั้งของการเต้นชีพจรโดยดูนาฬิกาไปพร้อมกันจนครบ 1 นาทีและให้สังเกตจังหวะความแรงของการเต้นด้วย	3. การสัมผัสผิวหนังบริเวณหลอดเลือดแดงทอดผ่านต้น ๆ สามารถรับรู้สีกสัมผัสของคลื่นของหลอดเลือดสามารถนับจังหวะของการเต้นของชีพจรได้
4. เมื่อจับชีพจรเสร็จแล้วให้ล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง	4. ลดจำนวนเชื้อโรคที่อยู่บริเวณมือและฝ่ามือ

ขั้นตอนการปฏิบัติการจับชีพจรที่ยอดอก

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. ล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง	1. เป็นการลดจำนวนเชื้อโรคต่างๆ ที่ติดอยู่บริเวณมือของผู้ดูแล ซึ่งจะเป็นการป้องกันการติดเชื้อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้
2. จัดให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงนอนในท่านอนหงาย	2. ทำให้ผู้ดูแลมีความสะดวกในการฟังชีพจร
3. เลื่อนเสื้อของผู้สูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงออก เพื่อให้เห็นทรวงอกด้านบนชัดเจน โดยไม่เปิดเผยร่างกายของผู้สูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเกินความจำเป็น	3. จะทำให้เห็นตำแหน่งบริเวณยอดหัวใจได้ชัดเจน และลดความอายของผู้สูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง
4. ใช้มือคลำบริเวณช่องซี่โครงที่ 5 และ 6 และเลื่อนไปทางซ้ายของเส้นที่ลากจากกึ่งกลางกระดูกไหปลาร้า	4. เป็นบริเวณที่จะได้ยินเสียงหัวใจเด่นชัดเจน
5. วางหูฟัง (stethoscope) ส่วนของแผ่นรับเสียง (diaphragm) แนบกับบริเวณที่คลำได้ในข้อ 4 จะได้ยินเสียงดูบของหัวใจ ให้นับเป็นการเต้น 1 ครั้ง ทำการฟังจนครบ 1 นาทีพร้อมกับสังเกตจังหวะความแรงของการเต้นหัวใจ	5. เสียงที่ฟังได้ S1 (เสียง lub) เกิดจากลิ้นหัวใจระหว่างเอเทรียม (atrium) และเวนตริเคิล (ventricles) ปิดหลังจากเลือดไหลผ่านเข้าไปในเวนตริเคิลจนเต็มส่วนเสียงที่ 2 S2 (เสียง dub) เกิดจากลิ้นของหัวใจปิด เมื่อเลือดไหลออกจาก ventricles จนหมด
6. เมื่อฟังเสร็จเรียบร้อยแล้วให้ล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง	6. ลดจำนวนเชื้อโรคที่อยู่บริเวณมือและฝ่ามือ

อัตราการหายใจ

หมายถึง กระบวนการแลกเปลี่ยนแก๊สออกซิเจนกับคาร์บอนไดออกไซด์ของร่างกายระหว่างเซลล์กับสิ่งแวดล้อมซึ่งเกิดขึ้นโดยอัตโนมัติและอยู่นอกอำนาจจิตใจ หน่วยการนับของอัตราการหายใจ คือ จำนวนครั้ง (rate)/นาทีความลึก (Depth) และจังหวะ (rhythm)

ค่าปกติในแต่ละช่วงวัย (Normal range)

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

ขั้นตอนการปฏิบัติการนักรหายใจ

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. สังเกตการเคลื่อนไหวของทรวงอกหรือหน้าท้องในขณะที่มีจ็บชีพจรอยู่ โดยการนับการเคลื่อนไหวขึ้นลงตามจังหวะการหายใจเข้าและออกเป็น 1 ครั้ง จนครบ 1 นาทีสังเกตความลึก เสียง จังหวะ และความสม่ำเสมอของการหายใจ ระวังไม่ให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงรู้ตัวว่าถูกมองอยู่	1. การที่ไม่ให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงรู้สึกตัวว่าถูกจ้องมอง เพราะจะทำให้สามารถควบคุมการหายใจได้ระยะหนึ่ง ไม่แก่งหายใจไม่เป็นจังหวะจนทำให้ค่าที่วัดได้คลาดเคลื่อน จนบอกความผิดปกติไม่ได้
2. ถ้านับการหายใจได้ไม่ชัดเจนให้วางแขนผู้ให้บริการที่หน้าท้องหรือที่ทรวงอกส่วนล่างของผู้สูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	2. ช่วยให้พยาบาลสังเกตการเคลื่อนไหวขึ้น-ลง ของการหายใจได้ชัดเจน

ความดันโลหิต

หมายถึง แรงดันของเลือดที่เกิดจากการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย ทำให้มีปริมาณเลือดเข้าสู่เส้นเลือดเอออร์ตา (Aorta) กระทบกับผนังหลอดเลือดแดงเกิดเป็นความดันสูงสุด คือ ความดันซิสโตลิก (Systolic pressure) และความดันต่ำสุดขณะหัวใจคลายตัว คือ ความดันไดแอสโตลิก (diastolic pressure) ความดันโลหิต มีหน่วยเป็น มิลลิเมตรปรอท (millimeters of mercury: mmHg) 2 ค่าปกติในแต่ละช่วงวัย (Normal range)¹

อายุ	ความดันโลหิต (mmHg)
แรกเกิด	ค่าเฉลี่ย 30-40
1 ปี	65-95
6 ปี	65/105
10-13 ปี	65/110
14-17 ปี	75/120
วัยผู้ใหญ่	80/120
วัยผู้สูงอายุ (>70 ปี)	ความดัน diastolic อาจสูงขึ้น

ขั้นตอนการปฏิบัติการวัดความดันโลหิต

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. ล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง	1. เป็นการลดจำนวนเชื้อโรคต่างๆ ที่ติดอยู่บริเวณมือของผู้ดูแล ซึ่งจะเป็นการป้องกันการติดเชื้อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้
2. ถ้าวัดที่แขนให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงวางแขนอยู่ระดับเดียวกับหัวใจโดยให้ข้อศอกน้อยพร้อมกับหงายฝ่ามือขึ้น ถ้าวัดที่ขาจัดให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอยู่ในท่านอนคว่ำ ถ้านอนคว่ำไม่ได้ ให้นอนหงายพร้อมกับงอเข่าเล็กน้อย	2. ถ้าแขนอยู่สูงกว่าระดับหัวใจจะทำให้การอ่านค่าความดันโลหิตได้ต่ำกว่าค่าความเป็นจริง และถ้าวางแขนต่ำกว่าระดับหัวใจจะทำให้การอ่านค่าความดันโลหิตสูงกว่าค่าความเป็นจริง
3. ผู้ดูแลพับแขนเสื้อให้อยู่เหนือข้อศอกของผู้สูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	3. ทำให้พนัก Cuff ของเครื่องวัดความดันโลหิตได้สะดวกมากขึ้น และเรียบร้อย นอกจากนี้ค่าการวัดความดันโลหิตไม่คลาดเคลื่อน
4. คลำหาชีพจรตรงตำแหน่งที่ข้อพับแขน (brachial artery) หรือข้อพับขา (popliteal artery) ของผู้สูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง	4. ทำให้ค่าที่ได้ไม่คลาดเคลื่อน
5. วางส่วนกลางของ Cuff (ส่วนที่เป็นยางไม่มีลมค้างอยู่) หรือเครื่องหมายลูกศรอยู่เหนือหลอดเลือดแดงที่ข้อพับแขนด้านในหรือตำแหน่งที่ใช้วัดความดันโลหิตอื่นๆ ให้ขอบล่างของ Cuff อยู่เหนือข้อพับประมาณ 2.5-5 เซนติเมตร (1-2 นิ้ว) โดยพันให้รอบอวัยวะที่จะทำการวัดความดันโลหิต ถ้าวัดที่ขาพันให้ส่วนกลางของ Cuff อยู่เหนือหลอดเลือดแดงหลังเข้าพันรอบส่วนกลางของขาที่นอนบน	5. แรงดันใน Cuff กดลงบนหลอดเลือดแดง ซึ่งจะขัดขวางการไหลของโลหิต ถ้าพัน Cuff หลวมไปจะได้อ่านค่าความดันโลหิตสูงกว่าความจริงขอบผ้าควรสูงพองวงหุ้พั้งได้เป็นการป้องกันการเสี่ยงรบกวน
6. วางเครื่องวัดความดันโลหิตให้ห่างจากผู้สูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงไม่เกิน 3 ฟุต และให้สายตาของผู้ดูแลที่ทำการวัดอยู่ระดับเดียวกับส่วนนูนของพื้นผิวปรอท (Meniscus)	6. ทำให้ดูระดับปรอทที่อยู่ในเครื่องวัดความดันโลหิตได้ถูกต้องแน่นอน ถ้าวัดระดับสายตาสองกว่าส่วนนูนของพื้นผิวปรอททำให้การอ่านค่าสูงกว่าความเป็นจริงหรือถ้าวัดระดับสายตาดูต่ำกว่าทำให้การอ่านค่าต่ำกว่าความเป็นจริง
7. ปิดเกลียวลูกสูบของเครื่องวัดความดันโลหิตให้แน่นพอประมาณ	7. ป้องกันอากาศรั่วเวลาบีบลมเข้า Cuff
8. คลำหาชีพจรตรงตำแหน่งที่วัด บีบลูกสูบให้ลมเข้าในถุงยางเหนือตำแหน่งที่คลำชีพจรไม่ได้ประมาณ 20-30 มิลลิเมตรปรอทจึงหยุด	8. ความดันซิสโตลิกประมาณได้จากตำแหน่งที่คลำชีพจรไม่ได้ การเพิ่มแรงดันให้เพียงพอ ทำให้อ่านค่าความดันซิสโตลิกได้ถูกต้องและป้องกันภาวะไม่สุขสบาย
9. วางส่วนรับเสียงของหูฟังแบบเหนือบริเวณหลอดเลือดแดงที่คลำชีพจรได้เปิดเกลียวลูกสูบปล่อยลมออกจาก Cuff เป็นจังหวะสม่ำเสมอ ประมาณ 2-3 มิลลิเมตรปรอทต่อวินาที	9. ป้องกันการฟังเสียงผิดพลาด การปล่อยลมเร็วมาก ทำให้อ่านค่าผิดพลาด การปล่อยลมช้ามาก อาจเกิดการคั่งของเลือดดำ ทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงไม่สุขสบายได้
10. อ่านค่าความดันโลหิตทันทีเมื่อได้ยินเสียงแรกและเสียงที่เปลี่ยนจากตังเป็นเสียงเบาหรือเสียงที่หาย บางคนเสียงเปลี่ยนและเสียงหาย อาจฟังได้ระยะใกล้เคียงกัน	10. การฟังเสียงความดันโลหิต เรียกว่า เสียงโครทคอฟ (Korotkoff Sound) ซึ่งเกิดจากการสั่นสะเทือนของผนังหลอดเลือดแดงแบ่งเป็น 5 ระยะ คือ - ระยะที่ 1 (Phase I) เป็นเสียงแรกที่ได้ยินและเป็นเสียงที่เกิดจากการบีบตัวของหัวใจ เรียกว่า เสียงความดันซิสโตลิก - ระยะที่ 2 (Phase II) เสียงดังเพิ่มขึ้น - ระยะที่ 3 (Phase III) เสียงเปลี่ยนมาเป็นเสียงตัง ชัดเจน - ระยะที่ 4 (Phase IV) เสียงเปลี่ยนเบาลงและเป็นเสียงไดแอสโตลิกเสียงที่ 1 - ระยะที่ 5 (Phase V) เสียงสุดท้ายที่ได้ยินและเป็นเสียงไดแอสโตลิกเสียงที่ 2
11. ปล่อยลมออกจาก Cuff ให้หมดโดยเร็วและปลดออก ถ้าต้องการวัดซ้ำให้รอ 30 วินาที เพื่อรอให้เลือดที่คั่งอยู่ในหลอดเลือดแดงไหลเวียนปกติ	11. ถ้าปล่อยลมค้างไว้ใน Cuff จะขัดขวางการไหลเวียนของหลอดเลือดแดง เป็นผลให้เกิดอาการชาและเจ็บได้
12. เก็บ Cuff และเครื่องวัดความดันโลหิตให้เรียบร้อยพร้อมกับจัดให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงอยู่ในท่าที่สุขสบาย	12. เป็นการรักษาเครื่องวัดความดันโลหิตและสะดวกในการหยิบใช้ครั้งต่อไป

ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดหรือค่าอิมตัวของออกซิเจนในฮีโมโกลบิน

ค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือดหรือค่าอิมตัวของออกซิเจนในฮีโมโกลบินไม่ใช่หนึ่งในสัญญาณชีพ แต่ปัจจุบันมีความสำคัญที่ผู้ดูแลควรต้องเรียนรู้ เพื่อใช้ในการประเมินอาการเบื้องต้นที่เกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจและการไหลเวียนโลหิตของผู้สูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในความดูแลเพื่อประกอบการตัดสินใจในการพาผู้สูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ค่าความอิมตัวของออกซิเจนในฮีโมโกลบินหมายถึง ค่าร้อยละของฮีโมโกลบินที่จับกับออกซิเจน (Oxygenated hemoglobin) การวัดค่าความอิมตัวของออกซิเจนในฮีโมโกลบินใช้เครื่องมือที่เรียกว่า pulse Oximetry ซึ่งจะเป็นค่า pulse Oxygen saturation (SpO2) หน่วยวัดเป็นเปอร์เซ็นต์ ค่าปกติของ Oxygen saturation (SpO2) เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 95

ขั้นตอนการปฏิบัติการวัดค่าความเข้มข้นออกซิเจนในเลือด

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. ล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง	1. เป็นการลดจำนวนเชื้อโรคต่างๆ ที่ติดอยู่บริเวณมือของผู้ดูแล ซึ่งจะเป็นการป้องกันการติดเชื้อให้ผู้สูงอายุ หรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงได้
2. ใช้ pulse oximetry หนีบบริเวณปลายนิ้วอาจเป็นบริเวณนิ้วมือหรือติ่งหูของผู้สูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง ซึ่งจะต้องมีลักษณะไม่ซีดมีเลือดมาเลี้ยงอย่างเพียงพอ	2. เป็นบริเวณที่มีหลอดเลือดฝอยมาเลี้ยงและ sensor สามารถวัดความเข้มข้นของออกซิเจนในเม็ดเลือดแดงได้
3. จัดให้บริเวณอวัยวะของผู้สูงอายุหรือผู้ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงที่ใช้ pulse oximetry หนีบไว้นิ่งอยู่กับที่ไม่เคลื่อนไหวและสามารถอ่านค่าที่ปรากฏหน้าจอได้ชัดเจน	3. ให้ได้ค่า oxygen saturation ที่ถูกต้องเที่ยงตรง
4. เปิดเครื่อง pulse oximetry และรอจนมีตัวเลขปรากฏบนหน้าจออ่านค่าอย่างถูกต้อง	4. ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเที่ยงตรง
5. ปิดเครื่องและนำเครื่อง pulse oximetry ออกจากอวัยวะเก็บเครื่องให้เรียบร้อย	5. สะดวกในการนำมาใช้ครั้งต่อไป

การบันทึกรายงาน

- บันทึกค่าอุณหภูมิ (T) ชีพจร (P) อัตราการหายใจ (R) ความดันโลหิต (BP) และค่าความเข้มข้น ออกซิเจนในเลือด (O2 Sat) ลงในสมุดบันทึกสัญญาณชีพทันที
- นำค่าสัญญาณชีพมาลงบันทึกในแบบบันทึก (graphic record) ตามนโยบายของสถานพยาบาล ตัวอย่างเช่น
 - ค่าอุณหภูมิของร่างกายบันทึกโดยใช้หมึกสีน้ำเงินและบันทึกตำแหน่งที่วัดด้วย เช่น R คือ การวัดทางทวารหนัก (rectal) A คือ การวัดทางรักแร้ (axillary) ส่วนการวัดทางปากไม่ต้องบอกตำแหน่งในการวัด
 - ค่าชีพจรบันทึกโดยใช้หมึกสีแดง
 - ค่าการนับการหายใจบันทึกโดยใช้หมึกสีน้ำเงิน
 - ค่าความดันโลหิตบันทึกโดยใช้หมึกสีน้ำเงิน โดยบันทึกค่า systolic pressure / diastolic pressure
 - ค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด บันทึกด้วยหมึกสีน้ำเงินมีค่าเป็นร้อยละ

3. บันทึกค่าสัญญาณชีพลงในใบบันทึกการดูแลหรือบันทึกทางการแพทย์พยาบาล (Nurse's note) เพื่อบอกถึงสถานะหรืออาการที่เกี่ยวข้องกับสัญญาณชีพ เช่น อาการที่เกี่ยวข้องกับอุณหภูมิ คือ ความรู้สึกร้อน หนาวสั่น กระจายน้ำ มีเหงื่อออกผิวหนังซีด แดง เป็นต้น อาการที่เกี่ยวข้องกับชีพจร คือ อาการใจสั่น ชีพจรเบาเร็วหรือลึกลง ตื่น จังหวะไม่สม่ำเสมอ หรือคลำได้ไม่ชัดเจน อาการที่เกี่ยวข้องกับการหายใจ เช่น หายใจเร็ว ช้า ตื้น หายใจลำบาก ไม่สม่ำเสมอ ฯลฯ

หรือค่าของความดันโลหิตที่สูงหรือต่ำกว่าปกติหรือวัดค่าความดันโลหิตไม่ได้

เอกสารอ้างอิง

1. อัญชลี ชูติพร. การดูแลผู้รับบริการในการวัดและประเมินสัญญาณชีพ: The Care of the Client in Obtaining and Assessing the Vital Signs. ใน: นิตยา สมบัติแก้ว, เตือนทิพย์ เขษมโอภาส, บรรณาธิการ. การพยาบาล พื้นฐาน: หลักการและแนวคิด. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558. หน้า 125-47.
2. ชมพูนุท พงษ์ศิริ, อัญชลี ชูติธร. การวัดสัญญาณชีพ: Obtaining the Vital Signs. ใน: อัจฉรา พุ่มดวง, บรรณาธิการ. การพยาบาลพื้นฐาน: ปฏิบัติการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3 (ปรับปรุงครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย; 2555. หน้า 56-71

การฟื้นฟูสมรรถภาพและกิจกรรมทางกาย

ดร.อภิวรรณ ญัฐมนวรกุล

การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation Medicine)

หมายถึง การแพทย์ที่มุ่งเน้นการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจากผลของโรคหรืออุบัติเหตุต่าง ๆ ทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพใกล้เคียงปกติ และสามารถใช้ส่วนของร่างกายที่เหลืออยู่อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ

เป้าหมายสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายผู้สูงอายุ คือ การฟื้นฟูความสามารถทั้งทางร่างกาย สังคม และจิตใจ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ความเป็นตัวของตัวเองและกลับไปใช้ชีวิตในสังคมสิ่งแวดล้อมที่เคยอยู่ก่อนการเจ็บป่วย ประกอบด้วย การออกกำลังกายเพื่อการรักษาและการใช้อุปกรณ์เครื่องช่วยต่างๆ รวมถึงการให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัว

การแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุ

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

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

กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้างหรือต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่นบางส่วน มีความจำกัดในการดำเนินชีวิตในสังคมและเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังที่ควบคุมไม่ได้ มีภาวะแทรกซ้อน ด้านร่างกายหรือจิตใจจนส่งผลต่อการรู้คิด การตัดสินใจ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (คะแนน ADL ระหว่าง 5-11 คะแนน)

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

สมรรถภาพทางกาย (physical fitness)

หมายถึง สภาวะความสมบูรณ์ของร่างกายที่จะประกอบกิจกรรมทางกายต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีพลังงานเหลือไว้ใช้ในสภาวะที่จำเป็น

สมรรถภาพทางกายเพื่อสุขภาพ (Health – Related Physical Fitness) มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ความอดทนของระบบไหลเวียนเลือด (Cardiorespiratory Endurance) ความอ่อนตัวหรือความยืดหยุ่น (Flexibility) ความแข็งแรง

ของกล้ามเนื้อ (Muscular Strength) และสัดส่วนองค์ประกอบของร่างกาย (Body Composition)

การออกกำลังกายเพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางกายมีวัตถุประสงค์ ดังต่อไปนี้

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

โดยมีตัวอย่างการออกกำลังกายเพื่อการรักษาฟื้นฟูตามกลุ่มเป้าหมาย ดังนี้

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

กิจกรรมทางกาย (Physical activity)

หมายถึง การเคลื่อนไหวของร่างกายโดยกล้ามเนื้อและกระดูกที่ทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงาน ตัวอย่างกิจกรรม เช่น การเดิน ขี่จักรยาน การเต้นรำ การทำสวน เป็นต้น ซึ่งในแต่ละช่วงอายุมีความต้องการระดับของกิจกรรมทางกายที่แตกต่างกัน

ระดับกิจกรรมทางกาย (Physical activity level)

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

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

3. กิจกรรมทางกายระดับปานกลาง (Moderate physical activity) เป็นกิจกรรมทางกายที่อยู่ในระดับที่เพียงพอ องค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2012 กำหนดเกณฑ์ของกิจกรรมระดับปานกลางไว้ดังนี้

3.1 กิจกรรมระดับหนักที่ปฏิบัติติดต่อกันอย่างน้อย 3 วัน และอย่างน้อย 20 นาทีต่อวัน

3.2 กิจกรรมระดับปานกลางที่ปฏิบัติติดต่อกันอย่างน้อย 5 วัน หรือการเดินติดต่อกันอย่างน้อย

30 นาที

3.3 กิจกรรมระดับหนักสลับปานกลางที่ปฏิบัติติดต่อกันอย่างน้อย 5 วัน เช่น การวิ่งเหยาะๆ ติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาที การทำงานบ้านติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาที

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

4.1 กิจกรรมระดับหนักอย่างน้อย 3 วัน และเกิดการเผาผลาญพลังงานอย่างน้อย 1500 MET-นาที่ต่อสัปดาห์

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

ข้อเสนอแนะกิจกรรมทางกาย สำหรับผู้ใหญ่ช่วงอายุ 18-64 ปี

1. ควรมีกิจกรรมทางกายแบบแอโรบิกในระยะเวลา 1 สัปดาห์ ความหนักระดับปานกลางอย่างน้อย 150 นาที หรือความหนักระดับหนักอย่างน้อย 75 นาที หรือความหนักระดับปานกลางผสมระดับหนักให้ได้สัดส่วนเวลาข้างต้น

2. กิจกรรมทางกายแบบแอโรบิกในแต่ละครั้งควรทำไม่น้อยกว่า 10 นาทีขึ้นไปอย่างต่อเนื่อง

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

4. ควรทำกิจกรรมเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โดยทำในกลุ่มกล้ามเนื้อหลัก 2 วัน หรือมากกว่าต่อสัปดาห์

ข้อเสนอแนะกิจกรรมทางกาย สำหรับผู้สูงอายุ ≥ 65 ปี

เหมือนผู้ใหญ่ แต่เพิ่มกิจกรรมฝึกการทรงตัวและป้องกันการล้ม ≥ 3 วัน/สัปดาห์

ความหนักของกิจกรรมทางกาย

หมายถึง การที่ร่างกายจะต้องออกแรงพยายามทำกิจกรรมนั้น มากน้อยแค่ไหน ซึ่งสามารถประเมินหรือวัดได้จากหลายค่า เช่น ค่าการใช้ออกซิเจน ค่าการเต้นของหัวใจ ค่าความเหนื่อย เป็นต้น

ตารางที่ 1 แสดงระดับความหนักของกิจกรรมทางกายแบบแอโรบิก⁴

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

HRmax ย่อมาจาก Maximum Heart Rate

RPE ย่อมาจาก Rating of Perceived Exertion

METs ย่อมาจาก Metabolic Equivalents

หมายถึง อัตราชีพจรสูงสุด

หมายถึง ความเหนื่อย

หมายถึง ค่าทาง Metabolic เทียบขณะพัก

ค่าชีพจรสูงสุด = 220 - อายุ

ค่าระดับความเหนื่อย

- 6
- 7 รู้สึกสบาย
- 8
- 9 ไม่เหนื่อย
- 10
- 11 รู้สึกเหนื่อย
- 12
- 13 ค่อนข้างเหนื่อย
- 14
- 15 เหนื่อย
- 16
- 17 เหนื่อยมาก
- 18
- 19 เหนื่อยที่สุด
- 20



ภาพที่ 1 แสดงกิจกรรมการออกกำลังกายที่ระดับความเหนื่อยต่างๆ

ค่าประมาณ MET equivalents
ของกิจกรรมทางกายแบ่งตามระดับความแรง

ระดับเบา (light intensity) < 3.0 METs	ระดับปานกลาง (moderate intensity) 3.0-6.0 METs	ระดับหนัก (vigorous intensity) >6.0 METs
1. การเดิน		
<ul style="list-style-type: none"> ■ เดินรอบๆ บ้าน ร้าน หรือที่ทำงาน = 2.0 	<ul style="list-style-type: none"> ■ เดิน 4.8 กม.ใน 1 ชม. = 3.3 ■ เดิน 6.4 กม.ใน 1 ชม. = 5.0 	<ul style="list-style-type: none"> ■ เดิน 7.2 กม.ใน 1 ชม. = 6.3 ■ เดินขึ้นเขาด้วยสัมภาระเบา (<4.5 กก.) = 7.0 ■ เดินขึ้นเขาด้วยสัมภาระหนัก (4.5-19 กก.) = 7.5-9.0 ■ วิ่งเหยาะๆ ที่ 8 กม.ใน 1 ชม. = 8.0 ■ วิ่งเหยาะๆ ที่ 9.7 กม.ใน 1 ชม. = 10.0 ■ วิ่งที่ 11.3 กม.ใน 1 ชม. = 11.5
2. การทำงานประกอบอาชีพ การทำงานบ้าน/งานสวน/งานสนาม ในบริเวณบ้าน		
<ul style="list-style-type: none"> ■ นั่ง-ใช้คอมพิวเตอร์ = 1.5 ■ ยืนทำงานเบาๆ เช่น จัดเตียง ล้างจาน รีดผ้า เตรียมอาหาร = 2.0-2.5 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ทำความสะอาด เช่น ขัดหน้าต่าง ล้างรถ = 3.0 ■ กวาดบ้าน ตัดฝุ่น ถูบ้าน = 3.0-3.5 ■ ตัดหญ้า โดยใช้เครื่องตัดหญ้าแบบเดินตัด = 5.5 	<ul style="list-style-type: none"> ■ ขุดทราย = 7.0 ■ ยกอิฐ = 7.5 ■ ทำสวนหรือไร่/นาโดยใช้แรงมาก เช่น เก็บเกี่ยวข้าว = 8.0 ■ ขุดหลุม = 8.5
3. การทำกิจกรรมในเวลาว่างหรืองานอดิเรก การเล่นกีฬา และการออกกำลังกายหรือการฝึกฝนร่างกาย		
<ul style="list-style-type: none"> ■ วาดภาพ = 1.5 ■ เล่นสนุกเกอร์/ บิลเลียด = 2.5 ■ ขับรถยนต์ = 2.5 ■ ปาลูกดอก = 2.5 ■ เล่นดนตรี = 2.0-2.5 	<ul style="list-style-type: none"> ■ แบดมินตัน = 4.5 ■ บาสเกตบอล = 4.5 ■ ซี่จิกรยาน บนพื้นราบ (16-19 กม.ใน 1 ชม.) = 6.0 ■ เต้นลีลาศจังหวะช้า = 3.0 ■ เต้นลีลาศจังหวะเร็ว = 4.5 ■ ตกปลาในแม่น้ำที่ต้องมีการเดิน = 4.0 ■ เล่นกอล์ฟ = 4.3 ■ เรือใบ = 3.0 ■ วายน้ำ = 6.0 ■ ปิงปอง = 4.0 ■ เทนนิสคู่ = 5.0 ■ วอลเลย์บอล ที่ไม่ใช่การแข่งขัน = 3.0-4.0 	<ul style="list-style-type: none"> ■ แข่งบาสเกตบอล = 8.0 ■ ซี่จิกรยานระดับความเร็วปานกลางบนพื้นราบ (20-24 กม.ใน 1 ชม.) = 8.0 ■ ซี่จิกรยานความเร็วมาก บนพื้นราบ (24-26 กม.ใน 1 ชม.) = 10 ■ เล่นฟุตบอล = 7.0 ■ แข่งฟุตบอล = 10.0 ■ วายน้ำ ปานกลางถึงหนัก = 8.0-11.0 ■ เทนนิสเดี่ยว = 8.0 ■ แข่งขันวอลเลย์บอล = 8.0

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

การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุและการใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน

ดร.อภิวรรณ ญัฐมนวรกุล

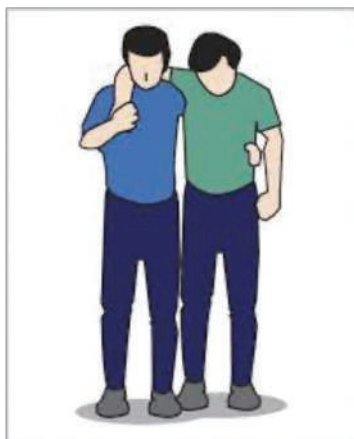
หลักการยกและการเคลื่อนย้าย

- การยกและการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยมีหลายวิธีแต่หลักการเหมือนกันทุกวิธี ดังนี้
1. บอกแผนการให้ผู้ยกหรือเคลื่อนย้ายและผู้ป่วยทราบว่าจะทำอย่างไรบ้าง
 2. ประเมินกำลังในการยกผู้ป่วย ถ้าไม่แน่ใจให้หาคคนช่วย ห้ามทดลองยกผู้ป่วยเด็ดขาด เพราะอาจเกิดอันตรายได้
 3. ควรใช้ท่ายกที่ถูกต้องในการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย โดยให้หลังอยู่ในลักษณะตรงเสมอ เพื่อป้องกันอาการปวดหลังหรือหมอนรองกระดูกเคลื่อนกดทับเส้นประสาท
 4. ขณะยกผู้ป่วยต้องงอขาและหนีบแขน กำมือที่จับผู้ป่วยให้แน่น โดยมือและแขนอยู่แนบลำตัวมากที่สุด
 5. ควรยกผู้ป่วยอย่างสมดุลให้น้ำหนักตกที่ศูนย์กลางลำตัว เพื่อความปลอดภัยของผู้ยกและทำให้ออกแรงได้เต็มที่
 6. เน้นความปลอดภัยในการยกและเคลื่อนย้ายด้วยความระมัดระวังที่สุด
 7. อย่าเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น ยกเว้นอาการไม่ปลอดภัยหรือสถานการณ์ที่เกิดเหตุไม่ปลอดภัย
 8. ห้ามเคลื่อนย้ายผู้ที่ได้รับบาดเจ็บที่กระดูกสันหลังโดยไม่ได้ตามกระดูกก่อน
 9. ห้ามเคลื่อนย้ายผู้ป่วยโดยที่ยังไม่ได้แก้ไขส่วนที่ได้รับบาดเจ็บ
 10. ห้ามทิ้งผู้ป่วยที่หมดสติอยู่เพียงลำพัง เพราะผู้ป่วยจะแยลงเมื่อไหร่ก็ได้
 11. ห้ามทำให้ผู้ป่วยบาดเจ็บมากขึ้น
 12. ห้ามทำในสิ่งที่ไม่รู้หรือไม่แน่ใจ ในกรณีที่ไม่แน่ใจว่าจะทำอย่างไร อย่าตัดสินใจกระทำในสิ่งที่ไม่รู้โดยเด็ดขาด

กรณีผู้ช่วยเหลือ 1 คน

การประคองเดิน ใช้สำหรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดีและพอจะช่วยเหลือตัวเองได้ไม่มีกระดูกหักหรือกระดูกหลังหักและผู้ป่วยตัวใหญ่พอๆ กับผู้ช่วยเหลือ

การอุ้ม ถ้าผู้ป่วยตัวเล็กกว่าผู้ช่วยเหลือมากและไม่มีกระดูกหักที่ใดๆ การอุ้มจะเป็นการเคลื่อนย้ายที่สะดวก รวดเร็วและปลอดภัย



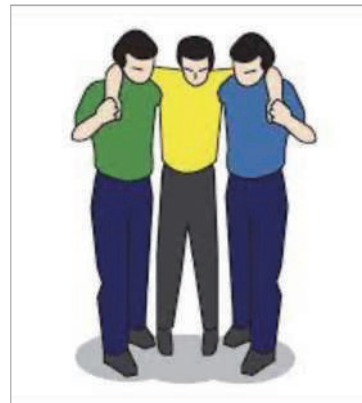
การช่วยเหลือผู้บาดเจ็บรุนแรงและ/หรือไม่รู้สีกตัว

- กรณีผู้ช่วยเหลือ 1 คน
- การลาก
- การอุ้มแบก



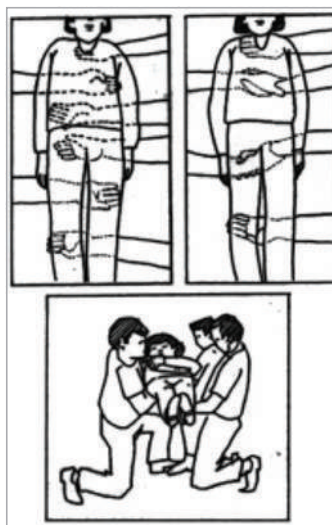
กรณีผู้ช่วยเหลือ 2 คน

การประคองเดิน ผู้ป่วยพอช่วยตัวเองได้ ไม่มีกระดูกขาหรือกระดูกสันหลังหัก การอุ้มคนละข้างของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ควรให้ผู้ป่วยเอามือโอบป่าของผู้ช่วยเหลือทั้งสอง



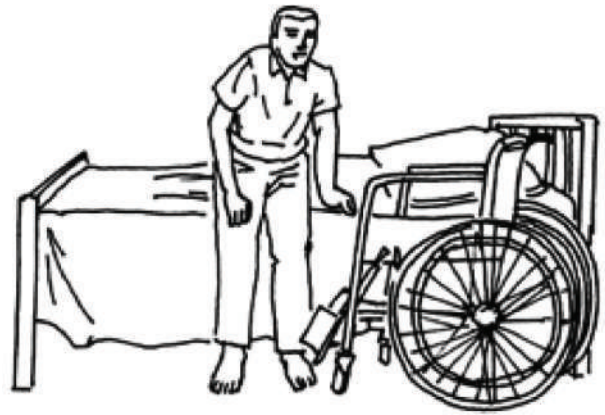
กรณีผู้ช่วยเหลือ 3 คน

การอุ้มสามคนเรียง เหมาะสำหรับผู้ป่วยในรายที่ไม่รู้สีกตัว ต้องการอุ้มวางบนเตียงหรืออุ้มผ่านทางแคบ



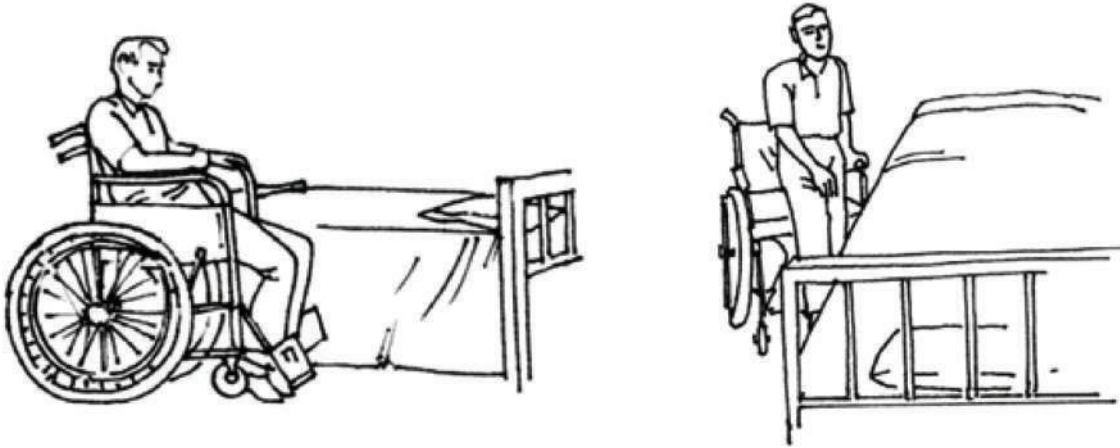
การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปรถเข็น

- ผู้ป่วยลุกขึ้นนั่งห้อยขาข้างเตียง รถเข็นตั้งอยู่ทางด้านที่ปกติของผู้ป่วยโดยทำมุมประมาณ 45 องศา และล็อกล้อรถเข็นไว้
- ผู้ป่วยโน้มตัวลุกขึ้นยืนด้วยความระมัดระวัง
- เมื่อยืนได้มั่นคงดีแล้ว ใช้มือข้างที่ปกติจับที่วางแขนของรถเข็น (ที่อยู่ใกล้ตัว) ก้าวขาข้างที่ปกติไปหารถเข็น พร้อมกับการหันตัวและก้มตัวนั่งลงในรถเข็น

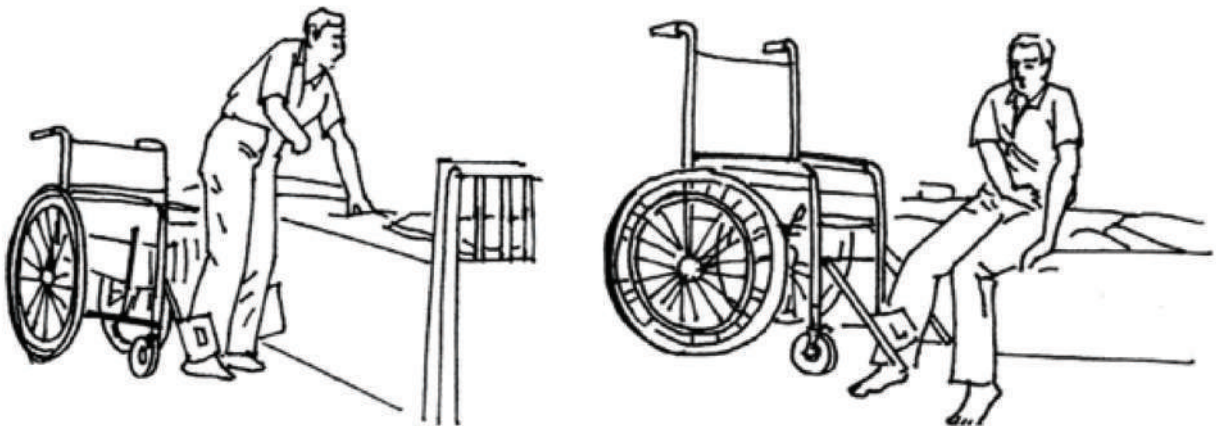


การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากรถเข็นไปเตียง

- ผู้ป่วยนั่งในรถเข็นที่ตั้งทำมุมประมาณ 45 องศากับเตียง โดยให้ด้านที่ปกติของผู้ป่วยเข้าหาเตียง ล็อกล้อรถเข็น และวางเท้าทั้งสองข้างลงบนพื้น
- มือข้างที่ปกติจับที่วางแขนแล้วโน้มตัวลุกขึ้นยืนด้วยความระมัดระวัง



- ย้ายมือจากที่วางแขนไปยังที่นอน แล้วก้าวขาข้างที่ปกติไปด้านหน้าเล็กน้อย
- หันลำตัวและย้ายตัวก้มลงไปนั่งบนเตียง



เครื่องช่วยเดิน (Gait Aids)

เป็นอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับผู้ที่มีความบกพร่องในการเดิน การทรงตัว หรือมีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อขา รวมทั้งผู้สูงอายุ เพื่อช่วยพยุงร่างกายให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากขึ้น ได้แก่ โครงเหล็กช่วยเดิน ไม้ค้ำยัน ไม้เท้า เป็นต้น

กลุ่มหรืออาการของโรคที่ต้องใช้เครื่องช่วยเดิน

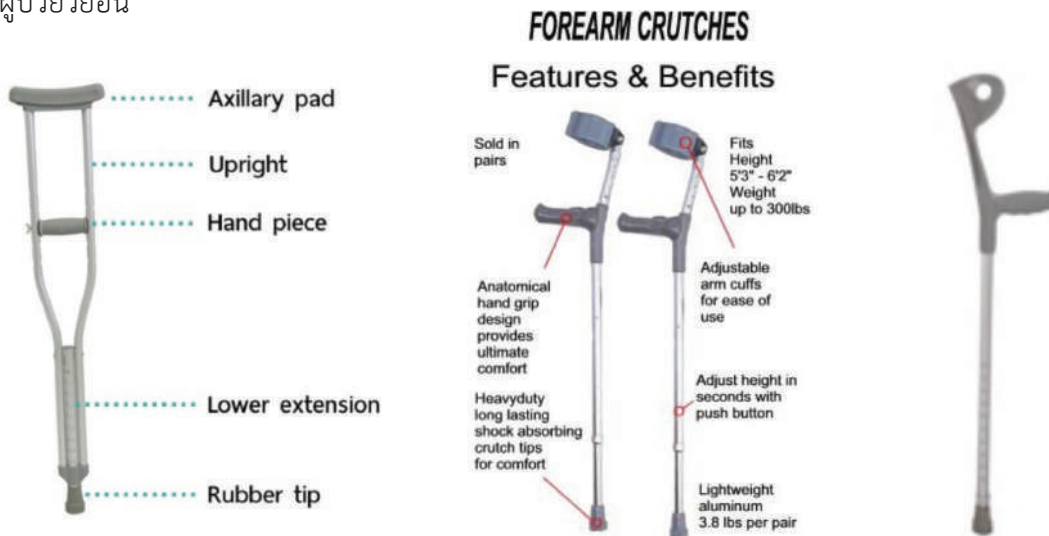
1. โรคทางกระดูกและกล้ามเนื้อ ได้แก่
 - ภาวะบาดเจ็บจากกระดูกหัก เอ็นฉีกขาด
 - การอักเสบของข้อ อาการปวดจากความเสื่อมของข้อเข่า ข้อสะโพก ข้อเท้า
 - อาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อจากภาวะการไม่ได้ใช้งานนาน ๆ
 - ผู้ป่วยที่ได้รับการเปลี่ยนข้อเข่า ข้อสะโพก
 - ผู้ป่วยที่ถูกตัดขาในระดับต่าง ๆ

2. โรคทางระบบประสาท ได้แก่

- โรคหลอดเลือดสมองอุดตันหรือหลอดเลือดสมองแตก ทำให้แขนขาอ่อนแรงครึ่งซีก
- โรคไขสันหลังระดับบอกหรือเอวบาดเจ็บ ทำให้กล้ามเนื้อขาอ่อนแรงครึ่งท่อนหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงทั้งตัวแบบไม่สมมาตร
- โรคระบบประสาทที่ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือเสียการทรงตัว กล้ามเนื้ออ่อนแรงจากโรคระบบประสาทส่วนปลายต่าง ๆ

3. ผู้สูงอายุ

- ผู้ป่วยสูงอายุที่มีสมรรถภาพถดถอย (functional decline) จากโรคเรื้อรัง โรคข้อเข่าเสื่อม โรคหลอดเลือดสมอง
- โรคของการมองเห็น กล้ามเนื้ออ่อนแรง การเดินทรงตัวไม่ดีทำให้หกล้มได้ง่าย
- โรคหัวใจและปอดทำให้เหนื่อยง่าย
- ผลจากการนอนรักษาในโรงพยาบาลนาน ๆ ผู้สูงอายุจะเกิดภาวะ deconditioning ได้เร็วและรุนแรงกว่าผู้ป่วยวัยอื่น



วัตถุประสงค์

1. เพื่อลดแรงกดหรือแรงกระทำต่อข้อต่อของขาและลำตัวส่วนล่างที่มีรอยโรค
2. เพื่อเพิ่มพื้นที่ฐานในการรับน้ำหนักและเพิ่มความมั่นคงในการยืน เดิน
3. เพื่อช่วยในการทรงตัว

ประเภทอุปกรณ์ช่วยเดิน

1. **ไม้ค้ำยัน (crutches)** เป็นเครื่องช่วยเดินที่มีจุดสัมผัสกับร่างกายผู้ใช้ 2 จุด โดยมักใช้ในผู้ป่วยที่มีอาการอ่อนแรงของขา มีการบาดเจ็บหรือรอยโรคที่ขา การเดินโดยใช้ไม้ค้ำยันต้องใช้แขนยันลงบนไม้ค้ำยันพร้อมกันทั้ง 2 ข้าง ผู้ป่วยจึงต้องมีกล้ามเนื้อแขนที่แข็งแรง แบ่งออกได้เป็น 2 แบบ คือ

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

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

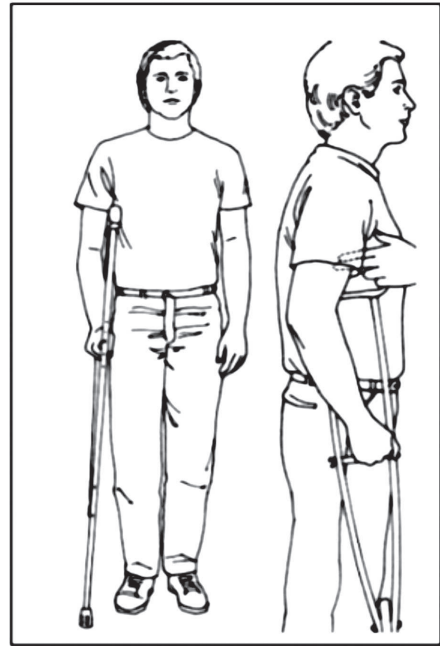
การวัดความยาวของไม้ค้ำ ความยาวของไม้ค้ำย่นมีความสำคัญต่อลักษณะการเดินของผู้ป่วยมาก

1. ถ้าไม้ค้ำย่นยาวเกินไป ผลเสีย คือ ผู้ป่วยเดินยกไหล่ ไม่นั่นคง และยันตัวพื้นพื้นลำบาก กดเส้นเลือดและเส้นประสาทบริเวณใต้รักแร้
2. ถ้าไม้ค้ำย่นสั้นเกินไป ผลเสีย คือ ผู้ป่วยต้องก้มหลังขณะเดิน ทำให้ปวดหลัง อาจทำให้ไม้ค้ำย่นหลุดจากรักแร้ เกิดการหกล้มได้ง่าย
3. ถ้าระดับมือจับสูงเกินไป ผลเสีย คือ ผู้ป่วยต้องงอศอกมากขึ้น ต้องใช้แรงมากในการยันตัวให้พื้นพื้น

วิธีการวัดความยาวไม้ค้ำย่น Axillary crutches

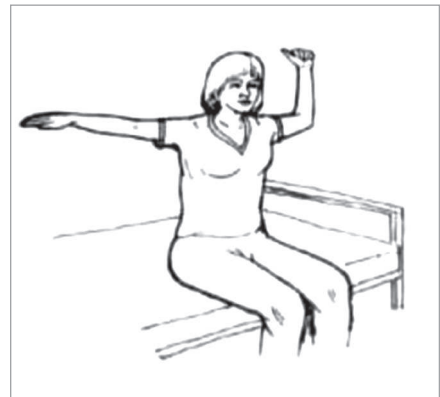
วัดในท่ายืน

- ความสูงที่เหมาะสม วัดจากระยะของรักแร้ถึงพื้นในจุดที่ห่างจากด้านข้างนิ้วก้อยเท้าของผู้ป่วยประมาณ 6 นิ้วฟุต ขณะยืน นิ้วโป้งเท้าห่างกันประมาณ 4 นิ้วฟุต
- ระดับความสูงของ Hand piece ที่เหมาะสมคือ ระดับที่ผู้ป่วยกำ Hand piece แล้วข้อศอกงอ 30 องศา และหัวไหล่สองข้างอยู่ในแนวระนาบ
- ถ้ายิ่งทรงตัวไม่ดี ให้อยู่ในบาร์คู่นาน วัดจากจุดต่ำจากขอบรักแร้ด้านหน้าประมาณ 2 นิ้วมือ ไปยังจุดบนพื้นซึ่งห่างจากปลายนิ้วก้อยออกมาด้านข้าง 6 นิ้วฟุต และตั้งฉากไปด้านหน้า 6 นิ้วฟุต



วัดในท่านั่ง

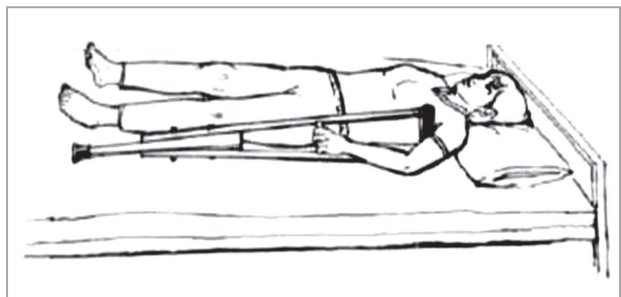
โดยนั่งตัวตรงกางแขนสองข้างขึ้นระดับเดียวกับหัวไหล่ แขนข้างหนึ่งให้ข้อศอกและนิ้วเหยียดตรง แขนอีกข้างหนึ่งงอข้อศอก 90 องศาและกำมือในลักษณะปลายนิ้วหัวแม่มือชี้ขึ้น ความยาวของไม้ค้ำวัดจากจุดปลายสุดของข้อศอก (Olecranon process) ข้างที่งอไปถึงปลายสุดของนิ้วที่ยาวที่สุดของแขนข้างที่เหยียด



วัดในท่านอน

ให้ผู้ป่วยนอนหงาย ปลายเท้าห่างกันประมาณ 4 นิ้วฟุต นอนตัวตรง ไหล่ไม่เอียง วัดได้ 2 วิธี คือ

- วัดความยาวจากขอบรักแร้ด้านหน้า ถึงสันเท้า แล้วบวกเพิ่มอีก 1-2 นิ้วฟุต
- วัดจากจุดที่ต่ำจากขอบรักแร้ด้านหน้า กว้างประมาณ 2 นิ้วมือ ไปยังจุดซึ่งห่างจากปลายนิ้วก้อยเท้าออกมาด้านข้าง 6 นิ้วฟุต



วิธีการเดินโดยใช้ไม้ค้ำยัน

1. Four-point alternate crutch gait เป็นการลงน้ำหนัก 4 ครั้งใน 1 รอบการเดิน จังหวะการก้าวเป็นลำดับ คือ ไม้ค้ำยันข้างซ้ายตามด้วยขาขวา ไม้ค้ำยันข้างขวาตามด้วยขาซ้าย ข้อดี คือ เป็นท่าเดินที่มีความมั่นคงที่สุด เนื่องจากมีจุดรับน้ำหนัก 3 จุดตลอดเวลา ข้อเสียคือ เดินได้ช้า ใช้ในกรณีผู้ป่วยมีรอยโรคที่ขาสองข้างและเป็นการลงน้ำหนักที่ขาสองข้างเพียงบางส่วน (bilateral partial weight bearing)

2. Two-point alternate crutch gait มีการลงน้ำหนัก 2 ครั้งใน 1 รอบการเดิน จังหวะการเดิน คือ ไม้ค้ำยันซ้ายไปพร้อมกับขาขวา ตามด้วยไม้ค้ำยันขวาไปพร้อมกับขาซ้าย ในแต่ละช่วงจะมีจุดรับน้ำหนักเพียง 2 จุดเท่านั้น ผู้ป่วยจึงควรมีการทรงตัวที่ดีพอควร ข้อบ่งชี้ในการเดินเหมือนแบบ Four-point alternate crutch gait แต่มักจะเดินได้เร็วกว่า

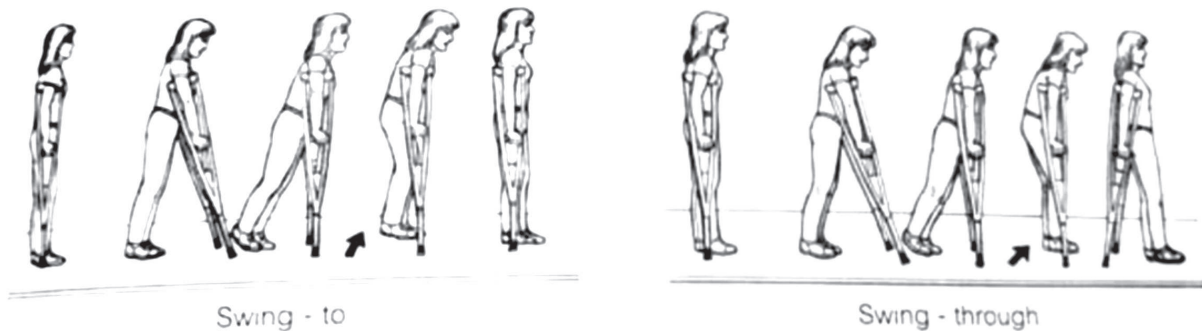
3. Three-point crutch gait มีการลงน้ำหนัก 3 ครั้งใน 1 รอบการเดิน จังหวะการเดิน คือ ไม้ค้ำยันทั้งสองข้างและขาข้างที่มีรอยโรคนำไปก่อนพร้อมกัน ตามด้วยขาข้างที่ปกติมาเสมอกับไม้ค้ำยันหรือเลยไปเล็กน้อยใช้ในกรณีผู้ป่วยที่มีขาข้างหนึ่งแข็งแรง และมีรอยโรคที่ขาอีกข้างหนึ่ง ซึ่งสามารถลงน้ำหนักที่ได้ทั้งแบบบางส่วนหรือไม่ลงน้ำหนักข้างนั้นเลย (unilateral partial-weight or non-weight bearing)

4. Tripod crutch gait แบ่งเป็น Tripod alternate gait กับ Tripod simultaneous gait ใช้ในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งท่อนล่าง (paraplegia) ลักษณะการเดิน คือ ยกไม้ค้ำยันไปข้างหน้าพร้อมกัน 2 ข้าง (simultaneous) หรือทีละข้าง (alternate) ออกแรงเหยียดศอก กดไหล่ ทิ้งน้ำหนักตัวลงบนไม้แล้วลากขา มาด้านหน้าจนอยู่ระดับเดียวกับไม้ (drag to)

5. Swing crutch gait เป็นการเดินเหียงขาและลำตัว โดยอาศัยแรงจากแขนทั้งสองข้างที่กดลง ไม้ค้ำยันใช้ในกรณีผู้ป่วยมีกำลังขาสองข้างอ่อนแรงอย่างมาก (paraplegia) ในการเดินแบบนี้ผู้ป่วยจะต้องมีกำลังแขนและการทรงตัวที่ดีมาก แบ่งได้เป็นแบบย่อย คือ

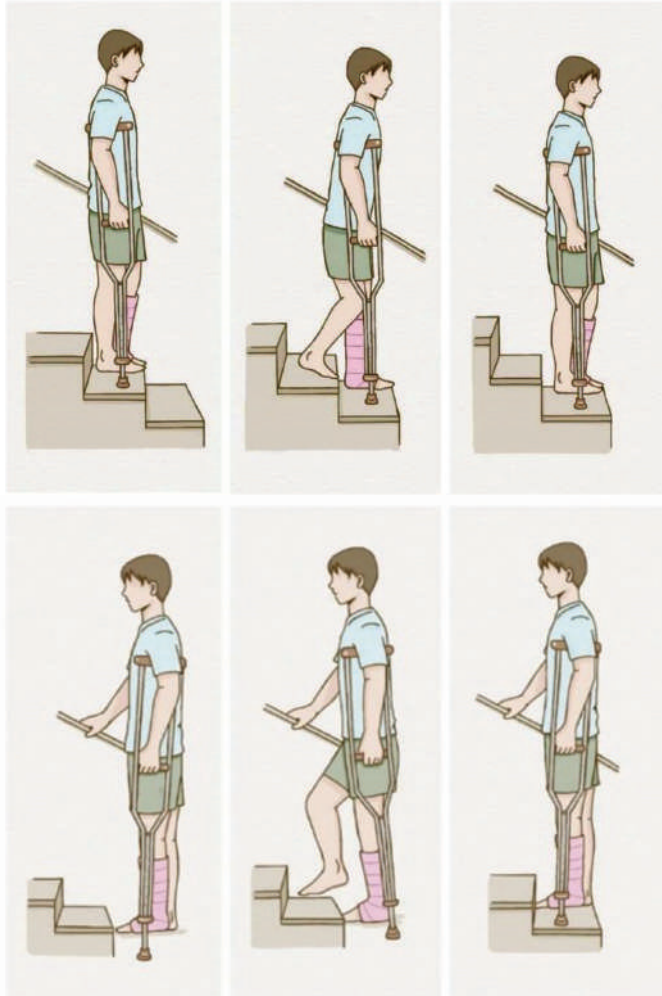
5.1 Swing to crutch gait เป็นการเดินโดยเหียงลำตัวและขาไปด้านหน้าโดยให้เท้าวางตัวในแนวเดียวกับไม้ค้ำยันทั้งสองข้างแตะพื้น จังหวะการเดิน คือ ยกไม้สองข้างไปข้างหน้าพร้อมกัน ตามด้วยใช้กำลังแขนและลำตัวส่วนบนกดไม้ค้ำยันแล้วเหียงลำตัวตามไป

5.2 Swing through crutch gait เป็นการเดินโดยเหียงลำตัวและขาไปด้านหน้าโดยให้เท้าวางเลยแนวไม้ค้ำยันทั้งสองข้างแตะพื้นจะเดินได้เร็วกว่า Swing to crutch gait แต่ต้องใช้กำลังของช่วงแขนและลำตัวมากกว่า



การขึ้นบันได (กรณีมีราวบันได)

- ผู้ป่วยยืนชิดขอบบันได
- มือข้างหนึ่งจับราวบันได ส่วนมืออีกข้างหนึ่งรวบไม้ค้ำยันทั้งสองข้างมาไว้ได้รักแร้
- ออกแรงที่มือทั้งสองข้าง ยกตัวขึ้นพร้อมกับก้าวขาข้างที่แข็งแรงขึ้นบันไดขั้นถัดไป (ขาดีขึ้น)
- ถ่ายน้ำหนักตัวไปขาข้างที่แข็งแรง ก้าวขาข้างที่มีปัญหาพร้อมกับยกไม้ค้ำยันขึ้นไปวางบนบันไดขั้นเดียวกัน
- ขึ้นบันไดขั้นต่อไปด้วยวิธีการข้างต้น

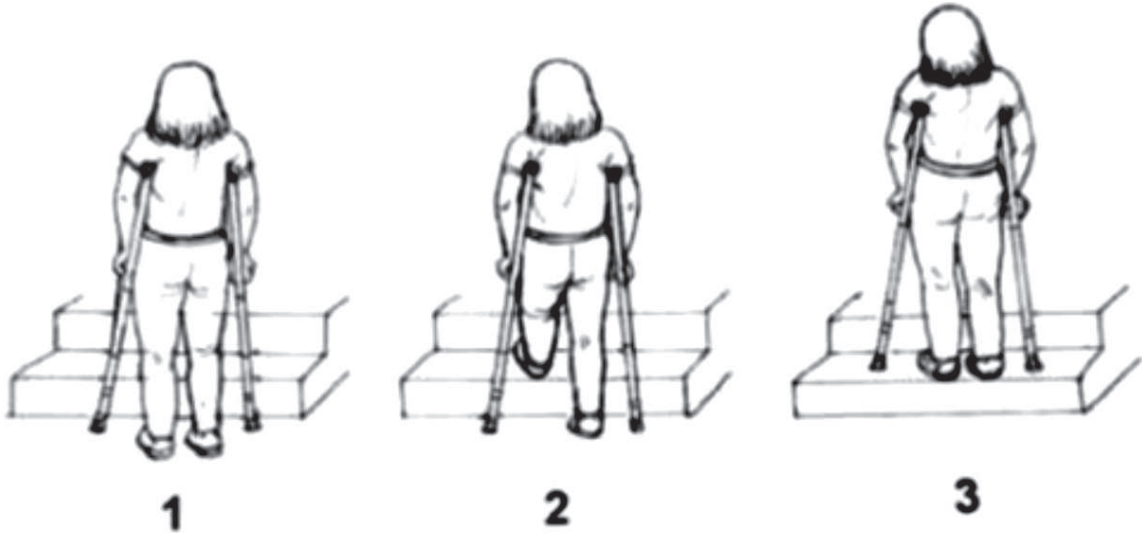


การลงบันได (กรณีมีราวบันได)

- ผู้ป่วยขยับขาให้อยู่ชิดขอบบันไดขั้นที่ยืนอยู่
- ยกไม้ค้ำยันทั้งสองข้างพร้อมขาข้างที่ปัญหาลงมาขั้นถัดไป
- มือข้างหนึ่งกดที่ไม้ อีกข้างหนึ่งกดราวบันได ก้าวขาข้างที่แข็งแรงตามลงมาที่ขั้นเดียวกัน

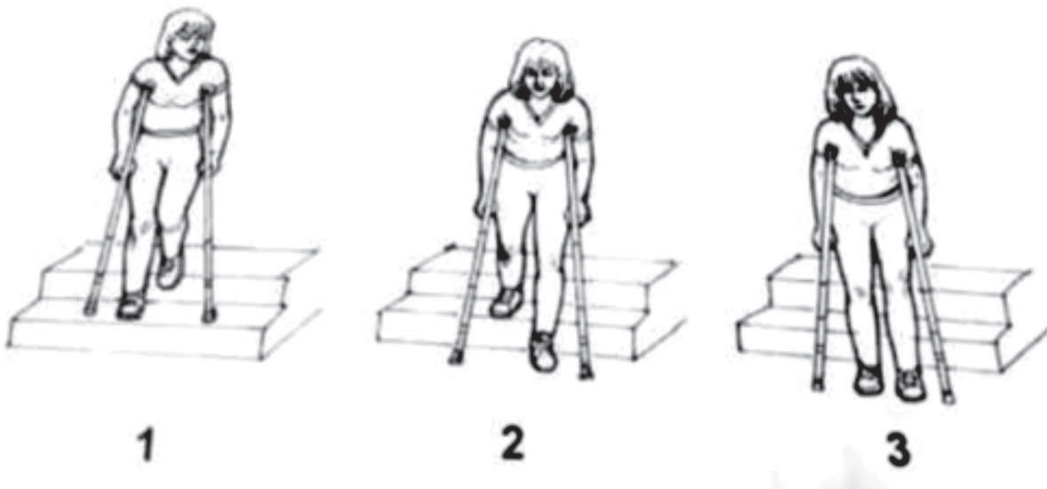
การขึ้นบันได (กรณีไม่มีราวบันได)

- ผู้ป่วยยืนชิดขอบบันได
- ลงน้ำหนักที่มือจับทั้งสองข้างของไม้ค้ำยันพร้อมกับก้าวขาข้างที่แข็งแรงขึ้นบันไดขั้นถัดไป (ขาดีขึ้น)
- ถ่ายน้ำหนักไปขาข้างที่ดีและที่มือจับทั้งสองข้าง
- ก้าวขาข้างที่มีปัญหาขึ้นมาบนบันไดขั้นเดียวกันพร้อมกับยกไม้ค้ำยันขึ้นมาด้วย
- ขึ้นบันไดขั้นต่อไปด้วยวิธีการข้างต้น



การลงบันได (กรณีไม่มีราวบันได)

- ผู้ป่วยช่วยขาให้อยู่ชิดขอบบันไดขั้นที่ยืนอยู่
- ยกไม้ค้ำยันทั้งสองข้างพร้อมขาข้างที่ปัญหาลงมาบันไดขั้นถัดไป โดยลงน้ำหนักที่มือจับของไม้ค้ำยันทั้งสองข้าง หรืออาจลงน้ำหนักขาข้างที่มีปัญหาเล็กน้อยในกรณีที่ขาข้างนั้นสามารถลงน้ำหนักได้บ้าง (partial weight bearing)
- ก้าวขาข้างดีตามลงมาที่ระดับเดียวกัน



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

ประเภทของไม้เท้า

1. **ไม้เท้าปุ่มเดียว (Single cane)** มีจุดรับน้ำหนักเพียงจุดเดียว ไม่เกาะกะเวลาใช้เดิน แต่ให้ความมั่นคงน้อย
2. **ไม้เท้า 3 ปุ่ม (Tripod cane)** ให้ความมั่นคงมากกว่าไม้เท้าปุ่มเดียว แต่เกาะกะอาจเกี่ยวขาโต๊ะหรือเก้าอี้เวลาเดิน ควรเลือกใช้ในกรณีที่ต้องการความมั่นคงในการเดินมาก ถ้ากำลังกล้ามเนื้อขาดีขึ้น หรืออาการปวดลดลง จึงให้เปลี่ยนไปใช้เป็นไม้เท้าปุ่มเดียว

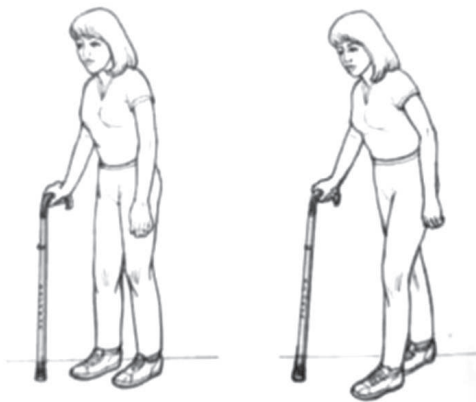
3. ไม้เท้า 4 ปุ่ม (Quadripod cane) มีความมั่นคงมาก มีฐานการรับน้ำหนักหลายขนาด

4. Walkane หรือ Hemi-walker เป็นเครื่องช่วยเดินที่มีลักษณะผสมระหว่างไม้เท้ากับโครงโลหะช่วยเดิน ให้ความมั่นคงสูงที่สุดในกลุ่มนี้ เนื่องจากมีฐานรับน้ำหนักกว้างและช่วยพยุงด้านข้างได้ดี

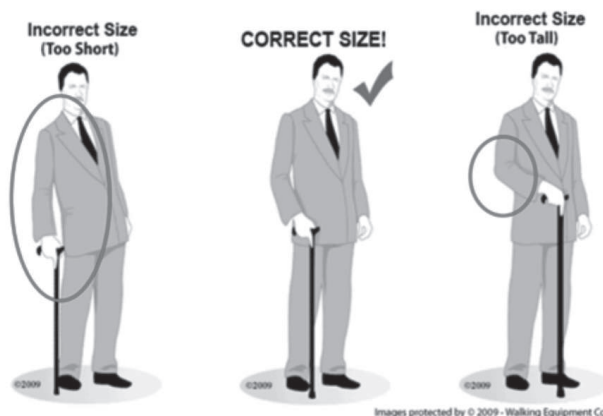


การวัดความยาวของไม้เท้า

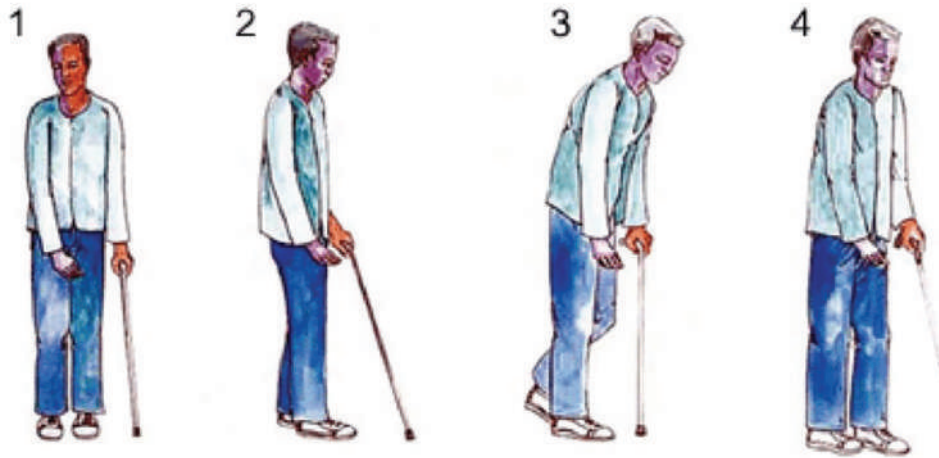
ความยาวของไม้เท้าที่เหมาะสมคือ วางไม้เท้าห่างจากปลายเท้า (นิ้วก้อย) ทางด้านหน้าเฉียงไปด้านข้าง ประมาณ 10 นิ้ว มือจับของไม้เท้าอยู่ที่ระดับปุ่มกระดูกตรงข้อสะโพก เมื่อผู้ป่วยยืนถือไม้เท้าข้อศอกต้องงอ 20-30 องศา บ่าทั้งสองข้างอยู่ในระดับเดียวกัน



ถ้าไม้เท้ายาวเกินไป ข้อศอกจะงอมากและไหล่ข้างที่ถือไม้เท้าจะยกสูงขึ้นทำให้รับน้ำหนักได้ไม่เต็มที่ ถ้าไม้เท้าสั้นเกินไปข้อศอกข้างที่ถือไม้เท้าจะเหยียดมากเกินและต้องเดินโน้มตัวไปด้านหน้ามาก

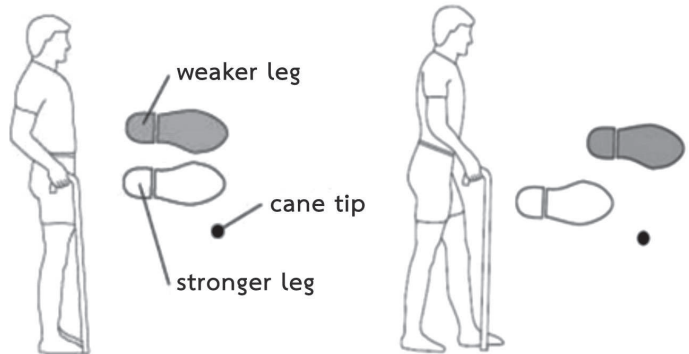


วิธีการเดินด้วยไม้เท้า ให้ถือไม้เท้าตรงข้ามกับขาข้างที่มีรอยโรค จังหวะการเดิน คือ ให้ยกไม้เท้าตามด้วยขาข้างที่มีรอยโรค และขาข้างปกติตามลำดับ แต่ถ้าต้องการให้เดินได้ไวขึ้นให้ยกไม้เท้าไปพร้อมกับขาข้างที่มีรอยโรค แล้วตามด้วยขาข้างที่ปกติ



การฝึกเดิน

- ใช้มือข้างที่ปกติจับไม้เท้า
- ยกไม้เท้าไปข้างหน้าก่อน
- ก้าวเท้าข้างที่อ่อนแรงก่อน
- ก้าวเท้าข้างที่ปกติตามมา



การขึ้น-ลงบันได

การขึ้นบันได ให้ก้าวขาข้างที่ปกติขึ้นก่อนแล้วตามด้วยไม้เท้าพร้อมขาข้างที่มีรอยโรค การลงบันได ให้ก้าวขาข้างที่มีรอยโรคลงพร้อมไม้เท้าแล้วตามด้วยขาข้างที่ปกติ

โครงโลหะช่วยเดิน (walker) เป็นเครื่องช่วยเดินที่มีลักษณะคล้ายราวคู่ มีฐานการรับน้ำหนักกว้างที่สุด จึงให้ความมั่นคงได้มากที่สุด เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่ต้องการลงน้ำหนักบนขาข้างที่เจ็บหรือผู้ป่วยที่มีปัญหาในการทรงตัวหรือผู้ป่วยหลังจากการผ่าตัดเปลี่ยนข้อ ข้อเสีย คือ เกะกะ โดยเฉพาะในเวลาขึ้นลงบันได

ชนิดของโครงโลหะช่วยเดิน

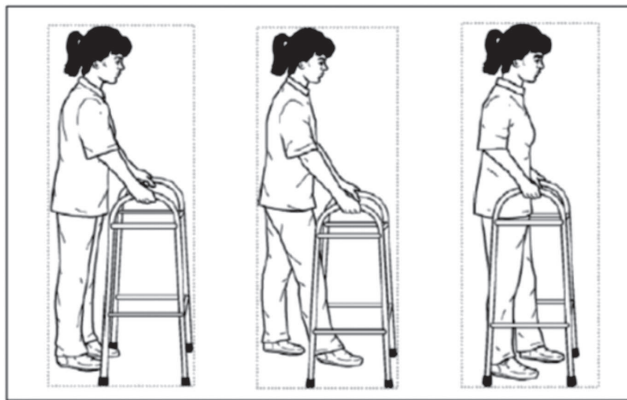
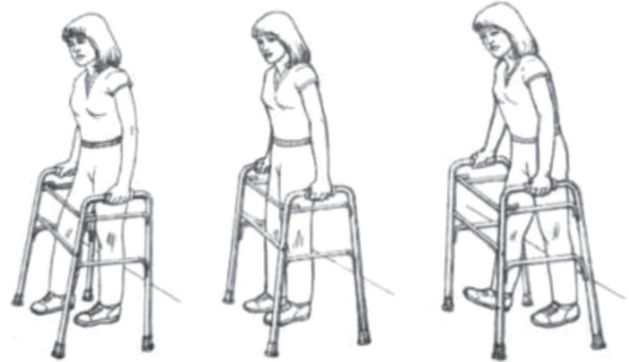
- แบบธรรมดา (Pick up walker หรือ Standard walker) เป็นโครงโลหะช่วยเดินมาตรฐาน มีขา 4 ขา เวลาใช้ต้องยกโครงโลหะไปข้างหน้าก่อนจะก้าวตามไป ผู้ป่วยมักจะเดินได้ช้าแต่มั่นคง ปัจจุบันมีแบบพับเก็บได้ (Folding walker) เพื่อความสะดวกในการขนย้ายขึ้นรถ



• แบบมีล้อ (Wheeled walker หรือ Rolling walker) เป็นโครงโลหะที่มีล้อ ใช้ขึ้นไปด้านหน้าแทนการยก เหมาะกับผู้ป่วยที่มีกล้ามเนื้ออ่อนแอที่ไม่สามารถยกแบบธรรมดาได้ มีทั้งชนิด 2 ล้อและ 4 ล้อ ถ้าแบบ 4 ล้อต้องมีเบรกเพื่อช่วยห้ามล้อและขณะใช้จะต้องระวังเรื่องการลื่นล้ม



การวัดความสูงของโครงโลหะช่วยเดิน
 ให้ผู้ป่วยยืนใน walker โดยให้มือจับทั้งสองด้านของ walker อยู่ในระดับเดียวกับปุ่มกระดูก greater trochanter หรืออยู่ในระดับที่ข้อศอกงอ 20 องศา ทั้งสองข้างอยู่ในระนาบตรงเดียวกัน

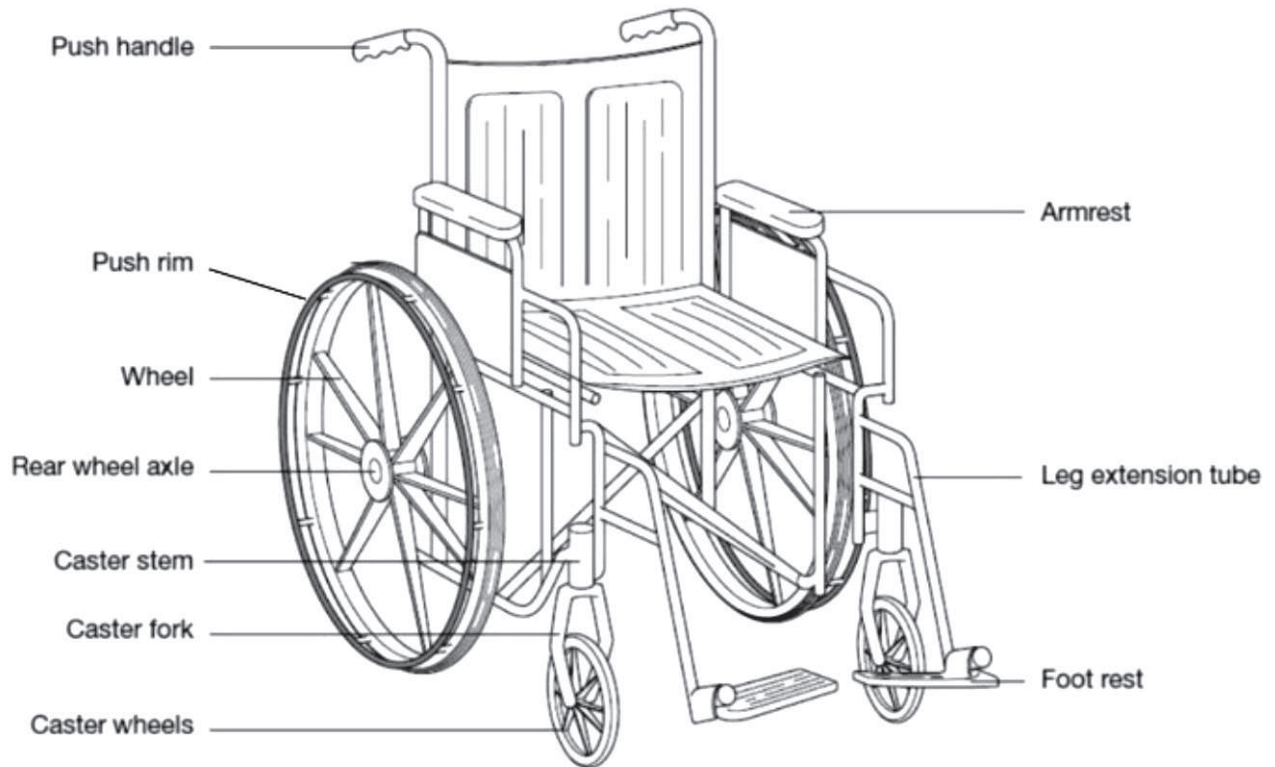


วิธีการเดินโดยโครงโลหะช่วยเดิน

ผู้ป่วยจะต้องยืนทรงตัวได้ดีพอควร เนื่องจากขณะที่มือยกโครงโลหะไปวางข้างหน้าผู้ป่วยไม่มีหลักในการเกาะ ถ้าทรงตัวไม่ดีอาจจะล้มได้

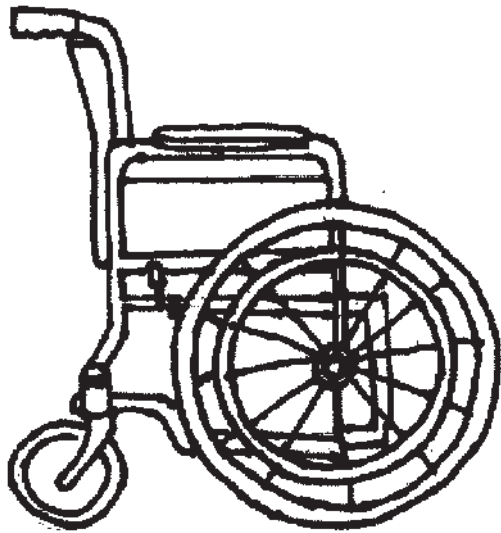
ถ้าเดินแบบไม่ลงน้ำหนักของขาข้างใดข้างหนึ่ง (unilateral non weight bearing) ผู้ป่วยจะต้องงอขาข้างนั้นลอยไว้แล้วยกโลหะช่วยเดินไปวางไว้ข้างหน้าประมาณ 12 นิ้ว หรือ 1 ก้าว แล้วกดน้ำหนักลงที่มือทั้งสองข้างในขณะที่ก้าวขาข้างปกติไปข้างหน้าคล้ายกับการกระโดดขาเดียว

ถ้าผู้ป่วยสามารถลงน้ำหนักได้ทั้งสองขาให้ยกโครงโลหะไปวางไว้ข้างหน้าแล้วก้าวเท้าใดเท้าหนึ่งไปอยู่ที่ตำแหน่งประมาณกึ่งกลางโครงโลหะ ตามด้วยเท้าอีกข้างไปวางในระดับเดียวกับเท้าแรก ถ้าผู้ป่วยวางเท้าเลยกึ่งกลางโครงโลหะไปด้านหน้าผู้ป่วยอาจเสียการทรงตัวล้มหายหลังได้



รถเข็นนั่ง (Wheelchair)

ใช้สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถเดินหรือเคลื่อนที่ได้ด้วยตนเอง เนื่องจากสาเหตุต่าง ๆ ได้แก่ เป็นอัมพาต ขาขาด เสียการทรงตัว มีข้อห้ามในการลงน้ำหนัก เช่น มีอาการปวด กระดูกขาหัก 2 ข้าง เป็นต้น



ประเภทของรถเข็นนั่ง

1. Indoor wheelchair มีล้อใหญ่ (wheel) อยู่ด้านหน้า ส่วนล้อเล็ก (caster) อยู่ทางด้านหลัง ทำให้วงเลี้ยวแคบ เหมาะใช้ในพื้นที่จำกัด เช่น โรงพยาบาล เป็นต้น
2. Outdoor wheelchair มีล้อใหญ่อยู่ด้านหลังทำให้ผู้ป่วยเข็นเองได้ง่าย ส่วนล้อเล็กอยู่ด้านหน้า มีหลายแบบ เช่น



2.1 Standard wheelchair รถเข็นนั่งแบบธรรมดา

เหมาะสำหรับผู้ป่วยผู้ใหญ่โดยทั่วไปที่ใช้แขน 2 ได้ปกติ ถ้ามี Sling type seat และ cross linkage bar จะสามารถพับเก็บได้

2.2 Sport wheelchair มีหลายประเภทกีฬา

โดยทั่วไปไม่สามารถพับเก็บได้ (rigid frame) ขนาดเล็ก น้ำหนักเบา ล้อเล็กขนาด 5 นิ้ว และล้อทำมุมเอียง (camber) มากกว่า เพื่อให้หมุนง่าย วงเลี้ยวแคบและมั่นคงเหมาะสำหรับผู้ที่มีการทรงตัวดี



2.3 Reclining wheelchair รถเข็นนั่งประเภทนี้

ปรับพนักพิงได้ เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหา orthostatic hypotension ปรับให้หัวต่ำเวลามีอาการเวียนศีรษะ และใช้สำหรับผู้ป่วยที่มีปัญหาเรื่องการทรงตัว เช่น ผู้ป่วยอัมพาตทั้งตัว แบ่งรถชนิดนี้ได้เป็น 2 ประเภท คือ Semi-recliner ปรับพนักพิงลงได้ 30 องศา และ Full recliner ปรับพนักพิงลงได้ถึง 90 องศา



2.4 One-arm drive wheelchair รถเข็นนั่ง

ประเภทนี้ hand rim 2 อันจะอยู่ข้างเดียวกัน hand rim อันใหญ่จะควบคุมล้อข้างเดียวกัน ส่วน hand rim อันเล็กจะควบคุมล้อด้านตรงข้าม ใช้สำหรับผู้ป่วยที่สามารถใช้แขนได้ข้างเดียวที่จำเป็นจะต้องใช้รถเข็นนั่ง เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผู้ป่วยบาดเจ็บที่สมอง เป็นต้น แต่เนื่องจากว่ามีราคาแพงจึงมักแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ standard wheelchair และยก foot plate ของขาข้างที่ดีขึ้นแล้วให้ใช้แขนข้างที่ดีควบคุม hand rim ข้างเดียวกัน ร่วมกับการใช้ขาข้างที่ดีในการควบคุมทิศทาง

2.5 Standing wheelchair สามารถปรับยืนได้ โดยใช้แรงของแขนหรือแรงมอเตอร์ ทำให้ผู้ป่วยทำงานในท่ายืนได้ เปลี่ยนจุดลงน้ำหนักที่กันช่วยป้องกันแผลกดทับ มีการลงน้ำหนักที่ขา ช่วยชะลอการสูญเสียมวลกระดูก



2.6 Motorized wheelchair สามารถขับเคลื่อนโดยใช้เครื่องยนต์ และใช้มือควบคุมการขับเคลื่อนโดยโยกคันบังคับ ส่วนใหญ่มีราคาสูง



2.7 Amputee wheelchair ใช้สำหรับผู้พิการขาขาด ทั้ง 2 ข้าง รถประเภทนี้แตกต่างจากมาตรฐาน คือ ล้อใหญ่ ถูกปรับลอยไปด้านหลังอีก 1.5 นิ้ว เพื่อเพิ่มความมั่นคง ลดโอกาสหกล้ม

อุปกรณ์เสริมรถเข็นนั่ง

1. Chest strap (Safety belt) ใช้เพื่อรัดลำตัวติดกับพนักพิง เหมาะสำหรับผู้ป่วยอัมพาตระดับสูงที่มีปัญหาการนั่งทรงตัว เพื่อป้องกันไม่ให้ตัวไถลตกจากรถ
2. Hand rim projection เพื่อทำให้ผู้ป่วยที่แขนและกล้ามเนื้อมืออ่อนแรงสามารถเข็นรถนั่งคนพิการได้ง่ายขึ้น
3. Anti-tipper ใช้ติดกับ tipping lever เพื่อป้องกันรถล้มหกล้ม
4. เบาะรองนั่ง (Cushion) ใช้ลดและกระจายแรงกดที่กันเพื่อป้องกันแผลกดทับ แนะนำให้ใช้สำหรับผู้ป่วยทุกคนที่ใช้รถเข็นนั่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยบาดเจ็บไขสันหลัง เบาะรองนั่งมีหลายชนิด เช่น air-filled villous, gel-filled, foam เป็นต้น ถ้าวัดแรงกดที่ปุ่มกระดูกก้นย้อยแล้ว แรงกดยังสูงอยู่ แนะนำตัดฟองน้ำให้เข้ากับรูปก้น เพื่อกระจายแรงกด

เอกสารอ้างอิง

1. ดุจใจ ชัยวานิชศิริ, วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล, บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
2. วันทนีย์ วรรณเสขตา. เครื่องช่วยเดิน. ใน: ดุจใจ ชัยวานิชศิริ, วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล. ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552: หน้า 63-72.
3. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล บรรณาธิการ. การจัดการภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ. สมาคมพฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย. ห้างหุ้นส่วนจำกัด ภาพพิมพ์, กรุงเทพฯ; 2557.
4. วสุวัฒน์ กิตติสมประยูรกุล, ภัทรพล ยศเนืองนิตย์, สิริขวัญ ปัญญาศรีวิช, บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์ฟื้นฟู. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.
5. สยาม ทองประเสริฐ. อุปกรณ์ช่วยการเคลื่อนที่. ใน: จักรกริช กล้าผจญ. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสำหรับเวชปฏิบัติทั่วไป. เชียงใหม่: สุทินการพิมพ์; 2549: หน้า 36-42.
6. อัจฉรา ปุราคม. โครงการส่งเสริมกิจกรรมทางกายเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุในประเทศไทย. นครปฐม: บริษัทเพชรเกษมพรีนติ้งกรุ๊ป จำกัด; 2558: หน้า 61-106.
7. Shephard, R. (2011). Compendium of physical activities: A second update of codes and MET values. Yearbook Of Sports Medicine, 2012, 126-127.
8. WHO Western Pacific Region. (n.d.). Promoting Physical Activity. Retrieved from <http://www.wpro.who.int/philippines/publications/module4.pdf>. March 2019.
9. World Health Organization. (2010). Global Recommendations on physical activity for health. WHO: Switzerland.
10. World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. Luxembourg: Publications of the World Health Organization.

หลักการไชยา และการบริหารยาที่ถูกต้อง

ศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล

ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทางธรรมชาติที่ทำให้อาจเกิดผลข้างเคียงจากยาได้ง่าย มีการทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลงไม่เหมือนวัยหนุ่มสาว นอกจากนี้ยังเจ็บป่วยมีโรคภัยไข้เจ็บหลายโรค ทำให้ต้องใช้ยาหลายชนิด ทั้งที่ได้ตามแพทย์สั่ง ซึ่งอาจได้จากแพทย์หลายแห่ง เนื่องจากไปรับการรักษาหลายที่หรือได้จากการซื้อหามาเองรวมถึงอาหารเสริม และสมุนไพร ซึ่งอาจมีผลเสียต่อการทำงานของอวัยวะของร่างกายหรือมีอันตรกิริยากับยาที่ได้รับอยู่ ผู้สูงอายุ จึงเป็นกลุ่มเสี่ยงของการเกิดปัญหาจากการไชยาได้มาก โดยพบว่าผู้ป่วยที่เกิดผลข้างเคียงจากยาถึง 1 ใน 3 เป็นผู้ป่วยสูงอายุ และเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องนอนรักษาในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 10 -20 และที่สำคัญคือ 2 ใน 3 ของผลข้างเคียงเหล่านี้สามารถป้องกันได้

สาเหตุของการเกิดปัญหาในการไชยาในผู้สูงอายุ

1. ผู้สูงอายุมีโรคหลายชนิดและได้รับยาหลายอย่าง ทำให้ยาอาจมีผลต่อกันและยาที่เหมาะสมสำหรับโรคหนึ่ง อาจไม่เหมาะกับโรคอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยเป็น นอกจากนี้ผู้สูงอายุอาจมีการมองเห็น การได้ยิน ทูพพลภาพบางอย่าง หรือความจำที่ไม่ดี ทำให้มีโอกาสการไชยาผิดพลาดได้มาก ตลอดจนอาจมีปัญหาในการกลืนยาหรือใส่สายให้อาหารทางจมูกหรือทางหน้าท้อง ทำให้ต้องบดยาและยาหลายชนิดอาจไม่ครบด เนื่องจากทำให้การออกฤทธิ์ของยาเปลี่ยนไป
2. ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่มีผลต่อการทำงานของยา ตับและไตทำงานได้ลดลง ทำให้เปลี่ยนแปลงยาและกำจัดยาออกจากร่างกายได้ลดลง อาจเกิดระดับยาเกินเป็นพิษได้ เซลล์สมองลดลง สารสื่อประสาทลดลง ความสามารถสมองลดลงอาจมีอาการสับสนหรืออาการพาร์กินสันได้จากการไชยาที่คนหนุ่มสาวๆ รับประทานแล้วไม่เป็นอะไร เป็นต้น
3. ปัญหาด้านพฤติกรรมการใช้ยาของผู้สูงอายุ เช่น ผู้สูงอายุไม่ไปพบแพทย์ อาจเนื่องจากปัญหาด้านร่างกาย และจิตใจ ไม่มีญาติพาไป ปัญหาด้านการเดินทาง ด้านการเงิน ทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถไปพบแพทย์ได้ เป็นต้น โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาในการเคลื่อนไหว ติดเตียง หรือมีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียวรอการตรวจที่โรงพยาบาลนาน ๆ ไม่ได้ หรืออาจเกิดจากความเชื่อที่ชอบซื้อยามารับประทานเองหรือเอายาเก่าๆ ที่เคยได้มา รับประทานเอง เป็นต้น
4. การสั่งไชยาที่ไม่เหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุ เช่น การใช้ยากลุ่มที่ผู้สูงอายุมีโอกาสสูงต่อการเกิดผลข้างเคียงจากยา ยาหลายชนิดอาจไม่เหมาะที่จะใช้กับผู้สูงอายุ เพราะโอกาสเกิดผลข้างเคียงมาก ทางการแพทย์มีเกณฑ์หลายเกณฑ์ เช่น Beers criteria ที่ระบุว่ายาใด ควรหลีกเลี่ยงในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่มีผลต่อการใช้ยาในผู้สูงอายุ

1. การดูดซึมยาลดลง แต่มักไม่ค่อยเกิดปัญหามากนักในผู้สูงอายุ
2. การกระจายตัวของยา ผู้สูงอายุมีสัดส่วนของไขมันเพิ่มขึ้นและมีน้ำลดลงในร่างกาย ทำให้ยาหลายชนิดมีระดับยาสูงขึ้นในร่างกาย อาจเกิดพิษได้ง่ายและยาออกฤทธิ์นานกว่าปกติ
3. เมแทบอลิซึมของยาหรือการเปลี่ยนแปลงยาในร่างกาย โดยเฉพาะที่ตับเปลี่ยนแปลงไป จากการที่ตับมีขนาดเล็กลง เลือดมาเลี้ยงลดลง การทำงานของเอนไซม์ที่จะเปลี่ยนแปลงยาลดลงหรือมีโรคตับ ทำให้มีโอกาที่จะมียาค้างค้างสูง
4. การกำจัดยาทางไต ทำได้ลดลงเนื่องจากไตทำงานลดลงตามอายุ จึงอาจทำให้ขับยาออกจากร่างกายไม่ได้ นอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอีกหลายอย่างที่ส่งผลต่อการใช้ยา เช่น มีความไวต่อยาบางชนิดเพิ่มขึ้น ในขณะที่ยาบางชนิดผู้สูงอายุกลับมีความไวต่อยาลดลง เป็นต้น สิ่งเหล่านี้จึงอาจก่อให้เกิดปัญหาเกี่ยวกับการสั่งใช้ยาในผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก

การบริหารยาที่ถูกต้อง

1. มีชื่อยาและชื่อโรคที่เป็นไว้ ตลอดจนมีชื่อยาที่เคยแพ้ไว้กับตัวและแจ้งให้แพทย์และเภสัชกรทราบ
2. พยายามเริ่มต้นการรักษาแบบไม่ใช้ยาก่อนเสมอ เช่น ท้องผูก ควรรักษาด้วยการดื่มน้ำมากๆ รับประทานอาหารที่มีกากใยมาก เป็นต้น
3. บริหารยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ และติดตามการรักษากับแพทย์เป็นระยะ หรือนำยาเดิมไปซื้อมารับประทานเอง เนื่องจากบางครั้งต้องมีการปรับเปลี่ยนยาตามสภาพร่างกายและโรคที่เปลี่ยนแปลงไป
4. ยาบางชนิดที่ลักษณะการบริหารยาที่พิเศษ จึงควรทราบรายละเอียด ซึ่งมักมีคำแนะนำในฉลากยาหรือซองยา แต่หากไม่ใสในซองยาเดิมอาจทำให้บริหารยาผิดได้ เช่น ยารักษากระดูกพรุน อาจต้องรับประทานก่อนอาหาร และยาก่อนการรับประทานยาอื่นๆ และห้ามนอนเอนหลังหลังรับประทานยาอย่างน้อย 1 ชั่วโมง เป็นต้น
5. นำยาทั้งหมดที่รับประทาน ไม่ว่าจะได้จากที่ใดไปให้แพทย์ตรวจเช็คเป็นระยะ เพื่อดูความเข้มข้นของยา หรือยาที่อาจมีโอกาสเกิดอันตรกิริยากันเอง เนื่องจากบางครั้งผู้ป่วยได้ยาจากหลายแหล่งหรือบางครั้งได้ยาจากแหล่งเดียว แต่นานมาแล้วและเปลี่ยนวิธีการรับประทานยาแล้ว แต่ผู้ป่วยหรือญาติ ยังเก็บยาเก่าไว้ หรือบางครั้งเป็นยาชนิดเดิมเพียงแต่เปลี่ยนลักษณะของแผงยาหรือเม็ดยา ทำให้เกิดการใช้ยาซ้ำซ้อนได้ จึงควรทราบชื่อสามัญของยาด้วย เนื่องจากชื่อการค้าของยาอาจเป็นคนละชนิดกัน
6. หลีกเลี่ยงการซื้อยาใช้เอง และหลีกเลี่ยงยาสมุนไพร ยาหม้อ ยาลูกกลอน เนื่องจากยาเหล่านี้ อาจมีผลเสียต่อร่างกายได้
7. ตรวจสอบวันหมดอายุของยา โดยทั่วไปยาที่ได้รับจากจะยังมีระยะเวลาก่อนยาหมดอายุนานพอควร แต่อย่างไรก็ตามถ้าใช้ยาเก่าที่เหลืออยู่ ควรมั่นใจว่ายายังไม่หมดอายุ แต่ทางที่ดีที่สุดคือ พยายามอย่าเก็บยาเหลือใช้ไว้รับประทานในวันหน้า เนื่องจากยาอาจหมดอายุหรือในวันหน้าที่ไม่สบายอาจไม่ควรใช้ยาตัวเดิมแล้ว
8. เก็บยาในที่ที่เหมาะสม ยาบางชนิดต้องเก็บในตู้เย็น บางชนิดเก็บในอุณหภูมิห้อง แต่ต้องไม่อยู่ในที่ร้อนหรือโดนแสง เป็นต้น หรือยาบางชนิดจะขึ้นง่าย ไม่ควรแกะออกจากแผงเป็นปริมาณหลายเม็ดเพื่อวันอื่นๆ
9. ก่อนจะหยุดยาที่ได้รับมา ควรปรึกษาและแจ้งให้แพทย์ทราบถึงสาเหตุที่จะหยุดยานั้น เช่น เกิดผลข้างเคียงยาไม่ได้ผล วิธีการรับประทานยาซับซ้อนเกินไปหรือราคาแพงเกินไป เป็นต้น

10. ควรรับการรักษาและติดตามกับแพทย์คนเดิม เนื่องจากจะทราบประวัติการใช้ยาตลอด แต่หากต้องรักษา
กับแพทย์มากกว่า 1 คน ต้องนำประวัติเก่าและรายการยาที่ใช้อยู่ให้แพทย์ทุกคนทราบ
11. อาจใช้กล่องยาในการช่วยจำ ทำให้ง่ายต่อการรับประทานยามากขึ้น
12. ผู้ที่มีปัญหาเรื่องความจำ แพทย์ควรแนะนำให้ผู้ดูแลหรือญาติที่อยู่ด้วยเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วย
13. ในผู้ที่มีปัญหาด้านการกลืนยา เช่น การกลืนผิดปกติ หรือไม่ร่วมมือในการรับประทานยา หรือต้องให้ยา
ทางสายให้อาหาร ควรปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรว่ายาใดสามารถบดและให้ทางสายให้อาหารได้ หรือยาใดที่บดไม่ได้
อาจต้องปรับเปลี่ยนรูปแบบของยา เช่น ใช้เป็นยาน้ำ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. รู้จริงและเข้าใจสุขภาพผู้สูงอายุและภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ด ยูเคชั่น; 2559.

การป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อ

กองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

มาตรการป้องกันและควบคุมโรคสำหรับกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ในการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID - 19)

จากการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโรคโควิด-19 เกิดการแพร่ระบาดอย่างหนักไปทั่วโลก ผู้สูงอายุถือเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อโควิด-19 มากกว่าช่วงวัยอื่น ๆ เนื่องจากสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรง ภูมิคุ้มกันลดลงตามวัย โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคปอด โรคมะเร็ง กลุ่มนี้เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะรับเชื้อโควิด-19 ได้ง่าย หากไม่ได้มีการดูแลและป้องกันอย่างดี สถานดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นสถานประกอบการที่มีผู้สูงอายุอยู่เป็นจำนวนมาก ทั้งช่วยเหลือตนเองได้และไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ตระหนักถึงผลกระทบดังกล่าว จึงได้ออกแนวทางการดำเนินการและการบริหารจัดการสำหรับกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้สถานประกอบการสามารถเปิดบริการได้อย่างปลอดภัย มีมาตรฐาน ถูกต้องตามหลักวิชาการและควบคุมการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นการควบคุมการระบาดของโรค ป้องกันการเสียชีวิตในผู้สูงอายุ และการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยรายใหม่ได้ในวงกว้าง สนับสนุนการประคับประคองเศรษฐกิจของประเทศไทยให้สามารถฟื้นตัวและพัฒนาได้ต่อไป

องค์ประกอบของการจัดบริการในกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง (สำหรับผู้ประกอบการ)

1. ผู้ประกอบการ มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

1.1 การจัดเตรียมสถานที่และอุปกรณ์

1) จัดพื้นที่ต้อนรับผู้รับบริการให้เหมาะสม กำหนดให้มีช่องทางเข้าออกเพียงทางเดียว โดยให้มีระยะห่าง 1 เมตร ระหว่างผู้รับบริการหรือผู้มาติดต่อแต่ละท่าน เพื่อความปลอดภัย และมีระบบการซักประวัติความเสี่ยงควรจัดให้มีพื้นที่แยกออกจากส่วนปฏิบัติงานของพนักงาน โดยให้พนักงานต้อนรับ หรือพนักงานที่อยู่ในส่วนสำนักงานสวมถุงมือ หน้ากากอนามัย และกระจงหน้า (Face shield) หรือแว่นตา เพื่อป้องกันการติดเชื้อ

2) จัดเตรียมอุปกรณ์สำหรับตรวจวัดอุณหภูมิร่างกาย เช่น เครื่องวัดอุณหภูมิร่างกายแบบมือถือ (Hand-Held Thermometer) หรือเครื่องวัดอุณหภูมิอินฟราเรด เป็นต้น โดยกำหนดให้มีจุดคัดกรองอุณหภูมิร่างกายแก่ผู้รับบริการและพนักงานทุกคนก่อนเข้าสถานประกอบการหรือในที่ที่เหมาะสม

3) จัดเตรียมหน้ากากผ้าหรือหน้ากากอนามัย และแอลกอฮอล์หรือแอลกอฮอล์เจลอย่างน้อย 70% ล้างมือไว้ในบริเวณเคาน์เตอร์ เพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุ ผู้มาติดต่อและพนักงาน เพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อระหว่างบุคคล

4) จัดให้มีบริการชำระเงินที่ปลอดภัย เพื่อลดปริมาณการพูดคุย สัมผัส ระหว่างพนักงานของสถานประกอบการกับผู้รับบริการหรือ Online Payment

5) แก้วน้ำที่ปกคอด จัดให้มีระยะห่างอย่างน้อย 1 เมตร อยู่ในบริเวณที่บริเวณที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก

6) สถานประกอบการต้องจัดให้มีความกว้างระหว่างเตียงไม่น้อยกว่า 1 เมตร

7) จัดให้มีพื้นที่สำหรับเยี่ยมญาติแยกจากห้องพักผู้สูงอายุ ด้านนอกอาคารหรือบริเวณที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวกแทนการใช้ห้องปรับอากาศ และไม่อนุญาตให้ญาติเข้าไปในบริเวณของที่พักผู้สูงอายุ

8) การเข้าเยี่ยมของญาติและผู้มาติดต่อ กำหนดเวลาและจำกัดจำนวนคนในการเข้าเยี่ยมผู้สูงอายุได้ครั้งละ 1 คนเยี่ยมต่อครั้ง และไม่เกิน 30 นาที เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ

9) หลีกเลี่ยงการจัดกิจกรรมที่ต้องรวมกลุ่มกันเป็นจำนวนมาก หากจำเป็นให้จัดระยะห่างระหว่างบุคคลอย่างน้อย 2 เมตร เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ

10) จัดให้มีระบบการส่งต่อในกรณีผู้รับบริการเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน กรณีที่ต้องพาผู้สูงอายุไปพบแพทย์ ต้องจัดเตรียมหน้ากากอนามัย และแอลกอฮอล์เจลสำหรับให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลทุกครั้ง

11) กำหนดจุดรับส่งวัตถุติดปรุงอาหารและดูแลการรับส่งวัตถุติดปรุงให้สด สะอาด และปลอดภัย

12) จัดให้มีอุปกรณ์ปฐมพยาบาลและคู่มือการปฐมพยาบาลไว้ในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพและพร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา

13) กำหนดให้มีจุดรับของจากญาติและผู้ที่มาติดต่อ โดยให้มีการเช็ดทำความสะอาดด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อก่อนทำการแจกจ่ายหรือจัดเก็บ

1.2 การจัดเตรียมบุคลากร

1) ให้ข้อมูลความรู้ คำแนะนำ หรือจัดหาสื่อประชาสัมพันธ์การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคกับผู้สูงอายุ รวมทั้งพนักงานในสถานดูแล เช่น โปสเตอร์ป้ายประกาศ แนะนำให้ล้างมือ และการสวมหน้ากากอนามัย

2) ให้พนักงานทุกคนสวมอุปกรณ์ป้องกันตนเองขณะปฏิบัติงาน ได้แก่ หน้ากากอนามัย และกระจังหน้า (Face shield) หรือแว่นตา เพื่อลดความเสี่ยงในการปนเปื้อนเชื้อ

3) ให้พนักงานที่ไม่ใช่ผู้ดูแลและมิตรระวังการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้สูงอายุ โดยเว้นระยะห่างในการติดต่อกับผู้สูงอายุและพนักงานด้วยกันเองอย่างน้อย 1 เมตร

2. ผู้ดำเนินการกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง มีบทบาทหน้าที่ ดังนี้

2.1 สอบถามบันทึกข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน คัดกรองผู้สูงอายุทุกราย และจัดทำทะเบียนประวัติ เพื่อจัดบริการที่เหมาะสมแก่สุขภาพของผู้สูงอายุ หากผู้รับบริการมีอาการไข้ (อุณหภูมิเกิน 37.3 องศาเซลเซียส) ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก หรือเหนื่อยหอบให้แนะนำให้รีบไปพบแพทย์

2.2 ให้ความรู้และชี้แจงเกี่ยวกับการแพร่กระจายเชื้อโรคโควิด-19 ให้พนักงาน ญาติและผู้รับบริการทราบ จัดเป็นระเบียบปฏิบัติและระเบียบข้อบังคับ

2.3 การต้อนรับเว้นระยะห่างในการติดต่อกับผู้รับบริการ และพนักงานด้วยกันอย่างน้อย 1 เมตร

2.4 ควบคุมดูแลการบริการ อุปกรณ์ และเครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุให้ได้มาตรฐาน ถูกสุขลักษณะและใช้ได้อย่างปลอดภัย

2.5 คัดกรองพนักงานทุกคนก่อนเข้าสถานประกอบการทุกวันและบันทึกไว้เป็นหลักฐาน

2.6 จัดแยกสำรับอาหารของผู้สูงอายุและพนักงานเฉพาะบุคคลหรือจัดให้อุปกรณ์สำหรับรับประทานอาหารส่วนตัว และทานอาหารที่อุ่นร้อน

2.7 จัดเตรียมห้องแยกสำหรับผู้สูงอายุหลังกลับจากโรงพยาบาล หรือผู้สูงอายุที่ต้องติดตามสังเกตอาการให้พนักงานติดตามสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด

2.8 ให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอก่อนและหลังสัมผัสผู้สูงอายุด้วยน้ำและสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจลล้างมือ ไม่นำมือมาสัมผัสตา จมูก ปาก นอกจากนี้ควรรักษาร่างกายให้อบอุ่นอยู่เสมอ นอนหลับพักผ่อน

ให้เพียงพอ หากมีอาการป่วยให้หยุดงานและรีบไปโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้เคียงพร้อมแจ้งประวัติการสัมผัสคลุกคลีกับ ผู้รับบริการให้เจ้าหน้าที่ทราบเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาต่อไป

3. ผู้ดูแลผู้สูงอายุปฏิบัติตัว ดังนี้

3.1 ระวังการสัมผัสใกล้ชิดขณะปฏิบัติหน้าที่ ต้องสวมหน้ากากอนามัยและสวมกระจังหน้า (Face shield) หรือแว่นทุกครั้งสัมผัสผู้สูงอายุ

3.2 หากพบว่าผู้สูงอายุมีอาการผิดปกติในร่างกาย เช่น มีไข้ (อุณหภูมิเกิน 37.3 องศาเซลเซียส) ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก หรือเหนื่อยหอบให้แจ้งผู้ดูแลให้การทราบ

3.3 ล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอทุกครั้งก่อนและหลังสัมผัสดูแลผู้สูงอายุด้วยน้ำและสบู่ หรือแอลกอฮอล์ เจลล้างมือ ไม่นำมือมาสัมผัสตา จมูก ปาก นอกจากนี้ควรรักษาร่างกายให้อบอุ่นอยู่เสมอ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ หากมีอาการป่วยให้หยุดงาน และรีบไปโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้เคียง พร้อมแจ้งประวัติการสัมผัสคลุกคลีกับผู้รับบริการ ให้เจ้าหน้าที่ทราบเพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและรักษาต่อไป

3.4 หากมีไข้ (อุณหภูมิเกิน 37.3 องศาเซลเซียส) ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก หรือเหนื่อยหอบ ให้หยุดให้บริการ และรีบไปพบแพทย์

3.5 สังเกตอาการทางสุขภาพของผู้สูงอายุ หากพบอาการผิดปกติในร่างกาย เช่น มีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก หรือเหนื่อยหอบ ควรแนะนำให้ผู้สูงอายุสวมหน้ากากอนามัยให้แจ้งผู้ดูแลให้การทราบ

3.6 ไม่ใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่น เช่น แก้วน้ำ หลอดดูดน้ำ ช้อน ผ้าเช็ดมือ ผ้าเช็ดหน้า และผ้าเช็ดตัว เป็นต้น

3.7 เว้นระยะห่างในการปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 เมตร ยกเว้น กรณีการพลิกตัว เช็ดตัว การเคลื่อนย้าย ให้ใช้ความระมัดระวังการไอ จาม จากผู้รับบริการและใช้อุปกรณ์สำหรับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เช่น หน้ากากอนามัย ถุงมือ และ Face shield ทุกครั้ง

3.8 สำหรับผู้ดูแลที่พาผู้สูงอายุไปโรงพยาบาล หรือออกนอกสถานดูแลผู้สูงอายุก่อนเข้าไปบริเวณที่มีการให้บริการให้กับผู้สูงอายุ ต้องอาบน้ำ สระผม และเปลี่ยนเสื้อผ้าใหม่ทันที (โดยไม่เข้าไปในบริเวณที่พักผู้สูงอายุ ก่อนการอาบน้ำโดยเด็ดขาด)

4. ผู้สูงอายุในกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงปฏิบัติตัว ดังนี้

4.1 สวมหน้ากากอนามัยตลอดเวลาเมื่อมีการทำกิจกรรมหรืออยู่ใกล้ชิดบุคคลอื่นที่อยู่ในสถานประกอบการ หรือกรณีเดินทางออกนอกสถานดูแลผู้สูงอายุ

4.2 ให้ความร่วมมือในการตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายและสัญญาณชีพต่าง ๆ ทุกวันและมีบันทึกไว้เป็นข้อมูล

4.3 ล้างมือเป็นประจำด้วยน้ำสบู่ หรือแอลกอฮอล์ หรือแอลกอฮอล์เจล

4.4 ปฏิบัติตามคำแนะนำของสถานประกอบการอย่างเคร่งครัด เพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อ

4.5 หลีกเลี่ยงการพบปะคนอื่น ๆ หรือไปในสถานที่ที่มีกลุ่มคนรวมตัวกัน

4.6 หากมีอาการผิดปกติในร่างกาย เช่น มีไข้ (อุณหภูมิเกิน 37.3 องศาเซลเซียส) ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก หรือเหนื่อยหอบ ให้แจ้งผู้ดูแลให้ทราบ

4.7 หากมีความจำเป็นต้องไปรักษาที่โรงพยาบาลอย่างต่อเนื่องให้ญาติหรือเจ้าหน้าที่ไปรักษาแทน

5. การรับผู้สูงอายุรายใหม่ ดังนี้

- 5.1 หากผู้สูงอายุถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลต้องมีใบรับรองแพทย์ หรือผลการตรวจโควิด -19 และกรณีที่บ้านต้องมีผลการตรวจโควิด-19 (ตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขประกาศกำหนด)
- 5.2 จัดพื้นที่สำหรับผู้รับบริการรายใหม่ให้มีระยะห่าง 1 เมตร เพื่อความปลอดภัยในการซักประวัติ การเจ็บป่วย การเดินทางไปต่างประเทศและประเมินความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อ
- 5.3 ให้ญาติและผู้สูงอายุสวมหน้ากากอนามัยตลอด 14 วัน
- 5.4 ตรวจวัดอุณหภูมิร่างกายด้วยเครื่องวัดอุณหภูมิร่างกายแบบมือถือ ล้างมือด้วยแอลกอฮอล์ 70% ทุกคน เพื่อช่วยลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อระหว่างบุคคล
- 5.5 ให้ความรู้และอธิบายให้ผู้รับบริการรายใหม่และญาติทราบเกี่ยวกับการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อโควิด-19
- 5.6 แยกห้องสำหรับผู้สูงอายุรายใหม่หลังกลับจากโรงพยาบาลติดตามอาการอย่างใกล้ชิด
- 5.7 อาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย เปลี่ยนเสื้อผ้าผู้สูงอายุรายใหม่ทันทีที่ตรวจประเมินทางร่างกายเรียบร้อยแล้วและใส่หน้ากากอนามัยให้ผู้ใช้พักในรายที่ใส่ได้ (ในรายที่เป็นอัลไซเมอร์อาจงดเว้นเป็นกรณีพิเศษ)
- 5.8 จัดทีมงานสำหรับดูแลเฉพาะผู้สูงอายุรายใหม่ และใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเองขณะดูแล 14 วัน
- 5.9 หลังครบกำหนดการติดตาม 14 วัน ถ้าอาการทั่วไปปกติให้สามารถย้ายเข้าห้องพักในพื้นที่ปกติได้

6. ผู้มาติดต่อและผู้เข้าเยี่ยมปฏิบัติตัว ดังนี้

- 6.1 หากมีประวัติเดินทางมาจากพื้นที่เสี่ยงในระยะเวลา 14 วันก่อนหน้า ให้งดการเข้ามาในสถานประกอบการ โดยเด็ดขาด
- 6.2 หากมีอาการไข้ (อุณหภูมิเกิน 37.3 องศาเซลเซียส) ไอ เจ็บคอ มีน้ำมูก หรือเหนื่อยหอบ ให้งดเยี่ยมผู้สูงอายุโดยเด็ดขาด
- 6.3 ล้างมือให้สะอาดอยู่เสมอทุกครั้งก่อนและหลังสัมผัสดูแลผู้สูงอายุด้วยน้ำและสบู่ หรือแอลกอฮอล์เจลล้างมือ ไม่นำมือมาสัมผัสตา จมูก ปาก ของตนเองและผู้สูงอายุ
- 6.4 เข้าเยี่ยมเฉพาะญาติของผู้สูงอายุ งดการทำกิจกรรม งดการกอด หอม และการสัมผัสผู้สูงอายุคนอื่น ๆ
- 6.5 งดการพาผู้สูงอายุออกนอกสถานประกอบการ เว้นแต่พาไปพบแพทย์ตามแผนการรักษา

7. แนวทางปฏิบัติพิเศษสำหรับการเฝ้าระวังในการดูแลผู้สูงอายุ/ผู้เข้าพัก

- 7.1 การสังเกตอาการของผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดเพราะการติดเชื้ออาจมีอาการไม่ชัดเจน เช่น ไม่มีไข้ แต่มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร หรือรับอาหารทางสายยางไม่ได้ ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงอย่างรวดเร็ว ให้รีบปรึกษาแพทย์
- 7.2 การป้องกันการติดเชื้อภายในสถานดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงโดยใช้อุปกรณ์ภาชนะอาหารส่วนตัวของแต่ละคน ล้างมือด้วยสบู่บ่อย ๆ เว้นระยะห่างระหว่างกัน 1 เมตร ใส่หน้ากากอนามัยถ้ามีการพูดคุยสื่อสาร
- 7.3 การจัดเตรียมสถานที่และแผนในการรองรับ กรณีเกิดการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส เมื่อเกิดการติดเชื้อ ดังนี้
 - 1) รายงานการติดเชื้อไปยังหน่วยงานศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) และส่งต่อผู้ติดเชื้อไปโรงพยาบาล โดยประสานงานกับ 1669

2) เฝ้าระวังสังเกตอาการและตรวจอุณหภูมิร่างกายและสัญญาณชีพของผู้สูงอายุและผู้ดูแลที่มีความเสี่ยงสัมผัสผู้ติดเชื้ออย่างสม่ำเสมอ

3) ส่งต่อผู้สูงอายุเข้ารับการรักษา เมื่อสงสัยว่ามีการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) โดยประสานงานกับ 1669

4) แยกผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการสัมผัสเชื้อ โดยประสานงานกับศูนย์บริหารสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19) เพื่อส่งตัวไปยังสถานที่กักตัว 14 วัน หรือกักตัวให้สถานดูแลผู้สูงอายุในห้องแยก

8. การทำความสะอาดเพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ

8.1 พนักงานทำความสะอาดปฏิบัติตัว ดังนี้

1) พนักงานทำความสะอาดต้องสวมเครื่องป้องกันส่วนบุคคล ได้แก่ หมวกคลุมผม หน้ากากอนามัย ถุงมือ และสวมกระจังหน้า (Face shield) หรือแว่นตา เป็นต้น

2) ทำความสะอาดหรือเปลี่ยนอุปกรณ์หรือสิ่งของที่ให้บริการอย่างถูกสุขลักษณะทุกครั้งหลังให้บริการ เช่น แก้วน้ำ ผ้าปูเตียง ผ้าขนหนู ปลอกหมอน เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ เป็นต้น ไม่ควรใช้ซ้ำ โดยใช้สารทำความสะอาดตามรายละเอียดข้อ 8.2

3) ทำความสะอาดบริเวณที่มีคนเดินผ่าน รวมถึงบริเวณที่มีคนสัมผัสร่วมกัน เช่น ลูกบิดประตู เคาน์เตอร์รับบริการ ราวบันได อ่างล้างมือ ห้องน้ำ โตะ ห้องเปลี่ยนเสื้อผ้า ห้องพักผ่อน รวมถึงอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่ใช้ในการทำงาน ด้วยสารทำความสะอาดตามรายละเอียดข้อ 8.2 ทุก 2 ชั่วโมงหรือทุกครั้งหลังมีผู้ใช้บริการไม่แนะนำให้พ่นยาฆ่าเชื้อ เนื่องจากการฉีดพ่นน้ำยาฆ่าเชื้อแบบละอองฝอย หากทำได้ไม่ถูกวิธีรวมถึงไม่มีการใส่อุปกรณ์ป้องกันตนเอง จะก่อให้เกิดความเสี่ยงติดเชื้อแก่ผู้ทำความสะอาด

4) การเก็บผ้าปูเตียง ปลอกหมอน เสื้อผ้าใช้แล้ว ผ้าขนหนู โดยให้ม้วนออกห่างจากตนเอง ไม่ควรสะบัดผ้า เพราะจะทำให้เกิดการฟุ้งกระจาย ซักล้างทำความสะอาดหรืออุปกรณ์หรือสิ่งของภายในสถานประกอบการอย่างถูกสุขลักษณะ เช่น ผ้าปูเตียง ผ้าขนหนู ปลอกหมอน ผ้าปูเตียง เสื้อผ้า เป็นต้น โดยใช้สารทำความสะอาดตามรายละเอียดข้อ 8.2

5) ควรมีการจัดการขยะติดเชื้อ สิ่งปฏิกูล และน้ำเสียที่เหมาะสม เช่น ผ้าหรือกระดาษชำระที่ผ่านการใช้แล้ว อาจปนเปื้อนน้ำมูก น้ำลายของผู้รับบริการ เป็นต้น ก่อนทิ้งขยะติดเชื้อควรใส่ถุงปิดให้มิดชิดหรือทิ้งในถังขยะติดเชื้อ และล้างมือทำความสะอาดเพื่อป้องกันการตกค้างของเชื้อโรค

6) ทำความสะอาดห้องสุขาสำหรับญาติหรือบุคคลภายนอกทุกครั้งหลังมีการใช้บริการ กรณีห้องสุขารวมต้องทำความสะอาดทุก 1 ชั่วโมง

7) ควรแยกห้องน้ำสำหรับบุคคลภายนอกและบุคคลภายในอย่างชัดเจน

8) หากสถานประกอบการมีให้บริการรับ-ส่งผู้สูงอายุ ให้ทำความสะอาดยานพาหนะด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อทุกครั้งหลังมีการให้บริการ

8.2 สารทำความสะอาดและน้ำยาฆ่าเชื้อ








เนื่องจากเชื้อไวรัสสามารถอยู่บนพื้นผิวของวัตถุต่าง ๆ เป็นเวลา 1 - 3 วัน พื้นผิวที่อาจสัมผัสกับผู้อื่น เชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จึงต้องได้รับการทำความสะอาดและฆ่าเชื้อ โดยใช้ยาฆ่าเชื้อที่มีประสิทธิภาพในการทำลายเชื้อ ที่ทำได้ง่ายตามท้องตลาด ดังนี้

- 1) น้ำยาฟอกขาวสามารถใช้สำหรับทำความสะอาดพื้นผิวได้ โดยผสมในอัตราส่วนดังนี้
 - พื้นผิวทั่วไป เช่น พื้นไม้ เฟอร์นิเจอร์ โต๊ะ เก้าอี้ เป็นต้น ใช้น้ำยาฟอกขาว เจือจาง 1 ส่วนในน้ำ 99 ส่วน (ความเข้มข้น 0.05% หรือเท่ากับ 500 ppm) หรือไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ 0.5%
 - พื้นผิวที่มีน้ำมูก น้ำลาย เสมหะ สารคัดหลั่ง เช่น ห้องสุขา โถส้วม อ่างล้างมือ ใช้น้ำยาฟอกขาวเจือจาง 1 ส่วนในน้ำ 9 ส่วน (ความเข้มข้น 0.5%) ราดทิ้งไว้อย่างน้อย 15 นาที
- 2) สำหรับพื้นผิวที่เป็นโลหะ สามารถใช้แอลกอฮอล์ 70% หรือไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ 0.5% ทำความสะอาดได้ (รายละเอียดตามภาคผนวก ข)
- 3) วัสดุที่เป็นผ้าที่อาจปนเปื้อนด้วยเชื้อ เช่น เสื้อผ้าของผู้รับบริการ ผ้าปูที่นอน ให้ทำความสะอาด โดยใช้น้ำที่อุณหภูมิสูงกว่า 70 องศาเซลเซียส หรือแช่ผ้าในผงซักฟอกที่เจือจาง ผงซักฟอก 1 ส่วน กับน้ำ 99 ส่วน แล้วแช่ทิ้งไว้เป็นเวลา 30 นาที ก่อนซักปกติ
- 4) เครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ใช้ในการดูแลผู้สูงอายุให้ดำเนินการให้ถูกต้องตามหลัก การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ

**ตัวอย่างสารทำความสะอาด
น้ำยาฆ่าเชื้อและวิธีใช้**

ตัวอย่างสารทำความสะอาด น้ำยาฆ่าเชื้อ และวิธีใช้

1. โซเดียมไฮโปคลอไรท์ 1, 2, 3 ความเข้มข้นที่แนะนำคือ 0.1% (1000 ppm)

ชื่อสินค้าในตลาด	รูปภาพผลิตภัณฑ์	ความเข้มข้น	วิธีใช้ตามฉลากผลิตภัณฑ์	วิธีใช้เพื่อให้ได้ความเข้มข้น 1000 ppm
ไฮเตอร์ ชักผ้าขาว (ขวดสีฟ้า) ขนาดบรรจุ 250 มล./600 มล.		โซเดียมไฮโปคลอไรท์ 6%	ผสมผลิตภัณฑ์ 20 มิลลิลิตร (2 ฟลา) ต่อน้ำ 2 ลิตร ได้ความเข้มข้น 600 ppm ซึ่งน้อยกว่าความเข้มข้นที่แนะนำ	ผสมผลิตภัณฑ์ 20 มิลลิลิตร (2 ฟลา) ต่อน้ำ 1 ลิตร
ไฮเตอร์ ชักผ้าขาว (ขวดสีฟ้า) ขนาด 1,500 มล./2,500 มล. 1 ฟลา = 20 มิลลิลิตร		โซเดียมไฮโปคลอไรท์ 6%	ผสมผลิตภัณฑ์ 20 มิลลิลิตร (1 ฟลา) ต่อน้ำ 2 ลิตร ได้ความเข้มข้น 600 ppm ซึ่งน้อยกว่าความเข้มข้นที่แนะนำ	ผสมผลิตภัณฑ์ 20 มิลลิลิตร (1 ฟลา) ต่อน้ำ 1 ลิตร
ไฮเตอร์ ชักผ้าขาว ผสมน้ำหอม (ขวดชมพู) ขนาดบรรจุ 250 มิลลิลิตร / 600 มิลลิลิตร		โซเดียมไฮโปคลอไรท์ 6%	ผสมผลิตภัณฑ์ 20 มิลลิลิตร (2 ฟลา) ต่อน้ำ 2 ลิตร ได้ความเข้มข้น 600 ppm ซึ่งน้อยกว่าความเข้มข้นที่แนะนำ	ผสมผลิตภัณฑ์ 20 มิลลิลิตร (2 ฟลา) ต่อน้ำ 1 ลิตร
ไฮเตอร์ ชักผ้าขาว ผสมน้ำหอม (ขวดชมพู) ขนาด 1,500 มล./2,500 มล. 1 ฟลา = 20 มิลลิลิตร		โซเดียมไฮโปคลอไรท์ 6%	ผสมผลิตภัณฑ์ 20 มิลลิลิตร (1 ฟลา) ต่อน้ำ 2 ลิตร ได้ความเข้มข้น 600 ppm ซึ่งน้อยกว่าความเข้มข้นที่แนะนำ	ผสมผลิตภัณฑ์ 20 มิลลิลิตร (1 ฟลา) ต่อน้ำสะอาด 1 ลิตร
ไฮเตอร์ ชักผ้าขาว กลิ่นเฟรช (ขวดเหลือง) ขนาดบรรจุ 250 มิลลิลิตร / 600 มิลลิลิตร		โซเดียมไฮโปคลอไรท์ 6%	ผสมผลิตภัณฑ์ 20 มิลลิลิตร (2 ฟลา) ต่อน้ำ 2 ลิตร ได้ความเข้มข้น 600 ppm ซึ่งน้อยกว่าความเข้มข้นที่แนะนำ	ผสมผลิตภัณฑ์ 20 มิลลิลิตร (2 ฟลา) ต่อน้ำ 1 ลิตร
ไฮเตอร์ ชักผ้าขาว กลิ่นเฟรช (ขวดเหลือง) ขนาด 1,500 มล./2,500 มล. 1 ฟลา = 20 มิลลิลิตร		โซเดียมไฮโปคลอไรท์ 6%	ผสมผลิตภัณฑ์ 20 มิลลิลิตร (1 ฟลา) ต่อน้ำ 2 ลิตร ได้ความเข้มข้น 600 ppm ซึ่งน้อยกว่าความเข้มข้นที่แนะนำ	ผสมผลิตภัณฑ์ 20 มิลลิลิตร (1 ฟลา) ต่อน้ำ 1 ลิตร
ไฮยีน ชักผ้าขาว ขนาดบรรจุ 250 มิลลิลิตร / 600 มิลลิลิตร		โซเดียมไฮโปคลอไรท์ 6%	ผสมผลิตภัณฑ์ 15 มิลลิลิตร (1 ฟลา) ต่อน้ำ 150 มิลลิลิตร ได้ความเข้มข้น 6,000 ppm ซึ่งมากกว่าความเข้มข้นที่แนะนำ	ผสมผลิตภัณฑ์ 15 มิลลิลิตร (1 ฟลา) ต่อน้ำ 1 ลิตร

ชื่อสินค้าในตลาด	รูปภาพผลิตภัณฑ์	ความเข้มข้น	วิธีใช้ตามฉลากผลิตภัณฑ์	วิธีใช้เพื่อให้ได้ความเข้มข้น 1000 ppm
ไฮยีน ซักผ้าขาว กลิ่นไวท์ฟลอรัล		โซเดียมไฮโปคลอไรท์ 6%	ผสมผลิตภัณฑ์ 15 มิลลิลิตร (1 ผา) ต่อน้ำ 150 มิลลิลิตร ได้ความเข้มข้น 6,000 ppm ซึ่งมากกว่าความเข้มข้นที่แนะนำ	ผสมผลิตภัณฑ์ 18 มิลลิลิตร ต่อน้ำ 1 ลิตร
มาร์วิน ผลิตภัณฑ์ซักผ้าขาว		โซเดียมไฮโปคลอไรท์ 5.2%	ผสมผลิตภัณฑ์ 20 มิลลิลิตร ต่อน้ำ 1 ลิตร ได้ความเข้มข้น 1,040 ppm ซึ่งใกล้เคียงกับความเข้มข้นที่แนะนำ	ผสมตามคำแนะนำในฉลาก
คลอโรอกซ์ เร็กกูลาร์ บลิสซ์		โซเดียมไฮโปคลอไรท์ 5.7%	ผสมผลิตภัณฑ์ 180 มิลลิลิตร ต่อน้ำ 4 ลิตร ได้ความเข้มข้น 2,565 ppm ซึ่งมากกว่าความเข้มข้นที่แนะนำ	ผสมผลิตภัณฑ์ 18 มิลลิลิตร ต่อน้ำ 1 ลิตร
โปรแมกซ์ กลิ่นฟิงค์ฟาวเวอร์		โซเดียมไฮโปคลอไรท์ 3%	- ฉีดบริเวณที่ต้องการทำความสะอาดทิ้งไว้ 20 นาที เช็ดหรือล้างออกด้วยน้ำสะอาด - ความเข้มข้น 30000 ppm ซึ่งมากกว่าความเข้มข้นที่แนะนำ	ผสมผลิตภัณฑ์ 33.5 มิลลิลิตร ต่อน้ำ 1 ลิตร
โปรแมกซ์ กลิ่นแอกทีฟบลู		โซเดียมไฮโปคลอไรท์ 3%	- ฉีดบริเวณที่ต้องการทำความสะอาดทิ้งไว้ 20 นาที เช็ดหรือล้างออกด้วยน้ำสะอาด - ความเข้มข้น 30000 ppm ซึ่งมากกว่าความเข้มข้นที่แนะนำ	ผสมผลิตภัณฑ์ 33.5 มิลลิลิตร ต่อน้ำ 1 ลิตร

2. ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ ความเข้มข้นที่แนะนำ 0.5%, 1, 2 (5,000 ppm)

ชื่อสินค้าในตลาด	รูปภาพผลิตภัณฑ์	ความเข้มข้น	วิธีใช้ตามฉลากผลิตภัณฑ์	คำแนะนำให้ได้ความเข้มข้นประมาณ 5000 ppm
ไฮเตอร์ คัลเลอร์ ชนิดน้ำ กลิ่นสวีท ฟลอรัล -ขนาด 500 มล.		ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ 5%	ผสมผลิตภัณฑ์ 80 มิลลิลิตร (2 ฝา) ต่อน้ำ 2 ลิตร ได้ความเข้มข้น 2,000 ppm ซึ่งน้อยกว่าความเข้มข้นที่แนะนำ	ผสมผลิตภัณฑ์ 200 มิลลิลิตร (5 ฝา) ต่อน้ำ 2 ลิตร
ไฮเตอร์ คัลเลอร์ ชนิดน้ำ กลิ่นโรซี่ ฟิงก์ ขนาด 1000 มล.		ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ 5%	ผสมผลิตภัณฑ์ 80 มิลลิลิตร (2 ฝา) ต่อน้ำ 2 ลิตร ได้ความเข้มข้น 2,000 ppm ซึ่งน้อยกว่าความเข้มข้นที่แนะนำ	ผสมผลิตภัณฑ์ 200 มิลลิลิตร (5 ฝา) ต่อน้ำ 2 ลิตร
ไฮเตอร์ คัลเลอร์ ฆ่าเชื้อแบคทีเรีย และ ขจัดกลิ่น พลาสติก ชนิดน้ำ ขนาด 1000 มล.		ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ 3%	ผสมผลิตภัณฑ์ 40 มิลลิลิตร (1 ฝา) ต่อน้ำ 1 ลิตร ได้ความเข้มข้น 1,200 ppm ซึ่งน้อยกว่าความเข้มข้นที่แนะนำ	ผสมผลิตภัณฑ์ 200 มล. (5 ฝา) ต่อน้ำ 1 ลิตร
แวนิช ชนิดน้ำ ขนาด 500 มล		ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ 3%	ผสมผลิตภัณฑ์ 40 มิลลิลิตร ต่อน้ำ 3 ลิตร ได้ความเข้มข้น 400 ซึ่งน้อยกว่าความเข้มข้นที่แนะนำ	ผสมผลิตภัณฑ์ 200 มิลลิลิตร ต่อน้ำ 1 ลิตร
ไฮโดรเจน เพอร์ออกไซด์		ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ 3% ไฮโดรเจน		ผสมผลิตภัณฑ์ 1 ส่วนต่อน้ำสะอาด 5 ส่วน หรือผสมผลิตภัณฑ์ 200 มล. ต่อน้ำ 1 ลิตร

¹ <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S2590088920300081?token=4885AD16624C397E3897A8750C7EF37424838863D6CFEB0D2751114D8307F944E546476DA1DF295BE1845A05CBE60763>

² National Environmental Agency, Singapore: <https://www.nea.gov.sg/our-services/public-cleanliness/environmental-cleaning-guidelines/guidelines/interim-list-of-household-products-and-active-ingredients-for-disinfection-of-covid-19>

³ European Center for Disease Prevention and Control, 2020 Interim guidance for Environmental Cleaning for non-health care facilities exposed to SARS-COV-2

รูปภาพประกอบจาก : บิ๊กซีช้อปปิ้งออนไลน์, เจดี เซ็นทรัล, Shopee, Tops

การฝึกพัฒนาศักยภาพสมอง

นางสาวอรรรรณ์ คุหา

นางสาวพลินท์ชญา พัชราพิสิฐกุล

รศ.พญ.ดาวชมพู นาคะวิโร

ในบทนี้กล่าวถึงรายละเอียดเนื้อหา ดังต่อไปนี้

แนวทางการพัฒนาศักยภาพสมอง

โปรแกรมกระตุ้นสมอง TEAMV

กลุ่มเป้าหมาย

การเตรียมความพร้อมก่อนจัดกิจกรรม

รายละเอียดกิจกรรม

การประเมินเข้าร่วมกิจกรรม

แนวทางการพัฒนาศักยภาพสมอง

โรคสมองเสื่อมเป็นโรคที่มีสาเหตุจากความเสื่อมของร่างกาย เกิดเป็นอาการที่เป็นความบกพร่องของความสามารถของสมอง (cognitive function) เช่น หลงลืม หลงทาง ความคิด การตัดสินใจผิดปกติ และเมื่อการดำเนินโรคเป็นมากขึ้น จะส่งผลกระทบต่อพฤติกรรม อารมณ์ ซึ่งทำให้การดูแลรักษายากขึ้น การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นจึงมีความสำคัญที่นำไปสู่การดูแลรักษาที่เหมาะสม และอาจช่วยชะลอความเสื่อมของสมองได้ ในปัจจุบันจึงได้มีการเพิ่มเติมเกณฑ์การวินิจฉัยแบ่งโรคสมองเสื่อม เป็น major และ minor neurocognitive disorder (NCD)¹ จากเดิมที่มีแต่การวินิจฉัย dementia หรือ major NCD อย่างเดียว

ปัญหาที่พบบ่อยของผู้ป่วย minor NCD คือ การจำชื่อคนไม่ได้ ไม่มีสมาธิจดจ่อ หลงทิศทางความคิดการแก้ไข ปัญหาช้าลงหรือผิดพลาด ซึ่งเกิดจากความบกพร่องของ cognitive function ด้านความจำ (memory) ความใส่ใจ (attention) ความคิดการตัดสินใจ (executive function) หรือการรับรู้ทางมิติสัมพันธ์ (visuospatial function)² การประเมินอาการต่าง ๆ เหล่านี้จึงช่วยในการวินิจฉัย และนำไปสู่แนวทางการดูแลรักษา cognitive function ด้านต่างๆ ต่อไป

กิจกรรมทางความคิด (Cognitive activities) นั้นมีรายงานว่าสามารถป้องกันภาวะสมองเสื่อมทั้งในการป้องกันแบบปฐมภูมิและในผู้ที่มีภาวะ mild NCD ได้อย่างมีนัยสำคัญ³ เช่น จากการศึกษาแบบสำรวจในกลุ่มผู้ที่ทำงานซึ่งมีความซับซ้อนจะมีความเสี่ยงต่อสมองเสื่อมต่ำกว่ากลุ่มที่ทำงานไม่ซับซ้อน 0.88 เท่า⁴ รวมถึงการทำกิจกรรมทางความคิดมีรายงานว่าลดความเสี่ยงต่อการเกิดสมองเสื่อมและโรคอัลไซเมอร์ลงได้ จากการศึกษาแบบสำรวจการทำกิจกรรมต่างๆ ในผู้สูงอายุพบว่า ผู้ที่มีกิจกรรมทางความคิดมากจะมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมลดลงเท่ากับ 0.71 เท่า⁵ และมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์ลดลงเท่ากับ 0.58 เท่าเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่มีกิจกรรมทางความคิด⁶ โดยกิจกรรมที่มีรายงานว่าสามารถลดความเสี่ยงของสมองเสื่อม ได้แก่ การอ่านหนังสือ และการเล่นเกม⁷

การฝึกสมองแบบ Cognitive training คือ การฝึกสมองที่มีระเบียบแบบแผน (structured practice) ซึ่งเป็นการฝึกที่เฉพาะเจาะจงกับด้านต่างๆ ของสมอง เช่น ความจำ ความใส่ใจ และภาษา เป็นต้น แบบแผนการฝึกอาจจำเพาะแต่ละบุคคลหรือเป็นกลุ่มก็ได้ วิธีการฝึกมีความหลากหลาย เช่น ปากกา-กระดาษ หรือใช้คอมพิวเตอร์

ส่วนความถี่และระยะเวลาในการฝึกมีความหลากหลายมาก ซึ่งมีรายงานจากการรวบรวมงานวิจัยอย่างเป็นระบบ (systematic review) ศึกษาในประชากรสูงอายุสุขภาพดีโดยมีการฝึกสมองแบบต่างๆ เช่น การฝึกโดยคอมพิวเตอร์ (computer-based training) และฝึกความจำโดยกระดาษและปากกา (paper and pencil training on memory) ระยะเวลาฝึกตั้งแต่ 8 เดือน ถึง 72 เดือนพบว่า กลุ่มที่มีการฝึกจะมีคะแนนที่ดีกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการฝึกเท่ากับ 1.07 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁸

ทั้งนี้จึงได้เกิดแนวความคิดการพัฒนากิจกรรมที่เป็นลักษณะ cognitive training เพื่อกระตุ้น cognitive function ด้านต่างๆ โดยเลือกการทำงานของสมองที่สำคัญในสมองที่สามารถฟื้นฟูได้ ดังต่อไปนี้คือ

1. Attention ฝึกให้มีความใส่ใจในด้านต่าง ๆ ดังนี้
 - 1.1 selective attention เลือกที่จะให้ความสนใจกับสิ่งที่สนใจได้
 - 1.2 sustained attention มีความใส่ใจอย่างต่อเนื่อง
2. Executive function ฝึกกระบวนการคิด การตัดสินใจ การจัดกลุ่มเพื่อช่วยให้ความจำดีขึ้น
3. Memory ฝึกความจำ ซึ่งมีขบวนการดังต่อไปนี้
 - 3.1 มีความตั้งใจเวลารับรู้ข้อมูล
 - 3.2 มีการทบทวนซ้ำ ๆ
 - 3.3 ดึงข้อมูลที่จำเป็นมาใช้ได้
4. Visuospatial function ฝึกการมองเห็นแบบมิติสัมพันธ์ ระยะเวลาได้

โดยมีขบวนการที่จะกระตุ้นสมองอย่างเป็นระบบใน 4 ด้านที่สำคัญนี้ ด้วยโปรแกรมที่ชื่อ Training of Executive function, Attention, Memory and Visuospatial function (TEAMV) ดำเนินการ ในรูปแบบกิจกรรม กลุ่มทั้งหมด 6 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง ทุก 2 สัปดาห์ โดยในช่วงชั่วโมงแรกเป็นกิจกรรมที่เน้นการเคลื่อนไหว เช่น การออกกำลังกายเน้นการเหยียดยืดกล้ามเนื้อ และการเคลื่อนไหวบนตาราง 9 ช่อง เป็นต้น เพื่อให้ร่างกายตื่นตัว และ 2 ชั่วโมงหลังเน้นเป็น cognitive training โดยโยงปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่น การลืมชื่อคน การวางของ แล้วลืม การหลงทาง และการคิดตัดสินใจช้า เป็นต้น ร่วมกับการกระตุ้นความสามารถของสมองด้านต่างๆ ให้เหมาะสมกับบริบทของคนไทย นอกจากนี้ทำกิจกรรม มีการสรุปประเด็นสิ่งที่เรียนรู้จากกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้¹²

หลักการของ cognitive domain แต่ละด้านที่นำมากระตุ้นในลักษณะ cognitive training รวมถึงตัวอย่างกิจกรรม มีดังนี้

1) ความสนใจใส่ใจ (attention) คือ ความสามารถในการตั้งใจจดจ่ออยู่กับสิ่งกระตุ้นตรงหน้าได้ ในระยะเวลาหนึ่ง ความสนใจใส่ใจนี้เป็นพื้นฐานที่สำคัญของการรับรู้ข้อมูล เพื่อจะเก็บเป็นความจำหรือนำมาใช้ในการคิด ตัดสินใจ มีความสัมพันธ์อย่างมากกับความจำระยะสั้น หากความสนใจใส่ใจดี ความจำระยะสั้นก็จะดีด้วย

ชนิดของความสนใจใส่ใจที่ทำในรูปแบบกิจกรรม คือ การเลือกสนใจเฉพาะอย่าง (selective attention) และการใส่ใจอย่างต่อเนื่อง (sustained attention)

การกระตุ้นความสนใจใส่ใจมีหลักการ คือ ให้ผู้เข้ากลุ่มได้เข้าใจการเลือกความสนใจเฉพาะอย่างก่อน ด้วยการให้รู้จักสิ่งรบกวนที่ดึงความสนใจออกไป คือ ปัจจัยภายนอก เช่น เสียงที่ดังแทรกเสียงที่กำลังสนใจฟังและปัจจัยภายใน เช่น ความคิด อารมณ์ที่รบกวนความใส่ใจ จากนั้นให้มีการใส่ใจอย่างต่อเนื่อง โดยคงความสนใจไว้ใน การทำกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่งและรู้ทันสิ่งรบกวนกลับมาใส่ใจต่อได้จนจบกิจกรรมนั้น ระหว่างทำกิจกรรมควรมีการจัดบรรยากาศแวดล้อมที่เหมาะสม และทำกิจกรรมเพียงกิจกรรมเดียว ระหว่างทำหากรู้สึกเหนื่อยล้าให้พัก

แล้วกลับมาทำใหม่ ตัวอย่างกิจกรรม เช่น

- การสำรวจความรู้สึกในร่างกาย (body scan)
 - ทำกิจกรรมที่มีขั้นตอนต่อเนื่อง เช่น การพับผ้า การชัตเครื่องเงิน การปลูกต้นไม้
 - นับของที่มีปริมาณ เช่น นับลูกแก้วใส่ขวด นับขนมใส่ถุง
 - ให้บวก - ลบเลขง่ายๆ โดยใช้การคิดในใจ
 - สวดมนต์ หรือบทสวดของแต่ละศาสนา (สวดแบบออกเสียง)
 - เล่นเกมส์จับผิดภาพที่มีความซับซ้อนจากน้อยไปมาก (ตามระดับความสามารถของผู้ป่วย) เป็นต้น
- การประยุกต์นำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ฝึกการใส่ใจอย่างต่อเนื่องในขณะที่ทำกิจกรรมประจำวันที่มีระยะเวลา ช่วงหนึ่ง เช่น แปร่งฟัน อาบน้ำ รับประทานอาหาร เป็นต้น โดยให้ความรู้สึกตัวกับประสาทสัมผัสที่รับรู้ เช่น มือที่กำลังขยับเคลื่อนไหว ผิวหนังสัมผัสน้ำที่ไหลผ่าน ลิ้นที่รับรู้รสชาติอาหาร และถ้ามีสิ่งรบกวนความใส่ใจ เช่น ความคิด อารมณ์ หรือเสียงภายนอกก็สามารถรู้ทันและกลับมารู้สัมผัสในขณะนั้นต่อได้

2) ความจำระยะสั้น คือ ความสามารถในการเก็บข้อมูลที่รับรู้ไว้ระยะเวลาหนึ่ง เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ ในระยะเวลาสั้นๆ และถ้าข้อมูลนั้นมีความสำคัญ มีการทบทวนซ้ำ จะเก็บเป็นความจำระยะยาวต่อไป โดยในผู้ป่วย โรคสมองเสื่อมจะเสียความจำระยะสั้นก่อนความจำระยะยาว

การกระตุ้นความจำระยะสั้นมีหลักการ คือ ให้มีการทบทวนข้อมูลที่ได้เรียนรู้ผ่านมาแล้วในระยะเวลาสั้น ๆ ในการจำข้อมูลที่สำคัญ หากมีการกระตุ้นการรับรู้ด้วยภาพ เสียง และมีการทบทวนข้อมูลนั้นจะทำให้ความจำนั้น อยู่ได้นานขึ้น (ความจำระยะสั้น อาจถูกรบกวน หรือถูกแทรกได้ง่าย ซึ่งถ้าไม่ทบทวนจะคงอยู่สั้น ๆ เป็นช่วงวินาทีถึง นาที และจะมีข้อมูลใหม่มาแทนที่ข้อมูลเก่า)¹³ ตัวอย่างกิจกรรม เช่น

- จำชื่อคนในกลุ่มที่เข้ากิจกรรมด้วยกัน โดยสังเกตจุดเด่นของใบหน้า ช่วยกระตุ้นความจำ
- กิจกรรมเล่าถึงข่าวที่เพิ่งดูจบไป หนังสือพิมพ์ที่เพิ่งอ่านจบไปว่ามีเหตุการณ์อะไรบ้าง มีลำดับเหตุการณ์ อย่างเป็นขั้นตอน
- ดูภาพประมาณ 30 วินาที จากนั้นปิดภาพแล้วให้บอกรายละเอียดของภาพนั้น
- ถามถึงชนิดอาหารที่เพิ่งรับประทานในแต่ละมือของวัน ว่ารับประทานอะไรบ้าง
- เล่นเกมส์ไฟจับคู่

การกระตุ้นให้ผู้ป่วยฝึกจำหรือคิดอาจจะเกิดความวิตกกังวลเมื่อคิดไม่ออกควรจะมีการให้คำใบ้และ สร้างบรรยากาศผ่อนคลาย

3) การกระตุ้นความจำระยะยาว เป็นเหมือนคลังข้อมูลในสมอง ซึ่งบรรจุข้อมูลที่เคยรับรู้ โดยแบ่ง ประเภทของข้อมูลดังนี้

3.1) ความจำเกี่ยวกับความรู้ทั่วไป เช่น ข้อมูลที่ศึกษาเล่าเรียน คำศัพท์

3.2) ความจำอาศัยเหตุการณ์ (episodic memory) ซึ่งเป็นข้อมูลที่มีความเกี่ยวข้องกับระยะเวลา สถานที่ ว่าเกิดอะไรขึ้นในช่วงเวลาหนึ่ง เช่น ประวัติส่วนตัวในแต่ละช่วงเวลา พบว่า โรคสมองเสื่อมชนิด อัลไซเมอร์ จะมีความจำชนิดนี้บกพร่องได้ โดยเฉพาะเหตุการณ์ที่เพิ่งเกิดขึ้น¹⁴ ความจำที่เกี่ยวกับทักษะที่เกิดจากการทำซ้ำๆ จนเป็นความชำนาญ เช่น การขับรถ การเล่นดนตรี จะพบว่าความจำชนิดนี้อาจจะยังคงอยู่ได้ โดยเฉพาะในระยะเริ่มต้น ของอาการสมองเสื่อม

การกระตุ้นความจำระยะยาว มีหลักการ คือ ให้มีการดึงข้อมูลจากความทรงจำออกมาใช้ ไม่ว่าจะเป็น การเขียน การเล่าเรื่อง ตัวอย่างกิจกรรม เช่น

- ทำอัตชีวประวัติของตนเอง โดยให้เขียนเล่าเหตุการณ์ที่ประทับใจในด้านดี
- ลำดับญาติของตัวเอง ว่ามีใคร ชื่ออะไรบ้าง ประมาณ 2-3 ลำดับ โดยอาจทำเป็นลักษณะแผนภูมิครอบครัว (family tree)

- พุดคุยถึงสุขภาพจิต ว่ามีความหมายอย่างไร ให้ลองยกตัวอย่าง
- ให้ดมกลิ่นหรือสัมผัสวัตถุต่างๆ แล้วทายว่าคืออะไร (ควรเป็นกลิ่นที่ชอบและคุ้นเคย) เป็นต้น

4) กระตุ้นมิติสัมพันธ์ คือ ความสามารถในการรับรู้ตำแหน่งของร่างกายสัมพันธ์กับที่ว่างและสามารถที่จะรับรู้ตำแหน่งของวัตถุสัมพันธ์กับตนเองหรือสัมพันธ์กับวัตถุอื่นช่วยให้เกิดการวางแผน การเคลื่อนไหวที่ถูกต้อง การกระตุ้นมิติสัมพันธ์ มีหลักการ คือ กระตุ้นให้รับรู้ตำแหน่งของตัวเอง การรับรู้ทิศทางและตำแหน่งของวัตถุ เข้าใจความหมายของคำว่า ล่าง หลัง ซ้าย ขวา ทำให้ทราบความแตกต่าง การกระระยะความห่างระหว่างวัตถุกับสิ่งอื่นๆ การรับรู้ความลึก การรับรู้ระยะที่จะเอื้อมมือออกไปคว้าสิ่งของความสามารถในการรับรู้เส้นทาง การคิดภาพแผนที่ การเดินทาง ดังตัวอย่างกิจกรรม เช่น

- อ่านแผนที่ สังเกตรายละเอียดว่าการเดินทางจากจุดหนึ่งไปอีกจุดหนึ่งต้องผ่านอะไรที่สำคัญบ้างและบอกทางให้ผู้ร่วมกิจกรรมคนอื่นได้
- เล่นรับ-ส่งลูกบอล โยนบอล
- เล่นเกมส์ต่อลูกบาศก์ให้เป็นภาพต่างๆ ตามตัวอย่าง

5) กระตุ้นการคิด ตัดสินใจ การบริหารจัดการ เป็นการทำงานของสมองระดับที่เชื่อมโยงประสบการณ์ในอดีตกับสิ่งที่เรากำลังทำในปัจจุบัน ช่วยให้เรควบคุมอารมณ์ความคิด การตัดสินใจ และการกระทำ ส่งผลให้เราลงมือทำงาน และมุ่งมั่นทำงานสำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ (Goal directed behavior)¹⁵ การกระตุ้นการคิด ตัดสินใจ การบริหารจัดการมีหลักการ คือ ให้มีการวางแผน ลำดับความสำคัญ คำนวณเวลาในการทำงานให้เสร็จจุล่งเล่าเรื่อง (ทั้งปากเปล่า และด้วยการเขียน) จดจำข้อมูลต่างๆ คิดริเริ่มกิจกรรมต่างๆ และจดจำข้อมูลในขณะที่ต้องใช้ข้อมูลนั้นๆ ได้ ตัวอย่างกิจกรรม เช่น

- กิจกรรมทำอาหาร โดยวางแผนเครื่องปรุงและวิธีการทำร่วมกันในกลุ่มย่อย
- กิจกรรมซื้อของ วางแผนใช้เงินในงบประมาณที่กำหนดให้
- เล่นเกมส์เศรษฐี เกมส์ซูโดกุ (Sudoku)

โปรแกรมการฝึกสมองในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย: TEAMV (Training of Executive function, Attention, Memory and Visuospatial function)

มีรูปแบบในการจัดกิจกรรม ดังนี้

1. กิจกรรมกลุ่ม

- ผู้ให้บริการอย่างน้อย 3 คน (ผ่านการฝึกอบรมการใช้โปรแกรม TEAMV)
- ผู้รับบริการ 8 -15 คน (ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย: MCI)
- จัดให้ผู้รับบริการในแต่ละกลุ่มมีอายุ การศึกษา และความบกพร่องของสมองใกล้เคียงกัน
- เป็นกลุ่มปิด ไม่มีการเปิดรับสมาชิกใหม่ในระหว่างทำกิจกรรม

2. จำนวนครั้งและเวลา

- กิจกรรม 6 ครั้ง เรียงตามลำดับกิจกรรมในคู่มือการทำกิจกรรม
- ใช้เวลา 3 ชั่วโมง/ครั้ง เวลาสามารถยืดหยุ่นได้ตามความเหมาะสม

- จัดกิจกรรมทุก 2 สัปดาห์ (กิจกรรม 6 ครั้ง จะใช้เวลาประมาณ 3 เดือน)
3. กิจกรรมในแต่ละครั้ง แบ่งเป็น 2 ช่วง คือ
- ช่วงที่ 1 “กิจกรรมการเคลื่อนไหว” เพื่อปรับระดับการตื่นตัวของผู้เข้าร่วมกิจกรรม
 - ช่วงที่ 2 “กิจกรรมฝึกสมอง” กิจกรรมในแต่ละครั้งจะแตกต่างกันตามเป้าหมายในการกระตุ้น
 - ทุกครั้งจะมี “การบ้าน” หรือ “กิจกรรมต่อเนื่อง” ให้กลับไปฝึกสมองต่อที่บ้าน

การเลือกใช้กิจกรรม

TEAMV พัฒนาเพื่อให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุในประเทศไทย แบ่งเป็น 2 ชุด คือ สำหรับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเขตเมือง และสำหรับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยชนบทหรือกึ่งเมืองกึ่งชนบท ซึ่งทั้ง 2 ชุดมีวัตถุประสงค์เดียวกันในการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง ต่างกันที่รายละเอียด ขั้นตอน และอุปกรณ์ในการทำกิจกรรมที่ได้ปรับให้เหมาะสมตามกลุ่มเป้าหมาย การนำไปใช้ มีข้อแนะนำดังต่อไปนี้

1. TEAMV สำหรับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเขตเมือง ควรเลือกใช้เมื่อ
 - ผู้รับบริการอ่านออกเขียนได้ได้รับการศึกษาในระดับหนึ่ง เช่น ผู้เกษียณอายุข้าราชการ ค้าขาย เป็นต้น
 - อายุยังไม่มาก ยังสามารถเรียนรู้สิ่งใหม่ได้ด้วยตนเอง
 - ผู้รับบริการมีระดับความบกพร่องด้านการรู้คิดเล็กน้อย (บกพร่องไม่มาก จากคะแนน MoCA)
2. TEAMV สำหรับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยชนบทหรือกึ่งเมืองกึ่งชนบท (ขึ้นกับลักษณะกลุ่มประชากรในพื้นที่แนวโน้มเป็นลักษณะเมืองหรือชนบท) ควรเลือกใช้เมื่อ
 - ผู้รับบริการไม่ถนัดอ่าน เขียน (พออ่าน เขียนได้บ้าง) เช่น เกษตรกร ไม่ได้อ่านเขียนมานาน เป็นต้น
 - อายุมาก เรียนรู้สิ่งใหม่ได้ช้า ต้องกระตุ้นระหว่างทำกิจกรรมค่อนข้างมาก
 - ผู้รับบริการมีระดับความบกพร่องด้านการรู้คิดเล็กน้อย (บกพร่องค่อนข้างมาก จากคะแนน MoCA)
3. เมื่อเลือกใช้ชุดกิจกรรมแล้ว ให้ใช้ชุดนั้นทั้ง 6 ครั้ง ไม่ควรสลับกิจกรรมย่อยในแต่ละชุด เช่น หากท่านเห็นสมควรแล้วว่ากลุ่มผู้รับบริการของท่านมีความสามารถเข้ากับกิจกรรม TEAMV สำหรับผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยเขตเมือง ท่านต้องดำเนินตามกิจกรรมในคู่มือการทำกิจกรรมของกลุ่มเมืองไปจนจบ ไม่สามารถสลับเอาของกลุ่มชนบทมาใช้ได้ ทั้งนี้ในแต่ละกิจกรรมท่านสามารถปรับระดับความยากหรือง่ายได้ ยืดหยุ่นตามความสามารถของผู้รับบริการ โดยให้ยึดหลักการในการทำกิจกรรมนั้นไว้

กลุ่มเป้าหมาย

1. ผู้ที่อายุ 50 ปีขึ้นไป (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเกณฑ์ในการคัดกรองของแต่ละพื้นที่)
2. ได้รับการวินิจฉัยว่ามีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย: MCI (mild cognitive impairment)
3. ไม่มีภาวะซึมเศร้า ไม่มีข้อจำกัดทางด้านรายได้ยิน มองเห็น และเคลื่อนไหว
4. สามารถอ่านออกเขียนได้ในระดับหนึ่ง (เนื่องจากบางกิจกรรมต้องใช้การอ่านเขียน)
5. มีความสมัครใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

การจัดเตรียมความพร้อมก่อนการทำกิจกรรม

1. เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ

- จัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงานอย่างน้อย 3 คน แบ่งหน้าที่ในการดำเนินงาน (ผู้นำ ผู้ช่วย ผู้ประสานงาน) ทั้งนี้ผู้ให้บริการหากมีจำนวนไม่พอ สามารถขอความร่วมมือจาก อสม. จิตอาสา หรืออาสาสมัครท้องถิ่นที่มีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุให้มาช่วยดำเนินงานร่วมกันได้

- นัดหมายวัน เวลา ในการจัดเตรียมอุปกรณ์ และการดำเนินกิจกรรมทั้ง 6 ครั้ง
- ประชุมซักซ้อม สร้างความเข้าใจที่ตรงกันก่อนทำกิจกรรมแต่ละครั้ง (วางแผนกรณีเกิดปัญหาเฉพาะหน้า)
- หลังการจัดกิจกรรมแต่ละครั้ง ควรมีการประชุมสรุปผลการทำกิจกรรมเพื่อหาแนวทางในการแก้ไขปัญหา

หากเกิดความผิดพลาดขึ้น หรือแบ่งปันสิ่งที่สังเกตได้ในระหว่างการทำกิจกรรม

2. ผู้รับบริการ

- คัดกรองและจัดกลุ่มตามความเหมาะสม
- ในแต่ละกลุ่มควรมีสมาชิก 8-15 คน (อายุ การศึกษา ความบกพร่องใกล้เคียงกัน)
- สมัครใจและสะดวกมาตามนัดหมายในการทำกิจกรรมทั้ง 6 ครั้ง

3. สถานที่และอุปกรณ์

- ห้องประชุมหรือศาลาเอนกประสงค์ มีแสงสว่างเพียงพอ อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่ร้อนเกินไป
- เครื่องขยายเสียงชัดเจน มีคอมพิวเตอร์และโปรเจคเตอร์ เพื่อเปิดสื่อให้ผู้รับบริการดูได้
- โต๊ะ-เก้าอี้ เหมาะสมกับการใช้งานของผู้สูงอายุ ควรจัดโต๊ะ-เก้าอี้ตามรูปแบบที่กำหนด
- สื่อสิ่งพิมพ์และแบบฝึกหัด ควรจัดพิมพ์ด้วยปรินเตอร์สี ขยายตัวหนังสือขนาดใหญ่ ผู้สูงอายุเห็นได้ชัด
- เตรียมจำนวนอุปกรณ์ในแต่ละกิจกรรมให้เพียงพอกับจำนวนของผู้สูงอายุ เพื่อการกระตุ้นอย่างทั่วถึง

รายละเอียดกิจกรรมและการกระตุ้นความสามารถของสมองส่วนต่างๆ

กิจกรรม	ความใส่ใจ Attention	มิติสัมพันธ์ visuospatial	ความจำ memory	การให้เหตุผล/ การวางแผน Executive function	การใช้ภาษา language
กิจกรรมเคลื่อนไหว - ตาราง 9 ช่อง - การออกกำลังกายใน ผู้สูงอายุ - เพลงตั้งดอกไม้บาน - กระตุ้นสมองซีกซ้าย-ขวา	+ + + +	+	+	+	
1. แนะนำตัว	- ใสใจชื่อ จุดเด่น ท่าทาง		- ฝึกจำชื่อคน โดยมี เทคนิคการจำที่เชื่อมโยงกับตาราง 9 ช่อง		การพูดแสดง ความคิดเห็น ในแต่ละกิจกรรม กระตุ้นการใช้ภาษา การนึกคำพูด
การบ้าน 1 - ทำหนังสือ อัตชีวประวัติของตนเอง			- ทบทวนความจำ ระยะยาวเกี่ยวกับ ชีวิตของตนเอง		
2.1 ชีวิตของฉัน			- แลกเปลี่ยนเรื่องราว ความจำระยะยาว - เห็นอารมณ์ความรู้สึก เกี่ยวข้องกับ ความจำ		
2.2 อยู่กับปัจจุบัน การบ้าน 2 - ฝึกการตั้งใจฟัง	- ฝึกเลือกความใส่ใจ - รู้ทันตัวรบกวน		- ฝึกความจำเสียง		
3. การรับรู้มิติสัมพันธ์ การบ้าน 3 - เขียนแผนที่	- สังเกตวัตถุสิ่งของ	- เข้าใจแผนที่ เส้นทาง			
4.1 จินตนาการสร้างภาพ - ผู้เล่าคือผู้บรรยายภาพ - ผู้ฟังคือผู้ได้ยินรายละเอียด ภาพและเขียนภาพของ ตนเอง	- ใสใจรายละเอียดภาพ		- ผู้ฟังดึงความทรงจำ เก่า จากการได้ยิน คำบรรยายภาพ และเขียนภาพจาก จินตนาการ	- ผู้เล่าบรรยายองค์ ประกอบที่สำคัญ ของภาพ	การพูดแสดง ความคิดเห็นใน แต่ละกิจกรรม กระตุ้นการใช้ภาษา การนึกคำพูด
4.2 ความจำภาพ	- ใสใจรายละเอียด	- เชื่อมโยงมิติ สัมพันธ์ในการจำ ภาพ-แผนที่	- ฝึกความจำภาพ - แผนที่		
4.3 ความจำตัวเลข การบ้าน 4 - ฝึกจำตัวเลข	- ใสใจรายละเอียด		- ฝึกความจำตัวเลข	เชื่อมโยงตัวเลข ให้มีความหมาย หรือจำเป็นกลุ่ม	
5. จัดของ การบ้าน 5 - จัดของในบ้าน	- ใสใจรายละเอียด			- วางแผน จัดกลุ่มสิ่งของ	
6. ชื่อของ	- ใสใจรายละเอียด		- ฝึกความจำสิ่งของ	- วางแผน คำนวณ ตัวเลข	

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินและทดสอบการพัฒนาศักยภาพสมอง

โดยมีวัตถุประสงค์ของการทดสอบ เพื่อ

1. การสำรวจศักยภาพของสมองในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป หรือในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

2. การคัดกรองผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม เพื่อนำเข้าสู่กระบวนการรักษา

3. ใช้ประกอบการวินิจฉัย วางแผนการรักษา และติดตามการรักษา

นอกจากนี้ การประเมินสมรรถภาพสมองเบื้องต้นก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. เป็นการคัดกรองผู้เข้าร่วมวิจัยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การเข้าร่วมงานวิจัย

2. เปรียบเทียบศักยภาพของสมองก่อนเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาศักยภาพสมองกับหลังเข้าร่วมกิจกรรม

3. เปรียบเทียบศักยภาพของสมองระหว่างผู้เข้าร่วมกิจกรรมกับผู้ที่ไม่เข้าร่วมกิจกรรม

เครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบความสามารถของสมองในครั้งนี้เป็นแบบทดสอบเพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (Screening test) โดยมีการประเมินความสามารถในการรู้คิด (Cognitive function) ในด้านต่างๆ เช่น การรับรู้ วัน เวลา สถานที่ (orientation to time, place) ความจำ (memory) ความสนใจจดจ่อ (attention) ภาษา (language) มิติสัมพันธ์ (visuospatial) และการบริหารจัดการ (executive function) เป็นต้น

ในการประเมินเพื่อใช้ประกอบการวินิจฉัย วางแผนการรักษาและติดตามการรักษานั้น ควรใช้แบบประเมินมาตรฐาน (standard test) เพื่อประเมินความสามารถของสมองในแต่ละด้านอย่างละเอียด ซึ่งทดสอบโดยนักจิตวิทยาคลินิก เช่น ด้านความจำ ด้วยแบบทดสอบ Wechsler memory scale (WMS) ด้านการบริหารจัดการ (Executive Function) ด้วยแบบทดสอบ Stroop color and word test, Trail Making Test เป็นต้น แต่ในบางพื้นที่มีข้อจำกัดในการใช้แบบประเมินโดยนักจิตวิทยา อาจใช้แบบประเมินที่มีความครอบคลุมความสามารถในการรู้คิดหลายๆ ด้าน เช่น MoCA (Montreal Cognitive Assessment) มาใช้ประเมินความสามารถของสมองก่อนและหลังทำกิจกรรมได้

โดยแบบทดสอบที่นำมาใช้คัดกรองในประเทศไทยมีหลายแบบประเมิน (ดังปรากฏในตารางที่ 1) ซึ่งแต่ละแบบประเมินมีวิธีดำเนินการประเมิน การให้คะแนน และข้อจำกัดที่แตกต่างกัน ผู้ทดสอบจึงควรศึกษาและทำความเข้าใจแบบทดสอบนั้นๆ ก่อนดำเนินการประเมิน

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013:.
2. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock's Synopsis of psychiatry. 11th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 2015: 712-4.
3. Cotelli M, Manenti R, Zanetti O, Miniussi C. Non-pharmacological intervention for memory decline. *Front Hum Neurosci.* 2012; 6(46):1-17.
4. Karp A, Andel R, Parker MG, et al. Mental Stimulating Activities at Work During Midlife and Dementia Risk After Age 75: Follow-Up Study From the Kungsholmen Project. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009;17(3):227-2009.
5. Karp A, Pailard-Bprg S, Wang H, Silverstein M, Winblad B, Fratiglioni L. Mental, Physical and Social Components in Leisure Activities Equality Contribute to Decrease Dementia Risk. *Dement Geriatr Cogn Disord* 2006;21:65-73.
6. Wilson RS, Scherr PA, Scheider JA, et al. Relation of cognitive activity to risk of developing Alzheimer disease. *Neurology* 2007;69:1991-1920.
7. Verghes J, Lipton RB, Katz MJ, et al. Leisure Activities and the Risk of Dementia in the Elderly. *N Engl J Med* 2003;348:2508-16.
8. Valenzuela M, Sachdev P. Can Cognitive Exercise Prevent the Onset of Dementia? Systematic Review of Randomized Clinical Trials with Longitudinal Follow-up. *Am J Geriatr Psychiatry* 2009;17:179-187.
9. Nakawiro D, Chansirikarnjana S, Srisuwan P, Aebthaisong O, Sudsakorn P, Vidhyachak C, et al. Cognitive stimulation and cognitive training program in mild cognitive impairment (MCI). *Asia-Pacific Psychiatry.* 2015; 7(S1): 23.
10. Miller G.A. .The magical number seven, plus or minus two: Some limits on our capacity for processing information. *Psychological Review.* 1956; 63: 81-97.
11. Albert MS. DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer's disease: Recommendations from the National Institute on aging-Alzheimer's association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimer's & Dementia.* 2011; 7(3): 270-9.
12. Anderson P. Assessment and development of executive function(EF) during childhood. *Child Neuropsychology: A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence.* 2002;8(2): 71-82.
13. Toglia, J. .Management of occupational therapy services for persons with cognitive impairments (Statement). *American Journal of Occupational Therapy.* 1999; 53: 601-7.

การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

ดร.พนารัตน์ วิศวเทพนิมิตร

การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงมีความสำคัญเนื่องจากผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงส่วนมากจะมีปัญหาสุขภาพซึ่งเป็นผลจากความเสื่อมตามวัยของอวัยวะต่างๆ โรคประจำตัว หรือโรคที่เป็นในปัจจุบัน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อระบบต่างๆ ของร่างกายที่พบบ่อย ทั้งระบบทางเดินอาหาร ทางเดินหายใจ และระบบขับถ่าย นอกจากนี้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงบางรายอาจมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรือไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ทำให้เกิดแผลกดทับได้ ดังนั้น ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งผู้ดูแลจึงต้องมีความรู้และสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีปัญหาในระบบดังกล่าวได้ภายใต้ขอบเขตที่กฎหมายกำหนดไว้ตามบทบาทในกรณีที่ไม่สามารถทำได้ ต้องปรึกษาแพทย์ พยาบาลหรือทีมสหวิชาชีพ เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเกิดความปลอดภัยอีกด้วย

หัวข้อนี้ ประกอบด้วย

1. การดูแลระบบทางเดินอาหาร (การเตรียมอาหาร การให้อาหารทางสายยาง)
2. การดูแลทางเดินหายใจ (การให้ออกซิเจน การพ่นยา การเคาะปอด การดูดเสมหะ)
3. การดูแลระบบขับถ่าย (การดูแลสายสวนปัสสาวะ การดูแลสายสวนปัสสาวะทางหน้าท้อง (Cystostomy) และการดูแลทวารเทียม (Colostomy))
4. การดูแลป้องกันแผลกดทับ และการดูแลแผลผ่าตัด
5. การจัดทำ เปลี่ยนท่า ทำนั้ง ทำนอน และการพลิกตะแคงตัว

การดูแลระบบทางเดินอาหาร (การเตรียมอาหาร การให้อาหารทางสายยาง)

ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงบางรายจะมีปัญหาเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร โดยเฉพาะผู้สูงอายุ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับปัจจัยหลายอย่าง ดังนั้น การประเมินและการจัดการภาวะโภชนาการให้สอดคล้องกับความต้องการในวัยสูงอายุและความเจ็บป่วยจึงมีความสำคัญ สำหรับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่สามารถรับประทานอาหารเองได้ จำเป็นต้องได้รับอาหารทางสายยางจากจุกสุ่กระเพาะอาหาร ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะโภชนาการ เพื่อให้สามารถเตรียมอาหารได้อย่างถูกต้องเหมาะสม รวมทั้งสามารถให้อาหารทางสายยางได้อีกด้วย

ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ

การเปลี่ยนแปลงในวัยสูงอายุที่เป็นปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการมีดังนี้

1. ความบกพร่องในการทำงานของระบบทางเดินอาหาร โดยฟันที่ลดลงทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถบดเคี้ยวอาหารได้ดีเช่นเดิม ร่วมกับน้ำลายที่ผลิตลดลงและกล้ามเนื้อที่เกี่ยวข้องกับการกลืนทำงานลดลง ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะกลืนลำบาก การรับรสลดลงทำให้อาหารไม่อร่อย ในส่วนของหลอดอาหารมีความสามารถในการหดตัวเพื่อเคลื่อนอาหารลดลง อาจทำให้ผู้สูงอายุอาหารติดคอได้ในส่วนของกระเพาะอาหารมีหน้าที่สำคัญในการย่อยอาหารและดูดซึมอาหารบางส่วนหลังน้ำย่อยลดลง ทำให้เกิดอาการท้องอืดได้ อาหารค้างในกระเพาะอาหารนานทำให้ผู้สูงอายุอึดนานจึงรับประทานอาหารได้ลดลง ในส่วนของลำไส้ความสามารถในการหลั่งน้ำย่อย การดูดซึมอาหารและความสามารถ

ในการเคลื่อนไหวลดลง ส่งผลให้อาหารไม่ย่อย อาหารที่ย่อยแล้ว ไม่ถูกดูดซึม ผู้สูงอายุจึงขาดสารอาหารบางชนิดได้นอกจากนั้น ตับและตับอ่อนเสื่อมสภาพส่งผลต่อภาวะพร่องโภชนาการได้อีกด้วย เนื่องจากภาวะขาดโปรตีนหรือการย่อยอาหารที่มีไขมันเป็นส่วนประกอบได้ยาก

2. ความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านร่างกายและความเจ็บป่วย ความบกพร่อง ได้แก่ ตามองไม่เห็นหรือการเคลื่อนไหวบกพร่อง ส่งผลต่อการได้รับอาหารไม่เพียงพอ เช่นเดียวกับความเจ็บป่วยหรือความบกพร่องในการทำงานของระบบทางเดินอาหาร ได้แก่ ภาวะอาหารอึดเสบเรื้อรัง มะเร็งกระเพาะอาหาร ซึ่งจะส่งผลต่อการย่อยและการดูดซึมสารอาหาร ส่วนความเจ็บป่วยอื่นๆ เช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ทำให้ผู้สูงอายุมีอาการเหนื่อยเมื่อรับประทานอาหารเช้าจึงทำให้รับประทานอาหารได้น้อย

3. ผลจากยา ฤทธิ์ข้างเคียงของยารบกวนการดูดซึมและการรับประทานอาหาร ทำให้เบื่ออาหาร การรับกลิ่นและรสเปลี่ยนแปลงไป ยาบางชนิดส่งผลให้ท้องผูก ยาบางชนิดทำให้เชื้อประจำถิ่นลดลง ยาบางชนิดทำให้สูญเสียเกลือแร่ นอกจากนั้นฤทธิ์ข้างเคียงของยาบางประเภทส่งผลให้ศักยภาพของผู้สูงอายุในการเตรียมอาหารและรับประทานอาหารลดลง ได้แก่ ยาที่ทำให้สับสน ซึมเศร้า

4. ปัจจัยด้านแบบแผนการดำเนินชีวิต การดื่มแอลกอฮอล์รบกวนการดูดซึมวิตามินบีและซีและทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่รบกวนการรับรสและการรับกลิ่น รวมทั้งลดการดูดซึมวิตามินซีและกรดโฟลิก ดังนั้น ผู้สูงอายุที่ดื่มสุราหรือสูบบุหรี่เป็นประจำอาจส่งผลให้มีภาวะพร่องโภชนาการได้

5. ปัจจัยด้านจิตสังคม ภาวะเครียดและวิตกกังวลส่งผลให้การย่อยและการดูดซึมอาหารผิดปกติ การเคลื่อนไหวล่าช้าลดลง และมีความผิดปกติในการดูดซึมสารอาหาร นอกจากนั้นภาวะซึมเศร้ามีผลทำให้ความอยากอาหาร ความสนใจในอาหารและปริมาณอาหารที่รับประทานลดลง ส่วนปัจจัยด้านสังคม ได้แก่ การขาดการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุเช่นเดียวกัน โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ หรือมีภาวะพึ่งพิง ต้องพึ่งพาคู่คนอื่นในการประกอบอาหารและเตรียมอาหารให้ ซึ่งผู้สูงอายุบางรายที่อาศัยอยู่เพียงลำพังหรือไม่มีผู้ดูแลโดยเฉพาะช่วงเวลากลางวันที่บุตรหลานต้องไปทำงาน ทำให้ได้รับอาหารไม่เพียงพอ

6. ปัจจัยด้านวัฒนธรรมและฐานะทางเศรษฐกิจ ความเชื่อของแต่ละวัฒนธรรมมีผลต่อการเลือกอาหาร การปรุงอาหาร และการรับประทานอาหารโดยเฉพาะเมื่อเกิดความเจ็บป่วยและต้องมีการดัดแปลงอาหารให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุที่มีฐานะทางเศรษฐกิจยากจนโอกาสในการเลือกอาหารลดลง นอกจากนี้ ระดับการศึกษาก็มีผลต่อภาวะโภชนาการของผู้สูงอายุ โดยผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำจะมีปัญหาสุขภาพฟันเนื่องจากการรักษาแพทยเกี่ยวกับการดูแลรักษาฟันน้อยเมื่อเทียบกับผู้ที่มีการศึกษาสูง

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

8. ความเชื่อที่ผิด ความเชื่อที่ว่าผู้สูงอายุต้องขับถ่ายทุกวัน ทำให้อาจต้องมีการใช้ยาระบาย เชื่อว่าการดื่มน้ำมากทำให้ปัสสาวะบ่อยและนำมาสู่การกลั้นปัสสาวะไม่ได้ เชื่อว่าการรับประทานผักดิบหรืออาหารแข็งหรือหยาบทำให้ท้องผูก ซึ่งความเชื่อเหล่านี้มีผลทำให้ผู้สูงอายุขาดน้ำและขาดอาหารได้

การประเมินภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุ¹

1. การซักประวัติเกี่ยวกับอาหาร ได้แก่ ปริมาณน้ำที่ดื่ม อาหารที่บริโภคประจำ อาหารที่แพ้ อาหารที่ไม่ชอบ การประกอบอาหาร จำนวนมื้ออาหาร ข้อจำกัดในด้านการรับประทานอาหาร ปัจจัยด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง
2. การสำรวจอาหารที่บริโภค ได้แก่ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามย้อนหลัง หรือการประเมินโดยให้ผู้สูงอายุจดบันทึกอาหารที่รับประทานใน 24 ชั่วโมงหรือ 3 - 7 วันข้างหน้า
3. การประเมินภาวะโภชนาการทางคลินิก เป็นการประเมินโดยการตรวจร่างกาย ได้แก่ ผมหงอกและกระด้าง หลอดร่งง่ายในผู้ที่ขาดโปรตีน เยื่อบุตาแดงในผู้ที่ขาดวิตามินเอ เยื่อบุตาซีด เล็บเป็นรูปช้อน หักง่าย ในผู้ที่ขาดธาตุเหล็ก
4. การประเมินโดยการวัดส่วนต่างๆ ของร่างกาย ได้แก่ การชั่งน้ำหนักตัว การวัดส่วนสูง แล้วมาคำนวณดัชนีมวลกาย การวัดเส้นรอบวงของแขน ขา เอว สะโพก

พลังงานและสารอาหารที่ผู้สูงอายุควรได้รับ¹

1. ความต้องการพลังงาน กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขแนะนำให้ทุกๆ อายุ 10 ปีที่เพิ่มขึ้น ควรลดพลังงานลง 100 กิโลแคลอรี โดยเฉลี่ยผู้สูงอายุควรได้รับพลังงานประมาณ 2,200 กิโลแคลอรีต่อวัน แต่ไม่ควรน้อยกว่า 1,200 กิโลแคลอรีต่อวัน
2. โปรตีน ผู้สูงอายุควรได้รับโปรตีนประมาณ 0.9 - 1.1 กรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัมต่อวัน และควรเป็นโปรตีนที่ดีมีกรดอะมิโนจำเป็น ได้แก่ ไข่ ปลา และเนื้อสัตว์อื่นๆ
3. คาร์โบไฮเดรต ผู้สูงอายุควรได้รับปริมาณคาร์โบไฮเดรตต่อวัน ร้อยละ 55-60 ของพลังงานทั้งหมด โดยคิดเป็น 300-400 กรัมต่อวัน ควรเลือกบริโภคคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ได้แก่ ข้าว ธัญพืช ขนมปัง ลดการบริโภคน้ำตาลลง ถ้าเป็นข้าวควรเป็นข้าวซ้อมมือซึ่งมีกากใยสูง
4. ไขมัน ผู้สูงอายุควรรับประทานไขมันไม่เกินร้อยละ 30 ของพลังงานทั้งหมด เน้นไขมันจากพืชมากกว่าไขมันจากสัตว์
5. วิตามินและเกลือแร่ แหล่งของวิตามินและเกลือแร่ คือ ผักและผลไม้ และควรได้รับแคลเซียม ไม่น้อยกว่า 800 มิลลิกรัมต่อวัน ควรได้รับแคลเซียมควบคู่กันกับวิตามินดีเพื่อช่วยในการดูดซึม
6. น้ำ โดยปกติแนะนำให้ดื่มน้ำ 6-8 แก้วต่อวัน

การจัดอาหารให้แก่ผู้สูงอายุ¹

1. จัดอาหารให้ผู้สูงอายุได้รับพลังงานและสารอาหารตามความต้องการของร่างกาย สำหรับผู้สูงอายุที่รับประทานได้น้อย ควรเน้นอาหารที่มีพลังงานสูง และต้องจัดอาหารให้สอดคล้องกับโรคประจำตัวหรือปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุด้วย ได้แก่ ผู้สูงอายุที่เป็นโรคหัวใจ ไต และความดันโลหิตสูง ควรจัดอาหารที่มีเกลือโซเดียมน้อย เป็นต้น
2. เน้นผักพื้นบ้านและอาหารประเภทถั่ว
3. จำกัดอาหารมื้อหลักที่มีเกลือเป็นส่วนผสม
4. แนะนำอาหารพื้นบ้านที่มีประโยชน์ เช่น เต้าหู้ มะเขือเทศ
5. หลีกเลี่ยงการรับประทานลูกอมที่มีน้ำตาล
6. ให้อาหารทดแทน เช่น เลือกใช้มะเขือเทศหวานแทนมะเขือเทศสีชา หรือเพิ่มมื้ออาหารเป็น 6 มื้อและลดปริมาณอาหารแต่ละมื้อลงเนื่องจากการย่อยและการดูดซึมอาหารไม่ดี

7. ดัดแปลงรูปแบบอาหาร โดยดัดแปลงอาหารให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุ เลือกอาหารอ่อนหรืออาหารเหลว โดยพิจารณาจากความสามารถในการเคี้ยวและกลืน ได้แก่ ดัดแปลงอาหารให้มีความอ่อนนุ่มมากขึ้นโดยการต้มหรือตุ๋นอาหารให้เปื่อยสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาการเคี้ยว

8. ให้อาหารทางสายยาง ในกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถเคี้ยว กลืนหรือรับประทานอาหารทางปากได้

9. ให้อาหารทางหลอดเลือดดำ ใช้ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีภาวะขาดอาหารรุนแรง ทั้งนี้ ต้องมีแผนการรักษาของแพทย์ และให้อาหารทางหลอดเลือดดำโดยบุคลากรด้านสาธารณสุขที่กฎหมายรองรับเท่านั้น ได้แก่ แพทย์และพยาบาล

การให้อาหารทางสาย (Enteral tube feeding)

ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่สามารถรับประทานอาหารได้ ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ หรือไม่รู้สึกตัวต้องได้รับอาหารทางสายยางให้อาหาร ส่วนใหญ่จะได้รับอาหารจากการให้อาหารทางสายจากจุกมูกลงสู่กระเพาะอาหาร

ข้อบ่งชี้ในการให้อาหารทางสายยาง ²

1. รับประทานอาหารทางปากไม่ได้ 5-7 วัน และมีภาวะทุพโภชนาการ
2. ไม่รู้สึกตัว
3. มีปัญหาการกลืน
4. มีปัญหาเกี่ยวกับลำไส้ล้มเหลวบางส่วน
5. เป็นโรคทางจิตเวช เช่น โรคเบื่ออาหารโดยมีสาเหตุมาจากจิตใจหรือโรคคลั่งผอม (anorexia nervosa)
6. หลังผ่าตัดทางเดินอาหาร แพทย์อาจใส่สายยางลงสู่กระเพาะอาหารเพื่อระบายน้ำย่อยในกระเพาะอาหาร (gastric content) ลดการติดเชื้อ และเชื่อว่าจะมีผลลดระยะเวลาพักฟื้น หรือลดระยะเวลาอนาธิรักษาทันทีในโรงพยาบาลได้ เมื่ออาการดีขึ้นแพทย์อาจเริ่มให้อาหารทางสายยาง

สูตรอาหาร (Enteral Formula)

สูตรอาหารเหลวสำหรับให้อาหารทางสายยางแบ่งออกเป็น 3 ประเภท³ ดังนี้

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

2. สูตรอาหารปั่นผสม (Blenderized formula) อาหารสูตรนี้เตรียมมาจากอาหารหลัก 5 หมู่ โดยนำมาทำให้สุกแล้วปั่นผสมเข้าด้วยกัน

3. สูตรอาหารสำเร็จรูป (Commercial formula) อาหารชนิดนี้เป็นอาหารที่มีสูตรเฉพาะ เป็นผลิตภัณฑ์จากบริษัทอุตสาหกรรม ผลิตภัณฑ์อาหารทางการแพทย์ มีมากมายหลายสูตรให้เลือกใช้ตามสภาพความเจ็บป่วยและความต้องการของร่างกายในขณะนั้น

ทั้งนี้ในการเตรียมอาหารทางสายยางสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ต้องคำนึงถึงความต้องการพลังงานและสารอาหารตามวัยและโรคที่เป็นอีกด้วย รวมทั้งควรปรึกษาแพทย์และนักโภชนาการเพื่อเตรียมอาหารได้อย่างเหมาะสม

อุปกรณ์ที่ใช้ในการเตรียมอาหารสูตรปั่นผสม⁴

1. ตาชั่ง
2. เครื่องปั่นอาหาร
3. ถ้วยตวง ซ้อนตวง
4. ขวด/ถุงสำหรับใส่อาหาร
5. กระจกครอบอาหาร
6. หม้อและทัพพี

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

วิธีเตรียมอาหารสูตรปั่นผสม⁴

1. ชั่งตวงวัตถุดิบให้ครบตามจำนวนที่กำหนด
2. นำส่วนผสมทั้งหมดใส่ลงในหม้อเติมน้ำให้ท่วม ต้มให้สุก ยกลงทิ้งพออุ่น
3. ปั่นส่วนผสมทั้งหมดให้ละเอียด กรองด้วยกระชอน เติมน้ำต้มสุกให้ได้ปริมาณที่กำหนดตวงให้ได้ปริมาณตามที่กำหนด หากได้ปริมาณน้อยกว่าที่กำหนดเติมน้ำต้มสุกให้ครบตามจำนวนที่กำหนด
4. แบ่งอาหารใส่ถุงให้ครบตามจำนวนมื้อที่กำหนดเก็บไว้ในตู้เย็นใช้ภายใน 24 ชั่วโมง
5. นำอาหารอุ่นโดยการแช่ขวดหรือถุง ลงในภาชนะที่ใส่น้ำร้อนอุ่นอาหารประมาณ 10-15 นาที
6. เติมหักใบเขียวครึ่งละ 1-2 กำมือ เช่น คะน้า ตำลึง ผักโขม กวางตุ้ง

ข้อควรปฏิบัติในการเตรียมอาหารทางสายยาง⁴

1. ความสะอาด เป็นสิ่งสำคัญที่สุดในการเตรียมอาหารประเภทนี้ ภาชนะที่ใช้ทุกชนิดต้องลวกหรือต้มในน้ำร้อนก่อนและหลังการใช้งานทุกครั้ง เพื่อป้องกันมิให้อาหารมีเชื้อโรค
2. การชั่ง ตวงอาหาร ต้องมีการชั่งตวงอาหารและส่วนผสมให้ถูกต้อง ตามสัดส่วนที่กำหนดให้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้คุณค่าทางโภชนาการอย่างครบถ้วน
3. การเก็บรักษาอาหารที่เตรียมให้ผู้ป่วยจะต้องเตรียมไว้ภายใน 24 ชั่วโมง
4. การเตรียมอาหารและการให้อาหาร ควรสอนให้ญาติฝึกและเรียนรู้วิธีการเตรียมอาหารและให้อาหารทางสายยางแก่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับอาหารทางสายยาง เพื่อนำกลับไปปฏิบัติที่บ้านได้อย่างถูกต้อง อุปกรณ์สำหรับให้อาหารทางสายให้อาหาร³ อาหารเหลวตามแผนการรักษาหากเป็นอาหารสำเร็จรูป ต้องตรวจสอบ

วันหมดอายุ กรณีที่เป็นสูตรอาหารเหลวที่เตรียมเอง โดยแผนกโภชนาการของสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุ หรือผู้มีภาวะพึ่งพิงหรือโรงพยาบาล ไม่ควรเก็บไว้นานเกิน 24 ชั่วโมง

1. กระบอกฉีดยาสำหรับให้อาหาร (Asepto syringe)
2. เขี่ยอกสำหรับใส่อาหาร
3. ชามรูปไตใบใหญ่
4. แก้วน้ำพร้อมน้ำดื่ม
5. สำลิจูบน้ำดื่มสุก 2 ก้อน
6. หูฟังทางการแพทย์ (Stethoscope)

ขั้นตอนการปฏิบัติการให้อาหารผ่านทางจุกเข้าสู่กระเพาะอาหาร³

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. ตรวจสอบแผนการรักษาเกี่ยวกับชนิดและปริมาณอาหารเหลว โดยไม่มีกรงค้ำอาหาร	เพื่อให้แน่ใจว่าผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับอาหาร ถูกต้องตามแผนการรักษา
2. ทักทายผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับอาหารทางสายยาง ตรวจสอบ ชื่อ-สกุล ป้ายข้อมือกับคำสั่งการรักษา และแนะนำตนเอง พร้อมทั้งอธิบายจุดประสงค์ของการให้อาหารทางสายให้ทราบ	เพื่อระบุตัวผู้ที่ได้รับอาหารทางสายยางให้ถูกต้อง และ คลายความวิตกกังวลของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง
3. ประเมินอาการท้องอืด แน่นท้อง และควรฟังเสียงการเคลื่อนไหวของลำไส้ (Bowel sound) ทุกครั้ง ก่อนเริ่มให้อาหาร	เพื่อประเมินการทำงานของระบบทางเดินอาหาร
4. ล้างมือด้วยสบู่ให้สะอาดหรือใช้แอลกอฮอล์เจล	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
5. เตรียมอุปกรณ์ในการให้อาหารและอาหารเหลวให้พร้อม จากนั้นกั้นม่านเพื่อความเป็นส่วนตัว	เพื่อความสะดวกในการทำงาน
6. จัดท่าศีรษะสูง (Fowler's position) อย่างน้อย 30-45 องศา	เพื่อป้องกันการสำลัก
7. พับปลายสายให้อาหาร เปิดจุกสายให้อาหารออก เช็ดรูเปิดด้านนอกของสายให้อาหารด้วยสำลิจูบน้ำดื่มสุก	เพื่อป้องกันอากาศจากภายนอกเข้าสู่กระเพาะอาหาร และเพื่อความสะอาด
8. สวมปลอกกระบอกฉีดยาสำหรับให้อาหารกับปลายสายให้อาหารให้แน่น จากนั้นดูดดูปริมาณและสีของอาหารเหลวมือก่อนที่เหลือค้างในกระเพาะอาหารหรือน้ำย่อย - กรณีดูดไม่ได้อาหารเหลวเหลือค้างจากมือก่อนหรือน้ำย่อย (Gastric content) จะต้องตรวจสอบว่าปลายสายให้อาหารอยู่ในกระเพาะอาหารหรือไม่ โดยการฟังเสียงลมที่ผ่านเข้าสู่กระเพาะอาหาร โดยดูดลมเข้ามาในกระบอกฉีดยาสำหรับให้อาหารจำนวน 5-10 ซีซี แล้วต่อปลายกระบอกฉีดยากับสายยางให้อาหาร ใช้หูฟังทางการแพทย์วางไว้ที่กระบังลมด้านซ้าย และดันลมเข้ากระเพาะอาหาร หลังจากนั้นต้องดูดลมคืนด้วย ถ้ามีลมค้างอาจทำให้ท้องอืดได้ - กรณีดูดได้อาหารเหลวเหลือค้างออกมาได้น้อยกว่า 1/4 ของอาหารเหลวมือก่อน สามารถให้อาหารเหลวมือได้นั้นได้ - กรณีดูดได้อาหารเหลวเหลือค้างออกมาได้มากกว่า 1/4 ของอาหารเหลวมือก่อน เลื่อนเวลาให้อาหารเหลวมือได้ออกไป 1 ชั่วโมง หลังจากนั้น 1 ชั่วโมงประเมินซ้ำ หากปริมาณอาหารเหลวเหลือค้างไม่ลดลง ให้รายงานแพทย์ เพื่อวางแผนการรักษาต่อไป - กรณีดูดได้น้ำย่อยให้อาหารทางสายยางได้	เพื่อตรวจสอบให้มั่นใจว่าสายยางอยู่ในกระเพาะอาหาร และ ตรวจสอบการทำงานของกระเพาะอาหาร

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
9. พับปลายสายให้อาหาร พร้อมทั้งปลดปลายกระบอกฉีดยาสำหรับให้อาหารออกจากปลายสายให้อาหาร ถอดลูกสูบออก จากนั้นสวมปลายกระบอกฉีดยากับปลายสายให้อาหารให้แน่น และถือกระบอกฉีดยาให้อยู่สูงกว่าระดับกระเพาะอาหารประมาณ 12 นิ้ว	เพื่อป้องกันอากาศเข้าสู่กระเพาะอาหาร
10. รินอาหารเหลวใส่ กระบอกฉีดยาอย่างต่อเนื่อง และควรปล่อยให้ อาหารเหลวไหลอย่างช้าๆ ไม่ควรให้ไหลเร็วกว่า 30 ซีซีต่อนาที	เพื่อป้องกันการสำลักจากการได้รับอาหารเร็วเกินไป
11. เมื่ออาหารเหลวเกือบหมดกระบอกฉีดยาให้น้ำตามปริมาณ 50 ซีซี หรือตามแผนการรักษา	เพื่อล้างสายให้อาหารให้สะอาด และเพื่อป้องกันการอุดตันสายให้อาหาร
12. พับสายให้อาหาร จากนั้นปลดกระบอกฉีดยาออกจากปลายสายให้อาหาร เช็ดทำความสะอาดปลายสายให้อาหารโดยสำลีชุบน้ำต้มสุก และปิดจุกสายให้อาหาร	เพื่อป้องกันอากาศจากภายนอกเข้าสู่กระเพาะอาหารและเพื่อความสะอาด
13. จัดให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงอย่างน้อย 30-45 องศา อย่างน้อย 30-60 นาทีหลังได้รับอาหารเหลว	เพื่อป้องกันการสำลักจากการไหลย้อนกลับของอาหารเหลว
14. บันทึกชนิด ปริมาณอาหารเหลวและปริมาณน้ำที่ได้รับ ลงในบันทึกการดูแลหรือบันทึกทางการแพทย์ พร้อมทั้งสังเกตภาวะแทรกซ้อนหลังการให้อาหาร	เพื่อให้ทราบข้อมูลและให้การช่วยเหลือได้ทันในกรณีฉุกเฉิน
15. เก็บอุปกรณ์และทำความสะอาดให้เรียบร้อย	เพื่อความสะอาดในการทำงานครั้งต่อไป

การดูแลทางเดินหายใจ (การให้ออกซิเจน การพ่นยา การเคาะปอด การดูดเสมหะ)

การดูแลทางเดินหายใจของผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีความสำคัญเนื่องจากถ้ามีการอุดตันทางเดินหายใจหรือหายใจไม่สะดวก อาจทำให้เป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ โดยเฉพาะผู้ที่ไม่สามารถไอออกเองได้ ไม่รู้สึกตัว หรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ ดังนั้น ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงต้องมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลทางเดินหายใจและสามารถให้การดูแลแก่ผู้ที่มีอาการหายใจในสภาวะคงที่ได้ ทั้งนี้การปฏิบัติทางการดูแลทางเดินหายใจ ได้แก่ การให้ออกซิเจน การพ่นยา การเคาะปอด และการดูดเสมหะ ควรปรึกษาแพทย์หรือปฏิบัติการภายใต้บุคลากรทางการแพทย์ ได้แก่ แพทย์พยาบาล และนักกายภาพบำบัด โดยคำนึงถึงขอบเขต ในการปฏิบัติตามที่กฎหมายกำหนดอย่างเคร่งครัดด้วย และในกรณีที่ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีปัญหาในระบบทางเดินหายใจหรือการหายใจผิดปกติหรือมีการเปลี่ยนแปลง ควรรีบปรึกษาแพทย์หรือนำผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงส่งโรงพยาบาลโดยด่วน

ข้อบ่งชี้ในการให้ออกซิเจน⁵

1. วัดค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดจากปลายนิ้ว (SpO₂) ได้น้อยกว่า 88% ทั้งนี้ สำหรับสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ถ้าวัดได้ค่าระดับนี้ ต้องรีบปรึกษาแพทย์และนำผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงส่งโรงพยาบาล
2. วัดค่าความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดจากปลายนิ้ว (SpO₂) ได้ 88-90% แต่มีภาวะหรือโรคที่บ่งบอกถึงภาวะขาดออกซิเจนเรื้อรังจากการประเมินของแพทย์ ได้แก่ มีความดันเลือดปอดสูง หัวใจห้องขวาโต หัวใจห้องขวาล้มเหลว หรือเลือดแดงเข้มข้นกว่าปกติ

การให้ออกซิเจน (Oxygen Administration)

การให้ออกซิเจนมีหลายวิธีการขึ้นอยู่กับความต้องการออกซิเจนและโรคทางระบบทางเดินหายใจหรืออื่นๆ

ที่เกี่ยวข้องของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้ เนื้อหาในส่วนนี้จะระบุเฉพาะการให้ออกซิเจนเข้าทางสายยางคู้เข้าจมูก (Nasal canular) เท่านั้น ซึ่งการให้ออกซิเจนชนิดนี้ ต้องอยู่ภายใต้แผนการรักษาและการดูแลของแพทย์และพยาบาลด้วย

อุปกรณ์การให้ออกซิเจนเข้าทางสายยางคู้เข้าจมูก (Nasal canular)

1. สายยางคู้เข้าจมูกสำหรับให้ออกซิเจน (Nasal canular)
2. กระจกบ่อน้ำสำหรับการให้ออกซิเจนชนิดสายยางคู้เข้าจมูก (Nasal canular)
3. น้ำกลั่นปราศจากเชื้อ (Sterile water)
4. อุปกรณ์การจ่ายออกซิเจน

ขั้นตอนการปฏิบัติการให้ออกซิเจนแบบสายยางคู้เข้าจมูก (Nasal Cannula)^{6, 5}

ผู้ที่จะสามารถให้ออกซิเจนกับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงได้ ควรเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขหรือผู้ที่ผ่านการอบรมและสามารถปฏิบัติได้ตามกฎหมายเท่านั้น

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
1. ตรวจสอบแผนการรักษาเกี่ยวกับชนิดและปริมาณการให้ออกซิเจนแบบสายยางคู้เข้าจมูก	เพื่อให้แน่ใจว่าผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับการรักษาถูกต้องตามแผนการรักษา
2. ล้างมือให้สะอาด	เพื่อป้องกันการนำเชื้อเข้าสู่ผู้ป่วย
3. เตรียมอุปกรณ์ในการให้ออกซิเจน เติมน้ำกลั่นปราศจากเชื้อในกระจกบ่อน้ำไม่เกิน 2/3 และไม่ต่ำกว่า 1/3 ของกระจกบ่อน้ำหรือตามที่มีระดับกำหนดไว้ แล้วนำมาที่เตียงของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง เพื่อต่ออุปกรณ์ให้พร้อมใช้	เพื่อความสะดวกในการใช้งาน
4. ทักทายผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับออกซิเจน ตรวจสอบชื่อ-สกุล ป้ายข้อมือกับคำสั่ง การรักษา และแนะนำตนเอง พร้อมทั้งอธิบายจุดประสงค์ของการให้ออกซิเจนให้ทราบ	เพื่อระบุตัวผู้ที่ได้รับออกซิเจนให้ถูกต้อง และคลายความวิตกกังวลของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง
5. ตรวจสอบสัญญาณชีพและระดับความรู้สึกตัว	เพื่อประเมินอาการผู้ป่วย
6. ต่อบุขสายของสายยางคู้เข้าจมูก (Nasal Cannula) กับชุดทำความชื้นที่ต่อกับตัวควบคุมอัตราการไหลของออกซิเจน	เพื่อเป็นทางให้แก่สออกซิเจนผ่านไปสู่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง
7. เปิดตัวควบคุมอัตราการไหลของออกซิเจนตามแผนการรักษา ตรวจสอบว่ามีละอองฝอยใหญ่ปูดให้เห็นที่ในชุดทำความชื้น และเอามืออังบริเวณรูเปิดของสายยางคู้เข้าจมูก (Nasal Cannula) ว่ามีลมออกมาหรือไม่	เพื่อตรวจสอบการอุดตันบริเวณรูเปิดของสายยางคู้เข้าจมูก (Nasal Cannula) และความพร้อมใช้งานของระบบ
8. คล้องสายนำออกซิเจนของสายยางคู้เข้าจมูก (Nasal Cannula) กับใบหูทั้ง 2 ข้าง แล้วรวบลงมาไว้ที่ใต้คางของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง	เพื่อให้สาย Nasal Cannula อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม
9. รูดปลายท่อออกซิเจนของสายยางคู้เข้าจมูก (Nasal Cannula) ที่ได้คางให้กระชับ	เพื่อป้องกันการเลื่อนหลุด
10. ล้างมือให้สะอาด	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
11. บันทึกการดูแลและรายงานที่ทำการดูแลถ้าพบความผิดปกติ	เพื่อให้ทราบข้อมูลและให้การช่วยเหลือได้ทันในกรณีฉุกเฉิน
12. ตามมาตรฐานสากล สายยางคู้เข้าจมูกสำหรับให้ออกซิเจน (Nasal Cannula) เป็นอุปกรณ์ที่ใช้ครั้งเดียวทิ้ง แต่ในโรงพยาบาลบางแห่ง นำไปล้างทำความสะอาดและใส่ถุงปิดให้สนิทแล้วส่งมอบแก่สเช่นเดียวกับสายต่อออกซิเจนขนาดเล็กและนำกลับมาใช้ใหม่	เพื่อความสะอาดและป้องกันการติดเชื้อตามแผนการรักษา

การดูแลผู้ที่บำบัดรักษาด้วยออกซิเจน⁶

ดูแลสภาพทางเดินหายใจให้โล่งตลอดเวลา โดยจัดท่านอนหรือให้นั่งศีรษะสูง หรือนั่งพุงบนโต๊ะคร่อมเตียง ในกรณีที่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงรู้สึกตัวดี และไม่มีข้อจำกัดในการจัดท่า หากมีเสมหะหรือน้ำคั่งหลังบริเวณท่อนทางเดินหายใจให้ดูดออกตามวิธีการดูดเสมหะอย่างถูกเทคนิค เพื่อให้ออกซิเจนสามารถผ่านเข้าสู่ถุงลมปอดได้สะดวก และการแลกเปลี่ยนแก๊สเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ หรือช่วยให้เสมหะระบายออกได้ง่ายขึ้นโดยกระตุ้นให้ออเอาเสมหะออกอย่างถูกต้อง และให้สารน้ำอย่างเพียงพอเพื่อช่วยละลายเสมหะ หมั่นดูแลความสะอาดของจมูก ปาก ไบหน้า ทุก 2-4 ชั่วโมง เนื่องจากผู้ที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนจะมีอาการคอแห้ง ปากแห้ง มีกลิ่นปาก เจ็บคอ และไม่สุขสบาย จึงควรกระตุ้นให้บ้วนปาก และจิบน้ำบ่อยๆ ใช้กลีเซอรีนทาริมฝีปากเพื่อให้ริมฝีปากชุ่มชื้น สำหรับผู้ที่ได้รับออกซิเจนแบบหน้ากาก ใช้ผ้าชุบน้ำเช็ดและทาแป้งบริเวณไบหน้า สันจมูก เพราะอาจมีความชื้น ความร้อน ทำให้รู้สึกอึดอัด และไม่สุขสบาย ดูแลความสะอาดบริเวณจมูกโดยใช้ไม้สำลีพันปลายไม้ชุบน้ำหมาดๆ เช็ดทำความสะอาด โดยเฉพาะบริเวณรอบๆ สายหรือท่อที่คาบริเวณจมูก ดูแลไม่ให้สายให้ออกซิเจนหักพับงอ หรือปลายสายหลุดตัน จากนั้นมูก เสมหะ เช่น สายยางคู้เข้าจมูก (Nasal Cannula) และไม่รัดออกซิเจนชนิดหน้ากากแน่นจนเกินไป ตรวจสอบตำแหน่งของท่อออกซิเจน รอยต่อต่างๆ ให้คงที่ ไม่หลุดเลื่อน เคลื่อนที่ เพื่อให้ได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และดูแลเติมน้ำในขวดทำความชื้น เพื่อป้องกันทางเดินหายใจแห้ง ติดตามประเมินภาวะขาดออกซิเจน และอาการแสดงที่ผิดปกติต่างๆ ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดที่ปลายนิ้วทุก 2-4 ชั่วโมง ตามความจำเป็น หากพบความผิดปกติ ของการหายใจหรือทางเดินหายใจ ต้องรีบรายงานแพทย์เพื่อตรวจหาสาเหตุ ให้การรักษา ได้ทันที หรือนำส่งโรงพยาบาล

ภาวะแทรกซ้อนของการบำบัดรักษาด้วยออกซิเจน⁶

1. เกิดการติดเชื้อแทรกซ้อนจากการที่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงมีภาวะร่างกายที่อ่อนแอ ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายผิดปกติจากพยาธิสภาพของโรค การใช้อุปกรณ์ในการบำบัดออกซิเจนประกอบด้วยน้ำและความชื้น จึงก่อให้เกิดโรคติดเชื้อได้เป็นอย่างดี และผู้ที่ได้รับการบำบัดด้วยออกซิเจนเป็นผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคระบบทางเดินหายใจ ต้องได้รับการเจาะคอ ใส่ท่อ และต้องนอนเป็นเวลานาน จึงเป็นหนทางที่เชื้อโรคต่างๆ จะเข้าสู่ร่างกายได้โดยตรงและง่ายขึ้น ดังนั้น ต้องปฏิบัติตามดูแลอย่างถูกเทคนิคและเคร่งครัด รวมทั้งการทำความสะอาดอุปกรณ์ต่างๆ ให้ได้ตามมาตรฐานที่กำหนด

2. ภาวะเยื่อบุทางเดินหายใจแห้งและเกิดระคายเคือง เมื่อต้องให้การบำบัดด้วยออกซิเจนจึงต้องให้อัตราการไหลที่เหมาะสม ไม่แรงเกินไป และให้ความชื้นร่วมด้วยอย่างเพียงพอเสมอ

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

การพ่นยา (Metered dose inhaler)

ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีโรคประจำตัวเกี่ยวข้องกับโรคทางเดินหายใจ ได้แก่ หอบหืด โรคถุงลมปอดเรื้อรัง อาจมีแผนการรักษาของแพทย์ให้ใช้ยาพ่น ทั้งนี้ ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงจะได้รับคำแนะนำในการพ่นยาจากแพทย์หรือพยาบาลและสามารถพ่นยาเองได้ ในกรณีที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้หรือพ่นยาเองไม่ได้ ผู้ดูแลจะพ่นยาให้กับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้ ผู้พ่นยาควรเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขหรือผู้ที่ผ่านการอบรมและสามารถปฏิบัติได้ตามกฎหมายเท่านั้น

อุปกรณ์สำหรับพ่นยา⁷

1. แบบบันทึกแผนการรักษาหรือแบบบันทึกการให้ยา (Medical administration record: MAR)
2. ยาพ่น
3. กระดาษทิชชู
4. ถาดใส่ยา

ขั้นตอนการบริหารยาพ่น⁷

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
1. ตรวจสอบแผนการรักษาจากแบบบันทึกแผนการรักษาหรือแบบบันทึกการให้ยา	เพื่อยืนยันความถูกต้องของแผนการรักษา
2. ล้างมือให้สะอาดตามเทคนิคการล้างมือหรือ ใช้แอลกอฮอล์เจลก่อนบริหารยาทุกครั้ง	เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ
3. แนะนำตัวและทักทายผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ตรวจสอบความถูกต้องโดยการถามชื่อ นามสกุล ตรวจสอบป้ายชื่อมือ เปรียบเทียบกับแบบบันทึกการให้ยา	เพื่อระบุตัวของผู้ที่จะได้รับยาให้ถูกต้อง ลดการเกิดความผิดพลาด และส่งเสริมความไว้วางใจของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง
4. ก่อนจัดยา อ่านชื่อ นามสกุล ชื่อยา ขนาด วิธีทางที่ให้และเวลาบนแบบบันทึกการให้ยาของผู้ที่จะได้รับ อ่านฉลากยาเปรียบเทียบกับแบบบันทึกการให้ยาและตรวจสอบวันหมดอายุของยาด้วย	เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตามหลักการบริหารยา
5. หอียาพ่นออกจากซองยาหรือกล่องยาที่บรรจุตรวจสอบยากับแบบบันทึกการให้ยา เมื่อเตรียมยาเสร็จ นำอุปกรณ์ใส่ถาดไปที่เตียงผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่จะได้รับยา	เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของการให้ยา
6. ตรวจสอบโดยการถามชื่อ นามสกุล ของผู้ที่จะได้รับยา ดูป้ายชื่อมือ ตรวจสอบกับแบบบันทึกการให้ยาอีกครั้ง	เพื่อตรวจสอบความถูกต้องตามหลักการบริหารยา
7. จัดท่าผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงให้อยู่ในท่านั่ง แหงนหน้า หรือท่านอนหงายรองหมอนหนุนใต้ไหล่ ถ้าต้องการให้ยาไปสู่อวัยวะใดด้านหนึ่ง ขจัดสิ่งคัดหลั่งในช่องจมูกออกให้หมด โดยใช้สาลีพันปลายไม้เช็ดให้สะอาด	เพื่อเตรียมให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงพร้อมรับยา

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
<p>8. พ่นยา</p> <p>8.1 กรณียาพ่นจมูก</p> <ul style="list-style-type: none"> - เขย่าขวดทุกครั้งก่อนใช้ยา ในกรณีที่เพิ่งซื้อ ก่อนใช้พ่นจริงตั้งขวดยาให้ตรง และกดให้ยาพ่นออกมาในอากาศเป็นละอองฝอยสัก 2-3 ครั้ง ในกรณีที่พ่นยาเป็นประจำทุกวันแล้ว ไม่จำเป็นต้องกดยาให้พ่นออกมาในอากาศก่อนใช้จริงทุกครั้ง - ควรพ่นยาในจมูก หลังจากที่ทำให้จมูกโล่งแล้ว โดยอาจจะพ่นตามหลังการสั่งน้ำมูก หรือการล้างจมูกด้วยน้ำเกลืออุ่น หรือการอบจมูกด้วยไอน้ำเดือด หรือการออกกำลังกาย - การจับขวดยา ควรใช้นิ้วชี้และนิ้วกลาง วางอยู่ที่บริเวณไหล่ขวดยาและใช้นิ้วหัวแม่มือวางอยู่ที่ก้นขวด แล้วนำส่วนปลายของยาพ่นจมูกหรือหัวที่พ่นยาใส่เข้าไปในโพรงจมูกด้านหน้าข้างตรงข้ามกับมือที่ถือขวดยา - เมื่อพร้อมที่จะพ่นยาเข้าไปในโพรงจมูก ควรกดยาอย่างเร็วและแรง หลังจากนั้นให้เงยหน้าขึ้น และเอียงศีรษะไปด้านข้างที่พ่นเป็นเวลาครึ่งนาที หลังจากนั้นจึงพ่นยาในจมูกอีกข้างหนึ่งในลักษณะเดียวกัน - หลังจากพ่นยาในจมูกเสร็จแล้ว ควรทำความสะอาดหัวที่พ่นยาด้วยผ้าหรือกระดาษทิชชู ล้างน้ำสะอาดแล้วเช็ดให้แห้งและครอบฝาปิด 	<p>เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงได้รับยาพ่นครบตามแผนการรักษา</p> <p>เพื่อระบายทางเดินหายใจได้รับยาอย่างเต็มที่</p> <p>เพื่อรักษาความสะอาดของยา</p>
<p>8.2 กรณีใช้ยาสูดพ่นทางปาก</p> <ul style="list-style-type: none"> - เขย่ากระบอกยาในแนวตั้งและเปิดฝากระบอกออก - หายใจออกจนสุด ใช้ริมฝีปากครอบปลายกระบอกยา - กดพ่นยา พร้อมกับหายใจเข้าทางปากอย่างช้าๆ ลึกๆ จากนั้นกลืนลมหายใจไว้ประมาณ 10 วินาที จึงผ่อนลมหายใจออกช้าๆ ทางจมูก - หากต้องพ่นยาซ้ำ ให้พ่นห่างกัน 1-2 นาที - ทำความสะอาดปากกระบอกยาด้วยกระดาษทิชชู - ควรดูแลให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงบ้วนปากด้วยน้ำสะอาด หลังจากพ่นยาทุกครั้ง 	<p>เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงได้รับยาพ่นครบตามแผนการรักษา</p> <p>เพื่อรักษาความสะอาดของยา</p>
<p>9. ประเมินอาการไม่พึงประสงค์กับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงได้รับยาทันที และภายใน 30 นาที</p>	<p>เพื่อให้การช่วยเหลือในกรณีที่เกิดผลข้างเคียงจากยา</p>
<p>10. เก็บยา อุปกรณ์ และล้างมือให้สะอาด</p>	<p>เพื่อให้สะดวกในการให้ยาครั้งต่อไป และลดการแพร่กระจายเชื้อ</p>
<p>11. ลงชื่อในแบบบันทึกการให้ยาในช่องผู้ให้ยา ให้ถูกต้อง เขียนบันทึกเอกสารทางการแพทย์ การพยาบาล อาการของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงขณะและ หลังได้รับยา และอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น</p>	<p>เพื่อเป็นการตรวจสอบการให้ยาที่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงได้รับ และให้การดูแลเมื่อมีอาการไม่พึงประสงค์หลังการได้รับยา</p>

การเคาะปอด (Percussion)

การเคาะปอดเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยระบายเสมหะให้ขับออกได้ง่ายขึ้น นอกเหนือจากการฝึกหายใจและไอ ทั้งนี้ ผู้ที่จะทำการเคาะปอด ควรเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุข ได้แก่ แพทย์ พยาบาล กายภาพบำบัดหรือผู้ที่ผ่านการอบรม และสามารถปฏิบัติได้ตามกฎหมายเท่านั้น

ข้อบ่งชี้ในการเคาะปอด⁸

1. เสมหะมีลักษณะเหนียวและ/หรือมีปริมาณมาก
2. ผู้ป่วยไม่สามารถไอขับเสมหะเองได้
3. ใช้ร่วมกับการจัดทำระบายเสมหะ

หลักการทั่วไปในการเคาะปอด⁹

การเคาะปอด (Chest percussion) เป็นการทำให้เกิดการสั่นสะเทือนเป็นจังหวะสม่ำเสมอต่อปอดบริเวณที่มีเสมหะคั่งอยู่ เพื่อให้เสมหะหลุดออกจากหลอดลมเล็ก ๆ การเคาะปอดสามารถกระทำได้ทั้งในช่วงจังหวะหายใจเข้าและหายใจออก

1. อธิบายขั้นตอนการทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงรับทราบ หากมีท่อหรืออุปกรณ์ต่าง ๆ ติดกับร่างกาย ควรตรวจสอบก่อนว่าอุปกรณ์อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมและไม่มีการเลื่อนหลุด นอกจากนี้ควรตรวจชีพจร ความดันเลือด อัตราการหายใจ ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดก่อนและตรวจติดตามระหว่างการเคาะปอด

2. ผู้เคาะต้องทำมือเป็นอู้ง (cupped hand) ให้นิ้วมือทุกนิ้วชิดกันแต่ไม่บีบเข้าหากัน ให้เกิดกระเปาะอากาศในอู้งมือ เพื่อลดพื้นที่ผิวสัมผัสของมือกับผิวหนังของผู้สูงอายุ ไม่ให้เกิดอาการเจ็บ เสียงที่ได้ยินจากการเคาะที่ถูกต้องควรเป็นเสียง «เปาะ ๆ» หรือ «โปะ ๆ» เนื่องจากแรงที่เกิดจากอากาศในอู้งมือ ไม่ใช่เสียง «แปะ ๆ» จากการใช้มือตี

3. การเคลื่อนไหวเกิดที่ข้อมือเป็นจังหวะสม่ำเสมอ ที่สำคัญควรปล่อยข้อมือ ไม่เกร็งระหว่างการเคาะ เพื่อลดอาการปวดเมื่อยของผู้บำบัด โดยทั่วไปใช้ความเร็วในการเคาะประมาณ 3-5 ครั้ง/วินาที การเคาะเร็วเกินไปจะทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงกลืนหายใจโดยไม่รู้ตัว และหลอดลมอาจหดเกร็งหากทางเดินหายใจของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงไวต่อการตอบสนอง (hyperreactive airway)

4. ผู้สูงอายุอาจมีกระดูกบางหรือกระดูกพรุนร่วมด้วย จึงไม่ควรเคาะไปบนผนังหน้าอกของผู้ป่วยโดยตรง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้สูงอายุที่ผอมและมีผนังหน้าอกบาง ควรใช้ผ้าบาง ๆ เช่น ปรอทหมอน หรือเสื่อรองก่อนเคาะ การใช้ผ้าที่มีความหนามากเกินไป เช่น ผ้าห่ม หรือผ้าขนหนูหนา ๆ อาจทำให้ประสิทธิภาพในการเคาะลดลงได้ แนะนำให้หลีกเลี่ยงการเคาะบนกระดูกต่าง ๆ ได้แก่ สะบัก ไหล่ปลาร้า กระดูกสันหลังและบริเวณเต้านม

5. ระยะเวลาในการเคาะปอดโดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 2-5 นาทีต่อปอดแต่ละส่วน (lung segment)

การดูดเสมหะ (Suctioning)

ข้อบ่งชี้ของการดูดเสมหะ¹⁰

1. หลังการรักษาทางกายภาพบำบัดของทรวงอก เช่น การเคาะปอด สั่นปอด การจัดทำระบายเสมหะ
2. ก่อนการจัดทำให้กับผู้ที่ไม่รู้สึกรู้ตัว
3. ก่อนให้อาหารทางสายยางเข้าสู่กระเพาะอาหาร (Nasogastric tube)
4. หายใจเสียงดัง
5. กระสับกระส่าย สีหน้า ท่าทางไม่สุขสบาย
6. อัตราชีพจรและการหายใจเพิ่มขึ้น
7. มีอาการเขียวคล้ำจากการขาดออกซิเจน
8. ผู้ป่วยรู้สึกมีเสมหะและต้องการให้ดูดเสมหะ

อุปกรณ์

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

ขั้นตอนการปฏิบัติการดูดเสมหะ¹⁰

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
1. ล้างมือให้สะอาด	เพื่อลดการติดเชื้อ และการแพร่กระจายเชื้อ
2. สวมผ้าปิดปากและจมูก	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของละอองเสมหะ
3. ใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% เช็ดบริเวณปลายข้อต่อของสายดูดเสมหะของเครื่องดูดเสมหะ	เพื่อทำความสะอาดบริเวณปลายข้อต่อของสายดูดเสมหะของเครื่องดูดเสมหะ
4. สวมถุงมือปลอดเชื้อมือข้างที่ถนัด และหยิบสายดูดเสมหะอย่างถูกวิธีด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
5. ต่อดูดเสมหะเข้ากับข้อต่อของสายเครื่องดูดเสมหะ โดยระมัดระวังไม่ให้ถุงมือและสายดูดเสมหะปนเปื้อน (contaminate) เปิดเครื่องดูดเสมหะ โดยใช้มือข้างที่ไม่ถนัด และปรับแรงดันให้เหมาะสมกับผู้ป่วย	เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการระคายเคือง หรือการบาดเจ็บของเซลล์บุทางเดินหายใจ
6. ใช้หลักเทคนิคปลอดเชื้อ (Aseptic technique) ในการใส่สายดูดเสมหะในตำแหน่งที่ต้องการดูดเสมหะ	เพื่อให้ปลายสายดูดเสมหะอยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสมและสามารถดูดเอาเสมหะออกมาได้
7. เริ่มดูดเสมหะ โดยใช้นิ้วหัวแม่มือข้างที่ไม่ถนัดปิดรูข้อต่อควบคุมแรงดัน ขณะเดียวกันใช้นิ้วมือข้างที่สวมถุงมือ เริ่มจากการดูดน้ำลายภายในช่องปากบริเวณลิ้น ใต้ลิ้น กระพุ้งแก้มทั้ง 2 ข้างก่อน จากนั้นเปลี่ยนสายดูดเสมหะสายใหม่ และเริ่มดูดเสมหะโดยการใส่สายดูดเสมหะลงไปในท่อ ปิดรูข้อต่อควบคุมแรงดันหมุนสายดูดเสมหะหมุนไปมาซ้าย-ขวา รอบท่อ พร้อมกับค่อยๆ ดึงสายดูดเสมหะขึ้นอย่างนุ่มนวล ใช้ระยะเวลาในการดูดเสมหะแต่ละครั้ง ไม่เกิน 10-15 วินาที และในการดูดเสมหะแต่ละครั้ง ควรเว้นระยะให้ผู้ป่วยหยุดพักนาน 20-30 วินาที	เพื่อป้องกันภาวะขาดออกซิเจน และการกระตุ้นเส้นประสาทเวกัส (Vagus nerve) ซึ่งทำให้หัวใจเต้นผิดจังหวะ
8. ขณะดูดเสมหะ ให้สังเกตลักษณะ สี จำนวนของเสมหะ และอาการแสดงของผู้ป่วยด้วย เช่น อาการหายใจลำบาก กระสับกระส่าย ปลายมือปลายเท้าเขียว	เพื่อสังเกตภาวะการขาดออกซิเจนของผู้ป่วยและสามารถช่วยเหลือได้ทันที
9. หลังการดูดเสมหะ ให้ล้างสายดูดเสมหะ โดยการดูดน้ำสะอาดจากขวดที่เตรียมไว้	เพื่อป้องกันไม่ให้เสมหะอุดตันสายยาง และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค
10. ปิดเครื่องดูดเสมหะ ปลดสายดูดเสมหะ และถอดถุงมืออย่างถูกวิธี	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค
11. เช็ดข้อต่อของเครื่องดูดเสมหะด้วยสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70%	เพื่อทำความสะอาดและลดการแพร่กระจายเชื้อ

วิธีการปฏิบัติ	เหตุผล
12. ล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง	เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรค
13. จัดให้ผู้ป่วยนอนในท่าที่สบาย	เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนหลังการปฏิบัติกิจกรรม
14. ประเมินผลและบันทึกลักษณะ จำนวน สีของเสมหะ อัตราการหายใจ รวมถึงอาการของผู้ป่วยในแบบบันทึกการพยาบาล	เพื่อเป็นหลักฐานในการปฏิบัติ และเพื่อส่งต่อข้อมูลให้กับบุคลากรทีมสุขภาพทราบ

การประเมินผลการดูแลเสมหะ

ข้อบ่งชี้ที่แสดงว่า การดูแลเสมหะได้อย่างมีประสิทธิภาพ¹¹ มีดังนี้

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

การดูแลระบบขับถ่ายของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงบางรายอาจมีปัญหาเกี่ยวกับระบบขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ได้แก่ ไม่สามารถควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะได้ ไม่สามารถปัสสาวะออกเองได้หรือออกได้ไม่หมด จำเป็นที่แพทย์ต้องให้สวนปัสสาวะ ซึ่งอาจจะสวนปัสสาวะแบบครั้งคราวหรือแบบคาสายไว้ รวมทั้งอาจมีการผ่าตัดและใส่สายเพื่อระบายน้ำปัสสาวะที่หน้าท้องบริเวณเหนือหัวเข่า นอกจากนี้ บางรายอาจมีปัญหาเกี่ยวกับลำไส้และต้องได้รับการผ่าตัดเอาลำไส้ออกมาเปิดทางหน้าท้องเพื่อขับถ่ายอุจจาระทางหน้าท้อง (Colostomy) ซึ่งหัตถการเหล่านี้จำเป็นที่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงต้องได้รับการดูแลเนื่องจากอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ ดังนั้น ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงรวมทั้งผู้ดูแล จึงต้องสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีปัญหาการขับถ่ายได้ ซึ่งในบทนี้จะกล่าวถึง การดูแลสายสวนปัสสาวะทั้งการใส่สวนปัสสาวะบริเวณท่อน้ำปัสสาวะ และทางหน้าท้อง (Cystostomy) และการดูแลทวารเทียม (Colostomy)

การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ใส่สายสวนปัสสาวะ

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

ชนิดของการสวนปัสสาวะ¹²

การสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว (Intermittent Catheterization) เป็นการสอดใส่สายสวนปัสสาวะผ่านทางท่อน้ำปัสสาวะเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะ เพื่อระบายน้ำปัสสาวะออกจากกระเพาะปัสสาวะลงสู่ภาชนะ เมื่อกระเพาะปัสสาวะว่าง ไม่มีน้ำปัสสาวะไหลออกมาแล้ว จึงถอดสายสวนปัสสาวะออก

ข้อบ่งชี้การสวนปัสสาวะเป็นครั้งคราว ทำในกรณีต่อไปนี้

- ไม่สามารถปัสสาวะได้เองภายใน 6-8 ชั่วโมง หลังจากถ่ายปัสสาวะครั้งสุดท้าย เนื่องจากท่อน้ำปัสสาวะได้

รับความกระทบกระเทือนภายหลังการผ่าตัด ผลจากยาระงับความรู้สึก หรือยากดประสาท เป็นต้น

- ถ่ายปัสสาวะไม่ได้ ได้แก่ ได้รับบาดเจ็บบริเวณไขสันหลัง
- เก็บปัสสาวะส่งตรวจเพื่อเพาะหาเชื้อ (Urine Culture) ในกรณีที่ไม่สามารถปัสสาวะเองได้
- หาปริมาณของปัสสาวะเหลือค้างในกระเพาะปัสสาวะ ภายหลังถ่ายปัสสาวะเสร็จทันที (Residual Urine) เพื่อการตรวจวินิจฉัยของแพทย์

2. การสวนคาสายสวนปัสสาวะ (Indwelling Catheterization or Retained Catheterization) เป็นการสอดใส่สายสวนปัสสาวะแบบโฟเลย์ (Foley's Catheter) ผ่านทางท่อปัสสาวะเข้าสู่กระเพาะปัสสาวะแล้วคาสายสวนปัสสาวะไว้

ข้อบ่งชี้การสวนคาสายสวนปัสสาวะ ทำในกรณีต่อไปนี้

- มีการอุดตันของท่อปัสสาวะ จากต่อมลูกหมากโต หรือท่อปัสสาวะตีบแคบ เป็นต้น
- ป้องกันการอุดตันของท่อปัสสาวะจากก้อนลิ่มเลือดภายหลังการผ่าตัดผ่านท่อปัสสาวะ (Transurethral Resection) หรือจากการมีก้อนเนื้องอกในกระเพาะปัสสาวะ
- วัดปริมาณปัสสาวะเพื่อประเมินการทำงานของไต เช่น ในผู้ที่มีภาวะช็อกหลังจากอุบัติเหตุไฟไหม้ หรือหลังได้รับการผ่าตัด เป็นต้น
- ป้องกันการระคายเคืองของผิวหนังจากปัสสาวะ ในผู้ที่กลั้นปัสสาวะไม่ได้หรือไม่รู้สึกตัว
- สวนล้างกระเพาะปัสสาวะ (Bladder Irrigation)

การดูแลผู้สูงอายุที่สวนคาสายสวนปัสสาวะ¹²

1. ดูแลให้ปัสสาวะไหลสะดวก

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

2. ป้องกันการติดเชื้อ

- 2.1 ดูแลให้อยู่ในระบบปิด (Closed Drainage System) ตลอดเวลา หากจำเป็นต้องเก็บปัสสาวะส่งตรวจหรือเห็นน้ำปัสสาวะออกจากถุงต้องเช็ดท่อทางออกที่ถุงด้วยแอลกอฮอล์ 70% ทั้งก่อนและหลังทุกครั้ง
- 2.2 เทปัสสาวะออกจากถุงเมื่อมีปริมาณ 3 ใน 4 ของถุง การเทน้ำปัสสาวะออกจากถุง ต้องไม่ให้ท่อทางออกสัมผัสกับภาชนะรองรับและภายหลังเทให้ปิดท่อทางออกทุกครั้ง
- 2.3 ล้างมือก่อนและหลังให้การพยาบาล พร้อมทั้งใส่ถุงมือเมื่อมีโอกาสสัมผัสปัสสาวะของผู้สูงอายุ
- 2.4 ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก โดยเฉพาะบริเวณเปิดท่อปัสสาวะและสายสวนปัสสาวะอย่างน้อยวันละ 2 ครั้งและทุกครั้งหลังถ่ายอุจจาระ
- 2.5 แขนงถุงเก็บปัสสาวะไว้กับขอบเตียง ไม่แขวนที่ราวกันข้างเตียงหรือวางกับพื้น กรณีที่จำเป็นต้องยกสูงกว่าระดับกระเพาะปัสสาวะต้องหนีบ (Clamp) หรือหักสายก่อนยกถุง เพื่อป้องกันการไหลย้อนกลับของน้ำปัสสาวะ และต้องรีบปลดที่หนีบหรือหยุดการหักสายเมื่อกำลังยกถุงเก็บปัสสาวะในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะแล้ว
- 2.6 ไม่เปลี่ยนถุงเก็บปัสสาวะทุกวัน ยกเว้นมีปัญหา ได้แก่ สายสวนหลุด ถุงขาดหรือรั่ว หากถุงเก็บ

ปัสสาวะหรือสายสวนปัสสาวะรั่ว ให้รายงานแพทย์และพยาบาลเพื่อสวนปัสสาวะและเปลี่ยนถุงเก็บปัสสาวะใหม่ทั้งชุด

2.7 แนะนำอาหารที่ทำให้ปัสสาวะเป็นกรด ได้แก่ เนื้อสัตว์ ไข่ ถั่ว ขนมน้ำส้ม ลูกพรุน น้ำส้ม เป็นต้น เพื่อช่วยลดโอกาสเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย

2.8 สังเกตและประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ ได้แก่ มีไข้ ปัสสาวะกะปริดกะปรอย แสบขัดและเจ็บเสียวเมื่อปัสสาวะใกล้สุด ปัสสาวะมีสีขุ่น มีตะกอน หรือมีกลิ่นเหม็น เป็นต้น

การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ใส่สายสวนปัสสาวะทางหน้าท้อง (Cystostomy)

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

การดูแลโดยทั่วไป^{13, 14}

1. รักษาให้บริเวณสายสวนปัสสาวะทางหน้าท้อง (Cystostomy) สะอาดอยู่เสมอ
 2. ล้างมือให้สะอาดก่อนและหลังการเปลี่ยนผ้าก๊อช หรือถุงรองรับน้ำปัสสาวะ
 3. เปลี่ยนผ้าก๊อชที่ปิดสายสวนปัสสาวะทางหน้าท้องทุกวัน หรือเมื่อก๊อชหลุดออก
 4. เปลี่ยนพลาสติกที่ติดยึดสายสวนปัสสาวะทางหน้าท้องไว้กับผิวหนังเมื่อสกปรก หรือหลุดออก
- เมื่อปิดพลาสติกบนผิวหนังต้องไม่ทำให้สายสวนรัดเป็นปม หรือหัก พับ งอ
5. ไม่ดึงรั้งสายสวนปัสสาวะทางหน้าท้อง
 6. ไม่หนีบ (Clamp) สายสวนปัสสาวะทางหน้าท้องหรือไม่ทำให้สายเกิดการอุดตัน
 7. ถ้าสังเกตว่ามีคราบอยู่บริเวณรอบท่อด้านนอก ให้ทำความสะอาดรอบท่อด้วย 0.9% NSS หรือน้ำสะอาดไม่ให้ใช้แอลกอฮอล์ เพราะอาจทำให้ผิวหนังแห้งหรือระคายเคืองได้

การเปลี่ยนผ้าก๊อช

1. ล้างมือให้สะอาด
2. เตรียมอุปกรณ์ ประกอบด้วย 0.9% NSS หรือสบู่ที่มีส่วนผสมของยาฆ่าเชื้อ ไม้พันสำลี ผ้าก๊อช พลาสติก ถุงมือสะอาด และถุงใส่ขยะ
3. สวมถุงมือสะอาด
4. นำผ้าก๊อชผืนเก่าออกและทิ้งลงขามรูปไตหรือภาชนะที่เตรียมไว้
5. ทำความสะอาดบริเวณรอบสายสวนปัสสาวะทางหน้าท้องโดยใช้ไม้พันสำลีชุบด้วย 0.9% NSS
6. ล้างน้ำให้สะอาด
7. ใส่ผ้าก๊อชรอบท่อสายสวนปัสสาวะ
8. ติดพลาสติกให้เป็นรูปตัว T เพื่อให้สายสวนปัสสาวะทางหน้าท้องอยู่กับที่ไม่เลื่อนหลุดและติดพลาสติกเพื่อยึดสายสวนปัสสาวะไว้กับผิวหนังเพื่อไม่ให้ดึงรั้ง
9. ตรวจสอบสายสวนปัสสาวะทางหน้าท้องให้อยู่ในตำแหน่งที่ถูกต้องและมั่นคง

คำแนะนำในการปฏิบัติตน^{13, 14}

1. รับประทานผัก ผลไม้ หรืออาหารที่มีกากใย เพื่อช่วยลดอาการท้องผูก เนื่องจากภาวะท้องผูกจะทำให้เกิดการอุดตันบริเวณสาย และเพิ่มแรงดันในกระเพาะปัสสาวะ ทำให้เกิดการรั่วซึมของปัสสาวะได้
2. ให้ถุงรองรับน้ำปัสสาวะอยู่ในระดับต่ำกว่ากระเพาะปัสสาวะเพื่อป้องกันน้ำปัสสาวะไหลย้อนกลับ
3. เมื่อน้ำปัสสาวะ มีปริมาณ 2/3 ของถุง ให้ทำการเปลี่ยนถุงรองรับน้ำปัสสาวะใหม่ และควรเปลี่ยนถุงรองรับน้ำปัสสาวะสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หรือเมื่อสกปรก
4. ดื่มน้ำอย่างน้อย 8-10 แก้วต่อวัน หลีกเลี่ยงการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน เพราะจะทำให้กระเพาะปัสสาวะเกิดการระคายเคืองได้
5. ป้องกันการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ โดยทำความสะอาดผิวหนังบริเวณรอบสายสวนปัสสาวะทางหน้าท้องทุกวัน และควรล้างมือให้สะอาดก่อนที่จะสัมผัสสายสวนปัสสาวะ
6. สังเกตสีน้ำปัสสาวะ หากปัสสาวะมีสีขุ่น หรือมีตะกอน รวมทั้งมีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อ ได้แก่ มีไข้ มีหนองที่บริเวณรอบรูท่อปัสสาวะ ให้รีบรายงานแพทย์

การดูแลทวารเทียม (Colostomy) ของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

ทวารเทียม (Colostomy) หมายถึง การผ่าตัดเอาลำไส้ให้ออกมาเปิดทางหน้าท้อง เพื่อเป็นทางออกของอุจจาระ โดยบริเวณช่องเปิดลำไส้ส่วนที่โผล่ออกมาจากหน้าท้องเรียกว่าสโตมา (Stoma)¹⁵

ข้อบ่งชี้ในการทำผ่าตัดเอาลำไส้ให้ออกมาเปิดทางหน้าท้อง (Colostomy)¹⁵

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

การดูแลและควบคุมการขับถ่ายของทวารเทียม (Colostomy)^{15, 16}

1. อาหาร ควรรับประทานอาหาร 3 มื้อปกติ รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ได้ทุกประเภท ยกเว้นมีโรคประจำตัวที่มีข้อจำกัดเกี่ยวกับอาหาร รับประทานอาหารที่มีกากใยเพียงพอ หลีกเลี่ยงอาหารพวกที่ทำให้ท้องเสียได้ง่ายหรือท้องผูก อาหารย่อยยาก อาหารรสจัดและเกิดแก๊สมากผิดปกติ ได้แก่ กะหล่ำปลี แดงกวา หอม กระเทียม และถั่วต่างๆ เป็นต้น

2. การออกกำลังกาย หลังการผ่าตัด 2 – 3 เดือน ควรออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ได้แก่ เดิน วิ่ง เพื่อกระตุ้นให้ลำไส้ได้เคลื่อนไหว หลีกเลี่ยงกีฬาหรือการออกกำลังกายที่หักโหมและรุนแรง รวมทั้งเสี่ยงต่อการกระทบกระแทกทวารเทียม

3. การอาบน้ำ สามารถอาบน้ำได้แต่ควรอาบน้ำโดยตักอาบหรือให้ฝักบัว อาบน้ำได้ทั้งขณะใส่หรือถอดถุงออก ถ้าใช้ถุงรองรับอุจจาระแบบมีแป้นให้ใช้พลาสติกครอบแป้นก่อน เมื่ออาบน้ำเสร็จแล้ว ให้ซับผิวหนังรอบทวารเทียมให้แห้งก่อนติดแป้นใหม่

4. การแต่งตัว หลีกเลี่ยงไม่ให้ขอบกางเกง ขอบประโปรง หรือเข็มขัดไปกดทับหรือเสียดสีบริเวณทวารเทียม

5. ความสมบูรณ์ของทวารเทียม สังเกตจากสีของทวารเทียม ปกติจะมีสีแดงหรือชมพู มีความตึงตัว มีความชุ่มชื้น ผิวเป็นมันเรียบ นุ่ม ถ้ามีสีแดงคล้ำ แสดงว่าอาจขาดเลือด แต่ถ้ามีสีชมพูมากแสดงว่าอาจมีภาวะซีด ถ้าพบสีผิดปกติควรรายงานแพทย์

6. ระดับความสูงของทวารเทียม ปกติควรยื่นออกมา 2.5 เซนติเมตร ช่องเปิดอยู่ตรงกลาง เพื่อสะดวกต่อการปิดถุง และดูแลรักษาผิวหนังรอบๆ ถ้าทวารเทียมอยู่ระดับเดียวกับผิวหนังหรือต่ำกว่าจะมีปัญหา เนื่องจากสิ่งคัดหลั่งจะซึมซาบผิวหนังเกิดการระคายเคืองอักเสบ ถ้ายื่นออกมามากเกินไป อาจเกิดการกระแทก ข้ำ เสียดสีกับอุปกรณ์เสื่อผ้าเกิดเป็นแผลบนทวารเทียม

7. ผิวหนังรอบทวารเทียม ควรปราศจากการระคายเคือง ไม่มีอาการผื่นแดง ผิวหนังเปื่อย เป็นตุ่มหนองหรือลอกเป็นแผลมีน้ำเหลือง ถ้ามีความผิดปกติควรรายงานแพทย์

8. สังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ ลำไส้ไม่ทำงาน ลำไส้อุดตัน มีไข้ เป็นต้น ถ้ามีอาการดังกล่าว ควรรายงานแพทย์

9. ผู้ที่ทำการผ่าตัดเอาลำไส้ให้ออกมาเปิดทางหน้าท้องชนิดถาวรโดยเฉพาะตำแหน่งลำไส้ ลงด้านขวาและลำไส้ส่วนซิกมอยด์ สามารถควบคุมการขับถ่ายอุจจาระให้เป็นเวลาได้

ถุงรองรับอุจจาระ มี 2 ชนิด คือ

1. ชนิดชั้นเดียว มีทั้งแบบถุงปลายปิดและปลายเปิด บริเวณที่ยึดติดมีทั้งแบบที่เป็นชนิดกาวและชนิดมีแป้นป้องกันผิวหนังระคายเคือง

2. ชนิด 2 ชั้น จะมีส่วนของแป้นที่ป้องกันผิวหนังระคายเคืองยึดติดกับผิวหนังแยกต่างหากจากถุง โดยแป้นสามารถติดได้อย่างน้อย 7 วัน

การเปลี่ยนถุงเก็บอุจจาระ¹⁵

1. ในระยะแรกอุจจาระที่ออกมาจากทวารเทียมจะออกมาตลอดเวลา ควรสวมถุงรองรับอุจจาระ ไว้ตลอดเวลา

2. ถุงรองรับอุจจาระ ควรจะว่างและเปลี่ยนก่อนที่จะเต็ม หรือเริ่มจะหลุดจากรูเปิดเพื่อป้องกันผิวหนังของผู้สูงอายุระคายเคืองจากการที่เปลี่ยนถุงบ่อย ๆ ถุงเก็บอุจจาระอาจเป็นแบบที่มีรูเปิดให้อุจจาระออกด้านล่าง ให้แกะสิ่งผูกมัดบริเวณปลายถุง แล้วตลบปลายถุงด้านล่าง เพื่อไม่ให้อุจจาระเปื้อนปลายถุง ระบายอุจจาระลงในชักโครก ฉีบน้ำล้างทำความสะอาดได้จากปลายถุง ซับปลายถุงให้แห้งก่อนนำมาปิดที่รอบรูทวารหนัก

3. ถุงรองรับอุจจาระชนิดที่มีแป้นติดกับผิวหนัง ควรเปลี่ยนแป้นถุง 7 วัน หรือเมื่อเห็นมีการเซาะของน้ำอุจจาระเข้าใต้แป้น

4. ก่อนจะปิดถุงรองรับอุจจาระ ควรทำความสะอาดบริเวณรูเปิดเบาๆ ด้วยสบู่และน้ำ ถ้าจำเป็นอาจต้องโกนขนรอบ ๆ รูเปิด เพื่อป้องกันการดิ่งรั้งและขนอาจก่อให้เกิดการติดเชื้อ

5. การสวมถุงรองรับอุจจาระ ต้องวัดขนาดของรูเปิด และตัดให้พอดีกับรูเปิดของทวารเทียม

6. ใส่ถุงรองรับอุจจาระโดยครอบปากถุงลงบนรูเปิดแล้วค่อย ๆ รีดปากถุงจากรูเปิดออกให้แน่นติดกับผิวหนัง ตัวถุงควรจะชี้ลงด้านล่าง เพื่อให้อุจจาระไหลลงสะดวกตามแรงโน้มถ่วงของโลก ถ้าจะให้ขอบถุงติดแน่นยิ่งขึ้น อาจใช้เทปแบบไมโครพอร์ (Microspore) ติดริมขอบอีกครั้ง

7. การดูแลผิวหนัง ควรพยายามเปลี่ยนถุงเก็บอุจจาระด้วยความระมัดระวัง ควรล้างผิวหนังด้วยสบู่และเช็ดให้แห้ง

8. การควบคุมกลิ่นของอุจจาระ อาจใช้น้ำยาปรับกลิ่นฉีดยาในท้องพัก

9. สังเกตการเปลี่ยนแปลงของรูเปิด เช่น มีเลือดออกซึมรอบ ๆ รูเปิด การเปลี่ยนแปลงของการขับถ่าย กลิ่นของอุจจาระไม่สัมพันธ์กับอาหารที่รับประทาน อาจเป็นสิ่งที่แสดงว่ามีการผิดปกติเกิดขึ้น ควรแจ้งพยาบาลให้ทราบ

การดูแลแผลกดทับ

แผลกดทับเกิดจากบริเวณผิวหนังและเนื้อบริเวณใต้ผิวหนังถูกทำลาย ทำให้เกิดเนื้อตายเนื่องจากการกดทับ ทำให้เลือดไหลมาเลี้ยงเนื้อเยื่อบริเวณนั้นไม่ได้¹⁷

สาเหตุของการเกิดแผลกดทับ¹⁷

1. การกดทับ (Pressure)

- กดทับบริเวณที่มีกระดูกยื่นกดที่นอน
- มีเลือดมาเลี้ยงบริเวณที่กดทับน้อย
- ส่วนที่รองรับระหว่างกระดูกและผิวหนัง คือ เนื้อเยื่อไขมันและกล้ามเนื้อ
- ความรู้สึกทางประสาทเสื่อม ทำให้ไม่รู้สึกเจ็บ หรือไม่รู้สึกว่ามีอาการกดทับ
- เกิดจากการเสียดสีผ้าปูที่นอนหรือผ้าขวางเตียงที่ปูไม่เรียบ มีรอยย่นและการเปียกชื้นจากปัสสาวะ

อุจจาระ เหงื่อ ผ้าทำแผลและท่อระบายต่าง ๆ

- เกิดจากแรงกด ในรายที่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงนอนนานและเตียงยกหัวสูงกว่า 30 องศา

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

3. การติดเชื้อ

4. การนอนนาน ไม่เคลื่อนไหว

5. การทำงานของระบบประสาทที่รับความรู้สึกเสื่อม

6. การเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง

การป้องกันการเกิดแผลกดทับ¹⁷

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. จัดให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเคลื่อนไหวร่างกายและทำกิจกรรมต่าง ๆ ตามความเหมาะสม	เพื่อป้องกันการกดทับ
2. ในกรณีที่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายเองได้ ดูแลพลิกตัวหรือเปลี่ยนท่าอย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง หรือตามความเหมาะสม โดยไม่ขัดต่อแผนการรักษา	เพื่อลดการกดทับบริเวณที่เดิมเป็นเวลานาน
3. จัดท่านอนให้ถูกต้อง ใช้โฟมหรือผ้าเช็ดตัวนุ่ม ๆ รองบริเวณที่กดทับ	เพื่อช่วยลดแรงกดทับ
4. หลีกเลี่ยงการจัดท่านอน โดยการไขหัวเตียงให้สูงเกินกว่า 30 องศาเป็นระยะเวลานาน	เนื่องจากทำให้บริเวณช่วงเอวเกิดการกดทับ
5. ดูแลผ้าปูที่นอน ผ้าขวางเตียง ให้สะอาดแห้งตั้งอยู่เสมอ	เพื่อลดความชื้น และป้องกันการเกิดแผลกดทับ
6. หลีกเลี่ยงที่นอนที่มีการถ่ายเทของอากาศไม่ดี เช่น ที่นอนที่หุ้มด้วยพลาสติก	เพราะจะทำให้เกิดความร้อนและมีเหงื่อออก
7. เวลาจะยกหรือย้ายผู้สูงอายุ ควรใช้ผ้ารอง	เพื่อลดการเสียดสี
8. การดูแลสุขภาพอนามัยผิวหนังให้แห้ง สะอาดอยู่เสมอ อาจใช้ครีมทาผิวทาบริเวณที่แห้ง แดก นวดเบา ๆ	เพื่อป้องกันผิวหนังแห้งและแตก
9. ให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงออกกำลังกายตามความเหมาะสม	เพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงมีการขยับร่างกาย

การดูแลแผลกดทับ สามารถดูแลตามระดับความรุนแรงของแผลกดทับ แบ่งเป็น 4 ระดับ¹⁸ ทั้งนี้ การทำแผลกดทับ ควรทำแผลโดยแพทย์หรือพยาบาล การดูแลแผลกดทับดังนี้

แผลกดทับระดับ 1 ผิวหนังบริเวณที่ถูกกดทับเป็นรอยแดง ผิวหนังยังไม่เกิดการฉีกขาด ทั้งนี้ รอยแดงเหล่านี้จะไม่หายไปภายในประมาณ 30 นาที เมื่อมีการพลิกตะแคงตัวหรือเปลี่ยนอิริยาบถ ใช้นิ้วมือกดพบว่ารอยแดงยังคงอยู่

การดูแล

1. พลิกตะแคงตัวบ่อยๆ อย่างน้อยทุก 2 ชั่วโมง โดยใช้ผ้ารองยกตัว หลีกเลี่ยงการลากดึง ร่วมกับยกส้นเท้า ลอยจากพื้นผิวเตียงโดยใช้หมอนหรือผ้ารองใต้ท้อง ห้ามใช้ห่วงยางหรือถุงมือยางใส่น้ำรองตามปุ่มกระดูก เพราะจะทำให้เกิดการกดหลอดเลือดใต้ผิวหนังทำให้เนื้อเยื่อถูกทำลายหรือตายได้

2. จัดผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง แห้ง และสะอาดอยู่เสมอ เพราะรอยย่นของผ้าปูที่นอนจะทำให้ผิวหนังที่แดงแล้วเกิดเป็นแผลกดทับได้ง่าย

3. ห้ามนวดหรือประคบด้วยความร้อนบริเวณผิวหนังที่มีรอยแดง เพราะการนวดหรือการประคบด้วยความร้อนจะเพิ่มการอักเสบของผิวหนังส่วนนั้น เสี่ยงต่อการฉีกขาดของผิวหนัง

4. ทำความสะอาดทุกครั้งหลังการขับถ่ายด้วยสำลีชุบน้ำเปล่าโดยไม่ขัดถู และซับให้แห้ง ใส่ผ้าอ้อมสำเร็จรูปหรือผ้ารองเปื้อนแบบหนาและเปลี่ยนทุกครั้งที่มีการขับถ่าย

5. ดูแลผิวหนังให้สะอาด ใช้โลชั่นหรือครีมบำรุงผิวทาผิวหนังบ่อยๆ เพื่อช่วยให้ผิวหนังมีความชุ่มชื้น

แผลกดทับระดับ 2 มีการสูญเสียชั้นผิวหนังบางส่วนจนมองเห็นชั้นหนังแท้ ลักษณะพื้นแผลมีสีชมพูหรือสีแดงหรืออาจพบลักษณะของตุ่มน้ำใสหรือเป็นตุ่มน้ำใสที่แตก

การดูแล

1. ทำแผลโดยใช้น้ำเกลือปราศจากเชื้อทำความสะอาดรอบแผลและภายในแผล แล้วปิดด้วยผลิตภัณฑ์ปิดแผลเพื่อควบคุมความชุ่มชื้นให้กับแผล ได้แก่ วัสดุปิดแผลชนิดแผ่นตาข่ายที่เคลือบด้วยสารที่ให้ความชุ่มชื้น หรือกลุ่มโพลียูรีเทนโพนัม ช่วยดูดซับและควบคุมสิ่งขับหลังจากแผลที่มีปริมาณปานกลาง เป็นต้น

2. พลิกตะแคงตัวผู้ป่วยทุก 2 ชั่วโมง เพื่อลดการกดทับแผลและส่งเสริมการไหลเวียนเลือดมาเลี้ยงแผลกดทับ

แผลกดทับระดับ 3 มีการสูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมดมองเห็นชั้นไขมันในแผล อาจมีเนื้อตายสีเหลือง สีน้ำตาลหรือสีดำ

การดูแล

1. ทำแผลโดยใช้น้ำเกลือปราศจากเชื้อทำความสะอาดแผล

- แผลตื้น ใช้สำลีชุบน้ำเกลือปราศจากเชื้อเช็ดทำความสะอาดพื้นแผลอย่างเบามือโดยเช็ดจากข้างในแผลออกนอกข้างนอกแผล

- แผลลึกมีโพรงแผล ทำโดยใช้กระบอกฉีดยาบรรจุน้ำเกลือปราศจากเชื้อฉีดล้างทำความสะอาดแผล 2-3 ครั้ง จนกระทั่งน้ำยาทำความสะอาดแผลที่ใช้มีความใส

2. ใช้ผลิตภัณฑ์ปิดแผลตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล

3. ถ้ามีไข้ หรือแผลเป็นหนอง แผลมีเนื้อตายที่มีกลิ่นเหม็น แผลมีขนาดกว้างขึ้น ควรรีบไปโรงพยาบาลเพื่อรับการรักษาและให้การดูแลแผลที่เหมาะสม

แผลกดทับระดับ 4 มีการสูญเสียชั้นผิวหนังทั้งหมดและชั้นเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง มองเห็นพังพืด กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น กระดูกอ่อน หรือกระดูกในบริเวณแผลได้

การดูแล

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

2. จัดผ้าปูที่นอนให้เรียบตึง แห้ง และสะอาดอยู่เสมอ เพราะรอยย่นของผ้าปูที่นอนจะทำให้ผิวหนังที่แดงแล้วเกิดเป็นแผลกดทับได้ง่าย

3. ปิดแผลด้วยผลิตภัณฑ์ปิดแผลตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล

การดูแลแผลผ่าตัด

บาดแผล (Wound) คือ การที่เนื้อเยื่อได้รับบาดเจ็บ ถูกทำลายหรือมีการฉีกขาดเกิดขึ้นจากสาเหตุใดก็ตาม เช่น การบาดเจ็บอาจเกิดจากอุบัติเหตุ หรือโดยตั้งใจ เช่น บาดแผลผ่าตัด เป็นต้น¹⁵

หลักการทำแผล¹⁵

1. ต้องสะอาดและปลอดภัย
2. ประหยัดสิ่งของเครื่องใช้และเวลา
3. ใช้หลักเทคนิคปลอดเชื้อ (aseptic technique)
4. ต้องทำแผลสะอาดก่อนทำแผลสกปรกหรือแผลติดเชื้อเสมอ

ทั้งนี้ แพทย์หรือพยาบาลควรเป็นผู้ทำแผลผ่าตัด เนื่องจากถ้าแผลติดเชื้ออาจนำไปสู่การติดเชื้อได้

ขั้นตอนปฏิบัติการทำแผลผ่าตัดแบบแห้ง¹⁵

1. การประเมินสภาพแผล

- แนะนำตัวเอง บอกผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง จัดท่า จัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย เพื่อป้องกันการเปิดเผยเกินความจำเป็น

- ล้างมือให้สะอาด

- แกะพลาสติกที่ปิดแผลออก

- เปิดแผลโดยไม่ให้มือสัมผัสแผลและด้านในของผ้าปิดแผล พร้อมสังเกตลักษณะแผล ขนาด จำนวน และสีของสิ่งคัดหลั่ง เพื่อจัดเตรียมเครื่องใช้ในการทำแผลให้เหมาะสม

- ปิดแผลด้วยผ้าก๊อชปิดแผลผืนเดิมไว้ เพื่อป้องกันการติดเชื้อจากอากาศหรือแมลงตอม

- ล้างมือให้สะอาดภายหลังการประเมินแผล

2. การเตรียมเครื่องใช้ในการทำแผล

- ชุดทำแผล น้ำยาทำความสะอาดแผล เครื่องใช้ต่าง ๆ ที่จำเป็น

- วางชุดทำแผลบริเวณที่สะอาด เปิดชุดทำแผลและใช้ปากคีบกลาง (transfer forceps) หยิบของเพิ่มเติม เช่น สำลี ผ้าก๊อช จัดเครื่องใช้ในชุดทำแผลให้พร้อมที่จะหยิบใช้ได้สะดวก

- เทน้ำยาตามแผนการรักษาใส่ถ้วยน้ำยา โดยคีบสำลีสื่อออกจากถ้วย

- ปิดชุดทำแผล

- เตรียมขามรูปไต พลาสเตอร์หรือเครื่องยึดติดแผลตามความเหมาะสมกับแผล

ขั้นตอนการทำแผลแห้ง ¹⁵

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
การทำแผลแบบแห้ง (dry dressing) 1. ล้างมือให้สะอาด	เพื่อป้องกันการปนเปื้อนเชื้อ
2. เปิดแผลโดยใช้มือหยิบผ้าปิดแผลโดยพับส่วนที่สัมผัสแผลอยู่ด้านล่างในลักษณะรองรับหรือขามรูปไต	เพื่อเป็นการประเมินบาดแผล
3. เปิดชุดทำแผล หยิบปากคีบให้มือข้างที่ถนัด จับปากคีบมีเช็ยวกรณีใส่ถุงมือปลอดเชื้อให้ใช้มือหยิบได้เลย	เป็นการปฏิบัติตามหลักเทคนิคปลอดเชื้อ (aseptic technique)
4. ใช้ปากคีบไม่มีเช็ยว คีบสำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% ส่งต่อให้ปากคีบมีเช็ยวที่อยู่ต่ำกว่า นำไปเช็ดชนิดขอบแผลและวนออกนอกแผลประมาณ 2-3 นิ้ว หากยังไม่สะอาด ใช้สำลีชุบแอลกอฮอล์ 70% เช็ดซ้ำ ลำลี ที่ใช้ทำความสะอาดแล้วให้ทิ้งลงในภาชนะรองรับหรือขามรูปไต โดยที่ปากคีบไม่สัมผัสภาชนะรองรับหรือขามรูปไตและไม่ข้ามชุดทำแผล	เพื่อเป็นการทำความสะอาดผิวหนังรอบบาดแผล และเป็นการลดการแพร่กระจายเชื้อ
5. ปิดแผลด้วยผ้าก๊อชและติดพลาสติกตามแนวขวางของลำตัว	เพื่อป้องกันเชื้อโรคจากภายนอกเข้าสู่บาดแผล และป้องกันผ้าก๊อชเลื่อนหลุด
6. เก็บอุปกรณ์ ล้างมือให้สะอาด	เพื่อความสะอาดในการทำงาน และลดการแพร่กระจายเชื้อ
7. บันทึกลักษณะแผล และการปฏิบัติในแบบบันทึก	เพื่อวางแผนการดูแลแผลอย่างเหมาะสม

การดูแลแผลผ่าตัด ¹⁵

- ระวังไม่ให้แผลถูกน้ำ หรือเปียกชื้น หากแผลชุ่มมาก ผู้ดูแลควรแจ้งพยาบาลให้ทราบ
- รับประทานอาหาร ให้ครบ 5 หมู่และพอเพียง ดูแลให้ได้รับน้ำ โปรตีน วิตามินและเกลือแร่ เช่น วิตามินซี วิตามินเอ วิตามินอี เป็นต้น เพื่อสร้างเนื้อเยื่อและเสริมความแข็งแรงให้กับแผล
- หากเกิดอาการคันหรือแพ้พลาสติก ควรแจ้งเจ้าหน้าที่พยาบาลให้รับทราบ ไม่ควรแคะ แกะ เกา เพราะจะทำให้ผิวหนังรอบแผลถลอกเกิดการอักเสบติดเชื้อ ลูกกลมขยายเป็นแผลกว้างได้
- ทำความสะอาดแผลผ่าตัด ทั้งนี้ แพทย์หรือพยาบาลควรเป็นผู้ทำแผลผ่าตัด เนื่องจากถ้าแผลติดเชื้อ อาจนำไปสู่การติดเชื้อได้

การจัดทำผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง จำเป็นต้องได้รับการดูแลจัดทำ และพลิกตะแคงตัวอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับโรคที่เป็นหรือสภาพของปัญหาสุขภาพในขณะนั้น ซึ่งจะช่วยลดอันตรายจากโรคที่เป็นและส่งเสริมความสบายอีกด้วย

จุดมุ่งหมายของการจัดทำให้กับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ¹⁹

1. เพื่อความสบายและผ่อนคลาย การเจ็บป่วยทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงต้องใช้เวลาเกือบทั้งหมดอยู่บนเตียง บางคนอ่อนเพลียมาก ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ตามปกติ ต้องอยู่ในท่าเดิมเป็นเวลานานทำให้เกิดความไม่สบาย จึงเป็นหน้าที่ของผู้ดูแลที่จะต้องช่วยจัดทำทางให้เหมาะสม และเปลี่ยนท่าให้บ่อยๆ ช่วยยับยั้งหรือออกกำลังกายให้ เป็นต้น

2. ช่วยให้การตรวจและหรือการรักษาพยาบาลเป็นผลดี ท่านอนบางท่าจำเป็นต้องจัดให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นกรณีพิเศษ เพื่อให้เกิดผลดีต่อการตรวจ และสะดวกต่อการรักษาหรือการปฏิบัติการดูแล เช่น จัดท่านอนศีรษะสูงหรือนั่งเพื่อช่วยให้หายใจได้สะดวกลดอาการหอบเหนื่อย จัดท่านอนตะแคงเพื่อให้หนองไหลออกจากแผลได้ดีขึ้น จัดท่านอนราบให้กับผู้ที่มีอาการช็อค เป็นต้น

3. ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการอยู่ในท่าเดิมเป็นเวลานาน

4. ป้องกันการเกิดการผิดรูปของกล้ามเนื้อ กระดูก และการกดทับของปุ่มกระดูกและส่วนอื่นของร่างกาย

การช่วยเหลือผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงนั่งบนเตียง และนั่งห้อยเท้า¹⁷

การนั่งบนเตียงหรือนั่งห้อยเท้าจะทำในรายที่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงมีอาการดีขึ้นและต้องไม่ขัดกับโรคที่เป็น ทั้งนี้ ในระยะแรกของการจัดท่านั่งนี้ ไม่ควรทิ้งให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงนั่งนานเกิน การจัดท่าปฏิบัติดังนี้

1. ถ้าเป็นเตียงชนิดที่ปรับระดับได้ ให้เลื่อนผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงให้อยู่ในระดับเตียงที่ถูกต้องแล้ว จึงปรับระดับเตียงให้อยู่ในท่านั่ง

2. ถ้าเป็นเตียงธรรมดาให้ใช้หมอนสามเหลี่ยมแทน โดยพยาบาลหรือผู้ดูแลยื่นก้าวเท้าไปข้างหน้าพร้อมกับย่อเข่าลง มือหนึ่งสอดเข้าใต้หลังผู้สูงอายุอ้อมไปจับใต้ไหล่ด้านไกลตัวของผู้สูงอายุ อีกมือหนึ่งจับมือผู้สูงอายุด้านใกล้ตัวไว้แล้วจึงค่อยๆ พยุงให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงนั่ง

3. ในรายที่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงหายใจไม่สะดวกและต้องการอยู่ในท่านั่ง อาจจัดหาโต๊ะคร่อมเตียง (Overbed) วางขวางเตียง เอาหมอนรองแล้วให้นอนฟุบท่านั่ง

ขั้นตอนปฏิบัติการช่วยเหลือผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงนั่งบนเตียง²⁰

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. ผู้ดูแลบอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงทราบว่าจะให้ช่วยให้นั่งบนเตียง	เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงมั่นใจ และให้ความร่วมมือในการลุกนั่ง
2. ผู้ดูแลตรวจสอบสัญญาณชีพและสังเกตอาการทั่วไปของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง	เพื่อเปรียบเทียบอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดขึ้น และประเมินความสามารถของร่างกายที่จะทนต่อการเปลี่ยนท่า
3. ผู้ดูแลยื่นข้างเตียงบริเวณสะโพกของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยหันหน้าและก้าวเท้าไปทางด้านปลายเตียงด้านศีรษะ	ทำให้ร่างกายของผู้ดูแลสมดุล และมั่นคงในการยืน
4. ผู้ดูแลย่อเข่าและสะโพก โดยสอดแขนข้างใกล้ศีรษะ โอบไหล่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ส่วนมือข้างไกลศีรษะ จับบริเวณต้นแขนผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงข้างใกล้ตัวผู้ดูแล	เป็นการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ในการช่วยพยุงผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงไม่ให้หยาหลัง
5. ผู้ดูแลให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงใช้มือด้านไกลตัวผู้ดูแลยันที่นอนและดันตัวเองขึ้น พร้อมกับผู้ดูแลเอนตัวไปด้านหลัง โดยลดสะโพกลง และดึงผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงขึ้นอยู่ในท่านั่งอย่างช้าๆ	การที่น้ำหนักตัวเลื่อนจากขาหน้าไปขาหลัง ทำให้ช่วยพยุงให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงลุกนั่งได้ง่ายมากขึ้น
6. ผู้ดูแลสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทันทีทันใด คือ หน้ามืด วิงเวียนศีรษะ ใจสั่นคล้ายจะเป็นลม ชีพจรเต้นผิดปกติ ถ้ามีให้ประคองตัวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงไว้ก่อน ซึ่งถ้าอาการยังไม่ดีขึ้นให้ประคองตัวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงลงนอนอย่างช้า ๆ และให้การดูแลต่อไป	การเปลี่ยนท่าอย่างรวดเร็ว จะทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตต่ำ เนื่องจากการเปลี่ยนท่าได้ จึงต้องมีการสังเกตอาการของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงในระหว่างการเปลี่ยนท่า

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
7. ถ้าผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงไม่มีอาการผิดปกติใดๆ มือของผู้ดูแลยังคงจับบริเวณต้นแขนผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงไว้ ส่วนอีกมือหนึ่งจัดหมอนตั้ง พิงพนัก แล้วให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงค่อย ๆ ขยับตัวมาพิงหมอน พร้อมกับจัดทำให้ถูกต้องและ สบาย และให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง บอกผู้ดูแลถ้ารู้สึกมีอาการหน้ามืด เวียนศีรษะ	เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงมีความปลอดภัยและรู้สึกสบาย และจะทำให้สามารถให้ความช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่

ขั้นตอนการช่วยเหลือผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงให้นั่งห้อยเท้า²⁰

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. เตี้ยงธรรมดาที่ไขว้เตี้ยงขึ้นไม่ได้	
1.1 ผู้ดูแลช่วยผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงให้นั่งบนเตี้ยง	
1.2 ถ้าผู้สูงอายุไม่มีอาการผิดปกติใดๆ ผู้ดูแลใช้มือข้างหนึ่งโอบไหล่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้ดูแลหันหน้าเข้าหาผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง และสอดมืออีกข้างหนึ่งเข้าใต้ข้อพับเข่า ก้าวเท้าด้านหัวเตี้ยงไปข้างหน้า พร้อมกับหมุนตัว ยกขาและเท้าผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงลงจากเตี้ยง	ทำให้ร่างกายของผู้ดูแลสมดุล มั่นคงในการยืน
1.3 ถ้าผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงไม่ถึงพื้น ให้ผู้ดูแลหาที่รองรับเท้า และควรสวมรองเท้าให้กับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง	เพื่อป้องกันการกดทับบริเวณข้อพับเข่า ซึ่งอาจทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก และการสวมรองเท้าเป็นการป้องกันความรู้สึกเย็นเท้า
1.4 ผู้ดูแลจัดท่าผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ให้ถูกต้องและสบาย จัดเสื้อผ้าให้เรียบร้อยและดูแลความอบอุ่นของร่างกาย	ทำให้ร่างกายอยู่ในแนวร่างกายที่ถูกต้อง และสบาย
2. เตี้ยงที่ไขว้ปรับระดับได้ (Fowler's)	
2.1 ผู้ดูแลบอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงทราบ	เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงมั่นใจ และให้ความร่วมมือในการลุกนั่ง
2.2 ผู้ดูแลตรวจสอบสัญญาณชีพและสังเกตอาการทั่วไปของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง	เป็นการเปรียบเทียบอาการเปลี่ยนแปลงที่อาจเกิดในระหว่างการเปลี่ยนท่า และประเมินความสามารถของร่างกายของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่จะทนต่อการเปลี่ยนท่า
2.3 ผู้ดูแลล็อกเตี้ยงให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเลื่อนตัวมาชิดริมเตี้ยงใกล้ผู้ดูแล	เป็นการป้องกันมิให้เตี้ยงเลื่อนและประหยัดแรงงานในการช่วยเหลือผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงของผู้ดูแล
2.4 ผู้ดูแลไขว้เตี้ยงสูงประมาณ 45-60 องศา อย่างช้า ๆ	เป็นการช่วยผ่อนแรงผู้ดูแล และช่วยให้ผู้สูงอายุหรือ ผู้มีภาวะพึ่งพิงคุ้นเคยกับการเปลี่ยนแปลงท่านอน เป็นท่านั่ง
2.5 ผู้ดูแลยื่นบริเวณสะโพกของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง พร้อมกับหันหน้าไปทางด้านปลายเตี้ยงมุมตรงข้าม แล้วก้าวเท้าด้านใกล้ปลายเตี้ยงไปข้างหน้า	ทำให้ร่างกายของผู้ดูแลสมดุล ยืนได้มั่นคง
2.6 ถ้าผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงไม่มีอาการผิดปกติ โดยให้มือข้างหนึ่งโอบไหล่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยผู้ดูแลหันหน้าเข้าหาผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงพร้อมกับสอดมืออีกข้างหนึ่งเข้าใต้ข้อพับเข่า แล้วก้าวเท้าด้านหัวเตี้ยงไปข้างหน้า และผู้ดูแลหมุนตัวยกขาและเท้าผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ลงจากเตี้ยง	ทำให้ร่างกายของผู้ดูแลมีความสมดุล การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงทำได้อย่างมั่นคง
2.7 ถ้าเท้าผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงไม่ถึงพื้น ผู้ดูแลควรหาที่รองรับเท้า และควรสวมรองเท้าให้กับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง	เป็นการป้องกันการกดทับบริเวณข้อพับเข่า ทำให้เลือดไหลเวียนไม่สะดวก ให้อยู่ในท่าที่ถูกต้องถ้ามเนื้ออ่อนคลาย

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
2.8 ผู้ดูแลจัดทำผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงให้ถูกต้อง พร้อมกับจัดเสื้อผ้าให้เรียบร้อยและดูแลความอบอุ่นของร่างกายของผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง	ทำให้ร่างกายของผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในแนวตรงและสุขสบาย

การจัดท่านอน

การจัดท่านอนมีความสำคัญสำหรับผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเพื่อช่วยให้เกิดความสุขสบายหรือมีประโยชน์ในการตรวจและการรักษา ทั้งนี้ ผู้ดูแลควรเปลี่ยนท่านอนให้กับผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายเองได้ทุก 2 ชั่วโมง เพื่อลดการเกิดแผลกดทับอีกด้วย ท่านอนมีหลายท่า เนื้อหาในส่วนนี้จะกล่าวถึงท่านอนหงายนอนตะแคง นอนหงายศีรษะสูง นอนคว่ำ และนอนตะแคงกึ่งคว่ำ

การจัดท่านอนหงาย (Supine Position หรือ Dorsal Position) มีจุดประสงค์¹⁹ เพื่อ

1. เตรียมตรวจอวัยวะด้านหน้าของร่างกาย ได้แก่ ศีรษะ หน้า แขน ขา หน้าอก ท้อง และการตรวจรีเฟล็กซ์ (Reflex) ทำได้โดยให้ผู้ป่วยนอนหงายราบบนเตียง การจัดท่านอนหงายเพื่อเตรียมตรวจนี้ไม่ต้องหนุนหมอนและไม่ต้องหนุนแขนขาด้วยหมอนหรือผ้า เพียงแต่ห่มผ้าให้และเปิดเฉพาะตำแหน่งที่ต้องการตรวจเท่านั้น
2. ความสุขสบายสำหรับผู้ที่ไม่รู้สึกตัว เป็นอัมพาต หรืออ่อนเพลียมาก ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้
3. เป็นท่านอนสำหรับผู้ที่ได้รับการผ่าตัดบริเวณกระดูกสันหลัง และหลังจากได้รับยาระงับความรู้สึกเข้าทางไขสันหลัง (Spinal anesthesia) ทำให้ส่วนหลังได้พักหรือผ่อนคลาย

ขั้นตอนการปฏิบัติ¹⁷

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. บอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทราบ	เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเข้าใจและให้ความร่วมมือ
2. จัดให้ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงนอนหนุนหมอน ให้ความกว้างของหมอนรองรับส่วนศีรษะและไหล่และสูงพอเหมาะ	เพื่อความสบายของผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง
3. สอดผ้าหรือหมอนเล็กๆ ใต้เอว	เพื่อให้หลังตรง
4. จัดให้เข่าอยู่ในท่าอเล็กน้อย เพื่อให้กล้ามเนื้อหน้าท้องและขาคลายตัว โดยการหมุนปลายเท้าเตียงขึ้นหรือหนุนผ้าหรือหมอนเล็กๆ ใต้เข่าเหนือข้อพับ	เพื่อหลีกเลี่ยงการกดทับหลอดเลือดบริเวณข้อพับเข่า
5. หนุนข้อเท้าด้วยผ้าหรือของนุ่ม เช่น ฟองน้ำ หมอนเล็กๆ หรืออาจใช้ถุงมือบรรจุน้ำรองไว้ใต้สันเท้าแทนก็ได้	เพื่อป้องกันการกดทับของสันเท้า
6. หนุนปลายเท้าให้ตั้งขึ้น โดยใช้หมอน ผ้าห่ม หรือกล่องกระดาษ	เพื่อป้องกันปลายเท้าตก (foot drop)
7. มือผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงกำผ้านุ่ม (hand rol)	เพื่อให้นิ้วมืออยู่ในท่าอเข้า
8. วางหมอนทรายหรือผ้าห่มม้วนกลมขนานกับต้นขาผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ทั้งสองข้าง พร้อมกับจัดขาให้อยู่ในท่าปกติ	เพื่อไม่ให้กระดูกต้นขาหมุนออกด้านนอก

การจัดท่านอนตะแคง (Lateral Position)

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

ขั้นตอนการปฏิบัติ

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. บอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงให้ทราบ	เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเข้าใจและให้ความร่วมมือ
2. ให้ผู้สูงอายุนอนตะแคงข้างใดข้างหนึ่งก็ได้ ศีรษะหนุนหมอน	เพื่อป้องกันคอเอียงไปด้านข้าง
3. จัดแขนให้อยู่ในท่าอเล็กน้อยและอยู่ด้านหน้าของลำตัว	เพื่อให้อยู่ในท่าที่เหมาะสม
4. สอดหมอนหนุนที่ไหล่และแขนด้านบนของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงให้อยู่ในระดับเดียวกับข้อไหล่	เพื่อป้องกันข้อไหล่หุบและหมุนเข้าด้านใน
5. สอดหมอนหนุนขาที่อยู่ด้านบนของผู้สูงอายุหรือ ผู้มีภาวะพึ่งพิงให้อยู่ในระดับเดียวกับสะโพก	เพื่อป้องกันต้นขาหุบและหมุนเข้าด้านใน
6. วางหมอนหรือผ้าห่มม้วนกลมหนุนด้านหลังผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง	เพื่อป้องกันพลิกหงายมาด้านหลัง
7. ใช้หมอนทรายดันปลายเท้าให้ข้อเท้าอยู่ในท่าปกติ	เพื่อป้องกันปลายเท้าตก
8. มือผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงกำผ้านุ่ม	เพื่อป้องกันข้อนิ้วเหยียด

การจัดท่านอนหงายศีรษะสูง (Fowler's position)

เป็นท่านอนที่สุขสบายและเพื่อการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยจัดให้นอนหงายศีรษะสูงหรืออยู่ในท่าครึ่งนั่ง ครึ่งนอน สำหรับผู้ที่อยู่ในภาวะต่าง ๆ เช่น หลังผ่าตัดช่องท้องหรืออุ้งเชิงกราน ทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงหายใจสะดวกขึ้น ลดอาการเหนื่อยหอบเนื่องจากช่องอกกว้างขึ้นทำให้ปอดขยายตัวได้เต็มที่ เนื่องจากกะบังลมไม่ถูกกดทับโดยอวัยวะช่องท้อง ผังหน้าท้องหย่อนตัว ลดการเจ็บตึงแผลผ่าตัดหน้าท้อง และยังช่วยให้ลำไส้เคลื่อนตัวได้ตามปกติ ทำให้ลดอาการแน่นอึดอัดภายในช่องท้อง ทำให้หนองที่อยู่ภายในช่องท้องไหลมารวมกัน ไหลออกจากแผลหรือท่อระบายได้สะดวก ลดอาการอักเสบภายในช่องท้อง¹⁷

ขั้นตอนการปฏิบัติ

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. บอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงทราบ	เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเข้าใจและให้ความร่วมมือ
2. ให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงนอนหงายหนุนหมอนที่ศีรษะและไหล่ ยกศีรษะสูงประมาณ 45 – 60 องศา และเข่าสูง 20-30 องศาโดยการหมุนเตียงที่ปรับระดับได้ กรณีเป็นเตียงธรรมดาให้ใช้หมอนสามเหลี่ยมหนุนศีรษะและใช้ผ้าห่มม้วนให้กลมรองใต้เข่าเหนือข้อพับ	เพื่อให้อยู่ในท่าศีรษะสูง
3. ในผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่อัมพาตร่วมด้วย ให้วางหมอนทรายหรือผ้าม้วนกลมข้างต้นขาทั้งสองข้าง	เพื่อป้องกันข้อสะโพกหมุนออกด้านนอก
4. ใช้หมอนหรือผ้าห่มหนุนปลายเท้า ให้ข้อเท้าอยู่ในท่าปกติและ ใช้ผ้าหรือฟองน้ำหนุนข้อเท้าหรืออาจใช้ถุงมือบรรจุน้ำรองไว้ใต้ส้นเท้าก็ได้	เพื่อป้องกันการกดทับของส้นเท้า
5. วางหมอนรองใต้แขนทั้งสองข้างและมือกำผ้าม้วนกลม	เพื่อให้นิ้วมืออยู่ในท่าอเข้า

ท่านอนคว่ำ (Prone position)

เป็นท่าเตรียมตรวจอวัยวะด้านหลัง เช่น ศีรษะ หลัง สะโพก โดยใช้ผ้าห่มคลุมเปิดเฉพาะส่วนที่ต้องการตรวจ เป็นท่าที่ปลอดภัยสำหรับผู้ที่ไม่รู้สึกตัวที่มีการหายใจปกติ ชีพจร ความดันโลหิตคงที่ ท่านี้ช่วยลดการกดทับส่วนหลังของร่างกายและให้ผลดีเกี่ยวกับการหายใจ เพราะช่วยให้เสมหะในปาก จมูกไหลออกและลิ้นของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงห้อยลง จึงไม่ปิดทางเดินลมหายใจ¹⁷

ขั้นตอนการปฏิบัติ¹⁷

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. บอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงทราบ	เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเข้าใจและให้ความร่วมมือ
2. จัดให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงนอนคว่ำในท่าที่สบาย ศีรษะตะแคงไปด้านใดด้านหนึ่ง	เพื่อความสบาย
3. หนุนผ้าหรือหมอนเล็ก ๆ ใต้กะบังลมและหน้าท้อง	เพื่อช่วยลดการกดทับบริเวณหน้าอก ทำให้หายใจได้สะดวกขึ้น
4. วางแขนแนบลำตัวหรือข้อไหล่แล้ววางแขนข้างศีรษะ	เพื่อป้องกันลำตัวกดทับแขน
5. ใช้หมอนหรือผ้าห่มหนุนปลายขาจากเข่าถึงข้อเท้าให้สูง จนปลายเท้าสูงพ้น จากที่นอนหรือเลื่อนผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงมาที่ปลายเตียง เพื่อให้เท้าพ้นขอบที่นอน	เพื่อให้ปลายเท้าห้อยลงและข้อเท้าอยู่ในท่าปกติ
6. มือผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงกำผ้านุ่ม	ป้องกันข้อนิ้วเหยียด

ท่านอนตะแคงกึ่งคว่ำ (Semiprone Position)

เป็นท่านอนคล้ายกับท่านอนตะแคงต่างกันตรงที่ท่านอนนี้แขนท่อนล่างจะอยู่ด้านหลังของลำตัว และน้ำหนักตัวจะค่อมมาทางด้านหน้าของลำตัวบริเวณสะโพกและไหล่นอน ท่านอนนี้ให้ประโยชน์มากสำหรับผู้สูงอายุที่ไม่รู้สึกตัว เพราะเป็นท่านอนที่ช่วยให้ น้ำลายและสิ่งแปลกปลอมไหลออกจากปาก จมูกได้สะดวก เป็นท่านอนที่สบายสำหรับคนปกติ หญิงตั้งครรภ์ในระยะใกล้คลอด และผู้สูงอายุ¹⁷

ขั้นตอนการปฏิบัติ¹⁷

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. บอกผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงให้รับทราบ	เพื่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเข้าใจและให้ความร่วมมือ
2. ให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงนอนตะแคงกึ่งคว่ำข้างซ้ายหรือขวาก็ได้ ให้แขนข้างที่อยู่ชิดที่นอนวางอยู่ด้านหลังของลำตัว	เพื่อความสบาย
3. ศีรษะหนุนหมอน สอดหมอนหนุนที่แขนข้างบนของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงให้อยู่ในระดับเดียวกับข้อไหล่เพื่อรองรับน้ำหนักตัวที่กดลงที่ไหล่และแขน	ป้องกันหน้าอกกดทับที่นอนทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงหายใจได้สะดวก
4. หนุนขาข้างที่อยู่ด้านบนด้วยหมอนหรือผ้าห่ม ให้อยู่ในระดับเดียวกับข้อสะโพก	เพื่อรองรับน้ำหนักบริเวณขา

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
5. จัดปลายเท้าทั้งสองข้างให้ข้อเท้าอยู่ในท่าปกติ ผู้ที่ไม่รู้สึกตัวให้วางหมอนทรายดันปลายเท้าให้ข้อเท้าอยู่ในลักษณะเดียวกับเมื่ออยู่ในท่าอื่น	เพื่อป้องกันการเกิดภาวะเท้าตก (foot drop)
6. ถ้าผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟุ้งฟิงไม่รู้สึกตัว ให้มีอกำฝ้านุ่ม	เพื่อป้องกันข้อนิ้วเหยียด

การพลิกตะแคงตัวผู้สูงอายุ

การพลิกตะแคงตัวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟุ้งฟิง เป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญในการป้องกันการเกิดแผลกดทับ โดยเฉพาะผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟุ้งฟิงที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และต้องนอนบนเตียงนานๆ การพลิกตัวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟุ้งฟิงติดเตียงอย่างช้าที่สุดควรทำทุก 2 ชั่วโมง โดยเฉพาะถ้าไม่ได้นอนบนที่นอนที่ช่วยลดแรงกดทับหรือมีการกระจายแรงกดทับโดยเฉพาะ เนื่องจากถ้าเซลล์ใต้ปุ่มกระดูกขาดเลือดไปเลี้ยงเนื้อเยื่ออาจตายได้และเกิดเป็นแผลกดทับได้

ขั้นตอนการปฏิบัติ ²⁰

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1. ผู้ดูแลบอกให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟุ้งฟิงทราบ	เพื่อทำให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟุ้งฟิงมั่นใจ และให้ความร่วมมือในการพลิกตะแคงตัว
2. ผู้ดูแลล็อกเตียง ถ้าเตียงไม่อยู่ในแนวราบให้ไขหัวเตียงให้อยู่ในแนวราบ	เพื่อป้องกันมีไข้เตียงเลื่อน และการไขเตียงราบเพื่อลดการออกแรงต้าน ทำให้พลิกตะแคงตัวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟุ้งฟิงได้ง่ายขึ้น
3. การพลิกตะแคงตัวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟุ้งฟิง ปฏิบัติ ดังนี้	-
3.1 การพลิกตะแคงตัวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟุ้งฟิงเข้าหาตัวผู้ดูแล	-
1) ผู้ดูแลเลื่อนตัวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟุ้งฟิงชิดริมเตียงด้านตรงข้ามกับด้านที่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟุ้งฟิงจะตะแคงตัวไป	ทำให้เมื่อตะแคงตัวแล้วผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟุ้งฟิงจะอยู่กลางเตียงพอดี ไม่อยู่ชิดขอบเตียงมากเกินไป ซึ่งอาจจะทำให้หล่นเตียงได้
2) ผู้ดูแลจัดแขนผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟุ้งฟิงข้างใกล้ผู้ดูแลให้กางออกพร้อมกับจัดให้ข้อศอกและหางมือไว้บนหมอนหรือกางแขนออกให้ห่างจากตัว ส่วนแขนข้างไกลตัวจับให้วางพาดไว้บนอก และจับขาข้างไกลตัวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟุ้งฟิงให้วางพาดบนขาอีกข้างหนึ่ง	ทำให้สะดวกและง่ายต่อการพลิกตะแคง และผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟุ้งฟิงไม่พลิกมาทับแขน
3) ผู้ดูแลยื่นข้างเตียงด้านที่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟุ้งฟิงจะตะแคงมา โดยหันหน้าไปทางผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟุ้งฟิงและก้าวเท้าข้างหนึ่งไปด้านหน้าเล็กน้อย	เพื่อป้องกันผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟุ้งฟิงตกจากเตียงและทำให้ผู้ดูแลสมดุล สามารถทรงตัวได้ดี
4) ผู้ดูแลวางมือข้างหนึ่งที่ไหล่ อีกมือหนึ่งวางที่สะโพกของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟุ้งฟิงด้านไกลตัว ให้ผู้ดูแลค่อยๆ พลิกตะแคงตัวผู้สูงอายุเข้าหาตัวผู้ดูแลอย่างช้าๆ โดยผู้ดูแลโยกตัวไปด้านหลัง พร้อมกับลดสะโพกลงจนข้อศอกของผู้ดูแลวางบนที่นอนบริเวณขอบเตียง	เป็นการใช้น้ำหนักช่วยในการพลิกตะแคงตัวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟุ้งฟิง ไม่ต้องออกแรงมาก และข้อศอกของผู้ดูแลจะป้องกันผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟุ้งฟิงพลิกคว่ำหน้าได้
5) ผู้ดูแลจัดท่าผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟุ้งฟิงให้ถูกต้องและสุขสบาย ถ้าไม่มีผู้ใดอยู่ด้วยควรยกไม้กั้นเตียงขึ้น	ทำให้ร่างกายอยู่ในแนวตรง สมดุล ไม่เกิดอาการปวด และป้องกันผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟุ้งฟิงตกจากเตียง
3.2 การพลิกตะแคงตัวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟุ้งฟิงออกจากตัวผู้ดูแล	-

วิธีปฏิบัติ	เหตุผล
1) ผู้ดูแลยืนเคียงด้านที่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงจะตะแคงตัวไป	เป็นการป้องกันผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงตกเตียง
2) ผู้ดูแลเลื่อนตัวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงชิดริมเตียงด้านตรงข้ามกับที่จะตะแคงตัวไป	ทำให้เมื่อตะแคงตัวแล้วผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงจะอยู่กลางเตียง ไม่ชิดเตียงมากเกินไป จนอาจจะเกิดการหล่นเตียงได้
3) ผู้ดูแลยืนตรงระดับเอวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง พร้อมกับก้าวเท้าข้างหนึ่งไปด้านหน้า	ทำให้ร่างกายสมดุล และมีความมั่นคง
4) ผู้ดูแลวางมือข้างหนึ่งที่ไหลของผู้สูงอายุหรือ ผู้มีภาวะพึ่งพิง ส่วนอีกมือหนึ่งวางที่สะโพกด้านใกล้ตัว หลังจากนั้นผู้ดูแลค่อย ๆ ดันผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง พร้อมกับพลิกตะแคงตัวผู้สูงอายุหรือผู้ มีภาวะพึ่งพิงอย่างช้า ๆ	มีการถ่ายโอนของน้ำหนักตัว โดยจะเลื่อนจากขาหลังไปขาหน้า ทำให้พลิกตะแคงตัวผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงได้ง่ายขึ้น ไม่ต้องใช้แรงมาก
5) ผู้ดูแลจัดท่าผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงให้ถูกต้องและสุขสบาย ถ้าไม่มีผู้ใดอยู่กับผู้สูงอายุหรือ ผู้มีภาวะพึ่งพิงควรใช้ไม้กันเตียง	ทำให้ร่างกายของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงอยู่ในแนวตรง ป้องกันอาการปวดเมื่อย และป้องกันผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ตกจากเตียง

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

เอกสารอ้างอิง

1. ศิริรัตน์ ปานอุทัย. การส่งเสริมสุขภาพ: ภาวะโภชนาการ. ใน ศิริรัตน์ ปานอุทัย, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: สมาร์ทโคตติ้ง แอนด์ เซอร์วิส; 2561. หน้า 147-160
2. มณีรัตน์ หมายพิมาย. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านการรับประทานอาหาร: Nursing for Nutrition Needs. ใน ศิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา, มธุสร ปลาโพธิ์, และต้องตา ชันชวีธิ, บรรณาธิการ. หลักการและเทคนิคการพยาบาล. นครราชสีมา: สมบูรณ์การพิมพ์; 2562. หน้า 134-143
3. เสาวลักษณ์ สุขพัฒนศรีกุล. การให้อาหารทางสายให้อาหาร. ใน: ญัฐสุรางค์ บุญจันทร์, และอรุณรัตน์ เทพพนา. ทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส; 2559 หน้า 219-234
4. กลุ่มงานโภชนาศาสตร์ โรงพยาบาลมะเร็งชลบุรี. สูตรอาหารปั่นผสม สูตรปกติ. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 23 ต.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.ccc.in.th/th/หน่วยงาน/กลุ่มงานโภชนาวิทยา/176-สูตรอาหารปั่นผสม-สูตรปกติ.html>
5. อรุณรัตน์ เทพพนา. การให้ออกซิเจน: Oxygen Administration. ใน: ญัฐสุรางค์ บุญจันทร์, และอรุณรัตน์ รัตน์ เทพพนา. ทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส; 2559 หน้า 129-146
6. พัชรินทร์ บุญรินทร์. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ. ใน: สุภาณี เสนาดิสัย, วรรณภา ประไพพานิช, บรรณาธิการ. การพยาบาลพื้นฐาน ปรับปรุงครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง; 2563. หน้า 547-581
7. จีรวรรณ มาลา. การบริหารยา: Medication Administration. ใน: ญัฐสุรางค์ บุญจันทร์, และอรุณรัตน์ เทพพนา. ทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส; 2559 หน้า 161-190
8. หน่วยงานภาพบำบัด โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนเรศวร. การฝึกเคาะปอดระบายเสมหะ. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 21 ต.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.med.nu.ac.th/fom/th/nuhoffice/nuhOffice.php?mod=viewMTDetail&idOffice=77&MTID=317>.
9. วิลาวัลย์ ธิรภัทรพงศ์. การฟื้นฟูผู้สูงอายุโรกระบบทางเดินหายใจ: Rehabilitation in the Elderly with Respiratory Problems. ใน: วิไล คุปต์นิตติชัยกุล, บรรณาธิการ. การฟื้นฟูผู้สูงอายุในปัญหาสุขภาพที่พบบ่อย: Geriatric Rehabilitation in Common Health Problems. กรุงเทพฯ: พี.เอ. ลีฟวิ้ง จำกัด; 2561. หน้า 428-429
10. วิภาวี หมายพิมาย. การดูดเสมหะ: Suctioning. ใน: ญัฐสุรางค์ บุญจันทร์, และอรุณรัตน์ เทพพนา. ทักษะพื้นฐานทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: เอ็นพีเพรส; 2559. หน้า 147-160.
11. ศรีัญญา นาคสระน้อย. การพยาบาลเพื่อสนองความต้องการอากาศหายใจ: Nursing for Respiratory Needs. ใน ศิริรัตน์ ฉัตรชัยสุชา, มธุสร ปลาโพธิ์, และต้องตา ชันชวีธิ, บรรณาธิการ. หลักการและเทคนิคการพยาบาล. นครราชสีมา: สมบูรณ์การพิมพ์; 2562. หน้า 118-133
12. ฐานุพงศ์ ศุภเลิศวรวิชัย, บรรณาธิการ. การดูแลตอบสนองความต้องการด้านการขับถ่ายและบันทึกสารน้ำ: มือใหม่สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ: Beginner Caregiver for elderly care. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: AAA Service; 2564. หน้า 176-195
13. Drug.com. Suprapubic Cystostomy and Catheter Insertion. [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 21]. Available from: <https://www.drugs.com/cg/suprapubic-cystostomy-and-catheter-insertion-aftercare-instructions.html>.

14. Northwestern Medicine. Suprapubic Cystostomy and Nephrostomy Care. [Internet]. 2020 [cited 2021 Oct 21]. Available from: file:///C:/Users/ADMIN/Downloads/northwestern-medicine-suprapubic-cystostomy-nmh%20(1).pdf
15. ฐานุพงศ์ ศุภเลิศวรวิชัย, บรรณาธิการ. การดูแลแผลเบื้องต้น: มือใหม่สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ: Beginner Caregiver for elderly care. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: AAA Service; 2564. หน้า 218-230
16. สมพร วรรณวงศ์. การดูแลตนเองของผู้ที่มีทวารเทียม. [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 23 ต.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://medinfo2.psu.ac.th/cancer/data/news/colostomy_1.pdf?newsID=924&typeID=18
17. ฐานุพงศ์ ศุภเลิศวรวิชัย, บรรณาธิการ. การจัดทำและการเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุ: มือใหม่สำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุ: Beginner Caregiver for elderly care. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: AAA Service; 2564. หน้า 124-138
18. วาสนา กลิ่นชื่น, นพเก้า ชนะภย์. การดูแลแผลกดทับเบื้องต้น. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 23 ต.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/download/knowledge/th1614841298-562_0.pdf
19. จินดา นันทวงศ์. การพยาบาลเพื่อสนองความต้องการด้านการเคลื่อนไหว. ใน: สุปาณี เสนาดิสัย, วรรณภา ประไพพานิช, บรรณาธิการ. การพยาบาลพื้นฐาน ปรับปรุงครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: จุฑาทอง; 2563. หน้า 282-317
20. อัญชลี ชูติธร, และปราณี อัศวรัตน์. กลไกการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อการช่วยเหลือผู้สูงอายุและผู้ให้บริการ: Body Mechanics for Caring, Lifting and Moving the Client. ใน อัจฉรา พุ่มดวง, บรรณาธิการ. การพยาบาลพื้นฐาน: ปฏิบัติการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3 (ปรับปรุงครั้งที่ 1). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555. หน้า 73-107.

แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองและการประยุกต์ใช้ในการจัดบริการ

วาสนี วิเศษฤทธิ์ *

บทนำ

จากสถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพอนามัยในปัจจุบันมีการเปลี่ยนแปลงไปตามลักษณะของสังคมและเศรษฐกิจที่เจริญก้าวหน้ามากขึ้น ประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัยในปี พ.ศ. 2566 ประกอบกับเทคโนโลยีทางการแพทย์มีความก้าวหน้าในด้านต่างๆ แต่บางครั้งเทคโนโลยีก็กลับกลายเป็นการยืดความตาย ยืดความทุกข์ทรมานให้ยาวนานออกไปด้วยเช่นกัน ผู้ป่วยสูงอายุระยะสุดท้ายจำนวนมากที่ตกอยู่ในสภาพไร้ความสามารถไม่รู้สึกรู้สีกตัว ต้องตายอย่างทุกข์ทรมาน และไร้ซึ่งศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ ดังนั้นการดูแลแบบประคับประคองจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเริ่มเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้จึงจะสามารถช่วยเหลือส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีทราบจนเข้าสู่วาระสุดท้ายของชีวิต

การดูแลแบบประคับประคองเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ที่บุคลากรทางสุขภาพและผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดบริการจะสามารถช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ให้เหมาะสมกับความต้องการ ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ได้รับการวินิจฉัย ได้รับการรักษาดูแลอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งไม่ตอบสนองต่อการรักษาและเปลี่ยนผ่านเข้าสู่ระยะสุดท้ายจนถึงภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วย ตลอดจนการดูแลครอบครัวภายหลังการเสียชีวิตของผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

อย่างไรก็ตามการจะขับเคลื่อนการดูแลแบบประคับประคองให้ได้ผลอย่างมีประสิทธิภาพนั้นผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องจะต้องผลักดันและขับเคลื่อนให้เกิดขึ้น โดยกำหนดเป็นนโยบายในหน่วยงานให้ชัดเจน พัฒนาระบบบริการดูแลให้มีมาตรฐานทั้งด้าน โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์ พัฒนาทีมการดูแลให้มีสมรรถนะในการดูแลอย่างเป็นระบบ ซึ่งการดำเนินการดังกล่าวจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจในแนวคิด ปรัชญา หลักการของการดูแลเพื่อที่จะสามารถนำความรู้ความเข้าใจไปประยุกต์ใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งการจัดการและการพัฒนาคุณภาพการดูแลที่ตอบสนองความต้องการและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว

1. แนวคิดและความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง

1.1 ความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care)

ในการให้นิยามและกำหนดขอบเขตความหมายของการดูแลแบบประคับประคอง มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง การที่ทีมบุคลากรทางสุขภาพมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าถึงและได้รับกระบวนการรักษาดูแลที่มีคุณภาพมากขึ้น ทั้งนี้เพราะที่ผ่านมาผู้ป่วยและครอบครัวยังถูกละเลย ไม่ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพ ตั้งแต่ในระยะแรก ส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลเมื่อเข้าสู่ระยะใกล้จะเสียชีวิตแล้ว จากการทบทวนวรรณกรรมคำว่าการดูแลแบบประคับประคองในภาษาไทย หรือคำว่า “Palliative care” ในภาษาอังกฤษ ที่ใช้กันอย่างแพร่หลายทั่วโลก ในประเทศต่างๆ นั้นส่วนใหญ่มักจะอ้างอิง จากคำนิยามขององค์การอนามัยโลก (WHO) ซึ่งได้ระบุไว้ว่า การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่มีแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่ประสบปัญหาหรือภาวะคุกคามชีวิตโดยการป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานตั้งแต่ในระยะเริ่มแรก มีการประเมินที่ครอบคลุมครบถ้วนและการรักษาความเจ็บปวดและปัญหาอื่น ๆ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (WHO, 2014) ลักษณะสำคัญของการดูแลแบบประคับประคองมีดังนี้

- เป็นการจัดการความปวดและอาการรบกวนต่างๆ
- ให้การยืนยันและนับถือว่าการตายเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการธรรมชาติของชีวิต
- ไม่ปฏิเสธหรือยืดเยื้อความตาย
- บูรณาการการดูแลผู้ป่วยด้านจิตสังคมและจิตวิญญาณ

- มีระบบสนับสนุนที่ช่วยชีวิตผู้ป่วยให้เข้มแข็งเท่าที่จะทำได้จนกระทั่งเสียชีวิต
- มีระบบสนับสนุนที่ช่วยให้ครอบครัวปรับตัวในระหว่างการเจ็บป่วยของบุคคลในครอบครัวตลอดจนกระทั่งระยะเสียชีวิต
- ส่งเสริมคุณภาพชีวิตตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย
- ควรได้รับตั้งแต่ในระยะแรกของการเจ็บป่วย ร่วมกับการรักษาแบบอื่นๆ เพื่อที่จะให้มีชีวิตได้ยาวนาน และรวมถึงการวินิจฉัยเพื่อช่วยให้มีความเข้าใจที่ชัดเจนและจัดการกับอาการรบกวนจากภาวะแทรกซ้อน

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ในแต่ละประเทศที่นำแนวคิดและหลักการดูแลแบบประคับประคองไปจัดการดูแลในระบบสุขภาพได้มีการปรับให้เข้ากับบริบทในประเทศนั้นๆ เพื่อให้การดูแลแบบประคับประคองมีเป้าหมายและทิศทางในการดูแลสอดคล้องกัน ทั้งนี้เนื่องจากก่อนหน้านี้คำว่า “Palliative care” จะถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายนั้น มีคำที่นำมาใช้ด้วยความหมายใกล้เคียงกันอยู่หลายคำ เช่น “Hospice care” “End of life care” ตัวอย่างเช่น Meghani (2004) ได้วิเคราะห์แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองที่ใช้กันในประเทศสหรัฐอเมริกา จากประวัติและวิวัฒนาการของการดูแลแบบประคับประคองพบว่าได้รับมาจาก แนวคิด (Modern hospice care) ในประเทศอังกฤษ โดย Dame Cicely Saunders ในปีค.ศ. 1960 และเริ่มแพร่หลายไปทั่วประเทศตั้งแต่ ปีค.ศ. 1967 เป็นต้นมา การใช้คำว่า Palliative care ในความหมายที่เหมือนกันกับคำว่า การดูแลระยะสุดท้าย end of life หรือ terminal care ทำให้เกิดความสับสนว่าแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองเน้นเฉพาะการดูแลระยะสุดท้ายเท่านั้น ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมนั้นได้มีการเสนอแนะว่า การดูแลแบบประคับประคองเป็นการดูแลที่ต่อเนื่องเมื่อมีภาวะเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตก้าวหน้าขึ้นและเริ่มต้นได้ทุกระยะของวิถีการเจ็บป่วย (illness trajectory) และให้การดูแลร่วมกับการรักษา ซึ่งจากการสังเคราะห์ความหมายของการดูแลแบบประคับประคองสรุปได้ดังนี้ (Meghani, 2004)

คุณลักษณะของการดูแลแบบประคับประคอง

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

ก่อนหน้าการดูแลแบบประคับประคอง คุณลักษณะการดูแลแบบประคับประคอง ผลของการดูแลแบบประคับประคอง

ระยะสุดท้ายแบบเฉียบพลัน
หรือก้าวหน้า หรือการเจ็บป่วย
ที่เกิดขึ้น



- การวางแผนการดูแลล่วงหน้า
- ปรับตัวดีขึ้น
- บรรเทาความทุกข์ทรมาน
- เพิ่มคุณภาพชีวิต
- เยียวยาความสัมพันธ์
- การจบลงอย่างมีประสิทธิภาพ
- เพิ่มคุณภาพผลลัพธ์การสูญเสีย

ภาพที่ 1 ลักษณะการดูแลแบบประคับประคอง ดัดแปลงจาก The antecedents, attributes and consequences of palliative care (Meghani, S.H., 2004)

1.1 ลักษณะผู้ป่วยและครอบครัวที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง : แนวคิดวิถีของการเจ็บป่วย (Illness trajectories)

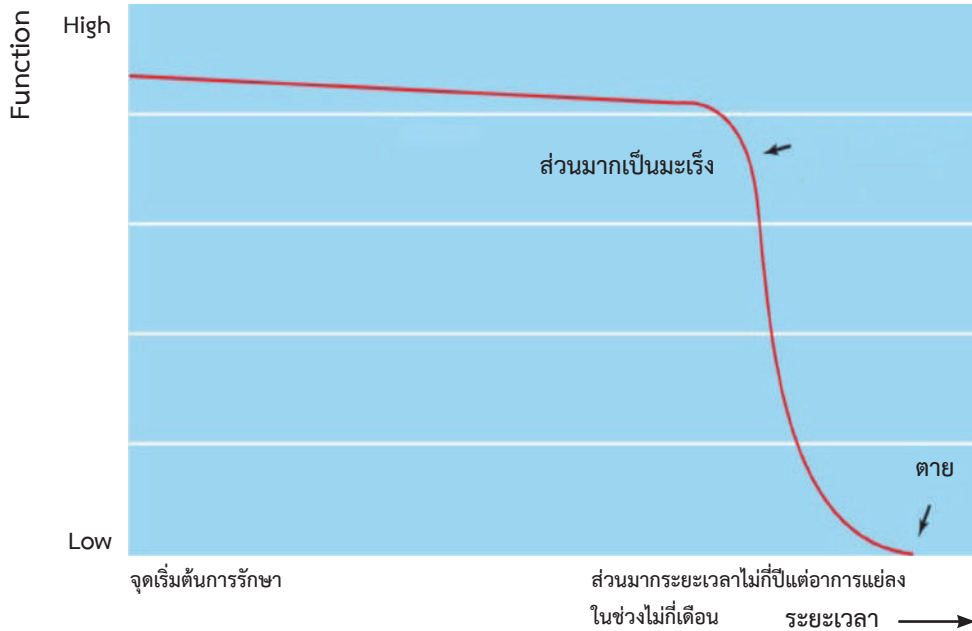
ปัญหาสำคัญประการหนึ่งของการดูแลแบบประคับประคองในอดีตคือการถกเถียงหรือไม่มั่นใจว่าจะตัดสินว่าผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองและอยู่ในระยะสุดท้ายเมื่อไร และส่วนใหญ่มักจะกำหนดระยะเวลาไว้ไม่เกิน 6 เดือนก็จะเข้าสู่ระยะใกล้เสียชีวิต การกำหนดระยะเวลาดังกล่าวอาจส่งผลให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายยังไม่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง หากการดำเนินของโรครู้ตัวไปอย่างรวดเร็ว อาจส่งผลกระทบต่อกระบวนการรักษาที่พึงได้รับและคุณภาพการดูแลทั้งด้านการเข้าถึงบริการที่เหมาะสมสอดคล้องกับเงื่อนไขระยะเวลา ตลอดจนมีการวางแผนการดูแลล่วงหน้าอย่างเหมาะสมและส่งเสริมคุณภาพชีวิตตามความต้องการ

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO, 2014) ระบุว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องการได้รับการบริการรักษาดูแลแบบประคับประคองมีจำนวนมากถึง 40 ล้านคนในแต่ละปี ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease) ร้อยละ 39 กลุ่มผู้ป่วยโรคมะเร็ง (Cancer) ร้อยละ 34 กลุ่มผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic lung disease) ร้อยละ 10 กลุ่มผู้ป่วยโรคเอชไอวี/เอดส์ ร้อยละ 6 และกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานร้อยละ 5 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 86 ที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองไม่ได้รับการดูแล ผู้ป่วยร้อยละ 83 เข้าไม่ถึงยาแก้ปวด ร้อยละ 93 ของกลุ่มผู้ป่วยเด็กที่ต้องได้รับการดูแลแบบประคับประคองอาศัยอยู่ในประเทศที่รายได้น้อยและปานกลาง และปัญหาสำคัญได้แก่ ประชาชนยังขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง อุปสรรคด้านความเชื่อทางสังคมและวัฒนธรรมเกี่ยวกับความปวดและการตาย บุคลากรทางสุขภาพขาดทักษะและศักยภาพ กฎระเบียบที่เข้มงวดในการให้ยาระงับความปวด (opioid pain relief) จึงสนับสนุนให้นานาประเทศได้กำหนดนโยบายการดูแลแบบประคับประคองในระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพได้มากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดวิถีของการเจ็บป่วย (Illness trajectories) ช่วยให้ทีมสุขภาพสามารถระบุลักษณะผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลแบบประคับประคองได้ชัดเจนขึ้นกว่าในอดีต ผู้ป่วยที่ควรได้รับการบริการรักษาดูแลแบบประคับประคองตั้งแต่ระยะแรกวินิจฉัย สามารถเข้าถึงบริการที่มีประสิทธิภาพได้ไม่ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขทั้งสิทธิการรักษา อายุ เพศ เศรษฐฐานะ รายได้ การศึกษาหรืออาชีพ เป็นต้น ไม่ควรรอจนกระทั่งเข้าสู่ระยะสุดท้ายเพราะจะยิ่งส่งผลกระทบต่อมากมายนานี้สามารถประเมินและคัดกรองผู้ป่วยที่ควรได้รับการดูแลแบบประคับประคองได้เร็วขึ้นเพื่อเพิ่มผลลัพธ์การดูแลด้านคุณภาพชีวิตเพื่อสามารถวางแผนชีวิตและเตรียมตัวเข้าสู่ระยะสุดท้ายได้ดีขึ้น ในอดีตการตายของประชาชนโดยทั่วไปมีลักษณะเฉียบพลันจากแบบแผนของโรคและความเจ็บป่วย แต่ในปัจจุบันแบบแผนของโรคและความเจ็บป่วยเปลี่ยนไปเป็นแบบเรื้อรัง สาเหตุการตายที่สำคัญในประเทศตะวันตก ได้แก่ คนส่วนใหญ่มีโรคที่ก้าวหน้าก่อให้เกิดปัญหาที่กระทบต่อกิจวัตรประจำวันไปจนกระทั่งเสียชีวิต จาก โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง และความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ โดยแนวคิดวิถีการเจ็บป่วยและการดูแลแบบประคับประคอง (Illness trajectories and palliative care) (Murray et al, 2005) ได้แบ่งลักษณะผู้ป่วยเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่

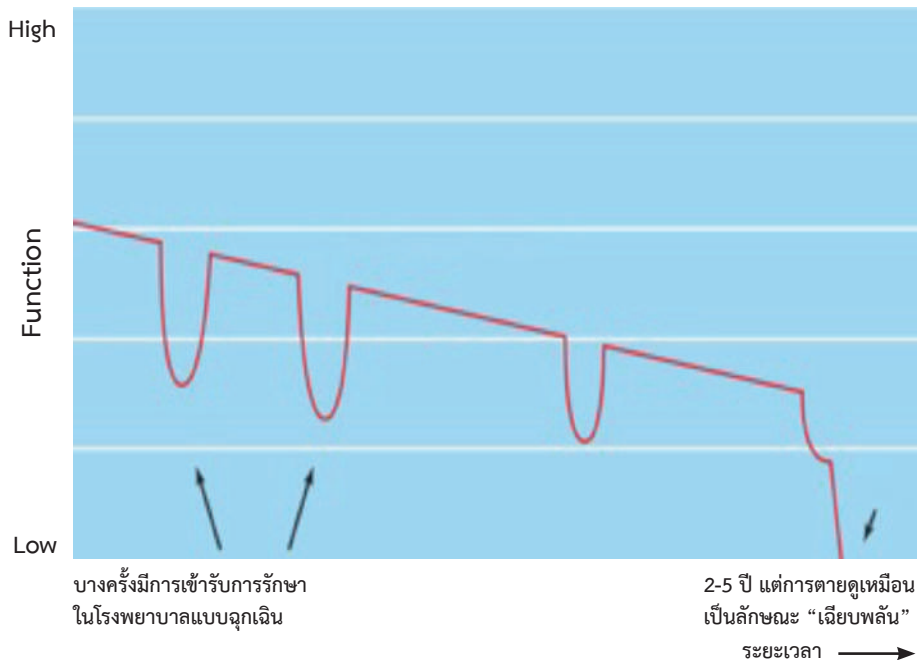
กลุ่มที่ 1 กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในระยะเวลาสั้นที่มีการแยลงอย่างเห็นได้ชัดโดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยมะเร็ง (*Short period of evident decline, typically cancer*) การลดลงของสภาพร่างกายที่คาดการณ์ได้ล่วงหน้า นับตั้งแต่ เป็นสัปดาห์ เป็นเดือน หรือในบางรายเป็นปี อาการที่แยลงมากที่สุดได้แก่ น้ำหนักลดลงสภาพร่างกาย แยลง ดังนั้นการจัดบริการการดูแล/โปรแกรม แบบระยะสุดท้ายของชีวิตจะมีความเหมาะสม ดังภาพ

Short period of evident decline

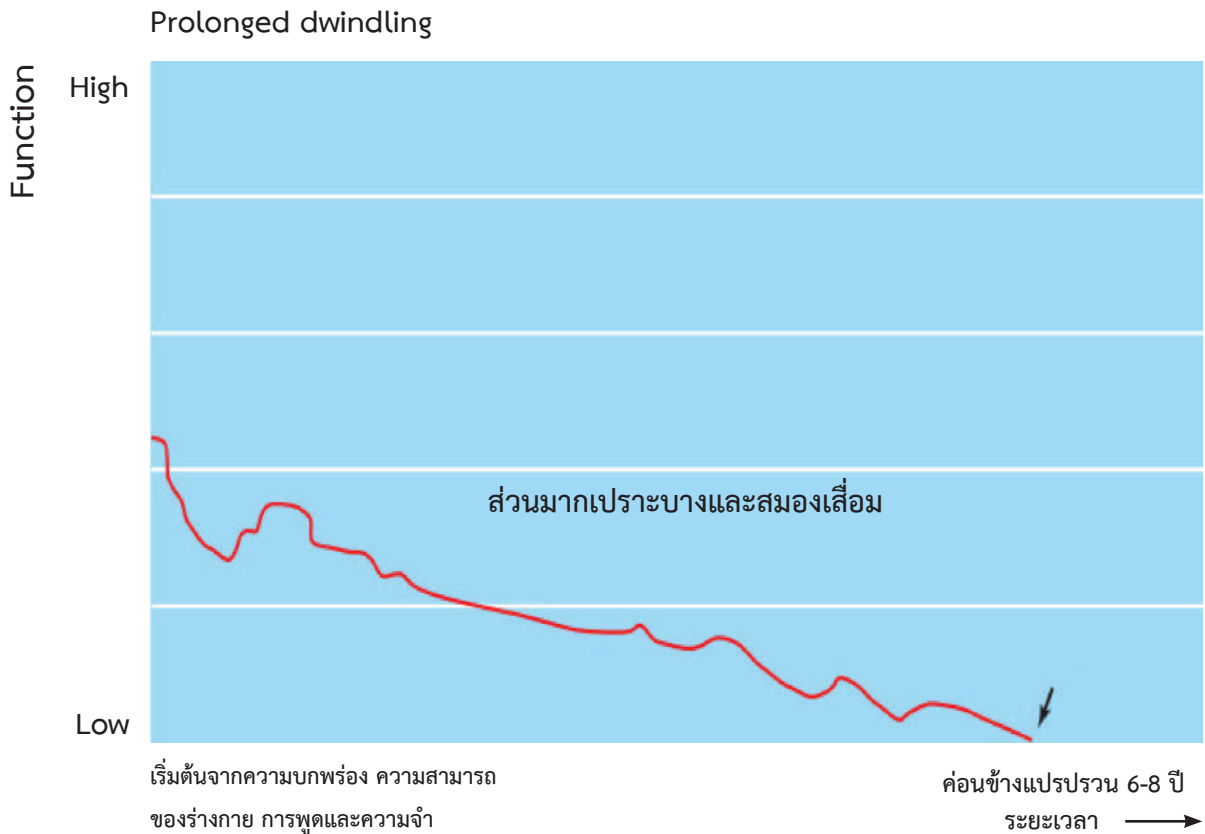


กลุ่มที่ 2 มีข้อจำกัดการดูแลระยะยาวที่รุนแรงเป็นระยะๆ (*Long term limitation with intermittent serious episodes*) ลักษณะของกลุ่มนี้ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลว โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีอาการเจ็บป่วยหลายเดือนหรือหลายปี มีโอกาสเกิดอาการเฉียบพลัน เจ็บป่วยบ่อย หายใจหอบเหนื่อย ระยะเวลาในการเสียชีวิตไม่แน่นอน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

Long term limitations with intermittent serious episodes



กลุ่มที่ 3 เป็นผู้ป่วยที่มีอาการค่อยๆ แย่ลงเป็นเวลานาน (Prolonged dwindling) ในกลุ่มที่ไม่ใช่โรคมะเร็งหรือระบบอวัยวะล้มเหลว จะเสียชีวิตในวัยสูงอายุ จากภาวะสมองล้มเหลว เช่น พวกโรคสมองเสื่อม ซึ่งกลุ่มนี้จะมีความสามารถในการทำงานของสมองและด้านร่างกายลดลง เช่น มีน้ำหนักลดลงส่งผลให้ความสามารถด้านกายภาพลดลงทำให้ประสบการณ์ยากลำบากในการดำเนินชีวิต การเสียชีวิตเกิดขึ้นภายหลังจากมีภาวะกระดูกสะโพกหักหรือปอดอักเสบเฉียบพลัน ดังภาพ



ภาพที่ 3-5 แนวคิดวิถีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ดัดแปลงจาก Typical illness trajectories for people with prognosis chronic illness (Murray et al, 2005)

โดยสรุปแนวคิดนี้ จะช่วยให้ทีมสุขภาพ สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อการวางแผนการรักษาโดยสามารถประเมินผู้ป่วยในแต่ละกลุ่มได้และให้การรักษาได้อย่างเหมาะสม เช่น การคัดกรองและประเมินความต้องการการดูแลแบบประคับประคองของผู้ป่วยที่มี 3 ลักษณะข้างต้น และเริ่มต้นให้การดูแลแบบประคับประคองร่วมกันกับกระบวนการรักษา ตั้งแต่การวินิจฉัย โดยพัฒนาระบบการบริการดูแลแบบประคับประคองและกลไกต่างๆ มา สนับสนุนอย่างเป็นระบบ ร่วมกันกับการวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance care planning) เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับบริการที่เหมาะสมเฉพาะรายครอบคลุมทุกมิติ ตั้งแต่ระยะแรก ระยะคงที่ เข้าสู่ระยะเปลี่ยนผ่าน และระยะสุดท้าย เป้าหมายสำคัญคือการส่งเสริมคุณภาพชีวิตให้เกิดขึ้นมากที่สุดก่อนที่เวลาจะมาถึง การเคารพศักดิ์ศรีและการตายดี เป็นเป้าหมายที่สำคัญของการดูแลแบบประคับประคอง

2. แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองในบริบทประเทศไทย

ประเทศไทยเริ่มนำแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองสมัยใหม่ (Modern palliative care) ที่เป็นทางการมาประยุกต์ใช้ประมาณ 20 กว่าปี โดยในช่วงแรก เป็นการประยุกต์สำหรับการดูแลในผู้ป่วยกลุ่มโรคมะเร็งที่มีอาการปวดและอาการทุกข์ทรมาน ยังไม่ได้ครอบคลุมปรัชญาการดูแลแบบองค์รวมซึ่งความรู้ความเข้าใจในแนวคิดการดูแลผู้ป่วยก่อนหน้านี้ คล้ายคลึงกับในประเทศต่างๆ โดยมักจะมุ่งไปที่การดูแลในระยะสุดท้ายของชีวิตเป็นหลักตามการศึกษาจากในต่างประเทศ เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา แคนาดา อังกฤษ ออสเตรเลีย และมีคำที่ใช้และสื่อสารมายาวนาน เช่น end of life care, hospice care, terminal care ส่วนมากการให้ความหมายคือการดูแลโรคเรื้อรัง ร้ายแรงรักษาไม่หาย กลุ่มโรคมะเร็งเป็นหลัก โดยกำหนดระยะเวลา ประมาณ 6 เดือนก่อนเสียชีวิต ต่อมาแนวคิดการดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ได้แพร่หลายจากผู้สนใจเฉพาะกลุ่มมากขึ้นโดยคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์จัดประชุมวิชาการและเชิญผู้เชี่ยวชาญจากประเทศออสเตรเลีย มาบรรยายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และมีความพยายามที่จะขยายแนวคิดลงสู่การปฏิบัติในสังคมไทย เกิดกลุ่มผู้สนใจการดูแลโดยแนวคิดนี้ อย่างเป็นทางการโดยมีการบรรจุการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยแนวคิดแบบใหม่นี้ในระบบบริการสุขภาพทั้งในโรงพยาบาลและที่บ้าน สถาบันการศึกษาทั้งแพทย์ พยาบาลและด้านกฎหมาย และการขับเคลื่อนโดยกลุ่มประชาชนที่สนใจ จนกระทั่งเกิดการผลักดันจัดทำเป็นยุทธศาสตร์การดูแลแบบประคับประคองของประเทศไทย พ.ศ. 2557-2559 (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ, 2558)

3. สถานการณ์ปัญหาของบุคลากรทางสุขภาพในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิตส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ พบปัญหาสำคัญได้แก่ ด้านความรู้และทักษะในการดูแล ไม่มีเวลาเพียงพอรู้สึกเครียดและไม่มีความสุขในการดูแล ไม่มีประสบการณ์ การสื่อสารไม่มีประสิทธิภาพ และไม่ได้รับการฝึกอบรมอย่างเพียงพอ มีความรู้ไม่เพียงพอเกี่ยวกับด้านกฎหมายและสิทธิผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย มีเวลาไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วย ไม่สามารถจัดสถานที่ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้สงบเป็นส่วนตัวได้ ไม่สะดวกใจ เครียดและไม่มีความสุขในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย ร่วมกับรู้สึกคับข้องใจ ไม่พึงพอใจ เกี่ยวกับระบบและการสนับสนุนที่ไม่เพียงพอในการฝึกฝนการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ควรมีการกระตุ้นให้มากกว่านี้ มีทัศนคติในเชิงลบต่อการดูแลผู้ป่วยเนื่องจากรู้สึกกลัวเกี่ยวกับความตายและคิดที่จะหลีกเลี่ยงเกี่ยวกับความตายให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ มีการสื่อสารที่ไม่มีประสิทธิภาพกับผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกจากนี้พบว่าพยาบาลหน่วยฉุกเฉินเพียงร้อยละ 36 ที่ผ่านหลักสูตรเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยตรง และไม่ได้รับการอบรมมาก่อนเลยร้อยละ 11.8

ส่วนการศึกษาในประเทศไทย สุธารัตน์ กุลรัตนมาศ และวาสนี วิเศษฤทธิ์ (2560) ศึกษาประสบการณ์ในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งพบว่า ปัญหาสำคัญของพยาบาลไทยในประเด็นพยาบาลมีความรู้เรื่องการดูแลแบบประคับประคองยังไม่ทั่วถึง เช่น 1) ผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีในระยะเวลาที่เหลืออยู่ โดยมุ่งเน้นการรักษาเพื่อยืดชีวิตหรือการรักษาให้หายมากกว่าการมุ่งเน้นไปที่คุณภาพชีวิตและการบรรเทาทุกข์ทรมานจากอาการต่างๆของโรค 2) บุคลากรทางสุขภาพส่วนใหญ่มีทักษะและความรู้ไม่เพียงพอในการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองยังเน้นการดูแลทางด้านร่างกายมากกว่าด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ 3) สถานบริการสุขภาพของรัฐมีการจัดระบบบริการที่ไม่ชัดเจนสำหรับกลุ่มผู้ป่วยระยะสุดท้าย 4) ผู้ป่วยและครอบครัวไม่ได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าถึงแนวทางการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถปรับตัวและเผชิญกับภาวะความเจ็บป่วยที่กำลังคุกคามชีวิตรวมถึงภาวะพลัดพรากสูญเสีย และ 5) ปัญหาความขัดแย้งด้านกฎหมายและจริยธรรมในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นอกจากนี้การฝึกอบรมต่อเนื่องภายหลังจบการศึกษาในระดับปริญญาตรียังไม่แพร่หลายและเอื้อให้พยาบาลวิชาชีพเข้ารับการฝึกอบรม อุปสรรคสำคัญที่ผู้ป่วย

และครอบครัวไม่ได้รับข้อมูลอย่างเพียงพอเนื่องจากเวลาที่จำกัดภาระงานมาก การสื่อสารระหว่างทีมผู้ดูแลไม่มีประสิทธิภาพ พยาบาลระดับผู้บริหารไม่สามารถจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ ยังขาดแนวปฏิบัติการดูแลร่วมกันกับสหวิชาชีพ และมีข้อเสนอแนะคือการเพิ่มศักยภาพของทีมพยาบาลในด้านความรู้ ความเข้าใจ ในหลักการดูแลและทัศนคติเกี่ยวกับชีวิตและความตาย เพื่อลดปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถปรับตัวและเผชิญกับระยะสุดท้ายของชีวิตและตายดีในที่สุด

4. แนวทางการประยุกต์ใช้ในการออกแบบระบบการดูแลที่เหมาะสม

ผลการศึกษาที่ผ่านมาสะท้อนให้เห็นว่าการที่ทีมสุขภาพ เช่น กลุ่มพยาบาลวิชาชีพยังไม่สามารถจัดบริการให้การดูแลที่สอดคล้องกับความต้องการ ปัญหา และบริบทของผู้ป่วยและครอบครัวเนื่องจากเงื่อนไขปัจจัยต่างๆ ข้างต้น ดังนั้น การมีความรู้ความเข้าใจแนวคิดและปรัชญาการดูแลแบบประคับประคอง จะช่วยให้การนำไปออกแบบหรือประยุกต์ใช้ในการบริหารจัดการมีประสิทธิภาพและผลลัพธ์ที่ดีขึ้น โดยเป้าหมายสำคัญคือการที่แนวคิดการดูแลนี้ เน้นคุณภาพชีวิต ไม่เน้นกระบวนการรักษา เช่น การจำแนกผู้ที่ต้องการการดูแลแต่ละกลุ่มและปรับปรุงการดูแลให้เหมาะสม เช่น กลุ่มผู้ที่เป็นโรคมะเร็ง กลุ่มผู้ที่เป็นโรคเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุที่เปราะบาง สมองเสมือนมีโรคร่วมเป็นต้น และเพื่อให้การดูแลมีมาตรฐานมากยิ่งขึ้นควรนำความรู้ด้านการดูแลแบบประคับประคองมิติอื่นๆ มาเป็นแนวปฏิบัติ หรือวิธีการส่งเสริมคุณภาพชีวิตครอบคลุมมิติอื่นๆ เช่น ด้านจิตใจ ด้านสังคม ด้านจิตวิญญาณและช่วยให้เกิดการตายดีเมื่อเวลามาถึง

กล่าวโดยสรุป ปัจจุบันการนำแนวคิดการดูแลแบบประคับประคองมาปรับใช้ในบริบทประเทศไทย กล่าวได้ว่ามีวิวัฒนาการที่ดีขึ้นเป็นลำดับ ด้วยการกำหนดเป็นนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ชัดเจนของกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดนโยบายการดูแลแบบประคับประคองในระบบบริการสุขภาพทุกระดับ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องต่างขานรับ และอยู่ในระยะพัฒนาระบบบริการให้ครอบคลุมและมีประสิทธิภาพมากขึ้น นับเป็นโอกาสอันดีที่ผู้บริหารและทีมการดูแลจะได้นำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการจัดการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น และพัฒนาสมรรถนะทีมผู้ให้การดูแลให้มีความเหมาะสมมากยิ่งขึ้นซึ่งสมรรถนะด้านความรู้ความเข้าใจแนวคิดการดูแลแบบประคองเป็นสมรรถนะที่สำคัญและควรส่งเสริมให้บุคลากรทุกระดับมีความรู้ความเข้าใจให้มากขึ้น อย่างต่อเนื่อง

บรรณานุกรม

- จินต์จุฑา รอดपाल, จิราพร เกศพิชญวัฒนา และ วาสิณี วิเศษฤทธิ์. (2550). การตายดี: มุมมองจากผู้สูงอายุไทยพุทธ. **วารสารวิชาการสาธารณสุข**, 16(พฤศจิกายน-ธันวาคม), 924-933.
- ดาริน จตุรภัทรพร. (2553). Palliative Care Unit (PCU) ที่โรงพยาบาล Baycrest ประเทศแคนาดา. **วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว**, 2(5): 26-28.
- ปิยวดี ศุภสาร และ วาสิณี วิเศษฤทธิ์. (2561). การศึกษาต้นทุนต่อหน่วยและต้นทุนกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โรงพยาบาลนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. **วารสารพยาบาลทหารบก**, (ฉบับพิเศษ กันยายน-ธันวาคม), 158-165.
- ไพไลพร สุขเจริญ และวาสิณี วิเศษฤทธิ์. (2557). ระบบบริการพยาบาลแบบประคับประคองในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. **วารสารเกื้อการุณย์**, 21(ฉบับพิเศษ) ธันวาคม, 155-167.
- พูลสุข หิงคานนท์. (2549). **ประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล หน่วยที่ 1-5**. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- โกคินทร์ ศักรินทร์กุล. (2553). Palliative ประสพการณ์การศึกษาดูงาน ณ เมืองเซฟฟิลด์ ประเทศสหราชอาณาจักร. **วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว**. 2(5): 67-73.
- วันเพ็ญ พิษิตพรชัย และ อุษาวดี อัศววิเศษ. (2545). **การจัดการทางการพยาบาลกลยุทธ์สู่การปฏิบัติ**. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: นิยมวิทยา.
- วันเพ็ญ ภิญโญภาสกุล. (2549). **ประมวลสาระชุดวิชาการพัฒนาศักยภาพระบบบริการพยาบาล หน่วยที่ 8**. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- วาสิณี วิเศษฤทธิ์ และจิตรศิริ ชันเงิน. (2549). สังเคราะห์สถานการณ์การดูแลแบบประคับประคองในบริบทของประเทศไทย. **วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ**, 7 (กรกฎาคม-กันยายน), 12-21.
- วาสิณี วิเศษฤทธิ์. (2549). ประสพการณ์ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย: กรณีศึกษาในเขตชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร. **วารสารเกื้อการุณย์**, 13(2); 22-36.
- วาสิณี วิเศษฤทธิ์ สุปรียา ดียิ่ง และ จินต์จุฑา รอดपाल. (2556). **การพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคเรื้อรังแบบประคับประคองและระยะสุดท้าย**. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดเอ็มแอนด์เอ็มเลเซอร์พรีน့်.
- วาสิณี วิเศษฤทธิ์. (2565). **การดูแลแบบประคับประคอง: การออกแบบระบบบริการและการพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ**. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สถาพร ลีลานั้นทกิจ. (2547). **คู่มือการดูแลรักษาสุขภาพผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). **การพยาบาล: ศาสตร์ของการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พรีน့်ติ้ง.
- สุธารัตน์ กุลรัตน์มาศ และวาสิณี วิเศษฤทธิ์. (2560). ประสพการณ์ของพยาบาลวิชาชีพในการบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วยในวาระสุดท้ายของชีวิต. **วารสารพยาบาลทหารบก**. 18 (ฉบับพิเศษ), 76-84.
- สภาการพยาบาล. (2558). **โครงการฝึกอบรมพยาบาลด้านการพยาบาลแบบประคับประคอง**. กรุงเทพมหานคร: สภาการพยาบาล. (อัดสำเนา)
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2558). **คู่มือผู้ให้บริการสาธารณสุข กฎหมายและแนวทางการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ทีคิวพี.
- สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. (2556). **สมัชชาสุขภาพเฉพาะประเด็นว่าด้วย “แผนยุทธศาสตร์ระดับชาติว่าด้วยการสร้างเสริมสุขภาวะในระยะท้ายของชีวิต พ.ศ. 2557 - 2559 S[ออนไลน์]**. แหล่งที่มา: www.thailivingwill.in.th/sites/.../annex_gooddeath_17_Dec_final.pdf [8 มิถุนายน 2557]

- Arbour, R. B., and Wiegand, D. L. (2014). Self-described nursing roles experienced during care of dying patients and their families: A phenomenological study. **Intensive and Critical Care Nursing**30: 211-218.
- Bloomer, M. J., Endacott, R., O'Connor, M., and Cross, W. (2013). The 'dis-ease' of dying: Challenges in nursing care of the dying in the acute hospital setting: A qualitative observational study. **Palliative Medicine** 27(8): 757-764.
- Clarke, A., and Ross, H. (2013). Influences on nurses' communications with older people at the end of life: perceptions and experiences of nurses working in palliative care and general medicine. **International Journal of Older People Nursing**, 1: 34-43.
- Corner, J. (2003). Nursing management in palliative care. **European Journal of Oncology Nursing**, 7(2): 83-90.
- Duke, G., and Thompson, S. (2007). Knowledge, attitudes and practices of nursing personnel regarding advance directives. **International Journal of Palliative Nursing**, 13 (3) 109-111.
- Hodo, A., and Buller, L. (2012). Managing care at the end of life. **Nursing management**, 43: 28-33.
- Jezewski, M. A., and Feng, J. Y. (2007). Emergency nurses' knowledge, attitudes, and experiential survey on advance directives. **Applied Nursing Research**, 20: 132-139.
- Kisorio, L. C., and Langley, G. C. (2016). Intensive care nurses' experiences of end-of-life care. **Intensive and Critical Care Nursing**, 33: 30-38.
- Lange, M., Thom, B., and Kline, N. E. (2008). Assessing Nurses' Attitudes Toward Death and Caring for Dying Patients in a Comprehensive Cancer Center. **Oncology Nursing Forum**, 35 (6): 955-959.
- Mak, Y. W., Chiang, V. C. L., and Chi, W. T. (2013). Experiences and perceptions of nurses caring for dying patients and families in the acute medical admission setting. **International Journal of Palliative Nursing**, 19 (9): 423-431.
- McCourt, R., Power, J. J., and Glackin, M. (2013). General nurses' experiences of end-of-life care in the acute hospital setting: a literature review. **International Journal of Palliative Nursing** 19 (10): 510-516.
- Meghani, S.H. (2004). A concept analysis of palliative care in the United States. **Journal of Advances Nursing**, 46(2), 152-161.
- Murray, S.A, Kendall, M., Boyd, K.,& Sheikh, A. (2005). Illness trajectories and palliative care available from [http://www.bmj.com/1007.full_illness trajectories and palliative care](http://www.bmj.com/1007.full_illness_trajectories_and_palliative_care). Pdf. เข้าถึงเมื่อ วันที่ 18 กรกฎาคม 2562.
- Palliative care definition available from <https://hospicecare.com/what-we-do/projects/consensus-based-definition-of-palliative-care/definition/> เข้าถึงเมื่อ วันที่ 19 ธันวาคม 2561
- Pattison, N., Car, M. S., and Dolan, S. (2013). 'Viewing in slow motion': patients', families', nurses' and doctors' perspectives on end-of-life care in critical care. **Journal of Clinical Nursing**, 22: 1442-1454.

- Sasahara, T., Miyashita, M., Kawa, M., and Kazuma, K. (2003). Difficulties encountered by nurses in the care of terminally ill cancer patients in general hospitals in Japan. **Palliative Medicine**, 17: 520-526.
- Smith, S., Brick, A., O'Hara, S., & Normand, C. (2014). Evidence on the cost and cost effectiveness of palliative care: A literature review. **Palliative Medicine**, 28(2) 130–150.
- Thacker, K. S. (2008). Nurses' advocacy behaviors in end-of-life nursing care. **Nursing Ethics** 2008 15 (2): 175-185.
- Valiee, S., Negarandeh, R., and Nayeri, N. D. (2012) . Exploration of Iranian intensive care nurses' experience of end-of-life care: a qualitative study. **Nursing in Critical Care** 17(6): 309-315.
- Wolf, L. A., et al. (2015). Exploring the Management of Death: Emergency Nurses' Perceptions of Challenges and Facilitators in the Provision of End-of-Life Care in the Emergency Department. **Journal of emergency nursing** 41: 23-33.
- WHO (2014). Palliative care. Available from. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care> เข้าถึงเมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2562.

การประเมินภาวะวิกฤต การช่วยชีวิต
การปฐมพยาบาล และการส่งต่อ

การประเมินภาวะวิกฤต การช่วยชีวิต การปฐมพยาบาล และการส่งต่อ

ดร.พนารัตน์ วิเศษนิมิตร

ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงอาจเกิดภาวะวิกฤตทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมได้ โดยเฉพาะภาวะวิกฤตทางด้านร่างกายหรือปัญหาสุขภาพ เนื่องจากความเสื่อมทางด้านร่างกาย โรคประจำตัว และอาจได้รับบาดเจ็บ ส่งผลให้เกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น หายใจ เลือดออก และกระดูกหักได้ ดังนั้น ผู้ดำเนินการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้ในการดูแลช่วยเหลือเบื้องต้นได้ สามารถประเมินภาวะวิกฤต ให้การปฐมพยาบาล รวมทั้งส่งต่อหรือขอคำปรึกษาหรือความช่วยเหลือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนกับผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง และลดอันตรายที่นำไปสู่ความพิการหรือการเสียชีวิตได้

ในบทนี้ มีหัวข้อการเรียนการสอน ดังนี้

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

การดูแลการบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุที่พบบ่อย (ฟกช้ำ แผลถลอก แผลไฟไหม้ มีดบาด สัตว์กัดต่อย)

การบาดเจ็บหรืออุบัติเหตุที่พบบ่อยในชีวิตประจำวัน ได้แก่ การเกิดแผลฟกช้ำ แผลถลอก แผลไฟไหม้ มีดบาด สัตว์กัดต่อย หกล้ม และข้อเคล็ด ซึ่งผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงมีโอกาสเกิดการบาดเจ็บเหล่านี้ได้บ่อย โดยเฉพาะผู้สูงอายุเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และสภาวะโรคร่วมต่าง ๆ ดังนั้น การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ได้รับการบาดเจ็บเหล่านี้ ผู้ดำเนินการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องเข้าใจถึงสรีรวิทยาของการเปลี่ยนแปลงเมื่อได้รับบาดเจ็บ สามารถให้การดูแลเบื้องต้นหรือการปฐมพยาบาลเพื่อช่วยลดอันตรายหรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นได้ก่อนนำส่งโรงพยาบาลในกรณีที่มีการบาดเจ็บรุนแรงขึ้น¹ รวมทั้งเตรียมความพร้อมสำหรับการให้การปฐมพยาบาลได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ ควรสังเกตสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บเพื่อการป้องกันแก้ไขต่อไป²

แผลฟกช้ำ

ผู้สูงอายุมักพบปัญหาในเรื่องการฟกช้ำ ซึ่งเกิดจากการกระทบกระแทก ทำให้เส้นเลือดที่เปราะมีการแตกได้ง่าย มีเลือดคั่งอยู่ใต้ผิวหนัง เป็นบาดแผลที่ไม่มีการฉีกขาดของผิวหนัง จะเห็นเป็นสีแดงคล้ำ¹

การปฐมพยาบาล

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

2. หลังจาก 24 ชั่วโมงแล้ว ถ้ามีรอยชำร่วย ให้ใช้การประคบอุ่นโดยการใช้น้ำร้อน ขวดน้ำร้อน หรือเจลสำหรับประคบอุ่นห่อด้วยผ้า เพื่อให้ยุบบวม ลดอาการปวด และลิ่มเลือดละลาย¹ ทั้งนี้ ต้องประเมินผิวหนังของผู้บาดเจ็บเพื่อไม่ให้ความร้อนทำลายผิวหนังของผู้บาดเจ็บ

ข้อควรจำ

ห้ามคลึง ขยี้หรือรูดด้วยความร้อน เช่น ยาหม่อง ยาแก้เคล็ดขัดยอก ข้าวสุก ไขต้มน เป็นต้น เพราะจะทำให้เลือดออกมากขึ้น¹

แผลถลอก (Abrasion wound)

แผลถลอก เป็นบาดแผลที่เกิดกับผิวหนังชั้นตื้น โดยการเสียดของหนังกำพวด อาจมีน้ำเหลืองหรือเลือดซึม ถ้าไม่มีการติดเชื้อจะกลายเป็นสะเก็ดสีน้ำตาลแข็งและแห้ง ถ้ามีการติดเชื้อหรืออักเสบจะมีหนองเป็นคราบสีเหลืองติดอยู่³

การปฐมพยาบาล³

1. ล้างแผลด้วยน้ำสะอาดและสบู่เพื่อชำระสิ่งสกปรกที่ติดอยู่ ได้แก่ เศษดิน เศษไม้
2. ถ้าแผลถลอกไม่มาก ปิดด้วยผ้าก๊อชหรือสะอาด แผลก็อาจจะหายได้เอง
3. ในกรณีที่มีอุปกรณ์นี้ยาสำหรับทำแผล เซ็ครอบๆ แผลด้วยแอลกอฮอล์ 70% แล้วใช้ยาฆ่าเชื้อโรคอ่อนๆ ทาไว้ หลังจากนั้น ใช้ผ้าก๊อชที่สะอาดปิดบาดแผลไว้ แต่ไม่ควรปิดตลอด ควรปล่อยให้ถูกอากาศและแสงแดดบ้าง

ข้อควรจำ

อย่าให้แผลเปียกน้ำ เพราะจะทำให้แผลอักเสบง่าย¹ และเมื่อแผลแห้งแล้ว ไม่ต้องปิดผ้าก๊อช

แผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก

ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บไฟไหม้ น้ำร้อนลวก อาจเกิดอาการบาดเจ็บที่ร้ายแรง ก่อให้เกิดความพิการและเสียชีวิตได้ โดยอาการและความรุนแรงขึ้นอยู่กับอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ ความกว้างและความลึกของบาดแผล สามารถแบ่งระดับความรุนแรงได้ 3 ระดับ¹ ดังนี้

ระดับที่ 1 ระดับตื้น รุนแรงน้อย ผิวหนังเป็นสีแดง ปวดแสบปวดร้อนเล็กน้อย

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

ระดับที่ 3 รุนแรงมาก หนังกำพวดหลุดไปจนเห็นเนื้อสีขาว แผลอาจลึกถึงกล้ามเนื้อและกระดูก ร่างกายอาจเสียน้ำและเกลือแร่จำนวนมากทำให้เกิดอาการขาดน้ำ หมดสติ และเสียชีวิตในที่สุด

ผู้บาดเจ็บจากไฟไหม้ น้ำร้อนลวกที่ต้องนำส่งโรงพยาบาลทันที¹

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

การปฐมพยาบาล¹

บาดแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวกลึกระดับที่ 1-2

1. ระบายความร้อนออกจากแผล โดยใช้ผ้าชุบน้ำประคบบริเวณบาดแผล หรือนำแช่ลงในน้ำหรือเปิดน้ำไหลผ่านบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ นานอย่างน้อย 10 นาที หรือจนกว่าอาการปวดแสบปวดร้อนลดลง
2. ถ้าเกิดบาดแผลบริเวณมือหรือแขน ให้ถอดเครื่องประดับออก เช่น แหวน กำไล นาฬิกา

3. ปิดหรือพันแผลด้วยผ้าสะอาด เพื่อป้องกันการติดเชื้อ
4. ถ้าแผลไหม้ บริเวณกว้าง หรือบาดเจ็บอวัยวะที่สำคัญ ต้องรีบนำส่งโรงพยาบาล

บาดแผลไฟไหม้น้ำร้อนลวกลึกระดับที่ 3

1. ไม่ต้องระบายความร้อนจากแผล เพราะจะทำให้แผลติดเชื้อ
2. ใช้ผ้าสะอาดห่อตัวผู้บาดเจ็บ เพื่อป้องกันสิ่งสกปรกให้ความอบอุ่น รีบนำส่งโรงพยาบาล

ข้อควรจำ¹

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

แผลถูกของมีคมบาด

แผลถูกของมีคมบาดอาจเกิดจากเครื่องมือหรืออาวุธที่มีคม เช่น มีด แก้วแตก เป็นต้น ลักษณะของแผลมักเป็นแผลขอบเรียบ อาจมีเลือดออกมากหรือน้อยขึ้นกับขนาดของแผล¹

การปฐมพยาบาล¹

แผลขนาดเล็ก

1. แผลขนาดเล็กใช้นิ้วมือ หรือใช้ผ้าสะอาดกดที่แผลเพื่อห้ามเลือด
2. ล้างแผลด้วยน้ำสะอาดและสบู่จนสะอาด
3. ใช้ผ้าสะอาดปิดแผล

แผลขนาดใหญ่ ถ้ามีเลือดออกมาก จำเป็นต้องเย็บแผล

1. ห้ามเลือดก่อน โดยใช้ผ้าหนา ๆ กดที่แผลและพันผ้าทับ ถ้าเลือดยังออกมากซึมผ้าออกมา ให้พันผ้าทับอีก ยกส่วนที่มีเลือดออกให้สูงกว่าหัวใจในกรณีที่สามารถทำได้
2. ไม่ต้องล้างแผล
3. รีบนำส่งโรงพยาบาล

ข้อควรจำ¹

อย่าให้แผลเปียกน้ำ เพราะจะทำให้แผลอักเสบง่าย

บาดแผลถูกสัตว์กัดต่อย

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

บาดแผลสุนัขกัด

แผลที่ถูกสุนัขกัด นอกจากทำให้เกิดอักเสบแล้ว อาจเป็นโรคพิษสุนัขบ้าได้ เมื่อถูกสุนัขขบกัด ในน้ำลายของสุนัขบ้ามีเชื้อไวรัสสฟกแร็บโด (Rhabdo virus) จะทำให้เกิดโรคกลัวน้ำ (Hydrophobia) หรือโรคพิษสุนัขบ้า (Rabies) เชื้อไวรัสที่อยู่ในน้ำลายของสุนัขที่เป็นโรคกลัวน้ำ และจะเข้าสู่บาดแผลที่ถูกกัดไปสู่สมองได้ ทำให้สมองอักเสบเมื่อเป็นโรคพิษสุนัขบ้าแล้ว ไม่มีวิธีการใด ๆ ที่จะสามารถช่วยชีวิตได้³

ระยะฟักตัวของเชื้อไวรัส อาจเกิดตั้งแต่ 7 วัน ถึง 4 ปี ส่วนมากพบหลัง 10 วันและไม่เกิน 1 ปี สัตว์ที่เป็นโรคกลัวน้ำ ได้แก่ สุนัข แมว วัว แพะ แกะ หรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมอื่น ๆ เช่น ค้างคาว ในประเทศไทย สุนัขและแมวเป็นสัตว์เลี้ยงที่สำคัญที่นำโรคนี้น่าสู่คน ถ้าน้ำลายของสุนัขบ้าถูกกับผิวหนังซึ่งเป็นรอยถลอก เป็นแผล ถูกกัด หรือสัมผัสกับเยื่อบุเช่น เยื่อบุตา เชื้อไวรัสอาจเข้าสู่ร่างกายทำให้เป็นโรคพิษสุนัขบ้านี้ได้³

สุนัขแบ่งออกเป็น 2 ประเภท³

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

อาการของสุนัขบ้า มี 2 ชนิด³ คือ

1. ชนิดดุร้าย (Furious type) สุนัขพวกนี้ดุมาก กัดไม่เลือก วิ่งพล่านตลอดเวลา กระสับกระส่าย ตื่นตกใจง่าย ไม่กินน้ำและอาหาร ลิ้นห้อย น้ำลายไหล สุนัขจะตายภายใน 4-7 วัน
2. ชนิดเฉื่อยหรือมีอาการซึม (Dump type) สุนัขพวกนี้จะซุกตัวอยู่ในที่มืดๆ ตามมุมตู้ ใต้โต๊ะ เก้าอี้ นอนนิ่ง ๆ ไม่ยอมกินอาหารและน้ำ มีขย้อนหรืออาเจียน เห่าไม่ได้ สุดท้ายจะเป็นอัมพาต หายใจขัดและตายภายใน 1-3 วัน

อาการของผู้ป่วยโรคพิษสุนัขบ้า³

1. ผู้ป่วยจะมีอาการสับสน และคันบริเวณแผลที่ถูกกัด ความรู้สึกคันจะขยายกว้างออกไป มีอาการรุนแรงขึ้น และไม่ทุเลาโดยยาแอนติฮิสตามีน (Antihistamine) ทั้งนี้อาการคัน มีต้นเหตุมาจากปลายประสาท
2. บาดแผลมักจะหาย ถ้ายังไม่หายมักจะเจ็บแสบและบวมเพียงเล็กน้อย
3. มีอาการกระสับกระส่าย ตื่นตกใจง่าย ปวดศีรษะ มีน้ำลายมากกว่าปกติ กระหายน้ำมาก แต่ไม่อาจดื่มน้ำและกินอาหารได้ เนื่องจากมีการเกร็งของกล้ามเนื้อเกี่ยวกับการกลืน ต้องบ้วนน้ำลายบ่อย ๆ
4. มีอาการชักกระตุกเป็นพัก ๆ ไวต่อสิ่งกระตุ้นเช่น แสง และเสียง พุดรู้เรื่องในบางครั้ง ผู้ป่วยควรอยู่ที่เงียบๆ เพราะแม้แต่ลมแรงหรือเสียงคนก็อาจทำให้ผู้ป่วยชักได้ ต่อมาจะมีอาการหายใจขัด หมดความรู้สึกและเสียชีวิต ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมักจะเสียชีวิตหลังจากเริ่มมีอาการดังกล่าว ภายใน 2-3 วัน

การปฐมพยาบาลเมื่อถูกสุนัขตัว ๆ ไปกัด

รีบล้างแผลด้วยสบู่และน้ำจำนวนมากเพื่อล้างน้ำลายให้หมดไปจากบาดแผล หรือถ้าถูกกัดไม่มีบาดแผลก็ควรล้างด้วยสบู่และน้ำเช่นกัน ถ้ามีเลือดออกควรบีบแผลให้เลือดออกด้วย ควรไปโรงพยาบาล เพื่อฉีดยาป้องกันบาดทะยัก³

การปฐมพยาบาลเมื่อถูกสุนัขบ้ากัดหรือสงสัยว่าสุนัขบ้ากัด³ ควรปฏิบัติ ดังนี้

1. รีบชำระล้างแผลด้วยสบู่และน้ำมาก ๆ เป็นเวลานาน เพื่อล้างน้ำลายให้หมดไปจากแผล ถ้าไม่มีแผลก็ควรล้างด้วยสบู่และน้ำมาก ๆ เช่นกัน
2. ทำความสะอาดรอบ ๆ บาดแผลด้วยแอลกอฮอล์ 70% แล้วใช้ยาฆ่าเชื้อโรคอ่อน ๆ ทาไว้
3. ถ้าเป็นบาดแผลฉีกขาด ให้ตัดเนื้อรุ่งริ่งและฉีกขาดออกเสียก่อน เพราะเชื้อไวรัสจะกระจาย เข้าสู่ระบบประสาทได้เร็วขึ้น
4. อย่าฆ่าสุนัขที่กัด ให้ขังไว้ 10 วัน โดยให้อาหารและน้ำตามปกติ ถ้าสุนัขตัวนั้นบ้าจะตายภายใน 5 วัน ถ้าไม่ตายใน 10 วัน แสดงว่าสุนัขไม่เป็นบ้า
5. รีบไปโรงพยาบาลเพื่อรับยาปฏิชีวนะป้องกันการติดเชื้อ ฉีดวัคซีนป้องกันบาดทะยัก และวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า

บาดแผลจากการถูกแมลงต่อย

ผึ้ง ตาน ต่อ เป็นแมลงจำพวกที่มีเหล็กใน หรือเข็มในฝังอยู่ เมื่อต่อยแล้วจะปล่อยเหล็กในออกมาฝังในเนื้อ ถ้าถูกต่อยหลายแห่งหรือมีอาการแพ้ อาจทำให้ช็อคและหมดสติได้³

อาการของพิษจากแมลงต่อย อาการไม่รุนแรง จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับจำนวนแมลงที่ต่อยและจำนวนครั้งที่ถูกต่อย บริเวณที่ถูกต่อย ภูมิแพ้ ซึ่งคนที่แพ้จะมีอาการรุนแรงเมื่อถูกต่อย มีอาการปวด บวม ถ้าถูกต่อยมากและแพ้ อาจมีอาการแน่นหน้าอก หายใจไม่ออก³

การปฐมพยาบาล³

1. รีบเอาเหล็กในออก โดยใช้สก็อตเทปปิดทาบบริเวณที่ถูกต่อยแล้วดึงออก เหล็กในจะตามออกมาด้วย หรือใช้ใบมีดขูดออก หรือใช้กัญญาที่มีรูกดตรงบริเวณที่ถูกต่อย เหล็กในจะไถลออกมา และคีบออกได้

2. ประคบด้วยความเย็น เพื่อระงับความเจ็บปวด ถ้าปวดมากให้ยาแก้ปวดช่วย

3. พิษของสัตว์มีฤทธิ์เป็นกรด ต้องใช้สารละลายที่เป็นด่างอย่างอ่อน เช่น น้ำปูนใส แอมโมเนีย ทาบริเวณที่ได้รับบาดเจ็บ แล้วปิดแผลไว้

4. ถ้ามีอาการมากรีบปรึกษาแพทย์

บาดแผลจากแมงป่องและตะขาบ

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

ตะขาบ (Centipede) ลักษณะมีหัวเห็นได้ชัดเจน ประกอบด้วยหนวด 1 คู่ มีลำตัวยาวขนาด 5-25 เซนติเมตร เป็นปล้องมีลักษณะแบน และมีขาอยู่คู่หนึ่งประจำปล้องแต่ละปล้อง มีเขี้ยวอยู่คู่หนึ่งที่ปล้องแรกต่อจากหัว ตะขาบเวลากัดคนจะใช้เขี้ยวทั้ง 2 นี้ ฝังลงไปเนื้อคล้ายคีมหนีบ³

การปฐมพยาบาล³

1. ใช้น้ำแข็งวางประคบบรรเทาอาการปวด ลดการดูดซึมของพิษ ถ้าปวดมากให้ยาแก้ปวด อาการปวดส่วนใหญ่มักจะหายหรือทุเลาภายใน 15 นาที

2. ใช้แอมโมเนียหอมชุบปิดแผลไว้ ถ้าบวมแดงมากใช้ครีมที่มีฮีสเตامين หรือสเตียรอยด์ทา

3. ถ้าอาการมาก นำส่งโรงพยาบาล

ภาวะหกล้ม เป็นหนึ่งในภาวะที่เรียกว่า กลุ่มอาการที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ (Geriatric syndromes) มักเกิดจากหลายสาเหตุร่วมกัน และเป็นอาการนำของการเจ็บป่วยของโรคทางกายต่าง ๆ ซึ่งมีตั้งแต่บาดเจ็บเล็กน้อย เช่น พลัดล้ม ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ บาดเจ็บรุนแรงจนทำให้เกิดกระดูกหักเลือดออกภายในสมอง โดยสาเหตุแบ่งเป็น 2 ปัจจัย⁴ คือ

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

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

การดูแลผู้สูงอายุเพื่อป้องกันการหกล้ม⁴

- การฝึกการเดิน และการใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่เหมาะสม
- ออกกำลังกาย โดยเฉพาะชนิดที่มีผลต่อความสมดุลในการทรงตัว เช่น การรำไทเก๊ก โยคะ เป็นต้น
- การปรับปรุงสภาพแวดล้อมบ้านเพื่อลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม

ข้อเคล็ด เป็นการฉีกขาดของเส้นเอ็น หรือกล้ามเนื้อรอบ ๆ ข้อ ซึ่งพบบ่อยบริเวณข้อเท้า ข้อมือและ ข้อเข่า⁴
สาเหตุ เกิดจากมีการเคลื่อนไหวอย่างรวดเร็ว มีการบิดหรือการเหวี่ยงอย่างแรงบริเวณข้อต่อ เช่น เดินสะดุด หกล้ม ทำให้มีอาการปวดมาก กดเจ็บ บวม โดยเฉพาะเมื่อมีการเคลื่อนไหว

การดูแลผู้สูงอายุข้อเคล็ด⁴

1. ให้ข้อที่บาดเจ็บอยู่นิ่ง ๆ หรือเคลื่อนไหวน้อยที่สุด โดยใช้ผ้ายืดพันรอบข้อให้แน่นพอควร
2. ประคบด้วยความเย็นใน 24 ชั่วโมงแรก หลังจากนั้นให้ประคบด้วยความร้อน และยกข้อ ที่บาดเจ็บให้สูง
3. ถ้าเป็นข้อมือ ข้อไหล ใช้ผ้าสามเหลี่ยมคล้องคอ เพื่อลดการบวม
4. นำส่งโรงพยาบาลเพื่อตรวจให้แน่ใจว่าไม่มีกระดูกหัก

การประเมินภาวะวิกฤต

ดร.พนารัตน์ วิศวเทพนิมิตร

ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงอาจเกิดภาวะวิกฤตที่เป็นอันตรายต่อชีวิตได้แก่ การหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน ดังนั้น การประเมินภาวะวิกฤตมีความสำคัญมากสำหรับผู้ดำเนินการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงและผู้แลที่จะต้องสามารถประเมินได้อย่างรวดเร็ว เพราะดำเนินการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานด้วยการช่วยหายใจ และช่วยให้หัวใจเต้นใหม่ได้โดยรวดเร็ว ต้องรีบทำทันทีภายใน 4 นาทีหลังจากที่หยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น เพราะอวัยวะต่าง ๆ จะถูกทำลายอย่างรวดเร็วหลังจากหัวใจหยุดเต้น โดยเฉพาะสมองไม่สามารถทนต่อการขาดออกซิเจนเป็นเวลานานได้⁵

สาเหตุที่ทำให้เกิดการหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้น มีสาเหตุใหญ่³ สาเหตุ⁵ คือ

1. สาเหตุจากทางเดินหายใจอุดตัน หรือการหายใจถูกกด
 - 1.1 ผู้บาดเจ็บ/ผู้ที่ไม่รู้สึกรู้สีกตัว ลื่นตกอุดลำคอ หรืออาจมีเศษอาหารหรือเสมหะอุดกั้นทางเดินหายใจ
 - 1.2 มีสิ่งแปลกปลอม เช่น เมล็ดผลไม้ กระจุกม ตกลงไปอุดหลอดลม
 - 1.3 ภาวะขาดออกซิเจนจากการสูดดม หรือสลักคว้นพิษสารเคมี
 - 1.4 มีการกดหรือบีบ ทำให้หายใจไม่ออก เช่น ถูรัดคอ
2. สาเหตุจากหัวใจโดยตรง เช่น โรคหลอดเลือดเลี้ยงหัวใจตีบตัน กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดและตายอย่างเฉียบพลัน มีความผิดปกติของหัวใจโดยกำเนิด สิ่งต่างๆ เหล่านี้ทำให้เกิดเลือดไปเลี้ยงหัวใจลดลง จำนวนเลือดที่ออกจากหัวใจ (Cardiac output) ลดลง หัวใจเต้นไม่เป็นจังหวะ และกล้ามเนื้อหัวใจทำงานเลวลง
3. สาเหตุอื่น ๆ เช่น
 - 3.1 แพ้ยาบางอย่าง
 - 3.2 เสียเลือดมาก
 - 3.3 เสียตุลกรดต่างในเลือด
 - 3.4 จากอุบัติเหตุ เช่น จมน้ำ ถูกไฟฟ้าดูด หรืออุบัติเหตุรุนแรงบริเวณทรวงอกและปอด
 - 3.5 ภาวะติดเชื้ออย่างรุนแรง โรคหืด ปอดบวมจากเชื้อไวรัส

อาการนำก่อนการเสียชีวิต อาการที่พบก่อนที่การทำงานของหัวใจ หรือการหายใจจะหยุดลง⁵ ได้แก่

1. ชยับ แขน ขา และร่างกายส่วนอื่น ๆ ไม่ได้
2. พูดไม่ได้หรือพูดลำบาก
3. งุนงง มองไม่เห็น
4. หมดสติอย่างสิ้นเชิง
5. หายใจลำบาก หอบ (Air hunger) หรือหายใจกระตุกนาน ๆ ครั้ง ตามด้วยหยุดหายใจ
6. คลำชีพจรที่ข้าง ๆ คอและขาหนีบไม่ได้ ไม่มีชีพจร
7. รูม่านตาขยาย เริ่มเกิดเมื่อหัวใจหยุดไป 45 วินาที และขยายกว้างสุดเมื่อถึง 1 นาที

การประเมินภาวะวิกฤต

การประเมินปฐมภูมิ (Primary survey) เป็นการประเมินความผิดปกติที่เป็นอันตรายเร่งด่วนและอาจทำให้ผู้บาดเจ็บเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว จะประเมินพร้อมกับการแก้ไขความผิดปกตินั้น ๆ หลังจากนั้นจึงมีการประเมินซ้ำและให้การดูแลตามปัญหา⁶ โดยมีรายละเอียดดังนี้

A = Airway การประเมินทางเดินหายใจ เป็นการประเมินที่ต้องกระทำเป็นอันดับแรก ซึ่งในการประเมินทางเดินหายใจต้องมีการจำกัดการเคลื่อนไหวของคอ โดยประเมินทางเดินหายใจตั้งแต่ปาก จมูก ลำคอ กล่องเสียง และหลอดลม ร่วมกับการสังเกตการพูด ถ้าผู้บาดเจ็บพูดได้เสียงไม่แหบแสดงว่าทางเดินหายใจไม่มีปัญหา หากพบสิ่งแปลกปลอมอุดกั้นทางเดินหายใจ เช่น ลิ้นตก ฟันปลอม⁶ หรือฟันแท้หักจากการกระแทก ควรนำฟันปลอมหรือฟันแท้ที่หักออก ถ้าฟันปลอมยังคงมีสภาพสมบูรณ์ควรใส่ไว้เพื่อให้ใบหน้าประกบกันพอดี ทั้งนี้ การตรึงกระดูกสันหลังบริเวณคออาจทำให้กระดูกคอของผู้บาดเจ็บขยับได้น้อย ซึ่งถ้าผู้บาดเจ็บมีภาวะหลังโก่ง (kyphosis) ร่วมด้วย อาจทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถนอนหงายบนกระดานรองหลัง (spinal board) ได้ ดังนั้น ควรเสริมด้วยผ้าพับเพื่อช่วยให้สามารถตรึงกระดูกคอของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสมและป้องกันการเหยียดของคอไปด้านหลังมากเกินไป สำหรับผู้ได้รับบาดเจ็บที่หน้าอก หรือซีมลง ควรสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด² ในกรณีที่ทางเดินหายใจของผู้บาดเจ็บมีการอุดกั้น ควรรีบช่วยเหลือให้ทางเดินหายใจโล่ง ติดต่อขอรับการช่วยเหลือฉุกเฉินและรีบนำส่งโรงพยาบาลโดยเร็ว

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

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

D = Disability : Neurological status การประเมินความพิการและกำลังของกล้ามเนื้อ การผิดปกติของแขนขาและอวัยวะต่าง ๆ รวมถึงการประเมินระดับความรู้สึกตัวและปฏิกิริยาตอบสนองของรูม่านตาต่อแสง เป็นต้น⁶ ควรพิจารณาถึงสรีระของผู้สูงอายุในการยึดตรึงผู้บาดเจ็บบนแผ่นกระดานรองหลัง (spinal board) ควรใช้ผ้าพับรองใต้ศีรษะและคอ ในกรณีที่หลังโก่งจนนอนราบไม่ได้ ใช้ผ้ารองในส่วนที่เป็นปุ่มกระดูกเพื่อป้องกันแผลกดทับ และใช้ผ้ารองใต้เข่ากรณีที่ไม่สามารถเหยียดขาได้สุด และเอาออกโดยเร็วที่สุด เมื่อประเมินแล้ว พบว่า ไม่มีภาวะบาดเจ็บต่อกระดูกคอหรือกระดูกสันหลัง²

การควบคุมอุณหภูมิร่างกาย (Temperature control) เนื่องจากผู้สูงอายุสูญเสียความร้อนได้ง่าย การนำส่งโรงพยาบาลจึงต้องห่มผ้าและปรับอุณหภูมิเครื่องปรับอากาศในรถพยาบาลและในห้องตรวจ ให้เหมาะสม²

การช่วยชีวิต และการใช้เครื่องกระตุกหรือเครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Automatic External Defibrillator: AED)

ดร.พนารัตน์ วิศวเทพนิมิตร

ภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลันเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้น ๆ ของประเทศไทย สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน ทุกเวลา และทุกสถานที่ ส่วนใหญ่มักจะเกิดขึ้นนอกโรงพยาบาล แต่ก็สามารถเกิดได้ในโรงพยาบาลและสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ดังนั้น ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการเตรียมการและให้ความช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน เนื่องจาก เป็นทั้งผู้พบเห็น ผู้ช่วยชีวิตเบื้องต้น หรือโทรศัพท์เรียกใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉินผ่านหมายเลขโทรศัพท์ 1669 เมื่อหัวใจหยุดเต้นจะไม่มีเลือดไปเลี้ยงอวัยวะใด ๆ ในร่างกาย และเมื่อสมองขาดเลือดมาเลี้ยงจะหยุดทำงานในทันที ดังนั้นผู้ที่สมองขาดเลือดจากภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน จะหมดสติในระยะเวลาเพียง 10 วินาที ซึ่งผู้ที่หมดสติควรได้รับการช่วยเหลือในทันที เนื่องจากถ้าสมองขาดเลือดไปเลี้ยง 4 นาทีเนื้อสมองจะเริ่มเสียหาย ถ้าผู้ให้ความช่วยเหลือทำการกดหน้าอกในทันทีที่พบว่าผู้ป่วยหมดสติไม่หายใจ ไม่ตอบสนองสมองจะยังได้รับเลือด แม้ว่าจะยังไม่ได้ช่วยการหายใจ เพราะภายในช่วง 6 นาทีแรก ที่หัวใจหยุดเต้นยังพอมือออกซิเจนอยู่ในเลือด และหากผู้ป่วยได้รับการติดเครื่องกระตุกหรือเครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (Automatic External Defibrillator: AED) จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการช่วยฟื้นคืนชีพ หรือการวางแผนให้การรักษาต่อไปได้⁷

ดังนั้น เพื่อให้การช่วยชีวิตของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงมีประสิทธิภาพ และไม่เกิดอันตรายจากการช่วยชีวิตที่ไม่ถูกต้องของผู้ช่วยเหลือ ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงรวมทั้งผู้ดูแลควรได้รับการอบรมการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานสำหรับประชาชนทั่วไปและเข้ารับการอบรมอย่างต่อเนื่องเป็นประจำเพื่อเตรียมความพร้อมรับมือเหตุการณ์ฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้น โดยสามารถดูรายละเอียดของการอบรมได้ที่เว็บไซต์ของสมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์ (<https://www.thaicpr.org/>)

การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน

เมื่อเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นและภาวะหยุดหายใจ ผู้ช่วยเหลือสามารถใช้หลักการจำขั้นตอนที่สำคัญ 4 หลักการ⁷ ดังนี้

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

การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน⁷ มีขั้นตอนดังนี้

1. เรียกดูว่าหมดสติจริงหรือไม่

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

ในกรณีที่ผู้หมดสติถูกไฟฟ้าช็อต ให้ร้องขอความช่วยเหลือในการตัดไฟหรือปิดสวิตช์ไฟฟ้าก่อนเข้าไปสัมผัสตัวผู้หมดสติ และในกรณีที่สงสัยว่าจะมีการบาดเจ็บของศีรษะและคอ ให้พยายามขยับตัว ผู้หมดสติให้น้อยที่สุด เพราะการขยับตัวมากอาจจะทำให้ผู้หมดสติที่มีการบาดเจ็บของกระดูกสันหลังเป็นอัมพาตได้

2. เรียกหาความช่วยเหลือ

หากหมดสติหรือหายใจเฮือก (เกิดจากการเกร็งของกล้ามเนื้อ ไม่ใช่หายใจตามปกติ) ให้ร้องขอความช่วยเหลือจากผู้ที่อยู่ในบริเวณนั้นและขอให้คนใดคนหนึ่งโทรศัพท์หมายเลข 1669 ซึ่งสามารถเรียกรถพยาบาลได้ทุกจังหวัด หรืออาจเรียกรถพยาบาลหรือทีมงานของโรงพยาบาลที่เคยใช้ประจำก็ได้ ให้โทรศัพท์เรียกความช่วยเหลือทันทีก่อนลงมือปฏิบัติการช่วยชีวิต (Phone first) เพราะผู้ใหญ่และผู้สูงอายุที่หมดสติมักเกิดจากหัวใจห้องล่างเต้นพลิ้ว (ventricular fibrillation: VF) ซึ่งมีโอกาสรอดชีวิตมากที่สุดหากได้รับการช็อกไฟฟ้าจากทีมงานช่วยชีวิตขั้นสูงโดยเร็ว ภายใน 3 - 5 นาที ผู้ที่ทำหน้าที่โทรศัพท์เรียกรถพยาบาลต้องเตรียมข้อมูลให้ครบถ้วน ได้แก่ สถานที่ที่เกิดเหตุการณ์ (ชื่อบริษัท หมู่บ้าน ถนน ซอย ใกล้กับสถานที่สำคัญใด) หมายเลขโทรศัพท์ที่กำลังใช้พูดอยู่ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น (อุบัติเหตุรถยนต์ หัวใจวาย จมน้ำ) จำนวนผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ เช่น คนจมน้ำ 3 คน หรือคนถูกไฟฟ้าช็อต 2 คน สภาพของผู้หมดสติ การให้ความช่วยเหลือที่ทำอยู่ มีเครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (เครื่อง AED) หรือไม่ และข้อมูลอื่น ๆ ที่คิดว่าจำเป็น อย่าวางหูโทรศัพท์ ให้แจ้งเบอร์โทรกลับและทบทวนให้ถูกต้อง จึงค่อยวางหูโทรศัพท์ หรือถ้าใช้มือถือให้เปิดลำโพงเสียง แล้ววางไว้ข้างตัวเพื่อสื่อสารกับเจ้าหน้าที่

การติดต่อขอความช่วยเหลือ ควรมีเบอร์โทรศัพท์สำหรับติดต่อ เช่น เบอร์โรงพยาบาล เบอร์สถานีตำรวจ และเบอร์ที่จำเป็นไว้ข้าง ๆ โทรศัพท์ มีหลายกรณีที่ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือไม่ทันต่อเหตุการณ์จึงควรโทรขอความช่วยเหลือ เช่น ผู้ป่วยมีอาการแน่นหน้าอก เหนื่อย หายใจไม่ออก แขนขาอ่อนแรง ซึ่งถ้าผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้ดูแลไม่แน่ใจว่าจะทำอย่างไรในกรณีฉุกเฉินควรขอความช่วยเหลือทันที

3. จัดทำให้พร้อมสำหรับการช่วยชีวิต

จัดทำให้ผู้หมดสติมาอยู่ในท่านอนหงายบนพื้นราบและแข็ง แขนสองข้างเหยียดอยู่ข้างลำตัว กรณีผู้ป่วยอุบัติเหตุหรือสงสัยการบาดเจ็บที่คอและหลัง การจัดท่าต้องระมัดระวังอย่างที่สุด โดยให้ศีรษะ คอ ไหล่ และลำตัวตั้งเป็นแนวเดียวกัน ไม่บิดคอไปมา มิฉะนั้นผู้หมดสติอาจกลายเป็นอัมพาต เพราะกระดูกสันหลังที่หักอยู่แล้วจะไปกดทับไขสันหลัง

4. หาดำแหน่งวางมือบนหน้าอก

ในกรณีผู้หมดสติเป็นผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ถ้าผู้หมดสติไม่ไอ ไม่หายใจ ไม่ขยับส่วนใดๆ ของ ร่างกายให้ถือว่าหัวใจหยุดเต้น ไม่มีสัญญาณชีพ ต้องช่วยกอดหน้าอกทันที ให้หาดำแหน่งการวางมือที่ครึ่งล่างของกระดูกหน้าอกเพื่อกอดหน้าอก โดยใช้สันมือข้างหนึ่งวางบนบริเวณครึ่งล่างกระดูกหน้าอก แล้วเอามืออีกข้างหนึ่ง วางทับหรือประสานไปบนมือแรก

5. กอดหน้าอก 30 ครั้ง

การกอดหน้าอกเป็นการทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตคงอยู่ได้แม้หัวใจจะหยุดเต้น สามารถทำได้โดยกอดหน้าอกแล้วปล่อย กดแล้วปล่อย ทำติดต่อกันไป 30 ครั้ง ให้ความถี่ของการกดอย่างน้อย 100 -120 ครั้งต่อนาทีโดย

นับ “หนึ่ง และสอง และสาม และสี่ และห้า และหก และเจ็ด และแปด และ เก้า และสิบ สิบเอ็ด สิบสอง สิบสาม สิบสี่ สิบเก้า ยี่สิบ ยี่สิบเอ็ด (ยี่สิบ เอ็ด) ยี่สิบสอง (ยี่สิบสอง) ยี่สิบสาม..... ยี่สิบเก้า สามสิบ” โดยให้ฝึกนับและจับเวลาจากหนึ่งและสองและสาม...ไปจนถึงสามสิบ จะใช้เวลาอยู่ในช่วง 15-18 วินาที จึงจะได้ความเร็วในการกดอย่างน้อย 100-120 ครั้งต่อนาที (โดยที่ความเร็ว 100 ครั้งต่อ 1 นาที หรือ 60 วินาที, 10 ครั้ง ต่อ 6 วินาที, 30 ครั้ง ต่อ 18 วินาที)

เทคนิคในการกดหน้าอก

- วางมือลงบนตำแหน่งที่ถูกต้อง ระวังอย่ากดลงบนกระดูกซี่โครง เพราะจะเป็นต้นเหตุ ให้ซี่โครงหัก
- แขนเหยียดตรงอย่างอ่อนแอ น้อมตัวให้หัวไหล่อยู่เหนือผู้หมดสติ โดยทิศทางของแรงกดตั้งลงสู่กระดูกหน้าอก
- กรณีผู้ใหญ่หรือผู้สูงอายุ กดหน้าอกให้ยุบลงอย่างน้อย 2 นิ้ว หรือ 5 เซนติเมตร ไม่เกิน 2.4 นิ้ว หรือ 6 เซนติเมตร

- ในจังหวะปล่อยต้องคลายมือขึ้นมาให้สุด เพื่อให้หน้าอกคืนตัวกลับมาสู่ตำแหน่งปกติก่อนแล้วจึงทำการกดครั้งต่อไป อย่ากดทิ้งน้ำหนักไว้เพราะจะทำให้หัวใจคลายตัวได้ไม่เต็มที่ ห้ามคลายจนมือหลุดจากหน้าอก เพราะจะทำให้ตำแหน่งของมือเปลี่ยนไป

6. เปิดทางเดินหายใจให้โล่ง

ในผู้ที่หมดสติกล้ามเนื้อจะคลายตัวทำให้ลิ้นตกลงไปอุดทางเดินหายใจ การเปิดทางเดินหายใจทำโดยวิธีดันหน้าผากและยกคาง (head tilt chin lift) โดยการเอาฝ่ามือข้างหนึ่งดันหน้าผากลง นิ้วชี้และนิ้วกลางของมืออีกข้างหนึ่งยกคางขึ้น ใช้นิ้วมือตั้งเฉพะกระดูกขากรรไกรล่างโดยไม่กดเนื้ออ่อนใต้คางให้หน้าผู้หมดสติเงยขึ้น

7. ช่วยหายใจ

เมื่อเห็นว่าผู้หมดสติไม่หายใจหรือไม่มั่นใจว่าหายใจได้ ให้เป่าลมเข้าปอด 2 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 1 วินาที และต้องเห็นผนังทรวงอกขยับขึ้น วิธีช่วยหายใจแบบปากต่อปากพร้อมกับดันหน้าผากและยกคาง ให้เลื่อนหัวแม่มือและนิ้วชี้ของมือที่ดันหน้าผากอยู่มาบีบจมูกผู้หมดสติให้รูจมูกปิดสนิท สูดลมหายใจเข้าตามปกติแล้วครอบปากผู้ช่วยเหลือเข้ากับปากของผู้หมดสติ ตาชำเลื่องมองหน้าอกผู้หมดสติพร้อมกับเป่าลมเข้าไปจนหน้าอกของผู้หมดสติขยับขึ้น เป่านาน 1 วินาที แล้วถอนปากออก ให้ลมหายใจของผู้หมดสติผ่านกลับออกมาทางปาก

ถ้าเป่าลมเข้าปอดครั้งแรกแล้ว ทรวงอกไม่ขยับขึ้น (ลมไม่เข้าปอด) ให้จัดทำโดยการดันหน้าผาก ยกคางขึ้นใหม่ (พยายามเปิดทางเดินหายใจให้โล่งที่สุด) ก่อนจะทำการเป่าลมเข้าปอดครั้งต่อไป

การเป่าลมเข้าปอด ถ้าทำบ่อยเกินไปหรือใช้เวลานานเกินไป จะเป็นผลเสียต่อการไหลเวียนโลหิตและทำให้อัตราการรอดชีวิตลดลง หลังการเป่าลมเข้าปอด 2 ครั้ง ให้เริ่มกดหน้าอกต่อเนื่อง 30 ครั้ง ทันทีสลับกับการเป่าลมเข้าปอด 2 ครั้ง (หยุดกดหน้าอกเพื่อช่วยหายใจ 2 ครั้ง ต้องไม่เกิน 10 วินาที) ให้ทำเช่นนี้จนกระทั่ง

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

8. กดหน้าอก 30 ครั้ง สลับกับเป่าลมเข้าปอด 2 ครั้ง

เมื่อผ่านขั้นตอนการช่วยเหลือนมาตั้งแต่ขั้นที่ 1 ถึงขั้นที่ 8 แล้ว ผู้หมดสติจะได้รับการเป่าลมเข้าปอด 2 ครั้ง สลับกับกดหน้าอก 30 ครั้ง (นับเป็น 1 รอบ) ให้ทำต่อไปเรื่อยๆ จนกว่าผู้หมดสติมีการเคลื่อนไหว ไอ หรือหายใจ หรือเครื่องเออีดีมาถึง หรือมีบุคลากรทางการแพทย์มารับช่วงต่อไป ในกรณีที่มีผู้ปฏิบัติการช่วยชีวิตมากกว่า 1 คน สลับหน้าที่ของผู้ที่กดหน้าอกกับผู้ที่ช่วยหายใจ ทุก 2 นาที (5 รอบ) ถ้าผู้ปฏิบัติการช่วยชีวิต ไม่ต้องการเป่าปากผู้หมดสติหรือทำไม่ได้ ให้ทำการช่วยชีวิตด้วยการกดหน้าอกอย่างเดียว

เครื่องกระตุกหรือเครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ หรือเออีดี (Automatic External Defibrillator : AED) เป็นอุปกรณ์ที่สามารถ “อ่าน” และ “วิเคราะห์” คลื่นไฟฟ้าหัวใจของผู้หมดสติได้อย่างแม่นยำ รวมทั้งให้การรักษาได้โดยปล่อยกระแสไฟฟ้าออกไปทำการช็อกหัวใจที่สั้นปลิวให้หยุดลงทันที เพื่อให้เนื้อหัวใจชนิดพิเศษปล่อยกระแสไฟฟ้าที่ปกติไปกระตุ้นหัวใจให้กลับมาบีบตัวตามปกติอีกครั้งหนึ่ง โอกาสที่จะรอดชีวิตของผู้หมดสตินั้นขึ้นอยู่กับว่าผู้ช่วยเหลือสามารถใช้เครื่องเออีดีร่วมกับการช่วยฟื้นคืนชีพด้วยการกดหน้าอกได้อย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพเพียงใด และควรตระหนักไว้ว่าเวลาทุกๆ นาทีที่ผ่านไปนั้นมีค่าอย่างยิ่งต่อการรอดชีวิตของผู้หมดสติ⁸

ตาราง วิธีการใช้เครื่องเออีดี⁷

วิธีการใช้เครื่องเออีดี (AED)	
	<p>1. เปิดเครื่อง ในเครื่องเออีดี บางรุ่นผู้ใช้ต้องกดปุ่มเปิดเครื่อง ในขณะที่เครื่องบางรุ่นจะทำงานทันทีที่เปิดฝาครอบออก เมื่อเปิดเครื่องแล้วจะมีเสียงบอกให้ทราบขั้นตอนต่อไป</p>
	<p>2. ติดแผ่นนำไฟฟ้าของเครื่องเออีดี เข้ากับหน้าอกของผู้หมดสติให้เรียบร้อย โดยต้องแน่ใจว่าหน้าอกของผู้หมดสติแห้งสนิท ไม่เปียกชื้น เริ่มด้วยการลอกแผ่นพลาสติกด้านหลังออก เครื่องบางรุ่นมีรูปแสดงที่ตัวแผ่นนำไฟฟ้า บางรุ่นก็มีรูปแสดงที่ตัวเครื่อง ต้องติดให้แนบสนิทกับหน้าอกของผู้หมดสติด้วยความรวดเร็ว แผ่นหนึ่งติดไว้ที่ใต้กระดูกไหปลาร้าด้านขวา และอีกแผ่นหนึ่งติดไว้ที่ใต้ราวนมซ้ายด้านข้างลำตัว ตรวจสอบให้แน่ใจว่าสายไฟฟ้าจากแผ่นนำไฟฟ้าต่อเข้ากับตัวเครื่องเรียบร้อยแล้ว</p>
	<p>3. ให้เครื่องเออีดี วิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ระหว่างนั้นห้ามสัมผัสถูกตัวผู้หมดสติโดยเด็ดขาด ให้ร้องเตือนต่างๆ ว่า «เครื่องกำลังวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ห้ามแตะต้องตัวผู้ป่วย» เครื่องเออีดีส่วนใหญ่จะเริ่มวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจทันทีที่ติดแผ่นนำไฟฟ้าเสร็จ เครื่องบางรุ่นต้องให้กดปุ่ม «ANALYZE» ก่อน</p>
	<p>4. ห้ามแตะต้องตัวผู้หมดสติ ถ้าเครื่องเออีดี พบว่าคลื่นไฟฟ้าของผู้หมดสติเป็นชนิดที่ต้องการรักษาด้วยการช็อกไฟฟ้าหัวใจ เครื่องจะบอกให้กดปุ่ม «SHOCK» และก่อนที่จะกดปุ่ม «SHOCK» ต้องให้แน่ใจว่าไม่มีใครสัมผัสถูกตัวของผู้หมดสติ ร้องบอกต่างๆ ว่า «คุณถอย ผมถอย และทุกคนถอย» ก่อนกดปุ่ม «SHOCK» ให้มองซ้ำอีกครั้งเป็นการตรวจสอบครั้งสุดท้าย</p>

วิธีการใช้เครื่องเออีดี (AED)

1. เปิดเครื่อง ในเครื่องเออีดี บางรุ่นผู้ใช้ต้องกดปุ่มเปิดเครื่อง ในขณะที่เครื่องบางรุ่นจะทำงานทันทีที่เปิดฝาด้านบน เมื่อเปิดเครื่องแล้วจะมีเสียงบอกให้ทราบขั้นตอนต่อไป

2. ติดแผ่นนำไฟฟ้าของเครื่องเออีดี เข้ากับหน้าอกของผู้หมดสติให้เรียบร้อย โดยต้องแน่ใจว่าหน้าอกของผู้หมดสติแห้งสนิท ไม่เปียกชื้น เริ่มด้วยการลอกแผ่นพลาสติกด้านหลังออก เครื่องบางรุ่นมีรูปแสดงที่ตัวแผ่นนำไฟฟ้า บางรุ่นก็มีรูปแสดงที่ตัวเครื่อง ต้องติดให้แนบสนิทกับหน้าอกของผู้หมดสติด้วยความรวดเร็ว แผ่นหนึ่งติดไว้ที่ได้กระดุกไหปลาร้าด้านขวา และอีกแผ่นหนึ่งติดไว้ที่ได้ราวนมซ้ายด้านข้างลำตัว ตรวจสอบให้แน่ใจว่าสายไฟฟ้าจากแผ่นนำไฟฟ้าต่อเข้ากับตัวเครื่องเรียบร้อยแล้ว

3. ให้เครื่องเออีดี วิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ระหว่างนั้นห้ามสัมผัสผู้หมดสติโดยเด็ดขาด ให้ร้องเตือนดังๆ ว่า “เครื่องกำลังวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจ ห้ามแตะต้องตัวผู้ป่วย” เครื่องเออีดีส่วนใหญ่จะเริ่มวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจทันทีที่ติดแผ่นนำไฟฟ้าเสร็จ เครื่องบางรุ่นต้องให้กดปุ่ม “ANALYZE” ก่อน

4. ห้ามแตะต้องตัวผู้หมดสติ ถ้าเครื่องเออีดี พบว่าคลื่นไฟฟ้าของผู้หมดสติเป็นชนิดที่ต้องการรักษาด้วยการช็อกไฟฟ้าหัวใจ เครื่องจะบอกให้กดปุ่ม “SHOCK” และก่อนที่จะกดปุ่ม “SHOCK” ต้องให้แน่ใจว่าไม่มีใครสัมผัสผู้หมดสติ ร้องบอกดังๆ ว่า “คุณถอย ผมถอย และทุกคนถอย” ก่อนกดปุ่ม “SHOCK” ให้มองซ้ำอีกครั้งเป็นการตรวจสอบครั้งสุดท้าย

เมื่อเครื่องบอกว่า ไม่ต้องช็อก หรือ “No shock is needed” หรือ “start CPR” ให้เปิดเครื่องเออีดีไว้ก่อนและให้เริ่มช่วยฟื้นชีวิตขั้นพื้นฐานทันที

ทำการกดหน้าอก 30 ครั้ง สลับกับช่วยหายใจ 2 ครั้ง ประมาณ 2 นาที หรือจนกว่าเครื่องเออีดี จะวิเคราะห์คลื่นไฟฟ้าหัวใจอีกครั้ง แล้วกลับไปยังข้อ 3 และ 4 สำหรับขั้นตอนที่ 1 และ 2 ไม่ควรใช้เวลานาน 30 วินาที และทำการช่วยเหลือหรือจนกว่าความช่วยเหลืออื่น ๆ จะตามมา⁷

การห้ามเลือด

ดร.พนารัตน์ วิเศษนิมิตร

ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟิงฟิงมีโอกาสที่จะมีภาวะเลือดออกภายนอกร่างกายได้ จากการหกล้ม หรือได้รับบาดเจ็บต่าง ๆ ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือโดยการห้ามเลือด ซึ่งถ้าแผลมีขนาดใหญ่และมีเลือดออกมาก ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันท่วงที อาจมีอันตรายต่อชีวิตของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟิงฟิงได้ ดังนั้น ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะฟิงฟิง และผู้ดูแลจำเป็นต้องสามารถให้การห้ามเลือดเบื้องต้นได้

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

การห้ามเลือดในระยะก่อนถึงโรงพยาบาล (Prehospital Hemorrhage Control)

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

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

2. เลือดออกจากแผลที่มีขนาดใหญ่ การใช้นิ้วมือหรือฝ่ามือกดต้องระวัง เพราะอาจมีสิ่งแปลกปลอมหรือของมีคมอยู่ในแผล ดังนั้นจึงให้ใช้ผ้าสะอาดพับวางลงบาดแผลแล้วจึงกด แล้วสังเกตว่าเลือดหยุดหรือไม่ ถ้าเลือดไหลไม่หยุดหรือมีเลือดซึมผ้ามากห้ามเปิดแผลเพื่อทึ้งผ้าเก่า ให้ใช้ผ้าผืนใหม่ปิดและกดทับผ้าผืนเก่า เนื่องจากการเอาผ้าซับเลือดออกบ่อย ๆ จะเป็นการรบกวนการแข็งตัวของเลือด นอกจากนี้ต้องระวังไม่กดแรงเกินไป เพื่อป้องกันไม่ให้เลือดไหลเวียนผิดปกติ

3. เลือดออกจากแผลต่ำกว่าข้อศอกหรือข้อเข่า ให้ใช้ผ้าหรือสำลีม้วนวางที่ข้อพับ พับข้อศอกหรือข้อเข่านั้นไว้ แล้วใช้ผ้าพันรอบ ๆ ข้อพับให้แน่น ส่วนแผลให้ใช้ผ้าก๊อชวางบนแผลแล้วกด ถ้าเลือดออกไม่หยุดให้ปิดแผลให้แน่นและยกส่วนที่บาดเจ็บให้สูง

4. กรณีแผลมีเลือดออกมาก อาจกดหลอดเลือดแดงเหนือแผล (Indirect pressure) โดยการใช้สันมือหรือนิ้วมือกดลงไปบนหลอดเลือดแดงที่มาเลี้ยงบริเวณเหนือบาดแผลที่มีเลือดออกและต้องกดลงไปติดกับกระดูกที่รองรับ ถ้าได้ผลหลังจากกดเลือดจะออกน้อยลง

5. กรณีมีอาวุธปักคาแผลและมีเลือดออก ห้ามนำอาวุธออกเอง เนื่องจากจะทำให้เลือดออกมาก ควรหาผ้าหรือก๊อชวางรอบอาวุธนั้นและปิดแผลให้แน่น เพื่อป้องกันอาวุธขยับไปมาในระหว่างนำส่งโรงพยาบาล ซึ่งศัลยแพทย์ จะทำการผ่าตัดเอาอาวุธออกในห้องผ่าตัด

6. ตำแหน่งที่ใช้กดห้ามเลือด การห้ามเลือดในแต่ละอวัยวะจะมีคำแนะนำในการกดห้ามเลือดที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับตำแหน่งของบาดแผล ทั้งนี้ ผู้ที่จะทำการกดเส้นเลือดเพื่อห้ามเลือดควรเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขที่มีความรู้เกี่ยวกับตำแหน่งของเส้นเลือด และสามารถสังเกตภาวะขาดเลือดได้ เนื่องจากการกดเส้นเลือดที่ไม่ถูกต้อง อาจทำอันตรายให้กับผู้บาดเจ็บได้

การพันผ้า (Bandaging)

การพันผ้าเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นมากในการปฐมพยาบาล เพราะจะช่วยให้ผู้ที่ได้รับบาดเจ็บในส่วนต่าง ๆ ของร่างกายได้พักอยู่หนึ่ง หรือช่วยยึดพยุงหรือประคองส่วนที่บาดเจ็บไม่ให้เคลื่อนไหว เพื่อลดความเจ็บปวด และลดบวม นอกจากนี้ ยังใช้เพื่อเพิ่มแรงกดต่อตำแหน่งหรือบริเวณที่เกิดบาดแผลเพื่อเป็นการ ห้ามเลือด และปิดแผลด้วย¹¹

ประโยชน์ของการพันผ้า¹¹

1. ป้องกันบาดแผลจากการติดเชื้อ (Infection) คือ ป้องกันไม่ให้สิ่งสกปรกเข้าบาดแผล
2. ช่วยยึดผ้าปิดแผลให้แน่นพอสมควรและอยู่คงที่
3. เพิ่มแรงกดบริเวณแผล เพื่อช่วยในการห้ามเลือด ป้องกันการคั่งของเลือดและลดการบวม
4. ช่วยตามข้อ ยึดข้อ และให้ข้อที่บาดเจ็บมีความมั่นคง
5. ช่วยรองรับและพยุงหรือคล้องแขนเป็นการจำกัดการเคลื่อนไหว (Immobilization) ในกรณีกระดูกหัก กล้ามเนื้อฉีก เพื่อไม่ให้เกิดการบาดเจ็บเพิ่มขึ้นหรือพิการ

การใช้ผ้าพันแผลชนิดม้วน (Roll bandage)¹¹ ขนาดของผ้าพันต้องสัมพันธ์กับอวัยวะที่พัน ดังนี้

กว้าง	ยาว	อวัยวะสำหรับการพันผ้า
1 นิ้ว	2 หลา	พื้นนิ้วมือ นิ้วเท้า
2 นิ้ว	3-5 หลา	พื้นมือ เท้า และตา
2-4 นิ้ว	5-8 หลา	พื้นศีรษะ แขน และน่อง
2½-3 นิ้ว	5-10 หลา	พื้นคอ ตัว และไหล่
4-6 นิ้ว	12 หลา	พื้นสะโพก และโคนขา

วิธีการใช้ผ้าพันแผล¹¹

1. การพันรอบ (Circular) คือ การพันทับกันเป็นรอบ ๆ ใช้สำหรับการขึ้นต้น และการจบของการพันผ้า ในแบบต่าง ๆ ใช้พื้นข้อมือ ข้อเท้า และศีรษะ

2. การพันเป็นเกลียว (Spiral) เริ่มต้นด้วยการพันรอบ (Circular turn) ก่อน แล้วตามด้วยการพันเหลื่อมกัน เล็กน้อยให้เหลื่อมประมาณ 2/3 ของผ้าพัน การพันผ้าชนิดนี้ เหมาะสำหรับอวัยวะรูปทรงกระบอก เช่น แขนส่วนต้น หรือขา ลำตัว เมื่อจะจบการพันผ้าให้จบด้วยการพันรอบ

3. การพันพับกลับเป็นเกลียว (Spiral reverse) เริ่มด้วยการพันรอบแล้ว พื้นพับกลับเป็นเกลียว พื้นเหลื่อมตลบเล่นลาย วิธีการพันคล้ายการพันเป็นเกลียว (Spiral) แต่หลบผ้าพันกลับพองามเพื่อป้องกันช่องโหว่ และจะทำให้แนบเนียนสวยงามยิ่งขึ้น ทำให้แนวมุมรอบพื้นอยู่ตรงกลางเป็นเส้นตรงเดียวกัน เหมาะสำหรับอวัยวะที่มีปลายเล็กโคนใหญ่ เช่น แขน ขาส่วนปลาย

4. การพันผ้าแบบเฉียง (Oblique bandage) เป็นการพันผ้าโดยที่ริมผ้าไม่เกยกัน แต่ริมผ้าขนานกัน การพันผ้าแบบเฉียงบริเวณขากรรไกร (Oblique bandage of jaw) ใช้ในรายบาดแผลที่ขากรรไกรหรือหน้าผาก เริ่มด้วยการพันรอบ (Circular turn) ที่ใบหน้าแล้วพันอ้อมมาที่ใต้คางพันวกกลับไปด้านบนของศีรษะ ผ้าพันข้างหนึ่งอยู่ที่หน้าหูอีกข้างหนึ่งอยู่หลังหู

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

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

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

การปฐมพยาบาลเมื่อกระดูกหักก่อนส่งต่อ

ดร.พนารัตน์ วิเศษนิมิตร

ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีโอกาสที่จะเกิดกระดูกหักได้เมื่อได้รับบาดเจ็บ โดยเฉพาะผู้สูงอายุเนื่องจากมีภาวะกระดูกพรุนร่วมด้วย ดังนั้น ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแลจำเป็นต้องมีความรู้เกี่ยวกับกระดูกหัก สามารถประเมินภาวะกระดูกหักและให้การปฐมพยาบาลผู้บาดเจ็บที่มีภาวะกระดูกหัก เพื่อให้การดูแลเบื้องต้นได้อย่างถูกต้องและเหมาะสมกับอวัยวะต่าง ๆ ที่หักก่อนที่จะนำส่งโรงพยาบาล

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

สาเหตุ ของการเกิดกระดูกหัก¹²

1. ฐานแรงกระแทก

1.1 แรงที่มากระแทกโดยตรงและกระดูกหักบริเวณที่ถูกกระแทก เช่น ถูกตีที่แขนจนแขนหัก

1.2 แรงที่มากระแทกทางอ้อม เป็นเหตุให้กระดูกหักเกิดขึ้นที่อื่น ซึ่งไม่ใช่ที่ถูกกระแทก เช่น หกล้มเอามือยันพื้น แรงกระแทกโดยตรงที่ฝ่ามือ แต่กระดูกแขนหัก หรือตกจากที่สูงลงมาในท่านั่งก้นกระแทก แรงจะผ่านขึ้นไปอาจทำให้กระดูกสันหลังหักได้ เป็นต้น

1.3 เนื่องจากกล้ามเนื้อหดตัว กระตุกอย่างแรง เช่น การหักของกระดูกสะบ้าหัวเข่า (Patella)

2. โรคของกระดูก เช่น โรคเนื้องอกของกระดูก โพรงกระดูกอักเสบเรื้อรัง โรคเหล่านี้มีพยาธิสภาพในกระดูกทำให้กระดูกเปราะ เมื่อถูกแรงกระแทกเพียงเล็กน้อยก็หักได้ง่าย

ชนิดของกระดูกหัก¹²

1. กระดูกหักชนิดปิด (Closed fracture) คือ กระดูกหักแล้วไม่แทงทะลุผิวหนังออกมาและไม่มีบาดแผลบนผิวหนังตรงบริเวณที่หัก

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

อาการและอาการแสดงของกระดูกหัก ผู้บาดเจ็บที่กระดูกหักสามารถประเมินอาการและอาการแสดงได้¹³ ดังนี้

1. มีอาการปวดบวม หรืออาจมีรอยฟกช้ำบริเวณที่หัก

2. กดเจ็บบริเวณที่หัก

3. รูปร่างและความยาวของส่วนที่หักเปลี่ยนแปลงไป

4. สูญเสียหน้าที่หรือการทรงตัว การเคลื่อนไหวผิดปกติ

5. มีเสียงกรอบแกรบ (Crepitus) จากการเสียดสีของปลายกระดูกที่หักเวลาเคลื่อนไหว

6. อาจพบปลายกระดูกที่หักหรือชิ้นส่วนของกระดูกที่หัก

7. อาจมีอาการอื่นร่วม เช่น มีบาดแผลในกรณีที่มีกระดูกหักแบบเปิด มีไข้สูง จากการติดเชื้อ ข้อคจากการเสียชีวิต หรือจากการที่เส้นประสาทถูกกด

การปฐมพยาบาล

กระดูกหักสามารถเกิดขึ้นได้กับกระดูกทุกชิ้น ซึ่งความรุนแรงจะขึ้นอยู่กับแรงที่มากระทำ ทำให้ผู้บาดเจ็บมีอาการและอาการแสดงแตกต่างกัน¹³ ดังนี้

1. กระโหลกศีรษะแตก

กระโหลกศีรษะเป็นอวัยวะที่ป้องกันสมอง การที่กระโหลกศีรษะแตกอาจมีผลกระทบกระเทือนต่อการทำงานของสมอง ผู้บาดเจ็บอาจหมดสติได้

สาเหตุ จากการหกล้มศีรษะกระแทกพื้น ถูกตีที่ศีรษะโดยตรง หรืออุบัติเหตุบนท้องถนน

อาการและอาการแสดง ถ้ามีกระดูกแตกหรือร้าวเพียงอย่างเดียว มักจะมีอาการปวดศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ อาเจียน แต่ถ้ากระดูกแตกแล้วค้อนไปกดเนื้อสมอง ก็จะมีอาการทางสมอง ได้แก่ ซึมลง อาเจียนพุ่ง พฤติกรรมเปลี่ยนไป ขนาดของรูม่านตาไม่เท่ากัน แขนขาไม่มีแรงซีกใดซีกหนึ่ง อาจมีเลือดหรือน้ำไขสันหลังออกทางจมูกหรือหู ไม่รู้สึกตัว หายุดหทัยและหัวใจหยุดเต้น

การปฐมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้บาดเจ็บ
2. ประเมินบาดแผล กรณีที่กระโหลกศีรษะแตกเล็กน้อย มีเลือดซึมไม่มาก หลังจากทำแผลแล้วแนะนำให้ญาติสังเกตอาการทางสมองต่ออีก 24-48 ชั่วโมง โดยในระยะนี้ไม่ควรให้ยาแก้ปวด เพราะอาจทำให้การประเมินอาการทางสมองไม่ถูกต้องได้ และถ้ามีอาการทางสมองให้รีบนำผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาลโดยด่วน เพื่อการรักษาในขั้นต่อไป
3. การเคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บ กรณีที่ผู้บาดเจ็บรู้สึกตัวให้จัดอยู่ในท่าครึ่งนั่งครึ่งนอน หาเบาะรองศีรษะและไหล่ไว้ ถ้ามีเลือดหรือน้ำไขสันหลังออกจากหู ให้เอียงศีรษะมาทางด้านที่บาดเจ็บ โดยใช้ผ้าสะอาดปิดหูไว้แต่อย่าอุดหู ถ้าผู้บาดเจ็บไม่รู้สึกตัวให้จัดอยู่ในท่านอนราบศีรษะเอียงไปทางด้านที่บาดเจ็บ พร้อมทั้งตรวจนับอัตราการหายใจ การเต้นของชีพจร ระดับความรู้สึกตัวของผู้บาดเจ็บ ถ้าหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นให้เริ่มช่วยฟื้นคืนชีพทันที

2. กระดูกขากรรไกรหัก

สาเหตุ จากการถูกตี ถูกต่อย หกล้มคางกระแทกพื้น หรืออุบัติเหตุบนท้องถนน

อาการและอาการแสดง เจ็บปวดบริเวณคาง คางผิดรูป อ้าปากไม่ขึ้น เคี้ยวอาหารไม่ได้ ฟันไม่สบกัน กลืนน้ำลายไม่สะดวก จะมีน้ำลายไหลย่อย เวลาโยกคางมีเสียงดังกรอบแกรบ อาจมีเลือดซึมจากเหงือกปนกับน้ำลาย และอาจมีแผลบริเวณคางหรือภายในช่องปาก

การปฐมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้บาดเจ็บ
2. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง เนื่องจากทางเดินหายใจอาจถูกปิดกั้นจากน้ำลาย เลือด หรือฟันที่หัก หลุดลงหลอดลม
3. ตามหรือพุงขากรรไกรด้วยผ้าพัน เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด
4. เคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาล

3. กระดูกโหนกร้าวหัก

สาเหตุ จากการถูกตีที่กระดูกโหนกร้าวโดยตรง หรือหกล้มท่าแขนเหยียดตรงใช้ฝ่ามือยันพื้น หรือหัวไหล่กระแทกพื้น

อาการและอาการแสดง เจ็บปวดบริเวณกระดูกโหนกร้าวข้างที่หัก คลำพบปลายกระดูกที่หักโคงนูน ยกแขนข้างที่หักไม่ได้ หัวไหล่ตลกและขยับมาทางด้านหน้า ถ้าเคลื่อนไหวแขนข้างที่หักจะได้ยินเสียงกรอบแกรบ

การปฐมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้บาดเจ็บ
2. ยกปลายแขนข้างที่หักขึ้นอย่างนุ่มนวล โดยวางทาบบนหน้าอกให้ปลายนิ้ววางอยู่บนหัวไหล่ แล้วใช้ผ้าสามเหลี่ยมคล้องพยุงแขนผู้บาดเจ็บไว้ หรือใช้ผ้ายึดพันเป็นรูปเลข 8 ที่หัวไหล่ทั้ง 2 ข้าง เพื่อไม่ให้บริเวณที่หักเคลื่อนไหว

3. เคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาล

4. กระดูกซี่โครงหัก

สาเหตุ เกิดจากอุบัติเหตุบนท้องถนน พวงมาลัยรถกระแทกหน้าอก หรือจากการเล่นกีฬา

อาการและอาการแสดง ถ้ากระดูกซี่โครงหักแบบธรรมดา ปลายกระดูกที่หักไม่ไปทิ่มแทงอวัยวะภายในช่องอก จะมีอาการเจ็บหน้าอกบริเวณที่ถูกกระแทก และจะเจ็บมากขึ้นเวลาหายใจเข้าออกแรง ๆ ลักษณะการหายใจจะถี่และตื้น แต่ถ้ากระดูกซี่โครงหักแล้วปลายกระดูกที่หักไปทิ่มแทงอวัยวะภายในช่องอก ได้แก่ ปอด หัวใจ และเส้นเลือดในช่องอก ผู้บาดเจ็บจะมีอาการรุนแรงขึ้น คือ หน้าซีด เหงื่อออก ตัวเย็น ชีพจรเบาเร็ว ซึ่งบ่งบอกถึงอาการตกเลือดภายในไอนี้เป็นเลือด หรือมีบาดแผลเปิดบริเวณหน้าอกเป็นแบบปากแผลดูขณะหายใจเข้า

การปฐมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงผู้บาดเจ็บ
2. ตามโดยใช้ผ้าพันแขนข้างใดข้างหนึ่งแนบกับลำตัว เพื่อให้บริเวณที่ได้รับบาดเจ็บอยู่นิ่งไม่เจ็บปวดมากขึ้น ขณะที่พันผ้าให้ผู้บาดเจ็บหายใจออกเต็มที่ โดยใช้ผ้าสะอาดปิดบาดแผลให้มิดชิด และใช้ผ้าพันให้แน่น

3. เคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาลในท่านั่ง ยกเว้นผู้บาดเจ็บไม่รู้สึกรู้สีกตัวให้เคลื่อนย้ายในท่านอน โดยทับด้านที่กระดูกซี่โครงหัก และเอียงหน้าเพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง

5. กระดูกต้นแขนหัก

สาเหตุ เกิดจากการถูกแรงกระแทกโดยตรงที่ต้นแขน ตกจากที่สูงต้นแขนกระแทกพื้น ล้มในท่าเหยียดแขนยันพื้น

อาการและอาการแสดง ปวดบริเวณต้นแขนที่หักและปวดมากเวลาขยับ กดเจ็บบริเวณกระดูกหักและมีเสียงกรอบแกรบ บริเวณต้นแขนที่หักจะโก่งงอ ยกไม่ได้ และเหยียดข้อศอกไม่ได้ ถ้ากระดูกหักแบบเปิดจะเห็นปลายกระดูกหักโผล่ออกมา และถ้ามีการกดประสาทที่มาเลี้ยงบริเวณแขน จะทำให้ข้อมือตลก กระดกนิ้วมือขึ้นไม่ได้ มีอช

การปฐมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงผู้บาดเจ็บ
2. ถ้ามีบาดแผลให้ใช้ผ้าสะอาดปิดแผลไว้ และถ้ามีปลายกระดูกโผล่ห้ามดันกระดูกให้เข้าที่เดิม เพราะอาจเกิดอันตรายต่อเส้นเลือดและเส้นประสาทได้ง่าย รวมถึงการติดเชื้อจากภายนอก

3. ตามบริเวณที่หักโดยใช้ผ้าพันต้นแขนข้างที่หักกับลำตัว แล้วพยุงแขนด้วยผ้าสามเหลี่ยม

4. เคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาลในท่านั่งหรือท่านอนหงาย ขณะเคลื่อนย้ายต้องสังเกตปลายมือข้างที่กระดูกต้นแขนหักว่ามีอาการเย็น ซีด เขียว จากการขาดเลือดไปเลี้ยงหรือไม่ หรือสอบถามอาการขาที่ปลายนิ้วมือจากการถูกกดของเส้นประสาท ถ้าพบอาการดังกล่าวต้องรีบคลายปมที่ผูกไม่ให้นแน่นเกินไป พร้อมทั้งสังเกตอาการช็อคจากการเสียเลือดมาก จึงควรให้ผู้บาดเจ็บดื่มน้ำและอาหารทางปากไว้ก่อน เพื่อการรักษาในขั้นต่อไป

6. กระดูกปลายแขนหัก ประกอบด้วย กระดูก 2 ชิ้น การหักอาจเกิดที่กระดูกชิ้นเดียวหรือทั้งสองชิ้นก็ได้

สาเหตุ มักเกิดจากแรงกระแทกโดยตรง หรือหกล้มในท่ามีแขนยันพื้นแขนเหยียดตรง

อาการและอาการแสดง ถ้ากระดูกหักเพียงชิ้นเดียวก็จะไม่พบอาการแขนโก่งคด หรือผิดรูปร่าง เพราะ

กระดูกอีกชิ้นหนึ่งจะทำหน้าที่เป็นตัวค้ำโดยธรรมชาติ และถ้ากระดูกหักบริเวณใกล้ข้อมือจะพบรูปร่างผิดปกติอย่างชัดเจน คือ ลักษณะมือและปลายแขนจะมีรูปร่างคล้ายข้อสนั่น ซึ่งมีชื่อเฉพาะว่า Colles' fracture จะมีอาการชา มือและอ่อนแรง เคลื่อนไหวนิ้วมือได้จำกัด

การปฐมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้บาดเจ็บ
2. ตามกระดูกปลายแขนด้วยเปลือกชั่วคราว แล้วพวงแขนข้างที่หักด้วยผ้าสามเหลี่ยม
3. เคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บนำส่งโรงพยาบาลโดยทำนั่งหรือทำนอนหงาย

7. กระดูกข้อมือและมือหัก

สาเหตุ เกิดจากการหกล้มโดยใช้ฝ่ามือยันพื้นในท่าเหยียดมือ หรือถูกแรงกระแทกโดยตรง

อาการและอาการแสดง จะมีอาการปวด บวม และกดเจ็บบริเวณที่หัก เคลื่อนไหวข้อมือและมือไม่ได้ มีรูปร่างผิดปกติ

การปฐมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดง
2. ตามและพวงนิ้วมือ ฝ่ามือ และปลายแขน เพื่อบรรเทาความเจ็บปวด
3. เคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาลโดยทำนั่งหรือเดิน

8. กระดูกต้นขาหัก

สาเหตุ เกิดจากการหกล้ม อุบัติเหตุบนท้องถนน

อาการและอาการแสดง ถ้ากระดูกต้นขาส่วนกลางหักจะสังเกตเห็นบริเวณที่หักโก่งนูน และขาสั้นกว่าปกติ ปลายเท้าจะซีดออกจากแนวลำตัว จะปวดมากเพราะบริเวณนี้มีกล้ามเนื้อมัดใหญ่ เมื่อกระดูกหักกล้ามเนื้อจะหดรั้งมาก ทำให้มีความเจ็บปวดมาก อาจถึงช็อกได้ สำหรับการหักที่บริเวณส่วนต้นของกระดูกต้นขา ผู้ได้รับบาดเจ็บมักจะช็อก ตกเลือดภายในต้นขา

การปฐมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้บาดเจ็บ
2. ตามบริเวณที่หักกับขาข้างดี หรือใช้ไม้กระดานรอง และสอดวัสดุนุ่ม ๆ ไว้ด้วย
3. เคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาลในท่านอนหงายราบ และในขณะที่เคลื่อนย้าย ต้องสังเกตปลายเท้าว่ามีอาการเขียวคล้ำ บวม ชีต หรือชา จากการขาดเลือดไปเลี้ยงหรือเส้นประสาทถูกกดหรือไม่ ตลอดจนสังเกตอาการช็อก จึงควรงดอาหารและน้ำทางปากไว้ก่อน เพื่อการรักษาในขั้นต่อไป

9. กระดูกสันหลังหัก

สาเหตุ เกิดจากการตกจากที่สูงในท่าก้มกระแทก ซึ่งความสูงมักเกิน 2 เมตร จากอุบัติเหตุบนท้องถนน แรงกระแทกทำให้กระดูกสันหลังถูกเหวี่ยงอย่างรวดเร็ว หรือถูกตี บริเวณกระดูกสันหลังอย่างแรง

อาการและอาการแสดง กระดูกสันหลังหักเป็นการบาดเจ็บที่มีความสำคัญมาก เพราะถ้ากระดูกที่หักยุบลงไป กดทับประสาทไขสันหลัง จะทำให้ผู้บาดเจ็บเป็นอัมพาตอย่างถาวรได้ กรณีที่กระดูกสันหลังส่วนคอหักจะมีอาการปวดคอ หลัง แขนขาชาหรืออ่อนแรง อาจมีอาการหายใจขัด อึดอัด หายใจลำบาก หรือถ้ากระดูกสันหลังส่วนเอวหักจะมีอาการปวดเอว ขาทั้งสองข้างชาหรืออ่อนแรง กลั้นอุจจาระหรือปัสสาวะไม่ได้ จะถ่ายอุจจาระหรือปัสสาวะโดยไม่รู้สึกรู้สึกตัว

การปฐมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้บาดเจ็บ
2. ตามกระดูกสันหลังโดยให้คอและหลังอยู่ในแนวตรง และควรตามก่อนการเคลื่อนย้ายเสมอ
3. เคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาลในท่านอนหงายราบ

10. กระดูกเชิงกรานหัก

สาเหตุ เกิดจากอุบัติเหตุบนท้องถนน ตกจากที่สูง หรือถูกแรงกระแทกโดยตรง

อาการและอาการแสดง จะปวดมากบริเวณสะโพกหรือหลัง และขาหนีบ อาจมีอาการช็อคจากกระดูกเชิงกรานหักทะลุกระเพาะปัสสาวะ ทำให้เลือดตกภายใน และอาจพบว่าปัสสาวะมีเลือดปน ยกสะโพกไม่ได้

การปฐมพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของผู้บาดเจ็บ
2. ตามกระดูกเชิงกรานบนแผ่นไม้กระดาน โดยวางผ้านุ่ม ๆ ไว้ระหว่างขา ทั้งสองข้างตั้งแต่หัวเข่าจนถึงเท้า
3. เคลื่อนย้ายผู้บาดเจ็บส่งโรงพยาบาลในท่านอนหงาย

การส่งต่อและขอรับคำปรึกษาแหล่งให้ความช่วยเหลือ (แหล่งเบอร์โทรศัพท์ติดต่อที่ควรรู้)

ดร.พนารัตน์ วิเวทพนนิมิตร

การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง เป็นการดูแลแบบองค์รวม ซึ่งผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงอาจ มีปัญหา ด้านสุขภาพ ด้านจิตใจ ด้านสังคม หรือถูกทำร้าย ทารุณกรรมหรือทอดทิ้ง ดังนั้น ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง และผู้ดูแลจำเป็นต้องดำเนินการส่งต่อหรือขอรับคำปรึกษาจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้องได้

การส่งต่อ¹

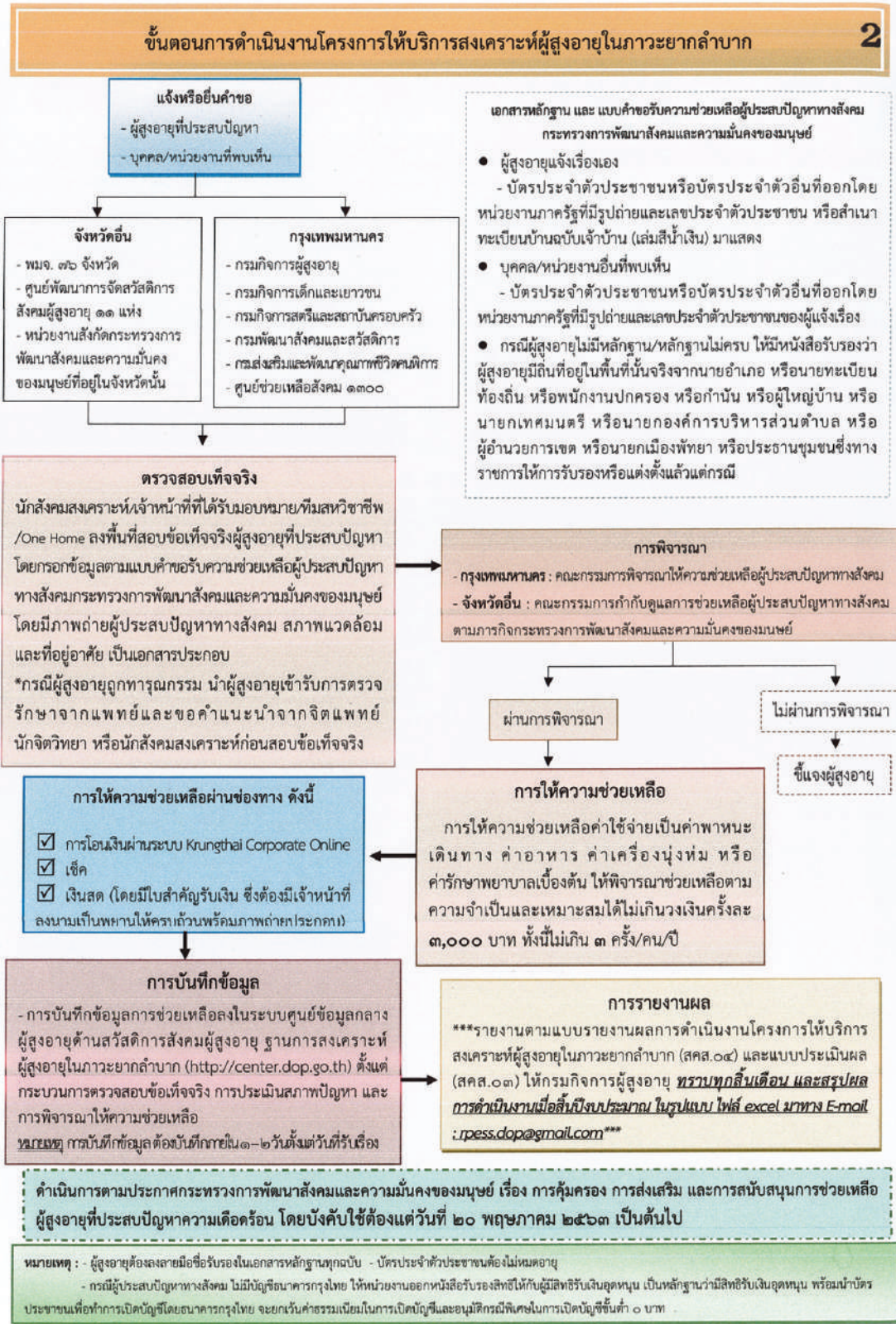
1. ปัญหาด้านสุขภาพ เมื่อผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเกิดการเจ็บป่วยที่ไม่สามารถดูแลได้ หรือได้รับบาดเจ็บ ควรนำส่งสถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุดที่เป็นหน่วยบริการหลักของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง การเลือกสถานพยาบาล ถ้าเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น ท้องเสียมาก เกิดบาดแผลที่ต้องเย็บ โคนสุนัขกัดให้นำส่งโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือสถานบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ กรณีเจ็บป่วยรุนแรงหรือฉุกเฉินเช่น เกิดการเสียเลือดมาก แพ้ยา กระจกหักให้นำส่งโรงพยาบาลทันทีในการส่งควรนำบัตรประจำตัวประชาชนไปด้วย เพื่อความสะดวกในการตรวจสอบสิทธิการรักษา สำหรับปัญหาด้านจิตใจที่เกินความสามารถของผู้ดูแลให้ส่งต่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาให้พยาบาลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

2. ปัญหาการถูกทอดทิ้ง/ทารุณกรรม เมื่อพบว่าผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงถูกทอดทิ้งหรืออยู่คนเดียว ไม่สามารถดูแลตนเองได้และเกินความสามารถของผู้ดูแล ควรดำเนินการส่งต่อตามขั้นตอนของโครงการให้บริการสงเคราะห์ผู้สูงอายุในภาวะยากลำบากของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งสามารถศึกษารายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่คู่มือดำเนินโครงการให้บริการสงเคราะห์ผู้สูงอายุในภาวะยากลำบากประจำปีงบประมาณ 2563 (ฉบับปรับปรุง)¹⁴ (<http://www.chainat.m-society.go.th/work/คู่มือโครงการให้บริการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ.pdf>)

3. ปัญหาด้านที่อยู่อาศัย เมื่อพบผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงไม่มีที่อยู่อาศัย ที่อยู่อาศัยไม่ปลอดภัย ให้ส่งต่อองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลที่รับผิดชอบ หรือดำเนินการส่งต่อตามขั้นตอนของโครงการให้บริการสงเคราะห์ผู้สูงอายุในภาวะยากลำบากของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

4. ปัญหาด้านเศรษฐกิจ เมื่อพบผู้สูงอายุไม่ได้รับสิทธิสวัสดิการเรื่องเบี้ยยังชีพ เบี้ยคนพิการให้ส่งต่อองค์การบริหารส่วนตำบล/เทศบาลที่รับผิดชอบ

ขั้นตอนของโครงการให้บริการสงเคราะห์ผู้สูงอายุในภาวะยากลำบากของกรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์¹⁴



แหล่งอ้างอิง: กรมกิจการผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. คู่มือดำเนินโครงการให้บริการสงเคราะห์ผู้สูงอายุในภาวะยากลำบากประจำปีงบประมาณ 2563 (ฉบับปรับปรุง) หน้า 2 ¹⁴ (<http://www.chainat.m-society.go.th/work/คู่มือโครงการให้บริการสงเคราะห์ผู้สูงอายุ.pdf>)

แนวทางในการปฏิบัติ ¹

1. อธิบายความจำเป็นในการส่งต่อให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง และญาติเข้าใจ
2. ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลควรมีเบอร์โทรศัพท์ของมูลนิธิสถาบันที่ให้บริการรับ-ส่งผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงในกรณีฉุกเฉินในพื้นที่รับผิดชอบ
3. ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงหรือผู้ดูแลเป็นผู้ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อการส่งต่อ
4. ช่วยปฐมพยาบาลเบื้องต้นในกรณีเกิดปัญหาสุขภาพ
5. ประสานงานกับญาติเพื่อให้ทราบถึงปัญหาของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

การแจ้งขอความช่วยเหลือ ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลสามารถแจ้งขอความช่วยเหลือจากหน่วยบริการ การแพทย์ฉุกเฉิน (EMS) และหน่วยกู้ภัยต่าง ๆ โดยเร็วที่ 1669 หรือ 191 ในขณะที่แจ้งขอความช่วยเหลือ ตั้งสติให้ดี พูดให้ชัดเจน อย่าตื่นตระหนก และแจ้งข้อมูล¹⁵ ดังนี้

- สถานที่เกิดเหตุ บอกจุดที่สังเกตได้ง่าย
- ชื่อผู้แจ้ง และเบอร์โทรศัพท์ติดต่อกลับ
- เหตุการณ์ที่เกิดขึ้น จำนวนผู้บาดเจ็บ/ผู้ป่วย

ขณะรอการช่วยเหลือ ให้ปฐมพยาบาลไปตามความรุนแรง และความจำเป็นของการบาดเจ็บ ตามลำดับ ถ้าในกรณีมีผู้บาดเจ็บ/ผู้ป่วยหลายคนพร้อมกัน ควรประเมินผู้บาดเจ็บ/ผู้ป่วยคร่าว ๆ ทุกคน เพื่อคัดแยกและพิจารณาจัดลำดับความสำคัญในการให้ความช่วยเหลือต่อไป

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อในกรณีฉุกเฉิน

เบอร์โทรศัพท์ติดต่อ	หน่วยงาน
1669	เจ็บป่วยฉุกเฉิน
8222-2354-0	ศูนย์กู้ชีพเรนทร โรงพยาบาลราชวิถี กรุงเทพมหานคร
1646	ศูนย์เอร์วีน สำนักงานแพทย์ กรุงเทพมหานคร
1555	หน่วยแพทย์กู้ชีพ กรุงเทพมหานคร
1300	ศูนย์ช่วยเหลือสังคม กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ประสานความช่วยเหลือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การแสวงหาผลประโยชน์ทางเพศ ถูกกระทำความรุนแรง ปัญหาสังคมต่างๆ
191	แจ้งเหตุด่วนเหตุร้าย
1330	สายด่วน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) บริการข้อมูลสิทธิหลักประกันสุขภาพ
1667	สายด่วน กรมสุขภาพจิต
1367	ศูนย์พิษวิทยา โรงพยาบาลรามธิบดี

โดยสรุป ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงมีบทบาทสำคัญในการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับภาวะฉุกเฉินที่อาจเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้การดูแลได้อย่างเหมาะสมและทันเวลาที่ โดยต้องเตรียม ทั้งด้านกายภาพและสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมเพื่อช่วยลดการบาดเจ็บ การเตรียมอุปกรณ์ในการปฐมพยาบาล การเตรียมและทบทวนความรู้เกี่ยวกับการประเมินภาวะวิกฤต การปฐมพยาบาล และการส่งต่อหรือการขอความช่วยเหลือกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องให้กับผู้ดูแล เพื่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ทั้งนี้ ต้องคำนึงถึงขอบเขต กฎหมาย และระเบียบปฏิบัติที่สถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงและผู้ดูแลสามารถทำได้ตามบทบาทอย่างเคร่งครัดด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. พรรณธร เจริญกุล. การปฐมพยาบาลและการส่งต่อ. ใน: พรรณธร เจริญกุล, ดารุณี ภูษณสุวรรณศรี, และอรพิน ฐาปนกุลศักดิ์, บรรณาธิการ. การดูแลผู้สูงอายุ Elderly Care. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: รุ่งแสงการพิมพ์ จำกัด; 2555. หน้า 151-165.
2. ชนวัฒน์ ธาราพันธ์ และครองวงศ์ มุสิกถาวร. การบาดเจ็บในผู้สูงอายุ: Geriatric Trauma. ใน: เกื้อเกียรติ ประดิษฐ์พรศิลป์, พรทิพย์ ควรคิด, สมบัติ ตรีประเสริฐสุข, ภรเอก มั่นวานิช, ไอศวรรย์ เพชรหล่อเหลี่ยม, และไพโรจน์ ฉัตรานุกุลชัย, บรรณาธิการ. ตำราเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: รุ่งศิลป์การพิมพ์; 2561. หน้า 179-183.
3. รำแพน พรเทพเกษมสันต์. บาดแผล (Wounds): การปฐมพยาบาล FIRST AIDS. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โสภณการพิมพ์; 2562. หน้า 83-104.
4. จิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช, อังคณา ศรีสุขและสหรัฐ เจตมโนรมย์. คู่มือการช่วยเหลือผู้สูงอายุภาวะฉุกเฉิน. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 21 ต.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.nurs.chula.ac.th/images/2019/announcement/คู่มือภาวะฉุกเฉินในผู้สูงอายุ.pdf>.
5. รำแพน พรเทพเกษมสันต์. การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน (Basic life support): การปฐมพยาบาล FIRST AIDS. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โสภณการพิมพ์; 2562. หน้า 69-82.
6. ไสว นรสาร, และพิรญา ไส้ไหม. แนวคิดและหลักการจัดการผู้บาดเจ็บสำหรับพยาบาล: Concept and Principle of Trauma Managements for Nurses. ใน: ไสว นรสาร, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้บาดเจ็บ Trauma Nursing. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 เล่ม 1. กรุงเทพฯ: ไอเดีย อินสแตนท์ พริ้นท์; 2563. หน้า 27-56.
7. คณะกรรมการมาตรฐานการช่วยชีวิต สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์. คู่มือการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานและเครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ (เออีดี:AED) สำหรับประชาชน พ.ศ. 2561. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 ต.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: https://www.thaicpr.org/?mod=knowledge&op=view&knowledge_id=14
8. อมรรัตน์ ศุภมาศ. การใช้เครื่องช็อกไฟฟ้าหัวใจอัตโนมัติ หรือ เออีดี. [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 9 ต.ค. 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.rama.mahidol.ac.th/atrama/issue018/varieties-corner>.
9. รำแพน พรเทพเกษมสันต์. การตกเลือดและการห้ามเลือด (Haemorrhage and Control haemorrhage): การปฐมพยาบาล FIRST AIDS. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โสภณการพิมพ์; 2562. หน้า 105-115.
10. ไสว นรสาร, และพิชญา ทองโพธิ์. การดูแลผู้บาดเจ็บระยะก่อนถึงโรงพยาบาล: Prehospital Trauma life Support. ใน: ไสว นรสาร, บรรณาธิการ. การพยาบาลผู้บาดเจ็บ Trauma Nursing. ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1 เล่ม 1. กรุงเทพฯ: ไอเดีย อินสแตนท์ พริ้นท์; 2563. หน้า 1-26.
11. รำแพน พรเทพเกษมสันต์. การใช้ผ้าพันชนิดต่าง ๆ: การปฐมพยาบาล FIRST AIDS. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โสภณการพิมพ์; 2562. หน้า 116-130.
12. รำแพน พรเทพเกษมสันต์. การบาดเจ็บจากการออกกำลังกายและกีฬา (Exercises and Sport injuries): การปฐมพยาบาล FIRST AIDS. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โสภณการพิมพ์; 2562. หน้า 132-160.

13. จงรัก อิฐรัตน์, และกนกวรรณ พุ่มทองดี. การปฐมพยาบาลผู้ที่มีภัยอันตรายของกระดูก กล้ามเนื้อ และข้อต่อ. ใน: วิภาพร วรหาญ, จงรัก อิฐรัตน์, และสุวรรณา บุญยะสิทธิ์พรณ, บรรณาธิการ. การปฐมพยาบาลและการพยาบาลฉุกเฉิน. พิมพ์ครั้งที่ 14. ขอนแก่น: ขอนแก่นการพิมพ์; 2554. หน้า 118-164.

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

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

ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยและกลุ่มอาการสูงอายุ

โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุที่พบบ่อย

(Common chronic diseases in the older adults)

อ.นพ. ฤกษ์ ปิณฑะรัต, ศ.นพ. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล

โรคเรื้อรัง หมายถึง โรคที่รักษาไม่หาย การรักษาเป็นเพียงการพุงไม่ให้มีการสูญเสียการทำงานของร่างกายมากขึ้น ข้อมูลจากสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค พบว่าโรคเรื้อรังส่งผลกระทบต่อสุขภาพทางกายและจิตใจของผู้ป่วย เคยมีการศึกษาพบว่าประชากรสูงอายุนาน 250,000 คน จะมีโรคเรื้อรังอย่างน้อย 1 ชนิด ถึงร้อยละ 86 เช่น โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน อีกทั้งโรคเรื้อรังต่าง ๆ จะติดตัวผู้ป่วยไปจนถึงระยะท้ายของชีวิต แม้จะอยู่บ้านหรือไปอยู่ในสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ดูแล บุคลากร เจ้าหน้าที่ผู้ดำเนินการในสถานประกอบการควรทราบถึงแนวทางการตรวจคัดกรอง การพยาบาล เบื้องต้น และข้อควรระวังที่ควรส่งพบแพทย์โดยเร็ว สำหรับโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุมีหลายโรค ในบทนี้จะกล่าวถึงในโรคที่พบบ่อย ประกอบด้วย

โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุไทยพบได้ประมาณร้อยละ 50 และพบได้มากขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น มีเพียงร้อยละ 40 ที่สามารถควบคุมระดับความดันได้ดี

โรคความดันโลหิตสูงมักไม่ค่อยมีอาการ หรือหากมีอาการก็มักมีอาการแสดงจำเพาะ อาจจะมาด้วยอาการปวดศีรษะ เวียนศีรษะ คลื่นไส้อาเจียน ส่วนใหญ่มักจะตรวจพบเมื่อไปตรวจรักษาด้วยปัญหาอื่นหรือบางครั้งอาจไม่ทราบว่ามีความดันโลหิตสูงจนเกิดหลอดเลือดสมองแตก หรือ หากเป็นความดันโลหิตสูงระยะยาวที่คุมไม่ดี อาจเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบ หลอดเลือดสมองตีบ การทำงานของไตเสื่อม เป็นต้น ดังนั้นเจ้าหน้าที่ในสถานประกอบการฯ จึงควรตระหนักถึงปัญหานี้และให้ความสำคัญในการตรวจคัดกรองเบื้องต้น

สำหรับการวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ การวัดความดันโลหิตได้ตั้งแต่ 140/90 มิลลิเมตรปรอท¹ โดยวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง แสดงในรูปที่ 1 ข้อเสนอแนะสำหรับการดูแลผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงสำหรับสถานประกอบการฯ ได้แก่

- 1.1) ควรวัดความดันโลหิต วันละ 2 ช่วงเวลา คือช่วงเช้าและช่วงเย็นอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน
- 1.2) แนะนำให้มีการซักประวัติผู้ที่ตรวจพบที่มีความดันโลหิตสูงใน 4 ประเด็น ได้แก่ ปัจจัยเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสูง เช่น ประวัติการใช้แอลกอฮอล์ บุหรี่ โรคไต การนอนกรน
- 1.3) ควรรับประทานยาลดความดันโลหิตที่ได้รับจากแพทย์อย่างต่อเนื่อง
- 1.4) หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ต้องมีการกลั้นหายใจหรือเบ่ง
- 1.5) หากมีอาการผิดปกติที่สงสัยภาวะความดันโลหิตสูงควรได้รับการตรวจเพิ่มเติม
- 1.6) ให้การป้องกันและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้งการเลิกแอลกอฮอล์และบุหรี่ การลดน้ำหนัก ปรับรูปแบบอาหาร ลดปริมาณเกลือ ออกกำลังกายอย่างถูกต้องเหมาะสม โดยอาจจะทำเป็นกิจกรรมที่ทำร่วมกันในสถานประกอบการฯ

1.7) สถานประกอบการฯ ควรมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยาแต่ละชนิดของผู้ที่รับไว้ใน การดูแล สิ่งที่ต้องพึงระวังในการวัดความดันโลหิต คือ ความดันโลหิตอาจสูงเทียม จากการที่ไปวัดตอนผู้ป่วยเพิ่งทำ กิจกรรม อารมณ์หงุดหงิด ตื่นเต้น เป็นต้น สำหรับความดันโลหิตที่ควรให้การรักษาหรือพบแพทย์โดยเร็ว คือความดันโลหิตที่มีค่าตั้งแต่ 180/110 มิลลิเมตรปรอท ส่วนการติดตามระดับความดันโลหิตในผู้สูงอายุ แนะนำให้อยู่ในระดับ น้อยกว่า 150/90 มิลลิเมตรปรอท



รูปที่ 1 แสดงวิธีการวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง

โรคเบาหวาน

โรคเบาหวานในผู้สูงอายุไทยพบได้ประมาณร้อยละ 18.1 ผู้ป่วยเบาหวานที่สามารถควบคุมระดับน้ำตาล ในเลือดได้ดีเพียงร้อยละ 18.5 – 38.4 โดยอาการนำของโรคเบาหวาน เช่น หิวบ่อย รับประทานจุ แต่น้ำหนักลด ต้ม น้ำบ่อย ปัสสาวะบ่อยหรือปัสสาวะกลางคืน ชาปลายมือปลายเท้า ตาพร่ามัว หรืออาจจะมีแผลเรื้อรังที่หายช้า

สำหรับเกณฑ์การวินิจฉัยจากแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 25602 แนะนำให้มีการตรวจคัดกรอง ในผู้ที่อายุ 35 ปีขึ้นไป ดังนั้น ผู้สูงอายุจึงควรได้รับการตรวจคัดกรองทุกคน สำหรับสถานประกอบการการดูแล ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง อาจทำการติดต่อสถานพยาบาลใกล้บ้านมาทำการตรวจคัดกรอง หรือใช้วิธีการตรวจ น้ำตาลในเลือดโดยวิธีเจาะจากปลายนิ้ว โดยทำการงดเครื่องดื่มและอาหารเพื่อทำการตรวจ หากได้ระดับน้ำตาล 126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรขึ้นไปในการตรวจ 2 ครั้ง ถือว่าผู้สูงอายุนั้นเป็นโรคเบาหวาน หากการตรวจคัดกรองพบว่า ผู้ป่วยเป็นโรคเบาหวาน แนะนำให้ส่งตรวจรักษาต่อเพิ่มเติมกับแพทย์ เพื่อให้ได้รับการรักษาด้วยยา รวมถึงสืบค้นหา ภาวะแทรกซ้อนอย่างเหมาะสม

ข้อแนะนำในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ได้แก่

2.1 ตรวจระดับน้ำตาลในเลือดโดยวิธีเจาะจากปลายนิ้วเป็นประจำ ตามคำแนะนำของแพทย์และนำผลไปปรึกษาแพทย์ที่ทำการรักษา

2.2 ปรับรูปแบบอาหารให้เหมาะกับผู้ป่วยโรคเบาหวาน อาจใช้วิธีลดอาหารหวาน อาหารแลกเปลี่ยน หรือสารให้ความหวานเพื่อทดแทนการใช้น้ำตาล

2.3 หากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยการฉีดอินซูลิน ให้ฉีดให้ตรงเวลาและถูกวิธีที่บริเวณหน้าท้อง สังเกตน้ำจากปลายเข็มไม่ควรมียอกมาตอนถอนเข็มออก ลักษณะของไขมันที่หน้าท้องไม่มีความผิดปกติ และควรฉีดเปลี่ยนที่ไปเรื่อย ๆ ที่บริเวณหน้าท้อง

2.4 ดูแลมือเท้าของผู้ป่วยเบาหวานอย่างระมัดระวัง เนื่องจากมีโอกาสเกิดแผลเรื้อรังได้มากกว่าผู้ป่วยทั่วไป เช่น ตัดเล็บให้ถูกวิธี เช็ดให้แห้ง หลีกเลี่ยงการใส่รองเท้าแตะคียบ หากมีแผลเรื้อรังให้รีบพบแพทย์

2.5 ตรวจหาภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ในผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ทั้งที่ไต ตา หรือที่เท้า

2.6 สังเกตอาการผิดปกติที่อาจมีสาเหตุมาจากระดับน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำเกินไป เช่น ซึม สับสน มีการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติของกล้ามเนื้อ โดยหากมีอาการผิดปกติให้ทำการตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดโดยวิธีเจาะจากปลายนิ้ว หากมีระดับที่ต่ำกว่า 70 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หรือมากกว่า 250 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตรและมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น ซึม สับสน หรือมีการเคลื่อนไหวผิดปกติ แนะนำให้ทำการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและรีบนำส่งแพทย์ ส่วนผลของการรักษาในผู้ป่วยสูงอายุ ขึ้นกับระดับความแข็งแรง โรคร่วมอื่น ๆ ภาวะเปราะบางของผู้ป่วย และอายุขัยที่คาดการณ์ของผู้ป่วย แต่อย่างไรก็ตามการดูแลรักษาส่วนที่ไม่ใช่ยาที่มีจำเป็นที่จะต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและลดความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น ได้แก่ การลดปริมาณอาหารหวาน หลักการเลือกอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การดูแลรักษาช่องปาก ทำอย่างเหมาะสม

โรคไขมันในเลือดสูง

โรคไขมันในเลือดสูง เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของระบบเมแทบอลิซึมของไขมันในร่างกาย ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนำไปสู่หลอดเลือดแดงแข็ง และเกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้นได้ แนะนำให้ตรวจคัดกรองไขมันชนิด total cholesterol และ HDL ในผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี หากผลเลือดปกติให้ตรวจซ้ำทุก 5 ปี 3 โดยสถานประกอบการฯ อาจจะอำนวยความสะดวกในการตรวจคัดกรองด้วยการเจาะเลือดพร้อมกับการตรวจคัดกรองโรคเบาหวานได้ และควรให้การปรับพฤติกรรมการใช้ชีวิตของผู้ที่รับไว้ดูแลในสถานประกอบการฯ ประกอบด้วย การออกกำลังกายอย่างเหมาะสม การปรับรูปแบบอาหารให้เหมาะสมกับผู้สูงอายุรายนั้นๆ

โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หรือภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด

- โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ หรือภาวะที่กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือด จะมีอาการแสดง ได้แก่ อาการเจ็บแน่นบริเวณกลางหน้าอก ซึ่งอาการเจ็บหน้าอกบางครั้งอาจจะบอกตำแหน่งได้ไม่ชัดเจน แต่จะมีลักษณะ คือ คล้ายของหนักทับ อาจมีอาการร้าวไปที่แขนหรือไหล่ซ้าย คอและหลังได้ โดยส่วนใหญ่มีลักษณะอาการแน่นหน้าอก คือ บวม เกิดขณะออกกำลังกาย หายุดักหรืออ้อมยามไต่ลื่นแล้วอาการแน่นหน้าอกดีขึ้น

- อาการใจสั่นหรือหัวใจเต้นผิดจังหวะ

- หมดสติ

- อาการเหนื่อยมากขึ้น ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ลดลง หรือมีอาการขาหรือเท้าบวม

อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุที่ติดเตียงที่มีปัญหาด้านการสื่อสารหรือสมองเสื่อม อาจไม่สามารถบอกเล่าอาการเหล่านี้ได้ จึงอาจต้องอาศัยการสังเกต เช่น ดูกระสับกระส่าย เหงื่อแตก ส่งเสียงร้องครวญคราง เป็นต้น

โดยอาจมีอาการร่วมที่พบได้ เช่น เหงื่อออก ใจสั่น หน้ามืด เป็นลม แนะนำให้สถานพยาบาลที่มีผู้ป่วยอาศัยอยู่ควรมีความตระหนักถึงอาการเบื้องต้น หากผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบอยู่เดิม และมีอาการเจ็บแน่นหน้าอกในลักษณะดังกล่าว อาจให้ห่มยาอมใต้ลิ้นสำหรับขยายหลอดเลือดที่ผู้ป่วยมี แต่ควรให้นั่งหรือนอนขณะอม เนื่องจากอาจมีความดันโลหิตที่ลดลงจนหน้ามืดในบางราย

สถานประกอบการฯ ควรจัดอบรม การช่วยชีวิตขั้นพื้นฐาน และมีการจัดแผนการซักซ้อมและจัดการภาวะฉุกเฉินที่เกิดขึ้นหากเกิดปัญหาที่สงสัยโรคหลอดเลือดหัวใจตีบเฉียบพลัน และส่งต่อแพทย์ในโรงพยาบาลโดยเร่งด่วน

ควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและปรับลดความเสี่ยงในการเกิดหลอดเลือดหัวใจตีบในผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจตีบหรือผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงในการเกิดโรค ได้แก่ งดสูบบุหรี่ ลดระดับน้ำตาลในเลือดสูง ภาวะอ้วน การขาดกิจกรรมทางกาย ความดันโลหิตสูง พฤติกรรมการบริโภคไม่เหมาะสม เป็นต้น

โรคหลอดเลือดสมอง (stroke)⁵

โรคหลอดเลือดสมองหรือที่มักเรียกกันทั่วไปว่า “โรคอัมพฤกษ์” หรือ “อัมพาต” เป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยแบ่งออกเป็น 2 ชนิด ดังนี้

1. โรคหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน พบได้ร้อยละ 80
2. โรคหลอดเลือดสมองแตก พบได้น้อยกว่า คือ ร้อยละ 20 และส่วนใหญ่เกิดจากความดันโลหิตสูงมากที่ไม่ได้ควบคุม

ทั้ง 2 ชนิดจะทำให้สมองส่วนที่เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอหรือมีก้อนเลือดออกเบียดในสมอง ทำให้สูญเสียการทำงานในการควบคุมการทำงานของร่างกายอย่าง ทันทีทันใด ทำให้เกิดอาการดังต่อไปนี้

- อาการอ่อนแรงหรือชาครึ่งซีก
- ตามองไม่เห็นภาพซีกใดซีกหนึ่งหรือทั้งหมด
- มองเห็นภาพซ้อน
- มีความผิดปกติของการใช้ภาษา เช่น พูดไม่คล่อง ใช้ภาษาผิดหรือไม่เข้าใจภาษา
- เวียนศีรษะ บ้านหมุน
- ปวดศีรษะรุนแรงอย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อน
- พูดไม่ชัด ปากเบี้ยว กลืนลำบาก
- ความจำเสื่อม หรือหลงลืมอย่างทันทีทันใด
- ซึม หดสติ

อาการแสดงที่พบได้บ่อย มีตัวย่อว่า FAST เมื่อมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง ควรรีบส่งตัวมาพบแพทย์ทันที ได้แก่

- F – Face หน้าเบี้ยว ปากเบี้ยว น้ำลายไหลมุมปาก ตามัว มองไม่เห็นเฉียบพลัน
- A – Arm แขนขา อ่อนแรงครึ่งซีกเฉียบพลัน
- S – Speech พูดไม่ได้ พูดไม่เข้าใจ พูดสับสนเฉียบพลัน
- T – Time ควรรีบมาพบแพทย์ทันที หรือติดต่อสถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุด

สิ่งที่สำคัญของโรคนี้คือ ต้องรีบมาโรงพยาบาลโดยเร็วที่สุด จัดเป็นภาวะฉุกเฉินอย่างหนึ่ง เนื่องจากหากมาโรงพยาบาลเร็ว ได้รับการทำเอกซเรย์สมองแล้วพบว่า เป็นโรคหลอดเลือดสมองตีบ โดยทราบผลก่อน 4.5 ชั่วโมงหลังจากเริ่มมีอาการ (ในบางรายต้องทราบผลภายใน 3 ชั่วโมง) อาจมีการให้ยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งจะทำให้ลิ่มเลือดที่อุดตันหลอดเลือดสมองอยู่สลายไปทำให้มีการฟื้นตัวที่ดีกว่า อย่างไรก็ตามผู้ป่วยบางรายอาจมีข้อห้ามของการให้ยาละลายลิ่มเลือดนี้ซึ่งทางแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาตามความเหมาะสมถึงความปลอดภัยของการให้ยานี้ในผู้ป่วยเป็นราย ๆ ไป

หลังจากเกิดโรคหลอดเลือดสมองแล้ว จะมีการเปลี่ยนแปลงได้หลายลักษณะ คือ บางคนจะดีขึ้นเองภายใน 24 ชั่วโมง บางคนอาการแย่ลงภายใน 1-3 วันแรกจากหลอดเลือดสมองมีการอุดตันมากขึ้น บางคนอาการมากที่สุดในตอนแรกเกิดอาการและคงที่ แต่บางคนเกิดปัญหาสมองบวมตามมาซึ่งอาจทำให้อาการทรุดหนักซึ่งโดยทั่วไปมักเกิดภายใน 3-4 วันแรก หลังจากพ้นระยะนี้ไปจะเป็นช่วงการฟื้นตัว ซึ่งแต่ละคนจะมีการฟื้นตัวได้ไม่เท่ากัน บางรายสามารถฟื้นได้เป็นปกติ บางรายอาจยังมีความพิการหลงเหลืออยู่

สถานประกอบการฯ ควรมีกิจกรรมที่เกี่ยวกับการทำกายภาพในผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพ บางส่วนสูญเสียการเคลื่อนไหว หรือการใช้ชีวิตประจำวันเสียหายไป การฟื้นฟูสภาพการทำงานจึงเป็นสิ่งสำคัญในการทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้ในอนาคต แต่อย่างไรก็ตามการทำกายภาพมีหลากหลายวิธี ควรทำกายภาพภายใต้คำสั่งของแพทย์อย่างเป็นขั้นตอน

ปัญหาระยะยาวที่พบในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

1. แขนขาอ่อนแรง ใบหน้าเบี้ยว ครึ่งซีก
2. ซากครึ่งซีก
3. เดินไม่มั่นคง เสียการทรงตัว หรือ เดินเองไม่ได้ ต้องนั่งรถเข็นหรือติดเตียง
4. ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้
5. การมองเห็นผิดปกติไป เช่น เห็นภาพเพียงครึ่งด้าน
6. หลงลืม
7. ซึมเศร้า
8. การสื่อสารผิดปกติ เช่น พูดไม่ชัด หรือ พูดไม่ได้ หรือ ฟังภาษาไม่รู้เรื่อง
9. การกลืนผิดปกติ กลืนลำบาก สำลักง่าย
10. สุขภาพช่องปากไม่ดี
11. ขาดสารอาหาร
12. ชัก
13. ปวดจากเกร็งหรือปวดแปล็บ เหมือนไฟช็อต
14. ข้อไหล่ข้างที่แขนอ่อนแรงหลุด
15. สูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การทำงาน การขับรถ เป็นต้น

โรคเรื้อรังในผู้สูงอายุมีอัตราการตายที่เพิ่มขึ้นในปีหลัง ๆ และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ แต่อย่างไรก็ตาม ก็ตามโรคเรื้อรังต่าง ๆ มีปัจจัยเสี่ยงร่วมกันอยู่หลายข้อ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สามารถป้องกันได้ มีข้อเสนอแนะในการป้องกันโรคเรื้อรัง สร้างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์โดยรวม ประกอบด้วย ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ไม่สูบบุหรี่ ออกกำลังกายเป็นประจำ กินอาหารที่มีประโยชน์และดื่มน้ำในปริมาณที่เหมาะสม และควรฉีดวัคซีนตามกำหนดอย่างครบถ้วน อีกทั้งบุคลากรทางสาธารณสุขจำเป็นต้องทราบอาการแสดง เกณฑ์การวินิจฉัย วิธีการตรวจเบื้องต้นและภาวะแทรกซ้อนที่พบได้ เพื่อที่จะสามารถส่งต่อให้การรักษาดูแลได้อย่างเหมาะสม หรือให้การป้องกันแก่กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังไม่ให้เกิดโรคเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป พ.ศ. 2562. พิมพ์ครั้งที่ 1 ed. ทริค ธิงค์: สมาคมความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย; 2019.
2. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2560. พิมพ์ครั้งที่ 2 ed: สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย; 2017.
3. กรมการแพทย์. แนวทางการตรวจสุขภาพที่จำเป็นและเหมาะสมสำหรับประชาชน พ.ศ. 2559. พิมพ์ครั้งที่ 1 ed: สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2016.
4. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. รู้จริงและเข้าใจ สุขภาพผู้สูงอายุและภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น; 2559.

กลุ่มอาการสูงอายุ

ศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล

กลุ่มอาการสูงอายุ คืออะไร

กลุ่มอาการสูงอายุ หมายถึง ภาวะทางคลินิกในผู้สูงอายุที่มีลักษณะดังนี้

1. ไม่เข้ากับการแบ่งหมวดหมู่โรคเฉพาะแต่ละโรค
2. พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่เปราะบาง (frailty)
3. เกิดจากความผิดปกติที่หลากหลาย หลายโรค หลายอวัยวะ แต่อาจแสดงออกมาด้วยอาการเพียงอาการเดียว เช่น การหกล้ม อาจเกิดจากปัญหาระบบประสาท ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ การมองเห็น ยาบางชนิด หรือสภาพแวดล้อม เป็นต้น
4. ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและคุณภาพ

กลุ่มอาการสูงอายุ มักได้รับการดูแลโดยแพทย์ด้านเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เนื่องจากอาจเกิดจากสาเหตุที่ไม่จำเพาะเจาะจงกับอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง หรือโรคใดโรคหนึ่งเพียงอย่างเดียว เช่น อาการสับสนเฉียบพลัน (delirium) สมองเสื่อม (dementia) หกล้ม (falls) ปัสสาวะราด (urinary incontinence) ซึ่งต่างจาก “syndrome” อื่น ๆ ที่เป็นกลุ่มอาการและอาการแสดงต่างๆ ที่บ่งชี้ถึงโรคหนึ่งโรคใดโดยเฉพาะ แต่กลุ่มอาการสูงอายุ จะเป็นกลุ่มอาการและอาการแสดงที่เกิดได้จากหลายสาเหตุ ทั้งจากปัจจัยด้านพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม โรคและการเสื่อมของร่างกายในระบบต่าง ๆ ที่ค่อย ๆ สะสมมา เมื่อเกิดสิ่งกระตุ้น (stressor) ที่เกินกำลังสำรองของร่างกาย (body reserve) ที่จะตอบสนองแก้ไขได้ ก็จะกระตุ้นให้เกิดกลุ่มอาการสูงอายุ

กลุ่มอาการสูงอายุที่พบบ่อย

กลุ่มอาการสูงอายุที่พบบ่อย ได้แก่

1. การบกพร่องของสติปัญญา (Intellectual impairment) ที่พบบ่อยได้แก่ 3 D คือ ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) อาการซึมสับสนเฉียบพลัน (Delirium) ภาวะซึมเศร้า (Depression)
2. การเดินไม่มั่นคงและหกล้ม (Instability and falls)
3. การสูญเสียความสามารถในการเดินและอยู่นิ่งบนเตียง (Instability)
4. ปัสสาวะเล็ดราดหรืออุจจาระราด (Incontinence)
5. การเกิดโรคที่เกิดจากการปฏิบัติทางการแพทย์ โดยเฉพาะการเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยา (iatrogenesis)
6. ขาดสารอาหาร (Inanition)
7. นอนไม่หลับ (Insomnia)
8. การสูญเสียความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Functional decline)
9. ภาวะเปราะบาง (Frailty) และมวลกล้ามเนื้อพร่อง (Sarcopenia)
10. มึนศีรษะ (Dizziness)
11. ภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia)

ในที่นี้จะกล่าวถึงการประเมินและสาเหตุของกลุ่มอาการสูงอายุที่พบบ่อย ดังนี้

1. Instability
2. Immobility
3. Intellectual Impairment
4. Incontinence
5. Iatrogenesis

เอกสารอ้างอิง

1. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. การเปลี่ยนแปลงด้านสังคมและสุขภาพในสังคมสูงอายุระดับสุดยอด. ใน: รั้งสิมา ทินมณี, พจมาน พิศาลประภา, สรวุฒิ ศิวโมกษธรรม, และคณะบรรณาธิการ. Ambulatory medicine 5.0 กลยุทธ์การบริหารผู้ป่วยนอก. 2563 หน้า 543-556.

กลุ่มอาการสูงอายุ “การอยู่นิ่งอยู่กับที่ (immobility)”

ศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล

ภาวะการอยู่นิ่งอยู่กับที่ ขยับร่างกายได้น้อยส่วนหนึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงไปตามการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ในช่วงระยะเจ็บป่วยมีทุพพลภาพก่อนวาระสุดท้ายของชีวิต ถ้าไม่นับผู้ที่เสียชีวิตจากอุบัติเหตุหรือเสียชีวิตจากโรคเฉียบพลันอย่างกะทันหัน ผู้ป่วยทุกคนจะอยู่ในภาวะนี้ แต่บางคนอาจอยู่ในภาวะนี้เป็นระยะเวลายาวนาน ทำให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนต่างๆ ตามมา

การอยู่นิ่งอยู่กับที่ที่เกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ โดยอาจเกิดได้จากการเจ็บป่วยทางกาย ปัญหาทางจิตใจและปัจจัยของสิ่งแวดล้อม

สาเหตุทางกาย

โรคในระบบต่างๆ ที่อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ดี จนต้องอยู่นิ่งอยู่กับที่ โรคในระบบที่พบบ่อยๆ ได้แก่

1. โรคระบบกล้ามเนื้อและข้อต่อกระดูก เช่น กล้ามเนื้ออ่อนแรง ปวดข้อโดยเฉพาะจากข้อเข่าเสื่อม ถือเป็นความผิดปกติที่พบบ่อย

2. โรคระบบประสาท ที่พบบ่อยได้แก่ โรคอัมพฤกษ์จากหลอดเลือดสมองตีบหรือแตก ทำให้แขนขาไม่มีแรงหรือเดินเซ ภาวะสมองเสื่อมทำให้ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวันลดลง โรคพาร์กินสัน ร่างกายมีอาการแข็งเกร็ง ก้าวขาไม่ออก สั่น เคลื่อนไหวช้า เดินไม่คล่อง ทำให้ไม่ลุกเดิน โรคของไขสันหลังทำให้ขาไม่มีกำลังเดิน เป็นต้น

3. โรคระบบไหลเวียนเลือดและหัวใจ เช่น หัวใจวาย ทำให้เหนื่อยง่าย ความดันตกเวลาลุกขึ้นยืน ทำให้มีอาการหน้ามืด โรคหลอดเลือดหัวใจ ทำให้เจ็บแน่นหน้าอกเวลาเดิน หลอดเลือดแดงที่ขาตีบ ทำให้ปวดขาเวลาเดิน เป็นต้น

4. โรคระบบหายใจ เช่น ภาวะถุงลมโป่งพอง ทำให้มีอาการหอบเหนื่อยเวลาออกกำลังเดิน

5. โรคตา ทำให้มองเห็นไม่ชัด ผู้ป่วยจึงไม่กล้าเดิน

6. โรคอื่นๆ เช่น ซีดเลือดจาง ทำให้เหนื่อย เพลียเวลาออกกำลังเดิน ขาดสารอาหาร ทำให้ไม่มีกำลังเดิน การที่นอนอยู่บนเตียงไม่ได้เดินเป็นเวลานานๆ ทำให้ไม่มีกำลังกล้ามเนื้อ ลุกขึ้นแล้วหน้ามืดเดินไม่ไหว ภาวะนี้พบได้บ่อยในผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยปัญหาหนึ่งที่ทำให้เดินไม่ไหว เมื่อต้องลุกเดิน หลังจากที่โรคที่เป็นสาเหตุที่ทำให้นอนอยู่กับที่หายแล้ว ก็ยังไม่สามารถเดินได้ทันที

7. ยาบางชนิดมีผลข้างเคียงที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่นิ่งอยู่กับที่ เดินได้ไม่ดี ไม่ว่าจะผ่านกลไกใดก็ตามต่อร่างกาย เช่น ยานอนหลับ อาจทำให้ง่วงซึมไม่ตื่น ยาบางชนิดที่มีผลให้ความดันต่ำลงเวลาลุกขึ้น เป็นต้น

สาเหตุทางจิตใจ

ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้า อาจรู้สึกหดหู่ ซึมเศร้า ไม่อยากทำกิจกรรมใดๆ ทำให้ไม่อยากลุกเดิน ผู้สูงอายุ บางท่านที่เคยหกล้มมาก่อนอาจกลัวการหกล้มอีก จึงไม่กล้าลุกเดิน

ปัจจัยของสิ่งแวดล้อม

บางครั้งผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์อาจมีส่วนทำให้ผู้ป่วยไม่ลุกเดิน เช่น ถ้าผู้ป่วยเคยหกล้มหรือเดินเซๆ ผู้ดูแลอาจเกรงว่าผู้ป่วยจะหกล้มอีก จึงไม่ให้ผู้ป่วยลุกเดิน หรือการที่ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษา

ตัวในโรงพยาบาล ขอบกั้นเตียง สายน้ำเกลือ สายสวนปัสสาวะ สายให้อาหารทางจมูก อาจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถลุกเดินได้สะดวก

นอกจากนั้นการที่ผู้สูงอายุไม่มีอุปกรณ์ช่วยเดินที่เหมาะสม อาจทำให้ผู้ป่วยเดินได้ไม่มั่นคง ผู้ป่วยจึงไม่เดินสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ไม่สะดวกต่อการเดินไปมา เช่น พื้นมีขั้น ต้องขึ้นลงบันได ก็อาจเป็นสาเหตุหนึ่งได้

ปัญหาแทรกซ้อนของการอยู่นิ่งอยู่กับที่

การที่ร่างกายไม่ได้เคลื่อนไหว จนถึงกับอยู่ติดเตียง อาจส่งผลกระทบต่อระบบต่าง ๆ ของร่างกายดังนี้

1. ระบบผิวหนัง

ก. เกิดแผลกดทับได้ในบริเวณที่น้ำหนักกดลงไปมาก เช่น ที่ก้นกบ ตาตุ่ม ส้นเท้า ในบางรายที่มีกระดูกหลังโค้งมาก อาจเกิดแผลกดทับในบริเวณนั้นได้

ข. เกิดผื่นผิวหนังในบริเวณที่ถูกอุจจาระ ปัสสาวะกัดผิวได้

ค. เกิดเชื้อราตามข้อพับ ขาหนีบ ที่อับชื้นได้

2. ระบบข้อต่อ กระดูกและกล้ามเนื้อ อาจทำให้เกิดกล้ามเนื้อฝ่อลีบ ข้อยึด นอกจากนั้นจากการที่ไม่ได้มีการลงน้ำหนักตัวบนกระดูก ยังอาจทำให้เกิดกระดูกพรุนได้

3. ระบบการไหลเวียนเลือด

ก. ผู้ป่วยที่นอนราบอยู่นาน ๆ เมื่อต้องลุกขึ้น ความดันเลือดอาจลดลงช่วงที่เพิ่งลุกเปลี่ยนท่าได้ หากลดมากจะมีอาการมึนงง เวียนศีรษะ หน้ามืด ทรงตัวไม่ดีและอาจเกิดการหกล้มได้

ข. อาจทำให้เลือดไหลเวียนไม่ดี เกิดลิ่มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำได้ โดยสังเกตได้จากผู้ป่วยจะมีขาบวมข้างหนึ่ง ลิ่มเลือดอุดตันนี้อาจหลุดไปอุดหลอดเลือดที่ปอด ซึ่งเป็นภาวะที่มีอันตรายมาก เพราะจะทำให้เกิดอาการหอบเหนื่อยอย่างทันทีทันใด หรืออาจช็อกได้

4. ระบบทางเดินหายใจ มีโอกาสเกิดปอดแฟบขึ้นได้ในอวัยวะบางส่วน โดยเฉพาะในผู้ที่มีเสมหะมาก เสมหะอาจอุดตันหลอดลมในปอดได้

5. ระบบทางเดินอาหาร อาจเบื่ออาหารได้ เนื่องจากการเคลื่อนไหวของลำไส้ลดลง อาจมีอาการท้องผูกหรือบางรายถึงกับมีอุจจาระอุดตันในบริเวณทวารหนัก และเกิดอุจจาระไหลล้นออกมาแบบกะปริบกะปรอย

6. ระบบทางเดินปัสสาวะ อาจทำให้เกิดการติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ จากปัสสาวะค้างค้างถ่ายออกได้ไม่หมด และเกิดการตกตะกอนของสารต่างๆ ในน้ำปัสสาวะเกิดเป็นนิ่วขึ้นได้ นอกจากนั้นผู้ที่ไม่ได้เคลื่อนไหว ยังอาจปัสสาวะเล็ดราดกลั้นไม่อยู่ได้

7. ระบบเมแทบอลิซึม ผู้ป่วยอาจเกิดการเปลี่ยนแปลงของส่วนประกอบต่างๆ ของร่างกายได้ เช่น มีปริมาณของสารพลาสมาในเลือดลดลง สมดุลไนโตรเจนลดลง ระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มขึ้นและร่างกายจัดการกับยาที่ได้รับไม่เหมือนเดิม

8. ผลต่อจิตใจและอารมณ์ ผู้ป่วยอาจมีอารมณ์ซึมเศร้า โดยจะเฉื่อย เฉย ไม่สนใจในสิ่งที่เคยสนใจอยู่เดิม รู้สึกเศร้าหมอง ท้อแท้ได้ สิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยได้รับรู้จะลดลง คือ การมองเห็นหรือได้ยินจะเป็นเฉพาะบริเวณในห้องที่ผู้ป่วยอยู่เท่านั้น ผู้ป่วยอาจมีอาการสับสนได้ง่าย

เอกสารอ้างอิง

1. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. รู้จริงและเข้าใจ สุขภาพผู้สูงวัยและภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ด ยูเคชั่น; 2559.

กลุ่มอาการสูงอายุ

“การเดินเซ ไม่มั่นคงและการหกล้ม (instability and falls)”

ศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล

เมื่ออายุมากขึ้นจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลายอย่างที่อาจทำให้เกิดการหกล้มได้ง่าย เช่น การมองเห็นลดลง การทรงตัวไม่ดี ร่วมกับการที่อาจมีโรคต่าง ๆ เกิดร่วมด้วยจึงทำให้ผู้สูงอายุมีโอกาสหกล้มได้ง่าย การหกล้มเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งของอุบัติเหตุในผู้สูงอายุที่ทำให้ต้องนอนในโรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 85 ของสาเหตุทั้งหมด การเดินเซ ไม่มั่นคงในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ไม่ควรมองข้ามเนื่องจากอาจนำมาซึ่งปัญหาใหญ่ คือ การหกล้ม และผลเสียของการหกล้มคือ อาจทำให้เกิดกระดูกหัก โดยตำแหน่งที่หักบ่อยๆ ได้แก่ กระดูกข้อสะโพก กระดูกต้นขา กระดูกต้นแขน กระดูกข้อมือ กระดูกซี่โครง และกระดูกสันหลัง และอาจเลือดคั่งในสมองได้ ซึ่งบางครั้งเลือดอาจค่อย ๆ คั่งในสมองหลังจากหกล้มไปแล้วหลายสัปดาห์ ผู้สูงอายุบางรายไม่สามารถกลับมาเดินได้ อีกเหมือนเดิม หรือเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการที่ต้องนอนอยู่หนึ่งอยู่กับที่ โดยพบว่าผู้สูงอายุถึงร้อยละ 20-30 จะมีประวัติการหกล้มในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา และในผู้สูงอายุที่ต้องนอนโรงพยาบาลเพราะหกล้ม มีเพียงครึ่งเดียวที่สามารถอยู่ได้นานถึง 1 ปี บางรายอาจต้องมีปัญหาในการเคลื่อนไหวระยะยาว และต้องพึ่งพิง ดังนั้นเราควรให้ความใส่ใจกับปัญหาที่ทำให้ผู้สูงอายุเดินเซ ไม่มั่นคง เพื่อป้องกันการหกล้มต่อไป

การเปลี่ยนแปลงของร่างกายในผู้สูงอายุที่อาจส่งผลให้เดินเซ ไม่มั่นคงและหกล้ม

เมื่ออายุมากขึ้นการเปลี่ยนแปลงของร่างกายหลาย ๆ อย่าง รวมถึงโรคต่าง ๆ ทำให้เกิดการเดิน ไม่มั่นคง และหกล้มได้ ความผิดปกติดังกล่าวได้แก่

1. การเปลี่ยนแปลงของการทรงตัว เมื่ออายุมากขึ้นการรับรู้ตำแหน่งของข้อเปลี่ยนแปลงไป กล้ามเนื้อ มีความตึงตัวลดลง ทำให้เซง่ายขึ้น บางครั้งเวลาลุกยืน ความดันโลหิตอาจลดต่ำลงทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่ทัน ทำให้มีศีรษะ หน้ามืดได้

2. การเดิน ผู้สูงอายุมักเดินยกเท้าไม่สูงเท่าคนหนุ่มสาว มีลักษณะการก้าวเดินเปลี่ยนแปลงไป แต่มักเป็นไม่มาก ถ้าไม่มากถ้าไม่มีโรคอื่น ๆ ที่ทำให้การเดินทรงตัวผิดปกติร่วมด้วย

3. โอกาสเกิดโรคที่มีผลต่อการทรงตัว โรคต่าง ๆ ที่อาจส่งผลกระทบต่อทรงตัว มักเริ่มเป็นในวัยกลางคนจนถึงวัยชรา ทำให้มีโอกาสเดินเซ ไม่มั่นคงได้เมื่ออายุมากขึ้น โดยโรคที่อาจทำให้เดินไม่มั่นคง ได้แก่

- โรคทางข้อและกระดูก
- โรคข้อเสื่อม โดยเฉพาะข้อเข่าเสื่อม ทำให้ลุกจากเก้าอี้ลำบาก เดินก้าวขาไม่ได้ดีเหมือนเดิม
- กระดูกสันหลังคดเอียง ทำให้เสียศูนย์ในการทรงตัว
- กระดูกคอเสื่อมและหมอนรองกระดูกทับไขสันหลัง ทำให้เดินเกร็ง ๆ ขาไม่ค่อยมีแรงได้
- โรคข้อสะโพกหัก
- เท้า นิ้วเท้าและเล็บ ผิดรูปหรือมีความผิดปกติ
- โรคทางระบบประสาท
- โรคหลอดเลือดสมอง ทำให้มีอาการอัมพฤกษ์หรืออัมพาต แขนขาอ่อนแรง หรือเกร็ง
- โรคพาร์กินสัน ทำให้มีอาการสั่น เกร็งแข็ง ทำอะไรช้าลง เดินก้าวสั้น ๆ ซอยเท้าถี่ หมุนตัวกลับเวลาได้ลำบาก

- ภาวะสมองเสื่อม
 - ปลายประสาทเสื่อม ทำให้เท้าชา ไม่ค่อยรับรู้การเดิน
 - เวียนศีรษะ มึนงง
 - กล้ามเนื้ออ่อนแรงจากการที่ไม่ค่อยได้ใช้งาน เช่น ต้องนอนอยู่บนเตียงเป็นเวลานานๆ เมื่อเจ็บป่วย
 - การมองเห็นและการได้ยินผิดปกติ
 - โรคหัวใจ ทำให้มีอาการหอบเหนื่อย เจ็บแน่นหน้าอกเวลาออกแรง
 - โรคต่าง ๆ ที่ทำให้ต้องตื่นมาปัสสาวะตอนกลางคืนบ่อย ๆ เช่น ต่อมลูกหมากโต โรคเบาหวาน เป็นต้น
4. ยา ยาหลายชนิดที่ผู้สูงอายุได้รับอาจมีผลข้างเคียงทำให้เสียการทรงตัวได้ ตัวอย่างยาเหล่านี้ได้แก่
- ยาขับปัสสาวะ ทำให้ต้องเข้าห้องน้ำบ่อย สารน้ำในร่างกายลดลง อาจน้ำมีได้เวลาลุกเดิน (มักเกิดเฉพาะในบางรายที่มีความเสี่ยงอยู่เดิม) หรือเกลือแร่ในร่างกายผิดปกติ ทำให้กล้ามเนื้อไม่ค่อยมีแรง
 - ยาลดความดันโลหิต อาจทำให้ความดันโลหิตต่ำลงมากเวลาลุกขึ้นยืน ทำให้มึนงง หน้ามืดได้
 - ยาทางจิตเวช เช่น ยารักษาโรคจิตเภท ยาต้านอารมณ์ซึมเศร้า ยานอนหลับ เป็นต้น
 - ยาเบาหวาน อาจทำให้น้ำตาลต่ำ เกิดอาการใจสั่น ไม่มีแรง หหมดสติ

สาเหตุภายนอกร่างกาย ลักษณะสภาพแวดล้อมที่ทำให้เกิดการหกล้ม

- แก้ว ฟอร์นิเจอร์ที่ไม่แข็งแรง มีล้อ หรือทำด้วยพลาสติก อาจทำให้หกล้มได้ บางครั้งอาจพลิกหงายหลัง หรือขาเก้าอี้ที่โยกเยก ก็ทำให้หกล้มได้ ที่สำคัญอีกอย่างหนึ่งคือ แก้วหรือเตียงนอนที่มีระดับความสูงไม่เหมาะสม มีระดับความสูงต่ำเกินไป ทำให้นั่งและลุกลำบาก เนื่องจากผู้สูงอายุมักมีข้อเข่าเสื่อมและกล้ามเนื้อต้นขาไม่มีแรง ทำให้ลุกแล้วทรงตัวไม่ได้
- โถส้วมที่มีความสูงไม่เหมาะสม ต้องนั่งยอง ทำให้ลุกลำบาก
- ทางเดินหรือห้องน้ำที่ไม่มีที่เหยียดเกาะ
- พื้นไม่เรียบ
- พื้นลื่น
- บันไดไม่มีราวจับ หรือขั้นไม่เท่ากัน
- แสงสว่างไม่เพียงพอ
- สัตว์เลี้ยงซึ่งอาจขวางทางเดิน
- มีที่กั้นขวาง มีสายไฟ พรม ของเล่นเด็ก ที่กีดขวางทางเดิน

การประเมินผู้ป่วยที่มีการหกล้ม

เมื่อเกิดปัญหาการหกล้มเกิดขึ้น โดยทั่วไปแพทย์จะประเมินผู้ป่วยหลาย ๆ ด้าน ไม่ใช่เพียงแค่ดูแล การบาดเจ็บจากการหกล้มเท่านั้น สิ่งที่แพทย์จะประเมิน ได้แก่

1. ประเมินการบาดเจ็บจากการหกล้มและรักษาอาการบาดเจ็บนั้นที่สำคัญได้แก่ กระดูกหัก มีอาการที่บ่งชี้ว่าอาจมีเลือดคั่งในกะโหลกศีรษะหรือไม่ มีบาดแผลฟกช้ำหรือฉีกขาดที่ใดหรือไม่
2. หาสาเหตุของการหกล้มและแก้ไขสาเหตุนั้น เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการหกล้มอีก
3. ให้ทำกายภาพบำบัดและให้คำแนะนำในการฝึกเดิน ฝึกกล้ามเนื้อให้แข็งแรง การใช้อุปกรณ์ในการช่วยเดิน การเปลี่ยนท่า การใส่รองเท้าที่เหมาะสม เป็นต้น

4. แนะนำการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม เพื่อป้องกันการเกิดการหกล้ม ในบางครั้งสภาพแวดล้อมภายในบ้านเดิมอาจไม่มีปัญหา แต่เมื่อผู้ป่วยเกิดการหกล้มและ เกิดกระดูกหัก ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้ดีเหมือนเดิม อาจทำให้มีความเสี่ยงต่อการหกล้มได้มากขึ้นในสภาพแวดล้อมที่เดิมไม่มีปัญหาดังนั้นแพทย์จะประเมินความเหมาะสมของสภาพแวดล้อมที่บ้านเพื่อลดโอกาสการเกิดการหกล้มซ้ำ

การป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

1. ให้มีแสงสว่างในบ้านเพียงพอ โดยเฉพาะบริเวณบันได
2. มีอุปกรณ์เครื่องเรือนบริเวณที่อยู่เท่าที่จำเป็น และต้องแข็งแรงมั่นคงอยู่สูงจากพื้นมองเห็นได้ง่าย ไม่ย้ายที่บ่อย ๆ
3. เตียงนอน เก้าอี้ และโถส้วมมีความสูงพอเหมาะ ไม่เตี้ยเกินไป
4. ทางเดินและบันได ควรมีราวจับตลอด และขั้นบันไดสม่ำเสมอ มีความกว้าง ความสูง ที่เหมาะสม
5. พื้นห้องควรเรียบ ไม่มีขั้นและเป็นวัสดุที่ไม่ลื่นโดยเฉพาะในห้องน้ำ บริเวณจุดเชื่อมต่อระหว่างห้องควรอยู่ในระดับเดียวกัน หลีกเลี่ยงธรณีประตู
6. ไม่ควรมีสิ่งของเกะกะ เช่น พรมเช็ดเท้า สายไฟฟ้า เป็นต้น
7. วางของใช้ประจำวันในระดับที่ไม่ต้องก้มหรือเงย หรือเอื้อมมากจนเกินไป
8. สวมใส่เสื้อผ้าและรองเท้าที่พอดี ไม่หลวมหรือรัดจนเกินไป
9. หลีกเลี่ยงการมีสัตว์เลี้ยง เช่น สุนัขหรือแมวในบริเวณที่อยู่อาศัย
10. ควรตรวจสุขภาพเป็นประจำ เช่น การมองเห็น การได้ยินเสียง วัดความดันโลหิตและตรวจร่างกายประจำปี
11. ไม่รับประทานยาที่ไม่จำเป็น ควรปรึกษาแพทย์ก่อนรับประทานยาใหม่ทุกครั้งและนำยาทั้งหมดไปให้แพทย์ดู
12. ควรลดหรืองดการดื่มแอลกอฮอล์ให้น้อยที่สุด
13. ออกกำลังกายเป็นประจำจะช่วยให้กล้ามเนื้อและข้อมีความยืดหยุ่นดีและยังทำให้การทรงตัวดีขึ้น
14. เปลี่ยนท่าช้า ๆ เช่น ลุกยืนและเดินช้า ๆ พยายามมองหาวัตถุรอบตัวที่สามารถเกาะยึดได้
15. ในกรณีที่มีปัญหาเรื่องการทรงตัวไม่ดี ควรใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน เช่น ไม้เท้าหรือคอกอลูมิเนียมที่มี 4 ขา (walker)

เอกสารอ้างอิง

1. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. รู้จริงและเข้าใจ สุขภาพผู้สูงอายุและภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ด ยูเคชั่น; 2559.

กลุ่มอาการสูงอายุ “ปัสสาวะเล็ดราด (incontinence)”

ศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล

อาการปัสสาวะเล็ดราด คือการที่มีปัสสาวะปริมาณน้อยหรือมากก็แล้วแต่เล็ดราดออกมาโดยไม่ตั้งใจ อาการนี้พบบ่อยมากในผู้สูงอายุ จนหลาย ๆ ครั้งทั้งผู้ป่วยและญาติ ตลอดจนบุคคลากรทางการแพทย์อาจมองเป็นเรื่องปกติจากอายุ น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยจะปรึกษาแพทย์เรื่องปัสสาวะเล็ดราด เนื่องจากคิดว่าปกติตามอายุ แต่แท้จริงแล้วถือว่าผิดปกติ หรืออาจคิดว่าเป็นเรื่องน่าอายไม่น่าเล่าให้ผู้อื่นฟัง และบางครั้งก็ไม่รู้ว่ามีวิธีการรักษาหลายวิธีที่ได้ผล และมีวิธีการแก้ไขได้ โดยไม่ใช่จะเป็นการรักษาด้วยการผ่าตัดเท่านั้น ยังมีการรักษาวิธีอื่นอีกมากสำหรับภาวะนี้

ชนิดของอาการปัสสาวะเล็ดราด

1. ปัสสาวะเล็ดราดเมื่อมีแรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้น เช่น ไอ จาม เบ่ง กระโดดหรือยกของหนัก เป็นต้น โดยเกิดจากมีการเพิ่มขึ้นของแรงดันในช่องท้องส่งผลต่อกระเพาะปัสสาวะ ทำให้มีปัสสาวะปริมาณไม่มากนักเล็ดออกมาพบในผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย โดยสาเหตุที่สำคัญในผู้หญิงคือ การเคยคลอดบุตร ซึ่งมีผลทำให้กระบังลมหย่อน สำหรับในผู้ชายพบได้น้อยกว่าแต่ที่พบมักเกิดตามหลังการผ่าตัดต่อมลูกหมาก

2. ปัสสาวะเล็ดราดเมื่อปวดปัสสาวะ และมีความต้องการจะปัสสาวะทั้ง ๆ ที่เพิ่งปัสสาวะไปไม่นาน แต่จะปวดปัสสาวะบ่อย ซึ่งบางครั้งถูกกระตุ้นให้ปวดปัสสาวะจากการเปลี่ยนท่าทาง ได้ยินเสียงน้ำไหล เป็นต้น อาจเกิดจากความผิดปกติของผนังกระเพาะปัสสาวะมีความไวเกินในการบีบตัว มีการอักเสบ ติดเชื้อ มีเนื้องอกหรือมะเร็งของกระเพาะปัสสาวะ หรือการควบคุมทางระบบประสาทผิดปกติ ทำให้กระเพาะปัสสาวะบีบตัวทั้งที่ยังมีปัสสาวะในกระเพาะปัสสาวะไม่มาก เช่น ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โพรงสมองคั่งน้ำ เป็นต้น

3. ปัสสาวะเล็ดราดจากการที่มีปัสสาวะล้นกระเพาะปัสสาวะ ภาวะนี้จะพบในผู้ที่มีปัสสาวะล้นกระเพาะปัสสาวะจนท้นออกมา จะพบว่ามักเกินบริเวณท้องน้อยจากกระเพาะปัสสาวะขยายตัว พบในผู้ป่วยที่ระบบประสาทควบคุมการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะเสียไป เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นมานานจนระบบประสาทอัตโนมัติเสียไป หรือผู้ป่วยที่มีโรคที่ประสาทไขสันหลัง หรือในผู้ที่มีการอุดตันของทางออกของปัสสาวะ ทำให้เบ่งปัสสาวะไม่ออก เช่น ในผู้ป่วยที่มีต่อมลูกหมากโตและเกิดการบวมอุดทางออกของกระเพาะปัสสาวะ หรือในผู้ป่วยที่มีท่อปัสสาวะตีบ

4. ปัสสาวะเล็ดราด โดยที่ไม่มีความผิดปกติของระบบควบคุมการขับถ่ายปัสสาวะโดยตรง แต่เกิดจากปัญหาทางสมองในการคิดอ่าน เช่น สมองเสื่อม หาดังน้ำไม่พบ ไม่ทราบว่าจะตนเองต้อง เข้าห้องน้ำ หรือมีอาการซึม สับสน เหนื่อยพลัน หรือมีปัญหาด้านการเคลื่อนไหวทำให้ไม่สามารถ ไปห้องน้ำได้ทัน เช่น มีปัญหาเข้าเสื่อม เดินลำบากหรือแขนขาอ่อนแรงจากโรคทางระบบประสาท เป็นต้น

การตรวจประเมิน

เมื่อมาพบแพทย์ แพทย์จะซักประวัติเกี่ยวกับความผิดปกติของการปัสสาวะ โรคต่าง ๆ ที่มี การผ่าตัดในอดีต การใช้ยา แล้วตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการเพิ่มเติม เพื่อหาสาเหตุของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และหาสาเหตุที่แก้ไขได้ การตรวจร่างกายที่สำคัญได้แก่ การตรวจทางหน้าท้อง แพทย์อาจตรวจทางทวารหนักเพื่อคลำต่อมลูกหมากในผู้ชาย และตรวจทางช่องคลอดในผู้หญิง ตลอดจนตรวจระบบประสาทในการควบคุมการปัสสาวะและการเคลื่อนไหว ให้ลองไอแล้วดูว่ามีปัสสาวะเล็ดหรือไม่ และสวนปัสสาวะหลังจากผู้ป่วยปัสสาวะเองแล้ว เพื่อดูว่า

มีปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะที่ผู้ป่วยปัสสาวะเองได้ไม่หมดหรือไม่ เป็นต้น การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่สำคัญ คือ การตรวจปัสสาวะ เพื่อดูว่ามีการอักเสบ ติดเชื้อหรือมีเลือดปนหรือไม่

การรักษา

การรักษาขึ้นอยู่กับสาเหตุของปัสสาวะเล็ดราด เช่น หากปัสสาวะเล็ดราดเมื่อมีแรงดันในช่องท้องเพิ่มขึ้นจากกระบังลมหย่อน อาจให้ฝึกขมิบก้น ซึ่งจะเป็นการบริหารกระบังลมของช่องเชิงกรานไปด้วย หรือหากปัสสาวะเล็ดราด เมื่อปวดปัสสาวะ และมีความต้องการจะปัสสาวะต่างๆที่เพิ่งปัสสาวะไปไม่นาน ก็อาจฝึกให้กลั้นปัสสาวะให้นานขึ้น หรือใช้ยาเพื่อลดการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะ เป็นต้น

สิ่งที่คุณควรปฏิบัติเพื่อลดการเกิดปัสสาวะเล็ดราด

1. การงดแอลกอฮอล์ คาเฟอีน เนื่องจากกระตุ้นให้ปัสสาวะบ่อย
2. งดอาหารที่มีความเป็นกรดสูง
3. งดยาขับปัสสาวะเพราะจะทำให้มีปัสสาวะเล็ดราดมากขึ้น
4. ควบคุมโรคประจำตัวให้ดี เช่น ผู้ป่วยโรคเบาหวานควรคุมระดับน้ำตาลให้ดีเพื่อมีปัสสาวะมากและเกิดปัสสาวะบ่อย
5. หลีกเลี่ยงการท้องผูก รับประทานผัก ผลไม้เป็นประจำ
6. ออกกำลังกายการเคลื่อนไหวเป็นประจำ
7. ควบคุมน้ำหนักตัว
8. ตรวจและรักษาโรคต่อมลูกหมากโต

เอกสารอ้างอิง

1. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. รู้จริงและเข้าใจ สุขภาพผู้สูงวัยและภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ด ยูเคชั่น; 2559.

กลุ่มอาการสูงอายุ

“ภาวะที่เกิดจากปฏิบัติการทางการแพทย์ (iatrogenesis)”

ศ.นพ. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล

ภาวะที่เกิดจากปฏิบัติการทางการแพทย์ (iatrogenic conditions) คือ โรคหรือความเจ็บป่วยใด ๆ ก็ตามที่เกิดจากกระบวนการตรวจวินิจฉัย หรือกระบวนการรักษาโรคโดยที่ไม่ได้เป็นไปตามธรรมชาติของความเจ็บป่วยที่ผู้ป่วยมี อาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยสูงอายุเป็นผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงที่สุดต่อการเกิดภาวะนี้และเป็นภาวะที่สามารถให้การป้องกันได้และให้ผลการป้องกันที่ดีที่สุด โดยมีการศึกษาที่พบว่า มี iatrogenic disease เกิดขึ้นร้อยละ 58 ในผู้ป่วยอายุมากกว่า 65 ปี ที่รักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ 15 วันขึ้นไป และร้อยละ 61 ของ iatrogenic disease ที่เกิดขึ้นสามารถป้องกันได้

ภาวะที่เกิดจากปฏิบัติการทางการแพทย์ อาจเกิดจากยาที่ใช้ในการรักษา กระบวนการการวินิจฉัยและการรักษา การติดเชื้อในโรงพยาบาล หรือปัจจัยเสี่ยงของสภาวะแวดล้อม โดยผลข้างเคียงที่เกิดจากยาเป็นภาวะที่เกิดจากปฏิบัติการทางการแพทย์ที่พบบ่อยที่สุดในโรงพยาบาล² และทำให้ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น เสียค่ารักษาพยาบาลมากขึ้นและเพิ่มอัตราการเสียชีวิต

ทำไมผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มเสี่ยงจากปัญหาการใช้ยา³

- การเปลี่ยนแปลงตามอายุทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงยาเมื่อยาเข้าไปในร่างกายและการออกฤทธิ์ของยา
- มีการลดลงของหน้าที่ทำงานของอวัยวะต่าง ๆ เช่น สารสื่อประสาทลดลง เลือดไปเลี้ยงที่ไตลดลง ทำให้เกิดผลข้างเคียงจากยาได้ง่าย
- มีโรคร่วมหลายชนิด ทำให้ใช้ยาหลายขนาน (polypharmacy)
- อาการไม่ตรงไปตรงมา (atypical presentation) ทำให้การวินิจฉัยโรคอาจทำได้ยากกว่าปกติ
- การสื่อสาร ซึ่งอาจเป็นการได้ยิน การมองเห็น หรือความเข้าใจที่ซ้าลง
- มีอาการหลงลืม
- ปัจจัยทางด้านพฤติกรรมของผู้สูงอายุที่มีผลต่อการบริหารยา มีพฤติกรรมการใช้ยาจากแหล่งอื่น ๆ รวมถึงสมุนไพร อาหารเสริม เก็บสะสมยาซึ่งอาจหมดอายุแล้ว หรือนำมาใช้เองโดยรู้เท่าไม่ถึงการณ์
- ปัจจัยจากการสั่งใช้ยาของแพทย์

หลักในการใช้ยาในผู้สูงอายุ³

1. ประเมินผู้ป่วยสูงอายุโดยละเอียดทั้งทางด้านกาย จิต สังคม เพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่ถูกต้องครบถ้วน
2. พยายามรักษาโรคโดยไม่ใช้ยา เป็นขั้นแรกก่อนเสมอ
3. แพทย์ผู้สั่งใช้ยาควรมีความรู้เกี่ยวกับยาตัวนั้นเป็นอย่างดีและมีความคุ้นเคยในการใช้นั้นๆ รู้ข้อบ่งชี้ขนาดยา วิธีการบริหารยา การติดตามผลและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากยานั้นๆ
4. ยึดหลัก “start low, go slow” คือ เริ่มการใช้ยาในขนาดต่ำกว่าก่อนและค่อยๆเพิ่มขนาดยาอย่างช้าๆ
5. หลีกเลี่ยงการใช้ยาหลายชนิด (Polypharmacy) โดยไม่จำเป็น พึงระลึกไว้ว่าการเริ่มใช้ยาตัวใดตัวหนึ่งอาจเป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องใช้ยาตัวนั้นไปตลอดโดยไม่จำเป็น วิธีในการหลีกเลี่ยง Polypharmacy มีดังนี้
 - ให้ผู้ป่วยนำยาทั้งหมดที่ได้อยู่มาตรวจเช็คในแต่ละครั้งที่มาพบแพทย์ (Brown bag test) โดยควรให้ผู้ป่วยนำยาทุกชนิดที่ได้มาไม่ว่าจะเป็นยาที่ซื้อเองจากร้านขายยาหรือยาสมุนไพรก็ตาม และควรซักถามผู้ป่วยถึง

ความเข้าใจถึงความจำเป็นของการใช้ยาแต่ละชนิด วิธีบริหารยา ขนาดยาและความถี่ของการบริหารยา ตลอดจนผลข้างเคียงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องความจำ หรือมีผู้ดูแล แพทย์ควรตรวจเช็คกับผู้ป่วยด้วย

- พยายามสั่งยาโดยใช้ชื่อสามัญ (Generic name) แทนการใช้ชื่อการค้า (Trade name) เพื่อลดการได้ยาซ้ำซ้อน

- พิจารณายาแต่ละตัวที่ผู้ป่วยได้รับอยู่มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนหรือไม่ ถ้าไม่มีข้อบ่งชี้ ควรพิจารณาหยุดยาเนื่องจากแพทย์มีแนวโน้มที่จะสั่งยาเดิม อาจทำให้ผู้ป่วยได้ยาทั้งหมดข้อบ่งชี้ต่างๆแล้ว

- หยุดยาที่ไม่ทราบผลดีที่ชัดเจน

- หยุดยาที่ไม่มีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน

- ในกรณีผู้ป่วยจำเป็นต้องได้ยากลุ่มนั้น แต่ยาที่ได้มีผลข้างเคียงต่อผู้ป่วยได้ พยายามให้ยาที่มีผลข้างเคียงน้อยกว่าแทน เช่น ยาลดความดันโลหิตบางตัวอาจไม่เหมาะกับผู้ป่วยแต่ผู้ป่วยมีความดันโลหิตสูงจริง แพทย์สามารถเลี่ยงไปใช้ยาลดความดันโลหิตกลุ่มอื่นที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแทน

- พึงระลึกเสมอว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นอาจเป็นผลข้างเคียงของยา เพื่อหลีกเลี่ยง การสั่งยารักษาที่เป็นวงจรผิดพลาด (prescribing cascade)

- พยายามยึดหลัก “one disease, one drug, once-a-day”

6. สั่งใช้ยาที่ผู้ป่วยสามารถเข้าใจได้ง่ายและนำไปปฏิบัติได้ง่าย เช่น

- หลีกเลี่ยงการสั่งใช้ยาที่ต้องแบ่งยาเป็นหลายส่วนโดยเฉพาะถ้าผู้สูงอายุที่มีความลำบากในการแบ่งเม็ดยา เช่น มือสั่นหรืออ่อนแรง สายตาไม่ดี ไม่มีผู้ดูแลคอยจัดยาให้ หรือถ้ายานั้นเป็นเม็ดเคลือบ ไม่มีรอยบากยาหรือมีขนาดเม็ดยาเล็ก

- พยายามสั่งยาที่บริหารวันละ 1-2 ครั้ง จะดีกว่าวันละหลายครั้ง

7. แพทย์ควรทราบถึงผลข้างเคียงของยาและวิธีการแก้ไข แพทย์ควรที่จะระลึกไว้เสมอว่าอาการใหม่ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยสูงอายุอาจเป็นอาการที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาที่ได้อยู่ก็ได้

8. คอยตรวจเช็ค compliance ต่อยา อย่างสม่ำเสมอ วิธีที่จะทำให้ผู้ป่วยมี compliance ที่ดีต่อยามีดังนี้

- ใช้ยาที่สามารถบริหารได้ง่าย สะดวกที่สุดและเข้าใจได้ง่าย เช่น ให้ยาในขนาดเดิมไม่เปลี่ยนวิธีการบริหารบ่อยโดยไม่จำเป็น พยายามให้ยาให้สัมพันธ์กับกิจวัตรประจำวัน

- สอนญาติและผู้ดูแลผู้ป่วยถึงวิธีการใช้ยาด้วย

- พยายามใช้อุปกรณ์ช่วยจำในการใช้ยา เช่น กล่องใส่ยาประจำวัน

- พยายามติดตามการบริหารยาของผู้ป่วยเป็นระยะว่ามีความเข้าใจในการบริหารยาถูกต้องได้ยาขนาดถูกต้อง ถูกชนิด ถูกเวลา

เอกสารอ้างอิง

1. Lefevre F, Feinglass J, Potts S, Soglin L, Yarnold P, Martin GJ, et al. Iatrogenic complications in high-risk, elderly patients. Arch Intern Med 1992;152:2074-80.

2. Palmer RM. Acute hospital care. In : Gassel CK, Leipzig RM, Cohen HJ, eds. Geriatric medicine : an evidence-based approach. 4th ed. New York : Springer, 2003: 133-45.

3. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. รู้จริงและเข้าใจ สุขภาพผู้สูงวัยและภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ด ยูเคชั่น; 2559.

ปัญหาทางจิตเวชที่พบบ่อย (รวมถึงการจัดการปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม/BPSD)

กลุ่มอาการสูงอายุ ภาวะสมองเสื่อม

ศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล

อาการของภาวะสมองเสื่อม

ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม จะมีความผิดปกติของการรู้คิดหรือปริชาน (cognition) ในด้านต่าง ๆ แต่อาการเด่นมักเป็นเรื่องความจำระยะสั้น แต่การรู้คิดยังมีด้านอื่น ๆ ที่อาจผิดปกติด้วย เช่น การตัดสินใจ วางแผน การคำนวณ การใช้ภาษา ทิศทาง สมาธิจดจ่อ เป็นต้น โดยความผิดดตินี้ส่งผลกระทบต่อ การประกอบอาชีพ การทำงาน หรือ การประกอบกิจวัตรประจำวัน (functional/ADL impairment) เช่น จัดยาไม่ถูก เดินทางโดยรถประจำทางไม่ได้ ชื่อของทอนเงินไม่ถูก หรือใช้อุปกรณ์บางอย่างไม่ได้ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีอาการด้านพฤติกรรมและอารมณ์ร่วมด้วย (Behavioral and psychological symptoms in dementia: BPSD) เช่น หลงผิด หวาดระแวง หงุดหงิด ก้าวร้าว ซึมเศร้า ไม่นอน เป็นต้น

สาเหตุของสมองเสื่อม

สมองเสื่อมเกิดได้จากหลายสาเหตุทั้งที่แก้ไขได้และแก้ไขไม่ได้ เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคหลอดเลือดสมอง โรคพาร์กินสัน โรคเซลล์สมองเสื่อมชนิดอื่น ๆ เนื้องอกสมอง โพรงสมองคั่งน้ำ ภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ โรคติดเชื้อบางชนิด เช่น ซิฟิลิสและเอดส์ เป็นต้น แต่โรคอัลไซเมอร์เป็นโรคสมองเสื่อมที่พบบ่อยที่สุด และสมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมองพบรองลงมา โดยเฉลี่ยผู้ป่วยที่เป็นโรคอัลไซเมอร์จะอยู่ได้นาน 8-10 ปี

ประมาณร้อยละ 5-10 ของผู้ป่วยสมองเสื่อม เกิดจากภาวะสมองเสื่อมที่อาจแก้ไขได้ ซึ่งที่พบได้บ่อยในประเทศไทย ได้แก่ ภาวะพร่องฮอร์โมนไทรอยด์ ขาดวิตามินบี 12 โพรงสมองคั่งน้ำ ภาวะซึมเศร้า เป็นต้น อย่างไรก็ตามพบว่าเมื่อผู้ป่วยได้รับการแก้ไขสาเหตุเหล่านี้แล้ว ไม่ได้แปลว่าผู้ป่วยเหล่านี้ทุกรายจะมีความจำที่ดีขึ้นเสมอไป

การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม

โดยปกติแพทย์ที่ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม อาจเป็นแพทย์ระบบประสาท แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ หรือจิตแพทย์ เมื่อมาพบแพทย์และสงสัยว่าจะเป็นโรคสมองเสื่อม แพทย์จะดำเนินการหลายอย่างเพื่อให้การวินิจฉัยโรค ดังนี้

1. ซักประวัติและตรวจร่างกาย การซักประวัติต้องการรายละเอียดของอาการของผู้ป่วยอย่างมาก และผู้ป่วยมักให้ประวัติไม่ได้เนื่องจากหลงลืม จึงควรมีญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยที่อยู่กับผู้ป่วยมานาน และทราบรายละเอียดอย่างดี โดยจะซักในเรื่องอาการหลงลืม ความสามารถของสมองในด้านต่าง ๆ พฤติกรรมอารมณ์ ความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน เริ่มเมื่อไหร่ ดำเนินโรคอย่างไร มีปัจจัยเสี่ยงใดบ้าง ใช้ยาใดอยู่บ้าง และตรวจร่างกายเพื่อหาความผิดปกติที่อาจบ่งบอกว่าเกิดจากโรคใด

2. ประเมินเบื้องต้นว่ามีอาการซึมเศร้าหรือไม่ เนื่องจากผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าอาจความจำไม่ดี และเมื่อรักษาภาวะซึมเศร้าแล้ว ความจำจะดีขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยสมองเสื่อมเองก็ยังมีอารมณ์ซึมเศร้าร่วมด้วยได้

3. ทดสอบการรู้คิด ด้วยแบบประเมินต่าง ๆ เช่น Thai Mental State Examination (TMSE), MMSE-Thai 2002, Montreal Cognitive Assessment (MOCA) โดยแบบประเมินการรู้คิด มีความยากง่ายแตกต่างกันไป

การทดสอบโดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 10 - 15 นาที แต่ในบางรายอาจต้องทดสอบละเอียดขึ้น ใช้เวลาเป็นชั่วโมงตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วยและระดับการศึกษาเดิมของผู้ป่วย

4. ตรวจสอบเพื่อหาสาเหตุอื่นที่อาจทำให้ความจำไม่ดีได้ เช่น ไทรอยด์ทำงานน้อยไป กลืนแรม็ดผิดปกติ ขาดสารอาหารบางอย่าง โรคซิฟิลิส เป็นต้น

5. ตรวจสอบภาพถ่ายสมอง อาจเป็นเอกซเรย์คอมพิวเตอร์หรือคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า

6. การตรวจอื่น ๆ ซึ่งพิจารณาเฉพาะในรายที่มีข้อบ่งชี้ เพื่อช่วยในการวินิจฉัยโรค เช่น การถ่ายภาพสมองด้วยเทคนิคพิเศษบางอย่าง การตรวจน้ำไขสันหลัง การตรวจคลื่นไฟฟ้าสมอง เป็นต้น

แนวทางการดูแล

1. รักษาสาเหตุที่ตรวจพบ เช่น ถ้าเกิดจากโพรงสมองคั่งน้ำ (hydrocephalus) อาจต้องผ่าตัดสมอง ถ้าเกิดจากต่อมไทรอยด์ทำงานน้อย (hypothyroidism) ก็รับประทานยาทดแทน เป็นต้น

2. รักษาเรื่องการถดถอยของการรู้คิดหรือปรีชา

- โดยการใช้ยา

- ยากลุ่ม cholinesterase inhibitors สามารถชะลออาการของผู้ป่วยโรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์สมองเสื่อมจากโรคหลอดเลือดสมอง สมองเสื่อมจากโรคพาร์กินสัน หรือเซลล์สมองเสื่อมบางชนิดได้ แต่อาจต้องติดตามผลข้างเคียง เช่น เบื่ออาหาร น้ำหนักลด คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ซึพจรเต้นช้า เป็นต้น

- ยา memantine ซึ่งเป็นยากลุ่ม NMDA receptor antagonist ชะลออาการของโรคหลง ในผู้ป่วยโรคอัลไซเมอร์ที่มีอาการปานกลางถึงระดับรุนแรง

- โดยการใช้ยา ได้แก่ ฝึกสมอง (cognitive training) ในกรณีผู้ที่มีการบกพร่องของการรู้คิดหรือปรีชา และสมองเสื่อม

3. ดูแลปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมและอารมณ์จากโรค ทั้งโดยวิธีไม่ใช้ยาและการใช้ยา

4. การดูแลสุขภาพทั่วไป และโรคประจำตัวต่าง ๆ ภาวะโภชนาการ การออกกำลังกาย ตลอดจนการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในผู้ป่วย เนื่องจากสุขภาพกายมีผลกระทบต่อการทำงานของสมอง และปัญหาสุขภาพกายอาจทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาแทรกซ้อนหรือเสียชีวิตได้

5. ส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองตามศักยภาพของผู้ป่วย ภายใต้ความปลอดภัย

6. หลีกเลี่ยงการใช้ยาที่อาจมีผลรบกวนการทำงานของสมอง เช่น antihistamine หรือยาอื่นๆ ที่มีฤทธิ์ง่วง

และ anticholinergic side effects

7. ฝ้าระวังและป้องกันการเกิดอาการซึม สับสนเฉียบพลัน โดยเฉพาะเมื่อมีอาการเจ็บป่วย

8. การดูแลความปลอดภัย และสิ่งแวดล้อม เช่น ความถูกต้องของการใช้ยา การใช้สารเคมีและของมีคม การจัดสภาพบ้าน การป้องกันการหกล้ม การหายสาบสูญ เป็นต้น

9. ให้คำปรึกษาแนะนำในประเด็นการดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายของชีวิตในด้านต่าง ๆ ตลอดจนการตัดสินใจในการรักษาพยาบาล และการทำหนังสือแสดงเจตนาเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลในวาระสุดท้ายของชีวิต

10. การให้คำแนะนำประเด็นด้านกฎหมาย เนื่องจากผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีปัญหาในการรู้คิด ความจำ การตัดสินใจ ตลอดจนปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อการบริหารจัดการกับหน้าที่การงาน ททรัพย์สิน หนี้สิน ตลอดจนการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง ดังนั้นควรประเมินศักยภาพของการรู้คิดของผู้ป่วย และให้คำแนะนำปัญหาที่เกี่ยวกับด้านกฎหมายในผู้ป่วยสมองเสื่อม หรือปรึกษานิติเวช ทนายหรือนักกฎหมาย

ให้คำแนะนำการตั้งผู้พิทักษ์ การจัดการทรัพย์สินของผู้ป่วย และการทำพินัยกรรม เป็นต้น

11. การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วยควรได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรค การดูแลแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคนี้นักมีความเครียดและทุกข์ใจมาก จึงควรมีระบบการเผยแพร่ข้อมูลความรู้ให้ผู้ดูแล การโทรศัพท์ช่วยเหลือระหว่างทีมบุคลากรแพทย์และพยาบาลกับผู้ดูแล หรือระหว่างผู้ดูแลด้วยกัน การจัดอบรมทักษะการดูแลผู้ป่วย การให้ผู้ดูแลมีช่วงพักเพื่อคลายเครียด เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ดูแลผู้ป่วยควรมีสุขภาพที่ดีทั้งทางกายและจิต เนื่องจากมีผลต่อการดูแลผู้ป่วย และผลต่อสุขภาพของผู้ดูแลเอง ผู้ดูแลควรได้พบปะพูดคุยกับผู้อื่นบ้าง รู้วิธีการดูแลสุขภาพของตนเอง และได้ตรวจสุขภาพประจำปี เป็นต้น

วิธีการสื่อสารกับผู้ป่วยสมองเสื่อม

ข้อควรจำในการสื่อสารกับผู้ป่วยสมองเสื่อม ได้แก่

1. ก่อนจะพูด หากท่านกำลังเร่งรีบหรือเครียดหยุดหงิด พยายามใช้เวลาในการทำความเข้าใจของท่านให้สงบก่อนพูด
2. มีความอดทน ใจเย็น
3. แสดงความสนใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด แสดงให้เห็นว่า ผู้ฟังสนใจฟังและมีความตั้งใจพยายามจะทำความเข้าใจผู้ป่วย
4. สบสายตากับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสนใจในสิ่งที่ท่านกำลังพูด
5. พยายามให้ผู้ผู้ป่วยเห็นท่านอย่างชัดเจน เนื่องจากทำให้ความเข้าใจในการสื่อสารดีขึ้นจากการอ่านริมฝีปาก
6. แสดงความอ่อนน้อม เคารพผู้ป่วย เนื่องจากเป็นผู้สูงอายุ ถึงแม้จะมีอาการสมองเสื่อม แต่ไม่ควรพูดกับผู้ป่วยเหมือนผู้ป่วยเป็นเด็ก
7. สื่อสารด้วยอารมณ์ดี อาจมีอาการฉุนเฉียว แต่ไม่ควรพูดแหย่ผู้ป่วย เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีอาการสมองเสื่อมมาก อาจแปลเจตนาของการพูดแหย่เล่นไม่ออก
8. ใช้สิ่งต่าง ๆ ช่วยในการสื่อสาร เช่น ภาพ ข้อความ เป็นต้น
9. ใช้ภาษากายประกอบการสื่อสาร ลักษณะการแสดงออกของใบหน้าและท่าทางควรไปด้วยกันกับสิ่งที่กำลังสื่อสาร
10. เวลาพูดสื่อสารกับผู้ป่วย พยายามเว้นระยะห่างในระดับหนึ่ง อย่าเข้าจนประชิดตัวผู้ป่วยจนเกินไป อาจใช้การสัมผัสมือ แสดงความรู้สึกได้
11. ลดเสียงรบกวน เช่น เสียงโทรทัศน์ วิทยุ หรือเสียงสนทนาของผู้อื่น
12. ใช้เสียงที่นุ่มนวล สุภาพ และชัดเจน ชัดคำ อย่าตะโกน และอย่าใช้เสียงแหลมสูง เนื่องจากอาจกระตุ้นให้หงุดหงิดและผู้สูงอายุจะได้ยินเสียงทุ้ม ต่ำ ดีกว่า
13. พูดไม่เร็วเกินไป พยายามหยุดระหว่างประโยค อย่างธรรมชาติ เพื่อให้ผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจ
14. พูดเป็นประโยคสั้น ๆ หรือถ้าสมองเสื่อมมากแล้ว อาจพูดเป็นวลีหรือคำสั้นๆ ทีละขั้นตอน
15. หากไม่แน่ใจว่าสิ่งที่ฟังจากผู้ป่วยนั้น ท่านเข้าใจได้ถูกต้องหรือไม่ ให้ถามผู้ป่วยถึงความเข้าใจของท่านเองว่าถูกหรือไม่
16. อย่าวิพากษ์วิจารณ์หรือกล่าวตำหนิว่าผู้ป่วยพูดผิด เข้าใจผิด หรือมีสมองเสื่อม จำไม่ได้ เนื่องจากจะกระตุ้นความรู้สึกโกรธของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่รู้สึกรู้สีกว่าตนเองเข้าใจอะไรผิดดังคำกล่าวหา ให้พยายามหาวิธีเบี่ยงเบนนำบทสนทนาสู่เรื่องอื่นที่ผู้ป่วยสนใจ

17. อย่าถามคำถามผู้ป่วยมาก เนื่องจากผู้ป่วยอาจเครียดที่ไม่สามารถตอบคำถามได้ หรือจำไม่ได้ หากจะถาม ควรถามทีละคำถามและเป็นคำถามปลายปิด ให้ผู้ป่วยตอบเพียง “ใช่” หรือ “ไม่ใช่”
18. พูดแต่เรื่องบวก ไม่พูดเรื่องร้ายๆ หรือพูดในแง่ไม่ดี
19. ควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในบทสนทนาด้วย
20. หากผู้ป่วยไม่เข้าใจ พยายามพูดในวิธีใหม่หรือใช้วิธีอื่นในการสื่อสาร แทนที่จะพูดประโยคเดิมๆ ซ้ำๆ
21. หากผู้ป่วยนึกสิ่งที่จะพูดหรือนึกคำไม่ออก พยายามให้ผู้ป่วยสื่อสารลักษณะอื่น หรือช่วยไปผู้ป่วย สังเกตจากลักษณะต่าง ๆ และภาษากายที่ผู้ป่วยพยายามสื่อออกมา
22. หากผู้ป่วยเล่าด้วยความเศร้า ให้ผู้ป่วยได้ระบายในสิ่งที่ต้องการเล่า ไม่ขัดผู้ป่วยในระหว่างการเล่า
23. เนื่องจากผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องความจำ ดังนั้นการนำข้อมูลที่ผู้ป่วยบอกไปใช้ในการตัดสินใจอะไร ควรต้องคำนึงถึงประเด็นความถูกต้องของข้อมูลด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. รู้จริงและเข้าใจ สุขภาพผู้สูงอายุและภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ด ยูเคชั่น; 2559.

กลุ่มอาการสูงอายุ : อาการซึม สับสนเฉียบพลัน

ศ.นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล

อาการซึม สับสนเฉียบพลันเป็นอย่างไร¹

ผู้สูงอายุที่มีอาการซึม สับสนเฉียบพลัน จะมีอาการพูดคุยคนละเรื่อง ไม่เป็นเรื่องราว สับสนจับต้นชนปลาย ไม่ถูก หลงวัน เวลา และสถานที่ มีอาการเห็นภาพหลอนที่คนอื่นไม่เห็น เช่น เห็นญาติผู้ใหญ่ที่เสียชีวิตไปแล้ว อาจจะมีสมาธิไม่ดี อาการเกิดขึ้นค่อนข้างเร็วภายในเวลาไม่กี่ชั่วโมงหรือภายในวันสองวัน บางคนอาการ เป็นมากถึงกับ ปีนเตียง ไม่หลับไม่นอน บางคนลุกมาจุดไฟจะเผาบ้านก็มี แต่ในผู้สูงอายุบางคนกลับแสดงอาการเป็นนอนมากขึ้น ซึม ๆ พุดน้อยลง เป็นต้น

อาการนี้มักพบในผู้สูงอายุมากกว่าวัยอื่น ๆ ยิ่งอายุยิ่งมากขึ้นยิ่งมีความเสี่ยงสูง เพราะเซลล์สมองเริ่มตายมากขึ้น ทำให้ความสามารถของสมองลดลง ร่องรับกับการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของร่างกายได้ไม่ดีเท่าคนหนุ่มสาว ผู้สูงอายุที่รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลร้อยละ 10-20 เกิดอาการนี้ขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล และถ้าต้องได้รับการผ่าตัด เช่น ผ่าตัดข้อสะโพก หรือป่วยอาการหนัก โอกาสเกิดอาการนี้ยิ่งสูงขึ้น

สาเหตุเกิดจากอะไร

อาการสับสนเฉียบพลันถือเป็นภาวะค่อนข้างเร่งด่วนที่ต้องไปพบแพทย์ เนื่องจากเกิดจากความผิดปกติบางอย่างของร่างกายที่ซ่อนอยู่ สำหรับความผิดปกติทางกายที่สำคัญที่มักเป็นสาเหตุของอาการนี้¹ ได้แก่

1. ยา ขอยกสาเหตุนี้ขึ้นก่อนเพราะว่าพบได้บ่อยมาก ยิ่งถ้ารับประทานยาหลายชนิด ยิ่งมีโอกาสเกิดสูง ตัวอย่างยาที่เป็นสาเหตุ ได้แก่ ยาลดน้ำมูก ยาคลายกล้ามเนื้อแก้ปวด ยานอนหลับ ยารักษาโรคซึมเศร้า ยารักษาโรคพาร์กินสัน เป็นต้น เพราะฉะนั้นถ้าเพิ่งได้รับยาใดมาไม่นานหรือมีการปรับขนาดยาหรือวิธีการรับประทานก่อนเกิดอาการสับสนเฉียบพลัน ให้หยุดยาดังกล่าวและปรึกษาแพทย์โดยนำตัวอย่างยาทั้งหมดไปให้แพทย์ดู

อีกกรณีหนึ่งเกิดจากการหยุดยาบางตัวอย่างกะทันหัน เช่น รับประทานยานอนหลับมานานแล้วหยุดทันที หรือบางคนดื่มเหล้าจัดมานานแล้วหยุดดื่มทันทีจากสาเหตุอะไรก็ตาม ก็อาจทำให้เกิดอาการสับสนเฉียบพลันได้

2. โรคติดเชื้อ ไม่จำเป็นต้องติดเชื้อในสมอง อาจติดเชื้อที่อื่นก็ได้ เช่น ติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ติดเชื้อที่ปอด หรือบางคนเป็นหวัดก็สับสนได้ (แต่กรณีหลังนี้มักเกิดในผู้ป่วยที่มีปัญหาของสมองอยู่เดิม) ผู้สูงอายุจะมีไข้ และมีอาการของอวัยวะที่ติดเชื้อ เช่น ติดเชื้อที่ทางเดินปัสสาวะ ก็มีอาการปัสสาวะขัด ชุน ปัสสาวะบ่อย ปวดบั้นเอว ถ้าติดเชื้อที่ปอดก็มีไข้ ไอ เหนื่อยหอบ เป็นต้น แต่ถ้าอายุมากแล้วบางทีอาจไม่มีไข้และอาการของอวัยวะที่ติดเชื้อไม่ชัดเจน

3. ความผิดปกติของระดับน้ำตาล เกลือแร่ในร่างกาย กรณีนี้มักเกิดในผู้สูงอายุที่มีโรคบางอย่างอยู่เดิม เช่น เป็นโรคเบาหวานแล้วได้ยาเบาหวาน แล้วมีช่วงรับประทานอาหารได้น้อย เกิดมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำเกินไป หรือผู้สูงอายุโรคไตมีระดับเกลือแร่ผิดปกติ เป็นต้น

4. โรคอื่น ๆ เช่น โรคหัวใจวาย หัวใจสูบฉีดเลือดไม่ดี ทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่พอ โรคถุงลมโป่งพอง มีอาการหอบเหนื่อยมากๆ ร่างกายขาดออกซิเจน สมองได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ หรือเป็นโรค ตับแข็ง ตับไม่สามารถทำลายของเสียในร่างกายทำให้มีของเสียคั่งในสมองได้ เป็นต้น

5. ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอยู่เดิม จะยิ่งมีโอกาสเกิดอาการสับสนเฉียบพลันได้ง่าย บางครั้งแค่เปลี่ยนผู้ดูแลหรือย้ายมานอนในโรงพยาบาลก็มีอาการสับสนแล้ว

การป้องกันอาการซึม สับสนเฉียบพลัน¹

1. พยายามให้ผู้สูงอายุได้ทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง อย่างเช่น อาบน้ำเอง แต่งตัวเอง ซึ่งการประกอบกิจวัตรประจำวันเองเป็นการกระตุ้นร่างกายและสมอง และยังทำให้ผู้สูงอายุไม่สับสนเรื่องเวลาอีกด้วย

2. พยายามพูดคุยกับผู้สูงอายุบ่อยๆ การถามคำถามเกี่ยวกับความเป็นอยู่ พูดคุยเกี่ยวกับเหตุการณ์ต่างๆ ในครอบครัวและสังคม พยายามให้ผู้ป่วยได้เคลื่อนไหว ไม่นอนอยู่แต่บนเตียง ผู้สูงอายุที่พอจะเดินได้ ญาติควรพยายามกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ลุกเดินไปไหนมาไหน

3. ในกรณีที่มีปัญหาเรื่องการมองเห็นและการได้ยิน ให้ผู้สูงอายุสวมแว่นสายตาและเครื่องช่วยฟัง เพราะจะทำให้มองเห็นและได้ยินดีขึ้น ทำให้สามารถรับรู้เหตุการณ์รอบตัวได้มากขึ้น

4. ถ้าผู้สูงอายุนั้นไม่ค่อยได้ไปไหนมาไหน อยู่แต่ในบ้าน พยายามให้ผู้สูงอายุได้สัมผัสแสงแดดบ้างในช่วงเช้าและเย็น ถ้านอนอยู่แต่บนเตียง ลุกเดินไม่ได้ พยายามเปิดผ้าม่านหน้าต่างหรือเปิดไฟให้สว่าง ในเวลากลางวัน และพยายามหรีหรือปิดไฟในช่วงกลางคืน

5. ถ้ามานอนโรงพยาบาล ในกรณีที่มีความเสี่ยงสูงที่จะเกิดอาการสับสนเฉียบพลัน ควรให้ญาติหรือผู้ที่ดูแลผู้สูงอายุเป็นประจำได้อยู่เฝ้า และนำอุปกรณ์ เครื่องใช้ประจำตัว เช่น หมอน ผ้าห่ม ของผู้สูงอายุมาที่โรงพยาบาล เพราะผู้สูงอายุจะคุ้นเคย

6. หานาฬิกาและปฏิทิน วางไว้ในตำแหน่งที่ผู้สูงอายุสามารถมองเห็นได้ชัดเจน เปิดวิทยุหรือโทรทัศน์เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการกระตุ้นมากขึ้น

7. พยายามให้ผู้สูงอายุได้รับการพักผ่อนเพียงพอ หลีกเลี่ยงเสียงและแสงที่รบกวนผู้สูงอายุช่วงพักผ่อน เนื่องจากผู้สูงอายุที่อดนอนมากๆ บางรายอาจเกิดอาการสับสนได้

8. ควรทบทวนวัน เวลาและสถานที่ให้ผู้สูงอายุรับทราบเป็นครั้งคราว

9. หลีกเลี่ยงการใช้ยาเอง ควรปรึกษาแพทย์ทุกครั้งก่อนใช้ยาใดๆ

10. เมื่อมีอาการเจ็บไข้ไม่สบายใด ๆ ควรไปรักษาตั้งแต่แรก

11. ในกรณีที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือต้องได้รับการผ่าตัด ควรได้รับการประเมินจากแพทย์ถึงความเสี่ยงต่อการเกิดอาการสับสนเฉียบพลันและการป้องกันไว้ด้วย

12. กรณีที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล แพทย์และพยาบาลควรอธิบายขั้นตอนการปฏิบัติตัว ขั้นตอนการตรวจและการรักษาให้ผู้ป่วยฟังเป็นระยะ จะช่วยทำให้ผู้สูงอายุคลายความวิตกกังวล ซึ่งอาจนำมาซึ่งอาการสับสนได้

ในกรณีที่เกิดอาการสับสนแล้วให้รีบหยุดยาที่ไม่แน่ใจและนำผู้สูงอายุไปพบแพทย์ เนื่องจากอาจเกิดจากความผิดปกติบางอย่างที่เป็นอันตรายต้องรักษาอย่างรวดเร็ว

การแก้ไขอาการซึม สับสนเฉียบพลัน

เมื่อเกิดอาการซึม สับสนเฉียบพลันขึ้นแล้ว *สิ่งที่สำคัญที่สุดคือ การหาสาเหตุของอาการดังกล่าว และให้การแก้ไขอย่างเร่งด่วน* เนื่องจากอาการซึม สับสนเฉียบพลันจัดเป็นภาวะฉุกเฉินอย่างหนึ่ง สำหรับการรักษาอื่นๆ ที่ให้ร่วมไปด้วยกันระหว่างการรอผลของการแก้ไขสาเหตุ ได้แก่ การให้การรักษาระดับประคองอาการและการป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนของอาการซึม สับสนเฉียบพลัน²

1. การค้นหาสาเหตุที่ทำให้เกิดอาการซึม สับสนเฉียบพลัน

2. การดูแลระดับประคองอาการทั่วไป

- ก. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง
- ข. ให้สารน้ำและอาหารเพียงพอ
- ค. จัดท่าผู้ป่วยสูงอายุและพลิกตะแคงตัวเพื่อป้องกันแผลกดทับและหลอดเลือดดำอุดตัน
- ง. พยายามหลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์ในการยึดตรึงผู้ป่วยสูงอายุ เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุวุ่นวายมากขึ้น และทำให้เกิดภาวะการไม่เคลื่อนไหว (Immobility)
- จ. การดูแลประจำวันทั่วไป เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การดูแลผิวหนังและเล็บ เป็นต้น
- ฉ. คอยดูแลเรื่องการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระ ทำความสะอาดทันทีย่อย่างปลอดภัยไว้ เนื่องจากอาจทำให้เกิดแผลกดทับและทำให้ต้องรับการรักษาานานขึ้น

3. การปรับสิ่งแวดล้อม

ก. การช่วยให้ผู้สูงอายุรับรู้วัน เวลาและสิ่งแวดล้อม

1. ควรพูดคุย สื่อสารกับผู้สูงอายุอย่างกระชับ ได้ใจความและชัดเจน
2. ควรเน้นย้ำเป็นระยะให้ผู้สูงอายุทราบวัน เวลา สถานที่และบุคคลที่สำคัญในการดูแลผู้สูงอายุ เช่น ญาติ ผู้ดูแล แพทย์และพยาบาล
3. เตรียมนาฬิกา ปฏิทินไว้ในที่ ๆ ผู้สูงอายุสามารถเห็นได้ง่ายเพื่อช่วยกระตุ้นให้ผู้สูงอายุนำทราบวัน เวลา
4. นำสิ่งของผู้สูงอายุคุ้นเคยที่บ้านมาไว้ในห้องผู้สูงอายุ เช่น รูปถ่าย หมอน ผ้าห่ม เป็นต้น
5. อาจเปิดวิทยุหรือโทรทัศน์ให้ผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการกระตุ้นผู้สูงอายุให้รับรู้การเปลี่ยนแปลงภายนอก และเพื่อให้ผู้สูงอายุได้คลายความวิตกกังวล
6. แนะนำผู้ดูแลและญาติของผู้สูงอายุให้คอยพูดคุยกับผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกปลอดภัย ไม่วิตกกังวลและเพื่อให้ผู้สูงอายุนำทราบวัน เวลาและ สถานที่
7. พยายามให้ทีมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ให้เป็นบุคคลเดิม เพื่อลดความสับสนของผู้สูงอายุ
8. พยายามไม่เปลี่ยนเตียงผู้สูงอายุบ่อย ๆ เนื่องจากจะทำให้สับสนสถานที่ง่ายขึ้น

ข. การปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม

1. จัดบริเวณรอบ ๆ ผู้สูงอายุไม่ให้วุ่นวาย นำสิ่งของ และอุปกรณ์ที่ไม่จำเป็นออก จัดให้มีระยะระหว่างเตียงผู้สูงอายุพอสมควร
2. ถ้าเป็นไปได้ พยายามให้ผู้สูงอายุอยู่ในห้องส่วนตัวแยกจากผู้สูงอายุรายอื่น เพื่อให้ผู้สูงอายุได้พักผ่อนเต็มที่และไม่มีสิ่งรบกวน
3. หลีกเลี่ยงการกล่าวคำทางการแพทย์ที่อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดอาการระแวง
4. พยายามให้มีแสงสว่างเพียงพอ ให้ผู้สูงอายุได้มองเห็นสิ่งต่างๆ รอบตัว ไม่เกิดอาการระแวงและประสาทหลอน
5. พยายามลดเสียงรบกวนจากทีมผู้ดูแล และลดเสียงจากอุปกรณ์ต่างๆ เช่น โทรศัพท์มือถืออุปกรณ์ตามตัวหรืออุปกรณ์การแพทย์
6. ปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสม

ค. การช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้

1. ชักถามและตรวจดูว่าผู้สูงอายุมีปัญหาต้องใช้อุปกรณ์ช่วยต่าง ๆ เช่น แวนตา เครื่องช่วยฟัง หรือ ฟันปลอมหรือไม่ ถ้าผู้สูงอายุพูดภาษาไทยไม่ได้ อาจต้องมีคนที่พูดภาษาที่ผู้ป่วยพูดได้คอยดูแล
2. กระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการดูแลตัวเองและมีส่วนร่วมในการรักษา เช่น ชักถามอาการปวดจากผู้ป่วย เป็นต้น

3. จัดการดูแลให้เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้ได้พักผ่อนอย่างเต็มที่ เช่น ถ้าไม่จำเป็น อาจงดการวัดความดันและอุณหภูมิภายในช่วงที่ผู้สูงอายุกำลังนอนหลับ ปรับการรับประทานยาและการฉีดยาให้เหมาะสม เพื่อไม่ให้ต้องปลุกผู้สูงอายุขึ้นมา อาจเปิดดนตรีเบาๆ เพื่อให้ผ่อนคลาย เป็นต้น

4. พยายามให้ผู้สูงอายุได้มีการเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ถ้าเป็นผู้สูงอายุที่พอจะเดินได้ ควรให้ได้ลุกเดินอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง ถ้าผู้สูงอายุลุกเดินไม่ได้ ควรมีการทำกายภาพบำบัดให้ผู้สูงอายุวันละ 3 ครั้ง ๆ ละ 15 นาที

4. การใช้ยาควบคุมอาการให้สงบ

ในบางครั้ง ถ้าผู้สูงอายุมีความวุ่นวายมาก ไม่ให้ความร่วมมือกับการดูแลและอาจก่อให้เกิดอันตรายกับตัวผู้สูงอายุเองได้ เช่น ปีนเตียง พยายามดึงสายสวนปัสสาวะและสายให้อาหารทางจมูก เป็นต้น อาจจำเป็นต้องควบคุมอาการโดยใช้ยาระหว่างรอผลของการแก้ไขสาเหตุ ข้อผิดพลาดที่มักพบในเวชปฏิบัติ คือ การที่มักคำนึงถึงแต่การให้ยาควบคุมอาการวุ่นวายสับสน แทนที่จะเน้นถึงการตรวจหาสาเหตุและแก้ไข

ยาที่มีการศึกษามากที่สุดสำหรับอาการซึมสับสนเฉียบพลัน ในกรณีผู้สูงอายุมีอาการวุ่นวาย ได้แก่ ยาด้านโรคจิต

ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีอาการซึม สับสนเฉียบพลันชนิด hypoactive คือ ซึมหลับมาก ให้รักษาสาเหตุและรักษาประคับประคองอาการโดยทั่วไป อาจไม่ต้องให้ยากลุ่มนี้

ยากลุ่ม benzodiazepine เป็นยาที่ใช้ในกรณีที่ผู้สูงอายุมีอาการวุ่นวายจาก delirium tremens เนื่องจากการให้ยารักษาโรคจิตเภทอาจลด seizure threshold ลงได้และทำให้ผู้สูงอายุชักได้และยังใช้ในกรณีที่มีอาการซึม สับสนเฉียบพลันจากอาการถอนยา benzodiazepine กะทันหัน (benzodiazepine withdrawal) โดยให้ lorazepam ขนาด 0.5-1 มิลลิกรัม

ตารางที่ 1 แสดงยาและขนาดยาที่ใช้ในการควบคุมอาการซึม สับสนเฉียบพลัน³

ยาและขนาดเริ่มแรก	ขนาดสูงสุดของยา	ข้อควรระวัง
Haloperidol 0.25-0.5 มก. รับประทานเวลามีอาการทุก 4 ชั่วโมง	5 มก./วัน	อาจเพิ่ม QT interval โอกาสเกิด extrapyramidal side effect (EPS) แม้ใช้ในขนาดต่ำ
Risperidone 0.25-0.5 มก. รับประทานเวลามีอาการทุก 4 ชั่วโมง	4 มก./ วัน	อาจเพิ่ม QT interval โอกาสเกิด extrapyramidal side effect (EPS) ถ้าใช้ในขนาดมากกว่า 2 มก.
Olanzapine 2.5-5 มก. รับประทานเวลามีอาการทุก 4 ชั่วโมง	10 มก./ วัน	อาจมี anticholinergic side effect ง่วงนอน
Quetiapine 12.5-25 รับประทานเวลามีอาการทุก 4 ชั่วโมง	150 มก./ วัน	ง่วงนอนอาจเกิด postural hypotension ถ้าเพิ่มขนาดเร็ว

เอกสารอ้างอิง

1. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. รู้จริงและเข้าใจ สุขภาพผู้สูงวัยและภาวะสมองเสื่อม. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ด ยูเคชั่น; 2559.
2. วีรศักดิ์ เมืองไพศาล. ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน. ใน: วีรศักดิ์ เมืองไพศาล, บรรณาธิการ. การจัดการภาวะฉุกเฉินสำหรับผู้สูงอายุ (Emergency management for the elderly). กรุงเทพฯ: ภาพพิมพ์; 2557. หน้า 167-91.
3. van Zyl LT, Seitz DP. Delirium concisely: condition is associated with increased morbidity, mortality, and length of hospitalization. Geriatrics 2006; 61: 18-21.

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ให้บริการ

แนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ให้บริการ

รศ.ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์

เนื้อหา

1. ผู้ให้บริการ บทบาทและหน้าที่
 - 1.1 ความหมายของผู้ให้บริการ
 - 1.2 บทบาทและหน้าที่
2. การจัดการความเครียดในผู้ให้บริการ
 - 2.1 สาเหตุของความเครียด
 - 2.2 ความหมายของความเครียด
 - 2.3 ผลกระทบจากภาวะเครียด
 - 2.4 การจัดการความเครียด
 - 2.5 การป้องกันการกระทำ ความรุนแรงในสถานประกอบการ
3. การดูแลตนเองของผู้ให้บริการ
4. การธำรงรักษาผู้ให้บริการ

เกริ่นนำ

กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง แบ่งการให้บริการออกเป็น 3 ลักษณะ คือ การให้บริการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่างวัน การให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้สูงอายุโดยจัดให้มีที่พักอาศัย และการให้บริการดูแลและประคับประคองผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง¹ กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงมีขนาดจำนวนเตียงหลากหลายตั้งแต่ต่ำกว่า 10 เตียง ถึงมากกว่า 150 เตียง โดยส่วนใหญ่มีเตียงอยู่ระหว่าง 10-30 เตียง (ร้อยละ 32.0)² องค์ประกอบที่สำคัญที่จะช่วยให้กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งของภาครัฐและเอกชนที่ดี มีประสิทธิภาพ และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุหรือผู้พักอาศัยมีคุณภาพชีวิตที่ดีก็คือผู้ให้บริการ ผู้ให้บริการในกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงดูแลผู้สูงอายุมีหลายประเภทแต่ผู้ให้บริการที่พบมีสัดส่วนมากที่สุดก็คือ ผู้ช่วยดูแล ดังนั้นในบทนี้จะกล่าวถึง ให้บริการ บทบาทและหน้าที่การจัดการความเครียดในผู้ให้บริการที่รวมถึงการป้องกันการกระทำ ความรุนแรง การดูแลตนเองของผู้ให้บริการและการธำรงรักษาผู้ให้บริการ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ผู้ให้บริการ บทบาทและหน้าที่

การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย ของ ศิริพันธุ์ สาสัตย์และคณะ (2552) พบว่าผู้ให้บริการในสถานดูแลระยะยาวที่พบมากที่สุดคือ ผู้ช่วยดูแล พบร้อยละ 30 รองลงมาคือ พยาบาล และ พี่เลี้ยง พบจำนวนเท่ากันคือร้อยละ 18.5 และที่พบน้อยที่สุด คือ นักกิจกรรมบำบัด และนักสังคมสงเคราะห์ พบจำนวนเท่ากันคือ ร้อยละ 2 (ดูตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ประเภทของผู้ให้บริการแบ่งตามสาขาวิชาชีพและอาชีพ

ประเภทของวิชาชีพ/อาชีพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
แพทย์	6	3.0
นักกายภาพบำบัด	8	4.0
นักกิจกรรมบำบัด	4	2.0
นักสังคมสงเคราะห์	4	2.0
พยาบาล	37	18.5
ผู้ช่วยพยาบาล	22	11.0
ผู้ช่วยดูแล	60	30.0
พี่เลี้ยง	37	18.5
อื่น ๆ (เช่น คนครัว พนักงานซักรีด คนสวน พนักงานขับรถ)	22	11.0
รวม	200	100

ที่มา: ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ และคณะ (2552)

นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ให้บริการในกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.5 มีอายุในช่วง 15-30 ปี มากที่สุด ร้อยละ 39.5 และมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่มีการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย ปวช. หรือเทียบเท่ามากที่สุดร้อยละ 41 ในบ้านพักคนชราพบผู้ให้บริการเป็นพี่เลี้ยงมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 51.1 ส่วนในสถานดูแลระยะยาวประเภทอื่น ๆ ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นผู้ช่วยดูแล เช่น ในสถานี่ช่วยเหลือในการดำรงชีวิต พบร้อยละ 58.3 สถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล พบร้อยละ 43.3 และในสถานดูแลผู้สูงอายุ พบร้อยละ 40.9 ยกเว้นในสถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายผู้ให้บริการส่วนใหญ่เป็นพยาบาล คิดเป็นร้อยละ 44.43

ความหมายของผู้ให้บริการ

ผู้ที่ให้การดูแลผู้สูงอายุ ที่เรียกสั้นๆ ว่าผู้ดูแล แบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ๆ (Alzheimer Research Center, 2003; Bell and Gibbons, 1989; Parker, 1992 อ้างอิงใน ศิริพันธ์ุ สาสัตย์, 2564)⁴ คือ ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ และผู้ดูแลที่เป็นทางการ

1) ผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ (informal carers/caregiver) หมายถึง กลุ่มผู้ที่ให้การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยโดยที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน การดูแลอาจยาวนานถึง 24 ชั่วโมงต่อวัน ไม่ได้รับเงินเป็นค่าตอบแทน แต่เป็นการดูแลที่มาจากความรัก ความสำนึกในบุญคุณหรือหน้าที่ มักมีความสัมพันธ์ทางการสมรส หรือจากครอบครัว เช่น คู่สมรส ลูกหลาน ญาติพี่น้อง เพื่อน หรือเพื่อนบ้านของผู้ป่วย จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่จะเป็นสามีหรือภรรยาของผู้ป่วยและมักเป็นผู้สูงอายุด้วยกันทั้งคู่สามารถแบ่งตามลักษณะความสัมพันธ์กับผู้ป่วยและปริมาณการช่วยเหลือที่ให้

2) ผู้ดูแลที่เป็นทางการ (formal carers/caregiver) หมายถึง กลุ่มผู้ดูแลที่ผ่านการฝึกอบรมมาก่อน และได้รับเงินเป็นการตอบแทน สามารถแบ่งตามความเป็นวิชาชีพ (แผนภาพที่ 1) ได้ดังนี้

2.1 ผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ (professional caregiver) มีองค์กรวิชาชีพกำกับดูแลและช่วยเหลือสมาชิกผู้ดูแลกลุ่มนี้มักเป็นผู้ที่ทำงานเกี่ยวข้องกับการดูแลทางด้านสุขภาพ เป็นสหสาขาวิชาชีพ ดังนั้นผู้ดูแลที่เป็นวิชาชีพ

ในที่นี้ก็คือ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด และบุคลากรทางการแพทย์อื่นๆ ให้การดูแลโดยได้รับค่าตอบแทน

2.2 ผู้ดูแลที่ไม่เป็นวิชาชีพ (non-professional caregiver) หรือผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้าง (paid caregiver) แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

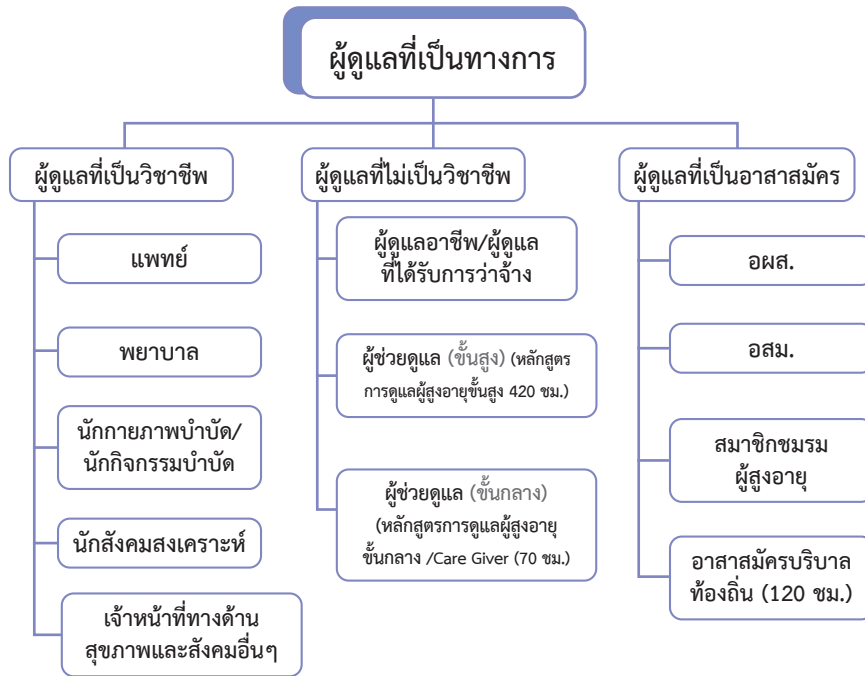
1) ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรม หมายถึงกลุ่มให้บริการดูแลที่ไม่ใช่วิชาชีพ แต่เคยผ่านการฝึกอบรมมา หลักสูตรการดูแลจากสถาบันต่าง ๆ มาก่อนและให้การดูแลผู้อื่นโดยได้รับค่าจ้าง สำหรับในประเทศไทยที่ผ่านมา จะเรียกว่า ผู้ดูแล (Caregiver) ผู้ช่วยเหลือดูแล หรือพนักงานให้การดูแล สำหรับผู้ที่จบหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 420 ชั่วโมงหรือ 3 เดือน

อย่างไรก็ตามการใช้คำว่า “ผู้ดูแล” เรียกผู้ดูแลที่เคยผ่านการอบรมและได้ค่าจ้างเป็นการตอบแทน อาจก่อให้เกิดความสับสนกับผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ ที่เป็นญาติ เพื่อนหรือเพื่อนบ้านซึ่งเป็นผู้ดูแลที่แท้จริงได้ จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศที่มีการพัฒนาระบบผู้ดูแลที่เป็นรูปธรรมแล้ว เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา จะใช้คำว่า “ผู้ช่วยการพยาบาล (Nursing assistant: NA)” หรือ “ผู้ดูแลที่ได้รับการว่าจ้าง (Paid caregiver)” ในประเทศแคนาดาจะใช้คำว่า “ผู้ช่วยดูแลแบบต่อเนื่อง (continuing care assistant: CCA)” ในประเทศสหราชอาณาจักรจะใช้คำว่า “ผู้ช่วยดูแลด้านสุขภาพ (Health care assistants: HCA)” และบางครั้งอาจใช้ชื่ออื่นขึ้นอยู่กับภาระหน้าที่ที่รับผิดชอบ จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่จะมีคำว่า Care assistant ร่วมด้วยเสมอ ซึ่งต่อมากกรมพัฒนาฝีมือแรงงาน กระทรวงแรงงาน ได้เปลี่ยนจากการใช้คำว่า “ผู้ดูแล” มาใช้คำว่า “ผู้ช่วยดูแล” หรือ “Care assistant” เพื่อป้องกันความสับสนและสอดคล้องกับคำที่ใช้ในต่างประเทศ ดังนั้น ในที่นี้จะใช้คำว่า Care assistant หรือ “ผู้ช่วยดูแล” แทนผู้ดูแลกลุ่มนี้

2) ผู้ดูแลที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมมาก่อน แต่เข้ามาทำหน้าที่ในการให้การดูแลร่วมกับการทำงานบ้าน ดูแลกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยใช้ทักษะพื้นฐานของตนเองและประสบการณ์ชีวิตในการให้การดูแล ในประเทศไทยจะพบว่าผู้ดูแลที่รับจ้างดูแลอยู่ตามบ้านที่ไม่มีประกาศนียบัตรการจบการฝึกอบรมจากโรงเรียน บริบาลที่ได้รับการรับรองจากกระทรวงศึกษาธิการ แต่ไม่สามารถหาตัวเลขที่ชัดเจนได้และยังไม่มีการศึกษาวิจัย ผู้ดูแลกลุ่มนี้ เป็นต้น

3) ผู้ดูแลอาสาสมัคร เป็นผู้ดูแลจากหน่วยงานที่ได้รับการจัดตั้งขึ้นอย่างเป็นทางการและเคยผ่านการฝึกอบรมการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน อย่างไรก็ตามต่อมาเริ่มมีการจ่ายค่าตอบแทน เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการเดินทาง เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (อผส.) ที่ได้รับเงินค่าตอบแทนเดือนละ 600 บาท หรืออาสาสมัครนักบริบาลท้องถิ่น จะได้รับเงินเดือนละ 9,000 บาท จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อให้บริการผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน โดยใช้เวลาฝึกอบรม 120 ชั่วโมง

ดังนั้น “ผู้ให้บริการ” โดยทั่วไปจะหมายถึง บุคลากรทางด้านสุขภาพและสังคม ที่ให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ที่มารับบริการทั้งแบบไม่พักค้าง และแบบที่พักค้างคืน โดยได้รับค่าตอบแทน เป็นผู้ดูแลที่เป็นทางการ ที่เป็นวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์ และที่ไม่เป็นวิชาชีพ เช่น ผู้ช่วยพยาบาล ผู้ช่วยดูแล และพี่เลี้ยง เป็นต้น อย่างไรก็ตามราชกิจจานุเบกษา (2563)¹ ผู้ที่ให้บริการ คือ ผู้ช่วยพยาบาลจบหลักสูตรผู้ช่วยพยาบาล 1 ปี และผู้ช่วยดูแล ที่จบหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 420 ชั่วโมง ที่ได้รับการรับรองจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการกับกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และ จากการศึกษาผู้ให้บริการที่พบมากที่สุดคือ ผู้ช่วยดูแล พบร้อยละ 30³ สำหรับผู้ดูแลที่เป็นทางการที่ให้การดูแลระยะยาวที่พบได้บ่อยในชุมชน คือผู้ดูแลที่เป็นอาสาสมัคร จะไม่รวมอยู่ในผู้ให้บริการในสถานดูแลระยะยาว

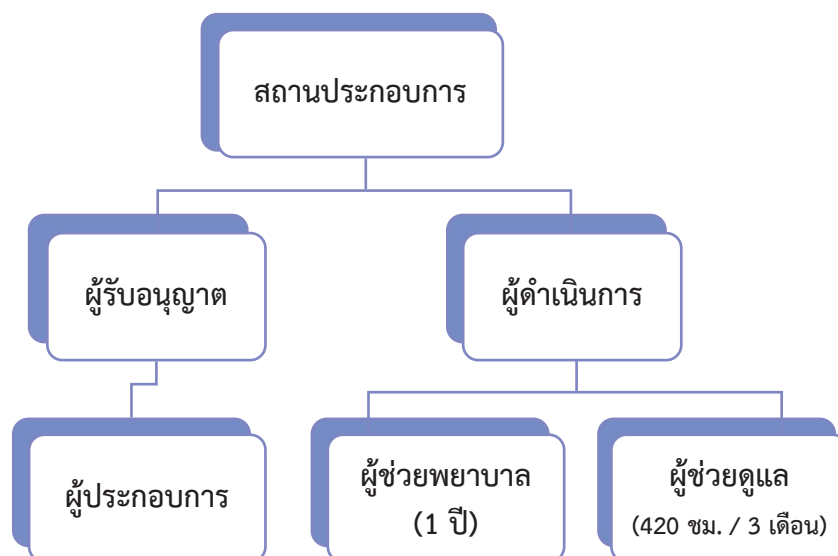


แผนภาพที่ 1 แสดงประเภทของผู้ดูแลที่เป็นทางการ

ที่มา: ปรับปรุงจาก ศิริพันธ์ สาสัจย์, ประพนอม รอดคำดี และเตือนใจ ภักดีพรหม (2553)⁵

1.1 บทบาทและหน้าที่

ตามโครงสร้างการบริหารงานของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จะประกอบไปด้วย ผู้รับอนุญาต ผู้ดำเนินการ และผู้ให้บริการ (ดูแผนภาพที่ 2) พระราชบัญญัติ (พรบ.) สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.2559⁶ ในหมวดที่ 3 ได้ระบุหน้าที่ของผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการ แต่ยังไม่มีการประกาศบทบาทและหน้าที่ของผู้ให้บริการ ของกรมสนับสนุนบริการ ผู้เขียนจึงนำบทบาทและหน้าที่ของผู้ช่วยพยาบาล และบทบาทและหน้าที่ของพนักงาน ให้การดูแลซึ่งเป็นผู้ให้บริการหลักในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จากประกาศสภาการพยาบาล พ.ศ. 2561⁷ มาปรับใช้ ดังนี้



แผนภาพที่ 2 แสดงโครงสร้างการบริหารในสถานประกอบการ

1) บทบาทและหน้าที่ของผู้รับอนุญาต (ตามมาตรา 28) ประกอบด้วย

- (1) แสดงใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
 - (2) จัดให้มีผู้ดำเนินการ
 - (3) จัดทำทะเบียนประวัติผู้ดำเนินการและผู้ให้บริการ
 - (4) รักษามาตรฐาน: สถานที่ ความปลอดภัย การให้บริการ
 - (5) รับผู้ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการ เข้าทำงาน
 - (6) ไม่โฆษณาเกี่ยวกับการให้บริการ: โอ้อวดเกินจริง อวดสรรพคุณการบริการ ก่อให้เกิดความเข้าใจผิด
- สื่อทางลามกอนาจาร
- (7) ควบคุมดูแลมิให้ก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อาศัยใกล้เคียง
 - (8) ห้ามมิให้มีการจัดสถานที่ หรือสิ่งอื่นใดสำหรับผู้ให้บริการแสดงตนเพื่อให้สามารถเลือกผู้ให้บริการได้
 - (9) ควบคุมดูแลมิให้มีการลักลอบหรือมีการค้าประเวณี หรือมีการกระทำหรือบริการที่ขัดต่อกฎหมาย ความสงบเรียบร้อยและศีลธรรมอันดี
 - (10) ห้ามมิให้ยินยอมหรือปล่อยปละละเลย ให้มีการจำหน่ายหรือเสพเครื่องดื่มแอลกอฮอล์หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบ
 - (11) ห้ามมิให้ยินยอมหรือปล่อยปละละเลยให้มีการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด
 - (12) ห้ามมิให้ยินยอมหรือปล่อยปละละเลย ให้ผู้มีอาการมีเมมาจนประพฤตินุญวายหรือครองสติไม่ได้ เข้าไปในสถานประกอบการระหว่างเวลาทำการ
 - (13) ห้ามมิให้ยินยอมหรือปล่อยปละละเลยให้มีการนำอาวุธเข้าไปในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

2) บทบาทและหน้าที่ของผู้ดำเนินการ (ตามมาตรา 29) ประกอบด้วย

- (1) จัดทำคู่มือปฏิบัติงานสำหรับบริการหรือ คู่มือการใช้อุปกรณ์ ผลิตภัณฑ์และเครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ และพัฒนาผู้ให้บริการให้สามารถให้บริการได้ตามคู่มือที่จัดทำขึ้น
- (2) ควบคุมดูแลการบริการ อุปกรณ์ ผลิตภัณฑ์และเครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ ให้ได้มาตรฐาน ถูกสุขลักษณะ และใช้ได้อย่างปลอดภัย
- (3) สอบถามและบันทึกข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน และคัดกรองผู้รับบริการ เพื่อจัดบริการที่เหมาะสมแก่สุขภาพของผู้รับบริการ
- (4) ควบคุมดูแลผู้ให้บริการให้ปฏิบัติตามคู่มือการปฏิบัติงานอย่างเคร่งครัด และควบคุมดูแลมิให้ผู้ให้บริการออกไปให้บริการนอกสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในเวลาทำงาน
- (5) จัดให้มีมาตรฐานการดูแลความปลอดภัยในการทำงาน และป้องกันมิให้ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และบุคคลซึ่งทำงานในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพถูกละเมิดทางเพศ และมีหน้าที่ ตาม มาตรา 28 (9)-(13)

3) บทบาทและหน้าที่ของผู้ช่วยพยาบาล (Practical Nurse: PN) ประกอบด้วย

- (1) ประกาศสภาการพยาบาล เมื่อวันที่ 23 กุมภาพันธ์ 2561⁷ ได้ระบุขอบเขตและหน้าที่ของผู้ช่วยพยาบาล ดังต่อไปนี้
 - 3.1) งานประจำแต่อยู่ภายใต้การนิเทศของพยาบาลวิชาชีพ
 - (1) การทำหัตถการที่ไม่ยุ่งยาก ไม่ซับซ้อน โดยไม่ทำให้เกิดอันตรายทันทีถ้าไม่ปฏิบัติตามขั้นตอน เช่น ดูดเสมหะในผู้ป่วยที่อาการคงที่ ดูแลผู้ป่วยที่มีท่อช่วยหายใจที่อาการคงที่ การสวนปัสสาวะทิ้ง/การใส่ถุงรองรับ สวนอุจจาระในผู้ที่ไม่มีความผิดปกติทางเดินอาหารส่วนล่าง ประคบร้อน ประคบเย็น ในผู้ที่รู้สึกตัวดี เป็นต้น
- การเก็บข้อมูล บันทึก และรายงานข้อมูล เช่น สัญญาณชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ปริมาณน้ำดื่ม ปัสสาวะ ตรวจหาน้ำตาล

ในปัสสาวะ ความเข้มข้นของเลือด ข้อมูลที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม การตอบสนองต่อการพยาบาล ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม ความเห็นของผู้ใช้บริการและครอบครัว สังเกตและเก็บสิ่งส่งตรวจ เก็บและตรวจน้ำตาลในปัสสาวะ รักษาความสะอาดร่างกาย และเช็ดตัวลดไข้ เป็นต้น

3.2) งานเฉพาะที่เป็นงานประจำซึ่งผู้ให้บริการมีอาการคงที่/ไม่รุนแรง เช่น ช่วยการเดิน จัดท่าพลิกตัว ดูแลสุขอนามัย ขับถ่าย อาบน้ำ เช็ดตัวลดไข้ การให้อาหาร เตรียมอาหารให้อาหารและน้ำทางสายยางสู่กระเพาะอาหารและลำไส้ ดูแลกิจวัตรประจำวัน กิจกรรมทางสังคม การเข้ากลุ่ม ช่วยพยาบาลในการให้ความรู้เรื่องสุขภาพ การฟื้นฟูสภาพตามแผนการรักษา การประเมินโดยใช้เครื่องมือง่ายๆ การดูแลผู้ป่วยที่เสียชีวิต การช่วยฟื้นคืนชีพระดับพื้นฐาน ป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อโรค ทำความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ภายนอก ช่วยรับผู้ป่วย ช่วยย้ายและจำหน่ายผู้ป่วย และการเตรียมและช่วยเหลือการตรวจร่างกาย เป็นต้น

3.3) การให้ยา

(1) ในสถานบริการสุขภาพที่มีพยาบาลวิชาชีพประจำ ผู้ช่วยพยาบาลจะต้องฝึกฝน เรื่องการให้ยาโดยเฉพาะ

(2) ในสถานที่ผู้ใช้บริการอาศัยอยู่อย่างอิสระ: การให้ยาทางปากหรือท่อให้อาหาร อดได้ลิ้นหรือยาเฉพาะที่ PN ต้องได้รับการอบรมเรื่องการให้ยา

(3) การให้ยาที่ไม่สามารถทำได้: คำแนะนำขนาดยา เริ่มยาใหม่เป็นครั้งแรก ฉีดยา พยายามผ่านเครื่องช่วยหายใจ รับคำสั่งการให้ยาจากแพทย์ ทันตแพทย์ สั่งยาให้ผู้ป่วย

3.4) งานที่ไม่สามารถกระทำได้

(1) หัตถการที่ต้องอาศัยเทคนิคปลอดเชื้อหรืออาจติดเชื้อ

(2) หัตถการที่ต้องอาศัยเทคนิคปลอดเชื้อ เช่น การทำแผลลึก

(3) หัตถการที่มีความเสี่ยง เช่น การใส่สายคาเข้าสู่อวัยวะหรือใส่สารบางอย่างเข้าไป

(4) การทำแผลลึก ๆ ที่ไม่ใช่การพยาบาลฉุกเฉิน

การทำงานต้องอยู่ภายใต้ข้อตกลง คือ ความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ พิจารณาความรู้ ทักษะของผู้ช่วยพยาบาล พยาบาลที่มอบหมายจะต้องรับผิดชอบผู้ใช้บริการโดยตรง มีกำหนดข้อปฏิบัติในการทำงาน การสอนแนะนำ

ด้วยบทบาทและหน้าที่ของผู้ช่วยพยาบาลตามประกาศสภาการพยาบาลส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล แต่เนื่องจากผู้ที่พักอาศัยในกิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเหล่านี้ไม่ใช่ผู้ป่วย ดังนั้น คำว่า “ผู้ป่วย” ตามประกาศฯ เดิมในที่นี้จึงใช้คำว่า “ผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง” แทน

4) บทบาทและหน้าที่ของพนักงานให้การดูแล หรือผู้ช่วยดูแล ประกอบด้วย

4.1) งานที่มอบหมายให้กระทำเป็นประจำ

(1) รับโทรศัพท์ ต้อนรับญาติผู้ใช้บริการ

(2) ตอบรับสัญญาณที่ผู้ใช้บริการเรียก

(3) ทำความสะอาดเตียง เปลี่ยนผ้าปูที่นอน ฯลฯ

(4) ดูแลสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ใช้บริการให้สะอาดและปลอดภัย

(5) เตรียมอาหาร เสิร์ฟ และทำความสะอาดภาชนะใส่อาหาร

(6) รับ-ส่งผู้ใช้บริการที่ช่วยเหลือตัวเองได้ และอยู่เป็นเพื่อนผู้ใช้บริการ

(7) ดูแลทำความสะอาดเครื่องใช้ในกิจวัตรประจำวันของผู้ใช้บริการให้มีจำนวนเพียงพอ และจัด

เก็บตามลำดับก่อนหลังให้เรียบร้อย

(8) ดูแลและทำความสะอาดเครื่องมือและอุปกรณ์ในการรักษาพยาบาลตามมาตรฐาน ที่กำหนด เพื่อให้มีสภาพพร้อมใช้ตลอดเวลา เช่น รถเข็น ที่นอนป้องกันแผลกดทับ เครื่องพ่นยา

4.2) งานเฉพาะที่มอบหมายให้กระทำโดยปฏิบัติร่วมกับพยาบาลวิชาชีพ (RN) หรือผู้ที่ RN มอบหมาย

(1) ช่วยผู้ใช้บริการที่รู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน ในการดูแลอนามัยส่วนบุคคล เช่น อาบน้ำ ขับถ่าย เช็ดตัวลดไข้

(2) ดูแลผู้ใช้บริการได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ เช่น ป้อนอาหารให้อาหารทางสายยางทางจมูกที่ทำเป็นกิจวัตร

(3) ช่วยเตรียมน้ำดื่ม เทปัสสาวะ และบันทึกจำนวนน้ำเข้า-ออก

(4) ช่วยจัดทำในการตรวจและคลุมผ้า จัดแสงไฟ ช่วยถือเครื่องมือในการตรวจและอยู่กับผู้ใช้บริการขณะตรวจ

(5) ช่วยเคลื่อนย้ายในการใช้รถนั่ง รถนอน พยุงเดิน

(6) เมินสภาพร่างกายเบื้องต้นอย่างง่าย เช่น สุขอนามัยในช่องปาก ภาวะเสี่ยงต่อการหกล้ม ลักษณะผิวหนังที่ผิดปกติ การใช้เครื่องมือดิจิทัลวัดสัญญาณชีพ (V/S)

(7) การฟื้นฟูตามแผนการรักษาที่เป็นกิจวัตร เช่น การเคลื่อนไหว การจัดทำ พลิกตัว การบริหารร่างกาย ข้อและกล้ามเนื้อ (passive and active exercise) และการนวดเพื่อความสุขสบาย

(8) การช่วยพยาบาลในการทำหัตถการ

(9) ช่วยทำความสะอาดร่างกายผู้ใช้บริการที่ถึงแก่กรรม

ด้วยบทบาทและหน้าที่ของพนักงานให้การดูแลตามประกาศสภาการพยาบาล ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาล แต่เนื่องจากผู้ที่พักอาศัยในกิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเหล่านี้ไม่ใช่ผู้ป่วยจึงไม่มีการระบุตำแหน่งพยาบาล ดังนั้นคำว่า “พยาบาล” ตามประกาศฯ เดิม ในที่นี้จึงใช้คำว่า “ผู้ดำเนินการ” แทน

2. การจัดการความเครียดของผู้ให้บริการ

ความเครียดจากการทำงานหรือการให้บริการสามารถพบได้ในทุกอาชีพ อย่างไรก็ตามความเครียด ในแต่ละอาชีพมีสาเหตุของของความเครียด และวิธีการจัดการกับความเครียดแตกต่างกันไป รวมทั้งวิธีการเฝ้าระวังป้องกันความเครียดและวิธีการดำรงรักษาบุคลากรอะไรบ้าง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

2.1 ความหมายของความเครียด

ความเครียดคืออะไร อาการอะไรที่บ่งบอกว่าบุคคลนั้นๆ มีความเครียดเกิดขึ้น ได้มีผู้ให้ความหมายไว้ว่า ความเครียด (stress) เป็นภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญ กับปัญหาต่าง ๆ และทำให้รู้สึกถูกกดดัน ไม่สบายใจ วุ่นวายใจ กลัว วิตกกังวล ตลอดจนถูกบีบคั้น เมื่อบุคคลรับรู้หรือประเมินว่าปัญหาเหล่านั้น เป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจ หรืออาจจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย จะส่งผลให้สภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเสียไป (ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์, 2564)

2.2 สาเหตุของความเครียด

ภาวะเครียดจะพบได้บ่อยในสถานการณ์ในการดูแลผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ให้บริการ ในการอธิบายสาเหตุของความเครียดในครั้งนี้ ผู้เขียนได้ใช้แนวคิดแนวคิดกระบวนการของภาวะเครียด ของ Pearlin et al. (1990) ประกอบไปด้วย สิ่งเร้า ตัวกลางและผลลัพธ์ และร่วมกับผลการวิจัยจากการศึกษาของ ศิริพันธ์ุ สาสัตย์ และคณะ (2552) และ ศิริพันธ์ุ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณระปกรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. (2552) มาสังเคราะห์และพัฒนากระบวนการของภาวะเครียดในผู้ให้บริการ ดังต่อไปนี้ (ดูแผนภาพที่ 3)

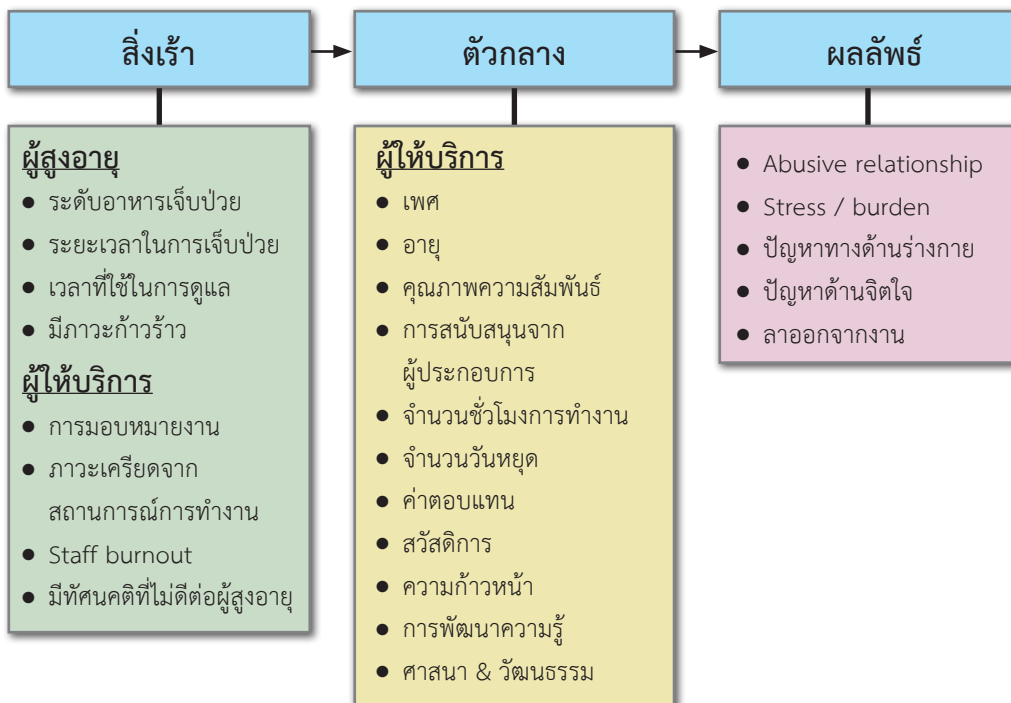
1) สิ่งเร้าที่ทำให้เกิดภาวะเครียด ที่เป็นปัจจัยที่เป็นก่อให้เกิดภาวะเครียดในผู้ดูแลหรือผู้ให้บริการมาจาก 2 สาเหตุใหญ่คือ

1.1) ด้านผู้สูงอายุหรือผู้พักอาศัย (resident) หากผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยที่ซับซ้อนและมีภาวะพึ่งพิง มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยมานาน ต้องใช้ระยะเวลาที่ต้องการในการดูแลเพิ่มขึ้นหรือมีปัญหาด้านพฤติกรรมที่ก้าวร้าว จะส่งผลให้ผู้ให้บริการมีภาวะเครียดมากขึ้น

1.2) ด้านผู้ให้บริการ ปัจจัยการมอบหมายงานให้ดูแลผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เลยซ้ำๆ ทุกวัน ปริมาณงานที่มากทำให้มีเวลาหยุดพักน้อย งานที่ต้องใช้ทักษะในการทำงาน สถานการณ์ การทำงานมีภาวะตึงเครียด ผู้ให้บริการรู้สึกหมดไฟในการทำงาน (staff burnout) และมีทัศนคติเชิงลบ ต่อผู้สูงอายุ ปัจจัยเหล่านี้จะเป็นสิ่งเร้าที่จะทำให้ผู้ให้บริการมีภาวะเครียดได้

2) ตัวกลางที่เป็นตัวที่จะส่งเสริมหรือลดภาวะเครียดลงได้ เช่น ผู้ให้บริการเพศหญิงมักจะพูดระบายความคับข้องใจมากกว่าเพศชาย ผู้ให้บริการที่มีอายุมากกว่ามักจะมีวุฒิภาวะทางอารมณ์และมีประสบการณ์การดูแลที่มากกว่า ผู้รับบริการมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ให้บริการและให้ความร่วมมือที่ดี ผู้ประกอบการ/ผู้ดำเนินการให้การสนับสนุนในการทำงาน มีจำนวนชั่วโมงการทำงานที่ไม่ยาวนานจนเกินไป เป็นไปตามข้อบังคับของกระทรวงแรงงาน มีจำนวนวันหยุดที่เหมาะสมไม่แตกต่างจากผู้ที่ทำงานในโรงพยาบาลหรือหน่วยงานราชการ มีสวัสดิการการทำงานที่ดี มีการส่งเสริมความก้าวหน้าในการทำงาน สนับสนุนให้มีการฝึกอบรมอย่างสม่ำเสมอ การนับถือศาสนาและวัฒนธรรม จะช่วยให้ผู้ให้บริการมีภาวะเครียดลดลง

3) ผลลัพธ์ เช่น ผู้ให้บริการและผู้รับบริการความสัมพันธ์ที่เป็นไปในทิศทางของการทารุณกรรม (abusive relationship) ผู้ให้บริการมีภาวะเครียด (stress) หรือรู้สึกว่าผู้ป่วยเป็นภาระ (burden) ผู้ให้บริการมีปัญหาสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจมากขึ้น และอาจตัดสินใจลาออกจากงานได้



แผนภาพที่ 3 แสดงแนวคิดกระบวนการของภาวะเครียดในผู้ให้บริการ

ที่มา: พัฒนาจาก Pearlin et al.'s (1990) conceptual model of stress; ศิริพันธุ์ สาส์ตย์ และคณะ (2552) และศิริพันธุ์ สาส์ตย์, ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. (2552)

2.3 ผลกระทบจากภาวะเครียด

1) ทางด้านร่างกาย ภาวะที่เครียดเกิดขึ้นจะกระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิดอาการหน้ามืด เป็นลม เจ็บหน้าอก ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ หลอดเลือดอุดตัน โรคอ้วน แผลในกระเพาะอาหาร เมื่อบุคคล ตกอยู่ในความเครียดเป็นเวลานาน จะทำให้สุขภาพร่างกายเลวลงเนื่องจากเกิดความไม่สมดุลของระบบฮอร์โมน ซึ่งเป็นชีวเคมีที่สำคัญต่อมนุษย์ เพราะทำหน้าที่ช่วยควบคุมการทำงานของระบบต่าง ๆ ภายใน ขณะเกิดความเครียด จะทำให้ต่อมใต้ถูกกระตุ้น ทำให้ต่อมหมวกไตหลั่งฮอร์โมนคอร์ติซอล (cortisol) เพิ่มขึ้น จะทำให้เกิดอาการ ทางกายหลายอย่างแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ตั้งแต่ปวดศีรษะ ปวดหลัง อ่อนเพลีย หากบุคคลนั้นต้องเผชิญ กับความเครียดที่รุนแรงมาก ๆ อาจส่งผลให้บุคคลเสียชีวิตได้เนื่องจากระบบการทำงานที่ล้มเหลวของร่างกาย (ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์, 2564) สำหรับผู้ให้บริการ อาการที่อาจพบได้ เช่น ปวดหลังจากการอุ้ม ยก พยุงเคลื่อน ย้ายผู้ป่วย และเป็นอาการที่สื่อไปถึงภาวะเครียดด้วย พักผ่อนไม่เพียงพอจากการอยู่เวรที่ติดต่อกันนาน ๆ ร่างกาย อ่อนเพลีย จะทำให้มีปัญหาสุขภาพได้

2) ด้านจิตใจ บุคคลที่เครียดภาวะจิตใจจะเต็มไปด้วยการหมกมุ่นครุ่นคิด ไม่สนใจสิ่งรอบตัว ใจลอย ขาดสมาธิ ความระมัดระวังในการทำงานเสียไปเป็นเหตุให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย จิตใจขุ่นมัว โมโหโกรธง่าย สูญเสีย ความเชื่อมั่นในความสามารถที่จะจัดการกับชีวิตของตนเอง เคร้าซึม คับข้องใจ วิตกกังวล ขาดความภูมิใจในตนเอง ในบางรายที่ตกอยู่ในภาวะเครียดอย่างยาวนาน อาจก่อให้เกิดอาการทางจิต จนกลายเป็นโรคจิตโรคประสาทได้ เนื่องจากการเผชิญต่อภาวะเครียดเป็นเวลานานฮอร์โมนคอร์ติซอลที่มีปริมาณเพิ่มขึ้น จะทำให้เซลล์ประสาทฝ่อ และลดจำนวนลง โดยเฉพาะในสมองส่วนที่เกี่ยวข้องกับกับความจำและสติปัญญา ความเครียดจึงทำให้ทำให้ ความจำและสติปัญญาลดลง และยังมีผลต่อการทำงานของระบบสารสื่อประสาทที่ทำหน้าที่เกี่ยวกับอารมณ์และ พฤติกรรมโดยเฉพาะสารสื่อประสาท จึงทำให้เกิดอาการซึมเศร้าและวิตกกังวลกว่าเวลาปกติ (ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์, 2564) จากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะช่วยเหลือตัวเองได้น้อยหรืออนตติเตียง มองเห็นภาวะสุขภาพที่ถดถอยลง ของผู้สูงอายุที่อยู่ในความดูแล ทำให้ผู้ให้บริการรู้สึกเศร้า บางครั้งรู้สึกผิดหลังจากแสดงอาการไม่พอใจเมื่อผู้สูงอายุ ไม่ให้ความร่วมมือ อาจรู้สึกโกรธตัวเอง รู้สึกว่าการทำงานในสถานดูแลระยะยาวไม่ได้รับการยอมรับหรือยกย่อง เท่ากับการทำงานในโรงพยาบาล น้อยเนื้อต่ำใจที่ตนเองต้องมาทำงานแบบนี้ งานน่าเบื่อ หรือรู้สึกโดดเดี่ยวที่ไม่มี เวลาว่างที่จะไปพบปะเพื่อน ๆ

3) ด้านพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายดังที่กล่าวในข้างต้น ไม่เพียงแต่จะทำให้ระบบการ ทำงานของร่างกายผิดปกติ ยังทำให้พฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลเปลี่ยนแปลงด้วย เช่น บุคคลที่เครียดมาก ๆ บางรายจะมีอาการเบื่ออาหารหรือบางรายอาจจะรู้สึกว่าตัวเองหิวอยู่ตลอดเวลาและทำให้มีการบริโภคอาหาร มากกว่าปกติ มีอาการนอนหลับยากหรือนอนไม่หลับหลายคืนติดต่อกัน ประสิทธิภาพในการทำงานน้อยลง เริ่มปลีกตัวจากสังคม และเผชิญกับความเครียดอย่างโดดเดี่ยว บ่อยครั้งบุคคลจะมีพฤติกรรมปรับตัวต่อความเครียด ในทางที่ผิด เช่น สูบบุหรี่ ดื่มเหล้า ดินยา เล่นการพนัน การเปลี่ยนแปลงของสารเคมีบางอย่างในสมองทำให้บุคคล มีพฤติกรรมก้าวร้าวมากขึ้น ความอดทนเริ่มลดลง พร้อมทั้งจะเป็นศัตรูกับผู้อื่นได้ง่าย อาจมีการอาละวาดขว้างปา ข้าวของ ทำร้ายผู้อื่น ทำร้ายร่างกายตนเอง หรือหากบางรายที่เครียดมากอาจเกิดอาการหลงผิดและตัดสินใจแบบ ชั่ววูบนำไปสู่การฆ่าตัวตายในที่สุด (ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์, 2564)

4) ทางด้านเศรษฐกิจสังคม ด้วยการดูแลผู้สูงอายุเป็นงานค่อนข้างหนัก แต่มีค่าตอบแทนต่ำ ไม่ได้รับการยกย่องในบทบาทเพื่อเทียบกับผู้ปฏิบัติงานที่เป็นวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล และอื่น ๆ ผู้ให้บริการที่มีภาวะ เครียดจากภาวะเหนื่อยล้าจากการทำงาน มีปัญหาสุขภาพนำไปสู่การลาหยุดงานและการขาดงาน มีรายได้ลดลง หรือบางรายลาออกจากงานเพื่อไปทำอาชีพอื่น ส่งผลทำให้ผู้ให้บริการมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ และสังคมตามมา

2.4 การจัดการความเครียด

ในการจัดการกับความเครียด ควรมีการวิเคราะห์หาสาเหตุ และพิจารณาแก้ไขที่สาเหตุ หากไม่สามารถแก้ไขปัญหาด้วยตัวเองได้ก็ควรขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น⁸ สำหรับผู้ให้บริการมีแนวทางในการช่วยเหลือดังต่อไปนี้⁴

1) การหมุนเวียนความรับผิดชอบในการดูแลผู้สูงอายุ (rotation) โดยมอบหมายผู้ให้บริการรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพาในระดับต่ำ ระดับปานกลาง และระดับสูง หมุนเวียนกันไประหว่างการดูแลในแต่ละสัปดาห์หรือในแต่ละเดือน เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ให้บริการต้องดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวณอนตติเตียงที่ต้อการการช่วยเหลือดูแลแบบสูงสุดอยู่ตลอดเวลา ซึ่งก่อให้เกิดความเครียดได้

2) จัดให้มีวันหยุดประจำอาทิตย์ และการลาพักร้อน

3) เปิดโอกาสให้ผู้ให้บริการระบายความคับข้องใจ

4) แนะนำวิธีจัดการกับความเครียด เช่น การฝึกคลายเครียด โดยการ ฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การใช้เทคนิคความเงียบ⁸

5) จัดอบรมเพิ่มทักษะจัดการกับปัญหาพฤติกรรมของผู้รับบริการ

6) เผื่อระวังอาการแสดงของภาวะซึมเศร้าของตนเอง เช่น อาการปวดหลัง นอนไม่หลับ การต้องใช้อยานอนหลับ การดื่มสุรา หรือสูบบุหรี่มากขึ้น

7) แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลให้ชัดเจน

8) การบริการให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม

8.1) การบริการให้คำปรึกษารายบุคคล โดยมีนักจิตวิทยาให้คำปรึกษาในหน่วยงาน หรือมีผู้ดำเนินการ/หัวหน้างาน/supervisor ให้คำปรึกษาระหว่างการทำงาน

8.2) การบริการให้คำปรึกษารายกลุ่ม จัดให้มีการประชุมทีมผู้บริหาร และผู้ให้บริการเพื่อพูดคุยปัญหาอุปสรรคในการทำงานและหาแนวทางแก้ไขร่วมกัน

9) จัดกลุ่มสนับสนุน (support group) ผู้ให้บริการเป็นประจำทุกเดือน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปรึกษาหารือ ให้กำลังใจ

2.5 การป้องกันการกระทำ ความรุนแรงในสถานประกอบการ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 ปรับปรุง พ.ศ. 2553 ในมาตรา 11 กล่าวว่า “ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ” ในวงเล็บ 8 กล่าวไว้ว่า

“การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรม หรือแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมายหรือถูกทอดทิ้ง” (ราชกิจจานุเบกษา, 2553)

พระราชบัญญัตินี้ได้กล่าวถึงสิทธิของผู้สูงอายุที่จะได้รับให้การคุ้มครอง จากการถูกทารุณกรรม หรือแสวงหาผลประโยชน์หรือการทอดทิ้ง ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของบุคลากรผู้ให้บริการทุกคนจะต้องตระหนักถึงและป้องกันการทารุณกรรมและการทอดทิ้งในสถานบริการด้วย

1) ความหมายของการทารุณกรรม

การทารุณกรรม หมายถึง การกระทำเพียงครั้งเดียวหรือการกระทำซ้ำ หรือการดำเนินการที่ขาดความเหมาะสมที่เกิดขึ้นในความสัมพันธ์ใด ๆ อันเนื่องมาจากความคาดหวังที่ไว้วางใจ ซึ่งทำให้เกิดอันตรายหรือความทุกข์ให้กับผู้สูงอายุ WHO (2002) การทารุณกรรมมีหลายประเภท ที่พบบ่อย เช่น การทอดทิ้ง (Neglect) พบร้อยละ 70

การทารุณกรรมทางจิตใจ (Emotional Abuse) พบร้อยละ 35 การแสวงหาผลประโยชน์ทางการเงิน โดยมีข้อบด้วยกฎหมาย (Financial abuse) พบร้อยละ 30 การทารุณกรรมทางร่างกาย (Physical abuse) พบร้อยละ 25 เป็นต้น

2) ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการทารุณกรรมในกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

1.1) ผู้รับบริการ/ผู้สูงอายุ มักพบในเพศหญิง มีภาวะพึ่งพิง มีการสูญเสียหน้าที่ของร่างกาย มีปัญหาในการเดิน เคยมีประวัติความรุนแรงมาก่อน มีพฤติกรรมก้าวร้าว ยั่ว

1.2) ผู้ให้บริการ อาจพบได้ในคนที่มีความเครียดสูง มีอาการป่วยทางจิต เครียด แยกตัว ไม่มีประสบการณ์การดูแลมาก่อนทำให้เกิดภาวะเครียด หรือมีประวัติความรุนแรง

1.3) สิ่งแวดล้อม เช่น การขาดการสนับสนุนจากสถานประกอบการหรือผู้บริการ การมีอคติต่อผู้สูงอายุ เป็นต้น

3) สาเหตุของการทารุณกรรมในกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง แบ่งออกเป็น

3.1) ภาวะเครียดจากสถานการณ์การทำงาน เช่น จากภาระงานการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะนอนติดเตียง เป็นการทำงานที่หนัก มีจำนวนชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน

3.2) ผู้ให้บริการมีภาวะหมดไฟในการทำงาน (Staff burnout)

3.3) ผู้ป่วยมีภาวะก้าวร้าว เช่น ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีปัญหาพฤติกรรม ไม่ให้ความร่วมมือในการดูแล

3.4) มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้สูงอายุ เช่น การมองการสูงอายุที่มีแต่ความเสื่อมถอย ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เป็นภาระ ไม่มีชีวิตชีวา

4) การป้องกันการทารุณกรรมในกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

4.1) การป้องกันระดับปฐมภูมิ: มุ่งเป้าหมายไปที่ประชาชนทั่วไป โดย ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องการทารุณกรรม สร้างความตระหนักแก่สังคม และการรณรงค์ทางสื่อเพื่อบอกให้ประชาชนรู้จักและสถานที่ที่สามารถรายงานหากสงสัยว่ามีการทารุณกรรมเกิดขึ้น

4.2) การป้องกันระดับทุติยภูมิ: ให้บริการแก่ครอบครัวหรือบุคคลที่มีภาวะเสี่ยงสูงในการกระทำทารุณกรรม เช่น การให้ความรู้ การทำกลุ่มสนับสนุนผู้ที่เคยถูกทารุณกรรม และแนะนำแหล่งประโยชน์

5) การบริการและการให้การช่วยเหลือ

กรณีที่พบเห็นการกระทำทารุณกรรม สามารถรายงานหรือขอความช่วยเหลือไปยังหน่วยงาน ศูนย์บริการที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้ (ศิริพันธ์ุ สาสัตย์, 2564)

5.1) ศูนย์ประชาบดีและศูนย์ช่วยเหลือสังคม ให้บริการช่วยเหลือในกรณีที่มีการกระทำรุนแรงต่อเด็ก สตรี ผู้สูงอายุ ผู้ด้อยโอกาส การกระทำรุนแรงทางเพศ การใช้แรงงานเด็ก การค้ามนุษย์ มีการบูรณาการการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรภาครัฐ เอกชน มูลนิธิและเครือข่ายภาคประชาชน มีจุดรับบริการและระบบส่งต่อ สายด่วน 1300

5.2) ศูนย์เฝ้าระวังและเตือนภัยทางสังคม สังกัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ทำหน้าที่ในการเก็บสถิติข้อมูลและรายงานปัญหาทางสังคม

5.3) กรมกิจการผู้สูงอายุ ทำหน้าที่รับเรื่องร้องเรียนและให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุ

5.4) ศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุและสถานสงเคราะห์คนชราต่าง ๆ ที่ตั้งอยู่ทั่วประเทศ

5.5) สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ที่อยู่ในแต่ละจังหวัด

5.6) สายด่วนกรมสุขภาพจิต ให้บริการแก่ประชาชนทั่วไปและผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ตลอด 24 ชั่วโมง โทร 1667

5.7) หน่วยงานเอกชนอื่น ๆ เช่น สมาคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย สภาสตรีแห่งชาติ มูลนิธิศูนย์ฮอตไลน์ เป็นต้น

3. การดูแลตนเองของผู้ให้บริการ

3.1 สังเกตภาวะสุขภาพของตัวเองอยู่เสมอ หากพบความผิดปกติเกิดขึ้นต้องรีบเข้ารับการรักษาโดยเร็ว เนื่องจากผู้ให้บริการต้องมีภาวะสุขภาพร่างกายสมบูรณ์ แข็งแรง ไม่เป็นโรคติดต่อ หรือมีภาวะทุพพลภาพ เพื่อที่จะสามารถให้บริการดูแลผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

3.2 มีเวลาหยุดพักจากการดูแล (time off from caring) อย่างสม่ำเสมอ เป็นการหาเวลาปลีกตัวจากผู้ป่วยหรือผู้รับบริการดูแลเป็นระยะๆ เพื่อเป็นการผ่อนคลาย และมีเวลาพักจากภาวะงานที่หนัก ที่ต้องใช้ทักษะทั้งกำลังกายและกำลังใจในการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานบริบาลที่ผู้พักอาศัยเกือบทั้งหมดมีภาวะช่วยเหลือตนเองได้น้อย มีภาวะนอนติดเตียง

3.3 การคลายความเครียด เช่น การนอนหลับเป็นวิธีการคลายเครียดที่ดีที่สุด การนวดคลายเครียด ธาราบำบัด การทำงานอดิเรก การบำบัดด้วยกลิ่นหอม การเล่นโยคะ การนั่งสมาธิ และพบปะเพื่อนฝูงอย่างสม่ำเสมอ

3.4 การรับประทานอาหารที่ดีและถูกสุขลักษณะ ช่วยในการเสริมสร้างและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอของร่างกายทำให้ร่างกายมีความสมบูรณ์ แข็งแรง สามารถปฏิบัติงานได้ดีขึ้น

3.5 การออกกำลังกาย ผู้ให้บริการควรหาเวลาออกกำลังกายเป็นประจำ เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงให้กำลังร่างกายและทำให้เกิดการผ่อนคลาย เพิ่มพูนกำลังสำรองของร่างกาย ช่วยให้ร่างกายมีความพร้อมในการทำงานในแต่ละวันได้ดียิ่งขึ้น

3.6 เข้ารับการตรวจร่างกายประจำปี เพื่อติดตามภาวะสุขภาพและความผิดปกติของร่างกายตนเอง เพื่อใช้ในการวางแผนการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และได้รับการรักษาโดยเร็ว

4. การธำรงรักษาผู้ให้บริการ

ด้วยการดูแลผู้สูงอายุเป็นการทำงานที่หนัก ทำงานในสถานบริการที่ค่อนข้างปิด พบปะผู้คนน้อย จึงพบว่าผู้ให้บริการมีอัตราการลาออกสูง หลายคนลาออกไปทำงานโรงงาน หรือทำงานในสถานเสริมสวย อัตราการผลิตไม่พอกับความต้องการ ทำให้เกิดการขาดบุคลากรในด้านนี้จำนวนมาก ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่ต้องมีการธำรงรักษาผู้ให้บริการยังคงทำงานอยู่ในอาชีพนี้ต่อไปให้มากที่สุด วิธีการธำรงรักษาผู้ให้บริการที่จะกล่าวต่อไปนี้ได้มาจากการทำสนทนากลุ่มผู้ให้บริการที่เป็นผู้ช่วยดูแล ซึ่งเป็นบุคลากรที่พบมากที่สุดในสถานบริการดูแลผู้สูงอายุ จากการวิจัยของ ศิริพันธ์์ สาสัตย์ และคณะ (2552) ดังต่อไปนี้

4.1 สิทธิสวัสดิการ สิ่งที่ผู้ให้บริการต้องการ คือ ได้รับเงินเดือนที่เหมาะสม มีค่าล่วงเวลา มีนโยบายการเลิกจ้างที่ชัดเจน มีเวลาการเข้างาน-เลิกงานที่ตรงเวลา และมีจำนวนวันหยุดเสาร์-อาทิตย์และวันหยุดวันนักขัตฤกษ์เหมือนงานอื่น ๆ หากไม่ได้หยุดก็ควรได้ค่าแรงเพิ่ม

4.2 ส่งเสริมการศึกษาต่อเนื่อง ผู้ช่วยดูแลต้องการให้มีการจัดประชุมวิชาการที่เป็นการเพิ่มพูนความรู้และวิทยาการใหม่ ๆ และต้องการให้ผู้บริหารเปิดโอกาสไปเข้ารับการอบรมด้วย

4.3 การพัฒนาทักษะที่ควรมี สิ่งที่ผู้ช่วยดูแลต้องการคือ การพัฒนาทักษะในการดูแลจากข้อจำกัดด้านความรู้และสมรรถนะ เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการทำงานเพิ่มมากขึ้น

4.4 เปิดโอกาสให้มีการรวมกลุ่มสังสรรค์ และจัดโปรแกรมการท่องเที่ยวกับบุคลากรในอาชีพเดียวกัน เพื่อเป็นการผ่อนคลายความเครียดจากการทำงาน และเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างเพื่อนร่วมงานให้มีความแน่นแฟ้นมากยิ่งขึ้น

4.5 สร้างความเข้มแข็งให้กับกลุ่มผู้ช่วยดูแล (ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ประนอม รอดคำดี และเตือนใจ ภักดี พรหม, 2553) โดยการ

1) สนับสนุนให้มืองค์กรวิชาชีพที่เกี่ยวข้องร่วมมือกันในการกำหนดขอบเขตการปฏิบัติของผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุให้ชัดเจน

2) สนับสนุนให้มีการแบ่งระดับผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุตามสมรรถนะที่พึงประสงค์

3) สร้างจิตสำนึกการมีวุฒิภาวะ และความยึดมั่นผูกพันในอาชีพ แก่ผู้ช่วยดูแลที่สำเร็จการศึกษาจากหลักสูตร

4) สนับสนุนให้มีการจัดตั้งชมรมหรือสมาคมผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ

5) ส่งเสริมให้ผู้ช่วยดูแลมีโอกาสในการพัฒนาความก้าวหน้าในอาชีพ

6) จัดทำ Web-site ประชาสัมพันธ์การทำงานผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้มีคนรู้จักและเข้าใจบทบาทและหน้าที่ของผู้ช่วยดูแลเพิ่มขึ้น

สรุป

เนื่องจากผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นผู้ช่วยดูแล ซึ่งเป็นผู้ที่ผ่านการฝึกอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 420 ชั่วโมง เป็นหลักสูตรที่ได้รับการรับรองจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพและได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานประกอบการสุขภาพของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เนื่องจากงานบริการดูแลผู้สูงอายุเป็นงานที่หนัก มีชั่วโมงการทำงานที่ยาวนาน มักทำให้ผู้ให้บริการมีอาการเครียดเมื่อทราบสาเหตุของความเครียดจึงควรได้รับการแก้ไขเพราะจะนำไปสู่ภาวะความรุนแรงใน กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งปัญหาสุขภาพร่างกาย จิตใจ และนำไปสู่การลาออกจากราชการของผู้ให้บริการได้ จึงต้องมีการธำรงรักษาผู้ให้บริการให้อยู่กับนานให้ได้นานที่สุดเท่าที่จะทำได้เพื่อเป็นการเตรียมบุคลากรรองรับสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ของประเทศต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- นงลักษณ์ พะไถยะ, ศิริพันธ์ สาสัตย์ และ วาสิณี วิเศษฤทธิ. (2564). ความต้องการกำลังคนด้านสุขภาพเพื่อรองรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอนาคต. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข* 15(2)(เมษายน-มิถุนายน): 200-217.
- พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 *กฎกระทรวงกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง* กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
- ราชกิจจานุเบกษา. (2563). *กฎกระทรวงกำหนดให้กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นกิจการอื่นในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2563* เล่ม 137 ตอนที่ 61 ก หน้า 7-9 ลง ณ วันที่ 31 กรกฎาคม 2563.
- ศรีจันทร์ พรจิราศิลป์ (2564). ความเครียด และวิธีแก้ความเครียด. *คลังความรู้สุขภาพ* กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพสำหรับประชาชน. สืบค้นจาก http://healthydee.moph.go.th/view_article.php?id=1435. เมื่อวันที่ 15 ธค 2564.
- ศิริพันธ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. (2552). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวในประเทศไทย* นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- ศิริพันธ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. (2552). *รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ รูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในสถานดูแลระยะยาวในประเทศไทย* นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- ศิริพันธ์ สาสัตย์, ทศนา ชูวรรณะปกรณ์, เตือนใจ ภักดีพรหม, ผ่องพรรณ อรุณแสง และเพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์. (2552). *การศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย* มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อผู้สูงอายุ (มส.ผส.) ภายใต้สำนักงานวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.).
- ศิริพันธ์ สาสัตย์, ประนอม รอดคำดี และเตือนใจ ภักดีพรหม. (2553). การพัฒนารูปแบบการประกันคุณภาพผู้ช่วยดูแลผู้สูงอายุ. *วารสารสภาการพยาบาล*. 25(1): 38-52.
- ศิริพันธ์ สาสัตย์. (2564). *การพยาบาลผู้สูงอายุ: ปัญหาที่พบบ่อยและแนวทางในการดูแล* (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สภาการพยาบาล. (2561). *ประกาศสภาการพยาบาล เรื่อง นโยบายสภาการพยาบาลเกี่ยวกับกำลังคนในทีมการพยาบาล* ประกาศ ณ วันที่ 23 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2561.
- Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S.J. and Skaff, M.M. (1990) Caregiving and the Stress Process: An Overview of Concepts and Their Measures. *The Gerontologist*, Vol. 30, No. 5, pp. 583-594.

**พระราชบัญญัติสถานประกอบการ
เพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559
และกฎหมายที่เกี่ยวข้อง
ในการประกอบกิจการการดูแลผู้สูงอายุ
หรือผู้มีภาวะพึ่งพิง**



พระราชบัญญัติ
สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
พ.ศ. ๒๕๕๙

ภูมิพลอดุลยเดช ป.ร.

ให้ไว้ ณ วันที่ ๓๐ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๕๙
เป็นปีที่ ๗๑ ในรัชกาลปัจจุบัน

พระบาทสมเด็จพระปรมินทรมหาภูมิพลอดุลยเดช มีพระบรมราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ประกาศว่า

โดยที่เป็นการสมควรมีกฎหมายว่าด้วยสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติขึ้นไว้โดยคำแนะนำและยินยอมของ
สภานิติบัญญัติแห่งชาติ ดังต่อไปนี้

มาตรา ๑ พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า “พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙”

มาตรา ๒ พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันประกาศ
ในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

มาตรา ๓ ในพระราชบัญญัตินี้

“สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ” หมายความว่า สถานที่ที่สร้างขึ้นเพื่อดำเนินกิจการ ดังต่อไปนี้

(๑) กิจการสปา อันได้แก่ บริการที่เกี่ยวกับการดูแลและเสริมสร้างสุขภาพโดยวิธีการบำบัดด้วยน้ำ
และการนวดร่างกายเป็นหลัก ประกอบกับบริการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวงอีกอย่างน้อยสามอย่าง
เว้นแต่เป็นการดำเนินการในสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล หรือการอาบน้ำ นวด
หรืออบตัวที่เป็นการให้บริการในสถานอาบน้ำ นวด หรืออบตัวตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการ

(๒) กิจการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงาม เว้นแต่การนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงาม ในสถานพยาบาลตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาลหรือในหน่วยบริการสาธารณสุขของหน่วยงานของรัฐ หรือการนวดที่เป็นบริการในสถานอาบน้ำ นวด หรืออบตัวตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการ

(๓) กิจการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

“ผู้อนุญาต” หมายความว่า อธิบดีหรือผู้ซึ่งอธิบดีมอบหมาย

“ผู้รับอนุญาต” หมายความว่า ผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

“ผู้ดำเนินการ” หมายความว่า ผู้ได้รับใบอนุญาตให้ดำเนินการบริหารจัดการสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ

“ผู้ให้บริการ” หมายความว่า ผู้ได้รับการขึ้นทะเบียนให้ทำหน้าที่บริการเพื่อสุขภาพในสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

“พนักงานเจ้าหน้าที่” หมายความว่า ข้าราชการพลเรือนหรือเจ้าหน้าที่ของรัฐซึ่งดำรงตำแหน่ง ไม่ต่ำกว่าข้าราชการพลเรือนสามัญระดับปฏิบัติการหรือเทียบเท่าซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งให้ปฏิบัติการ ตามพระราชบัญญัตินี้

“อธิบดี” หมายความว่า อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

“ปลัดกระทรวง” หมายความว่า ปลัดกระทรวงสาธารณสุข

“รัฐมนตรี” หมายความว่า รัฐมนตรีผู้รักษาการตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๔ ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขรักษาการตามพระราชบัญญัตินี้ และให้มี อำนาจแต่งตั้งพนักงานเจ้าหน้าที่ ออกกฎกระทรวงกำหนดค่าธรรมเนียมไม่เกินอัตราท้ายพระราชบัญญัตินี้ ลดหรือยกเว้นค่าธรรมเนียม และกำหนดกิจการอื่นเพื่อปฏิบัติการตามพระราชบัญญัตินี้

การกำหนดค่าธรรมเนียมตามวรรคหนึ่ง อาจกำหนดให้แตกต่างกัน โดยคำนึงถึงประเภทและ ขนาดของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่กำหนดไว้ในใบอนุญาตด้วยก็ได้

กฎกระทรวงนั้น เมื่อได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษาแล้วให้ใช้บังคับได้

หมวด ๑

คณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

มาตรา ๕ ให้มีคณะกรรมการคณะหนึ่ง เรียกว่า “คณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ” ประกอบด้วย

(๑) ปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธานกรรมการ

(๒) กรรมการโดยตำแหน่ง ได้แก่ อธิบดีกรมการท่องเที่ยว อธิบดีกรมการปกครอง อธิบดีกรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เลขาธิการคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยา และผู้ว่าการการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย

(๓) กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิจำนวนสี่คน ซึ่งรัฐมนตรีแต่งตั้งจากผู้มีความรู้ความสามารถด้านบริการเพื่อสุขภาพ

ให้อธิบดีแต่งตั้งข้าราชการของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพคนหนึ่งเป็นเลขานุการและอีกไม่เกินสองคนเป็นผู้ช่วยเลขานุการ

มาตรา ๖ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิมีวาระการดำรงตำแหน่งคราวละสามปี

เมื่อครบกำหนดตามวาระในวาระหนึ่ง หากยังมีได้มีการแต่งตั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิขึ้นใหม่ ให้กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระนั้นอยู่ในตำแหน่งเพื่อดำเนินงานต่อไปจนกว่ากรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งได้รับแต่งตั้งใหม่เข้ารับหน้าที่

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งพ้นจากตำแหน่งตามวาระอาจได้รับแต่งตั้งอีกได้ แต่จะดำรงตำแหน่งติดต่อกันเกินสองวาระไม่ได้

มาตรา ๗ นอกจากการพ้นจากตำแหน่งตามวาระ กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิพ้นจากตำแหน่งเมื่อ

- (๑) ตาย
- (๒) ลาออก
- (๓) เป็นบุคคลล้มละลาย
- (๔) เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ
- (๕) ได้รับโทษจำคุกโดยคำพิพากษาถึงที่สุดให้จำคุก
- (๖) รัฐมนตรีให้ออกเพราะบกพร่องต่อหน้าที่ มีความประพฤติเสื่อมเสียหรือหย่อนความสามารถ

มาตรา ๘ ในกรณีที่กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิพ้นจากตำแหน่งก่อนวาระ ให้รัฐมนตรีแต่งตั้งผู้อื่นดำรงตำแหน่งแทน เว้นแต่วาระของกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิเหลือไม่ถึงเก้าสิบวันจะไม่แต่งตั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิแทนก็ได้ และให้ผู้ที่ได้รับแต่งตั้งแทนตำแหน่งที่ว่างนั้นอยู่ในตำแหน่งเท่ากับวาระที่เหลืออยู่ของกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งได้แต่งตั้งไว้แล้ว

ในกรณีที่กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิพ้นจากตำแหน่งก่อนวาระ ให้คณะกรรมการประกอบด้วยกรรมการทั้งหมดเท่าที่มีอยู่จนกว่าจะมีการแต่งตั้งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิตามความในวรรคหนึ่ง

มาตรา ๙ คณะกรรมการมีอำนาจหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) เสนอนโยบาย แผน และยุทธศาสตร์เกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพต่อรัฐมนตรี

(๒) กำหนดมาตรการในการส่งเสริมสถานประกอบการเพื่อสุขภาพให้ได้มาตรฐาน ตลอดจนการส่งเสริมบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกกลุ่มให้เข้าถึงและได้รับประโยชน์

(๓) กำหนดหลักเกณฑ์การรับรองวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรที่ผู้ดำเนินการหรือผู้ให้บริการได้รับจากสถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ

(๔) กำหนดหลักเกณฑ์การทดสอบและประเมินความรู้ความสามารถของผู้ดำเนินการ

(๕) ให้คำแนะนำแก่รัฐมนตรีในการออกกฎกระทรวงตามพระราชบัญญัตินี้

(๖) ปฏิบัติการอื่นใดตามที่กฎหมายกำหนดให้เป็นอำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการหรือตามที่รัฐมนตรีมอบหมาย

มาตรา ๑๐ การประชุมคณะกรรมการต้องมีกรรมการมาประชุมไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของจำนวนกรรมการทั้งหมด จึงจะเป็นองค์ประชุม

ในการประชุมคณะกรรมการ ถ้าประธานกรรมการไม่มาประชุมหรือไม่อาจปฏิบัติหน้าที่ได้ให้ที่ประชุมเลือกกรรมการคนหนึ่งเป็นประธานในที่ประชุม

การวินิจฉัยชี้ขาดของที่ประชุมให้ถือเสียงข้างมาก กรรมการคนหนึ่งให้มีเสียงหนึ่งในการลงคะแนน ถ้าคะแนนเสียงเท่ากัน ให้ประธานในที่ประชุมออกเสียงเพิ่มขึ้นอีกเสียงหนึ่งเป็นเสียงชี้ขาด

มาตรา ๑๑ คณะกรรมการมีอำนาจแต่งตั้งคณะอนุกรรมการเพื่อพิจารณาหรือปฏิบัติการอย่างหนึ่งอย่างใดแทนคณะกรรมการหรือตามที่คณะกรรมการมอบหมายได้

การประชุมคณะอนุกรรมการ ให้นำบทบัญญัติมาตรา ๑๐ มาใช้บังคับโดยอนุโลม

หมวด ๒

ใบอนุญาตและการขึ้นทะเบียน

มาตรา ๑๒ ผู้ใดประสงค์จะประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ต้องได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพจากผู้อนุญาต

การขอรับใบอนุญาต การออกใบอนุญาต แบบใบอนุญาต การออกใบแทนใบอนุญาต และการชำระค่าธรรมเนียมใบอนุญาต ให้เป็นไปตามแบบ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

กฎกระทรวงตามวรรคสอง รัฐมนตรีจะกำหนดโดยแยกใบอนุญาตตามประเภท หรือขนาดของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพก็ได้

มาตรา ๑๓ ผู้ขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพต้องมีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์และไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

- (๑) เป็นบุคคลล้มละลาย
- (๒) เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ
- (๓) เป็นผู้เคยต้องคำพิพากษาถึงที่สุดว่าเป็นผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับเพศตามประมวลกฎหมายอาญา ความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด ความผิดตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ หรือความผิดตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการค้าประเวณี
- (๔) เป็นผู้เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่ออันเป็นที่รังเกียจแก่สังคม โรคพิษสุราเรื้อรัง หรือติดยาเสพติดให้โทษ
- (๕) เป็นผู้อยู่ในระหว่างถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
- (๖) เป็นผู้เคยถูกเพิกถอนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และยังไม่พ้นกำหนดสองปีนับถึงวันยื่นคำขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

ในกรณีที่มีนิติบุคคลเป็นผู้ขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ผู้มีอำนาจจัดการแทนนิติบุคคลนั้นต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามความในวรรคหนึ่ง

มาตรา ๑๔ ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพให้มีอายุห้าปีนับแต่วันที่ยื่นคำขอรับใบอนุญาต

การขอต่ออายุใบอนุญาต ให้ผู้รับอนุญาตยื่นคำขอก่อนวันที่ใบอนุญาตสิ้นอายุ และเมื่อได้ยื่นคำขอดังกล่าวแล้ว ให้ผู้ยื่นคำขอประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพนั้นต่อไปได้จนกว่าจะได้รับแจ้งคำสั่งไม่ต่ออายุใบอนุญาตจากผู้อนุญาต

การขอต่ออายุใบอนุญาตและการให้ต่ออายุใบอนุญาตให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขตลอดจนค่าธรรมเนียมตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา ๑๕ ให้ผู้รับอนุญาตชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพรายปีตามอัตรา หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และภายในระยะเวลาที่กำหนดในกฎกระทรวง

ผู้รับอนุญาตผู้ใดไม่ชำระค่าธรรมเนียมตามวรรคหนึ่งภายในระยะเวลาที่กำหนด ให้ผู้อนุญาตสั่งพักใช้ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพจนกว่าจะชำระค่าธรรมเนียม

ในกรณีที่ผู้รับอนุญาตซึ่งถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาตตามวรรคสองไม่ชำระค่าธรรมเนียมภายในหกเดือนนับแต่วันสั่งพักใช้ใบอนุญาต ให้ผู้อนุญาตสั่งเพิกถอนใบอนุญาต

มาตรา ๑๖ ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพสิ้นสุดลง เมื่อผู้รับอนุญาต

- (๑) ตาย เว้นแต่ได้ดำเนินการตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา ๑๘ หรือสิ้นสุดความเป็นนิติบุคคล
- (๒) เลิกประกอบกิจการตามมาตรา ๑๘

(๓) ถูกเพิกถอนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามมาตรา ๑๕ วรรคสาม หรือมาตรา ๓๒ (๑) (๒) หรือ (๓) หรือวรรคสาม

มาตรา ๑๗ การโอนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพให้แก่บุคคล ซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๑๓ ให้กระทำได้ เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อนุญาต

การขอโอนใบอนุญาตและการอนุญาตให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนด ในกฎกระทรวง

มาตรา ๑๘ ในกรณีผู้รับอนุญาตถึงแก่ความตายและทายาทมีความประสงค์จะประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพต่อไป ให้ผู้จัดการมรดกหรือทายาทซึ่งมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ตามมาตรา ๑๓ หรือในกรณีที่มีทายาทหลายคนให้ทายาทด้วยกันนั้นตกลงตั้งทายาทคนหนึ่งซึ่งมีคุณสมบัติ และไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๑๓ ยื่นคำขอต่อผู้อนุญาตเพื่อขอรับโอนใบอนุญาตภายในเก้าสิบวัน นับแต่วันที่ผู้รับอนุญาตตาย ถ้ามิได้ยื่นคำขอภายในระยะเวลาดังกล่าว ให้ถือว่าใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพนั้นสิ้นสุดลง

ในระหว่างระยะเวลาตามวรรคหนึ่ง ให้ผู้จัดการมรดกหรือทายาทซึ่งเป็นผู้ยื่นคำขอรับโอนใบอนุญาต เข้าประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพโดยมีหน้าที่และความรับผิดชอบเสมือนผู้รับอนุญาต ทั้งนี้ จนกว่าผู้อนุญาตจะมีคำสั่งไม่อนุญาต

ถ้าผลการตรวจสอบปรากฏว่าผู้ยื่นคำขอมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๑๓ ให้ผู้อนุญาตมีคำสั่งอนุญาตแก่ผู้ยื่นคำขอ

การขอรับโอนและการอนุญาตให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา ๑๙ ผู้รับอนุญาตซึ่งประสงค์จะเลิกประกอบกิจการ ให้แจ้งให้ผู้อนุญาตทราบ พร้อมทั้งส่งคืนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพแก่ผู้อนุญาตภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่ เลิกประกอบกิจการ

การเลิกประกอบกิจการไม่เป็นเหตุให้ผู้รับอนุญาตพ้นจากความรับผิดชอบที่มีตามพระราชบัญญัตินี้

มาตรา ๒๐ ผู้ใดประสงค์จะปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ต้องได้รับใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการจากผู้อนุญาต

การขอรับใบอนุญาต การออกใบอนุญาต แบบใบอนุญาต การออกใบแทนใบอนุญาต และการชำระ ค่าธรรมเนียมใบอนุญาต ให้เป็นไปตามแบบ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา ๒๑ ผู้ขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ต้องมีคุณสมบัติ และไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

ก. คุณสมบัติ

(๑) มีอายุไม่ต่ำกว่ายี่สิบปีบริบูรณ์

(๒) ได้รับวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรด้านการบริการเพื่อสุขภาพที่ได้รับการรับรองจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

(๓) ผ่านการทดสอบและประเมินความรู้ความสามารถจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ข. ลักษณะต้องห้าม

(๑) เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(๒) เป็นผู้เคยต้องคำพิพากษาถึงที่สุดว่า เป็นผู้กระทำความผิดในความผิดเกี่ยวกับเพศหรือความผิดเกี่ยวกับทรัพย์ตามประมวลกฎหมายอาญา ความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด ความผิดตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ หรือความผิดตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการค้าประเวณี

(๓) เป็นผู้เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่ออันเป็นที่รังเกียจแก่สังคม โรคพิษสุราเรื้อรัง หรือติดยาเสพติดให้โทษ

(๔) เป็นผู้อยู่ในระหว่างถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการ

(๕) เป็นผู้เคยถูกเพิกถอนใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการและยังไม่พ้นกำหนดหนึ่งปีนับถึงวันยื่นคำขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการ

มาตรา ๒๒ ผู้ใดประสงค์จะปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพให้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการต่อผู้อนุญาต

การขึ้นทะเบียนตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา ๒๓ ผู้ขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามดังต่อไปนี้

ก. คุณสมบัติ

(๑) มีอายุไม่ต่ำกว่าสิบแปดปีบริบูรณ์

(๒) ได้รับวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรด้านการบริการเพื่อสุขภาพที่ได้รับการรับรองจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ข. ลักษณะต้องห้าม

(๑) เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ

(๒) เป็นผู้เคยต้องคำพิพากษาถึงที่สุดว่าเป็นผู้กระทำความผิดเกี่ยวกับเพศ หรือความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สินตามประมวลกฎหมายอาญา ความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด หรือความผิดตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการค้าประเวณี เว้นแต่ได้พ้นโทษมาแล้วไม่น้อยกว่าหนึ่งปีก่อนวันยื่นคำขอขึ้นทะเบียน

(๓) เป็นผู้เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่ออันเป็นที่รังเกียจแก่สังคม โรคพิษสุราเรื้อรัง หรือติดยาเสพติดให้โทษ

หมวด ๓

หน้าที่ของผู้รับอนุญาตและผู้ดำเนินการ

มาตรา ๒๔ ผู้รับอนุญาตต้องประกอบกิจการให้ตรงตามประเภทของสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพที่ระบุไว้ในใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

มาตรา ๒๕ การใช้ชื่อสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่อธิบดีประกาศกำหนด

มาตรา ๒๖ มาตรฐานด้านสถานที่ ความปลอดภัย และการให้บริการในสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพแต่ละประเภท ให้เป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง

มาตรา ๒๗ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทใดต้องมีผู้ดำเนินการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่อธิบดีประกาศกำหนด

มาตรา ๒๘ ผู้รับอนุญาตมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) แสดงใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพไว้ในที่เปิดเผย และเห็นได้ง่าย ณ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ระบุไว้ในใบอนุญาต

(๒) จัดให้มีผู้ดำเนินการอยู่ประจำสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตลอดเวลาทำการ พร้อมทั้งแสดงชื่อผู้ดำเนินการไว้ในที่เปิดเผยและเห็นได้ง่าย

(๓) จัดทำทะเบียนประวัติผู้ดำเนินการและผู้ให้บริการ

(๔) รักษามาตรฐานด้านสถานที่ ความปลอดภัย และการให้บริการให้เป็นไปตามที่ได้รับอนุญาต

(๕) รับผู้ซึ่งได้ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการตามมาตรา ๒๒ เท่านั้นเข้าทำงานในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

(๖) ไม่โฆษณาเกี่ยวกับการให้บริการเพื่อสุขภาพในลักษณะ ดังต่อไปนี้

(ก) ใช้ข้อความโฆษณาอันเป็นเท็จหรือโอ้อวดเกินความเป็นจริง

(ข) ใช้อวดสรรพคุณของการบริการเพื่อสุขภาพ หรืออุปกรณ์ ผลิตภัณฑ์ และเครื่องมือ เครื่องใช้ต่าง ๆ อันเป็นส่วนประกอบในการให้บริการว่าสามารถบำบัด รักษาหรือป้องกันโรคได้ หรือใช้ถ้อยคำอื่นใดที่มีความหมายในทำนองเดียวกัน

(ค) โฆษณาในประการที่น่าจะก่อให้เกิดความเข้าใจผิดในสาระสำคัญเกี่ยวกับการให้บริการ เพื่อสุขภาพ

(ง) โฆษณาที่มีลักษณะส่อไปในทางลามกอนาจาร

(๗) ควบคุมดูแลมิให้สถานประกอบการเพื่อสุขภาพก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อาศัย ในบริเวณใกล้เคียง

(๘) ห้ามมิให้มีการจัดสถานที่หรือสิ่งอื่นใดสำหรับให้ผู้ให้บริการแสดงตนเพื่อให้สามารถเลือก ผู้ให้บริการได้

(๙) ควบคุมดูแลมิให้มีการลักลอบหรือมีการค้าประเวณี หรือมีการกระทำหรือบริการที่ขัด ต่อกฎหมาย ความสงบเรียบร้อย และศีลธรรมอันดีในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

(๑๐) ห้ามมิให้หรือยินยอมหรือปล่อยปละละเลยให้มีการจำหน่ายหรือเสพเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ หรือผลิตภัณฑ์ยาสูบในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

(๑๑) ห้ามมิให้หรือยินยอมหรือปล่อยปละละเลยให้มีการกระทำความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด ในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

(๑๒) ห้ามมิให้หรือยินยอมหรือปล่อยปละละเลยให้ผู้มีอาการมึนเมาจนประพฤติน่าหวาด หรือครองสติไม่ได้เข้าไปในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพระหว่างเวลาทำการ

(๑๓) ห้ามมิให้หรือยินยอมหรือปล่อยปละละเลยให้มีการนำอาวุธเข้าไปในสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพ

มาตรา ๒๙ ผู้ดำเนินการมีหน้าที่ ดังต่อไปนี้

(๑) จัดทำคู่มือปฏิบัติงานสำหรับบริการหรือคู่มือการใช้อุปกรณ์ ผลิตภัณฑ์ และเครื่องมือ เครื่องใช้ต่าง ๆ และพัฒนาผู้ให้บริการให้สามารถให้บริการได้ตามคู่มือที่จัดทำขึ้น

(๒) ควบคุมดูแลการบริการ อุปกรณ์ ผลิตภัณฑ์ และเครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ ให้ได้มาตรฐาน ถูกสุขลักษณะ และใช้ได้อย่างปลอดภัย

(๓) สอบถามและบันทึกข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน และคัดกรองผู้รับบริการเพื่อจัดบริการที่เหมาะสม แก่สุขภาพของผู้รับบริการ

(๔) ควบคุมดูแลผู้ให้บริการให้ปฏิบัติตามคู่มือการปฏิบัติงานอย่างเคร่งครัด และควบคุมดูแล มิให้ผู้ให้บริการออกไปให้บริการนอกสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในเวลาทำงาน

(๕) จัดให้มีมาตรการดูแลความปลอดภัยในการทำงานและป้องกันมิให้ผู้รับบริการ ผู้ให้บริการ และบุคคลซึ่งทำงานในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพถูกล่วงละเมิดทางเพศ

นอกจากหน้าที่ที่กำหนดไว้ในวรรคหนึ่ง ให้ผู้ดำเนินการมีหน้าที่ตามมาตรา ๒๘ (๙) (๑๐) (๑๑) (๑๒) และ (๑๓) ด้วย

หมวด ๔

การพักใช้ใบอนุญาต การเพิกถอนใบอนุญาต และการลบชื่อออกจากทะเบียน

มาตรา ๓๐ เมื่อปรากฏแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ว่า ผู้รับอนุญาตฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามหน้าที่ที่ได้บัญญัติไว้ในมาตรา ๒๘ (๑) (๒) (๓) (๔) (๕) (๖) (๗) หรือ (๘) กฎกระทรวง หรือประกาศที่ออกตามพระราชบัญญัตินี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจสั่งให้ผู้รับอนุญาตดำเนินการแก้ไขให้ถูกต้องภายในระยะเวลาที่กำหนด

หากผู้รับอนุญาตไม่ดำเนินการแก้ไขภายในระยะเวลาที่พนักงานเจ้าหน้าที่กำหนดตามวรรคหนึ่ง ให้พนักงานเจ้าหน้าที่รายงานต่อผู้อนุญาตเพื่อพิจารณา ในการนี้ ให้ผู้อนุญาตมีอำนาจสั่งพักใช้ใบอนุญาต ประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้จนกว่าจะได้ดำเนินการแก้ไขให้ถูกต้อง เมื่อผู้รับอนุญาตได้ดำเนินการแก้ไขให้ถูกต้องแล้ว ให้ผู้อนุญาตสั่งเพิกถอนคำสั่งพักใช้ใบอนุญาตนั้น

ผู้รับอนุญาตซึ่งถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาตต้องหยุดประกอบกิจการตามที่ถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาต

มาตรา ๓๑ เมื่อปรากฏแก่พนักงานเจ้าหน้าที่ว่า ผู้ดำเนินการฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามหน้าที่ที่ได้บัญญัติไว้ในมาตรา ๒๙ วรรคหนึ่ง กฎกระทรวง หรือประกาศที่ออกตามพระราชบัญญัตินี้ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจสั่งให้ผู้ดำเนินการปฏิบัติตามหน้าที่ของตนให้ถูกต้องภายในระยะเวลาที่กำหนด

หากผู้ดำเนินการไม่ปฏิบัติให้ถูกต้องภายในระยะเวลาที่พนักงานเจ้าหน้าที่กำหนดตามวรรคหนึ่ง ให้พนักงานเจ้าหน้าที่รายงานผู้อนุญาตเพื่อพิจารณา ในการนี้ ให้ผู้อนุญาตมีอำนาจสั่งพักใช้ใบอนุญาต เป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้จนกว่าจะได้ปฏิบัติให้ถูกต้อง เมื่อผู้ดำเนินการได้ปฏิบัติให้ถูกต้องแล้ว ให้ผู้อนุญาตสั่งเพิกถอนคำสั่งพักใช้ใบอนุญาตนั้น

ผู้ดำเนินการซึ่งถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาตต้องหยุดปฏิบัติหน้าที่ตามที่ถูกสั่งพักใช้ใบอนุญาต

มาตรา ๓๒ อธิบดีมีอำนาจสั่งเพิกถอนใบอนุญาต เมื่อปรากฏว่า

(๑) ผู้รับอนุญาตขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๑๓ (๑) (๒) (๓) (๔) หรือ (๖)

(๒) ผู้รับอนุญาตฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามหน้าที่ที่บัญญัติไว้ในมาตรา ๒๘ (๙) (๑๐) (๑๑) (๑๒) หรือ (๑๓)

- (๓) ผู้รับอนุญาตฝ่าฝืนคำสั่งพักใช้ใบอนุญาตตามมาตรา ๓๐
- (๔) ผู้ดำเนินการขาดคุณสมบัติตามมาตรา ๒๑ ก. (๑) (๒) หรือ (๓) หรือมีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๒๑ ข. (๑) (๒) (๓) หรือ (๕)
- (๕) ผู้ดำเนินการฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามหน้าที่ที่บัญญัติไว้ในมาตรา ๒๙ วรรคสอง
- (๖) ผู้ดำเนินการฝ่าฝืนคำสั่งพักใช้ใบอนุญาตตามมาตรา ๓๑

ในกรณีที่ผู้รับอนุญาตเป็นบุคคลธรรมดา หากอธิบดีมีคำสั่งเพิกถอนใบอนุญาตตาม (๑) ให้สามารถประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้ต่อไปอีกหกสิบวันนับแต่วันที่อธิบดีมีคำสั่งเพิกถอนใบอนุญาต

ในกรณีที่ผู้รับอนุญาตเป็นนิติบุคคล และปรากฏต่อผู้อนุญาตว่าผู้มีอำนาจจัดการแทนนิติบุคคลขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๑๓ (๑) (๒) (๓) (๔) หรือ (๖) ให้ผู้อนุญาตแจ้งให้ผู้รับอนุญาตแต่งตั้งบุคคลอื่นเข้าดำรงตำแหน่งแทนภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับแจ้ง หากผู้รับอนุญาตไม่ดำเนินการภายในระยะเวลาดังกล่าว ให้อธิบดีมีคำสั่งเพิกถอนใบอนุญาต

มาตรา ๓๓ ในกรณีที่ปรากฏว่าผู้ให้บริการผู้ใดขาดคุณสมบัติหรือมีลักษณะต้องห้ามตามที่กำหนดในมาตรา ๒๓ ให้ผู้อนุญาตลบชื่อผู้ให้บริการนั้นออกจากทะเบียน

มาตรา ๓๔ คำสั่งพักใช้ใบอนุญาต คำสั่งเพิกถอนใบอนุญาต และคำสั่งลบชื่อออกจากทะเบียน ให้ทำเป็นหนังสือแจ้งผู้รับอนุญาต ผู้ดำเนินการ หรือผู้ให้บริการทราบ แล้วแต่กรณี

การแจ้งคำสั่งตามวรรคหนึ่งให้นำหมวดว่าด้วยการแจ้งตามกฎหมายว่าด้วยวิธีปฏิบัติราชการทางปกครองมาใช้บังคับโดยอนุโลม

หมวด ๕

พนักงานเจ้าหน้าที่

มาตรา ๓๕ ในการปฏิบัติหน้าที่ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่มีอำนาจ ดังต่อไปนี้

(๑) เข้าไปในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพในระหว่างเวลาทำการของสถานที่นั้นเพื่อตรวจสอบหรือควบคุมให้เป็นไปตามพระราชบัญญัตินี้

(๒) เก็บอุปกรณ์ ผลิตภัณฑ์ และเครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ ที่ใช้ในการให้บริการเพื่อสุขภาพในปริมาณพอสมควรเพื่อเป็นตัวอย่างในการตรวจสอบหรือวิเคราะห์

(๓) ยึดหรืออายัดอุปกรณ์ ผลิตภัณฑ์ และเครื่องมือเครื่องใช้ต่าง ๆ ตลอดจนภาชนะบรรจุหีบห่อ ฉลาก และเอกสารกำกับ และเอกสารหรือวัตถุอื่นใดที่มีเหตุอันควรเชื่อได้ว่าจะเกี่ยวข้องกับการกระทำความผิด

(๔) มีหนังสือเรียกให้บุคคลที่เกี่ยวข้องมาให้ถ้อยคำ หรือส่งเอกสารหรือหลักฐานที่จำเป็นเพื่อประกอบการพิจารณาของพนักงานเจ้าหน้าที่

ให้ผู้รับอนุญาต ผู้ดำเนินการ ผู้ให้บริการ หรือบุคคลซึ่งเป็นพนักงานหรือลูกจ้างของสถานประกอบการ เพื่อสุขภาพนั้นอำนวยความสะดวกตามสมควร

มาตรา ๓๖ ในการปฏิบัติหน้าที่ พนักงานเจ้าหน้าที่ต้องแสดงบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ต่อบุคคลที่เกี่ยวข้อง

บัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ให้เป็นไปตามแบบที่อธิบดีประกาศกำหนด

มาตรา ๓๗ ในการปฏิบัติหน้าที่ ให้พนักงานเจ้าหน้าที่เป็นเจ้าพนักงานตามประมวลกฎหมายอาญา

หมวด ๖

การอุทธรณ์

มาตรา ๓๘ ในกรณีผู้อนุญาตไม่ออกใบอนุญาต ไม่ให้ต่ออายุใบอนุญาต ไม่ให้ออนใบอนุญาต หรือไม่รับขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการ ให้ผู้ขออนุญาต ผู้ขอต่ออายุใบอนุญาต ผู้ขอรับอนใบอนุญาต หรือผู้ขอขึ้นทะเบียนมีสิทธิอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อปลัดกระทรวง ภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับการไม่ออกใบอนุญาต การไม่ให้ต่ออายุใบอนุญาต การไม่ให้ออนใบอนุญาต หรือการไม่รับขึ้นทะเบียน แล้วแต่กรณี

มาตรา ๓๙ ผู้รับอนุญาต ผู้ดำเนินการ หรือผู้ให้บริการ ซึ่งถูกพักใช้ใบอนุญาต ถูกเพิกถอนใบอนุญาต หรือถูกลบชื่อออกจากทะเบียน มีสิทธิอุทธรณ์เป็นหนังสือต่อปลัดกระทรวง ภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับการแจ้งคำสั่งพักใช้หรือเพิกถอนใบอนุญาต หรือคำสั่งลบชื่อออกจากทะเบียน แล้วแต่กรณี

การอุทธรณ์ตามวรรคหนึ่งไม่เป็นเหตุให้ทุเลาการบังคับตามคำสั่งพักใช้ใบอนุญาต คำสั่งเพิกถอนใบอนุญาต หรือคำสั่งลบชื่อออกจากทะเบียน

มาตรา ๔๐ การพิจารณาอุทธรณ์ตามมาตรา ๓๘ หรือมาตรา ๓๙ ให้ปลัดกระทรวงพิจารณาอุทธรณ์ให้แล้วเสร็จภายในสามสิบวันนับแต่วันที่รับคำอุทธรณ์ ถ้ามีเหตุจำเป็นไม่อาจพิจารณาให้แล้วเสร็จภายในระยะเวลาดังกล่าว ให้มีหนังสือแจ้งให้ผู้อุทธรณ์ทราบก่อนครบกำหนดเวลาดังกล่าว ในการนี้ ให้ขยายระยะเวลาพิจารณาอุทธรณ์ออกไปได้ไม่เกินสามสิบวันนับแต่วันที่ครบกำหนดระยะเวลาดังกล่าว

คำวินิจฉัยของปลัดกระทรวงให้เป็นที่สุด

หมวด ๗

บทกำหนดโทษ

มาตรา ๔๑ ผู้ใดใช้ชื่อหรือคำแสดงชื่อในธุรกิจว่า “สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ” “กิจการสปา” “นวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงาม” หรือกิจการอื่นตามที่กำหนดในกฎกระทรวง ที่ออกตามความใน (๓) ของบทนิยามคำว่า “สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ” ในมาตรา ๓ หรือคำอื่นใดที่มีความหมายเช่นเดียวกัน ในประการที่อาจทำให้ประชาชนเข้าใจว่าเป็นสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ โดยมีได้เป็นผู้รับอนุญาตตามพระราชบัญญัตินี้ ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสี่หมื่นบาท

มาตรา ๔๒ ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา ๑๒ ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินห้าหมื่นบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา ๔๓ ผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา ๒๐ ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสองหมื่นบาท

มาตรา ๔๔ ผู้รับอนุญาตผู้ใดฝ่าฝืนมาตรา ๒๔ ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสี่หมื่นบาท

มาตรา ๔๕ ผู้รับอนุญาตผู้ใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา ๒๘ (๙) (๑๐) (๑๑) (๑๒) หรือ (๑๓) หรือผู้ดำเนินการผู้ใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา ๒๙ วรรคสอง ต้องระวางโทษปรับไม่เกินสามหมื่นบาท

มาตรา ๔๖ ผู้ใดฝ่าฝืนหรือไม่ปฏิบัติตามมาตรา ๓๕ วรรคสอง ต้องระวางโทษปรับไม่เกินหนึ่งหมื่นบาท

มาตรา ๔๗ ในกรณีที่ผู้กระทำความผิดเป็นนิติบุคคล ถ้าการกระทำความผิดของนิติบุคคลนั้น เกิดจากการสั่งการ หรือการกระทำของบุคคลใด หรือไม่สั่งการ หรือไม่กระทำการอันเป็นหน้าที่ที่ต้องกระทำ ของกรรมการผู้จัดการ หรือบุคคลใด ซึ่งรับผิดชอบในการดำเนินงานของนิติบุคคลนั้น ผู้นั้นต้องรับโทษตามที่บัญญัติไว้สำหรับความผิดนั้น ๆ ด้วย

มาตรา ๔๘ บรรดาความผิดตามพระราชบัญญัตินี้ ให้ผู้อนุญาตมีอำนาจเปรียบเทียบได้ตามหลักเกณฑ์ที่อธิบดีประกาศกำหนด

เมื่อผู้ต้องหาชำระเงินค่าปรับตามจำนวนที่เปรียบเทียบภายในระยะเวลาที่กำหนดแล้ว ให้ถือว่าคดีเลิกกันตามบทบัญญัติแห่งประมวลกฎหมายวิธีพิจารณาความอาญา

บทเฉพาะกาล

มาตรา ๔๙ ผู้ประกอบกิจการ ผู้ดำเนินการ และผู้ให้บริการในสถานที่เพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมสวยที่ได้รับการรับรองตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กำหนดสถานที่เพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมสวย มาตรฐานของสถานที่ การบริการ ผู้ให้บริการ หลักเกณฑ์ และวิธีการตรวจสอบเพื่อการรับรอง ให้เป็นไปตามมาตรฐานสำหรับสถานที่เพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมสวย ตามพระราชบัญญัติสถานบริการ

พ.ศ. ๒๕๐๙ พ.ศ. ๒๕๕๑ อยู่ในวันก่อนวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ให้ยื่นคำขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการ คำขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการ หรือคำขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการต่อผู้อนุญาต ภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ และเมื่อยื่นคำขอรับใบอนุญาตหรือคำขอขึ้นทะเบียนแล้ว ให้ประกอบกิจการ ดำเนินการ หรือให้บริการต่อไปได้จนกว่าจะได้รับแจ้งคำสั่งไม่ออกใบอนุญาตหรือไม่รับขึ้นทะเบียนจากผู้อนุญาต แล้วแต่กรณี

ผู้รับสนองพระบรมราชโองการ

พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา

นายกรัฐมนตรี

อัตราค่าธรรมเนียม

(๑) ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	ฉบับละ	๑๐,๐๐๐	บาท
(๒) ใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการ	ฉบับละ	๑,๕๐๐	บาท
(๓) การต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ครั้งละเท่ากับค่าธรรมเนียมใบอนุญาตประเภทและขนาดนั้น ๆ แต่ละฉบับ			
(๔) ใบแทนใบอนุญาต	ฉบับละ	๕๐๐	บาท
(๕) การเปลี่ยนแปลงแก้ไขรายการในใบอนุญาต	ครั้งละ	๕๐๐	บาท
(๖) ค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ รายปี	ปีละ	๑,๐๐๐	บาท

หมายเหตุ :- เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่กิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เป็นกิจการด้านบริการที่สร้างงานและรายได้แก่ประเทศเป็นจำนวนมาก และเป็นกิจการที่ได้รับความเชื่อมั่น จากผู้รับบริการทั้งชาวไทยและชาวต่างประเทศมายาวนาน จึงมีผู้ประกอบการกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เพิ่มมากขึ้นในแต่ละปี แต่ปัจจุบันยังไม่มีกฎหมายกำกับดูแลการดำเนินกิจการนี้เป็นการเฉพาะ ผู้ประกอบการ ผู้ดำเนินการ และผู้ให้บริการจำนวนมากขาดความรู้และทักษะในการประกอบกิจการ และการให้บริการของ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพส่วนใหญ่ไม่ได้มาตรฐานและส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ร่างกาย หรือจิตใจ ของผู้รับบริการ ประกอบกับมีผู้ใช้คำว่าสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเพื่อประกอบกิจการแฝงอย่างอื่นอันส่ง ผลกระทบต่อความเชื่อมั่นของผู้รับบริการชาวไทยและชาวต่างประเทศที่มีต่อกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ สมควรมีกฎหมายที่กำกับดูแลการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพขึ้นเป็นการเฉพาะ เพื่อให้ การดำเนินกิจการดังกล่าวเป็นไปอย่างมีมาตรฐานอันเป็นการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนและคุ้มครองผู้บริโภค จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้



พระราชบัญญัติ

สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (ฉบับที่ ๒)

พ.ศ. ๒๕๖๒

สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร

ให้ไว้ ณ วันที่ ๑๕ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๒

เป็นปีที่ ๔ ในรัชกาลปัจจุบัน

สมเด็จพระเจ้าอยู่หัวมหาวชิราลงกรณ บดินทรเทพยวรางกูร มีพระราชโองการโปรดเกล้าฯ ให้ประกาศว่า

โดยที่เป็นการสมควรแก้ไขเพิ่มเติมกฎหมายว่าด้วยสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

จึงทรงพระกรุณาโปรดเกล้าฯ ให้ตราพระราชบัญญัติขึ้นไว้โดยคำแนะนำและยินยอมของ สภานิติบัญญัติแห่งชาติทำหน้าที่รัฐสภา ดังต่อไปนี้

มาตรา ๑ พระราชบัญญัตินี้เรียกว่า “พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๒”

มาตรา ๒ พระราชบัญญัตินี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษา เป็นต้นไป

มาตรา ๓ ให้ยกเลิก (๒) ของ ข. ของมาตรา ๒๓ แห่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙

ผู้รับสนองพระราชโองการ
พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา
นายกรัฐมนตรี

หมายเหตุ :- เหตุผลในการประกาศใช้พระราชบัญญัติฉบับนี้ คือ โดยที่กฎหมายว่าด้วยสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ใช้บังคับอยู่ในปัจจุบันได้กำหนดลักษณะต้องห้ามของผู้ขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการว่าจะต้องไม่เคยต้องคำพิพากษาถึงที่สุดว่าเป็นผู้กระทำความผิดในความผิดเกี่ยวกับเพศหรือความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สิน ตามประมวลกฎหมายอาญา ความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด หรือความผิดตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการค้าประเวณี เว้นแต่ได้พ้นโทษมาแล้วไม่น้อยกว่าหนึ่งปีก่อนวันยื่นคำขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการ ซึ่งลักษณะต้องห้ามดังกล่าวเป็นการตัดโอกาสในการประกอบอาชีพและเป็นอุปสรรคในการกลับเข้าสู่สังคมได้ตามปกติของผู้เคยกระทำความผิดดังกล่าวหลังจากพ้นโทษ จึงสมควรยกเลิกลักษณะต้องห้ามนั้น โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มบุคคลผู้เคยกระทำความผิดเหล่านี้สามารถเข้าสู่การประกอบอาชีพเป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้ทันที จึงจำเป็นต้องตราพระราชบัญญัตินี้



กฎกระทรวง

การอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

พ.ศ. ๒๕๖๐

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔ วรรคหนึ่ง มาตรา ๑๒ วรรคสอง มาตรา ๑๔ วรรคสาม มาตรา ๑๗ วรรคสอง และมาตรา ๑๘ วรรคสี่ แห่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวงไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ในกฎกระทรวงนี้

“ใบอนุญาต” หมายความว่า ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

ข้อ ๒ การยื่นคำขอตามกฎกระทรวงนี้ ให้ยื่น ณ ท้องที่ที่สถานประกอบการเพื่อสุขภาพตั้งอยู่ ดังต่อไปนี้

(๑) ในกรุงเทพมหานคร ให้ยื่น ณ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

(๒) ในจังหวัดอื่น ให้ยื่น ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

(๓) สถานที่อื่นตามที่อธิบดีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา โดยคำนึงถึงการอำนวยความสะดวกและการลดภาระแก่ผู้ยื่นคำขอ

การยื่นคำขอตามวรรคหนึ่ง ผู้ยื่นคำขออาจยื่นคำขอผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ก็ได้ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่อธิบดีประกาศกำหนด

ข้อ ๓ คำขอรับใบอนุญาต ใบรับคำขอ คำขอต่ออายุใบอนุญาต คำขอโอนใบอนุญาต คำขอรับโอนใบอนุญาต คำขอรับใบแทนใบอนุญาต และคำขอเปลี่ยนแปลงแก้ไขรายการในใบอนุญาต ให้เป็นไปตามแบบที่อธิบดีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

หมวด ๑

การขอรับใบอนุญาต และการออกใบอนุญาต

ข้อ ๔ ผู้ใดประสงค์จะประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพให้ยื่นคำขอรับใบอนุญาตต่อผู้อนุญาต พร้อมด้วยเอกสารและหลักฐานตามที่ระบุไว้ในแบบคำขอรับใบอนุญาต

ข้อ ๕ เมื่อได้รับคำขอรับใบอนุญาตแล้ว ให้ผู้อนุญาตออกใบรับคำขอให้แก่ผู้ขอรับใบอนุญาตไว้เป็นหลักฐาน

ภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่ได้รับคำขอรับใบอนุญาต หากผู้อนุญาตเห็นว่าคำขอรับใบอนุญาตหรือเอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นพร้อมกับคำขอรับใบอนุญาตในเรื่องใดไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน ให้ผู้อนุญาตมีหนังสือแจ้งให้ผู้ขอรับใบอนุญาตทราบพร้อมด้วยเหตุผลเพื่อแก้ไขให้แล้วเสร็จภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือนั้น

ในกรณีที่ผู้ขอรับใบอนุญาตไม่แก้ไขเพิ่มเติมคำขอรับใบอนุญาตหรือไม่จัดส่งเอกสารหรือหลักฐานให้ถูกต้องและครบถ้วนภายในระยะเวลาตามวรรคสอง ให้ถือว่าผู้ขอรับใบอนุญาตไม่ประสงค์จะให้ดำเนินการต่อไป และให้ผู้อนุญาตจำหน่ายเรื่องออกจากสารบบ

ข้อ ๖ ในกรณีที่คำขอรับใบอนุญาตและเอกสารและหลักฐานถูกต้องและครบถ้วนแล้ว ให้ผู้อนุญาตพิจารณาคำขอ โดยผู้อนุญาตจะมีคำสั่งอนุญาตได้ต่อเมื่อปรากฏว่าผู้ขอรับใบอนุญาตมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๑๓ และสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดในกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในมาตรา ๒๖

ผู้อนุญาตต้องแจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ขอรับใบอนุญาตทราบภายในหกสิบวันนับแต่วันที่ได้รับคำขอพร้อมด้วยเอกสารและหลักฐานดังกล่าวครบถ้วน ในกรณีที่มีเหตุผลหรือความจำเป็นไม่อาจพิจารณาให้แล้วเสร็จได้ภายในระยะเวลาดังกล่าว อาจขยายระยะเวลาการพิจารณาออกไปได้อีกไม่เกินสองครั้ง ครั้งละไม่เกินสามสิบวัน แต่ต้องมีหนังสือแจ้งเหตุผลหรือความจำเป็นนั้นให้ผู้ยื่นคำขอทราบก่อนครบกำหนดระยะเวลาดังกล่าว

ในกรณีที่ผู้อนุญาตมีคำสั่งไม่อนุญาต ให้ผู้อนุญาตมีหนังสือแจ้งให้ผู้ขอรับใบอนุญาตทราบพร้อมด้วยเหตุผลและสิทธิอุทธรณ์ ทั้งนี้ ภายในเจ็ดวันนับแต่วันที่มิคำสั่งไม่อนุญาต

ข้อ ๗ ในกรณีที่ผู้อนุญาตมีคำสั่งอนุญาต ให้มีหนังสือแจ้งผู้ขอรับใบอนุญาตทราบ และให้ผู้ขอรับใบอนุญาตมาชำระค่าธรรมเนียมใบอนุญาตภายในหกสิบวันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งดังกล่าว เมื่อผู้ขอรับใบอนุญาตได้ชำระค่าธรรมเนียมใบอนุญาตแล้ว ให้ผู้อนุญาตออกใบอนุญาตให้ตามแบบที่กำหนดไว้ท้ายกฎกระทรวงนี้ ทั้งนี้ ภายในเจ็ดวันนับแต่วันที่ได้รับชำระค่าธรรมเนียม

ในกรณีที่ผู้ขอรับใบอนุญาตไม่ชำระค่าธรรมเนียมใบอนุญาตภายในระยะเวลาตามวรรคหนึ่ง ให้ถือว่าผู้ขอรับใบอนุญาตไม่ประสงค์จะรับใบอนุญาต และให้ผู้อนุญาตจำหน่ายเรื่องออกจากสารบบ

เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ขอรับใบอนุญาต ผู้อนุญาตจะแจ้งให้ผู้ขอรับใบอนุญาตทราบผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ไปพร้อมกับหนังสือแจ้งตามวรรคหนึ่งด้วยก็ได้

หมวด ๒

การขอต่ออายุใบอนุญาต และการให้ต่ออายุใบอนุญาต

ข้อ ๘ ผู้รับอนุญาตที่ประสงค์จะขอต่ออายุใบอนุญาต ให้ยื่นคำขอต่ออายุใบอนุญาตต่อผู้อนุญาต พร้อมด้วยเอกสารและหลักฐานตามที่ระบุไว้ในแบบคำขอต่ออายุใบอนุญาตภายในเก้าสิบวันก่อนวันที่ใบอนุญาตสิ้นอายุ

ให้นำความในข้อ ๕ ข้อ ๖ และข้อ ๗ มาใช้บังคับแก่การพิจารณาคำขอต่ออายุใบอนุญาต และการอนุญาตให้ต่ออายุใบอนุญาตโดยอนุโลม

ข้อ ๙ ในกรณีที่ความปรากฏต่อผู้อนุญาตไม่ว่าโดยทางใด ๆ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามข้อ ๘ ไม่เป็นไปตามมาตรฐานที่กำหนดในกฎกระทรวงซึ่งออกตามความในมาตรา ๒๖ ผู้อนุญาตมีหน้าที่แจ้งเป็นหนังสือให้ผู้ยื่นคำขอดำเนินการแก้ไขให้เป็นไปตามมาตรฐานภายในระยะเวลาที่กำหนด หากผู้ยื่นคำขอไม่ดำเนินการแก้ไขภายในกำหนดระยะเวลาดังกล่าว ให้ผู้อนุญาตพิจารณาสั่งไม่อนุญาตให้ต่ออายุใบอนุญาต

หมวด ๓

การขอโอนใบอนุญาต การขอรับโอนใบอนุญาต และการอนุญาต

ข้อ ๑๐ ผู้รับอนุญาตซึ่งประสงค์จะโอนใบอนุญาตให้แก่บุคคลอื่นให้ยื่นคำขอโอนใบอนุญาตต่อผู้อนุญาต พร้อมด้วยเอกสารและหลักฐานตามที่ระบุไว้ในแบบคำขอโอนใบอนุญาต

ให้นำความในข้อ ๕ และข้อ ๖ วรรคสาม มาใช้บังคับแก่การพิจารณาคำขอโอนใบอนุญาตโดยอนุโลม

ในกรณีที่ผู้รับโอนใบอนุญาตมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๑๓ ให้ผู้อนุญาตมีคำสั่งอนุญาตและมีหนังสือแจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ยื่นคำขอภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับคำขอ พร้อมด้วยเอกสารและหลักฐานดังกล่าวครบถ้วน

ให้ผู้อนุญาตออกใบอนุญาตให้แก่ผู้รับโอนใบอนุญาตโดยมีระยะเวลาและเงื่อนไขตามใบอนุญาตเดิม และให้กำกับคำว่า “โอนใบอนุญาต” พร้อมชื่อผู้โอนไว้ที่มุมบนด้านซ้าย และระบุวัน เดือน ปี ที่ออกใบอนุญาตดังกล่าวไว้ด้วย สำหรับใบอนุญาตเดิมให้ประทับตรายกเลิกการใช้ด้วยอักษรสีแดง

ข้อ ๑๑ ในกรณีที่ผู้รับอนุญาตถึงแก่ความตาย หากผู้จัดการมรดกหรือทายาทประสงค์จะประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพต่อไป ให้ยื่นคำขอรับโอนใบอนุญาตต่อผู้อนุญาต พร้อมด้วยเอกสารและหลักฐานตามที่ระบุไว้ในแบบคำขอรับโอนใบอนุญาตภายในเก้าสิบวันนับแต่วันที่ผู้รับอนุญาตตาย

ให้นำความในข้อ ๕ ข้อ ๖ วรรคสาม และข้อ ๑๐ วรรคสามและวรรคสี่ มาใช้บังคับ
แก่การโอนใบอนุญาตด้วยโดยอนุโลม

หมวด ๔

การขอและการออกใบแทนใบอนุญาต

ข้อ ๑๒ ในกรณีที่ใบอนุญาตสูญหาย ถูกทำลาย หรือชำรุดในสาระสำคัญ ให้ผู้รับอนุญาต
ยื่นคำขอรับใบแทนใบอนุญาตต่อผู้อนุญาต พร้อมด้วยเอกสารและหลักฐานตามที่ระบุไว้ในแบบคำขอ
รับใบแทนใบอนุญาต ภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้ทราบถึงการสูญหาย ถูกทำลาย หรือชำรุด
ในสาระสำคัญดังกล่าว รวมทั้งให้ส่งคืนใบอนุญาตฉบับเดิมที่ชำรุดหรือยื่นหลักฐานการแจ้งความกรณี
สูญหายหรือถูกทำลาย

ให้นำความในข้อ ๕ และข้อ ๗ มาใช้แก่การออกใบแทนใบอนุญาตด้วยโดยอนุโลม ทั้งนี้
ในการออกใบแทนใบอนุญาต ให้ผู้อนุญาตออกใบอนุญาตใหม่ตามใบอนุญาตเดิม โดยให้กำกับคำว่า
“ใบแทน” ไว้ที่มุมบนด้านซ้าย และระบุวัน เดือน ปี ที่ออกใบแทนใบอนุญาตไว้ด้วย

หมวด ๕

การเปลี่ยนแปลงแก้ไขรายการในใบอนุญาต

ข้อ ๑๓ ผู้รับอนุญาตซึ่งประสงค์จะเปลี่ยนแปลงแก้ไขรายการในใบอนุญาต ให้ยื่นคำขอ
เปลี่ยนแปลงแก้ไขรายการดังกล่าวต่อผู้อนุญาต พร้อมด้วยเอกสารและหลักฐานตามที่ระบุไว้ในแบบ
คำขอเปลี่ยนแปลงแก้ไขรายการในใบอนุญาต

ให้นำความในข้อ ๕ และข้อ ๗ มาใช้แก่การเปลี่ยนแปลงแก้ไขรายการในใบอนุญาตด้วย
โดยอนุโลม ทั้งนี้ ในการเปลี่ยนแปลงแก้ไขรายการในใบอนุญาต ให้ผู้อนุญาตออกใบอนุญาตใหม่โดยมี
สาระสำคัญตามใบอนุญาตเดิม เว้นแต่รายการที่เปลี่ยนแปลงแก้ไข และให้ประทับตรายกเลิกการใช้
ใบอนุญาตเดิมด้วยอักษรสีแดง

ให้ไว้ ณ วันที่ ๒๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๐

ปิยะสกล สกลสัตยาทร

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข



กระทรวงสาธารณสุข

ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

.....

ใบอนุญาตเลขที่

(ใบอนุญาตเดิมเลขที่

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

.....

ได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ โดยใช้ชื่อภาษาไทยว่า

.....

ชื่อภาษาต่างประเทศ (ถ้ามี)

กิจการประเภท

ตั้งอยู่เลขที่ หมู่ที่..... ซอย/ตรอก..... ถนน.....

ตำบล/แขวง..... อำเภอ/เขต..... จังหวัด.....

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ใช้ได้จนถึงวันที่ เดือน พ.ศ. และให้ใช้ได้เฉพาะสถานที่ประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ระบุไว้ในใบอนุญาตเท่านั้น

ให้ไว้ ณ วันที่

พ.ศ.

(.....)

ผู้อนุญาต

หมายเหตุ การขอต่ออายุใบอนุญาต ให้ยื่นคำขอภายในเก้าสิบวันก่อนวันที่ใบอนุญาตสิ้นอายุ

หมายเหตุ :- เหตุผลในการประกาศใช้กฎกระทรวงฉบับนี้ คือ โดยที่มาตรา ๑๒ วรรคสอง มาตรา ๑๔ วรรคสาม มาตรา ๑๗ วรรคสอง และมาตรา ๑๘ วรรคสี่ แห่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ บัญญัติให้การขอรับใบอนุญาตและการออกใบอนุญาต การออกใบแทนใบอนุญาต การขอต่ออายุใบอนุญาตและการให้ต่ออายุใบอนุญาต การขอโอนใบอนุญาตและการอนุญาต การขอรับโอนใบอนุญาตและการอนุญาตให้โอนใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ การชำระค่าธรรมเนียมใบอนุญาตและแบบใบอนุญาต เป็นไปตามแบบหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง จึงจำเป็นต้องออกกฎกระทรวงนี้



กฎกระทรวง

กำหนดค่าธรรมเนียมและการชำระค่าธรรมเนียม
เกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
พ.ศ. ๒๕๖๐

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔ วรรคหนึ่ง มาตรา ๑๒ วรรคสอง และมาตรา ๑๕ วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ออกกฎกระทรวงไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้กำหนดค่าธรรมเนียม ดังต่อไปนี้

(๑) ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการ
เพื่อสุขภาพประเภทกิจการสปา

(ก) พื้นที่การให้บริการ

ไม่เกินหนึ่งร้อยตารางเมตร

ฉบับละ ๑,๐๐๐ บาท

(ข) พื้นที่การให้บริการเกินหนึ่งร้อยตารางเมตร
แต่ไม่เกินสองร้อยตารางเมตร

ฉบับละ ๓,๐๐๐ บาท

(ค) พื้นที่การให้บริการเกินสองร้อยตารางเมตร
แต่ไม่เกินสี่ร้อยตารางเมตร

ฉบับละ ๖,๐๐๐ บาท

(ง) พื้นที่การให้บริการเกินสี่ร้อยตารางเมตร

ฉบับละ ๑๐,๐๐๐ บาท

(๒) ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการ
เพื่อสุขภาพประเภทกิจการนวดเพื่อสุขภาพ
หรือเพื่อเสริมความงาม

(ก) พื้นที่การให้บริการ

ไม่เกินหนึ่งร้อยตารางเมตร

ฉบับละ ๕๐๐ บาท

(ข) พื้นที่การให้บริการเกินหนึ่งร้อยตารางเมตร
แต่ไม่เกินสองร้อยตารางเมตร

ฉบับละ ๑,๕๐๐ บาท

(ค)	พื้นที่การให้บริการเกินสองร้อยตารางเมตร แต่ไม่เกินสี่ร้อยตารางเมตร	ฉบับละ	๓,๐๐๐	บาท
(ง)	พื้นที่การให้บริการเกินสี่ร้อยตารางเมตร	ฉบับละ	๕,๐๐๐	บาท
(๓)	ใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการ	ฉบับละ	๑,๐๐๐	บาท
(๔)	การต่ออายุใบอนุญาตประกอบกิจการ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ	ครั้งละเท่ากับค่าธรรมเนียม ใบอนุญาตตาม (๑) หรือ (๒)		
(๕)	ใบแทนใบอนุญาตตาม (๑) (๒) หรือ (๓)	ฉบับละ	๓๐๐	บาท
(๖)	การเปลี่ยนแปลงแก้ไขรายการในใบอนุญาต ตาม (๑) (๒) หรือ (๓)	ครั้งละ	๓๐๐	บาท
(๗)	ค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพรายปี สำหรับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ตาม (๑)	ปีละ	๑,๐๐๐	บาท
(๘)	ค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพรายปี สำหรับสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ตาม (๒)	ปีละ	๕๐๐	บาท

ข้อ ๒ การคำนวณพื้นที่การให้บริการของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามข้อ ๑ ให้คำนวณตามแบบแปลนแผนผังแสดงพื้นที่การให้บริการของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้ยื่นไว้ พร้อมกับคำขอรับใบอนุญาตหรือคำขอต่ออายุใบอนุญาต แล้วแต่กรณี

ข้อ ๓ ให้ผู้ขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพรายปีในปีแรก พร้อมกับการชำระค่าธรรมเนียมใบอนุญาต และให้ถือว่าวันที่ชำระค่าธรรมเนียมดังกล่าวเป็นวันครบกำหนดชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพรายปีในปีต่อ ๆ ไปตลอดระยะเวลาที่ยังประกอบกิจการอยู่

เมื่อผู้อนุญาตได้รับชำระค่าธรรมเนียมตามวรรคหนึ่งถูกต้องและครบถ้วนแล้ว ให้ผู้อนุญาตออกหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมให้แก่ผู้รับอนุญาตตามแบบที่อธิบดีประกาศกำหนดภายในสามวันนับแต่วันที่ได้รับชำระค่าธรรมเนียมดังกล่าว

ข้อ ๔ ผู้รับอนุญาตต้องแสดงหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพรายปีไว้ในที่เปิดเผยและมองเห็นได้ชัดเจน ณ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพนั้น

ข้อ ๕ การยื่นคำขอชำระค่าธรรมเนียมตามกฎหมายกระทรวงนี้ ให้ยื่น ณ สถานที่ ดังต่อไปนี้

(๑) ในกรุงเทพมหานคร ให้ยื่น ณ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

(๒) ในจังหวัดอื่น ให้ยื่น ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

(๓) สถานที่อื่นตามที่อธิบดีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา โดยคำนึงถึงการอำนวยความสะดวกและการลดภาระแก่ผู้ยื่นคำขอ

การยื่นคำขอตามวรรคหนึ่ง ผู้ยื่นคำขออาจยื่นคำขอผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ก็ได้ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่อธิบดีประกาศกำหนด

คำขอชำระค่าธรรมเนียมตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามแบบที่อธิบดีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ให้ไว้ ณ วันที่ ๒๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๐

ปิยะสกล สกลสัตยาทร

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ :- เหตุผลในการประกาศใช้กฎกระทรวงฉบับนี้ คือ โดยที่เป็นการสมควรกำหนดค่าธรรมเนียมและการชำระค่าธรรมเนียมเกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ซึ่งมาตรา ๔ วรรคหนึ่ง และวรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ บัญญัติให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขมีอำนาจออกกฎกระทรวงกำหนดค่าธรรมเนียมไม่เกินอัตราท้ายพระราชบัญญัติโดยอาจกำหนดให้แตกต่างกัน โดยคำนึงถึงประเภทและขนาดของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่กำหนดไว้ในใบอนุญาตด้วยก็ได้ และมาตรา ๑๒ วรรคสอง และมาตรา ๑๕ วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติดังกล่าว บัญญัติให้การชำระค่าธรรมเนียมใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพและการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพรายปี เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข และภายในระยะเวลาที่กำหนดในกฎกระทรวง จึงจำเป็นต้องออกกฎกระทรวงนี้



กฎกระทรวง

การอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

พ.ศ. ๒๕๖๐

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔ วรรคหนึ่ง และมาตรา ๒๐ วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ออกกฎกระทรวงไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ในกฎกระทรวงนี้

“ใบอนุญาต” หมายความว่า ใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

ข้อ ๒ ผู้ใดประสงค์จะปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ให้ยื่นคำขอรับใบอนุญาตต่อผู้อนุญาต พร้อมด้วยเอกสารและหลักฐาน ตามที่ระบุไว้ในแบบคำขอรับใบอนุญาต

ข้อ ๓ เมื่อได้รับคำขอรับใบอนุญาตแล้ว ให้ผู้อนุญาตออกใบรับคำขอให้แก่ผู้ขอรับใบอนุญาตไว้เป็นหลักฐาน

ภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่ได้รับคำขอรับใบอนุญาต หากผู้อนุญาตเห็นว่าคำขอรับใบอนุญาต หรือเอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นพร้อมกับคำขอรับใบอนุญาตในเรื่องใดไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน ให้ผู้อนุญาตมีหนังสือแจ้งให้ผู้ขอรับใบอนุญาตทราบพร้อมด้วยเหตุผลเพื่อแก้ไขให้แล้วเสร็จ ภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือนั้น

ในกรณีที่ผู้ขอรับใบอนุญาตไม่แก้ไขเพิ่มเติมคำขอรับใบอนุญาตหรือไม่จัดส่งเอกสาร หรือหลักฐานให้ถูกต้องและครบถ้วนภายในระยะเวลาตามวรรคสอง ให้ถือว่าผู้ขอรับใบอนุญาตไม่ประสงค์จะให้ดำเนินการต่อไป และให้ผู้อนุญาตจำหน่ายเรื่องออกจากสารบบ

ข้อ ๔ ในกรณีที่คำขอรับใบอนุญาตและเอกสารและหลักฐานถูกต้องและครบถ้วนแล้ว ให้ผู้อนุญาตพิจารณาคำขอ โดยผู้อนุญาตจะมีคำสั่งอนุญาตได้ต่อเมื่อปรากฏว่าผู้ขอรับใบอนุญาต มีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๒๑

ผู้อนุญาตต้องแจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ขอรับใบอนุญาตทราบภายในหกสิบวันนับแต่วันที่ ได้รับคำขอพร้อมด้วยเอกสารและหลักฐานดังกล่าวครบถ้วน ในกรณีที่มิมีเหตุผลหรือความจำเป็นที่ไม่อาจ พิจารณาให้แล้วเสร็จได้ภายในระยะเวลาดังกล่าว อาจขยายระยะเวลาการพิจารณาออกไปได้อีกไม่เกิน สองครั้ง ครั้งละไม่เกินสามสิบวัน แต่ต้องมีหนังสือแจ้งเหตุผลหรือความจำเป็นนั้นให้ผู้ยื่นคำขอทราบ ก่อนครบกำหนดระยะเวลาดังกล่าว

ในกรณีที่ผู้อนุญาตมีคำสั่งไม่อนุญาต ให้ผู้อนุญาตมีหนังสือแจ้งให้ผู้ขอรับใบอนุญาตทราบ พร้อมด้วยเหตุผลและสิทธิอุทธรณ์ ทั้งนี้ ภายในเจ็ดวันนับแต่วันที่มิมีคำสั่งไม่อนุญาต

ข้อ ๕ ในกรณีที่ผู้อนุญาตมีคำสั่งอนุญาต ให้มีหนังสือแจ้งผู้ขอรับใบอนุญาตทราบและ ให้ผู้ขอรับใบอนุญาตมาชำระค่าธรรมเนียมใบอนุญาตภายในหกสิบวันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้ง ดังกล่าว เมื่อผู้ขอรับใบอนุญาตได้ชำระค่าธรรมเนียมใบอนุญาตแล้ว ให้ผู้อนุญาตออกใบอนุญาต ให้ตามแบบที่กำหนดไว้ท้ายกฎกระทรวงนี้ ทั้งนี้ ภายในเจ็ดวันนับแต่วันที่ได้รับชำระค่าธรรมเนียม

ในกรณีที่ผู้ขอรับใบอนุญาตไม่ชำระค่าธรรมเนียมใบอนุญาตภายในระยะเวลาตามวรรคหนึ่ง ให้ถือว่าผู้ขอรับใบอนุญาตไม่ประสงค์จะรับใบอนุญาต และให้ผู้อนุญาตจำหน่ายเรื่องออกจากสารบบ

เพื่ออำนวยความสะดวกแก่ผู้ขอรับใบอนุญาต ผู้อนุญาตจะแจ้งให้ผู้ขอรับใบอนุญาตทราบ ผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ไปพร้อมกับหนังสือแจ้งตามวรรคหนึ่งด้วยก็ได้

ข้อ ๖ ในกรณีที่ใบอนุญาตสูญหาย ถูกทำลาย หรือชำรุดในสาระสำคัญ ให้ผู้ดำเนินการ ยื่นคำขอรับใบแทนใบอนุญาตต่อผู้อนุญาต พร้อมด้วยเอกสารและหลักฐานตามที่ระบุไว้ในแบบคำขอ รับใบแทนใบอนุญาต ภายในสามสิบวันนับแต่วันที่รับทราบถึงการสูญหาย ถูกทำลาย หรือชำรุด ในสาระสำคัญดังกล่าว รวมทั้งให้ส่งคืนใบอนุญาตฉบับเดิมที่ชำรุดหรือยื่นหลักฐานการแจ้งความกรณี สูญหายหรือถูกทำลาย

ให้นำความในข้อ ๓ และข้อ ๕ มาใช้แก่การออกใบแทนใบอนุญาตด้วยโดยอนุโลม ทั้งนี้ ในการออกใบแทนใบอนุญาต ให้ผู้อนุญาตออกใบอนุญาตใหม่ตามใบอนุญาตเดิม โดยให้กำกับคำว่า “ใบแทน” ไว้ที่มุมบนด้านซ้าย และระบุวัน เดือน ปี ที่ออกใบแทนใบอนุญาตไว้ด้วย

ข้อ ๗ ผู้ดำเนินการซึ่งประสงค์จะเปลี่ยนแปลงแก้ไขรายการในใบอนุญาต ให้ยื่นคำขอ เปลี่ยนแปลงแก้ไขรายการดังกล่าวต่อผู้อนุญาต พร้อมด้วยเอกสารและหลักฐานตามที่ระบุไว้ในแบบ คำขอเปลี่ยนแปลงแก้ไขรายการในใบอนุญาต

ให้นำความในข้อ ๓ และข้อ ๕ มาใช้แก่การเปลี่ยนแปลงแก้ไขรายการในใบอนุญาตด้วย โดยอนุโลม ทั้งนี้ ในการเปลี่ยนแปลงแก้ไขรายการในใบอนุญาต ให้ผู้อนุญาตออกใบอนุญาตใหม่ โดยมีสาระสำคัญตามใบอนุญาตเดิม เว้นแต่รายการที่เปลี่ยนแปลงแก้ไข และให้ประทับตรายกเลิกการใช้ใบอนุญาตเดิมด้วยอักษรสีแดง

ข้อ ๘ คำขอรับใบอนุญาต ใบรับคำขอ คำขอรับใบแทนใบอนุญาต และคำขอเปลี่ยนแปลงแก้ไขรายการในใบอนุญาต ให้เป็นไปตามแบบที่อธิบดีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ข้อ ๙ การยื่นคำขอตามกฎกระทรวงนี้ ให้ยื่น ณ สถานที่ ดังต่อไปนี้

(๑) ในกรุงเทพมหานคร ให้ยื่น ณ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

(๒) ในจังหวัดอื่น ให้ยื่น ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

(๓) สถานที่อื่นตามที่อธิบดีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา โดยคำนึงถึงการอำนวยความสะดวกและการลดภาระแก่ผู้ยื่นคำขอ

การยื่นคำขอตามวรรคหนึ่ง ผู้ยื่นคำขออาจยื่นคำขอผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ก็ได้ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่อธิบดีประกาศกำหนด

ให้ไว้ ณ วันที่ ๒๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๐

ปิยะสกล สกลสัตยาทร

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข



กระทรวงสาธารณสุข

ใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
ประเภท.....

ใบอนุญาตเลขที่

ใบอนุญาตฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

.....
.....

ได้รับอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติ
สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙

ออกให้ ณ วันที่

พ.ศ.

(.....)

ผู้อนุญาต

ติตรูปถ่าย
ขนาด
๕ x ๖
เซนติเมตร

หมายเหตุ :- เหตุผลในการประกาศใช้กฎกระทรวงฉบับนี้ คือ โดยที่มาตรา ๒๐ วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ บัญญัติให้การขอรับใบอนุญาต การออกใบอนุญาต แบบใบอนุญาต การออกใบแทนใบอนุญาต และการชำระค่าธรรมเนียมใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการ ในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เป็นไปตามแบบ หลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง จึงจำเป็นต้องออกกฎกระทรวงนี้



กฎกระทรวง

การขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

พ.ศ. ๒๕๖๐

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔ วรรคหนึ่ง และมาตรา ๒๒ วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวงไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ในกฎกระทรวงนี้

“ใบรับรอง” หมายความว่า ใบรับรองการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

ข้อ ๒ ผู้ใดประสงค์จะปฏิบัติหน้าที่เป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ให้ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนต่อผู้อนุญาต พร้อมด้วยเอกสารและหลักฐานตามที่ระบุไว้ในแบบคำขอขึ้นทะเบียน

ข้อ ๓ เมื่อได้รับคำขอขึ้นทะเบียนแล้ว ให้ผู้อนุญาตออกใบรับคำขอให้แก่ผู้ขอขึ้นทะเบียนไว้เป็นหลักฐาน

ภายในสิบห้าวันนับแต่วันที่ได้รับคำขอขึ้นทะเบียน หากผู้อนุญาตเห็นว่าคำขอขึ้นทะเบียนหรือเอกสารหรือหลักฐานที่ยื่นพร้อมกับคำขอขึ้นทะเบียนในเรื่องใดไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน ให้ผู้อนุญาตมีหนังสือแจ้งให้ผู้ขอขึ้นทะเบียนทราบพร้อมด้วยเหตุผล เพื่อแก้ไขให้แล้วเสร็จภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือนั้น

ในกรณีที่ผู้ขอขึ้นทะเบียนไม่แก้ไขเพิ่มเติมคำขอขึ้นทะเบียนหรือไม่จัดส่งเอกสารหรือหลักฐานให้ถูกต้องหรือครบถ้วนภายในระยะเวลาตามวรรคสอง ให้ถือว่าผู้ขอขึ้นทะเบียนไม่ประสงค์จะให้ดำเนินการต่อไป และให้ผู้อนุญาตจำหน่ายเรื่องออกจากสารบบ

ข้อ ๔ ในกรณีที่คำขอขึ้นทะเบียนและเอกสารและหลักฐานถูกต้องและครบถ้วนแล้ว ให้ผู้อนุญาตพิจารณาคำขอ โดยผู้อนุญาตจะมีคำสั่งรับขึ้นทะเบียนได้ต่อเมื่อปรากฏว่าผู้ขอขึ้นทะเบียนมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้ามตามมาตรา ๒๓

ผู้อนุญาตต้องแจ้งผลการพิจารณาไปยังผู้ขอขึ้นทะเบียนทราบภายในหกสิบวันนับแต่วันที่ได้รับคำขอพร้อมด้วยเอกสารและหลักฐานดังกล่าวครบถ้วน ในกรณีที่มีเหตุผลหรือความจำเป็นที่ไม่อาจพิจารณาให้แล้วเสร็จได้ภายในระยะเวลาดังกล่าว อาจขยายระยะเวลาการพิจารณาออกไปได้อีกไม่เกินสองครั้ง ครั้งละไม่เกินสามสิบวัน แต่ต้องมีหนังสือแจ้งเหตุผลหรือความจำเป็นนั้นให้ผู้ขอขึ้นทะเบียนทราบก่อนครบกำหนดระยะเวลาดังกล่าว

ในกรณีที่ผู้อนุญาตมีคำสั่งไม่รับขึ้นทะเบียน ให้ผู้อนุญาตมีหนังสือแจ้งให้ผู้ขอขึ้นทะเบียนทราบพร้อมด้วยเหตุผลและสิทธิอุทธรณ์ ทั้งนี้ ภายในเจ็ดวันนับแต่วันที่มิคำสั่งไม่รับขึ้นทะเบียน

ข้อ ๕ ในกรณีที่ผู้อนุญาตมีคำสั่งรับขึ้นทะเบียน ให้มีหนังสือแจ้งผู้ขอขึ้นทะเบียนมารับใบรับรองภายในหกสิบวันนับแต่วันที่ได้รับหนังสือแจ้งดังกล่าว แต่หากผู้ขอขึ้นทะเบียนไม่มารับใบรับรองภายในระยะเวลาดังกล่าว ให้ถือว่าผู้ขอขึ้นทะเบียนไม่ประสงค์จะขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการ และให้ผู้อนุญาตจำหน่ายเรื่องออกจากสารบบ

ข้อ ๖ ในกรณีที่ใบรับรองสูญหาย ถูกทำลาย หรือชำรุดในสาระสำคัญ ให้ผู้ให้บริการยื่นคำขอรับใบแทนใบรับรองต่อผู้อนุญาต พร้อมด้วยเอกสารและหลักฐานตามที่ระบุไว้ในแบบคำขอรับใบแทนใบรับรอง ภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ทราบถึงการสูญหาย ถูกทำลาย หรือชำรุดในสาระสำคัญดังกล่าว รวมทั้งให้ส่งคืนใบรับรองฉบับเดิมที่ชำรุดหรือยื่นหลักฐานการแจ้งความกรณีสูญหายหรือถูกทำลาย

ให้นำความในข้อ ๓ และข้อ ๕ มาใช้แก่การออกใบแทนใบรับรองด้วยโดยอนุโลม ทั้งนี้ ในการออกใบแทนใบรับรอง ให้ผู้อนุญาตออกใบรับรองใหม่ตามใบรับรองเดิม โดยให้กำกับคำว่า “ใบแทน” ไว้ที่มุมบนด้านซ้าย และระบุวัน เดือน ปี ที่ออกใบแทนใบรับรองไว้ด้วย

ข้อ ๗ ผู้ให้บริการที่ประสงค์จะเปลี่ยนแปลงแก้ไขรายการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้แล้ว ให้ยื่นคำขอเปลี่ยนแปลงแก้ไขรายการดังกล่าวต่อผู้อนุญาต พร้อมด้วยเอกสารและหลักฐานตามที่ระบุไว้ในแบบคำขอเปลี่ยนแปลงแก้ไขรายการ

ให้นำความในข้อ ๓ และข้อ ๕ มาใช้แก่การเปลี่ยนแปลงแก้ไขรายการที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ด้วยโดยอนุโลม ทั้งนี้ ในการเปลี่ยนแปลงแก้ไขรายการที่ได้ขึ้นทะเบียน ให้ผู้อนุญาตออกใบรับรองใหม่ โดยมีสาระสำคัญตามใบรับรองเดิม และให้ประทับตรายกเลิกการใช้ใบรับรองเดิมด้วยอักษรสีแดง

ข้อ ๘ คำขอขึ้นทะเบียน ใบรับคำขอ ใบรับรอง คำขอรับใบแทนใบรับรอง และคำขอเปลี่ยนแปลงแก้ไขรายการที่ขึ้นทะเบียน ให้เป็นไปตามแบบที่อธิบดีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา

ข้อ ๙ การยื่นคำขอตามกฎกระทรวงนี้ ให้ยื่น ณ สถานที่ ดังต่อไปนี้

- (๑) ในกรุงเทพมหานคร ให้ยื่น ณ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
 - (๒) ในจังหวัดอื่น ให้ยื่น ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
 - (๓) สถานที่อื่นที่อธิบดีกำหนดโดยประกาศในราชกิจจานุเบกษา โดยคำนึงถึงการอำนวยความสะดวกและการลดภาระแก่ผู้ยื่นคำขอ
- การยื่นคำขอตามวรรคหนึ่ง ผู้ยื่นคำขออาจยื่นคำขอผ่านระบบอิเล็กทรอนิกส์ก็ได้ ทั้งนี้ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่อธิบดีประกาศกำหนด

ให้ไว้ ณ วันที่ ๒๑ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๐

ปิยะสกล สกลสัตยาทร

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ :- เหตุผลในการประกาศใช้กฎกระทรวงฉบับนี้ คือ โดยที่มาตรา ๒๒ วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ บัญญัติให้การขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการ ในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง จึงจำเป็นต้องออกกฎกระทรวงนี้



กฎกระทรวง

กำหนดให้กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง
เป็นกิจการอื่นในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

พ.ศ. ๒๕๖๓

อาศัยอำนาจตามความใน (๓) ของบทนิยามคำว่า “สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ” ในมาตรา ๓ และมาตรา ๔ วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวงไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ กฎกระทรวงนี้ให้ใช้บังคับเมื่อพ้นกำหนดหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๒ ในกฎกระทรวงนี้

“กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง” หมายความว่า กิจการที่ให้บริการเกี่ยวกับการดูแล ส่งเสริม พัฒนาสุขภาพ หรือการประคับประคองผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีปัญหาด้านสุขภาพ โดยวิธีการจัดกิจกรรมในระหว่างวัน หรือการช่วยเหลือในการดำรงชีวิต หรือการจัดสถานที่เพื่อพำนักอาศัย หรือสถานที่ที่บริหารจัดการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง เว้นแต่เป็นการดำเนินการในสถานพยาบาล ตามกฎหมายว่าด้วยสถานพยาบาล

ข้อ ๓ ให้กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นกิจการอื่นในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

ข้อ ๔ กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงแบ่งลักษณะการให้บริการออกเป็นสามลักษณะ ดังต่อไปนี้

(๑) การให้บริการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงระหว่างวัน ที่มีการจัดกิจกรรมการดูแล ส่งเสริม และพัฒนาสุขภาพแก่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยไม่มีการพักค้างคืน

(๒) การให้บริการดูแลผู้สูงอายุ ที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยจัดให้มีที่พำนักอาศัย

(๓) การให้บริการดูแลและประคับประคองผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ที่มีการจัดกิจกรรมการดูแล ส่งเสริม และพัฒนาสุขภาพแก่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยมีการพักค้างคืน

ข้อ ๕ ผู้ซึ่งประกอบกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง รวมทั้งผู้ปฏิบัติงานในกิจการดังกล่าว อยู่ในวันก่อนวันที่กฎกระทรวงนี้ใช้บังคับ ซึ่งประสงค์จะประกอบกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ให้ยื่นคำขอรับใบอนุญาตประกอบกิจการ คำขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการ หรือคำขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการต่อผู้อนุญาตภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันที่กฎกระทรวงนี้ใช้บังคับ และเมื่อยื่นคำขอรับใบอนุญาตหรือคำขอขึ้นทะเบียนแล้ว ให้ประกอบกิจการ ดำเนินการ หรือให้บริการต่อไปได้จนกว่าจะได้รับแจ้งคำสั่งไม่ออกใบอนุญาตหรือไม่รับขึ้นทะเบียนจากผู้อนุญาต แล้วแต่กรณี

ให้ไว้ ณ วันที่ ๒๐ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

อนุทิน ชาญวีรกูล

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ :- เหตุผลในการประกาศใช้กฎกระทรวงฉบับนี้ คือ โดยที่ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ และในภาคหน้าจะมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอีกเป็นจำนวนมากที่จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ ดูแล ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพ ประกอบกับในปัจจุบันมีสถานประกอบการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก เพื่อให้ความช่วยเหลือ ดูแล ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพให้แก่ผู้สูงอายุ หรือผู้มีภาวะพึ่งพิงซึ่งไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งการให้บริการในการช่วยเหลือ ดูแล ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานและหลักวิชาการอาจส่งผลให้เกิดอันตรายต่อผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มารับบริการได้ ดังนั้น เพื่อให้การประกอบกิจการการดูแล ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงต้องดำเนินการโดยมีมาตรฐาน มีการให้บริการโดยผู้ที่มีความรู้ความชำนาญ และผ่านการอบรมเพื่อดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงโดยเฉพาะ และมีการช่วยเหลือ ดูแล ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงได้อย่างปลอดภัย สามารถดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพ ตามศักยภาพของแต่ละบุคคลได้ จึงสมควรกำหนดให้กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง เป็นกิจการอื่นในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เพื่อให้อยู่ภายใต้การควบคุมกำกับดูแลตามกฎหมาย ว่าด้วยสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จึงจำเป็นต้องออกกฎกระทรวงนี้



กฎกระทรวง

กำหนดมาตรฐานด้านสถานที่ ความปลอดภัย และการให้บริการ
ในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง
พ.ศ. ๒๕๖๓

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔ วรรคหนึ่ง และมาตรา ๒๖ แห่งพระราชบัญญัติ
สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวงไว้
ดังต่อไปนี้

หมวด ๑ มาตรฐานด้านสถานที่

ข้อ ๑ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง
ต้องมีลักษณะโดยทั่วไปด้านสถานที่ ดังต่อไปนี้

(๑) ตั้งอยู่ในพื้นที่ซึ่งมีสภาพแวดล้อมที่มีความปลอดภัยไม่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ และมีทาง
ที่ใช้ในการเข้าและออกโดยสะดวก

(๒) มีอาคาร สถานที่ และสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมแก่ผู้รับบริการ รวมทั้งต้องปลอดภัย
เหตุรำคาญที่อาจรบกวนความเป็นอยู่ที่สุขสบาย ซึ่งต้องดำเนินการให้เป็นไปตามกฎหมายว่าด้วย
การควบคุมอาคาร หรือกฎหมายว่าด้วยการสาธารณสุข

(๓) พื้นที่ให้บริการทั้งภายในและภายนอกสถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีลักษณะ ดังนี้

(ก) มีความกว้างของทางเดินไม่น้อยกว่าเก้าสิบเซนติเมตร

(ข) มีการทำความสะอาดและจัดสถานที่ให้เป็นระเบียบเรียบร้อย

(ค) กรณีใช้พื้นที่ประกอบกิจการอยู่ในอาคารเดียวกันกับการประกอบกิจการอื่น
ต้องมีการแบ่งเขตพื้นที่บริเวณที่ให้บริการอย่างชัดเจน และการประกอบกิจการอื่นต้องไม่รบกวน
ต่อการให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

(ง) มีพื้นที่ส่วนกลางแก่ผู้รับบริการและเจ้าหน้าที่สำหรับการประกอบกิจกรรมหรือ
สันทนาการที่หลากหลาย

(๔) กรณีสถานประกอบการเพื่อสุขภาพมีการให้บริการหลายลักษณะรวมอยู่ในอาคารหรือสถานที่เดียวกัน จะต้องมีการแบ่งสัดส่วนการให้บริการให้ชัดเจน และแต่ละสัดส่วนจะต้องมีพื้นที่และลักษณะตามมาตรฐานการให้บริการแต่ละลักษณะ

(๕) มีหน่วยบริการในการประสานงาน แจ้งเหตุเตือนภัย อำนวยความสะดวก และอื่น ๆ

(๖) มีการจัดการมูลฝอย สิ่งปฏิกูล และน้ำเสีย ที่เหมาะสมตามกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

(๗) มีระบบการควบคุมพาหะนำโรคตามหลักสุขาภิบาล

(๘) พื้นที่บริเวณที่ให้บริการต้องมีแสงสว่างและการระบายอากาศที่เพียงพอและไม่มีกลิ่นอับทึบ

(๙) ห้องน้ำมีลักษณะ ดังนี้

(ก) ประตูเป็นแบบเปิดออกภายนอกหรือแบบบานเลื่อน ขนาดกว้างสุทธิไม่ต่ำกว่าเก้าสิบเซนติเมตร มือจับแบบก้านโยกหรือแกนหลักและสามารถเปิดจากภายนอกได้ ไม่ติดอุปกรณ์บังคับประตูตัวเอง และไม่มีธรณีประตู

(ข) ระดับพื้นผิวภายในห้องน้ำราบเรียบเสมอกัน มีระดับเสมอกับพื้นภายนอก ไม่ลื่น และไม่มีน้ำท่วมขัง

(ค) โถส้วมชนิดนั่งราบ สูงจากพื้นไม่น้อยกว่าสี่สิบเซนติเมตร แต่ไม่เกินสี่สิบห้าเซนติเมตร มีพนักพิง และมีราวจับชนิดผนังอย่างน้อยหนึ่งด้านเพื่อช่วยการพยุงตัว

(ง) อ่างล้างมือ สูงจากพื้นไม่เกินแปดสิบเซนติเมตร มีราวจับที่ด้านข้างของอ่างเพื่อช่วยการพยุงตัวขณะยืน ก๊อกน้ำเป็นชนิดก้านโยก ก้านหมุน หรือระบบอัตโนมัติ

(จ) บริเวณที่อาบน้ำ ที่นั่งสำหรับอาบน้ำสูงจากพื้นไม่น้อยกว่าสี่สิบเซนติเมตร แต่ไม่เกินสี่สิบห้าเซนติเมตร ต้องมีพนักพิงที่มั่นคง มีราวจับที่ด้านข้างของที่นั่งเพื่อช่วยการพยุงตัว ก๊อกน้ำของฝักบัวเป็นชนิดก้านโยก ก้านหมุน หรือระบบอัตโนมัติ

(ฉ) ติดตั้งสัญญาณเรียกฉุกเฉินในห้องน้ำ

(ช) มีระบบทำน้ำอุ่นที่ปลอดภัย

(ซ) มีราวจับตั้งแต่ประตูไปจนถึงโถส้วมและบริเวณที่อาบน้ำ

(๑๐) การเดินสายไฟเป็นระเบียบ ใช้สายไฟถูกประเภท และมีการปฏิบัติตามหลักเกณฑ์การใช้ไฟฟ้าอย่างปลอดภัย ดังนี้

(ก) สวิตช์และสายไฟได้รับการบำรุงรักษาให้อยู่ในสภาพดีและปลอดภัย

(ข) มีเส้นหรือขอบเขตแสดงบริเวณที่อาจมีอันตรายหรือห้ามเข้าใกล้

(ค) มีอุปกรณ์ตัดไฟรองรับกรณีเกิดไฟช็อตหรือรั่ว

(ง) มีระบบไฟฟ้าส่องสว่าง มีหลอดไฟติดตั้งไว้ทั้งในส่วนที่นอน ห้องน้ำ และพื้นที่

ใช้สอยทั่วไป

(๑๑) เครื่องเรือนต้องมีความปลอดภัยในการใช้สอย ไม่ก่อให้เกิดอันตราย ถ้ามีมุมแหลมต้องติดตั้งยางกันกระแทก

ข้อ ๒ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีลักษณะเป็นการให้บริการดูแลผู้สูงอายุโดยจัดให้มีที่พำนักอาศัย นอกจากต้องมีลักษณะตามข้อ ๑ แล้ว ต้องจัดให้มีหน่วยบริการในการประสานงาน แจ้งเหตุเตือนภัย อำนวยความสะดวก และจัดบริการระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการตลอดยี่สิบสี่ชั่วโมง

ข้อ ๓ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีลักษณะเป็นการให้บริการดูแลและประคับประคองผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงโดยมีการพักค้างคืน นอกจากต้องมีลักษณะตามข้อ ๑ และข้อ ๒ แล้ว ต้องจัดให้มีความกว้างระหว่างเตียงไม่น้อยกว่าเก้าสิบเซนติเมตร

หมวด ๒

มาตรฐานด้านความปลอดภัย

ข้อ ๔ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงต้องมีลักษณะโดยทั่วไปด้านความปลอดภัย ดังต่อไปนี้

(๑) มีอุปกรณ์ปฐมพยาบาลและคู่มือการปฐมพยาบาลไว้ในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพและพร้อมใช้งานได้ตลอดเวลา

(๒) มีป้ายหรือข้อความเพื่อแสดงหรือเตือนให้ผู้รับบริการระมัดระวังอันตรายหรือบริเวณที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดภัยอันตราย รวมถึงการติดตั้งเครื่องป้องกันไม่ให้ผู้รับบริการเกิดอันตราย

(๓) มีระบบป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม

(๔) มีระบบสัญญาณเตือนเพลิงไหม้ และติดตั้งเครื่องดับเพลิงไว้ในตำแหน่งที่เห็นได้ชัดเจนอย่างน้อยหนึ่งเครื่อง กรณีสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่มีพื้นที่การให้บริการมากกว่าหนึ่งชั้น ต้องติดตั้งเครื่องดับเพลิงไว้ในตำแหน่งที่เห็นได้ชัดเจน อย่างน้อยชั้นละหนึ่งเครื่อง

(๕) มีระบบไฟฟ้าส่องสว่างสำรองตามช่องทางเดิน

(๖) มีการฝึกอบรมผู้ดำเนินการและพนักงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและระงับอัคคีภัยปีละหนึ่งครั้ง

(๗) มีแนวปฏิบัติการป้องกันภาวะเสี่ยงและภาวะฉุกเฉิน

(๘) มีพนักงานที่ได้รับการอบรมการช่วยฟื้นคืนชีพ และมีการฝึกซ้อมอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง

(๙) มีมาตรการตรวจสอบระบบความปลอดภัยในการให้บริการปีละหนึ่งครั้ง

ข้อ ๕ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีลักษณะเป็นการให้บริการดูแลผู้สูงอายุโดยจัดให้มีที่พำนักอาศัย หรือการให้บริการดูแลและประคับประคองผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงโดยมีการพักค้างคืน นอกจากต้องมีลักษณะตามข้อ ๔ แล้ว ต้องมีลักษณะเพิ่มเติม ดังต่อไปนี้

(๑) มีอุปกรณ์ช่วยฟื้นคืนชีพ เช่น ถูกลมช่วยหายใจ หรืออุปกรณ์เปิดทางเดินหายใจ และสัญญาณเรียกฉุกเฉิน เช่น กริ่ง กระดิ่ง หรือสัญญาณเตือนภัย

(๒) มีเครื่องกระตุ้นหัวใจอย่างน้อยหนึ่งเครื่อง ติดตั้งในจุดที่มองเห็นได้ชัดเจน

หมวด ๓

มาตรฐานด้านการให้บริการ

ข้อ ๖ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ต้องมีลักษณะโดยทั่วไปด้านการให้บริการ ดังต่อไปนี้

(๑) มีการจัดทำทะเบียนประวัติของผู้รับบริการตามแบบที่อธิบดีประกาศกำหนด

(๒) มีการประเมินความต้องการการดูแลและความสามารถในการสื่อสารของผู้รับบริการ เมื่อแรกรับ โดยมีการประเมินซ้ำทุกสามเดือน

(๓) มีแนวทางการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการฟื้นฟูสุขภาพของผู้รับบริการ บนพื้นฐานของแนวทางการปฏิบัติที่ดีและมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน

(๔) ให้บริการดูแลผู้รับบริการให้สอดคล้องกับผลการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ซับซ้อน

(๕) ให้บริการอาหารที่สะอาดและปลอดภัย

(๖) ผู้รับบริการที่ต้องใช้ยาหรืออุปกรณ์สุขภาพประจำตัว ต้องได้รับการดูแลตามมาตรฐานอุปกรณ์เครื่องมือด้านสุขภาพที่ผ่านการพิจารณาจากแพทย์ผู้ดูแลแล้ว

(๗) มีกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพแบบองค์รวม รวมทั้งกิจกรรมส่งเสริมสัมพันธภาพในสังคม ตามความเหมาะสมแก่ผู้รับบริการ และสามารถเลือกตามความพอใจ หรือตามความสามารถของแต่ละบุคคล เพื่อพัฒนาคุณค่าในตัวเองและสร้างเสริมคุณภาพชีวิตของผู้รับบริการ

(๘) มีการบันทึกและติดตามการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพของผู้รับบริการ

(๙) แสดงรายการให้บริการและอัตราค่าบริการไว้ในที่เปิดเผย มองเห็นได้ง่ายและสามารถตรวจสอบได้

(๑๐) มีการทำสัญญาหรือข้อตกลงการให้บริการระหว่างผู้ประกอบการกับผู้รับบริการ ญาติสายตรง ผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ซึ่งผู้รับบริการได้มอบหมายเป็นลายลักษณ์อักษร

(๑๑) ให้บริการโดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ดังนี้

(ก) การให้บริการต้องยึดหลักความเป็นส่วนตัวและเป็นไปตามความต้องการหรือความเต็มใจของผู้รับบริการ

(ข) ต้องมีแนวทางในการควบคุม ดูแล และป้องกัน ผู้รับบริการจากการถูกรังแก ต่อร่างกาย จิตใจ การเงิน และด้านอื่น ๆ รวมทั้งการล่วงละเมิดทางเพศ

(ค) พนักงานที่เกี่ยวข้องต้องผ่านการอบรมหลักสูตรที่จำเป็นต่อการปฏิบัติหน้าที่เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันสิทธิและการให้ความคุ้มครองผู้สูงอายุ

(ง) หากมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เป็นการพำนักระยะยาวหรือมีกิจกรรมพักค้างคืน ต้องจัดให้มีบุคลากรเฝ้าระวังหรืออยู่เวรยามในตอนกลางคืนอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ และเพียงพอ

(จ) มีการรักษาความลับของผู้รับบริการ โดยต้องไม่เปิดเผยข้อมูลส่วนตัวต่อบุคคลภายนอกในมาตรฐานเดียวกับการรักษาสิทธิของผู้ป่วย

(ฉ) การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลต้องให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการ ญาติสายตรง ผู้แทนโดยชอบธรรม หรือผู้ซึ่งผู้รับบริการได้มอบหมายเป็นลายลักษณ์อักษร

(๑๒) มีการแจ้งข้อมูลข่าวสาร ดังนี้

(ก) ผู้รับบริการหรือผู้แทนต้องได้รับการแจ้งค่าใช้จ่ายในการรับบริการและค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่ผู้รับบริการสมัครใจเข้าร่วม

(ข) ผู้รับบริการหรือผู้แทนต้องได้รับรู้กระบวนการ ความก้าวหน้าในการส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบัน และมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลขณะเกิดเหตุฉุกเฉินหรือกรณีที่เกิดการเจ็บป่วย การประสานงานกับสถานพยาบาลที่รับส่งต่อ และการตรวจสอบสิทธิการรักษาพยาบาลการดูแลในระยะยาวที่อาจจะเกิดขึ้น รวมถึงข้อมูลอื่นเกี่ยวกับสุขภาพของผู้รับบริการ

(ค) ผู้รับบริการควรได้รับความรู้เกี่ยวกับสิทธิของตนเองและการดูแลตนเองเพื่อการพัฒนาศักยภาพและการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง

(๑๓) มีระบบการส่งต่อในกรณีผู้รับบริการเกิดการเจ็บป่วยฉุกเฉิน

ข้อ ๗ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีลักษณะเป็นการให้บริการดูแลผู้สูงอายุโดยจัดให้มีที่พำนักอาศัย นอกจากต้องมีลักษณะตามข้อ ๖ แล้ว ต้องมีการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพในการให้การดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูแก่ผู้รับบริการ

ข้อ ๘ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีลักษณะเป็นการให้บริการดูแลและประคับประคองผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงโดยมีการพักค้างคืน นอกจากต้องมีลักษณะตามข้อ ๖ แล้ว ต้องมีการประสานงานกับสหสาขาวิชาชีพในการให้การดูแลด้านการส่งเสริมสุขภาพ การฟื้นฟู และการประคับประคองแก่ผู้รับบริการตามแผนการรักษาของผู้ประกอบวิชาชีพ รวมทั้งต้องมีสัดส่วนของผู้ให้บริการหนึ่งคนดูแลผู้รับบริการไม่เกินห้าคน

ให้ไว้ ณ วันที่ ๒๐ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

อนุทิน ชาญวีรกูล

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ :- เหตุผลในการประกาศใช้กฎกระทรวงฉบับนี้ คือ โดยที่มาตรา ๒๖ แห่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ บัญญัติให้มาตรฐานด้านสถานที่ ความปลอดภัย และการให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพแต่ละประเภทเป็นไปตามที่กำหนดในกฎกระทรวง จึงจำเป็นต้องออกกฎกระทรวงนี้



กฎกระทรวง

กำหนดค่าธรรมเนียมและการชำระค่าธรรมเนียม
เกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ (ฉบับที่ ๒)
พ.ศ. ๒๕๖๓

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔ วรรคหนึ่ง มาตรา ๑๒ วรรคสอง และมาตรา ๑๕ วรรคหนึ่ง แห่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขออกกฎกระทรวงไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ให้ยกเลิกความใน (๑) และ (๒) ของข้อ ๑ แห่งกฎกระทรวงกำหนดค่าธรรมเนียมและการชำระค่าธรรมเนียมเกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐ และให้ใช้ความต่อไปนี้แทน

“ข้อ ๑ ให้กำหนดค่าธรรมเนียม ดังต่อไปนี้

(๑) ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการสปา และกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ โดยจัดให้มีที่พำนักอาศัยหรือที่มีการให้บริการดูแลและประทับประคองผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยมีการพักค้างคืน

(ก) พื้นที่การให้บริการ

ไม่เกินหนึ่งร้อยตารางเมตร ฉบับละ ๑,๐๐๐ บาท

(ข) พื้นที่การให้บริการเกินหนึ่งร้อยตารางเมตร

แต่ไม่เกินสองร้อยตารางเมตร ฉบับละ ๓,๐๐๐ บาท

(ค) พื้นที่การให้บริการเกินสองร้อยตารางเมตร

แต่ไม่เกินสี่ร้อยตารางเมตร ฉบับละ ๖,๐๐๐ บาท

(ง) พื้นที่การให้บริการเกินสี่ร้อยตารางเมตร ฉบับละ ๑๐,๐๐๐ บาท

(๒) ใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงาม และกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีการให้บริการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงระหว่างวัน โดยไม่มีการพักค้างคืน

- | | | |
|---|--------|------------|
| (ก) พื้นที่การให้บริการ
ไม่เกินหนึ่งร้อยตารางเมตร | ฉบับละ | ๕๐๐ บาท |
| (ข) พื้นที่การให้บริการเกินหนึ่งร้อยตารางเมตร
แต่ไม่เกินสองร้อยตารางเมตร | ฉบับละ | ๑,๕๐๐ บาท |
| (ค) พื้นที่การให้บริการเกินสองร้อยตารางเมตร
แต่ไม่เกินสี่ร้อยตารางเมตร | ฉบับละ | ๓,๐๐๐ บาท |
| (ง) พื้นที่การให้บริการเกินสี่ร้อยตารางเมตร | ฉบับละ | ๕,๐๐๐ บาท” |

ข้อ ๒ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็นข้อ ๒/๑ แห่งกฎกระทรวงกำหนดค่าธรรมเนียมและการชำระค่าธรรมเนียมเกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐

“ข้อ ๒/๑ ให้ยกเว้นค่าธรรมเนียมเกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง สำหรับการดำเนินการโดยหน่วยงานของรัฐ มูลนิธิ หรือองค์การอื่นที่มีวัตถุประสงค์เพื่อการสาธารณกุศล”

ให้ไว้ ณ วันที่ ๒๐ กรกฎาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

อนุทิน ชาญวีรกูล

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข

หมายเหตุ :- เหตุผลในการประกาศใช้กฎกระทรวงฉบับนี้ คือ โดยที่ได้มีการกำหนดให้กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง เป็นกิจการอื่นในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ตามความใน (๓) ของบทนิยามคำว่า “สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ” ในมาตรา ๓ แห่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ สมควรแก้ไขเพิ่มเติมการกำหนดค่าธรรมเนียมและการชำระค่าธรรมเนียม เพื่อให้ครอบคลุมสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงดังกล่าวด้วย จึงจำเป็นต้องออกกฎกระทรวงนี้

ประกาศคณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

เรื่อง หลักเกณฑ์การรับรองวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตร
ที่ผู้ดำเนินการหรือผู้ให้บริการได้รับจากสถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ
พ.ศ. ๒๕๕๙

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๙ (๓) แห่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ คณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพจึงกำหนดหลักเกณฑ์การรับรองวุฒิบัตร หรือประกาศนียบัตรที่ผู้ดำเนินการหรือผู้ให้บริการได้รับจากสถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ ไว้ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์การรับรองวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรที่ผู้ดำเนินการหรือผู้ให้บริการได้รับจากสถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ พ.ศ. ๒๕๕๙”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“สถาบันการศึกษา” หมายความว่า สถาบันการศึกษาทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่ได้รับอนุญาตให้จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย

“หน่วยงาน” หมายความว่า หน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย

“องค์กร” หมายความว่า องค์กรทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่จัดตั้งขึ้นตามกฎหมาย

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

“คณะอนุกรรมการ” หมายความว่า คณะอนุกรรมการที่คณะกรรมการแต่งตั้งให้ปฏิบัติการตามประกาศนี้

“อธิบดี” หมายความว่า อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ข้อ ๔ ในกรณีที่มีปัญหาตามประกาศนี้ให้คณะกรรมการเป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาด

หมวด ๑

การรับรองวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตร

ข้อ ๕ ในการรับรองวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรที่ผู้ดำเนินการหรือผู้ให้บริการได้รับจากสถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ ให้พิจารณาให้เป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานตามประกาศนี้ และจะต้องได้รับการรับรองจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ข้อ ๖ วุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรจากสถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ ที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพให้การรับรองหลักสูตรแล้ว และมีได้ถูกเพิกถอนการรับรอง ให้ถือว่าเป็นวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพให้การรับรอง

หมวด ๒

สถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ

ข้อ ๗ สถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ ที่ประสงค์จะจัดการเรียนการสอน หลักสูตรด้านการบริการเพื่อสุขภาพ จะต้องมีความพร้อมในการจัดการศึกษาและมีทรัพยากรด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- (๑) จำนวนอาจารย์ วิทยากรตามหลักเกณฑ์
- (๒) คุณวุฒิของอาจารย์ วิทยากรในหลักสูตรที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพกำหนด
- (๓) ความพร้อมของอาคารสถานที่สำหรับจัดการเรียนการสอน
- (๔) ความพร้อมของครุภัณฑ์และอุปกรณ์
- (๕) การเตรียมความพร้อมของแหล่งฝึกปฏิบัติงาน
- (๖) อื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการกำหนด

ข้อ ๘ สถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ ที่ประสงค์จะจัดการเรียนการสอน หลักสูตรด้านการบริการเพื่อสุขภาพ จะต้องมีความรู้ความสามารถและคุณสมบัติสอดคล้องกับความต้องการและระบบสุขภาพของประเทศ มีระบบบริหารที่ชัดเจนเพื่อสนับสนุนการจัดการเรียนการสอนให้บรรลุเป้าหมาย

ข้อ ๙ สถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ ที่ประสงค์จะจัดการเรียนการสอน หลักสูตรด้านการบริการเพื่อสุขภาพ จะต้องจัดให้มีวิทยากรประจำหลักสูตรต่อผู้เรียน ดังต่อไปนี้

- (๑) การอบรมภาคทฤษฎี ต้องจัดให้มีวิทยากรประจำหลักสูตรต่อผู้เรียน ในอัตราส่วน ๑ : ๔๐
- (๒) การอบรมภาคปฏิบัติ ต้องจัดให้มีวิทยากรประจำหลักสูตรต่อผู้เรียน ในอัตราส่วน ๑ : ๑๐

หมวด ๓

หลักสูตร

ข้อ ๑๐ หลักสูตรต้องมีปรัชญาและวัตถุประสงค์ของหลักสูตรที่ชัดเจน สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ และมาตรฐานทางวิชาการ

ข้อ ๑๑ หลักสูตรด้านการบริการเพื่อสุขภาพ ประกอบด้วยหลักสูตร ดังต่อไปนี้

- (๑) หลักสูตรนวดฝ่าเท้าเพื่อสุขภาพ ๖๐ ชั่วโมง
- (๒) หลักสูตรนวดไทยเพื่อสุขภาพ ๑๕๐ ชั่วโมง
- (๓) หลักสูตรผู้ดำเนินการสปาเพื่อสุขภาพ ๑๐๐ ชั่วโมง
- (๔) หลักสูตรผู้ให้บริการสปาเพื่อสุขภาพ ๕๐๐ ชั่วโมง
- (๕) หลักสูตรการดูแลสุขภาพและความงามสตรีหลังเรือนไฟ ๑๕๐ ชั่วโมง
- (๖) หลักสูตรนวดไทยเพื่อสุขภาพสำหรับผู้พิการทางสายตา ๒๕๕ ชั่วโมง

- (๗) หลักสูตรการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย ๑๕๐ ชั่วโมง
- (๘) หลักสูตรการนวดสวีดิช ๑๕๐ ชั่วโมง
- (๙) หลักสูตรการบริการเพื่อความงาม ๑๕๐ ชั่วโมง
- (๑๐) หลักสูตรนวดไทยเพื่อสุขภาพ ๑๐๐ ชั่วโมง ต่อยอด ๖๐/๘๐ ชั่วโมง (เทียบเท่าหลักสูตรนวดไทยเพื่อสุขภาพ ๑๕๐ ชั่วโมง)
- (๑๑) หลักสูตรนวดเพื่อสุขภาพขั้นสูง ๖๐๐ ชั่วโมง
- (๑๒) หลักสูตรอื่น ๆ ตามที่คณะกรรมการกำหนดเพิ่มเติม
- ทั้งนี้ รายละเอียดจำนวนชั่วโมงในการอบรมแต่ละหมวดวิชาในแต่ละหลักสูตรให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนด

สำหรับหลักสูตรที่ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการตรวจและประเมินมาตรฐานสถานประกอบการกลางและไม่เป็นไปตามประกาศนี้ สถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ ที่ประสงค์ขอรับรองหลักสูตรจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ให้ดำเนินการส่งเสริมและพัฒนาหลักสูตรให้เป็นไปตามมาตรฐานหลักสูตรด้านการบริการเพื่อสุขภาพ ตามที่กำหนดไว้ในวรรคหนึ่งและวรรคสอง

หมวด ๔

การรับรองหลักสูตร

ข้อ ๑๒ สถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ ที่ประสงค์ขอรับรองหลักสูตรจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จะต้องยื่นคำขอรับรองหลักสูตร พร้อมด้วยเอกสารและหลักฐานตามที่ระบุไว้ในแบบคำขอรับรองที่กำหนดท้ายประกาศนี้

ข้อ ๑๓ การขอรับรองหลักสูตรของสถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรภาครัฐ ให้หัวหน้าส่วนราชการเป็นผู้ยื่นคำขอรับรองหลักสูตร โดยให้ยื่น ณ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข หรือสถานที่อื่นที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพประกาศกำหนด

สำหรับสถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรภาคเอกชน ให้เจ้าของ ผู้จัดการ หรือผู้แทนนิติบุคคลของสถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรเป็นผู้ยื่นคำขอการรับรองหลักสูตร โดยให้ยื่น ณ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข หรือสถานที่อื่นที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพประกาศกำหนด

ทั้งนี้ ผู้ยื่นคำขอสามารถยื่นแบบคำขอรับรองหลักสูตรทางอิเล็กทรอนิกส์ได้ตามหลักเกณฑ์วิธีการและเงื่อนไขที่อธิบดีประกาศกำหนด

ข้อ ๑๔ เมื่ออธิบดีได้รับคำขอ พร้อมด้วยเอกสารและหลักฐานแล้ว ให้ตรวจสอบความถูกต้องให้ครบถ้วน หากปรากฏว่าคำขอ เอกสารหรือหลักฐานไม่ถูกต้องหรือไม่ครบถ้วน ให้แจ้งผลการตรวจสอบให้ผู้ยื่นคำขอทราบภายในสิบห้าวันทำการนับแต่วันที่ยื่นคำขอ พร้อมทั้งกำหนดระยะเวลาให้ผู้ยื่นคำขอแก้ไข หากพ้นกำหนดระยะเวลาดังกล่าวแล้ว ผู้ยื่นคำขอไม่ดำเนินการแก้ไขให้ถูกต้องให้ถือว่าผู้ยื่นคำขอทิ้งคำขอ และให้อธิบดีจำหน่ายเรื่องออกจากสารบบ และแจ้งเป็นหนังสือให้ผู้ยื่นคำขอทราบ

กรณีที่เอกสารหลักฐานถูกต้องครบถ้วนแล้ว ให้อธิบดีส่งคำขอให้คณะกรรมการเพื่อดำเนินการพิจารณาให้เสร็จสิ้นภายในเก้าสิบวันนับแต่วันที่รับคำขอ กรณีมีเหตุจำเป็นไม่อาจพิจารณาให้แล้วเสร็จได้ภายในระยะเวลาดังกล่าว คณะกรรมการโดยความเห็นชอบของคณะกรรมการอาจขยายระยะเวลาการพิจารณาออกไปได้ไม่เกินสามสิบวันนับแต่วันครบกำหนด แต่ต้องแจ้งเป็นหนังสือให้ผู้ยื่นคำขอทราบก่อนครบกำหนดระยะเวลาดังกล่าว แล้วจึงเสนอให้คณะกรรมการพิจารณาให้ความเห็นต่อไป

ข้อ ๑๕ ในกระบวนการรับรองหลักสูตร ให้พิจารณาการรับรองวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตร โดยพิจารณารายละเอียดในองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

(๑) เป็นหลักสูตรด้านการบริการเพื่อสุขภาพ ที่มีมาตรฐานตามเกณฑ์ของหลักสูตร เป็นผู้ดำเนินการและผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ และมีรายละเอียดโครงสร้างหลักสูตรตามเกณฑ์มาตรฐานตามประกาศนี้

(๒) สถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ ต้องจัดการเรียนการสอนที่มีคุณภาพ และเป็นไปตามเกณฑ์มาตรฐานตามประกาศนี้

ข้อ ๑๖ เมื่อคณะกรรมการพิจารณาให้ความเห็นแล้ว ให้อธิบดีพิจารณารับรองหรือไม่รับรองหลักสูตรและแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ยื่นคำขอทราบภายในสามสิบวันทำการ

กรณีที่อธิบดีได้พิจารณาให้การรับรองหลักสูตรแล้ว หากพบว่ามีเหตุอันควรเชื่อว่าอาจก่อให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพและมาตรฐานของการรับรองหลักสูตร ให้คณะกรรมการดำเนินการพิจารณาตรวจสอบใหม่ คณะกรรมการเสนอผลการพิจารณาต่อคณะกรรมการเพื่อพิจารณาให้ความเห็น และอธิบดีอาจมีคำสั่งให้ดำเนินการแก้ไขให้ถูกต้องได้

หมวด ๕

การเพิกถอน

ข้อ ๑๗ สถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ ที่ขาดคุณสมบัติ ไม่ปฏิบัติหรือฝ่าฝืนหลักเกณฑ์หรือเงื่อนไขที่คณะกรรมการได้กำหนดในการให้การรับรองหลักสูตร ไม่สามารถดำเนินการ ตามเกณฑ์ที่กำหนด ให้คณะกรรมการมีอำนาจสั่งให้สถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ ดำเนินการแก้ไขให้ถูกต้อง หากสถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ ไม่ดำเนินการภายในเวลาที่กำหนด คณะกรรมการอาจเสนอต่อคณะกรรมการให้ความเห็นและอธิบดีอาจมีคำสั่งเพิกถอนการรับรองนั้น

สถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ ที่ถูกเพิกถอนการรับรองตามวรรคหนึ่ง มีสิทธิอุทธรณ์ เป็นหนังสือต่อปลัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ได้รับแจ้งคำสั่งเพิกถอน คำวินิจฉัยของปลัดกระทรวงสาธารณสุขให้เป็นที่สุด

หมวด ๖

บทเฉพาะกาล

ข้อ ๑๘ วุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรที่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการตรวจและประเมิน มาตรฐานสถานประกอบการกลางก่อนวันที่ประกาศนี้ใช้บังคับ ให้ถือว่าเป็นวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตร ที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพให้การรับรองตามประกาศนี้

ข้อ ๑๙ วุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรที่ผู้ให้บริการได้รับการอบรมหรือถ่ายทอดความรู้ ตามหลักสูตรของสถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ ของภาครัฐ (หลักสูตร ๖๐ ชั่วโมงขึ้นไป) แต่ยังไม่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการตรวจและประเมินมาตรฐานสถานประกอบการกลางก่อนวันที่ พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ให้ถือว่าเป็นวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ให้การรับรองตามประกาศนี้ แต่ทั้งนี้ให้บุคคลที่ได้รับวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรดังกล่าวยื่นคำขอขึ้นทะเบียน เป็นผู้ให้บริการต่อผู้อนุญาตภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันที่ประกาศนี้มีผลบังคับใช้

ข้อ ๒๐ วุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรที่ผู้ให้บริการเป็นบุคคลผู้พิการทางสายตา ได้รับการอบรม หรือถ่ายทอดความรู้ตามหลักสูตรของสถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ ทั้งของภาครัฐ หรือภาคเอกชน แต่ยังไม่ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการตรวจและประเมินมาตรฐานสถาน ประกอบการกลางก่อนวันที่พระราชบัญญัตินี้ใช้บังคับ ให้ถือว่าเป็นวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตร ที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพให้การรับรองตามประกาศนี้ แต่ทั้งนี้ให้บุคคลที่ได้รับวุฒิบัตร หรือประกาศนียบัตรดังกล่าว ยื่นคำขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการต่อผู้อนุญาตภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่ ประกาศนี้มีผลบังคับใช้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๓ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๕๙

เกียรติภูมิ วงศ์รจิต

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ

ประธานกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

คำขอรับการรับรองหลักสูตร

สถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรต่างๆ ที่ผลิตผู้ดำเนินการหรือผู้ให้บริการ
หลักสูตรด้านการบริการเพื่อสุขภาพในความรับรองของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

หลักเกณฑ์ : ให้อื่นแบบแสดงความจำนงครั้งละ ๑ ชุดๆ ละ ๑ หลักสูตร
: ถ้าประสงค์ขอรับการรับรองหลายหลักสูตร ให้แยกขอเป็นรายหลักสูตร

๑. ชื่อ-สกุลผู้ขอ/หรือนิติบุคคล/บุคคลที่ได้รับมอบหมาย.....
.....
๒. ชื่อสถาบันการศึกษา/หน่วยงาน/องค์กร
.....
ชื่อภาษาอังกฤษ (ถ้ามี).....
.....
.....
๓. สถานที่ตั้ง.....
.....
.....
๔. หมายเลขโทรศัพท์ หมายเลขโทรสาร.....
E-mail.....
๕. ประเภทสถาบันการศึกษา/หน่วยงาน/องค์กรต่างๆ ที่ขอรับรองหลักสูตร
 หน่วยงานราชการ ต้นสังกัด.....
 สถาบันการศึกษาภาครัฐ
 โรงเรียนเอกชนที่ได้รับอนุมัติจากกระทรวงศึกษาธิการ
 มูลนิธิ/สมาคม (องค์กรที่ไม่แสวงหาผลประโยชน์)
 สถาบันการศึกษาภาคเอกชน

๖. หลักสูตรที่ประสงค์ขอรับการรับรอง

- ๖.๑ หลักสูตรนวดฝ่าเท้าเพื่อสุขภาพ ๖๐ ชั่วโมง
- ๖.๒ หลักสูตรนวดไทยเพื่อสุขภาพ ๑๕๐ ชั่วโมง
- ๖.๓ หลักสูตรผู้ดำเนินการสปาเพื่อสุขภาพ ๑๐๐ ชั่วโมง
- ๖.๔ หลักสูตรผู้ให้บริการสปาเพื่อสุขภาพ ๕๐๐ ชั่วโมง
- ๖.๕ หลักสูตรการดูแลสุขภาพและความงามสตรีหลังเรือนไฟ ๑๕๐ ชั่วโมง
- ๖.๖ หลักสูตรนวดไทยเพื่อสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเห็น ๒๕๕ ชั่วโมง
- ๖.๗ หลักสูตรการนวดด้วยน้ำมันหอมระเหย ๑๕๐ ชั่วโมง
- ๖.๘ หลักสูตรการนวดสวีดิช ๑๕๐ ชั่วโมง
- ๖.๙ หลักสูตรการบริการเพื่อความงาม ๑๕๐ ชั่วโมง
- ๖.๑๐ หลักสูตรนวดไทยเพื่อสุขภาพ ๑๐๐ ชั่วโมง ต่อยอด ๖๐/๘๐ ชั่วโมง
(เทียบเท่าหลักสูตรนวดไทยเพื่อสุขภาพ ๑๕๐ ชั่วโมง)
- ๖.๑๑ หลักสูตรนวดเพื่อสุขภาพขั้นสูง ๖๐๐ ชั่วโมง
- ๖.๑๒ หลักสูตรนวดฝ่าเท้าเพื่อสุขภาพสำหรับผู้พิการทางการเห็น ๘๐ ชั่วโมง
- ๖.๑๓ หลักสูตรผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ๑๓๐ ชั่วโมง
- ๖.๑๔ หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ ๔๒๐ ชั่วโมง
- ๖.๑๕ หลักสูตรนวดตอกเส้นเพื่อสุขภาพ ๑๕๐ ชั่วโมง
- ๖.๑๖ ระบุ.....

๗. ชื่อวุฒิการศึกษาของผู้สำเร็จการศึกษา/อบรม หลักสูตรนี้

.....
.....

(โปรดแนบสำเนาตัวอย่างใบแสดงวุฒิการศึกษาแนบท้าย)

ลงชื่อ ผู้ยื่นคำขอ
(.....)

วัน/เดือน/ปี

ลงชื่อ ผู้รับคำขอ
(.....)

วัน/เดือน/ปี

ประกาศคณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

เรื่อง หลักสูตรด้านการบริการเพื่อสุขภาพอื่น ๆ เพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๓

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๙ (๒) แห่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ และข้อ ๑๑ (๑๒) แห่งประกาศคณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์การรับรองวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรที่ผู้ดำเนินการหรือผู้ให้บริการได้รับจาก สถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ พ.ศ. ๒๕๕๙ คณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เรื่อง หลักสูตรด้านการบริการเพื่อสุขภาพอื่น ๆ เพิ่มเติม (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๓”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้หลักสูตรดังต่อไปนี้ เป็นหลักสูตรด้านการบริการเพื่อสุขภาพ

(๑) หลักสูตรผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ๑๓๐ ชั่วโมง

(๒) หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ ๔๒๐ ชั่วโมง

ข้อ ๔ วุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรที่บุคคลได้รับการฝึกอบรมในหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า ๔๒๐ ชั่วโมง จากสถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ ของภาครัฐหรือเอกชน ก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ ให้ถือว่าเป็นวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพให้การรับรอง แต่ทั้งนี้ให้บุคคลที่ได้รับวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรดังกล่าวยื่นคำขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการต่อผู้อนุญาตภายในหนึ่งร้อยแปดสิบวันนับแต่วันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ

ข้อ ๕ บุคคลที่อยู่ในระหว่างการฝึกอบรมในหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ ไม่น้อยกว่า ๔๒๐ ชั่วโมง ในสถาบันการศึกษา หน่วยงาน หรือองค์กรต่าง ๆ ของภาครัฐหรือเอกชนก่อนวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ และได้รับวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรหลังจากวันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับแล้ว ให้ถือว่าเป็นวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรที่บุคคลดังกล่าวได้รับ เป็นวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรที่กรมสนับสนุนบริการสุขภาพให้การรับรอง แต่ทั้งนี้ให้บุคคลดังกล่าวยื่นคำขอขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการต่อผู้อนุญาตภายในหนึ่งปีนับแต่วันที่ประกาศนี้มีผลใช้บังคับ

ประกาศ ณ วันที่ ๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

ธงชัย กิริติหัตถยากร

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนบริการสุขภาพ

ประธานกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

ประกาศคณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

เรื่อง หลักเกณฑ์การทดสอบและประเมินความรู้ความสามารถของผู้ดำเนินการ

การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. ๒๕๖๓

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๙ (๔) แห่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ คณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จึงกำหนดหลักเกณฑ์การทดสอบและประเมินความรู้ความสามารถของผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์การทดสอบและประเมินความรู้ความสามารถของผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. ๒๕๖๓”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในประกาศนี้

“คณะกรรมการ” หมายความว่า คณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

“คณะอนุกรรมการ” หมายความว่า คณะอนุกรรมการที่คณะกรรมการแต่งตั้งให้ปฏิบัติการตามประกาศนี้

“ผู้สมัครสอบ” หมายความว่า ผู้สมัครทดสอบและประเมินความรู้ความสามารถของผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง

ข้อ ๔ ในกรณีที่มีปัญหาตามประกาศนี้ ให้คณะกรรมการเป็นผู้วินิจฉัยชี้ขาด

หมวด ๑

คุณสมบัติและลักษณะต้องห้าม

ข้อ ๕ ผู้สมัครสอบจะต้องมีคุณสมบัติและไม่มีลักษณะต้องห้าม ดังต่อไปนี้

(๑) คุณสมบัติ

(ก) อายุไม่ต่ำกว่า ๒๐ ปีบริบูรณ์

(ข) เป็นผู้ได้วุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรด้านการบริการเพื่อสุขภาพที่ได้รับการรับรองจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพในหลักสูตร ดังนี้

๑) หลักสูตรแพทยศาสตร์ หรือหลักสูตรการพยาบาลศาสตร์หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นสูง หรือหลักสูตรทันตแพทยศาสตร์ หรือหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ หรือหลักสูตรกายภาพบำบัด หรือ

๒) หลักสูตรผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ๑๓๐ ชั่วโมง หรือหลักสูตรผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงอื่น ๆ ที่ได้รับการรับรองจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

(๒) ลักษณะต้องห้าม

- (ก) เป็นบุคคลวิกลจริต คนไร้ความสามารถ หรือคนเสมือนไร้ความสามารถ
- (ข) เป็นผู้เคยต้องคำพิพากษาถึงที่สุดว่า เป็นผู้กระทำความผิดในความผิดเกี่ยวกับเพศ หรือความผิดเกี่ยวกับทรัพย์สินตามประมวลกฎหมายอาญา ความผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติด ความผิดตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการค้ามนุษย์ หรือความผิดตามกฎหมายว่าด้วยการป้องกันและปราบปรามการค้าประเวณี
- (ค) เป็นโรคต้องห้าม ดังต่อไปนี้
- ๑) โรคติดต่ออันเป็นที่รังเกียจแก่สังคม
 - ๒) โรคพิษสุราเรื้อรัง
 - ๓) โรคติดยาเสพติดให้โทษ

หมวด ๒

การสมัครสอบ

ข้อ ๖ ให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพดำเนินการจัดสอบและประเมินความรู้ความสามารถอย่างน้อยปีละ ๑ ครั้ง กำหนดการสอบ วัน เวลา สถานที่สอบและการปฏิบัติในการสอบ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการและเงื่อนไขที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

ข้อ ๗ ให้ผู้สมัครสอบ ยื่นคำขอรับการทดสอบและประเมินความรู้ความสามารถของผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พร้อมด้วยเอกสาร หลักฐานต่าง ๆ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

หมวด ๓

การทดสอบและประเมินความรู้ความสามารถ

ข้อ ๘ การทดสอบและประเมินความรู้ความสามารถของผู้สมัครสอบ ลักษณะข้อสอบ ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนด

ข้อ ๙ หลักเกณฑ์การออกข้อสอบ เนื้อหาของข้อสอบและการดำเนินการออกข้อสอบ เพื่อให้ทดสอบและประเมินความรู้ ความสามารถของผู้สมัครสอบ ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการกำหนด

หมวด ๔

ผลการทดสอบและประเมินความรู้ความสามารถ

ข้อ ๑๐ ผู้สมัครสอบต้องได้คะแนนสอบไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๖๐ ของคะแนนสอบทั้งหมด จึงจะเป็นผู้ผ่านการทดสอบความรู้ความสามารถเป็นผู้ดำเนินการ

ข้อ ๑๑ หากภายหลังตรวจพบว่าผู้สอบผ่านรายใดขาดคุณสมบัติหรือแสดงเอกสารหลักฐานการสมัครอันเป็นเท็จ ให้ถือว่าผู้สอบผ่านรายนั้นเป็นผู้ขาดคุณสมบัติไม่สามารถขอรับใบอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพได้

ข้อ ๑๒ เมื่อผู้สมัครสอบมีผลการสอบตามเกณฑ์ที่กำหนดในข้อ ๑๐ ให้คณะกรรมการดำเนินการประกาศผลสอบ โดยให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพดำเนินการแจ้งผลการทดสอบและประเมินความรู้ความสามารถของผู้ดำเนินการกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง เฉพาะผู้ที่ได้รับการประกาศว่าเป็นผู้สอบผ่านการทดสอบความรู้ความสามารถตามที่อยู่ที่ได้แจ้งไว้ หรือทางเว็บไซต์ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

กรณีผู้สมัครสอบไม่เห็นด้วยกับผลการทดสอบและประเมินความรู้ความสามารถ มีสิทธิอุทธรณ์ต่อคณะกรรมการภายในสามสิบวันนับแต่วันที่ประกาศผลสอบ

คำวินิจฉัยของคณะกรรมการให้เป็นที่สุด

ประกาศ ณ วันที่ ๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

ธงชัย กิริติหัตถยากร

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนบริการสุขภาพ

ประธานกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

ประกาศคณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

เรื่อง หลักเกณฑ์การรับรองวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรที่ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง
ได้รับในหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๓

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๙ (๒) และ (๓) แห่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการ
เพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ คณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
เรื่อง หลักเกณฑ์การรับรองวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรที่ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง
ได้รับในหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๓”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้หลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพดังต่อไปนี้ เป็นหลักสูตรด้านการบริการเพื่อสุขภาพ

(๑) หลักสูตรแพทยศาสตร์

(๒) หลักสูตรพยาบาลศาสตร์ หรือการพยาบาลและการผดุงครรภ์ชั้นสูง

(๓) หลักสูตรทันตแพทยศาสตร์

(๔) หลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์

(๕) หลักสูตรกายภาพบำบัด

ข้อ ๔ หลักสูตรตามข้อ ๓ ที่จะได้รับการรับรองจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ต้องเป็น
หลักสูตรที่เป็นการจัดการเรียนการสอนระดับปริญญาในสถาบันอุดมศึกษาของภาครัฐหรือเอกชนที่ได้รับ
การพิจารณาจากกระทรวงการอุดมศึกษา วิทยาศาสตร์ วิจัยและนวัตกรรม

ประกาศ ณ วันที่ ๙ ธันวาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

ธงชัย กิริติหัตถยากร

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนบริการสุขภาพ

ประธานกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

ประกาศคณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

เรื่อง หลักเกณฑ์การรับรองวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรที่ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง
ได้รับในหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ (ฉบับที่ ๒)

พ.ศ. ๒๕๖๔

โดยที่เป็นการสมควรเพิ่มหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุ
หรือผู้มีภาวะพึ่งพิงได้รับเป็นหลักสูตรด้านการบริการเพื่อสุขภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๙ (๒) และ (๓) แห่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการ
เพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ คณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เรื่อง
หลักเกณฑ์การรับรองวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรที่ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง
ได้รับในหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๔”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็น (๖) - (๘) ในข้อ ๓ แห่งประกาศคณะกรรมการ
สถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์การรับรองวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรที่ผู้ดำเนินการ
การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ได้รับในหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๓

“(๖) หลักสูตรการแพทย์แผนไทย

(๗) หลักสูตรการแพทย์แผนไทยประยุกต์

(๘) หลักสูตรการแพทย์แผนจีน”

ประกาศ ณ วันที่ ๑๗ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๔

ธงชัย กิริติหัตถยากร

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนบริการสุขภาพ

ประธานกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ



ประกาศคณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
เรื่อง หลักเกณฑ์การรับรองวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรที่ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง
ได้รับในหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ (ฉบับที่ ๓)
พ.ศ. ๒๕๖๔

โดยที่เป็นการสมควรเพิ่มหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพที่ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงได้รับเป็นหลักสูตรด้านการบริการเพื่อสุขภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๙ (๒) และ (๓) แห่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ คณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์การรับรองวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรที่ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงได้รับในหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๔”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้เพิ่มความต่อไปนี้เป็น (๙) – (๑๑) ในข้อ ๓ แห่งประกาศคณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์การรับรองวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรที่ผู้ดำเนินการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ได้รับในหลักสูตรด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๓

“(๙) หลักสูตรวิทยาศาสตร์ สาขากิจกรรมบำบัด

(๑๐) หลักสูตรวิทยาศาสตร์ สาขาจิตวิทยา

(๑๑) หลักสูตรเภสัชศาสตร์”

ประกาศ ณ วันที่ ๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายธงชัย กิริติหัตถยากร)

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ
ประธานกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ



ประกาศคณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ
เรื่อง หลักเกณฑ์การรับรองวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรที่ผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงได้รับ
ในหลักสูตรเกี่ยวกับการพยาบาล พ.ศ. ๒๕๖๔

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๔ (๒) และ (๓) แห่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ คณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ จึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศคณะกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์การรับรองวุฒิบัตรหรือประกาศนียบัตรที่ผู้ให้บริการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงได้รับในหลักสูตรเกี่ยวกับการพยาบาล พ.ศ. ๒๕๖๔”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้หลักสูตรเกี่ยวกับการพยาบาลดังต่อไปนี้ เป็นหลักสูตรด้านการบริการเพื่อสุขภาพ

- (๑) หลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ ระดับต้น
- (๒) หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล
- (๓) หลักสูตรประกาศนียบัตรผู้ช่วยพยาบาล (การดูแลผู้สูงอายุ)
- (๔) หลักสูตรประกาศนียบัตรพนักงานให้การดูแล

ข้อ ๔ หลักสูตรตามข้อ ๓ ที่จะได้รับการรับรองจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ต้องเป็นหลักสูตรที่เป็นการจัดการเรียนการสอนหรือการอบรมในสถาบันที่ได้รับการรับรองจากสภาการพยาบาล

ประกาศ ณ วันที่ ๑ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๔

(นายธงชัย กীরดีหัตถยากร)

รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข

หัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านสนับสนุนงานบริการสุขภาพ

ประธานกรรมการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

ประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์การใช้ชื่อสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๕ แห่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง หลักเกณฑ์การใช้ชื่อสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ผู้ขอรับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพต้องจัดให้มีชื่อตามที่กำหนด ดังต่อไปนี้

(๑) ชื่อสถานประกอบการเพื่อสุขภาพต้องเป็นอักษรภาษาไทย แต่จะมีอักษรต่างประเทศกำกับไว้ท้ายชื่ออักษรภาษาไทยด้วยก็ได้

(๒) ชื่อสถานประกอบการเพื่อสุขภาพจะต้องไม่ใช่คำหรือข้อความที่มีลักษณะชักชวนหรือโอ้อวดเกินความจริง หรือทำให้บุคคลทั่วไปเข้าใจว่าสถานที่ดังกล่าวมีการบำบัดรักษาโรค

(๓) ชื่อสถานประกอบการเพื่อสุขภาพต้องไม่สื่อความหมายในทางลามก อนาจาร หรือขัดต่อความสงบเรียบร้อย ขนบธรรมเนียม ศีลธรรมอันดีงาม

(๔) ชื่อสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่สื่อความหมายหรืออ้างอิงสถาบันพระมหากษัตริย์จะกระทำมิได้ เว้นแต่ได้รับพระบรมราชานุญาตหรือพระราชานุญาต

ข้อ ๔ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ตั้งอยู่ในจังหวัดเดียวกันจะต้องมีชื่อที่ไม่ซ้ำกัน เว้นแต่กรณีที่ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพใหม่ และผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเดิมเป็นบุคคลหรือนิติบุคคลเดียวกันหรือมีหนังสือยินยอมจากผู้ได้รับใบอนุญาตให้ประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเดิมให้ใช้ชื่อซ้ำกันได้ แต่ต้องมีตัวอักษรหรือหมายเลขเรียงลำดับหรือที่ตั้งสถานที่ต่อท้ายชื่อ

ข้อ ๕ ผู้รับอนุญาตต้องแสดงรายละเอียดเกี่ยวกับชื่อสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ได้รับอนุญาตในที่เปิดเผย ณ สถานประกอบการเพื่อสุขภาพนั้นอย่างน้อยหนึ่งป้าย ดังต่อไปนี้

(๑) ให้จัดทำเป็นแผ่นป้ายแสดงชื่อสถานประกอบการเพื่อสุขภาพเป็นตัวอักษรไทย กรณีใช้ภาษาต่างประเทศด้วยขนาดตัวอักษรต้องเล็กกว่าอักษรไทย โดยระบุประเภทกิจการของสถานประกอบการเพื่อสุขภาพไว้ในแผ่นป้ายชื่อดังกล่าวด้วย

- (๒) ป้ายชื่อสถานประกอบการเพื่อสุขภาพต้องตรงตามประเภทของกิจการ และตรงกับชื่อตามใบอนุญาต
- (๓) ให้แสดงแผ่นป้ายชื่อสถานประกอบการเพื่อสุขภาพไว้บริเวณด้านหน้า หรือตัวอาคารสถานประกอบการเพื่อสุขภาพโดยสามารถมองเห็นได้ชัดเจนจากภายนอก

ประกาศ ณ วันที่ ๒๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

วิศิษฐ์ ตั้งนภากร

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
เรื่อง สถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ต้องมีผู้ดำเนินการ
พ.ศ. ๒๕๖๓

โดยที่เป็นการสมควรปรับปรุงประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง สถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ต้องมีผู้ดำเนินการ เพื่อให้สอดคล้องกับการออกกฎกระทรวงกำหนดให้กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงเป็นกิจการอื่นในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๓

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๒๗ แห่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพจึงออกประกาศไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง สถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ต้องมีผู้ดำเนินการ พ.ศ. ๒๕๖๓”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ให้ยกเลิกประกาศกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เรื่อง สถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ต้องมีผู้ดำเนินการ ลงวันที่ ๒๓ มีนาคม พ.ศ. ๒๕๖๐

ข้อ ๔ ให้สถานประกอบการเพื่อสุขภาพประเภทดังต่อไปนี้ เป็นสถานประกอบการเพื่อสุขภาพที่ต้องมีผู้ดำเนินการ

(๑) กิจการสปา

(๒) กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีลักษณะเป็นการให้บริการดูแลผู้สูงอายุที่มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ โดยจัดให้มีที่พำนักอาศัย

(๓) กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงที่มีลักษณะเป็นการให้บริการดูแลและประทับประคองผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ที่มีการจัดกิจกรรมการดูแล ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง โดยมีการพักค้างคืน

ประกาศ ณ วันที่ ๒๘ กันยายน พ.ศ. ๒๕๖๓

ชเรศ กรัษนัยรวิวงศ์

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ



คำสั่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ที่ ๑๖๔ /๒๕๖๔

เรื่อง มอบหมายให้ข้าราชการเป็นผู้อนุญาตแทนอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙

ตามที่พินัยม “ผู้อนุญาต” ในมาตรา ๓ แห่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ หมายความว่า อธิบดีหรือผู้ซึ่งอธิบดีมอบหมาย นั้น

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๓ แห่งพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงออกคำสั่งไว้ต่อไปนี้

ข้อ ๑ มอบหมายให้รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่รับผิดชอบงานด้านสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เป็นผู้อนุญาตแทนอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๙ และที่แก้ไขเพิ่มเติม ในเรื่องดังต่อไปนี้

๑.๑ การสั่งพักใช้ใบอนุญาตและการสั่งเพิกถอนคำสั่งพักใช้ใบอนุญาตตามมาตรา ๓๐ เฉพาะใบอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ในเขตกรุงเทพมหานคร

๑.๒ การสั่งพักใช้ใบอนุญาตและการสั่งเพิกถอนคำสั่งพักใช้ใบอนุญาตตามมาตรา ๓๑ เฉพาะใบอนุญาตผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ ในเขตกรุงเทพมหานคร

๑.๓ การเปรียบเทียบปรับตามหลักเกณฑ์ที่อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพประกาศกำหนดตามมาตรา ๔๘

ข้อ ๒ มอบหมายให้ผู้อำนวยการกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เป็นผู้อนุญาตแทนอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๙ ในเขตกรุงเทพมหานคร ในเรื่องดังต่อไปนี้

๒.๑ การอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามมาตรา ๑๒ การให้ต่ออายุใบอนุญาตตามมาตรา๑๔ การอนุญาตให้โอนใบอนุญาตตามมาตรา ๑๗ และมาตรา ๑๘

๒.๒ การออกใบแทนใบอนุญาตหรือใบรับรอง การเปลี่ยนแปลงการแก้ไขรายการในใบอนุญาตหรือใบรับรองตามกฎหมายกระทรวงการอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐ กฎกระทรวงการอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐ และกฎกระทรวงการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐

๒.๓ การรับชำระค่าธรรมเนียมและการออกหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพรายปีในปีแรกตามกฎหมายกระทรวงกำหนดค่าธรรมเนียมและการชำระค่าธรรมเนียมเกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๖๐

๒.๔ การสั่งพักใช้ใบอนุญาตการสั่งเพิกถอนคำสั่งพักใช้ใบอนุญาต การสั่งเพิกถอนใบอนุญาตการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามมาตรา ๑๕

๒.๕ การรับแจ้งการเลิกประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามมาตรา ๑๙

๒.๖ การอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามมาตรา ๒๐

๒.๗ การขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามมาตรา ๒๒

๒.๘...

๒.๘ การแจ้งให้ผู้รับอนุญาตแต่งตั้งบุคคลอื่นเข้าดำรงตำแหน่งแทนผู้มีอำนาจจัดการแทนนิติบุคคลตามมาตรา ๓๒ วรรคสาม

๒.๙ การลบชื่อผู้ให้บริการออกจากทะเบียนตามมาตรา ๓๓

ทั้งนี้ ในกรณีตามข้อ ๒.๑ - ข้อ ๒.๙ ให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายดำเนินการตามกฎหมาย กฎกระทรวง และประกาศที่ออกตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ และที่แก้ไขเพิ่มเติม รวมทั้งกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องโดยเคร่งครัด

ข้อ ๓ ในกรณีผู้อำนวยการกองสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ เห็นสมควรให้ข้าราชการผู้ใด เป็นผู้อนุญาตแทนก็ให้สามารถทำได้โดยถือว่าอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเห็นชอบ เฉพาะเรื่อง ดังต่อไปนี้

๓.๑ การแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอดำเนินการแก้ไขและการแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ยื่นคำขอทราบตามกฎหมายกระทรวงการอนุญาตประกอบการกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๖๐ กฎกระทรวงการอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๖๐ และกฎกระทรวงการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๖๐

๓.๒ การจำหน่ายเรื่องออกจากสารบบตามกฎหมายกระทรวงการอนุญาตประกอบการกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๖๐ กฎกระทรวงการอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๖๐ และกฎกระทรวงการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐

๓.๓ การรับชำระค่าธรรมเนียมและการออกหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการอนุญาตประกอบกิจการตามกฎหมายกระทรวงการอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐

๓.๔ การรับชำระค่าธรรมเนียมและการออกหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมตามกฎหมายกระทรวงการอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐

ข้อ ๔ มอบหมายให้ผู้อำนวยความสะดวกศูนย์บริการแบบเบ็ดเสร็จ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นผู้อนุญาตแทน ในเรื่องดังนี้

๔.๑ การออกใบรับคำขอให้แก่ผู้ยื่นคำขอทุกประเภทตามกฎหมายกระทรวงการอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๖๐ กฎกระทรวงการอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐ และกฎกระทรวงการขึ้นทะเบียนให้เป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐

๔.๒ การรับชำระค่าธรรมเนียมและการออกหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพรายปีตั้งแต่ปีที่สองและปีต่อไป ตามกฎหมายที่กำหนดค่าธรรมเนียมและการชำระค่าธรรมเนียมเกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐

๔.๓ การรับชำระค่าธรรมเนียมและการออกหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมการต่ออายุใบอนุญาต การออกใบแทนใบอนุญาต และการแก้ไขเปลี่ยนแปลงรายการในใบอนุญาตตามกฎหมายกระทรวงการอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐

ข้อ ๕ มอบหมายให้ผู้อำนวยความสะดวกสนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๑ - ๑๒ เป็นผู้อนุญาตแทน อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ ประเภทกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตพื้นที่จังหวัดที่มีอำนาจหน้าที่กำกับดูแล และรับผิดชอบ ในการปฏิบัติราชการ ในเรื่องดังต่อไปนี้

๕.๑ การอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพมาตรา ๑๒ การให้ต่ออายุใบอนุญาตตามมาตรา ๑๔ การอนุญาตให้โอนใบอนุญาตตามมาตรา ๑๗ และมาตรา ๑๘

๕.๒ การออกใบแทนใบอนุญาตหรือใบรับรอง การเปลี่ยนแปลงการแก้ไขรายการในใบอนุญาตหรือใบรับรองตามกฎหมายกระทรวงการอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพพ.ศ. ๒๕๖๐

กฎกระทรวง ...

กฎกระทรวงการอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐ และกฎกระทรวงการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐

๕.๓ การรับชำระค่าธรรมเนียมและการออกหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียม ตามกฎกระทรวงการอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐ กฎกระทรวงการอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐ และกฎกระทรวงกำหนดค่าธรรมเนียมและการชำระค่าธรรมเนียมเกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐

๕.๔ การสั่งพักใช้ใบอนุญาต การสั่งเพิกถอนคำสั่งพักใช้ใบอนุญาต การสั่งเพิกถอนใบอนุญาตการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามมาตรา ๑๕

๕.๕ การรับแจ้งการเลิกประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามมาตรา ๑๙

๕.๖ การขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามมาตรา ๒๒

๕.๗ การสั่งพักใช้ใบอนุญาตและการสั่งเพิกถอนคำสั่งพักใช้ใบอนุญาตตามมาตรา ๓๐

๕.๘ การสั่งพักใช้ใบอนุญาตและการสั่งเพิกถอนคำสั่งพักใช้ใบอนุญาตตามมาตรา ๓๑

๕.๙ การแจ้งให้ผู้รับอนุญาตแต่งตั้งบุคคลอื่นเข้าดำรงตำแหน่งแทนผู้มีอำนาจจัดการแทนนิติบุคคลตามมาตรา ๓๒ วรรคสาม

๕.๑๐ การลบชื่อผู้ให้บริการออกจากทะเบียนตามมาตรา ๓๓

๕.๑๑ มีอำนาจเปรียบเทียบตามหลักเกณฑ์ที่อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพประกาศกำหนดตามมาตรา ๔๘

ทั้งนี้ ในกรณีตาม ๕.๑ - ๕.๑๑ ให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายดำเนินการตามกฎหมาย กฎกระทรวง และประกาศที่ออกตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ รวมทั้งกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องโดยเคร่งครัด

ข้อ ๖ มอบหมายให้นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้อนุญาตแทนอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙ ประเภทกิจการสปาและกิจการนวดเพื่อสุขภาพหรือเพื่อเสริมความงาม ในเขตจังหวัดที่มีอำนาจหน้าที่กำกับดูแลและรับผิดชอบในการปฏิบัติราชการในเรื่องใดต่อไปนี้

๖.๑ การอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพมาตรา ๑๒ การให้ต่ออายุใบอนุญาตตามมาตรา ๑๔ การอนุญาตให้โอนใบอนุญาตตามมาตรา ๑๗ และมาตรา ๑๘

๖.๒ การออกใบแทนใบอนุญาตหรือใบรับรอง การเปลี่ยนแปลงการแก้ไขรายการในใบอนุญาตหรือใบรับรองตามกฎกระทรวงการอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐ กฎกระทรวงการอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐ และกฎกระทรวงการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐

๖.๓ การรับชำระค่าธรรมเนียมและการออกหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียม ตามกฎกระทรวงการอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐ กฎกระทรวงการอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐ และกฎกระทรวงกำหนดค่าธรรมเนียมและการชำระค่าธรรมเนียมเกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐

๖.๔ การสั่งพักใช้ใบอนุญาต การสั่งเพิกถอนคำสั่งพักใช้ใบอนุญาต การสั่งเพิกถอนใบอนุญาตการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามมาตรา ๑๕

๖.๕ การรับแจ้งการเลิกประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามมาตรา ๑๙

๖.๖ การขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพตามมาตรา ๒๒

๖.๗ การสั่งพักใช้ใบอนุญาตและการสั่งเพิกถอนคำสั่งพักใช้ใบอนุญาตตามมาตรา ๓๐

๖.๘ การสั่งพักใช้ใบอนุญาตและการสั่งเพิกถอนคำสั่งพักใช้ใบอนุญาตตามมาตรา ๓๑

๖.๙ ...

๖.๙ การแจ้งให้ผู้รับอนุญาตแต่งตั้งบุคคลอื่นเข้าดำรงตำแหน่งแทนผู้มีอำนาจจัดการแทนนิติบุคคลตามมาตรา ๓๒ วรรคสาม

๖.๑๐ การลบชื่อผู้ให้บริการออกจากทะเบียนตามมาตรา ๓๓

๖.๑๑ การออกบัตรประจำตัวพนักงานเจ้าหน้าที่ตามแบบที่อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพประกาศกำหนดตามมาตรา ๓๖ วรรคสอง

๖.๑๒ มีอำนาจเปรียบเทียบตามหลักเกณฑ์ที่อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพประกาศกำหนดตามมาตรา ๔๘

ทั้งนี้ ในกรณีตาม ๖.๑ - ๖.๑๒ ให้ผู้ที่ได้รับมอบหมายดำเนินการตามกฎหมาย กฎกระทรวง และประกาศที่ออกตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๕๙ รวมทั้งกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องโดยเคร่งครัด

ข้อ ๗ ในกรณีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เห็นสมควรให้ข้าราชการผู้ใดเป็นผู้อนุญาตแทนก็ให้สามารถทำได้โดยถือว่าอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพเห็นชอบ เฉพาะเรื่องดังต่อไปนี้

๗.๑ การออกไปรับคำขอให้แก่ผู้ยื่นคำขอทุกประเภทตามกฎหมายกระทรวงการอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐ กฎกระทรวงการอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐ และกฎกระทรวงการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐

๗.๒ การแจ้งให้ผู้ยื่นคำขอดำเนินการแก้ไขและการแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้ยื่นคำขอทราบตามกฎหมายกระทรวงการอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐ กฎกระทรวงการอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐ และกฎกระทรวงการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐

๗.๓ การจำหน่ายเรื่องออกจากสารบบตามกฎหมายกระทรวงการอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ.๒๕๖๐ กฎกระทรวงการอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐ และกฎกระทรวงการขึ้นทะเบียนเป็นผู้ให้บริการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐

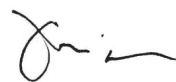
๗.๔ การรับชำระค่าธรรมเนียมและการออกหลักฐานการชำระค่าธรรมเนียมตามกฎหมายกระทรวงการอนุญาตประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐ กฎกระทรวงการอนุญาตเป็นผู้ดำเนินการในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐ และกฎกระทรวงกำหนดค่าธรรมเนียมและการชำระค่าธรรมเนียมเกี่ยวกับการประกอบกิจการสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๖๐

ข้อ ๘ การมอบอำนาจดังกล่าวนี้ ไม่ตัดอำนาจอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพในฐานะผู้อนุญาตในการดำเนินการเรื่องใดเรื่องหนึ่งตามคำสั่งฉบับนี้

ข้อ ๙ ให้ยกเลิก คำสั่งกรมสนับสนุนบริการสุขภาพที่ ๑๖๔๔/๒๕๖๓ ลงวันที่ ๒๖ สิงหาคม พ.ศ.๒๕๖๓ เรื่อง มอบหมายให้ข้าราชการเป็นผู้อนุญาตแทนอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ตามพระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๕๙

ทั้งนี้ ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๒๖ มกราคม พ.ศ. ๒๕๖๔



(นายเรศ กรีษนัยรวิวงศ์)

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

จรรยาบรรณในการประกอบธุรกิจ

จรรยาบรรณในการประกอบธุรกิจ

พว.อรนนท์ อดุมภาพ

ความหมายของจรรยาบรรณ

จรรยาบรรณ (Code of Conduct) ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554¹ หมายถึง ประมวลความประพฤติที่ผู้ประกอบอาชีพการงานแต่ละอย่างกำหนดขึ้นเพื่อรักษาและส่งเสริมเกียรติคุณ ชื่อเสียง และฐานะของสมาชิก อาจเขียนเป็นลายลักษณ์อักษรหรือไม่ก็ได้

จรรยาบรรณในการประกอบธุรกิจ (Business Code of Conduct) เป็นหลักเกณฑ์หรือมาตรฐานการประพฤติปฏิบัติที่ผู้ประกอบธุรกิจกำหนดขึ้น เพื่อให้ผู้บริหารและพนักงานในองค์กรยึดถือเป็นแนวทางในการทำงาน อย่างมีจริยธรรม คุณธรรม ช่วยควบคุมพฤติกรรมของบุคคลในองค์กรในแต่ละบทบาทหน้าที่ ทำให้การปฏิบัติหน้าที่การทำงานเป็นไปโดยถูกต้อง รวมทั้งทำให้องค์กรมีความสามัคคีและปฏิบัติงานร่วมกันได้อย่างมีความสุข เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน นอกจากนี้จรรยาบรรณยังช่วยให้การบริหารงานขององค์กรเป็นไปด้วยคุณธรรม ไม่มีการเอาเปรียบซึ่งกันและกัน เกิดประโยชน์ต่อองค์กร ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และสังคมอีกด้วย

จรรยาบรรณของธุรกิจ ประกอบด้วย

1. จรรยาบรรณด้านการเคารพต่อกฎหมาย
2. จรรยาบรรณด้านการปฏิบัติต่อลูกค้า
3. จรรยาบรรณด้านการปฏิบัติต่อคู่แข่งทางการค้า
4. จรรยาบรรณด้านการปฏิบัติต่อคู่ค้า
5. จรรยาบรรณด้านบุคลากรของบริษัท
6. จรรยาบรรณด้านการจัดการความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน
7. จรรยาบรรณด้านความรับผิดชอบต่อชุมชน สังคม และสิ่งแวดล้อม

จรรยาบรรณด้านการเคารพต่อกฎหมาย

เป็นการดำเนินกิจการและปฏิบัติหน้าที่โดยเคารพและปฏิบัติตามกฎหมาย กฎเกณฑ์ ข้อบังคับ ระเบียบ คำสั่ง ประกาศ และมติคณะกรรมการที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งเคารพต่อหลักสิทธิมนุษยชน ขนบธรรมเนียมจารีตประเพณี และวัฒนธรรมอันดีงาม

ในการประกอบกิจการใดๆ ก็ตามรวมถึงกิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้ประกอบกิจการ ต้องมีความรู้และปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ และข้อบังคับ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินกิจการนั้น ๆ เพื่อให้การประกอบกิจการเป็นไปอย่างราบรื่น ป้องกันความเสียหายและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการ ไม่ปฏิบัติตามกฎหมาย

ธุรกิจบริการผู้สูงอายุสามารถประกอบธุรกิจได้ทั้งในรูปแบบของบุคคลธรรมดา หรือนิติบุคคล ธุรกิจบริการผู้สูงอายุจัดเป็นธุรกิจบริการ ซึ่งไม่อยู่ภายใต้บังคับของประกาศกระทรวงพาณิชย์ จึงเป็นกิจการ ที่ไม่ต้องจดทะเบียนพาณิชย์ อย่างไรก็ตาม หากมีความต้องการจัดตั้งในรูปแบบนิติบุคคล ผู้ดำเนินการ ขอจดทะเบียนได้ที่กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์ ซึ่งวิธีการขอจดทะเบียนจะแตกต่างกันไปตามรูปแบบของธุรกิจที่ต้องการจัดตั้ง² ดังนั้น ผู้ที่ประกอบกิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงต้องยื่นขอจดทะเบียนพาณิชย์ โดยกำหนดวัตถุประสงค์ของการประกอบกิจการให้ครอบคลุมการประกอบกิจการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงด้วย เว้นแต่เป็นธุรกิจบริการ

ผู้สูงอายุ ที่ดำเนินธุรกิจด้านบริการอย่างเดียว ไม่มีการขายสินค้าอื่นด้วย จะได้รับ การยกเว้นไม่ต้องจดทะเบียนพาณิชย์² กฎกระทรวงกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง³ ภายใต้พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559⁴ เป็นกฎหมายหลักที่ได้รับการบัญญัติขึ้นเพื่อควบคุมกำกับมาตรฐานการประกอบกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ผู้ที่ประกอบกิจการจะต้องยื่นขอใบอนุญาตประกอบกิจการ การดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงกับ ทางกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และจะต้องประกอบกิจการให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ผู้ประกอบกิจการยังมีหน้าที่ปฏิบัติตามพระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน⁵ ซึ่งเป็นกฎหมายที่บัญญัติถึงสิทธิและหน้าที่ ของนายจ้าง เพื่อให้การจ้างงาน การใช้งาน การประกอบกิจการ และความสัมพันธ์ระหว่างนายจ้างและลูกจ้างเป็น ไปโดยดี ได้รับประโยชน์ที่เหมาะสม

กฎหมายได้มีการกำหนดให้ผู้ประกอบกิจการทั้งที่เป็นรูปแบบนิติบุคคลหรือบุคคลธรรมดา มีหน้าที่ เสียภาษี รายได้ และหากผู้ประกอบกิจการมีรายรับจากการขายสินค้าหรือให้บริการเกินกว่า 1.8 ล้านบาทต่อปี ต้องยื่นคำขอ จดทะเบียนภาษีมูลค่าเพิ่มภายใน 30 วัน นับแต่วันที่มียารับ เว้นแต่เป็นกิจการที่ได้รับ การยกเว้นตามกฎหมาย รวมถึง ภาษีอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง⁶

นอกจากนี้ผู้ประกอบกิจการควรให้ความร่วมมือ และปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ นโยบายของหน่วยงาน ภาครัฐในเรื่องอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการประกอบกิจการหรือการให้บริการ เช่น กฎหมายควบคุมอาคาร มาตรการ ป้องกันและควบคุมโรคระบาดติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ เป็นต้น

ผู้ประกอบกิจการที่มีจรรยาบรรณที่ดี ให้ความสำคัญกับการเคารพและปฏิบัติตามกฎหมาย ระเบียบ และ ข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับการประกอบธุรกิจอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนเคารพขนบธรรมเนียมประเพณีจารีตประเพณีและ วัฒนธรรมอันดีงามของท้องถิ่นที่ประกอบกิจการและผู้รับบริการ ช่วยเสริมสร้างระบบบริหารจัดการให้มีความโปร่งใส เป็นธรรมและสามารถสร้างความเชื่อมั่นให้กับผู้รับบริการและผู้มีส่วนได้ส่วนเสียที่เกี่ยวข้องอีกด้วย

จรรยาบรรณด้านการปฏิบัติต่อลูกค้า

ลูกค้าในธุรกิจดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง คือ ผู้รับบริการทั้งที่เป็นผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งเป็น ผู้ที่อยู่ในความดูแลของผู้ประกอบกิจการ รวมถึงครอบครัว ญาติ และผู้ที่รับผิดชอบค่าใช้จ่ายอีกด้วย

ผู้ประกอบกิจการ รวมถึงผู้ดำเนินการที่ต้องปฏิบัติตามสัญญาหรือข้อตกลงที่มีต่อลูกค้าหรือผู้รับบริการ ทุกรายด้วยความซื่อสัตย์สุจริตและมีจริยธรรม โดยสัญญาหรือข้อตกลงนั้นควรมีความเป็นธรรม ทั้งสองฝ่าย มีการ กำหนดค่าบริการหรือราคาสินค้าอย่างเป็นธรรม ตามลักษณะการให้บริการ มีการรักษา ปรับปรุง และพัฒนาคุณภาพ ของการให้บริการ รวมถึงรับฟังปัญหา และความต้องการของผู้รับบริการ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของลูกค้า หรือผู้รับบริการอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ มีช่องทางสำหรับลูกค้า เพื่อสอบถามข้อมูลเกี่ยวกับบริการหรือร้องเรียน เกี่ยว กับปัญหาในการใช้บริการ จัดทำแบบประเมินความพึงพอใจ ให้บริการลูกค้าหรือผู้รับบริการทุกรายเท่าเทียมกัน ไม่เลือกปฏิบัติ ให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับบริการอย่างถูกต้อง ตามความเป็นจริง ไม่ทำการโฆษณาชวนเชื่อ หรือหลอกลวง ให้เข้าใจผิดในคุณภาพของบริการ ไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้รับบริการให้บุคคลภายนอกทราบ เว้นแต่จะเป็นการเปิดเผย ตามเงื่อนไขข้อตกลงหรือสัญญา หรือโดยปฏิบัติตามกฎหมายหรือคำสั่งศาล ทำสัญญารักษาความลับ ใบบินยอมให้เปิดเผยข้อมูล เก็บข้อมูลของผู้รับบริการไว้ในสถานที่ที่เหมาะสม

ทั้งนี้การให้การบริการที่ดี มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน นอกจากจะแสดงออกถึงการมีจรรยาบรรณที่ดี ในการประกอบธุรกิจแล้ว ยังทำให้เกิดความเชื่อมั่น และความไว้วางใจในการรับบริการ เป็นการรักษาสัมพันธ์ภาพที่ ดีและยั่งยืน ส่งผลต่อภาพลักษณ์ที่ดีของธุรกิจ

จรรยาบรรณด้านการปฏิบัติต่อคู่แข่งทางการค้า

ธุรกิจด้านการบริการสำหรับผู้สูงอายุ มีหลากหลายรูปแบบการให้บริการ เป็นธุรกิจที่ได้รับความสนใจมากขึ้น มีอัตราการเติบโตของธุรกิจเพิ่มต่อเนื่องทุกปี ทำให้มีการแข่งขันสูงขึ้น ทั้งนี้ผู้ประกอบการ ควรให้บริการ โดยยึดหลักการแข่งขันโดยเสรีและอย่างเป็นธรรม ไม่ทำการโฆษณาชวนเชื่อ หรือทำลายชื่อเสียงของคู่แข่ง ด้วยข้อความที่เป็นเท็จหรือโดยปราศจากข้อมูลความจริง เพื่อให้ลูกค้าหรือผู้อื่นเกิดความเข้าใจผิด ทำให้ศูนย์อื่นเสียโอกาสอย่างไม่เป็นธรรม หาข้อมูลของคู่แข่งจากแหล่งข้อมูลที่เปิดเผยโดยถูกต้อง ตามกฎหมาย ไม่ไปล่วงความลับของคู่แข่ง โดยมิชอบ ไม่ละเมิดสิทธิตามกฎหมายของคู่แข่งทางการค้า เช่น ละเมิดลิขสิทธิ์ หรือ สิทธิบัตร ไม่แข่งขันด้านราคา แต่เน้นคุณภาพของการให้บริการ ซึ่งถ้าหากแข่งขันทางด้านราคา โดยการลดต้นทุนอย่างไม่สมเหตุสมผล ก็อาจจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพของการให้บริการได้ นอกจากนี้ผู้ประกอบการควรให้การสนับสนุนหรือความร่วมมือกับคู่แข่งทางการค้า ในการทำกิจกรรมเพื่อสังคมหรือสาธารณประโยชน์

จรรยาบรรณด้านการปฏิบัติต่อลูกค้า

ลูกค้า หมายถึง ผู้ผลิตหรือผู้ขายสินค้าให้กับธุรกิจและผู้สูงอายุ หรือผู้รับจ้าง เช่น บริษัทขายผ้าอ้อม ถูมือ ของใช้เวชภัณฑ์ต่าง ๆ รวมถึงบริษัทหรือคนที่รับจ้างดูแล ซ่อมบำรุง บริษัทซักผ้า ซ่อมแอร์ เป็นต้น การลงทุนทำธุรกิจใด ๆ ผู้ประกอบการล้วนมีเป้าหมายอย่างเดียวกัน คือการสร้างผลกำไรจากการลงทุน โดยผลกำไรของการทำธุรกิจนั้น มาจากรายได้ (Revenue) และมากกว่านั้นคือการลดรายจ่าย (Expense) เพื่อทำให้กิจการมีกำไรสูงสุด ดังนั้นผู้ประกอบการควรมีนโยบายที่จะสร้างความสัมพันธ์ที่ดีทางธุรกิจกับลูกค้า ประกอบธุรกิจบนพื้นฐานของความเป็นธรรม ไม่เลือกปฏิบัติต่อลูกค้า การจัดซื้อจัดหาต้องดำเนินการ อย่างโปร่งใส เสมอภาค โดยคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของบริษัท หลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ รวมทั้งปฏิบัติตามสัญญา ข้อตกลง หรือเงื่อนไขต่าง ๆ ที่มีต่อลูกค้าอย่างเคร่งครัด กรณีที่จะไม่สามารถปฏิบัติตามได้ต้องรีบแจ้งกับลูกค้าหรือเจ้าหน้าที่ทราบล่วงหน้า เพื่อร่วมกันพิจารณาหาแนวทางแก้ไขและป้องกันไม่ให้เกิดความเสียหาย

จรรยาบรรณด้านบุคลากรของบริษัท

ผู้ประกอบการต้องจ้างพนักงานตามที่กฎหมายกำหนด โดยจัดให้มีผู้ดำเนินการที่ได้รับใบอนุญาตจากกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ และผู้ให้บริการที่ได้รับการขึ้นทะเบียนแล้ว ในอัตราส่วน ผู้ให้บริการ 1 คนต่อ ผู้รับบริการ 5 คน โดยให้ค่าจ้างและค่าตอบแทนที่เหมาะสมกับความรู้ความสามารถ จ่ายเงินตรงเวลา ให้สวัสดิการขั้นพื้นฐานตามความเหมาะสม เช่น ประกันสังคม สิทธิการลาต่าง ๆ เงินชดเชยตามกฎหมาย ชุดพนักงาน และอุปกรณ์ที่ใช้สำหรับความปลอดภัยในการทำงาน นอกจากนี้ควรสนับสนุนให้พนักงานมีการพัฒนาตนเองด้านความรู้ และทักษะในการทำงานที่มีคุณภาพ โดยส่งพนักงานให้เข้ารับการอบรมเพิ่มเติมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง

นอกจากนี้ควรให้ความยุติธรรมและความเท่าเทียมกันในการปกครองและการพิจารณาผลตอบแทน รับผิดชอบ ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอย่างมีเหตุผล เคารพสิทธิส่วนบุคคลและไม่ละเมิดข้อมูลส่วนตัวของพนักงานโดยไม่ได้รับอนุญาต เช่น เรื่องส่วนตัวของพนักงาน ส่งเสริมให้พนักงานมีความรักความสามัคคี ไม่แบ่งพรรคแบ่งพวก ปฏิบัติต่อกันอย่างสุภาพ คัดเลือกคนให้เหมาะสมกับงานที่ได้รับมอบหมาย ยอมรับในผลงานและส่งเสริมความก้าวหน้าในอาชีพการทำงาน และส่งเสริมและสนับสนุนให้พนักงานมีจริยธรรมคุณธรรมอันดี

จรรยาบรรณด้านการจัดการความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน

พระราชบัญญัติความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน พ.ศ. 2554 ได้กำหนดไว้ว่า ให้นายจ้างมีหน้าที่จัดและดูแลสถานประกอบกิจการและลูกจ้างให้มีสภาพการทำงานและสภาพแวดล้อมในการทำงานที่ปลอดภัยและถูกสุขลักษณะ รวมทั้งส่งเสริมสนับสนุนการปฏิบัติงานของลูกจ้างมิให้ลูกจ้างได้รับอันตรายต่อชีวิต ร่างกาย จิตใจ และสุขภาพอนามัย ให้ลูกจ้างมีหน้าที่ให้ความร่วมมือกับนายจ้างในการดำเนินการและส่งเสริมด้านความปลอดภัย อาชีวอนามัย และสภาพแวดล้อมในการทำงาน เพื่อให้เกิดความปลอดภัยแก่ลูกจ้างและสถานประกอบกิจการ

ดังนั้น สถานประกอบการต้องมีการจัดทำมาตรฐานการทำงานและแนวทางในการปฏิบัติงาน ที่ปลอดภัย จัดให้มีระบบการจัดการด้านความปลอดภัย โดยการจัดเตรียมอุปกรณ์ในการป้องกันอันตราย และซ่อมบำรุงอุปกรณ์ และสถานที่ทำงานให้อยู่ในสภาพที่เหมาะสมแก่การทำงาน เช่น ดูแลบำรุงรักษาธารณเข็น เตียงผู้ป่วย ออกซิเจนแทงก์ หรืออุปกรณ์ที่พนักงานต้องใช้ในการทำงานให้อยู่ในสภาพที่ดีพร้อมใช้ ลิฟต์มีการซ่อมบำรุงตามกำหนด จัดอบรมวิธีการเคลื่อนย้ายผู้ป่วยที่ถูกต้อง การป้องกันการติดเชื้อและป้องกันพนักงานจากการแพร่ระบาดของเชื้อโรคต่าง เช่น โควิด-19 วัณโรค เอชไอวี ต้องมีการให้ความรู้กับพนักงานรวมถึงจัดหาอุปกรณ์ในการป้องกันอย่างเหมาะสมด้วย มีการประชาสัมพันธ์ ให้ข้อมูล เพื่อให้บุคลากรเกิดความรู้อย่างถูกต้อง ความเข้าใจด้านความปลอดภัยในการทำงาน

จรรยาบรรณด้านความรับผิดชอบต่อชุมชน สังคม และสิ่งแวดล้อม

การประกอบกิจการใด ๆ รวมถึงกิจการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงนั้น ต้องไม่ดำเนินธุรกิจ ที่ทำให้สังคม หรือชุมชนได้รับความเดือดร้อน ทั้งนี้กิจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นการให้บริการทางด้านสุขภาพให้กับผู้รับบริการหลายคน ซึ่งต้องมีการบริหารจัดการด้านการเก็บ การกำจัดขยะ ของเสียต่าง ๆ ที่ถูกต้องเหมาะสมไม่ก่อให้เกิดกลิ่นเหม็น มีการกำจัดขยะติดเชื้อที่ได้มาตรฐานในศูนย์ดูแลที่มีขนาดใหญ่อาจจัดให้มี บ่อบำบัดน้ำเสียตามมาตรฐาน รวมถึงให้ความร่วมมือกับทุกฝ่ายในชุมชนในการทำกิจกรรมที่เป็นสาธารณประโยชน์ เช่น โครงการช่วยเหลือผู้ยากไร้ในชุมชน การให้ความรู้กับคนในชุมชน ร่วมเป็นคณะกรรมการในการพัฒนาชุมชนให้น่าอยู่ เป็นต้น

โดยสรุป การก้าวเข้าสู่การเป็นสังคมสูงอายุ ทำให้ธุรกิจด้านการบริการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นธุรกิจที่มีแนวโน้มการเติบโตที่ดี เป็นธุรกิจที่เน้นธุรกิจทั้งรายเล็กและรายใหญ่มองเห็นโอกาสทางธุรกิจ มีความสนใจในการลงทุนเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะกิจการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งในปัจจุบันมีผู้ประกอบการนี้เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีการแข่งขันทางธุรกิจสูง ทำให้ผู้ประกอบการต้องใช้กลยุทธ์ทางการตลาด ที่หลากหลายเพื่อให้ธุรกิจอยู่รอด

ทั้งนี้กิจการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิงนั้นเป็นการประกอบธุรกิจที่ต้องรับผิดชอบต่อสุขภาพและชีวิตของคน ดังนั้นจรรยาบรรณในการประกอบธุรกิจเป็นหลักสำคัญที่ต้องยึดถือปฏิบัติ เพื่อให้การดำเนินธุรกิจเป็นไปด้วยความถูกต้อง มีคุณธรรม อันส่งผลให้เกิดการยอมรับและสร้างความเชื่อมั่นจากผู้รับบริการ พนักงานในองค์กร และสังคม สร้างบรรยากาศที่เหมาะสมแก่การทำงาน สามารถจัดข้อขัดแย้งในหน่วยงาน ก่อให้เกิดความเป็นธรรมในการดำเนินธุรกิจ และที่สำคัญเกิดภาพลักษณ์ที่ดีต่อองค์กรและสังคม เกิดมาตรฐานในการบริการหรือสินค้า ทำให้ธุรกิจมีความมั่นคงและเจริญก้าวหน้ามากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานราชบัณฑิตยสภา. พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2554 สืบค้น 2 ม.ค. 2565, จาก <https://dictionary.orst.go.th>
2. มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. (2561). คู่มือพัฒนาธุรกิจบริการผู้สูงอายุ สู่เกณฑ์มาตรฐานคุณภาพการบริหารจัดการธุรกิจ. นนทบุรี: กรมพัฒนาธุรกิจการค้า กระทรวงพาณิชย์
3. กฎกระทรวงกำหนดให้กิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นกิจการอื่นในสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2563 (2563,31 กรกฎาคม). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 137 ตอนที่ 61 ก. หน้า 7
4. พระราชบัญญัติสถานประกอบการเพื่อสุขภาพ พ.ศ. 2559 (2559,31 มีนาคม). ราชกิจจานุเบกษา เล่ม 133 ตอนที่ 30 ก. หน้า 10
5. พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พ.ศ. 2541, พระราชกิจจานุเบกษา. เล่มที่ 115, 20 กุมภาพันธ์ 2541, ตอนที่ 8 ก.
6. กรมสรรพากร. (2563). ความรู้เรื่องภาษีที่ดินบุคคลควรทราบ. สืบค้น 22 มีนาคม 2565, จาก <https://www.rd.go.th/835.html>

การบริหารจัดการธุรกิจบริการสุขภาพ

การบริหารจัดการธุรกิจบริการสุขภาพ

นพ. เก่งพงศ์ ตั้งอรุณสันติ

บทนำ

ประชากรของประเทศไทยในปัจจุบันมี ประมาณ 66 ล้านคน ในปัจจุบันข้อมูลจากสำนักงานสถิติแห่งชาติชี้ว่าเราได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเรียบร้อยแล้วโดยคาดการณ์ว่า ปี พ.ศ.2564-2565 สังคมไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Aged Society) จำนวนผู้สูงอายุกว่า 20% ราว 14 ล้านคนและเข้าสู่สังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super Aged Society) ที่มีประชากรอายุมากกว่า 60 ปี มีสัดส่วนราวๆ 30% ในปี 2578

ในการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2550 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ¹ พบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรังจากสาเหตุ

โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.7

โรคเบาหวาน ร้อยละ 13.3

โรคหัวใจ ร้อยละ 7.0

โรคหลอดเลือดในสมองตีบ ร้อยละ 1.6

และโรคมะเร็ง ร้อยละ 0.5

ข้อมูลจากรายงานพิจารณาศึกษาปัญหาทางด้านสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวมของคณะกรรมการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ ปี พ.ศ.2560² ได้ระบุไว้ว่า

ผู้สูงอายุไทยมีภาวะสุขภาพดี ร้อยละ 39.3

สุขภาพปานกลาง ร้อยละ 43.6

สุขภาพไม่ดี ร้อยละ 13.5

สุขภาพไม่ดีมาก ๆ ร้อยละ 1.6

โดยสัดส่วนดังกล่าวไม่ค่อยมีความแตกต่างระหว่างเพศชายและหญิงจะเห็นได้ว่าสัดส่วนของกลุ่มที่สุขภาพที่ไม่ดีและไม่ดีมาก ๆ เป็นกลุ่มขนาดใหญ่ที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่

จะเห็นได้ว่าในช่วงไม่ถึง 20 ปีมีสัดส่วนประชากรผู้สูงวัยรวมถึงกลุ่มที่ต้องการการดูแลที่ค่อนข้างใกล้ชิดและมีความซับซ้อนเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจและสังคม ในวงกว้าง มีข้อมูลในงานวิจัยด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขที่ประเทศแคนาดาพบว่าสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุ ในบางเมืองอาจไม่สูงมาก แต่ค่าใช้จ่ายทางสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุนั้นสูงเกือบเป็น 4 เท่า เมื่อเทียบกับสัดส่วนประชากร

ดังนั้นสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุที่มีทีมวิชาชีพและโรงพยาบาลเฉพาะทางในการดูแลผู้สูงอายุ ในลักษณะที่เน้นการดูแลฟื้นฟูร่างกายหลังจากความเจ็บป่วย (Intermediate Care Service) ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของระบบการดูแลผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง (Continuing Care Retirement Communities-CCRC) จึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้สูงวัยกลุ่มดังกล่าว รวมถึงมีหน่วยการให้บริการที่เกี่ยวข้องให้บริการด้วย เช่น แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู การดูแลประคับประคอง ที่มีทีมสหสาขาวิชาชีพจึงเป็นสิ่งจำเป็น ตอบโจทย์ความต้องการของผู้ป่วยและทำให้ระบบสาธารณสุขมีความสมดุลประหยัดงบประมาณในการดูแลทั้งทางตรงและทางอ้อมและลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้นได้เป็นอย่างดีดังเช่นตัวอย่างที่มีในต่างประเทศ

จากสถานการณ์ทางด้านสาธารณสุขในบริบทของประเทศไทย สถานะบริการดูแลผู้สูงอายุทั้งที่ เป็นสถานพยาบาลและสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุนั้นจึงเป็นทางออกจะมาตอบสนองความต้องการ ของผู้สูงอายุและครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเขตเมืองใหญ่ โดยเหตุผลคือ

1. ครอบครัวเชิงเดี่ยวมากขึ้น ทุกคนทำงานไม่มีเวลาดูแลผู้สูงวัย
2. การดูแลผู้สูงวัยมีความสลับซับซ้อน ต้องใช้ทักษะความชำนาญ
3. ผู้ดูแลที่รับมาบริการดูแลตามบ้านที่มีคุณภาพหายาก ทักษะไม่เพียงพอ
4. ค่าใช้จ่ายเพื่อการพักผ่อน (เมื่อรวมการกายภาพและการฟื้นฟูที่ถูกหลัก) ประหยัดกว่าการดูแลในโรงพยาบาลทั่วไปประมาณ 3 - 5 เท่า หรือมากกว่าโดยเฉพาะในโรงพยาบาลเอกชนที่เป็นโรงพยาบาลทั่วไป

ในความเป็นจริงปัญหาด้านสาธารณสุขในการรักษากลุ่มผู้ป่วย ผู้สูงอายุนั้นมีการใช้ทรัพยากร ที่ค่อนข้างสูง เนื่องจากมีความสลับซับซ้อนในการดูแลและการรักษา รวมถึงการครองเตียงต่อการรักษาและฟื้นฟูแต่ละครั้งมีระยะเวลายาวนานหลายสัปดาห์หรืออาจจะเป็นเดือน

ดังนั้นการใช้บริการสถานดูแลผู้สูงอายุ⁴ รวมถึงโรงพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูผู้สูงอายุ⁵ โดยเฉพาะจะเป็นทางเลือกที่ดีให้กับสังคมในอนาคต ตอบโจทย์เรื่องปัญหาสุขภาพความเครียดการจัดการที่ยุ่ยากซับซ้อนและยังสร้างความมั่นใจและสุขภาพที่ดีให้แก่ผู้มารับบริการได้อย่างดี หากกล่าวในส่วนของประเภทให้บริการการดูแลผู้สูงอายุที่มีเปิดบริการในปัจจุบัน เราสามารถแบ่งเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1

แบ่งตามระยะเวลาที่ผู้สูงอายุเข้ารับบริการ ทั้งการบริการแบบไปเช้า-เย็นกลับ ไม่พักค้างคืน (Day Care) สำหรับผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้และมีญาติหรือบริการรับ-ส่ง และการบริการแบบสถานบริการดูแลระยะยาว (Long-term care) ที่มีผู้สูงอายุพำนักในสถานบริการนั้น เลยหรืออาศัยในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยญาติซึ่งไม่มีเวลาดูแลจะพาผู้สูงอายุมาฝากดูแล และมาเยี่ยมเป็นครั้งคราว

กลุ่มที่ 2

แบ่งตามความต้องการการดูแลของผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการรวมถึงความหนักเบาของอาการในแต่ละคน ซึ่งจะมีอยู่หลายประเภททั้งผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ และผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง มีภาวะช่วยเหลือตัวเองได้น้อย ทพพลภาพ มีโรคเรื้อรังและต้องการการดูแลโดยทีมการบริการ

จึงมีการแบ่งประเภทสถานดูแลผู้สูงอายุสอดคล้องไปกับงานบริการตามประเภทความเจ็บป่วยและความต้องการโดยทั่วไปในการให้บริการดูแลผู้สูงวัยมีการแบ่งประเภทการบริการที่ดูแลโดยละเอียดเป็น 9 ระดับที่แตกต่างกันตามสถานะและสุขภาพของผู้สูงอายุดังนี้

1. การดูแลที่บ้าน (Home-Based Care Service)

การดูแลอยู่ใน ระดับต่ำ ไม่ซับซ้อน

ดูแลผู้สูงวัยที่บ้าน จัดหาผู้ดูแลเพื่อเตรียมสถานที่และ บ้านเรือนให้เหมาะกับผู้สูงวัย การออกแบบเน้นเพื่อความปลอดภัย ใช้งานง่าย ตามหลัก Universal Design

2. การดูแลช่วงกลางวัน (Daycare Service)

การดูแลอยู่ใน ระดับต่ำ ไม่ซับซ้อน

ฝากดูแลผู้สูงวัยช่วงเวลากลางวัน โดยมีทีมงานคอยดูแล และจัดกิจกรรมตามความเหมาะสม ดูแลเรื่องความปลอดภัย การออกแบบเน้นพื้นที่การทำงาน ที่เหมาะสม

3.สถานพักดูแลระยะสั้น (Respite Care)

การดูแลอยู่ใน ระดับต่ำถึงปานกลาง

การพักดูแลระยะสั้นในหลักวันถึงสัปดาห์นั้นจะมีการจัดกิจกรรมอย่างเหมาะสมให้ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิตที่ดีรวมถึงการดูแลในชีวิตประจำวันอย่างครบถ้วนโดยหลักมักจะมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่จะเป็นผู้ดูแลหลักได้มีช่วงพักและมาฝากผู้สูงอายุให้ดูแลเมื่อพร้อมก็สามารถรับกลับได้

4. บ้านพักคนชรา (Residential Home)

การดูแลอยู่ใน ระดับต่ำ

เป็นสถานที่เน้นรับผู้สูงอายุที่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้แต่ขาดคนดูแลไม่สามารถอยู่กับครอบครัวหรือตัวเพียงลำพังได้เน้นการดูแลการช่วยเหลือในชีวิตประจำวันเพียงเล็กน้อย ออกแบบให้มี Universal Design มีการให้บริการด้านที่พักอาหารรวมถึงที่ทำการแพทย์และพยาบาลไปเยี่ยมเมื่อมีความต้องการ

5.สถานเพื่อช่วยเหลือในการดำรงชีวิตประจำวัน (Assisted living)

การดูแลใน ระดับปานกลาง

เน้นมีสถานที่และบริการรองรับผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดทางด้านร่างกายต้องการการดูแลที่มากขึ้น ออกแบบที่เหมาะสมรองรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำ⁹ ให้มีการรองรับการขอความช่วยเหลือฉุกเฉินรวมถึง การรับบริการทางด้านการแพทย์ที่มากขึ้นด้วย มีบริการตรวจเยี่ยม ให้ความช่วยเหลือ มีบริการด้านการฟื้นฟูเบื้องต้นไม่ซับซ้อน

6. สถานบริบาล (Nursing Home)

การดูแลอยู่ใน ระดับปานกลางถึงสูง

สถานที่ที่เน้นดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง มีโรคประจำตัวเรื้อรังหรือมีภาวะทุพพลภาพทั้งด้านร่างกายจิตใจ สมอง รวมถึงความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองได้น้อย มีการออกแบบที่คำนึงถึงความปลอดภัยและความอยู่สบายไปพร้อมๆ กัน⁹ ต้องการการดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพตลอด 24 ชั่วโมงพร้อมกับ การมีบริการด้านการฟื้นฟู

7. สถานบริการดูแลผู้สูงอายุระดับสูง (High-Facility Nursing Home)

การดูแลอยู่ใน ระดับสูงถึงสูงมาก

เน้นการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากความเจ็บป่วยระดับสูง เน้นการแพทย์การพยาบาลผู้ป่วยอย่างครบวงจรเน้นทางด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูและการดูแลทางการแพทย์พยาบาลและสหสาขาวิชาชีพอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องเพื่อเตรียมสภาพความพร้อมของร่างกายให้ฟื้นฟูอย่างรวดเร็วโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ

8. สถานบริบาลผู้ที่มีผู้ป่วยระยะท้าย (Hospice Care)

การดูแลอยู่ใน ระดับสูงมาก

โดยมากมักเป็นสถานพยาบาลที่เน้นดูแลผู้สูงอายุในกลุ่มโรคหรือภาวะระยะท้าย ไม่ว่าจะเป็นภาวะสมองเสื่อม โรคมะเร็ง โรคหัวใจ โรคไตระยะท้าย หรืออื่นๆโดยเน้นการดูแลทางด้านการแพทย์และพยาบาลอย่างใกล้ชิดและเป็นส่วนสำคัญในการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

9. โรงพยาบาลผู้สูงอายุ (Geriatric Hospital)

การดูแลอยู่ใน ระดับสูงมาก

เป็นสถานพยาบาลที่เน้นการออกแบบเพื่อส่งเสริมและฟื้นฟูผู้สูงอายุจากที่เพิ่งพ้นระยะต้นของการรักษาหลังเจ็บป่วยเพิ่งออกจากโรงพยาบาล เน้นการฟื้นฟูดูแล โดยสหสาขาวิชาชีพ ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัดและนักกิจกรรมบำบัด รวมไปถึงนักโภชนาการ และนักจิตวิทยาในการฟื้นฟูสภาพร่างกายอย่างเข้มข้นเป็นที่ทราบว่าการออกแบบ การวางรากฐานการวางระบบงานทางด้านการบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งธุรกิจที่เกี่ยวข้อง

กับการดูแลผู้สูงอายุ หากเราได้ยึดถือประโยชน์ของลูกค้าทั้งภายในหมายถึงพนักงานของเราเอง ที่จะต้องคอยดูแลผู้สูงวัยรวมถึงผู้มารับบริการทุกคนให้ได้อยู่ดีมีความสุข รวมถึงลูกค้าภายนอกซึ่งก็คือผู้รับบริการที่จะเป็นทั้งผู้สูงอายุเองรวมถึงญาติสนิทและครอบครัวว่าจะมีประโยชน์ใดที่ “เขาทั้งสอง” ได้เป็นที่ตั้ง

เน้นที่จะเพิ่ม ...

ทั้งความเป็นอยู่ที่ดีสุดสบาย

ความพึงพอใจ สุขใจ สบายใจ เชื่อใจ

ความมีส่วนร่วมในการดูแล

อาจจะรวมถึงความรู้สึกที่ทำให้เขาภูมิใจที่เลือกเรา

และมุ่งหวังลดในสิ่งที่เขาจะเสีย ...

ไม่ว่าจะเป็นความเหนื่อย

เสียตายไม่คุ้มค่าคุ้มราคา

การเสียแรง

เสียโอกาส

เสียเวลา

เสียเงิน

เสียรู้สึก

ได้นำมาเป็นหลักการในแนวคิดแล้ว ผู้เขียนเชื่อเหลือเกินว่าสิ่งนี้จะเป็ประโยชน์ที่ดีและทำให้เกิดประสิทธิภาพและความสำเร็จในงานการดูแลของท่านอย่างแน่นอน

ในด้านการออกแบบและสร้างพื้นที่ทั้งภายนอกและภายใน ในส่วนต่างๆของการบริการเพื่อการฟื้นฟู ผู้สูงวัยในช่วงเวลาที่เปราะบางและต้องการการฟื้นฟูที่ค่อนข้างเข้มข้นโดยทีมสหสาขาวิชาชีพมีเป้าหมายที่จะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่สำคัญอยู่ 4 ประการ

1. Patient Stress Reduction

เพื่อที่จะลดความทรมานจากการเจ็บป่วยและการฟื้นฟูระยะยาว ความเครียดของครอบครัวในการฟื้นฟูผู้สูงวัย รวมถึงความไม่รู้และความกังวล เน้นการผสมผสานธรรมชาติ พื้นที่สีเขียวเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของการออกแบบ มีหลักฐานในการช่วยผู้มารับบริการในด้าน ลดความดันโลหิต ลดการตีตัวของกล้ามเนื้อ ให้ความรู้สึกที่ดีและยังเพิ่มความสุขภาพที่ดี (Well-being)^{19,20} ในบางการศึกษาในต่างประเทศที่ชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ของสวนสวยที่ผสมผสานในการบำบัดรักษา (Healing Garden) ในกลุ่มผู้ป่วยอัลไซเมอร์ ให้ได้มีกิจกรรมภายนอกห้องพักสูกิจกรรมกลางแจ้งบ้าง มีรายงานถึงอารมณ์ที่หงุดหงิดก้าวร้าวที่ลดลง ลดปัญหาด้านพฤติกรรมที่ไม่ดี (Behavioral Disorder) เพิ่มโอกาสการนอนหลับที่ดีมากขึ้น อีกทั้งยังช่วยให้เจริญอาหาร²⁵

2. Falling Reduction

การออกแบบเพื่อเน้นการป้องกันพลัดตกหกล้มและโอกาสป่วยซ้ำจากภาวะแทรกซ้อนซึ่งจะนำกลับไปสู่โรงพยาบาลอีกครั้ง การให้ความสำคัญกับผังสถานดูแล (Lay-out Floor Plan) ที่เหมาะสม พื้นที่เรียบเสมอกัน การติดตั้งราวจับอย่างทั่วถึง รวมถึงการใช้แผ่นปูพื้นที่ไม่ลื่น สามารถช่วยลดอุบัติเหตุการพลัดตกหกล้ม ได้กว่า 50%^{17, 18}

3. Patient Satisfaction

การออกแบบเพิ่มความพึงพอใจ ความสบายใจและความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยด้วยมาตรฐานที่ดีและเหมาะสม เพิ่มโอกาสและความหวังในการกลับไปมีคุณภาพของชีวิตที่ดีขึ้น เช่น การผสมผสานให้มีเสียงดนตรีในอาคาร¹⁶

การออกแบบให้เกิดสภาพที่ผู้มารับบริการสามารถควบคุมบางสิ่งได้ด้วยตนเอง เช่น ความสว่างของห้อง ความร้อน เย็นของอุณหภูมิในห้องพัก รวมถึงสิ่งอำนวยความสะดวกได้เอง จะทำให้เกิดความพึงพอใจและความสงบสุข¹⁵ ในการพักอาศัย นอกจากนี้ยังมีเรื่องของการออกแบบเพื่อความเป็นส่วนตัว แต่ทีมพยาบาลยังดูแลได้ทั่วถึง การประสานนวัตกรรมด้านการดูแล การทำให้เกิดความรู้สึกในการควบคุมได้ (Sense of Control) และความสามารถ ในการร้องขอ^{10, 11, 12, 13, 14} ก็เป็นส่วนหนึ่งของเป้าหมาย ในการออกแบบที่จะช่วยเติมเต็มด้านจิตใจและ ความรู้สึกที่ดีในการดูแลได้

4. Staff' s Job Satisfaction

สร้างความพึงพอใจในการให้บริการรวมถึงพนักงาน โดยคิดถึงความรู้สึกของมนุษย์เป็นศูนย์กลาง (Human Centric Concept) มีหลักฐานว่าความพึงพอใจของทีมงานที่โรงพยาบาลที่ดี มีผลโดยตรงต่อผลลัพธ์การให้บริการที่ดีต่อผู้ป่วย และมีคุณภาพการให้บริการที่ดีขึ้น^{21, 22} ความการออกแบบการตกแต่งที่ดี สวยงาม ร่มรื่นภายในอาคาร การใช้ แผ่นกระจกบานใหญ่เพื่อให้แสงธรรมชาติเข้าถึงได้และใกล้ชิดธรรมชาติ มีพื้นที่สีเขียว ในสัดส่วนที่มาก²⁴ นั้นช่วย ทางด้านความพึงพอใจในการทำงานของเจ้าหน้าที่โดยตรง การออกแบบ circulation zone อย่างเหมาะสม ลดระยะ ทางที่ไม่จำเป็น ช่วยเพิ่มความสามารถในการทำงานและ ความพอใจในการทำงานได้อย่างมาก²³ อีกทั้งการเลือกสีที่ ทาภายในอาคารและการออกแบบป้ายที่เป็นสัญลักษณ์ในอาคารก็ช่วยในเรื่องนี้โดยตรง

ในมุมมองของผู้เขียนขอเสนอข้อพึงตระหนักของสถานดูแลผู้สูงอายุควรจะต้องตระหนักและทำความเข้าใจว่า ผู้มารับบริการ (ทั้งตัวผู้สูงอายุเองและครอบครัว) นั้นเข้ามาใช้บริการพร้อมกับความคาดหวัง ต้องการให้เราช่วยแก้ไข “ปัญหา” ที่เขาเหล่านั้นมี “จุดคาดหวัง” ในด้านการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสิ่งต่าง ๆ เหล่านี้ได้ถูกกำหนดเป็นมาตรฐานเบื้องต้น แล้วในกฎกระทรวงว่าด้วยมาตรฐานกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2563 ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านสถานที่ ด้านความปลอดภัย และด้านการให้บริการ⁴

1. กังวลในความซับซ้อนของอาการความเจ็บป่วย
2. ขาดคนที่มีความรู้ ทักษะที่ดีเพียงพอ
3. ความไม่พร้อมของสถานที่ในการดูแล
4. เครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นที่สำคัญในการดูแล
5. การบันทึกเก็บข้อมูลและเฝ้าระวังอาการที่สำคัญ

สิ่งเหล่านี้ทำให้มีภพความเครียดความหวังและความกังวลมาด้วยเสมอ ซึ่งเป็นสิ่งที่ทีมงานเจ้าหน้าที่ทุกคน ควรจะต้องตระหนักและบริหารร่วมกัน ในการจัดการ “ประสบการณ์ (Expirence) และความคาดหวัง (Expectation)” ภายใต้กรอบการให้บริการและทรัพยากรที่จำกัด ควรเน้นผู้มารับบริการและสร้างผลลัพธ์ ให้ “สอดคล้อง” กับความคาดหวังที่แท้จริง ขอยกตัวอย่างประกอบ เช่น

1. กังวลในความซับซ้อนของอาการความเจ็บป่วย

Solution: มีการเตรียมความพร้อมของทีมงาน การดูแลแบบองค์รวม มีการประเมินผู้ป่วยครบถ้วนทุกด้าน มีการวางแผนการรักษาดูแล รับส่งอาการจากโรงพยาบาลต้นทางและมีการทบทวนปรับปรุงอย่างต่อเนื่องเพื่อการฟื้นฟู อย่างดีที่สุดตามแผน

2. ขาดคนที่มีความรู้ ทักษะที่ดีพอ

Solution: มีการอบรมเจ้าหน้าที่ภายในที่อย่างต่อเนื่อง เสริมทักษะและความรู้ที่จำเป็นต่อพนักงาน ทุกคน ที่เกี่ยวข้องในบริบทของแต่ละสถานดูแล เช่น การปฐมพยาบาลช่วยเหลือผู้ชีวิต การล้างมือ การดูแล เรื่องความสะอาด การกายภาพเบื้องต้น การดูแลประเภทผู้ป่วยที่พบบ่อย เรียนรู้จากกรณีศึกษาและมี การเรียนรู้ต่อเนื่อง

อย่างเหมาะสมพบทวนหากมีการดูแลที่ผิดพลาดและนำกลับมาเป็นแนวทางแก้ไข เติมความรู้ที่สำคัญและทักษะที่จำเป็นต่อการดูแลผู้สูงวัยที่มาพักรักษาเพื่อประสิทธิภาพที่ดี

3. ความไม่พร้อมของสถานที่ในการดูแล

Solution: การจัดเตรียมอาคารสถานที่ในสถานดูแลผู้สูงอายุของท่านให้มีความพร้อมในด้านการใช้ชีวิตอยู่อย่างสะดวกสบาย ปลอดภัย มีหน่วยการให้บริการอย่างครบถ้วน เช่น งานด้านการพยาบาล ห้องตรวจโรค ห้องทำหัตถการ งานด้านกายภาพบำบัด ระบบรับส่งผู้ป่วยฉุกเฉิน การออกแบบอย่างถูกต้องตามหลัก Universal Design^{7, 26} เช่น ความสว่าง ทางลาดทางชัน ประตู ลูกบิด ห้องน้ำที่เหมาะสม บันไดที่ไม่ชันมากเกินไป และติดตั้งราวจับทางเข้าออก ทางหนีไฟ อุปกรณ์ดับเพลิงที่เหมาะสม ลิฟต์โดยสารต่าง ๆ และมีสิ่งอำนวยความสะดวก การกายภาพฟื้นฟูและการจัดกิจกรรมอย่างเหมาะสม ตามมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข⁵ รวมไปถึงความสะอาด และการถูกสุขลักษณะ มีการจัดการเรื่องการควบคุมความเสี่ยง เรื่องโรคติดต่อ โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านระบบทางเดินหายใจ (โดยเฉพาะช่วงการระบาดของ COVID-19 ตามมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข)⁵ เช่น ระยะห่างระหว่างเตียงที่เหมาะสม มากกว่า 1 - 1.5 เมตรขึ้นไป การติดตั้งเครื่องจ่ายน้ำยาฆ่าเชื้อ การติดตั้งอุปกรณ์คัดกรองหรือวัดไข้ การจัดพื้นที่ในการจัดกิจกรรมสอดคล้องกับหลักการ Physical Distancing การจัดพื้นที่ให้พบญาติหรือพื้นที่รับผู้ป่วยใหม่หรือกลุ่มเสี่ยงที่มาจากโรงพยาบาล

4. เครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นที่สำคัญในดูแล

Solution: ลงทุนในการจัดหาอุปกรณ์ทางการแพทย์และการบริการที่มีความจำเป็นต่องานบริการทางด้านการดูแลผู้สูงวัยตามมาตรฐาน⁴ ไม่ว่าจะเป็น เครื่องกระตุกไฟฟ้าหัวใจ (AED) เครื่องวัดความดัน เครื่องวัดไข้ เครื่องชั่งน้ำหนักอาจเป็นเครื่องชั่งปกติ รวมถึงแบบที่ชั่งทั้งรถเข็นนั่งหรือนอน รวมถึงอุปกรณ์การกายภาพ ที่เหมาะสม ซึ่งจะทำให้งานคุณภาพในการดูแลเกิดขึ้นและเป็นสิ่งที่จะช่วยเสริมภาพของงานบริการให้ดูเป็น มืออาชีพมากขึ้น

5. การบันทึกเก็บข้อมูลและเฝ้าระวังอาการที่สำคัญ Solution: การจัดทำระบบเก็บข้อมูลและส่งต่อข้อมูลรวมถึงอาการสำคัญที่ผู้สูงวัยอาจจะเกิดขึ้นซึ่งผู้ประกอบการควรให้ความสำคัญเนื่องจากข้อมูลส่วนนี้เป็นข้อมูลทางการแพทย์ที่จะทำให้การรักษาต่อเนื่องในกรณีต่างๆ สามารถเกิดงานคุณภาพที่ดีได้อันเป็นจุดที่มีความสำคัญต่อความปลอดภัยและความไว้วางใจของผู้มารับบริการ และให้เป็นไปตามมาตรฐานของการรักษาความปลอดภัยของข้อมูลตามกฎหมายคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล

การบริการในการดูแลผู้สูงวัยที่เน้นการฟื้นฟูที่คืนความเป็นปกติเป็นกุญแจสำคัญ เป็นปัจจัยดังกล่าวจะทำให้องค์กรประสบความสำเร็จจะต้องมอบ “คุณค่า” ที่เกิดจากงานการฟื้นฟูผู้สูงวัยให้แก่ผู้มารับบริการ

จากประสบการณ์ในการทำงานของผู้เขียนพบว่า มี Key Success อยู่ 4 ประการด้วยกัน ที่ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ทุกระดับต้องยึดถือปฏิบัติ ได้แก่

1. เอาใจเขามาใส่ใจเราและใส่ใจในรายละเอียด

ในทุกเรื่องทุกส่วนของการให้บริการด้านการแพทย์ และการบริการ ทุกคนมารับบริการด้วยความคาดหวัง ความไม่สบาย กายไม่สบาย หากเราตอบ “ออกแบบ” การจัดการของเราให้ได้พร้อมถึง

การลดความสูญเสีย เช่น เสียเงินอย่างเปล่าประโยชน์ เสียเวลา เสียพลังงาน เสียแรง เสียความรู้สึก และเพิ่มผลประโยชน์ เช่น เพิ่มคุณภาพการดูแลให้มีมาตรฐาน เพิ่มความคุ้มค่าในการใช้จ่ายเวชภัณฑ์ที่ประหยัดและเหมาะสมเพิ่มความรู้สึกที่ดีในความสัมพันธ์ระหว่างกัน เป็นต้น

2. ฟังและให้ความสำคัญกับเสียงของผู้มารับบริการ

ในงาน Long-term care service ในความเป็นจริงเราไม่ได้ดูแลเฉพาะผู้สูงวัยเท่านั้นแต่เรายังต้องดูแลญาติและครอบครัวด้วย ความต้องการ ความคาดหวังมีหลากหลาย การฟังอย่างลึก (Deep Listening) จึงเป็นสิ่งสำคัญ ช่วยสร้างความสัมพันธ์ที่ดีและลดความขัดแย้ง

3. พัฒนางานตามเสียงที่สำคัญของผู้มารับบริการอย่างรวดเร็ว

การพัฒนาและต่อยอดให้งานบริการมีความปลอดภัย ถูกต้อง รวดเร็ว ตอบโจทย์ผู้มารับบริการและเจ้าหน้าที่ของเราเอง มีความสำคัญและจะสร้างความเชื่อมั่นและสัมพันธภาพที่ดีของคนภายในและภายนอกองค์กรได้เป็นอย่างดี เกิดภาพลักษณ์การบริการที่น่าประทับใจ และองค์กรก็มีวัฒนธรรมแห่งการพัฒนาตนเอง

4. ออกแบบบรรยากาศการให้บริการและการจัดบริการที่ดี

การออกแบบที่มุ่งเน้น Universal Design ที่อาจสรุปเป็นสั้น ๆ ได้ว่า ทุกคนเท่าเทียม ยอดเยี่ยมยืดหยุ่น ใช้งานได้ง่ายเข้าใจได้ มีความปลอดภัย ขนาดเหมาะสม อีกทั้งการผสมธรรมชาติ พื้นที่สีเขียว งานศิลปะที่เหมาะสม รวมถึงการสอน อบรมพฤติกรรมบริการที่อยู่บนพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ (Humanized Care Concept)

กรณีศึกษาการจัดการให้บริการในโรงพยาบาลผู้สูงอายุ Chersery Home International และศูนย์ส่งเสริมและฟื้นฟูผู้สูงอายุ The Senizens

Chersery Home International Hospital เป็นโรงพยาบาลเฉพาะประเภทผู้ป่วยสูงอายุ และศูนย์ส่งเสริมและฟื้นฟูผู้สูงอายุ The Senizens เป็นสถานประกอบการดูแลผู้สูงอายุ ในรูปแบบ High-Facility Nursing home มาจากความคิดในการดูแลผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลด้านร่างกาย และจิตใจที่สมบูรณ์แบบภายใต้สภาพแวดล้อมที่เหมาะสม ได้รับการออกแบบในการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุ เพื่อให้แน่ใจว่าผู้สูงอายุมีความสุข ดูแลเป็นองค์รวม (Holistic care) และเอาผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลาง (Patient-Family Centered Care) เป็นทางเลือกและบริการทางการแพทย์ในการฟื้นฟูสุขภาพโดยสหสาขาวิชาชีพ มีบริการห้องพักระยะสั้น กลาง และระยะยาว ตลอด 24 ชั่วโมง โดยเน้นการฟื้นฟูระยะกลาง (Intermediate care) ประมาณ 3-6 เดือนสามารถจำหน่ายกลับบ้านเพื่อครอบครัวไปดูแลต่อได้อย่างปลอดภัยและมีความสุข

เน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนในช่วงการฟื้นฟู บริการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาเฉพาะด้านและหลังออกจากโรงพยาบาล เช่น

- นอนติดเตียงดูแลตัวเองได้น้อย
- ผู้ป่วยหลังผ่าตัดเคลื่อนไหวได้น้อย จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟู
- Stroke อ่อนแรง ปัญหาหลอดเลือดสมอง
- ภาวะสมองเสื่อม / อัลไซเมอร์
- ผู้สูงอายุที่ต้องการการพยาบาลดูแลใกล้ชิด
- ผู้ป่วยภาวะต่าง ๆ การดูแลประคับประคองในระยะท้าย (P)
- จุดแตกต่างในการให้บริการของโรงพยาบาลผู้สูงอายุ Chersery Home International และ

The Senizens (Differentiation Points)

1. ทำงานกันเป็นทีมอย่างเข้มข้น (Team Work)

ร่วมกันทั้งสหสาขาวิชาชีพ ทั้งด้านการแพทย์ พยาบาล เวชศาสตร์ฟื้นฟู รวมถึงวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง (p)

2. เอาผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางในการดูแล (Patient-Family Based Approach)

เป็นหลักในงานทำงาน เน้นความมีส่วนร่วมในการตัดสินใจร่วมกัน ให้ความรู้และความเข้าใจในการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่ระหว่างพักรักษาจนกระทั่งกลับไปดูแลต่อที่บ้าน

3.แนวคิด Be Better Day ในวัฒนธรรมองค์กร

“พรุ่งนี้ต้องดีขึ้น” เป็นวัฒนธรรมขององค์กรในการพัฒนาการให้บริการที่ดี มีมาตรฐาน ความปลอดภัยและเพิ่มความเข้าใจให้กับผู้มารับบริการ

4. สนับสนุนคิดแตกต่างแปลกใหม่ นอกกรอบ เพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่อง เช่น

ระบบการประเมินผู้ป่วยก่อนเข้ารับบริการ (Comprehensive Patient Transferring System) เน้นการประเมินกรณีผู้ป่วยแต่ละรายอย่างครบถ้วนก่อนเข้าพักรักษา ทั้งประเด็นด้านการแพทย์ การพยาบาล จุดสำคัญ ภาวะที่ควรระมัดระวังในการดูแล แนวทางการฟื้นฟู เป้าหมายของการรักษา รวมถึงประเด็นทางด้านความสัมพันธ์ ครอบครัว การเงินและสังคม

จัดตั้งศูนย์นวัตกรรมเพื่อการพัฒนาและการปฏิบัติการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ: ICanDo center เน้นการสร้างนวัตกรรม ผลิตภัณฑ์หรืองานบริการใหม่ๆ จากจุดที่เป็นปัญหาที่เกิดในการดูแลนำไปสู่การตอบโจทย์ขององค์กรและสังคม เช่น ผ้าอ้อมผู้ใหญ่ย่อยสลายได้ (Biodegradable Diapers) อาหารอ่อนในรูปแบบพุดดิ้ง เพื่อผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางด้าน การเคี้ยวและการกลืน (Soft Pudding- AMAMA Pudding) และ “กล่องรู้ใจ” ที่บรรจุแผ่นภาพเพื่อช่วยการสื่อสารของผู้สูงวัย

คลินิกกระตุ้นสมองผู้สูงวัยสมองเสื่อม Cognitive Enhancement and Rehabilitation Center) เน้นจัดกิจกรรมดี ๆ ที่เหมาะสม โดยทีมสหสาขาวิชาชีพชำนาญานที่สามารถกระตุ้นสมองและความจำสำหรับผู้สูงวัยจะมีลักษณะที่ใช้การทำงานของสมองหลายๆส่วน ทั้งสมาธิ การจดจำ จินตนาการ คำนวน ตระรกะเหตุผล การวางแผน การตัดสินใจ รวมถึงการพูดคุยสื่อสาร ทั้งสมองซีกซ้ายและขวาอย่างสมดุล กิจกรรมผ่านศิลปะ เกมต่างๆ ดนตรีการเข้ากลุ่ม การพูดคุย การนำเอาหลักการทางกิจกรรมบำบัดมาช่วยจัดโปรแกรม

5. มีทีมงานคนรุ่นใหม่ มีพลังในการสร้างสรรค์งานเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้สูงวัยและครอบครัว จุดท้าทายสำคัญของการบริหารและการบริการในสถานดูแลผู้สูงอายุนานาชาติของประเทศไทย ได้แก่

1. ความขาดแคลนด้านบุคลากรทุกระดับ

การดูแลผู้สูงอายุเป็นงานบริการที่ต้องใช้ “ใจ” และความอดทน ต้องมีความรู้และทักษะด้านการดูแล การพยาบาล การบริบาล ที่ต้องใช้บุคลากรวิชาชีพค่อนข้างมากที่อาจต้องมีประสบการณ์ที่ดีมากพอ ปัญหาผูกโยงกับสถานศึกษาที่ผลิตบุคลากรยังมีน้อยมากเมื่อเทียบกับความต้องการ ชั่วโมงการทำงานที่นับว่างานหนัก ค่าตอบแทนอาจไม่เพียงพอ ทั้งที่ทำงานบนความคาดหวังที่สูงของทุกฝ่าย

แนวทางการแก้ไข

เพิ่มหลักสูตรด้านการดูแลผู้สูงอายุ ในรูปแบบการอบรมให้เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขทุกระดับให้มีความรู้ความเข้าใจมีแผนแก้ไขปัญหาระยะสั้น ระยะกลาง ระยะยาว เน้นทั้งทางด้านเนื้อหาวิชาการด้านการแพทย์และควรเสริมเรื่อง Service mind และภาษาต่างประเทศด้วย อีกทั้งการสร้างแนวทางการเติบโตในเส้นทางอาชีพและรายได้ที่เหมาะสมก็เป็นสิ่งสำคัญ

2. การดำเนินงานบนความคาดหวังและความเสี่ยงทางการแพทย์สูงมาก

เพราะเนื่องด้วยสภาพความป่วย ความชรา และโรคประจำตัวที่พร้อมจะเกิดเหตุการณ์ไม่คาดฝันตลอดเวลา เช่น โภกาสพลตกหล่น การสำลักอาหาร การเกิดภาวะฉุฉุนระบบหัวใจและหลอดเลือด ภาวะหัวใจหยุดเต้น และอื่นๆ ดังนั้นความพร้อม การฝึกอบรม และประสบการณ์ในการดูแลจึงสำคัญมาก อาจเผชิญความเสี่ยงเรื่องความเครียดของบุคลากรเรื้อรัง ภาวะซึมเศร้า ภาวะหมดไฟในการทำงาน รวมถึงภาวะทำร้ายคนสูงอายุ (Elderly Abuse) ที่อาจส่งผลกระทบต่อด้านลบในการดูแล

แนวทางการแก้ไข

ให้ความรู้แก่บุคลากรถึงภาพรวมของงานที่ทำ เป้าหมายของการทำงาน มีการประชุมสหสาขาวิชาชีพปรึกษาหารือแลกเปลี่ยนปัญหาในการทำงานร่วมกัน มีระบบพี่เลี้ยงที่ปรึกษา มีภาระงานที่เหมาะสม หมั่นสำรวจสภาพจิตใจของพนักงานในองค์กร การเปิดพื้นที่ในการแจ้งปัญหา เน้นการจัดการปัญหา ที่ไม่มุ่งเน้นบุคคล เน้นที่การ

ปรับปรุงระบบและวางแผนเรื่องความเสี่ยงด้านต่างๆ อย่างเป็นรูปธรรม เช่น ความปลอดภัยในการให้บริการ ด้านการแพทย์พยาบาล ด้านอาคารสถานที่ ด้านการจัดการข้อร้องเรียนและความขัดแย้ง เป็นต้น

3. การขาดองค์ความรู้ด้านการออกแบบอาคารสถานที่ที่เหมาะสมในการดูแลและการทำงานของบุคลากร

ผู้ประกอบการที่สนใจในงานด้านการดูแลผู้สูงอายุอาจยังไม่มี ความเข้าใจและองค์ความรู้ที่มากพอในการคิดถึงประเด็นด้านมาตรฐานที่สูงเพียงพอในการดูแลเพื่อความปลอดภัยและคุณภาพชีวิตที่ดี ประเด็นด้านส่วนงานบริการที่เกี่ยวข้อง งานพยาบาล งานโภชนาการ งานสุขภาพิบาล งานเครื่องมือแพทย์ และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมไปถึงการออกแบบเพื่อให้บุคลากรเจ้าหน้าที่มีความสุขและมีสุขภาวะที่ดีในการทำงาน

แนวทางการแก้ไข

การให้ความรู้ในสื่อต่างๆ เวทีต่างๆ รวมถึงการจัดอบรมเชิงปฏิบัติการด้านมาตรฐานการดูแลทั้งส่วนของอาคารสถานที่ที่ได้รับการออกแบบอย่างเหมาะสม มี Universal Design อีกทั้งมาตรฐานการบริการ ส่วนสนับสนุนสุขภาพิบาลการดูแลความสะอาด เรียบร้อย เพื่อสร้างความพึงพอใจและคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่คนที่อยู่ในสถานทีนั้นๆ คน

ภาคผนวกรายละเอียดกระบวนการทำงาน

ภาพรวมกระบวนการดำเนินงานในสถานดูแลผู้สูงอายุและรายละเอียดดังนี้

1. กิจกรรมแรกเข้า

- เน้นการรับประวัติใหม่ที่ครบถ้วน ทั้งในส่วนการระบุตัวตนผู้ป่วยข้อมูลทางด้านการแพทย์และการพยาบาล รวมไปถึงด้านการกายภาพที่มีความต่อเนื่องมาจากที่เดิมไม่ว่าจะเป็นที่บ้าน ที่โรงพยาบาลหรือที่ศูนย์การดูแลที่อื่นๆ

- มีการระบุขั้นตอนการปฏิบัติต่อผู้ป่วยสูงอายุเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
- มีแนวทางการรักษาความลับของผู้สูงอายุ

เอกสารประกอบที่จำเป็นเมื่อแรกเข้ารับบริการ ประกอบด้วย

- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สนับสนุนหรือญาติ
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้สนับสนุนหรือญาติ
- สำเนาทะเบียนบ้านของผู้สูงอายุ/บัตรต่างด้าว
- สำเนาบัตรประชาชนของผู้สูงอายุ
- ประวัติการรักษา ยา และ/หรือบัตรนัดของแพทย์

หมายเหตุ สื่อสารกับผู้สูงอายุและญาติ เพื่อให้ผู้สูงอายุ และญาติเข้าใจกระบวนการในการให้บริการและกิจกรรมต่างๆ การดูแลทางการแพทย์หรือโรงพยาบาลใกล้เคียงหากเกิดเหตุฉุกเฉินขึ้นกับผู้สูงอายุ

2. กิจกรรมระหว่างอาศัย

- มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพ โดยการวิเคราะห์ความต้องการ และความคาดหวังของผู้สูงอายุ หรือบุคคล/หน่วยงานที่ใช้บริการ หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

- เน้นมีกระบวนการรับคำร้องเรียน/คำร้องทุกข์จากผู้สูงอายุ และเจ้าหน้าที่ ทำให้เกิดการปรับปรุงการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

- การจัดการความเสี่ยงด้านต่างๆ ทั้งด้านการดูแลผู้สูงอายุ ด้านสนับสนุน ด้านการประสานงานต่างๆ
- มีกลไกการกำหนดแนวทางการปฏิบัติงาน การสื่อสารและการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพ ทันทีทันที่

และลดความเสี่ยงต่อการถูกฟ้องร้อง

- มีกิจกรรมพัฒนาคุณภาพโดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ ผู้สูงอายุและญาติในการพัฒนาคุณภาพการให้บริการ

- มีการระบุขั้นตอนการปฏิบัติต่อผู้ป่วยสูงอายุเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
- มีการรักษาความลับของผู้สูงอายุและเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้สูงอายุทุกราย

กิจกรรมประจำวันเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

- รับประทานอาหารที่เหมาะสม ถูกสุขลักษณะ
- ออกกำลังกายหรือกิจกรรมกายภาพบำบัดตามความเหมาะสม
- รับประทานอาหารว่าง
- กิจกรรมสนทนาการที่สนใจ
- กิจกรรมเชิงการสานสัมพันธ์ที่ดีให้กับครอบครัวตั้งสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ

เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้มารับบริการเฉพาะกลุ่มได้มากขึ้น

1. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาภาวะสมองเสื่อม

- เน้นการดูแลเพื่อฟื้นฟูสุขภาพและศักยภาพของสมอง
- ควรเน้นจัดกิจกรรมที่กระตุ้นสมองและฝึกทักษะการใช้ ชีวิตประจำวัน
- มีคนคอยดูแลเรื่องยาและอาหารที่เหมาะสม รวมถึงเน้น สร้างความสัมพันธ์อันดีในครอบครัว
- สื่อสารกับครอบครัวในด้านพัฒนาการการจัดกิจกรรมและการดูแลของเรา

2. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการช่วยเหลือตัวเองระดับสูง

- ควรเน้นการบำบัดฟื้นฟูสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง
- ควบคุมดูแลโดยทีมงานวิชาชีพที่เข้าใจ และสามารถวางแผนการรักษาได้เป็นอย่างดี อย่างใกล้ชิด
- ดูแลด้านโภชนาการเพื่อการฟื้นฟูอย่างรอบด้าน

3. กลุ่มผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการดูแลไม่มากนักแต่ครอบครัวไม่มีเวลาดูแล

- ควรเน้นกิจกรรมที่มีความหลากหลายเน้นกิจกรรมที่สร้างสรรค์และผ่อนคลายความเครียด และเลือก

รับประทานอาหารที่ดีและเหมาะสม เพื่อที่จะคงศักยภาพของการใช้ชีวิตและการมี คุณภาพชีวิตที่ดีไว้ให้นานที่สุด

- รับประทานอาหาร
- พักผ่อนตามอริยาศัย
- กิจกรรมสนทนาการที่สนใจ
- รับประทานอาหารว่าง
- ออกกำลังกายหรือกิจกรรมกายภาพบำบัดตามความ เหมาะสม
- ประเมินสมรรถภาพทางร่างกายของผู้สูงอายุ

กิจกรรมที่เกี่ยวกับการบริการสถานดูแลผู้สูงอายุ (โดยทีมการแพทย์พยาบาล) ประกอบด้วย

- ทำความสะอาด ดูแลรักษาสถานที่ ให้มีความเหมาะสมถูกสุขลักษณะ
- โภชนาการและการประกอบอาหาร ให้มีความเหมาะสมกับผู้สูงอายุในด้านการบดเคี้ยวภาวะโภชนาการ

และการดูแลสุขภาพ

- ประเมินสมรรถภาพทางร่างกายของผู้สูงอายุ ให้มีความเหมาะสมกับสภาพร่างกายโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ในการร่วมประเมินและช่วยเหลือในการออกกำลังกายอย่างเหมาะสม

- ตรวจสอบและบำรุงรักษาสถานที่เครื่องมืออุปกรณ์และสิ่งของทางการแพทย์ต่างๆ ให้อยู่ในสภาพดี

ให้เกิดความพร้อมใช้ความปลอดภัย

- ประชุมแลกเปลี่ยนข้อมูลที่จำเป็นระหว่างผู้สูงอายุและครอบครัวกับทีมผู้ให้บริการ ทำให้เกิดความเข้าใจอันดีและมีการติดตามอาการอย่างใกล้ชิดหากมีอาการเปลี่ยนแปลงหรือแจ้งความคืบหน้าในการรักษาการดูแลเพื่อความสบายใจและมีทิศทางในการรักษาตรงกัน

- ประชุมทีมผู้ให้บริการเพื่อพัฒนาคุณภาพ โดยการวิเคราะห์ความต้องการและความคาดหวังของผู้สูงอายุ เพื่อพัฒนางานให้มีคุณภาพและตรงกับความต้องการกับผู้สูงอายุและผู้มารับบริการมากขึ้นเพื่อสร้างความพึงพอใจสูงสุด

3. กิจกรรมเมื่อออกจาก Nursing Home

- พุดคุยสอบถามประเมินความพึงพอใจของผู้สูงวัยและผู้มารับบริการในการที่จะนำไปปรับปรุงการให้บริการครั้งถัดไป

- มีการสรุปเอกสารและรายละเอียดการดูแลในช่วงเวลาที่ผ่านมาให้ครอบครัวทั้งด้านร่างกายจิตใจสังคมและความสัมพันธ์กิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงวัยท่านนั้นเพื่อที่จะได้นำไปเป็นข้อมูลที่สำคัญให้กับครอบครัวในการดูแลต่อไปด้วยความปลอดภัยและการคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีที่สุด

- มีกระบวนการในการให้ข้อมูลด้านสุขภาพเบื้องต้นและคำแนะนำที่จะเป็นประโยชน์ในการดูแลตัวเองและการสังเกตอาการหากมีอาการผิดปกติเมื่อเกิดขึ้นที่บ้านล้งออกจากศูนย์ที่ดูแลไปแล้ว

ผู้เขียนเน้นที่จะนำ “หลักการ 5 ใจ” ได้นำมาใช้ในการจัดการและการบริหารงานเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีที่สุดสำหรับผู้มารับบริการและผู้ที่เป็นลูกค้ำทั้งลูกค้ำภายนอกและลูกค้ำภายใน ไม่ว่าจะเป็น ...

รู้ใจ

มั่นใจ

สบายใจ

เชื่อใจ

และภูมิใจ

มาใช้เพื่อให้ผู้มารับบริการรวมไปถึงพนักงานทุกคน การทำงานภายใต้แนวคิดทำทุกอย่างเพื่อหวังที่จะปฏิบัติให้ “เหมือนคนในครอบครัว” และ ... “ให้ก่อนที่จะรับ”

เชื่อว่าความเข้าใจในความรู้สึกของมนุษย์ด้วยการ “เอาใจเขามาใส่ใจเรา” ก่อนนั้นเป็นกุญแจดอกสำคัญที่จะทำให้การจะเริ่มต้นทำอะไรคิดสร้างสรรค์งานบริการใดใครรวมไปถึงธุรกิจที่จะทำอะไรก็ตามดำเนินไปอย่างถูกต้องตามทำนองคลองธรรม ดำเนินการไปได้ด้วยดีและจะประสบความสำเร็จอย่างแน่นอน สิ่งนี้ไม่เพียงแต่จะทำให้เกิดความภาคภูมิใจของพนักงานทุกคนที่มีส่วนร่วมในการสร้างสรรค์การบริการที่ดีและเป็นประโยชน์ต่อผู้มารับบริการทุกคน

สิ่งนี้ยังจะทำให้ผู้ป่วยและญาติเองรู้สึกมีความภาคภูมิใจที่เขาเลือกไม่ผิดที่ได้มาใช้บริการสถานดูแลผู้สูงอายุของท่านเองและเชื่อว่าหากท่านได้นำหลักการนี้ไปใช้เป็นกรอบในการดำเนินการหลักก็จะทำให้ได้ผล ไม่แตกต่างกันองค์กรก็สามารถพัฒนาต่อไปได้ ส่งมอบงานบริการที่ดีไปได้นานๆ ผู้รับบริการก็มีความสุขสบายใจมีความภาคภูมิใจที่จะบอกต่อเกิดเป็นเสียงปากต่อปากไปอย่างไม่มีที่สิ้นสุด

กลายเป็นว่าทุกคนทุกฝ่าย “ได้” กันทั้งหมด

ขอให้ความมั่นใจได้ว่า “ธุรกิจการดูแลผู้สูงอายุที่ได้เริ่มต้นจากใจและคุณภาพ ... เป็นสิ่งที่ทุกคนต้องการ” และสามารถประสบความสำเร็จได้อย่างแน่นอน

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2550
2. รายงานพิจารณาศึกษาปัญหาทางด้านสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ของคณะกรรมการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ (10) ปี พ.ศ. 2560
3. กฎกระทรวงกิจการการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้มีภาวะพึ่งพิง พ.ศ. 2563
4. กฎกระทรวงกำหนดลักษณะของสถานพยาบาลและลักษณะการให้บริการของสถานพยาบาล พ.ศ. 2558
5. คู่มือการปฏิบัติตามมาตรการผ่อนปรนกิจการและกิจกรรม เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 สำหรับประเภทกิจการและกิจกรรม กลุ่มที่ 2 กระทรวงสาธารณสุข สำหรับกิจการการดูแลผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง หน้า 70-74
6. ปิยะบุตร บุญอร่ามเรือง, พีรพัฒน์ โชคสุวัฒน์สกุล, ปิยะบุตร เอี่ยมจรรย์ลาภ, ชวิน อุ๋นภัทร และ จิตติรัตน์ ทิพย์สมัยฤทธิกุล แนวปฏิบัติเกี่ยวกับการคุ้มครองข้อมูลส่วนบุคคล ศูนย์วิจัยกฎหมายและการพัฒนา คณะนิติศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตุลาคม 2562
7. รศ.ไตรรัตน์ จารุทัศน์ Universal Design Guidebook คู่มือการออกแบบเพื่อทุกคน
8. Economic evaluation of a geriatric day hospital: cost-benefit analysis based on functional autonomy changes Michel Tousignant et al. Age Ageing. 2003 Jan.
9. Evidence Hospital Design. A literature review of the recent publications about the EBD impact of built environment on hospital occupants' and organizational outcomes Ann Ig 2019; 31: 165-180 doi:10.7416/ai.2019.2269
10. Wood LC, Wang C, Abdul-Rahman H, Abdul-Nasir NSJ. Green Hospital Design: Integrating Quality Function Deployment and End-User Demands. J Clean Prod 2016; 112: 903-13. doi:10.1016/j.jclepro.2015.08.101
11. Alvaro C, Wilkinson AJ, Gallant SN, Kostovski D, Gardner P. Evaluating Intention and Effect: The Impact of Healthcare Facility Design on Patient and Staff Well-Being. HERD 2016; 9(2): 82-104.
12. Barnes S, Torrington JM, Lindquist KP. Does the design of hospitals meet the needs of older people? An evaluation of three acute-care settings. HERD 2018; 11(2): 177-88.
13. Freihoefer K, Zborowsky T. Making the Case for Practice-Based Research and the Imperative Role of Design Practitioners. HERD 2017; 10(3): 66-82.
14. Buffoli M, Bellini E, Dell'Ovo M, et al. Humanisation and soft qualities in emergency rooms. Ann Ist Super Sanita 2016; 52(1): 40-7. doi: 10.4415/ANN_16_01_09
15. Schreuder E, Lebesque L, Bottenheft C. Healing Environments: What Design Factors Really Matter According to Patients? An Exploratory Analysis. HERD 2016; 10(1) 87-105.
16. Jayakaran TG, Rekha CV, Annamalai S, Bagh-komeh PN, Sharmin DD. Preferences and choices of a child concerning the environment in a pediatric dental operatory. Dent Res J 2017; 14: 183-7.

17. Taylor E, Hignett S. The SCOPE of Hospital Falls: A Systematic Mixed Studies Review. *HERD* 2016; 9(4): 86-109.
18. Copeland D, Chambers M. Effects of Unit Design on Acute Care Nurses' Walking Distances, Energy Expenditure, and Job Satisfaction: A Pre-Post Relocation Study. *HERD* 2017; 10(4): 22-36.
19. Ulrich RS, Robert FS, Barbara DL, Fiorito E, Miles MA, Zelson M. Stress Recovery during Exposure to Natural and Urban Environments. *J Environ Psychol* 1991; 11(3): 201-30. doi:10.1016/s0272-4944(05)80184-7.
20. Wilson E. *Biophilia*. Cambridge (Mass): Harvard University Press, 1984.
21. Hayes B, Bonner A, Pryor J. Factors contributing to nurse job satisfaction in the acute hospital setting: a review of recent literature. *J Nurs Manag* 2010; 18: 804-14.
22. Alfonsi E, Capolongo S, Buffoli M. Evidence based design and healthcare: an unconventional approach to hospital design. *Ann Ig* 2014; 26(2): 137-43. doi: 10.7416/ai.2014.1968
23. Jiang S, Verderber S. On the Planning and Design of Hospital Circulation Zones. *HERD* 2016; 10(2): 124-46. doi:10.1177/1937586716672041.
24. Copeland D, Chambers M. Effects of Unit Design on Acute Care Nurses' Walking Distances, Energy Expenditure, and Job Satisfaction: A Pre-Post Relocation Study. *HERD* 2017; 10(4): 22-36.
25. When Art Meets Gardens: Does It Enhance the Benefits? The Nancy Hypothesis of Care for Persons with Alzheimer's Disease, *Journal of Alzheimer's Disease* 61 (2018) 885-898 DOI 10.3233/JAD-170781
26. *Universal Design Guidelines Dementia Friendly Dwellings for People with Dementia, their Families and Carers*, Centre for Excellence in Universal Design, NDA National Disability Authority

**การแปลผลทางห้องปฏิบัติการ
สำหรับผู้ประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ**

การแปลผลทางห้องปฏิบัติการสำหรับผู้ประกอบกิจการให้บริการดูแลผู้สูงอายุ

พญ.สุชานันท์ กาญจนพงศ์

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ หรือ ผลแล็บ เป็นเครื่องมือสำคัญในการช่วยแพทย์วินิจฉัยสาเหตุของความผิดปกติของผู้สูงอายุที่หลายครั้งอาการอาจไม่ชัดเจน ทั้งนี้การแปลผลตรวจทางห้องปฏิบัติการต้อง ใช้ร่วมกับอาการและการตรวจร่างกายเพื่อผลการวินิจฉัยที่แม่นยำและการรักษาที่ไม่ก่อให้เกิดผลข้างเคียง โดยไม่จำเป็น จุดมุ่งหมายของบทความนี้เพื่อเป็นแนวทางให้ท่านที่เป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ สามารถแปลผลขั้นต้นได้และสามารถนำผู้สูงอายุที่ท่านดูแลไปพบแพทย์ได้อย่างทันที่ในกรณีที่พบรายงานผลตรวจที่ผิดปกติ

ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการมักมาพร้อมค่าอ้างอิงเพื่อใช้เปรียบเทียบความผิดปกติ บางห้องปฏิบัติการจะมีสัญลักษณ์เพิ่มเติม อาทิ **, H (High), L (Low) เพื่อแสดงว่าค่าผลปฏิบัติการนั้นมีความปกติหรือไม่และระดับเป็นเช่นไร การแปลผลในหลายกรณีแพทย์มักใช้ผลตรวจเดิมเทียบ การเก็บผลตรวจเดิมไว้และนำไปหาแพทย์เพื่อเปรียบเทียบถือเป็นสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่ง กระบวนการวิทยาศาสตร์ปัจจุบันสามารถวิเคราะห์ผลได้จากหลายตัวอย่าง กลุ่มที่มักใช้ตรวจ ได้แก่ เลือด ปัสสาวะ อูจจาระ ซึ่งมักใช้วิเคราะห์รายการตรวจ ดังต่อไปนี้

ผลเลือด (Blood Tests)

1. ผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count หรือ CBC) ใช้เพื่อวิเคราะห์เม็ดเลือดชนิดต่าง ๆ และเกล็ดเลือด เพื่อบอกว่ามีภาวะผิดปกติหรือไม่ โดยสามารถตรวจได้แม้ไม่ได้อาหาร

1.1 เม็ดเลือดแดง ประเมินจากค่า Red Blood Cell (RBC), Hemoglobin (Hgb) และ Hematocrit (Hct) หากมีระดับต่ำจะนึกถึงภาวะโลหิตจาง (Anemia) และหากมีระดับสูงจะนึกถึงภาวะเลือดข้น (Polycythemia) โดยค่าอ้างอิงมีดังแสดงในตารางด้านล่าง หากผู้สูงอายุที่ท่านดูแลมีระดับเม็ดเลือดแดง ที่ต่ำผิดปกติ หรือต่ำลงจากของเดิมมากและ/หรือมีประวัติอาเจียน ถ่ายเป็นเลือด เหนื่อย อ่อนเพลียหรือ ดูซีดลง ควรรับนำมาพบแพทย์เพื่อหาสาเหตุของภาวะโลหิตจาง

1.2 เม็ดเลือดขาว ประเมินจากค่า White Blood Cell (WBC) เพื่อดูการทำงานของเม็ดเลือดขาว ว่ามีมากขึ้นจากเดิมหรือไม่ หากมีการอักเสบหรือติดเชื้อ ระดับอาจจะเพิ่มสูงขึ้นหรือต่ำลงมากได้ รวมทั้งใน ผลรายงานการปฏิบัติการจะมีการแสดงเม็ดเลือดขาวแยกตามชนิด ได้แก่ Neutrophil ที่มักมีค่าสูงหาก มีการติดเชื้อแบคทีเรีย Lymphocyte ที่มักสูงหากมีการติดเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรีย และ Eosinophil ที่มักมี ค่าสูงหากติดเชื้อพยาธิหรือมีอาการแพ้ อักเสบรุนแรง

1.3 เกล็ดเลือด ประเมินจากค่า Platelet ซึ่งแสดงถึงจำนวนเกล็ดเลือดที่ทำหน้าที่รักษาสมดุลของการแข็งตัวของเลือดภายในร่างกาย หากมีจำนวนน้อยผิดปกติแสดงถึงภาวะเกล็ดเลือดต่ำ (Thrombocytopenia) ทำให้เลือดออกได้ง่าย หากเริ่มต่ำกว่า 100,000 เซลล์ต่อลิตรถือว่ามีความสำคัญทางคลินิก ซึ่งต้องนำมาพบแพทย์เพื่อหาสาเหตุและทำการรักษา

ผลตรวจเม็ดเลือดแดง	ค่าอ้างอิง	ผลตรวจเม็ดเลือดขาว	ค่าอ้างอิง
จำนวนเม็ดเลือดแดง; Rbc Count	หญิง 4.00 – 5.00 × 10 ¹² /L ชาย 4.50 – 6.00 × 10 ¹² /L	จำนวนเม็ดเลือดขาว; Wbc Count	4.0 – 11.0 × 10 ⁹ /L
Hemoglobin	หญิง 12 – 16 g/dL ชาย 14 – 18 g/dL	Neutrophil	40.0 – 74.0 %
Hematocrit (Hct)	หญิง 37 – 47% ชาย 40 – 54%	Lymphocyte	19.0 – 48.0 %
เกล็ดเลือด (Platelet) ค่า อ้างอิง 150 – 440 × 10 ⁹ /L		Eosinophil	0.0 – 7.0 %

2. ผลการตรวจทางเคมีในเลือด (Blood Chemistry) ใช้เพื่อบอกระดับสารเคมีที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต

2.1 ระดับน้ำตาลในเลือด (Blood sugar) ในทางการแพทย์ใช้ระดับน้ำตาลกลูโคสเป็นสารบ่งชี้โรคเบาหวาน และน้ำตาลชนิดนี้เป็นแหล่งพลังงานที่สำคัญของร่างกาย หากต่ำหรือสูงเกินไป อาจแสดงอาการสับสน หมดสติ ซึม ชักได้ ปัจจุบันมีเครื่องวัดระดับน้ำตาลจากปลายนิ้วใช้กันอย่างแพร่หลาย เป็นประโยชน์ในการติดตามระดับน้ำตาล โดยเฉพาะในผู้ที่มีโรคเบาหวานและใช้ยาลดระดับน้ำตาล และสามารถใช้อบกระดับเบื้องต้นได้จากที่บ้าน

การแปลระดับน้ำตาลใช้ค่าอ้างอิงจากเวลาอดอาหาร หรือเจาะก่อนมื้ออาหาร (Fasting Blood Sugar) ในผู้ใหญ่ปกติอยู่ที่ 70 – 100 mg/dL หากระดับน้ำตาลสูงกว่า 126 mg/dL หลายครั้ง ควรนำมาตรวจเพื่อวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานหรือไม่ที่โรงพยาบาล และหากผู้สูงอายุที่ท่านดูแลต้องเข้ารับการเจาะระดับน้ำตาลในเลือด ท่านต้องให้อดอาหารก่อนการเจาะเลือดอย่างน้อย 8 ชั่วโมง โดยสามารถดื่มน้ำเปล่าได้

หากระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่า 70 mg/dL หรือสูงกว่า 250 mg/dL ร่วมกับมีอาการสับสน หมดสติ ซึม ชัก ถือเป็นภาวะฉุกเฉินทางการแพทย์ ต้องรีบนำส่งโรงพยาบาลโดยด่วน

2.2 ค่าน้ำตาลสะสม (HbA1c – Hemoglobin A1C) เป็นการตรวจที่สามารถแสดงถึงระดับน้ำตาลในเลือดย้อนไปนานประมาณ 8 – 12 สัปดาห์ มักใช้ในการติดตามระดับน้ำตาลในภาพรวมของผู้ป่วยเบาหวาน สามารถตรวจได้แม้ไม่ได้งดอาหาร ระดับเป้าหมายในผู้สูงอายุ แพทย์จะพิจารณาประกอบเป็นราย ๆ โดยมักอยู่ในช่วง 6.5 – 8% (ค่าสูงหมายถึงน้ำตาลในเลือดสูง) และใช้ค่าเดิมเทียบรวมด้วยก่อนแปลผล

2.3 ค่าไขมัน (Lipid Profile) เป็นการตรวจเพื่อบอกความเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองและหัวใจอุดตัน โรคไขมันในโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังหนึ่งที่พบบ่อยในผู้สูงอายุของไทย การตรวจระดับค่าไขมันจำเป็นต้องอดอาหารอย่างน้อย 12 ชั่วโมงเช่นกัน โดยสามารถดื่มน้ำเปล่าได้ โดยค่าไขมันประกอบด้วยระดับไขมันหลายชนิด ได้แก่ ผลรวมคอเลสเตอรอล (Total Cholesterol), ระดับไขมันเลว (LDL-Cholesterol), ระดับไขมันดี (HDL-Cholesterol) และระดับไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) โดยระดับค่าปกติของค่าไขมันแต่ละชนิด เป็นดังตารางนี้

ผลค่าไขมัน	ค่าปกติ (ประชากรทั่วไป)	หมายเหตุ
ผลรวมคอเลสเตอรอล (Total Cholesterol)	น้อยกว่า 200 mg/dL	ควรพิจารณาระดับไขมันเลวและดีประกอบด้วย
ระดับไขมันเลว (LDL-Cholesterol)	น้อยกว่า 130 mg/dL	เพิ่มความเสี่ยงในการมีหลอดเลือดแข็งและทำให้เกิดการตีบตันได้ง่าย
ระดับไขมันดี (HDL- Cholesterol)	มากกว่า 40 mg/dL	
ระดับไตรกลีเซอไรด์ (Triglyceride) น้อยกว่า 150 mg/dL		หากมีระดับสูงมากกว่า 1,000 mg/dL มีความเสี่ยงเกิดตับอ่อนอักเสบเฉียบพลันได้

3. ผลการตรวจระดับการทำงานของไต (Renal Function Test) ตรวจจากของเสียในเลือด ที่ร่างกายขับออกทางไต สามารถตรวจได้โดยไม่ต้องงดอาหารมาก่อน มักตรวจจากของเสีย 2 ชนิดนี้

3.1 Blood urea nitrogen (BUN) ค่าปกติ 10 – 20 mg/dL

3.2 Creatinine (Cr) มาจากการสลายกล้ามเนื้อ ค่าปกติ 0.6 – 1.2 mg/dL อาจไม่สูงได้ในผู้สูงอายุ เนื่องจากมีมวลกล้ามเนื้อที่ลดลง หากมีผลตรวจเดิมควรใช้ประกอบการแปลผลด้วย

หากปริมาณของเสียเหล่านี้สูงขึ้นอาจบ่งชี้ถึงการทำงานของไตที่ลดลง และหากมีความเปลี่ยนแปลงไปในทางแย่งลงกว่าเดิมควรรีบนำไปพบแพทย์ เพื่อหาสาเหตุที่อาจเป็นไปได้จาก นิ่วในทางเดินปัสสาวะ การใช้ยาสมุนไพรหรือยาบางชนิด

4. ผลระดับเกลือแร่และตุลกรดต่างในเลือด (Blood Electrolyte) เป็นการตรวจความผิดปกติของเกลือแร่และตุลกรด – ต่างและสารน้ำในร่างกาย ผลตรวจประกอบด้วยระดับโซเดียม (Sodium), โพแทสเซียม (Potassium), คลอไรด์ (Chloride) และ ไบคาร์บอเนต (Bicarbonate) ค่าปกติของระดับเกลือแร่ในเลือดเป็นดังตารางด้านล่างนี้ ผู้ที่มีระดับเกลือแร่ในเลือดผิดปกติอาจไม่มีอาการแสดงได้ แต่หากมีระดับผิดปกติมากอาการแสดงจะรุนแรงและเป็นอันตรายต่อชีวิตได้ ดังนั้นหากพบว่ามีค่าใดผิดปกติควรพามา พบแพทย์เพื่อตรวจเพิ่มเติม

ค่าเกลือแร่	ค่าอ้างอิง (mmol/L)
Sodium (Na ⁺)	136 – 145
Potassium (K ⁺)	3.4 – 4.5
Chloride (Cl ⁻)	98 – 107
Bicarbonate (CO ₃ ⁻)	22 - 29

ผลปัสสาวะ การตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ (Urine Analysis) สามารถดูได้ตั้งแต่ ลักษณะทางกายภาพ และองค์ประกอบทางเคมีของปัสสาวะ

1. ลักษณะทางกายภาพ ผู้ดูแลสามารถสังเกตความผิดปกติของสี ความขุ่นใส กลิ่น และปริมาณของปัสสาวะ ข้อมูลเหล่านี้จะถูกวิเคราะห์เป็นประโยชน์ในการช่วยวินิจฉัยหากมีลักษณะที่เปลี่ยนไป

2. องค์ประกอบทางเคมีของปัสสาวะ ได้แก่ กรด-ต่าง ระดับเม็ดเลือดแดงและขาวในปัสสาวะ โปรตีน กลูโคส คีโตน สารไนไตรท์ (Nitrite), เชื้อแบคทีเรีย เอนไซม์ Leukocyte Esterase เป็นต้น

ผลปกติที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่

- ภาวะติดเชื้อในทางเดินปัสสาวะ ที่จะพบจำนวนเม็ดเลือดขาวสูงผิดปกติ เชื้อแบคทีเรีย สารไนไตรท์ (Nitrite) และ เอนไซม์ Leukocyte Esterase

- พบเลือดในทางเดินปัสสาวะ อาจพบเลือดชนิด Occult Blood หรือมีเม็ดเลือดแดงรั่ว หากไม่เคยพบผลเช่นนี้มาก่อน หรือเคยได้รับการวินิจฉัย เช่น นิ่วในทางเดินปัสสาวะ ภูงน้ำในไต แล้วพบผลตรวจผิดปกติมากขึ้น ควรนำไปพบแพทย์

ทั้งนี้ผลปัสสาวะที่สามารถแปลผลได้ถูกต้อง ควรปัสสาวะช่วงแรกทิ้งก่อนและเก็บส่งตรวจเฉพาะปัสสาวะช่วงกลาง หากผู้สูงอายุมีคาสายปัสสาวะไว้ ต้องเก็บด้วยวิธีปลอดเชื้อ และควรรีบนำส่งตรวจภายใน 30 นาที

ผลอุจจาระ (Stool Examination) การตรวจอุจจาระมักใช้ 2 องค์ประกอบหลัก ได้แก่

1. เม็ดเลือดในอุจจาระ ผลอุจจาระที่ผิดปกติที่พบบ่อย คือ การพบว่ามีเลือดปนในอุจจาระ (Positive Fecal Occult Blood) เป็นภาวะที่ควรพามาพบแพทย์เพื่อหาสาเหตุของเลือดออกในทางเดินอาหารเพิ่มเติม
2. พยาธิในอุจจาระ หากผลการตรวจพบพยาธิ และหรือไข่พยาธิในอุจจาระ ควรพามาพบแพทย์ เพื่อรับการรักษาก่อนที่มีอาการรุนแรง

หากผู้ดูแลพบว่าผลตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้สูงอายุผิดปกติ ผู้ดูแลควรนำไปพบเพื่อปรึกษาแพทย์ร่วมกับให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการที่เปลี่ยนไป ในปัจจุบันห้องปฏิบัติการหลายแห่งเปิดรับส่งตรวจที่เก็บมาจากสถานดูแลฯ ได้เพื่อความสะดวกในการดูแลผู้สูงอายุ และลดการสัมผัสเชื้อที่ไม่จำเป็น ผู้ดูแลควรตรวจสอบมาตรฐานในการเก็บส่งตรวจและส่งในระยะเวลาที่ไม่ทำให้การแปลผลผิดพลาด เพื่อประโยชน์สูงสุดในการดูแลผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. ภาควิชาพยาธิวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. คู่มือการส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 พฤษภาคม 2563]. เข้าถึงได้จาก <https://www.si.mahidol.ac.th/th/manual/Project/content.html>.

2. คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. ผลแล็บจากการตรวจเลือด...มีความหมายว่าอย่างไร [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 27 พฤศจิกายน 2561]. เข้าถึงได้จาก <https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/ผลแล็บจากการตรวจเลือด>.



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT