

รายงานการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย ในประเทศ และต่างประเทศ  
(ระยะสั้นไม่เกิน 90 วัน และ ระยะยาวตั้งแต่ 90 วันขึ้นไป)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.1 ชื่อ - นามสกุล นางสาวเกศรินทร์ ภู่เชิด

อายุ 28 ปี การศึกษา ปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช  
ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน -

1.2 ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

หน้าที่ความรับผิดชอบ รับผิดชอบเกี่ยวกับการให้การพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ ที่มีอายุตั้งแต่15ปีขึ้นไป ในด้านการดูแลผู้ป่วยอายุรกรรม ศัลยกรรมและออโรโธปิดิก เพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพขั้นพื้นฐานและปัญหาการพยาบาลที่ซับซ้อน โดยใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อการวางแผนและให้การพยาบาลแบบองค์รวม ตามมาตรฐานการพยาบาล ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน การฟื้นฟูและการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย พยาบาลจึงจำเป็นต้องมีการเพิ่มพูนความรู้ ความสามารถและทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วย

1.3 ชื่อเรื่อง / หลักสูตร การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ

เพื่อ  ศึกษา  ฝึกอบรม  ประชุม  ดูงาน  สัมมนา  ปฏิบัติการวิจัย  
งบประมาณ  เงินงบประมาณกรุงเทพมหานคร  เงินบำรุงโรงพยาบาล  
 ทุนส่วนตัว

จำนวนเงิน 45,000บาท

ระหว่างวันที่ 26 มีนาคม - 27 ตุลาคม 2566

สถานที่ ภาคปฏิบัติ แบบออนไลน์

ภาคทฤษฎี ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขที่43 มีนบุรี , โรงพยาบาลสิรินธร ,

ชุมชนหมู่บ้านอมรพันธ์นครสวนสยาม(ภายใต้การดูแลของศูนย์บริการ

สาธารณสุขที่69 คันนายาว)

คุณวุฒิ / วุฒิบัตรที่ได้รับ ประกาศนียบัตรการพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติ  
ผู้สูงอายุ

## ส่วนที่ 2 ข้อมูลที่ได้รับจากการศึกษา ฝึกอบรม ประชุม ดูงาน สัมมนา ปฏิบัติการวิจัย (โปรดให้ข้อมูลในเชิงวิชาการ)

### 2.1 วัตถุประสงค์

2.1.1 มีทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล การรักษาโรคที่พบบ่อยเบื้องต้นในผู้สูงอายุ การช่วยเหลือ ในภาวะฉุกเฉินและการใช้ยาอย่างสมเหตุสมผลตามข้อกำหนดของวิชาชีพ ในการดูแลผู้สูงอายุตลอดวิถีของสุขภาพ และการเจ็บป่วย

2.1.2 มีความรอบรู้และความเข้าใจในเนื้อหาสาระของศาสตร์ทางการพยาบาลผู้สูงอายุและ เวชปฏิบัติแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

2.1.3 สามารถวิเคราะห์ สังเคราะห์และบูรณาการความรู้จากศาสตร์ทางการพยาบาลผู้สูงอายุ แนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องและหลักฐานเชิงประจักษ์ในการทำวิจัยในผู้สูงอายุทั้งในภาวะปกติ ภาวะเจ็บป่วยเฉียบพลัน เรื้อรัง การดูแลระยะยาวและระยะท้ายของชีวิต อย่างมีคุณธรรมและจริยธรรม

2.1.4 มีภาวะผู้นำ สามารถบริหารจัดการและริเริ่มหรือออกแบบการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุ รวมทั้งมีทักษะในการสื่อสารและทำงานร่วมกับบุคลากรทีมสุขภาพและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง เพื่อการจัดการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพและปลอดภัย

2.1.5 มีทักษะในการใช้เทคโนโลยีดิจิทัลและสารสนเทศ ทั้งการสืบค้น วิเคราะห์และประมวลผล ในการจัดการข้อมูลทางสุขภาพของผู้สูงอายุได้อย่างเหมาะสม

2.1.6 มีคุณธรรม จริยธรรมเชิงวิชาการและทักษะการตัดสินใจเชิงจริยธรรมและมีความไวเชิงวัฒนธรรมในการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ

2.1.7 ให้ความรู้ คำแนะนำและคำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในกรณีที่กำลังเผชิญปัญหาตัดสินใจในประเด็นปัญหากฎหมายและจริยธรรมที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

2.1.8 เป็นผู้พิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวในการประสานความร่วมมือในวิชาชีพและสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพ และมีประสิทธิภาพ

2.1.9 มีสมรรถนะด้านการให้การพยาบาลอย่างเสมอภาค ยอมรับในความแตกต่างทางวัฒนธรรม สามารถให้ข้อมูลด้านการรักษาและการบันทึกข้อมูลที่เหมาะสม

2.1.10 มีสมรรถนะด้านการศึกษาหาความรู้มาประยุกต์ใช้ในการพยาบาล สามารถสอนบุคลากรสร้างมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยรวมถึงการประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและญาติได้

### 2.2 เนื้อหารายละเอียด

การไปศึกษาอบรม การอบรมครั้งนี้มีทั้งวิชาทฤษฎีและวิชาปฏิบัติ ดังนี้

สถานการณ์ประชากรสูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องกำลังเป็นปัญหาที่ทุกประเทศทั่วโลก กำลังเผชิญและตระหนักถึงผลกระทบที่จะตามมาโดยเฉพาะประเทศไทย ซึ่งเป็นหนึ่งในประเทศที่กำลังพัฒนา ที่ The World's Health Association (2012) ประมาณการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุในประเทศที่กำลังพัฒนา ทั้งหมดจะเพิ่มจาก 400 ล้านคน ในปี 2000 เป็น 1.7 พันล้านคนในปี 2050 สอดคล้องกับสถิติของผู้สูงอายุในประเทศไทยที่มีจำนวนและสัดส่วนผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องจากร้อยละ 6.8 ของประชากรทั้งหมดในปี 2537 และเป็นร้อยละ 14.9 ในปี 2557 ในเวลาเพียง 20 ปีเท่านั้น และยังเพิ่มต่อเนื่องเป็นร้อยละ 15.45 ในปี 2560 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่เจริญแล้ว เช่น ประเทศฝรั่งเศสต้องใช้เวลากว่า 115 ปีในการเพิ่มประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปจากร้อยละ 7 เป็นร้อยละ 14 ขณะที่ประเทศสหรัฐอเมริกาที่ใช้เวลากว่า 71 ปีหรือแม้แต่ประเทศญี่ปุ่นซึ่งใกล้เคียงกับประเทศไทยที่สุดยังต้องใช้เวลากว่า 24 ปี ในการเพิ่มประชากรผู้สูงอายุในอัตราส่วนเดียวกันดังนั้นประเทศไทยจึงมีเวลาสำหรับการ

เตรียมการรับมือกับสังคมผู้สูงอายุอย่างมากและรับรู้ถึงปัญหาสังคมสูงอายุเฉพาะเพียงในแวดวงวิชาการเท่านั้น โดยที่ประชาชนส่วนใหญ่ทั่วไปและหน่วยงานต่าง ๆ ยังไม่ได้ตระหนักถึงปัญหาและการเตรียมความพร้อมในการรับมือกับผลกระทบจากสังคมผู้สูงอายุดังกล่าว (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2559; กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2559) ดังนั้นในเวลาอีกไม่นานความต้องการของผู้สูงอายุและปัญหาทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นจะมีจำนวนเกินกว่ากำลังการให้บริการทางสุขภาพของประเทศไทย (ธนาคารโลก, 2016) จากรายงานของมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทยในปี 2560 พบว่าปัญหาสุขภาพเป็นเรื่องที่มีความสำคัญยิ่งกับผู้สูงอายุ มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 58 มีความยากลำบากในการเคลื่อนไหวร่างกาย ร้อยละ 24 มีปัญหาการได้ยินหรือการสื่อความหมาย ร้อยละ 19 มีปัญหาด้านการมองเห็น ร้อยละ 4 มีปัญหาด้านการเรียนรู้ ร้อยละ 3 มีปัญหาด้านจิตใจ และร้อยละ 2 มีปัญหาด้านสติปัญญา นอกจากนี้ ผู้สูงอายุยังมีปัญหาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังทั้งที่ควบคุมได้และควบคุมไม่ได้ โดยร้อยละ 41 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 18 เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 9 เป็นโรคข้อเสื่อม ที่สำคัญยังพบว่าผู้สูงอายุต้องอยู่ตามลำพังคนเดียวถึง ร้อยละ 9 อยู่ตามลำพังกับคู่สมรส ร้อยละ 19 ในขณะที่ผู้สูงอายุอีกร้อยละ 19 อยู่ในสภาวะที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้มาก และอยู่ในสภาพติดเตียงถึงร้อยละ 2

จะเห็นได้ว่าปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุมีความแตกต่างหลากหลายและซับซ้อนยิ่ง ทั้งนี้ยังไม่นับรวมถึงปัญหา อุบัติเหตุและอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้น ที่ผู้สูงอายุจะเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสได้รับอันตรายสูงจากสภาพความเป็นอยู่ สภาพแวดล้อมและข้อจำกัดทางสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ เขตเมืองเช่น กรุงเทพมหานครที่มีความหลากหลายของสภาพที่อยู่อาศัย และสภาพของเศรษฐกิจของประชากร รวมทั้งมีปัญหาอื่น ๆ ที่อาจรบกวนต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ เช่น ปัญหาสุขภาพช่องปาก ภาวะโภชนาการ ปัญหาการนอน การกลั้นปัสสาวะ อัจฉริยะและปัญหาการถูกทารุณกรรมทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ เป็นต้น ดังนั้นการเตรียมความพร้อมรับสังคมผู้สูงอายุในบริบทของสุขภาพโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมเมือง กรุงเทพมหานคร จึงมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง

**“ผู้สูงอายุ”** หรือบางคนเรียกว่า **“ผู้สูงวัย”** เป็นคำที่บ่งบอกถึงตัวเลขของอายุว่ามีอายุมาก โดยนิยมนับตามอายุตั้งแต่แรกเกิด (Chronological age) หรือทั่วไป เรียกว่า คนแก่ หรือ คนชรา โดยพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถานให้ความหมายของคำว่า คนแก่ คือ มีอายุมาก หรือ อยู่ในวัยชรา และให้ความหมายของคำว่า ชรา คือ แก่ด้วยอายุ ชำรุดทรุดโทรม นอกจากนั้นยังมีการเรียกผู้สูงอายุว่า **“ราษฎรอาวุโส”** (Senior citizen) ส่วนองค์การอนามัยโลก (World Health Organization, WHO) และองค์การสหประชาชาติ (United Nations, UN) ใช้คำในภาษาอังกฤษของผู้สูงอายุว่า Older person or Elderly person แต่ในส่วนขององค์การอนามัยโลกและองค์การสหประชาชาติ มักใช้คำว่า Older person มากกว่า Elderly person องค์การสหประชาชาติ ได้ให้นิยามว่า **“ผู้สูงอายุ”** คือ ประชากรทั้งเพศชายและเพศหญิงซึ่งมีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป โดยเป็นการนิยามนับตั้งแต่อายุเกิด ส่วนองค์การอนามัยโลกยังไม่มีการให้นิยามผู้สูงอายุ โดยมีเหตุผลว่าประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกมีการนิยามผู้สูงอายุต่างกัน ทั้งนิยามตามอายุเกิด ตามสังคม (Social) วัฒนธรรม (Culture) และสภาพร่างกาย (Functional markers) เช่น ในประเทศที่เจริญแล้ว มักจัดผู้สูงอายุนับจากอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป หรือบางประเทศอาจนิยามผู้สูงอายุตามอายุกำหนดให้เกษียณงาน (อายุ ๕๐ หรือ ๖๐ หรือ ๖๕ ปี) หรือนิยามตามสภาพของร่างกาย โดยผู้หญิงสูงอายุอยู่ในช่วง ๔๕ - ๕๕ ปี ส่วนชายสูงอายุ อยู่ในช่วง ๕๕ - ๗๕ ปี สำหรับประเทศไทย **“ผู้สูงอายุ”** ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินกว่าหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย โดยแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุไว้ 3 กลุ่ม ดังนี้

1. ผู้สูงอายุตอนต้น อายุ 60 - 69 ปี เป็นผู้สูงอายุที่ยังมีกำลังช่วยเหลือตนเองได้
2. ผู้สูงอายุตอนกลาง อายุ 70 - 79 ปี เป็นผู้สูงอายุที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วย ร่างกายเริ่มอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง

3. ผู้สูงอายุตอนปลาย อายุ 80 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยบ่อยขึ้น อวัยวะเสื่อมสภาพ และอาจมีภาวะทุพพลภาพ

การจำแนกกลุ่มผู้สูงอายุตามศักยภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ประยุกต์เกณฑ์การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL Index) ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ดิดสังคม ผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นและสังคม ชุมชนได้ สามารถเดินขึ้นบันไดเองโดยไม่ต้องช่วยเหลือ เดินออกนอกบ้านได้ เดินตามลำพังบนทางเรียบได้ รับประทานอาหารด้วยตนเองได้ดี ใช้สุขาด้วยตนเองได้อย่างเรียบร้อย

กลุ่มที่ 2 ดิดบ้าน ผู้สูงอายุกลุ่มที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง ไม่สามารถเดินตามลำพังบนทางเรียบได้ต้องใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ ต้องการความช่วยเหลือขณะรับประทานอาหาร ต้องการความช่วยเหลือพาไปห้องน้ำ

กลุ่มที่ 3 ดิดเตียง ผู้สูงอายุที่ป่วยและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ พิการ/ทุพพลภาพไม่สามารถย้ายตนเองขณะนั่งได้ ไม่สามารถขยับได้ในท่านอน การรับประทานอาหารกลืนลำบาก แม้ว่าผู้ดูแลจะป้อนอาหารให้ ต้องขยับถ่ายในท่านอนหรืออยู่บนเตียง สวมใส่ผ้าอ้อมตลอดเวลาต้องเปลี่ยนผ้าอ้อมประจำ

ส่วนคำว่า "สังคมผู้สูงอายุ" องค์การสหประชาชาติ แบ่งเป็น ๓ ระดับ คือ ระดับการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Aging society หรือ Aging society) ระดับสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged society) และ ระดับ Super-aged society โดยให้นิยามของระดับต่างๆ ซึ่งทั้งประเทศไทยและรวมทั้งประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกใช้ความหมายเดียวกันในนิยามของทุกระดับของสังคมผู้สูงอายุดังนี้

1. การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ(Aging society หรือ Aging society) คือ การมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป รวมทั้งเพศชายและเพศหญิง มากกว่าร้อยละ ๑๐ ของประชากรทั้งประเทศ หรือมีประชากรอายุตั้งแต่ ๖๕ ปี เกินร้อยละ ๗ ของประชากรทั้งประเทศ
2. สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์(Aged society) คือ เมื่อประชากรอายุ ๖๐ปีขึ้นไป เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๒๐ หรือ ประชากรอายุ ๖๕ ปี เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๑๔ ของประชากรโดยรวมทั้งหมดของทั้งประเทศ
3. สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอดสุดยอด(Super-aged society) คือ สังคมที่มีประชากรอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป มากกว่าร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งประเทศ

พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ มีดังนี้

- ให้มีคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ เรียกโดยย่อว่า "กผส." โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ และมีผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นกรรมการและเลขานุการ ซึ่งจะรับผิดชอบและประสานงานเกี่ยวกับรายละเอียดและกฎหมายรองรับของพระราชบัญญัติผู้สูงอายุนี้โดยตรง

- มาตรา ๑๑ บัญญัติว่าผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ดังนี้

(๑) การบริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขที่จัดไว้โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุ เป็นกรณีพิเศษ

(๒) การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต

(๓) การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม

(๔) การพัฒนาตนเองและมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน

(๕) การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณะอื่น

(๖) การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม

(๗) การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ

(๘) การช่วยเหลือผู้สูงอายุ ซึ่งได้รับอันตรายจากการทำทารุณกรรม หรือถูกแสวงหาผลประโยชน์ โดยมีขอบ  
ด้วยกฎหมายหรือกฎหมายท้องถิ่น

(๙) การให้คำแนะนำ ปรีกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี หรือในการแก้ไขปัญหาครอบครัว

(๑๐) การจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง

(๑๑) การสงเคราะห์ “เบี้ยยังชีพ” ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

(๑๒) การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี

(๑๓) การอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนดการดำเนินการทั้งหมดต้องให้หน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่ง  
ของกระทรวงหรือทบวง ในราชการบริหารส่วนกลาง ราชการบริหารส่วนภูมิภาค ราชการบริหารส่วน  
ท้องถิ่นและรัฐวิสาหกิจเป็นผู้มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการ และเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๔๐ องค์การ  
สหประชาชาติได้กำหนดหลักการเกี่ยวกับสิทธิของผู้สูงอายุ ซึ่งประเทศไทยได้ลงนามรับรองแล้วในการ  
ประชุมระหว่างประเทศที่ประเทศออสเตรเลียและในการประชุม ที่กรุงแมดริด ประเทศสเปน เมื่อปี พ.ศ.  
๒๕๔๕ ซึ่งเป็นการประชุมสมัชชาโลกว่าด้วยผู้สูงอายุที่ประเทศไทย รับผิดชอบจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติฉบับ  
ที่ ๒ (๒๕๔๕ - ๒๕๖๔) โดยมีข้อสังเกตในที่ประชุมที่เป็นประเด็นสำคัญ มีผลกระทบต่อระบบสวัสดิการของ  
ผู้สูงอายุเป็นอย่างมากทั้งในประเทศเยอรมัน สหราชอาณาจักรและเนเธอร์แลนด์ เนื่องจากสถานการณ์โลกที่  
เปลี่ยนไปและแนวโน้มของผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว คนอายุยืนมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งจะนำไปสู่ภาวะ  
ประชากรผู้สูงอายุ ส่วนคนในวัยทำงานจะลดน้อยลง อันจะเป็นผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมส่วนรวม  
สหประชาชาติมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้มีคุณค่า โดยเฉพาะคุณค่าในตนเอง มีศักดิ์ศรี  
ความเป็นมนุษย์ ส่งเสริมประชากร มุ่งสร้างชีวิตในแต่ละวัยให้มีคุณภาพบนพื้นฐานของการรักษาสุขภาพ  
อนามัยที่ดี เพื่อลดอัตราเจ็บป่วยและพิการในผู้สูงอายุ สร้างสังคมให้คนทุกวัยอยู่ร่วมกันอย่างสมานฉันท์  
มีความเอื้ออาทร ห่วงใยกันและกัน การมีอิสระในการพึ่งพาตนเอง การมีส่วนร่วมของ ผู้สูงอายุ โดยเฉพาะ  
สิทธิด้านสังคมและสิทธิด้านการรับบริการ สิทธิในด้านการอุปการะเลี้ยงดูโดยเฉพาะสิทธิในด้านสุขภาพ  
อนามัย ความพิการ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์รวมถึงสิทธิในการ บรรลุความ  
ต้องการ โดยเฉพาะด้านข่าวสาร การศึกษาและอาชีพ

- พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ ได้มีการกำหนดให้มีการจัดตั้งกองทุนขึ้นกองทุนหนึ่ง ในสำนักงาน  
ส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส คนพิการ และผู้สูงอายุ กระทรวง พัฒนาสังคมและ  
ความมั่นคงของมนุษย์ เรียกว่า “กองทุนผู้สูงอายุ”

• เพื่อใช้เป็นทุนใช้จ่ายเกี่ยวกับการคุ้มครองการส่งเสริมและการสนับสนุนผู้สูงอายุ โดยมีเงินทุนประเดิมที่  
รัฐบาลจัดสรรให้และงบประมาณรายจ่ายประจำปีเงินบริจาค เงินอุดหนุนและดอกผล

• สำหรับผู้ที่บริจาคเงินและทรัพย์สินให้แก่กองทุน จะได้รับการยกเว้นภาษี สำหรับทรัพย์สินที่ได้บริจาคมานั้น

- ผู้อุปการะเลี้ยงดูบุพการีของตนเองและบุพการีของคู่สมรสที่ไม่มีรายได้เพียงพอแก่การยังชีพ จะได้รับ  
การลดหย่อนภาษี

**รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยกับวัยผู้สูงอายุ**

ในปัจจุบันผู้สูงอายุที่อยู่ในกลุ่มแรงงานซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มแรงงานนอกระบบ ได้รับค่าเลี้ยงชีพ  
จากรัฐบาลเดือนละ ๒๐๐ บาท ถึง ๑,๐๐๐ บาท ซึ่งเป็นอานิสงส์โดยตรงจากรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย  
พุทธศักราช ๒๕๔๐ ที่ได้กำหนดไว้ว่าบุคคลซึ่งอายุเกิน ๖๐ ปี และมีรายได้ไม่เพียงพอแก่การยังชีพ มีสิทธิ  
ได้รับความช่วยเหลือจากรัฐตามที่กฎหมายกำหนด ซึ่งต่อมาเมื่อได้มีการร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักร  
ไทย พุทธศักราช ๒๕๕๐ ขึ้น รัฐธรรมนูญฯ ฉบับดังกล่าวนี้ก็ยังคงได้สืบทอดเจตนารมณ์การช่วยเหลือผู้สูงอายุ  
ไว้แม้จะเกิดรัฐประหารในปี ๒๕๕๙ ทำให้รัฐธรรมนูญ ๒๕๕๐ ถูกยกเลิกไปก็ตาม โดยต่อมาได้มีการเพิ่มเบี้ย

เลี้ยงชีพผู้สูงอายุซึ่งได้รับสูงสุด เดือนละ ๑,๐๐๐ บาท และสำหรับในส่วนของร่างรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๕๙ (ฉบับลงประชามติ) นั้น ได้บัญญัติเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้สูงอายุไว้อย่างกว้าง ๆ โดยเป็นการกำหนดให้ ความช่วยเหลือไว้รวม ๆ ทั้งเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ยากไร้และผู้ด้อยโอกาส ซึ่งรัฐธรรมนูญฯ นี้ได้กำหนดไว้ว่า “รัฐพึงให้ความช่วยเหลือ” กลุ่มบุคคลดังกล่าว โดยให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพซึ่ง ต้องคำนึงถึงความจำเป็นและความต้องการที่แตกต่างกัน อีกทั้งยังต้องคำนึงถึงความเป็นธรรม ไม่แยกหรือเน้น การให้ความช่วยเหลือกลุ่มใดเป็นสำคัญ โดยเฉพาะกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งถือว่าเป็นปัญหาเร่งด่วนเฉพาะหน้า แต่ทั้งนี้ ต้องขึ้นอยู่กับนโยบายของรัฐบาลแต่ละชุดจะดำเนินการ

### การเปลี่ยนแปลงของผู้สูงอายุ

มนุษย์ทุกคนย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามวัยในวัยสูงอายุร่างกายจะเกิดการเปลี่ยนแปลงไปทางที่เสื่อมโทรมมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายของแต่ละคนจะเกิดขึ้นไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างที่สำคัญ คือ กรรมพันธุ์ โรคหรือความเจ็บป่วย สิ่งแวดล้อมหรือสิ่งที่ปฏิบัติอยู่ เช่น ดิน ฟ้า อากาศ อาหาร อาชีพ ความเครียด การออกกำลังกาย การพักผ่อน ฯลฯ ซึ่งปัจจัย 2 ประการหลังถ้าหากผู้สูงอายุดูแลรักษาสุขภาพร่างกายและปฏิบัติตนอย่างถูกต้องแล้วก็จะสามารถลดปัจจัยต่างๆ เหล่านี้เพื่อช่วยชะลอความเสื่อมของร่างกายได้

#### 1.2.1 การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย

การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย ที่เกิดขึ้นในทุกๆ ระบบหน้าที่ของร่างกาย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงของอวัยวะและระบบต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาทางด้านร่างกายของผู้สูงอายุ มีดังนี้

1. ระบบผิวหนัง ผิวหนังบางลง เซลล์ผิวหนังลดลงความยืดหยุ่นของผิวหนังไม่ตีผิวหนังเหี่ยวและมีรอยย่น ไขมัน ใต้ผิวหนังลดลงทำให้ร่างกายทนต่อความหนาวเย็นได้น้อยลง ต่อมเหงื่อเสียหน้าที่ไม่สามารถขับเหงื่อได้จึงเกิดอาการเป็นลมแดดได้ภายในเวลาที่อากาศร้อนจัด ต่อมไขมันทำงานน้อยลงผิวหนังแห้งและแตกง่าย สีของ ผิวหนังจางลงเพราะเซลล์สร้างสีทำงานลดลงแต่มีสารสีสะสมเป็นแหล่งๆ ทำให้เป็นจุดสีน้ำตาลทั่วไป ผมและขนทั่วไปมีสีจางลงหรือเป็นสีขาวและจำนวนลดลงการรับรู้สัมผัสต่ออุณหภูมิการสัมผัสเย็นและความเจ็บปวดที่ผิวหนังลดลง เล็บแข็งและหนาขึ้น สีเล็บเข้มขึ้น

2. ระบบประสาทและประสาทสัมผัส ขนาดของสมองลดลง น้ำหนักสมองลดลงจำนวนเซลล์สมองและเซลล์ประสาทลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของสมองน้อยลง ปฏิบัติการตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ ลดลง การเคลื่อนไหวและความคิดเชิงซ้ำ ทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ความจำเสื่อมโดยเฉพาะเรื่องราวใหม่ๆ แต่สามารถจำเรื่องราวเก่าได้ดี ความกระตือรือร้นน้อยลง ความคิดอาจสับสนได้ แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลง เวลานอนน้อยลง เวลาตื่นมากขึ้น

การมองเห็นไม่ดีรูม่านตาเล็กลงปฏิบัติการตอบสนองของรูม่านตาต่อแสงลดลง กระจกตา แก้วตาเริ่มขุ่น มีแววเกิดต่อกระจกตา กระจกตาดำจะมีไขมันมาสะสมเห็นเป็นวงสีขาวหรือเทาตามสายตาแคบ กล้ามเนื้อลูกตาเสื่อม ความไวในการมองภาพลดลง สายตาวาวขึ้น มองภาพใกล้ไม่ชัด การมองเห็นในที่มืดหรือเวลากลางคืนไม่ดีต้องอาศัยแสงช่วยจึงจะมองเห็นได้ชัดขึ้น ความสามารถในการเทียบสีลดลง การผลิตน้ำตาลดลง ทำให้ตาเกิดภาวะระคายเคืองต่อเยื่อบุตาได้ง่าย การได้ยินลดลง หูตึงมากขึ้น เนื่องจากมีการเสื่อมของอวัยวะในหูชั้นในมากขึ้น แก้วหูตึงมากขึ้น ระดับเสียงสูงจะเสียการได้ยินมากกว่าระดับเสียงต่ำ เสียงพูดของผู้สูงอายุเปลี่ยนไปเพราะมีการเสื่อมของกล้ามเนื้อกล่องเสียงและสายเสียงบางลง หลอดเลือดที่ไปเลี้ยงหูชั้นในเกิดภาวะแข็งตัวมีผลทำให้เกิดอาการเวียนศีรษะและการเคลื่อนไหวไม่คล่องตัว

การตกมันไม่ดีเพราะมีการเสื่อมของเยื่อบุโพรงจมูกการรับรสของลิ้นเสียไป ต่อมรับรสทำหน้าที่ลดลง โดยทั่วไปการรับรสนานจะสูญเสียก่อนรสเปรี้ยว รสขมหรือรสเค็ม เป็นผลให้ผู้สูงอายุรับประทานอาหารไม่อร่อยเกิดภาวะเบื่ออาหาร

3. ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก จำนวนและขนาดเส้นใยของกล้ามเนื้อลดลง มีเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเข้ามาแทนที่มากขึ้น มีผลทำให้ความแข็งแรงและความว่องไวในการเคลื่อนที่ของร่างกายลดลง ประสิทธิภาพการทำงานของเอ็นไซม์ในกล้ามเนื้อลดลง เซลล์กระดูกลดลง แคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้นและไปเกาะบริเวณกระดูกอ่อน เช่น ชายโครง ทำให้การเคลื่อนไหวของทรวงอกลดลง ทำให้กระดูกผู้สูงอายุเปราะและหักง่าย แม้ว่าจะไม่ได้รับอุบัติเหตุ ความยาวของกระดูกสันหลังลดลงและพุงมากขึ้น เพราะหมอนรองกระดูกบางลง ทำให้เกิดหลังค่อมและเอียงมากขึ้นความสูงลดลง 2 นิ้วจากอายุ 20 - 70 ปี (1.2 เซนติเมตร ทุก 20 ปี) ความยาวของกระดูกยาวคงที่ แต่ภายในจะกลวงมากขึ้น การทรงตัวไม่ดี ไม่กระฉับกระเฉง ความสามารถในการดูแลตนเองและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจึงลดลง กระดูกอ่อนบริเวณข้อต่อต่าง ๆ เสื่อมมากขึ้นตามอายุ น้ำไขข้อลดลง เป็นสาเหตุทำให้กระดูกเคลื่อนที่มาสัมผัสกัน เกิดข้ออักเสบและติดเชื้อง่าย

4. ระบบหัวใจและหลอดเลือด ในกล้ามเนื้อหัวใจฝ่อลีบ มีเนื้อเยื่อพังผืดไขมัน และสารไลโปพอสซิน มาสะสมภายในเซลล์มากขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ลิ้นหัวใจแข็งและหนาขึ้น มีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้การปิดเปิดของลิ้นหัวใจไม่ดี เกิดภาวะลิ้นหัวใจรั่วและตีบได้ ผนังหลอดเลือดหนาและมีความยืดหยุ่นน้อยลง เพราะมีเส้นใยคอลลาเจนมากขึ้น เกิดภาวะหลอดเลือดแดงแข็งตัว ความแรงของชีพจรลดลง กล้ามเนื้อหัวใจทำงานเพิ่มขึ้น และต้องการออกซิเจนเพิ่มขึ้น

5. ระบบทางเดินหายใจ หลอดลมและหลอดลมมีขนาดใหญ่ขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อเยื่อปอดลดลง เพราะมีเส้นใยอีลาสตินลดลง ความแข็งแรงและการหดตัวของกล้ามเนื้อที่ช่วยในการหายใจเข้าออกลดลง เนื้อหุ้มปอดแห้งทึบ ทำให้ปอดขยายและหดตัวได้น้อยลง การระบายอากาศหายใจลดลง ถุงลมมีจำนวนลดลง ถุงลมที่เหลือจะมีขนาดใหญ่ขึ้น ผนังถุงลมแตกง่าย เกิดโรคถุงลมโป่งพองง่าย หลอดลมแข็งขาดความยืดหยุ่น ทำให้หายใจหอบเหนื่อยได้ง่าย

6. ระบบทางเดินอาหาร การผลิตเอนไซม์ลดลง 1 ใน 3 ทำให้การย่อยแป้งและน้ำตาลในปากลดลง ความรู้สึกหิวอาหารน้อยลงเนื่องจากการเคลื่อนไหวของกระเพาะอาหารลดลง การผลิตน้ำย่อย กรดเกลือและเอนไซม์ต่างๆ ในกระเพาะอาหารลดลง การดูดซึมแคลเซียมและธาตุเหล็ก วิตามินบี 2 ลดลง ผู้สูงอายุเกิดโรคกระดูกผุและโลหิตจางได้ง่าย การเคลื่อนไหวของลำไส้เล็กและลำไส้ใหญ่ลดลง ประกอบกับการหดตัวของกล้ามเนื้อหน้าท้องลดลง และผู้สูงอายุชอบรับประทานอาหารอ่อน ย่อยง่ายที่ไม่มีกาก จึงเป็นเหตุให้เกิดภาวะท้องผูก ทำให้เบื่ออาหาร ท้องอืดง่าย ตับมีความสามารถในการทำลายพิษลดลง จึงเกิดพิษของยาได้ง่ายในผู้สูงอายุ ปริมาณน้ำดีลดลงรวมทั้งมีความหนืดเพิ่มขึ้นตามอายุ มีผลทำให้เกิดนิ่วในถุงน้ำดีได้ง่าย ตับอ่อนทำหน้าที่เสื่อมลง ผลิตอินซูลินได้น้อยและที่ผลิตมานั้น มีประสิทธิภาพในการนำน้ำตาลเข้าสู่เนื้อเยื่อต่ำ ทำให้น้ำตาลที่เหลือถูกสะสมเป็นไขมันส่วนหนึ่ง อีกส่วนหนึ่งจะคงอยู่ในกระแสเลือดและมีบางส่วนเท่านั้นที่ถูกขับออก ผู้สูงอายุจึงมีแนวโน้มที่จะเป็นเบาหวานได้ง่ายกว่าวัยหนุ่ม - สาว

7. ระบบทางเดินปัสสาวะ อัตราการกรองของไตลดลง ทำให้การดูดกลับของสารต่างๆน้อยลง ทำให้ปัสสาวะเจือจางมากขึ้น ความถ่วงจำเพาะของปัสสาวะลดลงทำให้การถ่ายปัสสาวะไม่ดี กล้ามเนื้อกระเพาะปัสสาวะอ่อนกำลังลง จึงมีปัสสาวะตกค้างอยู่มากมายหลังถ่ายปัสสาวะแต่ละครั้งมีผลทำให้ผู้สูงอายุปัสสาวะบ่อย นอกจากนี้ ผู้สูงอายุชายมีต่อมลูกหมากโต ทำให้ปัสสาวะได้ลำบาก ผู้หญิงกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ เพราะกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อน โดยเฉพาะในหญิงที่คลอดบุตรมาแล้วหลายคน

8. ระบบสืบพันธุ์ ผู้สูงอายุชายลูกอ้วนทะเยอวัยเล็กและผลิตเชื้ออสุจิน้อยลง ขนาดและรูปร่างของเชื้ออสุจิเปลี่ยนแปลง มีความสามารถในการผสมกับไข่น้อยลง ความหนืดของน้ำเชื้อลดลง ไขมันบริเวณใต้ผิวหนังและขนลดลง ผู้สูงอายุหญิงรังไข่จะฝ่อเล็ก มดลูกมีขนาดเล็กลง เยื่อบุภายในมดลูกบางลง มีเนื้อพังผืดมากขึ้น ปากมดลูกเยียวและมีขนาดเล็กลง รอยย่นและความยืดหยุ่นทางช่องคลอดเล็กน้อย ทำให้เกิดความรู้สึกเจ็บในระหว่างร่วมเพศ และความรู้สึกทางเพศลดลง ช่องคลอดสีชาซีดเพราะมีเลือดมาเลี้ยงน้อยลง ภายในช่องคลอดมีความเป็นด่างมากขึ้น ทำให้เกิดการอักเสบและติดเชื้อได้ง่าย

9. ระบบต่อมไร้ท่อ น้ำหนักของต่อมใต้สมองลดลง 20 เปอร์เซ็นต์ มีเนื้อเยื่อเกี่ยวพันเข้ามาแทนที่มากขึ้น การไหลเวียนเลือดที่ต่อมใต้สมองลดลง การผลิตฮอร์โมนรังไข่เพิ่มขึ้นในผู้หญิง แต่คงที่และเพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ ในผู้ชาย ส่วนการผลิตฮอร์โมนอื่นอาจคงที่หรือลดลง

#### 1.2.2 การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์

การเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจและอารมณ์ สภาวะทางจิตใจเกี่ยวข้องกับผูกพันกับสภาวะทางร่างกายอย่างใกล้ชิด เมื่อร่างกายเปลี่ยนแปลงไปตามวัยที่เพิ่มขึ้น อารมณ์และจิตใจย่อมมีการเปลี่ยนแปลงไปตามไปด้วยประกอบกับวัยสูงอายุที่เป็นวัยที่ต้องพบกับความสูญเสียในด้านต่างๆ ได้แก่ การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก เช่น คู่ครอง บุตรหลาน ญาติสนิท เพื่อน การสูญเสียสภาพทางสังคมและเศรษฐกิจ การสูญเสียสัมพันธภาพภายในครอบครัว เนื่องจากบุตรมีครอบครัวและแยกครอบครัวออกไปจึงมีผลต่อพัฒนาการทางจิตของผู้สูงอายุโดยทั่วไปที่อาจมีการเปลี่ยนแปลงจนสังเกตได้ ดังนี้

บุคลิกภาพในผู้สูงอายุเปลี่ยนแปลงไปตามสภาพแวดล้อมและภาวะวิกฤตที่แต่ละบุคคลได้เผชิญแตกต่างกันออกไป ทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงอัตมโนทัศน์ในนิสัยดั้งเดิมของตนจนเกิดการล้มเหลวในโครงสร้างบุคลิกภาพ บุคลิกภาพจึงเสียไปจนอยู่ร่วมกับผู้อื่นไม่ได้

การเรียนรู้และความจำของผู้สูงอายุ จะลดลงและมีความยากลำบากในเรื่องความจำระยะสั้นหรือตระหนักถึงสิ่งที่เกิดขึ้นในปัจจุบันได้น้อยกว่าผู้ที่อายุน้อย แต่การเรียนรู้และการตระหนักถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้วยังคงสูงอยู่ ซึ่งความจำที่เสื่อมลงในวัยผู้สูงอายุมักมีผลกระทบจากการมีพยาธิสภาพในสมอง

ความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ผู้สูงอายุมักมีความมั่นคงทางความคิดจนดูเหมือนจะเป็นความคิดที่กล้าแข็งคือริเริ่มและระมัดระวังรอบคอบต่อการตัดสินใจต่างๆ ผู้สูงอายุไม่ตัดสินใจรวดเร็วเพราะต้องการหลีกเลี่ยงความเสี่ยงหรือเพราะกลัวความล้มเหลวจากสิ่งที่เคยเรียนรู้จากประสบการณ์ต่างๆในอดีต จึงทำให้ผู้สูงอายุถูกบอกว่าเป็นไม่มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์แต่โดยความจริงแล้วความสูงอายุไม่ได้เป็นขีดจำกัดในเรื่องความคิดสร้างสรรค์ของผู้สูงอายุซึ่งมักมีความคิดริเริ่มใหม่โดยใช้ประสบการณ์ต่างๆมาเรียบเรียงและฟุ้งขึ้นใหม่จริงตามความคิดของตนเอง

สติปัญญา จะประกอบด้วยความสามารถหลายด้าน เช่น ความสามารถในการพูด การคำนวณ การรับรู้ การนำเหตุผลมาใช้ เป็นต้น ในวัยสูงอายุนั้นระดับสติปัญญาอาจเสื่อมถอยลงเพียงเล็กน้อยหรืออาจไม่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ถ้าบุคคลนั้นไม่มีอาการเจ็บป่วยด้านร่างกายและจิตใจรวมทั้งสามารถปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมได้

แต่ในรายที่มีอาการผิดปกติทางด้านร่างกายและจิตใจ จะทำให้ระดับสติปัญญาลดลงจะทำให้เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิต

การลดความสัมพันธ์กับชุมชน บทบาทของผู้สูงอายุในชุมชน จะเปลี่ยนไปหน้าที่ความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมายจากชุมชนลดลง ทำให้ผู้สูงอายุขาดความเชื่อมั่นที่จะเข้ากลุ่ม ไม่กล้าแสดงออก ความสัมพันธ์กับชุมชนที่คุ้นเคยลดลง ต้องเปลี่ยนไปสู่สภาพทางสังคมใหม่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียดได้



### 1.2.3 การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม

การเปลี่ยนแปลงสถานภาพทางสังคมและบทบาททางสังคมของผู้สูงอายุ เช่น การเกษียณอายุของผู้ที่ทำงานราชการเมื่ออายุ 60 ปี เป็นการสูญเสียตำแหน่งหน้าที่การงานและรวมทั้งเกียรติและสิทธิต่างๆด้วย ปัญหาผู้สูงอายุที่เนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม สรุปได้ดังนี้

1. ปัญหาการปรับตัวให้เข้ากับสมาชิกในครอบครัว สำหรับผู้ที่รับราชการตลอดเวลาก่อนเกษียณอายุเวลาของผู้สูงอายุมักจะใช้ในการทำงานนอกบ้าน เวลาที่จะอยู่กับครอบครัวมีน้อยเกือบจะไม่มีเวลาพูดคุยกันแต่พอหลังเกษียณอายุจะมีเวลาอยู่ที่บ้าน จึงเกิดปัญหาความขัดแย้งความไม่เข้าใจกันจนทำให้เกิดการเบียดเบียน ไม่ต้องการที่จะอยู่บ้าน ส่วนผู้สูงอายุที่ประกอบธุรกิจส่วนตัวไม่ค่อยจะมีปัญหาเรื่องเวลาการพบปะต่อบุคคลหลานมากนัก เพราะการประกอบธุรกิจส่วนตัวอาจจะกระทำที่บ้าน เมื่อถึงวัยสูงอายุก็มอบให้ลูกหลานดำเนินกิจการต่อไปลูกหลานก็ได้ใกล้ชิดกับผู้สูงอายุเรื่อยมาจึงไม่เกิดปัญหา

2. ปัญหาการขาดความสัมพันธ์จากเพื่อนและผู้ร่วมงาน ปัญหานี้จะเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุที่รับราชการเมื่อเกษียณอายุแล้วจะทำให้ขาดความสัมพันธ์กับเพื่อนและผู้ร่วมงานเพราะผู้ที่ยังไม่เกษียณอายุมักจะอยู่อยู่กับงานและมีภาระส่วนตัวจนไม่มีเวลา จึงทำให้ผู้สูงอายุน้อยเนื้อต่ำใจและคิดว่าเมื่อหมดอำนาจก็ไม่มีคนมาเคารพนับถือ เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นคนที่ไม่มีความรู้สึกหวงและซึมเศร้า เหตุการณ์ดังกล่าวนี้ทำให้มีผลต่อสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ส่วนผู้สูงอายุที่ประกอบธุรกิจส่วนตัวอาจจะพบปัญหาดังกล่าวได้จากนักธุรกิจที่ทำกิจการใหญ่ๆ มีอำนาจในการสั่งการ การควบคุมเพราะมนุษย์เราถ้าไม่รู้จักปล่อยวางยังมีความยึดมั่นถือมั่นอยู่เสมอโดยเฉพาะผู้สูงอายุจะมีผลต่อสุขภาพมากทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

3. ปัญหาเศรษฐกิจ จากการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับผู้สูงอายุของไทย พบว่าปัญหาเศรษฐกิจเป็นปัญหาหลักในกลุ่มผู้สูงอายุทั้งนี้จะดูได้จากผู้ที่ทำงานราชการเมื่อเกษียณอายุรายได้จะลดลงในขณะที่ค่าของชีพสูงขึ้นเรื่อยๆ สำหรับผู้สูงอายุที่ยากจนไม่มีเงินสะสมไว้ในขณะทำงานและมีด้านปัญหาเศรษฐกิจเป็นปัญหาที่ทำให้ผู้สูงอายุประสบปัญหาในเรื่องที่อยู่อาศัยเรื่องอาหารการกิน และทำให้ส่งผลไปถึงปัญหาสุขภาพส่วนผู้สูงอายุที่ทำงานส่วนตัวเมื่อแก่แล้วลูกหลานจะให้หยุดการทำงานถ้าเป็นงานที่ลูกหลานดำเนินกิจการต่อไป รายได้จะแบ่งให้ผู้สูงอายุเหล่านี้จะไม่มีปัญหาเรื่องเศรษฐกิจ แต่ถ้าผู้สูงอายุทำงานส่วนตัวและไม่มีลูกหลานดำเนินกิจการสืบต่อไปเมื่ออายุมากแล้วจะทำงานไม่ไหว เช่น ชาวนา ชาวสวน ชาวไร่ เป็นต้น งานเหล่านี้จะต้องใช้พลังงานมากและผู้สูงอายุก็จะประสบปัญหาไม่มีใครเลี้ยงดู ลูกหลานก็จะจากไปอยู่ในเมืองเพื่อประกอบอาชีพอื่นทิ้งผู้สูงอายุให้อยู่อย่างโดดเดี่ยว

4. ปัญหาการใช้เวลาว่าง ปัญหานี้จะเกิดกับผู้สูงอายุที่เคยทำงานนอกบ้าน เช่น ข้าราชการหรือผู้ที่ทำงานบริษัทเอกชน มักจะพบว่าหลังจากเกษียณอายุแล้วมีเวลามากเพราะไม่ต้องออกจากบ้านจึงไม่ทราบว่าจะใช้เวลาทำอะไร ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายและรู้สึกตนเองว่าเป็นบุคคลที่ไม่มีประโยชน์ จากการศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับปัญหาผู้สูงอายุไทย พบว่า ปัญหาการใช้เวลาว่างเป็นปัญหาสำคัญอันหนึ่งของผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นสาเหตุของความเครียดและมีผลต่อสุขภาพทั้งทางกายและจิตใจ

จากสภาพปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุ แสดงให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านต่างๆที่เกิดขึ้นกับผู้สูงอายุ ได้แก่ ด้านร่างกายด้านอารมณ์และจิตใจ ด้านสังคมและด้านเศรษฐกิจ ได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุที่อยู่ในสังคม เพราะว่าผู้สูงอายุต้องการการดูแลเอาใจใส่ที่แตกต่างไปจากคนในวัยอื่นๆ

ผู้สูงอายุควรจะได้รับคำตอบสนองตามสภาพปัญหา และความต้องการของแต่ละบุคคล ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นดังกล่าวจะมีลักษณะแตกต่างกันในแต่ละคน ขึ้นอยู่กับการปฏิบัติตนของผู้สูงอายุแต่ละคนและสภาพแวดล้อมในสังคมที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ ดังนั้น ถ้าผู้ดูแลผู้สูงอายุเข้าใจและสามารถแก้ไขปัญหาและความต้องการของผู้สูงอายุที่เกิดการเปลี่ยนแปลงได้จะทำให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างมีความสุข

#### ลักษณะพิเศษของผู้สูงอายุ (RAMPS)

1. **Reduced body reserve** สมรรถภาพและอวัยวะเสื่อมถอย เนื่องจากอายุที่มากขึ้นจึงพบความเสื่อมถอยของอวัยวะในหลายระบบ เช่น ระบบประสาท (มีปัญหาด้านความจำ พฤติกรรม การวางแผน การตัดสินใจ) ซึ่งส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ระบบหัวใจและหลอดเลือด (หลอดเลือดตีบจาก Atherosclerosis/hyper hyalinosis การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของหัวใจ การนำไฟฟ้าหัวใจผิดปกติ การโป่งพองของ หลอดเลือดแดง ลิ้มเลือดอุดตันในหลอดเลือดดำ) เพิ่มความเสี่ยงในการความทุพพลภาพและเสียชีวิตเฉียบพลัน ระบบการขับถ่ายของเสียและปัสสาวะ (การทำงานของไตที่ลดลง ปัญหาเกี่ยวกับการปัสสาวะ) ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและเพิ่มความเสี่ยงให้เกิดภาวะไตวายเฉียบพลันและ เรื้อรัง ระบบกล้ามเนื้อและกระดูก (การฝ่อตัวของกล้ามเนื้อและแทนที่ด้วยไขมัน กระดูกพรุน) เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะฟัซิง ฟัซิง ติดบ้าน ติดเตียง เสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักจากภาวะ กระดูกพรุน

2. **Atypical presentation** อาการแสดงไม่ตรงไปตรงมา ผู้สูงอายุมักจะมาพบแพทย์ด้วยอาการแสดงที่โดยปกติไม่พบในประชากรทั่วไปหรือในโรคนั้นๆ เช่น การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ (Urinary tract infection) ซึ่งโดยผู้ป่วยมักจะมาพบแพทย์ด้วยอาการไข้ ปัสสาวะผิดปกติ/แสบขัด อาการปวดหลังหรือท้องน้อย แต่ในผู้ป่วยที่อายุมากมักจะมาด้วยอาการที่ไม่จำเพาะเจาะจง เช่น อ่อนเพลีย ซึม สับสน คลื่นไส้อาเจียนและมักไม่มีไข้ ซิพพรปกติ กล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลัน (Acute myocardial infarction) ซึ่งโดยผู้ป่วยมักจะมาพบแพทย์ด้วยอาการเจ็บแน่นหน้าอกขณะออกกำลังกายหรือขณะพัก ร้าวไปยังบริเวณหลังหรือสะบัก มีอาการใจสั่นและเหงื่อแตก แต่ผู้ป่วยที่อายุมากก็อาจจะไม่มีอาการเจ็บแน่นหน้าอก แต่มาด้วยหายใจลำบาก อ่อนแรง รับประทานอาหารลดลง

3. **Multiple pathology** มีโรคร่วมหลายอย่าง ผู้สูงอายุมักจะมีโรคร่วมหลายอย่างหรือมีเจ็บป่วยที่มีหลายสาเหตุ เช่น ผู้ป่วยสูงอายุมีโรคประจำตัวเดิมเป็น ความดันโลหิตสูง เบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมได้ไม่ดี ร่วมกับไตเสื่อมเรื้อรังจากเบาหวาน ป่วยด้วยการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและไตวายเฉียบพลัน จะพบว่าแม้จะสามารถรักษาการติดเชื้อให้หายได้ แต่ความเสี่ยงและการทำงานของไตก็จะเสียไปภายหลังการรักษา เนื่องจากพยาธิสภาพเดิมจากโรคเบาหวานและการเจ็บป่วยครั้งนี้ ต่างจากคนวัยผู้ใหญ่ที่เมื่อเป็นโรคสามารถรักษาให้หายขาดได้โดยไม่มี ความผิดปกติอื่นๆ ภายหลังการรักษา

4. **Polypharmacy** รับประทานยาหลายชนิด หมายถึง การใช้ยาร่วมกันมากกว่า 5 ชนิด โดยได้แก่ ยาที่ถูกสั่งจ่ายโดยแพทย์ (Prescription medications) ยาสามัญประจำบ้านหรือยาที่สามารถซื้อได้เองตามร้านขายยา (Over-the-counter medications) และยาสมุนไพร อาหารเสริม (Herbal and dietary supplements) เนื่องจากผู้สูงอายุ มักจะมีความเสื่อมของร่างกายอวัยวะ มีภาวะขาด สารอาหาร มีโรคเรื้อรังและมีการเจ็บป่วยเฉียบพลันบ่อยครั้ง ทำให้มีการใช้ยาเพื่อจุดประสงค์ในการชะลอการเสื่อม ป้องกันโรค การรักษาโรคหรือบรรเทาอาการมากกว่าคน

ในกลุ่มอื่นๆ จึงส่งผลให้มีการส่งจ่ายยาและใช้ยาที่มากเกินไปจนทำให้เกิดผลเสียแก่ผู้ป่วยได้บ่อยครั้ง โดยเฉพาะยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic effects เช่น ยาลดน้ำมูกในกลุ่มของ anti-histamine ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดภาวะสับสน ปัญหาในการขับถ่าย และการหกล้มในผู้สูงอายุ

5. Social adversity พึ่งพิงสังคมและผู้อื่นในการดูแลสุขภาพมากขึ้น การเปลี่ยนแปลงที่กล่าวมาข้างต้น ส่งผลให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เมื่อเกิดการเจ็บป่วยก็จะเกิดภาวะพึ่งพิง (dependence) ไม่สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองและถูกตัดขาดจากสังคมรอบข้างทำให้ต้องการความช่วยเหลือจากสังคม ชุมชนและครอบครัวมากขึ้น ซึ่งประเด็นดังกล่าวถือเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีศักดิ์ศรีในสังคมเหมือนประชากรกลุ่มอื่นๆ ดังนั้นประเด็นปัญหาที่พบบ่อยในปัจจุบันก็จะเกี่ยวข้องกับการถูกละเลยจากครอบครัวและชุมชน (elderly neglect) การอาศัยอยู่เพียงลำพัง (loneliness/living alone) หรือเกิดการทำร้ายร่างกายและจิตใจผู้สูงอายุ (abuse)

### 1.3 ทฤษฎีที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ

สามารถแบ่งออกเป็น 3 ทฤษฎีใหญ่ คือ ทฤษฎีทางชีววิทยา ทฤษฎีทางจิตวิทยาและทฤษฎีทางสังคมวิทยา มีรายละเอียดดังนี้

#### 1. ทฤษฎีทางชีววิทยา ประกอบด้วย

1.1 ทฤษฎีว่าด้วยคอลลาเจน (Collagen) เชื่อว่าเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ สารที่เป็นส่วนประกอบของคอลลาเจนและไฟบรัสโปรตีนจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและเกิดการจับตัวกันมาก ทำให้เส้นใยหดสั้นเข้าปรากฏรอยย่นมากขึ้น ถ้าอยู่ตรงข้อต่อจะมองเห็นปุ่มกระดูกชัดเจนซึ่งการจับตัวของเส้นใยจะมีมากในช่วงอายุ 30-35 ปีบริเวณที่มีการจับตัว ได้แก่ ผิวหนัง กระดูก กล้ามเนื้อ หลอดเลือด และหัวใจ

1.2 ทฤษฎีว่าด้วยภูมิคุ้มกัน (Immunological Theory) เชื่อว่าเมื่อมีอายุมากขึ้นร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกันตามปกติน้อยลงพร้อมๆ กับสร้างภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองมากขึ้น ทำให้ร่างกายต่อสู้กับเชื้อโรคได้ไม่ดีเจ็บป่วยง่าย และภูมิคุ้มกันชนิดทำลายตัวเองจะไปทำลายเซลล์ต่างๆ ของร่างกาย โดยเฉพาะเข้าไปทำลายเซลล์ที่เจริญเต็มที่แล้วไม่มีการแบ่งตัวใหม่ เช่น เซลล์สมอง เซลล์กล้ามเนื้อหัวใจ ทำให้หัวใจวายได้ง่าย

1.3 ทฤษฎีว่าด้วยยีน (Genetic Theory) เชื่อว่าการสูงอายุนั้น เป็นลักษณะที่เกิดตามกรรมพันธุ์ ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างอวัยวะบางส่วนในร่างกาย คล้ายคลึงกับหลายช่วงคนเมื่อมีอายุมากขึ้น เช่น ลักษณะศีรษะล้าน ผมหงอกเร็ว

1.4 ทฤษฎีว่าด้วยการเสื่อมและถดถอย (Wear And Tear Theory) ทฤษฎีนี้เปรียบสิ่งมีชีวิตทั้งหลายเหมือนเครื่องจักรที่เชื่อว่าหลังใช้งานเสร็จแล้วมีการสึกหรอ แต่มีสิ่งมีชีวิต เช่น ผิวหนังเยื่อบุทางเดินอาหาร เม็ดเลือดแดง มีการสร้างเซลล์ใหม่มาทดแทนเซลล์เก่าที่หายไปอย่างต่อเนื่อง เป็นการชะลอความเสื่อมและถดถอยแต่ในระบบเซลล์อื่นๆ ส่วนเซลล์ประสาทและเซลล์กล้ามเนื้อจะไม่มีการเพิ่มเซลล์ใหม่ เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุการเสริมสร้างจะต่างกับพวกแรกเสริมสร้างเซลล์ภายใน ทำให้ด้อยประสิทธิภาพ ชะลอความเสื่อมและถดถอยได้น้อยกว่า จะเห็นได้ว่าหน้าที่ของร่างกายทั้งโครงสร้าง มีการใช้ตลอดเวลาทำให้เกิดการเสื่อมและหมดอายุ ถ้ามีการใช้มาก มีผลทำให้เกิดการเสื่อมเร็วขึ้น

1.5 ทฤษฎีว่าด้วยการสะสม (Accumulation Theory) กล่าวว่า ในน้ำเหลืองของคนหรือสัตว์ที่สูงอายุ พบว่า มีการสะสมของสารบางอย่าง ซึ่งมีผลทำให้หยุดการเจริญเติบโตของเซลล์และสารนี้จะไม่พบในน้ำเหลืองของคนหรือสัตว์ที่มีอายุน้อย สารที่สะสมนี้มีผลแทรกแซงขบวนการเผาผลาญของเซลล์ ทำให้ประสิทธิภาพของการซึมผ่านของผนังเซลล์ลดลงในที่สุด จะทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ เริ่มเสื่อมลงและเสียไปในที่สุด

1.6 ทฤษฎีว่าด้วยสารอนุมูลอิสระที่เกิดจากการเผาผลาญ (Free Radical Theory) กล่าวถึง การให้ออกซิเจนของเซลล์และการเผาผลาญพวกโปรตีน คาร์โบไฮเดรตและอื่นๆ ทำให้เกิดอนุมูลอิสระ ทำลายผนังเซลล์ให้เสื่อมสลายลงสารนี้ถูกเร่งให้เกิดมากขึ้นโดยการฉายรังสี แต่มีสารที่ป้องกันไม่ให้เกิดอนุมูลอิสระ ได้แก่ วิตามินอี โดยไปลดการเผาผลาญ วิตามินเอ วิตามินซีและไนอาซิน แอมยังช่วยจับสารอนุมูลอิสระอีกด้วย

## 2. ทฤษฎีทางจิตวิทยา (Psychoanalytic Theory) ประกอบด้วย

2.1 ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Personality Theory) กล่าวว่า ผู้สูงอายุจะมีความสุขหรือความทุกข์ขึ้นอยู่กับภูมิหลังและการพัฒนาจิตของผู้นั้น ถ้าผู้สูงอายุเติบโตด้วยความมั่นคงอบอุ่น มีความรักแบบถ้อยทีถ้อยอาศัย เห็นความสำคัญของคนอื่น ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้เป็นอย่างดีมักจะเป็นผู้สูงอายุค่อนข้างจะมีความสุข สามารถอยู่ร่วมกับลูกหลานและผู้อื่นได้โดยไม่เดือดร้อนในทางกลับกัน ถ้าผู้สูงอายุเกิดมาอยู่ร่วมกับใครไม่เป็น ไม่อยากช่วยเหลือผู้อื่น จิตใจคับแคบผู้สูงอายุมักจะเป็นผู้ไม่ค่อยมีความสุข

2.2 ทฤษฎีความปราดเปรื่อง (Intelligence Theory) เชื่อว่าผู้สูงอายุที่ยังปราดเปรื่องและคงความเป็นปราชญ์อยู่ได้เพราะเป็นผู้ที่มีความสนใจในเรื่องต่างๆ อยู่เสมอมีการค้นคว้าและพยายามที่จะเรียนรู้อยู่ตลอดเวลา ผู้ที่มีลักษณะเช่นนี้ต้องเป็นผู้มีสุขภาพดี มีฐานะเศรษฐกิจพอเป็นเครื่องเกื้อหนุน

## 3. ทฤษฎีสังคมวิทยา ประกอบด้วย

3.1 ทฤษฎีบทบาท (Role Theory) มีแนวคิดว่าการปรับตัวการเป็นผู้สูงอายุน่าจะเกี่ยวกับทฤษฎีบทบาท คือ บุคคลนั้นจะรับบทบาททางสังคมที่ต่างกันไปตลอดชีวิต เช่น บทบาทการเป็นพ่อ แม่ สามี ภรรยา ความเป็นคนถูกกำหนดโดยบทบาทหน้าที่ที่ตนกำลังรับผิดชอบ บุคคลจะอยู่ในสังคมอย่างมีความสุขได้ขึ้นอยู่กับปฏิบัติตนตามบทบาทหน้าที่ที่ตนกำลังเป็นอยู่ได้เหมาะสมเพียงใด โดยอายุจะเป็นองค์ประกอบในการกำหนดบทบาทของแต่ละคนในช่วงชีวิตที่ผ่านมา

3.2 ทฤษฎีกิจกรรม (Activity Theory) ผู้สูงอายุที่มีกิจกรรมอยู่เสมอๆ จะมีบุคลิกภาพที่กระฉับกระเฉง มีภารกิจอย่างสม่ำเสมอ ทำให้มีความพึงพอใจในชีวิต ปรับตัวได้ดีกว่าผู้สูงอายุที่ปราศจากกิจกรรม มีภาพพจน์ในด้านบวก ชอบเข้าร่วมกิจกรรมของผู้สูงอายุ เป็นการทดแทนบทบาทที่เสียไปจากการที่ต้องเป็นหม้าย การเกษียณอายุจากการปฏิบัติงาน ซึ่งผู้สูงอายุจะมีความสุขได้ควรมีบทบาทหรือกิจกรรมทางสังคมตามสมควร เช่น มีงานอดิเรกการเป็นสมาชิกกลุ่มกิจกรรมสมาคมหรือชมรม

3.3 ทฤษฎีการแยกตนเอง (Ibisengagement Theory) เชื่อว่าการที่ผู้สูงอายุไม่เกี่ยวข้องกันกับบทบาททางสังคม เป็นเพราะการถอนสถานภาพบทบาทของตนเอง ตามปกติผู้สูงอายุจะลดกิจกรรมลงในขณะที่ปรับตนเองให้เข้ากับการเปลี่ยนแปลงตามปกติของกระบวนการผู้สูงอายุ

3.4 ทฤษฎีความต่อเนื่อง (Continuity Theory) ผู้สูงอายุจะแสวงหาบทบาททางสังคมให้มาทดแทนทางสังคมเก่าที่สูญเสียไป ยังคงปรับตนเองให้เข้ากับภาพแวดล้อมใหม่อย่างต่อเนื่องอยู่เสมอ

3.5 ทฤษฎีระดับชั้นอายุ (Age Stratification Theory) อายุเป็นหลักเกณฑ์สากลที่จะกำหนดบทบาท สิทธิหน้าที่ ซึ่งจะเปลี่ยนแปลงไปตามชั้นอายุ จากอายุหนึ่งไปสู่อีกอายุหนึ่ง

จากแนวคิดทฤษฎีดังกล่าวข้างต้นสรุปได้ว่า ผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านสุขภาพ มีลักษณะที่เสื่อมถอยตามสภาพ และต้องการความช่วยเหลือการยอมรับจากบุคคลในครอบครัว สังคม และชุมชน ดังนั้นสังคมควรให้ความช่วยเหลืออุปการะเพื่อให้ผู้สูงอายุมีชีวิตมีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งทางด้านสุขภาพร่างกายและจิตใจ

#### การประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม (CGA; Comprehensive Geriatric Assessment)

มีบทบาทสำคัญเป็นอย่างมากในกระบวนการประเมินและรักษาโรคให้ผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง (Frailty elderly) เนื่องจากการเจ็บป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุมักจะมาพบแพทย์ด้วยกลุ่มอาการที่เป็นปัญหาเฉพาะหรือพบบ่อยในผู้สูงอายุหรือ Geriatric syndrome โดย ลักษณะของกลุ่มอาการดังกล่าวไม่ได้มีสาเหตุการเกิดที่จำเพาะเจาะจงกับปัจจัยการเกิดโรคใดโรคหนึ่งเพียงอย่างเดียว บ่อยครั้งมักจะมีสาเหตุการเกิดการเจ็บป่วยหรือโรคได้หลายสาเหตุ (Multifactorial etiologies) ไม่สามารถจัดหมวดหมู่การเจ็บป่วยให้เข้าโรคใดโรคหนึ่งได้ มาด้วยการเจ็บป่วยและปัญหาสุขภาพหลายอย่างพร้อมกัน (Multiple illness and health problems) ซึ่งมีกลุ่มอาการที่พบบ่อยซึ่งนิยมเรียกว่า “Geriatric Giants” หรือ “Big I’s” ดังนี้

- Intellectual impairment: 3 D (Dementia, Delirium, Depression) หลงลืม เพื่อ สับสนและซึมเศร้า
  - Instability and falls สูญเสียความสามารถในการทรงตัว เกิดการหกล้ม
  - Immobility ไม่สามารถเคลื่อนไหวได้อย่างอิสระ ชอบอยู่กับที่ติดบ้าน ติดเตียง
  - Incontinence ไม่สามารถกลั้นอุจจาระ กลั้นปัสสาวะได้
  - Iatrogenesis เกิดการเจ็บป่วย เนื่องจากการรักษาทางการแพทย์มักเกิดการปัญหาด้านการใช้ยามากเกินความจำเป็น (Polypharmacy) และการใช้ยาแบบไม่พึงประสงค์ (Drug abuse) นำมาซึ่งผลเสียจากการใช้ยา เช่น การดื้อยาปฏิชีวนะ (Antibiotic resistance) การหกล้มจากผลของการใช้ยาที่ออกฤทธิ์แบบ Anticholinergic effect
  - Inanition ภาวะทุโภชนาการ (Malnutrition) ขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกาย เบื่ออาหาร (Anorexia)
  - Insomnia นอนไม่หลับ
- โดยภายหลังได้มีการเกิดกลุ่มอาการอื่นที่พบบ่อยเข้ามาด้วย ได้แก่
- Functional decline ความถดถอยของสมรรถภาพทางกาย
  - Frailty and Sarcopenia ภาวะเปราะบางและมีการลดลงของปริมาณชั้นกล้ามเนื้อซึ่งถูกทดแทนด้วยไขมัน
  - Dizziness มึนศีรษะ วิงเวียนศีรษะ
  - Dysphagia กลืนลำบาก

## การคัดกรองและประเมินสุขภาพผู้สูงอายุ

### 1. การตรวจคัดกรองโรคเบาหวาน

1.1. การตรวจวัดพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร (fasting plasma glucose, FPG, venous blood) โดยตรวจเลือดจากหลอดเลือดดำ

1.2. การตรวจน้ำตาลในเลือดโดยวิธีเจาะจากปลายนิ้ว (fasting capillary blood glucose, FCBG) ถ้าระดับ FPG (หรือ FCBG)  $\geq 126$  มก./ดล. ให้ตรวจยืนยันด้วย FPG อีกครั้งในวันหรือสัปดาห์ถัดไป ถ้า FPG  $\geq 126$  มก./ดล. ซ้ำอีกให้วินิจฉัยว่าเป็น “โรคเบาหวาน” ถ้า FPG 100-125 มก./ดล. วินิจฉัยว่าเป็น “ภาวะระดับน้ำตาลในเลือดขณะอดอาหารผิดปกติ (Impaired Fasting Glucose ; IFG)” ให้แนะนำการป้องกันโรคเบาหวานโดยการควบคุมอาหาร การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอและติดตามวัดระดับ FPG ซ้ำทุก 1-3 ปี ทั้งนี้ขึ้นกับปัจจัยเสี่ยงที่มี กรณีมีปัจจัยเสี่ยงหลายปัจจัยต้องการวินิจฉัยให้แน่ชัดว่ามีความผิดปกติของระดับน้ำตาลในเลือดยุทธวิธีใดสามารถตรวจคัดกรองด้วย 75 กรัม Oral Glucose Tolerance Test (OGTT) เพื่อเริ่มการป้องกันหรือรักษาได้เร็วขึ้น

1.3. การคัดกรองโรคเบาหวานโดยตรวจวัด capillary blood glucose จากปลายนิ้วโดยไม่ต้องอดอาหารสามารถใช้ได้ในกรณีที่ไม่สามารถวัดหรือไม่สามารถตรวจระดับ FPG ถ้าระดับ capillary blood glucose ขณะที่ไม่อดอาหาร  $\geq 110$  มก./ดล. ควรตรวจยืนยันด้วย FPG เนื่องจากค่า capillary blood glucose ที่วัดได้มีโอกาสที่จะมีความคลาดเคลื่อน ถ้าระดับ capillary blood glucose ขณะที่ไม่อดอาหาร

2. การตรวจคัดกรองความดันโลหิต (hypertension) หมายถึงระดับความดันโลหิตซิสโตลิก (systolic blood pressure, SBP)  $\geq 140$  มม.ปรอท และ/หรือ ความดันโลหิตไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure, DBP)  $\geq 90$  มม.ปรอท โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล

Isolated systolic hypertension (ISH) หมายถึงระดับ SBP  $\geq 140$  มม.ปรอท แต่ระดับ DBP  $< 90$  มม.ปรอท โดยอ้างอิงจากการวัดความดันโลหิตที่สถานพยาบาล

Isolated office hypertension หรือ white-coat hypertension (WCH) หมายถึงระดับความดันโลหิตจากการวัดที่สถานพยาบาลสูงผิดปกติ (SBP  $\geq 140$  มม.ปรอท และ/หรือ DBP  $\geq 90$  มม.ปรอท) แต่ระดับ ความดันโลหิตจากการวัดที่บ้านเป็นปกติ (SBP  $< 135$  มม.ปรอท และ DBP  $< 85$  มม.ปรอท)

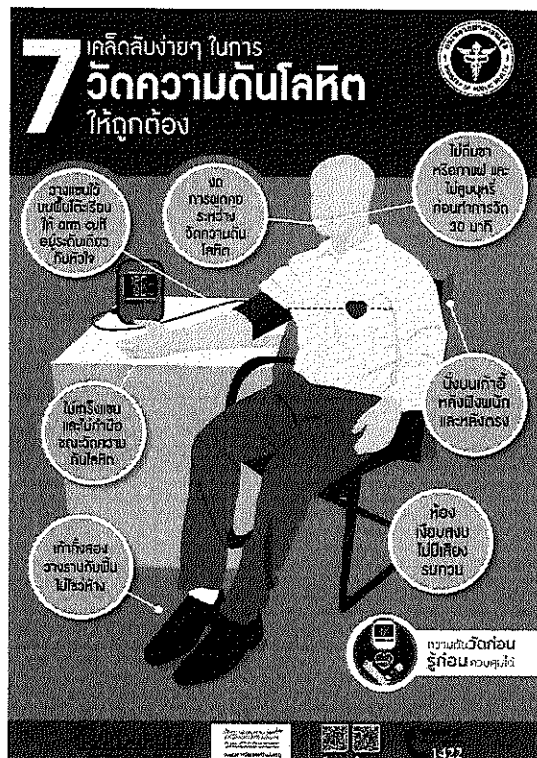
Masked hypertension หมายถึงระดับความดันโลหิตจากการวัดที่สถานพยาบาลเป็นปกติ (SBP  $< 140$  มม.ปรอท และ DBP  $< 90$  มม.ปรอท) แต่ระดับความดันโลหิตจากการวัดที่บ้านสูงผิดปกติ (SBP  $\geq 135$  มม. ปรอท และ/หรือ DBP  $\geq 85$  มม.ปรอท)

การวัดความดันโลหิตในแต่ละครั้งควรวัดอย่างน้อย 2 ครั้งห่างกัน 1 นาทีจากแขนเดียวกันท่าเดิม โดยทั่วไปการวัดครั้งแรกมักมีค่าสูงที่สุด หากพบว่า SBP จากการวัดทั้ง 2 ครั้งต่างกัน  $< 5$  มม.ปรอท ควรวัดเพิ่มอีก 1-2 ครั้งแล้วนำผลที่ได้มาหาค่าเฉลี่ย การประเมินผู้ป่วยครั้งแรกหรือผู้ที่เพิ่งตรวจพบว่ามีความดันโลหิตสูง แนะนำให้วัดความดันโลหิตที่แขนทั้ง 2 ข้างและหากต่างกันเกิน 20/10 มม. ปรอทจากการวัดซ้ำหลายๆครั้ง อาจแสดงถึงโรคของหลอดเลือดแดงและควรส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญเพื่อวินิจฉัยหาสาเหตุ

ผู้สูงอายุอาจมีค่า SBP ของแขนทั้งสองข้างต่างกันเกินกว่า 0 มม.ปรอทได้ การติดตามวัดความดันโลหิตครั้งต่อไปในผู้ที่มีลักษณะเช่นนี้ให้วัดจากแขนข้างที่มีค่า SBP สูงกว่า สำหรับผู้สูงอายุ ผู้ป่วยโรคเบาหวาน หรือผู้ป่วยที่มีอาการวิงเวียนหรือหน้ามืดเวลาลุกขึ้นยืนควรวัดความดันโลหิตในท่ายืนด้วย โดยวัดความดันโลหิตทำ นอนก่อน จากนั้นให้ผู้ป่วยลุกยืนแล้ววัดความดันโลหิตซ้ำอีก 2 ครั้งภายในเวลา และ 3 นาที หาก SBP ในท่ายืน ต่ำกว่าในท่านอน  $\geq 20$  มม.ปรอทหรือผู้ป่วยมีอาการวิงเวียนให้วินิจฉัยว่าผู้ป่วยมีภาวะ orthostatic hypotension ผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะซึ่งพบได้บ่อยในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคือ atrial fibrillation (AF) ให้วัด ความดันโลหิตด้วยเครื่องวัดความดันโลหิตชนิดปรอทเป็นหลักและควรวัดซ้ำหลายๆ ครั้งแล้วใช้ค่าเฉลี่ยเนื่องจาก ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะพบความแปรปรวนของความดันโลหิตได้มากกว่าผู้ป่วยทั่วไป

การวัดความดันโลหิตด้วยเครื่องชนิดพกพาที่บ้าน การวัดความดันโลหิตที่บ้านช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องทำให้ควบคุมความดันโลหิตได้ดีขึ้นและช่วยในการตรวจหาผู้ที่เป็น white-coat hypertension และ masked hypertension แนะนำให้ใช้เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดพกพาวัดบริเวณต้นแขนและควรเป็นเครื่องที่ผ่านการรับรองจากสถาบันกำหนดมาตรฐาน ไม่แนะนำให้ใช้เครื่องชนิดที่วัดบริเวณข้อมือหรือปลายนิ้ว ยกเว้นเมื่อวัดความดันโลหิตบริเวณต้นแขนทำได้ลำบาก เช่น ผู้ที่อ้วนมาก แนะนำให้วัดความดันโลหิตที่บ้านวันละ 2 ช่วงเวลาคือช่วงเช้าและช่วงเย็น ช่วงละ 2 ครั้ง (ช่วงเช้า 2 ครั้ง ช่วงเย็น 2 ครั้ง) เป็นเวลาติดต่อกัน 3-7 วันโดยเฉพาะช่วงก่อนมาพบแพทย์

การเตรียมตัวในการวัดความดันโลหิต แนะนำให้งดดื่มชาหรือกาแฟและไม่สูบบุหรี่ก่อนวัดความดันโลหิตอย่างน้อย 30 นาที หากปวดปัสสาวะให้ไปปัสสาวะก่อน ให้นั่งพักบนเก้าอี้ในท้องที่เงียบสงบเป็นเวลา 5 นาที หลังพินึกเพื่อไม่ต้องเกร็งหลัง เท้าสองข้างวางราบกับพื้น ห้ามนั่งไขว่ห้าง ไม่พูดคุยทั้งก่อนและขณะวัดความดัน โลหิต วางแขนที่จะวัดบนโต๊ะโดยให้บริเวณที่จะพัน arm cuff อยู่ระดับเดียวกับหัวใจ ไม่เกร็งแขนหรือกำมือขณะวัดความดันโลหิต



### 3.การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดด้วย Thai CV risk score

โรคหัวใจและหลอดเลือดจัดเป็นกลุ่มโรคไม่ติดต่อ (non communicable disease หรือ NCDs) ที่สามารถป้องกันได้โดยการลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม องค์การอนามัยโลก ได้แนะนำให้มีการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด ยังสามารถช่วยให้ค้นพบผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิต โรคเบาหวานได้เร็วขึ้นและยังใช้ในการประกอบการตัดสินใจสั่งจ่ายยาของแพทย์ด้วย เช่น การช้ยาลดความดันโลหิต การช้ยาลดไขมัน การช้ยาเบาหวาน การประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด หมายถึง การรวบรวมปัจจัยเสี่ยงโดยการสอบถามหรือการตรวจวัดทางห้องปฏิบัติการ เพื่อใช้ในการคำนวณโอกาสการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดภายใน 10 ปีข้างหน้า โดยปัจจัยเสี่ยงประกอบด้วย 1) อายุ 2) เพศ 3) ระดับไขมันในเลือด 4) ระดับน้ำตาลในเลือด 5) ระดับความดันโลหิต 6) การสูบบุหรี่ 7) ภาวะอ้วน ทั้งนี้ สามารถพิจารณาปัจจัยเรื่องประวัติครอบครัว การออกกำลังกาย การรับประทานผัก-ผลไม้ ประกอบการประเมินเพิ่มเติมได้ Thai CV risk score โปรแกรมนี้ใช้ประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยแสดงผลการประเมินเป็นความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตหรือเจ็บป่วยจากโรคเส้นเลือดหัวใจและสมองตีบตันในระยะเวลา 10 ปีข้างหน้า ซึ่งสามารถใช้ได้ทั้งในกรณีที่ท่านไม่มีผลเลือดโดยให้ช้ขนาดรอบเอวและส่วนสูงแทนและในกรณีที่มีผลการตรวจระดับไขมันในเลือด แบบประเมินความเสี่ยงนี้ควรใช้เฉพาะในคนไทยที่มีอายุ 35-70 ปีที่ยังไม่มีโรคหัวใจและหลอดเลือดและไม่สามารถใช้กับผู้ป่วยโรคเส้นหัวใจหรือโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะได้ ปัจจัยเสี่ยงในการประเมินนี้จะใช้คะแนนความเสี่ยงของ ๕ ปัจจัย คือ อายุ เพศ ประวัติการสูบบุหรี่ ประวัติโรคความดันเลือดสูงหรือวัดความดันได้ตั้งแต่ ๑๔๐/๙๐ ขึ้นไป และรอบเอวใหญ่เกินค่ากำหนด (ผู้ชาย ตั้งแต่ ๙๐ ซม. ขึ้นไป ผู้หญิงตั้งแต่ ๘๐ ซม. ขึ้นไป)โดยนำคะแนนความเสี่ยงทุกอย่างมารวมกัน

### 4.การคัดกรองการได้ยิน : Finger rub test

วิธีการ : ผู้ทดสอบถูนิ้วโป้งกับนิ้วชี้หน้าหูผู้ถูกทดสอบเบาๆ (ห่างจากหู~1 นิ้ว) ที่ละข้างทั้งหูขวาและหูซ้าย

เกณฑ์การประเมิน ถ้าตอบ “ไม่ได้ยิน” หูข้างใดข้างหนึ่ง ถือว่า หูข้างนั้นมีปัญหาการได้ยิน





ปัญหาการได้ยินในผู้สูงอายุ อาจถือเป็นปัญหาของญาติหรือคนรอบข้างด้วยเหมือนกัน การที่ผู้สูงอายุมีความสามารถในการรับเสียงแย่ง เช่น หูอื้อหรือหูตึง ปัญหาการได้ยินในผู้สูงอายุเป็นภาวะที่ค่อยเป็นค่อยไปทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตในการสื่อสารกับผู้อื่นน้อยลงโดยไม่รู้ตัว อาจเกิดปัญหาอื่นตามมาได้เช่น ต้องตะโกนสื่อสารกันเป็นเวลานานทำให้เสียงแหบ เจ็บคอ ไอและระคายคอเรื้อรัง เป็นต้น

#### 5. การประเมินสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

##### 1. ปัญหาการเคี้ยวอาหาร

1.1 มีฟัน/ รากฟันผุที่ไม่สามารถป้องกันหรือให้บริการได้ หรือไม่

มี  ไม่มี

1.2 มีเหงือกบวม ฝึหนอง ฟันโยก หรือไม่

มี  ไม่มี

1.3 จำนวนฟันแท้ต่ำกว่าเกณฑ์ (อย่างน้อย 20 ซี่หรือ 4 คู่สบ) หรือไม่

ใช่  ไม่ใช่

2. ปัญหาเนื้อเยื่อช่องปาก: มีก้อน รอยแดงรอยขาว แผลเรื้อรัง นานกว่า 2 สัปดาห์ หรือไม่

มี  ไม่มี

3. ปัญหาปากแห้ง น้ำลายแห้ง : ต้องดื่มน้ำตามเพื่อช่วยกลืนบ่อยครั้ง/มีอาการลิ้นแห้งติดเพดานบ่อยหรือไม่

มี  ไม่มี

4. สภาพช่องปาก (Oral Hygiene) สะอาด หรือไม่

สะอาด  ไม่สะอาด

#### เกณฑ์การประเมิน

ข้อ 1-3 ถ้าประเมินว่า “มี” หรือ “ใช่”  $\geq 1$  ข้อ ควรส่งต่อเพื่อเข้ารับบริการทางทันตกรรมกับทันตบุคลากร

ถ้าประเมินว่า “ไม่มี” หรือ “ไม่ใช่” ควรแนะนำและบริการส่งเสริม ป้องกัน

ข้อ 4 ถ้าประเมินว่า “ไม่สะอาด” ควรฝึกการแปรงฟันและใช้อุปกรณ์เสริมเพื่อควบคุมคราบจุลินทรีย์

#### 6.การประเมินการมองเห็น: Snellen Chart

การประเมินการมองเห็นด้วยแผ่นทดสอบสายตาสเนลเลน (Snellen Chart) เป็นการวัดระดับสายตา (visual acuity : VA) เพื่อค้นหาปัญหาการมองเห็น แผ่นทดสอบสายตาสเนลเลนมี 2 แบบคือ แบบตัวเลขและแบบตัวอักษร (E Chart) สำหรับผู้ไม่รู้หนังสือ

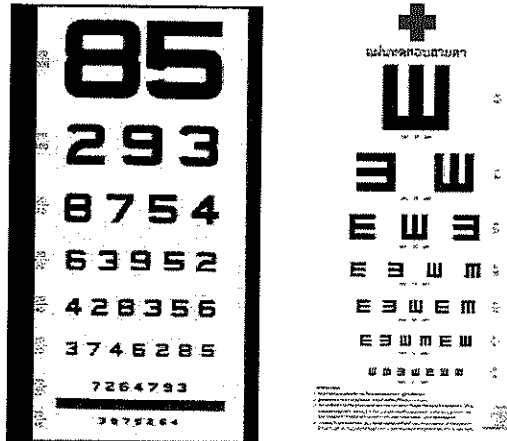
##### วิธีการ

1. ผู้สูงอายุยืนหรือนั่งโดยลำตัวห่างจากแผ่นทดสอบสายตา 20 ฟุตหรือ 6 เมตร นั่งตัวตรง ห้ามโน้มตัว ไปข้างหน้าขณะอ่านเพราะระยะทางจะคลาดเคลื่อน และห้ามเอียงคอขณะอ่านเพราะอาจแอบใช้ตาข้างที่ปกติมา ช่วยอ่านทำให้ไม่ได้ค่าสายตาที่แท้จริง

2. ทดสอบสายตาทีละข้างโดยเริ่มจากตาขวาก่อน บังตาซ้ายให้มิด ไม่จำเป็นต้องหลับหรือหรีตาซ้าย ถ้าใช้มือบังให้ใช้ส่วนที่เป็นอุ้งมือ อย่าใช้นิ้วบังเพราะอาจมองลอดนิ้วมือ ไม่ออกแรงกดที่ลูกตาขณะบังตา

3. ผู้สูงอายุอ่านตัวเลขบนแผ่นทดสอบเรียงลำดับทีละตัวจากซ้ายไปขวาและจากบรรทัดบนลงล่างทีละแถว หากไม่แน่ใจให้เดาจนอ่านต่อไปอีกไม่ได้แล้วอ่านได้สิ้นสุดทีแถวใดให้ดูตัวเลขแสดงระดับสายตาซึ่งกำกับอยู่ท้าย แถวที่

อ่านได้โดยแถวสุดท้ายที่อ่านได้ คือแถวที่อ่านแล้วถูกเท่ากับหรือมากกว่าครึ่งของจำนวนตัวเลขในแถวนั้น แล้วบันทึก ระดับสายตาข้างขวาไว้



การบันทึกค่า

ค่าสายตาที่วัดได้บันทึกเป็นตัวเลขเศษส่วนซึ่งบอกค่าเป็นระยะทาง โดยตัวเลขเศษหมายถึงระยะห่างจากแผ่นทดสอบสายตาที่ผู้สูงอายุสามารถอ่านตัวเลขนั้นได้ ตัวเลขส่วนหมายถึงระยะห่างจากแผ่นทดสอบสายตาที่คนสายตาปกติสามารถอ่านตัวเลขนั้นได้

### 7.OSTA index (Osteoporosis Self-Assessment Tool for Asians)

สูตรคำนวณ OSTA index

$$0.2 * (\text{น้ำหนักตัว} - \text{อายุ})$$

- การแปลผล OSTA index < -4 : ความเสี่ยงในการเกิดโรคกระดูกพรุนสูง
- 4 ถึง -1 : ความเสี่ยงในการเกิดโรคกระดูกพรุนปานกลาง
- > -1 : ความเสี่ยงในการเกิดโรคกระดูกพรุนต่ำ

### 8. FRAX score

FRAX เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินโอกาสเสี่ยงของการเกิดกระดูกหักระยะเวลา 10 ปี(10-year probability of fracture) ซึ่งคำนวณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป จากเว็บไซต์ <https://www.sheffield.ac.uk/FRAX/tool.aspx?lang=th> โดยพิจารณาจากปัจจัยเสี่ยง ถ้ามีปัจจัยเสี่ยงให้ตอบ "ใช่" ถ้าไม่มีปัจจัยเสี่ยงให้ตอบ "ไม่" กรณีที่ไม่ตอบหรือปล่อยให้ว่างโปรแกรมจะคำนวณโดยถือว่าไม่มีปัจจัยเสี่ยงนั้นๆ ปัจจัยเสี่ยงที่ใช้ในการคำนวณมีดังนี้

9. Timed Up and Go test : TUG การวางเก้าอี้ที่มีที่เท้าแขนที่จุดตั้งต้น วัดระยะทาง 3 เมตร ทำเครื่องหมายบนพื้น บอกให้ผู้สูงอายุทราบว่า เมื่อเริ่มจับเวลาให้ลุกขึ้นจากเก้าอี้แล้วเดินเป็นเส้นตรงด้วยความเร็วปกติ (สามารถใช้อุปกรณ์ช่วยเดินที่ใช้ประจำได้) เมื่อเดินถึงระยะทางที่กำหนดให้หมุนตัวและเดินกลับมาที่นั่งเดิม

เกณฑ์การประเมิน : ใช้เวลา  $\geq 2$  วินาทีหรือทำไม่ได้ถือว่า มีความเสี่ยงสูง

10. การประเมินภาวะโภชนาการโดย MNA (Mini Nutritional Assessment) เป็นการคัดกรองภาวะโภชนาการในผู้สูงอายุเป็นขั้นตอนแรกในการค้นหาผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงในการเกิดภาวะทุพโภชนาการ สามารถประเมินได้จากประวัติการรับประทานอาหาร ประวัติการเปลี่ยนแปลงทั้งคุณภาพและปริมาณอาหารลดลง การเปลี่ยนแปลงเวลาในการรับประทานอาหารโดยมีช่วงห่างในการรับประทานอาหารระหว่างมื้อห่างขึ้น ประวัติการเป็นโรคเรื้อรังหรือภาวะที่มีการเผาผลาญอาหารเพิ่มและโรคที่มีผลต่อความต้องการสารอาหารเพิ่มขึ้น เช่น การดูดซึมในระบบทางเดินอาหาร กระดูกหักหลายตำแหน่ง โรคเบาหวาน เป็นต้น

11. การประเมินภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Modified Mini Sarcopenia Risk Assessment-5 : Modified MRSA - 5) เป็นการประเมินมวลกล้ามเนื้อกับสมรรถภาพทางกาย ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแขน ขา และดัชนีมวลกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะที่มวลกล้ามเนื้อและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลงอย่างต่อเนื่อง

12. การคัดกรองภาวะเปราะบาง (FRAIL Scal) เป็นหนึ่งในกลุ่มอาการที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีสภาวะเปลี่ยนผ่านจากสภาวะแข็งแรงสู่ภาวะอ่อนแอ ในหลายระบบทั้งทางกาย ทางจิตและสังคมอันเป็นสาเหตุของผลไม่พึงประสงค์ โดยใช้แบบประเมิน หากมีอาการตั้งแต่ 3 ข้อขึ้นไปจาก 5 ข้อ ดังข้อความต่อไปนี้ถือว่าผู้สูงอายุมีภาวะเปราะบาง

- น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุมากกว่า 4.5 กิโลกรัมหรือมากกว่าร้อยละ 5 ของน้ำหนักตัวในระยะเวลา 1 ปี
- รู้สึกเหนื่อย หดแรงแรง
- กล้ามเนื้ออ่อนแอ
- เดินช้าลง
- ออกแรงในชีวิตประจำวันลดลง

13. การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้ทราบว่าผู้สูงอายุปัญหาการใช้ชีวิตประจำวันหรือไม่ เราสามารถใช้เครื่องมือประเมินความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวัน เรียกว่า แบบประเมินผู้สูงอายุตามกลุ่มศักยภาพ ตามความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activities of Daily Living : ADL)

การแปลผล 0 – 4 คะแนน ภาวะพึ่งพิงหรือกลุ่มที่ 3 (ติดเตียง)

5 – 11 คะแนน มีภาวะพึ่งพิงรุนแรงถึงปานกลางหรือกลุ่มที่ 2 (ติดบ้าน)

> 11 คะแนน มีศักยภาพ ไม่ต้องการพึ่งพาหรือกลุ่มที่ 1 ติดสังคม

14. การตรวจภาวะกระดูกพรุน (Osteoporosis Self-Assessment Tool for Asians : OSTA) เป็นการประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคกระดูกพรุน โดยคำนวณจากอายุ และน้ำหนักตัว เพื่อตรวจหาระดับความเสี่ยงในการเกิดภาวะกระดูกพรุน และสามารถรักษาตลอดจนปรับพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงในอนาคต

กระดูกพรุนเป็นภาวะที่มีเนื้อกระดูกบางลงจากการสูญเสียมวลกระดูก ซึ่งจะเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยเฉพาะบริเวณกระดูกสันหลัง กระดูกสะโพก และกระดูกข้อมือ โดยทั่วไปมักจะไม่มีอาการแสดงจนกว่าจะเกิดกระดูกหักซึ่งปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดภาวะกระดูกพรุน ได้แก่

- สูงอายุ
- เพศหญิง
- ชาติพันธุ์ผิวขาว และเอเชีย
- มีภาวะหมดประจำเดือนก่อนอายุ 45 ปี
- โครงสร้างร่างกายผอมบางและดัชนีมวลกายต่ำ
- พันธุกรรม
- บริโภคแคลเซียมไม่เพียงพอ
- ขาดการออกกำลังกาย
- สูบบุหรี่ ดื่มสุรา คาเฟอีน เป็นประจำ

15.การประเมินการกลืนปัสสาวะ เป็นการประเมินการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ในผู้สูงอายุ สามารถสื่อสารได้โดยใช้แบบประเมิน 3 ส่วน คือ แบบคัดกรองการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ การประเมินความรุนแรงของการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ การประเมินผลกระทบจากการกลืนปัสสาวะไม่อยู่ โดยประเมินระดับความรุนแรงน้อย ปานกลางและรุนแรงมากตามลักษณะอาการและผลกระทบต่อการทำหน้าที่ประจำวัน

16.การประเมินสมรรถภาพสมอง เพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อม มีจุดประสงค์เพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อม โดยประเมินในผู้สูงอายุที่สามารถสื่อสารได้ วิธีการ คือ

- ให้ผู้สูงอายุดูภาพรถยนต์ สีเสื้อ แก้วน้ำ แล้วกลับมาทบทวนของ 3 สิ่ง
- ให้ผู้สูงอายุคำนวณ 100 - 3 ไปเรื่อยๆ

การแปลผล ถ้าตอบถูกต้อง : ปกติ

ถ้าตอบผิด 1 ข้อ ให้ส่งประเมินคัดกรองสมองเสื่อมต่อ

17.การคัดกรองผู้ป่วยสมองเสื่อม(MMSE-Thai) เป็นแบบประเมินความผิดปกติของสมองในด้านการรับรู้ วัน เวลา สถานที่ บุคคล การทดสอบความสนใจ การคิดคำนวณ ความจำ ความสามารถในการใช้ภาษา โดยมีคะแนนสูงสุด คือ 30 คะแนน และถ้าต่ำกว่า 23 คะแนน อาจมีความผิดปกติของสมองต้องส่งพบจิตแพทย์

18.การประเมินแบบการตรวจสภาพจิตแบบย่อ(Thai Mini-Mental State Examination : TMSE) ใช้ทดสอบการทำงานของสมองด้านความรู้ ความเข้าใจ เพื่อประเมินสภาวะจิตใจของผู้สูงอายุที่มาด้วยปัญหาทางจิตเวช เพื่อประเมินภาวะสุขภาพจิตหากมีความผิดปกติต้องส่งพบนักจิตวิทยาหรือจิตแพทย์

19.แบบประเมินโรคซึมเศร้า 2 คำถาม(2Q) โดยสอบถามผู้สูงอายุถึงอาการที่เกิดขึ้นในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันที่สัมภาษณ์ว่ามีอาการ เบื่อ ห่อแค้น สิ้นหวัง หากต้องว่าใช่ 1 คำถามให้ทำแบบประเมิน 9คำถาม (9Q)และแบบประเมิน 8 คำถาม(8Q) ต่อไปตามลำดับ

บทบาทของพยาบาลในการวิเคราะห์ผลทางห้องปฏิบัติการ

วัตถุประสงค์ในการส่งตรวจ Lab

1. Screening
2. Case finding
3. Diagnosis test
4. Confirmation test
5. Monitoring

หลักการเก็บตัวอย่างส่งตรวจ

1. เก็บจากส่วนใด
2. เก็บเวลาใด
3. บรรจุลงในภาชนะใด

การนำส่งห้อง Lab

- เวลา ตัวอย่างเช่น การตรวจเสมหะ (Sputum Examination) ควรเก็บตอนเช้า
- อุณหภูมิ

Tumor Marker การตรวจหาตัวบ่งชี้เพื่อหา cell มะเร็ง ในที่นี้จะกล่าวถึง

โดยการหาจากเลือดซึ่งมีไขข้อมูลที่แน่นอน 100% โดยการตรวจดังต่อไปนี้

1. CEA CEA (Carcinoembryonic Antigen) ค่าปกติ ควร < 5 ng CEA ที่มากกว่าปกติมีความหมายหลายอย่าง คือ

1. เป็น tumor marker ของมะเร็งระบบทางเดินอาหารหรือเต้านมโดยเฉพาะมะเร็งลำไส้ใหญ่ส่วนปลายแต่พบว่า 20% ที่ค่า CEA ไม่สูงในมะเร็งลำไส้และเต้านม

2. อาจสูงขึ้นในขณะที่มีการอักเสบ เช่น ลำไส้อักเสบ Colitis, Cholecystitis Pancreatitis และ Diverticulitis

3. ภาวะตับแข็ง
4. Peptic ulcer
5. มีภาวะ Metastatic carcinoma แต่ไม่เฉพาะเจาะจงกับอวัยวะใด

2. AFP AFP (Alpha - Fetoprotien) ค่าปกติ < 15 ng AFP ที่สูงกว่าปกติมีความหมายดังนี้

1. ส่วนมาก แสดงผลว่าเป็นมะเร็งตับ ส่วนน้อยพบเป็นมะเร็งรังไข่ หรือลูกอัณฑะ
2. ในกรณีทั่วไป อาจพบเป็นมะเร็งอื่น เช่น ภาวะอาหารลำไส้ ปอด เต้านม ฯลฯ
3. พบสูงในสตรีตั้งครรภ์ในสัปดาห์ที่ 16-18
4. อาจไม่พบเป็นมะเร็ง แต่มีการอักเสบจากบางโรค เช่น ตับแข็ง ตับอักเสบ

3. CA 19-9 Cancer Antigen 19-9 ค่าปกติ < 37 units/ml เป็น tumor marker ของมะเร็งทางเดินอาหาร ซึ่งเป็นตัวคัดกรองมะเร็งลำไส้ใหญ่ ตับอ่อน ภาวะอาหาร และท่อน้ำดี ซึ่งอาจใช้ร่วมในการยืนยันในการดูแลการรักษา ค่าที่สูงขึ้นแสดงถึงภาวะ

1. 70% พบในมะเร็งตับอ่อน
2. 65% พบในมะเร็งท่อน้ำดี
3. อาจมีภาวะตับอ่อนอักเสบ นิ่วในถุงน้ำดี ตับแข็ง ลำไส้อักเสบ ซึ่งมักพบว่าไม่สูงมาก
4. นอกจากนี้ยังพบว่าในมะเร็งภาวะอาหาร ลำไส้ใหญ่ มะเร็งปอด

4. CA 15-3 ค่าปกติ < 22 units/ml เป็น tumor marker ที่บ่งชี้ถึงมะเร็งเต้านม แต่พบว่าการเป็นมะเร็งเต้านม ในระยะแรก ค่านี้ยังไม่สูงขึ้น ค่า CA 15-3 สูง มักพบในกรณีดังต่อไปนี้

1. กรณีมะเร็งเต้านมพบว่า
  - 1.1 มะเร็งเต้านมขั้นลุกลาม CA 15-3 จึงสูงขึ้น
  - 1.2 การกลับเป็นซ้ำ (Recurrent) หลังการรักษามะเร็งเต้านม
  - 1.3 มีการกระจายไปยังอวัยวะอื่น
  - 1.4 เป็นมะเร็งเต้านมจากการกระจายมาจากอวัยวะอื่น
2. เป็นมะเร็งอื่น เช่น มะเร็งรังไข่ ปอด ลำไส้ใหญ่ ตับอ่อน

3. มีการอักเสบของอวัยวะเชิงกราน (PID) ตับอ่อนอักเสบ เนื้องอกของเต้านมแบบ benign ตั้งครรภ์ใน  
ระยะแรก ระยะให้นมบุตร

หมายเหตุ CA 15-3 มักใช้ค่า CA 27-29 ร่วมพิจารณาด้วยจะทำให้ยืนยันได้แน่นอนมากขึ้น

ค่าปกติ CA 27-29 < 38 units/ml

5. CA 125 Cancer Antigen 125 ค่าปกติ 0-35 units/ml เป็น tumor marker ของมะเร็งรังไข่

ค่า CA 125 ที่สูงขึ้น หมายถึง

1. เป็นตัวบ่งชี้ว่า เป็นมะเร็งรังไข่ ประมาณ 80% ซึ่งแสดงว่า อีก 20% แม้เป็นมะเร็งรังไข่ ค่านี้ก็ไม่สูงขึ้น

2. CA 125 ที่มีค่าเกินกว่า 3,535 units/ml ภายหลังจากการรักษาแล้วยังมีเซลล์มะเร็งอยู่

3. นอกจากมะเร็งรังไข่ ยังพบมะเร็งตับอ่อน มะเร็งลำไส้ใหญ่ มะเร็งปอด มะเร็งเต้านม

4. ค่า CA 125 ที่สูงขึ้น อาจพบได้ในโรค ตับแข็ง ตับอ่อนอักเสบ เยื่อช่องท้องอักเสบ การอักเสบของอวัยวะ  
เชิงกราน หรืออาจกำลังตั้งครรภ์ขณะนั้น การตรวจพบ CA 125 จึงควรพบแพทย์ เพื่อยืนยันผลการตรวจภายใน ทำ  
Ultrasound เพื่อสืบค้นโรคต่อไป

PSA (Prostate Specific Antigen) สารแปลกลูโกลินที่เจาะจงว่าผลิตจากต่อมลูกหมาก ค่าปกติ < 4 ng/ml

ค่าที่สูงมากขึ้น แสดงถึง

1. ต่อมลูกหมากอักเสบ (Prostatitis)

2. ต่อมลูกหมากโต (BPH)

3. มะเร็งของต่อมลูกหมาก

ถ้าค่า PSA อยู่ในค่าระหว่าง 4-10 ng/ml ถือว่าเป็นค่าที่กำกวม การตรวจหา Free PSA จะเป็นตัวช่วยบ่งชี้ โดยค่า  
Free PSA > 25%

ถ้าค่า Free PSA > 25% เป็นตัวบ่งชี้ว่าไม่ได้เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก

แต่ถ้า Free PSA < 25% เป็นตัวบ่งชี้ว่าน่าจะเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก

ความแตกต่างของ PSA และ Free PSA PSA ที่ผลิตจากต่อมลูกหมากและมาจับตัวกับโปรตีนและปล่อยเข้าสู่กระแส  
เลือด ส่วน Free PSA ไม่จับกับโปรตีน เป็น PSA อิสระที่ลอยอยู่ในกระแสเลือด ซึ่งค่า Free PSA ยิ่งต่ำ จะเป็นตัว  
บ่งชี้ว่ามีโอกาสเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากสูง

## 2.3 ประโยชน์ที่ได้รับ

### 2.3.1 ต่อตนเอง

1. ได้รับการพัฒนาความรู้ พัฒนาทักษะ การซักประวัติ การตรวจร่างกาย การวินิจฉัยแยกโรคปัญหา  
สุขภาพที่พบบ่อยในผู้ป่วยต่างๆและผู้สูงอายุ รวมทั้งการตรวจรักษาโรคเบื้องต้น ในหน่วยบริการปฐมภูมิ และ  
สามารถนำความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ ที่ได้รับมาพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยและผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพมาก  
ยิ่งขึ้น

2. ได้รับการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับศาสตร์ด้านผู้สูงอายุ แนวโน้มผู้สูงอายุ นโยบายและแผนผู้สูงอายุ ทฤษฎี  
ผู้สูงอายุ ปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ แนวทางการรักษา และการจัดการทางการพยาบาล การใช้หลักฐานเชิง  
ประจักษ์ในการรักษาพยาบาล และบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุ แนวทางการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุทั้ง  
ในภาวะปกติ เจ็บป่วยเรื้อรัง เจ็บป่วยฉุกเฉิน รวมทั้งการดูแลผู้สูงอายุแบบประคับประคองและระยะสุดท้าย

3. สามารถนำความรู้ที่ได้รับมาให้การพยาบาลตามปัญหาของผู้สูงอายุ และจัดการภาวะฉุกเฉินที่พบบ่อยใน  
ผู้สูงอายุ

2.3.2  ต่อหน่วยงาน

1. นำความรู้ที่ได้รับมาพัฒนางานด้านผู้สูงอายุ การคัดกรองกลุ่มอาการของผู้สูงอายุที่พบบ่อย(Geriatric Syndrome) การให้ความรู้กับผู้สูงอายุและหรือผู้ดูแล การประสานส่งต่อผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพแก่ทีมสหวิชาชีพ

2. นำความรู้ที่ได้รับมาพัฒนางานด้านผู้สูงอายุร่วมกับทีมสหวิชาชีพ การจัดกิจกรรมเพื่อชะลอความเสี่ยงในด้านต่างๆของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ

3. นำความรู้ที่ได้รับมาเผยแพร่ให้กับบุคลากรในองค์กร และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคลากรในหน่วยงาน

4. นำความรู้ที่ได้รับมาใช้ในการประเมินปัญหาเฉพาะราย การจัดการในภาวะเร่งด่วนและฉุกเฉินทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน

5. นำความรู้ที่ได้รับมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ

2.3.3  อื่น ๆ (ระบุ)

สามารถนำความรู้ที่ได้รับมาช่วยพัฒนาขับเคลื่อนการพัฒนางานด้านผู้สูงอายุของโรงพยาบาลและสามารถเป็นผู้สนับสนุนองค์ความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนได้

ส่วนที่ 3 ปัญหาและอุปสรรค

3.1  การปรับปรุง

เนื่องจากการฝึกอบรมหลักสูตรเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ ซึ่งเนื้อหาในการเรียนค่อนข้างเข้มข้นและระยะเวลาการเรียนค่อนข้างยาวนานในภาคทฤษฎีต้องเรียนควบคู่กับการทำงานไปด้วยและมีการสอบทุกสัปดาห์ทำให้มีระยะเวลาในการอ่านหนังสือไม่มากและทำให้มีความอ่อนล้า

3.2  การพัฒนา

การฝึกอบรมหลักสูตรเวชปฏิบัติผู้สูงอายุในครั้งนี้ทำให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้รับความรู้ ประสบการณ์ การตรวจรักษาโรคเบื้องต้น ทักษะ การประเมินและวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพที่ซับซ้อนอย่างครอบคลุม(Comprehensive Clinical Assessment) ทักษะการซักประวัติที่สำคัญในผู้สูงอายุ การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และการตรวจพิเศษได้อย่างครอบคลุม รวมทั้งการบันทึกได้อย่างถูกต้องและครอบคลุม เพื่อการประเมินแยกโรคในผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ


ส่วนที่ 4 ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

การฝึกอบรมหลักสูตรเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ จะช่วยพัฒนาบุคลากรเพื่อให้มีความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ ในการประเมินภาวะสุขภาพตามอาการแสดงที่ผิดปกติในภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อยและเฉียบพลัน ในระบบต่างๆ การตัดสินใจวินิจฉัยแยกโรค การเลือกจ่ายยาและสมุนไพรในการรักษาโรคเบื้องต้น รวมทั้งการคัดกรองและจัดลำดับความต้องการการดูแลตามปัญหาสุขภาพ การปฐมพยาบาลและช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้นในภาวะฉุกเฉิน จัดระบบการรับและส่งต่อผู้ป่วย ให้ความรู้และคำปรึกษา รวมทั้งการบันทึกผลและติดตาม การรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องอย่างปลอดภัยตามขอบเขตการปฏิบัติและจริยธรรมวิชาชีพ ส่งผลเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการได้ดียิ่งขึ้น

ลงชื่อ.....<sup>ทศพร ภูวดี</sup>.....ผู้รายงาน  
(.....<sup>(ทศพร ภูวดี)</sup>.....)

ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นของผู้บังคับบัญชา

เป็นหลักสูตรที่ตรงกับความต้องการของกลุ่มคน. หรือเพิ่ม  
ในหลักสูตร รูปแบบมีทั้งทฤษฎีและปฏิบัติ ซึ่งในภาค  
อบรม short course นี้เพิ่มผู้ที่จบอบรม ได้เพิ่มพูน  
กับความรู้ที่ทราบกลุ่มประ: ชาติของหน่วยงาน ได้เพิ่ม  
โดย สสว-สวอ. เว้นแต่ไม่มี update ความรู้ทุก 1-2 ปี.

ลงชื่อ..........หัวหน้าส่วนราชการ  
(นายศุภรัช สุวัฒน์พิมพ์)  
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลลาดกระบังกรุงเทพมหานคร

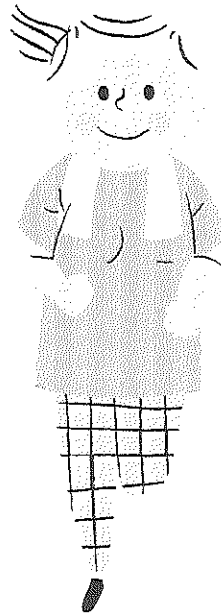


# การพยาบาลเฉพาะทาง สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ

ระหว่างวันที่ 26 มีนาคม -27 ตุลาคม 2566  
โดยคณาจารย์คณาจารย์คณาจารย์ มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช



สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ เป็นสาขาวิชาที่เกี่ยวกับการประเมินภาวะสุขภาพอย่างครอบคลุม การคัดกรอง การวินิจฉัย และการศึกษาโรคเบื้องต้น รวมทั้งการช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินและการส่งต่อ การวางแผน การให้การพยาบาลและการประเมินผลลัพธ์ในการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มสุขภาพดี กลุ่มเสี่ยง กลุ่มเจ็บป่วยเฉียบพลัน เรื้อรัง การดูแลระยะยาว (long-term care) และระยะท้ายของชีวิต ทั้งในชุมชนหรือในสถาบันบริการสุขภาพระยะยาว โดยการศึกษาและเชื่อมโยงศาสตร์ทางการพยาบาลศาสตร์การสูงอายุ พยาธิสรีรและเภสัชวิทยา เทคโนโลยีและหลักฐานเชิงประจักษ์ รวมทั้งวิจัยระบบการพยาบาล กฎหมาย กับศิลปการพยาบาล ความเข้าใจในประสบการณ์และความเป็นคนอย่างเพียงพอ ร่วมกับการสร้างนวัตกรรม แนวปฏิบัติ รูปแบบและระบบการพยาบาลและระบบบริการสุขภาพโดยมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องเพื่อการคัดกรองและการศึกษาโรคเบื้องต้น การช่วยเหลือในภาวะฉุกเฉินและการส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ การสร้างเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการระดมทรัพยากร การบำบัดรักษา การฟื้นฟูสมรรถภาพ รวมทั้งการใช้ยาตามข้อกำหนดการรักษาโรคเบื้องต้นและการใช้ภูมิคุ้มกันโรคของสภาการพยาบาลตามหลักการใช้อย่างปลอดภัย โดยคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้ใช้บริการและจริยธรรมแห่งวิชาชีพการพยาบาล เพื่อให้ผู้สูงอายุดำรงไว้ซึ่งสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี



## ประกอบด้วยรายวิชา

- GNP1 รายวิชาระบบสุขภาพและการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
- GNP2 รายวิชาการประเมินระบบสุขภาพขั้นสูงและการตัดสินใจทางคลินิก
- GNP3 รายวิชาการใช้ยาอย่างสมเหตุผลสำหรับพยาบาลเวชปฏิบัติ
- GNP4 รายวิชาการรักษาโรคเบื้องต้นและการจัดการภาวะเร่งด่วน
- GNP5 รายวิชาการจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน
- GNP6 รายวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ
- GNP7 รายวิชาปฏิบัติการรักษาโรคเบื้องต้นและการจัดการภาวะเร่งด่วน
- GNP8 รายวิชาปฏิบัติการจัดการโรคเรื้อรังในชุมชน
- GNP9 รายวิชาปฏิบัติการพยาบาลผู้สูงอายุ

## สิ่งที่ได้รับจากการศึกษาศึกษาดูแบบ

- ได้เรียนรู้ต้นแบบและองค์ความรู้ใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อพัฒนาเป็นแนวทางดำเนินงานระดับชาติอย่างบูรณาการ ตั้งแต่การเสริมสร้างสุขภาพ การป้องกัน การรักษาโรคตลอดจนได้พัฒนาความรู้และทักษะในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุแบบบูรณาการ การตรวจคัดกรอง วัเคราะห์ปัญหาและเฝ้าระวังความเสี่ยงของผู้สูงอายุ
- ประยุกต์องค์ความรู้รวมถึงการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลผู้สูงอายุ สามารถให้การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เข้าใจสภาพปัญหาตนเองของความต้องการขั้นพื้นฐาน
- ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้สูงอายุ
- มีความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ ในการประเมินภาวะสุขภาพ-ตามอาการแสดงที่ผิดปกติในภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อยและเฉียบพลัน ในระบบต่างๆ การตัดสินใจวินิจฉัยแยกโรค การเลือกจ่ายและสมุนไพรในการรักษาโรคเบื้องต้น รวมทั้งการคัดกรองและจัดลำดับความต้องการการดูแลตามปัญหาสุขภาพ การปฐมพยาบาลและช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้นในภาวะฉุกเฉิน จัดระบบการรับและส่งต่อผู้ป่วย ให้ความรู้และคำปรึกษา รวมทั้งการบันทึกผลและติดตามการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องอย่างปลอดภัยตามขอบเขตการปฏิบัติและจริยธรรมวิชาชีพ ส่งผลเพิ่มประสิทธิภาพในการให้บริการได้ดียิ่งขึ้น

## การพัฒนา

1. นำความรู้ที่ได้รับมาพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุ การคัดกรองกลุ่มอาการของผู้สูงอายุที่พบบ่อย (Geriatric Syndrome) การให้ความรู้กับผู้สูงอายุและหรือผู้ดูแล การประสานส่งต่อ ผู้รับบริการที่มีปัญหาสุขภาพแก่ทีมสหวิชาชีพ
2. นำความรู้ที่ได้รับมาพัฒนาทางด้านผู้สูงอายุร่วมกับทีมสหวิชาชีพ การจัดกิจกรรมเพื่อชะลอความเสื่อมในด้านต่างๆของผู้สูงอายุ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ
3. นำความรู้ที่ได้รับมาเผยแพร่ให้กับบุคลากรในองค์กร และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างบุคคลากรในหน่วยงาน
4. นำความรู้ที่ได้รับมาใช้ในการประเมินปัญหาเฉพาะราย การจัดการในภาวะเร่งด่วนและฉุกเฉินทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน
5. นำความรู้ที่ได้รับมาใช้เป็นแนวทางในการปฏิบัติงานเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ

