

วันที่ 25 มีนาคม 2569

ยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุและแนวทางการตรวจสอบสุขภาพแบบองค์รวม

ยุทธศาสตร์การดูแลผู้สูงอายุด้วยทีมสหวิชาชีพ (Interprofessional Care)

ความเป็นมาและความสำคัญ: ในอดีตช่วงศตวรรษที่ 19-20 โรงพยาบาลประสบปัญหาผู้สูงอายุค้างเตียง (Bed Blocking) เป็นจำนวนมาก เนื่องจากไม่มีระบบการดูแลที่เหมาะสม จนกระทั่ง Dr. Marjory Warren ซึ่งได้รับการยกย่องเป็น "The Mother of Geriatrics" ได้บุกเบิกการจัดตั้งหน่วยประเมินผู้สูงอายุอย่างละเอียด โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) ที่ครอบคลุมทั้งมิติทางกาย จิตใจ สังคม และการฟื้นฟูด้วยการทำกายภาพบำบัดเพื่อไม่ให้ผู้สูงอายุนอนติดเตียง นวัตกรรมนี้สามารถลดจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังค้างเตียง และช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตอย่างอิสระได้มากขึ้น

บทบาทของทีมสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Team): การดูแลผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนของโรค จำเป็นต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญหลายด้านร่วมกัน ยกตัวอย่างเช่น:

แพทย์: ประเมินและรักษาสาเหตุของโรคต่างๆ เช่น ภาวะสับสนเฉียบพลันหรือแผลกดทับ

พยาบาล: จัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย ป้องกันอันตราย และดูแลทำแผลตามหลักปลอดเชื้อ

นักกายภาพบำบัด และนักกิจกรรมบำบัด: ฝึกการทรงตัว การเดิน และแนะนำการปรับสภาพแวดล้อมที่บ้านเพื่อป้องกันการหกล้ม

เภสัชกร: ทบทวนการใช้ยาและปรับเปลี่ยนยาที่อาจเป็นสาเหตุของภาวะสับสน

นักโภชนาการ และ ทันตแพทย์: ดูแลเรื่องสารอาหารและแก้ไขปัญหาลิ้นปากช่องปาก (เช่น ฟันเทียม หลวม) เพื่อป้องกันภาวะเบื่ออาหารและขาดสารอาหาร

เป้าหมายของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ: ไม่ได้มุ่งเน้นเพียงแค่รักษาอวัยวะใดอวัยวะหนึ่ง แต่เน้นการบูรณาการดูแลรักษาสุขภาพกาย จิตใจ และเน้นการฟื้นฟูบำบัด (Rehabilitation) เพื่อให้ผู้สูงอายุกลับมาทำกิจวัตรประจำวัน และดำรงชีวิตด้วยตนเองได้อย่างมีศักดิ์ศรี

หลักการตรวจคัดกรองสุขภาพในผู้สูงอายุ (Health Checkups in Aging)

หลักการคัดกรองที่ดี: การตรวจคัดกรองคือการค้นหาความผิดปกติในระยะเริ่มต้นก่อนที่จะเกิดอาการ โดยมีเป้าหมายเพื่อลดอัตราการป่วยและเสียชีวิต ป้องกันภาวะแทรกซ้อน และเพิ่มคุณภาพชีวิต การคัดกรองที่ดีจะต้องมีประโยชน์อย่างชัดเจน คำนึงถึงบริบทด้านระบบสุขภาพ รวมถึงต้องเข้าใจว่าเป้าหมายสุขภาพของผู้สูงอายุอาจเน้นที่ "คุณภาพชีวิต" มากกว่าแค่การพยายามยืดอายุขัยเพียงอย่างเดียว

แนวทางการตรวจสอบสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุไทย (ตามคำแนะนำกรมการแพทย์):

- 1) เน้นความสำคัญของการซักประวัติ การใช้แบบประเมินสุขภาพ และการตรวจร่างกายประจำปี
- 2) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (สำหรับอายุ 60 ปีขึ้นไป) แนะนำให้ตรวจปีละ 1 ครั้ง ได้แก่ การตรวจระดับน้ำตาลในเลือด (FPG) การตรวจการทำงานของไต (Creatinine) และการตรวจปัสสาวะ (UA)
- 3) การตรวจไขมันในเลือด (TC & HDL): แนะนำให้ตรวจในช่วงอายุ 60-75 ปี หากอายุเกิน 75 ปีขึ้นไป และไม่มีประวัติโรคหัวใจหรือหลอดเลือด ก็ไม่มีความจำเป็นต้องตรวจ
- 4) การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC): แม้จะมีการแนะนำให้ตรวจทุกปีเพื่อหาภาวะโลหิตจาง ซึ่งเป็นภาวะที่พบได้บ่อยขึ้นตามอายุ (ประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไป พบภาวะนี้ถึงร้อยละ 48.4) แต่ยังคงมีการตั้งคำถามเชิงวิชาการถึงความคุ้มค่าและความจำเป็นในการนำมาใช้ตรวจคัดกรองกับ "กลุ่มประชากรผู้สูงอายุที่แข็งแรงทั่วไป" ทุกๆ ปี

หลักการและนวัตกรรมการตรวจคัดกรองในผู้สูงอายุ

1. หลักการและเป้าหมายของการตรวจคัดกรองสุขภาพ (Principles of Screening)

นิยามและเป้าหมาย: การตรวจคัดกรองคือการใช้เครื่องมือหรือการทดสอบในกลุ่มประชากรทั่วไปที่ "ยังไม่มีอาการ" เพื่อค้นหาโรคในระยะเริ่มต้นหรือก่อนเกิดอาการ เป้าหมายสำคัญคือเพื่อลดอัตราการป่วยและการเสียชีวิต ป้องกันภาวะแทรกซ้อนระยะยาว เพิ่มคุณภาพชีวิต และใช้ทรัพยากรสุขภาพอย่างคุ้มค่า

ลักษณะของการคัดกรองที่ดี: ต้องไม่พิจารณาเพียงแค่ความแม่นยำของเครื่องมือ แต่ต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อบุคคล ระบบสุขภาพ และสังคมในภาพรวมด้วย

เงื่อนไขที่เหมาะสม: โรคที่ตรวจต้องเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ มีระยะก่อนเกิดอาการที่แยกแยะได้ มีโครงสร้างบริการรองรับการรักษาที่ได้ผล และต้นทุนต้องสมเหตุสมผล สำหรับประชากรกลุ่มผู้สูงอายุ บริบทของการคัดกรองอาจมีความแตกต่างออกไป โดยมักมีเป้าหมายที่เน้น "คุณภาพชีวิต" มากกว่าการมุ่งเน้นแค่การยืดอายุเพียงอย่างเดียว

2. ปัญหาและข้อจำกัดของการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุในปัจจุบัน

คลินิกตรวจสุขภาพทั่วไปมักตกหล่น: ส่วนใหญ่มักไม่ได้ประเมินครอบคลุมถึง "กลุ่มอาการสูงอายุ" (Geriatric Syndromes) ที่พบบ่อยและมีผลกระทบโดยตรงต่อผู้สูงอายุ เช่น ปัญหาการรู้คิดบกพร่อง/สมองเสื่อม (Cognition) ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Sarcopenia) ความเสี่ยงในการหกล้ม ภาวะซึมเศร้า หรือภาวะเปราะบาง (Frail)

ใช้เวลานาน: การตรวจประเมินแบบพบหน้าโดยบุคลากรทางการแพทย์ (Face-to-face) จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาค่อนข้างนานในการประเมินให้ครบถ้วน

เครื่องมือออนไลน์เดิมไม่ครอบคลุม: แบบประเมินออนไลน์ที่มีอยู่ทั่วไปมักครอบคลุมปัญหาไม่หลากหลายพอ และหลายเครื่องมือไม่ได้รับการทดสอบความแม่นยำ

3. นวัตกรรมและเทคโนโลยีการตรวจคัดกรองในผู้สูงอายุ (Innovations in Screening)

เพื่อแก้ไขข้อจำกัดต่างๆ จึงมีการพัฒนาเทคโนโลยีมาใช้คัดกรอง ได้แก่:

1) ระบบประเมินออนไลน์สุขภาพผู้สูงอายุ (Online Comprehensive Geriatric Screening – O-CGS): เป็นระบบที่ผ่านการศึกษาและพัฒนาโดยคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล เพื่อนำมาใช้คัดกรองกลุ่มอาการสูงอายุ

ผลการศึกษาชี้ว่าระบบออนไลน์มีความไว (Sensitivity) และความจำเพาะ (Specificity) ที่ดีในหลายภาวะ เช่น สมองเสื่อม ภาวะซึมเศร้า และความเสี่ยงหกล้ม ช่วยให้ค้นพบปัญหาในผู้ที่ไม่เคยทราบมาก่อน และผู้ใช้งานมากกว่าร้อยละ 90 มีความพึงพอใจต่อระบบและสื่อความรู้ที่ได้รับ

2) แอปพลิเคชันคัดกรองเฉพาะด้าน: * เช่น การพัฒนาแอปพลิเคชันเพื่อคัดกรองภาวะพุทธิปัญญา (Application-Based Cognitive Screening Test: ACST) ซึ่งมีความแม่นยำสูงในการคัดกรองภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะต้น (MCI) และสมองเสื่อม

แอปพลิเคชันสำหรับประเมินภาวะทุพโภชนาการ และแอปประเมินข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว ซึ่งทดแทนการประเมินแบบพบหน้าได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3) เทคโนโลยีการคัดกรองแห่งอนาคต (The Next Frontier):

ตัวบ่งชี้ทางชีวภาพในเลือด (Blood-Based Biomarkers - BBMs): การเจาะเลือดคัดกรองโรคอัลไซเมอร์มีต้นทุนถูกกว่าและเข้าถึงง่ายกว่ามาก เมื่อเทียบกับการเจาะน้ำไขสันหลังหรือการทำ PET Scan

4) Digital Phenotyping: การเปลี่ยนจากการตรวจรับที่โรงพยาบาลชั่วคราว ไปสู่การติดตามแบบอัตโนมัติในชีวิตประจำวัน (Continuous & Real-World Tracking) โดยใช้สมาร์ทโฟน อุปกรณ์สวมใส่ (Wearables) และ AI ตัวอย่างเช่น การตรวจจับความผิดปกติทางการเคลื่อนไหวของสายตาผ่าน VR

(Oculomotor), วิเคราะห์รูปแบบการพูดและหยุดพักด้วย AI (Linguistic), วิเคราะห์การเดินและแรงกดจากการเขียน (Motor/Kinematic) หรือวิเคราะห์รูปแบบการนอนหลับ (Circadian)

แนวทางและกลยุทธ์การตรวจคัดกรองสุขภาพในผู้สูงอายุ

1. หลักการสำคัญของการตรวจคัดกรองสุขภาพ (Principles of Health Checkups)

เป้าหมายหลักของการคัดกรองคือเพื่อช่วยชีวิต (saves lives) และเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิต (improve quality of life) ภาวะสุขภาพหรือโรคที่จะนำมาเป็นหัวข้อในการคัดกรอง จะต้องเป็นโรคหรือภาวะที่พบบ่อย (common) และมีความสำคัญ (important)

2. แนวทางการตรวจสุขภาพผู้สูงอายุไทย (อ้างอิงจากกรมการแพทย์ ปี 2564 และฉบับปรับปรุง 2565) สำหรับผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป มีข้อแนะนำการตรวจสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่:

1) การซักประวัติและตรวจร่างกาย: มีการประเมินสุขภาพ การตรวจร่างกายประจำปี รวมถึงการตรวจตาโดยทีมจักษุแพทย์ และการตรวจเต้านม

2) การตรวจทางห้องปฏิบัติการ (แนะนำให้ตรวจ 1 ครั้งต่อปี):

3) ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (CBC): เพื่อคัดกรองภาวะโลหิตจาง

4) ระดับน้ำตาลในเลือด (FPG): เพื่อคัดกรองโรคเบาหวาน

5) การทำงานของไต (Creatinine) และการตรวจปัสสาวะ (UA): เพื่อประเมินการทำงานของไตและความผิดปกติของระบบทางเดินปัสสาวะ

- การตรวจระดับไขมันในเลือด (TC & HDL): แนะนำให้ตรวจในช่วงอายุ 60-75 ปี ทั้งนี้ หากอายุเกิน 75 ปีขึ้นไปและไม่มีประวัติโรคหัวใจหรือหลอดเลือด (cardiovascular disease) ไม่จำเป็นต้องเจาะตรวจ

- การคัดกรองโรคมะเร็ง: แนะนำให้ตรวจมะเร็งลำไส้ใหญ่ด้วยการหาเลือดในอุจจาระ (FOBT) และการตรวจมะเร็งปากมดลูก (Pap smear)

3. ข้อสังเกตและประเด็นที่ควรตระหนัก (Criticisms & Emerging Issues)

ผู้นำเสนอได้ตั้งข้อสังเกตเชิงวิชาการต่อแนวทางการคัดกรองดังกล่าวในหลายประเด็น ดังนี้:

- ความจำเป็นในการตรวจเลือด CBC ประจำปี: แม้ว่าภาวะโลหิตจางจะเป็นสิ่งที่พบบ่อยมากเมื่ออายุมากขึ้น (เช่น ในประชากรอายุ 80 ปีขึ้นไป พบความชุกสูงถึงร้อยละ 48.4) แต่ผลกระทบหรือความคุ้มค่าของการตั้งเป้าตรวจคัดกรองประจำปีใน "กลุ่มประชากรที่ยังสุขภาพแข็งแรงดี" (annual screening in healthy population) นั้นยังเป็นที่ตั้งคำถาม

- การคัดกรองภาวะการรู้คิดบกพร่องหรือสมองเสื่อม (Cognitive Decline): การใช้แบบประเมินพื้นฐานทั่วไป เช่น Mini-Cog, AMT หรือ MMSE อาจช่วยค้นหาภาวะสมองเสื่อมระยะกลางหรือระยะหลังได้ แต่มีโอกาที่จะ "พลาด" การตรวจพบภาวะการรู้คิดบกพร่องระยะเริ่มต้น (MCI - Mild Cognitive Impairment) ซึ่งการพบในระยะ MCI นี้มีความสำคัญอย่างยิ่ง เพราะเป็นระยะเวลาที่เหมาะสม (Therapeutic window) สำหรับการเริ่มรักษาด้วยยาต้านอะไมลอยด์ (anti-amyloid therapy)

- การตรวจระบบประสาทสัมผัส (Sensory):

1) การใช้เพียงแผ่นภาพวัดสายตา (Snellen Eye Chart) ถือว่าไม่เพียงพอสำหรับการประเมินปัญหาสายตาในผู้สูงอายุ

2) การคัดกรองการได้ยินด้วยวิธีใช้นิ้วถูข้างหู (Finger Rub Test) เป็นวิธีที่มีความแม่นยำเป็นที่น่าสงสัย (questionable accuracy) และผลลัพธ์ขึ้นอยู่กับตัวผู้ทดสอบมากเกินไป

- การประเมินไขมันในเลือดขั้นสูง: เพื่อดูจำนวนอนุภาคของไขมันเลวอย่างละเอียด และการตรวจระดับ Lp(a) เพื่อระบุความเสี่ยงทางหัวใจ ทว่าการตรวจเหล่านี้มีไว้เพื่อระบุความเสี่ยงในผู้ป่วยบางกลุ่มเพื่อปรับการรักษาให้เข้มข้นขึ้น ยังไม่นับรวมอยู่ในการตรวจสุขภาพแบบทั่วไป

4. การประเมินกลุ่มอาการสูงอายุอย่างรอบด้าน (Geriatric Syndromes)

นอกจากแนวทางข้างต้นแล้ว การประเมินสุขภาพผู้สูงอายุควรครอบคลุมหมวดหมู่ของกลุ่มอาการสูงอายุต่างๆ ด้วย เช่น:

1) ด้านการเคลื่อนไหว: ควรซักประวัติการหกล้ม และประเมินด้วยแบบทดสอบ Time Up and Go Test (TUGT)

2) ด้านความเสี่ยงกระดูกพรุน: ใช้เครื่องมือ OSTA index หรือการประเมินความเสี่ยงด้วย Thai FRAX Score

3) ด้านโภชนาการและการใช้ชีวิต: ควรซักประวัติการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว ประเมินภาวะโภชนาการ (Thai Mini Nutrition Assessment - MNA) รวมถึงประเมินสุขภาพช่องปาก ประวัติการไ้ยา และอาหารเสริมหลายชนิด ประเมินการกลืนปัสสาวะ และซักประวัติคุณภาพการนอนหลับ

เรื่องวัคซีนป้องกันเชื้อนิวโมคอคคัส (PCV) ในผู้ใหญ่และการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน

1. ภาระโรคและระบาดวิทยา (Disease Burden)

กลุ่มเสี่ยงสูง: การติดเชื้อ *Streptococcus pneumoniae* ซึ่งมีมากกว่า 90 สายพันธุ์ เป็นอันตรายอย่างยิ่งในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี, ผู้สูงอายุ (65 ปีขึ้นไป), และผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง

การแสดงอาการ: ผู้ใหญ่และผู้สูงอายุมักมีอาการแสดงที่ต่างจากเด็ก โดยพบเป็นปอดอักเสบ (Pneumococcal Pneumonia) สูงถึง 75% และพบแบบลุกลามเข้ากระแสเลือดหรือเยื่อหุ้มสมอง (Invasive Pneumococcal Disease - IPD) ประมาณ 25%

อัตราการเสียชีวิตและแนวโน้ม: * ข้อมูลหลังสถานการณ์ COVID-19 พบว่าอุบัติการณ์ของโรค IPD และปอดอักเสบยังมีอย่างต่อเนื่อง

- ผู้ป่วย IPD มีความเสี่ยงในการเสียชีวิตภายใน 30 วันสูงกว่าผู้ป่วยปอดอักเสบทั่วไปถึง 66% และผู้สูงอายุมีความเสี่ยงเสียชีวิตสูงกว่าคนอายุน้อยถึง 37%

- มักพบการระบาดร่วมกับไวรัสทางเดินหายใจอื่นๆ ในช่วงฤดูหนาว เช่น ไวรัส RSV และไข้หวัดใหญ่ (Influenza) รวมถึงมีความกังวลเรื่องเชื้อดื้อยาปฏิชีวนะเพิ่มขึ้น (เช่น ดื้อยา Erythromycin, Levofloxacin)

2. วัคซีนและการตอบสนองทางภูมิคุ้มกัน (Vaccine & Immunogenicity Matters)

ประโยชน์ของวัคซีนชนิด Conjugate (PCV): วัคซีน PCV ให้การปกป้องที่ดี ช่วยกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันทั้ง T-cell และ B-cell รวมถึงสร้างภูมิคุ้มกันบริเวณเยื่อเมือก (Mucosal response) และสามารถลดการพาเชื้อ (Carriage elimination) ในชุมชนได้

ปัญหาของสายพันธุ์ที่ 3 (Serotype 3): สายพันธุ์ที่ 3 เป็นสายพันธุ์ที่พบได้บ่อยมากทั่วโลก ทั้งในการก่อโรค IPD และปอดอักเสบ และเป็นความท้าทายหลักของการผลิตวัคซีน

เปรียบเทียบประสิทธิภาพของวัคซีน PCV13, PCV15 และ PCV20:

- การวิเคราะห์ห่อหุ้ม (Meta-analysis) ในกลุ่มผู้ใหญ่ที่อายุ 50 ปีขึ้นไป พบว่า PCV15 และ PCV20 มีประสิทธิภาพไม่ด้อยกว่า (Non-inferior) PCV13 ในทุกสายพันธุ์ที่วัคซีนมีร่วมกัน

- จุดเด่นของ PCV15: PCV15 แสดงให้เห็นถึงการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน (ประเมินจาก OPA GMT) ที่ "เหนือกว่า (Superior)" PCV13 อย่างชัดเจนในสายพันธุ์ 3, 6B, 18C, และ 23F

- ข้อมูลการเปรียบเทียบทางอ้อม (MAIC) ยังชี้ให้เห็นว่า PCV15 อาจกระตุ้นภูมิคุ้มกันได้ดีกว่า PCV20 ในบางสายพันธุ์ที่สำคัญ เช่น 3, 6A, 6B, 18C, 19A, และ 23F

3. คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการรับวัคซีน (Recommendations & Summary)

คำแนะนำปัจจุบัน: สมาคมโรคติดต่อแห่งประเทศไทย (IDAT 2025) และ CDC มีคำแนะนำให้ใช้วัคซีน PCV15, PCV20 หรือเตรียมพร้อมสำหรับ PCV21 เพื่อป้องกันโรคในกลุ่มผู้ใหญ่และกลุ่มเสี่ยง

ปัญหาความครอบคลุมของการรับวัคซีน (Vaccine Coverage): ข้อมูลจากการศึกษาในโรงพยาบาลศิริราช พบว่าอัตราการรับวัคซีน PCV ในผู้สูงอายุไทยยังต่ำมาก (ประมาณ 8%) ซึ่งจำเป็นต้องมีการผลักดันนโยบายและการรณรงค์เพิ่มเติม

การเสริมพลังการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ และบทเรียนจากโมเดลนครปฐม

1. ช่องว่างทางสุขภาพและนิยามใหม่ของ Healthy Ageing

ช่องว่างสุขภาพ: แม้สังคมไทยจะเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ และประชากรมีอายุคาดเฉลี่ย (Life Expectancy) สูงถึง 79.1 ปี แต่อายุคาดเฉลี่ยที่มีสุขภาพดี (HALE) กลับอยู่ที่ 73.7 ปีเท่านั้น ซึ่งหมายความว่าช่องว่างประมาณ 5.4 ปี ที่ผู้สูงอายุตกอยู่ในภาวะสุขภาพไม่ดีและต้องพึ่งพาผู้อื่น

นิยามการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี: การมี Healthy Ageing ไม่ใช่การต้องปราศจากโรค แต่คือการที่ผู้สูงอายุยังคง "ความสามารถในการทำหน้าที่" (Functional Ability) สามารถดำรงชีวิตและทำสิ่งที่ตนเองให้คุณค่าได้อย่างมีความหมาย แม้จะมีโรคประจำตัวก็ตาม

ปัจจัยกำหนดความสามารถ: ประกอบด้วย "ศักยภาพภายใน" (ร่างกายและจิตใจ) ร่วมกับ "สภาพแวดล้อม" (ทางกายภาพ สังคม นโยบาย) ตัวอย่างเช่น ผู้สูงอายุที่เดินลำบาก หากมีการปรับสภาพแวดล้อมให้มีทางลาดและราวจับ ก็จะสามารถกลับมาทำกิจกรรมเดินออกกำลังกายได้

2. โมเดลนครปฐม (พลังความร่วมมือ 3 ประสาน)

ความสำเร็จของการจัดการในชุมชนเกิดจากการบูรณาการ 3 ภาคส่วน ได้แก่:

- องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น: สนับสนุนงบประมาณ อาหาร และการเดินทาง
- วัดประจำท้องถิ่น: เป็นพื้นที่สำหรับจัดกิจกรรมและเป็นศูนย์รวมจิตใจ
- คณะพยาบาลศาสตร์และชุมชน: เป็นผู้ออกแบบกิจกรรมและให้องค์ความรู้

3. เสาหลักของการเสริมพลังผู้สูงอายุ (Pillars of Empowerment) เป็นการเปลี่ยนผู้สูงอายุจาก "ผู้รับบริการ" ให้เป็น "ผู้เลือก" โดยมีเสาหลักดังนี้:

1) ส่งเสริมความเป็นอิสระและควบคุมตนเอง (Autonomy & Control): หาจุดสมดุลระหว่างสิ่งที่ผู้สูงอายุอยากทำกับการให้ความช่วยเหลือ เช่น หากผู้สูงอายุยืนทรงตัวไม่ถนัดแต่อยากเล่นเกมปาลูกบอล ก็ปรับสภาพแวดล้อมโดยให้เก้าอี้นั่งพาแทน

2) สร้างความกระตือรือร้นและการปรับตัว (Proactivity & Adaptability): ให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรม (Co-Design) และสอนให้ใช้งานเทคโนโลยี (เช่น แอปพลิเคชัน LINE) เพื่อรับข่าวสารซึ่งช่วยให้ไม่รู้สึกถูกทิ้งไว้ข้างหลัง

3) การมีส่วนร่วมอย่างมีชีวิตชีวา (Engagement with Life): เน้นการทำกิจกรรมร่วมกันเป็นทีมและมีความสุข โดยประยุกต์ใช้อุปกรณ์ง่ายๆ เช่น ไม้พลอง ขวดน้ำ หรือหมอนยาง มาใช้ออกกำลังกายและฝึกสมอง

4. กลยุทธ์เชิงรุกและการดูแลความปลอดภัยทางกายภาพ

- **การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย:** ใช้กลยุทธ์ 4 ขั้นตอน คือ การสื่อสารผ่านสื่อดิจิทัล (Digital Nudge), การเพิ่มคุณค่าโดยสอนเทคนิคแก้ปวดเมื่อย, ให้เพื่อนชวนเพื่อน, และให้แรงจูงใจด้วยการทัศนศึกษา วิธีนี้ช่วยให้จำนวนสมาชิกชมรมเพิ่มจาก 30 คน กลายเป็นมากกว่า 90 คน

- การแพทย์ที่บูรณาการกับความสนุก: มีการประเมินสุขภาพประจำปี (CGA) และวัดสัญญาณชีพก่อนทำกิจกรรมเสมอ พร้อมทั้งติดตามกลุ่มเสี่ยงที่มีภาวะเปราะบาง หรือมีมวลกล้ามเนื้อน้อยอย่างใกล้ชิด

5. ความสอดคล้องกับมาตรฐานสากล (ปฏิญญาโคลัมโบ 2025) โมเดลการทำงานในระดับท้องถิ่นของนครปฐมนี้ มีความสอดคล้องกับนโยบายระดับโลกตาม "ปฏิญญาโคลัมโบ" (Colombo Declaration 2025) ที่เน้นระบบสุขภาพปฐมภูมิ โดยเฉพาะการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่เคยมองผู้สูงอายุว่าเป็นภาระ ให้กลายเป็น "ทรัพยากร" การย้ายศูนย์กลางการดูแลจากโรงพยาบาลมาสู่ชุมชน และการใช้ข้อมูลเทคโนโลยีติดตามสุขภาพอย่างเป็นระบบ

การเสริมพลังการดูแลตนเองเพื่อก้าวสู่สังคมพหุพลัง (Active Aging)

1. ข้อมูลทั่วไปและแนวคิดหลักของการเสริมพลัง

การเปลี่ยนผ่านแนวคิด (Paradigm Shift): โครงการนี้มุ่งเน้นการพลิกโฉมมุมมองต่อผู้สูงอายุ จากเดิมที่เคยมองว่าเป็นกลุ่มเปราะบางหรือเป็น "ผู้รับบริการที่ต้องรอคอยการช่วยเหลือ" (Passive) ให้กลายเป็น "แกนนำพหุพลัง" (Active) ที่เป็นฟันเฟืองสำคัญในการขับเคลื่อนสุขภาพชุมชน

เป้าหมาย: ไม่ใช่เพียงแค่การมีคนเข้าไปดูแลผู้สูงอายุ แต่คือการ "เสริมพลัง" (Empowerment) ให้พวกเขาเกิดศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเองและช่วยเหลือเพื่อนๆ ในชุมชนได้

2. บันได 3 ขั้นสู่การเป็นพหุพลัง (3 Steps to Active Aging)

การจะส่งเสริมให้ผู้สูงอายุก้าวสู่การเป็นพหุพลังอย่างแท้จริง ต้องอาศัยพื้นฐาน 3 ประการ ได้แก่:

1) เคารพและเชื่อมั่น (Respect and Trust): การให้เกียรติและเชื่อมั่นในประสบการณ์หรือต้นทุนชีวิตของผู้สูงอายุสูงสุดมา

2) จูงใจ (Motivate): การสร้างแรงจูงใจให้ออกมาทำกิจกรรมนอกบ้าน ผ่านการค้นหากิจกรรมที่เหมาะสมในชุมชน

3) มีส่วนร่วม (Involve): ชักชวนให้เกิดการรวมกลุ่ม เพื่อใช้ศักยภาพของตนเองทำประโยชน์ให้กับสังคม

3. เสาหลัก 4 ประการในการสร้างแกนนำสุขภาพ

การเปลี่ยนผู้สูงอายุให้เป็นแกนนำด้านสุขภาพ ต้องอาศัยการคำนึงจาก 4 เสาหลัก ได้แก่:

- **เสาหลักที่ 1: ร่างกายที่พร้อม** สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ เช่น ขยับร่างกาย 150 นาที/สัปดาห์, กินผักผลไม้ 5 กำมือ/วัน, ดื่มน้ำให้เพียงพอ, นอนหลับอย่างมีคุณภาพ และดูแลช่องปาก

- **เสาหลักที่ 2: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy)** เสริมทักษะ 6 ด้าน ตั้งแต่การเข้าถึงข้อมูล, เข้าใจ, ไตร่ตรอง (เพื่อสร้างภูมิคุ้มกันไม่ให้เกิดเป็นเหยื่อข่าวปลอม), ตัดสินใจ, ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อแบบเพื่อนช่วยเพื่อน

- **เสาหลักที่ 3: จิตใจที่เข้มแข็งและสังคมที่เกื้อกูล** ใช้ชมรมผู้สูงอายุเป็นสะพานเชื่อมความสัมพันธ์ ช่วยดึงกลุ่มผู้สูงอายุที่ติดบ้านให้ออกมาสู่สังคม ซึ่งจะช่วยให้พวกเขาเห็นคุณค่าและเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

- **เสาหลักที่ 4: สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย** อาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายระดับท้องถิ่น (เช่น อบต., เทศบาล, รพ.สต.) ในการสร้างระบบนิเวศด้านสุขภาพที่ยั่งยืน

4. กระบวนการเรียนรู้และแก้ไขปัญหาแบบมีส่วนร่วม (Active Learning)

โครงการใช้กระบวนการ 4 ขั้นตอนเป็นเครื่องมือเสริมพลัง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความเป็น "เจ้าของร่วม" และลงมือทำได้จริง:

- 1) **สำรวจ:** ให้แกนนำผู้สูงอายุลงพื้นที่สำรวจปัญหาและบริบทของชุมชนตนเอง
- 2) **วินิจฉัย:** วิเคราะห์สาเหตุของปัญหา โดยสอนให้ใช้เครื่องมือวิเคราะห์ง่ายๆ เช่น "แผนที่ชุมชน" และ "แผนภูมิกำปลา"
- 3) **วางแผน:** ผู้สูงอายุเป็นผู้วางแผนและออกแบบโครงการสุขภาพด้วยตนเอง

- 4) **ปฏิบัติและติดตาม:** ลงมือปฏิบัติและติดตามประเมินผลลัพธ์ด้วยตนเอง

5. ผลลัพธ์เชิงประจักษ์จากโครงการ

- **ด้านแกนนำผู้สูงอายุ:** มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างชัดเจน ค้นพบคุณค่าในตนเอง (Self-worth) ภูมิใจในบทบาทที่สามารถชวนเพื่อนๆ มามีสุขภาพดีได้ (จากที่เคยกินยาแทนอาหาร ก็มีความรู้จนนำอาหารมากินเป็นยาแทนได้)

- **ด้านชมรมผู้สูงอายุ:** มีความเข้มแข็ง ทำงานเชิงรุกได้ สามารถเป็นเครือข่ายและเป็นพี่เลี้ยงให้ชมรมอื่นๆ สอดคล้องกับเป้าหมายที่ว่า "จะไม่ทิ้งใครไว้ข้างหลัง"

- **ด้านหน่วยงานในพื้นที่:** มองเห็นศักยภาพของแกนนำผู้สูงอายุ ว่าแท้จริงแล้วพวกเขาคือผู้ขับเคลื่อนที่สำคัญและมีคุณค่าต่องานส่งเสริมสุขภาพในระดับท้องถิ่น

สุขภาวะการนอนหลับในผู้สูงอายุ (Sleep Hygiene in the Elderly)

1. **ลักษณะของการนอนหลับที่มีคุณภาพ (Quality Sleep)** การนอนหลับที่ดีและมีคุณภาพควรประกอบด้วยลักษณะดังนี้:

- สามารถนอนหลับรวดเดียวได้ตลอดทั้งคืน
- มีวงจรการนอนหลับ (อัตราส่วนระหว่าง REM และ Non-REM sleep) ที่เหมาะสม
- เมื่อตื่นนอนขึ้นมาแล้วมีความรู้สึกสดชื่น แจ่มใส
- มีระยะเวลาการนอนหลับที่เพียงพอ ประมาณ 6-9 ชั่วโมงต่อคืน

2. **การเปลี่ยนแปลงการนอนหลับในวัยสูงอายุ** เมื่ออายุมากขึ้น รูปแบบการนอนหลับจะเปลี่ยนไป โดยผู้สูงอายุมักมีระยะเวลาของการ "นอนหลับลึก" ลดลง ทำให้ตื่นได้ง่ายและบ่อยขึ้นในตอนกลางคืน จนบางครั้งอาจรู้สึกเหมือนตนเองนอนไม่หลับเลยตลอดทั้งคืน

3. **สาเหตุและผลกระทบของการนอนหลับไม่เพียงพอ** ปัญหาการนอนหลับยาก นอนไม่สนิท หรือตื่นเช้าเกินไป มีสาเหตุและผลกระทบดังนี้:

สาเหตุที่พบบ่อย:

- รูปแบบการใช้ชีวิต เช่น การทำงานเป็นผลัด ความเครียด และความวิตกกังวล (คิดมาก)
- พฤติกรรมเสี่ยง เช่น ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์, การนอนขัดเขยในช่วงกลางวันหรือวันหยุด, การฝึนนอนต่อทั้งที่นอนไม่หลับ, การออกกำลังกายใกล้เวลานอน หรือการสูบบุหรี่
- ความเจ็บป่วยทางกาย (เช่น ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ, ขากระตุก, ผวาตื่น) และทางจิตใจ (เช่น โรคซึมเศร้า)

ผลเสีย:

- นอนไม่พอติดต่อกัน 2 คืน จะส่งผลให้การทำงานของสมองลดลง ทั้งด้านความจำ สมาธิ และความเร็วในการตอบสนอง
- เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ และเกิดความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ

4. **แนวทางการส่งเสริมการนอนหลับที่ดี (Sleep Hygiene)** การเตรียมความพร้อมทั้งร่างกายและสมองก่อนนอนเป็นสิ่งสำคัญ โดยมีคำแนะนำดังนี้:

- การจัดการห้องนอน: ใช้ห้องนอนสำหรับการนอนเมื่อรู้สึกง่วงเท่านั้น
- ปรับอุณหภูมิห้องให้เหมาะสม และควรเป็นห้องที่เงียบสงบ
- ห้องนอนควรมืด หรือมีเพียงแสงสลัวที่เป็น "แสงสีเหลือง" หลีกเลี่ยงแสงสีขาวหรือแสงสีน้ำเงิน (เช่น จากหน้าจอโทรศัพท์หรือคอมพิวเตอร์)

สิ่งที่ "ควรทำ" ก่อนนอน:

- ทำกิจกรรมที่ช่วยให้ร่างกายผ่อนคลาย เช่น การอาบน้ำอุ่น

- จำกัดปริมาณการดื่มน้ำก่อนเข้านอนเพื่อลดการตื่นมาปัสสาวะกลางดึก
- หากหิว สามารถรับประทานอาหารว่างมือเล็กๆ ได้ เช่น กล้วย หรือ นม

สิ่งที่ "ห้ามทำ" ก่อนนอน:

- งดดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และงดสูบบุหรี่
- งดเล่นโทรศัพท์มือถือ และหยุดคิดหรือกังวลเรื่องต่างๆ
- งดรับประทานอาหารมื้อใหญ่ (ภายใน 2 ชั่วโมงก่อนนอน) และงดการออกกำลังกาย (ภายใน 3 ชั่วโมงก่อนนอน)

5. การฝึกฝนพฤติกรรมเพื่อการนอนหลับ (Sleep Training)

- ควรตั้งเวลานอนและเวลาตื่นนอนให้เป็นเวลาประจำ และปรับให้สอดคล้องกับความต้องการพักผ่อนของร่างกายตนเอง

- จำกัดเวลาในการ "งีบหลับ" ระหว่างวัน โดยไม่ควรงีบหลับเกิน 30 นาที
- หากมีปัญหาหลับไม่หลับ ต้องใช้ความอดทนในการปรับพฤติกรรม โดยอาจลองปรับเลื่อนเวลาเข้านอนให้เร็วขึ้นวันละ 10-15 นาที ซึ่งโดยทั่วไปหากทำตามสุขอนามัยการนอนหลับอย่างเคร่งครัด ประมาณ 5-7 วัน คุณภาพการนอนหลับจะค่อยๆ ดีขึ้น

การให้วัคซีนในผู้สูงอายุและประชากรวัยผู้ใหญ่

1. เหตุผลสำคัญ 5 ประการที่ผู้ใหญ่ควรรับการฉีดวัคซีน (5 Reasons Why Adults Should Be Vaccinated)

- เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อที่ผู้ใหญ่มีความอ่อนแอและเปราะบางมากกว่า เนื่องจากอายุที่เพิ่มขึ้นหรือมีโรคประจำตัว
- เพื่อช่วยกระตุ้นภูมิคุ้มกันของวัคซีนที่เคยได้รับมาแล้วตั้งแต่ในวัยเด็กให้มีประสิทธิภาพดีขึ้น
- เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรัง
- เพื่อให้ได้รับประโยชน์จากนวัตกรรมวัคซีนชนิดใหม่ๆ ที่ในอดีตเมื่อหลายทศวรรษก่อนยังไม่มี การคิดค้นขึ้น
- เพื่อป้องกันการติดเชื้อบางชนิดที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการเดินทาง หรือความเสี่ยงที่เกิดจากการประกอบอาชีพ

2. ปัญหาและความท้าทายของการตอบสนองต่อวัคซีนในผู้สูงอายุ (Immunosenescence & Challenges)

- **ภาวะภูมิคุ้มกันเสื่อมถอยตามวัย (Immunosenescence):** เมื่ออายุมากขึ้น ระบบภูมิคุ้มกันจะเสื่อมถอยลงอย่างค่อยเป็นค่อยไป ส่งผลให้การตอบสนองต่อวัคซีนลดลง (Reduced response to vaccination) และร่างกายมีภูมิคุ้มกันต้านทานชนิดเซลล์ (T-cell และ B-cell) ลดลง

- **การอักเสบเรื้อรัง (Inflammaging) และความเปราะบาง (Frailty):** ผู้สูงอายุมักมีภาวะอักเสบเรื้อรังระดับต่ำและมีโรคประจำตัวร่วมด้วย (Co-morbidities) เช่น เบาหวาน (DM) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยเบาหวานจะมีการทำงานของเซลล์ภูมิคุ้มกันที่แย่ง ทำให้เสี่ยงต่อโรคติดเชื้อ เช่น โรคเริม (Herpes Zoster) มากขึ้น

ข้อมูลการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ผู้สูงอายุและผู้ป่วยล้างไตมีระดับภูมิคุ้มกันต้านทาน (Antibody response) ต่อวัคซีนไข้หวัดใหญ่ลดลง 2-4 เท่าเมื่อเทียบกับคนวัยหนุ่มสาว ส่งผลให้ประสิทธิภาพของวัคซีน (Vaccine effectiveness) ลดลงตามไปด้วย

3. นวัตกรรมและทางออกในการพัฒนาวัคซีนสำหรับผู้สูงอายุ (Vaccine Solutions)

เพื่อแก้ไขปัญหาการตอบสนองต่อวัคซีนที่ลดลงในผู้สูงอายุ จึงมีการพัฒนานวัตกรรมใหม่ๆ เช่น:

- การใช้วัคซีนที่มีส่วนผสมของ "สารเสริมฤทธิ์" (Adjuvanted vaccines) เพื่อช่วยกระตุ้นภูมิคุ้มกันให้สูงขึ้น

- การเพิ่มปริมาณแอนติเจนในวัคซีนให้สูงกว่าปกติ (Higher antigen content)
- การปรับปรุงระบบนำส่งวัคซีนและรูปแบบการนำเสนอแอนติเจนใหม่ๆ (New delivery platforms)

4. วัคซีนที่แนะนำสำหรับผู้สูงอายุและกลุ่มเสี่ยง (Recommended Vaccines) ผู้สูงอายุและผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (เช่น โรคหัวใจ, โรคปอด, โรคไตเรื้อรัง, เบาหวาน, โรคตับ และภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง) ควรได้รับวัคซีนดังต่อไปนี้:

- วัคซีนป้องกันโรคปอดอักเสบ (Pneumococcal vaccine)
- วัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ (Influenza vaccine)
- วัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 (Covid-19 vaccine)
- วัคซีนป้องกันโรคไวรัส RSV (RSV vaccine)

- วัคซีนป้องกันโรคงูสวัด (Zoster vaccine) ซึ่งปัจจุบันมีหลักฐานพบว่า วัคซีนโรคงูสวัดชนิดรีคอมบิแนนท์ที่มีสารเสริมฤทธิ์ (RZV) นอกจากจะช่วยป้องกันโรคงูสวัดขึ้นตา (Herpes Zoster Ophthalmicus) แล้ว ยังช่วยลดความเสี่ยงของการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน (AMI) และโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในผู้ที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไปได้อีกด้วย

- วัคซีนคอตีบและบาดทะยัก (Td หรือ Tdap), ไวรัสตับอักเสบบี, ไอกรน และวัคซีนไข้เลือดออก (Dengue vaccine)

- รวมถึงมีการเฝ้าระวังและพัฒนาวัคซีนแห่งอนาคต เช่น ไวรัสไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ (H5N1, H7N9), วัณโรค (TB) และเชื้อดื้อยาต่างๆ

สุขภาพการนอนหลับในผู้สูงอายุ และแนวทางการดูแลรักษาโรคนอนไม่หลับ

1. การเปลี่ยนแปลงของการนอนหลับเมื่ออายุมากขึ้น (Sleep Changes with Age) ผู้สูงอายุ (อายุ 65 ปีขึ้นไป) มีเวลาการนอนหลับที่เหมาะสมตามคำแนะนำอยู่ที่ประมาณ 7-8 ชั่วโมงต่อวัน อย่างไรก็ตาม เมื่ออายุเพิ่มขึ้น รูปแบบและวงจรการนอนหลับจะมีการเปลี่ยนแปลงไปจากวัยหนุ่มสาวอย่างชัดเจน ได้แก่:

- มีระยะเวลาการนอนหลับรวมในเวลากลางคืนลดลง
- มีการตื่นหรือรู้สึกตัวกลางดึกเพิ่มมากขึ้น
- มีอาการง่วงนอนในเวลากลางวันเพิ่มขึ้น และมักจะมีการงีบหลับในตอนกลางวัน
- วงจรการนอนหลับและการตื่น (Sleep-wake cycle) อาจมีความกระจัดกระจาย ไม่ต่อเนื่อง
- ระยะการนอนหลับลึก (Deepest stages of non-REM sleep) ลดลง
- ระยะการนอนหลับแบบมีตากระตุกหรือช่วงฝัน (REM sleep) มักจะยังคงถูกรักษาไว้ในสัดส่วนเดิม
- ผู้สูงอายุมักมีแนวโน้มที่จะเข้านอนเร็วขึ้นกว่าเดิม

2. ความชุกของปัญหาการนอนหลับในผู้สูงอายุทั่วโลก (Sleep problems in the elderly) การศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) ทั่วโลก พบว่าปัญหาการนอนหลับที่พบได้บ่อยเรียงตามลำดับ มีดังนี้:

- ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ (Obstructive Sleep Apnea - OSA) พบได้บ่อยที่สุดถึง 46.0%
- ภาวะคุณภาพการนอนหลับไม่ดี (Poor sleep quality) 40.0%
- ปัญหาการนอนหลับอื่นๆ 37.0%
- โรคนอนไม่หลับ (Insomnia) 29.0%
- ภาวะง่วงนอนมากผิดปกติในเวลากลางวัน (Excessive daytime sleepiness) 19.0%

3. ปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีปัญหาการนอนไม่หลับ ปัญหาการนอนไม่หลับในกลุ่มผู้สูงอายุมักเกิดจากหลายสาเหตุและหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่:

- ความผิดปกติของนาฬิกาชีวิตในร่างกาย
- ภาวะทางกายต่างๆ เช่น ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ ภาวะขาอยู่ไม่สุข ภาวะนอนละเมอ และความเจ็บปวดตามร่างกาย
- การมีโรคประจำตัวหรือโรคทางกายร่วมด้วย เช่น โรคทางระบบประสาท, โรคระบบหัวใจและหลอดเลือด, โรคระบบทางเดินอาหาร และโรคระบบทางเดินหายใจ
- โรคทางจิตเวช

4. คำแนะนำสำหรับการวินิจฉัยและดูแลรักษาโรคนอนไม่หลับในประเทศไทย (ฉบับปี พ.ศ. 2568) อ้างอิงจากแผนภูมิคำแนะนำของสมาคมโรคจากการหลับแห่งประเทศไทย มีแนวทางการดูแลรักษาดังนี้:

- **การคัดกรองเบื้องต้น:** ใช้อาการนอนไม่หลับร่วมกับแบบประเมิน ISI (Insomnia Severity Index) หากผู้ป่วยมีคะแนนประเมิน ISI > 15 คะแนน จะถือว่ามีอาการเข้าข่าย
- **การประเมินระยะเวลาของโรค:** จะถูกแบ่งออกเป็น โรคนอนไม่หลับระยะเฉียบพลัน (มีอาการน้อยกว่า 3 เดือน) และระยะเรื้อรัง (มีอาการมากกว่า 3 เดือน)

แนวทางการรักษา:

หากมีสาเหตุมาจากโรคจากการหลับอื่นๆ โรคทางอายุรกรรม โรคทางจิตเวช หรือเป็นผลจากยาที่รับประทาน ต้องให้การรักษาโรคและจัดการสาเหตุเหล่านั้นร่วมด้วยเสมอ

- การบำบัดหลัก ได้แก่ การรักษาสุขอนามัยการนอนหลับ (Sleep hygiene) และการทำพฤติกรรมบำบัดต่างๆ
- หากการบำบัดเบื้องต้นแล้วอาการยังไม่ดีขึ้น จะมีการพิจารณาใช้วิธีการรักษาด้วยยาร่วมด้วย (การใช้ยาระยะสั้น)

วันที่ 26 มีนาคม 2569

เคล็ดลับการมีอายุยืนยาวและวิถีชีวิตของผู้สูงอายุวัยศตวรรษิกชน (100 ปีขึ้นไป)

1. ที่มาและความสำคัญของการศึกษา (Background)

- จากข้อมูลของกรมการปกครองในเดือนธันวาคม พ.ศ. 2567 พบว่าประเทศไทยมีผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 100 ปีขึ้นไป จำนวนสูงถึง 40,460 คน
- สมาคมสภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทยฯ ได้มอบโล่เกียรติคุณแก่ผู้ที่มีอายุ 100 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547-2567 จำนวน 7,070 คน
- นำมาสู่คำถามสำคัญของสังคมที่ว่า "ผู้สูงอายุกลุ่มนี้มีการดำเนินชีวิตอย่างไรจึงมีอายุยืนยาว และพวกเขามีความสุขมากน้อยเพียงใด"

2. กรอบแนวคิด (Conceptual Framework)

- การศึกษาประยุกต์ใช้แนวคิดเรื่องพื้นที่สีฟ้า (Blue Zone) ซึ่งครอบคลุมถึงพฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมทางสังคมที่ส่งเสริมให้คนมีอายุยืนยาว

3. ข้อค้นพบสำคัญ: วิธีชีวิตและสถานะทางจิตใจ (Keys to Longevity) จากการสำรวจกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน 100 ปี พบข้อมูลที่น่าสนใจดังนี้:

- ลักษณะการอยู่อาศัย: ผู้สูงอายุร้อยละ 29.91 อาศัยอยู่ในครอบครัวร่วมกับลูกสาว
- สถานะทางจิตใจที่ดีเยี่ยม: ร้อยละ 48.5 มีระดับสถานะทางจิตใจที่ "ดีกว่าคนทั่วไป" และร้อยละ 39.6 มีสถานะทางจิตใจ "เท่ากับคนทั่วไป" (มีเพียง 11.9% ที่ต่ำกว่าคนทั่วไป)
- การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา: เป็นปัจจัยที่โดดเด่นมาก โดยพบว่าร้อยละ 95.05 ของผู้สูงอายุ 100 ปี มีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นประจำ
- การเห็นคุณค่าในตนเอง (Self-esteem): ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 88.1 มีระดับการเห็นคุณค่าในตนเองอยู่ในเกณฑ์ "มาก"

4. ระดับความสุขและปัจจัยที่ทำให้มีความสุข เมื่อประเมินคะแนนความสุขของผู้สูงอายุเกิน 100 ปี พบว่าปัจจัยที่ทำให้พวกเขามีความสุขมากที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่:

1. การรู้สึกภูมิใจในตนเอง (ร้อยละ 53.47)
2. การใช้ชีวิตอย่างมีความสุขกับสิ่งเล็กๆ รอบตัว (ร้อยละ 41.58)
3. การพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ (ร้อยละ 3.96)

กลยุทธ์เพื่อการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดีและการดูแลอย่างเป็นองค์รวม

1. หลักการสำคัญ: "การมีอายุยืนยาวเพียงอย่างเดียวมันไม่พอ แต่การอยู่อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีคือทุกสิ่ง"

Healthspan > Lifespan: เป้าหมายที่แท้จริงไม่ใช่แค่การยืดอายุขัย (Lifespan) ให้ยาวนานที่สุด แต่คือ

การเพิ่มระยะเวลาการมีสุขภาพที่ดี (Healthspan) ให้ยาวนานตามไปด้วย

นิยามของการสูงวัยอย่างมีสุขภาพดี: คือการคงความสามารถในการพึ่งพาตนเองได้ (Independence) มี

ส่วนร่วมในสังคมอย่างมีความหมาย และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งด้านร่างกาย สมอ และสังคม

2. กลยุทธ์หลัก 4 ประการสู่ความยืนยาวของชีวิต (Strategies for Longevity)

-ด้านการเคลื่อนไหวและป้องกันความเปราะบาง (Move More & Prevent Frailty):

การออกกำลังกายและการเดิน เป็นเกราะป้องกันสำคัญที่ช่วยให้ผู้สูงอายุยังคงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL และ IADL) และสามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้

-ด้านโภชนาการเพื่อความแข็งแรงและฟื้นฟู (Nutrition):

1) ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) มักถูกมองข้าม ซึ่งนำไปสู่การสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ ภาวะเปราะบาง และการติดเชื้อ

2) การประเมินโภชนาการไม่ใช่แค่การชั่งน้ำหนัก แต่ต้องดูเรื่องความอยากอาหาร การเคี้ยว การกลืน สุขภาพช่องปาก ผลข้างเคียงจากยา และความสามารถในการจัดหาอาหาร ซึ่งต้องอาศัยการดูแลแบบ **ทีมสหวิชาชีพ (Interprofessional Care)** ร่วมกัน (เช่น พยาบาล แพทย์ ทันตแพทย์ นักกำหนดอาหาร และนักสังคมสงเคราะห์)

-ด้านสุขภาพสมองและการเชื่อมโยงทางสังคม (Brain Health & Social Connection):

1) ความโดดเดี่ยวทางสังคม (Social Isolation) เป็นอันตรายอย่างยิ่ง โดยพบว่าเพิ่มความเสี่ยงต่อ

ภาวะสมองเสื่อมได้สูงถึง 50%

2) ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพที่ดีขึ้นเมื่อได้เชื่อมโยงกับครอบครัว เพื่อน ชุมชน และยังคงมีความรู้สึก

ว่าชีวิตมีเป้าหมาย (Sense of purpose)

-ด้านการป้องกันและความปลอดภัยในการใช้ยา (Prevention & Medication Safety):

การป้องกันต้องทำอย่างสม่ำเสมอในทุกๆ วัน ประกอบด้วย การจัดการความเสี่ยงจากการใช้ยาหลายชนิด (Polypharmacy), การป้องกันการหกล้ม, การดูแลการนอนหลับ และการรับวัคซีนป้องกันโรค

3. บทบาทสำคัญของการพยาบาลต่อการมีอายุยืนยาว (What Makes Nursing Essential) พยาบาลมีบทบาทหลัก 4 ด้านในการขับเคลื่อนคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ได้แก่:

1. การประเมิน (Assessment): ประเมินอย่างเป็นองค์รวม มองทะลุข้อจำกัดของโรคต่างๆ
2. การดูแลต่อเนื่อง (Continuity): สังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงที่ค่อยๆ เกิดขึ้นตั้งแต่ระยะเริ่มต้น
3. การเป็นโค้ช (Coaching): สร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ยั่งยืนในชีวิตประจำวัน
4. การประสานงาน (Coordination): เป็นสะพานเชื่อมโยงการดูแลระหว่างคลินิก บ้าน และชุมชน

ระบบการดูแลและสนับสนุนผู้สูงอายุระยะยาว (มุมมองปัจจุบันและทิศทางในอนาคต)

1. ภาพรวมของระบบการดูแลผู้สูงอายุ การดูแลผู้สูงอายุเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่เชื่อมโยงกันในหลายระดับ ได้แก่:

- **ก่อนการเจ็บป่วย:** เน้นการคัดกรองและการป้องกัน

- **เมื่อเจ็บป่วยเฉียบพลัน:** เข้ารับการรักษาในสถานพยาบาล

- **หลังพ้นวิกฤต:** เข้าสู่การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care - IMC) ทั้งในสถานพยาบาลและในชุมชน

ชุมชน

- **การดูแลระยะยาว (Long-Term Care - LTC):** สำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

2. นิยามและการเชื่อมโยงของการดูแลระยะกลาง (IMC) และการดูแลระยะยาว (LTC)

2.1 การดูแลระยะกลาง (Intermediate Care - IMC):

กลุ่มเป้าหมาย: ผู้ป่วยที่พ้นจากระยะวิกฤตแล้ว แต่ยังคงมีความผิดปกติของร่างกายบางส่วน และมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวัน

แนวทางการดูแล: จำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ (MDT approach) อย่างต่อเนื่องตั้งแต่ในโรงพยาบาลจนถึงชุมชน

เป้าหมายหลัก: เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดำรงชีวิตได้ด้วยตนเอง ลดภาระการพึ่งพาดูแล เพิ่มสมรรถนะทั้งร่างกายและจิตใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน รวมถึงลดภาวะพิการและทุพพลภาพ

2.2 การดูแลระยะยาว (Long-Term Care - LTC):

กลุ่มเป้าหมาย: ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ผู้ป่วยหรือผู้สูงอายุที่ติดบ้าน หรือติดเตียง

รูปแบบการบริการ: เป็นบริการสาธารณสุขและบริการสังคม ประกอบด้วย:

- การดูแลแบบเป็นทางการ (Formal Care): ให้บริการโดยบุคลากรทางด้านสาธารณสุขและสังคม
- การดูแลแบบไม่เป็นทางการ (Informal Care): ดูแลโดยครอบครัว อาสาสมัคร หรือเพื่อนบ้าน

เป้าหมายหลัก: เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี

การรักษาสุขภาพกล้ามเนื้อในผู้สูงอายุโรคไตเรื้อรัง และบทบาทของ Ketoanalogues

1. ภาพรวมและสถานการณ์โรคไตเรื้อรัง (CKD) ในผู้สูงอายุ

ความชุกของโรค: โรคไตเรื้อรัง (Chronic Kidney Disease - CKD) เป็นภาวะที่มีความผิดปกติของ

โครงสร้างหรือการทำงานของไตต่อเนื่องอย่างน้อย 3 เดือน ข้อมูลในปี 2023 พบว่าความชุกของโรคไตเรื้อรังในวัยผู้ใหญ่ในประเทศไทยอยู่ที่ 17.2%

ความสัมพันธ์กับอายุ: โรคไตเรื้อรังเป็นภาวะที่พบได้บ่อยและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น

2. ภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Sarcopenia) ในผู้ป่วย CKD

ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังสูงอายุมักเผชิญกับปัญหาภาวะมวลกล้ามเนื้อน้อย (Sarcopenia) ซึ่งจำเป็นต้องมีการวินิจฉัยและมีแนวทางในการรักษามวลกล้ามเนื้อ (Preserving muscle) อย่างถูกต้อง

ปัญหาที่พบบ่อยคือ ผู้ป่วยมักกังวลเรื่องการทำงานของไตจน "จำกัดอาหารมากเกินไป" (Restrict food) ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะขาดสารอาหารและส่งผลเสียต่อมวลกล้ามเนื้อได้

3. บทบาทของ Ketoanalogues ต่อการรักษากล้ามเนื้อ

กรดอะมิโนคีโตแอนาล็อก (Ketoanalogues) มีบทบาทสำคัญในการช่วยรักษาสภาพและมวลกล้ามเนื้อในผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง โดยสามารถให้ทดแทนโปรตีนเพื่อป้องกันภาวะขาดสารอาหาร ในขณะที่ไม่เพิ่มภาระการทำงานของหนักให้กับไต

4. กรณีศึกษา (Case Study)

ข้อมูลผู้ป่วย: ผู้ป่วยชายไทยอายุ 75 ปี อดีตข้าราชการทหาร มาด้วยอาการขี้หลงขี้ลืม (Forgetfulness) 1 ปี มีโรคประจำตัวคือ ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง โรคไตเรื้อรังระยะ 3b (CKD stage 3b) และภาวะบกพร่องทางการได้ยิน

พฤติกรรม: ผู้ป่วยยังสามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีในกิจวัตรประจำวัน (Independent) แต่มีการจำกัดอาหารค่อนข้างมากด้วยความกังวลเรื่องโรคไต

การตรวจประเมิน:

- การทำงานของไต GFR 41 ml/min/1.73m² และค่า Creatinine 1.6
- ระดับไขมัน LDL-C 75 mg/dl, ระดับน้ำตาล FBS 103 mg/dl และระดับอัลบูมิน 3.7 g/dl
- กำลังบีบมือ (Handgrip strength) อยู่ที่ 30 กิโลกรัม

การจัดการรักษา: แพทย์ยังคงให้ยารักษาความดันและไขมันตามเดิม (Manidipine, Azilsartan, Rosuvastatin) แต่ได้สั่งจ่ายยาบำรุงสมอง (EGb761) และพิจารณาให้ยา **Ketoanalogues** ครั้งละ 3 เม็ด วันละ 2 ครั้ง (3 tab bid) เพื่อช่วยรักษาสภาพกล้ามเนื้อและโภชนาการ

ผลการติดตาม: เมื่อติดตามผล (Follow up) ข้อมูลล่าสุดในช่วงเดือนมกราคม 2026 พบว่าค่ากำลังบีบมือ (Handgrip strength) ของผู้ป่วยยังคงรักษาระดับไว้ได้ที่ 30 กิโลกรัม น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเล็กน้อย และค่าการทำงานของไตมีแนวโน้มทรงตัว (Creatinine ลดลงเล็กน้อยเหลือ 1.5)

กลยุทธ์การสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

1. ภาพรวมและผลกระทบของโรคสมองเสื่อมต่อครอบครัว

- โรคสมองเสื่อมเป็นเรื่องของทุกคน (Dementia is 'everyone's business') การวินิจฉัยโรคสมองเสื่อมไม่ได้ส่งผลกระทบแค่ผู้ป่วยเพียงคนเดียว แต่ส่งผลถึงคู่สมรส บุตรหลาน และครอบครัวขยายทั้งหมด

= ในปัจจุบันจำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าภาระการดูแลหลักถึง 70-80% ตกอยู่ที่สมาชิกในครอบครัว

- แนวคิดสำคัญในยุคปัจจุบันคือ "การดูแลผู้ดูแล" (Caring for the Caregiver) มีความสำคัญเทียบเท่ากับการรักษาตัวผู้ป่วยเอง เพราะครอบครัวเปรียบเสมือนทีมเดียวกัน ("Families are like a team!")

2. ผลกระทบทางสุขภาพต่อผู้ดูแล (Why Support Family Carers?)

- ผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมมีความเสี่ยงสูงมากที่จะเกิดความเครียดทางจิตใจและปัญหาความเจ็บป่วยทางกาย
- มีการประเมินพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม มีสัดส่วนสูงถึง 40-60%
- ปัจจัยสำคัญที่คาดการณ์ถึงระดับภาระของผู้ดูแลได้ชัดเจนที่สุด คือ ปัญหาพฤติกรรมและความผิดปกติทางระบบประสาทจิตเวชของผู้ป่วย

3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่ออนาคต (Policy Recommendations: The Path Toward 2026)
เพื่อลดช่องว่างและยกระดับการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลในสังคมเอเชีย มีข้อเสนอแนะ 3 ประการ ดังนี้:

- การนำดิจิทัลเฮลท์เข้าสู่ระบบประกันสุขภาพ (Integration of Digital Health into National Insurance): รัฐบาลควรบรรจุบริการให้คำปรึกษาทางไกล (Tele-health) และแอปพลิเคชันสนับสนุนผู้ดูแลให้อยู่ในสิทธิประโยชน์ขั้นพื้นฐาน เพื่อลดช่องว่างทางเศรษฐกิจและช่วยให้ครอบครัวรายได้น้อยเข้าถึงนวัตกรรมได้
- การอบรมความละเอียดอ่อนทางวัฒนธรรมแก่บุคลากรแพทย์ (Cultural Sensitivity Training for Healthcare Providers): บุคลากรทางการแพทย์ต้องได้รับการฝึกอบรมให้เข้าใจบริบทสังคมเอเชีย เช่น เรื่อง "ความกตัญญู" และ "ความอาย" เพื่อให้สามารถแนะนำบริการสถานพักพิงชั่วคราว (Respite Care) หรือจิตบำบัดได้อย่างเหมาะสม โดยไม่ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกผิดว่าตนเองทอดทิ้งผู้ป่วย
- การให้เงินอุดหนุนและสิทธิประโยชน์ทางสังคม (Caregiver Allowance and Social Credit): ควรพิจารณาให้ "เบี้ยเลี้ยงผู้ดูแล" หรือมาตรการลดหย่อนทางภาษีสำหรับผู้ที่ต้องออกจากงานมาดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อช่วยลดผลกระทบทางเศรษฐกิจของครอบครัว

การส่งเสริมการสูงวัยในถิ่นที่อยู่ด้วยนวัตกรรมและแนวทางสหสาขาวิชาชีพ (Strong Model)

1. ภาพรวมและที่มาของโครงการ (Smart and Strong Project)

"สตรอง โมเดล" (Strong Model): เป็นรูปแบบการทำงานที่ถูกออกแบบและให้บริการสำหรับผู้สูงอายุในระดับชุมชน โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) เป็นผู้ขับเคลื่อนหลัก

โมเดลนี้ดำเนินการภายใต้โครงการความร่วมมือเพื่อบูรณาการการจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนผ่านการสร้างเครือข่ายของ อปท. หรือที่เรียกว่า **"Smart and Strong Project"**

2. ภาควิชาความร่วมมือ (Partnerships) นวัตกรรมดูแลนี้เกิดจากการบูรณาการความร่วมมือทั้งในระดับท้องถิ่นและระดับนานาชาติ (ไทย-ญี่ปุ่น) ประกอบด้วย 5 องค์กรหลัก ได้แก่:

- องค์กรความร่วมมือระหว่างประเทศแห่งญี่ปุ่น (JICA)
- องค์กร Nogeza-Glocal
- เทศบาลเมืองยูการะ ประเทศญี่ปุ่น
- เทศบาลเมืองบึงยี่โถ จังหวัดปทุมธานี (พื้นที่ต้นแบบในประเทศไทย)
- คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

3. หัวใจสำคัญและแนวทางสหสาขาวิชาชีพ (The "Strong Model" Core Concept)

นิยามของโมเดล: "Strong Model" คือโมเดลการทำงานที่มุ่งเน้น การบูรณาการสหสาขาวิชาชีพ เพื่อให้บุคลากรจากหลากหลายวิชาชีพมีขีดความสามารถในการทำงานร่วมกันเป็นทีมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าหมายของการบูรณาการ: * เพื่อให้ทีมมีความสามารถในการออกแบบบริการด้านสุขภาพและสังคมที่มีคุณภาพและเหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ

- เพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ปัญหาที่เกิดขึ้นจริงในชุมชนอย่างตรงจุด
- เพื่อให้สามารถรับมือและแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุที่มีความซับซ้อนได้อย่างยั่งยืน (เช่น ปัญหาสุขภาพทางกายที่เชื่อมโยงกับปัญหาทางสังคมและสภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย)

การส่งเสริมการสูงวัยในถิ่นที่อยู่ และการสร้างชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้ป่วยสมองเสื่อม

1. แนวคิด Ageing in Place (การสูงวัยในถิ่นที่อยู่เดิม)

นิยาม: แนวคิดนี้หมายถึงการสนับสนุนให้ผู้สูงอายุสามารถอยู่อาศัยในบ้านและชุมชนเดิมของตนเองไปได้นานที่สุด ("Staying in your own home as you get older") เนื่องจากโดยธรรมชาติแล้ว ทุกคนล้วนอยากอยู่ที่บ้านท่ามกลางลูกหลานและเพื่อนฝูงที่คุ้นเคย

หัวใจสำคัญของการให้ผู้สูงวัยอยู่ในที่เดิม: ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ สถานที่, สุขภาพ, สังคม และ ปลอดภัย (ความมุ่งมั่น/เป้าหมายชีวิต)

2. การเตรียมความพร้อม (เตรียมทั้ง People และ Place) การเตรียมพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ ไม่ควรรอให้ถึงอายุ 60 ปี เพราะจะสายเกินไป โดยต้องเตรียมทั้งด้าน "คน (People)" และ "สถานที่ (Place)" ควบคู่กัน:

เตรียม People (ปลอดภัย + สุขภาพ): เป็นการออกแบบชีวิตล่วงหน้า โดยดร. Joseph F. Coughlin จาก MIT Ageing Lab ได้เสนอคำถามสะกิดใจ 3 ข้อเพื่อให้คนวัยทำงานเริ่มวางแผนชีวิต ได้แก่

1. เมื่ออายุมากขึ้น หากหมดไฟเสีย ใครจะเปลี่ยนหมดไฟให้? (หมายถึง การดูแลสุขภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัย)
2. ถ้าอยากกินไอศกรีมจะอย่างไร? (หมายถึง ความสามารถในการเข้าถึงสิ่งที่ต้องการและการเดินทาง)
3. เราจะกินข้าวกลางวันกับใคร? (หมายถึง การมีสังคมและการป้องกันความโดดเดี่ยว)

3. โมเดลการดูแลในระดับชุมชน (STRONG Model - กรณีศึกษาเทศบาลเมืองบึงยี่โถ) ชุมชนถือเป็นพื้นที่พึ่งพิงที่สำคัญอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุ โดยมีการยกตัวอย่างการดูแลสุขภาพผ่านตัวย่อ "STRONG" ดังนี้:

S - Socialization: การสร้างปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในชุมชน

T - Treatment: การบำบัดฟื้นฟูทางการแพทย์ทั้งร่างกายและจิตใจ

R - Recreation: การจัดกิจกรรมนันทนาการและสันทนาการ

O - Opportunity: การสร้างโอกาสในการเรียนรู้และเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุได้ทำประโยชน์เพื่อสังคม

N - Nutrition: การดูแลด้านโภชนาการและอาหารที่เหมาะสม

G - Group: การส่งเสริมให้เกิดการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมและดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

4. ก้าวต่อไป: ชุมชนที่เป็นมิตรต่อผู้มีภาวะสมองเสื่อม (Dementia Friendly Community)

แม้ว่าคงไม่มีใครอยากจะเป็นโรคสมองเสื่อม แต่ในความเป็นจริงก็เป็นไปได้ยากที่จะกำจัดภาวะสมองเสื่อมให้หมดไปจากโลก ดังนั้น "เป้าหมายแห่งอนาคต (Next Step)" ที่สำคัญนอกเหนือจากการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั่วไป คือการออกแบบและสร้าง "ชุมชนที่เป็นมิตรและเข้าใจผู้ป่วยสมองเสื่อม" เพื่อให้พวกเขาและผู้คนสามารถอยู่ร่วมกับคนในสังคมได้อย่างปลอดภัยและมีความสุข

สถาปัตยกรรมเพื่อการสูงวัย สู่การออกแบบสิ่งแวดล้อมเพื่อการเยียวยา

1. ความท้าทายในยุคสังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-aged Society)

การเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุจนก้าวข้ามเส้นแบ่งของ Super-aged Society (มีประชากรสูงอายุเกิน 20%) ทำให้กระบวนการพัฒนาของการออกแบบที่อยู่อาศัยไม่เพียงพออีกต่อไป

สิ่งที่ผู้สูงอายุต้องการ ไม่ใช่แค่พื้นที่ที่ "ปลอดภัย" เพียงอย่างเดียว แต่ต้องเป็นพื้นที่ที่สามารถ "เยียวยา" และส่งเสริม "ความยืดหยุ่นทางจิตใจ" (Resilience) ให้แก่ผู้อยู่อาศัยด้วย

2. ก้าวข้ามข้อจำกัดของ Universal Design สู่ Healing Environment

ข้อจำกัดของ Universal Design (การออกแบบเพื่อมวลชน): แนวคิดเดิมมักขับเคลื่อนด้วย "มุมมองความบกพร่อง" (Deficit Model) ที่เน้นแค่ความอยู่รอด ลดความเสี่ยง และมองสิ่งแวดล้อมเป็นเพียงวัตถุที่รองรับการใช้งานทางกายภาพ

การออกแบบเพื่อการเยียวยา (Healing Environment): เป็นการขยายกรอบไปสู่สภาวะแบบองค์รวม โดยบูรณาการเอาคุณค่าความหมาย สุขภาพจิต และมิติทางจิตวิญญาณเข้าไว้ด้วยกัน

สถาปัตยกรรมในฐานะผู้กระทำการ (Agentic Space): เป็นการเปลี่ยนผ่านจากที่อยู่อาศัยที่เป็นเพียงวัตถุนิ่งเฉย (Passive Object) ให้กลายเป็นพื้นที่มีชีวิตที่สามารถโต้ตอบและดูแลผู้อยู่อาศัยได้

3. การออกแบบพื้นที่เพื่อการปรับตัวต่อภาวะเปราะบาง (Adaptation to Frailty) เมื่อร่างกายผู้สูงอายุเริ่มถดถอยและมีโรคเรื้อรัง บ้านจะต้องเปลี่ยนบทบาทไปเป็น "ผู้ดูแลที่มองไม่เห็น" เพื่อชดเชยสิ่งที่สูญเสียไป พร้อมทั้งช่วยรักษาสักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์อย่างเข้มงวด โดยมีหลักการดังนี้:

- การผสมผสานระบบ Smart Home และเซนเซอร์กันลื่นอย่างแนบเนียน เพื่อไม่ทำให้บ้านดูเหมือนโรงพยาบาล

- การออกแบบให้ผู้สูงอายุยังคงรู้สึกว่าตนเองสามารถควบคุมสภาพแวดล้อมได้

- การออกแบบเพื่อผู้ดูแล: คำนึงถึงสรีรศาสตร์ของผู้ดูแล เช่น จัดสรรพื้นที่รอบเตียงให้เป็นระเบียบเพื่อลดภาระและความเครียดของคนดูแล

4. มิติด้านจิตวิญญาณ อัตลักษณ์ และความทรงจำ บ้านของผู้สูงอายุควรมีพื้นที่สำหรับการทบทวนและสะท้อนคุณค่าชีวิต ได้แก่:

พื้นที่แห่งการทบทวน (Space for Reflection): ควรมีมุมสงบที่สามารถมองเห็นท้องฟ้าหรือธรรมชาติ เพื่อกระตุ้นให้เกิดการใคร่ครวญและเชื่อมโยงกับวัฏจักรของชีวิต

พื้นที่แห่งอัตลักษณ์ (Memory & Identity): ควรมีพื้นที่สำหรับจัดวางของสะสมหรือสิ่งของแห่งความทรงจำ เพื่อเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวและแสดงอัตลักษณ์ของตนเองให้เด่นชัด

ความสัมพันธ์แบบสองทางระหว่างสุขภาพช่องปากและสุขภาพทั่วไปในผู้สูงอายุ

1. บทนำ: สุขภาพช่องปากคือรากฐานของสุขภาพองค์รวม

การบรรยายเน้นย้ำถึงปฏิญญากรุงเทพฯ (Bangkok Declaration) ที่ระบุว่า "ไม่มีสุขภาพที่ดี หากปราศจากสุขภาพช่องปากที่ดี (No Health Without Oral Health)"

เป้าหมายระดับโลกคือการก้าวไปสู่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าด้านสุขภาพช่องปาก (Universal Health Coverage for Oral Health) ภายในปี ค.ศ. 2030

2. ความสัมพันธ์แบบสองทาง (Bidirectional Relation) สุขภาพช่องปากและสุขภาพทางกายมีความเชื่อมโยงและส่งผลกระทบซึ่งกันและกันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ โดยปัญหาสุขภาพช่องปากมักนำไปสู่ผลกระทบทางกายอื่นๆ ดังนี้:

- อาการปวด (Pain) และการติดเชื้อ (Infection)

- ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวที่ลดลง (Reduced masticatory function) ซึ่งนำไปสู่ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) หรือการขาดสารอาหารในผู้สูงอายุ

- ผลกระทบต่อการรักษาทางการแพทย์ เช่น ทำให้การฟื้นตัวหลังการผ่าตัดล่าช้า (Delayed recovery after operation) มีภาวะเลือดออกง่าย (Bleeding tendency) และเกิดข้อจำกัดในการทำหัตถการทางทันต

กรรม

- อาจพบภาวะกระดูกขากรรไกรตาย (Osteonecrosis of the jaw) โดยเฉพาะในผู้ที่เคยได้รับการรักษามะเร็งหรือใช้ยาบางชนิด

- หากมีฟันที่ผุหรือเสียหายจนไม่สามารถรักษาด้วยวิธีอื่นได้แล้ว จำเป็นจะต้องได้รับการถอนฟันออก

3. การคัดกรองรอยโรคในช่องปากที่สำคัญ การสังเกตและคัดกรองรอยโรคในช่องปากของผู้สูงอายุเป็นสิ่งสำคัญ โดยมีหลักเกณฑ์เบื้องต้นดังนี้:

- รอยโรคที่ขูดออก/ย้ายที่ได้: มักเป็นลักษณะของการ ติดเชื้อรา (Candidiasis)

- รอยโรคที่ขูดไม่ออก: หากมีสีอื่นๆ ร่วมกับ และไม่หายไปภายใน 2 สัปดาห์ อาจเป็นรอยโรคก่อนมะเร็งหรือความผิดปกติที่สำคัญ เช่น รอยโรคฝ้าขาว (Leukoplakia) หรือ ไลเคน พลานัส (Lichen Planus) ซึ่งในกรณีนี้จำเป็นต้องตัดชิ้นเนื้อส่งตรวจ เพื่อให้ได้การวินิจฉัยที่แน่นอนและวางแผนการรักษาได้อย่างถูกต้อง

4. บทสรุป การดูแลสุขภาพช่องปากอย่างสม่ำเสมอ (Regular oral health care) ถือเป็น "ตัวเปลี่ยนเกม" (Game will be changed) ที่จะช่วยยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ และหลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพที่รุนแรงได้ ดังนั้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจึงต้องอาศัยแนวทางสหสาขาวิชาชีพ (Multidisciplinary Approach) ที่แพทย์ ทันตแพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์สาขาอื่นๆ

ความสัมพันธ์ระหว่างกล้ามเนื้อและระบบภูมิคุ้มกัน รวมถึงผลกระทบต่อสุขภาพ

1. สถานการณ์การสูญเสียมวลกล้ามเนื้อตามวัย (Muscle Loss with Aging)

การลดลงตามธรรมชาติ: การสูญเสียมวลกล้ามเนื้อเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติเมื่ออายุมากขึ้น โดยหลังจากอายุ 40 ปี จะสูญเสียมวลกล้ามเนื้อประมาณ 3-8% ต่อทศวรรษ (ทุก 10 ปี) และเมื่ออายุเลย 70 ปี อัตราการสูญเสียจะเพิ่มสูงขึ้นถึง 15% ต่อทศวรรษ

ปัจจัยกระตุ้น: ปัจจัยที่เร่งให้เกิดการสูญเสียกล้ามเนื้อเร็วขึ้น ได้แก่ ภาวะโภชนาการที่บกพร่อง (Poor nutrition), การขาดการเคลื่อนไหวหรือการไม่ออกกำลังกาย (Inactivity), และภาวะความเจ็บป่วยหรือความเครียด โดยเฉพาะในผู้ป่วยวิกฤต (Critical illness)

2. ผลกระทบของการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อต่อร่างกายและภูมิคุ้มกัน (Clinical Outcomes) การสูญเสียมวลกล้ามเนื้อ (Lean body mass loss) ส่งผลเสียต่อสุขภาพองค์รวมอย่างชัดเจน โดยเฉพาะการเชื่อมโยงกับระบบภูมิคุ้มกัน ดังนี้:

สูญเสียกล้ามเนื้อ 10%: ส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Impaired immunity) และเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (Increased infection)

สูญเสียกล้ามเนื้อ 20%: ส่งผลให้แผลหายช้าลง (Decreased wound healing) และสภาพผิวหนังบางลง (Thinning of skin)

สูญเสียมากกว่า 30% ขึ้นไป: จะมีความสัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิต (Mortality) ที่เพิ่มสูงขึ้น

3. บทบาทของโภชนาการเสริมเพื่อสุขภาพกล้ามเนื้อและภูมิคุ้มกัน การใช้ผลิตภัณฑ์เสริมอาหารทางการแพทย์ (Oral Nutritional Supplements - ONS) ที่มีส่วนผสมของโปรตีน พลังงาน และสารอาหารเฉพาะทาง มีบทบาทสำคัญในการช่วยฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีส่วนผสมที่น่าสนใจ 2 ชนิด ได้แก่:

1) HMB (Beta-hydroxy-beta-methylbutyrate): มีข้อมูลยืนยันว่าการเสริม HMB ช่วยเพิ่มและ

รักษาสมรรถภาพทางกาย (Physical performance) โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุหญิงที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป

2) YBG (Yeast Beta-Glucan): สารสกัดเบต้ากลูแคนจากยีสต์มีคุณสมบัติโดดเด่นด้านการกระตุ้นภูมิคุ้มกัน จากการวิเคราะห์ห่อหุ้ม (Meta-analysis) รวบรวมงานวิจัยแบบสุ่มและมีกลุ่มควบคุม (RCTs) จำนวน 13 งานวิจัย พบว่า YBG มีส่วนช่วยอย่างมีนัยสำคัญในการลดความถี่ของการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจส่วนบน (Upper Respiratory Tract Infections - URTIs) ในประชากรที่มีสุขภาพดี เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (Placebo)

กล้ามเนื้อและระบบภูมิคุ้มกันมีความสัมพันธ์กันอย่างแนบแน่น การรักษามวลกล้ามเนื้อให้แข็งแรงไม่ใช่เพียงเพื่อให้เคลื่อนไหวได้ดีเท่านั้น แต่ยังเป็นกุญแจสำคัญในการรักษาระบบภูมิคุ้มกันให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ การเสริมโภชนาการที่มีทั้งพลังงาน โปรตีน รวมถึง HMB และ YBG จึงเป็นทางเลือกที่สนับสนุนให้เกิด "Superior Muscle and Immunity" (สุขภาพกล้ามเนื้อและภูมิคุ้มกันที่แข็งแรง) ในวัยผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ

การประเมินและแนวทางการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เข้ารับการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติคผ่านทางสายสวน (TAVI)

1. ภาพรวมและแนวทางเวชปฏิบัติ (Thai TAVI Guidelines 2021)

เป้าหมายของแนวทางปฏิบัติ: มุ่งเน้นการคัดเลือกผู้ป่วยที่เหมาะสมและได้ประโยชน์สูงสุดจากการทำหัตถการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติคผ่านทางสายสวน (Transcatheter Aortic Valve Implantation: TAVI) รวมถึงวางมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยให้สอดคล้องกับบริบทของประเทศไทย

การทำงานเป็นทีม: เน้นย้ำความสำคัญของการทำงานร่วมกันของ "ทีมสหสาขาการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจ" (Multidisciplinary Heart Team) ในฐานะศูนย์กลางในการวางแผนการรักษา

การติดตามผล: ให้ความสำคัญกับการจัดเก็บข้อมูลเพื่อใช้ประเมิน ติดตาม และพัฒนาคุณภาพการรักษาอย่างต่อเนื่อง

2. ภาวะเปราะบางกับผลลัพธ์การรักษา (Frailty and Quality of Life)

ข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรมชี้ให้เห็นว่า "ภาวะเปราะบาง (Frailty) ไม่ใช่ข้อบ่งชี้" ในการทำ TAVI ในทางตรงกันข้าม ผู้ป่วยกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและมีภาวะเปราะบาง กลับเป็นกลุ่มที่ได้รับประโยชน์จากการทำ TAVI สูงสุด เมื่อประเมินจากระดับคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้นหลังทำการหัตถการ

3. การวิเคราะห์ปัญหาในการดูแลผู้ป่วย (Patient Pain Points & Fishbone Diagram) จากการประเมินปัญหาในหอผู้ป่วยหลังทำการหัตถการ พบว่า "ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวหลังทำการหัตถการน้อยกว่าเป้าหมาย" ซึ่งนำไปสู่ความวิตกกังวลและความเสี่ยงต่างๆ โดยมีสาเหตุดังนี้:

- **ด้านผู้ป่วยและญาติ:** มีภาวะเครียดทำให้หลงลืมง่าย ไม่เข้าใจคำศัพท์ทางการแพทย์ และรับข้อมูลได้ไม่ครบถ้วน

- **ด้านเจ้าหน้าที่:** มีภาระงานมาก ทำให้ต้องให้คำแนะนำด้วยความเร่งรีบ ข้อมูลไม่ต่อเนื่อง ขาดสื่อทบทวน และขาดการประเมินความเข้าใจซ้ำ

- **ด้านสภาพแวดล้อม:** สถานที่คับแคบ ไม่มีความเป็นส่วนตัว และมีเสียงรบกวนขณะสอน

4. นวัตกรรมเสริมพลังและการแก้ปัญหา (Digital Empowerment) เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงได้มีการพัฒนากระบวนการให้ความรู้ผู้ป่วยแบ่งเป็นเฟส (Phase) ดังนี้:

Phase 1 (Verbal & Traditional): ใช้วิธีอธิบายด้วยคำพูดและโทรศัพท์ติดตามอาการ (24 ชม. และ 3 วัน) ซึ่งพบจุดอ่อนคือผู้ป่วยมักหลงลืมและไม่มีสื่อให้ทบทวน

Phase 2 (Print & Standardize): พัฒนาโดยการเพิ่ม "แผ่นพับความรู้" เรื่องโรคและการปฏิบัติตัวหลังทำ TAVI เพื่อให้ผู้ป่วยและญาตินำไปทบทวนได้ด้วยตนเอง

Phase 3: เป็นก้าวต่อไปในการนำเครื่องมือหรือนวัตกรรมดิจิทัล (Digital Empowerment) มาใช้เพื่อให้การสื่อสารข้อมูลมีประสิทธิภาพมากขึ้นอย่างยั่งยืน

การเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกผ่านทางสายสวน (TAVI) ในผู้ป่วยสูงอายุ

1. ภาพรวมและแนวโน้มระดับโลก (Global Trends in TAVR)

- การทำ TAVI (หรือ TAVR) กำลังเป็นที่ยอมรับมากขึ้นในระดับสากล โดยปัจจุบันมีการอนุมัติข้อบ่งชี้ให้สามารถใช้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มี "ความเสี่ยงต่ำ" (Low Risk) ได้แล้วในหลายประเทศทั่วโลก
- สมาคมวิชาชีพทางการแพทย์ที่สำคัญต่างๆ (เช่น ESC, ACC, JSC) ได้ทำการปรับปรุงแนวทางเวชปฏิบัติ (Guidelines) สำหรับการทำให้ TAVI เพื่อให้ครอบคลุมการรักษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่ำ
- คาดการณ์ว่าจำนวนหัตถการเปลี่ยนลิ้นหัวใจเอออร์ติกทั้งระบบ (Overall AVR Procedures) รวมถึงการทำ TAVI จะยังคงมีอัตราการเติบโตอย่างรวดเร็วในอนาคต

2. ข้อมูลการทำ TAVI จากทะเบียนผู้ป่วยโรงพยาบาลรามธิบดี (Ramathibodi TAVI Registry Data)
จากการเก็บข้อมูลผู้ป่วย 150 รายล่าสุด ที่เข้ารับการทำให้ TAVI ที่โรงพยาบาลรามธิบดี พบข้อมูลที่น่าสนใจดังนี้:

- **ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย:** อายุเฉลี่ยของผู้ป่วยอยู่ที่ 81.3 ปี
- **ความรุนแรงของอาการ:** ผู้ป่วยส่วนใหญ่ (85%) อยู่ในกลุ่มที่มีอาการเหนื่อยระดับปานกลางถึงมาก (NYHA Class II-III) และ 15% มีอาการเหนื่อยระดับรุนแรง (NYHA Class IV)
- **คะแนนประเมินความเสี่ยง:** ค่าเฉลี่ย STS Score อยู่ที่ 5.32 และ EuroSCORE อยู่ที่ 3.1

3. รายละเอียดและผลลัพธ์ของหัตถการ (Procedural Details & Outcomes)

- **วิธีการให้ยาระงับความรู้สึก (Anesthesia):** ส่วนใหญ่ (81%) ใช้วิธีการให้ยาระงับความรู้สึกแบบรู้สึกตัว (Conscious sedation) และ 19% ใช้วิธีดมยาสลบ (General Anesthesia - GA)
- **ทางเข้าของสายสวน (Approach):** ส่วนใหญ่ถึง 96% กระทำผ่านทางหลอดเลือดแดงที่ขาหนีบ
- **ระยะเวลา:** ใช้เวลาในการทำหัตถการเฉลี่ยเพียง 60 นาที และผู้ป่วยมีระยะเวลาพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (Hospital LOS) เฉลี่ย 3 วัน
- **ภาวะแทรกซ้อนที่พบ:**
 - o อัตราการเสียชีวิตจากทุกสาเหตุ (All cause death) อยู่ที่ 3.3% (5 ราย) และไม่มีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดหัวใจ (CV death 0%)
 - o ไม่มีผู้ป่วยที่เกิดภาวะหลอดเลือดสมองตีบตันรุนแรง (Disabling stroke 0%)
 - o มีความจำเป็นต้องใส่เครื่องกระตุ้นไฟฟ้าหัวใจถาวรใหม่ (New PPI) 6.0% (9 ราย)
 - o ภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือด (Vascular complication) 1.3% (2 ราย)

รูปแบบนวัตกรรมเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ (โครงการ เคนดีดี)

1. สถานการณ์และปัญหาการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุไทย

- ประเทศไทยได้ก้าวเข้าสู่ "สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์" (Aged Society) ในปี พ.ศ. 2567 อย่างเป็นทางการ
- ปัญหาการพลัดตกหกล้มมีความรุนแรงและนำไปสู่อัตราการเสียชีวิตที่สูงมาก โดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิงมีความเสี่ยงต่อภาวะกระดูกสะโพกหักมากกว่าผู้ชาย

- สาเหตุการเสียชีวิตมักเกิดจากภาวะแทรกซ้อนเนื่องจากไม่สามารถเดินได้หลังจากออกจากโรงพยาบาล และการเลือกแนวทางการรักษาแบบไม่ผ่าตัด

- จากสถิติพบว่ามี 10 จังหวัดที่มีอัตราการเสียชีวิตจากพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุสูงสุด

2. นวัตกรรมและการแก้ไขปัญหา: โครงการ "เดินดีดี"

- เพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว จึงได้ริเริ่ม โครงการ "เดินดีดี" (www.เดินดีดี.com) ซึ่งเป็นรูปแบบนวัตกรรมในการดูแลผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง

- **เป้าหมายหลัก:** เน้นการประเมินความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยอย่างละเอียด "ก่อนที่จะจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล" (Pre-discharge assessment) เพื่อให้แน่ใจว่าผู้ป่วยจะกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้อย่างปลอดภัยและลดโอกาสการหกล้มซ้ำ

3. การขยายผลและเครือข่ายการดำเนินงาน

- โครงการได้มีการจัดตั้งแผนการดำเนินงาน อบรม และชี้แจงรายละเอียดโครงการ "เดินดีดี" ให้กับบุคลากรทางการแพทย์อย่างเป็นระบบ

- มีการกระจายการอบรมไปยังหลายจังหวัดทั่วประเทศตามรอบเวลาต่างๆ (ตั้งแต่ช่วงเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2568 ถึงมกราคม พ.ศ. 2569) ได้แก่ น่าน, แพร่, ลำพูน, ชัยภูมิ, ร้อยเอ็ด, ศรีสะเกษ, นครราชสีมา, สุพรรณบุรี, สมุทรสาคร, ระนอง, นครศรีธรรมราช และกรุงเทพมหานคร

นวัตกรรมการประเมินการเดินและการคัดกรองความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุ

1. บริบทของสังคมสูงวัยและปัญหาการหกล้ม

สถานการณ์ปัจจุบัน: ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปถึง 20.7%

สาเหตุหลัก: เมื่ออายุมากขึ้น ระบบกล้ามเนื้อและกระดูกจะเสื่อมถอยลง การทรงตัวแย่ลง และกล้ามเนื้ออ่อนกำลัง ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มและกระดูกหัก โดยพบว่าเพศหญิงมีแนวโน้มหกล้มสูงกว่าเพศชาย

สถิติที่สำคัญ: จากข้อมูลปี 2568 ของกรมควบคุมโรค พบว่าผู้สูงอายุประมาณ 7.98% มีประวัติการพลัดตกหกล้ม

2. การคัดกรองความเสี่ยงด้วยนวัตกรรมเซนเซอร์ (Wearable Sensors) เอกสารเน้นย้ำว่า "นวัตกรรมเซนเซอร์คือเครื่องมือ แต่การแปลผลคือหัวใจสำคัญ" โดยมีการนำเทคโนโลยีมาใช้อย่างนี้:

- **การประเมินการเดิน (Gait Analysis):** ใช้เซนเซอร์ตรวจจับลักษณะการเดินที่ผิดปกติ ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนของความเสี่ยงในการหกล้ม

- **Game-based Dual-task:** การใช้เกมมาช่วยในการฝึกหรือทดสอบการทำงานของร่างกายและสมองไปพร้อมกัน (Dual-task) เพื่อดูความสามารถในการจัดการความสมดุลขณะทำกิจกรรมอื่น

3. ผลการศึกษาและการพัฒนาระบบ Telehealth

ผลการทดสอบ: จากการเปรียบเทียบกลุ่มที่ใช้ Game-based dual-task กับกลุ่มควบคุม พบว่าแม้ความเสี่ยงในการหกล้มและการพัฒนาด้านพุทธิปัญญา (Cognitive) จะไม่แตกต่างกันทางสถิติอย่างชัดเจนในภาพรวม แต่มีกลุ่มตัวอย่าง 3 ใน 9 รายที่มีการพัฒนาความเร็วได้ดีขึ้นกว่าค่า MCID (ความแตกต่างทางคลินิกที่น้อยที่สุดที่ยอมรับได้) มากกว่า 2 วินาที

ทิศทางในอนาคต (Telehealth & AI):

- **การติดตามต่อเนื่อง:** ใช้ Wearable sensor ส่งข้อมูลแบบ Real-time เพื่อติดตามอาการที่บ้าน
- **AI Alerts:** ระบบแจ้งเตือนอัตโนมัติเมื่อพบรูปแบบการเดินที่เสี่ยงต่อการหกล้ม

- **Personalization:** การนำข้อมูลมาออกแบบโปรแกรมออกกำลังกายเฉพาะบุคคลเพื่อให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายของแต่ละคน

การใช้นวัตกรรมอย่างเซนเซอร์และระบบ AI เข้ามาช่วยในการประเมินและติดตามการเดินของผู้สูงอายุ จะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถคัดกรองความเสี่ยงและป้องกันการหกล้มได้อย่างแม่นยำ และทัน่วงทีมากขึ้น ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการลดอัตราการบาดเจ็บและเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้สูงอายุในสังคมไทย