



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH



LTC
LONG TERM CARE

หลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เพิ่มเติม จำนวน 50 ชั่วโมง



จัดทำโดย
สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข

คำนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) มีประชากรสูงอายุ จำนวน ๑๓.๒๖ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๒๐.๑๐ และคาดว่าในปี ๒๕๘๓ จะมีประชากรผู้สูงอายุสูงถึงร้อยละ ๓๑.๒๘ ประชากรสูงอายุจะกลายเป็นกลุ่มใหญ่ มีสัดส่วนผู้สูงอายุอยู่เพียงลำพังคนเดียว และอยู่ลำพังกับผู้สูงอายุด้วยกันเพิ่มสูงขึ้น พบว่าการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุสะท้อนถึงโอกาสการเติบโตของกิจการการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย เนื่องจากปัจจุบันสมาชิกครอบครัวส่วนมากทำงานนอกบ้าน ไม่สามารถดูแลผู้สูงอายุได้ด้วยตนเองหรือคนในครอบครัวได้ จึงเลือกใช้บริการดูแลผู้สูงอายุ เช่น บ้านพักผู้สูงอายุ สถานดูแลผู้สูงอายุรายวัน ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ เป็นต้น ผู้สูงอายุเมื่อมีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มที่จะประสบกับข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน และมีความยากลำบากในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นตามวัย ผู้สูงอายุไทยจำนวน ๔๔๓,๗๘๒ คน ร้อยละ ๓.๓๕ ของผู้สูงอายุทั้งหมดอยู่ในภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน ติดเตียง) ต้องการการดูแลด้านสุขภาพแต่ไม่มีผู้ดูแลโดยผู้สูงอายุวัยปลายถึง ๑ ใน ๕ จำเป็นต้องมีผู้ดูแลจากสถานการณ์ดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านสุขภาพ เศรษฐกิจและสังคม การยกระดับการคุ้มครองสุขภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ให้เข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข และได้รับชุดสิทธิประโยชน์ต่างๆ เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุให้ดีขึ้น จึงเป็นประเด็นที่สำคัญสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต

ผู้สูงอายุเมื่อมีอายุมากขึ้น มีแนวโน้มที่จะประสบกับข้อจำกัดในการทำกิจวัตรประจำวัน และมีความยากลำบากในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นตามวัย ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง (ติดบ้าน ติดเตียง) ต้องการได้รับการดูแลทางการแพทย์และสาธารณสุข ขณะที่แนวโน้มผู้สูงอายุที่ต้องการการดูแลด้านสุขภาพแต่ไม่มีผู้ดูแลมีเพิ่มมากขึ้น โดยผู้สูงอายุวัยปลายถึง ๑ ใน ๕ จำเป็นต้องมีผู้ดูแล

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินงานตามนโยบายของรัฐบาลในการยกระดับการดูแลด้านสุขภาพและสังคมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหรือพิการในชุมชนด้วยนักรับบาลท้องถิ่น เพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านบริการสุขภาพลงอย่างยั่งยืน ประชาชนได้รับการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมโรค รักษาพยาบาล และฟื้นฟูสุขภาพในชุมชนอย่างทั่วถึงเท่าเทียม เสริมสร้างความเสมอภาคเพื่อรองรับสังคมผู้สูงอายุ เพื่อคนไทยมีสุขภาพที่ดี การจัดทำคู่มือแนวทางการอบรมหลักสูตรเพิ่มเติมนักรับบาลท้องถิ่น จำนวน ๕๐ ชั่วโมง ฉบับนี้เป็นการบูรณาการความร่วมมือของหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุข โดยคณะทำงานพัฒนาหลักสูตรและการฝึกอบรมนักรับบาลท้องถิ่น ภายใต้ระบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง คณะอนุกรรมการพัฒนาหลักสูตร หวังเป็นอย่างยิ่งว่า คู่มือแนวทางการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมเพิ่มเติมนักรับบาลท้องถิ่นจำนวน ๕๐ ชั่วโมง สำหรับผู้ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุชั้นกลาง จำนวน ๗๐ ชั่วโมง แล้วมาฝึกอบรมเพิ่มเติมนักรับบาลท้องถิ่นจำนวน ๕๐ ชั่วโมงนั้น คู่มือฉบับนี้จะเป็นประโยชน์สำหรับการดำเนินงานที่จะดำเนินการจัดอบรมนักรับบาลท้องถิ่นเพื่อการพัฒนางานด้านการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนในระดับพื้นที่ต่อไป

สำนักอนามัยผู้สูงอายุ

สิงหาคม ๒๕๖๗

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
โครงสร้างหลักสูตรอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน ๕๐ ชั่วโมง	๑ - ๕
หมวดที่ ๑ การฟื้นฟูสภาพร่างกาย	
แผนการสอนที่ ๑.๑ การ Active และ Passive exercise	๘ - ๑๑
แผนการสอนที่ ๑.๒ การเคลื่อนไหว	๑๒ - ๓๐
- การช่วยเคลื่อนไหวข้อต่อ	
- การออกกำลังกายทั่วไป	
- พลิกตะแคงตัว จัดทำให้ผู้ป่วย	
- เคลื่อนย้ายบนเตียง	
- เคลื่อนย้ายจากเตียงไปรถเข็น เคลื่อนย้ายจากรถเข็นมาเตียง	
- ฝึกนั่ง - ยืน - เดิน แนะนำการออกกำลังกายผู้ป่วยข้อเสื่อม	
- ออกกำลังกายทั่วไป	
- การฝึกการหายใจที่ถูกต้อง	
แผนการสอนที่ ๑.๓ แนวทางการเก็บประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	๓๑
หมวดที่ ๒ การดูแลแผล	
แผนการสอนที่ ๒.๑ การดูแลผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ	๓๓ - ๓๙
แผนการสอนที่ ๒.๒ การดูแลท่อหลอดลมคอหลังการเจาะคอ (Tracheostomy Tube: TT tube)	๔๐ - ๔๕
แผนการสอนที่ ๒.๓ การดูแลสายให้อาหารทางหน้าท้อง (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy: P.E.G.)	๔๖ - ๔๘
แผนการสอนที่ ๒.๔ การดูแลทวารเทียมทางหน้าท้อง (Colostomy)	๔๙ - ๕๖
แผนการสอนที่ ๒.๕ การเฝ้าระวังและการประเมินแผล	๕๗ - ๖๓
หมวดที่ ๓ การดูแลเฉพาะโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ	
แผนการสอนที่ ๓.๑ ภาวะสมองเสื่อม (Dementia)	๖๖ - ๗๒
แผนการสอนที่ ๓.๒ โรคหลอดเลือดสมอง (stroke)	๗๓ - ๗๖
แผนการสอนที่ ๓.๓ ภาวะภาวะซึมเศร้า	๗๗ - ๘๐
แผนการสอนที่ ๓.๔ โรคไต	๘๑ - ๘๖
แผนการสอนที่ ๓.๕ โรคมะเร็ง	๘๗ - ๙๐
แผนการสอนที่ ๓.๖ การเตรียมอาหารสำหรับผู้สูงอายุเฉพาะโรค	๙๑ - ๙๗

เรื่อง	หน้า
หมวดที่ ๔ การสร้างสัมพันธภาพที่ดี	
แผนการสอนที่ ๔.๑ เทคนิคการสร้างความสัมพันธ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	๙๙ - ๑๐๓
แผนการสอนที่ ๔.๒ การสร้างสัมพันธภาพ	๑๐๔ - ๑๐๕
แผนการสอนที่ ๔.๓ การจัดการอารมณ์	๑๐๖ - ๑๑๑
แผนการสอนที่ ๔.๔ การจัดการเพื่อลดความขัดแย้ง	๑๑๒
แผนการสอนที่ ๔.๕ การจัดการการให้คำปรึกษาในครอบครัว	๑๑๓ - ๑๑๕
หมวดที่ ๕ การดูแลสภาพแวดล้อมที่บ้าน	
แผนการสอนที่ ๕.๑ การป้องกันการติดเชื้อ	๑๑๗ - ๑๑๘
แผนการสอนที่ ๕.๒ การดูแลสภาพแวดล้อม สภาพอากาศภายในบ้าน	๑๑๙ - ๑๒๓
แผนการสอนที่ ๕.๓ ความปลอดภัย การป้องกันการพลัดตก หกล้ม	๑๒๔ - ๑๓๔
หมวดที่ ๖ บทบาทท้องถิ่นกับการดูแลผู้สูงอายุ	
แผนการสอนที่ ๖.๑ แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	๑๓๖ - ๑๔๕
แผนการสอนที่ ๖.๒ แนวทางเกี่ยวระบบการเงิน	๑๔๖ - ๑๕๕
แผนการสอนที่ ๖.๓ บทบาทอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นกับการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	๑๕๖
หมวดที่ ๗ การบันทึก การรายงาน และการส่งต่อ	
แผนการสอนที่ ๗.๑ ระบบแนวทางการดูแลช่วยเหลือเชิงสังคมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ	๑๕๙ - ๑๖๓
แผนการสอนที่ ๗.๒ การประเมินปัญหา	๑๖๔ - ๑๖๘
แผนการสอนที่ ๗.๓ การจัดกิจกรรมเพื่อการดูแลและมอบหมาย	๑๖๙ - ๑๗๑
แผนการสอนที่ ๗.๔ การบันทึกกิจกรรมการดูแลเพื่อการประเมินวิเคราะห์ความช่วยเหลือ	๑๗๒ - ๑๗๕
แผนการสอนที่ ๗.๕ การรายงาน การประสานงานและการส่งต่อการช่วยเหลือผู้ป่วยตามสภาพปัญหาภาคีเครือข่ายหน่วยงานที่เหมาะสม	๑๗๖ - ๑๗๙
หมวดที่ ๘ การฝึกปฏิบัติภาคสนาม	๑๘๐ - ๑๙๕
- การ orientation ข้างเตี้ยงโดย CM	
- การฝึกปฏิบัติงาน	
หน่วยที่ ๙ การวัดและประเมินผล	๑๙๖ - ๑๙๗
- ทดสอบและประเมินผลภาคทฤษฎี	
- ทดสอบและประเมินผลภาคปฏิบัติ	

โครงสร้างหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน ๕๐ ชั่วโมง

๑. ชื่อหลักสูตร อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน ๕๐ ชั่วโมง

๒. วัตถุประสงค์

๑. เพื่อให้อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (Care Community volunteers) เข้าใจการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรผู้สูงอายุ สถานะสุขภาพผู้สูงอายุและตระหนักถึงความจำเป็นในการดูแลผู้สูงอายุ

๒. เพิ่มทักษะอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (Care Community volunteers) ให้มีความรู้ ความเข้าใจ หลักการดูแล ส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมของผู้สูงอายุและสามารถปฏิบัติตัวต่อผู้สูงอายุได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๓. เพิ่มทักษะอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (Care Community volunteers) ให้มีความรู้ ความเข้าใจในระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในระดับชุมชนเพื่อรองรับกับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์โรคและเทคโนโลยีใหม่ในปัจจุบัน

๔. เพิ่มพัฒนาทักษะอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (Care Community volunteers) ให้มีทักษะในดื่งศักยภาพของครอบครัวผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้สูงอายุและญาติในชุมชน

๕. เพื่อพัฒนาทักษะอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (Care Community volunteers) ในการสร้างภาคีเครือข่ายและระบบส่งต่อการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน

๓. โครงสร้างหลักสูตร (ตามเอกสารแนบท้ายหลักสูตร)

๔. คำอธิบายหลักสูตร

หลักสูตร “อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน ๕๐ ชั่วโมง สำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านการให้การดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนที่เคยผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ๗๐ ชั่วโมงและปฏิบัติงานในบทบาทอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นของหน่วยงานที่สังกัดหน่วยงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ได้รับค่าตอบแทน ๕,๐๐๐ บาทเมื่อปฏิบัติงานให้การดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชนเป็นระยะเวลา ๓ ปี และมีความประสงค์จะปฏิบัติหน้าที่ในบทบาทของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นของหน่วยงานที่สังกัดหน่วยงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อไปจะต้องเข้าการอบรมฟื้นฟูต่อเนื่องเพื่อเพิ่มพูนทักษะและความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้นต้องเข้ารับการอบรมเพิ่มเติมอีก ๕๐ ชั่วโมงเพื่อให้ครบ ๑๒๐ ชั่วโมง ตามหนังสือกรมการปกครองท้องถิ่น ที่มท.๐๘๑๙.๒/๖๗๒๑ ลงวันที่ ๑๕ พฤษภาคม ๒๕๖๖ เรื่อง การกำหนดหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาวและหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไขอัตราค่าตอบแทนของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ข้อ๔(๑)(๒)ว่าด้วยหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุชั้นกลางจำนวน ๗๐ ชั่วโมงเพิ่มเติมอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น จำนวน ๕๐ ชั่วโมงของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติจากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนหรือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จัดให้มีการอบรมโดยได้รับค่าตอบแทนเดือนละ ๖,๐๐๐ บาท โดยเนื้อหาหลักสูตรเกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพร่างกาย การดูแลแผล การดูแลเฉพาะโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การสร้างสัมพันธภาพและการใช้ทักษะการสื่อสาร การแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ตามสภาพปัญหาของผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในครอบครัวและชุมชน การดูแลสภาพแวดล้อมที่บ้าน บทบาทท้องถิ่นกับการดูแล

ผู้สูงอายุ และการบันทึกการรายงานและการส่งต่อ เพื่อการเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่ระบบบริการการดูแล สุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวและการเตรียมความพร้อมในการพัฒนาความร่วมมือของชุมชนและภาคีเครือข่าย ในระดับพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาการทำงานและการรองรับการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในระดับชุมชน

๕. เนื้อหาของหลักสูตร (ตามเอกสารแนบท้ายหลักสูตร)

๖. วัตถุประสงค์ของหลักสูตร

๑. เพื่อพัฒนาศักยภาพและทักษะของคนในครอบครัว ประชาชนทั่วไปที่สมัครใจในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
๒. เพื่อเตรียมรองรับระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิงระยะยาว ในระดับครอบครัว ชุมชน
๓. เพื่อพัฒนาศักยภาพบุคลากร คนในครอบครัว ประชาชนทั่วไป และภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ ที่เข้าสู่การดำเนินงานการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care) ในชุมชน

๗. กลุ่มเป้าหมาย

๑. ผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง
๒. บุคลากรในครอบครัวของผู้สูงอายุและผู้มีภาวะพึ่งพิง
๓. ประชาชนทั่วไป

๘. คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรม

๑. มีอายุไม่ต่ำกว่า ๑๘ ปีบริบูรณ์ ไม่จำกัดเพศ
๒. จบการศึกษาไม่ต่ำกว่าประถมศึกษาปีที่ ๖ หรือเทียบเท่า
๓. มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า ๑ ปี โดยมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับหน่วยบริการในพื้นที่ให้การรับรอง
๔. ไม่เป็นผู้มีความประพฤติเสื่อมเสีย หรือบกพร่องในศีลธรรมอันดี
๕. มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง ไม่เป็นโรคร้ายแรงหรือโรคติดต่อร้ายแรง
๖. มีวุฒิภาวะและบุคลิกลักษณะเหมาะสมในการเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ

๙. คุณสมบัติวิทยากรผู้สอน (ตามเอกสารที่แนบท้ายหลักสูตร)

๑๐. เกณฑ์การประเมินผล

๑. ต้องมีเวลาเรียนภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๘๐ ของเวลาเรียน
๒. เกณฑ์การตัดสินต้องผ่านการทดสอบภาคทฤษฎีด้วยคะแนนไม่น้อยกว่า ร้อยละ ๖๐
๓. ต้องผ่านการฝึกปฏิบัติภาคสนาม โดยฝึกปฏิบัติในหน่วยบริการสาธารณสุขในระดับพื้นที่
๔. ศึกษาและเก็บตัวอย่างผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงที่อยู่ในชุมชนโดยมี Care Manager ประจำหน่วยบริการ ในชุมชนเป็นอาจารย์พี่เลี้ยง

๑๑. วิธีการวัดและประเมินผล

๑. จัดทำแบบทดสอบ Pre – Post ก่อนและหลังการอบรม
๒. ทดสอบในรายแผนการสอนทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ
๓. ส่งรายงานกรณีศึกษาจากการลงปฏิบัติงานภาคสนาม
๔. จำนวนชั่วโมงที่เข้ารับการอบรมต้องเกิน ร้อยละ ๘๐

๑๒. เอกสารประกอบการเรียนการสอน

๑. คู่มือแนวทางการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุชั้นกลาง จำนวน ๗๐ ชั่วโมง
๒. คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
๓. คู่มือปฏิบัติงานกองทุนหลักประกันสุขภาพ ในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ (ตามประกาศคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติฯ พ.ศ. ๒๕๖๑)
๔. คู่มือกองทุนหลักประกันสุขภาพกรุงเทพมหานคร ๒๕๖๖
๕. หนังสือแนวทางการส่งเสริมปกครองท้องถิ่น เรื่องแนวทางการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

แผนการสอนหลักสูตรอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน ๕๐ ชั่วโมง

แผนการสอน	เนื้อหา	ภาคทฤษฎี (ชั่วโมง)	ภาคปฏิบัติ (ชั่วโมง)	จำนวน ชั่วโมง	คุณสมบัติผู้สอน
หมวดที่ ๑ การฟื้นฟูสภาพร่างกาย	๑.๑ การ Active exercise ๑.๒ การ Passive exercise - การช่วยเคลื่อนไหวข้อต่อ - การออกกำลังกายทั่วไป - พลิกตะแคงตัว จัดทำให้ผู้ป่วย - เคลื่อนย้ายบนเตียง - เคลื่อนย้ายจากเตียงไปรถเข็น เคลื่อนย้ายจากรถเข็นมาเตียง - ผีกนึ่ง- ยืน- เดิน แนะนำการออก กำลังกายผู้ป่วยข้อเสื่อม - การฝึกการหายใจที่ถูกวิธี ๑.๓ แนวทางการเก็บประสบการณ์การ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง	๒	๓	๕	- แพทย์และบุคลากร ทางการแพทย์
หมวดที่ ๒ การดูแลแผล	๒.๑ การดูแลผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูก ต่างๆ ๒.๒ การดูแลท่อหลอดลมคอหลังการเจาะ คอ (Tracheostomy Tube:TT tube) ๒.๓ การดูแลสายให้อาหารทางหน้าท้อง (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy : P.E.G.) ๒.๔ การดูแลทวารเทียมทางหน้าท้อง (Colostomy) ๒.๕ การเฝ้าระวังและการประเมินแผล	๒	๓	๕	- แพทย์และบุคลากร ทางการแพทย์
หมวดที่ ๓ การดูแลเฉพาะโรคที่ พบบ่อยในผู้สูงอายุ	๓.๑ ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ๓.๒ โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ๓.๓ ภาวะภาวะซึมเศร้า ๓.๔ โรคไต ๓.๕ โรคเมเร็ง ๓.๖ การเตรียมอาหารสำหรับผู้สูงอายุ เฉพาะโรค	๓	๒	๕	- แพทย์และบุคลากร ทางการแพทย์ - นักโภชนาการ
หมวดที่ ๔ การสร้างสัมพันธภาพ ที่ดี	๔.๑ เทคนิคการสร้างความสัมพันธ์ในการ ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ๔.๒ การสร้างสัมพันธภาพ ๔.๓ การจัดการอารมณ์ ๔.๔ การจัดการเพื่อลดความขัดแย้ง ๔.๕ การจัดการการให้คำปรึกษาในครอบครัว	๒	๒	๔	- แพทย์และบุคลากร ทางการแพทย์ - นักจิตวิทยา - นักสังคมสงเคราะห์

แผนการสอน	เนื้อหา	ภาคทฤษฎี (ชั่วโมง)	ภาคปฏิบัติ (ชั่วโมง)	จำนวน ชั่วโมง	คุณสมบัติผู้สอน
หมวดที่ ๕ การดูแลสุขภาพแวดล้อม ที่บ้าน	๕.๑ การป้องกันการติดเชื้อ ๕.๒ การดูแลสุขภาพแวดล้อม สภาพอากาศ ภายในบ้าน ๕.๓ ความปลอดภัย การป้องกันการพลัด ตก หกล้ม	๒	-	๒	- แพทย์และบุคลากร ทางการแพทย์ - นักวิชาการ สาธารณสุข - นักวิชาการสิ่งแวดล้อม
หมวดที่ ๖ บทบาทท้องถิ่นกับการ ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ	๖.๑ แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทท้องถิ่นกับ การพัฒนาส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ๖.๒ แนวทางเกี่ยวระบบการเงิน ๖.๓ บทบาทอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นกับ การพัฒนาส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	๒	-	๒	- บุคลากร อปท.
หมวดที่ ๗ การบันทึกการรายงาน และการส่งต่อ	๗.๑ ระบบแนวทางการดูแลช่วยเหลือเชิง สังคมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุ ๗.๒ การประเมินปัญหา ๗.๓ การจัดกิจกรรมเพื่อการดูแลและ มอบหมาย ๗.๔ การบันทึกกิจกรรมการดูแลเพื่อการ ประเมินวิเคราะห์ความช่วยเหลือ ๗.๕ การรายงาน การประสานงานและการ ส่งต่อช่วยเหลือผู้ป่วยตามสภาพ ปัญหาภาคีเครือข่ายหน่วยงานที่ เหมาะสม	๒	๑	๓	- แพทย์และบุคลากร ทางการแพทย์ - นักจิตวิทยา - นักสังคมสงเคราะห์
หมวดที่ ๘ การฝึกปฏิบัติ ภาคสนาม	- การ orientation ช้างเตี้ยงโดย CM - การฝึกปฏิบัติงาน	-	๒๒	๒๒	- บุคลากร อปท. - CM
หน่วยที่ ๙ การวัดและประเมินผล	- ทดสอบและประเมินผลภาคทฤษฎี - ทดสอบและประเมินผลภาคปฏิบัติ	๑	๑	๒	- ศูนย์อนามัย - สำนักงานสาธารณสุข จังหวัด
รวมจำนวนชั่วโมง		๑๖	๓๔	๕๐	

หมวดที่ ๑ การฟื้นฟูสภาพร่างกาย

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

๑. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับหลักการบริหารร่างกายในระบบกล้ามเนื้อกระดูก Active exercise และ Passive exercise ให้กับผู้สูงอายุ
๒. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมมีความรู้ความเข้าใจการให้คำแนะนำในการออกกำลังกายของผู้ป่วยข้อเสื่อมและการแนะนำการฝึกหายใจที่ถูกต้องวิธี
๓. เพื่อให้ผู้เข้าอบรมได้เรียนรู้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิงภายใต้การกำกับดูแลของนักกายภาพบำบัด

เนื้อหาแผนการสอน (จำนวน ๕ ชั่วโมง : ทฤษฎี ๒ ชั่วโมง ปฏิบัติ ๓ ชั่วโมง)

๑. การ Active exercise
๒. การ Passive exercise
 - การช่วยเคลื่อนไหวข้อต่อ
 - การออกกำลังกายทั่วไป
 - พลิกตะแคงตัว จัดทำให้ผู้ป่วย
 - เคลื่อนย้ายบนเตียง
 - เคลื่อนย้ายจากเตียงไปรถเข็น เคลื่อนย้ายจากรถเข็นมาเตียง
 - ฝึกนั่ง- ยืน- เดิน แนะนำการออกกำลังกายผู้ป่วยข้อเสื่อม
 - การฝึกการหายใจที่ถูกต้องวิธี
๓. แนวทางการเก็บประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะฟุ้งฟิง

วิธีการสอน

๑. การบรรยาย
๒. ถาม – ตอบ
๓. การแสดงบทบาทสมมติ
๔. สื่ออิเล็กทรอนิกส์ แผ่นพับ โปสเตอร์

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

๑. วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียน ด้วยสไลด์ สื่อ วีดิทัศน์ หรือสื่อการเรียนการสอนอื่น ๆ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความสนใจ กระตุ้นเข้าสู่บทเรียน
๒. วิทยากรบรรยายและเป็นการมีส่วนร่วมของผู้เรียน
๓. แบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมตามความเหมาะสม ในการแสดงบทบาทสมมติให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น
๔. ผู้เข้ารับการอบรม นำเสนอผลการประชุมกลุ่มหรือสิ่งที่ได้จากการแสดงบทบาทสมมติ
๕. วิทยากรสรุปผลเรียน

สื่อประกอบการเรียน/อุปกรณ์

๑. สื่ออิเล็กทรอนิกส์ แผ่นพับ โปสเตอร์ ภาพพลิก
๒. สื่อการเรียนการสอนในการแสดงบทบาทสมมติ

คำแนะนำสำหรับวิทยากร

วิทยากรควรเตรียมสื่ออุปกรณ์ต่าง ๆ ให้พร้อม เพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนสนใจ และเกิดการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วม โดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง

การประเมินผล

๑. สังเกตการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม
๒. สังเกตการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมกลุ่ม
๓. ประเมินจากการถาม – ตอบ

ใบความรู้ที่ ๑ การเคลื่อนไหวข้อต่อ

ทักษะการเคลื่อนไหวร่างกาย

การเคลื่อนไหวร่างกายมีลักษณะที่สำคัญ ๓ รูปแบบ คือ

๑. การเคลื่อนไหวพื้นฐาน (fundamental movement) เป็นทักษะการเคลื่อนไหวร่างกายที่จำเป็นสำหรับชีวิตและการดำรงชีวิตของมนุษย์ในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ

๒. การเคลื่อนไหวในชีวิตประจำวัน (daily movement) เป็นทักษะการเคลื่อนไหวร่างกายในอิริยาบถต่าง ๆ ทั่วไปที่ใช้ในการดำเนินชีวิต

๓. การเคลื่อนไหวเฉพาะอย่าง (special movement) เป็นการผสมผสานทักษะการเคลื่อนไหวพื้นฐานต่าง ๆ เพื่อนำมาใช้ในการออกกำลังกาย หรือเล่นกีฬา

ปัจจัยที่ส่งเสริมประสิทธิภาพในการเคลื่อนไหวร่างกาย

๑. ปัจจัยในด้านตัวบุคคล หมายถึง องค์ประกอบเฉพาะบุคคลที่ช่วยให้การเคลื่อนไหวมีประสิทธิภาพ ได้แก่ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ โครงสร้างร่างกาย ทักษะในการเคลื่อนไหว รวมถึงปัจจัยทางจิตใจและสายตา

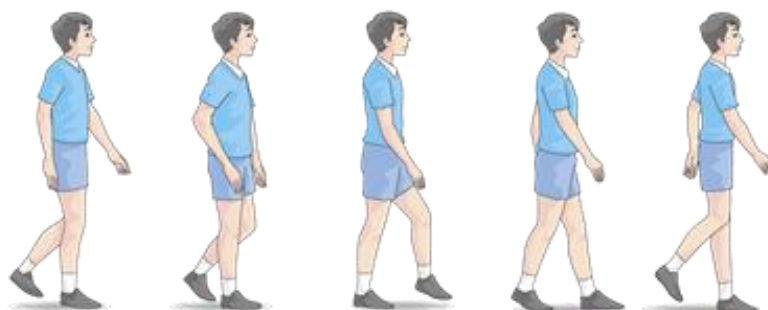
๒. ปัจจัยในด้านสภาพแวดล้อม หมายถึง องค์ประกอบภายนอกที่มีอิทธิพลต่อการเคลื่อนไหว ได้แก่ ความสัมพันธ์ของฐานกับการเคลื่อนไหว ความสัมพันธ์ของฐานกับการเคลื่อนไหว และสภาพอุณหภูมิของอากาศ ในขณะที่มีการเคลื่อนไหว

รูปแบบและแบบฝึกทักษะการเคลื่อนไหวร่างกายพื้นฐาน

ทักษะการเคลื่อนไหวพื้นฐานแบ่งออกเป็น ๓ ลักษณะ คือ

๑. การเคลื่อนไหวแบบอยู่กับที่ (non-locomotor movement) หมายถึง ทักษะการเคลื่อนไหวที่ผู้ปฏิบัติมีการเคลื่อนไหวอวัยวะต่าง ๆ เช่น การก้มตัว การเหยียดตัว การพลิก การดัน การบิดตัว แต่ร่างกายไม่มีการเคลื่อนที่

๒. การเคลื่อนไหวแบบเคลื่อนที่ (locomotor movement) หมายถึง ทักษะการเคลื่อนไหวที่ใช้การเคลื่อนที่ร่างกายจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง เช่น การเดิน การวิ่ง การสไลด์ (slide)



ท่าทางการเดินที่ถูกต้อง

๓. การเคลื่อนไหวแบบประกอบอุปกรณ์ (manipulative movement) หมายถึง ทักษะการเคลื่อนไหวที่ผู้ปฏิบัติมีการบังคับหรือควบคุมวัตถุโดยใช้อวัยวะที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะการใช้มือและเท้า เช่น การขว้าง การตี การเตะ การรับ

การเคลื่อนไหวเบื้องต้นของร่างกายโดยทั่วไปมี ๒ ลักษณะ คือการเคลื่อนไหวแบบไม่เคลื่อนที่และการเคลื่อนไหวแบบเคลื่อนที่

๑. การเคลื่อนไหวแบบไม่เคลื่อนที่ เป็นการใช้ส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเคลื่อนไหวโดยที่ร่างกายอยู่กับที่ เช่น การอ้าปาก หุบปาก การยกไหล่ขึ้นลง การกระพริบตา เป็นต้น ส่วนท่าทางในการปฏิบัติภารกิจประจำวันและท่าทางที่ใช้ในการออกกำลังกาย เล่นกีฬาโดยทั่วไปดังนี้

- การก้ม คือ การงอพับตัวให้ร่างกายส่วนบนลงมาใกล้กับส่วนล่าง
- การยืดเหยียด คือ การเคลื่อนไหวในทางตรงข้ามกับการก้ม โดยพยายามยืดเหยียดกล้ามเนื้อให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้
- การบิด คือ การทำส่วนต่าง ๆ ของร่างกายบิดไปจากแกนตั้ง เช่น การบิดลำตัว
- การดึง คือ การพยายามทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเข้ามาหาร่างกายหรือทิศทางใดทิศทางหนึ่ง
- การดัน คือ การพยายามทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งให้ห่างออกจากร่างกาย เช่น การดันโต๊ะ
- การเหวี่ยง คือการเคลื่อนไหวสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยหมุนรอบจุดให้เป็นเส้นโค้งหรือรูปวงกลม เช่น การเหวี่ยงแขน
- การหมุน คือ การกระทำที่มากกว่าการบิด โดยกระทำรอบ ๆ แกน เช่น การหมุนตัว
- การโยก คือ การถ่ายน้ำหนักตัวจากส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายไปยังอีกส่วนหนึ่งโดยเท้าทั้งสองแตะพื้น สลับกัน
- การเอียง คือ การทิ้งน้ำหนักไปยังส่วนใดส่วนหนึ่งโดยไม่ถ่ายน้ำหนัก เช่น ยืนเอียงคอ
- การสั่นหรือเขย่า คือ การเคลื่อนไหวสั่นสะเทือนส่วนต่าง ๆ ของร่างกายซ้ำ ๆ ต่อเนื่องกัน เช่น การสั่นหน้า เขย่ามือ สั่นแขนขา
- การส่าย คือ การบิดไปกลับติดต่อกันหลาย ๆ ครั้ง เช่น การส่ายสะโพก ส่ายศีรษะ

๒. การเคลื่อนไหวแบบเคลื่อนที่ เป็นการเคลื่อนที่จากจุดหนึ่งไปยังอีกจุดหนึ่ง ได้แก่ การเดิน (walk) การวิ่ง (Run) การกระโดดเขย่ง (Hop) การกระโดด (Jump) การกระโจน (Leap) การกระโดดสลับเท้า (Skip) การสไลด์ (Slide) การควมม้า (Gallop)

การเคลื่อนไหวของร่างกาย

การเคลื่อนไหว คือ การเปลี่ยนแปลงตำแหน่งที่ต่อเนื่องกันโดยส่วนที่เกี่ยวข้องที่ทำให้เกิดการเคลื่อนไหว ได้แก่ กลไกการทำงานของข้อต่อ กล้ามเนื้อและระบบประสาท

กลไกการเคลื่อนไหวของข้อต่อ

ชนิดของข้อต่อ

ข้อต่อ คือ ส่วนที่เชื่อมยึดระหว่างกระดูกกับกระดูกหรือระหว่างกระดูกกับกระดูกอ่อนหรือกระดูกอ่อนกับกระดูกอ่อนเชื่อมต่อกัน โดยมีเอ็นและพังผืดยึดเหนี่ยวให้กระดูกติดกัน ข้อต่อจะเคลื่อนไหวได้หรือไม่ขึ้นอยู่กับ การเชื่อมต่อของปลายกระดูกนั้น ซึ่งลักษณะของข้อต่อที่พบแบ่งได้ ๓ ชนิด

๑. ข้อต่อที่เคลื่อนไหวไม่ได้ เป็นข้อต่อที่มีลักษณะคล้ายฟันปลามาเชื่อมต่อกันระหว่างปลายกระดูกแต่ละชิ้น ได้แก่ ข้อต่อกะโหลกศีรษะ

๒. ข้อต่อที่เคลื่อนไหว เป็นข้อต่อที่ส่วนปลายกระดูกมาต่อกันโดยมีกระดูกอ่อนหรือเอ็นแทรกอยู่ระหว่างกระดูก ๒ ชิ้น ได้แก่ กระดูกสันหลัง กระดูกหัวเหน่า กระดูกข้อมือ เป็นต้น การเคลื่อนไหวเช่น การกระดกฝ่ามือ ฝ่าเท้าการเอียงตัว

๓. **ข้อต่อที่เคลื่อนไหวได้มาก** เป็นข้อต่อที่สามารถเคลื่อนไหวได้สะดวก พบทั่วร่างกาย ลักษณะของข้อต่อชนิดนี้จะเป็นโพรง มีเอ็นหรือกระดูกกั้นกลาง มีถุงหุ้มข้อต่อมีเยื่อบาง ๆ ทำหน้าที่คล้ายน้ำมันเครื่องทำให้ข้อต่อเคลื่อนไหวง่าย ข้อต่อชนิดนี้ ได้แก่ ข้อต่อที่สะโพก หัวไหล่ หัวเข่า เป็นต้น ข้อต่อชนิดนี้ส่วนใหญ่ใช้ในการออกกำลังกาย เล่นกีฬาหรือทำกิจกรรมต่าง ๆ

รูปร่างและลักษณะการเคลื่อนไหวของข้อต่อ แตกต่างกันดังนี้

๑. ข้อต่อรูปบอลในเบ้า สามารถเคลื่อนไหวได้รอบตัว ทั้งงอ เหยียด กางออก หุบเข้า หมุนเป็นรูปกรวยหรือฝ่าซี เช่น ข้อต่อที่สะโพก หัวไหล่ เป็นต้น

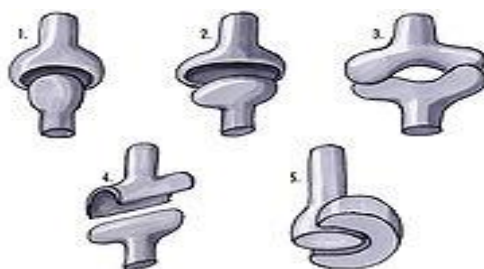
๒. ข้อต่อรูปไข่ เคลื่อนไหวไปข้างหน้า ข้างหลังและข้าง ๆ ในลักษณะงอและเหยียด เช่น ข้อต่อของข้อมือ

๓. ข้อต่อรูปอานม้า เคลื่อนไหวในลักษณะการงอ เหยียด กางและหุบเข้า เช่น ข้อต่อของฝ่ามือโคน นิ้วหัวแม่มือ ฝ่าเท้าและโคนนิ้วหัวแม่มือ

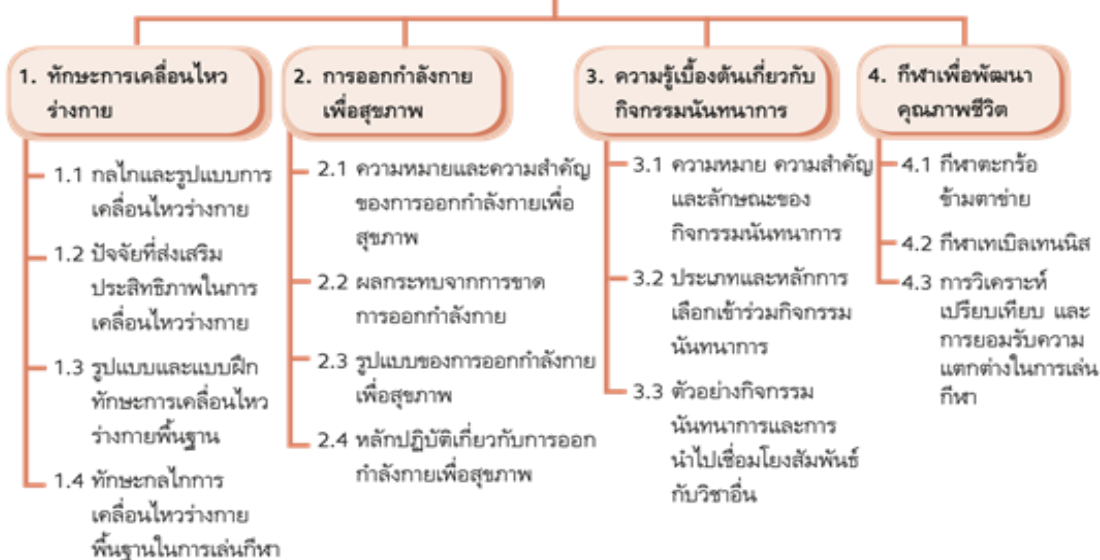
๔. ข้อต่อรูปบานพับ เคลื่อนไหวคล้ายบานพับ ลักษณะการงอ การเหยียด เช่น ข้อต่อที่ศอก เข่า นิ้วมือ เป็นต้น

๕. ข้อต่อรูปเดือย สามารถหมุนรอบตัวตามแนวแกนของเดือยได้ เช่น ข้อต่อของกระดูก ชั้น ๑ และ ๒ กระดูกที่ปลายแขนทำให้หงายและคว่ำมือได้

๖. ข้อต่อรูปร่างแปลกหรือรูปร่างไม่แน่นอน ไม่มีแกนในการเคลื่อนไหวจึงเคลื่อนที่ในลักษณะไถลไปมา เช่น ข้อต่อกระดูกข้อมือและข้อเท้า เป็นต้น



เพิ่มพูนทักษะการเคลื่อนไหว



การเคลื่อนไหวแบบพิเศษ

เป็นการเคลื่อนไหวที่ใช้พื้นฐานจาก การเดิน การวิ่ง การเขย่ง โดยเพิ่มจังหวะ ในลักษณะการก้าวที่ผสมผสานกัน เช่น การลื่นไถล (Sliding) หมายถึง การผสมผสานของการเดินสองก้าว ก้าวแรกจะไปทิศทางใดก็ตาม อีกเท้าหนึ่ง จะลากตามไปชิดโดยเร็ว การก้าวเท้าจะลากไปตามพื้นไม่ ยกสูงการวิ่งสลับเท้า (Skipping) เป็นการผสมผสานระหว่างการวิ่งกับการเขย่งโดยจะทำเร็วและสั้น เป็นการก้าวกระโดดเขย่ง การควมบ้า (Gallop) หมายถึงการก้าวเท้าใดเท้าหนึ่ง ไปข้างหน้าแล้วลากอีกเท้าหนึ่งตาม เท้าที่เป็นเท้านำจะนำตลอด ทำตามจังหวะติดต่อกันไป อาจจะเปลี่ยนเท้านำก็ได้

ประเภทของการเคลื่อนไหว การเคลื่อนไหว สามารถแบ่งออกได้ ดังนี้

แบบอยู่กับที่ เช่น ก้มหน้า ผลัก ดัน

แบบบังคับสิ่งของ เช่น ขว้าง ปา เหวี่ยง

แบบผสมผสาน เช่น วิ่งส่งไม้ ก้าวเท้าเตะบอล ก้าวขาส่งบอล

แบบเคลื่อนที่ เช่น วิ่ง เดิน กระโดด

แบบใช้อุปกรณ์ เช่น กระโดดเชือก ใต้เชือก ๒ หลักการเคลื่อนไหวร่างกาย

หลักของการเคลื่อนไหวร่างกาย มีดังนี้

๑) การรับแรง เป็นการเคลื่อนไหวร่างกายบนพื้นในแบบต่าง ๆ โดยร่างกายจะออกแรงรับน้ำหนักตนเอง ขณะเคลื่อนไหว เช่น เดิน วิ่ง กระโดด เต้นรำ เป็นต้น

๒) การใช้แรง เป็นการเคลื่อนไหวร่างกายที่กล้ามเนื้อได้ออกแรงเมื่อเคลื่อนไหวในลักษณะต่าง ๆ เช่น ออกแรงกล้ามเนื้อในการตบลูกบอล

๓) ความสมดุล เป็นการเคลื่อนไหวร่างกายในแบบต่าง ๆ ที่ผู้ปฏิบัติสามารถทรงตัวอยู่ได้โดยไม่เอียง และไม่ล้ม เช่น การยกกล่อง การทำหกสามเส้า

ใบความรู้ที่ ๒ หลักการบริหารร่างกายในระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

ความสามารถหรือศักยภาพของกล้ามเนื้อ (muscle performance) ขึ้นอยู่กับความแข็งแรง ความทนทาน และกำลังของกล้ามเนื้อ หากมีความบกพร่องเกิดขึ้นจะส่งผลให้ความสามารถในการทำงาน ทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลงได้ การที่กล้ามเนื้อเสียหายที่ หรือไม่ได้ใช้งาน จะทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรงและฝ่อลีบ (atrophy) ดังนั้น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อจึงมีความสำคัญต่อการใช้ชีวิตประจำวัน ซึ่งการออกกำลังกายเพื่อการรักษา สามารถนำไปใช้เพื่อรักษาความผิดปกติในการเคลื่อนไหวของร่างกาย เพื่อลดอาการ หรือเพิ่มพูนความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ

คำจำกัดความ

ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ (muscle strength) หมายถึง ความสามารถของกล้ามเนื้อในการหดตัว หรือออกแรงต้านกับน้ำหนักได้สูงสุด

ความทนทานของกล้ามเนื้อ (muscle endurance) หมายถึง ความสามารถของกล้ามเนื้อในการหดตัว ต้านกับน้ำหนักได้นานที่สุด หรือสามารถคงการหดตัวชนิดอยู่กับที่ได้นานที่สุด

กำลังหรือพลังกล้ามเนื้อ (muscle power) หมายถึง ความสามารถของกล้ามเนื้อในการทำงานอย่างรวดเร็ว และแรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อหนึ่งครั้ง

การออกกำลังกาย (exercise) หมายถึง การออกแรงกล้ามเนื้อเพื่อทำให้เกิดการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเพื่อจุดประสงค์อย่างใดอย่างหนึ่ง

การออกกำลังกายเพื่อการบำบัดรักษา (therapeutic exercise) หมายถึง การเคลื่อนไหวส่วนใดส่วนหนึ่ง หรือทุกส่วนของร่างกายเพื่อการบำบัดอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย เช่น อาการเกร็ง ภาวะข้อยึดติด อาการอ่อนแรง

วัตถุประสงค์ของการบริหารร่างกาย

- เพื่อป้องกันการยึดติดของข้อหรือเพิ่มพิสัยของการเคลื่อนไหว
- เพื่อเพิ่มความแข็งแรงให้กล้ามเนื้อ
- เพื่อเพิ่มความทนทาน และสมรรถภาพการใช้ออกซิเจนให้กล้ามเนื้อ
- เพื่อเพิ่มการประสานงาน และทักษะการทำงานหรือการเล่นกีฬา
- เพื่อการผ่อนคลาย

ประเภทของการบริหารร่างกายในระบบกล้ามเนื้อและกระดูก

- Active exercise คือ การออกกำลังกายที่ผู้ป่วยหรือผู้ออกแรงทำเองทั้งหมด
- Active-assistive exercise คือ การออกกำลังกายที่ผู้ป่วยทำเองให้มากที่สุดก่อน จากนั้นใช้แรงจากภายนอกช่วยให้เคลื่อนไหวจนครบพิสัยของข้อ
- Passive exercise คือ การออกกำลังกายที่ผู้ป่วยไม่ได้ออกแรง อาศัยแรงจากภายนอก เช่น ผู้บำบัดหรือเครื่องมือช่วยเคลื่อนไหวข้อ
- Passive stretching exercise คือ การออกกำลังกายที่ผู้บำบัดออกแรงช่วยยืดกล้ามเนื้อหรือเอ็นของผู้ป่วย เพื่อช่วยเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวให้มากขึ้น
- Progressive resistance exercise คือ การออกกำลังกายที่ผู้ป่วยออกแรงต้านกับแรงภายนอก โดยเพิ่มแรงต้านเป็นลำดับตามกำลังของกล้ามเนื้อ

การบริหารร่างกายที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมได้ด้วยตนเอง (Active exercise)

การออกกำลังกายด้วยตนเอง เป็นการออกกำลังกายที่มาจากการเคลื่อนไหวที่กระทำโดยไม่มีแรงต้านอื่น ๆ นอกจากกล้ามเนื้อทำงานหดตัวต้านต่อแรงโน้มถ่วงของโลก ในการออกกำลังกายอาจจะใช้อุปกรณ์บางชนิดมาร่วม เพื่อให้การเคลื่อนไหวเกิดได้สะดวกขึ้น โดยอุปกรณ์นั้นน้ำหนักจะต้องเบา เช่น ผ้าขนหนู ไม้พลอง ล้อหมุนติดกำแพง เป็นต้น รูปแบบการออกกำลังกายเพื่อเพิ่มความแข็งแรงและทนทานของกล้ามเนื้อ สามารถทำได้ดังนี้

๑. การออกกำลังกายแบบอยู่กับที่ (static) เป็นการออกกำลังกายโดยให้กล้ามเนื้อหดตัวอยู่กับที่ ข้อต่อไม่มีการเคลื่อนไหว หรือเป็นการกด ดึง ดันอยู่กับที่ เช่น เอามือสองข้างดันกำแพง ออกกำลังกายแบบเกร็งอยู่กับที่ จะต้องออกแรงเกร็งให้มากที่สุด โดยเกร็งค้างไว้ประมาณ ๖ - ๑๐ วินาที แต่การฝึกแบบนี้ไม่สามารถเพิ่มความแข็งแรงตลอดช่วงของการเคลื่อนไหว แต่จะเกิดความแข็งแรงเฉพาะมุมที่ข้อต่อมีการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ

๒. การฝึกแบบเคลื่อนที่ (Dynamics) เป็นการออกกำลังกายโดยให้กล้ามเนื้อหดตัวดึงข้อต่อทำให้เกิดการเคลื่อนไหว สามารถทำงานให้กล้ามเนื้อมีการหดตัวสั้นเข้า และกล้ามเนื้อหดตัวแบบยืดออก

ข้อบ่งชี้

ผู้ป่วยมีการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อ (ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เกรด II-III) ใช้ในโปรแกรมการออกกำลังกาย เช่น โปรแกรมการออกกำลังกายแอโรบิค โยคะ ไทชิ เป็นต้น

ข้อจำกัด

ผู้ที่กล้ามเนื้อมีความแข็งแรง การออกกำลังกายด้วยตนเองไม่สามารถที่จะกระตุ้นให้ระบบประสาทและกล้ามเนื้อมีการตอบสนองอย่างเต็มที่ ทำให้จะไม่สามารถเพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อได้มาก เพียงแต่ช่วยในการควบคุมการทำงานของกล้ามเนื้อได้ดีขึ้น หากเคลื่อนไหวในทิศทางเดียว ไม่ได้ช่วยเพิ่มทักษะหรือการประสานงาน ยกเว้น การเคลื่อนไหวในรูปแบบการเคลื่อนไหวเฉพาะ

กรณีผู้ป่วยมีระบบสมองผิดปกติจากการถูกทำลาย หรือไม่สามารถเริ่มการเคลื่อนไหวเองได้ จะไม่สามารถออกกำลังกายด้วยตนเองได้จนกว่าจะสามารถควบคุมกล้ามเนื้อได้เองก่อน

กรณีที่กล้ามเนื้อทำงานไม่สมดุลกัน ถ้าไม่ระมัดระวัง อาจเกิดการเคลื่อนไหวอื่นทดแทนได้ง่าย

ข้อควรระวัง และข้อห้าม

๑. เมื่อการเคลื่อนไหวนั้นขัดขวางการซ่อมแซมเนื้อเยื่อ

๑.๑ ห้ามทำใน acute tear, fracture and surgery

๑.๒ ระวังในการเคลื่อนไหวเพื่อลดอาการปวด และกระตุ้นการฟื้นฟู ควรตรวจสอบผู้ป่วยเสมอว่าทนได้ปลอดภัยหรือไม่

๒. หลังการผ่าตัด เช่น myocardial infarction, coronary artery bypass surgery หรือ percutaneous trans-luminal coronary angioplasty ควรระวังการออกกำลังกายแขนด้วยตนเอง ให้ตรวจสอบอาการ

๓. ในผู้สูงอายุหรือผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ระวังการล้มหายใจ โดยเฉพาะการออกกำลังกายที่ไม่มีการเคลื่อนไหว ข้อความยาวของกล้ามเนื้อไม่เปลี่ยนแปลง เช่น การเกร็งกล้ามเนื้อ quadriceps ขณะข้อเข่าเหยียดตรง

การบริหารร่างกายที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเองได้ (Passive exercise)

การออกกำลังกาย ที่ต้องให้ผู้อื่นหรือเครื่องมือเป็นผู้ช่วยกระทำ เช่น Passive ROM เป็นการเคลื่อนไหวตามพิสัยของข้อโดยมีแรงจากภายนอกมากระทำ ผู้ป่วยไม่ได้ออกแรงที่กล้ามเนื้อมัดนั้นด้วยตนเอง เช่น แรงจากผู้บำบัด แรงโน้มถ่วง เครื่องมือหรืออุปกรณ์ต่างๆ หรือแรงจากมืออีกข้างหนึ่ง หากผู้ป่วยมีพิสัยของข้อลดลง ข้อฝืด หรือมีกล้ามเนื้อยึดหด จะต้องทำการยืดกล้ามเนื้อหรือยืดข้อต่อร่วมด้วย เรียกว่า Passive stretching โดยผู้บำบัดออกแรงช่วยยืดกล้ามเนื้อหรือเอ็นของผู้ป่วย เพื่อช่วยเพิ่มพิสัยการเคลื่อนไหวให้มากขึ้น

จุดมุ่งหมาย

เพื่อป้องกันข้อติด ลดการเกร็ง ช่วยเพิ่มการไหลเวียนเลือด ป้องกันการเกิดหลอดเลือดดำอุดตันและช่วยด้านจิตใจของผู้ป่วย

เทคนิคการนำไปใช้

สาธิตการออกกำลังกาย โดยการทำให้ดู หรือสามารถใช้ Passive ROM แก่ผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยทำนักกายภาพบำบัดสามารถแนะนำ หรือประคองให้เกิดการเคลื่อนไหวที่ราบเรียบ

การเคลื่อนไหวให้อยู่ในช่วงการเคลื่อนไหวของผู้ป่วย

ความเร็วและจังหวะ ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ หากต้องการเพิ่มความแข็งแรง ควรเคลื่อนไหวให้กล้ามเนื้อหดตัวช้า ๆ หากต้องการเพิ่มกำลังการเคลื่อนไหวจะเร็วและแรง หากต้องการเพิ่มการไหลเวียนโลหิตกลับ เช่น การทำ pumping exercise ต้องเคลื่อนไหวเร็วในทิศทางไปกลับ เป็นต้น

ระยะเวลาของการฝึก ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้ป่วย โดยทั่วไปจะฝึกประมาณ ๓ ชุด ของการออกกำลังกายแต่ละท่า และพักระหว่างท่า เพื่อป้องกันการเมื่อยล้า เช่น กางแขน ๑๐ ครั้ง ใน ๑ ชุด และพัก ๑๐ วินาที ทำซ้ำ ๓ ชุด เป็นต้น

ใบความรู้ที่ ๓ กิจกรรมการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

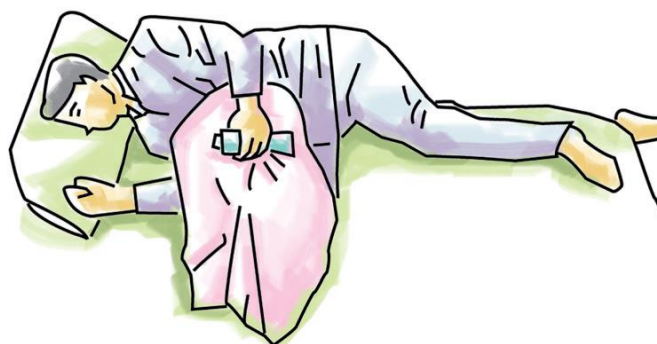
๒.๑ การจัดท่านอน

๑. การจัดท่านอนหงาย



- หมอนไม่ควรให้สูงมาก
- ศีรษะและลำตัวอยู่ในแนวตรง
- แขนเหยียดสบายวางข้างลำตัว
- ข้อมือตรงจะคว่ำหรือหงายข้อมือก็ได้
- ขาเหยียดตรงมีผ้าขนหนูรองใต้เข่า ให้ข้อเข่าอเล็กน้อย
- ปลายเท้าควรใช้ผ้าขนหนูเล็ก ๆ รองด้านล่างของข้อเท้า เพื่อให้เท้าตั้งตรง ป้องกันแผลกดทับที่ตาตุ่ม

๒. การจัดท่านอนตะแคงทับข้างที่ปกติ



- ศีรษะโน้มไปทางด้านหน้าเล็กน้อย
- แขนของผู้ป่วยข้างที่อ่อนแรงควรมีหมอนรองใต้แขน ยื่นแขนไปข้างหน้า
- ข้อศอกเหยียด มือคว่ำบนหมอน
- ข้อมือตรงนิ้วมือเหยียดออก
- สะโพกและเข่าข้างที่อ่อนแรงมีหมอนรองตั้งแต่สะโพกถึงปลายเท้า สะโพกและข้อเข่าประมาณ ๓๐ องศา

๓. การจัดท่านอนตะแคงทับข้างที่อ่อนแรง



- ศีรษะโน้มไปทางด้านหน้าเล็กน้อย
- สะโพกและเข่าข้างดี มีหมอนรองใต้ตั้งแต่สะโพกถึงปลายเท้า
- แขนข้างที่อ่อนแรงยื่นมาข้างหน้า ข้อศอกตรงหงายมือ
- ขาข้างที่อ่อนแรงเหยียดขา เข่างอเล็กน้อย ข้อเท้าอยู่ในท่าที่ปกติ

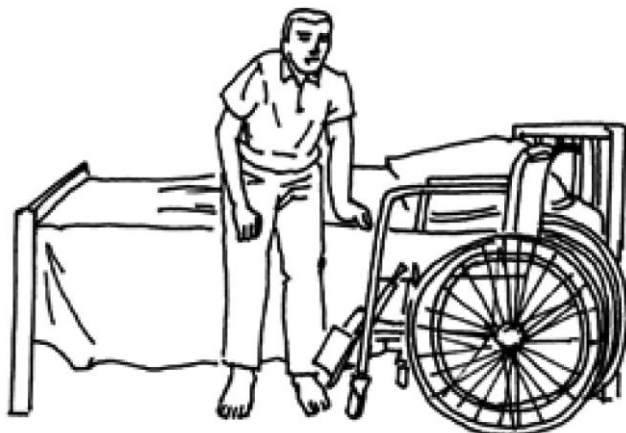
๒.๒ การเคลื่อนย้าย

๑. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากเตียงไปรถเข็น

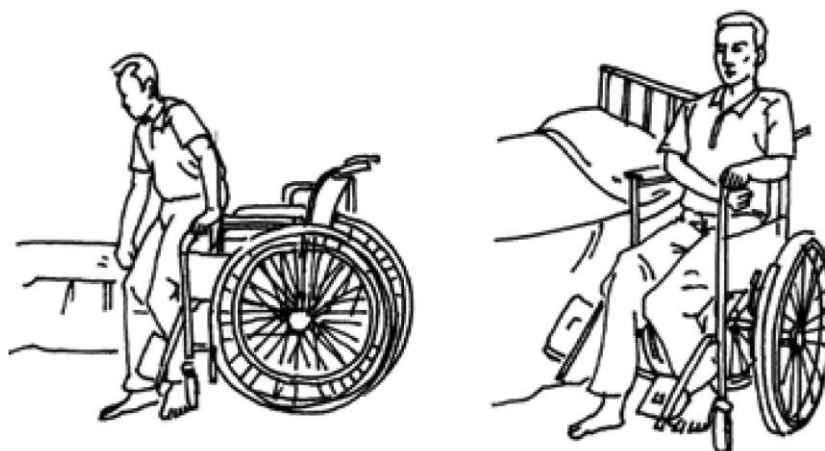
๑.๑ ผู้ป่วยลุกขึ้นนั่งห้อยขาลงข้างเตียง รถเข็นตั้งอยู่ทางด้านที่ปกติของผู้ป่วยโดยทำมุมประมาณ ๔๕ องศา และล็อกล้อรถเข็นไว้



๑.๒ ผู้ป่วยโน้มตัวลุกขึ้นยืนด้วยความระมัดระวัง



๑.๓ เมื่อยืนได้มั่นคงแล้ว ใช้มือข้างที่ปกติจับที่วางแขนของรถเข็น (ที่อยู่ใกล้ตัว) ก้าวขาข้างที่ปกติไปหา
รถเข็น พร้อมกับการหันตัวและก้มตัวนั่งลงในรถเข็น

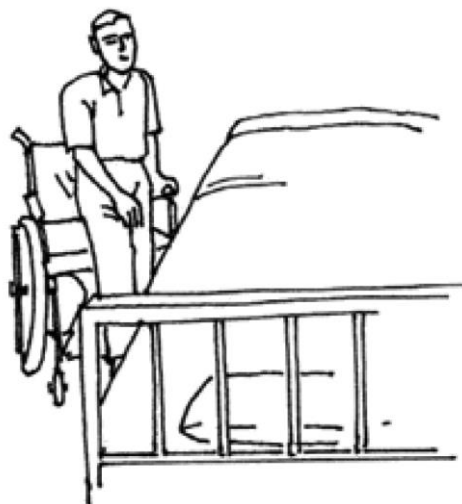


๒. การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยจากรถเข็นมาเตียง

๒.๑ ผู้ป่วยนั่งในรถเข็นที่ตั้งทำมุมประมาณ ๔๕ องศากับเตียง โดยให้ด้านที่ปกติของผู้ป่วยเข้าหาเตียง
ล็อกล้อรถเข็น และวางเท้าทั้งสองข้างลงบนพื้น



๒.๒ มือข้างที่ปกติจับที่วางแขนแล้วโน้มตัวลุกขึ้นยืนด้วยความระมัดระวัง



๒.๓ ย้ายมือจากที่วางแขนไปยังที่นอน แล้วก้าวขาข้างที่ปกติไปด้านหน้าเล็กน้อย

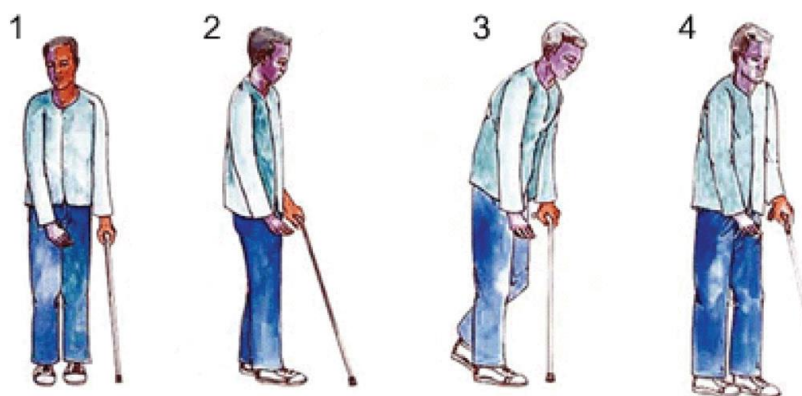


๒.๔ หันลำตัวและย้ายตัวกลับมาลงนั่งบนเตียง



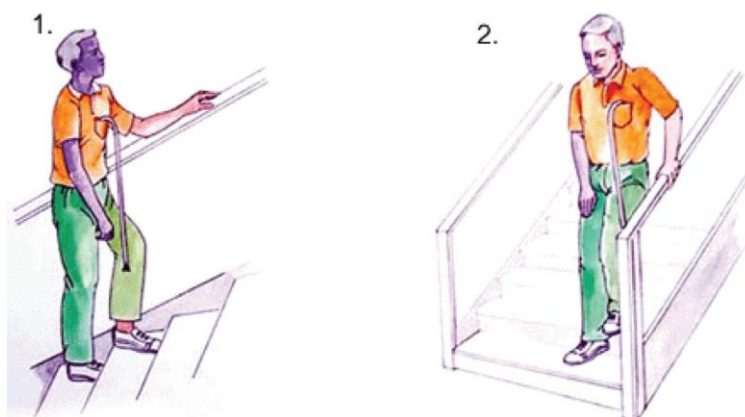
๒.๓ การฝึกเดิน

๑. การฝึกเดิน



๑. ใช้มือข้างที่ปกติจับไม้เท้า
๒. ยกไม้เท้าไปข้างหน้าก่อน
๓. ก้าวเท้าข้างที่อ่อนแรงก่อน
๔. ก้าวเท้าข้างที่ปกติตามมา

๒. การขึ้น ลงบันได



๑. ก้าวขาข้างที่ปกติขึ้นก่อน
๒. ก้าวขาข้างที่อ่อนแรงลงก่อน

ใบความรู้ที่ ๔ กิจกรรมการออกกำลังกายผู้ป่วยข้อเสื่อม

๓.๑ การออกกำลังกายผู้ป่วยข้อเสื่อม

หลักการออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคข้อต่อ เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน

- หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีการกระแทกลงน้ำหนักเฉพาะที่
- ออกกำลังกายที่ไม่หนักเกินไป เช่น เดินเร็ว ว่ายน้ำ รำมวยจีน ฝึกชก ฝึกกายบริหาร เป็นต้น ระยะเวลา ๑๕ - ๓๐ นาที อย่างน้อย ๒ - ๓ วัน/สัปดาห์

- หากเกิดการปวดตามข้อควรหยุดการออกกำลังกาย

ตามแนวทางของ American College of Sports Medicine (๒๐๑๕) ให้ออกกำลังกายตามหลักของ FITT คือ

F = (frequency)	ความบ่อยของการออกกำลังกาย
I = (intensity)	ความหนักของการออกกำลังกาย
T = (time)	ระยะเวลาที่ใช้ในการออกกำลังกาย
T = (type)	รูปแบบของการออกกำลังกาย

ความบ่อยของการออกกำลังกาย (frequency)

สำหรับผู้สูงอายุที่เริ่มหันมาออกกำลังกาย ควรเริ่มจาก ๑ - ๒ ครั้งในสัปดาห์แรกแล้วค่อย ๆ เพิ่ม โดยตั้งเป้าหมายต้องรักษาความถี่ในการออกกำลังกายให้ได้อย่างน้อย ๓ วัน/สัปดาห์ แต่สำหรับผู้ที่ยังออกกำลังกายเป็นประจำอยู่แล้วอาจทำได้ ๕ วัน/สัปดาห์ และ “ควรทำการออกกำลังกายให้ดูเป็นเรื่องปกติและเข้าร่วมอย่างสม่ำเสมอ”

ความหนักของการออกกำลังกาย (intensity)

ควรใช้การออกกำลังกายในระดับเบา (๔๐-๕๐ % ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด) สำหรับผู้สูงอายุที่ออกกำลังกายในสัปดาห์แรก เมื่อปรับตัวแล้วจึงค่อย ๆ ปรับไปสู่การออกกำลังกายระดับปานกลาง (๕๐-๖๕ % ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด) และรักษาระดับความหนักปานกลางไปโดยตลอด ไม่มีความจำเป็นที่ผู้สูงอายุต้องออกกำลังกายในระดับสูงเกินกว่า ๘๐% ของอัตราการเต้นของหัวใจสูงสุด เพราะทำให้เหนื่อยง่ายและอาจมีผลเสียต่อการทำงานของหัวใจ

ระยะเวลาของการออกกำลังกาย (time or duration)

ปกติจะใช้ระยะเวลาในการออกกำลังกาย ๔๕ นาทีโดยแบ่งเป็น ๓ ช่วง ดังนี้

ช่วงที่ ๑ : อบอุ่นร่างกายโดยการยืดเหยียดกล้ามเนื้อ ๑๐ - ๑๕ นาที

- ถ้าจะออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรง - ทนทานกล้ามเนื้อ ให้ยืดเหยียดทีละข้อต่อ
- ถ้าจะออกกำลังกายเพื่อความทนทานแบบแอโรบิค ให้ยืดเหยียดแบบกายบริหาร คือทำเป็นส่วนแขน ขา ลำตัว หลัง

ช่วงที่ ๒ : ช่วงออกกำลังกาย ใช้เวลา ๒๐ - ๒๕ นาที

- ถ้าออกกำลังกายเพื่อความแข็งแรงทนทานกล้ามเนื้อ ให้ออกแบบการออกกำลังกายเป็นวงรอบ

(เช่น ขา → แขน → หลัง → หน้าท้อง เป็น ๑ รอบ) ทำท่าละ ๕ - ๑๐ ครั้ง ถ้าทำรอบเดียวแล้วสิ้นสุดจะได้สมรรถภาพความแข็งแรง ถ้าขึ้นรอบใหม่ซ้ำ ๆ ก็จะได้สมรรถภาพความทนทานของกล้ามเนื้อ

- ถ้าออกกำลังกายแบบแอโรบิก ต้องทำอย่างต่อเนื่องโดยไม่หยุด ให้ได้ระยะเวลารวม ๒๐ ถึง ๒๕ นาที และควรเลือกชนิดการออกกำลังกายที่เหมาะสม

ช่วงที่ ๓ : คลายอุ่น ๕ - ๑๐ นาที

รูปแบบของการออกกำลังกาย (type)

ขึ้นอยู่กับเพศ อายุ สภาวะทางสุขภาพ สมรรถภาพทางกาย ความชอบ ความสนใจและความถนัด

- ให้เลือกกิจกรรมที่มีการเคลื่อนไหวหรือการกระทำที่เริ่มจากช้า ๆ แล้วค่อย ๆ เพิ่มจังหวะ เวลาและความหนัก
- หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่มีท่าทางการเคลื่อนไหวที่จะก่อให้เกิดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บ เช่น การล้ม การกระแทก

ของปุ่มกระดูกกับของแข็ง

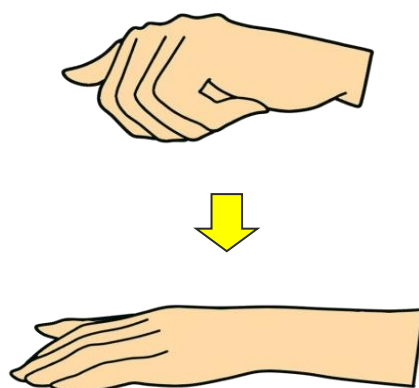
- เลือกอุปกรณ์ที่เหมาะสม เช่น ถ้าไม่มีปัญหาข้อเข่า ข้อเท้าให้ใช้การเดิน การวิ่งเหยาะ ในทางกลับกัน ถ้ามีปัญหาที่ข้อเข่าก็ต้องหลีกเลี่ยงควรหันมาใช้การขี่จักรยานและการเดิน Aerobic แทน

๑. การออกกำลังกายเพื่อองค์การเคลื่อนไหวของข้อต่อ

ทำกำนั้วมือ การกำมือ - แขนมือ เราต้องใช้มากที่สุดในการหยิบจับสิ่งของ ทำความสะอาดร่างกายในชีวิตประจำวัน

- นั่งตัวตรงบนเก้าอี้ที่มีพนัก → เหยียดแขนตรงขนานกับพื้น (หรือวางบนโต๊ะ) → แขนมือ - กำมือ

- ทำซ้ำ ๑๕ - ๒๐ ครั้งต่อรอบ วันละ ๓ - ๑๐ รอบ



ทำยืดกล้ามเนื้อนิ้วมือ เพื่อเสริมให้การกำมือแน่นยิ่งขึ้น

- นั่งตัวตรงเหยียดแขนไปด้านหน้า (หรือวางแขนบนโต๊ะ) ในท่าหงายฝ่ามือ → มืออีกข้างค่อย ๆ กดนิ้วมือลงบริเวณปลายฝ่ามือ (คล้ายการรำละคร) ให้รู้สึกตึงบริเวณหน้าแขน → นับ ๑ ถึง ๓ ในใจ → ปล่อยกลับสู่ท่าตั้งต้น
- ทำ ๕ ครั้งต่อรอบ วันละ ๓ - ๕ รอบ เมื่อครบจำนวนให้เปลี่ยนข้าง



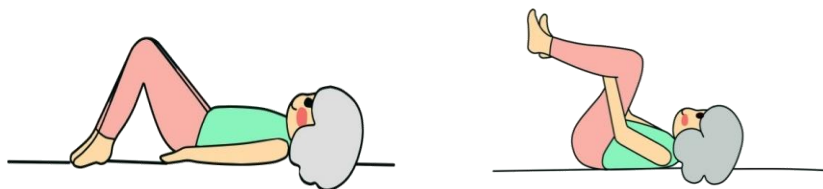
ทำหมุนข้อเท้า เพื่อการเคลื่อนไหว ความยืดหยุ่นของข้อเท้า

- นั่งบนเก้าอี้หลังตรง → ไชว่ห้าง → มือจับบนเท้าและค่อยหมุนข้อเท้าซ้าย ๆ ในทุกทิศทาง ขึ้น - ลง - ซ้าย
- ขวา ทำซ้ำประมาณ ๑๐ - ๑๕ ครั้งต่อรอบ ทำวันละ ๒ - ๓ รอบ เมื่อครบแล้วเปลี่ยนข้าง



ท่างอเข่า ขีดอก เพื่อยืดกล้ามเนื้อหลัง ลดความตึง ลดปวดหลัง

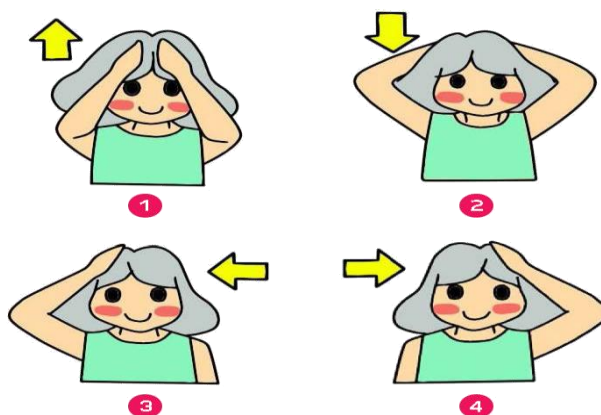
- นอนราบบนเบาะรองพื้น → ยกขาพับมาบริเวณหน้าอกโดยใช้มือสอดใต้เข่า → ออกแรงดึงขาเข้าหาตัวจนรู้สึกตึงบริเวณหลัง (คออยู่นิ่ง ห้ามยกศีรษะ) → นับ ๑ ถึง ๓ ในใจ → กลับสู่ท่าตั้งต้น
- ทำ ๑๐ - ๑๕ ครั้งต่อรอบ วันละ ๓ - ๔ รอบหรือเมื่อรู้สึกตึงหลัง



ท่าเกร็งคอต้านแรงดันจากมือ เพื่อเพิ่มการเคลื่อนไหวและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อคอ นั่งลำตัวตรง บนเก้าอี้ โดยทำท่าดังนี้

- ท่าที่ ๑ ต้านท่าก้ม วางมือที่หน้าผากและออกแรงดัน เกร็งศีรษะต้านแรงจากมือ
- ท่าที่ ๒ ต้านท่าเงย วางมือทั้งสองข้างด้านหลังศีรษะและออกแรงดึงเกร็งศีรษะต้านแรงจากมือ
- ท่าที่ ๓ และ ๔ ต้านท่าเอียงคอ วางมือไว้ข้างศีรษะและออกแรงดันโดยเกร็งศีรษะต้านแรงจากมือ

ข้อปฏิบัติ : ทำเบาๆ ทำละประมาณ ๑๐-๒๐ ครั้ง ทำครบทุกทิศทางนับเป็น ๑ รอบ ทำซ้ำ วันละ ๒ - ๓ รอบ หรือน้อยกว่านี้หากมีอาการปวดคอ วิงเวียนศีรษะ

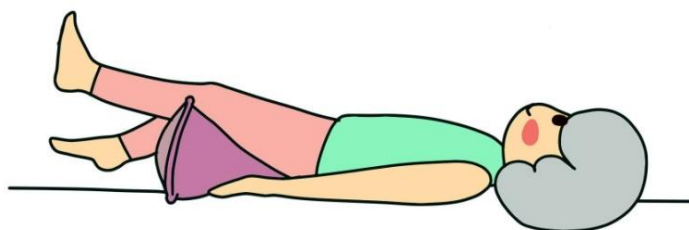


๒. ผู้สูงอายุที่มีปัญหาโรคข้อเข่าเสื่อม

หากไม่มีอาการแทรกซ้อนอื่น ๆ หรือไม่มีข้อจำกัดและมีความปลอดภัยที่จะออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงบริเวณกล้ามเนื้อรอบเข่า เพื่อให้ช่วยค้ำจุนและลดปัจจัยที่ทำให้เกิดข้อเข่าเสื่อมมากขึ้น มีท่าออกกำลังกายดังนี้

ท่านอนหงาย เขยียดเข่า

นอนหงาย เอาหมอนเล็ก ๆ วางใต้เข่า → เกร็งกล้ามเนื้อต้นขาให้เข่าเหยียดตรง นิ่งค้างไว้ ๕ - ๑๐ วินาที (หมายเหตุ ท่านี้เหมาะสำหรับผู้ที่มีกล้ามเนื้ออ่อนแอหรือยังมีอาการปวดเข่ามากขณะอ-เหยียด)



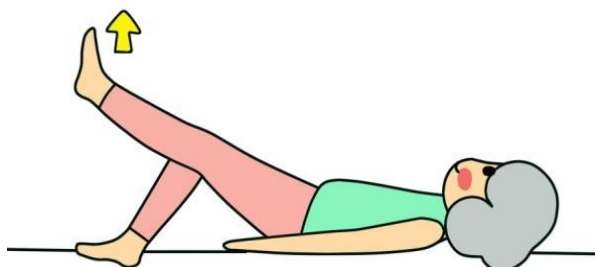
ทำนั่งเหยียดเข้าพร้อมกระดกข้อเท้าเสริมแรง

นั่งเหยียดเข้าตรงขณะส้นเท้าวางติดพื้น → เกร็งกล้ามเนื้อต้นขา → กระดกข้อเท้าขึ้น → นั่งค้างไว้ ๕ - ๑๐ วินาที หรือเท่าที่ทำได้ (หมายเหตุ ทำนี้เหมาะสำหรับผู้ที่กล้ามเนื้อยังไม่แข็งแรงพอที่จะยกขาตนเองได้)



ทำยกขาพันพื้น

นอนหงายชันเข้าข้างหนึ่ง อีกข้างหนึ่งเหยียดตรง → ยกขาข้างที่เหยียดตรง (ยกทั้งขา) ให้ลอยสูงพันพื้น ประมาณ ๑ ฟุต → นั่งค้างไว้ ๑๐ วินาที แล้วค่อย ๆ วางลง ทำซ้ำ ๑๐ ครั้ง สลับทำอีกข้างหนึ่ง (หมายเหตุ ทำนี้เหมาะสำหรับผู้ที่มีกล้ามเนื้อไม่แข็งแรงมากนัก หรือยังมีอาการปวดเข่ามากขณะงอ เหยียด)



ทำนั่งเหยียดเข้า

นั่งพิงพนักเก้าอี้เข้าสองข้าง ฝ่าเท้าวางราบ → เหยียดเข้าข้างหนึ่งขึ้นจนตรงพร้อมกับกระดกข้อเท้าขึ้น → เกร็งค้างไว้ ๑๐ วินาที แล้วสลับทำอีกข้างหนึ่ง



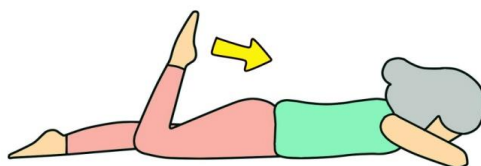
ทำนั่งเหยียดขาให้แรงต้าน

นั่งเหยียดขาตรงทั้งสองข้างในลักษณะไขว้ขาซ้อนกัน → ขาที่อยู่ด้านล่างเกร็งเหยียดขาตรงพยายามยกขึ้น → ต้านกับขาด้านบนที่พยายามกดลง → เกร็งค้างไว้ ๑๐ วินาที แล้วสลับทำอีกข้างหนึ่ง



ทำนอนคว่ำงอขา

นอนคว่ำเหยียดขาทั้งสองข้าง → งอขาข้างหนึ่งให้ส้นเท้าชิดสะโพกมากที่สุด นิ่งค้างไว้ ๑๐ วินาที โดยอีกข้างหนึ่งเหยียดตรงอยู่และค่อย ๆ วางลงกลับสู่ท่าเริ่มต้น แล้วสลับทำอีกข้างหนึ่ง



ทำเหยียดขาข้ามตะ

นั่งเหยียดขาตรงข้างหนึ่ง (อาจนั่งขอบเตียงก็ได้) ขาอีกข้างหนึ่งชันเข้าไว้ → ค่อย ๆ ข้ามโน้มตัวลงไปข้างหน้า → ขณะที่เอื้อมมือลงไปแตะปลายเท้าข้างที่เหยียดตรง → นิ่งค้างไว้ ๑๐ วินาที กลับสู่ท่าเริ่มต้น แล้วสลับทำอีกข้างหนึ่ง



ใบความรู้ที่ ๕ กิจกรรมการฝึกการหายใจ

การฝึกการหายใจที่ถูกรวิธี

ความแตกต่างระหว่างการหายใจแบบปกติธรรมดาและการหายใจแบบลึก มีดังนี้

การหายใจแบบปกติธรรมดา นั้นมาจากปอด โดยใช้การควบคุมกล้ามเนื้อบริเวณหน้าอก การหายใจแบบนี้จะช่วยให้ออกซิเจนไปหล่อเลี้ยงหัวใจ ซึ่งหัวใจจะทำหน้าที่ในการสูบฉีดโลหิตไปสู่เซลล์ต่าง ๆ ของร่างกาย

การหายใจแบบลึก เป็นการหายใจอย่างช้า ๆ ลึก ๆ ลงไป ไม่ได้ใช้กล้ามเนื้อหน้าอกแต่ใช้กระบังลม ซึ่งเป็นกล้ามเนื้อชิ้นใหญ่ใต้ปอด โดยแบ่งเป็น ๓ ส่วนคือ ส่วนล่าง กลาง และส่วนบน

- สามารถฝึกทำได้ทุกที่ โดยการนั่งตัวตรง ให้บ่าได้รับการผ่อนคลาย
- หายใจเข้าลึกๆ ผ่านทางจมูก ยกกระบังลมขึ้น ให้อากาศบริสุทธิ์เข้าไปในส่วนล่าง ขยายเข้ามาในส่วนกลาง และส่วนบนจนเต็มบริเวณ หน้าท้อง หน้าอก จนถึงบ่าไหล่ หากทำอย่างถูกต้องส่วนบริเวณอกจะยกขึ้น ท้องจะโป่งออกและจะรู้สึกถึงการเคลื่อนไหวของกระบังลม

- หายใจออกทางปากอย่างช้า ๆ นับให้ถึง ๕ ต้องหายใจเอาลมออกให้หมด เพราะเราจะไม่สามารถหายใจเข้าได้อย่างเต็มที่หากปอดยังเก็บลมบางส่วนไว้

ลองฝึกทำกิจกรรม นี้ประมาณ ๕ - ๑๐ ครั้ง หากได้รับการฝึกฝนการหายใจแบบลึกบ่อย ๆ จะทำให้ร่างกายหายใจแบบลึกนี้ได้โดยไม่ต้องคิด การหายใจอย่างลึกนี้จะช่วยให้ร่างกายได้รับออกซิเจนได้มากเพียงพอในครั้งหนึ่งๆ ที่จะขับก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์ของเสียออกจากร่างกายได้ หากทำการหายใจอย่างถูกต้อง จะทำให้มีสุขภาพที่ดี ความดันโลหิตลดลง การเต้นของหัวใจช้าลงและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ทั้งยังช่วยให้จิตใจเกิดความสงบ ช่วยลดการนอนไม่หลับอีกด้วย



ใบงานที่ ๑ แบบบันทึกการออกกำลังกายด้วยตนเอง

วันที่ทำการบันทึกการออกกำลังกาย...../...../.....				
ชื่อ-สกุล อายุ.....ปี โรคที่เป็น.....				
รูปแบบการออกกำลังกาย	ระยะเวลา (นาที)	ความถี่.... (ครั้ง/สัปดาห์)	ระดับความหนัก (เบา/ปานกลาง/หนัก)	ข้อเสนอแนะ
△ เดิน				
△ วิ่ง				
△ ขี่จักรยาน				
△ ว่ายน้ำ				
△ ซิทกง				
△ โยคะ				
△ เต้นแอโรบิก				
△ ยกน้ำหนัก				
△ อื่น ๆ				

ใบงานที่ ๒ สมุดบันทึกกิจกรรมการฟื้นฟูสภาพร่างกาย

เดือนที่

๑ ๒ ๓






วันที่


๑ ๒ ๓ ๔ ๕ ๖ ๗ ๘ ๙ ๑๐




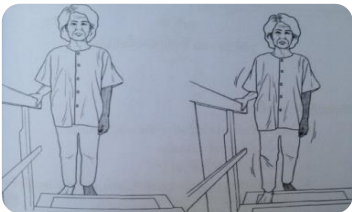
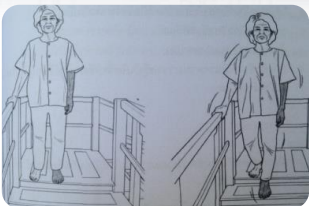
๑๑ ๑๒ ๑๓ ๑๔ ๑๕ ๑๖ ๑๗ ๑๘ ๑๙ ๒๐

๒๑ ๒๒ ๒๓ ๒๔ ๒๕ ๒๖ ๒๗ ๒๘ ๒๙ ๓๐

คำชี้แจง กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่าน

กิจกรรมการฝึก	การฝึกปฏิบัติ		หมายเหตุ
	ปฏิบัติได้ถูกต้อง	ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	
๔.๑ การจัดท่านั่ง 			
๔.๒ การจัดท่านอนหงาย 			
๔.๓ การจัดท่านอนตะแคงทับข้างที่มีแรง 			
๔.๔ การจัดท่านอนตะแคงทับข้างอ่อนแรง 			
๔.๕ การพยุงขณะเคลื่อนย้ายตัวที่ถูกต้อง 			

กิจกรรมการฝึก	การฝึกปฏิบัติ		หมายเหตุ
	ปฏิบัติได้ถูกต้อง	ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	
๔.๖ การใส่เครื่องพยุงข้อไหล่ 			

กิจกรรมการฝึก	การฝึกปฏิบัติ		หมายเหตุ
	ปฏิบัติได้ถูกต้อง	ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	
๕.๑ การเดินในทางราบ   			
๕.๒ การขึ้นบันได 			
๕.๓ การลงบันได 			

กิจกรรมการฝึก	การฝึกปฏิบัติ		หมายเหตุ
	ปฏิบัติได้ถูกต้อง	ปฏิบัติไม่ถูกต้อง	
<p>๕.๔.๑ การใช้ไม้เท้าในการฝึกเดินทางราบ</p> 			
<p>๕.๔.๑ การใช้ไม้เท้าในการฝึกเดินลงบันได</p> 			
<p>๕.๔.๒ การเคลื่อนย้ายตัวขึ้นรถโยก</p> 			
<p>๕.๔.๒ การเคลื่อนย้ายตัวลงรถโยก</p> 			

ใบความรู้ที่ ๖ แนวทางการเก็บประสบการณ์การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

บทบาทของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ขอบเขตของงาน ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) หมายถึง บุคคลที่ผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่คณะกรรมการ LTC หรือคณะกรรมการอื่นภายใต้ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ หรือ สปสช. เห็นชอบ ขอบเขต/บทบาทหน้าที่ของ Caregiver ดูแลผู้สูงอายุตามแผนการดูแลที่ได้รับมอบหมาย ได้แก่

๑. ดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุ เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การเคลื่อนย้าย การขับถ่าย ให้ถูกสุขลักษณะปลอดภัยเหมาะสมกับวัยของผู้สูงอายุ

๒. สังเกตพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ของผู้สูงอายุ รวมทั้งเรื่องสุขภาพของผู้สูงอายุ และต้องรายงานให้ญาติของผู้สูงอายุทราบ

๓. ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุทุกด้านตลอดจนดูแลสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัยถูกสุขลักษณะ เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ

๔. กรณีที่มีการประกอบอาหารให้ผู้สูงอายุต้องดำเนินการเตรียม ปรง ประกอบอาหาร พร้อมทั้งดูแลเครื่องมือเครื่องใช้ในการปรุงประกอบอาหารให้สะอาด และถูกสุขลักษณะในทุกขั้นตอนและล้างมือ ให้สะอาดอยู่เสมอ

๕. จัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยที่เกิดจากการดูแลผู้สูงอายุอย่างถูกต้อง โดยทิ้งลงในภาชนะรองรับที่ถูกหลักสุขาภิบาล และระวังป้องกันไม่ให้เกิดการปนเปื้อนกับอาหารและเกิดการแพร่กระจายของเชื้อโรค หรือก่อให้เกิดเหตุรำคาญต่อบ้านเรือนใกล้เคียง

๖. ส่งต่อผู้สูงอายุกรณีที่มีเหตุฉุกเฉิน หรือการเจ็บป่วย หรือบาดเจ็บเกิดขึ้นกับผู้สูงอายุตามระบบการส่งต่อและวิธีการอย่างถูกต้อง

๗. จัดทำรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุรายเดือน เพื่อรายงานต่อผู้จัดการระบบฯ

คุณสมบัติของผู้เข้ารับการอบรมเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

๑. เป็นไปตามประกาศพระราชบัญญัติการจ่ายอำนาจท้องถิ่น

๒. การฝึกอบรม

๒.๑ ตามมาตรฐานผู้ดูแลผู้สูงอายุหลักสูตรกลาง ๗๐ ชั่วโมง และเพิ่มเติมทักษะ อีก ๕๐ ชั่วโมง รวมเป็น ๑๒๐ ชั่วโมง

๒.๒ อบรมโดยหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมอนามัย วิทยาลัย มหาวิทยาลัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาล หรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยใช้หลักสูตรของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข หรือเทียบเท่า

หมวดที่ ๒ การดูแลแผล

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

เพื่อใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดแผลและมีแผลกดทับเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

เนื้อหาแผนการสอน (จำนวน ๕ ชั่วโมง : ทฤษฎี ๒ ชั่วโมง ปฏิบัติ ๓ ชั่วโมง)

๑. การดูแลผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกต่าง ๆ
๒. การดูแลท่อหลอดลมคอหลังการเจาะคอ (Tracheostomy Tube: TT tube)
๓. การดูแลสายให้อาหารทางหน้าท้อง (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy: PEG)
๔. การดูแลทวารเทียมทางหน้าท้อง (Colostomy)
๕. การเฝ้าระวังและการประเมินแผล

วิธีการสอน ๑. การบรรยาย ๒. ถาม – ตอบ ๓. การแสดงบทบาทสมมติ

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

๑. วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียน ด้วยสไลด์ สื่อ วีดิทัศน์ หรือสื่อการเรียนการสอนอื่น ๆ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความสนใจ กระตุ้นเข้าสู่บทเรียน
๒. วิทยากรบรรยายและเป็นการมีส่วนร่วมของผู้เรียน
๓. แบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมตามความเหมาะสม ในการแสดงบทบาทสมมติให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น
๔. ผู้เข้ารับการอบรม นำเสนอผลการประชุมกลุ่มหรือสิ่งที่ได้จากการแสดงบทบาทสมมติ
๕. วิทยากรสรุปผลเรียน

สื่อประกอบการเรียน/อุปกรณ์

๑. สื่ออิเล็กทรอนิกส์ แผ่นพับ โปสเตอร์ ภาพพลิก
๒. สื่อการเรียนการสอนในการแสดงบทบาทสมมติ

คำแนะนำสำหรับวิทยากร

วิทยากรควรเตรียมสื่ออุปกรณ์ต่าง ๆ ให้พร้อม เพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนสนใจ และเกิดการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วม โดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง

การประเมินผล

๑. สังเกตการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่มและทำกิจกรรมกลุ่ม
๒. ประเมินจากการถาม – ตอบ

ใบความรู้ที่ ๑ การดูแลผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกต่าง ๆ

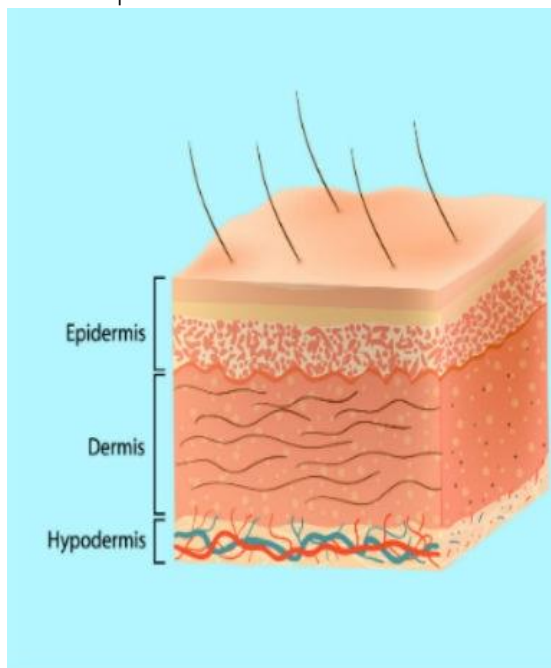
เมื่อกล่าวถึงความชรา คนส่วนใหญ่จะสนใจเรื่องรูปลักษณ์ของผิวหนังอยู่เสมอ การเปลี่ยนแปลงที่สังเกตได้ชัดเจนที่สุดของผิวหนังเมื่ออายุมากขึ้น คือ ความแห้งกร้าน รอยเหี่ยวย่น การเปลี่ยนแปลงของสี และมีแนวโน้มที่จะเกิดการเจริญเติบโตที่ไม่ร้ายแรงและร้ายแรง เช่น มะเร็ง การสังเกตการเปลี่ยนแปลงและปัญหาผิวของผู้สูงอายุ จะช่วยให้เข้าใจถึงความต้องการในการดูแลผิวหนัง และวิธีส่งเสริมสุขภาพผิวได้ดียิ่งขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยย้ำเตือนบุคลากรสาธารณสุขถึงความซับซ้อนของการทำงานของผิวหนังอีกด้วย

โครงสร้างและหน้าที่ของผิวหนัง

ผิวหนังเป็นอวัยวะที่ใหญ่ที่สุดของร่างกาย โดยมีพื้นที่ผิว ๑.๕ - ๒ ตารางเมตร และมีน้ำหนักเฉลี่ย ๒.๗ กิโลกรัมในผู้ใหญ่ แม้ว่าหน้าที่หลักของผิวหนังคือการปกป้องร่างกายจากสภาพแวดล้อมภายนอก โดยทำหน้าที่เป็นเกราะป้องกัน แต่ผิวหนังก็เป็นอวัยวะที่ซับซ้อนและมีหน้าที่อื่น ๆ มากมาย สิ่งเหล่านี้รวมถึงการควบคุมความรู้สึก การควบคุมอุณหภูมิ การตรวจจับภูมิคุ้มกัน การสังเคราะห์วิตามินดี การขับน้ำและเกลือแร่ออก และการเก็บสำรองน้ำและไขมันที่จำเป็นกับร่างกาย โครงสร้างโดยทั่วไปผิวหนังแบ่งออกเป็นสามชั้นหลัก ได้แก่ ผิวหนังชั้นนอก (หนังกำพร้า) ผิวหนังชั้นหนังแท้ และชั้นใต้ผิวหนัง ดังภาพ

ภาพแสดงโครงสร้างของผิวหนัง

ที่มา : <https://www.skininstitute.co.nz/>



ชั้นหนังกำพร้า (Epidermis) เป็นผิวหนังชั้นบนสุดและบางที่สุด มีหน้าที่สำคัญในการสร้างเกราะป้องกันสภาพแวดล้อมภายนอก รวมทั้งป้องกันการสูญเสียน้ำมากเกินไป ในทางจุลกายวิภาคศาสตร์ หนังกำพร้า

ประกอบด้วย เคอราติโนไซต์ที่จัดอยู่ในชั้นต่างๆ ขึ้นอยู่กับตำแหน่งทางกายวิภาค ชั้นเหล่านี้ได้แก่ Stratum basale, Stratum spinosum, Stratum granulosum, Stratum lucidum และ Stratum corneum นอกจากนี้หนังกำพร้ายังมีเซลล์ต่าง ๆ อาทิ เคอราติโนไซต์ เมลาโนไซต์ ซึ่งสร้างเม็ดสีของผิวหนังและเส้นผมและปกป้องจากรังสีอัลตราไวโอเล็ต และ Langerhans cells ซึ่งเป็นเซลล์ที่สร้างแอนติเจนชนิดหนึ่งที่มีบทบาทในการตรวจจับภูมิคุ้มกัน ในผิวหนังที่มีสุขภาพดี นอกจากนี้ในผิวหนังชั้นนี้ยังช่วยรักษาความยืดหยุ่นของผิวจากการดูดซับความชื้นในบรรยากาศอีกด้วย

ชั้นหนังแท้ (Dermis) เป็นส่วนประกอบหลักของผิวหนังมีความหนาแตกต่างกันตามส่วนต่างๆ ของร่างกาย ผิวหนังชั้นนี้มีหน้าที่หลากหลาย เช่น การรับรู้สภาพแวดล้อม การควบคุมอุณหภูมิ การป้องกันทางภูมิคุ้มกัน ตลอดจนช่วยกักเก็บน้ำ และรองรับการบาดเจ็บทางกลศาสตร์ด้วย โครงสร้างประกอบด้วย polysaccharides และโปรตีน (คอลลาเจน และอีลาสติน)

ชั้นใต้ผิวหนัง (Hypodermis) ประกอบด้วยเนื้อเยื่อใต้ผิวหนัง ซึ่งมีหน้าที่หลักในการเก็บไขมันเพื่อเป็นฉนวนป้องกันความร้อน และรองรับแรงกระแทกต่าง ๆ

การเปลี่ยนแปลงผิวหนังตามอายุ

เมื่อคนเราอายุมากขึ้น ผิวหนังจะมีการเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจน และเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการชราที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ และควบคุมโดยพันธุกรรมของแต่ละบุคคล ในขณะที่บางอย่างเกิดขึ้นจากปัจจัยภายนอก เช่น การสัมผัสแสงแดดและการสูบบุหรี่ โดยสามารถแจกแจงการเปลี่ยนแปลงของผิวหนัง และลักษณะทางคลินิกในผิวหนังชั้นต่าง ๆ ได้ดังตาราง

ตารางแสดงการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังและลักษณะทางคลินิกในผิวหนัง

ชั้นผิว	การเปลี่ยนแปลง	ลักษณะทางคลินิก
ชั้นหนังกำพร้า (Epidermis)	ปริมาณไขมันและความชุ่มชื้นลดลง	การปกป้องผิวลดลง และผิวแห้งกร้าน
	Melanocytes ทำงานลดลง	สีผิวไม่สม่ำเสมอ และความไวต่อแสงแดดสูงขึ้น
	Langerhans cells ลดลง	การตรวจจับภูมิคุ้มกันทำงานลดลง
	ความสามารถในการสร้างเยื่อผิวลดลง	การหายของแผลช้าลง
	รอยต่อระหว่างชั้นหนังกำพร้าและชั้นหนังแท้บางลง	เกิดริ้วรอยและความไวต่อแรงที่มากกระทำ
ชั้นหนังแท้ (Dermis)	ความหนาโดยรวมลดลง	กลไกการปกป้องผิวหนังลดลง
	การสังเคราะห์คอลลาเจน ความยืดหยุ่น และจำนวนหลอดเลือดลดลง	เกิดริ้วรอย เกิดบาดแผลได้ง่ายขึ้น และเมื่อมีแผลแล้วหายช้า
	โครงสร้างของต่อมเหงื่อและการทำงานของต่อมเหงื่อลดลง	ประสิทธิภาพการควบคุมอุณหภูมิของร่างกายลดลง
ชั้นใต้ผิวหนัง (Hypodermis)	การกระจายของไขมันใต้ผิวหนังเปลี่ยนแปลง	ประสิทธิภาพการควบคุมอุณหภูมิของร่างกายลดลง

ปัจจัยอีกประการที่ทำให้เกิดความเสื่อมของผิวหนังผู้สูงอายุ คือการตอบสนองของภูมิคุ้มกันที่ลดลง ซึ่งทำให้มีโอกาสต่อการเกิดเนื้อเนื้องอกทั้งแบบไม่ร้ายแรงและมะเร็ง ซึ่งจากผลการศึกษาพบว่ามะเร็งมีความสัมพันธ์กับความเสื่อมของผิวหนังจากการสัมผัสแสงแดดมากกว่า อย่างไรก็ตามการเปลี่ยนแปลงชนิดที่ไม่เป็นอันตรายแต่พบ

ในผู้สูงอายุได้มาก อาทิ กระจเนื้อ (Seborrheic keratosis) ซึ่งถือเป็นโรคผิวหนังที่เกิดจากการสัมผัสรังสีอัลตราไวโอเล็ตเป็นเวลาต่อเนื่องยาวนาน ทำให้เกิดจุดราบสีน้ำตาลอ่อน ซึ่งอาจนูนขึ้น หรือเป็นขุยสะเก็ด พบมากบริเวณจุดที่สัมผัสแสงแดด เช่น ใบหน้า หลังมือ แขนขา และ ตึงเนื้อ (Skin tags) เป็นรอยโรคอีกชนิดที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ โดยมักพบบริเวณเปลือกตา คอ รักแร้ มีลักษณะเป็นติ่งยื่นออกมาจากผิวหนัง ขนาดตั้งแต่ ๑ - ๑๐ มิลลิเมตร หากถูกเสียดสีอาจมีเลือดออกได้ ส่วนใหญ่ทั้งกระจเนื้อและตึงเนื้อไม่มีอาการ และเป็นรอยโรคชนิดไม่ร้ายแรง แต่อย่างไรก็ตามถ้ารอยโรคมีขนาดใหญ่ขึ้นอย่างรวดเร็ว เปลี่ยนสี มีเลือดออก หรือมีอาการเจ็บปวด ควรรีบปรึกษาแพทย์เพื่อได้รับการวินิจฉัย

ภาพแสดงรอยโรคชนิดไม่ร้ายแรงของผิวหนัง
(กระจเนื้อ: Seborrheic keratosis)

ที่มา : <https://www.epiphanydermatology.com/>



ภาพแสดงรอยโรคชนิดไม่ร้ายแรงของผิวหนัง
(ตึงเนื้อ: Skin tags)

ที่มา : <https://www.dallasdermcenter.com/>



การประเมินผิวหนังในผู้สูงอายุ

การประเมินผิวหนังของผู้สูงอายุเบื้องต้น โดยอาศัยข้อมูลและการสังเกต ดังนี้

๑. การซักประวัติทั่วไปของผู้สูงอายุ ประวัติโรคผิวหนัง ยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบัน (โดยเฉพาะยาที่ซื้อใช้เอง และสมุนไพร) ประวัติการใช้ผลิตภัณฑ์บำรุงผิว ประวัติสุขภาพจิต และความรู้สึกของผู้สูงอายุต่อภาพลักษณ์ตนเอง
๒. การสังเกต : ลักษณะคุณภาพผิวหนังทั้งร่างกาย การบวม การเปลี่ยนสีของผิวหนัง รอยข้ำ รอยแดง รอยอักเสบ รอยการเกา หรือรอยแตกของผิวหนัง ตลอดจนแผลต่าง ๆ โดยจำเป็นต้องวัดขนาดและบันทึกรายละเอียดของแผลให้ชัดเจน
๓. การสัมผัส : เพื่อประเมินความชุ่มชื้น ความบวม อุณหภูมิ และผิวสัมผัส
๔. กลิ่น : ทั้งกลิ่นตัวของร่างกาย และกลิ่นจากรอยโรคของผิวหนัง เพื่อใช้ร่วมในการวินิจฉัย

โรคผิวหนังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

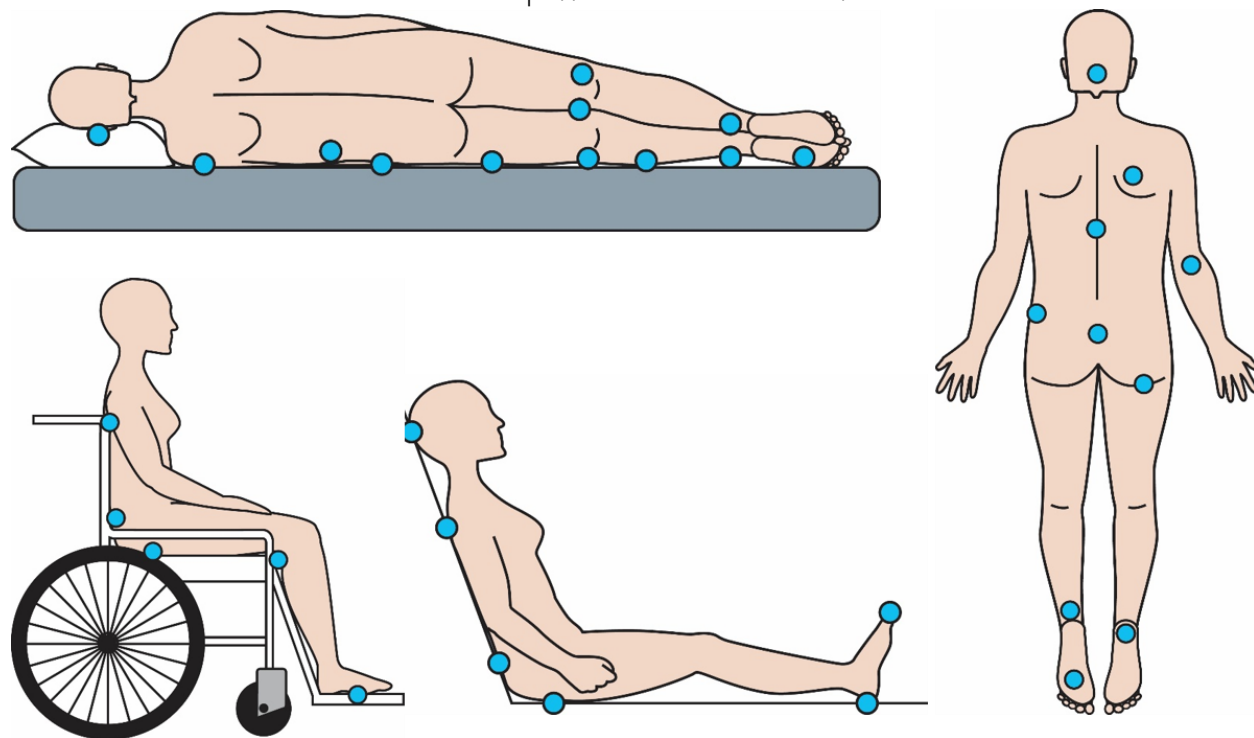
แผลกดทับ (Pressure ulcers) คือการบาดเจ็บของผิวหนัง หรือเนื้อเยื่อของร่างกาย ที่เกิดจากแรงที่มากระทำต่อผิวหนังอย่างต่อเนื่อง ทำให้การไหลเวียนเลือดไปบริเวณดังกล่าวลดลง ซึ่งส่งผลให้เนื้อเยื่อเหล่านั้นได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอจนเกิดการขาดเลือด และทำให้เกิดการตายของเนื้อเยื่อและผิวหนัง

การเกิดแผลกดทับเกิดจากแรง ๓ แรงที่มากระทำต่อผิวหนัง ได้แก่ ๑) แรงกด (Pressure) ซึ่งมาจากน้ำหนักของผู้สูงอายุหรือน้ำหนักของอวัยวะต่างๆ ๒) แรงไถล (Shear) เป็นแรงตามแนวเฉียงที่ทำให้หลอดเลือดบริเวณที่มีการกดทับบิดตัวและอุดตัน และ ๓) แรงเสียดสี (Friction) เป็นแรงที่เกิดจากพื้นผิว ๒ ชนิดสวนกัน ทำให้ความทนทานของเนื้อเยื่อลดลง นอกจากนี้ยังเกิดจากปัจจัยเสริมอื่นๆ ได้แก่ ความเปียกชื้น ภาวะทุพโภชนาการ อายุที่เพิ่มมากขึ้น การรับรู้ความรู้สึกที่ลดลง ภาวะเครียด หรือการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ ที่เสี่ยงต่อการกดทับ

ตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับได้บ่อย ในท่านอนหงาย เช่น ท้ายทอย เหนือกระดูกก้นกบ ส้นเท้า ในท่านอนตะแคง เช่น ปุ่มกระดูกต้นขา ในท่านั่ง เช่น เขิงกราน ส้นเท้า ข้อศอก

ภาพแสดงตำแหน่งที่เกิดแผลกดทับได้บ่อย

ที่มา : <https://www.kentcht.nhs.uk/>



อาการเริ่มต้นของแผลกดทับ ประกอบด้วย

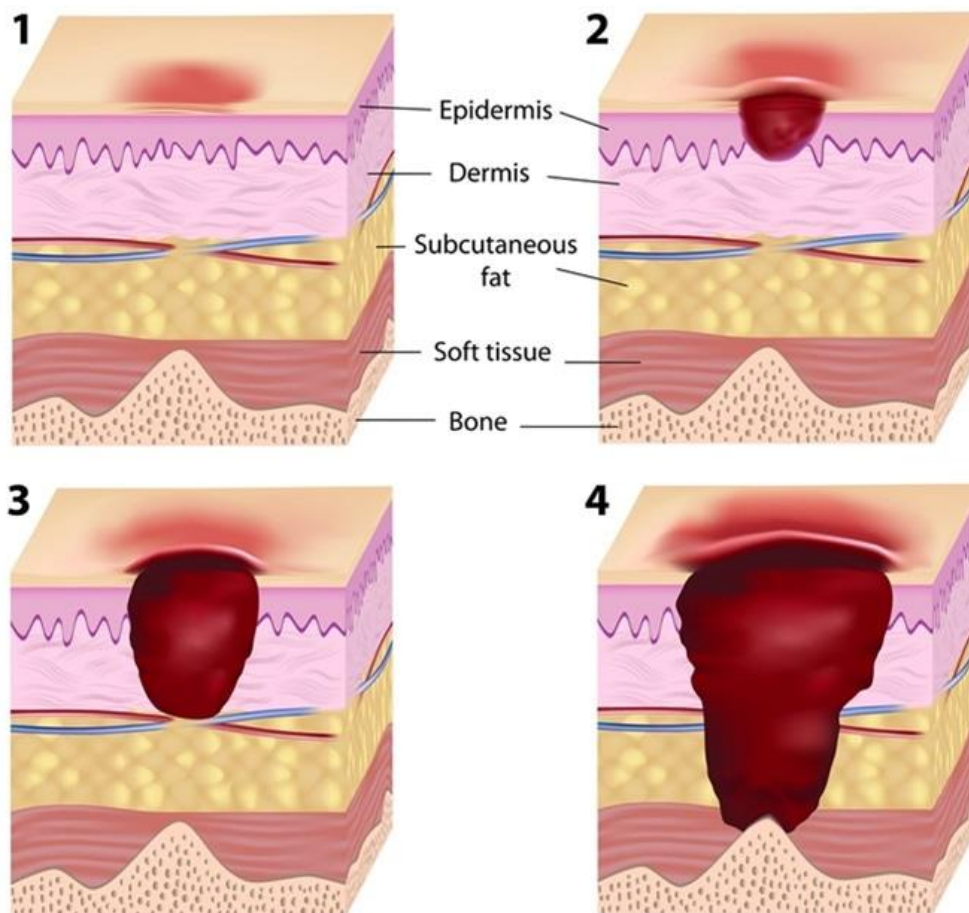
- สีผิวเปลี่ยนไป (มีรอยแดงในผิวหนังที่สีอ่อน, รอยช้ำในผิวหนังสีคล้ำ)
- ความรู้สึกของผิวหนังเปลี่ยนไป (ปวด, ปวด, ชา)
- การความเจ็บปวด อุ่น หรือร้อน ในบริเวณที่เกิดแผลกดทับได้บ่อย

- มีตุ่มน้ำ (Blister) บวม (Swelling) รอยถลอกบริเวณผิวหนัง
- ระดับของแผลกดทับ แบ่งเป็น ๔ ระดับ ได้แก่
- ๑) แผลกดทับระดับที่ ๑ เกิดความเสียหายเฉพาะชั้นหนังกำพวด ผิวหนังยังมีลักษณะสมบูรณ์ แต่พบรอยแดงบริเวณที่เริ่มมีแผลกดทับ
 - ๒) แผลกดทับระดับที่ ๒ มีความเสียหายชั้นหนังแท้ มีแผลสีแดง-ชมพู ซึ่งอาจพบตุ่มน้ำบริเวณผิวหนัง และเมื่อมีการแตกของตุ่มน้ำจะเกิดแองแผลตื้นๆ มีน้ำ วาว
 - ๓) แผลกดทับระดับที่ ๓ มีความเสียหายถึงชั้นใต้ผิวหนัง และชั้นไขมัน แต่ไม่ถึงกล้ามเนื้อ กระดูก และเส้นเอ็น ผิวหนังบางส่วนอาจมีเนื้อตาย และเป็นโพรงแผล
 - ๔) แผลกดทับระดับที่ ๔ มีความเสียหายของผิวหนังทั้งหมด รวมถึงกล้ามเนื้อ กระดูก และเส้นเอ็น อาจพบเนื้อตายลักษณะเหนียว (Slough) หรือสะเก็ด มักมีโพรงขนาดใหญ่ใต้ผิวหนัง และเสี่ยงต่อการติดเชื้อของกล้ามเนื้อและกระดูก

ภาพแสดงระดับของแผลกดทับ

ที่มา : www.news-medical.net/

Stages of Pressure Sores



การป้องกันการเกิดแผลกดทับ

๑. ประเมินสภาพผิวหนังบริเวณก้นกบและปุ่มกระดูกต่างๆ ทุกครั้งที่มีโอกาสเสี่ยงต่อแผลกดทับ
๒. ใช้ที่นอนลดหรือกระจายแรงกด โดยตรวจสอบประสิทธิภาพของที่นอนอย่างสม่ำเสมอ
๓. พลิกตะแคงตัวและเปลี่ยนท่าทุก ๒ ชั่วโมง อาจใช้ผ้ารองยกตัว ใช้หมอนรองเพื่อลดแรงกด หรือใช้เตียงปรับระดับเพื่อป้องกันการลื่นไถล
๔. ดูแลผิวหนังหลังขับถ่ายปัสสาวะ และอุจจาระให้สะอาด ซับ ให้แห้ง ไม่อับชื้น ซึ่งอาจนำไปสู่ภาวะผิวหนังอักเสบจากภาวะกลั้นปัสสาวะ/อุจจาระไม่ได้ซึ่งคล้ายกับแผลกดทับ
๕. การส่งเสริมโภชนาการของผู้สูงอายุที่เหมาะสม

การรักษาแผลกดทับ

๑. การทำความสะอาดแผลด้วยความนุ่มนวล เพื่อลดการเจ็บปวดและบาดเจ็บเพิ่มเติม เน้นหลักการทำให้แผลชุ่มชื้น หลีกเลี่ยงการขัด-ถูบริเวณแผลและปากแผล โดยอาจใช้วิธีการ irrigation แทน
๒. ใช้น้ำเกลือทำความสะอาดแผล และหลีกเลี่ยงสารที่สารที่ทำลายเชื้อ เช่น povidone iodine บริเวณแผล เนื่องจากจะขัดขวางการซ่อมแซมเนื้อเยื่อ ซึ่งทำให้แผลหายช้าลง
๓. ปิดแผลด้วยผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสม และแนบสนิท

ภาวะผิวแห้ง (Xerosis) เกิดจากน้ำมันที่เคลือบผิวหนังลดลง และการสูญเสียความชุ่มชื้นในผิวหนัง ทำให้ผิวหนังมีลักษณะเป็นขุย ไม่เรียบ มีสะเก็ด หรือเป็นแผ่น มีร่องแตกคล้ายเกล็ดปลา และอาจมีอาการคันร่วมด้วย พบได้ทั่วทั้งร่างกาย ดังนั้นในผู้สูงอายุควรป้องกันภาวะผิวแห้งด้วยการทาโลชั่นหรือออยล์ให้ความชุ่มชื้นกับผิว และเป็นเกราะป้องกันการสูญเสียความชุ่มชื้นของผิว หลีกเลี่ยงการอาบน้ำอุ่นจัดหรืออาบน้ำเป็นเวลานาน หลีกเลี่ยงผลิตภัณฑ์ที่มีแอลกอฮอล์ และน้ำหอม สวมใส่เสื้อผ้าที่โปร่งสบายผิว ดื่มน้ำให้เพียงพอ และหลีกเลี่ยงแสงแดดจัดเป็นเวลานาน

โรคผิวหนังอื่น ๆ ที่พบในผู้สูงอายุ

- การติดเชื้อที่ผิวหนัง
 - เชื้อแบคทีเรีย เช่น แผลพุพอง (Impetigo/folliculitis), ผิวหนังอักเสบจากการติดเชื้อ (Cellulitis)
 - เชื้อไวรัส เช่น งูสวัด (Herpes zoster), หูดข้าวสุก (Molluscum contagiosum)
 - เชื้อรา เช่น โรคเชื้อราที่เล็บ (Onychomycosis), โรคกลาก (Tinea), สันคัง (Tinea cruris), แผลในร่มผ้า (Intertrigo)
- การติดเชื้อปรสิต เช่น เหา โลน (Pediculosis), หิด (Scabies)
- ผิวหนังอักเสบ เช่น โรคผิวหนังอักเสบรูปลูกเห็บ (Nummular eczema), โรคที่มีภาวะผิวหนังอักเสบจากต่อมไขมันในชั้นผิวหนัง (Seborrheic dermatitis), โรคผื่นระคายสัมผัส (Contact dermatitis)

- โรคจากการถูกแสงแดด เช่น ภาวะยึดและหดตัวผิวหนัง (Solar elastosis), สิวแดด (*Nodular elastoidosis*), รอยย่นหนาในผิวหนัง (*Cutis rhomboidalis nuchae*)
- เนื่องจาก
 - ชนิดไม่ร้ายแรง เช่น กระจเนื้อ (Seborrheic keratosis), ตึงเนื้อ (Skin tags), ไฟแดง (Cherry angiomas), ฝ้าขาว (Leukoplakia), Keratoacanthoma, Actinic keratosis)
 - มะเร็ง เช่น รอยโรคริมฝีปากอักเสบเหตุแสงแดด (Actinic cheilitis) มะเร็งผิวหนังชนิด basal cell carcinoma, squamous cell carcinoma, malignant melanoma
- โรคระบบภูมิคุ้มกัน เช่น โรคเพมฟิกอยด์ (Bullous pemphigoid)
- ภาวะหลอดเลือดดำบกพร่องเรื้อรัง เช่น โรคผิวหนังจากเส้นเลือดขอด (Stasis dermatitis)
- ผื่นผิวหนังจากการแพ้ยา (Cutaneous drug reactions)
- โรคผิวหนังจากภาวะโภชนาการ (Nutritional changes)

การดูแลผิวหนังและการบำรุงผิวในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผิวหนังคงความสมบูรณ์ให้นานที่สุด ประกอบด้วย

๑. การทำความสะอาดผิวหนัง ควรเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดผิวหนังที่อ่อนโยน เช่น ฟ้าเซ็ดทำความสะอาดผิวหนัง โฟมทำความสะอาดผิวหนัง สบู่เหลว และสบู่ก้อน เป็นต้น โดยเลือกผลิตภัณฑ์ที่มีค่าความเป็นกรดต่างเหมาะสม และใกล้เคียงความเป็นกรดต่างของผิวหนัง (pH ๕.๒- ๕.๕) หรือควรมีค่าเป็นกรดเล็กน้อย ซึ่งช่วยลดการเกิดผิวหนังถลอกและอักเสบแดง อย่างไรก็ตาม การทำความสะอาดผิวหนังบ่อย ๆ อาจทำให้มีการชะล้างเอาสารเคลือบผิวหนังตามธรรมชาติออกไป ส่งผลให้ผิวหนังแห้งมากขึ้น ดังนั้นการทำความสะอาดผิวหนังเพียงวันละ ๒ ครั้ง แต่หากผิวหนังมีความสกปรกมาก อาจพิจารณาตามเหมาะสม

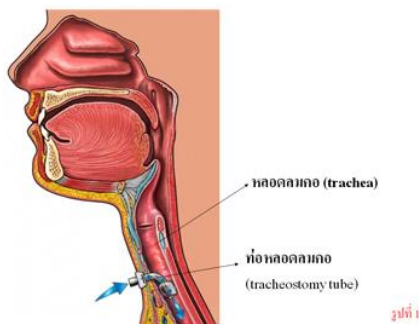
๒. การใช้ผลิตภัณฑ์บำรุงผิวหนัง ได้แก่ โลชั่นหรือครีม เพื่อป้องกันความชุ่มชื้น และลดโอกาสการเกิดผิวแห้ง ควรเลือกใช้ผลิตภัณฑ์ที่อ่อนโยน ไม่เป็นกรดต่างรุนแรง และมีราคาที่เหมาะสม

๓. การดูแลภาวะโภชนาการ เป็นสิ่งสำคัญสำหรับผิวหนัง ทั้งทำให้ผิวพรรณสุขภาพดี และลดโอกาสการเกิดบาดแผลหลายชนิด นอกจากนั้นการมีภาวะโภชนาการที่ดียังช่วยส่งเสริมให้ซ่อมแซมแผลให้หายได้ดีอีกด้วย โดยควรเน้นรับประทานอาหารประเภท โปรตีนจากเนื้อสัตว์ วิตามินซี วิตามินเอ และวิตามินอี ที่ได้ จากผักผลไม้ และรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ครบ ๕ หมู่

๔. การดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอ วันละ ๗ - ๘ แก้ว เพื่อชะลอการเสียความชุ่มชื้นของผิว และช่วยในกระบวนการต่าง ๆ ของร่างกาย

ใบความรู้ที่ ๒ การดูแลท่อหลอดลมคอหลังการเจาะคอ (Tracheostomy Tube: TT tube)

ท่อหลอดลมคอ (tracheostomy tube) คือท่อที่ใส่เข้าไปในหลอดลมคอ (trachea) (รูปที่ ๑) ภายหลังจากการเจาะคอ (tracheostomy) โดยใส่ผ่านผิวหนังและกล้ามเนื้อคอ เพื่อให้อากาศสามารถผ่านเข้าสู่หลอดลมและปอดโดยไม่ต้องผ่านช่องจมูกและลำคอส่วนบน และยังเป็นทางให้ผู้ป่วยไอเอาเสมหะออก จากหลอดลม หรือดูดเสมหะออกจากหลอดลมได้



ลักษณะของท่อหลอดลมคอ เป็นท่อโค้ง ๒ ชั้น ประกอบด้วย ท่อชั้นนอก (outer tube) และท่อชั้นใน (inner tube) (รูปที่ ๒) สวมซ้อนกัน สามารถถอดแยกออกจากกันได้ ท่อชั้นในสามารถถอด และล้างเสมหะออกได้ เพื่อป้องกันการอุดตันของเสมหะ เมื่อต้องใส่ระยะยาว

ชนิดของท่อหลอดลมคอ

ท่อหลอดลมคอแบ่งออกเป็น ๒ ชนิด ได้แก่ ชนิดพลาสติก และชนิด โลหะ (รูปที่ ๒)



จะดูแลท่อหลอดลมคอหลังการเจาะคออย่างไร

๑. ภายหลังจากการเจาะคอ จะมีเสมหะ หรือเมือกเหลวออกมา ทำให้หายใจไม่สะดวก ต้องดูดออกโดยใช้ลูกยางแดง ที่ผ่านการล้างทำความสะอาดแล้ว โดยทั่วไป ถ้าเป็นเด็ก อาจเลือกลูกยางแดงเบอร์ ๑ หรือ ๒ ถ้าเป็นผู้ใหญ่ควรเลือกลูกยางแดงเบอร์ ๓ ปีบลมออกจากลูกยางแดงจนแบน แล้วใส่ปลายลูกยางแดงเข้าไปในหลอดลมคอให้ลึกประมาณ ๑ นิ้ว ปล่ยมือที่บีบลูกยางแดงออก พร้อมกับให้ผู้ป่วยไอเอาเสมหะ ออกมา ลูกยางแดงที่ใช้แล้วควรทำความสะอาดด้วยน้ำสะอาด กับสบู่, น้ำยาล้างจาน หรือผงซักฟอก หลังจากนั้นนำมาล้างและดูดล้างภายในด้วยน้ำร้อนจัด ไม่ควรดูดเสมหะภายหลังรับประทานอาหารทันที เพื่อป้องกันการอาเจียน ถ้ามีการสำลัก หรืออาเจียน ให้ใช้ลูกยางแดงดูดเศษอาหาร หรือน้ำลายออกจาก ท่อหลอดลมคอทันทีจนหมด

๒. การป้องกันเสมหะอุดตันในท่อหลอดลมคอ

- ถอดหลอดลมคอชั้นใน (inner tube) ออกล้างทำความสะอาดทุก ๔ - ๖ ชั่วโมง หรืออย่างน้อย วันละ ๒ - ๓ ครั้ง ขึ้นกับว่ามีเสมหะมาก หรือเหนียวหรือไม่ และควรถอดออกล้างทุกครั้งที่อยู่สัปดาห์หายใจไม่สะดวก
- ภายหลังจากทำความสะอาดท่อหลอดลมคอชั้นในเสร็จแล้ว จะต้องนำมาใส่ให้กับผู้ป่วยทันที เพราะการถอดท่อหลอดลมคอชั้นในทิ้งไว้นานๆ ทำให้เสมหะแห้งกรัง อุดตันปลายท่อหลอดลมคอชั้นนอก จนทำให้ใส่ท่อหลอดลมคอชั้นในกลับลำบาก และเป็นสาเหตุของการหายใจไม่สะดวก
- ดื่มน้ำอุ่น ๆ วันละ ๘-๑๐ แก้ว ในผู้ใหญ่ เพื่อให้เสมหะอ่อนตัวและขับออกมาได้ง่าย
- รับประทานยาละลายเสมหะ หรือขับเสมหะตามแพทย์สั่ง

๓. ควรทำความสะอาดแผลเจาะคอ หมั่นเปลี่ยน ผ้าก๊อกรองแผล เมื่อมีสิ่งคัดหลั่งออกจากแผลจำนวนมาก ทำให้เปียกแฉะ เปื้อนหรือสกปรก หรือภายหลัง อาบน้ำ อย่างน้อยวันละ ๒ ครั้ง

๔. บริหารการหายใจเพื่อให้ปอดขยายตัว จะได้มีการแลกเปลี่ยนก๊าซออกซิเจนมากขึ้น โดยทำวันละหลายๆ ครั้ง ดังนี้

- นอนหงายราบ ขนเข่าทั้งสองข้างขึ้น หายใจเข้าลึกๆ เต็มที่จนท้องโป่งและกลั้นหายใจไว้ประมาณ ๓ วินาที
- หายใจออกทางปากช้าๆ ทำปากห่อคล้ายผิวปาก เพื่อให้อากาศออกจากปอดมากที่สุด
- ทำบ่อย ๆ ประมาณ ๘-๑๐ ครั้ง/ ทุก ๒ ชั่วโมง

๕. ไออย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยขับเสมหะออกจากหลอดลมและปอด ทำวันละหลายๆ ครั้ง ดังนี้

- นั่งในท่าโน้มตัวไปข้างหน้า หรือครึ่งนั่ง ครึ่งนอน
- ก่อนไอ หายใจเข้า - ออกลึกๆ ประมาณ ๔-๕ ครั้ง สูดลมหายใจเข้าเต็มที่ กลั้นไว้แล้วหายใจออก พร้อมกับไอแรงๆ ๒-๓ ครั้ง

๖. ภายหลังจากการเจาะคอ ผู้ป่วยจะไม่มีเสียงพูดเหมือนปกติ ดังนั้นเมื่อต้องการสื่อสารกับผู้อื่น สามารถทำได้ ดังนี้

- เขียนบอกในกระดาษ

- ผู้ป่วยสามารถออกเสียง หรือพูดเป็นประโยคสั้นๆโดยใช้นิ้วมืออุดรูท่อหลอดลมคอไว้ขณะพูดหรือ สื่อสาร เป็นระยะเวลาช่วงสั้นๆ ให้มีเสียงเปล่งเป็นคำๆ ออกมา แต่อาจไม่สามารถพูดคุยตามปกติได้นาน หรือเป็นประโยค เพราะต้องเปิดท่อบ้างเพื่อรับอากาศหายใจ

- ใช้ภาษามือ ประกอบการใช้ริมฝีปากเวลาพูด

หากหมดสาเหตุของโรคแล้ว สามารถหายใจได้ทางจมูก ก็จะสามารถพูดได้ตามปกติ ยกเว้นในผู้ป่วย โรคมะเร็ง กล่องเสียงที่มีการตัดกล่องเสียงออก หรือผู้ป่วยที่หลอดลมส่วนบนตีบสนิท

๑. ควรใช้ผ้าบางๆ หรือผ้าเช็ดหน้าปิดคอ หรือพันคอไว้ เมื่อออกจากบ้าน หรือในขณะที่ได้กอดนมและรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันแมลง ผุนละออง เศษอาหารหรือสิ่งแปลกปลอมเข้าท่อหลอดลมคอ และควรหลีกเลี่ยงการใช้แป้งฝุ่น

๒. ควรดูแลสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรง รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ให้ครบทุกประเภท รวมทั้งผักและผลไม้ (ครบ ๕ หมู่) หลีกเลี่ยงการอยู่ในสิ่งแวดล้อม หรือชุมชนที่แออัด มีฝุ่นละออง ควัน สารเคมีมลพิษ ที่ซึ่งมีอากาศเย็น หรือแห้งจัดควรดูแลร่างกายให้อบอุ่นหลีกเลี่ยงการเปลี่ยนแปลงของอุณหภูมิอากาศอย่างรวดเร็ว ควรอยู่ในที่ที่อากาศถ่ายเทสะดวก ออกกำลังกายให้สม่ำเสมอทุกวัน หรือเล่นกีฬา เป็นประจำ นอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ อย่างน้อยวันละ ๖ - ๘ ชั่วโมง อย่าอดนอน พยายามอยู่ห่างจาก ผู้ที่ไม่สบาย

๓. ควรปรองพินหรือกลั้วคอ ก่อนและหลังรับประทานอาหาร และพบทันตแพทย์ เพื่อตรวจสภาพฟัน และรับการรักษาทุก ๖ เดือน เนื่องจากการที่มีสุขภาพฟันที่ไม่ดี เช่น มีฟันผุ มีคราบหินปูน หรือโรคเหงือก อาจเป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรคในช่องปาก ทำให้มีการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจบ่อย หรือ เป็นๆ หายๆ

๔. ผู้ป่วยสามารถอาบน้ำ สระผมได้ตามปกติ แต่ต้องระวังไม่ให้น้ำกระเด็นเข้าหลอดลมคอ งดอาบน้ำ ด้วยฝักบัว งดการลงสระว่ายน้ำ หรือเล่นน้ำทุกชนิด (เช่นการสาดน้ำกัน) งดอาบน้ำในแม่น้ำลำคลอง และไม่ควรมองเดินทางทางน้ำ เช่น โดยสารเรือ หลีกเลี่ยงการออกจากบ้านเวลาฝนตก เพราะถ้าน้ำเข้าหลอดลมคอ จะทำให้สำลักน้ำ เนื่องจากกลืนหายใจไม่ได้ และอาจเกิดอันตรายจนถึงแก่ชีวิต

๕. ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติ เพราะท่อหลอดลมคอ และหลอดอาหารแยกกัน คนละส่วนจึงไม่มีปัญหาแต่อย่างใด เพียงแต่ต้องระมัดระวังไม่ให้อาหาร หรือน้ำกระเด็นหลุดลงไป โดยใช้ผ้าบางๆ ที่อากาศสามารถผ่านได้ มาคลุมปิดปากท่อไว้ ในขณะที่รับประทานอาหาร ในเด็กเล็กขณะดูดนม ควรผูกผ้ากันเปื้อนไว้ได้คาง เพื่อป้องกันการไหลของนมลงหลอดลมคอ

๖. การเปลี่ยนเชือกผูกท่อหลอดลมเอง ต้องทำด้วยความระมัดระวัง อย่าให้ท่อขิ้นนอกหลอด ถ้าไม่แน่ใจ ควรมาเปลี่ยนที่โรงพยาบาล กรณีท่อหลอดลมคอขนอก หรือในหลอดหาย หรือท่อหลอดลมคอทั้งชุดหลุดออกจากคอ ต้องรีบไปพบแพทย์ หรือไปสถานพยาบาลโดยด่วน เพื่อใส่ท่อหลอดลมคอใหม่ มิฉะนั้น อาจเกิดอันตรายจนถึงแก่ชีวิต

๗. แพทย์จะถอดท่อหลอดลมคอออกหลังจากรักษาสาเหตุของโรคที่ทำให้ต้องเจาะคอแล้วและประการสำคัญคือผู้ป่วยสามารถหายใจได้ทางจมูกสะดวกดี

๘. ควรมาพบแพทย์ตามกำหนดนัด อาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ก่อนวัน ได้แก่

- ท่อหลุดลมหุด ห่อชั้นในหาย หรือใส่เข้าไม่ได้
- หายใจลำบาก หอบเหนื่อย แม้ว่าจะดูดเสมหะ หรือถอดล้างท่อชั้นในแล้วก็ตาม
- มีการติดเชื้อที่แผลเจาะคอเช่น มีไข้สูง ปวด บวม แดง มีหนองออกจากแผล
- มีเลือดออกจากท่อหลอดลมคอ หรือจากรอบๆท่อ
- มีการติดเชื้อในปอด หรือหลอดลม เช่น ไอมาก เสมหะข้น มีสีเขียว สีเหลืองและมีกลิ่นเหม็น และมีไข้ร่วมด้วย

วิธีทำความสะอาดท่อหลอดลมคอ

วัตถุประสงค์ของการถอดล้างท่อหลอดลมคอ เพื่อป้องกันการอุดตัน และการติดเชื้อของท่อหลอดลมคอ

อุปกรณ์ที่ใช้ทำความสะอาดท่อหลอดลมคอ ประกอบด้วย

๑. ภาชนะใส่น้ำ
๒. ชาม หรือหม้อ
๓. แปรงขนาดเล็ก ขนเป็ด หรือขนไก่
๔. สบู่ ผงซักฟอก หรือน้ำยาล้างจาน
๕. ลูกยางแดง หรือเครื่องดูดเสมหะ

วิธีทำความสะอาดท่อหลอดลมคอ มีขั้นตอนดังนี้

๑. ล้างมือให้สะอาด และเช็ดให้แห้ง
๒. มือข้างที่ไม่ถนัดจับท่อหลอดลมคอชั้นนอก ส่วนมือข้างที่ถนัดหมุนล๊อคซ้ำๆ และถอดท่อ หลอดลมคอ ชั้นในจากคอ แช่น้ำทิ้งไว้ ๕ - ๑๐ นาที
๓. ล้างท่อชั้นในด้วยสบู่ ผงซักฟอกหรือน้ำยาล้างจานทั้งด้านนอกและด้านใน แปรงท่อด้านในด้วย แปรงขนาดเล็ก จนกว่าเสมหะหลุดออกหมด และล้างด้วยน้ำให้สะอาด โดยการเปิดน้ำก็อกให้ไหลผ่าน ภายในท่อหลอดลมคอ ถ้าเป็นท่อชนิดพลาสติกกระวังอย่าให้มีรอยถลอก
๔. นำท่อชั้นในชนิดโลหะต้มในน้ำเดือดนาน ๓๐ นาที แล้วนำขึ้นมาวางไว้ให้หายร้อน สำหรับชนิดพลาสติกให้แช่น้ำยาไฮโปคลอไรท์ ๐.๕ % นาน ๓๐ นาที และล้างด้วยน้ำต้มสุกมากๆ จนแน่ใจว่าไม่มีน้ำยา เหลือค้างอยู่ในท่อ
๕. ก่อนนำไปใช้ ต้องสลัดท่อชั้นในให้แห้งสนิท ไม่ให้มีหยดน้ำค้างอยู่ในท่อเลย

๖. ให้ผู้ป่วยไอเอาเสมหะออกจากคอหรือดูดเสมหะจากท่อหลอดลมคอขึ้นนอกที่ติดอยู่กับผู้ป่วย ด้วยลูกยางแดง หรือใช้เครื่องดูดเสมหะ การดูดแต่ละครั้งไม่ควรนานเกิน ๑๐ วินาที

๗. สวมท่อหลอดลมคอชั้นในกลับไปหาคอผู้ป่วยซ้ำแล้วหมุนล๊อคท่อหลอดลมคอให้สนิทเพื่อป้องกันท่อเลื่อนหลุดออกมา

วิธีทำความสะอาดแผลเจาะคอ

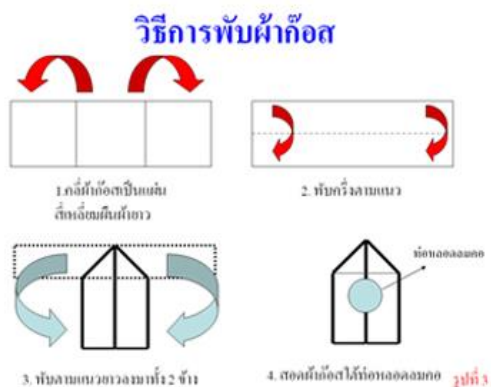
วัตถุประสงค์ของการทำแผลเจาะคอ เพื่อความสุขสบายของผู้ป่วย และเพื่อป้องกันการติดเชื้อบริเวณแผล อุปกรณ์ที่ใช้ทำแผล ประกอบด้วย

๑. ปากคีบ
๒. น้ำเกลือนอร์มัล ๐.๙ %
๓. แอลกอฮอล์ ๗๐ %
๔. กรรไกร
๕. สำลีกลม
๖. สำลีพันปลายไม้
๗. ผ้าก๊อสนี่เหลี่ยมขนาด ๓ นิ้ว x ๓ นิ้ว
๘. พลาสเตอร์ม้วนขนาด ๐.๕ นิ้ว
๙. ถุงพลาสติก

วิธีทำความสะอาดแผลเจาะคอ มีขั้นตอนดังนี้

๑. ล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง
๒. นั่งหน้ากระจก แต่ถ้าผู้ป่วยเป็นเด็กเล็ก หรือผู้สูงอายุที่ไม่สามารถทำแผลได้เอง ต้องมีผู้ดูแลทำ แผลให้ โดยให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนหงาย หนุนต้นคอด้วยผ้า หรือหมอนเล็กๆ เพื่อให้คอแอ่นขึ้นเล็กน้อย
๓. ใช้กรรไกรตัดพลาสเตอร์ที่ติดบนก๊อส และค่อยๆ ดึงผ้าก๊อสผืนเก่า ที่รองใต้ท่อหลอดลมคอของผู้ป่วยออก
๔. ใช้ปากคีบคีบสำลี และเทแอลกอฮอล์ลงบนสำลีพอหมาด เช็ดผิวหนังบริเวณรอบรูท่อหลอดลมคอ และบริเวณรอบๆ แผลโดยวนจากด้านในชิดกับท่อ ออกด้านนอกจนสะอาด
๕. ใช้ปากคีบคีบสำลีและใช้สำลีพันปลายไม้ และเทน้ำเกลือลงบนสำลีพอหมาด แล้วเช็ดผิวหนัง บริเวณใต้ท่อหลอดลมคอทั้งด้านบนและด้านล่าง ทั้งด้านซ้ายและด้านขวา และทำซ้ำด้วยสำลี หรือสำลีพัน ปลายไม้อันใหม่ จนสะอาดห้ามใช้ไม้พันสำลีแยงเข้าไปภายในท่อหลอดลมคอ เพราะอาจจะหลุดเข้าไป อุด ตันหลอดลม ทำให้หายใจไม่ออกได้
๖. ใช้ปากคีบคีบผ้าก๊อสรูปห้าเหลี่ยมที่พับไว้ (รูปที่ ๓) รองใต้แป้นท่อหลอดลมคอที่ละข้าง แล้วปิดพลาสเตอร์ยึดชายผ้าก๊อสด้านล่างเข้าด้วยกัน เพื่อป้องกันท่อหลอดลมคอเสียดสีกับผิวหนัง ในกรณีที่แป้นท่อปากนึ่ม อาจไม่ต้องใส่ผ้าก๊อสรองก็ได้

๗. อุปกรณ์ที่ใช้แล้ว ได้แก่ ปากคีบ ให้ล้างและต้มฆ่าเชื้อทันทีในน้ำเดือดนาน ๓๐ นาที ส่วนของ สกปรกอื่นๆ ใส่ถุงพลาสติก และปิดปากถุงให้แน่นก่อนทิ้ง



เอกสารอ้างอิง

๑. คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. การดูแลท่อหลอดลมคอหลังการเจาะคอ Tracheostomy Tube Care. <https://www.si.mahidol.ac.th/th/healthdetail.asp?aid=๑๑๑๑>

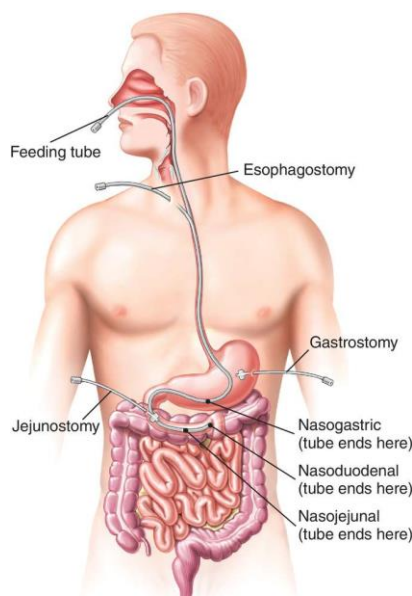
ใบความรู้ที่ ๓ การดูแลสายให้อาหารทางหน้าท้อง (Percutaneous Endoscopic Gastrostomy: PEG)

สายให้อาหารทางหน้าท้อง คืออะไร

Percutaneous Endoscopic Gastrostomy (PEG) คือ การใส่สายอาหารทางหน้าท้องโดยใช้กล้องส่องกระเพาะอาหารใส่เข้าทางปากผ่านหลอดอาหารเข้าสู่กระเพาะอาหารแล้วเจาะผนังหน้าท้องเพื่อใส่สายอาหาร วิธีการนี้ง่ายสะดวก ปลอดภัย โดยใช้ยาระงับความรู้สึกเพียงเล็กน้อย การใส่สายอาหารทางหน้าท้อง เป็นการให้อาหารกับผู้ป่วยในระยะยาวและได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ

ผู้ป่วยที่ใส่สายให้อาหารทางหน้าท้องส่วนใหญ่ มีพยาธิสภาพของโรคบริเวณช่องปาก ลำคอ และหลอดอาหาร บางรายเป็นผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพทางสมอง

สายให้อาหารทางหน้าท้อง มีจุดประสงค์เพื่อให้อาหารสำหรับผู้ที่ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากได้ โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสเกิดภาวะขาดโภชนาการ



วิธีการทำความสะอาดแผล

๑. ล้างมือให้สะอาดและเช็ดให้แห้ง
๒. ในระยะ ๑-๒ สัปดาห์แรกหลังใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง ควรทำความสะอาดแผลทุกวันด้วยวิธีปราศจากเชื้อ โดยใช้น้ำยาเช็ดแผล ๒% Chlorhexidine และปิดผ้าก๊อชปราศจากเชื้อ ควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาลผู้ดูแลอย่างเคร่งครัด
๓. ในระยะต่อมาเมื่อแผลหายดีดี ไม่มีอาการอักเสบบวมแดง ควรปฏิบัติ ดังนี้
 - ก่อนอาบน้ำให้ปิดปลายสายให้อาหารให้สนิท เอาผ้าก๊อชออก ทำความสะอาดแผลโดยใช้น้ำเกลือหรือน้ำต้มสุกที่เย็นแล้ว เช็ดทำความสะอาดและเช็ดให้แห้งทันที

การดูแลแผลบริเวณรอบสายให้อาหารทางหน้าท้อง

- อุปกรณ์
- ๒% Chlorhexidine
- ชุดทำแผลที่ปราศจากเชื้อ (Set-Dressing)
- พลาสเตอร์
- ภาชนะสำหรับทิ้ง

ลักษณะแผลที่ควรระวัง

- หมันสังเกตอาการบวมแดงและรอบ ๆ สาย ซึ่งเป็นอาการบ่งบอกถึงการติดเชื้อ
- หากมีตุ่มหนา ๆ ขึ้นบริเวณรอบ ๆ สายทำให้มีเลือดหรือสารคัดหลังซึมออกมาได้ให้ติดต่อสถานพยาบาล
- ในกรณีที่สายให้อาหารทางหน้าท้องหลุด ปิดแผลด้วยผ้าก๊อชสะอาดและติดต่อพบแพทย์ใกล้บ้าน ภายใน ๔ ถึง ๖ ชั่วโมง

ชนิดของอาหารที่ให้ทางสายอาหารทางหน้าท้องแบ่งเป็น ๒ ประเภท

- นมสำเร็จรูปพร้อมใช้ หรือนมผสมที่ชงเอง
- อาหารปั่นเหลวที่แนะนำโดยนักโภชนาการของโรงพยาบาลหรือแพทย์ ในปริมาณที่เหมาะสม

การจัดทำผู้ป่วยขณะให้อาหาร

ให้ผู้ป่วยอยู่ในท่านั่งหรือถ้าผู้ป่วยติดเตียงให้นอน และควรให้อยู่ในท่ายกศีรษะสูง ๔๕ องศา หลังให้อาหารเสร็จอย่างน้อย ๓๐ ถึง ๖๐ นาที

วิธีการให้อาหารแบบให้ปริมาณทั้งหมดในเวลาสั้น ๆ

๑. ล้างมือให้สะอาดแล้วเช็ดให้แห้ง
๒. เตรียมอุปกรณ์ต่างๆ ให้พร้อม ประกอบด้วย นมหรืออาหารปั่นเหลว กระบอกฉีดยาพร้อมลูกสูบ (ไซริงค์) ขนาด ๕๐CC สำหรับใส่อาหารหรือน้ำสะอาด
๓. นำกระบอกฉีดยาต่อเข้ากับช่องให้อาหารตรงปลายสาย
๔. ตรวจสอบปริมาณอาหารที่เหลือค้างอยู่ในกระเพาะก่อนให้อาหารมือใหม่ ถ้าเหลือมากกว่า ๕๐CC ให้เลื่อนเวลาให้อาหารไป ๓๐ ถึง ๖๐ นาที
๕. เริ่มต้นให้อาหารโดยการปิดสายให้อาหารด้วยตัวหนีบ (Clamp) เพื่อป้องกันอาหารเก่าไหลย้อนออกมา (หากถ้าไม่มีตัวหนีบให้ใช้นิ้วพับสายไว้แทน) หลังจากนั้น เทอาหารเหลวใส่กระบอกโดยเอาแกนในออกในปริมาณที่ต้องการ ปลดตัวหนีบ อาหารจะไหลเข้าไปในกระเพาะอาหาร

การดูแลสายให้อาหารทางหน้าท้อง

๑. ข้อควรระวังอย่างยิ่งในการดูแลสายให้อาหารทางหน้าท้อง คือ การป้องกันการอุดตันของสาย สาเหตุของการอุดตัน ส่วนใหญ่เกิดจากการมีเศษอาหารตกค้างในสายให้อาหาร เนื่องจากการล้างสายด้วยน้ำตามหลังการให้

อาหารยังไม่สะอาด หรืออาจเกิดจากการให้อาหารที่ชั้นเหนียวเกินไป หรือการให้ยาที่บดไม่ละเอียด และไม่ได้ให้น้ำตามหลังการให้ยา

การป้องกันการอุดตันของสาย

สามารถทำได้โดยให้น้ำหลังให้อาหารหรือนมทุกครั้ง ปริมาณอย่างน้อย ๓๐ ถึง ๕๐ CC

- ให้น้ำ ก่อนและหลังให้ยาทุกครั้ง

- ควรให้น้ำ อย่างน้อยทุก ๔ ถึง ๖ ชั่วโมง

ให้น้ำทุกครั้งหลังจากการตรวจสอบปริมาณอาหารที่เหลือในกระเพาะอาหาร โดยไม่ได้ให้อาหารหรือนมต่อ ถ้าสงสัยว่าสายอุดตันให้ลองใช้กระบอกฉีดยาใส่น้ำอุ่นเข้าไปในสายแล้วค่อยๆ ล้าง

๒. ไม่ควรหักหรือพับงอสายนานเกินไป อาจทำให้สายแตกหัก พังงอหรืออุดตันได้

๓. ระวังอย่าให้สายแกว่งไปมามากเกินไป เพราะอาจทำให้แผลรูเปิดขยายใหญ่ขึ้นและเจ็บแผลได้

๔. ควรหมั่นตรวจสอบตำแหน่งของสายว่าอยู่ในตำแหน่งถูกต้อง โดยการตรวจสอบตัวเลขบนสายเหนือผิวหนังว่ามี การวางตัวเลขผิดตำแหน่งหรือไม่ และควรบันทึกตำแหน่งของสายให้อาหาร

๕. การเติมอาหารเพิ่มในกระบอกฉีดยา ควรเติมเมื่ออาหารเหลืออย่างน้อย ประมาณ ๑๐ CC ระวังอย่าให้อาหาร หมุดจนกระบอกว่างเปล่า เพราะทำให้ลมเข้ากระเพาะอาหาร ท้องอืดได้

๖. เมื่อให้อาหารครบถ้วนตามปริมาณที่ต้องการแล้วให้ยาหลังอาหาร (ถ้ามี) แล้วให้น้ำตามอย่างน้อย ๓๐ - ๕๐ CC

๗. ปลดกระบอกออก ปิดสายให้เรียบร้อย

๘. ล้างทำความสะอาดอุปกรณ์ให้อาหารทั้งหมดทันที

เอกสารอ้างอิง

๑. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. คลินิกใส่สายให้อาหารทางหน้าท้อง (PEG)

https://www.rama.mahidol.ac.th/giendoscopy_center/th/pegclinic

ใบความรู้ที่ ๔ การดูแลทวารเทียมทางหน้าท้อง (Colostomy)

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับทวารเทียม

"ออสโตมี" มาจากภาษากรีก หมายถึง ปาก หรือช่องทางเปิด โดยทั่วไปเรียกว่า ทวารใหม่ หรือ ทวารเทียม หรือลำไส้เปิดหน้าท้อง หมายถึง การผ่าตัดเพื่อเปิดช่องขับถ่ายของเสียบริเวณหน้าท้อง เป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยบางรายที่มีโรคหรือความผิดปกติเกี่ยวกับลำไส้ หรืออวัยวะสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ

เป็นการผ่าตัดให้มีช่องเปิดออกทางหน้าท้อง เพื่อเป็นทางผ่านให้อุจจาระหรือปัสสาวะออกภายนอก เป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยบางรายที่มีโรคหรือความผิดปกติเกี่ยวกับลำไส้ หรืออวัยวะสืบพันธุ์และทางเดินปัสสาวะ ในกรณีที่อุจจาระและปัสสาวะไม่สามารถหรือไม่สมควรผ่านออกสู่ภายนอกตามช่องทางปกติ ซึ่งอาจเป็นแบบถาวรหรือชั่วคราว ขึ้นอยู่กับแผนการรักษาและสภาวะโรค

การผ่าตัดทวารใหม่ชั่วคราว เป็นวิธีการผ่าตัดเปลี่ยนทางเดินของอุจจาระ ไม่ให้ผ่านมาทางที่ติดต่อกับทวารไว้ รอให้รอยต่อของแผลผ่าตัดภายในติดดีก่อน ประมาณ ๓ เดือน แล้วจึงนัดมาผ่าตัดปิดเก็บลำไส้คืนภายหลัง

ส่วนการผ่าตัดทวารใหม่ชนิดถาวร จะทำในรายที่มีพยาธิสภาพของโรคในตำแหน่งที่ไม่สามารถให้รูทได้ แพทย์จึงต้องเย็บปิดทวาร และเปิดทางระบายใหม่ เพื่อให้อุจจาระผ่านออกมาโดยไม่ผ่านรอยต่อที่รักษาไว้

ปกติทวารใหม่ จะมีสีแดงหรือสีชมพู ผิวมันเรียบ ชุ่มชื้น ไม่มีเส้นประสาทไปเลี้ยง จึงไม่มีความรู้สึกสัมผัส นอกจากจะรู้สึกสัมผัสของผิวหนังรอบทวารใหม่ หากถูกระคายระคาย จะทำให้เลือดออกได้ แต่โดยทั่วไปมักจะหยุดได้เอง ทวารใหม่อาจจะเลือดออกได้เล็กน้อยขณะทำความสะอาด ดังนั้นจึงควรทำด้วยความนุ่มนวล

ก่อนผ่าตัดทวารใหม่ ผู้ป่วยจะได้รับข้อมูลการผ่าตัดจากแพทย์และพยาบาลผู้ดูแลตอบข้อซักถามข้อสงสัย เพื่อความมั่นใจมากขึ้น

การดูแลทำความสะอาดถุงรองรับสิ่งขับถ่าย

ทำความสะอาดถุงรองรับ

โดยทั่วไป ควรมีการทำความสะอาดถุงรองรับทุกวัน เช้า เย็น ก่อนนอน และหลังจากเทของเสียทุกครั้ง ทั้งนี้เพื่อสุขภาพอนามัยที่ดี ลดกลิ่นที่อาจทำให้เป็นการสะสมเชื้อโรค และมีกลิ่นอุจจาระทำให้รู้สึกไม่สบายใจ และวิตกกังวลกับกลิ่นดังกล่าว

วิธีทำความสะอาด หลังการเปลี่ยนถุงทุกครั้ง ควรเทของเสียออกจากถุง ฉีดล้างด้วยฝักบัวชำระล้าง ปล่อยให้ของเสียที่ตกค้างไหลภายในถุง ถูกชะล้างออกให้มากที่สุด แล้วจึงนำถุงรองรับมาล้างทันที ด้วยน้ำยาล้างจาน ครีมอาบน้ำ หรือแชมพูสระผมจนสะอาด ไม่ควรแช่ถุงทิ้งไว้เพราะจะทำให้มีกลิ่นติดค้างอยู่ที่ถุงรองรับ นำไปผึ่งลมจนแห้ง แล้วจึงนำมาใช้ใหม่

อุปกรณ์ที่ควรเตรียมไว้เวลาเปลี่ยนถุง คือ

๑. ถุงแบบ ๒ ชั้น หรือชั้นเดียวชุดใหม่ ควรตรวจสอบยี่ห้อและขนาดของแป้นและถุงให้ตรงกัน ก่อนนำมาใช้
๒. กระดาษ หรือ ถุงใส่ถุงรองรับที่ใช้แล้ว

๓. แผ่นพลาสติกใส หรือเบ็ด เพื่อวัดขนาดทวารใหม่และปากกาสำหรับลอกลายขนาดทวารใหม่ลงบนแผ่น plastic เพื่อทาบบนแป้น

๔. น้ำ และกระดาษชำระ หรือสำลี สำหรับล้างทำความสะอาด
๕. กรรไกรปลายโค้งสำหรับตัดอุปกรณ์ที่ใช้ให้พอดีกับขนาดทวารใหม่

การทำความสะอาดทวารใหม่และเปลี่ยนถุงรองรับ

การทำความสะอาดทวารใหม่ ร่วมกับการใช้อุปกรณ์รองรับสิ่งขับถ่าย ช่วยลดกลิ่นจากการหมักหมมของสิ่งขับถ่าย ทำให้มีสุขอนามัยที่ดี และช่วยให้ตรวจพบความผิดปกติต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ระยะเริ่มแรก แก่ไขความผิดปกติได้ง่ายและได้ผลดี โดยมีขั้นตอน ดังนี้

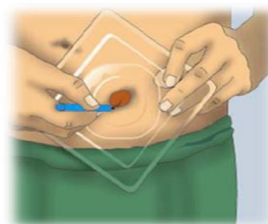
๑. ลอกหรือถอดอุปกรณ์รองรับ ออกจากผิวหนัง เมื่อรั่วซึม



๒. ทำความสะอาดทวารใหม่และผิวหนังโดยรอบ ด้วยน้ำน้ำสบู่อ่อน แล้วเช็ดหรือล้างคราบออกให้หมดด้วยน้ำ/ สะอาด ซับผิวหนังโดยรอบทวารใหม่ให้แห้ง

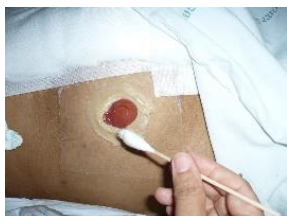
๓. การติดแป้นถุงรองรับใหม่ / โดยเลือกแป้นที่มีขนาดวงพลาสติกกว้างกว่าขนาดของทวารใหม่ประมาณ ๑/๒ นิ้ว และถุงรองรับที่เข้าชุดกัน

๓.๑ ตัดแป้นที่อยู่ในวงพลาสติกให้เป็นช่องขนาดใหญ่กว่าทวารใหม่ ประมาณ ๑ - ๒ มิลลิเมตร โดยเทียบขนาดกับแบบวัดหรือลอกขนาดทวารใหม่ลงบนแผ่นพลาสติกใสก่อน แล้วจึงนำไปเป็นแบบในการตัด (ดังรูป)



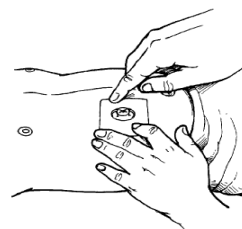
๓.๒ วัดขนาดทวารใหม่ ทุกครั้งที่เปลี่ยนอุปกรณ์ เพราะขนาดของทวารใหม่จะเล็กลงและจะคงที่หลังผ่าตัด ๖ - ๘ สัปดาห์ หลังผ่าตัด

๓.๓ ในกรณีเป็นทวารใหม่ของลำไส้เล็กหรือทวารใหม่ทางเดินปัสสาวะ หรือผิวหนังโดยรอบไม่เรียบ ให้ปรับระดับผิวหนังโดยทากาว paste รอบทวารใหม่ ดังรูป

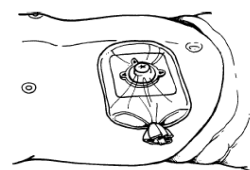


๓.๔ ใช้สำลีชุบน้ำสะอาดบีบหมาด แล้วปรับแต่งกาวบนผิวหนังรอบทวารใหม่ รองนากาวแห้ง ระหว่างนี้ คอยซับของเสียที่ออกจากทวารใหม่ เป็นระยะ

๓.๕ ลอกกระดาษกาวด้านหลังออก แล้วนำไปแปะปิดครอบทวารใหม่



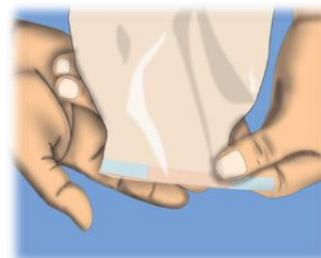
๓.๖ เริ่มติดที่ส่วนล่างของทวารใหม่ก่อน และรีดให้ตัวแป้นแนบสนิทกับผิวหนังโดยรอบ



๓.๗ นำถุงรองรับปิดให้แน่นสนิทกับแป้น โดยเริ่มติดส่วนล่างก่อน

*กรณีใช้ถุงปลายเปิด พับปลายถุงรองรับขึ้น ๑ นิ้ว ปิดปลายถุงให้สนิทด้วยคลิปหรือหนังยาง

ภาพการพับปลายถุงโดยใช้คลิป



ติดถุงรองรับ โดยให้ถุงเอียงทำมุม ๔๕ องศา เพื่อให้ระบายของเสียได้สะดวก ทั้งในท่านั่งและท่านอน

การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนและการแก้ไขเบื้องต้น

อาการผิดปกติของทวารใหม่และผิวหนังที่พบบ่อย



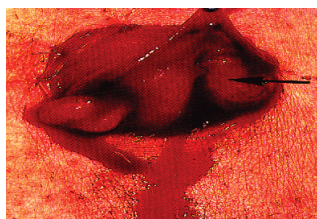
ผิวหนังเป็นรอยแดง เป็นผื่นแพ้หรือลอกเป็นแผลตื้นๆ มีอาการคันจากการแพ้กาวของอุปกรณ์รองรับ หรือการลอกแป้นออกแรงหรือบ่อยเกินไป

แก้ไขโดย เลือกใช้วัสดุที่ไม่ทำให้มีอาการแพ้



ผิวหนังเป็นตุ่มอักเสบหรือตุ่มหนอง มักเกิดจากการอักเสบของรูขุมขนจากการลอกแป้นแรงเกินไป เกิดร่วมกับการขังของสิ่งขับถ่าย

แก้ไขโดย กำจัดขนและลอกแป้นด้วยความนุ่มนวล เบามือ



การมีเลือดออกจากทวารใหม่ เกิดจากการเซ็ดทวารใหม่แรงเกินไปหรือได้รับบาดเจ็บ โดยไม่รู้ตัว ถ้ามีเลือดออกไม่หยุด ควรปรึกษาแพทย์



ผิวหนังเป็นแผลตื้นๆรอบทวารใหม่ เกิดจากการระคายเคืองของผิวหนังจากกรดต่างในอุจจาระกัดทำลายผิวหนัง เมื่อ มีการรั่วของแป้นร่วมกับการขังของสิ่งขับถ่าย

แก้ไขโดย หมั่นตรวจจสอบ หาสาเหตุและจัดการ

ปัญหาที่ต้องปรึกษาแพทย์ ได้แก่ การยื่นออกของลำไส้จากเดิมที่ทำไว้ จากการยกของหนัก ไส้เลื่อนหลังการผ่าตัด และการดิ่งกลับของลำไส้ เป็นเหตุให้ ทวารใหม่ มีขนาดเตี้ยลงจากที่ทำไว้ หรือต่ำกว่าระดับของผิวหนังหน้าท้อง



ภาพการยื่นออกของลำไส้จากเดิมที่ทำไว้



ภาพการดิ่งกลับของลำไส้

อาการที่ควรมาพบแพทย์ หรือพยาบาลเฉพาะทาง

อาการที่ควรมาพบแพทย์ หรือพยาบาลเฉพาะทาง ได้แก่

๑. ถ่ายเหลวผ่านทางทวารใหม่นานกว่า ๒ วัน
๒. มีเลือดออกทางทวารใหม่มากผิดปกติ
๓. ทวารใหม่ มีสีที่เปลี่ยนไปจากปกติ
๔. เกิดการรั่วหรือซีมรอบ ๆ ทวารใหม่
๕. เกิดอาการปวดท้องร่วมกับการมีไข้

อาหารและพฤติกรรมมารับประทานที่เหมาะสม

ควรรับประทานอาหารเป็นเวลาสม่ำเสมอ วันละ ๔ ถึง ๖ มื้อ เพื่อให้ลำไส้ทำงานปกติขึ้น รับประทานอาหารมื้อหนักในเวลากลางวัน และมื้อเย็นควรเป็นอาหารเบาๆ เพื่อลดอุจจาระในเวลากลางคืน และดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อย แก้วต่อวัน ๑๒-๑๐

ควรเริ่มอาหารแต่ละชนิด ครั้งละ ชนิด เพื่อทราบว่าอาหารชนิดนั้น มีผลต่อการขับถ่ายอย่างไร ถ้าเกิด ๑ อาการผิดปกติ ให้หลีกเลี่ยงอาหารชนิดนั้น แล้วค่อยๆเพิ่มอาหารชนิดนั้นอีกเป็นระยะควรสังเกตชนิดของอาหารชนิดใดทำให้มีอาการท้องเสีย หรืออาการท้องผูก

สำหรับผู้ที่มิตวารใหม่ลำไส้เล็ก

รูเปิดของทวารใหม่จะมีขนาดเล็ก มีโอกาสเกิดภาวะอุดตันของลำไส้ ในระยะแรกจึงควรงดอาหารที่มีเส้นใยมาก จากนั้นค่อยเริ่มครั้งละน้อย ๆ เคี้ยวให้ละเอียด แล้วสังเกตการขับถ่าย ถ้าไม่มีอาการผิดปกติ จึงเพิ่มปริมาณ และเนื่องจากอุจจาระที่ออกมาเป็นน้ำมากกว่าเนื้อ จึงควรดื่มน้ำอย่างน้อย วัน ละยึ่งอาหารที่ทำให้/แก้ว ๑๒-๑๐ ท้องเสีย เช่น อาหารรสเผ็ดจัด อาหารมันมาก

สำหรับผู้ที่มิตวารใหม่ลำไส้ใหญ่ เมื่อผ่านระยะพักฟื้นแล้ว สามารถรับประทานอาหารได้ตามปกติเหมือนก่อนผ่าตัด

อาหารที่ช่วยให้อุจจาระเป็นก้อน
ควบคุมอาการท้องเดิน เช่น
กล้วย เนยแข็ง และมันฝรั่ง เป็นต้น



อาหารที่ช่วยให้อุจจาระเหลว หรือทำให้มีอาการท้องเดิน
ได้แก่ แอลกอฮอล์ถั่วแห้ง, บร็อคโคลี่ อาหารที่มีมัน
ผักใบเขียว กระหล่ำปลี กระหล่ำดอก, อาหารรสเผ็ดจัด,
อาหารรสหวานมาก, นม, น้ำผลไม้ ลูกพรุน

กรณีที่มีอาการถ่ายเหลว ท้องเสีย

ใช้ถุงรองรับชนิดปลายเปิด เพื่อเลี่ยงการลอกอุปกรณ์ออกจากผิวหนังบ่อยๆ การใช้กาวทารอบวงทวารใหม่
ก่อนติดถุงรองรับ จะช่วยป้องกันการรั่วซึมได้ดี และเลี่ยงอาหารรสจัด เครื่องเทศ และดื่มน้ำมากๆ ถ้ามีปัญหา
ผิวหนังเป็นแผล ติดอุปกรณ์รองรับแล้วหลุดร่วบ่อย อาจใช้ผงโรยแผล ก่อนทากาวแล้วปิดอุปกรณ์รองรับไว้
งดอาหารชั่วคราวเพื่อลดการขับถ่าย ดูแลแผลไม่ให้เปื่อยและ แผลจะหายได้เองภายใน ๒-๓ วัน ถ้าไม่ดีขึ้นควรรมา
โรงพยาบาลหรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

กรณีมีอาการถ่ายแข็งผิดปกติ ควรรับประทานอาหารที่มีเส้นใย เช่น ผัก ผลไม้ และควรดื่มน้ำมากๆ

กรณีที่ได้รับการฉายแสงบริเวณหน้าท้องและอุ้งเชิงกราน ควรใช้อุปกรณ์แบบ ๒ ชั้น เพื่อเลี่ยงการระคายเคือง
จากการลอกอุปกรณ์บ่อยๆ และการเปราะเปื้อนสิ่งขับถ่ายขณะระบายจากถุงรองรับระหว่างฉายแสง ถ้าติด
อุปกรณ์แล้วหลุดร่วบ่อย ผิวหนังรอบทวารใหม่ จะมีอาการอักเสบเป็นแผลได้ ควรรีบปรึกษาแพทย์พยาบาลทันที/

การมีแก๊สในลำไส้มาก เกิดจากอาหารประเภทถั่ว, เปียร์, หัวหอม, กระหล่ำปลี การเคี้ยวไม่ละเอียด, พุดคุดขณะ
รับประทานอาหาร, การดุดน้ำจากหลอด, การสูบบุหรี่และการเคี้ยวหมากฝรั่ง เป็นต้น



ควบคุมแก๊ส โดยเลี่ยงอาหารตระกูลถั่ว น้ำอัดลม
การเคี้ยวหมากฝรั่งและการพุดคุดขณะรับประทานอาหาร

อาหารที่ทำให้เกิดกลิ่น ได้แก่ อาหารทะเล, อาหารรสเผ็ด, ไข่, ชะอม, สะตอ, อาหารประเภทถั่ว กระเทียม หัวหอม หน่อไม้ฝรั่ง เนื้อ และเครื่องเทศ เป็นต้น



ลดกลิ่นโดย รับประทาน ผักชีฝรั่ง ผักใบเขียวเข้ม บัตเตอร์มิลด์ และโยเกิร์ต การทำความสะอาดถุงบ่อย ๆ หรืออาจเลือกใช้ถุงที่มีถ่านสำหรับซับกลิ่น

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การออกกำลังกาย

หลังผ่าตัด ๖ สัปดาห์แรก สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ ทั้งเรื่องงานอาชีพ เล่นกีฬา เริ่มจากกีฬาเบาๆ เลี่ยงกีฬาประเภทที่ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องหรือมีการปะทะ

ท่านอาจใช้เข็มขัดหรือผ้าพันหน้าท้องเจาะช่องเปิดทวารใหม่ไว้ เพื่อป้องกันการรั่วซึมขณะเล่นกีฬา หรือในขณะที่ทำกิจกรรมที่ต้องการความแน่นกระชับของถุงรองรับ แต่ต้องระวังไม่ควรยกของหนักเพื่อป้องกันไส้เลื่อนและลำไส้ยื่น

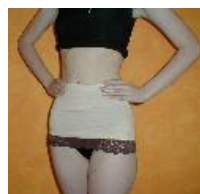
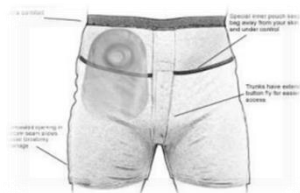


การมีเพศสัมพันธ์ เมื่อมีสภาพร่างกายแข็งแรง ท่านสามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ตามปกติ เตรียมตัว โดยระบายสิ่งขับถ่าย การทำความสะอาด หรือเปลี่ยนอุปกรณ์รองรับก่อนการมีเพศสัมพันธ์ รวมทั้งการใช้ผ้าพันรอบลำตัวปิดทวารใหม่จะช่วยให้มั่นใจเพิ่มขึ้น ท่านสามารถขอรับคำปรึกษาจากแพทย์และพยาบาลผู้ดูแลได้

การอาบน้ำ ควรใช้วิธีตักอาบหรืออาบด้วยฝักบัว โดยปิดอุปกรณ์รองรับหรือไม่ปิดก็ได้ หลังอาบน้ำให้ซับซุ่มทุกส่วนของอุปกรณ์รองรับที่ปิดอยู่เดิมให้แห้งหรือรีบปิดอุปกรณ์รองรับชุดใหม่



การแต่งกาย ควรสวมเสื้อผ้าที่หลวมเล็กน้อย ใช้เสื้ออึก เสื้อคลุม กระโปรงหรือ กางเกงที่มีจีบด้านหน้า ช่วยพรางตา สามารถใช้กางเกงในตัวหลวมที่คลุมถุงรองรับสิ่งขับถ่าย หรือใช้กางเกงในที่มีขอบเอวอยู่ใต้ถุงรองรับสิ่งขับถ่ายก็ได้ตามชอบ



การเดินทาง ท่านสามารถเดินทางไปที่ต่างๆ ได้ เพียงแต่เตรียมอุปกรณ์รองรับสำรองไปด้วย ๒-๓ ชุด เพื่อให้พร้อมใช้งานเมื่อมีความจำเป็น

การเข้าสังคมและการทำงาน การใช้ชีวิตในสังคม แรกๆท่านอาจรู้สึกมีผลกระทบบ้าง แต่ความรู้ความเข้าใจรวมทั้งแรงสนับสนุนจากบุคคลใกล้ชิด จะช่วยสร้างกำลังใจที่ดี ทำให้รับรู้ว่าเป็นที่รักและต้องการของบุคคลรอบข้าง จะช่วยให้ปรับตัวได้ดีขึ้นในการทำงาน ท่านอาจเตรียมอุปกรณ์ทำความสะอาดไว้ เพื่อดูแลทวารใหม่เมื่อจำเป็น นอกจากนี้ท่านสามารถใช้ถุงรองรับชนิดปลายปิดในสถานที่ที่ไม่สะดวกในการทำความสะดวกอุปกรณ์ เพื่อช่วยเพิ่มความมั่นใจ

ก่อนกลับบ้านผู้ป่วยและญาติ ควรได้ฝึกปฏิบัติ ดังนี้

- เปลี่ยนแป้นหรือถุงรองรับด้วยตนเอง
- ได้รับการนัดหมายในการกลับมารับการตรวจจากแพทย์ และสถานที่บริการสุขภาพในชุมชน เช่น ศูนย์บริการต่างๆ แหล่งซื้ออุปกรณ์ และชนิดของอุปกรณ์ที่ใช้
- ฝึกสังเกต เรียนรู้เกี่ยวกับ ทวารใหม่ และการขอความช่วยเหลือจากแพทย์และพยาบาล

แหล่งที่ท่านสามารถหากกลุ่มเพื่อน คำแนะนำและความช่วยเหลือ

ได้แก่ ชมรมจิตอาสาทวารเทียม โรงพยาบาลราชวิถี ชมรมมิตรภาพบำบัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติ โรงพยาบาลรามาริบัติ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลศิริราช และโรงพยาบาลใกล้บ้านท่าน

ใบความรู้ที่ ๕ การเฝ้าระวังและการประเมินแผล

๑. ชนิดของบาดแผล

๑.๑ แบ่งตามความสะอาดของแผล

๑) **แผลสะอาด** หมายถึง แผลที่ไม่มีการติดเชื้อหรือเป็นแผลที่เคยปนเปื้อนเชื้อแต่ได้รับการดูแลจนแผลสะอาดไม่มีการติดเชื้อ เนื้อเยื่อของแผลเป็นสีชมพูอมแดง และมักเป็นแผลปิด (closed wound) หรือเป็นแผลที่เกิดจากการวางแผนล่วงหน้าเพื่อการตรวจรักษามีการควบคุมภาวะปราศจากเชื้อ เช่น แผลผ่าตัด แผลเจาะหลัง แผลให้น้ำเกลือ เป็นต้น

๒) **แผลกึ่งสะอาดกึ่งปนเปื้อน** ลักษณะของแผลคล้ายแผลสะอาดแต่มักเป็นแผลผ่าตัดในระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบสืบพันธุ์ ระบบทางเดินปัสสาวะและยังไม่เกิดการติดเชื้อ

๓) **แผลปนเปื้อน** เป็นแผลที่ไม่สะอาด ได้แก่ แผลที่เกิดจากอุบัติเหตุ เช่น แผลถลอก แผลไฟไหม้ แผลน้ำร้อนลวก แผลถูกรังสี แผลถูกรวด - ต่าง ไฟฟ้าช็อตหรือแผลผ่าตัดที่มีการปนเปื้อนเชื้อในระหว่างผ่าตัด โดยแผลมีการอักเสบ คือ มีอาการ ปวด บวม แดง ร้อน แต่ยังไม่มีการติดเชื้อ

๔) **แผลติดเชื้อหรือแผลสกปรก** เป็นแผลที่มีการปนเปื้อนเชื้อจนเกิดการติดเชื้อเกิดการอักเสบ มีหนอง สวนใหญ่เป็นแผลที่เกิดจากอุบัติเหตุ

๑.๒ แบ่งตามลักษณะการทำลายของผิวหนัง

๑) **แผลปิด** หมายถึง บาดแผลที่ผิวหนังหรือเยื่อไม่ฉีกขาดออกจากกัน แต่เนื้อเยื่อที่อยู่ใต้ผิวหนังได้รับบาดเจ็บ มักเกิดจากของไม่มีคม ได้แก่

- แผลฟกช้ำ เป็นการฉีกขาดของกล้ามเนื้อใต้ผิวหนังพบรอยฟกช้ำเส้นเลือดแตก เลือดออกแทรกเข้าไปในเนื้อเยื่อ อาจรวมเป็นก้อนเลือด หากก้อนเล็กร่างกายสามารถดูดซึมเลือดที่คั่งให้หายไปได้เอง

- แผลกระทบกระเทือน มักใช้เกี่ยวกับการกระทบกระเทือนของระบบประสาท

- แผลแตก เป็นการแตกฉีกขาดของอวัยวะภายในร่างกาย

- แผลผ่าตัด ขอบแผลเรียบ กล้ามเนื้อ และผิวหนังถูกเย็บปิด

๒) **แผลเปิด** หมายถึง แผลที่มีการฉีกขาดหรือการถูกทำลายของผิวหนังให้ แยกออกจากกัน ได้แก่

- แผลถลอก เป็นบาดแผลที่มีการทำลายของผิวหนังชั้นนอก มีเลือดซึมเล็กน้อย สาเหตุเกิดจากอุบัติเหตุ การถูกรูดขีดข่วน หรือลื่นไถลบนพื้นหยาบขรุขระ

- แผลฉีกขาด ลักษณะของผิวหนังบริเวณขอบแผล ที่ฉีกขาดจะกะรุ่งกะริ่ง และมีการทำลายของเนื้อเยื่อมาก แผลอาจลึกและเสี่ยงต่อการติดเชื้อซึ่งสาเหตุอาจเกิดจากของมีคมหรือไม่มีคมก็ได้

- แผลตัด เป็นแผลที่เกิดจากวัตถุมีคม ขอบแผลเรียบแต่มีการฉีกขาดของเส้นเลือด เช่น แผลถูกมีดบาด เป็นต้น

- แผลทะลุ เป็นแผลที่มีความลึกมากกว่าความกว้างและความยาว ได้แก่ แผลถูกแทงด้วยของแหลม และแผลถูกยิง

- แผลที่มีเนื้อเยื่อขาดหรือหลุดออกจากร่างกาย เป็นแผลที่มีการตัดขาดของเส้นเลือดและเส้นประสาทพร้อมด้วยแผลชนิดนี้ทำให้เสียเลือดมากและมักมีการปนเปื้อนเชื้อมาก

- แผลถูกระเบิด (explosive wound) เป็นบาดแผลที่ถูกสะเก็ดระเบิด

๑.๓ แบ่งตามสาเหตุของการเกิดบาดแผล ได้แก่

- ๑) แผลเกิดโดยเจตนา เป็นแผลที่กระทำขึ้นเพื่อการรักษา เช่น แผลผ่าตัด แผลที่เกิดจากการเจาะ เป็นต้น
- ๒) แผลเกิดโดยไม่เจตนา เป็นแผลที่เกิดขึ้นโดยอุบัติเหตุ

๑.๔ ตามระยะเวลาที่เกิดแผล

- ๑) แผลสด หมายถึง แผลที่เกิดขึ้นใหม่ ๆ
- ๒) แผลเก่า หมายถึง แผลที่อยู่ในระยะการหายของแผล
- ๓) แผลเรื้อรัง หมายถึง แผลที่มีการติดเชื้อมีการทำลายเนื้อเยื่อ และมีการตายของเนื้อเยื่อ ซึ่งเรียกว่าเนื้อตาย และมีสิ่งขับหลังจากการอักเสบของแผลเป็นหนอง เช่น
 - แผลกดทับ เป็นแผลที่เกิดจากผิวหนังถูกกดทับเป็นเวลานาน จนเลือดไหลเวียนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อไม่เพียงพอ ทำให้เนื้อเยื่อบริเวณนั้นตาย
 - แผลที่เกิดจากการฉายรังสีรักษา บริเวณที่ถูกฉายรังสีจะมีสีผิวเข้มขึ้น การทำงานของเซลล์ หนึ่งกำพราถูกยับยั้งทำให้ไม่มีการสร้างเซลล์ใหม่ขึ้นมาทดแทนผิวหนังส่วนนี้จะบอบบางทำให้เกิดแผลได้ง่ายและแผลเนื้อน่วมเป็นแผลที่เกิดจากการขาดเลือดมาเลี้ยงหรือเลือดมาเลี้ยงไม่เพียงพอ

๑.๕ แผลประเภทอื่น ๆ การแบ่งชนิดของบาดแผลประเภทอื่นๆ ได้แก่ แผลที่มีรูทะลุ เป็นแผลที่มีช่องทางเปิด ผิดปกติอาจเกิดขึ้นเองหรือเกิดจากการเจาะให้เกิดรูและแผลไหม้พอง (burn) เกิดจากความร้อน ได้แก่ ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก สารเคมี และไฟฟ้าช็อต

๒. การอักเสบ

การอักเสบ เป็นปฏิกิริยาการตอบสนองที่ซับซ้อนของเซลล์หรือเนื้อเยื่อต่อสิ่งที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อเซลล์และเนื้อเยื่อที่เสียหายหรือตายลงทันที ปฏิกิริยาที่สำคัญของการอักเสบ คือการเปลี่ยนแปลงของหลอดเลือด การเคลื่อนตัวของเซลล์เม็ดเลือดขาวออกจากหลอดเลือดเข้าสู่เนื้อเยื่ออาจเกิดร่วมกับการเปลี่ยนแปลงในระบบอื่นของร่างกาย ปฏิกิริยาเหล่านี้เกิดขึ้นใน ระบบหลอดเลือดฝอยภายในเนื้อเยื่อ เพื่อป้องกันเนื้อเยื่อและกำจัดสิ่งที่ก่ออันตรายต่อเนื้อเยื่อ รวมทั้งกำจัดเนื้อเยื่อที่เสียหายหรือเนื้อเยื่อที่ตายแล้ว นอกจากนี้การอักเสบยังเป็นการเริ่มต้นซ่อมแซมเซลล์ เนื้อเยื่อที่มีบทบาทเกี่ยวกับการอักเสบ ได้แก่ เซลล์เม็ดเลือดขาว เกร็ดเลือด หลอดเลือด เนื้อเยื่อเกี่ยวพัน กระบวนการอักเสบจะดำเนินไปพร้อมๆกับกระบวนการซ่อมแซม

๓. การทำแผล

การทำแผลเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมการหายของแผล เป็นการป้องกันแผลจากสิ่งที่ก่อให้เกิดการระคายเคืองและสิ่งที่ขัดขวางการหายของแผล การทำแผลอย่างถูกหลักการและเลือกใช้น้ำยาสำหรับใส่แผลที่เหมาะสมกับบาดแผล จะช่วยลดการอักเสบและส่งเสริมการหายของแผลได้ดี

๓.๑ หลักการทำแผล

- ๑.๑ ต้องล้างแผลให้สะอาดโดยใช้เครื่องมือ และสารที่ปราศจากเชื้อปฏิบัติโดยยึดหลักปราศจากเชื้อในการทำแผล เพื่อลดปริมาณเชื้อโรคบนบาดแผลและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค
- ๑.๒ กรณีที่มีแผลหลายแห่ง ให้ทำแผลที่สะอาดกว่าก่อนจึงจะทำแผลส่วนที่สะอาดน้อยกว่า และทำแผลให้กับผู้ป่วยที่มีแผลสะอาดก่อนผู้ป่วยที่มีแผลสกปรกหรือแผลติดเชื้อ
- ๑.๓ กำจัดเนื้อตายหรือสิ่งแปลกปลอมออกจากแผลให้มากที่สุดเท่าที่ทำได้ อาจใช้กรรไกรตัดเนื้อตายออกหรือใช้สารที่ช่วยทำให้เนื้อตายเปื่อยยุ่ยและหลุดออกได้ง่าย ทั้งนี้ต้องกระทำด้วยความระมัดระวังเพื่อป้องกันการ

รบกวนกระบวนการหายของแผลซึ่งจะส่งผลให้แผลหายช้า และผู้ป่วยจะเจ็บแผลมาก

๑.๔ แผลที่มีของเหลวตกค้าง เช่น เลือดหนอง เป็นต้น ต้องเช็ดออกให้มากที่สุด หรือทำให้ของเหลวไหลออกมาได้สะดวก ซึ่งแพทย์อาจทำได้โดยการใส่ท่อระบาย

๑.๕ ในขณะที่ทำแผลให้ระมัดระวัง อย่าให้แผลกระทบกระเทือนจนเกินไป ต้องปฏิบัติด้วยความนุ่มนวล

๑.๖ ก่อนปิดแผลถ้ามีเลือดออกต้องห้ามเลือดก่อน มิฉะนั้นเลือดจะแห้งกรังติดกับแผล และทำให้การเปิดแผลครั้งต่อไปยาก และอาจมีเลือดออกอีกได้ นอกจากนี้ยังอาจทำให้แผลเกิดการติดเชื้อ

๓.๒ ชนิดของการทำแผล

ลักษณะแผลที่แตกต่างกัน จะมีวิธีการทำแผลที่แตกต่างกัน ดังนั้นการจะเลือกทำแผลควรพิจารณาจากลักษณะของบาดแผลร่วมด้วย

การทำแผลชนิดแห้ง หมายถึง การทำแผลที่ไม่ต้องใช้ความชุ่มชื้นช่วยในการหายของแผล ใช้ในการทำแผลที่สะอาด ปากแผลปิด เช่น แผลผ่าตัดซึ่งเป็นแผลที่สะอาด และเย็บไว้ เป็นต้น

การทำแผลชนิดเปียก (wet dressing) หมายถึง การทำแผลที่ต้องใช้ความชุ่มชื้น ช่วยในการหายของแผล มักใช้ในการทำแผลเปิด การทำแผลชนิดนี้จะใช้เมื่อแผลมีการสูญเสียเนื้อเยื่อ หรือมีการหายแบบทุติยภูมิ เพื่อช่วยในการขจัดสิ่งแปลกปลอมหรือเนื้อเยื่อที่ตายแล้ว เช่น แผลกดทับ แผลมีหนอง แผลผ่าตัดที่มีการติดเชื้อแล้วขอบแผลแยก เป็นต้น

๓.๓ น้ำยาที่ใช้สำหรับทำแผล

น้ำยาที่ใช้ในการทำแผลมีหลายชนิด แต่ละชนิดมีคุณสมบัติแตกต่างกัน ดังนั้นในการทำแผลต้องพิจารณาความเหมาะสมของสารที่จะใช้เพื่อส่งเสริมกระบวนการหายของแผล

น้ำเกลือ ๐.๙% (๐.๙% normal saline/sodium chloride/NaCl/๐.๙% normal saline) นิยมใช้ล้างแผล เพราะมีความเข้มข้นใกล้เคียงกับของเลือด ไม่ระคายเคืองต่อผิวหนัง ช่วยให้เนื้อเยื่อชุ่มชื้น

แอลกอฮอล์ ๗๐% (๗๐% alcohol) ใช้สำหรับเช็ดผิวหนังรอบๆแผล เพื่อลดจำนวนเชื้อโรคที่ผิวหนัง แต่ไม่สามารถทำลายเชื้อไวรัสและแบคทีเรียที่มีสปอร์ มีฤทธิ์ละลายไขมัน และการใช้ติดต่อกันบ่อยครั้งจะทำให้ผิวหนังแห้ง สามารถก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อได้เมื่อนำไปใช้ในบาดแผลหรือบริเวณที่มีรอยแผลสด ทำให้สิ่งขับหลังเกิดตะกอนขุ่นซึ่งจะมีผลต่อการอักเสบติดเชื้อบริเวณนั้นได้อีกด้วย **ดังนั้น จึงไม่ควรใช้แอลกอฮอล์**

เช็ดแผลโดยตรงไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์ ๓% (๓% hydrogen peroxide) ใช้สำหรับล้างแผลสกปรกที่มีหนอง เมื่อน้ำยาสัมผัสกับเนื้อเยื่อหรือหนองจะเกิดการปล่อยออกซิเจนออกมาเป็นฟองฟูและมีความร้อนเกิดขึ้น ไฮโดรเจนเปอร์ออกไซด์แปรสภาพได้ง่ายและจะสลายตัวถ้ามีสารอินทรีย์ปน หรือสัมผัสกับความชื้นและแสงสว่าง ดังนั้นจึงควรเก็บไว้ในขวดสีชาที่มีฝาปิดแน่น

เดกิน (daklin's solution หรือ hypochlorite solution) ใช้สำหรับล้างแผลสกปรก แผลที่มีหนองมีฤทธิ์กัดกร่อนเนื้อเยื่อ จึงนิยมใช้กับแผลที่มีเนื้อตายก่อนใช้ต้องเจือจางความเข้มข้นให้เป็น ๑:๑ ส่วน น้ำยาชนิดนี้ระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อมากจึงไม่ควรใช้กับแผลสด ห้ามใช้ในผู้ป่วยเบาหวาน มีข้อเสียคือจะละลายลิ้มเลือดและทำให้เลือดแข็งตัวช้าลงได้

โพวิโดน-ไอโอดีน ๑๐% (๑๐% povidone-iodine solution) เป็นน้ำยาฆ่าเชื้อโรค ใช้สำหรับเช็ดแผล และผิวหนังรอบแผล ไม่ระคายเคืองผิวหนัง

ทิงเจอร์เบนซอยด์ (tincture benzoin) ใช้สำหรับทาผิวหนังหลังทำแผลเสร็จ เพื่อช่วยเคลือบผิวหนังไม่ให้ระคายเคืองจากสิ่งที่ไหลออกมาจากแผล นอกจากนี้ความเหนียวของน้ำยายังช่วยให้พลาสติกติดแน่น และเมื่อดึงออกไม่เกิดรอยแดงหรือถลอก

ทิงเจอร์ไอโอดีน ๒.๕% (๒.๕% tincture iodine) น้ำยานี้สามารถฆ่าได้ทั้งเชื้อไวรัส และเชื้อแบคทีเรีย โดยจะฆ่าเชื้อแบคทีเรียที่ผิวหนังได้ประมาณร้อยละ ๙๐ ภายใน ๙๐ วินาที จึงนิยมใช้เป็นน้ำยาสำหรับทำให้ผิวหนังปราศจากเชื้อเซ็ดผิวหนังรอบแผล อาจใช้ในการรักษาแผลถลอกได้ ยาทำให้ติดสี และเมื่อทาบริเวณผิวหนังแล้วตัวทำละลายจะระเหยไปทำให้ความเข้มข้นสูงขึ้น ทำให้ผิวหนังไหม้พองได้ ดังนั้นหลังจากใช้น้ำยา ๑ นาที ให้เช็ดตามด้วยแอลกอฮอล์ ๗๐%

ยาแดง (mercuochrome) ใช้กับแผลสดที่มีรอยถลอกเล็กๆ หรือเป็นแผลที่ไม่ลึก เนื่องจากตัวยาช่วยดูดน้ำ ทำให้หน้าแผลแห้งเร็ว เป็นแผ่น ซึ่งในบางครั้งเนื้อเยื่อใต้แผลอาจยังไม่แห้ง จึงอาจเป็นแหล่งสะสมเชื้อโรค

ซิงคเพสต์ (zinc paste) ใช้ทาขอบผิวหนังรอบแผลเพื่อป้องกันการระคายเคืองจาก สิ่งที่ไหลออกจากแผล

เบนซิน (benzene) และอะซิโตน (acetone) ใช้เช็ดคราบเหนียวของพลาสติกที่ติดตามผิวหนัง

๓.๔ อุปกรณ์ที่ใช้ในการทำแผล อุปกรณ์ที่ใช้ในการทำแผล มีทั้งอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำความสะอาดแผลและวัสดุปิดแผลที่มีคุณสมบัติที่แตกต่างกัน จึงควรเลือกใช้ตามความเหมาะสม

๑) อุปกรณ์ทำความสะอาดแผล ได้แก่

- ชุดทำแผลปราศจากเชื้อ (sterile dressing set) ประกอบด้วย ปากคีบ ปราศจากเชื้อชนิดไม่มีเขี้ยว ปากคีบปราศจากเชื้อมีเขี้ยว ถ้วยใสสารละลาย สำลี และผ้าก๊อช

- น้ำยาที่ใช้ทำแผล

๒) วัสดุสำหรับปิดแผล วัสดุสำหรับปิดแผลมีหลายชนิดควรเลือกใช้ให้เหมาะสมกับแผล คือ

- ผ้าก๊อช ขนาดต่างๆ สำหรับปิดแผลขนาดเล็ก และมีสิ่งขับหลังเล็กน้อย

- ผ้าก๊อชหุ้มสำลี (top dressing) สำหรับปิดแผลที่มีสิ่งขับหลังจำนวนมาก

- วายก๊อช (Y-gauze) เป็นผ้าก๊อชที่ตัดตรงกลางมีลักษณะเป็นรูปตัว Y ใช้ปิดแผลที่ใส่ท่อระบาย

- วาสลีนก๊อช (Vaseline gauze) เป็นก๊อชชุบวาสลีน สำหรับปิดแผลเพื่อไม่ให้อากาศเข้าสู่แผล

เช่น แผล chest drain เป็นต้น

- ก๊อชเดรน (gauze drain) เป็นผ้าก๊อชลักษณะเป็นสายยาว ใช้สำหรับใส่แผลที่มีรูพรองขนาดเล็ก

- transparent film เช่น tegaderm ลักษณะเป็นแผ่นใส ๆ สามารถมองผ่านเห็นเนื้อแผล ใช้สำหรับปิดแผลขนาดเล็ก แผลที่ใกล้หาย ปิดบริเวณที่แห้งให้น้ำเกลือ

- hydrocolloid เช่น duoderm ลักษณะเป็นแผ่นยางยึดติดกับแผลโดยไม่ต้องใช้พลาสติกปิดทับ ทำให้แผลมีความชุ่มชื้น ช่วยในการเจริญเติบโตของเนื้อเยื่อ เมื่อปิดแผลด้วย hydrocolloid สามารถอยู่ได้นาน ๑ สัปดาห์ โดยไม่ต้องเปิดทำแผล การปิดแผลให้ปิดห่างขอบแผล ๑ นิ้ว นิยมใช้ในแผลกดทับ

๓) พลาสติก (plaster) มีหลายชนิด เช่น transpore, micropore, leucopore เป็นต้น

๔) อุปกรณ์อื่น การใช้อุปกรณ์อื่น ๆ ที่จำเป็นขึ้นอยู่กับจุดประสงค์ในการใช้งานลักษณะของแผล เช่น กรรไกรตัดไหม (suture scissors) ใช้สำหรับตัดไหม กรรไกรตัดชิ้นเนื้อตาย (Metzenbaum scissors) ใช้สำหรับตัดเนื้อตาย ข้อนชุดเนื้อตาย (curette) ใช้สำหรับขูดเนื้อตายที่เปื่อยยุ่ยออก อุปกรณ์สำหรับหยั่งความลึกของแผล (probe) ใช้สำหรับหยั่งความลึกของแผลที่มีลักษณะปากแผลแคบและก้นแผลลึก เช่น ถุงขยะติดเชื้อ เป็นต้น

๓.๕ วิธีการทำแผล ในการทำแผลต้องมีการประเมินลักษณะบาดแผลก่อนทุกครั้ง เพื่อให้วางแผนการทำแผลทั้งจัดเตรียมอุปกรณ์ได้ถูกต้อง เหมาะสม นอกจากนี้การปฏิบัติทุกขั้นตอนต้องใช้เทคนิคปราศจากเชื้ออย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันเชื้อโรคจาก ภายนอกเข้าสู่บาดแผลผู้ป่วย และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคจากบาดแผลออกสู่ภายนอก

- ๑) ล้างมือให้สะอาดเช็ดให้แห้ง เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรค
- ๒) เตรียมอุปกรณ์ให้พร้อม นำไปที่เตียง เตรียมพร้อมใช้งาน
- ๓) จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เปิดไฟ ปิดพัดลม เป็นส่วนตัว และป้องกันการฟุ้งกระจายของเชื้อโรค
- ๔) จัดทำผู้ป่วยให้สุขสบายและสะดวกในการทำแผล ทำแผลได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- ๕) เปิดชุดทำแผล จัดเตรียมอุปกรณ์ เหน้ายา เตรียมพร้อมใช้งาน
- ๖) สวมถุงมือ ดึงพลาสติกปิดแผลออกตามแนวขน จับทาบให้ผ้าปิดแผลที่สัมผัสกับแผลอยู่ด้านในถอดถุงมือทิ้ง ล้างมือให้สะอาดเช็ดให้แห้ง ปกป้องผู้ป่วยเจ็บ ป้องกันการฟุ้งกระจายของเชื้อโรค
- ๗) การทำความสะอาดแผลแบบแห้ง (Dry dressing) เหมาะสำหรับแผลแห้ง ไม่มีสารคัดหลั่ง
 - เช็ดบริเวณรอบแผลด้วยแอลกอฮอล์ โดยเช็ดวนจากขอบแผลด้านในออกมาด้านนอก ไม่เช็ดวนซ้ำรอยเดิม และไม่ควรเช็ดแผลโดยตรง
 - ใสยาทำแผลหรือยาฆ่าเชื้อบริเวณแผล
 - ปิดด้วยผ้าปิดแผลและติดยึดด้วยเทปปิดแผลตามขวางของลำตัว
- ๘) การทำความสะอาดแผลแบบเปียก (Wet dressing) เหมาะสำหรับแผลเปียก แผลที่ยังไม่แห้งมีการอักเสบหรือสารคัดหลั่ง
 - เช็ดบริเวณรอบแผลด้วยแอลกอฮอล์ โดยเช็ดวนจากขอบแผลด้านในออกมาด้านนอก ไม่เช็ดวนซ้ำรอยเดิม และไม่ควรเช็ดแผลโดยตรง
 - ใช้สำลีชุบน้ำเกลือสำหรับล้างแผล เช็ดล้างสารคัดหลั่งภายในแผล โดยเช็ดวนจากขอบแผลด้านในออกมาด้านนอก ไม่เช็ดวนซ้ำรอยเดิม ถ้าแผลยังไม่สะอาดให้เปลี่ยนสำลีก้อนใหม่ และเช็ดซ้ำจนกว่าแผลจะสะอาด
 - ใสยาทำแผลหรือยาฆ่าเชื้อบริเวณแผล หากแผลมีสารคัดหลั่งอยู่มาก สามารถใช้ผ้าก๊อชชุบยาทำแผลปิดทับบนแผล หากแผลเป็นหลุมลึกต้องระวังอย่าให้ปากแผลปิดก่อนที่ก้นแผลจะแห้งโดยเวลาล้างแผล ต้องใช้ผ้าก๊อชยาว ๆ แหยให้ลึกถึงก้นแผล และค้ำไว้ที่ปากแผล
 - ปิดด้วยผ้าปิดแผลและติดยึดด้วยเทปปิดแผลตามขวางของลำตัวรูปภาพ แสดงลักษณะการเช็ดทำความสะอาดแผล

๓.๕ การหายของแผล

เมื่อร่างกายเกิดบาดแผลขึ้น โดยธรรมชาติร่างกายจะมีกลไกให้ เกิดการหายของแผล ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ประกอบด้วย ๓ ลักษณะ ดังนี้

- ๑) **การหายแบบปฐมภูมิ** เป็นการหายของแผลโดยมีการเจริญเติบโตของเยื่อผิวหนังอย่างรวดเร็ว กระบวนการนี้จะเกิดขึ้นเมื่อขอบแผลอยู่ชิดกัน ไม่มีโพรงอยู่ภายในไม่มีการเจริญของเนื้อเยื่อออกทดแทนหรือเนื้อเยื่อแกรนูเลชัน ผิวหนังถูกดึงรั้งน้อยมาก และมีการช่วยให้บาดแผลปิด โดยการเย็บปิดปากแผล การหายของแผลในลักษณะนี้พบในแผลที่มีขนาดเล็กเป็นแผลสะอาดหรือแผลผ่าตัดที่ไม่มีปัญหาแทรกซ้อน ทำให้แผลลักษณะนี้หายเร็ว และเกิดรอยแผลเป็นน้อย

๒) การหายแบบทุติยภูมิ เป็นการหายของแผลที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเคมี ได้แก่ การเผาผลาญของคอลลาเจน การตั้งรังของแผล การเจริญของเยื่อผิวหนังชั้นนอก และการเจริญของเนื้อเยื่อแกรนูโลชัน มักพบในแผลที่มีขนาดใหญ่และลึกขอบแผลกว้าง มีเนื้อตาย มีการทลายหรือขาดหายไปของเนื้อเยื่อ เมื่อแผลหายจะปรากฏรอยแผลเป็นชัดเจน

๓) การหายแบบตติยภูมิ เป็นการหายของแผลที่มีการติดเชื้อเกิดขึ้น การหายของแผลจะเกิดขึ้นภายหลังจากที่จัดการติดเชื้อหมดไป จากนั้นทำการเย็บปิดแผล หรือทำการปลูกถ่ายผิวหนัง

๓.๖ ปัจจัยที่มีผลต่อการหายของแผล

กระบวนการการหายของแผลจะเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นเองตามธรรมชาติ โดยมีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการหายของแผล ทั้งปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมการหายของแผล และปัจจัยที่ลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน ดังนี้

๑) อายุ วัยสูงอายุจะมีการซ่อมแซมแผลได้ช้ากว่าวัยอื่น ๆ เนื่องจากในวัยสูงอายุนี้จะ มีการตอบสนองต่อการอักเสบได้น้อย การสังเคราะห์คอลลาเจนและเยื่อผิวลดลง การสร้างหลอดเลือดขึ้นมาใหม่เป็นไปได้ช้า ผลจากการเหี่ยวผ่อของหลอดเลือดฝอยทำให้เลือดมาเลี้ยงบริเวณบาดแผลน้อย และวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีภูมิคุ้มกันโรคลดลงกว่าเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่

๒) ภาวะโภชนาการ ภาวะโภชนาการเป็นปัจจัยสำคัญในการส่งเสริมการหายของแผล สารอาหารโปรตีนเป็นองค์ประกอบสำคัญในการสร้างเนื้อเยื่อใหม่ และเป็นส่วนประกอบในการนำออกซิเจนไปยังบาดแผล วิตามินซีช่วยในการสร้างคอลลาเจน ไฟโบรบลาสต์ (fibroblast) ช่วยทำลาย แบคทีเรีย วิตามินเอช่วยในการสร้างเยื่อผิวขึ้นปกคลุมบาดแผล สังกะสีเป็นโคเอนไซม์ (coenzyme) ในกระบวนการสังเคราะห์คอลลาเจน ดังนั้นการขาดสารอาหารที่จำเป็นต่อการสร้างเนื้อเยื่อจึงทำให้บาดแผลหายช้า

๓) สภาวะของโรค มีหลายโรคที่เกี่ยวข้องต่อการหายของแผล เช่น การขาดสารที่ทำให้เลือดแข็งตัว ภาวะโลหิตจาง โรคเบาหวาน เป็นต้น เหล่านี้เป็นปัจจัยที่ทำให้แผลหายช้ากว่าปกติ เนื่องจากเม็ดเลือดขาวทำหน้าที่ลดลง มีการไหลเวียนของเลือดไปเลี้ยงที่บาดแผลน้อยลง

๔) ยา ยาบางชนิดทำให้แผลหายช้า เช่น ยาด้านการอักเสบจะกดปฏิกิริยาการอักเสบ ตามธรรมชาติและกีดการสร้างคอลลาเจน ยารักษามะเร็งจะยับยั้งการสร้างเซลล์ใหม่ เป็นต้น

๓.๗ แผลกดทับ

แผลกดทับ หมายถึง การที่ผิวหนังถูกกดทับอยู่ตลอดเวลา ทำให้เนื้อเยื่อขาดเลือดไปเลี้ยงเป็นเวลานาน บริเวณที่ถูกกด เกิดเนื้อตายกลายเป็นแผลทำให้ผิวหนังถูกทำลายลึกลงไปถึงกล้ามเนื้อและกระดูก

สาเหตุการเกิดแผลกดทับ

๑. แรงกดทับตามปุ่มกระดูกต่าง ๆ
๒. การตั้งรังหรือจากแรงเสียดทาน เช่น แรงที่เกิดจากการดึงลากทำให้ผิวหนังถลอกเป็นแผล
๓. ความเปียกชื้นจากเหงื่อ ปัสสาวะ อุจจาระ ทำให้ผิวหนังเปื่อยได้ง่าย

กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดแผลกดทับ

ผู้ที่มีโอกาสเกิดแผลกดทับสูง ได้แก่ ผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวหรือเป็นอัมพาต ผู้ที่ถูกจำกัดการเคลื่อนไหว ผู้สูงอายุ มีปัญหาการกลืนอาหาร/ปัสสาวะไม่ได้ ขาดสารอาหาร มีภาวะโลหิตจาง เบาหวาน มะเร็ง เอ็ดส์ ความดันโลหิต ได้รับยาสเตียรอยด์ในระยะยาวได้รับยากดภูมิ ประสาท หรือยานอนหลับ มีน้ำหนักตัวมาก มีไขว่สูง

การแบ่งระดับของแผลกดทับ

ระดับที่ ๑ บริเวณที่ถูกกดทับจะเป็นรอยแดง ผิวหนังที่ปกคลุม ยังไม่มีรอยฉีกขาดและรอยแดงไม่หายไปภายใน ๓๐ นาที

ระดับที่ ๒ มีการฉีกขาดของผิวหนังชั้นนอก เช่น แผลถลอก เป็นตุ่ม พอง หรือเป็นแผลตื้น

ระดับที่ ๓ เกิดแผลลึกถึงชั้นใต้ผิวหนัง ชั้นพังผืดแผล มักเป็นหลุมลึก มีน้ำเหลืองหรือหนองจากแผล

ระดับที่ ๔ มีการตายของเนื้อเยื่อถึงชั้นกล้ามเนื้อ กระดูก เอ็นหรือ เยื่อหุ้มข้อต่อ เนื้อเยื่อจะมีสีม่วงคล้ำหรือดำ

วิธีการดูแลแผลกดทับ

แผลกดทับ ระดับที่ ๑

- ใช้อุปกรณ์ช่วยลดแรงกดทับรองบริเวณที่พบ
- พลิกตะแคงตัวทุก ๒ ชั่วโมง
- จัดท่าที่ถูกต้อง
- ดูแลผิวหนังให้แห้งสะอาด
- ไม่นวดบริเวณรอยแดง
- ทาผิวหนังด้วยวาสลีน

แผลกดทับ ระดับที่ ๒

- ทำความสะอาดด้วยน้ำเกลือชนิดล้างแผล
- ปิดแผลด้วยผ้าก๊อช หรือวัสดุปิดแผลชนิดต่าง ๆ ตามความเหมาะสม

แผลกดทับ ระดับที่ ๓ และระดับที่ ๔

ทำความสะอาดแผลด้วยน้ำเกลือล้างแผลแล้วปิดแผลด้วยผ้าก๊อช วันละ ๑-๒ ครั้ง หรือปิดแผลด้วยวัสดุที่เหมาะสม

หมายเหตุ ถ้าพบอาการแสดงของการติดเชื้อ เช่น แผลมีหนอง มีเนื่อตาย มีกลิ่นเหม็น ขอบแผลบวมแดง

มีไขว่สูง ควรรีบมาพบแพทย์

วิธีการทำแผล

- ๑) ล้างมือให้สะอาดด้วยน้ำสบู่
- ๒) ลอกพลาสติก โดยใช้นิ้วมือกดผิวหนังลง สวมอีกมือ แกะ พลาสติก ค่อย ๆ ดึงออก
- ๓) กรณีที่ใช้พลาสติกเหนียว ลอกออกยาก ให้ใช้สำลีสูดน้ำเกลือ เช็ดผิวหนังใต้พลาสติก เพื่อช่วยให้ลอกง่ายขึ้น ปองกันผิวหนังถลอก

๔) เปิดแผลโดยไม่ให้มือสัมผัสแผล สังเกตลักษณะแผล ขนาด จำนวน และสีของสิ่งขับหลั่ง

๕) ล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่อีกครั้ง

๖) เปิดชุดทำแผล เทน้ำเกลือลงในถาดทำแผล

๗) คีบสำลี ชุบน้ำเกลือเช็ดขอบแผลวนจากด้านในออกด้านนอกแล้วทิ้ง

๘) คีบสำลีสูดน้ำเกลือ ทำความสะอาดในแผล ๒ - ๓ ครั้ง จากนั้นใช้สำลีสูดให้แห้ง

๙) ปิดแผลด้วยผ้าก๊อชหรือวัสดุปิดแผลตามคำแนะนำที่ได้รับก่อนกลับบ้าน

หมวดที่ ๓ การดูแลเฉพาะโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

๑. เพื่อให้มีองค์ความรู้ ความเข้าใจเรื่องสมองเสื่อม สามารถประเมินและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
๒. เพื่อสามารถให้คำแนะนำผู้ดูแล ครอบครัว และประสานการช่วยเหลือผู้ดูแลและครอบครัว
๓. เพื่อให้มีองค์ความรู้ ความเข้าใจโรคหลอดเลือดสมอง (stroke) ภาวะภาวะซึมเศร้า โรคไต โรคมะเร็ง การเตรียมอาหารสำหรับผู้สูงอายุเฉพาะโรค

เนื้อหาแผนการสอน (จำนวน ๕ ชั่วโมง : ทฤษฎี ๓ ชั่วโมง ปฏิบัติ ๒ ชั่วโมง)

๑. ภาวะสมองเสื่อม (Dementia)
๒. โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)
๓. ภาวะซึมเศร้า
๔. โรคไต
๕. โรคมะเร็ง
๖. การเตรียมอาหารสำหรับผู้สูงอายุเฉพาะโรค

วิธีการสอน

๑. การบรรยาย/การทำกิจกรรม
๒. การฝึกปฏิบัติ
๓. การซักถาม

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

๑. วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียน ด้วยสไลด์ สื่อ วีดิทัศน์ หรือสื่อการเรียนการสอนอื่น ๆ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความสนใจ กระตุ้นเข้าสู่บทเรียน
๒. วิทยากรบรรยายและเป็นการมีส่วนร่วมของผู้เรียน
๓. แบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมตามความเหมาะสม ในการแสดงบทบาทสมมุติให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น
๔. ผู้เข้ารับการอบรม นำเสนอผลการประชุมกลุ่มหรือสิ่งที่ได้จากการแสดงบทบาทสมมุติ
๕. วิทยากรสรุปผลเรียน

สื่อประกอบการเรียน/อุปกรณ์

๑. สื่ออิเล็กทรอนิกส์ แผ่นพับ โปสเตอร์ ภาพพลิก
๒. สื่อการเรียนการสอนในการแสดงบทบาทสมมุติ

คำแนะนำสำหรับวิทยากร

วิทยากรควรเตรียมสื่ออุปกรณ์ต่าง ๆ ให้พร้อม เพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนสนใจ และเกิดการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วม โดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง

การประเมินผล

๑. สังเกตการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่มและทำกิจกรรมกลุ่ม
๒. ประเมินจากการถาม – ตอบ

ใบความรู้ที่ ๑ ภาวะสมองเสื่อม (Dementia)

ความหมายของภาวะสมองเสื่อม

เป็นกลุ่มอาการที่สมรรถภาพของสมองของผู้ป่วยบกพร่องลงจากเดิม ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติ ทั้งในด้านอาชีพ การงาน การเข้าสังคม จนกระทั่งมีอาการมากขึ้น จะไม่สามารถอยู่คนเดียวได้อย่างปลอดภัย ผู้ป่วยจำนวนมากมักจะมีอาการความจำสั้นกว่าปกติ เริ่มจากการเล่าเรื่องซ้ำๆ พุดหรือถามคำถามซ้ำ แต่อาจแสดงออกด้วยการแปรปรวนทางอารมณ์ หรือ พฤติกรรมที่เปลี่ยนไปจากเดิม

ความหมายของภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย

ภาวะนี้เป็นระยะที่อยู่ระหว่างการเปลี่ยนแปลงตามปกติของอายุและภาวะสมองเสื่อม โดยผู้ป่วยที่การรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย นั้นจะมีความผิดปกติทางด้านการรู้คิดโดยเฉพาะความจำที่ผู้ป่วยเอง ญาติหรือแพทย์ผู้ดูแลสามารถบอกได้ว่ามีจริง ส่วนความผิดปกติของสมองด้านอื่นๆ อาจไม่มีหรือมีไม่มาก และมีความผิดปกติจากการทดสอบทางจิตประสาทที่ชัดเจนโดยยังไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยโรคความจำเสื่อม ผู้ป่วยยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดีแต่อาจมีการสูญเสียความสามารถในด้านการบริหารจัดการที่ซับซ้อนได้ เช่น การบริหารจัดการรายรับรายจ่าย การชำระเงินค่าใช้จ่ายต่างๆ เป็นต้น หรือต้องใช้ความพยายามมากขึ้นในการทำเรื่องดังกล่าว การที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อยมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอัลไซเมอร์และภาวะสมองเสื่อมอื่นๆ สูงขึ้นกว่าคนทั่วไป คือผู้สูงอายุทั่วไปมีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมร้อยละ ๑-๒ ต่อปี ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย มีโอกาสเกิดภาวะสมองเสื่อมร้อยละ ๕-๑๕ ต่อปี

สาเหตุต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม

๑. การเสื่อมสลายของเซลล์สมอง เช่น โรคอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน โรคหลอดเลือดสมอง พบการตีบตันหรือแตกของหลอดเลือดในสมอง ทำให้หลอดเลือดไปเลี้ยงลดลง ถ้าลดลงมากส่งผลให้เนื้อสมองตาย

๒. การขาดวิตามินบี ๑ หรือวิตามินบี ๑๒ การขาดวิตามินบี ๑ มักพบในผู้ป่วยที่เป็นโรคสุราเรื้อรัง เพราะคนกลุ่มนี้มักดื่มเหล้าจนเมาและไม่กินอาหารที่เพียงพอ ส่วนการขาดวิตามิน บี ๑๒ มักพบในผู้ป่วยที่กินอาหารมังสวิรัตินาน เนื่องจากวิตามินบี ๑๒ มีมากในน้ำปลาหรือเนื้อสัตว์ ดังนั้น คนที่กินอาหารมังสวิรัตินานได้รับวิตามินเสริมเป็นบางครั้ง

๓. การติดเชื้อในสมอง เช่น โรคซิฟิลิส โรคเอดส์

๔. การแปรปรวนของระบบเมตาบอลิกในร่างกาย เช่น ต่อมไทรอยด์ทำงานมากหรือน้อยเกินไปการทำงานของตับหรือไตผิดปกติ ทำให้เกิดของเสียคั่งในร่างกาย ทำให้สมองไม่สามารถสั่งการได้ตามปกติ ถ้าเป็นภาวะนี้อยู่นานจะทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสสมองเสื่อมได้

การแบ่งระยะภาวะสมองเสื่อม แบ่งออกเป็น ๓ ระยะ ตัวอย่างความผิดปกติด้านต่างๆ

ความผิดปกติด้าน	ระยะเริ่มต้น	ระยะกลาง	ระยะท้าย
กิจวัตรประจำวัน	-จัดการงานบ้านได้แยกลง -มีปัญหาด้านจัดการการเงิน -ความคิดสร้างสรรค์น้อยลง -ขับรถหลงแม่ทางคุ้นเคย	-ต้องได้รับการช่วยเหลือ เช่นอาบน้ำ เปิดฝักบัวไม่ได้ แต่งตัว ติดกระดุมเองไม่ได้ รับประทานอาหาร ตักข้าวไม่ได้	-ต้องได้รับการช่วยเหลือ อย่างมากในการดูแลตนเอง -ไม่ค่อยตอบสนอง ต่อสิ่งแวดล้อม -ไม่เดิน ไม่เคลื่อนไหว -อาจไม่สามารถนั่ง หรือเดินได้ -อาจมีปัญหาการกลืน เคี้ยว
ความจำและการคิด	-ความจำระยะสั้นแยกลง เช่น พุดซ้ำ ถ้ามซ้ำ วางของมีค่าแล้วลืม -ความใส่ใจจดจ่อแยกลง -มีปัญหาในการวางแผน และตัดสินใจแยกลง	-ความจำระยะสั้น และยาวแยกลง -ลืมประวัติที่สำคัญ ของตนเอง -ตัดสินใจไม่สมเหตุผลมาก เช่นเลือกเสื้อผ้า ไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ	-สูญเสียความจำระยะสั้น และยาว -ไม่สามารถตัดสินใจ แก้ไขปัญหาได้
ภาษา	-นึกคำพูด คำศัพท์ที่ถูกต้องไม่ออก	-ไม่เข้าใจสิ่งที่คนอื่นพูด -สูญเสียความสามารถ ในการสื่อสาร	-ไม่สามารถพูดเป็นภาษา ที่เข้าใจได้
อารมณ์	-อาจซึมเศร้าหรือ ไม่กล้าเข้าสังคม	-หงุดหงิด ไม่พอใจง่ายขึ้นมาก -อาจนิ่งเฉย -ไม่แสดงออกทางอารมณ์	-ไม่ตอบสนองทางอารมณ์

ความสำคัญของผู้ดูแล

ภาวะสมองเสื่อมมี ๓ ระยะ ระยะที่เป็นเล็กน้อย ปานกลาง และ รุนแรง ความยากง่ายในการดูแลจะแตกต่างกัน ซึ่งปัญหาสมองเสื่อมนั้นไม่ได้เป็นปัญหาเฉพาะที่ตัวผู้ป่วยเท่านั้น ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว คนรอบข้าง และชุมชน การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมนั้นจะแตกต่างจากการดูแลผู้สูงอายุหรือผู้ป่วยอื่นๆทั่วไปเนื่องจากผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม จะมีความบกพร่องในการรับรู้ในด้านต่างๆ ผู้ดูแลเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญมาก มีความจำเป็นที่จะต้องเรียนรู้ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการ อาการแสดงในแต่ละระยะ ต้องมีการเตรียมความพร้อมในด้านต่าง ๆ ของผู้ดูแล ครอบครัว สมาชิกในครอบครัว คนรอบข้าง ตลอดจนสิ่งแวดล้อมและชุมชน ต้องยอมรับกับภาวะสมองเสื่อม เนื่องจากผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านความจำ ด้านการใช้ความคิด สูญเสียความสามารถในการแก้ไขปัญหาและการควบคุมตนเอง ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป ปัญหาด้านอารมณ์ ก้าวร้าว

หงุดหงิดง่าย ไม่หลับไม่นอน เดินไปมา สื่อภาษาลำบาก พูดคุยไม่รู้เรื่อง สับสน หลงผิด หลงทาง กลับบ้านไม่ถูก หากเป็นมาก ๆ จะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ซึ่งไม่ใช่อาการที่เขาแกล้งทำ

เป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ การจัดการให้มีดูแล เพื่อการคงศักยภาพสมองของผู้สูงอายุไว้มากที่สุด และให้ผู้สูงอายุมีการดำเนินชีวิตอย่างปลอดภัย ได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ และดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรี ความเป็นมนุษย์ และรวมถึงการจัดการให้มีผู้ดูแลมีศักยภาพในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่อง โดยไม่มีทุกข์หรือภาระที่มากเกินไป

บทบาทการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสำหรับอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ผู้ดูแลต้องเข้าใจว่า ภาวะสมองเสื่อม ไม่ใช่โรคที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติหรืออายุมากก็หลงลืมเป็นธรรมดา บทบาทของอาสาสมัครบริบาลฯ ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม นอกจากการดูแลขั้นพื้นฐานด้านกิจวัตรประจำวันทั่วไปให้กับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น การช่วยรับประทานอาหาร การช่วยอาบน้ำ เป็นต้น แต่การดูแลในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจะมีรายละเอียดในการดูแลมากขึ้น เช่น

- การประเมินผู้ป่วย เช่น การคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในชุมชนได้ โดยผ่านการอบรมการใช้เครื่องมือการคัดกรองเพื่อให้สามารถใช้เครื่องได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมตามวัตถุประสงค์ การประเมินด้านสิ่งแวดล้อม ในกรณีผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เริ่มมีปัญหาทางพฤติกรรมร่วมด้วย เช่น มีอาการเดินไปมาตลอดเวลา อาจเกิดการเดินหายไปจากบ้านได้ ต้องมีการจัดการดูแลสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อป้องกันการหลงหายไปจากบ้าน

- การดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวันผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ รับประทานอาหาร การขับถ่าย

- การให้ความรู้และความเข้าใจกับญาติในเรื่องการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม และปัญหาพฤติกรรมที่อาจจะเกิดขึ้นในผู้ป่วย

- การพูดคุยกับญาติเรื่องการรักษาผู้ป่วย การพูดคุยให้กำลังใจ เพื่อการลดภาระการดูแลผู้ป่วยของญาติการดูแลผู้ป่วยเน้น การใช้ชีวิต

- การคงสภาพศักยภาพ ในการดำรงชีวิตประจำวัน การดูแลเพื่อคงสภาพสมอง โดยสามารถจัดกิจกรรมการฝึกสมองชักซ้าย ขวา ให้กับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่บ้านได้ นอกจากนี้จะต้องมีความรู้ใน

หลักการทั่วไปในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์

ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมนอกจากมีปัญหาด้านความจำแล้ว ยังมีปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ค่อนข้างมาก และมักมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้ดูแลผู้ป่วย และครอบครัวเป็นอย่างมาก โดยทั่วไปไม่มีวิธีใดวิธีหนึ่งที่สามารถนำไปใช้แก้ปัญหาเดียวกันในผู้ป่วยทุกๆ คน ดังนั้นผู้ดูแลและครอบครัวควรพยายามหาวิธีที่เหมาะสมที่สุดกับผู้ป่วยแต่ละราย หลักโดยทั่วไปในการดูแลปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม คือ

๑. ผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วยควรทำความเข้าใจกับภาวะสมองเสื่อมให้ดี ทำความเข้าใจกับผู้ป่วย
๒. แก้ไขอารมณ์และพฤติกรรมที่เป็นปัญหามากที่สุดก่อน ผู้ป่วยมักมีหลายปัญหาร่วมกัน การแก้ไขปัญหาหลายอย่าง พร้อมๆ กันอาจทำได้ยาก เมื่อเกิดปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ขึ้น ควรมองหาปัจจัยกระตุ้นว่าเกิดจากสาเหตุใด เช่น ความไม่สบายของสุขภาพกาย ปวด
๓. ผู้ดูแลผู้ป่วยควรได้รับการพักผ่อนที่เพียงพอ พยายามทำจิตใจให้สดใส มีอารมณ์สดชื่น สนุกสนาน
๔. ใช้สัญชาติญาณและจินตนาการให้มาก อย่าไปยึดติดกับความถูกต้องทั้งหมด

๕. มีความอดทนและใจเย็นในการดูแลผู้ป่วย อย่าโกรธผู้ป่วย เพราะสิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออกมานั้น ไม่ได้เกิดจากการแกล้ง หรือไม่มีเหตุผล คือ แต่เกิดจากการที่สมองมีความผิดปกติ ไม่สามารถคิดอ่าน รับรู้เหตุผล หรือปรับตัวได้

๖. อย่ายึดถืออาการที่ผู้ป่วยแสดงออกมาเป็นเรื่องส่วนตัวว่าผู้ป่วยเกลียด ไม่ชอบท่าน เป็นการส่วนตัว แต่แท้จริงแล้ว ผู้ป่วยไม่ได้รับรู้ในสิ่งเหล่านั้น เมื่อเวลาผ่านไป ผู้ป่วยก็จะลืม

๗. พยายามจัดรูปแบบการดูแลที่สม่ำเสมอ ไม่เปลี่ยนแปลงไปเปลี่ยนมา สามารถคาดการณ์ได้ พูด สื่อสารกับผู้ป่วยด้วยเป็นประจำ อธิบายสั้นๆ ว่า กำลังทำอะไร เป็นขั้นๆ ทีละขั้นตอน เช่น การอาบน้ำ การรับประทานอาหาร

๘. หลีกเลี่ยงการพูดถึงผู้ป่วยต่อหน้าผู้ป่วย โดยเฉพาะการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย และพยายามเตือนผู้อื่นไม่ให้ทำเช่นนั้น

๙. พยายามให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมต่างๆ บ้าง เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงและทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีส่วนร่วมในครอบครัวและชีวิตมีความหมาย

การป้องกันสมองเสื่อมและชะลอภาวะสมองเสื่อม

๑. การพัฒนาความจำในผู้สูงอายุที่ไม่พบความผิดปกติ (brain exercise) การฝึกสมองคล้ายกับการออกกำลังกาย โดยทั่วไปคนเรามากจะออกกำลังกาย เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง มีการสูบน้ำดีเลือดดี การฝึกสมอง เป็นลักษณะการออกกำลังกายสมอง โดยการกระตุ้นสมองอย่างเป็นระบบ ทำกิจกรรมใหม่ๆ ที่ท้าทายความสามารถ หางานอดิเรกที่ชอบ เช่น งานศิลปะ งานจักสาน อ่านหนังสือ และมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การฝึกสมองอยู่เป็นประจำ จะช่วยกระตุ้นให้มีการสร้างเซลล์ประสาทสมองขึ้นมาใหม่ คงไว้ซึ่งการทำงานของเซลล์ประสาทสมองให้เชื่อมต่อกันอย่างแข็งแรง และมีประสิทธิภาพ เป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุที่ไม่พบความผิดปกติ คือ การชะลอความเสื่อมและเพิ่มสมรรถนะความจำ เช่น การฝึกบริหารสมอง โดยการกระตุ้นสมองซีกซ้าย ซีกขวา การเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง และเสริมสร้างสมรรถภาพการทรงตัว จำนวน ๑๖ ท่า แนวทางปฏิบัติเป็นการฝึกบริหารเพื่อกระตุ้นสมองซีกซ้าย ซีกขวา และเสริมสร้างการทรงตัวของร่างกาย สามารถเริ่มฝึกสลับได้จากมือหรือเท้า จากซ้ายหรือขวา เมื่อเกิดความชำนาญ สามารถเพิ่มความยากของการกระตุ้นสมองซีกซ้าย ซีกขวา โดยฝึกมือและเท้าสลับกันได้ การฝึกบริหารสมอง) (Brain Exercise ,๒๕๖๒)

๒. การฟื้นฟูศักยภาพสมองในผู้สูงอายุที่มีภาวะการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI) (brain rehabilitation) เป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุกลุ่มนี้ คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ให้ดำรงศักยภาพให้ที่เหลือไว้ให้นานที่สุด และชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม โดยกระบวนการที่จะกระตุ้นสมองอย่างเป็นระบบ ๔ ด้านร่วมกับกิจกรรมการเคลื่อนไหว เช่น การออกกำลังกายเน้นการเหยียด ยืดกล้ามเนื้อ และการเคลื่อนไหวบนตาราง ๙ ช่อง เพื่อให้ร่างกายตื่นตัว และการฝึกสมรรถภาพสมองจะเชื่อมโยงปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ เช่น การลืมชื่อคน การวางของแล้วลืม การหลงทาง และการคิดตัดสินใจช้า เป็นต้น ร่วมกับการกระตุ้นความสามารถของสมองด้านต่างๆ ให้เหมาะสม รายละเอียดดังนี้

การกระตุ้นสมอง	ตัวอย่างกิจกรรม
ความสนใจใส่ใจ	<ul style="list-style-type: none"> -ให้บวกเลขง่ายๆ -นับของที่มีปริมาณ เช่น นับลูกแก้วใส่ขวด นับขนมใส่ถุง -สวดมนต์ ตามหนังสือสวดมนต์ (สวดแบบออกเสียง) -ทำกิจกรรมที่มีขั้นตอนต่อเนื่อง เช่นการพับผ้าการปลูกต้นไม้,การชดเครื่องเงิน, เล่นเกมจับผิดภาพ ที่มีความซับซ้อนจากน้อย ไปมาก (ตามระดับความสามารถของผู้ป่วย) เป็นต้น
ความจำระยะสั้น	<ul style="list-style-type: none"> -กระตุ้นให้เล่าถึงข่าวที่เพิ่งดูจบไป หนังสือพิมพ์ที่เพิ่งอ่านจบไปว่ามีเหตุการณ์อะไรบ้าง -มีลำดับเหตุการณ์อย่างไร -ถามถึงมื้ออาหารที่เพิ่งทานไป ว่าทานอะไรไปบ้าง -ถามถึงบุคคลที่ได้เจอในระหว่างวัน เป็นต้น
การกระตุ้นความจำระยะยาว	<ul style="list-style-type: none"> -ในระยะต้นช่วยให้ผู้ป่วยลำดับญาติของตัวเอง ว่ามีใครบ้าง -ถามถึงสมาชิกในครอบครัวว่ามีใครบ้าง ให้ดูรูปว่าสมาชิกในครอบครัวหน้าตาเป็นอย่างไร -ช่วยพูดคุยสนทนาถึงสถานที่ที่เคยไปเที่ยวในอดีต ถามถึงอารมณ์ ความรู้สึก ณ เวลานั้น -ชวนพูดคุยถึงสุขภาพจิต ว่ามีความหมายอย่างไร ให้ลองยกตัวอย่าง -ให้ดมกลิ่นหรือสัมผัสวัตถุต่างๆแล้วทายว่าคืออะไร (ควรเป็นกลิ่นที่ชอบและคุ้นเคย) เป็นต้น
กระตุ้นมิติสัมพันธ์	<ul style="list-style-type: none"> -พานั่งรถออกไปนอกบ้าน กระตุ้นให้สังเกตสองข้างทางว่ามีสถานที่ใดบ้าง -เล่นเกมต่อบล็อกให้เป็นภาพต่าง ๆ ตามตัวอย่าง -เล่นรับ-ส่งลูกบอลโยนบอล,
กระตุ้นการคิดตัดสินใจ การบริหารจัดการ	<ul style="list-style-type: none"> -เล่นเกมเรียงลำดับเหตุการณ์ต่างๆ เล่นเกมเศรษฐี เกมซูโดกุ (Sudoku) -กระตุ้นให้ทำอาหารรับประทานเอง

๓. การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมและครอบครัว (Intermediated Care (SLTC) : brain care/ดูแล Caregiver) เป้าหมายของการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม คือ การมีดูแลเพื่อการคงศักยภาพสมองของผู้สูงอายุไว้มากที่สุด และให้ผู้สูงอายุมีการดำเนินชีวิตอย่างปลอดภัย ได้รับการพิทักษ์สิทธิ์ และดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และให้คำแนะนำผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างต่อเนื่อง โดยไม่มีทุกขภาวะที่มากเกินไป และร่วมกับทีมฝ่ายสุขภาพในการเยี่ยมบ้าน ตัวอย่าง

การให้คำแนะนำกับผู้ดูแลและครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม	
นวดเพื่อผ่อนคลาย	ช่วยกระตุ้นระบบการหมุนเวียนโลหิต และช่วยลดความดันโลหิตทำให้หลับสนิท หายใจโล่ง และช่วยลดความเครียดได้ ตัวอย่าง -จุดกลางระหว่างคิ้ว ใช้ปลายนิ้วชี้ หรือนิ้วกลางกด ๓-๕ ครั้ง -บริเวณต้นคอ ประสานมือบริเวณท้ายทอย ใช้นิ้วหัวแม่มือทั้งสองข้างกดตามแนวสองข้างของกระดูกต้นคอ โดยกดไล่จากตีนผมลงมาถึงบริเวณบ่า ๓-๕ ครั้ง
การเลือกรับประทานอาหาร คลายเครียด	ภาวะเครียดจะทำให้เกิดอาการหงุดหงิดง่าย อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ ซึมเศร้า ปวดศีรษะ ท้องผูก และท้องอืด ดังนั้น ควรรับประทานอาหารที่มีวิตามินบีและบีคอมเพล็กซ์ ซึ่งพบมากในผัก ผลไม้ธัญพืช ถั่ว เนื้อปลา เนื้อไก่ ผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว พริก บล็อกโคลี่ นมถั่วเหลือง ไข่ เป็นต้น
ฝึกสมาธิคลายเครียด	จะทำให้ร่างกายผ่อนคลายได้มาก เช่น การฝึกหายใจ การทำสมาธิเบื้องต้น ทำกิจกรรมที่ฝึกสมาธิ เช่น ศิลปะ งานฝีมือ ฟังเพลง และออกกำลังกาย
พักผ่อนนอนหลับ	เป็นวิธีผ่อนคลายความเครียดที่ง่ายและดีที่สุด เพราะทุกส่วนของร่างกายจะทำงานลดลง ถ้าไม่หลับติดต่อกัน ๑ สัปดาห์ ควรปรึกษาแพทย์
พบปะเพื่อนฝูงอยู่เสมอ	เพื่อพูดคุยเรื่องทั่วไป หรือเรื่องที่หนักใจ เพื่อผ่อนคลายความเครียด ระบายอารมณ์ และแลกเปลี่ยน
เข้ากลุ่มช่วยเหลือผู้อื่น หรือ แชร์ประสบการณ์การดูแล	เป็นโอกาสดีที่จะได้พบปะทำความรู้จักกับผู้ดูแลที่อยู่ในสถานการณ์เดียวกับตนเอง เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์เทคนิคการดูแล อีกทั้งยังเป็นการช่วยลดความเครียดจากการได้ช่วยเหลือผู้อื่นอีกด้วย
หาโอกาสไปเที่ยวนอกสถานที่ หรือจากสภาพแวดล้อมเดิม	เพื่อผ่อนคลายตนเอง และเติมพลังชีวิต ในการดูแลต่อไป
แหล่งประโยชน์และสิทธิต่าง ๆ ของผู้ป่วย	สิทธิต่างๆ ตามกฎหมาย คนพิการ ผู้ปกครอง ผู้พิทักษ์ ผู้อนุบาล หรือผู้ดูแล คนพิการ สถานที่ให้บริการออกบัตรประจำตัวคนพิการ ๑. กรุงเทพมหานคร ยื่นคำขอมีบัตรประจำตัวคนพิการและออกบัตรประจำตัวคนพิการ ได้ที่ศูนย์บริการคนพิการกรุงเทพมหานคร กรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

การให้คำแนะนำกับผู้ดูแลและครอบครัวที่ต้องดูแลผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม	
	๒. ต่างจังหวัด ยื่นคำขอมิบัตรประจำตัวคนพิการและออกบัตรประจำตัวคนพิการ ได้ที่สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หรือศูนย์บริการคนพิการระดับจังหวัด
กฎหมายและการทำนิติกรรมสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม	<p>-ผู้ป่วยและญาติควรพิจารณาถึงการจัดตั้ง โดยเฉพาะเมื่อภาวะของ "ผู้พิทักษ์" โรครุนแรงขึ้นจนผู้ป่วยไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง เพื่อผู้พิทักษ์นี้จะเป็นผู้มีอำนาจในการดูแลผู้ป่วยและทรัพย์สินของผู้ป่วย รวมถึงรับผิดชอบต่อการกระทำผิดกฎหมายของผู้ป่วยในระหว่างการเจ็บป่วยด้วย</p> <p>-การทำนิติกรรมทางกฎหมาย ผู้ป่วยสมองเสื่อมสามารถทำนิติกรรมได้แต่ "ต้องมีสติสัมปชัญญะดีในขณะที่ทำพินัยกรรม โดยสามารถรับรู้และตอบคำถามเกี่ยวกับวัน เวลา สถานที่ บุคคล ได้อย่างถูกต้อง และไม่มีภาวะสับสน แม้มีประวัติความผิดปกติทางจิต แต่หากมีหลักฐานที่แสดงว่าควบคุมรักษาได้ และอยู่ระหว่างการดูแลรักษาต่อเนื่องก็สามารถทำนิติกรรมได้ โดยผู้ป่วยจะต้องแสดงให้เห็นทราบประวัติของทรัพย์สิน คุณค่าของทรัพย์สิน เหตุผลการยกทรัพย์สินให้และผลสืบเนื่องภายหลังจากการยกทรัพย์สินให้ และผู้ป่วยจะต้องแสดงให้เห็นทราบถึงความสัมพันธ์กับผู้รับมรดก และแสดงเหตุผลที่สมเหตุสมผลในการมอบให้ด้วย</p>
การจัดการด้านสิ่งแวดล้อม	การจัดที่พักรักษาและสภาพแวดล้อม การปรับปรุงบ้านให้ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายได้ถูกสุขลักษณะที่ ควรคำนึงถึงในผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุ การเดินหลงออกจากบ้าน การหกล้ม

ใบความรู้ที่ ๒ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) คือ ภาวะที่ทำให้เซลล์สมองถูกทำลาย ซึ่งมีสาเหตุมาจากหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน หรือแตก ทำให้ขัดขวางการลำเลียงเลือดซึ่งนำออกซิเจนและสารอาหารไปเลี้ยงเซลล์สมอง ส่งผลให้สมองสูญเสียการทำงานที่จนเกิดอาการของอัมพฤกษ์ อัมพาต หรือร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้

โรคหลอดเลือดสมองสามารถแบ่งได้เป็น ๓ ประเภท ได้แก่

๑. ภาวะหลอดเลือดสมองตีบตัน หรือ ภาวะสมองขาดเลือด (Ischemic Stroke) พบได้ประมาณ ๘๐% ของโรคหลอดเลือดสมอง มีสาเหตุมาจากการเสื่อมสภาพของหลอดเลือดจากการสะสมของคราบไขมัน หินปูน ที่ผนังหลอดเลือดชั้นในจนหนาแน่น แข็ง ขาดความยืดหยุ่น ทำให้รูของหลอดเลือดค่อยๆ ตีบแคบลง ส่งผลให้ประสิทธิภาพของการลำเลียงเลือดลดลง หรืออาจเกิดจากลิ่มเลือดจากหัวใจ หรือการปริแตกของผนังหลอดเลือด หลุดมาอุดตันหลอดเลือดในสมอง

๒. ภาวะหลอดเลือดสมองแตก หรือ ภาวะเลือดออกในสมอง (Hemorrhagic Stroke) ส่งผลให้เซลล์สมองได้รับบาดเจ็บจากการมีเลือดคั่งในเนื้อสมอง ทำให้เนื้อสมองตายมักพบในผู้ที่มีความดันโลหิตสูง ทำให้หลอดเลือดมีความเปราะ และโป่งพอง และสาเหตุอื่นๆ ที่พบได้ เช่น ภาวะโป่งพองของหลอดเลือดสมอง ผู้ที่มีการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ เช่น โรคเลือด โรคตับ การรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือด การได้รับสารพิษ การใช้สารเสพติด เป็นต้น

๓. ภาวะสมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack: TIA) มีอาการคล้ายโรคสมองขาดเลือด แต่มีอาการชั่วคราวมักเป็นไม่เกิน ๒๔ ชั่วโมง ประมาณ ๑๕% ของผู้ป่วยที่มีอาการสมองขาดเลือดชั่วคราว จะมีภาวะโรคหลอดเลือดสมองตามมาจึงถือเป็นภาวะเร่งด่วนที่ต้องรีบมาโรงพยาบาล เพราะมีโอกาสเสี่ยงที่จะทำให้เกิดอัมพฤกษ์ อัมพาตได้

สาเหตุโรคหลอดเลือดสมอง

ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เราสามารถป้องกันได้ โดยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง ซึ่งปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมีดังนี้

๑. **ความดันโลหิตสูง** เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผู้สูงอายุควรควบคุมความดันโลหิตให้น้อยกว่า ๑๕๐/๙๐ mmHg

๒. **โรคเบาหวาน** สำหรับผู้ป่วยเบาหวานควรควบคุมระดับน้ำตาลก่อนอาหารเช้าอยู่ระหว่าง ๘๐-๑๓๐ mg/dl หรือ น้ำตาลสะสม(HbA๑C) ให้น้อยกว่า ๗ เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดในร่างกาย

๓. **คอเลสเตอรอลในเลือดสูง** การรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง จะทำให้ร่างกายมีค่าไขมันไม่ดี (LDL) ในเลือดสูงซึ่งเพิ่มความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

๔. **โรคอ้วน** ควรควบคุมน้ำหนักให้มีค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ในช่วง ๑๘.๕ - ๒๕ ซึ่งคำนวณโดยวัดน้ำหนักเป็นกิโลกรัมหารด้วยความสูงเป็นเมตรยกกำลังสอง

๕. **การขาดการออกกำลังกาย** ควรออกกำลังกายอย่างน้อยวันละ ๓๐-๔๐ นาที เป็นเวลา ๓-๔ ครั้ง/สัปดาห์

๖. **การสูบบุหรี่จัดและการดื่มสุราเป็นประจำ** จะเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

๗. **การใช้สารเสพติด**

๘. การหยุดหายใจขณะนอนหลับตอนกลางคืน ผู้ที่มีประวัติหยุดหายใจขณะนอนหลับตอนกลางคืน ซึ่งพบได้บ่อยในคนที่นอนกรนดังๆ หรือมีน้ำหนักตัวมากๆ ควรมาพบแพทย์เพื่อทำ Sleep Test ดูว่ามีออกซิเจนในเลือดต่ำในช่วงนอนหลับหรือไม่ ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตามมาได้

๙. หลอดเลือดแดงที่ไปเลี้ยงสมองบริเวณคอติบ พบในผู้ที่มีอายุมาก มีความเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง เช่น เป็นความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่

๑๐. หัวใจเต้นผิดจังหวะหรือมีลิ้นหัวใจผิดปกติ สามารถทำให้เกิดลิ้มเลือดไปอุดตันในหลอดเลือดสมองได้ สามารถตรวจคัดกรองได้โดยการตรวจร่างกาย ตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ หรือการตรวจหัวใจด้วยคลื่นความถี่สูง (echocardiogram)

ปัจจัยเสี่ยงที่ไม่สามารถป้องกันได้

๑. ผู้สูงอายุ มีโอกาสเป็นได้มาก เรามักพบโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ เนื่องมาจากการเสื่อมสภาพของหลอดเลือด
๒. เพศชาย พบอุบัติการณ์การเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้มากกว่าเพศหญิง
๓. มีประวัติโรคหลอดเลือดสมองในครอบครัว
๔. มีประวัติเคยเป็นโรคหัวใจขาดเลือด หรือโรคหลอดเลือดสมองมาก่อน

สัญญาณเตือนโรคหลอดเลือดสมอง

อาการเตือนโรคหลอดเลือดสมองที่เราสามารถสังเกตได้หลักๆ มี สัญญาณเตือนสำคัญ ดังนี้ ๕

๑. ชาหรืออ่อนแรงใบหน้าซีกใดซีกหนึ่งอย่างฉับพลัน ทำให้มุมปากตก ปากเบี้ยว อมน้ำไม่อยู่ น้ำไหลออกจากมุมปาก
๒. ชาหรืออ่อนแรงที่แขนขาซีกใดซีกหนึ่งอย่างฉับพลัน สูญเสียการทรงตัว
๓. พูดไม่ชัด พูดไม่ออก สับสน นึกคำพูดไม่ออก
๔. การมองเห็นมีปัญหาฉับพลัน อาจมองเห็นภาพซ้อน มองเห็นภาพครึ่งเดียว ตาบอดหนึ่งหรือสองข้าง
๕. มีอาการปวดศีรษะรุนแรงฉับพลัน

อาการ ๕ สัญญาณเตือนดังกล่าว อาจเกิดเพียงอาการเดียวหรือหลายอาการรวมกันก็ได้ ขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่สูญเสียหน้าที่ไป บางรายอาจมีอาการผิดปกติเหล่านี้ชั่วขณะแล้วดีขึ้นภายใน ๒๔ ชั่วโมง เนื่องจากสมองขาดเลือดชั่วคราว (Mini Stroke) แต่อย่างไรหากมีอาการดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างใดอย่างหนึ่งไม่ควรรอดูอาการแต่ควรรีบพบแพทย์โดยด่วน เพราะหากผู้ป่วยมาถึงโรงพยาบาลได้เร็วจะสามารถเข้ารับการรักษาได้ทันการณ์ ลดความเสี่ยงต่อความพิการและเสียชีวิตได้

ตรวจเช็คอาการ “โรคหลอดเลือดสมอง” (STROKE)

	<p>Face ใบหน้าเบี้ยว</p>		<p>Arm แขนอ่อนแรง</p>
	<p>พูดไม่ชัด Speech</p>		<p>ระยะเวลาที่มีอาการ ต้องรักษาภายใน 3 ชั่วโมง Time</p>



ปาดเจ็บ ป่วยฉุกเฉิน  **1669**

โทรฟรีในเขตโทรร่วม

8

เทคนิคป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองและการเกิดซ้ำ

แต่ละปี
มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองราว
15 ล้านคนทั่วโลก
ทุก 6 วินาที
มีคนตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง
อย่างน้อย 1 คน



เลิกสูบบุหรี่



ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
(150 นาทีต่อสัปดาห์)



ควบคุมน้ำหนัก
ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ



ลดการรับประทาน
อาหารรสเค็ม



รับประทานผัก
และผลไม้ทุกวัน



เลี่ยงอาหารไขมันสูง
โดยเฉพาะไขมันอิ่มตัว



ตรวจวัดความดันโลหิต
อย่างสม่ำเสมอ



ควบคุมระดับไขมัน
และน้ำตาลในเลือด
ให้อยู่ในเกณฑ์เหมาะสม



ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมเสี่ยงของคนไทย
สสส. และภาคีเครือข่าย ขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพตามวาระนโยบายสุขภาพโลก เพื่อลดปัจจัยเสี่ยงของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
และสนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

ใบความรู้ที่ ๓ ภาวะซึมเศร้า

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเป็นการเจ็บป่วยทางจิตชนิดหนึ่งที่ตอบสนองต่อความผิดหวัง ความสูญเสีย หรือการถวิลหาสิ่งที่ขาดหายไป เมื่อเกิดขึ้นแล้วจะทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกไม่มีความสุข จิตใจหม่นหมอง หดหู่ หมดความกระตือรือร้นเบื่อหน่ายสิ่งต่าง ๆ รอบตัว แยกตัวเอง ซบเซาอยู่เงียบๆ คนเดียว ท้อแท้บางครั้งมีความรู้สึกสิ้นหวังมองชีวิตไม่มีคุณค่า มองตนเองไร้ค่า เป็นภาระต่อคนอื่น ถ้ามีอาการรุนแรงจะมีอันตรายจากการทำร้ายตนเองได้ มีรายงานการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุพบว่าร้อยละ ๙๐ มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อย่างไรก็ตาม มีบางรายที่แสดงออกด้วยการหงุดหงิดโมโหง่าย ทะเลาะกับบุตรหลานบ่อยครั้ง น้อยใจง่าย มักมาพบแพทย์ด้วยอาการใจสั่น ปวดหัว ปวดหลัง ปวดท้อง อ่อนเพลีย ไม่มีแรง นอนไม่หลับ ท้องอืด ท้องเฟ้อ เมื่อแพทย์ตรวจแล้วไม่พบความผิดปกติใด ๆ ที่รุนแรง ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุร่วมกัน ทั้งสาเหตุทางด้านร่างกาย จิตใจ และสภาพสังคม สิ่งแวดล้อม

แนวทางการเฝ้าระวังโรคซึมเศร้า

การคัดกรองผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงจัดเป็นการเฝ้าระวังโรคได้ การคัดกรอง มี ๒ ระดับ

๑. คัดกรองในผู้สูงอายุทั่วไป

๒. คัดกรองในกลุ่มเสี่ยงหรือมีแนวโน้มการป่วยเป็นโรคซึมเศร้าสูงกว่าผู้สูงอายุกลุ่มทั่วไป เช่น

- ผู้ที่มาด้วยอาการซึมเศร้าชัดเจน
- ผู้ป่วยที่มีอาการทางกายเรื้อรังหลายอาการที่หาสาเหตุไม่ได้
- ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น เบาหวาน ข้อเสื่อม ไตวาย มะเร็ง โรคหัวใจ และหลอดเลือด โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน
- ผู้ที่มีปัญหาสุรา ยาเสพติด
- ผู้ที่ประสบกับการสูญเสียที่รุนแรงมาไม่นาน

แนวทางการคัดกรองโรคซึมเศร้า

ขั้นตอนที่ ๑ การคัดกรองโรคซึมเศร้า การคัดกรองหาผู้ที่มีแนวโน้มที่จะป่วยโรคซึมเศร้ามี ๒ ระดับ ได้แก่

๑. การคัดกรองในผู้สูงอายุทั่วไป

วิธีการคัดกรองโรคซึมเศร้าในผู้สูงอายุทั่วไป

เครื่องมือ	วัตถุประสงค์	ผู้คัดกรอง	กลุ่มเป้าหมาย
แบบคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)	ใช้ค้นหาผู้ที่มีแนวโน้มหรือเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคซึมเศร้า	- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข - Care Manager - Caregiver - อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น - อสม.	ผู้สูงอายุในชุมชนหรือกลุ่มเสี่ยง

๒. การคัดกรองในกลุ่มเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า เช่น ผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง มีอาการซึมเศร้าชัดเจน ผ่านการสูญเสียที่รุนแรงมาไม่นาน หรือมีปัญหาสุขภาพเสถียร

วิธีการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคซึมเศร้า

เครื่องมือ	วัตถุประสงค์	ผู้คัดกรอง	กลุ่มเป้าหมาย
แบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)	ช่วยการวินิจฉัยและใช้ประเมินจำแนกความรุนแรง	- เจ้าหน้าที่สาธารณสุข - Care Manager - พยาบาล - แพทย์ - นักจิตวิทยาคลินิก	ผู้สูงอายุในชุมชนและกลุ่มเสี่ยงที่มีผลบวกจากการคัดกรองโรคซึมเศร้า 2 คำถาม (2Q)

แนวทางการดูแลช่วยเหลือ

๑. เมื่อแจ้งผลการประเมินโรคซึมเศร้าและสุขภาพจิต ทดสอบความถูกต้องและเพียงพอในความรู้เรื่องภาวะซึมเศร้าและเพิ่มเติมในส่วนที่ขาด โดยมอบเอกสารหรือแนะนำเทคโนโลยีสำหรับการส่งเสริมสุขภาพจิต

๒. ประเมินว่ามีปัญหาด้านสังคมหรือไม่ ถ้ามีควรให้การปรึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว

๓. แนะนำเทคโนโลยีหรือสื่อสุขภาพจิต เรื่องภาวะซึมเศร้า เช่น แผ่นพับ หนังสือ คลิปวิดีโอ ฯลฯ

๔. แนะนำให้ออกกำลังกาย ๓๐ - ๔๕ นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ ๓ ครั้ง

๕. แนะนำให้สำรวจ/ประเมินโรคซึมเศร้าด้วย 2Q ด้วยตนเอง เมื่อพบว่ามีผลบวกให้มาพบบุคลากรสาธารณสุขเพื่อประเมินโรคซึมเศร้าอีกครั้ง

สื่อความรู้ภาวะซึมเศร้า

5 วิธีดูแลผู้สูงอายุห่างไกลซึมเศร้า-สมองเสื่อม

ช่วยเหลือมีสังคม

ดูแลสุขภาพใจ

ซึมเศร้านาน ๆ สมองเสื่อมนะ

ดูแลอาหารการกิน

ชวนทำกิจกรรม

ชวนออกกำลังกาย

ภาวะซึมเศร้าใน



ผู้สูงอายุ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ

เกิดจากการเปลี่ยนแปลง **ทางอารมณ์**เศร้า หงุดหงิด ผิดหวัง
พฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไม่อยากทำอะไรหรือ
ทำสิ่งต่างๆลดน้อยลงไป

รู้สึกไร้ค่า



มักเกี่ยวข้องกับโรคทางกาย

ขาดกำลังใจเสี่ยงต่อ
การฆ่าตัวตายโรคหัวใจ ไตวาย
เบาหวาน ปอดเรื้อรัง
หลอดเลือดสมอง
ความดันโลหิตสูง
มะเร็ง

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุและเด็ก สามารถป้องกันและรักษาได้



Mental health is happy life





**“ภาวะซึมเศร้า”
ในผู้สูงอายุ**

กรมสุขภาพจิต
DEPARTMENT OF MENTAL HEALTH

Depression

Elderly Elderly

Depression Elderly

- ✓ **เกิดการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์**
เศร้า หงุดหงิด พัดหวัง พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง
- ✓ **รู้สึกไร้ค่า**
- ✓ **ไม่อยากทำอะไร** หรือทำสิ่งต่างๆลดน้อยลงไป
- ✓ **ขาดกำลังใจ** เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
- ✓ **มักเกี่ยวข้องกับโรคทางกาย**
เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน
โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดสมอง ปวดเรื้อรัง

หากพบอาการดังกล่าว สามารถติดต่อขอรับบริการได้ที่
หน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้านท่าน ได้ทุกศูนย์บริการ ทั่วประเทศ
ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ สามารถป้องกันและรักษาได้

สายด่วนสุขภาพจิต
1323
ปรึกษาออนไลน์
f @scbmental1323

สุขภาพจิตดี...เริ่มต้นที่ตัวเรา

กรมสุขภาพจิต

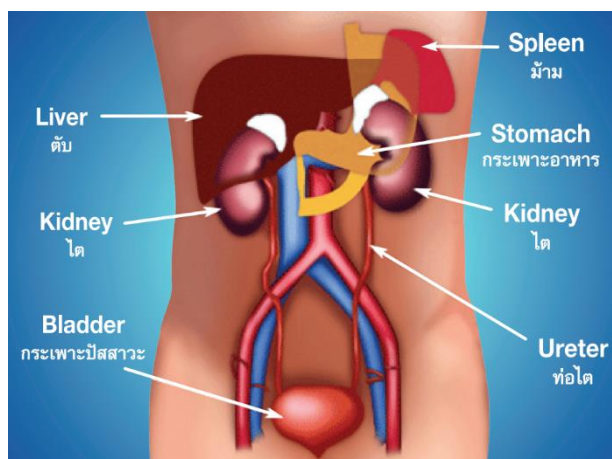
เอกสารอ้างอิง

๑. สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางการดูแลทางด้านจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพ (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ ๑)

ใบความรู้ที่ ๔ โรคไต

หน้าที่ของไต

ทางเดินปัสสาวะประกอบด้วย ไต ท่อไต กระเพาะปัสสาวะ ท่อปัสสาวะ (รูปที่ ๑) ไตเป็นอวัยวะที่สำคัญของร่างกาย เช่นเดียวกับอวัยวะอื่น ๆ ได้แก่ หัวใจ ตับ ปอด กระเพาะอาหาร สมอ ฯลฯ ซึ่งอวัยวะต่าง ๆ ก็ทำหน้าที่เฉพาะส่วน แต่มีการประสานกันเป็นอย่างดีทำให้ร่างกายเป็นปกติสุขอยู่ได้ หากอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งของร่างกายเสียหรือถูกทำลายก็จะมีผลกระทบต่อการทำงานของอวัยวะอื่นได้



รูปที่ ๑

ไตมีลักษณะคล้ายถั่ว อยู่บริเวณบั้นเอว ๒ ข้าง ได้ต่อกระดูกซี่โครงและอยู่ ๒ ข้างของกระดูกสันหลัง มีสีแดงเหมือนไตหมู ขนาดความยาวเส้นผ่าศูนย์กลางตามความยาวได้ ๑๑-๑๒ เซนติเมตร หนักข้างละ ๑๕๐ กรัม ไตแต่ละข้างได้รับเลือดผ่านทางหลอดเลือดแดงใหญ่ ซึ่งออกจากหัวใจ เมื่อเลือดไหลผ่านไตจะมีการกรองผ่านหน่วยไตเล็ก ๆ เรียกว่าเนฟรอน (nephron) ซึ่งมีอยู่ข้างละ ๑ ล้านหน่วย หน่วยเล็ก ๆ เหล่านี้มีหน้าที่กรองของเสียจากเลือดผ่านท่อไตและเกิดเป็นน้ำปัสสาวะขับออกจากร่างกายทางท่อปัสสาวะ ร่างกายสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยไตที่ปกติเพียง ๑ ข้าง เพราะมีการปรับสมดุลได้ดีมาก ดังนั้น ผู้ที่บริจาคไต ๑ ข้าง จึงสามารถมีชีวิตที่ปกติด้วยไตเพียงข้างเดียวได้

ไตมีหน้าที่อะไรบ้าง

๑. ปรับสมดุลน้ำในร่างกาย
๒. ปรับสมดุลเกลือแร่และกรดต่าง
๓. กำจัดของเสียออกจากร่างกาย
๔. สร้างฮอร์โมนหลายชนิด

โรคไตเกิดจากสาเหตุใดบ้าง

โรคไตเกิดได้จากหลายสาเหตุ ได้แก่

๑. เบาหวาน
๒. ความดันโลหิตสูง
๓. ทางเดินปัสสาวะอักเสบจากการติดเชื้อ
๔. นิ่วของไต
๕. โรคของต่อมลูกหมาก
๖. ไตอักเสบที่ไม่ใช่จากการติดเชื้อ
๗. ภาวะน้ำในไต
๘. พันธุกรรมบางอย่าง
๙. เนื้องอกที่ไต
๑๐. โรคภูมิแพ้เซลล์ตนเอง หรือเอสแอลอี (SLE)
๑๑. การได้รับยาชนิดต่าง ๆ รวมทั้งยาแก้ปวดหรือสารเคมีบางชนิดซึ่งมีพิษต่อไต
๑๒. การได้รับสารรังสีจากการรักษาโรคเนื้องอกหรือมะเร็ง
๑๓. บาดเจ็บที่ไต เช่น ถูกกระแทกหรือได้รับอุบัติเหตุ
๑๔. ถูกสารจากแมลงมีพิษกัดต่อย เช่น ผึ้งตัวต่อย
๑๕. เป็นโรคปวดข้อชนิดที่เรียกว่าเกาต์

เมื่อไรจะทราบว่าตนเป็นโรคไต

ผู้ที่ป่วยโรคไตมักไม่ค่อยปรากฏอาการให้เห็น ทั้งนี้ เนื่องจากไตเป็นอวัยวะที่มีความสามารถพิเศษในการปรับการทำงานให้อยู่ในสมดุล แม้ว่าจะเหลือเพียง ๕๐ เปอร์เซ็นต์ของปกติ แต่ถ้าการทำงานของไตลดเหลือ ๒๕ เปอร์เซ็นต์ จะเริ่มปรากฏอาการต่าง ๆ ได้แก่ อาการอ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย เบื่ออาหาร ซีด คันตามตัว บวมตามใบหน้า แขนขา ปัสสาวะมากตอนกลางคืน ซึ่งอาการต่าง ๆ เหล่านี้อาจคล้ายกับอาการของโรคหัวใจ โรคกระเพาะอาหาร จึงจำเป็นต้องตรวจร่างกาย ซึ่งจะพบว่าความดันโลหิตสูง มีบวม ซีด รวมถึงต้องตรวจปัสสาวะ ตรวจเลือด และภาพรังสีเพิ่มเติมเพื่อการวินิจฉัยที่ถูกต้อง

การดูแลรักษาสนับสนุนผู้ป่วยโรคไต (Kidney supportive care)

ความหมายของการดูแลรักษาสนับสนุนผู้ป่วยโรคไต (Kidney supportive care) การดูแลรักษาสนับสนุนผู้ป่วยโรคไต หมายถึง การนำหลักการและแนวทางปฏิบัติของการรักษาประคับประคองมาผสมผสานร่วมกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคไต ซึ่งถือเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการดูแลโรคไตแบบบูรณาการ โดยครอบคลุมผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะรุนแรง (advanced chronic kidney disease) ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ใกล้เข้าสู่ระยะท้าย และผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายที่กำลังบำบัดทดแทนไตและผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาประคับประคองที่ไม่ได้ล้างไตหรือหยุดการล้างไต โดยเป้าหมายเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิต ป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อน ส่งเสริมสมรรถนะร่างกายไว้ให้ได้

มากที่สุดและลดความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยและญาติที่กำลังเผชิญกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิต ด้วยวิธีการประเมินและจัดการปัญหาโดยเร็วและครอบคลุมสื่อสารด้วยความเข้าใจ รวมถึงรักษาอาการปวดและอาการอื่น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

ขอบเขตของการดูแลสนับสนุนผู้ป่วยโรคไตโดยการทำงานร่วมกันของทีมสหสาขาวิชาชีพ

ครอบคลุมกิจกรรมต่าง ๆ ดังนี้

๑. การสื่อสารและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างทีมผู้รักษากับผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับพยากรณ์ของโรค การตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา และการวางแผนและเป้าหมายไว้ล่วงหน้า
๒. การรักษาประคับประคองแบบองค์รวม (comprehensive conservative management)
๓. การประเมินและการจัดการอาการ (symptom management) ที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ เช่น อาการปวด เหนื่อยเพลีย วิดกกังวล และภาวะซึมเศร้า เป็นต้น โดยทีมสหสาขาวิชาชีพ
๔. การดูแลในช่วงใกล้เสียชีวิต (end of life care)

แนวทางการปรึกษาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และทีมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาและกำหนดเป้าหมายไว้ล่วงหน้า (Shared decision making)

การปรึกษาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลและทีมในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาและกำหนดเป้าหมายไว้ล่วงหน้า เป็นการสร้างความสัมพันธ์และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งในบางสถานการณ์อาจจำเป็นต้องเชิญผู้เชี่ยวชาญจากสหสาขาและผู้ดูแลผู้ป่วยหรือสมาชิกในครอบครัวเข้าร่วมด้วย ซึ่งควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมและแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งที่ผู้ป่วยเห็นว่าเป็นเรื่องที่สำคัญและมีคุณค่าในชีวิต ความประสงค์และเป้าหมาย รวมถึงมีเวลาปรึกษาสมาชิกในครอบครัว แนวทางประกอบด้วยสิ่งต่อไปนี้

๑. ฝึกทักษะวิธีการสื่อสารและควรคำนึงถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสม ให้ความร่วมมือในการดูแล และมีความพึงพอใจต่อการให้บริการของทีม
๒. ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ควรได้รับความรู้และข้อมูลจากทีมอย่างครบถ้วนรอบด้านและเป็นกลางเกี่ยวกับอาการทางคลินิก โรคร่วมและผลแทรกซ้อน การดำเนินโรค พยากรณ์ของโรค การรักษาโรคไตเรื้อรังระยะรุนแรงและทางเลือกของการบำบัดทดแทนไตในอนาคตทั้งวิธีการฟอกเลือด ด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง การปลูกถ่ายไต และการรักษาชนิดประคับประคอง โดยคำนึงถึงข้อดี ข้อด้อยและผลการรักษาของแต่ละวิธี กระบวนการดูแลทางการแพทย์ การดำรงชีวิต ค่าใช้จ่าย และคุณภาพชีวิต
๓. ในการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษา ควรพิจารณาความเหมาะสมหลายด้านร่วมกัน ได้แก่ อายุ ภาวะโรคเรื้อรังร่วม พยากรณ์โรค รวมทั้งปัจจัยทางด้านสังคมและบริบทที่เกี่ยวข้อง เช่น สภาพเศรษฐกิจ สังคม สถานะสุขภาพ เพศ ความรู้ การศึกษา การรับรู้ ค่านิยม ความเชื่อ ทศนคติ ประสบการณ์ที่ผ่านมา ความพึงพอใจ วิถีชีวิต และการสนับสนุนจากครอบครัว

๔. ผู้ป่วยและครอบครัว ควรมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาบำบัดทดแทนไตหรือการรักษาประคับประคอง โดยเปิดโอกาสให้มีการซักถามและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นก่อน

การรักษาประคับประคองแบบองค์รวม (comprehensive conservative management)

การรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง หมายถึง การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๕ ทั้งด้านกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ (holistic care) โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตหรืออาจได้รับการบำบัดทดแทนไตเพื่อเป้าหมายด้านคุณภาพชีวิตหรือเพื่อบรรเทาอาการเป็นหลัก (palliative dialysis) ซึ่งมีการวางแผนและวางแผนเป้าหมายการรักษา โดยอาศัยองค์ประกอบดังต่อไปนี้

๑. ชะลอการลดลงของอัตราการกรองของไตและลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรืออาการไม่พึงประสงค์

๒. การรักษาเน้นที่การแก้ไขอาการผิดปกติที่ปรากฏ (symptomatic treatment)

๓. เน้นการดูแลที่ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวรับทราบสถานการณ์ของโรค สามารถกำหนดเป้าหมายของการดูแล นอกจากนี้การตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาควรได้รับการวางแผนล่วงหน้าเป็นระยะ โดยผ่านการปรึกษาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแลและทีมผู้รักษา ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเลือกแนวทางการรักษาได้ตามความต้องการและตรงกับความต้องการของชีวิตตนเอง

๔. รูปแบบการรักษาประคับประคองควรคำนึงถึงปัจจัยด้านต่างๆ ให้ครบถ้วน ได้แก่ ปัจจัยทางกายภาพ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพถดถอยลง โดยเฉพาะผู้ป่วยสูงอายุ และผู้ที่มีโรคร่วมเรื้อรัง เพื่อจะได้วางรูปแบบและส่วนประกอบของการรักษาให้เหมาะสมเฉพาะบุคคล

การดูแลรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคองเพื่อดูแลผู้ป่วยไตวายระยะสุดท้ายในช่วงใกล้เสียชีวิต

(End-of-life care in end stage kidney disease)

การดูแลแบบองค์รวมและการดูแลตามเป้าหมายของผู้ป่วยและครอบครัวถือเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ การสื่อสารเป็นระยะๆ ในช่วงที่ผู้ป่วยกำลังจะเสียชีวิตช่วยให้ครอบครัวเข้าใจสถานการณ์ และส่งผลต่อคุณภาพในการดูแลผู้ป่วยในช่วงใกล้เสียชีวิต

การเตรียมครอบครัวรวมถึงการให้ข้อมูลเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วงระยะท้ายของชีวิตและช่องทางการเข้าถึงการสนับสนุนในการดูแล มีสิ่งที่ควรพิจารณาและปฏิบัติ ดังนี้

- ทบทวนอาการของผู้ป่วยที่ต้องได้รับการจัดการอาการเพิ่มเติม
- ประเมินการรับรู้ของครอบครัว เกี่ยวกับการดูแลให้ผู้ป่วยสุขสบายในระยะท้าย
- ประเมินความตระหนักของครอบครัวเกี่ยวกับสถานการณ์ปัจจุบันที่ผู้ป่วยกำลังเข้าสู่การเสียชีวิต และให้ข้อมูลเพิ่มเติมในภาษาทั่วไปที่ครอบครัวเข้าใจได้ง่าย
- ทบทวนเป้าหมายการรักษา และชี้ให้เห็นถึงสถานะของผู้ป่วยที่ถดถอยลง ไม่สามารถแก้ไขให้กลับมาเหมือนเดิมได้
- สอบถามถึงความรู้สึก ความกังวลของครอบครัว หากพบว่ามีควมวิตกกังวลหรือเครียดมาก ควรปรึกษามิสมหาสาขาวิชาชีพเข้ามาให้การดูแลเพิ่มเติม
- ผู้ป่วยและครอบครัว ตกลงร่วมกันเลือกเป้าหมายการรักษาให้เป็นแบบสุขสบายและยอมรับการเสียชีวิตตามธรรมชาติ

สื่อความรู้โรคไต



กรมการแพทย์
DEPARTMENT OF MEDICAL SERVICES

ดูแลไตให้แข็งแรง

ปัจจุบันคนไทยป่วยด้วยโรคไตเรื้อรังประมาณ 8 ล้านคน

อาการเสี่ยงเป็นโรคไต

1. ปัสสาวะเป็นฟอง เป็นสีน้ำตาลเข้ม หรือขุ่น
 2. มีอาการบวมทั่วตัวบริเวณเปลือกตา ขาและเท้า
 3. มีอาการปวดหลังบริเวณชายโครงข้างกระดูกสันหลัง หรือมีความดันโลหิตสูง



แนวทางการดูแล



- 1 งดรับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม
- 2 ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว
- 3 ออกกำลังกายสม่ำเสมอ พักผ่อนให้เพียงพอ
- 4 งดสูบบุหรี่ และเครื่องดื่มแอลกอฮอล์
- 5 ไม่ควรกลั้นปัสสาวะเป็นเวลานานๆ ตรวจสุขภาพประจำปี

ขอขอบคุณข้อมูลจาก : โรงพยาบาลราชวิถี กรมการแพทย์
 ติดตามข้อมูลข่าวสารเพิ่มเติมที่ www.dms.moph.go.th


 กรมการแพทย์


 กรมการแพทย์


 กรมการแพทย์



กรมกิจการผู้สูงอายุ
DEPARTMENT OF OLDER PERSONS

สัญญาณเตือนโรคไต

สูงวัยรู้ไว้ เรื่องใกล้ตัว

สัญญาณเตือนโรคไต ผู้สูงวัยควรรู้ ?

- 1 อาการทางระบบปัสสาวะ
- 2 มีอาการบวมตามร่างกาย
- 3 อาการคันตามตัว/ คลื่นไส้อาเจียน/ ทาจะโลหิตจาง
- 4 อาการปวดเอว
- 5 อาการปวดหลัง
- 6 ความดันโลหิตสูงมากผิดปกติ
- 7 การคลำพบก้อนบริเวณไต

วิธีดูแลตนเองให้ห่างไกลโรคไตเสื่อม

- 1 ลดเค็ม ลดโซเดียม
เช่น อาหารหมักดอง เครื่องปรุงรส อาหารสำเร็จรูป อาหารแปรรูป
- 2 ออกกำลังกาย
หากขาดการออกกำลังกาย อาจทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน
- 3 ดื่มน้ำให้เพียงพอ
ควรดื่มน้ำวันละ 6 -8 แก้วต่อวัน ขึ้นกับปริมาณน้ำที่สูญเสียไป
- 4 ทานอาหารดีต่อสุขภาพ
ทานผักผลไม้สดเสริมสร้างวิตามิน และธาตุต่างๆ
- 5 งดดื่มแอลกอฮอล์/สูบบุหรี่

ข้อมูลจาก : ELDERLY SOCIETY สังคมผู้สูงอายุ

#ส่งความห่วงใยถึงผู้สูงอายุทุกคน

www.dop.go.th

nsnกิจการผู้สูงอายุ wa

nsnกิจการผู้สูงอายุ DOP

GOLD by DOP

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย. คู่มือคำแนะนำสำหรับการดูแลรักษาสนับสนุนและประคับประคองผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง พ.ศ. ๒๕๖๖.
2. โรงพยาบาลสถาบันโรคไตภูมิราชนครินทร์. ความรู้เรื่องโรคไตสำหรับประชาชน. บริษัท เฮลท์ เวิร์ค จำกัด. ๒๕๕๖

ใบความรู้ที่ ๕ โรคมะเร็ง

การดูแลผู้ป่วยมะเร็งโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งสูงอายุ ตั้งแต่การประเมินสภาพทั่วไปของผู้ป่วยและครอบครัว ประสานกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในการรายงานอาการผู้ป่วยและปัญหาที่ต้องการช่วยเหลือ เยี่ยมเยียนให้คำแนะนำ การสนับสนุนด้านการดูแลจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัว รวมทั้งการแจ้งข้อมูลข่าวสารหรือความรู้เบื้องต้นที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งนี้ไม่ควรคิดว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคมะเร็งเป็นโรคที่หมดหวัง หรือไม่สามารถรักษาหายได้ สิ่งที่ควรคำนึงถึง คือ ความหลากหลายของชนิดของมะเร็ง ระยะของการเจ็บป่วย รวมทั้งลักษณะสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ของผู้สูงอายุ ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล มะเร็งที่พบได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งของลำไส้ใหญ่และลำไส้ตรง มะเร็งปอด มะเร็งต่อมลูกหมาก ซึ่งการรักษาขึ้นอยู่กับชนิดของมะเร็ง ขนาด ตำแหน่ง ระยะโรค ภาวะสุขภาพของผู้ป่วย

การรักษาโรคมะเร็งอาจเป็นการรักษาแบบเฉพาะที่จะส่งผลกระทบต่อก้อนมะเร็งและอวัยวะข้างเคียง ได้แก่ การผ่าตัด และการฉายรังสี ส่วนการรักษาโดยการให้ยาหรือสารละลายเข้าทางระบบโลหิต เพื่อทำลายมะเร็งทั่วร่างกาย ได้แก่ เคมีบำบัด ฮอโมนบำบัด และชีวบำบัด ซึ่งผลข้างเคียงจากการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยสูงอายุ มีสภาพร่างกายที่อ่อนแอลง บางรายอาจเกิดปฏิกิริยาจากการรักษาไม่สุขสบาย มีอาการข้างเคียง ภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ขึ้นอยู่กับร่างกายของผู้ป่วยแต่ละบุคคล ซึ่งอาการเหล่านี้พบได้เมื่อผู้ป่วยสูงอายุกลับมารักษาตัว พักฟื้นที่บ้านหรือในชุมชน

ปัญหาที่พบบ่อย

อาการปวด

ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งส่วนใหญ่ทนทุกข์กับอาการปวด โดยความปวดจากโรคมะเร็ง แบ่งเป็น

๑. ความปวดที่มีต้นตอมาจาก Somatic (Somatic Cancer pain) เกิดจากก้อนเนื้อที่รุกรานเข้าไปในกระดูก ข้อต่อ กล้ามเนื้อ หรือในเนื้อเยื่อเกี่ยวพันข้างเคียง ก้อนเนื้อจะทำให้เกิดพยาธิสภาพต่อกระดูกทำให้กระดูกหัก กล้ามเนื้อมีการหดเกร็งจากการทำลายเนื้อเยื่อ อาการปวดจะมีลักษณะปวดตื้อ ๆ จะปวดมากขึ้นเมื่อมีการลงน้ำหนักหรือเคลื่อนไหว

๒. ความปวดที่มีต้นตอมาจาก Viscera (Visceral Pain) เกิดขึ้นเมื่อมะเร็งเกิดกับอวัยวะของร่างกายบางตำแหน่งที่ปกติจะไม่มีความรู้สึกต่อความปวด เช่น ปอด ตับ ไต แต่ผู้ป่วยจะรับรู้ความปวดเมื่อตัวมะเร็งได้แพร่ลุกลามมีการทำลายรุกราน Capsule ที่ห่อหุ้มโครงสร้างอวัยวะ รวมทั้งกระตุ้นต่าง ๆ ทำให้เกิดความปวด เช่น การจี้ด้วยไฟฟ้า การผ่าตัด อาการปวดจะมีลักษณะปวดกระจาย ยากต่อการชี้หรือบอกจุดที่เกิดความปวดอย่างชัดเจน อาจมีอาการปวดร้าวไปยังบริเวณอื่น ๆ รวมทั้งอาจมีอาการ autonomic reflex ร่วมด้วย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน

๓. ความปวดจากมะเร็งชนิด Neuropathic Pain เป็นผลที่เกิดจากการบาดเจ็บหรือการอักเสบของระบบประสาท ซึ่งอาจเกิดบริเวณประสาทส่วนปลาย หรือส่วนกลาง ทั้งนี้อาการปวดเกิดจากการแทรกซึม หรือกดทับเส้นประสาทจากตัวเนื้องอก หรืออาจเป็นผลข้างเคียงจากการบำบัดรักษาโรคมะเร็ง เช่น รังสีรักษา และยาเคมีบำบัดบางชนิด

อาการปวดจะมีลักษณะปวดแสบปวดร้อน ขึ้นเองโดยไม่มีปัจจัยใด ๆ มากกระตุ้น ความปวดมีลักษณะปวดแปลบหรือคล้ายถูกของมีคมบาด หรือถูกของแหลมทิ่มแทง

แนวทางในการให้การช่วยเหลือ

การประเมินความปวด มีความสำคัญและเป็นเรื่องจำเป็นเพื่อที่ใช้เป็นแนวทางในการพิจารณาการดูแลบำบัดช่วยเหลือ ซึ่งหลักในการประเมินความปวดมี ๖ ประการ ได้แก่

๑. เชื่อและฟังคำบอกเล่าของผู้ป่วย
๒. ให้การประเมินความปวดที่เกิดขึ้นอย่างทั่วถึงทุก ๆ ด้าน
๓. ประเมินทุกบริเวณที่เกิดความปวด
๔. ตรวจสอบขอบเขตของโรคมะเร็งที่เป็น
๕. ประเมินปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจส่งผลต่อความปวดที่เป็นอยู่
๖. ทบทวน ประเมินซ้ำ

แนวทางการให้ยาแก้ปวดตามคำแนะนำขององค์การอนามัยโลก หรือที่เรียกว่า บันไดสามขั้น (WHO Analgesic Ladder) มีดังนี้

ขั้นที่ ๑: สำหรับความปวดไม่มาก (ปวดเล็กน้อย) ใช้ยาในกลุ่ม Non-opioid ได้แก่ Paracetamol Aspirin NSAIDs

ขั้นที่ ๒: หลังจากได้ยาขั้นที่ ๑ หากความปวดยังคงอยู่หรือรุนแรงขึ้น (ปวดปานกลาง) ให้เพิ่มหรือใช้ยาในกลุ่ม Weak opioids ได้แก่ Codeine และ Tramadol

ขั้นที่ ๓: ถ้าผู้ป่วยยังปวดมากขึ้นและไม่สามารถระงับปวดได้ด้วย Weak opioids ในขนาดยาที่เหมาะสมหรือเป็นความปวดที่รุนแรงและ/หรือเคยได้รับยาในกลุ่ม Strong opioids ในการควบคุมความปวดมาก่อนให้ปรับเปลี่ยนมาใช้ Strong opioids ได้แก่ Morphine Fentanyl หรือ Methadone

ข้อควรคำนึงในการเยี่ยมผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาประเภทต่าง ๆ

๑. การผ่าตัด (Surgery)

ข้อจำกัดในการรับการรักษาด้วยการผ่าตัด ก่อนการรับการรักษา

- การผ่าตัดฉุกเฉิน เพิ่มความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนแก่ผู้สูงอายุ
- ควรประเมินสภาพร่างกายผู้สูงอายุอย่างละเอียดก่อนผ่าตัด
- ผู้สูงอายุที่สภาพก่อนผ่าตัดเป็นผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL, IADL) หรือมีภาวะปรีซานหรือการรู้คิดบกพร่องบกพร่อง (Impaired Cognitive Status) จะมีความเสี่ยงในการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิตภายใน ๖ เดือนหลังผ่าตัดเพิ่มขึ้น

ระหว่างการรักษาด้วยการผ่าตัด

- ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงเกิดภาวะซึ่มสับสนเฉียบพลัน (Delirium)
- ภาวะซึ่มสับสนเฉียบพลันเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันลดลง

วางแผนการรักษาดูแลเพื่อป้องกันการเกิดภาวะสับสนเฉียบพลัน

๒. การได้รับรังสีรักษา (Radiation Therapy)

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

๓. การรักษาโดยใช้ยาเคมีบำบัด (Systemic Therapy)

ภาวะท้องเสีย

- การให้สารน้ำทดแทน
- การให้ยา Loperamide (ในกรณีที่ท้องเสียระดับต่ำหรือปานกลาง)
- การให้ยา Octreotide (Subcutaneous/Intravenous) ในกรณีท้องเสียรุนแรง

ภาวะท้องผูก

- แนะนำการดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ ๘ แก้ว (๒๔๐ CC) ในกรณีไม่มีข้อห้าม
- กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหว ออกกำลังกาย รวมทั้งออกกำลังกายหน้าท้องหรือลุกเปลี่ยนท่า ไม่นอนนาน ๆ โดยไม่เคลื่อนไหว
- กระตุ้นให้เพิ่มอาหารที่มีกากใยอาหาร (Fiber) โดย แนะนำให้ได้รับกากใยอาหาร ๒๐-๓๕ กรัม/วัน แนะนำประเภทของอาหาร ผักผลไม้ที่มีกากใยสูง เช่น ผลไม้ประเภทองุ่น ส้ม แอปเปิ้ล ฝรั่ง สับปะรด กัลยาดร ผักต่าง ๆ ได้แก่ บร็อคโคลี่ แครอท ผักขม คื่นช่าย เมล็ดถั่ว และธัญพืชต่างๆ ควรแนะนำให้รับประทานอาหารที่มีกากใยสูง ควบคู่กับการดื่มน้ำที่เพียงพอ (อย่างไรก็ตามการให้อาหารกากใยสูง อาจจะเป็นข้อห้ามในผู้ป่วยมะเร็งที่มีโอกาสเกิดลำไส้อุดตันหรือมีปัญหาเกี่ยวกับระบบลำไส้)
- แนะนำให้ดื่มน้ำอุ่น ๆ หรือเครื่องดื่มร้อนครึ่งชั่วโมงก่อนเวลาขบถ่าย
- ให้อาหารกลุ่ม Stimulant laxative ร่วมกับ Stool softener (Senokot-S) ๒ เม็ด/ วัน
- ในกรณีผู้ป่วยท้องผูกจากการได้รับยากลุ่ม Opioid ให้เพิ่มปริมาณ Senokot-S และเพิ่มยา Milk of Magnesia (MOM) ๑๐ CC วันละ ๒ - ๔ ครั้ง
- แนะนำสอนญาติ ผู้ดูแลให้ล้างอุจจาระ

๔. อาการคลื่นไส้/ อาเจียน

- ควรประเมินหาสาเหตุจากการทบทวนประวัติการป่วย การตรวจร่างกาย ยาที่ได้รับ ลักษณะอาการ
- หากมีอาการหลังจากรับประทานอาหาร แนะนำให้จัดท่านั่งพักหลังอาหาร ไม่ควรนอนราบทันที
- หากอาการมาจากหูชั้นใน พบว่าอาการนี้อาจสนองตอบการใช้ยาในกลุ่ม Anticholinergic (Scopolamine), Antihistamine (Meclizine), Phenothiazines with H1 (Promethazine)
- หากเป็นกรณีผู้ป่วยระยะสุดท้าย กลืนอาหารลำบาก อาจมีการใส่สายยางให้อาหาร (Tube feeding) ร่วมกับการให้ยาในกลุ่ม Prokinetics (Metoclopramide)

- อาจพิจารณาให้ยาที่ออกฤทธิ์กับ Neurotransmitter receptors ที่เกี่ยวกับอาการคลื่นไส้/อาเจียน เช่น กลุ่มยาจำพวก Phenothiazine เช่น Prochlorperazine และ Chlorpromazine ซึ่งใช้ได้กับปัจจัยหลากหลายที่ก่อให้เกิดอาการอาเจียน แต่ควรระวังผลข้างเคียงที่ทำให้ความดันโลหิตต่ำและง่วงนอน

๕. อาการเยื่อช่องปากอักเสบ (Mucositis)

- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพอนามัยช่องปาก
- หลีกเลี่ยงอาหารรสเผ็ด เปรี้ยว อาหารแข็ง ที่ทำให้ระคายเคือง
- ใช้ยาสีฟันที่กิลินรสไม่รุนแรง ระคายเคือง
- อมบ้วนปากโดยน้ำเกลืออุ่น ๓-๔ ครั้ง/วัน (เกลือ ๑ ช้อนโต๊ะ ผสมน้ำ ๑ ลิตร)
- แนะนำให้ดูแลริมฝีปาก ช่องปากให้ชุ่มชื้นอยู่เสมอ

๖. นอนไม่หลับ (Insomnia)

- ประเมินการนอนหลับของผู้ป่วย ระยะเวลา คุณภาพการนอนหลับ ความรู้สึกอ่อนเพลีย
- การกำหนดการเข้านอนและการตื่นให้เป็นเวลา
- การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกจินตภาพบำบัด การสะกดจิต
- การเปลี่ยนความคิดและความเชื่อเกี่ยวกับการนอนโดยใช้การลดความกังวล
- การจัดสิ่งแวดล้อม บรรยากาศที่ช่วยให้เกิดผ่อนคลาย เอื้อต่อการนอน

ผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งที่บ้านหรือในชุมชนควรได้รับการเยี่ยมจากทีมสหสาขาวิชาชีพซึ่งเป็นบุคลากรทางสุขภาพร่วมกับทีมชุมชนเพื่อให้การดูแล แนะนำรวมทั้งช่วยเหลือผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็งรวมทั้งประสานงานให้คำแนะนำแก่ผู้ดูแลหรือครอบครัวของผู้ป่วย โดยทีมที่ช่วยในการดูแลประสานงาน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักสังคมสงเคราะห์/ นักจิตวิทยา นักโภชนาการ เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พระสงฆ์ บาทหลวง ผู้นำทางศาสนาทั้งนี้เพื่อให้เกิดความร่วมมือ ประสานงาน สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโรคมะเร็ง ให้ได้รับการดูแลเหมาะสมตามสภาพปัญหาและความต้องการ

เอกสารอ้างอิง

๑. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์. คู่มือแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่บ้านสำหรับกลุ่มโรคเรื้อรัง และกลุ่มอาการในผู้สูงอายุ (Chronic Disease and Geriatric Syndromes).

ใบความรู้ที่ ๖ การเตรียมอาหารสำหรับผู้สูงอายุเฉพาะโรค

เมื่อผู้สูงอายุมีภาวะเจ็บป่วย อาหารจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งต่อสุขภาวะของผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมถอย การรับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบถ้วนและเป็นประโยชน์ต่อร่างกาย เพื่อให้ร่างกายนำสารอาหารที่จำเป็น ไปซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอรวมทั้งทำให้อาการของโรคในผู้สูงอายุทุเลาลงและส่งเสริมให้การรักษามีประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น อาหารเฉพาะโรคที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพื่อคงสภาพให้ร่างกายของผู้สูงอายุ สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างเป็นปกติสุข

อาหารเฉพาะโรค (Therapeutic Diet) หมายถึง อาหารที่มีการดัดแปลงส่วนประกอบ เช่น ปริมาณ สารอาหาร เนื้อสัมผัส หรือวัตถุดิบ ให้เหมาะสมและเฉพาะเจาะจงกับตัวผู้ป่วยทั้งในแง่ของภาวะร่างกาย ความเจ็บป่วย และความรุนแรงของโรค โดยจะช่วยในรักษาอาการเจ็บป่วย ชะลอความรุนแรงของโรค และ สนับสนุนให้การรักษาด้วยวิธีการแพทย์มีประสิทธิภาพอย่างเต็มที่ พร้อมทั้งรักษาภาวะโภชนาการของผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพสมดุลป้องกันภาวะทุพโภชนาการ ที่เป็นผลมาจากภาวะความเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ ชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนจากการเจ็บป่วย โดยแพทย์จะเป็นผู้วินิจฉัยถึงความจำเป็นของผู้ป่วยที่ต้องได้รับอาหารเฉพาะโรค ซึ่งจะประเมินอาการและกำหนดลักษณะอาหารที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย เช่น พลังงานรวมที่ควรได้รับ สารอาหาร หรือชนิดอาหารที่มีการจำกัดปริมาณ เช่น จำกัดเกลือ ๑ กรัม จำกัดโปรตีน ๑.๒ กรัมต่อน้ำหนักตัว เป็นต้น จากนั้นนักกำหนดอาหารจึงนำไปคำสั่งแพทย์มาคำนวณต่อเป็นปริมาณวัตถุดิบ แล้วทำการดัดแปลงหรือออกแบบ มื้ออาหารให้เหมาะสมกับที่ผู้ป่วยควรได้รับ หากผู้ป่วยกำลังรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล เมนูอาหารนี้ก็จะถูกส่งต่อไปยังฝ่ายครัวของโรงพยาบาล เพื่อให้พ่อครัวแม่ครัวสามารถปรุงอาหารส่งขึ้นไปให้ผู้ป่วยต่อไป กรณีผู้ป่วยต้องกลับบ้าน นักกำหนดอาหารก็จะเป็นผู้แนะนำผู้ป่วย (หรือญาติ) ถึงวิธีการดัดแปลงอาหารและปริมาณให้เป็นไปตามหลักอาหารเฉพาะโรค

อาหารเฉพาะโรคถึงจะเป็นอาหารสำหรับผู้ป่วย แต่ก็ได้ไม่ได้แตกต่างไปจากอาหารของคนทั่วไป เพราะเป็นเมนูอาหารธรรมดาที่ได้รับการคำนวณ จัดสรรปริมาณ และวางแผนปรับเปลี่ยนวัตถุดิบให้เหมาะสมกับโรคที่เป็นอยู่และร่างกายผู้ป่วยเท่านั้น ซึ่งการดัดแปลงนี้จะมีตั้งแต่การลดเกลือ ลดน้ำตาล เพิ่มผัก หรือปรับเปลี่ยนชนิดของผัก ลดเนื้อสัตว์ เปลี่ยนชนิดข้าว จนไปถึงการเปลี่ยนวิธีการปรุง อาหารเฉพาะโรค จึงมีหน้าตาคล้ายกับอาหารทั่วไป แต่อาจต่างตรงรสชาติหรือส่วนประกอบบางอย่าง เช่น มีรสจืดกว่าปกติ หรือมีเนื้อสัตว์น้อยกว่าปกติ เป็นต้น

คำแนะนำสำหรับการดูแลโภชนาการผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัว

โรคเบาหวาน

โรคเบาหวานเกิดจากการที่ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลกลูโคสในกระแสเลือดไปใช้ได้อย่างเหมาะสม โดยเมื่อเรารับประทานอาหารประเภท ข้าว แป้ง น้ำตาลเข้าไปจะถูกเปลี่ยนเป็นกลูโคสและมีฮอร์โมนจากตับอ่อน ที่เรียกว่า “อินซูลิน” เป็นตัวช่วยนำน้ำตาลเข้าสู่เซลล์ ซึ่งถ้าเรารับประทานอาหารประเภทนี้มากเกินไปและตับอ่อน

ผลิตอินซูลินได้ไม่เพียงพอ หรือร่างกายเกิดภาวะดื้อต่ออินซูลินที่จะเกิดขึ้น จากการที่มีการหลั่งอินซูลินในปริมาณปกติ แต่ไม่สามารถทำหน้าที่ควบคุมน้ำตาลให้เข้าสู่เซลล์และไปใช้ได้ ทำให้น้ำตาลสะสมอยู่ในกระแสเลือด ก่อให้เกิดเป็นโรคเบาหวาน ถ้ามีมากก็จะออกมาในปัสสาวะได้

แนวทางการรับประทานอาหารสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน

๑. ลดปริมาณอาหารในหมวดข้าวแป้ง เนื่องจากอาหารประเภทข้าวแป้งเป็นแหล่งพลังงานที่สำคัญ จึงไม่แนะนำให้ผู้ป่วยงด แต่แนะนำให้รับประทานอาหารประเภทคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ขนมปังโฮลวีท และธัญพืชต่าง ๆ

๒. เพิ่มอาหารที่มีใยอาหารสูง รับประทานพืชผักให้มาก เน้นผักใบ ผักที่ให้พลังงานต่ำ ได้แก่ ผักกาดขาว ผักสลัด พริกเขียว กะหล่ำปลี สายบัว ผักกวางตุ้ง แดงกวา บวบ เป็นต้น รับประทานให้ได้ทุกมื้อในแต่ละวันๆ ละ ๔-๕ ทัพพี ถ้าเป็นผักดิบควรเพิ่มปริมาณเป็น ๒ เท่า และรับประทานผลไม้รสไม่หวานจัด ไม่เกิน ๓ ส่วนต่อวัน

๓. เลือกอาหารที่มีกรดไขมันไม่อิ่มตัวเชิงเดี่ยว ได้แก่ น้ำมันมะกอก น้ำมันคาโนลา น้ำมันรำข้าว น้ำมันงา ธัญพืช ถั่วเปลือกแข็ง จำพวกอัลมอนด์ ฮัลเซลนัท แมคคาเดเมีย เมล็ดมะม่วงหิมพานต์ ถั่วลิสง เป็นต้น

๔. ลดอาหารรสหวาน อาหารไขมันสูง และอาหารรสเค็ม รับประทานน้ำตาลให้น้อยลง ก่อนรับประทานอาหารให้อ่านฉลากโภชนาการ และหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่ใส่น้ำตาล เบอเกอร์ คุกกี้ เค้ก ลูกอม รับประทานไขมันให้น้อย เลือกเนื้อสัตว์ที่ไม่ติดมัน หลีกเลี่ยงการปรุงประกอบด้วยวิธีการทอด ใช้การต้ม อบ ต้ม นึ่ง ลวกแทน หลีกเลี่ยงอาหารเค็ม ไม่บริโภคอาหารแปรรูป อาหารกระป๋อง และซิมรรสชาติอาหารก่อนปรุงทุกครั้ง

วิธีการควบคุมสัดส่วนอาหารและวางแผนการบริโภคในแต่ละมื้อของผู้ป่วยเบาหวาน ด้วยแบบจำลองอาหารจานสุขภาพ ๒:๑:๑ คือ การแบ่งจานอาหารขนาดเส้นผ่าศูนย์กลาง ๙ นิ้ว โดยแบ่งออกเป็น ๔ ส่วน โดย ๒ ส่วน คือ ผัก ๑ ส่วน คือ เนื้อสัตว์ไม่ติดมันหรือไขมันต่ำ และอีก ๑ ส่วนสุดท้าย คือ ข้าวแป้งไม่ขัดสี เช่น ข้าวกล้อง ข้าวไรซ์เบอร์รี่ ซึ่งอาหารในกลุ่มเดียวกันจะให้สารอาหารหลักใกล้เคียงกัน สามารถทดแทนหรือสลับเปลี่ยนกันได้ เพิ่มผลไม้ ๑ ส่วนและนมขาดมันเนย หรือนมพร่องมันเนย ๑ แก้ว ตามภาพจำลองด้านล่าง



โรคความดันโลหิตสูง

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบบ่อยในกลุ่มประชากรวัยสูงอายุ อาหารเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพของประชาชนโดยตรง โดยเฉพาะการกินอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของโรคความดันโลหิตสูง หากผู้ป่วยมีความรู้ด้านอาหารและโภชนาการ รู้จักปฏิบัติตนให้เหมาะสม จะทำให้ผู้ป่วยนั้นสามารถดูแลตนเอง เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคอื่น ๆ ได้ ค่าความดันโลหิตที่ผิดปกติและต้องเฝ้าระวัง

ภาวะความดันโลหิตสูง คือ ค่าความดันตัวบนมากกว่า ๑๓๐ มิลลิเมตรปรอท และค่าความดันตัวล่างมากกว่า ๘๕ มิลลิเมตรปรอท

ปริมาณโซเดียมที่ร่างกายต้องการต่อวันในผู้ที่มีสุขภาพปกติ ไม่เกิน ๒,๐๐๐ มิลลิกรัม หรือเท่ากับเกลือประมาณ ๑ ช้อนชา หรือน้ำปลาประมาณ ๓ ช้อนชา แต่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ต้องการลดค่าความดันโลหิตลง ไม่ควรบริโภคเกิน ๑,๕๐๐ มิลลิกรัมต่อวัน หรือเท่ากับเกลือประมาณ ๒/๓ ช้อนชา

หลักการรับประทานอาหารเพื่อรักษาหรือป้องกันภาวะความดันโลหิตสูง (DASH Diet) มีหลักสำคัญ คือ

๑. ลดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียม พบมากในเครื่องปรุงรสต่างๆ อาหารแปรรูป
๒. เพิ่มการรับประทานอาหารที่มีใยอาหารสูง เช่น ผัก ผลไม้ นอกจากนั้นยังเป็นแหล่งของวิตามินและแร่ธาตุและรับประทานธัญพืชไม่ขัดสี
๓. เลือกไขมันดี เช่น น้ำมันมะกอก น้ำมันรำข้าว น้ำมันดอกคำฝอย เลี่ยงไขมันอิ่มตัวและไขมันทรานส์
๔. กินเนื้อสัตว์ไขมันต่ำ เช่น ปลา ไข่ ลดเนื้อแดง เพิ่มถั่วเมล็ดแห้ง ซึ่งเป็นแหล่งของโปรตีนและไขมันดี
๕. เลี่ยงน้ำตาล เครื่องดื่มรสหวาน เบเกอรี่ ขนมหวาน

โรคหัวใจและหลอดเลือด

การบริโภคอาหารสำหรับผู้สูงอายุโรคหัวใจและหลอดเลือด

๑. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวสูง เช่น น้ำมันจากสัตว์ น้ำมันมะพร้าว น้ำมันปาล์ม ขนมขบเคี้ยว เช่น เค้ก คุกกี้ โดนัท วิปป์ครีม แครกเกอร์ นั้กเก็ต พิซซา มันฝรั่งทอด บั๊อปคอร์น เลี่ยงอาหารที่มีคอเลสเตอรอลสูง เครื่องในสัตว์ ไข่แดง หอยนางรม ปลาหมึก กุ้ง เป็นต้น
๒. หลีกเลี่ยงอาหารที่มีไขมันสูง อาหารทอด อาหารที่มีกะทิและเบเกอรี่ เช่น ไส้กรอก กุนเชียง หมูยอ แฮม เบคอน หนังกุ้ง/ไก่ ไก่ทอด ปาท่องโก๋ เค้ก พาย คุกกี้ เป็นต้น
๓. จำกัดอาหารประเภท ข้าว-แป้ง ต่าง ๆ ขนมหวาน น้ำหวาน
๔. หากดื่มนมเป็นประจำ ควรเลือกดื่มนมประเภทไขมันต่ำ
๕. ลดการกินอาหารรสเค็ม และอาหารที่มีปริมาณโซเดียมสูง เช่น เกลือ น้ำปลา ซีอิ๊ว ผงปรุงรส ซุปก้อน น้ำซอสชนิดต่างๆ รวมไปถึง ปลาเค็ม ไข่เค็ม กุนเชียง หมูหยอง หมูแผ่น เป็นต้น
๖. กินผัก ผลไม้ เป็นประจำ เพื่อให้ได้รับวิตามิน สารพฤกษเคมี และใยอาหารในผักผลไม้ จะช่วยในการขับถ่าย ลดการสะสมของคอเลสเตอรอล ชะลอการดูดซึมน้ำตาล

ภาวะสมองเสื่อม

อาหารลดความเสี่ยงสมองเสื่อม อาหารเป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อม โดยธรรมชาติร่างกายต้องการสารอาหาร เพื่อส่งเสริมการทำงานของสมองให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ถ้าร่างกายขาดสารอาหาร ก็จะมีผลเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม อาหารหลายชนิดมีสารอาหารที่เป็นประโยชน์และสามารถป้องกันภาวะสมองเสื่อมได้ ได้แก่

๑. ปลาทะเลและปลาน้ำจืด เป็นแหล่งของโอเมก้า ๓ (Omega ๓) ซึ่งมีประโยชน์ต่อโครงสร้างและการทำงานของสมอง ตับ และระบบประสาทเกี่ยวกับการพัฒนาเรียนรู้ พบมากในปลาทะเล เช่น ปลาทู ปลาทูน่า ปลาแมคคาเรล ปลาแซลมอน ปลาน้ำจืด เช่น ปลาสวาย ปลาดุก ปลาช่อน ปลานิล ผู้สูงอายุควรกินปลาสดอาทิตย์ละ ๒-๓ ครั้ง

๒. ผักและผลไม้หลากหลายสี อุดมไปด้วยสารต้านอนุมูลอิสระ (Antioxidant) เนื่องจากอนุมูลอิสระเป็นพิษต่อเซลล์ในร่างกาย รวมทั้งเซลล์สมอง พบมากในลูกพรุน สตรอเบอร์รี่ บลูเบอร์รี่ ลูกหม่อน ผลทับทิม แอปเปิ้ล เป็นต้น สำหรับเครื่องเทศ สมุนไพร เช่น พริก พริกไทย กระเทียม ขิง

๓. ปลา ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน ตับ เลือด นม เป็นแหล่งโคลีน (Choline) เป็นสารอาหารที่จำเป็นต่อการสร้างสารสื่อประสาทที่เรียกว่า อะเซทิลโคลีน ซึ่งควบคุมระบบความจำ และวิตามินบี ๖ วิตามินบี ๑๒ และโฟเลต ซึ่งมีบทบาทในการพัฒนาระบบความจำ เกี่ยวข้องกับการสังเคราะห์สารสื่อประสาท

๔. ธัญพืชไม่ขัดสี/ขัดสีน้อย เช่น ข้าวกล้อง ข้าวซ้อมมือ ข้าวโอ๊ต ลูกเดือย ถั่วแดง เป็นแหล่งวิตามิน มีส่วนช่วยสร้างโครงสร้างเซลล์ประสาท และช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของสมอง

อาหารป้องกันการหกล้ม

ความเสี่ยงจากการหกล้มของผู้สูงอายุจะแปรผันตามอายุที่มากขึ้น จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่า ผู้สูงอายุตั้งแต่ ๖๕ ปีขึ้นไปจะมีแนวโน้มหกล้มร้อยละ ๒๘-๓๕ ต่อปีและจะเพิ่มเป็นร้อยละ ๓๒-๔๒ เมื่อก้าวเข้าสู่ปีที่ ๗๐ เป็นต้นไป การหกล้มเบาๆ ของผู้สูงอายุ อาจส่งผลทำให้กระดูกสะโพกหรือกระดูกสันหลังหัก ซึ่งไม่เพียงแต่ผู้สูงอายุที่มีภาวะกระดูกพรุนเท่านั้น ยังรวมไปถึงผู้สูงอายุที่มีมวลกล้ามเนื้อน้อย ก็สามารถเพิ่มโอกาสในการหกล้มได้เช่นกัน

ผู้สูงอายุทั่วไปควรได้รับปริมาณโปรตีน ๑ กรัม ต่อน้ำหนักตัว ๑ กิโลกรัม (เนื้อสัตว์ ๒ ช้อนกินข้าว มีโปรตีน ๗ กรัม) แต่สำหรับผู้สูงอายุที่มีมวลกล้ามเนื้อน้อยจำเป็นต้องได้รับปริมาณโปรตีน ๑.๒ กรัม ต่อน้ำหนักตัว ๑ กิโลกรัม เพื่อป้องกันการสูญเสียมวลกล้ามเนื้อและเพิ่มเส้นใยของกล้ามเนื้อ

ผู้สูงอายุควรได้รับแคลเซียมประมาณ ๑,๐๐๐ มิลลิกรัมต่อวัน เพื่อเพิ่มความหนาแน่นของมวลกระดูก แนะนำให้ดื่มนมวันละ ๑-๒ แก้ว และกินอาหารอื่นที่มีแคลเซียมสูง ได้แก่ ผักใบเขียว ปลาเล็กปลาน้อย ที่รับประทานได้ทั้งตัว นม เต้าหู้ ไข่ ถั่ว งาดำ โยเกิร์ต กุ้งแห้ง แคลมอน เป็นต้น สำหรับผู้สูงอายุที่รับประทานแคลเซียมเสริม อาจทำให้เกิดอาการท้องผูกได้ แนะนำให้ดื่มน้ำตามมากๆ อย่างน้อย ๖-๘ แก้วต่อวัน

การดูแลโภชนาการผู้สูงอายุติดเตียง

ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ควรเฝ้าระวังในกลุ่มผู้สูงอายุติดเตียง คือ “ภาวะกลืนลำบาก (Dysphagia)” ซึ่งเป็นปัญหาที่พบได้มากในผู้สูงอายุ ผลกระทบจากภาวะกลืนลำบากทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนหลายประการ ได้แก่ ภาวะทุพโภชนาการ (Malnutrition) ภาวะขาดสารน้ำ (Dehydration) และที่สำคัญคือปอดอักเสบจากการสำลัก (Aspirate pneumonia) ซึ่งการสำลักไม่ว่าจะเป็นการสำลักน้ำ อาหาร หรือน้ำลาย ทำให้เป็นแหล่งสะสมของเชื้อโรค ซึ่งภาวะกลืนลำบาก มีความเสี่ยงต่อการสำลักในขณะที่รับประทานอาหาร อาจทำให้เกิดการอักเสบหรือติดเชื้อ แนะนำให้ผู้ดูแลฝึกกระตุ้นการทำงานของกล้ามเนื้อ ฝึกการกลืนน้ำลาย โดยอาจขอคำปรึกษากับนักกิจกรรมบำบัดเพิ่มเติม นอกจากนี้ ควรจัดทำให้ผู้สูงอายุอยู่ในท่าที่สะดวกสบาย ควรเป็นท่านั่งหรือท่านอนศีรษะสูง ผู้ดูแลควรปรับเตียง ๔๕-๙๐ องศา ก่อนเริ่มรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันการสำลักอาหาร

ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้การจัดเตรียมอาหารเฉพาะโรค อาหารทางสายให้อาหาร อาหารทางการแพทย์ อาหารสำหรับผู้ที่มีปัญหาการเคี้ยวและกลืนอาหารลำบาก รวมไปถึงวิธีการให้อาหารทางสายให้อาหาร ภายใต้อำนาจแนะนำของแพทย์/นักกำหนดอาหาร/นักโภชนาการ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับพลังงานและสารอาหารที่เพียงพอและมีความปลอดภัย

การดูแลและการให้อาหารทางสายยาง

อาหารทางสายยาง (Tube Feeding) หมายถึง อาหารที่มีลักษณะเป็นของเหลวสามารถให้อาหารเหลวผ่านทางสายยางเข้าสู่กระเพาะอาหารโดยตรง ซึ่งแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาพร้อมกับสหสาขาวิชาชีพในการให้อาหารทางสายยางผู้สูงอายุที่ไม่สามารถรับประทานอาหารทางปากเองได้ หรือทานได้น้อยกว่า ๖๐% ของพลังงานที่ควรได้รับต่อวัน นานติดต่อกันเกิน ๓ - ๗ วัน หรือเป็นผู้ที่มีภาวะขาดสารอาหาร หรือมีปัญหาด้านการกลืนและสำลักอาหาร แต่ระบบย่อยอาหารและการดูดซึมอาหารยังสามารถทำงานได้เป็นปกติและไม่มีการอุดตันของทางเดินอาหารส่วนปลาย

สูตรอาหารทางสายยาง มี ๓ สูตร ดังนี้

๑. สูตรน้ำนมผสม (Milk based formula)

สูตรนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยเด็ก มีน้ำนม และผลิตภัณฑ์ของน้ำนมเป็นส่วนประกอบสำคัญและอาจมีอาหารอื่นเพิ่มเพื่อให้ได้พลังงานและสารอาหารเพียงพอ เช่น ไข่ ครีม น้ำตาล น้ำมันพืช น้ำมันผลไม้ เป็นต้น

๒. สูตรอาหารปั่นผสม (Blenderized formula)

สูตรนี้สามารถปรับเปลี่ยนส่วนผสมของอาหารได้ โดยให้สารอาหารที่ครบถ้วนตามความต้องการของร่างกาย ประกอบด้วยสารอาหารหลักได้แก่ โปรตีน คาร์โบไฮเดรต และไขมันอย่างเหมาะสม เลือกวัตถุดิบมาจากอาหารแต่ละหมู่ นำมาทำให้สุกแล้วปั่นผสมเข้าด้วยกัน

๓. สูตรสำเร็จรูป (Commercial formula)

อาหารทางสายยางประเภทนี้เป็นอาหารที่ออกแบบสูตรอาหารโดยเฉพาะ ซึ่งจะเป็นผลิตภัณฑ์อาหารทางการแพทย์ มีให้เลือกใช้มากมายหลายสูตรได้ตามความเหมาะสมของผู้ป่วย มีทั้งชนิดผงและเป็นของเหลว โดยอาหารแต่ละสูตรจะมีรายละเอียด จำนวนแคลอรี ต่อปริมาณอาหารที่กำหนดไว้

โดยปกติแพทย์จะเป็นผู้กำหนดสูตรอาหารสำหรับผู้ที่ยังจำเป็นต้องให้อาหารทางสายยางร่วมกับนักโภชนาการหรือนักกำหนดอาหารในโรงพยาบาลด้วยเสมอ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันไปตามสภาวะร่างกายและของโรคประจำตัวของผู้สูงอายุแต่ละคน

การจัดเตรียมอาหารทางสายยาง

๑. ควรระมัดระวังเรื่องความสะอาดของวัตถุดิบและอุปกรณ์ในการจัดเตรียม

- วัตถุดิบสะอาด สด ใหม่
- อุปกรณ์ในการประกอบอาหาร อุปกรณ์ชั่ง ตวง เครื่องปั่นอาหาร ควรต้มในน้ำเดือดหรือถ้าเป็นพลาสติกให้ลวกน้ำร้อนก่อนนำมาประกอบ

๒. ควรล้างมือให้สะอาดก่อนการปรุงประกอบทุกครั้ง

๓. แบ่งบรรจุอาหารในถุงสำหรับให้อาหารทางสายยางที่ผ่านการฆ่าเชื้อแล้ว แบ่งเป็นมื้อๆ

- เก็บไว้ในตู้เย็นที่อุณหภูมิ ๑-๕ องศาเซลเซียส เก็บได้นาน ๒๔ ชม. (ไม่แชร์ร่วมกับอาหารอื่น)

- ก่อนนำไปให้ผู้สูงอายุ ต้องนำอาหารมาอุ่นก่อน โดยแช่ในน้ำร้อนประมาณ ๕ นาที ให้อาหารอุ่นพอดี เพราะถ้าร้อนเกินไปเกิดการระคายเคืองกับผนังกระเพาะอาหารได้

ตัวอย่าง สูตรอาหารปั่นผสม ๑ : ๑ (พลังงาน ๑๐๐๐ kcal ต่อปริมาณ ๑๐๐๐ ml ต่อ ๑ วัน)

วัตถุดิบ

1. ไข่ไก่	1 ฟอง	5. ฟักทอง	100 กรัม
2. ตับไก่	50 กรัม	6. น้ำตาลทราย	65 กรัม
3. ออกไก่	150 กรัม	7. น้ำมันพืช	20 กรัม
4. กล้วย	100 กรัม		

วิธีการปรุงประกอบ

๑. ต้มวัตถุดิบทั้งหมดในน้ำเดือดให้สุกนิ่ม และใส่เครื่องปรุงเป็นลำดับสุดท้าย พักไว้จนอุ่น
 ๒. นำมาใส่โถปั่นจนละเอียดเป็นเนื้อเดียวกัน
 ๓. นำอาหารมากรอกผ่านกระชอนตาถี่ ให้เหลือกากอาหารน้อยที่สุด (ถ้ามีกากอาหารเหลือเกิน ๑ ชต.ให้นำมาปั่นใหม่)
 ๔. นำมากรอกใส่ภาชนะบอกปริมาตรให้ได้ตามที่ต้องการ (๑๐๐๐ ml)
 ๕. หากได้ปริมาณอาหารไม่ตรงตามที่แพทย์กำหนด (๑๐๐๐ ml) ให้เติมน้ำต้มสุกลงไปให้ได้ปริมาณครบ ๑๐๐๐ ml ตามสูตร
- ***ข้อสังเกต อาหารที่ได้ควรมีลักษณะเหลวและไหลได้คล้ายน้ำนม

สื่อความรู้	ช่องทางการเข้าถึงสื่อ
<p>เรื่อง “ตำรับอาหารท้องถิ่น 4 ภาค สำหรับผู้สูงอายุ”</p> 	 <p>Link: https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/book/217188</p>
<p>เรื่อง “การจัดอาหารว่างเพื่อสุขภาพ”</p> 	 <p>Link: https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/book/214259</p>
สื่อความรู้ด้านโภชนาการ	

สื่อความรู้	ช่องทางการเข้าถึงสื่อ
<p style="text-align: center;">สำหรับผู้สูงอายุ</p> 	 <p>Link: https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/elderlybook/</p>

ที่มา: สำนักโภชนาการ กรมอนามัย

เอกสารอ้างอิง

๑. มหาวิทยาลัยมหิดล. คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. ฝ่ายโภชนาการ. อาหารทางสายให้อาหาร [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ ๒๑ ตุลาคม ๒๕๖๖]. เข้าถึงได้จาก

https://www.rama.mahidol.ac.th/food_nutrition/th/content/๐๑๓๐๒๐๑๕-๐๘๕๕-th-๐

หมวดที่ ๔ การสร้างสัมพันธภาพที่ดี

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

๑. เพื่อให้มีองค์ความรู้ ความเข้าใจเรื่องเทคนิคการสร้างความสัมพันธ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การสร้างสัมพันธภาพ การจัดการอารมณ์ การจัดการเพื่อลดความขัดแย้ง การจัดการการให้คำปรึกษาในครอบครัว

เนื้อหาแผนการสอน (จำนวน ๔ ชั่วโมง : ทฤษฎี ๒ ชั่วโมง ปฏิบัติ ๒ ชั่วโมง)

๑. เทคนิคการสร้างสัมพันธ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
๒. การสร้างสัมพันธภาพ
๓. การจัดการอารมณ์
๔. การจัดการเพื่อลดความขัดแย้ง
๕. การจัดการการให้คำปรึกษาในครอบครัว

วิธีการสอน

๑. การบรรยาย/การทำกิจกรรม
๒. การฝึกปฏิบัติ
๓. การซักถาม

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

๑. วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียน ด้วยสไลด์ สื่อ วีดิทัศน์ หรือสื่อการเรียนการสอนอื่น ๆ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความสนใจ กระตุ้นเข้าสู่บทเรียน
๒. วิทยากรบรรยายและเป็นการมีส่วนร่วมของผู้เรียน
๓. แบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมตามความเหมาะสม ในการแสดงบทบาทสมมติให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น
๔. ผู้เข้ารับการอบรม นำเสนอผลการประชุมกลุ่มหรือสิ่งที่ได้จากการแสดงบทบาทสมมติ
๕. วิทยากรสรุปผลเรียน

สื่อประกอบการเรียน/อุปกรณ์

๑. สื่ออิเล็กทรอนิกส์ แผ่นพับ โปสเตอร์ ภาพพลิก
๒. สื่อการเรียนการสอนในการแสดงบทบาทสมมติ

คำแนะนำสำหรับวิทยากร

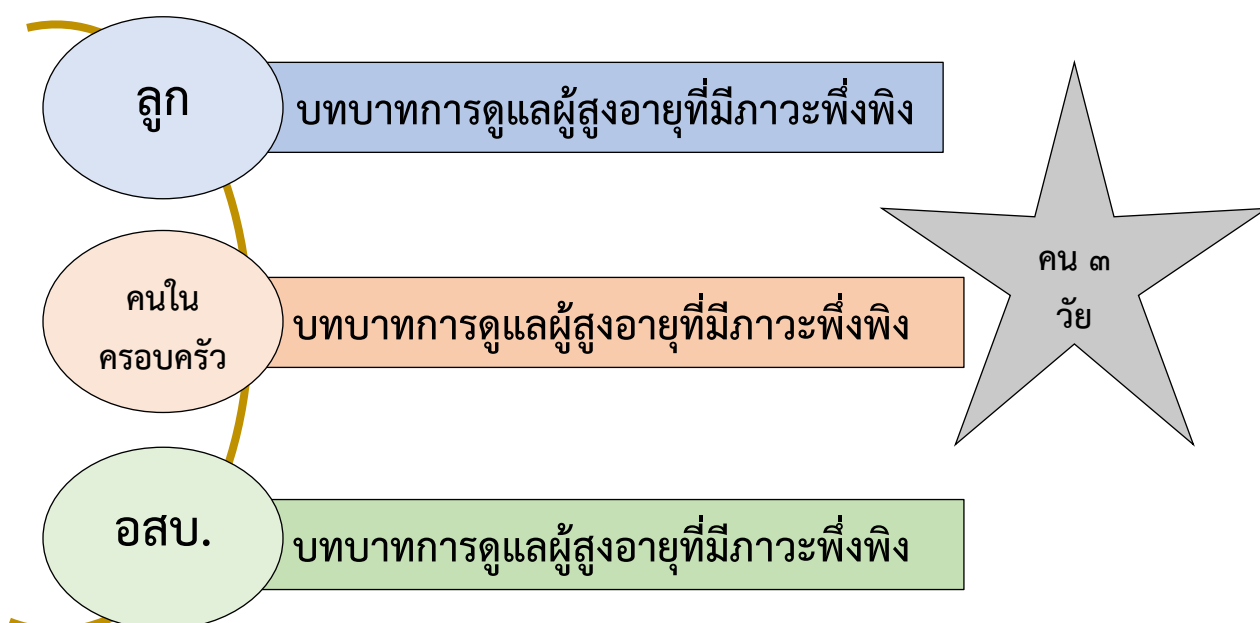
วิทยากรควรเตรียมสื่ออุปกรณ์ต่าง ๆ ให้พร้อม เพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนสนใจ และเกิดการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วม โดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง

การประเมินผล

๑. สังเกตการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่มและทำกิจกรรมกลุ่ม
๒. ประเมินจากการถาม – ตอบ

ใบความรู้ที่ ๑ เทคนิคการสร้างความสัมพันธ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

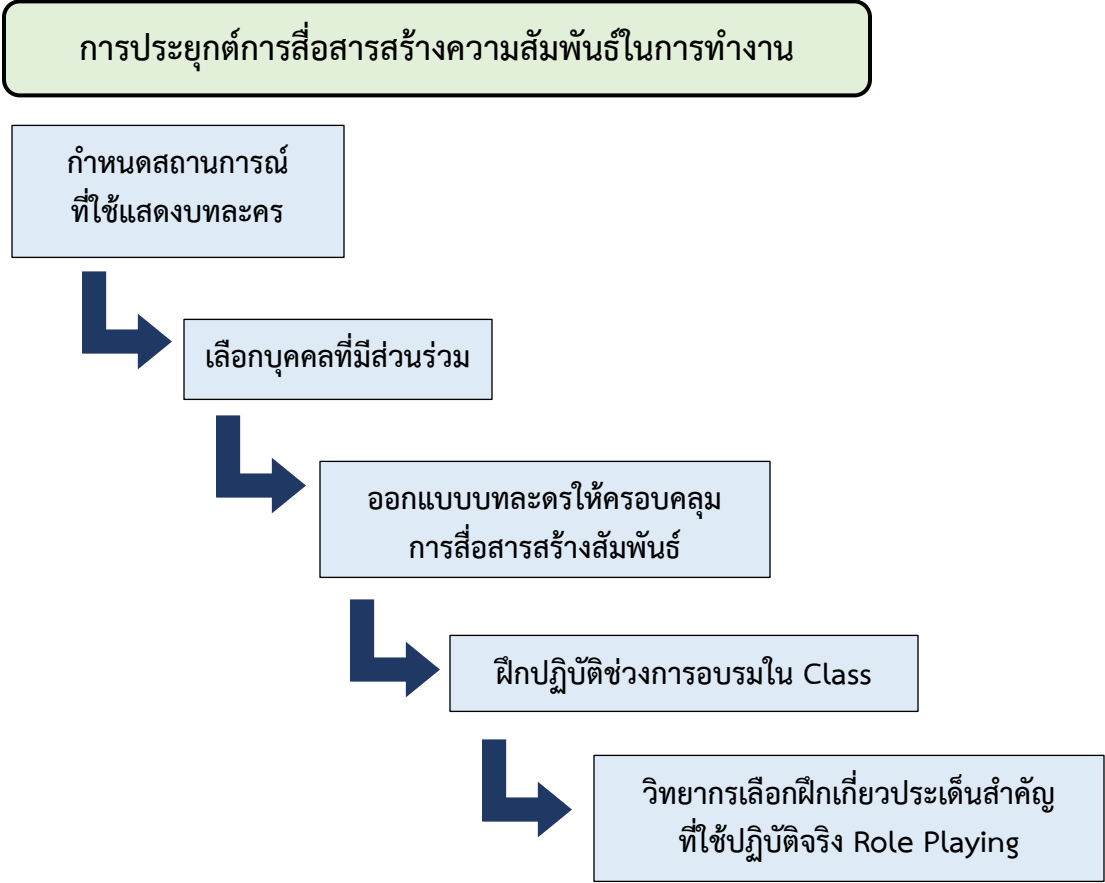
- การสร้างสัมพันธ์ที่ดี
 ๑. การเข้าใจผู้อื่นและทำให้ผู้อื่นเข้าใจเรา
 ๒. การเอาใจเขามาใส่ใจเรา
 ๓. การสร้างความรู้สึที่ดีต่อผู้อื่น
 ๔. การรักผู้อื่นอย่างไม่มีเงื่อนไข
 ๕. การให้ความช่วยเหลือผู้อื่นด้วยความเต็มใจ
 ๖. การมองผู้อื่นที่ด้านดีของเขา
- เทคนิคการสร้างสัมพันธ์ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง



- การประสานการทำงานและลักษณะแนวทางการปฏิบัติร่วมกัน ดังนี้
 ๑. มีอารมณ์ความรู้สึกไปในทิศทางเดียวกันการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
 ๒. แสดงความเปิดเผยต่อข้อมูลของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่างญาติกับผู้ดูแลมากขึ้น
 ๓. สื่อสารกันเพิ่มขึ้น
 ๔. มีความพยายามเพิ่มขึ้น
 ๕. แสดงความชื่นชมแบบที่ไม่ต้องเรียกร้อง
 ๖. เกิดพลังงานในทางบวก
 ๗. สนุกสนานกับประสบการณ์ที่มีร่วมกัน

- **เทคนิควิธีการสื่อสารให้เข้าใจ บรรลุเป้าหมาย**
 ๑. การนำเสนอ/อธิบาย ให้ผู้อื่นเข้าใจ
 ๒. การแก้ปัญหาเชิงสร้างสรรค์
 ๓. การจูงใจให้ผู้อื่นคล้อยตามแนวความคิด
 ๔. การสร้างการมีส่วนร่วมในกิจกรรม
 ๕. การสร้างภาพลักษณ์
 ๖. การตอบข้อโต้แย้งเชิงเหตุผล
- **ความหมายของการสื่อสารสัมพันธ์**
 - การสื่อสาร หมายถึง การติดต่อ เชื่อมต่อกับผู้อื่นให้มีความเข้าใจตรงกัน
 - การสร้างความสัมพันธ์ หมายถึง ความสามารถในการเห็นอกเห็นใจผู้อื่น รวมทั้งเข้าใจผู้อื่นซึ่งจะช่วยให้คุณโน้มน้าวจิตใจบุคคลเหล่านั้นได้ดีขึ้น
- **การประยุกต์ใช้การสื่อสารสร้างความสัมพันธ์ในงาน**



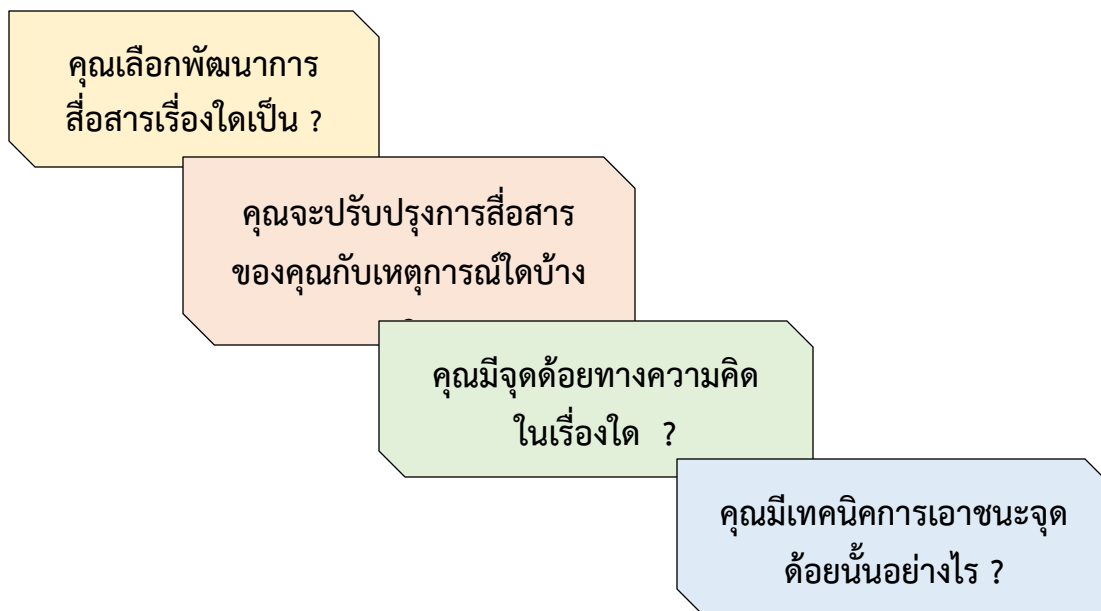


คุณจะทำอย่างไรเพื่อให้ผู้ฟัง

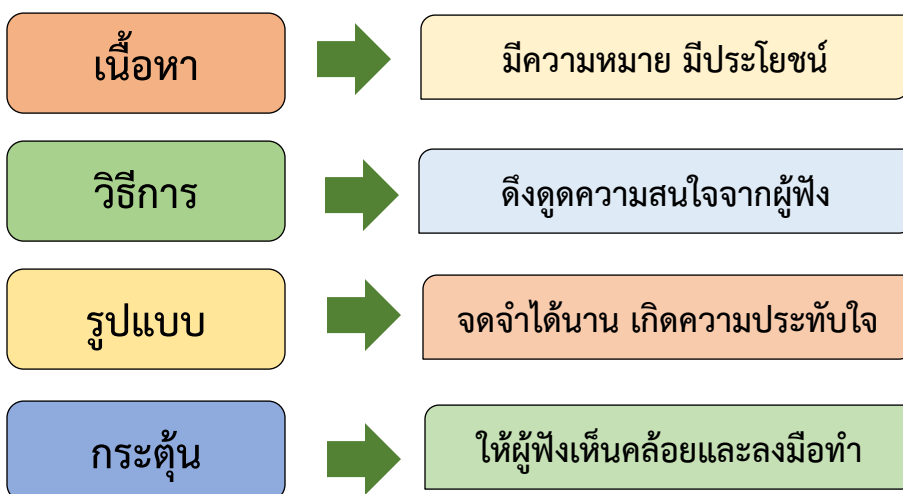
- เข้าใจ ว่าคุณต้องการให้เขาเข้าใจ
- มองเห็น ว่าคุณต้องการให้เขาเห็น
- เชื่อ ว่าคุณต้องการให้เขาเชื่อ
- ลงมือทำ ว่าคุณต้องการให้เขาปฏิบัติ

- **อุปสรรคของการสื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจ**
 ๑. ความกลัวในการสื่อสาร
 ๒. จุดประสงค์ในการสื่อสารไม่ชัดเจน
 ๓. ขาดการเตรียมตัวที่ดี
 ๔. ความรู้ของตัวเองในเรื่องที่ใช้สื่อสาร
 ๕. ไม่ได้รับฟังข้อมูลป้อนกลับจากผู้ฟัง
 ๖. ขาดทักษะในการสื่อสารที่ถูกต้อง
 ๗. สนใจในเรื่องที่จะสื่อสารมากกว่าความต้องการของผู้ฟัง
 ๘. มีทัศนคติเชิงลบต่อการสื่อสารของตัวเอง
- **แนวทางการที่ช่วยในพัฒนาทักษะการสื่อสาร**
 ๑. การเรียนรู้แบบผู้ใหญ่ (Adult Learning)
 ๒. การ Coaching เพื่อให้ทุกคนเห็นตัวเอง
 ๓. การบรรยายเพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนมุมมอง
 ๔. ทุกคนคิดถึงศักยภาพของตัวเองเพื่อดึงออกมาใช้
 ๕. ฟัง คิด ถาม เขียน แล้วนำไปฝึกฝน
 ๖. เตรียมประเด็นสำคัญเพื่อนำไปพัฒนาทีมงาน
- **สร้างความมั่นใจในตัวเอง**
 ๑. มองผู้ฟังในเชิงบวก
 ๒. สื่อสารในโลกของพวกเขา
 ๓. สร้างความสนใจให้ได้ตั้งแต่เริ่มต้น
 ๔. กระตุ้นให้ผู้ฟังเกิดความกระตือรือร้น
 ๕. พูดให้โดนใจผู้ฟัง
 ๖. ทำให้ผู้ฟังมองเห็นสิ่งต่างๆ ให้ชัดเจน
 ๗. เล่าเรื่องราวที่เป็นประสบการณ์ให้ฟัง

สิ่งที่ต้องนำไปฝึกฝนและปฏิบัติจริง สำหรับอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น



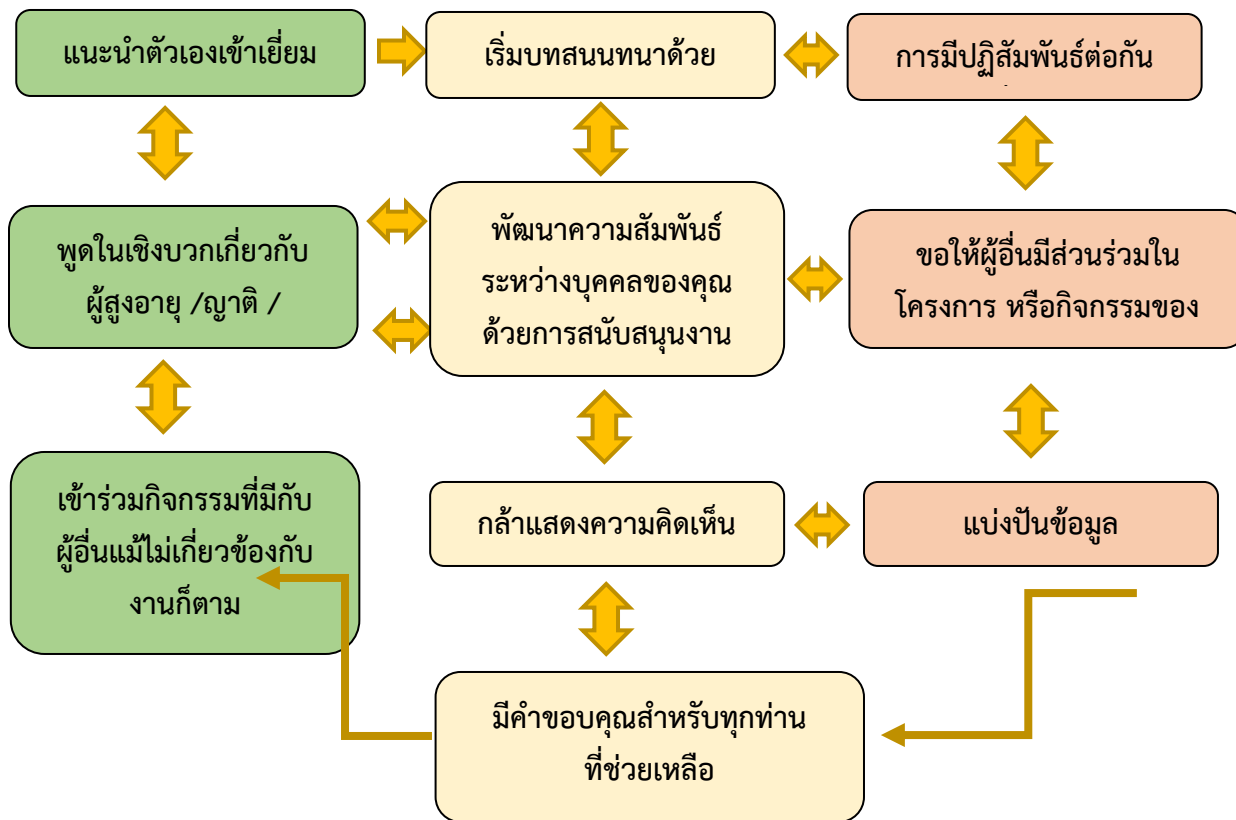
- การนำเสนอแนวทางในการดูแลของ อสบ.ต่อผู้สูงอายุและคนในครอบครัว



ใบความรู้ที่ ๒ การสร้างสัมพันธภาพ

- การสร้างสัมพันธภาพ
 ๑. การแสดงความพร้อม และความยินดีในการได้รับการช่วยเหลือ การต้อนรับอย่างจริงใจและอบอุ่น
 ๒. การแสดงท่าทีเป็นมิตร
 ๓. สื่อความตั้งใจและใส่ใจที่จะให้ความช่วยเหลือ
 ๔. แสดงความสนใจอย่างจริงใจ
- การสร้างสัมพันธภาพเป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญมาก ทักษะต่าง ๆ ที่ใช้ในการสร้างสัมพันธภาพ มีดังนี้
 ๑. ทักทาย พูดคุย ด้วยท่าทางที่เป็นมิตร
 ๒. พูดคุยเรื่องธรรมดาทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย
 ๓. ให้ความสนใจต่อผู้ฟัง
 ๔. เปิดโอกาสให้พูดถึงปัญหา
- ปัจจัยสำคัญของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี
 ๑. การให้ความสนใจผู้อื่น
 ๒. กระตือรือร้นในการสร้างความสัมพันธ์
 ๓. เลิกจินตนาการความคิดเชิงลบไปเอง
 ๔. หลีกเลี้ยงข้อโต้แย้งทุกประการ
 ๕. เข้าใจธรรมชาติของมนุษย์
 ๖. กล้าที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเอง

• ๑๐ วิธีการสร้างความสัมพันธ์ที่ดี



ใบความรู้ที่ ๓ การจัดการอารมณ์

การจัดการอารมณ์ / การผ่อนคลายความเครียด

ในการทำงานเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีเรื่องราวมากมายที่ต้องคิด ที่ต้องเผชิญในแต่ละวันซึ่งส่งผลทำให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีความเครียด วิตกกังวล บางรายอาจท้อแท้หมดกำลังใจในชีวิต ความเครียดไม่ใช่สิ่งเลวร้ายเสมอไป ความเครียดที่ไม่มากนักช่วยให้บุคคลมีความกระตือรือร้น มีพลังในการดำเนินชีวิต แต่การเกิดความเครียดอย่างมาก และสะสมอยู่เป็น เวลานาน มีผลทำให้เกิดความเจ็บป่วย ทั้งทางกายและทางจิต อารมณ์ ส่งผลกระทบทั้งด้านร่างกาย จิตใจและพฤติกรรมของตนเอง รวมทั้งส่งผลต่อผู้อื่นด้วย การจัดการกับอารมณ์จึงมีความสำคัญ การพัฒนาตนเอง ให้มีความสามารถทางการจัดการอารมณ์ จะส่งผลต่อความสำเร็จในชีวิตด้วย

อารมณ์ (Emotion) อารมณ์คือ หลายสิ่งหลายอย่าง ในทัศนะหนึ่ง อารมณ์ คือ สภาวะของร่างกาย ซึ่งถูกยั่วยุ จนเกิดมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาหลายๆ อย่าง เช่น ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว การหายใจเร็วและแรงขึ้น หน้าแดง เป็นต้น ในอีกทัศนะหนึ่ง อารมณ์ คือความรู้สึกซึ่งเกิดขึ้นเพียงบางส่วนจากสภาวะของร่างกายที่ถูกยั่วยุ อาจเป็นความรู้สึกพอใจ หรือไม่พอใจก็ได้ อารมณ์ยังเป็นสิ่งที่คนเราแสดงออกมาด้วยน้ำเสียง คำพูด สีหน้าหรือท่าทาง ประการสุดท้ายอารมณ์เป็นได้ทั้ง แรงจูงใจ หรือเป้าประสงค์ ถ้าเป็นอารมณ์ที่น่าพึงพอใจก็เป็นเป้าประสงค์เชิงนิยต (บวก) ถ้าไม่น่าพึงพอใจก็เป็นเป้าประสงค์เชิงนิเสธ (ลบ)

ความเครียด (Stress) เป็นภาวะจิตใจและร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นผลจากการที่บุคคลต้องปรับตัว ต่อสิ่งกระตุ้นหรือสิ่งเร้าต่างๆ ในสิ่งแวดล้อมที่กดดันหรือทำให้เกิดความทุกข์และความไม่สบายใจ หรือความเครียด เป็นปฏิกิริยาของร่างกายที่เกิดขึ้น เมื่อร่างกายถูกกระตุ้น และมีปฏิกิริยา ตอบโต้เป็น ปฏิกิริยา ทางสรีรวิทยา และจิตวิทยา โดยระบบต่อมไร้ท่อที่หลั่งฮอร์โมน และ ระบบประสาทอัตโนมัติ ทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลง ไปทั่วร่างกาย เมื่อเกิด ความเครียดภายในจิตใจ มักส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่สังเกตได้อย่างชัดเจน เช่น

ทางกายปวดศีรษะ อ่อนเพลีย นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร หายใจไม่อิ่มหัวใจเต้นเร็วขึ้น ความดันโลหิต : เพิ่มขึ้น มือเย็นเท้าเย็น เหงื่อออก ตามมือตามเท้า หายใจตื้นและเร็วขึ้น ใจสั่น ถอนหายใจบ่อยๆ กัดขากรรไกร ขมวดคิ้ว ตึงที่คอ ประสาทรบ ความรู้สึกหิวโหยมากขึ้น การใช้พลังงานของร่างกายเพิ่มขึ้น รู้สึกเพลีย ปวดศีรษะ ไมเกรน ท้องเสียหรือ ท้องผูก นอนไม่หลับ หรือวงแหวนหาวนอนตลอดเวลา ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เบื่ออาหารหรือกินมากกว่าปกติ ท้องอืดเพื่อ อาหารไม่ย่อย ประจำเดือนมาไม่ปกติ เสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ผิวหนังเป็นผื่นคัน เป็นหวัดบ่อยๆ แผลอากาศง่าย

เทคนิคที่ช่วยจัดการอารมณ์และความเครียด

๑. ความรู้สึกตัว เมื่อไรก็ตามที่เกิดความรู้สึกตัวด้านอารมณ์ขึ้น จะส่งผลให้อารมณ์ดังกล่าวลดความรุนแรงลง ดังเช่น คนที่รู้ว่า “ฉันกำลังโกรธ” จะลดความโกรธลงได้ คนที่รู้สึกตัวว่า “ฉันกำลังหงุดหงิด” จะลดความหงุดหงิดลงได้ ทำให้สามารถใช้เหตุผลตัดสินใจได้ดีขึ้น

๒. การหายใจ การมีสติรับรู้ลมหายใจเข้าออกถือว่าเป็นการทำสมาธิให้อารมณ์และจิตใจกลับเข้าสู่ภาวะสงบ ซึ่งควรเริ่มทำในท่านอนจนทำได้แล้ว ค่อยขยับมาทำท่านั่งและยืน จนเป็นนิสัยการหายใจที่ผ่อนคลาย เทคนิคการหายใจมีหลากหลายแตกต่างกันออกไป สำหรับวิธีง่ายๆ ขึ้นพื้นฐาน ได้แก่ คณนา (counting) ที่นับควบคู่ไปกับการกำหนดลมหายใจเข้าออก และใช้คำภาวนา เช่น “พุท-เข้า โธ-ออก” หรือ “พองหนอ-ยุบหนอ” เป็นต้น ซึ่งเป็นรากฐานเดียวกับการทำโยคะ หรือการนั่งสมาธินั่นเอง

๓. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ สามารถทำได้กับกล้ามเนื้อทุกส่วนที่รู้สึกเครียด โดยเริ่มจากอิริยาบถที่อวัยวะทุกส่วนผ่อนคลายและสบายมากที่สุด แล้วค่อยๆ ผ่อนกล้ามเนื้อส่วนดังกล่าวจนรู้สึกผ่อนคลายมากที่สุด โดยวิธีนี้จะช่วยกำจัดอาการปวดหัว อาการปวดทั่วไป และอาการนอนไม่หลับ ได้เป็นอย่างดีด้วย

๔. การฝึกควบคุมประสาทอัตโนมัติ วิธีง่ายที่สุดคือการฝึกฝ่ามือร้อน ด้วยการตั้งฝ่ามือในระดับทรวงอก หันฝ่ามือเข้าหากันโดยเว้นช่องห่างประมาณ ๒-๓ นิ้วพุด หลังจากนั้นขยับฝ่ามือออกจากกันช้าๆ จนห่างพอควร แล้วขยับเข้ามาใกล้กันอีก ทำอย่างนี้เป็นจังหวะซ้ำๆ จับความรู้สึกของฝ่ามือทั้ง ๒ ข้างด้วยสมาธิจะทำให้เกิดความร้อนขึ้นบนฝ่ามือ ซึ่งเกิดจากหลอดเลือดบนฝ่ามือขยายตัว ทำติดต่อกันอย่างน้อย ๕-๑๐ นาที

๕. การจินตนาการ นอกจากเราสามารถจินตนาการถึงสิ่งสวยงามเพื่อคลายเครียด เราอาจประยุกต์ใช้วิธีการของจิตบำบัดซึ่งจะช่วยให้เกิดผลดีมากขึ้นอีกด้วย นั่นคือให้คิดถึงสิ่งที่ทำให้เกิดการกลัวในขณะที่กำลังอยู่ในสภาพผ่อนคลาย วิธีนี้เริ่มต้นจากการทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายก่อน จากนั้นค่อยนึกภาพสิ่งเร้า (สิ่งที่ทำให้เกิดความกลัว) เป็นลำดับขั้น จากระดับที่ก่อให้เกิดความกลัวน้อยที่สุดไปจนถึงมากที่สุด ทั้งนี้การเผชิญหน้ากับความทุกข์ในสภาพผ่อนคลายช่วยทำให้เกิดอารมณ์ทางบวกและความสงบในที่สุด

๖. คิดในทางที่ถูก ในทางวิทยาศาสตร์พบว่าความคิดสัมพันธ์กับสมอง เมื่อคิดอย่างหนึ่งสมองก็จะตอบสนองไปตามนั้น เช่น เมื่อคิดถึงสุขภาพภายใต้ความเครียด ความกดดัน หรือความซีมีเศร้า อาการปวดจะรุนแรงที่สุด เมื่อผ่อนคลายหรือกำลังมีความสุข ความเจ็บปวดก็จะลดลง ดังนั้นความคิดสามารถกำกับกายให้เป็นสุขหรือเป็นทุกข์ได้

๗. คิดเชิงบวก ความคิดทางลบของเราเอง เช่น คิดแต่สิ่งที่สูญเสีย จมอยู่กับภาพอดีต มองโลกในร้าย การก้าวร้าวเปลี่ยนแปลง ฯลฯ ย่อมเป็นบ่อเกิดของความเครียด ยิ่งต้องเผชิญความกดดันต่างๆ รอบตัว ความเครียดที่เกิดขึ้นนั้นก็กลายเป็นสาเหตุของความทุกข์ใจร่วมด้วย เมื่อสองแรงมาผสานกัน ความเครียดกับความคิดทางลบจะสะสมกลายเป็นความวิตกกังวล หรือนานไปก็กลายเป็นความท้อแท้สิ้นหวังและซีมีเศร้าในที่สุด

ดังนั้น นอกจากต้องผ่อนคลายความเครียดด้วยการจัดการทางอารมณ์ การจัดการกับความคิดก็จะช่วยขจัดทุกขภาวะระยะยาวได้ โดยวิธีการหลักก็คือปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ให้เป็นความคิดทางบวก (positive thinking) ซึ่งวิธีนี้จะทำให้เกิดพลังในการใช้ชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งการหาโอกาสท่ามกลางอุปสรรค (turning obstacle into opportunity) ทำให้เรามองเห็นประโยชน์ของปัญหา ตัวอย่างเช่นเมื่อเกิดวิกฤตเศรษฐกิจ ผู้ที่สูญเสียฐานะและกิจการก็จะเกิดความทุกข์ใจ แทนที่จะมองแต่ด้านที่ตนสูญเสียไปแต่ปรับเปลี่ยนวิธีคิดเสียใหม่ว่ามีสิ่งดีๆ ด้านอื่นเหลืออยู่ในชีวิต เช่น มีเวลาให้กับตนเองและครอบครัวเพิ่มขึ้น บางคนมองว่าการตกงานเป็นโอกาสที่ดีที่จะแสวงหางานหรืออาชีพใหม่ หรือคนที่อกหักอาจค้นพบว่าความเข้มแข็งของตัวเองที่สามารถผ่านพ้นความเจ็บปวดได้หรือยังมีคนที่รักตัวเองอยู่มากมาย

ข้อแนะนำในการฝึกการหายใจเพื่อผ่อนคลายความเครียด

๑. การฝึกการหายใจ ควรทำติดต่อกันประมาณ ๔ – ๕ ครั้ง
๒. ควรฝึกทุกครั้งที่มีรู้สึกเครียด รู้สึกโกรธ รู้สึกไม่สบายใจ หรือฝึกทุกครั้งที่นึกได้
๓. ทุกครั้งที่หายใจออก ให้รู้สึกได้ว่าผลักดันความเครียดออกมาด้วยทั้งหมด เหลือไว้แต่ความรู้สึกโล่งสบายเท่านั้น
๔. ในแต่ละวัน ควรฝึกการหายใจที่ถูกรวบรวมไว้ได้ประมาณ ครั้ง ๔๐ แต่ไม่จำเป็นต้องทำติดต่อกัน

วิธีการผ่อนคลายความเครียด

๑. วิธีฝึกการหายใจที่ถูกรวบรวมไว้เพื่อลดความเครียด เพื่อฝึกวิธีการหายใจอย่างถูกรวบรวมไว้ เพื่อบริหารปอด เพื่อคลายเครียด และหยุดอารมณ์ด้านลบที่เกิดขึ้น

วิทยาการเกริ่นนำดังนี้

“เมื่อร่างกายเกิดความเครียดที่รู้สึกว่าขาดสมดุล การเรียนรู้ที่จะควบคุมความสมดุลของร่างกาย จิตใจ ด้วยการตอบสนอง สิ่งที่เกิดขึ้นอย่างถูกวิธีจะช่วยให้ชีวิตปรับตัวเข้าสู่สมดุลใหม่อีกครั้ง การเรียนรู้ที่จะควบคุมความสมดุลของร่างกาย นอกจากการเรียนรู้ในเรื่องการปรับสภาพอารมณ์แล้ว การฝึกสติ ฝึกสมาธิก็เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะช่วยควบคุมการใช้ สติปัญญา และเป็นอีกหนทางหนึ่งที่ทำให้เกิดสมดุลทางจิตใจอารมณ์ได้มีหลากหลายวิธีที่สามารถนำไปปฏิบัติ เพื่อให้ร่างกายเกิดความสมดุลทางจิตใจ อารมณ์ ได้ เช่นการฝึกการหายใจที่ถูกรวบรวมไว้ การฝึกการผ่อนคลายที่มีสาเหตุ มาจากความเครียด ความวุ่นวาย ทั้งนี้เทคนิคที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้เป็นเทคนิคในการคลายเครียดที่ท่านสามารถ ฝึกเองได้ โดยใช้สิ่งที่อยู่รอบตัวมาเป็นประโยชน์ และสามารถฝึกได้ทุกเวลาที่ต้องการ” ดังนี้

๑. ให้ผู้เข้าอบรมนั่งในท่าที่สบาย หลับตา เอามือประสานไว้บริเวณท้อง ค่อย ๆ หายใจเข้า พร้อม ๆ กับนับเลข ถึง ๔ เป็นจังหวะช้า ๆ ๑...๑...๒...๓...๔... ให้มือรู้สึกว้างท้องพองออก
๒. กลั้นหายใจเอาไว้ชั่วครู่ นับ ถึง ๔ เป็นจังหวะช้า ๆ ๑ เช่นเดียวกับเมื่อหายใจเข้า
๓. ค่อย ๆ ผ่อนลมหายใจออก โดยนับ ๑ ถึง ๘ อย่างช้า ๆ ๑...๒...๓...๔...๕...๖...๗...๘...
๔. พยายามไล่ลมหายใจออกมาให้หมด สังเกตว่าหน้าท้องแฟบลง
๕. ทำซ้ำอีก โดยหายใจเข้าช้า ๆ กลั้นไว้ แล้วหายใจออก โดยช่วงที่หายใจออกให้นานกว่าช่วงหายใจเข้า

๒. วิธีฝึกสมาธิด้วยการเอาจิตจดจ่ออยู่กับการเคลื่อนไหว

วิทยาการสาธิตวิธีการฝึกตามภาพที่ ๑ – ๑๔



๑. เอามือวางไว้ที่ขาทั้งสองข้าง...คว่ำไว้



๒. เอามือวางที่ต้นขา..ทำซ้ำๆ ให้รู้สึก



๓. ตั้งมือขวาแบบตะแคงขึ้น ทำซ้ำๆให้รู้สึก



๔. ยกมือขวาขึ้นช้า ๆ มาที่อก ทำซ้ำ ๆ ให้รู้สึก



๕. ยกมือขวาจากอกลงมาที่หน้าขาและ
ยังตะแคงมือขึ้น ทำซ้ำ ๆ ให้รู้สึก



๖. สัมมือขวาลงกับหน้าขา ทำซ้ำ ๆ ให้รู้สึก



๗.เอามือขวาคว่าลงที่หน้าขา ให้รู้สึก



๘.เอามือซ้ายไว้ที่ขาทั้งสองข้าง คว่าไว้



๙. ตบมือซ้ายที่หน้าขา ให้รู้สึก



๑๐. ตั้งมือซ้ายแบบตะแคงขึ้น ทำซ้ำ ๆ ให้รู้สึก



๑๑. ยกมือซ้ายขึ้นช้า ๆ มาที่อก ทำซ้ำ ๆ ให้รู้สึก



๑๒. ยกมือซ้ายจากอกลงมาที่หน้าขาและ
ยังตะแคงมือขึ้น ทำซ้ำ ๆ ให้รู้สึก



๑๓. สับมือซ้ายลงกับหน้าขา ทำซ้ำ ๆ ให้รู้สึก



๑๔. ตบมือซ้ายที่หน้าขา ให้รู้สึก

ใบงานที่ ๑

ให้ผู้ร่วมอบรมฝึกปฏิบัติจัดการอารมณ์และการผ่อนคลายความเครียด ดังนี้

๑. ฝึกทักษะการหายใจที่ถูกรวธีเพื่อลดความเครียด
๒. ฝึกสมาธิด้วยการเอาจิตจดจ่ออยู่กับการเคลื่อนไหว

ใบความรู้ที่ ๔ การจัดการเพื่อลดความขัดแย้ง

- **การจัดการเพื่อลดความขัดแย้ง**

ความขัดแย้ง เกิดขึ้นการที่บุคคลตั้งแต่ ๒ คนขึ้นไปมีความเห็นไม่ตรงกันหรือมองกันคนละมุมก่อให้เกิดความขัดแย้งซึ่งเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงได้ยากเมื่อบุคคลรับรู้ไม่เหมือนกัน

แนวคิดพื้นฐานด้านความขัดแย้ง

๑. ความขัดแย้งเป็นปรากฏการณ์ธรรมชาติ เป็นของที่เกิดขึ้นตามปกติในสังคม ความขัดแย้งเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ トラบเทาที่เรายังมีชีวิตอยู่และอยู่ร่วมกับคนอื่นอื่นในสังคม
๒. ความแตกต่างระหว่างบุคคล และระหว่างกลุ่มในประเด็นเกี่ยวกับการรับรู้ มุมมอง ความเชื่อ ความคิด ค่านิยม ความต้องการ วิธีการ และเป้าหมาย มักจะเป็นเงื่อนไขที่นำไปสู่ความขัดแย้ง
๓. ทรรศนะที่มีต่อความขัดแย้งเปลี่ยนแปลงไป : ความขัดแย้งก่อให้เกิดความโปร่งใส เป็นบ่อเกิดของการพัฒนา
๔. ความขัดแย้งอาจจำแนกได้หลายแบบ : ขัดแย้งระหว่างบุคคล ขัดแย้งระหว่างกลุ่ม ฯ
๕. ความขัดแย้งมีทั้งประโยชน์และโทษ
๖. บุคคลที่รู้จักและเข้าใจความขัดแย้ง ย่อมจะได้เปรียบและได้ประโยชน์จากความขัดแย้ง

- **กระบวนการในการจัดการความขัดแย้ง**

๖ กลยุทธ์ที่จะช่วยแก้ไขความขัดแย้งในการทำงานของอาสาสมัคร บริบาลท้องถิ่น

๑. อ้าแขนรับปัญหา / เจรจาด้วยเหตุผล เช่น การเผชิญหน้ากันในช่วงเวลาที่เกิดปัญหาขึ้นนี้แหละคือเวลาที่เหมาะเพียงแต่ต้องเลือกช่วงเวลาที่เหมาะสม
๒. หันหน้าคุยกัน / เลี่ยงคำพูดรุนแรง เช่น การนั่งคุยกันจะช่วยลดการใช้ภาษากาย หรืออารมณ์โกรธจากการโต้แย้งได้ หลีกเลี่ยงคำพูดรุนแรง
๓. ฟังอย่างตั้งใจ / ป้องกันการตีความผิด เช่น การไม่รับฟังกันอย่างจริงจัง การขัดแย้งว่าอาจมาจากการตีความที่ผิดพลาดหรือการรับรู้ข้อมูลที่ต่างกับมาก็ได้
๔. หาข้อตกลง / ยึดผู้สูงอายุเป็นที่ตั้ง เช่น หาทางออกร่วมกันโดยยึดเป้าหมายหลักของการทำงานเป็นที่ตั้ง และเมื่อร่วมมือกันแล้วก็พยายามผ่อนปรนเงื่อนไขข้อเรียกร้องระหว่างกันเพื่อหาข้อยุติที่ทุกฝ่ายยอมรับได้
๕. หาคนกลาง : โกล่เกลี่ยปัญหา เช่น ช่วยไกล่เกลี่ยความขัดแย้งนับเป็นทางออกอีกวิธี
๖. ขอโทษให้เป็น / อกัยให้เร็ว เช่น ทำให้ปัญหาต่าง ๆ คลี่คลายลง และทำให้ทำให้ทุกอย่างเดินหน้าต่อไปได้

ใบความรู้ที่ ๕ การจัดการเพื่อให้คำปรึกษาในครอบครัว

- **ความหมายของครอบครัว**

ครอบครัว คือกลุ่มของบุคคลที่มีความผูกพันกันและใช้ชีวิตร่วมกัน ทำหน้าที่ เป็นสถาบันหลัก เป็นแกนกลางของสังคมที่เป็นรากฐานสำคัญยิ่งต่อการดำรงชีวิต

- **ความสำคัญของครอบครัว**

ครอบครัว เป็นสถาบันแรกที่ทำหน้าที่ทางสังคมในการ ถ่ายทอดค่านิยม ปลูกฝังความเชื่อ สร้างเสริมทัศนคติ กำหนดบุคลิกภาพ วิธีประพฤติปฏิบัติตน รวมทั้งการสร้างบรรทัดฐานทางสังคมให้แก่ สมาชิกรุ่นใหม่ ซึ่งมีผลต่อการพัฒนาสังคมและประเทศ ในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านการศึกษา

- **การให้คำปรึกษาในครอบครัว**

การให้คำปรึกษาครอบครัว เป็นกระบวนการให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้ครอบครัว อยู่ในสภาวะสมดุลและทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เป็นแนวทางที่จะพัฒนาครอบครัวให้มีความเป็นตัวของตัวเอง สามารถสื่อสารได้ดี สามารถสร้างสัมพันธภาพและปรับตัวได้ดีทั้งในครอบครัวและสังคมภายนอก

- **เป้าหมายของการให้คำปรึกษาครอบครัว**

ผู้ให้คำปรึกษาไม่ได้มุ่งที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเฉพาะผู้ที่ถูกระบุว่ามีปัญหาแต่จะช่วยให้ทั้งครอบครัวทำหน้าที่ได้ดีกว่าเดิม เป้าหมายเหล่านี้จะเป็นจริงได้ก็ต่อเมื่อมีการช่วยเหลือให้ครอบครัวเปลี่ยนแปลงวิถีปฏิบัติที่เหมาะสมในด้านต่าง ๆ เช่น การสื่อสาร การแก้ไขความขัดแย้งการแก้ไขปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัว

๑. ระบบครอบครัว

- กระบวนการจัดการกับปัญหาทางอารมณ์ เดียว / ขยาย
- ความถดถอยทางสังคม
- การทำให้สมาชิกครอบครัวสามารถปรับตัวได้ดีเมื่อเผชิญกับความวิตกกังวล
- สามารถจัดการกับปัญหาการหลอมนรวมทางอารมณ์

๒. โครงสร้างของครอบครัว

- กฎระเบียบต่าง ๆ
- ข้อห้ามที่สมาชิกครอบครัวเป็นผู้กำหนด
- ครอบครัวเป็นระบบ เช่น พ่อ-แม่ / สามี -ภรรยา / พี่ – น้อง

๓. เน้นประสบการณ์นิยมและมนุษยนิยม

- การช่วยให้บุคคลพัฒนาการสื่อสารที่ชัดเจน สอดคล้องกับสภาพการณ์
- เรียนรู้วิธีการจัดการกับปัญหา
- มีการตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสม
- พัฒนาให้บุคคลมีวุฒิภาวะ
- มีความภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มขึ้น

๔. เน้นพฤติกรรมและการรู้จัก

- การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เป็นพฤติกรรมที่พึงประสงค์
- สมาชิกครอบครัวได้ปรับความตึงเครียด มีความตระหนักและเห็นประโยชน์

● ปัญหาของแต่ละครอบครัวมีความแตกต่างกัน ได้แก่

๑. ค่าใช้จ่ายที่เหมาะสมกับภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว
๒. ลักษณะเฉพาะของครอบครัวผู้ให้คำปรึกษา
๓. ต้องคำนึงถึงระยะเวลา ที่ใช้ในการให้คำปรึกษา
๔. จะต้องวิเคราะห์ให้ละเอียดว่า ควรใช้วิธีการให้คำปรึกษาอย่างไรเลือกใช้เทคนิคใด
๕. ครอบครัวมักถูกปิดบังเพราะคนไทยมักจะมีมุมมองว่า "ความในอย่าให้ออก ความนอกอย่าให้เข้า"

● วิธีการสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวผู้สูงอายุ

๑. สัมพันธภาพที่ดี ที่อบอุ่นเป็นสิ่งสำคัญสำหรับการอยู่ร่วมกันในครอบครัว เพราะหากครอบครัวของคุณมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะส่งผลให้สุขภาพใจของทุกคนในบ้านแข็งแรงอีกด้วย
๒. หากพ่อแม่ มีสัมพันธภาพที่ดีต่อลูก ๆ ก็จะทำให้พวกเขาอยากที่จะพูดคุย แบ่งปันเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตให้เราฟัง และเมื่อเกิดอะไรขึ้นไม่ว่าจะสุข หรือทุกข์ ทุกคนก็จะนึกถึงบ้านเป็นสถานที่แรกเสมอ
๓. ครอบครัวไหนมีสัมพันธภาพในครอบครัวที่ไม่ค่อยจะดีเท่าที่ควร ก็จะส่งผลต่อสุขภาพจิตของคนในบ้าน เป็นลำดับแรก ๆ ทุกคนในบ้านก็คงจะไม่ค่อยอยากที่จะอยู่บ้าน และพยายามทำทุกวิถีทางที่จะได้ออกไปอยู่ข้างนอก และหากไม่จำเป็นจริง ๆ บ้านคงเป็นสถานที่สุดท้ายที่จะเลือกกลับมาเยือน

● การสร้างสัมพันธภาพในครอบครัว

๑. เอาใจใส่กันเสมอ

- หากคุณพ่อคุณแม่เอาใจใส่ ช่วยเหลือเกื้อกูลกันเสมอ ไม่ปล่อยปละละเลยกัน เวลาไม่เข้าใจกัน ก็คุยกันด้วยเหตุผลยอมรับข้อเสีย และยอมปรับปรุงให้ดีขึ้น ก็จะช่วยให้ความมั่นคงด้านแรกของครอบครัวแข็งแรงมากยิ่งขึ้น

- ขึ้นแต่หากครอบครัวไหน คุณพ่อคุณแม่ไม่ดูแลเอาใจใส่กัน ทะเลาะเบาะแว้ง และไม่มีใครยอมใคร ความสัมพันธ์ด้านแรกก็ถือว่าสั้นคลอนไประยะหนึ่ง และหากยังเป็นอยู่เช่นนี้ต่อไปเรื่อยๆ ในวันหนึ่งชีวิตคู่ของคุณพ่อคุณแม่ครอบครัวนี้ ก็อาจจะมาถึงจุดแตกหักก็เป็นได้ ถ้าเป็นอย่างนั้นคงไม่ดีแน่

- ครอบครัวที่พ่อแม่แยกทางกันจะส่งผลให้เด็กๆ เกิดความรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย รู้สึกว่าพวกเขาได้รับความรักความอบอุ่นไม่มากพอ หรือคิดว่าตัวเองไม่ได้รับมัน สิ่งนี้เองจะเป็นรอยร้าวรอยใหญ่ที่อาจจะเกิดขึ้นในจิตใจของทุกคนในบ้าน ซึ่งมันจะส่งผลกระทบต่อการใช้สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวอย่างแน่นอน

๒. ความเข้าใจ

- การที่สมาชิกแต่ละคนในบ้านพยายามทำความเข้าใจความรู้สึกนึกคิด นิสัย ตัวตน และความต้องการของกันและกัน และค่อย ๆ ปรับจนหาตรงกลางที่พอดีสำหรับทุกคนในบ้าน หากจุดที่ทำให้ทำให้ทุกคนได้ทำได้เป็นในสิ่งที่ต้องการภายใต้ขอบเขตที่ทุกคนในบ้านยอมรับ

- ได้รับความเห็นอกเห็นใจของกัน และกัน เข้าใจ และคอยให้กำลังใจกันอยู่เสมอ สิ่งนี้จะช่วยสร้างและเชื่อมโยงสายใยแห่งความผูกพัน เชื่อใจ และความรักของคนในครอบครัวให้เข้ามาผูกกันอย่างแน่นอนแน่นแฟ้นและมั่นคงมากยิ่งขึ้น

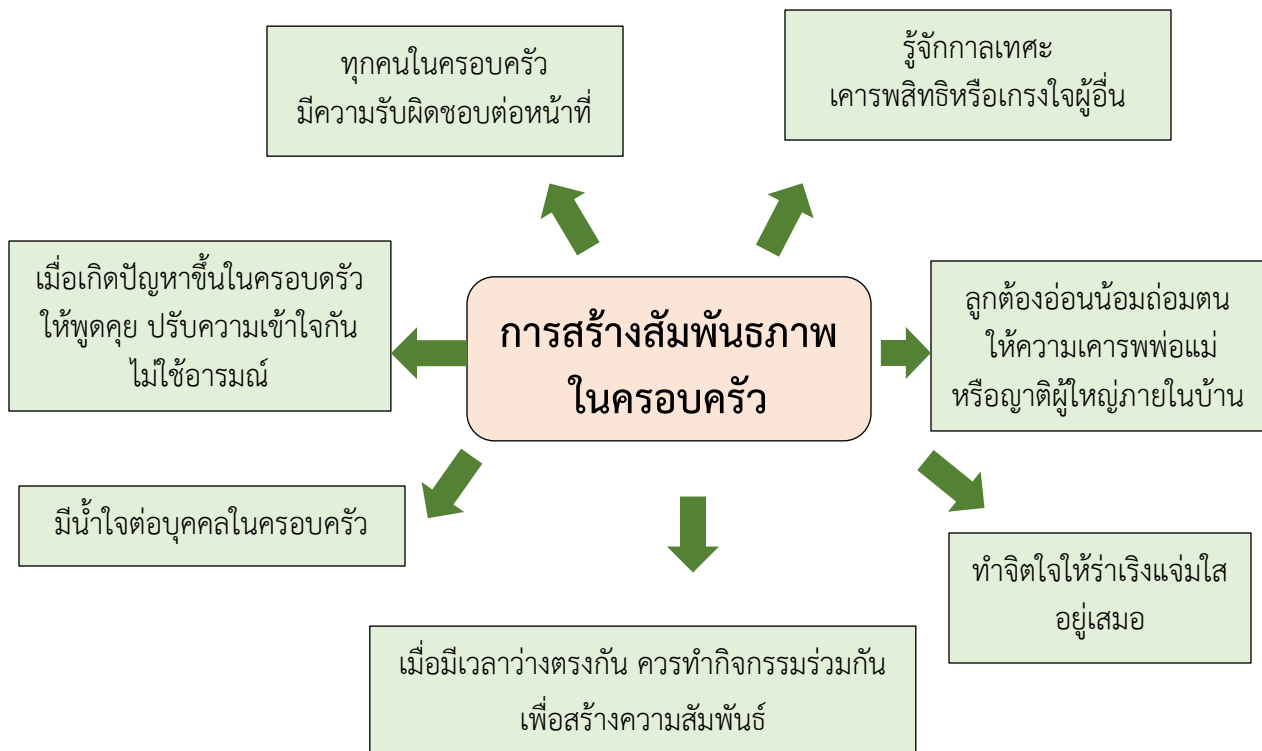
๓. การพูด

- การพูดที่จะช่วยทำให้สัมพันธ์ภาพของคนในครอบครัวดี
- อบอุ่นมากยิ่งขึ้นคือการพูดคุยด้วยความให้เกียรติซึ่งกัน และกัน คอยถามสารทุกข์สุขดิบกันอยู่เสมอ
- เมื่อใครทำสิ่งไหนได้ดี หรือประสบความสำเร็จในการทำอะไรก็คอยพูดชื่นชมหรือหากใครทำบางสิ่ง
ที่ผิดพลาดล้มเหลวก็คอยปลอบโยน คอยสอนสิ่งที่ถูกต้อง และคอยให้กำลังใจกันอยู่เสมอ

๔. ใช้เวลาร่วมกัน

- พยายามหาเวลาในแต่ละวันให้ได้ทำกิจกรรมร่วมกัน อย่างน้อยในหนึ่งวันก็ควรจะมีเวลาสักหนึ่งช่วงที่ถือเป็นเวลาครอบครัว ที่คนในบ้านจะได้มารวมตัวกัน เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์หรือสิ่งที่ได้พบเจอมาในแต่ละวันให้กันฟัง

- การทำแบบนี้ทุกคนในบ้านก็จะรู้ความเป็นไปของกัน และกัน เป็นการสร้างความสนิทสนมความไว้นือเอื้อระหว่างกัน ให้มีมากยิ่งขึ้น และแน่นแฟ้นมากยิ่งขึ้น เมื่อทุกคนในบ้านสนิทใจกัน เชื่อใจกันพูดคุยกันได้ทุกเรื่อง ก็จะทำให้เวลาเด็ก ๆ หรือคนในบ้านมีปัญหา หรือเรื่องที่ไม่สบายใจ ก็จะเลือกมาปรึกษากับคนในครอบครัวมากกว่าจะไปปรึกษาเพื่อน หรือไปลองผัดลองถูกเองคนเดียว



หมวดที่ ๕ การดูแลสภาพแวดล้อมที่บ้าน

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

๑. เพื่อให้มีองค์ความรู้ ความเข้าใจเรื่อง การป้องกันการติดเชื้อ การดูแลสภาพแวดล้อม สภาพอากาศ ภายในบ้าน ความปลอดภัย การป้องกันการพลัดตก หกล้ม

เนื้อหาแผนการสอน (จำนวน ๒ ชั่วโมง : ทฤษฎี ๒ ชั่วโมง)

๑. การป้องกันการติดเชื้อ
๒. การดูแลสภาพแวดล้อม สภาพอากาศภายในบ้าน
๓. การป้องกันการพลัดตก หกล้ม

วิธีการสอน

๑. การบรรยาย/การทำกิจกรรม
๒. การฝึกปฏิบัติ
๓. การซักถาม

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

๑. วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียน ด้วยสไลด์ สื่อ วีดิทัศน์ หรือสื่อการเรียนการสอนอื่น ๆ เพื่อให้ผู้เรียน เกิดความสนใจ กระตุ้นเข้าสู่บทเรียน
๒. วิทยากรบรรยายและเป็นการมีส่วนร่วมของผู้เรียน
๓. แบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมตามความเหมาะสม ในการแสดงบทบาทสมมติให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการ แสดงความคิดเห็น
๔. ผู้เข้ารับการอบรม นำเสนอผลการประชุมกลุ่มหรือสิ่งที่ได้จากการแสดงบทบาทสมมติ
๕. วิทยากรสรุปผลเรียน

สื่อประกอบการเรียน/อุปกรณ์

๑. สื่ออิเล็กทรอนิกส์ แผ่นพับ โปสเตอร์ ภาพพลิก
๒. สื่อการเรียนการสอนในการแสดงบทบาทสมมติ

คำแนะนำสำหรับวิทยากร

วิทยากรควรเตรียมสื่ออุปกรณ์ต่าง ๆ ให้พร้อม เพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนสนใจ และเกิดการเรียนการสอน แบบมีส่วนร่วม โดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง

การประเมินผล

๑. สังเกตการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่มและทำกิจกรรมกลุ่ม
๒. ประเมินจากการถาม - ตอบ

ความรู้ที่ ๑ การป้องกันการติดเชื้อ

ขั้นตอนในการจัดการมูลฝอยติดเชื้อจากการรักษาพยาบาลผู้สูงอายุติดเตียง

๑. การวางแผน

- ๑.๑ บุคลากรทางสาธารณสุข ต้องจัดทำบัญชีผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน เพื่อใช้วางแผนในการดำเนินงานและงบประมาณ
- ๑.๒ อบรมให้ความรู้เรื่องการคัดแยก การเก็บรวบรวมมูลฝอยติดเชื้อในชุมชนอย่างถูกต้องให้กับผู้ป่วย ญาติ คนดูแลผู้ป่วย และอาสาสมัครชุมชน (อสม.)



๒. การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อ

การคัดแยกมูลฝอยติดเชื้อต้องทำ ณ แหล่งกำเนิดมูลฝอยติดเชื้อ โดยคัดแยกออกเป็น ๒ ประเภท ได้แก่ มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคม และมูลฝอยติดเชื้ออื่น ซึ่งมีใช้ประเภทวัสดุของมีคม และทิ้งลงในภาชนะสำหรับบรรจุมูลฝอยติดเชื้อ ดังนี้

๒.๑ มูลฝอยติดเชื้อประเภทวัสดุมีคม ทิ้งลงกล่องหรือถังที่แข็งแรง ทนทานต่อการแทงทะลุ และการกัดกร่อนของสารเคมี ปิดฝาให้แน่นก่อนทิ้ง

๒.๒ มูลฝอยติดเชื้ออื่น ซึ่งมีใช้ประเภทวัสดุของมีคม ทิ้งลงถุงสีแดงที่ทนทานต่อสารเคมีและการรับน้ำหนักไม่รั่วซึม และมัดปากถุงให้แน่นก่อนทิ้งภาชนะบรรจุมูลฝอยติดเชื้อต้องมีข้อความที่สามารถอ่านได้ชัดเจนว่ามูลฝอยติดเชื้อซึ่งสามารถใช้ปากกาเคมีเขียนหรือทำป้ายผูกติดกับเชือกที่มัดปากถุงหรือกล่อง หรือทำเป็นสติ๊กเกอร์ข้างถุงไว้ เพื่อเป็นการแสดงให้บุคคลคนอื่นทราบ



๓. การเก็บรวบรวม

ต้องจัดให้มีจุดทิ้งมูลฝอยติดเชื้ออยู่ในบริเวณที่เหมาะสม ไม่ตั้งอยู่ในบริเวณอ่างล้างมือ สถานที่ปรุงประกอบเก็บหรือสะสมอาหาร เป็นต้น



๔. การขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ

การขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อจากบ้านผู้ป่วยอย่างถูกต้อง โดยผู้ป่วย ญาติ คนดูแลผู้ป่วย และอาสาสมัครชุมชน ส่งไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (มีการกำหนดระยะเวลาที่ชัดเจนในการขนย้ายมูลฝอยติดเชื้อ และมีการบันทึกและชั่งน้ำหนักมูลฝอยติดเชื้อทุกครั้งหรือส่งไปยังโรงพยาบาลในพื้นที่ เพื่อนำไปกำจัดต่อไป)



เอกสารอ้างอิง

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การจัดการมูลฝอยติดเชื้อ. โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์จำกัด(กรุงเทพ) จำกัด. กรุงเทพฯ. (ม.ป.พ.)

ศูนย์อนามัยที่ ๓ นครสวรรค์ กรมอนามัย. คู่มือการจัดการมูลฝอยติดเชื้อสำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล. พิมพ์ครั้งที่ ๑. ทิศทางการพิมพ์. นครสวรรค์. ๒๕๕๙.

สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย. คู่มือการฝึกอบรมผู้ปฏิบัติงานมูลฝอยติดเชื้อ หลักสูตรการป้องกันและระงับการแพร่เชื้อหรืออันตรายที่อาจเกิดจากมูลฝอยติดเชื้อ. พิมพ์ครั้งที่ ๕. โรงพิมพ์สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด. กรุงเทพฯ. ๒๕๕๙

ความรู้ที่ ๒ การดูแลสภาพแวดล้อม สภาพอากาศภายในบ้าน

ที่อยู่อาศัยนั้นมีความสำคัญกับผู้สูงอายุเป็นอย่างมากเนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่มักจะใช้เวลาอยู่ในบ้านเกือบตลอดทั้งวัน การจัดสภาพแวดล้อมในที่พักอาศัยที่เหมาะสมมีผลต่อชีวิตความเป็นอยู่และสุขภาพของผู้สูงอายุนอกจากนี้ยังช่วยลดอุบัติเหตุต่างๆที่อาจเกิดขึ้นได้ ดังนั้นผู้ดูแลผู้สูงอายุ ที่มีความรู้ ความเข้าใจสามารถจัดสภาพแวดล้อมในบ้านที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตประจำวันได้อย่างปลอดภัย ป้องกันการพลัดตกหกล้ม ซึ่งเป็นอุบัติเหตุสำคัญของผู้สูงอายุได้ โดยในหัวข้อนี้จะกล่าวถึงแนวคิดการออกแบบสภาพแวดล้อมและที่พักอาศัยของผู้สูงอายุ การจัดสภาพแวดล้อมบริเวณต่างๆภายในบ้านสำหรับผู้สูงอายุ เช่น สภาพแวดล้อมโดยทั่วไป สภาพแวดล้อมภายในบ้าน ห้องน้ำ ห้องนอน ห้องนั่งเล่น และ ห้องครัว เป็นต้น

๑. แนวคิดการออกแบบสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ

การออกแบบสภาพแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ มีหลักการสำคัญ ๔ ข้อ ดังนี้

๑) มีความปลอดภัยทางกายภาพ พื้นที่ใช้สอยแยกชัดเจนและเป็นสัดส่วน มีระบบสาธารณูปโภคและสาธารณูปการที่ดี มีระบบป้องกันจากภายนอก เช่น เสียง แสง เป็นต้น

๒) สามารถเข้าถึงได้ง่าย มีทางลาดสำหรับรถเข็นเพื่อสะดวกต่อการใช้พื้นที่ ความสูงของตู้มีความเหมาะสมที่ผู้สูงอายุสามารถหยิบจับของได้สะดวก

๓) สร้างแรงกระตุ้นให้กับผู้สูงอายุทั้งเรื่องแสงสว่างและการใช้สี การมีแสงสว่างจะทำให้รู้สึกชีวิตมีความกระชุ่มกระชวย ไม่ซึมเศร้า สามารถทำกิจกรรมต่างๆที่เป็นประโยชน์ได้โดยไม่ต้องพึ่งผู้อื่น

๔) ดูแลรักษาง่าย ที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุ ควรจะออกแบบให้ดูแลรักษาง่าย สะอาดและปลอดภัยและมีสนามหญ้าที่มีพุ่มไม้เตี้ยๆ เพื่อสะดวกในการดูแล

ความเสื่อมถอยของร่างกายผู้สูงอายุ ๔ ด้าน คือ การมองเห็น การได้ยิน การเคลื่อนไหวร่างกาย และความไม่สมดุลของฮอร์โมนและอารมณ์ ดังนั้นการออกแบบบ้านสำหรับผู้สูงอายุจึงต้องคำนึงถึง การป้องกันและลดอุบัติเหตุที่อาจจะเกิดขึ้น และในขณะเดียวกันต้องตอบสนองต่อความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันได้ง่ายและสะดวกขึ้น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้สูงอายุสามารถอาศัยร่วมกับทุกคนในบ้านได้อย่างมีความสุข

๒. แนวทางการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านเพื่อป้องกันการพลัดตกหกล้ม

๒.๑ การจัดสภาพแวดล้อมบริเวณรอบบ้าน

๑) ควรจัดให้มีพื้นที่พักผ่อนหย่อนใจ หรือทำกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุ เช่น จัดให้มีโต๊ะ เก้าอี้ หรือแคร่บริเวณใต้ร่มไม้ โดยไม่ควรเป็นต้นไม้ที่มีรากโผล่พื้นดิน หรือไม้ผลที่อาจร่วงใส่ผู้สูงอายุได้ และควรจัดให้อยู่ในบริเวณที่สามารถมองเห็นได้ตลอดเวลา ไม่ควรมีพุ่มไม้หรือต้นไม้บดบังการมองเห็น

๒) พื้นทางเดิน ควรปรับให้เป็นพื้นเรียบ ไม่เป็นหลุม บ่อ ไม่มีก้อนหินโผล่พื้นพื้นดิน และควรเป็นพื้นแห้ง ไม่มีน้ำแฉะแฉะ เพื่อป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุเดินสะดุดหรือลื่นล้มจนอาจได้รับอันตรายได้

๓) ทางเดินระหว่างภายในบ้านออกมานอกบ้าน หรือทางเดินโดยรอบบ้านต้องเป็นระดับเดียวกันสามารถเดินหรือเข็นรถเข็นได้สะดวก และไม่มีสิ่งกีดขวาง วางระเกะระกะในบริเวณทางเดินโดยรอบและหากเป็นพื้นที่ยกสูงพื้นต่างระดับจากปกติ ควรจัดให้มีบันไดหรือทางลาด พร้อมราวจับกันลื่นเพื่อป้องกันอุบัติเหตุและเป็นการช่วยพยุงให้เกิดการเดินได้สะดวก

๔) ทำความสะอาดบริเวณรอบที่พักอาศัยไม่ปล่อยให้รก เพื่อป้องกันสัตว์มีพิษ รวมทั้งเศษกิ่งไม้

๒.๒ การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้าน

- ๑) สำหรับบ้านที่มีธรณีประตูควรเอาออก หรือปรับให้อยู่ในระดับเดียวกับพื้นทางเดิน
- ๒) ที่ลื้อคประตูทั้งภายใน และนอกบ้าน ควรง่ายต่อการใช้งาน
- ๓) หากผู้สูงอายุต้องใช้รถเข็นควรให้มีพื้นที่เพียงพอสำหรับให้รถเข็นผ่านได้
- ๔) สัญญาณขอความช่วยเหลือเป็นสิ่งจำเป็นที่ควรติดไว้ตามจุดต่างๆภายในบ้าน ไม่ว่าจะเป็นห้องนอน ห้องน้ำ/ห้องส้วม หรือห้องที่ผู้สูงอายุใช้เป็นประจำ หากเกิดเหตุฉุกเฉินสามารถเข้าช่วยเหลือได้ทัน
- ๕) พื้นผิวบันไดขึ้นบ้าน พื้นผิวทางเดิน/พื้นห้อง เรียบเสมอกันอยู่ในสภาพดีไม่ขรุขระ และไม่ลื่น
- ๖) สีที่ใช้ภายในบ้าน ควรเป็นสีที่ผู้สูงอายุสามารถมองเห็นได้ชัดเจนทั้งกลางวันและกลางคืน
- ๗) ทางเดิน เฉลียง/ชานบ้าน มีราวจับยาวต่อเนื่อง และติดตั้งในระดับความสูงพอเหมาะ
- ๘) ทางเข้าบ้าน มีแสงสว่างเพียงพอ มีหลอดไฟฟ้าติดตั้งในพื้นที่ใช้ประโยชน์ทั่วไป
- ๙) สวิตช์ ติดสูงไม่เกินระดับหน้าอก
- ๑๐) ปลั๊กไฟ ติดสูงไม่น้อยกว่าระดับหัวเข่า
- ๑๑) มีคัตเอาท์ หรือเบรกเกอร์ ตัดไฟฟ้าลัดวงจรอัตโนมัติ
- ๑๒) มีถังดับเพลิงพร้อมใช้งานตั้งไว้ในจุดที่มองเห็นและเข้าถึงได้สะดวก
- ๑๓) เครื่องเรือนภายในห้องพักไม่มีมุมแหลม หรือสิ่งที่จะก่อให้เกิดอันตรายได้ง่าย
- ๑๔) มีน้ำดื่ม น้ำใช้ที่สะอาด และเข้าถึงได้ง่าย
- ๑๕) ชั้นบันไดแห้ง สะอาด ไม่ลื่น และไม่วางสิ่งของกีดขวางทางเดินบนชั้นบันได
- ๑๖) ชั้นบันไดต้องมีสี และสามารถมองขอบบันไดได้ชัดเจน
- ๑๗) ไม่วางผ้าเช็ดเท้าบนชั้นบันไดทั้งด้านบนและด้านล่าง
- ๑๘) พรหมปูพื้นบันได ควรมีสีสว่าง และติดแน่นไม่เลื่อนไถล
- ๑๙) มีราวบันไดที่มั่นคงแข็งแรงทั้งสองฝั่งขนานข้าง สูงจากพื้นชั้นบันไดระดับเอว
- ๒๐) พื้นบันไดเป็นผิวต่างสัมผัสทั้งด้านบนและด้านล่าง เพื่อเป็นจุดเตือนผู้สูงอายุ
- ๒๑) ลูกตั้งบันไดสูงไม่เกิน ๒๐ เซนติเมตร
- ๒๒) ลูกนอนบันไดกว้างไม่น้อยกว่า ๓๐ เซนติเมตร



๒.๓ ห้องนั่งเล่น

- ๑) การจัดวางสิ่งของเครื่องเรือน เป็นระเบียบ ไม่กีดขวางทางเดินภายในบ้านโดยเฉพาะบริเวณที่ผู้สูงอายุใช้เป็นประจำ
- ๒) ประตูทางเข้าห้องนั่งเล่นกว้างพอสำหรับอุปกรณ์ช่วยเดินหรือไม้ค้ำ
- ๓) มีเก้าอี้ที่มั่นคงแข็งแรงไม่มีล้อตั้งอยู่ทางเดินเข้าภายในบ้าน
- ๔) มีหน้าต่างเปิด-ปิด ได้ง่าย ระบายอากาศได้ดี
- ๕) เก้าอี้/โซฟา ไม่นุ่มหรือเตี้ยเกินไป มีความสูงพอดีข้อพับเข่า
- ๖) พรมปูพื้นต้องยึดแน่นกับพื้น ไม่เคลื่อนตัว ไม่ลื่น
- ๗) มีผ้าม่าน/มู่ลี่บริเวณที่มีแสงจ้า

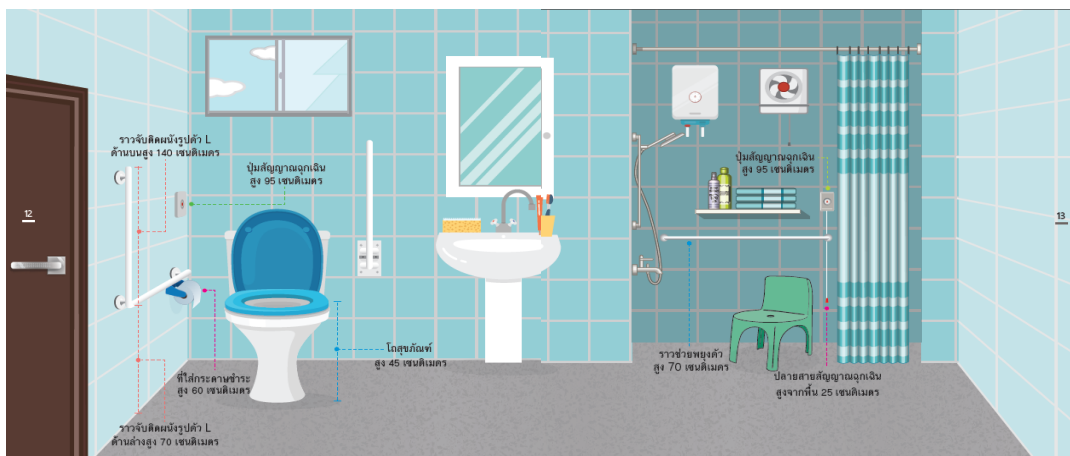


๒.๔ ห้องน้ำห้องส้วมสำหรับผู้สูงอายุ

เป็นห้องที่มีความสำคัญต่อความปลอดภัยของผู้สูงอายุ เนื่องจากเป็นสถานที่ที่ผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย ห้องน้ำที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ มีดังนี้

- ๑) ห้องน้ำห้องส้วม ไม่ควรอยู่ห่างจากห้องนอนผู้สูงอายุมากนัก เนื่องจากผู้สูงอายุมักจะมีปัญหาในเรื่องของการกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ และต้องจัดให้มีแสงสว่างเปิดไว้ตลอดเวลา รวมทั้งไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดินเข้าห้องน้ำห้องส้วม
- ๒) ประตูทางเข้าห้องน้ำห้องส้วม ควรสามารถเปิดออกจากด้านนอกได้ หากเกิดเหตุฉุกเฉินขึ้นและมีความกว้างมากพอที่รถเข็นสามารถเข้า-ออก หมุนกลับตัวได้ และควรมีสัญญาณฉุกเฉินในห้องน้ำ สำหรับขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน
- ๓) พื้นในห้องน้ำควรเป็นพื้นหยาบกันลื่น หรือควรมีการปูพื้นกันลื่นไว้ พื้นของห้องน้ำห้องส้วมต้องหมั่นดูแลเช็ดถู ทำความสะอาด ไม่ให้มีตะไคร่ พื้นต้องแห้งตลอดเวลา
- ๔) ติดตั้งราวจับสำหรับผู้สูงอายุได้ยึดจับขณะนั่งขับถ่ายภายในห้องน้ำ และมีราวจับบริเวณที่อาบน้ำ เพื่อให้ผู้สูงอายุใช้พยุงตัวและค้ำยัน ขณะยืนและนั่งส้วม และอาบน้ำ
- ๕) ห้องส้วมที่ต้องนั่งยองๆ ควรเปลี่ยนเป็นโถส้วมแบบนั่งราบที่นั่งแบบห้อยเท้าได้
- ๖) ความสูงของส้วมต้องไม่สูงมากเกินไป โดยปกติความสูงของโถส้วมจะอยู่ที่ประมาณ ๔๕ เซนติเมตร และต้องไม่มีระดับขั้น พื้นห้องน้ำห้องส้วมต้องอยู่ในระดับเดียวกัน

- ๗) ก๊อกน้ำควรใช้แบบก้านโยกแทนการใช้ก๊อกแบบหมุน
- ๘) ควรใช้ฝักบัวแทนการตักอาบ และฝักบัวอาจมีสองระดับ คือ สำหรับผู้สูงอายุที่ยืนอาบน้ำได้ และผู้สูงอายุที่ต้องนั่งอาบน้ำ กรณีที่ต้องตักอาบควรใช้ภาชนะที่เบาและหยิบจับง่าย มีเก้าอี้นั่งอาบน้ำโดยวางเก้าอี้เข้ามาเพื่อป้องกันการลื่น
- ๙) การเลือกใช้สีของฝาผนัง และพื้นห้องควรเป็นสีตัดกัน ตลอดจนเครื่องสุขภัณฑ์อื่นๆ เช่น โถส้วม อ่างล้างหน้า ควรมีสีแตกต่างจากพื้นห้องเนื่องจากผู้สูงอายุจะมีความสามารถในการมองเห็นและการแยกความแตกต่างของสีที่คล้ายกันได้ลดลง



๒.๕ ห้องนอน

- ๑) ประตูมีความกว้างไม่น้อยกว่า ๙๐ เซนติเมตร
- ๒) ที่เปิดประตูควรเป็นก้านโยก ปิดเปิดด้านข้างได้ และเปิดออกจากภายใน
- ๓) พื้นภายในและภายนอกมีระดับเท่ากัน ไม่มีธรณีประตู
- ๔) เติงมีความแข็งแรง สะอาดมีพื้นที่ว่างรอบเตียงทั้งสามด้านประมาณ ๙๐ เซนติเมตรและไม่อยู่ในมุมอับ
- ๕) เติงนอนมีความยาวไม่น้อยกว่า ๑๘๐ เซนติเมตร และมีความสูงพอดีข้อพับเข่า
- ๖) ทำความสะอาดเตียง ผ้าปูที่นอน หมอน โดยดูดฝุ่นหรือตากแดดอย่างสม่ำเสมอ
- ๗) มีกริ่งสัญญาณบอกเหตุฉุกเฉินหรือโทรศัพท์ภายในห้อง
- ๘) เครื่องเรือนภายในห้องพักมีความมั่นคง แข็งแรง ไม่มีมุมแหลมที่จะก่อให้เกิดอันตรายได้
- ๙) หน้าต่างเปิด-ปิดได้ง่าย เพื่อการระบายอากาศที่ดี
- ๑๐) ทำความสะอาดเครื่องปรับอากาศทุก ๖ เดือน และล้างหน้ากาก หรือตะแกรงกรองฝุ่นทุกเดือน
- ๑๑) เครื่องเรือนและอุปกรณ์ในห้อง ไม่วางกีดขวางทางเดิน
- ๑๒) ภายในห้องมีแสงสว่างเพียงพอ และมีสวิตช์ไฟใกล้กับเตียงนอน



๒.๖ ห้องครัว

- ๑) พื้นผิวสัมผัสเรียบ สะอาด ไม่ลื่นและแห้ง
- ๒) อุปกรณ์เครื่องใช้สะอาดอยู่ในสภาพดี สามารถใช้งานได้ตามปกติ
- ๓) ตู้เย็นและตู้ที่ใช้เก็บอาหารอยู่ในบริเวณที่หยิบใช้ได้สะดวก แยกเก็บอาหารตามประเภทเป็นสัดส่วน
- ๔) เก้าอี้ของเป็นระเบียบเรียบร้อย สะอาด และไม่กีดขวาง
- ๕) โต๊ะหรือเคาน์เตอร์มีความสูงระดับเอว และในกรณีมีผู้สูงอายุใช้รถเข็นควรมีพื้นที่ว่างใต้โต๊ะหรือเคาน์เตอร์ให้รถเข็นเข้าไปได้
- ๖) หิ้งและตู้ต่าง ๆ สะอาดอยู่สูงระดับเอื้อมถึงได้โดยสะดวก
- ๗) มีการระบายอากาศที่ดี
- ๘) มีหลอดไฟให้แสงสว่างเพียงพอโดยเฉพาะเวลากลางคืน



เอกสารอ้างอิง

- สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.แบบประเมินบ้าน สิ่งแวดล้อมดีและปลอดภัย
สำหรับผู้สูงอายุ.พิมพ์ครั้งที่ ๑ ธันวาคม พ.ศ.๒๕๖๐
- สำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.การจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมต่อผู้สูงอายุ
ติดบ้าน ติดเตียง. พิมพ์ครั้งที่ ๑ พฤษภาคม พ.ศ.๒๕๖๐
- สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ๒๕๕๗.

ใบความรู้ที่ ๓ ความปลอดภัย การป้องกันการพลัดตก หกล้ม

สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุและพลัดตกหกล้ม

การเกิดอุบัติเหตุในผู้สูงอายุ ที่พบบ่อยที่สุด คือ การหกล้ม ลื่นล้ม สาเหตุเกิดจากความเสื่อมและการถดถอยของร่างกาย อีกทั้งจากโรคร้ายไข้เจ็บเป็นผลให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ลดลงรวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านที่ไม่ปลอดภัย คือ การสะดุดสิ่งกีดขวาง (ร้อยละ ๓๙.๐) รองลงมา คือ ลื่น (ร้อยละ ๓๔.๔) เกิดอาการหน้ามืด วิงเวียน (ร้อยละ ๑๑.๒) มีสาเหตุมาจากพื้นที่ต่างระดับ (ร้อยละ ๙.๕) หกล้มเนื่องจากตกบันได (ร้อยละ ๑.๖) และจากสาเหตุอื่นๆ เช่น ขาอ่อนแรง ตกจากเตียงนอน เก้าอี้ หรือต้นไม้ ฯลฯ (ร้อยละ ๔.๓) ที่มา : สำนักสถิติพยากรณ์ สำนักงานสถิติแห่งชาติ รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ๒๕๕๗.

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ จากการศึกษาค้นคว้า ตำรา และรายงานการวิจัยต่างๆ พบว่าปัจจัยที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ ที่บ้านสามารถแบ่งได้เป็น ๓ ปัจจัย ดังนี้

๑. ปัจจัยภายนอก (External factors) ปัจจัยเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมต่างๆ ที่อยู่รอบๆ ตัวของผู้สูงอายุที่เป็นสาเหตุหรือส่งเสริมให้เกิดการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ พบดังนี้

๑.๑ พื้นลื่น/พื้นต่างระดับ/พื้นขรุขระ ทั้งนี้เนื่องจากการทรงตัวและการมองเห็นของผู้สูงอายุจะลดลงตามอายุ ดังนั้นเป็นไปได้ยากที่ผู้สูงอายุจะมองเห็นได้ชัดเจนว่าพื้นบริเวณนั้นลื่นหรือมีความต่างระดับ เมื่อผู้สูงอายุเดินไปในพื้นที่ลื่นหรือต่างระดับย่อมทำให้เกิดการหกล้มได้ง่าย การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่ทำให้ผู้สูงอายุลื่นหรือล้ม พบเช่นเดียวกันว่า ภายในตัวบ้านที่มีขอบของธรณีประตู มีทางเดินต่างระดับ พื้นบ้านปูด้วยกระเบื้องเซรามิกซ์ ใช้เศษผ้าหรือเสื้อผ้าเก่าเป็นที่เช็ดเท้าทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้นและการก้าวขึ้นในพื้นที่ต่างระดับยังส่งผลให้ล้มได้ง่ายเช่นกัน สถานที่ที่ทำให้ผู้สูงอายุหกล้มได้ง่ายอีกสถานที่หนึ่งคือ ห้องน้ำ เนื่องจากในห้องน้ำจะมีความชันสูงกว่าบริเวณอื่นของบ้านประกอบกับการใช้น้ำทำให้พื้นของห้องน้ำมีความลื่นและยังเป็นสถานที่ที่ผู้สูงอายุใช้ค่อนข้างบ่อย เพราะในวัยผู้สูงอายุจะมีขนาดกระเพาะปัสสาวะและความจุลดลง จึงต้องใช้ห้องน้ำบ่อยขึ้น ย่อมเป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้มได้ง่ายเช่นเดียวกัน ข้อมูลของสำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้สูงอายุ พบเช่นเดียวกันว่าห้องน้ำเป็นส่วนที่ผู้สูงอายุหกล้มบ่อยที่สุด นอกจากนี้สภาพแวดล้อมภายนอกตัวบ้านก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุลื่นหรือล้ม เพราะส่วนใหญ่พื้นผิวดินภายนอกบ้านจะขรุขระ ผิวนูนเรียบ เป็นต้นเหตุส่งเสริมทำให้เกิดการหกล้มได้ง่าย นอกจากนี้ในส่วนของผู้สูงอายุที่ยังใช้จักรยานหรือจักรยานยนต์ในการสัญจร พบเช่นเดียวกันว่า สาเหตุที่ทำให้เกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่เกิดจากพื้นถนนที่ขรุขระ

๑.๒ มีสิ่งกีดขวางทางเดิน การที่มีสิ่งกีดขวางทางเดินจะทำให้ผู้สูงอายุเคลื่อนไหวได้ลำบากขึ้น ต้องใช้การทรงตัวมากขึ้นกว่าเดิม สอดคล้องกับการศึกษางานวิจัยหลายๆ งานพบว่า ภายในบ้านที่มีผู้สูงอายุพลัดตกหกล้ม มักจะมีการวางสิ่งของไว้ตามขั้นบันได มีการวางสายโทรศัพท์ตามพื้นทำให้ผู้สูงอายุสะดุดสายโทรศัพท์ มีการปูเสื่อหรือพรมทำให้ผู้สูงอายุสะดุดขอบของเสื่อหรือขอบพรมได้ง่ายและในส่วนภายนอกบ้านมักจะมีการวางสิ่งของเกะกะกีดขวางทางเดิน โดยเฉพาะในชุมชนชนบทพบว่า สิ่งกีดขวางทางเดินส่วนใหญ่เป็นตาข่ายขึงกันสัตว์ไม่ให้เข้ามาภายในตัวบ้าน ทั้งนี้เนื่องจากตาข่ายมักจะมีลักษณะใส มองเห็นได้ยาก มีความลื่นและพันข้อเท้าได้ง่ายจึงทำให้ผู้สูงอายุหกล้มได้ง่ายยิ่งขึ้น

๑.๓ การแต่งกายไม่เหมาะสม การสวมใส่เสื้อผ้าในผู้สูงอายุมักจะพบว่ามีการสวมใส่เสื้อผ้าที่มีขนาดหลวมโคร่ง ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุจะมีความไวต่อความร้อนได้มากกว่าบุคคลวัยทั่วไปจึงมีการสวมใส่เสื้อผ้าที่มี ความโล่ง

และโปร่งสบาย หรือมักจะสวมใส่เสื้อผ้าที่ยาวเพื่อป้องกันการเปิดเผย จึงส่งผลให้เกิดการสะดุด เกยวติง ทำให้เสียหลักหกล้มได้ง่าย รวมถึงการใส่เสื้อผ้าที่รุ่มร่าม ไม่กระชับพอดีตัวทำให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้มได้ง่ายขึ้นเช่นกัน

๑.๔ รองเท้าไม่เหมาะสม การที่ผู้สูงอายุสวมใส่รองเท้ามีขนาดไม่เหมาะสมจะทำให้ผู้สูงอายุเดินได้ลำบาก มีผลต่อการทรงตัว ประกอบกับถ้าพื้นรองเท้าไม่มีดอกยางกันลื่น หรือแม้กระทั่งรองเท้าที่ผ่านการใช้งานมานานจนพื้นสึก รวมถึงการใช้รองเท้าเก่าที่หุ่ยรองเท้าขาดแล้วเอามาซ่อมใส่ใหม่ยังส่งผลให้ผู้สูงอายุหกล้มเพิ่มขึ้น ดังนั้นการใช้รองเท้าที่เหมาะสมจึงเป็นสิ่งที่จะช่วยป้องกันการหกล้มได้

๑.๕ การทำภาระหน้าที่ประจำวัน การที่ผู้สูงอายุมีกิจกรรมหรือภาระหน้าที่ที่ต้องทำประจำวัน ย่อมส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องใช้ร่างกายและพลังงานเพิ่มขึ้น ซึ่งจะส่งผลให้ร่างกายเกิดความอ่อนล้าได้ง่าย และทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มตามมา การศึกษาของธนวรรณและกาญจนา พบเช่นเดียวกันว่า กิจกรรมประจำวันที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้มคือ การก่อกองไฟ นั่งข้าวหรือหุงข้าว การทำความสะอาดบ้าน เนื่องจากกิจกรรมดังกล่าวต้องอาศัยการ (วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข) ทรงตัวและเคลื่อนไหวตลอดเวลา มีการลุกสลัดกับนั่ง จึงเป็นไปได้ว่าการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวทำให้ผู้สูงอายุ มีอาการเวียนศีรษะทำให้เกิดอาการหน้ามืด จึงทำให้หกล้มได้ง่ายขึ้น

๑.๖ บ้านสองชั้น การที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ในบ้านสองชั้นไม่ได้เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้ม เพราะผู้สูงอายุบางคนพักอาศัยอยู่ชั้นล่างอยู่แล้ว แต่ประเด็นที่ทำให้ผู้สูงอายุพลัดตกหกล้มอยู่ที่ผู้สูงอายุในบางพื้นที่มีความเชื่อว่าการที่ตนเองอยู่ชั้นล่างและมีลูกหลานซึ่งมีอายุน้อยกว่าอาศัยอยู่ชั้นบนเป็นการไม่ให้เกิดเกียรติหรือไม่เหมาะสมเพราะผู้สูงอายุถือว่าเป็นเสาหลักของบ้าน ซึ่งถือว่าควรจะอยู่เหนือกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องใช้บันไดเพื่อขึ้นลงชั้นสองของบ้านซึ่งจะทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่าย การศึกษาของธนวรรณและกาญจนาและกนกอร พบเช่นเดียวกันว่า ผู้สูงอายุที่เกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่มีที่อยู่อาศัยเป็นบ้านสองชั้น

๑.๗ ช่วงเวลาที่ทำกิจกรรม ทั้งนี้เนื่องจากธรรมชาติของผู้สูงอายุจะมีช่วงเวลาในการนอนที่ค่อนข้างสั้น จึงทำให้ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการตื่นนอนที่ค่อนข้างเร็ว โดยเฉพาะช่วงเช้ามืดที่ผู้สูงอายุมักตื่นขึ้นมาเพื่อทำกิจวัตรประจำวัน ประกอบกับการนอนในแต่ละคืนจะผู้สูงอายุมักจะมีช่วงเวลากการนอนที่สั้น หลับๆ ตื่นๆ บ่อย จึงอาจส่งผลให้ร่างกายของผู้สูงอายุตื่นตัวไม่เต็มที่จึงส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย การศึกษาปฏิบัติการของการหกล้ม และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการหกล้มในผู้สูงอายุที่อาศัยในชุมชน จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบเช่นเดียวกันว่า ช่วงเวลาที่ผู้สูงอายุหกล้มส่วนใหญ่เกิดขึ้นในตอนเช้า

๑.๘ แสงสว่างและสีที่ไม่เหมาะสม สถานที่ภายในบ้านที่พบว่าแสงสว่างน้อยหรือไม่เพียงพอ คือ บันไดทางเดินภายในบ้าน ส่วนภายนอกบ้านจะพบว่า ทางเข้าบ้านและรอบๆ บริเวณบ้านจะมีแสงสว่างจะค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะในช่วงเวลากลางคืน และในสวนบริเวณที่มีแสงสว่างจ้ามากเกินไป เช่น บริเวณที่มีกระจก พื้นที่ขัดมัน เป็นเงาสะท้อน หรือบริเวณที่แสงอาทิตย์ส่องโดยตรง ทั้งนี้เนื่องจากการที่มีแสงสว่างน้อยหรือมากเกินไปจะส่งผลต่อการมองเห็นของผู้สูงอายุ ทำให้ความชัดของภาพที่ระยะมองเห็นคลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงได้ ซึ่งจะส่งผลทำให้พลัดตกหกล้มได้ง่าย สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงที่อาศัยอยู่ในชุมชนจังหวัดขอนแก่น พบว่า การที่แสงสว่างมากหรือน้อยเกินไปทำให้ผู้สูงอายุหกล้มได้ง่าย ในส่วนของสีที่ไม่เหมาะสมพบว่า สีที่มีความกลมกลืน สีที่ประกอบกันเป็นลวดลาย เช่น สีของพรม กระเบื้องปูพื้น หรือสีของผนังตกแต่ง เป็นต้น จะทำให้ผู้สูงอายุแยกความแตกต่างของสีได้ยากขึ้น ดังนั้น เมื่อมีพื้นต่างระดับที่มีสีกลมกลืนกันย่อมทำให้ผู้สูงอายุก้าวพลาด และหกล้มได้ง่าย หรือผนังบ้านที่มีสีกลมกลืนกัน จะทำให้ผู้สูงอายุแยกได้ยากว่าตรงไหนเป็นมุมเสาหรือ

พื้นผนัง เมื่อจะใช้ผนังบ้านในการทรงตัวหรือพุงตัวจึงทำให้เกิดความพลาดในการกระชား ทำให้สูญเสียการทรงตัว จึงเกิดการหกล้มตามมา

๑.๙ ไม่มีผู้ช่วยเหลือ บ้านที่มีผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุอย่างใกล้ชิดจะช่วยให้เกิดความระมัดระวังในการป้องกันการหกล้มและผู้ดูแลยังมีบทบาทในการช่วยเหลือการเคลื่อนไหว เป็นตาที่ ๒ ของผู้สูงอายุที่ช่วยให้เคลื่อนไหวได้สะดวกและมีความมั่นใจมากยิ่งขึ้น ในขณะที่เดียวกันบ้านที่ไม่มีผู้ดูแลผู้สูงอายุหรือผู้สูงอายุดูแลกันเอง ย่อมเพิ่มความเสี่ยงของการพลัดตกหกล้ม สอดคล้องกับการศึกษาของดาร์วอร์น และคณะ พบเช่นเดียวกันว่าผู้สูงอายุที่เกิดอุบัติเหตุส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ ๘๐ ไม่มีผู้ดูแล

๑.๑๐ อุปกรณ์ช่วยในการเคลื่อนไหว เครื่องเรือนหรือสิ่งก่อสร้างไม่เหมาะสม อุปกรณ์ที่ผู้สูงอายุมักจะมีติดตัว เช่น ไม้เท้า เครื่องพยุงเดิน ล้อเข็น หากอุปกรณ์เหล่านี้มีขนาดที่ไม่เหมาะสม จะมีส่วนส่งเสริมให้ผู้สูงอายุหกล้มได้ง่าย ในส่วนของเครื่องเรือนหรือสิ่งก่อสร้าง เช่น ในห้องน้ำ หรือบันไดที่ไม่มีราวจับยึด จะส่งผลให้ผู้สูงอายุขาดสิ่งยึดเกาะทำให้พลัดตกหกล้มได้ง่าย รวมถึงบันไดที่มีความสูงไม่เหมาะสม ชั้นบันไดแคบ ไม่มีเครื่องหมายแสดงขอบเขต ระดับความสูงต่ำของเครื่องเรือนไม่เหมาะสมและความไม่มั่นคงของเครื่องเรือนขณะใช้งานก็เป็นสาเหตุทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายเช่นเดียวกัน การศึกษาของอนงค์ และคณะ พบเช่นเดียวกันว่าบ้านของผู้สูงอายุที่ไม่มีราวบันไดเสี่ยงต่อการพลัดตกหกล้มเป็น ๔.๓ เท่าของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในบ้านที่มีราวบันได

๒. ปัจจัยภายใน (Internal factors)

ปัจจัยนี้เกี่ยวกับสภาพร่างกายของผู้สูงอายุ ทั้งนี้ความเสื่อมของร่างกายย่อมมีผลต่อการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ โดยระบบของร่างกายที่มีผลต่อการพลัดตกหกล้ม มีดังนี้

๒.๑ ระบบกระดูก เนื่องจากคนที่มีอายุมากขึ้นไปตั้งแต่ ๔๐ ปี จะพบว่าอัตราเสื่อมของกระดูกจะมีมากกว่าอัตราการสร้างทั้งในเพศชายและเพศหญิง จากเซลล์กระดูกลดลง แคลเซียมสลายออกจากกระดูกเพิ่มขึ้น และในช่วงอายุหลัง ๖๕ ปี การสร้างวิตามินดีจะลดลง ซึ่งทำให้การดูดกลับแคลเซียมจากในลำไส้และท่อไตเข้าสู่กระแสเลือดและเก็บสะสมในเนื้อกระดูกลดลง จึงส่งผลให้กระดูกของผู้สูงอายุเปราะและหักง่าย รวมถึงทำให้ความยาวของกระดูก ลดลง ทำให้เกิดหลังค่อม หลังเอียง รูปร่างไม่สมส่วน กระดูกอ่อนข้อต่างๆ บางลง น้ำไขข้อลดลง ทำให้มีการเสื่อมของข้อ ข้อติดแข็ง เคลื่อนไหวไม่สะดวก ซึ่งประเด็นที่กล่าวมาทั้งหมดจะส่งผลต่อความสามารถในการทรงตัวของผู้สูงอายุทั้งสิ้น การศึกษาของดาร์วอร์น และคณะ พบเช่นเดียวกันว่า ยิ่งสูงอายุจะมีความเสื่อมของกระดูกเพิ่มขึ้นไปตามอายุซึ่งจะทำให้การทรงตัวและการเคลื่อนไหวลดลงทำให้เกิดโอกาสในการหกล้มเพิ่มขึ้น ในขณะที่ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อยกว่า การเสื่อมของกระดูกจะน้อยกว่าจึงทำให้การทรงตัวดี ซึ่งในการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุที่มีความเสื่อมของกระดูกน้อยกว่าจะมีความสามารถในการทรงตัวดีกว่าสูงอายุที่มีอายุมากขึ้นจะมีความเสื่อมของกระดูกถึง ๕.๗๖ เท่า

๒.๒ ระบบกล้ามเนื้อ การศึกษาพบว่าความแรงในการหดตัวของกล้ามเนื้อจะเริ่มลงที่อายุ ๔๕ ปี และความแข็งแรงของกล้ามเนื้อจะลดลงในช่วงอายุ ๓๐-๗๐ ปี ซึ่งจะส่งผลให้การเคลื่อนไหวช้าลง เกิดการสั้นของกล้ามเนื้อ ที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้สูงอายุเสียสมดุลในการเคลื่อนไหวจึงทำให้พลัดตกหกล้มได้ง่าย

๒.๓ ระบบประสาทและประสาทสัมผัส ร่างกายของมนุษย์เซลล์สมองและเซลล์ประสาทจะมีจำนวนลดลงเรื่อยๆ หลังจากอายุ ๒๕-๓๕ ปี ทำให้ประสิทธิภาพของสมองและประสาทลดลง ความเร็วในการส่งสัญญาณลดลง

ซึ่งจะทำให้การเคลื่อนไหวช้าลง จนบางครั้งทำให้อวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวอาจทำงานไม่สัมพันธ์กัน โดยเฉพาะการทำงานของขาทั้งสองข้างถ้าทำงานไม่สัมพันธ์กัน ย่อมจะทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียการทรงตัวและการเคลื่อนไหวทำให้เสี่ยงต่อการหกล้มได้ง่าย

๒.๔ ระบบการมองเห็น ในผู้สูงอายุการมองเห็นจะเสื่อมลง ทั้งนี้เนื่องจากลูกตาดจะมีขนาดเล็กลงและลึก ความยืดหยุ่นของหนังตาลดลง หนังตาดก รุ่มานตาขนาดเล็กลง ปฏิกริยาของม่านตาต่อแสงลดลง ทำให้การปรับตัว ต่อการมองเห็นลดลง โดยเฉพาะในสถานที่ที่มีมืด หรือในเวลาากลางคืน การแยกสีทำได้ยากขึ้น รวมถึงการหักเหของแสงผิดปกติทำให้มองเห็นภาพไม่ชัด ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

๒.๕ ระบบการได้ยิน ในผู้สูงอายุพบว่าอาการหูตึงพบได้ถึง ๑ ใน ๓ ของผู้สูงอายุที่มีอายุ อยู่ในช่วง ๖๕- ๗๔ ปี ทั้งนี้เนื่องจากการเสื่อมของหูชั้นในร่วมกับเส้นประสาทหูที่ ๘ (auditory nerve) ประกอบกับระบบเวสติบูลา (vestibular) ลดลงทำให้มีการฝ่อลีบของ cochlea ผู้สูงอายุจึงมักมีอาการเวียนศีรษะ (vertigo) ทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่าย

๒.๖ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ในผู้สูงอายุจะพบว่า กล้ามเนื้อหัวใจจะฝ่อลีบ เกิดพังผืด ทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหัวใจลดลง ประกอบกับแคลเซียมจะเกาะมากขึ้น ทำให้ประสิทธิภาพการบีบตัวของหัวใจลดลง ปริมาณเลือดออกจากหัวใจใน ๑ นาทีลดลง รวมถึงความยืดหยุ่นของผนังหลอดเลือดหัวใจลดลง จึงส่งผลให้เลือดไปเลี้ยงอวัยวะต่างๆ ลดลง โดยเฉพาะสมอง จึงทำให้ผู้สูงอายุเวียนศีรษะได้ง่ายซึ่งจะทำให้เกิดการพลัดตกหกล้มได้ง่ายเช่นกัน รวมถึงอาการเวียนศีรษะก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุหกล้มได้ง่ายเช่นเดียวกัน

๒.๗ ระบบทางเดินปัสสาวะ ในผู้สูงอายุกล้ามเนื้อของกระเพาะปัสสาวะจะอ่อนกำลังลง กำลังในการหดตัวของกระเพาะปัสสาวะลดลง ร่วมกับตัวรับการกระตุ้น (stretch receptor) ในกระเพาะปัสสาวะทำงานลดลง ประกอบกับขนาดของกระเพาะปัสสาวะมีขนาดเล็กลง ดังนั้นจึงส่งผลให้ผู้สูงอายุปัสสาวะบ่อยขึ้น ทำให้เกิดความรีบเร่งเพื่อไม่ให้ปัสสาวะรดและต้องเข้าห้องน้ำบ่อยขึ้นเพราะกระเพาะปัสสาวะเต็มเร็ว จึงทำให้ผู้สูงอายุเกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

๓. ปัจจัยส่งเสริม

๓.๑ อายุ เมื่ออายุมากขึ้น จะทำให้เกิดการเสื่อมของอวัยวะทุกส่วนในร่างกาย โดยเฉพาะอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับการทรงตัวและการเคลื่อนไหว พบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป จะมีความเสี่ยงต่อการหกล้มและเกิดข้อสะโพกหักสูง พบว่า ผู้สูงอายุที่เกิดการหกล้มจะมีอายุอยู่ในช่วง ๗๐-๗๙ ปี

๓.๒ มีประวัติการหกล้ม/การลื่นล้ม/การล้ม ในผู้สูงอายุที่มีการหกล้มมาก่อนมักจะมีกังวลและมีความกังวลในการเคลื่อนไหว ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุไม่กล้าที่จะเดินหรือเคลื่อนไหวจึงส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่าย

๓.๓ เพศ สรีระของเพศชายและเพศหญิงมีความแตกต่างกัน โดยเพศหญิงจะมีความพรุนของกระดูกมากกว่าเพศชาย เนื่องจากฮอร์โมนเอสโตรเจนลดลงทำให้เกิดกระดูกพรุน ซึ่งจะส่งผลต่อการเคลื่อนไหวและการเปลี่ยนแปลงการเคลื่อนไหวของสะโพกในการรับน้ำหนักของขา ประกอบกับในการเดินของเพศหญิงและเพศชายก็มีความแตกต่างกัน เพราะผู้หญิงจะมีลักษณะเดินคล้ายเป็ด ฐานเดินแคบ และระยะก้าวสั้น ส่วนผู้ชายจะมีฐานเดินกว้างกว่า ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุเพศหญิงมีความเสี่ยงต่อการหกล้มได้มากกว่าเพศชาย

๓.๔ ปัจจัยทางอายุรกรรมและศัลยกรรม ปัจจัยด้านอายุรกรรมพบว่า ผู้สูงอายุที่มีความดันโลหิตต่ำ จะทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองไม่เพียงพอ ส่งผลให้เวียนศีรษะหรือหน้ามืดได้ หรือผู้สูงอายุที่มีประวัติเป็นโรคเบาหวานที่มีความเสี่ยงต่อน้ำตาลในเลือดต่ำ รวมถึงเลือดออกจากหัวใจลดลง รวมถึงโรคทางระบบประสาท เช่น พาร์กินสัน

ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุสูญเสียการควบคุมการเคลื่อนไหวได้ง่าย รวมถึงผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสนเฉียบพลันจะทำให้หกล้มได้ง่ายเช่นเดียวกัน และปัจจัยด้านศัลยกรรมในผู้สูงอายุที่เคยได้รับการผ่าตัด เช่น เปลี่ยนข้อสะโพก ข้อเข่า หรือตามกระดูกจะทำให้การเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุไม่เหมือนเดิม ซึ่งจะส่งผลทำให้เกิดอุบัติเหตุได้ง่ายขึ้น

๓.๕ การใช้ยาที่มีผลต่อการทรงตัว ยาที่มีผลต่อระบบประสาท เช่น ยานอนหลับ หรือ ยาระงับประสาท จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม รวมถึงยาในกลุ่มขยายหลอดเลือด ยาลดความดันโลหิต ยาขับปัสสาวะ ซึ่งจะมีผลข้างเคียงให้ความดันโลหิตต่ำขณะเปลี่ยนท่า เกิดอาการสับสน สอดคล้องกับการศึกษาแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุที่หกล้มมากกว่าร้อยละ ๕๐ รับประทานยาลดความดันโลหิต นอกจากนี้ผู้สูงอายุที่รับประทานยาด้านจิตประสาทมากกว่า ๑ ชนิด ยิ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้มเพิ่มขึ้น

รูปแบบการป้องกันการพลัดตกหกล้มของประเทศไทย

จากการศึกษาสาเหตุ ปัจจัย รวมถึงแนวทางในการป้องกันการหกล้ม สามารถสรุปเป็นแนวทางในการป้องกันการพลัดตกหกล้มได้หลัก ๑๒ ป. ดังนี้

แนวทางการป้องกันการหกล้ม	รายละเอียด	กิจกรรมการปฏิบัติ	คะแนน
ป ๑. ประเมิน	ป ๑.๑ ประเมินการทรงตัว ระบบนี้จะเป็นส่วนสำคัญในการทรงตัวและการเคลื่อนไหวของผู้สูงอายุ	แบบประเมิน Berg balance scale เป็นแบบประเมินการทรงตัวโดยการทำกิจกรรม ๑๔ กิจกรรม ขณะนั่งและยืนได้แก่ ๑. ลุกขึ้นยืน ๒. ยืน ๒ นาทีโดยไม่ยึดเกาะ ๓. การนั่งเก้าอี้โดยไม่พึ่งพนัก ๔. นั่งลง ๕. การเคลื่อนย้าย ๖. การยืนนิ่งหลับตา ๗. ยืนตัวตรงเท้าชิด ๘. การยกแขนขนานพื้นแล้วเอาตัวไปข้างหน้า ๙. ก้มเก็บของจากพื้นขณะยืนอยู่ ๑๐. หันไปมองข้างหลัง ๑๑. การหมุนตัว ๓๖๐ องศา ๑๒. ก้าวเท้าแตะบนม้านั่งเตี้ยสลับกัน ๑๓. ยืนต่อเท้า ๑๔. ยืนแบบขาข้างเดียว	คะแนนแต่ละกิจกรรม ๐-๔ คะแนน รวม ๕๖ คะแนน ถ้าได้คะแนนน้อยกว่า ๔๕ คะแนนแสดงถึงความผิดปกติในการทรงตัวและมีความเสี่ยงสูงในการล้ม

แนวทางการป้องกันการหกล้ม	รายละเอียด	กิจกรรมการปฏิบัติ	คะแนน
		*ข้อควรระวัง มีบางท่าทางที่อาจก่อให้เกิดอาการเวียนศีรษะและหกล้มได้ ผู้ประเมินควรดูแลอย่างใกล้ชิด	
ป ๑.๒ ประเมินการมองเห็น	ผู้สูงอายุจะมีรูม่านตาขนาดเล็กลงปฏิกิริยาต่อแสงลดลง แยกสีได้ยากขึ้นมองเห็นภาพระยะใกล้ไม่ชัด	การประเมินการมองเห็นของผู้สูงอายุ โดยการประเมินการมองเห็นสามารถใช้เครื่องมือในการประเมินทั่วไป คือ - Snellen chart - E-chart	
ป ๑.๓ การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน	ผู้สูงอายุพบว่าถ้าผู้สูงอายุยังมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติอยู่ จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดการหกล้มสูง	ใช้แบบประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (ADL) ประกอบด้วยหัวข้อต่อไปนี้ ๑. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า ๒. การล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวดในระยะเวลา ๒๔-๔๘ ชั่วโมงที่ผ่านมา ๓. การลุกจากที่นอนหรือเตียงไปยังเก้าอี้ ๔. การใช้ห้องน้ำ ๕. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน ๖. การสวมใส่เสื้อผ้า ๗. การลงบันได ๑ ชั้น ๘. การอาบน้ำ ๙. การกลั้นอุจจาระใน ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา ๑๐. การกลั้นปัสสาวะใน ๑ สัปดาห์ที่ผ่านมา	ให้คะแนนแต่ละกิจกรรม รวม ๒๐ คะแนน ถ้าได้ ๐-๔ คะแนน มีภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ ๕-๘ คะแนน มีภาวะพึ่งพารุนแรง ๙-๑๑ คะแนน มีภาวะพึ่งพาปานกลาง ๑๒-๒๐ คะแนน ไม่เป็นการพึ่งพา
ป ๑.๔ ประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม	เป็นการประเมินที่สำคัญเพื่อที่จะใช้เป็นตัวคัดกรองว่าผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้มหรือไม่	เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความเสี่ยง เช่น เครื่องมือประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม - สำหรับผู้สูงอายุไทยในชุมชน (Thai-FRAT) ประกอบด้วย ๖ ปัจจัย ได้แก่ ประวัติการหกล้ม การทรงตัวบกพร่อง	ช่วง ๐-๑๑ คะแนน ถ้ามีคะแนนอยู่ในช่วง ๔-๑๑ คะแนน แสดงว่ามีความเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยในการทดสอบคุณภาพของ

แนวทางการป้องกันการหกล้ม	รายละเอียด	กิจกรรมการปฏิบัติ	คะแนน
		การมองเห็นบกพร่องและการอาศัยอยู่ในบ้าน เพศหญิง การใช้ยาบางประเภท	เครื่องมือจะพบว่าเครื่องมือนี้สามารถทำนายการหกล้มที่เกิดขึ้นภายใน ๖ เดือนหลังจากติดตามกลุ่มตัวอย่างเป็นระยะเวลา ๒ ปี
ป ๒. เปลี่ยน	ปัจจัยด้านเครื่องแต่งกายที่ทำให้ผู้สูงอายุสะดุดล้มได้ง่าย	<p>การใส่เสื้อผ้าที่มีขนาดหลวมที่ทำให้มีการสะดุดหรือเกี้ยวตั้งได้ เช่น</p> <ul style="list-style-type: none"> - ผู้สูงอายุที่ใส่ผ้าถุงหรือกางเกงยาวเกินไปควรปรับระดับของชายผ้าถุงหรือกางเกงให้สั้นลงและควรให้เลยพันข้อเท้าขึ้นไป - รองเท้าควรเปลี่ยนใหม่รวมถึงเมื่อรองเท้าชำรุดแล้ว โดยเฉพาะรองเท้าหุคิบไม่ควรนำมาซ่อมใหม่ จึงจะสามารถป้องกันการหกล้มได้ รองเท้าควรมีดอกยางและพื้นรองเท้าควรมีความหนาไม่น้อยกว่า ๐.๗๕ ซม.เนื่องจากจะทำให้พื้นรองเท้าเกาะติดพื้นได้ดี ซึ่งถ้าพื้นรองเท้าหนาน้อยกว่า ๐.๗๕ ซม. จะมีโอกาสหกล้มเป็น ๑.๗๙ ของรองเท้าที่มีความหนาของรองเท้ามากกว่า 	
ป ๓. ปรับ	<p>การปรับสภาพแวดล้อมบริเวณบ้านและภายในตัวบ้าน</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. รอบๆ บริเวณบ้านจะต้องให้มีสิ่งกีดขวางทางเดินน้อยที่สุด ๒. ภายในบ้านจะต้องปรับการจัดวางอุปกรณ์ต่างๆ ให้เกิดขวางทางเดินของ 	<p>กรณี</p> <ol style="list-style-type: none"> ๑. ผู้สูงอายุต้องใช้จักรยานหรือจักรยานยนต์ ในการสัญจรควรจะหลีกเลี่ยงเส้นทางที่มีความขรุขระหรือให้ผู้ดูแลไปส่ง ๒. ควรจะปรับให้มีราวจับยึดที่มั่นคง ในส่วนของพื้นที่ลื่นถ้าเป็นไปได้จะต้องปรับพื้นผิวของพื้นให้มีความหยาบและมีลวดลายน้อยที่สุด รวมถึงสีของพรม 	

แนวทางการป้องกันการทกล้ม	รายละเอียด	กิจกรรมการปฏิบัติ	คะแนน
	<p>ผู้สูงอายุให้น้อยที่สุด ไม่วางของบริเวณบันไดและบันได</p> <p>๓. สีของพรมหรือผนังบ้าน ควรมีสีที่ชัดเจนและแยกจากสีของพื้นบ้าน</p> <p>๔. พื้นที่มีความต่างระดับ</p>	<p>หรือผนังบ้านควรมีสีที่ชัดเจนและแยกจากสีของพื้นบ้าน</p> <p>๓. ในส่วนของพื้นที่มีความต่างระดับ ควรทำเครื่องหมาย ให้สังเกตได้ชัดเจน สีแดง เขียว และเหลืองจะเป็นสีที่ผู้สูงอายุมองเห็นได้ชัดเจน</p> <p>๔. ควรทำเครื่องหมายให้สังเกตได้ชัดเจน สีแดง เขียว และเหลืองจะเป็นสีที่ผู้สูงอายุมองเห็นได้ชัดเจน และหลีกเลี่ยงไม่ใช้เสื่อผ้าเก่ามาเป็นผ้าเช็ดเท้าเนื่องจากจะมีความลื่น จึงทำให้ผู้สูงอายุสะดุดได้ง่าย รมัดระวังสายชาร์ตโทรศัพท์หรือพระวัง กรณีที่ต้องมี) ไม่ให้ขวางทางเดิน ขอบพรมควรใช้เทปกาวติดยึดกับพื้นเพื่อป้องกันผู้สูงอายุสะดุดขอบพรม</p> <p>๕. ห้องน้ำหากมีความเป็นไปได้ควรปรับให้มีการแยกส่วนของพื้นที่แห้งที่ประกอบด้วย อ่างล้างมือ โถส้วม ส่วนที่เป็นพื้นเปียกประกอบด้วยเก้าอี้นั่งอาบน้ำและราวจับ</p> <p>๕.๑ พื้นที่ห้องน้ำที่เหมาะสมคือ กว้าง ๒.๔ เมตร ยาว ๒.๔ เมตร สูง ๒.๓ เมตร ในกรณีผู้สูงอายุเป็นผู้ชายควรเพิ่มโถปัสสาวะของผู้ชายเข้า</p> <p>๕.๒ แสงสว่างในห้องน้ำควรมีการติดตั้งหลอดไฟให้มีแสงสว่างอาจเป็นราวจับหรือในส่วนเคาน์เตอร์ อ่างล้างหน้า ตามพื้นเพื่อบอกระยะการเดินที่ปลอดภัย</p> <p>๕.๓ กรณีที่ไม่สามารถทำได้และต้องใช้โถส้วมแบบนั่งยองๆ ควรจะมีการติดตั้งราวจับเพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุพยุงตัวได้ดีขึ้น</p>	

แนวทางการ ป้องกันการหกล้ม	รายละเอียด	กิจกรรมการปฏิบัติ	คะแนน
		<p>๕.๔ ในเรื่องของแสงสว่างควรมีหลอดไฟให้เพียงพอโดยเฉพาะบริเวณทางเข้าบ้าน บันได มุมต่างๆ เนื่องจากผู้สูงอายุมักจะตื่นเช้า</p> <p>ดังนั้น แสงสว่างจะต้องเพียงพอในบริเวณต่างๆ เพื่อให้ผู้สูงอายุมองเห็นได้อย่างชัดเจนซึ่งจะช่วยป้องกัน การหกล้มได้</p>	
ป ๔. ปลอดภัย		การปลดภารกิจการที่จะต้องทำลง หรือกิจกรรมที่ต้องใช้แรงมากและให้ผู้ช่วยเหลือทำแทน	
ป ๕. ปล่องวาง	กรณีที่สูงอายุอาศัยอยู่ในบ้าน ๒ ชั้น ซึ่งบางพื้นที่จะถือธรรมเนียมว่าลูกหลานจะอาศัยอยู่สูงกว่าไม่ได้ ผู้สูงอายุอาจจะต้องปล่อยวาง	หลีกเลี่ยงการยึดถือข้อปฏิบัตินี้ หรือควรจัดโซนที่นอนของผู้สูงอายุชั้นล่างของตัวบ้านไม่ให้ตรงกับชั้น ๒ ที่ลูกหลานนอนอยู่ และทิศทางของปลายที่นอนต้องไม่หันมาในทิศทางเดียวกับศีรษะของผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีความสบายใจว่าไม่ได้เป็นการฝืนธรรมเนียมแต่อย่างใด	
ป ๖. ปกป้อง	ผู้สูงอายุมีบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ดูแล จะต้องให้ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุในการทำกิจกรรมต่างๆ ที่ผู้สูงอายุทำไม่ได้หรือทำได้แต่ไม่ถนัด	ผู้สูงอายุอยู่บ้านคนเดียวหรือมีเฉพาะผู้สูงอายุอยู่ในบ้าน จะต้องใช้พลังของชุมชน เช่น Caregiver อสมใน อพส . การช่วยเหลือ เยี่ยมบ้านและตรวจดู	
ป ๗. ป้องกัน	ผู้สูงอายุที่มีปัญหาในการเคลื่อนไหว	-มีอุปกรณ์ช่วยในการป้องกันการหกล้ม เช่น walker ไม้เท้า ในกรณีที่ไม่สามารถจัดหาได้หรือกำลังซื้อน้อยสามารถประยุกต์ได้จากวัสดุที่มีในท้องถิ่นที่	

แนวทางการ ป้องกันการหกล้ม	รายละเอียด	กิจกรรมการปฏิบัติ	คะแนน
		สามารถนำมาใช้ทำ มีงานวิจัยรองรับ เช่น ไม้หวาย ไม้ไทร ไม้ไมยราบซึ่งสามารถปรับความสูงให้เหมาะสมกับรูปร่างและสัดส่วนของผู้สูงอายุได้เอง	
ป ๘. ประวัติ	กรณีที่ผู้สูงอายุมีประวัติและความผิดปกติของแต่ละอวัยวะที่เกี่ยวข้องในการเคลื่อนไหวจะต้องเพิ่มความระมัดระวังในการป้องกันอุบัติเหตุพลัดตกหกล้มให้มากกว่าผู้สูงอายุโดยทั่วไป	ผู้สูงอายุที่เคยมีประวัติพลัดตกหกล้มมาก่อน จะต้องเพิ่มความเข้มงวดในการดูแลเป็นพิเศษ รวมถึงประวัติทางอายุรกรรม เช่น โรคต่าง ๆ และประวัติทางศัลยกรรม เช่น การผ่าตัดกล้ามเนื้อและกระดูกที่ใช้ในการเคลื่อนไหว	
ป ๙. ปรีกษา	ผู้สูงอายุที่มีการใช้ยาที่ส่งผลทำให้การทรงตัวผิดปกติ	- ยาลดความดันโลหิต - ยาขับปัสสาวะ ควรจะขอคำปรึกษาจากแพทย์ผู้รักษาหรือบุคลากรทางสุขภาพเพื่อขอคำแนะนำในการปฏิบัติตัวขณะใช้ยาที่มีผลต่อการทรงตัว	
ป ๑๐. ปรับทัศนคติ	ผู้สูงอายุที่มีประวัติการหกล้มจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความกังวลใจไม่กล้าเคลื่อนไหวทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการหกล้มมากยิ่งขึ้น	ต้องปรับทัศนคติของผู้สูงอายุเพื่อลดความกลัวและเพิ่มความมั่นใจในการเคลื่อนไหวอีกครั้งรวมถึงการสื่อสารในทางบวกที่เป็นการสื่อให้ผู้สูงอายุระมัดระวังการเคลื่อนไหวมากกว่าการกลัวการเคลื่อนไหวซึ่งจะช่วยป้องกันไม่ให้ผู้สูงอายุกลายเป็นผู้สูงอายุติดเตียงในอนาคตได้อีกด้วย	
ป ๑๑. ปัจจัย	เงินรางวัลเพื่อสร้างขวัญกำลังใจ	ชุมชนอาจจัดให้มีการประกวดผู้สูงอายุสุขภาพดี ไม่มีพลัดตกหกล้ม เพื่อสร้าง	

แนวทางการป้องกันการหกล้ม	รายละเอียด	กิจกรรมการปฏิบัติ	คะแนน
		ความตระหนักให้ผู้สูงอายุระมัดระวังและป้องกันการพลัดตกหกล้มมากยิ่งขึ้น	
ป ๑๒. ปลุก	ปลุกให้ร่างกายของผู้สูงอายุได้มีความกระฉับกระเฉง/แข็งแรงขึ้น	การออกกำลังกายโดยการฝึกพร้อมกับจังหวะดนตรี จะทำให้ผู้สูงอายุมีกล้ามเนื้อและกระดูกที่แข็งแรงจะส่งผลให้การทรงตัวดีขึ้น	<p>การออกกำลังกายแบบไทชี ครั้งละ ๓๐ นาที อย่างน้อย ๓ วันต่อสัปดาห์ พบว่าจำนวนครั้งของการพลัดตกหกล้มลดลง</p> <p>การออกกำลังกายด้วยลีลาศ เป็นระยะเวลา ๘ สัปดาห์ สัปดาห์ละ ๓ ครั้ง ครั้งละ ๑ ชม .</p> <p>ในจังหวัดบึงกาฬ ชาซาซ่า และวอลซ์ พบว่าผู้สูงอายุมีการทรงตัวดีขึ้น</p>

สรุป

การป้องกันการเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเป็นสิ่งที่ทุกภาคส่วนต้องให้ความสำคัญทั้งในส่วนของครอบครัว ชุมชน ตลอดจนบุคลากรทางด้านสุขภาพที่จะร่วมมือกันในการป้องกันการเกิดการพลัดตกหกล้ม โดยจะต้องมีความเข้าใจในสาเหตุ ปัจจัยทั้งภายในภายนอกและปัจจัยส่งเสริม/เช่น ลักษณะของพื้นรองเท้า สิ่งกีดขวางทางเดิน แสงสว่าง การแต่งกาย เป็นต้น และภายใน เช่น เพศ อายุ โรค การเจ็บป่วย การช้ำ และการกลัวการหกล้ม เป็นต้น ที่จะทำให้เกิดการพลัดตกหกล้ม และเลือกใช้รูปแบบหรือแนวทางการป้องกันที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในแต่ละรายและเหมาะสมกับบริบทแต่ละพื้นที่ เพื่อให้ผู้สูงอายุปราศจากการพลัดตกหกล้ม ไม่เกิดการบาดเจ็บเสียชีวิต/ในเหตุการณ์ที่สามารถป้องกันได้ และเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพสามารถอยู่ในสังคมของผู้สูงอายุได้อย่างปกติสุข

เอกสารอ้างอิง

เยาวลักษณ์ คุณขวัญ, อภิรดี คำเงิน, อุษณีย์ วรรณลัย, และนิพร ชัดตา. **แนวทางการป้องกันการพลัดตกหกล้ม**

ที่บ้านในผู้สูงอายุ: บริบทของประเทศไทย วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, ๒๘(๓),๑๑-๒๒. ๒๕๖๑

หมวดที่ ๖ บทบาทท้องถิ่นกับการดูแลผู้สูงอายุ

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

๑. เพื่อให้มีองค์ความรู้ ความเข้าใจเรื่องแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทท้องถิ่นกับการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
แนวทางเกี่ยวระบบการเงิน บทบาทอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นกับการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

เนื้อหาแผนการสอน (จำนวน ๒ ชั่วโมง : ทฤษฎี ๒ ชั่วโมง)

๑. แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทท้องถิ่นกับการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
๒. แนวทางเกี่ยวระบบการเงิน
๓. บทบาทอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นกับการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

วิธีการสอน

๑. การบรรยาย/การทำกิจกรรม
๒. การฝึกปฏิบัติ
๓. การซักถาม

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

๑. วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียน ด้วยสไลด์ สื่อ วีดิทัศน์ หรือสื่อการเรียนการสอนอื่น ๆ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความสนใจ กระตุ้นเข้าสู่บทเรียน
๒. วิทยากรบรรยายและเป็นการมีส่วนร่วมของผู้เรียน
๓. แบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมตามความเหมาะสม ในการแสดงบทบาทสมมติให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น
๔. ผู้เข้ารับการอบรม นำเสนอผลการประชุมกลุ่มหรือสิ่งที่ได้จากการแสดงบทบาทสมมติ
๕. วิทยากรสรุปผลเรียน

สื่อประกอบการเรียน/อุปกรณ์

๑. สื่ออิเล็กทรอนิกส์ แผ่นพับ โปสเตอร์ ภาพพลิก
๒. สื่อการเรียนการสอนในการแสดงบทบาทสมมติ

คำแนะนำสำหรับวิทยากร

วิทยากรควรเตรียมสื่ออุปกรณ์ต่าง ๆ ให้พร้อม เพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนสนใจ และเกิดการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วม โดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง

การประเมินผล

๑. สังเกตการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่มและทำกิจกรรมกลุ่ม
๒. ประเมินจากการถาม - ตอบ

ใบความรู้ที่ ๑ แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทท้องถิ่นกับการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทท้องถิ่นกับการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

หน้า ๑๑

เล่ม ๑๓๕ ตอนพิเศษ ๓๒๙ ง

ราชกิจจานุเบกษา

๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๑

ประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เรื่อง กำหนดกิจการที่เป็นผลประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น

ให้เป็นอำนาจและหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

โดยที่ภารกิจเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุเป็นภารกิจสำคัญประการหนึ่งของประเทศ และรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้บัญญัติรับรองไว้ให้เป็นหน้าที่ของรัฐ ซึ่งสมควรที่หน่วยงานภาครัฐที่มีอำนาจหน้าที่ที่เกี่ยวข้องจะได้ให้ความสำคัญและดำเนินการให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และต่อมาได้มีประกาศคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ เรื่อง กำหนดสิทธิผู้สูงอายุตามมาตรา ๑๑ (๑๓) แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ (ฉบับที่ ๒) พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑๑ กันยายน ๒๕๖๑ เพื่อกำหนดสิทธิของผู้สูงอายุในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และประกาศสำนักนายกรัฐมนตรี เรื่อง การกำหนดหน่วยงานผู้มีส่วนอำนาจหน้าที่รับผิดชอบดำเนินการเกี่ยวกับการคุ้มครอง การส่งเสริมและการสนับสนุนผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ตามพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ (ฉบับที่ ๓) พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๒๐ กันยายน ๒๕๖๑ กำหนดให้หน่วยงานต่าง ๆ รวม ๖ หน่วยงาน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นหน่วยงานรับผิดชอบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตามมาตรา ๑๑ (๑๓) แห่งพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ ดังนั้น จึงสมควรกำหนดอำนาจ และหน้าที่ในการจัดบริการสาธารณะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพิ่มเติม

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๑๒ (๑๕) มาตรา ๑๖ (๓๑) มาตรา ๑๗ (๒๙) และมาตรา ๑๘ แห่งพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๔๒ และมติคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในคราวประชุมครั้งที่ ๔/๒๕๖๑ เมื่อวันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๑ ที่เห็นชอบให้ออกประกาศคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อกำหนดอำนาจและหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านค่าใช้จ่ายของบุคลากรในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงออกประกาศกำหนดกิจการ ที่เป็นผลประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่น ให้เป็นอำนาจและหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้านการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ดังนี้

ข้อ ๑ การจัดให้มีบุคลากรและค่าใช้จ่ายของบุคลากรเพื่อทำหน้าที่ในการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ ให้เป็นอำนาจและหน้าที่ของเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล เมืองพัทยาและกรุงเทพมหานคร

ข้อ ๒ การสนับสนุนการฝึกอบรม การพัฒนาบุคลากรเพื่อทำหน้าที่ในการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่จังหวัด และอุดหนุนค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล ให้เป็นอำนาจ และหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนจังหวัด

หน้า ๑๒

เล่ม ๑๓๕ ตอนพิเศษ ๓๒๙ ง

ราชกิจจานุเบกษา

๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๑

ข้อ ๓ การสนับสนุนงบประมาณให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นค่าตอบแทนและอบรบบุคลากรเพื่อหน้าที่ในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ให้ดำเนินการ ดังนี้

(๑) ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๒ ให้กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นเจียดจ่ายจากเงินอุดหนุนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เหลือจ่าย หากไม่เพียงพอให้เสนอของบกลาง รายการเงินสำรองจ่ายเพื่อกรณีฉุกเฉินหรือจำเป็น

(๒) ปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๓ เป็นต้นไปให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นเสนอตั้งงบประมาณเงินอุดหนุนทั่วไปเพื่อเป็นค่าตอบแทนบุคลากรเพื่อหน้าที่ในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ต่อไป

ทั้งนี้ ตั้งแต่วันประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ประกาศ ณ วันที่ ๒๓ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๖๑

วิษณุ เครืองาม

รองนายกรัฐมนตรี

ประธานกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ระเบียบกระทรวงมหาดไทย

ว่าด้วยอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

และการเบิกค่าใช้จ่าย

พ.ศ. ๒๕๖๒

โดยที่เป็นการสมควรกำหนดให้มีระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการเบิกค่าใช้จ่าย พ.ศ. ๒๕๖๒

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา ๖๗ (๙) แห่งพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. ๒๔๙๖ ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติเทศบาล (ฉบับที่ ๔) พ.ศ. ๒๕๐๕ มาตรา ๖๙ และมาตรา ๗๗ แห่งพระราชบัญญัติเทศบาล พ.ศ. ๒๔๙๖ มาตรา ๕ มาตรา ๘๕ (๑๐) และมาตรา ๘๘ แห่งพระราชบัญญัติสภาพัฒนาการปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๓๗ และมาตรา ๖ มาตรา ๗๔ (๙) และมาตรา ๗๖ แห่งพระราชบัญญัติองค์การบริหารส่วนจังหวัด พ.ศ. ๒๕๔๐ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทยจึงวางระเบียบไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ระเบียบนี้เรียกว่า “ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการเบิกค่าใช้จ่าย พ.ศ. ๒๕๖๒”

ข้อ ๒ ระเบียบนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ ในระเบียบนี้

“องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น” หมายความว่า เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และองค์การบริหารส่วนจังหวัด

“ผู้บริหารท้องถิ่น” หมายความว่า นายกเทศมนตรี นายกองค์การบริหารส่วนตำบล และนายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด

“ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” หมายความว่า ผู้สูงอายุตามกฎหมายว่าด้วยผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งได้ผ่านประเมินตามที่คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติกำหนด

“อาสาสมัครบริหารท้องถิ่น” หมายความว่า บุคคลที่ทำหน้าที่ช่วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว ตามที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด ไม่ใช่เจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และไม่อยู่ภายใต้กฎหมายว่าด้วยการคุ้มครองแรงงาน กฎหมายว่าด้วยแรงงานสัมพันธ์ และกฎหมายว่าด้วยการประกันสังคม

“การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง” หมายความว่า การบริการดูแลที่บ้านและชุมชน เพื่อให้บริการแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ด้านอนามัยพื้นฐาน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และกายภาพบำบัด ตามประเภทและกิจกรรมบริการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ตลอดจนแนะนำการดูแลและช่วยเหลือผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นการรักษาพยาบาล

หน้า ๔

เล่ม ๑๓๖ ตอนพิเศษ ๑๔๕ ง

ราชกิจจานุเบกษา

๗ มิถุนายน ๒๕๖๒

ข้อ ๔ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อัตราค่าตอบแทน และการจ่ายค่าตอบแทนของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราตามที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด

ในการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข อัตราค่าตอบแทน และการจ่ายค่าตอบแทนตามวรรคหนึ่ง กระทรวงมหาดไทยอาจหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมกิจการผู้สูงอายุ กรมอนามัย กรมการแพทย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ด้วยก็ได้

ข้อ ๕ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นที่มีสิทธิได้รับเงินค่าตอบแทน เพื่อเป็นค่าป่วยการชดเชยการทำงานหรือเวลาที่เสียไป เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นที่มีภูมิลำเนาอยู่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งพื้นที่หรือพื้นที่ใกล้เคียงที่ได้รับคำสั่งช่วยสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากผู้บริหารท้องถิ่นแห่งนั้น สำหรับค่าตอบแทนตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นไปตามอัตราค่าตอบแทนตามข้อ ๔ โดยให้ตั้งงบประมาณในหมวดค่าตอบแทน ประเภทค่าตอบแทนผู้ปฏิบัติราชการ อันเป็นประโยชน์แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ ให้คำนึงถึงฐานะทางการเงินการคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นตามความเหมาะสม และความจำเป็นด้วย

ข้อ ๖ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจจัดให้มีการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว หรือจัดร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นหรือหน่วยงานอื่น เพื่ออบรมให้ความรู้แก่บุคคลในท้องถิ่นของตนที่ประสงค์จะเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นหรือเพื่ออบรมให้ความรู้เพิ่มเติมให้แก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นของตนก็ได้ โดยให้เป็นไปตามที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด

ค่าใช้จ่ายตามวรรคหนึ่ง ให้ถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมและการเข้าร่วมการฝึกอบรมของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น

ข้อ ๗ การเบิกจ่ายเงินและหลักฐานการจ่ายตามข้อ ๕ และข้อ ๖ ให้ถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการรับเงิน การเบิกจ่าย การฝากเงิน การเก็บรักษาเงิน และการตรวจเงินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อ ๘ ให้ปลัดกระทรวงมหาดไทยรักษาการตามระเบียบนี้ และให้มีอำนาจตีความ วินิจฉัยปัญหาที่กำหนดหลักเกณฑ์และวิธีปฏิบัติ เพื่อดำเนินการให้เป็นไปตามระเบียบนี้

ประกาศ ณ วันที่ ๑๙ เมษายน พ.ศ. ๒๕๖๒

พลเอก อุนพงษ์ เผ่าจินดา

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงมหาดไทย

ด่วนที่สุด

ที่ มท ๐๘๑๙.๒/ว ๖๒๙๐



กระทรวงมหาดไทย

ถนนรัชฎางค์ เขตพระนคร กทม. ๑๐๒๐๐

๑๙ ตุลาคม ๒๕๖๒

เรื่อง การกำหนดหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระยะยาว และหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข อัตราค่าตอบแทนและการจ่ายค่าตอบแทนของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

อ้างถึง หนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๑๙.๒/ว ๓๘๑๑ ลงวันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๒

สิ่งที่ส่งมาด้วย การกำหนดหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระยะยาว และหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข อัตราค่าตอบแทนและการจ่ายค่าตอบแทนของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๒ จำนวน ๑ ชุด

ตามที่กระทรวงมหาดไทยแจ้งให้จังหวัดแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการเบิกค่าใช้จ่าย พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ ๘ มิถุนายน ๒๕๖๒ โดยที่ข้อ ๓ บัญญัตินิยามคำว่า “อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น” หมายความว่า บุคคลที่ทำหน้าที่ช่วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระยะยาว ตามที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด และข้อ ๔ บัญญัติให้ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อัตราค่าตอบแทน และการจ่ายค่าตอบแทนของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราตามที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด และในการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข อัตราค่าตอบแทน และการจ่ายค่าตอบแทนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยอาจหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมกิจการผู้สูงอายุ กรมอนามัย กรมการแพทย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นั้น

กระทรวงมหาดไทยขอเรียนว่า ได้หารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดังกล่าวแล้ว จึงได้กำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระยะยาว และหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข อัตราค่าตอบแทน และการจ่ายค่าตอบแทนของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง ในการนี้ จึงอาศัยอำนาจตามความในข้อ ๓ ข้อ ๔ และข้อ ๘ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการเบิกค่าใช้จ่าย พ.ศ. ๒๕๖๒ กำหนดหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระยะยาว และ

๒

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข อัตราค่าตอบแทนและการจ่ายค่าตอบแทนของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นของ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังมีรายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และแจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นายฉัตรชัย พรหมเลิศ)

ปลัดกระทรวงมหาดไทย


กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

กองสาธารณสุขท้องถิ่น

โทร. ๐-๒๒๕๑๓๗๒๒๕

ผู้ประสานงาน สุจิตรา คาวเรือง โทร. ๐๘-๑๑๓๙๔-๓๗๓๘

1161
19 ก.พ. 2563



กระทรวงมหาดไทย
ถนนอักษะงาม เขตพระนคร กทม. ๑๐๒๐๐

ที่ มท ๐๘๑๔.๒/ว ๐๕๐๓

๖ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๓

เรื่อง แนวทางการจัดอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น /
เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

อ้างถึง ๑. หนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๑๔.๒/ว ๓๘๑๑ ลงวันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๒
๒. หนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๑๔.๒/ว ๖๒๙๐ ลงวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๒

สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวทางการจัดอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๒ จำนวน ๑ ชุด

ตามหนังสือที่อ้างถึง กระทรวงมหาดไทยได้แจ้งให้จังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
รับทราบและถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น และการเบิกค่าใช้จ่าย พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ ๘ มิถุนายน ๒๕๖๒ เป็นต้นไป
และเพื่อให้การเบิกค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์ต่อประชาชน ปลัดกระทรวงมหาดไทย
จึงอาศัยอำนาจตามความในข้อ ๓ ข้อ ๔ และข้อ ๘ แห่งระเบียบดังกล่าว กำหนดหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว และหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข อัตราค่าตอบแทนและการจ่ายค่าตอบแทน
ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รายละเอียดตามหนังสือที่อ้างถึง นั้น

กระทรวงมหาดไทยขอเรียนว่า ตามระเบียบดังกล่าว ข้อ ๖ กำหนดให้ องค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่นอาจจัดให้มีการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว
หรือจัดร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นหรือหน่วยงานอื่น เพื่ออบรมให้ความรู้แก่บุคคลในท้องถิ่นของตน
ที่ประสงค์จะเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นหรือเพื่ออบรมให้ความรู้เพิ่มเติมให้แก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
ของตนก็ได้ โดยให้เป็นไปตามที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด ดังนั้น เพื่อให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีแนวทาง
ปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว และสามารถส่งเสริมความรู้
ให้แก่บุคคลในท้องถิ่นของตนที่ประสงค์จะเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นหรือเพื่อพัฒนาศักยภาพแก่
อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีทักษะและมีประสิทธิภาพ จึงอาศัยอำนาจตามความ
ในข้อ ๖ และข้อ ๘ แห่งระเบียบดังกล่าว กำหนดแนวทางการจัดอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ

/ที่มีภาวะพึ่งพิง...

-๒-

ที่มีภาวะพึ่งพิงขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ทั้งนี้ สามารถดาวน์โหลดสิ่งที่ส่งมาด้วยได้จากเว็บไซต์กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น www.dla.go.th หรือหน่วยงานภายในกองสาธารณสุขท้องถิ่น กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น หรือผ่านทางลิงค์ <https://qr.go.page.link/ktJbx> หรือ QR Code ที่ปรากฏท้ายหนังสือฉบับนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และแจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นายจितชัย พรหมเลิศ)

ปลัดกระทรวงมหาดไทย



กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

กองสาธารณสุขท้องถิ่น

โทร. ๐-๒๒๕๑-๗๒๒๕

ผู้ประสานงาน สุจิตรา ดาวเรือง โทร. ๐๘-๑๑๗๕-๓๗๓๘

แนวทางการจัดการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล อาจจัดให้มีการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้หลักเกณฑ์และเงื่อนไขดังต่อไปนี้

๑. วัตถุประสงค์ในการอบรม

ระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการเบิกค่าใช้จ่าย พ.ศ. ๒๕๖๒ ข้อ ๖ กำหนดให้ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอาจจัดให้มีการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในระยะยาว หรือจัดร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นหรือหน่วยงานอื่น เพื่ออบรมให้ความรู้แก่บุคคลในท้องถิ่นของตนที่ประสงค์จะเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นหรือเพื่ออบรมให้ความรู้เพิ่มเติมให้แก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นของตนได้ตามที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด โดยมีวัตถุประสงค์ในการฝึกอบรม ดังนี้

- ๑.๑ เพื่อให้ความรู้แก่บุคคลในท้องถิ่นที่ประสงค์จะเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- ๑.๒ เพื่อให้ความรู้เพิ่มเติมให้แก่อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

๒. หลักสูตรที่ใช้ในการอบรม

๒.๑ การอบรมเพื่อวัตถุประสงค์ตามข้อ ๑.๑ ให้ใช้หลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุขั้นกลาง จำนวน ๗๐ ชั่วโมง ของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ

๒.๒ การอบรมเพื่อวัตถุประสงค์ตามข้อ ๑.๒ ให้ใช้หลักสูตรฝึกอบรมเพิ่มเติมนักบริบาลท้องถิ่น จำนวน ๕๐ ชั่วโมง ของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ

๓. ผู้เข้ารับการฝึกอบรม

๓.๑ กรณีการอบรมบุคคลในท้องถิ่นที่ประสงค์จะเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น ตามข้อ ๒.๑ ให้ถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม และการเข้ารับการฝึกอบรมของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๗ กรณีการจัดการฝึกอบรมบุคคลภายนอก

๓.๒ กรณีการอบรมเพิ่มเติมบุคคลที่ได้รับมอบหมายจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นแล้วตามข้อ ๒.๒ ถือว่าบุคคลดังกล่าวเป็นเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม และการเข้ารับการฝึกอบรมของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๔ ดังนั้น ให้ถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม และการเข้ารับการฝึกอบรมของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๗ กรณีการจัดการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นของตน

๔. แนวทางการจัดการอบรมและการเบิกค่าใช้จ่ายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การจัดการอบรมและการเบิกค่าใช้จ่ายให้ปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม และการเข้ารับการฝึกอบรมของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๗ ดังนี้

๔.๑ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้จัดการฝึกอบรมแห่งเดียว

(๑) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นยื่นขออนุญาตใช้หลักสูตรตามข้อ ๒ ต่อกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ก่อนการจัดการอบรม

(๒) ดำเนินการจัดฝึกอบรมให้กับบุคคลในท้องถิ่นของตน และเบิกค่าใช้จ่ายในการจัดฝึกอบรมตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม และการเข้ารับการฝึกอบรมของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๗ ตามข้อ ๓ แล้วแต่กรณี

๒

๔.๒ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร่วมกันเป็นผู้จัดการฝึกอบรม

ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำบันทึกข้อตกลงร่วมกัน เพื่อดำเนินการ ดังนี้

- (๑) กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งใดแห่งหนึ่งเป็นหน่วยงานผู้จัดการฝึกอบรม
- (๒) กำหนดขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบ ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

แต่ละแห่งรับผิดชอบ

(๓) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เป็นหน่วยงานผู้จัดการฝึกอบรมยื่นขออนุญาตใช้หลักสูตรตามข้อ ๒ ต่อกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ก่อนการจัดการฝึกอบรม

(๔) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ทำบันทึกข้อตกลงร่วมกัน และส่งบุคคลเข้ารับการฝึกอบรมให้เบิกค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม หรือค่าลงทะเบียนการอบรม ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม และการเข้ารับการฝึกอบรมของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๗ แล้วแต่กรณีดังนี้

(ก) กรณีผู้เข้ารับการอบรมเป็นบุคคลตามข้อ ๓.๑ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละแห่งเบิกค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมตามบันทึกข้อตกลงที่ทำร่วมกันใน (๒)

(ข) กรณีผู้เข้ารับการอบรมเป็นบุคคลตามข้อ ๓.๒ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ส่งบุคคลไปเข้าร่วมการฝึกอบรมให้เบิกจ่ายค่าลงทะเบียนได้เท่าที่จ่ายจริงในอัตราที่หน่วยงานผู้จัดการฝึกอบรมเรียกเก็บ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม และการเข้ารับการฝึกอบรมของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๒๘ (๑)

๔.๓ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดการฝึกอบรมร่วมกับหน่วยงานอื่น

ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จัดทำบันทึกข้อตกลงร่วมกับหน่วยงานอื่น เพื่อดำเนินการ ดังนี้

(๑) กำหนดขอบเขตหน้าที่ความรับผิดชอบ ค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมของหน่วยงานอื่นกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และให้กำหนดว่าหน่วยงานใดจะเป็นหน่วยงานผู้จัดการฝึกอบรม

(๒) ให้หน่วยงานผู้จัดการฝึกอบรมยื่นขออนุญาตใช้หลักสูตรตามข้อ ๒ ต่อกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ก่อนการจัดการอบรม


(๓) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ทำบันทึกข้อตกลงร่วมกัน และส่งบุคคลเข้ารับการฝึกอบรมให้เบิกค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม หรือค่าลงทะเบียนการอบรม ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม และการเข้ารับการฝึกอบรมของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๗ แล้วแต่กรณีดังนี้

(ก) กรณีผู้เข้ารับการอบรมเป็นบุคคลตามข้อ ๓.๑ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเบิกค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรมตามบันทึกข้อตกลงที่ทำร่วมกันใน (๑)

(ข) กรณีผู้เข้ารับการอบรมเป็นบุคคลตามข้อ ๓.๒ ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ส่งบุคคลไปเข้าร่วมการฝึกอบรมให้เบิกจ่ายค่าลงทะเบียนได้เท่าที่จ่ายจริงในอัตราที่หน่วยงานผู้จัดการฝึกอบรมเรียกเก็บ ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายในการฝึกอบรม และการเข้ารับการฝึกอบรมของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๕๗ ข้อ ๒๘ (๑) กรณีจัดร่วมกับหน่วยงานของรัฐ หรือ ข้อ ๒๘ (๒) กรณีจัดร่วมกับหน่วยงานอื่นซึ่งไม่ใช่หน่วยงานของรัฐ แล้วแต่กรณี

ใบความรู้ที่ ๒ แนวทางเกี่ยวระเบียบการเงิน

ด่วนที่สุด
ที่ มท ๐๘๑๙.๒/ว ๕(๐๕๖)



๒๗
กันยายน ๒๕๖๖

กระทรวงมหาดไทย
ถนนอภัยวงศ์ เขตพระนคร กทม. ๑๐๒๐๐

สำนักงานส่งเสริมการปกครอง
ท้องถิ่นจังหวัดสุโขทัย
เลขที่ ๗๗๓๒
วันที่ ๒๔ ก.ย. ๒๕๖๖
เวลา

เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข อัตราค่าตอบแทน และการจ่ายค่าตอบแทนของอาสาสมัคร
บริหารท้องถิ่น (เพิ่มเติม)

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

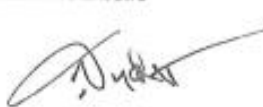
อ้างถึง ๑. หนังสือกระทรวงมหาดไทย ที่ มท ๐๘๑๙.๒/ว ๓๘๑๑ ลงวันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๖
๒. หนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๑๙.๒/ว ๖๒๙๐ ลงวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๖

ตามที่ กระทรวงมหาดไทยได้แจ้งจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับทราบและลงมือปฏิบัติ
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการเบิกค่าใช้จ่าย
ท.ศ. ๒๕๖๒ และการกำหนดหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระยะยาว และหลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข อัตราค่าตอบแทนและการจ่ายค่าตอบแทนของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นขององค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น รายละเอียดตามอ้างถึง นั้น

กระทรวงมหาดไทยขอเรียนว่า ได้รับแจ้งจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่ง
ว่าอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นในพื้นที่ได้มีการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะครบ ๓ ปี
และยังไม่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมกับบริหารท้องถิ่น จำนวน ๕๐ ชั่วโมง ต้องพ้นจากการเป็นอาสาสมัคร
บริหารท้องถิ่นตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ในกรณีนี้ เพื่อให้อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นสามารถปฏิบัติหน้าที่
ได้อย่างต่อเนื่อง จึงอาศัยอำนาจตามข้อ ๔ และข้อ ๘ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยอาสาสมัคร
บริหารท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการเบิกค่าใช้จ่าย ท.ศ. ๒๕๖๒ ยกเลิกความในข้อ ๕ (๓)
เรื่อง การกำหนดหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระยะยาว และหลักเกณฑ์ วิธีการ
เงื่อนไข อัตราค่าตอบแทนและการจ่ายค่าตอบแทนของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ตามอ้างถึง ๒

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และแจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือปฏิบัติ

ขอแสดงความนับถือ



(นายสุภกิจจรงค์ จิตเจริญ)
ปลัดกระทรวงมหาดไทย

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
กองสาธารณสุขท้องถิ่น
โทรศัพท์/โทรสาร ๐๒ ๒๕๓ ๕๐๐๐ ต่อ ๕๔๐๕/๐๖๑ ๔๑๐ ๖๔๔๔
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ sarabong@dl.go.th
ผู้ประสานงาน นางสาวกษิรจิรฉิม อัมเมขรัตน์/นางสาวสุพรรณนิภา เขื่อนไย

กระทรวงมหาดไทย
 ๑๕๖๒

ที่ มท ๐๘๑๙.๒/ว ๖๒๕๐



กระทรวงมหาดไทย

ถนนอัษฎางค์ เขตพระนคร กทม. ๑๐๒๐๐

๑/๕ ตุลาคม ๒๕๖๒

เรื่อง การกำหนดหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระยะยาว และหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข อัตราค่าตอบแทน และการจ่ายค่าตอบแทนของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
 เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

อ้างถึง หนังสือกระทรวงมหาดไทย ส่วนที่ ๑๘๑๙.๒/ว ๓๘๑๓ ลงวันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๒

สิ่งที่ส่งมาด้วย การกำหนดหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระยะยาว และหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข อัตราค่าตอบแทน และการจ่ายค่าตอบแทนของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๒ จำนวน ๓ ชุด

ตามที่กระทรวงมหาดไทยแจ้งให้จังหวัดแจ้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือปฏิบัติตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการเบิกค่าใช้จ่าย พ.ศ. ๒๕๖๒ ซึ่งมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ ๘ มิถุนายน ๒๕๖๒ โดยที่ข้อ ๓ บัญญัตินิยามคำว่า "อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น" หมายความว่า บุคคลที่ทำหน้าที่ช่วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งผ่านการอบรมหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระยะยาว ตามที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด และข้อ ๔ บัญญัติให้ การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง อัตราค่าตอบแทน และการจ่ายค่าตอบแทนของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ เงื่อนไข และอัตราตามที่กระทรวงมหาดไทยกำหนด และในการกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข อัตราค่าตอบแทน และการจ่ายค่าตอบแทนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยอาจหารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กรมกิจการผู้สูงอายุ กรมอนามัย กรมการแพทย์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานคณะกรรมการการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นั้น

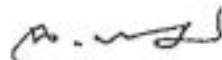
กระทรวงมหาดไทยขอเรียนว่า ได้หารือร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องดังกล่าวแล้ว จึงได้กำหนดรายละเอียดเกี่ยวกับหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระยะยาว และหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข อัตราค่าตอบแทน และการจ่ายค่าตอบแทนของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหลักเกณฑ์และแนวทางปฏิบัติที่ถูกต้อง ในกรณี จึงอาศัยอำนาจตามความในข้อ ๓ ข้อ ๔ และข้อ ๕ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการเบิกค่าใช้จ่าย พ.ศ. ๒๕๖๒ กำหนดหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระยะยาว และ

-๒-

หลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข อัตราค่าตอบแทนและการจ่ายค่าตอบแทนของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นของ
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังมีรายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และแจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นายฉัตรชัย พรหมเลิศ)
ปลัดกระทรวงมหาดไทย

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

กองสาธารณสุขท้องถิ่น

โทร. ๐-๒๒๔๓-๗๒๒๕

ผู้ประสานงาน สุจิตรา ดาวเรือง โทร. ๐๘-๑๑๗๕-๓๗๓๘

การกำหนดหลักสูตรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระยะยาว และหลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข อัตราค่าตอบแทน และการจ่ายค่าตอบแทนของ
อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
(ส่งพร้อมหนังสือกระทรวงมหาดไทย ที่ มท ๐๘๑๙.๒/ว ๖๒๙๐ ลงวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๒)

ข้อ ๑ คุณสมบัติของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นและลักษณะต้องห้ามของอาสาสมัครบริบาล
ท้องถิ่น

(๑) มีอายุไม่ต่ำกว่า ๑๘ ปี บริบูรณ์

(๒) เป็นผู้ที่ไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุชั้นกลาง จำนวน ๙๐ ชั่วโมง ของคณะกรรมการ
ผู้สูงอายุแห่งชาติ จากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน หรือ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จัดให้มีการอบรม
โดยได้รับอนุมัติให้ใช้หลักสูตรจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

(๓) มีภูมิลำเนาอยู่ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแห่งพื้นที่หรือพื้นที่ใกล้เคียงที่ได้รับคำสั่ง
ช่วยสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากผู้บริหารท้องถิ่นแห่งนั้น

(๔) ไม่เป็นข้าราชการหรือพนักงานส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีตำแหน่งหรือเงินเดือนประจำ ผู้ปฏิบัติงาน
ในหน่วยงานของรัฐ หรือในรัฐวิสาหกิจ ผู้บริหารท้องถิ่น สมาชิกสภาท้องถิ่น ลูกจ้างของส่วนราชการ หน่วยงาน
ของรัฐหรือรัฐวิสาหกิจ หรือบุคคลซึ่งปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายโดยได้รับค่าตอบแทนประจำ

ข้อ ๒ ขอบเขตและเงื่อนไขการทำหน้าที่ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น มีหน้าที่ช่วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิง ภายใต้การกำกับดูแลของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในพื้นที่ ซึ่งได้รับมอบหมายจากองค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น ดังนี้

(๑) ช่วยดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

(๒) ช่วยเหลือดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น การอาบน้ำ
การทำวามสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ การขึ้นถ่าย
การไปพบแพทย์ การรับประทานยา เป็นต้น

(๓) ให้บริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Basic health care service) เป็นการดูแลสุขภาพภายใต้
การกำกับของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในพื้นที่ ได้แก่ การพยาบาลพื้นฐาน การฟื้นฟูสมรรถภาพเบื้องต้น
การประเมินสุขภาพเบื้องต้น เช่น การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และการประเมิน
กิจวัตรประจำวันที่ไม่ซับซ้อนมากเกินไป การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การทำแผลเบื้องต้น การประเมิน
สัญญาณชีพ การดูแลเรื่องยาเบื้องต้น กิจกรรมกระตุ้นสมองในกลุ่มที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะแรก การดูแล
ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือมีอาการทางสมอง เป็นต้น

(๔) การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้นกับครอบครัวและการประสานความช่วยเหลือกับ
หน่วยงานต่าง ๆ

(๕) ประเมินปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเบื้องต้นและประสานงานในการส่งต่อ
ได้อย่างถูกต้อง

(๖) การบริการให้การดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

(๗) ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพพื้นฐาน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และกายภาพ
บำบัดอื่น ๆ ตามประเภทและกิจกรรมบริการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

ข้อ ๓ จำนวนอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

(๑) ให้มีจำนวนอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นในเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบลแต่ละแห่ง
อย่างน้อย ๒ คน ยกเว้นเทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบลใดมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ น้อยกว่า
๔ คน หรือในช่วงระยะเวลาใดมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงน้อยกว่า ๔ คน อาจจัดให้มีอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
น้อยกว่า ๒ คน ก็ได้

(๒) เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบลใดมีจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่มากกว่า ๘ คน และมีความจำเป็น อาจกำหนดให้มีอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น มากกว่า ๒ คน ก็ได้ โดยความเห็นชอบจากสภาท้องถิ่น ทั้งนี้ ให้คำนึงถึงฐานะทางการเงินการคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ความเหมาะสมและความจำเป็นของพื้นที่ และขอบเขตการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นแต่ละคน

(๓) เพื่อให้การกำหนดจำนวนอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเป็นไปอย่างเหมาะสม ให้เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล จัดทำฐานข้อมูลจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง โดยให้ขอความร่วมมือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ/หรือสถานบริการสาธารณสุขในสังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สืบหาและคัดกรองจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เรล (ADL) ทั้งนี้ ควรปรับปรุงข้อมูลดังกล่าวให้เป็นปัจจุบันทุกปี ก่อนการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อ ๔ อัตราค่าตอบแทนและการจ่ายค่าตอบแทนของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นที่มีสิทธิได้รับเงินค่าตอบแทนเพื่อเป็นค่าปฎิบัติการชดเชยการทำงานหรือเวลาที่เสียไป จะต้องใช้เวลาในการปฏิบัติหน้าที่ ดังนี้

(๑) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นคนใดได้ปฏิบัติหน้าที่ตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ไม่น้อยกว่าวันละ ๘ ชั่วโมง และไม่บ่อยกว่าเดือนละ ๒๐ วัน จะได้รับเงินค่าตอบแทนตามอัตราดังนี้

(๑.๑) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุชั้นกลาง จำนวน ๗๐ ชั่วโมง จะได้รับเงินค่าตอบแทนเดือนละ ๕,๐๐๐ บาท

(๑.๒) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการดูแลผู้สูงอายุชั้นกลาง จำนวน ๗๐ ชั่วโมง และผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมเพิ่มเติมกับบริบาลท้องถิ่น จำนวน ๕๐ ชั่วโมง ของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ จากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน หรือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จัดให้มีการอบรม โดยได้รับอนุมัติให้ใช้หลักสูตรจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จะได้รับเงินค่าตอบแทนเดือนละ ๖,๐๐๐ บาท

(๒) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นคนใดได้ปฏิบัติหน้าที่ ตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) น้อยกว่า ๒๐ วัน ให้มีสิทธิได้รับเงินค่าตอบแทนตามสัดส่วนจำนวนวันที่ปฏิบัติงานในเดือนนั้น

(๓) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นคนใดได้ปฏิบัติหน้าที่ตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ไม่ครบ ๘ ชั่วโมง แต่ไม่น้อยกว่า ๔ ชั่วโมง ให้นับเป็นครึ่งวัน

ข้อ ๕ การพ้นจากการเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

(๑) ยื่นหนังสือแจ้งความประสงค์ลาออกต่อองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนหน้าไม่น้อยกว่า ๓๐ วัน

(๒) เมื่อบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในพื้นที่ซึ่งได้รับมอบหมายจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร่วมกับผู้รับบริการในพื้นที่ ประเมินผลการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแล้วเห็นว่า มีสมรรถนะหรือผลการปฏิบัติงานที่ไม่เหมาะสมต่อการปฏิบัติหน้าที่ เช่น หยุดปฏิบัติหน้าที่เป็นประจำ ปฏิบัติหน้าที่ไม่มีประสิทธิภาพ เป็นต้น ให้เสนอความเห็นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณาให้อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นพ้นจากการปฏิบัติหน้าที่

(๓) ภายในระยะเวลา ๓ ปี นับแต่วันที่เริ่มปฏิบัติหน้าที่ไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมเพิ่มเติมกับบริบาลท้องถิ่น จำนวน ๕๐ ชั่วโมง ของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ให้ครบ ๑๒๐ ชั่วโมง จากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน หรือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จัดให้มีการอบรมโดยได้รับอนุมัติให้ใช้หลักสูตรจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

-๓-

ข้อ ๖ การกำกับและควบคุมการปฏิบัติงาน

- (๑) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดให้มีการลงเวลาการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นให้เหมาะสมกับลักษณะงาน สถานที่ที่ปฏิบัติ
- (๒) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขอความร่วมมือบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพในพื้นที่ซึ่งได้รับมอบหมายจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานและประเมินสมรรถนะของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น
- (๓) ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดประชุมอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นทุก ๆ ๓ เดือน เพื่อประเมินผลการดำเนินงาน รับฟังปัญหาและอุปสรรค ตลอดจนแลกเปลี่ยนผลการปฏิบัติงาน โดยอาจเชิญหน่วยงานหรือบุคคลที่เกี่ยวข้อง เพื่อติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงานที่ดีหน้าตาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น



ด่วนที่สุด

ที่ มท ๐๘๑๙.๒/ว ๐๓



กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น
ถนนนครราชสีมา เขตดุสิต กทม. ๑๐๓๐๐

๔ มกราคม ๒๕๖๔

เรื่อง แนวทางการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด (ยกเว้นจังหวัดเพชรบุรี)

สิ่งที่ส่งมาด้วย สำเนาหนังสือจังหวัดเพชรบุรี ด่วนที่สุด ที่ พบ ๐๐๒๓.๓/๑๗๖๘๕
ลงวันที่ ๒๕ พฤศจิกายน ๒๕๖๓

ด้วยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ได้รับข้อหารือแนวทางการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น ตามโครงการอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจากจังหวัดเพชรบุรี โดยจะดำเนินการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ เช่น ถุงมือยางหรือหนัง ผ้าปิดปาก - ปิดจมูก รองเท้ายางหุ้มส้นสูงได้เข้า (รองเท้าบูต) เสื้อกันฝน กระเป๋ายา และเครื่องมืออุปกรณ์ที่ต้องใช้ในการปฏิบัติงานรวมถึงครุภัณฑ์ เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต รวมชุดปฏิบัติงาน ซึ่งวัสดุอุปกรณ์ดังกล่าว จำเป็นต้องใช้หรืออุปกรณ์อื่น ๆ รวมถึงวัสดุเครื่องแต่งกายของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการเบิกจ่ายค่าวัสดุเครื่องแต่งกายของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๐ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการเบิกค่าใช้จ่ายในการบริหารงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๒ และระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยค่าใช้จ่ายเพื่อช่วยเหลือประชาชนตามอำนาจหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๐ ได้หรือไม่ รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นพิจารณาแล้ว ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยการเบิกจ่ายค่าวัสดุเครื่องแต่งกายของเจ้าหน้าที่ท้องถิ่น พ.ศ. ๒๕๖๐ ข้อ ๔ กำหนดค่านิยาม “เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น” หมายความว่า ข้าราชการ พนักงาน ลูกจ้างประจำและพนักงานจ้างขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผู้ที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่งให้ไปปฏิบัติงานตามหน้าที่ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และข้อ ๖ กำหนดว่า วัสดุเครื่องแต่งกายให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมอบให้เจ้าหน้าที่ท้องถิ่น เพื่อสวมใส่ในขณะปฏิบัติงานตามหน้าที่โดยจะมอบวัสดุเครื่องแต่งกายให้กับเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นแต่ละคนรับผิดชอบดูแลในเครื่องแต่งกายนั้น ๆ ทั้งนี้ ให้เบิกจ่ายได้คนละไม่เกินสองชุดต่อปี ประเภท ชนิด หรือลักษณะวัสดุเครื่องแต่งกายตามวรรคหนึ่ง ให้มีลักษณะ ดังนี้ (๑) เครื่องแต่งกายชุดฝึกอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน หรือชุดปฏิบัติการอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน ประกอบด้วย หมวก เสื้อ กางเกง เข็มขัด รองเท้า รวมทั้งบัตรประจำตัวอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน วุฒิบัตรอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน และเข็มเครื่องหมายอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (๒) เครื่องแต่งกายชุดปฏิบัติงานของบุคลากรหรือเครื่องแบบ ตามมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน และ (๓) วัสดุอื่นที่จำเป็นต้องใช้ในการปฏิบัติงาน เช่น ถุงมือยางหรือหนัง ผ้าปิดปาก - ปิดจมูก รองเท้ายางหุ้มส้นสูงได้เข้า (รองเท้าบูต) เสื้อกันฝน เป็นต้น หากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความจำเป็นต้องจัดหาวัสดุอุปกรณ์ในการปฏิบัติงานของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่น เช่น เครื่องวัดไข้ เครื่องวัดความดันโลหิต กระเป๋าใส่อุปกรณ์ สำลี ผ้าก๊อต ก็สามารถดำเนินการได้

/สำหรับ...

-๒-

สำหรับเครื่องแต่งกายของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นไม่สามารถดำเนินการจัดหาได้ เนื่องจากกระทรวงมหาดไทยยังมิได้กำหนดหลักเกณฑ์หรือแนวทางการปฏิบัติเกี่ยวกับการดำเนินการเครื่องแต่งกายของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นไว้แต่อย่างใด

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ และขอให้จังหวัดแจ้งองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ถือเป็นแนวทางปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ



(นายประยูร รัตนเสนีย์)

อธิบดีกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

กองสาธารณสุขท้องถิ่น
กลุ่มงานส่งเสริมสุขภาพ
โทรสาร. ๐-๒๒๔๑-๗๒๒๕
โทร. ๐-๒๒๔๑-๙๐๐๐ ต่อ ๕๔๐๗

ด่วนที่สุด

ที่ มท ๐๘๑๙.๒/ว ๒๓๑๑๗



กระทรวงมหาดไทย
ถนนอัษฎางค์ เขตพระนคร กทม. ๑๐๒๐๐

๒๑ เมษายน ๒๕๖๔

เรื่อง แนวทางการจัดทำงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายให้แก่อาสาสมัคร
บริบาลท้องถิ่น ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

อ้างอิง ๑. หนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๑๙.๒/ว ๔๒๕๓ ลงวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓
๒. หนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๑๙.๒/ว ๓๐๕๗ ลงวันที่ ๑ ตุลาคม ๒๕๖๓

สิ่งที่ส่งมาด้วย แนวทางการตั้งงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นฯ จำนวน ๑ ฉบับ

ตามที่คณะรัฐมนตรีได้มีมติเมื่อวันที่ ๒๑ กรกฎาคม ๒๕๖๓ อนุมัติแผนงานหรือโครงการเพื่อขอใช้
จ่ายเงินกู้ภายใต้แผนฟื้นฟูเศรษฐกิจและสังคมฯ โครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
ภายใต้กรอบวงเงิน ๑,๐๘๐,๕๙๐,๐๐๐ บาท รายละเอียดตามอ้างอิง นั้น

กระทรวงมหาดไทยพิจารณาแล้ว เพื่อให้อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นได้รับการส่งเสริมและสนับสนุน
ให้ปฏิบัติหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงอย่างต่อเนื่อง อันจะนำไปสู่การพัฒนาศักยภาพการดูแลผู้สูงอายุ
ที่มีภาวะพึ่งพิงและการส่งเสริมอาชีพใหม่เพิ่มเติมในท้องถิ่น นอกจากนี้ ยังเป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะ
พึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตและสุขภาวะที่ดี ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม จึงได้กำหนดแนวทางในการ
ตั้งงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น
ค่าตอบแทน ค่าใช้สอย และวัสดุ และค่าใช้จ่ายอื่นที่เกี่ยวข้องของประจำปีงบประมาณ พ.ศ. ๒๕๖๕ เพื่อให้
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสามารถนำเงินรายได้ของตนเองไปตั้งงบประมาณเป็นค่าใช้จ่าย สำหรับอาสาสมัคร
บริบาลท้องถิ่น เพื่อการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตพื้นที่ได้ ตามความจำเป็น
และเหมาะสมกับฐานะการคลังขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รายละเอียดปรากฏตามสิ่งที่ส่งมาด้วย ทั้งนี้
สามารถดาวน์โหลดได้ที่ <https://qrqo.page.link/qZoiR> หรือ QR Code ห้ายหนังสือฉบับนี้

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และแจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือปฏิบัติต่อไป

ขอแสดงความนับถือ

(นายฉัตรชัย พรหมเลิศ)

ปลัดกระทรวงมหาดไทย

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

กองสาธารณสุขท้องถิ่น

โทรศัพท์/โทรสาร ๐-๒๒๔๑-๗๒๒๕/๐๘-๑๑๗๔-๓๗๓๘

ผู้ประสานงาน นางสาวสุจิตรา ดาวเรือง/

นางสาวสุพรรณนิภา เยื่อใย



ด่วนที่สุด

ที่ มท ๐๘๑๙.๒/ว ๙๐๕๖



กระทรวงมหาดไทย

ถนนอัษฎางค์ เขตพระนคร กทม. ๑๐๒๐๐

๒๗

กันยายน ๒๕๖๖

เรื่อง การกำหนดหลักเกณฑ์ วิธีการ เงื่อนไข อัตราค่าตอบแทน และการจ่ายค่าตอบแทนของอาสาสมัคร
บริหารท้องถิ่น (เพิ่มเติม)

เรียน ผู้ว่าราชการจังหวัด ทุกจังหวัด

อ้างถึง ๑. หนังสือกระทรวงมหาดไทย ที่ มท ๐๘๑๙.๒/ว ๓๘๑๑ ลงวันที่ ๒๕ มิถุนายน ๒๕๖๒

๒. หนังสือกระทรวงมหาดไทย ด่วนที่สุด ที่ มท ๐๘๑๙.๒/ว ๖๒๙๐ ลงวันที่ ๑๘ ตุลาคม ๒๕๖๒

ตามที่ กระทรวงมหาดไทยได้แจ้งจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นรับทราบและและถือปฏิบัติ
ตามระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการเบิกค่าใช้จ่าย
พ.ศ. ๒๕๖๒ และการกำหนดหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระยะยาว และหลักเกณฑ์
วิธีการ เงื่อนไข อัตราค่าตอบแทนและการจ่ายค่าตอบแทนของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นขององค์กรปกครอง
ส่วนท้องถิ่น รายละเอียดตามอ้างถึง นั้น

กระทรวงมหาดไทยขอเรียนว่า ได้รับแจ้งจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่ง
ว่าอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นในพื้นที่ได้มีการปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะครบ ๓ ปี
และยังไม่ได้รับการฝึกอบรมเพิ่มเติมนักบริหารท้องถิ่น จำนวน ๕๐ ชั่วโมง ต้องพ้นจากการเป็นอาสาสมัคร
บริหารท้องถิ่นตามหลักเกณฑ์ที่กำหนด ในการนี้ เพื่อให้อาสาสมัครบริหารท้องถิ่นสามารถปฏิบัติหน้าที่
ได้อย่างต่อเนื่อง จึงอาศัยอำนาจตามข้อ ๔ และข้อ ๘ แห่งระเบียบกระทรวงมหาดไทยว่าด้วยอาสาสมัคร
บริหารท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และการเบิกค่าใช้จ่าย พ.ศ. ๒๕๖๒ ยกเลิกความในข้อ ๕ (๓)
เรื่อง การกำหนดหลักสูตรที่เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระยะยาว และหลักเกณฑ์ วิธีการ
เงื่อนไข อัตราค่าตอบแทนและการจ่ายค่าตอบแทนของอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
ตามอ้างถึง ๒

จึงเรียนมาเพื่อทราบ และแจ้งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถือปฏิบัติ

ขอแสดงความนับถือ

(นายสุทธิพงษ์ จุลเจริญ)

ปลัดกระทรวงมหาดไทย

กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น

กองสาธารณสุขท้องถิ่น

โทรศัพท์/โทรสาร ๐๒ ๒๔๑ ๙๐๐๐ ต่อ ๕๔๐๕/๐๖๑ ๔๑๐ ๖๔๔๔

ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ saraban@dla.go.th

ผู้ประสานงาน นางสาวภัชร์จิรismi อัมเมฆรัตน์/นางสาวสุพรรณนิภา เยื่อใย

ใบความรู้ที่ ๓ บทบาทอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นกับการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ขอบเขตและเงื่อนไขการทำงานที่ของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

- ช่วยดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง
- ช่วยดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เช่น การอาบน้ำ การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งตัว การรับประทานอาหาร การเคลื่อนย้าย การใช้อุปกรณ์ช่วยเหลือ การขับถ่าย การไปพบแพทย์ การรับประทานยา เป็นต้น
- ให้บริการด้านสุขภาพขั้นพื้นฐาน (Basic health care service) เป็นการดูแลสุขภาพภายใต้การกำกับของบุคลากรวิชาชีพด้านสุขภาพพื้นที่ ได้แก่ การพยาบาลพื้นฐาน การฟื้นฟูสมรรถภาพเบื้องต้น การประเมินสุขภาพเบื้องต้น เช่น การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน และการประเมินกิจวัตรประจำวันที่ไม่ซับซ้อนมากเกินไป การประเมินภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ การทำแผลเบื้องต้น การประเมินสัญญาณชีพ การดูแลเรื่องยาเบื้องต้น กิจกรรมกระตุ้นสมองในกลุ่มที่มีภาวะสมองบกพร่องระยะแรก การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมหรือมีอาการทางสมอง เป็นต้น
- การให้คำปรึกษาปรึกษาด้านสุขภาพเบื้องต้นกับครอบครัวและการประสานความช่วยเหลือกับหน่วยงานต่างๆ
- ประเมินปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเบื้องต้นและประสานงานในการส่งต่อได้อย่างถูกต้อง
- การบริการให้การดูแลตามแผนการดูแลรายบุคคล Care Plan
- ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงด้านสุขภาพพื้นฐาน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และกายภาพบำบัดอื่นๆ ตามประเภทและกิจกรรมบริการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

การพ้นจากการเป็นอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

๑. ยื่นหนังสือแจ้งความประสงค์ลาออกต่อ อปท. ที่ตนเองสังกัดล่วงหน้าไม่น้อยกว่า ๓๐ วัน
๒. ไม่ผ่านผลการประเมินการปฏิบัติหน้าที่ของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแล้วเห็นว่า มีสมรรถนะหรือผลการปฏิบัติหน้าที่ไม่เหมาะสม เช่น หยุคปฏิบัติหน้าที่เป็นประจำ ปฏิบัติหน้าที่ไม่มีประสิทธิภาพ ให้เสนอความเห็นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพิจารณาให้ อสบ. พ้นจากการปฏิบัติหน้าที่
๓. ภายในระยะเวลา ๓ ปี นับแต่วันที่เริ่มปฏิบัติหน้าที่ไม่ผ่านการอบรมหลักสูตรฝึกอบรมเพิ่มเติม นักบริบาลท้องถิ่น จำนวน ๕๐ ชม. ของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ ให้ครบ ๑๒๐ ชม. จากหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน หรือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จัดอบรมโดยอนุมัติให้ใช้หลักสูตรจากกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

หมวดที่ ๗ การบันทึกการรายงานและการส่งต่อ

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

๑. เพื่อให้มีองค์ความรู้ ความเข้าใจเรื่องระบบแนวทางการดูแลช่วยเหลือเชิงสังคมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ การประเมินปัญหา การจัดกิจกรรมเพื่อการดูแลและมอบหมาย การบันทึกกิจกรรมการดูแลเพื่อการประเมิน วิเคราะห์ความช่วยเหลือ การรายงาน การประสานงานและการส่งต่อความช่วยเหลือผู้ป่วยตามสภาพปัญหาภาคีเครือข่ายหน่วยงานที่เหมาะสม

เนื้อหาแผนการสอน (จำนวน ๓ ชั่วโมง : ทฤษฎี ๒ ชั่วโมง ปฏิบัติ ๑ ชั่วโมง)

๑. ระบบแนวทางการดูแลช่วยเหลือเชิงสังคมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ
๒. การประเมินปัญหา
๓. การจัดกิจกรรมเพื่อการดูแลและมอบหมาย
๔. การบันทึกกิจกรรมการดูแลเพื่อการประเมินวิเคราะห์ความช่วยเหลือ
๕. การรายงาน การประสานงานและการส่งต่อความช่วยเหลือผู้ป่วยตามสภาพปัญหาภาคีเครือข่ายหน่วยงานที่เหมาะสม

วิธีการสอน

๑. การบรรยาย/การทำกิจกรรม
๒. การฝึกปฏิบัติ
๓. การซักถาม

ขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม

๑. วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียน ด้วยสไลด์ สื่อ วีดิทัศน์ หรือสื่อการเรียนการสอนอื่น ๆ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความสนใจ กระตุ้นเข้าสู่บทเรียน
๒. วิทยากรบรรยายและเป็นการมีส่วนร่วมของผู้เรียน
๓. แบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมตามความเหมาะสม ในการแสดงบทบาทสมมติให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น
๔. ผู้เข้ารับการอบรม นำเสนอผลการประชุมกลุ่มหรือสิ่งที่ได้จากการแสดงบทบาทสมมติ
๕. วิทยากรสรุปผลเรียน

สื่อประกอบการเรียน/อุปกรณ์

๑. สื่ออิเล็กทรอนิกส์ แผ่นพับ โปสเตอร์ ภาพพลิก
๒. สื่อการเรียนการสอนในการแสดงบทบาทสมมติ

คำแนะนำสำหรับวิทยากร

วิทยากรควรเตรียมสื่ออุปกรณ์ต่าง ๆ ให้พร้อม เพื่อกระตุ้นให้ผู้เรียนสนใจ และเกิดการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วม โดยยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง

การประเมินผล

๑. สังเกตการมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่มและทำกิจกรรมกลุ่ม
๒. ประเมินจากการถาม – ตอบ

ใบความรู้ที่ ๑ ระบบแนวทางการดูแลช่วยเหลือเชิงสังคมกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

การดูแลทางสังคมเป็นระบบที่ออกแบบมาเพื่อช่วยเหลือ ปกป้อง ค้ำครอง พิทักษ์สิทธิ ให้ความรู้แก่ผู้สูงอายุที่ประสบปัญหาด้านร่างกาย จิตใจ เพื่อช่วยให้ผู้สูงอายุ ช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้ หรือทำให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการพัฒนา ศักยภาพของตนเองให้ดีขึ้น โดยรูปแบบของการดูแลทางสังคมมีทั้งในระดับครอบครัว บริการระดับชุมชน และบริการระดับสถาบัน สำหรับการกำหนดกลไกการดูแลทางสังคม ต้องเริ่มจากหน่วยงานภาครัฐเป็นศูนย์กลางของการกำหนดนโยบาย แหล่งทรัพยากร และ รูปแบบการบริหารจัดการ รูปแบบบริการงบประมาณ รวมถึงการส่งต่อความรับผิดชอบ ไปยังหน่วยงานส่วนท้องถิ่น และสร้างเครือข่ายการดูแลทั้งแบบที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการเพื่อขับเคลื่อนการดูแลไปสู่ผู้สูงอายุและครอบครัวอย่างสม่ำเสมอ และทั่วถึงเพื่อสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีแก่ผู้สูงอายุ กลไกสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุที่มีความต้องการการดูแลในภาวะพึ่งพิงเข้าสู่บริการอย่างมีประสิทธิภาพ คือการพิจารณาคุณสมบัติของผู้สูงอายุ และกำหนดช่องทางเข้าสู่บริการการดูแลทางสังคม โดยมีขั้นตอน คือ

- ๑) การตรวจสอบสิทธิของผู้สูงอายุ
- ๒) ประเมินผู้สูงอายุเพื่อพิจารณาชุดกิจกรรมการดูแล
- ๓) การชำระค่าใช้จ่ายในดูแล
- ๔) การใช้บริการ/รับบริการตามชุดกิจกรรมการดูแล
- ๕) การติดตามและประเมินผล

แนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลทางสังคมสำหรับผู้สูงอายุ แบ่งเป็น ๕ ประเด็น คือ

- ๑) การสร้างแนวคิดพื้นฐานความสำคัญและความพร้อมของการดูแลทางสังคม
- ๒) ค้นหาแนวทางการพัฒนาระบบบริการทางสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ
- ๓) การวางแผนผลิตและพัฒนากำลังคนให้มีความเชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้สูงอายุอย่างมีคุณภาพ
- ๔) กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเพื่อการขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ
- ๕) การจัดตั้งและบูรณาการกองทุนสำหรับการดูแลสุขภาพและสังคม

การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้าน (Home Visit and Home Care in Elderly)

การเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้านถือเป็นกิจกรรมที่เป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง นอกจากต้องดูแลผู้ป่วยที่เจ็บป่วยที่บ้านแล้วยังต้องดูแลสมาชิกในครอบครัวขณะเยี่ยมบ้าน เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต ดังนั้นบุคลากรสาธารณสุขต้องเพิ่มความตระหนักว่า “การเยี่ยมบ้านถือเป็นงานบริการที่ช่วยแบ่งเบาภาระของครอบครัวและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านร่วมกับโรงพยาบาล” จะเห็นว่าการเยี่ยมบ้านและการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นกิจกรรมเชิงรุกและเชิงลึกที่ทำให้เรามองภาพการดูแลผู้ป่วยทั้งร่างกายจิตใจและสังคมนรอบตัวผู้ป่วยสูงอายุ

กระบวนการดังกล่าวต้องอาศัยทักษะหลายๆด้านเพื่อให้ภารกิจบรรลุเป้าหมาย โดยเฉพาะทักษะทางด้านจิตวิทยาในการสื่อสารเพื่อให้เกิดความมั่นใจ ลดความวิตกกังวล นอกเหนือจากความรู้พื้นฐาน ด้านการแพทย์ ต่อการดูแลความเจ็บป่วยหรือการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าสำหรับการเจ็บป่วยแล้วการดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่บ้านต้องไม่ลืมหลักการสำคัญว่าการจะเยี่ยมบ้านหรือให้การดูแลที่บ้านในครั้งแรกนั้น ควรเริ่มต้นที่ความต้องการของผู้ป่วยและญาตินำ มาก่อนเสมอซึ่งจะเป็นการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคลากรทางการแพทย์ผู้ป่วยและญาติที่ดีและเป็นกุญแจสำคัญที่ทำให้เราเข้าถึงครอบครัวของผู้ป่วยสูงอายุได้โดยเฉพาะในธรรมเนียมแบบไทยๆ การไปเยี่ยมเยียนคนอื่นถึงบ้าน ถือว่าเป็นเรื่องสำคัญและต้องให้เกียรติเจ้าของบ้าน (วิโรจน์วรรณภีระ,2555)

แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

การเยี่ยมบ้านเพื่อดูแลความเจ็บป่วยสำหรับผู้สูงอายุแล้ว มักเป็นการดูแลผู้ป่วยสูงอายุในระยะเฉียบพลัน และการดูแลผู้ป่วยสูงอายุด้วยโรคเรื้อรัง กรณีการดูแลผู้สูงอายุในระยะเฉียบพลันการเยี่ยมบ้านส่วนใหญ่จะเน้นการช่วยเหลือเบื้องต้น เพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุปลอดภัยจากความเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน การจัดการสิ่งแวดล้อมการสืบสวนโรคและการติดตามเฝ้าระวังโรคซึ่งจะเน้นทางด้านร่างกายมากกว่าจิตใจ และเป็นการให้การช่วยเหลือที่ต้องอาศัยความรู้พื้นฐานทางกายภาพการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยสูงอายุด้วยโรคเรื้อรัง เพื่อให้การดูแลทางด้านสังคมจิตใจ จะเน้นการดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์สังคม และจิตวิญญาณ ที่ส่งผลต่อปรับตัวและพฤติกรรมของผู้ป่วยสูงอายุ รวมทั้งประเมินประสิทธิภาพของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ประเมินความปลอดภัยที่พิกัดสิ่งแวดล้อม และความต้องการความช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจสังคมรวมทั้งให้การส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วย และญาติด้วยการนำ เทคนิค การสื่อสารการสนับสนุนทางสังคมและการสร้างสัมพันธ์ภาพมาเป็นกลไกสำคัญในการดำเนินการ

กระบวนการดูแลทางด้านสังคมจิตใจ เมื่อเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังก็เช่นเดียวกับกระบวนการเยี่ยมบ้านอื่นๆ ดังนี้

1. ระยะก่อนเยี่ยมบ้าน : บุคลากรสาธารณสุขที่จะให้การดูแลทางด้านสังคมจิตใจร่วมกับสหวิชาชีพอื่น ๆ มีวิธีการดำเนินการดังนี้

- ต้องกำหนดเป้าหมายในการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้การดูแลทางด้านสังคมจิตใจให้ชัดเจนทั้งผู้ป่วย จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่จะเข้าเยี่ยม
- วางแผนในการเยี่ยมบ้าน ด้วยการเข้าใจข้อมูลพื้นฐานสถานการณ์การเจ็บป่วยในอดีต ปัจจุบัน ประวัติส่วนตัวของผู้ป่วยสูงอายุและแนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต
- วิธีการประเมินทางสังคมจิตใจ เพื่อช่วยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวในการลดความวิตกกังวล ความเครียด เป็นต้น เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์และปัญหาทางด้านสังคมจิตใจของผู้ป่วยซึ่งจะต้องวิเคราะห์ตามประเด็นต่อไปนี้คือ

1.2.1 ปัญหาที่เผชิญอยู่ในขณะนี้คืออะไรบ้าง ผู้ประเมินจะต้องใช้ทักษะการถามเปิดเพื่อให้ได้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาและวิเคราะห์ดูว่าเขามองปัญหาอย่างไรสิ่งสำคัญคือควรฟังสิ่งที่ปัญหาในปัจจุบันมากกว่าอดีตทำความเข้าใจว่าปัญหามีอะไรบ้าง ปัญหาอยู่ที่ใคร และเกี่ยวข้องกับใคร

1.2.2 ปัญหาเร่งด่วน ที่ควรได้รับการแก้ไขเป็นอันดับแรกซึ่งต้องประเมินจากความต้องการของผู้ป่วยด้วย

1.2.3 ภาวะการเจ็บป่วยทางกายมีผลกระทบต่อสภาพจิตใจมากน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับชนิดของโรคที่เป็นและการสนับสนุนของผู้ใกล้ชิด

1.2.4 สิ่งกระตุ้นที่จะบ่งบอกความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกภายในครอบครัว เพื่อให้ได้ข้อมูลละเอียดและครอบคลุมในการให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจต่อไป

1.2.5 ประวัติการปรับตัวของสมาชิกครอบครัวแต่ละคนค่านิยม เป้าหมายในชีวิต บทบาท ปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น ต้องสังเกตว่าครอบครัวโดยรวมมีความเห็น ความคาดหวัง และมองสมาชิกแต่ละคนอย่างไร ในแง่มุมที่ต่างกัน สิ่งเหล่านี้สำคัญและส่งผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยเมื่อเจ็บป่วยเป็นอย่างมาก

1.2.6 การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งได้แก่ครอบครัว ญาติพี่น้องเพื่อน ผู้ใกล้ชิด ให้การดูแลช่วยเหลือ ประคับประคองจิตใจมากน้อยเพียงใด ประเมินอิทธิพลของระบบอื่นๆ เช่นระบบเศรษฐกิจ และศาสนาที่มีต่อครอบครัว และการเจ็บป่วย เช่น ความจำ เป็นทางเศรษฐกิจที่ทำให้ผู้ป่วยเป็นภาระในครอบครัวประกอบอาชีพไม่ได้ไม่มีใครพยาบาลผู้ป่วย เป็นต้น แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

1.2.7 ผู้ป่วยสูงอายุและญาติมีแรงจูงใจ เป้าหมาย หรือความคาดหวังอะไรจากการบำบัด หรือการให้การดูแลทางสังคมจิตใจ เช่น ความต้องการการช่วยเหลือระยะยาว แรงจูงใจในการบำบัดเป็นสิ่งสำคัญซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัวเพราะจะเป็นกำลังใจในการร่วมกันแก้ปัญหา

1.2.8 ผู้ป่วยสูงอายุมีความรู้ความสามารถหรือประสบการณ์อะไรบ้างที่เคยประสบความสำเร็จหรือรู้สึกภาคภูมิใจ (ใช้เป็นเครื่องมือซักถามเพื่อให้ผู้ป่วยสูงอายุเกิดความภาคภูมิใจก่อนยุติการเยี่ยมบ้าน) ทั้งนี้ข้อมูลความรู้ ประสบการณ์ความสำเร็จในอดีตให้ถามจากลูกหลานก่อน ถ้าไม่มีลูกหลานจึงจะถามจากคนรู้จัก

2. ระยะเยี่ยมบ้าน

เป็นระยะการปฏิบัติในการประเมินทางด้านสังคมจิตใจ เพื่อให้เกิดการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วยและญาติและให้การช่วยเหลือโดยดำเนินการตามแผนที่วางไว้หรือปรับได้ตามสภาพการณ์ ทักษะที่สำคัญในระยะนี้

- ทักษะในการสื่อสาร ➡ เพื่อสร้างความสัมพันธ์และความไว้วางใจให้เกิดขึ้น
- ทักษะในการกระตุ้น ➡ เพื่อให้ผู้สูงอายุและญาติพูดคุยนำสู่การค้นหาปัญหา
- ทักษะการสะท้อนอารมณ์ ➡ เพื่อรับรู้ความรู้สึกและอารมณ์ต่างๆที่ผู้รับบริการได้แสดงออกมา และเป็นการสะท้อนความรู้สึก
- ทักษะการทวนซ้ำ ➡ เพื่อให้ผู้รับบริการได้เข้าใจชัดเจนขึ้นในเรื่องต้องการขอความช่วยเหลือ และเป็น การเน้นย้ำให้ผู้มารับบริการเข้าใจความต้องการของตนเอง ตลอดจนผู้ให้บริการ จะได้เข้าใจเนื้อหาที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นแนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

ขั้นตอนการให้บริการเมื่อพบผู้ป่วยและญาติ

1. สร้างสัมพันธภาพด้วยการทักทาย

- การแนะนำตัวเองการพูดคุยสนทนาเรื่องที่มาเยี่ยมเยียน สนทนาเรื่องทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคย ลดความตื่นตันทันทีกังวลใจโดยปกติผู้สูงอายุที่อยู่บ้าน เมื่อมีผู้ไปเยี่ยมเยียนถึงบ้านมักจะรู้สึกดีใจ และให้ความร่วมมือในการรักษาเป็น

- สอบถามเรื่องสุขภาพกายก่อนถ้าผู้ป่วยสูงอายุยังสามารถโต้ตอบได้แต่ถ้าผู้สูงอายุที่ไม่มีอาการทางจิตใจมากนักสามารถพูดคุยเรื่องดีๆในอดีตได้เลย และในผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงถ้าพอจะนั่งเอนหลังได้จะทำให้การพูดคุยสื่อสารได้ดีขึ้น

- สิ่งที่ไม่ควรกระทำคือการพูดจาทักทายที่ทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นเด็กเล็กไม่ใช่ผู้ใหญ่ ที่น่าเคารพหรือคำ ทักทายที่ทำให้รู้สึกว่าผู้สูงอายุกำลังทำตัวให้เป็นภาระของคนรอบข้างหรือครอบครัว เพราะสิ่งเหล่านี้ล้วนบั่นทอนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและยังสร้างความรู้สึกคับข้องใจให้กับผู้สูงอายุด้วยว่าตนเองทำให้คู่ครอง/ลูกหลานลำบาก

ตัวอย่าง

ข้อเท็จจริงจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุติดบ้าน ติดเตียง ซึ่งสามารถพูดคุยได้ดีแต่มีปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหวเนื่องจากปัญหาหลอดเลือดในสมอง ที่ได้สะท้อนถึงคำ พูดที่บุคลากรสาธารณสุขซึ่งมาเยี่ยมบ้าน เพื่อทำแผลกดทับและการใส่สายสวนปัสสาวะและทำให้ผู้สูงอายุรู้สึกว่าตนเองเป็นเด็กเล็กไม่น่าเคารพ และรู้สึกน้อยใจ “ป้ามาลีวันนี้เจ้าหน้าที่มาเยี่ยม ไหนลองยิ้มหน่อยซิจ๊ะ อืม...แกงจืด ยังกอนน้ำลายยืด อยู่รีเปลาเนี่ย” และคำพูดที่ทำให้รู้สึกว่าตนเองกำลังเป็นเด็กนักเรียนที่ทำ ตัวให้เป็นภาระกับคนรอบข้างเช่น “ป้ามาลีเห็นมาที่ไรก็เอาแต่นอนทุกทีเลย บอกให้พยายามลุกนั่งบ้างก็ไม่ทำ ถ้าพูดแล้วไม่เชื่อกันอย่างนี้จะให้ทำโทษอย่างไรไม่รู้ไม่ว่านอนมากจจะทำให้แผลที่ก้นกบมันแย่ง ต้องพยายามลุกนั่งบ้าง บอกอะไรก็ไม่เคยเชื่อเลย” หรือ “ลุงจอม ป้ามาลีเป็นอย่างไรบ้าง ลูกนั่งบ้างหรือยังหรือเอาแต่นอน ตื้อหรือจ๊ะ เตียวแผลก็ไม่ว่ากันพอดี ถ้าอยากแผลหายเร็ว ก็ต้องพยายามช่วยกันห้ามตื้อ อย่าแผลงฤทธิ์ซิ ” แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต

2. ถามเพื่อค้นหาปัญหา สำรวจปัญหาและวิเคราะห์

หลังจากค้นหาค้นเคยแล้วปัญหาที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วย ตามแผนที่วางไว้ทักษะที่จำ เป็นคือ การการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุ/ญาติเล่าเรื่องได้ระบายปัญหาและความต้องการด้านการช่วยเหลือในการตั้งคำถามเพื่อสำรวจปัญหาไม่ควรตั้งคำถามในเชิงประชด ประชัน ดูถูกเช่น

- “เอ๊ะทำไมน้ำตาลยังสูงแอบไปทำอะไรมาน้ำตาลขึ้นอีกแล้ว”
- หรือ “โอโหน้ำตาลสูงขนาดเชื่อมกล้วยได้เลยนะเนี่ยไหนไปทำอะไรมาน้ำตาลถึงพุ่งสูงเกินเพดานขนาดนี้ลองเล่าให้ฟังหน่อยซิ”
- “แหม ...ญาติดูแล้วยังไงทำไมน้ำตาลคุณสูงถึงคุณไม่ได้ไหนทำอาหารยังงี เล่ามาเลย” หรือ “เมื่อกี้ไปดูในครัว แหมเห็นแต่ขนมหวานโน้ต๊ะทานข้าว มีน้ำเล่าน้ำตาลถึงไม่ลง”

3. การสรุปปัญหาจากข้อมูลต่าง ๆ รวมทั้งการสังเกตปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น ทั้งตัวผู้ป่วยและญาติ

- เพื่อผู้ลงเยี่ยมจะได้ประเมินจะได้คำตอบว่าปัญหาที่แท้จริงคืออะไรเป็นความขัดแย้งในตัวบุคคล หรือเป็นปัญหาความสัมพันธ์หรือปัญหาอยู่ที่ระบบใด
- ผู้ป่วยมีภาวะจิตสังคมที่ต้องได้รับการช่วยเหลือในเรื่องใด อาจมีภาวะซึมเศร้า การพยายามฆ่าตัวตาย ภาวะการเจ็บป่วยอันเนื่องมาจากลักษณะของโรคที่รุนแรงรักษาไม่หาย หรือความพิการ การเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นต้น
- สิ่งทีพึงระลึกถึงเสมอในการประเมิน คือ ความแตกต่างระหว่างเชื้อชาติและวัฒนธรรม

- ผู้ประเมินจะต้องไม่ใช่มาตรฐานของตนเองมาตัดสิน ควรเป็นเพื่อนคู่คิดช่วยเหลือผู้สูงอายุ/ญาติ ให้สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตัวเอง
- กระตุ้นให้หาหนทางแก้ปัญหาเองช่วยให้ข้อมูลที่ยังขาดหายไป และเชื่อมโยงให้เกิดช่องทางในการนำไปสู่การแก้ปัญหาหรือหาทางเลือกในการรักษา

การช่วยเหลือเพื่อให้การดูแลทางสังคมจิตใจ

การวางแผนการดูแลทางสังคมจิตใจจะได้ผลดีก็ต่อเมื่อมีความกระจ่างในปัญหาที่เกิดขึ้น ดังนั้นจึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่ผู้ประเมินจะต้องอธิบาย แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิตให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงการดูแลทางสังคมจิตใจ ผลการประเมินเพื่อสรุปว่าปัญหาอยู่ที่ใด เพื่อวางแผนร่วมกันในการบำบัดต่อไป

วิธีการให้การช่วยเหลือดูแลทางด้านสังคมจิตใจที่สำคัญ

- การให้คำแนะนำ ในเรื่องของผู้สูงอายุ/ญาติไม่มีความกระจ่าง
- ใช้เทคนิคการให้คำปรึกษาเบื้องต้น ได้แก่
- การประเมินสภาพอารมณ์ผู้สูงอายุ
- ค้นหาปัญหาที่รบกวนผู้สูงอายุ/ญาติ

วิธีการที่ผู้สูงอายุ/ญาติจัดการกับปัญหา

- แสดงความเห็นอกเห็นใจ
- การประเมินสภาพอารมณ์ภาวะซึมเศร้าด้วย 2Q/9Q/8Q ถ้าพบว่ามีปัญหาให้ส่งต่อการรักษา

เอกสารอ้างอิง

1. แนวทางการดูแลทางด้านสังคมจิตใจของผู้สูงอายุเพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1)สำนักส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อภิญา ไชยวุฒิกรณวานิช คณะจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (25๖๓). *คู่มือการจัดกิจกรรมฝึกคิด แก้ปัญหา พัฒนา EQ*. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.
4. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2557). *ความรู้เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาความขัดแย้ง*. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา
5. Patkar, M. (2014). The mistakes make communicating with elders (and how to fixthem). <https://lifelifehacker.com/the-mistakes-we-make-communicating-with-elders-and-how-1575782036>
6. Lui,C.(n.d.).Tips to communicate effectively with the elderly. HealthXchange.sg. www.healthxchange.sg/seniors/caregiver-tips/communicate-effectively-with-elderly
7. How to communicate With older adults. (2022). WikiHow. <https://www.wikihow.com/Communicate-With-Older-Adults>
8. Hagan, E. (2014, November 16). How to communicate effectively with older adults: A senior’s coreneeds are to feel relevant and respected. Psychology Today. <https://www.psychologytoday.com/us/blog/communication-success/201411/how-communicate-effectively-older-adults>

ใบความรู้ที่ ๒ การประเมินปัญหา

ประเมินคัดกรอง ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)

ชื่อ-สกุล.....อายุ.....ปี บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....

1. Feeding (รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำหรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า)

- 0. ไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
- 1. ตักอาหารเองได้แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้หรือตัดเป็นเล็กๆไว้ล่วงหน้า
- 2. ตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

2. Grooming (ล้างหน้า หวีผม แปรงฟัน โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 28 ชั่วโมงที่ผ่านมา)

- 0. ต้องการความช่วยเหลือ
- 1. ทำเองได้ (รวมทั้งที่ทำได้เองถ้าเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้)

3. Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)

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

4. Toilet use (ใช้ห้องน้ำ)

- 0. ช่วยตัวเองไม่ได้
- 1. ทำเองได้บ้าง (อย่างน้อยทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
- 2. ช่วยตัวเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อยหลังจากเสร็จธุระถอดใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

5. Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน)

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

6. Dressing (การสวมใส่เสื้อผ้า)

0. ต้องมีคนสวมใส่ให้ ช่วยตัวเองแทบไม่ได้หรือน้อย
1. ช่วยตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
2. ช่วยตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

7. Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ชั้น)

0. ไม่สามารถทำได้
1. ต้องการคนช่วย
2. ขึ้นลงได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

8. Bathing (การอาบน้ำ)

0. ต้องมีคนช่วยหรือทำให้
1. อาบน้ำเองได้

9. Bowels (การกลั่นการถ่ายอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0. กลั่นไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
2. กลั่นได้เป็นปกติ

10. Bladder (การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา)

0. กลั่นไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
1. กลั่นไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
2. กลั่นได้เป็นปกติ

สรุปผลรวมคะแนน

- (กลุ่มติดสังคม) มีผลรวมคะแนน ADL ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป
- (กลุ่มติดบ้าน) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 5 – 11 คะแนน
- (กลุ่มติดเตียง) มีผลรวมคะแนน ADL อยู่ในช่วง 0 - 4 คะแนน

แบบคัดกรองความกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ 9 ด้าน

ด้าน	ข้อคำถาม	เกณฑ์การแปลผล	ผลประเมิน/คำแนะนำ
ด้านที่ 1 ความคิด ความจำ Mini-Cog	1. ตั้งใจฟังให้ดีๆ เดี่ยวจะบอก 3 คำ เมื่อฟังจบให้พูดตามและ จำไว้ เดี่ยวจะกลับมาถามซ้ำ “หลานสาว สวรรค์ ภูเขา”		ผลการประเมิน 1. ถ้าได้คะแนน 4-5 คะแนน ถือว่าปกติ 2. ถ้าได้คะแนน ≤ 3 คะแนน ถือว่า มีภาวะ Cognitive ผิดปกติ ให้ส่งต่อ คลินิกผู้สูงอายุ ตรวจ MMSE, TMSE, MoCA
	2. ให้ผู้สูงอายุวาดรูปนาฬิกา โดยใส่ตัวเลข และเข็มนาฬิกา เป็นเวลา 11.10 น.	<input type="radio"/> ทำได้ (2 คะแนน) <input type="radio"/> ทำไม่ได้ (0 คะแนน)	
	3. ให้ผู้สูงอายุทดสอบบอกคำ 3 คำที่ให้จำไว้เมื่อสักครู่ว่ามี อะไรบ้าง	<input type="radio"/> ตอบได้ 1 คำ (1 คะแนน) <input type="radio"/> ตอบได้ 2 คำ (2 คะแนน) <input type="radio"/> ตอบได้ 3 คำ (3 คะแนน) <input type="radio"/> ตอบไม่ได้ (0 คะแนน)	
ด้านที่ 2 การเคลื่อนไหว ร่างกาย	1) ให้ผู้สูงอายุเดินไปและเดิน กลับด้วยตนเอง 6 เมตร (ไป 3 เมตร และกลับ 3 เมตร)	<input type="radio"/> ใช้เวลาไม่เกิน 12 วินาที (ทำได้) <input type="radio"/> ใช้เวลาเกิน 12 วินาที (ทำไม่ได้)	ผลการประเมิน - ใช้เวลาน้อยกว่า 12 วินาที ถือว่า ปกติ / ไม่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม - ใช้เวลามากกว่าหรือเท่ากับ 12 วินาที ถือว่า มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม
	2) ท่านมีประวัติหกล้มภายใน 6 เดือน อย่างน้อย 1 ครั้ง	<input type="radio"/> เคยหกล้ม <input type="radio"/> ไม่เคย	
ด้านที่ 3 การขาด สารอาหาร	1) น้ำหนักของท่าน ลดมากกว่า 3 กิโลกรัมในช่วง เวลา 3 เดือนที่ผ่านมา (โดยไม่ได้ตั้งใจลดน้ำหนัก)	<input type="radio"/> ลดลง <input type="radio"/> ไม่ลดลง	ผลการประเมิน ถ้า “น้ำหนักลดลง” หรือ มีความ อยากอาหารลดลงควรได้รับการ ประเมิน MNA (Short form)
	2) ท่านมีความอยากอาหาร ลดลงหรือไม่	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี	
ด้านที่ 4 การมองเห็น	1) ท่านมีปัญหาเกี่ยวกับการ มองเห็น เช่น การมอง ระยะไกล การอ่านหนังสือ หรือไม่	<input type="radio"/> มีปัญหา <input type="radio"/> ไม่มีปัญหา	ผลการประเมิน หากมีปัญหาเกี่ยวกับการมองเห็น ควรส่งต่อเพื่อรับการประเมินคัด กรองสุขภาพทางตา โดยบุคลากร ทางการแพทย์หรือสาธารณสุข

ด้าน	ข้อความถาม	เกณฑ์การแปลผล		ผลประเมิน/คำแนะนำ
ด้านที่ 5 การได้ยิน	1) ผู้ทดสอบถูกนิ้วโป้งกับนิ้วชี้ หนีหูผู้ถูกทดสอบเบาๆ (ห่างจากหู ประมาณ 1 นิ้ว) ทีละข้างทั้งหูขวาและหูซ้าย	<input type="radio"/> ไม่ได้ยินทั้ง 2 ข้าง <input type="radio"/> ไม่ได้ยินข้างเดียว (ซ้าย/ขวา) <input type="radio"/> ปกติ		ผลการประเมิน 1. ถ้า “ปกติ” หมายถึง ไม่มีปัญหาการได้ยิน 2. ถ้า “ไม่ได้ยินทั้ง 2 ข้าง หรือไม่ได้ยินข้างเดียว” หมายถึง หูข้างใดข้างหนึ่ง ถือว่าหูทั้งสองข้างนั้นมีปัญหาการได้ยิน
ด้านที่ 6 การซึมเศร้า	1) ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้ ท่านรู้สึกไม่สบายใจ เซ็ง ทุกข์ใจ เศร้า ท้อแท้ ซึม หงอย หรือไม่	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี	<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า	ผลการประเมิน 1. ถ้าคำตอบ “ไม่มี” ทั้ง 2 คำถาม หมายถึง ปกติ ไม่เป็นภาวะซึมเศร้าในขณะนี้ 2. ถ้าคำตอบ “มี” ข้อใดข้อหนึ่ง หรือทั้ง 2 ข้อ (มีอาการใดๆ ในคำถามที่ 1 และ 2) หมายถึง มีแนวโน้มที่จะเป็นภาวะซึมเศร้า หรือมีโอกาสที่จะป่วยเป็นภาวะซึมเศร้า ให้ส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินโรคซึมเศร้า 9 คำถาม (9Q)
	2) ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ไม่อยากพูด ไม่อยากทำอะไร หรือทำอะไรก็ไม่สนุก เพลิดเพลินเหมือนเดิมหรือไม่	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี		
	3) ใน 1 เดือนที่ผ่านมา รวมถึงวันนี้ ท่านมีความรู้สึก ทุกข์ใจจนไม่อยากมีชีวิตอยู่หรือไม่	<input type="radio"/> มี <input type="radio"/> ไม่มี	<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	
ด้านที่ 7 การกลั่นปัสสาวะ	1) ท่านมีปัสสาวะเล็ด หรือปัสสาวะราด จนทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวันหรือไม่	<input type="radio"/> มีปัญหา <input type="radio"/> ไม่มีปัญหา		ผลการประเมิน 1. ถ้า “ไม่มี” หมายถึง ปกติ 2. ถ้า “มี” หมายถึง มีปัญหา ควรพบแพทย์ตรวจวินิจฉัย เพื่อยืนยันผลและทำการรักษา

ด้าน	ข้อความคำถาม	เกณฑ์การแปลผล	ผลประเมิน/คำแนะนำ
ด้านที่ 8 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (ADL)	1) ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองของท่านในการทำกิจวัตรประจำวัน โดยไม่ต้องพึ่งพาคนอื่นลดลงหรือไม่ (กินอาหาร ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม กลั่นอุจจาระ ปัสสาวะเคลื่อนที่ไปมาในบ้าน สวมใส่เสื้อผ้า ขึ้นลงบันได 1 ชั้น ลูกนั่งจากที่นอนหรือเตียง เข้าห้องน้ำ อาบน้ำ)	<input type="radio"/> ลดลง <input type="radio"/> ไม่ลดลง	ผลการประเมิน 1. ถ้า “ไม่ลดลง” หมายถึง ปกติ 2. ถ้า “ลดลง” หมายถึง มีความเสี่ยงต่อภาวะพึ่งพิง ให้ประเมิน Barthel ADL ต่อ
ด้านที่ 9 สุขภาพช่องปาก	1) ท่านมีความยากลำบากในการเคี้ยวอาหารแข็งหรือไม่	<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> มีความเสี่ยง	ผลการประเมิน 1. ถ้า “ไม่มี” ทั้ง 2 ข้อ หมายถึง ปกติ 2. ถ้า “มี” ข้อใดข้อหนึ่ง หมายถึง มีความเสี่ยงต่อสุขภาพช่องปาก ให้ทันตบุคลากรประเมินสุขภาพช่องปากต่อ
	2) ท่านมีอาการเจ็บปวดในช่องปากหรือไม่	<input type="radio"/> ปกติ <input type="radio"/> มีความเสี่ยง	

ใบความรู้ที่ ๓ การจัดกิจกรรมเพื่อการดูแลและมอบหมาย

แผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคคล (Care Plan) คือ การช่วยเหลือเพื่อให้บรรลุเป้าหมายเป็นกระบวนการ เชื่อมโยงมาจากการประมวลข้อมูล การประเมิน การตรวจสอบแนวคิดและความต้องการรวมถึงกำหนดเป้าหมาย แล้วจึงคิดโปรแกรมการช่วยเหลือโดยคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุเป็นหลัก รวมถึงความเห็นพ้องของผู้สูงอายุ และครอบครัวรวมถึงการวางแผนบริหารจัดการทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด

กระบวนการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

๑. Care manager ประเมิน ADL, TAI และประเมินสุขภาพตามความจำเป็น ประเมินความต้องการและ กำหนดเป้าหมายของผู้สูงอายุและครอบครัว

๒. Care manager ออกแบบการดูแลอย่างเป็นรูปธรรมภายใต้ทรัพยากรที่เหมาะสม และตามชุดสิทธิประโยชน์ของ สปสช. โดยประสานการดูแลกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

๓. Care Manager ประสานภาคีเครือข่าย จัดประชุม Care conference เพื่ออภิปรายแลกเปลี่ยนและให้ ข้อเสนอแนะต่อแผนการดูแลที่เหมาะสมตามบริบทชุมชน และรับรองแผนการดูแล

๔. Care Manager จัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) กำหนดการดูแลรายสัปดาห์ (Weekly Plan) ตามรายละเอียดในชุดสิทธิประโยชน์ตามประกาศ สปสช. ปี ๒๕๖๑ เพื่อมอบหมายผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) และอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น จัดบริการดูแลผู้สูงอายุ

การจัดกิจกรรมเพื่อการดูแลและมอบหมาย

อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น จัดบริการดูแลที่บ้าน/ชุมชน และให้คำแนะนำแก่ญาติและผู้ดูแล โดยผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) หรือเครือข่ายสุขภาพอื่นๆ หรือ อาสาสมัคร จิตอาสา (กิจกรรม รูปแบบการให้บริการ และความถี่ในการให้บริการขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแต่ละรายเป็นสำคัญ ตามคำแนะนำ/มอบหมายของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวด้านสาธารณสุข) ตามเอกสารหมายเลข ๒ แนบท้ายประกาศ คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เรื่อง หลักเกณฑ์เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินงาน และบริหารจัดการระบบหลักประกันสุขภาพในระดับท้องถิ่นหรือพื้นที่ พ.ศ. ๒๕๖๑ ลงวันที่ ๑๓ กันยายน ๒๕๖๑ ดังตารางต่อไปนี้

ประเภทและ กิจกรรมบริการ	ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง			
	กลุ่มที่ ๑ เคลื่อนไหวได้บ้าง และอาจมีปัญหา การกิน หรือการ ขับถ่าย แต่ไม่มีภาวะ สับสนทางสมอง	กลุ่มที่ ๒ เหมือนกลุ่มที่ ๑ แต่มีภาวะสับสน ทางสมอง	กลุ่มที่ ๓ เคลื่อนไหวเองไม่ได้ และอาจมีปัญหาการ กิน หรือการขับถ่าย หรือมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง	กลุ่มที่ ๔ เหมือนกลุ่มที่ ๓ และมีอาการเจ็บป่วย รุนแรง หรืออยู่ใน ระยะท้ายของชีวิต
๓. บริการดูแลที่บ้าน/ ชุมชน และให้คำแนะนำ แก่ญาติและผู้ดูแล โดย ผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุ (caregiver) หรือเครือข่าย สุขภาพอื่น ๆ หรือ อาสาสมัคร จิตอาสา (กิจกรรม รูปแบบการให้ บริการ และความถี่ในการ ให้บริการ ขึ้นอยู่กับสภาพ ปัญหาของผู้สูงอายุที่มี ภาวะพึ่งพิงแต่ละรายเป็น สำคัญ ตามคำแนะนำ/ มอบหมายของผู้จัดการ การดูแลระยะยาวด้าน สาธารณสุข)	<p>ความถี่ของการ ให้บริการอย่างน้อย เดือนละ ๒ ครั้ง</p> <p>๓.๑ การบริการ สาธารณสุขเบื้องต้น ทั้งด้านการพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การ ทำกายภาพบำบัด การดูแลด้านยา การดูแลโภชนาการ อาจรวมถึงการวัด สัญญาณชีพ และ ตรวจคัดกรองสุขภาพ ตรวจน้ำตาลในเลือด การปฐมพยาบาล การ ช่วยฟื้นคืนชีพพื้นฐาน เป็นต้น</p> <p>๓.๒ การดูแลสุขภาพ ขั้นพื้นฐาน เช่น การ ดูแลความสะอาด ร่างกาย การดูแลเรื่อง การกินยา การดูแล เรื่องการกินอาหาร เป็นต้น</p> <p>๓.๓ การจัดการสภาพ แวดล้อม/บ้านเพื่อการ ฟื้นฟูสภาพ ป้องกัน อุบัติเหตุ และการดูแล ระยะยาว</p>	<p>ความถี่ของการ ให้บริการอย่างน้อย สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง</p> <p>๓.๑. การบริการ สาธารณสุขเบื้องต้น ทั้งด้านการพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การ ทำกายภาพบำบัด การดูแลด้านยา การดูแลโภชนาการ อาจรวมถึงการวัด สัญญาณชีพ การตรวจ น้ำตาลในเลือด การ ปฐมพยาบาล การช่วย ฟื้นคืนชีพพื้นฐาน เป็นต้น</p> <p>๓.๒ การดูแลสุขภาพ ขั้นพื้นฐาน เช่น การ ดูแลความสะอาด ร่างกาย การดูแลเรื่อง การกินยา การดูแล เรื่องการกินอาหาร เป็นต้น</p> <p>๓.๓ การจัดการสภาพ แวดล้อม/บ้านเพื่อการ ฟื้นฟูสภาพ ป้องกัน อุบัติเหตุ และการดูแล ระยะยาว/ผู้ป่วยสมอง เสื่อม</p>	<p>ความถี่ของการ ให้บริการอย่างน้อย สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง</p> <p>๓.๑ การบริการ สาธารณสุขเบื้องต้น ทั้งด้านการพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การ ทำกายภาพบำบัด การดูแลด้านยา การดูแลโภชนาการ อาจรวมถึงการวัด สัญญาณชีพ การทำ แผล การดูแลสายสวน การตรวจน้ำตาลใน เลือด การปฐมพยาบาล การช่วยฟื้นคืนชีพ พื้นฐาน เป็นต้น</p> <p>๓.๒ การดูแลสุขภาพ ขั้นพื้นฐาน เช่น การ ดูแลความสะอาด ร่างกาย การดูแลเรื่อง การกินยา การดูแล เรื่องการกินอาหาร เป็นต้น</p> <p>๓.๓ การจัดการสภาพ แวดล้อม/บ้านเพื่อการ ฟื้นฟูสภาพและการ ดูแลระยะยาว/ผู้ป่วย นอนติดเตียง</p>	<p>ความถี่ของการ ให้บริการอย่างน้อย สัปดาห์ละ ๒ ครั้ง</p> <p>๓.๑ การบริการ สาธารณสุขเบื้องต้น ทั้งด้านการพยาบาล การฟื้นฟูสภาพ การ ทำกายภาพบำบัด การดูแลด้านยา การดูแลโภชนาการ อาจรวมถึงการวัด สัญญาณชีพ การทำ แผล การดูแลสายสวน การตรวจน้ำตาลใน เลือด การให้ออกซิเจน การดูดเสมหะ การปฐม พยาบาล การช่วยฟื้น คืนชีพพื้นฐาน เป็นต้น</p> <p>๓.๒ การดูแลสุขภาพ ขั้นพื้นฐาน เช่น การ ดูแลความสะอาด ร่างกาย การดูแลเรื่อง การกินยา การดูแล เรื่องการกินอาหาร เป็นต้น</p> <p>๓.๓ การจัดการสภาพ แวดล้อม/บ้านเพื่อการ ฟื้นฟูสภาพและการ ดูแลระยะยาว/ผู้ป่วย นอนติดเตียง/ระยะ สุดท้าย</p>

ตัวอย่าง แผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) เพื่อใช้ปฏิบัติงาน

แผนพยาบาลดูแล (Care Plan) ฉบับที่ 1/67 วันที่ 01/01/67 หน่วยบริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสุขสำราญ									
ชื่อ เลขบัตรประจำตัวประชาชน	ที่อยู่ 49 ม.6 ต.ลงเมือง หมายเลขโทรศัพท์	จัดทำวันที่ 01 เดือน มกราคม พ.ศ. 2567 วินิจฉัย : ADL=4, TAI=3 ผู้สูงอายุภาวะพึ่งพิงกลุ่มที่ 1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น : ผู้สูงอายุคิดเดียว							
แนวคิดของผู้ให้บริการและครอบครัวที่มีต่อการดำรงชีวิต ผู้สูงอายุ - อยากช่วยเหลือตัวเองได้หรือสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ดีขึ้นจากที่เป็นอยู่ ญาติ - อยากให้ชุมชนยอมรับสภาพความเจ็บป่วยของผู้สูงอายุที่ดูแล	แนวนโยบายการให้ความช่วยเหลือโดยรวม (รวมถึงเป้าหมายระยะยาว) - กินอาหารเองได้/จับถ้วยเองได้ - ญาติสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง - ที่อยู่อาศัยเหมาะสม - มีอาชีพ/มีรายได้เพิ่ม เพียงพอ เพิ่มขึ้น - ไม่มีภาวะซึมเศร้า - ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนนานๆ - ไม่เกิดแผลกดทับ	ข้อควรระวังในการให้บริการ - การกินอาหาร/สำลักอาหาร - การทำร้ายตนเองและผู้อื่น/ฆ่าตัวตาย - การพลัดตกหกล้ม - การรับประทานยาผิด/ผลข้างเคียงจากการใช้ยา/การแพทย์ - การหลงทาง - ข้อคิด/ข้อเหวี่ยง - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ - ผู้สูงอายุถูกทำร้าย - อุบัติเหตุ เช่น ไฟไหม้ น้ำร้อนลวก จมน้ำ							
ประเด็นปัญหาและความต้องการในการดำรงชีวิต - มีความอ่อนแรง ของกำลังมือแขน ขา - ความเพียงพอของรายได้ในการดำรงชีวิต - อยู่อาศัย/ลักษณะที่อยู่อาศัย - ปัญหาด้านความจำ/หลงลืม/ซึมเศร้า/นอนไม่หลับ - ไม่สามารถเดินได้โดยลำพัง ต้องมีคนช่วยเหลือ	เป้าหมายในการดำรงชีวิต (เป้าหมายระยะสั้นภายใน 3 เดือน) - ไม่มีแผลกดทับ ภายใน 3 เดือน - พื้นฟูสภาวะของข้อและกล้ามเนื้อให้คงสภาพหรือดีขึ้น ภายใน 3 เดือน - ทำกิจวัตรประจำวันได้ เช่น เดินได้ด้วยตนเอง อาบน้ำเองได้ ทานข้าวเองได้ จับถ้วยเองได้ ภายใน 3 เดือน	บริการนอกเหนือรายสัปดาห์ (รวมการช่วยเหลือของครอบครัวและ Informal) อุปกรณ์ทางการแพทย์ - อุปกรณ์ทำแผล กายอุปกรณ์ - รถเข็นนั่ง บริการอื่นๆ - ครอบครัวให้การช่วยเหลือดูแลกิจวัตรประจำวัน/ด้านจิตใจ/ด้านการเงินในการดูแล							
กำหนดการ การช่วยเหลือของครอบครัวและการช่วยเหลือประเภท Informal									
กิจกรรม	ความถี่	จ.	อ.	พ	พญ	ศ	ส	อ	ผู้รับผิดชอบ
การนัด	เดือนละ 1 ครั้ง	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	เจ้าหน้าที่แผนไทย
ประเมินภาวะโภชนาการ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	พยาบาล
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ	เดือนละ 1 ครั้ง	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	เจ้าหน้าที่สาธารณสุข
ทำความสะอาดที่นอน/บริเวณบ้าน	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
วัดสัญญาณชีพ	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ผู้ดูแลผู้สูงอายุ(CG)
เตรียมอุปกรณ์ให้อาหารสะอาดและพร้อมใช้	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
ประเมิน ADL (มีรหัสใน SP PP)	อาทิตย์ละ 1 ครั้ง	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	พยาบาล
ล้างหน้า แปรงฟัน	วันละ 1 ครั้ง(เช้า)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	ครอบครัว
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต - ตื่นนอน - ล้างหน้า - ดูแลเตรียมอาหารและรับประทานอาหารเช้า กลางวัน และเย็นโดยญาติ ญาติ - ดูแลเตรียมให้ยาโดยญาติ - รับประทานยา - ภายภาพบำบัดโดยญาติ - ออกกำลังกาย - สวมสนับ - นอนหลับ	ผู้จัดทำ นางปริญญา พินิจกลาง ผู้รับผิดชอบ Caregiver : น.ส.ทองลิ หล้าหนูหมา ระยะเวลาที่ caregiver ดูแลผู้สูงอายุไม่น้อยกว่า 6 ชั่วโมง นาที/เดือน ข้าพเจ้าเห็นชอบกับการปฏิบัติตาม Care Plan นี้	1) (ผู้ป่วย/ญาติ) ควบคุม 2) (ผู้ป่วย/ญาติ) ควบคุม							

ใบความรู้ที่ ๔ การบันทึกกิจกรรมการดูแลเพื่อการประเมินวิเคราะห์ความช่วยเหลือ

แบบฟอร์มการจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ดำเนินการตามแนวทางจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ตามหนังสือกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ส่วนที่ ๓๓๓๙.๒/ว ๓๔๐๓ ลงวันที่ ๓ พฤศจิกายน ๒๕๖๓ เรื่อง แนวทางการดำเนินโครงการอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพิ่มเติม

-ตัวอย่าง-

การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Care Plan) โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ข้อมูลผู้สูงอายุ : ชื่อ-สกุล..... เลขบัตรประจำตัวประชาชน..... อายุ.....ปี
 ที่อยู่ปัจจุบัน หมายเลขโทรศัพท์..... ADL =
 ข้อมูลอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น : ชื่อ-สกุล..... หมายเลขโทรศัพท์..... สังกัดหน่วยงาน.....

หมวด	กิจกรรม	เวลา	ความถี่
1. การดูแลกิจวัตรประจำวัน	○ การอาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย กับทรงผม	○ ค่ำเวลา 08.00 น. ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 15.00 - 16.00 น. ○ 08.00 - 09.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น. ○ 09.00 - 10.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	○ การช่วยเหลือเข็นเข็นย้าย หรือการพลิกตะแคงตัว	○ ค่ำเวลา 08.00 น. ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 15.00 - 16.00 น. ○ 08.00 - 09.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น. ○ 09.00 - 10.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	○ การช่วยเหลือรับประทานอาหาร	○ ค่ำเวลา 08.00 น. ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 15.00 - 16.00 น. ○ 08.00 - 09.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น. ○ 09.00 - 10.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	○ การช่วยเหลือการขับถ่าย	○ ค่ำเวลา 08.00 น. ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 15.00 - 16.00 น. ○ 08.00 - 09.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น. ○ 09.00 - 10.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
	○ อื่นๆ ระบุ.....	○ ค่ำเวลา 08.00 น. ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 15.00 - 16.00 น. ○ 08.00 - 09.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น. ○ 09.00 - 10.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์
2. การดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน	○ การพยาบาลขั้นพื้นฐาน	○ ค่ำเวลา 08.00 น. ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 15.00 - 16.00 น. ○ 08.00 - 09.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น. ○ 09.00 - 10.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น.	จำนวน.....วัน/สัปดาห์

หมวด	กิจกรรม	เวลา	ความถี่
	○ การฟื้นฟูสมรรถภาพเบื้องต้น และการออกกำลังกาย/กายภาพเบื้องต้น	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 15.00 - 16.00 น.	○ 08.00 - 09.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.
	○ การประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันขั้นพื้นฐาน	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 15.00 - 16.00 น.	○ 08.00 - 09.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.
	○ การทำแผลเบื้องต้น	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 15.00 - 16.00 น.	○ 08.00 - 09.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.
	○ การประเมินสติปัญญาขั้นสูง	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 15.00 - 16.00 น.	○ 08.00 - 09.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.
	○ ดูแลเรื่องยาเบื้องต้น	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 15.00 - 16.00 น.	○ 08.00 - 09.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.
	○ การประเมินภาวะซึมเศร้า	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 15.00 - 16.00 น.	○ 08.00 - 09.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.
	○ การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 15.00 - 16.00 น.	○ 08.00 - 09.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.
	○ การดูแลสายสวนต่างๆ เบื้องต้น	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 15.00 - 16.00 น.	○ 08.00 - 09.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.
	○ อื่นๆ ระบุ.....	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 15.00 - 16.00 น.	○ 08.00 - 09.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.
3. การดูแลสิ่งแวดล้อมและการประสานงาน	○ การทำความสะอาดบ้าน	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 15.00 - 16.00 น.	○ 08.00 - 09.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.
	○ ดูแลสถานที่ให้พื้นที่มีอากาศถ่ายเทได้สะดวก	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 15.00 - 16.00 น.	○ 08.00 - 09.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.
	○ จัดมุมพักผ่อนสำหรับผู้สูงอายุในบริเวณบ้าน	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 15.00 - 16.00 น.	○ 08.00 - 09.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.

หมวด	กิจกรรม	เวลา	ความถี่
	○ ให้อาหาร/บริการด้านสุขภาวะเบื้องต้นกับครอบครัว	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 15.00 - 16.00 น.	○ 08.00 - 09.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.
	○ การพาไปพบแพทย์	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 15.00 - 16.00 น.	○ 08.00 - 09.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.
	○ ประสานความร่วมมือช่วยเหลือและการส่งต่อกับหน่วยงานต่างๆ	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 15.00 - 16.00 น.	○ 08.00 - 09.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.
	○ อื่นๆ ระบุ.....	○ ก่อนเวลา 08.00 น. ○ 11.00 - 12.00 น. ○ 15.00 - 16.00 น.	○ 08.00 - 09.00 น. ○ 12.00 - 13.00 น. ○ 13.00 - 14.00 น. ○ 14.00 - 15.00 น. ○ หลังเวลา 16.00 น.

หมายเหตุ การจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจำเป็นต้องได้รับการบริการจากบุคลากรในสหสาขาวิชาชีพ เช่น นักกายภาพบำบัด พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข Caregiver อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เป็นต้น ดังนั้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจำเป็นต้องประสานความร่วมมือกับหน่วยงานสาธารณสุขหรือหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การจัดทำแผนการดูแล (Care Plan) และการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงเป็นมาตรฐานและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน

กิจกรรมการดูแล	ใช้ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	หมายเหตุ
การวัดสัญญาณชีพ(ความดัน/ชีพจร/การหายใจและวัดไข้)		หมายเหตุ ความถี่ของกิจกรรมการดูแล เลข 1 = ทุก 2 ชม. เลข 2 = วันละ 1 ครั้ง เลข 3 = วันละ 2 ครั้ง เลข 4 = วันละ 3 ครั้ง เลข 5 = วันละ 4 ครั้ง เลข 6 = วันเว้นวัน เลข 7 = อาทิตย์ละ 1 ครั้ง เลข 8 = อาทิตย์ละ 2 ครั้ง เลข 9 = เดือนละ 1 ครั้ง เลข 10 = เดือนละ 2 ครั้ง เลข 11 = 2 เดือนครั้ง เลข 12 = 3 เดือนครั้ง เลข 13 = ทำครั้งเดียว เลข 14 = อื่นๆ.....
การล้างหน้า / แปรงฟัน		
การอาบน้ำ / สระผม / เช็ดตัว		
การทำความสะอาดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์		
การทำโถชักโครก/ล้างชักโครก/ทำความสะอาดชักโครก		
การตัดเล็บ / ตัดผม / โกนหนวด		
การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ		
การทำความสะอาดที่นอนบริเวณบ้าน		
การเตรียมอาหาร / ให้อาหารที่สะอาดและพร้อมใช้		
การป้อนอาหาร และหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางปาก		
การให้อาหารและหรือยาตามเวลาที่แพทย์กำหนดทางสายยาง(NG tube)		
การให้คำแนะนำเรื่องอาหารที่เหมาะสม		
การตรวจคัดกรองก้อนเนื้อและกระตุ้นระบบไหลเวียนเลือด		
การบริหารข้อและกล้ามเนื้อ		
การเคลื่อนย้ายผู้สูงอายุบนเตียงและลงจากเตียง		
การฝึกทรงตัว / การฝึกเดิน		
การดูแลสวนอุจจาระ / ล้างอุจจาระ / ฝึกการกลืนปัสสาวะ		
การดูแลทำความสะอาดผู้ใส่สายสวนปัสสาวะ / เปลี่ยนถุงยางอนามัย		
การพลิกตะแคงตัว / การจัดท่านอนป้องกันแผลกดทับ / ป้องกันฟ้าผ่า		
การห้ามแผลกดทับ		
การจัดการความเจ็บปวด / การให้อาหารบรรเทาปวด		
การอ่านหนังสือ / สวดมนต์/ฝึกสมาธิ/กิจกรรมจากวิทยุโทรทัศน์/โทรศัพท์		
การกระตุ้นการใส่บาตร / ไปวัด		
สูดดมขี้ผึ้ง(Aroma therapy) / ดนตรีบำบัด(Music therapy)		
การประเมิน ADL / การประเมินภาวะสมองเสื่อม		

กิจกรรมการดูแล(ต่อ)	ใช้ตัวเลขความถี่ของกิจกรรมการดูแล (ดูจากหมายเหตุ)	
การบริการรับ-ส่งยา รวมทั้งนำผลการตรวจเข้าพบแพทย์/จนท.สาธารณสุข		
การบริการเก็บ-จ่ายวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้ผู้สูงอายุ เช่น ชุดทันตแพทย์.....		
การบริการพาหนะรับส่งผู้สูงอายุ		
การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้สูงอายุ		
การปรับสภาพบ้านที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมป้องกันอุบัติเหตุ		
การจะเสียดปลานิ้วเพื่อตรวจระดับน้ำตาล		
การจัดการอาการรบกวนในผู้สูงอายุระยะสุดท้าย		
การส่งตรวจหาในการจัดงานศพผู้สูงอายุ		
กิจกรรมหลักในการดำรงชีวิต		
<input type="checkbox"/> ตื่นนอน <input type="checkbox"/> ล้างหน้า <input type="checkbox"/> ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าที่ยังและเย็น โดยญาติ <input type="checkbox"/> ดูแลเตรียมอาหาร ป้อน/ให้อาหารทางสายยางเข้าที่ยังและเย็น โดย <input type="checkbox"/> อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น <input type="checkbox"/> ดูแลเตรียมยาและให้อาหารโดยญาติ <input type="checkbox"/> ดูแลเตรียมยาและให้อาหารโดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น <input type="checkbox"/> การทำกายภาพบำบัด โดยญาติ <input type="checkbox"/> การทำกายภาพบำบัด โดยอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น <input type="checkbox"/> การออกกำลังกาย <input type="checkbox"/> การเปลี่ยนผ้าอ้อม/แผ่นรองขับ <input type="checkbox"/> การสวดมนต์ <input type="checkbox"/> การนอนหลับ	ผู้จัดทำ : (.....) เลขที่หน่วยงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) เทศบาล/อบต..... ผู้รับผิดชอบ : (.....) อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เทศบาล / อบต..... ข้าพเจ้านัดหมายกับการปฏิบัติตาม Care Plan ฉบับนี้ 1)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี : 2)ลงชื่อ.....(ผู้ป่วย/ญาติ/ผู้ดูแล) วันเดือนปี :	

หมายเหตุ Care Plan ได้รับความร่วมมือจากครอบครัวและนำมาปรับปรุงเพื่อช่วยอำนวยความสะดวกให้คณะทำงานจัดทำแผนการดูแลรายบุคคลฯ เพื่อใช้ในการควบคุมการทำงานของอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น

ใบความรู้ที่ ๕ การรายงาน การประสานงานและการส่งต่อการช่วยเหลือผู้ป่วย ตามสภาพปัญหาภาคีเครือข่ายหน่วยงานที่เหมาะสม

นियามการรับส่งต่อผู้ป่วย

ระบบการรับส่งต่อ (Referral system) หมายถึง ระบบบริการสุขภาพที่จัดขึ้น เพื่อให้บริการรับส่งต่อผู้ป่วยหรือผู้รับบริการได้รับบริการสุขภาพ บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุขระหว่างสถานบริการสุขภาพ ตั้งแต่ก่อนการส่งต่อ ขณะส่งต่อ หลังส่งต่อ และการส่งต่อทั้งไปและกลับอย่างมีคุณภาพเหมาะสมกับขีดความสามารถของสถานบริการสุขภาพนั้นๆ โดยผู้ป่วยได้รับบริการสุขภาพที่ต่อเนื่องในแนวทางเดียวกันตั้งแต่สถานบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ และศูนย์ความเชี่ยวชาญระดับสูง (Excellent center) ซึ่งประกอบไปด้วย

การส่งต่อ (Refer out) หมายถึง การส่งผู้ป่วยไปรักษาต่อที่สถานบริการสุขภาพอื่น (เนื่องจากเกินศักยภาพของตนหรือด้วยข้อจำกัดอื่นๆ ที่จำเป็น) ซึ่งสามารถให้บริการที่เหมาะสมกว่า เพื่อปรึกษาซับซ้อนวินิจฉัยรักษาต่อหรือเพื่อการรักษาโดยผู้เชี่ยวชาญและหรือมือฉันทันทีที่ทันสมัยที่จึงหาจะเป็นสถานพยาบาลในระดับเดียวกันหรือสถานพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า

การรับการส่งต่อ (Refer in) หมายถึง กระบวนการรับผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากสถานพยาบาลต้นทางเพื่อมารับการรักษาต่อหรือรับการตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติม

การส่งกลับ (Refer back) หมายถึง การส่งผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อยังสถานพยาบาลขนาดเล็กใกล้บ้านเมื่อมีอาการที่พ้นระยะวิกฤตหรือมีอาการที่เหมาะสมกับศักยภาพของสถานพยาบาลขนาดเล็กใกล้บ้าน รวมถึงการส่งกลับไปรับการรักษาตามสิทธิการรักษาด้วย

การรับกลับ (Refer receive) หมายถึง การจัดระบบบริการ เพื่อไปรับผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อไปรับการรักษาหรือตรวจวินิจฉัยเพิ่มเติมจากสถานพยาบาลปลายทาง กลับมารักษาต่อยังสถานพยาบาลต้นทาง เมื่อมีอาการที่พ้นระยะวิกฤตหรือมีอาการที่เหมาะสมกับศักยภาพของสถานพยาบาลของตนรวมถึงการรับกลับมารับการรักษาต่อตามสิทธิการรักษาด้วย

การขอรับคำปรึกษาในการดูแลรักษาผู้ป่วย (Consultation) หมายถึง การจัดระบบบริการเพื่อให้คำปรึกษาในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยจากผู้เชี่ยวชาญสาขาต่างๆ ของโรงพยาบาลแม่ข่ายให้แก่บุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลลูกข่าย ในกรณีที่ต้องขอรับคำปรึกษาในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยก่อนการส่งต่อหรือต้องการเฉพาะคำแนะนำในการดูแลรักษาพยาบาลแต่ไม่ต้องการส่งต่อมารับการรักษา

การจัดระบบบริการรับส่งต่อผู้ป่วย หมายถึง การจัดระบบบริการที่ครอบคลุมการให้บริการยานพาหนะพร้อมอุปกรณ์ด้านการแพทย์ในการรับส่งต่อผู้ป่วย บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างรับส่งต่อกระบวนการดูแลผู้ป่วยรับและส่งต่อ และค่าใช้จ่ายในการรับส่งต่อ

การควบคุมกำกับปฏิบัติการทางด้านการแพทย์ทางไกลในระบบส่งต่อ (Online Medical Oversight) หมายถึง การควบคุมกำกับปฏิบัติการทางด้านแพทย์ทางไกล โดยศูนย์รับส่งต่อผู้ป่วยแม่ข่ายโดยครอบคลุมตั้งแต่การเตรียมผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตก่อนการเคลื่อนย้าย ขณะส่งต่อ จนถึงโรงพยาบาลปลายทาง ช่วยผู้ป่วยฉุกเฉินจากในระบบส่งต่อ โดยทั้งนี้ให้อยู่ภายใต้การควบคุม กำกับ ดูแลของแพทย์หรือแพทย์อำนวยการปฏิบัติการฉุกเฉิน (Medical director)

ระบบติดตามรถพยาบาล (Ambulance tracking) หมายถึง ระบบที่ใช้ในการติดตามและระบุตำแหน่งของรถพยาบาลแบบต่อเนื่องและสามารถเข้าถึงข้อมูลของรถพยาบาลได้

เครือข่ายระดับจังหวัด หมายถึง สถานพยาบาลทุกระดับที่อยู่ในพื้นที่เขตจังหวัด โดยมีโรงพยาบาลระดับจังหวัด (โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป) เป็นแม่ข่าย

เครือข่ายระดับเขตสุขภาพ หมายถึง สถานพยาบาลทุกระดับที่ได้รับการกำหนดว่าเป็นสถานพยาบาลในพื้นที่เขตสุขภาพ โดยมีโรงพยาบาลศูนย์ระดับเขตสุขภาพเป็นแม่ข่ายตามริบของพื้นที่ ทั้งนี้อาจระบุความเป็นแม่ข่ายระดับเขตสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงเฉพาะด้านก็ได้ เช่น Center of excellent สาขาต่างๆ

สถานพยาบาลนอกเขตสุขภาพ หมายถึง สถานพยาบาลทุกระดับที่นอกเหนือจากสถานพยาบาลที่ได้รับการกำหนดว่าเป็นสถานพยาบาลทุกระดับในพื้นที่เขตสุขภาพ

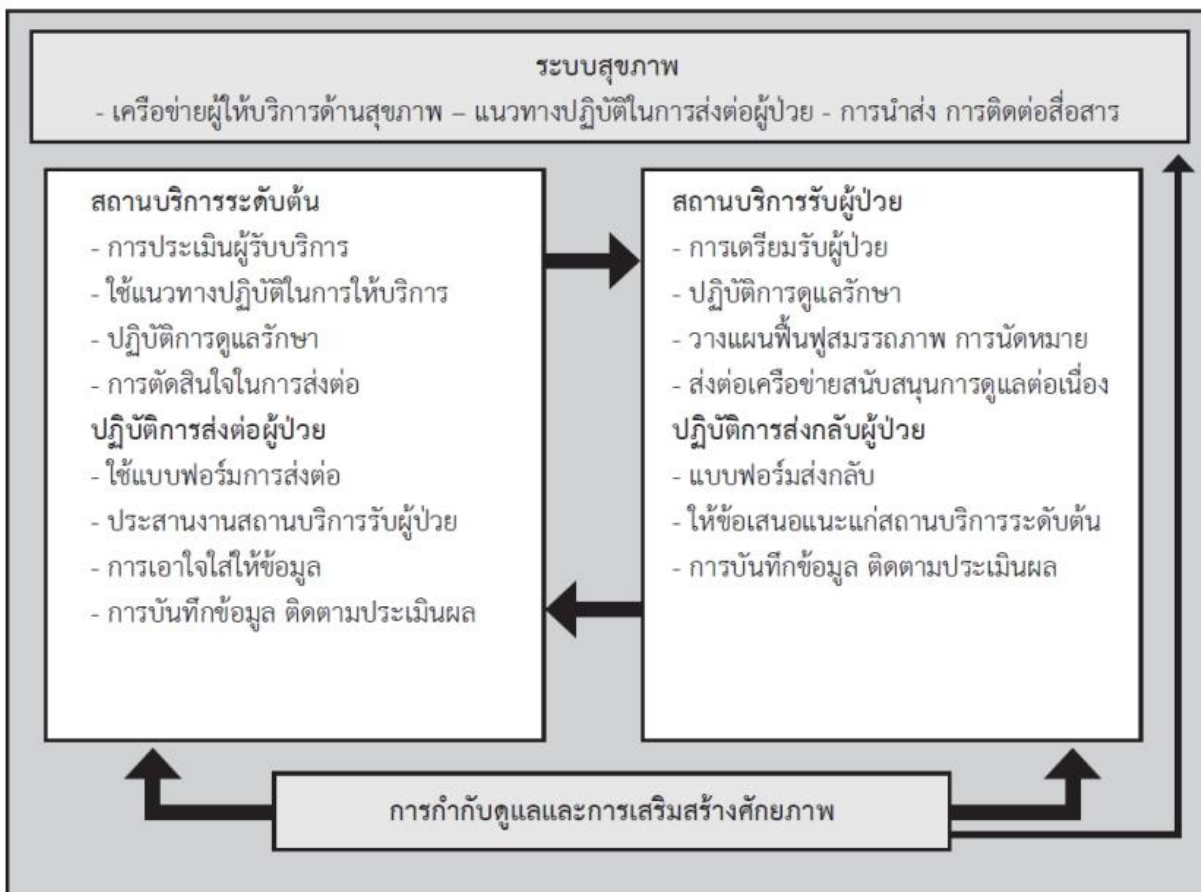
ความสำคัญของการส่งต่อ (Referring)

๑. การส่งต่อผู้ป่วย เป็นหัวใจสำคัญของระบบบริการสุขภาพ
๒. เพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐาน ครอบคลุม เป็นธรรม และต่อเนื่อง
๓. ระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ จะสะท้อนให้เห็นการเชื่อมโยงของสถานบริการเพื่อดูแลสุขภาพประชาชนในทุกระดับ

วัตถุประสงค์ในการส่งต่อ (Referring)

๑. เพื่อแสวงหาผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางเฉพาะโรค
๒. เพื่อแสวงหาบริการเพิ่มเติมที่สถานบริการนั้นไม่มี
๓. เพื่อแสวงหาเครื่องมือในการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรค
๔. เพื่อเข้ารับการรักษาตามสิทธิการรักษาของผู้ป่วย
๕. เพื่อได้รับการดูแลแบบประคับประคองในวาระสุดท้ายของชีวิต

การจัดระบบการส่งต่อผู้ป่วย



การพัฒนาการส่งต่อผู้ป่วย

๑. การพัฒนาบริการปฐมภูมิ

- ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง ศูนย์แพทย์ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- การดูแลสุขภาพที่บ้าน (Home Health Care) การเยี่ยมบ้าน
- ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน (Long Term Care)

๒. การพัฒนาความเชี่ยวชาญระดับสูงให้กระจายทั่วทุกภาค (๑๓ สาขา) ได้แก่

๕ สาขาหลัก (สูติ-นรีเวชกรรม, ศัลยกรรม, อายุรกรรม, กุมารเวชกรรม, กระดูก) โรคหัวใจ โรคมะเร็ง อุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทารกแรกเกิด สุขภาพจิต จิตเวช และยาเสพติด ระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ สุขภาพช่องปาก ตา ไต โรคไม่ติดต่อ การแพทย์แผนไทยและการแพทย์ผสมผสาน การรับบริจาคและปลูกถ่ายอวัยวะ

๓. พัฒนาเครือข่ายเชื่อมโยงบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิถึงตติยภูมิโดยเน้นการเชื่อมโยงแบบไร้รอยต่อบทบาทชัดเจนไม่ซ้ำซ้อน กระจายให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

การส่งต่อผู้ป่วยที่ดี ควรมีองค์ประกอบเหล่านี้

๑. ระบบสุขภาพที่เชื่อมโยงทุกระดับ (ปฐมภูมิ ทติยภูมิ ตติยภูมิ)
๒. ระบบตามจ่ายที่คล่องตัว
๓. บุคลากร (พยาบาลวิชาชีพ, พนักงานขับรถ) และอุปกรณ์ที่ใช้ในการส่งต่อ (รถ)
๔. ระบบการส่งต่อข้อมูลของผู้ป่วย

การบันทึกรายงานที่จำเป็นสำหรับการส่งต่อ

๑. บันทึกอาการของผู้ป่วยในปัจจุบัน
๒. บันทึกการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับในปัจจุบัน และเคยได้รับในอดีต
๓. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต รวมถึงประวัติการรักษาและการผ่าตัด (ถ้ามี)
๔. บันทึกอาการของผู้ป่วยขณะส่งต่อ
๕. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลตรวจรังสี และผลตรวจพิเศษอื่นๆ ของผู้ป่วย

หมวดที่ ๘ การฝึกปฏิบัติภาคสนาม

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

๑. เพื่อให้มีองค์ความรู้ ความเข้าใจเรื่องในการดูแลผู้สูงอายุ สามารถนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้ายได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการอย่างมีประสิทธิภาพ

เนื้อหาแผนการสอน (จำนวน ๒๒ ชั่วโมง : ปฏิบัติ ๒๒ ชั่วโมง)

๑. การ Orientation Caregiver ในการดูแลผู้ป่วยข้างเตียง
๒. การฝึกปฏิบัติงานในพื้นที่ชุมชนหรือหน่วยบริการสาธารณสุขของทั้งภาครัฐและเอกชน

วิธีการสอน

๑. การลงปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้าย
๒. วิทยากร /Care Manager เป็นผู้ควบคุมการฝึกปฏิบัติในพื้นที่ชุมชนหรือหน่วยบริการสาธารณสุขของทั้งภาครัฐและเอกชน
๓. มีแบบฟอร์มการลงไปดูแลผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้าย
๔. จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และนำเสนอผลการปฏิบัติงาน

ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม

๑. วิทยากรชี้แจงแนวทางการลงฝึกปฏิบัติดูแลผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้าย
๒. วิทยากรพี่เลี้ยงมอบหมายการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้ายตามแบบฟอร์มที่กำหนดในการลงปฏิบัติงาน
๓. ศึกษากรณี Case ตามที่ได้รับมอบหมายในพื้นที่ชุมชนหรือหน่วยบริการสาธารณสุขของทั้งภาครัฐและเอกชน
๔. นำเสนอศึกษากรณี Case ต่อวิทยากรพี่เลี้ยงและหน่วยฝึกอบรม

สื่อประกอบการเรียน/อุปกรณ์

๑. คู่มือแนวทางการฝึกอบรมหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม ๕๐ ชั่วโมง
๒. คู่มือการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย (สำหรับบุคลากรทางการแพทย์)
๓. สื่อการอบรม
 - ไฟล์นำเสนอ
 - เอกสาร /ระเบียบต่าง ๆ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้ายผู้ป่วยแบบประคับประคองและระยะท้าย



คำชี้แจงการฝึกปฏิบัติภาคสนาม
การอบรมหลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน 50 ชั่วโมง

เมื่อสิ้นสุดการอบรมภาคทฤษฎี ให้ผู้เข้ารับการอบรมปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ฝึกปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้การนิเทศของผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ในพื้นที่รับผิดชอบ

2. ให้ผู้เข้ารับการอบรมฝึกปฏิบัติภาคสนาม ณ หน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ของตนเอง เป็นระยะเวลา 3 วัน ตั้งแต่เวลา 8.00 น. ถึง 16.30 น. (วันละ 7 ชั่วโมง 30 นาที) ไม่นับช่วงพักกลางวัน รวมเวลาฝึกปฏิบัติทั้งสิ้น 22 ชั่วโมง 30 นาที

ขอบเขตของการฝึกปฏิบัติ (20 คะแนน) มีดังนี้

1. ประเมินผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้ แบบประเมินความต้องการชุดบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 1 ราย (5 คะแนน)

2. ประเมินสิ่งแวดล้อมบ้านผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง โดยใช้ แบบประเมินสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ จำนวน 1 ครอบครัว (5 คะแนน)

3. เก็บประสบการณ์ตามแบบฝึกประสบการณ์ภาคสนาม ดังรายละเอียดต่อไปนี้ (5 คะแนน)

3.1 ฝึกปฏิบัติการฟื้นฟูสภาพร่างกาย ดังนี้ (ปฏิบัติอย่างน้อย 4 รายการ กรณีไม่ครบ 4 รายการ ให้ปฏิบัติรายการใดรายการหนึ่งอย่างน้อย 4 คน)

- การจัดทำและการพลิกตะแคงตัว
- การออกกำลังกายทั่วไป การฝึกนั่ง-ยืน-เดิน
- การเคลื่อนย้ายบนเตียงหรือที่นอน
- การออกกำลังกายผู้ป่วยข้อเสื่อม
- การเคลื่อนย้ายจากเตียงหรือที่นอนไปรถเข็นนั่งหรือที่นั่ง
- การฝึกการหายใจที่ถูกต้อง

3.2 ฝึกปฏิบัติการดูแลแผลและช่องทางเปิดเข้าสู่ร่างกาย ดังนี้ (ปฏิบัติอย่างน้อย 2 รายการ กรณีไม่ครบ 2 รายการ ให้ปฏิบัติรายการใดรายการหนึ่งอย่างน้อย 2 คน)

- การดูแลผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ เพื่อป้องกันแผลกดทับ
- การดูแลแผลกดทับ
- การดูแลท่อหลอดลมคอหลังการเจาะคอ (Tracheostomy tube)
- การดูแลผู้ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้ (Retained Foley's catheter)

3.3 การดูแลอาหารเฉพาะโรค (ปฏิบัติอย่างน้อย 2 รายการ กรณีไม่ครบ 2 รายการ ให้ปฏิบัติรายการใดรายการหนึ่งอย่างน้อย 2 คน)

- การดูแลสายให้อาหารทางสายยางผ่านทางจมูกหรือหน้าท้อง
- การให้อาหารทางสายยาง
- การให้คำแนะนำอาหารที่เหมาะสมกับโรค ได้แก่ อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต ฯลฯ

4. บันทึกสิ่งที่ผู้เข้าอบรมได้ปฏิบัติในแบบฟอร์มที่แนบมาด้วย โดยให้ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) เซ็นรับรองการปฏิบัติ (5 คะแนน)
5. เมื่อดำเนินการเสร็จแล้ว ให้ผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ณ หน่วยฝึกปฏิบัติงาน รวบรวมรายงานและส่งรายงานการฝึกปฏิบัติมายังสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ตามแบบฟอร์มที่กำหนดให้)
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวบรวมรายชื่อผู้ผ่านการฝึกอบรม มายังศูนย์อนามัย
7. ศูนย์อนามัยตรวจสอบรายชื่อผู้ผ่านการอบรม และส่งมายังสำนักอนามัยผู้สูงอายุ

คำชี้แจงสำหรับผู้จัดการการดูแลผู้สูงอายุ (Care Manager) ในพื้นที่ที่นิเทศการฝึกปฏิบัติ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ขอขอบคุณท่านเป็นอย่างสูง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการนิเทศดูแล และให้คำแนะนำ อาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น (CC) ที่เข้าอบรมในหลักสูตรต่อเนื่อง 50 ชั่วโมง ผู้เข้าอบรมฯ ผ่านการอบรมภาคทฤษฎีจำนวน 28 ชั่วโมงแล้ว และต้องฝึกปฏิบัติเพิ่มเติมอีก 22 ชั่วโมง เพื่อให้ครบตามหลักสูตร ดังนั้น ขอให้ CM ได้มอบหมายให้ CC ได้ปฏิบัติตามการดูแลผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง และกรุณาเซ็นชื่อกำกับ กิจกรรมที่ CC ได้ปฏิบัติจริง ในแบบฟอร์มการฝึกปฏิบัติที่แนบมาด้วย ทั้งนี้ ท่านอาจสอบถามความรู้ นิเทศ ทักษะการปฏิบัติ และให้คำแนะนำเพิ่มเติมได้ตามความเหมาะสม

หากมีข้อสงสัยในการขั้นตอนการฝึกปฏิบัติ สามารถติดต่อสอบถาม ศูนย์อนามัยเขตในพื้นที่ของท่าน

แบบประเมินการฝึกปฏิบัติภาคสนาม
การอบรมหลักสูตรอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน 50 ชั่วโมง

ชื่อ-สกุลผู้อบรม..... หน่วยงานต้นสังกัด.....

ตำบล..... อำเภอ..... จังหวัด.....

แบบประเมินสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับผู้สูงอายุ

คำชี้แจง ใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องคำตอบที่ตรงกับลักษณะบ้านที่ประเมิน

การประเมินผล: หากตอบ “ไม่ใช่” ในข้อใด แสดงว่ามีความเสี่ยงสำหรับการอยู่อาศัยของผู้สูงอายุในด้านนั้น ควรแนะนำให้มีการปรับปรุงสภาพแวดล้อมในบ้านให้มีความเหมาะสม

ชื่อ-สกุล ผู้สูงอายุ..... อายุ.....

ที่อยู่.....

ข้อ	บริเวณ	ใช่	ไม่ใช่	หมายเหตุ
1	พื้นบ้าน พื้นห้องน้ำ พื้นครัว และบริเวณรอบบ้าน แห้งและไม่ลื่น ไม่มีตะไคร่น้ำ			
2	ไม่มีสิ่งกีดขวางทางเดิน และจัดสิ่งของเป็นระเบียบ			
3	มีราวจับในบริเวณบ้าน เช่น ห้องน้ำ ห้องนอน บันได ทางเดิน เฉลียง/ชานบ้าน บริเวณรอบบ้าน			
4	แสงสว่างในบ้านเพียงพอ มองเห็นได้ชัดเจน หรือสามารถอ่านหนังสือได้			
5	เตียงนอน/พูก มีความยาวพอดีกับสรีระของผู้สูงอายุ มีความสูงพอดีกับข้อพับเข่า/ไม่สูงเกินไป			
6	ส้วมที่บ้านเป็นส้วมนั่งราบหรือส้วมชักโครก			

ลายเซ็น.....

ชื่อ-สกุล ตัวบรรจง.....

CM ผู้นิเทศการฝึกปฏิบัติ

แบบฝึกประสบการณ์การฝึกปฏิบัติภาคสนาม
การอบรมหลักสูตรอาสาสมัครบริหารท้องถิ่นเพิ่มเติม จำนวน 50 ชั่วโมง

ชื่อ-สกุลผู้อบรม.....หน่วยงานต้นสังกัด.....

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

รายงานการฝึกปฏิบัติ

รายการที่ฝึกปฏิบัติ	วันที่ปฏิบัติ	ชื่อผู้สูงอายุ/ผู้พึ่งพิง
1. การฟื้นฟูสภาพร่างกาย (ปฏิบัติอย่างน้อย 4 รายการ กรณีไม่ครบ 4 รายการ ให้ปฏิบัติรายการใดรายการหนึ่งอย่างน้อย 4 คน)		
1.1) การจัดทำและการพลิกตะแคงตัว		
1.2) การเคลื่อนย้ายบนเตียงหรือที่นอน		
1.3) การเคลื่อนย้ายจากเตียงหรือที่นอนไปรถเข็นนั่งหรือที่นั่ง		
1.4) การออกกำลังกายทั่วไป การฝึกนั่ง-ยืน-เดิน		
1.5) การออกกำลังกายผู้ป่วยข้อเสื่อม		
1.6) การฝึกการหายใจที่ถูกต้อง		
2. การดูแลแผลและช่องทางเปิดเข้าสู่ร่างกาย (ปฏิบัติอย่างน้อย 2 รายการ กรณีไม่ครบ 2 รายการ ให้ปฏิบัติรายการใดรายการหนึ่งอย่างน้อย 2 คน)		
2.1) การดูแลผิวหนังบริเวณปุ่มกระดูกต่างๆ เพื่อป้องกันแผลกดทับ		
2.2) การดูแลแผลกดทับ		
2.3) การดูแลท่อหลอดลมคอหลังการเจาะคอ		
2.4) การดูแลผู้ที่ใส่สายสวนปัสสาวะคาไว้		
3. การดูแลอาหารเฉพาะโรค (ปฏิบัติอย่างน้อย 2 รายการ กรณีไม่ครบ 2 รายการ ให้ปฏิบัติรายการใดรายการหนึ่งอย่างน้อย 2 คน)		
3.1) การดูแลสายให้อาหารทางสายยางผ่านทางจมูกหรือหน้าท้อง		
3.2) การให้อาหารทางสายยาง		
3.3) การให้คำแนะนำอาหารที่เหมาะสมกับโรค ได้แก่ อาหารที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไต ฯลฯ		
4. ประสบการณ์อื่นที่ได้ปฏิบัติ (โปรดระบุ)		

ลายเซ็น.....

ชื่อ-สกุล ตัวบรรจง

CM ผู้นิเทศการฝึกปฏิบัติ

แบบประเมินความต้องการชุดบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ประเมินครั้งที่.....วันเดือนปีที่ประเมิน.....

คำชี้แจง : Care Manager และ/หรือทีมสหวิชาชีพกับผู้เกี่ยวข้อง ประเมินและบันทึกผลตามข้อมูลที่แท้จริงในช่อง หรือระบุข้อความใน..... โดยหากไม่มีหัวข้อที่จำเป็นต้องให้บริการให้เว้นคำตอบไว้ โดยพิจารณาความต้องการของผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน ด้วยการประเมิน สังเกต สัมภาษณ์ และตรวจสอบสภาพแวดล้อมที่บ้าน

ส่วนที่ 1 การประเมินผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง

ชื่อ-สกุลผู้สูงอายุ (นาย/นาง/นางสาว).....อายุ.....ปี

วัน/เดือน/ปีเกิด.....เลขบัตรประชาชน.....

บ้านเลขที่.....หมู่ที่.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

1. ข้อมูลทั่วไป

- 1.1 ผู้ตอบแบบประเมิน ผู้สูงอายุ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งผู้สูงอายุและผู้ดูแล
- 1.2 ผู้สูงอายุ มีผู้ดูแล ไม่มีผู้ดูแล (ข้ามไปข้อ 1.4 กรณีไม่มีผู้ดูแล)
- 1.3 ระยะเวลาที่มีผู้ดูแลปี.....เดือน.....วัน
- 1.4 ระดับการศึกษาของผู้สูงอายุ ประถมศึกษาปีที่..... มัธยมศึกษาปีที่.....หรือ ปวช.
 อนุปริญญาหรือ ปวส. ปริญญาตรีหรือสูงกว่า อื่นๆ.....
- 1.5 ระดับการศึกษาของผู้ดูแล ประถมศึกษาปีที่..... มัธยมศึกษาปีที่.....หรือ ปวช.
 อนุปริญญาหรือ ปวส. ปริญญาตรีหรือสูงกว่า อื่นๆ.....
- 1.6 ผู้สูงอายุ ไม่มีรายได้ มีรายได้เฉลี่ย.....บาทต่อเดือน
- 1.7 ผู้ดูแล ไม่มีรายได้ มีรายได้เฉลี่ย.....บาทต่อเดือน

2. การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน

กิจกรรมที่ 1 : รับประทานอาหารเมื่อเตรียมสำรับไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า

- 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุไม่สามารถตักอาหารเข้าปากได้ ต้องมีคนป้อนให้
- 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถตักอาหารเองได้ แต่ต้องมีคนช่วย เช่น ช่วยใช้ช้อนตักเตรียมไว้ให้ หรือตัดเป็นชิ้นเล็กๆ ไว้ล่วงหน้า
- 2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถตักอาหารและช่วยตัวเองได้เป็นปกติ

กิจกรรมที่ 2 : ล้างหน้า แปรงฟัน ทวีผม โกนหนวด ในระยะเวลา 24 - 48 ชั่วโมงที่ผ่านมา

- 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือในขั้นตอนต่างๆ
- 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถทำเองได้ (รวมทั้ง กรณีที่ผู้สูงอายุสามารถทำตัวเอง ถ้าผู้ช่วยเหลือเตรียมอุปกรณ์ไว้ให้แล้ว)

กิจกรรมที่ 3 : การลุกขึ้นนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้

- 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุไม่สามารถนั่งได้ (นั่งแล้วจะล้มเสมอ) หรือต้องใช้คน 2 คนช่วยกันยกขึ้น
- 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลืออย่างมากจึงจะนั่งได้ เช่น ต้องใช้คนที่แข็งแรงหรือมีทักษะ 1 คน หรือใช้คนทั่วไป 2 คน พยุงหรือดันขึ้นมา จึงจะนั่งอยู่ได้
- 2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุต้องการความช่วยเหลือบ้าง เช่น บอกรูปร่างทำตาม หรือช่วยพยุงเล็กน้อย หรือต้องมีคนดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถลุกขึ้นนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ได้ด้วยตนเอง

แบบประเมินความต้องการชุดบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ 1)

กิจกรรมที่ 4 : การใช้ห้องน้ำ

- 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุช่วยเหลือตัวเองในการใช้ห้องน้ำไม่ได้
- 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุใช้ห้องน้ำเองได้บ้าง (อย่างน้อย คือ การทำความสะอาดตัวเองได้หลังจากเสร็จธุระ) แต่ต้องการความช่วยเหลือในบางสิ่ง
- 2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถใช้ห้องน้ำเองได้ดี (ขึ้นนั่งและลงจากโถส้วมเองได้ ทำความสะอาดได้เรียบร้อย หลังจากเสร็จธุระ ถอด - ใส่เสื้อผ้าได้เรียบร้อย)

กิจกรรมที่ 5 : การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน

- 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุเคลื่อนที่ไปไหนไม่ได้
- 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถใช้รถเข็นช่วยเหลือตัวเองให้เคลื่อนที่ได้เอง (ไม่ต้องมีคนขึ้นให้) และจะต้องเข้าออกมุมห้องหรือประตูได้
- 2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถเดิน หรือเคลื่อนที่โดยมีคนช่วย เช่น พยุง หรือบอกให้ทำตาม หรือต้องให้ความสนใจดูแลเพื่อความปลอดภัย
- 3 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถเดินหรือเคลื่อนที่ได้เอง

กิจกรรมที่ 6 : การสวมใส่เสื้อผ้า

- 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุต้องมีคนสวมใส่เสื้อผ้าให้ ช่วยเหลือตัวเองแทบไม่ได้ หรือช่วยเหลือตัวเองได้น้อย
- 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ประมาณร้อยละ 50 ที่เหลือต้องมีคนช่วย
- 2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดี (รวมทั้งการติดกระดุม รูดซิป หรือใช้เสื้อผ้าที่ดัดแปลงให้เหมาะสมก็ได้)

กิจกรรมที่ 7 : การขึ้นลงบันได 1 ชั้น

- 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุไม่สามารถขึ้นลงบันไดได้เลย
- 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุต้องการคนช่วยในการขึ้นลงบันได
- 2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถขึ้นลงบันไดได้เอง (ถ้าต้องใช้เครื่องช่วยเดิน เช่น walker จะต้องเอาขึ้นลงได้ด้วย)

กิจกรรมที่ 8 : การอาบน้ำ

- 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุต้องมีคนช่วย หรืออาบน้ำให้
- 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถอาบน้ำเองได้

กิจกรรมที่ 9 : การกลั่นกรองอุจจาระในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุกลั่นอุจจาระไม่ได้ หรือต้องการการสวนอุจจาระอยู่เสมอ
- 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุกลั่นอุจจาระไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์)
- 2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถกลั่นอุจจาระได้เป็นปกติ

กิจกรรมที่ 10 : การกลั่นปัสสาวะในระยะ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา

- 0 คะแนน คือ ผู้สูงอายุกลั่นปัสสาวะไม่ได้ หรือใส่สายสวนปัสสาวะแต่ไม่สามารถดูแลเองได้
- 1 คะแนน คือ ผู้สูงอายุกลั่นปัสสาวะไม่ได้บางครั้ง (เป็นน้อยกว่าวันละ 1 ครั้ง)
- 2 คะแนน คือ ผู้สูงอายุสามารถกลั่นปัสสาวะได้เป็นปกติ

คะแนนรวมข้อ 2.....

แบบประเมินความต้องการชุดบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ 2)

3. ด้านสุขภาพกลุ่มอาการของผู้สูงอายุ

ด้านที่ 1 ความคิดความจำ

ให้ทำการทดสอบด้านความคิดความจำ (Mini-Cog) (ควรมีญาติ/ผู้ดูแลร่วมทดสอบด้วย)

- 1) Three Word Registration ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า “ให้ตั้งใจฟังดีๆ เดี่ยวจะบอกคำ 3 คำ เมื่อฟังจบแล้ว ให้พูดตามและจำไว้ เดี่ยวจะกลับมาถามซ้ำ (ยังไม่คิดคะแนน) <หลานสาว สวรรค์ ภูเขา>
- 2) Clock Drawing (2 คะแนน) ให้ผู้สูงอายุหรือผู้ถูกทดสอบวาดรูปนาฬิกา โดยใส่ตัวเลขและเข็มนาฬิกาที่เวลา 11.10 น.

<input type="checkbox"/> ทำได้ (2 คะแนน)	<input type="checkbox"/> ทำไม่ได้ (0 คะแนน)
--	---
- 3) Three Word Recall (3 คะแนน) ให้ผู้สูงอายุบอกคำ 3 คำที่ให้จำเมื่อสักครู่ว่ามีอะไรบ้าง

<input type="checkbox"/> จำไม่ได้/ตอบไม่ได้ (0 คะแนน)	<input type="checkbox"/> ตอบได้ 1 คำ (1 คะแนน)
<input type="checkbox"/> ตอบได้ 2 คำ (2 คะแนน)	<input type="checkbox"/> ตอบได้ครบทั้ง 3 คำ (3 คะแนน)

รวมคะแนน (เต็ม 5 คะแนน) ได้ 4 – 5 คะแนน : ปกติ

ได้ \leq 3 คะแนน : มีความเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม

ด้านที่ 2 การเคลื่อนไหวร่างกาย

- 1) TUGT: ให้ผู้สูงอายุเดินไปด้วยระยะทาง 3 เมตร แล้วเดินอ้อมกลับตัวเพื่อเดินกลับด้วยระยะทาง 3 เมตรความเร็วปกติ

<input type="checkbox"/> ใช้ระยะเวลา < 12 วินาที : ปกติ	<input type="checkbox"/> ใช้ระยะเวลา \geq 12 วินาที : มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม
---	--
- 2) คำถาม : ผู้สูงอายุมีประวัติหกล้มภายใน 6 เดือน อย่างน้อย 1 ครั้งหรือไม่

<input type="checkbox"/> มีประวัติหกล้ม : มีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม	<input type="checkbox"/> ไม่มีประวัติหกล้ม : ปกติ
--	---

ด้านที่ 3 การขาดสารอาหาร

- 1) คำถาม : ผู้สูงอายุน้ำหนักของท่านลดลงมากกว่า 3 กิโลกรัม ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ (โดยไม่ตั้งใจลดน้ำหนัก)

<input type="checkbox"/> มี : มีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร	<input type="checkbox"/> ไม่มี : ปกติ
---	---------------------------------------
- 2) คำถาม : ผู้สูงอายุมีความอยากอาหารลดลงหรือไม่

<input type="checkbox"/> มี : มีความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร	<input type="checkbox"/> ไม่มี : ปกติ
---	---------------------------------------

ด้านที่ 4 การมองเห็น

- 1) คำถาม : ผู้สูงอายุมีปัญหาใดๆ เกี่ยวกับดวงตาของท่าน เช่น การมองเห็นระยะไกล การอ่านหนังสือ หรือไม่

<input type="checkbox"/> มี : มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพทางตา	<input type="checkbox"/> ไม่มี : ปกติ
---	---------------------------------------

ด้านที่ 5 การได้ยิน

- 1) Finger rub test : ผู้ทดสอบถูนิ้วโป้งกับนิ้วชี้ หน้าที่ของผู้สูงอายุเบาๆ (ห่างจากหูประมาณ 1 นิ้ว) ที่ละข้าง ทั้งซ้ายและขวา

<input type="checkbox"/> ได้ยินข้างเดียว หรือไม่ได้ยินทั้ง 2 ข้าง : มีความเสี่ยงต่อปัญหาการได้ยิน	<input type="checkbox"/> ได้ยินทั้ง 2 ข้าง : ปกติ
---	---

แบบประเมินความต้องการชุดบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ 3)

ด้านที่ 6 ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

- 1) คำถาม : ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันนี้ ท่านรู้สึกไม่สบายใจ เช่น ทุกข์ใจ เศร้า ท้อแท้ ซึม หงอย
 - มี : เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า
 - ไม่มี : ปกติ
- 2) คำถาม : ใน 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาจนถึงวันนี้ ท่านรู้สึกเบื่อ ไม่อยากพูด ไม่อยากทำอะไร หรือทำอะไรก็ไม่สนุกเพลิดเพลินเหมือนเดิม
 - มี : เสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า
 - ไม่มี : ปกติ
- 3) คำถาม : 1 เดือนที่ผ่านมาจนถึงวันนี้ ท่านมีความรู้สึกทุกข์ใจจนไม่อยากมีชีวิตอยู่หรือไม่
 - มี : เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
 - ไม่มี : ปกติ

ด้านที่ 7 การกลืนปัสสาวะ

- 1) คำถาม : มีปัสสาวะเล็ด หรือปัสสาวะรด จนทำให้เกิดปัญหาในชีวิตประจำวันหรือไม่
 - มี : มีความเสี่ยงต่อภาวะกลืนปัสสาวะไม่อยู่
 - ไม่มี : ปกติ

ด้านที่ 8 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

- 1) คำถาม : ความสามารถในการช่วยเหลือตัวเองของท่าน ในการทำกิจวัตรประจำวันโดยไม่ต้องพึ่งคนอื่น ลดลงหรือไม่ (กินอาหาร ล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม ลูกจากที่นอนหรือเตียง เข้าห้องน้ำ เคลื่อนที่ไปมาในบ้าน สวมใส่เสื้อผ้า ขึ้นลงบันได 1 ชั้น อาบน้ำ กลั้นอุจจาระ)
 - ลดลง : มีความเสี่ยงต่อภาวะพึ่งพิง
 - ไม่ลดลง : ปกติ

ด้านที่ 9 สุขภาพช่องปาก

- 1) คำถาม : มีความยากลำบากในการเคี้ยวอาหารแข็งหรือไม่
 - มี : มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพช่องปาก
 - ไม่มี : ปกติ
- 2) คำถาม : มีอาการเจ็บปวดในช่องปากหรือไม่
 - มี : มีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพช่องปาก
 - ไม่มี : ปกติ

4. ภาวะกลืนลำบาก

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| 4.1 ผู้สูงอายุใช้ฟันปลอมที่ไม่อยู่ในสภาพดี/ฟันแท้ใช้งานน้อยกว่า 20 ซี่ | <input type="checkbox"/> มี (1 คะแนน) | <input type="checkbox"/> ไม่มี (0 คะแนน) |
| 4.2 ผู้สูงอายุต้องกินอาหารทางสายงมหรือหน้าท้อง | <input type="checkbox"/> มี (1 คะแนน) | <input type="checkbox"/> ไม่มี (0 คะแนน) |
| 4.3 ผู้สูงอายุกินอาหารต่อมือน้อยและมีลักษณะผอมแห้งแรงน้อย | <input type="checkbox"/> มี (1 คะแนน) | <input type="checkbox"/> ไม่มี (0 คะแนน) |
| 4.4 ผู้สูงอายุเบื่ออาหาร หรือกินอาหารช้า ๆ แต่ไม่ถูกหลักโภชนาการ | <input type="checkbox"/> มี (1 คะแนน) | <input type="checkbox"/> ไม่มี (0 คะแนน) |
| 4.5 ผู้สูงอายุมีน้ำลายไหล | <input type="checkbox"/> มี (1 คะแนน) | <input type="checkbox"/> ไม่มี (0 คะแนน) |
| 4.6 ผู้สูงอายุพูดไม่ชัด | <input type="checkbox"/> มี (1 คะแนน) | <input type="checkbox"/> ไม่มี (0 คะแนน) |

คะแนนรวมข้อ 4.....

แบบประเมินความต้องการชุดบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ 4)

5. ด้านสังคม

5.1 การอยู่อาศัย หรือผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย

- 0 คะแนน คือ ไม่ได้อยู่คนเดียว หรือมีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย
 1 คะแนน คือ อยู่คนเดียว หรือไม่มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย

5.2 ลักษณะที่อยู่อาศัย

- 0 คะแนน คือ มั่นคงแข็งแรง หรือไม่มั่นคงแต่ไม่มีผลต่อความปลอดภัยในชีวิตและสุขภาพ
 1 คะแนน คือ ไม่มีที่อยู่อาศัย หรือมีที่อยู่อาศัยแต่ไม่ปลอดภัยต่อชีวิตและสุขภาพ

5.3 ความเพียงพอของรายได้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน

- 0 คะแนน คือ เพียงพอ
 1 คะแนน คือ ไม่เพียงพอ

5.4 ผู้สูงอายุอยู่อาศัยในบ้านหลังเดียว หรือบริเวณเดียวกับบุตรหลาน หรือไม่

- 0 คะแนน คือ ใช่
 1 คะแนน คือ ไม่ใช่

5.5 ผู้สูงอายุมีกิจกรรมทางกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ใช่หรือไม่

- 0 คะแนน คือ ใช่
 1 คะแนน คือ ไม่ใช่

5.6 ผู้สูงอายุเคยถูกทำร้ายร่างกาย หรือถูกเอาไรต์เอาเปรียบ ใช่หรือไม่

- 0 คะแนน คือ ไม่ใช่
 1 คะแนน คือ ใช่

5.7 ผู้สูงอายุเคยเข้าร่วมอบรม ศึกษา เรียนรู้ จากหน่วยงาน องค์กร หรือชมรมผู้สูงอายุ ใช่หรือไม่

- 0 คะแนน คือ ใช่
 1 คะแนน คือ ไม่ใช่

5.8 ผู้สูงอายุเคยรับทราบข้อมูลด้านสิทธิประโยชน์ของผู้สูงอายุ ใช่หรือไม่

- 0 คะแนน คือ ใช่
 1 คะแนน คือ ไม่ใช่

5.9 ผู้สูงอายุได้ปฏิบัติศาสนกิจตามศาสนาที่นับถือ ใช่หรือไม่

- 0 คะแนน คือ ใช่
 1 คะแนน คือ ไม่ใช่

5.10 ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม อย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง ใช่หรือไม่

- 0 คะแนน คือ ใช่
 1 คะแนน คือ ไม่ใช่

คะแนนรวมข้อ 5.....

แบบประเมินความต้องการชุดบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ 5)

การแปลผลส่วนที่ 1 เพื่อจัดกลุ่มผู้สูงอายุตามการมีภาวะพึ่งพิง

การประเมิน	ติดสังคม	ติดบ้าน	ติดเตียง
1. ข้อมูลทั่วไป			
2. การประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน	<input type="checkbox"/> 12 - 20	<input type="checkbox"/> 5 - 11	<input type="checkbox"/> 0 - 4
3. ด้านสุขภาพ			
ด้านที่ 1 ความคิดความจำ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> เสี่ยง	
ด้านที่ 2 การเคลื่อนไหวร่างกาย	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> เสี่ยง	
ด้านที่ 3 การขาดสารอาหาร	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> เสี่ยง	
ด้านที่ 4 การมองเห็น	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> เสี่ยง	
ด้านที่ 5 การได้ยิน	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> เสี่ยง	
ด้านที่ 6 ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> เสี่ยง (ซึมเศร้า / ฆ่าตัวตาย)	
ด้านที่ 7 การกลืนปัสสาวะ	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> เสี่ยง	
ด้านที่ 8 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> เสี่ยง	
ด้านที่ 9 สุขภาพช่องปาก	<input type="checkbox"/> ปกติ	<input type="checkbox"/> เสี่ยง	
4. ภาวะกลืนลำบาก	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 - 6	
5. ด้านสังคม	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1 - 10	

ส่วนที่ 2 การประเมินความต้องการชุดบริการที่จำเป็นในการดูแลระยะยาว

1. ความต้องการในการดูแลทางการแพทย์

โรคเบาหวาน	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ควบคุมได้	<input type="checkbox"/> ควบคุมไม่ได้
โรคความดันโลหิตสูง	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ควบคุมได้	<input type="checkbox"/> ควบคุมไม่ได้
โรคหัวใจขาดเลือด	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ควบคุมได้	<input type="checkbox"/> ควบคุมไม่ได้
โรคหลอดเลือดสมอง	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ควบคุมได้	<input type="checkbox"/> ควบคุมไม่ได้
โรคมะเร็ง	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ควบคุมได้	<input type="checkbox"/> ควบคุมไม่ได้
โรคข้อเข่าเสื่อม	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ควบคุมได้	<input type="checkbox"/> ควบคุมไม่ได้
วัณโรค	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ควบคุมได้	<input type="checkbox"/> ควบคุมไม่ได้
อื่นๆ.....	<input type="checkbox"/> ไม่มี	<input type="checkbox"/> ควบคุมได้	<input type="checkbox"/> ควบคุมไม่ได้

2. การดูแล

2.1 การตรวจรักษาเพิ่มเติมจากแพทย์และ/หรือพยาบาลเกี่ยวกับ

- ปัญหาหกล้ม ปัญหาอนไม่หลับ ปัญหาสุขภาพช่องปาก
 ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาการกลืนปัสสาวะ/อุจจาระ อื่นๆ.....

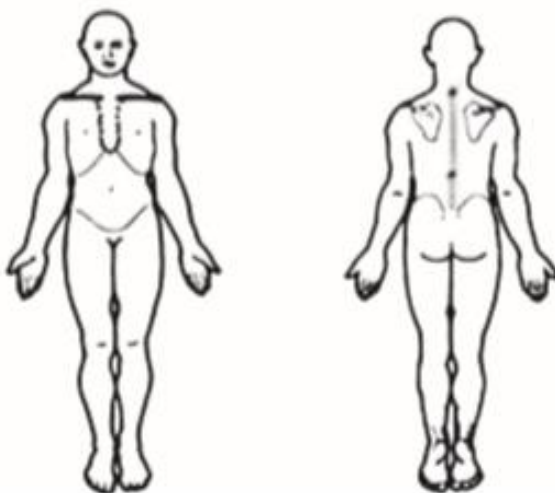
- โดย การเยี่ยมบ้าน ปีละ.....ครั้ง
 การออกหน่วยบริการสุขภาพชุมชน ปีละ.....ครั้ง
 การไป รพ.ชุมชน/ จังหวัด.....
 การไป รพ.เฉพาะทาง.....

แบบประเมินความต้องการชุดบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ 6)

2.2 การได้รับเครื่องมือ/อุปกรณ์ช่วย

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> แวนสายตาช่วยการมองเห็น | <input type="checkbox"/> เครื่องช่วยฟัง |
| <input type="checkbox"/> เก้าอี้นั่งขับถ่าย | <input type="checkbox"/> หม้อรองขับถ่าย |
| <input type="checkbox"/> ราวเกาะยืน/เดิน | <input type="checkbox"/> ไม่เท่า.....ขา สำหรับการเดินทางราบ หรือเดินขึ้นลงบันได |
| <input type="checkbox"/> วอร์คเกอร์/ เครื่องช่วยเดินที่มีล้อ | <input type="checkbox"/> ล้อเข็นด้วยมือ/ไฟฟ้า <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... |

- 2.3 การสัญลักษณ์ 1) ระบุความเจ็บปวดด้วยเครื่องหมาย หรือ
- 2) ระบุความบกพร่องด้วยเครื่องหมาย ที่ตำแหน่งกล้ามเนื้อ ข้อต่อ อวัยวะ



2.4 การส่งปรึกษาสหวิชาชีพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> นักกายภาพบำบัด รพ..... | |
| เรื่อง <input type="checkbox"/> การมีกิจกรรมทางกาย | <input type="checkbox"/> การใช้เครื่องมือทางกายภาพบำบัด |
| <input type="checkbox"/> การใช้หัตถการทางกายภาพบำบัด | <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... |
| <input type="checkbox"/> นักกิจกรรมบำบัด รพ..... | |
| เรื่อง <input type="checkbox"/> การทำกิจวัตรประจำวันขั้นสูง | <input type="checkbox"/> การพัฒนาทักษะทำงาน/การศึกษา |
| <input type="checkbox"/> การพัฒนาทักษะการใช้เวลาว่าง | <input type="checkbox"/> การพัฒนาทักษะการเข้าสังคม/ช่วยเหลือผู้อื่น |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... | |
| <input type="checkbox"/> นักแก้ไขการพูด รพ..... | |
| เรื่อง <input type="checkbox"/> การฝึกพูดและสื่อสาร | <input type="checkbox"/> การฝึกกลืน |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... | |

2.5 ความต้องการในการดูแลทางการแพทย์อื่นๆ ได้แก่

-
-
-

แบบประเมินความต้องการชุดบริการที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุและผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง (ต่อ 7)

3. ความต้องการในการดูแลทางสังคม

3.1 ผู้สูงอายุต้องการ

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> ผู้ดูแลที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ | <input type="checkbox"/> ผู้ดูแลพบแพทย์ | <input type="checkbox"/> ผู้ดูแลที่ผ่านการอบรมเรื่อง..... |
| <input type="checkbox"/> การจัดหาและเตรียมอาหาร | <input type="checkbox"/> การรับประทานอาหาร | <input type="checkbox"/> การอาบน้ำ/สระผม |
| <input type="checkbox"/> การสวมใส่เสื้อผ้า/แต่งกาย | <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... | |

รูปแบบการบริการในบ้าน คือ มีผู้ดูแลฝึก และช่วยเหลือในด้าน

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> การขับถ่าย/การใช้ห้องน้ำ และการทำความสะอาดภายหลังการขับถ่าย | | |
| <input type="checkbox"/> การเทปัสสาวะ | <input type="checkbox"/> การเทอุจจาระ | <input type="checkbox"/> การบริการอุปกรณ์ช่วยเหลือในการขับถ่าย |
| <input type="checkbox"/> การนอนหลับ | <input type="checkbox"/> การทำความสะอาดบ้าน | <input type="checkbox"/> การซักผ้า/รีดผ้า |
| <input type="checkbox"/> การใช้โทรศัพท์ | <input type="checkbox"/> การจับจ่ายซื้อของใช้ส่วนตัว | <input type="checkbox"/> การรับประทานยา |
| <input type="checkbox"/> เป็นเพื่อนคุย/ เพื่อนให้กำลังใจ | <input type="checkbox"/> ทำงานศิลปะ/ ดนตรี | <input type="checkbox"/> การออกกำลังกาย/ นันทนาการ |
| <input type="checkbox"/> การบริการอาหาร | <input type="checkbox"/> เติง/หมอนรองป้องกันแผลกดทับ | <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... |

รูปแบบการบริการในชุมชน/ เครือข่าย ด้าน

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> การบริการรถรับส่งระยะไกล | <input type="checkbox"/> การเข้าร่วมชมรมผู้สูงอายุ | <input type="checkbox"/> การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน |
| <input type="checkbox"/> การไปศาสนสถาน | <input type="checkbox"/> การไปตลาด | <input type="checkbox"/> การเดินทางไปธนาคาร/ ตู้ ATM |
| <input type="checkbox"/> การอบรมเพื่อฝึกอาชีพ | <input type="checkbox"/> การได้รับข้อมูลข่าวสาร | <input type="checkbox"/> การส่งเสริมการศึกษา (โรงเรียนผู้สูงอายุ) |
| <input type="checkbox"/> การส่งเสริมพัฒนาตนเอง | <input type="checkbox"/> กิจกรรมนันทนาการ/ กีฬา | <input type="checkbox"/> การได้รับการช่วยเหลือจาก อสม./ อพส. |
| <input type="checkbox"/> การรับเบี้ยยังชีพ/ เบี้ยผู้พิการ | <input type="checkbox"/> การบริการฝากดูแลกลางวัน | <input type="checkbox"/> การบริการฝากดูแลชั่วคราว |
| <input type="checkbox"/> การสนับสนุนด้านจิตใจ | <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... | |

3.2 การจัดสภาพแวดล้อมและการปรับสภาพบ้านให้ปลอดภัยโดย

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ส่งปรึกษาเพื่อประเมินปรับสภาพบ้าน เช่น สถาปนิก วิศวกร นายช่าง สหวิชาชีพ ฯลฯ | |
| <input type="checkbox"/> การปรับสภาพห้องน้ำ/ห้องนอน/ห้องครัว/พื้นที่ภายในบ้าน | |
| <input type="checkbox"/> การปรับทางเข้าบ้าน | <input type="checkbox"/> การปรับความสูงของบันได |
| <input type="checkbox"/> การเพิ่มความสูงของเตียง/โต๊ะ | <input type="checkbox"/> การเพิ่มความกว้างของประตู |
| <input type="checkbox"/> การเพิ่มราวจับ/ราวเกาะยืน | <input type="checkbox"/> การติดตั้งอุปกรณ์ช่วยกิจวัตรประจำวัน |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... | |

3.3 การหารายได้และความมั่นคงในครอบครัว

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ผู้ดูแลไม่มีรายได้และต้องการประกอบอาชีพที่บ้าน | <input type="checkbox"/> ผู้ดูแลมีรายได้ไม่เพียงพอและต้องการประกอบอาชีพที่บ้าน |
| <input type="checkbox"/> ผู้ดูแลต้องการประกอบอาชีพยกบ้านโดยมีผู้ดูแลคนใหม่แทน | |
| <input type="checkbox"/> ผู้ดูแลต้องการฝึกประกอบอาชีพ (ใน/นอกร้าน) | <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุต้องการฝึกประกอบอาชีพ (ใน/นอกร้าน) |
| <input type="checkbox"/> ผู้ดูแลประกอบอาชีพไม่ได้ แต่ต้องการเงินสงเคราะห์ | <input type="checkbox"/> ผู้สูงอายุประกอบอาชีพไม่ได้ แต่ต้องการเงินสงเคราะห์ |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ..... | |

3.4 ความต้องการอื่นๆ ได้แก่.....

นัดหมายเพื่อประเมินซ้ำ 6 เดือน 9 เดือน 12 เดือน ระบุวัน/เดือน/ปี.....

ลงชื่อผู้ประเมิน.....

หมวดที่ ๙ การวัดและประเมินผล

วัตถุประสงค์การเรียนรู้

เพื่อประเมิน/ วัดระดับความรู้ ความเข้าใจ ทักษะคิด คุณธรรม จริยธรรม และการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้าย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

๑. เพื่อให้ผู้เข้ารับการอบรมสามารถประเมิน/วัดระดับความรู้ ความเข้าใจ และการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้าย

๒. เพื่อทดสอบและประเมินทักษะของผู้เข้ารับการอบรมในการนำความรู้ ความเข้าใจเนื้อหาของแผนการสอนและนำไปสู่การปฏิบัติงานในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้าย ได้ตามแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan)

๓. เพื่อทดสอบและประเมินทักษะของผู้เข้ารับการอบรมในการค้นหาปัญหา วิเคราะห์ วางแผนการดูแลช่วยเหลือผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้ายเบื้องต้นได้

เป้าหมาย

แผนการสอนนี้มุ่งเน้นให้ผู้เข้ารับการอบรม เข้าใจวัตถุประสงค์ เนื้อหาวิชา วิธีการวัดประเมินผล และเกณฑ์ในการประเมินความรู้ ความเข้าใจ ทักษะคิด และการนำไปสู่การปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงและผู้ป่วยระยะท้ายในพื้นที่ได้อย่างมีคุณภาพ

เนื้อหาแผนการสอน (จำนวน ๒ ชั่วโมง : ทฤษฎี ๑ ชั่วโมง ปฏิบัติ ๑ ชั่วโมง)

๑. ทดสอบและประเมินผลภาคทฤษฎี
๒. ทดสอบและประเมินผลภาคปฏิบัติ

วิธีการสอน

๑. การทำแบบทดสอบ

ขั้นตอนการดำเนินงานกิจกรรม

๑. วิทยากรนำเข้าสู่บทเรียน ด้วยสไลด์ สื่อ วิดีทัศน์ หรือสื่อการเรียนการสอนอื่น ๆ เพื่อให้ผู้เรียนเกิดความสนใจ กระตุ้นเข้าสู่บทเรียน

๒. วิทยากรบรรยายและเป็นการมีส่วนร่วมของผู้เรียน

๓. แบ่งกลุ่มผู้เข้ารับการอบรมตามความเหมาะสม ในการแสดงบทบาทสมมติให้ผู้เรียนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น

๔. ผู้เข้ารับการอบรม นำเสนอผลการประชุมกลุ่มหรือสิ่งที่ได้จากการแสดงบทบาทสมมติ

๕. วิทยากรสรุปผลเรียน

สื่อประกอบการเรียน/อุปกรณ์

๑. แบบทดสอบวัดประเมินผลภาคทฤษฎี
๒. แบบทดสอบวัดประเมินผลภาคปฏิบัติ

การประเมินผล

๑. ผ่านการทดสอบและประเมินผลภาคทฤษฎี ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐
๒. ผ่านการทดสอบและประเมินผลภาคปฏิบัติ ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๘๐

การวัดผลและการประเมินผลการศึกษา

ผู้เข้าอบรมต้องใช้เวลาเรียนไม่ต่ำกว่าร้อยละ ๘๐ ของเวลาเรียนในแต่ละวิชา ผู้เข้าอบรมที่มีสิทธิเข้าสอบจะต้องปฏิบัติ ดังนี้

๑. ผู้เข้าอบรมต้องเข้าทดสอบความรู้ ตามวัน เวลา และสถานที่ ที่หน่วยงานจัดอบรมกำหนดให้ หากขาดสอบโดยไม่มีเหตุผลอันสมควรให้ถือว่าขาดสอบครั้งนั้นไม่ผ่าน

๒. ผู้เข้าอบรมต้องใช้แบบทดสอบที่ทางหน่วยงานจัดอบรมจัดให้และห้ามคัดลอกข้อสอบหรือนำแบบทดสอบเผยแพร่

๓. ผู้เข้ารับการอบรมจะเข้าห้องทดสอบได้เมื่อได้รับอนุญาตจากหน่วยจัดอบรม

๔. ผู้เข้ารับการอบรมจะออกจากห้องทดสอบเป็นการชั่วคราวได้ต่อเมื่อได้รับการอนุญาตจากหน่วยจัดอบรม

๕. ผู้เข้ารับการอบรมจะเข้ารับการทดสอบสายเกินกว่า ๓๐ นาทีตามเวลาที่กำหนดจะถูกตัดสิทธิให้เข้ารับการทดสอบทั้งช่วงก่อนเข้ารับการอบรมและการทดสอบก่อนจบการอบรมตามหลักสูตรฯ

๖. ข้อปฏิบัติอื่นๆเกี่ยวกับการทดสอบให้เป็นไปตามที่หน่วยจัดการอบรมกำหนด



สำนักอนามัยผู้สูงอายุ



<https://eh.anamai.moph.go.th/th>



boehgroup04@gmail.com



02 590 4508

หลักสูตรอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เพิ่มเติม จำนวน 50 ชั่วโมง



กรมอนามัย
DEPARTMENT OF HEALTH



LTC
LONG TERM CARE