รายงานการพิจารณาศึกษา
ปัญหาด้านสุขภาพ
ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวม
ของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ

สำนักกรรมาธิการ ๓
สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา
ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ

รายงานการพิจารณาศึกษา

เรื่อง

ปัญหาด้านสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวม

ของ

คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข

สภานิติบัญญัติแห่งชาติ

สำนักกรรมาธิการ ๓

สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา

ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ

(สำเนา)

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ

ที่ สว (สนช)(กมธ ๓) ๐๐๑๙/(ร ๔๑) **วันที่** ๖ ธันวาคม ๒๕๖๑

เรื่อง รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง "ปัญหาด้านสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวม"

กราบเรียน ประธานสภานิติบัญญัติแห่งชาติ

ด้วยในคราวประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔/๒๕๕๗ วันพฤหัสบดีที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๕๗ ที่ประชุมได้มีมติตั้งคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข เป็นคณะกรรมาธิการสามัญประจำสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ตามข้อบังคับการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ ข้อ ๗๘ (๘) กำหนดให้คณะกรรมาธิการมีหน้าที่และอำนาจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทำกิจการ พิจารณาสอบหาข้อเท็จจริงหรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การรักษาพยาบาล การส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนและชุมชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและการพัฒนา ซึ่งปัจจุบันคณะกรรมาธิการคณะนี้ ประกอบด้วย

๑. นายเจตน์ ศิรธรานนท์	ประธานคณะกรรมาธิการ
๒. ผู้ช่วยศาสตราจารย์พิเศษธำรง ทัศนาญชลี	รองประธานคณะกรรมาธิการ คนที่หนึ่ง
๓. ผู้ช่วยศาสตราจารย์เฉลิมชัย บุญยะลีพรรณ	รองประธานคณะกรรมาธิการ คนที่สอง
๔. พลเอก โปฎก บุนนาค	รองประธานคณะกรรมาธิการ คนที่สาม
๕. รองศาสตราจารย์สรณ บุญใบชัยพฤกษ์	เลขานุการคณะกรรมาธิการ
๖. พลเอก กิตติ อินทสร	โฆษกคณะกรรมาธิการ
๗. นางสุรางคณา วายุภาพ	โฆษกคณะกรรมาธิการ
๘. พลเรือเอก ไกรสร จันทร์สุวานิชย์	กรรมาธิการและที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ
๙. พลเรือเอก จักรชัย ภู่เจริญยศ	กรรมาธิการและที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ
๑๐. พลเอก จิระเดช โมกขะสมิต	กรรมาธิการและที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ
๑๑. ศาสตราจารย์คลินิกนิเวศน์ นันทจิต	กรรมาธิการและที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ
๑๒. ศาสตราจารย์กิตติคุณภิรมย์ กมลรัตนกุล	กรรมาธิการและที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ
๑๓. พลเรือเอก นริส ประทุมสุวรรณ	กรรมาธิการ
๑๔. นายมหรรณพ เดชวิทักษ์	กรรมาธิการ
๑๕. พลเอก รังสาทย์ แช่มเชื้อ	กรรมาธิการ
๑๖. พลเรือเอก รัตนะ วงษาโรจน์	กรรมาธิการ
๑๗. พลเอก วินัย สร้างสุขดี	กรรมาธิการ
๑๘. พลเรือเอก วัลลภ เกิดผล	กรรมาธิการ
๑๙. นายสมพล พันธุ์มณี	กรรมาธิการ
๒๐. พลเอก สุรใจ จิตต์แจ้ง	กรรมาธิการ
๒๑. พลโท อำพน ชูประทุม	กรรมาธิการ

บัดนี้ ...

บัดนี้ คณะกรรมาธิการได้ดำเนินการพิจารณาศึกษา เรื่อง “ปัญหาด้านสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวม” เสร็จเรียบร้อยแล้ว โดยมีข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการปรากฏตามเอกสารที่แนบมาพร้อมนี้

จึงกราบเรียนมาเพื่อโปรดนำเสนอรายงานของคณะกรรมาธิการต่อที่ประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เพื่อพิจารณาต่อไป ตามข้อบังคับการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ ข้อ ๙๖

(ลงชื่อ) เจตน์ ศิรธรานนท์

(นายเจตน์ ศิรธรานนท์)
ประธานคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข
สภานิติบัญญัติแห่งชาติ

สำเนาถูกต้อง

(นางสุภาพร วิเชียรเพชร)
ผู้บังคับบัญชากลุ่มงานคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข
สำนักกรรมาธิการ ๓

สำนักกรรมาธิการ ๓
ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข
โทร ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๑๙ – ๒๐
โทรสาร ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๒๐

สมฤทัย พิมพ์
สมฤทัย ทาน
สุภาพร ตรวจ

คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ

นายเจตน์ ศิรธรานนท์
ประธานคณะกรรมาธิการ

นายธำรง ทัศนาญชลี
รองประธานคณะกรรมาธิการ คนที่หนึ่ง

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เฉลิมชัย บุญยะลีพรรณ
รองประธานคณะกรรมาธิการ คนที่สอง

พลเอก โปฎก บุนนาค
รองประธานคณะกรรมาธิการ คนที่สาม

รองศาสตราจารย์สรณ บุญใบชัยพฤกษ์
เลขานุการคณะกรรมาธิการ

พลเอก กิตติ อินทสร
โฆษกคณะกรรมาธิการ

นางสุรางคณา วายุภาพ
โฆษกคณะกรรมาธิการ

พลเรือเอก ไกรสร จันทร์สุวานิชย์
กรรมาธิการและที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ

พลเรือเอก จักรชัย ภู่เจริญยศ
กรรมาธิการและที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ

พลเอก จิระเดช โมกขะสมิต
กรรมาธิการและที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ

ศาสตราจารย์คลินิกนิเวศน์ นันทจิต
กรรมาธิการและที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ

ศาสตราจารย์กิตติคุณภิรมย์ กมลรัตนกุล
กรรมาธิการและที่ปรึกษาคณะกรรมาธิการ

พลเรือเอก นริส ประทุมสุวรรณ
กรรมาธิการ

นายมหรรณพ เดชวิทักษ์
กรรมาธิการ

พลเอก รังสาทย์ แช่มเชื้อ
กรรมาธิการ

พลเรือเอก รัตนะ วงษาโรจน์
กรรมาธิการ

พลเอก วินัย สร้างสุขดี
กรรมาธิการ

พลเรือเอก วัลลภ เกิดผล
กรรมาธิการ

นายสมพล พันธุ์มณี
กรรมาธิการ

พลเอก สุรใจ จิตต์แจ้ง
กรรมาธิการ

พลโท อำพน ชูประทุม
กรรมาธิการ

ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์คณะอนุกรรมาธิการ

นายเจตน์ ศิรธรานนท์
ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์

นายธำรง ทัศนาญชลี
ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์

ศาสตราจารย์กิตติคุณภิรมย์ กมลรัตนกุล
ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์

ผู้ช่วยศาสตราจารย์เฉลิมชัย บุญยะลีพรรณ
ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์

รองศาสตราจารย์สรณ บุญใบชัยพฤกษ์
ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์

ศาสตราจารย์เกียรติคุณพงษ์ศิริ ปรารถนาดี
ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์

พลอากาศตรี อิทธพร คณะเจริญ
ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์

คณะอนุกรรมาธิการพิจารณาศึกษาด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบครบวงจร

ศาสตราจารย์คลินิกนิเวศน์ นันทจิต
ประธานคณะอนุกรรมาธิการ

พลโท อำพน ชูประทุม
รองประธานอนุกรรมาธิการ

พลเรือเอก จักรชัย ภู่เจริญยศ
อนุกรรมาธิการ

รองศาสตราจารย์พินิจ กุลละวณิชย์
อนุกรรมาธิการ

ศาสตราจารย์เกียรติคุณปราโมทย์ ประสาทกุล
อนุกรรมาธิการ

นางภรณี ลีนุตพงษ์
อนุกรรมาธิการ

ศาสตราจารย์พงษ์รักษ์ ศรีบัณฑิตมงคล
อนุกรรมาธิการ

นางปัทมา อมรสิริสมบูรณ์
อนุกรรมาธิการ

พลโท ศุภวิทย์ มุตตามระ
อนุกรรมาธิการ

นายสวัสดิ์ เถกิงเดช
อนุกรรมาธิการ

ศาสตราจารย์ประเสริฐ อัสสันตชัย
อนุกรรมาธิการ

นายสมเจตณ์ แก้วแสงใจ
อนุกรรมาธิการและเลขานุการ

รายงานการพิจารณาศึกษา

ของ

คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ

เรื่อง "ปัญหาด้านสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวม"

ด้วยในคราวประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ครั้งที่ ๑๔/๒๕๕๗ วันพฤหัสบดีที่ ๙ ตุลาคม ๒๕๕๗ ที่ประชุมได้มีมติตั้งคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข เป็นคณะกรรมาธิการสามัญประจำสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ตามข้อบังคับการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ ข้อ ๗๘ (๘) กำหนดให้คณะกรรมาธิการมีหน้าที่และอำนาจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทำกิจการ พิจารณาสอบหาข้อเท็จจริงหรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การรักษาพยาบาล การส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนและชุมชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากรและการพัฒนา นั้น

บัดนี้ คณะกรรมาธิการได้พิจารณาศึกษา เรื่อง "ปัญหาด้านสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวม" เสร็จเรียบร้อยแล้ว จึงขอรายงานผลการพิจารณาศึกษาต่อที่ประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ตามข้อบังคับการประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๖๐ ข้อ ๙๖ ดังนี้

๑. การดำเนินงานของคณะกรรมาธิการ

คณะกรรมาธิการได้แต่งตั้งคณะอนุกรรมาธิการพิจารณาศึกษาด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ประกอบด้วย

<u>อนุกรรมาธิการ</u>

๑. ศาสตราจารย์คลินิกนิเวศน์ นันทจิต	ประธานคณะอนุกรรมาธิการ
๒. พลโท อำพน ชูประทุม	รองประธานคณะอนุกรรมาธิการ
๓. พลเรือเอก จักรชัย ภู่เจริญยศ	อนุกรรมาธิการ
๔. รองศาสตราจารย์พินิจ กุลละวณิชย์	อนุกรรมาธิการ
๕. นางภรณี ลีนุตพงษ์	อนุกรรมาธิการ
๖. ศาสตราจารย์พงษ์รักษ์ ศรีบัณฑิตมงคล	อนุกรรมาธิการ
๗. นางปัทมา อมรสิริสมบูรณ์	อนุกรรมาธิการ
๘. ศาสตราจารย์เกียรติคุณปราโมทย์ ประสาทกุล	อนุกรรมาธิการ
๙. พลโท ศุภวิทย์ มุตตามระ	อนุกรรมาธิการ
๑๐. นายสวัสดิ์ เถกิงเดช	อนุกรรมาธิการ
๑๑. ศาสตราจารย์ประเสริฐ อัสสันตชัย	อนุกรรมาธิการ
๑๒. นายสมเจตณ์ แก้วแสงใจ	อนุกรรมาธิการและเลขานุการ

ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์คณะอนุกรรมาธิการ

๑. นายเจตน์ ศิรธรานนท์	ประธานที่ปรึกษากิตติมศักดิ์
๒. นายธำรง ทัศนาญชลี	ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์
๓. ศาสตราจารย์กิตติคุณภิรมย์ กมลรัตนกุล	ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์
๔. ผู้ช่วยศาสตราจารย์เฉลิมชัย บุญยะลีพรรณ	ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์
๕. รองศาสตราจารย์สรณ บุญใบชัยพฤกษ์	ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์
๖. ศาสตราจารย์เกียรติคุณพงษ์ศิริ ปรารถนาดี	ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์
๗. พลอากาศตรี อิทธพร คณะเจริญ	ที่ปรึกษากิตติมศักดิ์

๒. วิธีการพิจารณาศึกษา

๒.๑ การเชิญบุคคลและผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูลข้อเท็จจริง และแสดงความคิดเห็น เพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

๒.๑.๑ กระทรวงศึกษาธิการ

๑) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- รองศาสตราจารย์สุวิทย์ บุณยะเวชชีวิน	ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์

๒) มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

- รองศาสตราจารย์โฉมศรี โฆษิตชัยวัฒน์	หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

(๑) ศาสตราจารย์ประเสริฐ อัสสันตชัย	รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
(๒) นายแพทย์สมบูรณ์ อินทลาภาพร	อาจารย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
(๓) รองศาสตราจารย์อภิรดี ศรีวิจิตรกมล	อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์
(๔) ศาสตราจารย์เกียรติคุณพีระ บูรณะกิจเจริญ	อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์
(๕) ศาสตราจารย์กิตติพงศ์ มณีโชติสุวรรณ	อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์
(๖) รองศาสตราจารย์วิทย์ บรรณหิรัญ	อาจารย์ประจำภาควิชาโสตนาสิก ลาริงซ์วิทยา

(๗) ศาสตราจารย์ธนัญญา บุณยศิรินันท์ อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์

สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์

- ศาสตราจารย์เกียรติคุณปราโมทย์ ประสาทกุล ที่ปรึกษาอาวุโส

สถาบันวิจัยโภชนาการ

- ศาสตราจารย์วิสิฐ จะวะสิต อาจารย์ประจำสถาบันโภชนาการ
- นางสาวจันทิมา โพธิ นักปฏิบัติงานวิจัย

๓) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- ศาสตราจารย์บรรณกิจ โลจนาภิวัฒน์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์

๒.๑.๒ กระทรวงสาธารณสุข

กรมการแพทย์

- นายแพทย์ปานเนตร ปางพุฒิพงศ์ รองอธิบดีกรมการแพทย์
- นายแพทย์สมชาย โตวณะบุตร นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ สาขาประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา

กรมอนามัย

- นางสาวพวงเพ็ญ ชั้นประเสริฐ ผู้อำนวยการศูนย์ความร่วมมือระหว่างประเทศ

๒.๑.๓ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม

สำนักงานสถิติแห่งชาติ

- นางปัทมา อมรสิริสมบูรณ์ ผู้อำนวยการสำนักสถิติสังคม

๒.๑.๔ กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย

- นางสาววาสนา อิ่มเอม ผู้ช่วยผู้แทนกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย

๒.๑.๕ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กองทัพบก

- พันตรีหญิง นฤตยา วโรทัย แพทย์กองอายุรกรรม

๒.๑.๖ โรงพยาบาลกรุงเทพ

- ศาสตราจารย์เกียรติคุณสุจิตรา ประสานสุข หัวหน้าศูนย์การได้ยิน การพูด การทรงตัว และเสียงในหู

๒.๑.๗ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)

(๑) นางภรณี ภู่ประเสริฐ	ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ
(๒) นายณัฐพล เทศขยัน	นักวิชาการพิเศษ

๒.๒ การประชุมเพื่อพิจารณาศึกษาแนวทางเกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวม เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับโรคต่าง ๆ ของผู้สูงอายุที่จะนำมาซึ่งปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงงานวิจัยและนวัตกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุที่เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทย เพื่อเสนอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาดำเนินการต่อไป

๒.๓ การลงพื้นที่ศึกษาดูงาน ณ โรงพยาบาลที่เป็นต้นแบบในการให้บริการและการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุอย่างเป็นระบบ ได้แก่ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ เขตบางแค และโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน จังหวัดกรุงเทพมหานคร

๓. ผลการพิจารณา

คณะกรรมาธิการ ได้พิจารณาศึกษา เรื่อง ปัญหาด้านสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยคณะกรรมาธิการได้มอบหมายให้คณะอนุกรรมาธิการพิจารณาศึกษาด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ดำเนินการพิจารณาศึกษากรณีดังกล่าว ซึ่งคณะกรรมาธิการได้พิจารณารายงานฉบับนี้แล้ว และมีมติให้ความเห็นชอบกับรายงานการพิจารณาศึกษาดังกล่าว โดยถือว่าเป็นรายงานการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมาธิการ

คณะกรรมาธิการจึงขอเสนอรายงานการพิจารณาศึกษา พร้อมทั้งข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ เพื่อให้ที่ประชุมสภานิติบัญญัติแห่งชาติได้พิจารณา หากสภานิติบัญญัติแห่งชาติให้ความเห็นชอบกับผลการพิจารณาศึกษา รวมทั้งข้อเสนอแนะของคณะกรรมาธิการ ขอได้โปรดแจ้งไปยังคณะรัฐมนตรี เพื่อพิจารณาดำเนินการต่อไป

(รองศาสตราจารย์สรณ บุญใบชัยพฤกษ์)
เลขานุการคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข
สภานิติบัญญัติแห่งชาติ

คำนำ

ตามที่คณะกรรมาธิการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ โดยมอบหมายให้คณะอนุกรรมาธิการพิจารณาศึกษาด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ปฏิบัติหน้าที่ในการพิจารณาศึกษา วิเคราะห์ และติดตามการดำเนินการที่สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย รวมทั้งศึกษาด้านการดูแลรักษาผู้สูงอายุแบบครบวงจร ตลอดจนการวางแผนการรวบรวมสถิติ ข้อมูลประชากรผู้สูงอายุ สถิติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ และปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย รวมทั้งประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ คณะอนุกรรมาธิการได้จัดทำ**รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง "ปัญหาด้านสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวม"** ซึ่งได้รวบรวมสถิติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในประเทศไทย ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ โรคที่สำคัญที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ สถานที่พักอาศัยและสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้สูงอายุ รวมถึงวิธีการป้องกันและรักษาสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคที่จะเกิดขึ้นเมื่อเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ ตลอดจนได้จัดทำข้อเสนอแนะแนวทางเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวไปยังผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสู่แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคให้กับประชาชนแบบองค์รวม การส่งเสริมให้ประชาชนเกิดความตระหนักรู้ในเรื่องสุขภาพ รวมไปถึงการดำเนินการเพื่อรองรับสังคมสูงอายุในอนาคต ทั้งนี้ คณะอนุกรรมาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานฉบับนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อสมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ บุคคลในวงงานรัฐสภา ข้าราชการ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และผู้สูงอายุทั่วไป ตลอดจนผู้ที่สนใจ

การดำเนินงานของคณะอนุกรรมาธิการในการจัดทำรายงานฉบับนี้ ประสบความสำเร็จได้ด้วยการสนับสนุนและร่วมดำเนินงานของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข คณะอนุกรรมาธิการพิจารณาศึกษาด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบครบวงจร หน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง รวมถึงข้าราชการรัฐสภาซึ่งทำหน้าที่เป็นฝ่ายเลขานุการคณะอนุกรรมาธิการพิจารณาศึกษาด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ขอขอบคุณผู้สนับสนุนดังกล่าวข้างต้นทุกคน

(ศาสตราจารย์คลินิกนิเวศน์ นันทจิต)

ประธานคณะอนุกรรมาธิการพิจารณาศึกษาด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบครบวงจร

ในคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ

บทสรุปผู้บริหาร

ประมาณปี ๒๕๖๔ หรืออีกเพียง ๓ ปีข้างหน้านี้ ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (Complete Aged Society) คือ มีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ ๒๐ ของประชากรทั้งหมด และอีก ๒๐ ปีข้างหน้า ในปี ๒๕๘๑ คาดประมาณว่า ประเทศไทยจะมีประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป เป็นจำนวนประมาณ ๒๐ ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ ๓๑ ของประชากรทั้งหมด หมายความว่าเกือบ ๑ ใน ๓ ของคนไทยจะเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งการที่ประเทศไทยกำลังมีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ทำให้ทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคีต่าง ๆ ต้องเตรียมพร้อมเพื่อรับสังคมสูงอายุให้ทันการณ์ ประเทศไทยจึงต้องให้ความสำคัญและมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้สูงอายุในทุก ๆ ด้าน ทั้งด้านสุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ สภาพแวดล้อม และการบริการสาธารณะ

คณะอนุกรรมาธิการพิจารณาศึกษาด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ในคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ ซึ่งมีหน้าที่พิจารณาศึกษา วิเคราะห์ และติดตามการดำเนินการที่สอดคล้องกับเจตนารมณ์ของรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย รวมทั้งศึกษาด้านการดูแลรักษาผู้สูงอายุแบบครบวงจร ตลอดจนการวางแผน การรวบรวมสถิติ ข้อมูลประชากรผู้สูงอายุ สถิติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ และปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในประเทศไทย รวมทั้งประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเมื่อพิจารณาศึกษาเรื่องใด ๆ เสร็จเรียบร้อยแล้วให้รายงานต่อคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ เพื่อพิจารณาต่อไป ทั้งนี้ คณะอนุกรรมาธิการได้ตระหนักถึงปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงได้หยิบยกเรื่องดังกล่าวมาพิจารณา โดยเชิญบุคคลและผู้แทนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาชี้แจงและแสดงความคิดเห็น เพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นประโยชน์ประกอบกับเดินทางไปศึกษาดูงาน ณ โรงพยาบาล หน่วยงาน องค์กรที่มีการดำเนินงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุ เพื่อนำมาประกอบการจัดทำรายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง **“ปัญหาด้านสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวม”** เพื่อนำไปสู่แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคให้กับประชาชนแบบองค์รวม การส่งเสริมให้ประชาชนเกิดความตระหนักรู้ในเรื่องสุขภาพ รวมไปถึงการดำเนินการเพื่อรองรับสังคมสูงอายุในอนาคตต่อไป

จากการวิเคราะห์ข้อมูลจึงนำมาซึ่งข้อสรุปและสาระสำคัญที่เกี่ยวข้องกับปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ดังนี้

๑. การสำรวจผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๖๐ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ตอบว่าตนเองมีภาวะสุขภาพปานกลาง ร้อยละ ๔๔ สุขภาพดี ร้อยละ ๔๐ สุขภาพไม่ดี ร้อยละ ๑๔ และไม่ดีมาก ๆ ร้อยละ ๒ ผู้สูงอายุที่รายงานว่าตนเองสุขภาพไม่ดี และไม่ดีมาก ๆ ร้อยละ ๑๖ น่าจะเป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สูงอายุวัยปลาย และผู้สูงอายุติดเตียง

๒. กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๙) โดยตั้งเป้าหมายว่า อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health-Adjusted Life Expectancy : HALE) ของคนไทยไม่น้อยกว่า ๗๕ ปี และอายุคาดเฉลี่ยไม่น้อยกว่า ๘๕ ปี

๓. การที่สถิติจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวเพิ่มมากขึ้น คือ จากร้อยละ ๔ ในปี ๒๕๓๗ เป็นร้อยละ ๑๑ ในปี ๒๕๖๐ รัฐจึงต้องมีนโยบายของประเทศ ในการดำเนินการเพื่อรองรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ โดยอาจจะมีการจัดสร้างที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุให้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนสวัสดิการและสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ

๔. การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ตามแนวทาง “Geriatric Medicine” หรือเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จะมีการดูแลใน ๔ ด้าน ได้แก่ ด้านคลินิก (ทั้งกายและจิต) ด้านการฟื้นฟูบำบัด ด้านสังคม และด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ทั้งนี้ เนื่องจากผู้สูงอายุมีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป ดังคำย่อที่ว่า R-A-M-P-S

- Reduced body reserve พลังสำรองร่างกายลดลง
- Atypical presentation อาการที่ไม่จำเพาะเจาะจง
- Multiple pathology มีหลายโรคในเวลาเดียวกัน
- Polypharmacy การได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน
- Social adversity ปัญหาด้านสังคมที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา

๕. รัฐต้องกำหนดหลักสูตรให้นักศึกษาแพทย์ทุกคนได้เรียนพื้นฐานเกี่ยวกับเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ก็ควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้มีความรอบรู้และทัศนคติที่ดีต่อการรักษาผู้สูงอายุ และต้องพิจารณากำหนดตำแหน่งอาจารย์อายุรแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และตำแหน่งอายุรแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป เพื่อรองรับจำนวนผู้สูงอายุในอนาคตที่จะเพิ่มสูงขึ้นมาก

๖. รัฐต้องกำหนดมาตรการในการดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม โดยมีการให้วัคซีนที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีความคุ้มค่ามากกว่าการรักษาเมื่อเจ็บป่วย ทั้งนี้ เนื่องจากผู้สูงอายุไทยมีปัญหาด้านสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การเข้าไม่ถึงกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว การขาดระบบบริการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) ซึ่งมีความสำคัญในการดูแลต่อเนื่องเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและบ้าน การขาดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง ที่มีการดูแลรักษาแตกต่างจากชุมชนทั่วไป การขาดมาตรฐานและกลไกควบคุมคุณภาพการให้บริการการดูแลผู้สูงอายุในภาคเอกชน โดยเฉพาะการดูแลระยะยาว (Long Term Care) และการขาดนโยบายที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย (ผู้สูงอายุ) ระยะสุดท้าย รัฐจึงควรเร่งดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหาที่สำคัญดังกล่าวอย่างรีบด่วน

๗. ภาวะหกล้มในผู้สูงอายุจะเกิดผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ เช่น ภาวะกระดูกหัก ต้องมีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เกิดความสูญเสียงบประมาณแผ่นดินจำนวนมาก ตลอดจนความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งต่อครอบครัวของผู้สูงอายุเอง และต่อสังคมโดยรวม ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาลช่วงเวลาที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล การสูญเสียเวลาทำงานของญาติ การดูแลในระยะยาวเมื่อเกิดความพิการ เป็นต้น องค์การอนามัยโลก (WHO) ปี 2008 ได้จัดทำแนวทางการป้องกันการหกล้ม สามประการ ได้แก่ ประการแรก คือ การสร้างความตระหนักรู้ (Awareness) ให้กับผู้สูงอายุทุกคน ครอบครัว คนใกล้ชิด ชุมชน บุคลากรด้านสุขภาพ สื่อมวลชน และรัฐบาล ซึ่งหากประเทศไทยมีความตระหนักในเรื่องนี้ก็จะสามารถป้องกันการหกล้มได้มาก ประการที่สอง คือ การประเมินปัจจัยเสี่ยงเป็นระยะ ๆ และดำเนินการแก้ไข และประการที่สาม คือ การกำหนดมาตรการในการป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพ ที่จะป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ รวมทั้งการออกกำลังกายเพื่อฝึกการทรงตัวให้มั่นคง การแก้ไขสภาวะแวดล้อมให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกให้กับผู้สูงอายุ ทั้งในบริเวณที่อยู่อาศัย และภายนอก

๘. องค์การอนามัยโลกได้กำหนดไว้ว่า การรับประทานไขมันทรานส์จะต้องไม่เกินร้อยละ ๑ ของพลังงานทั้งหมด หรือไม่ควรเกิน ๒.๒ กรัมต่อวัน เนื่องจากมีผลกระทบต่อสุขภาพที่รุนแรง ส่งผลให้มีการเพิ่มระดับ LDL Cholesterol และลดระดับ HDL Cholesterol ในเลือด ภาครัฐจึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการดำเนินมาตรการ “ประเทศไทยปลอดไขมันทรานส์” เพื่อบังคับให้ผู้ผลิตอาหารที่ไม่ยอมปรับสูตรจำเป็นต้องดำเนินการแก้ไขสูตรหรือกระบวนการผลิต ที่ไม่ก่อให้เกิดปัญหาการปนเปื้อนของไขมันทรานส์ต่อไป

๙. รัฐต้องเร่งดำเนินการตามมาตรการส่งเสริมผู้สูงอายุทำงานหลังวัยเกษียณ ทั้งในรูปแบบอาสาสมัครและการจ้างงานผู้สูงอายุหลังเกษียณ ทั้งนี้ เนื่องจากผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ ๖๐ – ๖๙ ปี) ส่วนมากยังมีศักยภาพสามารถทำงานได้ดี เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพของผู้สูงอายุต่อสังคม นอกจากนั้น รัฐต้องเร่งพิจารณาประเด็นเกี่ยวกับการขยายอายุเกษียณ รวมถึงเร่งรัดจัดทำกฎหมายรองรับการทำงานของผู้สูงอายุด้วย

๑๐. โรคและปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุไทย ได้แก่

๑๐.๑ โรคข้อเสื่อม เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุซึ่งก่อให้เกิดอาการปวดและการเคลื่อนไหวไม่ปกติ ผู้สูงอายุจึงควรควบคุมน้ำหนักตนเองให้เหมาะสม มีการออกกำลังกายให้กล้ามเนื้อแข็งแรง หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ทำให้ข้อเสื่อม เช่น การออกกำลังกายที่มีความรุนแรงเกินวัย การนั่งคุกเข่านั่งพับเพียบ มีการใช้ชีวิตที่เหมาะสม งดดื่มสุรา งดสูบบุหรี่ และมีการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี

๑๐.๒ โรคเบาหวานมีความชุกของโรคเพิ่มขึ้นทุกปี พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และในระยะยาวจะมีภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวาน เช่น โรคไตวาย จอประสาทตาเสื่อมตามมา ผู้สูงอายุจึงควรได้รับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับปกติ โดยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ และระมัดระวังภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากผลการรักษาที่เทียบเกณฑ์การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ใหญ่ทั่วไป

๑๐.๓ โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดในเวชปฏิบัติ และเป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ โดยความดันโลหิตวัดได้ตั้งแต่ ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอทขึ้นไปจะถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุของความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ส่วนน้อยเกิดจากโรคที่พบได้ เช่น โรคไต หลอดเลือดแดงที่ไตตีบ ผู้มีความดันโลหิตสูงช่วงเริ่มต้นส่วนใหญ่ไม่มีอาการ จนกว่าจะตรวจพบก็เมื่อมีการเสื่อมของอวัยวะภายในแล้ว การป้องกันภาวะดังกล่าว จึงควรสร้างความตระหนักรู้ โดยจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ มีการวัดความดันโลหิตให้กับประชาชนที่มีอายุมากกว่า ๓๐ ปี เป็นระยะ ๆ ควรหลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่มีรสเค็ม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ตลอดจนเสนอให้มีการจัดเก็บภาษีตามปริมาณเกลือในอาหารสำเร็จรูป

๑๐.๔ โรคหลอดเลือดแดง

๑๐.๔.๑ โรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคหนึ่งที่เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต จึงควรมีการลดปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดตีบ อุดตัน ทั่วร่างกาย ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคอ้วน การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ภาวะเครียด การไม่ออกกำลังกายอย่างเพียงพอ ฯลฯ และควรมีมาตรการในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน ในระดับประเทศ เช่น การจัดการรักษาด้วยช่องทางด่วน (Stroke Fast Tract) การจัดตั้งหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) การฉีดยาละลายลิ่มเลือดที่ทันต่อเหตุการณ์ และระบบการส่งต่อผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพ

๑๐.๔.๒ โรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ พบได้บ่อยในประเทศไทยและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตที่สำคัญ ที่สอดคล้องกับอายุที่เพิ่มมากขึ้น โดยมีปัจจัยเสี่ยงเช่นเดียวกับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน จึงควรได้รับการวินิจฉัยตั้งแต่ช่วงเริ่มต้น ด้วยการลดปัจจัยเสี่ยงทั้งหลาย

๑๐.๕ โรคสายตาพิการที่พบบ่อยในประเทศไทยได้แก่ โรคต้อกระจก โรคต้อหิน โรคจอประสาทตาเสื่อม โรคกระจกตาขุ่น ซึ่งเมื่อเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ จะทำให้ผู้สูงอายุใช้ชีวิตได้ด้วยความยากลำบาก จึงควรมีระบบคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วยไปสู่ทีมจักษุแพทย์ที่มีประสิทธิภาพ

๑๐.๖ ปัญหาทางนรีเวชที่พบบ่อยในผู้สูงอายุหญิง ได้แก่ ภาวการณ์กลั้นปัสสาวะไม่ได้และปัสสาวะเล็ดในสตรี จากการหย่อนตัวของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน ซึ่งหากได้มีการตรวจพบ และให้การรักษาตั้งแต่ช่วงเริ่มต้น จะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๑๐.๗ โรคระบบทางเดินหายใจที่สำคัญในผู้สูงอายุ มี ๓ โรค ได้แก่ โรคปอดติดเชื้อแบคทีเรียเฉียบพลัน (Pneumonia) โรควัณโรค (TB) โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (COPD) เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงในระบบภูมิคุ้มกันในผู้สูงอายุ การรักษาจึงควรส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การอาศัยในสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งรณรงค์ให้มีการใช้วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (ทุกปี) ป้องกันโรคปอดอักเสบชนิดนิวโมค๊อกคัล และการใช้ยาขยายหลอดลมที่เหมาะสม

๑๐.๘ ปัญหานอนกรนที่หยุดหายใจ เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งทำให้การนอนหลับไม่เพียงพอ เกิดโรคและภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจตีบ อุดตัน โรคความดันโลหิตสูง อุบัติเหตุทางรถยนต์ ฯลฯ รัฐจึงควรสร้างความตระหนักรู้ให้กับประชาชนเพื่อให้ได้รับการวินิจฉัยและรักษาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่เหมาะสม

๑๐.๙ โรคไตเรื้อรัง พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ซึ่งมีความสัมพันธ์กับโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะกรดยูริกสูง การมีนิ่วในไต การใช้ยาสมุนไพรที่ไม่เหมาะสม การใช้ยาแก้ปวดบางชนิด และการมีอายุที่เพิ่มขึ้น จึงควรได้รับการตรวจคัดกรองตั้งแต่ช่วงเริ่มต้น เพื่อป้องกันการเสื่อมถอยของไต การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตในประชาชนกลุ่มเสี่ยงและมีการตรวจสุขภาพเป็นระยะ ๆ

๑๐.๑๐ ปัญหาโรคระบบทางเดินอาหารในผู้สูงอายุที่พบบ่อยได้แก่ ภาวะกรดไหลย้อน ท้องผูก ปวดท้อง เลือดออกในระบบทางเดินอาหาร มะเร็งลำไส้ใหญ่ และการกลืนลำบาก จึงควรได้รับการตรวจคัดกรองที่เหมาะสม เนื่องจากอาการของผู้สูงอายุจะไม่ชัดเจน เมื่อปรากฏอาการแล้วโรคมักจะลุกลามไปมาก

๑๐.๑๑ ความผิดปกติของการได้ยิน พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ สาเหตุเกิดจากการเสื่อมของหู ระบบเส้นประสาท และความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง โรคทางกาย โรคติดเชื้อ เสียงรบกวน เนื้องอก และเลือดไปเลี้ยงสมองผิดปกติ จึงควรได้รับการซักประวัติ การตรวจคัดกรอง การรักษาที่เหมาะสม ในกรณีที่ต้องใช้เครื่องช่วยฟัง รัฐพึงจัดหาและสนับสนุนเครื่องช่วยฟังที่มีประสิทธิภาพดี

๑๐.๑๒ โรคต่อมลูกหมากโต เป็นภาวะที่พบบ่อยในเพศชายอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ก่อให้เกิดปัญหาในการขับถ่ายปัสสาวะที่ผิดปกติ เช่น ปัสสาวะขัด ปัสสาวะไม่ออก ปัสสาวะราด ฯลฯ ซึ่งอาจเกิดจากต่อมลูกหมากโต หรือมะเร็งต่อมลูกหมาก จึงควรได้รับการตรวจวินิจฉัยรักษาที่เหมาะสมตั้งแต่ช่วงเริ่มต้น

ดังนั้น การดำเนินการเพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุจึงเป็นสิ่งที่สำคัญเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจะต้องมีการบูรณาการความร่วมมือกัน เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุในทุกมิติ โดยเฉพาะมิติด้านสุขภาพ การป้องกันโรค และการฟื้นฟูสภาพ

รายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง “ปัญหาด้านสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวม” ฉบับนี้ จึงเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อผู้ที่สนใจศึกษาประเด็นที่เกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงเป็นแนวทางสำหรับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการบูรณาการความร่วมมือเพื่อรองรับสังคมสูงอายุในอนาคต

.....

สารบัญ

หน้า

บทสรุปผู้บริหาร ก-จ

บทที่ ๑ บทนำ

๑.๑ หลักการและเหตุผล ๑

๑.๒ วัตถุประสงค์ ๑

๑.๓ ขอบเขตของการพิจารณา ๒

๑.๔ วิธีพิจารณาศึกษา ๒

๑.๕ ระยะเวลาในการพิจารณาศึกษา ๓

๑.๖ นิยามศัพท์เฉพาะ ๓

๑.๗ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ ๓

บทที่ ๒ กฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้อง ๕

๒.๑ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. ๒๕๖๐ ๕

๒.๒ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ ๕

๒.๓ ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี ๖

๒.๔ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ ๗

๒.๕ ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย ๙

๒.๖ คำแถลงนโยบายคณะรัฐมนตรี ๙

บทที่ ๓ วิธีการพิจารณาศึกษา ๑๑

๓.๑ การประชุมคณะอนุกรรมาธิการคณะกรรมาธิการ ๑๑

๓.๒ การเชิญบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ๑๑

๓.๓ การลงพื้นที่ศึกษาดูงาน ๑๓

บทที่ ๔ ผลการพิจารณาศึกษา ๑๕

๔.๑ สถิติผู้สูงอายุ และลักษณะครอบครัวไทยในสังคมผู้สูงอายุ ๑๖

๔.๒ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ ๒๔

๔.๓ การส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุในประเทศไทย ๓๔

๔.๔ การสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ๔๒

๔.๕ การป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุแบบองค์รวม ๔๙

๔.๖ ไขมันทรานส์ : โภชนาการที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ ๕๕

๔.๗ ปัญหาโรคข้อในผู้สูงอายุ ๖๗

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

๔.๘ ปัญหาโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ ๗๕
๔.๙ ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ ๘๓
๔.๑๐ ปัญหาโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ๙๕
๔.๑๑ ปัญหาทางด้านจักษุวิทยาในผู้สูงอายุ ๑๐๙
๔.๑๒ ปัญหาเกี่ยวกับโรคทางนรีเวชในผู้สูงอายุ ๑๑๙
๔.๑๓ ปัญหาโรคทางเดินหายใจในผู้สูงอายุ ๑๒๘
๔.๑๔ ปัญหาการนอนกรนในผู้สูงอายุ ๑๓๙
๔.๑๕ ปัญหาโรคไตในผู้สูงอายุ ๑๕๑
๔.๑๖ ปัญหาโรคทางเดินอาหารในผู้สูงอายุ ๑๖๒
๔.๑๗ ปัญหาทางการได้ยินในผู้สูงอายุ ๑๗๔
๔.๑๘ ปัญหาโรคต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ ๑๘๓
๔.๑๙ โรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ ๑๙๕
บทที่ ๕ บทสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ๒๐๑
๕.๑ บทสรุป ๒๐๑
๕.๒ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ๒๐๓
บรรณานุกรม ๒๐๔
ภาคผนวก ๒๐๕

บทที่ ๑
บทนำ

๑.๑ หลักการและเหตุผล

จากการที่ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมสูงอายุตั้งแต่ปี ๒๕๔๘ ซึ่งในปัจจุบันประเทศไทยจำนวนประชากรทั้งสิ้นประมาณ ๖๖ ล้านคน และมีจำนวนประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป (ข้อมูลจากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ) จำนวน ๑๑.๔ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๑๗ ซึ่งคาดว่าในปี ๒๕๖๔ ประเทศไทยจะกลายเป็นสังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ เมื่อมีสัดส่วนประชากรที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปร้อยละ ๒๐ ดังนั้น การวางแผนเตรียมความพร้อมสำหรับสังคมไทย โดยเฉพาะการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพและระบบสาธารณสุขที่หมายรวมถึงความพร้อม ในด้านสุขภาพร่างกายของผู้สูงอายุ วัฒนธรรม และสังคมที่ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุ สภาวะอารมณ์ และจิตใจ เป็นสิ่งที่ควรคำนึงถึงเป็นอย่างยิ่ง ทั้งนี้ รัฐบาลได้ให้ความสำคัญกับประเด็นดังกล่าวด้วยการกำหนดไว้ในคำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ซึ่งแถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เมื่อวันศุกร์ที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๕๗ ข้อ ๓ ความว่า “การลดความเหลื่อมล้ำของสังคม การสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ โดยให้มีการเตรียมความพร้อมการเข้าสู่สังคมสูงอายุ” และข้อ ๕ ความว่า “การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุขและสุขภาพของประชาชน โดยให้วางรากฐานระบบหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชากร ไม่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ”

ซึ่งคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ มีหน้าที่และอำนาจพิจารณาร่างพระราชบัญญัติ กระทำกิจการ พิจารณาสอบสวน หรือศึกษาเรื่องใด ๆ ที่เกี่ยวกับการสาธารณสุข การรักษาพยาบาล การส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนและชุมชน รวมถึงปัญหาผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงทางประชากร และการพัฒนา โดยคณะกรรมาธิการตระหนักและเห็นความสำคัญเกี่ยวกับการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพอนามัยของประชาชนและชุมชน ดังนั้น จึงได้มีมติตั้งคณะอนุกรรมาธิการพิจารณาศึกษาด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบครบวงจรขึ้น เพื่อทำหน้าที่พิจารณาศึกษาด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ศึกษาปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ตลอดจนการวางแผน การรวบรวมสถิติ ข้อมูลประชากรผู้สูงอายุ สถิติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในประเทศไทยและต่างประเทศ รวมทั้งประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๑.๒ วัตถุประสงค์

๑.๒.๑ เพื่อศึกษาเกี่ยวกับการวางแผนในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบแบบองค์รวม

๑.๒.๒ เพื่อศึกษาสถานการณ์ สถิติ ข้อมูลประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย และต่างประเทศ รวมถึงสถิติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ โรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุโดยรวม

๑.๒.๓ เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรค ในการดำเนินงานด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุในประเทศไทย ปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงสถานพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้สูงอายุ

๑.๒.๔ เพื่อศึกษาประเด็นกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ และประเด็นที่สมควรปรับปรุงแก้ไข

๑.๒.๕ เพื่อศึกษาการบูรณาการการส่งเสริม และดูแลรักษาพยาบาล ตลอดจนปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวม

๑.๒.๖ เพื่อให้ได้ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ แนวทางการดูแลรักษาพยาบาลและปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุแบบองค์รวม

๑.๓ ขอบเขตของการพิจารณา

๑.๓.๑ ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันเกี่ยวกับจำนวนประชากรสูงอายุในประเทศไทยและต่างประเทศ

๑.๓.๒ ศึกษาสถานการณ์เกี่ยวกับปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

๑.๓.๓ ศึกษาเพื่อหาแนวทางในการดูแลรักษาพยาบาล การป้องกันและการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ

๑.๔ วิธีพิจารณาศึกษา

การศึกษา เรื่อง “ปัญหาด้านสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวม” มีขอบเขตด้านเนื้อหาในการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และข้อเสนอแนะต่อประเด็นด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ ประเด็นปัญหาด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ ประเด็นด้านสถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประเด็นด้านการส่งเสริมการดูแลตนเองเพื่อลดภาวะการเจ็บป่วย และประเด็นเกี่ยวกับหน่วยงานที่รับผิดชอบในส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการรองรับการเข้าสู่สังคมสูงอายุ และสรุปข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

๑.๔.๑ ศึกษาและทบทวนเอกสาร ประกอบด้วย เอกสารทางวิชาการ รายงานทางวิชาการ บทความทางวิชาการ ตำราและหนังสือ เพื่อศึกษาถึงสถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทย สถิติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ โรคที่สำคัญที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ การดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ ผู้ที่จะทำหน้าที่ดูแลผู้สูงอายุ หน่วยงานที่รับผิดชอบในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ และแนวทางในการส่งเสริมการพึ่งพาตนเองในชุมชน เพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรงตั้งแต่ยังไม่เข้าสู่วัยสูงอายุ ตลอดจนกฎหมายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการด้านผู้สูงอายุในประเทศไทย

๑.๔.๒ ประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาชน ภาควิชาการ เพื่อรับฟังสถานการณ์อันเป็นปัญหาในการจัดการระบบการดูแลผู้สูงอายุในประเทศไทย ประกอบด้วย

๑) สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม

๒) สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

๓) คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

๔) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

๕) คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

๖) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

๗) กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย

๘) สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

๙) มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย

๑๐) สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

๑๑) สถาบันประสาทวิทยา

๑๒) คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

๑๓) กองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

๑๔) ศูนย์การได้ยิน การพูด การทรงตัว และเสียงในหู โรงพยาบาลกรุงเทพ

๑.๔.๓ การลงพื้นที่ศึกษาดูงานด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ ณ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ และโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน กรุงเทพมหานคร

๑.๕ ระยะเวลาในการพิจารณาศึกษา

ตั้งแต่เดือนเมษายน ๒๕๖๑ ถึง เดือนพฤศจิกายน ๒๕๖๑

๑.๖ นิยามศัพท์เฉพาะ

๑.๖.๑ การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) หมายถึง ขบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุม และปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ในการบรรลุซึ่งสุขภาวะอันสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม

๑.๖.๒ ระบบการดูแลระยะกลาง (Intermediate Care) หมายถึง การดูแลระยะเปลี่ยนผ่านระหว่างหลังภาวะวิกฤต หรือ เฉียบพลัน และการดูแลระยะที่บ้านหรือชุมชน โดยมีความเชื่อมโยง และต่อเนื่องกัน เป็นการดูแลกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการคงที่แล้ว

๑.๖.๓ ระบบการดูแลระยะยาว (Long–term care) หมายถึง การจัดบริการสาธารณสุข และบริการสังคมเพื่อตอบสนองความต้องการความช่วยเหลือของผู้ที่ประสบภาวะยากลำบากอันเนื่องมาจากภาวการณ์เจ็บป่วยเรื้อรัง การประสบอุบัติเหตุ ความพิการต่าง ๆ ตลอดจนผู้สูงอายุที่ชราภาพไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ในชีวิตประจำวัน โดยมีรูปแบบทั้ง ที่เป็นทางการ

๑.๖.๔ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases :NCDs) คือ ไม่ได้เกิดจากเชื้อโรคและไม่สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนได้ แต่เป็นโรคที่เกิดจากนิสัยหรือพฤติกรรมการดำเนินชีวิต ซึ่งจะมีการดำเนินโรคอย่างช้า ๆ ค่อย ๆ สะสมอาการอย่างต่อเนื่อง และเมื่อมีอาการของโรคแล้วมักจะเกิดการเรื้อรังของโรคด้วย จึงอาจจัดว่าโรค NCDs เป็นกลุ่มโรคเรื้อรังได้

๑.๖.๕ โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) คือ ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดตีบ หลอดเลือดอุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย การทำงานของสมองหยุดชะงัก

๑.๗ ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

๑.๗.๑ ได้ข้อสรุปความเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปัญหาด้านสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ตลอดจนแนวทางในรักษาพยาบาล นวัตกรรมเกี่ยวกับรักษาโรคที่สำคัญที่พบบ่อยในผู้สูงอายุในประเทศไทย เพื่อเสนอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องพิจารณาดำเนินการต่อไป

๑.๗.๒ ได้รายงานการพิจารณาศึกษาของคณะอนุกรรมาธิการ เรื่อง “ปัญหาด้านสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวม” และได้เผยแพร่ไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อผู้สูงอายุในประเทศไทย และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง

****

บทที่ ๒
กฎหมาย และนโยบายที่เกี่ยวข้อง

๒.๑ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐

มาตรา ๔๘ วรรคสอง บัญญัติว่า “บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีและไม่มีรายได้ เพียงพอแก่การยังชีพ และบุคคลผู้ยากไร้ย่อมมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือที่เหมาะสมจากรัฐตามที่กฎหมายบัญญัติ”

มาตรา ๕๕ บัญญัติว่า “รัฐต้องดำเนินการให้ประชาชนได้รับบริการสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพอย่างทั่วถึง เสริมสร้างให้ประชาชนมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค และส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาภูมิปัญญาด้านแพทย์แผนไทยให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยบริการสาธารณสุขดังกล่าว ต้องครอบคลุมการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุม และป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสุขภาพาด้วย และรัฐต้องพัฒนาการบริการสาธารณสุขให้มีคุณภาพและมีมาตรฐานสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง”

มาตรา ๕๘ บัญญัติว่า “การดำเนินการใดของรัฐหรือที่รัฐจะอนุญาตให้ผู้ใดดำเนินการ ถ้าการนั้นอาจมีผลกระทบต่อทรัพยากรธรรมชาติ คุณภาพสิ่งแวดล้อม สุขภาพ อนามัย คุณภาพชีวิต หรือส่วนได้ส่วนเสียสำคัญอื่นใดของประชาชนหรือชุมชนหรือสิ่งแวดล้อมอย่างรุนแรง รัฐต้องดำเนินการให้มีการศึกษาและประเมินผลกระทบต่อคุณภาพสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนหรือชุมชน และจัดให้มีการรับฟังความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้เสียและประชาชนและชุมชนที่เกี่ยวข้องก่อน....”

มาตรา ๗๑ บัญญัติว่า “รัฐพึงเสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวอันเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญของสังคม จัดให้ประชาชนมีที่อยู่อาศัยอย่างเหมาะสม ส่งเสริมและพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่แข็งแรงและมีจิตใจเข้มแข็ง รวมตลอดทั้งส่งเสริมและพัฒนาการกีฬาให้ไปสู่ความเป็นเลิศและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ประชาชน

รัฐพึงส่งเสริมและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ให้เป็นพลเมืองที่ดี มีคุณภาพและความสามารถสูงขึ้น

รัฐพึงให้ความช่วยเหลือเด็ก เยาวชน สตรี ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ยากไร้ และผู้ด้อยโอกาสให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และคุ้มครองป้องกันมิให้บุคคลดังกล่าวถูกใช้ความรุนแรงหรือปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรม รวมตลอดทั้งให้การบำบัด ฟื้นฟูและเยียวยาผู้ถูกกระทำการดังกล่าว

ในการจัดสรรงบประมาณ รัฐพึงคำนึงถึงความจำเป็นและความต้องการที่แตกต่างกันของเพศ วัย และสภาพของบุคคล ทั้งนี้ เพื่อความเป็นธรรม”

๒.๒ พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖

มาตรา ๑๑ บัญญัติว่า “ผู้สูงอายุมีสิทธิได้รับการคุ้มครอง การส่งเสริม และการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ ดังนี้

(๑) การบริการทางการแพทย์ และการสาธารณสุขที่จัดไว้ โดยให้ความสะดวกและรวดเร็วแก่ผู้สูงอายุเป็นกรณีพิเศษ

(๒) การศึกษา การศาสนา และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินชีวิต

(๓) การประกอบอาชีพหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสม

(๔) การพัฒนาตนเองและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคม การรวมกลุ่มในลักษณะเครือข่ายหรือชุมชน

(๕) การอำนวยความสะดวกและความปลอดภัยโดยตรงแก่ผู้สูงอายุในอาคาร สถานที่ยานพาหนะหรือการบริการสาธารณะอื่น

(๖) การช่วยเหลือด้านค่าโดยสารยานพาหนะตามความเหมาะสม

(๗) การยกเว้นค่าเข้าชมสถานที่ของรัฐ

(๘) การช่วยเหลือผู้สูงอายุซึ่งได้รับอันตรายจากการถูกทารุณกรรมหรือถูกแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบด้วยกฎหมาย หรือถูกทอดทิ้ง

(๙) การให้คำแนะนำ ปรึกษา ดำเนินการอื่นที่เกี่ยวข้องในทางคดี หรือในทางการแก้ไขปัญหาครอบครัว

(๑๐) การจัดที่พักอาศัย อาหารและเครื่องนุ่งห่มให้ตามความจำเป็นอย่างทั่วถึง

(๑๑) การจ่ายเงินเบี้ยยังชีพเป็นรายเดือนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

(๑๒) การสงเคราะห์ในการจัดการศพตามประเพณี

(๑๓) การอื่นตามที่คณะกรรมการประกาศกำหนด

.....”

๒.๓ ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๘๐)

ยุทธศาสตร์ชาติ ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์

๔. ประเด็นยุทธศาสตร์ชาติด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพทรัพยากรมนุษย์

๔.๒ การพัฒนาศักยภาพคนตลอดช่วงชีวิต มุ่งเน้นการพัฒนาคนเชิงคุณภาพในทุกช่วงวัย ตั้งแต่ช่วงการตั้งครรภ์ปฐมวัย วัยเด็ก วัยรุ่น วัยเรียน วัยผู้ใหญ่ วัยแรงงาน และวัยผู้สูงอายุ เพื่อสร้างทรัพยากรมนุษย์ที่มีศักยภาพ มีทักษะความรู้เป็นคนดีมีวินัย เรียนรู้ได้ด้วยตนเองในทุกช่วงวัย มีความ รอบรู้ทางการเงิน มีความสามารถในการวางแผนชีวิตและการวางแผนทางการเงินที่เหมาะสมในแต่ละ ช่วงวัย และความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า รวมถึงการพัฒนาและปรับทัศนคติให้คนทุกช่วงวัยที่เคยกระทำผิดได้กลับมาใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างสงบสุขและเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศ

๔.๒.๔ ช่วงวัยผู้สูงอายุส่งเสริมให้ผู้สูงอายุเป็นพลังในการขับเคลื่อนประเทศ ส่งเสริมให้มีการทำงานหลังเกษียณ ผ่านการเสริมทักษะการดำรงชีวิต ทักษะอาชีพในการหารายได้มีงานทำที่เหมาะสมกับศักยภาพ มีการสร้างเสริมสุขภาพ ฟื้นฟูสุขภาพ การป้องกันโรคให้แก่ผู้สูงอายุ พร้อมกับจัดสภาพแวดล้อมให้เป็นมิตรกับผู้สูงอายุและหลักประกันทางสังคมที่สอดคล้องกับความจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต การมีส่วนร่วมของผู้สูงอายุในสังคม

๔.๕ การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดีครอบคลุมทั้งด้าน กาย ใจ สติปัญญา และสังคม มุ่งเน้นการเสริมสร้างการจัดการสุขภาวะในทุกรูปแบบ ที่นำไปสู่การมีศักยภาพในการจัดการ สุขภาวะที่ดีได้ด้วยตนเอง พร้อมทั้งสนับสนุนให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดีและมีทักษะด้านสุขภาวะที่เหมาะสม

๔.๕.๑ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาวะ โดยพัฒนาองค์ความรู้และการสื่อสารด้านสุขภาวะที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ให้แก่ประชาชน พร้อมทั้งเฝ้าระวังและจัดการกับความรู้ด้านสุขภาวะที่ไม่ถูกต้อง จนเกิดเป็นทักษะทางปัญญาและสังคมที่เป็นการเพิ่มศักยภาพในการจัดการ สุขภาวะตนเองของประชาชน อาทิการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้มีความเหมาะสม และการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอในการดำรงชีวิต

๔.๕.๒ การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะ โดยผลักดันการสร้างเสริมสุขภาวะในทุกนโยบายที่ให้หน่วยงานทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการรับผิดชอบต่อสุขภาพของประชาชน เพื่อลดภัยคุกคามที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสุขภาวะคนไทย

๔.๕.๓ การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดีโดยส่งเสริมให้มีการจัดสภาพแวดล้อมทางกายภาพที่เป็นมิตรต่อสุขภาพและเอื้อต่อการมีกิจกรรมสำหรับยกระดับสุขภาวะของสังคม จัดทำมาตรการทางการเงินการคลังที่สนับสนุนสินค้าที่เป็นมิตรต่อสุขภาพ สนับสนุนการพัฒนาเทคโนโลยีและนวัตกรรมที่ช่วยในการเสริมการมีสุขภาวะ รวมทั้งกำหนดให้มีการประเมินผลกระทบด้านสุขภาพโดยชุมชนและภาคประชาชนก่อนการดำเนินโครงการที่อาจกระทบต่อระดับสุขภาวะ

๔.๕.๔ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ทันสมัยสนับสนุนการสร้างสุขภาวะที่ดี โดยนำเทคโนโลยีและนวัตกรรมสมัยใหม่มาใช้ในการสร้างความเป็นเลิศทางด้านบริการทางการแพทย์และสุขภาพแบบครบวงจรและทันสมัย ที่รวมไปถึงการพัฒนาปัญญาประดิษฐ์ในการให้คำปรึกษา วินิจฉัยและพยากรณ์การเกิดโรคล่วงหน้า การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพทางไกลให้มีความ หลากหลาย เข้าถึงง่าย เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในพื้นที่ห่างไกล มีการเชื่อมโยงผลิตภัณฑ์เข้ากับอินเทอร์เน็ต ทางด้านสุขภาพ และจัดให้มีระบบการเก็บข้อมูล สุขภาพของประชาชนตลอดช่วงชีวิตให้มีประสิทธิภาพ โดยอยู่บนพื้นฐานความยั่งยืนทางการคลัง รวมถึงการปฏิรูประบบการเก็บภาษีและรายจ่ายเพื่อให้บริการด้านสุขภาพ ตลอดจนการปฏิรูประบบหลักประกันสุขภาพในการสร้างสุขภาวะที่ดีให้กับประชาชนทุกช่วงวัยอย่างมีประสิทธิภาพ พอเพียง เป็นธรรม และยั่งยืน

๔.๕.๕ การส่งเสริมให้ชุมชนเป็นฐานในการสร้างสุขภาวะที่ดีในทุกพื้นที่ โดยให้ชุมชนเป็นแหล่งบ่มเพาะจิตสำนึกการมีสุขภาพดีของประชาชน ผ่านการจัดการความรู้ด้านสุขภาพที่เป็นประโยชน์และสนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การสร้างสุขภาวะที่พึงประสงค์ระหว่างกัน โดยรัฐจะทำหน้าที่เป็นผู้อำนวยความสะดวกที่สำคัญในการอำนวยความสะดวกให้ชุมชนสามารถสร้างการมีสุขภาวะดีของตนเองได้เพื่อให้ชุมชนเป็นพื้นที่สำคัญในการจัดการสุขภาวะของแต่ละพื้นที่

๒.๔ แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔)

ส่วนที่ ๔ ยุทธศาสตร์การพัฒนา

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ การเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์

๓.๒ พัฒนาศักยภาพคนให้มีทักษะความรู้และความสามารถในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่า

๓.๔ ลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพและให้ทุกภาคส่วนคำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพ

๓.๔.๑ พัฒนาให้คนมีความรู้ในการดูแลสุขภาพ มีจิตสำนึกสุขภาพที่ดี และมีการคัดกรองพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเองผ่านช่องทางการเรียนรู้ที่หลากหลาย จัดบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตที่เข้าถึงได้ง่าย และกำกับควบคุมการเผยแพร่ชุดข้อมูลสุขภาพที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ

๓.๔.๒ ส่งเสริมให้คนมีกิจกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมกับวัยทั้งรูปแบบการออกกำลังกาย โภชนาการที่เหมาะสม และสนับสนุนให้ชุมชนมีการบริหารจัดการพื้นที่สาธารณะ สิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อการออกกำลังกายและการเล่นกีฬา

๓.๔.๓ ปรับปรุงมาตรการด้านกฎหมายและด้านภาษีที่ส่งเสริมผู้ประกอบการให้มีนวัตกรรม การผลิตอาหารและเครื่องดื่มที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพและเป็นทางเลือกแก่ผู้บริโภคการติดฉลากโภชนาการบนบรรจุภัณฑ์อาหารที่เข้าใจง่าย รวมทั้งควบคุมการโฆษณาประชาสัมพันธ์ผลิตภัณฑ์ที่มีผลเสียต่อสุขภาพ

๓.๔.๔ ผลักดันให้มีกลไกการประเมินผลกระทบสุขภาพในการจัดทำนโยบายสาธารณะตามแนวคิดทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพที่เชื่อมโยงตั้งแต่นโยบายระดับชาติ พื้นที่ และชุมชนที่จะนำไปสู่การสร้างสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี

๓.๔.๕ ส่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยทางถนนผ่านการสื่อสารสาธารณะที่เหมาะสมตามกลุ่มเป้าหมายให้มีการปรับพฤติกรรมที่จะลดการเกิดอุบัติเหตุทั้งต่อตนเองและผู้อื่น รวมทั้งมีการบริหารจัดการความเสี่ยงด้านความปลอดภัยทางถนนอย่างเป็นระบบ

๓.๖ พัฒนาระบบการดูแลและสร้างสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมกับสังคมสูงวัย

๓.๖.๑ ผลักดันให้มีกฎหมายการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุครอบคลุมการจัดบริการทั้งภาครัฐ เอกชน ภาคประชาสังคม และระบบการเงินการคลัง

๓.๖.๒ พัฒนาให้มีระบบการดูแลระยะกลางที่จะรองรับผู้ที่จำเป็นต้องพักฟื้นก่อนกลับบ้านให้เชื่อมโยงกับระบบการดูแลระยะยาว และส่งเสริมธุรกิจบริการดูแลระยะยาวที่ได้มาตรฐานสำหรับผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในเขตเมือง รวมทั้งศึกษารูปแบบการคลังที่เป็นระบบประกันการดูแลระยะยาว

๓.๖.๓ วิจัยและพัฒนานวัตกรรมสิ่งอำนวยความสะดวกในการใช้ชีวิตประจำวันที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ และพัฒนาเทคโนโลยีทางการแพทย์ในการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพในกลุ่มผู้สูงอายุ เทคโนโลยี เพื่อป้องกันการบาดเจ็บและติดตามการบำบัดรักษา

๓.๖.๔ ส่งเสริมการพัฒนาเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุทั้งระบบขนส่งสาธารณะ อาคารสถานที่ พื้นที่สาธารณะ และที่อยู่อาศัยให้เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุและทุกกลุ่มในสังคม

๓.๗ ผลักดันให้สถาบันทางสังคมมีส่วนร่วมพัฒนาประเทศอย่างเข้มแข็ง

๓.๗.๑ สร้างสภาพแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อต่อการสร้างความเข้มแข็งของครอบครัว ทั้งการใช้สื่อเพื่อเสริมสร้างคุณค่าต่อครอบครัว พัฒนานวัตกรรมเพื่อช่วยสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว สร้างพื้นที่ให้ครอบครัวได้ใช้เวลาร่วมกันสร้างเครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่างบ้านและโรงเรียนผ่านกิจกรรมเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างเด็ก ครู ผู้ปกครอง

๓.๗.๒ กำหนดมาตรการดูแลครอบครัวเปราะบางให้สามารถดูแลสมาชิกได้อย่างเข้มแข็ง ทั้งเรื่องการประกอบอาชีพ การเข้าถึงบริการภาครัฐ และการพัฒนาระบบติดตามเพื่อให้ความช่วยเหลือตลอดจนการให้ผู้สูงอายุหรือผู้มีประสบการณ์สาขาวิชาชีพต่าง ๆ ในชุมชนร่วมเป็นผู้ดูแลสมาชิกในครอบครัวเปราะบาง

๒.๕ ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๔๒

ปฏิญญาผู้สูงอายุไทยเป็นพันธกรณีเพื่อให้ผู้สูงอายุได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับการคุ้มครองและพิทักษ์สิทธิ โดยในส่วนการคุ้มครองผู้สูงอายุด้านการได้รับการดูแลที่ดีได้กำหนดชัดเจนในข้อ ๑ ข้อ ๕ และข้อ ๗ ดังนี้

ข้อ ๑ ผู้สูงอายุต้องได้รับปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิตอย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรี ได้รับการพิทักษ์และคุ้มครองให้พ้นจากการถูกทอดทิ้ง และละเมิดสิทธิโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ และผู้พิการที่สูงอายุ

ข้อ ๕ ผู้สูงอายุควรได้เรียนรู้ในการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง ต้องมีหลักประกันและสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพอนามัยอย่างครบวงจรโดยเท่าเทียมกัน รวมทั้งได้รับการดูแลจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิตอย่างสงบ ตามคตินิยม

ข้อ ๗ รัฐ โดยการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคเอกชน ประชาชน สถาบันสังคมต้องกำหนดนโยบายและแผนหลักด้านผู้สูงอายุ ส่งเสริมและประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องให้บรรลุผลตามเป้าหมาย

๒.๖ คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๕๗

ข้อ ๓ การลดความเหลื่อมล้ำของสังคม การสร้างโอกาสการเข้าถึงบริการของรัฐ โดยให้มีการเตรียมความพร้อมการเข้าสู่สังคมสูงอายุ

ข้อ ๕ การยกระดับคุณภาพบริการด้านสาธารณสุข และสุขภาพของประชาชน โดยให้วางรากฐานระบบหลักประกันสุขภาพให้ครอบคลุมประชากร ไม่มีความเหลื่อมล้ำของคุณภาพบริการ พัฒนาระบบบริการสุขภาพ

****

บทที่ ๓
วิธีการพิจารณาศึกษา

คณะอนุกรรมาธิการพิจารณาศึกษาด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ได้ทำการพิจารณาศึกษาข้อมูลจากบุคคล เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนข้อมูลจากการศึกษาดูงาน เพื่อให้ได้มาซึ่งรายงานการพิจารณาศึกษา เรื่อง “ปัญหาด้านสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวม” โดยพิจารณาศึกษาจากข้อมูลที่ได้จากแหล่งต่าง ๆ ดังนี้

๓.๑ การประชุมคณะอนุกรรมาธิการพิจารณาศึกษาด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบครบวงจร

โดยคณะอนุกรรมาธิการได้ประชุมเพื่อหารือและแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เกี่ยวกับศึกษาด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ศึกษาปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ตลอดจนการวางแผน การรวบรวมสถิติ ข้อมูลประชากรผู้สูงอายุ สถิติการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในประเทศไทยและต่างประเทศ รวมทั้งประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยมีการประชุมทั้งหมดจำนวน ๒๓ ครั้ง

๓.๒ การเชิญบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมาให้ข้อมูลและแสดงความคิดเห็นเพื่อประกอบการพิจารณา ดังนี้

๓.๒.๑ กระทรวงศึกษาธิการ

๑) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- รองศาสตราจารย์สุวิทย์ บุณยะเวชชีวิน	ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์

๒) มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี

- รองศาสตราจารย์โฉมศรี โฆษิตชัยวัฒน์	หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

(๑) ศาสตราจารย์ประเสริฐ อัสสันตชัย	รองคณบดีคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
(๒) นายแพทย์สมบูรณ์ อินทลาภาพร	อาจารย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม
(๓) รองศาสตราจารย์อภิรดี ศรีวิจิตรกมล	อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์
(๔) ศาสตราจารย์เกียรติคุณพีระ บูรณะกิจเจริญ	อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์
(๕) ศาสตราจารย์กิตติพงศ์ มณีโชติสุวรรณ	อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์
(๖) รองศาสตราจารย์วิทย์ บรรณหิรัญ	อาจารย์ประจำภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา
(๗) ศาสตราจารย์ธนัญญา บุณยศิรินันท์	อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์

สถาบันวิจัยประชากรศาสตร์

- ศาสตราจารย์เกียรติคุณปราโมทย์ ประสาทกุล ที่ปรึกษาอาวุโส

สถาบันวิจัยโภชนาการ

- ศาสตราจารย์วิสิฐ จะวะสิต อาจารย์ประจำสถาบันโภชนาการ
- นางสาวจันทิมา โพธิ นักปฏิบัติงานวิจัย

๓) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

- ศาสตราจารย์บรรณกิจ โลจนาภิวัฒน์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์

๓.๒.๒ กระทรวงสาธารณสุข

กรมการแพทย์

- นายแพทย์ปานเนตร ปางพุฒิพงศ์ รองอธิบดีกรมการแพทย์

สถาบันประสาทวิทยา

- นายแพทย์สมชาย โตวณะบุตร นายแพทย์ทรงคุณวุฒิทางอายุรกรรม สาขาประสาทวิทยา

กรมอนามัย

- นางสาวพวงเพ็ญ ชั้นประเสริฐ ผู้อำนวยการศูนย์ความร่วมมือระหว่างประเทศ

๒.๒.๓ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม

สำนักงานสถิติแห่งชาติ

- นางปัทมา อมรสิริสมบูรณ์ ผู้อำนวยการสำนักสถิติสังคม

๒.๒.๔ กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย

- นางสาววาสนา อิ่มเอม ผู้ช่วยผู้แทนกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย

๒.๒.๕ โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า กองทัพบก

- พันตรีหญิง นฤตยา วโรทัย แพทย์กองอายุรกรรม

๒.๒.๖ โรงพยาบาลกรุงเทพ

- ศาสตราจารย์เกียรติคุณสุจิตรา ประสานสุข หัวหน้าศูนย์การได้ยิน การพูด การทรงตัว และเสียงในหู

๒.๒.๗ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.)

(๑) นางภรณี ภู่ประเสริฐ ผู้อำนวยการสำนักสนับสนุนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ

(๒) นายณัฐพล เทศขยัน นักวิชาการพิเศษ

๓.๓ การลงพื้นที่ศึกษาดูงาน ณ โรงพยาบาลที่ให้เน้นการให้บริการด้านผู้สูงอายุ ดังนี้

๓.๓.๑ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ เขตบางแค จังหวัดกรุงเทพมหานคร

โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ เขตบางแค เป็นโรงพยาบาลในสังกัด สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร รับผิดชอบประชากรในเขตใกล้เคียง ดังนี้ เขตตลิ่งชัน เขตทวีวัฒนา เขตหนองแขม และเขตภาษีเจริญ มีโครงสร้าง ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และรองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ และรองผู้อำนวยการฝ่ายการบริหาร โดยแบ่งเป็น ๕ ฝ่าย ๑๙ กลุ่มงาน โรงพยาบาลมีการบูรณาการการดูแลผู้สูงอายุ โดยนำตัวแทนของแต่ละฝ่ายเข้ามาเป็นตัวแทน และจัดตั้งในรูปแบบคณะกรรมการ ในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุในระดับโรงพยาบาล สถิติประชากรที่รับผิดชอบโดยปกติจะมีการสอดคล้องกันกับสถิติประชากรของประเทศ คือ ร้อยละ ๑๔-๑๘ ของแต่ละพื้นที่ ปัจจุบันมีผู้ป่วยมาใช้บริการร่วมตั้งแต่ผู้ป่วยนอกเฉลี่ยวันละ ๘๐๐-๙๐๐ คนต่อวัน และมีอัตราการครองเตียงสูงถึง ๙๐-๑๐๐ เตียง ปัจจุบันมีจำนวนเตียงทั้งหมด ๑๖๒ เตียง และพบว่า เริ่มมีผู้สูงอายุที่เจ็บป่วยเรื้อรังและมีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องนอนโรงพยาบาลสูงเฉลี่ย ร้อยละประมาณ ๑๓๕แนวโน้มการใช้บริการเพิ่มขึ้นทุกปี

๓.๓.๒ โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน เขตบางขุนเทียน จังหวัดกรุงเทพมหานคร

โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน เปิดให้บริการตั้งแต่ ๓ ธันวาคม ๒๕๕๕ ณ อาคารผู้ป่วยนอกชั่วคราว ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยทั่วไป และงานเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ การส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค รวมถึงการบำบัดรักษาเฉพาะด้านแก่ผู้สูงอายุ ให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ส่งเสริมสนับสนุน ค้นคว้าและวิจัยทางการแพทย์ โดยมีจำนวนผู้มารับบริการในปี ๒๕๖๐ ทั้งหมดจำนวน ๓๕,๗๔๓ คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุ (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) จำนวน ๑๔,๒๘๗ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๘.๘๙ ผู้สูงอายุ (อายุ ๘๐ ปีขึ้นไป) จำนวน ๒,๔๓๐ คน

คิดเป็นร้อยละ ๖.๘๐ สำหรับในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ (๑ ตุลาคม ๒๕๖๐ – ๓๑ มีนาคม ๒๕๖๑) มีผู้มารับบริการทั้งหมดจำนวน ๒๓,๗๐๖ คน แบ่งผู้สูงอายุ (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) จำนวน ๙,๔๗๒ คน คิดเป็นร้อยละ ๓๗.๓๙ คน และผู้สูงอายุ (อายุ ๘๐ ปีขึ้นไป) จำนวน ๑,๕๕๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๖.๕๗ คน

และจากการพิจารณาศึกษาของคณะอนุกรรมาธิการ โดยการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลจากการบูรณาการองค์ความรู้จากการประชุมซึ่งได้มีการเชิญผู้ทรงคุณวุฒิจากหน่วยงานต่าง ๆ ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการศึกษาดูงาน ทำให้สามารถสรุปผลการพิจารณาศึกษา เรื่อง “ปัญหาสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวม” ดังจะกล่าวต่อไปในบทที่ ๔

****

บทที่ ๔
ผลการพิจารณาศึกษา

จากการประชุมคณะกรรมาธิการพิจารณาศึกษาด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ในคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ ได้ทราบข้อมูลและบทสรุปจากการประชุม ซึ่งสามารถสรุปได้ ๑๙ ประเด็นหลัก ดังนี้

๔.๑ สถิติผู้สูงอายุ และลักษณะครอบครัวไทยในสังคมผู้สูงอายุ

๔.๒ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ

๔.๓ การส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุในประเทศไทย

๔.๔ การสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

๔.๕ การป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุแบบองค์รวม

๔.๖ ไขมันทรานส์ : โภชนาการที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

๔.๗ ปัญหาโรคข้อในผู้สูงอายุ

๔.๘ ปัญหาโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

๔.๙ ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

๔.๑๐ ปัญหาโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

๔.๑๑ ปัญหาทางด้านจักษุวิทยาในผู้สูงอายุ

๔.๑๒ ปัญหาเกี่ยวกับโรคทางนรีเวชในผู้สูงอายุ

๔.๑๓ ปัญหาโรคทางเดินหายใจในผู้สูงอายุ

๔.๑๔ ปัญหาการนอนกรนในผู้สูงอายุ

๔.๑๕ ปัญหาโรคไตในผู้สูงอายุ

๔.๑๖ ปัญหาโรคทางเดินอาหารในผู้สูงอายุ

๔.๑๗ ปัญหาทางการได้ยินในผู้สูงอายุ

๔.๑๘ ปัญหาโรคต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ

๔.๑๙ โรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ

๔.๑ สถิติผู้สูงอายุ และลักษณะครอบครัวไทยในสังคมผู้สูงอายุ

สถานการณ์ผู้สูงอายุในประเทศไทย

ในปัจจุบันได้เข้าสู่สังคมสูงอายุแล้ว โดยในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ประชากรไทย มีจำนวน ๖๖ ล้านคน ประกอบด้วย ผู้สูงอายุ (๖๐ ปีขึ้นไป) ประมาณ ๑๑.๔ ล้านคน คิดเป็นประมาณร้อยละ ๑๗ วัยแรงงาน (๑๕ – ๕๙ ปี) ประมาณ ๔๓ ล้านคน คิดเป็น ร้อยละ ๖๕.๗ และวัยเด็ก (ต่ำกว่า ๑๕ ปี) ประมาณ ๑๑.๗ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๑๗.๘ หากรวมแรงงานต่างชาติที่เข้ามาทำงาน ในประเทศไทยประมาณ ๓ ล้านคน รวมประชากรในประเทศไทยมีประมาณ ๖๙ ล้านคน และในอนาคต อันใกล้ประมาณ ปี พ.ศ. ๒๕๖๔ ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ คือมีผู้สูงอายุ ร้อยละ ๒๐ และจะเป็นสังคมสูงอายุระดับสุดยอด ในปี พ.ศ. ๒๕๗๔ โดยจะมีผู้สูงอายุ ๒๐ ล้านคน คิดเป็นร้อยละ ๓๐.๗ นั่นหมายความว่า ประชากร ๑ ใน ๓ จะเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งเห็นว่าประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุเร็วที่สุดในโลก โดยมีสัดส่วนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับ ๒ ในอาเซียนรองจากประเทศสิงค์โปร์ ประกอบกับจำนวนเด็กในประเทศไทยเกิดน้อย ในขณะที่จำนวนผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น ซึ่งการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของประเทศไทยในอัตราที่รวดเร็วนั้น จะทำให้ทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคีต่าง ๆ มีการเตรียมความพร้อมรับสังคมผู้สูงอายุไม่ทัน

จำนวนและอัตราของผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๓๗ - ๒๕๖๐

ปีที่สำรวจ	จำนวนผู้สูงอายุ	อัตราผู้สูงอายุ๙/
๒๕๓๗	๔,๐๑๑,๘๕๔	๖.๘
๒๕๔๕	๕,๙๖๙,๐๓๐	๙.๔
๒๕๕๐	๗,๐๒๐,๙๕๙	๑๐.๗
๒๕๕๔	๘,๒๖๖,๓๐๔	๑๒.๒
๒๕๕๗	๑๐,๐๑๔,๗๐๕	๑๔.๙
๒๕๖๐	**๑๑,๓๑๒,๔๔๗**	**๑๖.๗**

๙/ อัตราผู้สูงอายุ หมายถึง อัตราส่วนของประชากรผู้สูงอายุ (อายุ ๖๐ ปีขึ้นไป) ต่อ ประชากรทั้งสิ้น ๑๐๐ คน

สำนักงานสถิติแห่งชาติ

ที่มา : การสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปี ๒๕๓๗ – ๒๕๖๐ สำนักงานสถิติแห่งชาติ

นอกจากนี้ลักษณะของครอบครัวไทยได้เปลี่ยนรูปไปอย่างมากตามการเปลี่ยนแปลงของประชากร โดยขนาดครอบครัวไทยมีขนาดเล็กลงเหลือเพียงครอบครัวละ ๓ คน บางครอบครัวอยู่กันเพียง ๒ คน และเป็นผู้สูงอายุทั้งคู่ ปัจจุบันผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมีเกือบร้อยละ ๑๐

สำนักงานสถิติแห่งชาติจะดำเนินการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทยครั้งต่อไป ในปี พ.ศ. ๒๕๖๔ เพื่อติดตามสถานการณ์และสะท้อนภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และเพื่อให้ประเทศมีข้อมูลใช้ในการติดตามประเมินผลแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ และวางแผนจัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๓ ต่อไป

อัตราผู้สูงอายุ หมายถึง อัตราส่วนของผู้สูงอายุต่อประชากรทั้งสิ้น ๑๐๐ คน ผลการสำรวจพบว่าทั้งจำนวนและอัตราผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นมาโดยตลอด และเพศหญิงมีจำนวนมากกว่าเพศชาย โดย ปี พ.ศ. ๒๕๓๗ ผู้สูงอายุเพศหญิง มีจำนวน ๒.๒๑ ล้านคน ส่วนเพศชาย มีจำนวน ๑.๘๐ ล้านคน ปี พ.ศ. ๒๕๔๕ จำนวนผู้สูงอายุเพศหญิง เพิ่มขึ้นเป็น ๓.๒๔ ล้านคน เพศชายเพิ่มเป็น ๒.๗๓ ล้านคน และข้อมูลล่าสุด ปี พ.ศ. ๒๕๖๐ ผู้สูงอายุเพศหญิง มีจำนวน ๖.๒๓ ล้านคน และเพศชาย มีจำนวน ๕.๐๘ ล้านคน ในการสรุปผลการสำรวจล่าสุดปี ๒๕๖๐ พบว่า ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุตั้งแต่ ๖๐–๖๙ ปี) มีร้อยละ ๕๗.๔ วัยกลาง (อายุตั้งแต่ ๗๐–๗๙ ปี) มีร้อยละ ๒๙.๐ และวัยปลาย (อายุตั้งแต่ ๘๐ ปีขึ้นไป) มีร้อยละ ๑๓.๖

เมื่อเปรียบเทียบในระดับภาค พบว่า ผู้สูงอายุในภาคเหนือ มีอัตราสูงสุด คือร้อยละ ๒๑.๑ รองลงมาคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ร้อยละ ๑๙.๒ ภาคกลาง ร้อยละ ๑๔.๘ ภาคใต้ ร้อยละ ๑๔.๔ และกรุงเทพมหานคร มีอัตราต่ำสุด คือ ร้อยละ ๑๒.๕

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีภาวะสุขภาพปานกลาง ร้อยละ ๔๓.๒ สุขภาพดี ร้อยละ ๓๙.๓ สุขภาพไม่ดี ร้อยละ ๑๓.๕ และไม่ดีมาก ๆ ร้อยละ ๑.๖ โดยผู้สูงอายุเพศชายมีสุขภาพดี ร้อยละ ๔๓.๔ สุขภาพปานกลาง ร้อยละ ๔๐.๓ ส่วนที่มีสุขภาพไม่ดีและไม่ดีมากๆ มีร้อยละ ๑๑.๗ และร้อยละ ๑.๕ ตามลำดับ และที่มีสุขภาพดีมากมีเพียงร้อยละ ๓.๑ ในขณะที่ผู้สูงอายุเพศหญิงส่วนใหญ่ก็มีสุขภาพปานกลาง ร้อยละ ๔๕.๖ สุขภาพดี ร้อยละ ๓๖.๐ สุขภาพไม่ดี ร้อยละ ๑๔.๙ และไม่ดีมาก ๆ ร้อยละ ๑.๗ ส่วนที่มีสุขภาพดีมากเพียงร้อยละ ๑.๘

ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุวัยต้นที่มีสุขภาพดีมากมีสัดส่วนมากกว่าวัยกลางและวัยปลาย (ร้อยละ ๓.๑ ร้อยละ ๑.๕ และร้อยละ ๑.๒ ตามลำดับ) และที่มีสุขภาพดีก็เช่นเดียวกันคือ ยิ่งอายุมากขึ้น ภาวะสุขภาพดีก็มีสัดส่วนน้อยลง (ร้อยละ ๔๘.๒ ร้อยละ ๓๑.๑ และร้อยละ ๑๙.๗ ตามลำดับ)

จะเห็นได้ว่า มีผู้สูงอายุที่รายงานว่าสุขภาพไม่ดีและไม่ดีมาก ๆ ร้อยละ ๑๕.๑ เป็นกลุ่มที่ต้องการการดูแลเอาใจใส่ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผู้สูงอายุวัยปลาย ผู้สูงอายุติดเตียง ยิ่งต้องการการดูแลเป็นพิเศษ โรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคมะเร็ง โรคหลอดเลือดหัวใจตีบและอุดตัน โรคอัมพฤกษ์ อัมพาต โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในเลือดสูง โรคเบาหวาน โรคอ้วน โรคสมองเสื่อม โรคกระดูกบาง โรคกระดูกพรุน และการหกล้มทำให้กระดูกหัก โรคฟัน การขับถ่าย การเคลื่อนไหว โรคข้อ ปวดหลัง การทรงตัว และต่อมลูกหมากโต

ทั้งนี้ โรค NCDs (Non Communicable Diseases หรือโรคที่ไม่ติดต่อ) เป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรม สามารถป้องกันได้เกือบทุกโรค โดยจากข้อมูลของ World Health Organization (WHO) พบว่า ร้อยละ ๖๘ ของการเสียชีวิตของประชากรในโลก เกิดจากโรคไม่ติดต่อ (ค.ศ. ๒๐๑๒)

องค์การอนามัยโลก ได้มีการกำหนดเป้าหมายว่า ก่อนปี ๒๐๒๐ ทุกประเทศจะต้องกำหนดนโยบายและแผนการเกี่ยวกับสุขภาพ และตั้งแต่ปี ๒๐๒๐ – ๒๐๓๐ ทำให้ทุกประเทศจะต้องมีกลไกในการขับเคลื่อนแผนสู่ทศวรรษของการมีผู้สูงอายุที่มีสุขภาวะที่ดี เรียกว่า Decade on Healthy Ageing (๒๐๒๐ - ๒๐๓๐)

สำหรับประเทศไทย มีการจัดทำแผนผู้สูงอายุที่ดีและครอบคลุมเรื่องสุขภาวะ ทั้งนี้ กระทรวงสาธารณสุขได้นำวัตถุประสงค์ที่องค์การอนามัยโลกกำหนดไว้มาจัดทำแผนการดำเนินงาน ใน ๒๐ ปีข้างหน้า ได้แก่ นโยบาย Healthy Ageing การดำเนินการด้านสิ่งแวดล้อม หรือเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ การจัดระบบบริการสุขภาพ (การสร้างเสริม ป้องกัน รักษา ฟื้นฟู) ที่ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุเป็นจุดศูนย์กลาง การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (โดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีภาวะติดบ้าน ติดเตียง) และการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุ รวมทั้งระบบในการควบคุมกำกับ

ลักษณะของครอบครัวไทยจากการสำรวจสำมะโนประชากรปี พ.ศ. ๒๕๓๓ – ปี พ.ศ. ๒๕๕๓

โดยแบ่งการสำรวจเป็น ๓ ช่วง คือ ในปี พ.ศ. ๒๕๓๓ ปี พ.ศ. ๒๕๔๓ และปี พ.ศ. ๒๕๕๓ พบว่า

- จำนวนประชากรในช่วงของการสำรวจ ทั้ง ๓ ช่วง คือ ในปี พ.ศ. ๒๕๓๓ = ๕๔.๔ ล้านคน ปี พ.ศ. ๒๕๔๓ = ๖๐.๙ ล้านคน และปี พ.ศ. ๒๕๕๓ = ๖๕.๙ ล้านคน กล่าวคือ มีอัตราจำนวนประชากรเพิ่มขึ้น ๑.๒ เท่า

- จำนวนครัวเรือน ปี พ.ศ. ๒๕๓๓ = ๑๒.๓ ล้านครัวเรือน ปี พ.ศ. ๒๕๔๓ = ๑๕.๙ ล้านครัวเรือน และปี พ.ศ. ๒๕๕๓ = ๒๐.๓ ล้านครัวเรือน กล่าวคือ มีอัตราการเพิ่มขึ้น ๑.๗ เท่า

- ขนาดของครอบครัวในปี พ.ศ. ๒๕๓๓ = ๔.๔ คนต่อครัวเรือน ปี พ.ศ. ๒๕๔๓ = ๓.๘ คนต่อครัวเรือน และปี พ.ศ. ๒๕๕๓ = ๓.๑ คนต่อครัวเรือน กล่าวคือ มีขนาดของครัวเรือนลดลงในอัตรา ๐.๗ เท่า

- ครอบครัวที่มีสมาชิก ๑ คนในครัวเรือน มีอัตราการเพิ่มขึ้น ๓.๖ เท่า

- ร้อยละของการเป็นเจ้าของบ้าน มีอัตราการเป็นเจ้าของบ้านลดลงจาก ร้อยละ ๘๒.๔ ในปี พ.ศ. ๒๕๓๓ เป็นร้อยละ ๗๘.๙ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๓ กล่าวคือ มีอัตราลดลง ๐.๙ เท่า

ข้อมูลรายงานสถานการณ์ประชากรไทย พ.ศ. ๒๕๕๘

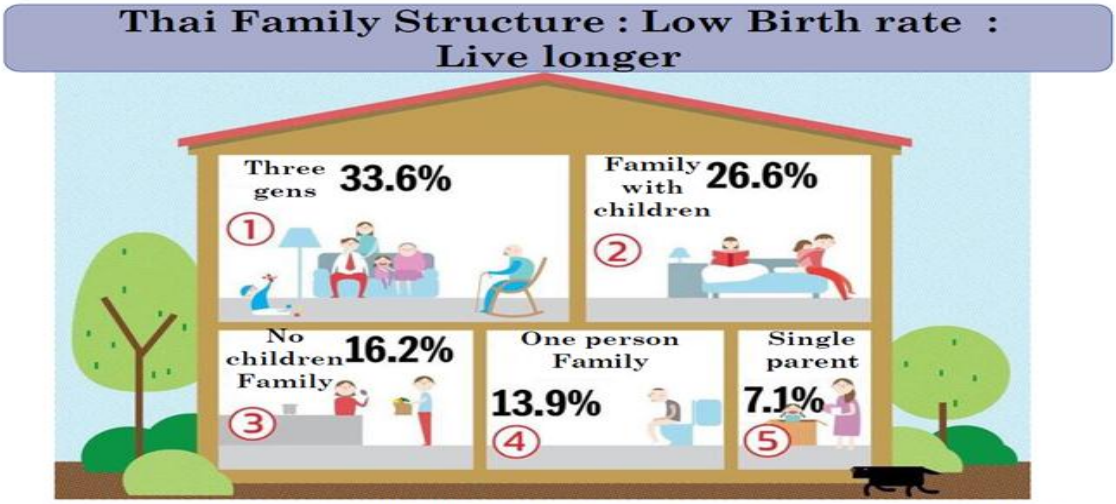
โดยนำเสนอข้อมูลจากข้อมูลการสำรวจแรงงาน ในปี พ.ศ. ๒๕๓๐ – ๒๕๕๖ ของสำนักงานสถิติแห่งชาติ ดังนี้

๑. ลักษณะของครอบครัวไทยมีความหลากหลายมาก

๒. ต้องการนโยบายของรัฐที่มุ่งในการช่วยเหลือดูแลครอบครัวในลักษณะต่าง ๆ โดยเฉพาะกลุ่มเด็ก สตรีและผู้สูงอายุ

๓. จะต้องรู้ความต้องการของครอบครัวแต่ละประเภทให้มากกว่าเดิม เพื่อที่จะทราบข้อมูลและนำมาปรับแก้ไขปัญหาของครอบครัวไทยให้มีความเป็นอยู่ที่ดีกว่าเดิม

รูปแบบของครัวเรือนไทย ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ เป็นดังนี้



Source: Thai Population Report 2015 : Office of The National Economic and Social Development Board, United Nations Population Fund (UNFPA)

- ครอบครัวที่มีพ่อแม่ลูกและปู่ย่าตายายอาศัยอยู่ด้วย คิดเป็นร้อยละ ๓๓.๖ มีอัตราเพิ่มขึ้น ๑.๓ เท่า
- ครอบครัวที่มีพ่อแม่และลูก คิดเป็นร้อยละ ๒๖.๖ ลดลง ๐.๕ เท่า
- ครอบครัวที่อยู่เฉพาะสามีและภรรยา (เลือกที่จะไม่มีลูก) คิดเป็นร้อยละ ๑๖.๒ เพิ่มขึ้น ๓ เท่า
- ครอบครัวเรือนเดี่ยว (มีคนอยู่คนเดียว) คิดเป็นร้อยละ ๑๓.๙ เพิ่มขึ้น ๒ เท่า (จาก ๒๕ ปี ที่ผ่านมา)
- ครอบครัวพ่อเลี้ยงเดี่ยว หรือแม่เลี้ยงเดี่ยว คิดเป็นร้อยละ ๗.๑ ลดลง ๐.๒ เท่า
- ครอบครัวแหว่งกลาง หรือครอบครัวข้ามรุ่น คิดเป็นร้อยละ ๒.๑ เพิ่มขึ้น ๒ เท่า
- ครอบครัวที่อยู่ด้วยกันแบบไม่มีความเกี่ยวข้องกัน คิดเป็นร้อยละ ๐.๖

ลักษณะ ๑๒ ประการของครอบครัวไทยในปัจจุบัน

รูปแบบที่ ๑ การเป็นครอบครัวเดี่ยว (Nuclear Families) ที่มีความหลากหลายมากขึ้น

- ครอบครัวเดี่ยว พบว่า ครอบครัวเดี่ยวมีความหลากหลายมากขึ้น เป็นครอบครัวที่ไม่มีลูกมากขึ้น ประกอบไปด้วย ๓ กลุ่มย่อย คือ **กลุ่มที่ ๑** คู่สามี ภรรยา ไม่มีบุตร มีอัตราเพิ่มขึ้นประมาณ ๓ เท่า **กลุ่มที่ ๒** ครอบครัว พ่อ+แม่+ลูก มีอัตราลดลงร้อยละ ๕๐ และ**กลุ่มที่ ๓** ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว (พ่อหรือแม่+ลูก) มีอัตราลดลงเล็กน้อย
- จำนวนบุตรที่ผู้หญิงอยากจะมีลูก คือ ประมาณ ๒ คน

รูปแบบที่ ๒ อัตราการเป็นแม่วัยรุ่นสูง ขณะที่อัตราการเกิดต่ำลง

- อัตราการคลอดทั้งที่ยังเป็นแม่วัยรุ่น ปัจจุบันมีอัตรา ๔๔ ต่อ ๑,๐๐๐ คน
- อัตราสูงสูดของการคลอดของแม่วัยรุ่น อยู่ที่อัตรา ๕๓ ต่อ ๑,๐๐๐ คน (ปี พ.ศ. ๒๕๕๗)

- อัตราการคลอดของผู้หญิงในประเทศไทย ประมาณ ๗๐๐,๐๐๐ คน อัตราการคลอดของแม่วัยรุ่น ประมาณ ๑๐๐,๐๐๐ คน หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๖ ของอัตราการคลอดในประเทศไทย จะเป็นการคลอดของแม่วัยรุ่น

- การอยู่กินด้วยกันฉันสามีภรรยา มีอัตราการเพิ่มขึ้น ร้อยละ ๒๒ ของผู้หญิงอายุ ๒๐ – ๒๔ ปี มีการอยู่กินฉันสามีภรรยาก่อนอายุ ๑๘ ปี ซึ่งข้อมูลนี้เป็นข้อมูลของสำนักงานสถิติแห่งชาติ เรื่องสถานการณ์เด็กและสตรีที่ได้มีการสำรวจ การแต่งงานหรือการอยู่กินฉันสามีภรรยาของวัยรุ่น พบว่า วัยรุ่นที่อยู่กินแบบสามีภรรยามีอัตราเพิ่มขึ้น เมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา

- ความยากจนเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการอยู่กินกันเร็วขึ้น และได้พบว่าแม่วัยรุ่นอยู่กินกับสามีเพิ่มมากขึ้น

- แม่วัยรุ่นส่วนใหญ่จะกลายเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยวหรือเกิดการหย่าร้างกัน และมีการแต่งงานใหม่ ซึ่งมีข้อมูลจากข้อมูลทะเบียนราษฎร์ที่ใช้ติดตามเรื่องการเกิด พบว่า วัยรุ่นหญิงที่มีอายุ ๑๕ – ๑๙ ปีที่เป็นแม่วัยรุ่น ปีละประมาณ ๑๐๐,๐๐๐ คน และพบว่า มีการท้องลูกคนที่ ๒ ประมาณ ปีละ ๑๕,๐๐๐ คน และมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้น ซึ่งในกรณีนี้กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (United Nations Population Fund : UNFPA) ได้ให้ความสำคัญในเรื่องการดูแลให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นลดน้อยลง

- แม่วัยรุ่นที่แต่งงานมีประมาณร้อยละ ๒๒ – ๒๓ วัยรุ่นที่ตั้งท้องโดยที่ไม่ได้แต่งงาน ร้อยละ ๗๐ – ๘๐

รูปแบบที่ ๓ การมีบุตรเป็นภาระในเรื่องค่าใช้จ่าย (คู่สามีภรรยาอยู่กินแบบไม่มีบุตร)

- ข้อมูลจากสำนักงานพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เกี่ยวกับข้อมูลบัญชีกระแสการโอนประชาชาติ เรื่องรายได้และค่าใช้จ่ายตลอดช่วงชีวิตของคน พบว่า จะต้องใช้เงินจำนวน ๑.๙ ล้านบาทต่อคน หรือประมาณ ๔,๐๐๐ บาทต่อเดือน เป็นค่าเฉลี่ยในการเลี้ยงลูกจนถึงอายุ ๒๐ ปี ซึ่งร้อยละ ๕๔ ของค่าใช้จ่ายนี้เป็นค่าใช้จ่ายที่จ่ายจากพ่อและแม่ของเด็ก และอีกร้อยละ ๔๖ จะจ่ายจากรัฐบาล ซึ่งข้อมูลนี้อาจจะต้องมีการสำรวจที่แยกย่อยให้มากขึ้น โดยประชาชนส่วนใหญ่ โดยเฉพาะคนรุ่นใหม่จะเห็นความสำคัญของเรื่องงานมากกว่าการมีบุตร จึงชะลอการสร้างครอบครัวและการมีบุตร เป็นผลทำให้จำนวนประชากรที่เกิดใหม่มีจำนวนน้อยลง

รูปแบบที่ ๔ การเลี้ยงบุตรในประเทศไทยเป็นเรื่องยาก เป็นภาระของแต่ละครัวเรือนเป็นส่วนใหญ่ พบว่า

- ผู้ใช้แรงงานส่วนใหญ่ในประเทศไทย เป็นแรงงานนอกระบบที่ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งในกรณีนี้จะต้องมีการช่วยเหลือแรงงานในกลุ่มนี้ให้เป็นแรงงานในระบบต่อไป

- การได้รับการสนับสนุนจากผู้ว่าจ้าง โดยเฉพาะแรงงานหญิงที่จะตั้งครรภ์เกี่ยวกับเรื่องอุปสรรคในการทำงาน แรงงานหญิงส่วนใหญ่จึงเลือกที่จะไม่ตั้งครรภ์

รูปแบบที่ ๕ การเลี้ยงดูเด็กให้มีคุณภาพดียังไม่เพียงพอ พบว่า

- เด็กวัย ๒ – ๕ ปี ส่วนใหญ่จะได้รับการดูแลเป็นอย่างดี
- เด็กแรกเกิดจนถึง ๒ ขวบ จะยังไม่ได้รับการดูแลจากภาครัฐ จะต้องเป็นภาระของบิดามารดาในการหาบุคคลมาดูแลบุตรก่อนวัยเรียนที่เป็นบุคคลไว้ใจได้ ซึ่งเป็นเรื่องที่มารดาส่วนใหญ่จะเป็นกังวลในเรื่องนี้ เพราะหลังจากที่คลอดแล้วจะต้องกลับมาทำงาน

รูปแบบที่ ๖ ประเทศไทยมีภาวการณ์มีบุตรยากสูง และไม่นิยมมีบุตรบุญธรรม พบว่า

- ร้อยละ ๑๕ ของหญิงไทยในวัยเจริญพันธุ์มีบุตรยาก
- ๑ ใน ๓ ของหญิงที่มีบุตรยากมีความพยายามที่หาวิธีการแก้ไขปัญหาการมีบุตรยาก แต่ติดปัญหาในเรื่องค่าใช้จ่ายที่มีอัตราสูง และความไม่แน่นอนในวิธีการว่าจะสามารถมีบุตรได้จริง
- การรับบุตรบุญธรรมยังไม่มีความนิยมในประเทศไทย

รูปแบบที่ ๗ การเป็นพ่อแม่เลี้ยงเดี่ยว พบว่า

- ส่วนใหญ่ผู้หญิงจะเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยวมากกว่าผู้ชาย
- ร้อยละ ๗ ของครัวเรือนทั้งหมดจะเป็นครัวเรือนที่เป็นพ่อหรือแม่เลี้ยงเดี่ยว ซึ่งประมาณ ๒ ใน ๓ เกิดจากการหย่าร้างกัน ส่วนที่เหลือจะเป็นคู่สมรสเสียชีวิต
- ร้อยละ ๘๐ ของครัวเรือนที่เป็นครัวเรือนเลี้ยงเดี่ยว เป็นผู้หญิงที่เป็นผู้ดูแลหลัก
- ค่าใช้จ่ายในการดูแลบุตรต่าง ๆ มีรายได้ที่จำกัด เพราะส่วนใหญ่เป็นแม่วัยรุ่นและไม่พร้อมในการสร้างครอบครัว จึงมีภาระในเรื่องค่าใช้จ่ายที่จะนำมาเลี้ยงดูบุตร
- ข้อท้าทายของแม่เลี้ยงเดี่ยว คือ ปัญหาความยากจน การมีรายได้ไม่พอเพียง ปัญหาการหางาน มีปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัย และบางรายต้องส่งบุตรไปให้ปู่ยาตายาย หรือญาติเลี้ยงดู

รูปแบบที่ ๘ การมีคน ๓ วัยอยู่ด้วยกัน (ประมาณ ๑ ใน ๓ ของครอบครัวไทย) พบว่า

- มีอัตราเพิ่มขึ้นในครอบครัวชนบท
- การย้ายกลับถิ่นฐานกลับของคนวัยทำงาน อาจเกิดจากการกลับไปดูแลบิดามารดา
- คนในวัยรุ่นจนถึงวัยเริ่มทำงานมีการอาศัยอยู่ตามลำพังมากขึ้น และมีการแต่งงานช้าลง

รูปแบบที่ ๙ ครอบครัวแหว่งกลาง (ไม่มีคนวัยทำงานอยู่อาศัยด้วย) พบว่า

- พบมากในครอบครัวชนบท มีผลกระทบมากในผู้หญิง
- ร้อยละ ๒ ของครัวเรือนทั้งหมด ที่จะเป็นครอบครัวผู้สูงอายุอาศัยอยู่กับเด็กตามลำพังโดยที่ไม่มีคนวัยทำงานอาศัยอยู่ด้วย ซึ่งอัตราส่วนนี้เป็นอัตราส่วนที่เพิ่ม ๑ เท่า จากอัตราส่วนของ ๒๕ ปีที่ผ่านมา
- ร้อยละ ๙๐ ของครอบครัวแหว่งกลาง มีผู้หญิงเป็นหัวหน้าครอบครัว และผู้หญิงที่เป็นหัวหน้าครอบครัวนี้มีอายุมากกว่า ๕๐ ปี และหนึ่งในสองของผู้หญิงจำนวนนี้ยังคงทำงานอยู่

- ๑ ใน ๖ ของผู้หญิงที่เป็นหัวหน้าครัวเรือนอาศัยเบี้ยยังชีพรายเดือนในการดำรงชีวิต

- เด็กและเยาวชนที่อาศัยในครัวเรือนนี้ จะมีปัญหาในด้านสุขภาพ หรืออาจจะเป็นผู้ที่ทำงานหาเลี้ยงครอบครัว

รูปแบบที่ ๑๐ ครัวเรือนที่อยู่คนเดียว (เลือกที่จะอยู่คนเดียว หรือไม่มีทางเลือก)

- ในช่วง ๒๖ ปีที่ผ่านมา พบว่า ครัวเรือนที่อยู่คนเดียวเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๑๔ ของครัวเรือนทั้งหมด

- ๒ ใน ๓ ของครัวเรือนที่อยู่คนเดียว จะเป็นคนที่อยู่ในวัยทำงาน (อายุ ๑๕ – ๒๔ ปี) (ผู้ที่เลือกจะอยู่คนเดียว สัดส่วนชายที่อยู่คนเดียวร้อยละ ๕๒ หญิงร้อยละ ๔๗)

- ๑ ใน ๔ ของผู้ชายหรือผู้หญิงที่อยู่คนเดียว พบว่า จำนวนมากเป็นบุคคลที่ไม่มีทางเลือก ซึ่งหมายถึง มีการศึกษาน้อย

- ๑ ใน ๔ ของผู้ชายหรือผู้หญิงที่อยู่คนเดียวเป็นผู้สูงอายุ

- ครัวเรือนที่อยู่คนเดียวที่อัตรามีการเพิ่มขึ้นประมาณ ๔ เท่าจากที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย แต่หากสำรวจในช่วงวัยทำงานพบว่า ผู้ชายอยู่คนเดียวมากกว่าผู้หญิง แต่หากเป็นช่วงอายุสูงวัย จะเป็นผู้หญิงมากกว่าผู้ชาย (ผู้หญิงอายุยืนกว่าผู้ชาย) ทั้งนี้ การอยู่คนเดียวของผู้สูงอายุจะมี ๒ รูปแบบ คือ แบบมีทางเลือก และไม่มีทางเลือก

รูปแบบที่ ๑๑ ความแตกต่างรายภูมิภาค พบว่า

- ภาคอีสานจะมีสัดส่วนของครัวเรือนขยาย (ปู่ย่า/ตายาย/ลูก/หลาน) มากกว่าภาคอื่น
- ภาคใต้จะมีสัดส่วนครัวเรือนที่มี พ่อ แม่ และลูก มากกว่าภาคอื่น
- ภาคเหนือจะมีสัดส่วนครัวเรือนที่ไม่มีลูกมากกว่าภาคอื่น
- กรุงเทพมหานคร จะเป็นครัวเรือนอาศัยอยู่คนเดียวมากกว่าภาคอื่น

รูปแบบที่ ๑๒ จำนวนบ้านมีมากขึ้น แต่จำนวนเจ้าของครัวเรือนลดน้อยลง พบว่า

- สัดส่วนของการเป็นเจ้าของครัวเรือนจะลดลงประมาณร้อยละ ๑๐ ในช่วง ๒๕ ปีที่ผ่านมา ในขณะที่จำนวนครัวเรือนจะเพิ่มขึ้นประมาณ ๑.๖๗ เท่าในช่วงเวลาเดียวกัน

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

ก่อนสร้างครอบครัว

๑. ควรให้ความสำคัญในเรื่องอนามัยแม่และเด็ก เพื่อให้เป็นแม่และเด็กที่มีคุณภาพ โดยเฉพาะผู้หญิงที่ทำงานนอกระบบ จะต้องทำให้คนเหล่านั้นมั่นใจว่าจะสามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้จริง

๒. การลดการอยู่กินก่อนฉันสามีภรรยาตั้งแต่อายุยังน้อย เพื่อลดการเป็นแม่วัยรุ่นและลดการตั้งครรภ์ในขณะที่ไม่พร้อม

๓. จะต้องทำให้ผู้มีบุตรยากสามารถเข้าถึงบริการเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาการมีบุตรยากได้ง่ายขึ้น ในราคาที่ไม่สูงมากนัก

๔. การทำให้ผู้หญิงวัยทำงาน มีความสามารถที่จะทำงานและสามารถเลี้ยงดูบุตรควบคู่ไปด้วยกันได้

เมื่อมีครอบครัวและมีการคลอดบุตรแล้ว

๑. ควรมีมาตรการในการดูแลช่วยเหลือเด็กแรกเกิดทุกคน ให้ได้รับการดูแลจากทางภาครัฐเป็นอย่างดี

๒. ควรเพิ่มความตระหนักในเรื่องสิทธิการลาของบิดามารดาในการดูแลบุตร

๓. ควรเพิ่มความช่วยเหลือทางด้านการเงิน ที่ให้ความช่วยเหลือตามจำนวนของบุตร

การสร้างสภาพเอื้อของการสร้างครอบครัว

๑. ความเท่าเทียมของบิดามารดา เรื่องบทบาทในครอบครัว และการมีส่วนรับผิดชอบในการดูแลบุตรอย่างเท่าเทียมกัน

๒. การทำให้เกิดความสมานฉันท์ กลมกลืนในครอบครัว

๓. โอกาสสำหรับการเรียนที่สูงขึ้น และการศึกษาที่ต่อเนื่องขึ้นของเด็ก และบุคคลทั่วไป

๔. นโยบายทางสังคมที่จะต้องดูแลประชาชนตลอดช่วงชีวิต

๕. การให้การดูแลสนับสนุนในเรื่องอารมณ์ จิต และสังคมของประชาชน

๖. การวิเคราะห์ ปรับปรุงฐานข้อมูล งานวิจัย การติดตาม การประเมินผล

“ทุกคนสำคัญและไม่อยากทิ้งใครไว้เบื้องหลัง”

ข้อเสนอแนะ

๑. การที่สถิติจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวมากขึ้น คาดว่าจะเป็นปัญหาตามมา เนื่องจากประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ดังนั้น จึงต้องมีการเตรียมความพร้อมในเรื่องนี้

๒. ควรมีข้อเสนอเชิงนโยบายให้กับผู้บริหารของประเทศ ในการดำเนินการเพื่อรองรับผู้สูงอายุในกลุ่มที่เป็นอยู่คนเดียวครัวเรือน โดยอาจจะมีการจัดสร้างบ้านสำหรับผู้สูงอายุให้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นและเพียงพอสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้

๓. กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย ควรมีการเพิ่มเนื้อหาข้อเสนอเชิงนโยบายเกี่ยวกับผู้สูงอายุลงในรายงานสถานการณ์ประชากรไทยด้วย

๔. ควรนำข้อมูลรายงานฯ ของกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ ไปเผยแพร่กับสื่อหนังสือพิมพ์ เพื่อให้ประชาชนได้ทราบข้อมูลในวงกว้างยิ่งขึ้น

๔.๒ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา และปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ

โรคที่ทำให้มีการสูญเสียปีสุขภาวะในผู้สูงอายุก่อนวัยอันควร DALY (Disability adjusted life-year) มากที่สุด ๔ อันดับแรกในผู้สูงอายุหญิงคือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคสมองเสื่อม สำหรับผู้ชาย คือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคมะเร็งตับ และโรคหัวใจขาดเลือด

ลำดับ	ชาย โรค	DALY ('000)	%	%	DALY ('000)	หญิง โรค
1	หลอดเลือดสมอง	171	12.5	13.5	206	หลอดเลือดสมอง
2	ปอดอุดกั้นเรื้อรัง	124	9.1	10.4	160	เบาหวาน
3	มะเร็งตับ	114	8.3	6.3	97	หัวใจขาดเลือด
4	หัวใจขาดเลือด	95	6.9	5.1	78	สมองเสื่อม
5	เบาหวาน	75	5.5	4.4	67	มะเร็งตับ
6	มะเร็งปอด	62	4.5	4.1	63	ต้อกระจก
7	พิการทางการได้ยิน	45	3.3	3.9	60	ปอดอุดกั้นเรื้อรัง
8	ต้อกระจก	40	2.9	3.5	54	พิการทางการได้ยิน
9	สมองเสื่อม	39	2.8	3.2	49	ข้อเสื่อม
10	ตับแข็ง	36	2.6	2.9	44	ไตอักเสบ/เสื่อม
	ทุกสาเหตุ	1,367	100	100	1,532	ทุกสาเหตุ

กนิษฐา บุญธรรมเจริญ. ภาวะพึ่งพิงของประชากรสูงอายุไทย มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) การประชุมวิชาการทิศทางการดูแลระยะยาวด้านสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2551

โรคที่ทำให้มีการสูญเสียปีสุขภาวะก่อนวัยอันควรของผู้สูงอายุทั่วโลก ในปี ค.ศ. 2010 ในกลุ่มประเทศที่ฐานะปานกลางและประเทศยากจน คือ โรคหลอดเลือดสมอง รองลงมาคือ โรคมะเร็ง โรคปอดเรื้อรัง โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ ตามลำดับ สำหรับกลุ่มประเทศที่ฐานะร่ำรวย สามอันดับแรก คือ โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง โรคกระดูกและกล้ามเนื้อ จะเห็นว่ามีความแตกต่างกันที่ลำดับที่ ๓ และลำดับที่ ๔

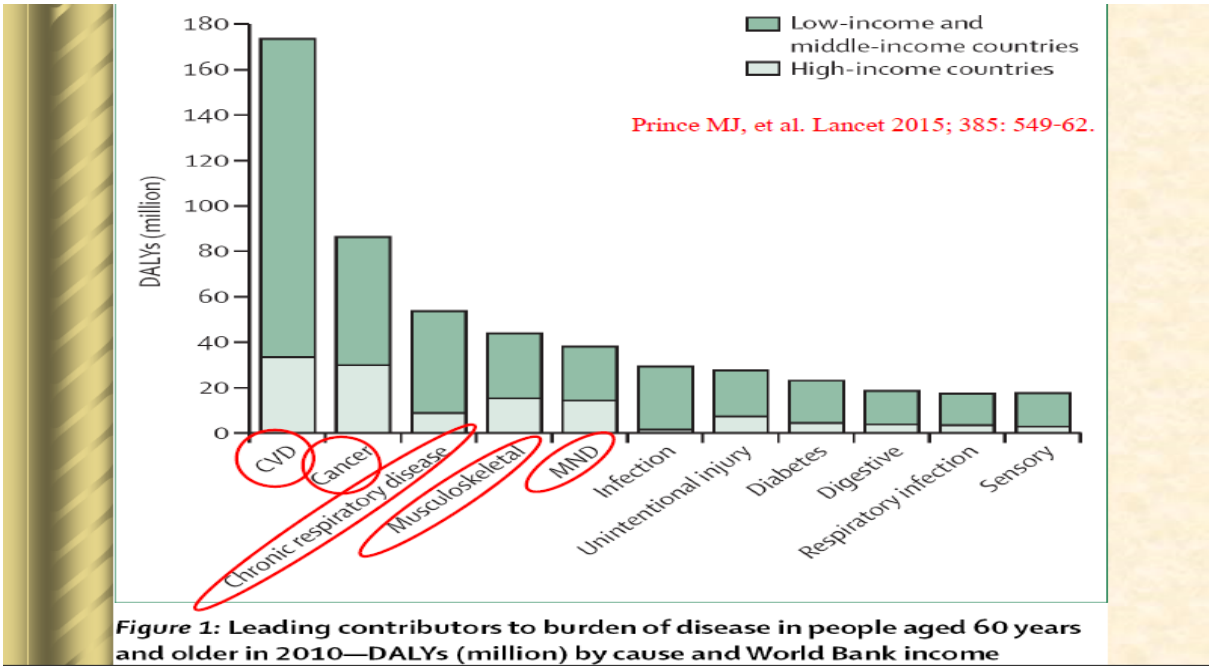


Figure 1: **Leading contributors to burden of disease in people aged 60 years and older in 2010—DALYs (million) by cause and World Bank income**

ความชุกของโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุไทย

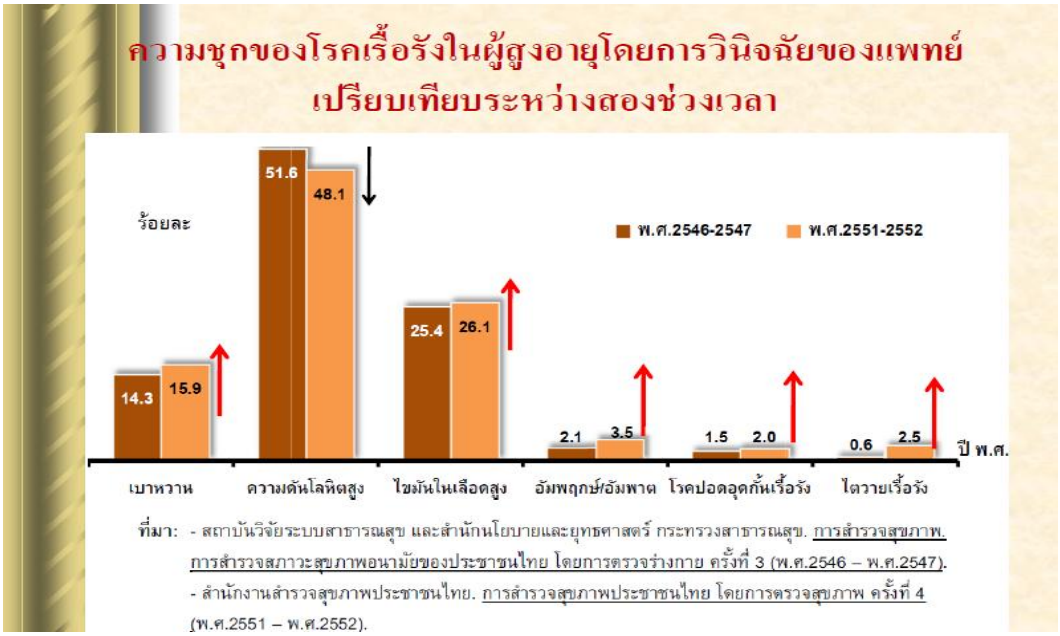
ความชุกของโรคเรื้อรัง จะพบว่า ผู้สูงอายุทุกกลุ่มช่วงวัย จะเป็นโรคปวดเข่าปวดหลังมาเป็นอันดับต้น รองลงมา คือ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคอัมพาต และโรคสมองเสื่อม ตามลำดับ สิ่งที่น่าสังเกต คือ โรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน จะพบน้อยลง เมื่อผู้สูงอายุมีอายุมากขึ้น สาเหตุมาจากผู้สูงอายุที่เป็นโรคดังกล่าวจะเสียชีวิตก่อนถึงช่วงอายุ ๙๐ ปี จึงทำช่วงอายุ ๙๐ ปีขึ้นไป มีสัดส่วนของผู้ป่วยโรคดังกล่าวน้อยลง

ความชุกของโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุไทย

Health System Research Institute 1998

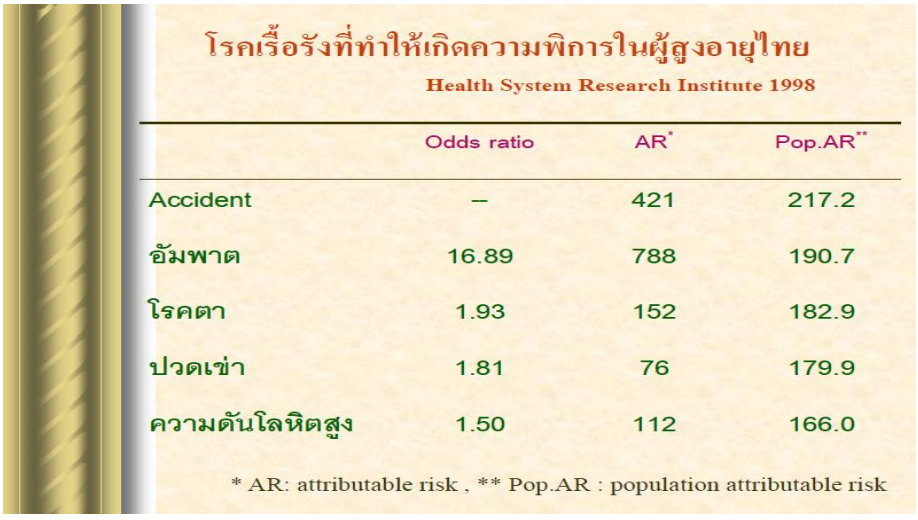
age group	60-69	70-79	80-89	≥ 90
ปวดเข่า	22.9	26.1	20.8	22.9
ปวดหลัง	16.5	17.9	17.7	10.4
โรคความดันโลหิตสูง	14.9	15.0	14.6	6.2
ปัญหาสายตา	10.2	14.4	14.6	16.7
เบาหวาน	10.0	7.0	3.1	2.1
โรคหัวใจขาดเลือด	2.0	3.1	4.7	4.2
อัมพาต	1.7	2.2	3.8	4.2
สมองเสื่อม	1.6	2.4	3.5	1.6

ความชุกของโรคเรื้อรังในผู้สูงอายุโดยการวินิจฉัยของแพทย์ โดยการเปรียบเทียบระหว่างสองช่วงเวลา (ของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข) ซึ่งได้มีการเปรียบเทียบในช่วงของปี ๒๕๔๖ และปี ๒๕๕๑ โดยมีการเปรียบเทียบโรคต่าง ๆ จะเห็นได้ว่าในปี พ.ศ.๒๕๕๑ มีอัตราความชุกของโรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง โรคอัมพฤกษ์/อัมพาต โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคไตวายเรื้อรัง เพิ่มขึ้น ขณะที่ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงลดลง



โรคเรื้อรังที่ทำให้เกิดความพิการในผู้สูงอายุไทย

โรคอัมพาตเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดที่จะทำให้เกิดความพิการได้มากถึง ๑๖.๘๙ เท่า รองลงมา คือ โรคตา โรคปวดเข่า และโรคความดันโลหิตสูง



๓ กลุ่มโรคเรื้อรังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ

๑. โรคเกี่ยวกับกระดูก กล้ามเนื้อ และข้อ

๑.๑ โรคข้อเสื่อม (Osteoarthritis)

๑.๒ โรคข้ออักเสบจากผลึกเกลือ (Crystal-induced Arthropathy)

๑.๓ โรคกระดูกพรุน (Osteoporosis)

๒. โรคทางอายุกรรมทั่วไป

๒.๑ ความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง

๒.๒ โรคเกี่ยวกับระบบไหลเวียนเลือด เช่น โรคอัมพาต โรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน

๒.๓ ภาวะขาดสารอาหาร

๒.๔ โรคติดเชื้อ

๓. ความเสื่อมของระบบสมอง

๓.๑ โรคสมองเสื่อม (Dementia)

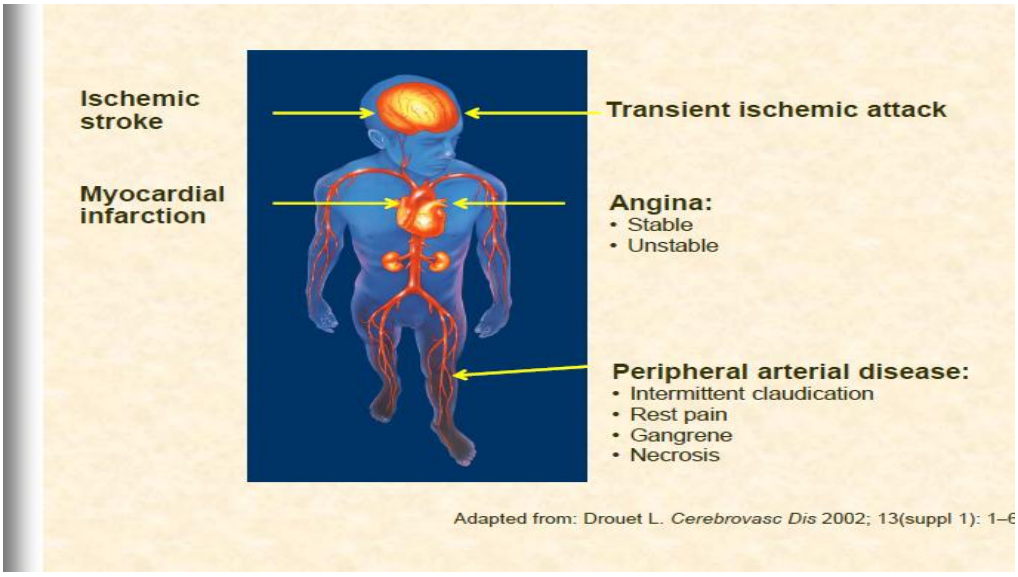
๓.๒ โรคพาร์กินสัน (Parkinson)

๓.๓ ภาวะซึมสับสนเฉียบพลัน (Delirium)

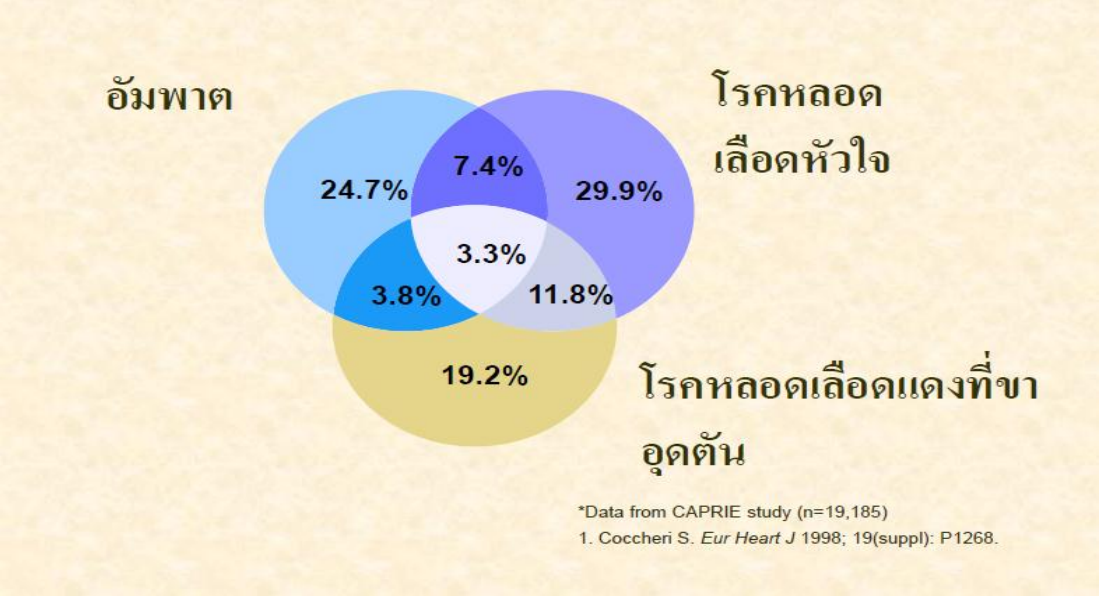
๓.๔ ภาวะซึมเศร้า (Depression)

ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งกระด้าง (Atherosclerosis) เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงในข้อ ๒.๑ และข้อ ๒.๒ ข้างต้น ทำให้เกิดหัวใจขาดเลือดหรือกล้ามเนื้อหัวใจตาย ซึ่งเป็นอีกโรคหนึ่งที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญที่สุดในโลก ซึ่งภาวะความผิดปกตินี้สามารถเกิดได้กับอวัยวะในร่างกาย ๓ แห่ง ได้แก่ สมอง หัวใจ และหลอดเลือดแดงส่วนขา

อวัยวะที่เกิดโรคเนื่องจากภาวะหลอดเลือดแข็งกระด้าง



ซึ่งภาวะหลอดเลือดแดงแข็งกระด้างสามารถทำให้เกิดโรคได้มากกว่าหนึ่งอวัยวะ อาจทำให้ผู้สูงอายุเกิดหลายโรคในเวลาเดียวกัน อันจะเป็นสาเหตุให้เกิดการเสียชีวิตได้



ปัจจัยเสี่ยงสำคัญของภาวะหลอดเลือดแดงแข็งกระด้าง

๑. ความดันโลหิตสูง
๒. สูบบุหรี่
๓. การไม่ออกกำลังกาย
๔. โรคอ้วน
๕. โรคเบาหวาน
๖. ไขมันในโลหิตสูง
๗. ภาวะดื้อต่ออินสูลิน
๘. อายุที่มากขึ้น
๙. พันธุกรรม

โรคหลอดเลือดสมอง (อัมพาต)

อุบัติการณ์รายปีของโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลกต่อประชากรล้านคน เท่ากับ ๒,๔๐๐ ครั้ง (ร้อยละ ๗๕ เป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก) เมื่อติดตามเป็นระยะหลังเกิดโรค พบว่าที่ ๓ เดือน คนกลุ่มดังกล่าวจะเสียชีวิตร้อยละ ๒๐ และใน ๑ ปี จะเสียชีวิตร้อยละ ๒๙ เกิดความพิการร้อยละ ๒๕ และร้อยละ ๔๖ อาการดีขึ้นและช่วยเหลือตนเองได้

สำหรับความชุกของโรคหลอดเลือดสมองต่อล้านคนต่อปี เท่ากับ ๑๒,๐๐๐ ราย ในจำนวนนี้ ๘๐๐ ราย (ร้อยละ ๗) จะเป็นการเกิดโรคซ้ำ

การเปลี่ยนแปลงของค่าความดันโลหิต

- ความดันโลหิตค่าบนจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีอายุมากขึ้น ส่วนค่าล่างจะเพิ่มตามอายุที่มากขึ้น แต่จะเริ่มคงที่ที่อายุ ๕๕ ปี จากนั้นจะลดลงเล็กน้อยเมื่ออายุมากขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงของผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง

- การรับประทานเกลือโซเดียม จะทำให้ความดันโลหิตสูงได้มากกว่าคนวัยหนุ่มสาว
- ความอ้วน ผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูงจะมีดัชนีมวลกายและไขมันใต้ผิวหนังมากกว่าคนหนุ่มสาว
- การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอในผู้สูงอายุ ทำให้ความดันโลหิตลดลงได้มากกว่าคนวัยหนุ่มสาว
- การดื่มสุรา ค่าความดันโลหิตจะแปรผันตามปริมาณสุราที่ดื่ม ซึ่งเมื่อผู้สูงอายุดื่มจะทำให้ความดันโลหิตสูงกว่าคนวัยหนุ่มสาวเมื่อได้รับแอลกอฮอล์ในปริมาณที่เท่ากัน

การดูแลผู้สูงอายุแบบองค์รวม ตามแนวทาง “Geriatric Medicine” เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จะมีการดูแลใน ๔ ด้าน ดังต่อไปนี้

๑. ด้านคลินิก ทั้งกายและจิต
๒. ด้านการฟื้นฟูบำบัด
๓. ด้านสังคม
๔. ด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค

โดยพฤฒาวิทยา (Gerontology) เป็นศาสตร์ที่กล่าวถึงการประยุกต์ความรู้พื้นฐานทางวิทยาศาสตร์กับขบวนการความชรา

ลักษณะเฉพาะของผู้สูงอายุที่แตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป ดังคำย่อที่ว่า <u>R-A-M-P-S</u>

- Reduced body reserve พลังสำรองร่างกายลดลง
- Atypical presentation อาการแสดงที่ไม่แน่นอน
- Multiple pathology มีหลายโรคในเวลาเดียวกัน
- Polypharmacy ได้รับยาหลายชนิด
- Social adversity ปัญหาด้านสังคมที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา

อาการแสดงที่ไม่แน่นอน (atypical presentation) ในผู้ป่วยสูงอายุ ที่มีสาเหตุและสามารถแก้ไขได้ ในอดีตจะถูกเรียกว่า โรคชรา ซึ่งไม่ถูกต้อง พึงระลึกว่า ความชราไม่ใช่โรค

- ภาวะหกล้ม Instability (Fall)
- การสูญเสียความสามารถในการเดิน Immobility
- สติปัญญาเสื่อมถอย Intellectual impairment
- ปัสสาวะอุจจาระราด Incontinence
- เบื่ออาหาร Inanition
- เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย Iatrogenesis

ตัวอย่างอาการที่ไม่จำเพาะเจาะจงในผู้สูงอายุเนื่องจากโรคต่างๆ ซึ่งทำให้แพทย์วินิจฉัยโรคได้ยาก ดังนี้

- โรคต่อมไทรอยด์เป็นพิษ บุคคลทั่วไปเมื่อเป็นโรคนี้ จะมีอาการใจสั่น เหนื่อยง่าย ตาโปน มีความกระวนกระวายใจ หงุดหงิด แต่ผู้สูงอายุจะกลับมีอาการเซื่องซึม
- โรคติดเชื้อ บุคคลทั่วไปหากติดเชื้อจะมีไข้ แต่ผู้สูงอายุอาจไม่มีไข้ได้
- ภาวะอักเสบในช่องท้อง หรือไส้ติ่งอักเสบ ผู้ป่วยทั่วไปจะสามารถถูกวินิจฉัยได้ง่ายจากการตรวจร่างกาย เพราะกล้ามเนื้อท้องจะแข็งเกร็ง แต่ผู้สูงอายุจะมีกล้ามเนื้อท้องที่อ่อนนุ่มเนื่องจากความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้องลดลง
- ภาวะหัวใจวาย บุคคลทั่วไปจะมีอาการหอบเหนื่อย แต่ผู้สูงอายุอาจแค่สับสน โดยไม่หอบเหนื่อย และบางรายอาจมีตาเหลืองเล็กน้อย ทำให้คิดว่าเป็นโรคตับได้

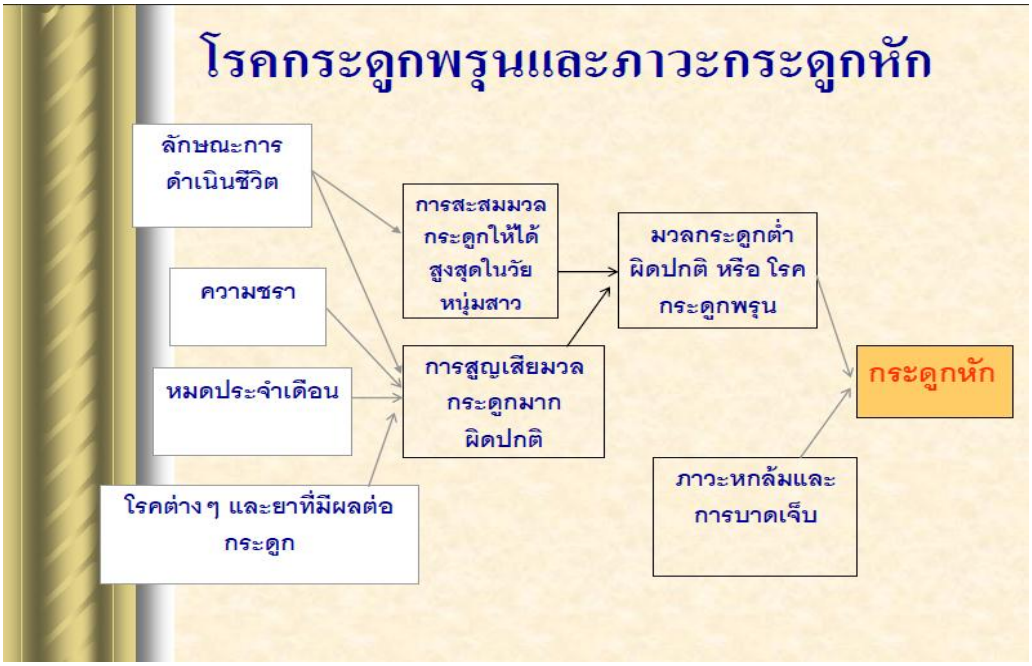
การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชราต่ออวัยวะระบบต่าง ๆ

การเปลี่ยนแปลงระบบข้อและกระดูก

- มวลกระดูกจะลดลง ส่วนที่เป็นเปลือกนอกของกระดูกจะลดลงประมาณร้อยละ ๐.๖ ต่อปี และส่วนที่เป็นเนื้อกระดูกด้านในจะลดลงร้อยละ ๐.๗ ต่อไป เป็นผลทำให้เกิดโรคกระดูกพรุนและกระดูกหักเกิดขึ้นเมื่อกระดูกสันหลังยุบทำให้หลังค่อม

การเปลี่ยนแปลงกล้ามเนื้อ

- กล้ามเนื้อน้อย หรือกล้ามเนื้อพร่อง
- ภาวะหกล้ม



ที่มา : ศาสตราจารย์ประเสริฐ อัสสันตชัย รองคณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล และนายกสมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย

การเปลี่ยนแปลงระบบหัวใจและหลอดเลือด

- ความดันซิโตลิคสูงขึ้นค่าเดียว (isolated systolic hypertension)
- โรคความดันโลหิตสูง

การเปลี่ยนแปลงระบบหายใจและปอด

- หลอดลมแคบลงทำให้ปริมาตรอากาศถูกกักในปอดมากกว่าปกติ (closing volume)
- เมื่อเป็นไข้หวัดใหญ่จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย

การเปลี่ยนแปลงระบบต่อมไร้ท่อ

- จะมีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น
- การดูดซึมแคลเซียมในทางเดินอาหารน้อยลง

การเปลี่ยนแปลงระบบเลือด

- โลหิตจาง

การเปลี่ยนแปลงระบบทางเดินอาหาร

- ตับขนาดเล็กลง เลือดไปหล่อเลี้ยงตับก็ลดลง ทำให้กระบวนการกำจัดยาออกจากร่างกายโดยตับทำได้ไม่ดี
- อาจมีอาการท้องอืด เนื่องจากน้ำย่อยจากตับอ่อนลดลง
- ผนังลำไส้บาง ทำให้เกิดโรคผนังลำไส้โป่งพองเป็นกระเปาะ (Diverticulum)

การเปลี่ยนแปลงระบบสมอง

- เซลประสาทตายไป น้ำหนักสมองลดลง ทำให้เมื่อหกล้มศีรษะกระแทกพื้น อาจทำให้เกิดก้อนเลือดคั่งใต้ชั้นเยื่อบุสมองได้ง่าย
- ความจำเหตุการณ์ที่พึ่งเกิดขึ้นจะสูญเสียไปได้ง่าย ทำให้เมื่อซักประวัติความเจ็บป่วยจากผู้สูงอายุต้องใช้เวลานาน และอาจเชื่อถือไม่ได้ดี ต้องซักเพิ่มจากญาติใกล้ชิด
- สารสื่อประสาทภายในสมองเสื่อมถอย ทำให้มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคซึมเศร้า โรคสมองเสื่อม

ปัญหาด้านพฤติกรรมและอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม

- ประสาทหลอน (Hallucination)
- หลงผิด (Delusion)
- ซึมเศร้า (Depression)
- วิตกกังวล (Anxiety)
- หงุดหงิด กระวนกระวาย (Agitation)
- เดินหลงไปมา ไม่หยุด (Wandering)
- อารมณ์ฉุนเฉียวกะทันหัน (Catastrophic Reaction)
- ไม่นอนกลางคืน (Sleep Problem)
- กินไม่หยุด (Eating)
- พฤติกรรมทางเพศ (Sexual Disinhibition)

การเปลี่ยนแปลงระบบไต

- เนื้อไตจะลดลง ๑ ใน ๔ ของไตทั้งหมด ทำให้การกรองของเสียออกจากร่างกายไม่ดี

การเปลี่ยนแปลงระบบทางเดินปัสสาวะ

- ปัสสาวะราดแบบรีบด่วน (Urgency Incontinence)
- การติดเชื้อทางเดินปัสสาวะได้ง่าย

การเปลี่ยนแปลงระบบการเผาผลาญอาหาร

- จะลดลง ทำให้ความต้องการพลังงานจากอาหารลดลง ผลคือทำให้รับประทานได้ลดลง เพิ่มความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร ขาดแร่ธาตุและวิตามินที่จำเป็น

ข้อมูลจากการวิจัยทางโภชนาการในผู้สูงอายุของศาสตราจารย์ประเสริฐ อัสสันตชัย เมื่อปี พ.ศ. ๒๕๕๐ โดยการเจาะเลือดผู้สูงอายุ จำนวน ๒,๓๓๖ คน ใน ๔ ภาคของประเทศไทย พบว่า

- ขาดเบต้าแคโรทีน ร้อยละ ๘๓%
- ขาดวิตามินอี ร้อยละ ๕๕.๕%
- ขาดโฟเลต ร้อยละ ๓๘.๘%
- ขาดวิตามินบี ๑ ร้อยละ ๓๐.๑%
- ขาดวิตามินซี ร้อยละ ๙.๙%
- ขาดวิตามินเอ ร้อยละ ๖.๑%
- ขาดวิตามินบี ๑๒ ร้อยละ ๐.๖%

การเปลี่ยนแปลงการได้ยิน

- หูตึง โดยจะสูญเสียการได้ยินเสียงที่มีความถี่สูงก่อน
- การแยกแหล่งเสียงไม่มีประสิทธิภาพ ไม่สามารถแยกเสียงพูดออกจากเสียงรำคาญได้ดีเหมือนก่อน
- ภาวะขี้หูอุดตัน (ear wax impaction)

การประเมินผู้สูงอายุแบบองค์รวม (Comprehensive geriatric Assessment) ควรมีการประเมินในด้านต่าง ๆ ดังนี้

- กายภาพ (Physical)
- สุขภาพจิต (Mental)
- สังคม (Social)
- ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (Function)

สิ่งสำคัญที่สุด คือ ปัจจัยด้านสังคมจะมีผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุนอกจากจะดูแลผู้ป่วยสูงอายุแล้ว ยังต้องดูแลผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุด้วย (Caregiver) ควรที่จะระมัดระวังในเรื่องการกระทำทารุณต่อผู้ป่วยสมองเสื่อม โดยการประทุษร้ายทางกาย อีกทั้งจะต้องเน้นให้ผู้ดูแลใส่ใจในเรื่องการให้อาหาร การให้ยา การเกิดแผลกดทับ การดูแลภาวะปัสสาวะอุจจาระราด การดูแลสายอุปกรณ์ต่าง ๆ ทางการแพทย์ โดยในภาพรวมผู้ดูแลผู้สูงอายุควรจะมีจริยธรรมในจิตใจ หรือดูแลผู้สูงอายุด้วยความจริงใจและห่วงใย

เนื่องจากปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยสูงอายุจะซับซ้อน การดูแลผู้ป่วยสูงอายุจะต้องอาศัยความชำนาญจากหลากหลายสาขาอาชีพของบุคลากรทางสุขภาพ (Multidisciplinary team approach) ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักโภชนาการ ทันตแพทย์ เภสัชกร ญาติตลอดจนผู้ดูแล (Caregiver) เป็นต้น

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

๑. รัฐควรสนับสนุนให้มีการผลิตแพทย์อายุรศาสตร์ผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น เพื่อให้เพียงพอที่จะรองรับสังคมผู้สูงอายุไทยที่กำลังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

๒. ควรมีการส่งเสริมในเรื่องจริยธรรมของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ควบคู่กับการฝึกฝนด้านวิชาชีพ

๓. ควรมีการส่งเสริมการออกกำลังกายเกี่ยวกับพัฒนาระบบสมองของผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันโรคสมองเสื่อมให้มากขึ้น

๔. ควรมีการส่งเสริมเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมด้านสุขภาพตั้งแต่ในโรงเรียน รวมทั้งประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนได้ทราบและเตรียมความพร้อมทางด้านสุขภาพ ก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ

๔.๓ การส่งเสริมสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของผู้สูงอายุในประเทศไทย

จากการประชุมสมัชชาโลกด้านผู้สูงอายุครั้งที่ ๒ โดยองค์การอนามัยโลก ที่ประเทศสเปนเมื่อปี ค.ศ. 2002 ได้มี Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing (MIPAA) ที่ให้ความสำคัญ ๓ เรื่อง คือ

๑) Older persons and development: ผู้สูงอายุกับการพัฒนาการ

๒) Advancing health and well-being into old age: การมีสุขภาพดีของผู้สูงอายุในวัยสูงอายุ

๓) Ensuring enabling and supportive environments: การมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อและสนับสนุนต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ

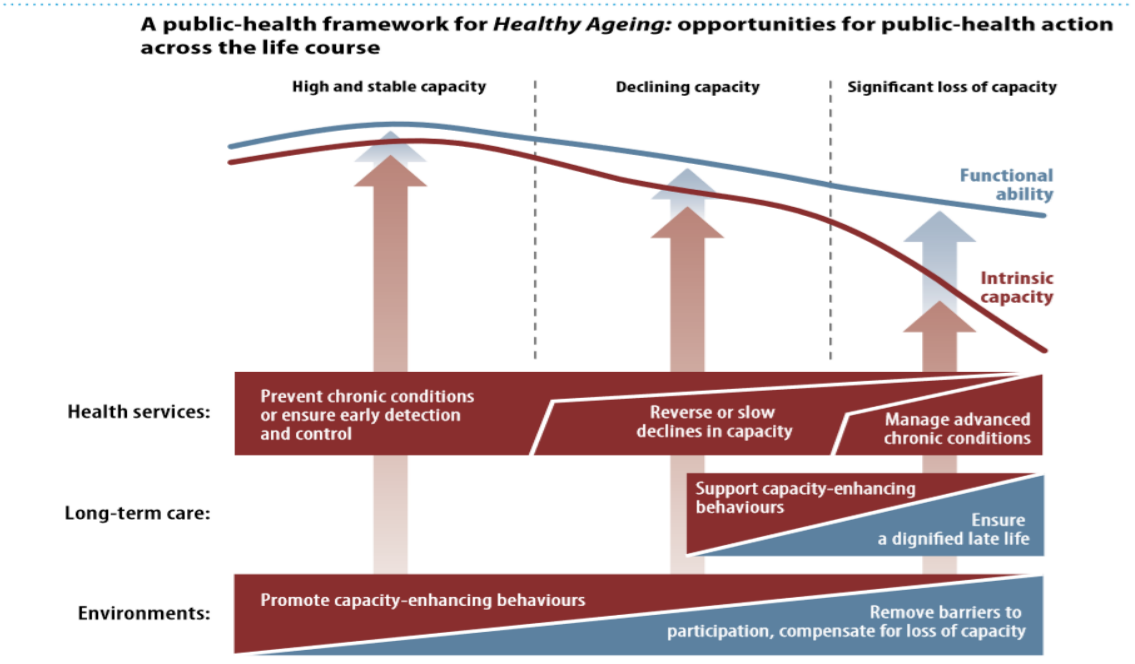
องค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการเรื่องผู้สูงอายุ ดังนี้

- Health Promotion Definition: การส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง ขบวนการส่งเสริมให้ประชาชนเพิ่มสมรรถนะในการควบคุมและปรับปรุงสุขภาพของตนเอง ซึ่งครอบคลุมถึงพฤติกรรมสุขภาพ มาตรการทางสังคมและสิ่งแวดล้อม

- Healthy Ageing คือ กระบวนการพัฒนาและคงความสามารถในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ทำให้อยู่ดีมีสุขในวัยสูงอายุ

- Well-being คือ การอยู่ดี มีสุข ซึ่งรวมถึงความสุข ความพึงพอใจในชีวิตและการบรรลุเป้าหมายในชีวิต

ทั้งนี้ องค์การอนามัยโลกได้กำหนดกรอบการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุในแต่ละช่วงวัยตามความสามารถในการดูแลตนเอง ตามที่ปรากฏในแผนภาพ ดังนี้



ที่มา : WHO 2015

จากแผนภาพดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงสุขภาพของแต่ละช่วงวัย จะมีการพัฒนาและเสื่อมถอยตามลำดับอายุที่เพิ่มขึ้น ซึ่งส่งผลให้ศักยภาพที่อยู่ภายในตัวบุคคลลดลง โดยจะทำอย่างไรเพื่อคงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันให้ดี ไม่เสื่อมถอยลง ซึ่งมีปัจจัยเข้ามาเกี่ยวข้อง ๓ ด้าน คือ การจัดบริการสุขภาพ (Health service) การดูแลระยะยาว (Long – term care) และสภาพแวดล้อม (Environment)

ทั้งนี้ การบริการสุขภาพ (Health service) และการมีศักยภาพที่ดีนั้นจะต้องมีการป้องกันการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีการตรวจวินิจฉัยเบื้องต้น และการส่งเสริมสุขภาพ กระทั่งเมื่อเข้าสู่ภาวการณ์เสื่อมถอยของร่างกายจะต้องมีกระบวนการเข้ามาช่วยเหลือเพื่อทำให้ศักยภาพในตัวบุคคลเสื่อมถอยช้าลงหรือทำให้กลับมามีสภาพที่ดีเช่นเดิม ซึ่งการดูแลระยะยาว (Long – term care) จะเข้ามามีส่วนช่วยดำเนินการในช่วงนี้ และหากมีการสูญเสียศักยภาพไปแล้วจะมีการพิจารณาถึงการดำเนินการด้านสภาพแวดล้อม (Environment) ที่เหมาะสมเพื่อสนับสนุนการดำรงชีวิตที่ดี มีคุณภาพ มีเกียรติ และมีศักดิ์ศรี

สำหรับประเด็นเกี่ยวกับ Healthy Ageing องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญ เรื่องความสามารถในการช่วยเหลือตัวเอง (Functional Ability) ด้วยการเน้นสภาพแวดล้อม (Environment) ที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ เอื้อต่อการใช้ชีวิตและลดอุบัติเหตุ เช่น การจัดทำราวจับ การปรับทางเดินเท้าข้างถนน บันได ห้องน้ำ และการปรับสัญญาณไฟจราจรให้ช้าลงหรือมีไฟกระพริบเป็นสัญญาณเตือน เป็นต้น อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุควรมีความรู้เกี่ยวกับการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมสำหรับตนเองด้วยเพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุด้วย

นโยบายการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจึงต้องอิงจากยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๗๙) ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ ๒๐ ปี (ด้านสาธารณสุข) (พ.ศ. ๒๕๕๙ – ๒๕๗๙) ประเด็นยุทธศาสตร์ที่ ๑ ส่งเสริมสุขภาพตลอดช่วงชีวิต (๕ กลุ่มวัย) โดยมีหลักว่า ส่งเสริมผู้สูงอายุไทยเพื่อเป็นหลักชัยของสังคม และตั้งเป้าหมายว่า

๑) อายุคาดเฉลี่ยของการมีสุขภาพดี (Health-Adjusted Life Expectancy : HALE) ไม่น้อยกว่า ๗๕ ปี

๒) อายุคาดเฉลี่ยของคนไทยไม่น้อยกว่า ๘๕ ปี

การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ มีการดำเนินการ ดังนี้

๑) การตรวจคัดกรองสุขภาพ กรมอนามัยดำเนินการร่วมกับกรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต และกรมควบคุมโรค พัฒนาและจัดทำ “สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ” และนำไปทดลองใช้ โดยอาสาสมัครและเจ้าหน้าที่ในระดับ Primary care เพื่อตรวจคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น ทั้งนี้ การตรวจคัดกรองสุขภาพมีการดำเนินการ ดังนี้

- การตรวจในเขตเมือง/โรงพยาบาล: คลินิกผู้สูงอายุ เป็นการตรวจสุขภาพประจำปีและตรวจคัดกรองโรคผู้สูงอายุ ซึ่งดำเนินการโดยการอ้างอิงชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
- การตรวจในชุมชน: ตรวจสุขภาพประจำปีและตรวจคัดกรองโรคผู้สูงอายุเบื้องต้น โดยอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพผู้สูงอายุ
- การส่งต่อ (Referral) เมื่อพบความเสี่ยงของโรค

๒) ส่งเสริมชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ: โรงเรียนผู้สูงอายุ ซึ่งมีการดำเนินการ ดังนี้

- ส่งเสริมชมรมผู้สูงอายุคุณภาพในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบลและหมู่บ้าน ซึ่งต่อมามีการพัฒนาไปสู่การจัดทำโรงเรียนผู้สูงอายุ ปัจจุบันหลายจังหวัดมีการพัฒนาและมีชมรมผู้สูงอายุทุกหมู่บ้าน

- เกณฑ์ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ: มีคณะกรรมการ ข้อมูลสมาชิก กฎ/ ระเบียบ กองทุน และกิจกรรม (ส่งเสริมสุขภาพ ทันตสุขภาพ จิตอาสา ศิลปะ/ วัฒนธรรม หารายได้ ฯลฯ)

๓) ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย”

- ไม่ล้ม: ส่งเสริมให้มีการออกกาลังกายสม่ำเสมอ

- ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า: ส่งเสริมให้มีการฝึกสมอง ส่งเสริมสุขภาพจิต ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในสังคม ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่

- นอนพอดี: นอนอย่างน้อย ๘ ชม./วัน

- กินข้าวอร่อย: รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ โดยส่งเสริมให้มีสุขภาพฟันที่ดี และส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่องปากและฟัน

- ประเมินตนเอง: มีการจัดทำ Application สูงวัย สมองดี สำหรับประเมินตนเอง

- อบรมครู ก. และพัฒนาคู่มือให้คำแนะนำ

๔) การดูแลระยะยาวในชุมชนแบบบูรณาการ ในปี ๒๕๖๐

ผู้สูงอายุได้รับการดูแลระยะยาว จำนวน ๑๘๐,๑๒๖ คน โดยเรื่องดังกล่าวเป็นนโยบายรัฐบาล ซึ่งมีการดำเนินการให้ครอบคลุมตำบลต่าง ๆ จำนวน ๔,๔๙๘ ตำบล ซึ่งคิดเป็นร้อยละ ๖๐ ของประเทศ โดยมีเป้าหมายต้องการให้ครอบคลุมทุกตำบลของประเทศไทย เพื่อให้ชุมชนสามารถดูแลกันเองได้ นอกจากนี้ ได้มีการพัฒนาระบบเพื่อให้มีอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ซึ่งมีจำนวน ๔๔,๐๗๙ คน ที่ได้รับการอบรมในการทำหน้าที่ดังกล่าว โดยแบ่งเป็นบุคคลในครอบครัว และอาสาสมัครในชุมชนที่เต็มใจเข้ามาดูแลผู้สูงอายุ ส่วน Care Manager มีจำนวน ๗,๗๖๔ คน ซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับการอบรมการดูแลระยะยาว ทั้งนี้ โครงการดังกล่าวพัฒนาขึ้นมาจากความร่วมมือระหว่างประเทศไทย – ญี่ปุ่น ซึ่งได้มีการพัฒนาให้เหมาะสมกับประเทศไทย โดยมีการทำงานเป็นทีมที่สอดคล้องกัน เช่น การมี Family care team ทำการเยี่ยมบ้าน และการจัดทำศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุ สำหรับการปฏิบัติหน้าที่ของ Care manager และหลักสูตรการอบรมบุคลากรดังกล่าวมีรายละเอียดและการดำเนินการโดย Care manager มีหน้าที่เป็นผู้วางแผนและเป็นหัวหน้า Caregiver มีหน้าที่ในการทำ Care plan รวมทั้งมอบหมายงานให้กับ Caregiver ที่ได้รับการอบรม ตลอดจนติดตาม สนับสนุนและประเมินผล ซึ่งปัญหา คือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ไม่เพียงพอในการปฏิบัติงาน และไม่สามารถเพิ่มอัตราได้จึงกลายเป็นปัญหาต่อเนื่องในการปฏิบัติงาน การจัดทำรูปแบบตำบล Long-term care ทำให้เกิดรูปแบบการดำเนินการที่หลากหลายในชุมชน โดยชุมชนที่เข้มแข็งจะเกิดจากการบูรณาการร่วมกัน

ผลที่ได้รับจาการดำเนินการ คือ ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียง จำนวน ๑,๕๘๐ คน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สามารถเดินรอบบ้านได้ และผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน จำนวน ๕,๖๖๓ คน กลับสู่ภาวะปกติ เข้าสู่สังคมได้ โดยใช้ตัวชี้วัด ADL ในการประเมิน และให้ Caregiver และ Care Manager รายงานเข้าสู่ระบบ

๕) เมืองหรือชุมชนที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

- เริ่มดำเนินการที่เทศบาลนครนนทบุรีและเมืองพัทยา โดยใช้งบประมาณของหน่วยงานดังกล่าวดำเนินการด้วยตนเอง

- การประกวดสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ

๖) ส่งเสริมทันตสุขภาพในผู้สูงอายุ

- ด้านการบริการ: ฟันเทียมพระราชทาน การส่งเสริมและทันตกรรมป้องกัน (ตรวจสุขภาพช่องปาก เคลือบน้ำยาฟลูออไรด์ อุดฟัน และขูดหินปูน)

- การดูแลตนเองผ่านชมรมผู้สูงอายุ

- การประกวดผู้สูงอายุ ๘๐ และ ๙๐ ปี ฟันดี

๗) วัดส่งเสริมสุขภาพ มีการดำเนินการร่วมกับสำนักพระพุทธศาสนา

- เกณฑ์พัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพ มีการตั้งคณะกรรมการ การประเมินตนเองและการพัฒนา

- พัฒนาหลักสูตรและอบรมแกนนำพระอาสาสมัครประจำวัด (อสว.) เพื่อส่งเสริมสุขภาพดูแลพระสงฆ์ภายในวัด เช่น วัดห้วยเกี๋ยง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่

๘) บูรณาการงานเพื่อผู้สูงอายุสุขภาพดี ๔ กระทรวง คือ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งมีการกำหนดยุทธศาสตร์ 3S ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ได้แก่ ๑) Strong: สุขภาพแข็งแรง ๒) Security: ความมั่นคงปลอดภัย ๓) Social Participation: การมีส่วนร่วมในสังคม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงวัยสามารถดูแลตนเองได้ สามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี บรรลุเป้าหมาย “ผู้สูงวัย คือ หลักชัยของสังคม”

วิสัยทัศน์ คือ ผู้สูงวัยเป็นหลักชัยของสังคม มีเป้าหมาย คือ ผู้สูงวัยสามารถดูแลตนเองได้ ดำรงชีวิตประจำวันได้ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งมีการกำหนดยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ ๑ สุขภาพแข็งแรง (Strong)

มาตรการ คือ การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ การพัฒนาระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุ และการพัฒนาระบบการส่งเสริมสุขภาพดูแลผู้สูงอายุระยะยาว

ยุทธศาสตร์ที่ ๒ ส่งเสริมความมั่นคงปลอดภัย (Security)

มาตรการ คือ การส่งเสริมสนับสนุนการประกันรายได้กองทุนการออมแห่งชาติ และกองทุนสวัสดิการชุมชน Aged - Friendly communities/cities และการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้สูงอายุได้รับความคุ้มครองทางสังคม

ยุทธศาสตร์ที่ ๓ มีส่วนร่วมในสังคม (Social Participation)

มาตรการ คือ ส่งเสริมพื้นที่ต้นแบบการบูรณาการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเป็นศูนย์เรียนรู้คุณภาพต้นแบบฯ และส่งเสริมพัฒนาชมรมผู้สูงอายุคุณภาพผ่านกลไกองค์กรชุมชนและศาสนา

ที่มา : กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

โดยการทำหน้าที่ติดตามการดำเนินงานของหน่วยงานที่มีการบูรณาการงานเพื่อผู้สูงอายุสุขภาพดี ๔ กระทรวง จะรับผิดชอบการดำเนินงานของกระทรวงนั้น ๆ และจะเป็นฝ่ายเลขานุการในการนำเสนอรายงาน เมื่อมีการประชุมร่วมกันของทั้ง ๔ กระทรวง ซึ่งจะมีการนำประเด็นที่หน่วยงานรับผิดชอบไปจัดทำนโยบายหรือยุทธศาสตร์ภายในหน่วยงานของตน โดยการดำเนินงานในระดับพื้นที่ และจะมีการบูรณาการร่วมกัน สำหรับการดำเนินงานของคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน จะมีการบูรณาการร่วมกับ ๔ กระทรวง โดยทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้อง เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการในคณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติอยู่แล้ว ซึ่งในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติจะระบุว่ากระทรวงใดรับผิดชอบตัวชี้วัดใด ทั้งนี้ คณะกรรมการผู้สูงอายุแห่งชาติ (กผส.) มีกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ทำหน้าที่เป็น

เลขานุการ โดยทุกหน่วยงานต้องส่งรายงานยังหน่วยงานดังกล่าว และจากนั้นกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จะนำข้อมูลจากรายงานทั้งหมดไปรวบรวมเป็นรายงานประจำปีต่อไป

การดำเนินงานของการอนามัยในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ

- แนวทางในการแก้ไขปัญหาโรคในผู้สูงอายุซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยสืบเนื่องจากปัญหาแนวโน้มโรคในผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จึงมีการพัฒนาสมุดส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ โดยมีแบบประเมินและองค์ความรู้ในการดูแลตนเองในสมุดดังกล่าว นอกจากนี้ มีการส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์สำหรับผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยเรื่องดังกล่าวมีการกำหนดไว้ในแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ซึ่งจากการประเมินครั้งที่ ๑ พบว่า ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์เพียงร้อยละ ๒๐ และครั้งที่ ๒ พบว่า การมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุไม่เพิ่มขึ้น กรมอนามัยจึงมีนโยบายเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน โดยให้ความสำคัญในทุกกลุ่มวัยเพื่อให้มีองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อให้ก้าวไปสู่กลุ่มวัยต่อไปที่มีสุขภาพดี นอกจากนี้ จะมีการพัฒนาการใช้ Application เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถประเมินตนเองได้ ซึ่งจะนำไปสู่การดูแลตนเอง

- การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่สำคัญประการหนึ่ง คือ การให้ผู้สูงอายุได้รับวัคซีนที่เหมาะสม โดยมีการดำเนินการตามสิทธิในหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าระบุว่า ผู้สูงอายุต้องได้รับวัคซีน แต่การบริหารจัดการวัคซีนเป็นหน้าที่ของคณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติ ภายใต้การดำเนินการของกรมควบคุมโรค โดยการจัดซื้อขึ้นอยู่กับงบประมาณ ซึ่งที่ผ่านมาพบว่า ไม่เพียงพอกับจำนวนผู้สูงอายุในประเทศไทย และการดำเนินการขึ้นอยู่กับการกำหนดนโยบายของคณะกรรมการวัคซีนแห่งชาติ เช่น การกำหนดให้วัคซีนในผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป หรือผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยง เนื่องจากวัคซีนมีไม่เพียงพอ ดังนั้น ปัญหาการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุไม่ได้รับวัคซีนทุกคน ทำให้ไม่มีภูมิคุ้มกันในการต่อสู้โรคยามชรา ทั้งนี้ จะนำประเด็นดังกล่าวเพิ่มเติมเป็นปัญหาที่พบในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

- การบริหารจัดการเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ ได้การส่งเสริมให้มีเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุมีการส่งเสริมสนับสนุนให้ท้องถิ่นพัฒนาเพื่อให้เป็นสถานที่ที่เอื้อต่อการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุ ซึ่งที่ผ่านมาเรื่องเกณฑ์มาตรฐาน คณะสถาปัตยกรรมจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยได้พัฒนาและทำการวิจัยเกี่ยวกับผู้สูงอายุไทย โดยมีข้อเสนอแนะเกี่ยวกับสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมในที่พักอาศัย ซึ่งต่อมากระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ นำข้อเสนอดังกล่าวไปจัดพิมพ์และแจกจ่ายในงานวันผู้สูงอายุแห่งชาติ เพื่อให้ผู้สูงอายุนำไปปรับปรุงสภาพแวดล้อมของตน นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลกได้มีการกำหนดเกณฑ์เกี่ยวกับเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุไว้เป็นหลักเกณฑ์กว้าง ๆ เพื่อให้แต่ละประเทศนำไปใช้ปรับปรุงสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมของตน ดังนั้น การดำเนินการของกรมอนามัยจึงเป็นเพียงการเชิญชวนให้ท้องถิ่นเข้ามาดำเนินการ ทั้งนี้ กระทรวงมหาดไทยจะเป็นหน่วยงานที่มีบทบาทอย่างยิ่งในการนำกฎหมายที่มีอยู่มาบังคับใช้ให้มีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุดต่อการจัดการสภาพแวดล้อม สำหรับผู้สูงอายุ

- การดำเนินกิจกรรมชมรมผู้สูงอายุ มีการดำเนินกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ แต่ยังไม่มีการดำเนินกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะในเขตเมืองจะไม่ค่อยมีการรวมกันเป็นชมรม ซึ่งการรวมตัวกันมักจะเกิดขึ้นในชนบทมากกว่า ดังนั้น จึงมีการส่งเสริมให้มีชมรมผู้สูงอายุในหมู่บ้าน เช่น จังหวัดฉะเชิงเทรา ปัจจุบันทุกหมู่บ้านมีชมรมผู้สูงอายุ

- การดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุติดเตียงในเขตเมือง กรมอนามัยมีการดำเนินงานร่วมกับกรุงเทพมหานคร ซึ่งปัจจุบันมีการฝึกอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุให้กับสถานบริการของกรุงเทพมหานครทุกแห่งด้วย ทั้งนี้ กรมอนามัยมีการปฏิรูปและพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุเขตเมือง โดยมีการจัดตั้งศูนย์อนามัยที่ ๑๓ กรุงเทพมหานคร ซึ่งปัจจุบันเปลี่ยนชื่อเป็นศูนย์พัฒนาสุขภาวะเขตเมือง เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลทุกกลุ่มวัย

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

๑. ควรเพิ่มเติมประเด็นเรื่องวัคซีนในหมวดเกี่ยวกับเรื่องการตรวจคัดกรองสุขภาพ โดยควรเพิ่มเติมเป็น “การตรวจคัดกรองสุขภาพและการให้วัคซีนที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ” เนื่องจากงานวิจัยหลายเรื่องแสดงให้เห็นว่าการได้รับวัคซีนเป็นเรื่องที่มีความคุ้มค่า และประชาชนมีสิทธิเท่าเทียมกันตามรัฐธรรมนูญในการได้รับบริการสาธารณสุข

๒. ควรนำกฎหมายของกระทรวงมหาดไทย ซึ่งมีสาระสำคัญเกี่ยวกับการดำเนินการด้านสภาพแวดล้อม ซึ่งได้มีการกำหนดมาตรฐานต่าง ๆ ไว้แล้ว ไปเพิ่มเติมไว้ในรายงานของคณะอนุกรรมาธิการ เพื่อเป็นข้อสังเกตและข้อเสนอแนะให้เกิดการปรับปรุงและนำไปสู่การปฏิบัติที่เป็นรูปธรรม

๓. ควรกำหนดหลักสูตรให้นักเรียนแพทย์เรียนพื้นฐานเกี่ยวกับเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ซึ่งหมายรวมถึงแพทย์ซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลก็ควรได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้มีความเข้าใจที่ดีต่อการรักษาผู้สูงอายุ ทั้งนี้ ควรมีการพิจารณากำหนดตำแหน่งอาจารย์แพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และการกำหนดตำแหน่งแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุในโรงพยาบาลเพื่อรองรับจำนวนผู้สูงอายุในอนาคตที่เพิ่มสูงขึ้น โดยเรื่องนี้เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบาย ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อการปฏิบัติ

๔. ควรมีการพิจารณาการทำงานหลังเกษียณอายุของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุหลายคนยังมีศักยภาพ สามารถทำงานได้ดี ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุมีรายได้ เกิดความภาคภูมิใจ และได้รับการยอมรับจากสังคม ทำให้ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มติดสังคมที่มีประสิทธิภาพ ดังนั้น จึงควรพิจารณาประเด็นเกี่ยวกับการขยายอายุเกษียณ หรือการจ้างงานผู้สูงอายุหลังจากเกษียณ ประกอบกับควรมีการพิจารณาจัดทำกฎหมายรองรับการทำงานของผู้สูงอายุด้วย

๕. การปฏิบัติหน้าที่ในรูปแบบอาสาสมัครของผู้สูงอายุควรให้มีรายได้เพื่อให้ผู้สูงอายุมีความรับผิดชอบ และมีความภาคภูมิใจ รวมทั้งมีรายได้เลี้ยงดูตนเอง โดยภาครัฐและภาคเอกชนควรให้การสนับสนุน

๖. การดำเนินงานเรื่องผู้สูงอายุควรจัดทำเป็นวาระแห่งชาติ นอกจากนี้ การดำเนินการตามกลยุทธ์ 3S ควรดำเนินการให้ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่มวัย เนื่องจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ส่งผลกระทบกับสุขภาพเริ่มขึ้นตั้งแต่วัยเด็ก ดังนั้น Health Literacy ในเรื่องเกี่ยวกับสังคมผู้สูงอายุ จึงควรมีการดำเนินการตั้งแต่วัยเด็กและวัยเรียน โดยกระทรวงศึกษาธิการควรเริ่มให้ความรู้แก่เด็กเกี่ยวกับโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งมีความเกี่ยวเนื่องกับการบริโภคตั้งแต่เด็กและหนุ่มสาว โดยเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้อง กับทุกกระทรวงและเป็นนโยบายชาติที่จะต้องให้ความสำคัญ ซึ่งหากสามารถบริหารจัดการกับเด็กได้ดี ผู้สูงอายุก็จะมีปัญหาด้านสุขภาพลดลง ฉะนั้น Health Literacy จึงเป็นเรื่องสำคัญ โดยขณะนี้ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพ เช่น เรื่องวัคซีน ดังนั้น การให้ความรู้กับประชาชนจึงเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งนี้ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคมอยู่ระหว่างการจัดทำอินเตอร์เน็ตประชารัฐ โดยพยายามจัดทำเครือข่าย Wifi เข้าสู่หมู่บ้าน และให้มี

การอบรมครู ก/ครู ข เพื่อให้ประชาชนสามารถใช้และเข้าถึงความรู้ต่าง ๆ จากอินเตอร์เน็ตได้ ดังนั้น หากมีการจัดทำแอพพลิเคชั่นที่เป็นความรู้ง่าย ๆ สำหรับประชาชนสามารถส่งแอพพลิเคชั่นดังกล่าวเข้าไปอยู่ในอินเตอร์เน็ตประชารัฐได้ นอกจากนี้ ควรจัดลำดับความสำคัญของการดำเนินงานที่เห็นว่าเป็นเรื่องสำคัญเร่งด่วนเพื่อให้สามารถขับเคลื่อนได้อย่างรวดเร็ว

๗. Intermediate care เป็นการดำเนินการระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล ซึ่งอาจกำหนดสถานที่ในการดำเนินการดังกล่าวที่เป็นจุดกึ่งกลาง เช่น รพ.สต. หรือวัด โดยมีทีมในการปฏิบัติงาน ซึ่ง Intermediate care ต้องทำหน้าที่หลายประการ เช่น การฟื้นฟูสภาพ การฉีดยา และการล้างแผล เป็นต้น ซึ่งบางอย่างต้องทำในโรงพยาบาล แต่บางอย่างอาจสามารถทำที่ Intermediate care ซึ่งอยู่ใกล้บ้าน กับชุมชนได้ โดยการดำเนินการลักษณะนี้ประเทศญี่ปุ่นมีตัวอย่างที่ชัดเจน

๘. การดำเนินการเกี่ยวกับ Intermediate care ควรพิจารณาแนวทางอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น การมีความร่วมมือกับภาคเอกชน เนื่องจากภาคเอกชนหลายภาคส่วนมีความพร้อม และสามารถทำได้ดีกว่าภาคราชการ โดยหากเป็นการดำเนินการร่วมกับภาคเอกชน และมีการกำกับดูแลให้อยู่ในกรอบมาตรฐานที่ดีก็จะสามารถทำงานได้สะดวกขึ้น อีกทั้งการจัดหาสถานที่ควรพิจารณาความเหมาะสมด้วย เนื่องจากผู้สูงอายุมีภาวะความวิตกกังวลสูง ทั้งนี้ สำหรับการดำเนินการของกรุงเทพมหานครเกี่ยวกับ Intermediate care อาจยังมีข้อจำจัดหลายประการ โดยเฉพาะเรื่องการปฏิบัติงานของบุคลากรและสถานที่ เนื่องจากลักษณะการปฏิบัติงานในปัจจุบันของศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครมีรูปแบบไม่เหมือนกับการปฏิบัติงานของหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุข

๔.๔ การสร้างเสริมสุขภาพ และการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ

การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่ ยั่งยืน ซึ่งในปัจจุบันสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้มีการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวโดยมีภารกิจหลักในการสร้างเสริมสุขภาพ และมีการจัดทำแผนการดำเนินงานทั้งหมด ๑๕ แผนงาน โดยแผนที่เกี่ยวกับผู้สูงอายุจะรวมอยู่ในแผนสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นการดำเนินงานด้านสุขภาพ ปัจจุบันได้มีการดำเนินการแบ่งกลุ่มประชากรทั้งหมดออกเป็น ๘ กลุ่มประชากร ได้แก่ กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนพิการ กลุ่มแรงงานในระบบและกลุ่มแรงงานนอกระบบ กลุ่มผู้ต้องขังหญิง กลุ่มผู้มีปัญหาสถานะบุคคลแรงงานข้ามชาติ กลุ่มคนไร้บ้าน และกลุ่มคนในพื้นที่สาธารณะ

การดำเนินงานด้านผู้สูงอายุ มีการดำเนินงานร่วมกับมูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) ซึ่งสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้มอบหมายให้ มส.ผส. ช่วยดูแลงานวิชาการด้านผู้สูงอายุ และวิเคราะห์ปัญหาหรือรายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ซึ่งได้มีการจัดทำเป็นรูปเล่มรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทยเป็นประจำทุกปี ทั้งนี้ ในรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๕๙ ได้ระบุว่าอีก ๓ ปีข้างหน้าประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ (มีผู้สูงอายุร้อยละ ๒๐) เป็นผู้สูงอายุที่สามารถดูแลตนเองได้ ร้อยละ ๘๗.๔ สามารถพึ่งพาตนเองได้บ้าง ร้อยละ ๑๑.๓ และต้องพึ่งพาผู้อื่น ร้อยละ ๑.๓ ดังนั้น จะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังสามารถพึ่งพาตนเองได้

งบประมาณที่เกี่ยวกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ซึ่งมีหน่วยงานที่สนับสนุนเรื่องเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (ปี พ.ศ. ๒๕๕๙) จำนวน ๖๓,๐๐๐ ล้านบาท มีค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพประมาณ ๑.๔ แสนล้านบาท

ข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ จากข้อมูลรายงานการสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุไทย ปี ๒๕๕๖ ได้รายงานว่า มีผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านสุขภาพ ร้อยละ ๙๕ ผู้สูงอายุที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ ร้อยละ ๕ โดยโรคของผู้สูงอายุที่มีปัญหาสุขภาพ แบ่งเป็น โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๔๑ โรคเบาหวาน ร้อยละ ๑๘ โรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ ๙ ผู้ป่วยติดเตียง ร้อยละ ๑ และโรคซึมเศร้า ร้อยละ ๑

ประเด็นปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

๑. เข้าไม่ถึงกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค

๒. ภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

๓. ขาดระบบบริการดูแลระยะกลาง ซึ่งมีความสำคัญในการดูแลต่อเนื่อง

๔. ขาดระบบบริการสุขภาพผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมืองที่มีลักษณะแตกต่างจากชุมชนทั่วไป

๕. ขาดมาตรฐานและกลไกควบคุมคุณภาพการให้บริการการดูแลผู้สูงอายุในภาคเอกชน

๖. ขาดนโยบายที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วย (ผู้สูงอายุ) ระยะสุดท้าย

ข้อมูลด้านเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ จะมีผู้สูงอายุ ร้อยละ ๓๔ ที่มีรายได้ต่ำกว่าเส้นความยากจน คือ มีรายได้จำนวน ๒,๖๔๗ บาทต่อเดือนในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ และสัดส่วนของผู้สูงอายุยังมีการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขณะที่วัยแรงงานเริ่มลดน้อยลง เป็นผลกระทบกับสภาพเศรษฐกิจโดยรวมของประเทศไทย

ข้อมูลด้านสังคม ข้อมูลจากสำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๔ รายงานว่า จากจำนวนประชากรผู้สูงอายุจำนวน ๑๑ ล้านคน จะมีสัดส่วนผู้สูงอายุส่วนใหญ่ที่สามารถดูแลตนเอง

ได้ดีประมาณ ๙.๖ ล้านคน มีการพึ่งพาคนอื่นบางส่วนประมาณ ๑.๒ ล้านคน และมีการพึ่งพิง ๑๐๐% ประมาณ ๑.๔ แสนคน

ข้อมูลด้านสภาพแวดล้อม พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เคยหกล้ม คิดเป็นร้อยละ ๒๙.๗๒ โดยมีอัตราการเสียชีวิตจากการพลัดตกหกล้ม ในผู้ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ต่อประชากรแสนคน พ.ศ. ๒๕๕๑ – ๒๕๕๖ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ ๔.๕ เป็นร้อยละ ๙.๒๒ ซึ่งส่วนใหญ่ผู้สูงอายุจะหกล้มบริเวณรอบบ้าน ร้อยละ ๕๕.๑๗ มากกว่าภายในบ้าน ร้อยละ ๔๔.๘๓ ซึ่งจะเห็นได้ว่า สภาพแวดล้อม สิ่งอำนวยความสะดวกและบริการสาธารณะเป็นอุปสรรค ทำให้ชุมชนไม่น่าอยู่

สถานการณ์ผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร ข้อมูลจากวิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. ๒๕๕๙ พบว่า บ้านที่มีสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมมีเพียง ร้อยละ ๗.๓ และผลการประเมินแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ (พ.ศ. ๒๕๔๕ – ๒๕๖๔) พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ อยู่ในบ้านที่มีสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสม

แนวคิด Aging – in – place เป็นแนวคิดที่สำคัญที่สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ให้การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้สูงอายุอยู่ในบ้านเดิมของตนเองให้ได้มากที่สุดและนานที่สุด รวมทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีและมีรายได้ที่สามารถพึ่งตนเองได้นานที่สุด และมีการส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการปรับปรุงที่อยู่อาศัยให้เหมาะสมกับการใช้งานของผู้สูงอายุ โดยในภาพรวมผู้สูงอายุส่วนใหญ่ยังมีความต้องการที่จะอยู่อาศัยในที่เดิมหรือบ้านเดิมถึง ร้อยละ ๙๒.๔๔

การเตรียมความพร้อมรองรับสังคมผู้สูงอายุ เป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อสร้างความเข้าใจและเตรียมความพร้อมสำหรับสังคมสูงอายุสำหรับประชากรแต่ละช่วงวัย ตั้งแต่วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน วัยก่อนสูงอายุ และวัยสูงอายุ และมีแนวทางการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยมีการวางแผนต่าง ๆ อาทิ แผนการดูแลสุขภาพ แผนการออมและการวางแผนก่อนเกษียณ เป็นต้น

ความเชื่อมโยงในงานพัฒนาคุณภาพชีวิตและการดูแลผู้สูงอายุ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้มีการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ในเรื่องเกี่ยวกับผู้สูงอายุ ได้มีการแบ่งเป็น ๓ ด้าน ได้แก่ ๑) ด้านสุขภาพ ได้มีการสนับสนุนและร่วมดำเนินงานกับกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ๒) ด้านเศรษฐกิจ มีการดำเนินการร่วมกับกระทรวงแรงงาน กระทรวงการคลัง กองทุนการออมแห่งชาติ และวงประชารัฐเพื่อสังคม ๓) ด้านสังคม มีการดำเนินงานร่วมกับกระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ซึ่งการดำเนินงานทั้งหมดอยู่ภายใต้แผนผู้สูงอายุแห่งชาติ ฉบับที่ ๒ อาทิ ในส่วนของการพัฒนาศักยภาพโรงเรียนผู้สูงอายุ ได้มีการดำเนินการจัดเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอน ในส่วนของการส่งเสริมอาชีพ ได้มีการดำเนินการร่วมกับกระทรวงแรงงานในการจัดทำแผนการส่งเสริมการทำงาน มีการพัฒนาสถานประกอบการนำร่อง และส่งเสริมการจ้างงานผ่านประชารัฐเพื่อสังคม ในส่วนของการสร้างเสริมสุขภาพ มีการจัดทำคู่มือ และ Application เตรียมความพร้อมในวัยเรียนและวัยทำงาน การพัฒนาระบบการดูแลภาวะสมองเสื่อม และจัดทำแผ่นพับประชาสัมพันธ์ชุดความรู้กันลืมกันล้ม ในส่วนของการปรับสภาพแวดล้อม มีการสนับสนุนให้เกิดหน่วยงานที่ให้ความรู้ในการปรับปรุงบ้านในชนบท หรือ UDC

จุดเน้นมาตรการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ

๑. การเตรียมความพร้อมประชาชนเพื่อเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ

๑.๑ เศรษฐกิจ : การออม การส่งเสริมอาชีพและขยายอายุการทำงาน ผู้พิทักษ์สิทธิ

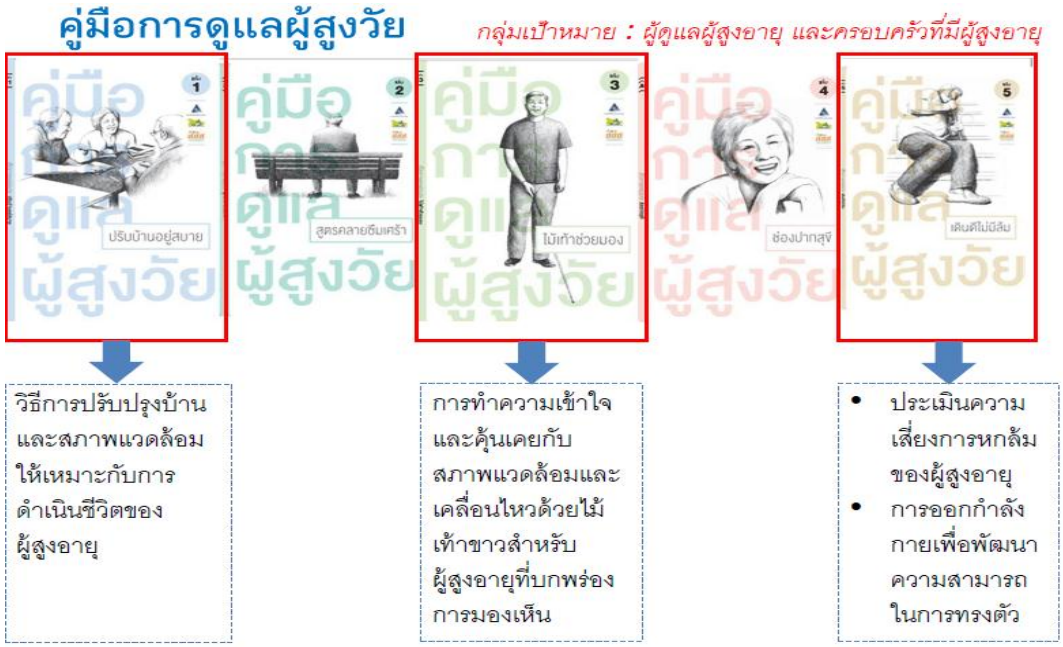
๑.๒ สุขภาพ : การฉลาดรู้ทางสุขภาพเพื่อเตรียมความพร้อมในวัยเรียนและแรงงาน การดูแลระยะกลาง

๑.๓ สังคม : การพัฒนาศักยภาพชมรมผู้สูงอายุ ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ (ศพอส.) ศูนย์อำนวยการพลังแผ่นดินเอาชนะยาเสพติดแห่งชาติ (ศพส.) โรงเรียนผู้สูงอายุ

๒. การบูรณาการความร่วมมือระหว่างภาครัฐ / ภาคเอกชน / ภาคประชาสังคมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตและพัฒนาระบบเพื่อรองรับสังคมสูงวัย

๓. การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในเขตชุมชนเมือง

ตัวอย่างประเด็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่ สสส. สนับสนุน

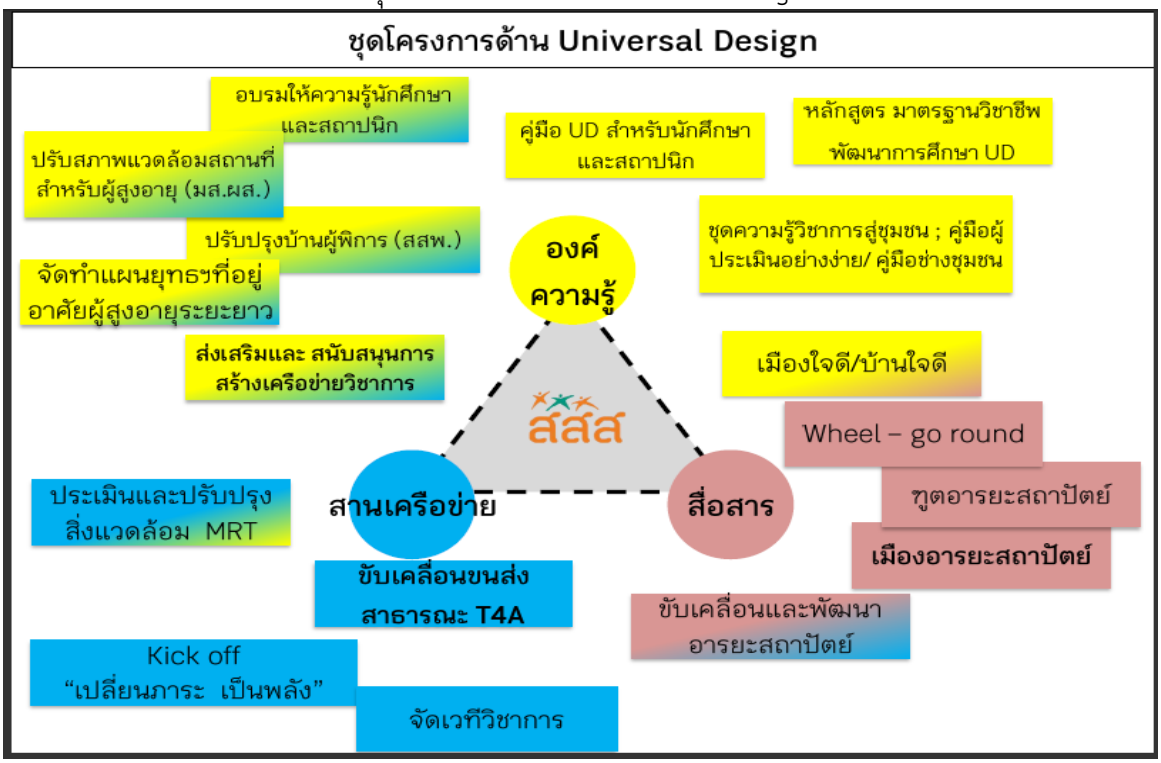


ที่มา : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ชุดข้อมูล “กันลืม กันล้ม”

ที่มา : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ชุดโครงการด้าน Universal Desing

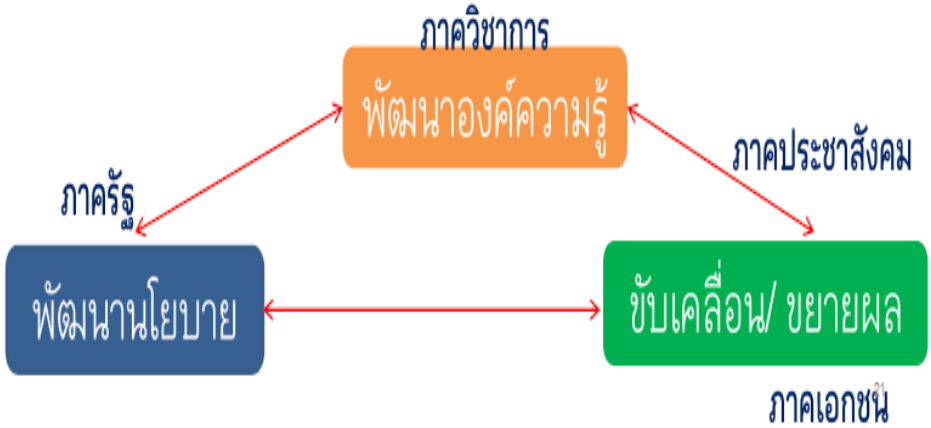


ที่มา : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

Application “ชราเฮโย”

ที่มา : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

กล่าวโดยสรุป บทบาทของสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) จะดำเนินงานภายใต้ประเด็นหลัก คือ การพัฒนาความรู้ พัฒนานโยบาย และขับเคลื่อน ขยายผล



ที่มา : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

ประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๑. สสส. มีการดำเนินการจัดทำแผนการดำเนินงานทั้งหมด ๑๕ แผน เนื่องจาก สสส. มีภารกิจในการสร้างเสริมสุขภาพ จึงมีการจัดสรรงบประมาณให้กับเรื่องสุราและยาสูบเป็นอันดับแรก ส่วนเรื่องที่มีผลกระทบต่อปัญหาสุขภาพของคนไทยจะมีการเรียงลำดับความสำคัญของปัญหา ซึ่งลำดับรองลงมาจะเป็นเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) และความปลอดภัย ทางถนน กิจกรรมทางกาย เรื่องอาหาร อย่างไรก็ตาม สัดส่วนการจัดสรรงบประมาณได้ให้ความสำคัญในเรื่องผู้สูงอายุ โดยเป็นจุดเน้น ๑ ใน ๕ ของแนวนโยบายในปีที่ผ่านมา โดยเรื่องสุขภาวะประชากรกลุ่มเฉพาะได้ให้ความสำคัญกับกลุ่มผู้สูงอายุเป็นอันดับต้น และได้มีการชักชวนกลุ่มงานต่าง ๆ ภายในหน่วยงานให้เห็นความสำคัญในเรื่องผู้สูงอายุมากขึ้น

๒. ตามพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ ที่ไม่มีผู้แทนกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เข้าไปเป็นผู้แทนในคณะกรรมการบริหาร เนื่องจากพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ พ.ศ. ๒๕๔๔ ได้มีการบัญญัติไว้ก่อนที่จะมีการจัดตั้งกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ รองนายกรัฐมนตรีที่กำกับดูแลรับผิดชอบ ได้มีความเห็นในเรื่องนี้ว่า ควรมีผู้แทนจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เข้ามาร่วมเป็นคณะกรรมการบริหารด้วย แต่เนื่องจากไม่สามารถแก้ไขพระราชบัญญัติได้ทันเวลา จึงทำการแก้ไขปัญหาด้วยการเชิญผู้แทนกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เข้ามาเป็นที่ปรึกษาของคณะกรรมการบริหารกองทุน ซึ่งได้มีการประชุมร่วมกันมาจำนวน ๒ ครั้งแล้ว

๓. สสส. มีการดำเนินการเพื่อเตรียมความพร้อมของประชากรตามช่วงอายุ โดยได้มีการศึกษาในกลุ่มเด็กมัธยมศึกษาเพื่อให้มีความเข้าใจในผู้สูงอายุ และเตรียมความพร้อมในทุกด้านตั้งแต่วัยเด็ก โดยได้มีการสนับสนุนให้คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย จัดทำหลักสูตรนำร่อง และศึกษาว่าควรจะนำบรรจุไว้ในหลักสูตรการศึกษาหรือไม่ ซึ่งในเรื่องนี้อยู่ระหว่างการดำเนินการ

๔. การเตรียมการด้านการจ้างงานผู้สูงอายุ ยังมีข้อจำกัดในเรื่องรายได้ก่อนเกษียณอายุของผู้สูงอายุที่มีจำนวนสูง จึงเป็นเหตุให้ผู้ประกอบการมักจะนำเป็นข้ออ้างในการไม่จ้างงาน เนื่องจากติดขัดเรื่องค่าตอบแทนที่มีผู้สูงอายุจะได้รับ ดังนั้น มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.) จึงอยู่ระหว่างดำเนินการเพื่อพิจารณาหาทางออกในเรื่องนี้ เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมทั้ง ๒ ฝ่าย

๕. สสส. มีบทบาทในการส่งเสริมการออม โดยได้มีการประสานความร่วมมือกับตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย โดยมีการปรับรูปแบบการออมกับกลุ่มแรงงานนอกระบบและได้มีการลงพื้นที่เพื่อศึกษาข้อมูลจากครอบครัวของแรงงานนอกระบบ อีกทั้งยังช่วยแนะนำให้ครอบครัวดังกล่าว เกิดความมีวินัยและมีความเข้าใจในเรื่องการใช้เงินและการออมเงินมากยิ่งขึ้น

๖. การดำเนินการร่วมมือกับสถานประกอบการหรือร้านค้าวัสดุก่อสร้างเกี่ยวกับการส่งเสริมนวัตกรรมสิ่งแวดล้อมสำหรับผู้สูงอายุ สสส. จะเป็นหน่วยงานในการสนับสนุนให้หน่วยงานวิชาการในพื้นที่ได้ทำการให้ความรู้กับช่างในชุมชน และเข้าไปช่วยปรับสภาพบ้านให้กับผู้สูงอายุ สำหรับการประสานงานกับร้านค้าหรือผู้ประกอบการก่อสร้างเป็นการประสานความร่วมมือในวงประชารัฐเพื่อสังคม เพื่อให้ร้านเหล่านั้นสามารถขายสินค้าในราคาย่อมเยาให้กับผู้สูงอายุผู้มีรายได้น้อย นอกจากนี้ ยังมีการประชาสัมพันธ์และชักชวนให้มีการจัดทำพื้นที่สาธารณะอย่างครบวงจรเพื่อให้ผู้สูงอายุได้พึ่งพาตนเองได้มากขึ้น อีกทั้งยังช่วยสนับสนุนงบประมาณให้กับหน่วยงานที่ช่วยในการดำเนินงานเรื่องนี้ด้วย

๗. การดำเนินการเกี่ยวกับการส่งเสริมอาชีพโดยการจัดอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อไม่ให้เป็นการทำงานที่ซ้ำซ้อนกับหน่วยงานอื่น สสส. มีการดำเนินงานเกี่ยวกับอาชีพ Buddy Home Care ซึ่งเป็นการคัดเลือกนักเรียนระดับมัธยมศึกษาที่ต้องการมีอาชีพ เพื่อเข้ารับการฝึกอบรมหลักสูตร การดูแลผู้สูงอายุกับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จำนวน ๔๒๐ ชั่วโมง เมื่อจบแล้ว จะได้รับประกาศนียบัตร และสามารถประกอบอาชีพได้ทันที โดยจะมีทีมงานช่วยในการจัดหางานให้ผู้อบรมที่จบหลักสูตรได้เข้าทำงานที่บ้านของผู้สูงอายุ ซึ่งจะมีการสลับหมุนเวียนกันทำงาน และเมื่อมีเวลาว่างจากการทำงานที่บ้านผู้สูงอายุแล้ว จะต้องมาช่วยในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนเพื่อเป็นการชดใช้ทุนที่ได้รับ ซึ่งในกระบวนการดังกล่าวจะไม่เป็นการซ้ำซ้อนกับการทำงานของ Care Giver

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

๑. สสส. ควรจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มให้มากขึ้นหรือควรจัดทำในรูปแบบ E-Book เพื่อเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายในการจัดพิมพ์รูปแบบหนังสือและแผ่นพับ เพื่อให้บุคคลทั่วไปสามารถโหลดมาอ่านได้อย่างทั่วถึง

๒. การประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับผู้สูงอายุ ควรมีการประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญในพื้นที่ที่มีการส่งเสริมและประชาสัมพันธ์ในเรื่องนี้อยู่แล้ว เพื่อให้การประสานงานได้ง่ายขึ้น และส่งผลให้ประชาชนได้รับความรู้ได้อย่างต่อเนื่องและรวดเร็วยิ่งขึ้น

๓. การเปลี่ยนโครงสร้างที่สำคัญ จะต้องมีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความคิด และพฤติกรรมของคนเพื่อเป็นการปลูกฝังเรื่องการเตรียมตัวเป็นผู้สูงอายุตั้งแต่วัยหนุ่มสาวและเพื่อให้มีทัศนคติที่ดีและมีความเข้าใจต่อการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถพึ่งพาตนเองได้ในอนาคต

๔. หากจะมีการพิจารณาแก้ไขพระราชบัญญัติกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพขอให้มีการพิจารณาถึงรูปแบบและวิธีการทั้งหมดเพื่อให้ครอบคลุมในทุกมิติอย่างเป็นรูปธรรม

๔.๕ การป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุแบบองค์รวม

การหกล้มเป็นสาเหตุสำคัญของการเข้าโรงพยาบาลในผู้สูงอายุ ซึ่งความเสี่ยงของการหกล้มจะยิ่งมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงหรือมีโรคประจำตัว เช่น อัมพฤกษ์ อัมพาต หรือมีปัญหาเรื่องการทรงตัว การล้มในผู้สูงอายุเกิดจากหลายสาเหตุไม่ว่าจะเป็นกระดูกหรือกล้ามเนื้อไม่แข็งแรง มีปัญหาสายตา การกินยาที่ออกฤทธิ์ต่อจิตประสาททำให้ง่วงซึม รวมทั้งสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่ไม่เหมาะสม ทั้งนี้ การหกล้มในผู้สูงอายุอาจกระทบต่อสุขภาพ คุณภาพชีวิต ก่อให้เกิดความพิการ หรือแม้กระทั่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิต

ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการบัญญัติกฎหมายเกี่ยวกับเรื่องการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีชื่อว่า “Keeping Seniors Safe From Falls Act of 2007” เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุมีมากขึ้นตามลำดับ และเมื่อหกล้มจะเกิดผลกระทบทั้งด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจ เช่น การเกิดกระดูกหัก ต้องมีการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม เกิดความสูญเสียงบประมาณแผ่นดินจำนวนมาก ตลอดจนความสูญเสียทางเศรษฐกิจทั้งต่อครอบครัวของผู้สูงอายุเอง และต่อสังคมโดยรวม ได้แก่ ค่ารักษาพยาบาลช่วงเวลา ที่รักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาล การสูญเสียเวลาทำงานของญาติ การดูแลในระยะยาวเมื่อเกิดความพิการ เป็นต้น ในสหรัฐอเมริกามีการคาดประมาณว่า ความสูญเสียมีถึง ๗ - ๑๐ พันล้านเหรียญต่อปี ขณะที่ในสหราชอาณาจักรมีการคาดประมาณความสูญเสียถึง ๖๑๔ ล้านปอนด์ต่อปี กระดูกสันหลังยุบจากการหกล้มยังทำให้เกิดความพิการเช่นหลังค่อม การสูญเสียความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผลเสียทางด้านจิตใจของผู้ป่วยเอง รวมทั้งเป็นภาระต่อญาติผู้ดูแลและสังคมโดยส่วนรวม และการเสียชีวิตก่อนเวลาอันควรในที่สุด ซึ่งเรื่องนี้เป็นเรื่องที่สำคัญที่ไม่ควรมองข้าม ดังนั้น หลายประเทศจึงได้มีการหยิบยกเรื่องดังกล่าวมาพิจารณาเพื่อผลักดันให้ปัญหาการหกล้มในผู้สูงอายุเป็นปัญหาระดับชาติ สำหรับในประเทศไทย สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๕๑

ระบาดวิทยาของภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ

- จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จำนวนการหกล้มต้องเพิ่มขึ้นตาม
- อุบัติการณ์กระดูกหักเพิ่มขึ้นกว่าร้อยละ ๓๐ ใน ๓๐ ปีที่ผ่านมา และถ้าไม่รีบป้องกัน จำนวนจะเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ ๑๐๐ ในปีค.ศ. ๒๐๓๐
- จากการศึกษาของคณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ด้วยการสำรวจเรื่องการหกล้มภายใน ๖ เดือน พบว่าความชุกของหกล้มในชุมชนเท่ากับ ๑ ใน ๕ เพศหญิงเกิดการหกล้มร้อยละ ๒๔.๑ ส่วนเพศชายหกล้มร้อยละ ๑๒.๑
- จากการศึกษาข้อมูลที่จังหวัดเชียงใหม่ เกี่ยวกับความชุกของภาวะกระดูกหักที่ข้อสะโพกของผู้สูงอายุ พบว่า เพศหญิงจะกระดูกหักมากกว่าเพศชายถึง ๒ เท่า ซึ่งจะเห็นได้ว่าเพศหญิงจะมีการทรงตัวไม่ดีเท่าเพศชาย

- ผู้สูงอายุที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากหกล้ม พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งจะเสียชีวิตในเวลาอีก ๑ ปีข้างหน้า

- ๒ ใน ๓ ของการเสียชีวิตเนื่องจากอุบัติเหตุในผู้สูงอายุเกิดจากหกล้ม

- ผลต่อสุขภาพจากการสถิติการหกล้ม จะเกิดการกระดูกหักประมาณร้อยละ ๕ กล่าวคือ หกล้ม ๑๐๐ ครั้ง จะทำให้กระดูกหัก ๕ ครั้ง ยังทำให้เกิดภาวะกลัวการหกล้ม (fear of falling) ผู้ป่วยจะไม่กล้าเดินเอง เป็นภาระต่อลูกหลาน ผลแทรกซ้อนอื่นๆ เช่น ก้อนเลือดคั่งในสมอง

- ผลทางด้านกายภาพ ทำให้เกิดการฟกช้ำ การบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ มีแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ภาวะอุณหภูมิในร่างกายต่ำลง (Hypothermia) และเกิดผลแทรกซ้อนอื่นๆตามมา

- ผลทางด้านจิตใจ ผู้สูงอายุไม่กล้าที่จะเดินเอง เพื่อใช้ชีวิตประจำวัน เป็นผลทำให้เกิดการติดเตียงเกิดภาวะซึมเศร้า

- ผลทางด้านสังคม ผู้ใกล้ชิดจะเกิดความกังวลในการอำนวยความสะดวกกับผู้สูงอายุและกังวลในเรื่องการดูแล

- ผลทางด้านสิ่งแวดล้อม จะต้องมีความตระหนักในเรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการใช้ชีวิตของผู้สูงอายุมากยิ่งขึ้น

ปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม

องค์การอนามัยโลกได้สรุปปัจจัยเสี่ยงภาวะหกล้มในปี ค.ศ. 2008 ว่าประกอบด้วย ๔ กลุ่ม ต่อไปนี้

๑. ปัจจัยทางชีวภาพ

๑.๑ ความดันเลือดต่ำลงเมื่อมีการเปลี่ยนอิริยาบถ (Orthostatic hypotension)

เหตุการณ์ที่ทำให้มีปริมาณเลือดในร่างกายลดลง เช่น รับประทานยาขับปัสสาวะ หรือการที่นอนเป็นระยะเวลานานโดยไม่เคลื่อนไหวจะทำให้ระบบประสาทอัตโนมัติทำงานไม่เป็นปกติ การใช้ยาที่ไม่เหมาะสมเช่นได้ยารักษาโรคความดันโลหิตสูงมากเกิน เป็นผลทำให้ความดันโลหิตลดลงก็อาจเกิดอาการหน้ามืดได้

๑.๒ โรคต่างๆในระบบไหลเวียนเลือด

- ภาวะความดันเลือดลดลงจากการเบ่ง (Valsalva maneuver) ผู้สูงอายุมักจะมีการเบ่งปัสสาวะหรืออุจจาระ

- ภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตาย เป็นผลทำให้เกิดอาการเป็นลมได้

- โรคลิ้นหัวใจตีบ (aortic stenosis) ทำให้เลือดออกจากหัวใจไม่ดีส่งผลให้หกล้มได้ง่าย

๑.๓ โรคทางระบบประสาท ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง โรคลมชัก โรคพาร์คินสัน โรคสมองเสื่อม โรคซึมเศร้า

๑.๔ โรคทางกล้ามเนื้อ ทำให้กล้ามเนื้ออ่อนแรง

๑.๕ โรคในระบบการมองเห็น ได้แก่

- โรคต้อกระจก จอประสาทตาเสื่อม สายตายาว การใช้แว่นตาที่เหมาะสม

๑.๖ ผลข้างเคียงจากยา โดยเฉพาะยาที่ฤทธิ์ต่อจิตประสาท

๑.๗ กลุ่มการเจ็บป่วยเฉียบพลัน (Acute illness) ได้แก่ การติดเชื้อเฉียบพลัน กล้ามเนื้ออ่อนแรง ข้ออักเสบ เป็นตาปลา เล็บขบ โรคทางน้ำตาลต่ำ โรคไต โซเดียมในร่างกายต่ำ จะเป็นผลกระทบให้เกิดการหกล้มตามมา

๒. ปัจจัยทางพฤติกรรม เช่น การขาดการออกกำลังกาย การใส่รองเท้าที่ไม่เหมาะสม การใช้ยาที่ไม่เหมาะสม การดื่มสุรา

๓. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม เช่น พื้นที่ลื่น สัตว์เลี้ยงในบ้าน พื้นที่สาธารณะที่ไม่เหมาะสม การเดินบนท้องถนน แสงสว่างไม่เพียงพอ พื้นถนนลื่น สิ่งแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย

๔. ปัจจัยทางสังคมและเศรษฐฐานะ

จากการศึกษาวิจัยในชุมชนของโรงพยาบาลศิริราช ครอบคลุมผู้สูงอายุในชุมชน จำนวนประมาณ ๔,๐๐๐ คน พบว่า ปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดความหกล้มของคนไทย ได้แก่ เพศหญิง หูตึง ความดันโลหิตสูง สายตาไม่ดี ความจำไม่ดี กระดูกสันหลังค่อม โภชนาการไม่ดี ความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันบกพร่อง

กลไกการทรงตัวของผู้สูงอายุ

ปกติร่างกายต้องอาศัยกลไกหลายระบบทำงานประสานกันเป็นอย่างดีเพื่อการทรงตัว ได้แก่

๑. ประสาทการรับรู้ (Sensory input)

๑.๑ การมองเห็น

สาเหตุที่พบบ่อย เช่น ต้อกระจก (Cataract) สายตายาวจากความชรา (Presbyopia) และ macular degeneration พยาธิสภาพเหล่านี้ทำให้ความคมชัดของการมองเห็น (visual acuity) ลดลง

๑.๒ ความรู้สึกที่รับรู้ความเคลื่อนไหวหรือตำแหน่ง (Proprioceptive sense)

ตัวรับความรู้สึกประเภทนี้มีชื่อเรียกว่า Mechanoreceptor ซึ่งอยู่ภายในเอ็นของกล้ามเนื้อ (Muscle spindle) และข้อต่างๆ โดยเฉพาะที่บริเวณเท้าและกระดูกสันหลังส่วนคอ ทำหน้าที่ถ่ายทอดข้อมูลตำแหน่งของขาและลำคอไปยังสมอง

๑.๓ ประสาทการรับรู้ Vestibular function

เป็นตัวรับรู้และถ่ายทอดการเคลื่อนไหวของศีรษะทั้งในแนวดิ่งและแนวทแยงมุม ซึ่งเป็นอวัยวะสำคัญที่สุดในการรักษาการทรงตัวในแนวดิ่งขณะร่างกายมีการเคลื่อนที่

๒. การประมวลข้อมูลการทรงตัวโดยสมอง สมองจะทำหน้าที่ประมวลข้อมูลจากประสาทการรับรู้ทั้งสามที่ส่งเข้ามายังสมอง แล้วเลือกลักษณะการตอบสนองโดยอาศัยสภาพแวดล้อมขณะนั้น

๓. กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ทำงานประสานกันเพื่อทรงตัวให้มั่นคง โดยมีกลไกสนับสนุน คือ การทำงานของระบบไหลเวียนเลือดเพื่อช่วยให้กลไกหลักทำงานได้อย่างต่อเนื่อง

การตรวจวินิจฉัยการหกล้มในผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

๑. การซักประวัติและการตรวจร่างกายเบื้องต้น เพื่อประเมินระดับการบาดเจ็บ โดยเฉพาะภาวะ เลือดคั่งสมอง และการมีกระดูกหัก

๒. ปัจจัยโน้มน้าวให้เกิดการหกล้มจากความชรา (Predisposing factor) เช่น ปัญหาสายตา ปัญหาการทรงตัว การขาดวิตามินดี ซึ่งเป็นสาเหตุของการมีกล้ามเนื้ออ่อนแรง เพราะวิตามินดีมีส่วนช่วยในการดูดซึมแคลเซียมเข้าสู่กระดูกและเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยให้กล้ามเนื้อแข็งแรง และไม่เกิดการหกล้มได้ง่าย

๓. ปัจจัยกระตุ้นให้หกล้ม (Precipitating factor) มักเป็นโรคที่เกิดขึ้นเฉียบพลัน เช่น โรคติดเชื้อ

มาตรการป้องกันภาวะหกล้ม

องค์การอนามัยโลก (WHO) ปีค.ศ. 2008 ได้จัดทำหนังสือเกี่ยวกับการหกล้ม โดยได้กล่าวไว้ว่า ๓ เสาหลักในการป้องกันการหกล้ม ได้แก่

เสาแรก คือ การสร้างความตระหนัก (Awareness) โดยมีการสร้างความตระหนักรู้ให้กับผู้สูงอายุทุกคน ครอบครัว คนใกล้ชิด ชุมชน บุคลากรด้านสุขภาพ รัฐบาล ซึ่งหากประเทศไทยมีความตระหนักในเรื่องนี้ก็จะสามารถป้องกันการหกล้มได้มาก

เสาที่ ๒ การประเมินปัจจัยเสี่ยงเป็นระยะ ๆ และดำเนินการแก้ไข

เสาที่ ๓ มีมาตรการในการป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพ ที่จะป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การปรับพฤติกรรมต่าง ๆ รวมไปถึงการปรับด้านสิ่งแวดล้อม

การจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านเพื่อป้องกันภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ

๑. ติดตั้งหลอดไฟบริเวณมุมมืดที่เดินผ่านบ่อย ๆ โดยปุ่มสวิทซ์อยู่ใกล้มือเอื้อม

๒. มีอุปกรณ์เครื่องเรือนบริเวณที่อยู่เท่าที่จำเป็น และต้องแข็งแรงมั่นคงอยู่สูงจากพื้นมองเห็นได้ง่าย ไม่ย้ายที่บ่อย ๆ

๓. เตียงนอน เก้าอี้ และโถส้วมมีความสูงพอเหมาะ ไม่เตี้ยเกินไป

๔. ทางเดินและบันได ควรมีราวจับตลอด และขั้นบันไดสม่ำเสมอ

๕. พื้นห้องสม่ำเสมอและเป็นวัสดุที่ไม่ลื่นโดยเฉพาะในห้องน้ำ บริเวณจุดเชื่อมต่อระหว่างห้องควรอยู่ในระดับเดียวกัน หลีกเลี่ยงธรณีประตู ไม่ควรมีสิ่งของเกะกะ เช่น พรมเช็ดเท้า สายไฟฟ้า

๖. หลีกเลี่ยงการมีสัตว์เลี้ยงเช่นสุนัข แมวในบริเวณที่อยู่อาศัย

กฎหมายที่เกี่ยวข้อง

- กฎกระทรวงกำหนดสิ่งอำนวยความสะดวกในอาคารสำหรับผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชรา พ.ศ. ๒๕๔๘ ได้บัญญัติในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันภาวะหกล้มไว้ดังนี้

ข้อ ๑๑ อาคารตามข้อ ๓ ต้องจัดให้มีบันไดที่ผู้พิการหรือทุพพลภาพ และคนชราใช้ได้อย่างน้อยชั้นละ ๑ แห่ง โดยต้องมีลักษณะ ดังต่อไปนี้

(๑) มีความกว้างสุทธิไม่น้อยกว่า ๑,๕๐๐ มิลลิเมตร

(๒) มีชานพักทุกระยะในแนวดิ่งไม่เกิน ๒,๐๐๐ มิลลิเมตร

(๓) มีราวบันไดทั้งสองข้าง โดยให้ราวมีลักษณะตามที่กำหนดในข้อ ๘ (๗)

(๔) ลูกตั้งสูงไม่เกิน ๑๕๐ มิลลิเมตร ลูกนอนเมื่อหักส่วนที่ขั้นบันไดเหลื่อมกันออกแล้วเหลือความกว้างไม่น้อยกว่า ๒๘๐ มิลลิเมตร และมีขนาดสม่ำเสมอตลอดช่วงบันได ในกรณีที่ขั้นบันไดเหลื่อมกัน หรือมีจมูกบันได ให้มีระยะเหลื่อมกันได้ไม่เกิน ๒๐ มิลลิเมตร

(๕) พื้นผิวของบันไดต้องใช้วัสดุที่ไม่ลื่น

(๖) ลูกตั้งบันไดห้ามเปิดเป็นช่องโล่ง

(๗) มีป้ายแสดงทิศทาง ตำแหน่ง หรือหมายเลขชั้นของอาคารที่คนพิการทางการมองเห็นและคนชราสามารถทราบความหมายได้ ตั้งอยู่บริเวณทางขึ้นและทางลงของบันไดที่เชื่อมระหว่างชั้นของอาคาร

การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง

๑. ตัวอาคารและพื้นที่นอกอาคาร

ก. ทางเดินเท้า ไม่ลื่น มีความกว้างเพียงพอสำหรับรถเข็นผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกีดขวาง และมีทางลาดลงสู่พื้นถนน มีการบำรุงรักษาเป็นระยะ

ข. พื้นที่สาธารณะ สะอาดร่มรื่น และมีจำนวนเพียงพอในชุมชน

ค. พื้นที่สีเขียว มีจำนวนเพียงพอ ปลอดภัย และมีการบำรุงรักษาเป็นระยะ

ง. ความปลอดภัยนอกอาคาร ถนนมีแสงสว่างพอ มีการตรวจลาดตระเวนเป็นระยะ

จ. ทางม้าลายข้ามถนน มีจำนวนเพียงพอ มีความปลอดภัยสำหรับผู้พิการประเภทต่าง ๆ มีอุปกรณ์กันลื่น มีอุปกรณ์ที่ช่วยในการข้ามทั้งที่เป็นการช่วยการมองเห็นและการได้ยิน มีระยะเวลานานพอให้ผู้สูงอายุข้ามได้ทัน

ฉ. คนขับรถ หยุดรถให้ผู้ข้ามถนนที่ตรงทางม้าลายเสมอ

ช. ช่องทางสะดวก มีคิวแยกต่างหากหรือมีช่องทางด่วนให้ผู้สูงอายุ

ฌ. ตัวอาคาร มีทางเข้าได้ง่าย มีทางเดินเชื่อมสะดวก มีราวจับ พื้นไม่ลื่น มีที่นั่งและห้องน้ำเพียงพอ

ญ. ส้วมสาธารณะทั้งในและนอกอาคาร มีจำนวนเพียงพอ สะอาด เข้าถึงได้ง่าย และมีการดูแลรักษา

๒. การขนส่งสาธารณะ

ก. การบริการรถโดยสาร มีการเดินรถด้วยความถี่พอควรทั้งกลางคืนและวันหยุดสุดสัปดาห์ ค่าโดยสารคงที่และไม่แพง และไปถึงแหล่งบริการได้ทุกแห่ง

ข. รถโดยสาร มีที่นั่งที่สงวนไว้ให้ผู้สูงอายุ สะอาด ไม่หนาแน่นเกินไป ผู้สูงอายุสามารถใช้บริการได้สะดวก และมีการบำรุงรักษา

ค. จุดจอดและสถานี อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม ผู้สูงอายุสามารถใช้บริการได้สะดวก สะอาด ปลอดภัย มีแสงสว่าง มีหลังคาบังแดดและที่นั่งรอรถมากพอ

ง. ข้อมูลการบริการ ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงข้อมูลได้สะดวก เช่น เส้นทาง เวลาที่รถมาถึง และสิ่งอำนวยความสะดวกที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

จ. พนักงานขับรถ จอดที่จุดจอดรถข้างทางเดินเท้า เพื่อให้ผู้สูงอายุขึ้นหรือลงรถได้สะดวก รอให้ผู้สูงอายุขึ้นหรือลงรถให้เรียบร้อยก่อนที่จะออกรถ

ฉ. รถแท็กซี่ พนักงานขับรถสุภาพและมีจิตใจที่จะช่วยเหลือผู้สูงอายุ

ช. จุดลงรถและที่จอดรถ มีความปลอดภัย จำนวนมากพอ และอยู่ในจุดที่สะดวก มีที่จอดรถสงวนไว้เฉพาะผู้สูงอายุที่ต้องการการช่วยเหลือเป็นพิเศษ

๓. ที่อยู่อาศัย

ก. ลักษณะบ้าน มีมากพอ ในราคาที่ไม่แพงนัก ปลอดภัย ใกล้แหล่งบริการสาธารณะและชุมชน มีบรรยากาศที่ดีไม่ร้อนหรือหนาวเกินไปตามอากาศภายนอกที่เปลี่ยนแปลง

ข. สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน พื้นไม่ลื่น สามารถเดินไปตามห้องหรือระเบียงทางเดินได้สะดวก ถ้าต้องมีการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ก็สามารถทำได้ในราคาที่ผู้สูงอายุสามารถจ่ายได้

ค. บ้านของผู้สูงอายุที่พิการหรือสุขภาพไม่ดี มีมากพอ ราคาไม่แพงนัก และมีบริการที่เหมาะสมให้ด้วย

ดังนั้น การป้องกันการหกล้มสามารถทำได้ ๓ ระดับ คือ

๑. การป้องกันในระดับปฐมภูมิ คือ การป้องกันก่อนหกล้ม (Universal Design)

๒. การป้องกันในระดับทุติยภูมิ คือ ลดป้องกันปัจจัยเสี่ยงในรูปแบบต่าง ๆ

๓. การป้องกันในระดับตติยภูมิ คือ การป้องการหกล้มซ้ำ และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการหกล้ม

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

๑. ทุกภาคส่วน หรือทุกหน่วยงานควรมีการส่งเสริมให้มีการป้องกันการหกล้ม เรื่องนี้ควรกำหนดให้เป็นวาระแห่งชาติ โดยร่วมมือกันในการดำเนินงานให้ครอบคลุมทุกบริบท

๒. ควรมีการส่งเสริมเรื่องความตระหนักรู้ในทุก ๆ ภาคส่วนเกี่ยวกับอารยสถาปัตย์ หรือ การออกแบบเพื่อคนทั้งมวล (Universal Design) ทั้งหมดในสังคม หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรร่วมกันดำเนินการโดยจัดสรรงบประมาณสนับสนุนในเรื่องดังกล่าว

๓. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้มีการจัดทำแผ่นพับประชาสัมพันธ์เพื่อรณรงค์การป้องกันการหกล้มให้มากขึ้น และให้มีช่องทางในการสื่อสารไปยังประชาชนให้เข้าถึงได้มากขึ้น

๔.๖ ไขมันทรานส์ : โภชนาการที่มีผลต่อสุขภาพของผู้สูงอายุ

ไขมันทรานส์สามารถพบได้ในธรรมชาติและกระบวนการทางเคมี โดยไขมันทรานส์ในธรรมชาติสามารถพบได้ในสัตว์เคี้ยวเอื้อง หรือสัตว์ที่มี ๔ กระเพาะ ซึ่งกระเพาะที่ ๔ ของสัตว์เหล่านี้จะมีจุลินทรีย์ในกระเพาะอาหาร โดยเมื่ออาหารถูกย่อยในกระเพาะที่ ๔ จะเกิดเป็นไขมันทรานส์ที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติได้ ซึ่งไขมันทรานส์ที่มาจากผลิตภัณฑ์ธรรมชาติ ได้แก่ อาหารประเภท นม เนย เนื้อสัตว์ติดมัน โดยไขมันทรานส์นี้ไม่ถือว่าเป็นปัญหามากนัก แต่ไขมันทรานส์ในปัจจุบัน ได้แก่ ไขมันทรานส์ที่เกิดจากกระบวนการเคมีทางอุตสาหกรรมอาหาร ซึ่งเป็นไขมันทรานส์ที่มาจากประเทศแถบตะวันตก หรือทวีปยุโรป ได้มีการนำกระบวนการเคมีมาช่วยในการผลิตอาหารที่มีการทอดโดยใช้ความร้อนสูง เช่น เฟรนช์ฟรายส์ เบเกอรี่ คุกกี้ ทำให้เกิดเป็นไขมันทรานส์ ต่อมาได้มีการศึกษา และพบว่า ไขมันทรานส์เป็นอันตรายต่อร่างกาย จึงมีการตระหนักถึงอันตรายจากไขมันทรานส์มากขึ้น ดังนั้น จึงสรุปว่า ไขมันทรานส์เกิดขึ้นได้ ๒ ลักษณะ คือ เกิดจากธรรมชาติ ได้แก่ สัตว์เคี้ยวเอื้องที่มี ๔ กระเพาะ และเกิดจากกระบวนการเคมีทางอุตสาหกรรมอาหาร เช่น เฟรนช์ฟรายส์ เบเกอรี่ คุกกี้ เป็นต้น

องค์การอนามัยโรคได้กำหนดไว้ว่า การรับประทานไขมันทรานส์จะต้องไม่เกินร้อยละ ๑ ของพลังงานทั้งหมด หรือไม่ควรเกินกว่า ๒.๒ กรัมต่อวัน เนื่องจากมีผลกระทบต่อสุขภาพที่รุนแรง ส่งผลให้มีการเพิ่มระดับ LDL Cholesterol และลดระดับ HDL Cholesterol ในเลือด โดยในปี ค.ศ. 2018 ประเทศสหรัฐอเมริกามีข้อกำหนดในการห้ามไม่ให้มีการผลิตอาหารที่มีไขมันทรานส์ในประเทศ จึงทำให้สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาในประเทศไทย ได้เริ่มตระหนักถึงอันตรายจากไขมันทรานส์มากขึ้น ดังนั้น จึงได้มีความร่วมมือกันระหว่างสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา กระทรวงสาธารณสุข เพื่อทำการวิจัย เรื่อง “ประเทศไทยปลอดไขมันทรานส์” มีสาระสำคัญ ดังนี้

สถานการณ์การปนเปื้อนกรดไขมันทรานส์ในอาหารและผลิตภัณฑ์อาหาร

ในอดีตมีการตรวจสอบปริมาณกรดไขมันชนิดต่าง ๆ ในตัวอย่างไขมันและอาหาร พบว่าไขมันทรานส์ไม่ใช่ปัญหาสำคัญของประเทศไทย แต่พบว่า ความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจ และโรคหลอดเลือดของประชากรไทยจากการบริโภคอาหาร เกิดจากปริมาณกรดไขมันอิ่มตัวในอาหารและปริมาณการบริโภคต่อครั้ง (Serving size) เป็นหลัก ต่อมาเมื่อมีการประกาศการห้ามใช้ไขมันทรานส์ในสหรัฐอเมริกา

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ จึงได้มีการศึกษาวิจัยในประเทศไทยอีกครั้งหนึ่ง โดยไขมันทรานส์ที่มาจากสัตว์เคี้ยวเอื้อง ส่วนใหญ่จะอยู่ในประเทศที่อากาศอบอุ่น จึงทำให้มีไขมันไม่อิ่มตัวสูง ซึ่งแตกต่างกับประเทศไทยมีการผลิตน้ำมันปาล์มสูง จึงทำให้เป็นประเทศที่มีไขมันอิ่มตัวสูงตามไปด้วย ซึ่งในสหรัฐอเมริกาใช้ไขมันจากน้ำมันหมู (Lard) เพื่อทอดกรอบ และใช้น้ำมันหมูในเนยขาว ซึ่งต่อมาพบว่า เกิดคอเลสเตอรอลสูง จึงใช้น้ำมันถั่วเหลือง แต่ก็พบว่า เกิดปัญหาขึ้นเมื่อถึงจุดเกิดควันในน้ำมันถั่วเหลือง กรณีดังกล่าวมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนของประชาชนว่า การใช้น้ำมันทอดซ้ำ หรือทอดนานทำให้เกิดไขมันทรานส์ ซึ่งข้อเท็จจริงไขมันทรานส์ไม่ได้เกิดจากสาเหตุดังกล่าว แต่เกิดจากการเติมไฮโดรเจนเข้าไปในโมเลกุล ทำให้น้ำมันอิ่มตัวสูงมากขึ้น

ทั้งนี้ การศึกษาเกี่ยวกับไขมันไม่อิ่มตัวที่มีการทอดซ้ำ เช่น น้ำมันมะกอก น้ำมันถั่วเหลือง พบว่าจะต้องมีการทอดซ้ำประมาณ ๒๐ ครั้งขึ้นไป จึงจะเกิดไขมันทรานส์ โดยในทางปฏิบัติไม่สามารถทอดซ้ำได้ในจำนวนดังกล่าว จึงเป็นความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการใช้น้ำมันทอดซ้ำ หรือทอดนาน ซึ่งข้อเท็จจริงไม่ได้ก่อให้เกิดผลกระทบด้านไขมันทรานส์

ไขมันทรานส์ (ไขมันไม่อิ่มตัว) และไขมันอิ่มตัว เป็นสาเหตุของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non communicable diseases : NCDs) ดังนั้น ประเทศต่าง ๆ จึงต้องกำหนดมาตรฐานการควบคุมปริมาณของไขมันทั้งสองชนิดควบคู่กันเสมอ (ตามตารางตัวอย่างเกณฑ์การกล่าวอ้างโดยใช้ค่ากรดไขมันทรานส์ (TFA) ร่วมกับกรดไขมันอิ่มตัว (SFA) ของต่างประเทศ

เกณฑ์ระดับการปนเปื้อนกรดไขมันทรานส์ที่บ่งชี้ถึงอันตรายต่อสุขภาพ

เกณฑ์ระดับการปนเปื้อนกรดไขมันทรานส์ที่บ่งชี้ถึงอันตรายต่อสุขภาพ

FAO/WHO: Population nutrient intake goals

- Energy from *trans* fat should be less than 1% of total energy

  (2000 X 0.01)/9 = 2.2 g/day or 0.44 g/serving

- Energy from saturated fat should be less than 10% of total energy

  (2000 X 0.1)/9 = 22 g/day or 4.4 g/serving

NRV-NCDs recommends 20 g/d (CAC/GL 2-1985, revised 2013)

ที่มา : ศาสตราจารย์วิสิฐ จะวะสิต สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

เกณฑ์การกล่าวอ้างเกี่ยวกับกรดไขมันทรานส์ของต่างประเทศ

ตัวอย่างเกณฑ์การกล่าวอ้างเกี่ยวกับกรดไขมันทรานส์ของต่างประเทศ

หน่วยงาน/ประเทศ	การกล่าวอ้าง	
	ข้อความกล่าวอ้าง	เงื่อนไข
สหรัฐอเมริกา	Saturated fat free	SFA < 0.5 และ TFA < 0.5 g/serving
	Not a significant source of trans fat TFA = 0	Total fat < 0.5 g/serving TFA < 0.5 g/serving
Codex	Trans fat free	TFA < 0.1 g/100 g or ml และ พลังงานจาก SFA < 10%
แคนาดา	Free trans fatty acids (no, 0, without)	TFA < 0.2 g/serving และ low in SFA (SFA+TFA < 2 g/serving และ พลังงานจาก SFA+TFA ≤ 15%)
	Reduced in trans fatty acids	Contain at least 25% TFA less than a similar reference food
	Lower in trans fatty acids	Contain at least 25% TFA less than a similar reference food and SAF not higher than the reference food of the same food group
ไทย	ปราศจาก/ไม่มี ไขมันอิ่มตัว	SFA < 0.5 g/serving, TFA < 0.5 g/serving
ออสเตรเลีย และ นิวซีแลนด์	Nutrition content claim: Cholesterol, SFA,TFA, polyunsaturated, monounsaturated, omega3, omega6, omega9	TFA must be declared

ที่มา : ศาสตราจารย์วิสิฐ จะวะสิต สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

สถานการณ์การปนเปื้อนกรดไขมันทรานส์ในอาหารและผลิตภัณฑ์อาหารในประเทศไทย

การวิเคราะห์ปริมาณไขมันทรานส์ในประเทศไทย จะต้องมีการวิเคราะห์ด้วยเทคโนโลยีและเทคนิคที่ทำให้เกิดความแม่นยำ โดยที่การศึกษาไขมันทรานส์ในประเทศไทยปัจจุบัน ได้มีการศึกษาการนำเข้า การผลิตในประเทศ และการใช้ประโยชน์ โดยสถาบันโภชนาการร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (อ.ย.) ในการศึกษาข้อมูลจากผู้ประกอบการ พบว่า การศึกษาจาก ๑๕๓ ตัวอย่าง (สุ่มเลือกเฉพาะตัวอย่างที่คาดว่าจะมีไขมันทรานส์) พบตัวอย่างที่มีไขมันทรานส์เกินมาตรฐาน ๙ ตัวอย่าง มีไขมันอิ่มตัวเกินมาตรฐาน ๘๒ ตัวอย่าง และตัวอย่างที่มีทั้งไขมันทรานส์และไขมันอิ่มตัวเกินมาตรฐาน ๑๓ ตัวอย่าง สำหรับตัวอย่างที่ไม่พบไขมันเกินมาตรฐาน ๔๙ ตัวอย่าง ที่น่ากังวล คือ ไขมันทอดโดนัท และโดนัททอด มีไขมันทรานส์เกินมาตรฐาน (ประมาณ ๓ กรัมต่อหน่วยบริโภค) โดยที่โดนัทดังกล่าวผลิตจากแฟรนไชส์ที่มีชื่อเสียงบางแห่งทั้งในประเทศและต่างประเทศ

อย่างไรก็ตาม สถานการณ์การปนเปื้อนของไขมันทรานส์ในอาหารและผลิตภัณฑ์อาหาร พบว่ามีปริมาณน้อยลง เนื่องจากมีการปรับตัวของผู้ประกอบการเพื่อเตรียมความพร้อมเมื่อมีกฎหมายการควบคุมการใช้ไขมันทรานส์ รวมถึงโดนัททอดของผู้ประกอบการบางแห่งไม่มีการปนเปื้อนของไขมันทรานส์แล้ว (แต่ยังพบว่า มีไขมันชนิดอิ่มตัวในอาหาร ซึ่งเป็นความเสี่ยงต่อโรค NCD เช่นเดียวกัน) ทั้งนี้ ผู้ผลิตอาหาร

เห็นว่า เมื่อมีกฎหมายใช้บังคับการห้ามใช้แล้ว มีความพร้อมที่จะสามารถปรับตัวได้ไม่ยาก เนื่องจากมีเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการพัฒนาผลิตภัณฑ์ทดแทน โดยใช้กระบวนการ Oil Blending

ผลจากการประชุมระหว่างคณะวิจัยกับผู้ผลิตและนำเข้าไขมันที่ผลการสำรวจแสดงว่าผลิตภัณฑ์ปนเปื้อนกรดไขมันทรานส์

๑. ผู้ผลิตยอมรับว่ายังมีการผลิตไขมันโดยใช้กระบวนการเติมไฮโดรเจนบางส่วน เพื่อส่งมอบให้ลูกค้าบางรายอย่างต่อเนื่อง

- ลูกค้ายังเกรงว่าคุณภาพด้านประสาทสัมผัสที่อาจเปลี่ยนไปจะมีผลต่อการยอมรับของผู้บริโภค
- ยังไม่มีเกณฑ์บังคับที่ชัดเจนจากภาครัฐ

๒. ชนิดของน้ำมันที่ยังผลิตด้วยกระบวนการเติมไฮโดรเจนบางส่วน

- น้ำมันที่ใช้ในการทอดโดนัท
- เนยขาว (shortening) เพียงบางยี่ห้อ สำหรับการนำไปใช้ในการทำอาหารประเภทพัฟ (puff) และเพสตรี้ (pastry)

๓. ผู้ผลิตน้ำมันและไขมันยังยืนยันถึงความเป็นไปได้ในการปรับสูตรน้ำมันและไขมันและยังมั่นใจว่ากระบวนการ oil blending เป็นเทคโนโลยีที่เหมาะสมในการพัฒนาผลิตภัณฑ์

๔. การออกเป็นกฎหมายภาคบังคับเพื่อห้ามมิให้มีกรดไขมันชนิดทรานส์ในอาหาร

- ผู้ผลิตไขมันเห็นว่า ผู้ผลิตอาหารจะสามารถปรับตัวได้ไม่ยากเพราะมีเพียงส่วนน้อยที่ยังมีปัญหาการปนเปื้อนดังกล่าวและผู้ผลิตอาหารประเภทเดียวกันก็สามารถแก้ปัญหาได้แล้ว มาตรการด้านกฎหมายคาดว่าจะห้ามมิให้ใช้กระบวนการเติมไฮโดรเจนบางส่วน ในการผลิตไขมันสำหรับอุตสาหกรรมอาหาร แต่ไม่ควรห้ามการใช้กระบวนนี้ในประเทศโดยรวม เพราะยังจำเป็นต้องใช้ในการผลิตไขมันด้วยกระบวนการเติมไฮโดรเจนบางส่วน เพื่อวัตถุประสงค์อื่น เช่น การผลิตน้ำมันเพื่อใช้หล่อลื่นเครื่องจักร

๕. โดนัทชนิดทอด เป็นอาหารที่ยังพบปัญหาปนเปื้อนด้วยกรดไขมันทรานส์ในปริมาณและความถี่ที่สูง (ประมาณ ๓ กรัมต่อหน่วยบริโภค) รองลงมาได้แก่ อาหารประเภทพัฟและเพสตรี้ (ประมาณ ๒ กรัมต่อหน่วยบริโภค)

๖. อาหารทั้งสองประเภทที่ผลิตจากแฟรนไชส์ที่มีชื่อเสียงบางแห่งทั้งในประเทศและจากต่างประเทศ ไม่มีการปนเปื้อนกรดไขมันทรานส์แล้ว

- แฟรนไชส์เหล่านั้นได้พยายามทดแทนน้ำมันและไขมันเดิมที่เคยผลิตจากกระบวนเติมไฮโดรเจนบางส่วน ด้วยไขมันที่ทำจากกระบวนการ Oil blending จนสามารถได้อาหารที่ปราศจากกรดไขมันทรานส์ออกจำหน่ายได้
- อาหารประเภทเบเกอรี่ที่ห้าง Modern trade ผลิตเพื่อจำหน่ายให้ลูกค้า พบว่า ยังมีปัญหาการปนเปื้อนกรดไขมันทรานส์ในโดนัทบ้างแต่ไม่มากนัก และผู้ประกอบการมีความประสงค์ที่จะแก้ปัญหาเรื่องนี้ให้หมดสิ้น

๗. แฟรนไชส์ต่างประเทศซึ่งจำหน่ายโดนัททอดที่มีส่วนแบ่งการตลาดค่อนข้างมากยังไม่แสดงความสนใจที่จะเข้าร่วมในการแก้ไขปัญหานี้ อาหารของแฟรนไชส์เหล่านั้นจึงเป็นสาเหตุหลักของการปนเปื้อนของอาหารในท้องตลาด

กล่าวโดยสรุป การปนเปื้อนไขมันทรานส์ไม่เป็นปัญหาในเรื่องโภชนาการของประเทศไทย สิ่งที่เป็นปัญหา คือ ปัญหาเรื่องไขมันอิ่มตัว ซึ่งควรให้ความสำคัญเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวมากกว่า โดยการให้การศึกษาและให้ความรู้กับประชาชนในการเลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวให้น้อยลง ซึ่งหากจะมีการกำหนดเกณฑ์ในเรื่องไขมันทรานส์ ควรมีการพิจารณาเรื่องไขมันอิ่มตัวร่วมด้วย เช่น ไขมันทรานส์ต่ำกว่า ๐.๕ กรัม ไขมันอิ่มตัวต้องต่ำกว่า ๔- ๕ กรัมต่อหน่วยบริโภค โดยในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้แจ้ง (ร่าง) ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดวัตถุที่ห้ามใช้ในอาหาร (ฉบับที่ ๓) ซึ่งมีการจัดส่งร่างประกาศส่งไปยัง (World Trade Organization: WTO) และแจ้งเวียนให้ผู้ประกอบการให้ได้ศึกษา โดยจะสิ้นสุดในเดือนธันวาคม ๒๕๖๐ และจะนำมาประกาศใช้ต่อไป

ซึ่งจากการที่ได้แจ้งเวียนไปยังผู้ประกอบการได้มีผู้ประกอบการให้ความเห็นเกี่ยวกับร่างประกาศฯ ดังนี้

- ผู้ประกอบการสามารถปฏิบัติตามได้ แต่ขอระยะเวลาในการปรับตัว ทั้งนี้ เพื่อให้ทันต่อระยะเวลาตามนโยบายที่อเมริกากำหนดและป้องกันสินค้าที่มีส่วนผสมของไขมันที่เติมไฮโดรเจนบางส่วนทะลักเข้าสู่ประเทศ จึงควรดำเนินการให้แล้วเสร็จภายใน ๖ เดือน

- ผู้ประกอบการน้ำมันและไขมัน ขอให้มีการอนุญาตให้สามารถแสดงข้อความ “ไขมัน/น้ำมันนี้ไม่ผ่านกระบวนการเติมไฮโดรเจนบางส่วน” บนฉลากผลิตภัณฑ์ได้

ทั้งนี้ การกล่าวอ้างปริมาณไขมันทรานส์ ให้พิจารณาอนุญาตเฉพาะในผลิตภัณฑ์อาหาร โดยไม่รวมวัตถุดิบที่ใช้ในการเตรียมหรือประกอบอาหาร เช่น เนยขาว น้ำมันพืช

มาตรการในการแก้ปัญหาเพื่อนำไปสู่ “ประเทศไทยปลอดกรดไขมันทรานส์”

๑. “ปลอดกรดไขมันทรานส์” ควรควบคุมที่อาหารมิใช่วัตถุดิบหรือกระบวนการผลิตวัตถุดิบ

๒. เป็นไปไม่ได้ที่จะใช้หลักการของ zero tolerance เนื่องจาก

ยังพบกรดไขมันทรานส์ธรรมชาติในผลิตผลการเกษตรที่ได้มาจากสัตว์เคี้ยวเอื้อง เช่น น้ำนม เนย และเนื้อ ผลจากการสำรวจการปนเปื้อนกรดไขมันทรานส์ในผลิตภัณฑ์ดังกล่าวที่จำหน่ายในท้องตลาด พบว่า มีปริมาณกรดไขมันทรานส์ปนเปื้อนอยู่ในปริมาณเฉลี่ย ไม่เกิน ๐.๕ กรัมต่อหน่วยบริโภค

หากพิจารณาตามปริมาณที่องค์การอนามัยโลกแนะนำให้จำกัด ได้แก่ ๒.๒ กรัมต่อวัน การบริโภคอาหาร ๓ มื้อ ย่อมได้รับกรดไขมันทรานส์ในปริมาณที่ไม่เกินกว่าที่องค์การอนามัยโลกกำหนด ดังนั้น หากภาครัฐห้ามมิให้จำหน่ายอาหารที่มีปริมาณกรดไขมันทรานส์ปนเปื้อนเกินกว่า ๐.๕ กรัมต่อหน่วยบริโภคภายในประเทศ ประเทศไทยควรจะประกาศให้เป็นประเทศที่ “ปลอดกรดไขมันทรานส์” และมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ นอกจากนี้ยังไม่มีความเสี่ยงต่อสุขภาพด้วย

๓. ผู้ผลิตอาหารหลายรายที่มีความสำนึกดีต่อสังคม ได้พยายามแก้ปัญหาการปนเปื้อนของกรดไขมันทรานส์ในผลิตภัณฑ์อาหารของตนจนสำเร็จ ทั้งที่มีศักยภาพด้านงบประมาณน้อยกว่าแฟรนไชส์ต่างประเทศบางราย ทั้งที่ตระหนักว่า มีโอกาสเกิดการเสียเปรียบทางการค้าจากรสชาติอาหาร

ที่เปลี่ยนจากเดิม ดังนั้น เพื่อให้เกิดความเป็นธรรมทางการค้าและส่งเสริมประโยชน์เชิงสุขภาพกับผู้บริโภค ภาครัฐจึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการดำเนินมาตรการ “ประเทศไทยปลอดกรดไขมันทรานส์” เพื่อบังคับให้ผู้ผลิตอาหารที่ไม่ยอมปรับสูตรจำเป็นต้องดำเนินการแก้ไขสูตรหรือกระบวนการผลิตที่ไม่ก่อให้เกิดปัญหาการปนเปื้อนของกรดไขมันทรานส์ต่อไป

การดำเนินการเรื่องฉลากโภชนาการแบบทางเลือกสุขภาพ

เป็นความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กรมอนามัย สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นต้น โดยได้รับเงินสนับสนุนหลักจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดยเรียกว่า ฉลากโภชนาการอย่างง่ายและทางเลือกสุขภาพ โดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยาเป็นผู้รับผิดชอบหลัก

ในระยะเริ่มแรก ได้มีความร่วมมือระหว่างสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และสถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล โดยได้ทำการวิจัยถึงความเหมาะสมในการดำเนินงาน และมีการกำหนดเกณฑ์ของอาหารแต่ละประเภท ซึ่งการกำหนดเกณฑ์จะต้องใช้เวลาในการดำเนินการเป็นอย่างมาก เนื่องจากต้องมีการการประชาพิจารณ์ต่าง ๆ จากภาคส่วนที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้มาซึ่งเกณฑ์ที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยแบ่งเป็น ๘ กลุ่มอาหาร ดังนี้

๑. กลุ่มอาหารมื้อหลัก
๒. กลุ่มเครื่องดื่ม
๓. กลุ่มเครื่องปรุงรส
๔. กลุ่มผลิตภัณฑ์นม
๕. กลุ่มอาหารกึ่งสำเร็จรูป
๖. กลุ่มขนมขบเคี้ยว
๗. กลุ่มไอศกรีม
๘. กลุ่มไขมันและน้ำมัน

สัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ

ที่มา : ศาสตราจารย์วิสิฐ จะวะสิต สถาบันโภชนาการ

เกณฑ์การพิจารณา “อาหารมื้อหลัก

ผลิตภัณฑ์ต้องผ่านข้อกำหนด ๓ ข้อ

๑. พลังงาน ๒๕๐ – ๕๐๐ kcal/serving

๒. คะแนนไขมันทั้งหมด, กรดไขมันอิ่มตัว, น้ำตาล, โซเดียม ≠ ๐

๓. คะแนนรวม ≥ ๒๐ คะแนน

เกณฑ์การพิจารณา “อาหารมื้อหลัก”

สารอาหาร	หน่วย	คะแนน					
		0	1	2	3	4	5
โปรตีน	ก.	<0.50, >25*	0.50-1.00	1.01-1.50	1.51-2.00	2.01-2.50	>2.50, ≤25*
แคลเซียม	มก.	<8, >750*	8-16	17-24	25-32	33-40	>40, ≤750*
เหล็ก	มก.	<0.14, >11.25*	0.14-0.28	0.29-0.42	0.43-0.56	0.57-0.70	>0.7, ≤11.25*
ใยอาหาร	ก.	<0.25	0.25-0.50	0.51-0.75	0.76-1.00	1.01-1.25	>1.25
ไขมันทั้งหมด	ก.	>3.25	2.94-3.25	2.62-2.93	2.30-2.61	1.98-2.29	≤ 1.97
กรดไขมันอิ่มตัว	ก.	>1.00	0.96-1.00	0.91-0.95	0.86-0.90	0.81-0.85	≤ 0.80
น้ำตาลทั้งหมด	ก.	>1.25	1.01-1.25	0.76-1.00	0.51-0.75	0.25-0.50	<0.25
โซเดียม							
ระยะที่ 1	มก.	<75, >175	156-175	136-155	116-135	96-115	75-95
ระยะที่ 2	มก.	<75, >150	136-150	121-135	106-120	91-105	75-90
ระยะที่ 3	มก.	<75, >125	116-125	106-115	96-105	86-95	75-85

* เป็นปริมาณต่อหนึ่งหน่วยบริโภค

ที่มา : ศาสตราจารย์วิสิฐ จะวะสิต สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

ประเภทเครื่องดื่ม	กรณีหนึ่งหน่วยบริโภค ≤ 300 mL	กรณีหนึ่งหน่วยบริโภค >300 mL
น้ำผัก น้ำผลไม้ น้ำอัดลม น้ำหวานกลิ่นรสต่างๆ เครื่องดื่มธัญพืช น้ำนมถั่วเหลือง	น้ำตาลทั้งหมด ≤ 6 g/100 mL	น้ำตาลทั้งหมด ≤ 18 g
เครื่องดื่มช็อคโกแลต โกโก้และมอลต์สกัด	น้ำตาลทั้งหมด ≤ 6 g/100 mL ไขมันทั้งหมด ≤ 1 g/100 mL	น้ำตาลทั้งหมด ≤ 18 g ไขมันทั้งหมด ≤ 3 g
ชาปรุงสำเร็จ	น้ำตาลทั้งหมด ≤ 6 g/100 mL ไขมันทั้งหมด ≤ 0.6 g/100 mL	น้ำตาลทั้งหมด ≤ 18 g ไขมันทั้งหมด ≤ 1.8 g
กาแฟปรุงสำเร็จ	น้ำตาลทั้งหมด ≤ 6 g/100 mL ไขมันทั้งหมด ≤ 1 g/100 mL	น้ำตาลทั้งหมด ≤ 18 g ไขมันทั้งหมด ≤ 3 g

เกณฑ์การพิจารณา “เครื่องปรุงรส

กลุ่มย่อย	เกณฑ์การพิจารณา
น้ำปลา	โซเดียม ≤6,000 มก./100 มล.
ซอสปรุงรสและซีอิ๊ว	โซเดียม ≤5,000 มก./100 มล.

เกณฑ์การพิจารณา “ผลิตภัณฑ์นม”

นม	หนึ่งหน่วยบริโภค ≤ 300 mL	หนึ่งหน่วยบริโภค >300 mL
น้ำนมสด น้ำนม นมผง (นมรสธรรมชาติ, นมจืด)	ไม่มีการเติมน้ำตาลเพิ่ม ไขมันทั้งหมด ≤ 4 g/100 mL	ไม่มีการเติมน้ำตาลเพิ่ม ไขมันทั้งหมด ≤ 12.0 g
นมปรุงแต่ง ผลิตภัณฑ์ของนม	น้ำตาลทั้งหมด ≤ 8 g/100 mL ไขมันทั้งหมด ≤ 3.5 g/100 mL	น้ำตาลทั้งหมด ≤ 24 g ไขมันทั้งหมด ≤ 10.5 g
โยเกิร์ต/นมเปรี้ยว	**หนึ่งหน่วยบริโภค ≤ 225 mL**	**หนึ่งหน่วยบริโภค >225 mL**
นมเปรี้ยว (ชนิดกึ่งแข็งกึ่งเหลวและชนิดพร้อมดื่ม)	น้ำตาลทั้งหมด ≤ 5 g/100 mL	น้ำตาลทั้งหมด ≤ 11.25 g

ที่มา : ศาสตราจารย์วิสิฐ จะวะสิต สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

เกณฑ์การพิจารณา “อาหารกึ่งสำเร็จรูป”

กลุ่มย่อย	เกณฑ์การพิจารณา	
บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป	หนึ่งหน่วยบริโภค ≤70 ก.	หนึ่งหน่วยบริโภค >70 ก.
	โซเดียม ≤1,000 มก./50 ก.	โซเดียม ≤1,400 มก.
ข้าวต้มและโจ๊กที่ปรุงแต่ง	หนึ่งหน่วยบริโภค ≤50 ก.	หนึ่งหน่วยบริโภค >50 ก.
	โซเดียม ≤1,000 มก./50 ก.	โซเดียม ≤1,000 มก.
แกงจืดและซุปชนิดเข้มข้น ชนิดก้อน ชนิดผง หรือชนิดแห้ง	โซเดียม ≤ 240 มิลลิกรัม/100 กรัมที่ปรุงสำเร็จ ไขมันทั้งหมด ≤ 4 กรัม/100 กรัมที่ปรุงสำเร็จ	

เกณฑ์การพิจารณา “ขนมขบเคี้ยว”

กลุ่มย่อย	เกณฑ์การพิจารณา
มันฝรั่ง, ข้าวโพด, ข้าวเกรียบ (ทอด, อบกรอบ,อบพอง) สาหร่าย, ปลาเส้น, แครกเกอร์หรือบิสกิต เวเฟอร์สอดไส้	- พลังงาน ≤150 กิโลแคลอรี/หน่วยบริโภค - ไขมันอิ่มตัว ≤ 6 ก./100 ก. - น้ำตาลทั้งหมด ≤ 7 ก./100 ก. - โซเดียม ≤ 500 มก./100 ก.
ถั่ว นัตและเมล็ดพืชแห้ง	- ไม่มีการเติมน้ำตาล - ไม่มีการเติมน้ำมัน ยกเว้น เป็นไปเพื่อการปรุงรสชาติ โดยอนุญาตที่ปริมาณ ≤ 0.3% - โซเดียม ≤ 100 มล./100 ก. - พลังงาน ≤ 200 กิโลแคลอรี/หน่วยบริโภค

เกณฑ์การพิจารณา “ไอศกรีม”

	เกณฑ์การพิจารณา	
ไอศกรีม	พลังงาน	≤ 130 kcal/serving
	ไขมันอิ่มตัว	≤ 5 g/100 g
	น้ำตาลทั้งหมด	≤ 20 g/100 g
	โซเดียม	≤ 100 mg/100 g

ที่มา : ศาสตราจารย์วิสิฐ จะวะสิต สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

เกณฑ์การพิจารณา “ไขมันและน้ำมัน”

กลุ่มย่อย	เกณฑ์การพิจารณา	
เนยเทียม	ไขมันอิ่มตัว	≤ 27 g/100 g
มายองเนส น้ำสลัด และแซนด์วิชสเปรด	พลังงาน	≤ 350 kcal/100 g
	ไขมันอิ่มตัว	≤ 4 g/100 g
	น้ำตาลทั้งหมด	≤ 15 g/100 g
	โซเดียม	≤ 750 mg/100 g

ปัจจุบันผลิตภัณฑ์ที่ผ่านการรับรอง “ทางเลือกสุขภาพ” (ข้อมูล ณ ๒๐ พฤศจิกายน ๒๕๖๐) มีผลิตภัณฑ์ที่ผ่านการรับรอง จำนวนทั้งสิ้น ๔๔๑ ผลิตภัณฑ์ จาก ๙๙ บริษัท ดังนี้

ที่มา : ศาสตราจารย์วิสิฐ จะวะสิต สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล

ขั้นตอนการขอขึ้นทะเบียนสัญลักษณ์โภชนาการ “ทางเลือกสุขภาพ”

๑. ตรวจสอบคุณค่าทางโภชนาการของผลิตภัณฑ์ว่าเป็นไปตามเกณฑ์หรือไม่

๒. ดาวน์โหลดใบคำขอรับบริการ www.healthierlogo.com

๓. ส่งเอกสารมาที่อีเมล info.thahealthier@gmail.com

๔. โอนเงินค่าธรรมเนียม ๑๐,๐๐๐ บาท ต่อ ๑ ผลิตภัณฑ์

๕. หน่วยรับรองฯ ตรวจสอบความถูกต้องของเอกสารและดำเนินการแจ้งผล

ประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๑. การใช้น้ำมันทอดซ้ำจะเกิดเป็นไขมันอิ่มตัวและจะไม่เกิดไขมันทรานส์ แต่ก็มีความเป็นได้หากเกิดการทอดซ้ำประมาณ ๑๐ ครั้งขึ้นไป อาจจะเกิดไขมันทรานส์ได้

๒. สัดส่วนในการรับประทานไขมันของผู้สูงอายุ สำหรับผู้สูงอายุที่มีความแข็งแรง พลังแหล่งอาหารควรมาจากผักผลไม้ ไม่ควรรับประทานไขมันมาก พลังงานควรไม่เกินร้อยละ ๑๕ ของพลังงานทั้งหมด ควรหลีกเลี่ยงไขมันสัตว์ต่าง ๆ หากต้องการรับประทานอาหารทอดกรอบควรใช้น้ำมันที่มีไขมันอิ่มตัว เช่น ใน ๑ วัน รับประทานอาหารที่มีพลังงานจากไขมันร้อยละ ๓๐ ดังนั้น สามารถรับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัว (Saturated fat) ไม่เกินร้อยละ ๑๐ (อัตราที่สมาคมโรคหัวใจได้กำหนด คือ อัตรา ๑:๑:๑ ไขมันอิ่มตัว ๑ ส่วน ไขมันไม่อิ่มตัว ๑ ตำแหน่ง (Monounsaturated) ๑ ส่วน และไขมันไม่อิ่มตัวหลายตำแหน่ง

(Polyunsaturated) ๑ ส่วน ดังนั้น เพื่อให้มีสุขภาพดี ต้องรับประทานน้ำมันที่หลากหลาย และปรุงอย่างเหมาะสม ขณะเดียวกันจะต้องใช้พลังงานจากไขมันที่ได้ให้หมด ด้วยการออกกำลังกาย

๓. “ไขมันจากสัตว์เคี้ยวเอื้อง” หมายถึง ไขมันจากสัตว์ที่มี ๔ กระเพาะ ที่กินหญ้าเป็นอาหาร เช่น วัว ควาย แพะ แกะ ซึ่งสัตว์เหล่านี้มี ๔ กระเพาะ ซึ่งกระเพาะที่ ๔ จะมีจุลินทรีย์ในการย่อยอาหาร ซึ่งเมื่อมีการย่อยอาหารจุลินทรีย์จะช่วยย่อยทำให้เกิดไขมันทรานส์

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

- ควรมีการปรับตราสัญลักษณ์ทางเลือกสุขภาพ ให้มีความเข้าใจง่ายยิ่งขึ้น ทั้งนี้ เพื่อให้ประชาชนไม่เกิดความสับสน โดยผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องควรหารือในเรื่องดังกล่าวร่วมกัน

๔.๗ ปัญหาโรคข้อในผู้สูงอายุ

กล้ามเนื้อกระดูกและข้อมีความสำคัญต่อบุคคลทุกวัย เพราะเป็นเรื่องพื้นฐานในการเคลื่อนไหวร่างกายเพื่อให้สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ สามารถทำงาน หรือออกสังคมได้ และเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน

ผู้ที่มีปัญหาโรคข้อกระดูกและกล้ามเนื้อส่วนใหญ่ จะมีปัญหาเรื่องอาการปวดและการเคลื่อนไหวของร่างกายเป็นหลักจนอาจไม่สามารถใช้ชีวิตได้ตามปกติ และบางรายอาจเป็นเรื้อรังไปตลอดช่วงชีวิต โดยเฉพาะพบมากในกลุ่มผู้สูงอายุซึ่งเป็นต่อเนื่องไปจนกระทั่งเสียชีวิต โรคดังกล่าวมักเกี่ยวข้องกับปัจจัยเสี่ยงทางพันธุกรรม สิ่งแวดล้อม วิถีการใช้ชีวิต การมีโรคร่วม และการได้รับบาดเจ็บที่ข้อ เป็นต้น ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยโรคข้อเสื่อม เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางพันธุกรรม การใช้งานข้อ และน้ำหนักตัวที่มากเกินไป เป็นต้น อีกทั้งโรคข้อกระดูกและกล้ามเนื้อยังมีความสัมพันธ์กับโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้บ่อย และยังทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการเสียชีวิตด้วย เช่น โรคซึมเศร้า โรคเครียด เป็นต้น

ดังนั้น บุคคลที่มีปัญหาโรคข้อกระดูกและกล้ามเนื้ออยู่แล้ว และเป็นโรคเรื้อรังต่าง ๆ ร่วมด้วย จะทำให้เกิดปัญหาต่อการดูแลและการป้องกันโรคเรื้อรังต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน หรือโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งจะทำให้บุคคลเหล่านั้นไม่สามารถที่จะมีกิจกรรมทางกาย การออกกำลังกาย หรือการเคลื่อนไหวร่างกายได้ตามปกติ จึงเป็นผลให้ไม่มีโอกาสที่จะได้รับฟื้นฟู บำบัด และป้องกันโรคเรื้อรังต่าง ๆ ด้วยกิจกรรมทางกาย

จากปัจจัยทางสังคมที่เปลี่ยนแปลง กล่าวคือ มีประชากรสูงอายุเพิ่มมากขึ้น มีส่วนที่จะส่งผลให้ประชากรไทยพบโรคข้อกระดูกและกล้ามเนื้อได้มากขึ้น จึงทำให้มีความจำเป็นที่จะต้องดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคดังกล่าวเพิ่มมากขึ้น

ซึ่งการที่บุคคลมีปัญหาเกี่ยวกับโรคข้อกระดูกและกล้ามเนื้อ จะส่งผลให้ไม่สามารถที่จะมีกิจกรรมทางกาย มีผลต่อด้านอาชีพ ด้านรายได้ และเกิดปัญหาสังคมตามมา

ปัจจัยเชิงสังคม ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องอาชีพมีส่วนที่จะทำให้เกิดโรคข้อได้ เช่น บุคคลผู้มีรายได้น้อยจะประกอบอาชีพเกี่ยวกับการใช้แรงงาน ที่อาจจะส่งผลให้เกิดโรคข้อ ประกอบกับการมีรายได้ต่ำ จึงทำให้การดูแลรักษาโรคดังกล่าวไม่ดีพอ เนื่องจากต้องทำงานหารายได้ เป็นผลทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนตามมา สาเหตุเพียงเพราะไม่มีเวลารักษาและให้การรักษาที่ไม่ดีพอ

จากข้อมูลของ WHO World Report on Ageing and Health 2015 ที่ได้มีการรวบรวมข้อมูลประชากรในประเทศต่าง ๆ ทั้งประเทศที่พัฒนาแล้วและประเทศที่กำลังพัฒนา โดยศึกษาสัดส่วนของผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ โดยมีปัญหาด้านทุพพลภาพ (Years lived with disability :YLDs) ที่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อ ข้อและกระดูก จากการศึกษาได้ติดตามในช่วงปี 1990, 2000, 2010 พบว่า ปัญหาดังกล่าวมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นทั้งกลุ่มประเทศกำลังพัฒนาและประเทศที่พัฒนาแล้ว

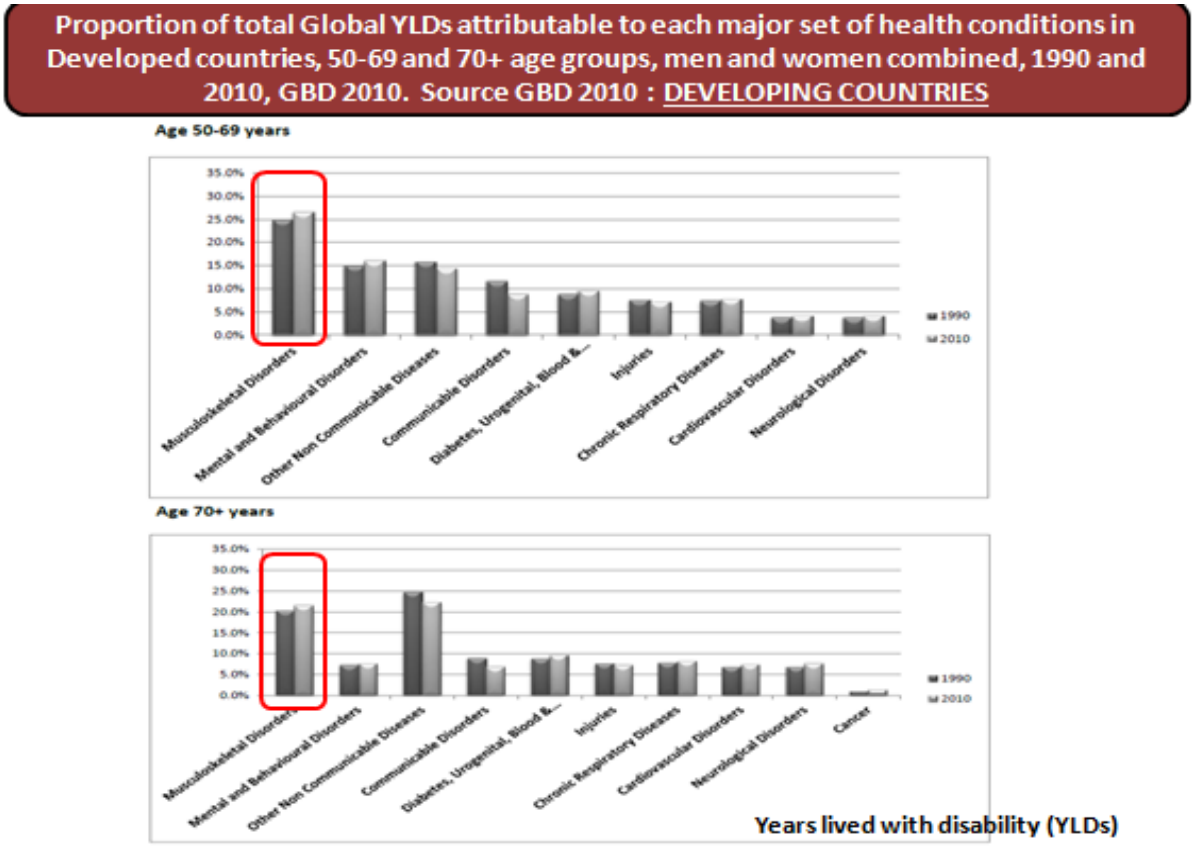
Musculoskeletal (MSK) conditions and injuries contribute significantly to global burden

Proportion of years lived with disability (YLDs) (with 95% confidence intervals (CI)) attributable to musculoskeletal conditions, by level of development and year, for all ages, men and women combined, GBD 2010

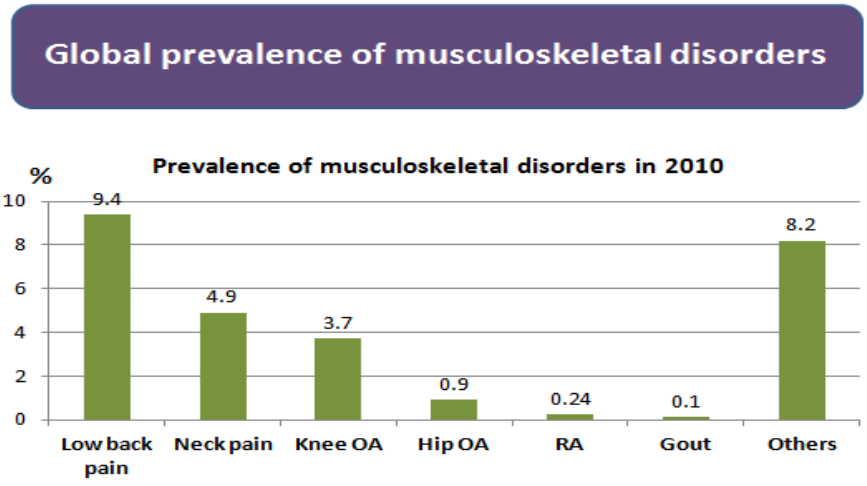
MSK Year	% of YLDs (95% CI)
Developing countries	
1990	16.8 (13.6, 20.1)
2000	18.0 (14.6, 21.5)
2010	19.2 (15.9, 22.6)
Developed countries	
1990	27.3 (22.9, 31.4)
2000	27.8 (23.3, 31.8)
2010	28.1 (23.5, 32.0)

ที่มา : WHO 2015 World Report on Ageing and Health

ข้อมูลการเปรียบเทียบเกี่ยวกับการทุพพลภาพ (Years lived with disability :YLDs) ในปี ค.ศ. 1990 และปี ค.ศ. 2010 ในกลุ่มวัยกลางคน ถึงกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีอายุ ๕๐ – ๖๙ ปี ในประเทศที่กำลังพัฒนา ในเรื่องของปัญหาทางสุขภาพทุกแง่มุม พบว่า ปัญหาด้านกล้ามเนื้อ ข้อและกระดูกมากที่สุด และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และในกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีอายุ ๗๐ ปีขึ้นไป ในประเทศที่กำลังพัฒนา ในเรื่องของปัญหาทางสุขภาพทุกแง่มุม พบว่า ปัญหาด้านกล้ามเนื้อ ข้อและกระดูก พบมากเป็นเป็นอันดับที่ ๒ และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกัน



ข้อมูลความชุกของโรคกล้ามเนื้อ ข้อและกระดูกในประชากรโลกทุกกลุ่มอายุ จากรายงานของ WHO ในปี ค.ศ. 2010 พบว่า ปัญหาแรกที่พบ คือ ปัญหาการปวดหลังส่วนล่าง ร้อยละ ๙.๔ รองลงมา คือ โรคปวดคอ ร้อยละ ๔.๙ ข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ ๓.๗ และข้อสะโพกเสื่อมร้อยละ ๐.๙ ตามลำดับ



ที่มา : WHO 2010

ข้อมูลความชุกของโรคกล้ามเนื้อ ข้อและกระดูกในประชากรโลกกลุ่มอายุ ๕๕ ปีขึ้นไป จากรายงานของ WHO ในปี ค.ศ. 2010 พบว่า ความชุกของโรคกล้ามเนื้อ ข้อและกระดูกเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน และมีอัตราการเพิ่มขึ้นในทุกปัญหา แต่ปัญหาการปวดหลังส่วนล่าง (Low back pain) ก็ยังมีความชุกเป็นอันดับที่ ๑

Global prevalence of musculoskeletal disorders overall and in ages over 55 years (source GBD year 2010)

Age (years)	Prevalence of Musculoskeletal disorders (%)						
	Low back pain*	Neck pain*	Knee OA	Hip OA	RA	Gout	Other Musculoskeletal Disorders
All ages	9.4	4.9	3.7	0.9	0.24	0.1	8.2
55-64	16.9	8.2	13.1	2.8	0.53	0.2	16.5
65-74	20.0	8.0	14.2	4.1	0.78	0.3	22.4
75-84	22.9	7.8	14.9	5.8	1.06	0.4	24.8
85+	23.3	7.3	15.4	7.9	1.35	0.4	24.9

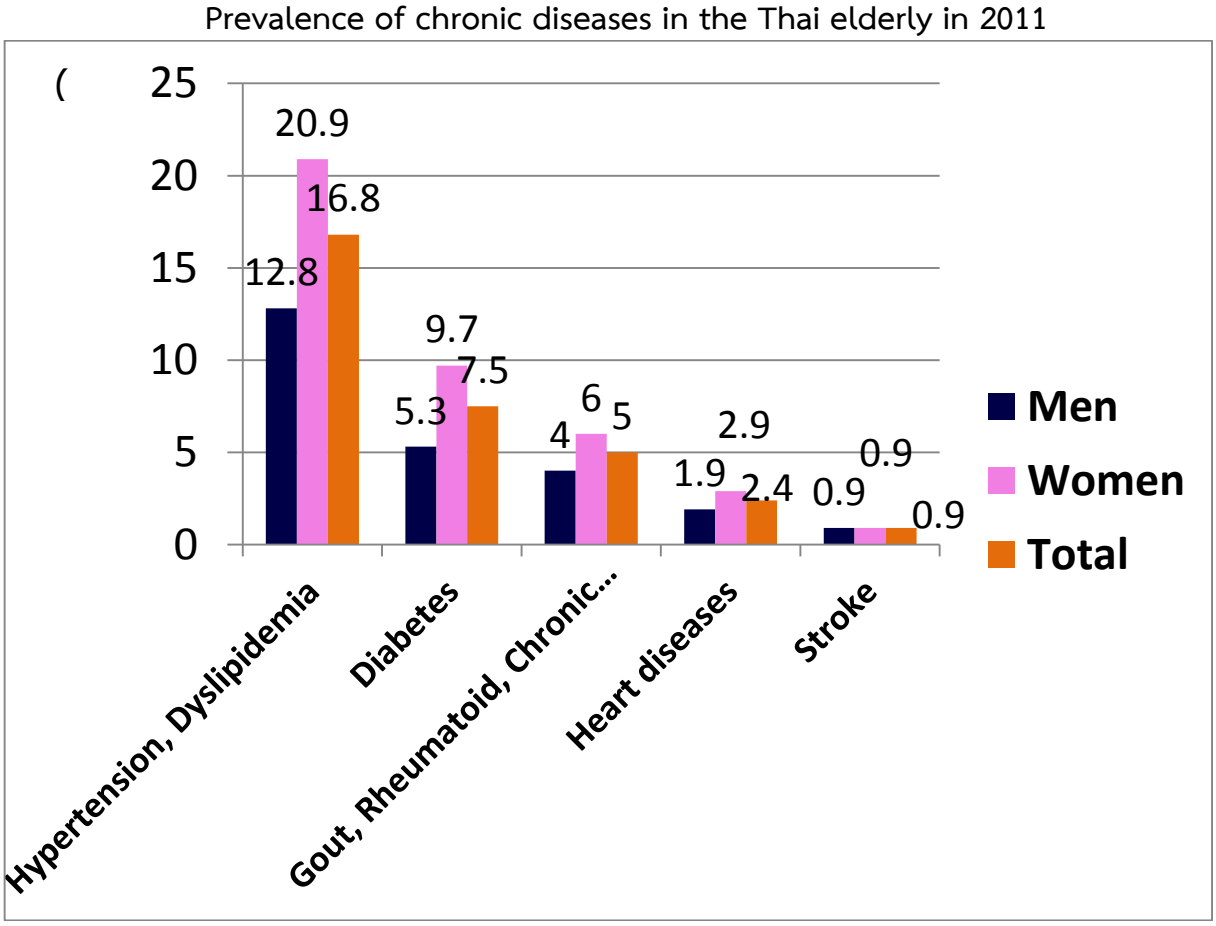
*Activity-limiting low back pain and neck pain that had lasted for at least one day

ในปี ค.ศ. 1981 สมาคมโรคข้อสากล (WHO ILAR Community) ได้มีการหารือร่วมกับ WHO และทำการตกลงร่วมกัน ในการศึกษาข้อมูลในด้านความชุกของโรคกล้ามเนื้อ ข้อและกระดูกของประชากรประเทศที่กำลังพัฒนา เนื่องจากได้เห็นความสำคัญของปัญหาและยังขาดข้อมูลด้านนี้จำนวนมาก จึงมีการรวบรวม และเก็บข้อมูลโรคดังกล่าวในประเทศที่กำลังพัฒนามากขึ้น ข้อมูลที่เก็บได้จะเป็นปีที่แตกต่างกันในแต่ละประเทศ โดยอยู่ระหว่างปี ค.ศ. 1987-2012 ซึ่งประเทศไทยได้มีการเข้าร่วมโครงการดังกล่าวเช่นกัน และได้มีการเก็บข้อมูลในชุมชนจังหวัดนครนายก โดยอาจารย์ประจำโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้มีการเก็บข้อมูลความชุกของปัญหาโรคกล้ามเนื้อ ข้อและกระดูก โดยเก็บข้อมูลจากจำนวนประชากรจำนวน ๒,๔๖๓ คน ตั้งแต่อายุ ๑๕ ปีขึ้นไปและรวมกลุ่มผู้สูงอายุด้วย จึงพบว่า เกิดปัญหาความชุกปัญหาการปวดร้อยละ ๓๖.๒ ของประชากร สำหรับปัญหาหลักที่ทำให้ปวด คือ ปวดข้อเข่า ร้อยละ ๑๒.๕ รองลงมา คือ ข้อสะโพก คอ หลัง ตามลำดับ

ซึ่งในประเทศไทยได้มีการวิเคราะห์ข้อมูลแยกเกี่ยวกับเรื่องการปวดว่า มาจากสาเหตุใด ซึ่งจากการศึกษาพบว่า ปัญหาเรื่องเข่าที่พบบ่อยจะเป็นปัญหาเรื่องข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ ๑๑.๓ ที่พบรองลงมา ได้แก่ กลุ่มความผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับกล้ามเนื้อ เอ็น ถุงน้ำ ร้อยละ ๖.๓สำหรับโรคอื่น ๆ ที่พบ ได้แก่ โรคเก๊าท์ ร้อยละ ๐.๑๖ โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ และโรคหลังแข็งร้อยละ ๐.๑๒

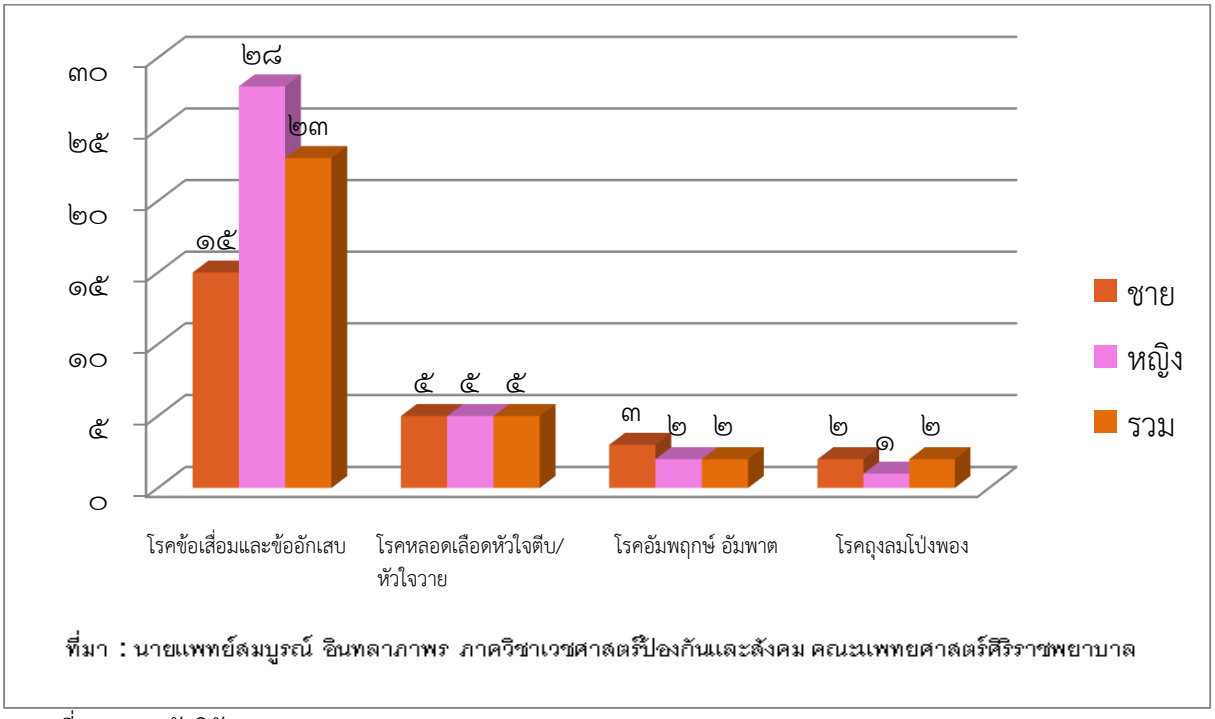
โรคข้อเสื่อมจากการวิเคราะห์ข้อมูลของประเทศไทยเทียบกับของประเทศที่กำลังพัฒนาประเทศอื่น ๆ พบว่า ปัญหาข้อเข่าเสื่อมของไทยมีความชุกของโรคมากกว่าทุกประเทศที่ได้มีการเก็บข้อมูล

จากการสำรวจระดับชาติในผู้สูงอายุเมื่อปี ค.ศ. 2011 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม พบว่า ความชุกของโรคในผู้สูงอายุ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง และระดับไขมันในเลือดสูงร้อยละ ๑๖.๘ โรคเบาหวาน ร้อยละ ๗.๕ โรคข้ออักเสบเรื้อรัง ร้อยละ ๕ โรคหัวใจ ร้อยละ ๒.๔ และโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต ร้อยละ ๐.๙



ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ ๒๕๕๔

การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย พ.ศ. ๒๕๕๗ โดยสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้มีการเก็บข้อมูลภาคสนามเมื่อเดือนตุลาคม ๒๕๕๖ – กุมภาพันธ์ ๒๕๕๘ โดยสุ่มสำรวจประชากรไทยใน ๒๐ จังหวัดทั่วประเทศซึ่งเป็นกลุ่มประชากรทั่วไปและกลุ่มผู้สูงอายุ ที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๘,๖๔๐ คน พบว่า ปัญหาเรื้อรังที่พบบ่อยอันดับแรก คือ ปัญหาโรคข้อเสื่อมและข้ออักเสบ ร้อยละ ๒๓ พบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย รองลงมา คือ ปัญหาโรคหลอดเลือดหัวใจตีบและกล้ามเนื้อหัวใจตายโรคอัมพฤกษ์ อัมพาต และถุงลมโป่งพองตามลำดับ



ที่มา : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ๒๕๕๗

ข้อมูลจากการศึกษาของอาจารย์ประจำภาควิชาเวชศาสตร์พื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ได้มีการศึกษาความชุกของโรคข้อเข้าเสื่อม ในคนไทย โดยได้มีการเก็บข้อมูลผู้สูงอายุจำนวน ๑,๓๖๖ คน ติดตามปัญหาการปวดเข่าที่เชื่อมโยงกับโรคข้อเสื่อมมากน้อยเพียงใด และพบว่า มีปัญหาเรื่องปวดเข่าที่เชื่อมโยงกับโรคข้อเสื่อม จำนวน ๖๒๓ คน และจำนวนนี้ได้มีการตรวจเอ็กซเรย์ที่ข้อเข่าและได้รับผลยืนยันว่าเป็นโรคข้อเสื่อมจริง จำนวน ๓๙๒ คน ดังนั้น ผลการจากศึกษายังพบว่า ความชุกของโรคข้อเข่าเสื่อมในผู้สูงอายุที่มีประวัติในเรื่องการปวดอย่างเดียวร้อยละ ๔๕.๖ หากมีการเอ็กซเรย์ร่วมด้วยจะพบ ร้อยละ ๓๔.๕

สำหรับในกลุ่มผู้มีปัญหาโรคข้อเสื่อมที่ได้มีการวินิจฉัยโรคจากอาการและเอ็กซเรย์ร่วมด้วย จำนวน ๓๙๒ คน ได้มีการนำมาวิเคราะห์ข้อมูลและศึกษาข้อมูลและสอบถามข้อมูลผู้ป่วยในแง่ของภาวะสุขภาพ อาการปวด และคุณภาพชีวิต และพบว่า ในกลุ่มที่มีปัญหาจะมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดีอาจหมายถึงสุขภาพกาย สุขภาพจิตใจและปัจจัยของสังคม ร้อยละ ๖๕ มีปัญหาด้านอาการปวด ร้อยละ ๙๒ สำหรับเรื่องคุณภาพชีวิต พบว่า มีคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ ๒๒.๒ ที่เหลือมีคุณภาพชีวิตที่ยังไม่ดีนัก

ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อ

๑. ตัวผู้สูงอายุหรือผู้ป่วย ต้องมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษา

๒. ครอบครัว หรือผู้ดูแลต้องให้การเอาใจใส่ และช่วยเหลือในการไปพบแพทย์ตามกำหนดเวลา

๓. ชุมชน สังคม วัฒนธรรม ต้องมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้สูงอายุ

๔. การสื่อสาร ผู้สูงอายุไม่สามารถให้ข้อมูลกับแพทย์ได้อย่างครบถ้วน

๕. แพทย์ผู้ทำการรักษา ต้องให้เวลาในการวินิจฉัยโรคให้สมบูรณ์ และควรประเมินปัจจัยอื่นที่มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างครบถ้วน

การปฏิบัติตนเพื่อการดูแลเพื่อให้ข้อมีความเข้มแข็ง

๑. ต้องควบคุมน้ำหนักตนเองให้เหมาะสม ซึ่งจากการศึกษา พบว่า หากน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ๑ กิโลกรัม ข้อเข่าจะต้องรับน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นประมาณ ๓ – ๖ กิโลกรัม ดังนั้น ถ้าลดน้ำหนักลง ๑ กิโลกรัม การรับน้ำหนักของข้อจะลดลง ๓ – ๖ เท่า

๒. การออกกำลังกายหรือการมีกิจกรรมทางกาย โดยทำให้ข้อได้เกิดความเคลื่อนไหวจะมีส่วนทำให้สารอาหารต่าง ๆ ได้เข้าไปเลี้ยงในข้อมากขึ้น เพราะหากไม่มีการเคลื่อนไหวจะเสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อต่าง ๆ ได้

- การออกกำลังกายเฉพาะที่ โดยเฉพาะกล้ามเนื้อต้นขา มีความสำคัญ ช่วยรับแรงกระทำกับข้อเข่า นอกจากนี้ยังช่วยให้การทรงตัวดีขึ้น ลดความเสี่ยงจากการหกล้ม

- กิจกรรมทางกายในแต่ละวัน จะต้องหลีกเลี่ยงกิจกรรมที่จะทำให้ข้อเสื่อม เช่น การนั่งคุกเข่า นั่งขัดสมาธิ นั่งพับเพียบ เพราะท่าทางดังกล่าวจะทำให้ความดันในช่องข้อสูงขึ้น การไหลเวียนสารอาหารต่าง ๆ เข้าไปในกระดูกอ่อนผิวข้อทำได้ยากมากขึ้น จึงเสี่ยงที่จะทำให้เกิดข้อเสื่อมสูงขึ้น

อย่างไรก็ตาม จะเห็นได้ว่าการออกกำลังกายไม่เพียงช่วยลดปัญหาโรคข้อแล้ว ยังทำให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรง แต่จะต้องออกกำลังกายในปริมาณที่เหมาะสม ไม่หักโหม หรือไม่มีแรงกระแทกมากเกินไป ดังนั้น จึงควรหลีกเลี่ยงกีฬาประเภทที่ต้องใช้ความรุนแรงและเป็นอันตรายต่อข้อ

๓. ปัจจัยการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น การสูบบุหรี่ จะมีความสัมพันธ์ที่จะทำให้เกิดโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ หรือคนที่เป็นโรคนี้อยู่แล้ว หากสูบบุหรี่ต่อเนื่องจะทำให้โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์เป็นเรื้อรังและควบคุมได้ยากมากขึ้น

- การดื่มสุรา เป็นผลทำให้กรดยูริกในเลือดสูงอย่างต่อเนื่อง จะทำให้กรดยูริกไปสะสมที่ข้อและทำให้เกิดโรคเก๊าท์ตามมา

- อาหาร หากไม่มีโรคข้อสามารถรับประทานให้ครบ ๕ หมู่ได้ตามปกติ แต่หากมีปัญหาเรื่องข้อควรรับประทานอาหารที่ช่วยเรื่องข้อเป็นพิเศษ เช่น ปลาแซลมอน อาจช่วยลดการอักเสบของข้อได้

- การตรวจสุขภาพ ควรมีการตรวจสุขภาพเป็นประจำทุกปี

การดูแลป้องกันและลดภาระความเสี่ยงของโรคข้อ

- ผู้ที่เป็นโรคข้อควรจะมีการตรวจติดตามผล และพบแพทย์อย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งควรปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์เพื่อให้ผลการรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและไม่มีภาวะแทรกซ้อน

- แพทย์ควรระมัดระวังในเรื่องการตรวจหรือให้การรักษาอย่างสมบูรณ์ ระมัดระวังไม่ให้เกิดผลข้างเคียงต่อโรคข้อได้

ประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๑. ปัญหาโรคข้อที่พบบ่อย จะพบในส่วนใดของร่างกาย ได้แก่ ข้อเข่า หลัง ลำคอ หรือส่วนที่มีการเคลื่อนไหวบ่อย ๆ

๒. ปัญหาข้อไหล่ติดของผู้สูงอายุในประเทศไทยยังไม่มีผู้ทำการศึกษาในเรื่องนี้โดยตรง แต่ในต่างประเทศได้มีการศึกษาและพบว่า ปัญหาข้อไหลติดพบมากในผู้สูงอายุที่มีอายุ ๕๐ ปีขึ้นไป และเป็นเพศหญิงส่วนใหญ่ที่เป็น คือ ปัญหาข้อไหล่ติด ข้อไหล่เสื่อม สำหรับในประเทศไทยส่วนใหญ่ที่เป็น คือ ข้อไหล่ติดเอ็นอักเสบ ถุงน้ำอักเสบ บางคนอาจอักเสบโดยไม่ทราบสาเหตุ

๓. การรับประทานคอลลาเจนมีส่วนช่วยในการต้านแรงต้านแรงเฉือนของกล้ามเนื้อข้อกระดูก แต่การรับประทานคอลลาเจนมีผู้ทำการศึกษาหลายรายงานด้วยกัน แต่ผลที่ได้มีความขัดแย้งกัน เนื่องจากในบางรายงานพบว่า ลดอาการปวดข้อได้ บางรายงานพบว่า ลดอาการปวดข้อได้ บางรายงานพบว่าไม่สามารถลดอาการปวดข้อได้ อย่างไรก็ตาม ในทางการแพทย์ยังไม่แนะนำให้ประชาชนทั่วไปรับประทานเพื่อประโยชน์ในการนี้

๔. การเล่นกีฬาประเภทใดอาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคข้อ ดังนั้น ควรหลีกการเล่นกีฬาประเภทที่ต้องใช้แรงปะทะ เช่น ฟุตบอล ฮ๊อกกี้ บาสเกตบอล แบดมินตัน เหล่านี้เป็นกีฬาที่ต้องใช้ข้อมาก ซึ่งหากได้รับบาดเจ็บเลือดจะไม่สามารถเข้าไปเลี้ยงข้อได้ เป็นผลให้กระดูกอ่อนมีปัญหาในส่วนของกระบวนการซ่อมแซมจะช้าและทำงานได้ไม่ดี ส่งผลให้เกิดโรคข้อในที่สุด

๕. การออกกำลังกายมีส่วนช่วยในการป้องกันโรคข้อเสื่อมได้ เนื่องจากการออกกำลังกายจะทำให้เกิดความยืดหยุ่นของข้อ แต่ควรเป็นการออกกำลังกายแบบค่อยเป็นค่อยไป จะช่วยให้เลือดไหวเวียนไปเลี้ยงส่วนในข้อ และไม่เกิดโรคข้อเสื่อม ทั้งนี้ ไม่ควรเป็นการออกกำลังกายที่หักโหมและใช้ส่วนของข้อมากเกินไป เพราะจะทำให้ข้อเสื่อมได้

๖. ยารักษาโรคข้อเสื่อม ได้เคยมีการศึกษาเกี่ยวกับยากลูโคซามีน ซัลเฟต (Glucosamine sulfate) โดยมีการศึกษาเกี่ยวกับการรักษาโรคข้อสะโพก และข้อเข่า ในหลายรายงานด้วยกันซึ่งพบว่าผลการศึกษาของรายงานต่าง ๆ มีส่วนที่ขัดแย้งกันบ้างในบางรายงาน แต่ข้อสรุป คือ ได้ผลของการรักษาที่ไม่ชัดเจน กล่าวคือ สามารถลดอาการปวดเป็นหลัก ซึ่งจะได้ผลในช่วงแรก ที่รับประทาน หากมีการรับประทานต่อเนื่องผลการรักษายังไม่ชัดเจนว่าสามารถรักษาอาการได้ ซึ่งหากมีการรับประทานต่อเนื่องไม่ควรรับประทานเกิน ๓ ปี เนื่องจากไม่ได้มีผลการรักษารองรับไว้ เพราะได้มีทำการศึกษาไว้เป็นระยะเวลา ๓ ปี เท่านั้น ซึ่งข้อมูลในส่วนนี้อยู่ระหว่างการติดตามผลการศึกษา และการเก็บข้อมูล สำหรับการสั่งจ่ายยาดังกล่าว สามารถสั่งจ่ายให้กับผู้ป่วยได้ แต่ต้องมีข้อกำหนด เช่น อายุต้องเกิน ๕๐ ปี และเป็นข้อเสื่อม และให้การรักษาแบบประคับประคองแล้วไม่ได้ผล แพทย์ก็สามารถสั่งยาดังกล่าวให้ได้ แต่จะต้องสั่งให้รับประทานเป็นช่วง ๆ และหยุดบางช่วง

๗. การสั่งจ่ายยาประเภทแคลเซียมหรือยาประเภทเซซามินให้กับผู้ป่วยโรคข้อ แพทย์จะทำการวินิจฉัยโรคว่า ผู้ป่วยมีความเสี่ยงที่จะขาดแคลเซียมจากอาหารที่รับประทานหรือไม่ ถ้าพบว่ามีความเสี่ยงแพทย์จะสามารถสั่งจ่ายยาเหล่านั้นได้

ข้อคิดเห็นและเสนอแนะ

- ควรมีการจัดทำข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องการปฏิบัติและเฝ้าระวังเกี่ยวกับโรคข้อเสื่อม เพื่อเป็นคู่มือในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยโรคข้อเสื่อมและยังสามารถใช้เป็นข้อมูลสำหรับแพทย์ในการปฏิบัติในการรักษาผู้ป่วยได้ต่อไป

๔.๘ ปัญหาโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

อัตราการเป็นโรคเบาหวานในประเทศไทย

จากการสำรวจของสำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย เรื่อง รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ ๑ – ๔ พ.ศ. ๒๕๓๔ – ๒๕๕๒ พบว่า ความชุกของโรคเบาหวานในประเทศไทยมีอัตราการเพิ่มขึ้นทุกปี ซึ่งจากการสำรวจเพิ่มเติมในปี ๒๕๕๗ ได้มีการสำรวจเรื่องสุขภาพ พบว่ามีความชุกของการเป็นโรคเบาหวานประมาณร้อยละ ๘.๙ โดยส่วนใหญ่จะอาศัยในเขตภาคกลาง เพศหญิงเป็นโรคเบาหวานมากกว่าเพศชาย และคนสูงอายุที่มีอายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป จะเป็นโรคเบาหวานมากขึ้น ซึ่งอาจจะมาจากสาเหตุว่า เมื่ออายุมากขึ้นจะมีการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลงทำให้มีภาวะดื้อของอินซูลินมากขึ้น จึงทำให้กล้ามเนื้อลดลง ไขมันเพิ่มมากขึ้น เป็นผลทำให้น้ำตาลในเลือดสูงได้ ดังนั้น โรคเบาหวานในผู้สูงอายุจึงไม่เกี่ยวข้องกับกรรมพันธุ์มากเท่ากับบุคคลที่มีอายุน้อย

ผู้สูงอายุที่มีภาวะเปราะบาง ได้แก่

- การที่ผู้สูงอายุต้องมีบุคคลดูแลเมื่อออกนอกบ้าน
- การใช้ชีวิตที่ต้องใช้รถเข็นหรือนอนเตียง

ข้อมูลของประเทศไทยได้มีการสำรวจและพบว่า ในอีก ๒๐ ปีข้างหน้าจะมีคนเปราะบางเพิ่มขึ้นถึง ๒ เท่า เนื่องจากประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุมากขึ้น โดยที่เพศหญิงจะอายุยืนขึ้นและมีความเปราะบางมากขึ้น ดังนั้น การรักษาคนไข้โรคเบาหวานจะต้องมีการประเมินถึงเรื่องความเปราะบางร่วมด้วย กล่าวคือ หากคนไข้โรคเบาหวานและมีความเปราะบางร่วมด้วยจะทำให้คนไข้อายุสั้นลง ดังนั้น แพทย์ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงเรื่องดังกล่าวด้วย

การวินิจฉัยโรคเบาหวาน

๑. ระดับน้ำตาลหลังงดอาหาร ๖ – ๘ ชั่วโมง และมีระดับน้ำตาลในเลือดเกิน ๑๒๖ มก./ดล. หากเกิน ๑๒๖ มก./ดล. ในการเจาะเลือดครั้งแรก ยังไม่ถือว่าเป็นโรคเบาหวาน ต้องมีการเจาะซ้ำอีกหนึ่งครั้ง หากเกิน ๑๒๖ มก./ดล. จึงจะนับว่าเป็นโรคเบาหวาน

๒. มีอาการของน้ำตาลในเลือดสูงร่วมกับมีอาการตาพร่ามัว น้ำหนักลด และปัสสาวะบ่อย เมื่อเจาะเลือดและพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดสูงเกิน ๒๐๐ มก./ดล. จะถือว่าเป็นโรคเบาหวาน

๓. การตรวจฮีโมโกลบิน เอวันซี (Hemoglobin A1C, HbA1C) หากเกิน ๖.๕ มก./ดล. จำนวน ๒ ครั้ง จะถือว่าเป็นโรคเบาหวาน

ภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวาน

๑. ภาวะไตวาย

๒. ตาบอด

๓. ขาชา

๔. โรคหัวใจ

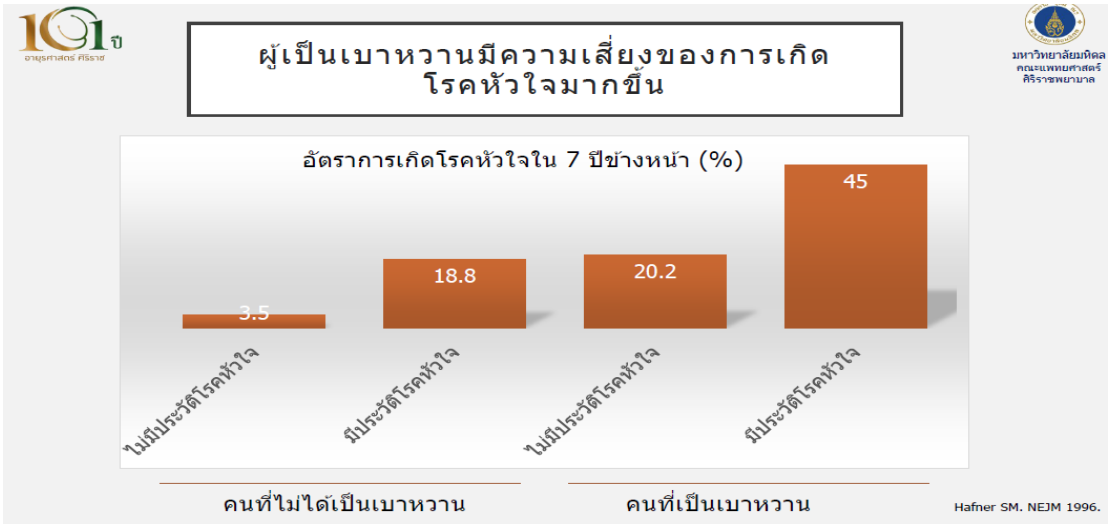
๕. โรคหลอดเลือดสมอง

๖. อัมพาต

บุคคลหากเป็นโรคเบาหวานและไม่ทำการรักษาจะเกิดภาวะแทรกซ้อนทำให้เกิดโรคต่าง ๆ ข้างต้นและโรคอื่น ๆ ตามมา

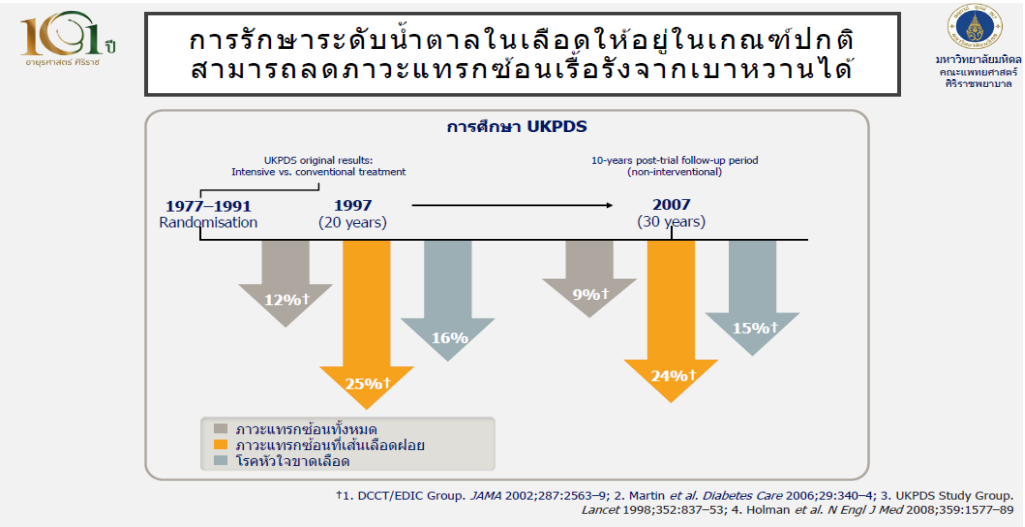
จากการศึกษาของ Framingham Heart Study ในคนอายุมากกว่า ๕๐ ปี โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการมีโรคเบาหวานกับอายุขัย ซึ่งได้มีการติดตามคนอายุมากกว่า ๕๐ ปี พบว่า คนที่เป็นโรคเบาหวานจะทำให้อายุขัยสั้นลง ซึ่งเพศชายหากไม่เป็นโรคเบาหวานจะมีอายุถึง ๗๘.๘ ปี (เพิ่มขึ้น ๒๘.๘ ปี) หากเป็นโรคเบาหวานจะมีอายุประมาณ ๗๑ ปี (อายุขัยลดลงประมาณ ๗ ปี) และหากเป็นโรคเบาหวานร่วมกับโรคหัวใจอายุขัยจะลดน้อยลงอย่างรวดเร็ว

จากการศึกษาพบว่า บุคคลที่เป็นโรคเบาหวานจะมีอัตราการเกิดโรคหัวใจใน ๗ ปีข้างหน้า กล่าวคือ คนที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานและไม่มีประวัติโรคหัวใจมีโอกาสที่จะเกิดโรคหัวใจ ใน ๗ ปีข้างหน้าร้อยละ ๓.๕ และคนที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวานและมีประวัติโรคหัวใจจะมีโอกาสที่จะเกิดโรคหัวใจในอีก ๗ ปีข้างหน้าร้อยละ ๑๘.๘ ในขณะที่คนที่เป็นโรคเบาหวานไม่มีประวัติโรคหัวใจจะมีโอกาสที่จะเกิดโรคหัวใจใน ๗ ปี ข้างหน้าร้อยละ ๒๐.๒ และคนที่เป็นโรคเบาหวานมีประวัติโรคหัวใจจะมีโอกาสเป็นหัวใจเพิ่มมากขึ้นร้อยละ ๔๕



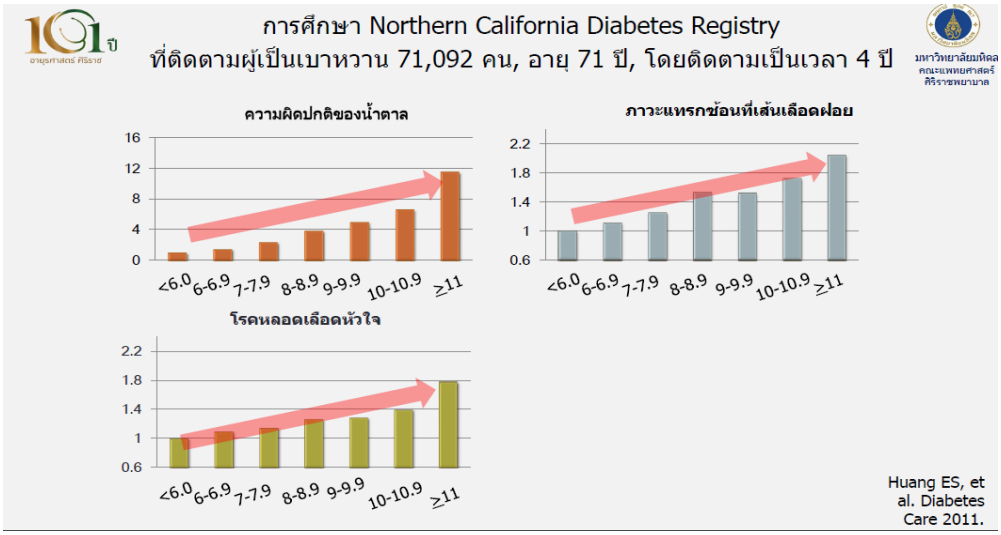
ที่มา : รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอภิรดี ศรีวิจิตรกมล อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

จากการศึกษาของประเทศฟินแลนด์ ที่ได้มีการติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เข้าร่วมโครงการเป็นระยะเวลา ๒๑ ปี พบว่า กลุ่มที่เคยได้รับการรักษาอย่างเข้มงวดจะมีอัตราการเกิดของโรคหัวใจลดลง และคนไข้จะมีอายุยืนขึ้นอีก ๘ ปี ซึ่งจะเห็นได้ว่าการรักษาโรคเบาหวานมีความสำคัญมาก เพราะจะทำให้คนไข้มีอายุยืนยาวขึ้น ประกอบกับข้อมูลของการรักษาโรคเบาหวานของประเทศอังกฤษ พบว่า การควบคุมน้ำตาลให้อยู่ในระดับที่ดีสามารถลดภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังจากโรคเบาหวานได้



ที่มา : รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอภิรดี ศรีวิจิตรกมล อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

จากการศึกษาของ Northern California Diabetes Registry ที่ติดตามผู้เป็นโรคเบาหวาน จำนวน ๗๑,๐๙๒ คน อายุ ๗๑ ปี โดยติดตามเป็นระยะเวลา ๔ ปี พบว่า ยิ่งระดับน้ำตาลในเลือดสูงจะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนสูงขึ้นตามไปด้วย



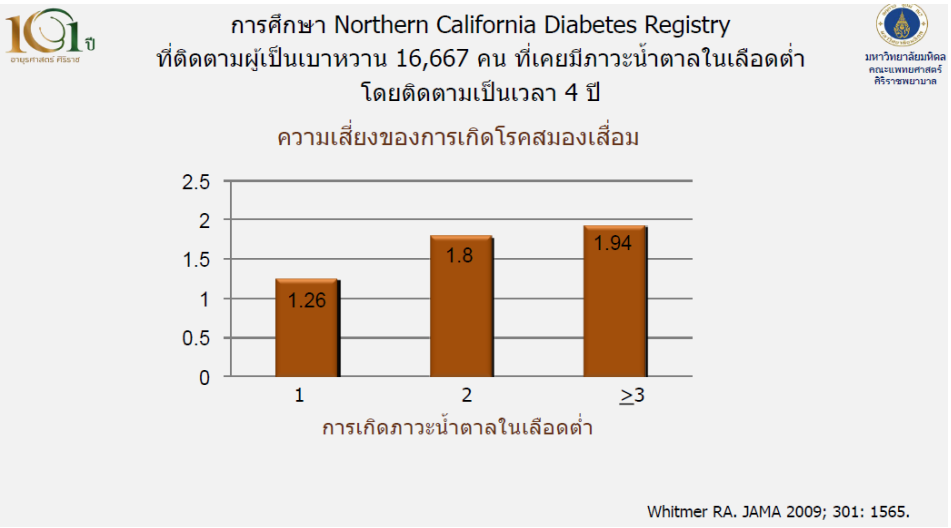
ที่มา : รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอภิรดี ศรีวิจิตรกมล อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

กลุ่มยารักษาโรคเบาหวานที่เป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุต้องมารักษาฉุกเฉินบ่อยที่สุด ได้แก่ กลุ่มยารักษาโรคเบาหวาน (Oral hypoglycemic agents) และยาอินซูลิน (Insulin) ลดน้ำตาลในเลือด เป็นสาเหตุหลักที่จะทำให้คนไข้มารักษาฉุกเฉินมากที่สุด รองลงมา คือ ยากันเลือดแข็งตัว (Warfarin) ซึ่งการไม่รักษาโรคเบาหวานก็ไม่เป็นการดีสำหรับผู้ป่วยเพราะจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ตามมา หากทำการรักษาก็จะเกิดผลข้างเคียงจากยาที่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลต่ำและต้องเข้ารักษาฉุกเฉินบ่อยครั้ง

อาการของภาวะน้ำตาลต่ำในเลือดมี ดังนี้ มือสั่น ใจสั่น หิว และจะเป็นลม ซึ่งเมื่อคนไข้เกิดอาการหิวและไม่รับประทานอาหารจะเกิดอาการน้ำตาลในเลือดต่ำทำให้สมองขาดน้ำตาลและทำให้เกิดหมดสติได้ แต่ปัญหาที่สำคัญ คือ บุคคลทั่วไปมักจะมีสัญญาณเตือนเมื่อจะเกิดภาวะน้ำตาลต่ำ คือ การมือสั่น ใจสั่น แต่สำหรับผู้สูงอายุมักจะไม่มีสัญญาณเตือนดังกล่าว

ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำกับอัตราการเสียชีวิต พบว่า เมื่อผู้ป่วยโรคเบาหวานมีการควบคุมน้ำตาลมากเกินไปเป็นผลให้เกิดภาวะน้ำตาลต่ำ และหากเกิดภาวะน้ำตาลต่ำบ่อยครั้ง จะทำให้เกิดอัตราการเสียชีวิตมากขึ้น

จากการศึกษาของ Northern California Diabetes Registry ที่ได้ติดตามผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน ๑๖,๖๖๗ คน ที่เคยมีภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยติดตามเป็นระยะเวลา ๔ ปี พบว่า เมื่อคนไข้เคยเกิดภาวะน้ำตาลต่ำมากกว่าหรือเท่ากับ ๓ ครั้งที่ช่วงก่อนทำการรักษาจะมีความเสี่ยงของการเกิดโรคสมองเสื่อมในอัตรา ๑.๙๔ เท่า



ที่มา : รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอภิรดี ศรีวิจิตรกมล อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

และในทางกลับกันหากระดับน้ำตาลในเลือดกับการทำงานของสมองจากการศึกษาของ ADVANCE ที่ได้มีการสำรวจผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน ๑๑,๑๔๐ คน พบว่า คนที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีอาการเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จะมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำได้ กล่าวคือ เมื่อคนไข้สมองเสื่อมเกิดอาการลืมว่าได้รับประทานยาแล้วและรับประทานยาเพิ่มขึ้น เป็นผลทำให้เกิดภาวะน้ำตาลต่ำได้

กล่าวโดยสรุป ผู้ป่วยโรคเบาหวานหากมีภาวะน้ำตาลต่ำจะทำให้เกิดความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด จะมีปัญหาเรื่องการเต้นหัวใจผิดจังหวะและทำให้เสียชีวิตมากขึ้น อีกทั้งหากเกิดภาวะน้ำตาลต่ำจนเกิดภาวะสมองขาดน้ำตาล จะทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการชักและเสียชีวิตได้ แต่หากเกิดภาวะน้ำตาลต่ำไม่มาก แต่เกิดภาวะต่ำบ่อยครั้งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะความจำเสื่อมได้ ดังนั้น การรักษาโรคเบาหวานจะต้องระวังไม่ให้น้ำตาลสูงเกินไปและต่ำเกินไป

ซึ่งในเรื่องนี้มีสมาคม สมาพันธ์ต่าง ๆ ได้มีการกำหนดระดับน้ำตาลในเลือด ที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุ ดังนี้

เป้าหมายระดับฮีโมโกลบิน เอวันซี ในผู้สูงอายุ

สมาพันธ์เบาหวานประเทศแคนาดา		สมาพันธ์เบาหวานประเทศอเมริกา		สมาพันธ์เบาหวานระหว่างประเทศ ((IDF)		สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทย	
แข็งแรงดี	≤ 7.0%	แข็งแรงดี	≤ 7.5%	พึ่งตนเองได้	7.0-7.5%	พึ่งตนเองได้	7.0-7.5%
เปราะบาง	≤ 8.5%	เริ่มมีปัญหาสุขภาพ	≤ 8.0%	ต้องพึ่งคนอื่น	7.0-8.0%		
		เปราะบาง	≤ 8.5%	เปราะบาง	≤ 8.5%	เปราะบาง	≤ 8.5%

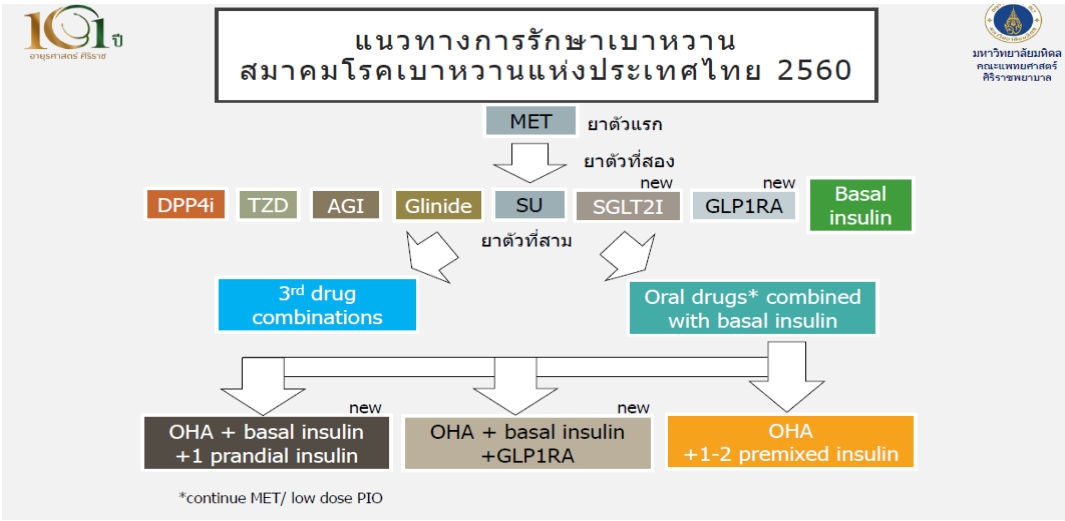
ที่มา : รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอภิรดี ศรีวิจิตรกมล อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

โดยเป้าหมายการรักษาในผู้สูงอายุ มีดังนี้

- ผู้สูงอายุที่มีอายุกว่า ๗๐ ปี และมีสุขภาพแข็งควรจะต้องมีการรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อน

- ผู้สูงอายุที่ ๗๐ – ๘๐ ปี ที่ต้องพึ่งพาคนอื่น จะต้องมีการรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเรื้อรัง แต่ต้องมีการระวังผลข้างเคียงจากการรักษา

- ผู้สูงอายุทุกช่วงวัยที่มีภาวะเปราะบาง/สมองเสื่อม ต้องมีการรักษาเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันเพื่อป้องกันภาวะน้ำตาลสูงหรือน้ำตาลต่ำมาก



ที่มา : รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอภิรดี ศรีวิจิตรกมล อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ปัญหาการคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้สูงอายุ

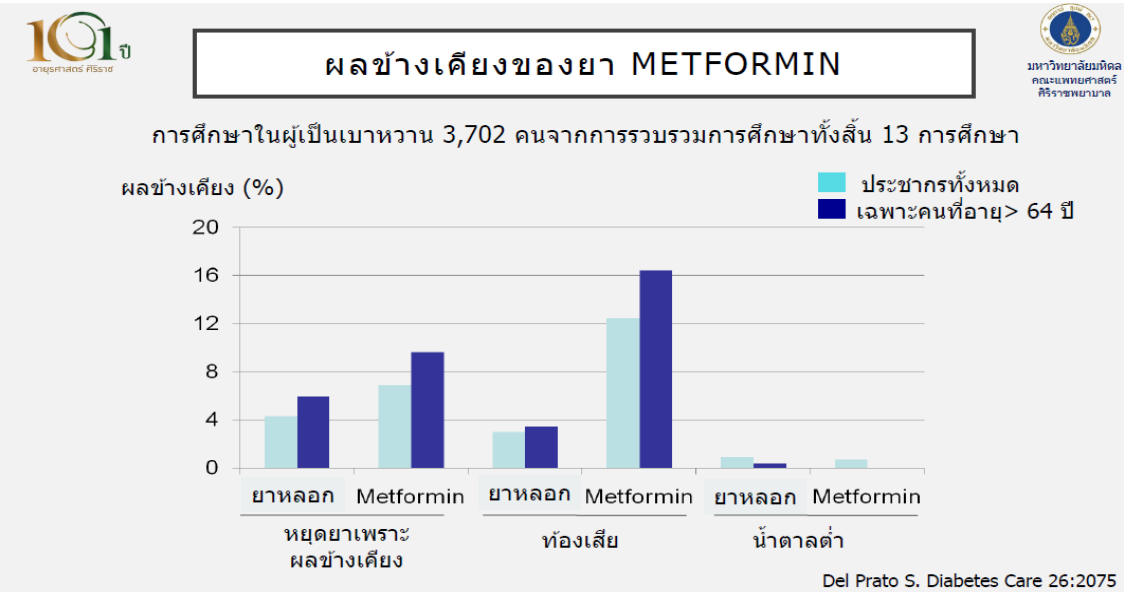
๑. ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงของการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำเพราะสาเหตุ ดังนี้

- มีภาวะไตวาย
- รับประทานยาหลายชนิด
- ยาที่รับประทานแต่ละชนิดทำปฏิกิริยากัน
- มีโรคอื่น ๆ ร่วมด้วย
- รับประทานอาหารไม่เป็นเวลา

๒. ความแตกต่างอื่น ๆ ในการดูแลผู้สูงอายุมี ดังนี้

- ไม่สามารถออกกำลังกายได้
- การมองเห็นลดลง
- โรคข้อ
- โรคซึมเศร้า
- ปัญหาด้านสังคม

ยาเม็ดรับประทานเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือดสามารถรับประทานได้ทั้งในผู้สูงอายุและบุคคลทั่วไป ซึ่งประโยชน์ของยาและผลต่อการลดระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกันระหว่างผู้สูงอายุและบุคคลทั่วไป ผู้สูงอายุสามารถรับประทานยารักษาโรคเบาหวานได้ทุกตัว แต่การใช้ยาในผู้สูงอายุจะเกิดผลข้างเคียงได้มากกว่าคนอายุน้อย เช่น ยา Metformin ซึ่งเป็นยาที่ทุกสถาบันจะใช้เป็นยาในการรักษาโรคเบาหวาน จะมีผลข้างเคียง คือ จะทำให้คลื่นไส้ อาเจียน น้ำหนักตัวลด ท้องเสีย ซึ่งในกรณีนี้ ได้มีการศึกษาถึงผลข้างเคียงของยา Metformin ในผู้ป่วยเบาหวานจำนวน ๓,๗๐๒ คน จากการรวบรวมการศึกษาทั้งสิ้น ๑๓ การศึกษา โดยการเปรียบเทียบระหว่างประชากรทั่วไป และกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุ ๖๔ ปีขึ้นไป พบว่า ผู้สูงอายุต้องหยุดยาเพราะมีผลข้างเคียงมากกว่าประชากรทั่วไป รวมทั้งมีปัญหาการท้องเสียมากกว่าประชากรทั่วไป และยา Metformin จะไม่ทำให้เกิดภาวะน้ำตาลต่ำ



ที่มา : รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอภิรดี ศรีวิจิตรกมล อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ยา SULFONYLUREA มีผลทำให้เกิดผลข้างเคียงกับคนทุกวัย กล่าวคือ จะทำให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ ส่วนใหญ่มักจะเกิดบ่อยครั้งสำหรับผู้สูงอายุ

ยา ALPHA-GLUCOSIDASE INHIBITORS มีผลในการช่วยลดการดูดซึมน้ำตาลจากทางเดินอาหาร จะทำให้น้ำตาลในเลือดลดลง แต่จะไม่ทำให้น้ำตาลในเลือดต่ำ แต่มีข้อเสีย คือ จะทำให้เกิดอาการท้องอืดและแน่นท้องได้

ยา THIAZOLIDINEDIONES มีผลทำให้เกิดภาวะอ้วน บวม และเกิดหัวใจวายได้ แต่จะไม่เกิดภาวะน้ำตาลต่ำ

ยาเม็ดรับประทานเพื่อลดระดับน้ำตาลในเลือด

กลุ่มยา	สิทธิสปสช.	สิทธิปกส.	สิทธิกรมบัญชีกลาง	ราคาต่อเม็ด (บาท)	ผลข้างเคียงในผู้สูงอายุ
Metformin	✓	✓	✓	0.5-1	X
Sulfonylurea	✓	✓	✓	1-4	X X
Glinide	✓	✓	✓	9.25	X
TZD	✓	✓	✓	1.5-2	X
Alpha-glucosidase inhibitor	✓	✓	✓	4.25-7.25	X
DPP-4 inhibitor	X	X	✓	25.5-57	✓
SGLT2 inhibitor	X	X	✓	51.5-84.5	X

ที่มา : รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงอภิรดี ศรีวิจิตรกมล อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ข้อสรุป

๑. โรคเบาหวานมีมากขึ้นในประเทศไทย เกิดมากในผู้สูงอายุ

๒. เมื่อมีอายุมาก ต้องรีบทำการรักษาโรคเบาหวานเพื่อกันโรคแทรกซ้อน

๓. การรักษาโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ ควรตั้งเป้าหมายการรักษาเป็นราย ๆ ไป ขึ้นอยู่กับสุขภาวะของผู้สูงอายุ รวมทั้งการมีผู้ดูแล

๔. ต้องระวังการเกิดน้ำตาลในเลือดต่ำเพราะผู้สูงอายุจะไม่มีอาการเตือนของภาวะน้ำตาลต่ำเหมือนคนกลุ่มที่มีอายุน้อย

๕. ผู้สูงอายุมักเกิดผลข้างเคียงจากการรักษาได้บ่อยกว่าคนอายุน้อย

๖. การเลือกใช้ยารักษาโรคเบาหวานมีข้อจำกัดหลายประการ

ประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๑. ข้อมูลอ้างอิงเกี่ยวกับความชุกของโรคเบาหวานในประเทศไทยเมื่อเปรียบเทียบกับต่างประเทศมีความต่างกันไม่มากนัก โดยหากเปรียบเทียบกันในกลุ่มประเทศอาเซียน ประเทศไทยจะมีความชุกมากกว่าประเทศลาวและกัมพูชา แต่จะมีความชุกใกล้เคียงกับประเทศสิงค์โปรและประเทศมาเลเซีย

๒. ประเทศไทยมีการรณรงค์ส่งเสริมเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนเพื่อให้เห็นถึงอันตรายหรือผลของการเป็นโรคเบาหวาน แต่ปัญหา คือ ปัจจุบันอาหารที่นิยมรับประทานในประเทศไทยยังเป็นอาหารที่มีส่วนผสมของน้ำตาลเป็นส่วนใหญ่ เช่น ขนมไทยต่าง ๆ น้ำชา น้ำหวาน เป็นต้น ซึ่งขณะนี้สมาคมเบาหวานแห่งประเทศไทยได้มีความพยายามที่จะเสนอให้มีกฎหมายในการเก็บภาษีการใช้น้ำตาลเพื่อลดการใช้น้ำตาลให้น้อยลง ซึ่งอาจเป็นช่องทางในการลดโรคเบาหวานได้

๓. บุคคลเมื่อมีอายุมากขึ้นจะมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเบาหวานมากขึ้น โดยโรคเบาหวานจะเกิดได้จากองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น อายุเพิ่มขึ้น น้ำหนักเพิ่มขึ้น พฤติกรรมการกิน และพฤติกรรมการออกกำลังกาย เป็นต้น

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

๑. ควรเสนอให้มีกฎหมายในการจำกัดการใช้น้ำตาล เพื่อให้ประเทศไทยลดการใช้น้ำตาลให้น้อยลง และจะทำให้เกิดโรคเบาหวานน้อยลง

๒. ควรมีการประชาสัมพันธ์และส่งเสริมให้มีการออกกำลังกายสำหรับประชาชน โดยเริ่มตั้งแต่วัยเด็กเพื่อให้มีสุขภาพดี ไม่เป็นโรคอ้วน และควรมีการสร้างความตระหนักรู้กับประชาชนตั้งแต่ช่วงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการรับประทานอาหารเพื่อไม่ให้เป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ทั้งนี้ เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานในอนาคต

๓. ควรมีการจัดเก็บอัตราภาษีเกี่ยวกับการใช้น้ำตาล เพื่อเป็นการลดปริมาณการใช้น้ำตาลให้น้อยลง อย่างไรก็ตามการปรับเพิ่มอัตราภาษีเกี่ยวกับการใช้น้ำตาลจะมีผลกระทบทางเศรษฐกิจของประชาชนโดยตรง ดังนั้นควรพิจารณาในเรื่องนี้ให้รอบคอบ

๔. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการรณรงค์เพื่อให้ความรู้ในเรื่องการรับประทานอาหารและการออกกำลังกายอย่างจริงจัง มุ่งเน้นการให้ความรู้ในเชิงการป้องกัน โดยเริ่มต้นจากในโรงเรียน ทั้งนี้ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีในอนาคต และยังเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของภาครัฐอีกทางหนึ่ง

๔.๙ ปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในผู้สูงอายุ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคไม่ติดต่อ (NCD, non-communicable disease) เรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดในเวชปฏิบัติ ตรวจพบได้จากการวัดระดับความดันโลหิตและจะพบมากในผู้สูงอายุ ปัจจุบันความดันโลหิตที่วัดได้ตั้งแต่ ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอทขึ้นไป จะถือว่าเป็นความดันโลหิตสูง

จากการเก็บข้อมูลของประชากรในเมือง Framingham ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าประชากรที่มีอายุ ๓๐ ปีขึ้นไป ระดับความดันโลหิตทั้งตัวบนและตัวล่างจะค่อย ๆ สูงขึ้นเรื่อย ๆ แต่เมื่ออายุประมาณ ๖๐ ปี ความดันโลหิตตัวล่างจะคงระดับจนอายุ ๗๐ ปีขึ้นไป ความดันโลหิตตัวล่างจะต่ำลง ในขณะที่ความดันโลหิตตัวบนยังคงสูงขึ้นเรื่อย ๆ ตามอายุที่มากขึ้น ดังนั้น ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีความดันโลหิตตัวบนสูง แต่ความดันโลหิตตัวล่างไม่สูง มีระดับความดันโลหิตตัวบนและระดับความดันโลหิต ตัวล่างห่างกันอย่างมาก

สาเหตุของโรคความดันโลหิตสูง

ร้อยละ ๙๕ ไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด เชื่อว่าเกิดจากกรรมพันธุ์และสิ่งแวดล้อมและมีเพียงร้อยละ ๕ ที่พบสาเหตุ เช่น โรคไตเรื้อรัง หลอดเลือดแดงที่ไตตีบ เนื้องอกต่อมหมวกไต หรือเกิดจากการรับประทานยาบางชนิด เป็นต้น โรคความดันโลหิตสูงมักจะเกิดช่วงอายุ ๓๐ – ๕๐ ปี โดยระดับความดันโลหิตจะค่อย ๆ สูงขึ้นทีละน้อย ผู้ป่วยจะไม่มีอาการทำให้ไม่รู้ตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง กว่าจะรู้ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง เมื่อเกิดการทำลายของอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายแล้ว เช่น หัวใจโต โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง ไตเสื่อมสมรรถภาพ เป็นต้น ซึ่งภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวจะเกิดเมื่อเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาแล้ว ๑๐ – ๒๐ ปี

ข้อมูลการศึกษาทางระบาดวิทยาของศาสตราจารย์ นายแพทย์วิชัย เอกพลากร คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี สำรวจความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ ๑๕ ปีขึ้นไป จำนวน ๑๙,๔๘๓ คน พบผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ๖,๗๖๙ คน คิดเป็นความชุกของโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๒๔.๗ ในจำนวนนี้มีคนที่รู้ตัวว่าเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๕๕.๓ สัดส่วนที่ได้รับการรักษา ร้อยละ ๔๙.๒ และควบคุมระดับความดันโลหิตถึงเป้าหมาย ร้อยละ ๒๙.๗

Epidemiology of hypertension in Asia

	Patients (n)	Prevalence (%)	Awareness (%)	Treated (%)	Controlled (%)
China	16,364	43.8	26.2	22.2	3.9
India	4,711	36	22.1	36.7	-
Korea (≥ 30 yrs)	8,485	24.9	63.5	54.8	38
Malaysia (>18 yrs)	33,976	32.2	35.8	31.4	26.3
Philippines	3,415	21	16	65	20
Singapore	5,022	41.5	51.8	84.4	27.1
Thailand (≥ 15 yrs)	6,769	24.7	55.3	49.2	29.7

Tomlinson E, et al. Curr Med Res Opin 2011; 27(5): 1021-33.

ที่มา : ศาสตราจารย์เกียรติคุณพีระ บูรณะกิจเจริญ อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เครื่องวัดความดันที่ใช้ในปัจจุบัน

๑. เครื่องวัดความดันโลหิตที่ใช้ตามสำนักงานแพทย์ / โรงพยาบาล

ที่มา : ศาสตราจารย์เกียรติคุณพีระ บูรณะกิจเจริญ อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

๒. เครื่องวัดความดันโลหิตชนิดสอดแขน ใช้ตามสำนักงานแพทย์ / โรงพยาบาล

ที่มา : ศาสตราจารย์เกียรติคุณพีระ บูรณะกิจเจริญ อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ที่มา : ศาสตราจารย์เกียรติคุณพีระ บูรณะกิจเจริญ อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

๔. เครื่องวัดความดันโลหิต ๒๔ ชั่วโมงชนิดพกพา

ที่มา : ศาสตราจารย์เกียรติคุณพีระ บูรณะกิจเจริญ อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

อุปกรณ์ที่ใช้ในการวัดความดันโลหิตมีหลายชนิด ค่าที่วัดได้จากเครื่องมือแต่ละชนิดที่จัดว่าเป็นความดันโลหิตสูงจะแตกต่างกัน ปัจจุบันแนวทางในการรักษาโรคความดันโลหิตสูงจากยุโรปและสหรัฐอเมริกาสนับสนุนให้มีการใช้เครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้าน ซึ่งมีเกณฑ์ของระดับความดันโลหิตที่จัดว่าสูงแตกต่างกัน กล่าวคือ เครื่องวัดความดันโลหิตที่สำนักงานแพทย์หรือโรงพยาบาลจะใช้เกณฑ์ ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอทขึ้นไป สำหรับเครื่องวัดที่บ้านจะใช้เกณฑ์ ๑๓๕/๘๕ มม.ปรอทขึ้นไป สืบเนื่องจากค่าที่ถือว่าเป็นความดันโลหิตสูงจากการวัดที่สำนักงาน ฯ และที่บ้านแตกต่างกันทำให้จำแนกกลุ่มประชากรที่ได้รับการสำรวจและยังไม่ได้รับการรักษาออกเป็น ๔ กลุ่ม กล่าวคือ ๑) ความดันโลหิต ทั้งที่บ้านและสำนักงาน ฯ อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะเรียกว่าความดันโลหิตปกติจริง (True Normotension) ๒) ความดันโลหิตที่บ้านปกติแต่ที่สำนักงาน ฯ สูง เรียกว่าความดันโลหิตสูงเทียม (White Coat Hypertension) ๓) ความดันโลหิตที่บ้านและสำนักงาน ฯ อยู่ในเกณฑ์สูง จะเรียกว่าความดันโลหิตสูงจริง (True Hypertension) ๔) ความดันโลหิตที่บ้านสูงแต่ที่สำนักงาน ฯ ปกติ จะเรียกว่าความดันโลหิตสูงแฝง (Masked Hypertension) ซึ่งกลุ่มนี้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดไม่ต่างจากลุ่มที่ ๓

คำแนะนำสำหรับการวัดความดันโลหิตที่บ้าน

ก่อนทำการวัดควรปัสสาวะให้เรียบร้อยเสียก่อนโดยยังไม่รับประทานอาหารเช้าและยาและวัดภายใน ๑ ชั่วโมงหลังจากตื่น วัดในท่านั่งหลังนั่งพักเป็นเวลา ๒ นาทีก่อนเริ่มทำการวัด ให้วัดจำนวน ๒ ครั้ง ห่างกันครั้งละ ๑ – ๒ นาที เพื่อทำการเฉลี่ย ควรวัดติดต่อกันอย่างน้อย ๓ วัน (จะได้จำนวน ๖ ค่า)

ข้อมูลจากการศึกษาของศาสตราจารย์เกียรติคุณพีระ บูรณะกิจเจริญ อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตแล้วจำนวน ๗๐๐ คน พบว่า สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ทั้งที่บ้านและที่สำนักงาน ฯ (Controlled hypertension) ร้อยละ ๖๒ ควบคุมไม่ได้ทั้งที่บ้านและที่สำนักงาน ฯ (Uncontrolled hypertension) ร้อยละ ๘.๒๙ คุมได้ที่บ้านแต่คุมไม่ได้ที่สำนักงาน ฯ White coat effect ร้อยละ ๑๓.๒๙ และคุมไม่ได้ที่บ้านแต่คุม

ได้ที่สำนักงาน ฯ Masked effect ร้อยละ ๑๖.๔๒ (ใช้คำว่า white coat effect และ masked effect ในกรณีที่ผู้ป่วยกำลังรับประทานยาลดความดันโลหิตอยู่)

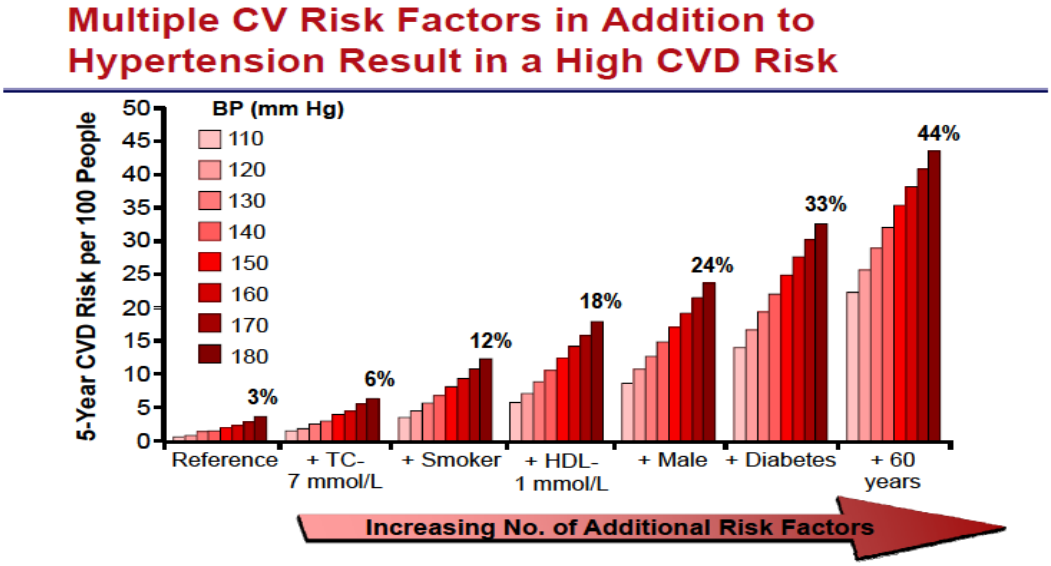
ตัวอย่างกรณีศึกษา ชาย อายุ ๕๕ ปี ยังไม่ได้รับการรักษาใด ๆ วัดค่าความดันโลหิตที่โรงพยาบาลได้ระหว่าง ๑๕๖-๑๙๐/๙๐-๑๐๘ มม.ปรอท แต่วัดที่บ้านโดยผู้ป่วยเก็บข้อมูลเองจำนวน ๗ วัน ทำการวัดตอนเช้าและก่อนนอน ได้ความดันโลหิตเฉลี่ยที่บ้าน ๑๑๖/๗๔ มม.ปรอท ซึ่งถือว่าปกติ ดังนั้น ผู้ชายดังกล่าวเป็น white coat hypertension ซึ่งไม่จำเป็นต้องทำการรักษา การมีเครื่องวัดความดันโลหิตที่บ้านจะทำให้ทราบค่าความดันโลหิตที่แท้จริง

ตัวอย่างกรณีศึกษา หญิง อายุ ๖๓ ปี ได้รับการรักษาด้วยยาลดความดันโลหิตจำนวน ๓ ชนิด แม้กระนั้นก็ตามค่าความดันโลหิตที่โรงพยาบาล ยังพบว่าสูง แต่ผู้ป่วยยืนยันว่าทำการวัดที่บ้านได้ค่าปกติ ดังนั้น ผู้ป่วยรายนี้มี white coat effect การปรับยาผู้ป่วยตามระดับความดันโลหิตที่วัดได้ที่โรงพยาบาลจึงเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

หมายเหตุ: ทั้ง ๒ กรณี การให้หรือเพิ่มยาลดความดันโลหิตแก่ผู้ป่วยโดยไม่จำเป็น ทำให้สิ้นเปลืองงบประมาณและเป็นอันตรายต่อผู้ป่วย

ปัจจัยเสี่ยงต่อโรคหัวใจและหลอดเลือด

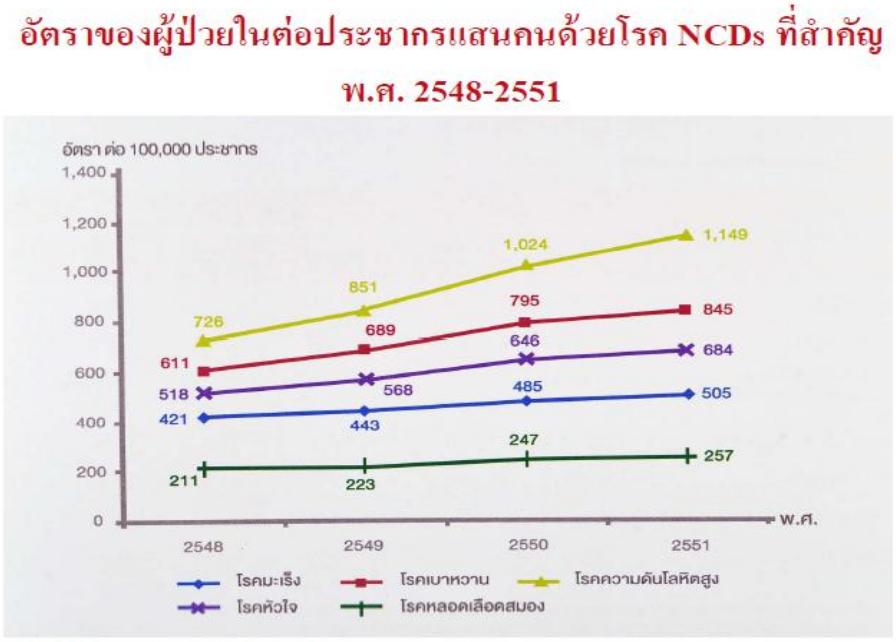
ความดันโลหิตสูงไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยงเพียงอย่างเดียวที่ทำให้เกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด แต่ยังมีปัจจัยอื่น ๆ เช่น ภาวะไขมันในเลือดสูง หรือไขมันที่ดี (HDL-c, high density lipoprotein) ต่ำ โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ เพศชายหรือสูงอายุ (เกิน ๖๐ ปี) ซึ่งหากมีปัจจัยดังกล่าวร่วมด้วยก็จะทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดมากขึ้น เนื่องจากเป้าหมายในการรักษาความดันโลหิตสูง คือ การลดอุบัติการณ์ของโรคหัวใจและหลอดเลือด ดังนั้น ปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ของผู้ป่วยก็ต้องได้รับการดูแลด้วย เพื่อให้ได้ผลดีที่สุด



*Reference=nondiabetic, nonsmoker woman, aged 50 years with total cholesterol (TC)=4.0 mmol/L and HDL-C=1.6 mmol/L.

Jackson R et al. *Lancet*. 2005;365:434-441.

จากข้อมูลของ Thai NCD Network พบอัตราของผู้ป่วยในต่อประชากร ๑๐๐,๐๐๐ คน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรค NCD ตั้งแต่ พ.ศ. ๒๕๔๔ – ๒๕๖๑ พบว่า มีอัตราการเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคหัวใจ เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องเช่นเดียวกับโรคมะเร็งและโรคหลอดเลือดสมอง แต่ในอัตราที่ต่ำกว่า หมายความว่าประเทศไทยกำลังเผชิญกับปัญหาของโรค NCD ที่นับวันจะมากขึ้น ๆ



NB: Thai NCD Network Report 2557

ที่มา : ศาสตราจารย์เกียรติคุณพีระ บูรณะกิจเจริญ อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

๙ เป้าหมายในการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อขององค์การอนามัยโรคที่ประเทศไทยซึ่งเป็นสมาชิกมีภาระผูกพันจะต้องทำให้สำเร็จภายใน พ.ศ. ๒๕๖๘ มีดังนี้

๑) อัตราตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็ง โรคเบาหวาน และ/หรือโรคปอดเรื้อรังของประชากรอายุระหว่าง ๓๐ –๗๐ ปี **ลดลงร้อยละ ๒๕**

๒) ปัญหาจากการดื่มแอลกอฮอล์ **ลดลงร้อยละ ๑๐**

๓) ความชุกจากการมีกิจกรรมทางกายที่ไม่เพียงพอ **ลดลงร้อยละ ๑๐**

๔) ค่าเฉลี่ยปริมาณการบริโภคเกลือ/โซเดียมในประชากร **ลดลงร้อยละ ๓๐**

๕) ความชุกของการบริโภคยาสูบในประชากรที่มีอายุมากกว่า ๑๕ ปีขึ้นไป **ลดลงร้อยละ ๓๐**

๖) ความชุกของภาวะความดันโลหิตสูง **ลดลงร้อยละ ๒๕**

๗) ความชุกของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง/โรคเบาหวานและโรคอ้วนในประชากรอายุ ๑๘ ปีขึ้นไป **ไม่เพิ่มขึ้น**

๘) ประชาการอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดได้รับคำปรึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมและรับยาเมื่อมีข้อบ่งชี้ เพื่อป้องกันโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง (รวมถึงยาควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด) **ไม่น้อยกว่าร้อยละ ๕๐**

๙. การมียาที่จำเป็นและเทคโนโลยีขั้นพื้นฐาน สำหรับรักษา/บริการผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญในสถานบริการรัฐและเอกชน **ร้อยละ ๘๐**

หมายเหตุ: การจะดำเนินการให้ได้ตามเป้าหมาย ประเทศไทยจะต้องใช้ทรัพยากรอย่างมากทั้งเงินและกำลังคน

การป้องกันโรคความดันโลหิตสูง

จะต้องมีการดำเนินการตั้งแต่อายุยังน้อยโดยภาคส่วนต่าง ๆ จะต้องร่วมกันดำเนินการ ดังนี้

๑) จะต้องมีการจัดผังเมืองเพื่อให้มีทางเดินทางจักรยาน

๒) โรงเรียนจะต้องมีที่สำหรับออกกำลังกายและภายในโรงเรียนจะต้องไม่มีการขายอาหารประเภทน้ำหวาน ลูกอม หรือขนมที่มีรสหวาน

๓) คนขายอาหารจะต้องไม่ส่งเสริมหรือผลิตอาหารที่มีไขมันสูง น้ำตาลสูง หรือปริมาณเกลือสูง

๔) สื่อโทรทัศน์จะต้องไม่มีโฆษณาส่งเสริมการขายอาหารที่ไม่มีประโยชน์ทางสุขภาพ

๕) พ่อแม่ต้องดูแลรับผิดชอบในการสอนเด็กเกี่ยวกับการปฏิบัติตนและการใช้ชีวิตเพื่อป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในอนาคต

๖) สังคมจะต้องปกป้องเด็กเกี่ยวกับการมีข้อกำหนดไม่ให้เด็กซื้อบุหรี่หรือสุรา

การป้องกันและตรวจพบโรคความดันโลหิตสูงแต่เนิ่น ๆ ควรดำเนินงาน ดังนี้

๑) การสร้างความตระหนักรู้ โดยการจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์

๒) มีอาสาสมัครสาธารณสุขออกไปวัดความดันโลหิตให้กับประชาชนที่มีอายุมากกว่า ๓๐ ปีที่อาศัยอยู่ภายในชุมชน

๓) จัดการสัมมนาให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง

๔) ควรมีการออกข้อกำหนดหรือข้อบังคับเกี่ยวกับการวัดความดันโลหิตก่อนทำการต่อใบอนุญาตขับขี่รถยนต์ /รถจักรยานยนต์ หรือเมื่อมาทำการต่อบัตรประชาชน

เหตุผลที่ต้องมีคลินิกความดันโลหิตสูงตามโรงพยาบาล

๑) ความดันโลหิตสูงเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุดในเวชปฏิบัติ

๒) ความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุสำคัญที่สุดของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

๓) จัดให้มีระบบติดตามผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการรักษาอย่างสม่ำเสมอซึ่งเป็นเรื่องที่มีความจำเป็นและสำคัญมาก

๔) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มักจะมีโรคอย่างอื่นร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคอ้วน ไขมันในเลือดสูง ดังนั้น จึงต้องมีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนให้กับผู้ป่วย

๕) ผู้ป่วยหลายรายที่เป็นความดันโลหิตสูง จะมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นแล้ว เช่น หลอดเลือดแดงที่หัวใจตีบจนต้องใช้ balloon ขยายหลอดเลือดหรือใส่ขดลวด ไตเสื่อม อัมพฤกษ์ อัมพาต ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด และต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่องจากผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง หากเป็นไปได้ควรมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญดังกล่าวมาร่วมในคลินิกเพื่อการบูรณาการเป็น one-stop-service เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย

ปัญหาของโรคความดันโลหิตสูง

๑. ปัญหาจากตัวผู้ป่วยและญาติ โรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่มีอาการเป็นเหตุทำให้ผู้ป่วยละเลยการรักษา แม้ได้รับการรักษาก็มีปัญหาเรื่องต่อเนื่องและมีแนวโน้มที่จะหยุดการรักษา เพราะขาดความรู้และความเข้าใจถึงเหตุผลที่จำเป็นต้องรักษา

๒. ปัญหาที่เกิดจากบุคลากรทางการแพทย์ คือ ความละเลยของแพทย์เนื่องจากมีภารกิจล้นมือ มีเวลาให้ผู้ป่วยน้อยทำให้ไม่ทราบปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อความรวดเร็วแพทย์มักทำการรักษาโดยไม่ปรับยาในขณะที่ความดันโลหิตยังควบคุมไม่ถึงเป้า

ระดับความดันโลหิตเป้าหมาย จะแตกต่างกันตามสภาวะของผู้ป่วย ดังนี้

- ผู้ป่วยทั่วไปควรมีระดับความดันโลหิต **น้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท**
- ผู้ป่วยสูงอายุ (อายุระหว่าง ๖๐ – ๘๐ ปี) ควรมีระดับความดันโลหิต **น้อยกว่า ๑๔๐-๑๕๐/๙๐ มม.ปรอท**
- ผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า ๘๐ ปี ควรมีระดับความดันโลหิต **น้อยกว่า ๑๕๐/๙๐ มม.ปรอท**
- วัยหนุ่มสาว (ต่ำกว่า ๕๐ ปี) ควรมีระดับความดันโลหิต **น้อยกว่า ๑๓๐/๘๐ มม.ปรอท**
- ผู้ป่วยเบาหวาน ควรมีระดับความดันโลหิต **น้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท**
- ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังที่ไม่มีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ ควรมีระดับความดันโลหิต **น้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท** แต่หากมีโปรตีนรั่วในปัสสาวะ ควรมีระดับความดันโลหิต **น้อยกว่า ๑๓๐/๘๐ มม.ปรอท**
- ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาต เป็นโรคหลอดเลือดแดงที่หัวใจตีบ ควรมีระดับความดันโลหิต **น้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท**

๓. ปัญหาจากการละเลยการปรับพฤติกรรม ปัญหาที่สำคัญคือการรับประทานเค็ม ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญต่อการการเกิดโรคความดันโลหิตสูง และเป็นอุปสรรคต่อการควบคุมความดันโลหิตให้ถึงเป้า จากสถิติการรับประทานอาหารที่มีรสเค็มในแต่ละประเทศ พบว่าประเทศไทยรับประทานอาหารมีปริมาณเกลือ (โซเดียมคลอไรด์) โดยเฉลี่ย ๑๐.๘ กรัมต่อวัน ซึ่งตามเกณฑ์ควรรับประทานอาหารไม่เกิน ๖ กรัมต่อวัน

ข้อมูลจากศาสตราจารย์เกียรติคุณพีระ บูรณะกิจเจริญ อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล ในการเก็บข้อมูลวัดปริมาณโซเดียมคลอไรด์ในปัสสาวะของผู้ป่วยที่มารับการรักษา พบปริมาณของโซเดียมคลอไรด์ในปัสสาวะเฉลี่ยเท่ากับ ๘.๗ กรัม/วัน ทั้ง ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับคำแนะนำอย่างต่อเนื่อง และผู้ที่พบปริมาณโซเดียมคลอไรด์ในปัสสาวะมากกว่า ๖ กรัม/วัน มีมากถึงร้อยละ ๗๓.๔

๔. ปัญหาจากระบบสาธารณสุข ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่ซับซ้อนควรได้รับการดูแลจากโรงพยาบาลชุมชน มีผู้ป่วยจำนวนมากเดินทางเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลทุติยภูมิและโรงพยาบาลตติยภูมิโดยไม่จำเป็น ทำให้เกิดความแออัดและคุณภาพในการบริการลดลง

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว

- ในปี ค.ศ. ๑๙๕๐ ร้อยละ ๕ ของประชากรไทยมีอายุมากกว่า ๖๐ ปี และมีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับที่ ๗ ในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

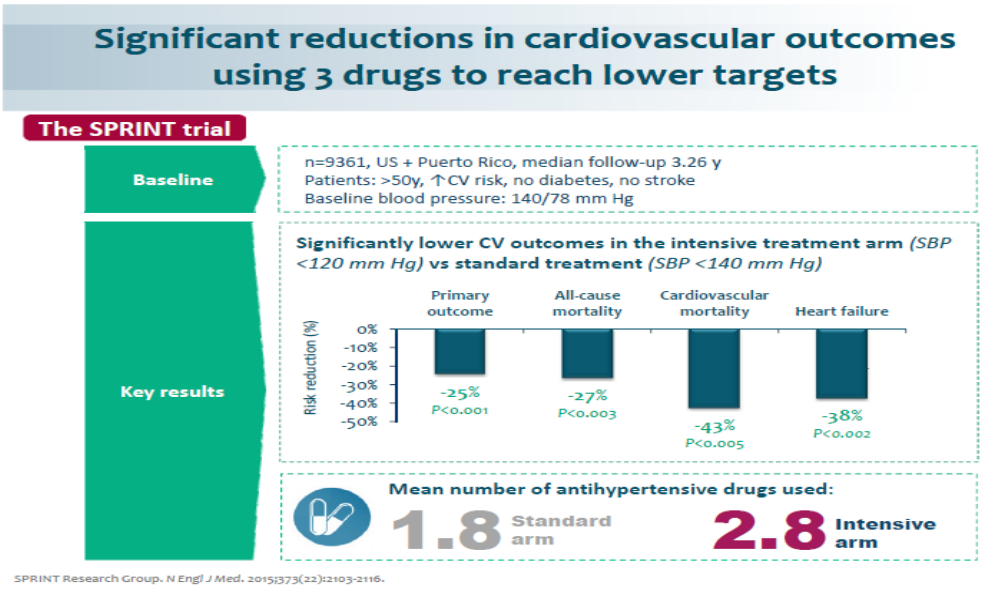
- ในปี ค.ศ. ๒๐๑๕ มีประชากรสูงอายุร้อยละ ๑๔ ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุมากเป็นอันดับที่สอง รองจากประเทศสิงค์โปร์ คาดว่าในปี ค.ศ. ๒๐๒๕ จะมีประชากรสูงอายุร้อยละ ๑๙.๘ และในปี ค.ศ. ๒๐๕๐ จะมีประชากรสูงอายุประมาณ ร้อยละ ๓๐

ดังที่กล่าวข้างต้น ผู้ป่วยสูงอายุมักจะมีความดันโลหิตตัวบนสูงอย่างเดียวซึ่งจะมี ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไตวาย ๒.๘ เท่า โรคหลอดเลือดสมอง ๒.๗ เท่า ภาวะหัวใจล้มเหลว ๑.๕ เท่า โรคหลอดเลือดส่วนปลาย ๑.๘ เท่า โรคกล้ามเนื้อหัวใจตาย ๑.๖ เท่า และโรคหลอดเลือดหัวใจอุดตัน/ตีบ ๑.๕ เท่า

ภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูงที่มักพบในผู้สูงอายุ ดังนี้

- โรคหลอดเลือดสมอง
- ความจำถดถอย
- ภาวะหัวใจโต
- หัวใจเต้นผิดจังหวะ หรือหัวใจสั่นพริ้ว (Atrial fibrillation)
- หลอดเลือดแดงใหญ่ที่ช่องท้องโป่งพอง
- ไตวายเรื้อรัง
- มีความผิดปกติทางสายตา
- คุณภาพชีวิตไม่ดี

จากการศึกษา The SPRINT trial ของประเทศสหรัฐอเมริกา ทำในประชากร ๙,๓๖๑ คน มีการติดตามผู้ป่วยประมาณ ๓ ปี เกณฑ์การรับเข้าศึกษาอาสาสมัครต้องมี อายุ ๕๐ ปีขึ้นไปและมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง และมีความดันโลหิตตัวบนระหว่าง ๑๓๐ – ๑๘๐ มม.ปรอท เกณฑ์การคัดออกคือ ผู้ที่มีโรคเลือดสมองและเบาหวาน ซึ่งประชากรที่ทำการศึกษามีความดันโลหิตเฉลี่ยโดยรวม ๑๔๐/๗๘ มม.ปรอท จะเห็นว่ากลุ่มประชากรศึกษามีความดันโลหิตสูงระดับอ่อนถึงปานกลางเป็นส่วนใหญ่ สมมติฐานการศึกษานี้ คือ ผู้ป่วยที่ลดความดันโลหิตตัวบนต่ำกว่า ๑๒๐ มม.ปรอท จะมีอัตราการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดต่ำกว่าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ลดความดันโลหิตตัวบนต่ำกว่า ๑๔๐ มม.ปรอท ดังที่ทำกันในปัจจุบัน ผลการศึกษาพบว่า Primary outcome (ซึ่งประกอบด้วย all myocardial infarction, non-myocardial infarction acute coronary syndrome, all stroke และ all heart failure) ลดลงร้อยละ ๒๕, All-cause mortality ลดลงร้อยละ ๒๗, Cardiovascular mortality ลดลงร้อยละ ๔๓ และ Heart failure ลดลงร้อยละ ๓๘ ในกลุ่มที่ลดระดับความดันโลหิตตัวบนลงต่ำกว่า ๑๔๐ มม.ปรอท รับประทานยาโดยเฉลี่ย ๑.๘ ตัว และกลุ่มที่ลดระดับความดันโลหิตตัวบนลงต่ำกว่า ๑๒๐ มม.ปรอท ต้องรับประทานยาโดยเฉลี่ย ๒.๘ ตัว ดังนั้น หากจะมีการปฏิบัติตามผลการศึกษานี้ จะต้องใช้ยาเพื่อการรักษาให้ถึงเป้าหมายเป็นจำนวนมาก



ข้อจำกัดที่สำคัญของการศึกษานี้ คือ

๑. การศึกษาดังกล่าวไม่ได้รวมผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคหลอดเลือดสมองร่วมด้วย ซึ่งภาวะทั้งสองมีความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดสูง

๒. การวัดความดันโลหิต กระทำในห้องสงบเงียบไม่มีแพทย์ พยาบาลอยู่ในห้องและเครื่องวัดความดันโลหิตที่ใช้เป็นชนิด automatic office blood pressure device ซึ่งสามารถตั้งให้วัดเองได้ การวัดลักษณะดังกล่าวจะตัดผู้ป่วยกลุ่มที่เป็น white coat hypertension ไม่ตรงกับสถานการณ์จริงที่พบในเวชปฏิบัติ

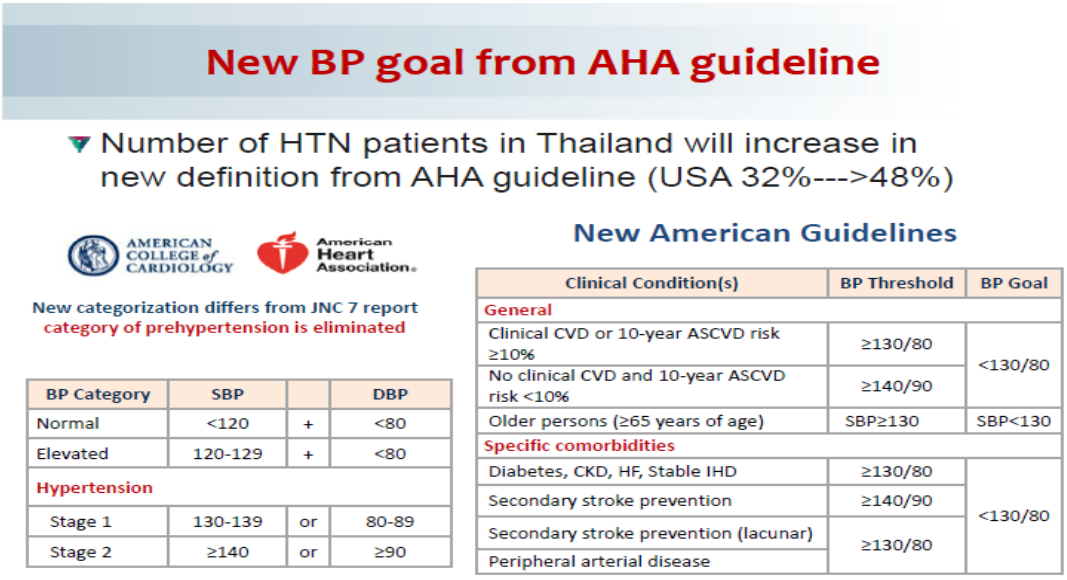
๓. เคยมีการศึกษาพบว่าการวัดความดันโลหิตโดยแพทย์ หรือ พยาบาล จะได้ค่าสูงกว่าการวัดโดยไม่มีบุคคลดังกล่าวอยู่ด้วย โดยเฉลี่ยประมาณ ๑๐ มม.ปรอท ดังนั้นการกำหนดระดับไว้ที่ ๑๒๐ มม.ปรอท น่าจะตรงกับการวัดความดันโลหิตในสำนักงานที่ระดับ ๑๓๐ มม.ปรอท

๔. ในอาสาสมัครที่ไม่เป็นโรคไตเรื้อรัง พบว่ากลุ่มที่ลดความดันโลหิตตัวบนต่ำกว่า ๑๒๐ มม.ปรอท จะพบอัตราผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพการทำงานของไตลดลง ร้อยละ ๓๐ มากกว่ากลุ่มที่ลดต่ำกว่า ๑๔๐ มม.ปรอท อย่างมีความสำคัญทางสถิติ

๕. ต้องเฝ้าระวังผู้ป่วยที่ลดระดับความดันโลหิตตัวบนต่ำกว่า ๑๒๐ มม.ปรอท มักจะต้องใช้ยาขับปัสสาวะทำให้พบอุบัติการณ์ของระดับโพแทสเซียมและโซเดียมต่ำในเลือดมากกว่า

๖. การศึกษาดังกล่าวไม่พบปรากฏการณ์ J-curve ซึ่งเกิดจากระดับความดันโลหิตลดลงต่ำเกินไป เป็นผลให้เกิดอุบัติการณ์ของโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเพิ่มขึ้นได้ ข้อขัดแย้งกับการศึกษาก่อนหน้านี้อีกประการหนึ่ง คือ อุบัติการณ์ของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองทั้ง ๒ กลุ่มไม่ต่างกันทั้ง ๆ ที่การศึกษาที่ทำมาก่อนพบว่าอุบัติการณ์ของหลอดเลือดสมองจะลดลงเมื่อความดันโลหิตต่ำลง

จากการศึกษาข้างต้น สหรัฐอเมริกาจึงกำหนดแนวทางเกี่ยวกับเกณฑ์ระดับความดันโลหิตใหม่ ในปี ค.ศ. 2017 (2017 ACC/AHA guideline) ซึ่งกำหนด



ระดับความดันโลหิตที่จัดว่าเป็นความดันโลหิตสูง คือ ตั้งแต่ ๑๓๐/๘๐ มม.ปรอทขึ้นไป และแบ่งความรุนแรงของความดันโลหิตสูงไว้ ๒ ระดับ กล่าวคือ ระดับ ๑ ระดับความดันโลหิต ๑๓๐-๑๓๙/๗๐-๘๙ มม.ปรอท ระดับ ๒ ระดับความดันโลหิตตั้งแต่ ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอทขึ้นไป ซึ่งหากมีการดำเนินการตามแนวทางดังกล่าว ประเทศไทยจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมาก ยกตัวอย่างในสหรัฐอเมริกาขณะนี้มีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ ๓๒ จะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๔๘ ทันที และเปลี่ยนความดันโลหิตเป้าหมายให้ต่ำกว่า ๑๓๐/๘๐ มม.ปรอททุกราย ดังนั้น คนที่เคยจัดว่าคุมความดันโลหิตได้แล้วจะกลายเป็นคนที่ยังคุมความดันโลหิตไม่ได้ ซึ่งต้องการการปรับยาลดความดันโลหิตเพิ่มขึ้น ขณะนี้ทางสมาคมความดันโลหิตสูง ฯ ได้ตั้งกลุ่มทบทวนวรรณกรรม วิเคราะห์ผลดี ผลเสีย เพื่อออกแนวทางการรักษาใหม่ว่าจะตามของสหรัฐอเมริกาหรือไม่

ประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๑. ในประเทศไทยมีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงประมาณ ๑๐ ล้านคน

๒. โซเดียมในรูปของเกลือแกง (โซเดียมคลอไรด์) เป็นส่วนสำคัญที่ทำให้เกิดโรคความดันโลหิต ทั้งนี้ โซเดียมในรูปแบบอื่น เช่น ผงชูรส (โมโนโซเดียมกลูตาเมต) ผงฟู (โซเดียมคาร์บอเนต) ยังไม่แน่ชัดว่าทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่

๓. ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจะต้องรับประทานยาลดความดันโลหิตไปตลอดชีวิต จะหยุดรับประทานได้ในกรณีที่ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมได้และรับประทานชนิดเดียวในขนาดไม่สูง ยาลดความดันโลหิตในปัจจุบันส่วนใหญ่มีฤทธิ์ข้างเคียงน้อย อย่างไรก็ตามขึ้นกับตัวผู้ป่วยแต่ละรายด้วย

๔. วิธีการที่จะทำให้ประชากรไทยลดปริมาณการรับประทานเกลือให้น้อยลง ซึ่งขณะนี้ได้มีการขอสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) โดย ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์สุรศักดิ์ กันตชูเวสศิริ แพทย์โรคไต โรงพยาบาลรามาธิบดี เพื่อใช้ในการรณรงค์

ให้ลดการรับประทานเกลือ ซึ่งดำเนินการมา ๒ ปีแล้ว พบว่า ประชากรที่สุ่มเข้ามาในกลุ่มศึกษามีการรับประทานเกลือในปริมาณลดลง

๕. การทำกิจกรรมการออกกำลังกายที่ทำให้เกิดผลดีต่อระดับความดันโลหิต ในประเทศไทยยังไม่เคยมีการศึกษาอย่างเป็นรูปธรรมเกี่ยวกับเรื่องนี้ แต่มีการใช้ผลการศึกษาในต่างประเทศ พบว่า การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอสามารถลดระดับความดันโลหิตลงได้เพียง ๖.๙ / ๔.๙ มม.ปรอท การปรับพฤติกรรมอื่น ๆ ก็ช่วยลดระดับความดันโลหิตได้เช่นเดียวกัน ดังนั้น ส่วนใหญ่จะต้องรับประทานยาลดความดันโลหิตอย่างต่อเนื่องควบคู่กับการปรับพฤติกรรม

๖. ปัจจุบันสมาคมความดันโลหิตสูงฯ ใช้เกณฑ์การวัดระดับความดันโลหิต ตั้งแต่ ๑๔๐/๙๐ มม.ปรอท ขึ้นไป ถือว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง

๗. ปัจจุบันในประเทศไทยยังไม่มีข้อกำหนดในการจำกัดการใช้เกลือในอาหารสำเร็จรูป

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

๑. ประเทศไทยควรมีมาตรการในการควบคุมการบริโภคเกลือหรืออาหารที่มีรสเค็มเพื่อให้คนไทยปราศจากโรคความดันโลหิตสูง

๒. ควรมีการสำรวจปริมาณเกลือที่คนไทยรับประทานในแต่ละวันว่ามีมากน้อยเพียงใด และหามาตรการในการลดการรับประทานเกลือให้น้อยลง

๓. ควรจัดให้มีการวัดความดันโลหิตให้แก่ประชาชนที่เข้ามาใช้บริการของรัฐ ทั้งนี้ให้เป็นไปตามความสมัครใจ

๔. เสนอให้มีการจัดเก็บภาษีตามปริมาณเกลือในอาหารสำเร็จรูป เหมือนการจัดภาษีตามปริมาณน้ำตาลที่กำลังดำเนินการอยู่

๕. ควรมีการรณรงค์หรือการสร้างความตระหนักรู้ให้กับประชาชน เพื่อให้ทราบถึงโทษของการรับประทานเกลือเกินปริมาณที่กำหนด

๖. ควรมีการจัดเวทีให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูงให้กับสมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เพื่อให้ได้รับความรู้ที่สามารถนำไปปฏิบัติตนเองให้ปราศจากโรคและมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง อีกทั้งยังทำให้สมาชิกสภานิติบัญญัติแห่งชาติได้รับทราบข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและโรคอื่น ๆ เพื่อนำมาใช้ในการกำหนดกฎหมายที่เกี่ยวข้องต่อไป

๗. ความอ้วนเป็นสาเหตุของโรคต่าง ๆ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง เป็นต้น ดังนั้น ควรมีการรณรงค์เกี่ยวกับการออกกำลังกายเพื่อให้สุขภาพร่างกายแข็งแรงและไม่เป็นโรคอ้วนเพื่อที่จะสามารถลดการเกิดโรคได้

๔.๑๐ ปัญหาโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ

องค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ. 2013 ได้กล่าวถึงประเด็นสำคัญของโรคในผู้สูงอายุคือ โรคไม่ติดต่อ (Non-Communicable Disease) โรคที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง ซึ่งการศึกษาในบทนี้จะนำเสนอในส่วนของปัญหาโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ดังนี้

โรคหลอดเลือดสมอง (Stroke)

คือ ภาวะที่สมองขาดเลือดไปเลี้ยงเนื่องจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน หรือหลอดเลือดแตก ส่งผลให้เนื้อเยื่อในสมองถูกทำลาย ดังนั้นจึงต้องหาวิธีที่จะทำให้สมองมีเลือดกลับมาเลี้ยงสมองให้เร็วที่สุด หากทำการรักษาช้า จะทำให้เซลล์สมองในส่วนต่าง ๆ ตาย และทำให้เกิดความพิการหรืออาจทำให้เกิดการเสียชีวิตได้

โรคหลอดเลือดสมองสามารถจำแนกได้ ๓ แบบ ดังนี้

๑. ภาวะที่สมองขาดเลือดชั่วคราว (Transient Ischemic Attack) ผู้ป่วยจะมีอาการสมองทำงานผิดปกติช่วงระยะเวลาหนึ่ง และกลับคืนมาเป็นปกติมักภายใน ๒๔ ชั่วโมงอาการชาที่ปาก แขน และขา หรือกล้ามเนื้อแขนขาอ่อนแรง ซึ่งเหล่านี้จะเป็นอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมอง

๒. โรคสมองขาดเลือดจากหลอดเลือดสมองตีบหรืออุดตัน (Ischemic Stroke) เกิดจาก ๒ กลไกคือ ๑) เกิดจากเส้นเลือดตีบ ทำให้เลือดไหลผ่านไม่ได้ ๒) เกิดจากลิ่มเลือดหลุดลอยมาตามกระแสเลือดแล้วมาอุดกั้นเส้นเลือดสมองอย่างเฉียบพลัน

๓. โรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) เกิดจากการมีเส้นเลือดแตกในสมอง โดยอาจเกิดจากการมีความดันโลหิตสูง หรืออาจเกิดจากเส้นเลือดสมองโป่งพองผิดปกติ

สถานการณ์ของโรคหลอดเลือดสมอง

- ในปี ค.ศ. 2010 ทั่วโลกมีประชากรที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๑๖.๙ ล้านคน และในทุกปีจะมีจำนวนประชากรที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นตามลำดับ เนื่องจากประชากร มีอายุยืนขึ้น
- ร้อยละ ๖๙ ของประชากรที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองจะอยู่ในประเทศที่มีรายได้น้อยและรายได้ปานกลาง
- ประเทศสหรัฐอเมริกา ในแต่ละปีจะมีผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นประมาณปีละ ๗๐๐,๐๐๐ คน และต้องสูญเสียเงินในการดูแลคนไข้โรคหลอดเลือดสมองเป็นจำนวนมาก

อัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองของประชากรโลก

- โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่สองของโลก
- ประมาณ ๑ ใน ๓ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองรายใหม่ มีโอกาสที่จะเสียชีวิต

โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของความพิการของประชากรโลก

- โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคอันดับที่ ๓ ที่ก่อให้เกิดความพิการ โดยวัดจากดัชนีวัดความสูญเสียทางสุขภาพ (DALY) ระหว่างปี ค.ศ. 1990 - 2010 จะมีความพิการที่เกิดจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นร้อยละ ๑๙

- องค์การอนามัยโลก ได้จัดทำดัชนีความสูญเสียด้านสุขภาพจากโรคหลอดเลือดสมอง โดยในปี ค.ศ. 1990 โรคนี้ทำให้มีผู้พิการจำนวน ๓๘ ล้านคน และในปี ค.ศ. 2020 จะมีผู้พิการเพิ่มขึ้น เป็นจำนวน ๖๑ ล้านคน

ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มอบหมายให้กรมการแพทย์ วางแผนในการแก้ไขปัญหาโรคหลอดเลือดสมอง โดยทำแผนการดูแลโรคหลอดเลือดสมองด้วยการผสมผสานการดำเนินงานตั้งแต่ก่อนเกิดโรคถึงการรักษา ตั้งแต่การให้ความรู้กับประชาชนเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ผลที่จะตามมาจากการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง และการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เป็นต้น และเมื่อมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หน่วยบริการจะต้องมีการเตรียมความพร้อมในการรักษาโรคหลอดเลือดสมอง ทั้งการฉีดยาละลายลิ่มเลือดและการรักษาอื่น ๆ หลังจากนั้นจะต้องมีการเตรียมสถานที่เพื่อการทำกายภาพบำบัด และติดตามการรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง เพราะหากดูแลผู้ป่วยไม่ต่อเนื่อง จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองกลับมาเป็นได้อีก และภายในระยะเวลา ๑ ปีหลังจากการรักษา จากสถิติพบว่า อัตรา ๑ ใน ๓ ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจะเกิดการเสียชีวิต

ข้อมูลการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ

Stroke death data from UC 2016

Date	Ischemic (IS)	Hemorrhagic (ICH)	IS +ICH
At discharge	2.29-8.89	13-40.68	5.04-18.09
30 days after stroke	8.56-13.31	28.51-4.28	14.71-27.32

Data from Universal Coverage include 1-13 regions

แนวทางในการรักษาโรคหลอดเลือดสมองจากสมองขาดเลือด

๑. การดำเนินการจัดตั้งหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) จะสามารถลดอัตราการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองได้ ซึ่งควรจะมีการตั้งหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ครอบคลุมทุกพื้นที่

๒. การฉีดยาละลายลิ่มเลือดให้กับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะต้องมีการฉีดให้กับผู้ป่วยหลังมีอาการไม่เกิน ๔.๕ ชั่วโมง เพราะหากทำการฉีดยาดังกล่าวช้ากว่านี้ จะได้ผลการรักษาที่ไม่ดี

๓. การให้ยาแอสไพริน (Aspirin) ในการรักษา โดยจะสามารถใช้ยานี้ได้ภายใน ๔๘ ชั่วโมงหลังจากการรักษา

๔. หากเกิดเส้นเลือดสมองตีบในส่วนของเส้นเลือดใหญ่ และทำให้เกิดสมองบวม ควรทำการรักษาโดยการผ่าตัดเปิดกะโหลกศีรษะภายใน ๔๘ ชั่วโมงหลังจากมีอาการ จะช่วยลดอัตราการตายได้

๕. การรักษาผ่านหลอดเลือด (Endovascular Treatment) โดยการสอดท่อเล็ก ๆ เข้าไปในเส้นเลือดที่แขนหรือขาและผ่านไปจนถึงหลอดเลือดในสมองซึ่งจะมีขดลวดหรือคลิปที่ใส่ไว้เพื่อป้องกันไม่ให้มีเลือดออกเพิ่ม แต่วิธีนี้ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูง

ข้อมูลจากวารสารทางการแพทย์ Lancet 2003 การดำเนินการจัดตั้ง Stroke unit จะช่วยลดอัตราการตายได้ ๙ เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับการรักษาใน Stroke unit สำหรับการรักษาด้วยการให้ยา Aspirin จะช่วยลดอัตราการตายได้ ๓ เท่าเมื่อเทียบคนที่ไม่ได้รับการรักษา และการรักษาด้วยยาละลายลิ่มเลือดจะช่วยลดอัตราการตายได้ ๑๐ เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ไม่ได้รับการรักษา รายละเอียดตามภาพ

Implement for avoiding death from stroke

Treatment	RRR%	Numbers avoiding death or dependency per 1000 Rx	% can be Rx	Indication
Stroke Unit	9	56	80%	Routine
ASA	3	13	80%	Routine for ischemic
IV rt-PA	10	63	5%	Very selective

Warlow CP. Lancet 2003 :362

การจัดตั้งหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก มีการดำเนินการ ๓ กลุ่ม ดังนี้

๑. หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบบครบวงจร (Comprehensive Stroke Center) มีการดำเนินการรักษาผู้ป่วยโดยมีเครื่องมืออุปกรณ์ในการรักษาอย่างครบถ้วน สามารถทำการรักษาได้โดยการใช้เครื่องมือและอุปกรณ์รวมทั้งการใช้ยาได้ทุกประเภท รวมทั้งเปิดทำการรักษาผู้ป่วยตลอด ๒๔ ชั่วโมง สำหรับประเทศไทยยังไม่มีการดำเนินงานในรูปแบบนี้

๒. หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระดับปฐมภูมิ (Primary Stroke Center) มีการดำเนินการรักษาโดยการฉีดยาละลายลิ่มเลือด ซึ่งปัจจุบันโรงพยาบาลในประเทศไทยมีการรักษาในลักษณะ

หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระดับปฐมภูมิถึงร้อยละ ๙๕ ในส่วนของสถานพยาบาลภายใต้กระทรวงสาธารณสุข ที่สามารถดำเนินการผ่าตัดลากลิ่มเลือดออกจากหลอดเลือดสมองได้มีเพียงแห่งเดียว คือ สถาบันประสาทวิทยา นอกจากนี้ยังมีโรงเรียนแพทย์ สังกัดกระทรวงศึกษาธิการ และโรงพยาบาลเอกชนที่สามารถดำเนินการได้ แต่จะติดปัญหาในเรื่องค่ารักษาพยาบาลที่ไม่สามารถเบิกจ่ายได้

๓. สถานพยาบาลที่มีความสามารถในการวินิจฉัยโรคหลอดเลือดสมอง (Acute Stroke Facility) ซึ่งสามารถทำได้เพียงการวินิจฉัยและทำการส่งต่อผู้ป่วยไปยัง หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระดับปฐมภูมิเพื่อทำการรักษาต่อไป

ข้อมูลจากการศึกษาของสถาบันประสาทวิทยา ที่ได้มีการศึกษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในการติดตามผู้ป่วย จำนวน ๒๐,๐๐๐ คนทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๔๖ – ๒๕๕๘ พบว่า จะมีผู้ป่วยใหม่ที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองประมาณ ๑๙๓,๒๐๐ คนต่อปี และมีอัตราการตายประมาณปีละ ๖๖,๔๐๐ คน

สาเหตุการตาย ๑๐ อันดับแรกในประเทศไทย ในปี ๒๕๕๖

10 leading causes of death in Thailand 2013

58,000

male	death('000)	% of Total death	death('000)	% of Total death	Female
1.Stroke	29	11.1	14.5	29	Stroke
2.Ischemic heart dis.	20	7.7	8.8	18	Ischemic heart dis
3. Car Accident	20	7.7	8.7	18	DM
4.Liver cancer	18	6.8	4.0	8.	Car Accident
5.COPD	15	5.7	3.8	8	UTI.&CKD
6.CA.lung	11	4.2	3.2	6	L.resp.track infection
7.AIDS	11	4.1	2.7	5	COPD
8DM	11	4.1	2.6	5	AIDS
9Cirrhosis	11	4.0	2.6	5	CA.lung
10.Lresp.track infection	7	2.7	2.5	5	Car Accident

ที่มา : นายแพทย์สมชาย โตวณะบุตร แพทย์ทรงคุณวุฒิทางอายุรกรรม สาขาประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา

สาเหตุการสูญเสียดัชนีชี้วัดด้านสุขภาพของไทย ๑๐ อันดับในปี ค.ศ. 2013

10 leading causes of DAIYs in Thailand 2013

male Disease	YLLs('000)	%	%	YLLS ('000)	Disease Female
1. Car Accident	454	11.1	10.8	277	Stroke
2. Stroke	340	8.8	8.4	215	DM
3. Liver cancer	268	6.9	7.0	178	Ischemic heart dis
4. Ischemic heart dis.	256	6.6	4.7	121	AIDS
5. AIDS	244	6.3	4,5	114	Car Accident
6. Cirrhosis	191	4.9	4.4	112	CA. Liver
7. CA.lung	142	3.7	3.3	85	UTI.&CKD
8 COPD	131	3.4	3.2	83	CA.Cervix
9 DM	130	3.3	3.0	77	CA.Breast
10.Trauma	95	2.4	2.7	69	CA. Lung

ที่มา : นายแพทย์สมชาย โตวณะบุตร แพทย์ทรงคุณวุฒิทางอายุรกรรม สาขาประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา

กระทรวงสาธารณสุขได้มีการแบ่งบริบทเขตบริการสาธารณสุขจำนวน ๑๓ เขต (รวมกรุงเทพมหานคร) แต่ละเขตจะประกอบด้วยประชากรใกล้เคียงกัน และประกอบด้วยโรงพยาบาลประมาณ ๕ – ๘ โรงพยาบาลต่อเขต มีจำนวนเตียงใกล้เคียงกัน โดยในแต่ละเขตกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีโรงพยาบาลระดับต่าง ๆ ให้โรงพยาบาลในแต่ละเขตช่วยเหลือรับผิดชอบปัญหาของแต่ละเขตได้ โดยมีความพยายามที่จะพัฒนาโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ให้เป็นศูนย์แห่งความเป็นเลิศ และให้มีการส่งต่อผู้ป่วยกันภายในเขตสุขภาพ และมีการส่งต่อผู้ป่วยไปนอกเขตสุขภาพให้น้อยที่สุด

ขั้นตอนการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง

- พ.ศ. ๒๕๔๒ กระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีนโยบายเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
- พ.ศ. ๒๕๔๙ สถาบันประสาทวิทยาได้มีการดำเนินการเกี่ยวการให้ยาละลายลิ่มเลือดให้กับผู้ป่วย
- พ.ศ. ๒๕๕๔ โรคหลอดเลือดสมองได้กำหนดไว้ในนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และอยู่ภายใต้โรคกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
- พ.ศ. ๒๕๖๑ สถาบันประสาทวิทยาได้มีการดำเนินการเป็นแม่ข่ายในการสร้างเครือข่าย ในการเชื่อมโยงข้อมูลไปยังโรงพยาบาลต่าง ๆ เกี่ยวกับการพัฒนาข้อมูลต่าง ๆ ปัจจุบันมีโรงพยาบาลที่เข้าร่วมเครือข่ายจำนวน ๑๖๐ โรงพยาบาล ดังนี้

PNI : Stroke Network Data Members

Years / Type of Hospital	2015	2016	2017	2018
Advance Hospital	32	32	33	34
Standard Hospital	27	36	42	47
Medium Hospital	11	14	21	26
Family Hospital	2	2	5	6
University Hospital	6	6	7	7
Medical Services department Hospital	2	6	6	6
Army Hospital	2	2	2	2
Private Hospital	19	21	29	31
Metropolitan Hospital	1	1	1	1
TOTAL Sites	102	120	146	160

Source: Prasat Neurological Institute , Neuroloical Information Center ,May 2018

การจัดเก็บข้อมูลที่เชื่อมโยงและเป็นแบบฟอร์มเดียวกันทั่วประเทศ นับได้ว่าเป็นประเทศเดียวในอาเซียนที่สามารถทำได้ ปัจจุบันการดำเนินการดังกล่าวได้ขยายไปสู่ภูมิภาคอาเซียน เพื่อให้มีการเชื่อมโยงข้อมูลซึ่งกันและกัน โดยเริ่มจากประเทศเมียนมาร์ ประเทศลาว และประเทศกัมพูชา

สถานการณ์ Stroke Service Plan ปี พ.ศ. ๒๕๕๖ – ๒๕๖๐

ข้อมูลสถานการณ์จำนวน Stroke Unit ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ จากจำนวนโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป ขนาด A (Advance-level Hospital) ทั้งหมดจำนวน ๓๓ โรงพยาบาล มีการตั้งหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแล้ว จำนวน ๓๒ โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ ๙๖ สำหรับโรงพยาบาล ขนาด S (Standard-level Hospital) จากจำนวนทั้งสิ้น ๔๘ โรงพยาบาล มีการตั้งหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแล้วจำนวน ๓๔ โรงพยาบาล คิดเป็นร้อยละ ๗๐

อัตราร้อยละของการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองในโรงพยาบาลเป็นรายปี ในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ มีอัตราการตายร้อยละ ๘.๔ ซึ่งจากตารางด้านล่างจะเห็นได้ว่า มีอัตราการตายลดลง เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. ๒๕๕๖ (ตั้งแต่เริ่มมีการตั้ง Stroke Unit)

สถานการณ์ Stroke Service Plan ปี 2556-2560

ขนาด รพ.	จำนวน	Stroke Unit จำนวน (ร้อยละ)				
		2556	2557	2558	2559	2560
A	33	19 (57.6)	22 (66.7)	23 (69.7)	26 (78.8)	29 (87.9)
S	48	6 (12.5)	16 (33.3)	21 (43.8)	24 (50.0)	28 (58.3)

ร้อยละการตายด้วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69) ใน รพ.รายปี				
2556	2557	2558	2559	2560
17.6	17.1	9.9	8.3	9.1

*ตรวจราชการรอบ 2 (ปี 2560)

ที่มา:-ศูนย์ข้อมูลฯโรคระบบประสาท สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์
-สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
-รายงานการตรวจราชการ ตก.2

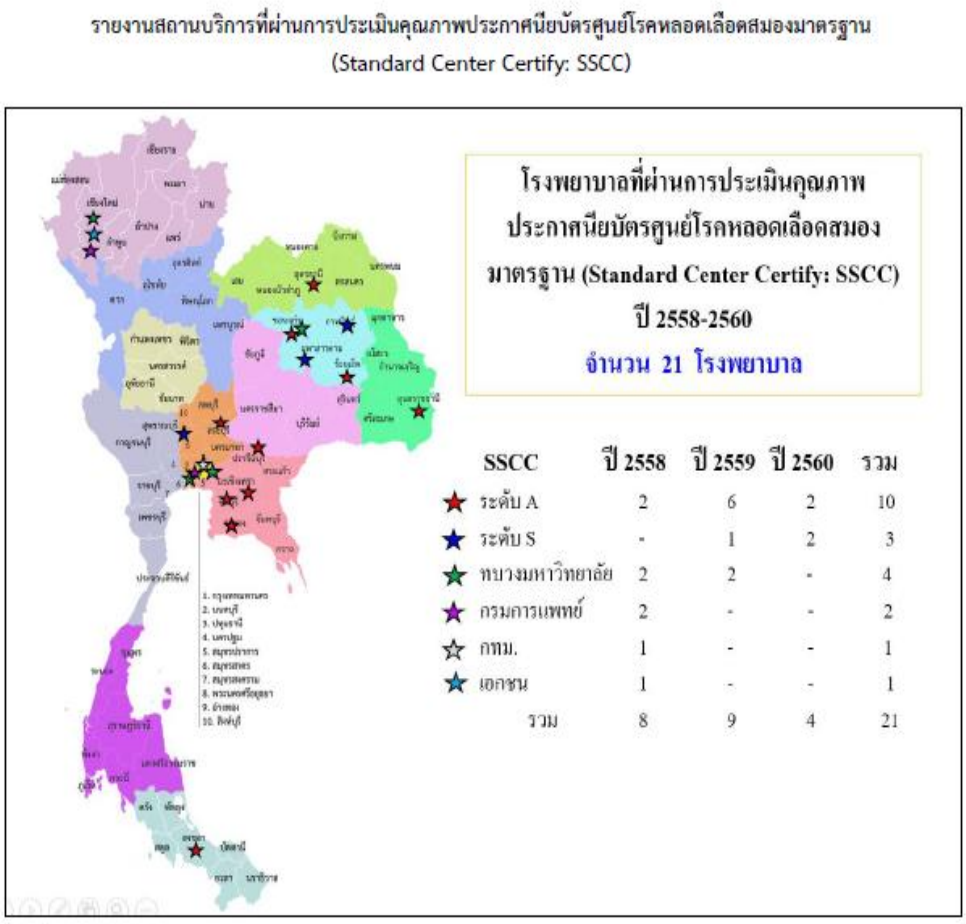
6 กย.2560

ศูนย์โรคหลอดเลือดสมองที่ได้มาตรฐานกระทรวงสาธารณสุข (Standard stroke center certification under Ministry of public health)

มีตั้งแต่ระดับ ๒ ดาวถึง ๕ ดาว ซึ่งประชาชนมีสิทธิที่จะเลือกสถานบริการได้ตามความพึงพอใจ

ที่มา : นายแพทย์สมชาย โตวณะบุตร แพทย์ทรงคุณวุฒิทางอายุรกรรม สาขาประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา

รายงานสถานบริการที่ผ่านการประเมินคุณภาพประกาศนียบัตรศูนย์โรคหลอดเลือดสมองมาตรฐาน (Standard Center Certify : SSCC)



ที่มา : นายแพทย์สมชาย โตวณะบุตร แพทย์ทรงคุณวุฒิทางอายุรกรรม สาขาประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา

ซึ่งในปี ๒๕๖๑ ได้มีการตรวจประเมินคุณภาพเพิ่มเติมอีกจำนวน ๙ โรงพยาบาล ซึ่งจะประกาศผลในเดือน มิถุนายน ๒๕๖๑ หากผ่านการประเมินทั้งหมดจะมีโรคพยาบาลที่ได้มาตรฐานทั้งหมด ๓๐ โรงพยาบาล

เป้าหมายของการดำเนินงานโรคหลอดเลือดสมอง

๑. ลดอัตราการตาย (Mortality)

๒. ลดการเกิดความพิการ (Disability)

๓. ลดภาวะแทรกซ้อน (Complications)

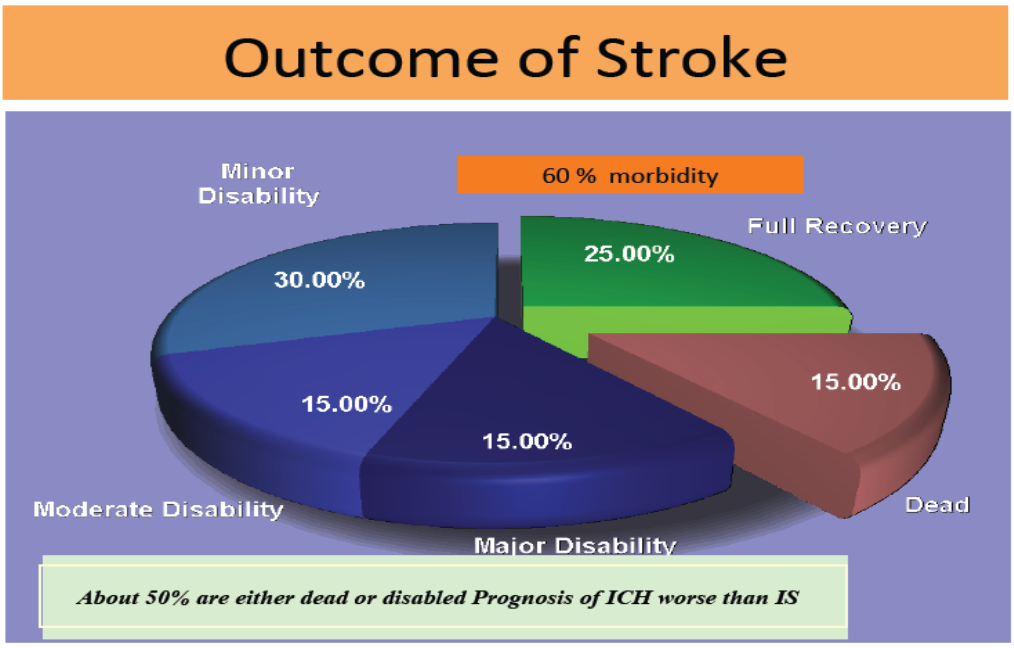
๔. ลดวันนอนโรงพยาบาล (Length of stay)

๕. ลดเงินที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วย (Healthcare Cost)

๖. คืนคนป่วยให้กลับเป็นปกติและกลับเข้าสู่สังคมได้มากที่สุด (Independence)

ผลการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองในประเทศไทย

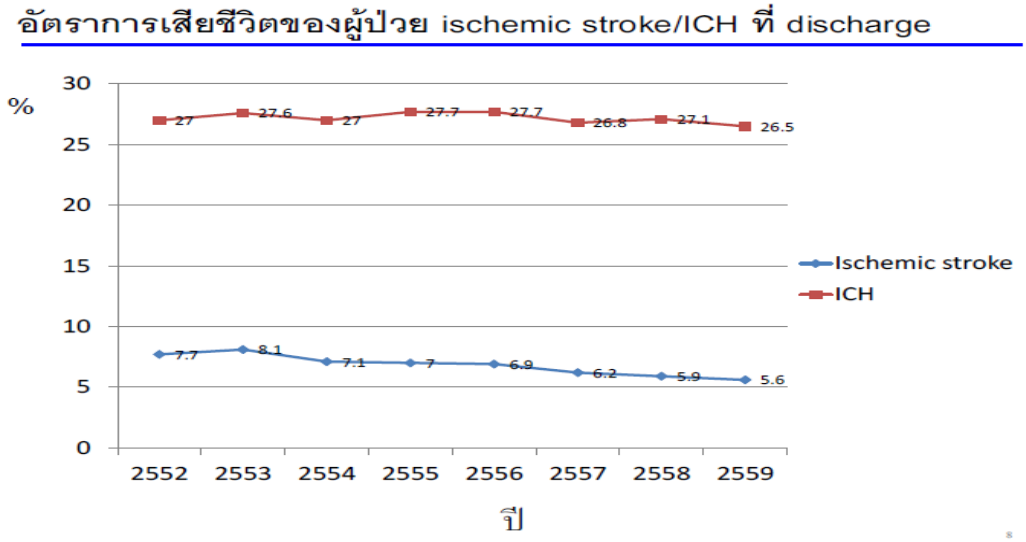
- ผู้ป่วยหายเป็นปกติ ร้อยละ ๒๕ ผู้ป่วยเสียชีวิตร้อยละ ๑๕ ที่เหลืออีกร้อยละ ๖๐ เกิดความพิการ ซึ่งในจำนวนผู้พิการนี้เป็นผู้ป่วยติดเตียง ร้อยละ ๑๕ เป็นผู้พิการในระยะปานกลาง ร้อยละ ๑๕ และเป็นผู้พิการเล็กน้อย ร้อยละ ๓๐



ที่มา : นายแพทย์สมชาย โตวณะบุตร แพทย์ทรงคุณวุฒิทางอายุรกรรม สาขาประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วย Ischemic stroke/ICH ที่ discharge

อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ถึง พ.ศ. ๒๕๕๙ จะลดลงจากร้อยละ ๗.๗ เหลือร้อยละ ๕.๖ ขณะที่อัตราการเสียชีวิตจากเส้นเลือดสมองแตก ตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๕๒ ถึง พ.ศ. ๒๕๕๙ จะไม่แตกต่างกัน คือ ร้อยละ ๒๖.๕ - ร้อยละ ๒๗.๐



ที่มา : นายแพทย์สมชาย โตวณะบุตร แพทย์ทรงคุณวุฒิทางอายุรกรรม สาขาประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา

ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รัยยา rt-pa หรือยาฉีดละลายลิ่มเลือดในประเทศไทย

ในปี พ.ศ. ๒๕๖๐ มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๒๑,๔๕๒ คน ได้รับยาจำนวน ๒,๔๐๔ คน คิดเป็นร้อยละ ๑๑.๒

Data of rt-PA in stroke network

year	IS	rt-PA		rt-PA with death		rt-Pa with bleed		Bleed with death	
		No.	%	No.	%	No.	%	No.	5
2017	21,452	2,404	11.2	116	4.8	110	4.6	21	0.9
2016	20,329	2,168	10.7	111	5.1	61	2.8	18	0.8
2015	19,332	1,875	9.7	112	6.0	51	2.7	14	0.7

Data source: stroke network of Prasat Neurological institute

โอกาสที่จะได้รับยาละลายลิ่มเลือด rt-pa

หากผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภายในเวลา ๔.๕ ชั่วโมง จะมีโอกาสที่จะได้รับยาละลายลิ่มเลือดเพียงร้อยละ ๒๒.๒๑

ข้อมูลโรคหลอดเลือดสมอง จากกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. ๒๕๕๗ – ๒๕๕๘

พบว่า ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ มีผู้ป่วยที่มารักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๑๕๘,๕๒๔ คน (มีผู้มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี จำนวน ๑๑๒,๔๔๘ คน คิดเป็นร้อยละ ๗๐.๙) มีอัตราการตายทั้งสิ้น ๓๒,๙๖๕ คน (มีผู้มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี ร้อยละ ๘๔.๔) และมีอัตราการตายโดยเฉลี่ย จำนวน ร้อยละ ๒๐.๗๙ สำหรับในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ มีผู้ป่วยที่มารักษาด้วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน ๓๙๖,๔๘๒ คน (มีผู้มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี จำนวน ๒๗๓,๒๙๕ คน คิดเป็นร้อยละ ๖๘.๙) มีอัตราการตายทั้งสิ้น ๔๔,๗๐๘ คน (มีผู้มีอายุมากกว่า ๖๐ ปี ร้อยละ ๘๔.๓) และมีอัตราการตายโดยเฉลี่ย จำนวน ร้อยละ ๑๑.๒๘

การลดอัตราการตายในปี พ.ศ. ๒๕๕๙

REDUCE DEATH IN YEAR 2016

YEAR	NO. PATIENTS	PERCENT DEATH	NO DEATH	SAVE LIFE NO.
2014	158,524	20.79 %	32,965	
2015	396,482	11.28%	44,708	11,743
2016	396,482	8.3%	36,490	8,218
GDP 5775.1USD*35*8,821 =1,765,533,000 BTH/years				
(200,128.5 BTH)				

TRADING ECONOMIC.COM/THAILAD/GDP –PER-CAPITA 2015

การลดอัตราความพิการ

ในปี พ.ศ. ๒๕๕๗ มีจำนวนวันที่ผู้ป่วยที่เข้าพักในโรงพยาบาลเนื่องจากโรคหลอดเลือดสมองโดยเฉลี่ยต่อครั้งประมาณ ๖.๓ วัน ซึ่งจากการรักษาพบว่า สามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถให้มีร่างกายกลับมาเป็นปกติ ร้อยละ ๔๐.๓ ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘ ร้อยละ ๔๐.๓ ปี และในพ.ศ. ๒๕๕๙ ร้อยละ ๔๒.๘ ทั้งนี้ หากมีการดูแลผู้ป่วยเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง และมีการดูแลอย่างใกล้ชิด จะสามารถทำให้ผู้ป่วยสามารถเป็นปกติได้มากขึ้น

ปัญหาและอุปสรรค์ในการดำเนินงาน

ปัญหาในการดำเนินงาน

๑. ผู้ป่วยมารับการรักษาทันภายใน ๔.๕ ชั่วโมงหลังมีอาการ ยังมีจำนวนไม่มากนัก

๒. การเข้าถึงบริการมาตรฐานล่าช้า

๓. การฉีดยาละลายลิ่มเลือดใช้เวลามากกว่า ๖๐ นาที (โดยเฉลี่ย ๗๐ นาที)

๔. จำนวนเตียงของหน่วยบริการไม่เพียงพอ

๕. ผู้ป่วยเส้นเลือดในสมองแตก ยังไม่ได้รับการรักษาใน Stroke Unit

๖. การส่งผู้ป่วยกลับบ้านโดยตรงไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูลมายังโรงพยาบาลชุมชน จึงอาจทำให้ผู้ป่วยเสียโอกาสในการเข้าถึงการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังผ่านพ้นระยะเฉียบพลัน

ข้อเสนอแนะ

๑. ประชาสัมพันธ์สร้างความตระหนักรู้ให้กับประชาชนถึงโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีการจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง

๒. สนับสนุนให้โรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไป ในแต่ละเขตให้จัดตั้ง Stroke Unit ให้ครบถ้วน และมีจำนวนเตียงให้เพียงพอ

๓. เพิ่มจำนวนบุคลากรในหน่วยบริการ Stroke Unit

๔. จัดทำข้อตกลงระหว่างโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปกับโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็กให้มีเครือข่าย Intermediate care ในโรงพยาบาลทั่วไปขนาดเล็ก

๕. ทำความเข้าใจกับพื้นที่ในการรายงานอัตราการตายของโรคหลอดเลือดสมองให้ถูกต้อง

ตัวชี้วัดคุณภาพในเขตสุขภาพของกระทรวงฯ

ตัวชี้วัดรายเขตสุขภาพ ปี 2560

เขตสุขภาพ	ตัวชี้วัดที่ 1 ร้อยละอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (I60-I69)	ตัวชี้วัดที่ 2 หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ในโรงพยาบาล ระดับ A	ตัวชี้วัดที่ 3 หออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) ในโรงพยาบาล ระดับ S
เขตสุขภาพที่ 1	8.73	2	3
เขตสุขภาพที่ 2	11.40	2	3
เขตสุขภาพที่ 3	11.30	1	1
เขตสุขภาพที่ 4	13.40	3	4
เขตสุขภาพที่ 5	9.81	2	2
เขตสุขภาพที่ 6	12.10	5	2
เขตสุขภาพที่ 7	4.73	2	2
เขตสุขภาพที่ 8	3.96	2	2
เขตสุขภาพที่ 9	10.90	3	1
เขตสุขภาพที่ 10	5.60	1	2
เขตสุขภาพที่ 11	9.87	3	1
เขตสุขภาพที่ 12	7.22	3	5
ภาพรวม	9.1	29 (87.9)	28 (58.3)

ที่มา : นายแพทย์สมชาย โตวณะบุตร แพทย์ทรงคุณวุฒิทางอายุรกรรม สาขาประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา

ประมาณจำนวนเตียง Stroke Unit ที่ขาด

เขตสุขภาพ	ปชก ทั้งหมด ปี 60	ผู้ป่วย Stroke อุบัติใหม่ 300 : แสน : ปี	X 3 วันนอน	ประมาณการณ์จำนวนเตียง Stroke Unit ที่ต้องการ	จำนวนเตียง Stroke Unit ที่มีอยู่จริง	จำนวนเตียง Stroke Unit ที่ขาด
เขตสุขภาพที่ 1	5,853,070	17,559	52,678	144	42	102
เขตสุขภาพที่ 2	3,540,738	10,622	31,867	87	40	47
เขตสุขภาพที่ 3	3,010,029	9,030	27,090	74	12	62
เขตสุขภาพที่ 4	5,249,433	15,748	47,245	129	72	57
เขตสุขภาพที่ 5	5,254,603	15,764	47,291	130	34	96
เขตสุขภาพที่ 6	5,930,498	17,791	53,374	146	65	81
เขตสุขภาพที่ 7	5,055,731	15,167	45,502	125	62	63
เขตสุขภาพที่ 8	5,523,120	16,569	49,708	136	60	76
เขตสุขภาพที่ 9	6,747,840	20,244	60,731	166	80	86
เขตสุขภาพที่ 10	4,591,394	13,774	41,323	113	24	89
เขตสุขภาพที่ 11	4,408,074	13,224	39,673	109	18	91
เขตสุขภาพที่ 12	4,887,388	14,662	43,986	121	44	77
รหัสพื้นที่ไม่ถูกต้อง	5,697,116	17,091	51,274	140	- -	140
รวม	65,749,034	197,247	591,741	1,621	553	1068

ที่มา : 1. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ, ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข, 23 พฤศจิกายน 2560
2. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารระบบประสาท, สถาบันประสาทวิทยา, 23 พฤศจิกายน 2560

14

การกระจายของแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ
สาขาประสาทวิทยา ประสาทศัลยศาสตร์ อายุรศาสตร์ จำแนกตามเขตสุขภาพปี 2558

เขตสุขภาพ	ประสาทวิทยา		ประสาทศัลยศาสตร์		อายุรศาสตร์		จำนวนประชากร
	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน	จำนวน	สัดส่วน	
ทั่วประเทศ	290	224,232	344	189,033	2,429	26,771	65,027,401
กรุงเทพมหานคร	148	38,169	114	49,552	715	7,901	5,648,978
เขตสุขภาพที่ 1	17	331,294	28	201,143	170	33,129	5,631,997
เขตสุขภาพที่ 2	10	344,886	16	215,554	94	36,690	3,448,864
เขตสุขภาพที่ 3	1	3,009,376	4	752,344	79	38,093	3,009,376
เขตสุขภาพที่ 4	14	372,101	27	192,941	276	18,875	5,209,415
เขตสุขภาพที่ 5	13	395,204	30	171,255	182	28,229	5,137,654
เขตสุขภาพที่ 6	23	254,551	38	154,071	252	23,233	5,854,681
เขตสุขภาพที่ 7	13	811,652	9	1,172,387	206	51,221	10,551,480
เขตสุขภาพที่ 8	4	1,375,958	10	550,383	106	51,923	5,503,830
เขตสุขภาพที่ 9	11	612,207	15	448,952	77	87,458	6,734,278
เขตสุขภาพที่ 10	8	571,958	10	457,567	79	57,920	4,575,665
เขตสุขภาพที่ 11	15	291,069	18	242,557	90	48,511	4,366,034
เขตสุขภาพที่ 12	13	373,768	25	194,359	103	47,175	4,858,979

ที่มา : รายงานข้อมูลทรัพยากรด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2558 สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

ที่มา : นายแพทย์สมชาย โตวณะบุตร แพทย์ทรงคุณวุฒิทางอายุรกรรม สาขาประสาทวิทยา สถาบันประสาทวิทยา

ประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๑. ข้อมูลมาตรฐานโลกเกี่ยวกับระยะเวลาในการฉีดยาละลายลิ่มเลือดแพทย์จะใช้ระยะเวลาไม่เกิน ๖๐ นาที ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยกำลังจะดำเนินการเพื่อให้ลดระยะเวลาจาก ๖๐ นาที เป็น ๔๕ นาที

๒. ประชากรกลุ่มที่ไม่ใช่ผู้สูงวัยสามารถเป็นโรคหลอดเลือดสมอง เนื่องจากปัจจัยที่ทำให้เป็นโรคหลอดเลือดสมองมีหลายปัจจัย ซึ่งอาจเกิดจากเส้นเลือดผิดปกติแต่กำเนิด โรคความดันโลหิตสูง โรคไขมันในโลหิตสูง ก็อาจทำให้ประชากรที่อายุน้อยเป็นโรคหลอดเลือดสมองได้

๓. วิธีการรณรงค์เพื่อให้ความรู้กับกลุ่มบุคคลที่ยังไม่ได้เป็นโรคหลอดเลือดสมองให้รู้จักวิธีปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยงโรคดังกล่าว โดยที่บุคคลที่มีพ่อแม่หรือสมาชิกในครอบครัวที่เป็นโรคความดันโลหิต โรคเบาหวาน และไขมันในโลหิตสูง จะต้องมีความตระหนักและใส่ใจในการตรวจสุขภาพตนเองตั้งแต่อายุยังน้อย และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดำเนินชีวิตเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

๔. สถาบันประสาทวิทยามีส่วนเกี่ยวข้องในการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคโดยการขอรับการสนับสนุนงบประมาณเพื่อจัดทำสื่อโฆษณาประชาสัมพันธ์ทางหน้าจอโทรทัศน์ แต่ด้วยงบประมาณที่จำกัดจึงทำให้โฆษณาทางโทรทัศน์ได้เพียงระยะสั้น ปัจจุบันทำได้เพียงประชาสัมพันธ์ทาง Facebook และทาง Line

๕. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีส่วนในการสนับสนุนงบประมาณในช่วงแรก คือ ในปี ๒๕๕๔ สำหรับในปัจจุบันได้มีส่วนช่วยเรื่องของข้อมูลผู้ป่วยและสนับสนุนกิจกรรมที่ให้ความรู้กับประชาชน

๖. ปัจจุบันสามารถผลิตอายุรแพทย์ระบบประสาท (Neurologist) ได้ปีละ ๓๐ – ๔๐ คน

๗. ปัจจุบันหน่วยบริการภาครัฐที่สามารถรักษาผ่านหลอดเลือดแบบ Endovascular ได้ คือ มีสถาบันประสาทวิทยา และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยทุกแห่งสามารถรักษาด้วยวิธีการนี้ได้

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการจัดตั้ง Intermediate care เพื่อเป็นหน่วยบริการในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังพ้นระยะเฉียบพลัน ที่ต้องการการดูแลและติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง

๒. โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่สำคัญ จึงควรมีการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชนทุกช่องทาง และควรมีการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง

๓. ควรมีการจัดซื้อรถพยาบาลเคลื่อนที่ในการรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีอุปกรณ์ในการรักษาอย่างครบครัน เพื่อใช้สามารถรักษาผู้ป่วยได้ทันเวลา

๔. ควรมีการพัฒนาบุคลากร อาทิ พยาบาล นักกายภาพบำบัด และบุคลากรที่เกี่ยวข้องเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานในหน่วย Stroke Unit ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

๔.๑๑ ปัญหาทางด้านจักษุวิทยาในผู้สูงอายุ

เรื่องจักษุมีความสัมพันธ์กันอย่างมากกับผู้สูงอายุ เพราะคนไข้โรคจักษุมากกว่า ร้อยละ ๘๐ เป็นคนไข้สูงอายุ ดังนั้น หากมีการพัฒนาเรื่องจักษุกับการดูแลผู้สูงอายุไปพร้อมกัน คาดว่าจะเป็นการ ส่งผลดีต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุในอนาคต ซึ่งองค์การอนามัยโรคได้มีการกำหนดนโยบายระดับโลกเกี่ยวกับการดำเนินงานภายในปี ค.ศ. 2020 ให้ทุกประเทศจะต้องมีจำนวนประชากรที่ตาบอด และสายตาพิการลดลง ซึ่งประเทศไทยก็เข้าร่วมนโยบายนี้ด้วย

ในส่วนของกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ได้มีการดำเนินงานในหลายส่วนที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ เช่น สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จะมีการพัฒนางานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุ สถาบันสิริธรเพื่อการฟื้นฟูแห่งชาติ จะดำเนินการเกี่ยวกับการฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุและผู้พิการ และโรงพยาบาลเมตตาประชารักษ์ (วัดไร่ขิง) จะมีการดำเนินงานในส่วนของแพทย์เฉพาะทางด้านจักษุวิทยา

ปัญหาสุขภาพตาในผู้สูงอายุ

๑. สายตาผู้สูงอายุ (Presbyopia)

บุคคลเมื่อมีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไปจะเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสรีระภายในตา โดยความยืดหยุ่นของเลนส์ตาจะลดลง กำลังของกล้ามเนื้อในการปรับโฟกัสของเลนส์มีประสิทธิภาพลดลง จึงจำเป็นจะต้องมีการใส่แว่นตามสภาพของสายตา

๒. กลุ่มอาการทางตาจากคอมพิวเตอร์ (Computer Vision Syndrome)

เกิดจากการใช้คอมพิวเตอร์ หรือใช้โทรศัพท์ Smartphone มากเกินความจำเป็น ส่งผลให้กล้ามเนื้อตาต้องทำหน้าที่ในการปรับโฟกัสเลนส์ตามากขึ้น ประกอบกับการมองภาพ ในจุดเดียวกันเป็นระยะเวลานาน ๆ ทำให้กล้ามเนื้อตาในส่วนที่ดึงตาตั้งทำงานมากขึ้นตามไปด้วย จึงทำให้เกิดการมองภาพไม่ชัด มองภาพเบลอ และเป็นผลทำให้ปวดศีรษะ ตาแห้ง มองภาพซ้อน ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อคอ เป็นต้น ทั้งนี้ หากมีความจำเป็นที่จะต้องใช้คอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์ Smartphone เป็นระยะเวลานาน ควรมีการหยุดพักการใช้สายตาประมาณ ๑๐ นาทีแล้วจึงกลับมาทำงานต่อ

๓. ตาแห้ง (Dry Eye)

เกิดจากผู้สูงอายุมีระบบการสร้างน้ำตาลดลง การสร้างเมือกบุผิวตาลดลง ต่อมไขมันในการสร้างน้ำมันบริเวณตาลดลง ประกอบกับสิ่งแวดล้อมฝุ่น ลม จึงทำให้เกิดอาการตาแห้ง ในผู้สูงอายุได้ และหากตาแห้งมาก ๆ จะทำให้เกิดการอักเสบของตาได้

๔. ต้อลม ต้อเนื้อ

เกิดจากการสัมผัสลม ฝุ่น ควัน ที่ผู้สูงอายุได้สัมผัสมาเป็นระยะเวลานาน จึงทำให้เยื่อบุตาเริ่มเสื่อมลง ทำให้เกิดเนื้อนูนลุกลามไปกระจกตา ทำให้บดบังตาดำ ทำให้มองภาพไม่ชัด จึงต้องรักษาโดยการลอกต้อเนื้อออก และต้องป้องกันโดยวิธีการใส่แว่นตาเมื่อต้องออกแดด หรือเมื่อออกจากบ้าน

๕. ต้อกระจก (Cataract)

เป็นโรคที่พบได้บ่อยในผู้สูงอายุ จะเกิดความขุ่นในลูกตาดำเริ่มจากมีความขุ่นน้อยไปจนถึงขุ่นมากจนต้อสุก และจะเกิดโรคแทรกซ้อนขึ้น เช่น ต้อหิน ดังนั้น จึงต้องมีการตรวจตา โดยใช้กล้องจุลทรรศน์เพื่อวินิจฉัยโรค ซึ่งจะทำการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดเปลี่ยนเลนส์ตา โดยมีวิธีการผ่าตัดแบบแผลใหญ่ (ค่าใช้จ่ายต่ำ แผลใหญ่) การผ่าตัดสลายต้อกระจกด้วยอัลตร้าซาวด์ (ค่าใช้จ่ายสูง แผลเล็ก คนไข้ฟื้นตัวได้เร็ว) การผ่าตัดใส่เลนส์แก้วตาเทียม และการเลเซอร์ (ค่าใช่จ่ายสูง)

๖. ต้อหิน (Glaucoma)

เป็นภัยเงียบ ที่ไม่มีอาการแต่ทำให้ตาบอด และพบมากในผู้สูงอายุ เกิดจากความดันภายในลูกตาสูงเกินกว่าขั้วประสาทตาจะรองรับได้ จึงทำให้เกิดความเสื่อมของขั้วประสาทตาและทำให้เกิดต้อหิน ซึ่งบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ ๔๐ ปีขึ้นไป ต้องเข้ารับการตรวจต้อหิน ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่มีโปรแกรมในการคัดกรองโรคต้อหินอย่างชัดเจน เนื่องจากมีบุคลากรและอุปกรณ์ที่ไม่เพียงพอ

การรักษา จะรักษาด้วยวิธีการ ดังนี้

- ให้ยารับประทาน
- ยาหยอดตาลดความดันตา ปัจจุบันได้มีการจัดยาที่จำเป็นในบัญชียาหลักเพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงยาที่สำคัญได้มากขึ้น
- เลเซอร์ เพื่อเจาะรูม่านตาเพื่อระบายน้ำสำรอง เพื่อไม่ให้เกิดความดันเฉียบพลัน
- การผ่าตัดระบายน้ำในตา
- การผ่าตัดใส่ลิ้นคุมความดัน

๗. จอประสาทตาเสื่อมในผู้สูงอายุ (Senile Macular Degeneration)

เป็นโรคที่พบได้มากขึ้นในผู้สูงอายุ จะมีการตรวจคัดกรองจอประสาทตาในผู้สูงอายุว่าเป็นลักษณะใด แบบแห้งหรือแบบเปียก หรือเป็นจอประสาทตาเสื่อมจากเบาหวาน ทำให้เส้นเลือดผิดปกติและมีเลือดออกที่จอประสาทตา

๘. การตรวจจอประสาทตาเสื่อมจากเบาหวาน (Diabetic Retinopathy)

วิธีการตรวจวินิจฉัย

- การตรวจจอประสาทตาโดยใช้เครื่องมือทางการแพทย์
- การตรวจถ่ายรูป
- ฉีดสีจอประสาทตา
- การตรวจจอประสาทตาด้วยเครื่อง Optical Coherent Tomography (OCT)

การรักษาโรคทางจอประสาทตา

- เลเซอร์ เพื่อทำลายประสาทตาในส่วนรอบ ๆ ที่ไม่สำคัญ เพื่อให้เลือดไปเลี้ยงเส้นเลือดที่สำคัญต่อจอประสาทตา
- เลเซอร์ เพื่อรักษาจอประสาทตาเสื่อมจากเบาหวาน
- การใช้ยาฉีดเพื่อรักษาจอประสาทตา เช่น ยา Avastin
- การผ่าตัดจอประสาทตา-น้ำวุ้นตา (Vitrectomy)
- การผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์ Robotic Eye Surgery

- การผ่าตัดฝังจอประสาทตาเทียม Retinal Implant (จะดำเนินการในอนาคต อยู่ระหว่างการดำเนินการ)

หากจอประสาทตาเสื่อมจนไม่สามารถใช้งานได้หรือไม่สามารถรักษาได้ จะมีการดำเนินงานโดยวิธีการฟื้นฟูโดยใช้เครื่องช่วยเหลือ ดังนี้

Low Visual Aids

ผู้สูงอายุจะต้องมีเครื่องช่วยขยายเพื่อให้มีการมองเห็นภาพที่ชัดเจนยิ่งขึ้น เช่น การอ่านหนังสือ การขับรถยนต์ การใช้ไม้เท้า เป็นต้น

สำหรับการโฆษณาเกี่ยวกับวิตามินเพื่อช่วยให้จอประสาทตาทำงานได้ดียิ่งขึ้น ยาเหล่านั้นยังไม่ได้รับการศึกษาวิจัย และยังไม่มีการรับรองว่าสามารถทำให้จอประสาทตามีอาการดีขึ้นได้

๙. กระจกตาขุ่น/เสื่อม (Corneal Blindness)

เป็นโรคที่เกิดจากพันธุกรรม หรือเกิดจากการมีบาดแผลและติดเชื้อที่ตา เช่น โดนใบไม้บาดจนทำให้เกิดบาดแผลที่ลูกตาดำและเป็นเชื้อรา และเกิดเป็นแผลเป็น และหากแผลเป็นอยู่ตรงกลางตาดำ จะทำให้บดบังการมองเห็น จึงจะต้องทำการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (ซึ่งต้องใช้กระจกตาที่ได้รับบริจาคเท่านั้น) ในอนาคตจะมีการศึกษาเกี่ยวกับการปลูกถ่ายเซลล์ต้นกำเนิด (Stem Cell) เพื่อนำมาใช้ในอนาคต

ปัญหาตาบอด สายตาพิการในประเทศไทย (Blindness and Low Vision in Thailand)

การสำรวจปีล่าสุด เมื่อปี ๒๕๕๑ ครั้งที่ ๔ และกำลังจะสำรวจครั้งที่ ๕ ในปี ๒๕๖๑ จากผลการสำรวจเมื่อปี ๒๕๕๑ มีผู้สายตาพิการ/ตาบอด ร้อยละ ๐.๕๙ ในจำนวนนี้มีสาเหตุมาจากต้อกระจก ร้อยละ ๕๑.๖ ของผู้ที่มีสายตาพิการ/ตาบอดทั้งหมดทุกกลุ่มอายุ หรือประมาณ ๙๘,๓๓๖ คน และกลุ่มคนเหล่านี้จะอาศัยอยู่ในชุมชน ทั้งนี้ จากเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก Vision 2020 Gold ประเทศไทยจะต้องลดจำนวนผู้มีสายตาพิการ/ตาบอด จากร้อยละ ๐.๕๙ ให้เหลือร้อยละ ๐.๕๐ ซึ่งจะมีการสำรวจข้อมูลดังกล่าวในปีนี้ (พ.ศ. ๒๕๖๑)

โรคตาบอด สายตาพิการที่พบในประเทศไทย ในปี ๒๕๕๑ ดังนี้

๑. โรคต้อกระจก ร้อยละ ๕๑

๒. โรคต้อหิน ร้อยละ ๙.๘

๓. โรคจอประสาทตาเสื่อม/เสื่อมจากเบาหวาน ร้อยละ ๖.๕ /ร้อยละ ๒.๕

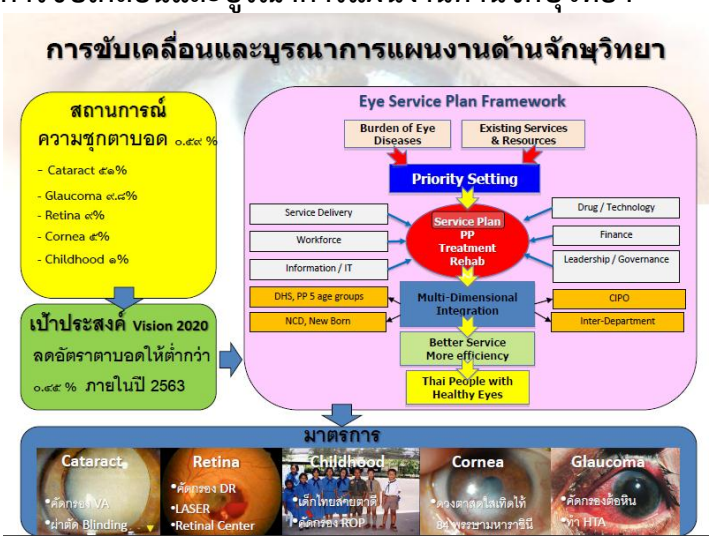
๔. โรคกระจกตาขุ่นร้อยละ ๕

๕. ตาบอดในเด็ก ร้อยละ ๑

คณะกรรมการพัฒนาการแพทย์และสาธารณสุขสาขาตา (Eye Service Plan)

มีการดำเนินงานมาเป็นระยะเวลา ๓ ปี โดยมีตัวแทนจากเขตสุขภาพ และราชวิทยาลัย มหาวิทยาลัย และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องร่วมเป็นคณะกรรมการ โดยร่วมกันกำหนดความสำคัญของปัญหาทางตาที่ต้องการแก้ไข โดยพิจารณาจากความรุนแรง การพบมากน้อย ความเกี่ยวข้องของชุมชน โอกาสในการแก้ไขปัญหา และได้ดำเนินการจัดลำดับโรคที่ต้องดำเนินการ ดังนี้ ๑. โรคต้อกระจก ๒. จอประสาทตาเสื่อม ๓. ตาบอดในเด็ก ๔. โรคต้อหิน ๕. กระจกตาเสื่อม

การขับเคลื่อนและบูรณาการแผนงานด้านจักษุวิทยา



จากการศึกษาและจัดลำดับความสำคัญของโรคทางตาที่ต้องแก้ไขปัญหา จนได้มาซึ่งมาตรการทั้ง ๕ ด้าน ดังนี้

๑. ต้อกระจก

- คัดกรองในผู้สูงอายุโดยมอบหมายให้อาสาสมัครสาธารณสุข เข้าไปคัดกรองผู้สูงอายุในชุมชน และมีระบบการส่งต่อเป็นลำดับขั้นตอนมากยิ่งขึ้น
- พัฒนาการผ่าตัดให้มีความรวดเร็ว และครอบคลุมพื้นที่ต่าง ๆ ยิ่งขึ้น

๒. จอประสาทตาเสื่อม/จอประสาทเสื่อมจากเบาหวาน

- การคัดกรองเบาหวานขึ้นตา
- การทำเลเซอร์
- จัดตั้งศูนย์จอประสาทตา

๓. ตาบอดในเด็ก

- เด็กไทยสายตาดี
- การคัดกรองเด็กที่คลอดก่อนกำหนด เพื่อนำมาตรวจสอบจอประสาทตา

๔ กระจกตาเสื่อม

- การรณรงค์รับบริจาคกระจกตา
- การพัฒนาศักยภาพในการผ่าตัด

๕. โรคต้อหิน

- คัดกรองต้อหิน (ต้องผ่านกระบวนการศึกษาความคุ้มค่าในการคัดกรอง)

การดำเนินการเพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงการบริการโรคต้อกระจก

๑. มีการคัดครองประชาชนในชุมชน

๒. มีการลงทะเบียนผู้ป่วยอย่างมีระบบ

๓. มีการให้ความรู้

๔. การผ่าตัดโดยเน้นกลุ่มผู้ที่มีปัญหามากเป็นลำดับแรก

๕. การดำเนินงานแบบทีมเคลื่อนที่

๖. มีการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

นอกจากนี้ ยังมีการดำเนินการโครงการต่าง ๆ เช่น โครงการผ่าตัดตาต้อกระจกเฉลิมพระเกียรติ โครงการสาธารณสุขรวมใจ มอบโลกสดใสเทิดไท้องค์ราชัน เป็นต้น

การดำเนินการโครงการเบาหวานขึ้นจอตา ได้มีการดำเนินการ ดังนี้

ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองเบาหวานขึ้นจอตา ร้อยละ ๖๐ ของผู้ป่วยหวานทั้งหมด และผู้ที่เป็นเบาหวานขึ้นจอตาในระยะรุนแรงต้องได้รับการรักษาภายใน ๓๐ วัน

การดำเนินการจัดตั้งศูนย์จอประสาทตาเสื่อมในส่วนภูมิภาค เพื่อรองรับการรักษาในผู้ที่จอประสาทตาเสื่อม เบาหวานขึ้นจอประสาทตา และเด็กที่คลอดก่อนกำหนด ซึ่งจะมีการพัฒนาศักยภาพในด้านบริการ

การกระจายตัวของจักษุแพทย์เฉพาะทางจอประสาทตา ปี พ.ศ. ๒๕๕๕ ปัจจุบันมีแพทย์ด้านจอประสาทตาทั้งหมดในประเทศไทย จำนวน ๑๒๓ คน ประจำอยู่ในกรุงเทพมหานคร จำนวน ๖๒ คน และอยู่ในต่างจังหวัด จำนวน ๖๑ คน

การเข้าถึงยาที่จำเป็นในบัญชียาหลักแห่งชาติ ได้ความพยายามที่จะบรรจุยาที่จำเป็นในการรักษาโรคทางตาทุกชนิดไว้ในบัญชียาหลัก เพื่อให้ประชาชนได้เข้าถึงยาได้มากยิ่งขึ้น

การผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตา (Corneal Transplant)

ได้มีการดำเนินการโครงการดวงตาสดใส เทิดไท้ ๘๔ พรรษา มหาราชินี โดยมีการผ่าตัดปีละประมาณ ๗๐๐ ตา และมีผู้ป่วยรอการผ่าตัดเปลี่ยนกระจก จำนวน ๑๒,๐๐๐ ราย ซึ่งที่ผ่านมาในปี พ.ศ. ๒๕๖๑ ได้ดำเนินการผ่าตัดไปแล้ว จำนวน ๑,๑๐๐ ดวงตา

- มีการรณรงค์รับบริจาคอวัยวะ โดยมีการประสานงานกับกรมขนส่งทางบกและกรมการปกครองในการขอรับบริจาคดวงตาเมื่อไปรับบริการจัดทำบัตรประชาชนหรือใบขับขี่

การผ่าตัดใส่ตาปลอม (Eye Prosthesis)

- โครงการตาปลอม ๙๙๙ ดวงตา ถวายเป็นพระราชกุศลรัชการที่ ๙ ได้คำนึงถึงจิตใจผู้ตาบอดที่ต้องการเข้าสังคม ได้รับการผ่าตัดเพื่อให้ดวงตามีความเท่ากันและผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมั่นใจยิ่งขึ้น

โครงการแก้ไขสายตาผิดปกติด้วยแว่นตา

- โครงการธนาคารแว่นตา/แว่นแก้ว
- โครงการเด็กไทยสายตาดี

ระบบบริการ-ระบบส่งต่อ

ได้มีความพยายามที่จะบูรณาการการบริการปฐมภูมิทางตา ไปสู่การบริการปฐมภูมิทางด้านสุขภาพ เช่น การอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในการคัดกรองประชาชนที่มีความเสี่ยงตาบอดจากต้อกระจก เพื่อให้ อสม. ได้ไปคัดกรองประชาชนในหมู่บ้านและผ่านไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และนำไปสู่ทีมจักษุแพทย์ต่อไป ซึ่งปัจจุบันกำลังมีการประสานเพื่อที่จะดำเนินการร่วมกับทีมหมอครอบครัว

การบูรณาการแนวคิดการดูแลผู้ป่วยตาที่สูงอายุ (Geriatric Concept in Tertiary Eye Care Service)

ปัญหาการมารับบริการของผู้ป่วยผู้สูงอายุที่มีโรคตา โดยผู้สูงอายุมักมีปัญหา ดังนี้

- ปัญหาการพลัดตกหกล้ม
- ปัญหาโรคร่วมทางกาย
- ปัญหาการมองเห็น/การได้ยิน
- ปัญหาทางสังคม
- ปัญหาด้านจิตใจ/สมอง

การจัดสภาพแวดล้อมในการให้บริการผู้สูงอายุ

หน่วยบริการจะต้องมีการจัดบริการรถเข็นผู้ป่วยให้เพียงพอสำหรับผู้สูงอายุ รวมทั้งบันได ทางขึ้นทางลาด มีการจัดทำสัญลักษณ์ที่พื้นเพื่อเตือนผู้สูงอายุเกี่ยวกับพื้นต่างระดับ จัดแสงสว่างให้เพียงพอ และห้องน้ำ ห้องสุขา และสิ่งอำนวยความสะดวกภายในห้องน้ำ รวมทั้งป้ายบอกทางให้กับผู้สูงอายุ

โครงการที่จะดำเนินการในระยะต่อไป

- โครงการรถตรวจตาเคลื่อนที่เพื่อผู้สูงอายุและผู้พิการ

ซึ่งจะมีการประสานงานในการติดต่อผู้ป่วยในแต่ละเส้นทางให้ได้ประมาณ ๑๐ - ๑๕ คน ต่อเส้นทาง เพื่อความคุ้มค่าในการเดินทาง คาดว่าจะเกิดประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุที่ติดบ้านติดเตียงและผู้พิการที่ไม่สามารถเดินทางมาตรวจที่โรงพยาบาลได้ โดยในปัจจุบันอยู่ระหว่างรอการจัดสรรงบประมาณเพื่อนำมาใช้ในการจัดซื้อรถเคลื่อนที่ดังกล่าว

ปัญหาการขาดแคลนทรัพยากร

ปัจจุบันได้มีความร่วมมือกับราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย ในการผลิตจักษุแพทย์และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความเพียงพอต่อการใช้งาน ซึ่งจากข้อมูลล่าสุด เมื่อเดือนมีนาคม ๒๕๖๑ พบว่า จำนวนจักษุแพทย์ที่ประจำในเขตสุขภาพทั้ง ๑๒ เขต มีจำนวนทั้งสิ้น ๔๐๔ คน พยาบาลเวชปฏิบัติทางตา จำนวน ๗๘๗ คน ซึ่งยังขาดจักษุแพทย์อีกจำนวน ๑๐๓ คน ขาดพยาบาล จำนวน ประมาณ ๗๐๐ คน

จากการขาดแคลนบุคลากรจึงได้มีแนวคิดในการนำเทคโนโลยีมาใช้แทน เช่น

- Tele – ophthalmology/AI คือ การนำโทรศัพท์มือถือมาเชื่อมต่อกับเลนส์เพื่อใช้ในการถ่ายรูปจอประสาทตา โดยนำบุคลากรที่ได้รับการอบรมมาดำเนินงาน ทั้งนี้ เพื่อประหยัดงบประมาณและจำนวนบุคลากรได้

- Robotic Slit Lamp for Tele-Medicine โดยมีความร่วมมือกับเนคเทค ในการจัดทำกล้องตรวจตาที่มีขนาดเล็กลงและมีประสิทธิภาพมากขึ้น สามารถนำไปกับรถเคลื่อนที่ได้เพื่อตรวจคนไข้ โดยที่แพทย์ไม่จำเป็นต้องเดินทางไปด้วยตนเอง ซึ่งคาดว่าสามารถนำมาปฏิบัติงานจริงได้ ในไม่ช้านี้

Robotic Slit Lamp for Tele-Medicine

การคุ้มครองผู้บริโภค

ในส่วนของคอนเทคเลนส์ อาหารเสริมสุขภาพเกี่ยวกับตา น้ำยาหยอดตาต่าง ๆ ที่มีการโฆษณาประชาสัมพันธ์ให้ผู้บริโภคได้ซื้อมาใช้ ซึ่งในส่วนนี้มีความเห็นว่า กฎหมายเกี่ยวกับการกำหนดโทษยังมีน้อยเกินไป ซึ่งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการเข้มงวดในกรณีนี้ให้มากยิ่งขึ้น

ประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๑. ฝุ่นละอองกับผลกระทบกับโรคทางด้านสายตาและการมองเห็น โดยในปัจจุบันฝุ่นละอองที่เกิดขึ้นในอากาศในประเทศไทยจะไม่มีผลต่อสายตาและการมองเห็นในระยะสั้น แต่จะมีผลต่อดวงตาในระยะยาว (ประมาณ ๑๐ ปี) แต่หากมีการสัมผัสสารเคมีโดยตรงจะส่งผลกระทบต่อสายตาในทันที

๒. อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่ปฏิบัติหน้าที่ในการตรวจคัดกรองด้านสายตาให้กับประชาชนในหมู่บ้านอยู่ภายใต้การกำกับดูแลของกระทรวงสาธารณสุขในรูปแบบอาสาสมัคร แต่ได้รับค่าตอบแทนในจำนวนที่น้อย และปัจจุบันจำนวน อสม. มีจำนวนลดลง เนื่องจากการได้รับค่าตอบแทนที่น้อย โดยการดำเนินงานที่ผ่านมา อสม. สามารถช่วยในการคัดกรองต้อกระจกได้ แต่หากจะมาช่วยในการดำเนินการคัดกรองต้อหินจะต้องมีการอบรมให้กับ อสม. เหล่านั้นก่อน จึงจะสามารถดำเนินการตรวจคัดกรองต้อหินได้

๓. ปัจจุบันกรมการแพทย์แผนไทยได้จัดทำคู่มือการตรวจสุขภาพตามกลุ่มวัย ซึ่งจะมีรายการการตรวจคัดกรองโรคตามกลุ่มอายุ ควรตรวจสุขภาพในส่วนใดบ้าง ทั้งนี้ ไม่ได้เน้นเฉพาะโรคทางตาเพียงอย่างเดียว ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้กับประชาชนในกรณีนี้

๔. โรงพยาบาลขนาดใหญ่หรือโรงพยาบาลศูนย์ (ระดับ A) ส่วนใหญ่จะมีอุปกรณ์ผ่าตัด และมีเครื่องเลเซอร์ที่ค่อนข้างพร้อมสำหรับการผ่าตัดให้กับประชาชน โดยจักษุแพทย์ทั่วไปสามารถใช้เครื่องทำเลเซอร์ได้ แต่สำหรับการผ่าตัดจำเป็นต้องใช้แพทย์จอประสาทตาโดยตรงเท่านั้น ดังนั้น ศูนย์จอประสาทตาที่จะจัดตั้งในทุกเขตสุขภาพจึงจำเป็นต้องมีแพทย์จอประสาทตาปฏิบัติประจำในทุกเขตสุขภาพ

๕. แนวทางการดำเนินการจัดสรรจำนวนจักษุแพทย์ และแพทย์จอประสาทตาให้ประจำในเขตสุขภาพ ซึ่งเขตสุขภาพมีจำนวน ๑๒ เขต และกรุงเทพมหานครอีก ๑ เขต รวมเป็น ๑๓ เขตสุขภาพ ซึ่ง ๑๒

เขตสุขภาพ ได้มีการกำหนดจำนวนแพทย์จอประสาทตาไว้เขตละประมาณ ๒ – ๓ คน โดยมีการจัดทำระบบส่งต่อผู้ป่วยที่จะได้รับการตัดจอประสาทตาระหว่างเขตสุขภาพกับเขตสุขภาพใกล้เคียง

๖. การผลิตจักษุแพทย์ ราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทย สามารถผลิตจักษุแพทย์ได้ปีละประมาณ ๗๐ คน ในปัจจุบันมีจำนวนจักษุแพทย์ที่ยังสามารถปฏิบัติงานได้ประมาณ ๑,๔๐๐ คน ซึ่งเป็นจำนวนที่ไม่เพียงพอ โดยข้อเท็จจริงจำนวนจักษุแพทย์ที่เหมาะสมควรมีจำนวน ๑:๑๐๐,๐๐๐ ประชากร ทั้งนี้ การกระจายตัวของจักษุแพทย์มีความไม่สมดุลกับการดำเนินงานในพื้นที่ เนื่องจากครึ่งหนึ่งของจำนวนจักษุแพทย์ประจำอยู่จังหวัดกรุงเทพมหานคร อีกครึ่งหนึ่งประจำอยู่ส่วนภูมิภาค ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการแก้ไขปัญหาในกรณีนี้อย่างเร่งด่วน

๖. ทัศนมาตร หมายถึง สาขาวิชาชีพ เป็นหนึ่งในวิชาชีพการประกอบโรคศิลปะที่เกี่ยวข้องกับตาและโครงสร้างที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนสายตา ระบบการเห็น และการประมวลผลของระบบการเห็นในมนุษย์ ผู้ประกอบโรคศิลปะโดยอาศัยทัศนมาตรศาสตร์ (Optometrist) ได้รับการฝึกฝนเฉพาะทางเพื่อสั่งจ่ายและประกอบเลนส์ชนิดต่าง ๆ เพื่อปรับปรุงสภาพการเห็น ปัจจุบันมีสถาบันที่ทำการสอนสาขาวิชาชีพนี้ ได้แก่ มหาวิทยาลัยรังสิต มหาวิทยาลัยรามคำแหง มหาวิทยาลัยนเรศวรที่เปิดทำการสอน ซึ่งต่อไปทัศนมาตรจะมีบทบาทในด้านจักษุเป็นอย่างมาก

๗. บทบาทหน้าที่ของทัศนมาตร ในเรื่องการตรวจวัดสายตาและการดำเนินการเกี่ยวกับคอนเทคเลนส์ สำหรับการดำเนินการในร้านแว่นของทัศนมาตรคาดว่า จะมีการบังคับใช้ให้มีการปฏิบัติการในร้านแว่นในอนาคต แต่เนื่องจากในปัจจุบันยังมีจำนวนทัศนมาตรที่ไม่เพียงพอ จึงยังไม่มีการบังคับใช้ในส่วนนี้ ซึ่งหากมีการกำหนดบทบาทหน้าที่อย่างเหมาะสม คาดว่าจะสามารถช่วยในการปฏิบัติงานด้านจักษุได้เป็นอย่างมาก แต่ในปัจจุบันยังไม่มีการกำหนดตำแหน่งทัศนมาตรในตำแหน่งข้าราชการ แต่มีการกำหนดไว้ในตำแหน่งพนักงานราชการ ซึ่งที่ผ่านมามีผู้เข้ามาสมัครในตำแหน่งพนักงานราชการ แต่ก็ปฏิบัติงานได้ไม่นาน ก็ลาออกไปปฏิบัติงานที่หน่วยงานอื่นที่มีสวัสดิการที่ดีกว่า

๘. จักษุแพทย์ในประเทศไทย ในปัจจุบันมีประมาณ ๑,๔๐๐ คน ประจำอยู่ที่ส่วนภูมิภาคประมาณ ๕๐๐ คน ส่วนที่เหลือประจำอยู่ในกรุงเทพมหานคร สำหรับแพทย์เฉพาะทางด้านจักษุมีการดำเนินการด้านต่าง ๆ กล่าวคือ แพทย์ด้านจอประสาทตา แพทย์ด้านต้อหิน แพทย์ด้านกระจกตา แพทย์ด้านพลาสติกทางตา แพทย์ด้านเด็ก/ตาแข ด้านการอักเสบในตา

๙. แนวทางการแก้ไขปัญหาด้านการขาดแคลนบุคลากรด้านจักษุ ได้มีการหารือร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและราชวิทยาลัยจักษุแพทย์แห่งประเทศไทยว่า จะมีการจัดสรรกรอบอัตรากำลังให้มีจำนวนเพิ่มขึ้น ซึ่งปัจจุบันยังขาดบุคลากรประมาณ ๑๐๐ อัตรา โดยในปีงบประมาณนี้จะได้รับการจัดสรรบุคลากรจำนวน ๕๐ อัตรา คาดว่าจะใช้เวลา ๒ ปี จึงจะมีบุคลากรด้านจักษุที่เพียงพอ

๑๐. ปัญหาและอุปสรรคเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านจักษุ ได้แก่ ปัญหาด้านการจัดสรรบุคลากรและการคาดแคลนอุปกรณ์เครื่องมือในการดำเนินงาน ดังนั้น หากผู้มีอำนาจได้มีการจัดสรรจำนวนบุคลากรขอให้มีการจัดสรรอุปกรณ์ในการดำเนินงานควบคู่ไปด้วย

๑๑. วิธีการป้องกันตนเองเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพตาที่ดี ควรมีการคัดกรองสายตาตามช่วงวัย เริ่มตั้งแต่ช่วงวัยเด็กควรมีการคัดกรองในเรื่องตาเหล่ ตาเข และเมื่อเข้าสู่วัยทำงานจะต้องมีการคัดกรองและมีการป้องกันโรคเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ เช่น การใส่แว่นในการตัดแสง ใส่แว่นในการป้องกันอันตรายทางด้านสายตาในการประกอบอาชีพต่าง ๆ เช่น ป้องกันสารเคมี ป้องกันฝุ่นละออง เป็นต้น และเมื่อมีอายุ ๔๐ ปี ควรเข้าสู่การคัดกรองโรคทางตา เช่น โรคต้อหิน การมีสายตายาว เป็นต้น จากนั้นควรมีการตรวจประจำทุก ๓ – ๕ ปี ควรตรวจ ๑ ครั้ง ลำดับต่อไปควรมีการตรวจในช่วงอายุ ๖๐ ปี เพื่อทำการตรวจตาอย่างละเอียด ทั้งนี้ การใส่แว่นยังเป็นปัจจัยสำคัญในการปกป้องสายตา เช่น การใส่แว่นสายตา ใส่แว่นกันแดด จะสามารถปกป้องได้ส่วนหนึ่ง

๑๒. การมีหนังตาตกสามารถทำให้เกิดปัญหาทางด้านสายตาได้ ดังนั้น เมื่อมีหนังตาตกสามารถทำให้เกิดปัญหาให้การมองเห็นได้ วิสัยทัศน์ในการมองจะไม่ชัดเจน วิธีการแก้ไขสามารถดำเนินการได้โดยการผ่าตัดเก็บหนังตา หรือมีการแก้ไขในส่วนของกล้ามเนื้อตา เพื่อทำให้การมองเห็นได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

๑๔. การจัดตั้งคณะกรรมการนโยบายสุขภาพแห่งชาติ (National Health Policy Board) จะดูแลในระดับนโยบายในระดับชาติให้กับประชาชน ในเรื่องการจัดระบบบริการ และการกำกับดูแลในเรื่องสุขภาพของประชาชน ละลดข้อโต้แย้ง ในเรื่องของอำนาจของผู้ให้บริการและผู้รับบริการ สำหรับการเสนอให้โรคทางตาเป็นวาระแห่งชาติ ได้มีการดำเนินการผ่านสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.) ในการดำเนินงาน เพื่อระดมความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในการบูรณาการแล้ว

๑๕. จักษุแพทย์โดยทั่วไปจะไม่สามารถดำเนินการผ่าตัดเปลี่ยนกระจกได้ทุกคน เนื่องจากจักษุแพทย์บางรายอาจจะมีความถนัดในการผ่าตัดบางส่วน เช่น ตาซ้าย ตาขวา แต่ปัจจุบันได้มีแก้ไขปัญหานี้โดยการจัดการฝึกอบรมคอร์ดเพิ่มเติมเพื่อให้จักษุแพทย์ทั่วไปสามารถผ่าตัดได้อย่างครอบคลุม

ข้อเสนอแนะข้อเสนอแนะ

๑. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรหาวิธีที่จะผลิตจำนวนจักษุแพทย์ให้ได้มากที่สุด เพื่อให้เพียงพอต่อการปฏิบัติงานในอนาคต

๒. การจ้างพรีเซ็นเตอร์ในการรีวิวผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเกี่ยวกับบำรุงสายตา ควรมีการทำความเข้าใจกับผู้รับจ้าง โดยเฉพาะผู้มีชื่อเสียงในสังคมเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ โดยเฉพาะเรื่องโรคทางตา เพื่อไม่ให้ตกเป็นเครื่องมือของเจ้าของผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ ในการเป็นพรีเซ็นเตอร์สินค้าต่าง ๆ ที่ไม่มีผล ในทางการรักษา

๓. ควรมีการรณรงค์อย่างจริงจังเกี่ยวกับการให้ควรสำคัญกับการบริจาคดวงตาให้กับผู้ที่พิการทางด้านสายตา และให้ความรู้ความเข้าใจกับญาติผู้เสียชีวิตที่ได้ลงทะเบียนบริจาคร่างกายไว้ เพราะเป็นเรื่องที่เกี่ยวกับความรู้สึกของบุคคล

๔. ควรสนับสนุนในเรื่องผู้สูงอายุเป็นวาระแห่งชาติ เนื่องจากการดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องผู้สูงอายุมีความเกี่ยวเนื่องกับการแก้ไขปัญหาโรคต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้สูงอายุได้อย่างครอบคลุม

๕. ควรผลักดันภาวะตาบอด-สายตาพิการให้เป็นวาระแห่งชาติ โดยผ่านไปยังสำนักงานสุขภาพแห่งชาติ

๔.๑๒ ปัญหาเกี่ยวกับโรคทางนรีเวชในผู้สูงอายุ

อายุเฉลี่ยของประชากรไทย โดยเพศหญิงมีอายุเฉลี่ย ๗๘ ปี เพศชายมีอายุเฉลี่ย ๗๒ ปี ขณะที่อัตราการเกิดของประชากรไทยเฉลี่ย ๑.๔๑ คนต่อหญิง ๑ คน สำหรับผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน ๖๐ ปี มีจำนวนร้อยละ ๑๖.๗ ซึ่งในปัจจุบันราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ แห่งประเทศไทย มีหน้าที่ดูแลผู้หญิงที่มีอายุ ๕๐ ปีขึ้นไป จำนวน ๘.๒ ล้านคน

ปัจจุบันปัญหาทางนรีเวชเป็นปัญหาที่สำคัญสำหรับผู้สูงอายุหญิง สืบเนื่องมาจากจำนวนผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น และผู้สูงอายุมีอายุยืนขึ้น ซึ่งปัญหาที่พบทางนรีเวชส่วนใหญ่ ได้แก่ ปัญหาการหย่อนตัวของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานและปัญหาปัสสาวะเล็ดในสตรี ซึ่งประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการเกิดโรคนี้ มีเพียงการสำรวจข้อมูลที่เป็นการเจาะจงเฉพาะพื้นที่ โดยที่ผ่านมาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยได้ทำการเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก พบว่า ร้อยละ ๓๐ มีปัญหากระเพาะปัสสาวะหย่อน ร้อยละ ๑๔.๔ มีปัญหามดลูกหย่อน ซึ่งการหย่อนจะมีความสัมพันธ์กับอายุที่เพิ่มขึ้น กล่าวได้ว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยภาวะการหย่อนของอวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานประมาณร้อยละ ๓๐ แต่พบว่า มีเพียงร้อยละ ๒๐ จากจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดมีความต้องการการรักษา

หน่วยงานที่มีหน้าที่ดูแลโรคทางนรีเวช

๑. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

๒. โรงพยาบาลชุมชน

๓. โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป

๔. โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย

๕. ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์ แห่งประเทศไทย (ศูนย์กลางในการประสานงานและการอบรมแพทย์เฉพาะทางด้านนี้)

ระบบการศึกษาและการอบรมด้านสูตินรีแพทย์

- หลักสูตร ๓ ปี สำหรับแพทย์ประจำบ้านสูตินรีแพทย์ เมื่อจบการศึกษาสามารถเข้าปฏิบัติงานในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลชุมชนที่มีขนาดใหญ่

- หลักสูตร ๓ ปี สำหรับแพทย์ประจำบ้านต่อยอด เช่น ด้านเวชศาสตร์เชิงกรานสตรี หรือด้านมะเร็งนรีเวช เป็นต้น

- หลักสูตร ๒ ปี สำหรับแพทย์ประจำบ้านต่อยอด เช่น เวชศาสตร์การเจริญพันธุ์

หน้าที่ของราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย

๑. ดำเนินการร่วมกับแพทยสภาเกี่ยวกับการฝึกอบรม ดำเนินการเกี่ยวกับเรื่องกฎหมาย และการดูแลเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับด้านสูตินรีเวช

๒. ประสานงานกับโรงเรียนแพทย์ในการฝึกอบรมแพทย์ และดำเนินการประเมินหลักสูตรการสอบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับด้านสูตินรีเวช

๓. ประสานงานกับโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับการฝึกอบรมและการดูแลเกี่ยวกับด้านสูตินรีเวช

สาขาเวชศาสตร์อุ้งเชิงกรานสตรีและศัลยกรรมซ่อมเสริม (Female Pelvic Medicine Recontructuve Surgery) เป็นสาขาที่ ๔ ที่ได้รับการอนุมัติจากแพทยสภา ซึ่งระบบการฝึกอบรมจะมีการควบคุมการสอบอย่างเข้มงวด และมีการประกันคุณภาพของแพทย์ที่จบหลักสูตรนี้ โดยมีวุฒิบัตรรับรองจากแพทยสภา

เหตุผลที่ต้องมีการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านต่อยอด

๑. ปัจจุบันผู้สูงอายุมีจำนวนมากขึ้น ประกอบกับมีประชากรเกิดน้อยลง

๒. เพื่อจะช่วยให้มีการกระจายจำนวนแพทย์เฉพาะทางให้ไปประจำโรงพยาบาลศูนย์และโรงเรียนแพทย์

๓. เพื่อช่วยในการรับส่งต่อผู้ป่วย และแก้ไขปัญหาความแออัดในโรงพยาบาลขนาดใหญ่

การดูแลด้านนรีเวชผู้สูงอายุแบบองค์รวม

การดูแลด้านนรีเวชผู้สูงอายุจะต้องมีการดูแลแบบองค์รวม โดยมีการดำเนินการร่วมกับวิชาชีพต่าง ๆ ดังนี้

๑. ศัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะ (urologist)

๒. แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู

๓. แพทย์สูตินรีเวชวิทยา

ปัญหาด้านบุคลากร

- แพทย์สูตินรีเวช มีจำนวนประมาณ ๓,๐๐๐ คน
- ศัลยแพทย์ทางเดินปัสสาวะ มีจำนวนประมาณ ๒๒๐ คน
- แพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู จำนวน ๓๐๕ คน

ทั้งนี้ จำนวนดังกล่าวยังไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน

โรคทางนรีเวชที่เป็นปัญหาสำคัญ มีดังนี้

๑. การหย่อนตัวของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน

๒. ปัสสาวะเล็ดในสตรี

อวัยวะภายในอุ้งเชิงกรานของสตรี ประกอบด้วย ๓ ส่วนที่สำคัญ ได้แก่ ท่อปัสสาวะ ช่องคลอด และทวารหนัก ซึ่งปกติจะมีแพทย์ในการดูแลแยกกันทั้ง ๓ กลุ่ม กล่าวคือ ศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะจะดูแลเกี่ยวกับระบบทางเดินปัสสาวะ สูตินรีแพทย์จะดูแลเกี่ยวกับช่องคลอด และศัลยแพทย์ทางเดินลำไส้ใหญ่จะดูแลเกี่ยวกับลำไส้ใหญ่และทวารหนัก ซึ่งแพทย์ที่ดูแลอวัยวะทั้ง ๓ กลุ่มจะต้องปฏิบัติงานร่วมกัน ในการรักษาโรคตามอวัยวะดังกล่าว และจะต้องเตรียมความพร้อมในการรักษาโรคที่อาจจะซับซ้อน เช่น โรคมะเร็งในอุ้งเชิงกราน

สำหรับโรคทางนรีเวชที่มักเกิดกับผู้สูงอายุ เมื่อมีอายุมากขึ้นจะทำให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานหย่อน (กะบังลม) ซึ่งกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานจะเป็นส่วนสำคัญในการยึดอวัยวะทั้ง ๓ ให้อยู่ในภาวะปกติ แต่หากกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานเกิดการหย่อนจะส่งผลให้ช่องคลอด กระเพาปัสสาวะและทวารหนักหย่อนลงมาได้ เป็นผลทำให้เกิดภาวะ ดังนี้

- ภาวะกลั้นปัสสาวะไม่อยู่ ปัสสาวะเล็ดราด
- ทวารหนักย้อยเข้าไปบังช่องคลอด

- ลำไส้หย่อนในช่องคลอด

- มดลูกหย่อน กรณีที่รุนแรงจนหย่อนออกมาภายนอก จะทำให้เกิดการเสียดสีกับเสื้อผ้าและเกิดแผลติดเชื้อ หากไม่รักษาอาจเปลี่ยนเป็นมะเร็งปากมดลูก

๑. การหย่อนตัวของอวัยวะในอุ้งเชิงกราน

ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค

๑. กรรมพันธุ์

๒. การตั้งครรภ์หรือการคลอดบุตร

๓. การผ่าตัด

๔. การประกอบอาชีพที่ต้องมีการเบ่งท้อง เช่นกีฬายกน้ำหนัก

๕. กิจกรรมที่ต้องมีการเบ่งช่องท้องบ่อยๆ

๖. การเข้าสู่วัยหมดประจำเดือน

๗. การสูบบุหรี่

๘. ความอ้วน

๙. โรคปอด (มีการไอหรือจามบ่อยครั้ง)

๑๐. อายุเพิ่มขึ้น

๑๑. ท้องผูก

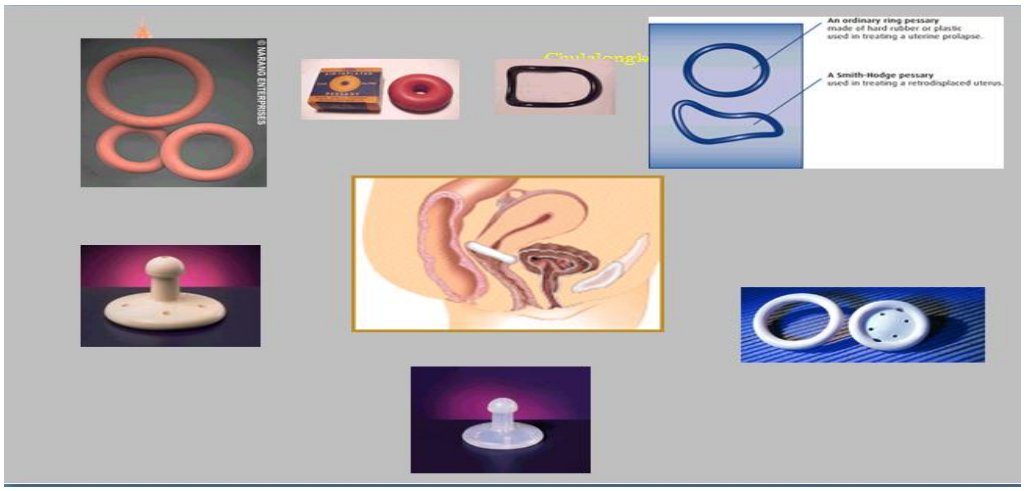
อาการของโรค

- จะเกิดก้อนยื่นออกมา/ใน/นอก ช่องคลอด
- ปัสสาวะผิดปกติ (ปัสสาวะลำบาก, ไอจามปัสสาวะเล็ด)
- อุจจาระผิดปกติ (ท้องผูก, กลั้นอุจจาระไม่อยู่)
- ช่องคลอดหลวม
- มีตกขาว
- เลือดออกทางช่องคลอดผิดปกติ

การรักษา

- รักษาตามอาการที่เป็น
- แนะนำคนไข้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ชีวิต เช่น การออกกำลังกาย งดเว้นการยกของหนักเกิน ๕ กิโลกรัม งดการสูบบุหรี่ เป็นต้น
- เฝ้าติดตามอาการคนไข้อย่างต่อเนื่อง
- การใช้ฮอร์โมนทางช่องคลอด
- การใส่ห่วงพยุงช่องคลอดเพื่อดันก้อนที่ยื่นให้กลับขึ้นไป
- การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน
- การผ่าตัด

การใส่ห่วงพยุงช่องคลอด



ทั้งนี้ การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน โดยการขมิบก้นเป็นวิธีที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ด้วยตนเอง หากสามารถทำได้อย่างถูกวิธีจะสามารถทำให้กล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานมีความแข็งแรงและช่วยลดปัญหาความหย่อนของอวัยวะต่าง ๆ และลดอาการปัสสาวะเล็ดได้

ประโยชน์ของการฝึกขมิบกล้ามเนื้อรอบช่องคลอด

๑. ช่วยควบคุมไม่ให้ปัสสาวะเล็ดขณะมีการไอหรือจาม

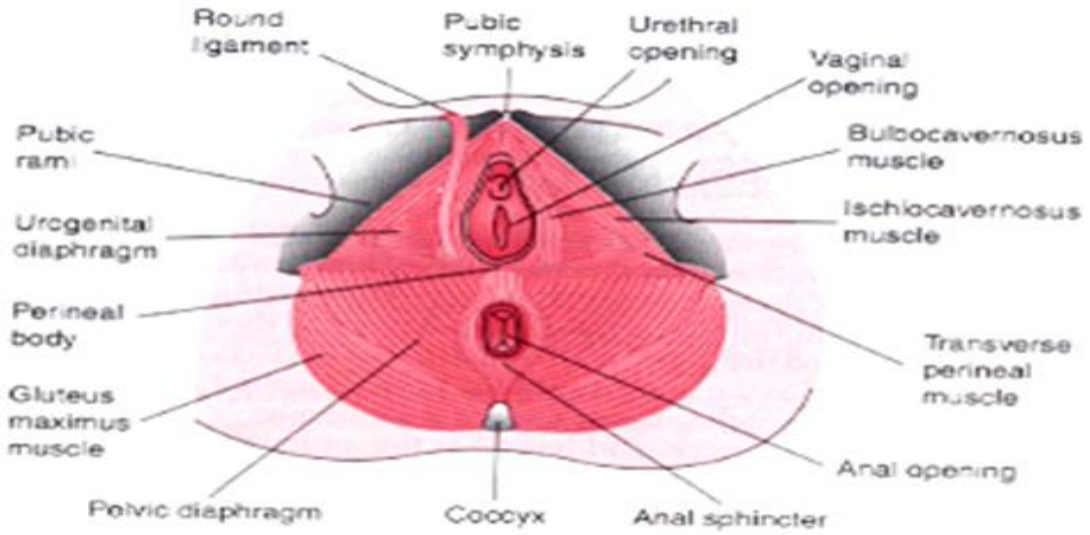
๒. ช่วยเพิ่มความตึงตัวของกล้ามเนื้อในบริเวณรอบ ๆ ช่องคลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ก่อนและหลังคลอดบุตร

๓. ช่วยให้กล้ามเนื้อหดรัดตัวดีขึ้น

๔. ช่วยให้การรับรู้สึกของช่องคลอดดีขึ้น

๕. ป้องกันการหย่อนตัวของมดลูก กระเพาะปัสสาวะและทวารหนัก รวมถึงปัสสาวะเล็ดในขณะเวลาไอจาม

การฝึกขมิบกล้ามเนื้อรอบช่องคลอด



การทดสอบความถูกต้องของการขมิบกล้ามเนื้อ Pubococcygeus

๑. ให้ทดสอบในขณะเข้าห้องน้ำปัสสาวะ โดยนั่งยองหรือนั่งบนโถปัสสาวะในลักษณะแยกขาออกในขณะที่ปัสสาวะ ให้กลั้นปัสสาวะ โดยขมิบกล้ามเนื้อรอบ ๆ ช่องคลอด โดยไม่ขยับขาทั้ง ๒ ข้าง เพื่อไม่ให้ใช้กล้ามเนื้อมัดอื่นช่วย

๒. ถ้าสามารถขมิบกล้ามเนื้อและทำให้ปัสสาวะหยุดไหลได้ แสดงว่าขมิบกล้ามเนื้อ Pubococcygeus ถูกต้องแล้ว

๓. ให้จำความรู้สึกของการขมิบกล้ามเนื้อนั้นไว้ แต่การฝึกจริงให้ทำขณะที่ไม่ปวดปัสสาวะ เพราะถ้ามีปัสสาวะเต็มกระเพาะปัสสาวะอยู่ อาจทำให้ปัสสาวะไหลย้อนไปยังไตเกิดการอักเสบตามมาได้

ความถี่ในการฝึกขมิบกล้ามเนื้อ

- ให้ฝึกขมิบกล้ามเนื้อ Pubococcygeus โดยให้ขมิบไว้นาน ๑๐ วินาทีหรือเท่ากับนับเลข ๑-๑๐ จากนั้นคลายออก

- นานเท่ากับการนับ ๑ – ๑๐ ขมิบ ๑ ครั้ง และคลาย ๑ ครั้ง นับเป็น ๑ เที่ยว

- ให้ทำเป็นชุด ๆ ละ ๕๐ – ๗๕ เที่ยว ในกรณีที่ไม่สะดวกในการนับเที่ยวของการขมิบให้ใช้จับเวลาก็ได้โดยใช้เวลาชุดละ ๑๕ – ๒๐ นาที ให้ทำวันละ ๓ ชุด อาจทำในท่านั่งหรือนอนก็ได้

นอกจากท่าขมิบดังกล่าวแล้ว อาจจะต้องฝึกขมิบแบบสั้น ๆ และแรงมากกว่า เพื่อเตรียมไว้สำหรับใช้เวลาไอ จาม เพื่อไม่ให้ปัสสาวะเล็ด แต่การขมิบแบบรุนแรงระยะสั้นนี้ ให้ใช้เวลาครั้งละไม่เกิน ๑ – ๒ วินาที

ใช้เวลานานประมาณ ๓ – ๖ เดือนจึงจะเห็นผล ถ้าปฏิบัตินานกว่านี้อาการไอ จาม ปัสสาวะเล็ดไม่ดีขึ้น ควรปรึกษาสูตินรีแพทย์หรือศัลยแพทย์ระบบทางเดินปัสสาวะเพื่อให้การรักษาขั้นสูงต่อไป

ทั้งนี้ ผู้หญิงทุกคนควรฝึกการขมิบกล้ามเนื้อตั้งแต่อายุยังน้อย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ที่มีเพศสัมพันธ์แล้ว จะช่วยให้การมีเพศสัมพันธ์ดีขึ้นและป้องกันในการหย่อนตัวของมดลูก ทวารหนัก และกระเพาะปัสสาวะในระยะยาว

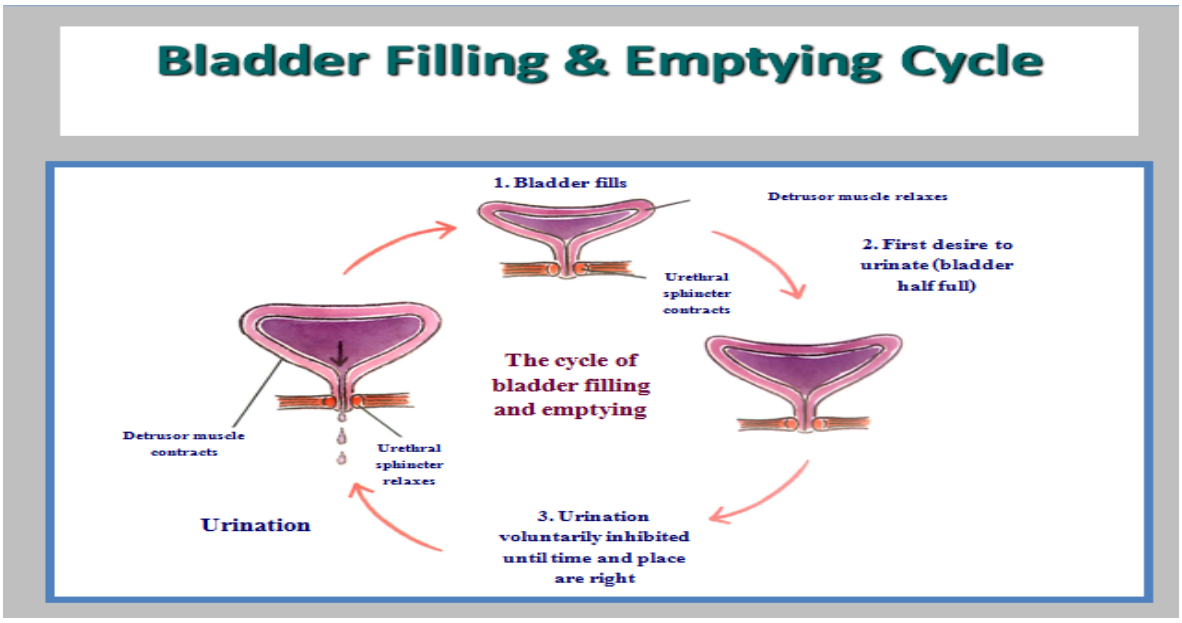
โดยในผู้ที่ไม่สามารถทำการฝึกขมิบกล้ามเนื้อได้อย่างถูกต้องสามารถซื้อเครื่องมือช่วยสอนการขมิบกล้ามเนื้อ Perineometer เพื่อช่วยในการเรียนรู้ให้ขมิบได้ถูกต้อง

เครื่องมือช่วยสอนการขมิบกล้ามเนื้อ Perineometer

๒. โรคปัสสาวะเล็ดในสตรี

ปัสสาวะเล็ดราด หมายถึง ภาวะที่มีปัสสาวะเล็ดออกมาโดยไม่สามารถควบคุมได้ เป็นปัญหาใหญ่สำหรับผู้หญิงสูงอายุ หากมีปัสสาวะเล็ดบ่อยครั้งจะทำให้ช่องคลอดเปียกชื้น ไม่สะอาด ส่งผลให้เกิดเชื้อรา เกิดการอักเสบ และมีกลิ่นเหม็น ส่งผลให้เกิดอุปสรรคในการใช้ชีวิต

กลไกของกระเพาะปัสสาวะ จะถูกควบคุมโดยระบบประสาทอัตโนมัติและระบบของสมอง โดยการนำสัญญาณประสาทผ่านไขสันหลัง ซึ่งกระเพาะปัสสาวะจะมีหน้าที่ในการเก็บปัสสาวะจากไตและขับถ่ายเป็นปัสสาวะออกมา โดยคนปกติจะเก็บน้ำปัสสาวะประมาณ ๔ – ๕ ชั่วโมง จากนั้นขับถ่ายปัสสาวะออกมา ซึ่งการทำงานจะมีสมองในการรับรู้จากกระเพาะปัสสาวะที่ส่งสัญญาณว่า มีปริมาณน้ำปัสสาวะมากหรือน้อย และเมื่อมีปริมาณน้ำในกระเพาะปัสสาวะมีประมาณ ๔๐๐ – ๕๐๐ ซีซี สมองจะสั่งการให้มนุษย์ไปขับถ่ายปัสสาวะ



โรคปัสสาวะเล็ด แบ่งเป็น ๓ กลุ่มอาการ ดังนี้

๑) ไอจามปัสสาวะเล็ด (Stress incontinence)

๒) กระเพาะปัสสาวะไวเกิน (Urgency incontinence)

๓) กระเพาะปัสสาวะบีบตัวไม่ดีจากโรคทางระบบประสาทหรือเบาหวาน (Neurogenic bladder)

๑) ไอจามปัสสาวะเล็ด

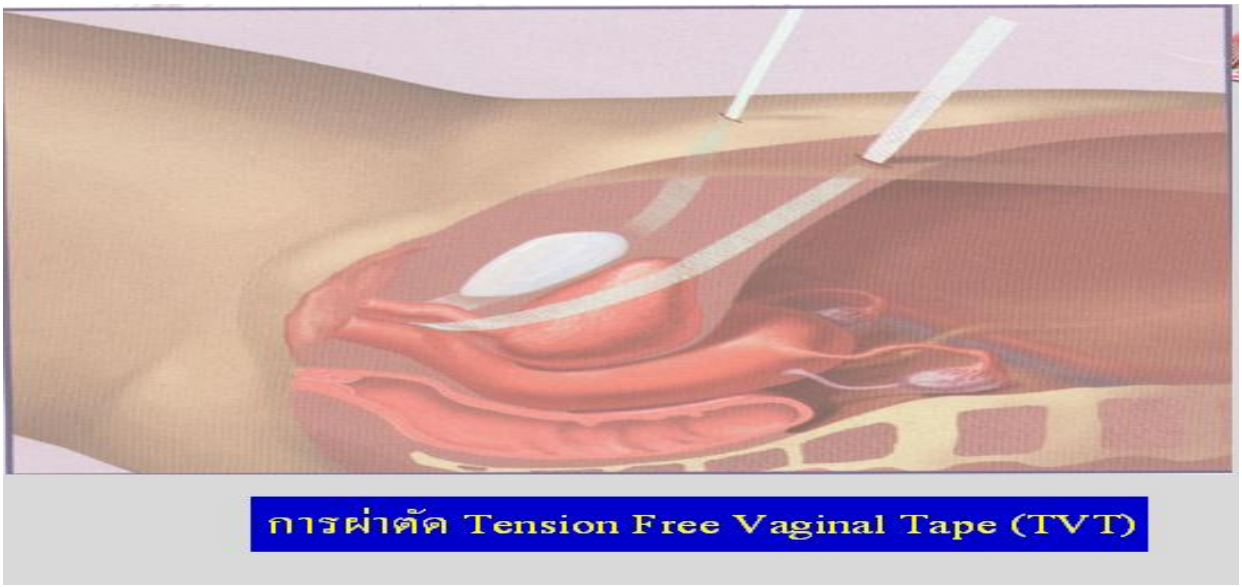
พบมากในผู้สูงอายุหญิง เกิดจากการหย่อนตัวของท่อปัสสาวะและกระเพาะปัสสาวะ ทำให้ไม่มีแรงต้านเวลาไอจาม หรือการเบ่งท้อง ทำให้ปัสสาวะเล็ดออกมาเวลาทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น เดิน วิ่ง ออกกำลังกาย และการขยับตัว ซึ่งจะส่งผลให้เกิดกลิ่นอันไม่พึงประสงค์และเกิดปัญหาในการใช้ชีวิตประจำวัน วิธีการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองโดยการฝึกขมิบกล้ามเนื้อ Pubococcygeus ดังกล่าวแล้ว

การรักษา

๑. การบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกราน (การขมิบกล้ามเนื้อ)

๒. การใช้ยา

๓. การผ่าตัด โดยการใช้ไหมสลิงสอดไปในช่องคลอดเพื่อรั้งท่อปัสสาวะ



๒) ภาวะกระเพาะปัสสาวะไวเกิน

สามารถพบได้ในทุกเพศทุกวัย แต่ส่วนใหญ่จะพบในผู้หญิงที่มีอายุ ๔๐ ปีขึ้นไป ผู้ชายจะพบได้ในผู้มีต่อมลูกหมากโต ซึ่งกระเพาะปัสสาวะจะบีบตัวตลอดเวลา และสมองไม่สามารถส่งกระแสในการยับยั้งได้ โดยภาวะกระเพาะปัสสาวะไวเกินพบได้ในผู้สูงอายุ ผู้ที่มีปัญหาทางระบบประสาท ผู้ที่เคยเกิดอุบัติเหตุทำให้เส้นประสาทที่สันหลังเสีย ทำให้ควบคุมการปัสสาวะไม่ได้ และผู้ที่เป็นโรคต่อมลูกหมากโต

สาเหตุ

- สาเหตุส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่เป็นโรคนี้ยังไม่ทราบแน่ชัด
- เชื่อว่าเกิดจากระบบประสาทที่กล้ามเนื้อของผนังกระเพาะปัสสาวะผิดปกติ
- ทำให้กล้ามเนื้อบีบตัวบ่อยและไวกว่ากำหนดทั้งที่ปริมาณปัสสาวะยังไม่มากพอที่จะทำให้อยากปวดถ่ายเหมือนคนทั่วไป
- สาเหตุอีกส่วนหนึ่ง คือ พบร่วมกับภาวะการอักเสบติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะ ภาวะหมดประจำเดือน และโรคทางระบบประสาทบางชนิด

อาการของโรค

- กระเพาะปัสสาวะบีบตัวบ่อยครั้ง และบีบตัวเร็วกว่าปกติ
- ผู้ป่วยปัสสาวะบ่อยกว่าปกติ (มากกว่า ๘ ครั้งต่อวัน)
- เวลาปวดปัสสาวะแล้วต้องรีบเข้าห้องน้ำในทันที เพราะไม่สามารถกลั้นได้เป็นระยะเวลานาน ๆ
- อาจมีปัสสาวะเล็ดหรือราดออกมาได้ถ้าเข้าห้องน้ำไม่ทัน

- ต้องลุกขึ้นมาปัสสาวะบ่อยครั้งในเวลากลางคืน

ผลเสียของการปัสสาวะไวเกิน

๑. ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรำคาญ

๒. มีผลกระทบต่อการเข้าสังคมและการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น

๓. มีผลต่อการทำงานและใช้ชีวิตประจำวัน

๔. ในกรณีที่มีปัสสาวะเล็ดอาจมีผลต่อความสะอาดของบริเวณช่องคลอดและขาหนีบ

การรักษา

๑. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการควบคุมปริมาณน้ำที่รับประทาน โดยเฉพาะน้ำโซดา กาแฟ น้ำที่รสเปรี้ยว คาเฟอีนทุกชนิด และน้ำอัดลม

๒. ใช้ยากลุ่ม Anticholinergics

๓) กระเพาะปัสสาวะบีบตัวไม่ดีจากโรคทางระบบประสาทหรือเบาหวาน

พบได้ในผู้สูงอายุที่มีปัญหาปัสสาวะค้างในกระเพาะปัสสาวะ กระเพาะปัสสาวะไม่สามารถบีบตัวได้ดีจากโรคทางระบบประสาทหรือเบาหวาน ซึ่งโรคนี้ไม่สามารถที่จะรักษาให้หายขาดได้ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยโรคนี้จะต้องรักษาโดยการสวนปัสสาวะด้วยตนเอง หรือการคาสายสวนปัสสาวะ

กล่าวโดยสรุป โรคปัสสาวะเล็ดในผู้สูงอายุ แพทย์จะวินิจฉัยแยกโรคออกเป็น ๓ กลุ่มกล่าวคือ ๑. ไอจามปัสสาวะเล็ด ๒. กระเพาะปัสสาวะไวเกิน ๓. กระเพาะปัสสาวะบีบตัวไม่ดีจากโรคทางระบบประสาทหรือเบาหวาน ซึ่งร้อยละ ๙๐ จะเป็นอาการไอจามปัสสาวะเล็ดร่วมกับกระเพาะปัสสาวะไวเกิน

ประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๑. ผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับการปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน แพทย์จะมีการสั่งยากลุ่มฮอร์โมนให้กับผู้ป่วย แต่มีโอกาสที่จะเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น ดุลเกลือแร่ผิดปกติ (Hyponatremia) และแนะนำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดื่มน้ำให้ลดลงในช่วงกลางคืน

๒. โรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบพบมากในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เพราะเพศหญิงมักจะกลั้นปัสสาวะมากกว่าเพศชาย ท่อปัสสาวะสั้นกว่า อีกทั้งผู้หญิงที่เข้าสู่วัยหมดประจำเดือน ช่องคลอดจะแห้งจากการขาดฮอร์โมน จึงอาจทำให้แบคทีเรียชนิดก่อโรคเข้าไปเกาะในส่วนของท่อปัสสาวะได้ง่ายขึ้น เป็นผลทำให้เกิดโรคกระเพาะปัสสาวะอักเสบตามมา

๓. ปัจจุบันประเทศไทยยังไม่เคยมีการสำรวจประชากรในภาพรวมของประเทศ ดำเนินการเพียงแต่การสำรวจประชากรเฉพาะกลุ่มพื้นที่ กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มโรงพยาบาลที่ให้ความสนใจ เท่านั้น

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

๑. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หากจากมีการจัดทำรายงานเกี่ยวกับเรื่องโรคทางนรีเวชของผู้สูงอายุ ควรจะเน้นปัญหาเกี่ยวกับเรื่องปัสสาวะเล็ด/ราด เนื่องจากผู้ป่วยมักไม่แจ้งปัญหานี้ให้กับแพทย์ทราบ เพราะเกิดความอายหรือคิดว่าเกิดจากความชราที่รักษาไม่ได้ จึงทำให้อาการของโรคเกิดความรุนแรงมากยิ่งขึ้นจนไม่สามารถรักษาได้ หากแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาเร็วยิ่งขึ้น และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

๒. ควรมีการผลักดันด้านงบประมาณให้อุปกรณ์ในการรักษาโรคทางนรีเวช เช่น ค่าห่วง ค้ำยันมดลูก ค่าไหมสลิงรั้งหน้าท้อง ให้อยู่ในระบบการเบิกจ่ายของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

๓. ควรส่งเสริมให้มีการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาให้มีความเชี่ยวชาญในการผ่าตัดทางช่องคลอด เนื่องจากในอนาคตจะมีผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคนี้มากขึ้น

๔. ส่งเสริมให้มีการฝึกอบรมหรือให้ความรู้กับประชาชนในการบริหารกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานอย่างถูกต้องเพื่อป้องกันการเกิดโรคทางนรีเวชในอนาคต

๔.๑๓ ปัญหาโรคทางเดินหายใจในผู้สูงอายุ

โรคที่มีความเกี่ยวข้องกับระบบทางเดินหายใจที่สำคัญในผู้สูงอายุมี ๓ โรค ดังนี้

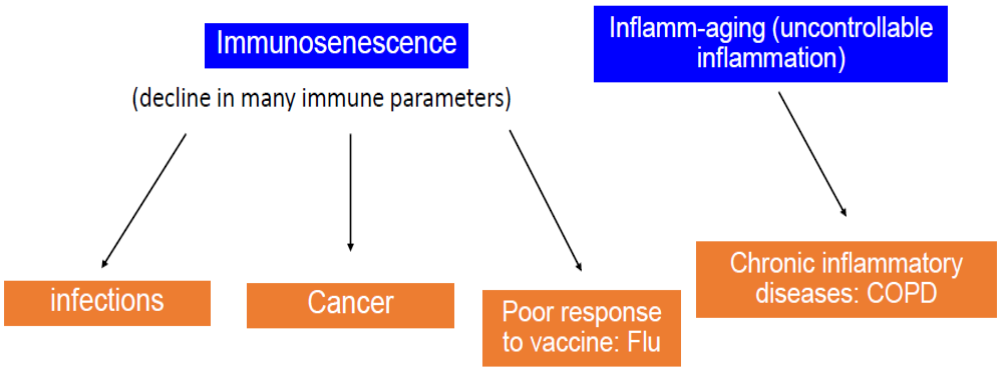
๑. โรคปอดติดเชื้อแบคทีเรียเฉียบพลัน (Pneumonia)

๒. โรควัณโรค (Tuberculosis :TB)

๓. โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease : COPD)

ลักษณะสำคัญของความชรา ได้แก่

๑. เซลล์ในร่างกายที่ชราจะหยุดการแบ่งตัวเพื่อเพิ่มจำนวน ปกติอวัยวะในร่างกายเมื่อสัมผัสกับสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ เช่น การถูกแสงแดด จะทำให้เซลล์ต่าง ๆ เกิดความบกพร่องและต้องการที่จะมีการทดแทนเซลล์ใหม่ เพื่อทดแทนเซลล์ที่ตายแล้วหรือเซลล์ที่สึกหรอ ซึ่งหากเซลล์ในร่างกายเกิดการเสื่อมหรือชรา (Senescence) จะทำให้เซลล์ในร่างกายหยุดการแบ่งตัว และเกิดความสึกหรอ

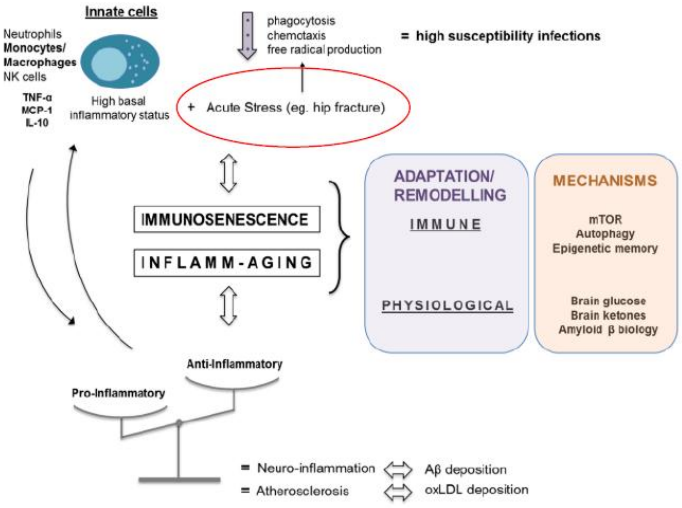


ที่มา : ศาสตราจารย์กิตติพงศ์ มณีโชติสุวรรณ อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

๒. กลไกที่ทำให้เกิดภาวะการอักเสบระดับอ่อนในร่างกาย (Low grade inflammation) หากร่างกายควบคุมได้ จะเป็นผู้ที่มีสุขภาวะที่ดี (Healthy Aging) แต่หากการอักเสบ มีการเพิ่มขึ้นโดยร่างกายควบคุมไม่ได้ การอักเสบจะทำให้เกิดการทำลายอวัยวะตัวเอง

๓. ภาวะความชราของระบบภูมิคุ้มกัน (Immunosenescence) เมื่อมีอายุมากขึ้น ระบบภูมิคุ้มกันจะมีการปรับตัวเพื่อให้บุคคลมีสุขภาพแข็งแรง หากปรับตัวได้สำเร็จจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แข็งแรง อายุยืนและไม่มีโรค แต่หากร่างกายปรับตัวในเชิงตรงกันข้าม กลับทำให้มีการอักเสบเพิ่มขึ้น ระบบภูมิคุ้มกันจะเข้าสู่ภาวะ Senescence จะทำให้เกิดโรคในอวัยวะต่าง ๆ

บุคคลที่มีแนวโน้มที่จะมีสุขภาพแข็งแรงดี อายุยืนและไม่เป็นโรคภัยไข้เจ็บ จะต้องพยายามปรับภาวะการอักเสบที่อยู่ในร่างกายที่เกิดเป็นผลตามหลังจากความผิดปกติของภูมิคุ้มกัน ให้อยู่ในภาวะสมดุลให้ได้ และไม่ทำร้ายร่างกายของตนเอง ในอนาคตหากมีการพัฒนาทางด้านวิทยาศาสตร์ระบบภูมิคุ้มกันได้ดี จะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพแข็งแรง มีภูมิคุ้มกันที่ดีเพื่อป้องกันการเกิดโรคต่าง ๆ ที่มาพร้อมกับความสูงอายุ รวมถึงโรคมะเร็ง



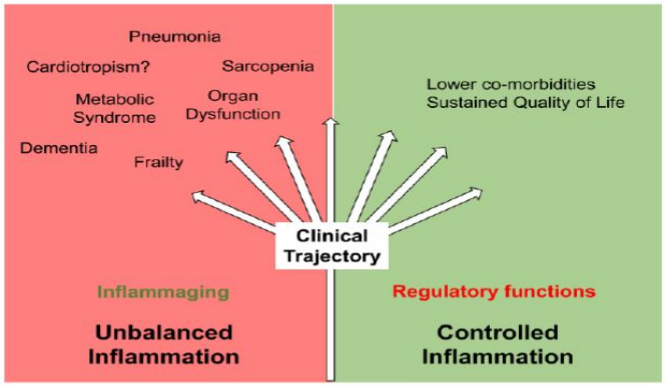
Fulop T et al. Biogerontology. 2016;17(1):147-57.

แผนภูมิข้างต้นแสดงความผิดปกติทางระบบภูมิคุ้มกันที่ทำให้เกิดโรคในผู้สูงอายุ ดังนี้

๑. ภาวะที่ระบบภูมิคุ้มกันในการต่อสู้เชื้อโรคลดลง Immunosenescence ระบบจะตรวจจับสิ่งแปลกปลอมที่เข้ามาในร่างกายเช่น เชื้อโรค หรือต่อเซลล์มะเร็งที่กลายพันธุ์เป็นเซลล์ที่ผิดปกติไป เมื่อระบบอ่อนแอ ทำให้ติดเชื้อโรคได้ง่าย หรือเป็นโรคมะเร็ง หรือมีระบบภูมิคุ้มกันที่ต่ำกว่าปกติหลังการฉีดวัคซีนต่างๆ ทำให้ประสิทธิผลของวัคซีนไม่ดีเหมือนที่ฉีดในคนหนุ่มสาว

๒. ภาวะการอักเสบในร่างกายระดับอ่อนในผู้สูงอายุ (Inflamm-aging) เป็นการอักเสบที่ควบคุมไม่ได้ และอาจทำให้เกิดโรค ซึ่งผู้ป่วยที่เป็นโรคถุงลมโป่งพอง (Emphysema) ซึ่งเป็นชนิดหนึ่งของโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง จะมีโอกาสที่ภาวะการอักเสบนี้มากกว่าผู้ป่วยทั่วไป หรือ โรคอื่น ๆ เช่น ภาวะกล้ามเนื้อพร่อง (Sarcopenia) ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ภาวะเบาหวานอ้วนลงพุง (Metabolic Syndrome) ดังภาพข้างล่างนี้

Inflammation as a driving force influencing clinical trajectories during aging



Xu W et al. Exp Gerontol. 2018;107:98-101

ลักษณะสำคัญของการเปลี่ยนแปลงในระบบภูมิคุ้มกันในผู้สูงอายุ

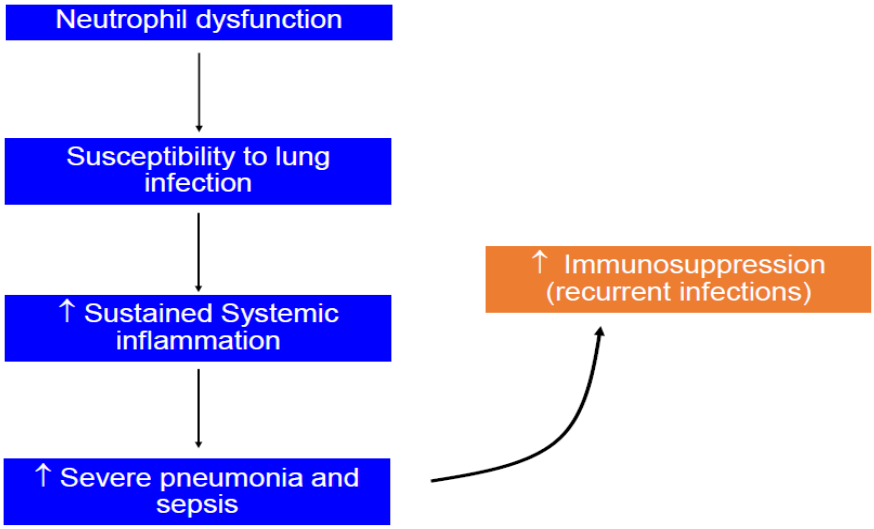
๑. ทำให้ความสามารถในการต่อสู้เชื้อโรคลดลง ทำให้ติดเชื้อทางเดินหายใจได้ง่าย หรือทำให้โรคบางชนิดที่แฝงในตัวผู้ป่วยแต่ยังไม่แสดงอาการแต่กลับมาแสดงอาการช่วงที่เข้าสู่วัยสูงอายุ เช่น การเกิดโรคงูสวัดในวัยสูงอายุ

๒. ฉีดวัคซีนแล้ว แต่ไม่สามารถป้องกันโรคได้เท่าที่ควร จนเป็นผลให้เกิดการติดเชื้อได้

๓. มีโอกาสที่จะเกิดโรคมะเร็งได้ง่าย

๔. มีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคต่าง ๆเนื่องจากการอักเสบ เช่น ภาวะหลอดเลือดแดงแข็งกระด้าง (atherosclerosis) ข้อเสื่อม ความเสื่อมของระบบประสาทสมอง

๕. การมีแผลและหายยาก



ที่มา : ศาสตราจารย์กิตติพงศ์ มณีโชติสุวรรณ อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

แผนภูมิข้างต้นแสดงกลไกที่เซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด Neutrophil ผิดปกติในผู้สูงอายุทำให้ติดเชื้อในปอดได้ง่าย และการอักเสบสามารถที่จะแพร่ไปยังกระแสเลือดและอวัยวะต่าง ๆ เช่น หัวใจ ไต และสมอง ผลจากนี้ก็ยิ่งมีผลกดภูมิคุ้มกันของร่างกายยิ่งขึ้นไปอีก ติดเชื้อซ้ำซ้อนต่อไปอีก จึงต้องเข้ารักษาในห้องฉุกเฉิน (ICU) เพื่อติดตามสัญญาณชีพอย่างใกล้ชิด

๑. โรคปอดติดเชื้อแบคทีเรียเฉียบพลัน (Pneumonia)

ลักษณะของผู้ป่วยที่มาพบแพทย์อาจจะมาด้วยอาการมีไข้หรือไม่มีไข้ก็ได้ หากไม่มีไข้แพทย์อาจจะวินิจฉัยไม่ได้ว่ามีการติดเชื้อที่ปอด จึงเป็นผลทำให้มีการเริ่มให้ยาปฏิชีวนะช้า ซึ่งหากผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะเร็วผู้ป่วยจะมีโอกาสมีชีวิตรอดสูง ดังนั้น อาการแสดงของผู้ป่วยจะเป็นปัจจัยส่วนหนึ่งที่ทำให้การวินิจฉัยโรคช้า และได้รับการรักษาช้า แต่ถ้าหากผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยอาการหอบ ไอ มีไข้ เหนื่อย เพ้อ ซึม แพทย์จะสามารถวินิจฉัยได้ง่าย อัตราการเสียชีวิตจะเพิ่มขึ้นตามอายุที่เพิ่มขึ้น กล่าวคือ ประชากรอายุ ๖๕ – ๗๔ ปี มีอัตราการตายร้อยละ ๗ ประชากรอายุ ๗๕ – ๘๔ ปี อัตราการตายร้อยละ ๙ และประชากรอายุ ๘๕ ปีขึ้นไป อัตราการตายร้อยละ ๑๗

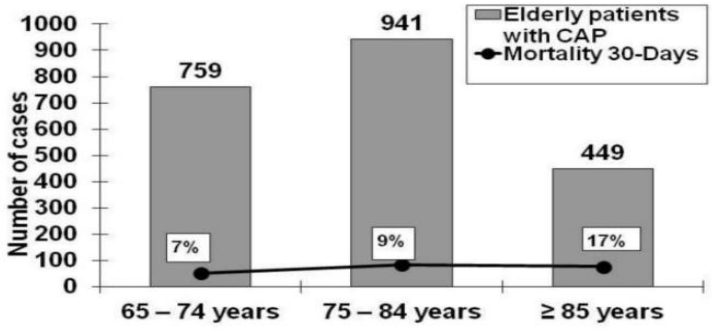


Figure 2. Community Acquired Pneumonia (CAP) by age and percentage of mortality [2].

Cillóniz C et al. Med Sci (Basel). 2018

แนวทางการรักษาโรคปอดติดเชื้อ

ผู้ป่วยสูงอายุมักจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากความรุนแรงของโรค การรักษาในโรงพยาบาลจะมี ๒ แบบ คือ นอนพักที่หอผู้ป่วยใน และนอนพักที่ห้องผู้ป่วยฉุกเฉิน หากเกิดจากเชื้อที่มีความรุนแรงก็จะทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคมากขึ้น

ผู้ป่วยสูงอายุมักมีความรุนแรงเนื่องจากปัจจัยด้านอายุที่เพิ่มขึ้น และมีโอกาสที่จะต้องเข้ารับการรักษาในห้อง ICU มากขึ้น และอาจเป็นผลจากการดื้อยาของเชื้อมากยิ่งขึ้น กล่าวได้ว่า ผู้สูงอายุ ๑ คนอาจต้องนอนโรงพยาบาลประมาณ ๒ สัปดาห์เป็นอย่างน้อย

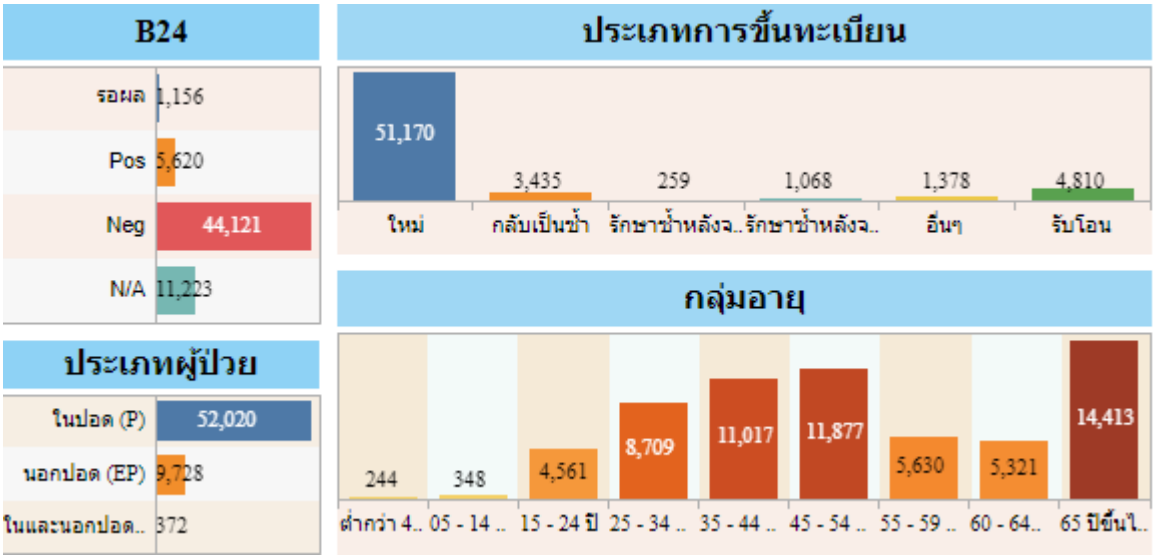
๒. โรควัณโรค (Tuberculosis :TB)

ลักษณะสำคัญของวัณโรคปอดในผู้สูงอายุ ได้แก่

- ระบบภูมิคุ้มกันที่อ่อนแอลงจากความชรา และภาวการณ์อักเสบในร่างกายระดับอ่อนในผู้สูงอายุ (Inflamm-aging) ทำให้พบโรคนี้มากในผู้สูงอายุ นอกจากนั้น โรคอื่นๆที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เช่น โรคเบาหวาน โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง ก็มีส่วนทำให้โรคกำเริบขึ้นได้ง่าย
- ความชรายังทำให้ลักษณะทางเวชกรรมไม่ชัดเจนที่จะบ่งถึงวัณโรค เช่น อาจไม่มีไข้ ไม่ไอ หรือไม่มีไอเป็นเลือดได้ ยิ่งกว่านั้นอาการหอบเหนื่อยหรืออาการอื่น ๆ ที่เกิดขึ้น ก็อาจคล้ายกับอาการของโรคอื่นๆได้อีกด้วย
- ผลการตรวจเอกซเรย์ปอด ก็อาจไม่เหมือนลักษณะที่พบบ่อยในโรคนี้ ทำให้แยกยากจากโรคมะเร็งปอดหรือโรคอักเสบติดเชื้อจากเชื้อแบคทีเรียได้
- การวินิจฉัยวัณโรคในผู้สูงอายุจึงไม่ง่ายเหมือนผู้ป่วยทั่วไป
- ผู้ป่วยสูงอายุยังมีความเสี่ยงสูงต่อการแพ้ยารักษาวัณโรคได้ง่ายอีกด้วย

อุบัติการณ์ในการเกิดวัณโรคในผู้ป่วยสูงอายุ (อายุเกิน ๖๕ ปี)

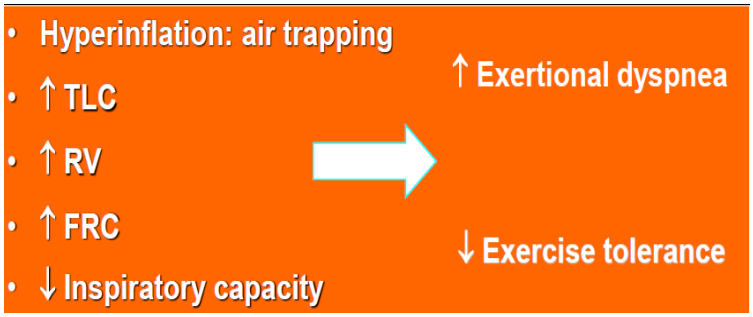
จากผลการรายงานอุบัติการณ์ของวัณโรคโดย TBCM Thailand ดังภาพข้างล่าง จะเห็นว่ากลุ่มอายุที่พบเป็นวัณโรคมากที่สุดคือกลุ่มอายุ ๖๕ ปีขึ้นไป (๑๔,๔๑๓ ราย) ยิ่งกว่านั้นกลุ่มนี้ยังเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่แพร่เชื้อวัณโรคได้มาก เพราะไม่ทราบว่าตนเองเป็นวัณโรค เนื่องจากได้รับการวินิจฉัยล่าช้า ประเทศจีนได้มีการสำรวจข้อมูลโรควัณโรค พบว่า อุบัติการณ์ของวัณโรคจะเพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งผู้ป่วยสูงอายุหญิงมีอัตราการเพิ่มของวัณโรคมากกว่าเพศชาย



ที่มา : ศาสตราจารย์กิตติพงศ์ มณีโชติสุวรรณ อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

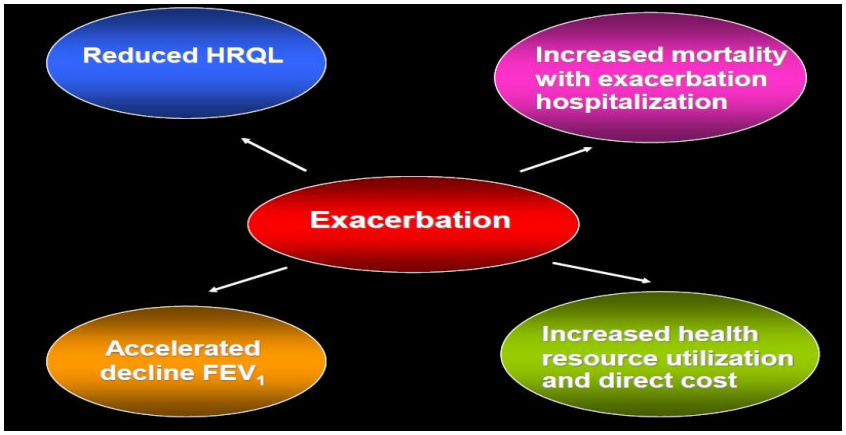
๓. โรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease : COPD)

เป็นโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ เนื่องจากปริมาณการสูบบุหรี่ของประชากรไทยยังมีจำนวนมากอย่างต่อเนื่อง COPD เป็นโรคที่มีการตีบของหลอดลมซึ่งเกิดจากการอักเสบ ทำให้ผู้ป่วยหายใจเข้าลำบาก ขณะเดียวกันอากาศที่หายใจออกก็ออกไม่สะดวก ทำให้มีอากาศค้างอยู่ในปอด (residual volume - RV) มากกว่าปกติ หรือที่เรียก air trapping ทำให้การหายใจเอาอากาศใหม่ที่มีปริมาณออกซิเจนมากเข้าไปในปอดไม่ได้มากพอ ผลคือทำให้ผู้ป่วยเหนื่อยง่าย ไม่สามารถทำกิจกรรมได้ ดังภาพข้างล่าง ผู้ป่วยต้องการคนดูแล และเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคมในที่สุด



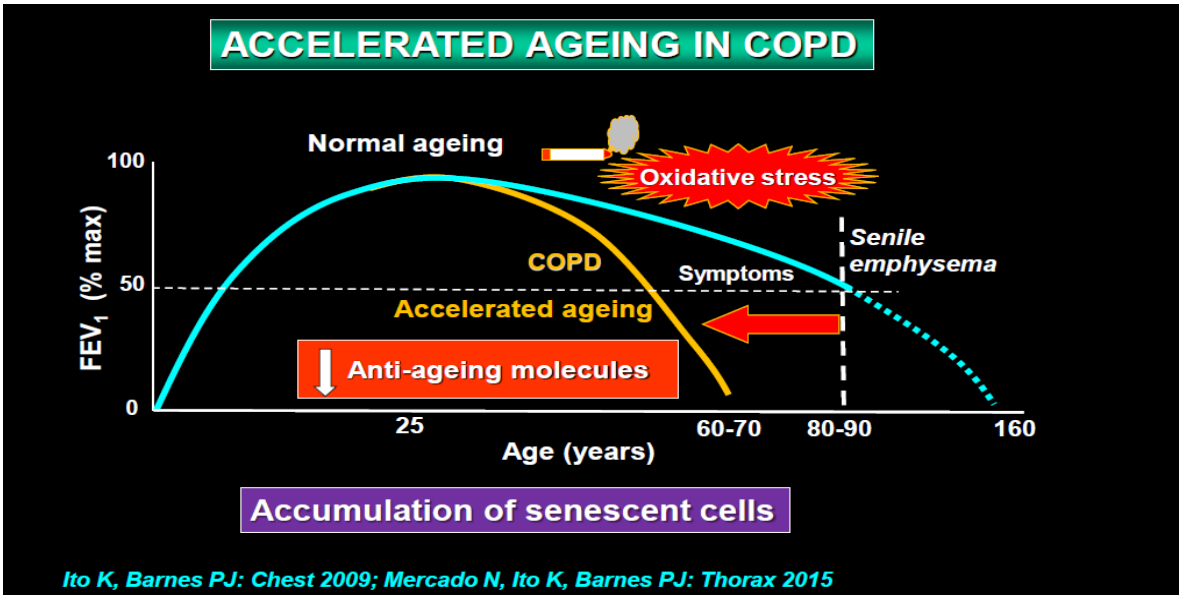
ที่มา : ศาสตราจารย์กิตติพงศ์ มณีโชติสุวรรณ อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

โรค (Exacerbation) มีอาการหอบเหนื่อยมากขึ้น ทำให้ต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล การสูญเสียคุณภาพชีวิต (Health-related quality of life-HRQL) และมักจะมีภัยคุกคามอื่นๆแทรกซ้อน เช่น ภาวะหัวใจวาย ภาวะติดเตียง หากรักษาไม่ทันอาจจะเสียชีวิต

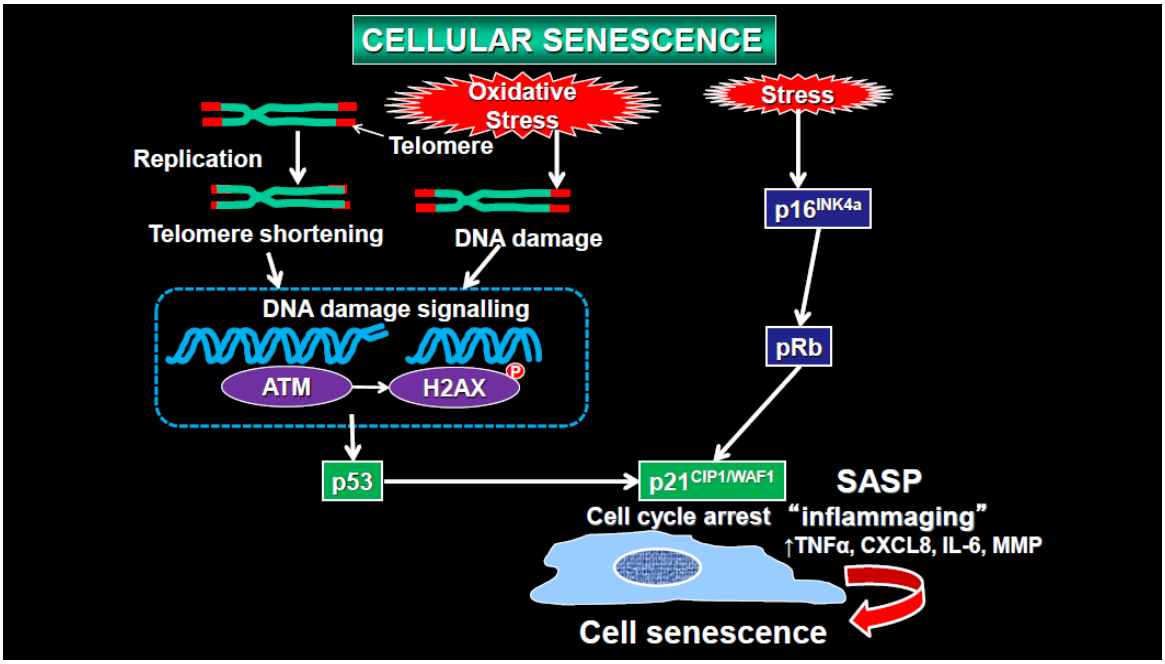


ที่มา : ศาสตราจารย์กิตติพงศ์ มณีโชติสุวรรณ อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

โดยปกติปอดของคนจะมีอายุการใช้งานได้นานถึง ๑๖๐ ปี ดังภาพข้างล่าง หากไม่มีปัจจัยที่มาทำลายเนื้อปอด เช่น การสูบบุหรี่ จะทำให้ผู้ที่มีอายุ ๘๐ – ๙๐ ปี ยังสามารถมีปอดที่ทำงานได้อย่างปกติ แต่ถ้าหากมีการสูบบุหรี่จะทำให้การทำงานของปอดเลวลง มีประสิทธิภาพในการทำงานลดลงตั้งแต่อายุประมาณ ๖๐ ปี เป็นผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่าย และต้องเริ่มเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล

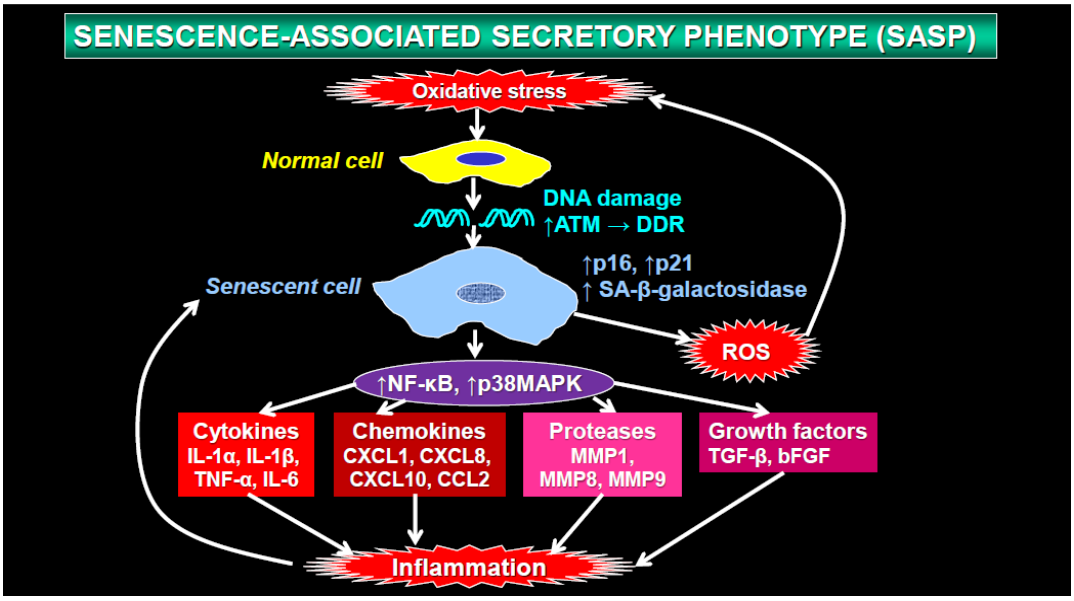


ควันบุหรี่มีสารอันตรายมากถึงกว่า ๔,๐๐๐ ชนิด ที่จะไปทำลายระบบต่อต้านภาวะ Oxidative stress ทำให้เกิดภาวะการเสื่อมของปอดที่เร็วกว่าปกติ หรือที่เรียกว่าปอดชราก่อนเวลาอันควร และเมื่อปอดชราเร็ว เซลล์ต่าง ๆ ที่สะสมภายในปอดก็จะเสื่อมเร็วตามไปด้วย (Senescence cell) มีการทำลาย DNA ของเซลล์ และทำให้ส่วนปลายของโครมโมโซมที่เรียก Telomere สั้นลง



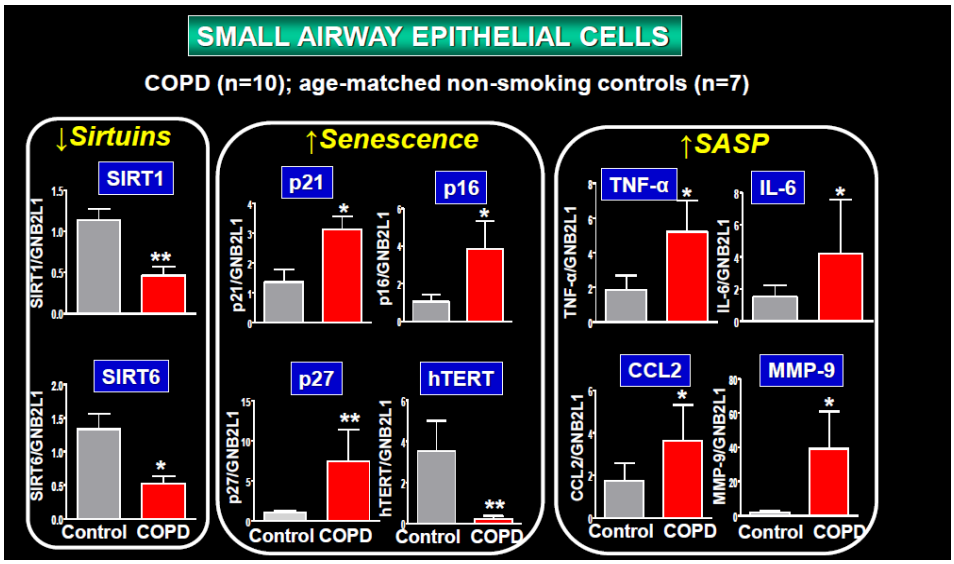
ที่มา : ศาสตราจารย์กิตติพงศ์ มณีโชติสุวรรณ อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ผลรวมทำให้เซลล์ที่ชราเหล่านี้ไม่สามารถแบ่งตัวเพิ่มจำนวนเพื่อซ่อมแซมตนเองได้ การอักเสบ (Inflammation) ที่มีขึ้นไม่ถูกแก้ไข ก็ยิ่งทำลายเนื้อเยื่อปอดมากยิ่งขึ้น



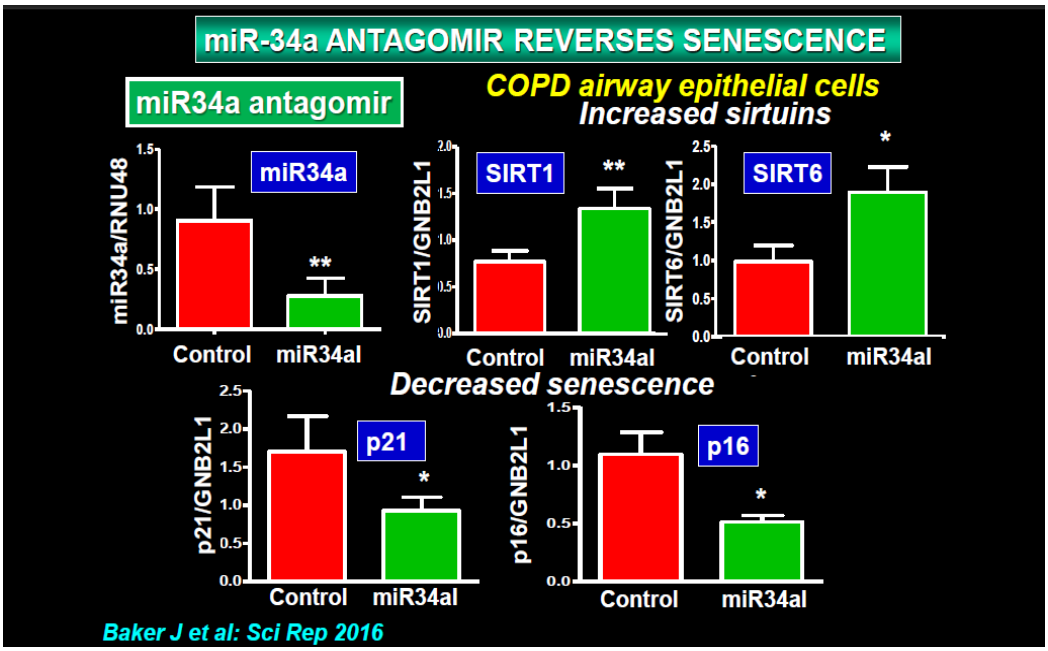
ที่มา : ศาสตราจารย์กิตติพงศ์ มณีโชติสุวรรณ อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ผลการศึกษาเยื่อบุหลอดลมภายในปอดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดลมอุดกั้นเรื้อรัง COPD เปรียบเทียบกันกับผู้สูงอายุที่ไม่สูบบุหรี่พบว่า กลุ่มโปรตีนที่สำคัญต่อการซ่อมแซม DNA ที่เรียกว่า Sirtuins จะลดลงอย่างชัดเจนและต่ำกว่าเซลล์ของคนที่ไม่สูบบุหรี่ ยังพบโปรตีนที่แสดงถึง เซลล์ที่ชรา (Senescence cell) มากกว่าผู้สูงอายุปกติด้วย จึงสรุปได้ว่า บุหรี่ทำให้ระบบต่อต้านความชราของปอดลดลง ทำให้ปอดเสื่อมเร็วขึ้น และมีการสะสมการอักเสบมากภายหลังการสูบบุหรี่

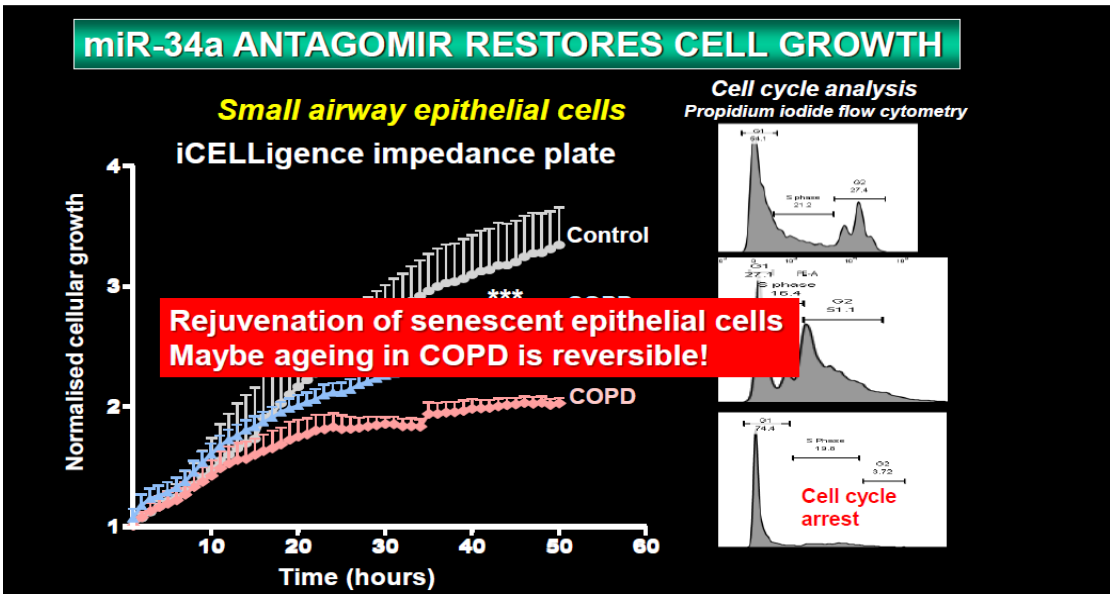


ที่มา : ศาสตราจารย์กิตติพงศ์ มณีโชติสุวรรณ อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ความก้าวหน้าใหม่ในการรักษาโรค COPD นอกจากยับยั้งไม่ให้ควันบุหรี่เข้าไปทำลายปอดแล้ว มีการสังเคราะห์สารที่ไปกระตุ้น MicroRNA จะสามารถซ่อมแซมเยื่อบุหลอดลมที่ผิดปกติในผู้ป่วย COPD ได้ สามารถลดการสะสม Senescence Cell ได้ ดังภาพข้างล่าง



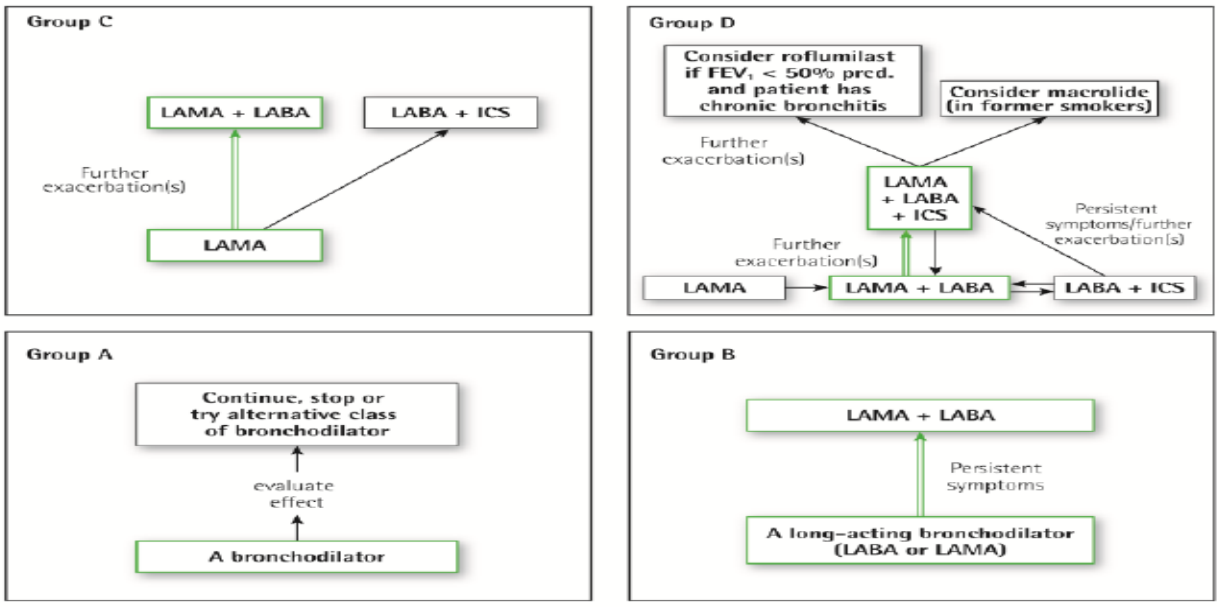
ด้วยเทคโนโลยีของการกระตุ้น micro RNA จึงเป็นความหวังใหม่ว่าจะสามารถรักษาความชราของเนื้อปอดของผู้สูงอายุที่มีโรค COPD ให้กลับคืนเหมือนปอดคนปกติได้ ดังภาพล่าง



ที่มา : ศาสตราจารย์กิตติพงศ์ มณีโชติสุวรรณ อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

กลุ่มแพทย์ผู้เชี่ยวชาญนานาชาติ (The Global Initiative for Obstructive Lung Disease หรือ GOLD) ได้ร่วมกันออกแพร่แนวทางในการรักษาโรค COPD ตามลักษณะความรุนแรงของโรค (ABCD grading system) A หมายถึงรุนแรงน้อยสุด จนถึงระดับ D จะรุนแรงมากที่สุด ดังภาพข้างล่าง

Figure 4.1. Pharmacologic treatment algorithms by GOLD Grade [highlighted boxes and arrows indicate preferred treatment pathways]



ที่มา : ศาสตราจารย์กิตติพงศ์ มณีโชติสุวรรณ อาจารย์ประจำภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

โดยกลุ่มยาขยายหลอดลมที่ใช้มีดังนี้

- Long-acting beta agonist (LABA)

- Long-acting muscarinic antagonist (LAMA) ซึ่งมีราคาแพง และไม่อยู่ในบัญชียาที่สามารถเบิกจ่ายได้ในระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ทำให้คุณภาพการรักษาผู้ป่วย COPD ในประเทศไทยยังต่ำกว่ามาตรฐานสากล

- Inhaled corticosteroid (ICS)

ประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๑. ยาที่ใช้รักษาโรคปอดติดเชื้อแบคทีเรียเฉียบพลัน (Pneumonia) และโรควัณโรค (Tuberculosis :TB) มีลักษณะการใช้ยาที่เหมือนกัน ซึ่งเมื่อผู้ป่วยมาตรวจอาการในครั้งแรก แพทย์ผู้รักษาจะให้ยาเหมือนคนปกติทั่วไป แต่หากมีผลค้างเคียง แพทย์จะทำการปรับยา โดยใช้ยารักษาวัณโรค สูตร IRZE แทน

๒. การสูบบุหรี่ไฟฟ้าจะส่งผลให้ Anti Aging ในปอดถูกทำลายและลดลงได้เท่ากับการสูบบุหรี่ปกติ

๓. วัคซีนบีซีจี (**BCG** : Bacillus Calmette Guerin) เป็นวัคซีนพื้นฐานที่เด็กไทยทุกคนควรได้รับตั้งแต่แรกเกิด ใช้ในการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค รวมถึงทำการฉีดให้แก่เด็กแรกเกิดทุกคนและทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้ ภูมิคุ้มกันต้านทานโรค/ภูมิคุ้มกันฯ ต่อวัณโรคจะเกิดภายหลัง

การได้รับวัคซีนนี้ประมาณ ๔ - ๖ สัปดาห์ และสร้างภูมิคุ้มกันฯ อยู่ไปได้นานประมาณ ๑๐ ปี วัคซีนจะให้ผลในการป้องกันวัณโรคโดยเฉพาะวัณโรคชนิดแพร่กระจาย (Disseminated tuberculosis) วัณโรคของเยื่อหุ้มสมองในเด็ก (TB meningitis) สูงถึง ๖๐% - ๙๐% ส่วนวัณโรคชนิดอื่น ๆ ที่เป็นการติดเชื้อครั้งแรก (Primary tuberculo sis) ป้องกันได้ไม่ดีนัก การฉีดวัคซีนนี้จะทำเพียงครั้งเดียว หากไม่ได้รับวัคซีนตอนแรกเกิดสามารถให้วัคซีนนี้ได้ทันทีในทุกช่วงอายุ

๔. ยาในกลุ่ม LAMA ในขณะนี้ยังไม่สามารถนำมาใช้กับผู้ป่วยได้ เนื่องจากยังไม่ได้อยู่ในระบบบัญชียาหลักแห่งชาติ

๕. โรคหอบหืดและโรควัณโรคเป็นคนละโรคกัน มีลักษณะอาการของโรคที่คล้ายกัน แต่ใช้ยาในการรักษา และการตอบสนองต่อยาคนละชนิดกันที่แตกต่างกัน

๖. สาเหตุของการเป็นโรค COPD นอกจากควันบุหรี่แล้ว สามารถเกิดจากการเคยใช้เตาถ่านในการปรุงอาหารส่วนใหญ่พบว่า ในปัจจุบันเป็นโรค COPD หรือบุคคลที่เคยสำลักควันจากเหตุการณ์ระเบิดในพื้นที่ต่าง ๆ ก็สามารถเป็นโรคนี้ได้ แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับภูมิต้านทานของแต่ละคน

๗. วิธีทำให้เซลล์ชราหมดไปจากอวัยวะในร่างกาย โดยการใช้ยารับประทานเพื่อทำให้เซลล์ที่เสื่อมในร่างกายตาย เพื่อทำให้เกิดเซลล์ใหม่กลับมาทำงานปกติ และสามารถผลิตกระดูกอ่อน หรือส่วนที่เสื่อมสภาพของอวัยวะต่าง ๆ ให้ดีเหมือนปกติ ซึ่งในอนาคตจะมีการผลิตยานี้มากขึ้น

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการดำเนินการเพื่อให้ยากลุ่ม LAMA ได้อยู่ในระบบบัญชียาหลักแห่งชาติ

๒. ควรมีการสนับสนุนให้มีการผลิตอายุรแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุให้มากขึ้น และเพียงพอต่อการรักษาผู้ป่วยสูงอายุในอนาคต

๓. ความชราเกิดจาก ๓ สาเหตุ ๑) เกิดจาก DNA ในการกำหนดการแบ่งเซลล์ในร่างกาย ๒) การมีภูมิคุ้มกันที่ดีจะทำให้ร่างกายแข็งแรง หากภูมิคุ้มกันไม่ดีจะทำให้ร่างกายเกิดความบกพร่องและอักเสบ อันเป็นผลให้เกิดความชราอย่างรวดเร็ว ๓) การใช้ร่างกายมาก ร่างกายก็จะเกิดความชรามากตามไปด้วย

๔.๑๔ ปัญหาการนอนกรนในผู้สูงอายุ

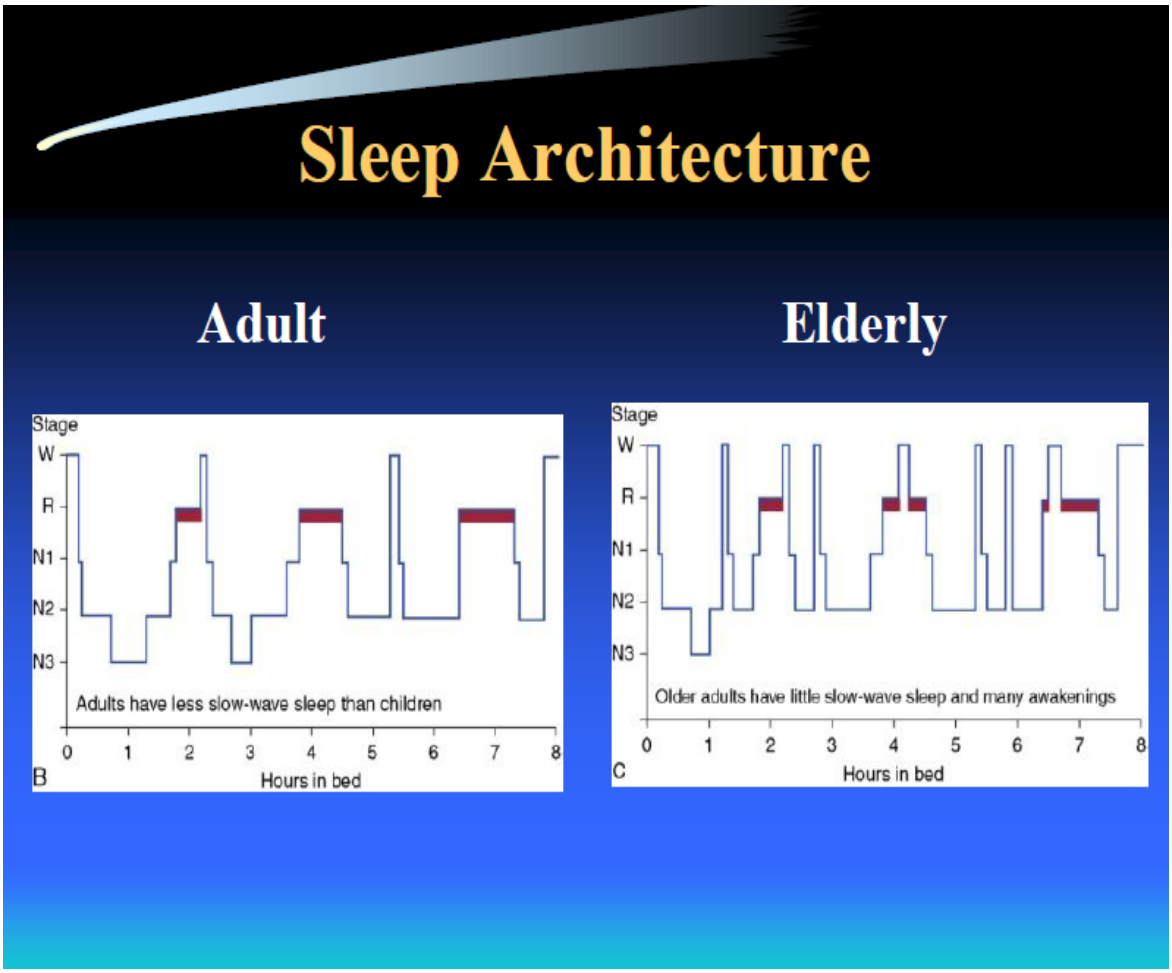
การนอนกรนเป็นปัญหาที่พบได้มากขึ้นในผู้สูงอายุ ซึ่งส่วนใหญ่เกิดจากความผิดปกติของระบบทางเดินหายใจ และสามารถแก้ไขได้เป็นส่วนใหญ่ ดังมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะของการนอนหลับ มีดังนี้

๑. Non Rapid Eye Movement Sleep (NREM Sleep) หรือหลับเงียบ เกิดขึ้นประมาณ ๓ ใน ๔ ของการนอนหลับ โดยการหลับเงียบจะแบ่งเป็นหลับตื้นและหลับลึก

๒. Rapid Eye Movement Sleep (REM Sleep) หรือหลับฝัน เกิดขึ้น ๑ ใน ๔ ของการนอนหลับ

ซึ่งในแต่ละคืนจะมีการหลับที่สลับกันเป็นรอบระหว่างหลับเงียบและหลับฝัน ทุก ๙๐ – ๑๒๐ นาที และมี ๔ – ๖ รอบต่อคืน โดยมักจะหลับได้ดีในระยะหลับเงียบ ส่วนทารกแรกเกิด หรือคนอดนอน หรือผู้ป่วย อาจจะเข้าสู่ระยะหลับฝันได้เร็วกว่าปกติแล้วเข้าสู่ระยะหลับเงียบ สำหรับผู้สูงอายุจะมีการทำงานของสมองที่เปลี่ยนแปลงไปจึงทำให้การหลับลึกน้อยลง และจะหลับตื้นเป็นส่วนใหญ่ และตื่นระหว่างคืนบ่อยขึ้น



ที่มา : รองศาสตราจารย์วิทย์ บรรณหิรัญ ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ความจำเป็นของการนอนหลับ

- การฟื้นฟู ซ่อมแซมร่างกายที่สึกหรอ (Restoration)
- การประหยัดพลังงาน (Energy conservation)
- การจัดระบบความทรงจำ (Memory consolidation)
- การปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม (Adaptive theory)
- สัญชาตญาณเพื่อความอยู่รอด (Instinctive theory)
- การทำงานของระบบประสาทและสมอง (Nervous and brain)
- การควบคุมอุณหภูมิ (Thermoregulatory)

ระยะเวลาการนอนที่เหมาะสมสำหรับผู้ใหญ่

- ควรนอนหลับอย่างน้อย ๗ ชั่วโมงต่อคืน โดยปฏิบัติเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ เพื่อสุขภาพที่ดี
- การนอนน้อยกว่า ๗ ชั่วโมงต่อคืน เป็นเวลานานมีผลเสียต่อสุขภาพ รวมถึงอาจทำให้เป็นโรคต่าง ๆ เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคซึมเศร้า และเสี่ยงต่อการเสียชีวิต อีกทั้งภูมิคุ้มกันในร่างกายลดลง ประสิทธิภาพการทำงานลดลง และเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ
- การนอนหลับเกิน ๙ ชั่วโมงต่อคืน ไม่เป็นผลดี แต่อาจเหมาะสมกับผู้ที่อายุน้อย ผู้ที่อดนอนมาก่อน และผู้ที่กำลังเจ็บป่วย

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับในระยะต่าง ๆ

- อายุที่เพิ่มขึ้น
- ประวัติการนอน หรือตื่นในช่วงก่อนหน้า
- นาฬิกาชีวภาพ (Biological Clock) ซึ่งจะกำหนดให้ร่างกายตื่นและหลับตามระยะเวลาที่เหมาะสม
- แสง เสียง ยา อุณหภูมิ ฯลฯ
- สิ่งกระตุ้นต่าง ๆ
- โรคหรือพยาธิสภาพต่าง ๆ เช่น โรคทางต่อมลูกหมาก ทำให้ต้องลุกขึ้นมาปัสสาวะตอนกลางคืนบ่อย เป็นต้น

ผลที่จะตามมาจากการนอนไม่หลับ

- อุบัติเหตุ เช่น การหกล้ม อุบัติเหตุทางรถยนต์ เป็นต้น
- โรคต่าง ๆ เช่น โรคซึมเศร้า

ชนิดของปัญหาที่เกี่ยวกับการนอนหลับที่พบบ่อย

- นอนไม่หลับ
- ง่วงมากผิดปกติ (ในเวลากลางวัน)
- มีพฤติกรรมผิดปกติขณะหลับ
- มีลักษณะทั้ง ๓ อย่างรวมกัน

การจำแนกกลุ่มโรคการนอนหลับผิดปกติ

๑. นอนไม่หลับ (Insomnia)

๒. ภาวะหายใจผิดปกติขณะหลับ (Sleep Related Breathing Disorders)

- ภาวะหยุดหายใจขณะหลับชนิดอุดกั้น (Obstructive Sleep Apnea Disorders)

๓. ภาวะง่วงผิดปกติโดยมีสาเหตุจากสมอง (Central Disorders of Hypersomnolence)

๔. ความผิดปกติเกี่ยวกับเวลาในการหลับ/ตื่น (Circadian Rhythm Sleep-Wake Disorders)

๕. นอนละเมอ/พฤติกรรมผิดปกติขณะนอนหลับ (Parasomnias)

๖. ร่างกายเคลื่อนไหวผิดปกติขณะหลับ (Sleep-related Movement Disorders)

๗. กลุ่มโรคอื่น ๆ ที่ไม่สามารถจัดในหมวดข้างต้นได้ (Other sleep disorders)

นอนกรน

ลักษณะของเสียงกรน (Snoring)

๑. ลมผ่านทางเดินในช่องคอที่แคบทำให้เกิดเสียงกรน

๒. การสั่นสะเทือนของเนื้อเยื่อรอบ ๆ ทางเดินหายใจส่วนบนขณะหลับ

๓. เป็นสัญญาณอย่างหนึ่งของโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น

๔. ไม่เพียงสร้างความรำคาญ แต่อาจมีผลแทรกซ้อนต่อสุขภาพอย่างร้ายแรงได้

สาเหตุของการนอนกรน

- กล้ามเนื้อเปิดทางเดินหายใจหย่อนตัว เนื่องจากถูกกระตุ้นน้อยลง ทำให้ทางเดินหายใจแคบลง มีความต้านทานสูงขึ้นและอาจอุดกั้น

ภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นทางเดินหายใจ (Obstructive Sleep Apnea -OSA)

มีลักษณะการหายใจแบบนอนกรน ซึ่งในเวลาต่อมาอาจจะหยุดกรน หรือหยุดหายใจ อย่างใดอย่างหนึ่งได้

โรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (อาการช่วงกลางคืน)

- นอนกรนเสียงดังมากเป็นประจำ
- คนที่นอนด้วยสังเกตว่าผู้ป่วยหยุดหายใจเป็นระยะ
- หายใจเฮือก สำลักอากาศ
- ใจสั่น ผวาเวลานอน
- สะดุ้งตื่นกลางดึกจากการขาดอากาศ
- กระสับกระส่าย หลับไม่สนิท
- เหงื่อออกมากเวลานอน
- ปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน
- ปัสสาวะรดที่นอน (เด็ก)

โรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น (อาการช่วงเวลากลางวัน)

- ง่วงมากระหว่างวัน
- อ่อนเพลียผิดปกติ

- ตื่นนอนแล้วคอแห้งมาก
- ปวดศีรษะตอนเช้าบ่อยครั้ง
- หลงลืมง่าย ความจำแย่ลง
- สมาธิไม่ดี
- อารมณ์ไม่แจ่มใส
- ซึมเศร้า หงุดหงิดง่าย
- สมรรถภาพทางเพศเสื่อม
- ผลการเรียนแย่ลง (เด็ก)

ความชุกของการนอนกรนและโรคหยุดหายใจขณะหลับ

- พบมากในผู้ชาย และผู้หญิงวัยหมดประจำเดือน เป็นส่วนใหญ่
- ภาวะหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้น จากการศึกษาของต่างประเทศจะพบมากในเพศชายร้อยละ ๒๔ ของประชากรทั้งหมด และเพศหญิงร้อยละ ๙ ของประชากรทั้งหมด สำหรับการศึกษาของประเทศไทย พบว่า เกิดกับเพศชาย ร้อยละ ๑๕.๔ และเพศหญิง ร้อยละ ๔.๘ ของประชากรทั้งหมด

ปัญหาแทรกซ้อนจากภาวะหยุดหายใจขณะหลับ จากการอุดกั้น

- เกิดอุบัติเหตุจากการขับขี่รถยนต์
- ภาวะซึมเศร้า
- โรคหลอดเลือดสมอง

แนวทางการพัฒนาการวินิจฉัยและรักษา นอนกรนและโรคหยุดหายใจขณะหลับจากการอุดกั้นในประเทศไทยสำหรับผู้ใหญ่ พ.ศ. ๒๕๖๐ (ราชวิทยาลัย โสต ศอ นาสิกแห่งประเทศไทยและสมาคมโรคการนอนหลับแห่งประเทศไทย)

มีการดำเนินการจัดทำแบบสอบถามคัดกรอง เพื่อสอบถามเกี่ยวกับการนอนกรน ดังนี้

แบบสอบถามคัดกรอง Stop-Bang

Appendix. STOP-Bang scoring model
แบบประเมินภาวะหยุดหายใจขณะหลับ STOP-Bang ฉบับภาษาไทย

ส่วนสูง _____ *ซม., น้ำหนัก*_____ *กก.* *เพศ* ☐ *ชาย* ☐ *หญิง*

*เส้นรอบวงคอ*_____*ซม.*

1. *Snoring*
   คุณนอนกรนดังหรือไม่ ? (ดังกว่าเสียงพูด หรือ ดังพอที่จะได้ยินออกไปนอกห้อง) ☐ *ใช่* ☐ *ไม่ใช่*
2. *Tired*
   คุณมักจะรู้สึกอ่อนเพลีย ล้า หรือ ง่วงนอนในระหว่างกลางวันบ่อย ๆ หรือไม่? ☐ *ใช่* ☐ *ไม่ใช่*
3. *Observed*
   มีคนเคยสังเกตเห็นว่าคุณหยุดหายใจขณะที่คุณหลับอยู่หรือไม่? ☐ *ใช่* ☐ *ไม่ใช่*
4. *Blood pressure*
   คุณมีความดันโลหิตสูง หรือกำลังรักษาโรคความดันโลหิตสูงอยู่ หรือไม่? ☐ *ใช่* ☐ *ไม่ใช่*
5. *BMI*
   ดัชนีมวลกายมากกว่า 35 หรือไม่? ☐ *ใช่* ☐ *ไม่ใช่*
6. *Age*
   อายุมากกว่า 50 ปี หรือไม่? ☐ *ใช่* ☐ *ไม่ใช่*
7. *Neck circumference*
   เส้นรอบวงคอมากกว่า 40 ซม. หรือไม่? ☐ *ใช่* ☐ *ไม่ใช่*
8. *Gender*
   เป็นเพศชายหรือไม่? ☐ *ใช่* ☐ *ไม่ใช่*

High risk of OSA: answering yes to three or more items
Low risk of OSA: answering yes to less than three items

แบบสอบถามระดับความง่วงนอน เอ็บเวิร์ธ

สถานการณ์	ความเป็นไปได้ที่จะง่วงจนงีบหรือเผลอหลับ
ขณะกำลังนั่งและอ่านหนังสือ	
ขณะกำลังดูโทรทัศน์	
ขณะกำลัง นั่งเฉยๆในที่สาธารณะ เช่น ในโรงภาพยนตร์ หรือที่ประชุมสัมมนา	
ขณะกำลังนั่งเป็นผู้โดยสารในรถ นานกว่า 1 ชั่วโมงอย่างต่อเนื่อง	
ขณะกำลังนอนเอนหลังเพื่อพักผ่อนในตอนบ่ายถ้ามีโอกาส	
ขณะกำลังนั่งและพูดคุยกับผู้อื่น	
ขณะกำลังนั่งเงียบ ๆ หลังอาหารกลางวัน โดยที่ไม่ได้ดื่มแอลกอฮอล์	
ขณะกำลังขับรถแต่ หยุดรถเพื่อรอสัญญาณจราจร นาน 2-3 นาที	

คะแนนรวมทั้งหมด _____

ที่มา : รองศาสตราจารย์วิทย์ บรรณหิรัญ ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ที่มา : รองศาสตราจารย์วิทย์ บรรณหิรัญ ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ปัจจัยเสี่ยงที่พบบ่อยจากแบบสอบถาม

- ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับโพรงจมูก
- ผู้ที่มีปัญหาต่อมทอนซิลโตทำให้ช่องคอแคบ
- ผู้มีลักษณะรูปหน้า คางสั้น
- ผู้มีจมูกคด
- ผู้มีลิ้นไก่ยาว
- เนื้องอกหลังโพรงจมูก
- ไม่จำเป็นต้องเป็นคนอ้วน

วิธีการรักษา ดังนี้

การตรวจสุขภาพการนอนระดับที่ ๑ Polysomnography

ที่มา : รองศาสตราจารย์วิทย์ บรรณหิรัญ ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

การตรวจสุขภาพการนอนหลับระดับ ๒

ที่มา : รองศาสตราจารย์วิทย์ บรรณหิรัญ ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

การตรวจสุขภาพการนอนหลับระดับ ๓

ที่มา : รองศาสตราจารย์วิทย์ บรรณหิรัญ ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ที่มา : รองศาสตราจารย์วิทย์ บรรณหิรัญ ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ทั้งนี้ ปัจจุบันประชาชนให้ความสนใจในการรักษาโรคนอนกรนมากขึ้น ทำให้จำนวนห้องปฏิบัติการที่มีอยู่ไม่เพียงพอ ทำให้ประชาชนต้องต่อคิวในการรอรับการรักษาเป็นระยะเวลานานและหันไปเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเอกชนแทน

แนวทางการเลือกวิธีรักษา

๑. ปัจจัยเกี่ยวกับโรค
- โครงสร้างและสรีระทางเดินหายใจ
- ระดับความรุนแรงของโรค
- สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยง

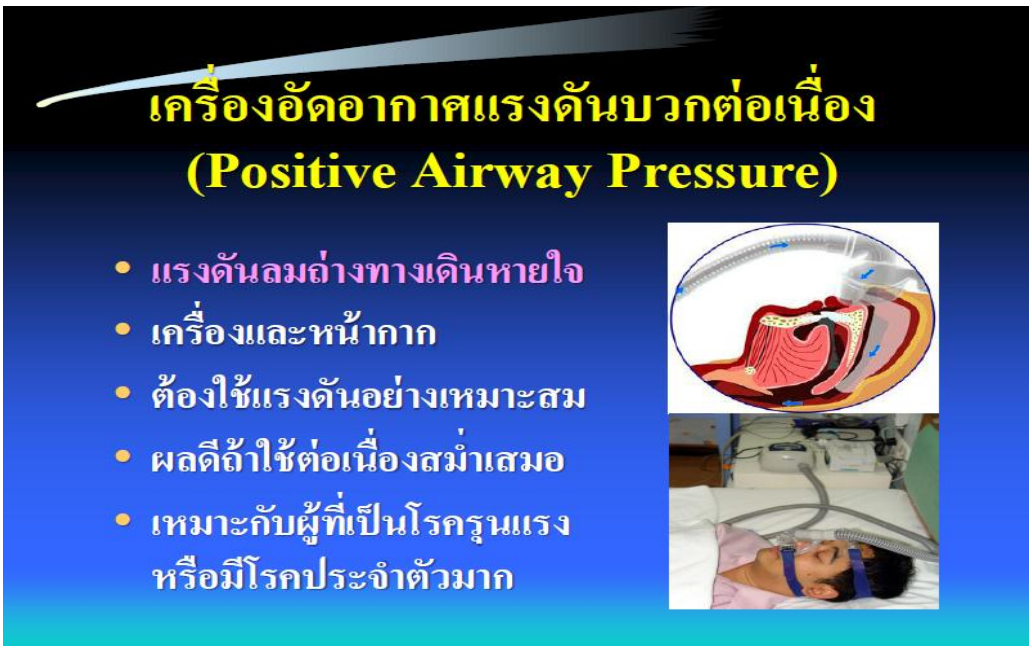
๒. ปัจจัยเกี่ยวกับคนไข้
- การร่วมมือและความคาดหวัง
- สุขภาพและโรคประจำตัว

๓. ปัจจัยเกี่ยวกับการรักษา
- ความเสี่ยงและผลแทรกซ้อน
- ค่าใช้จ่าย

๔. ปัจจัยการใช้ชีวิตของผู้ป่วย
- การลดน้ำหนัก
- การจัดท่านอน เช่น นอนตะแคง หรือนอนศีรษะสูง
- สุขอนามัยการนอน เช่น การงดสุรา การให้เวลานอนอย่างเพียงพอ

อุปกรณ์ช่วยในการรักษาเกี่ยวกับการนอนกรน

เครื่องอัดอากาศแรงดันบวกต่อเนื่อง (Positive Airway Pressure)



ที่มา : รองศาสตราจารย์วิทย์ บรรณหิรัญ ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ที่มา : รองศาสตราจารย์วิทย์ บรรณหิรัญ ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

เครื่องมือในช่องปาก

ที่มา : รองศาสตราจารย์วิทย์ บรรณหิรัญ ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

การรักษาโดยการผ่าตัดทางเดินหายในส่วนบน เช่น

ที่มา : รองศาสตราจารย์วิทย์ บรรณหิรัญ ภาควิชาโสต นาสิก ลาริงซ์วิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

นอกจากการดำเนินการรักษาโดยใช้อุปกรณ์และการผ่าตัดแล้วยังมีวิธีการอื่น ๆ ดังนี้

- การส่องกล้องทางเดินหายในขณะหลับ
- การผ่าตัดเล็ก เช่น ผ่าตัดลิ้นไก่ที่ยาวเกินไป การผ่าตัดต่อมทอนซิลโตเกินปกติ
- การฝังไหมพิลล่าร์
- การจี้ด้วยความถี่วิทยุ
- การผ่าตัดจมูก (ที่ผิดรูป)

- การเย็บกล่องเสียง
- การผ่าตัดปรับเปลี่ยนรูปหน้า เช่น คางสั้น การยืดกระดูกขากรรไกร
- การผ่าตัดแก้ไขเพดานอ่อนและลิ้นไก่
- การผ่าตัดต่อมทอนซิลและอะดินอยด์
- การผ่าตัดด้วยหุ่นยนต์

บทสรุปปัญหาการหลับในผู้สูงอายุ

- ผู้ป่วยอาจเข้านอนเร็ว ตื่นเช้ากว่าเดิม
- นอนหลับตื้นกว่าเดิม ตื่นบ่อย
- มีโรคการหลับได้หลายชนิดที่พบได้บ่อย
- การหลับที่ไม่ดี มีผลต่อคุณภาพชีวิต และเกิดโรคอื่น ๆ
- โรคประจำตัว อาการปวดเรื้อรัง และยามีผลต่อการหลับ
- เกิดอาการซึมเศร้า และวิตกกังวล บ่อยครั้ง
- ต้องคำนึงถึงสุขภาพของผู้ดูแล (caregiver) ที่นอนอยู่กับผู้ป่วยสูงอายุด้วย

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

๑. ควรมีการปรับแก้ไขหลักเกณฑ์เกี่ยวกับการเบิกจ่ายเครื่อง CPAP เนื่องจากเครื่องดังกล่าวมีราคาสูง ป้องกันการเบิกเครื่องโดยไม่จำเป็น เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าในการใช้งานมากที่สุด

๒. แพทย์เฉพาะทางเกี่ยวกับการนอนหลับยังมีจำนวนน้อย

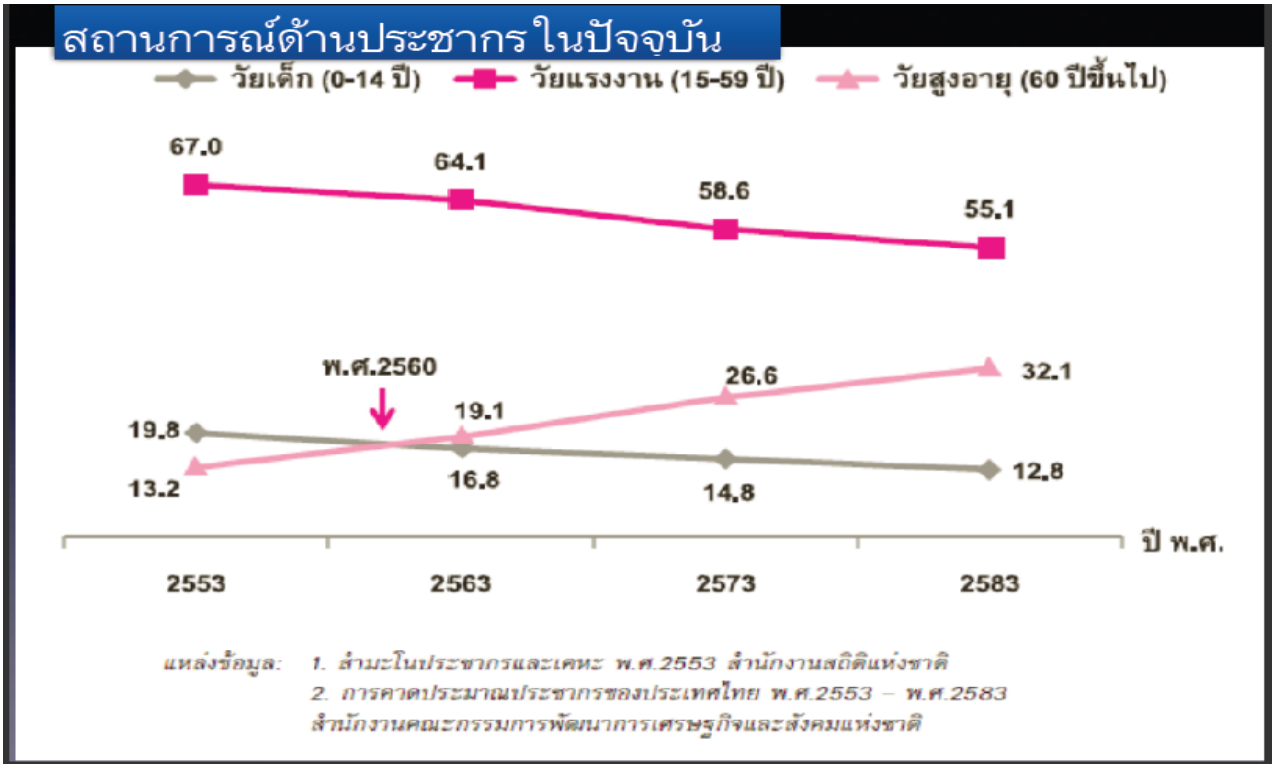
๓. ห้องปฏิบัติการในการวินิจฉัย Sleep test ยังมีจำนวนไม่เพียงพอทั่วประเทศ

๔.๑๕ ปัญหาโรคไตในผู้สูงอายุ

องค์การสหประชาชาติ (United Nations) ไม่ได้มีการกำหนดเกณฑ์ของผู้สูงอายุเป็นมาตรฐาน เพียงแต่ยอมรับโดยทั่วไปว่า หมายถึง บุคคลหรือกลุ่มประชากรที่มีอายุตามปีปฏิทิน (Calendar age, chronological age) ตั้งแต่ ๖๐ ปีขึ้นไป ซึ่งประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่จะใช้ที่เกณฑ์อายุ ๖๕ ปีขึ้นไป เป็นเกณฑ์ สำหรับประเทศไทยได้กำหนดนิยามไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖ มาตรา ๓ ซึ่งหมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกิน ๖๐ ปีบริบูรณ์ขึ้นไปที่มีสัญชาติไทย

สถานการณ์ด้านประชากรในปัจจุบัน

แนวโน้มประชากรไทยตั้งแต่ปี ๒๕๕๓ – ๒๕๘๓ จะมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในขณะที่ประชากรวัยแรงงานและวัยเด็กมีแนวโน้มที่ลดลง



จำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุ (อายุ ๖๐ – ๖๙ ปี, ๗๐ - ๗๙ ปี และ ๘๐ ปีขึ้นไป) เพศ และเขตที่อยู่อาศัย พ.ศ. ๒๕๕๓ – พ.ศ. ๒๕๘๓

จะเห็นได้ว่า ในอนาคตกลุ่มผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะอยู่ในช่วงสูงอายุวัยต้น คือ อายุ ๖๐ – ๖๙ ปี และอาศัยอยู่ในชนบทมากกว่าอาศัยอยู่ในเขตเมือง

ตารางที่ 1.1 จำนวนและสัดส่วนประชากรสูงอายุ จำแนกตามกลุ่มอายุ (อายุ 60-69 ปี, 70-79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป) เพศ และเขตที่อยู่อาศัย พ.ศ.2553 – พ.ศ.2583

ปี พ.ศ.	2553		2563		2573		2583	
	จำนวน (พันคน)	ร้อยละ	จำนวน (พันคน)	ร้อยละ	จำนวน (พันคน)	ร้อยละ	จำนวน (พันคน)	ร้อยละ
รวมผู้สูงอายุทั้งหมด	8,408.0	100.0	12,621.7	100.0	17,578.9	100.0	20,519.4	100.0
ผู้สูงอายุวัยต้น (อายุ 60-69 ปี)	4,629.7	55.1	7,255.6	57.5	9,260.4	52.7	8,958.5	43.7
ผู้สูงอายุวัยกลาง (อายุ 70-79 ปี)	2,708.1	32.2	3,676.6	29.1	5,897.9	33.6	7,639.4	37.2
ผู้สูงอายุวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป)	1,070.2	12.7	1,689.5	13.4	2,420.6	13.8	3,921.4	19.1
ผู้สูงอายุชาย	3,776.2	44.9	5,624.3	44.6	7,739.6	44.0	8,874.3	43.2
ผู้สูงอายุหญิง	4,631.7	55.1	6,997.4	55.4	9,839.4	56.0	11,645.1	56.8
ผู้สูงอายุในเขตเมือง	3,333.9	39.7	6,283.9	49.8	10,422.2	59.3	11,586.0	59.8
ผู้สูงอายุในเขตชนบท	5,074.1	60.3	6,337.8	50.2	7,156.8	40.7	7,774.6	40.2

แหล่งข้อมูล: การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ.2553 – พ.ศ.2583 สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

การเข้าใจลักษณะผู้สูงอายุที่แตกต่างจากผู้ที่อายุน้อย

R-A-M-P-S

• Reduce body reserve : การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและกลไกการทำงานเนื่องจากความชรา

• Atypical presentation :

* อาการสำคัญของโรคต่าง ๆ อาจแสดงออกแตกต่างไป

* อาการที่พบบ่อย ไม่เฉพาะเจาะจงกับระบบอวัยวะใดชัดเจน (Geriatric syndrome)

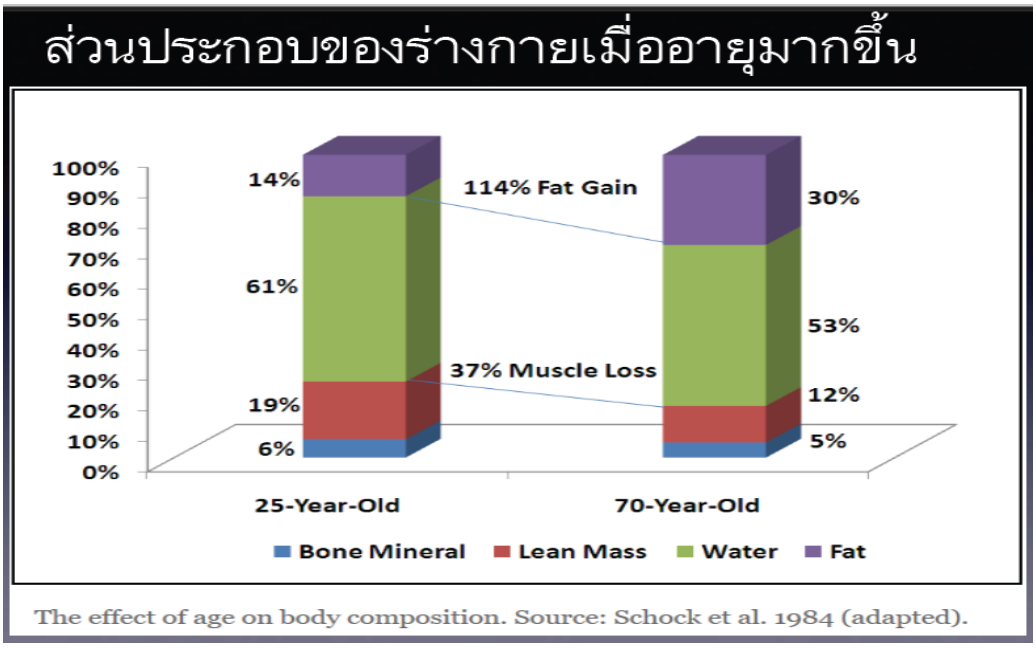
• Multiple pathology : มีโรคหลายชนิดในระบบอวัยวะเดียวกัน และเวลาเดียวกัน

• Polypharmacy : การใช้ยาหลายขนานพร้อมกัน อาจเกิดผลไม่พึงประสงค์ต่อผู้ป่วย

• Social adversity : การเปลี่ยนแปลงทางสังคม

ทั้งนี้ ผู้สูงอายุแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันแม้จะมีอายุเท่ากัน (Heterogeneity) กล่าวคือ ผู้สูงอายุบางรายมีอายุ ๖๐ ปีเท่ากัน แต่บางคนยังสามารถออกกำลังกายและวิ่งมาราธอนได้ บางรายจะต้องนอนติดเตียง หรือต้องเข้ารับการฟอกไตในโรงพยาบาล

ส่วนประกอบของร่างกายเมื่ออายุมากขึ้น



บุคคลที่มีอายุ ๒๕ ปี จะมีปริมาณน้ำเป็นสัดส่วนในร่างกายที่เป็นปกติ แต่เมื่อมีอายุ ๗๐ ปี ปริมาณน้ำในร่างกายจะลดลง กล้ามเนื้อลดลง ความหนาแน่นของมวลกระดูกลดลง แต่มีไขมัน เพิ่มมากขึ้น ซึ่งการมีไขมันเพิ่มมากขึ้น จะเป็นผลทำให้ผู้สูงอายุที่รับประทานยาต่าง ๆ กระจายอยู่ในร่างกายนานยิ่งขึ้น และเคลื่อนที่ไปยังส่วนต่าง ๆ ยากยิ่งขึ้น จึงเป็นสาเหตุที่แพทย์จะต้องมีการปรับยาให้กับผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุแต่ละบุคคลมีการตอบสนองต่อยาที่ไม่เท่ากัน

การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาของไตเมื่ออายุมากขึ้น

การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้าง

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างในร่างกาย กล่าวคือ ไตอาจจะมีขนาดเล็กลง อาจเกิดเป็นก้อนซีสในไตได้มากขึ้น เส้นเลือดที่ไปเลี้ยงไตอาจเกิดการตีบแข็งทำให้เลือดไปเลี้ยงไตได้น้อยลง สำหรับ Micro-anatomy อาจเปลี่ยนแปลงในส่วนของหน่วยไตย่อย จะเกิดการแข็งตัว เกิดการสูญเสียโครงสร้างในไตตามอายุที่เพิ่มขึ้น ทำให้อัตราการกำจัดของเสียในไตลดลง และอาจทำให้โปรตีนรั่วในไตได้เพิ่มขึ้น

ลักษณะของโรคไตเรื้อรัง

ซึ่งจะต้องมีการตรวจพบความผิดปกติทางด้านโครงสร้าง หรือการทำงานของไตอย่างใดอย่างหนึ่งเป็นระยะเวลามากกว่า ๓ เดือนขึ้นไป กล่าวคือ

- อัตราการกรองของเสียของไต (Glomerular filtration rate: GFR) ลดลงต่ำกว่า ๖๐ มล./นาที/๑.๗๓ ตร.ม. (ค่าปกติประมาณ ๙๐ – ๑๑๐)
- ตรวจพบความผิดปกติในปัสสาวะ เช่น ไข่ขาว (albuminuria) มากกว่า ๓๐ มก./วัน พบเม็ดเลือดแดงคราบ (Cast) ในปัสสาวะ
- โครงสร้างผิดปกติ เช่น ตรวจพบว่า ไตเล็ก หรือมีไตข้างเดียว

ภาวะโรคไตเรื้อรัง

แบ่งระดับระยะของโรคไตเรื้อรังตามความสัมพันธ์ของ Glomerular filtration rate: GFR และระดับอัลบูมินในปัสสาวะ ดังนี้

ภาวะโรคไตเรื้อรัง

ตารางที่ 3 พยากรณ์โรคไตเรื้อรังตามความสัมพันธ์ของ GFR และระดับอัลบูมินในปัสสาวะ

			ระดับอัลบูมินในปัสสาวะ		
			A1 <30 mg/g <3 mg/mmol	A2 30-300 mg/g 3-30 mg/mmol	A3 >300 mg/g >30 mg/mmol
ระยะของโรคไตเรื้อรัง ตามระดับ GFR ($ml/min/1.73m^2$)	ระยะที่ 1	≥ 90			
	ระยะที่ 2	60-89			
	ระยะที่ 3a	45-59			
	ระยะที่ 3b	30-44			
	ระยะที่ 4	15-29			
	ระยะที่ 5	<15			

(ที่มา: KDIGO 2012)

ความเสี่ยงต่ำ ความเสี่ยงปานกลาง ความเสี่ยงสูง ความเสี่ยงสูงมาก

ที่มา : พันตรีหญิง นฤตยา วโรทัย แพทย์ประจำกองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

ทั้งนี้ โดยปกติผู้ที่มีอายุมากกว่า ๔๐ ปี ไตจะเริ่มเสื่อมไปตามวัย โดยที่ระดับ GFR จะเริ่มเสื่อมลงปีละ ๑ – ๒ ต่อปี แต่ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์เมื่อมีอายุมาก และพบว่า GFR อยู่ในระดับที่สูง เช่น ระดับที่ ๔ อาจจะต้องเตรียมเข้ารับการล้างไต

การศึกษา Thai SEEK Study ของแพทย์โรงพยาบาลรามาธิบดี ในปี ๒๕๕๓ ได้มีการศึกษาและสำรวจจากคนไทยจำนวน ๓,๕๐๐ คน ซึ่งเป็นตัวแทนจาก ๕ ภาค ได้แก่ ภาคกลาง ภาคเหนือ ภาคใต้ ภาค

ตะวันออก และจังหวัดกรุงเทพมหานคร โดยทำการเจาะเลือดผู้ป่วยทั้งหมดเพื่อหาค่าของเสียในไตและคำนวณตามระดับ GFR ว่า มีจำนวนผู้ป่วยอยู่ในระดับค่าของไตอยู่ในระดับใด (ระหว่างระดับ ๑ – ๔) จึงพบว่า ในคนไทยมีอัตราการเกิดโรคไตเรื้อรังทั้งหมดร้อยละ ๑๗.๕ กลุ่มภาคที่เป็นโรคไตเรื้อรังมากที่สุดได้แก่ จังหวัดกรุงเทพมหานคร ภาคตะวันออก ภาคเหนือ ภาคใต้ และภาคกลางตามลำดับ

ในกลุ่มบุคคลผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า ๗๐ ปี มีโอกาสที่จะเกิดโรคไตได้มาก ๗ เท่า เมื่อเทียบกับที่อายุน้อยกว่า ๔๐ ปี ดังตารางด้านล่าง

Table 3. Assessing factors associated with CKD

	CKD				Unadjusted OR		Adjusted OR	
	Stages I–V		Normal					
Factors	Number	%	Number	%	OR (95% CI)	*P*-value	OR (95% CI)	*P*-value
Age, year								
≥70	139	22.26	128	4.08	14.83 (8.46, 25.99)	<0.001	7.34 (4.18, 12.90)	<0.001
60–69	148	22.85	255	9.40	6.60 (4.22, 10.33)	<0.001	3.63 (2.26, 5.86)	0.001
40–59	237	39.19	1227	43.85	2.43 (1.77, 3.33)	0.001	1.71 (1.16, 2.52)	0.017
<40	102	15.70	1223	42.67	1	1		
History of kidney stone								
Yes	74	11.30	95	3.72	3.30 (2.09, 5.21)	0.001	2.72 (1.80, 4.12)	0.002
No	516	88.70	2569	96.28	1	1		
Diabetes								
Yes	183	28.48	251	8.40	4.34 (2.87, 6.55)	<0.001	2.72 (1.57, 4.73)	0.005
No	443	71.52	2582	91.60	1	1		
Hypertension								
Yes	329	53.60	626	21.99	4.10 (2.94, 5.72)	<0.001	1.96 (1.44, 2.67)	0.002
No	297	46.40	2207	78.01	1	1		
Uric acid, mg/dl								
>5.61	331	55.03	938	35.09	2.68 (1.79, 4.01)	0.001	2.87 (1.77, 4.64)	0.002
4.40–5.61	166	26.58	960	33.49	1.36 (0.89, 2.07)	0.123	1.50 (0.92, 2.46)	0.087
<4.40	129	18.39	935	31.42	1	1		
Using traditional medicine								
Yes	263	42.65	880	31.55	1.61 (1.38, 1.89)	0.001	1.20 (1.02, 1.42)	0.035
No	361	57.35	1939	68.4				
Sex								
Female	356	57.77	1534	53.8				
Male	270	42.23	1299	46.1				
BMI, kg/m^2								
≥30	65	11.71	220	8.29	1.59 (1.15, 2.20)	0.014		
25–29.9	191	30.45	733	26.58	1.29 (1.01, 1.65)	0.045		
<25	370	57.84	1880	65.13	1			
Waist/hip								
Male Female								
≥0.96 ≥0.90	117	18.57	237	7.37	2.87 (1.70, 4.83)	0.004		
<0.96 <0.90	509	81.43	2595	92.63	1			

ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับโรคไตเรื้อรัง

Ingsathit. et al., Nephrol Dial Transplant (2010) 25:1567-1575

ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับโรคไตเรื้อรัง

- อายุ
- โรคความดันโลหิตสูง
- โรคเบาหวาน
- ภาวะกรดยูริกสูง
- ประวัติการมีนิ่วในไต
- การใช้ยาสมุนไพรพื้นบ้านบางชนิด

กลุ่มผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรังเพื่อรับการตรวจคัดกรอง

ผู้ป่วยที่มีประวัติดังต่อไปนี้จัดเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคไตเรื้อรัง ได้แก่

๑. โรคเบาหวาน

๒. โรคความดันโลหิตสูง

๓. อายุมากกว่า ๖๐ ปีขึ้นไป

๔. โรคแพ้ภูมิตนเอง (Autoimmune diseases) ที่อาจก่อให้เกิดไตผิดปกติ

๕. โรคติดเชื้อในระบบต่าง ๆ (Systemic infection) ที่อาจก่อให้เกิดโรคไต

๖. โรคหัวใจและหลอดเลือด (Cardiovascular disease)

๗. โรคติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะส่วนบนซ้ำหลายครั้ง

๘. โรคเก๊าท์ (Gout) หรือระดับกรดยูริคในเลือดสูง

๙. ได้รับยาแก้ปวดกลุ่ม NSAIDs หรือสารที่มีผลกระทบต่อไต (Nephrotoxic agents) เป็นประจำ

๑๐. มีมวลเนื้อไต (Renal mass) ลดลง หรือมีไตข้างเดียว ทั้งที่เป็นมาแต่กำเนิด หรือเป็นในภายหลัง

๑๑. มีประวัติโรคไตเรื้อรังในครอบครัว

๑๒. ตรวจพบนิ่วในไตหรือในระบบทางเดินปัสสาวะ

๑๓. ตรวจพบถุงน้ำในไตมากกว่า ๓ ตำแหน่งขึ้นไป

วิธีการรักษาภาวะไตเรื้อรัง

๑. การคัดกรองและป้องกันการเกิดการเสื่อมของไต (CKD clinic)

๒. การบำบัดทดแทนไต (Renal replacement therapy)

- การฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม (Hemodialysis)
- การล้างไตทางช่องท้อง (Peritoneal dialysis)

๓. การปลูกถ่ายไต (Kidney transplant)

๔. การรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคอง (Palliative care)

ความชุกของผู้ป่วยฟอกไตแบ่งตามกลุ่มอายุในปี พ.ศ. ๒๕๕๒ – ๒๕๕๘

จากการสำรวจข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยอายุ ๖๕ – ๗๔ ปี และอายุมากกว่า ๗๕ ปีขึ้นไป จะต้องเริ่มล้างไต โดยคิดเป็นร้อยละ ๔๐ ของผู้ป่วยที่ต้องล้างไตทั้งหมด

Prevalence of dialysis patients by age groups in 2009-2015 (I)

	Cases						
Age groups (years)	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
0-4	0	7	2	11	35	0	3
5-9	28	57	140	99	70	45	10
10-14	84	78	99	97	119	171	175
15-19	169	146	223	251	279	284	311
20-24	421	387	535	594	667	647	748
25-34	1,994	2,113	3,052	3,812	3,441	4,619	4327
35-44	3,314	3,864	4,443	5,060	6,151	5,976	6,865
45-54	5,364	6,292	7,826	9,339	10,660	12,164	
55-64	6,713	8,756	11,142	13,178	15,783	17,782	
65-74	5,704	6,747	8,502	10,186	12,800	15,363	16,884
≥75	4,294	6,440	5,486	6,893	9,706	11,788	13,154
Total	28,085	34,887	41,450	49,520	59,711	68,839	75,321

40%

Missing data 2015 = cases

ที่มา : พันตรีหญิง นฤตยา วโรทัย แพทย์ประจำกองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

สาเหตุของความชุกของการล้างไตในประเทศไทย ในปี พ.ศ. ๒๕๕๘

๑. โรคเบาหวาน ร้อยละ ๓๘.๕๗

๒. โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๓๐.๗๑

๓. ภาวการณ์อุดตันในทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ ๓.๗๔

๔. แพทย์สันนิษฐานว่าเป็นภาวะไตอักเสบเฉียบพลัน ร้อยละ ๑.๖๔

๕. มีภาวะยูริคสะสมในเนื้อไตเรื้อรัง ร้อยละ ๑.๓๗

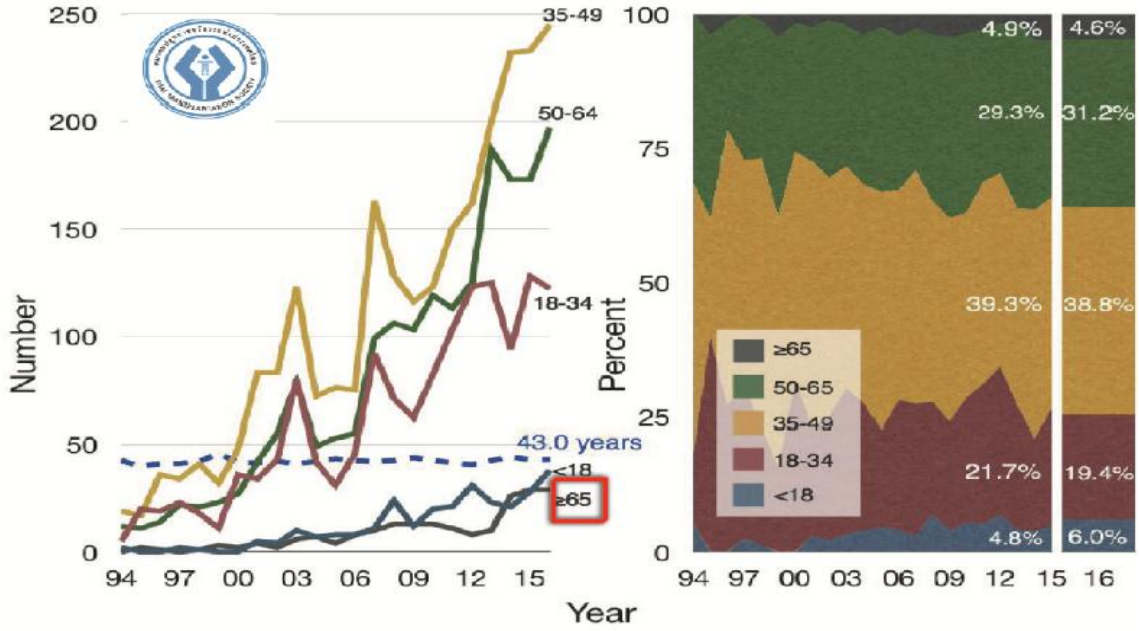
อัตราการเสียชีวิตเมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยที่ล้างไตทางเส้นเลือดและปลูกถ่ายไต

- อัตราการเสียชีวิตต่อปี : ผู้ป่วยที่ปลูกถ่ายไต ต่อล้างไตที่รอการปลูกถ่ายไต (3.8 VS 6.3/100 patient-years)

- อัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตนั้นเพิ่มขึ้น ในกลุ่มที่เป็นเบาหวานในทุกกลุ่มอายุ รวมถึงกลุ่มที่อายุ ๖๐ – ๗๔ ปี

จากข้อมูลของสมาคมปลูกถ่ายอวัยวะแห่งประเทศไทย ที่ได้มีการศึกษาและจัดทำข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนและสัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตแบ่งตามช่วงอายุ ซึ่งจะเห็นได้ว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า ๖๕ ปี จะได้รับการปลูกถ่ายไตเป็นจำนวนน้อยกว่าผู้ที่อยู่ในช่วงวัยอื่น

แสดงจำนวนและสัดส่วนของผู้ป่วยที่ได้รับการปลูกถ่ายไตแบ่งตามช่วงอายุ



ที่มา : พันตรีหญิง นฤตยา วโรทัย แพทย์ประจำกองอายุรกรรม โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า

การรักษาแบบองค์รวมชนิดประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง (Comprehensive Conservative Management, CCM)

เป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะที่ ๕ ทั้งด้านกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Holistic care) โดยไม่ใช่การบำบัดทดแทนไตชนิดใดชนิดหนึ่ง

เป้าหมายการรักษา

๑. เพื่อการชะลอการลดลงของอัตราการกรองของไตและลดโอกาสการเกิดภาวะแทรกซ้อนหรืออาการไม่พึงประสงค์

๒. ไม่ใช่การบำบัดทดแทนไตวิธีใดวิธีหนึ่ง

๓. เน้นที่การแก้ไขอาการผิดปกติที่ปรากฏ

๔. เลือกแนวทางการรักษาควรได้รับการวางแผนและเป้าหมายไว้ล่วงหน้า (Advance care planning) โดยผ่านการปรึกษาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างผู้ป่วยและทีมผู้รักษา (Shared decision making

๕. รูปแบบการรักษาประคับประคองควรคำนึงถึงปัจจัยด้านต่าง ๆ ให้ครบถ้วน ได้แก่ ปัจจัยทางกายภาพ จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ

ผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้ายที่แสดงเจตจำนงไม่ประสงค์รับการรักษาชนิดรุกราน หรือผู้ที่มีลักษณะที่น่าจะได้รับผลเสียมากกว่าประโยชน์จากการบำบัดทดแทนไต ได้แก่

- ผู้ที่มีอายุมากกว่า ๘๐ ปีขึ้นไป
- ผู้ที่มีการทำลายสมองรุนแรงอย่างถาวรจนไม่สามารถทำกิจวัตร (Vegetative stage) หรือผู้ที่แพทย์หรือทีมผู้รักษาและผู้แทนโดยชอบธรรม เห็นพ้องต้องกันว่าไม่น่าจะได้รับประโยชน์จากการบำบัดแทนไต
- ผู้ที่มีโรคเรื้อรังอื่น ๆ นอกเหนือจากโรคไตเรื้อรังและได้รับการพิจารณาแล้วว่า โรคนั้น ๆ อยู่ในระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถรับการรักษาให้ดีขึ้นได้ หรือผู้ที่แพทย์คาดว่าจะมีชีวิตได้ไม่เกิน ๑ ปี
- ผู้ที่อยู่ในสภาวะไม่เหมาะสมสำหรับการฟอกเลือดด้วยเครื่องไตเทียม การล้างไตทางช่องท้อง หรือการผ่าตัดปลูกถ่ายไต

การทบทวนแผนและเป้าหมายการรักษาโรคไตเรื้อรัง

- ควรมีการทบทวน Advance care plan ทุก ๖ – ๑๒ เดือน
- พบการเปลี่ยนแปลงหรือปัญหาที่เกิดขึ้นใหม่ ระหว่างการติดตามการรักษา
- ประเมินการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ สถานะของโรคร่วม ปัจจัยทางครอบครัวและสังคม

การประเมินผู้ป่วยสูงอายุแบบองค์รวม (Geriatric Assessment)

๑. การประเมินสุขภาพด้านกาย (physical assessment)

๒. การประเมินสมรรถภาพทางสมอง (cognition assessment)

- cognitive evaluation

๓. การประเมินสุขภาพด้านจิต (psychological assessment)

- Depression screening, dementia with behavioral change

๔. การประเมินสมรรถนะ (functional assessment)

- Exercise : Aerobic, strengthening, balance, flexibility

๕. การประเมินด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม (socioeconomic assessment

๖. การประเมินด้านจิตวิญญาณ (spiritual assessment)

คลินิกโรคไตเรื้อรัง (CKD Clinic) : ชะลอความเสื่อมของไต

- ควบคุมระดับความดันโลหิตให้น้อยกว่า 130/80 mmHg
- ควบคุมน้ำหนักให้เหมาะสม BMI 18.5-24.9 kg/m2
- ควบคุมระดับความเข้มข้นของเลือดให้เหมาะสม Hemoglobin > 10 g/dl
- ควบคุมน้ำตาลสะสมในเลือด HbA1C <7%
- ควบคุมระดับคอเลสเตอรอล LDL-cholesterol < 100 mg/dL
- ควบคุม Serum bicarbonate >22 mEq/L
- ควบคุม Urine protein-creatinine ratio <500 mg/g
- รับประทาน Sodium <2,400 mg/day
- รับประทานโปรตีน <0.8 mg/kg/วัน
- หยุดสูบบุหรี่
- ออกกำลังกาย ⩾30 นาทีต่อวัน 3 วันต่อสัปดาห์

การเปรียบเทียบ CKD clinic vs geriatric care

• CKD care : multidisciplinary team	• Geriatric care : multidisciplinary team
• แพทย์ พยาบาล นักกำหนดอาหาร เภสัชกร นักกายภาพบำบัด	• แพทย์ พยาบาล นักกำหนดอาหาร เภสัชกร นักกายภาพบำบัด นักจิตวิทยา
• คุมเกลือและโปรตีน	• ป้องกันภาวะขาดสารอาหาร
• วัดและติดตามผลความดันโลหิตสูง	• วัดและติดตามผลความดันโลหิตสูง
• วัดและติดตามผลการรับประทานยา	• วัดและติดตามการรับประทานยา
• ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	• ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ๑๕๐ นาที/สัปดาห์
	• สังคมและสิ่งแวดล้อมที่ช่วยเหลือ

ข้อแนะนำโรคไตวายเรื้อรัง

• ควรคัดกรองโรคไตเรื้อรังในเบื้องต้นเพื่อป้องกันการเสื่อมถอยของโรค โดยมุ่งเน้นที่ประชากรที่มีความเสี่ยง

• ควรให้ความรู้เกี่ยวกับโรคไตเรื้อรังในประชากรกลุ่มเสี่ยง

• ควรให้ความรู้บุคลากรทางการแพทย์เพื่อตรวจเช็ค ค่า creatinine, glomerular filtration rate (GFR), ปัสสาวะ เพื่อเป็นการวินิจฉัยเบื้องต้นก่อนการเกิดภาวะไตวาย

บทสรุปผู้สูงอายุที่มีโรคไตเรื้อรัง

• เป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อน ด้วยภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ

• ลดความสามารถในการปรับตัวเมื่อมีความตึงเครียด (stress) ของร่างกายและจิตใจ

• มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนทั้งทางด้านโรค และการรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

• การประเมินผู้ป่วยสูงอายุแบบองค์รวมเป็นเครื่องมือที่ช่วยผู้ดูแลในการตัดสินภาวะของผู้ป่วย รวมถึงช่วยเป็นแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยสูงอายุโรคไต

การดูแลผู้สูงอายุที่เป็นผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง

• ประเมินเป็นรายบุคคล (individualize)

• ต้องใช้ทีมสหสาขา (multidisciplinary team) ในการดูแลเพื่อจุดประสงค์ในการรักษาภาวะอิสระ (independence) ให้ได้นานที่สุดและเพื่อมุ่งเน้นว่า “อะไรสำคัญที่สุดสำหรับผู้ป่วย”

ปัญหาและอุปสรรค

๑. เครื่องล้างไตมีจำนวนไม่เพียงพอ

๒. งบประมาณในการล้างที่ผู้ป่วยสามารถเบิกได้ยังมีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอต่อการรักษา

ประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๑. การรับประทานวิตามินซี หากรับประทานวันละ ๑,๐๐๐ มก. จะไม่เป็นอันตราย แต่ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับค่าของไตของผู้รับประทานด้วยว่า สามารถขับกรดเบสในปัสสาวะได้หรือไม่ ซึ่งแต่ละบุคคลจะไม่เหมือนกัน

๒. การเปลี่ยนแปลงระยะของโรคไตเรื้อรังจะขึ้นอยู่กับโรคประจำตัวของแต่ละบุคคลที่มีความสามารถของร่างกายในการควบคุมอาการของโรคได้หรือไม่ หากเป็นผู้สูงอายุที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง

ปกติระดับ GFR จะเสื่อมลงปีละ ๑ – ๒ ซึ่งกว่าจะเปลี่ยนระยะของโรคจะใช้เวลาประมาณ ๒๐ – ๓๐ ปี แต่ถ้าหากผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตที่ไม่สามารถควบคุมได้อาจใช้ระยะเวลาประมาณ ๑ ปีก็สามารถทำให้เกิดภาวะไตวายได้

๓. ผู้ป่วยโรคไตที่เป็นโรคเบาหวานหรือโรคความดันโลหิตร่วมด้วย จะต้องมีการควบคุมโรคดังกล่าวด้วยยา และยาเหล่านั้นก็อาจจะมีผลกระทบต่อโรคไต แต่ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาการผลิตยาสำหรับโรคไต เพื่อให้สามารถป้องกันรักษาโรคไต และในขณะเดียวกันยังสามารถรักษาโรคต่าง ๆ ที่แทรกซ้อน เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิต ได้โดยไม่มีผลกระทบต่อไต

๔. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคไตไม่ควรรับประทานโปรตีนปริมาณมากเกิน 0.8 mg/kg/วัน เพราะจะช่วยไม่ให้ไตเสื่อมเร็ว และควรรับประทานอาหารที่มีสารโพแทสเซียมให้น้อยลง ซึ่งอาหารที่มีสารดังกล่าวได้แก่ ส้ม กล้วย มะเขือเทศ และผักใบเขียว เป็นต้น แต่ถ้าหากผู้สูงอายุที่ไม่ได้เป็นโรคไตควรรับประทานโปรตีนเป็นจำนวนมาก เพื่อจะได้สร้างกล้ามเนื้อให้เพิ่มขึ้น

๕. การรับประทาน Whey Protein มีผลต่อการสร้างกล้ามเนื้อให้เพิ่มขึ้น สำหรับประโยชน์ด้านสารอาหารที่จะได้รับ ไม่สามารถตอบได้ว่า จะได้รับสารอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อร่างกายอย่างไร ซึ่งการรับประทาน Whey Protein ไม่มีผลที่จะทำให้ไตเสื่อม แต่ถ้าหากบุคคลที่รับประทานเป็นผู้ที่มีปัญหาในเรื่องการขับของเสียในไต ก็ไม่ควรรับประทาน

๖. โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้ามีการล้างไตทั้ง ๒ ชนิดเท่า ๆ กัน แต่ปัญหาของโรงพยาบาลโรงเรียนแพทย์ คือ มีจำนวนเครื่องล้างไตเรื้อรังไม่เพียงพอ จึงต้องส่งผู้ป่วยไปตามศูนย์ที่มีเครื่องมือและอุปกรณ์ในการรักษา สำหรับค่าใช้จ่ายในการล้างไตด้วยเครื่องราคา ประมาณ ๒,๐๐๐ บาทต่อครั้ง

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

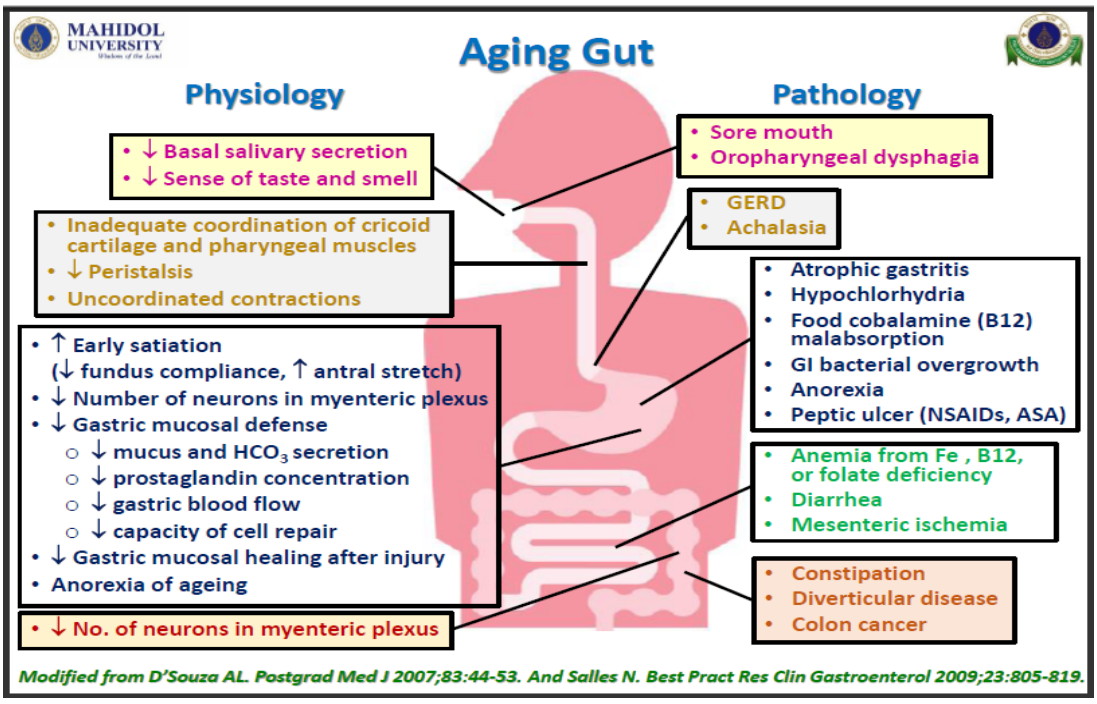
- ควรเสนอให้มีการพิจารณาเพื่อให้ยารักษาโรคไตบางชนิด และยารักษาโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตที่ไม่มีผลข้างเคียงต่อไต สามารถเบิกจ่ายได้ในบัญชียาหลักแห่งชาติ
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดสรรเครื่องมือและอุปกรณ์ในการล้างไตให้เพียงพอต่อการให้การรักษาผู้ป่วย

๔.๑๖ ปัญหาโรคทางเดินอาหารในผู้สูงอายุ

ปัญหาโรคทางเดินอาหารในผู้สูงอายุ เกิดจากโรคทางพยาธิสรีรวิทยาทางร่างกายของผู้สูงอายุที่เปลี่ยนแปลงไป และทำให้เกิดความผิดปกติบางอย่างในร่างกายของผู้สูงอายุ จนทำให้เกิดโรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร ซึ่งโรคที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ ได้แก่

๑. การกลืนลำบาก (Dysphagia)
๒. กรดไหลย้อน (GERD)
๓. ท้องผูก
๔. ปวดท้อง
๕. มะเร็งลำไส้ใหญ่
๖. เลือดออกในทางเดินอาหาร

ลักษณะลำไส้ของผู้สูงอายุ



๑. การกลืนลำบาก (Dysphagia)

คือ อาการสำลักเมื่อดื่มน้ำหรืออาหาร มักพบในกล้ามเนื้อที่ใช้กลืนมีปัญหาบีบตัวผิดจังหวะทำให้น้ำหรืออาหารที่ยังหลงเหลือไม่ได้กลืนลงลำคอ จนเกิดการสำลัก ซึ่งการกลืนลำบากจะพบได้มากในผู้สูงอายุและพบมากในผู้ที่เป็นโรคเกี่ยวกับสมองและระบบประสาท

ข้อมูลการสำรวจจากต่างประเทศ พบว่า ในผู้สูงอายุที่มีภาวะปกติ ร้อยละ ๑๑.๔-๑๖ มีภาวะกลืนลำบาก แต่หากผู้สูงอายุมีโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจจะมีภาวะกลืนลำบาก ร้อยละ ๕๔ - ๕๕.๒ ซึ่งการมาพบแพทย์ของผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมาด้วยอาการกลืนอาหารไม่เข้า และเหมือนมีอาหารติดแน่นที่หน้าอก แพทย์จะสั่งให้มีการส่องกล้องในทางเดินอาหาร เนื่องจากไม่สามารถแยกแยะอาการของโรคได้ จึงต้องส่องกล้องเพื่อตรวจดูโรคมะเร็งลำไส้ และผลการตรวจจะพบมะเร็งลำไส้เป็นส่วนน้อย

สาเหตุอื่นที่ทำให้กลืนลำบาก ได้แก่

- โรคหลอดเลือดสมองตีบ/แตก
- โรคพาร์กินสัน
- โรคอัลไซเมอร์
- โรคสมองเสื่อมส่วนหน้า
- โรคมะเร็งสำไส้
- ผู้ป่วยที่ผ่านการรักษาโรคมะเร็งมาก่อน

โดยผู้ป่วยกลืนลำบากที่เกิดจากพยาธิสภาพที่ผิดปกติจนไม่สามารถแก้ไขได้ แพทย์วินิจฉัยโดยการให้อาหารทางสายยางหรือการให้อาหารผ่านทางหน้าท้อง ดังนั้น ผู้ดูแลจะต้องให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยเป็นพิเศษ

ต่อกรณีนี้ในต่างประเทศมีความเชื่อว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ มักจะมีภาวการณ์กลืนลำบาก แม้ไม่ได้รับประทานอาหารก็อาจเกิดการสำลักได้ เนื่องจากมีน้ำลายคั่งค้างอยู่ในลำคอ และทำให้เกิดปอดบวมจากการสำลัก ซึ่งบางประเทศมีระบบการตรวจคัดกรองและหาทางแก้ไขปัญหาเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรคปอดอักเสบติดเชื้อในผู้สูงอายุ

๒. กรดไหลย้อน (Gastro-esophageal reflux disease : GERD)

อาการ

- มีอาการแสบร้อนบริเวณหน้าอก
- ผู้ป่วยจะรู้สึกว่ามีน้ำย่อยวิ่งไหลขึ้นมาถึงลำคอ

ลักษณะของโรคกรดไหลย้อน

- พบได้ในผู้สูงอายุมากกว่าวัยหนุ่มสาว ซึ่งอายุมากขึ้นจะพบว่าเป็นโรคกรดไหลย้อนมากขึ้น
- การวินิจฉัยโรคตามอาการของโรคกรดไหลย้อนที่พบทั่วไป มาใช้ในผู้ป่วยสูงอายุอาจไม่ถูกต้อง เนื่องจากบุคคลทั่วไปจะมีอาการแสบร้อนบริเวณหน้าอก และรู้สึกว่ามีน้ำย่อยบริเวณลำคอ แต่ผู้สูงอายุที่มารักษาจะมีอาการแสบร้อนกลางอกน้อยกว่าบุคคลคนทั่วไป จึงอาจทำให้เกิดการวินิจฉัยผิดพลาดได้

- ผู้สูงอายุได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน เช่น ยาความดันโลหิตสูง ยารักษาโรคหัวใจ ฯลฯ ซึ่งยาเหล่านั้นจะมีผลในการกระตุ้นในเกิดภาวะกรดไหลย้อนได้ง่าย

การวินิจฉัย

เมื่อผู้ป่วยมาด้วยอาการแน่นหน้าอก หากเป็นผู้สูงอายุที่มีโรคซึ่งมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคเส้นเลือดในหัวใจตีบ เช่น ผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือเป็นโรคเบาหวาน แพทย์จะแนะนำให้ผู้ป่วยไปตรวจหาว่าเป็นโรคหัวใจก่อนหรือไม่ หากไม่พบว่าเป็นโรคหัวใจจึงจะสามารถวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคกรดไหลย้อน หรือ non cardiac chest pain (อาการเจ็บหน้าอกที่ไม่ได้เกิดจากโรคหัวใจ) ซึ่งการดูแลจะเหมือนกับการดูแลโรคกรดไหลย้อน ทั้งนี้ ผู้ป่วยอาจจะเป็น ๒ โรคในเวลาเดียวกันได้

๓. ท้องผูก (constipation)

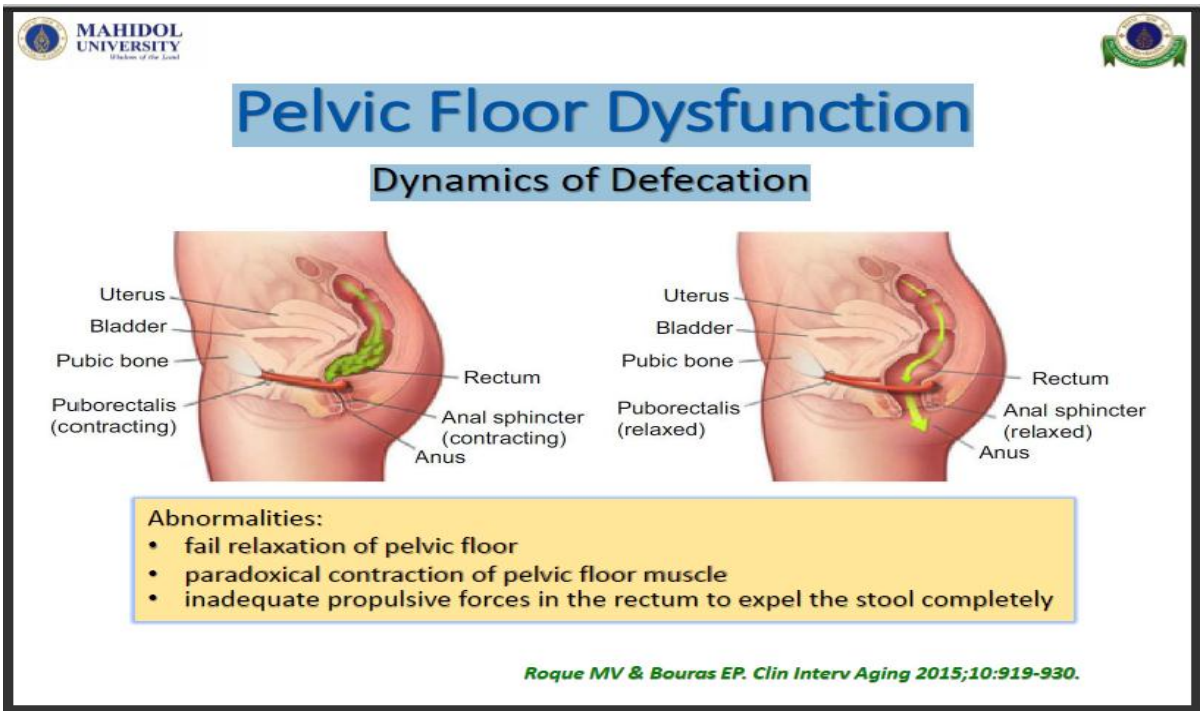
ลักษณะโดยทั่วไปของอาการท้องผูก

- ความชุกของอาการท้องผูกเพิ่มขึ้นตามอายุ
- ผู้สูงอายุหญิง จะมีอาการท้องผูกมากกว่าผู้สูงอายุชาย และเมื่อเกิดอาการท้องผูกจะมีความรุนแรงมากผู้ชาย
- อาการท้องผูกไม่ได้เป็นผลทางสรีรวิทยาของวัยปกติ
- สาเหตุของอาการท้องผูกของผู้สูงอายุมัก เกิดจากปัจจัยของการมีโรคร่วมกันหลายโรค
- พฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องสามารถทำให้เกิดอาการท้องผูกได้

พยาธิสรีรวิทยาของอาการท้องผูกสาเหตุหลัก ๆ มี ๒ ประการ

(๑) ความผิดปกติของอุ้งเชิงกราน

- ความล้มเหลวในการผ่อนคลายของอุ้งเชิงกราน
- การหดตัวของกล้ามเนื้ออุ้งเชิงกรานผิดปกติ
- แรงขับดันในทวารหนักไม่เพียงพอที่จะขับไล่อุจจาระออกให้หมด



(๒) การบีบตัวของลำไส้ใหญ่บีบตัวช้า (Slow Colonic Transit)

- กลุ่มที่มีการเคลื่อนตัวของลำไส้ช้ามักเกิดจากผลของยา หรือเป็นโรคอื่น ๆ ที่แทรกซ้อนอยู่
- เกิดจากผลข้างเคียงของการใช้ยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน
- กลุ่มคนที่เป็นโรคที่มีการควบคุมกล้ามเนื้อกะบังลมผิดปกติ ถ้าเป็นระยะเวลานานทำให้เกิดการบีบตัวของลำไส้ช้าลงได้

สาเหตุของการท้องผูก

ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ

- โรคเบาหวาน
- โรคไทรอยด์ทำงานบกพร่อง
- ภาวะแคลเซียมสูงในเลือดสูง
- ภาวะโพแทสเซียมในเลือดต่ำกว่าปกติ
- ภาวะแมกนิเซียมในเลือดต่ำกว่าปกติ
- โรคเกี่ยวกับการผลิตฮอร์โมนพาราไทรอยด์มากผิดปกติ

โรคเกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร

- มะเร็งลำไส้ใหญ่
- ภาวะลำไส้อุดตัน
- โรคถุงผนังลำไส้ใหญ่อักเสบ (diverticulitis)
- การหย่อนยานของลำไส้ (intestinal ileus)
- โรคริดสีดวงทวาร

ความผิดปกติทางระบบประสาท

- โรคพาร์กินสัน
- โรคหลอดเลือดสมอง
- โรคสมองเสื่อม
- โรคเกี่ยวกับการอักเสบที่ประสาทส่วนกลาง
- โรคเกี่ยวกับการบาดเจ็บที่ไขสันหลัง
- ระบบประสาทอัตโนมัติเสื่อม
- เส้นประสาทอักเสบ

กลุ่มโรคอื่น

- โรคหนังแข็ง (progressive systemic sclerosis)
- โรคผิวหนังและกล้ามเนื้ออักเสบ

โรคเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิต

- โรควิตกกังวล
- โรคซึมเศร้า
- โรคทางจิตเวช

กลุ่มยาที่ทำให้เกิดการท้องผูก

- ยาแก้โรคซึมเศร้า
- ยาลดความดันโลหิต
- ยาขับปัสสาวะ
- กลุ่มยาลดกรด
- ยารักษาภาวะกรดไหลย้อน
- ธาตุเหล็ก
- แคลเซียม

ซึ่งการรับประทานยาที่กล่าวมาจะมีผลที่ทำให้เกิดอาการท้องผูกได้ โดยเฉพาะบุคคลที่มีภาวะท้องผูกอยู่แต่เดิมแล้ว

อาการท้องผูกในผู้สูงอายุจะมีอาการท้องผูกไม่เหมือนบุคคลในวัยอื่น ๆ ดังนี้

กลุ่มอาการเกี่ยวกับลำไส้

- นั่งถ่ายอุจจาระนาน แต่ถ่ายไม่ออก
- รู้สึกว่าถ่ายอุจจาระไม่หมด
- ภาวะอุจจาระอุดตัน (Fecal impaction)

กลุ่มอาการอื่น ๆ ที่เกี่ยวกับระบบทางเดินอาหาร

- ผู้ที่ผายลมบ่อย
- ปวดท้อง
- กรดไหลย้อน
- ท้องอืด ท้องเฟ้อ มีแก๊สในกระเพาะอาหาร

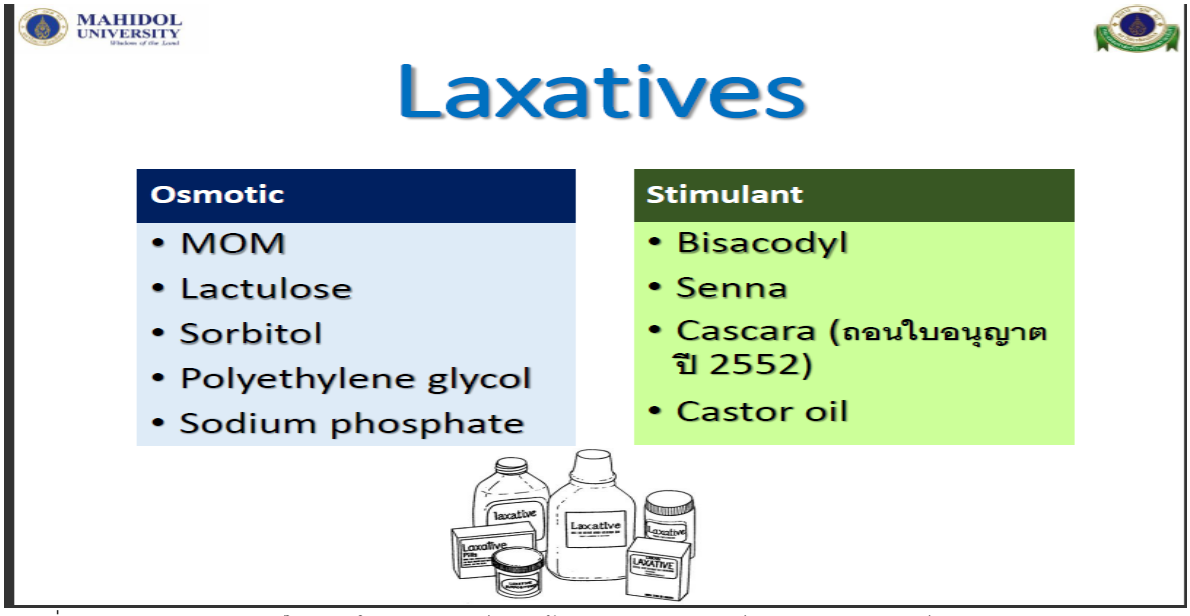
- อาเจียน

แนวทางการรักษา

๑. ปรับเปลี่ยนยาที่รับประทาน

๒. ปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหาร ให้มีสารใยกาก เพื่อให้ถ่ายง่ายขึ้น

๓. ให้ยาจำพวกยาระบาย อาทิ ยาระบายกลุ่มที่มีการดูดน้ำ และกลุ่มกระตุ้นการบีบตัวของลำไส้



ที่มา : รองศาสตราจารย์โฉมศรี โฆษิตชัยวัฒน์ หัวหน้าภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

หากผู้สูงอายุที่ท้องผูกไม่สามารถรับประทานยา เพื่อแก้อาการท้องผูกได้ แพทย์จะแนะนำให้ใช้ยาประเภทเหน็บหรือยาสวนแทน โดยแพทย์จะแนะนำให้เลือกใช้วิธีการเหน็บยาก่อนการสวน

คำแนะนำในการใช้ยา

- ให้เหน็บยาหลังรับประทานอาหาร หรือเหน็บยาก่อนรับประทานอาหารเล็กน้อย เมื่อรับประทานอาหารเสร็จ ตัวยาจะกระตุ้นลำไส้และกระเพาะบีบตัว จะทำให้ได้ผลเร็วขึ้น

- การสวน แพทย์แนะนำให้ใช้น้ำประปา หรือน้ำเกลือในการสวนจะได้ผลดีที่สุด

- การใช้ยา Prucalopride เป็นยาที่มีประสิทธิภาพที่ดี แต่มีราคาแพง แต่หากจะนำมาใช้กับผู้สูงอายุจะต้องลดปริมาณยาลงครึ่งหนึ่ง

ภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากอุจจาระอุดตัน

- ลำไส้ทะลุ
- ลำไส้อุดตัน
- ลำไส้เป็นแผล
- ติดเชื้อในกระแสเลือด
- เป็นไข้
- ภาวะช็อค

๔. ปวดท้อง

- การประเมินอาการปวดท้องในผู้สูงอายุเป็นเรื่องยากและแตกต่างจากในประชากรทั่วไป จึงต้องวินิจฉัยอย่างละเอียด

- ผู้สูงอายุบางรายจะไม่สามารถอธิบายลักษณะอาการของการเจ็บป่วยได้เหมือนคนปกติ เนื่องจากโรคที่เป็นอยู่ เช่น สมองเสื่อม หรือมีปัญหาด้านการสื่อสาร

- ผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่จะเกิดโรคแทรกซ้อน และเป็นผลให้ต้องเข้ารับการผ่าตัดและการเข้าพักในโรงพยาบาลมากกว่าคนวัยอื่น

- ผู้สูงอายุได้รับยารักษาโรคหลายชนิด

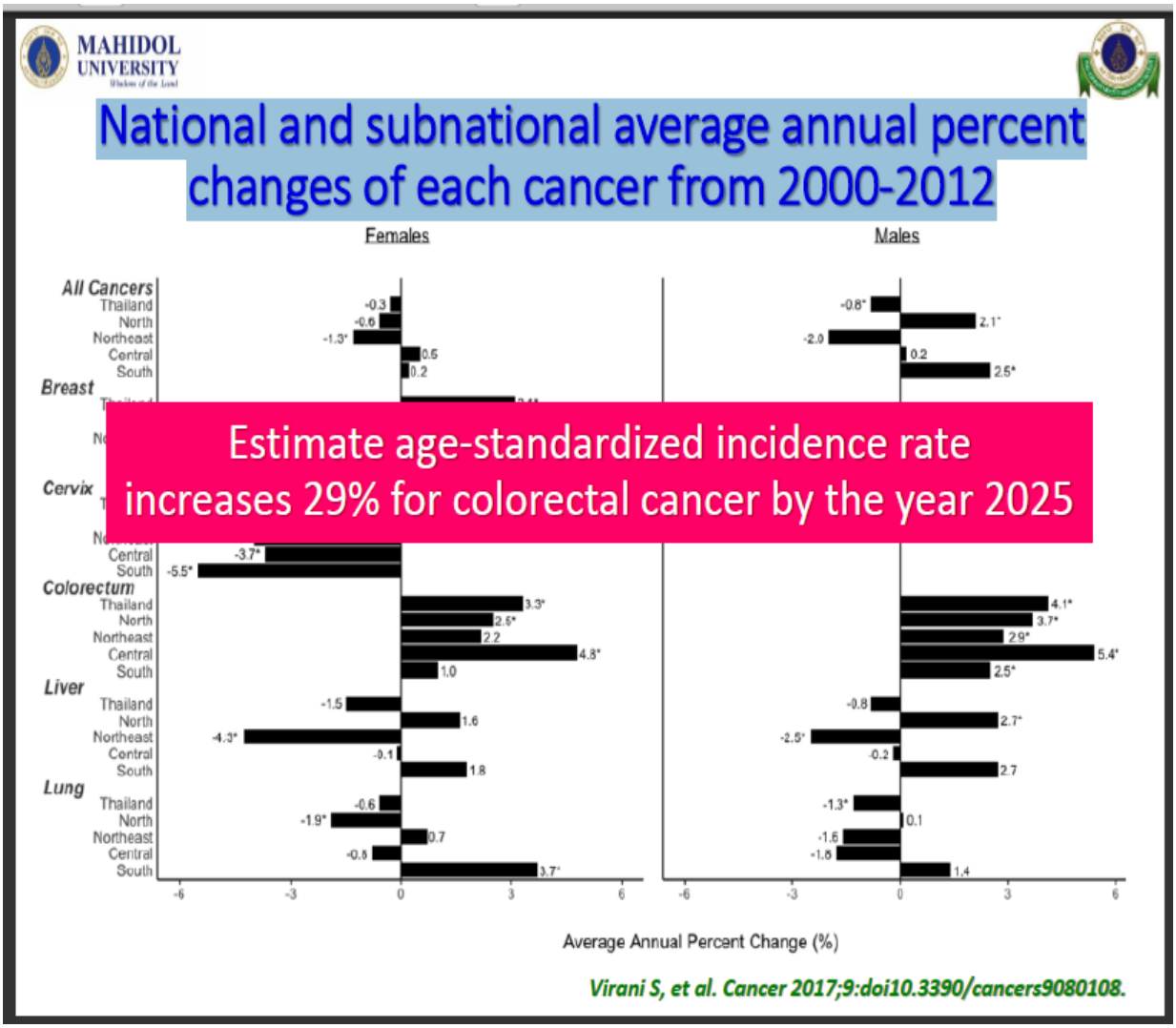
- ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีโรคร่วมกันหลายโรค เช่น โรคหัวใจ โรคปอดบวม โรคซึมเศร้า เป็นผลทำให้วินิจฉัยโรคยากขึ้น

- กลุ่มโรคนิ่วในถุงน้ำดีในผู้สูงอายุ จะส่งผลให้เกิดภาวะตับอ่อนอักเสบได้

- ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่เคยท้องผูกและภายหลังเกิดอาการท้องผูก ควรเฝ้าระวังว่าอาจเกิดเป็นมะเร็งในลำไส้ได้

๕. มะเร็งลำไส้ใหญ่ (Colon cancer)

การคำนวณตัวเลขอุบัติการณ์ของการเป็นมะเร็งของประเทศไทยในระยะเวลา ๑๒ ปี (ปี พ.ศ. ๒๕๔๓ – ๒๕๕๕) พบว่า มะเร็งลำไส้ใหญ่ในภาพรวมมีอัตราการเพิ่มขึ้น โดยนำสัดส่วนทั้งหมดมาคำนวณและประมาณการ และคาดว่าในปี พ.ศ. ๒๕๖๘ จะมีอุบัติการณ์การเกิดมะเร็งลำไส้ใหญ่มากกว่าปี พ.ศ. ๒๕๕๕ จำนวนร้อยละ ๒๙



แนวทางในการวินิจฉัยและการรักษามะเร็งลำไส้ใหญ่ของประเทศไทย

ประเมินความเสี่ยงของการประเมินโรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

Average Risk

- ส่วนใหญ่จะเริ่มเป็นในช่วงอายุ ๕๐ ปีขึ้นไป
- ผู้ที่ไม่เคยมีประวัติลำไส้ใหญ่อักเสบมาก่อน ไม่เคยเข้ารับการตรวจรักษา

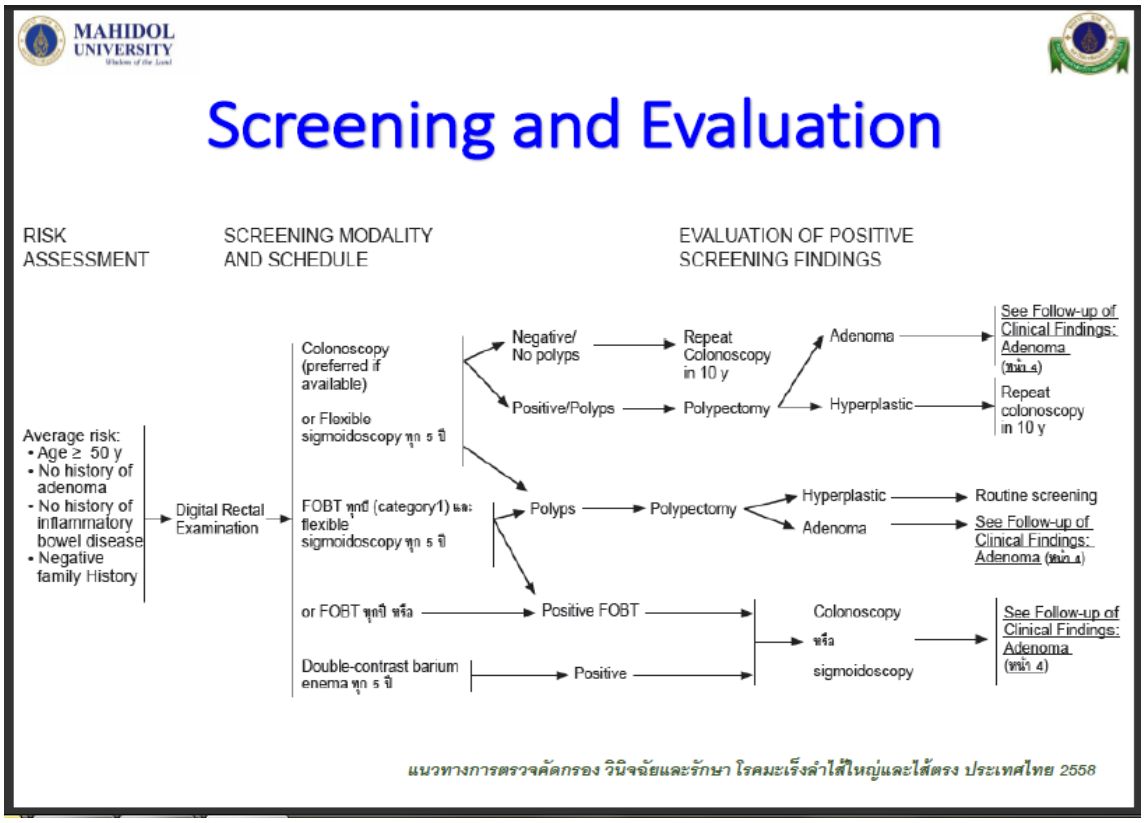
High risk

- ผู้ที่เคยรับการตรวจด้วยการส่องกล้องลำไส้และพบติ่งเนื้อ และผลการตรวจชิ้นเนื้อนั้นเป็นชนิด Adenoma จะทำให้เป็นมะเร็งได้
- เป็นโรคลำไส้ใหญ่อักเสบเรื้อรัง
- มีญาติสายตรง เช่น พ่อ หรือแม่เป็นมะเร็งลำไส้ใหญ่ หรือมีการตรวจพบว่าเป็น Adenoma
- เป็นโรคทางพันธุกรรมบางชนิด

คำแนะนำ

หากผู้ป่วยได้รับการประเมินอยู่ในระดับ Average Risk เมื่อมีอายุ ๕๐ ปี ให้ดำเนินการดังนี้

- แบบที่ ๑ ตรวจส่องกล้อง เพื่อตรวจคัดกรองเฉพาะลำไส้ส่วนล่าง และทำการส่องกล้องทุก ๆ ๕ ปี
- แบบที่ ๒ ตรวจอุจจาระทางเคมี เพื่อหาเลือดปนในอุจจาระในทุกปี และดำเนินการส่องกล้องลำไส้ใหญ่ส่วนล่างทุก ๆ ๕ ปี

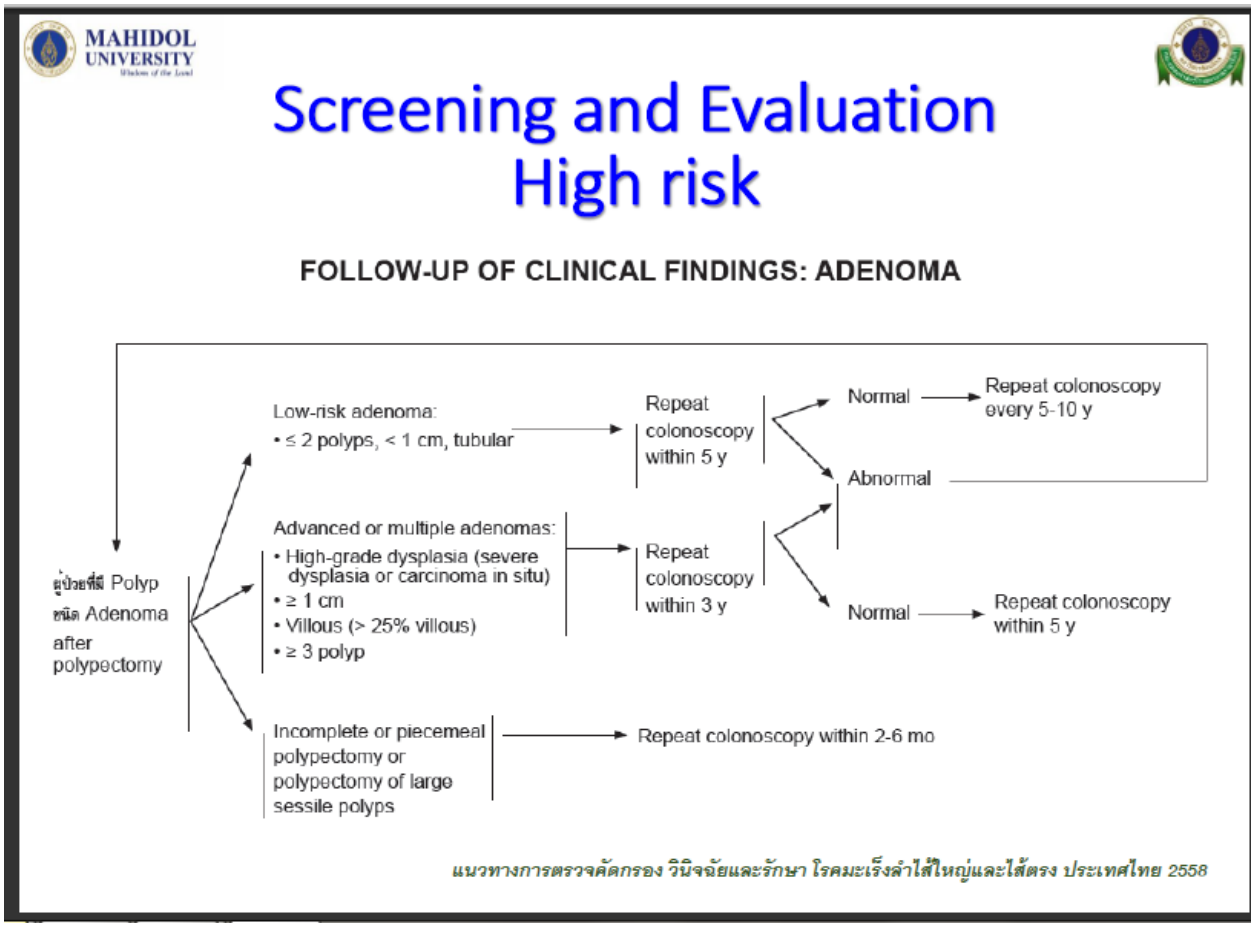


การตรวจติดตามผลเพื่อเฝ้าระวังความเสี่ยงที่เกิดขึ้น

เมื่อทำการส่องกล้องครั้งแรกไม่พบติ่งเนื้อหรือสิ่งผิดปกติ จะดำเนินการส่องกล้อง อีกครั้งใน ๑๐ ปีต่อมา และหาก ๑๐ ปีต่อมาไม่พบสิ่งปกติ จะถือว่าผู้นั้นไม่มีความเสี่ยง

แต่ถ้าหากพบสิ่งผิดปกติหรือติ่งเนื้อ โดยพบติ่งเนื้อเท่ากับหรือน้อยกว่า ๒ ติ่ง และทั้ง ๒ ติ่งเนื้อมีขนาดไม่เกิน ๑ เซนติเมตร แนะนำให้ส่องกล้องภายใน ๕ ปี ถ้าปกติอีก ก็ส่องกล้องซ้ำในอีก ๑๐ ปี

แต่ถ้าหากพบเท่ากับหรือมากกว่า ๓ ติ่งเนื้อขึ้นไป และในจำนวนนี้มีขนาดเกินกว่า ๑ เซนติเมตร จะให้ส่องกล้องใน ๓ ปี และนอกจากนี้หากการส่องกล้องพบสิ่งผิดปกติ เช่น ตัดชิ้นเนื้อไม่เรียบร้อย หรือมีสิ่งผิดปกติอื่น ๆ จะต้องทำการส่องกล้องต่อเนื่องภายใน ๒ – ๖ เดือน รายละเอียดตามภาพด้านล่าง

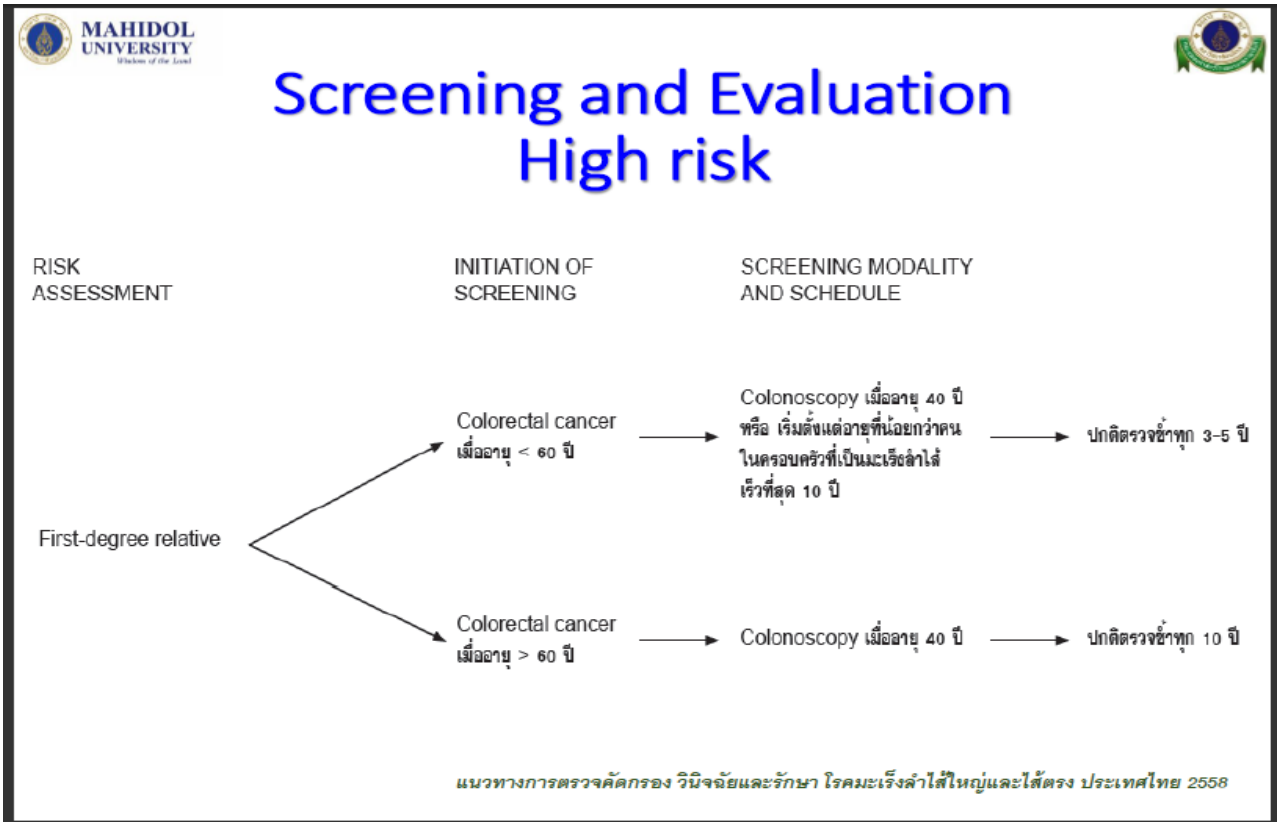


ซึ่งข้อมูลข้างต้นเป็นข้อมูลจากงานวิจัยของต่างประเทศและนำมาปรับใช้กับประเทศไทย แต่สำหรับผู้สูงวัยที่ผ่านมา จะมีการคัดกรองผู้สูงอายุที่ระดับอายุไม่เกิน ๘๐ ปี ปัจจุบันในต่างประเทศได้มีการทบทวนแนวทางเวชปฏิบัติดังกล่าว ว่าควรคัดกรองผู้สูงอายุที่มีอายุเกิน ๘๐ ปีด้วย แต่จะต้องพิจารณาเกี่ยวกับสภาพร่างกายของบุคคลนั้นว่า สามารถที่จะส่องกล้องได้หรือไม่ เมื่อเทียบกับความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้น ซึ่งการดำเนินการในประเทศไทยยังไม่ได้มีการกำหนดช่วงอายุที่ชัดเจนในการตรวจคัดกรองผู้สูงอายุ แต่จะพิจารณาเกี่ยวกับคนไข้เป็นรายไป

กรณีมีญาติสายตรงเป็นมะเร็งลำไส้ จะมีการแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม ดังนี้

๑. ญาติเป็นมะเร็งอายุน้อยกว่า ๖๐ ปี ให้ญาติสายตรงไปตรวจคัดกรองเร็วกว่าช่วงอายุของผู้เป็นมะเร็ง ๑๐ ปี เช่น ผู้ที่เป็นมะเร็งเป็นพ่อหรือแม่ ที่มีอายุ ๔๐ ปี ให้ลูกไปตรวจเพื่อคัดกรองมะเร็งตอนมีอายุ ๓๐ ปี และทำการตรวจซ้ำทุก ๓ – ๕ ปี

๒. ญาติเป็นมะเร็งมีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ให้ญาติสายตรงเริ่มตรวจคัดกรองเพื่อส่องกล้องที่อายุ ๔๐ ปี และทำการตรวจซ้ำทุก ๑๐ ปี



๖. เลือดออกทางช่องท้อง (GI bleeding)

ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบนในผู้สูงอายุ

ที่ผ่านมาสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้มีโครงการตรวจเพื่อตรวจหาเลือดอุจจาระในประชากรอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป ในทั่วประเทศไทย โดยการคัดเลือกโรงพยาบาลที่เข้าโครงการ ซึ่งในกรณีดังกล่าว สมาคมแพทย์โรคทางเดินอาหารแห่งประเทศไทยและสมาคมแพทย์ส่องกล้องทางเดินอาหารไทยได้มีการทำวิจัยร่วมกัน พบว่า ค่าใช้จ่ายของการรักษาโรคมะเร็งมีอัตราที่สูงมากเมื่อเทียบกับค่าใช้จ่ายในการป้องกัน

อาการ

- อาการปวดท้องบริเวณลิ้นปี่ ปวดท้องและถ่ายอุจจาระเป็นเลือด โดยที่ผู้สูงอายุไม่รู้ตัว
- ผู้สูงอายุไม่ทราบสาเหตุของการปวดท้อง จึงทำให้เดินทางไปพบแพทย์ช้า
- อัตราการตายจากการเลือดออกในทางเดินอาหารสูง โดยเฉพาะในผู้ป่วยอายุ ๗๐ ปีขึ้นไป (อัตราการตายสูงถึงร้อยละ ๓๐ ปี)
- ประสิทธิภาพของการยับยั้งการหลั่งกรดลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น (ทดลองในสัตว์ทดลอง)

การประเมินภาวะเลือดออกในทางเดินอาหารส่วนบน

ปัจจัยเสี่ยง

- โรคตับแข็ง
- เคยมีภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร
- ภาวะการแข็งตัวของเลือดผิดปกติ

- ยาต้านเกล็ดเลือด
- การดื่มแอลกอฮอล์แบบอันตราย

การประเมินความเสี่ยง

- การตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด
- การตรวจการทำงานของตับ
- การตรวจการทำงานของไต
- การตรวจระบบการแข็งตัวของเลือด
- การตรวจคลื่นหัวใจ
- การตรวจเอนไซด์การทำงานของหัวใจ
- การตรวจวินิจฉัยโรคด้วยการแสดงภาพอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย

การรักษาภาวะเลือดออกด้วยยาลดกรด

ผู้ป่วยยังกินยาลดกรดอย่างต่อเนื่องทั้งที่อาการดังกล่าวหายไปแล้ว จะเป็นผลทำให้เกิดภาวะหลงลืมได้ง่าย กระดูกบาง ซึ่งยังไม่มีผลการวิจัยรับรองว่าสามารถมีผลในการรักษาที่มีประสิทธิภาพเพียงใด จึงแนะนำเพียงการให้ยาตามเวลาที่กำหนด

การถ่ายอุจจาระเป็นเลือดในระบบทางเดินอาหาร

สาเหตุ

- มาจากยาที่รับประทาน
- ผู้ป่วยมีลำไส้เป็นหลุม

ข้อสรุปเกี่ยวกับโรคระบบทางเดินอาหารในผู้สูงอายุ

๑. เนื่องจากกลไกพยาธิสรีระของผู้สูงอายุจะไม่เหมือนกับคนวัยอื่น เนื่องจากความเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จึงส่งผลให้มีความผิดปกติเกิดขึ้น

๒. อาการแสดงของผู้สูงอายุต่อโรคที่เกิดขึ้นจะไม่เหมือนบุคคลอื่น โดยเฉพาะเรื่องการรับรู้ทางสมอง

๓. วิธีการดูแลรักษาผู้สูงอายุก็มีความแตกต่างกัน จึงต้องให้ความสำคัญเป็นพิเศษ

๔. วิธีที่ดีที่สุด คือ การป้องกัน กล่าวคือ การตรวจคัดกรองผู้มีภาวะความเสี่ยง

ประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๑. อาการกรดไหลย้อนกับอาการแน่นหน้าออก จะไม่สามารถจะแยกอาการทั้ง ๒ อาการนี้ได้ เนื่องจากมีลักษณะอาการที่คล้ายกันมาก ดังนั้น หากผู้ป่วยมารักษาด้วยอาการแน่นหน้าอก แพทย์จะให้ตรวจหัวใจก่อน ถ้าพบว่าเป็นโรคหัวใจก็จะดำเนินการรักษาโรคหัวใจก่อน และหากรักษาโรคหัวใจแล้วอาการดังกล่าวยังไม่หายสามารถวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคกรดไหลย้อน หรือหากตรวจแล้วไม่พบว่าเป็นโรคหัวใจก็จะวินิจฉัยได้ว่าเป็นโรคกรดไหลย้อน

๒. การเป็นโรคมะเร็งโดยกรรมพันธุ์ หากผู้ที่เป็นโรคมะเร็งอยู่ในระดับชั้นปูและย่า แต่พ่อกับแม่ไม่ได้เป็นบุคคลที่เป็นโรค หลานจะมีความเสี่ยงน้อยที่จะเป็นโรคมะเร็งหรือในบางรายจะไม่มีความเสี่ยงเลย

ทั้งนี้ เมื่อพ่อหรือแม่ถูกตรวจพบว่า มีติ่งเนื้อที่จะพัฒนาเป็นมะเร็งได้ ตอนอายุ ๕๒ ปี แพทย์จะแจ้งกับลูกของผู้ป่วยว่า มีความเสี่ยงและให้มาตรวจเพื่อส่องกล้องตอนอายุ ๔๒ ปี หรือหากมีความผิดปกติให้พบแพทย์ ซึ่งเป็นการกำหนดเพื่อเป็นการป้องกันการเกิดโรค

๓. อาการสมองสั่งการผิดปกติในการควบคุมกล้ามเนื้อการขับถ่ายอุจจาระ แพทย์จะทำการวินิจฉัยโดยการสอบถามเกี่ยวกับความสามารถในการขมิบก้นช่วงในเวลาเบ่งถ่ายอุจจาระว่าทำได้หรือไม่ และตรวจดูการหายใจว่าทำได้ถูกต้องหรือไม่ โดยแพทย์จะมีการสอนฝึกการหายใจ และฝึกการถ่ายอุจจาระให้ถูกต้อง สำหรับการฝึกการถ่ายอุจจาระถ้ารับการฝึกแล้วยังถ่ายไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยจะต้องไปฝึกถ่ายอุจจาระกับเครื่องฝึกถ่าย เพื่อให้ผู้ป่วยถ่ายได้อย่างถูกต้อง

๔. หากตรวจพบ Adenoma จะใช้เวลา ๓ – ๕ ปี ในการพัฒนาของเซลล์มะเร็ง แต่หากไม่พบ Adenoma ภายในระยะเวลา ๑๐ ปี จะต้องทำการตรวจคัดกรองอีกครั้ง ดังนั้น ไม่ว่าจะตรวจพบ Adenoma หรือไม่ ควรจะต้องมีการตรวจคัดกรองตามระยะเวลาที่กำหนด เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดโรคมะเร็ง

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

- ควรมีการบันทึกประวัติข้อมูลเกี่ยวกับการเป็นมะเร็งของพ่อแม่ลงในประวัติการรักษาของลูก เพื่อที่จะเป็นการย้ำเตือนในบุคคลที่เป็นลูกทราบว่า เมื่อถึงอายุที่กำหนดควรไปตรวจเพื่อคัดกรองการเป็นโรคมะเร็ง

๔.๑๗ ปัญหาทางการได้ยินในผู้สูงอายุ

ปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่พบบ่อยที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ อันจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้สูงอายุ กล่าวคือ ไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างปกติ เกิดปัญหาในการเข้าสังคม ฯลฯ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความวิตกกังวล เกิดความซึมเศร้า และอาจส่งผลให้เกิดโรคสมองเสื่อมหรือโรคอื่น ๆ ตามมา ซึ่งประเด็นเกี่ยวกับปัญหาทางการได้ยินในผู้สูงอายุมีประเด็นสำคัญที่จะนำมาพิจารณา มีดังนี้

๑. การกำหนดเกณฑ์อายุของผู้สูงอายุ ซึ่งมีผู้กล่าวไว้ว่า อายุ ๔๐ ปีขึ้นไปอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกายจะเริ่มเสื่อมลงและเริ่มเข้าสู่วัยสูงอายุ แต่ในประเทศไทยได้มีการกำหนดให้อายุ ๖๐ ปีขึ้นไปถือว่าเป็นผู้สูงอายุ สำหรับประเทศที่มีการพัฒนาแล้วจะกำหนดเกณฑ์ไว้ที่อายุ ๖๕ ปีขึ้นไป ซึ่งในกรณีนี้เป็นสิ่งที่ผู้มีความเกี่ยวข้องจะต้องนำมาพิจารณาถึงการกำหนดเกณฑ์ที่เหมาะสม เพื่อที่จะดำเนินการให้ความช่วยเหลือผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ต่อไป

๒. การได้ยินผิดปกติ (Hearing Disorders) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเข้าใจว่าตนเองมีการได้ยินยาก (Hard of Hearing) แต่ไม่ได้มีปัญหาทางการได้ยิน ซึ่งการได้ยินมีความสำคัญมากต่อการสื่อสาร การมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ การศึกษา การเข้าสังคม การประกอบอาชีพ และมีผลต่อคุณภาพชีวิต

องค์การอนามัยโลก (WHO) ได้กำหนดระดับความบกพร่องทางการได้ยิน ดังนี้

- ระดับที่ ๑ = ความบกพร่องทางการได้ยิน = การสูญเสียการได้ยินบางส่วน
- ระดับที่ ๒ = Disability เกิดความพิการ หรือเริ่มเสียความสามารถในการได้ยินประสิทธิภาพการทำงานของหูเริ่มทำงานได้น้อยลง
- ระดับที่ ๓ = Handicap เข้าสังคมไม่ได้และไม่สามารถจะทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้

ดังนั้น องค์การอนามัยโลก จึงให้ความสนใจกับกลุ่ม Disability และ Handicap เป็นพิเศษ

ความชุกของการสูญเสียการได้ยินในผู้สูงอายุ

ที่ผ่านมาได้ให้คำจำกัดความว่า ผู้สูงอายุที่สูญเสียการได้ยิน แต่ในปัจจุบันอายุไม่ได้เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้สูญเสียการได้ยินโดยตรง ส่วนใหญ่จะเกิดจากการใช้ชีวิตของบุคคลในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา ซึ่งอาจจะมีอาชีพ หรือกิจกรรมที่ต้องอยู่ในสถานที่ที่มีเสียงดังมากเกินไป จึงเป็นผลให้เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุแล้วต้องสูญเสียการได้ยิน

ปัญหาเกี่ยวกับการสูญเสียการได้ยิน

๑. ได้ยินเสียงในหู (Tinnitus) ซึ่งผู้ที่สูญเสียการได้ยินจะได้ยินเสียงในหูของตนเอง

- ปัญหาเกี่ยวกับเสียงในหู (Tinnitus) จะเกิดพร้อมกับการสูญเสียการได้ยิน (Hearing loss) ในผู้สูงอายุเสมอ และทำให้ผู้สูงอายุไม่สามารถนอนหลับได้ จนต้องพึ่งยานอนหลับ ซึ่งในปัจจุบันบุคคลที่ไม่ใช่ผู้สูงอายุก็สามารถเป็นได้ เนื่องจากการฟังเพลงเสียงดัง หรือการใส่อุปกรณ์ในการฟังเสียงไว้ตลอดเวลา จึงทำให้เกิดเสียงรบกวนภายในหู ทั้งนี้ จึงควรให้ควรสำคัญกับการเฝ้าระวังในการใช้หู เพื่อรับเสียงดังเกินความจำเป็น

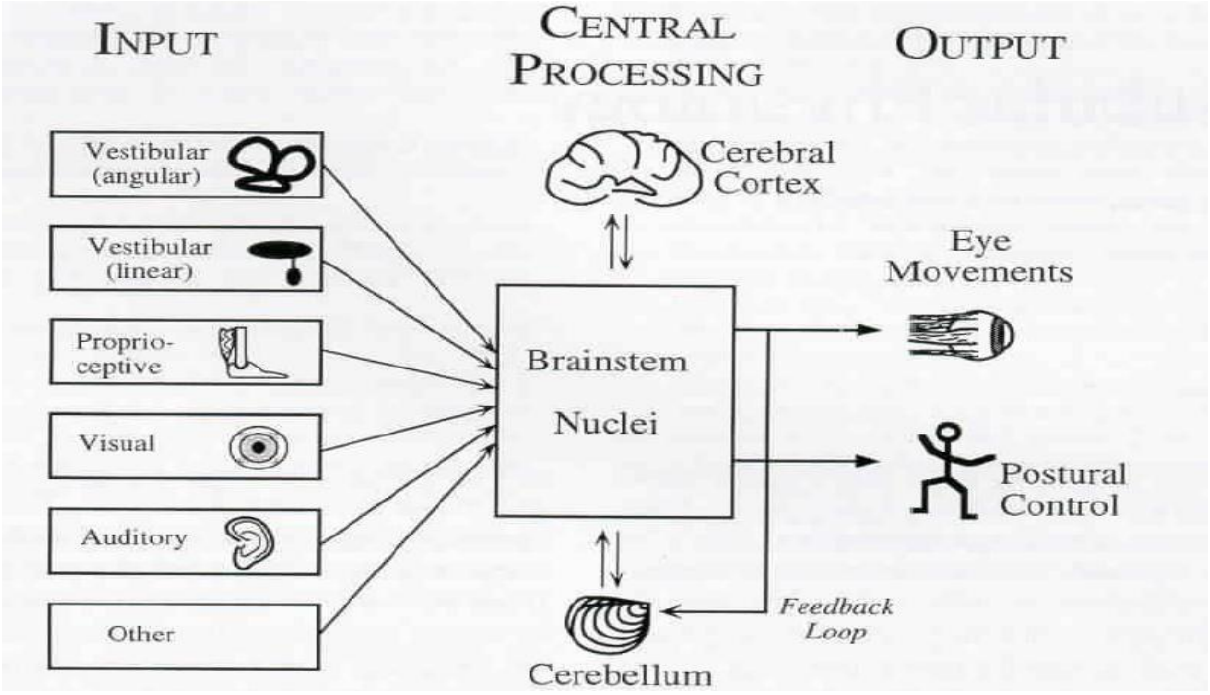
๒. ทนฟังเสียงดังไม่ได้ ซึ่งเกิดจากปลายประสาทในหูชั้นในมีประสิทธิภาพในการทำงานน้อยลง จึงทำให้ไม่สามารถปรับระดับเสียงของการได้ยินได้

๓. หูและการทรงตัวเป็นอวัยวะที่ทำงานด้วยกัน จึงทำให้เกิดการเวียนหัว บ้านหมุน

- ปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัวในผู้สูงอายุ (Balance Problem in the Elderly) พบมากในผู้สูงอายุ ซึ่งมีส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุเกิดการหกล้ม กระดูกหัก อาจทำให้ถึงขั้นเสียชีวิต โดยมีอัตราการหกล้ม กระดูกหัก การเวียนหัว และวิงเวียนศีรษะ ร้อยละ ๓๐ ของผู้สูงอายุ

- ระบบการทรงตัว

การทรงตัวจะมีความสำคัญกันระหว่างอวัยวะต่าง ๆ เช่น หู ตา ขา ระบบประสาท เป็นต้น ซึ่งอวัยวะต่าง ๆ นี้ จะต้องมีการทำงานที่สัมพันธ์กัน หากเกิดการเสื่อมของอวัยวะต่าง ๆ จะทำให้การทรงตัวมีปัญหาได้



ที่มา : ศาสตราจารย์เกียรติคุณสุจิตรา ประสานสุข หัวหน้าศูนย์การได้ยิน การพูด การทรงตัว และเสียงในหู โรงพยาบาลกรุงเทพ

๔. การหลงลืม หรือมีอาการทางสมอง

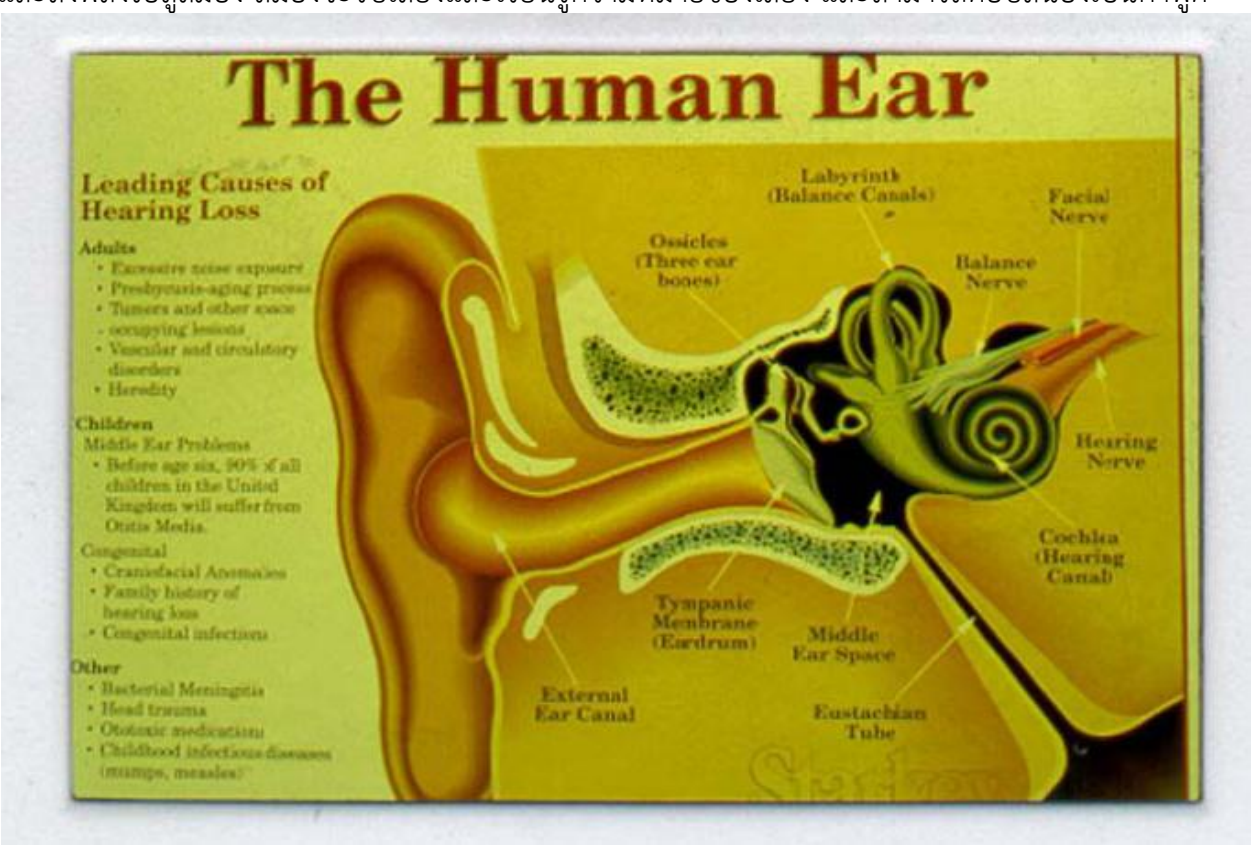
- ปัญหาเกี่ยวกับความผิดปกติทางการรับรู้ มีสาเหตุมาจากสมองเสื่อม (Dementia) ซึ่งคนที่มีปัญหาทางการได้ยินจะทำให้เสียการรับรู้รับทราบข้อมูลต่าง ๆ เนื่องจากไม่ได้ยินเสียง จึงทำให้ไม่สามารถรับรู้และสื่อสารกับบุคคลอื่นได้ ทั้งนี้ การที่มีอาการสมองเสื่อมจะทำให้พฤติกรรมการใช้ชีวิตเปลี่ยน มีการใช้ภาษาที่เปลี่ยนแปลงไป และไม่ค่อยมีเหตุผลในการดำเนินชีวิต จึงเป็นสาเหตุทำให้เกิดปัญหาทางด้านจิตของผู้สูงอายุได้ ดังนั้น จึงควรหาวิธีที่จะทำให้ผู้สูงอายุเป็นโรคสมองเสื่อมน้อยที่สุด เพื่อหาวิธีที่จะให้ผู้สูงอายุเป็นผู้สูงอายุที่มีคุณภาพ เพื่อลดภาระของภาครัฐในการดูแลรักษา การที่ผู้สูงอายุมีภาวะสมองเสื่อมมักจะเกิดอาการเศร้าซึม สาเหตุอาจเกิดจากร่างกายเกิดความผิดปกติ การรับประทานอาหารที่ไม่เหมาะสม มีโรคเกี่ยวกับหัวใจ มีโรคเกี่ยวกับระบบประสาท โรคหลอดเลือดสมอง มีการติดเชื้อ

๕. ปัญหาโรคทางกายอื่น ๆ

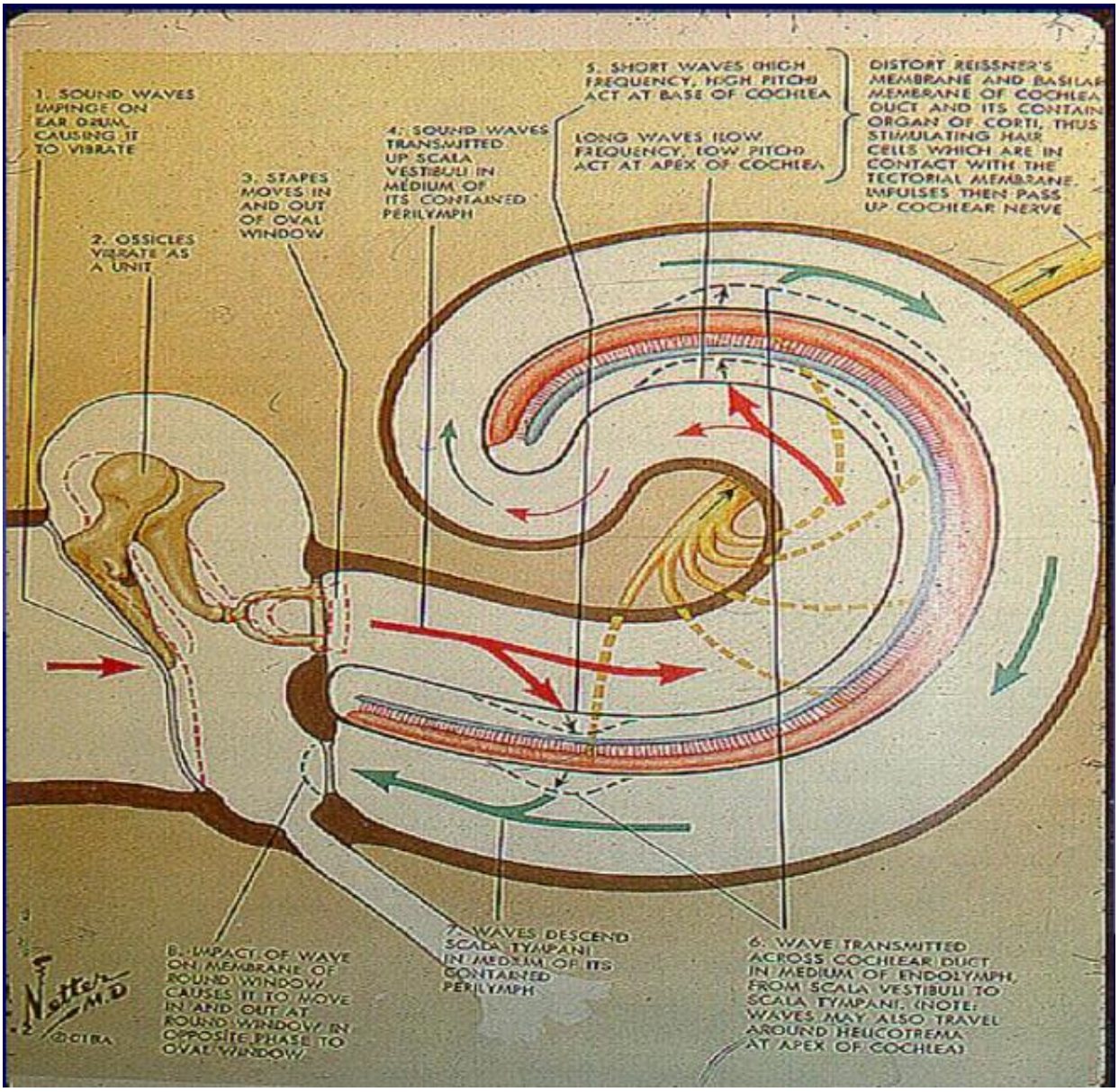
- ซึ่งการที่ผู้สูงอายุมีโรคทางกาย หรือการรับประทานยาที่เป็นพิษ จะส่งผลต่อโรคหู ประสาทและระบบสมองได้ จึงเป็นภาพรวมที่จะต้องมีการดำเนินการป้องกันและบำรุงรักษาอวัยวะที่มีความสัมพันธ์กัน เพื่อให้อวัยวะทำงานทุกอย่างได้อย่างดี ซึ่งทั้ง ๓ อาการที่กล่าวมาเป็นกลุ่มอาการที่มักจะเป็นร่วมกัน

ระบบการทำงานของหู ระบบประสาทกลาง และสมอง

หูเป็นส่วนที่รับเสียงและรับรู้เรื่องการทรงตัว โดยส่งกระแสประสาทไปยังสมอง ซึ่งเป็นผู้ประมวลภาพเหตุการณ์ และเสียงจะกระทบแก้วหูและเกิดการสั่นสะเทือน และแก้วหูจะนำเสียงสั่นสะเทือนโดยมีตัวกระตุ้นที่ทำให้เกิดเสียงเพิ่มขึ้น เช่น กระดูกค้อน กระดุกทั่ง กระดูกโกลน ไปกระตุ้นน้ำในหูชั้นใน (Cochlea) ซึ่งการที่คนเราได้ยินเสียงจะเกิดจากอวัยวะรับเสียงในหูชั้นกลาง รับเสียงโดยการสั่นไหว โดยมีปลายประสาทรับเสียงในหูชั้นใน และมีการแปรการสั่นสะเทือนเป็นพลังประสาท โดยมีเส้นประสาทนำเสียงและส่งพลังไปสู่สมอง สมองจะรับเสียงและเรียนรู้ความหมายของเสียง และสามารถตอบสนองเป็นคำพูด



ที่มา : ศาสตราจารย์เกียรติคุณสุจิตรา ประสานสุข หัวหน้าศูนย์การได้ยิน การพูด การทรงตัว และเสียงในหู โรงพยาบาลกรุงเทพ



การได้ยินจากหู สมอง และการทรงตัวจะเป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์กัน หากจะมีการพิจารณาเพื่อช่วยผู้สูงอายุเกี่ยวกับการได้ยิน ควรจะพิจารณาเรื่องอื่นที่มีความเกี่ยวข้องกันด้วย

สาเหตุของความผิดปกติของการได้ยิน มีดังนี้

๑. การเสื่อมของหู

๒. การเสื่อมสภาพของระบบเส้นประสาท

๓. การเสื่อมสภาพ / ความผิดปกติของระบบประสาทส่วนกลาง

๔. โรคทางกาย

๕. โรคติดเชื้อ

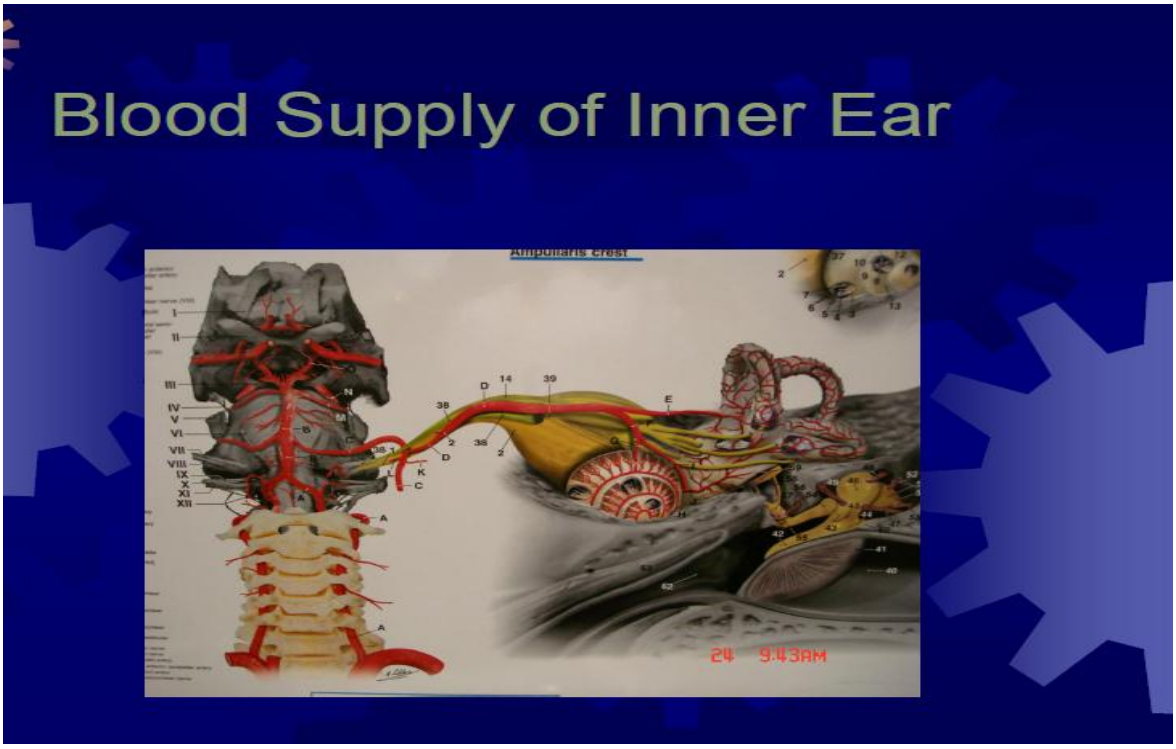
๖. เสียงรบกวน

๗. เนื้องอก

๘. การขัดข้องของเลือดที่ไปเลี้ยงสมอง

การทำงานของระบบเลือดในการไปเลี้ยงอวัยวะที่เกี่ยวข้องกับหู

กระดูกคอมีเส้นเลือดที่มาจากหัวใจ ร้อยไปตามกระดูกคอ และไปรวมกับเส้นเลือดในส่วนต่าง ๆ จนไปถึงสมอง ซึ่งอวัยวะทุกส่วนต่าง ๆ มีความสัมพันธ์กัน เนื่องจากถ้าเกิดการบาดเจ็บของคอหรือกระดูกคอจะมีผลต่อการทำงานของเส้นเลือดที่ไปหล่อเลี้ยงสมอง และไปหล่อเลี้ยงที่หูชั้นใน หากเลือดไม่ไปเลี้ยงสมองภายใน ๓๐ นาทีจะทำให้สูญเสียการได้ยิน หากแพทย์มีการแก้ไขหรือทำการรักษาได้ทันภายในเวลาไม่เกิน ๗ วัน อาจจะทำให้การได้ยินของผู้ป่วยกลับคืนมา



ที่มา : ศาสตราจารย์เกียรติคุณสุจิตรา ประสานสุข หัวหน้าศูนย์การได้ยิน การพูด การทรงตัว และเสียงในหู โรงพยาบาลกรุงเทพ

- การตรวจการไหลเวียนกระแสโลหิตเกี่ยวกับความผิดปกติของหูในผู้สูงอายุ

ที่ผ่านมาได้มีการศึกษาในผู้สูงอายุที่มารักษาที่โรงพยาบาลศิริราช พบว่า มีการบกพร่องของเส้นประสานส่วนกลางร้อยละ ๘๗.๕ ของจำนวนในผู้สูงอายุ ซึ่งบุคคลกลุ่มนี้จะมีอาการ เวียนหัว เห็นภาพซ้อน เข่าอ่อน กลืนน้ำลายลำบาก พูดไม่ชัด ตาลาย มองไม่เห็น เคลื่อนไหวช้า และชาที่มือและเท้า

- อาการบ้านหมุน เกิดจาก

- ความดันโลหิตต่ำขณะที่เปลี่ยนท่า (Orthostatic Hypotensing)
- เลือดไปเลี้ยงส่วนที่สำคัญไม่เพียงพอ
- กระดูกคอไม่ดี
- โรคหินปูนในหูหลุด

นอกจากนี้ยังต้องสังเกตอาการต่าง ๆ ดังนี้

- ไตวายล้มเหลว
- โรคโลหิตจาง Hypercholesterol
- โรคมะเร็งโลหิต
- บาดแผล Barautrauma
- ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ
- ความผิดปกติของยีนส์ Infection-Syphilis
- โรคไขสันหลังอักเสบ
- โรคเอดส์ HIV
- อารมณ์แปรปรวน
- ความผิดปกติทางจิต
- ความเสื่อมสภาพไปตามวัย

ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มาพบแพทย์ด้วยอาการเวียนศีรษะ จะมีสาเหตุมากกว่า ๑ อย่าง

- สุขภาพไม่ดี
- หลอดเลือดอุดตัน
- สมองเสื่อม
- โรคเบาหวาน
- โรคกระดูกพรุน
- การรับประทานยาหลายชนิด

เสียงในสภาพแวดล้อม

- เสียงรบกวนในสถานที่ทำงาน
- เสียงเครื่องบิน
- เสียงดังจากสิ่งแวดล้อม
- เสียงจากของเล่นเด็ก
- เสียงจากโทรศัพท์มือถือ

ทั้งนี้ การได้รับเสียงในระดับที่ไม่เหมาะสม หรืออยู่ในสถานที่ที่มีเสียงดังเป็นระยะเวลานาน จะทำให้เกิดการสูญเสียการได้ยิน เกิดเสียงในหูและเกิดการวิงเวียนบ้านหมุนได้

การวินิจฉัยโรค

๑. การตรวจโดยการซักประวัติการเจ็บป่วยทั้งอดีตและปัจจุบัน และประวัติการเป็นโรคอื่น ๆ

๒. การตรวจทางคลินิก

๓. การตรวจวินิจฉัยแบบพิเศษ

ซึ่งจุดประสงค์ของการตรวจเพื่อต้องการทราบว่า ผู้ป่วยสูญเสียการได้ยินตรงจุดใด อาทิ เส้นประสาท หูชั้นกลาง สมอง

จากการวินิจฉัยอาการของประชาชนผู้ที่ผ่านมา พบว่า

ผู้สูงอายุจำนวนร้อยละ ๓๒.๔ เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ ๑๓.๘ เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ ๘.๑ เป็นโรคข้อ และโรคหัวใจ ร้อยละ ๔.๔

ดังนั้น การที่จะตรวจการได้ยินจะต้องมีการดำเนินการ ดังนี้

- เตรียมความพร้อมด้านสถานที่ในการตรวจ
- เตรียมการวินิจฉัยให้ถูกต้อง
- เตรียมความพร้อมเกี่ยวกับการรักษาโรคที่จะเกิดพร้อมกับโรคหู
- จะต้องให้คำแนะนำกับครอบครัวผู้มีปัญหาทางการได้ยิน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถใช้ชีวิตได้อย่างเป็นปกติ ไม่เป็นภาระ และสามารถเข้าสังคมได้
- จัดสวัสดิการสังคม

จากการศึกษาที่ผ่านมาได้มีการสำรวจการได้ยินของผู้สูงอายุ ในระดับ ๕๐๐, ๑,๐๐๐, ๒,๐๐๐, และ ๔,๐๐๐ Hz พบว่า ควรมีการแบ่งเกรดของการได้ยิน ดังนี้

- ปกติ = 20 dB หรือน้อยกว่า
- การสูญเสียการได้ยินน้อย = 21-40 dB
- การสูญเสียการได้ยินปานกลาง = 41-60 dB
- การสูญเสียการได้ยินอย่างรุนแรง = 61-80 dB
- การสูญเสียการได้ยินระดับสูงสุด = 81+

จากการสำรวจข้อมูลประชากรทั่วประเทศ (ทุกช่วงอายุ) ในระยะหลายปีที่ผ่านมา พบว่า จะมีผู้ที่มีอาการประสาทหูเสื่อม หรือมีการได้ยินบกพร่องร้อยละ ๑๓.๖ ภาวะบกพร่องปานกลางร้อยละ ๑๑.๔ บกพร่องรุนแรงร้อยละ ๑.๗ และหูหนวกร้อยละ ๐.๕

สรุปปัญหาเกี่ยวกับการได้ยินที่ผิดปกติในผู้สูงอายุ

๑. จัดทำแบบสอบถามหรือแบบสำรวจ โดยมีคำถามดังนี้

- ช่วงอายุที่เหมาะสม
- ความยากลำบากในการได้ยินหรือไม่ (ในที่เงียบหรือที่เสียงดัง)
- ปัญหาทางการได้ยินเกิดขึ้นเมื่อใด
- การสื่อสารในครอบครัวเป็นอย่างไร
- มีโรคประจำตัวกี่โรค
- มีการใช้ยากี่ชนิด
- เคยใช้เครื่องช่วยฟังหรือไม่
- มีอาการเสียงในหูด้วยหรือไม่
- มีอาการหลงลืม เศร้าซึมด้วยหรือไม่
- มีกิจกรรมในครอบครัว/สังคม/กลุ่มเพื่ออะไรบ้าง

ซึ่งหลังจากที่ได้รับทราบข้อมูลแล้ว ผู้ที่ทำการสำรวจจะต้องพิจารณาส่งผู้ป่วยเพื่อไปรับการรักษาในสถานที่ที่เหมาะสม

การฟื้นฟูการได้ยินในผู้สูงอายุ

- ใช้เครื่องช่วยฟัง โดยในประเทศอังกฤษ และประเทศเดนมาร์ก เป็นกลุ่มประเทศแรกที่มีการจัดสวัสดิการโดยให้เครื่องช่วยฟังกับประชาชน ซึ่งปัจจุบันประเทศไทยก็ได้มีการจัดเครื่องดังกล่าวให้กับประชาชนแล้ว เครื่องช่วยฟังจะช่วยลดปัญหาเกี่ยวกับเสียงในหูให้ลดลง

- ให้ความรู้กับครอบครัว ในการสื่อสารกับผู้ป่วย โดยการพยายามพูดกับผู้ป่วยด้วยการมองหน้าไม่พูดด้านข้าง เพื่อให้เกิดความเข้าใจตรงกัน

- พยายามไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความน้อยใจ หรือเกิดความกดดัน

- พยายามไม่ให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าเป็นผู้พิการ

การผ่าตัดเปลี่ยนประสาทหูเทียม

ประสาทหูเทียม เป็นการทำหน้าที่แทนประสาทหูชั้นใน การจะดำเนินการให้มีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีการพิจารณาดำเนินการในหลายประเด็น ดังนี้

- แพทย์ผู้ทำการรักษามีความสามารถในการดำเนินการหรือไม่

- ศูนย์ที่จะทำการผ่าตัดมีศักยภาพที่เพียงพอหรือไม่

- วิธีการเลือกกลุ่มเป้าหมายที่จะเข้ารับการผ่าตัดมีความเหมาะสม และมีความพร้อมที่จะรับการผ่าตัดหรือไม่ โดยควรมีการกำหนดหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกบุคคลที่เหมาะสมเพื่อเข้ารับการผ่าตัด

- หลังจาการผ่าตัด จะต้องมีการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อที่จะเปิดคลื่นไฟฟ้าให้เหมาะกับระดับเสียงที่จะใช้ และมีการปรับเครื่องเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง

- การดำเนินการผ่าตัดเปลี่ยนประสาทหูเทียม จะผ่าตัดให้กับผู้ที่ใช้เครื่องช่วยฟังแล้วไม่ได้ผล

- การผ่าตัดเปลี่ยนประสาทหูเทียมมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง

ประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๑. ปัจจุบันเครื่องช่วยฟังมีการพัฒนาเทคโนโลยีเพิ่มมากขึ้น มีหลายระดับราคา หากต้องการเครื่องที่มีประสิทธิภาพที่ดีมาก จะมีราคาแพง หากต้องการราคาประหยัด ประสิทธิภาพก็จะลดลงตามราคา ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความต้องการของผู้ซื้อ

๒. สาเหตุที่ผู้ป่วยที่ได้รับการจัดสรรเครื่องช่วยฟังจากภาครัฐ จึงไม่ยอมใช้เครื่องช่วยฟัง เนื่องจาก ที่ผ่านมาได้ทำการศึกษาหาข้อมูลและทำการทดลองจากการที่ภาครัฐได้มีการแจกเครื่องช่วยฟังฟรีให้กับประชาชน พบว่า การที่ทางราชการแจกเครื่องให้กับประชาชนโดยที่ไม่ได้ทำการตรวจการได้ยินของแต่ละบุคคล ทำให้ผู้ที่ได้รับเครื่องช่วยฟังได้รับเครื่องที่อาจจะไม่ตรงกับระดับของหู ที่ต้องการ จึงทำให้เกิดเสียงรบกวน และเลิกใช้เครื่องช่วยฟังในที่สุด สิ่งที่จำเป็น คือ การตรวจการได้ยินของแต่ละบุคคลเพื่อให้สามารถใช้เครื่องได้ตรงกับสภาพของหูของแต่ละบุคคล

๓. การอยู่ในที่ที่มีเสียงดังมาก ๆ เช่น สถานที่ที่เกิดระเบิด ซึ่งเสียงระเบิดเป็นเสียงผสม และเป็นเสียงที่จะทำให้เกิดอาการหูเสียชนิดที่ทำให้หูดับได้ เนื่องจากเสียงระเบิดจะเข้าไปทำลายประสาทหูชั้นในอันจะส่งผลต่อการได้ยินของผู้นั้นได้

๔. การที่บุคคลหูเสีย ๑ ข้างจะทำให้รับการฟังมีปัญหา และจะทำให้ไม่สามารถรับรู้ทิศทางของเสียงที่เข้ามาทางด้านหูที่เสียได้ จึงเป็นผลทำให้การได้ยินมีปัญหา

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

๑. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการสำรวจจำนวนผู้สูงอายุที่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน

๒. ควรมีการตรวจสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการทดสอบการได้ยิน

๓. ควรมีการควบคุมระดับเสียงที่ใช้ในชุมชนหรือสภาพแวดล้อมให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม

๔. ควรมีการให้ความรู้กับประชาชนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาทางการได้ยิน

๕. ควรมีการจัดระบบการประกันสุขภาพให้มีความเหมาะสม

๖. จัดสวัสดิการสังคมให้กับผู้ที่มีปัญหาทางการได้ยิน

๗. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดช่วงอายุเพื่อให้มีการคัดกรองโรคในผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้รับการตรวจรักษาในระยะเวลาที่เหมาะสม

๘. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรพิจารณาปรับปรุงแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับกรณีที่ผู้สูงอายุไม่สามารถจะขอทำธุรกรรมทางการเงิน หรือทำประกันชีวิตได้ เนื่องจากมีอายุเกินกว่าที่กำหนด

๙. ไม่ควรมองผู้สูงอายุเป็นเสมือนผู้ที่ไร้ความสามารถ และไม่ควรปล่อยให้ผู้สูงอายุอยู่กับบ้าน ควรส่งเสริมให้มีการทำกิจกรรมนอกบ้าน เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพด้านร่างกายและจิตใจ

๑๐. ประชาชนที่ได้รับเครื่องช่วยฟัง ควรมีการร่วมจ่าย เพื่อเป็นการช่วยประหยัดงบประมาณภาครัฐและทำให้ผู้ได้รับเครื่องเกิดความรู้สึกว่าต้องใช้เครื่องดังกล่าวอย่างคุ้มค่าและไม่ทิ้งเครื่องให้สูญเปล่า

๔.๑๘ ปัญหาโรคต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุ

ต่อมลูกหมาก Benign Prostatic Hyperplasia (BPH) เป็นอวัยวะสำคัญเกี่ยวกับระบบสืบพันธุ์ของเพศชาย โดยอาการต่อมลูกหมากโตส่วนใหญ่มักเกิดขึ้นในผู้สูงอายุ อาการต่อมลูกหมากโตจะทำให้ต่อมลูกหมากใหญ่ผิดปกติและเบียดท่อปัสสาวะให้แคบลง ซึ่งอาการต่อมลูกหมากโตจะมี ๒ ลักษณะ คือ ต่อมลูกหมากโตแบบธรรมดา และต่อมลูกหมากโตชนิดที่เป็นมะเร็ง

อาการของต่อมลูกหมากโตจะทำให้เกิดอาการผิดปกติในระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งจะมีอาการเริ่มแรก ดังนี้

๑) ถ่ายปัสสาวะลำบาก

๒) ต้องรีบไปถ่ายปัสสาวะทันทีที่ปวดปัสสาวะ

๓) ใช้เวลาถ่ายปัสสาวะนานกว่าปกติ

๔) ถ่ายน้ำปัสสาวะไม่ต่อเนื่อง

๕) ลำปัสสาวะไม่พุ่งอย่างต่อเนื่อง

๖) มีอาการปัสสาวะค้าง

๗) ปัสสาวะบ่อยในเวลากลางคืน

อาการดังกล่าวหากมีการเปรียบเทียบระหว่างบุคคลทั่วไปที่มีภาวะปกติกับผู้ที่เป็นโรคต่อมลูกหมากโตจะพบว่า คนที่เป็นต่อมลูกหมากโตจะมีสัดส่วนอาการดังกล่าวมากกว่าปกติ เช่น อาการถ่ายปัสสาวะลำบาก บุคคลทั่วไปจะเกิดอาการดังกล่าวในอัตราร้อยละ ๑๒.๖ แต่คนที่เป็นโรคต่อมลูกหมากโตจะเกิดอาการร้อยละ ๓๖.๘ เป็นต้น

โดยผู้ที่เป็นโรคต่อมลูกหมากโตและเกิดอาการข้างต้นจะมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน ดังนี้

๑) พักผ่อนไม่เพียงพอ อัตราร้อยละ ๒๗.๑ เนื่องจากต้องตื่นขึ้นมาปัสสาวะเวลากลางคืนบ่อยครั้ง

๒) มีข้อจำกัดในเรื่องการดื่มน้ำก่อนการเดินทาง อัตราร้อยละ ๒๙.๙ เนื่องจากกังวลการปัสสาวะระหว่างเดินทาง

๓) มีข้อจำกัดในการดื่มน้ำก่อนนอน อัตราร้อยละ ๓๔.๗ เนื่องจากไม่อยากตื่นมาเข้าห้องน้ำระหว่างคืน

๔) จะไม่ขับรถในระยะเวลาติดต่อกันเกิน ๒ ชั่วโมง อัตราร้อยละ ๒๑

๕) จะไม่เดินทางไปในสถานที่ที่ไม่มีห้องน้ำ อัตราร้อยละ ๓๒.๕

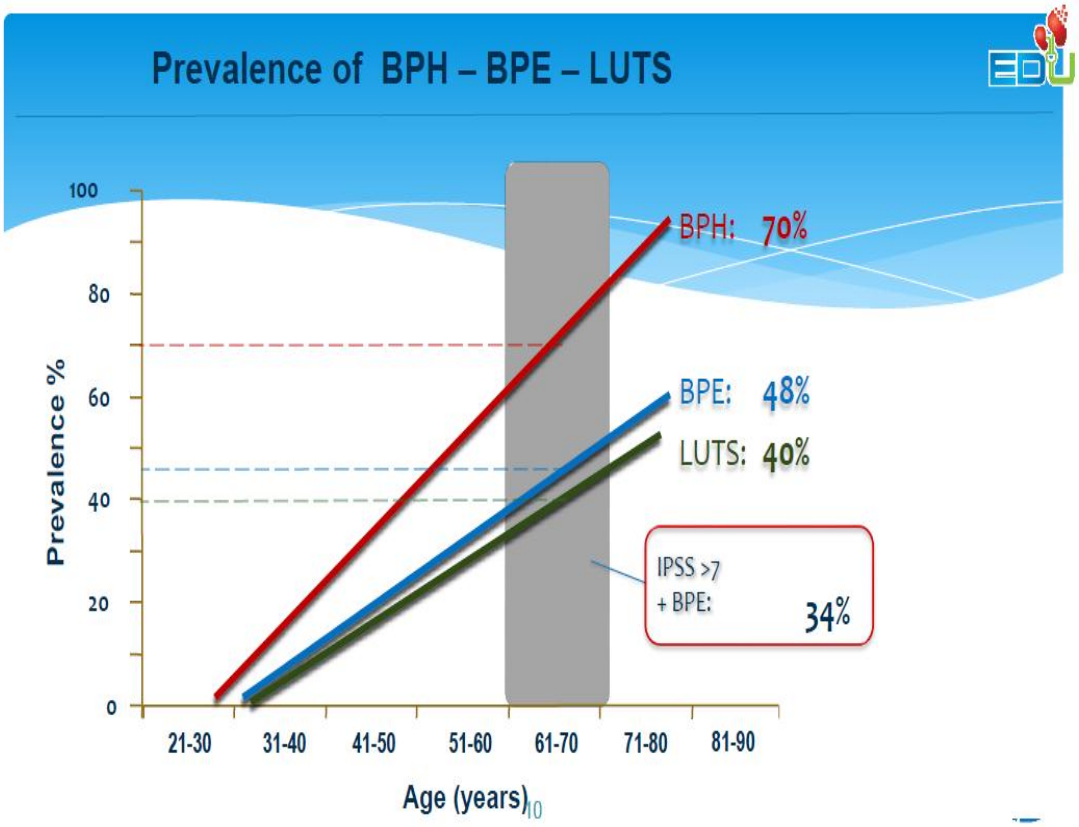
ซึ่งการจำกัดในการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก จากการศึกษาของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่พบว่า อาการปัสสาวะในเวลากลางคืนพบมากกว่าอาการอื่น

จากการศึกษาของกลุ่มประเทศในเอเชีย ได้แก่ ประเทศฮ่องกง ประเทศมาเลเซีย ประเทศฟิลิปปินส์ ประเทศสิงคโปร์ และประเทศไทย พบว่า โรคต่อมลูกหมากที่มีอาการปัสสาวะผิดปกติมักเกิดร่วมกับโรคต่าง ๆ ดังนี้ โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ ๓๘ โรคอ้วนร้อยละ ๓๖ โรคเบาหวานร้อยละ ๑๕

โรคหัวใจขาดเลือดร้อยละ ๗ และอาการที่พบบ่อยในเพศชายที่มีภาวะปัสสาวะผิดปกติ ได้แก่ การปัสสาวะกลางคืนร้อยละ ๖๔ ปัสสาวะไม่พุ่งร้อยละ ๕๖

ความชุกของการเกิดโรคต่อมลูกหมากโต

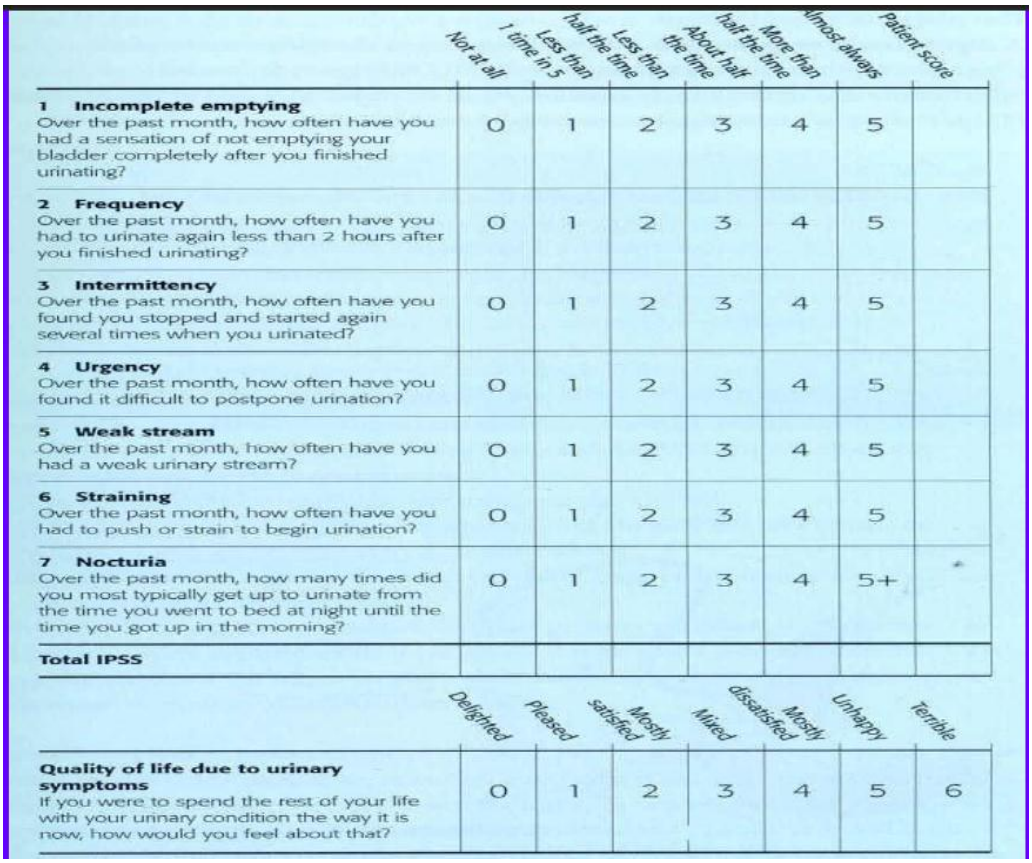
เมื่อเพศชายมีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป จะเริ่มมีอาการโตของต่อมลูกหมาก ร้อยละ ๗๐ และจะพบว่าบุคคลเหล่านั้นมีอาการต่อมลูกหมากโตแล้ว ร้อยละ ๔๘ สำหรับค่าคะแนนของต่อมลูกหมาก หากมีค่าเกินกว่า ๗ จะถือว่ามีอาการของต่อมลูกหมากโต กล่าวคือ จากตารางด้านล่าง ผู้ป่วยที่มีอายุ ๖๐ ปีขึ้นไป มีอาการต่อมลูกหมากโตร่วมกับมีขนาดของต่อมลูกหมากที่โตขึ้น คิดเป็นร้อยละ ๓๔ โดยปกติแล้วผู้ที่มีอายุเกิน ๖๐ ขึ้นไป มักจะมีอาการของต่อมลูกหมากโตร้อยละ ๕๐



Naslund et al. Clin Pract. 2007;61:1437; Wei et al. Urol. 2005;173: 256; Verhamme et al. Eur Urol. 2002;42:323; Berry et al. J. Urol . 1984;132:474.

ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่มีอาการปัสสาวะผิดปกติไม่จำเป็นที่จะเป็นผู้ป่วยโรคต่อลูกหมากเสมอไป ซึ่งอาจเป็นโรคต่าง ๆ ได้ เช่น นิ่วในกระเพาะปัสสาวะ การติดเชื้อในกระเพาะปัสสาวะ อาการปัสสาวะไวเกิน อาการปัสสาวะเล็ด เป็นต้น ดังนั้น แพทย์จึงต้องมีการวินิจฉัยแยกโรค แยกอาการให้ถูกต้อง เพื่อที่จะทำการรักษาได้ตรงกับโรคที่ผู้ป่วยเป็น อีกทั้งโรคต่อมลูกหมากโตมักจะมีอาการควบคู่ไปกับการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ ซึ่งในปัจจุบันจะมีการใช้ยาไวอากร้าเพื่อทำการรักษาโรคต่อมลูกหมากโตและอาการเสื่อมสมรรถภาพทางเพศร่วมด้วย

ค่าคะแนนอาการของต่อมลูกหมากโต โดยให้คะแนนจาก The international Prostate Symptom Score (IPSS) โดยจะมีการตอบแบบสอบถาม ๗ ข้อ คะแนนทั้งหมด ๓๕ คะแนน หากผู้ป่วยตอบคำถามได้ค่าคะแนนเกิน ๗ คะแนน ถือว่าอาการต่อมลูกหมากจะเริ่มรบกวนผู้ป่วย



	Not at all	1 time in 5 / Less than half the time	Less than the time	About half the time	More than half the time	Almost always	Patient score
1 Incomplete emptying Over the past month, how often have you had a sensation of not emptying your bladder completely after you finished urinating?	0	1	2	3	4	5	
2 Frequency Over the past month, how often have you had to urinate again less than 2 hours after you finished urinating?	0	1	2	3	4	5	
3 Intermittency Over the past month, how often have you found you stopped and started again several times when you urinated?	0	1	2	3	4	5	
4 Urgency Over the past month, how often have you found it difficult to postpone urination?	0	1	2	3	4	5	
5 Weak stream Over the past month, how often have you had a weak urinary stream?	0	1	2	3	4	5	
6 Straining Over the past month, how often have you had to push or strain to begin urination?	0	1	2	3	4	5	
7 Nocturia Over the past month, how many times did you most typically get up to urinate from the time you went to bed at night until the time you got up in the morning?	0	1	2	3	4	5+	
Total IPSS							

	Delighted	Pleased	Mostly satisfied	Mixed	Mostly dissatisfied	Unhappy	Terrible
Quality of life due to urinary symptoms If you were to spend the rest of your life with your urinary condition the way it is now, how would you feel about that?	0	1	2	3	4	5	6

ที่มา : ศาสตราจารย์บรรณกิจ โลจณภิวัฒน์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผู้ป่วยที่มีภาวะอ้วนลงพุงแล้วมีปัญหาเกี่ยวกับโรคต่อลูกหมากโตและมีสมรรถภาพทางเพศที่เสื่อมลง เนื่องจากมีภาวะการเพิ่มขึ้นของ BMI (มีการเพิ่มขึ้นของไขมันในร่างกายมากกว่าปกติ) ซึ่งจะทำให้เส้นประสาทที่มีการรัดตัวเพิ่มมากขึ้น และทำให้ต่อมลูกหมากโตขึ้น เป็นผลทำให้เส้นเลือดที่องคชาติรัดตัว จึงเป็นสาเหตุทำให้ผู้ที่เป็นโรคอ้วนมีภาวะเป็นโรคต่อมลูกหมากมากขึ้น

การวินิจฉัย

๑. การตรวจทวารหนัก ซึ่งแพทย์ตรวจเช็คทางทวารหนัก โดยใช้ปลายนิ้วสอดเข้าไปตรวจเช็คต่อมลูกหมากว่ามีอาการหรือไม่ ซึ่งผิวในทวารหนักจะมีลักษณะที่สามารถบอกได้ว่าเป็นโรคต่อมลูกหมาก แต่ถ้าหากตรวจทวารหนักแล้วพบว่า ผิวเรียบปกติ ก็ยังไม่สามารถวางใจได้ว่าจะไม่เป็นโรคมะเร็งต่อลูกหมากในอนาคต ทั้งนี้ การตรวจทวารหนักเป็นการตรวจที่สำคัญมากในการตรวจวินิจฉัยต่อมลูกหมาก นอกจากนี้ยังต้องมีการตรวจมะเร็งต่อมลูกหมาก โดย PSA (Prostate Specific Antigen) ซึ่งเป็นตัวบอกค่าสารมะเร็งในเลือดที่จะทำให้ได้รับทราบผลมะเร็งต่อมลูกหมากที่ได้ผลเร็วกว่าการตรวจร่างกายปกติ

๒. การตรวจโดยการปัสสาวะใส่เครื่องมือ เพื่อตรวจลักษณะการพุ่งของปัสสาวะ ความแรงของปัสสาวะ หากเป็นต่อมลูกหมากโตปัสสาวะจะไม่แรงและไม่พุ่ง

๓. การตรวจยูโรพลศาสตร์หรือการตรวจการทำงานของกระเพาะปัสสาวะ เพื่อให้ทราบว่ากระเพาะปัสสาวะมีภาวะอุดตันหรือไม่บีบตัวหรือไม่ ซึ่งการตรวจนี้เป็นการตรวจพิเศษเพิ่มเติมจากการตรวจแบบอื่น

๔. การตรวจโดยการจดสถิติการปัสสาวะของผู้ป่วยใน ๑ วัน เพื่อให้ได้ข้อมูลชี้นำไปสู่การรักษาที่ถูกต้องกับโรคที่เป็น

การรักษา

๑. การให้ยา ซึ่งการรักษาโดยการให้ยา ๒ กลุ่มหลัก ดังนี้

- ยากลุ่ม Alpha-blockers สามารถรักษาต่อมลูกหมากโตได้โดยการทำให้กล้ามเนื้อเรียบบริเวณต่อมลูกหมากและกระเพาะปัสสาวะคลายตัวลง ช่วยให้สามารถปัสสาวะได้ดีขึ้น

- ยากลุ่ม 5-Alpha-reductase inhibitors จะออกฤทธิ์โดยการยับยั้งฮอร์โมน Dihydrotestosterone (DHT) ซึ่งมีส่วนทำให้เซลล์ต่อมลูกหมากมีการโตขึ้น โดยยาในกลุ่มนี้ใช้เวลาออกฤทธิ์ช้ากว่ากลุ่ม alpha blockers แต่เป็นยาที่เหมาะในผู้ป่วยสูงอายุและผู้ที่ต่อมลูกหมากมีขนาดโตมาก

สถิติการใช้ยา

จากสถิติที่ผ่านมามีการใช้ยา Alpha-blockers ถึงร้อยละ ๕๐ เนื่องจากออกฤทธิ์เร็วจึงเป็นสิ่งที่แพทย์ส่วนใหญ่นิยมใช้ยานี้กับผู้ป่วย และใช้บ่อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับยา กลุ่ม 5-Alpha-reductase inhibitors

How many (estimated %) of your male LUTS patients are initially treated with

Treatment	Median	Range (25% - 75%)
Watchful waiting	15%	10% - 25%
α_1-AR antagonist	50%	30% - 60%
Antimuscarinic monotherapy	5%	1% - 10%
α_1-AR antagonist + antimuscarinic agent	5%	2% - 10%
α_1-AR antagonist + 5α-RI	15%	5% - 25%

Answered by: 233/313 (74.4%)

AR: adrenoceptor
RI: reductase inhibitor

ที่มา : ศาสตราจารย์บรรณกิจ โลจณภิวัฒน์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การเลือกวิธีการรักษา

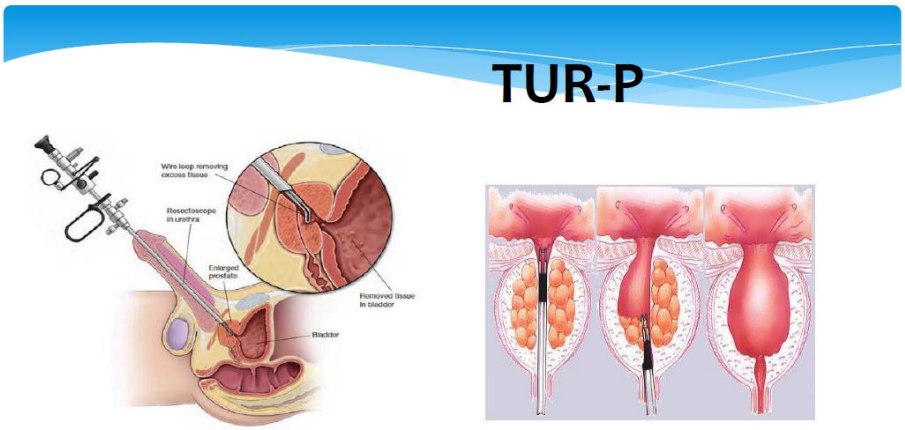
- ผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะขัด มีภาวะอุดตัน และต่อมมีขนาดไม่ใหญ่มาก แพทย์จะให้ยา Alpha-blockers แต่ถ้าหากต่อมมีขนาดใหญ่มาก แพทย์จะให้ยา 5-Alpha-reductase inhibitors เพื่อลดขนาดของต่อมลูกหมาก

- ผู้ป่วยมีอาการปัสสาวะบ่อยและไม่มีอาการขัด แพทย์จะให้ยาเพื่อยับยั้งการบีบตัวของกระเพาะปัสสาวะ

ดังนั้น การใช้ยา ๒ กลุ่มร่วมกันจะต้องใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการต่อมลูกหมากโตถึง ๔๐ กรัม (ปกติไม่เกิน ๒๐ กรัม) หรือค่า PSA เกินกว่า 1.5 ng/ml เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษา

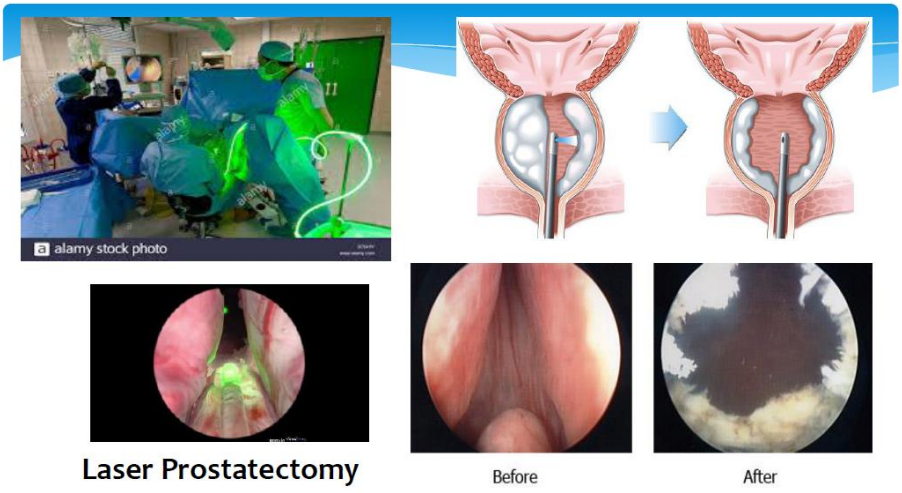
๒. การผ่าตัด

๒.๑ การผ่าตัดส่องกล้อง เป็นการผ่าตัดแบบดั้งเดิม โดยใช้กล้องส่องไปในต่อมลูกหมากแล้วเข้าไปคว้านส่วนที่โตให้เป็นส่วนเล็ก ๆ เพื่อทำให้เกิดช่องว่างและทำให้ปัสสาวะได้ง่ายขึ้น ซึ่งในปัจจุบันยังใช้มีการใช้การผ่าตัดด้วยวิธีนี้



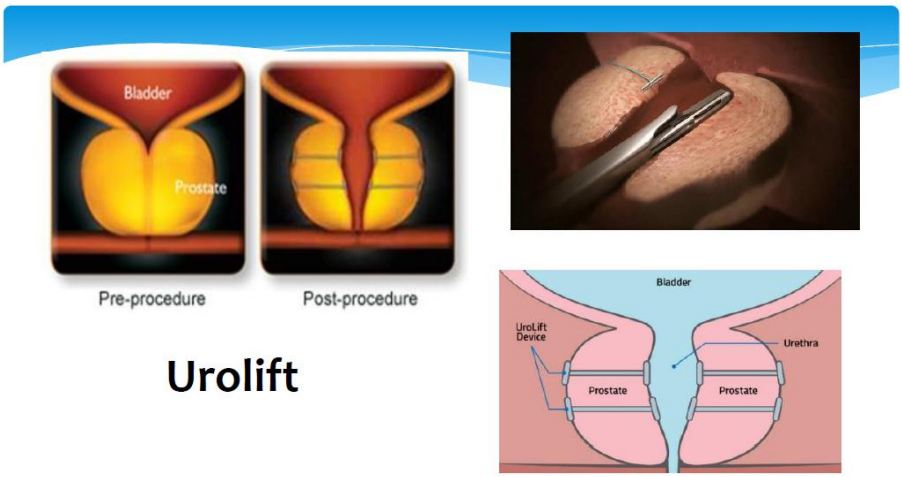
ที่มา : ศาสตราจารย์บรรณกิจ โลจณภิวัฒน์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

๓. การทำ Laser เพื่อทำการเปิดช่องของต่อมลูกหมาก



ที่มา : ศาสตราจารย์บรรณกิจ โลจณภิวัฒน์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

๔. การใช้เข็มเพื่อเย็บต่อมลูกหมาก เพื่อขยายช่องต่อมลูกหมาก



ที่มา : ศาสตราจารย์บรรณกิจ โลจณภิวัฒน์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ทั้งนี้ การรักษาต่อมลูกหมากยังมีวิธีการรักษาแบบอื่นอีกหลายวิธี แต่วิธีที่ได้กล่าวข้างต้นเป็นวิธีที่ได้รับความนิยมในการรักษาในปัจจุบัน

<u>สถานการณ์มะเร็งต่อมลูกหมากในประเทศไทย</u>

โรคมะเร็งต่อมลูกหมากเป็นที่สนใจของทั่วโลก ซึ่งอุบัติการณ์การเกิดของประเทศต่าง ๆ พบว่า เป็นโรคมะเร็งต่อมลูกหมากเพิ่มมากขึ้น ซึ่งอาจเกิดจากอาหารที่รับประทาน ประกอบกับพันธุ์กรรมของแต่ละบุคคล ซึ่งกลุ่มประเทศต่าง ๆ มีอัตราการตายเพิ่มมากขึ้น ทั้งนี้ อัตราการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมากในกลุ่มทวีปเอเชีย มีอัตราที่น้อยกว่าประเทศกลุ่มยุโรป แต่จะพบผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากระยะสุดท้ายมากกว่า

ซึ่ง PSA เป็นสารจำพวกโปรตีนชนิดหนึ่งที่ถูกสร้างโดยต่อมลูกหมาก เป็นสารที่มีหน้าที่ป้องกันการจับเป็นก้อนของน้ำอสุจิ โดยทั่วไปในคนปกติจะตรวจพบในกระแสเลือดได้ในประมาณน้อย และมักค่อย ๆ สูงขึ้นช้า ๆ ตามอายุที่เพิ่มขึ้น ค่า PSA ที่ตรวจแต่ละครั้งในเวลาที่ต่างกันอาจไม่เท่ากันเสมอไปมีสูงมีต่ำได้ ค่าที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ น้อยกว่า 4 ng/ml ทั้งนี้ จากการศึกษาพบว่า PSA มีผลในการทำให้การวินิจฉัยดีขึ้น และเป็นตัวบ่งบอกความรุนแรงของโรคและบอกระยะของโรคที่อาจจะลุกลามไปที่กระดูกได้

จากผลการศึกษาของมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ยังพบว่า การตรวจด้วย Prostate Health Index หรือ PHI ซึ่งเป็นนวัตกรรมใหม่ ในการคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงเป็นโรคมะเร็งต่อมลูกหมากที่มีประสิทธิภาพสูง แตกต่างจากวิธีเดิม ซึ่งการตรวจด้วย PHI ทำให้ผู้ป่วยไม่จำเป็นต้องตัดชิ้นเนื้อตรวจเพิ่มเติม เป็นการลดความเจ็บปวดในผู้ป่วยลงได้เป็นอย่างมาก แต่เนื่องจากมีราคาแพง จึงไม่เป็นที่นิยมใช้ในโรงพยาบาลของรัฐบาล แต่ได้ถูกนำไปใช้ในโรงพยาบาลเอกชนเป็นส่วนใหญ่ ผลที่ได้จะมีประสิทธิภาพที่ดีกว่า PSA

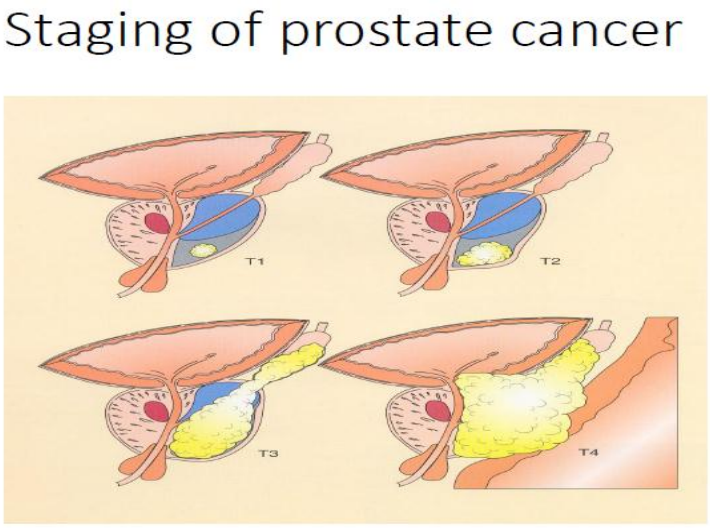
การวินิจฉัย

๑. การตรวจทวารหนัก

๒. การอัลตราซาวด์

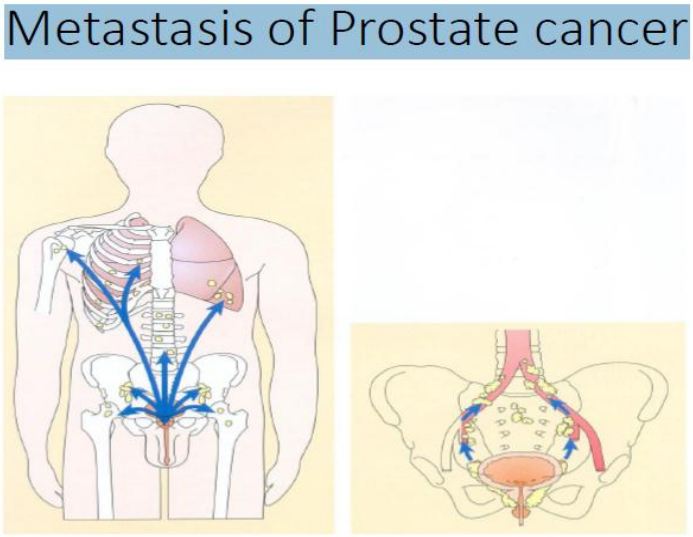
ระยะของมะเร็ง

- ระยะที่ ๑ จะตรวจไม่พบอาการใด ๆ (อาจพบได้จากค่า PSA)
- ระยะที่ ๒ จะเริ่มมีอาการแข็งและขรุขระ ซึ่งสามารถคลำแล้วรู้สึกได้
- ระยะที่ ๓ มะเร็งจะเริ่มลุกลามออกมาด้านนอก
- ระยะที่ ๔ มะเร็งจะลุกลามออกไปยังอวัยวะส่วนอื่น



ที่มา : ศาสตราจารย์บรรณกิจ โลจณภิวัฒน์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การแพร่กระจายของมะเร็งต่อมลูกหมาก โดยมะเร็งต่อมลูกหมากมักจะลุกลามไปที่กระดูก และจะลุกลามไปที่ต่อมน้ำเหลือง ดังภาพ



ที่มา : ศาสตราจารย์บรรณกิจ โลจณภิวัฒน์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

การตรวจวินิจฉัย

๑. การตรวจด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า Magnetic Resonance Imaging (MRI)

๒. การทำเอ็กซเรย์คอมพิวเตอร์ หรือการทำ CT scan

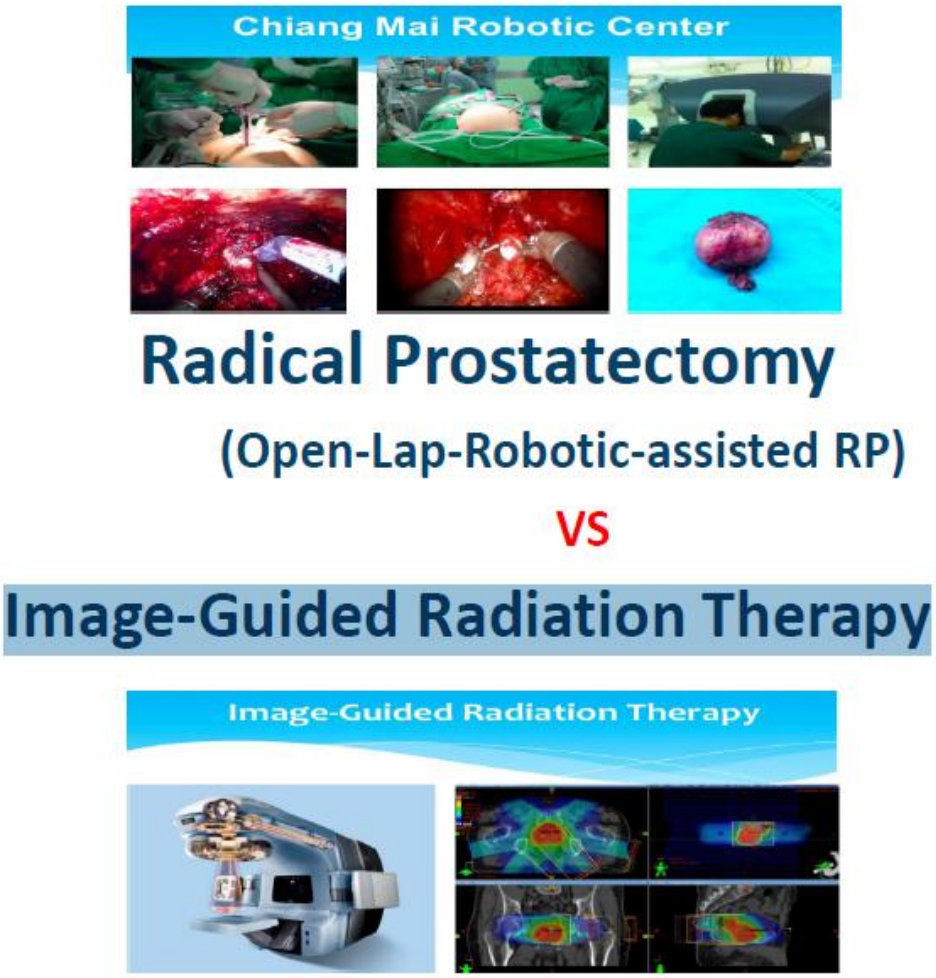
๓. การเอ็กซเรย์กระดูก (Bone Scan)

การรักษา

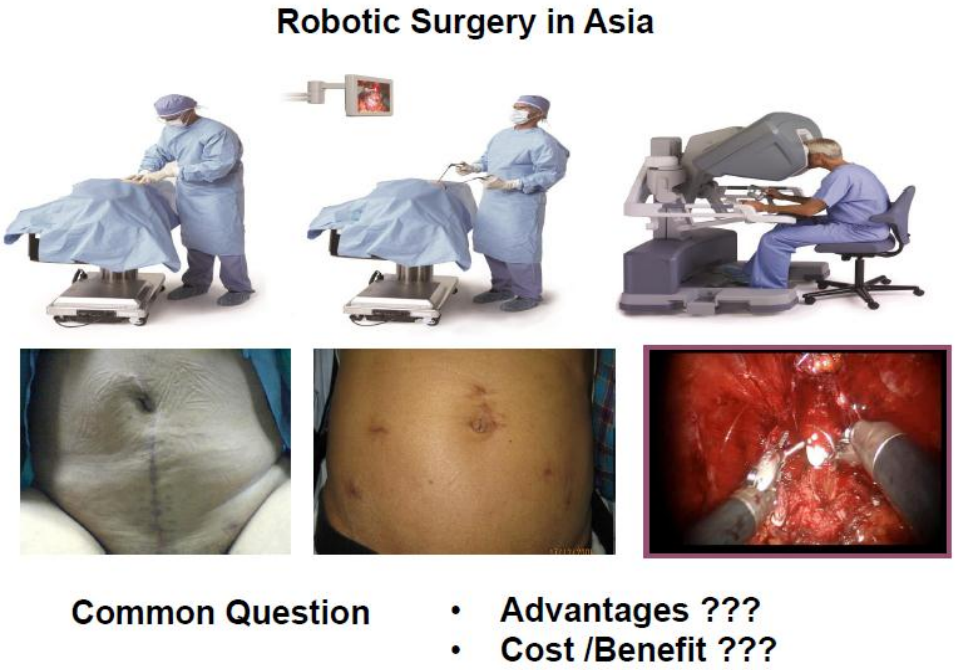
จะรักษาตามระยะของโรค เช่น หากผู้ป่วยเป็นมะเร็งในระยะแรก แพทย์จะทำการฉายแสง หากเป็นระยะหลังจะเริ่มให้ฮอร์โมน แต่เนื่องจากที่ผ่านมาการให้ฮอร์โมนมีค่าใช้จ่าย จึงมีการรักษาโดยการตัดลูกอัณฑะเพื่อเป็นการลดฮอร์โมนเพศชาย และลดค่าใช้จ่าย แต่ในปัจจุบันมียาชนิดใหม่เพื่อทำการรักษามากมาย

จากการศึกษาในเรื่องดังกล่าว พบว่า การจะเลือกวิธีการรักษาขึ้นอยู่กับเศรษฐฐานะของผู้ป่วยเป็นหลักว่า จะสามารถรับการรักษาด้วยวิธีใด

การรักษาในระยะแรกจะมีการผ่าตัดเอาต่อมลูกหมากออก การผ่าตัดโดยการเปิดแผลการเจาะรูใช้หุ่นยนต์ผ่าตัด การฉายรังสี



ที่มา : ศาสตราจารย์บรรณกิจ โลจณภิวัฒน์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



ที่มา : ศาสตราจารย์บรรณกิจ โลจณภิวัฒน์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

แนวโน้มของโลก

- ใช้หุ่นยนต์ในการรักษามะเร็งต่อมลูกหมาก เนื่องจากเจ็บน้อยกว่า แผลเล็ก และกลับบ้านได้เร็วกว่า ซึ่งในปัจจุบันได้รับความนิยมในการนำหุ่นยนต์มาใช้ในการรักษามะเร็งต่อมลูกหมากและการรักษาเกี่ยวกับภาวะมีบุตรยาก และรักษามะเร็งปากมดลูก

- การใช้หุ่นยนต์ในการรักษาในปี ค.ศ. 2011 พบว่า ทวีปเอเชียมีจำนวน ๑๓๔ ตัว (ประเทศไทยมี ๔ ตัว) ญี่ปุ่นมี ๔๐ ตัว ต่อมาในปี ค.ศ. 2015 ทวีปเอเชียมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเป็นจำนวน ๓๙๘ ตัว ประเทศไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้นเป็น ๖ ตัว ซึ่งหุ่นยนต์ Da vinci ที่ใช้แพร่หลายในปัจจุบัน

สัดส่วนการใช้หุ่นยนต์ในการผ่าตัดในทวีปเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีสัดส่วนการใช้หุ่นยนต์ ๑ ตัวต่อ ๑๐ ล้านคน แต่ในทวีปเอเชียตะวันออก เช่น ประเทศญี่ปุ่นจะมีสัดส่วนการใช้หุ่นยนต์ ๑ ตัวต่อ ๑ ล้านคน

19 Machines in 10 SE Asia countries

Country	Population(million)	Robot machines
Southeast Asia		
Thailand	67.22	6
Singapore	5.47	7
Malaysia	30.64	3
Philippine	100.09	2
Indonesia	252.81	1
East Asia		
Hong Kong	7.28	7
Japan	127.06	183
Korea	50.42	46

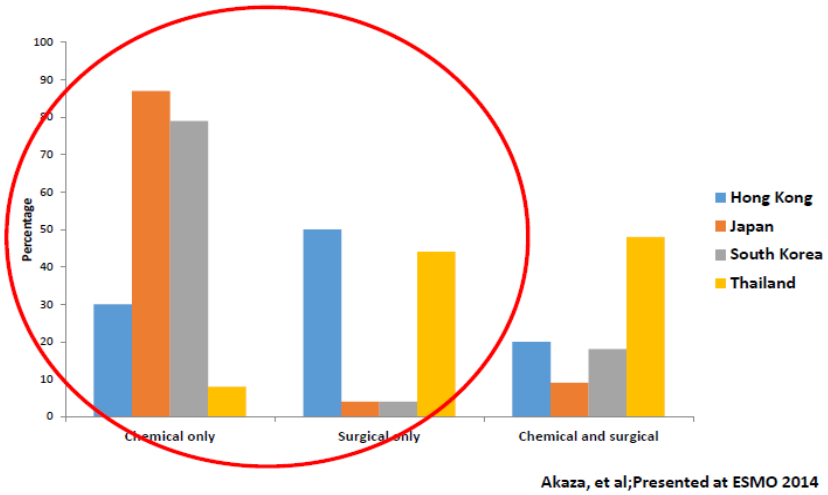
National Health Insurance Program/ Co-payment system

ที่มา : ศาสตราจารย์บรรณกิจ โลจณภิวัฒน์ คณบดีคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ในคนไข้ที่เป็นระยะรุนแรง จะวินิจฉัยที่ตัวลูกอัณฑะเป็นหลัก ซึ่งต่อมใต้สมองจะทำหน้าที่ควบคุมการทำงานของลูกอัณฑะ ซึ่งลูกอัณฑะจะทำหน้าที่ในการสร้างฮอร์โมนเพศชาย โดยมะเร็งต่อมลูกหมากจะเกิดจากฮอร์โมนเพศชายเป็นหลัก หากตัดลูกอัณฑะออกฮอร์โมนเพศชายจะหมดไป และจะสามารถควบคุมมะเร็งต่อมลูกหมากได้ แต่จะมีผลข้างเคียงต่าง ๆ จากการไม่มีฮอร์โมนเพศชาย เช่น อาการร้อนวูบ เหมือนวัยทอง

สถิติเกี่ยวกับการรักษาด้วยวิธีการผ่าตัดและวิธีการใช้ยาในกลุ่มประเทศอาเซียน ข้อมูลการสำรวจในปี ค.ศ. 2014 พบว่า ประเทศไทยและประเทศฮ่องกง เลือกใช้วิธีการผ่าตัดลูกอัณฑะ ประมาณร้อยละ ๕๐

High variability in castration type received by patients in Asian countries



Akaza, et al;Presented at ESMO 2014

สถิติการรักษา ในประเทศไทยโดยเฉพาะโรงพยาบาลเล็ก ๆ ส่วนใหญ่หากทำการรักษาโดยการใช้ยาไม่ได้ผลก็จะทำการรักษาโดยการโดยผ่าตัดเอาลูกอัณฑะออก โดยปัจจุบันการรักษาของทั่วโลกจะเลือกวิธีการผ่าตัดเอาลูกอัณฑะออกน้อยลงมาก เพราะถือว่าเป็นการผ่าตัดที่มีความรุนแรง

สำหรับผู้ป่วยได้รับฮอร์โมนแล้วไม่สามารถควบคุมมะเร็งได้ ยังมีทางเลือกโดยการให้ยาที่มีประสิทธิภาพสูง แต่ยาดังกล่าวก็มีราคาสูงเช่นกัน ซึ่งผู้ป่วยจะต้องเสียเงินเพื่อซื้อยาเดือนละประมาณ ๑ แสนบาท จะสามารถเพิ่มระยะเวลาการอยู่รอดของผู้ป่วยได้มากขึ้น ซึ่งได้รับความนิยมในปัจจุบันอย่างแพร่หลาย ซึ่งราคาค่ายาก็จะแตกต่างกันในแต่ละตัว และประสิทธิภาพก็จะแตกต่างไปตามราคาค่ายา

ทั้งนี้ ผู้สูงอายุที่อายุเกิน ๖๐ ปีขึ้นไป หากมีการตรวจคัดกรองโรคต่อมลูกหมากโตจะสามารถพบได้ว่า ผู้สูงอายุภาวะของการเป็นต่อมลูกหมากโต ร้อยละ ๕๐ และจากจำนวนดังกล่าว มีผู้เข้ารับการรักษาประมาณร้อยละ ๒๕

ประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๑. มาตรฐานในการดูแลและการตรวจรักษาโรคต่อมลูกหมากโตและมะเร็งต่อมลูกหมากด้วยสิทธิหลักประกันสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยมาพบแพทย์ด้วยสิทธิหลักประกันสุขภาพ จะมีการดำเนินการตรวจร่างกายตามขั้นตอนที่เป็นมาตรฐานเดียวกันกับทั่วโลก กล่าวคือ จะมีการตรวจร่างกาย และเจาะ PSA ทุกครั้ง สำหรับสาเหตุที่ประเทศไทยพบผู้ป่วยมะเร็งต่อมลูกหมากในระยะสุดท้ายมากกว่าประเทศอื่น เนื่องจากมีการตรวจคัดกรองน้อย เนื่องจากโรคดังกล่าวไม่แสดงอาการ เมื่อเริ่มมีอาการปรากฏจึงเริ่มมาตรวจและผลส่วนใหญ่จะพบว่า เป็นมะเร็งต่อมลูกหมากในระยะสุดท้าย ดังนั้น บุคคลที่มีความเสี่ยง เช่น บุคคลในครอบครัวมีประวัติการเป็นมะเร็งดังกล่าว ควรที่จะให้ความสำคัญในการไปตรวจคัดกรอง ซึ่งการตรวจโดยการเจาะ PSA มีราคาที่ถูกลง สำหรับเรื่องการใช้ยาในการรักษาผู้ป่วยอาจจะมีข้อจำกัดในส่วนของสิทธิหลักประกันสุขภาพที่อาจจะได้ยาคนละประเภทกับสิทธิเบิกราชการ สำหรับการผ่าตัดทุกสิทธิสวัสดิการจะดำเนินการแบบเดียวกัน ค่าใช้จ่ายเหมือนกัน แต่หากจะดำเนินการผ่าตัดโดยใช้หุ่นยนต์จะต้องมีค่าใช้จ่ายเพิ่มจากสิทธิที่ได้รับ หากสิทธิข้าราชการจะต้องจ่ายเพิ่มจำนวน ๒๐๐,๐๐๐ บาท หากไม่มีสิทธิสวัสดิการใด ๆ จะต้องจ่ายจำนวน ๔๕๐,๐๐๐ บาท

๒. อาหารที่มีส่วนทำให้เกิดความผิดปกติของฮอร์โมนเพศชายที่ส่งผลให้เกิดมะเร็งต่อมลูกหมาก ดังนั้น จึงควรงดอาหารประเภท ชีส มันเนย เพื่อป้องกันการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมากในอนาคต

๓. หากในครอบครัวมีคนที่เป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก บุคคลในครอบครัวควรได้รับการตรวจคัดกรองมะเร็งต่อมลูกหมาก ตั้งแต่ตอนช่วงอายุ ๕๐ – ๖๙ ปี เนื่องจากมะเร็งต่อมลูกหมากจะออกอาการช้า ดังนั้น บุคคลในครอบครัวของผู้ที่เป็นมะเร็งหรือเพศชายที่อยู่ในช่วงอายุที่กำหนด จึงควรรับตรวจคัดกรองโรคดังกล่าว

๔. การเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก ไม่จำเป็นต้องเป็นต่อมลูกหมากโตเสมอไป ซึ่งแต่ละโรคจะเกิดจากเซลล์ที่แตกต่างกันไป แต่สาเหตุของการเป็นมะเร็งต่อมลูกหมากส่วนใหญ่มักเกิดจากผู้ป่วยที่มีอาการต่อมลูกหมากแล้วพัฒนาเป็นมะเร็งต่อมลูกหมาก

๕. การมีเพศสัมพันธ์ที่สม่ำเสมอมีส่วนช่วยเกี่ยวกับการเกิดมะเร็งต่อมลูกหมาก เนื่องจากจะทำให้เกิดการระบายของน้ำที่สร้างจากต่อมลูกหมาก และทำให้เกิดการเกร็งตัวต่อมลูกหมากและแคปซูลต่อมลูกหมาก จึงมีส่วนช่วยลดการเกิดโรคต่อมลูกหมากโตและมะเร็งต่อมลูกหมากได้

๖. การดำเนินการของแพทย์ หากวินิจฉัยแล้วไม่มีอาการที่เป็นข้อบ่งชี้ที่จะเกิดโรคต่อมลูกหมากโต แพทย์จะไม่แนะนำให้รับประทานยาเพื่อป้องกัน

๗. ต่อมลูกหมากโตปกติ และต่อมลูกหมากโตชนิดที่เป็นมะเร็ง ค่า PSA อยู่ระหว่าง ๔ – ๑๐ จะเป็นช่วงที่มีปัญหามากที่สุด ซึ่งการที่ PSA ขึ้นจะเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ต่อมลูกหมากโต การติดเชื้อ การกระแทก ดังนั้น การที่ค่าอยู่ระหว่าง ๔ – ๑๐ จะมีโอกาสจะพัฒนาเป็นมะเร็งได้ร้อยละ ๒๕

๘. การผ่าตัดโดยใช้หุ่นยนต์ จะดำเนินการควบคุมด้วยแพทย์ เพื่อสั่งให้หุ่นยนต์ผ่าตัด ซึ่งการใช้หุ่นยนต์จะทำให้การผ่าตัดง่ายขึ้น และการผ่าตัดมีประสิทธิภาพมากกว่าการผ่าตัดด้วยคน

๔.๑๙ โรคหัวใจและหลอดเลือดในผู้สูงอายุ

โรคหัวใจ (Heart Disease) เป็นโรคพบบ่อยที่สุดในประเทศไทย ซึ่งเป็นปัญหาทางสาธารณสุข และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตได้สูงติด ๑ ใน ๔ ของสาเหตุการเสียชีวิตของประชาชนเกือบทั่วโลกรวมทั้งในประเทศไทย คือ โรคหัวใจที่เกิดจากโรคของหลอดเลือดหัวใจ ซึ่งโรคหัวใจและหลอดเลือด พบว่ามีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ซึ่งได้มีการคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยโรคหัวใจทั่วโลกว่า จะมีผู้ป่วยที่เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน ๒๕ ล้านราย ในปี พ.ศ. ๒๕๗๓

ข้อมูลสถิติการเกิดโรคหัวใจในประเทศไทย

(ข้อมูลจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ) พบว่า

- ในปี พ.ศ. ๒๕๕๖ มีคนไทยที่เสียชีวิตจากโรคหัวใจ จำนวน ๕๔,๕๓๐ รายต่อปี
- โดยเฉลี่ยเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจ จำนวน ๖ คนต่อชั่วโมง
- อัตราเสี่ยงต่อประชากรทุกหนึ่งแสนราย ในปี พ.ศ. ๒๕๔๗ จำนวน ๑๘๕ ราย และจะเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. ๒๕๕๕ เป็นจำนวน ๔๒๗ ราย

ความชุกของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด

ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพของประเทศไทยจากการสำรวจ “Thai National Examination Survey 2014” ของ ๗ สถาบัน ซึ่งพบว่า โรคหัวใจพบได้ในทุกภาคของประเทศไทย และเกิดความชุกของปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคเพิ่มมากขึ้น เช่น ดัชนีมวลกายเพิ่มขึ้นเกิน ๒๕ (โรคอ้วน) ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดโรคเบาหวาน จึงส่งผลให้เกิดโรคหลอดเลือดหัวใจมากขึ้น

ความชุกของโรคหลอดเลือดหัวใจ มีความสอดคล้องกับอายุที่เพิ่มมากขึ้น ซึ่งจะเห็นได้ว่า ผู้ที่มีอายุมากกว่า ๑๕ ปี พบได้ร้อยละ ๑.๘ ผู้ที่มีอายุมากกว่า ๓๕ ปี พบได้ร้อยละ ๒.๓ และผู้ที่มีอายุมากกว่า ๘๐ ปี พบได้ร้อยละ ๖.๓ โดยหากจะนำมาตัวเลขมาศึกษาเฉพาะผู้ที่อายุเกิน ๖๐ ปีขึ้นไป จะพบว่ามีจำนวนความชุกของผู้ที่เป็นโรคหลอดเลือดหัวใจ ร้อยละ ๕ – ๘ สำหรับความชุกของการเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจในแต่ละภาค พบว่า ในแต่ละภาคไม่แตกต่างกันมากนัก แต่จะเห็นได้ว่าภาคใต้จะมีความชุกของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเพิ่มมากขึ้นกว่าภาคอื่น ๆ

สำหรับความชุกของโรคที่มักจะเกิดร่วมกับโรคหลอดเลือดหัวใจ ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะเกิดความชุกของโรคในเพศชาย ร้อยละ ๑.๗ และเพศหญิง ร้อยละ ๑.๐ โดยทั้ง ๒ เพศจะเกิดความชุกสูงขึ้นเมื่อมีอายุที่เพิ่มขึ้น และพบมากในกลุ่มอายุ ๗๐ – ๗๙ ปี ทั้งนี้ โรคระบบหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุดของคนไทย ซึ่งจากการสำรวจในปี พ.ศ. ๒๕๕๐ พบว่า เพศชายเสียชีวิตด้วยโรคดังกล่าว ร้อยละ ๑๖.๓ และเพศหญิง ร้อยละ ๑๘.๘ สำหรับโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของประชาชนทั้งในเพศชายและเพศหญิงร้อยละ ๑๑ และสำหรับโรคหัวใจเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในเพศชายร้อยละ ๖.๑ และเพศหญิงร้อยละ ๗

การประเมินความเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด

จากการทำการศึกษาและประเมินปัจจัยเสี่ยงของหลายประเทศ พบว่า ปัจจัยที่เป็นความเสี่ยงของโรคหัวใจ ได้แก่

- เพศ (เพศชายพบมากกว่าเพศหญิง)
- อายุที่มากขึ้น
- ระดับไขมันคลอเลสเตอรอล
- ระดับไขมันดี HDL
- โรคความดันโลหิตสู.
- โรคเบาหวาน
- การสูบบุหรี่

ในบางประเทศอาจจะนำเรื่องดัชนีมวลกาย ประวัติครอบครัว เชื้อชาติ โรคเรื้อรัง และดัชนีการถูกทอดทิ้งมาคำนวณเพื่อประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคด้วย

สำหรับในประเทศไทย จากการศึกษาและรวบรวมข้อมูลความรู้และค้นหามาตรการคัดกรองโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองในระดับประชากร โดยรวบรวมข้อมูลแนวทางการตรวจคัดกรองจากพนักงานการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทยทุก ๆ ๕ ปี เป็นระยะเวลา ๓๐ ปี ทำให้เกิดแบบประเมินความเสี่ยง Rama EGAT Score ขึ้น ซึ่งประชาชนทั่วไปสามารถนำไปใช้ประเมินความเสี่ยงในการเกิดโรคหัวใจในอีก ๑๐ ข้างหน้าได้ ซึ่งจะแบ่งเป็น ๒ กลุ่ม คือ กลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานและกลุ่มที่ไม่ได้เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งปัจจุบันโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการเกิดโรคหัวใจที่สำคัญจากการศึกษานี้ได้มีการนำเรื่อง ความดันโลหิตสูง และรอบเอวมาพิจารณาด้วย อาทิ กลุ่มหญิงที่มีรอบเอวเกิน ๘๐ เซนติเมตร และกลุ่มชายรอบเอวเกิน ๙๐ เซนติเมตร ถือว่ามีภาวะอ้วน จากนั้น จะมีการแบ่งเกณฑ์ตามช่วงอายุ และการสูบบุหรี่ร่วมด้วย เพื่อนำมาคำนวณในการประเมินความเสี่ยงของการเกิดโรคหัวใจได้

ขอบเขตของโรคหัวใจและหลอดเลือดและกลไกของการเกิดโรค

โดยปกติโรคหัวใจจะแบ่งออกเป็น ๓ ชั้น คือ ชั้นในสุด ชั้นกลาง (กล้ามเนื้อ) ชั้นนอก (เยื่อหุ้มด้านนอก) ซึ่งแต่ละชั้นจะทำให้เกิดโรคที่แตกต่างกัน เช่น ชั้นในสุด จะมีปัญหาเกี่ยวกับโรคลิ้นหัวใจตีบ หรือลิ้นหัวใจรั่ว ส่วนชั้นกลาง จะมีปัญหาเกี่ยวกับกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน และจะมีความสัมพันธ์กับหลอดเลือดแดง และมีความเกี่ยวข้องกับปริมาณเลือดที่จะไปเลี้ยงหัวใจ หรือการนำไฟฟ้าหัวใจที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการเต้นของหัวใจที่ผิดจังหวะ

- หลอดเลือดแดงใหญ่ จะมีปัญหาเกี่ยวกับการฉีกขาดของหลอดเลือด และทำให้เกิดการเจ็บหน้าอกที่คล้ายกับโรคหลอดเลือดหัวใจ
- หลอดเลือดแดงปอด จะมีปัญหาเกี่ยวกับลิ่มเลือดไปอุดกั้นหลอดเลือดแดงปอด ทำให้ผู้ป่วยมักหายใจหอบเหนื่อย ไอ และเจ็บหน้าอก
- หลอดเลือดหัวใจแดงตีบ บุคคลเมื่ออายุเกิน ๓๐ ปีขึ้นไป ผนังหลอดเลือดจะเริ่มมีสิ่งแปลกปลอมหรือตะกรันไปเกาะที่ผนังหลอดเลือด เมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุจะเริ่มมีปัญหาที่ผนังหลอดเลือดเพิ่มเรื่อย ๆ อีกทั้งหากบุคคลใดมีปัญหาในเรื่องไขมัน ก็จะมีการสะสมของไขมันในหลอดเลือดหัวใจและทำให้เกิด

ปัญหาได้ ซึ่งหากมีการอุดกั้นของสิ่งต่าง ๆ อาทิ ไขมัน และลิ่มเลือด ซึ่งไปอุดกั้นทางเดินของเลือดที่ไปเลี้ยงหัวใจ จะส่งผลให้เกิดโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน

ทั้งนี้ ปัจจัยเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคเป็นสิ่งสำคัญ หากวินิจฉัยได้เร็วจะมีผลต่อการรักษาและเป็นผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสที่จะมีชีวิตรอดสูง ซึ่งการจะวินิจฉัยโรคได้รวดเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย โดยปัจจัยสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ ปัจจัยเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยเอง ซึ่งผู้ป่วยมักจะมีความอดทนและไม่ยอมเข้ารับการรักษาเนื่องจากคิดว่ายังอดทนไหว และจะมาพบแพทย์ก็ต่อเมื่ออาการรุกรามไปมากแล้ว ดังนั้น ปัจจัยการวินิจฉัยและปัจจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจึงมีความสำคัญต่อการรักษาเป็นอย่างยิ่ง

โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ

ลักษณะเฉพาะของการแน่นหน้าอกที่จะนำไปสู่โรคเส้นเลือดหัวใจตีบ

๖ ปัจจัยเสี่ยง

- ลักษณะ มีอาการตื้อ ๆ เหมือนมีสิ่งของมาทับที่หน้าอก
- ตำแหน่ง กลางหน้าอก อาจร้าวไปยังคอ แขน หรือสะบักแขน
- ระยะเวลา เกิดได้ตั้งแต่ไม่กี่นาทีจนถึงชั่วโมง
- ปัจจัยกระตุ้น คือ การออกกำลังกาย ความเครียด
- ปัจจัยที่ทำให้ดีขึ้น คือ การพักฟื้น การอมยาใต้ลิ้น

ปัจจัยเสี่ยง

- ในเพศชายอายุ ๔๕ ปีขึ้นไป เพศหญิงอายุ ๕๕ ปีขึ้นไป ซึ่งเพศชายมีความเสี่ยงมากกว่าเพศหญิง
- โรคความดันโลหิตสูง
- โรคเบาหวาน
- โรคไขมันในเลือดสูง
- การสูบบุหรี่
- ประวัติในครอบครัว

การรักษา

- ยา (ยาต้านเกล็ดเลือด และยากลุ่มยาลดไขมัน)
- ฉีดสีเพื่อทำบัลลูน หรือผ่าตัด

ภาวะหัวใจล้มเหลว

อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวห้องซ้าย

- เหนื่อยง่าย
- นอนราบไม่ได้
- ลุกขึ้นมาหอบตอนดึก
- ไอ เสมหะเป็นฟองสีชมพู
- เล็บเขียว

อาการของภาวะหัวใจล้มเหลวห้องขวา

- อิ่มง่าย
- ท้องโต

- ขาบวมทั้ง ๒ ข้าง
- หลอดเลือดดำที่คอโป่ง
- น้ำหนักขึ้น

หัวใจเต้นผิดจังหวะ

อาการของโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะ

- หน้ามืด เป็นลม หมดสติ
- ใจสั่น

วิธีการวินิจฉัย

- การตรวจคลื่นไฟฟ้าหัวใจ (EKG) ซึ่งจะมีการตรวจด้วยคลื่นไฟฟ้าหลายชนิด เช่น

๑) เครื่องโฮลเตอร์มอนิเตอร์ (Holter monitor) โดยแพทย์จะเป็นคนสั่งให้ใช้ตรวจได้ มีลักษณะเป็นแผ่นแปะหรือสติ๊กเกอร์เล็ก ๆ ที่เรียกว่า อีเล็กโทรด (electrode) แปะอยู่หลายตำแหน่งที่ตัวและหน้าอก โดยอีเล็กโทรดเหล่านี้จะสร้างภาพจำลองของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ ซึ่งแพทย์จะดูว่ามีคลื่นไฟฟ้าหัวใจที่ผิดปกติอยู่ตำแหน่งใด ติดประมาณ ๒๔ – ๔๘ ชั่วโมง

๒) Implantable loop recorder เป็นการผ่าตัดฝังเครื่องมือในร่างกาย เพื่อเป็นการเฝ้าระวังอาการของโรคหัวใจตลอดเวลา และเป็นเครื่องที่มีประสิทธิภาพในการรักษาดีที่สุด

๓) เครื่อง Event recorder เป็นเครื่องที่จะให้ผู้ป่วยนำติดตัวไปที่บ้าน เพื่อจะบันทึกอาการเมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บหน้าอกโดยจะนำเครื่องมาทาบที่หัวใจ

อุบัติการณ์ของโรคหัวใจเต้นผิดจังหวะในคนเอเชีย

ทั้งชายและหญิงที่มีอายุมากขึ้น จะมีโอกาสเกิดโรคมากขึ้น ซึ่งในแต่ละปีจะมีการเกิดโรคเพิ่มมากขึ้นเรื่อย และผลแทรกซ้อนที่เกิดจากหัวใจเต้นผิดจังหวะจะทำให้เกิดลิ่มเลือดในหัวใจไปอุดตันที่สมอง

เป้าหมายในการรักษา

๑. ควบคุมอาการโดยควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจ

๒. ป้องกันภาวะแทรกซ้อนของการเกิดลิ่มเลือดไปอุดที่หลอดเลือด โดยเฉพาะอย่างยิ่งหลอดเลือดสมอง โดยการให้ยาละลายลิ่มเลือด

เป้าหมายในการควบคุม

- รับประทานอาหารที่มีไขมันอิ่มตัวน้อย รับประทานธัญพืชที่ผ่านการขัดสีน้อย และรับประทานผักผลไม้และปลา
- ออกกำลังกายแบบเต้นแอโรบิก แบบหนักปานกลาง (๓๐ นาที ๕ วันต่อ ๑ สัปดาห์) หรือออกกำลังกายแบบแอโรบิก แบบหนักมาก (๑๕ นาที ๕ วันต่อ ๑ สัปดาห์)
- ควบคุมดัชนีมวลกาย BMI ๒๐ – ๒๕ กิโลกรัมต่อ ๒ เส้นรอบเอว<๙๔ เซนติเมตร ในผู้ชาย หรือ <๘๐ เซนติเมตรในผู้หญิง
- ไม่สูบบุหรี่ทุกรูปแบบ
- ความดันโลหิต น้อยกว่า ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท
- ค่าน้ำตาลสะสม HBA1c น้อยกว่า ๗ เปอร์เซ็นต์

- ไขมัน กลุ่มความเสี่ยงสูงมาก : LDL น้อยกว่า ๗๐ กรัมต่อเดซิลิตร หรือลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐ ถ้า LDL เริ่มต้นที่ ๙๐ – ๑๓๕ กรัมต่อเดซิลิตร กลุ่มความเสี่ยงสูง: LDL น้อยกว่า ๑๐๐ กรัมต่อเดซิลิตร หรือลดลงน้อยกว่าหรือเท่ากับร้อยละ ๕๐ ถ้า LDL เริ่มต้น LDL ๑๐๐ – ๒๐๐ กรัมต่อเดซิลิตร กลุ่มความเสี่ยงปานกลางถึงน้อย: LDL น้อยกว่า ๑๑๕ กรัมต่อเดซิลิตร

ทั้งนี้ เมื่อผู้สูงอายุประสบกับภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation *(AF)* แพทย์จะมีวิธีการดำเนินการโดยมีการศึกษาเกี่ยวกับการเต้นของหัวใจ จะเป็นการศึกษาแบบสุ่ม โดยเทียบกลุ่มผู้ป่วยที่แพทย์มีความพยายามที่จะให้อัตราการเต้นของหัวใจกลับมาปกติ และกลุ่มที่ไม่ต้องการให้อัตราการเต้นของหัวใจกลับมาปกติเพียงแต่ควบคุมไม่ให้อัตราการเต้นของหัวใจเร็วที่ควรเป็น ซึ่งผลการศึกษา พบว่า ไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มที่พยายามให้อัตราการเต้นของหัวใจกลับมาปกติจะมีผลแทรกซ้อนมากกว่าอีกกลุ่ม ดังนั้น คำแนะนำในปัจจุบัน คือ การควบคุมเฉพาะอัตราการเต้นที่ไม่จำเป็นต้องให้เต้นจังหวะปกติ ซึ่งการรักษา AF มักจะมีผลเสียและผลต่อโรคแทรกซ้อนอื่น อีกทั้งการพยายามให้หัวใจเต้นจังหวะปกติ ไม่ได้รับรองได้ว่าผู้ป่วยจะหายเป็นปกติ ดังนั้น แพทย์จึงควรมีการควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจ แต่ไม่จำเป็นต้องควบคุมจังหวะการเต้นให้เป็นปกติ โดยในปัจจุบันมีวิธีการรักษาด้วยเทคนิคในการจี้ไฟฟ้าหัวใจ คือ การใส่สายเข้าไปในร่างกายเพื่อเข้าไปจี้ทำลายวงจร AF จะสามารถรักษาได้ร้อยละ ๖๐ – ๗๐

ประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง

๑. การดำเนินการเกี่ยวกับผู้สูงอายุประสบกับภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation *(AF)* จากที่ผ่านมาได้มีการศึกษาเกี่ยวกับการเต้นของหัวใจ จะเป็นการศึกษาแบบสุ่ม โดยเทียบกลุ่มผู้ป่วยที่แพทย์มีความพยายามที่จะให้อัตราการเต้นของหัวใจกลับมาปกติ และกลุ่มที่ไม่ต้องการให้อัตราการเต้นกลับมาปกติเพียงแต่ควบคุมไม่ให้อัตราการเต้นเร็วที่ควรเป็น ซึ่งผลการศึกษา พบว่า ไม่แตกต่างกัน แต่กลุ่มที่พยายามให้อัตราการเต้นกลับมาปกติจะมีผลแทรกซ้อนมากกว่าอีกกลุ่ม ดังนั้น คำแนะนำในปัจจุบัน คือ การควบคุมเฉพาะอัตราการเต้น ที่ไม่จำเป็นต้องให้เต้นจังหวะปกติ ซึ่งการรักษา AF มักจะมีผลเสียและผลต่อโรคแทรกซ้อนอื่น อีกทั้งการพยายามให้หัวใจเต้นจังหวะปกติ ไม่ได้รับรองได้ว่าผู้ป่วยจะหายเป็นปกติ ดังนั้น แพทย์จึงควรมีการควบคุมอัตราการเต้นของหัวใจ แต่ไม่จำเป็นต้องควบคุมจังหวะการเต้นให้เป็นปกติ โดยในปัจจุบันมีวิธีการรักษาด้วยเทคนิคในการจี้ไฟฟ้าหัวใจ คือ การใส่สายเข้าไปในร่างกาย เพื่อใช้ไฟจี้ทำลายวงจร AF จะสามารถรักษาได้ร้อยละ ๖๐ – ๗๐

๒. การดำเนินงานเกี่ยวกับผู้ป่วยที่แพ้วิธีการรักษาด้วยการฉีดสี ซึ่งการแพ้การฉีดสี จะใช้สารทึบแสงชนิดไอโอดีน จะมีวิธีการรักษาผู้ป่วยที่แพ้การฉีดสี ดังนี้ ขั้นตอนแรกจะสอบถามและวินิจฉัยว่าผู้ป่วยแพ้รังสีอะไร อย่างไร มีความรุนแรงระดับใด ถ้าพบว่าผู้ป่วยแพ้ถึงกับเกิดการหมดสติ แพทย์จะเลือกวิธีการรักษาแบบอื่น แต่หากแพ้เล็กน้อย เช่น มีผื่นขึ้น แพทย์จะให้ยาฉีดเพื่อป้องกันการแพ้ก่อนการฉีดสี เพื่อลดการแพ้

๓. กรณีเกี่ยวกับเกณฑ์การควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในภาวะปกติ ซึ่งเกณฑ์ของประเทศไทยจะมีการพิจารณาในการจัดทำร่างคำแนะนำของสมาคมความดันโลหิตสูงของประเทศไทย จะยังคงใช้เกณฑ์เดิม คือ ๑๔๐/๙๐ มิลลิเมตรปรอท ซึ่งในปีหน้าจะมีการประชุมของราชวิทยาลัยอายุรแพทย์เพื่อพิจารณาในการกำหนดเกณฑ์ดังกล่าวว่าจะใช้ตามคำแนะนำของประเทศใด

๔. ดัชนีการทอดทิ้ง กล่าวคือ การวัดดัชนีการทอดทิ้ง โดยจะมีคะแนนในการคำนวณ ซึ่งแต่ละโปรแกรมจะไม่เหมือนกัน ซึ่งดัชนีนี้จะเป็นตัวบอกว่าในสังคมที่มีโอกาสเกิดการถูกทอดทิ้งมากขึ้น (ผู้สูงอายุไม่มีคนดูแล) หมายความรวมถึงคนที่อยู่ลำพังคนเดียวด้วย ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหัวใจได้

๕. วิธีการที่จะทำให้คนไทยได้มีการป้องกันการเกิดโรคหัวใจ และเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนไทยให้ห่างไกลจากโรคหัวใจ โดยในปีที่ผ่านมามีอัตราส่วนที่มากขึ้นอย่างชัดเจน ซึ่งอาจเป็นเพราะประชากรไทยมีอายุยืนขึ้น โดยวิธีการป้องกันนับว่ามีความยากที่จะดำเนินการผลักดันให้เกิดการป้องกันอย่างเป็นรูปธรรม สำหรับเรื่องกฎหมาย ยังไม่มีกฎหมายออกมาบังคับใช้ในเรื่องการป้องกันการเกิดโรคหัวใจ

๖. วิธีการตรวจวินิจฉัยโรคหัวใจ โดยแพทย์โรคหัวใจได้มีความพยายามในการหารือกันเกี่ยวกับการหาวิธีที่จะใช้ในการตรวจวินิจฉัยนอกเหนือจากการตรวจด้วยคลื่นหัวใจ EKG แต่ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน ซึ่งวิธีการตรวจวินิจฉัยอีกวิธีหนึ่งและต่างประเทศให้การยอมรับได้แก่ การตรวจวินิจฉัยด้วยการทำ CT ที่จะวินิจฉัยเกี่ยวกับ Calcium score เพราะหาก score สูงจะทำให้เกิดโรคหัวใจมากขึ้น ดังนั้น จึงควรควบคุมปัจจัยเสี่ยง ซึ่งมีความจำเป็นอย่างยิ่ง

๗. สาเหตุที่ประชากรในทวีปเอเชียจึงมีสัดส่วนการเป็นโรคหัวใจมากกว่าในทวีปยุโรป เนื่องจากภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะชนิด Atrial Fibrillation (AF) ในคนเอเชียจะมีผลแทรกซ้อนที่พบบ่อย ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งจะสูงกว่าคนต่างประเทศอย่างชัดเจน

ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

๑. รัฐบาลควรสนับสนุนให้มีการออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างร่างกายให้ห่างไกลโรค

๒. รัฐบาลควรพิจารณาในส่วนของค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคหัวใจให้สามารถใช้สิทธิสวัสดิการได้ครบทุกสิทธิ

๓. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการส่งเสริมและผลักดันให้เกิดการป้องกันการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างเป็นรูปธรรม

****

บทที่ ๕
บทสรุปและข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๕.๑ บทสรุป

ประมาณปี ๒๕๖๔ ประเทศไทยจะเข้าสู่สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์ คือ มีผู้สูงอายุ ร้อยละ ๒๐ และจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด ในปี ๒๕๗๔ โดยร้อยละ ๒๘ ของประชากรไทย จะเป็นผู้สูงอายุ ผลของการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของประเทศอย่างรวดเร็วอย่างที่ไม่เคยเป็นมาก่อนในประวัติศาสตร์ไทย หากยังต้องการให้สังคมไทยก้าวสู่ความมั่นคง มั่งคั่งและยั่งยืนแล้ว ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคีต่าง ๆ ต้องมีการเตรียมความพร้อมรับสังคมผู้สูงอายุด้วยวิธีการใหม่อย่างเร่งด่วน โดยเฉพาะสองประเด็นหลักสำคัญในผู้สูงอายุ คือ ประเด็นทางสุขภาพ และ ประเด็นทางสังคม ในรายงานฉบับนี้จะเน้นเฉพาะทางด้านสุขภาพ

ผู้ป่วยสูงอายุไม่ใช่ผู้ป่วยทั่วไปที่มีเพียงอายุที่มาก แต่มีลักษณะจำเพาะที่สำคัญ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่ทำให้พลังสำรองร่างกายลดลง การมีอาการแสดงที่ไม่จำเพาะ เช่น การหกล้ม การไม่เดิน การมีหลายโรคในเวลาเดียวกัน ทำให้ได้รับยาหลายชนิดจนอาจเกิดผลไม่พึงประสงค์จากยาได้ง่าย ตลอดจนปัญหาด้านสังคมที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพตามมา ทำให้ผู้ป่วยสูงอายุต้องการการดูแลแบบองค์รวมจากสหสาขาวิชาชีพ เพิ่มเติมจากระบบทางการแพทย์แผนปัจจุบันที่เน้นเป็นแพทย์เฉพาะทางแต่ละอวัยวะ เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (Geriatric Medicine) จึงเป็นการดูแลทางการแพทย์ที่พึงประสงค์สำหรับผู้ป่วยสูงอายุ ปัจจุบันประเทศไทยขาดแคลนอายุรแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุอย่างรุนแรง อายุรแพทย์กลุ่มนี้นอกจากจะให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุอย่างปลอดภัยแล้ว โดยเฉพาะผู้ป่วยที่หกล้ม เบื่ออาหาร สติปัญญาเสื่อมถอย ที่เรียกว่ากลุ่มอาการสูงอายุ (Geriatric Syndrome) อีกหนึ่งหน้าที่หลักคือการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค

โรคที่พบบ่อยในผู้ป่วยสูงอายุอาจแบ่งเป็นสองกลุ่มหลัก ได้แก่

- ***กลุ่มโรคไม่ติดต่อ*** ซึ่งมักจะเป็นเรื้อรัง อาจแบ่งออกเป็นสองกลุ่มย่อย

๑. กลุ่มที่เกิดจากการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ กลุ่มโรคเหล่านี้สามารถให้การส่งเสริมป้องกันหรือชะลอพยาธิสภาพที่เกิดเนื่องจากความชรา ทำให้เกิดผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตให้ช้าที่สุด ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดส่วนปลาย โรคไต โรคหลอดเลือดสมอง โรคข้อ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยลักษณะการดำเนินชีวิตที่ไม่เหมาะสมครอบคลุมตั้งแต่การบริโภคเกลือ น้ำตาล ไขมันทรานส์และไขมันชนิดอิ่มตัวที่มากเกินไป การสูบบุหรี่ การขาดการออกกำลังกายที่ถูกต้อง โดยไม่ทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อข้อ ต่อกล้ามเนื้อและกระดูก การขาดสารอาหารประเภทวิตามินและเกลือแร่ที่จำเป็น การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้อง จนนำไปสู่โรคกรดไหลย้อน ภาวะท้องผูก ภาวะเลือดออกในทางเดินอาหาร

๒. กลุ่มที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเนื่องจากความชราและยังไม่มีมาตรการที่ได้ผลในการป้องกันโรค เช่น โรคสมองเสื่อมอัลไซเมอร์ โรคพาร์กินสัน โรคต้อกระจก โรคต้อหิน โรคจอประสาทตาเสื่อม ภาวะหูตึงจากความเสื่อมของประสาทหู โรคต่อมลูกหมากโตและโรคมะเร็งต่อมลูกหมากในผู้สูงอายุชาย การหย่อนตัวของอวัยวะในอุ้งเชิงกรานและปัสสาวะเล็ดราดในผู้สูงอายุหญิง ภาวะกลืนลำบาก ปัญหาการนอนกรนและภาวะหยุดหายใจขณะนอนหลับ โรคมะเร็งลำไส้ใหญ่

- ***กลุ่มโรคติดต่อ*** แม้กลุ่มนี้จะลดความรุนแรงในประเทศไทยในปัจจุบันเนื่องจากระบบการสาธารณสุขดีขึ้น แต่ก็ยังเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต โดยเฉพาะในช่วงระยะท้ายของชีวิต ได้แก่ วัณโรคปอด โรคปอดอักเสบ โรคติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ มาตรการในการป้องกันกลุ่มโรคนี้ครอบคลุมตั้งแต่การให้วัคซีนที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ การได้รับสารอาหารครบถ้วนเพื่อคงความแข็งแรงของระบบภูมิคุ้มกันเมื่อเข้าสู่วัยชรา การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ถูกสุขลักษณะ

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้สูงอายุจะมีสมรรถภาพร่างกายและจิตใจที่เสื่อมถอยตามกาลเวลา ซึ่งจะเร็วหรือช้า ขึ้นอยู่กับพันธุกรรมและลักษณะการดำเนินชีวิตที่ผ่านมา ดังนั้นจึงถึงเวลาแล้วที่สังคมไทยจะปลูกฝังแนวคิดเรื่อง “สูงวัยสุขภาพดี” หรือ “Healthy Aging” ดังที่องค์การอนามัยโลกกำลังรณรงค์ให้ประเทศสมาชิกดำเนินมาตรการต่าง ๆ ที่เอื้อให้ผู้สูงอายุที่แม้จะมีปัญหาสุขภาพบ้าง แต่ยังคงความสามารถในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน ไม่เป็นภาระต่อครอบครัวหรือสังคมให้นานที่สุด ตลอดจนการบำเพ็ญประโยชน์ต่อสังคมเท่าที่ความสามารถจะเอื้ออำนวย โดยครอบคลุมตั้งแต่การจัดระบบบริการทางการแพทย์ที่ตอบสนองความต้องการของผู้สูงอายุในทุกระดับ การจัดสิ่งแวดล้อมที่เป็นมิตรต่อผู้สูงอายุ การจัดระบบการดูแลทั้งระยะกลางและระยะยาว และการสร้างบุคลากรทางสุขภาพทุกสาขาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุ ตลอดจนการติดตามศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ และระบบบริการทางสุขภาพให้กับผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง

จากการพิจารณาศึกษาของคณะอนุกรรมาธิการพิจารณาศึกษาด้านการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบครบวงจร ในคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ จึงได้ข้อมูลเกี่ยวกับประเด็นปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุ และประเด็นปัญหาด้านสังคมที่เป็นองค์ประกอบแวดล้อมที่สำคัญ ตลอดจนประเด็นอื่น ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ตามบทสรุปที่ได้กล่าวมาข้างต้น ทั้งนี้ เพื่อนำไปสู่แนวทางในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคให้กับประชาชนแบบองค์รวม การส่งเสริมให้ประชาชนเกิดความตระหนักรู้ในเรื่องสุขภาพ รวมไปถึง การดำเนินการเพื่อรองรับสังคมสูงอายุในอนาคต ดังนั้น คณะอนุกรรมาธิการจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

๕.๒ ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

๑. การที่สถิติจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียวเพิ่มมากขึ้น คือ จากร้อยละ ๔ ในปี ๒๕๓๗ เป็นร้อยละ ๑๑ ในปี ๒๕๖๐ รัฐจึงต้องมีนโยบายของประเทศ ในการดำเนินการเพื่อรองรับผู้สูงอายุกลุ่มนี้ โดยอาจจะมีการจัดสร้างที่พักอาศัยสำหรับผู้สูงอายุให้มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น

๒. รัฐต้องมีระบบฐานข้อมูลของผู้สูงอายุในภาพรวมของประเทศเป็นฐานข้อมูลเดียวกัน โดยสามารถจำแนกประเภทของผู้สูงอายุ ทั้งติดสังคม ติดบ้าน ติดเตียง โดยฐานข้อมูลดังกล่าวต้องมีการปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันทุก ๆ ปี

๓. รัฐต้องรีบเตรียมบุคลากรทางสุขภาพต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการจัดหาอายุรแพทย์ผู้สูงอายุ (Geriatrician) ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิของภาครัฐ (โรงพยาบาลมหาวิทยาลัย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนระดับ ๑๒๐ เตียงขึ้นไป) เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยสูงอายุแบบองค์รวม และจัดตั้งคลินิกผู้สูงอายุ ตามแนวทางของเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (Geriatric Medicine)

๔. รัฐต้องกำหนดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวก และสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมแก่ผู้สูงอายุ ทั้งในบริเวณบ้านและภายนอกบริเวณบ้าน เช่น ทางลาด ที่นั่งสำหรับผู้สูงอายุในระบบขนส่งสาธารณะ ห้องน้ำสำหรับผู้สูงอายุ ราวจับ สถานที่จอดรถสำหรับผู้สูงอายุ และอื่น ๆ

๕. รัฐต้องพิจารณาประเด็นเกี่ยวกับการขยับเกณฑ์ผู้สูงอายุ จาก ๖๐ ปี เป็น ๖๕ ปี เช่นเดียวกับประเทศที่พัฒนาแล้ว โดยการดำเนินการดังกล่าว อาจค่อย ๆ ปรับเกณฑ์เพิ่มขึ้นเป็นช่วง ๆ จนถึง ๖๕ ปี รวมถึงการจัดทำกฎหมายรองรับการทำงานของผู้สูงอายุ เพราะในอีก ๒๐ ปีข้างหน้าประเทศไทยจะมีจำนวนผู้สูงอายุถึง ๑ ใน ๓ ของประชากรทั้งหมด

๖. รัฐต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ควรจัดให้มีการตรวจสุขภาพประจำปีแก่ผู้สูงอายุตามเพศและวัย รวมถึงการให้วัคซีนที่จำเป็นและเหมาะสม เช่น วัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ (ทุกปี) วัคซีนป้องกันโรคปอดอักเสบ และวัคซีนป้องกันโรคงูสวัด รวมถึงการมีพื้นที่ในการออกกำลังกายและฟื้นฟูสภาพผู้สูงอายุหลังการเจ็บป่วย

๗. โรคความดันโลหิตสูง เป็นโรคที่ไม่แสดงอาการใด ๆ มาก่อนล่วงหน้า ดังนั้น เมื่อตรวจพบมักจะมีความเสื่อมของอวัยวะที่สำคัญ เช่น ไต ซึ่งจะเกิดภาวะไตเสื่อมแล้ว รัฐจึงต้องมีมาตรการให้ประชาชนที่มีอายุ ๓๐ ปีขึ้นไป มีการวัดระดับความดันโลหิตเป็นระยะ ๆ รวมถึงการวัดระดับน้ำตาลในเลือด การให้ความรู้ในการบริโภคอาหารที่เหมาะสม การลดอาหารที่มีรสเค็ม อาหารที่มีรสหวาน และอาหารที่มีไขมันสูง

๘. รัฐพึงพิจารณาให้มีกฎหมายจำกัดความเค็ม ความหวานและไขมันในอาหาร โดยเฉพาะอาหารสำเร็จรูปพร้อมรับประทาน เพื่อเป็นการป้องกันโรคที่มีความสัมพันธ์กับอาหารดังกล่าว

๙. รัฐควรมีมาตรการระดับประเทศในการป้องกัน ควบคุม รักษา และฟื้นฟูสภาพ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองตีบ อุดตัน โรคหัวใจและหลอดเลือดอย่างครบวงจร เช่น การจัดตั้งหออภิบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke Unit) หออภิบาลผู้ป่วยโรคหัวใจ มาตรการการฉีดยาละลายลิ่มเลือดและจัดระบบส่งต่อที่เชื่อมโยงและมีประสิทธิภาพ รวมทั้งการฟื้นฟูสภาพผู้เจ็บป่วย

****

บรรณานุกรม

๑. รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช ๒๕๖๐
๒. พระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. ๒๕๔๖
๓. ยุทธศาสตร์ชาติ ๒๐ ปี (พ.ศ. ๒๕๖๑ – ๒๕๘๐)
๔. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ ๑๒ (พ.ศ. ๒๕๖๐ – ๒๕๖๔)
๕. ปฏิญญาผู้สูงอายุไทย พ.ศ. ๒๕๔๒
๖. คำแถลงนโยบายของคณะรัฐมนตรี พลเอก ประยุทธ์ จันทร์โอชา นายกรัฐมนตรี ต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ เมื่อวันที่ ๑๒ กันยายน ๒๕๕๗

ภาคผนวก

ประมวลภาพการประชุม และการศึกษาดูงาน ของคณะอนุกรรมาธิการ

ภาพการประชุมคณะอนุกรรมาธิการ

DELL
BOSCH

กรมการแพทย์

สถาบันโรคมะเร็งแห่งชาติ

ภาพการศึกษาดูงาน

ณ โรงพยาบาลราชพิพัฒน์ เขตบางแค จังหวัดกรุงเทพมหานคร

ณ โรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน เขตบางขุนเทียน จังหวัดกรุงเทพมหานคร

โครงการโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน
โครงการโรงพยาบาลผู้สูงอายุบางขุนเทียน
แบ่งพื้นที่การก่อสร้างอาคารออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่
คลังพัสดุ
STOCK OF MATERIAL

****

รายงานการพิจารณาศึกษาของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข
สภานิติบัญญัติแห่งชาติ
เรื่อง “ปัญหาด้านสุขภาพในการดูแลรักษาพยาบาลผู้สูงอายุแบบองค์รวม”

<u>คณะผู้รับผิดชอบ</u>
<u>ในการจัดทำรายงานของคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข</u>
<u>สภานิติบัญญัติแห่งชาติ</u>

นายต้นพงศ์ ตั้งเติมทอง	ผู้อำนวยการสำนักกรรมาธิการ ๓

<u>ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข สภานิติบัญญัติแห่งชาติ</u>

นางสุภาพร วิเชียรเพชร	ผู้บังคับบัญชากลุ่มงาน
นางพิมพ์รวีย์ สุจินดาวัฒน์	นิติกรชำนาญการ
นางนิตญาภรณ์ เผด็จศึก	นิติกรชำนาญการ
นางสาวกนิษฐา สุขเกษม	นิติกรชำนาญการ
นางสาวอภิรดา บัวทอง	วิทยากรชำนาญการ
นางสมฤทัย บุญสุธากุล	วิทยากรชำนาญการ
นางสาวนงค์ลักษ์ เนาว์แก้ว	เจ้าพนักงานธุรการชำนาญงาน

****สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ สำนักกรรมาธิการ ๓ กลุ่มงานคณะกรรมาธิการการสาธารณสุข**
โทรศัพท์ ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๑๙ – ๒๐ โทรสาร ๐ ๒๘๓๑ ๙๒๒๐**

ออกแบบและพิมพ์ที่ สำนักการพิมพ์ สำนักงานเลขาธิการวุฒิสภา
ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภานิติบัญญัติแห่งชาติ
๐ ๒๒๔๔ ๑๕๖๑, ๐ ๒๒๔๔ ๑๗๔๑, ๐ ๒๘๓๑ ๙๔๗๒, ๐ ๒๘๓๑ ๙๔๗๕

ได้รับการรับรองมาตรฐานคุณภาพ
ISO 9001:2015
QUALITY MANAGEMENT SYSTEM