

วารสารพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

วารสาร พฤฒาวิทยาและ เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

Journal of Gerontology and Geriatric Medicine

ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 - 2 มกราคม - สิงหาคม 2559
Vol. 15, No. 1 - 2, January - August 2016



สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย
Official Publication of the Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine
ISSN 1513-4695



วารสารพญามาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

JOURNAL OF GERONTOLOGY AND GERIATRIC MEDICINE

ที่ปรึกษากองบรรณาธิการ

ศ.กิตติคุณ แพทย์หญิง ท่านผู้หญิงศรีจิตรา บุญนาค
ศ. นพ.เทพ หิมะทองคำ
ศ. นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย
ศ. ดร.ประนอม โอทกานนท์
พญ.วันดี โภคะกุล

หัวหน้าบรรณาธิการ

รศ. ทพญ. ดร.ศจี สัตยุตม์

กองบรรณาธิการ

ศ.ศศิพัฒน์ ยอดเพชร
ศ. นพ.วีระชัย ไควสุวรรณ์
รศ. ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์
รศ. ทพญ. ดร.พัชราวรรณ ศรีศิลป์นันท์
รศ. พญ. วิไล คุปต์นิริติคัยกุล
รศ. นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล
รศ. ประคอง อินทรสมบัติ
รศ. ดร.ฉันทนา อารมย์ดี
รศ. ดร.วรรณภา ศรีรัญรัตน์
พญ.วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ

สำนักงาน

อาคารเฉลิมพระเกียรติ 6 รอบพระชนมพรรษา ชั้น 5
คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
123 หมู่ 16 ถ.มิตรภาพ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40002
โทร. 0-4320-2405 ต่อ 45265
E-mail: journal.ggm@gmail.com

เจ้าหน้าที่ประจำกองบรรณาธิการ

วิศรุต พรมมาลูน

เลขานุการบรรณาธิการ

ชนิตา เตชะต๋อง

คณะกรรมการสมาคมพจนานุกรมวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย 2559

ศ. นพ.ประเสริฐ อัสสันตชัย	นายกสมาคม
รศ. ทพญ. ดร.พัชราวรรณ ศรีศิลป์นันท์	อุปนายก 1
รศ. ร.อ.หญิง ดร.ศิริพันธุ์ สาสัตย์	อุปนายก 2
รศ. นพ.วีรศักดิ์ เมืองไพศาล	ประธานฝ่ายวิชาการ
ผศ. พญ.วราลักษณ์ ศรีนนท์ประเสริฐ	ประธานสาขาแพทยศาสตร์
รศ. ดร.นารีรัตน์ จิตรมนตรี	เหรียญก
พิทวัส อินทรมีทรัพย์	หารายได้
ผศ. ดร.เบญจมาศ ภูมิอินทร์	ปฎิคม
ผศ. ดร.อารี ชิวเกษมสุข	นายทะเบียน
ผศ. ดร.พรชัย จุลเมตต์	ประชาสัมพันธ์
ผศ. ดร.วิราพรรณ วิโรจน์รัตน์	เลขาธิการและวิเทศสัมพันธ์
รศ. พญ.วิไล คุปต์นิรัติศัยกุล	กรรมการกลาง
พญ.พัฒนิตา วัฒนพนม	กรรมการกลาง
ศิริวรรณ อรุณทิพย์ไพฑูรย์	กรรมการกลาง
ผศ. ร.ต.ต.หญิง ดร.เวรดีทรรศน์ รอบคอบ	กรรมการกลาง

สำนักงานสมาคม:

ตึกอายุรศาสตร์ ชั้น 4
ภาควิชาอายุรศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์
ถ. พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร. 0-2256-4449
โทรสาร. 0-2251-1296
E-mail:tggm2000@hotmail.com

วารสารแพทยศาสตร์และเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ

JOURNAL OF GERONTOLOGY AND GERIATRIC MEDICINE

พ.ศ. ๒๕๖๓ ปีที่ ๑๕ ฉบับที่ ๑ - ๒ มกราคม - สิงหาคม พ.ศ. ๒๕๖๓

สารบัญ

นิพนธ์ต้นฉบับ

- ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าและสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ
ปฐมพงษ์ คำแดง, พัชรารวรรณ ศรีศิลป์นันท์
- ผลการศึกษาระยะสุขภาพช่องปากและปัจจัยเสี่ยง
ทางทันตสุขภาพผู้สูงอายุ เครือข่ายบริการสุขภาพ
อำเภอ แม่จัน-แม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย
ละอองนวล อิศระธำนันท์, วีระ อิศระธำนันท์

บทความปริทัศน์

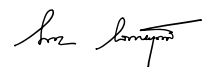
- แนวทางการเลือกใช้ยารักษาโรคจิตทางคลินิก
จากคุณสมบัติของยา
พันธุ์ ญัฐพล ใจสุภา, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล
- นันทนาการบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุ
อัญญา เหล่ารินทอง, จิราพร เกศพิชญวัฒนา

บทบรรณาธิการ

ในภาวะที่หลายประเทศรวมทั้งประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ อีกทั้งมีความชัดเจนว่าเป็นวาระของสังคมโลกเช่นกัน การเปลี่ยนแปลงนี้นับเป็นสิ่งท้าทายวิชาการทั้งด้านวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์ เนื่องจาก “ผู้สูงอายุ” ในโลกปัจจุบันและอนาคตมีได้หมายถึง “ผู้ใหญ่ที่อายุมากขึ้น” หรือ “ผู้ใหญ่ที่เข้าสู่ภาวะเสื่อมถอย” หากแต่คือ “พุดมาวัย” หมายถึง “วัยแห่งความเจริญอย่างเต็มที่” ซึ่งพร้อมจะมอบประสบการณ์ต่างๆ ให้ก่อประโยชน์ทั้งต่อครอบครัวและสังคม ฉะนั้น การเตรียมพร้อมและการดูแลพุดมาวัยให้ดำรงอยู่อย่างมีคุณค่าเพื่อสร้างสรรค์ความเจริญก้าวหน้าแก่สังคม จึงมีความสำคัญยิ่ง และต้องอาศัยองค์ความรู้ใหม่แบบบูรณาการ

วารสารพุดมาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (Journal of Gerontology and Geriatric Medicine) ได้ตระหนักความสำคัญดังกล่าว จึงได้ดำเนินการเป็นสื่อสารเผยแพร่สหวิทยาการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงวัยมาตั้งแต่ 15 ปี ด้วยเจตนาที่ต้องการเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาให้ผู้สูงวัยได้ดำรงอยู่อย่างมีคุณค่า มีคุณภาพชีวิตที่ดี เพื่อสร้างความมั่งคั่งแก่สังคมต่อไป ทั้งนี้โดยได้รับความสนใจจากนักวิชาการและนักวิจัยในสาขาต่างๆ ส่งผลงานมาตีพิมพ์เผยแพร่ ซึ่งในฉบับปีที่ 15 เล่มที่ 1 และ 2 นี้ ประกอบด้วย งานวิจัยที่น่าสนใจ ได้แก่ ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงวัยและสุขภาพช่องปาก และความเสี่ยงทางด้านทันตสาธารณสุข เมื่อพิจารณาจากภาวะสุขภาพช่องปากผู้สูงวัย รวมทั้ง บทความปริทัศน์เกี่ยวกับแนวการเลือกใช้ยารักษาโรคจิตสำหรับผู้สูงวัย โดยเป็นข้อพิจารณาที่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ทางคลินิก และการใช้นันทนาการบำบัดในผู้สูงวัย บทความทุกเรื่องผ่านการกลั่นกรองพิจารณาเสนอแนะและประเมินโดยกองบรรณาธิการและผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทั้งประเด็นศึกษาและสาขาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งต้องขอขอบพระคุณทุกท่าน โอกาสนี้

เพื่อให้การถ่ายทอดสาระทางวิชาการของวารสารพุดมาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุเป็นไปโดยครอบคลุมและอำนวยความสะดวกสู่ระดับสากลในอนาคต วารสารฯ จึงได้ปรับปรุงแบบประเภทบทความองค์ประกอบของบทความและการอ้างอิง ดังรายละเอียดตามคำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ (instruction for authors) นอกจากนี้เพื่อความคล่องตัวและสะดวกต่อการอ้างอิงบทความที่ได้รับการตีพิมพ์ จึงได้มีการเปิดระบบวารสารทางเว็บไซต์ โดยบทความที่ได้รับการตอบรับตีพิมพ์ จะปรากฏบนฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของสมาคมพุดมาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทยล่วงหน้าก่อนตีพิมพ์ในเล่มวารสาร ในการนี้จึงใคร่เชิญสมาชิกและผู้สนใจทุกท่านได้ ติดตามและส่งบทความเพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ หรือหากต้องการสอบถามปรึกษาเกี่ยวกับการตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิชาการในวารสารพุดมาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ ท่านสามารถติดต่อสอบถามผ่านสำนักงานวารสารพุดมาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุทั้งทางอีเมลและโทรศัพท์ ตามรายละเอียดที่ปรากฏในเล่มวารสาร หวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารพุดมาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ จะเป็นสื่อกลางทางวิชาการเพื่อส่งเสริมคุณภาพที่ดีของผู้สูงอายุในสังคมไทยและสังคมโลก



รศ.ดร.ศิริ สัตยุตม์

บรรณาธิการ

ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าและสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ

ปฐมพงษ์ คำแดง¹, พัชรารวรรณ ศรีศิลปนนท์²

¹นักศึกษาศาสาวิชาสาธารณสุขศาสตรมหาวิทาลัยเชียงใหม่

²ผู้อำนวยการศูนย์ความเป็นเลิศด้านทันตสาธารณสุข และภาควิชาทันตกรรมครอบครัวและชุมชน

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับสภาวะสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ อำเภอลอง จังหวัดแพร่ เก็บข้อมูลในผู้สูงอายุจำนวน 205 คน ได้แก่ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลลองจำนวน 65 คน และผู้สูงอายุทั่วไปที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลลองและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวทุ่ง อำเภอลอง จังหวัดแพร่ จำนวน 140 คน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึง กันยายน 2559 โดยใช้แบบสอบถามร่วมกับการตรวจสุขภาพช่องปาก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา อัตราส่วนออก (odds ratio) และการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) ผลการศึกษา ผู้สูงอายุมียุเฉลี่ย 68 ± 6.7 ปี ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับสภาวะสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุพบว่า ปัจจัยด้านจำนวนฟันธรรมชาติ จำนวนฟันหลังคู่สบ คราบจุลินทรีย์ที่ฟัน และเหงือกอักเสบ มีสัดส่วนที่แตกต่างกันระหว่างผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป โดยผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีโอกาสมีฟันธรรมชาติ 20 ที่ขึ้นไป การมีคราบจุลินทรีย์ที่ฟัน และการมีเหงือกอักเสบ เป็น 2.24, 4.46 และ 3.57 เท่าของผู้สูงอายุทั่วไป ตามลำดับ โดยสรุป ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ ดังนั้นทันตบุคลากรและผู้ที่เกี่ยวข้องควรมีความสนใจในเรื่องสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยภาวะซึมเศร้า เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพพร้อมกันอย่างเป็นองค์รวม

คำสำคัญ : สุขภาพช่องปาก, ภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ

Abstract

The objectives of the study were to study the relationship between depression and oral health status in older persons in Long District, Phrae Province. Data were collected between July - September 2016. The samples were 205 older persons, 65 elderly persons who had been diagnosed as having depression and attending Long hospital and 140 older persons who attending Long hospital and Huathung Health Promoting Hospital Long District, Phrae Province and had not diagnosed as having depression. Data were collected by an interview using the questionnaire and clinical examination. The data were analyzed using descriptive statistics, Odds ratio, and Chi-Square Test. The findings showed that the average age of older persons was 68 ± 6.7 years. The relationship between depression and oral health status shown that the number of natural teeth, the presence of biofilm and the presence of gingivitis were significantly difference in proportion between

ผู้รับผิดชอบบทความ

รศ.ดร.พัชรารวรรณ ศรีศิลปนนท์

ศูนย์ความเป็นเลิศด้านทันตสาธารณสุข

คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ถนนสุเทพ อ.เมือง เชียงใหม่ 50200

patcharawana@gmail.com

Corresponding author

Assoc Prof Dr.Patcharawan Srisilapanan

Center of excellence in dental Public health, cmu

Faculty of Dentistry Chiang Mai University

E-mail : patcharawana@gmail.com

depressed older persons and older persons without depression. Depressed older persons were more likely to have more than 20 natural teeth, the presence of biofilm and the presence of gingivitis 2.24, 4.46 and 3.57 times compared to older persons without depression respectively. In conclusion, depression was associated with oral health in the older persons. Therefore dental professional and health team should pay more attention to oral care in depressed older persons as part of holistic health.

บทนำ

ประเทศไทยมีแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของประชากรสูงอายุเช่นเดียวกับประชากรโลกซึ่งประเทศไทยเข้าสู่สังคมสูงวัย (Aged society) ตั้งแต่ปี 2548 โดยคาดการณ์ว่าประเทศไทยจะใช้เวลา 16 ปี เพื่อเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society) และจะใช้เวลาอีกเพียง 10 ปี เพื่อจะเป็นสังคมสูงวัยระดับสุดยอด (Super aged society) ประมาณปี 2574⁽⁵⁾ การก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุจะส่งผลกระทบต่อสังคมโดยรวมในอนาคตอันใกล้ ทั้งในระดับมหภาคและระดับจุลภาค ทั้งเชิงเศรษฐกิจ สังคม และสุขภาพ⁽⁴⁾

ปัญหาสุขภาพช่องปากถือเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข เนื่องจากเป็นปัญหาที่พบได้ในประชากรทุกกลุ่มวัยทั่วโลก สำหรับประเทศไทยจัดได้ว่าเป็นหนึ่งในปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อสังคมเศรษฐกิจซึ่งพบว่าร้อยละสุขภาพต่อหัวของประชากรไทยยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปัญหาสุขภาพช่องปากยังส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตไม่ว่าจะเป็นการกิน และการเข้าสังคม เป็นต้น ในส่วนของสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุพบว่าปัญหาหลักในประชากรกลุ่มนี้ยังคงเป็นการสูญเสียฟันซึ่งมีอัตราการสูญเสียฟันที่สูงกว่าทุกกลุ่มอายุ โดยพบผู้สูงอายุ 60-74 ปี มีการสูญเสียฟันบางส่วนร้อยละ 88.3 และสูญเสียฟันทั้งปากร้อยละ 7.2 การสูญเสียฟันเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องตามอายุที่เพิ่มขึ้น⁽⁷⁾ จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมของ Emami et al. (2013)⁽¹²⁾ พบว่าภาวะไร้ฟันมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกับปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุมีความสามารถในการบดเคี้ยวลดลง จึงส่งผลกระทบต่อทางเลือกชนิดอาหารที่รับประทานและส่งผลกระทบต่อการทำงานของระบบย่อยอาหารทำให้เกิดภาวะทุพโภชนาการและความเสี่ยงต่อการขาดสารอาหาร อันจะเป็นปัจจัยในการเกิดโรคทางระบบที่สำคัญได้แก่โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน เป็นต้น⁽³⁾

ภาวะซึ่มเศร้าก็เป็นภาวะที่มีอารมณ์เศร้าที่จะมีอยู่เกือบตลอดเวลา เป็นบ่อยๆ โดยอาจมีความรุนแรงและมีอาการอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การนอนไม่หลับ เบื่ออาหาร น้ำหนักลดลงมาก เป็นต้น ซึ่งมักพบได้บ่อยในผู้สูงอายุทั่วไป เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงในทุกด้านของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้เกิดภาวะซึ่มเศร้าได้มากกว่าวัยอื่นๆ ภาวะซึ่มเศร้าจึงถือเป็นปัญหาที่สำคัญในผู้สูงอายุ โดยเฉพาะผู้ที่มีภาวะเจ็บป่วยทางกายร่วมด้วย โดยพบว่าภาวะเจ็บป่วยเรื้อรังสามารถนำไปสู่ภาวะซึ่มเศร้าได้⁽⁶⁾ ในส่วนของโรคซึ่มเศร้านั้นอาจมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัยไม่ว่าจะเป็นความผิดปกติของสารสื่อประสาท โดยมีการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยซึ่มเศร้านั้นมีความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมอารมณ์และการแสดงออกของอารมณ์ โดยอาจเกิดการเสียความสมดุลทำให้การทำงานของสมองผิดปกติไป⁽¹⁾ โรคซึ่มเศร้านี้ยังได้ส่งผลกระทบต่อชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ของผู้สูงอายุ จากข้อมูลการศึกษาพบความสัมพันธ์ของโรคซึ่มเศร้าในผู้สูงอายุกับการเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะทุพพลภาพ การฆ่าตัวตาย การเสื่อมของสุขภาพ ความคิด ความจำ และความสามารถทางสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะส่งผลกระทบต่อเพิ่มขึ้นของการเสียชีวิตในที่สุด⁽²⁾

สุขภาพช่องปากที่ไม่ดีจะเป็นแหล่งที่ก่อให้เกิดการอักเสบในร่างกายซึ่งอาจส่งผลให้เกิดโรคต่างๆ ตามมา เช่น เป็นโรคหัวใจและหลอดเลือด เป็นต้น ปัจจุบันมีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าภาวะซึ่มเศร้านั้นเป็นภาวะที่เกิดจากการอักเสบ ซึ่งเกิดจากลักษณะการอักเสบที่เรื้อรัง หรือเป็นการอักเสบในระดับต่ำ โดยจะมีการเพิ่มระดับของโปรตีนที่ตอบสนองต่อการอักเสบในระยะเฉียบพลัน (acute phase protein) เช่น C-Reactive Protein ซึ่งเป็นโปรตีนที่จะเพิ่มสูงขึ้นเมื่อมีการอักเสบเกิดขึ้นในร่างกาย นอกจากนี้ยังมีผลการศึกษาที่แสดงถึงความสัมพันธ์ของการเพิ่มขึ้นของโปรตีนดังกล่าวกับการ

เกิดภาวะซีมเศร้าด้วย ภาวะซีมเศร้านั้นมีความสัมพันธ์กับการมีสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี ซึ่งเกี่ยวข้องกับความจำกัดในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ป่วย⁽¹⁵⁾ ภาวะซีมเศร้ามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมไม่พึงประสงค์ทางสุขภาพหลากหลายพฤติกรรม ปัจจุบันมีการศึกษามากมายที่แสดงให้เห็นว่าโรคซีมเศร้ามี่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพช่องปาก ตัวอย่างเช่น การศึกษาของ Anttila et al. (2001)⁽⁹⁾ ที่พบว่าภาวะซีมเศร้ามี่มีความสัมพันธ์กับสภาวะการมีสันเหงือกไร้ฟัน โดยพบว่าหญิงที่มีภาวะซีมเศร้ามี่ทัศนคติในเชิงลบในการเก็บรักษาฟันธรรมชาติ และมีความถี่ในการใช้ผลิตภัณฑ์จากน้ำตาลมากกว่า รวมทั้งมีร้อยละการอุดฟันที่ผู้น้อยกว่าผู้ไม่มีภาวะซีมเศร้า การศึกษาของ Marques & Vidal (2006)⁽¹⁵⁾ พบว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลหรือภาวะซีมเศร้ามี่มีความถี่ของภาวะเลือดออกที่เหงือกมากกว่าคนปกติ รวมถึงการศึกษาของ Anttila et al. (2006)⁽¹⁰⁾ พบว่าผู้ที่มีภาวะซีมเศร้าและวิตกกังวลจะมีความเสี่ยงในการเกิดปัญหาทางทันตกรรมที่สูงขึ้น เนื่องจากพบว่ามีประสิทธิภาพในการแปรงฟันและการพบทันตแพทย์ที่น้อยกว่าผู้ไม่มีภาวะดังกล่าว อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Delgado et al. (2015)⁽¹¹⁾ พบความสัมพันธ์ของภาวะซีมเศร้ามี่กับจำนวนฟันเฉพาะในกลุ่มอายุ 35 - 54 ปีเท่านั้น ไม่พบในกลุ่มอายุอื่นและยังคงมีอีกหลายการศึกษาที่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพช่องปากกับภาวะซีมเศร้า^(11, 14)

อำเภอคลอง มีประชากรสูงอายุทั้งหมด 10,114 คน คิดเป็นร้อยละ 24.7 ของประชากรทั้งหมด (ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่, 2558) แสดงว่าประชากรของอำเภอคลองนั้นมีการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ แต่การให้ความสำคัญในเรื่องสุขภาพช่องปากในกลุ่มผู้สูงอายุมักจะถูกละเลยจากทั้งตัวผู้สูงอายุและคนใกล้ชิด เมื่อเกิดปัญหาทางสุขภาพช่องปากแล้วก็จะมักจะทำให้สุขภาพร่างกายทรุดลงไปอีก โดยเมื่อเกิดความผิดปกติในช่องปากขึ้นก็จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยรวมทั้งร่างกายและจิตใจไม่ว่าจะเป็นความเจ็บปวด ผลกระทบกับการกิน ความสามารถในการพูด และการเข้าสังคม⁽¹⁸⁾ จะเห็นได้ว่าสุขภาพช่องปากนั้นมีความสัมพันธ์อย่างเป็นพลวัตกับหลายปัจจัยรวมถึงปัจจัยเกี่ยวกับภาวะซีมเศร้ามี่ที่ได้กล่าวข้างต้น แต่อย่างไรก็ตามการศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ในลักษณะดังกล่าวในกลุ่มประชากรไทยจำนวนไม่มาก การศึกษาค้นคว้าความสัมพันธ์ของภาวะซีมเศร้ามี่กับสุขภาพช่องปาก

ในผู้สูงอายุจะเป็นแนวทางในการสร้างความเข้าใจในการให้การรักษา ป้องกัน และส่งเสริมทันตสุขภาพของผู้สูงอายุต่อไป การวิจัยเชิงสังเกตการณ์นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของภาวะซีมเศร้ามี่กับสภาวะสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุในพื้นที่อำเภอคลอง จังหวัดแพร่

วิธีการดำเนินการวิจัย

ประชากร

ผู้สูงอายุซึ่งมีอายุตั้งแต่ 60 ปี ขึ้นไป และอาศัยอยู่ในเขตอำเภอคลอง จังหวัดแพร่

กลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้สูงอายุที่มีภาวะซีมเศร้ามี่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคซีมเศร้ามี่ของโรงพยาบาลคลองทั้งหมดจำนวน 65 คน จากนั้นเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้สูงอายุทั่วไปที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลคลองและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวทุ่งแห่งละ 70 คน โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ดังนั้นในการศึกษานี้จะใช้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้นจำนวน 205 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกคือ เป็นผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลคลองและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวทุ่ง ซึ่งได้แก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะซีมเศร้ามี่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคซีมเศร้ามี่โรงพยาบาลคลองและผู้สูงอายุทั่วไปที่ไม่ได้รับการรักษาภาวะซีมเศร้ามี่ โดยกลุ่มตัวอย่างจะต้องอาศัยอยู่ในเขต อำเภอคลอง จังหวัดแพร่ สามารถใช้ภาษากลางหรือภาษาถิ่นในการสื่อสารได้ และยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

วิธีการวิจัย

1. กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษามี 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะซีมเศร้ามี่ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกโรคซีมเศร้ามี่โรงพยาบาลคลอง (ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซีมเศร้ามี่) และกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลคลองและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหัวทุ่ง
2. ตรวจสุขภาพช่องปากในกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม
3. วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่ม

เครื่องมือการเก็บข้อมูล

ในการวิจัยจะทำการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 1 คน เครื่องมือและวิธีการเก็บข้อมูลอธิบายได้ ดังนี้

1. ชุดเครื่องมือที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานะครอบครัว ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ ประวัติการเป็นโรคซึมเศร้า เก็บข้อมูลโดยผู้ช่วยวิจัย

2. ชุดเครื่องมือที่ 2 แบบตรวจประเมินสุขภาพช่องปาก ที่ปรับปรุงมาจากแบบประเมินสุขภาพช่องปากขององค์การอนามัยโลก⁽²⁰⁾ เก็บข้อมูลโดยผู้วิจัย ทำการตรวจช่องปากโดยใช้ชุดตรวจทางทันตกรรมประกอบด้วย Mouth mirror, Explorer และ Cotton plier โดยตรวจจำนวนฟันผุ (รอยโรคบนตัวฟันที่มีสีน้ำตาล หรือดำ มีพื้นผิวอ่อนนุ่มจนเป็นโพรง ทั้งนี้การตรวจฟันผุจะไม่ใช้การถ่ายภาพรังสีเพื่อยืนยันร่วมด้วย) จำนวนฟันที่หลุด (ฟันที่มีวัสดุอุดฟันทุกชนิด) จำนวนฟันที่หายไป (จำนวนของซี่ฟันที่ไม่พบในช่องปากแต่ไม่รวมฟันกรามใหญ่ซี่ที่สาม) จำนวนฟันหลังคู่สบ (ฟันกรามน้อยซี่ที่หนึ่งจนถึงฟันกรามใหญ่ซี่ที่สองที่สามารถกัดสบกันได้) และการใส่ฟันปลอม ซึ่งจะทำการตรวจที่เก้าอี้ทำฟัน (Dental unit) ในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานะครอบครัว การศึกษา อาชีพ รายได้ การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test) ส่วนความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยสุขภาพช่องปากวิเคราะห์ด้วย อัตราส่วนออก (odds ratio) และการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test)

ผลการวิจัย

ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีสัดส่วนเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 76.9 และ 23.1) แต่ในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปจะมีสัดส่วนผู้หญิงและผู้ชายใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 55.7 และ 44.3) อายุเฉลี่ยของผู้สูงอายุในการศึกษานี้คือ 68 ± 6.7 ปี โดยผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะมีอายุในกลุ่ม 60 - 69 ปี

เป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 78.5) รองลงมาจะเป็น 70 - 79 ปี (ร้อยละ 21.5) ส่วนในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปจะอยู่ในกลุ่ม 60 - 69 ปี (ร้อยละ 55.7) 70 - 79 ปี และ 80 ปีขึ้นไป (ร้อยละ 33.6 และ 10.7) ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่ยังคงทำงานอยู่ร้อยละ 72.3 และไม่ได้ทำงานแล้วร้อยละ 27.7 ส่วนในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปจะมีสัดส่วนผู้ที่ยังคงทำงานอยู่และไม่ได้ทำงานแล้วที่ใกล้เคียงกัน (ร้อยละ 51.4 และ 48.6) ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าส่วนใหญ่มีรายได้ไม่น้อยกว่า 3,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 89.2) และมีรายได้มากกว่าหรือเท่ากับ 3,000 บาทต่อเดือนร้อยละ 10.8 ส่วนในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปก็ยังพบผู้มีรายได้ไม่น้อยกว่า 3,000 บาทเป็นส่วนใหญ่ (ร้อยละ 72.9) รองลงมาจะเป็นผู้มีรายได้มากกว่า 3,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 27.1)^(ตารางที่ 1)

ปัจจัยด้านจำนวนฟันธรรมชาติ ความจุลินทรีย์ที่ฟัน และเหงือกอักเสบ มีอัตราส่วนที่แตกต่างกันระหว่างกลุ่มศึกษาทั้งสองกลุ่ม^(ตารางที่ 2) ปัจจัยด้านจำนวนฟันธรรมชาติพบว่า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มมีจำนวนฟันธรรมชาติ 20 ซี่ขึ้นไปเป็นส่วนใหญ่ คือร้อยละ 80 ในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า และร้อยละ 62.1 ในผู้สูงอายุทั่วไป โดยส่วนน้อยจะมีจำนวนฟันธรรมชาติ 1 - 19 ซี่ คือร้อยละ 20 ในกลุ่มผู้สูงอายุที่เป็นโรคซึมเศร้า และร้อยละ 37.9 ในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป จากการวิเคราะห์พบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีโอกาสมีฟันธรรมชาติ 20 ซี่ขึ้นไปเป็น 2.24 เท่าของกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป (p-value = 0.027)

ปัจจัยด้านความจุลินทรีย์ที่ฟันพบว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและผู้สูงอายุทั่วไปส่วนใหญ่มีความจุลินทรีย์ที่ฟัน ร้อยละ 89.2 และ 65 ตามลำดับ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะมีความจุลินทรีย์ที่ฟันเป็น 4.46 เท่าของผู้สูงอายุทั่วไป (p-value = <0.001) กลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและผู้สูงอายุทั่วไปส่วนใหญ่มีเหงือกอักเสบร้อยละ 86.2 และ 63.6 ตามลำดับ โดยพบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีโอกาสเป็นเหงือกอักเสบ เป็น 3.57 เท่าของกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป (p-value = 0.001) อย่างไรก็ตามไม่พบความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยสุขภาพช่องปากด้านอื่นๆ ได้แก่ การมีฟันผุ การมีฟันอุด การมีรากฟันตกค้าง และการมีฟันเทียม

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

	ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า	ผู้สูงอายุทั่วไป	p-value
	(n=65)	(n=140)	
	n (%)	n (%)	
เพศ			.004*
ชาย	15 (23.1)	62 (44.3)	
หญิง	50 (76.9)	78 (55.7)	
อายุ			.002*
60 - 69 ปี	51 (78.5)	78 (55.7)	
70 - 79 ปี	14 (21.5)	47 (33.6)	
80 ปีขึ้นไป	0	15 (10.7)	
สถานะครอบครัว			.184
อยู่คนเดียว	13 (20)	18 (12.9)	
อยู่กับผู้อื่น	52 (80)	122 (87.1)	
การศึกษา			.555
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3 (4.6)	11 (7.9)	
เรียนหนังสือ	62 (95.4)	129 (92.1)	
อาชีพ			.001*
ไม่ได้ทำงาน	18 (27.7)	72 (51.4)	
ยังทำงานอยู่	47 (72.3)	68 (48.6)	
รายได้			.008*
<3,000 บาท/เดือน	58 (89.2)	102 (72.9)	
≥3,000 บาท/เดือน	7 (10.8)	38 (27.1)	
การสูบบุหรี่			.915
ไม่สูบ	62 (95.4)	134 (95.7)	
สูบ	3 (4.6)	6 (4.3)	
การดื่มแอลกอฮอล์			.967
ไม่ดื่ม	60 (92.3)	129 (92.1)	
ดื่ม	5 (7.7)	11 (7.9)	

*Pearson Chi-Square, p-value < 0.05

ตารางที่ 2 สภาวะสุขภาพช่องปากแยกรายปัจจัยในกลุ่มผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าและผู้สูงอายุทั่วไป

	ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็น โรคซึมเศร้า	ผู้สูงอายุทั่วไป	OR (95%CI)	p-value
	(n=65)	(n=140)		
	n (%)	n (%)		
สภาวะสุขภาพช่องปาก				
1. ฟันผุ			1.22 (0.68-2.21)	.500
ไม่มี	32 (49.2)	76 (54.3)		
มี	33 (50.8)	64 (45.7)		
2. ฟันที่ขูด			6.73 (0.69-65.95)	.095
ไม่มี	62 (95.4)	139 (99.3)		
มี	3 (4.6)	1 (0.7)		
3. รากฟันตกค้าง			1.19 (0.64-2.22)	.574
ไม่มี	42 (64.6)	96 (68.6)		
มี	23 (35.4)	44 (31.4)		
4. จำนวนฟันธรรมชาติ			2.24 (1.09-4.62)	.027*
1 – 19 ซี่ (n=57)	12 (18.8)	45 (34.1)		
20 ซี่ขึ้นไป (n=139)	52 (81.2)	87 (65.9)		
5. จำนวนฟันหลังคู่สบ			1.71 (0.93-3.18)	.086
< 4 คู่	21 (32.3)	63 (45)		
≥ 4 คู่	44 (67.7)	77 (55)		
6. คราบจุลินทรีย์ที่ฟัน			4.46 (1.89-10.52)	<.001*
ไม่มี	7 (10.8)	49 (35)		
มี	58 (89.2)	91 (65)		
7. เหงือกอักเสบ			3.57 (1.63-7.81)	.001*
ไม่มี	9 (13.8)	51 (36.4)		
มี	56 (86.2)	89 (63.6)		
8. ฟันเทียม			0.58 (0.20-1.34)	.169
ไม่มี	59 (90.8)	117 (83.6)		
มี	6 (9.2)	23 (16.4)		

*Pearson Chi-Square, p-value < 0.05

บทวิจารณ์

ปัจจัยด้านจำนวนฟันธรรมชาติ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีโอกาสมีฟันธรรมชาติ 20 ซี่ขึ้นไป เป็น 2.24 เท่าของกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป แสดงให้เห็นว่า ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีโอกาสมีจำนวนฟันธรรมชาติ 20 ซี่ขึ้นไป ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ Okoro et al. (2012)⁽¹⁷⁾ ที่พบว่าผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและวิตกกังวล มีโอกาสสูญเสียฟัน ส่วนในผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้า และวิตกกังวลมักมีโอกาสสูญเสียฟันอย่างน้อย 1 ซี่

มากกว่าคนทั่วไปโดยพบความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้า และวิตกกังวลกับการสูญเสียฟัน อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Anttila et al. (2001)⁽⁹⁾ ก็ไม่พบความสัมพันธ์ของ ภาวะซึมเศร้ากับจำนวนฟันธรรมชาติ ซึ่งการที่ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีโอกาสมีจำนวนฟันธรรมชาติ 20 ซี่ขึ้นไปมากกว่าผู้สูงอายุทั่วไปนี้ อาจเนื่องมาจากการมีโรคประจำตัวอื่นๆ ที่ส่งผลต่อสภาวะสุขภาพช่องปาก ในผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มที่ไม่ได้วัดในการศึกษานี้ ตัวอย่างเช่น โรคเบาหวาน ที่อาจส่งผลต่อสภาวะช่องปากได้ โดยมีกร

ศึกษาที่พบว่าโรคเบาหวานและโรคปริทันต์ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการสูญเสียฟันในผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กันเนื่องจากมีหลักฐานที่แสดงให้เห็นว่าการเป็นโรคเบาหวานเป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีภาวะปริทันต์ที่แย่อันจะส่งผลต่อการสูญเสียฟันตามมา⁽¹⁹⁾ ซึ่งในการศึกษานี้ไม่ได้วัดตัวแปรดังกล่าวร่วมด้วย จึงถือว่าเป็นข้อจำกัดของการศึกษาครั้งนี้

ปัจจัยด้านคราบจุลินทรีย์ที่ฟันและเหงือกอักเสบ ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้าจะมีโอกาสมีคราบจุลินทรีย์ที่ฟันเป็น 4.46 เท่าของผู้สูงอายุทั่วไป เช่นเดียวกับปัจจัยด้านเหงือกอักเสบ พบว่าผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามีโอกาสเป็นเหงือกอักเสบ เป็น 3.57 เท่าของกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป แสดงให้เห็นว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะซึมเศร้ามีการดูแลสุขภาพช่องปากที่แย่กว่าผู้สูงอายุทั่วไป ซึ่งอาจเกิดจากอาการของภาวะซึมเศร้า เช่น การเบื่อหน่าย หรือหงุดหงิด ทำให้ไม่ยอมทำความสะอาดช่องปาก หรือมีการทำความสะอาดช่องปากได้ไม่ดีเท่าที่ควร การศึกษานี้ตรงกับการศึกษาของ Marques & Vidal (2006)⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าผู้ที่มีความวิตกกังวลหรือภาวะซึมเศร้าจะมีความถี่ของภาวะเลือดออกที่เหงือกมากกว่าคนปกติ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Hugo et al. (2006)⁽¹³⁾ ที่พบว่าภาวะเครียดและซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการมีคราบจุลินทรีย์ที่มองเห็นได้ นอกจากนี้ภาวะเครียดและซึมเศร้าและการมีคราบจุลินทรีย์ที่มองเห็นได้ยังสัมพันธ์กับดัชนีการมีเลือดออก (Bleeding index) ซึ่งสรุปได้ว่าภาวะเครียดและซึมเศร้าเป็นปัจจัยเสี่ยงในการเพิ่มระดับคราบจุลินทรีย์และเหงือกอักเสบ อย่างไรก็ตามยังมีบางการศึกษาที่ให้ผลแตกต่างกัน เช่น การศึกษาของ Anttila et al. (2001)⁽⁹⁾ ที่ไม่พบความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับโรคปริทันต์ และการศึกษาของ Delgado et al. (2015)⁽¹¹⁾ ที่ไม่พบความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลกับการเกิดโรคปริทันต์ด้วย

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ไม่พบความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับปัจจัยสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุด้านอื่นๆ ได้แก่ การมีฟันผุ การมีฟันผุ การมีรากฟันตกค้าง จำนวนฟันหลังคุด และ การมีฟันเทียม ในกลุ่มศึกษาทั้ง 2 กลุ่ม ซึ่งตรงกับผลการศึกษาของ Delgado et al. (2015)⁽¹¹⁾ ที่พบความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับจำนวนฟันผุเฉพาะในกลุ่มอายุ 35 - 54 ปี เท่านั้น ไม่พบในกลุ่มอายุอื่น และยังไม่พบความสัมพันธ์ของความวิตกกังวลและภาวะจิตใจกับการเกิดฟันผุ

เช่นเดียวกับการศึกษาของ Anttila et al. (2001)⁽⁹⁾ ที่ไม่พบความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับฟันผุ หรือจำนวนฟัน แต่ผลการศึกษานี้แตกต่างจากผลการศึกษาของ McFarland & Inglehart (2010) ที่พบว่าภาวะซึมเศร้าที่มากขึ้นจะมีความสัมพันธ์กับการมีฟันผุเพิ่มขึ้นและมีจำนวนฟันผุที่น้อยกว่า เป็นที่ทราบกันแล้วว่าฟันผุมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย (multifactorial diseases) และการมีฟันที่ผุ รากฟันตกค้าง และการใส่ฟันเทียมก็อาจถือได้ว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่ใช้วัดความใส่ใจในสุขภาพช่องปากของตนเองเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น ซึ่งถึงแม้การศึกษาในครั้งนี้จะไม่มีผลแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ก็ยังพบสัดส่วนการมีปัญหาเหล่านี้ได้สูงในผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุทั่วไป จึงอาจต้องมีการศึกษาตัวแปรเหล่านี้โดยละเอียดต่อไป

บทสรุป

ผลการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้าและสภาวะสุขภาพช่องปากในหลายลักษณะ การมีภาวะซึมเศร้าอาจส่งผลให้มีสภาวะสุขภาพช่องปากที่แย่ลง และเช่นเดียวกัน การมีปัญหาสุขภาพช่องปากก็อาจส่งผลให้ภาวะซึมเศร้าที่ผู้ป่วยเป็นอยู่นั้นแย่ลงไปอีก ดังนั้นทันตบุคลากรหรือผู้เกี่ยวข้องควรให้ความสนใจในเรื่องสุขภาพช่องปากในผู้ป่วยภาวะซึมเศร้าให้มากขึ้น การทำงานส่งเสริมทันตสุขภาพควรจัดให้มีการบูรณาการกับงานด้านอื่นๆ เช่น งานจิตเวชให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการส่งเสริมทันตสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคซึมเศร้าให้มากขึ้น แนวคิดการทำงานส่งเสริมสุขภาพที่มีการส่งเสริมการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนจึงเป็นเรื่องที่น่าสนใจในการจัดระบบบริการสุขภาพในสถานพยาบาล ยกตัวอย่างเช่น ควรมีการทำงานร่วมกันระหว่างทันตบุคลากรและผู้รับผิดชอบงานจิตเวชในการตรวจสุขภาพช่องปากให้คำแนะนำ ส่งเสริมทันตสุขภาพ และการรักษาในผู้ป่วยคลินิกโรคซึมเศร้าที่มารับยาที่โรงพยาบาลเป็นประจำอยู่แล้ว เพื่อให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีสุขภาพช่องปากที่ดีขึ้น อันจะส่งผลต่อภาวะซึมเศร้าที่เป็นอยู่ของผู้ป่วยให้ดียิ่งขึ้น

อย่างไรก็ตามเนื่องจากเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางซึ่งเป็นการศึกษา ณ ขณะเวลาใดเวลาหนึ่งเท่านั้น ดังนั้นตัวแปรที่ใช้วัดอาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เช่น การวัดภาวะซึมเศร้ากับคุณภาพชีวิตมิติสุขภาพช่องปาก เป็นการวัดสิ่งที่เกิดขึ้นในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

การวัดผลในช่วงเวลาต่างก็อาจทำให้ผลที่ได้มีความแตกต่างกันได้ จึงควรมีการศึกษาติดตามผลในระยะเวลายาวนานเพื่อลดข้อจำกัดด้านเวลาของการศึกษาในอนาคตต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- คณะกรรมการบริหารโครงการทศวรรษการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคซีสต์เรื้อรัง กรมสุขภาพจิต. แนวปฏิบัติทางคลินิกเพื่อการบำบัดทางสังคมจิตใจผู้ป่วยโรคซีสต์เรื้อรัง สำหรับพยาบาลจิตเวชในสถานบริการระดับตติยภูมิ. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2553.
- เทพฤทธิ์ วงศ์ภูมิ, จักรกฤษณ์ สุขยิ่ง, อุมพร อุดมทรัพย์กุล. ความชุกของโรคซีสต์เรื้อรังในประชากรสูงอายุ จังหวัดเชียงใหม่. ว. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2554; 56(2) : 103-16.
- พิมพ์วิภา เศรษฐวรพันธ์ุ ทรงชัย ลีโตโสภณกุล, ไพฑูรย์ ดาวสดใส. คุณภาพชีวิตในมิติสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมทั้งปากและความสัมพันธ์กับคุณภาพฟันเทียมและประสิทธิภาพการบดเคี้ยว ที่ประเมินด้วยดัชนี OHIP-EDENT ในรูปแบบภาษาไทย. วิทยสารทันตแพทยศาสตร์ 2557; 64(1): 26-41.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. รายงานประจำปี สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2555. กรุงเทพฯ : มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2556.
- มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย; 2557.
- สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2550. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 ประเทศไทย พ.ศ. 2555. นนทบุรี : สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย; 2556.
- อวยพร ภัทรภักดีกุล, พรรณี วิระบรรณ. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซีสต์เรื้อรัง ในผู้ป่วยสูงอายุทางนรีเวช. ว. พยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2557; 24(2) : 69-77.
- Anttila SS, Knuutila ML, Sakki TK. Relationship of depressive symptoms to edentulousness, dental health, and dental health behavior. Acta Odontol Scand. 2001; 59(6):406-12.
- Anttila S, Knuutila M, Ylöstalo P, Joukamaa M. Symptoms of depression and anxiety in relation to dental health behavior and self-perceived dental treatment need. Eur J Oral Sci. 2006;114(2):109-14.
- Delgado-Angulo EK, Sabbah W, Suominen AL, Vehkalahti MM, Knuutila M, Partonen T, Nordblad A, Sheiham A, Watt RG, Tsakos G. The association of depression and anxiety with dental caries and periodontal disease among Finnish adults. Community Dent Oral Epidemiol. 2015 ;43(6):540-9.
- Emami E, de Souza RF, Kabawat M, Feine JS. The impact of edentulism on oral and general health. Int J Dent. 2013;2013:498305. doi: 10.1155/2013/498305.
- Hugo FN, Hilgert JB, Bozzetti MC, Bandeira DR, Gonçalves TR, Pawlowski J, de Sousa Mda L. Chronic stress, depression, and cortisol levels as risk indicators of elevated plaque and gingivitis levels in individuals aged 50 years and older. J Periodontol. 2006 ;77(6):1008-14.
- Ide R, Hoshuyama T, Wilson D, Takahashi K, Higashi T. Association of psychological well-being with oral conditions in Japanese workers. J Occup Health. 2006 ;48(6): 487-93.

15. Marques-Vidal P, Milagre V. Are oral health status and care associated with anxiety and depression? A study of Portuguese health science students. *J Public Health Dent.* 2006 ;66(1):64-6.
16. McFarland ML, Inglehart MR. Depression, self-efficacy, and oral health: An exploration. *Oral Health Dent Manage Black Sea Countries.* 2010; 9(4), 214-22.
17. Okoro CA, Strine TW, Eke PI, Dhingra SS, Balluz LS. The association between depression and anxiety and use of oral health services and tooth loss. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2012 ;40(2):134-44.
18. Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bull World Health Organ.* 2005;83(9):644.
19. Taylor GW. Bidirectional interrelationships between diabetes and periodontal diseases: an epidemiologic perspective. *Ann Periodontol.* 2001;6(1):99-112.
20. World Health Organization. *Oral health surveys basic methods.* 5th ed. Geneva: World Health Organization; 2013.

ผลการศึกษาสภาวะสุขภาพช่องปากและปัจจัยเสี่ยงทางทันตสุขภาพผู้สูงอายุ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอแม่จัน-แม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

ละอองนวล อิศระธำนันท์¹, วีระ อิศระธำนันท์¹

¹ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการสำรวจผลการศึกษาสภาวะสุขภาพช่องปากและปัจจัยเสี่ยงทางทันตสุขภาพผู้สูงอายุ เครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอแม่จัน-แม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงรายโดยใช้แบบสำรวจสภาวะช่องปากและพฤติกรรม ในกลุ่มผู้สูงอายุ (60 - 99 ปี) จำนวน 423 คน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุ มีอายุเฉลี่ย อยู่ที่ 69 ปีมีจำนวนฟันแท้เฉลี่ย 19 ที่มีฟันแท้ใช้งาน 20 ที่ขึ้นไป ร้อยละ 59.10 มีการสบเฉพาะฟันแท้ 4 คู่สบ ร้อยละ 5 ใส่ฟันเทียมชนิดทั้งปาก ร้อยละ 3.8 ปัจจัยเสี่ยงด้านอื่นๆ ได้แก่ เป็นโรคเบาหวานคุมได้ ร้อยละ 32.6 เป็นเบาหวานคุมไม่ได้ ร้อยละ 10.4 สูบบุหรี่ ร้อยละ 5.0 เคี้ยวหมาก ร้อยละ 2.6 จากข้อมูลผู้สูงอายุ มีแนวโน้มที่จะมีปัญหาด้านสภาวะปริทันต์มากที่สุด ส่วนการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุที่ไม่แปรงฟันก่อนนอน ร้อยละ 14.9 และผู้สูงอายุที่ไม่ได้ดูแลซอกฟันมีค่าเฉลี่ย สูงถึงร้อยละ 98.8 จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าความเสี่ยงในการเกิดโรคฟันผุบริเวณซอกฟันที่มีในผู้สูงอายุอยู่แล้ว ยิ่งมีความเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นดังนั้นการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุควรมีการเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการให้มากขึ้น เนื่องจากผู้สูงอายุ มีความยากลำบากในการเดินทาง มีปัญหาในเรื่องการสื่อสาร นัดหมาย เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่จัน - แม่ฟ้าหลวง จึงขยายจุดบริการในระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองให้มีการบริการทำฟันเทียม สำหรับผู้สูงอายุ มีการบูรณาการกับบริการสุขภาพเยี่ยมบ้านโดยการออกเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุในชุมชนให้ครอบคลุมพื้นที่ เขตบริการสุขภาพ อีกทั้งยังมีการสื่อสาร ประสานงานกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยมีการสื่อสารผ่านชมรมผู้สูงอายุ ทุกชมรมในเขตพื้นที่รับผิดชอบทำให้การให้บริการและให้ความรู้ได้เข้าถึงผู้สูงอายุในชุมชนอย่างทั่วถึง

คำสำคัญ : สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ, ความเสี่ยงสุขภาพช่องปากและผู้สูงอายุ

*โรงพยาบาลแม่จัน จังหวัดเชียงราย

Abstract

This study examined oral health status and risk factors in the elderly living in Mae Chan - Mae Fah Luang health care network ,Chiang Rai province. Using the survey of oral health status and behavior among the elderly (60-99 years) 423 people, the study found that average age of the elderly were 69 years old. The number of remaining permanent teeth is approximately 19 teeth in mouth. The study also found 59.1% of the elderly with more than 20 functional teeth, 5% with of centric occlusion and 3.8% with complete denture. For the risk factors; there were 32.6% of subjects diagnosed diabetes and 10.4% suffered from uncontrol. About 5.0% were smoker and 2.6% chewed betel .Subject were almost found having periodontal conditions. For self care there were 14.9% never brushing their teeth and the elderly who do not take care of 98.8% never taking care from the data reflect that the risk of dental caries, the elderly are more at risk. Therefore, the elderly care should have access to more channels.

ผู้รับผิดชอบบทความ

ทพญ. ละอองนวล อิศระธำนันท์, ทพ. วีระ อิศระธำนันท์

274 หมู่ 5 รพ. แม่จัน อ. แม่จัน จ. เชียงราย 57110

Email : weera_th@yahoo.com

Tel. : 0840406655

Corresponding author

Dr. Laongnuan Isaratanan, Dr. Weera Isaratanan

274 moo 5 Maechan hospital, maechan district

Chiangrai Thailand 57110

Because the elderly have difficulty in traveling. There are problems in communication appointments Health Network Mae Chan - Mae Fah Luang, thus expanding the service in the Health Promoting Hospital District. The urban health centers provide denture services for the elderly. With the integration of health services, home visit the elderly in the community to cover the area of health services. It also contains communications coordinate with community network, every elderly club in the area of responsibility The service and knowledge to the elderly in the community thoroughly.

Keywords : Oral health in elderly people , oral health risk and ageing

*Maechan Hospital, Maechan District, Chiangrai Province 57110

บทนำ

จากแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างประชากรในประเทศไทย มีแนวโน้มในการพัฒนาเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างชัดเจน สำหรับประเทศไทย วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2546 โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล⁽¹⁾ พบว่า จากจำนวนประชากร ทั้งประเทศ 63,265,000 คน เป็นประชากรสูงอายุ 6,565,000 คน คิดเป็น ร้อยละ 10.4 ของประชากรทั้งหมด และ จากการคาดการณ์ของคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม สำนักนายกรัฐมนตรี คาดว่าประชากรสูงอายุจะเพิ่มเป็น 6,910,000 คน ในปี พ.ศ.2550 และเป็น 10,776,000 คน ในปี พ.ศ. 2563 หรือเพิ่มขึ้น ร้อยละ 15.3⁽¹⁾ สำหรับอำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ประชากรในเขตพื้นที่ราบต่อพื้นที่สูง อัตราส่วน 70 : 30 โดยประมาณ ปัญหาหลายอย่าง ทำให้การเข้าถึงการรักษาทางทันตกรรม และการส่งเสริมป้องกันโรคในกลุ่มผู้สูงอายุเป็นอุปสรรค เช่น ความไม่เข้าใจการบริการ การเดินทางมาโรงพยาบาลลำบากเพราะไม่มีญาติพามา ความรู้และทัศนคติในการดูแลสุขภาพช่องปากด้วยตนเอง เป็นต้น ปัญหาต่างๆ เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จากข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปาก โดยการสุ่มสำรวจกระจายตามพื้นที่ทั่วทั้งเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่จัน-แม่ฟ้าหลวง ในปี พ.ศ. 2559 ผู้สูงอายุ จำนวน 423 คน พบว่า จำนวนฟันแท้ของผู้สูงอายุที่ใช้งานได้ เฉลี่ย 19 ซี่ ต่อคน จำนวนผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งาน 20 ซี่ขึ้นไป มีร้อยละ 59.1 ซึ่งยังคงต้องมีการพัฒนาทางทันตสาธารณสุข ในกลุ่มผู้สูงอายุ อย่างต่อเนื่อง เพื่อบรรลุเป้าหมาย 80 ปี มีฟันใช้งาน 20 ซี่ ในอนาคต

วัตถุประสงค์และวิธีการ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษาหาข้อมูลพื้นฐานด้านทันตสาธารณสุข และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการใช้แบบสำรวจสภาวะช่องปากและพฤติกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ (60 - 99 ปี) จำนวน 423 คน ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่จัน - แม่ฟ้าหลวง เพื่อเป็นตัวแทนกลุ่มประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด โดยแบบสำรวจจะแบ่งเป็น ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพช่องปาก ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่มีผลต่อสภาวะทันตสุขภาพ เช่น การมีโรคทางระบบอื่นๆ ได้แก่ โรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การเคี้ยวหมาก และ ข้อมูลด้านการมีโครงสร้างและระบบสุขภาพชุมชนในกลุ่มผู้สูงอายุทำการศึกษาริบท่างๆ ในการทำงาน โครงสร้างชมรม และ โครงสร้างด้านการประสานงานที่เอื้อให้การทำงานด้านส่งเสริมทันตสุขภาพสามารถเข้าถึงกลุ่มประชากรสูงอายุในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่จัน - แม่ฟ้าหลวง ได้

การสุ่มตัวอย่าง

เลือกผู้ให้ข้อมูลแบบกำหนดโควตา (Quota Sampling) เป็นการกำหนดกลุ่มผู้สูงอายุตามต้องการอาศัยสัดส่วนโดยใช้ตาราง Krejcie & Morgan เพื่อกำหนดจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่เหมาะสมเป็นตัวแทนกลุ่มประชากรผู้สูงอายุในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่จัน-แม่ฟ้าหลวง เมื่อได้จำนวนประชากรตัวแทนจึงนำมากระจายลงตามจำนวนสัดส่วนประชากรของทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล ในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่จัน-แม่ฟ้าหลวง

ผู้ศึกษาได้จัดเตรียมการสุ่ม จำนวนผู้สูงอายุ ที่ต้องการตรวจช่องปากและสัณนิษฐาน โดยผ่านการประสานงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพระดัด ตำบลทุกแห่ง กลุ่มชมรมผู้สูงอายุในอำเภอแม่จัน ตั้งเป้าการสำรวจจำนวน 300 คน โดยขอความอนุเคราะห์ใช้สถานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพระดัดตำบล เป็นสถานที่ในการตรวจ เก็บข้อมูล และสัณนิษฐาน โดยผู้ศึกษาและคณะ ช่วงระหว่าง เดือนมิถุนายน 2559

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ร้อยละ สำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการสัณนิษฐาน มาประกอบการวิเคราะห์เพื่อให้ได้ผลการศึกษามีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล และคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลแม่จัน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป

ผู้สูงอายุในกลุ่มเป้าหมายที่ตั้งเป้าไว้ จะทำการสำรวจ จำนวน 300 คน จากการประสานงานผ่านชมรมผู้สูงอายุ ทั้งหมดในเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่จัน - แม่ฟ้าหลวง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพพระดัดตำบล ทั้ง 24 แห่ง ศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง

1 แห่ง ปรากฏว่าทำการเก็บข้อมูลสำรวจและสัณนิษฐาน ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมายได้ทั้งหมด 423 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 40.7 และเป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.3 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ทำการสุ่มสำรวจมีอายุเฉลี่ย อยู่ที่ 69 ปี ดังตารางที่ 1

2. ข้อมูลทางทันตสุขภาพ

จากกลุ่มผู้สูงอายุที่ทำการสำรวจ จำนวน 423 คน พบว่า มีจำนวนฟันแท้เฉลี่ย อยู่ที่ 19 ซี่ ผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งาน 20 ซี่ ขึ้นไป ร้อยละ 59.1 ผู้สูงอายุที่มีการสบฟันแท้/ฟันเทียม น้อยกว่า 4 คู่สบ ร้อยละ 38.1 ผู้สูงอายุที่มีการสบเฉพาะฟันแท้ 4 คู่สบ ขึ้นไป ร้อยละ 48.5 ผู้สูงอายุที่มีการสบฟันแท้และฟันเทียม 4 คู่สบขึ้นไป ร้อยละ 5.7 ผู้สูงอายุที่มีการสบเฉพาะฟันเทียม 4 คู่สบขึ้นไป ร้อยละ 7.8 ผู้สูงอายุที่มีการสบฟันแท้กับฟันแท้ หรือฟันแท้กับฟันเทียม หรือเฉพาะฟันเทียม 4 คู่สบขึ้นไป รวมแล้วร้อยละ 61.9

ข้อมูลด้านการใส่ฟันเทียมผู้สูงอายุที่ไม่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ มี ร้อยละ 77.5 ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ น้อยกว่า 16 ซี่ ร้อยละ 13.0 ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ใส่เกือบทั้งปาก (16 ซี่ขึ้นไป) ร้อยละ 5.7 ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปาก ร้อยละ 3.8 ผู้สูงอายุได้รับบริการป้องกัน/รักษา เพื่อเก็บรักษาฟันแท้ ร้อยละ 21.3 และ ผู้สูงอายุไม่ได้รับบริการป้องกัน/รักษาเพื่อเก็บรักษาฟันแท้ ร้อยละ 78.7 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ (N=423)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศชาย	172	40.7
เพศหญิง	251	59.3
อายุเฉลี่ย อยู่ที่ 69 ปี		

ตารางที่ 2 ข้อมูลทางทันตสุขภาพ

แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลทางทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ (N=423)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้สูงอายุที่มีจำนวนฟันแท้เฉลี่ย อยู่ที่ 19 ซี่		
ผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งาน 20 ซี่ขึ้นไป	250	59.1
ผู้สูงอายุที่มีการสบฟันแท้/เทียมน้อยกว่า 4 คู่สบ	161	38.1
ผู้สูงอายุที่มีการสบเฉพาะฟันแท้ 4 คู่สบขึ้นไป	205	48.5
ผู้สูงอายุที่มีการสบฟันแท้และฟันเทียม 4 คู่สบขึ้นไป	24	5.7
ผู้สูงอายุที่มีการสบเฉพาะฟันเทียม 4 คู่สบขึ้นไป	33	7.8
ผู้สูงอายุที่มีการสบฟันแท้กับฟันแท้ หรือ ฟันแท้กับฟันเทียมหรือเฉพาะฟันเทียม 4 คู่สบขึ้นไป	262	61.9
ผู้สูงอายุที่ไม่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้	328	77.5
ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้น้อยกว่า 16 ซี่	55	13.0
ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ใส่เกือบทั้งปาก (16 ซี่ขึ้นไป)	24	5.7
ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปาก	16	3.8
ผู้สูงอายุได้รับการป้องกัน/รักษาเพื่อเก็บรักษาฟันแท้	90	21.3
ผู้สูงอายุไม่ได้รับการป้องกัน/รักษาเพื่อเก็บรักษาฟันแท้	333	78.7

3. ข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ

ผู้สูงอายุ มีการใช้ยารักษาโรค ร้อยละ 70.7 และไม่ใช้ยารักษาโรค ร้อยละ 29.3 ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานคุมได้ ร้อยละ 32.6 เป็นเบาหวานคุมไม่ได้ ร้อยละ 10.4 ไม่เป็น/ไม่รู้/ไม่เคยตรวจ ร้อยละ 57.0 ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 5.0 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 95.0 ผู้สูงอายุที่เคี้ยวหมาก ร้อยละ 2.6 ไม่เคี้ยวหมาก ร้อยละ 97.4 ผู้สูงอายุที่แปรงฟันก่อนนอน ร้อยละ 85.1 ไม่แปรงฟันก่อนนอน ร้อยละ 14.9 ผู้สูงอายุดูแลซอกฟัน ร้อยละ 1.2 ไม่ได้ดูแลซอกฟัน ร้อยละ 98.8 ดังตารางที่ 3

4. ข้อมูลด้านการมีโครงสร้างและระบบสุขภาพชุมชนในกลุ่มผู้สูงอายุ

ผู้สูงอายุในเขตบริการสุขภาพอำเภอแม่จัน-แม่ฟ้าหลวง มีการรวมกลุ่มกันในรูปแบบชมรมผู้สูงอายุ เริ่มมีการก่อตั้งเป็นชมรมอย่างเป็นทางการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ในพื้นที่อำเภอแม่จัน มีชมรมผู้สูงอายุ 13 ชมรม ปัจจุบัน มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 80 เป็นสมาชิกชมรมผู้สูงอายุ มีชมรมผู้สูงอายุที่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน

ชมรมผู้สูงอายุคุณภาพ ได้แก่ ชมรมผู้สูงอายุตำบลป่าซาง ชมรมผู้สูงอายุแม่ไร่ ชมรมผู้สูงอายุเทศบาลตำบลแม่จัน ชมรมผู้สูงอายุตำบลศรีคำ และมีชมรมผู้สูงอายุที่มีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องและเปิดเป็นโรงเรียนผู้สูงอายุในระดับตำบล จำนวนทั้งสิ้น 4 ชมรม ได้แก่ โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลป่าตึง โรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลแม่จัน โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลป่าซาง และโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลจันจว้าใต้

ระบบสุขภาพชุมชน ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ จะใช้บริการตรวจสุขภาพและรับยาโรคประจำตัวที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้ง 24 แห่ง ส่วนในตำบลแม่จันจะใช้บริการที่ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองแม่จันและโรงพยาบาลแม่จันเป็นหลัก แต่ถ้าเป็นโรคซับซ้อนเกินความสามารถโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบลก็มีการส่งตัวเพื่อมารับการรักษาที่โรงพยาบาลแม่จัน จากข้อมูลการสำรวจ พบว่ามีผู้สูงอายุบางส่วนที่ไม่ใช้ยารักษาโรค ร้อยละ 29.3 ผู้สูงอายุกลุ่มนี้บางส่วนมีการพึ่งพาระบบสุขภาพชุมชน เช่น หมอพื้นบ้าน หมอยาสมุนไพร ยาชุด เป็นต้น

ตารางที่ 3 ข้อมูลด้านปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ

แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลด้านปัจจัยอื่นๆ ของผู้สูงอายุ (N=423)

รายการ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การใช้ยารักษาโรค		
ใช้ยารักษาโรค	299	70.7
ไม่ใช้ยารักษาโรค	124	29.3
โรคเบาหวาน		
ไม่เป็น/ไม่รู้/ไม่เคยตรวจเบาหวาน	241	57.0
เป็นเบาหวานคุมได้	138	32.6
เป็นเบาหวานคุมไม่ได้	44	10.4
การสูบบุหรี่		
สูบบุหรี่	21	5.0
ไม่สูบบุหรี่	402	95.0
การเคี้ยวหมาก		
เคี้ยวหมาก	11	2.6
ไม่เคี้ยวหมาก	412	97.4
การแปรงฟัน		
แปรงฟันก่อนนอน	360	85.1
ไม่ได้แปรงฟันก่อนนอน	63	14.9
การดูแลสุขภาพฟัน		
ดูแลสุขภาพฟัน	5	1.2
ไม่ได้ดูแลสุขภาพฟัน	418	98.8

บทวิจารณ์

จากผลการศึกษาสภาวะสุขภาพช่องปากและปัจจัยเสี่ยงทางทันตสุขภาพผู้สูงอายุเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอแม่จัน-แม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงรายจำนวนทั้งสิ้น 423 คน ทำให้เข้าใจถึงปัญหาสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุได้ดีขึ้น เป้าประสงค์ด้านสุขภาพช่องปากในผู้สูงอายุ คือ ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากดี มีฟันใช้เคี้ยวอาหารได้อย่างเหมาะสม อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี เพื่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต⁽²⁾ วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งร่างกายและจิตใจ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้^(3, 4) จากการสำรวจพบว่า มีประชากรกลุ่มผู้สูงอายุเพศหญิง ร้อยละ 59.3

มากกว่าผู้สูงอายุเพศชาย ร้อยละ 40.7 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาที่คาดว่าบุคคลหนึ่งจะมีชีวิตอยู่หลังจากมีอายุ 60 ปี ในปี พ.ศ. 2546 เพศหญิงจะมีอายุเฉลี่ย 81.9 ปี เพศชาย 79.6 ปี⁽¹⁾ ผู้สูงอายุเพศหญิงจึงมีแนวโน้มที่จะมีชีวิตยืนยาวกว่าเพศชาย อีกสาเหตุหนึ่งคือ ผู้สูงอายุเพศชายบางส่วนยังประกอบอาชีพอยู่ทำให้การนัดสำรวจพบผู้สูงอายุเพศหญิงมากกว่าเพศชาย โดยอายุเฉลี่ยจากการสำรวจ พบว่า ผู้สูงอายุเฉลี่ย 69 ปี ส่วนใหญ่มีการสูญเสียฟันบดเคี้ยวไป โดยจะเห็นได้จากข้อมูลที่สำรวจ พบว่า ผู้สูงอายุมีจำนวนฟันแท้เฉลี่ย 19 ซี่ ผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งาน 20 ซี่ขึ้นไป ร้อยละ 59 เปรียบเทียบกับผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2555 พบว่าผู้สูงอายุมีฟันแท้ใช้งาน 20 ซี่ขึ้นไป ในช่วงอายุ 60 - 74 ปี

ร้อยละ 57.8⁽¹⁶⁾ (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย 2556) แสดงให้เห็นว่าค่าเฉลี่ยผู้สูงอายุที่มีฟันแท้ใช้งาน 20 ซี่ขึ้นไป มีความใกล้เคียงค่าเฉลี่ยระดับประเทศ แต่มีผู้สูงอายุ ร้อยละ 48.5 ที่มีฟันแท้สบ 4 คู่สบ สูงกว่าค่าเฉลี่ยเมื่อเทียบกับผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 พ.ศ. 2555⁽¹⁶⁾ (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย 2556) ซึ่งพบว่าผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 - 74 ปี ที่มีคู่สบฟันหลังครบ 4 คู่สบ มีค่าเฉลี่ย ร้อยละ 43.3 แสดงว่าฟันแท้ส่วนใหญ่ที่สูญเสียมักเป็นฟันบดเคี้ยว โรงพยาบาลแม่จัน ได้จัดทำโครงการฟันเทียมผู้สูงอายุมาต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ถึงปัจจุบัน^(6,7) มีผู้สูงอายุจำนวนมาก ได้รับฟันเทียมตามโครงการ ดังจะเห็นได้จากข้อมูลสำรวจ พบว่า ผู้สูงอายุใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้น้อยกว่า 16 ซี่ ร้อยละ 13.0 ผู้สูงอายุใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ใส่เกือบทั้งปาก (16 ซี่ขึ้นไป) ร้อยละ 5.7 ผู้สูงอายุที่ใส่ฟันเทียมชนิดถอดได้ทั้งปาก ร้อยละ 3.8 จะเห็นว่าโครงการฟันเทียมพระราชทาน ได้เพิ่มการเข้าถึงด้านการใส่ฟันในผู้สูงอายุได้เพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลที่สำรวจพบ สอดคล้องกับผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพของประชากร จังหวัดนครราชสีมา ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2555 โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ผู้สูงอายุที่ไม่มีฟันทั้งปากเลย มีอยู่ ร้อยละ 4.1⁽⁵⁾ การใส่ฟันปลอมให้ผู้สูงอายุจะทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น การบดเคี้ยวอาหารทำให้ดีขึ้นและยังเป็นการทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้น การสูญเสียฟัน เป็นสาเหตุของการบดเคี้ยวได้ไม่ดี การพูดจาออกเสียงรวมไปถึง การเข้าสังคมจะเป็นปัญหา จำนวนฟันธรรมชาติที่เหลืออยู่น้อยจะก่อให้เกิดข้อจำกัดในการเคี้ยวอาหาร การเลือกรับประทานอาหารจึงจำกัดอยู่เฉพาะอาหารที่เคี้ยวได้ง่ายๆ เช่น อาหารประเภทข้าวหรือแป้ง ทำให้ผู้ที่สูญเสียฟันมีโอกาสขาดสารอาหารบางประเภท ทำให้ส่งผลต่อสภาวะโภชนาการ⁽⁸⁾ โรงพยาบาลแม่จัน มีแนวคิดในการสร้างการเข้าถึงการรักษาด้านทันตกรรมแก่ผู้สูงอายุโดยขยายบริการลงพื้นที่ระดับปฐมภูมิ 2 แห่ง ในการทำฟันเทียม คือ ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองแม่จัน และ สถานีอนามัย เฉลิมพระเกียรติติดอยดุง โดยมีทันตแพทย์ลงปฏิบัติงานเป็นประจำและสามารถทำฟันเทียมให้ผู้สูงอายุได้เพิ่มมากขึ้น เพราะผู้สูงอายุ มักมีปัญหาเรื่องการมารับบริการ เนื่องจาก ไม่มีญาติมาด้วย หรือมีปัญหาด้านความเข้าใจขั้นตอนการรักษา จากการศึกษาของ ชัยรัตน์ ทับทอง พบว่า

ผู้สูงอายุเพศชาย ร้อยละ 62.5 ที่มารับบริการทำฟันเทียมที่โรงพยาบาลส่วนผู้สูงอายุเพศหญิงมี ร้อยละ 37.5 ซึ่งน้อยกว่าเพศชาย เนื่องจากผู้สูงอายุเพศชายนั้นสามารถเดินทางมารับบริการทำฟันเทียมที่โรงพยาบาลได้สะดวกกว่าผู้สูงอายุเพศหญิง และยังพบว่าผู้สูงอายุเพศชาย เดินทางมาโรงพยาบาลเอง ร้อยละ 48.6 ในขณะที่เพศหญิงเดินทางเองร้อยละ 19.3⁽⁹⁾ การเพิ่มจุดบริการจะสร้างการเข้าถึงที่ง่ายขึ้น ลดระยะเวลาในการเดินทางมาที่โรงพยาบาลและลดการรอคอยคิวบริการฟันเทียม

จากการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานควบคุมได้ ร้อยละ 32.6 เบาหวานควบคุมไม่ได้ ร้อยละ 10.4 ไม่เป็น/ไม่รู้/ไม่เคยตรวจ ร้อยละ 57.0 จะเห็นว่าผู้สูงอายุ เป็นเบาหวานถึง ร้อยละ 43.0 ของประชากร อันจะส่งผลถึงภาวะปริทันต์ที่ไม่ดี โดยเฉพาะในกลุ่มที่ควบคุมไม่ได้ ส่งผลกระทบต่อปัญหาในการให้การรักษาอีกด้วย เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่จัน-แม่ฟ้าหลวง ได้ทำกิจกรรมควบคุมไปกับคลินิกผู้ป่วยเบาหวาน โดยผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ต้องมารับการตรวจสุขภาพช่องปากและรับฟังคำแนะนำทุกราย รวมทั้งทำคิวนัดเพื่อการรักษาที่เหมาะสม ส่วนในกลุ่มควบคุมเบาหวานไม่ได้จะต้องพบทันตแพทย์ทุกครั้ง เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำที่เหมาะสม เพราะโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อย ซึ่งมีผลต่อภาวะช่องปากชัดเจนโดยเฉพาะในผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ จะพบภาวะแทรกซ้อน ดังนี้ ปากแห้ง, เกิดฟันผุ ได้ง่าย, มีแนวโน้มในการเกิดโรคปริทันต์ง่ายและรุนแรง, ติดเชื้อง่าย และเกิดแผลในปากจะหายช้า^(10, 11)

ผู้สูงอายุที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 5.0 และเคี้ยวหมาก ร้อยละ 2.6 สารประกอบในบุหรี่ โดยเฉพาะนิโคติน (Nicotine) น้ำมันดิน (Tars) รวมทั้งสารอื่นที่เกิดจากการเผาไหม้ในช่องปาก ส่งผลต่อสุขภาพช่องปาก⁽¹²⁾ และการเคี้ยวหมากจะเกิดการระคายเคืองอย่างเรื้อรังต่อเนื้อเยื่อช่องปาก อาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเป็นมะเร็งช่องปาก⁽¹³⁾ การให้ความรู้และการรณรงค์ในปัจจุบันเสี่ยงทั้ง 2 เรื่อง ต้องทำอย่างต่อเนื่องเพื่อลดความเสี่ยงการเกิดมะเร็งช่องปากและปัญหาสุขภาพอื่นๆ เช่น ถูกลมโป่งพอง มะเร็งปอด เป็นต้น

ด้านการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล พบว่า ยังมีผู้สูงอายุบางส่วน ร้อยละ 14.9 ไม่แปรงฟันก่อนเข้านอน และยังมีพบน้อยมาก คือ ร้อยละ 1.2 ของผู้สูงอายุที่ดูแล ซอกฟัน ซึ่งเป็นเรื่องสำคัญที่ต้องเน้นการดูแลซอกฟันใน ผู้สูงอายุ เพราะโรคฟันผุในผู้สูงอายุมักเกิดบริเวณคอฟัน รากฟัน และซอกฟัน^(14,15)

ผู้สูงอายุในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอแม่จัน-แม่ฟ้าหลวง มีการรวมกลุ่มตั้งชมรมผู้สูงอายุ เป็นกลุ่มชมรมในชุมชน และมีการรวมตัวกันทำกิจกรรม อย่างเข้มแข็ง การรวมกลุ่มลักษณะนี้จะเอื้อต่อการทำงาน การประสานงาน เรื่องข้อมูลต่างๆ การประชาสัมพันธ์ รวมถึงการให้ ทันตสุขภาพศึกษาได้ อย่างทั่วถึง เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอแม่จัน-แม่ฟ้าหลวง ได้ประสานงานผ่านชมรมผู้สูงอายุทุกกลุ่ม เพื่อการให้ความรู้ที่ถูกต้องในการดูแลทันตสุขภาพของผู้สูงอายุ รวมถึงการจัดให้มีบริการตรวจสุขภาพช่องปาก ในกลุ่มชมรมต่างๆ อยู่เป็นประจำ แนวทางการทำงาน ร่วมกับกลุ่มชมรมผู้สูงอายุ เป็นปัจจัยสำเร็จอย่างดี ที่ทำให้การให้บริการและการให้ความรู้ได้เข้าถึงผู้สูงอายุ ในชุมชนอย่างทั่วถึง

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุมีความ จำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการดูแลสุขภาพช่องปาก ร่วมไปกับการรักษาและฟื้นฟูสุขภาพช่องปาก เช่น การฝึกทักษะการแปรงฟันที่ถูกต้อง เน้นการดูแลซอกฟัน โดยใช้อุปกรณ์เสริม รวมถึงมาตรการการทาฟลูออไรด์ใน กลุ่มผู้สูงอายุเพื่อคงสภาพช่องปากที่สามารถใช้งานได้ อย่างเหมาะสม และเกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น

ปัจจัยในการเข้าถึงผู้สูงอายุในชุมชน ควรได้รับความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โดยมีการสื่อสารผ่านชมรมผู้สูงอายุสร้างการมีส่วนร่วม ในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพช่องปาก การบูรณาการ กับบริการสุขภาพเยี่ยมบ้านเพื่อค้นหาผู้สูงอายุ ในกลุ่มติดบ้าน ติดเตียง รวมถึงการออกแบบบริการ ที่ใกล้บ้านโดยขยายจุดบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และศูนย์สุขภาพชุมชนเมื่อมีเจ้าพนักงาน ทันตสาธารณสุขหรือทันตแพทย์ออกปฏิบัติงานประจำ

ผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านโรคอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง ควรมีการจัดบริการ แยกคลินิกเฉพาะผู้สูงอายุและมีการดูแลทันตสุขภาพ ควบคู่ไปด้วย จะทำให้สามารถเข้าถึงกลุ่มผู้สูงอายุที่มี ภาวะเสี่ยง และมีปัญหาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ สำเร็จลุล่วง ตรงตาม วัตถุประสงค์ เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์เป็นอย่างดี จากผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทุกๆแห่ง รวมถึง เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ได้ช่วยนัดหมาย ผู้สูงอายุกลุ่มเป้าหมาย ผู้สูงอายุที่ให้ความร่วมมือ ในการสำรวจทุกแห่ง ชมรมผู้สูงอายุทุกชมรมในเครือข่าย บริการสุขภาพอำเภอแม่จัน-แม่ฟ้าหลวง

เอกสารอ้างอิง

1. สารประชากร. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม. มหาวิทยาลัยมหิดล.ปีที่ 12 ฉบับวันที่ 1 กรกฎาคม 2556.
2. แผนงานทันตสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุประเทศไทย. กระทรวงสาธารณสุข.สิงหาคม 2557:16
3. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข.คู่มือการส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์ ในผู้สูงอายุสำหรับบุคลากรสาธารณสุข.เมษายน 2545 :21-23
4. บรรลุ ศิริพานิช.ผู้สูงอายุไทย: ความเปลี่ยนแปลง ของร่างกายและการทำงานของร่างกาย เมื่อเข้าสู่วัย สูงอายุ.สภาผู้สูงอายุแห่งประเทศไทย.2542:24-25
5. สำนักทันตสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจ สภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 7 พ.ศ.2555. นนทบุรี : สำนักทันตสาธารณสุข กรม อนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2556.:16
6. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.คู่มือการ ดำเนินงานโครงการฟันเทียมพระราชทานเพื่อการ รณรงค์ ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพช่องปากผู้สูง อายุเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว ในมหาวาระมงคล 80 พรรษา ภายใต้โครงการ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ปี 2548. นนทบุรี : กรมอนามัย; 2548.

7. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานโครงการฟันเทียมพระราชทานเพื่อการรณรงค์ ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเฉลิมพระเกียรติพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว. เนื่องในโอกาสจัดงานฉลองสิริราชสมบัติครบ 60 ปี และเนื่องในโอกาสวาระมหามงคล 80 พรรษา 5 ธันวาคม 2550. นนทบุรี : กรมอนามัย; 2550.
8. วรางคณา เวชวิณี, สุปรานีดาไลตม, นนทลี วีระชัย, ถาวร เป็รื่องวิทยากุล. เรื่องนำรู้สุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี : กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2547.
9. ชัยรัตน์ ทัพทอง. การประเมินความพึงพอใจและผลกระทบของฟันเทียมต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอำเภอหนองบุญมาก จังหวัดนครราชสีมา. วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 2558; 20 (2):60-70.
10. Diabetes and oral health. JADA. 2002; 133:1299.
11. ดาวเรือง แก้วขันตี. ความรู้เรื่องโรคเบาหวานกับสุขภาพช่องปาก. วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 8(1-2) ช 78-93.
12. ลัดนา เหลืองจามีกร. ยาสูบกับระบบโรคในช่องปาก: กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. คู่มือสำหรับทันตบุคลากร วิธีช่วยเหลือผู้ที่ต้องการเลิกบุหรี่. 2545.
13. Chiba I, Muthumala M, Yamazaki Y, et al. Characteristics of mutation in P53 gene of Oral squamous-cell carcinomas associated with betel-quid chewing in Sri Lanka, Int J cancer 1998 Sep 11 : 77(6) : 839-4
14. Joshi A, Papas AS, Giunta J. Root caries incidence and associated risk factors in middle-aged and older adults. Gerodontology. 1993;10(2):83-9.
15. Powell LV, Mancl LA, Senft GD. Exploration of prediction models for caries risk assessment of the geriatric population. Community Dent Oral Epidemiol. 1991; 19(5):291-5.

แนวทางการเลือกใช้ยารักษาโรคจิตทางคลินิกจากคุณสมบัติของยา

พันตรี ญัฐพล ใจสุภา¹, วีรศักดิ์ เมืองไพศาล²

¹ภาควิชาเภสัชวิทยา วิทยาลัยแพทยศาสตร์ พระมงกุฎเกล้า

²ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ

การใช้ยารักษาโรคจิตมีวัตถุประสงค์เพื่อการออกฤทธิ์ในการควบคุมระบบสารสื่อประสาทโดปามีนในสมองบริเวณที่เฉพาะเจาะจง คือ สมองส่วนลิมบิกและสมองใหญ่ส่วนหน้า ยากลุ่มนี้แบ่งได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ ยากลุ่มดั้งเดิมและยากลุ่มใหม่ ยากลุ่มดั้งเดิมมีกลไกการออกฤทธิ์หลักคือการปิดกั้นตัวรับโดปามีน 2 (DRD2) ดังนั้นยากลุ่มนี้จึงให้ผลการรักษาที่ดีกับโรคจิตที่มีอาการด้านบวกเท่านั้น สำหรับยากลุ่มใหม่นั้นถูกออกแบบให้สามารถปิดกั้นตัวรับซีโรโทนิน 2A (5-HT_{2A}) ได้ด้วยนอกเหนือจาก DRD2 ทำให้ยากลุ่มนี้ให้ผลการรักษาที่ดีกับโรคจิตที่มีอาการทั้งด้านบวกและด้านลบ ส่งเสริมประสิทธิภาพด้านอารมณ์ความคิด รวมถึงการมีผลข้างเคียงของระบบเอ็กซ์ตราพีรามิดที่น้อยกว่า ยากลุ่มดั้งเดิม อย่างไรก็ตามความสามารถในการปิดกั้น DRD2 นั้นยังมีความแตกต่างกัน ซึ่งอาจส่งผลต่อการรักษาที่ต่างกันด้วย นอกนั้นยารักษาโรคจิตบางตัวยังสามารถจับกับตัวรับชนิดอื่นได้อีกด้วย เช่น ตัวรับแอลฟา 1 และตัวรับมัสคารินิก ผลดังกล่าวเป็นสาเหตุของอาการไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น ดังนั้นการที่จะเลือกใช้ยารักษาโรคจิตในผู้ป่วยแต่ละรายต้องคำนึงถึงข้อมูลของผู้ป่วย รวมถึงข้อมูลทางเภสัชวิทยาของยาที่จะใช้ด้วย เพื่อให้เกิดประสิทธิผลในการรักษา รวมถึงลดผลข้างเคียงจากยาให้มากที่สุด

คำสำคัญ : ยารักษาโรคจิต, คุณสมบัติทางเภสัชวิทยา, การใช้ทางคลินิก

Abstract

Antipsychotics are clinically aimed to regulate dopaminergic system in particular areas of the brain; limbic and prefrontal cortex. They are classified into 2 major groups; conventional (or typical) and atypical. The former work by blocking dopamine receptor subtype D₂ (DRD2), therefore they show the benefit against only positive symptoms of psychosis. The latter have the additional blockage to a serotonin receptor subtype 2A (5-HT_{2A}) other than DRD2, thus they are useful in both positive and negative symptoms of psychoses, which promote cognition more than a conventional group, and less extrapyramidal side effects. However, the degree of blockage on DRD2 is different due to the receptor affinity, leading to the variation of treatment response. Besides that some antipsychotics might interact with several other receptors such as alpha-adrenergic receptor (α_1) and muscarinic (M₁) receptor, resulting in undesired side effects. Importantly, the individual information of the patients as well as the pharmacological profiles of the drugs must be considered carefully before selecting antipsychotics to yield the most perfective outcomes and to prevent undesired effects.

Keywords : antipsychotics, pharmacological properties, clinical use

ผู้รับผิดชอบบทความ

พันตรี ญัฐพล ใจสุภา

ภาควิชาเภสัชวิทยา

วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า

Corresponding author

Major Nattapon Jaisupa

Department of Pharmacology

Phramongkutklo College of Medicine

บทนำ

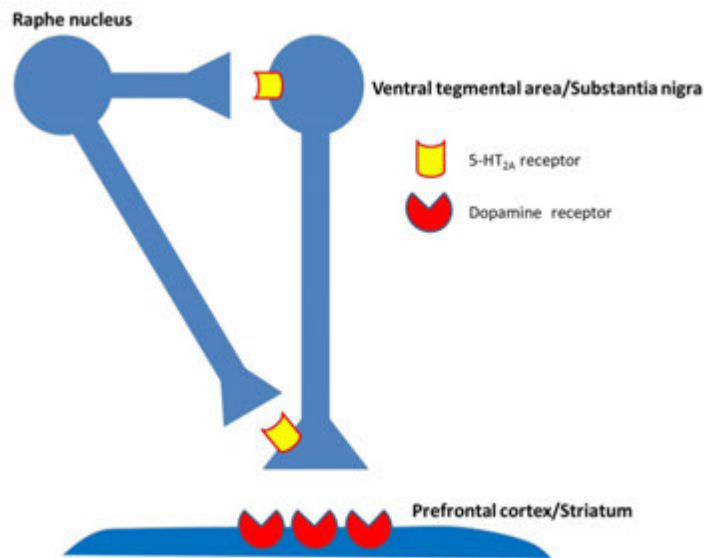
ยารักษาโรคจิตแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆ คือ ยากลุ่มดั้งเดิม (conventional หรือ typical) (ตารางที่ 1) และยากลุ่มใหม่ (atypical) ซึ่งมีเป้าหมายต่อการควบคุมการทำงานของสารสื่อประสาทโดปามีน (dopamine) ที่ระบบลิมบิก (limbic) และที่สมองใหญ่ส่วนหน้า (prefrontal cortex) เป็นหลัก ยารักษาโรคจิตมีข้อบ่งใช้ในการรักษาอาการทางจิต (psychoses) ซึ่งได้แก่ โรคจิตเภท (schizophrenia), delusional disorders, psychotic symptoms in mood disorder และ organic psychoses นอกจากนี้ยากลุ่มใหม่บางตัวยังมีการอนุมัติใช้ในโรคซึมเศร้า (depression) และโรคอารมณ์สองขั้ว (bipolar disorder) (ตารางที่ 2) ยารักษาโรคจิตทั้งสองกลุ่มนี้มีกลไกการออกฤทธิ์ที่ต่างกันจึงทำให้เกิดผลการรักษาและอาการข้างเคียงที่ต่างกันด้วย ยากลุ่มดั้งเดิมออกฤทธิ์ปิดกั้น dopamine receptor ชนิด D₂ (DRD2) ได้แรงมาก สำหรับยากลุ่ม atypical หรือ serotonin dopamine antagonist (SDA) มีกลไกปิดกั้น serotonin subtype 2A receptor (5-HT_{2A}) และ DRD2 ได้ด้วยโมเลกุลเดียวกัน โดยที่การปิดกั้น 5-HT_{2A} receptor นั้นดีกว่า DRD2^(1, 16) อย่างไรก็ตาม ผลที่ต้องการจากยากลุ่มนี้คือการลดการทำงานของสารสื่อประสาท dopamine ที่ mesolimbic pathway โดยเฉพาะที่ nucleus accumbens ในผู้ป่วยโรคจิตชนิดที่มีอาการด้านบวก (เช่น อาการประสาทหลอน และอาการหลงผิด) และการเพิ่มการทำงานของสารสื่อประสาท dopamine ที่ prefrontal cortex ในผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการด้านลบ (เช่น สีหน้าเฉยเมย ไม่มีสัมพันธภาพกับใคร ไม่พูด

หรือพูดน้อย และไม่ยินดียินร้าย) จากกลไกการออกฤทธิ์ทำให้ยากลุ่มดั้งเดิมใช้ได้ผลดีต่ออาการด้านบวก แต่ยากลุ่มใหม่ให้ผลทั้งอาการด้านบวกและอาการด้านลบ ทั้งนี้เนื่องมาจากยากลุ่มใหม่มีฤทธิ์เป็น 5-HT_{2A} antagonist จึงส่งผลให้เพิ่มการหลั่ง dopamine ที่ prefrontal cortex (mesocortical pathway) (รูปที่ 1) จึงมีผลเพิ่ม cognitive function ซึ่งไม่พบในยากลุ่มเก่า อย่างไรก็ตาม ยากลุ่มใหม่แต่ละตัวก็ยังมีคุณสมบัติที่แตกต่างกันอีกในระดับโมเลกุล ตัวอย่างเช่น ยา quetiapine จับกับ DRD2 ได้ค่อนข้างอ่อนเมื่อเทียบกับยากลุ่มใหม่ตัวอื่น อาจทำให้ใช้กับผู้ป่วยบางรายไม่ได้ผลหรือได้ผลไม่ดีเท่าที่ควร ยา risperidone เป็นยากลุ่มใหม่ที่จับกับ DRD2 ได้แรงมากเทียบเท่า haloperidol จึงทำให้เกิดผลข้างเคียงได้มากที่สุด ในยากลุ่มใหม่ ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่บางตัวยังมีคุณสมบัติเป็น 5-HT_{1A} partial agonist เช่น quetiapine, aripiprazole และ ziprasidone ซึ่งมีผลดีต่อ cognition เช่นกัน สำหรับ aripiprazole ไม่ได้ออกฤทธิ์เป็น antagonist ที่ DRD2 แต่ออกฤทธิ์เป็น partial agonist ที่ receptor นี้⁽⁸⁾

การปิดกั้น DRD2 ที่เหมาะสมในการรักษาโรคจิตที่มีอาการด้านบวกคือการปิดกั้น receptor นี้ประมาณร้อยละ 60-80 ที่มีสมองส่วน striatum หากปิดกั้นมากกว่านั้นอาจเพิ่มอัตราการเกิดผลข้างเคียง extrapyramidal side effect (EPS) ได้ แต่สำหรับในผู้สูงอายุนั้นจำนวนของ DRD2 ที่ถูกปิดกั้นควรมีค่าประมาณร้อยละ 50-70 ซึ่งน้อยกว่าผู้ที่เจริญวัยเต็มที่^(8, 19)

ตารางที่ 1 ตัวอย่างยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมแบ่งตามความแรง⁽¹⁾

กลุ่มความแรงต่ำ	กลุ่มความแรงปานกลาง	กลุ่มความแรงสูง
Chlorpromazine	Perphenazine	Fluphenazine
Thioridazine	Trifluphenazine	Haloperidol
	Zuclopenthixol	Prochlorperazine
		Flupenthixol
		Pimozide



รูปที่ 1 การควบคุมการหลั่งโดปามีนโดย raphe nucleus: ซีโรโทนินที่หลั่งจาก raphe nucleus ลดการหลั่งโดปามีนของ substantia nigra (ที่ striatum) หรือ ventral tegmental area (ที่ prefrontal cortex) ผ่านการทำงานของ 5-HT_{2A} receptor ที่ presynaptic terminus และที่ cell body ของ dopaminergic neurons

ตารางที่ 2 ตัวอย่างการอนุมัติใช้ยารักษาโรคจิตในโรคซึมเศร้าและโรคอารมณ์สองขั้ว

ยา	Major depressive disorder (MDD)	Bipolar disorder		
		Mania	Maintenance	Depression
Aripiprazole (5, 6)	Augmentation of antidepressants	✓	✓	
Olanzapine (7)		✓	✓	Combined with fluoxetine (OFC)
Risperidone (8)		✓		
Risperidone long acting injection (9)			✓	
Quetiapine 6, 7, 10	Augmentation of antidepressants or monotherapy	✓	✓	✓
Ziprasidone (11)		✓		

ปัจจุบันมียารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ที่ได้รับอนุมัติจาก US FDA เพิ่มอีก 2 ชนิด คือ cariprazine เพื่อใช้รักษา schizophrenia และ mania episode ใน bipolar disorder⁽⁹⁾ และยาอีกตัวหนึ่งคือ brexpiprazole ที่เป็นอนุพันธ์ของ aripiprazole ซึ่งได้รับอนุมัติให้ใช้รักษา schizophrenia และ Major depressive disorder (MDD) แบบ adjunctive therapy⁽³⁾ สำหรับเหตุผล

ที่ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่บางตัวใช้ได้ผลในการรักษา MDD อาจเนื่องมาจากการที่ยามีฤทธิ์เป็น 5-HT_{2A} antagonist และ 5-HT_{1A} partial agonist จะเพิ่มการหลั่ง dopamine และการสร้าง brain-derived neurotrophic factor ที่สมองส่วน prefrontal cortex⁽¹⁷⁾ สำหรับ quetiapine ถูก metabolized ได้เป็น active metabolite คือ norquetiapine ซึ่งมีฤทธิ์เป็น

noradrenaline reuptake inhibitor รวมถึงการมีฤทธิ์เป็น partial agonist ที่ 5-HT_{1A} receptor จึงอาจส่งผลดีต่อโรคซึมเศร้าอีกทางหนึ่งด้วย⁽⁸⁾

ผลข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตขึ้นกับผลต่อ receptor ที่หลากหลาย และขึ้นกับยาแต่ละตัว (ตารางที่ 3) เช่น ยาในกลุ่มเก่าชนิดความแรงต่ำ คือ chlorpromazine และ thioridazine รวมถึงยากลุ่มใหม่ คือ olanzapine และ clozapine เป็นยาที่มีฤทธิ์ anticholinergic ที่สูง นอกจากนี้ต้องระวังผลข้างเคียง orthostatic hypotension โดยเฉพาะในผู้สูงอายุเนื่องจากยาเกือบทุกตัวมีฤทธิ์เป็น α_1 receptor antagonist ซึ่งจะมากน้อยขึ้นกับคุณสมบัติของยาแต่ละตัว ผลทางด้าน metabolic มักจะเกิดกับยากลุ่มใหม่เนื่องจากผลของ 5-HT₂ receptor antagonist (5-HT_{2A} และ 5-HT_{2C}) และ histamine (H₁)

receptor antagonist โดยยาที่พบปัญหานี้มากๆ คือ olanzapine และ clozapine⁽¹⁷⁾ ซึ่งจะต้องระวังหรือหลีกเลี่ยงการใช้นี้ในผู้ที่มี metabolic syndrome อยู่แล้ว ผลข้างเคียงเกี่ยวกับการรบกวนนอนขึ้นกับความสามารถในการปิดกั้น H₁ receptor ยาที่ทำให้เกิดอาการรบกวนนอนมาก เช่น chlorpromazine, clozapine, olanzapine และ quetiapine เป็นต้น สำหรับผลข้างเคียง extrapyramidal side effect (EPS) และ hyperprolactinemia จะเกิดกับยากลุ่มใหม่น้อยเมื่อเทียบกับยากลุ่มเก่าเนื่องจากผลของ 5-HT_{2A} receptor antagonist ส่วนยากลุ่มใหม่ที่อาจทำให้เกิดผลนี้มากที่สุด คือ risperidone เนื่องจากปิดกั้น DRD2 ได้แรงมากพอๆ กับ haloperidol สำหรับ clozapine และ olanzapine มีฤทธิ์ anticholinergic ค่อนข้างแรง จึงช่วยลดผล EPS อีกทางด้วย⁽⁸⁾

ตารางที่ 3 ตัวอย่างผลของยารักษาโรคจิตต่อ receptor ต่างๆ^(1,12)

Receptors	D ₂	5-HT _{2A}	5-HT _{2C}	5-HT _{1A}	α_1	M ₁	H ₁
Aripiprazole	++++	++++	++	++++	++	0	++
Clozapine	+	++++	+++	+	++++	++++	++++
Olanzapine	++	++++	++++	-	++	++++	++++
Quetiapine	+	++	0	+	++	0/+	+++
Risperidone	++++	+++++	++	+	++++	0	++
Ziprasidone	++++	+++++	+++++	++++	++	0	++
Haloperidol	++++	+	0	0	++++	0	0

การเลือกใช้ยารักษาโรคจิตในผู้ป่วยที่มีโรคทางระบบประสาทอื่นร่วมด้วย ต้องมีความระวังเป็นอย่างยิ่งเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดผลต่อการรักษาโรคนั้น การให้ยารักษาโรคจิตในผู้ป่วยพาร์กินสันอาจทำให้อาการของโรคพาร์กินสันเลวลงได้ จึงต้องมีการปรับขนาดยาให้เหมาะสม ยาที่มีการศึกษาและใช้ทางคลินิก คือ quetiapine และ clozapine ซึ่งเป็นการใช้ที่นอกเหนือจากข้อบ่งใช้บนฉลาก (off-label) เนื่องจากยาทั้งสองปิดกั้น DRD2 ได้ไม่แรงมาก อย่างไรก็ตาม clozapine เป็นยาที่มีผลข้างเคียงที่มากจึงไม่เป็นที่นิยม^(1, 15) สำหรับยารักษาโรคจิตตัวใหม่ที่เพิ่งได้ได้รับอนุมัติให้ใช้ในผู้ป่วยพาร์กินสันเป็นตัวแรกเมื่อเดือนเมษายน 2559 คือ pimavanserin ซึ่งออกฤทธิ์เป็น antagonist ต่อ 5-HT_{2A} receptor โดยไม่มีผลต่อ DRD2⁽⁷⁾ จึงมีผลน้อยต่ออาการพาร์กินสัน การให้ยารักษา

โรคจิตในผู้ป่วยโรคลมชักต้องใช้ใช้อย่างระมัดระวัง เพราะยารักษาโรคจิตมีผลลด seizure threshold อาจทำให้อาการชักกำเริบได้ โดยยาที่ต้องระวัง คือ clozapine, chlorpromazine ยาที่มีผลต่อ seizure threshold น้อย เช่น haloperidol^(6, 11) ยารักษาโรคจิตที่มีผลต่อการ prolong QT interval ที่เด่นคือ thioridazine และ ziprasidone (ตารางที่ 4) จึงต้องระวังในผู้ป่วยโรคหัวใจ⁽¹⁾ สำหรับการให้ยารักษาโรคจิตในผู้ป่วยที่มีภาวะ behavioral and psychotic symptom of dementia (BPSD) ในผู้สูงอายุนั้น เป็นการให้ยาแบบ off-label และมีรายงานการเพิ่มอัตราการตายถึงร้อยละ 60 ซึ่งอาจเกิดจากผลด้านระบบหัวใจและหลอดเลือด⁽⁵⁾ ดังนั้นจึงต้องประเมินถึงผลดีผลเสียในการให้ยาในกรณีนี้ รวมถึงปรับขนาดยาที่เหมาะสม (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 4 ผลการเปลี่ยนแปลง QT interval ของยารักษาโรคจิตบางตัว⁽¹⁾

ยา	ขนาดยา (mg)	การเปลี่ยนแปลง QT interval (ms)
Thioridazine	300	36
Ziprasidone	160	20
Quetiapine	800	14.5
Risperidone	16	11.6
Olanzapine	20	6.8
Haloperidol	15	4.7

ตารางที่ 5 ขนาดยารักษาโรคจิตที่แนะนำให้ใช้ในผู้สูงอายุ⁽⁵⁾

ยา	ในโรคความจำเสื่อม		ในโรคจิตชนิดอื่น	
	ขนาดยาเริ่มต้น (mg/วัน)	ขนาดยาสูงสุด (mg/วัน)	ขนาดยาเริ่มต้น (mg/วัน)	ขนาดยาสูงสุด (mg/วัน)
Haloperidol	0.25	2	0.5	5
Clozapine	12.5	100	12.5	300
Risperidone	0.25	2	0.5	4
Olanzapine	1.25	10	2.5	15
Quetiapine	12.5	300	12.5	300
Aripiprazole	5	15	5	30

ยาที่ต้องผ่านกระบวนการ metabolism ด้วยเอนไซม์ CYP 450 นั้น (ตารางที่ 6) อาจถูกรบกวนด้วยยาอื่นที่มีผลกระตุ้นหรือยับยั้งการทำงานของเอนไซม์ดังกล่าวได้

ตารางที่ 6 เอนไซม์ที่ใช้ในการ metabolism ยารักษาโรคจิต⁽⁸⁾

ยา	เอนไซม์
Aripiprazole	CYP 3A4, CYP 2D6
Clozapine	CYP 1A2
Olanzapine	CYP 1A2
Quetiapine	CYP 3A4
Risperidone	CYP 3A4, CYP 2D6
Ziprasidone	CYP 3A4
Haloperidol	CYP 3A4, CYP 2D6

ตัวอย่างปัญหาจากการใช้ยารักษาโรคจิตที่เกี่ยวข้องกับคุณสมบัติของยา

ตัวอย่างที่เกิดขึ้นจริงที่ได้รับการถ่ายทอดมาจากประสบการณ์ของอาจารย์ ผู้เชี่ยวชาญ และจากงานประชุมวิชาการที่นำปัญหาเรื่องการใช้ยารักษาโรคจิตมาประเมินร่วมกัน โดยปัญหาที่ยกมานี้เกี่ยวข้องกับคุณสมบัติของยา รวมถึงข้อมูลทางเภสัชจลนศาสตร์ และเภสัชพลศาสตร์ ซึ่งสามารถสรุปโดยย่อได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยสูงอายุได้รับยา aripiprazole ในการรักษาอาการทางจิตเวช ต่อมาผู้ป่วยมีอาการคออัสเสบ จึงได้รับยาปฏิชีวนะ clarithromycin หลังจากกินยาไป 2 ครั้ง ผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงของระบบเอ็กซ์ตราพีรามิด (extrapyramidal side effect; EPS) คือ เคลื่อนไหวช้า กลืนลำบาก สาเหตุที่ทำให้เกิดอาการดังกล่าวอาจเนื่องมาจากยา clarithromycin ที่ได้รับภายหลังมีคุณสมบัติเป็น enzyme inhibitor ส่งผลทำให้การเปลี่ยนแปลงยา aripiprazole ลดลง จึงทำให้ระดับยาสูงขึ้น ถึงแม้ว่ายา aripiprazole จะมีคุณสมบัติเป็น partial agonist ที่ DRD2 แต่ก็สามารถทำให้เกิด EPS ได้

2. ผู้ป่วยชายสูงอายุป่วยเป็นโรคต่อมลูกหมากโตได้รับยา prazosin เพื่อรักษา ต่อมาต้องได้รับการรักษาอาการทางจิตเวชด้วยยารักษาโรคจิต risperidone พบว่าผู้ป่วยมีอาการหน้ามืดเมื่อเปลี่ยนอริยาบถจากท่านอนเป็นนั่ง สาเหตุดังกล่าวอาจเกิดจากการเสริมฤทธิ์กันในการปิดกั้น α_1 receptor ของยาทั้ง 2 ชนิด ดังนั้น จึงควรปรับการใช้ยาให้เหมาะสม

3. ผู้ป่วยรายหนึ่งได้รับยารักษาโรคจิต คือ quetiapine ในการรักษาอาการโรคจิตชนิดอาการบวก แต่ไม่สามารถคุมอาการได้ดีเท่าที่ควร แม้ว่าจะปรับขนาดยาได้เหมาะสมแล้วก็ตาม สาเหตุประการหนึ่งที่อาจจะอธิบายสาเหตุดังกล่าวคือ ยา quetiapine มีความชอบจับ (affinity) กับ DRD2 ก่อนข้างต่ำเมื่อเทียบกับยาตัวอื่น ดังนั้นอาจมีการพิจารณาเปลี่ยนชนิดยาในผู้ป่วยรายนี้ โดยเลือกยาที่มี affinity ที่สูงขึ้น

บทสรุป

ยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิมและกลุ่มใหม่มีคุณสมบัติที่ต่างกัน โดยที่ยากลุ่มใหม่มีข้อดีเหนือกว่า ยากลุ่มเก่าหลายประการ ทำให้ยากลุ่มใหม่เป็นที่นิยม

ใช้มากกว่า แต่อย่างไรก็ตามยากลุ่มเก่าก็ยังมีประโยชน์ในบางกรณีที่ยากลุ่มใหม่แล้วไม่ได้ผล นอกจากนี้ยารักษาโรคจิตยังมีคุณสมบัติบางประการที่แตกต่างกันแม้ว่าจะอยู่ในกลุ่มเดียวกัน เช่น ความชอบกับตัวรับโดปามีน รวมถึงตัวรับอื่นๆ ซึ่งนำไปสู่การตอบสนองต่อการรักษาหรือการเกิดผลข้างเคียงที่อาจต่างกัน ดังนั้นการเลือกใช้ยาต้องพิจารณาปัจจัยอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ภาวะของผู้ป่วย โรคประจำตัว ยาที่ใช้อยู่เดิม รวมถึงข้อมูลทางเภสัชวิทยาของยาที่จะใช้ เป็นต้น เพื่อให้เกิดผลการรักษาที่มีประสิทธิผลในการรักษา รวมถึงการลดผลข้างเคียงจากยาให้มากที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. Bouman WP, Pinner G. Use of atypical antipsychotic drugs in old age psychiatry. *Adv Psychiatr Treat.* 2002;8(1):49-58.
2. El-Hage W, Surguladze SA. Emerging treatments in the management of bipolar disorder - focus on risperidone long acting injection. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2010;6:455-64.
3. Greig SL. Brexpiprazole: First Global Approval. *Drugs.* 2015;75(14):1687-97.
4. Han C, Wang S-M, Kato M, Lee S-J, Patkar AA, Masand PS, et al. Second-generation antipsychotics in the treatment of major depressive disorder: current evidence. *Expert Rev Neurother.* 2013;13(7):851-70.
5. Kate NS, Pawar SS, Parkar SR, Sawant NS, others. Adverse drug reactions due to antipsychotics and sedative-hypnotics in the elderly. *J Geriatr Mental Health.* 2015;2(1):16-29.
6. Lertxundi U, Hernandez R, Medrano J, Domingo-Echaburu S, García M, Aguirre C. Antipsychotics and seizures: higher risk with atypicals? *Seizure.* 2013;22(2):141-3.
7. Markham A. Pimavanserin: First Global Approval. *Drugs.* 2016;76(10):1053-7.

8. Mauri MC, Paletta S, Maffini M, Colasanti A, Dragogna F, Di Pace C, et al. Clinical pharmacology of atypical antipsychotics: an update. *EXCLI J*. 2014;13:1163-91.
9. McCormack PL. Cariprazine: First Global Approval. *Drugs*. 2015;75(17):2035-43.
10. Nicolson SE, Nemeroff CB. Ziprasidone in the treatment of mania in bipolar disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2007;3(6):823-34.
11. Pisani F, Oteri G, Costa C, Di Raimondo G, Di Perri R. Effects of psychotropic drugs on seizure threshold. *Drug Saf*. 2002;25(2):91-110.
12. Richtand NM, Welge JA, Logue AD, Keck PE, Strakowski SM, McNamara RK. Dopamine and serotonin receptor binding and antipsychotic efficacy. *Neuropsychopharmacology*. 2007;32(8):1715-26.
13. Sajatovic M, Subramoniam M, Fuller MA. Risperidone in the treatment of bipolar mania. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2006;2(2):127-38.
14. Sanford M, Keating GM. Quetiapine: a review of its use in the management of bipolar depression. *CNS Drugs*. 2012;26(5):435-60.
15. Shotbolt P, Samuel M, David A. Quetiapine in the treatment of psychosis in Parkinson's disease. *Ther Adv Neurol Disord*. 2010;3(6):339-50.
16. Sumiyoshi T, Higuchi Y, Uehara T. Neural basis for the ability of atypical antipsychotic drugs to improve cognition in schizophrenia. *Front Behav Neurosci*. 2013;7(140):72-9.
17. Sumiyoshi T. Possible dose-side effect relationship of antipsychotic drugs: relevance to cognitive function in schizophrenia. *Expert Rev Clin Pharmacol*. 2008;1(6):791-802.
18. Thase ME. Quetiapine monotherapy for bipolar depression. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2008;4(1):11-21.
19. Uchida H, Kapur S, Pollock B, Mulsant B, Mamo D. Optimal dosing of antipsychotic drugs in older patients with schizophrenia: PET investigations. In: *International Journal of Neuropsychopharmacology*. New York, NY : Cambridge Univ Press ; 2008. p. 136.
20. Yatham LN. A clinical review of aripiprazole in bipolar depression and maintenance therapy of bipolar disorder. *J Affect Disord*. 2011;128:S21-S8.

นันทนาการบำบัดในการดูแลผู้สูงอายุ

อนัญญา เหล่ารินทอง¹, จิราพร เกศพิชญวัฒนา²

¹นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อ

จากแนวคิดการดูแลผู้สูงอายุในปัจจุบันนั้นไม่สามารถปฏิเสธได้ว่าสุขภาพจิตที่ดีเป็นพื้นฐานอันนำมาสู่สุขภาพด้านกายที่แข็งแรง อีกทั้งยังมีส่วนในกระบวนการฟื้นตัวเมื่อผู้สูงอายุเกิดปัญหาสุขภาพขึ้น จากการทบทวนวรรณกรรมผู้เขียนจึงนำเสนอ นันทนาการบำบัด (therapeutic recreation) ซึ่งเป็นการบำบัดดูแลเพื่อช่วยเหลือผู้สูงอายุที่แข็งแรงและมีข้อจำกัดจากการเจ็บป่วย ให้เกิดการพัฒนาและใช้เวลาว่างในการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวมโดยเฉพาะด้านสุขภาพจิต อันนำไปสู่คุณภาพชีวิตที่ดีในผู้สูงอายุ ปัจจุบันกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุมีหลายประเภท ทั้งนี้แต่ละประเภทก็มีข้อจำกัดที่ควรระมัดระวังในผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีข้อจำกัดด้านการเรียนรู้ การได้ยิน หรือการมองเห็น รวมถึงเป็นวัยที่มีศักดิ์ศรี มีประสบการณ์ และสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์แก่ลูกหลานได้ ดังนั้นนักปฏิบัติจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวก่อนนำกิจกรรมลงสู่การปฏิบัติ นอกจากนี้ควรคำนึงถึงบริบทของสถานที่ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ เนื่องจากการจัดกิจกรรมให้ผู้สูงอายุในชุมชน ควรมุ่งเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ทุกวัยสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ และเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุและชุมชนริเริ่มขึ้นเอง ส่วนกิจกรรมสำหรับผู้สูงอายุในโรงพยาบาลควรมุ่งเน้นลดความเบื่อหน่าย เป็นกิจกรรมเดี่ยวหรือกลุ่มเล็กๆ ใช้เวลาไม่นาน และไม่เอิกเกริกจนวุ่นวาย

คำสำคัญ : นันทนาการบำบัด ผู้สูงอายุ

Abstract

The concept of older person care today cannot be denied that good mental health is a basic principle which contributes to good physical health. It also has a part in the recovery process when the older person had health problems. Based on a review of the literature, this paper presents the therapeutic recreation which could heal and care both healthy older persons and those with limitations due to illness. This lead to the developing and the spending of free time to promote holistic health especially the psychological health which result in the better quality of life in the older person. Currently, there are many types of recreational activities for the older person. Each type has limitations that should be very careful in the older person because some of them had limitations in learning, hearing or vision and including in the dignity aspect and their knowledge which could share their experiences to their children. Therefore, practitioners need to take into account these factors before the implement process. Moreover, practitioners should concern the context of area. The activities for the older person in the community should focus on the involvement of families and communities and all ages could participate in the activities which the older person and community initiate by themselves. On the other hand, The activities for those in the hospital should focus on reducing boredom. The activities should be the individual or a small group activity and take a short time.

ผู้รับผิดชอบบทความ

อนัญญา เหล่ารินทอง

ตึก 82 สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย

ต.บ้านดู่ อ.เมือง จ.เชียงราย 57100

Corresponding author

Ananya Laorinthong

82 Building School of health science Rajabhat Chiang University

Baandu Mueng Chiang Rai 57110

Laorinthong.a@gmail.com

บทนำ

นันทนาการเป็นกิจกรรมที่ทำในเวลาว่าง สร้างความสนุกสนาน รื่นเริง ทำให้ได้พักผ่อนหย่อนใจ และ เต็มพลังให้กับชีวิต ปัจจุบันมีการนำนันทนาการ มาเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลรักษา ช่วยเหลือบุคคลให้เกิด การพัฒนาด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ นันทนาการถูกมาใช้ในเชิงบำบัดกับกลุ่มต่างๆ รวมถึง กลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดีและมีปัญหา สุขภาพ เนื่องจากผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีเวลาว่างมากกว่า วัยอื่นๆ และบางรายมีข้อจำกัดจากปัญหาสุขภาพของตน ส่งผลให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ไม่มากนัก ปฏิสัมพันธ์ ทางสังคมลดลง เกิดความรู้สึกเหงาว่าเหวได้ นันทนาการ บำบัดจึงเป็นกระบวนการหนึ่งซึ่งเป็นทางเลือกในการดูแล ผู้สูงอายุ ทั้งในด้านการป้องกัน ส่งเสริม บำบัดรักษา และฟื้นฟูสุขภาพ นันทนาการบำบัดเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่ง ที่ทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี^(1, 2)

ความหมายของนันทนาการบำบัด

นันทนาการ หมายถึง อากาศที่สนุกสนานรื่นเริง นันทนาการมาจากภาษาลาติน recreation แปลว่า การฟื้นฟูสุขภาพทำให้สดชื่น^(3, 4) นักวิชาการในอดีตใช้ คำนิยามนี้กับกิจกรรมที่ฟื้นฟูบุคคลให้มีพลังขึ้นมาใหม่ หลังจากเหนื่อยล้าจากการทำงาน

National Therapeutic Recreation Society (2000)⁽⁵⁾ ได้ให้นิยามของนันทนาการบำบัด (therapeutic recreation) ว่าหมายถึงการดูแลบำบัด การให้ความรู้ และการบริการด้านนันทนาการ (recreation services) เพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีข้อจำกัดจากการเจ็บป่วยให้เกิด การพัฒนาและใช้เวลาว่างในการส่งเสริมสุขภาพ พัฒนา ความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย เพิ่มอิสระ ในการทำกิจกรรมด้วยตนเอง และส่งเสริมคุณภาพชีวิต ของบุคคลนั้น

Leitner & Leitner (2004)⁽²⁾ กล่าวว่านันทนาการ บำบัดเป็นกระบวนการที่ใช้กิจกรรมนันทนาการ มาช่วยให้เกิดการพัฒนา และ/หรือคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ ด้านร่างกายและจิตใจ อีกทั้งนันทนาการบำบัดยังช่วย ส่งเสริมพัฒนาการด้านการเจริญเติบโตของบุคคลอีกด้วย

สรุปได้ว่านันทนาการบำบัด คือ การนำเอา กิจกรรมนันทนาการมาช่วยเหลือ ดูแลรักษาบุคคล ที่มีปัญหาสุขภาพ ก่อให้เกิดการพัฒนา และ/หรือคงไว้ ซึ่งการทำงานด้านร่างกายและจิตใจ อันนำไปสู่การ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

ประโยชน์ของนันทนาการบำบัดต่อผู้สูงอายุ

นันทนาการบำบัดมุ่งเน้นผลลัพธ์หลายด้าน คือ ด้านสุขภาพกาย ด้านสุขภาพจิตและสังคม⁽⁶⁾ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ

กิจกรรมนันทนาการที่เป็นกิจกรรมทางกาย หากปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอจะทำให้ร่างกายแข็งแรง อายุยืน ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจ โรคเมเร็ง โรคเบาหวาน โรคกระดูกพรุน รวมถึงพัฒนา ระบบภูมิคุ้มกัน ป้องกันภาวะซึมเศร้า ไปจนถึงพัฒนา ความจำ และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะนอน ไม่หลับ^(1, 2, 3, 7, 8) ในด้านจิตใจ กิจกรรมนันทนาการนำ ไปสู่การมองโลกในแง่ดี ความรู้สึกมีอิสระที่จะเลือกหรือ กระทำสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง ความรู้สึกมีสมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ลดความรู้สึกว่าเหวและ การแยกตัวจากสังคม⁽²⁾

นอกจากนันทนาการสามารถช่วยรักษา ความสมบูรณ์ทั้งร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ ยังก่อให้เกิดแรงจูงใจในชีวิต มีความคิดสร้างสรรค์ หรือกระตุ้น ความคิดใหม่ๆ เปิดโอกาสแก่ผู้สูงอายุในการมีบทบาท ในสังคม ได้ช่วยเหลือสังคมของตน เกิดความ

ภาคภูมิใจ และปรับตัวเข้ากับสังคมได้ดี⁽⁹⁾ สอดคล้องกับ Grenade และ Boldy (2008)⁽¹⁰⁾ ได้กล่าวว่าการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรม นันทนาการ เป็นการเพิ่มโอกาสในการเข้าสังคม สร้างความสัมพันธ์ที่มีความความหมาย และตอบสนอง ความต้องการพื้นฐานทางสังคมของผู้สูงอายุ

Leitner & Leitner (2004)⁽²⁾ ได้สรุปประโยชน์ ของนันทนาการที่มีต่อผู้สูงอายุไว้ว่า นันทนาการ มีประโยชน์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงประโยชน์กิจกรรมนันทนาการที่มีต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม⁽²⁾

ประโยชน์ด้านร่างกาย	ประโยชน์ด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม
<ul style="list-style-type: none"> ส่งเสริมการไหลเวียนเลือด พัฒนาระบบหายใจ ส่งเสริมความยืดหยุ่นของร่างกาย เพิ่มความแข็งแรงและทนทานของร่างกาย เพิ่มพลังทางกาย ลดความดันโลหิต ลดคอเลสเตอรอลในเลือด ส่งเสริมการเคลื่อนไหว ส่งเสริมการมีอิสระในการทำกิจกรรม ลดภาวะพึ่งพาผู้อื่น มีอายุยืนยาว ลดความเสี่ยงในการเกิดกระดูกหักจากโรคกระดูกพรุน ลดความเสี่ยงในการหกล้ม 	<ul style="list-style-type: none"> เสริมสร้างความสนุกสนาน ส่งเสริมคุณภาพชีวิต สร้างคุณธรรมในใจ และเพิ่มความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต เพิ่มความรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง และสมรรถนะแห่งตน ส่งเสริมศักยภาพด้านจิตใจ ส่งเสริมความรู้สึกรับรู้เป้าหมายและประสบผลสำเร็จ เสริมสร้างความคิดเชิงบวก เพิ่มการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้สนุกสนาน ร่าเริง หัวเราะ ลดความวิตกกังวล และความคิดในด้านลบที่มีต่อผู้อื่น ลดอุบัติเหตุจากความหวาดและภาวะซึมเศร้า บุคคลรับรู้ภาวะสุขภาพอยู่ในระดับสูงขึ้น ลดการกักขังการหกล้ม

ประเภทกิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ

กิจกรรมนันทนาการสำหรับผู้สูงอายุเป็นกิจกรรมที่รักษาระดับสมรรถภาพทางกายให้คงที่ ผ่อนคลายความวิตกกังวล และเพื่อพักผ่อนหย่อนใจเป็นสิ่งสำคัญ โดยแบ่งออกเป็น 11 ประเภท^(1, 2, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17) มีรายละเอียดดังนี้

1. กิจกรรมนันทนาการพัฒนาสุขภาพและสมรรถภาพ

เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพและสมรรถภาพของผู้สูงอายุให้มีสุขภาพที่ดี อาจเป็นการออกกำลังกาย การจัดลักษณะการดำเนินชีวิต (Lifestyle management) ให้มีสุขภาพดี ทั้งด้านโภชนาการและการสร้างสมดุลสุขภาพกายและจิต การออกกำลังกายสำหรับผู้สูงอายุ เช่น ปั่นจักรยาน เดิน มวยจีน ชีกง เต้นแอโรบิก รำไม้พลอง รำพัด เป็นต้น

ข้อควรพิจารณาในการทำกิจกรรมด้วยการออกกำลังกาย คือ

- 1) ต้องไม่หนักมาก ไม่เร็วมาก
- 2) ไม่มีอาการคลื่นไส้อาเจียน
- 3) ไม่มีอาการเหนื่อย การกระแทก
- 4) เล่นนานได้แต่ต้องพักเป็นระยะๆ
- 5) มีจุดประสงค์เพื่อความสนุกสนานมากกว่าการแข่งขัน

6) กิจกรรมแอโรบิก การออกกำลังกายด้วยไม้พลองหรือผ้าขาวม้า สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม

2. กิจกรรมนันทนาการงานอดิเรก ศิลปะและหัตถกรรม

งานอดิเรกจัดเป็นกิจกรรมนันทนาการที่กระทำด้วยความเต็มใจในเวลาว่าง ขึ้นกับความสนใจและแต่ละบุคคล งานอดิเรกสำหรับผู้สูงอายุมีหลายประเภท ทั้งประเภทสะสมรูปภาพ พระเครื่อง เหรียญ เครื่องลายครามและแสตมป์ นอกจากนี้งานประเภทประดิษฐ์ทำของเล่น การ์ดวันสำคัญ กรอบรูป วาดภาพ งานตกแต่งบ้าน ทำสวน ก็เหมาะกับผู้สูงอายุ หรือจะเป็นการเรียนรู้สิ่งใหม่ เช่น ปลูกต้นไม้ เรียนการใช้คอมพิวเตอร์ ถ่ายรูป ฝึกทำอาหาร ทำผม เลี้ยงสัตว์ เป็นต้น

กิจกรรมศิลปะและหัตถกรรม คือ การประดิษฐ์สิ่งต่างๆ ด้วยมือในเวลาว่างไม่ใช่อาชีพ สามารถทำคนเดียวหรือในรูปแบบกิจกรรมกลุ่ม งานศิลปะหัตถกรรมที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุที่ไม่มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวของมือ เช่น การวาดรูป การเย็บปักถักร้อย การทำเครื่องจักสาน เครื่องปั้นดินเผา การทอเสื่อ การแกะสลักผลไม้ การทำร่ม การประดิษฐ์ดอกไม้ การร้อยพวงมาลัย การจัดดอกไม้ การทำกระเป๋า การประดิษฐ์บัตรอวยพร

การปั้น การทำเครื่องเงิน เครื่องเงิน การเป่าแก้ว การพับกระดาษ การทำวุ้น การประกอบอาหาร เป็นต้น

ข้อควรพิจารณาในการทำกิจกรรมนันทนาการ งานอดิเรก ศิลปะและหัตถกรรม คือ

- 1) ในผู้สูงอายุที่มีภาวะสับสน ควรระมัดระวังอุบัติเหตุ การเคี้ยวและกลืนอุปกรณ์ที่ใช้ทำกิจกรรม
- 2) กิจกรรมไม่ควรง่ายจนเกิดความรู้สึกเบื่อ ในทางกลับกันก็ไม่ควรยากจนเกิดความท้อแท้
- 3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วม โดยให้ผู้สูงอายุมีส่วนในการเลือกกิจกรรม
- 4) หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่เน้นความละเอียด ใช้อุปกรณ์ขนาดเล็ก อาจยากไปสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหา ด้านสายตา
- 5) ควรมีห้องสำหรับทำกิจกรรมโดยเฉพาะ เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถทำได้เมื่อมีเวลาว่าง
- 6) ควรใช้ อุปกรณ์ ที่มีสี สันสวยงาม เพื่อกระตุ้นความสนใจและการมองเห็น
- 7) ให้เวลากับผู้สูงอายุในการทำกิจกรรม แต่ไม่ควรเกินครึ่งละ 2 ชั่วโมง
- 8) ควรเข้าไปช่วยเหลือผู้สูงอายุ เมื่อผู้สูงอายุ พบอุปสรรค และช่วยสร้างผลงานให้ดีขึ้น
- 9) เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุแสดงผลงานของตนเมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรม
- 10) กระตุ้นแรงจูงใจให้เกิดการมีส่วนร่วม โดยพูดคุยเกี่ยวกับคุณค่าและประโยชน์ของกิจกรรม
- 11) ใช้เทคนิคการสอนที่ชัดเจนร่วมกับการสาธิตเป็นขั้นตอน

3. กิจกรรมนันทนาการเล่นเกมและกีฬา

ในการเล่นหรือการแข่งขันกีฬา เป็นกิจกรรมที่มีกฎกติกาในการเล่นเฉพาะ เพื่อให้เกิดการแข่งขันที่เสมอภาค สนุกสนาน และท้าทายความสามารถของผู้เข้าร่วมกิจกรรม มักจัดกิจกรรมประเภทนี้ในสถานที่ที่เป็นบริเวณกว้าง เช่น สนามหญ้า โรงยิม ห้องประชุม เป็นต้น โดยกิจกรรมมีหลายประเภท เช่น เกมแข่งขัน เป็นรายบุคคล เกมแข่งขันเป็นหมู่ และกิจกรรมกีฬา ส่วนใหญ่กีฬาที่ได้รับความนิยมในผู้สูงอายุ คือ กอล์ฟ เทนนิส เปตอง วอลเลย์บอล แบดมินตัน ตะกร้อวง บาสเกตบอล วอลเลย์บอล บันจี้กระดาน โยนโบว์ลิ่ง เป็นต้น

ข้อควรพิจารณาในการทำกิจกรรมนันทนาการ เล่นเกมและกีฬา คือ

- 1) ใช้อุปกรณ์ที่มีน้ำหนักเบา สำหรับผู้สูงอายุ ที่มีสมรรถภาพร่างกายน้อย
- 2) เลือกกีฬาที่เป็นที่นิยมของผู้สูงอายุ ในชุมชนและใช้กฎกติกาสากล
- 3) ควรพิจารณาปรับเปลี่ยนกฎกติกา และ อุปกรณ์เมื่อจำเป็น เช่น ระยะทาง เวลา ความสูง ความถี่ ในการพัก อุปกรณ์มีลักษณะนุ่ม เป็นต้น
- 4) ควรจัดหน่วยบริการด้านการแพทย์และ พยาบาล เพื่อดูแลเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน
- 5) ควรจัดทำประกันภัย และประกันอุบัติเหตุ ให้ผู้สูงอายุ

4. กิจกรรมนันทนาการดนตรีและ การร้องเพลง

เป็นกิจกรรมที่นำดนตรีเข้ามามีส่วน ในการทำกิจกรรม เป็นการสื่อสารและการถ่ายทอด ความรู้สึกต่างๆ ของผู้แสดงและผู้ฟัง กิจกรรมทางดนตรี สำหรับผู้สูงอายุมีได้หลายรูปแบบ สามารถทำเป็นกลุ่ม หรือเดี่ยว คือ ร้องเพลง การฟังเพลง การเล่นดนตรี การแต่งเพลง และการนำเพลงเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของ เกมเพลงที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุ มักเป็นเพลงที่ผู้สูงอายุ คำนึกและขึ้นอยู่กับความชอบของบุคคล เช่น เพลงพื้นเมือง เพลงไทยเดิม เพลงหมอลำ เพลงลูกทุ่ง เพลงลูกกรุง เป็นต้น

ข้อควรพิจารณาในการทำกิจกรรมประเภทนี้ คือ

- 1) ต้องศึกษาจากครูที่มีความรู้ทางด้าน ดนตรีเพื่อการเล่นอย่างถูกต้อง
- 2) ควรเป็นเครื่องดนตรีที่ผู้เล่นมีความชอบ มีเวลาฝึกซ้อม ราคาไม่แพง พกพาสะดวก
- 3) ผู้สูงอายุที่มีสมรรถภาพร่างกายน้อย ควรเลือกอุปกรณ์ประเภทเคาะจังหวะ เช่น ฉิ่ง แทมบูรีน ลูกแซ็ก คาบาซา กระดิ่ง เป็นต้น

5. กิจกรรมนันทนาการการเต้นรำ การฟ้อนรำ และกิจกรรมเข้าจังหวะ

การเคลื่อนไหวร่างกายโดยให้เข้ากับ จังหวะดนตรี ได้แก่ รำพื้นเมือง และนาฏศิลป์สากล ส่วนกิจกรรมเข้าจังหวะ เป็นการนำเอาจังหวะดนตรี

มาประกอบการเคลื่อนไหว อาจจะเป็นการเคลื่อนไหวตามบทเพลงเลียนแบบเสียงร้องทำทางของสัตว์ กิจกรรมนี้เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เป็นปกติ รวมถึงผู้มีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว เช่น ผู้สูงอายุที่เป็นอัมพาตท่อนล่าง สามารถนั่งบนรถเข็น และใช้มือแทนการเคลื่อนไหวของเท้า ผู้สูงอายุทั้งสองกลุ่มสามารถทำกิจกรรมร่วมกันได้

ข้อควรพิจารณาในการทำกิจกรรมนันทนาการ การเดินรำ การฟ้อนรำ และกิจกรรมเข้าจังหวะ คือ

1) การวางแผนกิจกรรมควรพิจารณาความต้องการของผู้สูงอายุ ความบกพร่อง ปัญหาสุขภาพ เพื่อสร้างประสบการณ์ที่ดีกับผู้ใช้สูงอายุ

2) เทคนิคการทำซ้ำและการเคลื่อนไหวที่ใช้กำลังน้อย ทำให้ผู้สูงอายุประสบความสำเร็จในการทำกิจกรรมประเภทนี้

3) ใช้เทคนิคการผ่อนคลายและฝึกหายใจ การลดลดความอ่อนล้าและคลายความตึงตัวของกล้ามเนื้อ

4) ควรมีวัตถุประสงค์เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายทุกส่วน

5) ควรสร้างบรรยากาศที่เป็นกันเอง เปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีปฏิสัมพันธ์ ได้พูดคุย ทำความรู้จัก ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

6) ระวังอุบัติเหตุจากการชนกันของรถเข็น การหกล้ม การออกกำลังกายที่หนักเกินไป

6. กิจกรรมนันทนาการการแสดงละครและภาพยนตร์

เป็นการแสดงที่เกิดจากการนำภาพประสบการณ์ชีวิตจริง และจินตนาการของมนุษย์มาผูกเป็นเรื่องราว โดยกิจกรรมประเภทนี้ที่สามารปฏิบัติได้ง่าย คือ การแสดงเสียงเป็นกิจกรรมที่ให้ผู้แสดงแต่งกายและแสดงท่าทางตามบทบาทที่ได้รับ ให้สมจริงโดยไม่ใช้คำพูด ผู้แสดงต้องพยายามใช้ความสามารถในการแสดงท่าทางให้เห็นเอกลักษณ์ของตัวละครที่สวมบทบาท โดยสามารถใช้อุปกรณ์ประกอบได้

ข้อควรพิจารณาในการทำกิจกรรมนันทนาการการแสดงละครและภาพยนตร์ คือ

1) ควรสร้างบรรยากาศให้ผู้สูงอายุรู้สึกอบอุ่น ได้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เพื่อสร้างความคุ้นเคยและยอมรับระหว่างกันเช่น เทคนิคการสื่อสารด้วยการสัมผัส

2) เตรียมสิ่งกระตุ้นอย่างหลากหลาย เช่น อุปกรณ์ประกอบฉาก เสื้อผ้า เสียงเพลง เป็นต้น

3) การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผู้นำกิจกรรม เป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้ย้อนคิดถึงเหตุการณ์ที่คล้ายกับตนเองในอดีต

4) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาความจำระยะสั้นควรได้รับหน้าที่เป็นผู้เล่าเรื่อง

5) การถ่ายวีดีโอเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดแรงจูงใจทั้งขณะซ้อมและขณะแสดงจริง อีกทั้งส่งเสริมให้ผู้สูงอายุได้เห็นตัวเอง เกิดความสนุกสนานและภูมิใจในตนเอง

7. กิจกรรมนันทนาการกลางแจ้ง

นันทนาการกลางแจ้ง เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นนอกสถานที่โดยเฉพาะการท่องเที่ยวและทัศนศึกษา และการอยู่ค่ายพักแรม เป็นกิจกรรมที่นิยมในผู้สูงอายุทุกกลุ่ม แม้กลุ่มที่มีปัญหาด้านสุขภาพส่วนมากผู้สูงอายุมักทำกิจกรรมในรูปแบบของการพักผ่อนสุดสัปดาห์ การท่องเที่ยวเป็นหมู่คณะหรือกับครอบครัวหรือเพื่อนในวัยเดียวกัน ปัจจุบันมีการจัดทัวร์สุขภาพซึ่งเป็นประโยชน์สำหรับผู้สูงอายุอย่างมาก สถานที่ที่นิยม คือ วัด พิพิธภัณฑสถานสัตว์ ทะเลน้ำตก สวนสาธารณะ สถานที่ทางประวัติศาสตร์ ห้างสรรพสินค้า เป็นต้น กิจกรรมนันทนาการกลางแจ้งที่ผู้สูงอายุนิยม คือ ชมนก ปิกนิก ตกปลา ชมธรรมชาติ ตั้งแคมป์ เป็นต้น

ข้อควรพิจารณาในการทำกิจกรรมนันทนาการกลางแจ้ง คือ

1) ควรคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้สูงอายุเป็นอันดับแรก ดังนั้นจึงควรเตรียมข้อมูลสุขภาพของผู้สูงอายุ เบอร์โทรศัพท์ฉุกเฉิน การช่วยเหลือเบื้องต้นให้พร้อม

2) ควรคำนึงถึงความสะดวกสบายขณะเดินทางและเมื่อถึงจุดหมายปลายทาง เช่น เก้าอี้ที่นั่งที่วางแขนและพนักพิง ลูกบิดประตู และก๊อกน้ำใช้งานง่าย ใช้การเคลื่อนไหวของข้อมือน้อย เป็นต้น

3) การท่องเที่ยวเกี่ยวกับลูกหลานนั้นเป็นสิ่งกระตุ้นความรู้สึกพอใจ ทำให้กิจกรรมมีสีสันขึ้น

4) ควรจัดปฐมนิเทศก่อนจัดกิจกรรม 2 อาทิตย์ เพื่อให้ข้อมูลเกี่ยวกับสถานที่ที่จะไปอย่างเพียงพอ รวมถึงรายการสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ

5) สัตว์เลี้ยงเป็นสิ่งที่คุณสูงอายุมักกังวล ไม่กล้าออกไปไหน ดังนั้นที่พิทักษ์แห่งอนุญาติให้นำสัตว์เลี้ยงเข้าได้ หรืออาจใช้บริการรับฝากสัตว์เลี้ยงซึ่งปัจจุบันมีอย่างแพร่หลาย

6) ผู้สูงอายุจะรู้สึกสนุกสนานขึ้น หากมีการถ่ายรูปขณะท่องเที่ยว และพอใจที่ได้เห็นตัวเองในภาพหลังจากสิ้นสุดกิจกรรม

7) คำนี้ถึงเรื่องอาหารของผู้สูงอายุ เพื่อจัดสรรให้เหมาะสม ส่วนในด้านกิจกรรมทางศาสนา ควรจัดสรรเวลาให้ปฏิบัติ

8. กิจกรรมนันทนาการภาษาและวรรณกรรม

เป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการพัฒนาจินตนาการ มีความรู้ทันโลก และเป็นกิจกรรมที่ไม่มีค่าใช้จ่ายสูง ผู้สูงอายุทุกกลุ่มสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ อาจเป็นกิจกรรมเดี่ยวหรือทำร่วมกันเป็นหมู่คณะ ประกอบด้วย การอ่าน การเขียน การพูด เช่น การอ่านหนังสือพิมพ์ นวนิยาย สารคดี และธรรมะ การเขียนบันทึก เขียนร้อยกรอง เรื่องสั้น การพูดพบปะแบบสภากาแฟ การพูดเป็นพิธีกร การพูดคุยทางโทรศัพท์ เป็นต้น

ข้อควรพิจารณาในการทำกิจกรรมนันทนาการภาษาและวรรณกรรม คือ

- 1) ควรเลือกกิจกรรมตามความถนัดและความสนใจของผู้สูงอายุ เช่น การอ่าน การพูด การเขียน
- 2) สามารถจัดกิจกรรมดังกล่าวร่วมกับกิจกรรมนันทนาการอื่น เช่น การพูดเป็นพิธีกรขณะทำกิจกรรมทางสังคม การเขียนบันทึกขณะทำกิจกรรมกลางแจ้ง เป็นต้น
- 3) ควรเปิดโอกาสให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในการเลือกหัวข้อที่นำมาสนทนาหรือนำมาเขียน ทำให้ได้รับความรู้ที่หลากหลาย

9. **กิจกรรมนันทนาการที่เป็นอาสาสมัคร**
หมายถึง การอาสาช่วยเหลืองานสังคมหรือองค์กร หน่วยงานต่างๆ ในยามว่าง โดยสมัครใจและไม่หวังสิ่งตอบแทน กิจกรรมนี้เป็นการพัฒนาชุมชนและประเทศชาติ เหมาะกับผู้สูงอายุที่มีสุขภาพดี สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ด้วยตนเอง ปัจจุบันผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าวได้อย่างหลากหลายทั้งในองค์กรของรัฐและเอกชน ไม่ว่าจะเป็นในโรงพยาบาล สถานสงเคราะห์คนชรา สถานเอนาเมีย ชมรมกีฬา และองค์กรการกุศล

ข้อควรพิจารณาในการทำกิจกรรมนันทนาการแบบนี้ คือ

- 1) ควรเลือกกิจกรรมตามความถนัดและความสนใจของผู้สูงอายุ
- 2) ควรเป็นกิจกรรมที่สามารถเดินทางไปได้สะดวกอยู่ใกล้บ้าน ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางสูง เช่น ลูกเสือชาวบ้าน การเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นต้น

10. กิจกรรมนันทนาการเพื่อความสงบสุขและพัฒนาจิตใจ

เป็นกิจกรรมที่จำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้สูงอายุทุกกลุ่ม เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้บุคคลมีความสุขทางใจเป็นสิ่งสำคัญ พัฒนาจิต สมาธิ และสติปัญญา ซึ่งไม่เน้นเรื่องการเคลื่อนไหวหรือกระตุ้นอารมณ์มากนัก เช่น การเข้าวัดฟังธรรม การปฏิบัติสมาธิ การฝึกโยคะ ศึกษาระยะหรือปรัชญา การสร้างจินตภาพร่วมกับการผ่อนคลายตามเสียงเพลง เป็นต้น

ข้อควรพิจารณาในการทำกิจกรรมนันทนาการเพื่อความสงบสุขและพัฒนาจิตใจ คือ

- 1) ควรจัดสิ่งแวดล้อมให้เกิดความสงบห่างไกลจากเสียงรบกวน
- 2) ควรเลือกกิจกรรมตามความสนใจของผู้สูงอายุ เนื่องจากผู้สูงอายุบางรายไม่ชอบนั่งสมาธิ แต่ชอบสวดมนต์ฟังธรรม เป็นต้น
- 3) ผู้สูงอายุที่มีปัญหาทางจิตควรได้รับความปรึกษาจากแพทย์ผู้ดูแลก่อน เนื่องจากการนั่งสมาธิขณะที่จิตใจอ่อนแอ วุ่นวาย วิตกกังวล อาจทำให้มีความคิดฟุ้งซ่านมากยิ่งขึ้น การดำเนินของโรครุนแรงขึ้น

11. กิจกรรมนันทนาการทางสังคม และกิจกรรมนันทนาการในโอกาสพิเศษ

คือ กิจกรรมที่เสริมสร้างความสัมพันธ์อันดีของบุคคลในสังคม มักจัดขึ้นในโอกาสพิเศษตามเทศกาลหรือจัดเพื่อจุดมุ่งหมายใดมุ่งหมายหนึ่ง และเป็นการสร้างสรรค์กิจกรรมตามประเพณีหรือกิจกรรมของชุมชน เช่น งานแต่งงาน งานรดน้ำดำหัว งานบวช งานชุมนุมศิษย์เก่า สามารถจัดได้ทั้งกิจกรรมบุคคล ชุมชน กิจกรรมของชาติ หรือนานาชาติ โดยจะต้องคำนึงถึงฤดูกาลและงบประมาณ

ข้อควรพิจารณาในการทำกิจกรรมนันทนาการทางสังคมและกิจกรรมในโอกาสพิเศษคือ

- 1) ควรเลือกกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสนใจ และมีรูปแบบการจัดกิจกรรมที่หลากหลาย เช่น งานสังสรรค์ งานเฉลิมฉลอง งานแสดงความสามารถ เป็นต้น
- 2) ผู้สูงอายุควรมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน เพื่อเกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นเจ้าของกิจกรรม นำไปสู่การมีส่วนร่วมและการบรรลุความต้องการของผู้สูงอายุ
- 3) ควรคำนึงถึงแหล่งอื่นในชุมชนที่สามารถสนับสนุนได้ เช่น ผู้เชี่ยวชาญ องค์กร ชมรม เป็นต้น เพื่อนำมาเป็นส่วนหนึ่งในการจัดกิจกรรม

หลักในการนำนันทนาการบำบัดมาประยุกต์ใช้ดูแลผู้สูงอายุ

การนำนันทนาการบำบัดเข้ามามีส่วนในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ จำเป็นต้องเข้าใจขั้นตอนหลักการและเทคนิคการทำกิจกรรมกลุ่ม รวมทั้งการสื่อสารกับผู้สูงอายุ^(1,2)

1. ขั้นตอนการทำกิจกรรมกลุ่ม เป็นพื้นฐานสำคัญในการจัดกิจกรรมในผู้สูงอายุ โดยผู้นำกิจกรรมสามารถประยุกต์ใช้กิจกรรมนันทนาการทุกประเภท ดังนี้
 - 1.1 ผู้นำแนะนำตัวเองและสมาชิก
 - 1.2 กล่าวแนะนำกิจกรรม ใช้ช่วงเวลานี้เป็นโอกาสในการกระตุ้นความสนใจของผู้สูงอายุ
 - 1.3 อธิบายรายละเอียดของกิจกรรมเป็นขั้นตอนอย่างชัดเจนและตรงไปตรงมา
 - 1.4 สาธิตกิจกรรมให้สมาชิกกลุ่มเข้าใจร่วมกับเปิดโอกาสให้ถามหากมีข้อสงสัย
 - 1.5 ดำเนินกิจกรรม
 - 1.6 สิ้นสุดกิจกรรมก่อนผู้สูงอายุรู้สึกเบื่อ
2. เทคนิคของการทำกิจกรรมกลุ่มกับผู้สูงอายุที่ดีจะสามารถทำให้กิจกรรมเกิดผลอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งความต่อเนื่องในการเข้าร่วมกิจกรรมและผลักดันให้กลุ่มประสบความสำเร็จได้ ดังนั้นผู้นำกิจกรรมควรมีความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการทำกิจกรรมกลุ่มกับผู้สูงอายุ ดังนี้

2.1 ความสามารถในการนำเข้าสู่กิจกรรม การจูงใจและการผลักดันให้เกิดความสำเร็จของกลุ่ม โดยการเสริมแรงบวกชื่นชม ชมเชย และการให้รางวัลรวมถึงกิจกรรมที่หลากหลายและท้าทายสามารถป้องกันความรู้สึกเบื่อหน่ายได้

2.2 การค้นหาผู้นำกลุ่มเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากเป็นผู้มีส่วนให้กิจกรรมดำเนินอย่างต่อเนื่องเกิดความเชื่อมโยงและบรรลุจุดประสงค์ของกิจกรรม

2.3 พิจารณาความสามารถและสมรรถภาพร่างกายของบุคคลในกลุ่ม ผู้สูงอายุที่เรียนรู้ได้ช้าควรมีผู้ช่วยหรือได้รับโอกาสในการฝึกฝน นอกจากนี้ควรจับคู่กับผู้สูงอายุที่มีร่างกายที่สมบูรณ์

2.4 กลุ่มผู้สูงอายุอาจมีระดับสมรรถภาพร่างกายที่หลากหลายมาก จำเป็นต้องแบ่งกลุ่มผู้สูงอายุเป็นระดับอ่อนแอ ระดับปานกลาง หรือระดับแข็งแรง

2.5 ผู้สูงอายุที่มีความกระตือรือร้นสูงไม่ควรทำกิจกรรมร่วมกับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

2.6 ควรติดป้ายชื่อ และมีการแนะนำตัวเองสั้นๆ ก่อนเริ่มกิจกรรม

2.7 ควรมีกิจกรรมประมาณ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ จะเพียงพอในการคงไว้ซึ่งความคุ้นเคยและความสนใจ และไม่ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายและอ่อนล้า

3. หลักการและเทคนิคการสื่อสารกับผู้สูงอายุ เป็นสิ่งสำคัญในการทำกิจกรรมนันทนาการ เนื่องจากประสาทรับความรู้สึกของผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความบกพร่อง ดังนั้นผู้นำกิจกรรมนันทนาการจำเป็นต้องมีหลักการและเทคนิคการสื่อสารกับผู้สูงอายุ ดังนี้

3.1 สังเกตว่าผู้สูงอายุได้ยินเสียงจากหูข้างไหนได้ดีกว่ากัน เมื่อมีการสื่อสารกันให้เข้าใจหูข้างที่ได้ยินมากกว่า

3.2 พยายามใช้เทคนิคการสบตาและรักษาระดับริมฝีปากของผู้นำในระดับที่มองเห็นได้ชัด ผู้นำที่เป็นเพศชายควรโกนหนวดเคราให้เรียบร้อย ส่วนเพศหญิงควรใช้ลิปสติกสีสว่าง เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถอ่านปากของผู้นำกิจกรรมได้ง่ายขึ้น

3.3 พูดชัดเจน เสียงดัง ช้าและไม่เร็วจนเกินไป อธิบายด้วยประโยคที่กระชับเข้าใจง่าย อาจใช้เทคนิคการยกตัวอย่างมาใช้ ทั้งนี้ควรทวนคำพูดและข้อความหลายๆ ครั้ง โดยเฉพาะก่อนเริ่มกิจกรรม

3.4 ในกรณีใช้ป้ายแสดงตัวอักษรควรเขียนด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่

3.5 จัดกลุ่มให้อยู่ในลักษณะของวงกลมเพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพในการฟังและการมองเห็นของผู้สูงอายุ

3.6 ใช้ชื่อในการเรียกสมาชิกกลุ่มเพื่อดึงความสนใจ

3.7 ควรกระตุ้นให้ผู้สูงอายุให้ข้อมูลย้อนกลับ เพื่อแสดงความเข้าใจสิ่งที่ผู้ในกลุ่มได้พูดไป

4. เทคนิคการจูงใจอย่างมีประสิทธิภาพให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรมนันทนาการเป็นการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุเกิดความสนใจ และสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมโดยปราศจากการบังคับ ก่อให้เกิดความเพลิดเพลิน สบายใจ เข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง อันนำไปสู่การบรรลุจุดประสงค์ของกิจกรรม ซึ่งเทคนิคการจูงใจอย่างมีประสิทธิภาพมีรายละเอียดดังนี้

4.1 ใช้เทคนิคการสัมผัสและแสดงท่าทางหรือสัญลักษณ์ โดยเฉพาะการบีบมือ การยิ้มและหัวเราะ เป็นวิธีสร้างแรงจูงใจที่ได้ผลดี

4.2 ควรเน้นย้ำประโยชน์ของกิจกรรมที่สัมพันธ์กับความต้องการของผู้สูงอายุ ให้ความเคารพในศักดิ์ศรี ไม่ควรคะยั้นคะยอ ขอร้อง บังคับผู้สูงอายุ

4.3 สร้างความรู้ สึก ปลอดภัย โดยอธิบายถึงอุปกรณ์ที่ใช้มีน้ำหนักเบา ไม่คม กิจกรรมไม่มีการปะทะ เพื่อลดความรู้สึกกลัว ไม่สมัครใจ หรือปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรม

4.4 ควรแบ่งกิจกรรมเป็นกิจกรรมย่อยให้ผู้สูงอายุได้มีโอกาสได้ควบคุมกิจกรรมย่อยนั้น จนเกิดความรู้สึกบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้และมองตนเองในด้านบวก

4.5 ใช้เทคนิคการมอบหมายให้ผลัดกันเป็นผู้นำกลุ่มเพื่อให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ

4.6 ค้นหาผู้สูงอายุที่สามารถจูงใจให้ผู้อื่นมีส่วนร่วมในกิจกรรม ซึ่งอาจมีมากกว่า 1 คน โดยให้ผู้สูงอายุเป็นคู่แรกในการทำกิจกรรม และเข้าไปเชิญชวนเพื่อนในกลุ่มคนอื่น เป็นต้น

4.7 จัดแสดงผลงานของผู้สูงอายุเมื่อสิ้นสุดกิจกรรม

การประยุกต์นันทนาการบำบัดมาใช้ดูแลผู้สูงอายุให้เหมาะกับบริบทของสถานที่ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่

ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนและผู้ que เข้ารับการรักษาภายในโรงพยาบาลนั้นมีความแตกต่างกันในกิจกรรมนันทนาการบำบัด^(1, 2, 17) ดังนี้

1. กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชนส่วนใหญ่ สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ดังนั้น นันทนาการบำบัดจึงควรเน้นรูปแบบการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ประกอบกับชุมชนมีแหล่งสนับสนุนที่เอื้อ

ต่อการจัดกิจกรรมนันทนาการที่หลากหลาย เช่น ชมรมผู้สูงอายุ วัด โรงเรียน เป็นต้น และเป็นสถานที่ที่มีพื้นที่ใช้สอยมาก ดังนั้นกิจกรรมนันทนาการในชุมชนจึงมีลักษณะดังนี้

1.1 กิจกรรมที่สามารถเชื่อมโยงครอบครัวและชุมชนของผู้สูงอายุให้เข้ามามีส่วนร่วมได้ ทั้งนี้ควรคำนึงถึงวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของคนในชุมชนเป็น สิ่งสำคัญ เพื่อให้เกิดความสนุกสนานอย่างเต็มที่ ไม่เกิดความรู้สึกอึดอัดใจ หรือคับข้องใจในการทำกิจกรรม

1.2 ผู้สูงอายุสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครั้งละหลายคน รวมถึงสมาชิกวัยอื่นที่สามารถเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม โดยเฉพาะกิจกรรมที่ใช้พื้นที่กว้าง เช่น กิจกรรมเกมและกีฬา

1.3 เป็นกิจกรรมที่บุคคลในชุมชนสามารถคิดริเริ่มขึ้นเอง ไม่ใช่เฉพาะบุคลากรในทีมสุขภาพ โดยเฉพาะกิจกรรมทางสังคม เช่น งานวันเกิด งานวัด งานบวช งานแต่งงาน กีฬาชุมชน เป็นต้น

1.4 ชมรมผู้สูงอายุและวัด ถือเป็นองค์กรในชุมชนที่มีบทบาทในการจัดกิจกรรม เช่น กิจกรรมทางสังคมและวันพิเศษ การปฏิบัติธรรม การออกกำลังกาย งานอดิเรก การจัดรายการวิทยุในชุมชน กิจกรรมการท่องเที่ยว เป็นต้น

1.5 กิจกรรมส่งเสริมมิติทางจิตสังคมเหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่เคลื่อนไหวไม่ได้ เช่น อาสาสมัครจากภาครัฐและเอกชนให้บริการเยี่ยมบ้าน โดยให้บริการนันทนาการบำบัดประเภทดนตรี การอ่านหนังสือ การวาดผ่นคลาย นอกจากนี้ ยังมีโปรแกรมโทรศัพท์แสดงภาพคู่สนทนาได้ถึง 9 คน (teleconference) ถูกนำมาช่วยเหลือผู้สูงอายุกลุ่มนี้

1.6 ผู้สูงอายุที่มีความพิการเหมาะสำหรับกิจกรรมนันทนาการการท่องเที่ยว ที่เปิดโอกาสให้ได้พบปะผู้คน อีกทั้งยังเหมาะกับกิจกรรมงานอดิเรก การเรียนหลักสูตรสำหรับผู้ใหญ่ซึ่งรวมถึงผู้สูงอายุ โดยสามารถเลือกเรียนตามความสนใจและนำไปประกอบอาชีพได้ เกิดความภาคภูมิใจและเห็นคุณค่าในตนเอง

2. กลุ่มผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีทั้งสามารถช่วยเหลือตนเองได้บางส่วนและต้องพึ่งพาผู้อื่น จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลาหนึ่ง ทั้งนี้ในบริบทของ

โรงพยาบาลนั้นหนทางการบำบัดแตกต่างจากชุมชน มักมุ่งเน้นการฟื้นฟูสุขภาพเป็นสำคัญ ซึ่งโรงพยาบาลส่วนใหญ่มีข้อจำกัดด้านพื้นที่ใช้สอย บุคลากร และเวลา ดังนั้นกิจกรรมนันทนาการจึงมีลักษณะดังนี้

2.1 ควรเป็นกิจกรรมที่ใช้เวลาไม่นาน และเสร็จสิ้นเป็นครั้งๆ เนื่องจากผู้สูงอายุมีข้อจำกัดด้านสุขภาพและระยะเวลาในการอยู่ในโรงพยาบาลสั้น

2.2 ใช้พื้นที่ไม่มาก อาจจัดเป็นมุมๆ หนึ่งสำหรับทำกิจกรรมในหอผู้ป่วย หรือเป็นกิจกรรมที่ผู้สูงอายุสามารถทำคนเดียวได้ และสามารถทำได้อีกคนเดียว หากเป็นกลุ่มควรเป็นกลุ่มขนาดเล็ก

2.3 กิจกรรมควรมุ่งเน้นความสนุกสนาน ขบขัน และลดความเบื่อในการอยู่โรงพยาบาล เช่น การออกกำลังกาย การร้องเพลง การชมนักแสดงตลก หรือมายากล การหัวเราะบำบัด การนำสัตว์เข้ามาใช้ในการบำบัด

2.4 ควรเป็นกิจกรรมที่ไม่เอิกเกริก วุ่นวาย จนเกินไป เนื่องจากอาจรบกวนผู้ป่วยคนอื่นที่ต้องการการพักผ่อน เช่น การวาดรูป การฟังดนตรี การประดิษฐ์สิ่งของหรือการ์ดอวยพร การเย็บปักถักร้อย การอ่านหนังสือ การเขียนจดหมาย เป็นต้น

บทวิจารณ์และบทสรุป

นันทนาการบำบัดมีประโยชน์ต่อผู้สูงอายุ และเป็นที่ยอมรับแพร่หลายว่าสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ อีกทั้งมีความหลากหลาย สามารถเปลี่ยนแปลงตามสถานการณ์และสถานที่ได้ง่าย ขึ้นอยู่กับจุดประสงค์ของนันทนาการบำบัด เพียงแต่การนำศาสตร์นันทนาการบำบัดมาประยุกต์ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีประสิทธิภาพนั้น บุคลากรทางสุขภาพควรคำนึงถึงความต้องการของผู้สูงอายุ ข้อจำกัดด้านสุขภาพในแต่ละกลุ่ม ความปลอดภัย วัฒนธรรม กฎเกณฑ์ทางสังคม รวมถึงหลักในการนำนันทนาการบำบัดมาประยุกต์ใช้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งขั้นตอนและเทคนิคการทำกิจกรรมกลุ่มกับผู้สูงอายุ หลักการและเทคนิคการสื่อสารกับผู้สูงอายุ เทคนิคการจูงใจอย่างมีประสิทธิภาพให้ผู้สูงอายุมีส่วนร่วมในกิจกรรม รวมทั้งการประยุกต์นันทนาการบำบัดมาใช้ดูแลผู้สูงอายุตามบริบทของสถานที่ที่ผู้สูงอายุอาศัยอยู่ อันนำไปสู่การช่วยแก้ไขปัญหสุขภาพและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุให้ดีขึ้นต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- Hawkins BA. Active living in older adulthood: principle and practice of activity programs. (PA): Venture Publishing; 2009.
- Leitner MJ, Leitner SF. Leisure in later life. 3rd ed. United States of America: The Haworth Press; 2004.
- McLean DD, Hurd AR, Rogers NB. Kraus' recreation and Leisure in modern society. 7th ed. Mississauga: Jones and Bartlett Publisher; 2005.
- Torkildsen G. Leisure and recreation management. 5th ed. London: Routledge; 2005.
- National Therapeutic Recreation Society. Definitions of recreational therapy [Online]. 2000 [Cited 2013 Oct 18]: Available from: <http://www.recreationtherapy.com/define.htm>
- Wilhite B, Keller MJ, Collins Jr. JR, Jacobson S. A research agenda for therapeutic recreation revisited. Ther Recreat J 2003; 37(3): 207-23.
- Burbank PM, Reibe D, Padula CA, Nigg C. Exercise and older adults: changing behavior with the transtheoretical model. Orthop Nurs 2002; 21(4): 51-61.
- Lees FD, Clarkr PG, Nigg CR, Newman P. Barriers to exercise behavior among older adults: a focus-group study. J Aging Phys Act 2005; 13(1): 23-33.
- สมบัติ กาญจนกิจ. การเป็นผู้นำนันทนาการ. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2533.
- Grenade L, Boldy D. Social isolation and loneliness among older people: issues and future challenges in community and residential settings. Aust Health Rev 2008; 32(3): 468-78.
- ถนอมวรรณ อยู่ช้า. นันทนาการสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์การศาสนา; 2546.
- เทพประสิทธิ์ กุลธวัชวิชัย. การนันทนาการ. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
- พีระพงศ์ บุญศิริ. นันทนาการและการจัดการ. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์; 2542.

14. รังสฤษฎ์ เสรีวุฒิชัย. คู่มือการเล่นกีฬาและออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: กรมพลศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ; 2533.
15. อารรณ์ จะบัง, พิรุณณี สุขเกษม, บรรณานิการ. ชีวิตทรมานด้วยนันทนาการ. กรุงเทพฯ: สำนักส่งเสริมและพัฒนานันทนาการ สำนักงานพัฒนาการกีฬาและนันทนาการ กระทรวงการท่องเที่ยวและกีฬา; 2551.
16. อัญฐมา นิลนพคุณ. เอกสารประกอบการสอนรายวิชานันทนาการกับอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว. กรุงเทพฯ: คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
17. Shivers JS. Recreational services for older adults. Madison: Fairleigh Dickinson University Press; 2002.

The Journal of Gerontology and Geriatric Medicine: Aims and Scopes

The Journal of Gerontology and Geriatric Medicine has been an official journal of the Thai Society of Gerontology and Geriatric Medicine, a non-profit organization, since 2000. The academic issues are managed independently by the editor-in-chief and editorial board of the journal aiming to publish original research, clinical and review articles in relation to gerontology and geriatric medicine enhancing the learning and development of multidisciplinary field for worldwide older persons. The Journal of Gerontology and Geriatric Medicine, 3 issues per year, welcomes submission from the multidisciplinary field of health care services and their related sciences.

Instruction for Authors

The Editors are invite the authors to submit the following articles as follows:-

Categories of the Articles

1. **Review Articles:** an article with technical knowledge collected from journals or textbooks and is profoundly analyzed and criticized.
2. **Case Reports or Case Study:** a report of an update case or case series or case study in community related to gerontology which has been carefully analyzed and criticized with scientific observation.
3. **Original Articles:** a research report which has never been published elsewhere and represent new and significant contributions to gerontology.
4. **Letter to the Editor:** a brief question or comment that is useful for readers.

Manuscript Submission

The Journal of Gerontology and Geriatric Medicine only accepts online submission. The manuscript must be submitted via contact address. Registration by corresponding author is required for submission. We accept articles written in both English and Thai. However for Thai article, English title page abstract are required whereas for English article, there is no need for Thai abstract submission. The main content of manuscript must be submitted as .doc or .docx. ALL figures and tables should be submitted as separated files (1file for each figure or table). The figures and diagrams must be original. The acceptable file formats for figures and diagrams are .tif, .bmp and .jpeg with resolution at least 300 dpi.

Contact Address

Journal of Gerontology and Geriatric Medicine 5th Floor of Dentistry, Khon Kaen University 123 Mittraphap Rd. In the city. Muang Khon Kaen. 40002. Email: journal.ggm@gmail.com Tel: 043 202 405 per 45 265 Mobile: 080 353 8196.

Manuscript Preparation

1. For English article, use font of Cordia New Style size 14 in a standard A4 paper (21.2 x 29.7 cm) with 2.5 cm margin on all four sides. The manuscript should be typewritten with double-spacing.
2. For Thai article, use font of Cordia New Style size 14 in a standard A4 paper (21.2 x 29.7 cm) with 2.5 cm margin on all four sides.

The manuscript should be typewritten with 1.5 line spacing. Thai article must provide English title page abstract, tables and legends.

3. Numbers of page must be on the top right corner. The length of article should not exceed 10 pages of the journal (approximate 24-28 pages A4, not including figures and tables)

4. Measurement units such as length, height, weight, capacity etc. should be in metric units. Temperature should be in degree Celsius. Pressure units should be in mmHg. The hematologic measurement and clinical chemistry should follow International System Units or SI.

5. Standard abbreviation must be used for abbreviation and symbols. The abbreviation should not be used in the title and abstract. Full words of the abbreviation should be referred at the end of the first abbreviation in the content except the standard measurement units.

6. Every illustration including tables must be referred in the contents. The alphabets in the illustrations and tables must be in English. Numbers are used in Arabic form and limited as necessary.

Preparation of the Articles

1. Title Page

The first page of the article should contain the following information

- Category of the manuscript
- Article title
- Authors' names and affiliated institutions
- Author's details (name, mailing address, E-mail, telephone and FAX number)
- Corresponding author

2. Abstract

The abstract must be typed in only one paragraph. Only English abstract is required for English article. Both English and Thai abstracts are required for Thai article and put in separate

pages. The abstract is written in structured patterns composed of background and aims, materials or subjects and methods, results and conclusion. Do not refer any documents, illustrations or tables in the abstract. The abstract must not exceed 300 words.

3. Text

The text of the original articles should be organized in sections as follows

- **Introduction:** indicating reason or importance of the research or study or review, objective, scope of the study. Introduction should review new documents in order to show the correlation of the contents in the article and original knowledge. It must also clearly indicate the hypothesis.

- **Materials and Methods:** comprising details of materials and methods used in the study for readers to be able to repeat such as chemical product names, types of experimental animals, details of patients including sources, sex, age etc. It must also indicate name, type, specification, and other information of materials for each method. For a research report performed in human subjects, authors should indicate that the study was performed according to the ethical Principles for Medical Research and Experiment involving human subjects such as Declaration of Helsinki 2000 or has been approved by the ethical committees of the local institute which the research was conducted.

- **Results:** presenting the discovery of experiments or researches or clinical outcome. It should be categorized and related to the objectives of the articles. The results can be presented in various forms such as words, tables, graphs or illustrations etc. Avoid repeating the results both in tables and in paragraph. Emphasize only important issues.

- **Discussion:** explaining the synthesized results comparing with the others published work. The advantages and disadvantages of the materials and methods can be mentioned.

The discovery and/or important issues needs to be emphasized. New suggestion, problems and threats from the experiment or study can be stated only in case they are based on the results and scopes of the experiment and study.

- **Conclusion:** stating the brief results and the conclusions of the analysis.

- **Acknowledgement:** mentioning the institutes or persons helping the authors, especially on capital sources of researches and numbers of research funds (if any).

- **References** including every concerned document that the authors referred in the articles in modified Vancouver style.

Writing the References

The references of both Thai and English articles must be written based on the original language of the articles. The reference system for the Journal of Gerontology and Geriatric Medicine is the modified Vancouver system, using Arabic numbers, making order according to the texts chronologically. All texts are in normal font, no bold and no italics.

Sample of references from articles in Journals

- Mauri MC, Paletta S, Maffini M, Colasanti A, Dragogna F, Di Pace C, et al. Clinical pharmacology of atypical antipsychotics: an update. EXCLI J 2014;13:1163–91.

- Kongmalai P, Karunasumetta C, Kuptarnond C, Prathanee S, Taksinachanekij S, Intanoo W, et al. The posterior pericardiotomy. Does it reduce the incidence of postoperative atrial fibrillation after coronary artery bypass grafting? J Med Assoc Thai 2014;97 (Suppl 10):S97-104.

- สมศักดิ์ เทียมเก่า. การพัฒนาเครือข่ายโรคหลอดเลือดสมองภาคอีสาน. ว. สหประชาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย 2558;14:3–13.

Sample of references from books and other monographs

Authors being writers

- Carroll QB. Radiography in the digital age: physics, exposure, radiation biology. 2nd ed.

Springfield (IL): Charles C. Thomas; 2014.

- สมเกียรติ วัฒนศิริชัยกุล, ดลฤดี สองทิศ. ตำราวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข.

กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ; 2556.

Authors being both writer and editor

- Hamric AB, Hanson CM, Tracy MF, O'Grady ET, editors. Advanced practice nursing: an integrative approach. 5th ed. St. Louis (MO): Elsevier/Saunders; 2014.

- กนิษฐา ไทยกกล้า, จิตรลดา อารีย์สันติชัย, ดาริกา ไสงาม, มานพ คณะโต, รัตนา จารุเบญจ, รุ่งนภา คำผาง, และคณะ, บรรณาธิการ. สังเคราะห์สถานการณ์สารเสพติด พ.ศ. 2545-2555. กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด; 2556.

Books with authors for each separate chapter and also have editor

- Aldridge J, Sourkes BM. The psychological impact of life-limiting conditions on the child. In: Goldman A, Hain R, Liben S, editors. Oxford textbook of palliative care for children. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2012. p. 78-89.

- วิชัย เส้นทอง. Chest pain. ใน: กาญจนา จันทร์สูง, ประณิธิ หงสประภาส, บรรณาธิการ. อากาโรวิทยาทางอายุรศาสตร์. ขอนแก่น: ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558. หน้า 165–70.

Institutional authors

- World Health Organization. The ASSIST project-alcohol, smoking and substance involvement screening test. Geneva : WHO; 2013.

- สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: สำนัก; 2557.

Sample of references from academic conferences

Conference proceedings

- Proceeding the 4th International LDRG-KKU and Saraburi Hospital Symposium 2014 on "Lasers in Dentistry: Research transferring to practice": 31 July - 1 August 2014, The Greenery Resort Khao Yai, Thailand. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2014.

Conference paper

- Chintim P, Heebthamai T, Phanombualert J. Microleakage of self-etch adhesive system in Class V cavities etched by Er:YAG laser with different pulse modes. In: Proceeding the 4th International LDRG-KKU and Saraburi Hospital Symposium 2014 on "Lasers in Dentistry: Research transferring to practice": 31 July - 1 August 2014; The Greenery Resort Khao Yai, Thailand. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2014. p. 21-6.

- อรุณี เจตศรีสุภาพ. ชาติลชีเมีย: อดีต ปัจจุบันและอนาคต. ใน: พจน์ ศรีบุญลือ, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการประจำปี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ครั้งที่ 28 ประจำปี 2555: 40th Anniversary of MD@KKU moving forwards the to 50th of Asia: วันที่ 10-12 ตุลาคม 2555; ขอนแก่น. ขอนแก่น: ฝ่ายวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555. หน้า 3-13.

Samples of reference from thesis

- Sattayut, S. A study of the influence of low intensity laser therapy on painful temporomandibular disorders. [Ph.D. Dissertation in Oral and Maxillofacial Surgery]. London : The Royal London School of Medicine and Dentistry University of London; 1998.

- วณาพร เขี่ยมมะ. การพัฒนาแนวปฏิบัติ การพยาบาลในการป้องกันภาวะสับสนเฉียบพลัน ในผู้สูงอายุที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยกึ่งวิกฤตอายุกรรม โรงพยาบาลศรีนครินทร์. [การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล สูงอายุ]. ขอนแก่น: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น; 2558.

Samples of reference in electronic format

Article on website only (with doi)

- Phababpha S, Kukongviriyapan U, Pakdeechote P, Senggunprai L, Kukongviriyapan V, Settasatian C, et al. Association of arterial stiffness with single nucleotide polymorphism rs1333049 and metabolic risk factors. Cardiovasc Diabetol 2013;12:93. doi: 10.1186/1475-2840-12-93

Online only article (without doi)

- National Health and Medical Research Council. How NHMRC develops its guidelines [Online]. 2009 [cited 2016 Dec 20]: Available from: <https://goo.gl/H0CtWj>

- Phababpha S, Kukongviriyapan U, Pakdeechote P, Senggunprai L, Kukongviriyapan V, Settasatian C, et al. Association of arterial stiffness with single nucleotide polymorphism rs1333049 and metabolic risk factors.

- Cardiovasc Diabetol [serial online] 2013 Jun 21 [cited 2016 Dec 20];12: [8 screens]. Available from: <http://bit.ly/2fQ9CNL>

- วิทยาลัยประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย. ผู้สูงอายุ: ทิศทางการดูแลระยะยาว ผู้สูงอายุในประเทศไทย [ออนไลน์] 9 กันยายน 2556 [อ้างเมื่อ 20 ธันวาคม 2559]. จาก <http://goo.gl/BrQpLI>

Paper presented

- Chowchuen B, Thanaviratnanich S, Chichareon KA, Auvichipotchana C, Godfrey K. Multi-center study of oral clefts and associated abnormalities in Thailand: the epidemiologic data

and need of health care service. Paper presented at 10th International Congress on Cleft Palate and Related Craniofacial Anomalies; 2005 September 4-8; Durban, South Africa.

Preparation of the Review articles and Case reports

Review articles and case reports should follow the same format with separate pages for Abstract, Introduction, Contents or Case report, Discussion, Conclusion, Acknowledgement and References.

The Editorial and Peer Review Process

The submitted manuscript will be reviewed by at Least 2 qualified experts in the respective fields. In general, this process takes around 4 - 8

weeks before the author be notified a consideration for minor correction or major correction or accept for publication with correction or reject for publication. However, the editor-in-chief and editorial board have all right to consider the final decision for publication.

The author should realize the importance of correct format manuscript, which would affect the duration of the review process and the acceptance of the articles. The Editorial office will not accept a submission if the author has not supplied all parts of the manuscript as outlined in this document.

Copyright

Upon acceptance, copyright of the manuscript must be fully transferred to The Journal of Gerontology and Geriatric Medicine.

ใบสมัคร พวท. และสาระสำคัญของสมาคม

สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทย ได้รับพระกรุณาประทานชื่อสมาคมจาก สมเด็จพระสังฆราชสกลมหาปรินายก และจดทะเบียนตามพระราชบัญญัติสมาคมเมื่อวันที่ 17 กรกฎาคม พ.ศ. 2539

วัตถุประสงค์ของสมาคมมีดังนี้

1. เป็นแหล่งรวมของนักวิชาการและบุคลากรที่ปฏิบัติงานหรือที่มีความสนใจเกี่ยวกับพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
2. เพื่อแลกเปลี่ยนความรู้แนวคิดด้านวิชาการ และปัญหาต่างๆ อันเกี่ยวกับพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
3. เพื่อเผยแพร่และสนับสนุนพัฒนาการทางวิชาการสาขาพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
4. เพื่อส่งเสริมการวิจัยสาขาพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ
5. เพื่อเป็นสื่อกลางระหว่างสถาบันวิชาการนานาชาติ
6. เพื่อเป็นศูนย์ประสานงานและเผยแพร่ข่าวสารแก่สมาชิก องค์กรภายในประเทศที่เกี่ยวข้องกับศาสตร์นี้ และสาธารณชน

สมาคมพฤฒาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุไทยมีข้อบังคับที่สำคัญดังต่อไปนี้

1. สมาชิกของสมาคมมี 3 ประเภทคือ สมาชิกกิตติมศักดิ์ สมาชิกสามัญ และสมาชิกสมทบ (นิสิตนักศึกษา)
2. สมาชิกสามัญเสียค่าบำรุงตลอดชีพ 2,000 บาท หรือรายปีปีละ 500 บาท (ถ้าเป็นสมาชิกรายปีติดต่อกัน 4 ปี จะได้สิทธิเป็นสมาชิกถาวร)
3. สมาชิกสมทบต้องเป็นนิสิตนักศึกษาในสถานอุดมศึกษาหรือเทียบเท่าและเสียค่าสมาชิกรายปี 100 บาทต่อปี
4. สมาชิกมีสิทธิที่สำคัญคือ มีสิทธิเข้าใช้สถานที่ของสมาคมโดยเท่าเทียมกัน มีสิทธิเสนอความคิดเห็นเกี่ยวกับการดำเนินการของสมาคมต่อคณะกรรมการ มีสิทธิได้รับสวัสดิการต่างๆ ที่สมาคมได้จัดขึ้น มีสิทธิเข้าร่วมประชุมใหญ่ของสมาคม และสมาชิกสามัญมีสิทธิในการเลือกตั้งหรือได้รับการเลือกตั้งหรือแต่งตั้งเป็นกรรมการสมาคม
5. สมาชิกมีหน้าที่จะต้องปฏิบัติตามระเบียบปฏิบัติและข้อบังคับของสมาคมโดยเคร่งครัด ประพฤติตนให้สมเกียรติที่เป็นสมาชิกของสมาคม ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินการต่างๆ ของสมาคม ร่วมกิจกรรมที่สมาคมได้จัดให้มีขึ้น และช่วยเผยแพร่ชื่อเสียงของสมาคมให้เป็นที่รู้จักอย่างแพร่หลาย
6. คณะกรรมการสมาคมประกอบด้วย นายกสมาคม อุปนายก เลขานุการ เหรัญญิก ปฏิคม นายทะเบียน ประชาสัมพันธ์วิชาการ และกรรมการอื่นๆ โดยมีจำนวนไม่เกิน 15 คน และมีวาระคราวละ 3 ปี
7. คณะกรรมการจะต้องจัดให้มีการประชุมใหญ่สามัญประจำปี ปีละ 1 ครั้งภายในเดือนธันวาคมของทุกปี โดยจะแถลงกิจการที่ผ่านมาในรอบปี บัญชีรายรับรายจ่ายและบัญชีงบดุล เลือกตั้งคณะกรรมการชุดใหญ่เมื่อครบกำหนดวาระ และเลือกตั้งผู้สอบบัญชี
8. การเงินและทรัพย์สินทั้งหมดให้อยู่ในความรับผิดชอบของคณะกรรมการสมาคม
9. ข้อบังคับของสมาคมจะเปลี่ยนแปลงได้โดยมติของที่ประชุมใหญ่เท่านั้น โดยมีสมาชิกสามัญเข้าร่วมประชุมไม่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของสมาชิกสามัญทั้งหมดและต้องมีคะแนนเสียงไม่น้อยกว่า 2 ใน 3 เสียงของสมาชิกสามัญที่เข้าร่วมประชุม
10. เมื่อสมาคมต้องเลิกไม่ว่าด้วยเหตุใดๆ ก็ตาม ทรัพย์สินของสมาคมที่เหลืออยู่หลังจากที่ได้ชำระบัญชีเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ให้ตกเป็นของสภาการศึกษาไทย

