

3-1-2017

บทความของเวชศาสตร์ฟื้นฟู ในสังคมผู้สูงอายุ

กฤษฎา ธีรเวช

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

Recommended Citation

ธีรเวช, กฤษฎา (2017) "บทความของเวชศาสตร์ฟื้นฟู ในสังคมผู้สูงอายุ," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 61: Iss. 2, Article 1.

DOI: <https://doi.org/10.58837/CHULA.CMJ.61.2.1>

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol61/iss2/1>

This Editorial is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

บทบาทของเวชศาสตร์ฟื้นฟูในสังคมผู้สูงอายุ

Abstract

ประเทศไทยกำหนดนิยาม “ผู้สูงอายุ” ไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุพ.ศ. 2546 มาตรา 3 “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย แต่ในประเศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้อายุ 65 ปีขึ้นไป การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงวัยสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ช่วง คือ วัยต้น (อายุ 60 - 69 ปี) วัยกลาง (อายุ 70 - 79 ปี) และวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ผลการสำรวจข้อมูลประชากรสูงวัยในประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปีพ.ศ. 2557 พบว่า ประเทศไทยมีผู้สูงวัยจำนวนร้อยละ 14.9 ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าปีพ.ศ. 2537 ถึง 2 เท่า โดยสามารถจำแนกผู้สูงวัยเป็นวัยต้น ร้อยละ 56.5 วัยกลางร้อยละ 29.9 และวัยปลาย ร้อยละ 13.6 ประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” ในปีพ.ศ. 2564 หรือในอีกเพียง 4 ปีข้างหน้า เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีมากถึงร้อยละ 20 และคาดว่าจะ เป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” ในอีกไม่ถึง 20 ปีข้างหน้า เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด.

บทบาทของเวชศาสตร์ฟื้นฟู ในสังคมผู้สูงอายุ

กฤษณา พิรเวช*

ประเทศไทยกำหนดนิยาม “ผู้สูงอายุ” ไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุพ.ศ. 2546 มาตรา 3 “ผู้สูงอายุ” หมายความว่า บุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีสัญชาติไทย แต่ในประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ ใช้อายุ 65 ปีขึ้นไป การแบ่งช่วงอายุของผู้สูงวัยสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ช่วง คือ วัยต้น (อายุ 60 - 69 ปี) วัยกลาง (อายุ 70 - 79 ปี) และวัยปลาย (อายุ 80 ปีขึ้นไป) ผลการสำรวจข้อมูลประชากรสูงวัยในประเทศไทยของสำนักงานสถิติแห่งชาติในปีพ.ศ. 2557 พบว่าประเทศไทยมีผู้สูงวัยจำนวนร้อยละ 14.9 ซึ่งเพิ่มขึ้นมากกว่าปีพ.ศ. 2537 ถึง 2 เท่า โดยสามารถจำแนกผู้สูงวัยเป็นวัยต้น ร้อยละ 56.5 วัยกลางร้อยละ 29.9 และวัยปลาย ร้อยละ 13.6 ประเทศไทยกำลังจะกลายเป็น “สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์” ในปีพ.ศ. 2564 หรือในอีกเพียง 4 ปีข้างหน้า เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีมากถึงร้อยละ 20 และคาดว่าจะเป็น “สังคมสูงวัยระดับสุดยอด” ในอีกไม่ถึง 20 ปี ข้างหน้านั้นเมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีสัดส่วนถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด

การมีชีวิตยืนยาวขึ้นมิได้หมายถึงผู้สูงอายุจะมีสุขภาพดีขึ้น แต่ดูเหมือนว่าช่วงชีวิตที่ยืนยาวขึ้นนั้นจะเป็นช่วงชีวิตที่มีการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นเป็นตามลำดับด้วย และสร้างภาระให้กับครอบครัวและสังคม มีการคาดการณ์ว่าจะมีผู้สูงอายุวัยปลายหรือผู้มีอายุ 80 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นอีกเกือบเท่าตัวในปีพ.ศ. 2583 ซึ่งเพิ่มเร็วกว่าผู้สูงอายุกลุ่มอื่น ๆ อายุที่มากขึ้นก็ยังมีโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและความพิการหรือช่วยเหลือตัวเองไม่ได้เพิ่มมากขึ้น จึงพอจะเห็นภาพได้ว่าในอนาคตเมื่อสังคมไทยมีผู้สูงอายุมากขึ้น ความต้องการการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุก็จะเพิ่มสูงขึ้นเป็นเงาตามตัว จากผลการสำรวจสุขภาพ

ผู้สูงอายุไทยปีพ.ศ. 2556 พบว่าปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่สูงเป็นอันดับแรก คือ การเคลื่อนไหวร่างกาย (ร้อยละ 57.8) ทำให้ผู้สูงอายุประมาณร้อยละ 1.5 อยู่ในสภาพ “ติดเตียง” ผู้สูงอายุร้อยละ 19 อยู่ในสภาพ “ติดบ้าน” ส่วนโรคเรื้อรังที่พบมากในผู้สูงอายุ 3 อันดับต้น ๆ คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 41.4 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18.2 และโรคข้อเข่าเสื่อม ร้อยละ 8.6 ทั้งนี้เป็นเพราะเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุการทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกาย และจิตใจ มีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เสื่อมถอย ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล เช่น การเปลี่ยนแปลงในระบบกล้ามเนื้อ กระดูกและข้อ กล้ามเนื้อในผู้สูงอายุจะมีจำนวนและขนาดเส้นใยลดลง การทำงานของเอนไซม์ในกล้ามเนื้อลดลง ปริมาณของกลัยโคเจนและโปรตีนที่สะสมในกล้ามเนื้อลดลง ทำให้กล้ามเนื้อมีขนาดเล็กลง และความแข็งแรงน้อยลง กำลังการหดตัวของกล้ามเนื้อลดลง การเคลื่อนไหวในลักษณะต่างๆ ไม่คล่องตัว ส่งผลต่อการทำกิจวัตรประจำวัน การเดิน และการทรงตัว ผู้สูงอายุจึงมีปัญหาหกล้มบ่อย และบางครั้งมีกระดูกหักรวมด้วย ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาแทรกซ้อนตามมาอีกมาก ผู้สูงอายุมักมีภาวะกระดูกพรุนเพราะแคลเซียมสลายออกจากกระดูกมากขึ้น ส่งผลให้กระดูกเปราะและหักง่าย หลังค่อม ตัวเตี้ยลง หมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อม ความสูงลดลงประมาณ 3 - 5 นิ้ว บางคนมีหลังค่อมมากขึ้น ในส่วนของไขข้อจะพบว่าน้ำหนักของไขข้อลดลง กระดูกอ่อนผิวข้อเสื่อม และมีแคลเซียมมาเกาะมากขึ้น ทำให้การเคลื่อนไหวข้อต่างๆ ไม่สะดวก เกิดอาการข้อตึง แข็ง อักเสบและติดขัดได้ง่ายข้อที่เกิดความเสื่อมได้มากคือ ข้อเข่า ข้อสะโพก และข้อกระดูกสันหลัง

*ภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปัญหาทางสุขภาพดังกล่าวสามารถใช้ความรู้ทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูมาช่วย รักษา บำบัด ฟื้นฟูผู้สูงอายุ เพื่อให้คงความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ช่วยลดสภาพ "ติดเตียง หรือติดบ้าน" ลงได้ เนื่องจากขอบเขตของงานเวชศาสตร์ฟื้นฟูครอบคลุมตั้งแต่ การตรวจวินิจฉัย โรค วางแผน และรักษาด้วยยา หรือโดยการใช้อุปกรณ์ต่าง ๆ โดยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟู การบำบัด ฟื้นฟู โดยทีมสหสาขา เช่น นักกายภาพบำบัด นักกิจกรรมบำบัด นักอรรถบำบัด และนักกายอุปกรณ์ ในปัจจุบันได้มีการนำนวัตกรรมใหม่ ๆ มาใช้ในการวินิจฉัย การรักษา บำบัด ฟื้นฟูผู้สูงอายุ เช่น การประเมินการเคลื่อนไหว การเดิน และการทรงตัวโดยใช้อุปกรณ์เฉพาะที่สามารถบอกความผิดปกติในแต่ละขั้นของการเดิน/การเคลื่อนไหว และใช้เป็นแนวทางในการบำบัดและฟื้นฟูความบกพร่องดังกล่าว การใช้คลื่นเสียงความถี่สูง (ultrasound) มาใช้วินิจฉัยความผิดปกติของระบบกล้ามเนื้อ เอ็น และข้อต่อ รวมทั้งใช้ในการช่วยนำทางเพื่อการฉีดยาเฉพาะที่ มีการโดยใช้เครื่องกระตุ้นแม่เหล็กผ่านทางกะโหลกศีรษะ (transcranial

magnetic stimulation) หรือใช้ไฟฟ้ากระแสตรงกระตุ้นผ่านทางกะโหลกศีรษะ (transcranial direct current stimulation) เพื่อช่วยกระตุ้นการทำงานของเซลล์สมอง การออกกำลังกายโดยเครื่องออกกำลังกายที่สามารถบันทึกสัญญาณชีพ และตรวจวัดระดับออกซิเจนในเลือดเพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงทางด้านหัวใจ – ปอด รวมถึงการใช้หุ่นยนต์มาช่วยฝึกการเคลื่อนไหวของแขน และมือ เป็นต้น

นอกจากนี้ขอบเขตของงานเวชศาสตร์ฟื้นฟูยังครอบคลุมไปถึงการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคสำหรับผู้สูงอายุ เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีตามควรแก่สภาพคงระยะเวลาที่มีสุขภาพดีโดยรวมให้ยาวนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตั้งแต่ยังไม่มีโรค การป้องกันโรคที่เกิดขึ้นแล้ว แต่ป้องกันไม่ให้พยาธิสภาพรุนแรงขึ้น และให้การรักษา บำบัด ฟื้นฟูตั้งแต่ระยะแรกของโรค รวมทั้งป้องกันภาวะแทรกซ้อน การป้องกัน การเกิดโรคซ้ำ ตลอดจนการป้องกันความพิการ ภาวะทุพพลภาพระยะยาวที่อาจเกิดในภายหลัง ทั้งนี้เพื่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และญาติ.