

เวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับภาวะคันเรื้อรังและผิวแห้งในผู้สูงอายุ: บทความพื้้นวิชาการเชิงบรรยายตามกรอบ 6 เสาหลักเพื่อการปฏิบัติทางคลินิกเชิงป้องกัน

Lifestyle Medicine for Chronic Pruritus and Xerosis in Older Adults: A Six-Pillar Narrative Review for Preventive Clinical Practice

วรรณวรงค์ นาคพนม, พ.บ., วท.ม.

Wanwarang Nakpanom, M.D., M.Sc.

Abstract

Introduction: Chronic pruritus and xerosis are common dermatological conditions among older adults that negatively affect sleep, psychological well-being, quality of life, and self-care capacity. Although pharmacological treatment and topical moisturizers remain the standard of care, preventive lifestyle interventions are less commonly integrated into routine clinical practice.

Objective: To review and synthesize evidence on chronic pruritus and xerosis in older adults through the six-pillar lifestyle medicine framework and propose an adjunctive approach for preventive clinical practice.

Methods: A narrative review was conducted using literature searched from PubMed, Scopus, Google Scholar, and ThaiJO. Studies related to chronic pruritus, xerosis, aging skin, older adults, and lifestyle medicine published between 2014 and 2026 were prioritized.

Results: Evidence suggests that all six pillars of lifestyle medicine—nutrition, physical activity, restorative sleep, stress management, avoidance of risky substances, and positive social connection—are associated with key pathophysiological mechanisms underlying chronic

pruritus and xerosis, including age-related skin deterioration, skin barrier dysfunction, neuroimmune dysregulation, and the itch–scratch–sleep cycle.

Conclusions: The lifestyle medicine framework may support clinicians in geriatric, primary care, and preventive medicine settings in providing structured lifestyle assessment and counseling as an adjunct to standard dermatological care for older adults with chronic pruritus and xerosis.

Keywords: lifestyle medicine, chronic pruritus, xerosis, older adults, preventive medicine

บทคัดย่อ

บทนำ: ภาวะคันเรื้อรังและผิวแห้ง (Chronic pruritus and xerosis) เป็นปัญหาผิวหนังที่พบบ่อยในผู้สูงอายุ และส่งผลกระทบต่อ การนอนหลับ สุขภาพจิต คุณภาพชีวิต และความสามารถใน การดูแลตนเอง แม้การรักษาด้วยยาและผลิตภัณฑ์ดูแลผิวจะยังเป็นแนวทางหลักในปัจจุบัน แต่การบูรณาการพฤติกรรมสุขภาพเชิงป้องกันยังได้รับความสนใจค่อนข้างน้อย

วัตถุประสงค์: เพื่อทบทวนและสังเคราะห์หลักฐานเกี่ยวกับ ภาวะคันเรื้อรังและผิวแห้งในผู้สูงอายุ โดยประยุกต์กรอบ เวชศาสตร์วิถีชีวิต 6 เสาหลัก เพื่อเสนอแนวทางสนับสนุนการ ดูแลเชิงป้องกันในเวชปฏิบัติ

วิธีการศึกษา: ดำเนินการสืบค้นวรรณกรรมแบบ Narrative Review จากฐานข้อมูล PubMed, Scopus, Google Scholar และ ThaiJO โดยคัดเลือกบทความที่เกี่ยวข้องกับ Chronic Pruritus, Xerosis, Aging skin, Older Adults และ Lifestyle Medicine ระหว่างปี พ.ศ. 2557–2569

ผลการศึกษา: หลักฐานที่สังเคราะห์พบว่า เวชศาสตร์วิถีชีวิต ทั้ง 6 เสาหลัก ได้แก่ โภชนาการ กิจกรรมทางกาย การนอนหลับ การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสารเสี่ยง และความสัมพันธ์ทางสังคม มีความเชื่อมโยงกับกลไกสำคัญของภาวะคันเรื้อรัง และผิวแห้ง ทั้งการเสื่อมของผิวหนังตามวัย ความผิดปกติของ

วันที่รับ (received) 6 มิถุนายน 2569

วันที่แก้ไขเสร็จ (revised) 24 สิงหาคม 2569

วันที่ตอบรับ (accepted) 26 สิงหาคม 2569

Published online ahead of print 14 กันยายน 2569

แผนกตรวจสุขภาพ โรงพยาบาลเจ้าพระยา, กรุงเทพมหานคร
Health Check-up Department, Chaophya Hospital, Bangkok

Corresponding Author: วรรณวรงค์ นาคพนม

แผนกตรวจสุขภาพ โรงพยาบาลเจ้าพระยา, กรุงเทพมหานคร

Email: dr.wanwarang@hotmail.com

doi:

เกราะป้องกันผิวหนัง ความแปรปรวนของแกนประสาท-ภูมิคุ้มกัน และวงจรคัน-เกา-นอนไม่หลับ

สรุป: กรอบเวชศาสตร์วิถีชีวิตอาจช่วยสนับสนุนการประเณิน และให้คำปรึกษาด้านพฤติกรรมสุขภาพ ควบคู่กับการรักษาทางผิวหนังมาตรฐาน โดยเฉพาะในบริบทเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ เวชศาสตร์ปฐมภูมิ และเวชศาสตร์ป้องกัน

คำสำคัญ: เวชศาสตร์วิถีชีวิต, ภาวะคันเรื้อรัง, ผิวแห้ง, ผู้สูงอายุ, เวชศาสตร์ป้องกัน

บทนำ

สังคมโลกกำลังก้าวเข้าสู่ยุคของการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของประชากรสูงอายุ โดยองค์การสหประชาชาติคาดการณ์ว่า ภายในปลายทศวรรษ ค.ศ. 2070 ประชากรโลกอายุ 65 ปีขึ้นไป จะมีจำนวนถึง 2.2 พันล้านคน และจะมากกว่าจำนวนเด็กอายุ ต่ำกว่า 18 ปีเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์¹ สำหรับประเทศไทย ข้อมูล ณ เดือนเมษายน พ.ศ. 2569 ระบุว่าประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีจำนวน 14.34 ล้านคน หรือร้อยละ 22.14 ของประชากรทั้งหมด สะท้อนการเข้าสู่สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ (Complete aged society)² ซึ่งสัมพันธ์กับภาระโรคที่เพิ่มขึ้น รวมถึงปัญหาผิวหนังที่ยังไม่ได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบในเวชปฏิบัติเชิงป้องกัน

ภาวะคันเรื้อรัง (Chronic pruritus) ซึ่งหมายถึงอาการคัน นานกว่า 6 สัปดาห์³ เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้สูงอายุและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตามอายุ^{4,5} ขณะที่ภาวะผิวแห้ง (Xerosis cutis) สัมพันธ์กับการเสื่อมของผิวหนังตามวัย ทั้งการลดลงของ Sebum Production การสูญเสียผ่านผิวหนัง (Transepidermal water loss) ที่เพิ่มขึ้น และการลดลงของ Natural Moisturizing Factors⁶⁻⁸ ภาวะคันเรื้อรังและผิวแห้งไม่เพียงส่งผลต่อความสบายทางกาย แต่ยังสัมพันธ์กับปัญหาการนอนหลับ⁹ ความเครียดทางจิตใจ และคุณภาพชีวิตที่ลดลง¹⁰

ภาวะคันเรื้อรัง (Chronic pruritus) และผิวแห้ง (Xerosis cutis) ในผู้สูงอายุเป็นภาวะที่มีความซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ทั้งการเสื่อมตามวัย โรคร่วม การใช้ยาหลายชนิด คุณภาพการนอนหลับ ความเครียด พฤติกรรมสุขภาพ และความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care capacity) ดังนั้น การมองภาวะดังกล่าวเป็นเพียงปัญหาผิวหนังเฉพาะที่อาจนำไปสู่การดูแลที่ไม่ครอบคลุมเพียงพอ

แม้การรักษาด้วยยาและผลิตภัณฑ์บำรุงผิวจะยังเป็นแนวทางหลักในเวชปฏิบัติมาตรฐาน แต่ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ เช่น โภชนาการ กิจกรรมทางกาย การนอนหลับ และการจัดการความเครียด ซึ่งมีบทบาทต่อการดำเนินโรค ยังขาดกรอบแนวคิดที่บูรณาการและประยุกต์ใช้ได้จริง บทความนี้จึงเสนอการประยุกต์กรอบเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle medicine) ตาม 6 เสาหลัก

ของ American College of Lifestyle Medicine (ACLM)¹¹ เพื่อสนับสนุนการประเณินและดูแลเชิงป้องกันในผู้สูงอายุที่มีภาวะคันเรื้อรังและผิวแห้ง ควบคู่กับการรักษามาตรฐานทางผิวหนัง

วิธีการทบทวนวรรณกรรม

บทความนี้เป็นบทความฟื้นฟูวิชาการเชิงบรรยาย (Narrative review) ที่สืบค้นวรรณกรรมจาก PubMed, Scopus, Google Scholar และ ThaiJO โดยใช้คำค้นเกี่ยวกับ Chronic Pruritus, Xerosis, Aging Skin, Older Adults และ Lifestyle Medicine ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ครอบคลุมช่วงปี พ.ศ. 2557–2569 (ค.ศ. 2014–2026) รวมถึงงานวิจัยสำคัญก่อนหน้าที่มีความสำคัญเชิงแนวคิด กลยุทธ์การสืบค้นใช้ตัวดำเนินการเชิงตรรกะ (Boolean operators) ในรูปแบบ ("Pruritus" OR "itch" OR "xerosis" OR "dry skin") AND ("Older adults" OR "elderly" OR "aging skin") AND ("Lifestyle medicine" OR "nutrition" OR "physical activity" OR "sleep" OR "stress management" OR "social connection") ร่วมกับการสืบค้นย้อนกลับจากรายการอ้างอิงของบทความที่เกี่ยวข้อง (Citation tracking) เพื่อเพิ่มความครอบคลุมของวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

บทความที่คัดเลือกประกอบด้วย Review Articles, Clinical Guidelines, Observational Studies และ Randomized Controlled Trials ที่เกี่ยวข้องกับภาวะคันเรื้อรัง ผิวแห้ง ผิวหนังผู้สูงอายุ และปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ โดยไม่รวมการศึกษาเฉพาะในเด็กหรือโรคผิวหนังเฉพาะโรคที่ไม่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุ การสังเคราะห์เน้นความเกี่ยวข้องทางคลินิก นัยเชิงป้องกัน และการประยุกต์ใช้ในเวชปฏิบัติผู้สูงอายุ เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ได้แก่ บทความภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษที่ผ่านการทบทวนโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ตีพิมพ์ระหว่าง พ.ศ. 2557–2569 ที่เกี่ยวข้องกับภาวะคันเรื้อรัง ผิวแห้ง หรือการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังตามวัยในผู้สูงอายุอายุ 60 ปีขึ้นไป หรือการประยุกต์ใช้กรอบเวชศาสตร์วิถีชีวิตในเวชปฏิบัติ ส่วนเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ การศึกษาที่จำกัดเฉพาะประชากรเด็กหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การศึกษาโรคผิวหนังเฉพาะโรคที่ไม่เกี่ยวข้องกับกลไกการคันหรือความแห้งของผิวในผู้สูงอายุ บทความย่อการประชุมวิชาการที่ไม่มีบทความฉบับเต็ม และแหล่งข้อมูลที่ไม่ผ่านการทบทวนโดยผู้ทรงคุณวุฒิ

บทความฟื้นฟูวิชาการนี้ไม่อยู่ในข่ายที่ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เนื่องจากเป็นการสังเคราะห์องค์ความรู้จากเอกสารและงานวิจัยที่ตีพิมพ์แล้ว โดยไม่มีการเก็บข้อมูลจากมนุษย์หรือข้อมูลส่วนบุคคล

ภาวะคันเรื้อรังและผิวแห้งในผู้สูงอายุ: พยาธิสรีรวิทยาและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปลี่ยนแปลงของผิวหนังตามวัย

ผิวหนังของผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านโครงสร้างและหน้าที่ โดยการลดลงของ Sebum, Collagen, Elastin และ Natural Moisturizing Factors (NMF) ส่งผลให้ผิวหนังสูญเสียความชุ่มชื้น ความยืดหยุ่น และความสามารถในการกักเก็บน้ำลดลง นอกจากนี้ การเสื่อมของ Skin Barrier Function ยังทำให้การสูญเสียน้ำผ่านผิวหนัง (Transepidermal water loss; TEWL) เพิ่มขึ้น ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อการเกิดภาวะผิวแห้งและอาการคัน รวมทั้งทำให้ผิวหนังไวต่อสิ่งกระตุ้นภายนอกมากขึ้น^{6,8}

กลไกทางระบบประสาทมีบทบาทสำคัญต่ออาการคัน โดยเส้นประสาทรับความรู้สึกชนิด C-fiber ซึ่งทำหน้าที่นำสัญญาณคัน (Pruriception) สามารถตอบสนองต่อสารก่ออาการคันและสารสื่อประสาทหลายชนิดได้ ความผิดปกติของการส่งสัญญาณคันทั้งในระดับ Peripheral และ Central Nervous System อาจเกี่ยวข้องกับภาวะ Central Sensitization¹² ทำให้ผู้สูงอายุบางรายรับรู้ความคันมากกว่าปกติ แม้ไม่มีรอยโรคผิวหนังที่ชัดเจน⁵

ปัจจัยทางระบบและยา

ภาวะคันเรื้อรังในผู้สูงอายุมักมีสาเหตุหลายปัจจัย (Multifactorial) โดยสัมพันธ์กับโรคเรื้อรังที่พบบ่อย เช่น โรคไตเรื้อรัง (CKD), โรคตับที่มีภาวะน้ำดีคั่ง, โรคเบาหวาน, ความผิดปกติของต่อมไทรอยด์ และโรคกระดูกบางชนิด นอกจากนี้ ภาวะการใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน (Polypharmacy) ยังอาจกระตุ้นอาการคัน โดยยาที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ Opioids, Diuretics, Antihypertensive Agents บางชนิด, Statins, NSAIDs และ Psychotropic Drugs^{13,14}

การประเมินสัญญาณอันตราย (Red flags) เป็นขั้นตอนสำคัญก่อนพิจารณาแนวทางการดูแลตามกรอบเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดย Red flags ที่ควรเฝ้าระวัง ได้แก่ น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ ไข้ ตัวเหลืองหรือตาเหลือง (Jaundice) ความผิดปกติของปัสสาวะ ผื่นผิวหนังที่อธิบายสาเหตุไม่ได้ และอาการคันทั่วร่างกายที่รุนแรงในเวลากลางคืน (Nocturnal generalized itch)^{13,37} ซึ่งอาจบ่งชี้ถึงโรคทางระบบที่ต้องได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างเหมาะสมก่อน

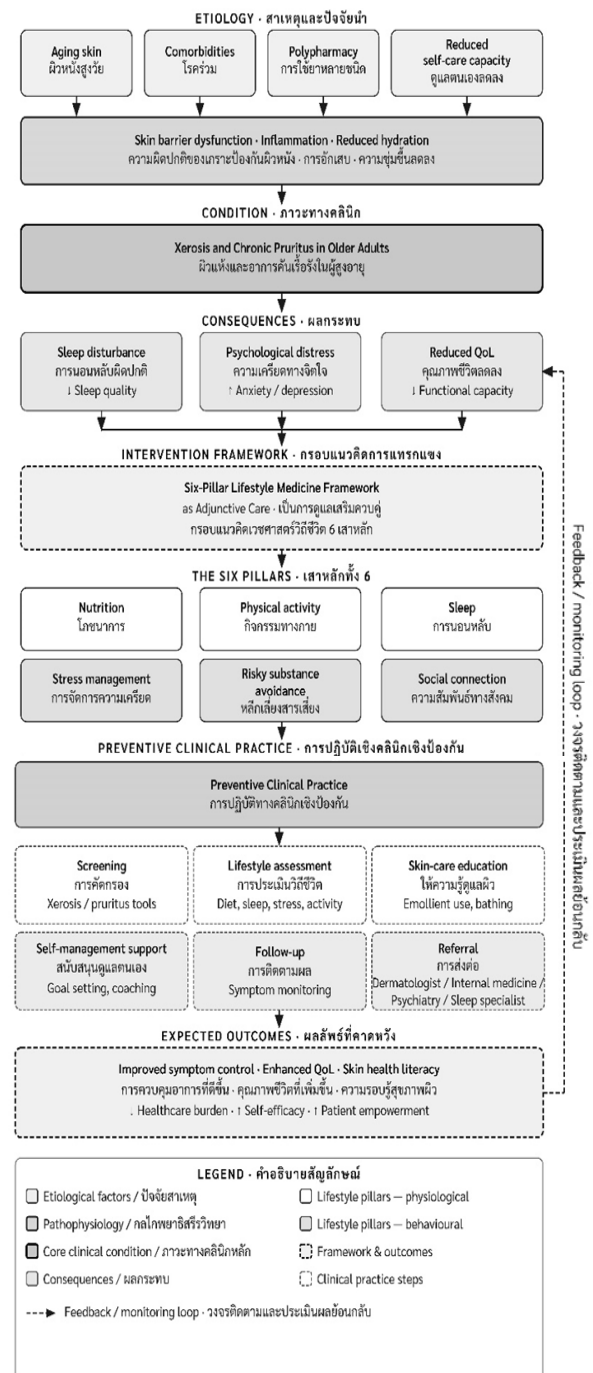
ผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต

ภาวะคันเรื้อรังและผิวแห้งในผู้สูงอายุส่งผลกระทบต่อทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยปัญหาการนอนหลับเป็นผลกระทบที่พบบ่อยและสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ลดลง⁹ ส่งผลให้เกิดความเหนื่อยล้าและลดความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน นอกจากนี้ อาการคันเรื้อรังยังสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความทุกข์ทางจิตใจอย่างมีนัยสำคัญ¹⁵ ขณะเดียวกัน การเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องยังเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อผิวหนัง โดยเฉพาะในผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง⁷

เวชศาสตร์วิถีชีวิตและกรอบ 6 เสาหลัก

เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle medicine) เป็นสาขาทางการ

แพทย์ที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพบนพื้นฐานของหลักฐานเชิงประจักษ์ เพื่อป้องกัน รักษา และในบางกรณีช่วยย้อนกลับโรคเรื้อรังได้ โดย American College of Lifestyle Medicine (ACLM) กำหนดกรอบ 6 เสาหลัก ได้แก่ โภชนาการ การมีกิจกรรมทางกาย การนอนหลับ การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสารหรือพฤติกรรมเสี่ยง และความสัมพันธ์ทางสังคมเชิงบวก¹¹ กรอบดังกล่าวได้รับการประยุกต์ใช้อย่างกว้างขวางในการดูแลโรคเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด เบาหวาน โรคอ้วน¹⁶ และปัญหาสุขภาพจิตบางด้าน¹⁷ อย่างไรก็ตาม การประยุกต์ใช้กับปัญหาผิวหนังในผู้สูงอายุยังมีค่อนข้างจำกัด



การประยุกต์ 6 หลักกับภาวะคันเรื้อรังและผิวแห้งในผู้สูงอายุ

เสาหลักที่ 1: โภชนาการและการได้รับน้ำ

โภชนาการมีบทบาทสำคัญต่อความสมบูรณ์ของ Skin Barrier และการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน โดยผู้สูงอายุมักพบภาวะได้รับโปรตีนไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลต่อการซ่อมแซมผิวหนัง และการสังเคราะห์ Collagen¹⁸ นอกจากนี้ ความขาด Vitamin D, Vitamin E, Vitamin C และ Zinc ยังสัมพันธ์กับความผิดปกติของ Skin Barrier กระบวนการต้านออกซิเดชัน และการตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันในผิวหนัง ขณะที่ Omega-3 Fatty Acids มีฤทธิ์ต้านการอักเสบและอาจช่วยส่งเสริมการทำงานของ Skin Barrier²⁰

อย่างไรก็ตาม หลักฐานเชิงตรงที่สนับสนุนว่าการเพิ่มการดื่มน้ำสามารถแก้ไขภาวะผิวแห้งได้อย่างมีนัยสำคัญยังมีจำกัด^{21,22} ดังนั้น การให้คำแนะนำด้านโภชนาการจึงควรมุ่งเน้นการประเมินภาวะขาดสารอาหาร การส่งเสริมอาหารด้านการอักเสบ เช่น อาหารเมดิเตอร์เรเนียน (Mediterranean diet)¹⁸ และการหลีกเลี่ยงอาหารที่อาจกระตุ้นอาการคันในผู้ป่วยบางราย²³ มากกว่าการคาดหวังผลเชิงการรักษาโดยตรง ในบริบทของประเทศไทย อาหารด้านการอักเสบที่เข้าถึงง่ายและมีราคาเหมาะสมกว่าอาหารเมดิเตอร์เรเนียนแบบตะวันตก ได้แก่ ปลาทะเลพื้นบ้าน เช่น ปลาทูและปลาสาคร ซึ่งเป็นแหล่งโปรตีนและโอเมก้า 3 ถั่วเมล็ดแห้งและถั่วเปลือกแข็ง เช่น ถั่วลิสง และถั่วเหลือง ผักใบเขียวและผักพื้นบ้าน เช่น ตำลึงและคะน้า รวมถึงขมิ้นชันและขิงซึ่งมีฤทธิ์ต้านการอักเสบตามหลักฐานเชิงประจักษ์ ซึ่งอาจเป็นทางเลือกที่เหมาะสมและปฏิบัติได้จริงมากกว่าสำหรับผู้สูงอายุไทย

เสาหลักที่ 2: กิจกรรมทางกาย

การออกกำลังกายสม่ำเสมอส่งผลดีต่อสุขภาพผิวหนังผ่านหลายกลไก ทั้งการเพิ่มการไหลเวียนเลือดในหลอดเลือดฝอยของผิวหนัง (Cutaneous microcirculation) ซึ่งช่วยนำสารอาหารและออกซิเจนมาเลี้ยงผิวหนัง²⁴ รวมถึงการลดภาวะการอักเสบเรื้อรังระดับต่ำ (Chronic low-grade inflammation) ผ่านการลดลงของ Pro-inflammatory Cytokines เช่น IL-6 และ TNF- α ²⁴ และช่วยควบคุมน้ำหนักตัว ซึ่งสัมพันธ์กับการลดภาวะ Metabolic Inflammation²⁵

อย่างไรก็ตาม ผู้สูงอายุที่มีภาวะคันเรื้อรังอาจมีอาการกำเริบจากเหงื่อ ความร้อน และเสื้อผ้าที่เสียดสีผิว¹³ ดังนั้น การแนะนำกิจกรรมทางกายจึงควรเน้นการออกกำลังกายความเข้มข้นต่ำถึงปานกลาง เช่น การเดิน ว่ายน้ำ หรือโยคะ ร่วมกับการดูแลผิวหลังออกกำลังกายอย่างเหมาะสม²⁴ นอกจากนี้ สภาพอากาศร้อนชื้นตลอดปีของประเทศไทย ร่วมกับพฤติกรรมการอาบน้ำบ่อยครั้งเพื่อคลายร้อนของผู้สูงอายุไทย อาจเร่งการสูญเสียน้ำและไขมันตามธรรมชาติของผิวหนังได้มากกว่าประชากรในภูมิอากาศ

เขตอบอุ่น จึงควรแนะนำให้ออกกำลังกายในช่วงเช้าตรู่หรือเย็นที่อากาศเย็นกว่า จำกัดการอาบน้ำอุ่นจัดหรือการขัดถูผิวแรง และทาครีมบำรุงผิวหนังที่หลังอาบน้ำเพื่อคงความชุ่มชื้นของผิว

เสาหลักที่ 3: การนอนหลับ

ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะคันเรื้อรังและการนอนหลับเป็นแบบ Bidirectional กล่าวคือ อาการคันรบกวนการนอนหลับ ขณะที่การนอนหลับที่เพิ่มความไวต่อสิ่งกระตุ้นและการรับรู้อาการคัน^{9,26} ผิวหนังมีระบบนาฬิกาชีวภาพ (Circadian clock) ที่ควบคุมการทำงานของ Skin Barrier การซ่อมแซมเซลล์ผิว และการแบ่งตัวของ Keratinocyte ซึ่งกระบวนการซ่อมแซมส่วนใหญ่เกิดขึ้นในช่วงกลางคืน²⁷ ดังนั้น การนอนหลับไม่เพียงพอจึงรบกวนกระบวนการดังกล่าว โดยมีหลักฐานว่าผู้ที่นอนหลับไม่ดีมีระดับ Transepidermal Water Loss (TEWL) สูงกว่า และมี Skin Barrier Recovery ต่ำกว่ากลุ่มที่นอนหลับเพียงพอประมาณร้อยละ 30²⁸

การส่งเสริม Sleep Hygiene ในผู้สูงอายุที่มีภาวะคันควรครอบคลุมการควบคุมอุณหภูมิห้อง การสวมเสื้อผ้าที่ระบายอากาศได้ดี การทาครีมบำรุงผิวก่อนนอน และการหลีกเลี่ยงการเกาในเวลากลางคืน^{9,29} รวมถึงการจัดการความเครียดที่อาจรบกวนการนอนหลับ²⁹ สำหรับผู้ที่มีปัญหาการนอนหลับร่วมด้วย ควรพิจารณาส่งต่อเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าหรือ Sleep Apnea ซึ่งพบได้บ่อยในผู้สูงอายุ³⁰

เสาหลักที่ 4: การจัดการความเครียด

ความเครียดเชิงจิตใจส่งผลต่อ Neuroimmune Axis ที่ควบคุมการตอบสนองของผิวหนัง ผ่านการกระตุ้น Hypothalamic-Pituitary-Adrenal (HPA) axis และการหลั่ง Corticotropin-Releasing Hormone (CRH) ซึ่งกระตุ้น Mast cell ให้หลั่ง Histamine และสาร Pruritogenic อื่นๆ³¹ จึงอาจอธิบายภาวะ Psychogenic Itch หรือการที่ความเครียดกระตุ้นและทำให้อาการคันรุนแรงขึ้นได้³²

ในทางกลับกัน ภาวะคันเรื้อรังสามารถเพิ่มความเครียดและสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล (Anxiety) และภาวะซึมเศร้า (Depression) ในผู้สูงอายุได้¹⁵ การจัดการความเครียด เช่น การหายใจด้วยกระบังลม (Diaphragmatic Breathing) การฝึกสติ (Mindfulness-based techniques) การออกกำลังกายแบบผ่อนคลาย และการให้คำปรึกษาแนวพฤติกรรมบำบัดทางความคิด (CBT-informed counseling) มีหลักฐานสนับสนุนในบริบทของ Chronic Itch³³ โดยเฉพาะในผู้ที่มีข้อจำกัดในการใช้ยาบางชนิดจากโรคร่วม

เสาหลักที่ 5: การหลีกเลี่ยงสารเสี่ยง

การสูบบุหรี่ส่งผลให้การไหลเวียนเลือดผิวหนังลดลง เพิ่ม Oxidative Stress กระตุ้น Inflammation และเร่งการเสื่อมของ Collagen³⁴ ซึ่งอาจทำให้ผิวหนังแห้งและเกิดอาการคันได้

มากขึ้น ขณะที่แอลกอฮอล์อาจกระตุ้นอาการคัน โดยเฉพาะในผู้ที่มีโรคตับ³⁵ และยังรบกวนคุณภาพการนอนหลับ ซึ่งอาจทำให้วงจรคัน-นอนไม่หลับรุนแรงขึ้น³⁶

สำหรับผู้สูงอายุ การประเมินปัจจัยกระตุ้นอาการคันควรครอบคลุมสารหรือสิ่งแวดล้อมที่อาจก่อการระคายเคืองเฉพาะราย นอกเหนือจากบูห์รีและแอลกอฮอล์ เช่น สบู่หรือผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดที่มีสารระคายเคือง ผลิตภัณฑ์ที่มีน้ำหอมสังเคราะห์ และสารก่อภูมิแพ้ในสิ่งแวดล้อม³⁷ ดังนั้น การซักประวัติด้านพฤติกรรม การดูแลผิว และการสัมผัสสารระคายเคืองอย่างละเอียด จึงมีความสำคัญต่อการประเมินและดูแลผู้ป่วยในเวชปฏิบัติ²⁹

เสาหลักที่ 6: ความสัมพันธ์ทางสังคมและการสนับสนุนการดูแลตนเอง

ความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีมีความสำคัญต่อความสม่ำเสมอในการดูแลผิวหนัง (Adherence to skin care regimen) โดยผู้สูงอายุที่อาศัยลำพัง หรือมีข้อจำกัดด้านการมองเห็น การเคลื่อนไหว หรือการรู้คิด อาจไม่สามารถดูแลผิวหนังหรือทาครีมได้อย่างสม่ำเสมอ³⁷ นอกจากนี้ ความโดดเดี่ยวทางสังคม (Social isolation) ยังสัมพันธ์กับการดูแลตนเองที่ลดลง ความเครียดที่เพิ่มขึ้น³⁸ และภาวะการอักเสบเรื้อรังระดับต่ำ (Chronic low-grade inflammation) ซึ่งอาจส่งผลต่อสุขภาพผิวทางอ้อม³⁹

การให้ความรู้แก่ผู้ดูแล (Caregiver education) จึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง³⁷ ขณะเดียวกัน การส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมและชุมชนอาจช่วยลดความเครียดและเพิ่มแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพโดยรวม³⁸

ตารางที่ 1 กรอบเวชศาสตร์วิถีชีวิต 6 เสาหลักสำหรับภาวะคันเรื้อรังและผิวแห้งในผู้สูงอายุ

เสาหลัก	กลไกที่เกี่ยวข้อง	การประยุกต์ทางคลินิก	ข้อระวังในผู้สูงอายุ	ลักษณะหลักฐาน
โภชนาการ	สนับสนุน Skin Barrier, ระบบภูมิคุ้มกัน, ลด inflammation	ประเมินภาวะขาดโปรตีน, Omega-3, วิตามิน D/E/C, Zinc; แนะนำอาหารต้านการอักเสบ	หลีกเลี่ยงการ Over-supplement; ระวัง Drug-nutrient Interactions	Observational และ RCT บางส่วน; Extrapolated จาก Nutrition Science สู่บริบทผิวหนังผู้สูงอายุ
กิจกรรมทางกาย	เพิ่มการไหลเวียนโลหิต, ลด Systemic Inflammation, ปรับ Mood	แนะนำ Low-to-moderate Intensity เช่น เดิน ว่ายน้ำ โยคะ	เหนื่อยและความร้อนอาจกระตุ้นคัน; ดูแลผิวหลังออกกำลังกาย	Observational; RCT ใน inflammatory conditions
การนอนหลับ	ลด Itch-scratch-sleep cycle; Skin Barrier ช่อมแซมในเวลากลางคืน	Sleep Hygiene; ทาครีมก่อนนอน; ลด Nighttime Triggers	คัดกรอง Insomnia, Depression, Sleep Apnea ก่อน	Indirect; Clinical Observation; Sleep Medicine Evidence
การจัดการความเครียด	ลด HPA Axis Activation, Mast cell degranulation, psychogenic itch	Mindfulness, หายใจเชิงลึก, CBT-informed counseling	ส่งต่อผู้เชี่ยวชาญหากมี Severe Anxiety/Depression	RCT ใน Chronic itch; Behavioral Medicine Evidence
การหลีกเลี่ยงสารเสี่ยง	ลด oxidative stress, vascular changes, sleep disruption, skin irritation	เลิกบูห์รี; ลดแอลกอฮอล์; ระบุสารก่อระคายเคืองเฉพาะราย	ประเมิน liver disease, drug interactions; polypharmacy review	Epidemiological; clinical guideline-based
ความสัมพันธ์ทางสังคม	เพิ่ม adherence ต่อ skincare; ลด loneliness-related inflammation	Caregiver education; ส่งเสริมกิจกรรมชุมชน; ติดตามผล	ระวัง cognitive impairment; ประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง	Social medicine; geriatrics evidence

ข้อเสนอเชิงปฏิบัติสำหรับเวชปฏิบัติเชิงป้องกัน

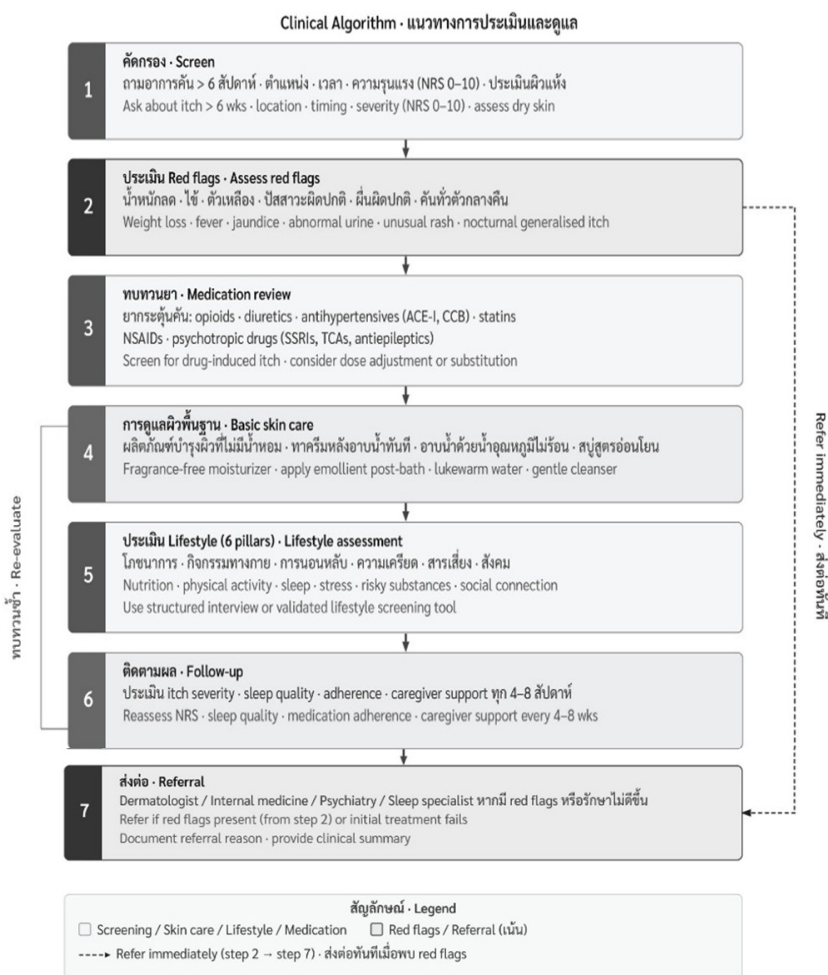
บทความนี้นำเสนอกรอบการประเมินและดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะคันเรื้อรังและผิวแห้ง โดยบูรณาการกรอบเวชศาสตร์วิถีชีวิตรวมกับการรักษามาตรฐานทางผิวหนัง เพื่อใช้เป็นแนวทาง

เสริมเชิงป้องกัน มิใช่เพื่อทดแทน Clinical Guideline ดังแสดงในแผนภาพและตารางที่ 2 ซึ่งครอบคลุมการประเมินวิถีชีวิต การดูแลผิว และการสนับสนุนการดูแลตนเอง แนวทางดังกล่าวประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่

การคัดกรอง การประเมินวิถีชีวิตตามกรอบ 6 เสาหลัก การให้ความรู้ด้านการดูแลผิว การสนับสนุนการดูแลตนเอง การติดตามผลทุก 4–8 สัปดาห์ และการส่งต่อเมื่อพบ Red Flags หรือเมื่อประเมินแล้วว่าการรักษาเบื้องต้นไม่ได้ผลภายในกรอบเวลา 4–8 สัปดาห์ตามรอบการติดตามผลที่กำหนดไว้ จึงจะพิจารณาส่งต่อแพทย์เฉพาะทาง

การสนับสนุนการดูแลตนเองเป็นประเด็นที่มักถูกมองข้ามในเวชปฏิบัติทั่วไป อย่างไรก็ตาม หลักฐานจาก Chronic Disease Management ชี้ว่าการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการกำหนดเป้าหมายและติดตามพฤติกรรมสุขภาพ อาจช่วยเพิ่ม Adherence ต่อแผนการดูแลได้^{40,41} โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่ยังขาดระบบสนับสนุนที่ต่อเนื่อง

แนวทางการประเมินและดูแล (Clinical Algorithm)



ตารางที่ 2 แนวทางการให้คำปรึกษาด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตตาม 6 เสาหลักสำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะคันเรื้อรังและผิวแห้ง

เสาหลัก	คำถามประเมิน	คำแนะนำเชิงปฏิบัติ
โภชนาการ	คัดกรองภาวะโภชนาการด้วย Nutrition Alert Form (NAF) ⁴² ; ปริมาณน้ำดื่มเพียงพอหรือไม่ (พิจารณาร่วมกับโรคประจำตัว เช่น โรคไตเรื้อรังหรือภาวะหัวใจล้มเหลวที่อาจต้องจำกัดน้ำ); รับประทานอาหารหลากหลายหรือไม่?	หาก NAF บ่งชี้ความเสี่ยงทุโภชนาการ ส่งต่อประเมินโดยนักโภชนาการ; แนะนำโปรตีน 1–1.2 g/kg/day ในผู้ที่ไม่มีข้อจำกัดด้านไต; ปรับปริมาณน้ำดื่มเป็นรายบุคคลตามโรคประจำตัว; อาหารที่มี omega-3 สูง; ผักผลไม้หลากสี; หลีกเลี่ยงอาหารแปรรูปสูง
กิจกรรมทางกาย	ออกกำลังกายระดับความหนักปานกลางรวม 150 นาที/สัปดาห์ กระจายอย่างน้อย 3 วัน/สัปดาห์หรือไม่ (ตามนิยาม WHO); ชนิดใด? มีปัญหาข้อ การทรงตัว หรือข้อจำกัดด้านการเคลื่อนไหวหรือไม่?	กำหนดเป้าหมายความหนักปานกลางรวม 150 นาที/สัปดาห์ กระจายอย่างน้อย 3–5 วัน/สัปดาห์; เลือกชนิดกิจกรรมให้เหมาะสมกับสภาพร่างกายเป็นรายบุคคล เช่น เดินสำหรับผู้ที่มีข้อเคลือบไทรคิลหรือข้อเข่าเสื่อม หรือว่ายน้ำ/โยคะสำหรับผู้ที่มีปัญหาข้อหรือการทรงตัว; แนะนำทาครีมและอาบน้ำหลังออกกำลังกายทุกครั้ง

ตารางที่ 2 แนวทางการให้คำปรึกษาด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตตาม 6 เสาหลักสำหรับผู้สูงอายุที่มี ภาวะคันเรื้อรังและผิวแห้ง (ต่อ)

เสาหลัก	คำถามประเมิน	คำแนะนำเชิงปฏิบัติ
การนอนหลับ	คันรบกวนการนอนหรือไม่? ตื่นกลางดึกเพราะคันบ่อยแค่ไหน?	ทาครีมก่อนนอน; ใส่เสื้อผ้าหลวมระบายอากาศ; อุณหภูมิห้อง 24–26°C; จำกัดหน้าจอก่อนนอน
การจัดการความเครียด	ท่านรู้สึกเครียดบ่อยหรือไม่? สังเกตว่าเครียดแล้วคันมากขึ้นหรือเปล่า?	หายใจเชิงลึก 10 นาที/วัน; mindfulness; ส่งต่อ counseling หากมีภาวะซึมเศร้า/วิตกกังวล
การหลีกเลี่ยงสารเสี่ยง	ท่านสูบบุหรี่หรือดื่มแอลกอฮอล์หรือไม่? ใช้ผลิตภัณฑ์ดูแลผิวที่มีน้ำหอมหรือเปล่า?	เลิกบุหรี่; จำกัดแอลกอฮอล์; เปลี่ยนผลิตภัณฑ์เป็น fragrance-free, gentle formulation
ความสัมพันธ์ทางสังคม	ท่านมีคนช่วยดูแลหรือเปล่า? สามารถทาครีมได้เองหรือไม่? รู้สึกโดดเดี่ยวหรือไม่?	ให้ความรู้แก่ผู้ดูแล; ส่งเสริมกิจกรรมกลุ่ม; ใช้ caregiver checklist สำหรับการดูแลผิว

ข้อจำกัดของหลักฐานและทิศทางการศึกษาในอนาคต

บทความนี้มีข้อจำกัดที่ควรพิจารณา เนื่องจากหลักฐานเชิงทดลองเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้กรอบเวชศาสตร์วิถีชีวิต 6 เสาหลักต่อภาวะคันเรื้อรังและผิวแห้งในผู้สูงอายุโดยตรงยังมีจำกัด ดังนั้น แนวทางที่นำเสนอจึงควรถูกตีความในฐานะกรอบเชิงแนวคิดและแนวทางเสริมทางคลินิก (Adjunctive clinical framework) มากกว่าข้อเสนอเชิงปฏิบัติที่มีหลักฐานเชิงแทรกแซงรองรับโดยตรง และไม่ควรใช้ทดแทน Clinical Guideline ทางผิวหนังมาตรฐาน

นอกจากนี้ บทความนี้ไม่ได้ออกแบบเป็น Systematic Review ตามแนวทาง PRISMA จึงอาจพลาดงานวิจัยบางส่วนที่เกี่ยวข้อง อีกทั้งบริบทของผู้สูงอายุไทยอาจแตกต่างจากประชากรตะวันตกทั้งด้านพันธุกรรม วัฒนธรรม โภชนาการ และการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ในอนาคต ควรมี Randomized Intervention Studies เพื่อประเมินผลของ Multicomponent Lifestyle Interventions ต่อภาวะคันเรื้อรังในผู้สูงอายุ รวมถึงการพัฒนาเครื่องมือประเมิน Lifestyle-related Risk Factors และการศึกษาประสิทธิผลของ Caregiver Education Programs ต่อ Adherence ในการดูแลผิวของผู้สูงอายุ

สรุป

ภาวะคันเรื้อรังและผิวแห้งในผู้สูงอายุเป็นปัญหาที่มีพยาธิสรีรวิทยาซับซ้อนและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตในหลายมิติ กรอบเวชศาสตร์วิถีชีวิต 6 เสาหลักจึงอาจเป็นแนวทางเชิงระบบที่มีศักยภาพในการสังเคราะห์องค์ความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับภาวะดังกล่าว ครอบคลุมตั้งแต่โภชนาการ การมีกิจกรรมทางกาย การนอนหลับ การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสารเสี่ยง และความสัมพันธ์ทางสังคม

เวชศาสตร์วิถีชีวิตไม่ได้มีเป้าหมายเพื่อทดแทนการรักษาทางผิวหนังตามมาตรฐาน แต่เป็นแนวทางเสริมเชิงป้องกัน

(Adjunctive preventive approach) ที่ช่วยให้บุคลากรทางสุขภาพสามารถดูแลผู้สูงอายุได้อย่างองค์รวม โดยเฉพาะในบริบทของเวชศาสตร์ปฐมนิเทศ เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และเวชศาสตร์ป้องกัน การประยุกต์ใช้กรอบเวชศาสตร์วิถีชีวิตอย่างเป็นระบบผ่านการประเมินวิถีชีวิตที่ครอบคลุม การให้คำปรึกษาที่เหมาะสม และการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง อาจมีส่วนช่วยสนับสนุนการดูแลแบบองค์รวมและส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะคันเรื้อรังและผิวแห้ง อย่างไรก็ตาม ยังจำเป็นต้องมีการศึกษาเชิงแทรกแซงเพิ่มเติมเพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวทางดังกล่าวโดยตรง อย่างไรก็ตาม ยังจำเป็นต้องมีการศึกษาเชิงแทรกแซงเพิ่มเติมเพื่อประเมินประสิทธิผลของแนวทางดังกล่าวโดยตรง ในฐานะแนวทางเวชปฏิบัติเชิงป้องกัน ควรส่งเสริมการทำงานร่วมกับเภสัชกรคลินิกเพื่อทบทวนรายการยา (Medication reconciliation) อย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะในผู้สูงอายุที่มีภาวะการใช้ยาหลายชนิดร่วมกัน (Polypharmacy) เพื่อระบุและปรับยาที่อาจกระตุ้นหรือทำให้อาการคันรุนแรงขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Prospects 2024: Summary of results [Internet]. New York (NY): United Nations; 2024 [cited 2026 Jun 5]. (UN DESA/POP/2024/TR/NO. 9). Available from: https://population.un.org/wpp/assets/Files/WPP2024_Summary-of-Results.pdf
2. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมกิจการผู้สูงอายุ; [เข้าถึงเมื่อ 27 พฤษภาคม 2569]. เข้าถึงได้จาก: https://www.dop.go.th/th/statistics_page?cat=1&id=2598
3. Ständer S, Weisshaar E, Mettang T, Szepietowski JC,

- Carstens E, Ikoma A, et al. Clinical classification of itch: a position paper of the International Forum for the Study of Itch. *Acta Derm Venereol*. 2007;87(4):291-4. Doi: 10.2340/00015555-0305.
4. Matteredne U, Apfelbacher CJ, Vogelgsang L, Loerbroks A, Weisshaar E. Incidence and determinants of chronic pruritus: a population-based cohort study. *Acta Derm Venereol*. 2013;93(5):532-7. Doi: 10.2340/00015555-1572.
 5. Reich A, Ständer S, Szepletowski JC. Pruritus in the elderly. *Clin Dermatol*. 2011;29(1):15-23. Doi: 10.1016/j.clindermatol.2010.07.002.
 6. Farage MA, Miller KW, Elsner P, Maibach HI. Characteristics of the aging skin. *Adv Wound Care (New Rochelle)*. 2013;2(1):5-10. Doi: 10.1089/wound.2011.0356.
 7. White-Chu EF, Reddy M. Dry skin in the elderly: complexities of a common problem. *Clin Dermatol*. 2011;29(1):37-42. Doi: 10.1016/j.clindermatol.2010.07.005.
 8. Proksch E, Brandner JM, Jensen JM. The skin: an indispensable barrier. *Exp Dermatol*. 2008;17(12):1063-72. Doi: 10.1111/j.1600-0625.2008.00786.x.
 9. Lavery MJ, Stull C, Kinney MO, Yosipovitch G. Nocturnal pruritus: the battle for a peaceful night's sleep. *Int J Mol Sci*. 2016;17(3):425. Doi: 10.3390/ijms17030425.
 10. Weisshaar E, Apfelbacher C, Jäger G, Zimmermann E, Bruckner T, Diepgen TL, et al. Pruritus as a leading symptom: clinical characteristics and quality of life in German and Ugandan patients. *Br J Dermatol*. 2006;155(5):957-64. Doi: 10.1111/j.1365-2133.2006.07430.x.
 11. American College of Lifestyle Medicine. What is lifestyle medicine? [Internet]. Chesterfield (MO): American College of Lifestyle Medicine; c2026 [cited 2026 Jun 2]. Available from: <https://lifestylemedicine.org/about-lifestyle-medicine/>
 12. Ikoma A, Steinhoff M, Ständer S, Yosipovitch G, Schmelz M. The neurobiology of itch. *Nat Rev Neurosci*. 2006;7(7):535-47. Doi: 10.1038/nrn1950.
 13. Yosipovitch G, Bernhard JD. Chronic pruritus. *N Engl J Med*. 2013;368(17):1625-34. Doi: 10.1056/NEJMcp1208814.
 14. Reich A, Ständer S, Szepletowski JC. Drug-induced pruritus: a review. *Acta Derm Venereol*. 2009;89(3):236-44. Doi: 10.2340/00015555-0650.
 15. Stumpf A, Ständer S, Warlich B, Fritz F, Bruland P, Pfleiderer B, et al. Relations between the characteristics and psychological comorbidities of chronic pruritus differ between men and women: women are more anxious than men. *Br J Dermatol*. 2015;172(5):1323-8. Doi: 10.1111/bjd.13492.
 16. Rippe JM. Lifestyle medicine: the health promoting power of daily habits and practices. *Am J Lifestyle Med*. 2018;12(6):499-512. Doi: 10.1177/1559827618785554.
 17. Bodai BI, Nakata TE, Wong WT, Clark DR, Lawenda S, Tsou C, et al. Lifestyle medicine: a brief review of its dramatic impact on health and survival. *Perm J*. 2018;22:17-025. Doi: 10.7812/TPP/17-025.
 18. Schagen SK, Zampeli VA, Makrantonaki E, Zouboulis CC. Discovering the link between nutrition and skin aging. *Dermatoendocrinol*. 2012;4(3):298-307. Doi: 10.4161/derm.22876.
 19. Park K. Role of micronutrients in skin health and function. *Biomol Ther (Seoul)*. 2015;23(3):207-17. Doi: 10.4062/biomolther.2015.003.
 20. Calder PC. Omega-3 fatty acids and inflammatory processes: from molecules to man. *Biochem Soc Trans*. 2017;45(5):1105-15. Doi: 10.1042/BST20160474.
 21. Palma L, Marques LT, Bujan J, Rodrigues LM. Dietary water affects human skin hydration and biomechanics. *Clin Cosmet Investig Dermatol*. 2015;8:413-21. Doi: 10.2147/CCID.S86822.
 22. Akdeniz M, Tomova-Simitchieva T, Dobos G, Blume-Peytavi U, Kottner J. Does dietary fluid intake affect skin hydration in healthy humans? A systematic literature review. *Skin Res Technol*. 2018;24(3):459-65. Doi: 10.1111/srt.12450.
 23. Weisshaar E, Szepletowski JC, Dalgard FJ, Garcovich S, Gieler U, Giménez-Arnau AM, et al. European S2k guideline on chronic pruritus. *Acta Derm Venereol*. 2019;99(5):469-506. Doi: 10.2340/00015555-3164.
 24. Tew GA, Saxton JM, Hodges GJ. Exercise training and the control of skin blood flow in older adults. *J Nutr*

- Health Aging. 2012;16(3):237-41. Doi: 10.1007/s12603-011-0156-8.
25. Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine – evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports*. 2015;25(Suppl 3):1-72. Doi: 10.1111/sms.12581.
 26. Afzal UM, Ali FR. Sleep deprivation and the skin. *Clin Exp Dermatol*. 2023;48(10):1113-6. Doi: 10.1093/ced/llad196.
 27. Plikus MV, Van Spyk EN, Pham K, Geyfman M, Kumar V, Takahashi JS, et al. The circadian clock in skin: implications for adult stem cells, tissue regeneration, cancer, aging, and immunity. *J Biol Rhythms*. 2015;30(3):163-82. Doi: 10.1177/0748730414563537.
 28. Oyetakin-White P, Suggs A, Koo B, Matsui MS, Yarosh D, Cooper KD, et al. Does poor sleep quality affect skin ageing? *Clin Exp Dermatol*. 2015;40(1):17-22. Doi: 10.1111/ced.12455.
 29. Rajagopalan M, Saraswat A, Godse K, Shankar DS, Kandhari S, Shenoi SD, et al. Diagnosis and management of chronic pruritus: an expert consensus review. *Indian J Dermatol*. 2017;62(1):7-17. Doi: 10.4103/0019-5154.198036.
 30. Berger TG, Steinhoff M. Pruritus in elderly patients: eruptions of senescence. *Semin Cutan Med Surg*. 2011;30(2):113-7. Doi: 10.1016/j.sder.2011.04.002.
 31. Arck PC, Slominski A, Theoharides TC, Peters EM, Paus R. Neuroimmunology of stress: skin takes center stage. *J Invest Dermatol*. 2006;126(8):1697-704. Doi: 10.1038/sj.jid.5700104.
 32. Hashiro M, Okumura M. The relationship between the psychological and immunological state in patients with atopic dermatitis. *J Dermatol Sci*. 1998;16(3):231-5. Doi: 10.1016/s0923-1811(97)00074-1.
 33. Schut C, Mollanazar NK, Kupfer J, Gieler U, Yosipovitch G. Psychological interventions in the treatment of chronic itch. *Acta Derm Venereol*. 2016;96(2):157-61. Doi: 10.2340/00015555-2177.
 34. Ortiz A, Grando SA. Smoking and the skin. *Int J Dermatol*. 2012;51(3):250-62. Doi: 10.1111/j.1365-4632.2011.05205.x.
 35. Kazakevich N, Moody MN, Landau JM, Goldberg LH. Alcohol and skin disorders: with a focus on psoriasis. *Skin Therapy Lett* [Internet]. 2011 Apr;16(4):5-6 [cited 2026 Jun 5]. PMID: 21611681. Available from: <https://www.skintherapyletter.com/psoriasis/alcohol-skin-disorders/>
 36. Ebrahim IO, Shapiro CM, Williams AJ, Fenwick PB. Alcohol and sleep I: effects on normal sleep. *Alcohol Clin Exp Res*. 2013;37(4):539-49. Doi: 10.1111/acer.12006.
 37. Cao T, Tey HL, Yosipovitch G. Chronic pruritus in the geriatric population. *Dermatol Clin*. 2018;36(3):199-211. Doi: 10.1016/j.det.2018.02.004.
 38. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med*. 2010;7(7):e1000316. Doi: 10.1371/journal.pmed.1000316.
 39. Hackett RA, Hamer M, Endrighi R, Brydon L, Steptoe A. Loneliness and stress-related inflammatory and neuroendocrine responses in older men and women. *Psychoneuroendocrinology*. 2012;37(11):1801-9. Doi: 10.1016/j.psyneuen.2012.03.016.
 40. Vermunt NPCA, Harmsen M, Westert GP, Olde Rikkert MGM, Faber MJ. Collaborative goal setting with elderly patients with chronic disease or multimorbidity: a systematic review. *BMC Geriatr*. 2017;17(1):167. Doi: 10.1186/s12877-017-0534-0.
 41. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med*. 2003;26(1):1-7. Doi: 10.1207/S15324796ABM2601_01.
 42. Techakriengkrai W, Komindr S, Wattanapanom P, Duangchuay K, Prakaysit P, Pithchayapiyasak K, et al. The Study of Correlation and Concordance between a Nutrition Alert Form and a Mini Nutritional Assessment in Evaluating the Nutritional Status of the Elderly. *BKK Med J* [Internet]. 2017 Feb. 20 [cited 2026 Aug. 24];13(1):49-52. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/bkkmedj/article/view/221788>