

สรุปเนื้อหาการประชุมวิชาการ

หัวข้อ การดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม สู่มาตรฐานการดูแลผู้ป่วยในสังคมผู้สูงอายุ

วันที่ ๖ - ๗ มีนาคม ๒๕๖๘ (รวมระยะเวลา ๒ วัน ในเวลาราชการ)

รูปแบบ ออนไลน์ผ่านโปรแกรม Zoom Meeting

จัดโดย

- คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร
- คณะพยาบาลศาสตร์ ชีวาสุวิทยาลัย สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์

วัตถุประสงค์ของการประชุม

เพื่อเพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และแนวทางในการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมอย่างเป็นระบบ และได้มาตรฐาน โดยครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ได้แก่

๑. ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม
๒. พฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยสมองเสื่อม
๓. การดูแลในบริบทของครอบครัว ชุมชน และสถานพยาบาล
๔. เทคนิคการสื่อสารกับผู้ป่วย
๕. แนวทางการป้องกันและรักษา รวมถึงการจัดกิจกรรมเสริมสร้างคุณภาพชีวิตผู้ป่วย

หัวข้อที่ ๑ ระบบบริการสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย

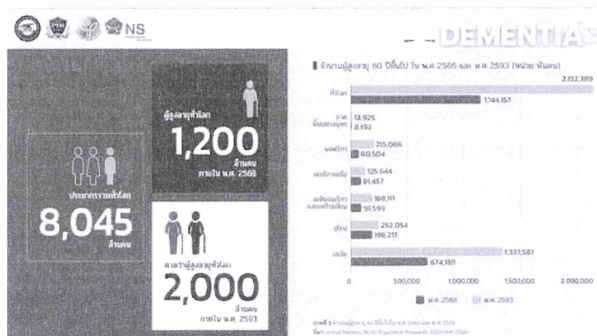
ผู้บรรยาย พญ.บุษกร โลหารขุน

สังกัด สถาบันเวชศาสตร์สมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ กรมการแพทย์

๑.๑ ภาวะสมองเสื่อม

บริบทของปัญหาระดับโลกและประเทศไทย ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการทางระบบประสาทที่ส่งผลกระทบต่อความจำ การคิด และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่ามีผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมากกว่า ๕๕ ล้านคนทั่วโลก โดยร้อยละ ๖๐ อาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ปานกลางและต่ำ นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นปีละเกือบ ๑๐ ล้านคน ภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุการเสียชีวิตลำดับที่ ๗ ของโลก และเป็นหนึ่งในปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้สูงอายุมีภาวะทุพพลภาพและต้องพึ่งพาผู้อื่นอย่างมาก

ในบริบทของประเทศไทย สังคมไทยกำลังก้าวเข้าสู่ "สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์" ซึ่งนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม ความต้องการด้านการดูแลผู้ป่วยในระยะยาว (Long-Term Care LTC) จึงกลายเป็นประเด็นสำคัญที่ต้องพัฒนาให้มีมาตรฐาน



๑.๒ ระบบบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทย

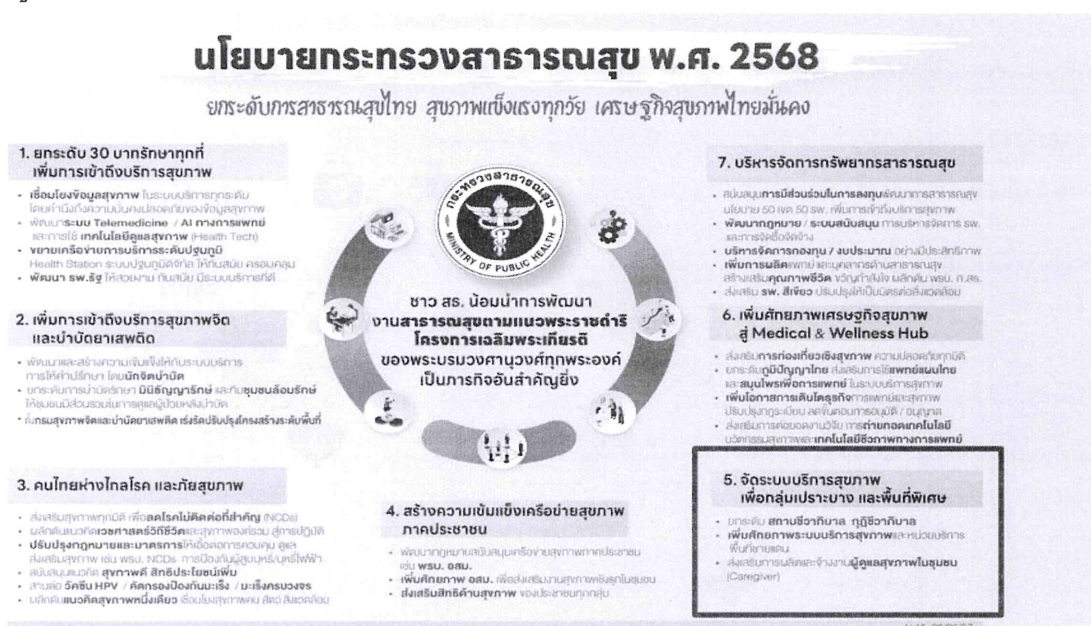
ปัจจุบันประเทศไทยมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมแบบครบวงจร โดยใช้แนวคิด "Dementia Seamless Care" ซึ่งประกอบด้วย

๑.๒.๑ การคัดกรองและวินิจฉัย ระบบการคัดกรองผู้สูงอายุในระดับชุมชนโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบจ./อปท.) และการคัดแยกโดยคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลชุมชน (รพช.), โรงพยาบาลทั่วไป (รพท.) และโรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.)

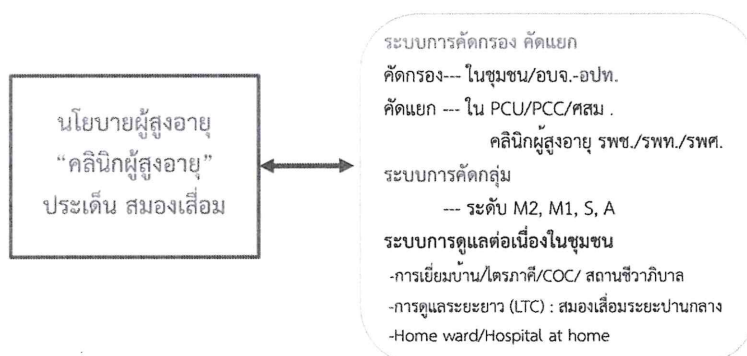
การจัดทำแผนการดูแลรายบุคคล (Care Plan) ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะได้รับการดูแลต่อเนื่องโดยผู้จัดการการดูแล (Care Manager) ซึ่งเป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ทำหน้าที่วางแผนการรักษาและติดตามผล

๑.๒.๒ การดูแลต่อเนื่องในชุมชน บริการเยี่ยมบ้านโดยทีมสหวิชาชีพ (แพทย์ พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด) รวมถึงการดูแลแบบ Home Ward และ Hospital at Home สำหรับผู้ป่วยที่ต้องการการพยาบาลที่บ้าน

๑.๒.๓ การดูแลระยะยาว (LTC) บริการของสถานดูแลระยะยาวทั้งภาครัฐและเอกชน รวมถึงการจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในโรงพยาบาล



Dementia Seamless Care : CDC system เชื่อมโยง นโยบายอย่างไร



๑.๓ สิทธิประโยชน์และกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยสมองเสื่อมและครอบครัวสามารถเข้าถึงสิทธิประโยชน์จากภาครัฐ เช่น

เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (๖๐๐-๑,๐๐๐ บาท/เดือน ขึ้นอยู่กับช่วงอายุ)

สิทธิรักษาพยาบาลภายใต้ระบบบัตรทอง ครอบคลุมค่ารักษาและการวินิจฉัยโรคสมองเสื่อม

เบี้ยความพิการ (๘๐๐-๑,๐๐๐ บาท/เดือน) กรณีผู้ป่วยมีความบกพร่องทางการรับรู้ขั้นรุนแรง

สิทธิในการลดหย่อนภาษี สำหรับผู้ดูแลที่มีชื่อเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย

ด้านกฎหมาย ผู้ป่วยสมองเสื่อมที่สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองอาจต้องถูกประกาศเป็น "บุคคลไร้ความสามารถ" ตามกฎหมาย โดยต้องมีผู้อนุญาตทำธุรกรรมแทน

๑.๔ แนวทางการพัฒนานโยบายในอนาคต การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมจำเป็นต้องมีการพัฒนา National Dementia Plan โดยมุ่งเน้น

๑.๓.๑ การสร้างความตระหนักรู้แก่สังคม เพื่อให้ชุมชนเข้าใจและช่วยเหลือผู้ป่วย

๑.๓.๒ การลดปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อม เช่น การควบคุมความดันโลหิตและเบาหวาน

๑.๓.๓ การขยายชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพสำหรับภาวะสมองเสื่อม ให้ครอบคลุมการคัดกรอง วินิจฉัย และการรักษา

๑.๓.๔ การสนับสนุนผู้ดูแล ผ่านเครือข่ายผู้ดูแลและบริการให้คำปรึกษา

๑.๓.๕ การพัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพ เพื่อติดตามข้อมูลผู้ป่วยได้อย่างแม่นยำ

ตัวอย่างแนวทางที่ประเทศต่าง ๆ ใช้ได้แก่

- ญี่ปุ่น ใช้แนวคิด National Dementia Care ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของภาครัฐและเอกชน
- สิงคโปร์ มี National Dementia Strategy ซึ่งมุ่งเน้นการให้บริการดูแลในชุมชนและสนับสนุนผู้ดูแล



ข้อเสนอเชิงนโยบายเพื่อตอบสนองประเด็นสมองเสื่อมในประเทศไทย

➤ ยกระดับความสำคัญ เสนอ “National Dementia Plan”

- ☐ Raise social awareness, safety & friendliness for dementia patients & carers
- ☐ Dementia risk reduction
- ☐ Dementia health benefit packages for screening, diagnosis, treatment, care & related supports
- ☐ Support for dementia carers
- ☐ Information system & personal health records
- ☐ Research & innovations

National Dementia Care in Japan

- Public health priority
- Local government authority
- Integrated health benefit & social securities
- Funding & financial systems
- Public and private partnership
- Health workforces
- Information system
- Inhouse innovation & technologies

Years	Policies and Events
2000	Long-term Care Insurance Act was enacted. It contributed to developing dementia care
2004	Japanese word to mean dementia was changed from "Chiho" to "Ninchisho"
2005	"Dementia Supporter Program" was started
2014	Legacy event in Japan following Dementia Summit in UK was held
2015	"New Orange Plan" was launched by 12 related ministries and agencies (revised in 2017)
2017	Revision of the Long-term Care Insurance Act
2018	Ministerial Council on the Promotion of Dementia Policies was set up
2019	"National Framework for Promotion of Dementia Policies" was adopted at the Ministerial Council

แนวคิด Team Orange เพื่อการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมในชุมชน

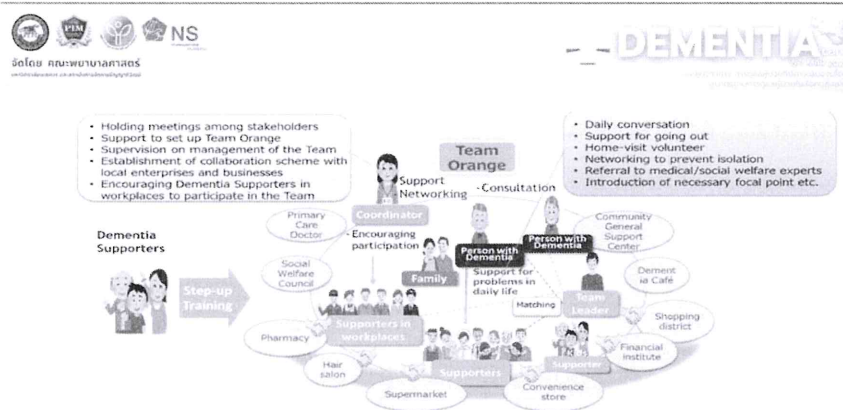


Figure 1. Team Orange activities. Source: Reference (10).

Team Orange เป็นแนวคิดจากประเทศญี่ปุ่นที่พัฒนาเพื่อสร้างระบบสนับสนุนแบบบูรณาการในการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในชุมชน ทั้งครอบครัว หน่วยบริการสุขภาพ หน่วยงานสวัสดิการ ผู้เชี่ยวชาญ องค์กรธุรกิจ และอาสาสมัครในท้องถิ่น เป้าหมายหลักคือการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีศักดิ์ศรี มีความปลอดภัย และไม่ถูกแยกออกจากสังคม

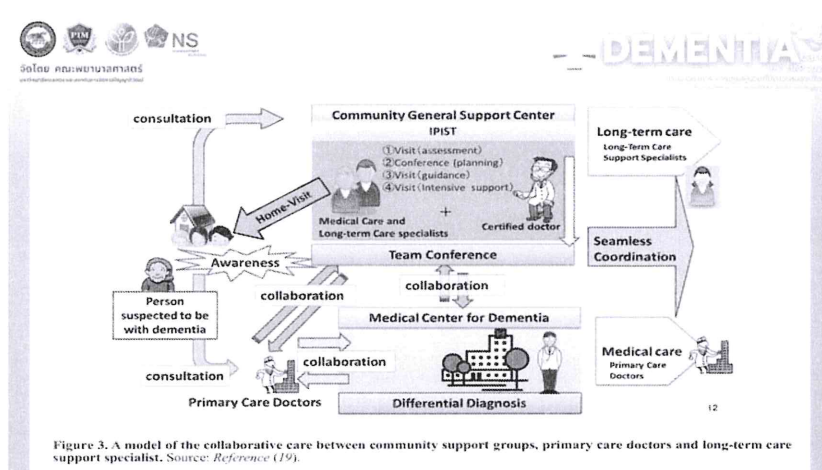
โครงสร้างของ Team Orange ประกอบด้วยผู้ป่วย ครอบครัว ผู้ประสานงาน (Coordinator) ทีมผู้นำ (Team Leader) และกลุ่มผู้สนับสนุน (Dementia Supporters) ซึ่งทำงานร่วมกันภายใต้การประสานจากศูนย์สนับสนุนชุมชนทั่วไป (Community General Support Center) และองค์กรท้องถิ่น เช่น สภาสวัสดิการสังคม คลินิกเวชปฏิบัติทั่วไป คาเฟ่สำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม (Dementia Café) และร้านค้าบริการต่าง ๆ

บทบาทของผู้ประสานงาน ได้แก่ การจัดประชุมกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง การสนับสนุนการตั้งทีม การกำกับดูแลการดำเนินงาน และการสร้างความร่วมมือกับสถานประกอบการในพื้นที่ รวมถึงการส่งเสริมให้มีอาสาสมัครในทีมงานเข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของทีม

Dementia Supporters คือกลุ่มบุคคลทั่วไปที่ผ่านการอบรม (Step-up Training) เพื่อเข้าใจผู้ป่วยสมองเสื่อม สามารถเป็นผู้สนับสนุนในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เช่น ช่วยเหลือเมื่อพบเห็นในร้านค้า ช่วยพูดคุยชักทาย หรือช่วยผู้ป่วยในการเดินทางกลับบ้านอย่างปลอดภัย สนับสนุนเหล่านี้จะเกิดขึ้นในพื้นที่ใกล้ชิดผู้ป่วย เช่น ร้านสะดวกซื้อ ร้านเสริมสวย ซูเปอร์มาร์เก็ต ร้านขายยา สถาบันการเงิน และย่านการค้า

กิจกรรมสำคัญของ Team Orange ได้แก่ การพูดคุยกับผู้ป่วย การสนับสนุนให้ผู้ป่วยออกไปทำกิจกรรม การเยี่ยมบ้าน การสร้างเครือข่ายป้องกันการโดดเดี่ยวทางสังคม การส่งต่อไปยังผู้เชี่ยวชาญด้านการแพทย์หรือสังคม และการจัดตั้งจุดให้บริการเฉพาะทาง

Team Orange จึงเป็นตัวอย่างของแนวทางการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เน้นความร่วมมือของชุมชน การสร้างความเข้าใจและการมีส่วนร่วมอย่างเป็นระบบ ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในประเทศไทยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยสมองเสื่อมในระดับพื้นที่อย่างมีประสิทธิภาพ



สรุปแนวคิด Collaborative Dementia Care Model การดูแลแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

ภาพแผนผังแสดงให้เห็นรูปแบบการดูแลแบบบูรณาการ (Collaborative Care Model) สำหรับผู้ที่สงสัยว่ามีภาวะสมองเสื่อม โดยเน้นการทำงานร่วมกันของกลุ่มสนับสนุนในชุมชน (Community General Support Center) แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป (Primary Care Doctors) ศูนย์วินิจฉัยเฉพาะทางด้านสมองเสื่อม (Medical Center for Dementia) และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลระยะยาว (Long-term Care Support Specialists) ซึ่งเป็นกระบวนการเริ่มต้นเมื่อบุคคลในชุมชนแสดงอาการที่สงสัยว่าเป็นภาวะสมองเสื่อม ครอบครัวหรือคนใกล้ชิดจะเกิดความตระหนักและนำเข้าสู่ระบบการให้คำปรึกษา (consultation) ผ่านแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไปหรือศูนย์สนับสนุนชุมชน ซึ่งจะมีการลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน (Home-Visit) โดยทีมผู้เชี่ยวชาญประกอบด้วยแพทย์และบุคลากรด้านการดูแลระยะยาว เพื่อประเมินอาการ วางแผนให้การดูแลให้คำแนะนำ และจัดการดูแลในกรณีซับซ้อน

ทีมสนับสนุนชุมชนทำหน้าที่ ๔ อย่าง ได้แก่ ๑) การเยี่ยมประเมินอาการ (assessment) ๒) การประชุมวางแผนร่วม (planning conference) ๓) การเยี่ยมเพื่อติดตามแนะนำ (guidance) และ ๔) การสนับสนุนแบบเข้มข้นในพื้นที่ (intensive support) ทั้งนี้ดำเนินการร่วมกับแพทย์ที่ได้รับการรับรอง (certified

doctor) ทั้งนี้ ระบบจะมีการจัดประชุมร่วม (team conference) ซึ่งเป็นเวทีให้ทุกฝ่ายได้แลกเปลี่ยนข้อมูล ระดมความคิดเห็น และกำหนดแนวทางดูแลรายกรณี โดยทีมชุมชนจะทำงานร่วมกับแพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป และศูนย์วินิจฉัยโรคสมองเสื่อม ซึ่งมีหน้าที่ให้การวินิจฉัยแยกโรค (Differential Diagnosis) และส่งต่อ ผลลัพธ์กลับมายังทีมดูแล

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพิง ทีมจะประสานกับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลระยะยาว (Long-term Care Support Specialists) เพื่อให้การดูแลเป็นไปอย่างต่อเนื่องผ่านระบบการประสานไร้รอยต่อ (Seamless Coordination) โดยเน้นการเชื่อมโยงระหว่างการรักษาและการดูแลระยะยาวในบริบทของชุมชน

จากข้างต้นสะท้อนให้เห็นการจัดบริการที่เน้นการทำงานเป็นทีมระหว่างบุคลากรหลากหลายสาขา โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เชื่อมโยงบริการทางการแพทย์กับบริการด้านสังคมเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย



Figure 2. Different ways Kayoinoba helps to delay the onset of dementia. Source: Reference (18).

Kayoinoba set up Resident

“Kayoinoba” เป็นกิจกรรมที่ชุมชนหรือผู้อยู่อาศัยร่วมกันจัดขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุและ ชะลอการเกิดภาวะสมองเสื่อม (Dementia) ผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และโภชนาการ

Kayoinoba จึงเป็นพื้นที่หรือกิจกรรมในชุมชนที่จัดตั้งโดยกลุ่มผู้อยู่อาศัยเอง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสถานที่ ออกกำลังกาย พบปะสังสรรค์ และเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง โดยมีลักษณะสำคัญคือ “ความสมัครใจ” และ “ความเป็นเจ้าของร่วมกันของชุมชน” ไม่ใช้การจัดโดยรัฐหรือองค์กรภายนอกเป็นหลัก

มีจุดเด่นคือ เป็นแนวทางชุมชนเป็นฐาน (Community-Based Approach)

๑. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงของผู้สูงอายุ
๒. เพิ่มความรู้สึก “ยังมีคุณค่า” ของผู้สูงวัย
๓. ลดความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมในเชิงป้องกันก่อนเกิด

องค์ประกอบของ Kayoinoba ที่ช่วยชะลอภาวะสมองเสื่อม

๑. Improvement of Motor Functions → การออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ เช่น เดินรำ รำไทเก็ก หรือการยืดกล้ามเนื้อ ช่วยเพิ่มสมรรถภาพของกล้ามเนื้อ ความคล่องตัว และลดความเสี่ยงในการหกล้ม
๒. Improvement of Oral Functions → การฝึกกล้ามเนื้อช่องปาก เช่น การพูด การร้องเพลง การฝึกกลืนและกล้ามเนื้อขากรรไกร ช่วยส่งเสริมการกลืนและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
๓. Prevention of Deterioration in Cognitive Functions → การทำกิจกรรมที่กระตุ้นสมอง เช่น การอ่านหนังสือ การฝึกความจำ การเล่นเกมกลุ่ม การร้องคาราโอเกะ หรือการทำกิจกรรมศิลปะ มีส่วนช่วยให้สมองเชื่อมโยงข้อมูลได้ดีขึ้น
๔. Social Participation / Volunteering → การมีส่วนร่วมในสังคม เช่น การช่วยงานอาสา การสอนรุ่นน้อง หรือการเป็นผู้นำกลุ่มกิจกรรม ช่วยลดภาวะโดดเดี่ยว เพิ่มความมั่นใจ และส่งเสริมคุณค่าในตนเอง
๕. Prevention of Undernutrition → การจัดกิจกรรมรับประทานอาหารร่วมกัน หรือการให้ความรู้เรื่องโภชนาการ ส่งเสริมการกินอาหารครบถ้วน ป้องกันภาวะขาดสารอาหารในผู้สูงอายุ

ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมในประเทศไทยมีแนวโน้มพัฒนาไปในทิศทางที่เป็นระบบมากขึ้น โดยอาศัยการคัดกรองที่มีประสิทธิภาพ การดูแลต่อเนื่องที่เชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลและชุมชน และการขยายสิทธิประโยชน์ให้ครอบคลุม อย่างไรก็ตาม การดำเนินการในอนาคตควรให้ความสำคัญกับการบูรณาการระหว่างหน่วยงานรัฐและภาคเอกชน การสนับสนุนผู้ดูแล และการพัฒนากลไกทางกฎหมายเพื่อคุ้มครองสิทธิของผู้ป่วยสมองเสื่อม

หัวข้อที่ ๒ ภาวะสมองเสื่อม อาการ การป้องกัน และแนวทางรักษา

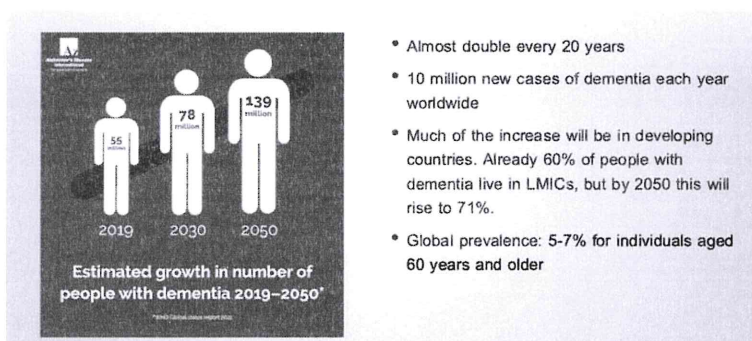
ผู้บรรยาย พญ.อุไรรัตน์ ศิริวัฒนเวช (Chief Medical Officer)

สังกัด The Aspen Tree, Forestias

๑. ความหมายของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อม (Dementia) เป็นกลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากการเสื่อมของระบบประสาทในสมอง ซึ่งมีผลต่อความจำ การคิด เหตุผล ภาษา และความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยโรคนี้พบบ่อยในผู้สูงอายุ และมักมีอาการเริ่มต้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปและรุนแรงมากขึ้นตามลำดับ ผู้ป่วยอาจแสดงพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เช่น หงุดหงิด สับสน หรือมีอาการซึมเศร้า ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลอย่างมีนัยสำคัญ

๒. สถานการณ์ระดับโลกและประเทศไทย

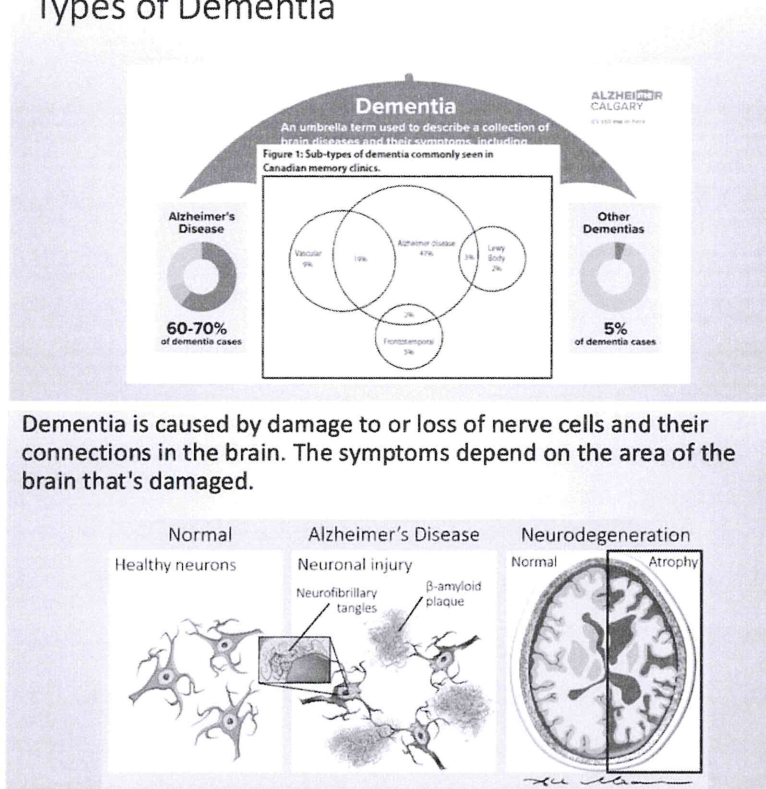


- ปัจจุบันมีผู้ป่วยสมองเสื่อมใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ ๑๐ ล้านคนต่อปีทั่วโลก
- ร้อยละ ๖๐ ของผู้ป่วยอาศัยอยู่ในประเทศรายได้ปานกลางและต่ำ โดยคาดว่าจะเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ ๗๑ ภายในปี ค.ศ. ๒๐๕๐
- ความชุกในกลุ่มอายุ ๖๐ ปีขึ้นไปอยู่ที่ร้อยละ ๕-๗
- ข้อมูลจากบางกรวย จังหวัดนนทบุรี ปี ๒๐๒๑ พบความชุกของภาวะสมองเสื่อมสูงถึงร้อยละ ๑๘

๓. ประเภทและสาเหตุของภาวะสมองเสื่อม

ภาวะสมองเสื่อมมีหลายประเภท ได้แก่ Alzheimer's disease, Vascular dementia, Lewy body dementia, Parkinson-related dementia ฯลฯ สาเหตุเกิดจากการสูญเสียเซลล์ประสาทและการเชื่อมต่อของเซลล์ในสมอง ซึ่งความเสียหายแต่ละตำแหน่งจะทำให้แสดงอาการที่แตกต่างกัน

Types of Dementia



๔. อาการที่พบในภาวะสมองเสื่อม

- ความเปลี่ยนแปลงทางด้านความรู้ความเข้าใจ (Cognitive changes)
 - ความจำเสื่อม
 - พุดติดขัดหรือหาคำพูดไม่ออก
 - วางแผนหรือแก้ปัญหาไม่ได้
 - ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ซับซ้อนได้
- ความเปลี่ยนแปลงทางจิตใจ (Psychological changes)
 - ซึมเศร้า วิตกกังวล
 - หงุดหงิด ก้าวร้าว
 - ภาพหลอน หลงผิด หรือหวาดระแวง
 - พฤติกรรมไม่เหมาะสมในสังคม
- สัญญาณเตือน ๑๐ ประการของภาวะสมองเสื่อม (๑๐ Warning Signs of Dementia) ซึ่งสามารถใช้เป็นแนวทางในการสังเกตอาการเบื้องต้นได้ทั้งสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ ผู้ดูแล และประชาชนทั่วไป ดังนี้

๔.๑.๑ Memory loss ความจำเสื่อม โดยเฉพาะเหตุการณ์ล่าสุด เช่น ลืมนัด ลืมสิ่งที่เพิ่งพูดไป

๔.๑.๒ Difficulty performing familiar tasks ทำกิจกรรมที่คุ้นเคยได้ยาก เช่น ทำกับข้าวไม่เป็น หรือใช้เครื่องใช้ไฟฟ้าที่เคยใช้ประจำไม่ได้

๔.๑.๓ Problems with language พุดหรือเขียนลำบาก หาคำไม่เจอ พุดซ้ำ

๔.๑.๔ Disorientation to time and place สับสนเรื่องวัน เวลา สถานที่ หรือจำไม่ได้ว่ามาอยู่ที่ไหน

๔.๑.๕ Poor or decreased judgement ตัดสินใจผิดพลาด เช่น สวมเสื้อผ้าไม่เหมาะสมกับสภาพอากาศ หรือให้เงินคนแปลกหน้า

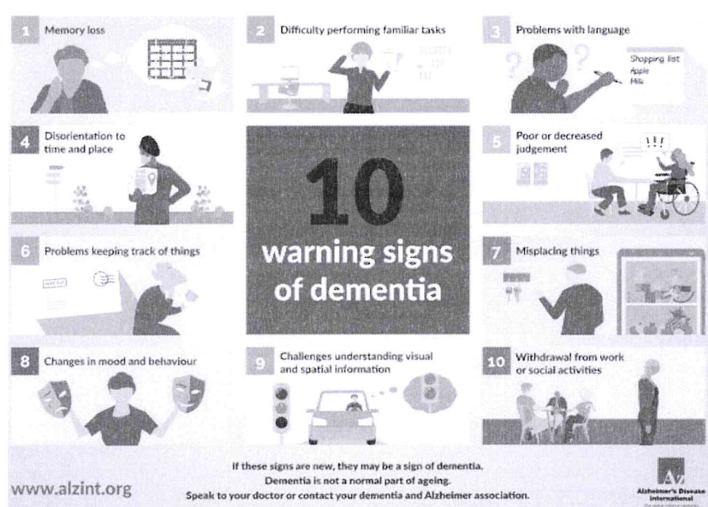
๔.๑.๖ Problems keeping track of things ลืมจ่ายบิล ลืมการนัดหมาย หรือจัดการงานเอกสารไม่ได้

๔.๑.๗ Misplacing things วางของผิดที่ เช่น ใส่กุญแจไว้ในตู้เย็น หรือใส่ยาพิษไว้ในกล่องอาหาร

๔.๑.๘ Changes in mood and behaviour มีอารมณ์แปรปรวน หงุดหงิด ซึมเศร้า หรือมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนไป

๔.๑.๙ Challenges understanding visual and spatial information มองสิ่งของไม่ชัดเจน แม้จะไม่สายตาสั้น เช่น อ่านหนังสือไม่ได้ ตัดสินระยะห่างผิดพลาด

๔.๑.๑๐ Withdrawal from work or social activities หลีกเลี้ยงงานอดิเรก งานสังคม หรือกิจกรรมที่เคยสนใจ



๕. เกณฑ์วินิจฉัยตาม DSM-๕ DSM-๕ ได้เปลี่ยนคำเรียกจาก "Dementia" เป็น "Neurocognitive Disorders" (NCDs) โดยแบ่งเป็น ๒ ระดับ

- Major NCD มีความเสื่อมที่รุนแรงและส่งผลต่อการดำรงชีวิต
- Minor NCD (MCI) ความเสื่อมเล็กน้อย ยังสามารถดูแลตนเองได้

การวินิจฉัยต้องมีหลักฐานจากการประเมินอย่างเป็นระบบใน ๖ ด้าน ได้แก่ ความใส่ใจ, ความจำ, ภาษา, Executive function, Perceptual-motor และ Social cognition

๖. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมิน

- MoCA (Montreal Cognitive Assessment) ใช้สำหรับคัดกรอง Mild cognitive impairment
- MMSE (Mini-Mental State Examination) ใช้ประเมินภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้น
- CAM (Confusion Assessment Method) ใช้แยกโรคเพื่อจากภาวะสมองเสื่อม

๗. ปัจจัยเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อม

- ปัจจัยที่ไม่สามารถป้องกันได้
 - อายุที่มากขึ้น
 - พันธุกรรมและประวัติครอบครัว
 - ยีน APOEε
- ปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ (modifiable risk factors)
 - การขาดกิจกรรมทางกาย
 - ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง
 - การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์
 - ความเครียด ภาวะซึมเศร้า
 - การขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม
 - การศึกษาต่ำ
 - ภาวะหูตึงหรือสายตาพิการที่ไม่ได้รับการรักษา

จากรายงาน Lancet (๒๐๒๔) ระบุว่าจัดการปัจจัยเหล่านี้สามารถลดหรือชะลอภาวะสมองเสื่อมได้ถึง ๔๕%

๘. แนวทางการรักษา

การรักษาด้วยยา

- Cholinesterase inhibitors เช่น Donepezil
- NMDA receptor antagonists เช่น Memantine
- ยาควบคุมโรคร่วม เช่น ความดันโลหิตสูง ภาวะซึมเศร้า

การดูแลแบบไม่ใช้ยา (Non-pharmacological interventions)

- โปรแกรมฝึกสมอง
- กิจกรรมทางสังคม
- ปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับผู้ป่วย
- สนับสนุนผู้ดูแล (Caregiver support)

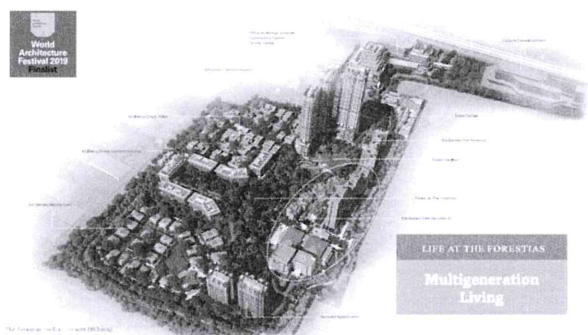
๙. แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมโดย The Aspen Tree

The Aspen Tree at The Forestias ร่วมกับ Baycrest (Canada) พัฒนาแนวทางการดูแลผู้สูงอายุแบบตลอดชีวิต (Lifetime Holistic Care) ซึ่งครอบคลุม

๑. Vital Health การประเมินสุขภาพองค์รวม
๒. Functional Nutrition โภชนาการและอาหารเสริมเฉพาะบุคคล
๓. Mobility ฝึกกายภาพบำบัด ฟิตเนสเฉพาะกลุ่มโรค
๔. Cognitive Agility ฝึกสมองแบบ interactive และเทคโนโลยีเสริม
๕. Mind-Body Balance โยคะ สมาธิ การนวด น้ำบำบัด
๖. Lifelong Learning ส่งเสริมการเรียนรู้และกิจกรรมสังคม

๑๐. ข้อเสนอแนะจากวิทยากร

- ไม่ควรคัดกรองประชากรทั่วไปที่ไม่มีอาการ
- ควรให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการสังเกตอาการ
- ภาพถ่ายสมองมีประโยชน์เฉพาะในบางกรณี
- ควรวางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Care Plan) ตั้งแต่ระยะแรก
- ควรเน้นการดูแลแบบไม่ใช้ยาเป็นลำดับแรก



แนวคิดใหม่ในการดูแลผู้สูงอายุ เปลี่ยนผ่านจาก “การรักษา” สู่ “การส่งเสริมสุขภาพ”

การดูแลผู้สูงอายุแบบเดิมมักเน้นการรักษาแบบเฉพาะกิจ (acute care) โดยใช้โรงพยาบาลเป็นศูนย์กลาง ซึ่งมักก่อให้เกิดภาระการดูแลซ้ำซ้อนและไม่ต่อเนื่อง ผู้บรรยายเสนอแนวคิด “Paradigm Shift” โดยให้ความสำคัญกับ

- การดูแลแบบบูรณาการระยะยาว
- การใช้บ้านและชุมชนเป็นจุดดูแลหลัก
- การส่งเสริมสุขภาพะทั้งกาย จิต สังคม และสมอง
- การสร้างระบบ Primary Care ที่เชื่อมต่อกับระบบดูแลเฉพาะทาง

๑. แนวคิด “Health Span” และ “Life Span”

- Life Span หมายถึง “อายุขัย” จำนวนปีที่บุคคลมีชีวิตอยู่
- Health Span หมายถึง “ช่วงเวลาที่มีสุขภาพดี” จำนวนปีที่สามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระ ไม่เป็นภาระ
- การดูแลในปัจจุบันจึงควรมุ่งยึด “ช่วงเวลาสุขภาพดี” ให้มากที่สุด โดยไม่เน้นเพียงแค่ “ยืดอายุขัย”

๒. รูปแบบการดูแลแบบองค์รวมตลอดชีวิต (Holistic Lifetime Care)

แนวคิดของ The Aspen Tree ร่วมกับ Baycrest (แคนาดา) มุ่งส่งเสริม การมีสุขภาพะที่ยั่งยืน ผ่าน องค์ประกอบหลัก ๖ ด้าน ได้แก่

๑. Vital Health

- การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม (Geriatric, Cognitive, Fitness Assessment)
- การให้คำปรึกษาสุขภาพส่วนบุคคล

๒. Functional Nutrition

- อาหารฟื้นฟูสุขภาพที่เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วยแต่ละราย
- วางแผนมื้ออาหารเฉพาะบุคคล
- คลาสสอนทำอาหารเพื่อสุขภาพสมอง

๓. Mobility

- การฝึกกายภาพเฉพาะทาง เช่น การยืดเหยียด แก้ไขท่าทาง (Postural Correction)
- การออกกำลังกายใน Gym สำหรับผู้มีปัญหาโรคเรื้อรัง

๔. Cognitive Agility

- ฝึกสมองแบบ Interactive (Trover, Table Game)
- ใช้เทคโนโลยีเสริม เช่น tDCS, Low Laser Therapy
- ลดปัจจัยเสี่ยงภาวะสมองเสื่อมผ่านกิจกรรมฝึกความจำ

๕. Mind-Body Balance

- กิจกรรมโยคะ ไทเก๊ก ไคกง สมาธิ
- สปา การนวดบำบัด
- การบำบัดด้วยน้ำ (Hydrotherapy)

๖. Lifelong Learning Program

- ห้องเรียน กิจกรรมทางสังคม
- เวิร์กช็อปและการเรียนรู้ผ่านเทคโนโลยี
- กิจกรรมนันทนาการนอกอาคาร

Holistic Approach

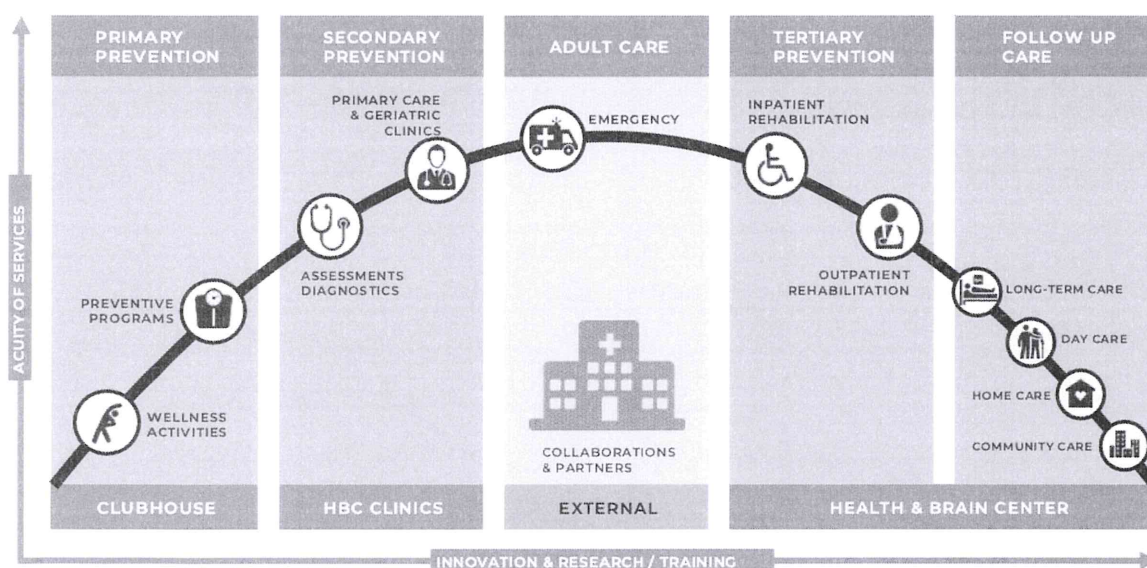


๓. ระบบบริการ Health & Brain Center แนวทางการให้บริการแบบบูรณาการจาก ระดับปฐมภูมิถึง ตติยภูมิ ประกอบด้วย

- คลินิกเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ (Primary & Geriatric Clinics)
- ศูนย์ประเมินสุขภาพและสมอง
- โปรแกรมป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ
- การดูแลระยะยาว (LTC), เดย์แคร์ และการดูแลที่บ้าน
- การทำงานแบบ Interprofessional และการฝึกอบรมผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ

โมเดลนี้ใช้ Clubhouse Health & Brain Center เป็นศูนย์กลางในการออกแบบกิจกรรม ฝึกฝน และ ให้บริการอย่างครบวงจร

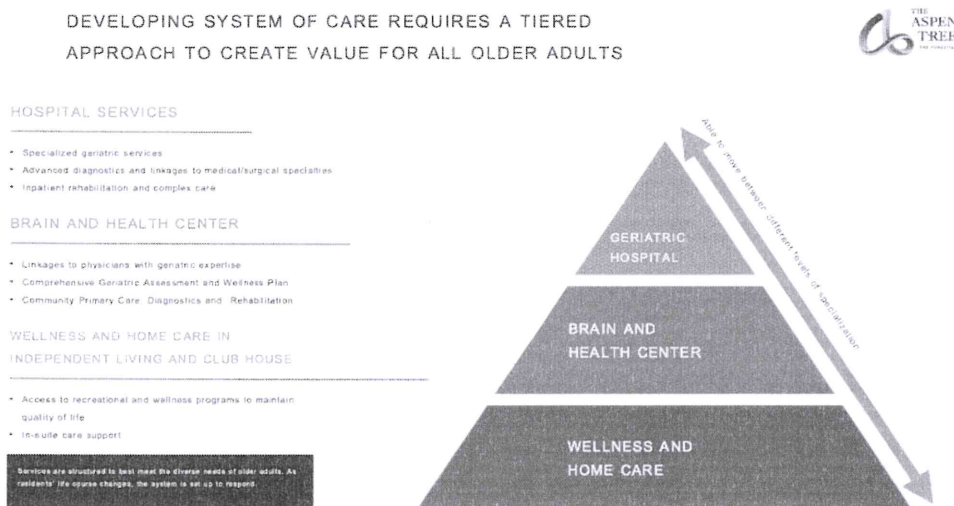
HEALTH & BRAIN CENTER SERVICE CONCEPT



๖. แนวทางพัฒนาระบบบริการเพื่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ พญ.อุไรรัตน์เสนอให้เน้นการสร้างระบบที่ตอบสนองความต้องการผู้สูงอายุในทุกช่วงชีวิต โดย

- พัฒนาระบบเชิงชุมชนร่วมกับผู้ให้บริการสุขภาพ

- เชื่อมโยงการรักษากับการดูแลฟื้นฟู
- ส่งเสริมนวัตกรรมด้านสุขภาพและสมอง
- ลงทุนในโครงสร้างพื้นฐานที่สนับสนุน Wellness & Prevention



สรุป

แนวทางการดูแลภาวะสมองเสื่อมไม่ควรมุ่งเพียงการรักษาโรค แต่ต้องเน้นการดูแลแบบองค์รวมที่เชื่อมโยงระหว่างสุขภาพร่างกาย สมอง อารมณ์ และสังคม การออกแบบระบบที่ครอบคลุมตลอดชีวิต (Lifetime Holistic Care) จึงเป็นหัวใจสำคัญในการสร้างสุขภาพที่ยั่งยืนสำหรับผู้สูงอายุในสังคมไทย

หัวข้อที่ ๓ ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม และเทคนิคการจัดการแก้ไข บทบาทของพยาบาล

ผู้บรรยาย ผศ.ดร.อุไรวรรณ ชัยชนะวโรจน์

สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร

๑. ปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ในผู้ป่วยสมองเสื่อม

ผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมมักมีอาการทางพฤติกรรมและอารมณ์ร่วมด้วย ซึ่งเรียกรวมกันว่า Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia (BPSD) ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยสมองเสื่อมถึง ๙๗% อย่างน้อยหนึ่งอาการ โดยเฉพาะในระยะรุนแรง พบได้สูงถึง ๘๘% อาการเหล่านี้ไม่เพียงส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย แต่ยังสร้างภาระทางร่างกายและจิตใจต่อผู้ดูแลเป็นอย่างมาก

๒. ลักษณะของปัญหาพฤติกรรมและอารมณ์ที่พบบ่อย

ลักษณะของ BPSD แบ่งออกเป็น ๕ กลุ่ม

- Cognitive/Perceptual เช่น ภาพหลอน หลงผิด คิดว่าขงหาย
- Motor เดินไม่มีจุดหมาย กระวนกระวาย ก้าวร้าวทางร่างกาย
- Verbal ตะโกน พุดซ้ำ ใช้คำหยาบคาย
- Emotional อารมณ์แปรปรวน วิดกกังวล เศร้า เฉยเมย
- Vegetative นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร

๓. ปัจจัยกระตุ้นที่สำคัญ

๓.๑ ปัจจัยทางชีวภาพ

- ความเสื่อมของสมองส่วน frontal lobe, amygdala, hippocampus
- ความผิดปกติของสารสื่อประสาท เช่น Acetylcholine, Dopamine, Serotonin
- โรคร่วม เช่น ความดันโลหิตสูง เบาหวาน
- ผลข้างเคียงจากยา เช่น ยานอนหลับ ยาแก้ซึมเศร้า

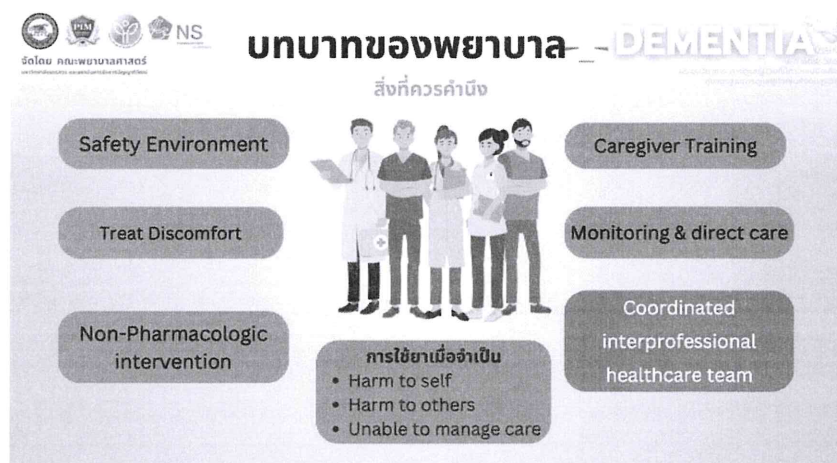
๓.๒ ปัจจัยทางจิตวิทยา

- การสูญเสียความสามารถของตนเอง
- ขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคม
- มีประสบการณ์กระทบกระเทือนจิตใจ

๓.๓ ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

- การย้ายที่อยู่ การเปลี่ยนผู้ดูแล
- สิ่งเร้าสูง เช่น เสียงดัง แสงจ้า
- การสื่อสารที่ไม่เข้าใจ

๔. บทบาทของพยาบาลในการจัดการพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วยสมองเสื่อม



พฤติกรรมและอารมณ์ที่ผิดปกติในผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD) เป็นปัญหาที่พบได้บ่อย และอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น การจัดการจึงต้องมีการประเมินอย่างรอบด้านและครอบคลุม โดยเฉพาะบทบาทของพยาบาลที่ต้องทำหน้าที่ทั้งในเชิงป้องกันและดูแลรักษาอย่างเหมาะสม โดยอาศัยหลักการสำคัญดังนี้

๔.๑ สภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย (Safety Environment)

พยาบาลควรจัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อความสงบ เช่น แสงธรรมชาติ เสียงเงียบ สภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ลดสิ่งเร้าที่รบกวน เพื่อป้องกันการกระตุ้นพฤติกรรมที่เป็นอันตราย

๔.๒ การบรรเทาความไม่สบาย (Treat Discomfort)

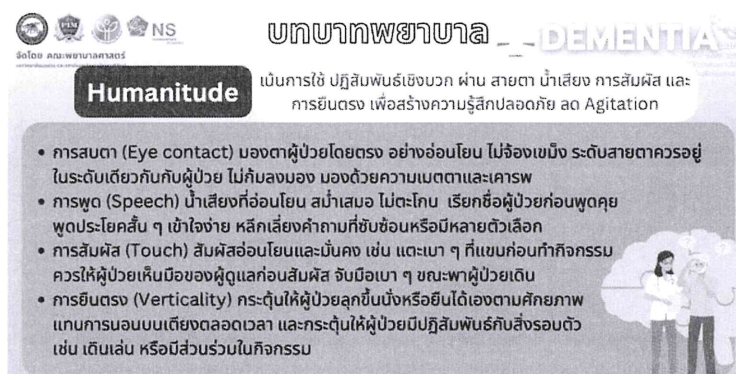
การตรวจสอบว่าอาการพฤติกรรมรุนแรงเกิดจากความเจ็บปวด อึดอัด หิว หรือปวด เช่น ปวดฟัน ท้องผูก ต้องได้รับการประเมินและแก้ไขก่อนใช้ยา

๔.๓ การใช้วิธีที่ไม่ใช้ยาเป็นแนวทางแรก (Non-Pharmacologic Intervention)

เน้นการพูดคุย การเบี่ยงเบนความสนใจ การจัดกิจกรรมที่เหมาะสม การใช้แนวคิด Montessori หรือ Reminiscence Therapy รวมถึงเทคนิค Humanitude ที่เน้นการสื่อสารอย่างอ่อนโยนและเคารพผู้ป่วย

๔.๓.๑ เทคนิค Humanitude

- ใช้สายตา น้ำเสียง การสัมผัส และการกระตุ้นการยืน เพื่อสร้างความปลอดภัย ตัวอย่างเช่น การพูดด้วยเสียงนุ่ม เรียกชื่อก่อนพูด ไม่เถียงผู้ป่วย



๔.๓.๒ การบำบัดแบบ Montessori

- จัดกิจกรรมที่มีความหมายให้ผู้ป่วยเลือกเองแบ่งกิจกรรมเป็นขั้นตอน ใช้คำพูดเชิงบวก เช่น งานฝีมือ ดนตรีบำบัด สวนบำบัด



๔.๓.๓ การบำบัดแบบจำความ (Reminiscence Therapy)

- กระตุ้นความทรงจำโดยใช้ภาพ เสียง หรือสิ่งของจากอดีต

๔.๔ การฝึกอบรมผู้ดูแล (Caregiver Training)

พยาบาลควรเป็นผู้นำในการฝึกอบรมครอบครัวหรือผู้ดูแลในเรื่องการจัดการพฤติกรรม เช่น การสื่อสารเชิงบวก การเข้าใจสาเหตุของพฤติกรรมผิดปกติ การไม่โต้เถียง และการจัดกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม

แนวทางการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม หลัก ๖Rs

การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่มีอาการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมและอารมณ์ จำเป็นต้องมีผู้ดูแลที่เข้าใจธรรมชาติของโรคและสามารถปรับวิธีการตอบสนองได้อย่างเหมาะสม แนวทาง "๖Rs" จึงเป็นกรอบสำคัญในการฝึกอบรมผู้ดูแล ให้สามารถรับมือกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังต่อไปนี้

๔.๔.๑ Reassure ให้ความมั่นใจและปลอบโยน

ผู้ดูแลควรเข้าใจว่า สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเคยคุ้นเคย เช่น เสียงดัง แสงจ้า หรือคนแปลกหน้า อาจกลายเป็นสิ่งที่น่ากลัวหรือกระตุ้นอารมณ์เชิงลบ คำพูดที่นุ่มนวลและให้ความมั่นใจ เช่น "คุณปลอดภัยนะ ฉันจะอยู่กับคุณ" จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกสงบและลดความก้าวร้าวได้

๔.๔.๒ Reassess ประเมินสาเหตุของพฤติกรรม

พฤติกรรมที่แสดงออก เช่น โวยวาย ตะโกน หรือกระสับกระส่าย อาจมีสาเหตุจากความหิว ความปวด ความไม่สบาย หรือความกลัว ผู้ดูแลจึงควรหมั่นตรวจสอบสภาพร่างกายของผู้ป่วย รวมถึงอารมณ์ เพื่อให้การตอบสนองเหมาะสมกับบริบท

๔.๔.๓ Reconsider ทำความเข้าใจและเปลี่ยนมุมมอง

พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยไม่ใช่สิ่งที่เกิดจากความตั้งใจหรือการกลั่นแกล้ง แต่เป็นผลของการเปลี่ยนแปลงในสมอง ผู้ดูแลจึงควรใช้มุมมองแห่ง "ความเข้าใจ" (Empathy) แทนการตัดสิน และใช้ความเห็นอกเห็นใจในการดูแล

๔.๔.๔ Redirect เบี่ยงเบนความสนใจไปยังสิ่งที่สงบลง

เมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวหรือไม่สงบ ควรเปลี่ยนบรรยากาศหรือสิ่งแวดล้อม เช่น นำผู้ป่วยไปยังพื้นที่ที่สงบกว่า เปิดเพลงเบา ๆ หรือให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ช่วยผ่อนคลาย เช่น ระบายสี ฟังเพลง หรือทำงานฝีมืออย่างง่าย

๔.๔.๕ Relax ควบคุมอารมณ์ของตนเอง

ผู้ดูแลควรตระหนักว่า ความเครียดของตนเองสามารถส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยได้ ควรฝึกการหายใจลึก ๆ พุดด้วยน้ำเสียงนุ่มนวล หลีกเลี่ยงการแสดงอารมณ์ฉุนเฉียว และควรใช้เวลากับตนเองเพื่อการพักผ่อนอย่างเหมาะสม

๔.๔.๖ Review ทบทวนและเรียนรู้จากสถานการณ์

หลังเหตุการณ์สงบลง ควรบันทึกสิ่งที่เกิดขึ้น พฤติกรรมที่แสดง และวิธีที่ใช้รับมือ เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลครั้งต่อไป การสะท้อนตนเอง (self-reflection) จะช่วยให้ผู้ดูแลพัฒนาทักษะในการตอบสนองได้ดีขึ้นในระยะยาว

แนวทาง ๖Rs เป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมได้อย่างมีความเข้าใจ ลดการใช้ยา และเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล พยาบาลควรมีบทบาทในการถ่ายทอดแนวทางนี้อย่างต่อเนื่องผ่านการอบรมและนิเทศผู้ดูแลในชุมชนหรือในสถานดูแลระยะยาว

๔.๕ การทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ (Coordinated Interprofessional Team)

การจัดการปัญหา BPSD ต้องอาศัยความร่วมมือของทีม เช่น แพทย์ พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา เภสัชกร และนักสังคมสงเคราะห์ โดยพยาบาลมีบทบาทเป็นศูนย์กลางในการประสานงาน

๔.๖ การเฝ้าระวังและดูแลโดยตรง (Monitoring & Direct Care)

พยาบาลต้องสังเกตอาการผิดปกติ จดบันทึกอย่างเป็นระบบ และปรับแผนการดูแลตามพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

๕. แนวทางการประเมินและจัดการพฤติกรรม BPSD

การประเมินโดยใช้แบบจำลอง ABC

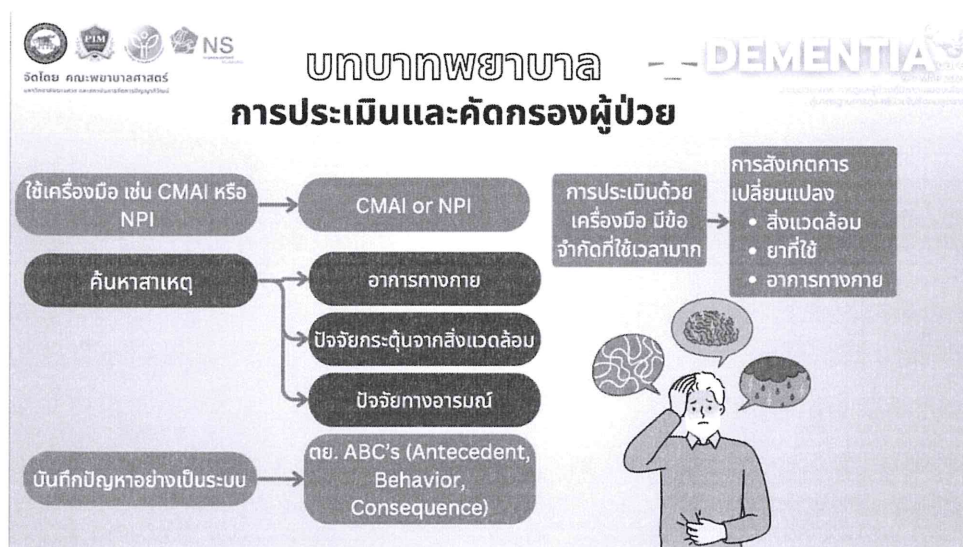
- Antecedent เหตุกระตุ้น
- Behavior พฤติกรรมที่แสดงออก
- Consequence ผลที่เกิดขึ้น

เครื่องมือประเมินที่ใช้

- CMAI (Cohen-Mansfield Agitation Inventory)
- NPI (Neuropsychiatric Inventory)

การบันทึกตัวอย่าง

- เช่น วันที่ ๑๔/๓/๖๘ เสียงดังจากผู้เข้าเยี่ยม → ผู้ป่วยตะโกนเสียงดัง → เปลี่ยนสถานที่
- วันที่ ๑๕/๓/๖๘ ผู้ป่วยถูกขัดจังหวะตอนรับประทานอาหาร → ขว้างช้อน → ปลอบยให้สงบก่อน



สรุป

การดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาทางพฤติกรรมและอารมณ์ต้องอาศัยความเข้าใจในปัจจัยกระตุ้น การใช้เทคนิคสื่อสารที่เหมาะสม และการดูแลแบบไม่ใช้ยาเป็นหลัก พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมิน วางแผน ดูแล และเป็นผู้นำในการฝึกอบรมผู้ดูแล เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับทั้งผู้ป่วยและครอบครัวอย่างยั่งยืน

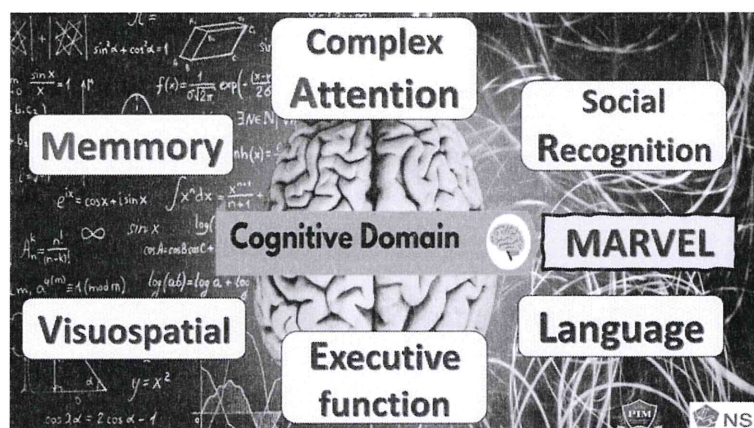
หัวข้อที่ ๔ การใช้แบบทดสอบและแบบประเมินเพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสำหรับพยาบาล

ผู้บรรยาย ผศ.ดร.ทศพร คำพลศิริ

สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์

๑. ความสำคัญของการประเมินภาวะสมองเสื่อม

การประเมินสมรรถภาพทางสมอง (Cognitive Assessment) มีบทบาทสำคัญในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม (Dementia) โดยเฉพาะในผู้สูงอายุ ซึ่งหากตรวจพบในระยะแรก จะสามารถจัดการวางแผนการดูแลและฟื้นฟูได้อย่างเหมาะสม และช่วยชะลอการเสื่อมถอยของสมอง



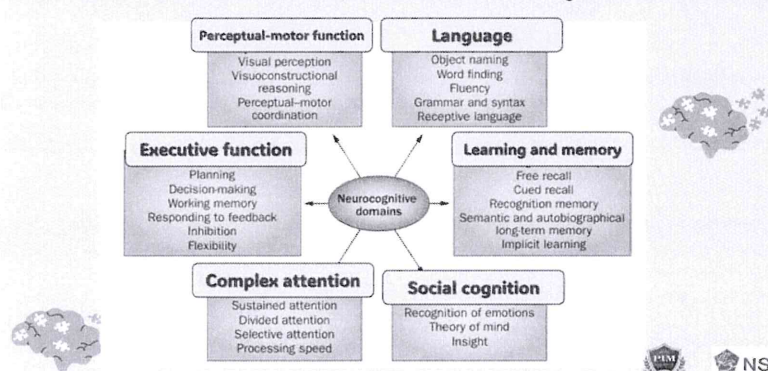
๒. ความหมายของ Cognitive Function และ Cognitive Domains

Cognitive Functions หมายถึง ความสามารถระดับสูงของสมองในการควบคุมการคิด ความจำ การตัดสินใจ การใช้ภาษา และการควบคุมพฤติกรรม

(Neuro)Cognitive Domains ตาม DSM-๕ มี ๖ ด้านหลัก ได้แก่

๑. Memory – ความจำ (เช่น Episodic, Working, Semantic, Procedural)
๒. Language – ความสามารถด้านภาษา
๓. Executive Function – การวางแผน ตัดสินใจ และควบคุมพฤติกรรม
๔. Complex Attention – สมาธิ การใส่ใจหลายสิ่งพร้อมกัน
๕. Perceptual-Motor Function / Visuospatial Ability – การรับรู้เชิงมิติ
๖. Social Cognition – ความเข้าใจในบริบทสังคม อารมณ์ และพฤติกรรมผู้อื่น

The DSM-5 defines six key domains of cognitive function



๓. เครื่องมือประเมินภาวะสมองเสื่อมที่พบบ่อย

๓.๑ MoCA (Montreal Cognitive Assessment)

- ใช้คัดกรองภาวะ MCI และสมองเสื่อมระยะเริ่มต้น
- ใช้เวลาประเมิน ๑๐-๑๕ นาที
- คะแนนเต็ม ๓๐ คะแนน (≥ 25 ถือว่าปกติ)
- มีความไว (sensitivity) สูงถึง ๙๐%
- ประเมินครอบคลุมทุกด้าน ได้แก่ memory, attention, executive function, visuospatial, language

๓.๒ MMSE (Mini-Mental State Examination)

- แบบประเมินมาตรฐานระดับสากล พัฒนาโดย Folstein
- ใช้เวลาประเมิน ๕-๑๐ นาที
- คะแนนเต็ม ๓๐ คะแนน
- ประเมิน ๖ ด้าน เช่น การรับรู้เวลา/สถานที่ ความจำ คณิตศาสตร์ ภาษา
- MMSE-Thai ๒๐๒๒ เป็นฉบับภาษาไทยที่ปรับตามบริบทคนไทย โดยคณะทำงานจากหลายสถาบัน

๓.๓ TMSE (Thai Mental State Examination)

- พัฒนาโดยกลุ่ม “Train the Brain Forum”
- ดัดแปลงจาก MMSE ให้เหมาะกับบริบทไทย
- คะแนนตัดที่ < 25 ถือว่ามี cognitive impairment

๓.๔ Chula Mental Test (CMT)

- พัฒนาโดยศ.นพ.สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล
- ใช้ตัดสินด้วยคะแนน $\leq 15/15$ ว่ามีภาวะสมองเสื่อม
- มีความไวและจำเพาะสูง (sensitivity ๑๐๐%, specificity ๙๐%)

MMSE & TMSE
มีข้อจำกัดคือการอ่านออก
เขียนได้



แบบทดสอบสภาพจิตจุฬา (Chula Mental Test: CMT) ซึ่งเป็นแบบคัดกรอง (Screening test) เพื่อแยก ภาวะสมองเสื่อมในประชากรทั่วไปได้รับการพัฒนาขึ้นโดย สุทธิชัย จิตะพันธ์กุล และคณะ ในปี 1996 ประกอบด้วยข้อคำถาม ทั้งหมดจำนวน 13 ข้อใหญ่ การให้คะแนนคิดคะแนนในแต่ละ ข้อย่อย 19 ข้อ รวมคะแนนทั้งสิ้น 19 คะแนน เกณฑ์ในการ ตัดสินว่าผู้สูงอายุมีสมองเสื่อมคือมีจุดตัดที่ค่าคะแนนเท่ากับ 15 คะแนน หากได้คะแนนต่ำกว่านี้ถือว่ามีความเสี่ยง

๓.๕ Mini-Cog

- ประเมินสั้น ๆ ด้วยการให้จำคำ ๓ คำ และวาดหน้าปัดนาฬิกา
- ใช้ง่าย ใช้ได้แม้ไม่มีบุคลากรทางการแพทย์
- คะแนนเต็ม ๕ (คะแนน < 3 บ่งชี้ภาวะ cognitive impaired)

๓.๖ IQCODE (Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly)

- ใช้กรอกโดยผู้ให้ข้อมูล เช่น ญาติหรือผู้ดูแล
- เหมาะสำหรับผู้สูงอายุที่มีปัญหาด้านการสื่อสาร
- ประเมินจากการเปลี่ยนแปลงในชีวิตจริงย้อนหลัง

๓.๗ การเลือกใช้แบบประเมิน

- ควรเลือกแบบประเมินที่เหมาะสมกับความสามารถในการสื่อสารของผู้ป่วย
- แบบประเมินที่ใช้ได้ในชุมชน เช่น Mini-Cog, IQCODE
- แบบประเมินเชิงคลินิกควรใช้โดยบุคลากรสุขภาพที่ผ่านการอบรม
- ควรใช้มากกว่า ๑ เครื่องมือในการประเมิน เพื่อความแม่นยำ

	N = 52		MMSE (%)	TMSE (%)
	ความสับสน		76.9	38.5
	ความเหมาะสม		80.8	38.5
	ความเข้าใจ		84.6	46.2
	ความยุ่งยาก		16.3	12
	ใช้เวลา 10-20 นาที		50.0	26.9

สรุป

การประเมินภาวะสมองเสื่อมเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้สูงอายุ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการคัดกรองภาวะบกพร่องทางสติปัญญาในระยะเริ่มต้น โดยการเลือกใช้แบบประเมินที่เหมาะสม ควบคู่กับการสังเกตและวางแผนดูแลที่ต่อเนื่อง จะช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและลดภาระของผู้ดูแลและระบบสุขภาพในระยะยาว

หัวข้อที่ ๕ รูปแบบการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมในสถานพยาบาลและชุมชน

ผู้บรรยาย ดร.พัชรีญา โอหารส

สังกัด คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันการจัดการปัญญาภิวัฒน์

๑. ประเด็นปัญหาในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

๑.๑ ปัญหาสำคัญที่พบในระบบบริการ ได้แก่

- บุคลากรสาธารณสุขยังขาดความรู้และทักษะเฉพาะทาง
- ไม่มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมที่เป็นระบบในสถานพยาบาล
- การคัดกรองยังจำกัดอยู่ในคลินิกผู้สูงอายุ และไม่ได้กระจายในชุมชน
- มีแพทย์เฉพาะทางจำนวนน้อย
- ผู้ดูแลมีภาระทางกายและใจสูง (Caregiver burden)
- ภาคประชาชนยังไม่ตระหนักถึงปัญหาภาวะสมองเสื่อม
- หน่วยงานสุขภาพและสังคมยังขาดการเชื่อมโยงเชิงระบบ

๑.๒ อุปสรรคในการเข้าถึงบริการ

- โรงพยาบาลทั่วไปไม่มีบริการเฉพาะสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม
- การเดินทางของผู้สูงอายุไปยังสถานพยาบาลทำได้ยาก
- ขาดเครือข่ายการส่งต่อและหน่วยให้คำปรึกษาแบบบูรณาการ

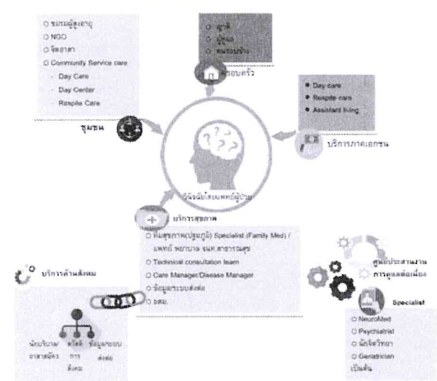
๒. ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วย

- ต้องการ เครือข่ายผู้ดูแล เพื่อให้กำลังใจและแลกเปลี่ยนประสบการณ์
- ควรมี โทรศัพท์สายด่วน สำหรับขอคำปรึกษาเมื่อเผชิญพฤติกรรมที่ควบคุมยาก
- ต้องการการอบรมอย่างเป็นระบบเพื่อพัฒนาทักษะดูแล
- ต้องการความรู้ในการดูแลโรคร่วม เช่น เบาหวาน ความดัน ไขมัน ซึ่งมักพบร่วมในผู้ป่วยสมองเสื่อม

๓. แนวทางการพัฒนาและรูปแบบที่ดำเนินการ

๓ แนวคิดการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะสมองเสื่อมวงจร

โครงการได้ดำเนินการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยสูงอายุภาวะสมองเสื่อมตั้งแต่ปี ๒๕๕๘-๒๕๖๐ โดยมี:
พันธกิจในการดูแลและช่วยเหลือ การดำเนินการตามแผนงานโครงการ ในลักษณะ Research and Development โดยทำเป็นระยะ Demonstration Unit ๒-๕ แห่ง ภายใต้วิธีการดำเนินงาน ดังนี้



๓.๑ โครงการวิจัยและพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับระบบบริการ

๓.๑.๑ Comprehensive Dementia Care System (๒๐๑๔–๒๐๑๗) เป็นการพัฒนาโมเดลการดูแลครบวงจร

๓.๑.๒ การพัฒนาเครือข่ายระบบบริการสำหรับผู้มีภาวะสมองเสื่อม (๒๐๑๘–๒๐๒๒) มุ่งสู่การดูแลในชุมชน

๓.๑.๓ Integrated Care for Older People with Dementia (๒๐๒๑–๒๐๒๔) พัฒนาแนวทางการดูแลแบบบูรณาการในหลายพื้นที่ตามบริบทสังคมไทย

โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพสมองในผู้ที่มีปัญหาการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย (MCI TEAM V) ของสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์



https://youtu.be/T3UrbYUb29U?si=_pyjJcZakcqk11_L

๓.๒ แนวโน้มรูปแบบการดูแลที่หลากหลายในประเทศไทย

- บ้านพักคนชรา (ภาครัฐและมูลนิธิ)
- ศูนย์พยาบาลเอกชน (Nursing Home)
- ศูนย์ดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมในโรงพยาบาล
- การดูแลแบบบูรณาการในชุมชน กำลังอยู่ระหว่างพัฒนา

๔. บทเรียนจากต่างประเทศ

๔.๑.๑ ประเทศญี่ปุ่น

- มีระบบ Integrated Community Care ที่ชัดเจน
- มีการอบรมบุคลากรหลากหลายระดับ
- ใช้เทคโนโลยี เช่น VR ในการประเมินความจำและฝึกสมอง
- มี Dementia Café ที่ให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมมาทำงานจริงในร้านอาหาร

Japan is leveraging digital solutions to tackle dementia.



Dementia cafe is held in Shinagawa Ward, Tokyo.



• <https://asianews.network/japan-works-to-help-people-with-dementia-pursue-active-lives/>

๔.๑.๒ ประเทศสวีเดน

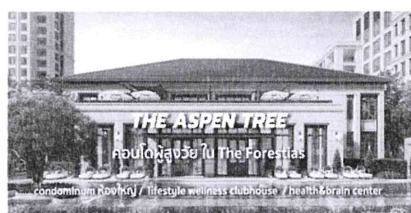
- ระบบสวัสดิการดูแลผู้สูงอายุที่รัฐสนับสนุนเป็นหลัก
- ส่งเสริมการดูแลที่บ้านให้นานที่สุด
- มีบริการขนส่ง/ส่งอาหาร/ทำความสะอาดสำหรับผู้สูงอายุ
- การดูแลเน้นการประเมินรายบุคคล (Individually assessed assistance)

๔.๑.๓ ประเทศแคนาดา

- เน้นการดูแลผ่านหลักฐานเชิงวิทยาศาสตร์
- ส่งเสริมการป้องกันในกลุ่มเสี่ยงสูงและสร้างสุขภาพดีในประชากรทั่วไป
- มี National Dementia Strategy ที่ชัดเจน

๕. บทสรุปและข้อเสนอแนะ

- ประเทศไทยยังขาดระบบบริการที่เชื่อมโยงระหว่างสุขภาพ-สังคมแบบบูรณาการ
- ควรสนับสนุนการสร้าง เครือข่ายชุมชน และฝึกอบรมผู้ดูแลอย่างเป็นระบบ
- ภาครัฐควรจัดตั้ง สายด่วนเฉพาะด้าน Dementia และส่งเสริม การสร้างความรู้สาธารณะ
- การดูแลที่บ้าน (home-based care) และ การดูแลรายกรณี (case management) ควรเป็นแนวทางหลัก
- แนะนำให้ใช้ นวัตกรรมดิจิทัล เช่น แอปประเมินสมอง เกมฝึกความจำ และแพลตฟอร์มให้คำปรึกษาออนไลน์



หัวข้อที่ ๕ แนวทางการจัดกิจกรรมสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม
ผู้บรรยาย ดร.กัลยพร นันทชัย
สังกัด โรงพยาบาลสมเด็จพระสังฆราชญาณสังวรเพื่อผู้สูงอายุ จังหวัดชลบุรี

๑. ความเข้าใจเบื้องต้น การเปลี่ยนแปลงในผู้สูงอายุ

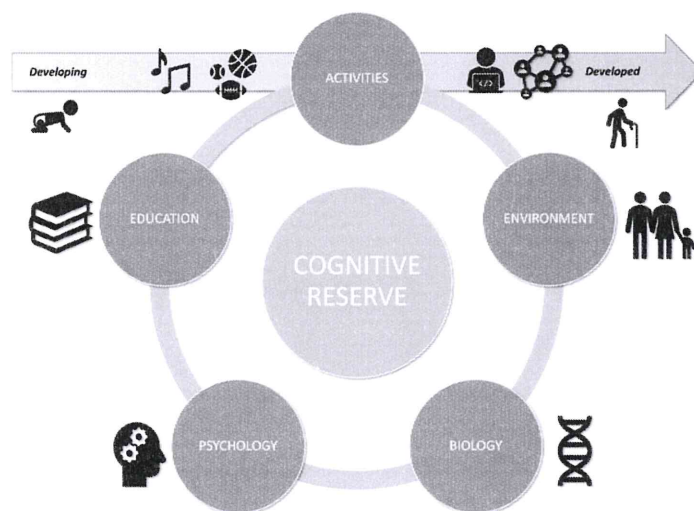


ผู้ป่วยสมองเสื่อมจะมีความเสื่อมถอยทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และการรับรู้ ซึ่งรวมถึง

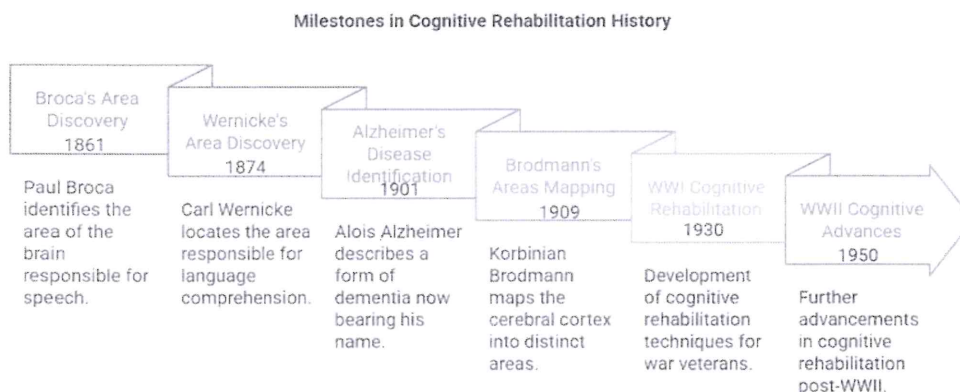
- การทำงานของสมอง (Cognitive Function) เช่น ความจำ สมาธิ ภาษา
- การเคลื่อนไหว การมองเห็น การได้ยินลดลง
- อารมณ์ซึมเศร้า วิตกกังวล พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง

แนวคิด "Cognitive Reserve" เน้นความสามารถของสมองในการชดเชยการเสื่อมถอย ซึ่งสามารถส่งเสริมผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ได้

Cognitive reserve



History of cognitive Rehabilitation



จากภาพ “History of Cognitive Rehabilitation” เป็นแผนภาพแสดงลำดับเหตุการณ์สำคัญ (Milestones) ที่เกี่ยวข้องกับการค้นพบสมองและการพัฒนาด้านการฟื้นฟูสมอง (Cognitive Rehabilitation) โดยสามารถสรุปเนื้อหาเป็นลำดับเวลาได้ดังนี้

พัฒนาการสำคัญในประวัติศาสตร์ของการฟื้นฟูสมอง (Cognitive Rehabilitation)

ปี	เหตุการณ์สำคัญ	รายละเอียด
๑๘๖๑	Broca's Area Discovery	Paul Broca ค้นพบบริเวณของสมองที่ควบคุมการพูด (speech production) ซึ่งปัจจุบันเรียกว่า Broca's area
๑๘๗๔	Wernicke's Area Discovery	Carl Wernicke ระบุบริเวณของสมองที่เกี่ยวข้องกับการเข้าใจภาษา (language comprehension) เรียกว่า Wernicke's area
๑๙๐๑	Alzheimer's Disease Identification	Alois Alzheimer อธิบายลักษณะของภาวะสมองเสื่อมรูปแบบใหม่ ซึ่งต่อมาถูกตั้งชื่อว่า โรคอัลไซเมอร์
๑๙๐๙	Brodmann's Areas Mapping	Korbinian Brodmann สร้างแผนที่สมอง แบ่งสมองออกเป็นพื้นที่เฉพาะด้านตามหน้าที่ (Brodmann's areas) ซึ่งยังใช้ในการวิจัยจนถึงปัจจุบัน
๑๙๓๐	WWI Cognitive Rehabilitation	เริ่มมีการพัฒนาเทคนิคการฟื้นฟูสมองสำหรับทหารผ่านศึกที่ได้รับบาดเจ็บจากสงครามโลกครั้งที่ ๑
๑๙๕๐	WWII Cognitive Advances	มีการพัฒนาเทคนิคการฟื้นฟูสมองอย่างต่อเนื่องภายหลังสงครามโลกครั้งที่ ๒ โดยเฉพาะในผู้ป่วยบาดเจ็บทางสมอง

๒. แนวทางการฝึกสมอง (Cognitive Training & Rehabilitation)

๒.๑ วัตถุประสงค์หลัก

๒.๑.๑ คงศักยภาพในการช่วยเหลือตนเองให้นานที่สุด

๒.๑.๒ เพิ่มคุณภาพชีวิต และความสุข

๒.๑.๓ ป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น นอนติดเตียง ซึมเศร้า

๒.๑.๔ ต้องดำเนินการ ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ปรับตามระดับความสามารถของผู้ป่วย

	Cognitive training	Cognitive rehabilitation	Cognitive stimulation
Target	Impairment	Participation restriction	Participation restriction
Context	Structured tasks and environments	The person's natural environment	Usually a clinic/residential care or daycare setting
Focus of Intervention	Specific cognitive abilities and processes; psychoeducation and strategy training sometimes included	Groups of cognitive abilities and processes required to perform individually relevant everyday tasks; behaviour, environment, and everyday activity. Psychoeducation and strategy training sometimes included	Orientation, global cognitive status
Format	Individualised or group	Individualised	Typically group
Proposed mechanism of action	Mainly restorative; mechanisms related to neuroplasticity	Combination of restorative and compensatory approaches; reduction of 'excess disability'	Improved orientation; general activation
Goals	Improved or maintained ability in specific cognitive domains	Performance and functioning in relation to collaboratively set behavioural or functional goals	Improved overall orientation and engagement in pleasant abilities

๒.๒ ประเภทของการพัฒนาสมอง (Cognitive Interventions)

๒.๒.๑ Cognitive Stimulation

เป็นการกระตุ้นสมองทั่วไปเพื่อเสริมสร้างการทำงานของสมองโดยรวม

จุดเด่น

- ไม่มุ่งเน้นทักษะเฉพาะ
- มักใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไปหรือระยะเริ่มต้นของภาวะสมองเสื่อม

ตัวอย่าง: พุดคุยกลุ่ม, การร้องเพลง, เล่นเกมจับคู่, ระบายสี

๒.๒.๒ Cognitive Training

เป็นกิจกรรมที่ออกแบบมาเฉพาะเพื่อฝึกฝนทักษะสมองบางด้านให้ดีขึ้น

จุดเด่น

- มีโครงสร้างแบบฝึกชัดเจน (Structured activities)
- เน้นด้านที่จำเพาะ เช่น ความจำ, สมาธิ, การวางแผน

ตัวอย่าง: เกมฝึกความจำ, ตารางตัวเลข, การเรียงลำดับเรื่องราว, โปรแกรมฝึกสมองออนไลน์

๒.๒.๓ Cognitive Rehabilitation

กลยุทธ์เชิงบำบัดที่ออกแบบเฉพาะบุคคล เพื่อช่วยให้ผู้ที่มีความบกพร่องด้านการรับรู้สามารถฟื้นฟูศักยภาพของตนเองได้

จุดเด่น

- ใช้สำหรับผู้ที่สมองบกพร่องจากอุบัติเหตุ โรคหลอดเลือดสมอง หรือสมองเสื่อม
- ออกแบบกิจกรรมร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว

ตัวอย่าง: กำหนดเป้าหมายร่วมกัน (goal-setting), การใช้สมุดเตือนความจำ, การออกแบบสิ่งแวดล้อมช่วยจำ

๒.๓ การนำไปใช้ในทางคลินิก

- Cognitive stimulation เหมาะกับศูนย์ดูแลกลางวัน, กลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป
- Cognitive training ใช้ในคลินิกฝึกสมอง, โรงพยาบาล, ชุมชน
- Cognitive rehabilitation เหมาะกับผู้มีภาวะสมองเสื่อมระดับกลาง - รุนแรง และต้องได้รับการวางแผนแบบเฉพาะบุคคล

๒.๔ ระยะเวลาในการฝึกสมองจากหลักฐานการวิจัย

๒.๔.๑ Nicola J Gates et al., ๒๐๑๑ – Dementia

- ระยะเวลา: ๖-๒๖ สัปดาห์
- ปริมาณการฝึก
 - ฝึกกลยุทธ์ความจำ (memory strategy) เฉลี่ย ๘ ครั้ง
 - ฝึกการรับรู้ (cognitive exercises) เฉลี่ย ๕๗.๕ ครั้ง
 - เวลาในการฝึกโดยทั่วไปไม่เกิน ๘ ชั่วโมง
 - ช่วงเวลาที่ใช้แตกต่างกันตั้งแต่ ๓ สัปดาห์ ถึง ๑ ปี

ข้อสังเกต การฝึกที่ใช้ร่วมกับการแทรกแซงอื่นทำให้แยกช่วงเวลาฝึกอย่างชัดเจนได้ยาก

๒.๔.๒ Linda Clare et al., ๒๐๑๔ – Dementia เน้นการเสริมสร้างอย่างต่อเนื่องในระยะ

ยาว

- ๑๐ ครั้ง ภายใน ๓ เดือน
- มี ๔ ครั้งเป็นการฝึกแบบคงสภาพ (maintenance session) ในระยะ ๖ เดือน

๒.๔.๓ Johnson KG et al., ๒๐๒๐ – Art for AD (Alzheimer's Disease) ใช้กิจกรรม

ศิลปะ (Art) เพื่อฝึกสมองในผู้มีภาวะสมองเสื่อม

- ระยะเวลา ๘ สัปดาห์
- ความถี่ ๒ วัน/สัปดาห์, วันละ ๑ ชั่วโมง
- รวมทั้งหมด ๑๖ ครั้ง

๒.๔.๔ Pattra Sudsakorn et al., ๒๐๑๖ – Normal Elderly เน้นการฝึกแบบโครงสร้าง

ในกลุ่มผู้สูงอายุทั่วไป

- ๑๐ ครั้ง (ครั้งละ ๙๐ นาที)
- ความถี่สัปดาห์ละ ๑ ครั้ง (๑๐ สัปดาห์)

๒.๔.๕ Lee Hyer et al., ๒๐๑๖ – MCI (Mild Cognitive Impairment) เหมาะกับกลุ่ม

เสี่ยงต่อภาวะสมองเสื่อมในระยะเริ่มต้น

- ระยะเวลา: ๕-๗ สัปดาห์
- ความถี่เฉลี่ย ๔๐ นาที/วัน

สรุป

กลุ่มเป้าหมาย	จำนวนครั้ง (sessions)	ระยะเวลา	หมายเหตุ
Dementia (ทั่วไป)	๘-๑๗ ครั้ง	๓ สัปดาห์ – ๖ เดือน	ฝึกความจำและการรับรู้ร่วมกัน
Dementia (กลุ่มฝึกต่อเนื่อง)	๑๐ ครั้ง + maintenance	๓ เดือน + ๖ เดือน	เพื่อการคงสภาพระยะยาว
MCI	๕-๗ สัปดาห์	๔๐ นาที/วัน	ฝึกอย่างสม่ำเสมอ
ผู้สูงอายุทั่วไป	๑๐ ครั้ง	๑๐ สัปดาห์	กิจกรรม ๕๐ นาที/ครั้ง

๒.๕ รูปแบบการฝึกสมอง

๒.๕.๑ ฝึกผ่าน “กิจวัตรประจำวัน” เช่น

- ใช้อุปกรณ์ไฟฟ้า
- ซักผ้า
- ทำอาหาร
- การดูแลตนเอง

๒.๕.๒ ฝึกผ่าน “Cognitive Domains” โดยตรง เช่น

- ความจำ (Memory) ฝึกจำคำ รายการของใช้ รูปภาพ
- สมาธิ (Attention) เล่นเกมจับผิด ดูวัตถุเปลี่ยน
- ภาษา (Language) เรียงคำ ทายคำ
- ทักษะการวางแผน (Executive Function) จัดลำดับเหตุการณ์
- การรับรู้เชิงมิติ (Visuospatial) วาดภาพ แผนที่
- ทักษะสังคม (Social Cognition) เล่าเรื่องร่วมกัน

๒.๖ ขั้นตอนการจัดกิจกรรมฝึกสมอง

๒.๖.๑ เตรียมผู้ป่วย

- ประเมินศักยภาพเดิม ความชอบ ความถนัด
- ประเมินสมรรถภาพ (ADL, IADL, Vision, Hearing)
- ประเมินภาวะสมองเสื่อม (ใช้แบบทดสอบ CMT, TMSE, MoCA)
- ประเมินอารมณ์และพฤติกรรม (ใช้ TGDS-๑๕, Thai-HAS, NPI-Q)

๒.๖.๒ เตรียมผู้ฝึก/ผู้ดำเนินกิจกรรม

- ต้องมีความเข้าใจผู้สูงอายุ มีทักษะสื่อสาร มีทัศนคติที่ดี
- มีความรู้ด้านจิตวิทยาและการจัดการพฤติกรรม
- มีความยืดหยุ่นและ Empathy

๒.๕.๓ สถานที่และอุปกรณ์

- ปลอดภัย มั่นคง มีแสงสว่างเพียงพอ
- หลีกเลียงสิ่งกีดขวาง พื้นไม่ลื่น
- อุปกรณ์มีหลายขนาด เริ่มจากง่ายไปยาก สีสัน จັบถนดั

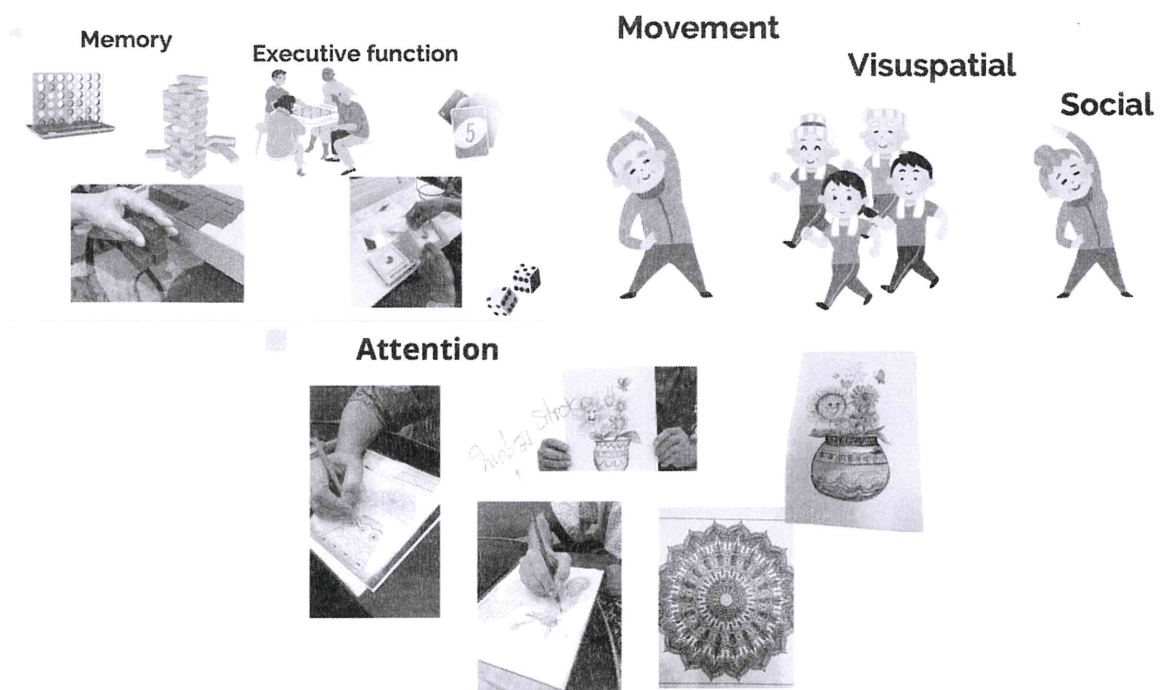
๒.๖.๔ วิธีการฝึกที่เหมาะสม

- ควร เริ่มจากง่าย → ยาก
- แสดงตัวอย่างก่อน ให้ผู้ป่วยทำตาม
- ไม่คาดหวังผลลัพธ์ ไม่ตำหนิ
- ทำเป็นประจําอย่างมีความสุข
- อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจว่าทำกิจกรรมเพื่ออะไร
- หากมีพฤติกรรมเปลี่ยน ควรปรับกิจกรรมทันที

๒.๗ ตัวอย่างกิจกรรมฝึกสมอง

Cognitive Domain	ตัวอย่างกิจกรรม
Attention	ฟังเสียง ตอบคำถามจากการฟัง เกมหาแตกต่าง
Memory	เกมจับคู่ การทบทวนเรื่องราวส่วนตัว
Executive Function	จัดลำดับเหตุการณ์ วางแผนทำอาหาร
Visuospatial	ต่อจิ๊กซอว์ วาดภาพตามคำสั่ง
Social Cognition	พูดคุยกลุ่ม ร้องเพลง ทำกิจกรรมกับครอบครัว

การฝึกสมองควรเน้น กระบวนการ ไม่ใช่ผลลัพธ์ ผู้จัดกิจกรรมควรมีทักษะ เข้าใจผู้ป่วย และสามารถดัดแปลงกิจกรรมให้เหมาะกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งเป้าหมายสูงสุด คือ คุณภาพชีวิต ความสุข และศักดิ์ศรีของผู้สูงอายุ



หัวข้อที่ ๖ Maintaining Cognition in Elderly: Strategies for Professional Healthcare

ผู้บรรยาย คุณพลินท์ชญา พัชรพลินธุ์กุล ตำแหน่ง: นักกิจกรรมบำบัด

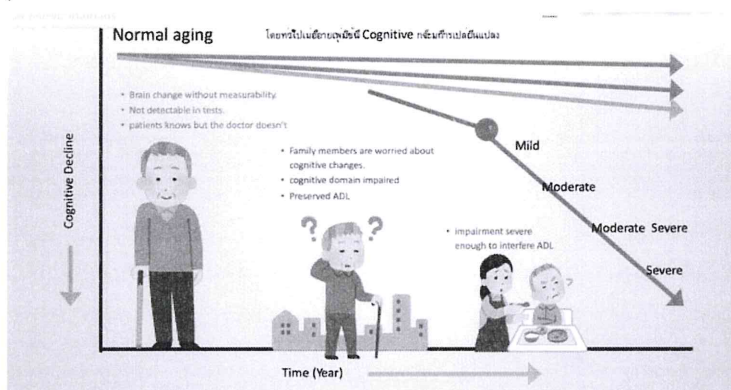
หน่วยงาน ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

๑. บริบทของปัญหา การเสื่อมถอยของสมองในผู้สูงอายุ

การเสื่อมสมรรถภาพทางสมอง (Cognitive Decline) เป็นกระบวนการตามธรรมชาติของการสูงวัย ซึ่งมีผลกระทบต่:

- ความจำ (Memory)
- ความสนใจ (Attention)
- การแก้ปัญหา (Problem-solving)
- สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL)

อย่างไรก็ตาม ระดับความรุนแรงของการเสื่อมขึ้นอยู่กั พฤติกรรมสุขภาพและรูปแบบการใช้ชีวิต ผู้สูงอายุที่มีการกระตุ้นสมองและร่างกายสม่ำเสมอมีแนวโน้มเสื่อมช้ากว่า

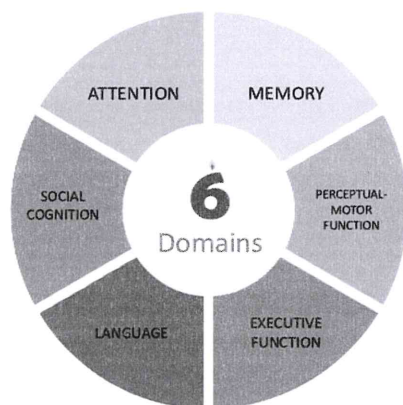


๒. Cognitive Interventions เพื่อชะลอและส่งเสริมสมรรถภาพสมอง ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพควรดำเนินการใน ๓ แนวทางหลัก ได้แก่

๒.๑ Cognitive Stimulation การกระตุ้นสมองทั่วไป เช่น เกม จับคู่ ร้องเพลง ฟังเพลง เล่นกิจกรรมกลุ่ม เพื่อเสริมสร้างการทำงานสมองในภาพรวม

๒.๒ Cognitive Training การฝึกฝนทักษะสมองเฉพาะด้านอย่างมีโครงสร้าง เช่น ฝึกความจำ ฝึกสมาธิ ฝึกทักษะเชิงพื้นที่

๒.๓ Cognitive Rehabilitation กลยุทธ์ฟื้นฟูสมรรถภาพสมองที่บกพร่อง โดยเน้นเป้าหมายเฉพาะราย และทำร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัว



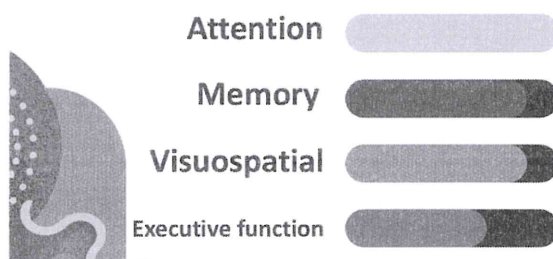
Cognitive domains

๓. กรอบแนวคิดจาก NICE Guideline (NG๔๗, ๒๐๑๘)

- ควรจัดกิจกรรมที่หลากหลาย ตามความชอบของผู้สูงอายุ
- การฝึกต้องมี เป้าหมายชัดเจน สนุก และท้าทาย
- ไม่ควรใช้กิจกรรมเพื่อการรักษา โดยตรง แต่เพื่อส่งเสริมการดำรงชีวิตและความสุข

๔. การออกแบบกิจกรรมตาม Cognitive Domain

Concern in 4 domain



๔.๑ Attention Stimulation

- ฝึกการใส่ใจแบบเจาะจง เช่น เกมตัวเลขปริศนา ฟังเพลงเติมคำ
- ใช้การกระตุ้นผ่านประสาทสัมผัสและการสังเกต
- ฝึกทีละอย่าง จัดสิ่งแวดล้อมให้มีจุดโฟกัสชัดเจน



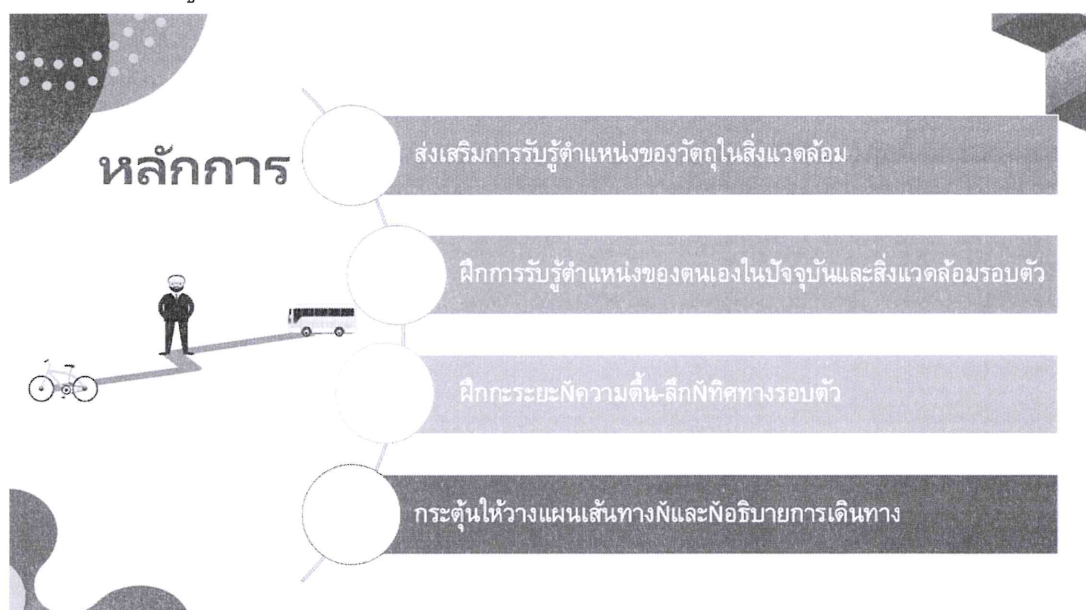
๔.๒ Memory Stimulation

- ฝึกจำลำดับสี ลำดับตัวเลข และรูปภาพ
- ใช้การทบทวน ความจำระยะสั้น-ยาว
- เสริมสร้างความมั่นใจในการจดจำ



๔.๓ Visuospatial Stimulation

- ฝึกการรับรู้ตำแหน่ง การกะระยะ ทิศทาง
- วางแผนเส้นทาง และการอธิบายเส้นทาง
- ส่งเสริมการรู้ตำแหน่งตนเองในสภาพแวดล้อม



๔.๔ Executive Function Stimulation

- ฝึกวางแผน ตัดสินใจ แก้ปัญหา
- ฝึกกระบวนการคิดเป็นลำดับ
- เสริมความสามารถในการปรับตัวและแก้สถานการณ์

หลักการ

กระตุ้นการใช้ทักษะด้านการคิด วางแผน ตัดสินใจ

ฝึกฝนกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบ

กระตุ้นให้เกิดการแก้ปัญหาเฉพาะอย่างเหมาะสม

หลักสำคัญในการจัดกิจกรรม

๑. กิจกรรมต้องมีเป้าหมาย และสามารถ ปรับความยาก-ง่าย ได้ตามระดับผู้สูงอายุ
๒. ผู้ฝึกควรสังเกตอาการเหนื่อยล้า และเปิดโอกาสให้ พักเบรกอย่างเหมาะสม
๓. เน้นความสนุก ความร่วมมือ และไม่ตัดสินผลลัพธ์

บทสรุปสำหรับวิชาชีพสุขภาพ

ผู้ให้บริการสุขภาพ เช่น พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด หรือผู้ดูแล ควรปฏิบัติดังนี้

๑. ประเมิน cognitive domain ที่เสื่อมถอย
๒. ออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับความสามารถของแต่ละราย
๓. ใช้กิจกรรมเป็นเครื่องมือส่งเสริมความเป็นอิสระและคุณภาพชีวิต
๔. สร้างบรรยากาศที่ปลอดภัย ให้กำลังใจ และให้ผู้สูงอายุรู้สึกมีคุณค่า

หัวข้อที่ ๗ กฎหมายและสิทธิที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม
ผู้บรรยาย พว.วิภาวี ปุสวิโร และ พว.ทิพนตร งามกาละ
หน่วยงาน โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ภาวะสมองเสื่อมเป็นภาวะที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยในหลายมิติ โดยเฉพาะความสามารถในการตัดสินใจ การรับรู้สิทธิของตนเอง และการดำรงชีวิตในสังคมอย่างปลอดภัย ด้วยเหตุนี้ การเข้าใจกฎหมายและสิทธิที่เกี่ยวข้องจึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล ผู้ดูแล และครอบครัว เพื่อใช้ในการวางแผนการดูแล และป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยถูกละเมิดสิทธิในระหว่างกระบวนการดูแลรักษา

๑. ความสำคัญของกฎหมายในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม

ผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมมีความบกพร่องด้านการตัดสินใจ อาจตกเป็นเหยื่อการหลอกลวง ฉ้อโกง หรือการละเมิดได้ง่าย ดังนั้น กฎหมายจึงมีบทบาท ดังนี้

- ปกป้องสิทธิและทรัพย์สินของผู้ป่วย
- คุ้มครองจากการถูกละเมิด เช่น ลวนลาม ทำร้าย การฉ้อฉล
- กำหนดกรอบทางกฎหมายในการดูแล เช่น ผู้อนุบาล ผู้พิทักษ์
- วางแนวทางในการดำเนินการทางการแพทย์ พินัยกรรม ฯลฯ

๒. ประเภทของความรับผิดชอบทางกฎหมายที่เกี่ยวข้อง

๒.๑ ความรับผิดชอบทางอาญา

เกี่ยวข้องกับการกระทำผิดตามกฎหมายอาญา เช่น การปล่อยปละละเลย การเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยโดยมิชอบ การละเมิดสิทธิผู้ป่วย ฯลฯ

๒.๒ ความรับผิดชอบทางแพ่ง

เกี่ยวกับการทำนิติกรรม เช่น การจัดการทรัพย์สิน การทำพินัยกรรม หรือการยกทรัพย์สินให้บุคคลอื่น

๒.๓ เหตุยกเว้นความผิดทางอาญา

ได้แก่ กรณีผู้ป่วยสมองเสื่อมกระทำผิดโดยไม่ได้เจตนา หรือมีเหตุให้พ้นผิด เช่น อยู่ในภาวะวิกลจริตตามกฎหมาย

๓. ความสามารถในการทำนิติกรรม

๓.๑ คนไร้ความสามารถ

- ต้องมีคำสั่งศาล
- อยู่ในภาวะวิกลจริต ไม่สามารถตัดสินใจใด ๆ ได้เอง
- ต้องมี “ผู้อนุบาล” ดูแลแทนตามกฎหมาย

๓.๒ คนเสมือนไร้ความสามารถ

- มีความบกพร่องบางด้าน เช่น จำไม่แม่น หลงลืม มีโรคประจำตัว
- ยังสามารถทำกิจกรรมบางอย่างได้ แต่การทำสัญญาสำคัญต้องได้รับความยินยอมจาก “ผู้พิทักษ์”

๔. สิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้อง

๔.๑ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ (แบบขั้นบันได)

- อายุ ๖๐–๖๙ ปี: ๖๐๐ บาท
- อายุ ๗๐–๗๙ ปี: ๗๐๐ บาท
- อายุ ๘๐–๘๙ ปี: ๘๐๐ บาท
- อายุ ๙๐ ปีขึ้นไป: ๑,๐๐๐ บาท

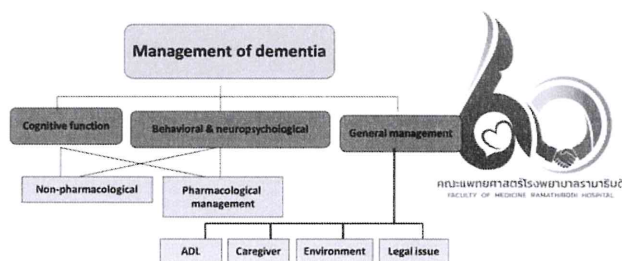
๔.๒ เบี้ยผู้พิการ: ๘๐๐ บาท/เดือน ต้องมีการขึ้นทะเบียนคนพิการตามหลักเกณฑ์ของกรมส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการ

๔.๓ สิทธิลดหย่อนภาษีสำหรับผู้ดูแลคนพิการ: ๖๐,๐๐๐ บาท/คน/ปี ผู้มีสิทธิคือบุคคลที่ดูแลและมีชื่ออยู่ในบัตรคนพิการ

๕. แนวทางเวชปฏิบัติในบริบทของการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม ตามที่สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์ กำหนดไว้ อ้างอิง: สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์, ๒๕๖๓

6 ทศวรรษครบ ๖๐
สถาบันประสาทวิทยา กรมการแพทย์

แนวทางการดูแลรักษา



๕.๑ การบันทึกเวชระเบียนและใบรับรองแพทย์

- ต้องระบุรายละเอียดระดับอาการ เช่น ระยะของโรค พฤติกรรม ภาวะทางจิตใจ และความสามารถในชีวิตประจำวัน (BADL/IADL)
- ควรตรวจและบันทึก TMSE หรือการประเมิน cognitive status ทุก ๖–๑๒ เดือน
- ห้ามแก้ไขหรือเพิ่มเติม เวชระเบียนย้อนหลัง โดยเฉพาะกรณีที่อาจมีข้อพิพาทหรือคดีความ
- เอกสารนี้จะกลายเป็นพยานหลักฐานในกรณีที่ผู้ป่วยถูกตรวจสอบย้อนหลังว่ามี ความสามารถในการทำสัญญาหรือทำนิติกรรมในอดีตหรือไม่

๕.๒ การแจ้งความเสี่ยงทางกฎหมายต่อญาติและผู้ดูแล ควรแจ้งตั้งแต่ระยะเริ่มต้นว่าผู้ป่วยสมองเสื่อมอาจเผชิญปัญหาทางกฎหมาย เช่น การทำนิติกรรมโดยขาดการรับรู้ (เช่น โอนบ้าน, กู้เงิน) พฤติกรรมอันตรายทางอาญา (ลวนลาม, ขโมย, ขับรถ) การหายออกจากบ้าน/สูญหาย การถูกหลอกลวงหรือแสวงหาประโยชน์โดยมิชอบ

วัตถุประสงค์

- เพื่อให้ญาติและผู้ดูแลเตรียมแผนการดูแลและวางแผนทรัพย์สินล่วงหน้า
- เพื่อลดความเสี่ยงในการเกิดคดีความ
- เพื่อคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยตามเจตนารมณ์

๕.๓ การส่งเสริมให้วางแผนการดูแลล่วงหน้า (Advance Planning)

๕.๓.๑ แนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวจัดทำแผนการดูแลในอนาคต ได้แก่

๕.๓.๒ การตัดสินใจเรื่อง การรักษาในระยะท้าย (Palliative / EOL Care)

๕.๓.๓ การมอบอำนาจการตัดสินใจให้บุคคลอื่น

๕.๓.๔ การวางแผนจัดการทรัพย์สินเมื่อผู้ป่วยไร้ความสามารถ

ประโยชน์ที่ได้

- ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามเจตจำนงที่แท้จริง
- ครอบครัวไม่ขัดแย้งในภายหลัง
- ป้องกันการถูกฟ้องร้องหรือกล่าวหาว่าละเลยสิทธิ

๕.๔ การเขียนใบรับรองแพทย์อย่างเหมาะสม ควรระบุ

- โรคที่เป็น (เช่น Alzheimer's dementia)
- ระยะของโรค (mild/moderate/severe)
- ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน/ทำงาน
- ไม่ควรระบุว่า “เป็นบุคคลไร้ความสามารถ” เพราะเป็นอำนาจของศาล
- ใบรับรองสามารถใช้ประกอบการลาออก, ยื่นขอผู้พิทักษ์ หรือในชั้นพิจารณาคดีได้

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติสำหรับพยาบาล

๑. บันทึกเวชระเบียนอย่างละเอียด โดยเฉพาะการให้คำแนะนำเกี่ยวกับกฎหมาย
๒. ประสานนักสังคมสงเคราะห์/นักกฎหมาย หากครอบครัวมีข้อกังวล
๓. จัดอบรมให้พยาบาลในทีม เข้าใจหลักกฎหมายเบื้องต้นและสามารถแนะนำผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม
๔. สร้างความร่วมมือกับท้องถิ่น เช่น อบต./เทศบาล เพื่ออำนวยความสะดวกด้านสิทธิประโยชน์

๖. กฎหมายและการทำนิติกรรมกรณีมีภาวะสมองเสื่อม

๖.๑ ปัญหาทางกฎหมายที่พบบ่อย

- คดีอาญา: ลักทรัพย์ ลวนลาม ทำร้ายผู้อื่น ฯลฯ
- คดีแพ่ง: การทำนิติกรรมโดยไม่สมบูรณ์ เช่น โอนบ้าน เซ็นเอกสาร
- ความขัดแย้งในครอบครัว: การถอนเงิน การจัดการทรัพย์สิน
- การวางแผนมรดก/พินัยกรรมโดยไม่มีหลักฐานทางจิตเวชยืนยัน

๗. ขั้นตอนการแต่งตั้งผู้อนุบาล / ผู้พิทักษ์

- ผู้ร้องขอได้: คู่สมรส บุตร หลาน ญาติ พนักงานอัยการ
- ต้องมีใบรับรองแพทย์ ใบทะเบียนบ้าน เอกสารบัตรประชาชน ฯลฯ
- ยื่นคำร้องที่ศาลเยาวชนและครอบครัว

๘. กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

- ๘.๑ เหตุผลของการให้ความรู้ทางกฎหมายตั้งแต่ระยะเริ่มต้นของภาวะสมองเสื่อม
สำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อมระยะแรก

- เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถขึ้นทะเบียนเพื่อรับ เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ / ผู้พิการ ได้ทันก่อนสูญเสียความสามารถในการตัดสินใจ
- เพื่อให้มีโอกาสตัดสินใจจัดการทรัพย์สิน หนี้สิน และวางแผนทางกฎหมายของตนเองได้
- เพื่อเตรียมความพร้อมสำหรับการทำพินัยกรรมชีวิต (Living Will) และวางแผนการรักษาในระยะท้าย

สำหรับผู้ป่วยระยะกลาง-ปลาย

- ต้องมีผู้ดูแลเข้ามามีบทบาทแทนผู้ป่วยอย่างถูกต้องตามกฎหมาย
- เพื่อป้องกันปัญหาการฉ้อโกง ล่อลวง หรือการทำผิดโดยไม่ได้เจตนา
- เพื่อลดข้อขัดแย้งในครอบครัวเรื่องการจัดการทรัพย์สินและการรักษา

๘.๒ เป้าหมายของการให้คำปรึกษาทางกฎหมายสำหรับผู้ป่วยสมองเสื่อม

- ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลระยะต่างๆแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแล
- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับ การแต่งตั้งผู้อนุบาล / ผู้พิทักษ์
- ให้คำแนะนำในการจัดการทรัพย์สิน หนี้สิน และมรดก
- ส่งเสริมการจัดทำเอกสารสำคัญ เช่น พินัยกรรม หนังสือแสดงเจตนารักษายาบาล
- ป้องกันไม่ทำให้ผู้ป่วยได้รับอันตราย หรือมีพฤติกรรมที่สุ่มเสี่ยงต่อการกระทำผิดกฎหมาย
- สร้างระบบสนับสนุนครอบครัวเพื่อดูแลอย่างมีมาตรฐาน

๘.1. ประเด็นสำคัญที่ควรประสานและให้คำปรึกษาเชิงรุกโดยทีมพยาบาล

ประเด็น	แนวทางดำเนินการ
การวางแผนการรักษา	แจ้งสิทธิในการทำ Living Will / Advance Care Plan
การจัดการทรัพย์สิน	ประเมินความสามารถด้านกฎหมาย ร่วมกับแพทย์และสังคมสงเคราะห์
ความเสี่ยงทางกฎหมาย	หากมีการทำพฤติกรรมเสี่ยงผิดกฎหมาย ต้องมีผู้พิทักษ์ตามกฎหมาย
สิทธิประโยชน์จากรัฐ	ประสานหน่วยงานท้องถิ่นให้ข้อมูลและอำนวยความสะดวก

สรุปข้อเสนอแนะ

- บุคลากรสุขภาพควรเข้าใจบทบาทตามกฎหมายเพื่อปกป้องสิทธิผู้ป่วย
- ควรมีการให้คำปรึกษาครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการทรัพย์สิน การตัดสินใจทางการแพทย์ และการเตรียมแผนดูแลล่วงหน้า
- ควรส่งเสริมให้มีการจัดทำ Living Will และ ACP โดยเร็ว
- ควรให้ข้อมูลสิทธิประโยชน์ด้านการเงินแก่ญาติผู้ดูแล
- สนับสนุนการประสานงานระหว่างทีมสหวิชาชีพ – แพทย์ – พยาบาล – นักสังคมสงเคราะห์ – หน่วยงานท้องถิ่น

หัวข้อที่ ๘ มาตรฐานการดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อม

โดย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ทิพนันทร งามกาละ

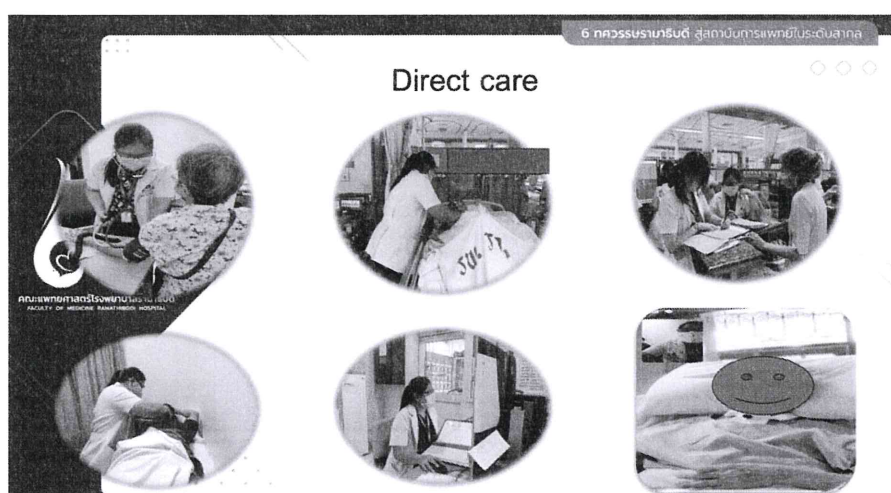
สังกัด ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



บทบาทของพยาบาลในระบบบริการแบบองค์รวม (Dementia Care Continuum)

พยาบาลมีบทบาทหลากหลายครอบคลุมทุกมิติ ได้แก่

ด้าน	รายละเอียด
ด้านบริการ (Service)	วางแผนการดูแลรายบุคคล, ประเมินตามระยะโรค, ให้คำแนะนำครอบครัว
ด้านการบริหาร (Management)	พัฒนาระบบบริการเฉพาะทาง, จัดทีมดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม, บูรณาการการสื่อสารในทีม
ด้านการศึกษา (Education)	ให้ความรู้พยาบาลรุ่นใหม่, ฝึกอบรม caregiver, สร้างโมเดลการจัดการเรียนรู้สำหรับบุคลากร



๑. การวางแผนการพยาบาล (Dementia Care Plan)

ผู้ปฏิบัติงานควรดำเนินการวางแผนการพยาบาลโดยพิจารณาความสามารถของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ อย่างรอบด้าน ได้แก่ ด้านความจำ ภาษา การวางแผนและตัดสินใจ สมาธิ และการเข้าสังคม โดยพยาบาลควรประเมินระดับความสามารถที่ลดลงของผู้ป่วยแต่ละราย และจัดทำแผนการพยาบาลเฉพาะบุคคล (individualized care plan) เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการและระยะของโรค ทั้งนี้ การวางแผนการพยาบาลควรอยู่ภายใต้การมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ อันประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพ

การวินิจฉัยสมองเสื่อม

คิด วางแผน จัดลำดับไม่ได้ ไม่เข้าใจเหตุผล	Executive function
พูดไม่ถูก เรียกไม่ถูก พูดไม่ได้	Language
มีปัญหาเรื่องการเรียนรู้สิ่งใหม่ ความจำ ความเข้าใจที่มีอยู่เดิมก็หายไป	Learning & Memory
ยากลำบากในการใช้มือและอื่นๆ ในการทำกิจกรรมต่างๆ	Motor function
ไม่มีสมาธิ ไม่จดจ่อสิ่งใด	Attention
บกพร่องในเรื่องการเข้าสังคม การทำกิจกรรมต่างๆ ในงานสังคมนั้นๆ	Social activities

๒. แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อม

พยาบาลควรจัดกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยให้เป็นระบบ มีความแน่นอน และเหมาะสมกับสภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ และการนอนหลับ ทั้งนี้ ควรดำเนินกิจกรรมเหล่านี้ในเวลาที่คงที่ทุกวัน เพื่อสร้างความรู้สึกรู้สึกคุ้นเคยและลดความสับสนแก่ผู้ป่วย ในด้านสิ่งแวดล้อม พยาบาลควรจัดให้มีความปลอดภัยและเป็นมิตรกับผู้ป่วย เช่น การติดตั้งราวจับ การป้องกันการเดินหลง และการใช้ป้ายสัญลักษณ์ที่ชัดเจนในบริเวณที่พักอาศัย นอกจากนี้ ควรส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัว โดยให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการดูแล การสื่อสาร และการจัดสภาพแวดล้อมในบ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

๓. บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม

พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในหลายด้าน ได้แก่

- ด้านการป้องกันและคัดกรอง พยาบาลควรดำเนินการประเมินความเสี่ยงของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้แบบประเมินมาตรฐาน เช่น Mini-Cog หรือ MMSE
- ด้านการรักษา พยาบาลควรเฝ้าระวังอาการของผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด พร้อมทั้งปรับแผนการพยาบาลตามสภาพผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง

- ด้านการฟื้นฟู พยาบาลควรจัดกิจกรรมกระตุ้นสมองที่เหมาะสม เช่น ดนตรีบำบัด ศิลปะบำบัด หรือการฝึกความจำ
- ด้านการบริหารจัดการ พยาบาลควรส่งเสริมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมในหน่วยบริการสุขภาพ เพื่อให้สามารถให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

องค์ประกอบหลักของ “แผนการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม (Dementia Care Plan)”

๑. การประเมินเบื้องต้น (Initial Assessment)
 - ระดับความสามารถในการดูแลตนเอง (ADL/IADL)
 - พฤติกรรมและอารมณ์ (BPSD)
 - บริบทครอบครัว / ผู้ดูแลหลัก
๒. การกำหนดเป้าหมาย
 - ส่งเสริมการดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรี
 - ป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการเสื่อมถอย
 - ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างทีมสุขภาพและครอบครัว
๓. การเลือกกิจกรรมที่เหมาะสม
 - กิจกรรมรายวันตามระยะโรค
 - การกระตุ้นสมอง/ความจำ
 - กิจกรรมสังคมและจิตใจ (Art, Music, Gardening, etc.)
๔. การจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัย
 - ลดการกระตุ้นสิ่งเร้าเกินจำเป็น
 - ใช้สี เสียง แสง ช่วยกระตุ้นการจดจำ
 - ติดป้ายช่วยเตือน เช่น ห้องน้ำ/ทางออก
๕. การสนับสนุนครอบครัวและผู้ดูแล
 - ให้ความรู้เรื่องพฤติกรรม การสื่อสาร
 - แนะนำสิทธิที่เกี่ยวข้อง เช่น เบี้ยยังชีพ, การขอผู้พิทักษ์
 - ส่งต่อหน่วยงานช่วยเหลือในชุมชน

๔. การประสานงานและการสื่อสาร

การประสานงานระหว่างทีมสุขภาพถือเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อม พยาบาลควรประสานงานกับแพทย์ นักกิจกรรมบำบัด นักจิตวิทยา และเจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์อย่างต่อเนื่อง โดยสามารถดำเนินการผ่านการประชุมร่วมแบบรอบเตียง (bedside round) หรือการประชุมทีมสหวิชาชีพประจำสัปดาห์ ในส่วนของการประสานงานกับครอบครัว พยาบาลควรนัดหมายพูดคุย ติดตามผล หรือโทรศัพท์สอบถามความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ พร้อมทั้งให้ข้อมูลที่ชัดเจน เข้าใจง่าย และอ้างอิงหลักฐานทางวิชาการ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

สำหรับการสื่อสารกับผู้ป่วย พยาบาลควรใช้ภาษาที่เรียบง่าย ชัดเจน พุดชัด และเน้นการใช้ภาษากายร่วมด้วย เช่น การจับมือ การสบตา หรือการแสดงท่าทางเพื่อสนับสนุนความเข้าใจ

๕. ความต้องการของครอบครัวและผู้ดูแล(Family Needs)

ครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมมักเผชิญกับความเครียด ความเหนื่อยล้า ทั้งในมิติร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม เนื่องจากบทบาทของผู้ดูแลต้องอาศัยความต่อเนื่อง ความอดทน และการรับผิดชอบอย่างสูง พยาบาลจึงควรมีบทบาทในการประเมินและตอบสนองต่อความต้องการของครอบครัวและผู้ดูแลในด้านต่าง ๆ อย่างครอบคลุม ดังต่อไปนี้

๑. Coordination – การประสานงานในระบบบริการสุขภาพ

พยาบาลควรทำหน้าที่เป็นผู้ประสานกลางระหว่างครอบครัวกับทีมสุขภาพแบบสหวิชาชีพ เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกันในทุกบริบท ทั้งโรงพยาบาล ชุมชน และบ้าน

๒. Counseling – การให้คำปรึกษาเชิงลึก

ผู้ดูแลควรได้รับการสนับสนุนด้านจิตใจผ่านกระบวนการให้คำปรึกษา โดยเฉพาะในช่วงที่ต้องเผชิญกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย หรือช่วงเวลาวิกฤตที่ต้องตัดสินใจด้านการรักษา

๓. Information – การให้ข้อมูลอย่างถูกต้อง

ควรให้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของโรค การดำเนินของโรค (Disease trajectory) เทคนิคการดูแล การป้องกันอันตราย และการดูแลผู้ป่วยรายวัน เพื่อให้ครอบครัวสามารถดูแลได้อย่างมั่นใจและมีประสิทธิภาพ

๔. Communication – การสื่อสารที่สร้างความเข้าใจร่วมกัน

ส่งเสริมให้มีการพูดคุยอย่างเปิดเผยระหว่างผู้ดูแลกับทีมสุขภาพ โดยเฉพาะเรื่องการวางแผนการดูแลล่วงหน้า และการสื่อสารกับผู้ป่วยอย่างเคารพและเข้าใจธรรมชาติของภาวะสมองเสื่อม

๕. Advocacy – การส่งเสริมสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย

พยาบาลควรทำหน้าที่เป็น “ตัวแทนคุ้มครองสิทธิ” ของผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถสื่อสารหรือปกป้องสิทธิของตนเองได้ ทั้งในมิติทางกฎหมาย สังคม และจริยธรรม

๖. Respite Care – บริการดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลได้พักผ่อน

ครอบครัวควรได้รับการประสานงานเพื่อเข้าถึงบริการดูแลระยะสั้นหรือแบบชั่วคราว เพื่อให้ผู้ดูแลสามารถพักผ่อน พักผ่อน และฟื้นฟูสุขภาพตนเองได้เป็นระยะ โดยไม่ละเลยผู้ป่วย

๗. Social Support – การสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคม

ควรสนับสนุนการจัดตั้งหรือเข้าร่วมกลุ่มผู้ดูแล (Caregiver Support Group) ซึ่งเป็นพื้นที่แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้กำลังใจ และเรียนรู้ร่วมกัน พร้อมทั้งประสานกับหน่วยงานท้องถิ่นเพื่อให้ผู้ดูแลเข้าถึงสวัสดิการ เช่น เบี้ยยังชีพผู้สูงอายุ สิทธิผู้พิการ หรือสิทธิบัตรทอง

การดูแลผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมจำเป็นต้องมีมาตรฐานการดูแลที่ชัดเจน สอดคล้องกับบริบทของระบบบริการสุขภาพในประเทศไทย พยาบาลควรมีบทบาทในการพัฒนาคู่มือแนวปฏิบัติที่สามารถนำไปใช้จริง ตลอดจนส่งเสริมการสร้างเครือข่ายการดูแลร่วมระหว่างโรงพยาบาล ชุมชน และครอบครัว เพื่อให้เกิดระบบการดูแลที่ต่อเนื่องและยั่งยืน